

重 要 事 項 説 明 書

契 約 書

(令和 8 年 4 月 1 日現在)

重要事項説明書

NOA・JAPAN株式会社が設置する訪問看護ステーションRASHISA福生（以下「事業所」という。）は、利用者に対して、指定訪問看護（以下「サービス」という。）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたい重要事項をご説明します。

1 事業所運営法人

法人名	NOA・JAPAN株式会社
法人所在地	埼玉県所沢市北秋津 739-42 恵郷土ビル
電話番号	04-2929-5566
FAX番号	04-2929-5577
代表者氏名	児玉大作
法人設立年月日	2008 年 10 月 20 日
ホームページ	https://noa-jpn.com/
法人が行う事業	NOA・JAPAN株式会社：訪問看護 看護師・介護師人材紹介

2 利用事業所

事業所の種類	指定訪問看護
事業所の目的	主治医より訪問看護が必要と判断されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを行います。
事業所の名称	訪問看護ステーションRASHISA福生
事業所所在地	東京都福生市加美平加美平 3-20-21 ドウ・ジェンヌ 105
電話番号	042-513-0775
FAX番号	042-513-0776
事業所の管理者	中山 一貴
開設年月日	2026 年 4 月 1 日
事業所番号	1 3 6 4 4 9 0 1 3 4
通常の事業実施地域	福生市 羽村市 青梅市 あきる野市 立川市 昭島市
営業日	月曜日～金曜日（土日祝は休み） 12 月 29 日～1 月 3 日までは休み
営業時間	9：00～17:30 電話等により、24 時間連絡対応が可能な体制をとっています。

3 事業所職員体制

管理者	1 名（常勤）	管理者は、事業所の管理、訪問看護利用の申し込みの係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。また、事業所の従業員に事業所の運営に必要な指揮命令を行います。
訪問看護師等	常勤 2 名 非常勤 1 名	訪問看護師等は、訪問看護計画書の作成及び報告書、その他の諸記録を作成し、訪問看護の提供にあたります。

4 事業所の基本理念・理念

利用者様を全人的にとらえ、その人らしさを尊重した看護を提供しながら、共に自立を目指します。

- (1) 利用者様が、住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく安心・安定して暮らせるよう 24 時間体制で支援します
- (2) 医療、保健、福祉等の関係機関との連携を図り、地域貢献に努めます
- (3) 働くスタッフのライフワークバランスを維持し、質の高い看護を提供できる業務体制を確保します
- (4) 看護師の主体性に重きを置き、自立した人材育成を図ることで質の高い看護を提供します

5 サービスの内容

事業所は、医師の指示に基づき、個別に精神科訪問看護計画書を作成し、サービスを実施、記録し、月ごとに医師への報告を行います。

サービス内容	・利用者様とご家族様の心理支援 ・健康観察 ・症状や病状の観察 ・服薬状況の確認 ・生活上の困りごとのサポート ・社会資源の活用サポート
--------	--

6 利用料金 別紙参照

7 サービスの利用に関する留意事項

サービスの中止・変更	当事業所では、当日キャンセルにおいてキャンセル料が発生します。また、前日までの連絡であっても2回目以降/月（一か月のうち3回目のキャンセル）からキャンセル料が発生します。キャンセルを希望される場合、利用日前日までに事業所までご連絡ください。急な発熱・冠婚葬祭等、やむを得ない事情の場合は、その都度相談してください。
キャンセル料	当日または一か月のうち3回目のキャンセルからその都度：3000 円
訪問看護師について	当事業所では、初回訪問時に担当看護師を決定しますが、利用者様を包括的に支援していくため、複数の看護師が交替してサービスを提供します。
訪問看護師の交替について	・利用者様からの申し出 選任された訪問看護師の交替を希望する場合には、当該看護師が業務上不適切だと認められる事情その他交替を希望する理由を昭らにして、事業所に対し、訪問看護師の交替を申し出ることができます。ただし、利用者様から特定の訪問看護師を指名はできません。 ・事業所からの訪問看護師の交替 事業所の都合により、訪問看護師を交替する場合があります。ただし、この場合事業所は、利用者様もしくはご家族様に対し、サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

8 契約の終了について

契約の更新及び終了	・利用者様が死亡した場合 ・利用者様が医療機関へ入院した場合。また、医療機関等への入院で退院できない、もしくは長期にわたり、当事業所の提供するサービスの利用が困難となった場合 ・下記Aにより、利用者様から契約の解除の申し出があった場合 ・下記Bにより、事業所から契約の解除の申し出があった場合
A 利用者からの契約解除の申し出	利用者様は、契約の有効期間であっても契約の解除を申し出ることができます。この場合は、契約解除を希望する14日前までに事業所に申し出てください。ただし、以下の場合には利用者様は即時に契約を解除・解約できます。 ・事業所および従事者が、下記13に定める個人情報保護規定に違反した場合 ・事業所および従事者が、利用者の身体、財産、信用等を傷つけるなどの不信行為により、その後の契約を継続しがたい事情があった場合 ・上記の他、契約の継続が困難となるような重大な事態が発生した場合

B 事業所からの契約解除の申し出	以下の場合に事業所は、利用者様との契約を解除する場合があります。ただし、この場合事業所は利用者様または家族様に対しその旨の説明を行います。 ・利用者様または家族様が、サービスの利用に関する指示に従わないことなどにより、状態を悪化させたと認めた場合 ・利用者様またはご家族様が、サービス提供にあたって必要な情報について、報告しない又は虚偽の報告をするなど適切なサービス提供が困難であると認められる場合 ・利用者様またはご家族様等が他の利用者様の生命、身体及び財産を傷つけるなど、その後の契約を継続しがたい事情があった場合 ・利用者様が利用料金を1か月以上滞納し、事業者が催促したにもかかわらず14日以内に支払わず滞納し、再度事業者が催促したにもかかわらず14日以内に支払わなかった場合 ・利用者様またはご家族様が、他の利用者様、ご家族様等もしくは事業所又は従業者に対する、暴力、暴言、威嚇（口頭によるものも含む）、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメント、及びそれらと相応又は同等の行為により、適切なサービス提供の継続が困難であると判断できる場合 ・利用者様又はご家族様等と事業所との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難で、適切なサービスの提供を継続できないと判断できる場合
--------------------------------	--

9 身分を証する書類の携行

身分証の携行	事業所の従業者は身分を証する書類を携行し、初回訪問時または利用者様もしくはそのご家族様から求められたときは、いつでもこれを提示します。
--------	--

10 緊急時・事故発生時の対応について

緊急時・事故発生時の対応	サービス提供時に利用者様の体調が急変した場合や緊急を要する場合、事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族や緊急連絡先（または契約書記載の保証人）等に連絡するとともに、主治医への連絡を行うもしくは受診するなど必要な措置を講じます。
記録と再発防止策	事業所は、事故の発生状況及び事故に際してとった処置について記載します。また、事故の原因を解明し再発を防止するための対策を講じます。
損害賠償	事業所はサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、利用者様に対し速やかに損害賠償を行います。

11 損害賠償について

損害賠償	事業所の責任により利用者様に損害が生じた場合には、事業所は速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生について、利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用者様の置かれた心身の状況等により減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。
保険加入先	事業所（法人）は、事故等により利用者様に損害を生じさせてしまった場合に備え、下記の保険に加入しております。保険会社には必要時に利用者様、ご家族様の個人情報を提供する場合がありますので、ご承知置きください。

12 サービス提供の記録について

記録の整備と開示および交付	事業所は、利用者様に対し提供したサービスの内容及びその他必要な記録を整備します。利用者様は、必要に応じてその記録の閲覧および複写物の交付を受けることができます。交付を希望される方は、事業所管理者までお問合せください。なお、複写物の交付については、別途料金がかかります。（1枚10円+消費税）
---------------	---

13 個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱い	・当法人及び事業所は「個人情報の取り扱いに関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、個人情報を適正に取り扱います。 ・秘密を保持する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。
従業員に対する契約	当法人、事業所の従業員は、雇用期間中及び退職後も、正当な理由なく業務上知り得た利用者様またはご家族様の秘密及び個人情報を漏らさないことを雇用契約時に誓約しています。
個人情報使用の同意について	別に定める「個人情報使用同意書」において、同意を得ることとします。
個人情報取り扱い責任者	訪問看護ステーション R A S H I S A 福生 管理者 中山一貴 電話：042-513-0775

14 当事業所以外でのサービスの内容に関する相談・苦情窓口

地域	苦情相談窓口	電話番号
福生市	障害福祉課	0 4 2 - 5 5 1 - 1 7 4 2
羽村市	障害福祉課	0 4 2 - 5 5 5 - 1 1 1 1
あきる野市	障がい者支援課	0 4 2 - 5 5 8 - 1 1 1 1
青梅市	障がい者支援課	0 4 2 8 - 2 2 - 1 1 1 1
立川市	障害福祉課	0 4 2 - 5 2 9 - 8 6 7 6
昭島市	障害福祉課	0 4 2 - 5 4 4 - 5 1 1 1
介護保険	東京都国民健康保険団体連合会	0 3 - 6 2 3 8 - 0 0 2 2
医療保険	関東信越厚生局	0 3 - 6 6 9 2 - 5 1 1 9

15 料金のお支払いについて

利用料の請求方法	・利用料及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。 ・上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月に利用者様宛てにお渡しします。
利用料のお支払い方法	・請求月に現金にてお支払いいただきます。現金でのお支払いが困難な場合は、振込によるお支払いを検討しますが、振込手数料は利用者様の負担となります。 ・お支払いを確認後、領収書をお渡しします。医療費控除の還付請求の際に必要な場合がありますので、必ず保管してください。

* 料金の滞納について

- ・利用者様が利用料金を1か月以上滞納し、事業者が催促したにもかかわらず14日以内に支払わなかった場合、利用者様の健康・生命に支障がない場合に限り、料金の支払いがあるまで訪問看護の提供を一時停止する場合があります。
- ・一時停止の意思表示をした後、14日を経過しても支払いがない場合、利用契約を解除します。

16 虐待防止について

事業所は、虐待の発生またはその四阿発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のために対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、看護師等に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のために指針を整備します。
- (3) 看護師等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者または養護者（利用者様のご家族様等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

訪問看護 利用契約書

訪問看護の開始にあたり、利用者に対し本書面に基づき重要な事項を説明しました。

住所：東京都福生市加美平 3-20-21 ドウ・ジェンヌ 105

事業所：訪問看護ステーション R A S H I S A 福生

事業所管理者・重要事項説者： 中山一貴 ㊞

訪問看護の契約にあたり、事業所から重要事項説明書の内容について説明を受け、理解したうえで
同意・契約します。

医療保険【24 時間対応体制加算】 同意します ・ 同意しません

介護保険【緊急時訪問看護加算】 同意します ・ 同意しません

西暦) 年 月 日

氏名 ㊞ 電話番号：

住所

【緊急時・事故発生時の連絡先】

医療機関等	名称：	
	住所：	電話番号：
家族等	氏名：	続柄：
	住所：	電話番号：

個人情報使用同意書

私は(及び私の家族)、個人情報の使用については、下記により必要最低限の範囲で使用することに同意します。

1. 使用する目的

- ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者等との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答
- ・利用者様の診察のため、外部の医師当の意見や助言を求める場合
- ・家族等への病状説明
- ・その他利用者様への医療提供に関する使用
- ・その他利用者様への医療保険事務に関する使用
- ・審査支払期間へのレセプトの提供
- ・審査支払期間または保険者からの照会への回答
- ・医療・介護・労災保険・公費負担医療等に関する診療請求のための利用及びその照会に対する回答
- ・外部監査機関への情報提供

2. 使用する条件

・個人情報の使用については、必要最低限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に触れることのないよう細心の注意を払います。

訪問看護ステーション RASHISA 福生 管理者・説明者：中山一貴 印

西暦) 年 月 日

利用者様またはご家族様

氏名 _____ ⑩

電話番号： _____

住所 _____