

障 害 福 祉 サ ー ビ ス 重 要 事 項 説 明 書

この重要事項説明書は当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、障害者総合支援法，その他必要な法令，規定に基づき，当事業所の概要や提供されるサービスの内容，契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。



社会福祉法人 仙台福祉サービス協会

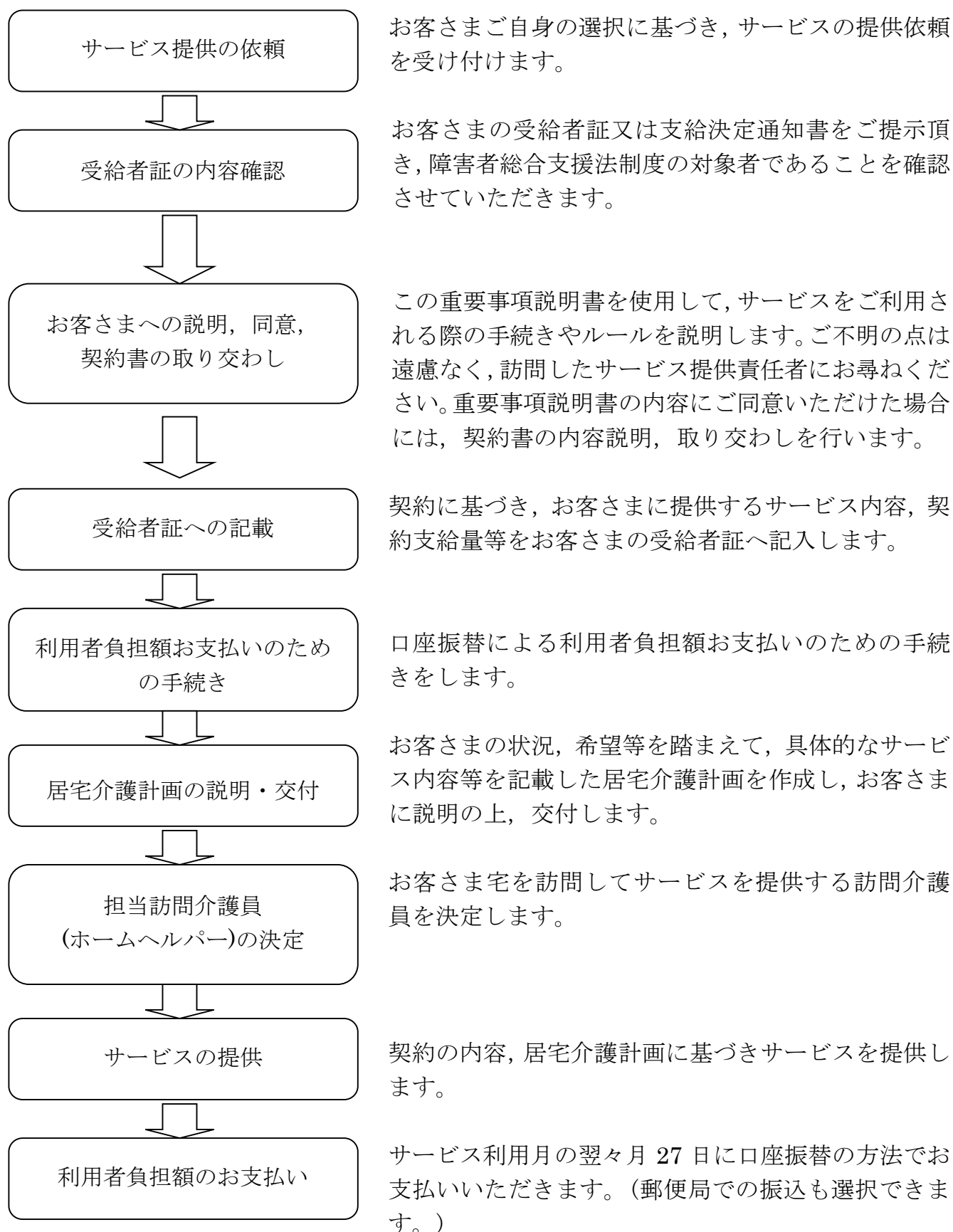
令和8年4月1日

目次

| | |
|-----------------------|---|
| サービス提供のながれ | 1 |
| 1. 当事業所の概要について | 2 |
| 2. お客さまの担当サービス提供責任者氏名 | 3 |
| 3. サービスの内容について | 3 |
| 4. 介護給付費及び補助金の支払いについて | 4 |
| 5. 利用者負担額及びその他の費用について | 4 |
| 6. 利用者負担額のお支払い方法について | 6 |
| 7. サービス利用のために | 6 |
| 8. 当事業所の特徴等 | 7 |
| 9. お客さま相談・苦情窓口 | 9 |

別表1～5 指定障害福祉サービス費額、仙台市地域生活支援事業費額

サービス提供のながれ



1. 当事業所の概要について

(1) 事業所の指定番号及び通常の事業実施地域

当事業所は、仙台市長の指定を受け事業を行っています。

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|--|--------|--------------|
| 事業所名 | 社会福祉法人仙台福祉サービス協会 太白ヘルパーステーション | | | |
| 提供するサービス | 介護給付 | 居宅介護(身体介護, 家事援助, 通院介助) 重度訪問介護・同行援護・行動援護 | | |
| | 地域支援事業 | 移動支援事業 重度障害者コミュニケーション支援事業 | | |
| 指定事業所番号 | 介護給付 | 0 4 1 5 4 0 0 3 4 0 | | |
| | 地域支援事業 | 0 4 1 0 0 1 0 0 0 1 9 1 6 9 | | |
| 主たる対象者 | 障害者総合支援法に定める全ての方を対象にサービスを提供いたします。 | | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市太白区长町 3-1-7 (コーラス長町ビル 1階) | | | |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | 022-249-4710 | FAX 番号 | 022-249-4855 |
| 管理者 | 大友 昌子 | | | |
| 通常の事業実施地域 | 仙台市太白区 | | | |

(2) 営業日、営業時間及びサービス提供時間

| | |
|--------------|------------------------------------|
| 事業所の営業日・営業時間 | 月曜日から金曜日の 8:30~17:00 |
| 営業時間外の電話受付 | 営業日の 17:00~18:30 及び土曜日の 8:30~17:00 |
| サービス提供時間 | 通年の 6:00~22:00 |

※ 事業所の営業日、営業時間及び電話受付については、国民の祝日、年末年始（12月29日～1月3日）を除きます。

※ サービス提供時間について、時間外の対応については個別に相談に応じます。

(3) 事業所の職員体制

〈令和8年4月1日現在〉

| | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|----------------------|------|-------|---|
| 管理者 (サービス提供責任者兼務) | 1名 | | ・業務の全般的管理 |
| サービス提供責任者 | 4名以上 | | ・サービス利用の調整 ・居宅介護計画の作成 ・訪問介護員の指導 ・サービスの提供 |
| 訪問介護員等(ホームヘルパー) | | 10名以上 | ・サービスの提供 |
| 事務職員 | 1名以上 | | ・必要な事務 |

※ 兼務者については再掲とする。

2. お客さまの担当サービス提供責任者氏名

| | |
|-----------|--------|
| 担 当 者 氏 名 | (フリガナ) |
| | |

3. サービスの内容について

お客さまに対するサービスの実施内容、実施日、実施回数は、障害福祉サービス受給者証等に記載されたサービス内容毎の決定支給量の範囲内で、お客さまの状況や要望を勘案して決定されます。

(1) 介護給付

① 居宅介護

〈身体介護について〉

身体介護とは、お客さまの身体に直接接触して行う介助(これを行うために必要な準備及び後かたづけ等の一連の行為を含む)並びにお客さまが日常生活を営むのに必要な機能の向上のための介助及び専門的な援助(これを行うために必要な準備及び後かたづけを含む)をいいます。

[主なサービス内容]

- ・ 食事介助：お客さまの動作能力等を踏まえて、食事摂取のための介助、そのために必要な声かけ・説明、食事姿勢の確保、配膳、後かたづけ等の援助を行います。
 - ・ 排泄介助：お客さまの動作能力、居住環境等を踏まえてのトイレ介助、ポータブルトイレ、尿器、差込便器等を使用しての排泄介助、おむつ交換を行います。
 - ・ 着脱介助：衣服の着脱の介助を行います。
 - ・ 入浴介助：お客さまの健康状態をご本人又はご家族に確認の上、衣類の着脱、入湯、洗髪等の介助を行います。
 - ・ 清拭：入浴困難な方へは、体を拭く等します。
- その他、体位交換、口腔衛生等を行います。

〈家事援助について〉

家事援助とは、掃除、洗濯、調理等の日常生活の援助です。①商品の販売や農作業等生業の援助的な行為、②直接お客さま本人の日常生活の援助に属しない行為は家事援助の内容に含まれません。

[主なサービス内容]

- ・ 調理：食事の用意、配膳、後かたづけ等を行います。
- ・ 洗濯：衣類等の洗濯、取入れ、収納等を行います。
- ・ 掃除：居室の掃除、ごみ出し等を行います。
- ・ 買い物：日常生活に必要となる物品の買い物、薬の受け取り等を行います。買い物に係る金銭の取扱は必要最小限にし、金銭の授受は書面で行います。

〈通院介助について〉

屋外での移動に著しい制限のある方等に対し、通院を目的として外出する場合には必要な介助を行います。

② 重度訪問介護

日常生活全般に常時の支援を要する方を対象に、身体介護、家事援助、コミュニケーション支援、見守り及び外出時における移動中の介護等を比較的長時間にわたり、総合的かつ断続的に行います。

③ 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する方を対象に、外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護や排せつ・食事等の介護、その他外出する際に必要となる援助を行います。

④ 行動援護

行動上、著しい困難がある方を対象に、行動に際して生じうる危険を回避することや本人及び周囲の人の安全を確保するために必要な援護、外出時における移動中の介護等を行います。

(2) 地域支援事業

① 移動支援事業

屋外での移動に著しい制限のある方等に対し、通院を除いた、外出介護(主に生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出)を行います。

※ 通勤、営業活動等の経済活動に係る外出は対象外となります。

② 重度障害者コミュニケーション支援事業

現在、居宅介護等サービスを利用する方が入院した場合に、お客さまの状況により、病院において、お客さまと病院スタッフのコミュニケーション支援を行います。

※ 病院内での生活援助及び身体介護等サービスについては対象外となります。

4. 介護給付費及び補助金の支払いについて

(1) 介護給付費及び補助金の受領

事業所は、原則として、介護給付費及び補助金から利用者負担額相当分を差し引いた額をお客さまに代わって受領します。

(2) 償還払い

お客さまが(1)の方法によらず、償還払いによる支払いを希望される場合は、いったん料金の全額を事業所にお支払い頂きます。当事業所からは、お客さまに対し、区役所で償還払いの請求をする際に必要となる、領収書及びサービス提供証明書を発行します。

5. 利用者負担額及びその他の費用について

(1) 利用者負担額

利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。

サービスを利用する場合、1ヶ月分の利用単位数に、1単位の単価 10.36 円を掛けた額の9割が介護給付費又は補助金より支払われ、残りの1割がお客さまの自己負担となります。但し、お客さまの利用者負担額に上限が設定されている場合は、上限月額を限度にお支払いいただきます。

なお、法令により、利用料が改定された場合は、契約期間中であっても、改定後の基準が

適用されます。

また、サービス区分別の利用単位数及び利用料は別表の通りです。

[当事業所の加算取得体制] 〈令和8年4月1日現在〉

| 提供するサービス | 特定事業所加算 | 処遇改善加算 |
|----------|---------|--------|
| 居宅介護 | Ⅱ | Ⅰ |
| 重度訪問介護 | なし | Ⅱ |
| 行動援護 | Ⅱ | Ⅰ |
| 同行援護 | Ⅱ | Ⅰ |

(2) その他の費用

① 交通費

お客さまのご要望により、サービスを提供する場所が、通常の事業実施地域以外の場合は、訪問介護員の派遣にかかる交通費（実費）をお支払いいただくことがあります。（車の場合、1キロ当たり50円です。）

② サービス提供中の費用

サービスの提供中に必要な訪問介護員の交通費等の費用はお客さまのご負担になります。その都度、訪問介護員または直接施設等にお支払いください。（例：買い物等援助にかかる訪問介護員の往復の交通費、外出介助等の際の訪問介護員の交通費及び入場料等。）（車の場合、1キロ当たり50円です。）

③ キャンセル料等

急なキャンセルや時間変更の場合は、その連絡があった時間帯等により、キャンセル料等として下記の料金をお支払いいただきます。ただし、お客さまの容体の急変等、やむを得ない事情がある場合を除きます。

<連絡先>

| | |
|-------------------------|---|
| 022-249-4710 (事業所代表) | 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時 ※国民の祝日、年末年始（12/29～1/3）を除く |
|-------------------------|---|

<連絡時間帯とキャンセル料等>

| | |
|---|----------------|
| サービス提供予定日の前営業日午後5時以降 | キャンセル料 500円 |
| サービス提供時間帯までに連絡がない | キャンセル料 700円 |
| サービス予定時刻を20分以上過ぎた後に計画上の所要時間のサービスを実施した場合 | 待機料 500円 |

※ サービス予定時刻直前の時間や日程の変更については、対応できない場合がありますことをご理解下さい。

④ 遅延利息

4(1)の利用者負担額について、契約書に定める支払期日(サービスを利用した月の翌々月末日)を経過してもお支払いがない場合は、支払期日の翌日から、支払いの日の前日までの日数について、年5%の割合で計算して得た額を遅延利息としてお支払い頂く場合があります。但し、最初の催告の通知をしたときより、14日以内に支払った場合はこの限りではありません。

6. 利用者負担額のお支払い方法について

上記4の(2)①及び②のサービス提供中の交通費等を除いた料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。支払方法は、原則として、お客さまの預金口座からの口座振替となります。振替日は、サービスを利用された月の翌々月27日(金融機関休業日にあたる場合は翌営業日)です。この口座振替にかかる手数料は事業所が負担しますので、お客さまのご負担はありません。

振込をご希望される場合は、ご相談に応じます。振込の場合は、翌々月末日までに指定の振込依頼書により、郵便局にてお支払い頂きます。

※ 口座振替処理は、当協会との契約により三菱UFJニコス株式会社が代行しています。このため、お客さまの通帳には、“ニコス”等と表示され当協会の名称が記載されない場合があります。

<口座振替のお申込について>

「預金口座振替依頼書・自動振込利用申込書」に記入押印のうえ、当事業所にお申込みください。記入方法等は、申込書の表紙を参照してください。

7. サービス利用のために

(1) 障害福祉サービス受給者証への記入

当事業所は、お客さまとの契約締結後又は新たな介護給付費支給決定がなされた後、お客さまの障害福祉サービス受給者証の該当欄に事業所の名称、サービス内容、契約支給量、契約日等を記入し、事業所確認印の押印をいたします。訪問したサービス提供責任者より依頼があった際は、受給者証をご提示ください。

(2) 留意事項

- ① サービスは、お客さま宅にある材料や器具等を使用して行います。
- ② お客さまのお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客さまのご負担になります。
- ③ サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - 訪問介護員は、次の事項に該当する行為はいたしかねます。
 - イ) 経管栄養、床ずれの処置等の医療行為
 - ロ) 買い物等にかかる小額の金銭以外の取扱
 - ハ) お客さまのご家族等に対するサービスの提供
 - 訪問介護員は、居宅介護計画に定められたサービスを提供します。サービス内容の変更が必要な場合は、サービス提供責任者まで事前にご相談ください。訪問介護員への指示は事業所が行います。
- ④ サービスを提供する訪問介護員は、勤務等の事情により変更することがあります。訪問介護員の変更等については、サービス提供責任者から事前に連絡します。また、お客さまが訪問介護員の交代を希望される場合は、できる限り対応しますので、サービス提供責任者までご相談ください。
- ⑤ 訪問介護員が訪問する曜日、時間帯等の変更を希望される場合はできる限り対応しますので、サービス提供責任者までご相談ください。

- ⑥ 訪問介護員等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ⑦ 訪問予定時間は、交通事情等で前後することがあります。ご了承ください。
- ⑧ 支給決定内容に関わりなく、大掃除や雪かき等、障害福祉制度の対象とならないサービスがあります。制度の対象とならないサービスをご希望される場合は、当協会独自のサービスがありますので、サービス提供責任者までご相談下さい。
- ⑨ サービスを提供するに当たり、訪問介護員等がお客様又はご家族等の暴力、暴言又は強要などにより身の危険を感じた場合は、その場から退避させていただく場合があります。

8. 当事業所の特徴等

(1) 事業所の運営方針

当事業所は、障害者の方の自己決定を尊重するとともに、その方の心身の状況またはその置かれている環境等に応じて、自立した日常生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事等の介護、その他生活全般にわたる援助を行います。

(2) 経営法人の概要

| | | | | |
|-------------|---------------------------|--------------|-------|--------------|
| 名称・法人種別 | 社会福祉法人 仙台福祉サービス協会 | | | |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 本郷 敏章 | | | |
| 法人所在地 | 仙台市青葉区春日町 11-15 ヨロズビル 3 階 | | | |
| 法人連絡先 | 電話番号 | 022-212-7567 | F A X | 022-212-7568 |
| サービス提供事業所数等 | 市内 5 箇所 | | | |

(3) 虐待の防止について

当事業所は、お客さまの人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待の防止等に関する責任者及び担当者を設置しています。

また、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、虐待防止に関する指針の整備や、職員に対する虐待防止を啓発、普及するための研修の定期的な実施など、虐待の発生またはそれを防止するための措置を講じます。

| | |
|----------------|------------------|
| 虐待防止責任者 氏 名 | (フリガナ) コヤマ キクコ |
| | 小山 喜久子 |
| 虐待防止担当者 氏 名 | (フリガナ) オオトモ ショウコ |
| | 大友 昌子 |

(4) 緊急時の対応について

サービス提供中に、お客さまに病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、お客さまがあらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

| | | | | |
|--------------|--------|--|----------|--|
| 主治医 | 医療機関名 | | 氏名 | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号 1 | | 電話番号 2 | |
| あらかじめ指定する連絡先 | 氏名 | | お客さまとの関係 | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 1 | | 電話番号 2 | |

(5) 事故発生時の対応について

当事業者は、お客さまに対するサービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市区町村、お客さまのご家族、関係事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(6) 損害保険の加入について

当事業者は、安全・安心のサービスの提供をこころがけておりますが、事業者の責によりお客さまに損害を及ぼした場合に誠意をもって対応できるよう、損害賠償保険に加入しています。

(7) 第三者評価の実施について

| | |
|-----------|----|
| 実施の有無 | 無し |
| 直近の実施日 | |
| 実施評価機関名 | |
| 評価結果の開示状況 | |

9. お客さま相談・苦情窓口

(1) 当事業所が設置する窓口

① お客さま相談・苦情窓口

当事業所が提供するサービスについてのご相談・苦情・連絡等を承ります。

| | | | |
|---------------|--|-----|-------------------------|
| 苦情解決責任者 氏名 | (フリガナ)コヤマ キクコ 小山 喜久子 | 連絡先 | 022-249-4710 (事業所代表) |
| 苦情受付担当者 氏名 | (フリガナ)オオトモ ショウコ 大友 昌子 | 連絡先 | 022-249-4710 (事業所代表) |
| 受付日時 | 月曜日～金曜日の午前8時30分～午後5時まで ※国民の祝日、年末年始(12月29日～1月3日)を除く。 | | |

② 苦情解決アドバイザー(第三者委員)

当事業所では、「お客さま相談・苦情窓口」の他、お客さまの苦情にかかる「苦情解決アドバイザー(第三者委員)」を選任しております。アドバイザーの利用を希望される際は、お気軽に法人担当者までお申出ください。

| 苦情解決アドバイザー(第三者委員)氏名 | 連絡先 |
|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 弁護士 笠原 太良 (かさはら たろう) ・ 福祉団体職員 早坂 健一 (はやさか けんいち) ・ 医師 鈴木 修治 (すずき しゅうじ) | 022-212-7567 (法人代表) |

(2) 当事業所以外の機関が設置する窓口

当事業所の窓口以外にも、下記の機関において障害福祉サービス提供に関する苦情・相談等を受け付けております。

| | | | |
|------|--|-------|--------------|
| 受付機関 | 太白区役所 障害高齢課障害者支援係 | | |
| 所在地 | 〒982-8601 仙台市太白区長町南3丁目1番15号 | | |
| 電話番号 | 022-247-1111(代表) | FAX番号 | 022-247-3824 |
| 受付日時 | 月曜日～金曜日(国民の祝日、年末年始を除く) 午前8時30分～午後5時まで | | |

| | | | |
|------|---------------------------------------|-------|--------------|
| 受付機関 | 宮城県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | | |
| 所在地 | 〒980-0014 仙台市青葉区本町三丁目7-4 宮城県社会福祉会館4階 | | |
| 電話番号 | 022-716-9674 | FAX番号 | 022-716-9298 |
| 受付日時 | 月曜日～金曜日(国民の祝日、年末年始を除く) 午前9時～午後5時まで | | |

令和 年 月 日

障害福祉サービスの提供開始にあたり、利用者等に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

【事業者】

宮城県仙台市太白区长町 3-1-7 (コーラス長町ビル 1 階)

社会福祉法人仙台福祉サービス協会

太白ヘルパーステーション 所長 小山 喜久子 印

説明者 職氏名 サービス提供責任者 印

私は、本書面により、事業者から障害福祉サービスについての重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に合意しました。

【利用者等】

住 所

氏 名 印

(利用者との関係： 本人 保護者 代理人)

【署名代行者】

※利用者本人が身体状況等の事情により、本人の了解を得て署名代行者が署名なつ印をした場合、署名代行者の氏名と利用者との関係を記入してください。

住 所

氏 名 印

(利用者との関係： _____)

【家族等】

住 所

氏 名 印

(利用者との関係： _____)

指定障害福祉サービス費・居宅介護サービス費額（別表Ⅰ）

※給付費並びに利用料は1ヶ月の合計で端数処理を行います。

※本表記載の利用者負担は負担率1割の場合のものです。実際にご負担いただく金額は、受給者証記載の利用者負担上限月額を上回ることはございません。

令和8年4月1日時点

| 名称・内容 | | 所定 単位数 | 給付 費額 | うち利用者 負担額 | |
|-------------------|------------------------|---|--------------------------------|------------------------|-------|
| | | | | | |
| 基本サービス | 身体介護 通院等介助(身体介護を伴う) | (1)30分未満 | 256 | 2,652 | 265 |
| | | (2)30分以上1時間未満 | 404 | 4,185 | 418 |
| | | (3)1時間以上1時間30分未満 | 587 | 6,081 | 608 |
| | | (4)1時間30分以上2時間未満 | 669 | 6,930 | 693 |
| | | (5)2時間以上2時間30分未満 | 754 | 7,811 | 781 |
| | | (6)2時間30分以上3時間未満 | 837 | 8,671 | 867 |
| | | (7)3時間以上3時間30分未満 | 921 | 9,541 | 954 |
| | | 以降30分を増すごとに | 83 | 859 | 85 |
| | 家事援助 | (1)30分未満 | 106 | 1,098 | 109 |
| | | (2)30分以上45分未満 | 153 | 1,585 | 158 |
| | | (3)45分以上1時間未満 | 197 | 2,040 | 204 |
| | | (4)1時間以上1時間15分未満 | 239 | 2,476 | 247 |
| | | (5)1時間15分以上1時間30分未満 | 275 | 2,849 | 284 |
| | | (6)1時間30分以上1時間45分未満 | 311 | 3,221 | 322 |
| | | 以降15分を増すごとに | 35 | 362 | 36 |
| | | 通院等介助 (身体介護を伴わない) | (1)30分未満 | 106 | 1,098 |
| | (2)30分以上1時間未満 | | 197 | 2,040 | 204 |
| | (3)1時間以上1時間30分未満 | | 275 | 2,849 | 284 |
| | (4)1時間30分以上2時間未満 | | 345 | 3,574 | 357 |
| | 以降30分を増すごとに | | 69 | 714 | 71 |
| | 加算等 | 2人の介護員で援助する場合 | | 基本単位数×200% | |
| 夜間早朝・深夜の場合 | | 夜間早朝（18時から22時及び6時から8時）の場合、または深夜帯（22時から翌6時）の場合 | 夜間早朝 深夜 | 基本単位数×25% 基本単位数×50% | |
| 初回加算 | | 新規等のお客さまに対し、初回の訪問日と同じ月にサービス提供責任者が介護等援助を実施するか、他の訪問介護員に同行して業務指示等を行った場合 | 200 | 2,072 | 207 |
| 緊急時対応加算 | | お客さま又はそのご家族からの要請に基づき、計画に位置付けられていないサービス(身体介護中心に限る)を、その要請から24時間以内に提供した場合(月2回まで) | 100 | 1,036 | 103 |
| 利用者負担上限額管理加算 | | 複数のサービス(事業所)を利用し、利用者負担額の調整が必要な場合であって、指名された事業者がその調整を行った場合(月1回) | 150 | 1,554 | 155 |
| 福祉専門職員等連携加算 | | 福祉専門職員等と連携し、お客さまの心身の状況等の評価を共同して行った場合(初回サービスが行われた日から90日の間で3回まで) | 564 | 5,843 | 584 |
| 特別地域加算 | | 国が定める中山間地域に居住するお客さまにサービス提供を行った場合 | 所定単位数×15% | | |
| 特定事業所加算(Ⅱ) | | 事業所が職員体制等条件を満たし、指定申請した場合 | 所定単位数×10% | | |
| 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | | 事業所が体制要件等を整備し、指定申請した場合(令和8年6月より(Ⅰ)ロを算定) | 所定単位数×41.7% (令和8年6月より45.6%) | | |

所定単位数に地域単価(10.36)を乗じたものが給付費額となります(端数切捨)。

指定障害福祉サービス費・重度訪問介護サービス費額（別表 2）

※給付費並びに利用料は1ヶ月の合計で端数処理を行います。

※本表記載の利用者負担は負担率1割の場合のものです。実際にご負担いただく金額は、受給者証記載の利用者負担上限月額を上回ることはありません。

令和8年4月1日時点

| 名称・内容 | | 所定 単位数 | 給付 費額 | うち利用者 負担額 |
|--------------------------------------|----------------------|-----------|----------|--------------|
| | | | | |
| 居宅のお客さま、病院等に入院又は入所中のお客さまにサービスを提供した場合 | (1) 1時間未満 | 186 | 1,926 | 192 |
| | (2) 1時間以上1時間30分未満 | 277 | 2,869 | 286 |
| | (3) 1時間30分以上2時間未満 | 369 | 3,822 | 382 |
| | (4) 2時間以上2時間30分未満 | 461 | 4,775 | 477 |
| | (5) 2時間30分以上3時間未満 | 553 | 5,729 | 572 |
| | (6) 3時間以上3時間30分未満 | 644 | 6,671 | 667 |
| | (7) 3時間30分以上4時間未満 | 736 | 7,624 | 762 |
| | (8) 4時間以上4時間30分未満 | 821 | 8,505 | 850 |
| | 以降8時間未満まで30分増すごとに | 85 | 880 | 88 |
| | (9) 8時間以上8時間30分未満 | 1,505 | 15,591 | 1,559 |
| | 以降12時間未満まで30分増すごとに | 85 | 880 | 88 |
| | (10) 12時間以上12時間30分未満 | 2,184 | 22,626 | 2,262 |
| | 以降16時間未満まで30分増すごとに | 81 | 839 | 83 |
| | (11) 16時間以上16時間30分未満 | 2,834 | 29,360 | 2,936 |
| | 以降20時間未満まで30分を増すごとに | 86 | 890 | 89 |
| | (12) 20時間以上20時間30分未満 | 3,520 | 36,467 | 3,646 |
| 以降24時間未満まで30分を増すごとに | 80 | 828 | 82 | |
| 移動介護加算 | イ 1時間未満 | 100 | 1,036 | 103 |
| | ロ 1時間以上1時間30分未満 | 125 | 1,295 | 129 |
| | ハ 1時間30分以上2時間未満 | 150 | 1,554 | 155 |
| | ニ 2時間以上2時間30分未満 | 175 | 1,813 | 181 |
| | ホ 2時間30分以上3時間未満 | 200 | 2,072 | 207 |
| | ヘ 3時間以上 | 250 | 2,590 | 259 |

| | | | | |
|-------------------|--|--------------------------------|------------------------|-----|
| 2人の介護員で援助する場合 | | 基本単位数×200% | | |
| 夜間早朝・深夜の場合 | 夜間早朝（18時から22時及び6時から8時）の場合、 または深夜帯（22時から翌6時）の場合 | 夜間早朝 深夜 | 基本単位数×25% 基本単位数×50% | |
| 重度障害者等の場合 | | 所定単位数×15% | | |
| 障害程度区分6に該当する者の場合 | | 所定単位数×8.5% | | |
| 初回加算 | 新規等のお客さまに対し、初回の訪問日と同じ月にサービス提供責任者が介護等援助を実施するか、他の訪問介護員に同行して業務指示等した場合 | 186 | 1,926 | 192 |
| 緊急時対応加算 | 利用者等からの要請を受けてから24時間以内に訪問介護員が居宅介護計画等に無いサービス（身体介護に限る）を行った場合（月2回まで算定可） | 277 | 2,869 | 286 |
| 利用者負担上限管理加算 | 複数のサービス（事業所）を利用し、利用者負担額の調整が必要な場合であって、指名された事業者がその調整を行った場合 | 369 | 3,822 | 382 |
| 行動障害支援連携加算 | サービス提供責任者が「支援計画シート」及び「支援手順書兼記録用紙」の作成者と連携して利用者の心身の状況等の評価を共同で行った場合（初回サービスが行われた日から30日の間、1回まで） | 461 | 4,775 | 477 |
| 入院時支援連携加算 | サービス提供責任者と医療機関の職員が事前調整を行った場合（入院前に1回まで） | 553 | 5,729 | 572 |
| 入院中90日以上利用減算 | 入院または入所中で利用開始から90日を超えても市町村がその支援の必要性を認めた場合 | 所定単位数×20%の減算 | | |
| 特別地域加算 | 国が定める中山間地域に居住するお客さまにサービス提供を行った場合 | 所定単位数×15% | | |
| 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 事業所が体制要件等を整備し、指定申請した場合（令和8年6月より(Ⅱ)ロを算定） | 所定単位数×32.8% (令和8年6月より36.7%) | | |

所定単位数に地域単価(10.36)を乗じたものが給付費額となります(端数切捨)。

指定障害福祉サービス費・同行援護サービス費額 (別表 3)

※給付費並びに利用料は1ヶ月の合計で端数処理を行います。

※本表記載の利用者負担は負担率1割の場合のものです。実際にご負担いただく金額は、受給者証記載の利用者負担上限月額を上回ることはありません。

令和8年4月1日時点

| 名称・内容 | | 所定 単位数 | 給付 費額 | うち利用者 負担額 |
|---------------------------|---|--------------------------------|------------------------|--------------|
| | | | | |
| 同行援護 | イ 30分未満 | 191 | 1,978 | 197 |
| | ロ 30分以上1時間未満 | 302 | 3,128 | 312 |
| | ハ 1時間以上1時間30分未満 | 436 | 4,516 | 451 |
| | ニ 1時間30分以上2時間未満 | 501 | 5,190 | 519 |
| | ホ 2時間以上2時間30分未満 | 566 | 5,863 | 586 |
| | ヘ 2時間30分以上3時間未満 | 632 | 6,547 | 654 |
| | ト 3時間以上3時間30分未満 | 697 | 7,220 | 722 |
| | 以降30分を増すごとに | 66 | 683 | 68 |
| 2人の介護員で援助する場合 | | 基本単位数×200% | | |
| 夜間早朝・深夜 の場合 | 夜間早朝(18時から22時及び6時から8時)の場合、 または深夜帯(22時から翌6時)の場合 | 夜間早朝 深夜 | 基本単位数×25% 基本単位数×50% | |
| 障害支援区分3に該当する場合 | | 所定単位数×20% | | |
| 障害支援区分4以上に該当する場合 | | 所定単位数×40% | | |
| 初回加算 | 新規等のお客さまに対し、初回の訪問日と同じ月にサービス提供責任者が介護等援助を実施するか、他の訪問介護員に同行して業務指示等を行った場合 | 200 | 2,072 | 207 |
| 緊急時対応加算 | お客さま又はそのご家族からの要請に基づき、計画に位置付けられていないサービス(身体介護中心に限る)を、その要請から24時間以内に提供した場合(月2回まで) | 100 | 1,036 | 103 |
| 利用者負担上限 管理加算 | 複数のサービス(事業所)を利用し、利用者負担額の調整が必要な場合であって、指名された事業者がその調整を行った場合(月1回) | 150 | 1,554 | 155 |
| 特別地域加算 | 国が定める中山間地域に居住するお客さまにサービス提供を行った場合 | 所定単位数×15% | | |
| 特定事業所加算 (Ⅱ) | 事業所が職員体制等条件を満たし、指定申請した場合 | 所定単位数×10% | | |
| 福祉・介護職員 等処遇改善加算 (Ⅰ) | 事業所が体制要件等を整備し、指定申請した場合 (令和8年6月より(Ⅰ)ロを算定) | 所定単位数×41.7% (令和8年6月より45.6%) | | |

所定単位数に地域単価(10.36)を乗じたものが給付費額となります(端数切捨)。

指定障害福祉サービス費・行動援護サービス費額 (別表 4)

※給付費並びに利用料は1ヶ月の合計で端数処理を行います。

※本表記載の利用者負担は負担率1割の場合のものです。実際にご負担いただく金額は、受給者証記載の利用者負担上限月額を上回ることはありません。

令和8年4月1日時点

| 名称・内容 | | 所定 単位数 | 給付 費額 | うち利用者 負担額 |
|-------------------|---|--------------------------------|------------------------|--------------|
| | | | | |
| 行動援護 | イ 30分未満 | 288 | 2,983 | 298 |
| | ロ 30分以上1時間未満 | 437 | 4,527 | 452 |
| | ハ 1時間以上1時間30分未満 | 619 | 6,412 | 641 |
| | ニ 1時間30分以上2時間未満 | 762 | 7,894 | 789 |
| | ホ 2時間以上2時間30分未満 | 905 | 9,375 | 937 |
| | ヘ 2時間30分以上3時間未満 | 1,047 | 10,846 | 1,084 |
| | ト 3時間以上3時間30分未満 | 1,191 | 12,338 | 1,233 |
| | チ 3時間30分以上4時間未満 | 1,334 | 13,820 | 1,382 |
| | リ 4時間以上4時間30分未満 | 1,479 | 15,322 | 1,532 |
| | ス 4時間30分以上5時間未満 | 1,623 | 16,814 | 1,681 |
| | ル 5時間以上5時間30分未満 | 1,764 | 18,275 | 1,827 |
| | ヲ 5時間30分以上6時間未満 | 1,904 | 19,725 | 1,972 |
| | ワ 6時間以上6時間30分未満 | 2,046 | 21,196 | 2,119 |
| | カ 6時間30分以上7時間未満 | 2,192 | 22,709 | 2,270 |
| | コ 7時間以上7時間30分未満 | 2,340 | 24,242 | 2,424 |
| ク 7時間30分以上 | 2,485 | 25,744 | 2,574 | |
| 2人の介護員で援助する場合 | | 基本単位数×200% | | |
| 夜間早朝・深夜の場合 | 夜間早朝（18時から22時及び6時から8時）の場合、または深夜帯（22時から翌6時）の場合 | 夜間早朝 深夜 | 基本単位数×25% 基本単位数×50% | |
| 初回加算 | 新規等のお客さまに対し、初回の訪問日と同じ月にサービス提供責任者が介護等援助を実施するか、他の訪問介護員に同行して業務指示等を行った場合 | 200 | 2,072 | 207 |
| 緊急時対応加算 | お客さま又はそのご家族からの要請に基づき、計画に位置付けられていないサービス(身体介護中心に限る)を、その要請から24時間以内に提供した場合(月2回まで) | 100 | 1,036 | 103 |
| 利用者負担上限管理加算 | 複数のサービス(事業所)を利用し、利用者負担額の調整が必要な場合であって、指名された事業者がその調整を行った場合(月1回) | 150 | 1,554 | 155 |
| 行動障害支援指導連携加算 | 支援計画シートの作成に当たって、当該計画シート作成者とサービス提供責任者が連携し、お客さまの心身の状況等の評価を共同で行った場合(重度訪問介護に移行する日の属する月につき、1回まで) | 273 | 2,828 | 282 |
| 特別地域加算 | 国が定める中山間地域に居住するお客さまにサービス提供を行った場合 | 所定単位数×15% | | |
| 特定事業所加算(Ⅱ) | 事業所が職員体制等条件を満たし、指定申請した場合 | 所定単位数×10% | | |
| 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 事業所が体制要件等を整備し、指定申請した場合(令和8年6月より(Ⅰ)ロを算定) | 所定単位数×38.2% (令和8年6月より42.1%) | | |

所定単位数に地域単価(10.36)を乗じたものが給付費額となります(端数切捨)。

仙台市地域生活支援事業・移動支援サービス費額（別表5）

※給付費並びに利用料は1ヶ月の合計で端数処理を行います。

※本表記載の利用者負担は負担率1割の場合のものです。実際にご負担いただく金額は、利用決定通知書記載の負担上限月額を上回ることはありません。

令和8年4月1日時点

| 名称・内容 | | 所定 単位数 | 助成額 | | |
|-------|---------------|---|--------------|------------------------|-----|
| | | | うち利用者 負担額 | | |
| 移動支援 | 身体介護を伴う場合 | 20分以上30分以下 | 256 | 2,652 | 265 |
| | | 30分超1時間以下 | 404 | 4,185 | 418 |
| | | 1時間超1時間30分以下 | 587 | 6,081 | 608 |
| | | 1時間30分超2時間以下 | 669 | 6,930 | 693 |
| | | 2時間超2時間30分以下 | 754 | 7,811 | 781 |
| | | 以降30分を増すごとに | 83 | 859 | 85 |
| | 身体介護を伴わない場合 | 20分以上30分以下 | 106 | 1,098 | 109 |
| | | 30分超1時間以下 | 197 | 2,040 | 204 |
| | | 1時間超1時間30分以下 | 275 | 2,849 | 284 |
| | | 1時間30分超2時間以下 | 345 | 3,574 | 357 |
| | | 以降30分を増すごとに | 69 | 714 | 71 |
| | 2人の介護員で援助する場合 | | 基本単位数×200% | | |
| | 夜間早朝・深夜の場合 | 夜間早朝（18時から22時及び6時から8時）の場合、または深夜帯（22時から翌6時）の場合 | 夜間早朝 深夜 | 基本単位数×25% 基本単位数×50% | |
| | 移動支援（大学修学支援） | 30分あたり | / | 1,135 | 113 |
| | | 1時間あたり | / | 2,270 | 227 |

所定単位数に地域単価(10.36)を乗じたものが給付費額となります(端数切捨)。