

訪問看護サービス（医療保険） 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（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 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、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）

- 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に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。
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など、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 この契約及び後期高齢者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、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（医療保険）

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：7294010

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 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

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。

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>

※利用者負担金（医療保険法定利用料）

後期高齢者の対象の方	・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合+交通費となります。	
	一般（②、③以外の方）	1割負担
	住民税非課税世帯の方	1割負担
	一定以上の方 ※	3割負担
※一定以上所得 同一世帯に一定の所得以上（課税所得が145万円以上）の70歳以上の方又は老人保健対象者がいる方。ただし、70歳以上の方および老人保健対象者の収入の合計が一定額未満（単身世帯の場合：年収484万円未満、二人以上の世帯の場合：年収621万円未満）の方は老人保健の窓口に出向いて認められれば一割負担になります。 ・交通費は事業所からの公共交通機関を使ってかかる料金（原則として品川駅から利用者の最寄駅までの電車代）を実費で頂戴します。		
一般の健康保険等	・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合+交通費となります。 ・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各市町村により自己負担額が変わります。 ・公費負担医療は、制度により定められている自己負担額となり、受給者証をお持ちの方は、受給者証記載内容により自己負担額が変わります。 ・交通費は事業所からの公共交通機関を使ってかかる料金（原則として品川駅から利用者の最寄駅までの電車代）を実費で頂戴します。	

◆1か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、超えた金額を市町村へ申請いたしますと、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。

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（医療保険） 2024 年 6 月改定

主治医が訪問看護の必要を認めた方に、主治医の交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき訪問看護を提供し、基本利用料並びにその他の利用料をお支払いただきます。

1. 後期高齢者医療費保険証を持っている方

一般の方	訪問看護に要する費用の 1 割	後期高齢利用費保険者証に記載
一定以上の所得の方	訪問看護に要する費用の 2 割ないし 3 割	

2. その他の医療保険の方

医療保険で定める報酬に基づいて負担額の請求を行います。

3. 訪問看護基本療養費について

基本療養費 I について

	週 3 まで	週 4 以上
看護師	5,550 円/回	6,550 円/回
理学療法士等	5,550 円/回	5,550 円/回

精神科基本療養費 I について

	週 3 まで	週 4 以上
30 分未満	4,250 円/回	5,100 円/回
30 分以上	5,550 円/回	6,550 円/回

4. 訪問看護管理療養費

月の初日の訪問	7,670 円/回
月の 2 日目	3,000 円/回

5. 訪問看護療養費の加算等について

サービス内容	加算金額	備考
24 時間対応体制加算	6,800 円/月	休日や、夜間・早朝・深夜帯でも、病状の変化当時に電話で看護に関する意見を求めることができる体制となっている
緊急訪問看護加算	2,650 円/回	利用者の希望で診療所・在宅支援病院の指示により緊急の訪問を行った場合
難病等複数回訪問看護加算		同一建物居住者が 3 名を超える場合
1 日 2 回目	4,500 円	1 日 2 回目：4,000 円
1 日 3 回目	8,000 円	1 日 3 回目：7,200 円
長時間訪問看護加算（1 時間 30 分を超える）	5,200 円	特別管理加算対象・特別指示書の場合は 1 回/週、15 歳未満の（準）超重症児、又は特別な管理が必要な方（特別管理加算Ⅱの対象の方）の場合は 3 回/週まで可能
乳幼児加算	1,800 円/日	超重症児または準超重症児、別表 7・8 に該当する 6 歳未満の乳幼児に対して訪問を

		行った場合。それ以外については 1,300 円/日
複数名訪問看護加算 看護師等と訪問 准看護師と訪問 看護補助者と訪問 週 1 回 (回数制限ない場合もある)	4,500 円 3,800 円 3,000 円	一人での看護が困難である場合 (利用者、 家族の同意を得た場合) ①末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める 疾病等の方 ②特別訪問看護指示期間中であって、指定 訪問看護を受けている方 ④ 特別な管理を必要とする方 同一建物居住者が 3 名を超える場合 看護師と訪問：4,000 円 准看護師と訪問：3,800 円 看護補助者と訪問：2,700 円
夜間・早朝訪問看護加算	2,100 円	夜間とは 18 時～22 時 早朝とは 6 時～8 時
深夜訪問看護加算	4,200 円	深夜とは 22 時～6 時
退院時共同指導加算 (1 回 ガン末期等は 2 回) 特別管理指導加算 (特別管理加算の対象者は加算)	8,000 円 2,000 円	病院や介護老人保健施設に入院、入所中の 方が退院、退所にあたって、医師・訪問看 護ステーションの看護師等が共同して、居 宅における療養上ひつような指導を行った 場合
退院支援指導加算	6,000 円	厚生労働大臣が定める疾病等、厚生労働大 臣が定める状態にある利用者が、保険医療 機関から退院する日に看護師が療養上必要 な指導を行った場合
在宅患者連携指導加算 (月 1 回)	3,000 円	医療関係職種間の連携による指導等
在宅患者緊急時等カンファレンス加 算 (月 2 回)	2,000 円	主治医の求めでの利用者宅でのカンファレ ンス
特別管理加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	5,000 円 2,500 円	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、気管カニューレ、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、在宅酸素療法指導管理、在宅 中心静脈栄養法指導管理、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、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧 呼吸療養法指導管理、在宅自己疼痛管理、 在宅肺高血圧症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、 真皮を超える褥瘡の状態、在宅患者訪問点 滴注射管理指導料を算定されている状態

訪問看護ターミナルケア療養費 (介護保険との通算可能)	25,000 円	死亡日及び死亡前 14 日以内に 2 日以上 のターミナルケアを行った場合
訪問看護医療 DX 情報活用加算	50 円	
訪問看護ベースアップ評価料	780 円	ベースアップ評価料Ⅱとして 350 円
悪性腫瘍利用者の緩和ケアに係る専 門の研修を受けた看護師の同行	12,850 円	管理療養費はなし
訪問看護基本療養費Ⅲ (外泊中の訪問看護)	8,500 円	管理療養費はなし
訪問看護情報提供療養費 (Ⅰ)	1,500 円	市等への情報提供
(Ⅱ)	1,500 円	小学校又は中学校への情報提供
(Ⅲ)	1,500 円	保険医療機関等への情報提供

注：特別指示書による訪問看護：医療保険で回数制限のある方・介護保険の訪問看護をご利用中の方
に対し、医師より急性増悪により頻回の訪問看護を行う必要がある旨の、特別訪問看護指示書が出た
場合、一月につき指示の日から 14 日を限度として（但し、ア気管カニューレを使用している状態
イ真皮を超える褥瘡の状態の方については月 2 回まで）訪問看護が適用になります。

6. その他利用料（ご利用者の選定にかかる訪問看護の提供に関する差額）

長時間、休日訪問の料金について

項目	内訳	金額
超過料金	1 時間半超えた場合 30 分ごとに	5,000 円
休日料金	営業日以外に訪問した場合、1 時間あたり	10,000 円

7. その他利用料（交通費等実費）

訪問にかかる交通費	公共交通機関を利用した実費（原則として品川駅からご利用者の最寄駅 までの電車代）
死後の処置料	20,000 円

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。 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。 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 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 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

(24 時間対応体制加算・特別管理加算)

- ☐ A. 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。
- ☐ B. 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。

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 _____