

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2023 年 7 月 1 日
記入者名	押方 美佐子
所属・職名	主任
取込種別	1 追加
被災確認事業所番号	

1 事業主体概要

種類	※法人の場合、その種類		3 医療法人
名称	いりょうほうじん じょうなんへるすけあぐるーぷ くまも (ふりがな) となんぶこういきびょういん		
	医療法人 城南ヘルスケアグループ くまもと南部広域病院		
法人番号	法人番号有無	1 有	
	法人番号	9330005005465	
主たる事務所の所在地	〒	861 - 4214	
	熊本県熊本市南区城南町舞原無番地		
連絡先	電話番号	0964 - 28 - 2555	
	FAX番号	0964 - 28 - 4849	
	メールアドレス	Jonan-hcg	@ ksr-hospital.jp
	ホームページ有無	1 有	
	ホームページアドレス	http://	ksr-hospital.jp
代表者	氏名	堀田 春美	
	職名	施設長	
設立年月日	1969 年 10 月 15 日		
主な実施事業	※別添1 (別の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	じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ まいのほら (ふりがな)				
	住宅型有料老人ホーム 「まいのほら」				
所在地	〒	861	-	4214	
	熊本県熊本市南区城南町舞原無番地				
所在地 (建物名等)	住宅型有料老人ホーム 「まいのほら」				
市区町村コード	都道府県	熊本県	市区町村	431001 熊本市	
主な利用交通手段	最寄駅	JR宇土 駅			
	交通手段と所要時間	熊本桜町バスターミナルから 熊本バス乙女経由甲佐行き くまもと南部広域病院バス停車 50分			
連絡先	電話番号	0964	-	28	- 2673
	FAX番号	0964	-	28	- 6560
	メールアドレス	mainohara @ ksr-hospital.jp			
	ホームページ有無				
	ホームページアドレス				
管理者	氏名	堀田 春美			
	職名	城南ヘルスグループ 施設長			
建物の竣工日		2012	年	3	月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		2012	年	4	月 12 日

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型		
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	年	月 日
	指定の更新日 (直近)	年	月 日

3 建物概要

土地	敷地面積	3935928	m ²	
	所有関係	2 事業者が賃借する土地		
		2 事業者が賃借する土地の場合		
		賃貸の種別	1 普通貸借	
		抵当権の有無	1 あり	
		契約期間	1 あり	
			開始	
			2012	年 2 月 1 日
終了				
2042	年 1 月 31 日			
契約の自動更新	1 あり			
建物	延床面積	全体	12305.18 m ²	
		うち、老人ホーム部分	1563.41 m ²	
	耐火構造	1 耐火建築物		
		3 その他の場合		
	構造	1 鉄筋コンクリート造		
		4 その他の場合		

	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の場合				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無				
		契約期間		開始		
				年	月	日
				終了		
年	月	日				
契約の自動更新						
居室の状況	居室区分 【表示事項】	2 相部屋あり				
		2 相部屋ありの場合				
		最少	2	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	1 有	2 無	13.21 m ²	2	3 介護居室個室
	タイプ2	1 有	2 無	15.12 m ²	18	3 介護居室個室
	タイプ3	1 有	2 無	15.17 m ²	2	3 介護居室個室
	タイプ4	1 有	2 無	15.68 m ²	2	3 介護居室個室
	タイプ5	1 有	2 無	16.72 m ²	2	3 介護居室個室
	タイプ6	1 有	2 無	17.03 m ²	1	3 介護居室個室
タイプ7	1 有	2 無	17.23 m ²	2	3 介護居室個室	
タイプ8	1 有	2 無	17.34 m ²	2	3 介護居室個室	
タイプ9	1 有	2 無	17.66 m ²	2	3 介護居室個室	
タイプ10	1 有	2 無	17.68 m ²	2	3 介護居室個室	

共用施設	共用便所における 便房	6	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	2	ヶ所
	共用浴室	5	ヶ所	個室	5	ヶ所
				大浴場	0	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴	0	ヶ所
				リフト浴	0	ヶ所
				ストレッチャー浴	0	ヶ所
				その他	0	ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用 できる調理設備	2	なし			
エレベーター	1	あり（車椅子対応）				
消防用設備 等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他		各居室、便所、浴室に利用者様から職員への通報装置あり			
	1	あり				
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<p>※備考参照</p>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>「安心と安全な暮らし」、「家族と疎遠にならない家族とつながっている実感が持てる暮らし」を心がけサービスを提供いたします。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>3 なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護 の加算の対象となるサ ービスの体制の有無	入居継続支援加算 (I)		
	入居継続支援加算 (II)		
	生活機能向上連携加算 (I)		
	生活機能向上連携加算 (II)		
	個別機能訓練加算 (I)		
	個別機能訓練加算 (II)		
	ADL維持等加算 (I)		
	ADL維持等加算 (II)		
	夜間看護体制加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	科学的介護推進体制加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算 (I)		
	看取り介護加算 (II)		
	認知症専門ケア加算	(I)	
		(II)	

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 ありの場合		
	(介護・看護職員の配置率)		: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/>	救急車の手配
	<input type="checkbox"/>	入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/>	通院介助
		その他
1	名称	医療法人城南ヘルスケアグループ くまもと南部広域病院
	住所	熊本市南区城南町舞原無番地
	診療科目	内科・脳神経内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・精神科・外科・整形外科・リハビリテーション科・皮膚科・脳神経外科・代謝内科 泌尿器科
	協力科目	
	協力内容	日常診療・往診診療・緊急医療・訪問看護・訪問リハビリの対応協力、医療機関での対応が困難な場合、他医療機関への紹介

協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	

協力歯科医 療機関	1	名称	吉永歯科医院
		住所	熊本県宇城市松橋町浦川内824-8
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	夫婦での入居時に一人退去時など
判断基準の内容	より適切なサービスを提供するために必要であるとホームが判断する場合に事業所の指定する医師の意見を聞くとともに入居者及びその家族の度合いを得た上で一定の観察期間を経たのち、居室を変更することがあります。		
手続きの内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主治医の意見を聞く 2. 本人・身元引受人の同意を得る 3. 介護等の場所の変更等に関わる同意書作成 		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	居室変更後、一定の観察期間を経たのち、長期にわたる居室の住み替えが必要となった場合、利用権の移行を行います。		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	2 なし	
		2 なし	
	1	ありの場合	
	その他の変更	(変更内容)	

(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	2	なし
	要支援の者	2	なし
	要介護の者	1	あり
留意事項	以下の事項に該当する方は対象外 1. 認知症の方で共同生活を行うことが困難と思われる方（迷惑行為や徘徊がある方等）。2. 次に示す以外の医療対応が必要な方 ①インスリン自己注射、②HOT自己管理※その他要相談 3. 座位保持が出来ない方（車椅子座位可）		
契約解除の内容	1. 入居者が死亡した場合。 2. 入居者、又は事業者から解約した場合。 3. 禁止行為があった場合。 4. 入居申込時の内容に虚偽が発覚した場合。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	※備考参照	
	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	1	あり	
	1	ありの場合	
	(内容)	1泊2食付き 3,300円	
入居定員	43		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		
直接処遇職員				
介護職員	13	13		
看護職員	2	2		
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 時間
※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。				
※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	12	12	
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(17 時 0 分 ~ 9 時 0 分)		
	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	2.5	人	2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	: 1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり								
	業務に係る資格等	1 ありの場合									
		資格等の名称									
		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											
に業務に応じたに従事した経験年数	1年未満										
	1年以上3年未満			1							
	3年以上5年未満	1		3							
	5年以上10年未満			4							
	10年以上	1		5		1					
従業者の健康診断の実施状況		1 あり									

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】	2 建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
	全額前払い方式
	一部前払い・一部月払い方式
月払い方式	
年齢に応じた金額設定	2 なし
要介護状態に応じた金額設定	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
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合
	不在期間が 日以上
利用料金の改定	条件
	手続き

物価の上昇、人件費上昇により改定する場合がある。

運営懇談会の意見を聞く。

(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	要介護度2	要介護度3	
	年齢	82 歳	81 歳	
居室の状況	床面積	15.12 m ²	17.72 m ²	
	便所	1 有	1 有	
	浴室	2 無	2 無	
	台所	2 無	2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		84,700 円	88,700 円	
家賃		30,000 円	34,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	45,200 円	45,200 円	
	介護保険外※2	食費	16,000 円	16,000 円
		管理費		円
		介護費用		円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	1,500 円	1,500 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)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地価、近隣相場
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	

管理費	光熱水費、共用施設等の維持管理費、居室清掃費（週1回）、事務費、生活サービス・フロントサービス等に係る人件費 16000円/月
食費	材料費・人件費 1日3食で30日の場合 朝食340円/食 昼食520円/食 夕食650円/食
光熱水費	管理費に含む
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間 (償却年月数)	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)	円
初期償却率	%

返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
前払金の保全先		
	1 全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	名称	

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	9	人
	女性	31	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	0	人
	75歳以上85歳未満	7	人
	85歳以上	33	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	4	人
	要支援 2	0	人
	要介護 1	10	人
	要介護 2	11	人
	要介護 3	8	人
	要介護 4	6	人
	要介護 5	1	人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		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	88.5	歳
入居者数の合計	40	人
入居率※	93	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設	1	人
	医療機関	6	人
	死亡	2	人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 入院し、病状改善が見込めない為	人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 福祉施設入居の順番が来た為	人

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)

窓口1										
窓口の名称		お客様相談窓口								
電話番号		0964	-	28	-	2673				
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2									
窓口の名称									
電話番号		-		-					
対応している時間	平日	時	分	～	時	分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜・祝日	時	分	～	時	分			
定休日									
窓口3									
窓口の名称									
電話番号		-		-					
対応している時間	平日	時	分	～	時	分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜・祝日	時	分	～	時	分			
定休日									
窓口4									
窓口の名称									
電話番号		-		-					
対応している時間	平日	時	分	～	時	分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜・祝日	時	分	～	時	分			
定休日									
窓口5									
窓口の名称									
電話番号		-		-					
対応している時間	平日	時	分	～	時	分			
	土曜	時	分	～	時	分			
	日曜・祝日	時	分	～	時	分			
定休日									

(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	
	1 ありの場合	
	その内容	東京海上日動火災保険株式会社による「病院賠償責任保険」に加入している。※備考参照
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	
	1 ありの場合	
	その内容	東京海上日動火災保険株式会社による「事業活動包括保険」に加入している。備考参照
事故対応及びその予防のための指針		

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	毎週月曜日
	結果の開示	1 あり
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
	2 なし	
	1 ありの場合	
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	提携ホーム名	
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	2 なし	
	1 ありの場合	
	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	
有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項		

	不適合事項がある 場合の内容	
--	-------------------	--

備考

3. 建物概要 居室の状況

タイプ11 トイレ有 浴室無 17.72㎡ 戸数・室数4 区分：介護居室個室

タイプ12 トイレ有 浴室無 23.65㎡ 戸数・室数1 区分：介護居室二人部屋

共用施設 エレベーター（車椅子・ストレッチャー対応）

4. サービス内容

（全体の方針）運営に関する方針

1) 法人内病院の敷地内に立地し、病院との連携で安心した暮らしを提供していきます。

2) 施設周辺も敷地内も自然豊かで四季を感じながら入居者の方が、その人らしく生きていただくことを目指します。

3) 経験豊かな温かいスタッフが真心をこめて生活のお手伝いをさせていただきます。

4) 敷地内に様々な在宅支援サービスの事業所があり、ニーズに応じて質の高い医療・介護サービスを提供いたします。

5) 病院との連携により、介護の質向上のための教育を徹底していきます。

（入居に関する要件）事業主体から解約を求められる場合

①入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合等。②正当な理由なく利用料その他入居者の支払うべき費用を2カ月以上滞納したとき。

8. 苦情・事故等に関する体制（サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応）「損害賠償責任保険の加入状況」「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」：事業者の責めによる事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、入居者に対して損害を賠償する。ただし、入居者に過失がある場合、賠償額は減額される。



添付書類： 別添1（別に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）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 月 日

説明者署名 _____

※ 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。