

サービス開始までの流れ

1.お問い合わせ



まずは、気軽にご相談ください。
ご説明させていただきます。



2.お客様の状況・ご要望の確認



ご要望などお伝えください。担当相談員に連絡させていただきます。



3.個別支援計画書の作成



担当相談員が、お客様のご要望を踏まえて、ご利用内容を決定します。



4.契約・サービス開始



契約書等を取りかわした後に、サービスの利用が開始されます。



〒431-3492
静岡県浜松市天竜区渡ヶ島 221
(天竜厚生会診療所内)

TEL : 053-583-1113

FAX : 053-583-1293

※天竜厚生会ヘルパーのサテライトを、
龍山保健センター「やすらぎ」内に設置します

天竜厚生会 ヘルパーステーション

～居宅介護、重度訪問介護、同行援護～



天竜厚生会スローガン
わたしたちは
熱い心・豊かな知識・すぐれた技術で、
ひとりを、すべての人をアシストします。

社会福祉法人
天竜厚生会

☆サービス内容について☆
ご本人のニーズに合ったサービスを行います！

身体介護

お身体に関する援助を行います。
(食事介助・入浴介助・排泄介助など)



家事援助

家事に関する援助を行います。
(調理・掃除・洗濯・買い物代行など)



移動支援

視覚障がいにより移動に困難が生じる方に、外出時における移動時等に視覚的な情報等の支援を行います。

保険適応外サービスもございますので、
気軽にご相談ください！

障がい福祉サービス 料金表

重度訪問介護

	時間	単位数 ^{※8} ・ ^{※9} ・ ^{※10}
基 本 料	(1) 1時間未満	184
	(2) 1時間以上1時間30分未満	274
	(3) 1時間30分以上2時間未満	365
	(4) 2時間以上2時間30分未満	456
	(5) 2時間30分以上3時間未満	548
	(6) 3時間以上3時間30分未満	638
	(7) 3時間30分以上4時間未満	730
	(8) 4時間以上8時間未満	815 ^{※1}
	(9) 8時間以上12時間未満	1,495 ^{※2}
	(10) 12時間以上16時間未満	2,170 ^{※3}
移 動 介 護 加 算	(1) 1時間未満	100
	(2) 1時間以上1時間30分未満	125
	(3) 1時間30分以上2時間未満	150
初 回 加 算 (月に1回を限度)	(4) 2時間以上2時間30分未満	175
	(5) 2時間30分以上3時間未満	200
	(6) 3時間以上	250
	利用者負担上限額管理者加算(月に1回を限度)	200
	緊急時対応加算(月に2回を限度) ^{※6}	150
	喀痰吸引等支援加算(1人1日あたり) ^{※6}	100
福祉・介護職員処遇改善加算(1)	所定単位数×192/1000	

※地域区分(7級地)により、上記基本料金の合計額に10.18を乗じた額(小数点以下切捨て)となります。

※表示されている数字に特定事業所加算は含まれていません。特定事業所加算は所定単位数の10%となります。
例) 1ヶ月に4回、居宅における身体介護を30分未満利用した場合
184(単位数)×18.4(184の10%)=202.4≒202
202×4=808

- ※1 815単位数に30分を増すごとに、85単位数加算されます。
- ※2 1,495単位数に30分を増すごとに、85単位数加算されます。
- ※3 2,170単位数に30分を増すごとに、80単位数加算されます。
- ※4 2,816単位数に30分を増すごとに、86単位数加算されます。
- ※5 3,498単位数に30分を増すごとに、80単位数加算されます。
- ※6 当該支援を実施した場合に、100単位数加算されます。
- ※7 2人の重度訪問介護従事者による支援の場合、1回につき「所定単位数合計×200/100」単位数加算されます。
- ※8 夜間若しくは早朝の支援の場合、1回につき「所定単位数合計×25/1,000」単位数加算されます。
- ※9 深夜の支援の場合、1回につき「所定単位数合計×50/1000」単位数加算されます。

平成30年4月1日現在

居宅介護

	時間	単位数 ^{※8} ・ ^{※9} ・ ^{※10}
居 宅 に お け る 身 体 介 護	(1) 30分未満	248
	(2) 30分以上1時間未満	392
	(3) 1時間以上1時間30分未満	570
	(4) 1時間30分以上2時間未満	651
	(5) 2時間以上2時間30分未満	732
	(6) 2時間30分以上3時間未満	813
	(7) 3時間以上	894 ^{※1}
(身 体 介 護 を 伴 う 場 合) 通 院 等 介 助	(1) 30分未満	248
	(2) 30分以上1時間未満	392
	(3) 1時間以上1時間30分未満	570
	(4) 1時間30分以上2時間未満	651
	(5) 2時間以上2時間30分未満	732
	(6) 2時間30分以上3時間未満	813
	(7) 3時間以上	894 ^{※2}
家 事 援 助	(1) 30分未満	102
	(2) 30分以上45分未満	148
	(3) 45分以上1時間未満	191
	(4) 1時間以上1時間15分未満	231
	(5) 1時間15分以上1時間30分未満	267
	(6) 1時間30分以上	301 ^{※3}
通 院 等 介 助 (併 わ り 介 護 を 伴 う 場 合)	(1) 30分未満	102
	(2) 30分以上1時間未満	191
	(3) 1時間以上1時間30分未満	267
	(4) 1時間30分以上	335 ^{※4}
通院等乗降介助		98
初回加算(月に1回を限度)		200
利用者負担上限額管理者加算(月に1回を限度)		150
福祉専門職員等連携加算 ^{※5}		564
緊急時対応加算(月に2回を限度) ^{※6}		100
喀痰吸引等支援加算(1人1日あたり) ^{※6}		100
福祉・介護職員処遇改善加算(1)		所定単位数合計×303/1000

※地域区分(7級地)により、上記基本料金の合計額に10.18を乗じた額(小数点以下切捨て)となります。

※表示されている数字に特定事業所加算は含まれていません。特定事業所加算は所定単位数の10%となります。
例) 1ヶ月に4回、居宅における身体介護を30分未満利用した場合
248(単位数)×24.8(248の10%)=272.8≒273
273×4=1,092

- ※1 894単位数に30分を増すごとに、81単位数加算されます。
- ※2 894単位数に30分を増すごとに、81単位数加算されます。
- ※3 301単位数に15分を増すごとに、34単位数加算されます。
- ※4 335単位数に30分を増すごとに、68単位数加算されます。
- ※5 「精神障がい者等の特性に精通する専門職と連携し、ご利用者の状況等の評価を共同して行った場合」に初回サービスが行われた日から起算して90日の間、3回を限度として加算されます。
- ※6 「居宅における身体介護」「通院等介助(身体介護を伴う場合)」にて当該支援を実施した場合に、
- ※7 2人の居宅介護従事者による支援の場合、1回につき「所定単位数合計×200/100」単位数加算されます。
- ※8 夜間若しくは早朝の支援の場合、1回につき「所定単位数合計×25/1000」単位数加算されます。
- ※9 深夜の支援の場合、1回につき「所定単位数合計×50/1000」単位数加算されます。

平成30年4月1日現在