

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 芝浦アイランド
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 6 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区町村の「介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に基づき、GTL ケアサービス 芝浦アイランド 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訪問型サービス（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 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 芝浦アイランド
指定事業所番号	1370302836
所在地	東京都港区芝浦 4 丁目 20 番 4 号
連絡先	TEL : 03-3798-4403 FAX : 03-3457-1621
相談担当者名	管理者 宮本 知子
営業日・営業時間	営業日 : 年中無休 営業時間 : 9 : 00 ~ 18 : 00 訪問介護サービス等提供時間 : 9 : 00 ~ 18 : 00 (ただし、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	港区全域

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または訪問型サービス（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、要介護状態または要支援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	・ お客様が要介護状態または要支援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ます。 ・ 訪問介護計画書等の作成、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	・ 訪問介護計画等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等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 11.40 円（１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	1,858 円	186 円	372 円	558 円
	20 分以上 30 分未満	2,781 円	279 円	557 円	835 円
	30 分以上 1 時間未満	4,411 円	442 円	883 円	1,324 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,463 円	647 円	1,293 円	1,939 円
	1 時間 30 分以上（30 分増すごとに加算）	934 円 を加算	94 円 を加算	187 円 を加算	281 円 を加算
生活援助	20 分以上 45 分未満	2,040 円	204 円	408 円	612 円
	45 分以上	2,508 円	251 円	502 円	753 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 11.40 円（１級地）

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
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 1,140 円	114 円	228 円	342 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 2,280 円	228 円	456 円	684 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 570 円	57 円	114 円	171 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 1 0 %			
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 2 4 . 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 9 0 %			
	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 8 5 %			
	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 9 0 %			
	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	基本料金の 8 8 %			

	たものの占める割合が100分の90以上である場合	
--	--------------------------	--

※ 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

ア 基本利用料 （月額）

項目	利用 回数	サービス 利用料金	利用料 (1割)	利用料 (2割)	利用料 (3割)
訪問型サービス費(Ⅰ) (事業対象者、要支援1・2)	週1回 程度	13,406円	1,341円	2,682円	4,022円
訪問型サービス費(Ⅱ) (事業対象者、要支援1・2)	週2回 程度	26,778円	2,678円	5,356円	8,034円
訪問型サービス費(Ⅲ) (事業対象者、要支援2のみ)	週2回 以上	42,487円	4,249円	8,498円	12,747円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。（月額）

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 2,280円	228円	456円	684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 570円	57円	114円	171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 総単位数の24.5%			

※ 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。）

※ 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は、日割計算を行います。月途中に（1）要介護から要支援に変更となった場合、（2）要支援から要介護に変更となった場合、（3）同一保険者管轄内での転居等により事業所を変更した場合、（4）要支援度が変更になった場合は、日割計算によります。

（3） その他費用

ア 交通費

交通費 (買い物や薬の受取時の交通費を含みます)	・ 通常の訪問介護サービス等の提供実施地域に訪問する場合は無料となります。 ・ 通常の訪問介護サービス等の提供実施地域を越えて行う訪問介護サービスに要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自転車を使用した場合の交通費は、以下のとおりとなります。 通常の実施地域を越えた地点から1キロメートルにつき金25円
移動・通院・外出介助時の交通費	実施地域にかかわらず、お客様の実費負担となります。

※ 交通費の支払いを受ける場合には、お客様またはそのご家族に対して事前に文書でご説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に記名・捺印を受けることとします。

イ 光熱費等

水道代・ガス代	訪問介護サービス等実施のために利用した場合は、お客様の実費負担となります。
電話代	訪問介護サービス等実施のためにやむを得ず利用した場合は、お客様の実費負担となります。
コピー代	訪問介護提供記録等をコピーした場合、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。）

※ 光熱費等の支払いを受ける場合には、お客様またはそのご家族に対してご説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に記名・捺印を受けることとします。

ウ キャンセル料

お客様の都合により、予約していた訪問介護サービス等の利用を中止する場合、キャンセル料が必要となる場合があります。詳しくは以下の表の通りです。

訪問介護サービス等の提供の2日前までに連絡があった場合	キャンセル料は不要です。
訪問介護サービス等の提供の前日までに連絡があった場合	キャンセル料として料金の25%を請求いたします。
訪問介護サービス等の提供の3時間前までに連絡があった場合（当日キャンセル）	キャンセル料として料金の50%を請求いたします。
訪問介護サービス等の提供の3時間前までにご連絡がない場合や、訪問介護サービス等の提供の訪問時に利用の中止のお申出をうけた場合	キャンセル料として料金の100%を請求いたします。

※ ただし、お客様の容態の急変、急な入院等、やむを得ない事情がある場合は、上記の限りではありません。

※ 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。

（4）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	1725247	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そのご家族の情報は、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。またお客様やその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そのご家族に関して、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 芝浦アイランド 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 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、すみやかにお客様のご家族・医療機関・市区町村（保険者）・居宅介護支援サービス提供事業者等に電話・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。

9 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）、お客様のご家族、居宅介護支援サービス事業者、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。

10 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。）を定期的に開催するとともに、
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に実施す
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。

11 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 芝浦アイランド 管理者 宮本 知子	所在地：東京都港区芝浦4丁目20番4号 TEL：03-3798-4403 FAX：03-3457-1621 受付時間： 年中無休 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（港区）】 介護保険課介護事業者支援係	所在地：東京都港区芝公園1丁目5番25号 TEL：03-3578-2821 FAX：03-3578-2884 受付時間： 平日 8:30～17:00

【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団体連合会	所在地：東京都千代田区飯田橋 3 丁目 5 番 1 号 東京区政会館 介護福祉部介護相談指導課 介護相談窓口担当(10 階) TEL：03-6238-0177 受付時間： 平日 9:00～17:00
【保険者の窓口】 _____ _____	所在地： _____ _____ TEL： _____ FAX： _____ 受付時間： _____

1 2 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区町村の「介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」等の規定に基づき、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 芝浦アイランド
	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	
-----	-----	--