

HAL E 障害福祉サービス料金表（1割負担用）

令和7年6月1日現在

1 居宅介護の介護報酬に係る費用（利用者負担1割分）

項目		サービス1回当たりの料金				
		身体介護		生活援助		
		所要時間及び内容	単位・利用者負担	所要時間及び内容	単位・利用者負担	
①基本額 下段（ ）内は、利用者1割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。		30分未満	256 単位 (280円)	30分未満	106 単位 (116円)	
		30分以上 60分未満	404 単位 (442円)	30分以上 45分未満	153 単位 (167円)	
		1時間以上 1時間30分未満	587 単位 (643円)	45分以上 1時間未満	197 単位 (215円)	
		1時間30分以上 2時間未満	669 単位 (733円)	1時間以上 1時間15分未満	239 単位 (261円)	
		所要時間1時間から 計算して所要時間30分を増すごとに	82 単位 (92円)		(73円)	
②加算	初回加算 (1月につき)	サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問介護若しくは同行した場合		200単位 (220円)		
	早朝・夜間加算	早朝(6時～8時)又は夜間(18時～22時)に訪問した場合		所定単位数×25%		
	深夜加算	深夜(22時～翌6時)に訪問した場合		所定単位数×50%		
	緊急時訪問介護加算(1回につき)	利用者からの要請により緊急の訪問介護を行った場合(介護支援専門員が認めた場合)		100単位 (110円)		
	生活機能向上連携加算(1月につき)	訪問リハを行う際にサービス提供責任者が同行し、利用者の状況を評価し、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成		100単位 (112円)		
	2人の訪問介護員によるサービス提供		所定単位数の200%			
	処遇改善加算(Ⅱロ)(1月につき)		介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×26.6%＜1単位未満の端数四捨五入＞			

* 利用者負担額(1割)の算出方法

①②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×10.96円＝〇〇円（1円未満切り捨て）
 〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※10.96円は、横浜市（2級地）の地域加算

項目		一月当たりの利用料金	
① 基本額	訪問型サービスⅠ	1週に1回程度	1,176 単位 (1308円)
	訪問型サービスⅡ	1週に2回程度	2,349 単位 (2612円)
	訪問型サービスⅢ	上記(Ⅱ)の回数の程度を超える以上の回数	3,727 単位 (4145円)
② 加算	初回加算 (1月につき)	サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問介護若しくは同行した場合	200単位 (223円)
	生活機能向上連携 加算(1月につき)	訪問リハを行う際にサービス提供責任者が同行し、利用者の状況を評価し、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成	100単位 (112円)
	処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき)	介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×22.4%<1単位未満の端数四捨五入>	

*** 利用者負担額(1割)の算出方法**

①②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×11.12円＝〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円－(〇〇円×0.9(1円未満切り捨て))＝△△円(利用者負担額)

※11.12円は、横浜市(2級地)の地域加算

2 運営基準に定められたその他の費用

項目	金額	説明
その他の費用 (交通費)	実費	当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費(実費)がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、 片道 1kmあたり 100円

3 通常のサービス提供を超える費用(利用者負担10割)

項目	金額	説明
保険外サービス	報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、保険枠外のサービス料金です。