

医療法人石岡脳神経外科病院
訪問介護 サン・テレーズ ガーデン 利用料金表 (特定事業所Ⅱ、同一敷地内減算)

令和3年6月1日より

■ 訪問介護

介護保険給付のサービス費													
訪問介護サービス費 (サービス種類 ・ 提供時間 ・ 負担割合 に応じて料金が異なります)													
サービス種類	身体介護 (+ 生活援助)												
提供時間	20分～30分未満 (円/回)			30分～60分未満 (円/回)			60分～90分未満 (円/回)			90分～120分未満 (円/回)			
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	
身体介護のみ	275	550	825	436	872	1308	637	1274	1911	729	1458	2187	
+ 生活援助													
20分～45分未満	349	698	1047	509	1018	1527	711	1422	2133	803	1606	2409	
45分～70分未満	422	844	1266	583	1166	1749	784	1568	2352	877	1754	2631	
70分以上	496	992	1488	657	1314	1971	858	1716	2574	950	1900	2850	
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割							
サービス種類	生活援助												
提供時間	20分～45分未満 (円/回)			45分以上 (円/回)									
生活援助のみ	201	402	603	248	496	744							
※上記金額は、特定事業所加算(Ⅱ)が適用された金額となっています。													
※当事業所の営業時間外にサービスを提供した場合は、上記金額に下記の割増しが加算されます。													
● 早朝(午前6時～午前8時まで)25%増 ● 夜間(午後6時から午後10時まで)25%増 ● 深夜(午後10時から午前6時まで)50%増													
※2名の訪問介護員でサービスを提供した(する必要がある)場合は、上記金額が、2倍の金額となります。													
負担割合	1割	2割	3割	算定要件									
同一建物減算1	-10.0%			円/月	この金額は、上記サービスの月間合計から10.0%と減算となります。								
新型コロナ対応	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。令和3年9月末日まで								
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%			円/月	この金額は、介護給付サービスの月間合計に13.7%を乗じた金額となります。(1円未満は四捨五入)								
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%			円/月	この金額は、介護給付サービスの月間合計に6.3%を乗じた金額となります。(1円未満は四捨五入)								
緊急時訪問介護	100	200	300	円/回	利用者・家族等から予定のない日のサービスの要請があり、24時間以内に対応した場合、上記身体介護の利用時間の料金に追加加算されます。(サービスは身体介護に限る)								
初回加算	200	400	600	円/月	サービス提供責任者が、初回もしくは初回日の属する月に、訪問介護員に同行した場合の加算される金額です。(初回月のみ)								
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・医師より、ICT等を用いて助言を受ける体制があり、助言の上で訪問介護計画を作成している							
	II	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・医師が訪問して行った場合							
認知症専門ケア加算	I	3	6	9	円/日	認知症介護実践リーダー研修を修了している者を、算定基準の人数配置し、専門的な認知症ケアを実施している場合							
	II	4	8	12	円/日	認知症介護指導者研修を修了している者を算定基準基準1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施しているか。							
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。													

介護保険給付対象外の自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ● 交通費……利用者様の居宅が当事業所の事業実施地域外の場合、交通費として1km あたり30円頂きます。 ● サービス提供日当日のキャンセルは、キャンセル料として 800円頂きます。 ● これ以外にも、介護給付の支給限度額を超えてサービスを利用された場合は、全額自己負担となります。
----------------	---

◎ 訪問型サービス

介護保険給付のサービス費																		
訪問型サービス費 (市町村 ・ 負担割合 ・ サービス種類 ・ 提供時間に応じて料金が異なります)																		
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
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	週1回程度 (円/回) 【月4回まで】			週2回程度 (円/回) 【月5～8回まで】			週2回超 (円/回) 【月9～12回まで】			週1回程度 (円/月)			週2回程度 (円/月)			週2回超 (円/月)		
要支援1・事業対象者	268	536	804	272	544	816				1176	2352	3528	2349	4698	7047			
要支援2・事業対象者							287	574	861							3727	7454	11181
備考	※石岡市・小美玉市は、基本、1回当りの計算となります。									※行方市は、契約期間が1月に満たない場合日割り計算となります。								
負担割合	1割	2割	3割															
同一建物減算1	-10.0%			円/月	この金額は、上記サービスの月間合計から10.0%と減算となります。													
新型コロナ対応	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。令和3年9月末日まで													
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%			円/月	この金額は、介護給付サービスの月間合計に13.7%を乗じた金額となります。													
介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%			円/月	この金額は、介護給付サービスの月間合計に6.3%を乗じた金額となります。(1円未満は四捨五入)													
初回加算	200	400	600	円/月	サービス提供責任者が、初回もしくは初回日の属する月に、訪問介護員に同行した場合の加算される金額です。													
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・医師より、ICT等を用いて助言を受ける体制があり、助言の上で訪問介護計画を作成している												
	II	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・医師が訪問して行った場合												
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。																		

介護保険給付対象外の自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ● 交通費……利用者様の居宅が当事業所の事業実施地域外の場合、交通費として1km あたり30円頂きます。 ● サービス提供日当日のキャンセルは、キャンセル料として 800円頂きます。 ● これ以外にも、介護給付の支給限度額を超えてサービスを利用された場合は、全額自己負担となります。
----------------	---