

□訪問介護サービス費（要介護1～5のお客様）

【身体介護が中心である場合】

※非課税

| 区分 | サービス利用時間 | サービス利用料 (A) | 介護保険からの 給付費 (B) | お客様 自己負担額 (A-B) |
|------|---------------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 身体介護 | 20分未満 | 1,630円 | 1,467円 | 163円 |
| | 20分以上30分未満 | 2,440円 | 2,196円 | 244円 |
| | 30分以上1時間00分 | 3,870円 | 3,483円 | 387円 |
| | 1時間以上1時間30分 | 5,670円 | 5,103円 | 567円 |
| | 以降30分増すごとの加算額 | 820円 | 738円 | 82円 |

【生活援助が中心である場合】

※非課税

| 区分 | サービス利用時間 | サービス利用料 (A) | 介護保険からの 給付費 (B) | お客様 自己負担額 (A-B) |
|------|------------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 生活援助 | 20分以上45分未満 | 1,790円 | 1,611円 | 179円 |
| | 45分以上 | 2,200円 | 1,980円 | 220円 |

※1) 当事業所は「特定事業所加算 (I)」の該当事業所であるため、上記基本サービス料金に20%が加算されます。

※2) 上記料金表については1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もおります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。(各種加算も同様の扱い) 詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※3) 上記料金に13.7%「介護職員処遇改善加算 (I)」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります)

※4) 上記料金に6.3%「介護職員等特定処遇改善加算 (I)」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入により若干の誤差が生じることがあります)

※5) 上記料金に2.4%「介護職員等ベースアップ等支援加算」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入により若干の誤差が生じることがあります)

※令和6年6月より、上記3つの加算が一本化されます

※上記の料金に24.5%「介護職員等処遇改善加算 (I)」を乗じた額がお客様の利用料金となります

□介護予防訪問介護・総合事業サービス費

(要支援 1、2 のお客様：1 月あたりのご利用料金) ※非課税

| 区 分 | サービス利用回数 | サービス利用料 (A) | 介護保険からの 給付費 (B) | お客様 自己負担額 (A-B) |
|------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------------|
| 総合事業 | (Ⅰ) 週 1 回程度 | 11,760円 | 10,584円 | 1,176円 |
| | (Ⅱ) 週 2 回程度 | 23,490円 | 21,141円 | 2,349円 |
| | (Ⅲ) 週 2 回を超える程度 | 37,270円 | 33,543円 | 3,727円 |

- ※1) 上記料金表については1割負担の場合を記載しておりますが、お客様の所得等により負担割合が2割、3割に該当する方もおります。その場合は上記料金表の2倍、3倍の料金となります。(各種加算も同様の扱い) 詳しくは市区町村から交付された「介護保険負担割合証」をご確認ください。
- ※2) 前記料金に13.7%「介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります)
- ※3) 前記料金に6.3%「介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入等により若干の誤差が生じることがあります)
- ※4) 前記料金に2.4%「介護職員等ベースアップ等支援加算」を乗じた額がお客様の利用料金となります。
(四捨五入により若干の誤差が生じることがあります)

3. 各種加算

- ※令和6年6月より、上記3つの加算が一本化されます
- ※上記の料金に24.5%「介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)」を乗じた額がお客様の利用料金となります

| | |
|-------------------|---|
| <p>特定事業所加算</p> | <p><体制要件></p> <p>① 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施</p> <p>② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的を開催すること。</p> <p>③ 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告</p> <p>④ 健康診断等の定期的な実施</p> <p>⑤ 緊急時等における対応方法の明示</p> <p><人材要件></p> <p>① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。</p> <p>② すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者・介護職員基礎研修課程修了者・1級課程修了者であること。</p> <p><重度者等対応要件></p> <p>① 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、M）である者、たんの吸引等を必要とする者の占めている割合が20%以上</p> <p>【特定事業所加算（Ⅰ）】 体制要件、人材要件、重度者等対応要件のいずれにも適合</p> |
| <p>初 回 加 算</p> | <p>新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、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、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合。 200円/月</p> |
| <p>緊急時訪問介護加算</p> | <p>お客様やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が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 100円/回</p> |
| <p>生活機能向上連携加算</p> | <p>お客様の生活機能向上を目的として、医療関係者等の助言を受ける体制を構築し同行訪問した場合。 100円/回</p> |
| <p>口腔連携強化加算</p> | <p>口腔の健康状態の評価を実施した場合において、お客様の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する場合。 50円/回</p> |

4. 介護保険の給付対象とならないサービスと利用料金

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス</p> | <p>サービス利用料は、全額、お客様の自己負担となります。 なお、各加算措置も同様です。また、低所得者のお客様等に対する軽減措置はありません。 (非課税)</p> |
| <p>交通費</p> | <p>通常の事業実施地域（北広島市、札幌市厚別区）以外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。</p> <p>1) 公共交通機関等を利用する場合：バス、タクシー、鉄道等を利用する実費相当額。</p> <p>2) 当事業所の車両を使用する場合：自動車走行距離 (km) × 22円/km ※1キロメートル未満の距離の端数は、四捨五入する。 (税込料金)</p> |
| <p>その他のサービス</p> | <p>1. 移送サービス＝通院の際に、適当な介護者の方がいないお客様で、通院介助として訪問介護サービス（身体介護）をご利用いただく場合に、移送サービスをご利用いただけます。詳しい条件や料金については、別途お問い合わせください。(税込料金)</p> <p>2. 複写物の交付＝お客様は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 (1枚：白黒10円、カラー30円) (税込料金)</p> <p>1) お客様から特に申し出があった書類を対象とします。 ・個人別介護記録など</p> <p>2) 訪問介護サービスを利用する上で必要のないものをコピーすることは、原則として行いません。</p> <p>3) 介護保険サービスを利用する上で必要な書類は無料です。 ・契約書 ・重要事項説明書 ・同意書 ・訪問介護計画書など</p> |
| <p>利用料の変更</p> | <p>経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。</p> |

5. サービス利用料金に関してご注意いただきたい事項等

| | |
|--|---|
| <p>サービス利用料金 に関してご注意 いただきたい事項</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. お客様がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、お客様が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。 2. 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、お客様の負担額を変更します。 3. 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。 4. 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25% ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50% ・早朝（午前6時から8時まで）：25% （非課税） 5. 2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある次のような場合は、お客様もしくはご契約者の同意のうえ、2人分（2倍）の料金をいただきます。 <ul style="list-style-type: none"> ※2人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）： <ul style="list-style-type: none"> ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合 ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合 （非課税） 6. 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更させていただきます。 |
| <p>利用料金のお支払い方法</p> | <p>料金・費用は、1か月ごとに計算してご請求いたしますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に応じて計算した金額とします。）</p> <ol style="list-style-type: none"> ①お客様の金融機関口座からの自動引き落とし （できるだけこの方法でお支払いください。） ②当事業所の指定口座へのお振込み <p style="text-align: center;">【指定口座】</p> <p style="text-align: center;">銀行名：北洋銀行 西の里支店 口座番号：普通預金 94685 口座名義：北広島市高齢者総合ケアセンター聖芳園 施設長 三木千晶</p> <p>※口座振替手数料につきましては、お客様負担とさせていただきます。</p> <ol style="list-style-type: none"> ③現金により当事業所へ直接お支払い |

| | |
|-------------------------|---|
| <p>利用の中止、 変更、追加</p> | <p>利用予定日の前に、お客様のご都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者へ申し出てください。</p> <p>1) キャンセル料金について</p> <p>利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、お取消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしお客様の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。</p> <p>① 利用予定日の前日までに申し出があった場合：無 料</p> <p>② 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合：1,300円</p> <p>サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。</p> |
|-------------------------|---|