

老人保健施設「南山苑」重要事項説明書
(認知症対応型通所介護)

1. 南山苑の概要

(1) 事業者

施設名称 医療法人 青仁会
所在地 八戸市大字田面木字赤坂22-1
管理者氏名 理事長 千葉 潜
電話番号 0178-27-2053
設立年月 昭和37年6月

(2) ご利用施設

施設名称 老人保健施設 南山苑
所在地 八戸市大字田面木字赤坂24-1
管理者氏名 松川 智恵子
電話番号 0178-27-3027
開設年月 平成19年4月
利用定員 12人

2. 営業日、営業時間、定員

営業日	月曜日～日曜日
営業時間	午前8:00～午後17:00
サービス提供時間	①午前9:20～午後16:30 ②午前9:20～午後14:00 (早帰り) ③午前9:20～午後18:30 (延長サービス1) ④午前9:20～午後19:30 (延長サービス2)

3. サービスの概要

種類	
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 <p>(食事時間)</p> <p>昼食 12:00～13:00 おやつ 15:00～15:30 夕食 18:00～19:00</p>
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は毎日行っております。 <p>一般浴 自分で入浴される方、介助があれば入浴される方 中間浴 車椅子を利用している方、歩くのが不自由な方 特 浴 寝たままの姿勢で入浴される方</p>
送迎の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居宅から事業所までの送迎を行います。
機能訓練の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者の状態に応じて作成したリハビリ計画に基づき機能訓練を行います。

4. その他留意事項

種類	
レクリエーション	レクリエーション活動(作品製作など)を行っております。 ※料金は別途いただく場合がございます。
宗教活動・政治活動の禁止	施設内で、他の利用者様・職員に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。

5. 利用料金

① 認知症対応型通所介護利用料金／1日

	4時間以上 5時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要支援1	449円	773円	798円
要支援2	498円	864円	891円
要介護1	515円	894円	922円
要介護2	566円	989円	1,020円
要介護3	618円	1,086円	1,120円
要介護4	669円	1,183円	1,221円
要介護5	720円	1,278円	1,321円

*入浴を行う場合は1日につき40円加算されます。

*介護従事者の専門性を高めて介護福祉士を手厚く配置しております。

1日について18円加算します。

*当施設で送迎を行わなかった場合は片道47円減算させていただきます。

*介護職員の処遇改善を行いさらなるサービスの向上を目指すため、
一月の合計金額の15%を加算させていただきます。

*若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービス
を提供します。1日について60円加算します。

*身体状況により2時間以上3時間未満で利用することも可能ですので、必要
に応じ担当者にご相談下さい。

*延長サービスも行っております。

9時間～10時間未満（延長サービス1） 1日につき50円加算

10時間～11時間未満（延長サービス2） 1日につき100円加算

介護保険の負担割合が2割の方につきましては、上記の料金が全て2倍となります。また、介護保険の負担割合が3割の方につきましては、上記の料金が全て3倍となります。

②食費

食費につきましては、施設で提供する食事をおとりいただいた場合に、全額自己負担となります。

一食あたり 480円

③教養娯楽費

行事やレクリエーション等で使用する折り紙、手芸材料、食材料等、また、毎日のお茶の時間で使用する、お菓子、お茶代の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

1日あたり 100円

内訳	レクリエーション費（クラブ活動費 行事費 園芸関係 誕生会）50円 お茶代 50円 ※希望される方のみ
----	--------------------------------------------------------

6. 施設が提供するサービスについての苦情相談窓口

利用相談室	窓口担当者 認知症対応型通所介護 生活相談員 連絡先 0178-27-3027 ご利用時間 8:00～17:00 ご利用方法 電話、面接もご利用になれます。
苦情箱	管理者宛の苦情箱に、ご投函下さい。

私_____は、南山苑認知症対応型通所介護(介護予防認知症対応型通所介護)利用に際し、この重要事項説明書によって、南山苑職員の_____氏より説明を受け、サービス利用を受諾いたしました。

年 月 日

利用者：_____ 説明を受けた方：_____ 印