

せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護 連携型) 契約書・重要事項説明書

____様（以下、「利用者」といいます）とせんしゅんかい訪問介護センター西山天王山（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス（以下、「サービス」といいます）について次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法の主旨に従って、利用者が可能な限り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サービスを提供し、利用者は事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

第2条（契約期間）

この契約の契約期間は____年 ____月 ____日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出が無い場合、又は利用者が要介護認定の更新で要介護（1～5）と認定された場合、原則として契約は更新されるものとします。

第3条（計画書）

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を盛り込んだ訪問介護計画を作成します。

- 2 訪問介護計画若しくは変更に関しては、その内容を利用者へ交付、説明のうえ同意を得ます。
- 3 心身などの問題によって、利用者へ直接同意が得られない場合は、利用者代理人が代わって同意するものとします。

第4条（サービス提供の記録）

事業者はサービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後5年間保存します。

- 2 利用者は、事業所の営業時間内に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

第5条（料金）

利用者は、要介護度に応じ受けたサービスの対価として、介護保険法等に定められた給付割合に基づく自己負担額を事業所に支払うものとします。但し、利用者の介護保険料等などの滞納等により、事業者が介護保険等からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、い

ったん支払うものとしします。(その際、事業者から発行されたサービス提供証明書を後日、各市町村の窓口に出しますと差額の払い戻しを受けることができます。)

- 2 利用者は、別紙 3 に掲げるサービス利用料金を支払うものとしします。
- 3 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 20 日頃利用者に直接お渡しするか、送付します。
- 4 利用者は、当月の料金の合計額を、郵便局または銀行より毎月 27 日引き落としにて支払います。
- 5 事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

第 6 条 (利用料金の変更)

前条第 1 項に定めるサービス利用料金について、介護保険法等の改正があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとしします。

- 2 前条第 2 項に定めるサービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、事業者は利用者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 利用者は、前項の変更同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

第 7 条 (契約の終了)

利用者は、事業者に対して 7 日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- 2 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 利用者が、介護保険施設に入所された場合。
 - (2) 利用者が、死亡された場合。
 - (3) 利用者が、要介護認定により要支援または自立と判定された場合。
 - (4) 事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で閉鎖した場合。
 - (5) 天変地異その他の事由により施設が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可になった場合。
 - (6) 事業者が、介護保険の指定を取り消された場合または辞退した場合。
- 3 利用者は、次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することができます。
 - (1) 介護保険給付対象外の利用料の変更同意できない場合。
 - (2) 事業者もしくは職員が、正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
 - (3) 事業者もしくは職員が、守秘義務に違反した場合。
 - (4) 事業者もしくは職員が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は催告なくこの契約を解除できます。
 - (1) 利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく 3 ヶ月遅延し、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。

(2)利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。

(3)事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。

5 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

第8条（利用者代理人）

利用者は、契約に際し、利用者代理人を供するものとします。

2 利用者代理人は、利用者の代理人として利用者に代わって本契約書に定める同意その他意思表示、事業者の意思表示の受領を行うとともに、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。

第9条（秘密保持）

事業所の職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご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、職員の退職後及び本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、利用者の個人情報を用いません。

第10条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、明らかに事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第11条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第12条（管轄裁判所に関する合意）

利用者、利用者代理人及び事業者は、本契約について、裁判上の紛争が生じた場合には京都地方裁判所を専属的合意管轄裁判所にすることを合意します。

第13条（相談・苦情対応）

事業者は利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第14条（本契約に定めのない事項）

利用者、利用者代理人および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、当事者が誠意を持って協議の上定めます。

せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護 連携型) 重要事項説明書

【2025年10月1日現在】

1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田2丁目14番26号
電話番号	(075) 954 - 2175

2、法人が運営している事業所

別紙2のとおりです。

3、事業所概要

名称	せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（連携型）
介護保険指定番号	2693000107
所在地	京都府長岡京市友岡川原25-3
電話 / FAX番号	電話 (075) 959-1004 / FAX (075) 959-1005
開設年月日	長岡京市 平成25年 3月31日 向日市 令和6年 6月1日
管理者名	森本 万貴

4、せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山の利用目的と運営方針

- (1) 要介護状態と認定された利用者に対し、心身の特性をふまえて、全体的な日常動作の維持を図るとともに、生活の質の確保・向上を重視した日常生活が継続できるように支援します。
- (2) サービスの提供にあたり介護職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行います。
- (3) 居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び長岡京市と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるように努めます。
- (4) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはそのご家族に対して必要な事項について、理解しやすいように指導または、説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

(5) 利用者及び家族の個人情報、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、事業者が得た利用者及び家族の個人情報については、介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、サービス担当者会議等外部への情報提供については、必要に応じて利用者及び家族または利用者代理人の同意を得たうえでを行います。

5、営業日及び営業時間

営業日及び営業時間を次のとおりとする。

- (1) 月曜日から日曜日まで 24 時間（年中無休）とする。
- (2) 電話等により、24 時間常時連絡が可能な体制とする。

6、事業実施地域

事業実施地域は、長岡京市 向日市とします。

7、提供するサービス

- (1) 定期巡回サービス 訪問介護員等が定期的に利用者の居宅を巡回して行う日常生活上の世話
- (2) 随時対応サービス あらかじめ利用者の心身の状況、そのおかれている環境等を把握した上で、随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等をもとに相談援助又は訪問介護員等の訪問もしくは看護師等による対応の可否等を判断するサービス
- (3) 随時訪問サービス 随時対応サービスにおける訪問の可否に基づき、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問して行う日常生活上の世話
- (4) 訪問看護サービス 看護師等が医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して行う療養上の世話又は必要な診療の補助

8、第三者評価の実施状況

実施年月日	2019年2月7日
評価機関	京都ビジネスサポートセンター
評価結果の開示状況	https://kyoto-hyoka.jp （京都府） https://www.wam.go.jp （大阪府）

9、職員体制

職種	常勤	非常勤	合計
管理者（兼務）	1名	0名	1名
計画作成責任者	4名 （管理者含む）	0名	4名 （管理者含む）
オペレーター	4名 （管理者含む）	2名	6名 （管理者含む）
訪問介護員	4名	15名	19名

10、事故について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により重大な事故が発生した場合は、ご家族等に連絡をするとともに、長岡京市の担当窓口及び京都府の担当窓口に報告します。そして事故発生原因を追求し再発防止の必要な処置を講ずるものとします。また、事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。但し、事業所に故意、過失がない場合は、この限りではありません。

11、受診の対応

- (1) 急変・事故時の場合、速やかにかかりつけ医に連絡し指示を受け対応します。
- (2) 急変・事故時に利用者代理人が指定する予め届けられた緊急連絡先に連絡します。
原則、受診の付添を依頼します。ご協力願います。
- (3) 状況によっては、協力医療機関の受診を行う場合があります。
- (4) 医療機関の受診費用は、利用者負担となります。

【協力医療機関】

病院名	千春会病院
所在地	京都府長岡京市開田 2 丁目 14 - 26
電話番号	(075) 954 - 2175

【緊急連絡先】

別紙1のとおりです。

12、利用に当たっての留意事項及び禁止事項

当事業所の利用に当たっての利用者の留意事項は、下記の通りです。

- (1) サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担となります。
- (2) サービス提供の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- (3) 訪問介護員は、年金等の金銭の取り扱いはいたしかねます。

13、利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、市区町村から利用者に対して交付される介護保険負担割合証記載の負担割合（1割または2割・3割）の額を利用者に負担いただきます。加えて、当事業所が定める別紙に掲げるサービスの提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 当事業所は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように配慮します。
- (3) 事業者は、利用者から別紙 3 に掲げる利用料及び費用の額をお支払い頂きます。
- (4) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行しま

- す。なお発行に際しては文書料として一通につき金 1,080 円(税込)を申し受けます。
- (5)請求書を毎月 20 日頃に、手渡し若しくは郵送致します。支払方法は、郵便局または銀行より毎月 27 日引き落としにてお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

14、契約の終了

- (1)利用者からの申し出（契約解除）
- 利用者はいつでも契約の解除を申し出ることができます。
- (2)下記の場合は自動的に契約解除となります。
- ・利用者が、死亡された場合。
 - ・利用者が、要介護認定により要支援又は自立と判定された場合。
 - ・事業者が解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で事業所を閉鎖した場合。
 - ・天変地異その他の事由により事業所が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
- (3)下記の場合は、即時に契約を解除することができます。
- ・介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
 - ・事業者が、正当な事由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
 - ・事業者が、守秘義務に違反した場合。
 - ・事業者が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- (4)次の事由に該当した場合、事業者はこの契約を解除致します。
- ・利用者のサービス利用料金の支払いが正当な事由なく 3 ヶ月遅延し、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。
 - ・利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
 - ・事業所が、やむを得ない事由により事業者の閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。
- (5)前 4 項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者負担とします。

15、サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1)苦情処理の体制及び手順について
- ・苦情、要望、相談を受けた担当職員は、当該の内容を十分に聞き、内容を明確にした上で所属長に報告する。所属長は、その後管轄マネージャーに報告、重大な案件については管轄マネージャーより介護部長への報告を行う。
 - ・調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後、同様の問題が起きないように改善策を講じ、サービスの質の向上に取り組む。
 - ・調査および対応の結果については、必要に応じて担当の介護支援専門員やサービス提供事業者、その他の関係者に連絡を図り、それらの経過を記録に残していく。

(2) 苦情等相談窓口

事業所担当者	森本 万貴 電話 (075) 959 - 1004	F A X (075) 959 - 1005
長岡京市健康福祉部 高齢介護課	電話 (075) 955 - 2059	F A X (075) 951 - 5410
向日市市民サービス部 高齢介護課	電話 (075) 931 - 1111	F A X (075) 932 - 0800
京都国民健康保険団体 連合会	電話 (075) 354 - 9090	F A X (075) 354 - 9055

16、身分証携帯の義務

事業担当者は、常に身分証を携帯し、初回訪問および利用者または利用者の家族から提示を求められた場合は、いつでも提示いたします。

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明し、交付しました。

契約締結日 年 月 日

名称	せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（連携型）
介護保険指定番号	2693000107
所在地	京都府長岡京市友岡川原 25-3
代表者名	医療法人社団 千春会 理事長 菊地 孝三 印

説明者	印
-----	---

- (1) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、事業者が関係機関に対して、私の計画の作成等に必要な個人情報や介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (2) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者から、介護保険一部負担金や利用料等の説明を受け、これに基づいて支払うことに同意します。
- (3) 事業者が、介護サービスや業務の維持・改善のために使う資料や、事業所において行われる学生等の教育の場への協力に、利用者及び介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (4) 本契約書及び重要事項説明書は、原本 2 通を作成し事業者および利用者それぞれ署名または記名、捺印の上、各自その 1 通を保有する事とします。

利用者名	住所
	名前 印
利用者代理人	住所
	名前 印

- (5) 私の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

家族	住所
	名前 印

せんしゅんかい訪問介護センター 西山天王山
緊急連絡先（重要事項説明書・別紙 1）

【緊急連絡先】

緊急連絡 先①	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急連絡 先②	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙 1 について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 _____ 印

ご家族様 代理人様 _____ 印