かえでの家

有料老人ホーム
重要事項説明書

ご　説　明　日　　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

ご　入　居　日　　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

ご　入　居　者　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

（別表７）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2026 年 7 月 1 日
記入者名	和田龍馬
所属・職名	代表取締役

１．事業主体概要

２．有料老人ホーム事業の概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃ ともしあ 株式会社トモシア	
主たる事務所の所在地	〒673-0892 兵庫県明石市本町 2 丁目 1-1 インティ明石ビル 4 階	
連絡先	電話番号	078-918-1777
	ＦＡＸ番号	078-918-2233
	ホームページアドレス	https://tomocia.jp
代表者	氏名	和田　龍馬
	職名	代表取締役
設立年月日	2018 年 5 月 2 日	

（住まいの概要）

名称	（ふりがな）かえでのいえ かえでの家	
所在地	〒675-0121　加古川市別府町新野辺北町 3 丁目 8 番	
主な利用交通手段	最寄駅	浜の宮駅
	交通手段と所要時間	① 自動車利用の場合 加古川バイパス「加古川東ランプ」より車で約 14 分 ② 電車利用の場合 山陽電鉄本線「浜の宮駅」より車で 6 分
連絡先	電話番号	078-918-1777
	ＦＡＸ番号	078-918-1777
	ホームページアドレス	https://tomorrow-group.jp
管理者	氏名	和田　龍馬
	職名	代表取締役
建物の竣工日		平成 30 年 6 月 20 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30 年 8 月 1 日

（類型）

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	
	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	442.49 ㎡	
	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	
		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
		③　設置者のグループ会社が所有	
建物	延床面積	全体	581.10 ㎡
		うち、老人ホーム	581.10 ㎡
	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 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	
		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
		③　設置者のグループ会社が所有	
居室の状	居室区分	①　全室個室	

況		2　相部屋あり				
		最小		人部屋		
		最大		人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数･室数	区分※
	タイプA	有	無	11.18 ㎡	26	一般居室個室

※「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	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	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴室	1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	①　あり　　2　なし		
	入居者や家族が利用できる調理施設	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		
	火災報知設備	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		
その他				

４．サービスの内容

運営に関する方針	基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営し、地域の高齢者が安心安全に暮らせる住宅にします。
サービスの提供内容に関する特色	
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、掃除等の家事の提供	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 ※複数選択可		①　救急車の手配 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	大西メディカルクリニック
		住所	〒675-1115　兵庫県加古郡稲美町国岡 2-9-1
		診療科目	内科・消化器内科、整形外科　他
		協力内容	外来受診、緊急搬送時の受入など
	２	名称	
		名称	
		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	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	原則、要介護認定を受けている 65 歳以上の方とする。また、配偶者及び親族の同居の場合のみ入居受入れ対象とする。	
契約の解除の内容	賃貸借契約書第 10 条	
事業主体から解約を求める	解約条項	―

場合	解約予告期間	－
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：　　） ２　なし	
入居定員	26 名	
その他	各サービス契約及び利用に関しては、入居者がサービス提供事業所を選択し、利用する	

５．職員体制（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要）

（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	0	1	0.5
生活相談員				
直接処遇職員	8	4	4	7.5
介護職員	9	4	5	7.5
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員	6		6	3
事務員	1	0	1	0.5
その他職員	2		2	1
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。

（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	0	0	0
介護福祉士	7	3	4
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	0	0	0

（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			
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
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）

夜間帯の設定時間（20 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

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務	① あり　2 なし
	業務にかかる資格等	① あり
		資格等の名称：介護福祉士
		2 なし

区分	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			5	1		
前年度 1 年間の退職者数			6	0		
業務に従事した経験年数						
1 年未満の者の人数			4	0		
1 年以上 3 年未満の者の人数			0	0		
3 年以上 5 年未満の者の人数			2	0		
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			1	
	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		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
		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
要介護度に応じた金額設定		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	土地建物の租税負担の増減、土地建物の価格や物価の変動、近傍同種の建物と比較して賃料が不相当となった場合
	手続き	入居者と協議のうえ決定

（利用料金のプラン（代表的なプラン））

			プランA	プラン
入居者の状況	要介護度		要介護１	
	年齢		75歳	歳
居室の状況	床面積		11.18㎡	㎡
	便所		① あり　2 なし	1 あり　2 なし
	浴室		1 あり　② なし	1 あり　2 なし
	台所		1 あり　② なし	1 あり　2 なし
入居時点で必要な費用	前払金		0円	0円
	敷金		50,000円	円
月額費用の合計			99,800円	円
家賃			38,000円	円
サ	特定施設入居者生活介護の費用※1		円	円
介	食費		40,000円	円

			管理費	12,000 円	円
			介護費用	円	円
			光熱水費	9,800	実費
			その他	9,800 円	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	居室専用部の使用料として、入居者が負担する
敷金	家賃の 6 ヶ月分
介護費用	運営会社設定の利用料金を、利用内容により入居者が負担する。また、介護保険サービスの自己負担分は含まれない。
管理費	住宅使用にあたり、管理費として入居者が負担する
食費	原則１ヶ月の料金を入居者が負担する。ただし、キャンセル時は、食数により返金する。
光熱水費等	居室専用部で使用する電気料金を入居者が負担する（居室内の電気メーター分の請求）
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	・専用部で使用する日用品及び嗜好品の購入費用 ・ＮＨＫ放送受信料 ・理美容サービス利用時の利用料

７．入居者の状況(2026 年 7 月 1 日現在)

（入居者の人数）

性別	男性	9 人
	女性	17 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	18 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	5 人
	要介護３	11 人

	要介護４	7 人
	要介護５	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	11 人
	5 年以上 10 年未満	7 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	84.5 歳
入居者数の合計	26 人
入居率※	100％
※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	1 人
	社会福祉施設	5 人
	医療機関	4 人
	死亡者	4 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	14 人
		(解約事由の例) 特養への転所、入院の長期化

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）※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		訪問介護ステーション トモシア
電話番号		078-918-1777
対応している時間	平日	9：00～18：00
定休日		土曜・日曜・祝日

（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）
	２　なし	
介護サービスの提供により賠償す	①　あり	（その内容）

べき事故が発生したときの対応	2　なし
事故対応及び予防のための指針	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	
		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　入居希望者に配布 3　公開していない
管理規程	①　入居希望者に公開 2　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 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　入居希望者に配布 ③　公開していない

10．その他

運営懇談会	①　あり	（開催頻度）年 2 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	1　あり（提携ホーム名：　　）	
	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　あり　②　なし	
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第 4 章「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	
	第5章「既存建物等の活用の特例」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
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		室面積、廊下幅
	不適合事項がある場合の内容	室面積、廊下幅

添付書類

別添１：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添２：入居者の個別選択によるサービス一覧表

以上の内容について、老人福祉法第29条第５項の規定に基づく書面による説明を受けました。

年　　月　　日

説明した者

所属

職名

氏名

説明を受けた者

住所

氏名　　実印

入居する者（　　）との続柄

※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　　事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	(あり)	なし	訪問介護ステーション トモシア	明石市本町2丁目1-1インティ明石ビル４階
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		
地域密着型通所介護	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		
看護小規模多機能居宅介護	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　　入居者の個別選択によるサービス一覧表

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
区分	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	なし	あり	なし	(あり)		○	1,500 円/回		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	(あり)		○	1,019 円/回		
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)		○	3,056 円/回		
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)		○	800 円/回		
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	(あり)		○	2,037 円/1h	※付添いができる範囲を明確化すること	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	(あり)		○	1,528 円/回		
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)		○	1,528 円/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					
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)		○	2,037 円/回	※利用できる範囲を明確化すること	
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		○	1,500 円/1h	※回数（年○回など）を明記すること
	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、２割又は３割の利用者負担）。

※２：「あり」を記入したときには、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