

認知症対応型共同生活介護事業所
グループホーム リバーサイド

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1188
代表番号 0463-61-0666
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 リバーサイド
所在地 栃木県大田原市薄葉2214-1
電 話 0287-47-7225

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生活支援に努めます。

4.目的

認知症症状のある方の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るおいのある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
計画作成担当者 2名
介護職員 10名以上

6.勤務体制

昼間の体制 3名以上
夜間の体制 1名以上

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	齊藤内科医院
協力医師	齊藤 大幹

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	749円
要介護	1	753円
要介護	2	788円
要介護	3	812円
要介護	4	828円
要介護	5	845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)

退去時相談加算

認知症行動・心理症状緊急対応加算

介護職員処遇改善加算

特定処遇改善加算 ベースアップ等支援加算

地域区分 10.14

12.その他の料金

家賃	月額	30,000円
水光熱費	月額	18,240円
食費	月額	42,560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

グループホームリバーサイド窓口にて現金でお支払い下さい。また、口座からの引き落としも可能です。

14.サービスに対する苦情相談窓口

1. 当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口でお受けいたします。

担当者 大武 伸行

受付時間 8:30～17:30

2. 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

大田原市高齢者幸福課 : 0287-23-8865

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

続柄 ()

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 栃木県大田原市薄葉 2 2 1 4 - 1

事業所名 グループホーム リバーサイド

管理者 大武 伸行