

## 1 提供するサービスの内容

類 型	内 容	時 間

## 2 利用料金

① 基本サービス単位表 I 日中時間帯（午前 8 時～午後 6 時までの）

- ・ 下記表の利用料（サービスに要した費用）は、本事業所の所在地（1 級地）の 1 単位単価（11.2 円）で算定しています。

居宅における身体介護が中心である場合

サービス内容	単位数	利用料	(一割負担)
所要時間 30 分未満の場合	256 単位	2867 円	(286 円)
所要時間 30 分以上 1 時間未満の場合	404 単位	4525 円	(452 円)
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	587 単位	6574 円	(657 円)
所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満の場合	669 単位	7493 円	(749 円)
所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満の場合	754 単位	8445 円	(844 円)
所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満の場合	837 単位	9374 円	(937 円)
所要時間 3 時間以上の場合	921 単位に所要時間 3 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 83 単位を加算した単位数		

家事援助が中心である場合

サービス内容	単位数	利用料	(一割負担)
所要時間 30 分未満の場合	106 単位	1187 円	(118 円)
所要時間 30 分以上 45 分未満の場合	153 単位	1714 円	(171 円)
所要時間 45 分以上 1 時間未満の場合	197 単位	2206 円	(220 円)
所要時間 1 時間以上 1 時間 15 分未満の場合	239 単位	2677 円	(267 円)
所要時間 1 時間 15 分以上 1 時間 30 分未満の場合	275 単位	3080 円	(308 円)
所要時間 1 時間 30 分以上の場合	311 単位に所要時間 1 時間 30 分から計算して所要時間 15 分を増すごとに 35 単位を加算した単位数		

## 重度訪問介護サービス費

サービス内容	単位数	利用料	(一割負担)
所要時間 1 時間未満の場合	186 単位	2083 円	(208 円)
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	277 単位	3102 円	(310 円)
所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満の場合	369 単位	4133 円	(413 円)
所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満の場合	461 単位	5163 円	(516 円)
所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満の場合	553 単位	6194 円	(619 円)
所要時間 3 時間以上 3 時間 30 分未満の場合	644 単位	7213 円	(721 円)
所要時間 3 時間 30 分以上 4 時間未満の場合	736 単位	8243 円	(824 円)
所要時間 4 時間以上 8 時間未満の場合	821 単位に所要時間 4 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 85 単位を加算した単位数		

### ② 加算単位数

下記に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

- ・ 夜間早朝時間帯加算 夜間（午後 6 時～午後 10 時）  
早朝（午前 6 時～午前 8 時）  
①の単位の 25%増
- ・ 深夜時間帯加算（午後 10 時～午前 6 時）・・・①の単位の 50%増
- ・ 緊急時対応加算 居宅介護計画に位置付けられていない居宅介護を利用者の要請を受けて、24 時間以内に行った場合のみ・・・1 回につき 100 単位
- ・ 初回加算 新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回又は初回の属する月にサービス提供責任者がサービスを提供した場合、又は従業者のサービスに同行した場合に算定・・・200 単位/月
- ・ 喀痰吸引等支援体制加算 介護職員等がたんの吸引等を実施した場合に算定  
・・・100 単位/日
- ・ 福祉・介護職員処遇改善加算Ⅲ・・・  
居宅介護は所定単位数に 34.7%を乗じた単位数で計算します。  
重度訪問介護は所定単位数に 27.3%を乗じた単位数で計算します。

### 移動支援サービス（18時以降は早朝・夜間加算あり）

区分	支援時間	単価	1割負担額
身体介護あり	30分未満	2700円	270円
	1時間未満	4300円	430円
	1.5時間未満	6200円	620円
	2時間未満	7100円	710円
身体介護なし	30分未満	1100円	110円
	1時間未満	2100円	210円
	1.5時間未満	2900円	290円
	2時間未満	3650円	365円

### 3 キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①	ご利用の前日までにご連絡いただいた場合	キャンセル料なし
②	ご利用の当日にご連絡をいただいた場合	1000円
③	ご利用訪問時不在だった場合、拒否があった場合	1500円

### 4 その他

- \* 通院介助・外出介助などに伴う交通費等は、ご利用者様の別途負担となります。
- \* 外出介助において食事に同席し、一緒に食べることをご利用者様が希望した場合は、ご利用者様の別途負担になります。
- \* 訪問予定のヘルパーが、予定の訪問が出来なくなった場合、他のヘルパーを代替えとして訪問させます。その際、ご利用者様又はその家族にその旨連絡し、了承をいただきます。

事業者

(運営法人) 東京ふれあい医療生活協同組合  
(代表者) 代表理事 百瀬 文也 印  
(住所) 東京都帰宅堀船 3-31-15

(事業所名) ヘルパーステーションぬくもり  
(管理者) 本橋 篤史 印  
(住所) 東京都練馬区練馬 1-15-1

上記内容の説明を受け、了承しました。 令和 年 月 日  
利用者

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

代理人または立会人等

私は、本人の契約意思を確認し、署名代行いたしました。

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(続柄) \_\_\_\_\_