

ホームヘルプサービス利用料等一覧表

(令和6年6月1日から)

※ 訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの負担額の目安には介護職員等処遇改善加算等が含まれています。

【訪問介護】

・要介護度1から5の方が対象です。

◆ 基本サービス費

サービス種類	提供に要した時間		単位数	特定事業所 加算Ⅱ 基本単位数	負担額1割 の目安	サービス種類	提供に要した時間		単位数	特定事業所 加算Ⅱ 基本単位数	負担額1割 の目安
	身体介護 (A)	20分未満		163	179		228円	生活 援助	25分以上	45分未満	179
20分～		30分未満	244	268	341円	45分以上	1時間30分 未満		220	242	308円
30分～		1時間未満	387	426	542円	身体 + 生活	身体介護に 要した時間 (A) の単位数	+生活20分以 上45分 未満	+65	+72	+92円
1時間～		1時間30分未満	567	624	794円			+生活45分以 上70分 未満	+130	+143	+182円
1時間30分～		2時間未満	649	714	908円			+生活70分 以上	+195	+215	+274円
2時間～		2時間30分未満	731	804	1022円						
2時間30分～		3時間未満	813	894	1,137円						
～30分増すごとに			+82	+90	+115円						

* 当事業所では「特定事業所加算Ⅱ」を算定いたします。⇒基本単位数の100分の10を加算

* 1人の利用者に対して2人が同時に訪問介護を行った場合⇒基本単位数を100分の200として計算

* 夜間又は早朝に訪問介護を行った場合 ⇒ 基本単位数に100分の25を加算して計算

* 生活援助1回の訪問時間は1時間30分未満とさせていただきます。

◆ その他の加算 (該当する場合のみ)

種類	加算の概要	基本単位数	負担額1割 の目安
初回加算 (ひと月につき)	サービス責任者が初回の利用月に指定訪問介護を行った、又は同行した場合。	200	255円
緊急時訪問介護加算 (訪問1回につき)	利用者等の要請により計画にない訪問介護(身体介護)を緊急に行った場合等。	100	128円
生活機能向上連 携加算 (ひと月につき)	I 外部の理学療法士等の助言に基づき、計画を作成し、サービスを提供した場合	100	128円
	II 外部の理学療法士等と共同で評価等を行い、計画を作成し、サービスを提供した場合	200	255円

【介護予防訪問介護相当サービス】

※保険者が新潟市の方のみ対象
 ※要支援1、2及び事業対象者が対象

◆ 基本サービス費

介護予防 訪問介護相当 サービス費	サービスの内容 (週当たりの標準的な回数を定める場合)	基本単位数 (月額)	負担額1割 の目安	サービスの内容 (標準的な回数未滿の場合)	基本単位数 (1回)	負担額1割 の目安
要支援1、2 事業対象者	週1回程度の訪問で月4回以上	1,176	1,495円	標準的な内容のサービス	287	365円
	週2回程度の訪問で月8回以上	2,349	2,987円	生活援助中心で20分以上45分未滿	179	228円
	週2回超える程度の訪問で月12回以上	3,727	4,738円	生活援助中心で45分以上	220	280円

◆ その他の加算 (該当する場合のみ)

種類	加算の概要	基本単位数	負担額1割 の目安
初回加算 (ひと月につき)	サービス責任者が初回の利用月に指定訪問介護を行った、又は同行した場合。	200	255円
生活機能向上連携加算Ⅰ (ひと月につき)	訪問リ又は通所リ事業所の理学療法士等と連携して計画を作成し、それに基づく訪問介護を行った場合。	100	128円

【負担額の目安の算出方法】

※訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス共通

負担額 算定 方法	介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (R6.6.1~)	(特定事業所加算Ⅱの基本単位数+加算単位数) に <u>24.5%</u> を掛けた単位数 (端数は四捨五入)
	介護報酬額	(特定事業所加算Ⅱの基本単位数+加算単位数+介護職員処遇改善加算単位数) ×1単位当り <u>10,21円</u> = 介護報酬額 (円未滿切捨て)
	利用者負担額	法に定める <u>利用者負担割合</u> による ※介護報酬の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額的全額をご負担いただきます。

※ 負担額は、あくまで目安です。 1ヶ月分を合計した場合や2割負担の場合など端数処理の関係で若干の差異が生じます。

【訪問型基準緩和サービス】

※保険者が新潟市の方のみ対象

※基準緩和サービスに加算はありません。

※要支援1、2及び事業対象者が対象

※基準緩和サービスの負担額は、下記の金額です。

◆ 基本サービス費（定額制） R6. 4. 1～

サービス種類		サービスの内容		基本単位数	1割負担	2割負担	3割負担
訪問型基準緩和サービス費	事業対象者 要支援1、2	週1回程度の訪問で月4回以上（1ヶ月）		978	999円	1,997円	2,996円
		週2回程度の訪問で月8回以上（1ヶ月）		1,950	1,991円	3,982円	5,973円
	(事業対象者) 要支援2	週2回超の訪問で月12回以上（1ヶ月）		3,093	3,158円	6,316円	9,474円
	事業対象者 要支援1、2	上記の 回数未満の 場合	サービス提供時間 20分以上45分未満	210	215円	429円	644円
サービス提供時間 45分以上			258	264円	527円	791円	

【介護保険対象外自費サービス】

※介護保険対象外とされる下記のサービスを提供いたします。

サービス種類	内容
身体介護	外出介助
	家庭での見守り介助
生活介護	家事全般
通院介助	介護保険対象外の院内での待ち時間等

- ・ 30分 1,000円
 - ・ 1時間 2,000円
- (30分増すごとに1,000円加算)
※ 生活保護受給者は半額とします。

自己負担項目	内容	
キャンセル料	1回 300円	訪問予定時間の30分前までに利用中止の連絡がなく、キャンセルになった場合。 (容体の急変など緊急やむをない場合は除く)