

重要事項説明書（別紙） 指定居宅介護支援

重要事項を下記の通りと致します。

【指定居宅介護支援】

（１）基本報酬

地域単価	
その他	10.00円

①居宅介護支援費（Ⅰ）（介護支援専門員の常勤換算1人当たりの取扱件数が45人未満の場合）

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	/月	10.00	1,086	10,860円
要介護3・要介護4・要介護5	/月		1,411	14,110円

②居宅介護支援費（Ⅱ）（介護支援専門員の常勤換算1人当たりの取扱件数が45人以上60人未満の場合）

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	/月	10.00	544	5,440円
要介護3・要介護4・要介護5	/月		704	7,040円

③居宅介護支援費（Ⅲ）（介護支援専門員の常勤換算1人当たりの取扱件数が60人以上の場合）

要介護状態区分		単価	単位	利用料
要介護1・要介護2	/月	10.00	326	3,260円
要介護3・要介護4・要介護5	/月		422	4,220円

※ 運営基準減算に該当する場合、該当開始月は所定単位数の50/100を算定し、2月以上継続している場合は居宅介護支援費を算定しません。

（２）加算

○のついた項目は、全てのご利用者に加算されます。

算定	項目		改定後		
			単価	単位	利用料
	特定事業所加算（Ⅰ）	/月	10.00	519	5,190円
○	特定事業所加算（Ⅱ）	/月		421	4,210円
	特定事業所加算（Ⅲ）	/月		323	3,230円
	特定事業所加算（Ａ）	/月		114	1,140円
	特定事業所医療介護連携加算	/月		125	1,250円
○	初回加算	/月		300	3,000円
○	入院時情報連携加算（Ⅰ）	/月		250	2,500円
○	入院時情報連携加算（Ⅱ）	/月		200	2,000円
○	退院・退所加算（Ⅰ）イ	/回		450	4,500円
○	退院・退所加算（Ⅰ）ロ	/回		600	6,000円
○	退院・退所加算（Ⅱ）イ	/回		600	6,000円
○	退院・退所加算（Ⅱ）ロ	/回		750	7,500円
○	退院・退所加算（Ⅲ）	/回		900	9,000円
○	緊急時等居宅カンファレンス 加算	/回		200	2,000円
○	通院時情報連携加算	/月		50	500円
	ターミナルケアマネジメント 加算	/月		400	4,000円

（３）減算

算定	項目		改定後		
			単価	単位	利用料
	運営基準減算		利用料/月＝所定単位数×50/100×地域単価 ※運営基準減算が2月以上継続している場合、所定単位数は算定しません。		
	同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント		所定単位数の95%を算定		
	事業継続計画未実施減算		所定単位数の1.0%を減算		
	高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の1.0%を減算		

(3) 加算の説明

項目	算定要件
初回加算	次のような場合に算定されます。 イ 事業所において新規に居宅サービス計画を作成する場合 ロ 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 ハ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合
入院時情報連携加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ)	利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、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を提供した場合に加算されます。 ●入院時情報連携加算(Ⅰ)：入院後3日以内に情報提供を実施した場合（提供方法は問わない） ●入院時情報連携加算(Ⅱ)：入院後4日以上7日以内に情報提供を実施した場合（提供方法は問わない）
退院・退所加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	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ケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に加算されます。ただし、「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ケアプランを作成し、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ます。
退院・退所加算(Ⅰ)	・退院・退所加算(Ⅰ)イ：病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により一回受けていること。 ・退院・退所加算(Ⅰ)ロ：病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより一回受けていること。
退院・退所加算(Ⅱ)	●退院・退所加算(Ⅱ)イ：病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により二回以上受けていること。 ●退院・退所加算(Ⅱ)ロ：病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を二回受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。
退院・退所加算(Ⅲ)	●退院・退所加算(Ⅲ)：病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を三回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。
通院時情報連携加算	利用者が医師の診察を受ける際に同席し、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ない、医師等から利用者に係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1月に1回加算されます。
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、当該病院又は診療所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、当該利用者に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合、1月につき2回を限度として加算されます。
ターミナルケアマネジメント加算	利用者が末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）において、24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備し、利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施し、訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合に加算されます。
特定事業所加算(Ⅰ)	常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上及び常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置している場合で、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している場合に加算されます。
特定事業所加算(Ⅱ)	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上及び常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置している場合で、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している場合に加算されます。
特定事業所加算(Ⅲ)	常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上及び常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置している場合で、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している場合に加算されます。
特定事業所医療介護連携加算	特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所に加算されます。

(4) 減算の説明

項目	算定要件
運営基準減算	居宅介護支援の業務が適切に行われない場合において、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合に減算されます。
特定事業所集中減算	正当な理由なく、事業所において前6月に作成した居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービス等が特定の事業者偏っている場合であって、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合に減算されます。
事業継続計画未実施減算	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する事。及び、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていないと減算されます。
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は、減算となります。

【お客様へのお願い】

○入院時における医療機関との連携促進

居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することが義務づけられます。

⇒ お客様に於かれましては、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するようにお願い致します。

○平時からの医療機関との連携促進

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ることとされているが、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することが義務づけられます。

○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ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャー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が義務づけられます。

○契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプラン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、当該事業所をケアプラン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することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬が減額されます。例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことが明確化されます。

⇒ お客様に於かれましてはケアプラン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できます。また、ケアマネジャーがケアプランに位置づけた居宅サービス事業所の位置付けた理由を求めることができます。

○訪問回数の多い利用者への対応

訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとなります。

※ 「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行となります。