

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	荒木 周子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ うっどらんどばす 株式会社 ウッドランドパス	
主たる事務所の所在地	〒861-8064 熊本市北区八景水谷三丁目3番177号	
連絡先	電話番号	096-277-1010
	FAX番号	096-277-1334
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	荒木 周子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成21年10月7日	
主な実施事業	※別添1 (別に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	(ふりがな) せかんどほーむ まどれはけのみや セカンドホーム マドレ八景水谷	
所在地	〒861-8064 熊本市北区八景水谷三丁目3番177号	
主な利用交通手段	最寄駅	清水亀井駅
	交通手段と所要時間	熊本市中心部より車で約20分
連絡先	電話番号	096-277-1010
	FAX番号	096-277-1334
	ホームページアドレス	
管理者	氏名	荒木 周子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成29年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年11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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	4370113591
	指定した自治体名	熊本市
	事業所の指定日	平成31年 3月 1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	582.88 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				
		抵当権の有無	1	あり	2	なし
契約期間		1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)		
	2	なし				
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
建物	延床面積	全体				311.98 m ²
		うち、老人ホーム部分				166.23 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1	あり	2	なし	
契約期間		1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)		
2		なし				
	契約の自動更新	1	あり	2	なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少				1人部屋
		最大				2人部屋
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	15.00 m ²	1	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	15.00 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	15.00 m ²	3	一般居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			

	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェア浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他 ()	ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
その他	駐車場、バルコニー					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	別紙管理規程参照
サービスの提供内容に関する特色	別紙入居契約書参照
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		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	医療法人社団奉仕会 なごみクリニック
		住所	熊本市北区清水新地 6 丁目 6 番 12 号
		診療科目	外科・内科・精神科
		協力内容	健康診断、指導・助言及び急変時の適切な対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	なみかわ歯科クリニック	
	住所	合志市須屋 2533-5	
	協力内容	歯科治療及び口腔ケア	

(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	別紙入居契約書参照				
契約の解除の内容	別紙入居契約書参照				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 27 条参照			
	解約予告期間	1ヶ月			
入居者からの解約予告期間	1ヶ月				
体験入居の内容	不可				
入居定員	12人				
その他					

5. 職員体制

(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		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	4	2	2	3
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
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p>				

(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			1
実務者研修の修了者			1
初任者研修の修了者			
看護師又は准看護師		1	

(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時半～翌9時半)		
	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								
	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	1			2						
前年度1年間の退職者数				2						
に業務に従務	1年未満	1								
	1年以上			2						

	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				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	別紙入居契約書参照	
利用料金の改定	条件	別紙管理規程参照
	手続き	別紙管理規程参照

(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	15.00 m ²	15.00 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	なし	なし
	敷金	160,000円	240,000円
月額費用の合計 (一人当たり)		120,000円 (100,000円)	110,000円
居室料		40,000円 二人部屋 (20,000円)	30,000円
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	食費	45,000円
		管理共益費 (税込)	
		要介護1～3	49,500円
		要介護4	38,500円
		要介護5	27,500円

(利用料金の算定根拠)

費目 (一人当たり)	算定根拠
居室料	個室：40,000円、 二人室：30,000円 (トイレ有)、20,000円 (トイレ無)
敷金	160,000円
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理共益費	49,500円 (介護サポート費、水道光熱費、施設共有部分清掃費、 機械設備保守管理費等) *介護4 38,500円、 介護5 27,500円
食費	45,000円 (朝食400円、昼500円、夜500円、おやつ100円) × 30日分
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	

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	4人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	3人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	3人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87歳
入居者数の合計	10人
入居率※	83%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2人
	死亡者	2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

窓口の名称		セカンドホーム マドレ八景水谷 苦情相談窓口
電話番号		096-277-1010
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
定休日		なし
窓口の名称		熊本市役所 高齢介護福祉課
電話番号		096-328-2347
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	定休日	土曜・日曜・祝日

(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	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保の「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しており、サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力よる場合を除き賠償します。
	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したときの対応	1 あり	(その内容) ①事故が発生した場合には利用者の生命安全を最優先に対応します。 ②介護事故が発生した場合には施設長は速やかに身元引受人、家族、ケアマネージャーに報告するとともに、事故報告書を作成し再発防止に努めます。
	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	

(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	
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年1回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

合致しない事項がある場合の内容	
「7. 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	入居者一人当たりの床面積
不適合事項がある場合の内容	個室13㎡に適合しない居室（二人室）が1室あります。 1人当たり13㎡に適合しない部屋が7室あります。

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
保証人の極度額は200,000円

利用者

※ _____ 様 印

代理人

※ _____ 様 印

（続柄： _____）

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____ 猪崎 公喜 _____ 印

※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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		