

**【契約書別紙】****障害福祉サービス料金表****【令和6年4月改定】**

1. サービス利用料金は、障害者総合支援法その他関係法令（以下、「障害者福祉関連法令」とします。）に定める費用の額に準拠した次の金額となり、利用者は、障害者福祉法関係法令に定める介護給付費又は特例介護給付費等（以下、「介護給付費等」とします。）の額から90分の100を乗じて得た額から介護給付費等の額を控除した額（以下、「利用者負担額」とします。）を支払うものとします。但し、利用者の利用者負担上限額を超えた部分に関しては、市町村から利用者の代わりにサービス利用料金を受け取るものとします。

また、当事業所の所在地は、障害者福祉関連法令に定める地域区分が3級地(1単位10.90円)のものであり、次の金額となります。

<在宅介護サービス利用料金>

**【身体介護】****【通院等介助(身体介護を伴う場合)】**

時間	単位数	サービス利用料金	利用者負担額(1割負担時)
30分未満	256	2,790円	279円
30分以上1時間未満	404	4,403円	440円
1時間以上1時間30分未満	587	6,398円	639円
1時間30分以上2時間未満	669	7,292円	729円
2時間以上2時間30分未満	754	8,218円	812円
2時間30分以上3時間未満	837	9,123円	912円

・居宅における身体介護については、3時間以上のサービス提供をした場合、921単位に30分増すごとに83単位を加算することとします。

**【家事援助】****【通院等介助(身体介護を伴わない場合)日中】**

時間	単位数	サービス利用料金	利用者負担額(1割負担時)
30分未満	106	1,155円	115円
30分以上1時間未満	197	2,147円	214円
1時間以上1時間30分未満	275	2,997円	299円
1時間30分以上2時間未満	345	3,760円	376円
2時間以上2時間30分未満	414	4,512円	451円

・通院等介助(身体介護を伴わない場合)については、2時間30分以上のサービス提供をした場合、414単位に30分増すごとに69単位を加算することとします。

**【重度訪問介護】**

障がい支援区分が区分4以上であって、二肢以上(両手足4ヶ所のうち2ヶ所以上)に麻痺等があること。障がい支援区分の認定調査項目のうち歩行・移乗・排尿・排便のどれもが「支援不要」以外と認定されている方が対象となります。

時間	単位数	サービス利用料金	利用者負担額(1割負担時)
1時間未満	186	2,027円	202円
1時間以上1時間30分未満	277	3,019円	301円
1時間30分以上2時間未満	369	4,022円	402円

2時間以上 2時間30分未満	461	5,024円	502円
2時間以上 2時間30分未満	553	6,027円	602円

※障害支援区分6に該当する方の場合は+8.5／100(8.5%)加算となります。

※熟練従業者が新任従業者に同行して区分6の利用者に支援を行う場合は×180/100(180%)加算となります。

※詳細は介護給付費等単位数サービスコード表（令和6年4月施行版）をご覧ください。

#### <加算等>

初回加算	200単位
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	150単位
福祉介護職員待遇改善加算Ⅰ～Ⅳ	1月につき+所定単位×343/1,000～219/1,000
特定事業所加算Ⅰ～Ⅲ	+20／100(20%)～+10／100(10%)
喀痰吸引等支援体制加算	100単位/日

注1) 利用者負担上限額管理加算は、利用者が「利用者負担上限額管理対象者」として市町村から認定され、且つ、当事業所以外の他のサービス事業所と契約を締結し、利用者が当事業所に利用者負担上限額の管理を依頼した場合に加算されます。なお、利用者負担上限管理加算は、全額介護給付費等から支給されますので、利用者の自己負担はございません。

注2) 初回加算は新規にサービスの依頼をされ、サービス提供責任者が初回のサービス提供と同月に訪問または同行訪問をした時に加算します。

注3) 通常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯にサービスを提供する場合には、次の割合でサービス利用料金に割増料金が加算されるものとします。

- ・ 早朝（午前6時～午前8時）：25%
- ・ 夜間（午後6時～午後10時）：25%
- ・ 深夜（午後10時～午前6時）：50%

注4) 同時に2人の居宅介護従業者が1人の利用者に対して指定居宅介護等を行った場合、所定単位200/100を算定します

注5) 特定事業所加算Ⅰ～Ⅲは事業所が算定体制を整えた際に算定されます。

#### 事業者

<事業者名> 株式会社リベルケア  
<所在地>  
<代表者名> 清原 達観

#### 事業所

<事業所名> 訪問介護リベル 小平  
<所在地> 東京都小平市学園東町二丁目4番15-1号  
<管理者名>

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印