

(介 護 予 防) 小 規 模 多 機 能 型 居 宅 介 護 重 要 事 項

事業所	名 称	小規模多機能ふるまい村								
	所 在 地	見 附 市 新 幸 町 7 番 1 1 号								
	直 接 連 絡 先	24時間受付 電話番号 (86)8699 FAX (66)8845								
	介護保険事業所番号	1 5 9 1 1 0 0 1 2 6								
営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝日 営業	
		○	○	○	○	○	○	○		
登録定員		29 名 (1日の通り定員15名、1日の泊まり定員 7名)								
サービス種類		小規模多機能型居宅介護サービス								
料金の 個人負担分	法定代理 受領	基本料金 (1ヶ月 定額制)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
			3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円	
	各種加算		<ul style="list-style-type: none"> ・初期加算(利用開始から30日間のみ) 30円/日 ・総合マネジメント体制強化加算Ⅰ 1,200円/月 ・認知症加算Ⅱ 890円/月 ・認知症加算Ⅳ 460円/月 ・看護職員配置加算Ⅱ 700円/月 ・訪問体制強化加算 1,000円/月 ・サービス提供体制強化加算Ⅰ 750円/月 ・中山間地域等における小規模事業所加算(1月につき) 1月の基本料金の10% ・介護職員等処遇改善加算Ⅰ(1月につき) 1月の基本料金と加算の合計の14.9% 							
	法定代理受領以外		介護報酬として告示された額							
その他の個人負担分 (保険外)		宿泊代 1泊につき 2,000円								
		食費 1日 1,700円 (朝食480円、昼食690円(おやつ込)、夕食530円)								
		利用者の希望により提供する日常生活に必要な身の周り品、及び教養娯楽に係る費用等								
保険外の利用料金		介護報酬として告示された額の10割負担								
事故発生時の対応		サービス提供により事故が発生したときは、速やかに利用者の家族、市等に連絡を行うとともに、必要な措置を行う。								
事業実施区域		見 附 市								
人 員	管理者	高 橋 徹								
	計画作成担当者	1 名								
	看護師	1 名								
	介護員	10 名 以 上								
	契約医	山 谷 クリニッ ク 山 谷 春 喜								
	協力病院	見 附 市 立 病 院								
	苦情受付担当者	下 田 美 樹								
	苦情受付責任者	高 橋 徹								
苦情解決第三者委員		布 川 公 子 0258-62-2626 小 林 克 太 郎 080-1023-0995								