

# 訪問看護サービス（介護保険） 契約書

訪問看護ステーション リリフル  
〒141-0001 東京都品川区北品川 5-12-1-503  
TEL : 03-5475-7733  
FAX : 03-5475-7734

## 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である 訪問看護ステーション リリフル（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、介護保険法等関係法のもとに、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）

- 1 この契約の期間は、契約締結の日から、令和 8 年 3 月 31 日までとします。
- 2 上記契約期間満了日の 3 日以上前までに利用者から書面による更新拒絶の申出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。本契約が更新された場合、更新後の契約期間は 1 年間とします。

### 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。  
利用者の状態の適切な評価のため事業者内において利用者の情報共有をさせていただきます。  
なお、理学療法士等による訪問のみを希望される利用者に対してはサービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的に看護職員が訪問させていただき、看護職員と理学療法士等が連携して「訪問看護計画」を作成させていただきます。  
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。

### 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「訪問看護記録シート」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、「訪問看護記録シート」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いたします。

### 第 5 条（利用者負担金及びその滞納による解除）

- 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を支払うべき負担金を 2 か月以上滞納した場合は、事業者は 1 か月以上の期間を定めて催告し、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ことができます。この場合、催告期間満了日に契約は解除されます。
- 3 前項の場合事業者は、利用者の主治医、介護支援専門員等に連絡する必要な措置をとります。

## 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約することができます。この場合には、3 日以上 の 予告期間をもって通知するものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

## 第 7 条（事業者の解除権）

- 1 事業者は、利用者の法令違反又は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、その理由を文書により利用者に通知し、当該通知の受領の 3 日後に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利用者に通知し、当該通知の受領の 14 日後にこの契約を解除することができます。
- 3 前 2 項の場合、事業者は、利用者の主治医、介護支援専門員等に連絡するなど、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。

- 一 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場合
- 二 第 5 条第 2 項の規定により事業者から解除の意思表示がなされ、催告期間が満了した場合
- 三 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、所定の日数が経過した時
- 四 次の理由で利用者にサービス提供できなくなった時
  - （一）利用者が医療施設に入院した場合（3 か月以上継続）
  - （二）利用者が死亡した場合

## 第 9 条（損害賠償）

- 1 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、その損害を賠償いたします。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合にはこの限りではありません。
- 2 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、前項の賠償額が減額されることがあります。

## 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え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、前項の規定にかかわらず、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等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、後期高齢者医療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（介護保険）

指定訪問看護事業者：訪問看護ステーション リリフル

当事業者が提供する訪問看護サービスについての相談・苦情窓口

電話：03-5475-7733      FAX：03-5475-7734

管理者：萩原 麻希

ご不明な点はお気軽にお尋ねください。

### 1. 事業所の概要

事業者名：訪問看護ステーション リリフル

所在地：東京都品川区北品川 5-12-1-503

事業所番号：1360990129

サービス提供地域：品川区、港区（台場を除く）

### 2. 事業所の職員体制等

| 職種       | 従事する業務            | 人員                   |
|----------|-------------------|----------------------|
| 管理者      | 業務全般              | 1 名                  |
| サービス担当職員 | 看護職               | 2.5 人以上（うち、常勤 1 名以上） |
|          | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 | 2 名以上                |
| 事務員      | 業務の事務全般           | 1 名                  |

### 3. 営業時間

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 営業日  | 月～日曜日<br>年末年始：12 月 30 日～1 月 3 日休み |
| 営業時間 | 月～日曜日、9 時～18 時                    |

### 4. 運営の方針

- (1) 訪問看護の実施に当たっては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持・向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。
- (2) 事業の実施に当たっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、総合的な支援を心がけます。

## 5. 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。

① 病状・全身状態の観察 ②清拭・洗髪等による清潔の保持 ③食事及び排泄等の日常生活の世話 ④褥瘡予防 ⑤リハビリテーション ⑥ターミナルケア ⑦認知症の看護 ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテル等の管理 ⑩その他医師の指示による医療処置

(2) 事業者は、利用者のご希望する日程により訪問看護サービスを提供します。

## 6. 利用者負担

- (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を利用者から受けるものとします。
- (2) 利用者は以下の料金表Ⅰ～Ⅲに定める訪問看護サービスに対する所定の利用料、および、以下の料金表Ⅱに定めるサービスを提供する上で別途必要になった費用を支払うものとします。
- (3) 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、以下にお振込みをお願いいたします。

くみずほ銀行 青山支店 普通口座 2241674 株式会社リリフル>

## 7. サービスに関する苦情窓口

- (1) 当事業所が行う訪問看護サービスについてのご相談・苦情については本重要事項説明書の冒頭に記載した相談窓口で承ります。
- (2) 当事業所以外に、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。
  - ・東京都国保連合会苦情相談窓口 03-6238-0177（午前 9 時～午後 5 時、土日祝日除く）
  - ・品川区にお住まいの方：品川区 高齢者福祉課 支援調整係 03-5742-6728
  - ・港区にお住まいの方：介護保険課 介護事業者支援係 03-3578-2821  
高齢者支援課 介護予防推進係 03-3578-2930

## 8. 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たっては、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) 当事業所の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業所の責に帰すとみとめられる損害賠償については速やかに対応します。
- (3) 当事業所はサービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- (4) 当該事業所は前項の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録し、その完結の日から 2 年間保存する

<緊急連絡先>

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ） 電話： \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

## 9. 秘密の保持

当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堅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。

## 10. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- 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 看護師等は老人保健法上、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。

## 11. キャンセル料

訪問看護の利用中止につきましては、前日 18 時までにご連絡をいただければ予定されたサービスを変更または中止することができます。

| ご連絡いただく時間              | キャンセル料                    |
|------------------------|---------------------------|
| 前日 18 時までのご連絡の場合       | 不要です。                     |
| 前日 18 時から当日訪問までのご連絡の場合 | 1000 円を請求いたします。           |
| 訪問までにご連絡のない場合          | 1 提供あたりの料金の 100%を請求いたします。 |

## 料金表（介護保険）

### I. 介護保険の訪問看護費 地域単価（基本単位×11.4）（令和6年6月改定）

#### 訪問看護(要介護)

| サービス内容<br>(要介護)                    | 単位数  | サービス料   |          |          |          |
|------------------------------------|------|---------|----------|----------|----------|
|                                    |      | 10割     | 1割       | 2割       | 3割       |
| 20分未満（訪問看護1）<br>(24時間体制、20分以上/週1回) | 314  | 3,580円  | 358円/回   | 716円/回   | 1,074円/回 |
| 30分未満（訪問看護2）                       | 471  | 5,369円  | 537円/回   | 1,074円/回 | 1,611円/回 |
| 30分以上60分未満（訪問看護3）                  | 823  | 9,382円  | 938円/回   | 1,876円/回 | 2,815円/回 |
| 60分以上90分まで（訪問看護4）                  | 1128 | 12,859円 | 1,286円/回 | 2,572円/回 | 3,858円/回 |
| 訪問リハビリテーション費(1回20分)                | 294  | 3,352円  | 335円/回   | 670円/回   | 1,005円/回 |
| 訪問リハビリテーション費(1回40分)                | 588  | 6,703円  | 670円/回   | 1,340円/回 | 2,010円/回 |
| 訪問リハビリテーション費(1回60分)                | 793  | 9,040円  | 904円/回   | 1,808円/回 | 2,712円/回 |

#### 介護予防看護(要支援)

| サービス内容<br>(要支援)                    | 単位数  | サービス料   |          |          |          |
|------------------------------------|------|---------|----------|----------|----------|
|                                    |      | 10割     | 1割       | 2割       | 3割       |
| 20分未満（訪問看護1）<br>(24時間体制、20分以上/週1回) | 303  | 3,454円  | 345円/回   | 691円/回   | 1,036円/回 |
| 30分未満（訪問看護2）                       | 451  | 5,141円  | 514円/回   | 1,028円/回 | 1,542円/回 |
| 30分以上60分未満（訪問看護3）                  | 794  | 9,052円  | 905円/回   | 1,810円/回 | 2,716円/回 |
| 60分以上90分まで（訪問看護4）                  | 1090 | 12,426円 | 1,243円/回 | 2,485円/回 | 3,728円/回 |
| 訪問リハビリテーション費(1回20分)                | 284  | 3,238円  | 323円/回   | 646円/回   | 968円/回   |
| 訪問リハビリテーション費(1回40分)                | 568  | 6,476円  | 646円/回   | 1,292円/回 | 1,936円/回 |

※夜間（18:00～22:00）又は早朝（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

※20分未満の利用は24時間体制があることと、週に1回は20分以上の定期的訪問看護が行われている場合に可能です。

※計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合は、所要時間に応じた所定単位を算定します。

### II. 介護保険の加算 地域単価（基本単位×11.4）（平成30年4月改定）

| サービス内容                         | 単位数   | サービス料   |          |          |          |
|--------------------------------|-------|---------|----------|----------|----------|
|                                |       | 10割     | 1割       | 2割       | 3割       |
| *緊急時訪問看護加算（注1）                 | 600   | 6,840円  | 684円/月   | 1,38円/月  | 2052円/月  |
| *☆1特別管理加算（Ⅰ）                   | 500   | 5,700円  | 570円/月   | 1,140円/月 | 1,710円/月 |
| （Ⅱ）                            | 250   | 2,850円  | 285円/月   | 570円/月   | 855円/月   |
| *ターミナル加算                       | 2,500 | 28,500円 | 2,850円/回 | 5,700円/回 | 8,550円/回 |
| 長時間訪問看護加算（1時間30分を超える）特別管理加算対象者 | 300   | 3,420円  | 342円/回   | 684円/回   | 1,026円/回 |
| サービス提供体制加算(1回につき)              | 3     | 34円/回   | 4円/回     | 7円/回     | 10円/回    |

|                  |     |         |         |           |           |
|------------------|-----|---------|---------|-----------|-----------|
| 口腔連携強化加算(月 1 回)  | 50  | 570 円/回 | 57 円/回  | 114 円/回   | 171 円/回   |
| ☆複数名訪問加算Ⅰ 30 分未満 | 254 | 2,895 円 | 290 円/回 | 579 円/回   | 869 円/回   |
| 30 分以上           | 402 | 4,582 円 | 459 円/回 | 917 円/回   | 1,375 円/回 |
| ☆複数名訪問加算Ⅱ 30 分未満 | 201 | 2,291 円 | 230 円/回 | 459 円/回   | 688 円/回   |
| 30 分以上           | 317 | 3,613 円 | 362 円/回 | 723 円/回   | 1,084 円/回 |
| ☆3 初回加算Ⅰ（退院日訪問）  | 350 | 3,990 円 | 399 円/回 | 798 円/回   | 1,197 円/回 |
| 初回加算Ⅱ(退院日訪問以外)   | 300 | 3,420 円 | 342 円/回 | 684 円/回   | 1,026 円/回 |
| 退院時共同指導加算        | 600 | 6,840 円 | 684 円/回 | 1,368 円/回 | 2,052 円/回 |

(注 1) 緊急時訪問看護加算の契約を頂く方には、専用の電話番号をお知らせします。その場合、24 時間看護師への電話連絡が可能で必要時には休日や時間外でも緊急訪問します。

### Ⅲ. その他の費用

|           |                                                                           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 訪問にかかる交通費 | 通常業務を実施する地域以外への訪問はかかる交通費（事業所から公共交通機関を利用するものとし、原則として品川駅から利用者の最寄駅までの電車代とする） |
| 死後の処置料    | 20,000 円                                                                  |

☆1 特別管理加算の対象となるのは、下記の状態の方です。

- (Ⅰ) 在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態  
気管カニューレを使用している状態、留置カテーテルを使用している状態
- (Ⅱ) 在宅自己腹膜灌流指導管理・在宅血液透析指導管理・在宅酸素療養指導管理・在宅中心静脈栄養管理・在宅成分栄養経管栄養法指導管理・在宅自己導尿指導管理・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理・在宅悪性腫瘍患者指導管理・在宅自己疼痛管理指導管理・在宅肺高血圧症患者指導管理・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態  
人工肛門、人工膀胱を設置している状態  
真皮を越える褥瘡がある状態  
点滴注射を 3 日以上行う必要があると認められた状態

☆2 複数名訪問加算の対象となるのは、下記の方で、ご利用者の同意を得て算定します。

- ① 利用者の身体的理由（体重が重いなど）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又は②に準ずると認められた場合

☆3 初回加算：新規に訪問看護計画書を作成した時に算定します。

退院時共同指導加算：病院や介護老人保健施設に入院、入所中の方が退院または退所するにあたって、訪問看護師が施設に出向き、医師・看護師等と共同して、居宅における療養上必要な指導を行った場合に月 1 回（特別管理加算の利用者は 2 回まで）算定します。

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

契約締結日 令和 年 月 日

|      |                                                                                                 |     |     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ご利用者 | 私は、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について訪問看護ステーション リリフルより説明を受け、内容を確認しました。<br>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                                                                                              | 〒 ー |     |
|      | 氏名                                                                                              | 印   |     |
|      | 電話番号                                                                                            |     | FAX |

|     |                                                                                                 |     |             |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|--|
| 代理人 | 私は、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について訪問看護ステーション リリフルより説明を受け、内容を確認しました。<br>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。 |     |             |  |
|     | 本人との関係                                                                                          |     | 署名代行<br>の理由 |  |
|     | 住所                                                                                              | 〒 ー |             |  |
|     | 氏名                                                                                              | 印   |             |  |
|     | 電話番号                                                                                            |     | FAX         |  |

|     |                                                                                                        |                                      |     |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----|
| 事業者 | 当事業者は、指定訪問看護事業者として、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について利用者へ説明いたしました。当事業者は、利用者の申込みを受諾し、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                                                                                                     | 〒 141 ー 0001<br>東京都品川区北品川 5-12-1-503 |     |
|     | 名称                                                                                                     | 訪問看護ステーション リリフル                      |     |
|     | 代表者                                                                                                    | 代表取締役社長 玉木 明子 印                      |     |
|     | 説明者                                                                                                    | 印                                    |     |
|     | 電話番号                                                                                                   | 03-5475-7733                         | FAX |

個人情報使用同意書

私（利用者及び、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。  
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      訪問看護ステーション      リリフル  
  
印

|    |     |    |   |
|----|-----|----|---|
| 令和 | 年   | 月  | 日 |
|    | 利用者 | 住所 |   |
|    |     | 氏名 | 印 |
|    | 家族  | 住所 |   |
|    |     | 氏名 | 印 |

(訪問看護の情報提供書)

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、東京都保健福祉局、保健所、保険  
管理課へ提供することに同意します。

令和            年            月            日

訪問看護ステーション   リリフル   管理者   萩原   麻希   様

|       |  |
|-------|--|
| 利用者住所 |  |
| 利用者氏名 |  |

同意者住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

# 同意書

(特別管理加算・緊急時訪問看護加算)

- ☐ A. 私は病気の状況から、( ) の管理・相談が必要なため、特別管理加算を算定することに同意します。
- ☐ B. 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、緊急時訪問看護加算を算定することに同意します。

令和          年          月

訪問看護ステーション   リリフル   管理者   萩原   麻希

|       |  |
|-------|--|
| 利用者住所 |  |
| 利用者氏名 |  |

同意者住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_