

訪問介護料金表

利用料金

(1) 訪問介護利用料

指定訪問介護を提供した場合の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とします。

1 回あたりの基本利用料

種別	時間・内容等	単位数	単価(円)	介護報酬額(円)	自己負担額(円)	
					1割	2割
身体介護	20分未満	165	11.05	1,823	183	365
	20分以上30分未満	248	11.05	2,740	274	548
	30分以上1時間未満	394	11.05	4,353	436	871
	1時間以上	575	11.05	6,353	636	1,271
	以降30分毎	83	11.05	917	92	184
身体介護後の生活援助	25分毎	66	11.05	729	73	146
	1時間15分以上	198	11.05	2,187	219	438
生活援助	20分以上45分未満	181	11.05	2,000	200	400
	45分以上	223	11.05	2,464	247	493
乗降介助	通院等の乗降介助	98	11.05	1,082	109	217

※上記自己負担額は、1回あたりの金額です。1ヶ月に複数回または、複数種類のサービスを利用した場合、上記自己負担額は、単位数の総合計を基に単価、保険給付率を乗じて算出しますので、上記自己負担額を合計した場合の金額と端数分の差違が生じます。

※ 上記の他、事業所の体制要件等に基づき次の加算があります。

加算名称	内 容
特定事業所加算(Ⅰ)	基本単位数に20%の加算をします。
特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)	基本単位数に10%の加算をします。
特定事業所加算(Ⅳ)	基本単位数に5%の加算をします。
初回加算	新規ご利用者に対して1回のみ200単位加算します。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	自己負担額は、(訪問介護サービス単位+加算単位)×11.05×137/1000×自己負担率となります。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	自己負担額は、(訪問介護サービス単位+加算単位)×11.05×100/1000×自己負担率となります。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	自己負担額は、(訪問介護サービス単位+加算単位)×11.05×55/1000×自己負担率となります。

- * 1 基本料金に対して、早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯は25%増しとなります。
- * 2 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。
- * 3 やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- * 4 上記金額は、条件によって増減があります。その際には訪問介護員が説明しご承諾をいただきます。
- * 5 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦サービスの利用料金をいただき、サービ

ス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、保険給金相当分の払い戻しを受けることができます。

(2) 交通費

前記4の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問介護員がおたずねするための交通費の実費が必要です。なお、自動車等を使用した場合の交通費は、事業所と目的地の往復kmに1kmあたり20円を乗じて得た額とします。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記のように料金をいただきます。キャンセルされる場合は、お早めにご連絡ください。(連絡先 電話 048-878-2942)

① ご利用日の前日17時までにご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日の前日17時までにご連絡がなかった場合	自己負担額の50%
③ サービス中止のご連絡がない場合	全 額

(4) その他

① 利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

② 料金のお支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)料金表

利用料金

(1) 第1号訪問事業(訪問介護相当サービス) (1ヶ月あたり)

第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とします。

区分	種別	内容等	単位数	単価 (円)	介護報酬額 (円)	自己負担額(円)	
						1割	2割
事業対象者 要支援1・2	介護予防訪問 介護費(Ⅰ)	週1回程度の利用が 必要な場合	1,168	11.05	12,906	1,291	2,582
要支援1・2	介護予防訪問 介護費(Ⅱ)	週2回程度の利用が 必要な場合	2,335	11.05	25,801	2,581	5,161
要支援2	介護予防訪問 介護費(Ⅲ)	週3回程度の利用が 必要な場合	3,704	11.05	40,929	4,093	8,186

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦サービスの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、保険給金相当分の払い戻しを受けることができます。

※ 上記の他、事業所の体制要件等に基づき次の加算があります。

加算名称	内 容
初回加算	新規ご利用者に対して1回のみ200単位加算します。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	自己負担額は、所定単位×11.05×137/1000×自己負担率となります。
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	自己負担額は、所定単位×11.05×100/1000×自己負担率となります。
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	自己負担額は、所定単位×11.05×55/1000×自己負担率となります。

(2) 交通費

前記4の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問介護員がおたずねするための交通費の実費が必要です。なお、自動車等を使用した場合の交通費は、事業所と目的地の往復kmに1kmあたり20円を乗じて得た額とします。

(3) キャンセル料

キャンセル料金はありませんが、キャンセルする場合は、サービス提供日の前日17時までにご連絡をお願いします。

(4) その他

① 利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

② 料金のお支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。