

重要事項説明書

(令和 6年 4 月 1 日現在)

1 事業者の概要

名称	株式会社メディカル・アート
法人種別	営利法人
法人所在地	東京都練馬区石神井町5丁目3番22号
電話番号	03-5372-2783
代表者氏名	代表取締役 山添 明
法人の沿革・特色	平成 07 年 08 月 15 日 会社設立 平成 15 年 09 月 01 日 訪問介護事業所開設 平成 15 年 12 月 01 日 居宅介護支援事業所開設 平成 18 年 09 月 01 日 通所介護事業所開設 平成 18 年 10 月 01 日 障害者自立支援居宅介護事業所開設 平成 21 年 07 月 01 日 移動支援事業所開設 平成 22 年 12 月 01 日 夜間対応型訪問介護事業所開設 平成 25 年 05 月 01 日 訪問看護事業所開設 平成 25 年 05 月 01 日 居宅介護支援事業所開設 平成 25 年 10 月 01 日 訪問介護事業所開設 平成 25 年 12 月 01 日 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所開設 平成 29 年 10 月 01 日 訪問介護事業所開設 平成 29 年 10 月 01 日 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所開設 令和 03 年 04 月 01 日 介護福祉輸送業務事業所開設 令和 04 年 12 月 01 日 通所介護事業所開設 令和 05 年 12 月 01 日 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所開設
法人が所有する 営業所の種類・数	障害者総合支援 居宅介護事業所 1 ヶ所 移動支援事業所 1 ヶ所 介護保険 居宅支援事業所 2 ヶ所 訪問介護事業所 3 ヶ所 通所介護事業所 2 ヶ所 夜間対応型訪問介護事業所 1 ヶ所 訪問看護事業所 1 ヶ所 介護福祉輸送業務事業所 1 ヶ所 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 4 ヶ所(サテライト 2 ヶ所含)

2 事業所の概要

事業所の名称	めぐみの会
事業所の所在地	東京都練馬区石神井町5丁目3番22号 2F
事業所の電話番号	03-5372-2783
サービス提供地域	練馬区
サービス提供曜日・時間	1年365日
事業所番号	1362003012 (平成21年7月1日指定)
運営方針	法令を遵守し・自己の意志を尊重する。
自己評価の実施状況	年1回
第三者評価の実施状況	無し
職員への研修実施状況	年6回

3 事業所の職員体制

職種	常勤 (人)	非常勤 (人)	合計人数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	介護福祉士
サービス提供責任者	2		1	介護福祉士等
ヘルパー	7	19	15	ヘルパー2級以上
事務員	1		1	

4 主たる対象者

身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児

5 サービスの内容

(1) 移動支援

① 移動介助 等

(2) その他のサービス

① 介護相談 等

6 利用料金

(1) 利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。ただし、区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額。

月額負担上限額については、各区市長村長が定めた額。

利用料金の目安は、次表のとおりです。 [料金例]

サービスの種類時間等		単価	自己負担額
(身体介護有) 移動支援	30分未満	2700円	270円
	30分以上1時間未満	4300円	430円
	1時間以上1時間30分未満	6200円	620円
	1時間30分以上2時間未満	7100円	710円
	2時間以上2時間30分未満	8000円	800円
	2時間30分以上3時間未満	8900円	890円
	3時間以上3時間30分未満	9800円	980円
(身体介護無) 移動支援	30分未満	1100円	110円
	30分以上1時間未満	2100円	210円
	1時間以上1時間30分未満	2900円	290円
	1時間30分以上2時間未満	3650円	365円
	2時間以上2時間30分未満	4400円	440円
	2時間30分以上3時間未満	5150円	515円
	3時間以上3時間30分未満	5900円	590円

加算		単価	自己負担額
(身体介護有) 早朝・夜間加算コード	30分未満	675円	68円
	30分以上1時間未満	1075円	108円
	1時間以上1時間30分未満	1550円	155円
	1時間30分以上2時間未満	1775円	178円
	2時間以上2時間30分未満	2000円	200円
	2時間30分以上3時間未満	2225円	223円
	3時間以上3時間30分未満	2450円	245円
(身体介護無) 早朝・夜間加算コード	30分未満	275円	28円
	30分以上1時間未満	525円	53円
	1時間以上1時間30分未満	725円	73円
	1時間30分以上2時間未満	910円	91円
	2時間以上2時間30分未満	1095円	110円
	2時間30分以上3時間未満	1280円	128円
	3時間以上3時間30分未満	1465円	147円

- ※ 利用者負担上限額管理加算：1600 円/月（自己負担 160 円/月）
- ※ 利用者の身体的理由により 1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に 2 人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2 人分の料金をいただきます。
- ※ 事業者が利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。
- ※ サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合はサービスを終了させて頂く場合がございます。

(2) その他の料金

--	--

(3) 交通費

上記 2 で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。
それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- ・ ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合：無料
- ・ ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡が無かった場合：1,000 円

(5) その他

上記 (1) から (4) のほかに、従業員がサービスを提供するために必要となる実費相当額としての費用は、利用者にご負担いただきます。

(6) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 ヶ月ごとに計算し、翌月 20 日までに請求書を利用者に送付します。原則として口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。領収書は翌月の請求書発送時に同封いたします。ただし、口座引き落としの場合は、申し出のある場合にのみ領収書を発行いたします。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 移動支援の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、移動支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は移動支援支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 移動支援サービスの提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し 30 日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご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、または当事業者が破産した場合、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除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10 日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の 30 日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ③ 利用者が亡くなった場合

8 虐待防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、次の措置を講じます。

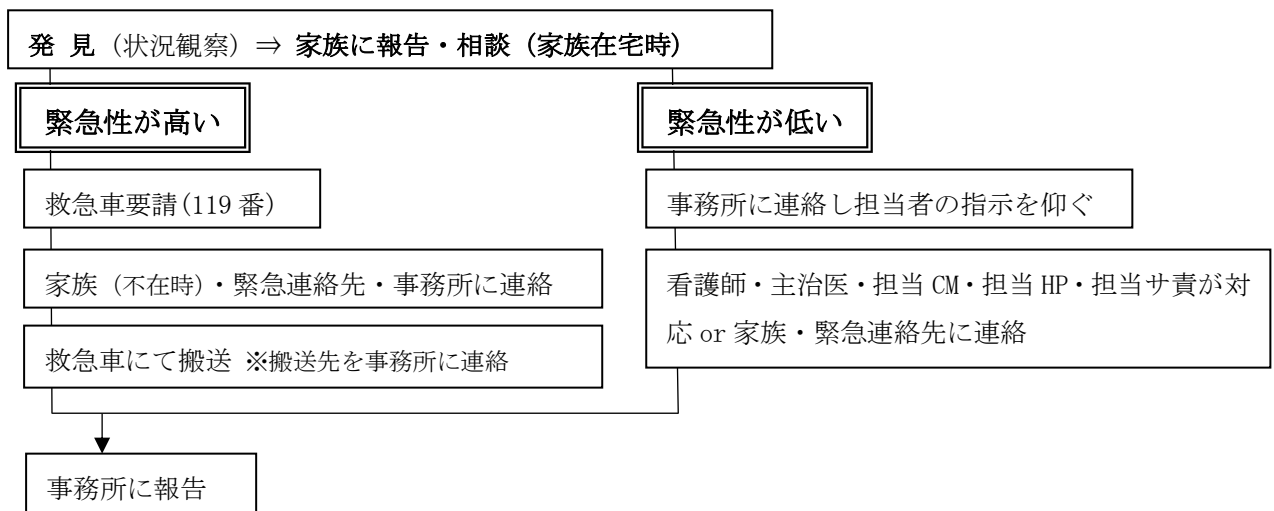
- ① 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族から苦情処理体制の整備
- ③ その他、従事者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従事者が利用者等の権利擁護に取り組める環境づくりに努めるほか、自ら必要な措置を講じるものとします。
- ④ サービス中に、養護者による虐待を受けたと思われる養育者を発見した場合は、速やかに通報します。

9 身体拘束の適正化

身体拘束適正化検討委員会を定期的開催します。その結果を従事者に周知徹底するための研修を実施します。

10 緊急時・事故発生時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、事業所が契約している損害保険会社にて対応いたします。



【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先 1】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

【ご家族等緊急連絡先 2】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

1 1 情報開示

事業所の概要・サービス内容について、定期的に事業自己評価をおこないます。

1 2 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	山添 友恵
電話番号	03-5372-2783
受付時間	9:00-18:00(月～金)

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	練馬区役所 障害福祉サービス担当課
電話番号	03-3993-1111
受付時間	9:00-17:00

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金 9:00-17:00

1 3 移動支援サービスの利用にあつてご留意いただきたい事項

禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 職員に対する精神的暴力（人の尊厳は人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

1 4 その他

- ① まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。
- ② サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ③ 利用者様のご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合がございますのでご了承ください。
- ④ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮ください。
- ⑤ 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、ご利用曜日等を決めさせていただきますこととなります。

移動支援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 5-3-22 2F
	事業者(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	めぐみの会

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、移動支援サービスの提供開始に同意しました。

【利用者】	氏名	

【代理人】	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

【移動支援サービスの利用者への介助の提供に必要な利用目的】

- ・ 障害者総合支援事務
- ・ 移動支援サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務（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
- ・ 移動支援請求及び支払事務（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照会への回答）
- ・ 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】

- ・ 移動支援サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 移動支援サービス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 月 月 日

事業所名：めぐみの会 殿

説明者：_____

利用者 住所：_____

氏名：_____

代理人 住所：_____

氏名：_____

続柄（利用者との関係）_____

