

「合同会社 MAAR 訪問介護事業所 マアル」がご提供する 移動支援についての重要事項説明書

1. マアルの理念

専門職としての自覚と責任を持ち 愛の精神で利用者支援に努める

2. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-5292-3130（午前9時～午後6時まで）

担当 早川 葵

3. 事業所の概要

（1） 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	合同会社MAAR 訪問介護事業所 マアル
所在地	東京都新宿区大久保1-6-12 未来投資ビル5階
障害者福祉サービス 指定番号及び 新宿区との協定	東京都 1360401465（平成25年9月1日指定） 平成29年4月1日から平成30年3月31日まで協定締結 毎年度ごとに更新予定
サービスを提供する地域	新宿区

（2） 主たる対象者

身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者、難病等対象者

（3） 事業所の職員体制 （令和6年4月1日現在）

従業員の職種	業務内容	人数
管理者	事業所の運営及び業務全般の管理	1名以上
サービス提供責任者	居宅介護サービス等に係わる業務	4名以上
居宅介護員	居宅介護サービスの提供	常勤換算 2.5名以上

（4） 営業時間

営業日	月～金 （祝祭日・年末年始12/30～ 1/3を除く）
営業時間	9：00～18：00

(5) サービス提供時間

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00
平日	○	○	○
土・日・祝祭日	○	○	○

※ 深夜（22:00～6:00）のご利用につきまして、現在は体制が整っておりませんが、必要時にご相談ください。なるべくご希望に添えるよう検討いたします。

4. サービスの内容

- (1) 外出に関する移動支援サービスを提供します。
- (2) 移動の支援には、外出前後及び外出中の簡易な代筆及び代読を含みます。
- (3) 外出の範囲は、社会通念上適当でない外出を除き、1日の範囲内で用務を終えるものです。

5. 利用料金

(1) 移動支援サービス利用者負担額

サービスに要した費用の1割です。

月額負担上限額については、各区市町村長が定めた額。

(2) 交通費等

サービスを提供する地域（新宿区）にお住まいの方は、自宅までお伺いするための交通費は無料です。

それ以外の地域への提供につきましては、当事業所の従業員がご自宅までお伺いするための交通費の実費はいただきます。

また、利用者は、従業員がサービス提供のために必要な交通費、その他入場料等の費用を負担します。

(3) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

キャンセルが必要になった場合は、至急、ご連絡ください。

① ご利用前日までにご連絡がなかった場合		下記料金
45分未満のサービス 1,000円	45分以上のサービス 2,000円	

* 但し、サービス開始直前のお客様の容態急変や入院等の場合、キャンセルチャージは請求いたしません。

6. 料金のお支払方法

★お支払方法は、当社指定の金融機関にお振込みいただく〔口座振込み〕と、利用者が予め指定した金融機関より引き落としさせていただく〔口座振替〕の2通りの中からご契約の際に選べます。

●口座振込みの場合

毎月、15日までに前々月分の請求書を発行し、郵送いたしますので月末までにお支払ください。入金を確認されましたら、領収書を発行いたします。

（例 1月にサービスをご利用いただきますと、3月の15日までに請求書を発行しお届けいたします。3月末までにお支払ください。）

【お振込み先】

銀行名：三菱東京UFJ銀行 新宿支店

□ 座：普通 0100438

名 義：合同会社MAAR 代表社員 早川美恵

●口座振替の場合

毎月、15日までに前々月分の請求書を発行し、郵送いたします。

27日にご指定の金融機関より引き落としさせていただきます。引き落としが確認されましたら、領収書を発行いたします。

★口座振替申込書をご提出いただく時期によっては、引き落とし処理が間に合わず、料金の請求が翌月に繰り越し、当月分と前月分の利用料金を合算して引き落とし手続きをさせていただく場合がございます。事前にご連絡いたしますが、予めご了承ください。口座振替の場合の手数料は事業者が負担いたしますが、口座振込みの場合の振り込み手数料は利用者負担でお願いいたします。

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、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 利用者が当事業所に対し1週間の予告期間に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 当事業所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、または当事業所が破産した場合、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が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14日以内に支払われない場合、又は利用者やご家族など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、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

以下の場合、双方の通知の通知がなくても、契約は自動的に終了いたします。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 移動支援支給期間が終了し、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 利用者が被保険者資格を喪失した場合

8. サービスの利用に当たって留意いただきたい事項

サービス直前の私用によるキャンセルが続きますとヘルパー派遣が困難となる場合があります。

9. 当社の訪問介護の特徴

1 運営の方針

当事業所の訪問介護事業所は、障害者総合支援法及び厚生省令の人員、設備及び運営基準に則して事業を運営し、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て自立した日常生活を営むことができるように、生活全般にわたる援助を行います。

2 サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はご遠慮なくお申し出ください。
男性ヘルパーの有無	○	
従業員への研修の実施	○	新宿区などの主催する研修をはじめ年6回以上
サービスマニュアルの作成	○	統一されたサービスを基本としております。

10. 事故対応

- 1 当事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、各関係機関、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- 2 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった対応について記録し、その完結日から5年間保存する。
- 3 当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

11. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために下記の対策を講じます。

- 1 利用者的人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ、区市町村へ報告します。
- 2 虐待防止のための指針を整備します。
- 3 訪問介護員に対し、虐待防止のための研修を定期的に関催します。
- 4 虐待防止に関する責任者の選定を行います。
虐待防止【虐待防止に関する責任者】
受付担当：管理者 早川 葵

12. 業務継続計画について

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する支援を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務を図るための計画を策定し、当該継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施する。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じる。

- 1 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策委員会を1年に1回開催します。
- 2 事業所における感染症及びまん延防止のための指針を整備します。
- 3 訪問介護員に対し、感染症及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

14. ハラスメントについて

より良い介護を実施するために、職員及び介護現場におけるハラスメントを防止するために、本指針を定めます。利用者・家族から職員へのハラスメント、及び職員から利用者・家族へのハラスメントの両方をさします。

- 1 身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む）
例：ものを投げる、叩かれる、蹴られる 等
- 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、おとしめたりする行為）
例：大声を出す、理不尽な要求をする
- 3 セクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）

【ハラスメント防止責任者】

受付担当：管理者 早川 葵

15. 秘密の保持

- 1 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 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、利用者の個人情報を用いません。
- 3 事業者は、利用者の家族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、当該家族の個人情報を用いません。

16. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、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、必要に応じ下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡いたします。

救急時連絡先病院

病院名 _____ 診療科目 _____

主治医 _____

住所 _____

電話 _____

救急時連絡先ご家族

① 氏名 _____ 続柄 _____

電話・携帯 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____

電話・携帯 _____

③ 氏名 _____ 続柄 _____

電話・携帯 _____

17. サービスに関する苦情・相談等

1 お客様相談・苦情窓口

当事業所の提供している各種サービスについてのご相談・苦情を承ります。

【相談窓口担当及び設置場所】

訪問介護事業所 マアル 事務室

住所：東京都新宿区大久保1-6-12 未来投資ビル5階

受付担当：代表 早川 美恵

【受付曜日・時間】

月曜日～金曜日 午前9時～午後6時

【連絡先】

電 話 番 号 03-5292-3301

FAX 番 号 03-5292-3302 (24時間受付)

携 帯 電 話 080-4340-1725 (24時間受付)

E-mail 外以 mie-hayakawa@maar-family.jp(電子メール)
maar08043401725@ezweb.ne.jp(携帯メール)
(ともに、24時間受付)

2 その他

当事業所以外に、区市町村の相談窓口、東京都社会福祉協議会に苦情を伝えることができます。

★ 新宿区役所

福祉部障害者福祉課相談支援係

住所：〒160-8484

東京都新宿区歌舞伎町1-4-1

電話：03-5273-4583 受付時間 8:30～17:00(平日のみ)

★ 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

住所：〒101-0062

東京都千代田区神田駿河台1-8-11 東京YWCA会館3階

電話：03-3268-1148 受付時間 9:00～17:00(月～金)

18. 当社の概要（令和6年4月現在）

名称	合同会社 MAAR
代表者	早川 美恵
本社所在地	東京都新宿区大久保1-6-12 未来投資ビル5階
電話番号	03-5292-3301
FAX	03-5292-3302

定款の目的に定めた事業

1. 介護保険法に基づく居宅サービス事業
2. 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
3. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
4. 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
5. 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
6. 介護保険法に基づく介護予防支援事業
7. 介護保険法に基づく第1号事業
8. 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業
9. 介護保険法に基づく要介護・要支援認定における調査の受託事業
10. 介護サービス情報の公表調査事業
11. 福祉サービス第三者評価事業
12. 前各号に関するコンサルティング
13. 前各号に付帯する一切の事業

営業所数等

居宅介護支援	1箇所
訪問介護事業所	1箇所

令和 年 月 日

移動支援利用に当たり、利用者に対して、契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者 東京都新宿区大久保1-6-12 未来投資ビル5階
 合同会社 MAAR
 訪問介護事業所 マアル
 (事業所番号 1310401466)

説明者氏名 _____

私は、移動支援契約書および本書面により、これからのサービスを受ける移動支援の重要な事項について説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人または立会人等（利用者との関係： _____）

住 所 _____

氏 名 _____