

## 【重要事項説明書別紙料金表】

### かんたき「までっこ」（看護小規模多機能型居宅介護）

#### 1. 介護保険法が定める法定料金（2024 年 4 月介護報酬改定対応）

##### （1）基本サービス料金

| 項目      |                  | 介護認定  | 単位数    | 利用料金自己負担額（円） |        |        |
|---------|------------------|-------|--------|--------------|--------|--------|
|         |                  |       |        | 1 割負担        | 2 割負担  | 3 割負担  |
| 介護保険適応分 | 基本料金<br>（1 月につき） | 要介護 1 | 12,447 | 12,447       | 24,894 | 37,341 |
|         |                  | 要介護 2 | 17,415 | 17,415       | 34,830 | 52,245 |
|         |                  | 要介護 3 | 24,481 | 24,481       | 48,962 | 73,443 |
|         |                  | 要介護 4 | 27,766 | 27,766       | 55,532 | 83,298 |
|         |                  | 要介護 5 | 31,408 | 31,408       | 62,816 | 94,224 |
|         | 短期利用<br>（1 日につき） | 要介護 1 | 571    | 571          | 1,142  | 1,713  |
|         |                  | 要介護 2 | 638    | 638          | 1,276  | 1,914  |
|         |                  | 要介護 3 | 706    | 706          | 1,412  | 2,118  |
|         |                  | 要介護 4 | 773    | 773          | 1,546  | 2,319  |
|         |                  | 要介護 5 | 839    | 839          | 1,678  | 2,517  |

##### （2）加算料金表

##### 【全登録者を対象とする加算】

| 区 分         | 加算内容                                                                                                                                                                                    | 単位(円)               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 初期加算        | 登録日から 30 日間に限り 1 日につき加算。また、30 日以上病院または診療所への入院後に再び利用を開始した場合も同様とする。                                                                                                                       | 30／日                |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 口腔機能低下を早期に確認し、適切な管理を行い、口腔機能低下による介護状態の重症化等の予防、維持、回復等に繋げて 3 カ月毎に口腔状態の評価を行う場合。                                                                                                             | 160／回<br>（月に 2 回まで） |
| 看護体制強化加算（Ⅱ） | 算定日が属する月の前 3 か月間において以下の要件を満たすこと。<br>① 利用者の総数のうち主治医の指示に基づく看護サービスを提供した者の占める割合が 8 割以上であること。<br>② 利用者の総数のうち緊急時対応加算を算定した利用者の割合が 5 割以上であること。<br>③ 利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 2 割以上であること。 | 2,500／月             |
| 訪問体制強化加算    | 訪問を担当する職員を一定数以上配置し、かつ 1 月あたりの訪問件数が延べ 200 回以上である場合。                                                                                                                                      | 1,000／月             |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） | <p>以下の要件を満たすこと。</p> <p>① 利用者の心身の状況やその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、個別サービス計画の見直しを適切に行っている。</p> <p>② 地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他関係施設に対し、当事業所が提供することができるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。</p> <p>③ 利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。</p> <p>④ 日常的に利用者との関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。</p> <p>⑤ 必要に応じて、多様な主体により提供される登録者の生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。</p> <p>以上5項目に加え、以下⑥～⑨のいずれかを1つ以上実施すること。</p> <p>⑥ 地域住民との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること。</p> <p>⑦ 福祉サービス事業所、児童福祉施設と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること。</p> <p>⑧ 地域住民等、他の指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所、他の指定地域密着型サービス事業者が当該事業を行う事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。</p> <p>⑨ 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等において、介護予防に資する取組、当事業所以外のサービス事業所又は医療機関との連携を行っていること。</p> | 1,200／月 |
| 科学的介護推進体制加算       | 質の高い介護サービスを提供する為に、利用者の基本的な情報を厚生労働省に提出し、客観的で科学的な根拠に基づく介護サービスを提供する場合。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 40／月    |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）    | 利用者の安全性並びに介護サービスの質の確保に資する方策を検討し、当該事項の実施をしている場合。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10／月    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | <p>以下の要件を満たすこと。</p> <p>① 当事業所の従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が5割以上であること。</p> <p>② 従業者ごとの研修計画を作成し、研修を実施又は予定している。</p> <p>③ 利用者に関する検討会及び従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。</p> <p>④ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 640／月   |

|                     |                                                                |           |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）      | 基本料金と加算料金の1か月の合計に14.9%が加算されます。                                 | 14.9%     |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）      | 基本料金と加算料金の1か月の合計に14.6%が加算されます。                                 | 14.6%     |
| 特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算 | 厚生労働大臣が定める地域に所在する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の従業者が指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合。 | 所定単位数の15% |

【上記加算に加え、以下の条件を満たす場合に算定する加算】

|                  |                                                                                                                                   |         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 認知症加算（Ⅱ）         | 認知症介護に係る専門的な研修修了者の人員配置基準を満たし、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施した場合。                                                             | 890／月   |
| 認知症加算（Ⅲ）         | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対してサービスを行った場合。                                                                                                | 760／月   |
| 認知症加算（Ⅳ）         | 要介護2である者であって、認知症日常生活自立度Ⅱに該当する者に対してサービスを実施した場合。                                                                                    | 460／月   |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難で緊急に看護小規模多機能型居宅介護を利用することが適当と医師が判断した場合に利用開始日から7日を限度として加算。                                                | 200／日   |
| 若年性認知症利用者受入加算    | 認知症加算を算定していない、若年性認知症利用者に対して、個別に担当者を決め、利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供をした場合。                                                               | 800／月   |
| 退院時共同指導加算        | 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、看護師等と退院時共同指導を実施後に退院又は退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合。<br>（※別に厚生労働大臣が定める状態に当たるものについては2回）      | 600／回   |
| 緊急時対応加算          | 利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して厚生労働大臣が定める基準により24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を必要に応じて行う体制にある場合。 | 774／月   |
| 特別管理加算（Ⅰ）        | <u>注1）厚生労働大臣が定める状態のイ</u> に該当する状態である者に対してサービスを行う場合。                                                                                | 500／月   |
| 特別管理加算（Ⅱ）        | <u>注1）厚生労働大臣が定める状態のロからホ</u> に該当する状態である者に対してサービスを行う場合。                                                                             | 250／月   |
| ターミナルケア加算        | 在宅または当事業所で死亡された利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものの場合は1日）以上ターミナルケアを行った場合。                                   | 2,500／月 |

|                        |                                                       |          |
|------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 厚生労働大臣の定める地域に居住している登録者に対して、通常の事業の実施地域を超えてサービスを提供した場合。 | 所定単位数の5% |
|------------------------|-------------------------------------------------------|----------|

**注1)【厚生労働大臣が定める状態】**

次のいずれかに該当する状態

- イ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅麻酔等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ハ 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を越える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

- 2 介護保険の給付の対象とならないサービス（介護保険法で基本サービスとは別に利用者が自己負担することとされ、事業所ごとに利用者との契約に基づくものとされているもの）

以下の費用については、その費用の全額が利用者の負担となります。

| サービス項目            | 内容                                                                      | 自己負担額                                          |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 食費                | 昼食費には、おやつ代が含まれています。別途、おやつを希望される方は、おやつ代金をお支払いいただきます。                     | 朝食費 440 円                                      |
|                   |                                                                         | 昼食費 640 円<br>(おやつ代含む)                          |
|                   |                                                                         | 夕食費 540 円                                      |
| 宿泊費               | 宿泊サービスの1泊当たりの費用です。                                                      | 1泊 2,200 円                                     |
| おむつ代              | 事業所のおむつを使用した場合に実費相当額を頂きます。                                              | 実費相当額<br>(おむつ料金表参照)                            |
| 洗濯代               | 洗濯は基本的にお持ち帰りいただいておりますが、事業所内の職員による洗濯支援が必要な場合は洗濯代としてお支払いいただきます。           | 1回 500 円<br>(乾燥機代込み)                           |
| 電気使用料             | 宿泊時、電化製品（テレビ・冷蔵庫・電気毛布等）を使用した場合の料金です。                                    | 1日 60 円                                        |
| 送迎費<br>(距離超過料金)   | 送迎時、当事業所からご自宅の往復の距離が40km以上の場合、超過分を負担いただきます。40kmを超えた地点から計算し右記料金が追加となります。 | 10km未満 300 円<br>10km以上 500 円<br>20km以上 1,000 円 |
| 交通費<br>(自費送迎サービス) | 自宅と事業所以外（生活利便施設等）の送迎を行った場合の利用料金となります。                                   | 10km未満 300 円<br>10km以上 500 円<br>20km以上 1,000 円 |
| 理容サービス            | 施設及び居宅にて散髪を行います。                                                        | 実費相当額                                          |
| レクリエーション<br>活動費   | 利用者の希望により、レクリエーション活動に参加していただくことができます。                                   | 実費相当額                                          |

|                  |                                               |                         |
|------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| 予防接種料金           | インフルエンザ等の予防接種を希望された場合。                        | 所定の自己負担分                |
| 感染症検査代           | 感染症が疑われる場合に感染症に罹患していないことを証明検査することができます。       | 自費相当額                   |
| 複写物の交付           | サービス提供についての記録、その他複写物を必要とする場合に実費相当額をご負担いただきます。 | 白黒 1枚 10円<br>カラー 1枚 50円 |
| エンゼルケア<br>(死後処置) | 永眠したときの容姿を整えるケアをした場合。                         | 10,000円                 |
| 特別な食事            | 施設の食事以外に希望された場合                               | 実費相当額                   |

※その他、日常生活に要する費用及び個別でご希望されたサービスについては、その都度実費を頂きます。