

せんしゅんかい訪問介護センター みなせ (居宅介護)

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	大阪府 2713900054
所在地	大阪府三島郡島本町水無瀬 1 丁目 1 2 番 1 1 号
電話 / FAX 番号	電話 (075) 962-3510 / FAX (075) 962-3512
開設年月日	平成 18 年 10 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) 受給者証に記載された支給量・支給内容に対し、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、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日常生活を営むことができるよう、生活等に関する相談及び助言ならびに入浴、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) 障害福祉サービス、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。
- (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、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、高槻市、島本町、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（介護保険）

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) 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、障害福祉サービス受給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。
- (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。但し、利用者負担は所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス料に関わらず、それ以上の負担は生じません。
- (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、施設へ入所された場合。
 - ・利用者が、死亡された場合。
 - ・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。
- ・障害者総合支援法に基づく介護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。

苦情・相談窓口

事業所担当	加藤 優子 電話 (075) 962 - 3510	F A X (075) 962 - 3512
長岡京市健康福祉部 障がい福祉課	電話 (075) 955 - 9710	F A X (075) 952 - 0001
大山崎町福祉課 社会福祉係	電話 (075) 956 - 2101	F A X (075) 957 - 4161
京都府福祉サービス 運営適正化委員会	電話 (075) 252 - 2152	F A X (075) 212 - 2450
島本町健康福祉部 福祉推進課	電話 (075) 962 - 7460	F A X (075) 962 - 5652
高槻市健康福祉部 障がい福祉課	電話 (072) 674 - 7164	F A X (072) 674 - 7188
大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	電話 (06) 6191 - 3130	F A X (06) 6191 - 5660

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 みなせ
事業所指定番号	大阪府 2713900054
所在地	大阪府三島郡島本町水無瀬1丁目12番11号
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、介護給付費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 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