

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	PDハウス足立
定員・室数	50人・50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	専用型（要介護のみ）
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	カブシキカイシャサンウェルズ		
	名 称	株式会社サンウェルズ		
主たる事務所の所在地	〒	920-0067		
			石川県金沢市二宮町15番13号	
連 絡 先	電 話 番 号	076-272-8982		
	ファックス番号	076-272-8986		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://sunwels.jp/			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	苗代 亮達
設 立 年 月 日	平成23年4月1日			
主 な 事 業 等	※別添1（別を実施する介護サービス一覧表）			

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	3	サンウェルズ足立ヘルパステーション	東京都足立区栗原2丁目24-14
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	3	サンウェルズ足立訪問看護ステーション	東京都足立区栗原2丁目24-14
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		
地域密着型通所介護	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	フリガナ	ピーディーハウスアダチ		
	名 称	PDハウス足立		
所 在 地	〒	123-0842		
	東京都足立区栗原2丁目24-14			
連 絡 先	電 話 番 号	03-5856-7173		
	ファックス番号	03-5856-7176		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://https://sunwels.jp/			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	河崎 憲昭
事 業 開 始 年 月 日	令和4年5月1日			
届 出 年 月 日	令和4年2月28日			
届出上の開設年月日	令和4年5月1日			
事業所へのアクセス	東武スカイツリーライン・伊勢崎線 西新井駅より徒歩13分			

施設・設備等の状況									
敷地	権利形態	—		抵当権	なし				
	面積	1090.2 m ²							
建物	権利形態	賃貸借		抵当権	なし				
	延床面積	1830.78 m ²		うち有料老人ホーム分 1830.78 m ²					
	竣工日	令和4年4月1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		老人ホーム			
	併設施設等	あり (サンウエルズ足立ヘルパーステーション、サンウエルズ足立訪問看護ステーション)							
賃貸借契約の概要		建物	契約期間	令和4年4月1日		～	令和34年4月1日		
			自動更新	あり					
居室	階	定員	室数	面積					
	1階	1人	8	13.7 m ²		～	13.98 m ²		
	2階	1人	21	13.7 m ²		～	13.98 m ²		
	3階	1人	21	13.7 m ²		～	13.98 m ²		
				m ²		～	m ²		
一時介護室	階	定員	室数	面積					
				m ²		～	m ²		
便所	居室	設置なし	共同便所	15箇所 (男女共用)					
	居室	設置なし	共同浴室	個浴：1		大浴槽：0		機械浴：2	
浴室	併設施設との共用			なし ()					
	兼用		なし ()						
食堂	併設施設との共用			なし ()					
	あり (相談室、リハビリ室)								
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：あり		便所：あり		浴室：あり		脱衣室：あり		

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		
生活相談員					0人			
看護職員：直接雇用				13	13人	6.0		
看護職員：派遣					0人			
介護職員：直接雇用				25	25人	9.0		
介護職員：派遣					0人			
機能訓練指導員				6	6人	1.5		
計画作成担当者					0人			
栄養士					0人			
調理員					0人			
事務員	3				3人	3.0		
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					17										
実務者研修					2										
介護職員初任者研修					6										
介護支援専門員					1										
たん吸引等研修（不特定）															
たん吸引等研修（特定）															
資格なし					1										
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					4										
作業療法士					1										
言語聴覚士					1										
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						作業療法士									
④ 夜勤・宿直体制															
配置職員数が最も少ない時間帯				1 時 0 分～ 3 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 1 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			13		25				6						
1年以上3年未満															
3年以上5年未満															
5年以上10年未満															
10年以上															
合計		0	13	0	25	0	0	0	6	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（委託）
食事介助サービス	あり
入浴介助サービス	あり
排せつ介助サービス	あり
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	居室の定期巡回、定期訪問、食事・服薬時の本人確認及び各行事への参加の有無、センサーマット（ナースコール連動）等での安否確認
施設で対応できる医療的ケアの内容	施設の看護職員による在宅酸素・膀胱留置カテーテル・人工肛門・褥瘡他皮膚疾患・糖尿病・パーキンソン病・認知症他疾患・胃ろう・経鼻経管栄養（対応可能な人数制限あり）・吸引吸入・ターミナルケア

医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	あだち在宅診療所
	所在地	東京都足立区綾瀬4-7-10 柏芳ビル貳号館4階
	協力の内容	診療科目：内科、皮膚科、眼科、精神科、耳鼻咽喉科、脳神経内科 協力内容：定期往診、緊急時対応 ホームからの距離：約5.2km
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	
	所在地	
	協力の内容	
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 1 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		なし
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	65歳以上
	要介護度	要介護1～要介護5
	医療的ケア	経管栄養(胃瘻)、中心静脈栄養法、在宅酸素療法、人工肛門、糖尿病(インシュリン注射)等の医療ニーズの高い処置が必要な方は、個別相談に応じます。
	認知症	受け入れ可
	その他	お看取り可
身元引受人等の条件、義務等	利用料支払いについての連帯責任、または入居契約解除後の身元の引受け及び残置物引取り。	
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	なし
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	居室の契約は存続します。食費は1食ごと、管理費は日割りにて減額となります。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	<p>(1) 3要件の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・切迫性(入居者本人又は他の入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと)・非代替性(身体的拘束を行う以外に代替する介護方法がないこと)・一時性(身体的拘束が一時的なものであること) <p>(2) 要件合致確認入居者の態様を踏まえ身体的拘束適正化委員会が必要性を判断した場合、限定した範囲で身体的拘束を実施することとしますが、拘束の実施後も日々の態様等を参考にして同委員会で定期的に再検討し解除へ向けて取り組みます。</p> <p>(3) 記録等緊急やむを得ず身体的拘束を行わざるを得ない場合、次の項目について具体的にご本人・ご家族等へ説明し書面で確認を得ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拘束が必要となる理由(個別の状況) ・拘束の方法(場所、行為(部位・内容)) ・拘束の時間帯及び時間・特記すべき心身の状況 ・拘束開始及び解除の予定(※特に解除予定を記載します) 	
事業者からの契約解除	入居契約書第33条に記載の通り。	
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	【判断基準】 一 入居者に常時の見守りが必要となり、職員の目の届く場所での介護を要するとき 二 末期癌・難病等、手厚い医療対応を要するとき 三 健康状態の回復により、常時の見守りを要さなくなったとき 四 その他、施設がより適切なサービスを提供するため居室変更が最善と判断したとき 【手続き】 一 施設の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者及びその家族の意見を聴取する。		
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	なし		
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	P Dハウス足立		
電話番号	03-5856-7173		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日～金曜日)		
窓口の名称 2	株式会社サンウェルズ本社法務請求課		
電話番号	076-272-8982		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日～金曜日)		
窓口の名称 3	足立区介護保険課事業者指導係		
電話番号	03-3880-5746		
対応時間	8:30 ~ 17:00 (月曜日～金曜日(祝日を除く))		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：事業活動包括保険		
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	あり		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	80.5 歳	入居者数合計：	36 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		1	
65歳以上75歳未満					2	1	2	1
75歳以上85歳未満				1	3	5	5	4
85歳以上				1	1	2	3	3
合計	0	0	0	2	7	8	11	8
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	36						36	
男女別入居者数	男性： 18 人		女性： 18 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	72 %（定員に対する入居者数）							

直近1年間に退去した者の人数と理由			
理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居	1	その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居		医療機関への入院	7
介護老人保健施設へ転居		死亡	1
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居	1	退去者数合計	10

6 利用料金

入居準備費用	なし	円
明内細訳		
支払日・支払方法		
解約時の返還		
敷金	あり	
金額	100,000 円	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。

家賃及びサービスの対価

プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	厨房管理費	食費	光熱水費
		165,000円	78,000	22,000	32,400	21,600	11,000
		0円					
		0円					
		0円					
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（ 円）× 想定居住期間（ 月） により算出 （月額単価の説明） （想定居住期間の説明）					
	家賃	近傍家賃相場（平均約89,000円）を勘案して算出					
	管理費	共用部において、介護保険を利用しない介護サービス（見守り、移動介助、排泄介助、食事介助、生活支援など）に係る費用。					
	厨房管理費	32,400円					
	食費	朝食 418 円・昼食 691 円・夕食 691 円 間食 0 円 1日当たり 1,800 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 一日当たり1,080円×30日で積算 （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 食事のキャンセルは1食ごとに可能です。キャンセルは3日前の17:00までに所定の書式にてお申し出ください。それ以降のキャンセルは実費負担となりますのでご注意ください。欠食分の減額の計算方法は下記の通りです。 【計算方法】 食費月額（21,600円）－欠食単価（朝食418円、昼食691円、夕食691円）					
光熱水費	居室と共用部の水道光熱費						

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	月末締め、翌月末日（基本27日振替）までに口座振替にてお支払いいただきます。	
その他留意事項	なし	
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		
費用の改定にあたっては、施設が所在する自治体の発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。		

【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	なし		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	100,000	0	165,000
※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	入居希望者に公開	財務諸表の要旨	公開していない
管理規程	入居希望者に公開	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	なし

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

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。

_____年 月 日

署名 _____

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名

職

署名

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 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▲
<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）				2,200円※入居者のご家族が対応できない場合
通院介助 （上記以外）				2,200円※入居者のご家族が対応できない場合
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				別途料金表による（2,800円～6,500円）
買物代行（通常の利用区域）				
買物代行（上記以外の区域）				
役所手続き代行				
金銭管理サービス				

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				年1回定期健康診断の機会を設ける(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			○	
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス				
入退院時の同行(協力医療機関)				2,200円※入居者のご家族が対応できない場合
入退院時の同行(上記以外)				2,200円※入居者のご家族が対応できない場合
入院中の洗濯物交換・買物				
入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>				

施設名:PDハウス足立

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にものとするため、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	
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	
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(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	○ 適合 . 不適合	
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。