

## 重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2023 年 8 月 1 日
記入者名	能間哲弥
所属・職名	施設長
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	4000092092030

### 1 事業主体概要

種類	2 法人	
	※法人の場合、その種類	5 営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃさんめでいっく	
	株式会社サンメディック	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	7290002049109
主たる事務所の所在地	〒 830 - 0015	
	福岡県久留米市螢川町4番地4	
連絡先	電話番号	0942 - 35 - 7077
	FAX番号	0942 - 36 - 1804
	メールアドレス	sun-ogoori @ mountain.ocn.ne.jp
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	http:// sunmedic.net
代表者	氏名	森 雅徳
	職名	代表取締役
設立年月日	1996 年 1 月 25 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	(ふりがな) さんほーむおごおり				
	サンホーム小郡				
所在地	〒	838	-	0142	
	福岡県小郡市大板井493-1				
所在地 (建物名等)					
市区町村コード	都道府県	福岡県	市区町村	402168 小郡市	
主な利用交通手段	最寄駅	西鉄電車 小郡駅 駅			
	交通手段と所要時間	①西鉄電車 小郡駅 徒歩15分 ②甘木鉄道 大板井駅 徒歩5分 ③九州自動車道 鳥栖インター下車15分			
連絡先	電話番号	0942	-	73	- 2025
	FAX番号	0942	-	73	- 2065
	メールアドレス	sun-ogoori @ mountain.ocn.ne.jp			
	ホームページ有無	1 有			
	ホームページアドレス	http://	sunmedic.net		
管理者	氏名	能間哲弥			
	職名	施設長			
建物の竣工日		2005	年	8	月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		2005	年	8	月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	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）						
1 又は 2 に該当する 場合	介護保険事業者番号	4072900402					
	指定した自治体名	福岡県					
	事業所の指定日	2005	年	8	月	1	日
	指定の更新日（直近）	2023	年	8	月	1	日

3 建物概要

土地	敷地面積	1808.49	m <sup>2</sup>					
	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	開始					
			2005	年	8	月	1	日
			終了					
2033	年	7	月	31	日			
契約の自動更新	2 なし							
建物	延床面積	全体	1752.71	m <sup>2</sup>				
		うち、老人ホーム部分	1752.71	m <sup>2</sup>				
	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						

居室の状況	居室区分 【表示事項】	2 事業者が賃借する建物の場合							
		賃貸の種別		1 普通貸借					
		抵当権の有無		1 あり					
		契約期間		開始					
				2005	年	8	月	1	日
				終了					
				2033	年	7	月	31	日
		契約の自動更新		2 なし					
		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	29 m <sup>2</sup>	2	4 介護居室相部屋				
タイプ2	1 有	2 無	16 m <sup>2</sup>	46	3 介護居室個室				
タイプ3			m <sup>2</sup>						
タイプ4			m <sup>2</sup>						
タイプ5			m <sup>2</sup>						
タイプ6			m <sup>2</sup>						
タイプ7			m <sup>2</sup>						
タイプ8			m <sup>2</sup>						
タイプ9			m <sup>2</sup>						
タイプ10			m <sup>2</sup>						

共用施設	共用便所における 便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所	
	共用浴室	2	ヶ所	個室	3	ヶ所	
				大浴場	0	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所	
				リフト浴	1	ヶ所	
				ストレッチャー浴		ヶ所	
				その他		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	2	あり（ストレッチャー対応）					
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						
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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1, 個別ケアの実践を通して「その人らしい暮らし」の実現を目指します</li> <li>2, 日々穏やかに楽しく生活して頂くことを目指します</li> <li>3, 地域の信頼に応える保健・医療・福祉を目指します</li> </ol>
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1, 入居者様を人生の先輩として尊重し、傾聴致します</li> <li>2, 入居者様の立場に立って物事を考え、家庭的な雰囲気の中で「真心のケア」を致します</li> <li>3, リハビリテーションにより身体機能の維持・向上を図り、介護度が高くなっても寝たきりではなく、起きて過ごせるようにお手伝い致します</li> <li>4, 趣味活動や外出支援、レクリエーションを通じて、心のふれあいを大切にし、生きがいを持てるようにお手伝い致します</li> </ol>
<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>2 委託</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>2 委託</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)	2	なし	
	入居継続支援加算 (II)	2	なし	
	生活機能向上連携加算 (I)	2	なし	
	生活機能向上連携加算 (II)	2	なし	
	個別機能訓練加算 (I)	1	あり	
	個別機能訓練加算 (II)	2	なし	
	ADL維持等加算 (I)	1	あり	
	ADL維持等加算 (II)	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	
	若年性認知症入居者受入加算	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	
	口腔・栄養スクリーニング加算	2	なし	
	科学的介護推進体制加算	1	あり	
	退院・退所時連携加算	1	あり	
	看取り介護加算 (I)	1	あり	
	看取り介護加算 (II)	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	2	なし
		(II)	2	なし

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1	あり
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり
		(Ⅱ)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2		なし	
	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="radio"/>	救急車の手配		
	<input type="radio"/>	入退院の付き添い		
	<input type="radio"/>	通院介助		
		その他		
1	名称	田中クリニック		
	住所	小郡市美鈴が丘5丁目12-3		
	診療科目	内科（消化器）全般、外科		
	協力科目			
	協力内容	定期訪問診療、健診、看取り		

協力医療機関	2	名称	大刀洗診療所
		住所	三井郡大刀洗町高樋1252-1
		診療科目	内科（循環器・呼吸器）全般
		協力科目	
		協力内容	定期訪問診療、健診、看取り
	3	名称	嶋田病院
		住所	小郡市小郡217-1
		診療科目	全科
		協力科目	
		協力内容	24時間救急対応

協力歯科医療機関	1	名称	たかた歯科医院
		住所	久留米市御井簾崎2-34-38
		協力内容	定期訪問歯科診療、口腔ケア指導
	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		
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減		
	便所の変更		
	浴室の変更		
	洗面所の変更		
	台所の変更		
	その他の変更	1 ありの場合	
		(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	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項			
契約解除の内容	以下の場合には、6か月の予告期間をおいて、契約を解除する場合があります。 ①入居契約書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ②家賃、管理費その他の費用の支払いをしばしば延滞する時 ③建物、付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破壊又は滅失		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	6	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	1泊2日2食付き 無料 ※居室に空きがある場合のみ実施可能
入居定員	50		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		0.5
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員				
介護職員	29	10	19	19.2
看護職員	4	2	2	3.4
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	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 ※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	0	0	0
介護福祉士	16	10	6
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	17	7	10
介護支援専門員	1	1	0

(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	1	1
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 30 分 ~ 9 時 30 分 )	
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 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】	d 3 : 1 以上
	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)	2 : 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									
		1 ありの場合		資格等の名称			介護支援専門員				
		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		1	3						
前年度1年間の退職者数			1	1							
に業務に応じた従事した人の経験年数	1年未満										
	1年以上3年未満			1	5						
	3年以上5年未満			1	5						
	5年以上10年未満	1		4	5						
	10年以上	1	2	4	4	2		1		1	
従業者の健康診断の実施状況											

## 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	
	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	近隣不動産事情に鑑み実施する
	手続き	会社規定に沿う

(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 1		
	年齢	90 歳	歳	
居室の状況	床面積	16 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	便所	1 有		
	浴室	2 無		
	台所	2 無		
入居時点で必要な費用	前払金	480,000 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		150,429 円	円	
家賃		48,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,239 1割負担 円	円	
	介護保険外※2	食費	51,340 円	円
		管理費	29,750 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	居室電気代実費 円	円
		その他	寝具リース 2,100 円	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	居室賃貸料
敷金	家賃の 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	共用施設の維持管理費、事務費、生活サービス等に係る人件費 居室で使う水道料
食費	外部委託による食事提供サービス費用（朝・昼・おやつ・夕食の食 材費及び調理委託管理費）
光熱水費	居室で使う電気料は実費
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	要介護度に応じた基本負担額及び各加算の合計 ※負担割合によって異なる
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	居住に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）
想定居住期間（償却年月数）	48 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）	155520 円
初期償却率	32.4 %

返還金の算 定方法	入居後 3 月以内の契約終了	契約期間に係る日割り分 (1日329円) を除いて 全額返金
	入居後 3 月を超えた契約終了	下記算定方法により返金 一時 金×67.6%× (1,461日－入居契約日数) / 1,461日
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	12	人
	女性	37	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	2	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	42	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	1	人
	要支援 2	1	人
	要介護 1	20	人
	要介護 2	8	人
	要介護 3	8	人
	要介護 4	8	人
	要介護 5	3	人
入居期間別	6ヶ月未満	13	人
	6ヶ月以上1年未満	10	人
	1年以上5年未満	12	人
	5年以上10年未満	13	人
	10年以上15年未満	1	人
	15年以上		人

### (入居者の属性)

平均年齢	88.4	歳
入居者数の合計	49	人
入居率※	98	%
※ 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	0	人
	社会福祉施設	2	人
	医療機関	6	人
	死亡	8	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人
	(解約事由の例)		
生前解約の状況	入居者側の申し出	8	人
	(解約事由の例) 医療機関での入院加療が要継続であるため		

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		サンホーム小郡 苦情相談窓口 1, 施設長 能間哲弥 2, 生活相談員 野田良子								
電話番号		-								
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	土曜	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
定休日		なし								

窓口2													
窓口の名称			小郡市役所 長寿支援課										
電話番号			0942		-		72		-		2111		
対応している時間	平日	8		時	0		分	～	17		時	0	分
	土曜			時			分	～			時		分
	日曜・祝日			時			分	～			時		分
定休日			土曜日 日曜日 祝日										
窓口3													
窓口の名称			小郡市社会福祉協議会										
電話番号			0942		-		73		-		1120		
対応している時間	平日	8		時	0		分	～	17		時	0	分
	土曜			時			分	～			時		分
	日曜・祝日			時			分	～			時		分
定休日			土曜日 日曜日 祝日										
窓口4													
窓口の名称			福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情窓口										
電話番号			092		-		642		-		7859		
対応している時間	平日	9		時	0		分	～	17		時	0	分
	土曜			時			分	～			時		分
	日曜・祝日			時			分	～			時		分
定休日			土曜日 日曜日 祝日										
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	損保ジャパン 損害賠償保険加入
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	サービス提供上の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、不可抗力による場合を除き、賠償される
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	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	結果の開示	
第三者による評価の実施状況	1 あり	
	1 ありの場合	
	実施日	2022/9/1
	評価機関名称	介護サービス情報公表システム
	結果の開示	1 あり

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	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	2 なし	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 回	
	2 なしの場合	
	2 代替措置なし	1 代替措置ありの場合
(内容)		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	介護付有料老人ホーム サンホーム八女 住宅型有料老人ホーム サンホーム柳川
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	
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	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



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）

※ \_\_\_\_\_ 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。