

契約書別紙兼重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社アイ・スマート
主たる事務所の所在地	〒673-0551 三木市志染町西自由が丘 2 丁目 119-2
代表者（職名・氏名）	代表取締役 黒田 猛
設立年月日	2025 年 3 月 13 日
電話番号	0794-60-1027

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション さくらいろ	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒673-0551 三木市志染町西自由が丘 2 丁目 119-2	
電話番号	0794-60-1027	
指定年月日・事業所番号	令和 7 年 6 月 1 日指定	2862390222
管理者の氏名	西村 玲子	
通常の事業の実施地域	三木市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者に対して療養生活の支援をし、心身の機能の維持回復を目指して、可能な限り居宅において日常生活を営むことができるよう、主治医・多職種と密接な連携を図り生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	24 時間体制で利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護・介護又は介護予防訪問看護・介護は、利用者について、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「訪問看護職員」といいます。)が、そのお宅を訪問して健康チェック・日常生活の看護・医療処置・管理・認知症の看護・終末期のケアの支援・利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図る。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで（土曜日の営業もあり） ただし、年末年始（12月30日から1月3日）休業
営業時間	午前9時から午後17時まで * 24時間体制で電話対応可能

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 2人、非常勤 1人
准看護師	常勤 1人、

7. サービス提供の責任者

サービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管 理 者 西村 玲子
----------	------------------

8. 利用料

料金は別紙記載。

(1) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の半額
利用予定日の当日	利用者負担金の全額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（２） 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、１０日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 20 日（祝休日の場合は直前の平日）に引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の 20 日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。
現金払い	集金袋を用意いたしますので、おつりがない様ご準備の上、請求月の月末までにお支払い下さい。
*利用料・その他 費用の請求方法	毎月 15 日知前後の訪問日に当事業所の訪問看護師が前月分の請求書を持参いたします。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

１０．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．苦情相談窓口

（１） サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0794-60-1027 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	三木市健康福祉部 介護保険課	電話番号 0794-89-2325
	兵庫県国民健康保険 団体連合会	電話番号 078-332-5617 FAX 078-332-5650 営業時間 月曜日～金曜日 9:30～17:15

1 2. 契約期間

- (1) 契約期間は、契約日から始まり介護認定及び医療保険の有効期限までとする。
- (2) 上記の契約期間満了日の 7 日前までに利用者から契約終了の申し出がない限りこの契約は自動更新する。

1 3. 契約の終了

(1) サービスの終了

①次の事由に該当した場合は、自動的に終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・利用者の要介護認定の区分が非該当（自立）と認定された時
- ・利用者がお亡くなりになられた場合

②利用者は、14 日間の予告期間においてこの契約を解約することができます。

また、以下の場合は、直ちにこの契約を解除することができます。

- ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・事業者が社会通念を逸脱する行為を行った場合

③事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して 1 ヶ月の予告期間において理由を示した上で、この契約を解除することができます。

また、以下の場合利用者との契約を解除する場合があります。

- ・利用者の利用料金の支払いが 2 月以上延滞し、料金を支払うように催促したにもかかわらず 15 日以内に支払われない場合未払い分をお支払いしていただきます。
- ・利用者またはその家族が、事業者やサービス従事者に対して暴

力、暴言、威嚇、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント
とうの行為により、適切なサービス提供の継続が困難であると
判断できる場合

(3) 社会情勢及び天災時の訪問看護について

社会情勢の急激な変化、地震、風水害（当地域の気象警報）など著しい
社会の混乱などにより、ステーションの義務の履行が難しい場合は、日程、
時間の調整、中止の措置をさせていただく場合があります。

1 4. サービスの提供におけるステーションの義務

サービス提供にあたって、次のことを守ります。

- ① 利用者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ② 利用者の病状に急変等緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に
連絡し必要な措置を行います。また、親族・関連機関等への連絡を行
います。
- ③ 提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、
記録の閲覧及び写しの交付が本人および家族に限り可能です。
- ④ 利用者等に関して当ステーションが知り得た情報については、正当
な理由なく、第3者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、個人情報
を用いる際には、利用者もしくは家族から同意書の提出を求めます。
同意されない場合は、サービス調整ができず、一体的なサービスが提
供できないなど不都合を生じることがあります。

サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。
サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんのであら
かじめご了解ください。

- ・ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ・ 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- ・ 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、で
きる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は
当事業所の担当者へご連絡ください。

1 5. 賠償責任

- (1) 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべ
き事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。守
秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、契約者に故意又は過失が
認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況をみて相当と認めら

- れる時に限り、損害賠償を減じることができるものとします。
- (2) 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。
- (3) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。

事業者	所在地	三木市志染町西自由が丘2丁目119—2
	事業者(法人)	株式会社アイ・スマート
	責任者・氏名	西村 玲子 印
	説明者・氏名	印

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報について、次の記載すること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。

記

1. 使用する目的

事業者はが、介護保険法に関する法令にともない、私の居宅サービス計画に基づき、指
宅訪問看護サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必
要な場合

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供には、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の
際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容（例示）

氏名・住所・健康状態・病歴・家庭状況その他一切の契約者や家族個人に関する情報

4. 使用する期間

契約日より契約終了まで

令和 年 月 日

株式会社アイ・スマート

訪問看護ステーションさくらいろ 殿

契約者 住所

名前

印

上記代理人（代理人を選定した場合）

住所

名前

印