

利用者負担説明書

3割負担者用

○ 訪問介護

< 1 回あたりのおおよその利用料 >・・・身体介護と生活援助双方を利用した場合。

身体介護	生活援助	1 回あたりのご利用料 (特定事業所加算Ⅱ含む)
20分以上30分未満	20分以上45分未満	1,020 円
同上	45分以上70分未満	1,233 円
同上	70分以上	1,449 円
30分以上60分未満	20分以上45分未満	1,491 円
同上	45分以上70分未満	1,707 円
同上	70分以上	1,920 円

① 基本料金(保険対象)

身体介護(清拭・おむつ交換等)が中心	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 90分未満
	489 円	732 円	1161 円	1,701 円
生活援助(調理・洗濯・掃除等)が中心		20分以上45分未満		45分以上
		537 円		660 円

② 加算料金(保険対象)

イ	緊急時訪問介護加算	1 回につき	300 円
	初回加算	1 月につき	600 円
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1 月につき	300 円
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1 月につき	600 円
	口腔連携強化加算	1 月につき	150 円
□	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1 月あたりの合計金額(①+②イ+③+④+⑤)の24.5%	

③ 延長料金(保険対象)

延長の内容が身体介護中心の場合	1 時間半以上から30分毎に	246 円
-----------------	----------------	-------

④ 割増料金

早朝料金(午前 6時から午前 8時まで)	基本料金の	25%割増
夜間料金(午後 6時から午後10時まで)	〃	25%割増
深夜料金(午後10時から午前 6時まで)	〃	50%割増

⑤ その他の料金(保険対象)

特定事業所加算(Ⅱ)	(1 月あたり合算の10%、下記※参照)
------------	----------------------

※ 本利用者負担説明書の各欄(①~④)に示す該当料金を合算した額に、1割が加算されます。

例) その月の訪問介護にかかる利用者負担額合算が3,000円の場合は、3,300円となります。



医療法人社団 仁智会 金沢南訪問介護ステーション

案内文書JK217-06-150 SO R7 発効日：2024年6月1日