

# 重要事項説明書

## (訪問看護サービス)

【令和 年 月 日現在】

### 1. サービスの内容

- (1) 要介護状態にあるご利用者が、その居宅（自宅）において看護師その他政令で定めた者により行われる、入浴、排せつ、食事等の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持・回復を図り、ご利用者の生活機能の維持又は向上を目指すサービスである指定訪問看護サービスを提供することを目的とします。
- (2) ケアメディカルは、ご利用者の心身機能、環境状況等を踏まえて、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率的・柔軟性を考慮した上で、ご利用者のできることはご利用者が行うことを中心としたサービス提供に努めます。
- (3) ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護サービスを、24時間体制で提供します。訪問看護サービス実施にあたり、サービス従業者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保険医療・福祉など関係期間との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。
- (4) サービス内容の詳細については、適切なアセスメントによりご利用者の希望を確認したうえで計画書を作成し、実施します。
- (5) ケアメディカルは、指定の時間帯において次の【サービス内容】のサービスを提供します。

## 【サービス内容】

- ・身体状況や病状の観察と療養指導
- ・体温・血圧・脈拍の測定や状態観察
- ・日常生活（食事・排泄等）の支援
- ・栄養状態の管理
- ・日常生活動作の訓練・支援
- ・療養生活の相談・支援
- ・内服薬の管理や指導・支援
- ・栄養、清潔、排泄などの日常生活の援助
- ・機能訓練などのリハビリテーション
- ・認知症の方の看護とご家族への相談・支援
- ・ターミナルケア
- ・介護相談・指導、精神的などご家族様への支援
- ・福祉用具や住宅改修のアドバイス
- ・医療処置や医療機器の管理、点滴などの輸液管理
- ・人工肛門の管理・処置
- ・胃瘻の管理・処置
- ・糖尿病の方のインシュリンの処置・管理
- ・褥瘡（床ずれ）の処置・管理
- ・留置カテーテルの処置・管理
- ・摘便等の排便コントロール管理

## 2. サービス提供について

- (1) ケアメディカルは、適切なアセスメントに基づいて作成された訪問看護計画書に沿ったサービス提供を行います。
- (2) サービス提供を行う訪問看護師は、ケアメディカルが選出を行います。
- (3) サービス提供を行う訪問看護師の指名・指定は承っておりません。
- (4) ケアメディカルが、アセスメントに基づいて作成した訪問看護計画書に沿ったサービスを、安定的かつ継続的に行う為に必要と判断した場合、複数名の訪問看護員によるサービス提供を行います。

## 3. サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問看護記録書」に必要事項を記入して、ご利用者の確認を受けることとします。確認を受けた後、その控えをご利用者に交付します。
- (2) ケアメディカルは、前記の「訪問看護記録書」の記録をサービス終了後2年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担（1枚10円）によりその写しを交付します。

#### 4. サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者（管理者・サービス提供責任者等）は、次のとおりです。尚、

サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名： 三宅 亜記 連絡先（電話）： 048-577-6400

#### 5. 利用者負担金

##### （1）利用料

介護保険からの介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として基本料金（利用料金表）の1割、2割または3割です。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の支給限度額の範囲を超えたサービスや、介護保険の給付対象外のサービス利用は、全額自己負担となります。

また、要介護認定区分が自立と判定した方など、何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。

医療保険についても利用者負担金は、原則として基本料金（利用料金表）の1割、2割または3割となります。

#### 訪問看護料金表【介護保険】

＜要介護＞

\* 地域区分別、1単位 10.42 円（6級地）

時間帯 8時～18時	費用額	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
20分未満 314単位 (283単位)	3,271円 (2,948円)	328円 (295円)	655円 (590円)	982円 (885円)
20分以上30分未満 471単位(424単位)	4,907円 (4,418円)	491円 (442円)	982円 (884円)	1,473円 (1,326円)
30分以上60分未満 823単位(741単位)	8,575円 (7,721円)	858円 (773円)	1,715円 (1,545円)	2,573円 (2,317円)
60分以上90分未満 1,128単位(1,016単位)	11,753円 (10,586円)	1,176円 (1,059円)	2,351円 (2,118円)	3,526円 (3,176円)
理学療法士等 (20分/回) 294単位	3,063円	307円	613円	919円
事業所と同一建物の利用 等にサービスを行う場合	同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物 の利用者20人以上にサービスを行う場合			所定単位数の 10%減算
	同一敷地内建物等の利用者50人以上にサービスを 行う場合			所定単位数の 15%減算

## &lt;要支援&gt;

\* 地域区分別、1単位 10.42 円 (6級地)

時間帯 8時～18時	費用額	利用者負担金		
		1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
20分未満 303単位 (273単位)	3,157円 (2,844円)	316円 (285円)	632円 (569円)	948円 (854円)
20分以上 30分未満 451単位 (406単位)	4,699円 (4,230円)	470円 (423円)	940円 (846円)	1,410円 (1,269円)
30分以上 60分未満 794単位 (715単位)	8,273円 (7,450円)	828円 (745円)	1,655円 (1,490円)	2,482円 (2,235円)
60分以上 90分未満 1,090単位 (981単位)	11,357円 (10,222円)	1,136円 (1,023円)	2,272円 (2,045円)	3,408円 (3,067円)
理学療法士等 (20分/回) 284単位	2,959円	296円	592円	888円
事業所と同一建物の利用等にサービスを行う場合	同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20人以上にサービスを行う場合			所定単位数の 10%減算
	同一敷地内建物等の利用者 50人以上にサービスを行う場合			所定単位数の 15%減算

※夜間 (18:00～22:00)・早朝 (6:00～8:00) の場合 上記単位数の 25%増

※深夜 (22:00～6:00) の場合 上記単位数の 50%増

※カッコ内は准看護師が訪問看護を行った場合

## &lt;病状・状態により下記の料金が加算されます&gt;

	費用額	利用者負担金			
		1割負担	2割負担	3割負担	
特別管理加算	(I) 500単位 (II) 250単位	5,210円 2,605円	521円 261円	1,042円 521円	1,563円 782円
ターミナルケア加算	2,500単位	26,050円	2,605円	5,210円	7,815円
遠隔死亡診断補助加算	150単位	1,563円	157円	313円	469円

重訪 01-03 (20180306)

複数名訪問加算 (30分未満)	254 単位	2,646 円	265 円	530 円	794 円
複数名訪問加算 (30分以上)	402 単位	4,188 円	419 円	838 円	1,257 円
口腔連携強化加算	50 単位	521 円	53 円	105 円	157 円
専門管理加算	250 単位	2,605 円	261 円	521 円	782 円
長時間訪問看護加算	300 単位	3,126 円	313 円	626 円	938 円
初回加算Ⅱ	300 単位	3,126 円	313 円	626 円	938 円
退院時共同指導加算	600 単位	6,252 円	626 円	1,251 円	1,876 円
緊急時訪問看護加算Ⅱ	574 単位	5,981 円	599 円	1,197 円	1,795 円

### 訪問看護料金表【医療保険】

#### ＜保険単位と基本料金表＞

後期高齢者（75歳以上）		1割		
健康保険	国民健康保険	高齢受給者 (70歳～74歳)	2割	
		一般（70歳未満）	3割	

※現役並みの所得者の方は3割

＜基本利用料金明細＞ ※病状・状態によって下記の金額が加算されます

		料金	利用者負担金		
			1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護基本療養費Ⅰ (1日につき)	週3日まで(看護師の場合)	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	週4日目以降(看護師の場合)	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
	週3日まで(准看護師の場合)	5,050 円	505 円	1,010 円	1,515 円
	週4日目以降(准看護師の場合)	6,050 円	605 円	1,210 円	1,815 円
	理学療法士・作業療法士の場合	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
訪問看護基本療養費Ⅱ (1日につき) ※同一建物居住者 (同一日に2人まで)	週3日まで(看護師の場合)	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	週4日目以降(看護師の場合)	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
	週3日まで(准看護師の場合)	5,050 円	505 円	1,010 円	1,515 円
	週4日目以降(准看護師の場合)	6,050 円	605 円	1,210 円	1,815 円
	理学療法士・作業療法士の場合	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円

訪問看護基本療養費Ⅱ (1日につき)	週3日まで(看護師の場合)	2,780円	278円	556円	834円
	週4日目以降(看護師の場合)	3,280円	328円	656円	984円
※同一建物居住者 (同一日に3人以上)	週3日まで(准看護師の場合)	2,530円	253円	506円	759円
	週4日目以降(准看護師の場合)	3,030円	303円	606円	909円
	理学療法士・作業療法士の場合	2,780円	278円	556円	834円
訪問看護基本療養費Ⅲ (外泊時)	入院中に1回(厚生労働大臣が定める疾病等は入院中に2回)	8,500円	850円	1,700円	2,550円
	複数名訪問看護加算(看護師:週1回、1日につき)	4,500円	450円	900円	1,350円
難病等複数回訪問加算 (1日ごと)	1日2回訪問の方	4,500円	450円	900円	1,350円
	1日3回以上訪問の方	8,000円	800円	1,600円	2,400円
	早朝・夜間加算(6:00~8:00・18:00~22:00)	2,100円	210円	420円	630円
	深夜加算(22:00~6:00)	4,200円	420円	840円	1,260円
訪問看護管理療養費 (1日につき)	月の初日	7,670円	767円	1,534円	2,301円
	2日目以降	3,000円	300円	600円	900円
	長時間訪問看護加算(週1回まで)	5,200円	520円	1,040円	1,560円
緊急時訪問看護加算	1日につき→14日目まで	2,650円	265円	530円	795円
	15日目以降	2,000円	200円	400円	600円
特別管理加算	I	5,000円	500円	1,000円	1,500円
	II	2,500円	250円	500円	750円
退院時共同指導加算(1月につき) ※利用者の状態に応じ月2回を限度		8,000円	800円	1,600円	2,400円
特別管理指導加算		2,000円	200円	400円	600円
退院支援指導加算 1回の退院支援指導が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が90分を超えた場合		6,000円	600円	1,200円	1,800円
		8,400円	840円	1,680円	2,520円
在宅患者連携指導加算(1月につき)		3,000円	300円	600円	900円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算(1月に2回)		2,000円	200円	400円	600円
ターミナル療養費24時間対応体制加算		25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
機能強化型訪問看護管理療養費1		13,230円	1,323円	2,646円	3,969円
機能強化型訪問看護管理療養費2		10,030円	1,003円	2,006円	3,009円
機能強化型訪問看護管理療養費3		8,700円	870円	1,740円	2,610円
機能強化型訪問看護療養費(上記以外)		7,670円	767円	1,534円	2,301円
訪問看護管理療養費1(月の2回目以降)		3,000円	300円	600円	900円

訪問看護管理療養費 2 (月の2回目以降)	2,500 円	250 円	500 円	750 円
24時間対応体制加算 (1月につき)	6,520 円	652 円	1,304 円	1,956 円
情報提供療養費 (1月につき)	1,500 円	150 円	300 円	450 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
訪問看護ベースアップ評価料 (I) (月1回)	780 円	78 円	156 円	234 円
訪問看護ベースアップ評価料 (II) 1	10 円	1 円	2 円	3 円

※介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納などにより、保険給付金が直接ケアメディカルに支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂きます。後日、区市町村の窓口へケアメディカルの発行するサービス提供証明書を提出すると差額の払戻しを受けることができます。

## (2) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、通常の事業の実施地域を超えた地点よりご利用者宅までの下記の料金がかかります。

- ① 実施地域以外から片道5キロメートル未満 無料
- ② 実施地域以外から片道5キロメートル以上 1,000円

## (3) 支払方法

ご利用者は下記の支払方法からいずれかひとつを選択し、当月1日から末日までの合計額を、その選択した方法にてご利用者様負担金等の料金を支払います。

※口座名義はいずれも「株式会社ケアメディカル」です。(カブシキガイシャケアメディカル)

### ① 口座自動引き落とし

ケアメディカルは翌月の27日頃にご利用者の口座から自動引き落としをします。引き落としの手数料はケアメディカルが負担します。

※サービス利用料金は【訪問看護計画書】に準ずるものとします。

### ③ 銀行振込

ご利用者は料金の合計額を翌日末日までに下記口座に振込送金して支払います。振込手数料はご利用者が負担します。

八十二銀行 振込 大宮支店 普通預金口座 (口座番号 315233 )

## 6. キャンセル

(1) ご利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記の管理者）までご連絡ください。

氏名： 三宅 亜記 連絡先（電話） 048-577-6400

※キャンセル料金はかかりません。

## 7. その他

(1) ご利用者が訪問看護師の交代を希望される場合には、できる限り対応しますので前記の管理者までご相談ください。但し、ご利用者都合による度重なる訪問看護員の交代希望につきましては、サービス提供の継続が困難となり、契約終了となる場合がございます事をご了承ください。

(2) サービス提供を行う訪問看護師は、ケアメディカルにて選出を行うものとし、ご利用者にて指名、指定できるものではありません。

## 8. ケアメディカル訪問看護事業所の概要

### (1) 事業所名および所在地

事業所名	ケアメディカル訪問看護事業所
所在地	埼玉県北本市深井1丁目32-1
電話番号	048-577-6400
FAX番号	048-544-2401
介護保険指定番号	1165390083
営業時間	午前9:00～午後6:00
休日	年中無休
サービス提供時間帯	24時間
サービスを提供する地域	通常の事業の実施地域

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

※サービス提供時間帯により料金が異なります。ご利用者負担の利用料金は「訪問看護計画書」に準じます。

※事業所の電話受付け時間（営業時間）は、午前9:00～午後6:00となっております。サービスの提供時間帯とは異なります。

## (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名( )	名( )	1名( )
看護師	看護師	19名(2)	19名(3)	38名(5)
准看護師	准看護師	14名(1)	5名( )	19名(1)
理学療法士	理学療法士	5名(4)	1名( )	6名(4)
作業療法士	作業療法士	1名( )	名( )	1名( )
事務員		名( )	名( )	名( )

※( )内は男性再掲

(令和 7年 8月 1日現在)

## 9. 株式会社ケアメディカルの概要

名称・法人種別	株式会社ケアメディカル		
代表者役職・氏名	代表取締役 日高 幸恵		
本社所在地	埼玉県さいたま市見沼区深作三丁目27番地6		
電話番号・FAX番号	電話番号 048-680-5811	FAX番号 048-680-5812	
事業所数	訪問介護事業所		16カ所
	居宅介護支援事業所		1カ所
	サービス付高齢者向け住宅運営事業		27カ所

(令和 7年 8月現在)

## 【サービス利用のために】

事 項	有無	備 考
男性看護師の有無	有	
従業員への研修の実施	有	定期的に従業員研修を実施しています
サービススマニュアル	有	

## 10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等への連絡をいたします。サービス提供時以外で緊急を要する場合は、下記までご連絡ください。(午前9:00～午後6:00)

担当者 三宅 亜記 電話 048-577-6400

1 1. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下、理学療法士等)の訪問について  
訪問看護サービスにおける理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環として、看護師の代わりに理学療法士等が訪問することとなっております。訪問看護計画書および訪問看護報告書の作成について、お客様の状態について適切に評価を行い、看護師との連携に努めて作成が必要となることから当ステーション看護師が通常の理学療法士等の訪問とは別に定期的に訪問させて頂きます。看護師の訪問についてはお客様の状態に合わせて、少なくとも利用開始時とその後3か月に1回の頻度にて看護師が訪問いたします。

## 1 2. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について事故報告書を作成し、その内容を社長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。事故報告書は作成後5年間保管することとします。また、サービスの提供にともなって、ケアメディカルの責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実に行うこととします。

## 1 3. 虐待の防止について

- (1) 事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を従業員に周知徹底を図る
  - ② 虐待の為の指針を整備
  - ③ 従業員に対する虐待防止の啓発・普及するための研修を定期的に実施
  - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するために担当者を選任

虐待防止に関する責任者 : 三宅 亜記

---

## 1 4. サービス内容に関する苦情

苦情があった場合は、ご利用者の状況を把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。把握した内容をもとに検討を行い、今後の対応を決定します。必要に応じて関係者への連絡調整を行い、ご利用者に対して対応方法や結果の報告を行ないます。

- (3) 当社お客さま相談・苦情担当
- (4) 事業所管理者 : 三宅 亜記 電話 048-577-6400
- (5) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名	担当	電話
埼玉県国民健康保険団体連合会	介護福祉課 苦情対応係	048-824-2568
北本市	高齢介護課	048-591-1111
白岡市	高齢介護課	0480-92-1111
桶川市	健康福祉部 高齢介護課	048-786-3211
上尾市	高齢介護課	048-775-5124
鴻巣市	介護保険課	048-541-1321
春日部市	高齢者福祉課	048-736-1111
宮代町	高齢者支援課	0480-34-1111
さいたま市	介護保険課	048-829-1265
さいたま市北区	高齢介護課 介護保険係	048-669-6068
さいたま市見沼区	高齢介護課 介護保険係	048-681-6053
さいたま市岩槻区	高齢介護課 介護保険係	048-790-0155
さいたま市大宮区	高齢介護課 介護保険係	048-646-3067

## 15. 指定居宅サービスにおける個人情報の取り扱い基準の遵守について

〔平成11.3.31.厚令三十七に基づく〕

- (1) 個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集いたします。
- (2) 個人情報の利用は、訪問看護サービス契約書第8条2項にて、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- (3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で、個人情報の提供、預託を行なう場合においても、提供・預託先に適正に管理するよう、監督を行って参ります。

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

### (利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり 2 なし	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
			結果の開示

訪問看護サービス利用にあたり、ご利用者に対して、訪問看護サービス契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所 在 地	埼玉県さいたま市見沼区深作三丁目 27 番地 6	
	法 人 名	株式会社 ケアメディカル	
	代 表 者 名	代表取締役 日高 幸恵	
	事 業 所 名	ケアメディカル訪問看護事業所	印
	説明者氏名	三宅 亜記	印

私は、本書面により、ケアメディカルから訪問看護サービスについての重要事項説明を受け、個人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意の上交付を受けました。

ご利用者	住 所	〒
	氏 名	印

ご家族 または 代理人	(ご家族・代理人・その他) *該当するご関係に○をつけて下記に具体的にご記入下さい	
	ご利用者との 関係・続柄	
	住 所	
	氏 名	印

\*上記欄に署名捺印された方は、同欄の署名を持って、本契約第8条第2項に基づいて株式会社ケアメディカルが、ご利用者のご家族等の個人情報を使用することに同意したものとします。