

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年8月1日
記入者名	山本晋一
所属・職名	管理者

## 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) かぶしきかいしゃ めたるえつぐ 株式会社 メタルエッグ
主たる事務所の所在地	〒625-0020 京都府舞鶴市字小倉 222 番地の 5
連絡先	電話番号 0773-62-8377 FAX 番号 0773-62-7855 ホームページアドレス http://
代表者	氏名 西 忠生 職名 代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 9 年 3 月 28 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)

## 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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたくあつふるはうす サービス付き高齢者向け住宅 あっふるハウス
所在地	〒625-0024 京都府舞鶴市田中町 15 番 11
主な利用交通手段	最寄駅 JR 東舞鶴駅 交通手段と所要時間 ① JR 東舞鶴駅より京都交通バス利用 9 分 「東高口」バス停より徒歩 3 分 ② 自動車利用の場合 舞鶴若狭自動車道東舞鶴インターより 3 分
連絡先	電話番号 0773-62-2455 FAX 番号 0773-64-1800 ホームページアドレス http://heiwa-wel.jp/kaigo.html
管理者	氏名 山本晋一 職名 管理者
建物の竣工日	昭和・平成・令和 28 年 12 月 25 日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成・令和 29 年 1 月 21 日

**(類型)【表示事項】**

1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 住宅型 4 <input type="checkbox"/> 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2672700701
	指定した自治体名	京都府
	事業所の指定日	平成・ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 3年 5月 15日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1298.40 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 <input type="checkbox"/> 事業者が貸借する土地				
		抵当権の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	1 <input type="checkbox"/> あり (平成 28 年 5 月 15 日～平成 58 年 5 月 14 日) 2 なし			
契約の自動更新	1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	933.58 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	696.97 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 3 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨 3 木造 4 <input type="checkbox"/> その他 ( 軽量鉄骨造 )				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 <input type="checkbox"/> 事業者が貸借する建物						
抵当権の設定		1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 全室個室				
		2 <input type="checkbox"/> 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
	最大	2 人部屋				
	タイプ 1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室	

	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.5 m <sup>2</sup>	4	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	27 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.5 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m <sup>2</sup>		
※「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	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	0ヶ所	個室		ヶ所	
			大浴場		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		ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）
	<input type="checkbox"/> 4	なし				
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	談話室、洗濯室					

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	人との出会いを大切にし、誠意をもって親切に対応します。また、入居者が安全かつ安心して主体的に生活できるよう、質の高いサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	厨房にて手作りの食事を提供しています。入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、また、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状態等利用者の心身の状況を踏まえて、日常生活にレクリエーション等を取り入れて

	います。			
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 type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
(I)ロ		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(II)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1				
		<input type="checkbox"/> 2	なし			

**(医療連携の内容)**

医療支援	※複数選択可		<input 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 type="checkbox"/> 4 その他 ( )
協力医療機関	<input type="checkbox"/> 1	名称	外松医院
		住所	舞鶴市余部上 440-1
		診療科目	内科
		協力内容	主治医である場合、体調不良時の受診又は往診急変時の対応 予防接種 看護師との情報共有及び相談等
協力医療機関	<input type="checkbox"/> 2	名称	
		住所	

		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	森歯科医院	
	住所	舞鶴市田中町 19-3	
	協力内容	歯科治療を要する場合、緊急の治療を要する場合等に適切な対応、指示等	

**(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 その他 (居室相部屋入居者が単身になられた場合)	
判断基準の内容		
手続きの内容	本人からの申し入れにて協議	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 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 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	60 歳以上の方で自傷、他害がなく、他の入居者様に迷惑をかけずに共同生活を営める方	
契約の解除の内容	賃料、共益費の支払い義務違反 サービス料金の支払い義務違反 乙の責に帰する修繕に要する費用負担義務違反 本物件使用目的遵守義務違反 入居資格における不正があった場合 反社会的勢力である事が判明した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 11 条
	解約予告期間	1 ヶ月
入居者からの解約予告期間	解約 1 ヶ月前までに事業者に対し申し出	
体験入居の内容	1 あり (内容 : 6550 円/1泊2日 食事代 (別途))	
	2 なし	
入居定員	21 人	
その他		

## 5. 職員体制

### (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	0.1
生活相談員	3	1 (兼務)	2 (兼務 1)	1
直接処遇職員				
介護職員	11	5 (兼務 1)	6 (兼務 1)	5.2
看護職員	3	1 (兼務)	2 (兼務 1)	1.0
機能訓練指導員	2	1 (兼務)	1 (兼務)	0.15
計画作成担当者	1		1 (兼務)	0.1
栄養士	2	1 (兼務)	1 (兼務)	0.9
調理員	5	1 (兼務)	4 (兼務 1)	1.5
事務員				
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				
※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。				

### (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	6	4	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	1	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	2	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～7時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1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 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 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)	1 : 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										
前年度1年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満			1						
	1年以上3年未満		1		1		1	1		
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満			2	3					
	10年以上	1	2	2	2		2			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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	入居契約書第4条3項による
	手続き	協議

### (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		要支援2	要支援1 要介護1	
	年齢		85歳	90歳、78歳	
居室の状況	床面積		18 m <sup>2</sup>	27 m <sup>2</sup>	
	便所		<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室		<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所		<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金		0円	0円	
	敷金		118,000円	138,000円	
月額費用の合計			151,360円	249,520円	
家賃			59,000円	69,000円	
サービス費	※2 介護保険外	特定施設入居者生活介護※1の費用		円	円
		食費		48,960円	97,920円
		共益費		21,000円	37,800円
		介護費用		円	円
		光熱水費		共益費に含む	共益費に含む
その他		状態把握・生活支援サービス費 22,400円	状態把握・生活支援サービス費 44,800円		



- ※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	近隣の賃貸住宅相当
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共有部分の維持管理に必要な清掃費及び光熱水道費等
食費	朝食 324 円、昼食 660 円、夕食 648 円として 30 日分
光熱水費	共益費に含む
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	状態把握・生活支援サービス

**(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 割（一定以上の所得者は 2 割または 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（上乘せサービス）	
※ 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	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了
	入居後 3 月を超えた契約終了
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
	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	5人
	女性	11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	2人
	85歳以上	14人
要介護度	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	0人
	要介護 1	5人
	要介護 2	5人
	要介護 3	2人
	要介護 4	2人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	7人
	5年以上 10年未満	7人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	88.8歳
入居者数の合計	16人
入居率※	76.6%
※ 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	2人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	3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)

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※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		苦情処理担当者
電話番号		0773-62-2455
対応している時間	平日	8:00~17:00
	土曜	8:00~17:00
	日曜・祝日	8:00~17:00
窓口の名称		舞鶴市高齢者支援課
電話番号		0773-66-1013
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休
	日曜・祝日	定休
窓口の名称		京都府高齢者支援課
電話番号		075-414-4574
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	定休
	日曜・祝日	定休

### (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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	東京海上日動火災保険(株)賠償責任保険(一般種目)に加入
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合、ご家族に連絡をとり、救急車の呼出等を行うとともに、速やかに損害を賠償します
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	意見箱設置
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	

況		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり      2 なし
	<input 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 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 type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) アンケート方式
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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、高齢者の居住の安全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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

有料老人ホーム設置運営基準指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり      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基準指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別を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）

当事業者はサービスの利用にあたり、入居者に対して重要事項説明書を交付の上、特定施設入居者生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日      令和    年    月    日

**事業者**

法人名            (株) メタルエッグ  
所在地            舞鶴市字小倉 222-5  
代表者名        代表取締役    西 忠生  
施設所在地      舞鶴市田中町 15-11  
名称              あっふるハウス  
電話番号        0773-62-2455

**説明者**

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

**入居者**

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名            \_\_\_\_\_ 印  
署名代理者      \_\_\_\_\_ 続柄 (            )

別添 1 事業主体が京都府内（京都市内を除く。）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	(株)メタルエッグ 介護事業部あつぶる	舞鶴市字小倉222-5
訪問入浴介護	あり	なし	(株)メタルエッグ 介護事業部あつぶる	舞鶴市字小倉222-5
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	ディサービス あつぶる	舞鶴市田中町15-11
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	あつぶるハウス	舞鶴市田中町15-11
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	(株)メタルエッグ 介護事業部あつぶる	舞鶴市字小倉222-5
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	(株)メタルエッグ 介護事業部あつぶる	舞鶴市字小倉222-5
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		
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		
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	(株)メタルエッグ 介護事業部あつぷる	舞鶴市字小倉222-5
<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					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 （利用者が全部負担）			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		持ち込み
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	300円/10分
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	○	300円/10分
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	○	280円/10分
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	○	週3回を超える場合、300から500円/1回
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		
おやつ			なし	あり		昼食代に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	外部の美理容サービス 実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	近隣地域に限る 280円/10分
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		
健康管理サービス						
定期健康診断			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	○	100円/1回
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		※付添いができる範囲を明確化すること
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、月額の利用料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。