

居宅介護支援 重要事項説明書

< 2025年4月1日現在 >

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 ホワイティー
代表者名	代表取締役 河本 大輔
所在地・連絡先	(所在地) 城陽市市辺小梨間33番地2 (電話) 0774-52-8788 (FAX) 0774-52-8392

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	居宅介護支援ホワイティー
所在地・連絡先	(所在地) 城陽市市辺小梨間31番地8 (電話) 0774-52-8788 (FAX) 0774-29-9069
事業所番号	2672800220
管理者の氏名	西田 智佳

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				業務内容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専任	兼務	専任	兼務	
管理者	1	0	0	0	0	管理業務
介護支援専門員	1	1	0	0	0	居宅介護支援業務

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	城陽市、宇治市大久保町・広野町、京田辺市草内、宇治田原町、井手町
------------	----------------------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日：月曜日～金曜日

営業時間：8時45分～17時15分

土曜日・日曜日・祝日と12月30日から1月3日までは休み

※緊急時は24時間の連絡体制をとっています。

3 サービスの内容

- 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成等
 - ※ 課題分析（アセスメント）の実施
 - ※ サービス担当者会議の開催
 - ※ ケアプランの実施状況の把握・評価（モニタリング）の実施
- 要介護等認定の申請に係る援助
- 給付管理業務
- 相談業務

4 費用

要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料 金 表】

■居宅介護支援（地域区分：1単位 10.42円）

区 分		サービス 単位	サービス 利用料金	備 考
居宅介護 I 支援費（I）	要介護 1・2	1086単位	11316円／月	介護支援専門員 1人あたり利用者45人未満
	要介護 3・4・5	1411単位	14703円／月	
居宅介護 支援費（II）	要介護 1・2	544単位	5668円／月	1人あたり利用者45人以上60人未満
	要介護 3・4・5	704単位	7336円／月	
居宅介護 支援費（III）	要介護 1・2	326単位	3397円／月	1人あたり利用者60人以上
	要介護 3・4・5	422単位	4397円／月	

一定の情報通信機器の活用及び事務員配置

居宅介護 I 支援費（I）	要介護 1・2	1086単位	11316円／月	介護支援専門員 1人あたり利用者50人未満
	要介護 3・4・5	1411単位	14703円／月	
居宅介護 支援費（II）	要介護 1・2	527単位	5491円／月	1人あたり利用者50人以上60人未満
	要介護 3・4・5	683単位	7117円／月	
居宅介護 支援費（III）	要介護 1・2	316単位	3293円／月	1人あたり利用者60人以上
	要介護 3・4・5	410単位	4272円／月	

■その他の費用（地域区分：1単位 10.42円）

① 初回加算 300単位

新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合やその他別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1月につき所定の単位数を加算する。

② 入院時連携加算

利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等利用者に係る必要な情報を提供した場合（訪問、文書を問わない）に

算定する。

※利用者一人につき1月に1回を限度。(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可。

ア 入院時連携加算(Ⅰ) 250単位

必要な情報を入院した日のうちに提供した場合

イ 入院時連携加算(Ⅱ) 200単位

必要な情報を入院した日の翌日又は翌々日に提供した場合。

③ 退院・退所加算

医療機関への入院または地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設への入所者が退院または退所に当たり、医療機関、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設の職員と面談を行い、利用者に必要な情報の提供を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスまたは地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定する。

回数/カンファレンス参加	カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり
連携1回	(Ⅰ)イ 450単位	(Ⅰ)ロ 600単位
連携2回	(Ⅱ)イ 600単位	(Ⅱ)ロ 750単位
連携3回	×	(Ⅲ) 900単位

※初回加算と併算不可。

※原則として、退院・退所前に必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合に算定可。

④ 通院時連携加算 50単位

利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状態や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に月1回加算。

⑤ 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位

医療機関の求めにより、医療機関の医師または看護師等とともに利用者の居宅を訪問しカンファレンスを行い、必要に応じて利用者に必要な居宅サービス、地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に算定。

※1か月に2回を限度とする。

⑥ ターミナルケアマネジメント加算 400単位

自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者を対象とし、城陽市に届出た指定居宅介護支援事業者は、1月につき所定単位数を加算する。

※要介護認定を受けられた方は、居宅介護支援については、自己負担はありません。

■交通費

通常の事業の実施区域にお住まいの方も、実施区域以外にお住まいの方も交通費は無料です。

■利用料等のお支払方法 (自己負担金や交通費などの支払いが生じる場合に限る)

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、請求書到着後7日以内に現金でお支払いください。領収証を発行いたします。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

事業所の介護支援専門員が要介護状態または要支援状態にある利用者に対し、適正な居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

利用者が要支援・要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅に置いて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう適切なサービスを総合的かつ効果的に提供します。

(ア) 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付します。

(イ) 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行います。

(ウ) 利用者やその家族に対し、利用者は計画に位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所を計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明します。

(エ) 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、介護支援専門員と障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にします。

(オ) 利用者等に対し前6か月間に当該事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下「訪問介護等」という。）が位置づけられた居宅サービス計画の占める割合、前6月に当該事業所において作成された居宅サービス計画に位置づけられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものの占める割合につき説明するよう努めます。

(3) その他

従業員社内研修を年4回以上、他事業所との研修も行っています。

(4) 虐待防止への取り組み

利用者の尊厳の保持や人格の尊重、人権の尊重の観点から、虐待の発生やその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施及びこれらの措置を適切に講じるための担当者を定め、取り組みます。

(5) ハラスメントの禁止

利用者及びご家族等による事業所や職員等への身体的暴力、精神的暴力、セクシャルハラスメント等に対し、状況に応じて必要な措置を講じます。

具体的なハラスメントの例

(ア) 身体的暴力：物を投げる、つねる、叩く、コップを投げつける、唾を吐く等。

(イ) 精神的暴力：怒鳴る、理不尽な要求、威圧的な態度で文句を言う、職員の尊厳や人格を言葉や態度によって傷付けたりおとしめたりする行為。

(ウ)セクシャルハラスメント：不必要に職員の身体を触る、卑猥な言葉を繰り返す等、意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等。

(6) 感染症の予防及びまん延防止のための措置

感染症の発生や拡大を防止する為の委員会の開催、指針の整備、研修及び訓練実施に取り組めます。

(7) 業務継続計画の策定

感染症や災害発生時においても、業務を継続、又は早期に業務再開する為の計画を策定し、所属の介護支援専門員に対し必要な研修及び訓練等の実施に取り組めます。また、定期的に計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下記の通り設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 西田 智佳 受付時間 9:00～17:00 連絡先 電話 0774-52-8788 FAX 0774-29-9069 面接（当事業所1階相談室）
城陽市高齢介護課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-56-4037
宇治市介護保険課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-21-0406
京田辺市高齢介護課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-63-1373
井手町高齢福祉課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-82-6165
宇治田原町健康長寿課 介護支援係	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-88-3719
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：075-354-9090

(2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ① 苦情内容を正確に把握するとともに、相談者の思いを受け止めます。
- ② 苦情についての事実確認を行います。
- ③ 苦情処理について関係者と連携、調整を行います。個人の判断で対応せず、組織として統一した対応を行います。
- ④ 苦情の処理方法および改善内容について、相談者にご説明・確認を行います。
- ⑤ 苦情内容や対応経過を記録し、保管します。
- ⑥ 記録は、原因の究明や再発防止策の検討、問題点の明確化等サービスの向上に向けた取り組みに活用します。

7 事故発生時等における対応方法

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8 個人情報の保護及び秘密の保持について

- ※ 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- ※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

居宅介護支援の提供の開始後、もし入院された場合、担当ケアマネジャーの氏名と当事業所の連絡先を入院先医療機関に提供してください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院(診療所)名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

■担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は、_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、居宅介護支援のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 年 月 日

事業者	所在地	城陽市市辺小梨間 31 番地 8	
	事業者（法人）名	有限会社 ホワイティー	
	事業所名	居宅介護支援 ホワイティー	
	事業所番号	2 6 7 2 8 0 0 2 2 0	
	代表者名	代表取締役 河本大輔	㊟

説明者	職名	介護支援専門員	
	氏名	西田 智佳	㊟

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容および以下の項目について同意の上、本書面を受領しました。

ア 私は、利用可能な事業所事業所を複数の紹介を受けられることや、計画書に位置付けられた事業所の紹介を受けた場合は、その理由の説明を求めることが出来ることについての説明を受けました。

イ ご利用中の訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、訪問の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な 情報伝達を行うことについて了解しました。

ウ もし私が入院した場合、担当介護支援専門員の氏名と事業所の連絡先を、入院先医療機関に報告します。

同意年月日： 年 月 日

利用者本人	住所		
	氏名		㊟

(署名・法定)代理人	住所		
	氏名		㊟

