

ベルジ武尊

入居契約重要事項説明書

兼「東京都消費生活条例による表示」

ベルジ株式会社

令和5年7月1日現在



重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
-------	----------------

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) べるじかぶしきがいしゃ ベルジ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒370-3104 群馬県高崎市箕郷町上芝 8 3 9 番地 4	
連絡先	電話番号	0 2 7 - 3 7 1 - 6 6 1 0
	FAX 番号	0 2 7 - 3 7 1 - 6 6 1 3
	ホームページアドレス	https://www.e-verde.co.jp
	メールアドレス	minowa@e-verde.co.jp
代表者	氏名	樋口 朋幸
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 4 5 年 6 月 1 日	
主な実施事業	※別添 1 (別に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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ べるじほたか 介護付有料老人ホーム ベルジ武尊	
所在地	〒378-0113 群馬県利根郡川場村生品1221	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 上越線 沼田駅
	交通手段と所要時間	J R 上越線沼田駅下車、バス又はタクシーで15分 (7.5km) J R 上越新幹線上毛高原駅下車、タクシーで30分 (17.5km) お車の場合は、関越自動車沼田ICより川場方面 げ5分 (3.5km)
連絡先	電話番号	0278-52-2411
	FAX 番号	0278-52-3270
	ホームページアドレス	https://www.e-verde.co.jp
	メールアドレス	hotaka@e-verde.co.jp
管理者	氏名	原澤 仁
	職名	支配人
建物の竣工日		昭和57年11月1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和57年11月1日

(類型) 【表示事項】

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	1072700105
	指定した自治体名	群馬県
	事業所の指定日	平成12年4月1日
	指定の更新日 (直近)	令和2年4月1日

(特記事項)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 不要※
※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出が不要	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	4603.42 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 一部あり				
		2 事業者が賃借する土地				
		借地権の種類	1 普通借地権 2 定期借地権			
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
	契約期間	1 あり (H19年6月21日～R9年6月20日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
建物	延床面積	全体				6352.86 m ²
		うち有料老人ホーム部分				6352.86 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） 2 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3） 3 その他（ ）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ）				
	建物階数	4階建て（うち有料老人ホーム部分 1階～4階）				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (H19年6月21日～R9年6月20日) 2 なし			
	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				
		2 相部屋あり				
			最少			
		最大				4人部屋
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有	無	24.25 m ²	62	介護居室個室
	タイプ2	有	無	19.7 m ²	14	介護居室個室
タイプ3	無	無	16.2 m ²	16	介護居室個室	

	タイプ4	有	無	34 m ² ~42.4 m ²	12	介護居室相部屋
	タイプ5	無	無	19.1 m ² ~44.1 m ²	17	介護居室相部屋
	タイプ6	無	無	17.43 m ²	1	一時介護室
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入						
共用施設	共用便所における便房	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他()	ヶ所		
食堂	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし 簡易キッチン付の個室あり、湯沸かしなどは可能					
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし					
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>※一人ひとりの尊厳を守り、安心、安全、快適な住まいの提供を心がけ、常にサービス向上に努める</p> <p>※集団処遇から個別ケアを目指した自立を支援する介護</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>食事サービス...入居者様の健康を考慮し、栄養士管理のもと選択メニュー・行事食・季節の料理を提供し楽しんで頂いております。</p> <p>看護職員による健康相談、通院時の付添い、機能訓練、健康体操を実施し、健康管理に努めています。</p> <p>買物代行、外食会、ドライブ、運営懇談会を開催、皆様よりご意見を頂戴し改善を行っております。</p> <p>自立支援を目指し、身体・生活におけるの両面をサポートしております。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
食事の提供	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
健康管理の供与	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
生活相談サービス	<p>1 自ら実施 2 委託 3 なし</p>

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I) (II) なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし	
	科学的介護推進体制加算	1 あり 2 なし	
	ADL維持等加算	1 あり 2 なし	
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	(I) (II) なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算	1 あり 2 なし		
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	: 1
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ターミナルケア）	
協力医療機関 ※複数ある場合は、感染症対応の際の窓口となる医療機関に○を附記	1	名称	群馬パース病院
		住所	利根郡川場村生品1861
		診療科目	内科、泌尿器科、皮膚科
		協力内容	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、訪問診療、健康診断
	2	名称	パース整形外科クリニック
		住所	沼田市下久屋町940-1
		診療科目	整形外科
		協力内容	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、訪問診療
	3	名称	内田病院
		住所	沼田市久屋原町345-1
		診療科目	内科、循環器科、呼吸器科、皮膚科、外科
		協力内容	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、訪問診療、往診
協力歯科医療機関		名称	利根歯科診療所
		住所	沼田市高橋場町2002-1
		協力内容	治療、必要に応じ往診（医療費、その他の費用は自己負担）

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合	
	2 介護居室へ移る場合	
	3 その他 ()	
判断基準の内容		
手続の内容		
追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
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	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
入居対象となる者の年齢	年齢制限なし	
留意事項	2人入居の場合は、夫婦、親子、兄弟姉妹	
契約の解除の内容	<p>①入居者が逝去した場合（2名入居の場合はどちらとも逝去した場合）</p> <p>②入居者から契約解除が行われた場合（30日前）</p> <p>③事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月間滞納したとき ・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、他の入居者又は従業者の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止できないとき 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第27条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：通常の入居者と同じ生活を送ることができます。1ヶ月まで。） 2 なし	
体験入居の費用	1泊2日（3食付）6,600円（税込）	
入居定員	174人	
その他	【短期解約特例】 入居一時金の償却起算後90日以内に解約される場合は、契約書第45条に基づき、入居一時金および月額利用料等、受領済総額の契約期間にかかる日割り分を除き、全額を返還いたします	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（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人	1人		0.2人
生活相談員	2人	2人		1.8人
直接処遇職員				
介護職員	65人	32人	33人	49.7人
看護職員	9人	5人	4人	7.5人
機能訓練指導員	4人	4人		1.8人
計画作成担当者	5人	2人	3人	1.8人
栄養士（委託事業所職員）	1人	0人	1人	0.9人
調理員（委託事業所職員）	13人	7人	6人	11.6人
事務員	3人	3人		3人
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間以下
※1 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。				
※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		
		常勤	非常勤
社会福祉士	1人	1人	
介護福祉士	24人	17人	7人
実務者研修の修了者	2人	2人	
初任者研修の修了者	26人	9人	17人
介護支援専門員	5人	2人	3人

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1人	1人	
作業療法士	1人	1人	
言語聴覚士			
柔道整復士	1人	1人	
あん摩マッサージ指圧師	1人	1人	
はり師	1人	1人	
きゅう師	1人	1人	

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時～9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	4人	4人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 ④ 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務					1 あり 2 なし					
	業務に係る資格等					1 あり					
						資格等の名称		介護福祉士			
						2 なし					
	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人	2人	4人							
前年度1年間の退職者数	1人	2人	4人	6人							
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満			3人	5人						
	1年以上 3年未満	1人	2人	3人	8人					1人	
	3年以上 5年未満		1人	2人	5人			1人		1人	
	5年以上 10年未満	3人		11人	8人	1人		3人	2人		
	10年以上	1人	1人	13人	7人	1人				1人	
従業者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】		<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 月払い方式	
		<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1 全額前払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 月払い方式</td> </tr> </table>	1 全額前払い方式
1 全額前払い方式			
<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式			
<input type="checkbox"/> 3 月払い方式			
年齢に応じた金額設定		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が7日以上の場合（入・退院日は含まない）に限り、 食費のみ日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	全入居対象	
	手続	2年に1回、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。	

(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	要支援2	要介護3	
	年齢	89歳	89歳	
居室の状況	床面積	24.25㎡	37.3㎡(相室)	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	547,500円	なし	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		149,580円(30日利用)	96,630円(30日利用)	
家賃		45,000円(30日利用)	30,000円(30日利用)	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	11,245円(30日利用)	23,655円(30日利用)
		食費	55,080円(30日利用)	55,080円(30日利用)
		管理費	49,500円(30日利用)	11,500円(30日利用)
		介護費用	介護保険に係る費用のみ	介護保険に係る費用のみ
		光熱水費	150kwhを超えた超過分の電気料	なし
		その他	介護用品費は別途実費負担	介護用品費は別途実費負担
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 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関わる介護費用は、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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額のみ
管理費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用
光熱水費	実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	別添2

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	別添2
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	借地、建設費、借入利息等を基盤とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額
想定居住期間(償却年月数)	96ヶ月(終身利用コース) 12ヶ月(1年コース)
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	なし
初期償却率	なし
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 受領済みの入居一時金を全額返還する ただし利用期間に係る利用料を以下の算定式に基づき受領 入居一時金÷想定居住期間の月数÷30×(入居日から契約終了までの実日数)
	入居後3月を超えた契約終了 以下の算定式に基づく額を返還 入居一時金÷2922日×(2922日-経過日数) (終身利用コース) 入居金÷365日×(365日-経過日数)(1年コース)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他(名称:)

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	67人
	女性	100人
年齢別	60歳未満	1人
	60歳以上 65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	17人
	75歳以上 85歳未満	37人
	85歳以上 90歳未満	46人
	90歳以上 95歳未満	41人
	95歳以上 100歳未満	21人
	100歳以上	3人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	35人
	要介護2	35人
	要介護3	39人
	要介護4	33人
	要介護5	22人
入居期間別	6ヶ月未満	40人
	6ヶ月以上 1年未満	39人
	1年以上 5年未満	63人
	5年以上 10年未満	17人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	4人
入居時の住所 地	市内	1人
	県内の他の市町村	80人
	県外	86人

(入居者の属性)

平均年齢	86.3歳
入居者数の合計	167人
入居率※	96%
※ 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	2人
	社会福祉施設	64人
	医療機関	45人
	死亡者	36人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	147人
		(解約事由の例) 医療機関長期入院、特養入所など

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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		ベルジ武尊窓口（苦情処理担当者を定め、入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申し出による差別的な対応は一切行わない）
電話番号		0278-52-2411
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		なし

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	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日・祝日

窓口の名称		(公社) 全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3272-3781
対応している時間	平日	10:00~17:00 (月・水・金のみ)
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日・祝日

窓口の名称		川場村役場 健康福祉課
電話番号		0278-52-2111
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日・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	(その内容) (公社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上に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 (損害保険ジャパン(株))
	2 なし	
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	1 あり	(その内容) 上記の損害賠償責任保険にて対応
	2 なし	
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	実施日	令和4年9月1日
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	平成23年1月27日
		評価機関名称	(株)川原経営総合センター
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
重要事項説明書	1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合 の内容		
「6.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		
不適合事項がある場合の内 容		
(公社)全国有料老人ホーム 協会への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

添付書類：別添1（別を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）

説明年月日 西暦 年 月 日

入居及び（介護予防）特定施設入居者生活介護のサービス提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

事業者

名 称 有料老人ホーム ベルジ武尊
説明者署名

私は、本書面により、事業所から重要事項の説明を受け、同意のうえ交付を受けました。

また利用者が、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が家族代表者として利用者に代わってその署名を代筆いたしました。

利用者

氏 名 _____ (印)

家族代表者

氏 名 _____ (印) (続柄)

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	ベルジ南渋川 ベルジ箕輪	群馬県渋川市半田2726-1 群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
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	ベルジ南渋川	群馬県渋川市半田2726-1
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	ベルジ南渋川 グランドケア箕輪	群馬県渋川市半田2726-1 群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	グランドホーム箕輪 グランドホーム渋川	群馬県高崎市箕郷町上芝845-3 群馬県渋川市半田1468-1
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		
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ベルジ渋川 ベルジ箕輪	群馬県渋川市半田1470-2 群馬県高崎市箕郷町上芝845-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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	ベルジ南渋川	群馬県渋川市半田2726-1
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	ベルジ南渋川	群馬県渋川市半田2726-1
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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	ベルジ箕輪	群馬県高崎市箕郷町上芝839-4
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		
<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	あり	なし		
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		
<介護保険施設>				
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		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費 で、実施するサービス (利用者一部負担※1)	実施するサービス				
介護サービス						
食事介助	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり				
おむつ代	なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり				
特浴介助	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり				
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり	○		協力医療機関	
生活サービス						
居室清掃	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	○			
おやつ	なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス	なし	あり		○	実費(カット2,000円他)	
買物代行	なし	あり	○		指定の店舗	
役所手続代行	なし	あり	○			
金銭・貯金管理	なし	あり	○			
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	○			年2回 協力医療機関で実施
健康相談	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	○			
入退院時の同行	なし	あり	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	○			協力医療機関
入院中の見舞い訪問	なし	あり	○			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から3割までの利用者負担）。 ※2：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービスの都度払いによる場合に区別して、いずれかの欄に○を記入する。

