

3、居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 指定居宅介護支援事業の提供を求められたときには利用者の被保険者証により被保険者資格と要介護認定等の有無、要介護状態区分と要介護認定の有効期間を確かめる。

(2) 要介護認定の申請が行われているか確認し、行われていない場合は被保険者の意思も踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行う。

(3) 要介護認定等の更新の申請は、現在の要介護認定等の有効期間が満了する1ヶ月前には行われるよう必要な援助を行う。

(4) 要介護認定等を受けた者の居宅介護サービス計画の作成を利用者、若しくはその家族の意思を尊重して医療保険サービス・福祉サービス等のサービス事業者と連携し、被保険者の承認を得て、総合的、効果的に行い、サービスの提供の手続きを行う。

(5) 利用者の相談を受ける場所は、居宅及び当該事業所とする。

4、利用料金

(1) 居宅介護支援利用料（介護サービスの提供開始以降1ヶ月あたり）

地域区分つくば市→5級地 1単位の単価＝10,700円

[基本料金]

居宅介護支援費（I）

・居宅介護支援費（i）

<取扱件数が45件未満>

要介護1・2 1,086単位×10,700円

要介護3・4・5 1,411単位×10,700円

・特定事業所加算

特定事業所加算（Ⅰ）	519単位×10.70円
特定事業所加算（Ⅱ）	421単位×10.70円
特定事業所加算（Ⅲ）	323単位×10.70円
特定事業所加算（A）	114単位×10.70円

※算定要件

【特定事業所加算(Ⅰ)】

- ① 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置していること。
- ② 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態の区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合100分の40以上であること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等の関する事例検討会、研修等に参加していること。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が45名未満であること。
- ⑪ 介護支援専門員実務研修における科目又は協力体制を確保していること。
- ⑫ 他法人が運営する居宅介護支援事業所と共同の事例検討会、研修会等を実施していること。
- ⑬ 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービス含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

【特定事業所加算(Ⅱ)】

特定事業所加算(Ⅰ)の②、③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫及び⑬の基準に適合すること。常勤の主任介護支援専門員を配置していること。

【特定事業所加算（Ⅲ）】

特定事業所加算(Ⅰ)の③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫及び⑬の基準に適合すること。常勤の主任介護支援専門員及び常勤の介護支援専門員を2名以上配置していること。

【特定事業所加算（A）】

特定事業所加算（Ⅰ）の③、⑦、⑧、⑨、⑩及び⑬の基準に適合すること。常勤の主任介護支援専門員及び常勤の介護支援専門員 1 名かつ常勤換算 2 名以上配置していること。④、⑥、⑪及び⑫の基準は他の事業所との連携でも可。

・ 初回加算 $300 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$

※算定要件

新規として取り扱われる計画を作成した場合。

・ 入院時情報連携加算（Ⅰ） $250 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$

・ 入院時情報連携加算（Ⅱ） $200 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$

※算定要件

【入院時情報連携加算（Ⅰ）】

利用者が入院した当日に、医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

【入院時情報連携加算（Ⅱ）】

利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報提供を行った場合。

・ 退院・退所加算

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	$450 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$	$600 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$
連携2回	$600 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$	$750 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$
連携3回	—	$900 \text{ 単位} \times 10.70 \text{ 円}$

※算定要件

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を

行い、利用者に関する必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。退院、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合には、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参画すること。「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限り、入院または入所期間中につき1回を限度。初回加算との同時算定不可。

・ターミナルケアマネジメント加算 400単位×10.70円

※算定要件

在宅で死亡した利用者に対して終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、居宅を訪問し心身状況を記録して主治医及び居宅サービス計画に位置付けたサービス事業所に提供した場合。「人生の最終段階における医療、ケアの決定プロセスに関するガイドライン（ACP）」等の内容に沿った取組を行う。

・緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位×10.70円

※算定要件

病院又は診療所の医師の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行ない、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行なった場合。1月に2回を限度として算定できる。

・通院時情報連携加算 50単位×10.70円

※算定要件

利用者が医師または歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師または歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師または歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画書に記録した場合。月1回を上限として算定できる。

・介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、必要なケアマネジメント業務や給付管理のための必要な書類の整備、保管を行っている時には居宅介護支援費を算定できる。

注：①法定代理受領により当社の居宅介護支援に対し介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担はございません。

②介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、いったん1ヶ月当たりの全額自己負担の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日保険者（区市町村）の窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます

（2）減算

① 運営基準減算 所定単位数の50%を減算

- ・アセスメント・ケアプラン作成・サービス担当者会議・モニタリングを適切に実施しない場合や、複数の事業所の紹介が可能である説明等を実施しなかった場合。
- ・2ヶ月以上運営基準減算に該当する状態が継続した場合は、所定単位数を算定しない。

② 特定事業所集中減算 所定単位数から200単位/月を減算

- ・正当な理由無く、当該事業所において前6月間に作成したケアプランに位置づけられた訪問介護、通所介護、地域密着通所介護、福祉用具貸与のうち、特定の同一事業者の割合が80%を超える場合。

※判定期間 前期：3月1日～8月31日、後期：9月1日～2月末日

③ 同一建物減算 所定単位数の95%に相当する単位数を算定

- ・居宅支援事業所の所在する建物と同一敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者、又は居宅介護支援事業所における1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く）に居住する利用者に対して居宅介護支援を行った場合。

（3）交通費

つくば市にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。

（サービスを提供する地域を越えた地点から10km未満の場合は500円。10km以上を超えた距離1kmあたり20円を加算致します。）

（4）解約料

【請求しない場合】

お客様はいつでも契約を解除することができ、一切料金はかかりません。

【請求する場合】

お客様のご都合により契約後居宅サービス計画作成途中で解約した場合は利用料が全額自己負担となります。保険者（市区町村）へ居宅サービス計画の届出が終了後に解約した場合には料金はかかりません。

（５）複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

（契約者第10条第3項参照） 1枚につき 20円

5、契約の終了

（１）利用者は事業所に対して文書で通知することによりいつでもこの契約を解約することができます。

（２）事業所は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、契約終了の1ヶ月前までに理由を示した文書で通知する事により、この契約を解約することができます。この場合、事業所は当該地域の他の指定居宅支援事業所に関する情報を利用者に提供します。

（３）事業所は利用者またはその家族等が事業所や介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

① 介護支援専門員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。

② パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為、介護支援専門員へのストーカー行為、または動画や録音をインターネット等に掲載する事。

（４）次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

① 利用者が介護保険施設に入所した場合

② 利用者の要介護状態区分が、自立・要支援1・要支援2と認定された場合

③ 利用者が医療機関に入院し、長期の療養が見込まれる場合

④ 利用者が死亡した場合

6、当居宅介護支援事業所の特徴等

(1) 運営の方針

- ① 利用者が要介護状態と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自立した日常生活を営むことができるように配慮して行うものとする。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが施設等の多様なサービスを多様な事業者の連携により、総合的かつ効果的に提供するように配慮し努めるものとする。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に、利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう公平、中立に行うものとする。
- ④ 事業運営にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、他の居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護保険施設、その他地域の保健・医療・福祉サービス機関と綿密な連携に努めるものとする。

(2) 居宅介護サービス計画の作成

【居宅介護サービス計画の担当配置】

介護支援専門員は居宅介護サービス計画の作成に関する業務を行う。

【利用者等への情報提供】

居宅サービス計画作成開始にあたっては、利用者及び家族に対し、当該地区における指定居宅サービス事業者の名簿、サービス内容、利用料等の情報を提供し、利用者又はその家族がサービスの選択を可能にするように支援する。利用者は複数の事業所の紹介を求め、また、事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求め、ことが可能である旨の説明を行う。

【利用者の実態把握】

介護支援専門員は、居宅介護サービス計画作成にあたって利用者の有している能力、提供を受けているサービス等、その置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するために解決すべき課題を把握する。

【課題分析票について】

課題分析票（アセスメントシート）は、居宅サービス計画ガイドラ

インを使用し、利用者の分析にあたる。

【居宅介護サービス計画の原案作成】

介護支援専門員は、利用者、家族の希望ならびに利用者について把握した課題に基づき、当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、提供されるサービスの目標、達成時期、サービスを提案する上で留意点を盛り込んだ居宅介護サービス計画の原案を作成する。

【担当者会議】

各サービス担当者が利用者の状況を把握し、介護支援専門員等と当該情報を共有することを、サービス担当者会議の目的として明確化する。

介護支援専門員は、居宅サービス計画を新規に作成した場合や要介護更新認定、要介護状態区分の変更認定を受けた場合については、原則としてサービス担当者会議を必ず開催する。ただし、サービス担当者会議を開催しないやむを得ない理由がある場合については担当者に対する照会等で差し支えない。

介護支援専門員は、サービス担当者会議を開催し、当該居宅介護サービス計画の原案内容について、担当者から専門的な見地から意見を求める。

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提としてサービス担当者会議の招集を不要とする。

【モニタリング】

介護支援専門員は、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回居宅を訪問し、モニタリングの結果を記録する。

【訪問介護の位置付け】

介護支援専門員は、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を通常よりかけ離れた回数を位置づける場合には、市町村に居宅サービス計画書の届出を行う。届出した居宅サービス計画書が地域ケア会議や行政職員等を派遣する方法にて検証される際は、必要に応じて検証への協力を行う。

【福祉用具貸与の位置づけ】

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合にあっては、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を居宅サービス計画に記載する。

【福祉用具購入の位置づけ】

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具購入を位置づける場合にあっては、当該計画に福祉用具購入が必要な理由を記載するとともに、サービス担当者会議を開催し、当該居宅介護サービス計画の原案内容について、担当者から専門的な見地から意見を求めるものとする。

【利用者の同意】

介護支援専門員は、利用者又はその家族に対し、サービスの種類、内容、費用等について説明し、文書により利用者の同意を得る。

(3) サービスの実施状況の継続的な把握、評価

介護支援専門員は、居宅介護サービス計画作成後においても、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、居宅サービス計画の実施状況の把握及び利用者の課題把握を行い、必要に応じて居宅を訪問し、居宅介護サービス計画の変更、指定居宅介護サービス事業者との連絡調整、その他便宜の提供を行う。

(4) 介護保険施設の紹介等

- ・介護支援専門員は、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと認める場合、又は利用者が介護保険施設への入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他便宜の提供を行う。
- ・介護支援専門員は、介護保険施設等から退所しようとする要介護者等から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、予め居宅サービス計画の作成等の援助を行う。

(5) 地域包括支援センターとの連携

介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が自立・要支援認定を受けた場合には、地域包括支援センターに当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図る。

(6) 医療と介護の連携

- ・介護支援専門員は利用者が病院又は診療所等に入院する必要が生じた場合には、担当介護支援専門員の氏名および連絡先を当該医療機関に提出するよう依頼する。
- ・介護支援専門員は利用者が訪問看護・通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合は、利用者の同意を得て、主治の医師等の意見を求める。また意見を求めた主治の医師等に対して居宅

サービス計画書を交付する。

・介護支援専門員は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況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。

(7) 障害福祉制度の相談支援専門員との連携

介護支援専門員は障害福祉サービスを利用してきた利用者が、介護保険サービスを利用する場合には、特定相談支援事業者との連携を図る。

(8) 質の高いケアマネジメントの推進

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図るため、以下について介護サービス情報に公表するとともに、利用者に説明を行う。

(イ) 前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合。

(ロ) 前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業所によって提供されたものの割合。

(9) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	有	変更を希望される方はお申し出下さい
調査（課題把握）の方法	—	包括的自立支援プログラムあるいは 居宅サービス計画ガイドライン
介護支援専門員への研修実施	有	研修を実施しています
契約後、居宅サービス計画の作成階段途中でお客様のご都合により解約した場合解約料	有	前記4の(3)解約料 参照
サービス実施記録の閲覧	有	契約書第10条第2項参照

(10) 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、利用者に対する居宅介護支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、業務改善計画に従い必要な

措置を講じる。

また、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

(11) 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、以下の処置を講じる。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について介護支援専門員に周知徹底を図る。
- ・虐待防止のための指針を策定する。
- ・介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- ・虐待防止の処置を講じるための担当者を配置する。

7、サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所お客様相談・苦情担当

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担 当 高宮 朋美 電話 029-856-4472 (代表)

*平日8時30分～17時30分

担当者が不在の場合は、相談員及び事務員が承ります。

(2) その他

当事業所以外に、保険者（区市町村）の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

つくば市役所（高齢福祉課）

0299-23-1111 (代表)

茨城県国民健康保険団体連合会

029-301-1550

8、新つくばホーム指定居宅介護支援事業所の概要

名称 社会福祉法人筑南会

代表者 理事長 田村 洋子

所在地 つくば市学園の森3丁目29番地2

電話番号 029-856-4472

【同一法人で行う事業】

- ① 特別養護老人ホーム新つくばホーム
- ② 特別養護老人ホーム新つくばホーム新館
- ③ 新つくばホームデイサービスセンター
- ④ 新つくばホームデイサービスセンター新館
- ⑤ 特別養護老人ホーム新つくばホームショートステイ
- ⑥ 特別養護老人ホーム新つくばホーム新館ショートステイ
- ⑦ 新つくばホーム指定居宅介護支援事業所
- ⑧ ケアサポート田村（小規模多機能型居宅介護）
- ⑨ 地域密着型介護老人福祉施設トレランス田村
- ⑩ 地域密着型介護老人福祉施設トレランス田村ショートステイ
- ⑪ トレランス田村デイサービスセンター
- ⑫ つくば市谷田部西地域包括支援センター（委託）

指定居宅介護支援の開始に当たり、利用者に対して契約書及び
本書面に基ついて重要な事項を説明し交付しました。

事業者 新つくばホーム指定居宅介護支援事業所

所在地 つくば市学園の森3丁目29-2

説明者

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定居宅介護支援に
ついて重要事項説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____