

重要事項説明書

	記入年月日	平成 年 月 日
記入者名	所属・職名	

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 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしや べすとらいふ 株式会社 ベストライフ
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 163-0239	東京都新宿区西新宿2-6-1 新宿住友ビルディング39階
	電話番号	03-5908-2020
事業主体の連絡先	F A X 番号	03-5908-2200
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="radio"/> http://bestlife.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏 名	長井 力
	職 名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成13年12月10日	

事業主体が浜松市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			
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			
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			
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	ベストライフ浜松東	浜松市東区中野町117-2	
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・随時訪問介護・看護	あり	なし			
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			
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			
複合型サービス	あり	なし			
居宅介護支援	あり	なし			
<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			
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			
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			
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	ベストライフ浜松東	浜松市東区中野町117-2	
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			

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) ベすとらいふはままつ ベストライフ浜松
施設の所在地	〒 433-8125 静岡県浜松市中区和合町243-13
施設の連絡先	電話番号 053-416-3000
	F A X 番号 053-416-3010
	ホームページアドレス (なし) あり: http://
施設の開設年月日	平成20年6月1日
施設の管理者の氏名及び職名	氏 名 職 名
施設までの主な利用交通手段	
JR東海道本線「浜松」駅北口よりバスで18分 (16番乗り場・遠鉄バス48番「市役所・下池川・和合西山」行き)「馬舟」下車 徒歩30秒(40m)	
施設の類型及び表示事項	類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 居住の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：一時金方式 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 介護保険：静岡県指定介護保険特定施設（一般型特定施設） 介護居室区分：全室個室 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関わる職員体制：3：1以上 その他：提携ホーム利用可
介護保険事業所番号	2277103814
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定）年月日	平成20年 6月 1日
指定の年月日	平成20年 6月 1日
指定の更新年月日	平成26年 6月 1日

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	人	人	人	人	人	人
生活相談員	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人
栄養士	業者業務委託					
調理員						
事務員	人	人	人	人	人	人
その他従業者	人	人	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間 介護職員 37.5時間/週 その他職員 38時間/週						
※ 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	人	人	人	人		
介護福祉士	人	人	人	人		
実務者研修	人	人	人	人		
介護職員初任者研修	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
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	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
看護師及び準看護師	人	人	人	人		
柔道整復士	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (19時～翌7時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	名		名			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者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		
生活相談員	人	人	人	人	人	人
看護職員	人	人	人	人	人	人
介護職員	人	人	人	人	人	人
機能訓練指導員	人	人	人	人	人	人
計画作成担当者	人	人	人	人	人	人
その他従業者	人	人	人	人	人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間 介護職員 37.5時間/週 その他職員 38時間/週						
※ 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	人	人	人	人		
介護福祉士	人	人	人	人		
実務者研修	人	人	人	人		
介護職員初任者研修	人	人	人	人		
介護支援専門員	人	人	人	人		
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	人	人	人	人		
作業療法士	人	人	人	人		
言語聴覚士	人	人	人	人		
看護師及び準看護師	人	人	人	人		
柔道整復士	人	人	人	人		
あん摩マッサージ指圧師	人	人	人	人		
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

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	人	人	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年以上3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年以上5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
5年以上10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	人
	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	人	人	人	人	人	人
前年度1年間の退職者数	人	人	人	人	人	人
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
1年以上3年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
3年以上5年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
5年以上10年未満の者の人数	人	人	人	人	人	人
10年以上の者の人数	人	人	人	人	人	人
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>契約者または入居者の相互扶助によって介護付施設の低額利用を実現し、将来起こり得る事態に備えて、契約者または入居者の相互で助け合い、不安のない老後生活を目的とする。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
看取り介護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	独立行政法人 労働者健康福祉機構 浜松労災病院	
(協力の内容)	<p>診療科目：内科、神経内科、呼吸器内科、呼吸器外科、循環器内科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、放射線科、リハビリテーション科</p> <p>協力内容：外来受診、入院等緊急時対応</p>	
協力医療機関の名称	医療法人社団 緑生会 天王病院	
(協力の内容)	<p>診療科目：内科、リハビリテーション科、精神科、神経科</p> <p>協力内容：外来受診、入院等緊急時対応</p>	
協力医療機関の名称	医療法人社団 フローラ会 フローラルクリニック	
(協力の内容)	<p>診療科目：内科、消化器科、外科、放射線科</p> <p>協力内容：訪問診療</p>	
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称	本田歯科クリニック	
(協力の内容)	<p>診療科目：歯科</p> <p>協力内容：訪問歯科</p>	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
<p>全室専用介護居室の為、各居室にて介護を行います。</p>		

※協力医療機関は変更になる場合があります。

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・手続きについて		
(その内容) 一時的に介護が必要になった場合、医師の意見を踏まえ、本人又は身元引受人の同意を得た上で一時介護室で介護します。この時、追加費用は必要ありません。		
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) 介護居室の利用権は継続されます。		
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・手続きについて		
(その内容) 認知症等、特別な身体状況により、その居室にて介護が不可能になったと事業者が判断した場合、当施設内で介護居室を移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、入居者及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この際、追加費用は発生しません。但し、入居者及び身元引受人からの申し出の場合、理由の如何に関わらず、入居されていた居室の解約手続きを行った上で、新たな居室の入居契約手続きを行う必要があります。この際、別途費用が発生します。		
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) 居室利用権は新たに移動された居室で継続されます。		
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（提携ホームへ住み替える場合）	なし	あり
判断基準・手続きについて		
<p>（その内容）</p> <p>入居者の都合により、当社の運営する他施設への移動を希望される場合、居室が空いていれば可能です。但し、退去の手続きを行った上で、新たに移動先施設の入居契約手続きが必要です。この際、移動先施設の入居一時金が別途に必要となります。また、移動前の施設の返還金は退去手続きが完了した月の2ヶ月後の月末に返還されます。</p> <p>認知症等、特別な身体状況により、適切な介護サービス提供のため、当社の運営する他施設へ移動していただくことがあります。この場合、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で、入居者及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。この際、新たな入居一時金は発生しませんが、月額利用料及び利用システム、サービス等は住み替え先のものが適用されます。</p>		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
<p>（その内容）</p> <p>居室利用権は新たに移動された施設で発生し、当施設の居室利用権は消滅します。</p>		
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
<p>（その内容）</p>		

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	概ね60歳以上で、自立、要支援、要介護の方。共同生活を円滑に過ごせる方。 感染症の方は入居できません。但し医師により、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。	
	契約の解除の内容	<p>(事業者からの契約解除) ※入居契約書第28条より 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本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困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 入居契約書等に虚偽の事項記載する等の不正手段により入居した時 二 月額利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞する時 三 入居契約書第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した時 四 入居者の行動が、他の入居者の生命又は健康に危害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時 五 四の原因が認知症等、特別の身体状況によるものであり、環境を整えば継続的に施設介護が可能であると判断できた場合には身元引受人と相談の上で認知症受け入れ可能な施設へ移動できる場合があります。 六 建物及びその付帯設備を故意又は重大な過失により破損、滅失せしめた時 <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 本条第1項第一、三、四、五号によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 本条第1項第二号（料金支払いの遅滞）によって契約を解除する場合には、契約解除の通告について90日の予告期間をおく 三 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 四 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保について協力する <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく <p>(入居者からの解約) 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に書面による解約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することが出来ます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。 3 契約終了日（居室明け渡し日）の2ヶ月後の月末に、事業者は入居一時金の返還を行うものとします。 4 契約解除の申し出による退去で、申し出月の退去または申し出月翌月の退去の際の賃料、管理費、業務委託費は月の途中退去等に関わらず1ヶ月分をいただきます。 5 予告期間のない契約解除の場合には申し出月以後1ヶ月分の賃料、管理費、業務委託費をいただきます。 	
	体験入居の内容	1泊2日10,400円(消費税別)。3泊4日から7泊8日を限度とし、体験入居契約を締結します。介護保険は適用外となります。	
	入居定員	92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	人	人	人	人	人	人
65歳以上75歳未満	人	人	人	人	人	人
75歳以上85歳未満	人	人	人	人	人	人
85歳以上	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満	人	人	人			人
65歳以上75歳未満	人	人	人			人
75歳以上85歳未満	人	人	人			人
85歳以上	人	人	人			人
入居者の平均年齢	歳					
入居者の男女別人数	男性	名			女性	名
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						%
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						
	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	人	人	人	人	人	人
社会福祉施設	人	人	人	人	人	人
医療機関	人	人	人	人	人	人
死亡者	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等	人	人	人			人
社会福祉施設	人	人	人			人
医療機関	人	人	人			人
死亡者	人	人	人			人
その他	人	人	人			人
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	人	人	人	人	人	人

施設、設備等の状況									
建物の構造	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		
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし			㎡			
	一般居室相部屋	あり	なし			㎡			
						㎡			
						㎡			
	介護居室個室	あり	なし	84室		18.00~20.40 ㎡			
	介護居室相部屋	あり	なし	4室	8名	42.625 ㎡			
						㎡			
					㎡				
一時介護室	あり	なし			30.74 ㎡				
					㎡				
					㎡				
共用便所の設置数	5箇所		うち男女別の対応が可能な数			0箇所			
			うち車椅子等の対応が可能な数			5箇所			
個室の便所の設置数	88箇所		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			88箇所			
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴			
			1箇所	1箇所	1箇所	0箇所			
その他、浴室の設備に関する事項			手摺り、シャワーチェアを設置。						
食堂の設備状況	あり								
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) 機能訓練室(食堂と兼用)、健康管理室(一時介護室と兼用)、洗濯室、ファミリーダイニング、理美容室、相談室						
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 全館バリアフリー対応(手摺り設置、段差なし)									
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				2,987.83㎡					
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				
賃貸(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									
建物の構造				鉄筋コンクリート造地上5階建					
建物の延床面積				3,254.92㎡					
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				
賃貸(借家)									
なし		あり		契約期間	始	平成20年6月1日	終	平成45年5月31日	
			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	株式会社ベストライフ 生活相談室		
電話番号	03-5908-2020		
対応している時間	平日	9:30~18:30	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜、日曜、祝祭日		
窓口の名称	ベストライフ浜松 管理者		
電話番号	053-416-3000		
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	静岡県福祉サービス運営適正化委員会		
電話番号	054-653-0840(直通)		
対応している時間	平日	9:00~17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜、日曜、祝祭日		
窓口の名称	浜松市健康福祉部高齢者福祉課		
電話番号	053-457-2789(直通)		
対応している時間	平日	8:30~17:15	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土曜、日曜、祝祭日		
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			
なし	あり	(その内容) 施設職員の過失による事故の損害賠償 てん補限度額5億円 施設職員の過失により事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、損害保険などの手配を行い、誠実に対応します。但し、天災などの不可抗力は除きます。	
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) ご利用者の希望や心身の状態を鑑み、介護支援専門員が作成したケアプランに基づきサービスを行います。			
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	平成20年6月1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24年1月11日
		実施した評価機関の名称	ぎょうせい総合研究所
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式				
敷金							
一時金方式							
一時金及び月単位で支払う利用料							
年齢に応じた金額設定	なし		あり				
要介護状態に応じた金額設定	なし		あり				
料金プラン							
プラン名称	一時金	月額	(内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
Aタイプ	180万円	134,250円 (消費税別) 税込140,250円	59,250円	/	55,000円 (消費税別)	別途	20,000円 (消費税別)
Bタイプ (1名入居)	370万円	193,500円 (消費税別) 税込199,500円	118,500円	/	55,000円 (消費税別)	別途	20,000円 (消費税別)
Bタイプ (2名入居)	370万円	268,500円 (消費税別) 税込280,500円	118,500円	/	110,000円 (消費税別)	別途	40,000円 (消費税別)
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
算定根拠	家賃相当額	当該施設の設備に要した費用、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として、近傍同種の受託家賃から算定					
	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					
	食費	食材費及び業務委託費の一部として					
	光熱水費	※専用介護居室内の光熱水費は別途実費負担（個別メーターによる）					
	管理費	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費					
	一時金	当社他施設及び近隣施設の入居一時金水準、立地条件、居室面積等を比較勘案し、入居一時金の価格設定					
一時金の償却に関する事項							
償却開始日の設定		入居日翌日					
初期償却率（％）		初期償却率30％					
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		なし					
権利金等（※）の額		入居一時金					
（※）平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。							
償却年月数 （想定居住期間）		5年間の実日数（うるう年毎に1日加算）					
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例							
返還金＝入居一時金×70％÷（想定居住期間の日数）×（想定居住期間－入居期間） ※想定居住期間は5年間の実日数とします（うるう年毎に1日加算します）。 ※受領済みの月額利用料は入居日（入居一時金のご入金日）から契約終了日（居室明け渡し日）までの利用料を控除した額を返還します。 ※退去による入居一時金の返還は、契約終了日（居室明け渡し日）の2ヶ月後の月末に返還とします。 ※契約を解除し退去した時点で返還金算定式により返還金が算定されます。							
保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）サーバントラスト信託株式会社 入居一時金保全措置は、株式会社ベストライフを委託者、サーバントラスト信託株式会社を受託者、目的施設入居者を受益者とする信託保全契約を締結しています。この信託契約により保全金額に相当する部分が保全されます。				
三月以内の契約終了による返還金について							
三月の起算日		入居日翌日					
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法							
入居日の翌日から起算して三月以内に契約解除の申し出があった場合（死亡退去を含む）、入居一時金から、（家賃等の月額を30で除した額）×（入居日から契約終了日までの日数）に相当する額を控除した額を返還します。又、既に受領済みの月額利用料は、入居日（入居一時金のご入金日）から契約終了日（居室明け渡し日）までの利用料を控除した額を返還します。この場合の契約解除とは、三月以内に契約解除手続きが完了し、居室を明け渡した場合となります。介護保険1割負担金額は利用日分の日割計算となります。契約解除の申し出は、書面によるものとします。この場合の家賃等とは、賃料、管理費、食費とします。退去による入居一時金の返還は、契約終了日（居室明け渡し日）の2ヶ月後の月末に返還とします。							
一時金の支払方法							
入居前一括納入							

月払い方式						
月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		なし		あり		
要介護状態に応じた金額設定		なし		あり		
料金プラン						
プラン名称		(内訳)				
		月額計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費					
	光熱水費					
	管理費					
一時金方式・月払い方式共通						
介護保険サービスの自己負担額						
内容		※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。				
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし		あり		
内容						
利用料		円（月額・日額）				
算定根拠						
支払い方法		月単位（日割りの有無あり・なし）				
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料						
個別的な選択による生活支援サービス		なし		あり		
<p>生活サポート費 月額20,000円(消費税別)</p> <p>(自立の方、要介護認定を受けていない方で希望される場合のみ)</p> <p>生活サポートの主な内容：日用品の買物代行、居室の清掃、洗濯等</p> <p>行事費 月額1,000円 使途：レクリエーション費用等</p> <p>※リネンレンタルをご希望される方の月額利用料は、以下の通りとなります。</p> <p>リネンレンタル料</p> <p>1ヶ月30日の場合 月額1,650円（消費税別） 1ヶ月31日の場合 月額1,705円（消費税別）</p> <p>リネンレンタルの内容：ボックスシート・枕カバー各3枚 掛け布団カバー2枚 ベッドパッド1枚 掛け布団（夏・冬）1組 枕1個</p> <p>※上記、各費用は三月以内の契約解除の場合でも返還されません。</p>						
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		なし		あり		
<p>(「あり」の場合、その内容及び利用料)</p> <p>ヘルパーによる『特例院内介助』 30分 1,500円(消費税別) 夜間30分 2,500円(消費税別)</p>						
料金改定の手続						
人件費、物価の変動等に基づき、入居者及び身元引受人の意見を聴いて決定します。						
消費税						
管理費、食費、生活サポート費に消費税が課税されます。						

6. その他

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		あり		なし		
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項						
なし						
あり		(その内容)				

添付書類：「介護サービス等の一覧表」「月額利用料表」

※ _____様

説明年月日 平成 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。

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	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	要介護認定を受けている方は特定施設入居者生活介護費で、自立の方は月額利用料にて対応 実費負担
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	自立の方、要介護認定を受けていない方が希望される場合は、生活サポート費20,000円/月(消費税別)を頂きます。 実費負担 自立の方、要介護認定を受けていない方が希望される場合は、生活サポート費20,000円/月(消費税別)を頂きます。
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	健康診断料は実費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	要介護認定を受けている方は特定施設入居者生活介護費で、自立の方は月額利用料にて対応 実費負担
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

月額利用料表

①通常、お支払い頂く月額利用料は下記の通りです。

Aタイプ

(単位：月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費	合計	介護保険1割負担金額
自立～要介護5	59,250円	20,000円 (消費税別)	55,000円 (30日の場合・ 消費税別)	134,250円 (30日の場合・ 消費税別) 税込140,250円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。

Bタイプ (1名入居)

(単位：月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費	合計	介護保険1割負担金額
自立～要介護5	118,500円	20,000円 (消費税別)	55,000円 (30日の場合・ 消費税別)	193,500円 (30日の場合・ 消費税別) 税込199,500円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。

Bタイプ (2名入居)

(単位：月)

要介護認定等	賃料	管理費	食費	合計	介護保険1割負担金額
自立～要介護5	118,500円	40,000円 (消費税別)	110,000円 (30日の場合・ 消費税別)	268,500円 (30日の場合・ 消費税別) 税込280,500円	要介護認定に応じ、別途、費用が発生します。

※一人当たりの食費内訳 (30日計算)

項目	業務委託費	食材費	合計
金額	31,000円 (消費税別)	800円 (1日三食) (消費税別)	55,000円 (30日の場合・ 消費税別)

※業務委託費は欠食の有無に関わらず、月額31,000円(消費税別)となります。

※食材費は1日三食800円(消費税別)となります。800円(消費税別)×喫食日数を当月分の食材費として頂戴します。

※1日三食ともお召し上がりにならない場合に限り1日分の食材費は発生致しません。

②その他

※自立の方、要介護認定を受けていない方で生活サポート(買物代行、居室清掃、洗濯等)を希望される場合、別途20,000円(消費税別)で生活サポートをさせていただきます。

尚、1ヶ月間(1日～31日迄の1ヶ月単位)生活サポートをご利用にならなかった場合、生活サポート費はいただきません。それ以外の場合にはご利用になった日数・回数に関係なく1ヶ月分の生活サポート費をいただきます。

※賃料、管理費、食費は入居日より発生し、入居日起算の日割計算となります。生活サポート費は入居日より発生します(日割計算は致しません)。但し、契約完了月の入居に限り利用日起算の日割計算となります。

※介護保険1割負担金額は1ヶ月30日としての計算例です。

※消費税は、管理費、食費、生活サポート費に課税されます。

※介護保険1割負担金額、医療費、電気水道代、電話設置費用、電話代、日用品、介護用品(例、おむつ)、行事費等の費用は別途負担となります。

※「ベストライフ浜松」は浜松市指定介護保険特定施設です。介護保険1割負担金額は下記の通りです。

(参考)

要介護認定	介護保険(総額) (30日計算)	介護保険1割負担金額 (30日計算)
要支援1	59,927円	5,993円
要支援2	138,715円	13,872円
要介護1	171,568円	17,157円
要介護2	192,254円	19,226円
要介護3	214,461円	21,447円
要介護4	235,146円	23,515円
要介護5	256,744円	25,675円

※人件費、物価の変動等に基づき、入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定します。

※おやつ代、レクリエーション費等として、行事費を頂きます。(月額1,000円)