

重要事項説明書

医療法人社団佳和会

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

(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
開設年月日 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 <https://www.akashi-n-clinic.com/>

法人が行う他の事業内容 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 デイサービスセンター スマイル・ロコ
中山クリニック デイサービスセンター スマイル・マナ
中山クリニック ヘルパーステーション
すみれ居宅介護支援センター

中山クリニック通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの詳細

指定事業所番号 No. 2812003677
電話番号 078(935)6082
FAX 番号 078(934)6092
事業所の所在地 明石市魚住町金ヶ崎 370 番地
建物の延べ床面積 183.59 m²

(事業所の責任者)

責任者(管理者) 中山 潤一 (管理者代行 : 竹内 真)
兼任
中山クリニック 院長
中山クリニック 通所リハビリテーション 責任者
中山クリニック 訪問リハビリテーション 責任者
中山クリニック ヘルパーステーション 責任者

(事業実施地域)

明石市全域を事業実施地域とします。
(当該地域内では交通費は利用料金に含まれます)

(事業の目的及び運営方針)

要支援者

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）および訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）におけるリハビリテーションとは、「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものであり、利用者様にあった適切なサービスを実施し、要介護状態への移行を未然に予防することを事業所の目的とします。また従業員は自立生活支援の観点をもち、要支援者様と接することとします。

要介護者

通所リハ・訪問リハにおけるリハビリテーションとは、「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものであり、各利用者様にあった適切なサービスを実施し、機能向上・維持を図ることを事業の目的とします。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もち、要介護者と接することとします。

(従業員)

従業員は以下の職種で構成されています(2026年04月01日現在)。

	通所リハ	訪問リハ
理学療法士・作業療法士	06(02)名	03(00)名
相談員を含む介護職員	01(02)名	01(00)名

※()内は非常勤スタッフ数を記載

(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, 祝日は休み) ※祝日が重複する曜日に関しては、最低3回の営業をいたします。 (別に夏季・冬季の特別休業各4～5日あり) ※振替利用はございません。	営業時間 8:00～17:30
--	--------------------

(定員・サービス内容および提供時間)

通所リハ・訪問リハの内容は、以下の通りです。

通所リハ:定員 56名、訪問リハ:セラピスト1人当たり1日7名

	通所リハ	訪問リハ	
個別リハビリ	○	○	通所リハでの個別リハは約15～20分 訪問リハでの個別リハは40分・60分の選択
物理療法	○	×	ウォーターベッド・メドマー・温熱療法など
その他の 運動療法機器	○	×	自転車エルゴメーター 上肢機能訓練・ビデオ体操・平行棒など
入浴	×	△	訪問リハ)浴室での入浴動作訓練が可能
送迎	○	×	

通所リハ・訪問リハの提供時間は、以下の通りです。

	提供時間	
通所リハビリテーション	①09:00～10:30(90分) ③13:30～15:00(90分)	②10:45～12:15(90分) ④15:15～16:45(90分)
訪問リハビリテーション	相談により決定(40・60分)	

(利用料)

通所リハ・訪問リハにかかる利用料は以下の通りです。

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。

なお1単位＝10.33円で換算した合計に対し、負担割合証に記載される割合(1割・2割・3割)分が請求金額となります。

通所リハ利用料

通所リハビリテーション(要介護)または介護予防通所リハビリテーション(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		2268単位/月	23428円/月	2342円/月	4685円/月	7028円/月
要支援2		4228単位/月	43675円/月	4367円/月	8735円/月	13102円/月
要介護1	1-2時間	369単位/日	3811円/日	381円/日	762円/日	1143円/日
要介護2	1-2時間	398単位/日	4111円/日	411円/日	822円/日	1233円/日
要介護3	1-2時間	429単位/日	4431円/日	443円/日	886円/日	1329円/日
要介護4	1-2時間	458単位/日	4731円/日	473円/日	946円/日	1419円/日
要介護5	1-2時間	491単位/日	5072円/日	507円/日	1014円/日	1521円/日

地域区分単価 1単位＝10.33円

その他加算 ※下記は1割負担の場合

通所リハビリテーション(要介護)および予防通所リハビリテーションに関する加算

	単位		単位
理学療法士等体制強化加算 要介護のみ	30単位/日 30円/日	介護予防リハビリテーションの 適正化 要支援のみ 利用開始日から起算して12ヵ月を 越えた期間に介護予防通所リハ ビリテーションを行った場合	支援1 → 120単位/月減算 120円/月減算 支援2 → 240単位/月減算 240円/月減算
サービス提供体制強化加算 (I) 要介護	22単位/回 22円/回	サービス提供体制強化加算 (I) 要支援	支援1 → 88単位/月 88円/月 支援2 → 176単位/月 176円/月
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の6.6%を加算	科学的介護推進体制加算	40単位/月 40円/月
送迎に関する減算 要介護のみ	47単位/片道減算 47円/片道減算	高齢者虐待防止措置実施 業務継続計画策定 の有無	基準型

訪問リハ利用料

訪問リハビリテーション(要介護)または介護予防訪問リハビリテーション(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	40分	298単位×2回	6156円/回	615円/回	1231円/回	1846円/回
	60分	298単位×3回	9235円/回	923円/回	1847円/回	2770円/回
要介護	40分	308単位×2回	6363円/回	636円/回	1272円/回	1908円/回
	60分	308単位×3回	9544円/回	954円/回	1908円/回	2863円/回

地域区分単価 1単位=10.33円

その他加算 ※下記は1割負担の場合

訪問リハビリ(要介護)および介護予防訪問サービス(要支援)に関する加算

	単位		単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回 6円/回	介護予防リハビリテーションの適正化 要支援のみ 利用開始日から起算して12カ月を越えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合	30単位/回減算 30円/回減算
業務継続計画策定の有無	基準型	高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
処遇改善加算	所定単位数の1.5%		

通所リハ・訪問リハ利用料(自費分)

上記利用料金に準じるとし、介護予防通所リハ(自費)に関しましては、要支援1の方に限り下記金額にて自費利用が可能です。ただし、隔週利用などは不可とし、事業所側より条件なく解除することを可能とします。

介護度	利用料	ご利用者負担金(円)		
		1割	2割	3割
要支援1	5857円/回	5857円/日	11714円/日	17571円/日

交通費

	明石市内	明石市外
交通費	交通費は利用料金に含む	交通費として1回の利用ごとに100円を徴収
有料道路にかかる費用	実費徴収	

なお有料道路にかかる費用は事前に使用の旨をお伝えし、同意を得た上で使用するものとします

その他でかかる費用

ユニチャーム	価格(税込み)
リハビリパンツレギュラーLL	250円
リハビリパンツレギュラーL	230円
リハビリパンツレギュラーM	200円
リハビリパンツレギュラーS	120円
外漏れ安心さらさらパッド	50円
長時間安心さらさらプレミアム	70円
横モレ安心テープ止めL	150円
横モレ安心テープ止めM	150円
フラットタイプレギュラー	70円
かんたん装着パッドレギュラー	70円

・マスクを忘れた際は感染対策として、1枚50円にて提供いたします。

なお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。

要支援者の利用料は1ヶ月の定額制であるが、回数の増減・月途の開始または終了においても日割り計算は致しません。

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 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(クリニック受診)

初回利用時は、クリニックを受診して頂きます。かかりつけ医がいる場合は、お手数ですが情報提供書をお願い致します。



通所・訪問リハビリテーション計画の作成

利用者又はその家族に対して説明の上、利用者の同意を得て作成いたします。



サービスの提供



(訪問リハビリに限り)サービス3ヶ月に1回の受診

(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、この場合は、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、利用者様の暴言や暴力行為があった場合や職員等に対してハラスメント等(別紙参照)の行為があった場合、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ければならなくなる等、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1ヶ月以上継続できない場合、および訪問リハビリに限り3ヶ月に1回のクリニックの受診が困難となった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	9:00-17:00
相談の方法	電話 078-934-2556(電話, 面談, 文書による)
市町村の窓口 (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・訪問リハビリテーションにおける担当者は、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。

(利用予定日の欠席)

何らかの理由により、やむを得ず利用をキャンセルする場合は、事前に連絡をお願い致します。なお、キャンセル料は請求致しません。

(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。

(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、及び実費を支払っての写しの交付は、本人及び家族の申請が必要となります。

(秘密の保持と個人情報の保護)

利用者及びその家族に関する秘密の保持

- ・ 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ・ 従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ・ またこの秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ・ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

個人情報の保護

- ・ 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- ・ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ・ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

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 ）

（緊急時の対応）

緊急時の対応は、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。なお、当事業所では厚生労働省のガイドラインに基づき、事故を「事業所の過失によるもの」と「高齢者の身体特性や自立支援の過程で避けられない、予見・防止が困難なもの」に区分して対応いたします。

（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。なお、前項の規定にかかわらず、以下の「予見や防止が困難なもの」に該当し、当事業所に過失がないと判断されるケースにおいては、賠償の対象外となる場合がございます。

【予見や防止が困難なもの(例)】

高齢化に伴う身体機能低下、血管・骨の脆弱性、認知症状等に起因する不可避な事故
適切な備品の使用方法に従わない操作により発生した怪我・事故
身体に不適合な私物備品(靴・杖等)の使用による転倒等の事故
注意事項やルールを遵守いただけず、ご本人の判断で発生した転倒等の事故
リスクを承諾の上でご本人が希望された自律的な活動(自主訓練等)での事故
自立支援(行動制限の最小限化)の過程で、一定の確率で発生しうる不可避な事故
安全に配慮し見守りを行うが、常時1対1ではない状況下で偶発的に起こりうる事故
送迎時職員の介助や見守りをご本人の判断で辞退され、その後に発生した事故 等

(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。

(虐待の防止)

事業者は、利用者等の人権の擁護・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。

- ・ 虐待防止に関する担当者を選定しています。
担当者 在宅部門統括主任
- ・ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ・ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ・ 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。
- ・ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に連絡します。

(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します。

(留意事項)

介護保険制度の規定によりサービス利用中は、医師による診察・治療を受けることはできません。やむを得ず外出・受診される場合は、3階エレベーターホールでの見送りをもってサービスの提供を終了させていただきます。その後の事故やトラブルにつきましては、当方では責任を負いかねますので、安全確保のためご理解とご協力をお願いいたします。

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。

感染症等のやむを得ない事情でリハビリスタッフが不在の場合、集団リハビリや物理療法等への振替にて対応させていただく場合がございます。

(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)

〒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 印

(事業所)

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

乙(利用者)

住 所:

氏 名: _____

本人代理人及び代表者: _____