

千春会 たなのファミリークリニック 訪問看護 契約書・重要事項説明書

____様（以下、「利用者」といいます）と千春会 たなのファミリークリニック訪問看護（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または介護予防訪問看護（以下、「サービス」といいます）について次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法の主旨に従って、利用者が可能な限りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスを提供し、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うことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

第2条（契約期間）

この契約の契約期間は____年 ____月 ____日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。

契約満了の7日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出が無い場合、かつ、利用者が要介護認定の更新で要支援及び要介護（1～5）と認定された場合、原則として契約は更新されるものとします。

事業者は利用者又は利用者代理人に対し、下記の場合、本契約を終了又は解除することができます。

- (1) 利用者が要介護認定において自立と認定された場合。
- (2) 利用者が、本契約に定める利用料金を3ヶ月滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- (3) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所でのサービスの提供を超えると判断した場合。
- (4) 利用者が事業者、当事業所の職員又は他利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背任行為又は反社会的行為を行った場合。
- (5) 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当事業所を利用されることができない場合。
- (6) 利用者が他施設に入所、入院、死亡した場合。
- (7) 利用者が契約解除を申し出た場合。

第3条（計画書）

利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を盛り込んだ訪問看護計画または介護予防訪問看護計画を作成します。

- 2 訪問看護計画若しくは変更に関しては、その内容を利用者へ交付、説明のうえ同意を得ます。

- 3 心身などの問題によって、利用者に直接同意が得られない場合は、利用者代理人が代わって同意するものとします。

第4条（サービス提供の記録）

事業者はサービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後2年間保存します。

- 2 利用者は、事業所の営業時間内に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

第5条（料金）

利用者は、要介護度に応じ受けたサービスの対価として、介護保険法等に定められた給付割合に基づく自己負担額を事業所に支払うものとします。但し、利用者の介護保険料等などの滞納等により、事業者が介護保険等からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は重要事項説明書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、いったん支払うものとします。（その際、事業者から発行されたサービス提供証明書を後日、各市町村の窓口に出しますと差額の払い戻しを受けることができます。）

- 2 利用者は、別紙に掲げるサービス利用料金を支払うものとします。
- 3 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、利用者へ直接お渡しするか、送付します。
- 4 利用者は、当月の料金の合計額を、郵便局または銀行引き落としにて支払います。
- 5 事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

第6条（利用料金の変更）

前条第1項に定めるサービス利用料金について、介護保険法等の改正があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。

- 2 前条第2項に定めるサービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、事業者は利用者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 利用者は、前項の変更へ同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

第7条（契約の終了）

利用者は、事業者に対して7日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- 2 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 利用者が、介護保険施設に入所された場合。
 - (2) 利用者が、死亡された場合。
 - (3) 利用者が、要介護認定により自立と判定された場合。
 - (4) 事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で閉鎖した場合。

- (5)天変地異その他の事由により施設が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
- (6)事業者が、介護保険の指定を取り消された場合または辞退した場合。
- 3 利用者は、次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することができます。
- (1)介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- (2)事業者もしくは職員が、正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- (3)事業者もしくは職員が、守秘義務に違反した場合。
- (4)事業者もしくは職員が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- (5)他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。
- (1)利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく3ヶ月遅延し、支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。
- (2)利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
- (3)事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。
- 5 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

第8条（利用者代理人）

利用者は、契約に際し、利用者代理人を供するものとします。

- 2 利用者代理人は、利用者の代理人として利用者に代わって本契約書に定める同意その他意思表示、事業者の意思表示の受領を行うとともに、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。

第9条（秘密保持）

事業所の職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、職員の退職後及び本契約終了後も同様です。

- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。

第10条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、明らかに事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

- 2 利用者は、利用者が、事業所の施設・設備について、滅失、破損、汚損、もしくは変更した場合は、認知症状等に関わらず、自己の費用により現状に復するかまたは相当の代価を支払うものとしてします。

第11条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

第12条（管轄裁判所に関する合意）

利用者、利用者代理人及び事業者は、本契約について、裁判上の紛争が生じた場合には大阪地方裁判所を専属的合意管轄裁判所にすることを合意します。

第13条（相談・苦情対応）

事業者は利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の設備またはサービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第14条（本契約に定めのない事項）

利用者、利用者代理人および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、当事者が誠意を持って協議の上定めます。

千春会 たなのファミリークリニック 訪問看護 重要事項説明書

【2021年4月1日現在】

1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田2丁目14番26号
電話番号	(075)954-2175

2、法人が運営している事業所

別紙2のとおりです

3、事業所概要

名称	千春会 たなのファミリークリニック訪問看護
介護保険指定番号	2711609566
所在地	大阪府吹田市岸部新町3-33 patona 吹田健都2F
電話 / FAX番号	電話 06-6190-1850 / FAX 06-6190-1855
開設年月日	令和2年2月1日
管理者名	棚野 博文

4、千春会 たなのファミリークリニック訪問看護の利用目的と運営方針

- (1) 要介護状態および要支援状態と認定された利用者に対し、介護保険法令及び医療保険各法の趣旨に従って、訪問看護計画または介護予防訪問看護計画に基づいて、利用者が可能な限りその在宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。
- (2) サービスの提供にあたる職員は、要介護者等の心身の特性を踏まえ自宅で療養される利用者が安心して療養生活をおくれるよう、主治医の指示により必要な処置等を行います。また、事業の提供にあたっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術により、良質な看護を提供します。
- (3) 自ら提供する訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めます。
- (4) 事業の提供に当たっては、医師及び当該機関の情報提供により訪問看護の指示を行った主治医の指示、利用者の希望、心身の状況等を踏まえて療養上の目標、目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した訪問看護計画書に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図るよう適切に行います。
- (5) 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (6) 居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り利用者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるように努めます

(7) サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者またはそのご家族に対して必要な事項について、理解しやすいように指導または、説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

(8) 利用者の個人情報、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、事業者が得た利用者の個人情報については、介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者または利用者代理人の了解を得たうえで行います。

5、営業日、営業時間

(1) 通常月曜日から土曜日・祝日とします。但し、12月30日から1月3日までを除きますが、必要に応じサービス提供を行う場合があります。

(2) 営業時間は、9：00～17:00です。

6、通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は、吹田市とします。

※ 上記の地域以外の方でも、ご希望の方はご相談に応じます。

7、提供できるサービス

健康管理	血圧測定、脈拍・体温等の測定、病状や健康状態の管理、看取り看護
処置	医師の指示による各種カテーテルなどの管理及び医療的処置
相談・助言	介護負担や不安の軽減につながる支援、介護の相談・助言

8、職員数

職種	職員数
管理者	1名
看護師	2名

9、事故について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により重大な事故が発生した場合は、ご家族等に連絡をするとともに、市町村の担当窓口へ報告します。そして事故発生原因を追求し再発防止の必要な処置を講ずるものとします。また、事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。ただし、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。

10、受診の対応

(1) 急変・事故時の場合、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かかりつけ医に連絡し、指示を受け対応します。

(2) 急変・事故時に利用者代理人が指定する予め届けられた緊急連絡先に連絡します。原則、受診の付添を依頼します。

(3) 医療機関の受診費用は、利用者負担となります。

【緊急連絡先】

別紙1のとおりです

11、利用に当たっての留意事項及び禁止事項

当事業所の利用に当たっての利用者の留意事項は、下記の通りです。

- (1) 金銭・貴重品・持参物の紛失および破損において、事業所は弁済致しません。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合は、キャンセル料を申し受けることがありますので、サービス利用の前日、午後5時までにはご連絡下さい。但し、緊急やむを得ない場合は、キャンセル料は不要です。詳細は、別紙料金表をご参照ください。
- (3) サービス提供地域の方は、交通費は無料ですが、実施地域を超えて2 km以上は0.5 kmまで毎に500円を加算させていただきます。なお、タクシーや交通機関等を利用した場合は実費でご負担いただきます。
- (4) サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担となります。
- (5) サービス提供の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス提供票又は、保険証等を提示してください。
- (6) 訪問看護師は、年金等の金銭の取り扱いはいたしかねます。ご了承ください。

12、利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、市区町村から利用者に対して交付される介護保険負担割合証記載の負担割合（1割または2割・3割）の額を利用者に負担いただきます。加えて、当事業所が定める別紙に掲げるサービスの提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 当事業所は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように配慮します。
- (3) 事業者は、利用者から別紙に掲げる利用料及び費用の額をお支払い頂きます。
- (4) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行します。なお発行に際しては文書料として一通につき金1,000円（税別）を申し受けます。
- (5) 請求書を毎月20日頃に、手渡し若しくは郵送致します。支払方法は、郵便または銀行引き落としにてお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

13、契約の終了

- (1) 利用者からの申し出（契約解除）
利用者はいつでも契約の解除を申し出ることができます。
- (2) 下記の場合は自動的に契約解除となります。

- ・利用者が、介護保険施設へ入所された場合。
- ・利用者が、死亡された場合。
- ・利用者が、要介護認定により自立と判定された場合。
- ・事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で事業所を閉鎖した場合。
- ・天変地異その他の事由により事業所が、滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。

(3) 下記の場合は、即時に契約を解除することができます。

- ・介護保険給付対象外の利用料の変更に同意できない場合。
- ・事業者が、正当な事由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
- ・事業者が、守秘義務に違反した場合。
- ・事業者が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- ・他の利用者が、利用者本人の身体・財産・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。

(4) 次の事由に該当した場合、事業者はこの契約を解除致します。

- ・利用者のサービス利用料金の支払いが正当な事由なく3ヶ月遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合。
- ・利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
- ・事業者が、やむを得ない事由により事業者の閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。

(5) 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者負担とします。

14、苦情・相談窓口

事業所担当者	入谷卓也 電話 (06) 6190 -1850	FAX (06) 6190-1855
--------	----------------------------	--------------------

15、身分証携帯の義務

事業担当者は、常に身分証を携帯し、初回訪問及び利用者または、利用者の家族から提示を求められた場合は、いつでも提示します。

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明し、交付しました。

契約締結日 年 月 日

名称	千春会 たなのファミリークリニック訪問看護
介護保険指定番号	2711609566
所在地	大阪府吹田市岸部新町 3-33 patona 吹田健都 2F
代表者名	医療法人社団 千春会 理事長 菊地 孝三 印

説明者	印
-----	---

- (1) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、事業者が関係機関に対して、私の計画の作成等に必要な個人情報や介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (2) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者から、介護保険一部負担金や利用料等の説明を受け、これに基づいて支払うことに同意します。
- (3) 事業者が、介護サービスや業務の維持・改善のために使う資料や、施設において行われる学生等の教育の場への協力に、利用者及び介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (4) 本契約書及び重要事項説明書は、原本 2 通を作成し事業者および利用者それぞれ署名または記名、捺印の上、各自その 1 通を保有する事とします。

利用者名	住所
	名前 印
利用者代理人	住所
	名前 印

- (5) 私の個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

家族	住所
	名前 印

千春会 たなのファミリークリニック訪問看護
緊急連絡先（重要事項説明書・別紙1）

【緊急連絡先】

緊急連絡先 ①	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急連絡先 ②	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙1について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 _____ 印

ご家族様 代理人様 _____ 印