

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
ベルジ川場たやの家

ベルジ川場たやの家
有料老人ホーム重要事項説明書
(兼「東京都消費生活条例による表示」)

1. 事業主体概要

作成日 令和 7 年 6 月 1 日

事業主体名	たくみ株式会社
代表者名	代表取締役 信澤真由美
所在地	群馬県利根郡川場村生品 1 8 2 3 - 1
基本財産・資本金	2, 0 0 0 万円
主な出捐者・出資者 とその金額	樋口勝由 : 5 0 0 万円 信澤真由美 : 5 0 0 万円 ㈱シー・アンド・エス : 1, 0 0 0 万円
他の主な事業	介護施設運営及び一般建築業

2. 施設概要

施設名	住宅型有料老人ホーム ベルジ川場たやの家
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 : 利用権方式 入居時の要件 : 入居時自立、要支援・要介護状態 居室区分 : 全室個室
介護保険	在宅サービス利用可（介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用する施設です）
施設長名（管理者）	栗原 直樹
開設年月日	平成 1 5 年 5 月 1 日
所在地・電話番号	〒378-0113 群馬県利根郡川場村生品 1 8 2 3 - 1 TEL : 0278-52-3080 FAX : 0278-52-3611
交通の便	自家用車 : 沼田 I C より約 3.0 km 5 分 タクシー : 上越線沼田駅より約 2 0 分
敷地概要 （権利関係）	総面積 931.40 m ² たくみ株式会社所有（抵当権なし）
建物概要 （権利関係）	たくみ株式会社所有（抵当権あり） 延床面積 1,113.39 m ² 建物構造 鉄骨造 3 階建 内 2・3 階 竣工 平成 1 5 年 5 月 1 日（新築）
居室（一般居室）	居室総数 18 室 定員 18 人（単身用）

	居室面積 17.28 m ²
浴室、食堂	2・3階に設置
共用施設概要	ダイニングスペース、一般浴室(男・女)、談話室、相談室、浴室、洗濯室 他
緊急コール等 緊急連絡・安否確認	[緊急コールの設置場所] 一般居室・トイレに設置 [安否確認] 喫食状況から確認 夜間には夜勤者1名を配置し巡回

3. 利用料

費用の納入方式			月額利用料
入居一時金			なし
月額利用料			1 8 7, 6 8 0 円
内 訳	管理費		月額 9 4, 5 3 0 円 (税込) (3, 151 円/日×30 日)
		使 途	光熱水費(共用部分)、共益費、共用施設等の維持管理費、事務費用の一部、行事・イベント費用の一部、生活サービス等に係る人件費等
	食費		月額 4 6, 6 5 0 円 (税込) (1, 555 円/日×30 日) 朝食 475 円 昼食 495 円 夕食 585 円
	家賃		月額 4 6, 5 0 0 円 (非課税) (1, 550 円/日×30 日)
	光熱水費		入居者が居住する専用居室の電気・水道代については上記家賃相当額に含まれています。
	その他		理美容代、専用居室内の消耗品、介護用品(おむつ代含む)余暇活動、受診に係る診療費の一部負担は実費負担
改定ルール			人件費や物価の変動等に基づき、運営懇談会の意見を聴いて改定致します
損害賠償額の予定の定めの有無及び内容			無
消費税(総額表示)			月額利用料の家賃は非課税、他の月額利用料については課税

4. サービスの内容

月額利用料に含まれるサービス (介護費用を除く)	一般居室、共用施設の利用 食事：1日3食（定食方式） 食堂内の配下膳（体調不調の際には居室へ配下膳） 外来者への食事提供あり（実費本人負担） 生活サービス：リネン交換（週1回）ゴミ回収（毎日） 買物代行（月2回） 官公庁手続き代行（川場村） 施設指定医療機関への受診送迎 事務室：クリーニング・宅配便・郵便物の取次ぎ等 その他：余暇活動等 ※ この他、別添「介護サービス等の一覧表」を参照
健康管理	健康診断：内科嘱託医による年2回健康診断を行います。
上記以外の別途費用負担の必要なサービスと利用料	理美容代（カット2,300円～） テレビ代（60円/1日） 暖房費（11月～3月まで100円/1日）
苦情解決の体制	苦情窓口担当者が誠実に対応すると共に、経過を記録に残します。
損害賠償	事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、損害保険の手配を行い、誠実に対応致します。 但し、天災等の不可抗力によるものは除きます。

5. 介護を行う場所

要介護時に介護を行う場所	介護が必要になった場合は、居室内にて適切な介護が受けられるよう、指定居宅サービスの調整等、必要な便宜を図ります。
入居後に介護を必要とする場合	特定施設等へ住み替える場合（判断基準・手続き、追加費用の要否） 認知症等により当施設での生活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、対応致します。 結果、特定施設入所者生活介護等へ住み替えたり、居宅サービスを適用する場合は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額の1～3割負担が必要です。

6. 医療

協力医療機関の概要及び協力内容	パース整形外科クリニック 所在地：沼田市下久屋町 9 4 0 - 1 診療科目：内科・整形外科 群馬パース病院 所在地：利根郡川場村生品 1 8 6 1 診療科目：内科・精神科・整形外科・皮膚科 スマイル歯科クリニック 所在地：沼田市久屋原町 531-4 診療科目：歯科 協力内容：日中・夜間を問わずご利用者様の急変時での受診・入院受け入れ。診察の為に定期的な医師・看護師の派遣、日常の健康相談、他の医療機関に入院・受診する際に要する紹介、施設内での治療・処置、看護指導等
入居者が医療を要する場合の対応、契約の取り扱い等	施設の協力医療機関又は入居者が選択した医療機関において治療を受ける。費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担。入院により連続 7 日以上不在（入・退院日は含まない）の場合は不在日数の食費（1,555 円／日）を返金致します。また、入院が長期にわたった場合でも契約期間中であれば、退院時は入院前の居室に戻ります。

7. 入居状況

(令和 7 年 6 月 1 日現在)

入居者数及び定員	18 人 (定員 18 人)			
入居者内訳	性別	男性 6 人、女性 12 人		
	介護の要否別	自立	0 人	
		要支援	0 人	
		要介護	18 人	
			要介護Ⅰ	6 人
			要介護Ⅱ	3 人
			要介護Ⅲ	2 人
			要介護Ⅳ	3 人
			要介護Ⅴ	4 人
平均年齢	87.1 歳 (男性 86.3 歳、女性 87.5 歳)			
運営懇談会の開催状況 (開催回数、主な議題)	入居者と施設側で構成する運営懇談会を隔月に 1 回定期開催 主な議題 (入居者及びご家族様からの施設に対する要望・意見) 議事録を作成し、内容を掲示板にて告示。			

8. 職員体制

(令和 7 年 6 月 1 日現在)

		職員数	常勤換算後の人数	自立者対応	夜間勤務職員	備考
従業者の内訳	施設長	1	0.4			兼務
	直接処遇職員					
	介護職員	3	3.0		1.0	兼務
従業者の勤務体制の概要		介護職員	A 勤	7 : 0 0	～ 1 6 : 0 0	
			日勤	9 : 0 0	～ 1 8 : 0 0	(兼務)
		その他職員	準夜勤	1 5 : 0 0	～ 0 : 0 0	
			深夜勤	0 : 0 0	～ 9 : 0 0	

9. 入居・退居等

入居者の条件	概ね65才以上。健康な方から日常生活で介護が必要な方まで入居可能です。
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人を2名、定めていただきます。 身元引受人および利用者代理人は、契約書、管理規程等の記載事項（利用料の支払等）について、入居者と連帯して責任を負うことになります。また、入居契約が解除されたときに入居者を引き取ることになります。また、入居者の心身、健康状態に変化が生じ、必要な対応が求められる場合、その対応について施設から相談を受ける役割を担うことになります。
契約の解除	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。 ・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 ・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 ・入居契約書第19条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ・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 ・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。
体験入居	7泊8日以内の日程で、体験入居が可能です。 (5,250円／1泊2日／3食)

本「重要事項説明書」を受領し、担当者からの説明を受けたことを確認します。

ご利用者署名 _____ 様 印

(代筆 _____ 様(続柄 _____)

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____ 印