

訪 問 介 護 料 金 表

(単位:10円)

		サービスに要する時間	自己負担(1割)	備 考
介護保険	身体介護	20分以上30分未満	244	
		30分以上1時間未満	387	
		1時間以上1時間30分未満	567	
		30分増す毎に	82	
	生活援助	20分以上45分未満	179	
		45分以上	220	
	生活援助 続けて行う 身体介護に	20分以上45分未満	65	
		45分以上70分未満	130	
		70分以上	195	
	加算・減算	特定事業所加算Ⅱ	10%加算	1月につき
		2名の訪問介護員が訪問する場合	200%	1回につき
		早朝(6～8時)にサービスを提供した場合	25%加算	1回につき
		夜間(18～22時)にサービスを提供した場合	25%加算	1回につき
		深夜(10～6時)にサービスを提供した場合	50%加算	1回につき
		緊急時訪問介護加算	100	1回につき
		訪問介護初回加算	200	1月につき
		訪問介護生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1月につき
		訪問介護生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	1月につき
		特別地域訪問介護加算	15%加算	1回につき
		同一建物減算1	10%減算	1回につき
口腔連携強化加算		50	1回につき	
介護職員処遇改善加算Ⅰ		総単位数の13.7%加算	1月につき	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ		総単位数の6.3%加算	1月につき	
介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数の2.4%加算	1月につき		
※ 一定以上の所得のある方は、サービス費の負担割合が2割または3割になります				
介護保険外		介護保険給付の支給限度額を超える場合		全額
	キャンセル料	利用日前日までに申し出があった場合		無料
		利用日前日までに申し出がなかった場合		900円
	交通費	実施地域を越えた地域から片道概ね6キロメートル未満		無料
実施地域を越えた地域から片道概ね6キロメートル以上			1キロメートルにつき102円	