

重要事項説明書

住宅型有料老人ホーム 「絢葵」

運営会社: 有限会社 BLOOM

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 兵庫県たつの市龍野町中霞城149

商号、名称又は氏名 有限会社BLOOM

印

取締役 北村 博

代理人 所属

有限会社BLOOM

職名及び氏名

管理責任者 北村 博

印

住宅型有料老人ホームへの入居に係る契約を締結するに当たり、以下の事項について、書面を交付して説明します。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていきます。
協力医療機関や介護施設とも連携し、医療介護専門職による自立支援のサポートを行います。

1. 住宅型有料老人ホームの名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) つむぎ 紬葵
所在地	(住居表示※) 兵庫県たつの市揖保川町山津屋字長田67番、67番1
利用交通手段	■ 1. 電車 (JR山陽本線 線 竜野 駅から 徒歩 で 8 分) □ 2. その他 ()
住宅に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 権限	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権限	■ 1. 所有権 □ 2. 地上権 □ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで

※住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. 住宅型有料老人ホーム事業を行う者

法人・個人の別	■ 法人 □ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ぶるーむ 有限会社BLOOM	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 679-4170) 兵庫県たつの市龍野町中霞城149 電話番号 0791-63-3033	
法人の役員	別添1のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
	住所(法人に あっては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	別添2のとおり

3. 住宅型有料老人ホーム事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ぶるーむ 有限会社BLOOM		
事務所の所在地	(郵便番号 679-4170) 兵庫県たつの市龍野町中霞城149	電話番号 0791-63-3644	

4. 住宅型有料老人ホームの戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数 19 戸	入居定員 19 人
居住部分の規模	(最小) 18.30 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 18.30 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 木 造	階数 2 階建
竣工の年月	2024 年 4 月 1 日	
加齢対応構造等	☒ 登録基準に適合している	
	☒ エレベーターを備えている	
	☒ 緊急通報装置を備えている	

5. 住宅型有料老人ホームの入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	☒ 賃貸借契約 ☐ その他		
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨			
終身賃貸事業者の事業の認可	☐ 高齢者の居住の安定確保に関する法律第52条の認可を受けている		
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）（「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）		
入居対象者	☒ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 要介護の者		
	留意事項		
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等
		解約予告期間	6箇月
	入居者からの解約予告期間		1箇月

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期※	2024 年 4 月 1 日 から
---------	-------------------

6. 住宅型有料老人ホームにおいて提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり			
	状況把握・生活相談	☒ 自ら ☐ 委託	約 15,000 円				
	食事の提供	☐ 自ら ☒ 委託 ☐ 提供しない	約 円				
	入浴等の介護	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
	調理等の家事	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
	健康の維持増進	☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
その他		☐ 自ら ☐ 委託 ☒ 提供しない	約 円				
家賃の概算額	(最低) 約	50,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり				
	(最高) 約	50,000 円					
共益費の概算額	(最低) 約	25,000 円					
	(最高) 約	25,000 円					
敷金の概算額	(最低) 約	100,000 円	家賃の	2.0 月分			
	(最高) 約	100,000 円					
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます						
家賃等の費用の改定	条件	土地建物価格や物価の変動、人件費の上昇等により2年に1回改定する家賃等の費用 場合があります。					
	手続	運営懇談会の意見を聴きます。					
前払金※有無	☐ あり [☐ 前払方式のみ ☐ 前払方式と月払方式を選択可] ☒ なし						
支払い委託方式	収納会社名	NSS日本システム収納(株)					
引き落としについて	毎月、NSSが指定の口座より料金を口座振替で代行させていただきます。						
支払いについて	締め日	毎月末	引き落とし日	毎月26日 *日曜・祝日の場合は翌日となります			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額家賃の一部(20,000円又は30,000円)×想定居住期間61月					
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等	前払金－(月額家賃の一部÷30日×入居日から契約解除日までの日数)					
	入居後3箇月を超えた契約解除等	(月額家賃の一部÷30日)×契約解除日から想定居住期間満了までの日数					
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで						
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)						
前払金の保全措置の内容	☐ 銀行による債務の保証 ☐ 信託会社等による元本補てん又は信託						
	☐ 保険事業者による保証保険 ☐ その他()						
特定施設入居者生活介護事業所	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号()						
	☒ 指定を受けていない						
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号()						
	☒ 指定を受けていない						
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	☐ 指定を受けている 介護保険事業所番号()						
	☒ 指定を受けていない						
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)						

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。
なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用(該当する場合のみ)

特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合)※	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
要支援1	円	円	円	詳細については、別添5のとおり
要支援2	円	円	円	
要介護1	円	円	円	
要介護2	円	円	円	
要介護3	円	円	円	
要介護4	円	円	円	
要介護5	円	円	円	

特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	☐ あり ☐ なし	入居者継続支援加算	☐ あり ☐ なし
	生活機能向上連携加算	☐ あり ☐ なし	個別機能訓練加算	☐ あり ☐ なし
	夜間看護体制加算	☐ あり ☐ なし	若年性認知症入居者受入加算	☐ あり ☐ なし
	医療機関連携加算	☐ あり ☐ なし	口腔衛生管理体制加算	☐ あり ☐ なし
	栄養スクリーニング加算	☐ あり ☐ なし	退院・退所時連携加算	☐ あり ☐ なし
	看取り介護加算	☐ あり ☐ なし		
	認知症専門ケア加算	☐ あり ☐ (I) ☐ (II)		☐ なし
	サービス提供体制強化加算	☐ あり ☐ (I)イ ☐ (I)ロ ☐ (II) ☐ (III)		☐ なし
	介護職員処遇改善加算	☐ あり ☐ (I) ☐ (II) ☐ (III) ☐ (IV) ☐ (V)		☐ なし

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	☐ あり	介護・看護職員の配置率 上乗せ介護費(月額)	円	☐ なし
----------------------	-----------------------------	---------------------------	---	-----------------------------

利用者の個別選択によるサービスの費用 別添4のとおり

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

7. 住宅型有料老人ホームの管理の方法等

管理の方式	☒ 自ら管理 ☐ 管理業務を委託		
委託する業務の内容(契約事項)			
管理業務の委託先			
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		
	電話番号		
修繕計画			
計画策定の有無	☐ あり ☒ なし		
大規模修繕の実施予定	頃実施予定		
その他計画的な修繕予定			

8. 住宅型有料老人ホームと併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地

		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

協力医療機関	
医療機関 の名称	(ふりがな) うえだはーとくりにつく うえだハートクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 671-1611) 兵庫県たつの市揖保川町新在家15-121 電話番号 0791-76-7006
診療科目	内科、循環器内科、小児科
連携又は協力 の内容	内科医の訪問診療、年1回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同様。)
医療機関 の名称	(ふりがな)
医療機関 の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力 の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) いなだしかくりにつく いなだ歯科クリニック
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 671-1611) たつの市揖保川町新在家207-16 電話番号 0791-72-7222
連携又は協力 の内容	
その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力 の内容	

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

11. その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	☒ あり 内容(入居を前提とした慣らし入居を目的とし、入居者と同等の生活を行う。)) ☐ なし				
居住部分(住戸)の変更に 関する事項※ ※住み替えを 行っていない場 合は、記入不要	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ その他 内容()			
	変更をお願いする判断基準の内容	常時介護が必要になった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合があります。			
	変更をお願いする手続の内容	①弊社が指定する医師の意見を聴く ②概ね3箇月間の観察期間を置く ③本人・身元引受人の同意を得る			
	居住部分を利用する権利の取扱い	住み替え後の居室に移行			
	追加的費用の有無	☐ あり ☐ なし			
	前払金償却の調整の有無	☐ あり ☐ なし			
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし
		便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし
洗面の変更		☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし	
浴室の変更		☐ あり ☐ なし			内容()
職員体制	別添6のとおり				
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称	有限会社BLOOM 苦情・相談窓口			
	電話番号	0791-62-0220			
	対応している時間	平日	9:00～17:00		
		土曜日	対応していない		
		日曜・祝日	対応していない		
定休日	土・日・祝 長期休暇(GW・お盆休み・年末年始)				
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	24時間各住戸及び共用設備に設置する緊急呼び出しを押していただければ詰め所及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ、必要に応じて救急車の手配、家族の連絡を行います。			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体拘束は原則として禁止しており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1か月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。また、家族等へ説明を行い同意書を頂きます。継続して行う場合には経過を記録し、おおむねか月ごとに同意書を頂きます。			
	事故発生時の対応	本契約に基づき、介護サービスなどを利用者様に提供した場合に、万が一事故が発生し、利用者の生命、身体などに障害が生じた場合は速やかに必要な対応及び措置(救急車の手配、家族への連絡など)を行います。また、速やかに事故原因の調査及び再発防止のための取り組みを実施いたします。			
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	☒ あり ☐ なし			
	損害賠償責任保険の加入状況	☒ あり 内容(あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)) ☐ なし			

防火体制	耐火構造	☐ 耐火建築物 ☒ 準耐火建築物 ☐ その他()		
	消火器	☒ あり ☐ なし	防火管理者	☒ あり ☐ なし
	自動火災報知設備	☒ あり ☐ なし	消防計画	☒ あり ☐ なし
	火災通報設備	☒ あり ☐ なし	避難訓練	☒ あり ☐ なし
	スプリンクラー	☒ あり ☐ なし		(年 1 回実施)

