

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事 業 所 名	訪問看護ステーション カルイリ
所 在 地	愛知県江南市前飛保町寺町 225
連 絡 先	0587-58-6307
管 理 者 名	八木澤 隼
サ ー ビ ス 種 類	訪問看護
介護保険指定番号	2363690161 号
サ ー ビ ス 提 供 地 域	一宮市・稻沢市・江南市・扶桑町・大口町・犬山市・小牧市・岩倉市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平 日	08 : 00 ~ 17 : 00
土 日 祝 日	08 : 00 ~ 17 : 00
定 休 日	なし

(3) 職員体制

	常 勤	非常勤	計
管 理 者	1名	名	1名
看 護 師	2名以上	1名以上	3名以上

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 05877-58-6307

担 当 部 署：訪問看護ステーション カルイリ

担 当 者：八木澤 隼

受 付 時 間：08 : 00~17 : 00

一宮市役所介護保険課 TEL：代表電話 0586-28-8100

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課内 苦情相談室 TEL:052-971-4165

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるよう、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを、24 時間体制で提供します。訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4 利用料金

- (1) 利用料として介護保険法第41条に規定する居宅介護サービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払いを利用者から受けとるものとします
- (2) 利用者は訪問看護ステーション カルイリ料金表（別記）に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料及び、サービスを提供するうえで別途必要になった費用を支払うものとします
- (3) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 10 日までに請求しますので、20 日までにあらかじめ指定された方法でお支払いください。

*銀行引き落とし希望の場合：預金口座振替依頼書を記入していただき翌々月の第 1 週の引き落としになります。別紙参照

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約を結んだ後、訪問看護計画書を作成しサービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合

※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。

・訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

6 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

7 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に事故が発生した場合

物損あれば賠償責任保険加入しており対応します。

怪我などの事故に対しては緊急性がある場合は緊急時の対応、看護師が判断し医師・家族と相談し適切な処置を行

います。

【会社の概要】

社名 株式会社 Y.U.S
社員数 3名（契約社員含む）
設立 2024年8月
所在地 愛知県一宮市東島町二丁目29番地
代表者 内山 祐輝

【事業内容】

訪問看護

【事業者】

住所：愛知県一宮市東島町二丁目29番地
社名：株式会社 Y.U.S
代表者：内山 祐輝 印

【事業所】

住所：愛知県江南市前飛保町寺町225
事業所名：訪問看護ステーション かいり
(指定番号 2363690161)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】

住所_____

氏名_____印

【代筆者】 住所_____

氏名_____印
(続柄)

署名代行理由：