

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 6 月 1 日
記入者名	関澤みか子
所属・職名	ホーム長

## 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) ゆにばーさるとらすとかぶしきがいしゃ ユニバーサルトラスト株式会社	
主たる事務所の所在地	〒933-0968 富山県高岡市国吉 752-1	
連絡先	電話番号	0766-32-1333
	FAX番号	0766-32-1334
	ホームページアドレス	http://www.ainokaze.ne.jp
代表者	氏名	野尻 貴志
	職名	代表取締役
設立年月日	平成19年12月1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) けあほーむくによしあいのかぜ ケアホーム国吉あいの風	
所在地	〒933-0968 富山県高岡市国吉 752-1	
主な利用交通手段	最寄駅	高岡駅
	交通手段と所要時間	加越能バス 国吉バス停より徒歩 5 分
連絡先	電話番号	0766-32-1333
	FAX番号	0766-32-1334
	ホームページアドレス	http://www.ainokaze.ne.jp/
管理者	氏名	関澤 みか子
	職名	ホーム長
建物の竣工日		平成20年3月22日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年6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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	
	指定の更新日（直近）	

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	1682.06 m <sup>2</sup>				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地				
建物	延床面積	全体	698.72 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	145.93 m <sup>2</sup>			
	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				
		2 鉄骨造				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	8.41 m <sup>2</sup>	1 室	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	10.55 m <sup>2</sup>	1 室	一般居室個室
	タイプ 3	有/無	有/無	11.51 m <sup>2</sup>	1 室	一般居室個室
	タイプ 4	有/無	有/無	13.34 m <sup>2</sup>	1 室	一般居室個室
	共用施設	共用便所における 便房	2 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				2 ヶ所		

	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	1 あり	2 なし	
消防用設備 等	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	
	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	

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	介護サービスを併用することによって介護度に関わらず利用者を担当する		
サービスの提供内容に関する特色	併設される小規模多機能型居宅介護事業所における 24時間介護サービスの提供		
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

##### （医療連携の内容）

医療支援	1 救急車の手配
※複数選択可	2 入退院の付き添い
	3 通院介助
	4 その他（ ）

協力医療機関	1	名称	藤田内科クリニック
		住所	富山県高岡市瑞穂町 4-25
		診療科目	内科
		協力内容	往診対応及び医療相談
協力歯科医療機関		名称	万葉歯科医院
		住所	高岡市二上 1087
		協力内容	訪問診療、歯科診療

(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

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (他居室に移動)	
判断基準の内容		入居者の ADL 状態の低下に伴い介護サービス利用の利便性を判断	
手続きの内容		入居者もしくは身元引受人との協議・合意の上変更	
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		変更後の居室への利用権の移動	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	集合住宅における共同生活に支障がない方	
契約の解除の内容	入居契約参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	別紙入居契約参照
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：1 日体験入居)	
入居定員	4 人	

## 5. 職員体制

### (職員の状況)

管理者		他の職務との兼務				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 <input type="checkbox"/> なし					
		業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり							
				資格等の名称		介護福祉士・介護支援専門員					
				2 <input type="checkbox"/> 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											
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年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり      2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 <input type="checkbox"/> あり      2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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。
	手続き	1 か月以前に書面にて通知

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン 1 (30 日)	プラン 2 (30 日)
入居者の状況	要介護度	2	2
	年齢	75 歳	75 歳
居室の状況	床面積	11.51 m <sup>2</sup>	8.41 m <sup>2</sup>
	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	45,000 円	45,000 円
月額費用の合計		121,500 円	106,500 円
家賃		54,000 円	39,000 円
	介護保険	食費	48,000 円
		光熱水費	16,500 円
		その他 洗濯費	3,000 円

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	日額 1,800 円 101・102・104 号室 日額 1,300 円 103 号室
敷金	45,000 円 家賃の 1 ヶ月分相当額
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	1,600 円／日（別途消費税）
光熱水費	550／日（別途消費税）
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	健康診断費用、慢性疾患管理費 おむつ代等日用品代 NHK 受信料 リネンサービス代 福祉用具レンタル代

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	0 人
	女性	0 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	0 人
	85 歳以上	0 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	0 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	0 人
	1 年以上 5 年未満	0 人
	5 年以上 10 年未満	0 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	歳
入居者数の合計	0 人
入居率※	0%

**(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	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 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) 特養、療養型へ入居されるため。

**8. 苦情・事故等に関する体制**

窓口の名称		ケアホーム国吉あいの風
電話番号		0766-32-1333
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	無
-----	---

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設損害賠償保険
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設損害賠償保険
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	随時
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名：ケアホーム国吉あいの風) 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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
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      2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり      2 なし
合致しない事項がある場合の内容	居室面積
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	

上記説明を受けました。

\_\_\_\_\_様

説明年月日 令和      年      月      日

説明者署名\_\_\_\_\_

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		
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		
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	ケアホーム国吉あいの風	高岡市国吉752番1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ケアホーム国吉あいの風	高岡市国吉752番1
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	居宅介護支援事業所 新湊事業所・呉羽事業所	射水市海王町21-61 富山市野々上340
＜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		
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	ケアホーム国吉あいの風	高岡市国吉752番1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ケアホーム国吉あいの風	高岡市国吉752番1

## 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						なし		あり	
		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）		個別の利用料で、実施するサービス		備 考	
						包含※2	都度※2		
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		○		
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・着替え等）		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	○		3,000 円	
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		○		要相談
おやつ				なし	あり				
理美容師による理美容サービス				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	○			月 1 万円迄
健康管理サービス									
定期健康診断				なし	あり		○		年 1 回
健康相談		なし	あり	なし	あり			無料	
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									
移送サービス		なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行		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				
入院中の見舞い訪問		なし	あり	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。