

重要事項説明書

作成日 令和 3年 7月 16日

1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人みその
代表者名	理事長 江草 明彦
所在地	神奈川県藤沢市みその台1番3号
電話番号/FAX番号	0466-90-5764/0466-90-5873
ホームページアドレス	https://www.misono-f.com/
設立年月日	昭和 28年 7月 14日
直近の事業収支決算額※	(収益)1,372,304千円 (費用)1,304,099千円 (損益)68,205千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	養護老人ホーム、通所介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能施設、訪問介護、乳児院、児童養護施設

※ 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費および及び一般管理+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	有料老人ホーム「聖アンナの家」	
所在地	神奈川県藤沢市みその台1番3号	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付（一般型・外部サービス利用型） <input checked="" type="checkbox"/> 2 住宅型 3 健康型
	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
	入居時の要件 (その他の条件)	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ()
	介護保険	1 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
	開設年月日	平成31年 4月 1日
管理者氏名	所長 森 繁樹	
電話番号/FAX番号	0466-52-6261/0466-47-8148	

メールアドレス	msdcare-c@abelia.ocn.ne.jp					
交通の便	神奈川中央交通 藤51、58、59系統「聖園女学院前」下車徒歩4分					
ホームページアドレス						
敷地概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地				
	(借地の場合の契約形態)	<input type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	平成30年4月16日～使用目的が存在するまで				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有				
	敷地面積	3,878.99㎡				
抵当権の設定	無 ・ <input type="checkbox"/> 有					
建物概要	権利形態	<input type="checkbox"/> 所有 ・ 借家				
	(借家の場合の契約形態)	通常借家契約 ・ 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	年月日～年月日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ 有				
	建物の構造	造 階建(耐火・ <input type="checkbox"/> 準耐火 ・ その他)				
	延床面積	1,465.89㎡ (うち有料老人ホーム1,465.89㎡)				
	建築年月日	平成 31 年 3 月 31 日建築				
	改築年月日	年月日改築				
建築確認時の主要用途	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他()					
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数 32 室 定員 32 人(一時介護室を除く)					
	1 <input type="checkbox"/> 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	32	無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無・有	12.70㎡	32
	Bタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Cタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Dタイプ		無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 333.54㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 2か所・各 3.00㎡)			
		リフト浴	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 2か所・各 9.00㎡)			
		ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
	便所	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 各 4.60㎡)				
	洗面設備	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ ㎡)				
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 22.00㎡)				
	談話室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ ㎡)				
	面談室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 9.60㎡)				
	事務室	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ ㎡)				
洗濯室	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (1階 2か所 ・ 8.40㎡)					

	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="radio"/> (1階 2か所 ・ 6.60 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="radio"/> (1階 ・ 24.55 m ²)
	機能訓練室	<input checked="" type="radio"/> ・ 有 (階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="radio"/> ()
	健康・生きがい施設	無 ・ <input checked="" type="radio"/> (階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="radio"/>
	エレベーター	<input checked="" type="radio"/> ・ 有 (ストレッチャー搬入可 基)
	居室のある区域の廊下幅	(2.0m ~ 2.4m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="radio"/>)
危険区域の指定状況	① 無	
	指定されている危険区域	
	2 有 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	みその台訪問介護事業所 みその台居宅介護支援事業所	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="radio"/> 月払い方式					
敷金	<input checked="" type="radio"/> ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	156,000円	50,000円	49,500円	—	57,200円	—
Bタイプ						
Cタイプ						
Dタイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	施設建設費、設備費、修繕費、管理事務費、及び近傍同種の家賃の参照等による。				
	管理費	共同施設等の維持・管理費、事務管理部門の人件費及び事務費、介護保険によらない日常生活支援サービス等に係わる人件費等を勘案して算出。				
	介護費用					
	食費	1日3食(朝食400円、昼食650円、夕食680円)約30食を基に算出し、月額52,000円と設定。 前々日の午後6時までに翌日以降の欠食を届け出た場合は、1食単位でそれぞれの食材費相当額を規定金額から減額する。				
	光熱水費	管理費に含む				

前払金	なし			
算定根拠	/			
償却開始日				
返還対象としない額				
契約終了時の返還金の算定方法				
短期解約の返還金の算定方式				
返還期限				
保全措置			無 ・ 有	保全措置の内容 ()
				無の場合の理由 ()
その他留意事項				

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月25日までに支払い
支払方法	振込
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件
	手続き
	解約予告期間 90 日
入居者からの解約予告期間	30 日

(4) その他共通事項

利用料の改定	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		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定。入居者及び身元引受人等へ事前に通知		
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取り扱い	<ol style="list-style-type: none"> 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 			
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間		
		費用		

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	入居者の主体的、自立的生活を旨とし、みそのの基本理念である一人ひとりを愛し慈しむ心で接していくとともに、ホームの仲間や家族との関わりの中で、各自の能力を活かせる生活の場を提供していきます。また、聖園子供の家の子どもたちをはじめとする地域の人たちとの交流や地域社会との連携に努め、入居者一人ひとりが最期まで健やかで心豊かな生活が送れるよう支援していきます。		
サービスの提供内容の特色	入居者は聖心の布教姉妹会のシスターです。入居者が弱さの中に働く神の力を信頼して、体力、意欲の低下を防ぎ、自己の存在に自身と希望を持って感謝に満ちた生活が送れるように、安らぎに満ちた雰囲気の中、元気なときから終末までお世話いたします。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設の維持管理、相談、取次	
	食費	食材費、給食業務委託費、厨房管理費	
	その他		

業務の委託状況	☐・有	委託先 ()
		委託内容 ()
安否確認の方法・頻度等	昼間は随時。夜間は21時、0時、3時に巡回を行うほか、必要があれば随時	
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	無・☑	保険名 (介護サービス事業者賠償責任保険)

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	入居している居室
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合 2 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、契約に基づくサービスの提供の場所を施設内において変更する場合があります。場所を変更する場合は、次に掲げるすべての手続を書面で行うものとします。 1 事業者の指定する医師の意見を聴く。 2 入居者及びその家族又は身元引受人の意思を確認する。

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	関本医院
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県藤沢市立石1-2-3
	距離及び所要時間	0.9km 徒歩11分 車4分
	協力内容	緊急時の治療及び他の医療機関の紹介
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	湘南食サポート歯科
	所在地	神奈川県藤沢市本藤沢1-10-14
	距離及び所要時間	2.2km 徒歩22分 車10分
	協力内容	訪問歯科診療
入居者が医療を要する場合の対応※	医療機関、歯科医療機関又は目的施設において医師による必要な治療が受けられるよう、医療機関、歯科医療機関との連絡・紹介・受診手続・通院介助等の協力をを行う。	

※入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和 3年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			兼務 (同敷地内訪問介護事業所)
	生活相談員				
	介護職員	12	3	1	
	看護職員		1		
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他				
	計画作成担当者				
	栄養士				
	調理員				
	事務職員	2			
	その他職員	9	3		
合計	24	7			

(2) 職員の状況

	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	1 無									
		2 有									
		資格等の名称		社会福祉士							
	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		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			3							
	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 あり		2 なし					

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	— 人	介護職員実務者研修修了者	2 人
介護福祉士	11 人	介護職員初任者研修修了者	1 人
介護支援専門員	— 人	資格なし	1 人

6 入居状況等

(令和 3年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	32 人 (定員 32 人)		
入居者の状況	男性 0 人、女性 32 人		
	自立 0 人		
	要支援 5 人	(内訳)	要支援1 1 人 要支援2 4 人
	要介護 27 人	(内訳)	要介護1 8 人 要介護2 5 人 要介護3 8 人 要介護4 4 人 要介護5 2 人
平均年齢	91.3歳 (男性 ー 歳、女性 91.3歳)		

7 退去状況等

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	人	
		医療機関	人	
		死亡者	1人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 他修道院への転居	2人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無	
	2 有	1 代替措置あり ()
		2 代替措置なし
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	無 ・ 有	

<p>苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）</p>	<p>施設の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者：所長 森 繁樹 TEL 0466-52-6261 <p>第三者機関及び行政</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神奈川県国民健康保険団体連合会介護苦情相談課 TEL 045-329-3447 ナビダイヤル 0570-022110 ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL 045-210-1111 ・藤沢市福祉健康部介護保険課 TEL 0466-25-1111 内線3141 		
<p>事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）</p>	<p>事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、家族及び身元引受人に連絡します。 事故についての分析を行い、事故発生防止のための改善策を検討し、対策を講じます。</p>		
<p>生活保護受給者の受入れ対応</p>	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可		
<p>身元引受人の条件及び義務等</p>	<p>身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規定に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとする。</p>		
<p>公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況</p>	<p>協会への加入</p>	<input type="checkbox"/> ・ 有	
	<p>入居者基金への加入</p>	<input type="checkbox"/> ・ 有	
<p>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</p>	<p>1 無</p>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>実施日</p>	<p>昨年度 令和2年6月19日 今年度 令和3年8月中を予定</p>
		<p>結果の開示</p>	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>
<p>第三者による評価の実施状況</p>	<p>1 無</p>		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<p>実施日</p>	
		<p>評価機関名称</p>	
<p>結果の開示</p>	<p>無 ・ 有</p>		
<p>看取りの対応</p>	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>		

9 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・ 写し交付 ）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・ 写し交付 ）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・ 写し交付 ）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（ 閲覧 ・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（ 閲覧 ・写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」（介護付の場合のみ）

別添4「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・**無**）

区 分		自 立			要支援 1～2			要介護 1～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・昼間 9時～21時	有	随時	—		随時	—		随時	—	
・夜間 21時～9時	有	21時、0時、3時 他随時	—		21時、0時、3時 他随時	—		21時、0時、3時 他随時	—	
②食事介助										
	有	体調不良時のみ対応	—		体調不良時のみ対応	—		体調不良時のみ対応	—	
③排泄										
・排泄介助	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ交換	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
④入浴等										
・清拭	有	—	—		—	希望時	1,500円/回	—	希望時	1,500円/回
・一般浴介助	有	—	—		—	希望時	2,000円/回	—	希望時	2,000円/回
・特浴介助	有	—	—		—	希望時	3,000円/回	—	希望時	3,000円/回
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・居室からの移動	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有	—	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
⑥機能訓練										
	有	週1回程度	—		週1回程度	—		週1回程度	—	
⑦通院の介助										
	有	必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
⑧緊急時対応										
	有	24時間対応	—		24時間対応	—		24時間対応	—	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	週1回	—		原則として週1回	—		原則として週1回	—	
・洗濯	有	—	—		原則として週1回	—		原則として週1回	—	
②居室配膳・下膳										
	有	体調不良時	—		体調不良時	—		体調不良時	—	
③理美容										
	有	—	訪問理美容師対応	実費	—	訪問理美容師対応	実費	—	訪問理美容師対応	実費
④代行										
・買物	有	月1回指定日	—		月1回指定日	—		月1回指定日	—	
・役所手続	無	—	—		—	—		—	—	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	年1回	実費	—	年1回	実費	—	年1回	実費
・健康相談	有	随時	—		随時	—		随時	—	
・生活指導	有	随時	—		随時	—		随時	—	
・医師の往診	有	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	有	必要時対応	—		必要時対応	—		必要時対応	—	
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	随時	—		随時	—		随時	—	

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input checked="" type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	非該当			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。