

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業 (お住まいが、松島町、塩竈市の方)

重要事項説明書 スマイルマミー

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 022-353-3553 (午前9:00~午後5:00)

担当 鶴田 一

2 スマイルマミーの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

名称	スマイルマミー
所在地	宮城郡松島町松島字東浜4番地
介護保険事業所番号	0472600535
サービスを提供する対象地域	松島町、塩竈市(離島を除く)にお住まいの方

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	業務内容	計
管理者	事業所全体の管理監督	1名
生活相談員	生活相談、連絡調整など	3名 (兼務を含む)
介護職員	日常生活介護全般など	12名 (兼務を含む)
看護職員	健康管理、必要時の処置など	2名 (兼務を含む)
機能訓練指導員	機能訓練	3名 (兼務を含む)

(3) 同センターの設備の概要

定員	月曜日~金曜日 35名
食堂兼機能訓練室	1室
静養室	1室
浴槽	一般浴槽(2ヶ所)、個別浴槽(1ヶ所)
相談室	1室

(4) 営業時間

営業日	月曜日から金曜日 但し、12月31日~1月3日までは除く
営業時間	月曜日から金曜日 8:00~17:00
サービス提供時間	月曜日から金曜日 10:30~15:00

3 サービスの内容

送迎 入浴 食事 集団運動 レクリエーション 生活相談

4 料金

(1)介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業

※2割、3割負担の方は、下記の金額の2倍、3倍になります

・要支援1・事業対象者(月1～4回利用の方)	1回当たり	436円
・要支援2・事業対象者(月1～8回利用の方)	1回当たり	447円
・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1カ月当たり	所定単位数の90/1000加算
・送迎減算		片道 47円減算

※サービス提供体制加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのいずれかに加算される場合があります。

・サービス提供体制強化加算Ⅰ1 (要支援1・事業対象者:月1～4回利用の方)	1カ月当たり	88円
・サービス提供体制強化加算Ⅰ2 (要支援2・事業対象者:月1～8回利用の方)	1カ月当たり	176円
・サービス提供体制強化加算Ⅱ1 (要支援1・事業対象者:月1～4回利用の方)	1カ月当たり	72円
・サービス提供体制強化加算Ⅱ2 (要支援2・事業対象者:月1～8回利用の方)	1カ月当たり	144円
・サービス提供体制強化加算Ⅲ1 (要支援1・事業対象者:月1～4回利用の方)	1カ月当たり	24円
・サービス提供体制強化加算Ⅲ2 (要支援2・事業対象者:月1～8回利用の方)	1カ月当たり	48円

(2)実費分(介護保険の給付対象とならないサービス)

・昼食代 1食あたり	600円
・その他 レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。	

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

事前に介護専門員とご相談ください。当社職員がご説明にお伺いいたします。
契約を結び、サービスの提供を開始します。

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

家族緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

主治医

病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 宮城郡松島町松島字東浜4番地
名称 有限会社 マミーホーム
代表者名 取締役 鶴田 一 印

説明者

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

請求書及び領収書の送付先

住 所 _____

氏 名 _____ 印

同意書

スマイルマミーの職員が、介護支援専門員及び保健医療サービスまたは福祉サービスを提供するものとの話し合い等により、個人情報を利用することを同意します。

氏 名 _____ 印

利用者氏名(代理人代筆可)