

訪問看護ステーション ケアライズ

訪問看護・介護予防訪問看護・(医療保険)訪問看護
利用契約書

株式会社 ケアライズ

訪問看護・介護予防訪問看護・(医療保険)訪問看護 契約書

様(以下「ご利用者」といいます。)と株式会社ケアライズ

(以下「事業者」といいます。)は、訪問看護・介護予防訪問看護・(医療保険)訪問看護 (以下「訪問看護等」といいます。)について、次のとおり契約します。

第1条(訪問看護等の目的)

事業者は、ご利用者に対し、介護保険法または、健康保険法、国民健康保険法その他の医療保険法または「高齢者の医療の確保に関する法律」(以下「健康保険法等」といいます。)の定めるところにしたがって、ご利用者が出来る限り居宅にて、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指した訪問看護等を提供し、ご利用者はこれを利用するものとします。

第2条(訪問看護等の意味)

訪問看護等とは、要介護状態または要支援状態(以下「要介護状態等」といいます。)、疾病または負傷により、居宅において継続した療養を受ける状態にあるご利用者(主治医が訪問看護等の必要性を認めたものに限ります。))について、その居宅において、主治医の指示に基づき、第4条の看護師等が行う療養上の世話または診療の補助をいいます。

第3条(訪問看護・介護予防訪問看護計画の作成)

- 1 事業者は、第4条の看護師等(准看護師を除きます。)に訪問看護計画または介護予防訪問看護計画(以下「訪問看護計画等」といいます。)(訪問看護等の目標、具体的なサービスの内容等を記載した書面をいいます。)を作成させます。
- 2 事業者は、訪問看護計画等の内容をご利用者に対し説明および当該計画書を交付し、ご利用者の同意を得ます。この計画を変更する場合も同様とします。

第4条(訪問看護等の提供にあたる者)

事業者は、看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語療法士(以下「看護師等」といいます。)に訪問看護等を行わせます。

第5条(利用料金と実費)

- 1 ご利用者は、事業者に対し、重要事項説明書別紙利用料金表に基づいて計算された訪問看護等の利用料金を支払うものとします。
- 2 ご利用者は、事業者に対し、重要事項説明書別紙利用料金表記載の支払い方法にしたがって、利用料金を事業者の定める期日までに支払うものとします。
- 3 事業者は、ご利用者から料金の支払いを受けたときには、ご利用者に対し領収証を発行するものとします。
- 4 ご利用者は、水道光熱費その他訪問看護等の提供に必要な実費を負担するものとします。
- 5 ご利用者は、この契約の終了後においても、契約期間内に発生した利用料金の未払いがある時は、事業者が指定する期日と方法により、ただちにこれを支払わなければならないものとします。

第6条(遅延損害金など)

- 1 ご利用者が利用料金の支払いを遅延したときは、ご利用者は事業者に対し、支払い期日の翌日から完済日まで残債務に対する年5パーセントの割合による遅延損害金を支払うものとします。
- 2 ご利用者による利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、1ヶ月以上の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合には、事業者は以下の処置をとることができるものとします。
 - ① 滞納分が完済するまでの期間、ご利用者に催告のうえこの契約にかかる訪問看護等の提供を中止すること。
 - ② この契約を解約すること。

第7条(サービス提供の停止)

第6条第2項の①に定める事由の他、ご利用者、またはそのご家族によるこの契約違反がある場合、事業者はご利用者に通知することなくサービスの提供を停止する処置をとることがあります。

第8条(利用料金の変更)

事業者は、重要事項説明書別紙利用料金表に定める利用料金を変更する場合は、あらかじめ、ご利用者に対し説明し、ご利用者の同意を得るものとします。

第9条(キャンセル)

- 1 ご利用者は、訪問看護計画等に記載されたサービス利用日の訪問看護等を中止(以下「キャンセル」といいます。)することができます。この場合において、ご利用者は、その利用日の前日の正午までに事業者にキャンセルを申し出るものとします。
- 2 ご利用者は、前項の期限後に訪問看護等の利用をキャンセルした場合は、事業者に対し、重要事項説明書別紙料金表記載のキャンセル料を支払うものとします。ただし、緊急の入院その他やむを得ない事由があったときはこの限りではありません。

第10条(契約の期間)

この契約の期間は、介護保険法に基づくご利用者にあつては契約締結の日から、ご利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。また、医療保険法等に基づくご利用者にあつては、契約締結の日から、6ヶ月後の末日までとします。ただし、いずれの場合もこの契約満了日の7日前までに、ご利用者から事業者に対する契約終了の申し入れがない場合には、この契約と同じ条件で契約は更新されたものとし、以後も同様とします。

第11条(契約の終了事由)

契約の期間中であつても、この契約は次の事由によって終了します。

- (1) ご利用者が介護保険法に定める要介護および要支援状態に該当しなくなったこと。
- (2) 主治医が訪問看護等の必要性がないと認めたこと。
- (3) ご利用者が医療機関に入院または介護保険施設その他介護サービスを提供する施設に入所等になり、訪問看護等を利用できなくなったこと。

第12条(解約)

- 1 ご利用者は事業者に対して、契約終了を希望する日の7日前までに書面で通告することにより、この契約を解約することができます。
- 2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、ご利用に対して、1ヶ月前までに解約の理由等を記した書面をもって通告することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、ご利用者は書面で通知することにより、ただちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なく、この契約にかかる訪問看護等を提供しなかった場合。
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合。
 - ③ 事業者がご利用者またはそのご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。
 - ④ 上記各号のほか、この契約を継続し難い重大な事情が認められる場合。
- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は書面で通知することにより、ただちにこの契約を解約することができます。
 - ① 第6条第2項に該当する場合。
 - ② 第7条に該当しサービスが停止されているにもかかわらず、改善する見込みがない場合。
 - ③ ご利用者またはその家族が事業者やサービス担当者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
 - ④ 上記各号のほか、この契約を継続し難い重大な事情が認められる場合。

第13条(契約終了時の措置)

事業者は、ご利用者に対し、この契約が終了するときは、ご利用者を担当する居宅介護支援事業者または介護予防支援事業者、地域包括支援センター等への連絡、適当な他の訪問看護事業者等に関する情報提供その他の必要な措置を講じます。

第14条(守秘義務)

事業者は、この契約期間中はもとより、契約終了後においても正当な理由なく、その業務上知り得たご利用者またはそのご家族の情報を第三者に提供しません。

第15条(苦情の対応)

事業者は、訪問看護等の提供に関するご利用者またはそのご家族からの苦情に迅速かつ適切に対応します。

第16条(緊急時または事故発生時の措置)

事業者は、訪問看護等の提供中にご利用者に病状の急変が生じた場合または訪問看護等の提供によりご利用者に事故が発生した場合その他必要な場合は、すみやかにご利用者のご家族、主治医、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、地域包括支援センター、地区町村等へ連絡するなどの必要な措置を講じます。

第17条(損害賠償責任)

事業者は、事業者の責に帰すべき事由によって訪問看護等を提供すべき義務を怠り、それによってご利用者に損害を与えたときは、その損害を賠償するものとします。

第18条(記録)

- 1 事業者は、訪問看護等の提供に関する記録を作成し、この契約終了から5年間保存します。
- 2 ご利用者は、事業者に対し、前項の記録の閲覧または謄写を求めることができます。ただし、謄写に要する費用はご利用者の負担とします。

第19条(連帯保証人)

連帯保証人は、ご利用者と連帯して、この契約に基づいて生じるご利用者の一切の責務について責任を負うものとします。また、事業者と共同して、介護サービスの質、およびご利用者の在宅生活の質の向上に努めるものとします。

第20条(協議)

この契約の規定またはこの契約に定めのない事項について疑問が生じた場合は、介護保険法その他関係法令の定めるところにしたがって、ご利用者と事業者が協議の上解決するよう努めるものとします。

上記の契約を証するため、本書を2通を作成し、ご利用者が署名捺印、事業者が記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

＜事業者名＞ 株式会社 ケアライズ

＜所在地＞ 〒003-0022 北海道札幌市白石区南郷通21丁目南5番39号
南郷21メディカルビル1F

＜代表者名＞ 代表取締役 櫻井 博彦 (印)

＜事業所の名称、所在地等＞

事業所名：訪問看護ステーション ケアライズ

所在地：〒003-0022 北海道札幌市白石区南郷通21丁目南5番39号
南郷21メディカルビル1F

指定事業所番号 : 0160591418 ※ 介護保険
事業所コード : 05,9141,8 ※ 医療保険

契約担当者： (印)

契 約 者

住 所 _____
<ご利用者>
氏 名 _____ (印)

住所 _____

氏名 _____ (印)

住所 _____

氏名 _____ (印)