訪問看護サービス契約書
（医療保険）
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　（医療保険用）

様（以下「利用者」といいます）と、指定訪問看護事業者である訪問看護ステーション北彩都（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、後期高齢者医療制度等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し療養上の世話又は診療の補助をその内容とした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）

この契約の期間は、契約締結の日から、利用者の終了の意思表示をされるまでの期間とします。
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。

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、「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は、速やかに「訪問看護計画」の変更等の対応を行います。
３　緊急時の訪問看護体制は整えてありますので、24時間いつでもご連絡いただけます。
又、その状況により必要時の訪問を致します。

第4条（サービス提供の記録等）

事業者は、「訪問看護記録」等の記録を作成した後３年間はこれを適正に保存します。
又、法的に必要な時は利用者の求めに応じてその写しを交付致します。

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、その期間満了までに利用者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　事業者は、前項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。

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者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、利用者の主治医等と協議し、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

２ 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

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利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償致します。

ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

第10条（個人情報保護）

１ 事業者は、サービスを提供する上に知り得た利用者及びその家族に関する秘密・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。

２ 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。

第11条（苦情対応）

１ 利用者は提供されたサービスに対して苦情がある場合には、事業者、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 この契約及び医療制度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、医療保険制度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、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

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）サービスの提供は「訪問看護計画」に基づいて行います。尚、「訪問看護計画」は利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

（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。

４ 利用者負担金 （別紙参照）

（１）利用者からいただく利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で下記のとおりです。

※利用者負担金（医療保険法定利用料）

<table>
<tr><td>後期高齢者の対象の方</td><td>・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合となります。<table><tr><td>①</td><td>一般（②、③以外の方）</td><td>一割負担</td><td>月額上限　　１８０００円</td></tr><tr><td>②</td><td>住民税非課税世帯の方</td><td>一割負担</td><td>月額上限　　８０００円</td></tr><tr><td>③</td><td>一定以上の方※</td><td>三割負担</td><td>月額上限　　５７６００円</td></tr></table>※一定以上所得者
同一世帯に一定の所得以上（課税所得１４５万円以上）の70歳以上の方、または老人保険対象者がいる方。ただし、７０歳以上の方および老人保険対象者の収入の合計が一定未満（単身世帯の場合：年収４８４万円未満、二人以上世帯の場合６２１万円未満の方は老人保健の窓口に届け出て認められれば一割負担となります。</td></tr>
<tr><td>一般の健康保険等（別紙参照）</td><td>・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合となります。
・重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は市町村により自己負担額が変わります。

・特定医療疾患対象者の方の自己負担は上限があります。</td></tr>
</table>

※1ヵ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を各市町村へ申請致しますと超えた金額が高額療養費として支給されます。　　※いずれも医療費控除の対象となります。

（２）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、現金または振り込みでお支払いください。
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を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）交通費は片道１０ｋｍ以上の訪問につき、１回500円いただきます。

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認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。
（７）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ことはできません。

医療保険訪問看護料金内容　　2026年

訪問看護基本療養費Ⅰ	週３日までの利用（１回につき１時間30分程度
	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に限り 利用制限なし。週４日以降１日につき。
訪問看護管理療養費	訪問看護に必要な計画的な管理を要する費用
ベースアップ評価料（Ⅰ）	「訪問看護管理療養費」を算定する利用者1人につき月1回まで算定
訪問看護医療DX情報活用加算	マイナ保険証の利用等を通じて、オンライン資格確認システムによる資格情報の確認
訪問看護物価対応料1	「訪問看護管理療養費」を算定する利用者1人につき月1回まで算定
難病等複数回訪問加算	厚生労働大臣が定める疾病等の利用者および主治医が必要と認め、特別指示書が交付された場合に限り１日２回または３回の訪問ができる
２４時間対応体制加算	２４時間連絡体制にあり、緊急時訪問看護を必要に応じて行う
緊急時訪問看護加算	利用者やその家族の緊急の求めに応じて訪問した場合
訪問看護ターミナル療養費	死亡日及び死亡日前１４日以内に２回以上ターミナルケアを行った場合
特別管理加算Ⅰ・Ⅱ	留置カテーテル、人工肛門など特別な管理を行う場合に算定
訪問看護情報提供療養費	利用者の同意を得て利用者の居住地の市町村・学校・病院施設等に訪問看護の情報提供を行った場合
在宅患者緊急時カンファレンス加算	急変に伴い、関係する他医療従事者と共同で在宅でカンファレンスを行い療養指導を行った場合
長時間訪問看護加算	訪問時間が90分を超えた場合、週１回に限り算定 特別管理加算を算定する場合に算定
退院時共同指導加算	退院、退所にあたり、医療機関等の職員と協働し療養上の指導を行い文章で提供を行った場合
退院時支援指導加算	厚生労働大臣が定める疾病等や特別管理加算の対象となる利用者に対して退院日に在宅で療養上の指導を行った場合
在宅患者連携指導加算	医療保険における在宅患者連携指導加算とは、訪問診療や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導を実施している医療機関や薬局と情報を共有
看護・介護職員連携強化加算	訪問看護職員が訪問介護員等に対して、痰の吸引等に係る計画書や報告書の作成、および緊急時等の対応について助言する
複数名訪問看護加算	1人で看護を行うことが困難な場合、看護師等が2名で訪問看護を行うこと
夜間・早朝訪問看護加算	夜間（18：00～22：00）・早朝（6：00～8：00）
深夜訪問看護加算	深夜（22：00～6：00）
訪問看護医療情報連携加算	ICTを用いた多職種間のリアルタイムな情報共有および計画的な看護管理
特別管理指導加算	特別管理加算算定に該当する方で、退院時指導加算を算定する場合に加算される

死後処置料（保険外）	お亡くなりになった後のケア	5000円（税込）/回
	セーフティーセット使用場合	8300円（税込）/回

医療保険訪問看護料金表　2026年

〔訪問看護〕＿利用料金（1回につき）　　【　　】内は准看が行った場合

	料金	1割	2割	3割
訪問看護基本療養費Ⅰ （看護師等：週3日まで）	5550円	555円	1110円	1665円
	【5050円】	505円	1010円	1515円
訪問看護基本療養費Ⅰ （看護師等：週4日以降）	6550円	655円	1310円	1965円
	【6050円】	605円	1210円	1815円
訪問看護管理療養費 （月の初日の場合）	7710円	771円	1542円	2313円
訪問看護管理療養費 （月の2日目以降）	3010円	301円	602円	903円
ベースアップ評価料（Ⅰ）	1830円	180円	370円	550円
訪問看護医療DX情報活用加算（月1回）	50円	5円	10円	15円
訪問看護物価対応料1　（月初日）	60円	6円	12円	18円
（月2回目以降）	20円	2円	4円	6円
難病等複数回訪問加算（ 1日2回）※	4500円	450円	900円	1350円
（ 1日3回以降）※	8000円	800円	1600円	2400円
24時間対応体制加算	6800円	680円	1360円	2040円
緊急訪問看護加算（ 1日につき） ※月14回まで	2650円	265円	530円	795円
緊急訪問看護加算（ 1日につき） ※月15回から	2000円	200円	400円	600円
訪問看護ターミナルケア療養費１	25000円	2500円	5000円	7500円
特別管理加算	2500円	250円	500円	750円
特別管理加算 （重症度等の高いご利用者）	5000円	500円	1000円	1500円
訪問看護情報提供療養費１ （１月につき）	1500円	150円	300円	450円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2000円	200円	400円	600円
長時間訪問看護加算	5200円	520円	1040円	1560円
退院時共同指導加算	8000円	800円	1600円	2400円
退院時支援指導加算	6000円	600円	1200円	1800円
退院時支援指導加算 （ 90分を超える指導）	8400円	840円	1680円	2520円
在宅患者連携指導加算	3000円	300円	600円	900円
複数名訪問看護加算 /看護師等 （週１日）※	4500円	450円	900円	1350円
看護・介護職員連携強化加算	2500円	250円	500円	750円
夜間・早朝訪問看護加算	2100円	210円	420円	630円
深夜訪問看護加算	4200円	420円	840円	1260円
訪問看護医療情報連携加算	1000円	100円	200円	300円
特別管理指導加算	2000円	200円	400円	600円

※1日3回目以降の訪問は、保険請求対象外となりますので自費(保険外)でお支払い頂く場合があります。基本単価6000円／時間

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