

医療法人石岡脳神経外科病院
指定通所介護 サン・テレーズ ガーデン 利用料金表

通所介護

令和3年6月1日より

介護保険給付のサービス費（保険適用内の利用者負担の料金）																		
通所介護サービス費 通常規模型（サービス提供時間・介護度に応じて料金が異なります）																		
利用時間	3時間以上4時間未満			4時間以上5時間未満			5時間以上6時間未満			6時間以上7時間未満			7時間以上8時間未満			8時間以上9時間未満		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要介護1	368	736	1104	386	772	1158	567	1134	1701	581	1162	1743	655	1310	1965	666	1332	1998
要介護2	421	842	1263	442	884	1326	670	1340	2010	686	1372	2058	773	1546	2319	787	1574	2361
要介護3	477	954	1431	500	1000	1500	773	1546	2319	792	1584	2376	896	1792	2688	911	1822	2733
要介護4	530	1060	1590	557	1114	1671	876	1752	2628	897	1794	2691	1018	2036	3054	1036	2072	3108
要介護5	585	1170	1755	614	1228	1842	979	1958	2937	1003	2006	3009	1142	2284	3426	1162	2324	3486
負担割合				1割	2割	3割	算定要件											
新型コロナ感染症対応(令和3年9月30日まで)				0.1%			円/月	事業所の新型コロナへの対応について特例的な評価として、上記サービスの月間合計に0.1%を乗じた金額となります										
介護職員処遇改善加算(I)				5.9%			円/月	全サービスの月間合計金額に5.9%を乗じた金額となります										
介護職員特定処遇改善加算(I)				1.2%			円/月	全サービスの月間合計金額に1.2%を乗じた金額となります										
サービス提供体制強化加算(I)				22	44	66	円/日	介護職員の総数のうち勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である										
中重度者ケア体制加算				45	90	135	円/日	基準以上に看護介護職員を配置し、要介護3以上の割合が30%を超えている										
送迎を行わない場合				▲47	▲94	▲141	円/回	当施設の送迎を利用されない場合										
入浴介助加算	I	40			80	120	円/回	入浴時の介助(見守りを含む)を実施した場合										
	II	55			110	165	円/回	居室の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成している場合										
生活機能向上連携加算	I	100			200	300	円/月	医療機関・訪問(通所)リハビリテーション事業所の理学療法士等・医師がICT等を用いて当事業所と共同で計画を作成した場合										
	II 1	200			400	600	円/月	医療機関・訪問(通所)リハビリテーション事業所の理学療法士等が当事業所に訪問し、共同で計画を作成した場合										
	II 2	100			200	300	円/月	個別機能訓練加算を算定している場合										
口腔機能向上加算	I	150			300	450	円/回	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合(月2回限)										
	II	160			320	480	円/回	上記情報を厚生労働省に提出している場合(月2回限)										
口腔栄養スクリーニング加算	I	20			40	60	円/回	6月毎に栄養状態を確認し、介護支援専門員に文章で共有した場合(6月1回限)										
	II	5			10	15	円/回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合(6月1回限)										
認知症加算				60	120	180	円/日	認知症の専門研修等を修了した者を算定基準を満たす人員配置している場合										

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の為、利用者負担となります）

食費	700	円/日	昼食(おやつ代含む)
日常生活費	100	円程度/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・ハリス・石鹸など
教養娯楽費	150	円程度/日	創作・遊具・レクリエーション材料など
紙おむつ代(処理代含む)	170	円/枚	リハビリパンツ
	150		紙オムツ
	100		フラット式オムツ
	70		尿取パット
理美容代	実費	円/回	出張床屋 カット 1000円 顔そり 500円

上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日用品などの購入、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。

◎通所型サービス

（保険適用内の利用者負担の料金）															
護度・回数により料金が異なります															
市町村	石岡市・小美玉市にお住まいの方						行方市にお住まいの方								
利用回数	月全4回まで(円/日)			月全5~8回まで(円/日)			週1回程度(円/月)			週2回程度(円/月)					
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
要支援1・事業対象者	384	768	1152				1672	3344	5016						
要支援2・事業対象者				395	790	1185				3428	6856	10284			
備考	※石岡市・小美玉市は、基本、1回当たりの計算となります。														
負担割合				1割	2割	3割	算定要件								
新型コロナ感染症対応(令和3年9月30日まで)				0.1%			円/月	事業所の新型コロナへの対応について特例的な評価として、上記サービスの月間合計に0.1%を乗じた金額となります							
介護職員処遇改善加算(I)				5.9%			円/月	全サービスの月間合計金額に5.9%を乗じた金額となります							
介護職員特定処遇改善加算(I)				1.2%			円/月	全サービスの月間合計金額に1.2%を乗じた金額となります							
サービス提供体制強化加算(I)	支1・事業対象	88	176	264	円/月										
	支2・事業対象	176	352	528	円/月										
生活機能向上連携加算	I	100			200	300	円/月	医療機関・訪問(通所)リハビリテーション事業所の理学療法士等・医師がICT等を用いて当事業所と共同で計画を作成した場合							
	II 1	200			400	600	円/月	医療機関・訪問(通所)リハビリテーション事業所の理学療法士等が当事業所に訪問し、共同で計画を作成した場合							
	II 2	100			200	300	円/月	個別機能訓練加算を算定している場合							
口腔機能向上加算	I	150			300	450	円/月	口腔機能向上の指導もしくは実施した場合(月2回限)							
	II	160			320	480	円/月	上記情報を厚生労働省に提出している場合(月2回限)							
口腔栄養スクリーニング加算	I	20			40	60	円/回	6月毎に栄養状態を確認し、介護支援専門員に文章で共有した場合(6月1回限)							
	II	5			10	15	円/回	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合(6月1回限)							
若年性認知症受入加算				240	480	720	円/月	個別の担当者を中心にサービス提供が行われた場合							

介護保険給付外のサービス費（保険適用外の為、利用者負担となります）

食費	700	円/日	昼食(おやつ代含む)
日常生活費	100	円程度/日	歯ブラシ・歯磨き粉・シャンプー・ハリス・石鹸など
教養娯楽費	150	円程度/日	創作・遊具・レクリエーション材料など
紙おむつ代(処理代含む)	170	円/枚	リハビリパンツ
	150		紙オムツ
	100		フラット式オムツ
	70		尿取パット
理美容代	実費	円/回	出張床屋 カット 1000円 顔そり 500円

上記の他、利用者様・ご家族様からのご依頼による嗜好品・日用品などの購入、文書の発行、インフルエンザなどの予防接種料については、実費を申し受けます。

その他の介護保険給付についても負担割合に応じた自己負担となります。