

## 重要事項説明書

記入年月日	令和2年 11月 20日
記入者名	白須 政憲
所属・職名	代表取締役会長

※ 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）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

名称	(ふりがな) 株式会社 マーブルフェロー	
主たる事務所の所在地	〒869-0624 熊本県宇城市小川町江頭 394	
連絡先	電話番号	0964-43-5567
	FAX番号	0964-43-5587
	ホームページアドレス	<a href="http://www.marblefellow.co.jp">http://www.marblefellow.co.jp</a>
代表者	氏名	前田 真利
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成28年10月3日	
主な実施事業	住宅型有料老人ホーム	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	シャングリラ・クラブ (2F 高齢者住宅)
----	-----------------------

所在地	〒869-0624 熊本県宇城市小川町江頭394番地	
主な利用交通手段	最寄駅	J R鹿児島本線「小川駅」徒歩10分
	交通手段と所要時間	① 自動車利用の場合（九州自動車道） 「宇城氷川ETCスマートインター」より約 3.2km（車で5分） ② 車利用の場合 J R鹿児島本線「小川駅」より約780m （徒歩10分）
連絡先	電話番号	代表 0964-43-5567
	FAX番号	0964-43-5587
	ホームページアドレス	<a href="http://www.marblefellow.co.jp">http://www.marblefellow.co.jp</a>
管理者	氏名	山平 昭典
	職名	施設長
建物の竣工日		令和元年 12月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年 2月11日

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 1. 住宅型有料老人ホーム      3. 介護付有料老人ホーム(特定施設) <input type="checkbox"/> 2. 健康型有料老人ホーム      4. 介護付有料老人ホーム(外部サービス型特定施設)		
3又は4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	令和 年 月 日
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2285.93 m <sup>2</sup>		
	所有関係	事業者が自ら所有する土地		
建物	延床面積	全体	1,611.7(97.7) m <sup>2</sup>	
		うち、老人ホーム部分	(シャングリラ専有部分のみ) 342 m <sup>2</sup>	
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 準耐火建築物		
		<input type="checkbox"/> 2 その他(事務所棟 97.7 m <sup>2</sup> )		
構造	<input type="checkbox"/> 1 木造 2階建て			

	所有関係	事業者が自ら所有する建物				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 全室個室				
		最少		2人		
	最大		2人			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプA	有り	有り	54 m <sup>2</sup>	4戸	個室
	タイプB	有り	有り	42 m <sup>2</sup>	3戸	個室
※全室バリアフリー						
共用施設	共用便所における 便房	1か所	うち男女別の対応が可能な便房		1か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1か所	
	共用浴室	1か所	個室			
			大浴場		1か所	
	共用浴室における 介護浴槽	無し	チェアー浴		無し	
			リフト浴		無し	
食堂	有り					
エレベーター	有り					
入居者や家族が利 用できる調理設備	有り					
消防用設備 等	消火器	有り				
	自動火災報知設備	有り				
	火災通報設備	有り				
	スプリンクラー	有り				
	防火管理者	有り				
	防災計画	有り				
その他						

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	高齢者の娯楽に特化した施設運用でリゾート感覚を求めたセカンドハウスのような高齢者施設を目指す
サービスの提供内容に関する特色	カラオケルーム、麻雀ルーム、展望浴室、オープンカフェ、バーラウンジ、ビリヤード等の娯楽共用施設を備え、食事にはオプションメニューを取り揃えている。
入浴、排せつ又は食事の介護	無し
食事の提供	自ら実施
洗濯、掃除等の家事の供与	無し
健康管理の供与	自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	自ら実施
生活相談サービス	自ら実施

##### (医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 ② 入退院の手続き及び付き添い ③ 通院介助 ④ その他（連携医療機関医師の健康管理サービス）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 中村会 中村医院 (ホームからの距離約 2.2km)
		住所	熊本県宇城市松橋町砂川 1729-2
		診療科目	内科、循環器科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	社会医療法人 黎明会 宇城総合病院 (ホームからの距離約 7.4km)
		住所	熊本県宇城市松橋町久具 691
		診療科目	内科; 循環器内科; 糖尿病内科; 内分泌・代謝内科; 腎臓内科; 脳神経内科; 人工透析内科; 外科; 呼吸器外科; 心臓血管外科; 消化器外科; 整形外科; アレルギー科; リウマチ科; 泌尿器科; リハビリテーション科; 放射線科; 麻酔科
		協力内容	一般及び救急
協力歯科医療機関	名称	ハニー歯科 (ホームからの距離約 1.3km)	
	住所	熊本県宇城市小川町河江 7-1	

	協力内容	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	無し
判断基準の内容	無し

**(入居に関する要件)**

入居対象となる方 【表示事項】	自立している方	有り
	要支援の方	有り
	要介護の方	有り
留意事項	入居時満75歳以上。ホームの看護職員は、中心静脈栄養管理の対応不可だが、その他の療養管理については要相談。	
契約の解除の内容	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	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	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。(入居契約書第25条参照)
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 有り (内容：個別に対応)	
入居定員	14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 (同一法人が運営する他の事業所の職員については別途記載)

**(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				

直接処遇職員				
介護職員	10	7	3	
看護職員	5	5		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1	
調理員	5	3	2	
事務員	2	2		
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※ <sup>2</sup>				
<p>※ 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>				

**(資格を有している介護職員の人数)**

※1階介護居室の職員体制を参照

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	9	8	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	5	3	2
介護支援専門員	4	2	2

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

※1階介護居室の職員体制を参照

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	5	5	
理学療法士			
作業療法士	1		1
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)**

※1階介護居室の職員体制を参照

夜勤帯の設定時間 ( 20時～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	1.5人	1人

	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)	
※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		
	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	ヘルパーステーション・エムズ

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		有り								
	業務に係る資格等		有り								
			資格等の名称	社会福祉主事、介護福祉士							
	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	5	0	7	3	0	0	0	1	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満		2	2							
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満			5	1				1		
	10年以上	5		7	3				0		
	従業者の健康診断の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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
-------------------	---------

利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い方式	
	3 その他	
	④ 選択方式 ※該当する方式を選択	① 全額前払い ② 一部前払い方式 ③ 月払い方式
年齢に応じた金額設定	無し	
要介護状態に応じた金額設定	無し	
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(家賃、管理費) ② 食費については減額があります 不在期間が15日以上の場合に限り、減額	
利用料金の改定	条件	諸物価の変動による
	手続き	案内による事前通達

**(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)**

			Aタイプ	Bタイプ
入居者の状況	要介護度		自立	要支援2
	年齢		歳	歳
居室の状況	床面積		54 m <sup>2</sup>	42 m <sup>2</sup>
	便所		有り	有り
	浴室		有り	有り
	台所		有り	有り
入居時点で 必要な費用	前払い家賃		7,800,000円	6,000,000円
月額費用の合計			98,500円	96,500円
家賃			0円	0円
サービス費用	介護保険外	食費(月額、1人当)税別	43,500円	43,500円
		管理費・水光熱費(税別)	45,000円	43,000円
		厨房維持管理費・電話、インターネット通信費(定額)	5,000円	5,000円
			5,000円	5,000円
<p>※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ません。</p> <p>※ 食費と管理費には別途消費税がかかります。</p>				

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
利用権(前払い家賃)	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等によって算定した
管理費・光熱費	共用部の維持管理、居室及び共用部の水光熱費(別途消費税)
食費	食材料費、調理配食運営費等 (別途消費税) ※欠食がある場合は下限を設けて減算請求とします(下限 18,000 円) (朝食 350 円 昼食 500 円 夕食 600 円) 厨房維持管理費 5,000 円
家賃	地域性及び弊社運営方針によって算定した
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 (提供するサービスの一覧表)
その他のサービス利用料	地域性及び弊社運営方針によって算定した

**(前払金の受領)**

算定根拠	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定。 (Aタイプの場合) 780 万円 = 58,500 円 × 120 か月 + 78 万円 (Bタイプの場合) 600 万円 = 45,000 円 × 120 か月 + 60 万円	
想定居住期間 (償却年月数)	120ヶ月(10年)	
償却の開始日	入居日の翌日	
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)	Aタイプ = 78 万 Bタイプ = 60 万	
初期償却率	10%	
返還金の算定方法	入居後 3 か月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却額) ÷ 想定居住月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数)</li> <li>・初期償却費用については無利息で全額返還する。</li> <li>※月額利用料については日割計算で受領します。</li> </ul>
	入居後 3 か月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(入居一時金 - 初期償却額) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷</li> </ul>

		(入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	② 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	④ 全国有料老人ホーム協会 (入居者生活保証制度、制度加入申請手続き中)	
	5 その他(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	5人
	女性	4人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	2人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	6人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	1人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	9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	79歳
入居者数の合計	9人
入居率*	64.3%

※ 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	人
	死亡者	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		株式会社マーブルフェロー本社事業部
電話番号		0964-43-5567
対応している時間	平日	AM9:00 ~ PM5:00
	土曜	オペレーションによる対応
	日曜・祝日	〃
定休日		定め無し
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
対応している時間	平日	AM10:00 ~ PM5:00 (月・水・金)
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・祝日
窓口の名称		熊本県 健康福祉部 高齢者支援課 施設介護班
電話番号		096-333-2217
対応している時間	平日	AM9:00 ~ PM5:00
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土・日・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	有り	三井住友海上火災保険株式会社 (その内容) 介護賠償責任保険
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	有り	(その内容) 事故発生時・緊急時対応マニュアルに基づく
事故対応及びその予防のための指針	事故対応マニュアルあり	

**(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	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

運営懇談家族会	有り	(開催頻度)年 1回
提携ホームへの移行 【表示事項】	無し	
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	有り	
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	無し	
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	無し	
合致しない事項がある場合の内容		
既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	既存建築物の活用は無い	
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（別の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 令和 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。

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション.エムズ	熊本県宇城市小川町江頭394
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	ナースステーション.エムズ	熊本県宇城市小川町江頭394
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
居宅介護支援	あり	なし	ケアプランセンター.エムズ	熊本県宇城市小川町江頭394
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		

## 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						無し			
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		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	あり	なし	あり					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					週1回
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					事前の申し出により行う
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					別途、メニューにより行う
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり					実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					※実費
健康相談	なし	あり	なし	あり					〃
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					〃
服薬支援	なし	あり	なし	あり					〃
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					〃
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり					
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり					

※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、月額サービス費用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、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。