

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	サピエンス祖師谷
定員・室数	19 人 ・ 19 室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
サ付登録の有無	無
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	月払い方式
入居時の要件	混合型（自立含む）
介護保険の利用	居宅サービス利用可
居室区分	定員1人

1 事業主体

名 称	法人等の種別 営利法人		
	フリカナ	カブシカイクワジギョウ	
	名 称	株式会社 ジヴィエク	
主たる事務所の所在地	〒	183-0046	
		東京都府中市西原町1-26-2	
連 絡 先	電 話 番 号	042-507-1809	
	ファックス番号	03-3326-8095	
ホームページ	http://sapiens2014@jimdo.com		
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名 市川 裕
設 立 年 月 日	平成5年9月27日		
主 な 事 業 等	介護・医療コンサルタント・食品製造販売		

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	1	サピエンスヘルパーセンター	世田谷区上祖師谷5-3-1クローバーハイイツ102
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
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	なし		
福祉用具貸与	なし		
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	
複合型サービス(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	
介護予防特定福祉用具販売	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	
介護医療院	なし	

2 事業所概要

名 称	フリカ`ナ	サピエンス祖師谷		
	名 称	サピエンス祖師谷		
所 在 地	〒 157-0065	東京都世田谷区上祖師谷4-20-13		
連 絡 先	電 話 番 号	03-3326-8099		
	ファックス番号	03-3326-8095		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://sapiens2014@jimdo.com			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	市川 裕
事 業 開 始 年 月 日	平成 22 年 11 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 24 年 2 月 7 日			
届出上の開設年月日	平成 24 年 3 月 1 日			
事業所へのアクセス	京王線仙川駅より徒歩15分・小田急線成城学園前駅よりバス10分徒歩1分			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	582.19 m ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	604.5 m ²	うち有料老人ホーム分	584.7 m ²	
	竣工日	平成8年10月10日			
	階 数	地上 3 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 3 階 地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	寄宿舍	
	併設施設等	なし ()			
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成22年11月1日 ~ 平成42年10月31日		
		自動更新	あり (当該借家契約期間を超えない)		
居 室	階	定員	室数	面積	
	2階	1人	2	9.9 m ² ~ 9.9 m ²	
		1人	7	12.375 m ² ~ 12.375 m ²	
	3階	1人	2	9.9 m ² ~ 9.9 m ²	
		1人	1	13.2 m ² ~ 13.2 m ²	
		1人	7	12.375 m ² ~ 12.375 m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
便 所	居室	設置なし	共同便所	7 箇所 (男女共用)	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：0 大浴槽：1 機械浴：0	
	併設施設との共用			なし ()	
食 堂	兼用	あり (リビングルーム)			
	併設施設との共用			なし ()	
その他の共用施設	なし ()				
エレベーター	あり 1 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備：あり		火災通報装置：あり	スプリンクラー：あり	
緊急呼出装置	居室：一部あり	便所：あり	浴室：あり	脱衣室：なし	

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態								
① 有料老人ホームの職員の数及びその勤務形態								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者(施設長)			1			1人	0.5	介護職員及びサビエンスヘルパーセンター勤務
生活相談員				1		1人	0.5	サビエンスヘルパーセンター勤務
看護職員：直接雇用						0人		
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用			1	10		11人	5.5	常勤は管理職、非常勤はサビエンスヘルパーセンター勤務
介護職員：派遣						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士	1					1人	1.0	
調理員				2		2人	0.8	
事務員					1	1人	0.5	サビエンスヘルパーセンター勤務
その他従業者						0人		
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40 時間		

③-1 介護職員の資格															
資格	延べ 人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
介護福祉士			1	5											
実務者研修															
介護職員初任者研修				5											
介護支援専門員															
たん吸引等研修（不特定）															
たん吸引等研修（特定）															
資格なし															
③-2 機能訓練指導員の資格															
資格	延べ 人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
理学療法士															
作業療法士															
言語聴覚士															
看護師又は准看護師															
柔道整復師															
あん摩マッサージ指圧師															
はり師又はきゅう師															
③-3 管理者（施設長）の資格						介護福祉士									
④ 夜勤・宿直体制															
配置職員数が最も少ない時間帯				20 時 0 分～ 6 時 0 分											
上記時間帯の職員配置数				介護職員 1 人以上			看護職員 0 人以上								
従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）															
勤続 年数	職種	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				
1年未満															
1年以上3年未満				1											
3年以上5年未満															
5年以上10年未満				1	9		1								
10年以上															
合計		0	0	1	10	0	1	0	0	0	0				

4 サービスの内容

提供するサービス	
食事の提供サービス	あり（直営）
食事介助サービス	あり 介護保険サービス利用
入浴介助サービス	あり 介護保険サービス利用
排せつ介助サービス	あり 介護保険サービス利用
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり
相談対応サービス	あり
健康管理サービス（定期的な健康診断実施）	あり
服薬管理サービス	あり
金銭管理サービス	なし
定期的な安否確認の方法	夜間帯：2時間毎の居室訪問 日中：排泄時間、水分補給時に訪問
施設で対応できる医療的ケアの内容	訪問診療に於ける医師の指示により服薬支援、湿布、軟膏塗布等の簡単な処置を行う。また、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた介護職員による痰吸引を行う
医療機関との連携・協力	
協力医療機関(1)	名称 医療法人社団 永研会 ちとせクリニック
	所在地 東京都世田谷区南烏山4-9-14 南烏山ビルF

	協力の内容	ホームから1.5kmにある医療機関(内科)による訪問診療を後期高齢者医療自己負担分の費用で月2回の診療を受ける。その他医療相談、入院等の紹介、緊急時対応の協力、他科(皮膚科・整形外科)も必要に応じ訪問診療可能。(対象は特に医療機関指定の無い入居者)
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 永研会 訪問診療部 仙川歯科
	所在地	東京都調布市仙川町1-31-11
	協力の内容	ホームから1.5kmにある医療機関(歯科)による訪問診療を後期高齢者医療自己負担分の費用で月2回の診療を受ける。その他医療相談、入院等の紹介、緊急時対応の協力、他科(皮膚科・整形外科)も必要に応じ訪問診療可能。(対象は特に医療機関指定の無い入居者)
利用者の個別的な選択によるサービス提供		あり
運営懇談会の開催		あり (年 2 回予定)
入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置		
自費によるショートステイ事業		あり
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	概ね65歳以上の自立及び介護を必要とされる方
	要介護度	自立から要介護5
	医療的ケア	服薬支援、医師の指示による湿布・軟膏塗布等の簡単な処置
	認知症	問題行動が無いこと
	その他	感染症、自傷行為の無いこと
身元引受人等の条件、義務等	入居者の事業者に対する債務について、入居者と連携して履行の責任を負う。	
体験入居	利用期間	1週間程度
	利用料金	1泊 10,000円(宿泊費・介護サービス・食費を含む)
	その他	福祉用具レンタル代は別途
入院時の契約の取扱い	入院時は家賃相当額、管理費、水道光熱費を徴収し、居室の権利を維持する。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	身体拘束廃止委員会によるが、担当職員からの現状報告を基に医師、施設長、職員と「切迫性・非代替性・一時性」を十分検討した上で、本人、家族に詳細な説明をし、その経緯、詳細を介護記録簿に記録する。	
事業者からの契約解除	入居申込書に虚偽の事項を記入した場合。度重なる利用料の遅延。他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れのある場合。詳細は入居契約書第5章第2条による。	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
一時介護室への移動	なし	
判断基準・手続		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		

その他の居室への移動	あり		
判断基準・手続	医療的なケア、徘徊等の問題が生じた場合。詳細は入居契約書第2章第5条による		
利用料金の変更	なし		
前払金の調整	なし		
従前居室との仕様の 変更	居室面積の増減。		
提携ホーム等への転居	なし		
判断基準・手続			
利用料金の変更			
前払金の調整			
従前居室との仕様の 変更			
苦情対応窓口			
窓口の名称 1	サピエンス祖師谷		
電話番号	03-3326-8099		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (平日)		
窓口の名称 2	世田谷区保険福祉課		
電話番号	03-5432-2885		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日)		
窓口の名称 3	東京都国民健康保険団体連合会		
電話番号	03-6238-0177		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：福祉事業者総合賠償責任 三井住友海上火災保険株式会社		
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			
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	なし		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	83.0 歳	入居者数合計：	18 人				
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
65歳未満							1	
65歳以上75歳未満							1	
75歳以上85歳未満						5	4	
85歳以上					1	1	2	3
合計	0	0	0	0	1	6	8	3
入居継続期間別入居者数								
入居期間	6月未満	6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	合計	
入居者数		2	14	2			18	
男女別入居者数	男性：		6 人	女性：		12 人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				95 % （定員に対する入居者数）				

前払金の取扱い		
支払日・支払方法		
償却開始日		
返還対象としない額		
	位置づけ	
契約終了時の返還金の算定方式		
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月	起算日：入居した日
返還期限	契約終了日から	日以内
保全措置	保全先：	
その他留意事項		
月額利用料の取扱い		
支払日・支払方法	毎月20日に請求書送付、月末迄に振込	
その他留意事項	無し	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）	
料金改定の手続		
家族懇親会で60%の承認を得る。		

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	無し		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	168,000
※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。			

7 入居希望者等への事前の情報開示

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

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

<p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____ 印</p>

<p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>氏名 _____ 印</p>
--

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分 サービス	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの	その都度徴収するサービス（料金を表示）
<介護サービス>				
巡回 日中	○		○	
巡回 夜間	○		○	
食事介助	○			
排泄介助	○			
おむつ交換	○			
おむつ代		実費		
入浴（一般浴）介助	○			
清拭	○			
特浴介助	○			
身辺介助	○			
・体位交換	○			
・居室からの移動	○			
・衣類の着脱	○			
・身だしなみ介助	○			
機能訓練				
通院介助 （協力医療機関）		実費		実費
通院介助 （上記以外）		実費		実費
緊急時対応			○	
オンコール対応			○	
<生活サービス>				
居室清掃			○	
リネン交換			○	
日常の洗濯			○	
居室配膳・下膳			○	
嗜好に応じた特別食			○	
おやつ				
理美容	○	実費		実費
買物代行（通常の利用区域）		実費		実費
買物代行（上記以外の区域）		実費		実費
役所手続き代行		実費		実費
金銭管理サービス				

原則として介護保険サービスを利用

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<健康管理サービス>				
定期健康診断		実費		実費
健康相談	○		○	
生活指導・栄養指導	○		○	
服薬支援	○		○	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○		○	
医師の訪問診療				
医師の往診		実費		実費
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス		実費		実費
入退院時の同行(協力医療機関)	○		○	
入退院時の同行(上記以外)		実費		実費
入院中の洗濯物交換・買物		実費		実費
入院中の見舞い訪問	○		○	
<その他サービス>				

施設名：サビエンス祖師谷

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
安定的・継続的な居住の確保のための項目		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合	不適合
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合	不適合 非該当
緊急時の安全確保のための項目		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合	不適合 寄宿舎である為
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	不適合
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合	不適合 認知症以外の入居者居室とトイレ・浴室にボタン式のナースコールを設置(脱衣場には設置無し)
6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合	不適合 非該当
7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合	不適合
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	不適合
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	○ 適合	不適合 9.9㎡-4室 12.375㎡-7室
10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	不適合
11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	不適合
12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	不適合
入居者の財産を保全するための項目		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	○ 適合	不適合 非該当 保全先:
14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	○ 適合	不適合 非該当 初期償却率: %
15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	○ 適合	不適合 非該当

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。

※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。