

契約書別紙兼重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人グッドライフグループ
主たる事務所の所在地	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F
代表者（職名・氏名）	理事長 野呂 昇平
設立年月	2021 年 8 月
電話番号	011-663-1110

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	グッドライフクリニック西町南	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F	
電話番号	011-663-1110	
指定年月日・事業所番号	令和 6 年 5 月 1 日	0110419736
管理者の氏名	野呂 昇平	
通常の事業の実施地域	札幌市、石狩市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護又は介護予防訪問看護は、病状が安定期にある利用者について、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「訪問看護職員」といいます。)が、そのお宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時から午後16時45分まで

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤3人、非常勤2人
保健師	常勤1人、非常勤1人

6. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	西尾幸重 三間真里
----------	-----------

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1） 訪問看護の利用料

【基本部分】

<保健師、看護師が行う訪問看護>

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注2）参照		
		（自己負担1割）	（自己負担2割）	（自己負担3割）
20分未満	266単位(2,660円)	266円	532円	798円
20分以上30分未満	399単位(3,990円)	798円	798円	1,197円
30分以上1時間未満	574単位(5,740円)	574円	1,148円	1,722円
1時間以上1時間30分未満	844単位(8,440円)	844円	1,688円	2,532円

（注1） 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2） 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			(自己負担1割)	(自己負担2割)	(自己負担3割)
夜間・早朝、 深夜加算	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）にサービス提供する場合	上記基本利用料の 25%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
	深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する場合	上記基本利用料の 50%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
複数名訪問 加算Ⅰ	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合（1回につき）	254単位 (2,540円)	254円	508円	762円
	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合（1回につき）	402単位 (4,020円)	402円	804円	1,206円
複数名訪問 加算Ⅱ	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合（1回につき）	201単位 (2,010円)	201円	402円	603円
	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合（1回につき）	317単位 (3,170円)	317円	634円	951円
長時間訪問 看護加算	特別な管理を必要とする利用者に対して1時間30分以上の訪問看護を行った場合（1回につき）	520単位 (5,200円)	520円	1,040円	1,560円
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合(1か月につき)	300単位 (3,000円)	300円	600円	900円
緊急時訪問 看護加算	利用者の同意を得て、利用者又はその家族等からの看護に関する相談に常時対応できる体制を整え、かつ、必要に応じて緊急時訪問を行う体制がある場合（1か月につき）	265点 (2,650円)	265円	530円	795円
特別管理加 算Ⅰ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合(1か月につき)	500単位（5,000円）	500円	1,000円	1,500円
特別管理加 算Ⅱ		250単位（2,500円）	250円	500円	750円
ターミナル ケア加算	利用者の死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合(当該月につき)	【医療保険】 イ：2,500点 ロ：1,000点 【介護保険】 2,000単位 (要介護者のみ)	【医療保険】 イ：250円 ロ：100円 【介護保険】 200円	【医療保険】 イ：500円 ロ：200円 【介護保険】 400円	【医療保険】 イ：750円 ロ：300円 【介護保険】 600円

看護体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制を満たす場合 (1か月につき)	550単位 (5500円)	550円	1,100円	1,650円
看護体制強化加算Ⅱ		200単位 (2000円)	200円	400円	600円

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担金		
			(自己負担1割)	(自己負担2割)	(自己負担3割)
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者 ・同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者 ・同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が50人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の85%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の70%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(3) 支払い方法

上記(1)及から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、1か月以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月(介護保険利用分は26日、医療保険利用分は27日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の5日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 北洋銀行 宮の沢支店 普通口座 7209708
現金払い	サービスを利用した月の翌月の5日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	グッドライフクリニック西町南 野呂昇平 札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F 011-663-1110
---------	------------------------------	--

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 011-663-1110 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	札幌市 各区保健福祉課 相談窓口	電話番号 西区役所 011-641-6948 手稲区役所 011-681-2504 北区役所 011-757-2509 中央区役所 011-205-3306
	北海道国民健康保険 団体連合会 (介護サービス苦情 相談ダイヤル)	電話番号 011-231-5175

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんのであらかじめご了解ください。

- 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	札幌市西区西町南 12 丁目 1-38 2F
事業者（法人）名		医療法人グッドライフグループ グッドライフクリニック西町南
代表者職・氏名	理事長	野呂 昇平 印
説明者職・氏名		印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）	住所	
	本人との続柄	
	氏名	印

立会人	住所	
	氏名	印