

ヘルパーステーション カレッサ 訪問介護料金表

介護予防

【訪問介護：要支援1及び要支援2】

| 種別 | 内容等 | 単位数 | 単価 (円) | 介護報酬額 (円) | 自己負担額 (円) | |
|-----------|---------------|------|-----------|-----------|-----------|--|
| | | | | | 月額定額制 | |
| | | | | | 1割 | |
| I 要支援1・2 | 利用回数おおむね週1回 | 1172 | 10.84 | ¥12,704 | ¥1,271 | |
| II 要支援1・2 | 利用回数おおむね週2回 | 2342 | 10.84 | ¥25,387 | ¥2,539 | |
| III 要支援 2 | 利用回数おおむね週3回以上 | 3715 | 10.84 | ¥40,270 | ¥4,027 | |

身体介護中心のサービス

【訪問介護：要介護1～要介護5】

| 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 | |
| 身体介護 | 20分未満 | 166 | 10.84 | ¥1,799 | ¥180 | |
| | 20分以上30分未満 | 249 | 10.84 | ¥2,699 | ¥270 | |
| | 30分以上60分未満 | 395 | 10.84 | ¥4,281 | ¥429 | |
| | 60分以上30分増すごとに | 83 | 10.84 | ¥899 | ¥90 | |

生活援助中心のサービス

【訪問介護：要介護1～要介護5】

| 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 | |
| 生活援助 | 20分以上45分未満 | 182 | 10.84 | ¥1,972 | ¥198 | |
| | 45分以上 | 224 | 10.84 | ¥2,428 | ¥243 | |

加算項目

【訪問介護：要支援及び要介護共通】

| 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 |
| 加算 | 初回訪問 (月あたり) | 200 | 10.84 | ¥2,168 | ¥217 |
| | 緊急時訪問加算 | 100 | 10.84 | ¥1,084 | ¥109 |
| | 早朝加算 (6時～8時) | 所定単位数 × 25% | | | |
| | 深夜加算 (18時～22時) | 所定単位数 × 25% | | | |
| | 深夜加算 (22時～翌6時) | 所定単位数 × 50% | | | |
| | 2人の介護員によるサービス提供 | 所定単位数 × 200% | | | |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数に13.7%を乗じた単位数で算定 | | | |

*その他

1) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域方は、訪問介護員がお訪ねする為の交通費の実費が必要です。

自動車等を使用した場合は事業所と目的地の往復Kmに20円/1Kmを乗じて得た額とします。

2) キャンセル料

①ご利用日の前日17時までにご連絡頂いた場合 無 料

②ご利用日の前日17時からサービス提供時間の2時間前までにご連絡頂いた場合 サービス予定料金の20%相当金

③ご訪問時にご不在の場合 サービス予定料金の50%相当金

3) サービス提供時

サービスを提供する為に使用する「水道・ガス・電気等」の費用は利用者のご負担になります。

4) 介護保険料

介護保険適用期間の場合でも、保険料の滞納等により保険給付が直接事業者を支払われない場合は、一旦サービスの利用料全額お支払い頂き、サービス提供証明書を発行致します。

介護保険外サービス（自費サービス）

| 種 別 | 時間・内容等 | 基本金額 | 消費税（10%） | 税込み金額 |
|--------|--------|-----------------------|----------|--------|
| 自費サービス | 30分未満 | ¥1,388 | ¥138 | ¥1,526 |
| | 60分未満 | ¥2,776 | ¥277 | ¥3,053 |
| | 90分未満 | ¥4,164 | ¥416 | ¥4,580 |
| | 120分未満 | ¥5,552 | ¥555 | ¥6,107 |
| | 180分未満 | ¥6,940 | ¥694 | ¥7,634 |
| | 180分以上 | 以降15分毎に694円（税抜き）を加算する | | |

自費サービス加算項目

| 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 |
| | 早朝加算（6時～8時） | 基本料金 | × 25% | | |
| | 深夜加算（18時～22時） | 基本料金 | × 25% | | |
| | 日曜・祝日のサービス提供 | 1回について1000円を別途ご負担頂きます。 | | | |
| | 年末年始のサービス提供 | 1回について2000円を別途ご負担頂きます。 | | | |
| | 2人の介護員によるサービス提供 | 基本料金 | × 200% | | |
| | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数に13.7%を乗じた単位数で算定 | | | |

1) キャンセル料

- ①ご利用日の前日17時までにご連絡頂いた場合 無 料
- ②ご利用日の前日17時からサービス提供時間の2時間前までにご連絡頂いた場合 サービス予定料金の20%相当金
- ③ご訪問時にご不在の場合 サービス予定料金の50%相当金