

重要事項説明書

医療法人社団佳和会

中山クリニックデイサービスセンター スマイル・ロコ

(事業者の表示)

法人の名称	医療法人社団佳和会
代表者の役職	理事長
氏 名	中 山 潤 一
所在地	明石市魚住町金ヶ崎 370 番地
設立年月日	平成 2 年 3 月 19 日
電話番号	078(935)6060
FAX 番号	078(935)0548
ホームページ	http://www.akashi-n-clinic.com/

法人が行う他の事業内容

中山クリニック
中山クリニック 通所リハビリテーション
中山クリニック 訪問リハビリテーション
中山クリニック ヘルパーステーション
中山クリニック すみれ居宅介護支援センター
中山クリニック デイサービスセンター スマイル・マナ

(事業所の表示)

事業所の名称	中山クリニック デイサービスセンター スマイル・ロコ
指定事業所番号	No.2872004912
電話番号	078(934)2556
FAX 番号	078(934)2557
事業所の所在地	明石市魚住町金ヶ崎 378-8 番地
建物の延べ床面積	179.0 m ²

(事業所の責任者)

責任者(管理者) 木村 圭佑
兼任
中山クリニック デイサービスセンター スマイル・マナ 管理者 兼 個別機能訓練指導員

(事業実施地域)

明石市全域および神戸市・稲美町・播磨町の一部を事業実施地域とします。

(事業の目的及び運営方針)

要介護状態又は要支援状態にある高齢者(以下、「利用者」という)に対して、社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。また、サービス実施においては、従業員は自立生活支援の観点を持ち、利用者と接することとします。

具体的には、従業者は利用者の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事の介護等日常生活上必要な介護及び心身機能・生活機能を維持・向上を目的とした機能訓練等を行います。

(従業員)

従業員は以下の職種で構成されています(2025 年 4 月 1 日現在)。

管 理 者	01 名	機能訓練指導員	01 名以上
生活相談員	01 名以上	事 務 員	01 名以上
看 護 師	01 名以上	運 転 手	10 名以上
介護従事者	10 名以上		

(営業日および営業時間)

営業日および営業時間は、下記の通りです。

営業日： 月～土(日曜, 5 週月の祝日は休み) (別に夏季・冬季の特別休業各 4～5 日あり)
営業時間:8:00～17:30

(利用定員・サービス内容および提供時間)

利用定員 40 名

通所介護サービス(要介護)または予防専門通所型サービス(要支援)の内容は以下の通りです。

	要支援	要介護
個別リハビリ	×	○
余暇活動	○	○
食 事	△	○
入 浴	×	○
送迎サービス	○	○

サービスの提供時間は、以下の 2 通りです。

提供時間
09:15～16:30 (1 日コース)… 要介護のみ
09:15～12:30 (Am コース)… 要介護・要支援

(利用料)

通所介護サービス(要介護)または予防専門通所型サービス(要支援)にかかる利用料は以下の通りです(単位:円)。

利用料は、厚生労働大臣の定める介護報酬の告示より計算いたします。利用者の負担額は、介護保険負担割合証に基づき1～3割の利用料を請求いたします。介護度、利用時間、退院・退所時期によって料金が変わります。

通所介護サービス(要介護)または予防専門通所型サービス(要支援)利用料						
介護度	提供時間	単位	利用料	ご利用者負担金(円)		
				1割	2割	3割
要支援1		(月4回まで) 436単位/日	(月4回まで) 4477円/日	447円/日	895円/日	1343円/日
		(月5回以上) 1798単位/月	(月5回以上) 18465円/月	1846円/月	3693円/月	5539円/月
要支援2		(月8回まで) 447単位/日	(月8回まで) 4590円/日	459円/日	918円/日	1377円/日
		(月9回以上) 3621単位/月	(月9回以上) 37187円/月	3718円/月	7437円/月	11156円/月
要介護1	7-8時間	658単位/日	6757円/日	675円/日	1351円/日	2027円/日
	3-4時間	Am・Pm 370単位/日	Am・Pm3779円/日	379円/日	759円/日	1139円/日
要介護2	7-8時間	777単位/日	7979円/日	797円/日	1595円/日	2393円/日
	3-4時間	Am・Pm 423単位/日	Am・Pm4344円/日	434円/日	868円/日	1303円/日
要介護3	7-8時間	900単位/日	9243円/日	924円/日	1848円/日	2772円/日
	3-4時間	Am・Pm 479単位/日	Am・Pm4919円/日	491円/日	983円/日	1475円/日
要介護4	7-8時間	1023単位/日	10506円/日	1050円/日	2101円/日	3151円/日
	3-4時間	Am・Pm 533単位/日	Am・Pm5473円/日	547円/日	1094円/日	1641円/日
要介護5	7-8時間	1148単位/日	11789円/日	1178円/日	2357円/日	3536円/日
	3-4時間	Am・Pm 588単位/日	Am・Pm6038円/日	603円/日	1207円/日	1811円/日

地域区分単価 1単位=10.27円

(その他の加算)

基本料とは別に通所介護サービス(要介護)または予防専門通所型サービス(要支援)にかかる加算は以下の通りです(単位:円). 下記表は1割負担の場合となります。

通所介護サービス(要介護)

加算の種類		単位	加算の種類		単位
	入浴介助加算(Ⅰ)	40単位/日 40円/日		科学的介護推進体制加算	40単位/月 40円/月
	個別機能訓練加算(Ⅰ) イ	56単位/日 56円/日		個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月 20円/月
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/回 22円/回		介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の8.0%を加算
	送迎に関する減算	▲47単位/片道 47円/片道		高齢者虐待防止措置実施の有 無 業務継続計画策定の有 無	基準型

予防専門通所型サービス(要支援)

加算の種類		単位	加算の種類		単位
	科学的介護推進体制加算	40単位/月 40円/月		サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1:88単位/月(88円/月) 要支援2:176単位/月(176円/月)
	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の8.0%を加算		高齢者虐待防止措置実施の有 無 業務継続計画策定の有 無	基準型
	送迎に関する減算	▲47単位/片道 47円/片道			

上記以外の料金としては、昼食代 750 円(おやつ代含む)、リハパン・おむつ代 150 円/枚、パッド代 50 円/枚、コーヒー代 100 円、レク費用希望者のみ(500～1000 円)等の費用が必要となります。なお、食事において一部の時間帯のみ、お持ち帰り(500 円)が可能です。当日の 13 時までに食べることをお願いいたします。

これらの料金を改定する際には、1 ヶ月以上前に利用者に文書で連絡致します。

支払い方法は、一括払いとなります。利用月分を翌月 27 日に口座振替、または振り込みにてお支払い頂きます。口座振替に関しては申込から手続きに時間を要する場合がありますので、初回の口座振替に間に合わない場合があります。その際は、翌月の請求に合算してご請求となります。また、残高不足等で口座振替ができなかった場合についても、翌月の請求に合算してご請求となります。

【振込先】

みなと銀行 加古川支店 普通 1840425

口座名義人 医療法人社団 佳和会 理事長 中山潤一

利用者が法定代理受領サービスを利用できず償還払いとなる場合には、一旦、利用料を全額自己負担していただきます(サービス提供証明書は後日発行します)。

（サービス利用の手順）

サービス利用は、以下の通りです。

利用者の申込み



被保険者証の確認



重要事項説明書による説明・同意



契約の締結



病状、心身状況の把握



面談および通所介護計画または介護予防サービス計画の作成



サービスの提供

（契約の解約・終了）

契約の解約・終了は以下の通りです。

契約利用者からの解約・終了

1 週間前までに通知すれば自由に解約できることとし、解約料は徴収いたしません。

事業所からの解約・終了

事業者からの解約・終了についてはやむを得ない場合とし、1 ヶ月以上の期間を置き、通知することとします。なお、やむを得ない場合とは、事業の廃止や縮小によりサービス提供が困難となった場合、利用者が不実を告げたり、病状等を故意に告げなかったりしたため介護方法を大きく変更しなくてはならなくなる等、円滑にサービスを提供できなくなる場合をいいます。なお、料金の滞納や入院等により利用が3 ヶ月以上継続できない場合もこれに含まれます。

（相談窓口）

相談窓口は、以下の通りです。

担当責任者	在宅部門 統括主任 木村 圭佑
窓口の開設時間	9 時～17 時
相談の方法	電話 078－934－2556（面談、文書による）
市町村の窓口 開設時間 （8:55～17:40）	明石市福祉施設安全課 TEL 078-918-5279 明石市高齢者総合支援室 TEL 078－918－5091 明石市相生町2丁目5－15
県の窓口	兵庫県国民健康保険団体連合会 神戸市中央区三宮町1丁目9－1－1801 TEL 078－332－5601

(担当者の変更)

通所介護サービスまたは予防専門通所型サービスにおける担当者は、当事業所の判断で決定いたします。変更の希望がある場合は、事務員またはその他、介護スタッフにご相談ください。

(守秘義務)

従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を保護する義務を負います。また、従業員の退職後もこれを保護するために、従業員が事業所と締結する雇用契約書にも、その旨の内容が含まれています。

(個人情報使用の同意)

当事業所が保有する利用者及びそのご家族の個人情報の利用については、解決すべき問題や課題など情報を共有する必要がある場合、及び以下の場合に用いらさせていただきます。

【個人情報利用範囲】

- サービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- 管理・請求業務などの事務手続きのため
- 緊急時の医師および関係職種への連絡のため
- 法令上義務付けられている関係機関(医療・警察・消防等)への提出のため
- 当事業所の社員研修などにおける資料のため
- 特定の目的のために同意を得たものについてはその範囲内で使用する

【肖像権について】

当事業所のホームページ・パンフレット・掲示物・広報誌・利用者様の怪我の際などにおいてご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入ください。

(同意する ・ 同意しない)

(家族への連絡)

要望等がある場合には、利用者に連絡と同様の通知を家族等へも行います。

(利用予定日の欠席)

何らかの理由により、やむを得ず利用予定当日にキャンセルする場合は、午前8時～午前8時20分の間に該当する事業所へ電話連絡することとします。なお、キャンセル料は請求致しません。

(記録の保管)

サービス提供の記録は、サービス完結の日から5年間保管します。記録の閲覧、及び写しの交付は、本人及び家族の申請が必要となります。

(緊急時の対応)

緊急時の対応は、別紙の緊急時の対応(同意書)に基づいて行います。また、緊急連絡先の確認は、毎年4月に更新させていただきます。

(事故時の対応)

サービス提供時に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して行った対応等について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

(損害賠償)

事業所は従業員の過失により利用者に不利益が生じたとき、損害賠償の責に応じます。その金額については、民法に基づいて処理を行います。

(損害保険への加入)

当事業所は損害賠償保険に加入しており、その保険契約の内容について、利用者の要望があれば情報を開示します。

(虐待防止について)

当事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施(年2回以上)
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) 虐待防止委員会の設置・適宜開催・担当者の設置
- (4) 虐待防止のための指針の整備
- (5) その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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ものとします。

（非常災害対策について）

当事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

（留意事項）

サービス利用中は、医師による診察・治療を受けることはできません。

地震などの災害や異常気象時等、事業所側で営業が困難であると判断した場合、状況に応じて、臨時休業、サービス提供時間の延長・短縮をさせていただくことがあります。

担当スタッフは身分証明書を携帯し、初回訪問時及び利用者またはその家族から求められたときは提示を行います。

（第三者評価実施状況）

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

(重要事項の変更)

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合や変更された場合に、利用者には差し替えまたは同意書を作成し、口頭または郵送にてその旨を説明するとともに、署名・押印にて同意の有無を確認いたします。

重要事項説明書交付、ならびに詳細な説明を受けたことを証明します。

年 月 日

甲(事業者)

住所: 〒674-0071 明石市魚住町金ヶ崎 370

医療法人社団佳和会 理事長 中山潤一



(事業所)

中山クリニック デイサービスセンター スマイルロコ
管理者 木村 圭佑

説明者: _____

乙(利用者)

住所:

氏 名: _____

本人代理人又は代表者: _____