

(介護予防)訪問看護サービス事業  
Wyl訪問看護ステーションみそのっこ 契約書

利用者\_\_\_\_\_を甲とし、事業者 株式会社ゆずを乙とし、乙が甲に対して行う（介護予防）訪問看護ステーション（以下、「訪問看護サービス」という。）について、次の通り契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、契約者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、契約者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的として、訪問看護サービスを提供します。

（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。但し、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

（訪問看護サービスの内容）

第3条 事業者は、利用者の希望をうかがい、主治医の指示書及び介護支援専門員の作成した居宅サービス計画書に沿って、訪問看護計画書を作成します。利用者およびその家族に訪問看護計画書を提供します。

2. 利用者は訪問看護計画書に沿って、別紙「重要事項説明書」のとおりサービスを提供します。
3. サービス内容や利用回数等はサービス担当者会議等で検討し、利用者と介護支援専門員との合意により変更できます。本事業所は、利用者から訪問看護サービスの内容の変更の申し出があった場合には、第1条の規定に反するなど、変更を拒む正当な理由がない限り変更します。

（訪問看護サービスの利用料）

第4条 利用者は介護保険法関連法に定める料金を支払います。

2. 事業所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. 事業所は利用者の料金の変更がある場合には事前に説明し同意を得ます。
4. 事業所は介護保険等関連の適応を受けない訪問看護サービスがある場合は、予め利用料について説明し同意を得ます。
5. 利用者は利用料の変更に応じられない場合は、契約を解除することができます。
6. 振込手数料は利用者の負担とする。

（利用料の滞納）

第5条 利用者が正当な理由なく利用料を3カ月以上滞納した場合は、事業者は1カ月以内の期限を定めて催促し、なお払わないときは契約を破棄します。

2. 事業所は前項を実施した場合には、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をするなど必要な支援を行います。

（介護保険給付対象外のサービス）

第6条 利用者は、事業所に対し、5日間以上の予告期間をおいてこの契約の解除が出来ます。

2. 事業所は、利用者が正当な理由なく又は故意に訪問看護サービスの利用に関する指示に従わず、要

介護状態を悪化させた場合、又は常識を逸脱した行為をなし、改善しようとししないなどの理由で、契約の目的が達せられないと判断した時は一カ月以内の文書による予告期間をもって契約終了とします。

3. その他次のいずれかの事由に該当する場合は契約を終了します。

- (1) 利用者が死亡、入院・入所又は転出した場合
- (2) 利用者の病状、要介護状態の改善により、訪問看護サービスの必要を認められなくなった場合
- (3) 事業所が正当な理由なく適切なサービスを提供しない場合
- (4) 事業所が守秘義務に反したり、常識を逸脱した行為を行った場合
- (5) **利用者又はその家族等の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合**
- (6) その他解約せざるを得ない状況が生じた場合

#### (損害賠償)

第7条 事業所は、利用者に対する介護サービスの提供に当たって、万一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償する。但し、**利用者又はその家族等**に重過失がある場合は、賠償額を減ずることができる。

2. 事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償保険に加入する。

3. **利用者又はその家族等**の故意、重過失により居室または備品につき通常の保守・管理の程度を越える補修等が必要となった場合には、その費用は利用者が負担するものとする。

#### (事故発生時の対応)

第8条 事業所の職員は、利用者に対するサービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときには、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずる。

2. サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかにご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。また、必要があれば市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。サービスの提供により、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には、利用者に対してその損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではない。事故が生じた場合にはその原因を解明し、利用者・ご家族に説明する。また、再発生を防ぐための対策を講じる。

#### (非常災害対策)

第9条 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は、火気・消防等についての責任者を定め、消火、通報及び避難訓練を年2回以上定期に行う。

#### (秘密保持)

第10条 事業所およびその従業員は、訪問看護サービスを提供するうえで知り得た利用者又はその家族の秘密を守ることを義務とします。

2. 事業所は、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を提供する場合は事前に同意を得ます。

3. 事業所及びその従業員は退職後も在職中に知り得た利用者又はその家族の秘密を守ることを義務とします。

#### (苦情対応)

第11条 事業者は、利用者又はその家族から苦情の申し出があった場合は速やかに対応します。

2. 事業者は利用者又はその家族が苦情申し立て機関に苦情申し立てを行った場合、これをいかなる不利益、不公平な対応もいたしません。

#### (連携)

第12条 事業所は訪問看護サービスの提供にあたり、主治医及び介護支援専門員、その他保健・医療・福祉サービスを提供する者とも連携を密に行います。

2. 事業所は、当該契約の変更又は終了に際し速やかに利用者担当の介護支援専門員等にも連絡します。

（連帯保証人）

第13条 連帯保証人は、事業所との合意により利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の金銭債務を履行する責任を負うものとします。

2. 連帯保証人は、利用者及び扶養者と連帯して50万円を限度に保証債務を負います。

3. 連帯保証人の請求があったときは、事業所は、連帯保証人に対して遅滞なく月払い利用料の支払い状況や滞納金の額・損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

（電磁的対応）

第14条 利用者等への説明・同意について、電磁的な対応として、タブレット端末を用いた方法で署名を行う。電子署名が何らかの理由で困難な場合は、書面での対応に代えさせていただきます。

（契約外条項）

第15条 利用者及び事業所は信義誠実を持ってこの契約を履行します。

2. 本契約に規定のない事項については、介護保険法等関連法の規定を尊重し、利用者及び事業所の協議に基づき定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、1通ずつ保有するものとします。なお、事業者は電子媒体での保有と致します。

契約締結日 令和 年 月 日

|                                 |                                        |   |     |
|---------------------------------|----------------------------------------|---|-----|
| ご<br>利<br>用<br>者<br>(<br>甲<br>) | 私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認しました。        |   |     |
|                                 | 私は、この契約書で確認する(介護予防)訪問看護サービスの利用を申し込みます。 |   |     |
|                                 | 住 所                                    | 〒 |     |
|                                 | 氏 名                                    |   |     |
|                                 | 電話番号                                   |   | FAX |

|               |                             |       |  |
|---------------|-----------------------------|-------|--|
| (代<br>筆<br>者) | 私は、本人に代わり、上記署名を甲に代わって行いました。 |       |  |
|               | 理由( )                       |       |  |
|               | 私は、本人の契約意思を確認しました。          |       |  |
|               | 氏 名                         | 続柄( ) |  |

|                            |                             |       |     |
|----------------------------|-----------------------------|-------|-----|
| 代<br>理<br>人<br>(<br>甲<br>) | 私は、本人に代わり、上記署名を甲に代わって行いました。 |       |     |
|                            | 理由( )                       |       |     |
|                            | 私は、本人の契約意思を確認しました。          |       |     |
|                            | 住 所                         | 〒     |     |
|                            | 氏 名                         | 続柄( ) |     |
|                            | 電話番号                        |       | FAX |

|                       |                |       |     |
|-----------------------|----------------|-------|-----|
| 連<br>帯<br>保<br>証<br>人 | 連帯保証の極度額 50 万円 |       |     |
|                       | 住 所            | 〒     |     |
|                       | 氏 名            | 続柄( ) |     |
|                       | 電話番号           |       | FAX |

|                            |                                                            |                                  |     |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
| 事<br>業<br>者<br>(<br>乙<br>) | 当事業者は、居宅サービス事業者として甲の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。 |                                  |     |
|                            | 所 在 地                                                      | 〒739-0024<br>広島県東広島市西条御園宇 5585-1 |     |
|                            | 名 称                                                        | Wyl 訪問看護ステーションみそのっこ              |     |
|                            | 代 表 者                                                      | 株式会社 ゆず 代表取締役 川原 奨二              |     |
|                            | 電話番号                                                       | 082-437-4505                     | FAX |

【緊急連絡先・緊急対応】

|         |        |  |
|---------|--------|--|
| 居宅支援事業所 | 事業所名   |  |
|         | 担当ケアマネ |  |
|         | 所在地    |  |
|         | 電話番号   |  |

|        |      |  |
|--------|------|--|
| かかりつけ医 | 病院名  |  |
|        | 医師名  |  |
|        | 所在地  |  |
|        | 電話番号 |  |

|       |        |                |
|-------|--------|----------------|
| 緊急搬送先 | 希望先の有無 | 有 ・ 無（救急隊に任せる） |
| 希望有の方 | 第一希望   |                |
|       | 第二希望   |                |

|         |          |     |
|---------|----------|-----|
| 指定連絡先 ① | 氏名       | 続柄： |
|         | 電話番号(携帯) |     |
|         | 電話番号(自宅) |     |
|         | 住所       |     |

|         |          |     |
|---------|----------|-----|
| 指定連絡先 ② | 氏名       | 続柄： |
|         | 電話番号(携帯) |     |
|         | 電話番号(自宅) |     |
|         | 住所       |     |