

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 新百合ヶ丘
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

2025 年 5 月 1 日現在

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、設備およ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 新百合ヶ丘 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）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、事業所の概要が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（第 1 号訪問事業）（以下総称して「訪問介護サービス等」といいます）の内容・利用料等、契約上ご注意くださいことを、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 事業者の概要

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 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）／FAX：03-6845-8015（本社）	
設立年月日	2005 年 4 月 1 日	
主な介護サービス事業	訪問介護事業、訪問型サービス（第 1 号訪問事業）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業、訪問看護事業、居宅介護支援事業、住宅型有料老人ホーム運営事業、介護付有料老人ホーム運営事業	

2 事業所の概要

事業所名称	GTL ケアサービス 新百合ヶ丘
指定事業所番号	1475601579
所在地	神奈川県川崎市麻生区万福寺 1 丁目 12 番 7 号山田ビル 3 階
連絡先	TEL 044-959-0920／FAX 044-959-0921
相談担当者名	管理者 二宮 友梨香
営業日・営業時間	営業日：年中無休 営業時間：9：00～18：00 訪問介護サービス提供時間：24 時間 (電話等により 24 時間常時連絡が可能な体制をとります。)
訪問介護サービス 等提供実施地域	川崎市麻生区内

3 事業の目的および運営方針

事業の目的	・ 指定訪問介護サービス・指定訪問型サービス（第 1 号訪問事業）の適正な運営管理を確保するために必要な人員および管理運営に関する事項を定め、要介護（要支援）状態にあるお客様または第 1 号訪問事業の事業対象者の状態にあるお客様に対し、適正な訪問介護サービス等を提供することを目的とします。
運営方針	・ お客様が要介護（要支援）または第 1 号訪問事業の事業対象者の状態になった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ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いたします。 ・ 関係市区町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4 事業所の職員体制

職種	職務内容	人員数
管理者	・事業所の従業者の管理および業務の管理を一元的に行います。	1 名 (常勤職員)
サービス提供責任者	・事業所に対する訪問介護サービス等の利用の申込に係る調整、訪問介護員に対する技術指導等を行うものとしします。 ・訪問介護計画書または訪問型サービス計画書の作成、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。また、自らも訪問介護サービス等の提供にあたるものとしします。	1 名以上※ (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。) ※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	訪問介護計画または訪問型サービス計画に基づいた訪問介護サービス等を提供いたします。	(常勤換算で) 2.5 名以上※ ※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。

5 提供する訪問介護サービス等の内容

以下の各種サービスがあります。具体的にどのサービスを選ぶのがふさわしいかは、後に作成する訪問介護計画または訪問型サービス計画の中でご相談いたします。なお、訪問介護サービスの項目は同様となります。

身体介護	食事介助、排泄介助、入浴(清拭)介助、着替介助、体位交換、通院介助 等
生活援助	食事の支度、洗濯、掃除、買物、薬の受取 等

6 訪問介護サービス等の利用にかかる料金・利用料・その他費用および支払条件について

(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 11.12 円（２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	1,812 円	182 円	363 円	544 円
	20 分以上 30 分未満	2,713 円	272 円	543 円	814 円
	30 分以上 1 時間未満	4,303 円	431 円	861 円	1,291 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,305 円	631 円	1,261 円	1,892 円
	1 時間 30 分以上（30 分増すごとに加算）	911 円 を加算	92 円 を加算	183 円 を加算	274 円 を加算
生活 援助	20 分以上 45 分未満	1,990 円	199 円	398 円	597 円
	45 分以上	2,446 円	245 円	490 円	734 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。

算定基準に適合したサービスの実施による加算

※ 地域区分別 1 単位当たりの単価 11.12 円（2 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 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 基本利用料の 50%			
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急に身体介護サービスを行った場合	1 回につき 1,112 円	112 円	223 円	334 円
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 2,224 円	223 円	445 円	668 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 556 円	56 円	112 円	167 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 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 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 %

※ 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。

<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（第1号訪問事業）

ア 基本利用料「川崎市介護予防・日常生活支援総合事業」の場合

要支援等 状態区分	1 週あたりの 利用時間	サービス 利用料金	利用料 (1 割)	利用料 (2 割)	利用料 (3 割)
要支援 1・2 事業対象者	60 分以下	3,258 円	326 円	652 円	978 円
	60 分超 120 分以下	6,505 円	651 円	1,301 円	1,952 円
要支援 2	120 分超	10,319 円	1,032 円	2,064 円	3,096 円

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 2,224 円	223 円	445 円	668 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 556 円	56 円	112 円	167 円
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 %
--	---	-------------------

※ 上記は法定代理受領の場合の利用料となります。（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、その負担額に変更になります。）

※ 利用料の算定にあたっては、「川崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に基づいています。

※ 原則として月途中からのサービス開始または終了の場合であっても日割計算は行いません。

ただし、月途中に①要介護から要支援（事業対象者）に変更となった場合、②要支援から要介護（事業対象者）に変更となった場合、③同一保険者管轄内での転居などにより事業所を変更した場合、④要支援度が変更した場合は、日割計算となります。

（３） その他の費用

(1) 交通費	通常の訪問介護サービス等の実施地域である川崎市麻生区内の場合は、お客様の居宅への訪問は無料となります。ただし、通常の訪問介護サービス等の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。なお、自動車を使用した場合の交通費は、通常の実施地域を超えた時点から片道 1 キロメートル金 25 円を徴収いたします。
----------------	--

(2) キャンセル料	指定訪問介護サービス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。 ただし、訪問型サービスの利用をキャンセルする場合は、キャンセル料は不要です。なお、利用をキャンセルす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ください。	
	24 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	12 時間～24 時間の間でのご連絡の場合	1 提供あたりの料金の 25% 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 50% を請求いたします。
※ただし、お客様の病変、急な入院などのやむを得ない事情によるキャンセルについては、事業者はキャンセル料を請求しません。		
(3) 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	お客様の別途負担となります。	

(4) 通常の訪問介護サービスの提供を超える費用（利用者負担 10 割分）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額とします。	区分支給限度額を超えて訪問介護サービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。

(5) 支払条件

料金、利用料、その他費用の支払条件は、毎月 1 日から末日までの料金、利用料、その他費用を翌月 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、もしくは以下の銀行口座に振込む方法にてお支払いいただきます。なお、請求書・明細書については利用月の翌月 20 日までにお客様に送付いたします。

事業者にてお支払いを確認できましたら、領収書をお渡ししますので、適切に保管をお願いします。

〔事業者の指定する銀行預金口座〕

金融機関名	店名	店番号	預金 種目	口座番号	口座名義
株式会社三井住友銀行	中央支店	763	当座	1725249	グッドタイムリビング(カ

7 機密保持と個人情報の取扱い

事業者およびその従業者は、お客様に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ご家族の情報は、契約期間中はもとより、利用契約終了後においても、決して第三者（ただし、事業者の関連会社の役職員は除きます）に漏らすことはありません。またお客様やご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。ただし、事業者が訪問介護サービス等を提供する際にお客様やご家族に関して、知り得た情報については、会議等で訪問介護サービス等の利用調整を行う際に必要となります。事業者は、別途締結する「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やご家族の個人情報を使用します。

8 訪問介護サービス等に関する諸記録について

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）

9 緊急時等の対応方法について

事業所は、訪問介護サービス等の実施中に、お客様の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、すみやかに医療機関、市区町村（保険者）、ご家族、居宅介護支援サービス提供事業者、地域包括支援センター等に電話・ファックス・Eメール等で連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。

10 事故発生時の対応方法について

（1）事業所は、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には、すみやかに医療機関、市区町村（保険者）、ご家族、居宅介護支援サービス提供事業者、地域包括支援センター等に電話・ファックス・Eメール等で連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。なお、

事故原因を明確にするために事故防止対策委員会を設置し、事故の再発防止に努めます。

- (2) 事業所は、訪問介護サービス等の提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、すみやかに損害賠償を行うものとしします。
- (3) 事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入するものとします。

1 1 虐待の防止について

- (1) 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 2 訪問介護サービス等の提供に関する苦情、相談について

事業者は、提供した訪問介護サービス等に苦情や相談がある場合は、すみやかに対応します。以下の窓口にご連絡ください。

【事業所の窓口】 グッドタイムリビング株式会社 GTL ケアサービス 新百合ヶ丘	苦情受付担当者および苦情解決責任者】 苦情受付担当者：サービス提供責任者 苦情解決責任者：管理者 所在地：神奈川県川崎市麻生区万福寺1丁目12番7号 山田ビル3階 TEL：044-959-0920／FAX：044-959-0921 受付時間：月～金曜日 9：00～18：00
---	---

【法人の窓口】 グッドタイムリビング株式会社 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 RBM 京橋ビル TEL：0120-323-084 受付時間：平日 9：00～18：00
【市区町村の窓口】 川崎市麻生区役所 保健福祉センター（高齢・障害課）	所在地：神奈川県川崎市麻生区万福寺 1 丁目 5 番 1 号 TEL：044-965-5148 FAX：044-965-5206 受付時間：平日 8：30～17：00
【公的団体の窓口】 神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	所在地：神奈川県横浜市西区楠町 27 番地 1 TEL：045-329-3447 FAX：0570-033110 受付時間：平日 8：30～17：15
【保険者の窓口】 	所在地： TEL： FAX： 受付時間：

1 3 第三者による評価の実施状況

第三者による評価 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		

以上の内容について、「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、お客様に説明を行いました。

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	東京都千代田区丸の内 1 丁目 9 番 1 号
	法人名	グッドタイムリビング株式会社
	代表者名	代表取締役社長 河合 淳
	事業所名	GTL ケアサービス 新百合ヶ丘
	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 ※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	
-----	-----	--