

訪問看護サービス契約書

重要事項説明書

株式会社しんか

訪問看護ステーション見守りナース

訪問看護サービス利用契約書

事業所名：訪問看護ステーション見守りナース（以下「事業者」という）と_____（以下「利用者」という）は、本契約書および別添の「重要事項説明書」に基づき、以下のとおり契約を締結する。

第1条（目的）

事業者は、介護保険法・健康保険法等の法令および本契約の規定に基づき、利用者が居宅においてその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、訪問看護サービスを提供する。

第2条（契約期間）

1. 本契約は、_____ から効力を有する。
2. 契約期間は、介護保険適用の場合、利用者の要介護認定の有効期間満了日までとする。以降は自動更新とする。医療保険適用の場合、主治医がサービス継続の必要性がないと判断するか、利用者が本契約の終了を意思表示するまでとする。
3. 利用者が契約の更新を希望しない場合、期間満了日の30日前までに事業者に書面で通知することにより、本契約は期間満了をもって終了する。

第3条（重要事項説明書の適用）

本契約書に定めるほか、訪問看護サービスの具体的な内容、利用料金、その他の費用、緊急時の対応方法、苦情相談窓口等については、別添の重要事項説明書に定めるとおりとし、当該説明書は本契約の一部を構成する。

第4条（訪問看護計画の作成）

1. 事業者は、利用者の主治医から文書による指示書を受けたうえで、利用者の状況や意向を踏まえ、訪問看護計画を作成する。
2. 事業者は、訪問看護計画の内容を利用者またはその家族に説明し、文書による同意を得たうえで計画書を交付する。

第5条（利用料等の支払い）

1. 利用者は、事業者に対し、重要事項説明書に定めるサービス利用料金およびその他の費用を支払うものとする。
2. 支払いは、毎月20日に、口座振替にて徴収するものとする。

第6条（サービスの変更・中止・解約）

1. 利用者は、本契約をいつでも解除できる。ただし、事業者は10日以上予告期間をもって書面で通知することを推奨する。
2. 事業者は、以下の事由に該当する場合、本契約を解除することができる。
 - (1) 利用者が、契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意に

これを告げず、または不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

- (2) 利用者によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた督促にもかかわらず支払われない場合。
- (3) その他、利用者またはその家族による社会通念を逸脱した不当行為、ハラスメント行為、または事業者に対する著しい背信行為があった場合。

第7条（損害賠償責任）

1. 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に伴って、事業者の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について、これを賠償する責任を負う。
2. ただし、利用者が契約締結時に心身の状況や病歴等の重要事項を故意に告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合は、事業者は損害賠償責任を負わないものとする。

第8条（守秘義務と個人情報保護）

1. 事業者及びその従業者は、サービスの提供にあたり知り得た利用者およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏洩しない。この守秘義務は、本契約終了後も継続する。
2. 事業者は、居宅介護支援事業者や地域の医療機関等との連携のために、利用者またはその家族から書面による同意を得た上で、必要最小限の範囲で個人情報を共有することができる。

第9条（禁止行為）

1. 事業者の訪問看護師等は、利用者またはその家族から金銭や物品等の授受、宗教活動、政治活動、営利活動を行わない。
2. 利用者またはその家族は、訪問看護師等に対し、ハラスメント行為、暴力行為、または社会通念上不適切な言動を行ってはならない。

第10条（協議）

本契約に定めのない事項、または本契約の解釈に疑義が生じた場合は、甲乙協議の上、円満な解決を図るものとする。

第11条（管轄裁判所）

本契約に関する紛争に関して訴訟が生じた場合は、事業所の所在地を管轄する裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とする。

契約締結日

事業者

名 称 株式会社しんか

住 所 熊本市南区八分字2482

代表者取締役 野俣 勇成

事業所

名 称 訪問看護ステーション 見守りナース（指定番号 4360192795 ）

代表者 管理者 藤本 仁

説明者 職名 氏名

私は、当事業所の利用契約内容の説明を受け、訪問看護及び介護予防訪問看護サービスの提供開始に同意します。

利用者

住 所

氏 名

私は、本人の契約意思を確認し、署名を代行します。

（代理人）

住 所

氏 名

（利用者との続柄： ）

訪問看護重要事項説明書

1. 事業所概要

- 法人名称：[株式会社しんか]
- 事業所名称：[訪問看護ステーション見守りナース]（指定番号 [4360192735]）
- 所在地：[熊本市南区並建549-1]
- 管理者：[藤本 仁]（看護師）
- 電話番号：[096-295-5765] [070-6990-3832]
- 通常の事業実施地域：熊] 本市、熊本市周辺

2. 事業の目的及び運営方針

本事業所は、利用者の意思と人格を尊重し、その立場に立った適切な訪問看護サービスの提供を確保することを目的とします。主治医との密な連携、訪問看護計画に基づく質の高いサービスの提供、利用者の心身機能の維持回復、そして地域の保健・医療・福祉機関との連携を図ることを運営方針とします。

3. 職員体制

本事業所では、以下の職種・員数の職員を配置しています（令和7年10月1日現在）。

- 管理者：看護師1名（常勤）
- 訪問看護師等：看護師3名（常勤2名、非常勤1名）
- 理学療法士等：理学療法士0名（常勤0名、非常勤0名）

※常勤換算数：2.5人

4. 営業日・営業時間

- 営業日：月曜日から土曜日（休日：日曜日、12/31～1/3）
- 営業時間：午前8時～午後5時
- 24時間対応体制

5. サービス内容

本事業所は、以下のサービスを主治医の指示書に基づき、訪問看護計画に沿って提供します。

- **健康状態のチェックと指導**：血圧、体温、脈拍などのバイタルチェックと健康相談
- **医療的処置**：褥瘡処置、人工肛門・人工膀胱管理、経管栄養・点滴管理、カテーテル管理、在宅酸素管理、喀痰吸引など
- **療養上の世話**：清拭、洗髪、食事や排泄の援助など
- **リハビリテーション**：居宅での機能維持訓練、ADL向上指導
- **ターミナルケア**：終末期ケア、看取りに関する看護
- **介護者への支援**：介護方法の指導、健康相談、社会資源の紹介
- **その他**：緊急時の対応、療養生活に関する助言等

6. 利用料・その他の費用

介護保険と医療保険のそれぞれについて、自己負担額が発生します。

- **介護保険適用の場合**：訪問時間に応じて、利用料が異なります。
- **医療保険適用の場合**：訪問回数に応じて、利用料が異なります。
- **各種加算**：24時間対応体制加算、緊急訪問看護加算、特別管理加算など、状況に応じて各種加算が発生します。

サービス料金表

※掲載している料金はあくまで参考です。ご利用状況などにより異なりますのでご注意ください。

サービス区分	単位数/料金	備考
介護保険（1割負担の場合）		
訪問看護（30分未満）	471単位/471円/回	
訪問看護（30分以上～60分未満）	823単位/823円/回	
緊急時体制加算	574単位/574円/月	
医療保険（1割の場合）		
訪問看護基本療養費（週3日目まで）	555単位/555円/回	
訪問看護基本療養費（週4日目以降） ※厚生労働大臣が定める疾病等	655単位655円/回	
自費利用		
ナースコール	1500/月	1日1回まで無料、3回以上100円※夜間は2回目以降200円
見守りカメラ	2500円/月	朝1回見守りサービス付き2回目以降100円

7. 緊急時の対応

訪問看護実施中に利用者の病状が急変した場合、速やかに主治医に連絡し、必要に応じて救急搬送等の適切な処置を講じます。主治医への連絡が困難な場合は、事業所の管理者に報告の上、適切な対応を行います。

8. 苦情相談窓口

- 事業所内：[藤本仁][070-6990-3832]
- 外部機関：
 - 熊本県国民健康保険団体連合会：[096-214-1101][熊本市東区健軍1丁目18]
 - 熊本市役所：[介護事業指導課][096-328-2793]

9. 身体拘束等の適正化

利用者または他の利用者の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。身体拘束を行う場合は、その態様、時間、利用者の心身の状況、および緊急やむを得ない理由を詳細に記録します。

10. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市区町村や家族、居宅介護支援事業所等に連絡し、必要な措置を講じます。事業者は、利用者に対して生じた損害を賠償するため、損害賠償補償制度に加入しています。

契約締結日

事業者

名 称 株式会社しんか

住 所 熊本市南区八分字2482

代表者取締役 野俣 勇成

事業所

名 称 訪問看護ステーション 見守りナース（指定番号 4360192795 ）

代表者 管理者 藤本 仁

説明者 職名 氏名

私は、当事業所の重要事項の説明を受け、訪問看護及び介護予防訪問看護サービスの提供開始に同意します。

利用者

住 所

氏 名

私は、本人の契約意思を確認し、署名を代行します。

（代理人）

住 所

氏 名

（利用者との続柄： ）