

重 要 事 項 説 明 書

看護小規模多機能型居宅介護 サンケア兼六

あなたに対するサービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

名 称	株式会社想愛
所 在 地	920-0344 石川県金沢市畝田東3丁目545番地
代 表 者 職 氏 名	代表取締役 片岡 憲男
設 立 年 月 日	平成26年3月4日
電 話 番 号	076-254-0066
F A X 番 号	076-254-5186

2. ご利用施設

名 称	サンケア兼六
所 在 地	920-0926 石川県金沢市暁町9番29号
管 理 者 氏 名	高島 朱美
開 設 年 月 日	令和3年11月1日
電 話 番 号	076-213-5294
F A X 番 号	076-213-5296
事 業 の 種 類	看護小規模多機能型居宅介護
指 定 番 号	1790101255
通常の事業実施地域	金沢市
登 録 定 員	29名
利 用 定 員	通いサービス 18名 宿泊サービス 9名

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事 業 の 種 類	指定年月日	指定番号	定員
(介 護 予 防) 訪 問 看 護	令和3年11月1日	1760191609	

4. 事業の目的及び運営方針

事 業 の 目 的	事業所が行う指定看護小規模多機能型居宅介護サービスは、要介護者について、その居宅において、又は事業所（サービスの拠点）に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を一体的・柔軟に提供することにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。
-----------	--

運 営 方 針	1 当事業所において提供する看護小規模多機能型居宅介護サービスは、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に従い、利用者の意思及び人格を尊重し、看護小規模多機能型居宅介護計画に基づき、通い・訪問・宿泊を組み合わせて、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう目標を設定してサービスを提供することにより、利用者の居宅における機能訓練及び日常生活または療養生活の支援を行うものとする。 2 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、金沢市、地域包括支援センター、地域の保健福祉医療及び福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 3 自らその提供する指定看護小規模多機能型居宅介護サービスの質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図るものとする。
---------	--

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷 地	824.87㎡
建 物	木造2階建て 準耐火建造物
構 造	
延 べ 床 面 積	381.25㎡

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	室 数	面 積	備 考
宿 泊 室	9室	内法 8.16 ㎡	
相 談 室	2階 1室	6.08 ㎡	訪問看護と共用
居 間 ・ 食 堂	1階 1室	69.31 ㎡	
一 般 浴 室	1階 1室	11.34 ㎡	大浴場
機 械 浴 室	1階 1室	9.72 ㎡	

6. 職員体制

令和7年4月1日現在

従 業 者 の 職 種	人 数	常 勤		非 常 勤		保 有 資 格
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管 理 者	1		1			正看護師・主任介護支援専門員
介 護 支 援 専 門 員	1			1		介護支援専門員
事 務 員	1		1			実務者研修
介 護 職 員	11	4		7		介護福祉士・実務者研修・初任者研修
リ ハ ビ リ	1		1			作業療法士
看 護 職 員	9		3		6	正看護師・准看護師

【主な職種の勤務体制】

従 業 者 の 職 種	勤 務 体 制	
管 理 者	日 勤	8:30～17:30
介 護 支 援 専 門 員	日 勤	9:00～13:00
介 護 職 員	早 番	7:00～16:00
	日 勤	8:30～17:30
	遅 番	10:00～19:00、11:00～20:00
	夜 勤	17:00～10:00
看 護 職 員	早 番	7:00～16:00
	日 勤	8:30～17:30
	遅 番	10:00～19:00、11:00～20:00
	夜 勤	17:00～10:00

7. 営業日および営業時間

営 業 日	年中無休
営 業 時 間	通いサービス 6時00分～21時00分
	宿泊サービス 21時00分～6時00分
	訪問サービス 24時間

8. 利用者負担金

利用者負担金は下記のとおりです。

(1) 介護保険給付サービス(1割～3割負担)

① 看護小規模多機能型居宅介護費

	単位数/月	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	12,447 単位	12,659 円	25,317 円	37,976 円
要介護2	17,415 単位	17,711 円	35,422 円	53,133 円
要介護3	24,481 単位	24,897 円	49,794 円	74,692 円
要介護4	27,766 単位	28,238 円	56,476 円	84,714 円
要介護5	31,408 単位	31,942 円	63,884 円	95,826 円

② 減算計算の場合(末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行われる場合の減算)

	単位数/月	1月あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	11,522 単位	11,718 円	23,436 円	35,154 円
要介護2	16,490 単位	16,770 円	33,541 円	50,311 円
要介護3	23,556 単位	23,956 円	47,913 円	71,869 円
要介護4	25,916 単位	26,357 円	52,713 円	79,070 円
要介護5	28,494 単位	28,978 円	57,957 円	86,935 円

③ 初期加算（利用開始後30日間まで）

	1日あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
30 単位	31 円	61 円	92 円

※登録したその日から起算して30日以内の期間については、初期加算として、1日につき所定単位数を加算する。

④ 認知症加算（Ⅰ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
920 単位	936 円	1,871 円	2,807 円

※認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置。

日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的ケアを実施した場合。

症加算ケアに関する留意事項の伝達又は指導に係る会議を定期的に行う。

認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施。

介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定。

⑤ 認知症加算（Ⅱ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
890 単位	905 円	1,810 円	2,715 円

※認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置。

日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的ケアを実施した場合。

従業者に対し、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行う。

⑥ 認知症加算（Ⅲ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
760 単位	773 円	1,546 円	2,319 円

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、看護小規模多機能型居宅介護を行った場合。

⑦ 認知症加算（Ⅳ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
460 単位	468 円	936 円	1,403 円

※要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する物に対して、看護小規模多機能型居宅介護を行った場合。

⑧ 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
1,200 単位	1,220 円	2,441 円	3,661 円

※厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た事業所が、サービスの質を継続的に管理した場合。

⑨ 総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
800 単位	814 円	1,627 円	2,441 円

※厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た事業所が、サービスの質を継続的に管理した場合。

⑩ 若年性認知症利用者受入加算

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
800 単位	814 円	1,627 円	2,441 円

※受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること。④～⑦の加算を算定している場合は、算定しない。

※算定の際は、個別に担当者を選任し、その方との関わり方やサービスの提供方法等について検討会を開催し、その内容を看護小規模多機能型居宅介護計画等に反映させることとする。

⑪ 退院時共同指導加算

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
600 単位	610 円	1,220 円	1,831 円

※病院等に入院中の者が退院に当たり、看護師等と共同指導を行った後に退院後、初回の訪問看護サービスを行った場合。

⑫ 特別管理加算（Ⅰ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
500 単位	509 円	1,017 円	1,526 円

⑬ 特別管理加算（Ⅱ）

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
250 単位	254 円	509 円	763 円

※⑫⑬は、点滴などの特別な管理が必要な方へ計画的な管理を行った際に加算する。

⑭ サービス提供体制強化加算Ⅰ

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
750 単位	763 円	1,526 円	2,288 円

⑮ サービス提供体制強化加算Ⅱ

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
640 単位	651 円	1,302 円	1,953 円

⑯ サービス提供体制強化加算Ⅲ

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
350 単位	356 円	712 円	1,068 円

※⑭～⑯は、常勤職員もしくは有資格者が一定以上配置されている等の条件を満たすことで、いずれかを加算する。

⑰ ターミナルケア加算

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
2,500 単位	2,543 円	5,085 円	7,628 円

※1日あたり。

⑱ 看護体制強化加算Ⅰ

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
3,000 単位	3,051 円	6,102 円	9,153 円

⑳ 看護体制強化加算Ⅱ

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
2,500 単位	2,543 円	5,085 円	7,628 円

※主治医との連携及び緊急時対応の体制が整っている、等の条件を満たしている場合に加算。

㉑ 緊急時訪問看護加算

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
774 単位	787 円	1,574 円	2,361 円

※利用者の同意を得、訪問及び計画的に宿泊することになっていない緊急時における宿泊を必要に応じて行う体制への加算。

24時間対応体制加算はご希望により契約された場合となります。

利用する／利用しない

㉒ 訪問体制強化加算

	1月あたりの自己負担額		
	1割	2割	3割
1,000 単位	1,017 円	2,034 円	3,051 円

※訪問体制を満たした場合の加算。

㉓ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（10.2%）

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）（1.2%）

ベースアップ等支援加算（1.7%）

※月の合計単位数の1000分の102に相当する単位数を月の合計単位数に加算する。

※主として、介護現場において責任のある職務を担う職員の処遇を改善するための加算。

地域区分（金沢市） 7級地 1単位あたり10.17円

(2) 介護保険給付外サービス

① 食費	1,500円／日 (おやつ代50円含む)	朝食 320円／食 昼食 670円／食 夕食 510円／食
② 宿泊費	2,164円／1泊	
③ 教育娯楽費	自費 ※必要時は事前にご案内させていただきます。	
④ 理美容費	自費 ※ご希望時にお申し出ください。	
⑤ オムツ・パット費	オムツ・紙パンツ 100円／枚 パット 50円／枚	
⑥ 洗濯費	100円／回	

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

※ 教育娯楽費、理美容費等は施設にて一度、負担し利用料金とあわせてご請求致します。

9. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

① 通いサービス

種 類	内 容
食 事	栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。基本的な提供時間は朝食7:45～、昼食12:00～、夕食17:30～となりますが、ご利用者のご希望で食事時間・場所をお選びいただくことができます。食材料費は保険給付対象外です。
入 浴	必要な方は職員が介助いたします。ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、一般浴、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口 腔 ケ ア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。
整 容	更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機 能 訓 練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持及び増進に努めます。
健 康 管 理	随時（入浴前等）看護職員又は介護職員が健康状態を確認いたします。利用中、看護職員が状態を把握し異常があればご家族へ連絡するなど、対応を迅速に行います。服薬については看護師で管理します。
送 迎	ご利用者及びそのご家族からの希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。車いす対応送迎車等ご用意しております。

② 訪問サービス

利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上必要な支援を行います。 主治医が看護サービスの必要性を認めた者に限り、訪問看護指示書に基づき、主治医との連携調整を図りながら看護サービスの提供を行います。 ① 症状・障害の観察 ② 入浴・清拭・洗髪等による清潔の保持 ③ 食事及び排泄等日常生活の世話 ④ 床ずれの予防・処置 ⑤ リハビリテーション ⑥ ターミナルケア ⑦ 認知症利用者の看護 ⑧ 療養生活や介護方法の指導 ⑨ カテーテル等の管理 ⑩ その他医師の指示による医療処置
--

③ 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

④その他

種類	内容
相 談 及 び 援 助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、社会生活に必要な支援を行います。
ご家族、地域との連携	ご家族や地域住民、ボランティア団体等と連携し、地域との交流に努めます。

(2) 介護給付外サービス

種 類	内 容
食 材 の 提 供	新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクレーション行事	行事計画に基づき、各種行事やレクレーションを提供いたします。

10. 利用料金のお支払い方法

毎月15日前後に前月分の利用料金等をご請求致します。お支払いは毎月22日に原則としてご指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。ご指定の金融機関より自動引き落としができなかった場合はお振り込みでお支払いいただきますようお願い致します。事業所窓口での現金支払いはご遠慮下さい。
※自動引き落としに係る手数料（110円）も合わせてご請求させていただきます。

初月のみ口座登録料（110円）を合算してご請求させていただきます。

お振り込み先（振込み手数料はご負担ください。）

※ ご利用者のお名前でお振込みをお願い致します。

口座名 株式会社想愛 代表取締役 片岡憲男

北國銀行 泉支店 (普通) 35334

お支払いを確認いたしましたら、お支払いの翌月に領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。

11. サービス利用の中止

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますのでご了承ください。但し、ご利用者の病変、急な入院等で事業所への連絡ができない場合にはこの限りではありません。

キャンセル料	初日の食費相当額（320円～1500円）
--------	----------------------

1 2. 苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

① 当 施 設 相 談 室	苦情受付担当者	(介護支援専門員 高島 朱美)
	苦情解決責任者	(管理者 高島 朱美)
	ご利用時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時30分
	ご利用方法	電 話 076-213-5294
	F A X	076-213-5296
	直接ご面談などによる	

次の公的機関においても苦情申立ができます。

② 公 的 機 関	金沢市 介護保険課	
	住所：金沢市広坂1丁目1番1号	
	受付時間：平日 9:00～17:30	T E L : 076-220-2264
	石川県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	
	住所：金沢市幸町12番1号 石川県幸町庁舎4階	
	受付時間：平日 9:00～17:00	T E L : 076-231-1110
	石川県福祉サービス運営適正化委員会	
	住所：金沢市本多町3丁目1番10号 社会福祉会館2階	
	受付時間：平日 9:00～17:00	T E L : 076-234-2556

1 3. 非常災害時の対策

非 常 時 の 対 応	別途定める『防災計画』に基づき、対応いたします。
避 難 訓 練	別途定める『防災計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。
防 火 設 備	非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器
保 守 点 検	防火管理者立会いのもと、保守業者に依頼して行います。

1 4. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、ご家族、主治医や医療機関等に連絡する等、必要な措置を講じます。

緊急時の連絡先等については別紙「緊急連絡／搬送先」に基づき、対応致します。

1 5. 協力医療機関及び協力歯科医療機関

協力医療機関名	主な診療科	所在地	電話番号
宗広病院	整形外科、内科	金沢市桜町24-30	076-224-0101
協力歯科医療機関名	主な診療科	所在地	電話番号
わたや歯科医院	歯科	金沢市大桑2丁目13	076-245-5849

16. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- 1 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係るサービス事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずる。
- 2 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。
- 3 事業者は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

17. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができますものとしします。

事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとしします。

個人情報の使用に際し、別紙「個人情報使用同意書」にて予め同意をいただきます。

18. 業務継続に向けた取組について

①感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する指定看護小規模多機能型居宅介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
（年1回以上）

③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

19. 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し担当者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます（年1回以上）。

- ①事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ②当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ③虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④事業所は次乗っ取り虐待防止の担当者を定めます。役職:管理者 氏名:高島朱美

20. 感染対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ④事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤事業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します（各年1回以上）。

21. ハラスメント対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ①事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

- ②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
- ④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

2.2. 看護小規模多機能型居宅介護計画の作成について

ご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成します。看護小規模多機能型居宅介護計画書の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに看護小規模多機能型居宅介護計画書を交付致します。

2.3. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

サービスの変更・追加	サービスの変更・追加は随時、事業者にお申し出ください。通いサービスや宿泊サービスについては、定員を超える場合は利用できないことがありますので予めご了承ください。
設備 ・ 器具の利用	施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。1階正面玄関は鍵式になっています。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

2.4. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	2 なし		

令和 年 月 日

指定看護小規模多機能型居宅介護事業の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

サンケア兼六

説明者職名

氏 名

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の説明を受け、指定看護小規模多機能型居宅介護事業の提供開始に同意しました。

ご 利 用 者

住所

氏 名

ご家族代表者

住所

氏 名

続 柄

利用者が身体 の 状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代筆いたしました。

署 名 代 筆 者

住所

氏 名

続 柄