

訪問介護

やのくち正吉苑

料金表

1. 基本料金

身体介護 単位 円/回

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
～20分未満	163	1,801	181
20分～30分未満	244	2,696	270
30分～1時間未満	387	4,276	428
1時間～1時間30分未満	567	6,265	627
1時間30分以上(30分増すごと)	82	906	91

生活援助

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
20分～45分未満	179	1,977	198
45分以上	220	2,431	244

身体介護+生活援助

身体介護(20分以上から算定)に引き続き生活援助を行った場合=(身体介護単位数)+(65単位)
---

\*介護保険負担割合証に記載されている割合になります

\*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はなく、居宅サービス計画(ケアプラン・介護予防プラン)に定められた目安の時間を基準とします

<体制加算>

項目	加算要件	利用者負担額(1割)
特定事業所加算Ⅰ	厚生労働省の定めた基準 ①体制要件・②人材要件・③重 度要介護者等対応要件のい ずれか項目の基準を満たした 場合	基本単位数の20%増
特定事業所加算Ⅱ		基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅲ		基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅳ		基本単位数の5%増

注:サービス提供責任者配置減算に該当する場合 上記単位数の30%減

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

※ 早朝(午前6時～8時)夜間(午後6時～10時) 上記単位数の25%増

※ 深夜(午後10時～午前6時) 上記単位数の50%増

※ 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数×200/100

項目	単位数
○ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の24.5%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の22.4%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の18.2%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の14.5%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算(1月につき)	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	200	2,210	221
緊急時訪問介護加算(1回につき)	居宅サービス計画書にない身体介護を緊急に行った場合	100	1,105	111
口腔連携強化加算	歯科医療機関や居宅に口腔の健康状態を評価し提出した場合	50	570	57

令和6年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルプステーションやのくち正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )