

6. 利用料金 (令和6年4月より)

(1) 利用料

介護保険のサービスを利用いただく場合は、原則として下記料金表の利用者負担割合分(1割・2割・3割)となります。介護保険給付の支給限度額を超えたサービスは、全額自己負担となります。

☐ 第1号訪問事業サービス

【料金表・A】

※料金＝算定単位に地域加算(10.21)を乗じたもの

区 分	算 定 項 目					
	介 護 度	算定単位/月	区 分	基本利用者負担額(1割負担)	基本利用者負担額(2割負担)	基本利用者負担額(3割負担)
訪問型サービス11	要支援1・2	1,176単位	週1回程度	1,201円	2,402円	3,603円
訪問型サービス12	要支援1・2	2,349単位	週2回程度	2,399円	4,797円	7,195円
訪問型サービス13	要支援1・2	3,727単位	週2回を超える程度	3,806円	7,611円	11,416円
区 分	算 定 項 目					
	介 護 度	算定単位/回数	区 分	基本利用者負担額(1割負担)	基本利用者負担額(2割負担)	基本利用者負担額(3割負担)
訪問型サービス21	要支援1・2	287単位	標準的なサービス	1回294円×回数分	1回587円×回数分	1回880円×回数分
			週1回程度(4回まで)・週2回程度(8回まで)・週2回を超える程度(12回まで)			
訪問型サービス22	要支援1・2	179単位	生活援助が中心のサービス	1回183円×回数分	1回366円×回数分	1回549円×回数分
			所要時間が20分以上45分未満	※週1回程度(5回まで) 週2回程度(10回まで) 週2回を超える程度(15回まで)		
訪問型サービス23	要支援1・2	220単位	生活援助が中心のサービス	1回225円×回数分	1回450円×回数分	1回674円×回数分
			所要時間が45分以上	※週1回程度(5回まで) 週2回程度(10回まで) 週2回を超える程度(15回まで)		
訪問型短時間サービス	要支援1・2	163単位	身体介護が中心の短時間サービス	1回167円×回数分	1回333円×回数分	1回500円×回数分

☐ 訪問介護

【料金表・B(昼間の身体介護の基本料金)】

区 分		20分未満	30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分未満	30分増すごとに
身体介護		1,665円	2,492円	3,952円	5,790円	838円を追加
加 算 業 I 所	身体介護	2,002円	2,992円	4,738円	6,943円	1,001円を追加
II・ 加 算 業 所	身体介護	1,828円	2,737円	4,350円	6,372円	919円を追加
IV・ 加 算 業 所	身体介護	1,716円	2,563円	4,074円	5,963円	868円を追加

【料金表・C(昼間の生活援助の基本料金)】

区 分			45分未満	60分程度	
生活援助		—	1,828円	2,247円	—
加 算 業 I 所	生活援助	—	2,196円	2,696円	—
II・ 加 算 業 所	生活援助	—	2,012円	2,471円	—
IV・ 加 算 業 所	生活援助	—	1,879円	2,318円	—

【料金表・D(昼間の身体介護と生活援助の複合型基本料金)】

区 分		1時間未満 (身体1生活1)	1時間～1時間15分未満 (身体1生活2)	1時間15分～1時間30分未満 (身体1生活3)
身体介護+生活援助 の複合型	—	3,155円	3,819円	4,483円
加算業 Ⅰ 所	身体介護+生活援助 の複合型	3,788円	4,585円	5,381円
Ⅱ・加算業 Ⅲ 所	身体介護+生活援助 の複合型	3,472円	4,197円	4,932円
Ⅳ・加算業 Ⅴ 所	身体介護+生活援助 の複合型	3,247円	3,931円	4,615円

【料金表・E(時間外料金)】

時間帯	料 金
(早 朝) 6:00～ 8:00	基本料金の25%増し
(夜 間) 18:00～22:00	基本料金の25%増し
(深 夜) 22:00～ 6:00	基本料金の50%増し

【料金表・F(加算)】

訪問介護初回加算	(200単位)2,042円	緊急時訪問介護加算	(100単位)1,021円
生活機能向上連携加算Ⅰ	(100単位)1,021円	生活機能向上連携加算Ⅱ	(200単位)2,042円
認知症専門ケア加算Ⅰ(1日)	(3単位) 31円	認知症専門ケア加算Ⅱ(1日)	(4単位)41円
訪問介護口腔連携強化加算	(50単位)510円		

【料金表・G(処遇改善加算)】 ※令和6年6月から

介護職員等処遇改善加算	所定単位数×24.5%	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数×22.4%
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×18.2%	介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数×14.5%

【料金表・H(地域区分)】

7級地	算定単位×10.21
-----	------------

※注1 料金を頂く時間は、実際のサービスの提供時間ではなく、ケアプランに定められた時間を基準とします。

※注2 利用者・ご家族の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

(2)交通費

天理市・磯城郡・橿原市・高田市・葛城市に居住されている方	無 料
上記以外で事業所を中心に25km以内	一律 500円
25kmを超える地域	実 費

(3) キャンセル料

利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料をいただきます。

連絡時間			キャンセル料金
①	ご利用日の前日	9:00～12:00まで	無 料
②	ご利用日の前日	12:00～17:00まで	介護保険サービス基本料金の50%
③	ご利用日の当日	午前9時まで連絡がなかった場合	介護保険サービス基本料金の100%

※利用者にやむを得ない事情等が生じた場合については、ご相談下さい。

(4) お支払い方法

毎月15日までに、前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払い下さい。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。

○お支払い方法は、下記の2種類の中から契約の際に、お選び頂けます。

①銀行振り込み	②口座自動引き落とし
---------	------------

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

当事業所の職員が「訪問介護・第1号訪問事業サービス重要事項説明書」を説明し、契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了をご希望する日の1週間前までに、ご連絡下さい。

②自動終了

以下の場合、双方の連絡がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

○利用者が介護保険施設または、医療施設に長期入所された場合。

○介護保険給付サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定され、介護または支援が必要なくなった場合。

③当事業所の都合でサービスを終了する場合

○お客様が、サービスの利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、20日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの、背信行為を行った場合は、ご連絡後、即座にサービスを解除させていただく場合があります。

○やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに、書面にて、ご連絡いたします。

8. 損害賠償

お客様に対して当事業所の責任において、賠償すべきことが起こった場合は、当事業所は、利用者・ご家族に対して、加入保険の規定に従って、賠償を行います。