

## 太陽ヘルパーステーション（訪問介護）利用料金

### (1) 利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として自己負担額は基本料金の1割、2割又は3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

\*負担割合は介護保険負担割合証をご確認ください。

#### ① 利用料 (A)

##### ○身体介護

サービス提供時間 (1回あたり)	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	167円	334円	501円
20分以上30分未満	250円	500円	750円
30分以上1時間未満	396円	792円	1,188円
1時間以上1時間30分未満	579円	1,158円	1,737円
(30分増すごとに)	+84円追加	+168円追加	+252円追加

##### ○生活援助

サービス提供時間 (1回あたり)	1割負担	2割負担	3割負担
20分以上45分未満	183円	366円	549円
45分以上	225円	450円	675円

##### ○身体・生活

身体介護に引き続き生活援助の実施した場合に身体介護の料金に以下の料金を追加します。

サービス提供時間 (1回あたり)	1割負担	2割負担	3割負担
生活援助20分以上	67円	134円	201円
生活援助45分以上	134円	268円	402円
生活援助70分以上	201円	402円	603円

\*上表はサービス利用時間が午前8時から午後6時で訪問介護員1名訪問時の料金となります。

\*早朝（午前7時30分～午前8時）、夜間（午後6時～午後8時45分）は、料金が25%増しとなります。

\*上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間でなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

\*やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て2人で訪問した場合は2名分の料金となります。

○利用料金Aについての特例

令和3年4月1日～令和3年9月30日の期間は下記の計算式で算出した金額とさせていただきます。

上記料金表×(1,001/1,000)

\*1円未満は四捨五入になります。(2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります)

## ②加算料金（B）

\*前記の利用料以外に以下の条件を満たした場合、加算料金を請求いたします。

加算項目	1割負担	2割負担	3割負担	主な条件
緊急時訪問介護加算	100円 ／回	200円 ／回	300円 ／回	・利用者、家族からの希望でサービス提供責任者がケアマネジャーと連携し、ケアマネジャーが必要と認めた時に、居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合
初回加算	200円 ／月	400円 ／月	600円 ／月	・初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者が自ら訪問介護の実施又は他の訪問介護に同行 ・入院等で2カ月利用がなく、計画が変更になった場合
特定事業所加算 (IからVのいずれかを算定)	I : $A \times 20\%$			○体制要件 ・訪問介護員等の研修計画の作成と実施 ・会議を1月に1回以上開催 ・緊急時対応方法が利用者に明示されている ・訪問介護等に対し健診の実施 ・サービス提供責任者が利用者に関する情報、サービスについて伝達し、サービス提供終了後に報告を受ける  ○人材要件 ①介護福祉士割合が訪問介護員等の総数の3割以上又は介護福祉士、実務者研修、介護職員基礎研修、ヘルパー1級割合が5割以上 ②全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験のある介護福祉士又は5年以上の実務経験のある実務者研修、介護職員基礎研修、ヘルパー1級  ○重度対応要件 ・前年度又は前3か月間における利用者の総数のうち、要介護4、5、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が2割以上
	II : $A \times 10\%$			・上記体制要件、人材要件の①又は②を満たしている場合
	III : $A \times 10\%$			・上記体制要件、重度対応要件を満たしている場合
	IV : $A \times 5\%$			・上記体制要件、重度対応要件の割合が6割を満たしている場合 ・常勤のサービス提供責任者2名以上
	V : $A \times 3\%$			・上記体制要件、訪問介護員の総数のうち勤続年数7年以上の割合が30%以上
生活機能向上連携加算Ⅰ	100円 ／月	200円 ／月	300円 ／月	・サービス提供責任者が訪問又は通所リハビリテーションの理学療法士等から助言を受け、生活向上の計画作成。 ・理学療法士等がサービス提供の場、動画等で状態把握し、定期的に助言
生活機能向上連携加算Ⅱ	200円 ／月	400円 ／月	600円 ／月	・サービス提供責任者が訪問又は通所リハビリテーションの理学療法士等が利用者宅への訪問時に同行等し、計画作成、連携してサービス提供等
認知症専門ケア加算Ⅰ	3円／ 日	6円／ 日	9円／ 日	・利用者総数のうち日常生活自立度Ⅲ、Ⅳ、Mが1／2以上 ・専門研修修了者が対象者の数に応じて必要数以上配置

### ③ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

処遇改善加算料金＝（A、Bの月合計）×13.7%

\* Bは上記加算料金表の条件を満たした金額の合計になります。

\* 1円未満は四捨五入になります。

（2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります）

### ④ 介護職員等特定処遇改善加算

特定処遇改善加算Ⅰ＝（A、Bの月合計）×6.3%

特定処遇改善加算Ⅱ＝（A、Bの月合計）×4.2%

\* Bは前記加算金額表の条件を満たした金額の合計になります。

\* Ⅰ、Ⅱのうち条件を満たすいずれかをいただきます。

\* 1円未満は四捨五入になります。（2割負担の方は1割負担の方の2倍、3割負担の方は3倍になります）

### ⑤ キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、職員配置等サービス提供手配分として下記のキャンセル料を頂きます。

サービスを受ける前日の午後5時30分までに連絡があった場合	無料
サービスを受ける前日の午後5時30分までに連絡がなかった場合	サービス当日の自己負担相当額

### ⑥ その他

お客様のお住まいでサービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用はお客様のご負担になります。