

平成30年4月1日改定

ご利用料金表

訪問介護ステーション もみじ館

(特定事業所加算Ⅱ H26年12月1日より)

(8:00~18:00 1割負担の場合)

		身体介護					生活援助	
提供時間		20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 2時間未満	20分以上 45分未満	45分以上
単位数(単位)		182	273	433	633	724	199	245
介護職員処遇改善加算 (I) 少数点以下四捨五入	1.137 単位	207	310	492	720	823	226	279
利用費用額 1円未満端数切捨	10.70円	2,156円	3,317円	5,264円	7,704円	8,806円	2,418円	2,985円
保険請求額(90%)		1,940円	2,985円	4,737円	6,933円	7,925円	2,176円	2,686円
ご利用者負担額(10%) (費用額-保険請求額)		216円	332円	527円	771円	881円	242円	299円

【注】20分未満の身体介護サービスを設定するにはサービス提供時間やその他の条件があります。

		身体介護中心型を行った後に、引き続き生活援助を行った時					
提供時間		身体介護が 30分未満	20分以上 に続き	身体介護が 30分未満	20分以上 に続き	身体介護が 60分未満	30分以上 に続き
単位数(単位)		345		418		506	
介護職員処遇改善加算 (I) 少数点以下四捨五入	1.137 単位	392		475		575	
利用費用額 1円未満端数切捨	10.70円	4,194円		5,082円		6,152円	
保険請求額(90%)		3,774円		4,573円		5,536円	
ご利用者負担額(10%) (費用額-保険請求額)		420円		509円		616円	

通院等乗降介助	
1回につき	
108	
123	
1,316円	
1,184円	
132円	

※通院等乗降介助は要介護に対応です。

(1割自己負担の場合)

<水戸市> 介護予防・日常生活支援総合事業 (第一号訪問事業)				
提供時間		訪問型サービスⅠ	訪問型サービスⅡ	訪問型サービスⅢ
対象の方		要支援1・2	要支援1・2	要支援2
ご利用回数		週1回程度	週2回程度	週2回程度を超える
提供時間		1時間程度	1時間程度	1時間程度
単位数(単位)		1,168	2,335	3,704
介護職員処遇改善加算 (I) 少数点以下四捨五入	1.137 単位	1,328	2,655	4,211
利用費用額 1円未満端数切捨	10.70円	14,209円	28,408円	45,057円
保険請求額(90%)		12,788円	25,567円	40,551円
ご利用者負担額(10%) (費用額-保険請求額)		1,421円	2,841円	4,506円

※介護保険による給付サービスを利用する場合は、原則として利用費用額の1割が自己負担となります。

(介護保険負担割合証記載の負担割合額が自己負担額となります)

※介護保険給付の限度額を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(1割自己負担の場合)

<茨城町> 介護予防・日常生活支援総合事業 (第一号訪問事業)				
提供時間		訪問型サービスⅠ	訪問型サービスⅡ	訪問型サービスⅢ
対象の方		要支援1・2	要支援1・2	要支援2
ご利用回数		週1回程度	週2回程度	週2回程度を超える
提供時間		1時間程度	1時間程度	1時間程度
単位数(単位)		1,168	2,335	3,704
介護職員処遇改善加算 (I) 少数点以下四捨五入	1.137 単位	1,328	2,655	4,211
利用費用額 1円未満端数切捨	10円	13,280円	26,550円	42,110円
保険請求額(90%)		11,952円	23,895円	37,899円
ご利用者負担額(10%) (費用額-保険請求額)		1,328円	2,655円	4,211円

※介護保険による給付サービスを利用する場合は、原則として利用費用額の1割が自己負担となります。

(介護保険負担割合証記載の負担割合額が自己負担額となります)

※介護保険給付の限度額を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(1割自己負担の場合)

<笠間市> 介護予防・日常生活支援総合事業 (第一号訪問事業)				
提供時間		訪問型サービスⅣ	訪問型サービスⅤ	訪問型サービスⅥ
対象の方		要支援1・2	要支援1・2	要支援2
ご利用回数		週1回程度	週2回程度	週2回程度を超える
提供時間		1時間程度	1時間程度	1時間程度
単位数(単位)		266/回 (月4回まで)	270/回 (月8回まで)	285/回 (月12回まで)
介護職員処遇改善加算 (I) 少数点以下四捨五入	1.137 単位	302	307	324
利用費用額 1円未満端数切捨	10.21円	3,083円/回	3,134円/回	3,308円/回
保険請求額(90%)		2,774円/回	2,820円/回	2,977円/回
ご利用者負担額(10%) (費用額-保険請求額)		309円/回	314円/回	331円/回

※介護保険による給付サービスを利用する場合は、原則として利用費用額の1割が自己負担となります。

(介護保険負担割合証記載の負担割合額が自己負担額となります)

※介護保険給付の限度額を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。