

カーム入船
重要事項説明書

株式会社健康倶楽部

有料老人ホーム カーム入船

小樽市入船4丁目5番15号

フロックス第2ビル

TEL0134-21-3500・FAX0134-21-0810

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	令和3年 月 日
記入者名	塚田 浩平	所属・職名	住宅型有料老人ホーム カーム入船 施設長

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="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃけんこうくらぶ 株式会社健康倶楽部	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒047-0042		
	小樽市末広町1番5号		
事業主体の連絡先	電話番号	0134-25-0051	
	FAX番号	0134-25-9933	
	ホームページアド レス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり: http://koyama-hokkaido.com	
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	加藤 文雄	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成15年7月17日		

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・ケアサポ トあすなる ・ヘルパー ステーション あるふあ	・小樽市入船4丁目5 番15号 ・石狩市花川東2条3 丁目28番地
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	訪問看護ス テーション あるふあ	石狩市花川東2条3丁 目28番地
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・デイサービ スセンター 彩り ・デイサービ スセンターA RK奏 ・デイサービ	・小樽市稲穂4丁目8 番17号 ・小樽市末広町1番5 号 ・石狩市花川東2条3

			スセンターA RK結	丁目28番地
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		
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	あるふあ	石狩市花川東2条3丁目28番地
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	デイサービスセンター 壽	小樽市入船4丁目5番15号
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	・あすなろの社 ・あすなろの郷 ・小規模多機能ホーム奏 ・小規模多機能型ホームぬくもり ・小規模多機能ホームとこしえ彩り	・小樽市幸2丁目22番3号 ・小樽市花園2丁目5番2号 ・小樽市末広町1番5号 ・小樽市最上1丁目24番3号 ・札幌市厚別区厚別東3条4丁目1番30号
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	・グループホームあすなろ ・グループホームあすなろの家 ・グループホームなごみ ・グループホームべつかり海の家	・小樽市幸2丁目22番2号 ・小樽市幸2丁目22番3号 ・小樽市桜1丁目15番4号 ・石狩市厚田区別狩92番地4
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	・ケアプランセンターあすなろ ・ケアプランセンター奏 ・ケアプランセンター彩り ・ケアプランセンターあるふあ	・小樽市入船4丁目5番15号 ・小樽市末広町1番5号 ・札幌市厚別区厚別東3条4丁目1番30号 石狩市花川東2条3丁目28番地
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ケアサポートあすなろ	・小樽市入船4丁目5番15号
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		
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	・あすなろの 杜 ・あすなろの 郷	・小樽市幸2丁目22 番3号 ・小樽市花園2丁目5 番2号
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	・グループホ ームあすな ろ ・グループホ ームあすな ろの家	・小樽市幸2丁目22 番2号 ・小樽市幸2丁目22 番3号
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)かーむいりふね カーム入船	
施設の所在地	〒047-0021	小樽市入船4丁目5番15号
施設の連絡先	電話番号	0134-21-3500
	FAX番号	0134-21-0810
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://koyama-hokkaido.com/
施設の開設年月日	令和3年4月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	塚田 浩平
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
中央バス :		
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム	
介護保険事業所番号		
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		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

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		1			1	0.6
生活相談員		1			1	0.4
看護職員						
介護職員		5			5	2.5
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40時間	
※ 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				
介護福祉士		3		
実務者研修		1		
介護職員初任者研修				
介護支援専門員				
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				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
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 (時～ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員				
介護職員	1名 (17時～9時)		1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						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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						
介護福祉士						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
介護支援専門員						

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				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
管理者の他の職務との兼務の有無				なし
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						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
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		
<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆっくり、ゆったりと家庭的な雰囲気の中で安心して生活できるホームを提供します。 ・ ひとり、一人の個性を大切にし、笑顔あふれる楽しい生活を提供します。 ・ 地域社会の中で信頼されふれあいのできるホームを目指します。 		
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	<input type="checkbox"/> なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 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	医療法人社団 三ツ山病院	
	(協力の内容) 緊急の際の対処・入院の受け入れ・往診業務	
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 あかり歯科オフィス
	(協力の内容) 緊急の際の対処・往診業務	
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		
一般室内においての介護保険居宅サービスが利用できます。		

施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
要支援の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
要介護の者を対象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書第5章第30条から35条に順ずる	
体験入居の内容	空室時、1泊体験での入居が可能。1泊4,000円（食費別途負担）食費実食数（朝300円・昼500円・夜500円）	
入居定員	48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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数 男性 女性

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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

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						

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	48	48	11.88 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	なし			m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
						m ²
一時介護室	あり	なし			m ²	
共用便所の設置数	12	うち男女別の対応が可能な数			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			6	
個室の便所の設置数		個室における便所の設置割合			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			0	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		3	3			
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	ダイニングテーブル・イス、冷蔵庫、流し台					
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：リビング						
なし	あり	(その内容)				
バリアフリーの対応状況 全館バリアフリー対応						
(その内容)						
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						
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		
貸借（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	
建物の延床面積		1,482.00 m ²	
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
貸借（借家）			
なし	あり	契約期間	始
		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	カーム入船		
電話番号	0134-21-3500		
対応している時間	平日	8:30～17:30	
	土曜	8:30～17:30	
	日曜・祝日	8:30～17:30	
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	北海道後志振興局保健環境部社会福祉課		
電話番号	0136-23-1936		
対応している時間	平日	9:00～5:20	
	土曜	なし	
	日曜・祝日	なし	
定休日等	土曜・日曜・祝日・年末年始（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			
なし	あり	（その内容） 日本興亜損害保険 総合賠償責任保険	
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） 日本興亜損害保険 総合賠償責任保険	
サービスの提供内容に関する特色等			
（その内容）			
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	
		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	
		実施した評価機関の名称	
		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	70,000円 (家賃の 2ヶ月分)					
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 計	(内訳)			
			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					
一時金の償却に関する事項						
償却開始日の設定	入居日					
初期償却率 (%)						
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						
権利金等(※)の額						
(※)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)						

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例							
保全措置の実施状況		なし	あり	(保全先)			
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					
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							
一時金の支払方法							
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		月額	111,000円 (内訳)				
		計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
		111000	35000	2000	39000	15000	20000
※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	居室利用料					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 入居者に対する日常生活支援サービス等にかかる人件費					
	食費	朝300円・昼500円・夜500円					
	光熱水費	居室内及び共用部分の電気代・水道料金等					
	管理費	共用施設の維持・管理、事務管理部門の人権費及び事務費、冬期間の除排雪等					

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
算定根拠	介護サービス等の一覧表による。		
料金改定の手続			
入居契約書第29条の規定に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。			

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： 別添1（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解しましたので、ここに同意します。

同意日 令和 年 月 日

氏名 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 塚田 浩平 印

※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。