

要介護の方（介護保険）

<利用料金について>

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問介護が法廷代理受理サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額(10割負担表示)

(基本単価)

	サービス内容	時間	利用料金単価	利用者負担額(10割表記)
身体介護	身体介護1	30分	268	2,680円
	身体介護2	60分	426	4,260円
	身体介護3	90分	624	6,240円
	身体介護4	120分	649	6,490円
生活援助	生活援助2	20分以上 45分未満【30分】	197	1,970円
	生活援助3	45分以上 60分	242	2,420円
身体生活 複合	身体1生活1	45分以上 60分	340	3,400円
	身体1生活2	75分以上 90分	411	4,110円
	身体1生活3	100分以上 120分	483	4,830円
	身体2生活1	90分	497	4,970円
	身体2生活2	120分	569	5,690円
乗降	乗降等介助	片道(別途運賃あり)	107	1,070円

・夜間(18:00～22:00) 25%加算 ・深夜(22:00～06:00) 50%加算 ・早朝(06:00～08:00) 25%加算

(各種加算)

訪問介護初回加算	初回月1回のみ	200	2,000円
訪問介護緊急対応加算	計画外の要請時	100	1,000円

緊急対応加算は利用者またはその家族等からの要請に基づいてケアマネと連携し、計画外の訪問を緊急で実施した場合のみ。

生活機能向上連携加算Ⅰ	1月につき	100	1,000円
口腔連携強化加算	1回につき	50	500円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数の 245/1000 加算	

※基本単価には特定事業所加算Ⅱが追加されています。

※利用者様のご負担は、介護保険負担割合証に準じます。

※運賃については、別紙2参照

乗降介助（ 別途、ガソリン代 ）

運賃及び料金の種類、額及び適用方法

運賃及び料金の種類及び額

１． 時間制運賃

車 種	拘 束 時 間	金 額	ケアプランあり	障がい者
小型車（軽乗用車）	１５分まで	1,000 円	100 円	900 円
小型車（軽乗用車）	１５分以上２５分未満	1,400 円	500 円	1,260 円
小型車（軽乗用車）	２５分以上３５分未満	2,100 円	1,200 円	1,890 円
小型車（軽乗用車）	３５分以上４５分未満	2,800 円	1,900 円	2,520 円
小型車（軽乗用車）	以降１０分毎に	700 円増		

※時間の計算は、施設と自宅までの時間を含む。

例）穂波園から自宅まで５分、自宅から病院まで１５分、総時間、２０分
費用は １５分以上２５分未満の料金となる。

２． 運賃及び料金の割引

（１） 介護保険適用認定者割引

対 象 者	割引率
ケアプランに組み込まれた移動を要するもの	１ 律 ９ ０ ０ 円引き

（２） 身体障害者割引

対 象 者	割引率
身体障がい者手帳を所持している者	１ 割

（３） 知的障害者割引

対 象 者	割引率
知的障がい者療育手帳を所持している者	１ 割

要支援の方（総合事業）

<利用料金について>

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該予防訪問型サービスが法廷代理受理サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額(10割負担表示)

(基本単価)

サービス内容	時間	利用料金単価	利用者負担額(10割表記)
訪問型独自サービス 11 (週に1回程度、利用した場合)	60分	1,176	11,760円
訪問型独自サービス 12 (週に2回程度、利用した場合)	60分	2,349	24,390円
訪問型独自サービス 13 (週に2回を超える程度、利用した場合)	60分	3,727	37,270円
訪問型独自サービス 21 (標準的な内容の指定相当、1日単価)	60分	287	2,870円×回数
訪問型独自サービス 22) (生活が中心である場合、1日単価)	20～45分未満	179	1,790円×回数
訪問型独自サービス 23 (週3回の利用、1日単価)	45分以上	220	2,200円×回数
訪問型独自短時間サービス	20分未満	163	1,630円×回数

(各種加算)

訪問介護独自サービス初回加算	初回月1回のみ	200	2,000円
----------------	---------	-----	--------

訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	1月につき	100	1,000円
----------------------	-------	-----	--------

訪問型独自サービス口腔連携強化加算	1回につき	50	500円
-------------------	-------	----	------

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数の245/1000加算	
--------------	-------	------------------	--

※利用者様のご負担は、介護保険負担割合証に準じます。