

重要事項説明書

(令和8年1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			法人種別	営利法人
代表者	役職名	代表取締役	氏名	山添 明	
所在地	住所 〒177-0041 東京都練馬区石神井町5-3-22				
電話番号	TEL 03-5372-5783				
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、通所介護、居宅支援、夜間対応型訪問介護、建築、模型店、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	めぐみの会				
所在地	住所 東京都練馬区石神井町5-3-22 2F				
電話番号	TEL 03-5372-2783				
事業所番号	1372003184	指定取得日	平成15年9月1日		
管理者名	松原 純子				
事業の目的	日常生活を営むことが困難になった要介護者に対して、介護福祉士やホームヘルパーが自宅に赴き、身体介護や生活支援を行う。				
運営の方針	ご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、ご利用者やご家族の身体的、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		介護福祉士
サービス提供責任者	4	0	介護福祉士
介護職員	4	30	介護福祉士、ヘルパー1級、2級、基礎研修修了者、初任者研修、実務者研修、総合事業従事者

4. 事業の実施地域

実施地域	練馬区全域 ※左記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。
------	---------------------------------

5. 営業日時

営業日時	月～金 9:00～18:00
------	----------------

6. サービス提供の時間帯

	平日・土	日・祝日	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00
訪問介護	○	○	○	○	○
介護予防	○	×	×	○	×

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6:00～8:00)深夜(22:00～6:00)のご利用につきましてはご相談ください。

7. サービスの内容 以下のサービスを提供します。

内容

※訪問介護サービス

- (1) 身体介護 ① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清拭 ⑤ 体位変換 等
 (2) 生活援助 ① 買物 ② 調理 ③ 掃除 ④ 洗濯 等
 (3) 通院等乗降介助
 (4) その他サービス ① 介護相談 等

※総合事業サービス

- (1) 掃除や整理整頓・生活必需品の買い物・食事の準備や調理・衣類の洗濯や補修薬の受け取りなど、入浴の介助・外出の見守りなど

※ 買物代行時の金銭の取扱いについて

生活援助に係る買物代行において金銭をお預かりする場合は、利用者・家族等による金額確認の上でお預かりします。希望の商品をお伺いし買物に行きます。買物後、購入商品と預かり金額・買物金額・おつりを領収書(レシート等)で利用者にご確認いただきます。(預かり金額・買物金額・おつりを訪問介護記録又は金銭預かり記録簿等に記入します。)

- ・ヘルパーが1度の買物で持てる程度の量で承ります。
- ・希望の商品が無かった場合の対応方法を事前に確認させていただきます。
- ・買うことができる商品は、食料品、台所用品、日常で使用する消耗品に限られます。

8. 利用料金 利用料金の目安は、次表のとおりです。

(1) 基本料金 単位数		利用者負担金額		
身体介護が中心の場合				
		1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	163単位	186円	372円	558円
20分以上30分未満	244単位	279円	557円	835円
30分以上60分未満	387単位	442円	883円	1,324円
60分以上90分未満	567単位	647円	1293円	1,939円
30分追加毎	82単位	94円	187円	281円
生活援助加算	65単位	75円	149円	223円
生活援助が中心の場合				
20分以上45分未満	179単位	204円	408円	612円
45分以上60分未満	220単位	251円	502円	753円
通院等乗降介助				
1回につき(片道)	97単位	111円	221円	332円

総合事業サービスの場合					
	対象者		1割負担	2割負担	3割負担
訪問型サービスⅠ 週1回程度の利用	事業対象者 要支援1・2	1,141単位	1,301円	2,602円	3,903円
訪問型サービスⅡ 週2回程度の利用	事業対象者 要支援1・2	2,279単位	2,598円	5,196円	7,794円
訪問型サービスⅢ 週2回を超える利用 (要支援2相当に限る)	事業対象者 要支援2	3,615単位	4,122円	8,243円	12,364円

加算	基本単位	利用料	利用者負担金額			算定回数
			1割負担	2割負担	3割負担	
特定事業所加算(Ⅰ)	所定単位数の20/100	左記の 単位数* 地域区分	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	1回につき
特定事業所加算(Ⅱ)	所定単位数の10/100					
特定事業所加算(Ⅲ)	所定単位数の10/100					

- ※ 上記料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）定められた目安の時間を基準とします。
- ※ やむを得ない事情で、且つ利用者の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。
- ※ 初回のサービス提供責任者のサービス（または同行）は、200単位をいただきます。
- ※ 緊急時に要請をいただいた訪問介護サービスは100単位の緊急時対応加算をいただきます。
- ※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の24.5%が別途加算されます。
- ※ 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ※ 交通費はサービスを提供する地域（前記4. 事業の実施地域）にお住まいの方は無料です。サービスを提供する地域（前記4. 事業の実施地域）以外にお住まいの方は、交通費の実費をいただきます。
- ※ サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、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。

9. 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、翌月20までに請求書を利用者に送付します。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。

※保険適用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書で連絡します。

10. キャンセル料金

①ご利用日の前日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前日の17時までにご連絡がなかった場合	2,200円(10%消費税込)

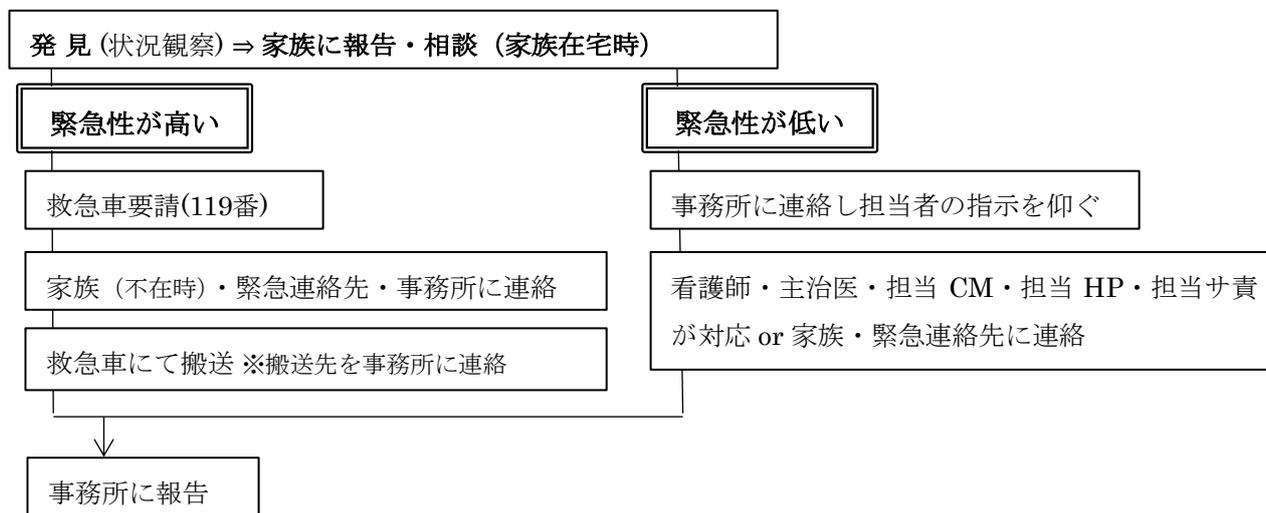
利用者のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

11. サービス提供の流れ

受付	利用者、介護支援専門員、地域包括支援センター、病院からの電話や来所による受け付けをします
契約・承諾	管理者による訪問日時の調整を行います 制度利用について説明（介護保険制度）し契約を行います
訪問時の挨拶	利用者在宅の確認、他のサービスの把握、福祉サービスの把握
アセスメント	本人・家族の状態把握、心身の機能状態の評価、介護の不安、特別事項の確認 利用者の希望する訪問曜日・時間の確認
計画書作成と承諾	① 居宅サービス計画書の確認を行います ② 訪問介護計画書の作成とその承諾を行います
連携調整	主たる介護者との連携調整を行います 利用者を担当する居宅介護支援事業者・そのほかのサービス事業者との連携調整を行います
介護の開始	利用者宅にサービス提供責任者並びに担当ヘルパーが訪問し、訪問介護計画書を説明します 利用者の状態に変化がみられた場合は、速やかにケアマネージャーに報告します 管理者は適宜訪問し、提供している内容、本人の心身の状態、家族の状況等の確認をします
計画の変更	介護の内容変更が必要と判断した時は、担当する介護支援専門員に連絡し介護内容変更の依頼申請をします
終了	居宅サービス計画、訪問介護計画・訪問サービス計画の達成により終了の手続きをとります または、利用者・ご家族の希望により訪問介護の契約を解約することによる終了もあります

12. 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。また、賠償すべき事故が発生した場合は、当社が加入している損害保険会社にて対応いたします。



主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先1	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先2	氏名	(続柄：)
	連絡先	

13. サービスの特徴など

事 項	有無	備 考
男性ヘルパーの可否	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	2ヶ月に1回全体研修があります
サービスマニュアルの作成	有	あり
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください

14. 虐待の防止について

①事業所は人権の擁護・虐待等の防止のため、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。

②サービス中に、養護者による虐待を受けたと思われる療養者を発見した場合は、速やかに通報します。

15. ハラスメント行為について

事業所は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境作りを目指します。なお以下のようなハラスメント行為が利用者およびその家族から従業員に対して行われた場合、契約を解除する場合があります。

① 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為(従業員が回避したため危害を免れたケース含む)

② 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり貶めたりする行為

③ セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘い掛けや好意的態度の要求など、性的な嫌がらせ行為

④ カスタマーハラスメント

不要な長時間の時間拘束や過度な要求(土下座の強要などを含む)、SNS への投稿などの行為

⑤ その他

ハラスメント行為と認められる行為

16. 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。

17. 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

事業者の窓口にご連絡ください。

【事業者の窓口】	所在地 177-0041 東京都練馬区石神井町5-3-22 2F
めぐみの会	TEL 03-5372-2783
	受付時間 9:00~18:00(月~金) 担当 松原 純子
【行政の窓口】	所在地 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8:30~17:15
地域包括支援センター	東京都練馬区 TEL 03-
練馬区保健福祉サービス 苦情調整委員事務局	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	東京都新宿区神楽河岸1-1 TEL 03-3268-7171

18. 第三者評価

第三者評価実施の有無 [有 ・ 無]

19. 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法

- ① 訪問介護事業の提供の開始に際して、事業所は合鍵をお預かりしません。
- ② 合鍵が必要な場合は、利用者又はその家族にてキーボックスを購入し、利用者又はその家族に所定の場所に取り付けて頂きます。
- ③ 事業所が合鍵を紛失した場合は、速やかに利用者への連絡を行うとともに、所管の警察署への届出等必要な措置を行います。また、合鍵を紛失したことにより利用者が居宅の鍵の変更を希望する場合は、事業所がその費用を負担します。

20. その他

- ① 通院介助等で交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ お客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もございますのでご了承下さい。
- ⑤ 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下さい。
- ⑥ 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。

⑦ 訪問介護員の禁止行為

ご利用者様に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為を行いません。

- ・ 医療行為（褥瘡の処置、摘便等）
- ・ 日常生活の範囲を超えたサービスの提供
- ・ 同居家族等に対するサービス
- ・ 買物代行時以外の金銭の預かり、通帳・カード・証書等の預かり

指定訪問介護、指定介護予防・生活支援サービスの提供の開始に際し、重要事項を記した文書を交付し、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、指定訪問介護、指定介護予防・生活支援サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

【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

【介護サービスの利用者への介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
- ・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】

- ・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） _____

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

【介護サービスの利用者への介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
- ・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】

- ・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：めぐみの会 殿

説明者：_____

ご家族代表 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

【介護サービスの利用者への介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
- ・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】

- ・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

- ③ 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。
- ④ 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： めぐみの会 殿

説明者： _____

ご家族代表 住所： _____

氏名： _____

続柄（利用者との関係） _____