

通所リハビリテーション事業所さざなみ重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

< 2025年4月1日現在 >

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 さざなみ
代表者名	鈴木 治徳
所在地・連絡先	(住所) 長崎県東彼杵郡東彼杵町彼杵宿郷1085 (電話) 0957-46-0145 (FAX) 0957-46-0255

2 事業所

(1) 事業所名称及び事業所番号

施設の名称	通所リハビリテーション事業所 さざなみ
所在地・連絡先	(住所) 長崎県東彼杵郡東彼杵町彼杵宿郷1085 (電話) 0957-46-0222 (FAX) 0957-46-0927
事業所番号	4251280006
施設長の氏名	福田 博英
利用定員	20名

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的と運営方針

通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションは、要支援・要介護状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法などその他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものでなければならない。

(2) 通所リハビリテーションさざなみの運営方針

職員は通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーション計画に基づいて、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、利用者が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にすることと共に、居宅における生活への支援を目指すものとする。

4 事業所の概要

(1) 職員体制

従業者の職種	人数 (人)	常勤 (人)		非常勤 (人)		備 考
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者	1		1			
施設長（医師）	1		1			
看護職員	1名以上	1		1		
介護職員	2名以上	3				うち2名は介護福祉士
支援相談員	1名以上		1			
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	<u>1名以上</u>	1	4			
管理栄養士	1		1			
事務員等 その他の従業者	<u>2名以上</u>	2				

※職員体制の人数は全て以上とする。

給食部門は日清医療食品（株）に委託する。

(2) 職種ごとの職務

医師	診療情報提供書などかかりつけ医からの留意点を考慮し、サービス利用中の疾病など医療に関することについての判断及びかかりつけ医への相談を行う。
看護職員 介護職員	看護及び医学的管理における介護、自立支援、日常生活の充実、病状及び心身状況への適切なケアの実施。
支援相談員	利用者様及び家族代表への契約・処遇上の説明、相談。市町村や関係他機関、ボランティアとの連携。介護保険やその他制度に関する情報提供、相談支援の実施。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	通所リハビリテーション計画に沿ったリハビリテーション実施計画を作成し、医師の指示を受けリハビリテーションを実施し定期的に記録する。リハビリテーションの観点から日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
管理栄養士	栄養状態に応じて、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養管理を努め、身体状況・病状・嗜好を定期的に把握し計画的な食事提供を行う。また、適切な栄養食事相談を行う。
事務員	会計事務、施設管理、その他窓口業務
調理員	その他の従業者（業務委託）

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	東彼杵町、川棚町、波佐見町、大村市松原町 ※波佐見町、大村市は要相談
---------	---------------------------------------

(4) 営業日

営業日時	月曜日～土曜日（８：３０～１７：００）
サービス 提供時間	９：３０～１５：３０（送迎時間除く）
営業しない日	日曜日・祝日、８月１４日～１５日（年度により変更次第連絡） １２月３０日～１月３日（年度により変更次第連絡）

5 通所リハビリテーションさざなみの利用

当施設の利用にあたっては、介護保険で要支援・要介護認定を受けており、利用者様の心身状態が通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を必要と認められる場合としており、その検討にあたっては医師・看護職員・リハビリ職員その他職員により決定致します。

(1) 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の利用

- ①当事業所は利用される方の病歴、家族状況、生活歴などの把握に努めます。
- ②当施設は病状が重いために利用が不適切であると認めた場合には、かかりつけ医及び本人家族代表の希望する病院などへ紹介します。

(2) 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の中止

各号のいずれかに該当する場合は中止となります。

- ①利用者様及び家族代表が中止の意思表示をした場合
- ②利用者様が自立と認定された場合
- ③利用者様の居宅介護サービス計画で定められていない場合
- ④利用者様の病状、心身状態が悪化し、当施設でのサービス提供範囲を超えると判断された場合
- ⑤利用料金を１ヶ月以上滞納した場合
- ⑥利用者様が当施設、当施設の職員又は他の利用者様に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為を行った場合
- ⑦天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設の利用ができない場合

※当施設は利用者様の中止に際しては、利用者様及び家族代表に適切な指導を行うとともに、利用者様の担当介護支援専門員との連携に努めます。

6 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

● サービス内容

種 類	内 容
地域との連携	利用者様を担当している居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターと居宅サービス計画書などの情報を共有し、その計画書と利用者様及び家族代表の希望を基に通所リハビリテーション計画書を作成します。
看護・介護	利用者様の病状・心身状態に応じて適切に行います。また、利用者様個人のニーズに添った個別的看護・介護を行い、利用者様の日常生活の充実を目的とします。
食 事	(食事時間) 昼食 11:40～ 利用者様の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事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適切な支援を行います。
入 浴	入浴は希望に応じて行います。歩けない方・座れない方も、機械を用いての入浴が可能です。
排 泄	利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	利用者様の希望と介護報酬の基準に準じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により利用者様の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康チェック	体温・血圧測定等により利用者様の全身状態の把握を行います。
レクリエーション等	当施設では、次のような娯楽設備を整えております。 新聞 1 部、雑誌、 また作業療法の観点から次の物もお使いいただけます。 オセロ、将棋、囲碁、パズル、縫い物、編み物、小物作製
相談及び援助	利用者様とその家族様からのご相談に応じます。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。
身体拘束	原則、身体拘束は行いません。但し、自傷他害の恐れがある等や緊急時やむを得ない場合は、家族代表の意向と身体拘束委員会及び施設長の判断で身体拘束など行動を制限することがあります。
記録	サービス提供に関する記録を作成し、利用終了後 2 年間は保管します。

● 費用

原則として当項目の(1) 介護保険給付対象サービス及び(2) 介護保険給付対象外サービスが利用者様の負担額となります。

※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画書に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※ 介護保険区分支給限度基準額内の場合でも保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険（介護予防）給付が行われない場合があります。その場合、（1）介護保険給付対象サービスの料金に加え、介護保険給付額を当施設にお支払いいただきます。お支払い後は領収書を発行します。領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

（領収書の再発行はできませんので、あらかじめご了承ください。）

※ 介護保険での区分支給限度基準額を超えたサービス利用については、（1）介護保険給付対象サービスの料金に加え、介護保険給付額が利用者様の負担となります。ご利用の希望があればご相談ください。

◎要介護1～5の方（通所リハビリテーション）

（ア）介護保険制度では、厚生労働省が掲げるサービス提供時間の基準と要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日当たりの1割の自己負担金額です。

※については介護予防通所リハビリテーションも同様です。

【2時間以上3時間未満】

・要介護1	3 8 3 円/日
・要介護2	4 3 9 円/日
・要介護3	4 9 8 円/日
・要介護4	5 5 5 円/日
・要介護5	6 1 2 円/日

【3時間以上4時間未満】 リハビリテーション提供体制加算 1 2 円/日

・要介護1	4 8 6 円/日
・要介護2	5 6 5 円/日
・要介護3	6 4 3 円/日
・要介護4	7 4 3 円/日
・要介護5	8 4 2 円/日

【4時間以上5時間未満】 リハビリテーション提供体制加算 1 6 円/日

・要介護1	5 5 3 円/日
・要介護2	6 4 2 円/日
・要介護3	7 3 0 円/日
・要介護4	8 4 4 円/日
・要介護5	9 5 7 円/日

【5時間以上6時間未満】 リハビリテーション提供体制加算 2 0 円/日

・要介護1	6 2 2 円/日
・要介護2	7 3 8 円/日

・要介護 3	8 5 2 円/日
・要介護 4	9 8 7 円/日
・要介護 5	1 1 2 0 円/日

(イ)退院時共同指導加算

退院の際、事業所の医師又は理学療法士等が退院前カンファレンスに参加して、ご利用者またはご家族に在宅でのリハビリに必要な助言を行った場合

退院後の初回利用時のみ 6 0 0 円

(ウ)入浴介助加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

見守りを含み、入浴に介助が必要な場合 (Ⅰ) 4 0 円/日

自宅の浴室環境を把握し個別入浴計画を作成した場合 (Ⅱ) 6 0 円/日

※ 通所リハビリテーション利用の曜日・時間帯によっては、入浴サービスを提供できないことがあります。

(エ)リハビリテーションマネジメント加算 1 (イ)・2 (ロ)・3 (ハ)

利用開始前後 1 ヶ月以内に理学療法士等が利用者宅を訪問し、家屋状況や身体状況などを基にリハビリテーション計画を作成する。また、医師がリハビリテーションに関して目的及び①留意事項②中止の基準③負荷 のうちいずれか指示を行う。利用開始月から6ヶ月以内は1ヶ月に1回、6ヶ月を超えると3ヶ月に1回はリハビリテーション会議を開催し、専門的な見地から介護支援専門に情報提供を行うとともに家族、各事業所の従業員に日常生活の留意点などの情報を伝達し記録する。

1 (イ) リハビリ職員が説明を行った場合 6 カ月以内 5 6 0 円/月

6 カ月超え 2 4 0 円/月

2 (ロ) 上記 (イ) を厚生労働省へデータ提出した場合 6 カ月以内 5 9 3 円/月

6 カ月超え 2 7 3 円/月

3 (ハ) 上記 (ロ) に加え、管理栄養士を配置し、利用者ごとに多職種が栄養や口腔内のアセスメントを行い、口腔内の課題を把握して、相互に情報共有して、

見直しの内容を関係職種に情報提供している場合 6 カ月以内 7 9 3 円/

6 カ月超え 4 7 3 円/月

4 医師が説明を行った場合 2 7 0 円/月

(オ) 短期集中個別リハビリテーション実施加算

退院や介護認定後などから3ヶ月以内に限り、週2回以上1回40分以上の個別的なリハビリテーションを集中的に行った場合 1 1 0 円/日

(カ) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

3ヶ月以内に限り1週間に2回を限度として認知症に対する個別リハビリテーションを集中的に行った場合 (Ⅰ) 2 4 0 円/日

1ヶ月に4回以上認知症に対する個別リハビリテーションを実施した場合
(リハビリテーションマネジメント加算と必ず併せる) (Ⅱ) 1920円/月

(キ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算

作業療法士などが通所リハビリテーション計画書で定めた期間で通所リハビリテーションが終了できるように実施頻度、時間、場所などをリハビリテーション計画へ記載し、リハビリテーション会議を行い情報提供など実施した場合
(リハビリテーションマネジメント加算と必ず併せる)

6ヶ月以内 1250円/月

(ク) 栄養アセスメント加算※

管理栄養士を配置し利用者ごとに栄養アセスメントを実施し、その結果を利用者様
又はご家族、介護支援専門員などへ説明し栄養状態などの情報を厚生労働省へデータ
提出した場合 50円/月

(ケ) 栄養改善加算※

低栄養状態にある、又はそのおそれがある利用者に対し、改善等を目的として栄養ケ
ア計画を作成し、管理栄養士等が個別的に実施される栄養食事相談等の栄養改善サー
ビスを提供した場合 (算定は3ヶ月以内の期間に限り1ヶ月に2回を限度として)
200円/回

(コ) 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ) (Ⅱ)

利用開始時及び6ヶ月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態の確認を行い介護支援専
門員へ情報提供した場合 (Ⅰ) 20円/6ヶ月毎
口腔の健康状態又は栄養状態のいずれかの場合 (Ⅱ) 5円/6ヶ月毎

(サ) 口腔機能向上加算 (Ⅰ) (Ⅱ) イ (Ⅱ) ロ※

利用者の口腔機能向上を目的として、個別的に口腔機能改善管理指導計画を作成し実
施される口腔清掃の指導や摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施を行った場合

(3ヶ月以内で月に2回を限度) (Ⅰ) 150円/回

厚生労働省へデータ提出した場合 (Ⅱ) イ 155円/回

リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない場合

(Ⅱ) ロ 160円/回

(シ) 重度療養管理加算

要介護3、4又は5であって、別に厚生労働大臣が定める状態であるものに対して、
医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合 100円/日

(ス) 中重度者ケア体制加算

中重度の要介護者を受け入れる体制として、通常人員よりも看護・介護職員を1名以上配置し且つ30%の利用者が要介護者3以上であること
20円/日

(セ) 科学的介護推進体制加算※

基本情報、全身状況を厚生労働省へデータ提出した場合 (I) 40円/月

(ソ) 送迎減算

送迎を行わない場合 - 47円/片道

(タ) 移行支援加算

評価対象期間内に通所リハビリテーションを終了し通所介護などへのサービスに移行ができると見込まれる利用者に対し、終了から14日～44日以内に居宅を訪問・記録しており、さらにその割合が一定以上である場合
12円/日

(チ) サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員の内、介護福祉士の割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上の場合
(I) 22円/日

(ツ) 介護職員処遇改善加算Ⅲ※

厚生労働省の定める介護職員の職場環境改善・資質向上の実施

月額介護報酬の6.6%

◎要支援1～2の方 (介護予防通所リハビリテーション)

(テ) 介護予防通所リハビリテーションの施設利用

要支援1 2268円/月

要支援2 4228円/月

(ト) 長期利用に関する減算について

利用開始日より12か月を超えて利用した場合

(要件を満たした場合減産とならない場合あり)

要支援1 - 120円/月

要支援2 - 240円/月

(ナ) 生活行為向上リハビリテーション実施加算

通所リハビリテーションに準ずる

(リハビリテーションマネジメント実施加算と必ず併せる)

6ヶ月以内 562円/月

(ニ) 一体的サービス提供加算

その月において栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合
480円/月

(ヌ) サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員の内、介護福祉士が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上

(I) 要支援1 88円/月

要支援2 176円/月

(ネ) 急な気象状況の悪化があった場合

体調不良だけでなく、気象状況の悪化などで止むを得ず利用時間が短くなった場合には予定通りの単位数を算定して良い

※ 介護保険負担割合証で2割又は3割負担の方は、上記金額が2倍又は3倍となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

下表のうち利用された分を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
食費	食事の提供に要する費用	昼食530円(1食)
レクリエーション行事	主なレクリエーション行事 1月 初詣 4月・6月・9月 花見など	個別にかかる費用の実費をご負担いただきます。

※ 通所リハビリテーションサービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに関わる費用であって、利用者様に負担していただくことが適当と認められる費用は、利用者様の負担となります。

7 利用料等のお支払方法

毎月、10日頃までに「6施設サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、月末までに窓口若しくは下記口座に振り込みでお支払いください。入金確認後、領収書を発行します。(領収書は再発行できません。)

当施設への金銭債務が発生した場合、利用者様及びご家族代表の責任でお願いいたします。ただし、その限度額は200万円とします。

十八親和銀行	普通預金口座：口座番号1056093
彼杵支店	口座名義：医療法人さざなみ 理事長 鈴木治徳

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

相談窓口	当施設の提供する施設サービスに対しての要望又は苦情等について、支援相談員に申し出ることができます。また、備付けの用紙、管理者宛の文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。 ご意見箱に投函された内容の回答については直接回答するか、各階エレベーター前の掲示板で回答します。
------	--

	なお、苦情につきましては苦情処理委員会を設置し、以下の手順に従って対応します。 ① 支援相談員は要望の内容確認をし、委員長または委員が苦情と認めれば、苦情処理記録簿に記載し、必要な場合は老健苦情処理委員会を開催します。 ② 委員で具体的な対応方法の決定（１週間以内）を行います。 ③ 委員は決定した対応方法の説明を利用者様・ご家族等へ行います。 ④ 了承を得られない場合は、長崎県国民健康保険団体連合会、東彼杵町役場の介護に関する相談・苦情の窓口があることを説明します。 ⑤ 再発の防止に努め、苦情処理簿を保管します。 ●当施設窓口：支援相談員 錦戸泉、長岡里奈 責 任 者：施 設 長 福田博英 ご利用時間：８：３０～１７：００ ご利用方法：電話（０９５７－４６－０２２２） 面接（当施設１階相談室） ご意見箱（各階エレベーター前に設置） 当法人に直接お申し出しにくい場合は下記の窓口もご利用いただけます。 ●東彼杵町役場 相談窓口：東彼杵町役場 介護保険係 連 絡 先：０９５７－４６－１１１１ ●長崎県国民健康保険団体連合会 相談窓口：長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理担当 連 絡 先：０９５－８２６－１５９９ ０９５－８２６－１７７９(FAX)
--	---

９ 安全管理の体制及び対策

安全管理体制	事故の発生又は再発を防止するために下記の措置を講じます。 ①安全対策部門を設置する。 ②事故発生防止の指針及び事故発生時の報告と分析に通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備します。 ③委員会の開催と職員研修を定期的実施します。
緊急時及び事故の対応	サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医・救急医療機関・緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。 事故発生時の対応は次の通りです。 ① 当事者又は発見者は看護師長又は責任者(主任職以上)へ報告します。 ② 責任者又は看護師長は事故の内容確認を行います。

	③ 責任者又は看護師長は施設長および事務責任者へ事故についての報告を行います。 ④ 施設長は必要時に老健リスクマネジメント委員会を開催します。 (老健リスクマネジメント委員会で及ばない場合や重大な事故等は、医療法人さざなみ医療安全委員会に提議し対応) ⑤ 委員会で事故の原因を究明し、家族代表等への連絡、事故の発生状況・原因等を説明致します。その後の再発防止に努め、事故内容の記録を保管します。																
非常災害時の対応	別途定める「介護老人保健施設さざなみ 消防計画」にのっとり対応を行います。																
避難訓練及び 防災設備	別途定める「介護老人保健施設さざなみ 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者様の方も参加して行います。 <table><tr><td>設備名称</td><td>個数等</td><td>設備名称</td><td>個数等</td></tr><tr><td>スプリンクラー</td><td>あり</td><td>防火扉・シャッター</td><td>あり</td></tr><tr><td>避難階段</td><td>あり</td><td>屋内消火栓</td><td>あり</td></tr><tr><td>自動火災報知機</td><td>あり</td><td>誘導灯</td><td>あり</td></tr></table> カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。	設備名称	個数等	設備名称	個数等	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり	避難階段	あり	屋内消火栓	あり	自動火災報知機	あり	誘導灯	あり
設備名称	個数等	設備名称	個数等														
スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり														
避難階段	あり	屋内消火栓	あり														
自動火災報知機	あり	誘導灯	あり														
消防計画書等	佐世保東消防署への届出日：令和6年12月2日 防火管理者：本川 正治																
業務継続計画	感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。																
ハラスメントの防止	施設における性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて、サービス提供上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、利用者様の施設生活及び職員等の就業環境が害されることを防止し、必要な措置を講じます。																
虐待防止	虐待発生又は防止の為に定期的な委員会開催、職員研修を行います。																
秘密の保持	業務上知り得た利用者様の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供は、利用者様又は家族代表からから予め同意を頂いた上で行います。 ① 医療・介護サービス利用の為の情報提供 ② サービスの質の向上のための学会、研究会での事例研究発表など。なお、この場合には個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。 ※利用終了後も同様の扱いとさせていただきます。																

10 サービス利用にあたってお願い

快適な通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を行うために、相互の親睦に努め集団で過ごすための秩序を保つため次の事項を守って頂くようにお願いします。

送 迎	お願いした送迎時間に間に合うようにご準備ください。もし用事や天候などで当施設のご利用ができない時はできるだけ早くご連絡ください。
ご欠席の連絡	同居者の方がおられる場合は同居者の方からお願いします。 なお、インフルエンザ等の感染症でご欠席の場合、通所の再開は医師の指示または学校保健安全法の出席停止期間に準じます。
入浴	入浴は職員がお誘いした時間にお入りください。もし具合が悪くなった時は職員にお申し付けください。
備品の使用	施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご使用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
持ち物	持ち物はご利用にあたって最小限の物に限らせていただきます。また紛失防止のため、必ずご記名をお願いします。
所持金品の管理	個人で保管・管理されている所持金品の破損・紛失等の責任は負えません。また利用者間での金銭の貸借は禁止いたします。
電話の使用	公衆電話は1階玄関前にあります。硬貨にていつでもご自由に利用していただけます。
飲食物の持ち込み	飲食物の施設内持ち込みは、食中毒・病状悪化のおそれがありますのでお控えください。ご事情により持参される際は必ず職員にお申し出ください。 他利用者の方への配布は、上記に加え誤嚥・窒息・アレルギー症状発症の危険性もあるためお断りしております。
飲 酒	施設内は飲酒禁止です。
喫 煙	施設内禁煙としております。灰皿などの用意はございません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者様に対する宗教活動、宗教勧誘及び政治活動、商業活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
迷惑行為等	むやみに療養棟や他の利用者様の居室等に立ち入らないでください。 お互いに他利用者様の迷惑にならないようご協力をお願いいたします。

平成25年8月1日 改定

平成26年4月1日 改定

平成27年4月1日 改定

平成27年8月1日 改定

平成28年5月1日 改定

平成30年4月1日 改定

2019年10月1日 改定

2021年 4月1日 改定

2022年10月1日 改定

2024年 6月1日 改定

2024年10月1日 改定

2025年 4月1日 改定

変更点は(下線)で示しています。

通所リハビリテーション事業所さざなみ重要事項説明承諾書

(介護予防通所リハビリテーション)

当事業者は、重要事項説明書（**2025年4月1日改定**）に基づいて、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）のサービス内容及び重要事項を説明しました。

西暦 年 月 日

事業者 介護老人保健施設さざなみ（事業所番号：4251280006）
東彼杵郡東彼杵町彼杵宿郷1085

施設長：福田 博英

説明者：

説明者より重要事項説明書（**2025年4月1日改定**）を受領し、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）のサービス内容及び重要事項の説明を受け承諾します。

西暦 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代筆者

続柄：

家族代表 住 所

氏 名

続柄：

通所リハビリテーション事業所さざなみ重要事項説明承諾書

(介護予防通所リハビリテーション)

当事業者は、重要事項説明書（**2025年4月1日改定**）に基づいて、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）のサービス内容及び重要事項を説明しました。

西暦 年 月 日

事業者 介護老人保健施設さざなみ（事業所番号：4251280006）
東彼杵郡東彼杵町彼杵宿郷1085

施設長：福田 博英

説明者：

説明者より重要事項説明書（**2025年4月1日改定**）を受領し、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）のサービス内容及び重要事項の説明を受け承諾します。

西暦 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代筆者

続柄：

家族代表 住 所

氏 名

続柄：