

訪 問 看 護 サ ー ビ ス (医 療 保 険)

契 約 書



Ki zuna

訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン き ず な

〒 942-0063

新潟県上越市下門前 182-2

www.kizuna-i.com

TEL: 025-520-8335

FAX: 025-520-8335

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きずな (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、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、利用者の終了意思表示されるまでの期間とします。ただし、第8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 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は、速やかに「訪問看護計画」の変更等の対応を行います。

3 緊急時の訪問看護体制は整えてありますので、24時間いつでもご連絡いただけます。又、その状況により必要時の訪問を致します。

第4条(サービス提供の記録等)

1 事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問看護記録シート」等の書面に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。

2 事業者は、「訪問看護記録シート」等の記録を作成した後3年間はこれを適正に保存します。又、法的に必要な時は利用者の求めに応じてその写しを交付致します。

第5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に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は1ヶ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6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7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、利用者に不利益が生じないよう必要な措置をとります。

第8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6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7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ヶ月以上継続)

(二)利用者が死亡した場合

第9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10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11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、市町村又は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12条(契約外条項等)

1 この契約及び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。

2 この契約書は、後期高齢者医療制度に基づくサービスを対象としたものですので、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

訪問看護重要事項説明書 (医療保険)

指定訪問看護事業者

訪問看護ステーションきずな

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 : 025-520-8335

FAX : 025-520-8335

管理者 : 小嶋久恵

ご不明な点は、お気軽におたずね下さい。

1. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーションきずな
所在地	新潟県上越市下門前 182-2
事業所番号	1560390070 号
サービス提供地域	上越市(旧上越市、頸城区、名立区、柿崎区、大潟区、浦川原区、三和区、牧区、清里区、板倉区、中郷区)、妙高市(旧新井市)、糸魚川市(旧能生町)

2. 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	9名(常勤 7名、非常勤 1名、常勤兼務 1名)
内 訳	看護師	5名(常勤 3名、常勤兼務 1名、非常勤 1名)
	准看護師	0名(常勤兼務 0名、非常勤 名)
	理学療法士	2名(常勤 2名、常勤兼務 名)
	言語聴覚士	1名(常勤 1名、常勤兼務 名)
	作業療法士	1名(常勤 1名、兼務 名、非常勤 名)
事務員	業務の事務全般	2名(常勤 1名、非常勤 1名)

3. 営業時間

営業日	月～金曜日。土曜、日曜、祝日休み。 年末年始: 12月29日～1月3日休み。 お盆: 8月10～16日休み、但し日曜日を含む。
営業時間	月～金曜日、9:00～18:00 ※ ただし、24時間の連絡体制を整えております。

4. 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。

5 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 ⑥ターミナルケア ⑦認知症の看護
- ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテル等の管理 ⑩ その他医師の指示による医療処置

(2) 事業者は、利用者のご希望する日程により訪問看護サービスを提供します。

6 利用者負担金

- (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下記のとおりです。
- (2) 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、現金又はご指定の金融機関口座からの引き落とし(銀行 日、郵便局 日)とさせていただきます。

◆ 利用者負担金(医療保険法定利用料)

後期高齢者の対象の方	・ (基本療養費+管理療養費+加算分) ×負担割合となります。			
	①	一般 (②、③以外の方)	一割負担	月額上限 12000 円
	②	住民税非課税世帯の方	一割負担	月額上限 8000 円
	③	一定以上の方 ※	三割負担	月額上限 44400 円
	<p>※ 一定以上所得者</p> <p>同一世帯に一定の所得以上 (課税所得が145万円以上) の70歳以上の方又は老人保健対象者がいる方。ただし、70歳以上の方および老人保健対象者の収入の合計が、一定額未満 (単身世帯の場合: 年収484万円未満、二人以上の世帯の場合: 年収621万円未満) の方は老人保健の窓口に届け出て認められれば一割負担となります。</p> <p>・交通費は一切頂きません。ただし、駐車場がなく有料駐車場を利用しないと訪問できない方には、駐車料金の実費のご負担をお願いしています。また、緊急時に高速道路を使用した場合には高速道路使用料金の実費を頂いております。</p>			
一般の健康保険等	<p>・ (基本療養費+管理療養費+加算分) ×負担割合となります。</p> <p>・ 重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります。</p> <p>・ 交通費は一切頂きません。ただし、駐車場がなく有料駐車場を利用しないと訪問できない方には、駐車料金の実費のご負担をお願いしています。また、緊急時に高速道路を使用した場合には高速道路使用料金の実費を頂いております。</p> <p>・ 特定医療疾患対象者の方は交通費のみの負担となります。</p>			

◆1ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町村へ申請致しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※いずれも医療費控除の対象となります。

◆その他の利用料

項目	内訳	金額	
超過料金	平日2時間を超えた場合 30分毎に	1000円	
休日料金	営業日以外に訪問した場合	2100円	
時間外料金	営業時間外に訪問した場合	(18:00~22:00)	2100円
		(22:00~6:00)	2100円
		(6:00~9:00)	2100円

7 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・苦情については1ページの相談窓口で承ります。
- (2) 当事業所以外に、市役所、区役所の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

8 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) 当事業所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見とめられる損害賠償については速やかに対応します。なお、当事業所は訪問看護事業者総合補償制度に加入しております。

9 秘密の保持

当事業所が行う指定訪問看護において、業務上知り得た利用者の情報は硬く秘密を保持します。従業員が退職後も在職中に知り得た秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

10 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 看護師等は老人保健法上、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 平成 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 により説明を受け、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			署名代行の理由
	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	〒949-1602 新潟県上越市名立区名立大町 196	
	名称	医療法人社団ひらはら内科クリニック	
	代表者	理事長	平原克己 印
	説明者	訪問看護ステーションきずな	管理者 小嶋久恵 印
電話番号	025-520-8335	FAX	025-520-8335

個人情報使用同意書

殿

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。

この同意を証するため本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

説明者

印

平成 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

家族 住所

氏名

印

＝個人情報取り扱いに関する禁止内容＝

- * 電話など取り扱いをしない相手などを記載する。

同意書

(24 時間対応体制加算・重症者管理加算)

a 私は、貴訪問看護ステーションの 24 時間連絡体制により、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 私は、病気の状態から、()の管理・相談が必要なため、重症者管理加算を算定することに同意します。

平成 年 月

訪問看護ステーションきずな 管理者 小嶋 久恵 様

利用者住所	
利用者氏名	

同意者住所・氏名

住所

氏名

印

利用者との続柄

(訪問看護の情報提供書)

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、県保健福祉局、保健所、保健管理課へ提供することに同意します。

平成 年 月 日

訪問看護ステーションきずな 管理者 小嶋 久恵 様

利用者住所	
利用者氏名	

同意者住所・氏名

住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との続柄 _____