

# 訪問看護重要事項説明書

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

## 1 訪問看護ステーションSUMUTOCODE 概要

### (1) 提供できるサービスの地域

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| 事業者名称       | 株式会社UNITEON                          |
| 所在地         | 〒861-3811<br>熊本県上益城郡山都町大平 2 7 8 番地 1 |
| 介護保険事業所番号   | 4 3 6 2 8 9 0 2 5 5                  |
| 法人種別        | 株式会社                                 |
| 代表者         | 高木 大輔                                |
| 電話番号        | 0 9 6 7 - 7 2 - 9 5 2 5              |
| サービスを提供する地域 | 山都町浜町地区、山都町城平地区                      |

### (2) 職員体制と職務内容

| 職種             | 資格      | 常勤  | 非常勤 | 職務内容              | 計   |
|----------------|---------|-----|-----|-------------------|-----|
| 管理             | 看護師     | 1名  | 0名  | 従事者の管理及び業務の一元的な管理 | 1名  |
| 訪問看護           | 看護師     | 1名  | 1名  | 訪問看護サービスの提供       | 2名  |
| 訪問看護           | 准看護師    | 1 名 | 1名  | 訪問看護サービスの提供       | 2名  |
| 訪問看護<br>(リハビリ) | 作業療法士   | 0 名 | 0 名 | 訪問看護サービスの提供       | 0 名 |
| 訪問看護<br>(リハビリ) | 理学療法士   | 1名  | 1名  | 訪問リハビリサービスの提供     | 2名  |
| 訪問看護<br>(リハビリ) | 言語聴覚療法士 | 0 名 | 0 名 | 訪問リハビリサービスの提供     | 0 名 |
| 事務             |         | 2名  | 0名  | 事務所の必要な事務処理       | 2 名 |

## 2 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

訪問看護ステーションSUMUTOCODEは、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供を確保することを目的とする。

### (2) 運営方針

当事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営む事が出来る様に配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。

## 3 事業所窓口の営業日及び営業時間

### (1) 営業日・時間

|     |                      |
|-----|----------------------|
| 営業日 | 月・火・水・木・金・土          |
| 休日  | 日・祝日・年末年始（12/29～1/3） |

### (2) サービス提供時間

|          |                                                                                                  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供時間 | 9：00～17：00                                                                                       |
| サービス提供時間 | 営業日・営業時間帯に関わらず、24 時間体制を取っておりますので、緊急時などは時間外でも対応いたします。ただし、時間外の場合には利用料が異なります。（利用料金は別紙の料金表を参照して下さい。） |

※時間帯については、下記を参照してください。

- ・早朝・・・午前6時～午前8時
- ・夜間・・・午後6時～午後10時
- ・深夜・・・午後10時～午前6時

## 4 サービス提供内容

### ①看護介護行為（利用者に対して）

- ・バイタルチェック（血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定）
- ・身体の保清（清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など）
- ・療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導など）

### ②医療的処置行為

- ・創傷及び褥瘡処置
- ・人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・経鼻チューブ・胃瘻チューブ管理ケア
- ・尿道留置カテーテル・自己導尿管理ケア
- ・在宅酸素療法管理ケア
- ・在宅人工呼吸器管理ケア
- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・排泄管理ケア（浣腸・摘便）

### ③リハビリ援助行為

- ・拘縮予防
- ・認知予防指導（趣味の活用・遊ビリテーションなど）

④介護者 に対して

- ・介護の方法指導・介護福祉など社会資源の紹介
- ・褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導（介助の工夫・方法など）
- ・室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する対応方法など
- ・介護者の健康相談・助言

## 5 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るものとします。
- (2)利用者は訪問看護ステーションに規定料金表(別紙)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)交通費、及びキャンセル料については、規定料金表(別紙)に定めたとおりの費用を支払うものとします。

## 6 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)その他の費用の請求及び支払い方法について

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 利用料、利用者負担額<br>(介護保険を適用する場合)<br>その他の費用の請求方法等  | <p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 <b>20日</b>までに利用者宛にお届け（郵送）します。</p>                                                                                                             |
| ② 利用料、利用者負担額<br>(介護保険を適用する場合)<br>その他の費用の支払い方法等 | <p>ア 請求月の <b>27日</b>までにお支払い下さい。</p> <p>(ア)事業者指定口座への振り込み</p> <p>(イ)利用者指定口座からの自動振替</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)</p> <p>ウ <u>※領収書の再発行は致しませんので大切に保管ください。再発行の場合には手数料500円をご負担して頂きます。</u></p> |

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3ヶ月以上遅延し催告したにもかかわらず1ヶ月以上遅延した場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

医師、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からサービス利用のご相談、ご依頼があった場合、サービス開始前に当事業所職員が、ご自宅へお伺いいたします。契約締結後、医師の指示及び居宅サービス計画書に基づき訪問看護計画書を作成し、サービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者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される場合はいつでもお申し出ください。

- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヵ月までに文書で通知いたします。

- ③ 自動終了

(以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・ 利用者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利用者様の要介護認定区分が、[自立]と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

- ④ その他

- ・ 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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業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、当事業所より文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者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、速やかに事業所に申告してください。
- ・ 気象庁による警報発令時、または大雨、強風、積雪等の悪天候、自然災害などによりサービスの実施が著しく危険であると事業所が判断したときには、事業者からの申し出により、曜日の変更及び時間変更をお願いする場合があります。

## 8 緊急事態の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

|     |      |  |
|-----|------|--|
| 主治医 | 医療機関 |  |
|     | 主治医名 |  |
|     | 電話   |  |
| ご家族 | 氏名   |  |
|     | 電話番号 |  |

## 9 事故発生時の対応方法について

- ・利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・訪問看護のサービス提供に伴い事業者は損害賠償補償制度に加入します。

## 10 サービスの内容に関する苦情

訪問看護ステーションの訪問看護に関するご相談・苦情を承ります。

|               |                                                                    |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】      | 訪問看護ステーションSUMUTOCODE<br>所在地 熊本県上益城郡山都町城平340-1<br>電話番号 0967-72-9525 |
| 【市町村（保険者）の窓口】 | 山都町福祉課<br>所在地 上益城郡山都町浜町6番地<br>電話番号 0967-72-1677                    |
| 【公的団体の窓口】     | 熊本県国保連合会（苦情相談窓口）<br>所在地 熊本県熊本市東区健軍2丁目4-10<br>電話番号 096-214-1101     |

訪問看護の提供開始にあたり、利用者（但し利用者が判断能力に障害がみられる場合においては、家族・成年後見人との契約となる）に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和      年      月      日

名称                      訪問看護ステーションSUMUTOCODE  
事業者 所在地          熊本県上益城郡山都町城平340番地1

説明者 氏 名          高木 理恵

## 医療保険による訪問看護

健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険等の加入保険の負担金割合（1～3 割）により、算定いたします。

◎介護保険から医療保険への適応保険変更

介護保険の要支援・要介護認定を受けた方でも、次の場合は自動的に適応保険が介護保険から医療保険へ変更になります。

### 1.厚生労働大臣が定める疾病等の場合（※以下のものが当てはまります）

- ①多発性硬化症 ②重症筋無力症 ③スモン ④筋委縮性軸索硬化症 ⑤脊髄小脳変性症
- ⑥ハンチントン病 ⑦進行性筋ジストロフィー
- ⑧パーキンソン関連疾患（進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症、及びパーキンソン病（ホーエンヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害がⅡ度またはⅢ度のものに限る）
- ⑨多系統委縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳委縮症およびシャイ・ドレガー症候群）
- ⑩プリオン病 ⑪亜急性硬化性全脳炎 ⑫ライソゾーム病 ⑬副腎白質ジストロフィー
- ⑭脊髄性筋委縮症 ⑮球脊髄性筋委縮症 ⑯慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑰後天性免疫不全症候群 ⑱脊髄損傷 ⑲人工呼吸器を使用している状態のもの

### 2. 病状の悪化により悪性腫瘍の終末期になった場合

### 3. 主治医より特別訪問看護指示書が交付された場合（いずれも主治医が判断します。）

※状態の急激な増悪

※退院直後の 14 日間など

## 【訪問看護ステーション SUMUTOCODE 利用料金表】

### ▼医療保険料金表

2026 年 6 月 1 日改定

| 項 目                                       |                 | 料 金     |         |
|-------------------------------------------|-----------------|---------|---------|
| 基本療養費Ⅰ※<br>(看護師等:週 3 日まで)                 | 看護師             | 5,550 円 |         |
|                                           | 准看護師            | 5,050 円 |         |
|                                           | 理学療法士           | 5,550 円 |         |
| 基本療養費Ⅰ※<br>(看護師等:週 4 日以降)                 | 看護師             | 6,550 円 |         |
|                                           | 准看護師            | 6,050 円 |         |
|                                           | 理学療法士           | 5,550 円 |         |
| 基本療養費Ⅱ※<br>(同一建物居住者で同一日<br>に 2 人訪問した場合)   | 看護師等<br>週 3 日まで | 看護師     | 5,550 円 |
|                                           |                 | 准看護師    | 5,050 円 |
|                                           |                 | 理学療法士   | 5,550 円 |
|                                           | 看護師等<br>週 4 日以降 | 看護師     | 6,550 円 |
|                                           |                 | 准看護師    | 6,050 円 |
| 基本療養費Ⅱ※<br>(同一建物居住者で同一日<br>に 3 人以上訪問した場合) | 看護師等<br>週 3 日まで | 看護師     | 2,780 円 |
|                                           |                 | 准看護師    | 2,530 円 |
|                                           |                 | 理学療法士   | 2,780 円 |
|                                           | 看護師等<br>週 4 日以降 | 看護師     | 3,280 円 |
|                                           |                 | 准看護師    | 3,030 円 |
| 基本療養費Ⅲ                                    |                 | 8,500 円 |         |
| 訪問看護管理療養費                                 | 月の初日の場合         | 7,710 円 |         |
|                                           | 月の 2 日目以降       | 3,010 円 |         |

※ 基本療養費Ⅰ・Ⅱともに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問の場合は、週 4 日以降も週 3 日までの料金が適用されます。

▼ 各種加算（加算の利用者様負担額は負担割合によって異なります。）

| 項 目                      | 利用料金                                         |
|--------------------------|----------------------------------------------|
| 緊急訪問看護加算（1日につき、14日目まで）   | 2,650 円                                      |
| 緊急訪問看護加算（1日につき、15日目以降）   | 2,000 円                                      |
| 早朝・夜間訪問看護加算              | 2,100 円                                      |
| 深夜訪問看護加算                 | 4,200 円                                      |
| 難病等複数回訪問加算（1日2回）         | 4,500 円                                      |
| 難病等複数回訪問加算（1日3回以降）       | 8,000 円                                      |
| 長時間訪問看護加算                | 5,200 円                                      |
| 乳幼児加算                    | 1400 円                                       |
| 乳幼児加算（別に厚生労働大臣が定める者）     | 1,800 円                                      |
| 複数名訪問看護加算 / 看護師等（週1日）    | 4,500 円                                      |
| 複数名訪問看護加算 / 准看護師（週1日）    | 3,800 円                                      |
| 複数名訪問看護加算 / 看護補助者（1日複数回） | 1日1回:3,000 円 1日2回:6,000 円<br>1日3回以上:10,000 円 |
| 複数名訪問看護加算 / 看護補助者（週3日）   | 3,000 円                                      |
| 24時間対応体制加算               | 6,520 円                                      |
| 特別管理加算(Ⅰ)（重症度が高い利用者）     | 5,000 円                                      |
| 特別管理加算(Ⅱ)                | 2,500 円                                      |
| 退院時共同指導加算                | 8,000 円                                      |
| 特別管理指導加算                 | 2,000 円                                      |
| 退院支援指導加算                 | 6,000 円                                      |
| 退院支援指導加算（長時間）            | 8,000 円                                      |
| 在宅患者連携指導加算               | 3,000 円                                      |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス加算        | 2,000 円                                      |
| 看護・介護職員連携強化加算            | 2,500 円                                      |
| 訪問看護情報提供療養費（1月につき）       | 1,500 円                                      |
| 訪問看護ターミナルケア療養費 1         | 25,000 円                                     |
| 訪問看護ターミナルケア療養費 2         | 10,000 円                                     |
| 訪問看護物価対応料Ⅰ（月の初日）         | 60 円                                         |
| 訪問看護物価対応料Ⅰ（月の2日目以降）      | 20 円                                         |



▼ その他の費用について

|                                            |                                                                        |                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| ① 交通費                                      | 通常の実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、<br>月額一律１０００円を徴収する。<br>また、山都町外は月額一律２０００円を徴収する。 |                            |
| ② キャンセル料                                   | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。       |                            |
|                                            | ２時間前までのご連絡の場合                                                          | キャンセル料は不要です                |
|                                            | 担当者到着までにご連絡のない場合                                                       | １提供当りの料金の<br>１００％を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 |                                                                        |                            |
| エンゼルケア（死後の処置）                              | １００００円（税込）                                                             |                            |

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問看護についての重要事項及び利用料金の説明を受け、同意いたします。

令和            年            月            日

利用者 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_（続柄            ） 印

令和            年            月            日

代理人 \_\_\_\_\_ 印

# 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

|         |                                                                                                                                                                                         |                                           |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|         |                                                                                                                                                                                         | 令和            年            月            日 |
| 事 業 者   | 住 所                                                                                                                                                                                     | 熊本県上益城郡山都町大平 2 7 8 番地 1                   |
|         | 氏 名                                                                                                                                                                                     | 株式会社 UNITEON<br>代表取締役 高木 大輔               |
| 利用者     | 住 所                                                                                                                                                                                     |                                           |
|         | 氏 名                                                                                                                                                                                     | 印                                         |
| 利用者家族   | 住 所                                                                                                                                                                                     |                                           |
|         | 代理人兼家族代表                                                                                                                                                                                | 印            続柄                           |
| 使用する目的  | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療保険サービスを円滑に提供するために実施される。</li><li>・ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。</li><li>・ 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。</li><li>・ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。</li></ul> |                                           |
| 利 用 期 間 | サービス提供契約期間に準ずる。                                                                                                                                                                         |                                           |
| 利 用 条 件 | 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外には利用しません。また、契約期間外においても第三者に漏らしません。                                                                                                                        |                                           |

緊急時訪問看護  
24 時間対応体制

同意書

熊本県上益城郡山都町城平 340 番地 1  
訪問看護ステーション SUMUTOCODE 殿

私は、担当者より重要事項説明書で緊急時の対応方法についての説明を受け、このサービスを利用することに同意いたします。

|       |    |        |
|-------|----|--------|
| 利用者   | 住所 |        |
|       | 氏名 | 印      |
| 署名代行者 | 住所 |        |
|       | 氏名 | (続柄) 印 |
| 代理人   | 住所 |        |
|       | 氏名 | 印 (続柄) |

令和            年            月            日