

別紙 重要事項説明書 料金表

元町ケアセンター訪問介護

地域区分10.70

基本利用料金(基本報酬)

【自己負担額】

要介護のご利用者様	所定単位数	1割	2割	3割
身体介護01 (20分未満)	163単位 /回	174円	348円	523円
身体介護1 (30分未満)	244単位 /回	261円	522円	783円
身体介護2 (1時間未満)	387単位 /回	414円	828円	1,242円
身体介護3 (1時間30分未満)	567単位 /回	606円	1,213円	1,820円
生活援助2 (45分未満)	179単位 /回	191円	383円	574円
生活援助3 (45分以上)	220単位 /回	235円	470円	706円
身体 () 生活1 (20分以上)	65単位 /回	69円	139円	208円
身体 () 生活2 (45分以上)	130単位 /回	139円	278円	417円
身体 () 生活3 (70分以上)	195単位 /回	208円	417円	625円
早朝・夜間加算 (6時～8時 18時～22時)		×25.0%		
2名の介護職員対応の場合		×100%		

【自己負担額】

加算料金	算定	単位数	1割	2割	3割
初回加算	レ	200単位 /月	214円	428円	642円
緊急時訪問介護加算		100単位 /回	107円	214円	321円
生活機能向上連携加算Ⅰ		100単位 /月	107円	214円	321円
生活機能向上連携加算Ⅱ		200単位 /月	214円	428円	642円
口腔連携強化加算		50単位 /月	53円	107円	160円
特定事業所加算Ⅰ		所定単位数×20%			
特定事業所加算Ⅱ		所定単位数×10%			
特定事業所加算Ⅲ		所定単位数×10%			
特定事業所加算Ⅳ		所定単位数×3%			
特定事業所加算Ⅴ		所定単位数×3%			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ		介護報酬総額の24.5%			
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	レ	介護報酬総額の22.4%			

※キャンセル料 当日のキャンセルに限り利用者負担金の100%

(社福)麗寿会 元町ケアセンター 訪問介護 料金表

介護予防日常生活支援総合事業第1号訪問事業の方

区分	サービス内容略称	算定項目		単位数	処遇改善加算Ⅱ 22.4%	合計単位	自己負担額(月額)		
							1割	2割	3割
1週あたりの標準的な回数を定める場合									
要支援1・2 事業対象者	訪問型独自サービス11	介護予防訪問 介護費(Ⅰ)	週1回程度の利用が必要な方	1176	263	1,439	¥1,540	¥3,079	¥4,619
要支援1・2 事業対象者	訪問型独自サービス12	介護予防訪問 介護費(Ⅱ)	週2回程度の利用が必要な方	2349	526	2,875	¥3,076	¥6,153	¥9,229
要支援2 事業対象者	訪問型独自サービス13	介護予防訪問 介護費(Ⅲ)	週3回程度の利用が必要な方	3727	835	4,562	¥4,881	¥9,763	¥14,644
1月当たりの回数を定める場合									
要支援1・2 事業対象者	訪問型独自サービス21	(1)標準的な内容の訪問型 サービス(独自)である場合		287	64	351	¥376	¥751	¥1,127
要支援1・2 事業対象者	訪問型独自サービス22	(2)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	40	219	¥234	¥469	¥703
要支援2 事業対象者	訪問型独自サービス23	(2)生活援助が中心である場合	(2)所要時間45分以上の場合	220	49	269	¥288	¥576	¥863

茅ヶ崎市訪問事業サービスA料金表(一体型)

区分	サービス内容略称	算定項目		単位数	処遇改善加算Ⅱ 22.4%	合計単位	自己負担額(月額)		
							1割	2割	3割
1週あたりの標準的な回数を定める場合									
要支援1・2 事業対象者	訪問型サービスA(一体型)11(1月につき)	包括報酬	週1回程度の利用が必要な方	1059	237	1,296	¥1,387	¥2,773	¥4,160
要支援1・2 事業対象者	訪問型サービスA(一体型)12(1月につき)	包括報酬	週2回程度の利用が必要な方	2114	474	2,588	¥2,769	¥5,538	¥8,307
1月当たりの回数を定める場合(1回につき)									
要支援1・2 事業対象者	訪問型サービスA(一体型)21(1回につき)	所要時間20分以上45分未満の場合		161	36	197	¥211	¥422	¥632
要支援1・2 事業対象者	訪問型サービスA(一体型)22(1回につき)	所要時間45分以上の場合		198	44	242	¥259	¥518	¥777

【自己負担額の計算方法】(介護給付費1単位に対する茅ヶ崎市地区別単価10.70)
 1か月に利用したサービスの合計単位数×1単位に対する地区別単価(10.70)＝介護報酬(1円未満切り捨て)
 介護報酬×負担割合(0.9/0.8/0.7)＝保険給付(1円未満切り捨て)
 介護報酬－保険給付＝自己負担額
 ①初回加算は新規ご利用者に対して1回のみ140単位(訪問型サービスA)
 200単位(国基準型サービス)加算します。