

重要事項説明書（情報公表システム取込様式）

Ver 1.0

記入年月日	2027	年	8	月	1	日
記入者名	田中俊一					
所属・職名	ホーム長					
取込種別	1 追加					
被災確認事業所番号						

1 事業主体概要

種類	2 法人					
	※法人の場合、その種類		5 営利法人			
名称	みもざかぶしきがいしゃ (ふりがな)					
	ミモザ株式会社					
法人番号	法人番号有無		1 有			
	法人番号		7010701015090			
主たる事務所の所在地	〒	140	-	0004		
	東京都品川区南品川二丁目2番地5号					
連絡先	電話番号		03	-	5796	- 0630
	FAX番号		03	-	5796	- 0631
	メールアドレス		f-anzuen		@	mimoza-care.jp
	ホームページ有無		1 有			
	ホームページアドレス		https://		mimoza-care.com	
代表者	氏名		清水 亨			
	職名		代表取締役			
設立年月日	1999	年	8	月	27	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) みもざふじさわあんずえんろわーる						
	ミモザ藤沢杏苑ロワール						
所在地	〒	251	-	0003			
	神奈川県藤沢市柄沢2-39-4						
所在地（建物名等）							
市区町村コード	都道府県	神奈川県		市区町村	142051 藤沢市		
主な利用交通手段	最寄駅		藤沢 駅				
	交通手段と所要時間		J R 東海道線・小田急江ノ島線 藤沢駅から 神奈川中央交通バスで15分、「島の神」停留 所降車後徒歩2分				
連絡先	電話番号		0466	-	55	-	5650
	FAX番号		0466	-	55	-	5652
	メールアドレス		f-anzuen			@	mimoza-care.jp
	ホームページ有無		1 有				
	ホームページアドレス		https://		mimoza-care.com		
管理者	氏名		田中 俊一				
	職名		ホーム長				
建物の竣工日			2016	年	8	月	29 日
有料老人ホーム事業の開始日			2016	年	10	月	1 日

(類型) 【表示事項】

類型	3 住宅型			
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	年	月	日
	指定の更新日 (直近)	年	月	日

3 建物概要

土地	敷地面積			m ²	
	所有関係	2 事業者が賃借する土地の場合			
		賃貸の種別			
		抵当権の有無			
		契約期間	開始		
			年	月	日
			終了		
	年	月	日		
契約の自動更新					
建物	延床面積	全体	2506.16	m ²	
		うち、老人ホーム部分	2383.89	m ²	
	耐火構造	3 その他の場合			
	構造	4 その他の場合			

居室の状況	所有関係								
		2 事業者が賃借する建物の場合							
		賃貸の種別							
		抵当権の有無							
		契約期間							
				開始					
				2016	年	9	月	1	日
				終了					
	2046	年	8	月	31	日			
	契約の自動更新		1 あり						
居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）								
	2 相部屋ありの場合								
	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	1 有	1 有	25.05 m ²	33	1 一般居室個室			
	タイプ2	1 有	1 有	25.15 m ²	3	1 一般居室個室			
	タイプ3	1 有	1 有	25.2 m ²	3	1 一般居室個室			
	タイプ4	1 有	1 有	25.5 m ²	6	1 一般居室個室			
	タイプ5	1 有	1 有	25.59 m ²	3	1 一般居室個室			
	タイプ6	1 有	1 有	25.94 m ²	3	1 一般居室個室			
タイプ7	1 有	1 有	38.18 m ²	3	1 一般居室個室				
タイプ8			m ²						
タイプ9			m ²						
タイプ10			m ²						

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	3	ヶ所	個室	0	ヶ所
				大浴場	3	ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴	0	ヶ所
				リフト浴	1	ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他		ヶ所
	食堂	1	あり			
	入居者や家族が利用 できる調理設備	2	なし			
	エレベーター	2	あり（ストレッチャー対応）			
消防用設備 等	消火器	1	あり			
	自動火災報知設備	1	あり			
	火災通報設備	1	あり			
	スプリンクラー	1	あり			
	防火管理者	1	あり			
	防災計画	1	あり			
緊急通報装 置等	居室	1	全ての居室あり			
	便所	1	全ての便所あり			
	浴室	1	全ての浴室あり			
	その他					
その他						

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	介護事業者として、お元気な方から、介護の必要な方まで、その人らしい自由度の高い暮らしを支援するとともに、地域に根差した温かい住まいを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	「いつまでも健康美（うつく）しく」「暮らしに文化を」「食の楽しみ」をテーマに、日々の暮らしが愉しみのある充実したものになるよう様々なイベントをご提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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	
	生活機能向上連携加算	
	個別機能訓練加算	
	夜間看護体制加算	
	若年性認知症入居者受入加算	
	医療機関連携加算	
	口腔衛生管理体制加算	
	栄養スクリーニング加算	
	退院・退所時連携加算	
	看取り介護加算	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ
		(Ⅰ)ロ
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
		(Ⅲ)	
		(Ⅳ)	
		(Ⅴ)	
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
		(Ⅱ)	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			
	1 ありの場合		
	(介護・看護職員の配置率)		: 1

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	☐	救急車の手配	
	☐	入退院の付き添い	
	☐	通院介助	
	☐	その他	
1	名称	医療法人長谷川会 湘南ホスピタル	
	住所	神奈川県 藤沢市 辻堂 3-10-2	
	診療科目	呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・総合内科・糖尿病内科・内分泌内科・神経内科・精神科・整形外科・泌尿器科・整形外科	
	協力科目	呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・総合内科・糖尿病内科・内分泌内科・神経内科・精神科・整形外科・泌尿器科・整形外科	
	協力内容	内科往診・受診・検査・入院	

協力医療機関	2	名称	湘南台クリニック
		住所	神奈川県 藤沢市 湘南台 2-6-10WP7thビルディング3階
		診療科目	内科
		協力科目	内科・精神科・心療内科
		協力内容	内科往診・受診・検査
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	
	2	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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
		その他	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減		
	便所の変更		
	浴室の変更		
	洗面所の変更		
	台所の変更		
	その他の変更		
		1 ありの場合	
	(変更内容)		

(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	
	要支援の者	1 あり	
	要介護の者	1 あり	
留意事項			
契約解除の内容	入居契約書第17条による		
事業主体から解約を求め る場合	解約条項	入居契約書第17条及び第18条による	
	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	1 あり		
	1 ありの場合		
	(内容)	14日間を限度とする。 1泊2日11,000円(食費、消費税込)	
入居定員	57		人
その他			

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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		
生活相談員	8	1	7	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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				時間
※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	3	1	2
実務者研修の修了者	2		2
初任者研修の修了者	5		5
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			
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	（ 22 時 0 分 ～ 6 時 0 分 ）			
	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】	
	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 （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						
		業務に係る 資格等	2 なし									
			1 ありの場合	資格等の名称								
		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												
応業務に 就いた 従業員の 人数 経験 年数に	1 年未満											
	1 年以上 3 年未満						5					
	3 年以上 5 年未満						2					
	5 年以上 10 年未満					2						
	10 年以上											
従業者の健康診断の実施状況			1 あり									

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】		2 建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式	
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
			全額前払い方式
			一部前払い・一部月払い方式
			月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		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	
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が	日以上
利用料金の改定	条件	租税の増減、土地又は建物の価格の上昇又は低下、消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動により不相当となった場合	
	手続き	貸主と借主の協議の上、運営懇談会等の意見も参考にして改定します。	

(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					
		年齢		歳		歳	
居室の状況		床面積		25. 05	m ²	38. 18	m ²
		便所		1 有		1 有	
		浴室		1 有		1 有	
		台所		1 有		1 有	
入居時点で必要な費用		前払金			円		円
		敷金		192, 000	円	389, 000	円
月額費用の合計				226, 300	円	433, 400	円
		家賃		96, 000	円	194, 500	円
		特定施設入居者生活介護※1の費用			円		円
サービス費用		介護保険外※2	食費	51, 300	円	102, 600	円
			管理費	29, 500	円	47, 200	円
			介護費用		円		円
			光熱水費		円		円
			その他	49, 500	円	89, 100	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	近傍家賃相場及び近隣施設を勘案して算出。
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。	

管理費	共用施設の維持管理費を勘案して算出。 25㎡タイプの居室の管理費は29,500円。 38㎡タイプの居室の管理費は47,200円。
食費	食材費、調理費を勘案して算出。喫食制と定額制から選択。 喫食制：喫食数に応じて精算。朝食378円、昼食702円、夕食825円。1日あたり1,905円、30日あたり57,150円(いずれも税込)。 定額制：月額51,300円(税込)。キャンセルによる減額はなし。
光熱水費	実費負担
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	生活サービス費。安否確認や状況把握サービス、生活相談サービスの人件費、事務費等勘案して算出。38㎡タイプの居室を1人でご利用の場合は49,500円(税込)、2人でご利用の場合は89,100円(税込)。

(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※に対する自己負担額	
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	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
		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	18	人
	女性	34	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	3	人
	75歳以上85歳未満	27	人
	85歳以上	19	人
要介護度別	自立	10	人
	要支援 1	7	人
	要支援 2	6	人
	要介護 1	12	人
	要介護 2	6	人
	要介護 3	4	人
	要介護 4	5	人
	要介護 5	2	人
入居期間別	6ヶ月未満	9	人
	6ヶ月以上1年未満	15	人
	1年以上5年未満	16	人
	5年以上10年未満	9	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	88.45	歳
入居者数の合計	52	人
入居率※	90.1	%

※ 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)

退居先別の人数	自宅等	2	人
	社会福祉施設	3	人
	医療機関	2	人
	死亡	2	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	3	人
		(解約事由の例) 介護付き有料老人ホームへの転居等	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口1

窓口の名称		ミモザ藤沢杏苑ロワール　ホーム長									
電話番号		0466	-	55	-	5650					
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	日曜・祝日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
定休日											

窓口2

窓口の名称		ミモザ株式会社 本社 お客様相談室									
電話番号		03	-	5796	-	0630					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	30	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜・日曜・年末年始									

窓口3

窓口の名称		神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 保健・居住施設グループ									
電話番号		045	-	210	-	4856					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土日祝日・12/29-1/3									

窓口4

窓口の名称		藤沢市 介護保険課									
電話番号		0466	-	50	-	8270					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土日祝日・12/29-1/3									

窓口5

窓口の名称		藤沢市 介護保険課									
電話番号		0466	-	50	-	8270					
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土日祝日・12/29-1/3									

(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	
	1 ありの場合	
	その内容	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の「社会福祉事業者総合保険」
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	
	1 ありの場合	
	その内容	事故対応マニュアルに基づく
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	意見箱通年設置、都度対応
	結果の開示	2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2 入居希望者に交付
管理規程	2 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	提携ホーム名
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	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	
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	2 なし	
	1 ありの場合	
	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	
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	
--	-------------------	--

備考

- 希望により提供される身体介助・生活支援サービス(金額は税込)
- ①身体介助サービス(内容：入浴介助、排せつ介助、食事介助、身辺介助、服薬確認介助)
 金額：サービス提供時間内(9時～17時)
 →1,122円/15分以内、2,244円/30分以内、3,366円/45分以内、4,488円/60分以内
 早朝・夜間(6時～9時、17時～22時)
 →1,408円/15分以内、2,816円/30分以内、4,224円/45分以内、5,632円/60分以内
 深夜(22時～翌6時)
 →1,760円/15分以内、3,520円/30分以内、5,280円/45分以内、7,040円/60分以内
- ②生活支援サービス(内容：家事支援、代行、入退院時・入院中の補助)
 金額：サービス提供時間内(9時～17時)
 →605円/15分以内、1,210円/30分以内、1,815円/45分以内、2,420円/60分以内
 早朝・夜間(6時～9時、17時～22時)
 →759円/15分以内、1,518円/30分以内、2,277円/45分以内、3,036円/60分以内
 深夜(22時～翌6時)
 →948円/15分以内、1,896円/30分以内、2,844円/45分以内、3,793円/60分以内
- 希望により提供されるその他生活支援サービス(金額は税込)
 起床支援サービス 月額13,200円 / 就寝支援サービス 月額13,200円
 夜間特別点検サービス(A) 月額6,600円 / 夜間特別点検サービス(B) 月額13,200円
 救急車添乗サービス 9時～17時は2,200円/1時間・17時～翌9時は3,300円/1時間
 服薬管理サービス 月額6,600円 / 健康相談サービス(料金は生活サービス費に含まれる)
 金銭管理サービス 月額6,600円
- ※詳細は管理規程参照

添付書類： 別添1 (別に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)

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※ 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。