別紙

ヘルパーステーション　ビハーラ横手　利用料金表（１割負担者用）

＜訪問介護費（要介護）・１割負担＞

サービス提供内容	介護保険適用単位数	【　実費金額　】
身体介護（身体介護、若干の生活援助）		
２０分未満	166 単位	199 円
３０分未満	249 単位	299 円
３０分以上～　１時間未満	395 単位	474 円
１時間以上～１時間３０分未満	577 単位	692 円
１時間３０分以上　３０分を増す毎	83 単位	基本単位の２０％加算金額
生活援助（生活援助、若干の動作介助等）		
２０分以上４５分未満	182 単位	218 円
４５分以上	224 単位	269 円
身体・生活（身体介護に引き続き生活援助を行う場合）		
身体１・生活２０分以上	315 単位	378 円
身体１・生活４５分以上	381 単位	457 円
身体１・生活７０分以上	447 単位	536 円
身体２・生活２０分以上	461 単位	553 円
身体２・生活４５分以上	527 単位	632 円

＜第１号訪問型サービス費・独自（要介護 1.2・事業対象者）・１割負担＞

対象	利用頻度	要支援1	要支援2	事業対象者	実費金額
訪問型サービスⅠ	週１回程度 月４回を超えた場合。	○	○	○	1,172 円/月
訪問型サービスⅡ	週２回程度 月８回を超えた場合。	○	○	○	2,342 円/月
訪問型サービスⅢ	週２回を超える程度 月12回を超えた場合。	×	○	○	3,715 円/月
訪問型サービスⅣ	週１回程度 月４回以内の場合。	○	○	○	267 円/月
訪問型サービスⅤ	週２回程度 月８回以内の場合。	○	○	○	271 円/月
訪問型サービスⅥ	週２回を超える程度 月 12 回以内の場合。	×	○	○	286 円/月
訪問型サービス（短時間）	20 分以内 月 22 回以内。	○	○	○	166 円/月

＊利用料金は月あたりの定額払い、または、１回あたりの単価払いとなります。

＜加算・１割負担＞

	加　算　内　容		要介護	要支援・事業対象者
２人対応	２人で訪問した場合、2倍になります。（利用開始時の同行訪問は加算されません。）	実費金額の２倍/回	○	×
夜朝加算	早朝（午前７時～８時）・夜間（午後６時～９時）の時間帯に訪問した場合。	25%/回	○	×
初回加算	サービス提供責任者が新規利用者、２ヶ月以上利用していない利用者に対し、初回に訪問介護を行った場合又は、同行訪問行った場合。	200 円/月	○	○
緊急時加算	ご利用者やご家族の要請を受けて、介護サービス計画書にない訪問介護（身体介護）を行った場合。	100 円/回	○	×
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師から利用者の状態を把握したうえで助言を受け、訪問計画書を作成し、それに基づくサービス提供を行った場合。	100 円/初回	○	○
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師と共同しアセスメントを行い、訪問計画書を作成し、それに基づくサービスを行った場合。	200 円/初回～3 ケ月	○	○
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、10%毎月　加算されます。	10%/毎月	○	○
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、6.3%毎月加算されます。	6.3%/毎月	○	○

別紙

ヘルパーステーション　ビハーラ横手　利用料金表（2割負担者用）

＜訪問介護費（要介護）・２割負担＞

サービス提供内容	介護保険適用単位数	【　実費金額　】
身体介護（身体介護、若干の生活援助）		
２０分未満	166 単位	398 円
３０分未満	249 単位	598 円
３０分以上～　１時間未満	395 単位	948 円
１時間以上～１時間３０分未満	577 単位	1,384 円
１時間３０分以上　３０分を増す毎	83 単位	基本単位の２０％加算金額
生活援助（生活援助、若干の動作介助等）		
２０分以上４５分未満	182 単位	436 円
４５分以上	224 単位	538 円
身体・生活（身体介護に引き続き生活援助を行う場合）		
身体１・生活２０分以上	315 単位	756 円
身体１・生活４５分以上	381 単位	914 円
身体１・生活７０分以上	447 単位	1,072 円
身体２・生活２０分以上	461 単位	1,106 円
身体２・生活４５分以上	527 単位	1,264 円

＜第１号訪問型サービス費・独自（要支援 1.2・事業対象者・2 割負担＞

対象	利用頻度	要支援１	要支援２	事業対象者	実費金額
訪問型サービスⅠ	週１回程度 月４回を超えた場合。	○	○	○	2,344 円/月
訪問型サービスⅡ	週２回程度 月８回を超えた場合。	○	○	○	4,684 円/月
訪問型サービスⅢ	週２回を超える程度 月 12 回を超えた場合。	×	○	○	7,432 円/月
訪問型サービスⅣ	週１回程度 月４回以内の場合。	○	○	○	534 円/月
訪問型サービスⅤ	週２回程度 月８回以内の場合。	○	○	○	542 円/月
訪問型サービスⅥ	週２回を超える程度 月 12 回以内の場合。	×	○	○	572 円/月
訪問型サービス（短時間）	20 分以内 月 22 回以内。	○	○	○	332 円/月

＊利用料金は月あたりの定額払い、または、単価払いとなります。

＜加算・2割負担＞

	加　算　内　容		要介護	要支援・事業対象者
２人対応	２人で訪問した場合、2倍になります。（利用開始時の同行訪問は加算されません。）	実費金額の２倍/回	○	×
夜朝加算	早朝（午前７時～８時）・夜間（午後６時～９時）の時間帯に訪問した場合。	25%/回	○	×
初回加算	サービス提供責任者が新規利用者、２ヶ月以上利用していない利用者に対し、初回に訪問介護を行った場合又は、同行訪問行った場合。	400 円/月	○	○
緊急時加算	ご利用者やご家族の要請を受けて、介護サービス計画書にない訪問介護（身体介護）を行った場合。	200 円/回	○	×
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師から利用者の状態を把握したうえで助言を受け、訪問計画書を作成し、それに基づくサービス提供を行った場合。	200 円/初回	○	○
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師と共同しアセスメントを行い、訪問計画書を作成し、それに基づくサービスを行った場合。	400 円/初回～3ヶ月	○	○
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、10%毎月　加算されます。	10%/毎月	○	○
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、6.3%毎月加算されます。	6.3%/毎月	○	○

ヘルパーステーション　ビハーラ横手　利用料金表（3割負担者用）

＜訪問介護費（要介護）・3割負担＞

サービス提供内容	介護保険適用単位数	【実費金額】
身体介護（身体介護、若干の生活援助）		
２０分未満	166 単位	597 円
３０分未満	249 単位	897 円
３０分以上～　１時間未満	395 単位	1422 円
１時間以上～１時間３０分未満	577 単位	2076 円
１時間３０分以上　３０分を増す毎	83 単位	基本単位の２０％加算金額
生活援助（生活援助、若干の動作介助等）		
２０分以上４５分未満	182 単位	651 円
４５分以上	224 単位	804 円
身体・生活（身体介護に引き続き生活援助を行う場合）		
身体１・生活２０分以上	315 単位	1134 円
身体１・生活４５分以上	381 単位	1371 円
身体１・生活７０分以上	447 単位	1608 円
身体２・生活２０分以上	461 単位	1659 円
身体２・生活４５分以上	527 単位	1896 円

＜第１号訪問型サービス費・独自（要支援1.2・事業対象者・3割負担＞

対象	利用頻度	要支援1	要支援2	事業対象者	実費金額
訪問型サービスⅠ	週１回程度 月４回を超えた場合。	○	○	○	3,516 円/月
訪問型サービスⅡ	週２回程度 月８回を超えた場合。	○	○	○	7,026 円/月
訪問型サービスⅢ	週２回を超える程度 月12回を超えた場合。	×	○	○	11,145 円/月
訪問型サービスⅣ	週１回程度 月４回以内の場合。	○	○	○	801 円/月
訪問型サービスⅤ	週２回程度 月８回以内の場合。	○	○	○	813 円/月
訪問型サービスⅥ	週２回を超える程度 月 12 回以内の場合。	×	○	○	858 円/月
訪問型サービス（短時間）	20 分以内 月 22 回以内。	○	○	○	498 円/月

＊利用料金は月あたりの定額払い、または、単価払いとなります。

＜加算・3割負担＞

	加　算　内　容		要介護	要支援・事業対象者
２人対応	２人で訪問した場合、2倍になります。（利用開始時の同行訪問は加算されません。）	実費金額の２倍/回	○	×
夜朝加算	早朝（午前７時～８時）・夜間（午後６時～９時）の時間帯に訪問した場合。	25%/回	○	×
初回加算	サービス提供責任者が新規利用者、２ヶ月以上利用していない利用者に対し、初回に訪問介護を行った場合又は、同行訪問行った場合。	600 円/月	○	○
緊急時加算	ご利用者やご家族の要請を受けて、介護サービス計画書にない訪問介護（身体介護）を行った場合。	300 円/回	○	×
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師から利用者の状態を把握したうえで助言を受け、訪問計画書を作成し、それに基づくサービス提供を行った場合。	300 円/初回	○	○
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等、医師と共同しアセスメントを行い、訪問計画書を作成し、それに基づくサービスを行った場合。	600 円/初回～3ヶ月	○	○
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、10%毎月　加算されます。	10%/毎月	○	○
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	一ヶ月分の利用料金の合計に、6.3%/毎月加算されます。	6.3%/毎月	○	○