

居宅介護支援利用料

重要事項説明書別紙

厚生労働大臣が定める基準による居宅介護支援利用料は次のとおりです。

ただし、要介護度が要介護 1～5 に該当の場合は、利用者の負担はありません。

居宅介護支援費		
居宅介護支援費(Ⅰⅰ) 当事業所の居宅介護支援専門員 1 人当たりの担当件数が 45 件未満の部分	要介護 1・2	10,860 円
	要介護 3・4・5	14,110 円
居宅介護支援費(Ⅰⅱ) 1 人当たりの担当件数が 45 件以上 60 件未満に該当する部分	要介護 1・2	5,440 円
	要介護 3・4・5	7,040 円
居宅介護支援費(Ⅰⅲ) 1 人当たりの担当件数が 60 件以上に該当する部分	要介護 1・2	3,260 円
	要介護 3・4・5	4,220 円
初回加算		
新規に居宅サービス計画を作成した場合。要介護状態区分が 2 段階以上変更となった場合。 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合。		3,000 円
特定事業所加算		
特定事業所加算(Ⅰ):事業所が特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件を満たし届出を行った場合		5,190 円
特定事業所加算(Ⅱ):事業所が特定事業所加算(Ⅱ)の算定要件を満たし届出を行った場合		4,210 円
特定事業所加算(Ⅲ):事業所が特定事業所加算(Ⅲ)の算定要件を満たし届出を行った場合		3,230 円
特定事業所加算(A):事業所が特定事業所加算(A)の算定要件を満たし届出を行った場合		1,140 円
特定事業所医療介護連携加算: 事業所が特定事業所医療介護連携加算の算定要件を満たし届出を行った場合		1,250 円
入院時情報連携加算		
入院時情報連携加算(Ⅰ) 介護支援専門員が病院又は診療所の職員に対して必要な情報を入院した日に提供した場合。		2,500 円
入院時情報連携加算(Ⅱ) 介護支援専門員が病院又は診療所の職員に対して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。		2,000 円
退院・退所加算		
病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型老人福祉施設若しくは老人保健施設に入所していた者が退院・退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において * 病院等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画書を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合。 * 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、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書を作成、調整を行った場合。 (入院・入所期間中につき3回を限度に所定単位数を加算する。初回加算との重複算定はない。)		I 1 :4,500 円 I 2 :6,000 円 II 1 :6,000 円 II 2 :7,500 円 III :9,000 円
ターミナルケアマネジメント加算		
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、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。		4,000 円
緊急時等居宅カンファレンス加算		
病院又は診療所の求めにより、当該病院等の医師又は看護師等と共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又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。(1月に2回を限度として加算)		2,000 円
通院時情報連携加算		
利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合。同席にあたっては利用者の同意が必要。(1月に1回を限度として加算)		500 円

人員変更に伴い変更(令和6年11月1日付)

指定居宅介護支援重要事項説明書

指定居宅介護支援サービスの開始にあたり、厚生省令第38条第4号に基づいて、当事業者が利用者またはその家族に説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	医療法人社団慶北会花田病院
事業者の所在地	美唄市大通東1条北2丁目2番5号
法人種別	医療法人
代表者名	花田 太郎(医療法人社団慶北会花田病院 理事長)
電話番号等	電話 0126-68-8700 FAX 0126-62-3193
指定年月日及び指定番号	平成12年04月01日 北海道知事指定 0116110511

2 ご利用の事業所

事業所の名称	医療法人社団慶北会花田病院 居宅介護支援事業部すずかけ
事業所の所在地	美唄市大通東1条北2丁目1番5号
管理者の氏名	後藤 広行(居宅支援事業部すずかけ 所長)
電話番号等	電話 0126-66-6200 FAX 0126-66-6203
指定事業所番号	北海道知事指定 第0116110511号

3 事業の目的と運営方針

事業目的	介護支援専門員により要介護状態にある利用者に対し、適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 介護支援専門員は、要介護状態になった利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう配慮し、利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じ、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(以下「指定居宅サービス等」という。)が、多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう支援を行うものである。 事業の実施に当たっては、関係市町村、指定居宅サービス事業者、他の指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設等の地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図るとともに、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努める。 利用者の人権の擁護、虐待の防止、身体拘束の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。

4 職員の職種、人数及び職務内容

従業者の職種	人数	区 分				備 考
		常 勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者(主任介護支援専門員)	1		1			
苦情処理担当者	1		1			介護支援専門員を兼ねる
介護支援専門員 (主任介護支援専門員)	2 (2)	1 (1)	1 (1)			管理者を兼ねる

5 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日ただし、日曜日、8月15日、12月31日から1月3日までと国民の祝祭日を除きます。
営業時間	月曜日～金曜日…午前8時45分から午後5時まで 土曜日……………午前8時45分から午後12時30分まで
その他	上記営業日、営業時間外において電話による連絡は、24時間可能な体制をとっています。(不在時は携帯電話に転送され、職員が輪番で対応します)

6 居宅支援サービスの概要

種類	内容	提供方法
要介護認定の申請代行	要介護認定有効期間満了の1ヶ月前には、更新手続きを、また、要介護認定の変更が必要となったときには、変更申請の代行をします。	訪問
サービス計画の立案	介護サービスを適正に受けられるよう居宅介護サービス計画を作成します。作成にあたって、利用者から複数の介護サービス事業所の紹介や選定理由の説明を求められます。 ①固定用スロープ②歩行器(歩行者を除く)③単点杖(松葉杖を除く)④多点杖の福祉用具については、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかをご利用者が選択できます。対象の福祉用具の提案を行う際には、それぞれのメリット及びデメリット等、ご利用者の選択に資する必要な情報を提供いたします。	課題分析標準項目(23項目)に基づいたアセスメントツールを用いて実施する。
連絡調整	適切な介護サービスが受けられるよう介護サービス事業者、関係機関との連絡調整を行います。また、障害福祉サービスを利用してきた利用者が滞りなく介護サービスに移行できるよう障害福祉制度の相談支援専門員との連携に努めます。	

7 事業の実施地域

実施地域	美唄市内 但し、実施地域以外の場合は交通費のみ実費で徴収させていただきます
------	--

8 個人情報の取り扱いについて（守秘義務）

- (1) 個人情報の収集は、居宅介護支援のサービス提供にあたって、利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- (2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲において、適切に使用します。
- (3) サービスを提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

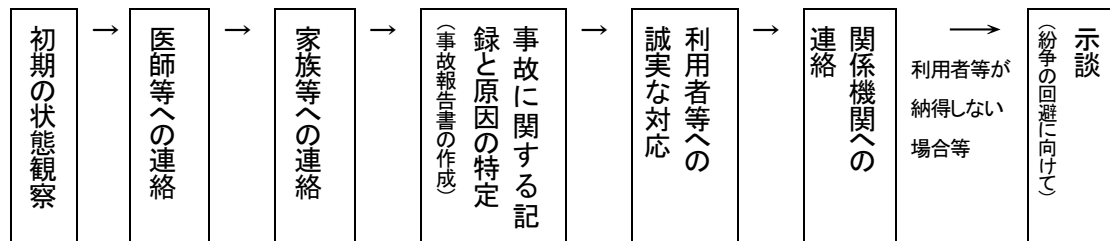
9 苦情等の申立・解決等

苦情・相談窓口	<p>苦情解決責任者 花田 太郎(医療法人社団慶北会花田病院 理事長)</p> <p>苦情受付担当者 後藤 広行(当事業所所長 主任介護支援専門員)</p> <p>受付時間 午前8時45分～午後5時まで</p> <p>受付方法 電話 0126-66-6200 FAX 0126-66-6203 面接 事業所内相談室 郵送 〒 072-0001 美唄市大通東1条北2丁目1番5号 医療法人社団慶北会花田病院 居宅介護支援事業部すずかけ</p>
苦情解決の手順	<pre> graph LR A[利用者様 苦情申立] --> B[苦情受付 担当者] B --> C[苦情解決 責任者] C --> D[事実確認 (指導・助言)] D --> E[解決のための 話し合い (対応・改善)] </pre>
その他の申立機関等	<p>美唄市保健福祉部高齢者介護保険課(0126-62-3131)</p> <p>北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課企画・苦情係 介護サービス苦情相談専用直通電話(011-231-5175)</p>

10 事故発生時の対応

1. 当事業者は、利用者に対する居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。また、事故の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
2. 当事業者は、居宅介護支援の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により損害すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

事故対応の流れ



11 前6月間に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。)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に事業所において作成された居宅サービス計画に位置付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所又は指定地域密着型サービス事業所によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得るよう努めるものとする。利用者又はその家族から希望があれば別紙にてお知らせ可能です。(別紙でのお知らせを 希望する 希望しない)

令和 年 月 日

指定居宅介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所所在地 美唄市大通東1条北2丁目1番5号
 事業所名 医療法人社団慶北会花田病院
 居宅介護支援事業部すずかけ
 代表者名 所長 後藤 広行 印

 説明者職氏名 主任介護支援専門員 後藤 広行 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

サービス利用者
 住所 _____
 氏名 _____ 印

 利用者の家族等
 住所 _____
 氏名 _____ 印
 続柄 _____