

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	大和田 真裕美
所属・職名	入居相談担当

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームの場合は、重要事項説明書の1から3まで及び6の項目については、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」で示されている「登録事項等についての説明」をもってこれに代えることができます。その場合、1から3まで及び6の項目については、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃけんとめでいかるけあ 株式会社ケントメディカルケア	
主たる事務所の所在地	〒542-0086 大阪府大阪市中央区西心斎橋 2-2-3 EDGE心斎橋ビル 11 階	
連絡先	電話番号	06-6211-0040
	FAX番号	06-6211-1771
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
代表者	職名	代表取締役
	氏名	福井 勝利
設立年月日	平成23年10月20日	
主な実施事業	※別添1（別を実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	住宅型有料老人ホーム 寿福の郷 樫原	
所在地	〒634-0028 奈良県樫原市法花寺町 54-1	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄大阪線 耳成駅
	交通手段と所要時間	耳成駅より徒歩 9 分 近鉄大和八木駅から車で 5 分
連絡先	電話番号	0744-25-3100
	FAX番号	0744-25-3101
	ホームページアドレス	http://www.kent-medical.com
管理者	氏名	福井 勝利
	職名	施設長
建物の竣工日	令和3年2月26日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和3年4月1日	

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
③ 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1817.12 m ²
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地 2 事業者が賃借する土地

	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
			その他（ ）	5ヶ所
	食堂	① あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	② なし	
	エレベーター	① あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし		
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
その他				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	当社の経営理念に「人として正しい道を歩み自分と仲間と未来を信じ全従業員とその家族の豊かで幸せな人生を実現する」というものがあります。この元、当社は入居者様の尊厳を守り、入居者様の可能性を信じ、出来る限り自分で行えるよう支援すると共に、ご家族様、入居者様が意見を言い易い環境を整えて参ります。入居者様、ご家族様の絆を深める事を大事にしながら、運営して参ります。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者様、ご家族様としっかり話し合い、少しでも出来る事が維持出来ているよう、清掃、入浴など本人の目標を明確にし、ご支援します。具体的には入浴で背中を自分で洗えるようになりたいのであれば、毎回の入浴を自分で出来る工夫、用具を使用し行うなど、入居者様のご状態に合わせた介護を実施します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 桂会 平尾病院
		住所	奈良県橿原市兵部町 6-28
		診療科目	内科
		協力内容	後方支援
	2	名称	医療法人 医真会植田医院
		住所	奈良県桜井市三輪 496 - 1
		診療科目	外科・内科
		協力内容	訪問診療
新興感染症発生時に連携する医療機関			
① あり			
	医療機関の名称	医療法人 医真会 植田医院	
	医療機関の住所	奈良県桜井市三輪 496-1	
2 なし			
協力歯科医療機関		名称	やすえデンタルクリニック
		住所	奈良県大和高田市藤森 171-7
		協力内容	訪問歯科

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		① 一時介護室へ移る場合 3 その他（ ）	2 介護居室へ移る場合
判断基準の内容		ターミナルケアが必要になった場合や感染症対応等の際	
手続きの内容		施設内でケアカンファレンス後、同意書記入	
追加的費用の有無		1 あり	② なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		① あり	2 なし
従前の居室 との仕様の 変更	面積の増減	① あり	2 なし
	便所の変更	① あり	2 なし
	浴室の変更	① あり	2 なし
	洗面所の変更	① あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	② なし
	その他の変更	① あり	(変更内容)

		2 なし
--	--	------

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり ② なし
	要支援の者	1 あり ② なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	65 歳以上で要介護認定を受けられている方対象。 但し、特定疾患や難病を患われている方で介護認定を受けられている場合は要相談。	
契約の解除の内容	契約書第 29 条を参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 29 条
	解約予告期間	2 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) ② なし	
入居定員	30 人	
その他		

5. 職員体制 ※有料老人ホームの職員について記載すること (同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1			1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	5	4	1	5
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40

- ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。
- ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時～翌 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	1 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				① あり 2 なし					
	業務に係る 資格等		① あり							
			資格等の名称		介護福祉士					
			2 なし							
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度 1 年間の採用者数										
前年度 1 年間の退職者数										

業務に従事した経験年数 に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満										
	5年以上10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況		①	あり	2	なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		③ 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり ② なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金 の改定	条件	増税等の法改正が生じた場合や会社規定変更があった場合	
	手続き	利用者全員に書面にて通知	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1		プラン2	
入居者の状況	要介護度				
	年齢	歳		歳	
居室の状況	床面積	18.12 m ²		18.12 m ²	
	便所	① 有	2 無	1 有	2 無
	浴室	1 有	② 無	1 有	2 無
	台所	1 有	② 無	1 有	2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円		0 円	
	敷金	168,000 円		0 円	
月額費用の合計		113,500 円		0 円	
家賃		42,000 円		0 円	
サ	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円		円	

介護保険外 ※2	食費	45,600 円	0 円
	共益費	30,000 円	0 円
	生活支援費	1,000 円	0 円
	電気代	約 4,000 円	0 円
	リネンレンタル費	3,000 円	0 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。）をいう。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金（礼金）	168,000 円
家賃	42,000 円
食費	45,600 円（朝食 370 円・昼食 550 円・夕食 600 円）税別
共益費	30,000 円
生活支援費	1,000 円
光熱水費	電気代約 4,000 円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	リネンレンタル費 3,000 円 税別 経管栄養の必要な方は食費の代わりに、健康管理費 30,000 円

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3 人
	女性	13 人
年齢別	65 歳未満	24 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	0 人
	85 歳以上	0 人
要介護度別	自立	6 人
	要支援 1	8 人
	要支援 2	17 人
	要介護 1	8 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	15 人
	要介護 4	10 人
	要介護 5	15 人
入居期間別	6 ヶ月未満	
	6 ヶ月以上 1 年未満	

	1 年以上 5 年未満	
	5 年以上 10 年未満	
	10 年以上 15 年未満	
	15 年以上	

(入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。		

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	人
	死亡者	25 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		ケントメディカルケア本社
電話番号		06-6211-0040
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜日・日曜日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(加入先) 東京海上日動火災保険株式会社
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生	① あり	利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、事故対応マニュアルに基づき、市町村、利用

したときの対応		者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供の際により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり 2 なし	日頃より、ひやりはっと報告を記載し、起こりうる状況の把握に努め、毎月安全対策委員会を開催し、ひやりはっと報告から想定される事故事例の検討を行い、予防に努めます。 万が一、事故が発生した際は、入居者様の心理、職員の心理、仕事面の影響など様々な角度から検証を行い、対応策を講じます。対応策がっているか経過観察し記録に落とします。あっていない時は再度話し合い、対応を講じます。

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり	実施日	随時 意見箱設置
		結果の開示	1 あり ② なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	① あり (提携ホーム名: 寿福の郷 桜井)	
	2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1 あり ② なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、当該規定対象外	
合致しない事項がある場合 の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	無し	
不適合事項がある場合の 内容		

添付書類: 別添 1 (事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス)

別添 2 (有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表)

※



説明年月日 年 月 日

説明者署名 大和田 真裕美

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が奈良県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり		ケント介護サービス 桜井	奈良県桜井市池之内121-1
訪問入浴介護		なし		
訪問看護	あり		ケント訪問看護ステーション 橿原	奈良県橿原市法花寺町54-1
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護		なし		
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護	あり		介護付き有料老人ホーム 寿福の郷 大和高田	奈良県大和高田市南今里町1-30
福祉用具貸与		なし	ケントケアステーション	大阪市生野区巽西4-7-26
特定福祉用具販売		なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし		
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
看護小規模多機能型居宅介護		なし		
居宅介護支援		なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護		なし		
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所介護		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし		
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		

介護療養型医療施設		なし	
-----------	--	----	--

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし		
	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備 考
介護サービス							
食事介助	なし						
排泄介助・おむつ交換	なし						
おむつ代	なし						
入浴（一般浴）介助・清拭	なし						
特浴介助	なし						
身辺介助（移動・着替え等）	なし						
機能訓練	なし						
通院介助		あり					※自費 30 分 1,600 円
生活サービス							
居室清掃	なし						
リネン交換	なし						
日常の洗濯	なし						
居室配膳・下膳	なし						
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし						
おやつ	なし						
理美容師による理美容サービス	なし						
買い物代行	なし						
役所手続き代行	なし						
金銭・貯金管理	なし						
健康管理サービス							
定期健康診断		あり					※（年 1 回）
健康相談	なし						
生活指導・栄養指導	なし						
服薬支援	なし						
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		あり					※生活支援費に含む
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし						
入退院時の同行		あり					※救急対応の時のみ
入院中の洗濯物交換・買い物	なし						
入院中の見舞い訪問	なし						

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。