

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2024/10/1		1. 事業主体概要 2. 有料老人ホーム事業の概要 (住まいの概要)
記入者名	寺本 義人		
所属・職名			
種類	個人／法人 株式会社		
	※法人の場合、その種類		
名称	(ふりがな) ていーしーえす TCS		
主たる事務所の所在地	〒670-0801		
連絡先	電話番号	079-282-7001	
	FAX番号		
	ホームページアドレス		
代表者	氏名	寺本 義人	
	職名	代表取締役社長	
設立年月日	平成 20 年 8 月 1 日		
名称	(ふりがな) えーでるわいすにしなかじま エーデルワイス西中島		
所在地	〒670-0801 姫路市仁豊野 248-1		
主な利用交通手段	最寄駅	仁豊野 駅	
	交通手段と所要時間	播但線「仁豊野駅」から徒歩1分。	
連絡先	電話番号	079-282-7001	
	FAX番号		
	ホームページアドレス		
管理者	氏名	高濱 冴子	
	職名	管理者	
建物の竣工日	昭和・平成 44 年 2 月 21 日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成・令和 5 年 10 月 13 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	112.06 m ²	
	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 (H27 年 4 月 1 日～ R5 年 12 月 31 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	149.05 m ²
		うち、老人ホーム	149.05 m ²
	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 2 ① なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 ① なし	
居室の状況	居室区分	1 ① 全室個室	
		2 相部屋あり	
		最小	

		最大		1 人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ 1		有／無	有／無	4.93 m ²	3	個室
タイプ 2		有／無	有／無	4.98 m ²	2	個室
タイプ 3		有／無	有／無	4.90 m ²	3	個室
タイプ 4		有／無	有／無	9.94 m ²	3	個室
タイプ 5		有／無	有／無	9.08 m ²	1	個室
タイプ 6		有／無	有／無	7.92 m ²	1	個室
タイプ 7		有／無	有／無			個室
タイプ 8		有／無	有／無			個室
タイプ 9		有／無	有／無			
タイプ 10		有／無	有／無			

※「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	1 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 介護浴室	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	
	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	貸主の都合により建物が移動となっても入居者との契約継続を保証する			

4. サービスの内容

運営に関する方針	設置者とサービス提供者は同一法人			
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

(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	個別機能訓練加算		1 あり	② なし
	夜間看護体制加算		1 あり	② なし
	医療機関連携加算		1 あり	② なし
	看取り介護加算		1 あり	② なし
	認知症専門ケ ア加算	(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
	サービス提供 体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
		(Ⅲ)	1 あり	② なし
人員配置が手厚い介護サー ビスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1		
	② 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		
		住所		
		診療科目		
		協力内容		
	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 ()
判断基準の内容		介護度の変更
手続きの内容		本人・家族に電話にて確認
追加的費用の有無		1 あり ② なし
居室利用権の取扱い		1 あり ② なし
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	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		
契約の解除の内容		利用者・家族から退去の申し出があった場合。
事業主体から解約を求める 場合	解除要項	
	解除予告期間	
入居者からの解除予告期間		定めなし。
体験入居の内容		① あり (内容: お試しで一泊) 2 なし
入居定員		16名
その他		

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	4名	3名	1名	
生活相談員	1名		1名	
直接処遇職員				
介護職員	10名	6名	4名	
看護職員	6名	4名	2名	
機能訓練指導員	3名	1名	2名	
計画作成担当者	3名	3名		
栄養士				
調理員				
事務員	1名	1名		
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	2名	1名	1名
実務者研修の修了者	1名		2名
初任者研修の修了者	4名	2名	2名
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	3名	1名	2名
理学療法士	1名		1名
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (22 時～8 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※	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

※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	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						
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			2			
1 年以上 3 年未満の者の人数	1	1	8			
3 年以上 5 年未満の者の人数	3	2	2	5		
5 年以上 10 年未満の者の人数	2		1	1	1	1
10 年以上の者の人数	1					
	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	2	2	2	
5 年以上 10 年未満の者の人数	2	1	3	
10 年以上の者の人数				
従業者健康診断のの実施状況	① あり 2 なし			

6. 利用料金

居住の権利形態	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 修身建物賃貸借方式	
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	
	手続き	

（利用料金のプラン（代表的なプラン））

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	要介護 2	要介護 3
	年齢	77 歳	86 歳
居室の状況	床面積	m ²	m ²
	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	0 円	0 円

月額費用の合計			7 4 0 0 0円	8 1 4 0 0円
家賃			1 0 0 0 0円	1 0 0 0 0円
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※ 1		円	円
	介護保険外※ 2	食費	3 8 0 0 0円	3 8 0 0 0円
		管理費	5 0 0 0 円	5 0 0 0 円
		介護費用	2 0 0 0 0円	2 7 0 0 0円
		光熱水費	円	円
		その他	1 0 0 0 円	1 4 0 0 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	個室の種類による。
敷金	なし
介護費用	法令に基づいた自己負担金による
管理費	介護度によって算出
食費	配食サービスの料金原価。
光熱水費等	部屋代含む
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	なし。

（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	
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）※前払金を受領しない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住年数（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

数	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	志望者	0 人
	その他	5 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人 (解約事由の例) 特養申し込み期間のみの入居で、特養に空きがでたため

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	苦情事故相談窓口	
電話番号	079-282-7001	
対応している 時間	平日	9時から19時
	土曜日	
	日曜・祝日	
定休日		

(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
第三者による評価の実施状況	2 なし		
	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 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：エーデルワイス仁豊野)	
	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
姫路市有料老人ホーム設置運営指導指針「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		
「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	
姫路市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	運営懇談会の設置	
不適合事項がある場合の内容		

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

※ _____ 様

※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 事業主体が姫路市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	ヘルパーステーション NASA	
訪問入浴介護	あり なし		
訪問看護	あり なし	訪問看護ステーション HERB	
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	デイサービス オレンジーナ水上	
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		
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		
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	ヘルパーステーション NASA	
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	デイサービス オレンジーナ水上	
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		
<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 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									
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）			備考	なし	あり
	なし	あり		なし	あり				
	なし	あり		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	●		※使用分につき実費。又は、家族の方が持参		
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			※当施設から院内まで		
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					
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	●	¥1,000			
買い物代行	なし	あり	なし	あり	●		※日用生活必需品、買い物代は本人負担		
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	●	¥3,000	※年1回	
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								
移送サービス	なし	あり	あり	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	●		※院内から当施設から院内まで	
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割または2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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービス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