

※ご案内

【令和8年度介護報酬改定に伴い、令和8年6月1日より介護職員処遇改善加算の単価が下記のように変更となります】

2026年6月以降

【別表】

訪問介護料金

ヘルパーステーションミナミ

地域区分 5級地

地域単価 10.7

(1) 身体介護が中心のとき

所要時間 身体介護	基本単位	処遇改善加算Ⅱ (口)	合計単位	基本料金 (地域加算込み)	利用料金		
					(1割)	(2割)	(3割)
20分未満	163	43	206	2204	221	441	662
引き続き行う生活援助							
20分以上30分未満	244	65	309	3306	331	662	992
20分以上45分未満	309	82	391	4183	419	837	1255
45分以上70分未満	374	99	473	5061	507	1013	1519
70分以上	439	117	556	5949	595	1190	1785
30分以上1時間未満	387	103	490	5243	525	1049	1573
20分以上45分未満	452	120	572	6120	612	1224	1836
45分以上70分未満	517	138	655	7008	701	1402	2103
70分以上	582	155	737	7885	789	1577	2366
1時間以上1時間30分未満	567	151	718	7682	769	1537	2305
20分以上45分未満	632	168	800	8560	856	1712	2568
45分以上70分未満	697	185	882	9437	944	1888	2832
70分以上	762	203	965	10325	1033	2065	3098
1時間30分以上2時間未満	649	173	822	8795	880	1759	2639
20分以上45分未満	714	190	904	9672	968	1935	2902

(2) 生活援助が中心のとき

単位：円

所要時間 生活援助	基本単位	処遇改善加算Ⅱ (口)	合計単位	基本料金 (地域加算込み)	利用料金		
					(1割)	(2割)	(3割)
20分以上45分未満	179	48	227	2428	243	486	729
45分以上	220	59	279	2985	299	597	896

* 上記合計単位には処遇改善加算分が、利用料金には処遇改善加算分及び地域加算分が含まれています。

* 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

* 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

* やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

加算一覧	単位数
処遇改善加算Ⅱ（口）	合計単位に 26.6% を乗じた数 ○
初回加算	新規利用者に対して初回月に200単位
緊急時訪問介護加算	要請に基づき認められた緊急訪問に100単位
特定事業所加算Ⅱ・Ⅲ	算定要件を満たした事業所に対し10%加算

(1) 交通費

通常のサービス実施地域にお住まいの方については無料となります。

また通常のサービスの実施地域外の場合も無料となります。

(2) キャンセル規定

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

ご利用日の前日までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の当日お伺いした時にご不在だった場合	1000円

第1号事業訪問型サービス(ひと月当たり)

介護費	基本単位	処遇改善加算Ⅱ (□)	合計単位	基本料金 (地域加算込み)	(1割)	(2割)	(3割)
訪問型独自サービスⅠ	1176	313	1489	15932	1594	3187	4780
訪問型独自サービスⅡ	2349	625	2974	31821	3183	6365	9547
訪問型独自サービスⅢ	3727	991	4718	50482	5049	10097	15145

加算一覧	単位数
処遇改善加算Ⅱ (□)	合計単位に 26.6% を乗じた数
	○

(1) 交通費

通常のサービス実施地域にお住まいの方については無料となります。

また通常のサービスの実施地域外の場合も無料となります。

(2) キャンセル規定

利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

ご利用日の前日までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用日の当日お伺いした時にご不在だった場合	1000円

◇この度の重要事項の変更内容について、私がお説明をいたしました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 _____

<事業者>

法人名 福岡県高齢者福祉生活協同組合

事業者名 ヘルパーステーションミナミ

管理者名 久木原 弘子

◇上記の重要事項説明の内容について、説明を受け同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<利用者>

利用者名 _____

代筆者名 _____ 続柄 _____

利用者代理人 _____