訪問看護

契約書別紙兼重要事項説明書

めいゆ～る

事業者の概要

事業者名称	合同会社 GIFT
本社所在地	愛知県名古屋市東区白壁 2 丁目 11－13 ライフステージ白壁Ⅲ 201
代表者	下地　千晴
設立年月日	2021 年 11 月 16 日
電話番号	TEL：052-938-9791　　FAX：052-938-9793

１．事業所の概要

事業所名称	めいゆ～る
サービス種類	訪問看護・介護予防訪問看護
事業所所在地	愛知県名古屋市西区上小田井 2 丁目 173　コーポハンター301
電話番号	TEL：052-938-9791　　FAX：052-938-9793
管理者	北川　しず佳

２．事業の目的

　要介護又は要支援状態にある利用者様が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。

4．運営方針

　利用者様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法やその他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者様の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

５．営業日時

営業日	月曜日～金曜日　ただし、年末年始を除きます
営業時間	9：00～18：00
緊急時対応	電話等により、２４時間常時連絡が可能な体制としています。

６．事業所の職員体制

看護師　常勤 2.5 人以上

７．利用料

（１） 訪問看護の利用料（介護保険）

訪問看護基本料金（介護区分：要介護 1～5）　令和 8 年 6 月 1 日改訂版

サービス内容	時間（1 回あたり）	利用者様負担額			単位数
		1 割	2 割	3 割	
看護師の訪問	２０分未満	347 円	694 円	1,041 円	314
	３０分未満	521 円	1,041 円	1,562 円	471
	３０分以上６０分未満	910 円	1,819 円	2,729 円	823
	６０分以上９０分未満	1,247 円	2,493 円	3,740 円	1,128

介護予防訪問看護基本料金（介護区分：要支援１・２）　令和 8 年 6 月 1 日改訂版

サービス内容	時間（1 回あたり）	利用者様負担額			単位数
		1 割	2 割	3 割	
看護師の訪問	２０分未満	335 円	670 円	1,005 円	303
	３０分未満	499 円	997 円	1,495 円	451
	３０分以上６０分未満	878 円	1,755 円	2,632 円	794
	６０分以上９０分未満	1,205 円	2,409 円	3,614 円	1,090

※1 単位：11.05 円（名古屋市 3 級地）

加算　令和 8 年 6 月 1 日改訂版

サービス内容		算定回数等	利用者様負担額			単位数
			1 割	2 割	3 割	
初回加算	Ⅰ	初回	387 円	774 円	1,161 円	350
	Ⅱ	初回	332 円	663 円	995 円	300
緊急時訪問加算Ⅱ		1 回/月	635 円	1,269 円	1,903 円	574
退院時共同指導加算		初回	663 円	1,326 円	1,989 円	600
特別管理加算	Ⅰ	1 回/月	553 円	1,105 円	1,658 円	500
	Ⅱ	1 回/月	277 円	553 円	829 円	250
長時間訪問看護加算		90 分以上	332 円	663 円	995 円	300
ターミナルケア加算		死亡日	2,763 円	5,525 円	8,288 円	2500

※早朝・夜間（6：00～8：00・18：00～22：00）は上記の基本単位数×1.25 となります。

※深夜（22：00～6：00）は上記の基本単位数×1.5 となります。

※介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

当事業所では、介護職員等の賃金改善および職場環境改善を目的として

令和８年６月より、「介護職員等処遇改善加算」を算定させて頂いております。

そのため、1 か月の総単位数に対し、下記割合を加算させていただきます。

加算区分	加算率
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1.8%

【計算例】

1 か月の利用単位数が 5,000 単位の場合$5000 \times 0.018 = 90$

→ 処遇改善加算：90 単位

→1 割負担の場合：約 90 円の追加負担

→2 割負担の場合：約 180 円追加負担

→3 割負担の場合：約 270 円追加負担

（２）訪問看護の利用料（医療保険）

基本料金

令和８年６月１日改訂版

サービス内容			料金	利用者様負担額		
				1 割	2 割	3 割
訪問看護基本療養費（Ⅰ）	週 3 日目まで		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	週 4 日目以降		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
訪問看護基本療養費（Ⅱ）	同一日に 2 人まで	週 3 日目まで	5,000 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		週 4 日目以降	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
	同一日に 3 人以上	週 3 日目まで	2,780 円	278 円	556 円	834 円
		週 4 日目以降	3,280 円	328 円	656 円	984 円
	同一日に 3 人以上 9 人以下	週 3 日目まで	2,780 円	278 円	556 円	834 円
		週 4 日目以降	3,280 円	328 円	656 円	984 円
	同一日に 10 人以上 19 人以下	月 20 日目まで	2,760 円	278 円	556 円	834 円
		月 21 日目以降	2,660 円	266 円	532 円	798 円
	同一日に 20 人以上 49 人以下	月 20 日目まで	2,710 円	271 円	542 円	813 円
		月 21 日目以降	2,610 円	261 円	522 円	783 円
	同一日に 50 人以上	月 20 日目まで	2,610 円	261 円	522 円	783 円
		月 21 日目以降	2,510 円	251 円	502 円	753 円
訪問看護療養費（Ⅲ）			8,500 円	月 21 日目以降	1,700 円	2,550 円

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	週３日目まで	30 分未満	4,250 円	425 円	850 円	1,275 円
		30 分以上	5,550 円	555 円	1,100 円	1,665 円
	週４日目以降	30 分未満	5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円
		30 分以上	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）（同一日に２人）	週３日目まで	30 分未満	4,250 円	425 円	850 円	1,275 円
		30 分以上	5,550 円	555 円	1,100 円	1,665 円
	週４日目以降	30 分未満	5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円
		30 分以上	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）	入院中の外泊時の訪問		8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円
訪問看護管理療養費	月の初回		7,670 円	767 円	1,530 円	2,300 円
	月の２日目以降		2,500 円	250 円	500 円	750 円

加算

令和８年６月１日改訂版

サービス内容			料金	利用者様負担額		
				１割	２割	３割
早朝・夜間加算※注１	１回/日		2,100 円	210 円	420 円	630 円
深夜加算※注１	１回/日		4,200 円	420 円	840 円	1,260 円
24 時間対応体制加算	１回/月		6,520 円	652 円	1,304 円	1,956 円
特別管理加算	１回/月		5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円
訪問看護ベースアップ評価料	１回/月		1,830 円	183 円	366 円	549 円
訪問看護物価対応料	月の初回		60 円	６円	12 円	18 円
	月の２日目以降		20 円	２円	４円	６円
緊急訪問看護加算	月 14 日目まで	１回/日	2,650 円	265 円	530 円	795 円
	月 15 日目以降		2,000 円	200 円	400 円	600 円
精神科緊急訪問看護加算	１回/日		2,650 円	265 円	530 円	795 円
長時間訪問看護加算	90 分を超える場合		5,200 円	520 円	1,040 円	1,560 円
難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算	２回/日	同一建物内２人まで	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
		同一建物内３人以上	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	３回以上/日	同一建物内２人まで	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
		同一建物内３人以上	7,200 円	720 円	1,440 円	2,160 円
複数名訪問看護加算（看護師２人）	１回/週	同一建物内２人まで	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
		同一建物内３人以上	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
複数名訪問看護加算（看護師と看護補助者）	３回/週	同一建物内２人まで	3,000 円	300 円	600 円	900 円
		同一建物内３人以上	2,700 円	270 円	540 円	810 円
複数名精神科訪問看護加算（看護師２人）	１回/日	同一建物内２人まで	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
		同一建物内３人以上	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	２回/日	同一建物内２人まで	9,000 円	900 円	1,800 円	2,700 円
		同一建物内３人以上	8,100 円	810 円	1,620 円	2,430 円
		同一建物内２人まで	14,500 円	1,450 円	2,900 円	4,350 円

	3 回以上/日	同一建物内 3 人以上		13,000 円	1,300 円	2,600 円	3,900 円
複数名精神科訪問看護加算（看護師と看護補助者）	1 回/週	同一建物内 2 人まで		3,000 円	300 円	600 円	900 円
		同一建物内 3 人以上		2,700 円	270 円	540 円	810 円
乳幼児加算	6 歳未満		1 回/日	1,300	130 円	260 円	390 円
	別に厚生労働大臣が定める者に該当			1,800 円	180 円	360 円	540 円
退院時共同指導加算	1 ～ 2 回			8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
退院支援指導加算	1 回			6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円
退院支援指導加算（長時間）	1 回			8,400 円	840 円	1,680 円	2,520 円
在宅患者連携指導加算	1 回/月			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	2 回/月			2,000 円	200 円	400 円	600 円
精神科重症患者支援管理連携加算	単一建物に 1 人		1 回/月	8,400 円	840 円	1,680 円	2,520 円
	単一建物に 2 人以上			5,800 円	580 円	1,160 円	1,740 円
訪問看護情報提供療養費	1 回/月			1,500 円	150 円	300 円	450 円
ターミナルケア療養費	I	死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 回以上訪問		25,000 円	2,500 円	5,000 円	7,500 円
	II			10,000 円	1000 円	2,000 円	3,000 円
訪問看護医療 DX 情報活用加算	1 回/月			50 円	5 円	10 円	15 円

※注１　早朝（6：00～8：00)、夜間（18：00～22：00)、深夜（22：00～6：00）

（3）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	3,000 円

（4）支払方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1 か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月 15 日前後に差し上げます。

支払方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）に、利用者様が指定する下記の口座より引き落とします。 銀行　　支店　普通口座

銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の銀行口座にお振込みください。 あいち銀行　道徳支店　普通口座 2092167 合同会社 GIFT　　代表社員　下地千晴 （振込手数料につきましては、利用者様の負担とさせていただきます）
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

８．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者様の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名（続柄）	（　　）
	電話番号	

９．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者様のご家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１０．秘密の保持

当事業所が、訪問看護を行う中で知り得た利用者様やご家族の情報は、ご了解なしに契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。なお、利用者様の健康管理が適切かつ円滑に提供されるよう、主治医・サービス担当者会議・介護支援専門員・居宅サービス事業者などとの連絡調整において必要な場合には、利用者様やご家族の関係情報を提供することがあります。

１１．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

相談窓口	めいゆ～る
窓口担当者	代表者　下地千晴
受付時間	営業日の午前 9 時～午後 6 時
連絡先	電話：052-938-9791 FAX：052-938-9793

（２）当事業所以外の下記の機関にも申し立てることができます。

名古屋市健康福祉局　介護保険課指導係	052-972-3087
名古屋市西区役所　福祉課の相談窓口	052-523-4519
愛知県国民健康保険団体連合会の専用窓口	052-971-4165

１２.カスタマーハラスメントについて

当事業所では、利用者及びご家族等からのご意見・ご要望を大切にし、適切なサービス提供及びサービスの質の向上に努めています。

一方で、職員の安全及び人権を守り、安心して訪問看護を提供できる環境を確保するため、以下のような行為については、カスタマーハラスメント（以下「カスハラ」）として、適切に対応させていただきます。

1. カスハラに該当する主な行為

・職員に対する暴力、身体的な危害、物を投げる等の行為
・大声で怒鳴る、脅す、威圧する等の行為
・職員の人格を否定する発言、侮辱、差別的な発言
・正当な理由のない長時間の拘束や、同じ要求・苦情を繰り返す行為
・契約上または制度上のサービス範囲を超える不当な要求
・正当な理由のない無償サービス、時間外対応等の要求
・職員への性的な発言、誘い、身体への不必要な接触等
・職員の氏名、顔写真、連絡先等を無断で SNS 等へ掲載する行為
・その他、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害する行為

2. カスハラが発生した場合の対応

カスハラが発生した場合には、職員個人で対応することなく、管理者等が組織として対応します。

職員の生命・身体の安全が脅かされる場合には、訪問を中止し、その場を離れる等の安全確保を行います。

また、必要に応じて、主治医、介護支援専門員、相談支援専門員、地域包括支援センター、市区町村、警察その他の関係機関と連携する場合があります。

カスハラにより安全かつ適切なサービス提供の継続が困難と判断した場合には、利用者及びご家族等に説明のうえ、訪問方法の変更、サービス提供の中止、契約上の対応等を検討する場合があります。

なお、認知症、精神疾患、障害、身体状況等により本人の意思とは関係なく生じる言動については、その背景や状況を十分に確認し、必要な支援・医療・福祉関係者との連携を含め、個別に判断します。

3. 相談窓口
カスハラに関するご相談やご意見は、当事業所の管理者までお申し出ください。

訪問看護めいゆ～る
電話：052-938-9791
受付時間：月曜日～金曜日　9:00～18:00

当事業所は、利用者及びご家族等からの正当なご意見・苦情については、これまでと同様に誠実に対応し、サービスの改善に努めます。

１３．サービス利用にあたっての留意事項
サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。
（１） サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行う事ができませんのであらかじめご理解ください。
・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
（２） 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
（３） 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

（4）
この契約を証明するため、本書及び重要事項について 2 通を作成し、利用者（代理人により契約締結の場合は代理人)、事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有します。

契約締結日　　年　　月　　日

〈契約者氏名〉
利用者（代理人を選任する場合は利用者様の押印は不要です）
私は、重要事項の内容説明を受け、契約内容について確認しました。
私は、重要事項及び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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人・署名代行者（署名を代行した場合）
私は、利用者に代わり、上記署名を行いました。
私は、本人の契約意思を確認しました。

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印
利用者との関係（　　）
署名代行理由：

事業者
合同会社 GIFT

住所：名古屋市東区白壁 2 丁目 11 番 13 号
代表社員：下地　千晴　　印

事業所
めいゆ～る

住所：名古屋市西区上小田井 2 丁目 173　コーポハンター401
管理者：北川　しず佳　　印

説明者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿