

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書（短期利用）

当事業所は利用者に対して小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいいただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社テイクオフ
- (2) 法人所在地 山形県東置賜郡川西町大字西大塚 2308 番地 9
- (3) 電話番号 0238-54-2030
- (4) 代表者氏名 戸田 茜
- (5) 設立年月日 平成 15 年 8 月 8 日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

小規模多機能型居宅介護

平成 23 年 11 月 28 日 上山市指定 0691300032 号

介護予防小規模多機能型居宅介護

平成 23 年 11 月 28 日 上山市指定 0691300032 号

(2) 事業所の目的

住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通い、訪問、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。

(3) 事業所の名称 ケアセンターとこしえ上山北

(4) 事業所の所在地 山形県上山市弁天一丁目 9 番 8 号

(5) 電話番号 **023-673-5527**

(6) 管理者氏名 高橋 孝広

(7) 当事業所の運営方針

利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通い、訪問及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。

(8) 開設年月 平成 23 年 12 月 1 日

(9) 登録定員 29 人（通いサービス定員 18 人、宿泊サービス定員 9 人）

(10) 居宅等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室です。

| 居室・設備の種類 | | 室数 | 備考 |
|----------|------|--------------------------------------------------------|--------|
| 宿泊室 | 個室 | 9室 | |
| | 2人部屋 | 0室 | |
| | 合計 | 9室 | |
| 居間 | | 2ヶ所 | 食堂を兼ねる |
| 食堂 | | 0ヶ所 | 居間を兼ねる |
| 台所 | | 2ヶ所 | |
| 浴室 | | 1ヶ所 | 普通浴槽 |
| 消防設備 | | 熱感知器、スプリンクラー、煙感知器、非常ベル、ガス漏れ探知機、非常用照明、非常口誘導灯、火災通報装置、消火器 | |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 上山市

※ 上記以外の地域の方は当事業所のサービスを利用できません。

(2) 営業日及び営業時間

| 営業日 | 年中無休 |
|--------|---------------------|
| 通いサービス | 月～日 午前6:00～午後10:00 |
| 訪問サービス | 随時 |
| 宿泊サービス | 月～日 午後10:00～翌午前6:00 |

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対し小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉* 職員の配置については、指定基準を厳守しています。

| 従業員の職種 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 指定基準 | 職務の内容 |
|------------|------------|-----|------|-----------|--------------|
| 1. 管理者 | 1人 (兼務) | 人 | | 1人 | 事業内容調整 |
| 2. 介護支援専門員 | 1人 (兼務) | 人 | | 1人 | サービスの調整・相談業務 |
| 3. 介護職員 | 9人 | 1人 | 9.5人 | 日中3:1人+1人 | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4. 看護職員 | 1人 | 人 | | 1人 | 健康チェック等の医務業務 |

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

〈主な職員の勤務体制〉

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 管理者 | 勤務時間：午前 8：30～午後 5：30 |
| 2. 介護支援専門員 | 主な勤務時間：午前 8：30～午後 5：30 |
| 3. 介護職員 | 主な勤務時間：午前 8：30～午後 5：30 夜間の勤務時間：午後 4：30～翌午前 9：30 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4. 看護職員 | 主な勤務時間：午前 8：30～午後 5：30 |

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

| |
|---------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (介護保険の給付の対象となるサービス) |
| (2) 利用料金の全額を利用者様に負担いただく場合 (介護保険の給付対象とならないサービス) |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割から7割※が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割から3割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、利用者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

※ 負担割合は、利用者の介護保険負担割合証に基づきます。

〈サービスの概要〉

ア 通いサービス

事業所において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供する。

① 日常生活の援助

- ・ 日常生活動作能力に応じて、必要な介助を行う。
- ・ 移動の介助
- ・ 養護（休養）
- ・ 通院の介助等その他必要な介護

② 健康チェック

- ・ 血圧測定等、利用者の全身状態の把握

③ 機能訓練

利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練及び利用者の心身の活性化を図るための各種支援を提供する。また、外出の機会の確保・その他利用者の意向を踏まえた地域社会生活の継続のための支援を行う。

- ・ 日常生活動作に関する訓練
- ・ レクリエーション（アクティビティ・サービス）
- ・ グループ活動
- ・ 行事的活動
- ・ 園芸活動
- ・ 趣味活動（ドライブ、買物等含む）
- ・ 地域における活動への参加

④ 食事支援

- ・ 食事の準備、後片付け
- ・ 食事摂取の介助
- ・ その他の必要な食事の介助

⑤ 入浴支援

- ・ 入浴または清拭
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、心身の介助
- ・ その他必要な介助

⑥ 排せつ支援

利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行う。

⑦ 送迎支援

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行う。

イ 訪問サービス

利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供する。

ウ 宿泊サービス

宿泊室に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供する。

エ 相談・助言等

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行を行う。

- ① 日常生活に関する相談、助言
- ② 認知症高齢者等を抱える家族への相談、助言

- ③ 福祉用具の利用方法の相談、助言
- ④ 住宅改修に関する情報の提供
- ⑤ 医療系サービスの利用についての相談、助言
- ⑥ 日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き
- ⑦ 家族・地域との交流支援
- ⑧ その他必要な相談、助言

〈サービス利用料金〉（契約書第6条参照）

短期利用居宅介護（1日につき）

利用者の状態や利用者の家族等の事情により、利用者を担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用することが必要と認め、当事業所の介護支援専門員が、短期利用居宅介護を提供しても、登録者に対する小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合。※7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむをえない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めるものとする。

【1割負担の方】

| ご契約者の 要介護度 | ①サービス利用料金 （基本サービス費） | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る 自己負担額（①－②） |
|---------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 要支援1 | 4,240円 | 3,816円 | 424円 |
| 要支援2 | 5,310円 | 4,779円 | 531円 |
| 要介護1 | 5,720円 | 5,148円 | 572円 |
| 要介護2 | 6,400円 | 5,760円 | 640円 |
| 要介護3 | 7,090円 | 6,381円 | 709円 |
| 要介護4 | 7,770円 | 6,993円 | 777円 |
| 要介護5 | 8,430円 | 7,587円 | 843円 |

【2割負担の方】

| ご契約者の 要介護度 | ①サービス利用料金 （基本サービス費） | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る 自己負担額（①－②） |
|---------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 要支援1 | 4,240円 | 3,392円 | 848円 |
| 要支援2 | 5,310円 | 4,248円 | 1,062円 |
| 要介護1 | 5,720円 | 4,576円 | 1,144円 |
| 要介護2 | 6,400円 | 5,120円 | 1,280円 |
| 要介護3 | 7,090円 | 5,672円 | 1,418円 |
| 要介護4 | 7,770円 | 6,216円 | 1,554円 |
| 要介護5 | 8,430円 | 6,744円 | 1,686円 |

【3割負担の方】

| ご契約者の 要介護度 | ①サービス利用料金 (基本サービス費) | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る 自己負担額 (①-②) |
|---------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 要支援1 | 4,240円 | 2,968円 | 1,272円 |
| 要支援2 | 5,310円 | 3,717円 | 1,593円 |
| 要介護1 | 5,720円 | 4,004円 | 1,716円 |
| 要介護2 | 6,400円 | 4,480円 | 1,920円 |
| 要介護3 | 7,090円 | 4,963円 | 2,127円 |
| 要介護4 | 7,770円 | 5,439円 | 2,331円 |
| 要介護5 | 8,430円 | 5,901円 | 2,529円 |

[認知症行動・心理症状緊急対応加算]

医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護を利用することが適当であると判断した場合。※利用開始から7日間を限度とする。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る自 己負担額 (①-②) |
|--------|----------------|-----------------------|---------------------------|
| 1割負担の方 | 2,000円 (1日あたり) | 1,800円 (1日あたり) | 200円 (1日あたり) |
| 2割負担の方 | | 1,600円 (1日あたり) | 400円 (1日あたり) |
| 3割負担の方 | | 1,400円 (1日あたり) | 600円 (1日あたり) |

□ [サービス提供体制強化加算Ⅰ]

介護従事者の総数のうち、介護福祉士の割合が70%以上または介護従事者の総数のうち、勤続10年以上の介護福祉士の割合が25%以上配置の場合に適用。従業者ごとに研修計画を作成し研修の実施、又は予定をしている。利用者に関する留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。

他のサービス提供体制強化加算を算定していない場合に算定。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る自 己負担額 (①-②) |
|--------|--------------|-----------------------|---------------------------|
| 1割負担の方 | 250円 (1日あたり) | 225円 (1日あたり) | 25円 (1日あたり) |
| 2割負担の方 | | 200円 (1日あたり) | 50円 (1日あたり) |
| 3割負担の方 | | 175円 (1日あたり) | 75円 (1日あたり) |

□ [サービス提供体制強化加算Ⅱ]

介護従事者の総数のうち、介護福祉士の割合が50%以上配置の場合に適用。従業者ごとに研修計画を作成し研修の実施、又は予定をしている。利用者に関する留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。

他のサービス提供体制強化加算を算定していない場合に算定。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給 付される金額 | ③サービス利用に係る自 己負担額 (①-②) |
|--------|--------------|-----------------------|---------------------------|
| 1割負担の方 | 210円 (1日あたり) | 189円 (1日あたり) | 21円 (1日あたり) |
| 2割負担の方 | | 168円 (1日あたり) | 42円 (1日あたり) |
| 3割負担の方 | | 147円 (1日あたり) | 63円 (1日あたり) |

□ [サービス提供体制強化加算Ⅲ]

介護従事者の総数のうち、介護福祉士の割合が40%以上または介護従事者の総数のうち、常勤職員の割合が60以上、または介護従事者の総数のうち、勤続7年以上の割合が30%以上配置の場合に適用。従業者ごとに研修計画を作成し研修の実施、又は予定をしている。利用者に関する留意事項の伝達又は従業者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。
他のサービス提供体制強化加算を算定していない場合に算定。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給付される金額 | ③サービス利用に係る自己負担額 (①-②) |
|--------|--------------|-------------------|-----------------------|
| 1割負担の方 | 120円 (1日あたり) | 108円 (1日あたり) | 12円 (1日あたり) |
| 2割負担の方 | | 96円 (1日あたり) | 24円 (1日あたり) |
| 3割負担の方 | | 84円 (1日あたり) | 36円 (1日あたり) |

[介護職員等処遇改善加算Ⅲ]

介護職員等の処遇を改善するため賃金改善や資質の向上等の取組を目的とした加算。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給付される金額 | ③サービス利用に係る自己負担額 (①-②) |
|--------|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1割負担の方 | 介護度に応じた基本サービス費と各種加算に13.4%を乗じた額 | ①の9割相当額 | ①の1割相当額 |
| 2割負担の方 | | ①の8割相当額 | ①の2割相当額 |
| 3割負担の方 | | ①の7割相当額 | ①の3割相当額 |

[中山間地域における小規模事業所加算]

厚生労働大臣が定める地域(豪雪地帯及び特別豪雪地帯)に所在する事業所がサービスを提供した場合に算定。

| | ①加算料金 | ②うち、介護保険から給付される金額 | ③サービス利用に係る自己負担額 (①-②) |
|--------|------------------|-------------------|-----------------------|
| 1割負担の方 | 基本サービス費に10%を乗じた額 | ①の9割相当額 | ①の1割相当額 |
| 2割負担の方 | | ①の8割相当額 | ①の2割相当額 |
| 3割負担の方 | | ①の7割相当額 | ①の3割相当額 |
| 3割負担の方 | | ①の7割相当額 | ①の3割相当額 |

(2) 介護保険の給付の対象とならないサービス (契約書第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア 食事の提供 (食事代)

利用者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食：400円 昼食：550円 夕食：550円

イ 宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1泊：1,600円

ウ おむつ代

紙オムツ（フラットタイプ） 80 円

紙オムツ（尿とりパットタイプ） 50 円

紙パンツ（各サイズ共通） 140 円

エ レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代の実費をいただきます。

オ 複写物の交付

利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。ただし、従業員や他の利用者等の個人情報除きます。 1 枚につき 10 円

カ 通常の事業の実施地域以外の契約者に対する送迎費及び交通費

原則として通常の事業実施地域以外の送迎は行っておりません。ただし、緊急やむを得ない場合等におきましては、実施する場合があります。その際には、通常の実施地域から 1 kmにつき 25 円のご負担をいただきます。

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金お支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算し、口座引落（翌月 27 日引落）の方法により翌月末日までにお支払い下さい。

口座引落がならなかった場合は、事業所での現金支払または銀行振込かコンビニエンスストア専用払込用紙により上記支払期限までにお支払い下さい。

【銀行振込の場合】

山形銀行 小松支店

普通預金 0552771 名義) 株式会社テイクオフ

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

☆ 5.（2）の介護保険の対象とならないサービスについては、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無 料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金 (自己負担相当額) の 100% |

- ☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

(5) 短期利用居宅介護について

当事業所は、次の場合に限り、当事業所の登録のない者に対し、短期利用居宅介護を提供します。

- 利用者の状態や利用者の家族等の事情により、利用者を担当する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下「居宅介護支援専門員」という。）が、緊急に利用することが必要と認めること。
- 当事業所の介護支援専門員が、短期利用居宅介護を提供しても、登録者に対する小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めること。

短期利用居宅介護の開始に当たっては、あらかじめ7日以内（利用者の日常生活上の世話をを行う家族等の疾病等やむをえない事情がある場合は14日以内）の利用期間を定めるものとする。

短期利用居宅介護の利用に当たっては、居宅介護支援専門員が作成する居宅介護サービス計画の内容に沿い、当事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護計画を作成することとし、当該小規模多機能型居宅介護計画に従いサービスを提供します。

6. 苦情の受付について（契約書第19条参照）

(1) 事業所における苦情受付

当事業所における利用者からの相談または苦情や虐待は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者）
[職名] 管理者 高橋 孝広
- 受付時間 毎週月曜日～日曜日 午前8:30～午後5:30
- 電話番号 023-673-5527

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 上山市健康推進課 | 上山市河崎 1-1-10 電話番号 023-672-1111 |
| 山形県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情窓口 | 寒河江市大字寒河江字久保 6 電話番号 0237-87-8006 |

7. 事故発生時の対応について(契約書第11条参照)

事故発生後は、原因解明を行い、再発防止に努めます。

事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。ただし事業所は自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。(契約書第12条参照)

8. 運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、上山市の担当職員もしくは事業所が所在する地域を管轄する地域包括支援センターの職員及び小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等

開催：おおむね2ヶ月に1回以上

9. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

- * 協力医療機関 金沢医院
- * 協力歯科医療機関 新田クリニック
- * 連携施設 社会福祉法人 偕寿会 特別養護老人ホーム蓬仙園

10. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画書に則って対応を行います。また、避難訓練を年2回以上、利用者も参加して行います。

上山市消防本部への届出日：平成〇〇年〇〇月〇〇日

防火管理者：高橋 孝広

< 消防用設備 >

- ・ 火災発生通知システム（熱感知器、煙感知器、非常ベル）・スプリンクラー
- ・ ガス漏れ探知機・非常用照明・非常口誘導灯・消火器・緊急通報システム

11. 虐待防止に関する対応(契約書第 20 条参照)

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止する為、以下の通り措置を講じております。

- 1 虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催。
- 2 虐待の防止の為の指針の整備。
- 3 従業者に対して、虐待の防止のための研修を定期的実施。
- 4 前 1 項から 3 項の措置を適切に実施するための担当を設置。
- 5 事業所はサービスを提供中に、事業所従業者又は養護者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する。

12. 身体的拘束等について(契約書第 2 1 条参照)

当事業所では、原則として身体的拘束等を行いません。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、以下の（１）～（３）の要件をすべて満たすときは、利用者、家族に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行う場合があります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5 年間保存します。また事業所として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性・・・利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危機にさらされる緊急性が著しく高い場合。
- (2) 非代替性・・・身体的拘束等その他の行動制限を行う以外に代替法がない場合。
- (3) 一時性・・・身体的拘束等その他の行動制限が一時的な場合。

13. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する小規模多機能型居宅介護及び介護予防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実施します。

- (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。

14. 衛生管理等

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとします。

- 2 当事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止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、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じて随時開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 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指針を整備します。
- (3) 事業所において、従業者に対し感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

15. サービスの利用にあたっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を提示してください。
- 事業所内の設備や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が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアセンターとこしえ上山北

説明者職名 _____ 氏名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____ 氏名 _____ ⑩

本人が自署困難なため、本人の意思を確認した上、代理署名致します。

代理人住所 _____ 氏名 _____ ⑩

* この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号（平成18年3月14日）第88条により準用する第9条及び厚生労働省令第36号（平成18年3月14日）第64条により準用する第11条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。