

横田リハビリセンター 指定訪問介護 料金表

2024年6月1日現在

秦野市(6級地)	10.42 円/単位
----------	------------

■指定訪問介護

サービス	提供時間	単位数	利用料(円)			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	196 /回	2,042	205	409	613
	20分以上30分未満	293 /回	3,053	306	611	916
	30分以上1時間未満	464 /回	4,834	484	967	1,451
	1時間以上	680 /回	7,085	709	1,417	2,126
	1時間を超えて30分を増すごとに	98 /回	1,021	103	205	307
生活援助	20分以上45分未満	215 /回	2,240	224	448	672
	45分以上	264 /回	2,750	275	550	825
加算	初回加算	200 /月	2,084	209	417	626
	緊急時訪問介護加算(身体介護について算定)	100 /回	1,042	105	209	313
	口腔連携強化加算	50 /回	521	53	105	157
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算率(24.5%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価				

- * 特定事業所加算(Ⅰ) 上記単位数 + 20/100
- * 夜間(18:00~22:00)又は早朝(6:00~8:00)の場合 上記単位数 + 25/100
- * 深夜(22:00~6:00)の場合 上記単位数 + 50/100
- * 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数 × 200/100

■第一号訪問事業

サービス	種類	単位数	利用料(円)			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
基準緩和型(生活援助)	緩和型訪問サービス費(Ⅰ)(週1回)	953 /月	9,930	993	1,986	2,979
	緩和型訪問サービス費(Ⅱ)(週2回)	1903 /月	19,829	1,983	3,966	5,949
加算	初回加算	200 /月	2,084	209	417	626
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200 /月	2,084	209	417	626
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100 /月	1,042	105	209	313
	口腔連携強化加算	50 /回	521	53	105	157
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算率(24.5%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価				

■利用者負担額の算出方法

1割負担	1か月のサービス合計単位数×10.42円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.9(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)
2割負担	1か月のサービス合計単位数×10.42円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.8(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)
3割負担	1か月のサービス合計単位数×10.42円=〇〇円(1円未満切り捨て) 〇〇円-(〇〇円×0.7(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額)

■その他の費用

交通費	当事業所の通常の事業の実施地域(秦野市)にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費(実費)がかかります(自費サービスをご利用の場合も同様です)。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の実施地域を越えた地点から1kmにつき 片道10円
-----	---

■自費サービス

区分支給限度額を超えるサービス	介護保険の区分限度支給額を超えてサービスを利用したい場合、介護報酬告示上の額と同額をお支払いいただきます(利用者負担10割)。		
自費生活支援サービス (介護保険では提供できないサービス)	対象者	提供時間	利用料(円) ※税込
	介護保険サービス契約者	1時間未満	2,750
		1時間を超えて30分を増すごとに	1,375
	一般	1時間未満	3,850
1時間を超えて30分を増すごとに		1,925	
※サービスのご利用は原則として1時間からとなります。 ※上記料金のほか、付き添いにかかる費用(交通費、入場料金等)は利用者負担となります。 ※介護保険サービス契約者料金には利用時間の上限があります(サービス契約書をご参照ください)。 ※夜間(18:00~22:00)と早朝(6:00~8:00)は25%、深夜(22:00~6:00)は50%の割増料金となります。			

※自費生活支援サービスの利用料には消費税(10%)が含まれます。