訪問看護サービス契約書
（介護保険）
重要事項説明書

医療法人仁友会
訪問看護ステーション北彩都

〒078-8251
住　所　　旭川市東旭川北１条４丁目89番地121
電　話　　０１６６－７３－８７８８
Ｆａｘ　　０１６６－７３－５６５４

訪問看護サービス契約書　（介護保険用）

様（以下「利用者」といいます）と、指定訪問看護事業者、介護予防訪問看護事業者である（以下「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う訪問看護サービスについて、次の内容にて契約を締結します。

第 1 条（契約の目的）
事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、訪問看護サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第 2 条（契約期間）
1　この契約の期間は契約締結の日から、利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。ただし第 8 条に定める契約の終了行為があった場合は、その定める日までとします。
2　上記の契約満了日の 2 日前までに利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、契約は自動更新されるものとします。

第 3 条（訪問看護計画）
1　事業者は、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って、「訪問看護計画」を作成します。事業者はこの「訪問看護計画」を作成した場合は、利用者に説明し同意を得た上で交付致します。
2　事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能な時は、速やかに「訪問看護計画」の変更等の対応を行います。
3　事業者は、利用者が「居宅サービス計画」の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

第 4 条（サービス提供の記録等）
1　事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問看護記録」等の書面に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。
2　事業者は、「訪問看護記録」等の記録を作成した後 5 年間はこれを適正に保存し、利用者本人から開示の求めがあった場合は閲覧に応じ、実費負担によりその写しを交付します。

第 5 条（利用者負担金及びその滞納）

１　サービスに対する利用者負担金は、別紙「重要事項説明書」に記載する通りとします。尚、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適応されます。

２　利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を２ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は１ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料負担金を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

３　前項の催告をしたときは、事業者は利用者の日常生活を維持する見地から、「居宅サービス計画」を作成した介護支援専門員に対し、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

４　事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第 2 条に定める期間が満了した場合には、この契約を文章により解除することができます。

第 6 条（利用者の解約権）

利用者は事業者に対し、いつでも 1 週間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

第 7 条（事業者の解除権）

１　事業者は、利用者の著しい不信行為により契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができます。この場合、事業者は、「居宅サービス計画」を作成した居宅介護支援事業所及び利用者が住所を有する市区町村にその旨を連絡します。

２　事業者は、事業の安定的な運営が困難となった場合や事業所の統廃合があった場合は、その理由を記載した文書によりこの契約を解除することができます。この場合、事業者は、「居宅サービス計画」を作成した介護支援専門員と協議し、利用者に不利益が生じないよう必要な措置をとります。

第 8 条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

１　第 2 条の規定により事前に更新の合意がなされず、契約の有効期間が満了した時

２　第 6 条の規定により利用者から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した時

３　第 7 条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされた時

４　次の理由で利用者にサービスを提供できなくなった時

（１）　利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合（３ヶ月以上継続）

（２）　利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

（３）　利用者が死亡した場合

第 9 条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第 10 条（個人情報保護）

１　事業者は、個人情報の取り扱いにあたり、「個人情報の保護に関する法律」やガイドライン、守秘義務に関するほかの法令等に加え、法人が定める当該基本方針や就業規則等の内規を遵守することにより、利用者や家族に関する情報を適正に保護します。

２　事業者は、サービスを提供する上に知り得た利用者や家族に関する個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

３　あらかじめ文章により利用者や家族の同意を得た場合、前項の規定に関わらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

４　事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、在職中は元より、職員の退職後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を雇用契約の内容とします。

５　個人情報に関する苦情申し立てや相談があった場合は、第 11 条の規定を一部準用し迅速かつ適切な処理に努めます。

第 11 条（苦情対応）

１　利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

２　事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにすると共に、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

３　事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取り扱いをすることはありません

第 12 条（契約外条項等）

１　この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。

２　この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

訪問看護重要事項説明書

1　当事業者が提供するサービスについての相談窓口

事業者名　訪問看護ステーション　北彩都
管理者　所　長　秦野　亜由美
電　　話　（0166）73−8788 番

2　訪問看護ステーションの概要

（1） 提供できるサービスの種類と地域

事業者名	医療法人仁友会　訪問看護ステーション　北彩都
所在地	旭川市東旭川北１条４丁目８９番地１２１　１Ｆ
介護保険事業者番号 その他のサービス	訪問看護　（北海道）0162990212
サービスを提供する地域	旭川市 （この地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。）

（2）　当事業者の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	看護師	１名	０名	訪問看護事業の管理・統括	１名
看護師	看護師	４名	０名	訪問看護	４名
准看護師		０名	０名	訪問看護	０名
療法士	理学・作業	１名	０名	訪問看護（リハビリ）	１ 名
事務職員			１ 名	医療事務	１名

（3）　サービスの提供時間

平　　日	午前９時～午後　５時
土　曜　日	午前９時～午後 12 時

＊ 日曜日・国民の祝日、および 12 月 31 日～1 月３日までは休ませていただきますが、24 時間の連絡・対応体制を整えております。

３　サービスの内容

（１）「訪問看護」は利用者の居宅において、看護師その他省令で定める者が療養上の世話又は、必要な診療の補助を行うサービスです。

サービス項目	具体的内容
①病状・障害の観察	ご病気や障害の状態を観察し，適切な処置を行います。
②清拭・洗髪・入浴等による清潔の保持	病状を観ながら，入浴や身体を拭いたり，髪や手足を洗い，心地良く生活ができるようお手伝いいたします。
③食事および排泄等日常生活の世話	食事やトイレの介助，排便調節の指導をいたします。
④褥創の予防・処置	床ずれができないように工夫したり，床ずれの方には手当てをして回復をはかります。
⑤リハビリテーション	身体の不自由な方には機能回復訓練のお手伝いをいたします。
⑥ターミナルケア	終末期でも家庭で家族と共に過ごせるようお手伝いいたします。
⑦認知症患者の看護	認知症の方が安全に暮らせるよう支援いたします。
⑧療養生活や介護方法の指導	療養生活の工夫や，介護の方法の相談をお受けいたします。
⑨在宅自己腹膜潅流（CAPD）管理指導	自宅で CAPD 管理をしながら，安心して生活ができるようお手伝いいたします。
⑩尿路変向（更）・人工肛門(ストーマ)の管理	ストーマや皮膚の状態を観察しながら，適切なストーマ管理をお手伝いいたします。
⑪カテーテル等の管理	排尿チューブや栄養チューブの入っている方の管理をお手伝いいたします。
⑫その他医師の指示による医療処置	その他医師の指示を受けて，適切な医療処置を行います。

（２）主治医の指示並びに利用者に係わる居宅介護支援事業所が作成した居宅（介護予防）サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて訪問看護計画を作成します。

（３）看護師等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供は、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

（４）サービスの提供の時間は、別の訪問や緊急訪問等による遅れなど、時間帯が前後することがありますので、ご了承ください。

（５）同行訪問に関して、当ステーションでは学生の実習、研修や実務評価及び、利用者の情報共有を理由に複数名での訪問のご依頼をさせて頂く事があります。予めご理解をいただいてからの実施とし、別途料金もかかりませんので、よろしくお願い致します。

（６）訪問の際には、訪問車（社用車）を利用します。駐車場の確保をお願いします。
また、訪問車に利用者が同乗する事はできません。

４ 利用料金

（１）基本料金、加算料金（別紙参照）

① 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険割合証の割合に応じて負担となります。
ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

② 料金設定の基本となる時間は実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

（２）

① 利用者負担金はサービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、現金でお支払い、または振込でお支払いください。

② 利用者負担金・自費でのご利用（保険外）が発生した場合は、契約されたご本人または代理人（ご家族）が必ずお支払いいただきます。

振り込み先金融機関

北洋銀行　大雪通支店（支店コード　４０３）
普通口座　　口座番号　　3139851

イ）ジンユウカイ　ホウモンカンゴステーションキタサイト
名義　　医療法人　仁友会　訪問看護ステーション北彩都

（３）交通費はサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
事業実施地域の境界から片道１０ｋｍ以上の訪問につき、１回500円いただきます。

介護保険・別紙

訪問看護利用料金表

2026.6

利用時間	料金	備考
20 分未満	313 単位／回（予防 303 単位）	夜間又は早朝の場合は 25%加算、深夜の場合は 50%、加算されます。
30 分未満	471 単位／回（予防 451 単位）	
30 分以上 60 分未満	823 単位／回（予防 794 単位）	
60 分以上 90 分未満	1128 単位／回（予防 1090 単位）	
理学療法士等による訪問の場合	1 単位 20 分 294 単位（予防 284 単位）	40 分 588 単位 （予防 568 単位）

加算と料金

初回加算	【初回訪問】退院日：350 単位　退院日以降：300 単位
退院時共同指導加算	600 単位
緊急時訪問看護加算	600 単位/月
特別管理加算	加算Ⅱ250 単位/月　　加算Ⅰ500 単位/月
長時間訪問看護加算	３００単位/回
複数名訪問加算	３０分未満　：254 単位/回 ３０分以上　：402 単位/回
サービス提供体制強化加算	加算Ⅰ　６単位/回　　加算Ⅱ　３単位/回
訪問看護体制強化加算	200 単位/月
ターミナルケア加算	2500 単位
介護職員等処遇改善加算	１ヶ月の総単位数 × 1.8%

※上記は介護保険負担割合に応じた 1 割分の自己負担料金となります。

初回加算　　新規で訪問看護を提供した場合。

退院時共同指導加算

主治医と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文章により提供した場合。

緊急時訪問看護加算

24 時間連絡体制にあり、かつ、計画的に訪問することになっていない緊急時訪問を必要時応じて行う場合。

特別管理加算

特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る）に対して、指定訪問看護事業所が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合。

長時間訪問看護加算（加算要件）

特別管理加算の対象者に対して、一回の訪問時間が 1 時間 30 分を越える訪問看護を行った場合。
利用料（60 分以上 90 分未満）に料金が加算されます。

複数名訪問加算（加算要件）

同時に複数の看護師により訪問看護を行う事。下記のいずれかに該当する場合。
１）利用者の身体的理由により 1 人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合。
２）暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。
３）その他利用者の状況から判断して、１）または２）に準ずると認められる場合。

サービス提供体制強化加算（加算要件）

職員の研修等を実施しており、（1）７年以上勤務年数のある職員が、30%以上配置されている。
（2）３年以上勤務年数のある職員が、30%以上配置されている。

ターミナルケア加算（算定要件）

１）死亡日前 14 日以内に２回以上ターミナルケアを実施していること。
２）主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係わる計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを実施していること。

介護職員等処遇改善加算

訪問看護にかかる介護報酬の月間合計単位数に、国が定める率を乗じて算定

訪問看護体制強化加算　（加算要件）

１）算定日が属する月の前６月において、指定訪問看護事業所における特別管理加算を算定する利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が 100 分の 50 以上であること。
２）算定日が属する月の前６月において、指定訪問看護事業所における利用者の占める割合が 100 分の 20 以上であること。
３）算定日が属する月の前１２月において指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が１名以上であること(介護予防を除く)。

５　サービスに関する苦情窓口

（１）　事業者が行う訪問看護サービスについてのご相談・苦情については１ページの相談窓口で承ります。

（２）　事業者以外に、市役所、区役所の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

６　緊急時および事故発生時の対応方法

（１）　緊急時および事故発生時にあっては、緊急対応のうえ利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。
また登録されている緊急連絡先に連絡いたします。

（２）　事業者の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業者の責にその原因を見とめられる損害賠償については速やかに対応します。なお、当事業者は訪問看護事業者総合補償制度に加入しております。

７　秘密の保持

事業者が行う指定訪問看護において、業務上知り得た利用者の情報は硬く秘密を保持します。従業員が退職後も在職中に知り得た秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

８　暴力・ハラスメント

ご利用者・ご家族が、暴力・ハラスメント行為を行った場合は、サービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除させて頂くことがあります。

９　虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護、虐待防止等のために、次にあげたとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定
　虐待防止に関する責任者　所長　秦野　亜由美
②成年後見人制度の利用を支援します。
③苦情解決体制を整備しています。
④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

１０　感染対策について

事業者は、ご利用者等の感染症に対し、すべての職員が同じ手順で対策が行われるように感染症対策マニュアルを作成しています。

１１　その他

（１）　看護師等は年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。

（２）　看護師等は、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされており、同居家族に対する訪問看護サービスは禁止されていますのでご了承ください。

（３）　看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

（４）　ペットがいる場合にはゲージに入れる、リードにつなぐ等の配慮をお願いします。看護師等がペットに噛まれた場合、治療費等のご相談をさせて頂くことがあります。

（５）　サービス利用中に看護師等の写真や動画を撮影することや無断で SNS 等に投稿することは禁止とさせていただきます。

（６）　地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

上記の契約を証するため、本書二通を作成し利用者、事業者が署名捺印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　年　　月　　日

ご利用者	私は、以上の契約内容及び重要事項、利用料金等について訪問看護ステーション北彩都より説明を受け内容を確認しました。 私はこの契約書で確認する訪問看護サービスの利用を申し込みます。	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

代理人	本人との関係	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

事業者	当事業者は、指定訪問看護事業者として、以上契約内容及び重要事項、料金等について利用者へ説明しました。当事業者は、利用者の申し込みを受諾しこの契約書に定めるサービスを誠実に責任を持って行います。			
	住所	旭川市東旭川北１条４丁目８９番地１２１　１Ｆ		
	代表者	医療法人　仁友会　理事長　石田　裕則　印		
	管理者	訪問看護ステーション北彩都　所長　秦野　亜由美　印		
	電話番号	0166−73−8788	ＦＡＸ	0166−73−5654

訪問看護説明・同意書

訪問看護ステーション北彩都　殿

私（利用者および、その家族）の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに**【同意します・同意しません】**

私は、貴訪問看護ステーションからの訪問看護の情報提供書を保健福祉局、保健所、保健管理課へ提供することに**【同意します・同意しません】**

私は、貴訪問看護ステーションの24時間連絡体制により緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、24時間対応体制加算を算定することに**【同意します・同意しません】**

訪問看護医療ＤＸ情報活用加算 マイナ保険証等を用いたオンライン資格確認システムにより取得した診療情報（薬剤情報・特定健診情報等）を活用し、計画的な訪問看護管理を行うことに
【同意します・同意しません】

主治医の指示、居宅サービス計画（ケアプラン）、および利用者の状態や必要性に応じて特別管理加算を算定することに**【同意します・同意しません・対象外】**

この同意を証するため本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

説 明 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（ご家族）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看護学生臨地実習説明と同意書

訪問看護ステーション北彩都では、看護学生の臨地実習を受けており、訪問の際に学生の同行訪問をさせて頂いております。

臨地実習は、看護師として必要な既習の知識・技術・態度を統合し、対象に応じた看護実践するための基礎的能力を養うことを目的としています。

当訪問看護ステーションとしても、将来的に素晴らしい看護師に成長してもらうために、臨地実習の学生には、なるべく多くの体験をさせたいと考えておりますので、皆様のご協力をお願い致します。つきましては定期訪問させて頂く際に、学生の同行訪問に協力して頂きたくお願い申し上げる所存でございます。

1、学生が看護援助を行う場合、事前に十分かつわかりやすい説明をおこない、利用者・家族の同意を得て行います。
2、学生が看護援助を行う場合、安全性の確保を最優先し、事前に教員や看護師の助言・指導を受け、技術を習得してから臨みます。
3、利用者・家族は、学生の実習に関する意見や質問等があれば、いつでも看護師に直接尋ねることができます。
4、利用者・家族は臨地実習の説明に同意した後も、学生が行う看護援助に対して無条件に拒否できます。また拒否したことを理由に看護及び診療上の不利益な扱いを受けることはございません。
5、学生は臨地実習を通して知り得た利用者・御家族様に関する個人情報につきましては、実習目的以外に利用することはございません。また、学習の課程においても記録等の保管を十分にし、不必要に他者に漏らすことがないようプライバシーの保護に留意していきます。
6、学生の同行訪問を控えたいとお考えの方には、同行しないよう配慮させて頂きます。

学生の実習に関する意見や質問がありましたら、いつでも同行の看護師にお尋ね下さい。

学生の同行訪問に

同意します　・　同意しません

ご利用者名　：

代理人（ご家族）

※どちらかに〇をつけて下さい。

御協力ありがとうございました、
今後とも看護学生の育成に御協力お願い致します。

訪問看護ステーション北彩都