重 要 事 項 説 明 書

（地域密着型通所介護 / 予防専門型通所サービス）

1　指定地域密着型通所介護サービス、指定予防専門型通所サービス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
介護保険指定事業所番号	2890900877
事業所所在地	兵庫県西宮市北口町 25-17　1 階
連絡先 相談担当者名	電話番号 0798-31-5021 管理者　末宗　梓
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	事業所の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員が、要介護〔要支援〕状態の利用者に対し、適切な指定地域密着型通所介護〔指定予防専門型通所サービス〕を提供する
運営の方針	要介護状態の利用者に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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

(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	末宗　梓

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地域密着型通所介護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　利用者へ地域密着型通所介護計画等を交付します。 5　指定地域密着型通所介護、予防専門型通所サービスの実施状況の把握及び地域密着型通所介護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、地域密着型通所介護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　地域密着型通所介護計画等に基づき、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　地域密着型通所介護計画等に基づき、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　地域密着型通所介護計画等に基づき、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。
口腔機能訓練	利用者様の口腔機能を評価し、最適な訓練内容を作成・実施します。

＜加算対象サービス＞

種類	内容
個別機能訓練	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供をおこないます。
口腔・栄養スクリーニング	口腔・栄養状態の確認を行います。
口腔機能向上	口腔機能の低下しているまたはその恐れのある利用者に対し、言語聴覚士または看護職員が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から 3 ヶ月以内まで） ただし、利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

＜その他の加算＞

科学的介護推進体制加算	利用者のデータを LIFE へ提出してフィードバックを受け、それらに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映（フィードバックの活用）、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上の取り組みを行います。
ADL 維持等加算	ADL 値を測定し LIFE を用いて ADL 値を提出し、一定の基準に基づき算出した ADL 利得の平均値が一定数以上であると加算されます。
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	介護職員の処遇改善や技能・経験のある介護職員の処遇改善、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) 地域密着型通所介護（予防専門型通所サービス）従業者の禁止行為

地域密着型通所介護（予防専門型通所サービス）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

地域密着型通所介護費（1 割負担の場合の自己負担額例）

1 回につき算定	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 時間以上 4 時間未満	416 単位（445 円）	478 単位（511 円）	540 単位（577 円）	600 単位（641 円）	663 単位（708 円）

予防専門型通所サービス費(1 割負担の場合の自己負担額例)

	要支援 1	要支援 2	
月ごとの定額制	1,798 単位（1,921 円）	1,798 単位（1,921 円）※週 1 回程度	3,621 単位（3,868 円）※週 2 回程度

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
支援	一体的サービス提供加算	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービス	月 1 回	480 単位	513 円
介護	個別機能訓練（Ⅰ）	イ	日 1 回	56 単位	59 円
	個別機能訓練（Ⅱ）		月 1 回	20 単位	21 円
	ADL 維持等（Ⅰ）		月 1 回	30 単位	32 円
	ADL 維持等（Ⅱ）		月 1 回	60 単位	64 円
共通	口腔・栄養スクリーニング（Ⅱ）		6 ヶ月 1 回	5 単位	6 円
	口腔機能向上加算(Ⅰ)		月 2 回まで ※支援は 1 回	150 単位	161 円
	科学的介護推進体制加算		月 1 回	40 単位	43 円
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）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 125/1,000	左記の 1 割

自費診療（税込）

介護予防通所介護	要支援 1.2/要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
3 時間　※1 単位分（利用毎に算定）	7,000 円	7,500 円	8,000 円	8,500 円	9,000 円

４　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）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（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）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（介護保険を適用する場合）、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（介護保険を適用する場合）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	末宗　梓

(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　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定地域密着型通所介護及び指定予防専門型通所サービス（以下、「指定地域密着型通所介護」という）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、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定地域密着型通所介護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

９　居宅介護支援事業者等との連携

① 指定地域密着型通所介護の提供に当り、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保健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「地域密着型通所介護計画」又は「予防専門型通所サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者等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居宅介護支援事業者等に送付します。

10　サービス提供の記録

① 指定地域密着型通所介護の実施ごとに、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。

11　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）

12　衛生管理等

① 指定地域密着型通所介護の用に供する施設、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 指定地域密着型通所介護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。

13　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 提供した指定地域密着型通所介護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 担当：末宗　梓	所 在 地　兵庫県西宮市北口町 25-17　1 階 電話番号　0798-31-5021 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

14　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　要介護認定または要支援認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合

③　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

④　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

⑤　当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑥　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。）

⑦　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。

15　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
（6）その他サービス提供で必要な場合
（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要介護・要支援認定の有効期間満了日までとします。
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	兵庫県西宮市北口町 25-17　1 階
	事業所名	ホーミーリハビリデイサービス
	管理者名	管理者　末宗　梓　　印

利用者	住所	
	氏名	印
代理人または立会人	住所	
	氏名	印