医療法人社団平真会　薬師堂介護サービス
重要事項説明書 別紙
（令和　8年　6月　1日現在）

５ 利用料金

(1)　介護給付費支給対象サービス利用者負担額は、サービスに要した費用の原則1割、2割または3割です。

＜基本料金＞

①　身体介護　※(　)内は、介護職員処遇改善加算Ⅱ2(26.6%)を含んだ金額です。

サービス内容	1回あたりの基本利用料	介護保険適用時の1回あたりの利用者負担額		
		1割	2割	3割
20分未満	1,858円 (2,348円)	186円 (235円)	372円 (　470円)	558円 (　705円)
20分以上　30分未満	2,781円 (3,522円)	279円 (353円)	557円 (　705円)	835円 (1,057円)
30分以上　1時間未満	4,411円 (5,586円)	442円 (559円)	883円 (1,118円)	1,324円 (1,676円)
1時間以上 1時間30分未満	6,463円 (8,185円)	647円 (819円)	1,293円 (1,637円)	1,939円 (2,456円)
1時間30分以上 30分を増すごとに	741円 (　934円) を追加	75円 (　94円) を追加	149円 (　187円) を追加	223円 (　281円) を追加

②　生活援助　※(　)内は、介護職員処遇改善加算Ⅱ2(26.6%)を含んだ金額です。

サービス内容	1回あたりの基本利用料	介護保険適用時の1回あたりの利用者負担額		
		1割	2割	3割
20分以上　45分未満	2,040円 (2,587円)	204円 (259円)	408円 (518円)	612円 (777円)
45分以上	2,508円 (3,180円)	251円 (318円)	502円 (636円)	753円 (954円)

※利用者の身体的理由により、1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

(2)　その他の料金　※(　)内は、介護職員処遇改善加算Ⅱ2(26.6%)を含んだ金額です。

夜間早朝加算	午後6時～午後10時、午前6時～午前8時　25%増し			
深夜加算	午後10時～午前6時　50%増し			
緊急時 訪問介護加算	利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、当該介護支援専門員が必要と認めた場合に、訪問介護員等が居宅サービス計画に位置づけをされていない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合・・・100単位／回			
	10割	1割負担	2割負担	3割負担
	1,140円(1,447円)	114円(145円)	228円(290円)	342円(435円)

<table>
<tr><td rowspan="3" colspan="2">初回加算</td><td colspan="4">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、または他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合・・・200 単位／月</td></tr>
<tr><td>10割</td><td>1割負担</td><td>2割負担</td><td>3割負担</td></tr>
<tr><td>2,280 円(2,884 円)</td><td>228 円(289 円)</td><td>456 円(577 円)</td><td>684 円(866 円)</td></tr>
<tr><td rowspan="6">生活機能向上連携加算</td><td rowspan="3">Ⅰ</td><td colspan="4">訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）した場合・・・100 単位／月</td></tr>
<tr><td>10割</td><td>1割負担</td><td>2割負担</td><td>3割負担</td></tr>
<tr><td>1,140 円(1,447 円)</td><td>114 円(145 円)</td><td>228 円(290 円)</td><td>342 円(435 円)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ⅱ</td><td colspan="4">現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合・・・200 単位／月</td></tr>
<tr><td>10割</td><td>1割負担</td><td>2割負担</td><td>3割負担</td></tr>
<tr><td>2,280 円(2,884 円)</td><td>228 円(289 円)</td><td>456 円(577 円)</td><td>684 円(866 円)</td></tr>
</table>

重要事項内容　変更説明日　令和　　年　　月　　日

訪問介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

（所在地）　東京都練馬区富士見台3丁目55番3号
（名　称）　医療法人社団平真会　薬師堂介護サービス　　印
（説明者）　所属　薬師堂介護サービス
　　氏名　　印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける訪問介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

（住　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名）　　印＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族又は代理人）

（住　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名）　　印＿＿＿＿＿＿＿＿