

訪 問 介 護  
訪問型サービス（第1号訪問事業）  
利 用 契 約  
重 要 事 項 説 明 書

グッドタイムリビング株式会社

**GTL ケアサービス**  
**訪問介護・訪問型サービス（第1号訪問事業）**  
**利用契約 重要事項説明書**

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)」第 8 条、GTL ケアサービスの所在市または関係市町村の「介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」等に基づき、GTL ケアサービス 訪問介護・訪問型サービス（第 1 号訪問事業）利用契約（以下「利用契約」といいます）の締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

事業者、事業所の概要や提供される指定訪問介護サービスまたは指定訪問型サービス（以下「訪問介護サービス等」といいます）の内容・利用料等、契約上ご注意いただきたいことを本書をもって説明します。不明点等がございましたら、ご遠慮なくお申し出下さい。

**1 訪問介護サービス等を提供する事業者について**

|              |                                              |                                    |
|--------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| 事業者名称        | グッドタイムリビング株式会社                               |                                    |
| 代表者氏名        | 代表取締役社長 河合 淳                                 |                                    |
| 所在地          | 本社所在地                                        | 東京都中央区八丁堀 3 丁目 4 番 8 号<br>RBM 京橋ビル |
|              | 本店所在地                                        | 東京都千代田区丸の内 1 丁目 9 番 1 号            |
| TEL・FAX      | TEL:03-6845-8020（本社）<br>FAX:03-6845-8015（本社） |                                    |
| 事業者設立<br>年月日 | 2005 年 4 月 1 日                               |                                    |

**2 お客様への訪問介護サービス等の提供を担当する事業所について**

|       |                                            |
|-------|--------------------------------------------|
| 事業所内容 | ・別紙 1 「訪問介護サービス等の提供を担当する事業所について」に記載のとおりです。 |
|-------|--------------------------------------------|

### 3 訪問介護サービス等の内容

| サービスの区分と種類     |         | 訪問介護サービス等の内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問介護計画等の作成     |         | <ul style="list-style-type: none"> <li>お客様の指定居宅介護支援事業者およびお客様に係る地域包括支援センター等（総称して以下「居宅介護支援事業者等」といいます）が作成した居宅サービス計画または介護予防ケアマネジメント（以下「居宅サービス計画等」といいます）に基づき、具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画または訪問型サービス計画（総称して以下「訪問介護計画等」といいます）を作成します。</li> </ul>                                                                                    |
| 身体介護           | 食事介助    | <ul style="list-style-type: none"> <li>食事摂取に必要な準備、介助、後片付けまでを行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |
|                | 入浴介助    | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴のための準備、介助、後片付けまでを行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          |
|                | 排泄介助    | <ul style="list-style-type: none"> <li>排泄のための準備、介助・オムツ交換等、後片付けまでを行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   |
|                | 清拭      | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴できない方へ手浴、足浴、身体を拭く等の準備、介助、後片付けまでを行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |
|                | 身体整容    | <ul style="list-style-type: none"> <li>歯磨き、洗顔、髪をとかす、髭を剃る等の身だしなみを整えるための準備、介助、後片付けまでを行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |
|                | 体位交換    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1人では寝返りが打てない方のために身体の向きを換える介助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
|                | 移動・移乗介助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1人では室内の移動、車いすへの移乗が出来ない方のために介助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |
|                | 外出介助    | <ul style="list-style-type: none"> <li>1人で外出に支障がある方の日常的な買い物・通院等の介助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 |
| 自立支援のための見守りの援助 |         | <ul style="list-style-type: none"> <li>次のようなサービスを行います。               <ol style="list-style-type: none"> <li>① お客様と一緒に手助けしながら調理を行います。</li> <li>② 入浴・更衣等の見守りをを行います。</li> <li>③ お客様が自ら品物を選ぶように援助します。</li> <li>④ 洗濯物を一緒にたたんだり、干したりします。</li> <li>⑤ ベッド等の出入り時等に声かけを行います。</li> <li>⑥ 移動時に側について歩きます。</li> </ol> </li> </ul> |

|      |     |                                               |
|------|-----|-----------------------------------------------|
| 生活援助 | 買い物 | ・外出に支障がある方に代わり、日常生活に必要な生活用品および食材等の買い物をいたします。  |
|      | 調理  | ・食事の準備に支障がある方に代わり、調理および下準備等を行います。             |
|      | 掃除  | ・掃除動作に支障がある方に代わり、お客様が使用される居室等の掃除を行います。        |
|      | 洗濯  | ・洗濯についての一連の行為に支障がある方に代わり、洗い、干し、取り込み、整理等を行います。 |
|      | その他 | ・シーツ交換、衣類の補修・整理等を行います。                        |

#### 4 訪問介護サービス等の利用料・その他費用について

|                |                                                               |
|----------------|---------------------------------------------------------------|
| 利用料・<br>その他の費用 | ・訪問介護サービス等の利用にかかる料金（以下「利用料」といいます）およびその他費用は、別紙2「料金表」に記載のとおりです。 |
|----------------|---------------------------------------------------------------|

#### 5 利用料、その他の費用の変更について

|           |                                                                                                                                                                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料の変更    | ・事業者は、厚生労働省が定める介護保険法上の訪問介護サービスまたは関係市町村が定める訪問型サービス（第1号訪問事業）における介護報酬単価および GTL ケアサービスの所在市の地域区分基準等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて訪問介護サービス等の利用料を変更するものとします。その場合には、事業者は、お客様に対して、あらかじめ説明をし、同意を得るものとします。 |
| その他の費用の変更 | ・事業者は、消費者物価指数や人件費等を勘案し、事業の安定的継続の観点から、訪問介護サービス等の利用にかかるその他費用を改定できるものとします。その場合には、事業者は、お客様に対して、改定を行う1ヵ月前までに書面で通知します。                                                                             |

※ お客様は上記変更に参加できない場合には、文書で事業者へ通知することにより、直ちに利用契約を解約することができます。

## 6 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

|                    |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料、<br>その他の費用の請求  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用料、その他の費用は訪問介護サービス等の提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</li> <li>・請求書は、ご利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までにお客様にお届けします。</li> </ul>                              |
| 利用料、<br>その他の費用の支払い | <ul style="list-style-type: none"> <li>・請求月の 26 日(同日が金融機関の休業日の場合はその翌営業日)に、お客様の指定金融機関口座からの自動振替による方法によりお支払いいただきます。</li> <li>・事業者にてお客様のお支払いを確認でき次第、領収書をお渡ししますので、適切に保管をお願いします。</li> </ul> |

## 7 担当する訪問介護員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|                                       |                                                                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| お客様のご事情により、担当する訪問介護員の変更をご希望される場合の相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙 3 (1)「担当する訪問介護員の変更をご希望される場合の相談窓口」に記載のとおりです。</li> </ul> |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 担当する訪問介護員の変更にしましては、お客様のご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 8 秘密の保持と個人情報の保護について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| お客様およびご家族に関する秘密の保持について | <ul style="list-style-type: none"><li>・事業者および事業者の従業者は、訪問介護サービス等を提供するうえで知り得たお客様ならびにお客様のご家族に関する秘密について、正当な理由なく第三者（ただし、事業者の関係会社またはグループ会社の役職員は除きます）に漏らしません。この秘密保持義務は利用契約終了後も同様です。なお、事業者の従業者においては、在職中に限らず、出向・転籍・退職後においても同様とします。</li></ul>                                               |
| 個人情報の保護について            | <ul style="list-style-type: none"><li>・事業者は、別途締結する利用契約書の別紙「GTL ケアサービス訪問介護・訪問型サービス（第1号訪問事業）利用契約における個人情報の使用について」の定めに従い、必要最小限の範囲内でお客様およびお客様のご家族の個人情報を使用します。</li><li>・事業者は、お客様およびお客様のご家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む）について、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</li></ul> |

## 9 訪問介護サービス等に関する諸記録について

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問介護サービス等に関する諸記録について | <ul style="list-style-type: none"><li>・事業者は、訪問介護サービス等の実施ごとに、実施記録（提供したサービスの内容、提供者の氏名、提供日時、お客様の状態等）を作成し、お客様およびお客様のご家族の必要に応じて内容を説明します。なお、事業者は、訪問介護サービス等の提供記録をつけることとし、訪問介護サービス等の提供が終了した日から5年間保管するものとします。</li><li>・お客様は訪問介護サービス等の提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。但し、コピー代は別紙2「料金表」記載のとおりお客様の実費負担となります。</li></ul> |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1 0 緊急時の対応方法について

訪問介護サービス等の提供を行っているときにお客様に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、すみやかにお客様の主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、お客様のご家族に報告します。また、お客様の主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとします。

## 1 1 事故発生時の対応方法について

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応方法 | <ul style="list-style-type: none"><li>・お客様に対する訪問介護サービス等の提供により事故が発生した場合は、事故の発生または再発防止に向けた指針に基づき、すみやかに関係市区町村およびお客様のご家族、利用者にかかわる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</li><li>・お客様に対する訪問介護サービス等の提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりお客様に損害を及ぼした場合には、その責任の範囲内において、お客様に対してその損害を賠償します。</li></ul> |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1 2 虐待の防止について

事業者は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次に掲げる措置を講ずることとします。

- ① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ② 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 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くこと。

2 万が一、虐待等が発生した場合、事業所は、事実確認、原因究明および再発防止策の検討・実施ならびにこれらにかかる関係者への報告等（行政等への報告を含む）の必要な対策を社内規則に従い速やかに実施します。

### 1.3 従業員の研修について

事業者は、従業員の資質向上のために次のとおり研修の機会を設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備します。

|       |               |
|-------|---------------|
| 採用時研修 | 採用後 1 ヶ月以内    |
| 継続研修  | 年 2 回         |
| その他   | 年間計画に基づく研修の実施 |

### 1.4 訪問介護サービス等の提供に関する苦情、相談について

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問介護サービス等の苦情・相談窓口 | ・別紙 3 (2)「訪問介護サービス等の苦情・相談窓口」に記載のとおりです。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 苦情、相談の処理体制および手順   | <p>① 苦情または相談があった場合、お客様の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問等を実施し、事実の確認を行います。</p> <p>② 聞き取り等による情報収集を行う場合には、お客様の立場を考慮しながら、担当者に事実関係の特定を慎重に行います。</p> <p>③ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、お客様へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います（時間を要する内容も、その旨を翌日までに連絡する）。</p> <p>④ 担当ケアマネジャーにあてて、苦情内容の事実報告を迅速に行うとともに、共同でその対応を行います。なお、苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い、再発防止の対応方針を協議します。</p> |
| その他               | ・事業所において、処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法をお客様の立場にたって検討し、対処します。                                                                                                                                                                                                                                                                             |

訪問介護サービス等の提供開始にあたり、お客様に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

### 重要事項説明の年月日

|       |      |   |   |   |
|-------|------|---|---|---|
| 説明年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 |
|-------|------|---|---|---|

重要事項について文書を交付し、説明しました。

|     |       |                  |
|-----|-------|------------------|
| 説明者 | 所在地   | 大阪府池田市緑丘1丁目4番23号 |
|     | 法人名   | グッドタイムリビング株式会社   |
|     | 事業所名  | GTL ケアサービス 池田緑丘  |
|     | 説明者氏名 |                  |

重要事項説明書について説明を受け、その内容に同意し、交付を受けました。

|     |                                                         |       |    |
|-----|---------------------------------------------------------|-------|----|
| お客様 | 氏名<br>※原則ご本人の自署                                         |       |    |
|     |                                                         | (代筆者) | 続柄 |
|     | ※利用者本人による署名が困難な場合、代筆者は「お客様の氏名」および「代筆者の氏名」、「続柄」をご記入ください。 |       |    |

※代理権を持つ法定代理人や任意後見人等が、入居者ご本人に代わって説明を受けた場合

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 氏名 |  |
|-----|----|--|

## 別紙 1

## 訪問介護サービス等の提供を担当する事業所について

## (1) 事業所の所在地等

|                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| 事業所名称             | GTL ケアサービス 池田緑丘                      |
| 介護保険<br>指定事業所番号   | 大阪府 指定<br>(指定事業所番号：2772501215)       |
| 管理者氏名             | 管理者 松村 啓介                            |
| 事業所所在地            | 大阪府池田市緑丘 1 丁目 4 番 23 号               |
| TEL・FAX           | TEL：072-750-2573<br>FAX：072-751-1210 |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域 | 池田市                                  |

## (2) 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護サービス等の事業の適正な運営を確保するために必要な人員および運営管理に関する事項を定め、要介護または要支援状態にあるお客様に対し、訪問介護サービス等の円滑な運営管理を図るとともに、お客様の意思ならびに人格を尊重し、お客様の立場に立った適切な訪問介護サービス等の提供を確保することを目的とします。</li> </ul>                                           |
| 運営方針  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ お客様が要介護または要支援状態になった場合においても、要介護または要支援状態の維持または改善を図り、その有する能力に応じ自立した日常生活が営めるよう、入浴・排泄・食事の介護その他全般にわたる、適切な訪問介護サービス等が総合的かつ効率的に提供されるように配慮するものとします。</li> <li>・ 関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図るものとします。</li> </ul> |

## (3) 訪問介護サービス等の提供可能な日と時間帯

|      |       |
|------|-------|
| 営業日  | 年中無休  |
| 営業時間 | 24 時間 |

#### (4) 事業所の窓口の営業日および営業時間

|      |                |
|------|----------------|
| 営業日  | 年中無休           |
| 営業時間 | 9 : 00～18 : 00 |

#### (5) 事業所の職員体制

| 職種        | 職務内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 人員数                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業員の管理および業務の管理を一元的に行います。</li> <li>・従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          | 1 名<br>(常勤職員)                                                                                     |
| サービス提供責任者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・お客様の訪問介護計画等の作成および交付を行います。</li> <li>・訪問介護サービス等の利用の申込みにかかる調整を行います。</li> <li>・サービス担当者会議への出席等により、お客様の居宅介護支援事業者等との連携を図ります。</li> <li>・訪問介護員に対する研修・技術指導等を行うものとします。</li> <li>・訪問介護員に対し、援助内容の指示・情報の伝達を行います。</li> <li>・訪問介護サービス等の提供に伴う業務管理等を行います。</li> <li>・自らも訪問介護サービス等の提供にあたるものとします。</li> </ul> | 1 名以上※<br>(1 名以上の常勤職員を含む。管理者及び訪問介護員を兼務する者を含む。)<br>※利用者の数(前 3 ヶ月の平均値)が 40 人またはその端数を増すごとに 1 名配置します。 |
| 訪問介護員     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護計画等に基づき訪問介護サービス等の提供にあたります。</li> <li>・お客様の心身の状況等について、サービス提供責任者へ報告します。また、情報伝達を受けます。</li> <li>・サービス提供責任者から研修や技術指導を受けます。</li> </ul>                                                                                                                                                     | (常勤換算で)2.5 名以上※<br>※指定訪問介護事業所の人員に関する基準(常勤換算方法で 2.5 名以上)に従い訪問介護サービス等の提供状況により、増員します。                |

**(6) 事故等における損害を補償するための保険の加入状況**

- ・ 保険加入あり

保険会社名：損害保険ジャパン株式会社（引受割合 89%）、三井住友海上火災  
保険株式会社（同 11%）

保険内容　：全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」

**(7) 第三者による評価の実施状況**

|                   |      |        |            |
|-------------------|------|--------|------------|
| 第三者による評価<br>の実施状況 | 1　あり | 実施日    |            |
|                   |      | 評価機関名称 |            |
|                   |      | 結果の開示  | 1　あり　　2　なし |
|                   | 2　なし |        |            |

## 別紙 2

### 料金表

#### (1) 訪問介護の利用料

##### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合（1～3割）に応じた額です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※ 地域区分別 1 単位当たりの単価 10.84 円（4 級地）

| 区分   | 1 回当たりの所要時間              | 基本利用料        | 利用者負担額      |              |              |
|------|--------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
|      |                          |              | 1 割         | 2 割          | 3 割          |
| 身体介護 | 20 分未満                   | 1,766 円      | 177 円       | 354 円        | 530 円        |
|      | 20 分以上 30 分未満            | 2,644 円      | 265 円       | 529 円        | 794 円        |
|      | 30 分以上 1 時間未満            | 4,195 円      | 420 円       | 839 円        | 1,259 円      |
|      | 1 時間以上 1 時間 30 分未満       | 6,146 円      | 615 円       | 1,230 円      | 1,844 円      |
|      | 1 時間 30 分以上（30 分増すごとに加算） | 888 円<br>を加算 | 89 円<br>を加算 | 178 円<br>を加算 | 267 円<br>を加算 |
| 生活援助 | 20 分以上 45 分未満            | 1,940 円      | 194 円       | 388 円        | 582 円        |
|      | 45 分以上                   | 2,384 円      | 239 円       | 477 円        | 716 円        |

※ 利用者の心身の状況等により、1 人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2 人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の 2 倍の料金となります。

※ 1 回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間によるものとします。

## イ 加算、減算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算または減算されます。

※ 地域区分別 1 単位当たりの単価 10.84 円（4 級地）

| 加算の種類                       | 要件                                                                 | 利用料                   | 利用者負担額 |       |       |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|-------|-------|
|                             |                                                                    |                       | 1 割    | 2 割   | 3 割   |
| 夜間・早朝加算                     | 夜間（18 時～22 時）、早朝（6 時～8 時）にサービスを提供した場合                              | 1 回につき<br>基本利用料の 25%  |        |       |       |
| 深夜加算                        | 深夜（22 時～翌朝 6 時）にサービスを提供した場合                                        | 1 回につき<br>基本利用料の 50%  |        |       |       |
| 初回加算                        | 新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合              | 1 月につき<br>2,168 円     | 217 円  | 434 円 | 651 円 |
| 口腔連携強化加算                    | 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合 | 1 月に 1 回に限り<br>542 円  | 55 円   | 109 円 | 163 円 |
| 特定事業所加算Ⅱ                    | 加算の体制要件、人材要件を満たす場合                                                 | 1 月につき<br>基本利用料の 10%  |        |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）              | 処遇改善加算Ⅱ～Ⅳの要件に加えて、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置する場合                     | 1 月につき<br>総単位数の 24.5% |        |       |       |
| 事業所と同一建物等に居住する利用者へのサービス提供減算 | 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所存する建物に居住する者                                    | 基本料金の 90%             |        |       |       |
|                             | 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所存する建物に居住する利用者の人数                               | 基本料金の 85%             |        |       |       |

|  |                                                                                              |          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  | が1月あたり50人以上の場合                                                                               |          |
|  | 同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合                                                                      | 基本料金の90% |
|  | 正当な理由なく、前6月間に提供したサービスの提供総数のうち、事業所と同一建物敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合 | 基本料金の88% |

※ お客様の身体的理由により1人の訪問介護員による介護が困難と認められる場合等、やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金（200/100）となります。

※ 訪問介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、法定代理受領の場合は上記金額の1割、2割または3割となります。（ただし、経過措置、お客様負担の減免、公費負担がある場合等は、その負担額によります。）

<提供時間による加算割合は下記の通り>

| 提供時間帯 | 早 朝       | 夜 間         | 深 夜          |
|-------|-----------|-------------|--------------|
| 時間帯   | 6：00～8：00 | 18:00～22：00 | 22：00～翌朝6：00 |
| 加算割合  | 25%       | 25%         | 50%          |

(2) 訪問型サービスの利用料(要支援認定者、事業対象者)

ア 「池田市介護予防・日常生活支援総合事業」の場合

|                                 | 利用<br>回数     | 単位数   | サービス<br>利用料金 | 利用料<br>(1 割) | 利用料<br>(2 割) | 利用料<br>(3 割) |
|---------------------------------|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 訪問型独自サービス 11<br>(事業対象者、要支援 1・2) | 週 1 回<br>程度  | 1,176 | 12,747 円     | 1,275 円      | 2,550 円      | 3,825 円      |
| 訪問型独自サービス 12<br>(事業対象者、要支援 1・2) |              |       |              |              |              |              |
| 訪問型独自サービス 13<br>(事業対象者、要支援 2)   | 週 2 回<br>超程度 | 2,349 | 25,463 円     | 2,547 円      | 5,093 円      | 7,639 円      |
| 訪問型独自サービス 13<br>(事業対象者、要支援 2)   |              |       |              |              |              |              |
| 訪問型独自サービス 13<br>(事業対象者、要支援 2)   | 週 2 回<br>超程度 | 3,727 | 40,400 円     | 4,040 円      | 8,080 円      | 12,120 円     |
| 訪問型独自サービス 13<br>(事業対象者、要支援 2)   |              |       |              |              |              |              |

イ 加算、減算

| 加算の種類                       | 要件                                                                 | 利用料                      | 利用者負担額 |       |       |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|-------|-------|
|                             |                                                                    |                          | 1 割    | 2 割   | 3 割   |
| 初回加算                        | 新規に訪問介護計画を作成した利用者に、訪問介護サービス等を行った場合                                 | 1 月につき<br>2,168 円        | 217 円  | 434 円 | 651 円 |
| 口腔連携強化加算                    | 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合 | 1 月に 1 回<br>に限り<br>542 円 | 55 円   | 109 円 | 163 円 |
| 介護職員等処遇改善加算 (I)             | 処遇改善加算 II～IV の要件に加えて、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置する場合                 | 1 月につき<br>総単位数の 24.5 %   |        |       |       |
| 事業所と同一建物等に居住する利用者へのサービス提供減算 | 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所存する建物に居住する者                                    | 基本料金の 90 %               |        |       |       |
|                             | 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所存する建物に居住する利用者の人数が 1 月あたり 50 人以上の場合             | 基本料金の 85 %               |        |       |       |

|  |                                                                                                    |            |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|  | 同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合                                                                          | 基本料金の 90 % |
|  | 正当な理由なく、前 6 月間に提供したサービスの提供総数のうち、事業所と同一建物敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上である場合 | 基本料金の 88 % |

※ 訪問型サービスを提供した場合の利用料の額は、池田市が定める基準によるものとし、当該訪問型サービスが法定代理受領サービスであるときは、原則としてかかった費用の 1 割、2 割または 3 割が利用料となります。

※ 月ごとの定額制となっていますが、下記の場合は日割り計算を行います。

- ・ 月途中から要介護から要支援、または要支援から要介護に変更になった場合
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合

### (3) その他の費用について

|                          |                                                                                                                                                                           |         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ① 交通費                    | <p>・ 別紙 1 (1)記載の事業所の通常の事業実施地域(以下「通常の事業実施地域」といいます) の場合は、お客様の居宅への訪問は無料となります。ただし、通常の事業実施地域を超える地域に訪問する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要になります。</p> <p>なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。</p> |         |
|                          | 通常の事業実施地域を超えた地点からの距離                                                                                                                                                      | 交通費     |
|                          | 片道 20 キロメートル未満                                                                                                                                                            | 金 500 円 |
|                          | 片道 20 キロメートル以上                                                                                                                                                            | 金 700 円 |
| ② 通院・外出介助時等における訪問介護員の交通費 | <p>・ 実施地域にかかわらず、お客様の実費負担となります。</p>                                                                                                                                        |         |

|                                               |                                                                                                                                          |                           |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ③ キャンセル料                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護サービス提供の利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。</li> </ul>                              |                           |
|                                               | 24 時間前までのご連絡                                                                                                                             | キャンセル料は不要です。              |
|                                               | 12 時間～24 時間の間のご連絡の場合                                                                                                                     | 1 提供あたりの料金 50%を請求いたします。   |
|                                               | 12 時間前までにご連絡のない場合                                                                                                                        | 1 提供あたりの料金の 100%を請求いたします。 |
|                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービスの利用をキャンセルする場合には、キャンセル料は必要ありませんが、キャンセルをされる場合には訪問型サービス提供の 24 時間前までにご通知をください。</li> </ul>     |                           |
| ④ 訪問介護サービス等の提供にあたり必要となるお客様の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・お客様の別途負担となります。</li> </ul>                                                                        |                           |
| ⑤ コピー代                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・お客様は訪問介護サービス等の提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。但し、コピー代はお客様の実費負担となります。(1 枚あたり金 10 円となります。)</li> </ul> |                           |

## 別紙 3

### 相談窓口一覧

#### (1) 担当する訪問介護員の変更をご希望される場合の相談窓口

|                                                    |                                                                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| お客様のご事情により、担当の訪問介護員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | 相談担当者：管理者<br>TEL：072-750-2573<br>FAX：072-751-1210<br>受付時間：年中無休 9：00～18：00 |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

※ 担当の訪問介護員の変更に関しましては、お客様のご希望を尊重して調整を行いますが、事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

#### (2) 訪問介護サービス等の苦情・相談窓口

|                                                         |                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業所の窓口】</b><br>グッドタイムリビング株式会社<br>GTL ケアサービス<br>池田緑丘 | 苦情受付担当者および苦情解決責任者<br>苦情受付担当者：サービス提供責任者<br>苦情解決責任者：管理者<br>所在地：大阪府池田市緑丘1丁目4番23号<br>TEL：072-750-2573 / FAX：072-751-1210<br>受付時間：年中無休 9：00～18：00 |
| <b>【法人の窓口】</b><br>グッドタイムリビング株式会社<br>お客様相談センター           | 所在地：東京都中央区八丁堀3丁目4番8号<br>RBM 京橋ビル<br>TEL：0120-323-084<br>受付時間：平日 9：00～18：00                                                                   |
| <b>【市区町村の窓口】</b><br>池田市役所<br>福祉部 地域支援課                  | 所在地：大阪府池田市城南1丁目1番地1号<br>TEL：072-752-1111 / FAX:072-751-8505<br>受付時間：平日 8：45～17：15                                                            |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府国民健康保険団体連合会                      | 所在地：大阪府大阪市中心区常盤町1丁目3番8号<br>TEL：06-6949-5418 / FAX：06-6949-5417<br>受付時間：平日 9：00～17：00                                                         |
| <b>【保険者の窓口】</b>                                         | 所在地：<br>TEL：<br>FAX：<br>受付時間：                                                                                                                |