

重要事項説明書

2021年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 ライフウォーカープラス
代表者名	代表取締役 金原一弘
所在地	神奈川県足柄上郡中井町北田525
電話番号／FAX番号	0465-81-6565 / 0465-81-0004
設立年月日	平成24年 9月 3日
直近の事業収支決算額※	(収益)77,399,016円 (費用)75,186,215円 (損益)2,212,801円
会計監査人との契約	(無)・有()
他の主な事業	老人福祉法及び介護保険法に基づく介護サービス全般

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費および及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	住宅型有料老人ホーム シニアトラスト	
所在地	神奈川県足柄上郡中井町北田391	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付(一般型・外部サービス利用型) ②住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	①利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 ③要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) ②介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	①全室個室(夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	(無)・有()
開設年月日	平成25年 6月 1日	
管理者氏名	施設長 : 雑賀 由紀子	
電話番号／FAX番号	0465-80-1660 / 0465-80-1661	
交通の便	JR二宮駅からバスで約20分	
ホームページアドレス	http://www.seniortrust.jp	
敷地概要	権利形態	所有・②借地
	(借地の場合の契約形態)	②通常借地契約・定期借地契約
	(借地の場合の契約期間)	平成25年 6月 1日～ 令和25年 5月 31日
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無・有
	敷地面積	934.49 m ²
抵当権の設定	無・有	

建物概要	権利形態	所有・ <u>借家</u>					
	(借家の場合の契約形態)	<u>通常借家契約</u> ・定期借家契約					
	(借家の場合の契約期間)	平成25年 6月 1日～ 令和25年 5月 31日					
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無・有					
	建物の構造	造 階建(耐火・ <u>準耐火</u> ・その他)					
	延床面積	632.99 m ² (うち有料老人ホーム m ²)					
	建築年月日	平成25年 4月 30日建築					
	改築年月日	年 月 日改築					
建築確認時の主要用途	<u>有料老人ホーム</u> ・その他()						
抵当権の設定	無・有						
居室概要	居室総数 18室 定員 18人(一時介護室を除く)						
	<u>1 全室個室</u> ・ 2 相部屋あり						
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数	
	Aタイプ		無・ <u>有</u>	<u>無</u> ・有	18.35~18.54m ²	18	
	Bタイプ		無・ <u>有</u>	<u>無</u> ・有	18.35~18.54m ²	18	
	Cタイプ		無・ <u>有</u>	<u>無</u> ・有	18.35~18.54m ²	18	
					m ²		
共用設備概要	食堂	無・ <u>有</u>(		1階・	54.55m ²)	
	浴室	一般浴槽	無・ <u>有</u> (1階・	m ²)	
		リフト浴	無・ <u>有</u> (1階・	m ²)	
		ストレッチャー浴	<u>無</u> ・有(階・	m ²)	
	便所	無・ <u>有</u>(		1階・	各所室内)	
	洗面設備	無・ <u>有</u>(		1階・	m ²)	
	医務室(健康管理室)	<u>無</u> ・有(		階・	m ²)	
	談話室	無・ <u>有</u>(		1階・	食道と兼ねる)	
	面談室	無・ <u>有</u>(		2階・	6.11 m ²)	
	事務室	無・ <u>有</u>(		1階・	m ²)	
	洗濯室	無・ <u>有</u>(		1階・	m ²)	
	汚物処理室	無・ <u>有</u>(		1、2階・	m ²)	
	看護・介護職員室	<u>無</u> ・有(		階・	m ²)	
	機能訓練室	<u>無</u> ・有(		階)	他の共用施設との兼用 無・有()	
	健康・生きがい施設	<u>無</u> ・有(		階)		
	緊急通報設備			無・ <u>有</u>			
	エレベーター			無・ <u>有</u> (ストレッチャー搬入可 1基)			
居室のある区域の廊下幅			(1.8 m ~ 1.8 m)				
消防設備概要	消火器	(無・ <u>有</u>)		自動火災報知設備	(無・ <u>有</u>)		
	火災通報設備	(無・ <u>有</u>)		スプリンクラー	(無・ <u>有</u>)		
	防火管理者	(無・ <u>有</u>)		防災計画	(無)・有		
危険区域の指定状況	1 <u>無</u>						
	2 有						
	指定されている危険区域 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()						
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	訪問介護事業所		シニアトラスト				
	介護保険事業所番号		1471400745				

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式		前払い方式 ・ <u>月払い方式</u> ・ 選択方式				
敷 金		②・有 (円、家賃相当額の か月分)				
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
A プラン	139,000 円	47,000 円	47,000 円		45,000 円	
B プラン	189,000 円	47,000 円	97,000 円		45,000 円	
C プラン	90,000 円	40,000 円	45,000 円		5,000 円	
月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	家賃相当額				
	管理費	共用部の維持管理費・人件費				
	介護費用	-				
	食費	朝食 250 円、昼食 300 円、夕食 300 円、厨房管理費 650 円=1,500/1 日 (Cプランのみ厨房管理費 150 円 3 日前までに欠食のお申し出があった場合には返金致します。)				
	光熱水費	-				
前払金		無し				
算定根拠						
償却開始日						
返還対象としない額						
契約終了時の返還金の算定方法						
短期解約の返還金の算定方式						
返還期限						
保全措置		無 ・ 有	保全措置の内容 ()			
			無の場合の理由 ()			
その他留意事項						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月 27 日
支払方法	毎月指定口座より引落
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件 (10頁 入居・退去等 に 記載)
	手続き (契約解除の通告)
	解約予告期間 (90 日)
入居者からの解約予告期間	30 日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	県に事前に相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元受人の同意を得る。	
入院等による不在時における利用料金 (月払い) の取り扱い	① 減額なし ② 日割り計算で減額 ③ 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
消費税の対象外とする利用料等			
体験入居の取扱い	1 無		
	② 有	期間	6 泊 7 日 以上
		費用	1泊3食 8,640円 (介護保険の適用はありません)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	1) 要介護認定を受けた入居者の方々の主治医、必要とされる介護事業所等連携体制を取り、一人ひとりに適したサービスが受けられるよう努めます。 2) 介護経験のある職員自身の知識を深め、技術を磨き、入居者様の安全と清潔で快適な生活を提供することに努めます。 3) ご入居者様の尊厳を重視し、感謝と尊厳をこめてサービス提供に努めます。		
サービスの提供内容の特色	必要な介護・医療との連携により「やすらぎ」と「安心」な生活が送れるよう支援します。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
食事の提供	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="radio"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共有部の維持管理費・健康管理	
	食費	朝・昼・夕の3食の食事提供	
	その他	なし	
業務の委託状況	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有	委託先 ()	
		委託内容 ()	
安否確認の方法・頻度等	基本 昼間 4時間毎、夜間 3時間毎、体調により提携医療機関指導で短時間毎、ナースコール対応随時居室内安否確認(希望者のみ)		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	保険名 (東京海上日動超ビジネス保険)	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	入居している居室等で介護します。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<ol style="list-style-type: none"> 1 一時介護室へ移る場合 ② 別の居室へ住み替える場合 ③ 提携ホームへ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	ホームとご本人様、ご家族様の間で同意があれば居室移動は可能

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	みつぼしクリニック
	診療科目	内科、皮膚科、心療内科、がん診療科
	所在地	神奈川県足柄上郡中井町北田 525
	距離及び所要時間	0.5 km 車で約 1 分
	協力内容	希望者への週 1 回の訪問診療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	鈴木歯科矯正歯科
	所在地	神奈川県中郡二宮町二宮 937
	距離及び所要時間	5.1 km 車で約 12 分
	協力内容	訪問歯科
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>緊急時は、協力医療機関との連携により 24 時間 365 日対応します。また、専門医等の必要な場合は、家族・本人等と相談の上、医療機関の選定をします。費用に関しては入居者の自己負担となります。</p> <p>入院期間中の月額利用料は家賃、管理費、厨房維持管理費及び水道光熱費をお支払い頂きます。</p>	

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (16時30分～翌朝) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員				
	介護職員	5	6	1	
	看護職員		2		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員		4		
	事務職員				
	その他職員		3		
合計	6	15	1		

(2) 職員の状況

		他の職務との兼務		無		有					
		資格等		1 無	2 有	介護福祉士					
		資格等の名称		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				1							
前年度1年間の退職者数				1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	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			2							
	10年以上		2	5	6						
従業者の健康診断の実施状況				① あり		2 なし					

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	一人	介護職員実務者研修修了者	一人
介護福祉士	8人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	一人	資格なし	一人

6 入居状況等

(2021年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	17人 (定員 18人)		
入居者の状況	男性	8人、女性	9人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	17人	(内訳) 要介護1 2人 要介護2 人 要介護3 2人 要介護4 7人 要介護5 6人
平均年齢	80歳 (男性 79歳 女性 82歳)		

7 退去状況等

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	16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)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無	
	2 有	① 代替措置あり（書面にて報告）
		2 代替措置なし
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 ・ 有	
苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	<ul style="list-style-type: none"> ・株式会社ライフウォーカープラス Tel0465-81-6565 ・施設担当者：施設長 雑賀由紀子 Tel0465-80-1660 <p>本部及び施設にて解決できない場合は下記連絡先に連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部 高齡福祉課 保健・居住施設グループ Tel045-210-1111（代表） ・神奈川県保健福祉局福祉部 介護保険課 Tel045-210-1111（代表） ・中井町福祉介護課 Tel0465-81-1112 	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、協力医療機関への連絡もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長もしくは職員からご家族へ連絡を行います。	
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ 可	
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について入居者と連帯して履行の責を負います。 また、必要な時には入居者の身柄を引き取ります。	
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況	協会への加入	無 ・ 有
	入居者基金への加入	無 ・ 有
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 無	
	2 有	実施日
		結果の開示	無 ・ 有
第三者による評価の実施状況	1 無	
	2 有	実施日
		評価機関名称
結果の開示	無 ・ 有	
看取りの対応	無 ・ 有	

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧 写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧 写し交付）	2 非公開

10 入居・退居等

施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>1（事業者からの解約）入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込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とき 二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上滞納した時 三 入居制約第18条の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき 五 入居者が30日以上に渡る長期入院が必要となった場合 <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保に協力いたします <p>3 第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく <p>（入居者からの解約）</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。</p>
---------------------------------	--

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表

区分	自立			要支援 1～2			要介護 1～5		
	提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		
サービスの提供内容等	提供方法(回数等)	提供方法(回数等)	金額(単価)	提供方法(回数等)	提供方法(回数等)	金額(単価)	提供方法(回数等)	提供方法(回数等)	金額(単価)
1. 介護サービス									
①巡回				希望により対応			希望により対応		
・昼間 時～時	有・無	—	—	4時間毎		—	4時間毎		—
・夜間 21時～7時	有・無	—	—	3時間毎		—	3時間毎		—
②食事介助	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
③排泄						—			—
・排泄介助	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・おむつ交換	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・おむつ代	有・無	—	—			実費			実費
④入浴等									
・清拭	有・無	—	—			1回 1650円			1回 1650円
・一般浴介助	有・無	—	—			1回 1650円			1回 1650円
・特浴介助	有・無	—	—			1回 1650円			1回 1650円
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・居室からの移動	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・衣類の着脱	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・身だしなみ介助	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
⑥機能訓練	有・無	—	—						
⑦通院の介助	有・無	—	—			30分 1100円			30分 1100円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	—	—	24時間対応			24時間対応		
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
・洗濯	有・無	—	—			1回 550円			1回 550円
②居室配膳・下膳	有・無	—	—			1回 220円			1回 220円
③理美容	有・無	—	—			実費			実費
④代行									
・買物	有・無	—	—			30分 1100円			30分 1100円
・役所手続	有・無	—	—			30分 1100円			30分 1100円
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無	—	—			年2回の機会の提供(費用は実費)			年2回の機会の提供(費用は実費)
・健康相談	有・無	—	—	適宜対応			適宜対応		
・生活指導	有・無	—	—	適宜対応			適宜対応		
・医師の往診	有・無	—	—			実費			実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	有・無	—	—			実費			実費
・入退院時の同行	有・無	—	—			30分 1100円			30分 1100円
5. その他サービス									
	有・無	—	—						

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
 注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。
 注3) 各サービスごとに提供方法(回数等)及び金額(費用負担等)を明示すること。
 注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	洗剤等は倉庫で保管をしているため、入居者の手の触れられるところにはありません
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	洗剤等は倉庫で保管をしているため、入居者の手の触れられるところにはありません
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	非該当			
9	看護・介護職員室	無			
10	機能訓練室	無			
11	談話室	無			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	無			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。