

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		
処遇改善加算(Ⅰ口)	総単位数の28.7%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			