

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名 | 清水 美津代 |
| 所属・職名 | ベストライフ池田・管理者 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

| | | |
|---------------|---|-----------------------------|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃべすとらいふにしにほん 株式会社ベストライフ西日本 | |
| 法人番号 | 4120101060869 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 591-8022 大阪府堺市北区金岡町3034番地21 | |
| 連絡先 | 電話番号 / F A X 番号 | 072-254-7930 / 072-254-7931 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | |
| 代表者 (職名 / 氏名) | 代表取締役 / 津金 智恵子 | |
| 設立年月日 | 令和 元年11月22日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表) 介護付有料老人ホーム運営、居宅介護支援事業 | |

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) べすとらいふいけだ ベストライフ池田 | |
| 届出・登録の区分 | 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 | |
| 有料老人ホームの種類 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 563-0043 大阪府池田市神田1-15-1 | |
| 主な利用交通手段 | 阪急宝塚線『池田』駅 徒歩11分 (約880m) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-752-3620 |
| | F A X 番号 | 072-752-3621 |
| | メールアドレス | ikedata@bestlife.jp |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 (職名 / 氏名) | 管理者 / 清水 美津代 | |
| 有料老人ホーム事業開始日 / 届出受理日・登録日 (登録番号) | 令和2年9月1日 | 令和2年8月31日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|---------------|---------------------|-----|--------------------|--|
| 土地 | 権利形態 | | 抵当権 | | 契約の自動更新 | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | | |
| | 面積 | 1,037.95 m ² | | (建物賃貸借) | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり (※)借家契約5年毎 | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 26年2月1日 | | ～ 令和 26年1月31日 | | | | | | |
| | 延床面積 | 1,786.23 m ² (うち有料老人ホーム部分) | | | 1,786.23 m ² | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 25年12月7日 | | | 用途区分 | 有料老人ホーム | | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | | その他の場合： | | | | | | |
| | 構造 | 鉄筋コンクリート造 | | その他の場合： | | | | | | |
| | 階数 | 4 階 (地上 4 階、地階 階) | | | | | | | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 50 戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | 50室 | | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等) | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.00m ² | 50 | 1人部屋 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 5ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | 0ヶ所 | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 5ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 1ヶ所 | | 大浴場 | 1ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 機械浴 | 1ヶ所 | | ヶ所 | | その他： | | | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | | 面積 121.53 m ² | | | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | | |
| | エレベーター | あり (ストレッチャー対応) 1ヶ所 | | | | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 1.96 m | | 片廊下 | m | | | | |
| | 汚物処理室 | 4ヶ所 | | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | あり | 脱衣室 | あり | |
| | 通報先 | ヘルパーコーナー | | 通報先から居室までの到着予定時間 約1～3分 | | | | | | |
| その他 | 全館バリアフリー対応 (段差解消、手すりの設置等) | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | あり | 火災通報設備 | あり | | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合 (改善予定時期) | | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 | あり | 避難訓練の年間回数 | 2回 | | | | |

4 サービスの内容
(全体の方針)

| | | |
|-------------------|------|--|
| 運営に関する方針 | | 契約者または入居者の相互扶助によって居住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。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 入居者の希望や心身の状態を鑑み、施設サービスを提供します。 |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 委託 | 株式会社アスモ介護サービス |
| 食事の提供 | 委託 | 株式会社アスモフードサービス |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 委託 | 株式会社アスモ介護サービス 内容：洗濯、掃除等 |
| | | 委託（調理）：株式会社アスモフードサービス 内容：献立作成、調理全般 |
| 健康管理の支援（供与） | 委託 | 株式会社アスモ介護サービス |
| 状況把握・生活相談サービス | 委託 | 株式会社アスモ介護サービス |
| 提供内容 | | <ul style="list-style-type: none"> ・状況把握サービスの内容： ケアプランに基づいた安否確認やサービスの提供を行いながら状況を把握します。 ・生活相談の内容： 施設に窓口や連絡先を掲示して口頭や文書で受付を行います。「みんなの声」を施設毎に設置して24時間文書での受け付けを行います。尚、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介します。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 株式会社ベストメディカルライフ |
| | 提供方法 | 年2回健康診断の機会提供 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス | | <p>※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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活サポート費 月額税別20,000円（税込22,000円） （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） 生活サポートの主な内容：日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等 ・行事費 月額1,000円 使途：レクリエーション費用等 |
| 虐待防止 | | <p>施設は、入居者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①管理者を委員長とし複数職で虐待防止委員会を構成する ②虐待防止委員会は年間計画に沿って月1回開催する ③委員会は議事録を作成し施設の全体会議で周知徹底を行う ④年間研修計画に虐待防止の項目を設定し実施する ⑤入居者及びご家族等に苦情解決窓口を整備し周知する ⑥職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は速やかに市町村に通報するものとする |
| 身体的拘束 | | <ol style="list-style-type: none"> ①身体拘束は原則禁止しており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむ得ず身体拘束を行う場合は「身体拘束等行動制限についての取扱要領」を用いてご家族と十分に検討し「拘束しない介護」の取り組みに意見をいただき、行う理由を記録したうえで実施します ②経過観察及び記録をする ③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する ④実施に当たっては身体拘束に関する様態及び時間、その際の入居者の心身の状況を記録し入居者本人、身元引受人様及び監督官庁の求めにより閲覧に応じます ⑤事業所内に設置している「身体拘束廃止委員会」を月1回、必要時はその都度開催して経過観察及び記録します ⑥「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」で身体拘束開始当初は1週間毎に4週間その後は1ヶ月毎にご家族様に経過を説明し同意を頂き施設全体とご家族様とで身体拘束の廃止に取り組みます |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|--|
| 事業所名称 | (ふりがな) あすもかいごさーびすこうだ アスモ介護サービス神田 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒163-0825 東京都新宿区西新宿二丁目4番1号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃあすもかいごさーびす 株式会社アスモ介護サービス |
| 併設内容 | 訪問介護事業所 |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|--|
| 事業所名称 | (ふりがな) あすもかいごさーびすこうだ アスモ介護サービス神田 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒163-0825 東京都新宿区西新宿二丁目4番1号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃあすもかいごさーびす 株式会社アスモ介護サービス |
| 連携内容 | 有料老人ホームの入居者等に対する日常生活に必要な便宜を供与するサービス全般 |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

| | | |
|----------|--|--|
| 医療支援 | その他 その他の場合： 救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助、健康相談 | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人互恵会 池田回生病院 |
| | 住所 | 大阪府池田市建石町8-47 |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、胃腸科、循環器内科、糖尿病内科、神経内科、心療内科、アレルギー科、肛門科、リハビリテーション科、放射線科 |
| | 協力科目 | 同上 |
| | 協力内容 | その他 その他の場合：外来受診、入院等緊急時対応 |
| | 名称 | 医療法人ともえ会 きたはらクリニック |
| | 住所 | 大阪府大阪市東淀川区菅原6-1-19 サンライズ壱番館1階 |
| | 診療科目 | 一般内科 |
| | 協力科目 | 同上 |
| | 協力内容 | 訪問診療 その他の場合：主治医意見書作成 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人 優社会 大阪デンタルクリニック |
| | 住所 | 大阪府大阪市北区梅田1-11-4-100 大阪駅前第4ビル1階 |
| | 協力内容 | 訪問診療 その他の場合： |

(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】

| | | | | |
|----------------|--------|--|--------|-------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | その他 | | |
| | | その他の場合：一般居室へ移る場合 | | |
| 判断基準の内容 | | 認知症等、特別な身体状況により、その居室にての介護が不可能になったと事業者が判断した場合、当施設内で一般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、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。 | | |
| 手続の内容 | | 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 | | あり | 追加費用 | 上記のとおり |
| 居室利用権の取扱い | | 居室利用権は新たに移動された居室で継続されます。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | なし | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | なし | 変更の内容 | 面積の増減 |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 | 便所の有無 |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 | 浴室の有無 |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 | 洗面所の有無 |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 | 台所の有無 |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | その他 | | |
| | | その他の場合：提携施設へ移る場合 | | |
| 判断基準の内容 | | 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。また、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、医師の意見を聴いた上で、入居者本人及び身元引受人、それぞれの同意を得て、住み替えていただきます。 | | |
| 判断基準の内容 | | 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、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、移動先施設の前払金が別途に必要となります。また、移動前の施設の返還金の返還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。 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場合、新たな前払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ものが適用されます。 | | |
| 追加的費用の有無 | | あり | 追加費用 | 上記のとおり (移動先の施設により変更) |
| 居室利用権の取扱い | | 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。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | なし | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | 面積の増減 |
| | 便所の変更 | あり | 変更の内容 | 便所の有無 |
| | 浴室の変更 | あり | 変更の内容 | 浴室の有無 |
| | 洗面所の変更 | あり | 変更の内容 | 洗面所の有無 |
| | 台所の変更 | あり | 変更の内容 | 台所の有無 |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------------|--|-----------|---|
| 入居対象となる者 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 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</p> <p>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> <p>一 入居契約書等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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>四 入居者の行動が、本人又は他の入居者又は事業者の役員及び職員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</p> <p>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る</p> <p>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> <p>七 入居者又はその家族・身元引受人・返還金受取人等関係者による、事業者の役員及び職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだ時</p> <p>2 前項の規定のうち、第一号から第五号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> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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> <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> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの解約) ※入居契約書第29条より</p> <p>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> <p>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。</p> <p>3 契約終了日(居室明け渡し日)の2ヶ月後の月末に、事業者は前払金の返還を行うものとします。</p> <p>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。</p> <p>5 予告期間のない契約解除の場合、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。</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第28条 | |
| | 解約予告期間 | 90日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | ヶ月 | 30日 | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊2日税別10,400円(税込11,440円)。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。 ※食事費用含む(1日三食) |
| 入居定員 | 50人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

※業務委託(委託先:株式会社アスモ介護サービス)

| | 職員数 (実人数) | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---------|-----------|----|-----|---------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者※ | 1 | 1 | | |
| 生活相談員※ | 1 | 1 | | |
| 直接処遇職員 | 14 | | 14 | |
| 介護職員※ | 12 | | 12 | |
| 看護職員※ | 2 | | 2 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | 業者業務委託 | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員※ | 1 | 1 | | |
| その他職員 | 3 | | 3 | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|-----|---|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | 6 | | 6 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 3 | | 3 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 3 | | 3 | |
| 介護支援専門員 | | | | |

(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 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (19時～翌7時) | | |
|----------------------|------|---------------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 2人 | 2人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

(職員の状況)

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | あり | | | | | |
|----------------------------|---------------|-----|------|--------|---------------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 業務に係る資格等 | | あり | 資格等の名称 | 介護福祉士・介護支援専門員 | | | | | |
| | 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 | | 4 | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | 3 | | 1 | | | | | | |
| 職業業務に従事した経験年数に応じた 職員の人数 | 1年未満 | 1 | | | 1 | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 5 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 7 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | あり | | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 選択方式 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | ①一部前払い・一部月払い方式 ②月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 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 | あり | |
| | 内容： 月額利用料表のとおり | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 人件費、物価の変動等に基づく |
| | 手続き | 入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定する |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | プラン1 | プラン2 |
|----------------|--|---|--------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立・要支援・要介護 | 自立・要支援・要介護 |
| | 年齢 | 概ね60歳以上 | 概ね60歳以上 |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 |
| | 床面積 | 18.00㎡ | 18.00㎡ |
| | トイレ | あり | あり |
| | 洗面 | あり | あり |
| | 浴室 | なし | なし |
| | 台所 | なし | なし |
| | 収納 | あり | あり |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金(家賃、介護サービス費等) | なし | 280万円 |
| | 敷金 | なし | なし |
| 月額費用の合計 | | 税別187,750円 税込194,270円 | 税別137,750円 税込144,270円 |
| 家賃 | | 111,250円（非課税） | 61,250円（非課税） |
| ※サービス費用（介護保険外） | 食費 | 税別56,500円 税込61,020円 | 税別56,500円 税込61,020円 |
| | 共益費 | なし | なし |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | なし | なし |
| | 光熱水費 | ※専用居室内の光熱費は別途実費負担(個別メーターによる) ※専用居室内の水道代 Aタイプ税別1,000円/月 (税込1,100円) | |
| | 管理費 | 税別20,000円 税込22,000円 | 税別20,000円 税込22,000円 |
| | 介護保険外費用 | (別添2) のとおり | (別添2) のとおり |
| 備考 | 介護保険費用1割又は2割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※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） | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | | |
|----------------------|---|-----|
| 家賃 | 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 | |
| 敷金 | 家賃の | ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | |
| 前払金 | 当社他施設及び近隣施設の前払金水準、立地条件、居室面積等を比較勘案し、前払金の価格設定 | |
| 食費 | 食材費及び業務委託費の一部として ※食費の消費税は、8%となります（軽減税率適用）。 | |
| 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 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 月額利用料に含む | |
| 光熱水費 | 専用居室内の光熱費は別途実費負担（個別メーターによる） 専用介護居室内の水道代 Aタイプ税別1,000円/月（税込1,100円） | |
| 介護保険外費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 生活サポート費 月額税別20,000円(税込22,000円) （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） 生活サポートの主な内容：日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等 行事費 月額1,000円 使途：レクリエーション費等 ※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。 | |
| その他のサービス利用料 | | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | |
|--------------------------------------|--|
| 想定居住期間 (償却年月数) | 5年 (60ヶ月) |
| 償却の開始日 | 入居日翌日 |
| 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) | 前払金の30%相当額 |
| 初期償却額 | 30% |
| 返還金の算定方法 | <p>入居後3月以内の契約終了</p> <p>プランbは、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)、前払金から、(前払金の1ヶ月相当額を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(前払金の入金日)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となし、居室を明け渡した場合ります。契約解除の申し出は、書面によるものとします。退去による前払金の返還は、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。</p> |
| | <p>入居後3月を超えた契約終了</p> <p>返還金=前払金×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)。 ※退去による前払金の返還は、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。 ※入居日の翌日が、前払金償却の起算日となります(プランaは非該当となります)。</p> |
| 前払金の保全先 | <p>2 信託契約を行う信託会社等の名称</p> <p>株式会社山田エスクロー信託</p> <p>前払金の保全措置は、株式会社ベストライフ西日本を委託者、株式会社山田エスクロー信託を受託者、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(プランaは非該当となります)。</p> |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|------------|--------|
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 8人 |
| | 85歳以上 | 38人 |
| 要介護度別 | 自立 | 3人 |
| | 要支援1 | 6人 |
| | 要支援2 | 4人 |
| | 要介護1 | 13人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 6人 |
| | 要介護5 | 6人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 12人 |
| | 6か月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 21人 |
| | 5年以上10年未満 | 12人 |
| | 10年以上 | 1人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 人 / 1人 |
| 入居者数 | | 48人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|-------|-------|-------|-----|
| 性別 | 男性 | 15人 | 女性 | 33人 | |
| 男女比率 | 男性 | 31.2% | 女性 | 68.8% | |
| 入居率 | 96% | 平均年齢 | 88.9歳 | 平均介護度 | 2.1 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|---------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 4人 |
| | 死亡者 | 7人 |
| | その他 | 3人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 7人 |
| | | (解約事由の例) 長期入院のため |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

| | | | |
|--------------------|-------|-----------------------------|--|
| 窓口の名称 (設置者) | | 株式会社ベストライフ西日本 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-254-7930 / 072-254-7931 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 | |
| | 土曜 | — | |
| | 日曜・祝日 | — | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |
| 窓口の名称 (他窓口) | | 株式会社ベストライフ 生活相談室 | |
| 電話番号 / F A X | | 03-5908-2020 / 03-5908-2200 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30~18:30 | |
| | 土曜 | — | |
| | 日曜・祝日 | — | |
| 定休日 | | 土日祝祭日 | |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | (池田市・箕面市・豊能町・能勢町) 広域福祉課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-727-9661 / 072-727-9670 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45~17:15 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日・年末年始 | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 池田市福祉部高齢者政策推進室地域支援課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-754-6288 / 072-751-8505 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45~17:15 | |
| 定休日 | | 土日祝祭日・年末年始 | |

(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 | 加入先 | 損害保険ジャパン株式会社 | |
| | 加入内容 | 施設職員の過失による事故の損害賠償 てん補限度額2億円 | |
| | その他 | | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 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に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。 | | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | | |

(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 | あり | ありの場合 | |
| | | 実施日 | 令和 2年9月1日 |
| | | 結果の開示 | なし 開示の方法 |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | |
| | | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 開示の方法 |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の要旨 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |

10 その他

| | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|---|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 2回 |
| | | 構成員 | 施設を代表する役職員（施設長、看護師、介護職員責任者）、入居者（全員）及び要介護者については、その身元引受人等（成年後見制度に基づく後見人等を含みます） |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 提携ホームへの移行 | あり | ありの場合の提携ホーム名 | （提携ホーム名：株式会社ベストライフ西日本 全施設） 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、移動先施設の前払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。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、医師の意見を聴いた上で、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、新たな前払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。 |
| 個人情報の保護 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> 事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） 病気、発熱（37度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかわを確認する。 連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。 関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。 賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。 | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 池田市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |
| 「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合している 代替措置等の内容 | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |
| 上記項目以外で合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項の内容 | | | |
| 代替措置等の内容 | | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |

添付書類：別添1（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）
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）
月額利用料表

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所

氏 名

様

（入居者代理人）

住 所

氏 名

様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

(別添1)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

| 介護保険サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|---|--|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | ベストライフ交野 ベストライフ大阪あびこ ベストライフ堺西 ベストライフ堺北 | 交野市星田1-32-1 大阪市住吉区菟田3-14-5 堺市西区下田町18-7 堺市北区金岡町3034-21 |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | ベストライフ交野 ベストライフ大阪あびこ ベストライフ堺西 ベストライフ堺北 | 交野市星田1-32-1 大阪市住吉区菟田3-14-5 堺市西区下田町18-7 堺市北区金岡町3034-21 |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | 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

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 備 考 |
|------------|------------------------|-----------------|---------------------|--|
| | | | 料金※(税抜)等 | |
| 介護サービス | 食事介助 | なし | — | 基本的に訪問介護事業所等にて提供 |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | なし | — | 基本的に訪問介護事業所等にて提供 |
| | おむつ代 | あり | 実費 | |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | なし | — | 入浴の機会提供 基本的に訪問介護事業所等にて提供 |
| | 特浴介助 | なし | — | 基本的に訪問介護事業所等にて提供 |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | なし | — | 基本的に訪問介護事業所等にて提供 |
| | 機能訓練 | なし | — | |
| | 通院介助(協力医療機関) | あり | 月額利用料を含む 同行(送迎)月2回迄 | ☆片道5kmまでの同行(送迎)は1往復目を片道税別500円(税込550円)、2往復目からは片道税別1,000円(税込1,100円)となります。片道5km以上10kmまでの同行(送迎)は1往復目を片道税別1,000円(税込1,100円)とし、2往復目からは片道税別2,000円(税込2,200円)となります。片道10km以上の同行(送迎)は原則として行いません。 |
| 通院介助(上記以外) | あり | 実費 | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | — | 基本的に訪問介護事業所等にて提供(自立の方は除く) ※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、生活サポート費税別20,000円/月(税込22,000円)を頂きます。 |
| | リネン交換 | | | |
| | 日常の洗濯 | | | |
| | 居室配膳・下膳 | なし | 月額利用料を含む | 病気等の理由により食堂で食事ができない場合は、食事を居室までお届けします。下膳サービスも行います。 |
| | 食事サービス | あり | 月額利用料を含む | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | 月額利用料を含む | 治療食の提供(看護師、医師の指示による) |
| | おやつ | なし | — | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 実費 | 理美容の機会提供、利用費用は実費負担 |
| | 買い物代行(通常の利用区域) | あり | — | 月2回 ※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、生活サポート費税別20,000円/月(税込22,000円)を頂きます。 |
| | 役所手続代行 | なし | — | |
| 金銭・貯金管理 | なし | — | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | 年2回の機会提供 |
| | 健康相談 | あり | 月額利用料を含む | 看護師による相談 |
| | 生活指導・栄養指導 | あり | 月額利用料を含む | 看護師による指導 |
| | 服薬支援 | あり | 月額利用料を含む | 自立の方は除く |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | — | |
| 入退院のサービス | 移送サービス(協力医療機関)・入退院時の同行 | あり | 月額利用料を含む 同行(送迎)月2回迄 | ☆片道5kmまでの同行(送迎)は1往復目を片道税別500円(税込550円)、2往復目からは片道税別1,000円(税込1,100円)となります。片道5km以上10kmまでの同行(送迎)は1往復目を片道税別1,000円(税込1,100円)とし、2往復目からは片道税別2,000円(税込2,200円)となります。片道10km以上の同行(送迎)は原則として行いません。 |
| | 移送サービス(上記以外)・入退院時の同行 | あり | 実費 | ヘルパーによる付き添い介助 1時間税別3,000円(税込3,300円) / 夜間1時間税別5,000円(税込5,500円) |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | — | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 月額利用料を含む | 適宜 |

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。

※基本的にケアプランに基づき訪問介護事業所等からサービスをお受けいただき、施設内での生活に必要な介護保険サービスが優先されます。

※一覧表に記載されているサービスは、訪問介護事業所等による施設内での生活に必要な介護保険サービスをご利用された上で施設側が必要と判断した時に提供するものです。

月額利用料表

ベストライフ池田

① 通常、お支払い頂く月額利用料は下記の通りです。

プラン a

(単位：月)

| 要介護認定等 | 賃料 | 管理費 | 食費 (30日の場合) | 合計 (30日の場合) | 介護保険1～3割負担金額 |
|----------|--------------------|------------------|------------------|-------------------|--|
| 自立～要介護 5 | 111,250 円 (非課税) | 20,000 円 消費税別 | 56,500 円 消費税別 | 187,750 円 消費税別 | 要介護認定に応じ、別途、 費用が発生します。 (居宅サービスを利用した場合) |
| | | 22,000 円 消費税込 | 61,020 円 消費税込 | 194,270 円 消費税込 | |

プラン b

(単位：月)

| 要介護認定等 | 賃料 | 管理費 | 食費 (30日の場合) | 合計 (30日の場合) | 介護保険1～3割負担金額 |
|----------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--|
| 自立～要介護 5 | 61,250 円 (非課税) | 20,000 円 消費税別 | 56,500 円 消費税別 | 137,750 円 消費税別 | 要介護認定に応じ、別途、 費用が発生します。 (居宅サービスを利用した場合) |
| | | 22,000 円 消費税込 | 61,020 円 消費税込 | 144,270 円 消費税込 | |

※一人当たりの食費内訳(30日計算)

| 項目 | 業務委託費 | 食材費 (1日3食) | 合計 (30日の場合) |
|----|------------------|---------------|------------------|
| 金額 | 31,000 円 消費税別 | 850 円 消費税別 | 56,500 円 消費税別 |
| | 33,480 円 消費税込 | 918 円 消費税込 | 61,020 円 消費税込 |

※食費の消費税は、8%となります(軽減税率適用)。

※業務委託費は欠食の有無に関わらず、月額税別31,000円(税込33,480円)となります。

※食材費は1日三食税別850円(税込918円)となります。税別850円(税込918円)×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。

※食事を召し上がらない場合は2日前までに事務員に申し出て下さい。

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(日用品の買物代行、居室清掃、洗濯等)を希望される場合、別途税別20,000円(税込22,000円)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(プランa:契約完了日、プランb:前払金の入金日)より発生し、入居日(プランa:契約完了日、プランb:前払金の入金日)起算の日割計算となります。但し、契約完了月の入居に限り利用日割算の日割計算となります。

※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1～3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、おむつ等の介護用品の費用は別途負担となります。

※訪問介護事業所を利用される場合は、月額利用料の他に要介護認定に応じた区分限度支給額内でご利用になられた介護サービス費用の1～3割負担金額をご負担いただきます。

(下記『参考』は1ヶ月の区分限度額をもとに1～3割負担金額を例示したものです。)

(参考) (居宅サービスを利用した場合) (単位：円)

| 要介護認定 | 介護保険(支給限度額) (30日計算) | 介護保険負担金額(30日計算) | | | |
|------------------|------------------------|-----------------|--------|---------|--------|
| | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 要支援 1 訪問型サービス | 11 | 12,747 | 1,275 | 2,550 | 3,825 |
| | 12 | 25,463 | 2,547 | 5,093 | 7,639 |
| 要支援 2 訪問型サービス | 11 | 12,747 | 1,275 | 2,550 | 3,825 |
| | 12 | 25,463 | 2,547 | 5,093 | 7,639 |
| | 13 | 40,400 | 4,040 | 8,080 | 12,120 |
| 要介護 1 | 181,732 | 18,174 | 36,347 | 54,520 | |
| 要介護 2 | 213,602 | 21,361 | 42,721 | 64,081 | |
| 要介護 3 | 293,200 | 29,320 | 58,640 | 87,960 | |
| 要介護 4 | 335,367 | 33,537 | 67,074 | 100,611 | |
| 要介護 5 | 392,592 | 39,260 | 78,519 | 117,778 | |

※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。

※レクリエーション費等として、行事費をいただきます。(月額1,000円)