

訪問介護ステーション白朋苑 料金表

令和6年6月1日現在

| 1. 訪問介護の介護報酬に係る費用 | | 2級地 11.12円 | | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| 訪問介護費（1回につき） | 単位数 | 利用者負担 （1割） | 利用者負担 （2割） | 利用者負担 （3割） | |
| 身体介護が中心である場合 | | | | | |
| （1）所要時間20分未満の場合 | 163 | 182 | 363 | 544 | |
| （2）所要時間20分以上30分未満の場合 | 244 | 272 | 543 | 814 | |
| （3）所要時間30分以上1時間未満の場合 | 387 | 431 | 861 | 1291 | |
| （4）所要時間1時間以上の場合 | 567 | 631 | 1261 | 1892 | |
| （4）に所要時間1時間から計算して30分増すごと | 82 | 92 | 183 | 274 | |
| 生活援助が中心である場合 | | | | | |
| （1）所要時間20分以上45分未満の場合 | 179 | 199 | 398 | 597 | |
| （2）所要時間45分以上の場合 | 220 | 245 | 490 | 734 | |
| 身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合（所要時間20分から計算して25分増すごとに）195単位を限度とする。 | | | | | |
| 緊急時訪問介護加算 | 100 | 112 | 223 | 334 | 1回につき |
| 初回加算 | 200 | 223 | 445 | 668 | 1月につき |
| 2人の訪問介護員による訪問介護を行った場合 所定単位数×200/100 | | | | | |
| 早朝・夜間、深夜の訪問介護の場合 | | | | | |
| （1）夜間（18時～22時）・早朝（6時～8時） | 所定単位数×25/100を加算 | | | | |
| （2）深夜（22時～翌朝6時） | 所定単位数×50/100を加算 | | | | |
| 同一敷地内建物等に居住する利用者の場合 | | | | | |
| （1）事業所と同一敷地内建物等に居住する場合 | 所定単位数×90/100 | | | | |
| （2）同一の建物に20人以上利用者が居住する場合 | 所定単位数×90/100 | | | | |

| | |
|----------------|--------------|
| 特定事業所加算（1月につき） | |
| 特定事業所加算Ⅱ | 所定単位数の10/100 |

| | |
|--------------------|----------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算（1月につき） | |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | （介護報酬総単位数※1×24.5%）※2×11.12 |

※1 介護報酬総単位数=基本サービス費+各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×11.12円=〇〇円（1円未満切り捨て）〇〇円-（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1カ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2. その他の費用

| 項目 | 金額 | 説明 |
|--------|----------------|---|
| 交通費 | 実費 | 当事業所の通常の事業実施地域（南区、港南区※1、磯子区※2）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。また、外出介助等で発生した交通費（実費）も全額利用者負担となります。 ※1上大岡東1～3丁目、上大岡西1～3丁目、港南1～3丁目、最戸1・2丁目、大久保1～3丁目、東芹が谷、芹が谷1・2丁目、東永谷1～3丁目のみ ※2岡村1～8丁目、汐見台1～3丁目、磯子区6・7丁目のみ ◎通常の事業実施地域外を訪問する場合 実施地域を越えた所から片道1kmあたり20円 |
| キャンセル料 | ヘルパー 給与の60% | 利用前日の17時までに連絡がなかった場合徴収します。ただし、利用者の急な体調不良や入院を要する事態が発生した場合この限りではありません。 |

3. 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

| 項目 | 金額 | 説明 |
|-----------|--------------|--|
| 介護保険外サービス | 介護報酬告示上の額と同額 | 区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。 |