

# 重要事項説明書

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

## 1. 事業者の概要

事業者（法人）名	株式会社メディカル・アート	法人別	営利法人
代 表 者	役職名 代表取締役	氏 名	山 添 明
所 在 地 電 話 番 号	住所 〒177-0041 東京都練馬区石神井町 5-3-22 TEL 03-5923-9066		
事 業 内 容	建築事業・模型店事業・介護・看護事業		
法人の沿革・特色	1995年8月に有限会社として設立、2005年5月に株式会社に登記変更		
法人が所有する 事業所の種類	訪問介護事業所、通所介護事業所、居宅支援事業所、夜間対応型訪問介護事業所、建築事業所、定期巡回随時対応型訪問介護看護、訪問看護、介護タクシー		

## 2. 事業所の概要

事業所の名称	めぐみガーデン		
所 在 地 電 話 番 号	住所 東京都練馬区石神井町 3-10-25 TEL 03-5372-2782		
事業所番号	通所介護：1372001234 総合事業：13A2001272	指定取得日	令和4年12月1日 令和4年12月1日
管 理 者 名	松島 美香	利用定員	18人（地域密着型通所介護）
事業の目的	日中、入浴や食事の提供を行い、機能訓練や体操、レクリエーション等を行い体力維持・向上を目的とする。		
運営の方針	利用者が可能な限り、居宅において自立した生活を営むことができるよう、又孤独感の解消及び心身の機能の維持や利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減に努める。		

## 3. 事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	資 格 等
管 理 者	1		社会福祉主事（任用）
相 談 員	2	1	介護福祉士
介 護 職 員		6	介護福祉士、実務者研修
看 護 師		3	看護師 ※連携先：めぐみの会訪問看護ステーション
機能訓練士	0	4	柔道整復師、看護師

## 4. 事業の実施地域

実施地域	練馬区全域
------	-------

## 5. 営業日時

営業日時	月～土 8：30～17：30（日曜・年末年始12/31～1/3を除く）
サービス提供時間	月～土 ・祝日 8：30～17：30 ※介護予防・生活支援サービス、通所型サービスの場合は上記時間の5時間未満

## 6. サービスの内容

(1) 利用者に対して以下のサービスを提供します。

内容

- ① 食事の提供（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）
  - ・ 食事の介助（食事時間 12：00～13：00）
- ②入浴（入浴又はシャワー浴を行います。）
- ③排泄（利用者の排泄の介助を行います。）
- ④送迎サービス（利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。）

## 7. 利用料金

下記の料金表によって、利用者の要介護度（要介護又は要支援）に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度（要介護又は要支援）に応じて異なります。）

要 介 護 1	単位数	10 割	1 割負担	2 割負担	3 割負担
①3 時間以上 4 時間未満	416 単位	4,534 円	454 円	907 円	1,361 円
②4 時間以上 5 時間未満	436 単位	4,752 円	476 円	951 円	1,426 円
③5 時間以上 6 時間未満	657 単位	7,161 円	717 円	1,433 円	2,149 円
④6 時間以上 7 時間未満	678 単位	7,390 円	739 円	1,478 円	2,217 円
⑤7 時間以上 8 時間未満	753 単位	8,207 円	821 円	1,642 円	2,463 円
⑥8 時間以上 9 時間未満	783 単位	8,534 円	854 円	1,707 円	2,561 円

要 介 護 2	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
①3時間以上4時間未満	478単位	5,210円	521円	1,042円	1,563円
②4時間以上5時間未満	501単位	5,460円	546円	1,092円	1,638円
③5時間以上6時間未満	776単位	8,458円	846円	1,692円	2,538円
④6時間以上7時間未満	801単位	8,730円	873円	1,746円	2,619円
⑤7時間以上8時間未満	890単位	9,701円	971円	1,941円	2,911円
⑥8時間以上9時間未満	925単位	10,082円	1,009円	2,017円	3,025円

要 介 護 3	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
①3時間以上4時間未満	540単位	5,886円	589円	1,178円	1,766円
②4時間以上5時間未満	566単位	6,169円	617円	1,234円	1,851円
③5時間以上6時間未満	896単位	9,766円	977円	1,954円	2,930円
④6時間以上7時間未満	925単位	10,082円	1,009円	2,017円	3,025円
⑤7時間以上8時間未満	1,032単位	11,248円	1,125円	2,250円	3,375円
⑥8時間以上9時間未満	1,072単位	11,684円	1,169円	2,337円	3,506円

要 介 護 4	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
①3時間以上4時間未満	600単位	6,540円	654円	1,308円	1,962円
②4時間以上5時間未満	629単位	6,856円	686円	1,372円	2,057円
③5時間以上6時間未満	1,013単位	11,041円	1,105円	2,209円	3,313円
④6時間以上7時間未満	1,049単位	11,434円	1,144円	2,287円	3,431円
⑤7時間以上8時間未満	1,172単位	12,774円	1,278円	2,555円	3,833円
⑥8時間以上9時間未満	1,220単位	13,298円	1,330円	2,660円	3,990円

要 介 護 5	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
①3時間以上4時間未満	663単位	7,226円	723円	1,446円	2,168円
②4時間以上5時間未満	695単位	7,575円	758円	1,515円	2,273円
③5時間以上6時間未満	1,134単位	12,360円	1,236円	2,472円	3,708円
④6時間以上7時間未満	1,172単位	12,774円	1,278円	2,555円	3,833円
⑤7時間以上8時間未満	1,312単位	14,300円	1,430円	2,860円	4,290円
⑥8時間以上9時間未満	1,365単位	14,878円	1,488円	2,976円	4,464円

要 支 援	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
通所サービスⅠ	1,744 単位	19,009 円	1,901 円	3,802 円	5,703 円
通所サービスⅡ	3,512 単位	38,280 円	3,828 円	7,656 円	11,484 円

#### 加算料金表

サービス内容	単位数	10割	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円
個別機能訓練加算	56 単位	610 円	61 円	122 円	183 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	196 円	20 円	40 円	59 円
口腔機能向上加算	160 単位	1,744 円	175 円	349 円	524 円
通所型サービス運動機能向上加算	225 単位	2,452 円	246 円	491 円	736 円
通所型サービス口腔機能向上加算Ⅰ	150 単位	1,635 円	164 円	327 円	491 円
通所型サービス科学的介護推進体制加算	40 単位	436 円	44 円	88 円	131 円
通所型サービス自立化加算	50 単位	545 円	55 円	109 円	164 円

※介護職員等処遇改善加算Ⅱとして、所定単位数に9.0%を乗じた単位数で加算されます。

☆介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

#### その他の料金

食事の提供にかかる費用	1回あたり 700 円
昼食無し、おやつ及びコーヒー・紅茶	1回あたり 300 円
その他日常生活費	1カ月あたり 300 円

※私は、食事、おやつ等の提供にかかる費用、及びその他日常生活費を算定することを希望します。

希望しますか？ (○をつける。)

はい ・ いいえ

#### キャンセル料金

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 (救急搬送時は除く)	700円 (昼食代相当額)

#### 8. 利用料金その他の費用のお支払い方法

自己負担は、基本料金の1割～3割です。(介護保険の給付の限度額を超えた部分は全額自己負担)  
 利用料、その他の費用は利用月ごとに計算し、請求書は毎月、15日以降に郵送します。利用月の翌月にご指定口座からのお引き落としとなります。(契約時に記入・押印していただく日本システ

ム収納株式会社（NSS）を利用）領収書は翌月の請求書発送時に同封致します。  
※保険適応外部分について料金を改定する際には1か月以上前に利用者に文章で連絡します。

### 9. 緊急時・事故発生時の対応方法

急な病状の変化や緊急時、事故等発生時には、利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、介護支援専門員、練馬区等に連絡し、必要な措置を講じます。

### 10. 虐待の防止について

サービス中に、養護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、速やかに通報します。

### 11. 情報開示

事業所の概要・サービス内容等について、定期的に事業自己評価を行います。

### 12. サービス内容及び個人情報取り扱い等に関する苦情・相談、キャンセル連絡について

下記の窓口にご連絡ください。また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

【事業者の窓口】	住所 177-0041 東京都練馬区石神井町 3-10-25
めぐみガーデン	TEL 03-5372-2782 受付 8:30~18:00(月~土) 担当 松島 美香
【行政の窓口】	住所 176-8501 東京都練馬区豊玉北 6-12-1
練馬区役所	TEL 03-3993-1111 (代表) 受付時間 9:00~17:00
地域包括支援センター	東京都練馬区石神井町3-30-26 TEL 03-5923-1250
練馬区保険福祉サービス 苦情調整委員	東京都練馬区豊玉北6-12-1西庁舎3階 TEL 03-3993-1344
国保連合会苦情相談窓口	東京都千代田区飯田橋3-5-1 TEL 03-6238-0177
東京都社会福祉協議会	東京都新宿区神河岸1-1 TEL 03-3268-7171

### 13. 第三者評価

第三者評価実施の有無 [ 有 ・  無 ]

実施した年月日	実施した評価機関の名称	評価結果の開示

### 14. 契約の解約、終了

事業者からの解約はやむを得ない場合のみとし1か月以上の期間をおき理由を通知します。

### 15. サービス利用に関する留意事項及びその他の留意事項

(1) 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は速やかに事業所に申告してください。サービスのご利用をお断りする場合があります。

- (2) 鍵等の貴重品については原則として預かりません。
- (3) 中学生、高校生等の実習が入る場合があります。ご協力をお願い致します。
- (4) 入院等により2か月以上ご利用のない場合は、再開時改めて相談の上、ご利用曜日・送迎時間等を決めさせていただくことになります。

指定通所介護サービス、練馬区指定介護予防・生活支援サービス、通所型サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日 説明者 \_\_\_\_\_

【事業者】	所在地	177-0041 東京都練馬区石神井町 3-10-25
	事業所(法人)名	株式会社 メディカル・アート
	代表者名	代表取締役 山添 明
	事業所名	めぐみガーデン

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービス、練馬区指定介護予防・生活支援サービス、通所型サービスの提供開始に同意しました。

【利用者】	氏 名	
-------	-----	--

【代筆者】	氏 名	(続柄: )
-------	-----	--------

## 送迎/写真撮影に関する同意書

- ① 原則として、玄関ドアまでのお迎え、お送りをいたします。
- ② 身体的・環境的(玄関までの距離が長い、エレベーター使用、オートロック等)な諸事情がある場合は、ご本人様、ご家族様と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- ③ 送迎時間につきましては、交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合がございます。大幅に遅れる場合は、事業所より電話連絡いたします。
- ④ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので、長時間待機することはできません。ご本人様、ご家族様のご協力をお願いいたします。
- ⑤ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- ⑥ 皆様のお誕生日や日頃のご様子を写真に残させて頂きたいと思っております。お誕生会・外出・レクリエーション等にお写真やビデオを撮らせて頂いてよろしいでしょうか。  
 可  不可
- ⑦ そのお写真をお配りしてもよろしいでしょうか。  
 可  不可

令和 年 月 日

【事業者】	所在地	177-0041 東京都練馬区石神井町3丁目10-25
	事業所(法人)名	株式会社 メディカル・アート
	代表者名	代表取締役 山添 明
	事業所名	めぐみガーデン

【利用者】	氏名	

【代筆者】	氏名	(続柄: )

# 個人情報の取得および利用に関する同意書（ご本人様）

私、およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小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・範囲

【介護・看護サービスの利用者への介護・看護の提供に必要な利用目的】

- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運營業務（サービス利用に係る入退所等の管理、会計・経理、事故などの報告、当該利用者の介護サービスの向上）
- ・サービス担当者会議での情報提供、照会への回答
- ・家族等への心身状況の説明
- ・介護保険請求及び支払事務（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの紹介への回答）
- ・損害賠償保険などに係る保険会社などへの相談または届出等
- ・緊急時の医療機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

- ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

## 2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業所名： めぐみガーデン

説明者： \_\_\_\_\_

利用者 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

代筆者 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

続柄（利用者との関係） \_\_\_\_\_



# 個人情報の取得および利用に関する同意書（ご家族様）

私、およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小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・範囲

【介護・看護サービスの利用者への介護・看護の提供に必要な利用目的】

- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運營業務（サービス利用に係る入退所等の管理、会計・経理、事故などの報告、当該利用者の介護サービスの向上）
- ・サービス担当者会議での情報提供、照会への回答
- ・家族等への心身状況の説明
- ・介護保険請求及び支払事務（審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの紹介への回答）
- ・損害賠償保険などに係る保険会社などへの相談または届出等
- ・緊急時の医療機関への情報提供

【上記以外の利用目的】

- ・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

## 2 条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

事業所名： めぐみガーデン

説明者

ご家族代表

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

続柄（利用者との関係） \_\_\_\_\_