

# 入居契約重要事項説明書

兼「東京都消費者生活条例による表示」

たくみ株式会社

住宅型有料老人ホーム ベルジ高崎たやの家

別紙様式

重要事項説明書

		記入年月日	平成 26 年 9 月 1 日
記入者名	野上 浩	所属・職名	常務取締役総支配人

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<u>あり</u> ：株式会社
	名称	(ふりがな) たくみかぶしきがいしゃ たくみ株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒370-0006		
	群馬県高崎市問屋町1丁目6-4		
事業主体の連絡先	電話番号	027-370-3456	
	FAX 番号	027-364-3001	
	E-mail アドレス	amour-town.@takumikk.co.jp	
	ホームページアドレス	なし	<u>あり</u> ： <a href="http://www.takumikk.co.jp">http://www.takumikk.co.jp</a>
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	信澤 真由美	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成 3 年 10 月 28 日		

事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	アムールタウン高崎	高崎市問屋町 1-6-4
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	ベルジ高崎 だんだん 川場たやの家	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-6-4 利根郡川場村生品 1823-1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし	ベルジ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	ベルジ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ベルジ吉岡たやの家 ベルジ渋川たやの家 ベルジ前橋たやの家 ベルジ川場たやの家	北群馬郡吉岡町上野田 9 6 渋川市半田西宮 3075 前橋市上泉町 1870-3 利根郡川場村生品 1823-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	アムール居宅介護支援事業所 川場居宅介護支援事業所	高崎市問屋町 1-7-3 利根郡川場村生品 1823-
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	アムールタウン高崎	高崎市問屋町 1-6-4
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	ベルジ高崎 だんだん 川場たやの家	高崎市問屋町 1-7-3 高崎市問屋町 1-6-4 利根郡川場村生品 1823-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ベルジ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	ベルジ高崎	高崎市問屋町 1-7-3
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	ベルジ吉岡たやの家 ベルジ渋川たやの家 ベルジ前橋たやの家 ベルジ川場たやの家	北群馬郡吉岡町上野田 9 6 渋川市半田西宮 3075 前橋市上泉町 1870-3 利根郡川場村生品 1823-1
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし	アムール居宅介護支援事業所 川場居宅介護支援事業所	高崎市問屋町 1-7-3 利根郡川場村生品 1823-
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

## 2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむべるじたかさきたやのいえ 住宅型有料老人ホーム ベルジ高崎 たやの家	
施設の所在地	〒370-0006	群馬県高崎市問屋町1-7-3
施設の連絡先	電話番号	027-370-3456
	FAX 番号	027-364-3001
	ホームページ	なし
	メールアドレス	あり : <a href="http://www.takumikk.co.jp">http://www.takumikk.co.jp</a>
施設の開設年月日		平成19年2月1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	野上 浩
	職名	総支配人
施設までの主な利用交通手段		
自家用車：前橋 IC より 4.0km 高崎 IC より 5.5km バス：高崎駅より 20分(3.7km) 徒歩：上越線高崎問屋町駅より 800m		
施設の類型及び表示事項	類 型 : 住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態 : 賃貸方式 利用料の支払い方式 : 月払い方式 入居時の要件 : 入居時自立・要支援・要介護状態 介護保険 : 在宅サービス利用可 居室区分 : 全室個室	

### 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						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	0.3
生活相談員	1				1	1.0
看護職員						
介護職員	9		1		10	9.4
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	3					
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級	7			1		
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
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						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				1	
	平均時の人数				1	

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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			5	1		
前年度1年間の退職者数			5	1		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			5	1		
1年以上3年未満の者の人数			2			
3年以上5年未満の者の人数			3		1	
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	



入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 重度認知症等により施設介護が困難になった場合は、主治の医師の意見を踏まえ、ご本人の意思、身元引受人等の生活継続に対する意見を確認した上で、介護対応いたします。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

	その他	なし	あり
	判断基準・手続について (その内容)		
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い (その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
	施設の入居に関する要件		
	自立している者を対象	なし	あり
	要支援の者を対象	なし	あり
	要介護の者を対象	なし	あり
	留意事項		
契約の解除の内容	<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが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、契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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時</li> <li>・月額の利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、2ヶ月遅滞するとき</li> <li>・入居契約書第19条（禁止又は制限される行為）の規則に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が他の入居者の生命に危険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</li> <li>・入居者は、事業者に対して、14日前までに解約の申し入れを行うことにより、契約を解約することができます。</li> </ul>		
体験入居の内容	7泊8日以内の日程で体験入居が可能です。 (6,480円／1泊2日／3食)		
入居定員	30名		
その他			

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1				1
75歳以上85歳未満		1	2	2		5
85歳以上	3	2	4	9	4	22
	自立	要支援1	要支援2	申請中		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上			1			1
入居者の平均年齢	86.5歳					
入居者の男女別人数	男性	3		女性	26	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						97.95%
前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						3
社会福祉施設	1		1	4	4	10
医療機関						
死亡者		1	1	1		3
その他		1			1	2
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設			1			1
医療機関						
死亡者						
その他		1				1
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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
入居者数	6	3	18	3		

施設、設備等の状況

	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	30	21.33~28.9 m <sup>2</sup>	
	一般居室相部屋	あり	なし		m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> m <sup>2</sup>	
	介護居室個室	あり	なし		m <sup>2</sup>	
	介護居室相部屋	あり	なし		m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> m <sup>2</sup>	
	一時介護室	あり	なし		m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数	1	うち男女別の対応が可能な数			1	
		うち車椅子等の対応が可能な数			1	
個室の便所の設置数	30	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			30	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2	0	0	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況						
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり	
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) ダイニングスペース、リビングスペース、洗濯室 健康管理室、相談室、談話室、他				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			総面積 3,003.30 m <sup>2</sup>			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借(借地)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積			延床面積 1,544.092 m <sup>2</sup>			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
抵当権の設定		なし		あり		
貸借(借家)						
なし	あり	契約期間	始	終		
契約の自動更新				なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	ベルジ高崎 事務室		
電話番号	027-370-3456		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
定休日等	なし		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	群馬県国民健康保険団体連合会		
電話番号	027-290-1363		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土・日・祝		
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			
なし	あり	（その内容） 有料老人ホーム賠償責任保険	
その他、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に関すること			
なし	あり	（その内容）	
サービスの提供内容に関する特色等			
（その内容）			
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			
なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	平成26年2月26日
		実施した評価機関の名称	有料老人ホーム協会
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし		あり	
一時金に関する費用					
①居室に要する一時金（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）		なし		あり	
名称					
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	戸
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居をした月		なし	あり
		上記以外		(その内容)	
初期償却率 (%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	
②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス）		なし		あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠				なし	あり
名称					
一時金の償却に関する事項					
償却開始		入居をした月		なし	あり
		サービス提供を開始した月		なし	あり
		上記以外		(その内容)	
初期償却率 (%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	47,250円 (1,575円×30)
(「あり」の場合、その用途) 共用施設等の維持管理費、事務管理の費用、行事・イベント費用の一部、生活サービス等に係る人件費			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	48,600円 (1,620円×30)
(「あり」の場合、その内容) <b>朝食：432円 昼食：562円 夕食：629円</b>			
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	入居者が居住する専用居室の電気代、電話代については実費負担
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス	なし	<input type="checkbox"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
個別的な選択による介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
家賃相当額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	Aタイプ	111,540円(3,718円/日×30日)
家賃相当額	<input checked="" type="checkbox"/> あり	Bタイプ	131,040円(4,368円/日×30日)
その他に必要な月額利用料	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護用品費は別途実費負担			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※担当者から説明を受け、十分理解した上でサービス提供開始に同意致します。

※ \_\_\_\_\_ 印

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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。

別 添

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備 考	
介護サービス					
食事介助 排泄介助・おむつ交換 おむつ代 入浴（一般浴）介助・清拭 特浴介助 身辺介助（移動・着替え等） 機能訓練 通院介助（協力医療機関） 通院介助（協力医療機関以外）	なし なし なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり	実費負担 *介護サービスについては原則として、入居者が介護保険の在宅サービス事業者と個別に契約し、自己負担額をサービス業者に支払います。 指定機関以外 1500 円/回
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 入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ 理美容師による理美容サービス 買い物代行（通常の利用区域） 買い物代行（上記以外の区域） 役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり	実費負担 実費負担 実費負担 指定場所以外 1000/回
健康管理サービス					
定期健康診断 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）	なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	年2回。費用は自己負担
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） 入退院時の同行（協力医療機関以外） 入院中の洗濯物交換・買い物 入院中の見舞い訪問	なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし	あり あり あり あり あり	適宜実施（交通費自己負担） 同上 適宜実施 適宜実施

※住宅型有料老人ホームについて、「特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で実施サービス」は入居者が介護保険の在宅サービスを利用しない場合は、管理費で賄うものであること。