

# 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	合同会社 結
主たる事務所の所在地	〒747-0825 山口県防府市八王子 2-11-20-1003
代表者（職名・氏名）	代表社員 岡本美也子
設立年月日	令和6年2月2日
電話番号	0835-28-2018

## 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 ゆい	
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	〒747-0051 山口県防府市泉町 24-8	
電話番号	0835-28-2018	
指定年月日・事業所番号	○○年○○月○○日指定	0000000000
管理者の氏名	清水 恵美子	
通常の事業の実施地域	防府市、山口市（徳地、秋穂）	

## 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が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、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します。
運営の方針	事業者は、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ます。

## 4. 提供するサービスの内容

訪問看護又は介護予防訪問看護は、病状が安定期にある利用者について、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療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、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サービスです。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後18時まで

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 2人、非常勤 2人	理学療法士	常勤 0人、非常勤 0人
准看護師	常勤 0人、非常勤 0人	作業療法士	常勤 0人、非常勤 0人
保健師	常勤 0人、非常勤 0人	言語聴覚士	常勤 0人、非常勤 0人

## 7. サービス提供の責任者

あなたへの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 清水 恵美子
----------	--------------

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙に記載しております。あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合などの超えた額の全額をご負担いただきます。また自費サービス、エンゼルケア、対象範囲を超える訪問看護にかかるガソリン代に関しても利用者負担になりますのでよろしくお願ひいたします。

### (1) キャンセル料

無断キャンセルが続く場合にはキャンセル料をいただくことがあります。利用者の容体の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には至急ご連絡ください。

### (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、○○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26日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 ○○銀行 ○○支店 普通口座 ○○○○○○○○
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 東山口信用金庫 中関支店 普通口座 0340014
現金払い	サービスを利用した月の翌月の訪問日に請求いたします。

## 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手当を行うとともに、速やかに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	○○○○ ○○○○

## 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 0835-28-2018 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	防府市高齢福祉課 山口市介護保険課	電話番号 0835-25-2970 電話番号 083-934-2795
	山口県国民健康保険 団体連合会	電話番号 083-995-1010

## 12.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。

- (1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行な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

- (2) 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。  
(3) 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

〇〇年〇〇月〇〇日

事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 山口県防府市泉町 24-8  
事業者名 訪問看護ステーション ゆい  
管理者氏名 清水恵美子 印  
  
説明者氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所  
          氏名 印  
  
署名代行者（又は法定代理人）  
  
住所  
本人との続柄  
氏名 印