

重要事項説明書

作成日 令和 3年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社グリーンズ片塩
代表者名	代表取締役 片塩 みどり
所在地	茅ヶ崎市柳島1575-35
電話番号/FAX番号	0467-84-8165 / 0467-84-8167
ホームページアドレス	http://www.greens-katashio.co.jp
設立年月日	平成 10年 12月 28日
直近の事業収支決算額※	(収益) 229百万円 (費用) 221百万円 (損益) 8百万円
会計監査人との契約	有 (共進マネジメント)
他の主な事業	グリーンズ湘南・鎌倉 (介護付き有料老人ホーム) の運営

※ 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	グリーンズ湘南・茅ヶ崎	
所在地	茅ヶ崎市柳島1575-35	
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) 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 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1472400363 指定年月日 H12.3.28) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室 (夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無 ・ 有 ()
開設年月日	令和 元年 10月 1日	
管理者氏名	五十嵐 美穂	
電話番号/FAX番号	0467-84-8165 / 0467-84-8167	
メールアドレス	info@greens-katashio.co.jp	
交通の便	JR茅ヶ崎駅より 神奈中バス「浜見平団地」停留所下車 徒歩8分	
ホームページアドレス	http://www.greens-katashio.co.jp	
敷地概要	権利形態	所有 ・ 借地
	(借地の場合の契約形態)	通常借地契約・定期借地契約
	(借地の場合の契約期間)	年月日～年月日
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無・有
	敷地面積	807.10㎡
抵当権の設定	無 ・ 有	

建物概要	権利形態	<input checked="" 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	鉄骨ALC造 地上3階建 (<input checked="" type="checkbox"/> 耐火・準耐火・その他)				
	延床面積	1277.10㎡ (うち有料老人ホーム 同左 ㎡)				
	建築年月日	令和 元年 10月 1日建築				
	改築年月日	年 月 日改築				
	建築確認時の主要用途	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他()				
	抵当権の設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
居室概要	居室総数 28室 定員 29人					
(内訳)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦部屋を含む) ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	標準室	1	有	無	15.68～20.16㎡	26
	特別室	1	有	有	38.25㎡	1
	夫婦部屋	2	有	有	38.25㎡	1
				無・有	無・有	㎡
共用設備概要	食堂	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 93.38㎡)				
	浴室	一般浴槽	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 16.54㎡)			
		リフト浴	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 浴室内 ㎡)			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (階・ ㎡)			
	便所	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 3カ所・ 3.75～4.95㎡)				
	洗面設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 食堂内 ・ ㎡)				
	医務室(健康管理室)	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 14.94㎡)				
	談話室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 食堂内・ ㎡)				
	面談室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 9.01㎡)				
	事務室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 54.99㎡)				
	洗濯室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3階・ 7.89㎡)				
	汚物処理室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1, 2, 3階・ 2.21㎡)				
	看護・介護職員室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2, 3階・ 18.92㎡)				
	機能訓練室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)				
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (階)				
	緊急通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 1基)				
	居室のある区域の廊下幅	(2.13 m ～ m)				
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)				
危険区域の指定状況	1 無					
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	指定されている危険区域 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	—					

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式		前払い方式 ・ <u>月払い方式</u> ・ 選択方式				
敷 金		無 ・ <u>有</u> (555,000～870,000 円、家賃相当額の 6 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
標準室	231,140 円	92,500 円	112,240 円	—	26,400 円	—
特別室	283,640 円	145,000 円	112,240 円	—	26,400 円	—
夫婦部屋	422,280 円	145,000 円	224,480 円	—	52,800 円/2人	—
月額利用料の算定根拠	家賃	土地購入費、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費を基礎とし算出				
	管理費	共用施設維持管理修繕費、厨房維持・管理費、水光熱費、運営費、人件費 (介護サービス以外)				
	介護費用	—				
	食費	1 日あたり 880 円 1 月は 30 日 (26,400 円) として算出 朝食 : 177 円、昼食 : 305 円、夕食 : 398 円 ※7 日前までの申し出により欠食された場合は翌月精算します。				
	光熱水費	—				
その他の利用料	<input type="checkbox"/> 季節光熱費 月額 3,000 円/人 該当月 : 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12 月 居室、共用施設にかかる費用を踏まえて算定。 ※入院等による不在の有無に関わらず頂戴します。 <input type="checkbox"/> 生活支援費 月額 27,000 円/人 (要介護・要支援認定で非該当 (自立) に認定された方へ日常支援をさせていただきます。) 居室巡回時の安否確認、日常の見守り支援、往診・医療機関の手配等、処方薬の管理など ※入院等により不在の場合には、サービス提供を行った日数を 1 ヶ月 30 日として日割りした額とします。					
月額利用料に含まれない実費負担等	オムツ等介護用品代、電話代、理美容費、日用品、居室遮光防炎カーテン、退居時居室クリーニング代、年始特別食と通常食の差額、特別行事費、個人の選定により提供されるサービスは別途負担となります。					
前払金		円				
	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	月額利用料及びその他は、毎月3日に口座振替
支払方法	口座より自動引き落とし
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 (施設利用契約書 第27条による)
	手続き (施設利用契約書 第27条2 による)
	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	神奈川県に係る消費者物価指数や人件費、公租公課の変動を勘案し変更する。	
	手続き方法	県に事前相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。	
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 <u>日割り計算で減額</u> ※入院期間に応じて食費の相当額を返還します。 管理費、家賃は通常どおり月毎に引き落としされます。 3 不在期間が30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(その他税法上の規定に則る)		
体験入居の取扱い	1 無	期間	最長で概ね1週間とする
	2 <u>有</u>	費用	日額 8,800円(介護保険の適用はありません。)

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	それぞれの個性や想いを尊重し、これまで歩んできた人生にふさわしい暮らしができるよう、1人ひとりに寄り添い、心身ともにご満足いただけるホームを目指す。
----------	--

サービスの提供内容の特色	<ul style="list-style-type: none"> ・活動的なアクティビティにより離床時間を増やし、楽しみながらの介護予防 ・往診医と連携をとり、24時間オンコール体制にて医療面をサポート ・医師の指示の下、看護師と協力し喀痰吸引等を行える介護職員体制の充実 ・ホーム自家農園にて栽培された旬の野菜や新鮮な食材を盛り込んだ栄養バランスのとれた食事の提供 ・ホーム広報誌「グリーンズ便り」にて、ご入居者様のいきいきとした活躍やホームの取り組みを紹介 		
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"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設維持管理修繕費、厨房維持・管理費、運営費、人件費（介護サービス以外）	
	食費	1日3食の提供、配膳 食事時間：朝食8時 昼食12時 夕食18時 ・この時間に適応できない場合は相談に応じます。 ・摂食状況に応じて食事形態（刻み食、ミキサー食等）の変更をいたします。 ・食事の場所は「食堂」としますが、体調の悪い方には居室まで配下膳します。 ・食事の取り置きは2時間以内	
	その他	—	
業務の委託状況	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	委託先（東澤接骨院） ※現在はコロナ禍により看護職員が代行中	
		委託内容（機能訓練指導員）	
安否確認の方法・頻度等	すべての入居者の方を3時間毎に居室を見回る。 身体状況等に応じ、個別に頻度を増やす。		
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・ <input checked="" type="checkbox"/>	保険名：福祉事業者総合賠償責任保険 （三井住友海上火災保険）	

※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	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室を移動する場合があります。
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

判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	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
<p>・適切な介護サービスの提供のため、一定の観察期間を設け、居室（個室）を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。</p> <p>なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更になり、標準室から標準室の移動は追加の費用はありません。</p> <p>・夫婦部屋、特別室に入居している場合は、住み替えは協議のうえ、移動を検討します。</p> <p>・入居者の都合による住み替え希望があった場合には協議のうえ、移動を検討します。</p> <p>なお、前および現居室の補修費用等が発生します。</p>	

(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	湘南中央会 片瀬クリニック
	診療科目	内科
	所在地	藤沢市片瀬5-12-23 1階
	距離及び所要時間	10.2km 車25分
	協力内容	月2回訪問診療、24時間オンコール
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	白井歯科医院
	所在地	高座郡寒川町一之宮1-9-22
	距離及び所要時間	6.3km 車22分
	協力内容	月1回以上訪問診療、歯科衛生士による口腔ケア
入居者が医療を要する場合の対応※	<p>通院 ・協力医療機関への通院同行は月額利用料に含まれます。</p> <p>入院 ・医師の判断を基本として、医師及び入居者・ご家族で相談の上、協力医療機関または希望する病院に入院となります。</p> <p>・入院期間中は月額利用料の内、食費を返金します。</p> <p>・協力医療機関における入退院時の同行は、月額利用料に含まれます。</p> <p>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>・入院中も居室利用権は存続し、居室の管理も行います。</p>	

※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 (19時～翌7時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内	管理者	1			計画作成担当者、介護職員兼務
	生活相談員	2	1		2名 介護職員兼務
	介護職員	7	7	1	
	看護職員	1	1		

訳	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他		1		看護職員 兼務
	計画作成担当者	1			管理者 介護職員 兼務
	栄養士				
	調理員		5		
	事務職員	1	1		1名 生活相談員兼務
	その他職員		4		
合計	9	16	1		

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有								
	資格等	1 無									
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 有									
		資格等の名称		介護福祉士、介護支援専門員							
	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		1	0	1	2	0	0	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
業務に 応じた 職員の 人数	1年未満	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
	10年以上	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	一人	介護職員実務者研修修了者	1人
介護福祉士	10人	介護職員初任者研修修了者	8人
介護支援専門員	2人	資格なし	4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	27人 (定員 29人)
入居者の状況	男性 6人、女性 21人
	自立 0人

	要支援 2人	(内訳) 要支援 1人 要支援 2人
	要介護 25人	(内訳) 要介護 1人 要介護 2人 要介護 3人 要介護 4人 要介護 5人
平均年齢	90.2歳 (男性 90.8歳、女性 90.1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	0人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	1人	
		死亡者	2人	
		その他	1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		5人
			(解約事由の例)	
			・特別養護老人ホームへの転居 ・退院不可能な身体状況	

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p>2 有</p> <p>1 代替措置あり (R3.6月 書面によって説明と同意を得る)</p> <p>2 代替措置なし (他)</p>
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
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>グリーンス湘南・茅ヶ崎</p> <p>・施設長、生活相談員 TEL0467-84-8165</p> <p>施設での解決が難しい場合は、行政に相談することができます。</p> <p>・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談員 TEL045-329-3447</p> <p>・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 (内線4856)</p> <p>・茅ヶ崎市 高齢福祉介護課 TEL0467-82-1111</p> <p>・入居者・住所地の行政の連絡先： TEL</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>事故発生時・緊急時の対応マニュアルに基づき、応急処置、協力医療機関へのオンコール、もしくは救急要請による他の医療機関への搬送を行うと共に、職員から家族への連絡を行います。また事故についての検証を行い、再発防止策を講じます。</p>

生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。		
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	協会への加入	<input type="checkbox"/> ・ 有	
	入居者基金への加入	<input type="checkbox"/> ・ 有	
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 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	実施日	R3.6月 (R3.7月締切) ご家族様アンケート
		結果の開示	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (R3.8月)
第三者による評価の実施状況	1 無		
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
結果の開示	無 ・ 有		
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		

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 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 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 株式会社グリーンズ片塩 印

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 記名・押印 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	提供方法（回数等）	金額（単価）
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～18時	有	3時間毎	—	3時間毎	—	3時間毎	3時間毎	—	—
・夜間 18時～9時	有	3時間毎	—	3時間毎	—	3時間毎	3時間毎	—	—
②食事介助	有	体調不良時のみ対応	—	必要時対応	—	必要時対応	必要時対応	—	—
③排泄									
・排泄介助	有	—	—	必要時対応	—	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	必要時対応	—	—
④入浴等（自室入浴除く）									
・清拭	有	入浴不可のとき 週2回まで	—	入浴不可のとき 週2回まで	—	入浴不可のとき 週2回まで	入浴不可のとき 週2回まで	—	—
・一般浴介助	有	週2回まで	週3回目以降	週2回まで	週3回目以降	1,900円/回	週2回まで	週3回目以降	1,900円/回
・特浴介助	有	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助									
・体位交換	有	—	—	健康状態により考慮	—	—	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3回	—	—	週3回	—	—
⑦通院の介助	有	協力医療機関へは適宜対応	左記以外	協力医療機関へは適宜対応	左記以外	・9時～18時 1,280円/30分 ・18時～翌9時 1,900円/30分	協力医療機関へは適宜対応	左記以外	・9時～18時 1,280円/30分 ・18時～翌9時 1,900円/30分
⑧緊急時対応		必要時対応	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有	週3回	—	週3回	—	—	週3回	—	—
・洗濯	有	週2回程度	—	週2回程度	—	—	週2回程度	—	—
・シーツ交換	有	週1回	週2回目以降 ※失禁等を除く	週1回	週2回目以降 ※失禁等を除く	700円/回	週1回	週2回目以降 ※失禁等を除く	700円/回
②居室配膳・下膳	有	体調不良時のみ対応	—	健康状態により考慮	—	—	健康状態により考慮	—	—
③理美容	有	—	訪問美容師対応	—	訪問美容師対応	実費	—	訪問美容師対応	実費
④代行									
・買物	有	週1回指定日・徒歩圏内	左記以外	週1回指定日・徒歩圏内	左記以外	15分毎 480円	週1回指定日・徒歩圏内	左記以外	15分毎 480円
・役所手続	有	応相談	出向による手続き	応相談	出向による手続き	15分毎 480円	応相談	出向による手続き	15分毎 480円
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有	—	年1回（外部医療機関にて）	—	年1回（外部医療機関にて）	実費	—	年1回（外部医療機関にて）	実費
・健康相談	有	適宜対応	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・生活指導	有	適宜対応	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・医師の往診	有	—	月2回程度	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有	—	必要時（職員付添）	—	必要時（職員付添）	・9時～18時 1,280円/30分 ・18時～翌9時 1,900円/30分	—	必要時（職員付添）	・9時～18時 1,280円/30分 ・18時～翌9時 1,900円/30分
5. その他サービス									
・日常のレクリエーション	有	随時	—	随時	—	—	随時	—	—
・個別レクリエーション	有	—	材料費等	—	材料費等	実費	—	材料費等	実費
		—	遠足等	—	遠足等	実費	—	遠足等	実費
・個人選定によるサービス	有	—	※上記に該当しない個人の選択によるサービスは相談の上、別途申し受けます。						

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。
 注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

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 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"/> 居室の近くにない。 <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	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	無			
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。)

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

グリーンズ湘南・茅ヶ崎

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護予防 6 介護予防（外部サービス利用型）																																			
介護保険に係る利用料（適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額）	特定施設入居者生活介護 （1 か月 30 日の例）																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 15%;">月 額</th> <th style="width: 70%;">利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td style="text-align: right;">187,316 円</td> <td style="text-align: right;">18,732 円/37,464 円/56,195 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td style="text-align: right;">209,240 円</td> <td style="text-align: right;">20,924 円/41,848 円/62,772 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td style="text-align: right;">232,502 円</td> <td style="text-align: right;">23,251 円/46,501 円/69,751 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td style="text-align: right;">253,778 円</td> <td style="text-align: right;">25,378 円/50,756 円/76,134 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td style="text-align: right;">276,705 円</td> <td style="text-align: right;">27,671 円/55,341 円/83,012 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合）	要介護 1	187,316 円	18,732 円/37,464 円/56,195 円	要介護 2	209,240 円	20,924 円/41,848 円/62,772 円	要介護 3	232,502 円	23,251 円/46,501 円/69,751 円	要介護 4	253,778 円	25,378 円/50,756 円/76,134 円	要介護 5	276,705 円	27,671 円/55,341 円/83,012 円																	
	区 分	月 額	利用者負担額 （ 1 割/2 割/3 割の場合）																																	
	要介護 1	187,316 円	18,732 円/37,464 円/56,195 円																																	
	要介護 2	209,240 円	20,924 円/41,848 円/62,772 円																																	
	要介護 3	232,502 円	23,251 円/46,501 円/69,751 円																																	
	要介護 4	253,778 円	25,378 円/50,756 円/76,134 円																																	
	要介護 5	276,705 円	27,671 円/55,341 円/83,012 円																																	
	各種加算の状況																																			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">身体拘束廃止取組の有無</th> <th style="width: 40%;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>個別機能訓練加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td>看取り介護加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ・ 有</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) (II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> (I) (II) (III)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(I) (II) (III) (IV) (V)</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">介護職員処遇改善加算</td> <td style="text-align: center;">無 ・ <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I <input checked="" type="checkbox"/> II III IV V</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I II</td> </tr> </tbody> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型	退院・退所時連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有	(I) (II)	サービス提供体制強化加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (I) (II) (III)	(I) (II) (III) (IV) (V)	介護職員処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	I <input checked="" type="checkbox"/> II III IV V	I II	I II	I II
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																		
	退院・退所時連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																		
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																		
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																		
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																		
夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																			
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																			
医療機関連携加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																			
口腔衛生管理体制加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																			
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																			
看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																			
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 有																																			
	(I) (II)																																			
サービス提供体制強化加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																			
	<input checked="" type="checkbox"/> (I) (II) (III)																																			
	(I) (II) (III) (IV) (V)																																			
介護職員処遇改善加算	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>																																			
	I <input checked="" type="checkbox"/> II III IV V																																			
	I II																																			
	I II																																			
	I II																																			

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区分	月額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
	要支援1	69,011円	6,902円/13,803円/20,704円
	要支援2	111,877円	11,188円/22,376円/33,564円
	各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有		
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)	
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> (I)	
		<input type="checkbox"/> (II)	
		<input type="checkbox"/> (III)	
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I	
		<input checked="" type="checkbox"/> II	
		III	
		IV	
		V	
介護職員等特定処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I	
		II	
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照	

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	1.8	1.1	1.8
要介護者の人数	17.6	17.8	26.7
指定基準上の直接処遇職員の数	7	9	10
配置している直接処遇職員の数	10.2	9.8	11.1
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数人の割合	1.8 : 1	2.2 : 1	2.5 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 39.4時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	7:00 ~ 16:00
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	10:00 ~ 19:00
		夜勤	17:45 ~ 9:30
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	9:00 ~ 18:00
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :