

有料老人ホーム柏葉寿 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	石田 恭央
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) はくほうかい 白鳳会	
主たる事務所の所在地	〒017-0046 大館市清水1丁目1番60号	
連絡先	電話番号	0186-44-6600
	FAX番号	0186-44-6602
	ホームページアドレス	http://nougeka.jp/
代表者	氏名	石田 恭央
	職名	理事長
設立年月日	平成12年 8月 26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) はくようじゅ 柏葉寿	
所在地	〒017-0046 大館市清水1丁目1番63号	
主な利用交通手段	最寄駅	大館駅
	交通手段と所要時間	大館駅より徒歩5分
連絡先	電話番号	0186-59-6625
	FAX番号	0186-59-6228
	ホームページアドレス	http://nougeka.jp/

管理者	氏名	石田 恭央
	職名	柏葉寿 管理者
建物の竣工日		平成28年 5月31日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年 6月11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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1941.54㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 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	894.23㎡
		うち、老人ホーム部分	420.32㎡
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造			
3 木造			
4 その他 ()			
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.60 m ²	2	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	17.10 m ²	3	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	15.00 m ²	3	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	36.31 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ5	有/無	有/無	28.34 m ²	1	一般居室相部屋
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ()	ヶ所		
食堂	1 あり 2 なし					
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	消火器	1 あり 2 なし				

等	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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	地域の高齢者サービスの拠点として、医療と介護の協力体制の下、地域との共生、福祉向上を図る。					
サービスの提供内容に関する特色	重度医療依存・高齢者の看取りまで対応できる総合的にサービスを提供、調整します。					
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3	なし	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託	<input type="checkbox"/> 3	なし

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（緊急時の連絡）			
協力医療機関	1	名称	石田脳神経外科クリニック	
		住所	大館市清水1丁目1番60号	
		診療科目	脳神経外科 内科 リハビリテーション科 放射線科	
		協力内容	平素より健康管理を依頼し、定期的な健康チェック及び診察、往診の実施。	
	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		

協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(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	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	特になし	
契約の解除の内容	入居者の死亡、事業主体から契約解除、入居者からの解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第26条第1項から第4項
	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 (内容: 1泊 (午前11時～翌朝10時まで、寝具貸出、共同浴室利用、寝具貸出、食費実費) 2 なし	
入居定員	12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	
生活相談員	2		2	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	0	3	

事務員	2	0	2	
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
※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。				

(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		医師							
			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										
前年度1年間の退職者数										
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満									
	1年以上 3年未満					1				
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満						1			
	10年以上									
	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	1 全額前払い方式

【表示事項】	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	
	手続き	運営懇話会にて

(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	Ⅱ	
	年齢	65歳	85歳	
居室の状況	床面積	15.00㎡	17.10㎡	
	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	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計（案）		107,500円	102,500円	
家賃		40,000円	35,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	
	介護保険外※2	食費	51,000円	51,000円
		管理費	10,000円	10,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	6,000円	6,000円
その他		実費	実費	
※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	近隣の同様施設の家賃相場を鑑みて決定
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	必要経費の平均値
食費	実費の平均値
光熱水費	実費の平均値
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 参照
その他のサービス利用料	なし

7. 入居者の状況【令和5年4月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	2人
	要介護2	3人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	2人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(別紙参照)

(入居者の属性)

平均年齢	87.7歳
------	-------

入居者数の合計	11人
入居率※	91.6%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

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	医療法人 白鳳会	
電話番号	0186-44-6600	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~12:00
	日曜・祝日	—
定休日	木午後、土午後、日曜日、祝祭日、年末年始・盆休	

(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)
	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)
	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし

握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 3 回 (主な内容) 入居者の意向の確認や意見交換 (会議録の閲覧) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

する届出	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	

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（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 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。

氏名

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		
訪問リハビリテーション	あり	なし	石田脳神経外科 クリニック	秋田県大館市清水1丁目1-60
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	石田脳神経外科 クリニック	秋田県大館市清水1丁目1-60
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		
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	小規模多機能型居 宅介護柏葉寿	秋田県大館市清水1丁目1-63
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		
<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	石田脳神経外科ク リニック	秋田県大館市清水1丁目1-60
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	石田脳神経外科ク リニック	秋田県大館市清水1丁目1-60
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		
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	小規模多機能型居 宅介護柏葉寿	秋田県大館市清水1丁目1-63
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		

別添2 有料老人ホーム・サービスクラ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	包含※2		※2	※3	備考
	包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス					
食事介助	なし	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	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	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替等）	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	
通院介助	なし	あり	なし	あり	
生活サービス					
居室清掃	なし	あり	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	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	
おやつ	なし	あり	なし	あり	
美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	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	
健康相談	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	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	

入退院時・入院中のサービス										
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
移送サービス			なし		なし		あり			
入退院時の同行	なし	あり	なし		なし		あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし		なし		あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし		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割又は2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、月額サービスの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於いて、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。