

東池袋桑の実園ヘルパーステーション 別紙料金表

2026.6.1現在

訪問介護費 法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	1,858	186	372	558
	20分以上30分未満	244	2,781	279	557	835
	30分以上1時間未満	387	4,411	442	883	1,324
	1時間以上	567	6,463	647	1,293	1,939
	1時間を超えて30分を増すごとに	+82	934	94	187	281
生活援助	20分以上45分未満	179	2,040	204	408	612
	45分以上	220	2,508	251	502	753

(地域加算込)

1. 特定事業所加算 (Ⅱ) を算定する場合 上記単位数の10%増

- * 夜間 (18:00～22:00) 又は早朝 (6:00～8:00) の場合 上記単位数の25%増し
- * 深夜 (22:00～6:00) の場合 上記単位数の50%増し
- * 訪問介護員 2 名派遣の場合 上記単位数 × 200/100

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	2,280	228	456	684
緊急時訪問介護加算	1回につき(身体介護について算定)	+100	1,140	114	228	342
1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数						
加算区分		処遇改善加算の単位数			利用料 (10割分)	
介護職員等処遇改善加算	加算 (Ⅰ) ロ	介護報酬総単位数×28.7% ※1単位未満の端数は四捨五入			左の単位数× 1単位の単価	