

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 重要事項説明書

社会医療法人愛仁会

介護老人保健施設しんあい

〒569-1035

大阪府高槻市西之川原 2 丁目 46 番 1 号

TEL 072-680-3000

FAX 072-680-3002

社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい

通所リハビリテーションサービス(介護予防通所リハビリテーション)

重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている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)サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明致します。

この重要事項説明書は指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)第8条の規定に基づき、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)の提供の開始に際して事業所が予め説明しなければならない内容を記したものです。

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)サービスを提供する事業者について

事業者名称 社会医療法人 愛仁会
代表者氏名 理事長 高岡 秀幸
所在地 大阪府大阪市西淀川区福町三丁目2番39号
連絡先 電話 06-6375-0660 FAX 06-6375-0560

2) ご利用者へのサービスを担当する事業所について

事業所名称 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい
介護保険事業者番号 2750980084
事業所所在地 大阪府高槻市西之川原2丁目46番1号
連絡先 電話 072-680-3000 FAX 072-680-3002
相談担当者 支援相談員

3) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように居宅サービス計画に基づき、リハビリテーション、看護、介護などを行い、利用者が可能な限りその在宅において生活を営むことが出来るよう支援します。
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重し、居宅における生活と事業所の生活が連続したものとなるよう、事業所において利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。その為に、サービス提供には関連スタッフと協働し、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)サービス計画を作成し利用者及び、そのご家族等に対し療養上必要な事項について懇切丁寧に説明を行い同意を得て実施いたします。

4) サービス提供可能な日と時間帯・実施地域

営業日	月曜日から金曜日 ただし、年末年始(12月30日～1月3日)は休日
営業時間	午前8時半～午後5時半
実施地域	高槻市内

5) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	午前8時半～午後6時

6) 事業所の定員

定員 1日 35名

なお、当事業所と一体的に指定介護予防通所リハビリテーションの事業を実施する場合には両事業所の利用者数の合計が当該定員を超えない範囲で実施することができるものとする。

7) 事業所の職員体制

事業所の管理者		1人	
従業員の職種	医師	1人以上	利用者の病状及び心身の状況に応じ適切な診療を行います。
	看護職員	1人以上	利用者の通所リハビリテーションサービス計画及びリハビリテーション計画に基づく看護を行います。
	介護職員	3人以上	利用者の通所リハビリテーションサービス計画及びリハビリテーション計画に基づく介護を行います。
	理学療法士 又は作業療法士 又は言語聴覚士	1人以上	リハビリテーション計画を作成し、それに基づき機能訓練の提供にあたります。
	管理栄養士	1人以上	利用者の栄養管理及び指導を行います。

勤務時間帯	日勤	8:30～17:00(医師・介護職・運転手・看護職・リハビリ・栄養士)
	日勤	9:00～17:30(介護職)

8) 提供するサービス内容

通所リハビリテーション サービス計画の作成	利用者の状態に応じ、関連スタッフと協議し、計画を作成し、利用者若しくはそのご家族等に計画内容を説明し、同意を頂きその内容に基づいた介護サービスを提供します。
食 事	事業所の食卓で召し上がって頂き、身体状況に配慮した食事を提供します。また、病状に応じ、特別な食事が必要な場合には、医師の指示に基づき調理して提供します。
入 浴	1階の一般浴槽にて介助を基本にします。身体の状態に応じ、リフト浴槽もあり、寝たまま入浴できる機械浴槽も準備しています。
医学的管理・看護	入院の必要のない程度の要支援者・要介護者を対象としていますが、状態に応じて適切な医療・看護を行います。ただし、当施設では行えない処置や、その他病状が著しく変化した場合の医療は医療機関での治療となります。
排 泄	利用者の状態に合わせ細かく対応し、排泄の自立について適切な援助を行います。
リハビリ マネジメント	医師、理学療法士、作業療法士やその他の職種の者が協働して、状態に応じたリハビリテーション実施計画を作成します。また、利用開始 1ヶ月を目安に自宅へ訪問し在宅での行動等を確認し生活に合わせたリハビリメニューを取り入れます。
相談援助	利用者ご本人や、ご家族等からのご相談に応じます。

9) 事業所利用にあたっての留意事項

保険証の提示	ご利用のお申し込みにあたり、介護保険証、障がい者手帳等を確認します。 更新などにより保険証が新しくなりましたら、その都度ご提示下さい。
設備、備品の利用	事業所の設備、備品は本来の用法に従ってご利用下さい。 これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
金銭、貴重品等	金銭・貴重品等は持ち込まないことを原則とします。 紛失した場合には責任を負いかねますのでご了承下さい。
飲食物	原則飲食物の持ち込みは禁止させていただきます。万が一、利用者が持参された食品は必ず、職員にお申し出下さい。
喫煙・飲酒	原則飲酒・喫煙は、禁止させていただきます。
営利行為、宗教、政治活動	事業所内での他の利用者に対する営利行為、宗教活動、政治活動は禁止としています。

10) 緊急時の対応方法

サービス提供中に、緊急の事態が発生した場合、予め指定された連絡先に連絡します。

緊急の場合は下記に記す協力医療機関へ搬送させていただきます。

医療機関の名称 所在地及び連絡先	社会医療法人 愛仁会 高槻病院 大阪府高槻市古曽部町1丁目3番13号 電話 072-681-3801
	社会医療法人 愛仁会 しんあいクリニック 大阪府高槻市芥川町2丁目3番5号 電話 072-681-5533
協力歯科医院の名称 所在地及び連絡先	高槻ハート歯科 大阪府高槻市高槻町15-22 フェリーチェ寺本2F 電話 072-684-3606

11) サービス提供に関する相談、苦情について

利用者及び身元引受人は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望または苦情等について、苦情受付担当者に申し出ることができます。

(事業所の窓口) 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい	所在地 大阪府高槻市西之川原2丁目46-1 電 話 072-680-3000 FAX 072-680-3002 受付時間 午前8時半から午後5時 担当者 療養科長
(市町村の窓口) 高槻市役所 長寿介護課 福祉指導課	所在地 大阪府高槻市桃園町2-1 電 話 072-674-7167 FAX 072-674-7183 電 話 072-674-7821 FAX 072-674-7820 受付時間 午前8時45分から午後5時15分
(公的団体の窓口) 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪府大阪府中央区常盤町1-3-8 電 話 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417 受付時間 午前9時から午後5時

12) 賠償責任について

当事業所において、事業所の責に帰すべき事由において利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者のおかれた心身の状況により相当と認めたときに限り、事業所の損害賠償責任を減じることがあります。利用者に対する、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）サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、居宅介護支援事業所、利用者のご家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

13) 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者等に関する秘密の保持について	当事業者及び事業所の雇用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者等の個人情報は用いません。 事業者は、利用者等に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際についても第三者への漏洩を防止するものとします。

14) 非常災害対策について

防災設備を設置し、消防計画を作成すると共に、防火訓練を行います。
自然災害時には風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき対応します。

15) 虐待の防止について

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する委員会の定期開催と職員への周知をします。
- ② 虐待防止に関する責任者を選定しています。（支援相談員）
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑤ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施しています。
- ⑥ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑦ 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

16) 身体拘束等について

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、利用者または利用者の身元引受人に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し同意を得た上、当施設の医師がその容態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

17) ハラスメントの防止について

1 当事業所では、職員に対するカスタマーハラスメントを一切容認しません。

カスタマーハラスメントとは、以下の行為をさします。

- ①暴力、身体的、精神的な攻撃、暴言、脅迫
- ②セクシュアルハラスメント、差別的な行為
- ③過度な要求や不合理な要求を繰り返す行為
- ④プライバシーの侵害、名誉毀損
- ⑤その他、利用者、ご家族の皆様と職員との関係を著しく損なう行為

2 当事業所の判断において、上記の行動が繰り返され、施設からの説明をさせていただいたにもかかわらず改善を認められないと判断した場合には、やむを得ずサービスの利用停止又は、利用契約の解除を行う場合がございますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

18) 利用料

●介護保険給付の自己負担額

通所リハビリテーション

項目	金額(円/日)			内容	
	1割	2割	3割		
要介護1(1～2 時間利用)	394	787	1180	☐	基本サービス費(介護度に応じて)。 ※送迎は基本サービス費に含みます
要介護2(1～2 時間利用)	425	849	1273	☐	
要介護3(1～2 時間利用)	458	915	1372	☐	
要介護4(1～2 時間利用)	489	977	1465	☐	
要介護5(1～2 時間利用)	524	1047	1571	☐	
要介護1(2～3 時間利用)	409	817	1225	☐	
要介護2(2～3 時間利用)	468	936	1404	☐	
要介護3(2～3 時間利用)	531	1062	1593	☐	
要介護4(2～3 時間利用)	592	1184	1775	☐	
要介護5(2～3 時間利用)	653	1305	1957	☐	
要介護1(3～4 時間利用)	518	1036	1554	☐	
要介護2(3～4 時間利用)	603	1205	1807	☐	
要介護3(3～4 時間利用)	686	1371	2057	☐	
要介護4(3～4 時間利用)	792	1584	2376	☐	
要介護5(3～4 時間利用)	898	1795	2693	☐	
要介護1(4～5 時間利用)	590	1179	1769	☐	
要介護2(4～5 時間利用)	685	1369	2053	☐	
要介護3(4～5 時間利用)	779	1557	2335	☐	
要介護4(4～5 時間利用)	900	1800	2700	☐	
要介護5(4～5 時間利用)	1021	2041	3061	☐	
要介護1(5～6 時間利用)	663	1326	1989	☐	
要介護2(5～6 時間利用)	787	1574	2361	☐	
要介護3(5～6 時間利用)	909	1817	2725	☐	
要介護4(5～6 時間利用)	1053	2105	3157	☐	
要介護5(5～6 時間利用)	1194	2388	3582	☐	
要介護1(6～7 時間利用)	763	1525	2287	☐	
要介護2(6～7 時間利用)	907	1813	2719	☐	
要介護3(6～7 時間利用)	1046	2092	3138	☐	
要介護4(6～7 時間利用)	1212	2424	3636	☐	
要介護5(6～7 時間利用)	1376	2751	4126	☐	

要介護1(7～8 時間利用)	813	1625	2437	☐	
要介護2(7～8 時間利用)	963	1925	2888	☐	
要介護3(7～8 時間利用)	1115	2230	3345	☐	
要介護4(7～8 時間利用)	1296	2591	3886	☐	
要介護5(7～8 時間利用)	1470	2948	4410	☐	
8時間以上9時間未満	54	107	160	☐	
リハビリテーション提供体制加算1 (3～4 時間利用)	13	26	39	☐	施設基準適合の場合。
リハビリテーション提供体制加算2 (4～5 時間利用)	17	34	51	☐	
リハビリテーション提供体制加算3 (5～6 時間利用)	22	43	64	☐	
リハビリテーション提供体制加算4 (6～7 時間利用)	26	51	77	☐	
リハビリテーション提供体制加算5 (7～8 時間利用)	30	60	90	☐	
入浴介助加算Ⅰ	43	86	128	☐	入浴介助を行った場合。
入浴介助加算Ⅱ	64	128	192	☐	個別に入浴計画を作成し居宅の状況に近い環境で入浴介助を行った場合。
リハビリテーションマネジメント加算 イ(6 月以内)	597 /月	1,194 /月	1,791 /月	☐	医師の指示のもと個別リハビリ計画を作成、理学療法士等の説明の上実施した場合。
リハビリテーションマネジメント加算 イ(6 月超)	256 /月	512 /月	768 /月	☐	
リハビリテーションマネジメント加算 ロ(6 月以内)	633 /月	1,265 /月	1,897 /月	☐	医師の指示のもと個別リハビリ計画を作成、理学療法士等の説明の上実施し、情報を厚労省に提出・活用した場合。
リハビリテーションマネジメント加算 ロ(6 月超)	291 /月	582 /月	873 /月	☐	
リハビリテーションマネジメント加ハ (6 月以内)	846 /月	1691 /月	2536 /月	☐	
リハビリテーションマネジメント加ハ (6 月超)	505 /月	1009 /月	1513 /月	☐	
事業所の医師が利用者又は家族 に説明し、同意を得た場合	288 /月	576 /月	864 /月	☐	
短期集中個別リハビリテーション 実施加算	118	235	352	☐	退院(所)日又は認定日から起算して3 月以内に個別リハビリを集中的に行った場合。
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算Ⅰ	256	512	768	☐	認知症の方に退院(所)又は認定日から起算して3 月以内に集中的にリハビリを実施した場合。
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算Ⅱ	2,047 /月	4,094 /月	6,141 /月	☐	
生活行為向上リハビリテーション 加算	1,333 /月	2,665 /月	3,998 /月	☐	利用開始日の属する月から6 月以内に、生活行為の充実を図る為にリハビリ計画を作成・実施した場合。
若年性認知症利用者受入加算	64	128	192	☐	若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合。
栄養アセスメント加算	54/月	107/月	160/月	☐	多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、情報を厚労省に提出・活用した場合。
栄養改善加算	214/回	427/回	640/回	☐	低栄養状態にある又はおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が多職種と共同し栄養ケア計画を作成し実施した場合。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	22 /回	43/回	64/回	☐	利用開始時及び利用中6 月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6/回	11/回	16/回	☐	利用開始時及び利用中6 月ごとに口腔の健康状態又は栄養状

					態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合。
口腔機能向上加算Ⅰ	160/回	320/回	480/回	☐	口腔機能の低下している又はおそれのある利用者に対し、看護師等が口腔機能改善の為に計画を作成し、実施した場合。
口腔機能向上加算Ⅱ	171/回	341/回	512/回	☐	上記Ⅰに加え情報を厚労省に提出・活用した場合。
重度療養管理加算	107	214	320	☐	厚生労働大臣が定める利用者に対し、計画的な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。
中重度者ケア体制加算	22	43	64	☐	中重度者を受け入れる体制を構築している場合。
退所時共同指導加算	640/回	1280/回	1919/回	☐	退院前カンファレンスに参加し、情報共有を行い医療機関との評価を行った場合。
科学的介護推進体制加算	43/月	86/月	128/月	☐	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出・活用した場合。
送迎減算	-51	-101	-151	☐	居宅と当事業所間の送迎を行わない場合。(片道につき)
移行支援加算	13	26	39	☐	施設基準適合の場合。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	24	47	71	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が70%以上の場合。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	20	39	58	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上の場合。
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数の11.1%			☐	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、施設基準適合の加算率を乗じた金額となります。

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額対象外となります。

●介護保険給付の自己負担額 介護予防通所リハビリテーション

項目	金額(円/月)			内容	
	1割	2割	3割		
介護予防通所リハビリテーション費 要支援1	2416	4836	7253	☐	基本サービス費(介護度に応じて)。 ※送迎、入浴は基本サービス費に含まれます
介護予防通所リハビリテーション費 要支援2	4507	9014	13521	☐	
生活行為向上リハビリテーション 実施加算	599	1,198	1,797	☐	利用開始日の属する月から6月以内に、生活行為の充実を図る為にリハビリ計画を作成・実施した場合。
若年性認知症利用者受入加算	256	512	768	☐	若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合。
栄養アセスメント加算	54	107	160	☐	多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、情報を厚労省に提出・活用した場合。
栄養改善加算	214	427	640	☐	低栄養状態にある又はおそれのある利用者に対し、管理栄養士等が多職種と共同して栄養ケア計画を作成し実施した場合。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	22/回	43/回	64/回	☐	利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6/回	11/回	16/回	☐	利用開始時及び利用中6月ごとに口腔の健康状態又は栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合。
口腔機能向上加算Ⅰ	160/回	320/回	480/回	☐	口腔機能の低下している又はおそれのある利用者に対し、看護師等が口腔機能改善の為に計画を作成し、実施した場合。
口腔機能向上加算Ⅱ	171/回	341/回	512/回	☐	上記Ⅰに加え情報を厚労省に提出・活用した場合。
一体的サービス提供加算	562	1024	1535	☐	栄養改善及び口腔機能向上に向けて実施した場合
退所時共同指導加算	640/回	1280/回	1919/回	☐	退院前カンファレンスに参加し、情報共有を行い医療機関との評価を行った場合。
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	512	1,024	1,535	☐	選択的サービスのうち2種類を月に2回以上実施した場合。
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	747	1,493	2,239	☐	選択的サービスのうち3種類を月に2回以上実施した場合。

事業所評価加算	128	256	384	☐	施設基準適合の場合。
科学的介護推進体制加算	43	86	128	☐	利用者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出している場合。
サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援1	94	188	282	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が70%以上の場合。
サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援2	188	376	563	☐	
サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援1	77	154	231	☐	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上の場合。
サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援2	154	307	461	☐	
介護職員処遇改善加算Ⅰ口	所定単位数の11.1%			☐	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、施設基準適合の加算率を乗じた金額となります。

※サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算は、区分支給限度基準額対象外となります。

●利用料

項 目	金額(円／日)		内 容
食 費	839	☐	おやつ代を含む。お食事のキャンセルは、ご利用日当日の午前10時までお受け致します。
教養娯楽費	120	☐	折り紙、粘土等の材料、風船、雑誌等、レクリエーション等で必要な物品の購入代として。
喫茶代	120／杯	☐	喫茶コーナーをご利用の場合、1杯につき。
文書費用	1,100／通	☐	1通につきの料金。
おむつ代	30／枚	☐	尿取りパッドの代金として。
	100／枚	☐	テープ式おむつの代金として。
	150／枚	☐	パンツ式おむつの代金として。

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域(高槻市)以外の場合、次の交通費を請求いたします。	
	1)	事業所から片道おおむね10キロメートル未満 500円
	2)	事業所から片道おおむね10キロメートル以上 800円

※上記料金は全て税込み料金となっております。

※上記料金は1日あたり項目毎の金額を計算している為、実際の月単位の計算とは誤差が生じます。あらかじめご了承ください。

※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、利用者及び身元引受人に対して事前に説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

●お支払方法

- ◇ 月ごとに精算し、月末締めで翌15日頃に請求書を発行します。
- ◇ 請求書は郵送または直接お渡し致します。
- ◇ 金融機関からの口座振替、もしくは直接事務所にて末日までにお支払頂きます。
- ◇ 領収書は、医療費控除などで必要ですので、大切に保管して下さい。
- ◇ 利用料金のお支払を1ヶ月以上滞納し、当施設が催促したにも関わらず指定した期日までにお支払い頂けない場合は、当施設のご利用を解除、終了していただくことがあります。

苦情・相談等の申し立てにおける対応について

(2026年8月1日現在)

1 総則

社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい(以下「当施設」という。)は、入所者からの日々の相談や生活上の問題点や苦情等に真剣に取り組み、生活の質の向上に努めます。

苦情・相談等の申し立てがあった場合、対応者は相談の話を誠実に受け止め、個々の意思や人格を尊重し、多様な実態に配慮し親切丁寧な対応に心がけます。

2 受付窓口

担当者:支援相談員、介護支援専門員

連絡先:072-680-3000

3 対応・改善

苦情・相談等の申し立てがあった場合、苦情対策会議等を開催し、迅速な対応を心掛けます。

構成メンバー:施設管理者(施設長、事務長、療養科長)、支援相談員、介護支援専門員

①苦情内容(相談内容)の調査・・・施設管理者、支援相談員、介護支援専門員

②原因分析・・・調査に基づき、苦情(相談)発生の根本原因を分析します。

③再発防止策の策定と実行・・・根本原因を解消するため、明確な再発防止策を策定し、実行します。

④適切な対応・・・調査結果を基に、申し立て者に対して、調査で判明した事実や今後の改善策などを具体的に説明します。

4 記録

苦情・相談等の日時、内容、申し立て者氏名、連絡先等を詳細に記録します。

- ・ この重要事項説明書の説明年月日… 年 月 日
- ・ 上記内容について介護老人保健施設の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令 37 号）第 8 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業 者	所 在 地 大阪府高槻市西之川原2丁目46番1号 事業所名 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい 説 明 者
------	--

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利 用 者	住 所 氏 名
身元引受人	住 所 氏 名 続 柄

