

ライフドリーム新道東

有料老人ホーム入居契約
重要事項説明書

株式会社 ライフドリーム

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和	年	月	日
記入者名	浅沼 良一	所属・職名	施設管理者			

1. 事業主体概要

種類	① 個人		② 法人		
	※法人の場合、その種類		株式会社		
名称	(ふりがな) かぶしがいいしやらいふどりーむ 株式会社ライフドリーム				
法人番号	法人番号の有無		① あり		② なし
	法人番号		8430001018098		
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 003-0822				
	札幌市白石区菊水元町2条1丁目8番36号				
連絡先	電話番号		011-872-6116		
	FAX番号		011-879-5702		
	メールアドレス		info@lifedream.co.jp		
	ホームページアドレス		https://lifedream.co.jp//		
代表者	氏名		河合 宏敏		
	職名		代表取締役		
設立年月日	昭和62		年	4	月 1 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) らいふどりーむしんどうひがし ライフドリーム新道東									
所在地	〒 007-0834									
	札幌市東区北34条東21丁目1番7号									
市区町村コード	都道府県			北海道			市区町村		札幌市	
主な利用交通手段	最寄駅					地下鉄東豊線 新道東 駅				
	交通手段と所要時間					地下鉄東豊線「新道東」下車 徒歩10分				
連絡先	電話番号			011-299-1414						
	FAX番号			011-299-6006						
	メールアドレス			si-01-mg@lifedream.co.jp						
	ホームページアドレス			https://lifedream.co.jp						
管理者	氏名			浅沼 良一						
	職名			施設管理者						
建物の竣工日				平成26		年	9	月	19	日
有料老人ホーム事業の開始日				平成30		年	4	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） 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） ③ 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 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		年 月 日
	指定の更新日（直近）		年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積		2,737.05 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 ② 事業者が貸借する土地					
		2 事業者が貸借する土地の場合					
		貸借の種別	1 普通貸借 ② 定期貸借				
		抵当権の有無	① あり 2 なし				
		契約期間	① あり 2 なし				
			開始				
			2014 年 10 月 1 日				
	終了						
	2035 年 9 月 30 日						
契約の自動更新	① あり 2 なし						
建物	延床面積		全体 3,675.06 m ² うち、老人ホーム部分 3,675.06 m ²				
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他					
		3 その他の場合					
	構造	① 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他					
		4 その他の場合					
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 ② 事業者が貸借する建物					
		2 事業者が貸借する建物の場合					
		貸借の種別	1 普通貸借 ② 定期貸借				
抵当権の有無		① あり 2 なし					
契約期間		① あり 2 なし					
		開始					
		2014 年 10 月 1 日					
終了							
2035 年 9 月 30 日							
契約の自動更新	① あり 2 なし						
居室の状況	居室区分 【表示事項】		① 全室個室（縁故者個室含む） 2 相部屋あり				
			最少		人部屋		
			最大		人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
	①	有 無	有 無	13.45 m ²	13	一般居室個室	
	②	有 無	有 無	13.36 m ²	2	一般居室個室	
	③	有 無	有 無	13.49 m ²	2	一般居室個室	
	共用施設	共用便所における便房	11	か所	うち男女別の対応が可能な便房	10	か所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	11	か所	
共用浴室		2	か所	個室	0	か所	
				大浴場	1	か所	
共用浴室における介護浴槽		1	か所	チェアー浴	0	か所	
				リフト浴	0	か所	
				ストレッチャー浴	1	か所	
				その他		か所	
食堂	① あり 2 なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり ② なし						

	エレベーター	① あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし		
消防用設備等	消火器	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	① 全居室あり	2 一部居室あり	3 なし
	便所	① 全便所あり	2 一部便所あり	3 なし
	浴室	① 全浴室あり	2 一部浴室あり	3 なし
	その他			
その他		1 あり	2 一部あり	3 なし

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	ご入居者様が満ち足りた幸福感を感じる事のできる施設サービスを提供する。			
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとりのライフスタイルやこだわりを何よりも尊重しながら、きめ細やかにお世話させていただきます。			
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし	
洗濯・掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可		☐	救急車の手配
		☐	入退院の付き添い
		☐	通院介助
		☐	その他 入院中に見舞い訪問
協力医療機関	1	名称	札幌シティクリニック
		住所	札幌市東区北31条東19丁目2番10号
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、入院先紹介等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人メディカルフォース フォース歯科
		住所	札幌市東区東苗穂13条1丁目2番1号
		協力内容	訪問歯科診療

（入居後に居室を住み替える場合）

入居後に居室を住み替える場合	☐	一時介護室へ移る場合	
	☐	介護居室へ移る場合	
※複数選択可	☐	その他	他の一般居室へ移る場合
判断基準の内容	入居者に対してより適切な支援等を提供するために必要と判断される場合		

手続きの内容		・主治医の意見を聞く ・本人の意思を確認する ・身元引受人の意見を聞く ・介護内容、費用負担の増減等について説明を行う	
追加的費用の有無		① あり	2 なし
居室利用権の取扱い		住み替え先の一般居室に移行される	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	① あり	2 なし
	便所の変更	① あり	2 なし
	浴室の変更	① あり	2 なし
	洗面所の変更	① あり	2 なし
	台所の変更	① あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	② なし
		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	1 あり	② なし
	要支援の者	① あり	2 なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項		原則60歳以上の方	
契約解除の内容		・入居者が逝去した場合（2名の場合はそのどちらも） ・入居者から契約解除が行われた場合 ・事業者から契約解除が行われた場合 不正手段により入居したとき 支払いを正当な理由なくしばしば遅延するとき 60日以上亘って施設を離れる事が明らかなとき 他者に危害を及ぼす、又は、その恐れがあり、 通常の方法等で防止出来ないとき 必要とする医療行為が施設で提供できないとき 入院後60日以内に退院できる見込みがないとき 入院後60日を経過しても退院していないとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条	
	解約予告期間	2 か月	
入居者から解約予告期間		1 か月	
体験入居の内容	① あり	2 なし	
	1 ありの場合		
	(内容)	1 泊2日（3食付）5,500円（税込） ※最長2週間まで	
入居定員		17 人	
その他			

5. 職員体制

(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	1	1		
直接処遇職員	5	1	4	
介護職員	5	1	4	
看護職員	0			
機能訓練指導員	0			
計画作成担当者	0			
栄養士	0			委託
調理員	0			委託
事務員	1	1		
その他職員	0			

1 週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※ 2	時間
※ 1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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	時間	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0		
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	0		
介護支援専門員	0		

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	時間	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0		
理学療法士	0		
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復士	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 00 分 ~ 10 時 00 分)	
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0.0 人	0.0 人
介護職員	1.0 人	1.0 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり (2) なし
	業務にかか る資格等	1 あり (2) なし	
		1 ありの場合	
	資格等の名称		
	看護職員	介護職員	生活相談員
	常勤	非常勤	常勤
前年度 1 年間の採用者数		1	1
前年度 1 年間の退職者数			
応た業 じ経務 人た験に 数職年従 員数事 のにし	1 年未満		
	1 年以上 3 年未満		1
	3 年以上 5 年未満	1	3
	5 年以上 10 年未満		
	10 年以上		1
従業員の健康診断の実施状況		(1) 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 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
-------------------	-------------------------------------

利用料金の支払い方法 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式	
4 選択方式の場合、該当する方式をすべて選択		
		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	1 あり	② なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	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	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数及び人件費等を勘案する
	手続き	運営懇談会で意見を聞く

（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	要介護5
	年齢	80 歳	80 歳
居室の状況	床面積	13.45 m ²	13.19 m ²
	便所	① あり 2 なし	① あり 2 なし
	浴室	① あり 2 なし	① あり 2 なし
	台所	① あり 2 なし	① あり 2 なし
入居時点で必要な費用	前払金※1	0 円	0 円
	敷金	108,000 円	108,000 円
月額費用の合計		129,600 円	129,600 円
サービス費用	家賃	36,000 円	36,000 円
	特定施設入居者生活介護※2の費用	- 円	- 円
	介護保険外※3		
	食費	39,600 円	39,600 円
	管理費	39,500 円	39,500 円
	共益費	14,500 円	14,500 円
	介護費用	0 円	0 円
	光熱水費	※4 円	※4 円
	その他	※4 円	※4 円
※1 入居月の家賃・管理費・食費として支払う前払い金を除く。			
※2 当ホームは特定施設入居者生活介護の指定を受けていない。			
※3 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係る介護費用は、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）			
※4 次項（利用料金の算定根拠）を参照。			

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	36,000円
敷金	家賃の 3 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。	なし※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	39,500円
共益費	14,500円
食費	39,600円/月
光熱水費	・居室にて利用の電気代 : 6,000円/月 ・暖房費（消費税込）※10月～5月の期間 : 11,000円/月
利用者の個別的な選択によるサービスの利用料	別添 2

その他のサービス利用料	・以下の項目については実費となる - 医療費 - 個別にて使用の日用品費（オムツ等） - その他、管理規程に定める費用
-------------	--

7. 入居者の状況【前年度末実績】

（入居者の人数）

性別	男性	3 人
	女性	12 人
年齢別	65歳未満	2 人
	65歳以上75歳未満	5 人
	75歳以上85歳未満	5 人
	85歳以上	3 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	6 人
入居期間別	6 か月未満	1 人
	6 か月以上 1 年未満	2 人
	1 年以上 5 年未満	10 人
	5 年以上10年未満	2 人
	10年以上15年未満	0 人
	15年以上	0 人

（入居者の属性）

平均年齢	73.2 歳
入居者数の合計	15 人
入居率※	88.2 %
※ 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	1 人
	医療機関	1 人
	死亡	1 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		（解約事由の例）
	入居者側の申し出	2 人
		（解約事由の例） 他施設への転居、入院加療が必要

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) ※複数ある場合は欄を増やして記入すること。

窓口 1			
窓口の名称		ライフドリーム新道東	
電話番号		011-299-1414	
対応している 時間	平日	9時00分～18時00分	
	土曜	9時00分～18時00分	
	日曜・祝日	9時00分～18時00分	
定休日		なし	
窓口 2			
窓口の名称		札幌市保健福祉局 高齢保健福祉部 介護保険課 (事業指導担当) 施設指導係	
電話番号		011-211-2972	
対応している 時間	平日	8時45分～17時15分	
	土曜	—	
	日曜・祝日	—	
定休日		土曜・日曜・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	① あり 2 なし		
	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。	
介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	① あり 2 なし		
	1 ありの場合		
	その内容	事実関係を調査の上、速やかに損害賠償を行う。	
事故対応及びその予防のための指針	① あり 2 なし		

(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 2 なし		
	1 ありの場合		
	実施日		
	結果の開示	① あり 2 なし	
第三者による評価の実施状況	1 あり ② なし		
	1 ありの場合		
	実施日		
	評価機関名称		
	結果の開示	1 あり 2 なし	

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛型	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
管理規定	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

運営懇談会	① あり 2 なし		
	1 ありの場合		
	(開催頻度) 年		1 回
	2 なしの場合		
	1 代替措置あり 2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	① あり ② なし		
	1 ありの場合		
	提携ホーム名		
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 2 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	1 あり ② なし		
有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項	① あり 2 なし		
	1 ありの場合		
	合致しない事項がある場合の内容	・居室の面積	
	「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） ③ 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	① あり 2 なし		
不適合事項がある場合の内容	・有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権 ※根抵当権		

添付書類： 別添1（別に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。