

# 訪問介護サービス利用者負担説明書 (令和6年4月1日～)

●地域区分による1単位あたりの単価

10,420円 (6級地)

**ご利用者負担 = 「利用単位数」 × 「1単位あたりの単価」 のご利用者負担割合**

介護報酬の1単位あたりの単価は、「地域」および「サービスの種類」によって異なります。当該サービスにおける東松山市（6級地）の1単位あたりの単価は10,420円となり、ご利用者負担は上記計算により算出されます。

この「利用者負担説明書」においては、各項目の単位数の右側に、上記を加えた利用者負担額（1割及び2割、3割）を記載しております。

なお、地域加算は、月ごとの総単位数に対して加算されるため、**ご利用者負担額**の単価の積算額と実際の請求総額に若干の差異が生じる可能性があります。

≪自己負担割合について≫

利用負担割合は、各市町村より交付されております『介護保険負担割合証』に記載されております。

『介護保険負担割合証』の変更や更新がありましたら速やかに事業所へご提示くださいますようお願いいたします。

**《保険給付の自己負担額》** ※単位数の右側記載された額が利用者負担額になります。負担割合については、市町村から交付される『介護保険負担割合証』に記載されております。そちらをご参照くださいますようお願いいたします。

1) 訪問介護費

身体介護が中心である場合

所要時間	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
20分未満	163単位	170円	340円	510円
20分以上30分未満	244単位	255円	509円	763円
所要時間30分以上1時間未満	387単位	404円	807円	1,210円
所要時間1時間以上1時間30分未満	567単位	591円	1,182円	1,773円

生活援助が中心である場合

所要時間	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
所要時間20分以上45分未満	179単位	187円	373円	560円
所要時間45分以上	220単位	230円	459円	688円

身体介護が中心である訪問介護を行った後に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行った場合

所要時間	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
所要時間20分以上45分未満	65単位	68円	136円	204円
所要時間45分以上70分未満	130単位	136円	271円	407円
所要時間70分以上	195単位	204円	407円	610円

※利用者負担の基本となる時間は、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。

## 2) 加算等の保険給付の自己負担額

- 夜間（午後6時～午後10時）又は早朝（午前6時から午前8時）に訪問介護を行った場合／1回ごと  
(所定単位×25/100) 単位
- 深夜（午後10時～午前6時）に訪問介護を行った場合／1回ごと (所定単位×50/100) 単位
- やむを得ない事情で、かつ利用者の同意を得て、2人で訪問した場合／1回ごと  
(所定単位×200/100) 単位

\*上記加算につきましては、各単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

### □ 特定事業所加算／1回ごと

人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応など一定の要件を満たした場合

- ① 特定事業所加算（Ⅰ） (所定単位×20/100) 単位
- ② 特定事業所加算（Ⅱ） (所定単位×10/100) 単位
- ③ 特定事業所加算（Ⅲ） (所定単位×10/100) 単位
- ④ 特定事業所加算（Ⅳ） (所定単位×3/100) 単位

\*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

### □ 介護職員処遇改善加算／1月ごと

\*令和6年5月31日まで

介護職員の処遇を改善するため、賃金の改善など一定の要件を満たした場合

- ① 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） (所定単位×137/1000) 単位

\*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

### □ 介護職員等特定処遇改善加算／1月ごと

\*令和6年5月31日まで

介護職員やその他職種の処遇改善に関する対策を行なっている事業所の場合

- ① 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） (所定単位×63/1000) 単位

\*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

### □ 介護職員等ベースアップ等支援加算／1月ごと

\*令和6年5月31日まで

介護職員処遇改善加算のいずれかを算定し、介護職員等への賃上げ効果に資する取り組みを実施している場合  
(所定単位×24/1000) 単位

\*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

### □ 介護職員等処遇改善加算／1月ごと

\*令和6年6月1日より

介護職員の処遇を改善するため、賃金の改善など一定の要件を満たした場合

- ① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） (所定単位×245/1000) 単位
- ② 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） (所定単位×224/1000) 単位
- ③ 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） (所定単位×182/1000) 単位
- ④ 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） (所定単位×145/1000) 単位

\*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

\*上記より「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）」を算定予定となりますが変更する場合があります。  
変更の際は改めて説明を致します。

## □ 初回加算／1月

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
初回加算	200単位	209円	417円	626円

## □ 緊急時訪問介護加算／1回ごと

利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
緊急時訪問介護加算	100単位	105円	209円	313円

## □ 生活機能向上連携加算／1月ごと

訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時にご利用者宅を訪問し、両者の共同により訪問介護計画を作成した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	105円	209円	313円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	209円	417円	626円

## □ 口腔連携強化加算／1月ごと

事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
口腔連携強化加算	50単位	53円	105円	157円

## □ 認知症専門ケア加算 / 1日ごと

認知症介護に係る専門的な研修を受けている職員を配置し、専門的な認知症ケアを提供した場合

加算名	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	5円	9円	13円

## 《保険給付外の自己負担額》

### 2 利用料

#### □ 交通費／片道

10km未満 500円（税込）

10km以上 1,000円（税込）

基本的には、交通費はかかりませんが、通常の事業の実施地域（東松山市）以外の地域に居住する方が訪問介護を利用した場合にお支払いいただきます。

## □ 区分支給限度基準を超える単位

区分支給限度基準額を超える単位数については、区分支給限度額の対象外の加算も含めて全額自己負担となります。

## □ 社会福祉法人等による低所得者に対する利用者負担額軽減制度について

低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの利用促進を図るために、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割の一環として、利用者負担額を軽減するものです。

### ・軽減の対象者

市町村民税世帯非課税であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に考えて、生計が困難な者として市町村が認めた者
・年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
・預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
・日常生活を供する資産以外に活用できる資産がないこと
・負担能力のある親族等に扶養されていないこと
・介護保険料を滞納していないこと

### ・軽減の手続き

- 1、利用者が居住する市町村に申請し、市町村の審査後に「軽減確認証」の交付を受けます。
- 2、サービスを受けるときに軽減確認証を提示してください。
- 3、利用者負担が軽減されます。

### ・軽減制度の対象となる内容

利用者負担額(1割負担分)

### ・軽減の割合

利用者負担の1/4 (老齢福祉年金受給者は1/2)

※詳しくは、お住まいの市町村介護保険担当窓口にお問い合わせください。

訪問介護サービスの利用にあたり、本書面に基づいて利用者負担の説明を行いました。

事業所 所在地 東松山市大字松山2183番地  
名 称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会  
総合福祉エリアヘルパーステーション  
説明者 所 属 在宅福祉課訪問介護係  
氏 名

上記内容の説明を受け、サービスを利用した場合には、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印