重 要 事 項 説 明 書

共生型自立訓練（機能訓練・生活訓練）
（以下、「共生型自立訓練」という。）

１　共生型自立訓練を提供する事業者について

事 業 者 名 称	株式会社 ONE flat
代 表 者 氏 名	木下　一平
本 社 所 在 地 （連絡先及び電話番号等）	兵庫県西宮市南郷町 9-20-101 電話番号 0798-78-3953
法人設立年月日	令和 3 年 12 月 1 日

２　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	ホーミーリハビリデイサービス苦楽園
障害福祉サービス 事 業 所 番 号	2810904637
事 業 所 所 在 地	兵庫県西宮市樋之池町 24-4 1 階
連　絡　先 相 談 担 当 者 名	電話番号 0798-72-1870 管理者　今井　梨衣
事業所の通常の 事業の実施地域	西宮市
利　用　定　員	1 単位目 15 名、2 単位目 15 名

(2) 事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する共生型自立訓練の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従事者が支給決定を受けた利用者に対して適正な自立訓練を提供することを目的とする。
運 営 の 方 針	事業所は、共生型自立訓練の提供に当たって、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者に対して、一定期間にわたり身体機能又は生活能力の維持、向上等のために必要な支援、訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行う。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営　業　日	月曜～金曜・祝日営業、土曜日・日曜日・8/13~8/16・12/30~1/3 休み
営 業 時 間	8:30～17:30

(4) サービス提供時間

サービス提供時間	① 9 時 00 分～12 時 00 分、② 13 時 30 分～16 時 30 分

(5) 事業所の職員体制

管理者	今井　梨衣

職種	職　務　内　容	人 員 数
管理者	1　従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 2　従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 3　利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した個別支援計画等を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。 4　利用者へサービス計画書等を交付します。 5　共生型自立訓練の実施状況の把握及び個別支援計画等の変更を行います。	1 名
生活相談員	1　利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。 2　それぞれの利用者について、個別支援計画等に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。	1 名
介護職員	1　個別支援計画等に基づき、必要な日常生活上の介護を行います。	1 名以上
機能訓練指導員	1　個別支援計画等に基づき、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、機能訓練を行います。	1 名以上
看護職員	1　個別支援計画等に基づき、サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。 2　利用者の静養のための必要な措置を行います。 3　利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。	1 名

３　提供するサービスの内容及び費用について

＜サービス内容＞

種類	内容
送迎	利用者の自宅まで送迎を行います。原則，途中乗車・下車は行いません。
健康チェック	血圧の測定などを行い，利用者の健康管理を行います。
身体介護	日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。
機能訓練 (リハビリ)	利用者様の身体機能を評価し、最適な訓練内容を作成・実施します。
生活相談	日常生活上の相談に対応します。

＜加算対象サービス＞
事業所がとっている体制の加算内容

種類	内容
リハビリテーション加算 （機能訓練のみ）	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別のリハビリテーション実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。

＜その他の加算＞
事業所がとった対応の内容による加算内容

初期加算	サービス利用の初期段階（利用開始から30日間）において、自立訓練を行った場合、利用1日につき加算されます
送迎加算Ⅱ	事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき１回とされ、週３回以上の送迎で加算されます。
欠席時対応加算	利用者が急病等により利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。月4回まで加算されます
利用者負担上限額管理加算	利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合に加算されます。月１回まで加算されます。
福祉専門職員配置等加算Ⅲ	良質な人材の確保とサービスの質の向上を図る観点から、専門性を有する福祉専門職員や常勤職員の一定割合の配置を条件に評価される加算。
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ－ロ）	福祉・介護職員の処遇改善や技能・経験のある福祉・介護職員の処遇改善、福祉・介護職員等の毎月の賃金改善を目的とし、職員の賃金改善や資質向上の取り組みなどを行う事業所に加算されます。

(1) 共生型自立訓練従業者の禁止行為

共生型自立訓練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なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(2) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

利用料金の目安は、次表のとおりになります。

共生型自立訓練費（1割負担の場合の自己負担額例）

	自立訓練 （機能訓練）	自立訓練 （生活訓練）
1日につき算定 ※3時間以上4時間未満	721単位 （772円）	690単位 （738円）

加算　※下記各加算要件に適合する場合に算定します

加算		頻度	単位数	自己負担額
自立訓練 （機能訓練）	リハビリテーション加算 （Ⅱ-ロ）	日1回	20単位	21 円
共通	送迎加算（Ⅱ）（片道）	日1回	10単位	10 円
	福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）	日1回	6単位	7円
	初期加算	利用開始から 30日間	30単位	32 円
	欠席時対応加算	月4回まで	94単位	100 円
	利用者負担 上限額管理加算	月1回	150単位	160 円
	福祉・介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ-ロ）	基本サービス費に各種加算・減算された総単位数（所定単位数）に右の加算率を乗じた単位数を算定	所定単位数の 171/1,000	左記の1割

(3) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣が定める額）のうち9割が訓練等給付費の給付対象となります。利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（原則1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

＜利用者が18歳以上＞

所得区分	負担上限月額	所得区分の認定方法
生活保護	0円	生活保護受給世帯
低所得	0円	利用者本人及び配偶者が共に市町村民税非課税である場合
一般1	9,300円	利用者本人又は配偶者に市町村民税が課税されており、課税されている者の所得割合計額が16万円未満の場合 ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム利用者を除きます。
一般2	37,200円	利用者本人または配偶者に市町村民税が課税されており、課税されている者の所得割合計額が16万円以上の場合 ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合「一般2」となります。

＜利用者が 18 歳未満＞

所得区分	負担上限月額	所得区分の認定方法
生活保護	0 円	生活保護受給世帯
低所得	0 円	市町村民税非課税世帯に属する者である場合
一般 1	4,600 円	市町村民税課税世帯に属する者であって、課税世帯員の所得割合計額が 28 万円未満の場合
一般 2	37,200 円	市町村民税課税世帯に属する者であって、課税世帯員の所得割合計額が 28 万円以上の場合

４　利用料、利用者負担額（障害福祉サービスを適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（障害福祉サービスを適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（障害福祉サービスを適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ィ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日頃に利用者に配布します。
② 利用料、利用者負担額（障害福祉サービスを適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア 事業者が利用者に配布する請求書により、請求月の 25 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの口座引落 （ウ）現金支払い ィ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。

※ 利用料、利用者負担額（障害福祉サービスを適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 3 月以上遅延し、さらに相当期間を定めた催告にもかかわらず支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

５　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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） 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	今井　梨衣

（2） 成年後見制度の利用を支援します。

（3） 苦情解決体制を整備しています。

（4） 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

６　秘密の保持と個人情報の保護について

事業所及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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、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およびその家族の個人情報を用いません。

事業者は、介護分野および予防医学等の学術発展のため、サービス提供の際に測定等を行ったデータを分析して学術雑誌等に発表することがあります。この際にはご利用者の個人情報が特定できないように暗号処理したデータを取り扱います。また、これに同意できない場合は発表用のデータとして用いません。

７　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡いたします。

主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号①	（ 終日 ・ ＡＭ ・ ＰＭ ）
	電話番号②	
緊急連絡先①	氏名	
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	
緊急連絡先②	氏名	
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	

８　協力医療機関

医療機関の名称	西宮ゆたかクリニック
所在地	兵庫県西宮市高松町 11-17　パルティール北口１階
電話番号	0798-65-3344
診療内容	内科・外科・脳神経外科

９　事故発生時の対応方法について

利用者に対する共生型自立訓練サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る相談員等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する共生型自立訓練の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険

１０　相談支援事業所等との連携

① 共生型自立訓練の提供に当たり、相談支援事業所や市町村および保険医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「個別支援計画書」の写しを、利用者の同意を得た上で市町村や相談支援事業所に速やかに送付します。

③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに市町村や相談支援事業所に送付します。

１１　サービス提供の記録

① 共生型自立訓練の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、サービスの完結した日から５年間保存します。

② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

１２　非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

② 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員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。（避難訓練実施：年１回）

１３　衛生管理等

① 共生型自立訓練用に供する施設、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、又は衛生上必要な措置を講じます。

② 共生型自立訓練を行う事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

③ 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。

１４　サービス提供に関する相談、苦情について

(1)　苦情処理の体制及び手順

ァ 提供した共生型自立訓練サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

ィ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

〇苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。

〇管理者は、機能訓練指導員、介護職員、栄養職員に事実関係の確認を行う。

〇相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。

〇対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。）

(2)　苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 ホーミー リハビリデイサービス苦楽園 担当：今井　梨衣	所 在 地　兵庫県西宮市樋之池町 24-4 1 階 電話番号　0798-72-1870 受付時間　8 時 30 分から 17 時 30 分
【市町村（保険者）の窓口】 西宮市法人指導課	所 在 地　西宮市六湛寺町 10-3 電話番号　0798-35-3082 受付時間　9 時 00 分から 17 時 30 分
兵庫県 国民健康保険団体連合会	所 在 地　神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801 電話番号　078-332-5617　FAX　078-332-5650 受付時間　8 時 45 分から 17 時 30 分

１５　サービスの利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 7 日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

① ご利用者が死亡した場合

② 事業者が解散、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

③ 事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合

④ 当事業所が共生型自立訓練の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑤ ご利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

⑥ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに、事業者に対して書面で解約する旨を通知して下さい。

ただし、以下の場合には、ご利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

①事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
②事業者が、守秘義務に反した場合
③事業者が、ご利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
④事業者が、破産した場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者による、サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ご利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

１６　第三者評価の実施状況について

実施しておりません。

＜別表ー＞

個人情報の使用に係る同意書

私（利用者およびその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

（1）利用者の本契約に定めるサービスに係る支給申請および更新、変更のため
（2）利用者に係る計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議等での情報提供のため
（3）医療機関、福祉事業者、障害者地域生活支援センター、介護等サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
（4）利用者の利用する居宅介護支援事業所内等のカンファレンスのため
（5）行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（7）上記各記号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

2. 使用にあたっての条件

（1）個人情報の提供は上記１に記載する目的の範囲内で必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
（2）事業者は、個人情報を使用した会議・相手型・内容等の経過を記録し、請求があれば開示すること。

3. 個人情報の内容

（1）氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、居住環境等、事業者が訪問看護等のサービスを行う最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
（2）その他利用者および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得る情報

4. 使用する期間

（1）契約書に順ずる。
（2）本同意書の有効期限は契約締結の日から利用者の障害福祉サービス受領者証の記載日までとします。
ただし、契約期間満了の７日前までに利用者から文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

☐ 添付の重要事項説明書の説明を受けました。説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

☐ 個人情報に関する同意書の説明を受け、同意いたします。

事業者	所　在　地	兵庫県西宮市南郷町 9-20-101
	法　人　名	株式会社 ONE flat
	代 表 者 名	代表取締役　木下　一平　　印

事業所	所　在　地	兵庫県西宮市樋之池町 24-4 1 階
	事 業 所 名	ホーミーリハビリデイサービス苦楽園
	管 理 者 名	管理者　今井　梨衣　　印

利用者	住　所	
	氏　名	印
代理人 または 立会人	住　所	
	氏　名	印