

訪問看護・介護予防訪問看護

契約書別紙（兼重要事項説明書）①

[2026 年 6 月 1 日現在]

1. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所所在地等

利用事業所名称	みやぎ県南医療生活協同組合訪問看護ステーション柚子（ゆず）	
事業所所在地	〒989-1607 宮城県柴田郡柴田町船岡新栄4-4-1	
電話番号	（電話）0224-88-3546 （FAX）0224-57-1090	
指定年月日・事業所番号	令和2年10月1日指定	0462290065
管理者氏名	森 亜矢子	
通常事業実施地域	1) 柴田郡柴田町全域、2) 大河原町、3) 村田町、4) 岩沼市、5) 角田市	

事業所を運営する事業者について

事業者名称	みやぎ県南医療生活協同組合
代表者氏名	理事長 水戸 義裕
所在地	（住所）宮城県柴田郡柴田町船岡新栄 4-4-1
電話番号・FAX 番号	（電話）0224-57-2329 （FAX）0224-57-1090
法人設立年月日	1995 年 7 月 7 日

(2) 事業目的及び運営方針

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訪問看護・介護予防訪問看護サービスを提供し、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支援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。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（日祝祭日、年末年始12月30日～1月3日以外）、他（お盆、研修日については、随時、事前にご案内いたします。）
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時 ＊ただし、緊急時訪問看護は、365日24時間対応します。

(4) 事業所の職員体制（介護予防も兼務で対応します）

職 種	資 格	常勤	非常勤	職務内容
管理者		1 名		事業所の従業員及び業務の総括管理
看護職員	保健師	名	名	訪問看護計画に基づく訪問看護の提供
	看護師	4 名以上	名以上	
	准看護師	名	名	

理学療法士等	理学療法士	名	名	訪問看護計画に基づく在宅療養に必要なリハビリの提供
	作業療法士	1名以上	名	
	言語聴覚士	名	名	
事務職員		名	1名	事業実施に必要な事務

2. 訪問看護を利用できる方

介護保険による訪問看護	医療保険による訪問看護
居宅の要介護者又は要支援者で、主治医が訪問看護の必要を認めた方	主治医が訪問看護の必要を認めた方 ① 介護保険の対象でない(非該当)の方 ② 介護保険の利用対象者のうち厚生労働大臣が定めた疾患や状態の方（がん末期、急性増悪期など）

3. 提供するサービス内容

訪問看護（又は介護予防訪問看護）は、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が利用者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、心身機能の維持回復を図るサービスです。

主治医よりリハビリテーションを中心とする指示がある場合は、リハビリテーション専門職である理学療法士等が訪問し、訪問看護業務の一環としてリハビリテーションを行います。サービスの開始時や状態変化などに合わせて、理学療法士等のほかに定期的に看護職員が訪問看護を行い、体調や生活状況を確認したうえで、看護職員と理学療法士等が連携して計画書・報告書を作成します。

なお、提供するサービスの第三者評価は2026年4月1日現在受審しておりません。

4. 利用料

- (1) サービス利用料は、契約書別紙②（料金表）のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、「介護保険負担割合証」に記載された割合の額です。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、超えた額全額を負担いただきます。

*尚、保険料の滞納等により、法定代理受領ができない場合は、全額（10割）を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を発行しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請をして下さい。

- (2) 交通費

提供地域内	介護保険の場合…無料
	医療保険の場合…片道のみ1kmにつき50円
地域外	通常の提供地域を超えた地点から、片道のみ1kmにつき50円 * 1回の訪問で10Kmを超える場合は上限1,000円 * 1ヶ月の訪問で合計5,000円を超える場合は、上限5,000円

- (3) キャンセル料金

利用者の都合でサービスを中止する場合、キャンセル料金がかかります。

キャンセルが必要となった場合は、至急連絡ください。ただし、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はかかりません。

ご利用の前日の昼12時までに連絡いただいた場合	無料
前日の昼12時までに連絡がなかった場合	1000円

- (4) 支払い方法

利用料等は、月ごとにまとめて請求となります。請求書は翌月の10日以降発行いたします。口座振替の方は翌月27日に、指定の金融機関の口座より引き落とします。

5. 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。

6. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者家族、担当介護支援専門員（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。又、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 秘密保持と個人情報保護について（別紙あり）

医療機関やサービス事業所間と情報共有しながら訪問させていただきます。サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族に関する情報は、第三者に漏らしません。

8. 記録の開示

毎回の訪問記録は、利用者用ファイルへ綴ってあり見ることができます。

9. 虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発防止の為に必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者 森 亜矢子
- ② 対策委員会を開催し、従事者へ周知する
- ③ 指針の整備
- ④ 従事者研修
- ⑤ 擁護者における虐待を受けたと思われる利用者を発見した時は速やかに市町村へ通報する。

10. 感染対策について

感染症が発生、又は蔓延しないように措置を講じます。

- ① 手指衛生、適切な衛生材料や防護具の使用・保管、従事者の体調管理
- ② 利用者へのアドバイス
- ③ 必要時、保健所との連携
- ④ 対策委員会開催、従事者への徹底
- ⑤ 指針の整備
- ⑥ 従事者への研修、訓練実施

11. 業務継続計画の策定について

感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービスの提供を継続的に実施する為の、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し計画に従って必要な措置を講じます。

12. 苦情相談に対する受付窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談窓口

事業所相談窓口	電話番号	0 2 2 4 - 8 8 - 3 5 4 6
	苦情解決責任者	森 亜矢子

第三者委員苦情相談受付窓口（介護ネットみやぎ）	0 2 2 - 2 7 6 - 5 2 0 1
-------------------------	-------------------------

苦 情 受 付 機 関	電 話 番 号
柴田町福祉課長寿介護班	0 2 2 4－5 5－2 1 5 9
大河原町健康福祉課高齢者福祉班	0 2 2 4－5 3－2 1 1 5
村田町健康福祉課高齢福祉班	0 2 2 4－8 3－6 4 0 2
岩沼市健康福祉部介護福祉課	0 2 2 3－2 4－3 0 1 6
角田市市民福祉部健康長寿課	0 2 2 4－6 1－1 1 8 5
宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課	0 2 2－2 2 2－7 7 0 0（苦情相談専用）

13. サービス利用にあたっての留意事項

- （１）サービス提供の際、職員は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はできませんので、あらかじめご了解ください。
- （２）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連絡ください。
- （４）利用者・家族から他利用者・事業職員に対しての暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷などの迷惑行為、パワー・セクシャルなどのハラスメント行為は契約書第 9 条 1 項に当たる行為とみなし、契約の解約を求めることがあります。
- （５）利用者本人以外の写真や動画の撮影・録音などをインターネットなどに掲載するなどの行為は迷惑行為に当たりますので、ご遠慮ください。

年 月 日

*事業者は、訪問看護（介護予防訪問看護）の提供開始にあたり、利用者に対して、上記のとおり重要事項を説明しました。

《事業者名》 みやぎ県南医療生活協同組合 訪問看護ステーション柚子（ゆず）

《代表者名》 管理者 森 亜矢子 印

《説明者名》 _____

*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、

《利用者》 氏 名 _____

上記署名は、私が本人の意思を確認し、代行しました。

<署名代行者>（利用者との関係 _____）

氏 名 _____