

通所介護事業所 ユーシャイン

重要事項説明書

2025 年 4 月 1 日改訂

社会福祉法人 優輝福社会

重要事項説明書

(通所介護事業所ユーシャイン)

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 優輝福社会
主たる事務所の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

2. ご利用施設

施設の名称	通所介護事業所 ユーシャイン
施設の所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
指定番号	庄原市 3474700170 号
管理者の氏名	伊藤 昌代
電話番号	0824-88-3000
FAX番号	0824-88-3030
ホームページ	https://www.yuukifukushikai.com/
メールアドレス	youshine@yuukifukushikai.com

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅において要介護状態又は要支援状態にある高齢者（事業対象者も含む）に対し、適切な通所介護を提供する。
運営の方針	<p>○要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り、居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。</p> <p>（介護予防通所サービス）</p> <p>○要支援者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り、居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>○事業の実施に当たっては、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>

4. 営業時間及びサービス提供地域

営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日 ただし、12月31日～1月3日までを除く。
提供時間	9：20～16：30
営業時間	8：15～17：30
延長時間	5時間
提供地域	介護 庄原市 予防通所サービス 庄原市・三次市・神石高原町

5. ご利用事業所の職員体制

令和6年4月1日現在

ご利用事業所の 従業者の職種	員数	勤務の形態
管理者	1名	常勤専従
生活相談員	3名	非常勤専従1名，非常勤兼務2名
看護職員	2名	非常勤専従1名，非常勤兼務1名
介護職員	4名	常勤専従1名，非常勤兼務3名
機能訓練指導員	3名	非常勤専従1名，非常勤兼務2名
管理栄養士	1名	非常勤専従1名

6. 提供するサービスの内容及び費用について

(1)提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
通所介護計画の作成	①利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等アセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 ②通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 ③通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画を利用者に交付します。 ④それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
日常生活上の世話	①健康チェック ②入浴サービス ③食事サービス ④生活指導 ⑤栄養マネジメント ⑥口腔機能改善・向上
機能訓練	①日常動作訓練 ②レクリエーション ③個別機能訓練 ④運動機能向上（介護予防のみ）
その他	時間延長サービス

(2)通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④身体拘束その他利用者の行動を制限する行為、（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3)提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

【地域密着型通所介護費】（1日あたり）

サービス内容略称	1 割負担 単位	2 割負担 単位	3 割負担 単位	備考
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1（時減：2 時間以上 3 時間未満）	305	610	915	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2（時減：2 時間以上 3 時間未満）	351	702	1,053	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3（時減：2 時間以上 3 時間未満）	396	792	1,188	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4（時減：2 時間以上 3 時間未満）	440	880	1,320	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5（時減：2 時間以上 3 時間未満）	487	974	1,461	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1（3 時間以上 4 時間未満）	416	832	1,248	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2（3 時間以上 4 時間未満）	478	956	1,434	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3（3 時間以上 4 時間未満）	540	1,080	1,620	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4（3 時間以上 4 時間未満）	600	1,200	1,800	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5（3 時間以上 4 時間未満）	663	1,326	1,989	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1（4 時間以上 5 時間未満）	436	872	1,308	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2（4 時間以上 5 時間未満）	501	1,002	1,503	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3（4 時間以上 5 時間未満）	566	1,132	1,698	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4（4 時間以上 5 時間未満）	629	1,258	1,887	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5（4 時間以上 5 時間未満）	695	1,390	2,085	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1（5 時間以上 6 時間未満）	657	1,314	1,971	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2（5 時間以上 6 時間未満）	776	1,552	2,328	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3（5 時間以上 6 時間未満）	896	1,792	2,688	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4（5 時間以上 6 時間未満）	1,013	2,026	3,039	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5（5 時間以上 6 時間未満）	1,134	2,268	3,402	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1（6 時間以上 7 時間未満）	678	1,356	2,034	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2（6 時間以上 7 時間未満）	801	1,602	2,403	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3（6 時間以上 7 時間未満）	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4（6 時間以上 7 時間未満）	1,049	2,098	3,147	

<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5 (6 時間以上 7 時間未満)	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1 (7 時間以上 8 時間未満)	753	1,506	2,259	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2 (7 時間以上 8 時間未満)	890	1,780	2,670	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3 (7 時間以上 8 時間未満)	1,032	2,064	3,096	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4 (7 時間以上 8 時間未満)	1,172	2,344	3,516	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5 (7 時間以上 8 時間未満)	1,312	2,624	3,936	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 1 (8 時間以上 9 時間未満)	783	1,566	2,349	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 2 (8 時間以上 9 時間未満)	925	1,850	2,775	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 3 (8 時間以上 9 時間未満)	1,072	2,144	3,216	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 4 (8 時間以上 9 時間未満)	1,220	2,440	3,660	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 介護 5 (8 時間以上 9 時間未満)	1,365	2,730	4,095	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(9 時間以上 10 時間未満)	8H9H 単位 + 50	8H9H 単位 + 100	8H9H 単位 + 150	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(10 時間以上 11 時間未満)	8H9H 単位 + 100	8H9H 単位 + 200	8H9H 単位 + 300	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(11 時間以上 12 時間未満)	8H9H 単位 + 150	8H9H 単位 + 300	8H9H 単位 + 450	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(12 時間以上 13 時間未満)	8H9H 単位 + 200	8H9H 単位 + 400	8H9H 単位 + 600	
<input type="checkbox"/> 通所介護費 利用前後介護(13 時間以上 14 時間未満)	8H9H 単位 + 250	8H9H 単位 + 500	8H9H 単位 + 750	
<input type="checkbox"/> 入浴介助加算 (I)	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (I) イ	56	112	168	
<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算定 (II)	20	40	60	1 月につき
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200	400	600	1 回につ き月 2 回 を限度
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I)	150	300	450	1 回につ き月 2 回 を限度
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単価 - 47	基本単価 - 94	基本単価 - 141	片道
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	1 月につき 40	1 月につき 80	1 月につき 120	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ	6	12	18	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0%	1 月につき	+所定単位×90/1000	

※サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

【介護予防通所サービス費】（1ヶ月あたり）

サービス内容略称	1割負担単位	2割負担単位	3割負担単位	備考
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費 要支援1	1,798	3,596	5,394	
<input type="checkbox"/> 予防通所サービス費 要支援2	3,621	7,242	10,863	
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算	200	400	600	
<input type="checkbox"/> 送迎未実施減算	基本単位 -47	基本単位 -94	基本単位 -141	片道
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	300	450	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ（Ⅰ）	24	48	72	
<input type="checkbox"/> サービス提供強化加算Ⅲ（Ⅱ）	48	96	144	
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算	40	80	120	
<input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0% 1月につき +所定単位×90/1000			

※サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算は支給限度額管理の対象外の算定項目

7. その他の費用について

交通費	<input type="checkbox"/> 必要ありません。（サービス地域：庄原市、三次市、神石高原町） <input type="checkbox"/> 1キロ 38 円です。（境界域（圏域）を超えた所からご利用者宅までの往復距離に 38 円／kmを計算する）
食費	<input type="checkbox"/> 1日あたり 600 円です。
洗濯代	<input type="checkbox"/> 1回あたり 100 円です。
オムツ代	<input type="checkbox"/> 実費です。
材料費	<input type="checkbox"/> 実費です。

8. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払方法について

(1)通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割又は一定の所得がある65歳以上の被保険者については、所得に応じて2割もしくは3割をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割～7割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。

(2)提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

(3)毎月の利用料は、翌月20日までに自動引き落としの方法でお支払いください。

（他のお支払いをご希望の方は、お申し出ください。）

*保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

9. サービスの提供にあたって

(1)サービスの提供に先立って、介護保険非保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2)利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行う者とします。

(3)利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「通所介護計画」を作成します。なお、作成した「通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

(4)サービス提供は「通所介護計画」に基づいて行います。なお、「通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(5)通所介護従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

(6)サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。

(7)サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものをを用います。

(8)なお、次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。

①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

②職員に対する精神的暴力（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職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

(9)担当の職員

*あなたの担当の当事業所職員は、以下の通りです。

生活相談員	()
看護職員	()
介護職員	()
機能訓練指導員	()
上記の責任者は () です。		

*職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

*担当職員の変更

①あなたはいつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所では代わりの職員がいないなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

②当事業所では、担当職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

10. 衛生管理等について

(1)入所者の使用する施設、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ます。

(2)食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助

言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

(3)施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の掲げる措置を講じます。

- ① 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね3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。
- ②施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期定期に実施します。
- ④①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

11. 業務継続計画の策定について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービス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に実施します。
- (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見直しを行います。

12. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

利用者のかかりつけ医療機関		
	医療機関の名称	
	主治医名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 1		
	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	携帯番号	
緊急連絡先 2		
	氏 名	
	住 所	

	電話番号	
	携帯番号	

13. 事故発生時の対応について

(1)当施設は、万全の体制で指定サービスの提供に当たりますが、万一、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、関係市町村等に連絡をするとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止など必要な措置を講じます。

(2)当施設の責に記すべき事由により利用者の生命・身体、財産等に損害を与えた場合には、誠意を持って速やかに損害賠償を行います。その為に損害保険を付保します。

但し、その損害の発生について利用者に故意または過失が認められる場合、利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。また、施設の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

14. サービス提供に関する相談、苦情について

利用者およびその家族は、当事業者のサービスについていつでも苦情を申し立てることができます。

(1)苦情処理の体制および手順

①受付担当者は、苦情の内容及び申し出人の希望などを的確に把握する。

②苦情申し出人と管理者の話し合いによる解決を基本とする。

③前項の話し合いにあたり、申し出人または管理者は必要に応じ関係機関の立会いを求めることができる。

④事業者段階で解決できない場合は、運営適正委員会を紹介するなど必要な情報提供を行う。

(2)苦情受付窓口

[解決責任者]	管理者 伊藤 昌代	TEL 0824-88-3000
[窓口担当者]	課長 伊藤 千博	Fax 0824-88-3030

ご意見箱（玄関に設置）での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

(3)第三者委員

上杉千恵美	電話番号（0824-73-0559）歌手
奥 易之	電話番号（0824-88-2548）無職
宮崎 文隆	電話番号（0824-66-2317）団体役員

(4)公的機関の苦情及び虐待受付窓口

市町介護保険相談窓口等	住所・電話番号等	対応時間
庄原市総領支所 地域振興室市民生活係	庄原市総領町下領家 280 番地 1 TEL 0824-88-3063 Fax 0824-88-2978	8:30～17:15
庄原市生活福祉部 高齢者福祉課介護保険係	庄原市中本町一丁目 10-1 TEL 0824-73-1167 Fax 0824-75-0245	8:30～17:15
三次市福祉保健部	三次市十日市中二丁目 8-1	8:30～17:15

高齢者福祉課介護保険係	TEL 0824 - 62 - 6387 Fax 0824 - 62 - 6285	
府中市健康福祉部 介護保険課介護福祉係	府中市府川町 315 TEL 0847 - 40 - 0222 Fax 0847 - 45 - 5522	8:30～17:15
広島県国民健康保険団体 連合会（国保連） 介護保険課	広島市中区東白島町 19-49 国保会館 TEL 082 - 554 - 0783 Fax 082 - 511 - 9126	8:30～17:15

(5)その他参考事項

- ①管理者は、利用者からの苦情に対し、必要があるときには市町村に連絡をします。
- ②管理者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、また、国民健康保険体連合会からの指導、助言に従って必要な改善を行います。
- ③普段から利用者からの苦情が出ないようサービス提供を心がけます。

15. サービスの第三者評価の実施状況

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	
		結 果 の 開 示	1 あり 2 なし
	2 なし		

16. 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、社会福祉法人優輝福祉会ホームページにおいて公開しています。

17. 秘密の保持と個人情報保護について

(1) 秘密の保持について	業務上知り得た利用者及び家族の情報については厳密に保持します。
(2) 個人情報の保護について	<p>①この法人が取扱う個人情報は、その利用目的の範囲内でのみ利用します。また、利用目的を遂行するために業務委託をする場合並びに法令等の定めに基づく場合や、人の生命、身体又は財産の保護のために必要とする場合をのぞいて、個人情報を第三者へ提供することは致しません。</p> <p>②全ての個人情報は、不正アクセス、盗難、持出し等による、紛失、破壊、改ざん及び漏えい等が発生しないように適正に管理し、必要な予防・是正措置を講じます。</p> <p>③個人情報をもとに、利用目的内の業務を外部に委託する場合は、その業者と個人情報取扱契約書を締結するとともに、適正な管理が行われるよう管理・監督します。</p> <p>④個人情報の本人による開示・訂正、利用停止等の取扱いに関する問合せは、各施設の部門長が随時受付け、適切に対応します。また、個人情報の取扱いに関する苦情を受付ける窓口を設け、苦情を受付けた場合には、適切かつ速やかに対応いたします。</p>

18. 虐待防止について

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する担当者を選定しています。

〔解決責任者〕施設長	伊藤 昌代	Tel	0824-88-3000
〔窓口担当者〕課 長	伊藤 千博	Fax	0824-88-3030

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。

(5)虐待防止のための指針を整備しています。

(6)従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(7)サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所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。

19. 身体的拘束等について

事業者は、原則として入所者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等の恐れがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)から(3)の要件をすべて満たすときは、入所者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ことがあります。その場合は、態様及び時間、入所者の心身の状況、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。

また事業者として、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・・・直ちに身体的拘束等を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合

(2)非代替性・・・身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合

(3)一時性・・・入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合

【説明確認欄】

説明年月日 令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、利用者，利用者の家族に対して、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

事業者名 社会福祉法人 優輝福社会

事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎606番地

事業所名 通所介護事業所ユーシャイン

代表者氏名 理事長 森重 利夫

説明者 所属 通所介護事業所 ユーシャイン

職種 _____

氏名 _____

私（甲）は、重要事項説明書に基づいて、居宅サービス事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲) 利用者 住所 _____

氏名 _____

利用者の家族 住所 _____

氏名 _____

(続柄)