

認知症対応型共同生活介護事業所
グループホーム アイリス

重要事項説明書

1.法人概要

法人名 医療法人社団 湘風会
法人所在地 神奈川県中郡大磯町大磯 1 1 8 8
代表番号 0 4 6 3 - 6 1 - 0 6 6 6
理事長名 藤田 幸子

2.サービスを提供する事業所の概要

事業所名 グループホーム アイリス
所在地 栃木県那須塩原市北赤田 1 5 8 7 - 1 4
電 話 0 2 8 7 - 4 6 - 5 6 4 1

3.理念

「ゆっくり」「いっしょに」「楽しみながら」一人一人のその人らしさを大切にした生活支援に努めます。

4.目的

認知症症状のあるお年寄りがそれぞれに持っている忘れかけた能力を十分に発揮してもらうことにより、一人一人の個性を生かし、自然を感じながらうまい生活を送ることを目的とします。

5.事業所の職員体制

代表 1 名
施設長 1 名
管理者 1 名
計画作成担当 2 名以上
介護職員 1 0 名以上

6.勤務体制

昼間の体制 3 名
夜間の体制 1 名

7.施設概要

共同設備	キッチン	1
ユニット毎	リビング	1
	浴室	1
	トイレ	4
	玄関	1

8.協力医療機関

協力医療機関名	原クリニック	渡辺歯科クリニック
診療科目	内科	歯科
協力医師	原 孝志	渡辺 純一

9.緊急時の対応方法

事前打合せ時にご利用者様ご本人又はご家族等により緊急時の連絡先を確認し、それに基づいて主治医、救急隊、ご家族様等に連絡し、迅速かつ適切な対応に努めます。

10.非常災害対策

災害時に備えて、避難通路の確認・訓練を行います。また、地域と連携し、訓練・誘導が安全かつ迅速に行えるようにします。

防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、この計画に基づき、毎年度定期的に避難及び救出その他必要な訓練を実施します。

11.基本料金 介護保険基準額による(1日)

要支援	2	7 4 9 円
要介護	1	7 5 3 円
要介護	2	7 8 8 円
要介護	3	8 1 2 円
要介護	4	8 2 8 円
要介護	5	8 4 5 円

ご利用者様負担額は、1割または2割・3割となります。

<加算>

* 初期加算	30 円 / (30 日のみ)
* サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 12 円 / 日 (Ⅱ) 6 円 / 日 (Ⅲ) 6 円 / 日
退去時相談加算	400 円 / 回 (一人につき 1 回を限度)
看取り介護加算	144 円 / 日
夜間支援体制加算	(Ⅰ) 1 ユニット 50 円 / 日 (Ⅱ) 2 ユニット以上 25 円 / 日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円 / 日
若年性認知症利用者受入加算	120 円 / 日
医療連携体制加算	39 円 / 日
認知症専門ケア加算	(Ⅰ) 3 円 / 日 (Ⅱ) 4 円 / 日
介護職員処遇改善加算	

12. その他の料金

家賃	月額 26,500 円
水光熱費	月額 18,500 円
食費	月額 36,900 円 (朝 310 円 昼 510 円 タ 410 円)
共益費	月額 10,200 円 (シャンプー・トイレトペーパー等)

※月の途中からご利用者の場合は、日割計算と致します。

理美容代・おむつ代等は、自費となります。

13. お支払い方法

グループホーム アイリス窓口にて現金でお支払い下さい。

14. サービスに対する苦情相談窓口

1. 担当者 長 貴之

受付時間 8:30~17:30

2. 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会 : 028-643-2220

受付時間 9:00~17:00

那須塩原市高齢福祉課 : 0287-6-07191

受付時間 8:30~17:15

15. その他

1. 職員は業務上知り得たご利用者様又はご家族様の秘密を保持します。
2. 運営推進会議を 2 か月に 1 回開催し、地域に開かれた運営に努めます。

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認し同意いたしました。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印

事業者 所在地 神奈川県中郡大磯町大磯 1 1 8 8
事業者名 医療法人社団 湘風会
理事長 藤田 幸子

事業所 所在地 栃木県那須塩原市北赤田 1587-14

事業所名 グループホーム アイリス
管理者 田代 裕樹 印