

エイプレイス川口 介護保険サービス料金表（定期巡回・夜間対応）

2024/6/1 現在

●定期巡回・随時対応サービス料金表

【料金表】

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護Ⅱ】

要介護度	単位数	利用者負担			看護利用時に追加される 単位数	利用者負担		
		1割	2割	3割		1割	2割	3割
要介護1	5,446	¥5,828	¥11,655	¥17,482	2,961	¥3,169	¥6,337	¥9,505
要介護2	9,720	¥10,401	¥20,801	¥31,202	2,961	¥3,169	¥6,337	¥9,505
要介護3	16,140	¥17,270	¥34,540	¥51,810	2,961	¥3,169	¥6,337	¥9,505
要介護4	20,417	¥21,847	¥43,693	¥65,539	2,961	¥3,169	¥6,337	¥9,505
要介護5	24,692	¥26,421	¥52,841	¥79,262	3,761	¥4,025	¥8,049	¥12,073

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護Ⅲ】※18時～翌8時まで

項目	単位数	利用者負担			
		1割	2割	3割	
基本夜間訪問サービス費	1月あたり	989	¥1,059	¥2,117	¥3,175
定期巡回サービス費	1回につき	372	¥398	¥796	¥1,194
随時訪問サービス費	1回につき	567	¥607	¥1,214	¥1,820

【加算・減算】

項目	単位数	利用者負担				
		1割	2割	3割		
通所介護サービス 利用時の減算額	1日あたり	要介護1	-62	-¥67	-¥133	-¥199
		要介護2	-111	-¥119	-¥238	-¥357
		要介護3	-184	-¥197	-¥394	-¥591
		要介護4	-233	-¥250	-¥499	-¥748
		要介護5	-281	-¥301	-¥602	-¥902
登録期間が1月に満たない場合 又は短期入所サービス利用時の 日割り額	1日あたり	要介護1	179	¥192	¥383	¥575
		要介護2	320	¥343	¥685	¥1,028
		要介護3	531	¥569	¥1,137	¥1,705
		要介護4	672	¥719	¥1,438	¥2,157
		要介護5	812	¥869	¥1,738	¥2,607
		基本夜間訪問 サービス費	33	¥36	¥71	¥106
初期加算 ※1	1回につき	30	¥33	¥65	¥97	
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ ※2 ★	1月につき	1,200	¥1,284	¥2,568	¥3,852	
サービス提供体制強化加算Ⅱ1 ※3 ★ (定期巡回Ⅱを利用した場合)	1月につき	640	¥685	¥1,370	¥2,055	
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 ※3 ★ (定期巡回Ⅲを利用し、定期巡回、随時 訪問が発生した場合)	1回につき	18	¥20	¥39	¥58	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※4 ★	1月につき	所定単位数×24.5%				

★区分支給限度基準額の  
算定対象外

※1 利用を開始した日から起算して30日以内の期間または、30日を超える入院後に利用を再開した場合に加算。

※2 厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が当該サービスの質を継続的に管理した場合に加算。

※3 厚生労働省が定める基準に適合し、介護福祉士資格保有者を一定数以上配置し、サービスの質が担保されている場合に加算。

※4 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合加算。

●夜間対応型訪問介護料金表

【料金表】

項目	単位数	利用者負担			
		1割	2割	3割	
夜間訪問介護費Ⅰ基本	1月あたり	989	¥1,059	¥2,117	¥3,175
夜間訪問介護Ⅰ基本・日割 (登録期間が1月に満たない場合)	1日あたり	33	¥36	¥71	¥106
夜間訪問介護Ⅰ定期巡回	1回につき	372	¥398	¥796	¥1,194
夜間訪問介護Ⅰ随時訪問	1回につき	567	¥607	¥1,214	¥1,820

【加算】

項目	単位数	利用者負担			
		1割	2割	3割	
24時間通報対応加算 ※5	1月につき	610	¥653	¥1,306	¥1,959
サービス提供体制強化加算Ⅱ2 ※3 ★	1回につき	18	¥20	¥39	¥58
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ※4 ★	1月につき	所定単位数×24.5%			

★区分支給限度基準額  
の算定対象外

※5 日中も夜間訪問介護Ⅰ基本サービス(オペレーションセンターサービス)の利用を希望される場合(24時間通報可能)に加算されます。

※表記金額は、法定単位数に基づいて算出しています。加算の合算により、若干の誤差が生じます。ご了承ください。

訪問看護との連携などわかりづらい部分があるかと思います。そんな時は説明だけでも伺います！お気軽にエイプレイス川口までご連絡ください。 TEL 048-240-1355



エイブレイス川口 介護保険サービス料金表（訪問介護）

2024/6/1 現在

●訪問介護料金表

【料金表・訪問介護】 通常時間帯（午前8時～午後6時） 1回あたり

訪問介護の種類	利用時間		単位数	利用者負担		
				1割	2割	3割
身体介護	20分未満	1回につき	163	¥175	¥349	¥524
	20分以上30分未満	1回につき	244	¥261	¥522	¥783
	30分以上1時間未満	1回につき	387	¥414	¥828	¥1,242
	1時間以上1時間30分未満	1回につき	567	¥607	¥1,214	¥1,820
	1時間30分以上（30分増す毎）	1回につき	82	¥88	¥176	¥264
生活支援	20分以上45分未満	1回につき	179	¥192	¥383	¥575
	45分以上	1回につき	220	¥236	¥471	¥707

【加算】

項目	単位数	利用者負担			
		1割	2割	3割	
初回加算 ※6	-	200	¥214	¥428	¥642
緊急時訪問介護加算 ※7	1回につき	100	¥107	¥214	¥321
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）※4 ★	1月につき	所定単位×22.4%			

★区分支給限度基準額の算定対象外

※6 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なう場合、又は他の訪問介護員等に同行した場合に加算。過去2ヶ月間サービスの提供を受けていない場合も該当。

※7 利用者やそのご家族等からの要請を受けて、介護支援専門員が必要と認め、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を提供した場合に加算。

※表記金額は、法定単位数に基づいて算出しています。加算の合算により、若干の誤差が生じます。ご了承ください。

何かご不明な点がございましたら、エイブレイス川口までご連絡ください。

エイブレイス川口 TEL 048-240-1355

