

訪 問 看 護 契 約 書

利用者_____様（以下「利用者」という。）と独立行政法人地域医療機能推進機構
松浦中央病院附属訪問看護ステーション（以下、「本事業者」という。）は、訪問看護に関して
次のとおり契約を結びます。

（契約の目的）

第1条 本事業者は利用者の、介護保険法・医療保険法等関係法令のもとに、利用者が有する
能力に応じて在宅で自立した日常生活を営むことが出来るように、療養生活、心身の
機能を支援し適切な訪問看護を提供し、利用者は事業者に対してそのサービスに関わる
利用料を支払うことを契約の目的とします。

（契約期間）

第2条 本契約の有効期間は令和____年____月____日～令和____年____月____日まで
とします。なお、利用者からの契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新
します。

（訪問看護の内容）

第3条 本事業者は利用者に対して主治医の指示書および居宅サービス計画書に沿って日常
生活を維持する見地から訪問看護計画書を作成し、利用者および家族に説明します。
2. 本事業者は訪問計画書に沿って、別紙重要事項説明書に記載のとおり訪問看護を提供
します。
3. 訪問看護の内容、利用回数等は利用者との合意により変更できます。

（訪問看護の利用料）

第4条 利用者は介護保険法・医療保険法等関連法令に定める利用料を支払います。
（利用料金は別紙、訪問看護利用料金表に記載したとおりです。）
2. 本事業者は利用者からの料金の支払いを受けた場合はその領収書を発行します。
3. 支払い方法は、指定の口座に振り込み、または病院受付でお願いします。
4. 支払期限は、利用月の月末締めで精算し、翌月末までに支払いをお願いします。

（利用者負担額の滞納）

第5条 利用者が正当な理由無く利用料を2ヵ月以上滞納した場合は、事業者は1ヶ月以内の
期限を定めて督促し、なお払わないときは契約を破棄します。
2. 本事業所は前項を実施した場合は、利用者担当の介護支援専門員、利用者の居住区で
ある市町村等に連絡するなど必要な支援を行います。

(サービスの中止・変更・追加)

第6条 利用者は利用期日前において訪問看護サービスの利用を中止または変更、もしくはサービスの利用を調整・相談することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに本事業者まで申し出るように努めるものとします。

2. 本事業者は前項に基づく利用者からの希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

(契約終了)

第7条 次のいずれかの事由が発生した場合は契約を終了します。

- (1) 利用者が死亡、入院・入所または転出したとき
- (2) 利用者の病状、要介護度等の改善により、訪問看護の必要を認められなくなったとき
- (3) 本事業者が守秘義務に反したり、常識を逸脱する行為があったとき
- (4) 利用者・家族より事業者に対して、故意の暴力や威圧行為(精神的・身体的苦痛を与える攻撃)があり、信頼関係が保てないと判断したとき
- (5) その他、解約せざるを得ない状況が生じた場合

(賠償責任)

第8条 本事業者は、訪問看護の提供に伴い、利用者または家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、本事業者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

(秘密保持)

第9条 本事業者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および家族の秘密を漏らしません。

2. 本事業者はサービス担当者会議等において利用者又は家族の個人的情報を用いる必要がある時は、事前に説明し同意を得ます。

(苦情処理)

第10条 本事業者は、利用者又家族からの苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2. 本事業者は、利用者又は家族からの苦情の申立て等を行ったことを理由として、利用者に対して何らかの不利益な取扱いをすることはできません。

<苦情・相談窓口> 訪問看護ステーション管理者または病院窓口に相談して下さい。

(連携)

第11条 本事業者は訪問看護の提供に当たり、主治医および介護支援相談員、その他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(契約外条項)

第 12 条 この契約に定めのない事項については、介護保険法、その他諸法令の定めるところに従い、利用者と事業者の協議により定めます。

2. 在宅での死亡時、訪問看護での死後の処置を希望される場合は、保険外料金として、10,000円を徴収させていただきます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、利用者・事業者それぞれ署名のうえ1通ずつ保有します。

契約年月日 令和_____年_____月_____日

利 用 者 住 所_____

氏 名_____

利用者家族 住 所_____

氏 名_____（続柄；_____）

事業所名称 独立行政法人地域医療機能推進機構
松浦中央病院附属訪問看護ステーション
〒859-4594

所 在 地 長崎県松浦市志佐町浦免856番1（松浦中央病院1階）
TEL 0956-72-3340
FAX 0956-72-3341

代表者 萩 原 淳

管理者_____