

## 訪問介護 重要事項説明書 【別紙】

『令和7年1月1日現在』

### 【料 金 表】

■訪問介護（地域区分：7級地 1単位：10.21円）

#### 『費用の計算』

費用額（10割）＝ 単位数 × 地域単位（10.21）（端数切捨て）

サービス内容		サービス単位	利用者負担額 （1割）	利用者負担額 （2割）	利用者負担額 （3割）
身体介護	20分未満	163単位	167円	334円	501円
	20分以上 30分未満	244単位	250円	500円	750円
	30分以上 1時間未満	387単位	396円	792円	1188円
	1時間以上 ※ 所要時間1時間から計算して30分を増すごとに加算	567単位に30分を増すごとに82単位	579円に30分を増すごとに84円	1158円に30分を増すごとに168円	1737円に30分を増すごとに252円
生活援助	20分以上 45分未満	179単位	183円	366円	549円
	45分以上	220単位	225円	450円	675円

※ 身体介護中心の訪問介護を行った後に引き続き20分以上の生活援助中心の訪問介護を行ったときは、生活援助中心の訪問介護の所要時間が25分を増すごとに、サービス単位：65単位、サービス利用料金：663円、利用者負担額（1割）67円加算します。

#### ■訪問介護加算項目

訪問介護では、通常のサービス提供に加えて、次のような状況に該当する場合は「加算」が行われ、基本料金に一定の割合または定額が上乗せされます。これは、より多様で専門的な支援に対応するための制度です。

夜間（午後6時から午後10時）・ 早朝（午前6時から午前8時）の加算	上記の額に1回につき25%加算します。
深夜（午後10時から午前6時）の加算	上記の額に1回につき50%加算します。

#### ★ 夜間・早朝加算

午後6時～午後10時、または午前6時～午前8時の時間帯に訪問介護を行った場合通常の料金に25%の加算が付きます。

★ 深夜加算

午後 10 時～午前 6 時の時間帯に訪問介護を行った場合  
通常の料金に 50%の加算が付きます。

加算項目	サービス 単位	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
初回加算	200単位	205円	410円	615円

★ 初回加算

新たに訪問介護サービスを開始する際の初回訪問時には、計画立案や初回確認に伴う  
手間等を考慮し、200 単位（1割負担で 205 円）が加算されます。

介護職員処遇改善加算 I	所定単位数の 24.5%を加算
特定事業所加算 II	所定単位数の 10%を加算

★ 介護職員処遇改善加算 I

介護職員の賃金改善や人材確保を目的とし、所定単位数の 24.5%が加算されます。

★ 特定事業所加算 II

職員の研修体制や質の高いサービス提供体制を整備している事業所に対し、  
所定単位数の 10%が加算されます。

これらの加算は、サービスの質向上や利用者の多様なニーズに対応するために設定されて  
おり、該当するケースに応じて適用されます。

- ※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、  
利用者様の訪問介護サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を  
基準とします。
- ※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定  
し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。
- ※ 利用者様の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ、利用者様又は  
そのご家族等の同意を得て、訪問介護員が 2 人で訪問する場合は 2 人分の料金と  
なります。

■交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。  
それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要となります。  
なお、自動車等を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越えた地点を起点にして、1kmあたり	50円
-------------------------------	-----

■その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の  
負担となります。

## ■キャンセル料

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日までに連絡があった場合	無 料
利用日当日の1時間前までに連絡があった場合	1, 000円
利用日までに連絡がなかった場合	1 提供あたり料金の100%

# 同 意 書

重要事項説明書『別紙』利用料金の説明を受け、その内容に同意します。

年月日： 令和 7年 月 日

利用者 住所

氏名

\* 上記署名は、利用者本人が筆記できないため（続柄 ）が  
代行し要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は  
速やかに当事業所にお知らせください。

