

せんしゅんかい訪問介護センター みなせ

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 みなせ
事業所指定番号	2773900192
所在地	大阪府三島郡島本町水無瀬 1 丁目 12-11
電話 / FAX 番号	電話 (075) 962-3510 / FAX (075) 962-3512
開設年月日	平成 14 年 5 月 1 日
管理者名	加藤 優子

4、せんしゅんかい訪問介護センターみなせの利用目的と運営方針

- (1) 要介護、介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号訪問事業対象者と認定された利用者に対し、介護保険法令の主旨に従って、訪問介護計画書に基づいて、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
- (2) サービスの提供にあたる職員は、利用者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生活を営むことができるよう、全体的な日常生活動作の維持を図るとともに、生活の質を重視した日常生活が継続できるように支援します。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (4) 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関係市区町村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。
- (5) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又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又は、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。
- (6) 利用者及び家族の個人情報は、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行います。

5、営業日、営業時間

(1)月曜日から日曜日とします。但し、12月30日から1月3日を除く。必要に応じ前記休業期間の間でもサービス提供を行います。

(2)営業時間は午前9時から午後5時までです。

6、通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は、島本町、高槻市、大山崎町、長岡京市とします。

※ 地域以外の方でも、ご希望の方はご相談に応じます。

7、提供できるサービス

身体介護	食事	食事摂取に対する一部または全介助、見守りなど
	入浴	入浴時の洗身、洗髪、着衣の着脱、移動など
	排泄	排泄時のトイレ誘導、ポータブルトイレ移乗、おむつ交換など
	清拭・部分浴	全身清拭、部分清拭、手浴、足浴、洗髪など
	体位変換	仰臥位、側臥位、座位、端座位、身体の位置変換
	その他	通院時の介助、買物などの外出の介助、他身体に対する介助
家事援助	買い物	食料品、日常生活用品などの買い物代行
	調理	一般的な調理、調理の片付けなど
	掃除	掃除機かけ、雑巾かけ、トイレ、風呂の掃除など
	洗濯	衣類、シーツなど日常の一般的な洗濯
	その他	衣類の整理、被服の補修、寝具干しなど

8、第三者評価の実施状況

実施年月日	2019年1月18日
評価機関	株式会社H.R.コーポレーション
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、職員数

職種	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士	1名	0名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名 (管理者含む)	1名	2名 (管理者含む)
訪問介護員		1名	5名	6名
介護事務員		0名	1名	1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、市町村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。

11、受診の対応

- (1) 急変・事故時の場合、かかりつけ医と連携し受診を行います。
- (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。
原則として、受診の付添を依頼します。
- (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) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、キャンセル料を申し受けることがありますので、サービス利用の前日、午後 5 時までにはご連絡ください。ただし、緊急やむを得ない場合は、キャンセル料は不要です。詳細は、別紙料金表をご参照ください。
- (2) 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。
- (3) 外出介助（通院・買い物等）の実施に必要な交通費および必要な費用は利用者のご負担となります。
- (4) 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。
- (5) 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いただきます。
- (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 1,000 円（税別）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、郵便局または銀行にて毎月 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、介護保険施設へ入所された場合。
- ・利用者が、死亡された場合。
- ・利用者が、要介護認定により自立と判定された場合又は介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業対象者のチェックリストの結果が非該当となった場合。
- ・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、故意又は過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、又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。
- ・他の利用者が、利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合、若しくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

(4)次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。

- ・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事由なく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。
- ・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。

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	加藤 優子 電話 (075) 962 - 3510	F A X (075) 962 - 3512
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
大山崎町健康課 高齢介護係	電話 (075) 956 - 2101	F A X (075) 957 - 4161
島本町健康福祉部 高齢介護課	電話 (075) 962 - 2864	F A X (075) 962-5652
京都府国民健康保険団体 連合会	電話 (075) 354 - 9090	F A X (075) 354 - 9055
大阪府国民健康保険団体 連合会	電話 (06) 6949 - 5418	F A X (06) 6949-5417

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 みなせ
介護保険指定番号	2773900192
所在地	大阪府三島郡島本町水無瀬1丁目12-11
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、介護サービスや事業等の維持・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 通を作成し事業所及び利用者それぞれ署名又は記名、捺印の上、各自その 1 通を保有することとします。

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 みなせ

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