

訪問看護・介護予防訪問看護サービス・医療訪問看護サービス 契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、東京都条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 ナーシングファーム
主たる事業所の所在地	〒186-0003 東京都国立市富士見台4-41-1
代表者（職名・氏名）	三原 由美子

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ひだまりの樹ナースステーション福生（本店）	ひだまりの樹ナースステーション羽村（支店）
サービスの種類	介護予防訪問看護・訪問看護・医療訪問看護	
事業所の所在地	〒197-0003 東京都福生市熊川448-8 第2野島ハイツ2階	〒205-0011 東京都羽村市五ノ神4-1-17 MYEビル201
電話番号	042-513-4065	042-578-8251
FAX番号	042-513-4066	042-578-8252
指定年月日	2022年4月1日指定	
事業所番号・ステーションコード	事業所番号：1364490118 ステーションコード：7398126	
管理者の氏名	三原 由美子	
通常の事業の実施地域	福生市、昭島市、羽村市、あきる野市、八王子市・青梅市・立川市の一部	

3. 事業の運営方針

指 針	- 探求心と向上心を胸に誠実を尽くす看護 - 思いやりと励ましの心で生きる力を引き出す看護 - 尊敬と感謝を根本に希望の光を送る看護
-----	--

4. 営業日時

営業日・休日	月曜日から金曜日の午前9時から午後6時まで（国民の祝日及び年末年始（12月31日から1月3日）を除く） 休日：土曜・日曜・祝日
--------	--

5. 事業所の職員体制

2026年6月1日現在

従業者の職種	員数	勤務の体制
＜管理者＞	1名	常勤看護師（看護師兼務）
看護師	5名	常勤2名 非常勤4名
保健師	1名	常勤1名
理学（作業・言語）療法士	5名	常勤2名 非常勤3名
事務員	2名	常勤1名 非常勤1名

* 理学療法士等による訪問について

理学療法士等による訪問看護は、看護業務の一環として、より専門性をもってリハビリテーションを中心に実施するものであり、看護職員の代わりに訪問させていただきます。

6. 利用料（別紙料金表参照）

- 介護保険での訪問看護サービスの利用料は別紙の通りです。
具体的な訪問看護サービスご利用月ごとの料金につきましては、居宅介護支援事業者が作成する「サービス利用票別表」をご覧ください。別途当事業所の担当者にご確認ください。
- 医療保険での訪問看護サービス利用料は、別紙でご確認ください。

別途当事業所の担当者より、対象の加算分について個別に説明いたします。

・介護報酬や診療報酬の改定、およびそれに伴う加算(処遇改善加算等)の新設・変更など、法令上の根拠に基づき料金が改定される場合は、事業者は速やかにその内容を利用者に対して説明・通知するものとし、法令の施行日をもって新たな料金を適用するものとします。

7. 通常のサービス地域と交通費

通常のサービス地域は、福生市・羽村市・昭島市・あきる野市・瑞穂町・八王子市(高月地区)・青梅市(長淵地区、河辺地区、新町地区)・立川市(北部西地区)です。これらの地域の場合は、交通費はいただきません。サービス地域外の場合は30円/kmです。

8. お支払方法等

- ①訪問看護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割または2割をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付につき償還払い(いったんご利用者が利用料の全額を支払い、その後区市町村から9割または8割分の払い戻しを受ける方法)をご希望の場合は、お申し出ください。
- ②提供を受ける訪問看護サービスが介護保険の適用外部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③当事業者はご利用者に対し、毎月20日までに、前月分の利用料等明細書もしくは請求書を交付します。利用料等は、約定期日までに下記の方法でお支払いください。

* 入金確認後、領収書を発行いたします。

自動引き落とし	サービス利用の <u>翌月26日にお引き落としになります</u> 。手続きには、所定の書類に署名捺印いただきます。その他詳細については、担当者にご確認ください。
銀行振込	サービス利用の翌月末日までに指定の口座にお振込みください。 [お振込先口座は別途お知らせします]

9. キャンセル料

訪問看護サービスをキャンセルされる場合は、前日17時までにご連絡ください。キャンセルのご連絡をこの時間までにいただけないことが、契約期間中に3回以上発生したときは、予定されていたサービスに対する自己負担金相当額をキャンセル料としてご請求いたしますので予めご了承ください。

10. サービスに関する相談・苦情窓口

	担 当	電話番号
ひだまりの樹ナースステーション	三原 由美子	042-513-4065
東京都国民健康保険団体	苦情相談窓口	03-6238-0177
福生市	介護保険係	042-551-1764
昭島市	介護保険係	042-544-5111 (代表)
羽村市	介護保険管理係	042-555-1111 (内線142)
あきる野市	健康福祉部高齢者支援課	042-558-1111 (内線2633)
瑞穂町	高齢者福祉課介護支援係	042-557-0594
八王子市	高齢者福祉課相談窓口	042-620-7420
青梅市	高齢者支援課	0428-22-1111
立川市	福祉部介護保険課	042-523-2111

11. 虐待防止のための措置

- ①事業者は、利用者様の尊厳を守るという基本的な考えのもと、虐待は決して行いません。身体拘束も緊急時やむを得ない場合を除き、原則として行いません。事業者は、お客様の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策

を講じ区市町村へ報告します。

- ②事業者は、虐待防止のための指針を整備するとともに、ご利用者様の権利擁護、サービスの適正化に向けた定期的な職員研修等を実施するものとします。
- ③事業者は、前項の措置を適切に実施するために虐待防止担当者を配置します。
- ④事業者が身体拘束を緊急やむを得ず実施する場合は、次の3つの要件を満たした時とし、実施した場合はすみやかに身体拘束を解除できるように努めるとともに適切に記録します。
 - (1)切迫性：利用者様本人または、他の利用者様の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
 - (2)非代替性：身体拘束その他の行動制限に他に代わる対応方法がない。
 - (3)一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものである。

12. 事故発生時の対応

- ①ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者の家族、区市町村等に連絡を取るとともに、必要な措置を講じます。
- ②事故が発生した場合、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
- ③ご利用者に対するサービスの提供により発生した事故等によりご利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

13. 担当の職員について

- ①職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。
- ②ご利用者はいつでも担当の訪問看護職員の変更を申し出ることができます。その場合、変更のご要望をお断りする正当な理由がない限り、別の担当者を任命します。
- ③当事業者は、担当の訪問看護職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問看護職員を変更することがあります。その場合には、事前にご利用者に通知いたします。

14. 災害・感染症発生時(BCP)の対応について

- ①当事業所では、非常時(大規模災害や感染症の急激な流行等)においても必要な訪問看護サービスを継続できるよう、業務継続計画(BCP)を策定・運用しています。
- ②災害等の発生により、通常通りの訪問が困難となった場合は、医療的緊急度(トリアージ基準)に基づき訪問の優先順位を判断させていただきます。その際、訪問日時の変更や巡回回数の調整等をお願いすることがありますので、予めご了承ください。

15. カスタマーハラスメントへの対応

- ①当事業者は、職員が安全かつ安心して質の高いサービスを提供できるよう、利用者様またはご家族様等による職員へのハラスメント行為(暴力、暴言、威嚇、セクシャルハラスメント、不当な要求等)を禁止します。
- ②万が一、これらの行為が認められた場合、状況に応じてサービスの提供を一時的に中止、または契約を解除させていただきます。

16. その他

当事業者は、契約に基づく利用料以外はご利用者からいただくことができません。
お心付け等につきましては、予めお断りさせていただきます。

____年 ____月 ____日

訪問看護サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して契約書および本書面に基ついて重要な事項を説明いたしました。

【事業者】

東京都国立市富士見台 4-41-1

株式会社ナーシングファーム

代表 三原 由美子 (印)

【説明者】

東京都福生市熊川 448-8

第2野島ハイツ2階

ひだまりの樹ナースステーション

担当者氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項の説明を受け、内容について同意いたします。

【利用者】

住所

氏名

【家族代表】

住所

氏名

【代理人】

住所

氏名