

## 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愛美園（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、健康保険法や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、利用者が終了意思表示されるまでの期間とします。ただし、第7条に定める契約の終了行為があった場合は、その定める日までとします。

### 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。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 利用者は、「訪問看護計画書」及び「重要事項説明書」にそってサービスを利用します。
- 3 サービスの内容、利用回数等は、利用者との合意により変更できます。

### 第4条（利用者負担金及びその滞納）

- 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利用者負担金を3ヵ月分以上滞納した場合は、事業者は1ヵ月以上の期間を定めて、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旨の催告をすることができます。
- 3 事業者は、前項に定める期間が満了した場合には、この契約を文章により解除することができます。

### 第5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除することができます。

### 第6条（事業者の解除権）

- 1 事業者は、利用者の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、その理由を記載した文書により、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この契約を解除することができます。この場合事業者は、利用者の主治医等と協議し、利用者にも不利益が生じないよう必要な措置を取ります。

## 第7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5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時
- 二 第6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た時
- 三 次の理由で利用者にサービスを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ヵ月以上継続)
  - (二) 利用者が死亡した場合

## 第8条（損害賠償）

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は、その損害を賠償致します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

## 第9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得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、前項の規定に関わらず、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10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、市町村及び茨城県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らの不利益な取り扱いをすることはありません。

## 第11条（契約外条項等）

- 1 この契約及び健康保険法や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。

## 訪問看護重要事項説明書 (医療保険)

令和6年6月1日 現在

指定訪問看護事業者

訪問看護ステーション 愛美園

### 1. 事業所の概要

事業所名	社会医療法人恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園
所在地	茨城県桜川市大国玉 2513-12
電話番号	電話 0296-20-6780 FAX0296-20-6781
管理者	中島 由美子
サービス提供地域	桜川市・筑西市・その他(要相談)

### 2. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)	社会医療法人 恒貴会
所在地	茨城県筑西市門井 1676 番地 1
電話番号	0296-57-6131
代表者	理事長 黒川 徳一

### 3. 事業所の職員体制等

職種	従事する業務	人員
管理者	業務全般の管理	1名
サービス担当職員	サービス担当	10～15名以上(指定基準を遵守しています)
内 訳	看護師	看護の提供 常勤 名 ・ 非常勤 名
	理学療法士	リハビリの提供 非常勤 1名
	看護補助員	看護師の補助 常勤 2名 ・ 非常勤 1名
事務員	業務の事務全般	常勤 1名

### 4. 営業時間

営業日	月～金曜日
休日	土曜・日曜・祝日 年末年始：12月30日～1月3日 お盆：8月14日～16日 創立記念日：4月1日 ※但し、褥瘡の処置や点滴、その他病状などの理由により休日の訪問が必要と医師等が判断した場合には休日にも計画訪問いたします。
営業時間	月～金曜日、8:30～17:00 ※但し、24時間の連絡体制を整えておりますので、契約を締結された方に対しては緊急訪問いたします。

## 5. 運営の方針

- (1) 訪問看護の実施に当っては、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。

## 6. 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・入浴介助等による清潔の保持
  - ③食事及び排泄等日常生活の世話
  - ④褥瘡の予防
  - ⑤リハビリテーション（呼吸理学療法を含む）
  - ⑥緩和ケア
  - ⑦認知症の看護
  - ⑧療養生活や介護方法の指導
  - ⑨家族や介護者の相談支援
  - ⑩カテーテル等の管理
  - ⑪その他医師の指示による点滴などの医療処置

## 7. 利用者負担金（別紙料金表参照）

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で、別紙「医療保険による訪問看護の利用料金」の通りです。該当保険の自己負担割合分となります。
- (2) 交通費は、片道1kmにつき50円の実費負担となります。
- (3) 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に利用料請求書兼領収書を発行いたしますので、口座振替または現金にてお支払いいただきます。
- (4) 尚、初回の訪問時に、マイナ保険証等のご提示をお願い致します。

## 8. 支払い方法

- (1) 口座振替での料金のお支払い  
指定を受けた口座より、サービス提供月の翌月に利用料請求書を発行いたします。引落日はサービス提供月の翌々月12日となります。引落しが確認できましたら訪問時に利用料領収書を発行いたします。
- (2) 現金でのお支払い  
利用期間が短いなど、やむを得ない場合は現金でのお支払いをお願いする事がございます。その場合、利用者負担金はサービスを受けた翌月に利用料請求書兼領収書を発行いたしますので、現金にてお支払いいただきます。  
※ 領収書は大切に保管くださいますようお願いいたします。領収書の再発行は原則対応し兼ねます。

## 9. 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・苦情について以下の相談窓口で承ります。

当事業所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 : 0296 - 20 - 6780

FAX : 0296 - 20 - 6781

所長 : 中島 由美子

ご不明な点は、お気軽におたずね下さい。

2) 当事業所以外に、お住いの地域の市役所や国民健康保険団体連合会の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

茨城県国民健康保険団体連合会	住所 水戸市笠原町 978 番 26
	電話 029-301-1557
桜川市市役所 岩瀬庁舎 介護保険課	住所 桜川市岩瀬 64-2
	電話 0296-75-3158
筑西市市役所 本庁舎	住所 筑西市丙 360 番地
	電話 0296-22-0528

## 10. 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つては、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) 当事業者の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業所の責にその原因を認められる損害賠償については速やかに対応します。
- (3) 災害時対応の準備につきましては、担当看護師が相談及び対応をいたします。

## 11. 秘密の保持

- (1) 当事業所の従業者は、その業務上知り得た利用者及び家族の秘密については、正当な理由がない限り、決して漏らしません。
- (2) 当事業者は、従業員が当事業所の従業員でなくなった後においても、当事業者の責任において、当該従業員が業務上知り得た利用者及びその家族の秘密の保持を行います。
- (3) 当事業所は、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

## 12. 賠償責任

事業者はサービスの提供にあつてご利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合にはその損害を適正に賠償致します。

ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合、その限りではありません。

## 13. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じています。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、看護師に周知徹底を図っています。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (3) 看護師に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施しています。

#### 1 4. 業務継続計画の策定

自然災害、感染症対策には、業務継続計画、ガイドラインに基づき、家族・地域・行政と協力し、利用者の安全の確保に努めていきます。

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年 1 回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

#### 1 5. 高齢者虐待防止の為の措置

事業者は、ご利用者様への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策等の必要な体制整備を行うと共に、従業員に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

#### 1 6. ハラスメント防止

事業者はマニュアルを作成し、研修を行うなどハラスメント対策に取り組んでいます。

- (1) 次に掲げる事由が発生した場合は、事業所はサービス提供の中断や本契約を解除できるものとします。
  - ① 利用者、又は家族等(内縁関係含む)関係者による、脅迫、威嚇、大声、悪質・不当・過剰・一方的な要求、優越的な関係を利用した要求、要求の繰り返し、長時間の拘束、不必要な電話・メール等、迷惑着信、名誉毀損、誹謗中傷、いじめ、いやがらせ、差別、暴言・暴力行為、見返り・金品の要求等のカスタマーハラスメント。
  - ② 体を触るやひわいな言動等のセクシャルハラスメント。これらのハラスメント行為が確認され、その行為を止めるように注意しても、聞き入れることなく同様の行為を続け、職員に精神的な苦痛を与え、事業者の運営に支障を来し、就業環境が害された場合。
  - ③ 利用者事業者の信頼関係が損なわれ、健全かつ円滑なサービスの提供が困難となった場合。
- (2) サービス提供中の職員の撮影・録画・録音等し、無断で SNS 等に掲載する行為はご遠慮ください。

#### 1 7. 理学療法士の訪問について

理学療法士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護師の代わりに訪問させるものです。つきましては、当該事業所の看護師が毎月 1 回以上の訪問を行い、利用者様の状態を適切に評価いたします。

#### 1 8. 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。

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	〒 -	
	氏名	印	
	電話番号		FAX

代理人	本人との関係		
	住所	〒 -	
	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しました。当事業者は、利用者の申し込みを受諾し、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	〒309-1244 茨城県桜川市大国玉 2513-12	
	名称	社会医療法人恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園	
	代表者	社会医療法人恒貴会	理事長 黒川 徳一
	説明者	訪問看護ステーション愛美園	所長 中島由美子 印
	電話番号	0296-20-6780	FAX

## 同意書（医療保険）

（24 時間対応体制加算・特別管理加算・情報提供書・複数名訪問看護加算）

- a 私は、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 ( ) 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。
- c 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、保健所及び保健センター 特別支援学校等教育機関及び保育園など関連機関へ提供することに同意します。
- d 私は、必要がある場合には、複数名訪問看護加算を算定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愛美園 所長 中島由美子 様

利用者住所	
利用者氏名	印

同意者住所・氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄 \_\_\_\_\_



# 個人情報使用同意書

訪問看護ステーション愛美園

所長 中島由美子

様

訪問看護ステーション愛美園では、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

## 1. 利用目的

愛美園では、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ①医療・看護サービスの提供のため
- ②ご家族への療養状況や病状説明のため
- ③医療保険及び介護保険の事務のため
- ④主治医及びかかりつけ病院・ケママネジャー・利用されている介護サービス事業者との連携
- ⑤市町村・保健所など行政機関との連携
- ⑥訪問看護ステーション愛美園内での訪問看護実習及び勉強会のため

## 2. 愛美園では、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- ①法令に基づく場合
- ②人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③患者が意識不明または判断能力に疑いがあるという状態であり、治療時に家族や関係機関などへ病状を伝える必要がある場合
- ④公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ⑤国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要があり、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

以上

説明者

中島 由美子

私（利用者および、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。

令和 年 月 日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 看護学生及び医学生実習のご協力へのお願い

訪問看護ステーション愛美園は年間を通して看護学生及び医学部学生の教育実習や看護協会等からの看護師等の実務研修を引き受けております。訪問看護師と共にご自宅に訪問させていただき、在宅での訪問看護を利用している方々の看護について学ぶことが実習の目的となっております。

1. 学生がご自宅に伺う前に、事前に訪問看護師より学生が行ってもよいと判断されたことについて、利用者及びご家族の方の同意を得て行うようにします
2. 学生が看護を行う時は、安全性を確保いたします。その際には、訪問看護師や教員の助言・指導を受けて実施します
3. 学生の実習及び学生が行う看護行為に同意されても撤回することが出来ます。撤回したことを理由に看護及び診療上の不利益な扱いを受けることはありません
4. 学生は実習によって知り得た情報について、他者に洩らすことなくプライバシーを保護いたします

私は、学生や研修生が看護実習を行うことについて説明を受けたので同意します。

令和      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_

代理同意人氏名 \_\_\_\_\_