別記第1号様式（第12関係）

重要事項説明書

		記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	増田　綾美	所属・職名	ベストライフ東札幌・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

種類	個人・(法人)	
	※法人の場合，その種類	株式会社
名称	(ふりがな)　かぶしきがいしゃべすとらいふひがしにほん 株式会社ベストライフ東日本	
法人番号	法人番号の有無	①　あり　　2　なし
	法人番号	3430001080334
事業主体の主たる事務所の所在地	〒003-0001 北海道札幌市白石区東札幌一条二丁目3番1号	
連絡先	電話番号	011-817-4151
	FAX番号	011-817-4152
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	(なし) あり　：
代表者	氏名	伊藤　留美
	職名	代表取締役
設立年月日	令和元年　11月　22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)　べすとらいふひがしさっぽろ ベストライフ東札幌			
所在地	〒003-0001 北海道札幌市白石区東札幌1条2-3-1			
建物名等				
市町村コード	都道府県	北海道	市区町村	11002　札幌市
主な利用交通手段	最寄駅		札幌市営地下鉄東西線『東札幌』駅	
	交通手段と所要時間		札幌市営地下鉄東西線 『東札幌』駅 2番出口より 徒歩7分（約560m）	
連絡先	電話番号		011-811-3666	
	FAX番号		011-811-3667	
	メールアドレス			
	ホームページアドレス		http://	
管理者	氏名		増田　綾美	
	職名		管理者	
建物の竣工日			平成17年6月23日	
有料老人ホーム事業の開始日			令和2年9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	0170514319
	指定した自治体名	札幌市
	事業所の指定日	令和2年9月1日
	指定の更新日（直近）	令和8年8月31日

3．建物概要

土地	敷地面積	2,985.87㎡		
	所有関係	1　事業者が自ら所有する土地		
		②　事業者が賃借する土地		
			貸借の種別	①　普通貸借　　2　定期貸借
			抵当権の有無	①　あり　　2　なし
			契約期間	①　あり (借家契約:平成17年9月1日～令和7年8月31日) 2　なし
			契約の自動更新	①　あり(※)　2　なし　(※)借家契約5年毎
建物	延床面積	全体		4,254.72㎡
		うち，老人ホーム部分		4,254.72㎡
	耐火構造	①　耐火建築物 2　準耐火建築物 3　その他（　　）		
	構造	①　鉄筋コンクリート造（地上5階建） 2　鉄骨造 3　木造 4　その他（　　）		
	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		
			貸借の種別	①　普通貸借　　2　定期貸借
			抵当権の設定	①　あり　　2　なし
			契約期間	①　あり (平成17年9月1日～令和7年8月31日) 2　なし
			契約の自動更新	①　あり(※)　2　なし　(※)5年毎
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	人部屋
			最大	人部屋

	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	(有)／無	有／(無)	18.00㎡～19.06㎡	100室	介護居室個室
タイプ2	有／無	有／無	㎡		
タイプ3	有／無	有／無	㎡		
タイプ4	有／無	有／無	㎡		

※　「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	17ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	10ヶ所
	共用浴室	3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	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（　　）	0ヶ所
	食堂	①　あり　　2　なし		
	廊下幅	片廊下	－　m	
		中廊下	2.3　m以上	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1　あり　　②　なし		
	エレベーター	1　あり（車椅子対応） ②　あり（ストレッチャー対応） 3　あり（上記１・２に該当しない） 4　なし		
消防用設備等	消火器	①　あり　　2　なし		
	自動火災報知設備	①　あり　　2　なし		
	火災通報設備	①　あり　　2　なし		
	火災通報設備	①　あり　　2　なし		
	スプリンクラー	①　あり　　2　なし		
	防火管理者	①　あり　　2　なし		
	防災計画	①　あり　　2　なし		
緊急通報装置等	居室区分	①　全居室あり　　2　一部居室あり　　3　なし		
	便所	①　全便所あり　　2　一部便所あり　　3　なし		
	浴室	①　全浴室あり　　2　一部浴室あり　　3　なし		
	その他			
		①　あり　　2　一部あり　　3　なし		
その他	全館バリアフリー対応			

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します。
サービスの提供内容に関する特色	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。
入浴、排せつ又は食事の介護	①　自ら実施　2　委託　3　なし
食事の提供	1　自ら実施　②　委託　3　なし
洗濯、掃除等の家事の供与	①　自ら実施　2　委託　3　なし
健康管理の供与	①　自ら実施　2　委託　3　なし
安否確認又は状況把握サービス	①　自ら実施　2　委託　3　なし
生活相談サービス	①　自ら実施　2　委託　3　なし

（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)	1　あり　　②　なし
		(Ⅱ)	1　あり　　②　なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1　あり　　②　なし
		(Ⅰ)ロ	①　あり　　2　なし
		(Ⅱ)	1　あり　　②　なし
		(Ⅲ)	1　あり　　②　なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	①　あり　　2　なし
		(Ⅱ)	1　あり　　②　なし
		(Ⅲ)	1　あり　　②　なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	①　あり　　2　なし
		(Ⅱ)	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		①　救急車の手配 ②　入退院の付添い ③　通院介助（協力医療機関） ④　その他（健康相談）	
協力医療機関	1	名称	医療法人　東札幌病院
		住所	北海道札幌市白石区東札幌3条3-7-35
		診療科目	内科（一般内科）、血液・腫瘍内科、呼吸器内科、 循環器内科、消化器内科、心療内科、消化器外科、 乳腺・甲状腺外科、整形外科、放射線科、 緩和ケア科、歯科・歯科口腔外科、麻酔科
		協力科目	同上
		協力内容	外来受診、入院等緊急時対応
	2	名称	医療法人社団 長伸会 札幌あかしあクリニック
		住所	北海道札幌市白石区東札幌1条2-3-11 札幌クリニックプラザ2階
		診療科目	内科
		協力科目	同上
		協力内容	訪問診療、健康診断、入院等緊急時対応、 主治医意見書作成
協力歯科医療機関	1	名称	おおもり歯科
		住所	北海道札幌市白石区東札幌1条2-3-11 札幌クリニックプラザ1階
		協力内容	訪問歯科
	2	名称	医療法人社団 白水会　はくすい歯カ
		住所	北海道札幌市北区北24条西14丁目3-8 北24条通メディカルプレイス1階
		協力内容	訪問歯科

※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）　　※住み替えを行っていない場合は省略可能

<table>
<tr><td colspan="2">入居後に居室を住み替える場合
※複数選択可</td><td colspan="2">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（提携施設へ移る場合）</td></tr>
<tr><td colspan="2">判断基準の内容</td><td colspan="2">②　介護居室へ移る場合
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場合があります。
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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">手続きの内容</td><td colspan="2">②　介護居室へ移る場合
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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">居室利用権の取扱い</td><td colspan="2">居室利用権は新たに移動された居室で継続されます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="2">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="2">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="2">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他の変更</td><td>1　あり</td><td>（変更内容）</td></tr>
<tr><td colspan="2">②　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">判断基準の内容</td><td colspan="2">③　その他（提携施設へ移る場合）
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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">手続きの内容</td><td colspan="2">③　その他（提携施設へ移る場合）
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のが適用されます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">居室利用権の取扱い</td><td colspan="2">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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="2">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="6">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="2">①　あり　　2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他の変更</td><td>1　あり</td><td>（変更内容）</td></tr>
<tr><td colspan="2">②　なし</td></tr>
</table>

（入居に関する要件）

<table>
<tr><td rowspan="3">入居対象となる者
【表示事項】</td><td>自立している者</td><td>①　あり　　２　なし</td></tr>
<tr><td>要支援の者</td><td>①　あり　　２　なし</td></tr>
<tr><td>要介護の者</td><td>①　あり　　２　なし</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="2">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。</td></tr>
<tr><td>契約の解除の内容</td><td colspan="2">（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。
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
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、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
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、環境が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、認知症受け入れ可能な施設へ移動できる場合がある
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
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</td></tr>
</table>

契約の解除の内容	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。 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 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。 一　医師の意見を聴く 二　一定の観察期間をおく （入居者からの解約）※入居契約書第29条より 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。 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、事業者は前払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、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。	
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	30日	
体験入居の内容	①　あり　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） 2　なし	
入居定員	100人	
その他		

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（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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	1		0.5
生活相談員		2	2		1.0
直接処遇職員		34	32	2	29.9
	介護職員	29	28	1	25.4
	看護職員	5	4	1	4.5
機能訓練指導員		1	1		0.5
計画作成担当者		1	1		0.5
栄養士		業者業務委託			
調理員					
事務員		1	1		0.5
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			32時間		

※１　常勤換算人数とは，当該事業所の従業者の勤務延べ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			
介護福祉士	18	18	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
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	1	1	
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（休憩者等を除く）
看護職員		
介護職員	2人	2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　2.0：1 以上 c　2.5：1 以上 (d)　3.0：1 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）	2.6:1
※ 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		2							
前年度１年間の退職者数		1		1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	１年未満			6							
	１年以上 ３年未満										
	３年以上 ５年未満			1		1					
	５年以上 １０年未満			8				1			
	１０年以上	4	1	13	1	1				1	
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】	①　利用権方式 2　建物賃貸借方式 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	
	④　選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1　あり　　②　なし	
要介護状態に応じた金額設定	1　あり　　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 3　不在期間が　　日以上の場合に限り，日割り計算で減額	
利用料金の改定　条件	人件費、物価の変動等に基づく	
利用料金の改定　手続き	入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定する	

（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		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	床面積		18.00㎡～19.06㎡	18.00㎡～19.06㎡
	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		なし	150万円
	敷金		なし	なし
月額費用の合計			税別153,750円 税込160,150円	税別136,250円 税込142,650円
	家賃		78,750円（非課税）	61,250円（非課税）
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	要介護度に応じて介護費用の1～3割を徴収	
		介護保険外※2　食費の費用	税別55,000円 税込59,400円	税別55,000円 税込59,400円
		介護保険外※2　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※2　介護費用	なし	なし
		介護保険外※2　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）	
		介護保険外※2　その他	なし	なし

※１　介護予防・地域密着型の場合を含む。
※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。）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
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、近隣家賃及び立地条件を勘案し算定
敷金	なし
介護費用	なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
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
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）。
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）
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	生活サポート費　月額税別10,000円(税込11,000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 ヘルパーによる『特例院内介助』 30分　税別1,500円(税込1,650円) 夜間30分　税別2,500円(税込2,750円) ※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。

（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	要介護度に応じて介護費用の1～3割を徴収する。
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(上乗せサービス)	
※ 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		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 プランb月額単価（78,750円－61,250円）×想定居住期間（60ヶ月）＋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（45万円） ※月額賃料相当額＝78,750円 ※月額利用料のうち、賃料＝61,250円 ※月額単価（前払金の1ヶ月相当額） 78,750円－61,250円＝17,500円 ※17,500円×60ヶ月＋45万円＝150万円
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
初期償却率		30%
返還金の算定方法	入居後３月以内の契約終了	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、(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（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し、居室を明け渡した場合となります。介護保険1～3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ヶ月後の月末に還元とします。
	入居後３月を超えた契約終了	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。
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	（保全先）株式会社山田エスクロー信託 前払金保全措置は、株式会社ベストライフ東日本を委託者、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）。
	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	21人
	女性	64人
年齢別	６５歳未満	0人
	６５歳以上７５歳未満	1人
	７５歳以上８５歳未満	18人
	８５歳以上	66人
要介護度別	自立	1人
	要支援１	6人
	要支援２	2人
	要介護１	28人
	要介護２	18人
	要介護３	15人
	要介護４	8人
	要介護５	7人
入居期間別	６ヶ月未満	16人
	６ヶ月以上１年未満	11人
	１年以上５年未満	36人
	５年以上１０年未満	12人
	１０年以上１５年未満	2人
	１５年以上	8人

（入居者の属性）

平均年齢	89.2歳
入居者数の合計	85人
入居率※	85.0%

※ 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）

退居先別の人数	自宅等	1人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	22人
	死亡者	3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	26人
		（解約事由の例） 長期入院等の為

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		ベストライフ東札幌　管理者
電話番号		011-811-3666
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		株式会社ベストライフ東日本
電話番号		011-817-4151
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝祭日
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		土曜、日曜、祝祭日
窓口の名称		北海道国民健康保険団体連合会
電話番号		011-231-5175（介護サービス苦情相談専用ダイヤル）
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝祭日
窓口の名称		高齢者・障がい者生活あんしん支援センター（あんしんセンター）
電話番号		011-632-0550（直通）
対応している時間	平日	8:45～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝祭日、12月29日～1月3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） 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
	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） 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。
	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2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	
		評価機関名称	
		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 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 ②　入居希望者に交付 3　公開していない
事業収支計画書	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	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	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

<table>
<tr><td rowspan="4">運営懇談会</td><td colspan="2">①　あり</td><td>（開催頻度）年　2　回</td></tr>
<tr><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>1　代替措置あり</td><td>（内容）</td></tr>
<tr><td colspan="2">2　代替措置なし</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行
【表示事項】</td><td colspan="3">①　あり　（提携ホーム名：株式会社ベストライフ東日本全施設）

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。

2　なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">①　あり　　2　なし
3　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</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="3">有料老人ホーム設置運営指導指針「第6 規模及び構造設備」に合致しない事項</td><td colspan="3">1　あり　　②　なし</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>「第7 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>不適合事項がある場合の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

添付書類：　別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択によるサービス一覧表）
月額利用料表

※＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

説明年月日　　令和　　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。

別添1

事業主体が札幌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	ベストライフ訪問介護事業所 ベストライフ手稲訪問介護事業所 ベストライフ福住訪問介護事業所 ベストライフ篠路訪問介護事業所	札幌市南区真駒内泉町2-2-10 札幌市手稲区稲穂2条7-1-1 札幌市豊平区月寒西1条11-3-55 札幌市北区篠路2条8-5-8
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	ベストライフ大谷地 ベストライフ白石 ベストライフ札幌西 ベストライフ札幌清田	札幌市厚別区大谷地東5-7-1 札幌市白石区本通14-北5-15 札幌市西区発寒7条14-13-1 札幌市清田区平岡4条3-3-25
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)		
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)		
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	ベストライフ居宅介護支援事業所	札幌市南区真駒内泉町2-2-10
＜居宅介護予防サービス＞				
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	ベストライフ大谷地 ベストライフ白石 ベストライフ札幌西 ベストライフ札幌清田	札幌市厚別区大谷地東5-7-1 札幌市白石区本通14-北5-15 札幌市西区発寒7条14-13-1 札幌市清田区平岡4条3-3-25
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								(あり)	なし
	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)		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	
介護サービス									
食事介助	(あり)	なし	あり	(なし)					
排泄介助・おむつ交換	(あり)	なし	あり	(なし)					
おむつ代			(あり)	なし		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	(あり)	なし	あり	(なし)					
特浴介助	(あり)	なし	あり	(なし)					
身辺介助（移動・着替え等）	(あり)	なし	あり	(なし)					
機能訓練	(あり)	なし	あり	(なし)					
通院介助（協力医療機関）	(あり)	なし	(あり)	なし	○			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	
通院介助（上記以外）	あり	(なし)	(あり)	なし		○	実費		
生活サービス									
居室清掃	(あり)	なし	(あり)	なし		○		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10,000円/月（税込11,000円）を頂きます。	
リネン交換	(あり)	なし	(あり)	なし		○			
日常の洗濯	(あり)	なし	(あり)	なし		○			
居室配膳・下膳	(あり)	なし	(あり)	なし	○			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	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			(あり)	なし	○				
おやつ			あり	(なし)					
理美容師による理美容サービス			(あり)	なし		○	実費		
買い物代行（通常の利用区域）	(あり)	なし	(あり)	なし		○		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10,000円/月（税込11,000円）を頂きます。	
買い物代行（上記以外）	あり	(なし)	あり	(なし)					
役所手続き代行	あり	(なし)	あり	(なし)					
金銭・貯金管理			あり	(なし)					

	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)		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
健康管理サービス								
定期健康診断			あり	なし		○	実費	
健康相談	あり	なし	あり	なし	○			
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	○			
服薬支援	あり	なし	あり	なし				
生活リズムの記録(排便･睡眠等)	あり	なし	あり	なし				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	あり	なし	あり	なし	○	○		
入退院時の同行（協力医療機関）	あり	なし	あり	なし	○			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
入退院時の同行（上記以外）	あり	なし	あり	なし		○	実費	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし				
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	○			

※１：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1～3割の利用者負担）。
※２：「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包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
※３：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。