

(別紙 看多機ホームみなりっこ料金表) *令和8年6月1日時点
 提供するサービスの費用について

(1) 介護保険給付サービス利用料金

*法定代理受領分は介護報酬告示上の額の利用者負担割合に応じた額

【看護小規模多機能型居宅介護費】

| 要介護度 | 単位数 |
|------|-----------|
| 要介護1 | 1 2 4 4 7 |
| 要介護2 | 1 7 4 1 5 |
| 要介護3 | 2 4 4 8 1 |
| 要介護4 | 2 7 7 6 6 |
| 要介護5 | 3 1 4 0 8 |

【短期利用居宅介護費】

| 要介護度 | 単位数 |
|------|-------|
| 要介護1 | 5 7 1 |
| 要介護2 | 6 3 8 |
| 要介護3 | 7 0 6 |
| 要介護4 | 7 7 3 |
| 要介護5 | 8 3 9 |

*主治医が、末期の悪性腫瘍、そのほか別に厚生労働大臣が定める疾病等で医療保険の訪問看護を頻回に利用した場合、下記の減算があります。厚生労働大臣が定める疾病は下記に示した通りです。

| 医療による訪問看護の減算 | 要介護1~3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--|---------|-----------|-----------|
| 末期の悪性腫瘍等により医療保険の訪問看護が行なわれる場合 ※別に厚生労働大臣が定める疾病等により頻回の医療保険の訪問看護が行なわれる場合 (1月につき) | - 9 2 5 | - 1 8 5 0 | - 2 9 1 4 |
| 特別の指示により頻回に医療保険の訪問看護が行われる場合 (1日につき) | - 3 0 | - 6 0 | - 9 5 |

*別に厚生労働大臣が定める疾病の内容とは次のとおりです。

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）をいう）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

【加算】 ※が付いている加算は区分支給限度基準額の対象外

| 加算名称 | 単位数 | 備考 | 算定該当 | |
|-----------------------------|------|--------------------------------------|----------|---|
| 初期加算 (1日につき) | 30 | 登録日から起算して30日以内の期間において算定 | ● | |
| 認知症加算 (1月につき) | I | 920 | ● | |
| | II | 890 | | |
| | III | 760 | | |
| | IV | 460 | ● | |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (1日につき) | 200 | 短期利用のみ7日間を限度 | ● | |
| 若年性認知症利用者受入加算 (1月につき) | 800 | | ● | |
| 栄養アセスメント加算 (1月につき) | 50 | | | |
| 栄養改善加算 | 200 | 1月に2回を限度 | | |
| 口腔栄養スクリーニング加算 | I | 20 | 6月に1回を限度 | |
| | II | 5 | | |
| 口腔機能向上加算 | I | 150 | 月2回を限度 | ● |
| | II | 160 | | ● |
| 退院時共同指導加算 (1回につき) | 600 | | ● | |
| 緊急時対応加算※ (1月につき) | 774 | | ● | |
| 特別管理加算※ (1月につき) | I | 500 | ● | |
| | II | 250 | ● | |
| 専門管理加算※ (1月につき) | 250 | | | |
| ターミナルケア加算※ (1月につき) | 2500 | 死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合 | ● | |
| 遠隔死亡診断補助加算※ | 150 | 主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断補助を行った場合 | | |
| 看護体制強化加算※ (1月につき) | I | 3000 | | |
| | II | 2500 | ● | |
| 訪問体制強化加算※ (1月につき) | 1000 | | ● | |
| 総合マネジメント体制強化加算※ (1月につき) | I | 1200 | ● | |
| | II | 800 | | |
| 褥瘡マネジメント加算 (1月につき) | I | 3 | ● | |
| | II | 13 | ● | |

| 加算名称 | | 単位数 | 備考 | 算定該当 |
|--------------------------|-----|-----------------|----|------|
| 排せつ支援加算 (1月につき) | I | 10 | | ● |
| | II | 15 | | ● |
| | III | 20 | | |
| 科学的介護推進体制加算 (1月につき) | | 40 | | ● |
| 生産性向上推進体制加算 (1月につき) | I | 100 | | |
| | II | 10 | | ● |
| サービス提供体制強化加算※ (1月につき) | I | 750 | | |
| | II | 640 | | ● |
| | III | 350 | | |
| 介護職員等処遇改善加算※ | Iイ | 所定単位数の 168/1000 | | |
| | Iロ | 所定単位数の 177/1000 | | ● |
| | IIイ | 所定単位数の 165/1000 | | |
| | IIロ | 所定単位数の 174/1000 | | |
| | III | 所定単位数の 153/1000 | | |
| | IV | 所定単位数の 125/1000 | | |

* 上記単位数に 10.00 円を乗じた額（切り捨て）の内、1割（一定以上所得のある方は2割又は3割）が利用者負担額となります。

* 月ごとの包括料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

* 月途中から登録した場合または月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

「登録日」→利用者が当事業所との利用契約日ではなく、サービスを実際に開始した日。

「登録終了日」→利用者が当事業所との利用契約を終了した日。

* 利用者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。介護認定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

* 以下の場合には減算となります。

- ・身体拘束廃止に向けての取り組みを行っていない場合
- ・高齢者虐待防止措置について未実施の場合
- ・業務継続計画を未策定の場合
- ・登録定員を超えている、もしくは人員配置不足の場合
- ・サービス提供が過少である場合

* 介護報酬は定期的な見直しがあります。変更があった場合は、再度別紙にてご説明し、同意をいただきます。

(2) 利用料金が医療保険の給付の対象となるサービス

*医療保険による訪問看護

イ. 基本料金（被保険者証の種別によって、下記料金の自己負担額が1～3割と異なります）

| 訪問看護基本療養費 I | | | |
|--------------------------|---------|--------|--------|
| 同一建物居住以外に対する訪問看護 | | | |
| 保健師・看護師等による場合 | 週3日目まで | 5,550円 | |
| | 週4日目を以降 | 6,550円 | |
| 准看護師による場合 | 週3日目まで | 5,050円 | |
| | 週4日目を以降 | 6,050円 | |
| 訪問看護基本療養費 II | | | |
| 同一日に同一建物居住者2人の場合と3人以上の場合 | | 2人 | 3人以上 |
| 保健師・看護師等による場合 | 週3日目まで | 5,550円 | 2,780円 |
| | 週4日目を以降 | 6,550円 | 3,280円 |
| 准看護師による場合 | 週3日目まで | 5,050円 | 2,530円 |
| | 週4日目を以降 | 6,050円 | 3,030円 |

+

| 訪問看護管理療養費 | 月の初月の訪問 | 2日目以降の訪問 |
|---|----------|----------|
| 安全な提供体制が整備されており、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提供するとともに、訪問看護の実施に関して計画的な管理を継続して行なった場合。 | 7,400円/日 | 2,980円/日 |

ロ. 医療保険による加算料金

(被保険者証種別によって、下記料金の自己負担額が1～3割と異なります)

| 加算名称 | 料金 | 備考 |
|-------------------------|----------------------|---|
| 難病等複数回訪問加算 (訪問日数につき) | 4,500円 *1日2回の訪問 | 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者または、特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合 |
| | 8,000円 *1日3回以上の訪問 | |
| 長時間訪問看護加算 (週1回を限度) | 5,200円 | 1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合 |
| 夜間早朝訪問看護加算 (1日につき) | 2,100円 | 夜間(午後6時から午後10時)又は早朝(午前6時から午前8時)の時間に訪問看護を行なった場合 |
| 深夜訪問看護加算 (1日につき) | 4,200円 | 深夜(午後10時から午前6時)の時間に訪問看護を行なった場合 |

| 加算名称 | | 料金 | 備考 |
|------------------------|----|---------|---|
| 24時間対応体制加算 (1月につき) | | 6,400円 | 電話等により看護に関する意見を求められた場合、常時対応できる体制にあり、さらに必要に応じて緊急時訪問看護を行う体制にある場合 |
| 特別管理加算 (1月につき) | I | 5,000円 | 特別な管理を必要とする者。 |
| | II | 2,500円 | |
| 特別管理指導加算 (1回につき) | | 2,000円 | 退院時共同指導加算算定時に特別な管理を必要とする者に対して算定する。 |
| 退院支援指導加算 (1回につき) | | 6,000円 | 保険医療機関から退院するにあたって、療養上必要な指導を行った場合 |
| 退院時共同指導加算 | | 8,000円 | 保険医療機関に入院中または、介護老人保健施設もしくは介護医療院に入所中で退院退所時に在宅療養に利用者または家族に指導する場合。 |
| 訪問看護情報提供療養費1 | | 1,500円 | 当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して情報を提供した場合。 利用者一人につき1回限り算定。 |
| 訪問看護情報提供療養費3 | | 1,500円 | 保険医療機関に入院中または、介護老人保健施設もしくは介護医療院へ入院入所するときに情報提供した場合。 利用者一人につき1回限り算定。 |
| ターミナルケア療養費 (死亡月に1回) | | 25,000円 | 在宅で死亡した利用者に対して、主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護を実施し、かつターミナルケアに係る支援体制について利用者およびその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合。 |

(3) その他の費用について

*以下の金額は利用料金の全額が利用者負担になります。

| 項目 | 料金等 |
|---------------|---|
| 食費 | 朝食380円・昼食630円・夕食630円 希望に応じて外食の機会を設けています。630円を超える費用については実費負担をお願いする場合がございます。 (月に1回程度) |
| 宿泊費 | 3,000円/泊 2週間以上の連泊をご希望の場合は、4,000円/泊となります。 |
| リネン代 | 190円/日 |
| オムツ代 | 1800円~3540円/袋 (使用するオムツの種類によります) |
| クラブ活動等にかかる費用 | 内容等により、料金に変動があります。材料費や行事特別料理等に係る必要最低限の範囲です。参加を希望された場合に限り、必要となります。 また、必要時には事前の連絡及び相談をさせていただきます。 |
| 特別行事や食事にかかる費用 | |

*サービスの提供にあたっては、あらかじめ当該サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を得ます。居宅サービス計画への同意をもって利用申込とさせていただきます。

【その他必要と思われる費用】

*複写物の交付料。

*14日以上連泊を利用された時には、連泊利用中止した場合にハウスクリーニング代として費用の負担をいただきます(33,000円)。

例外として、14日未満の連泊であっても、汚れの度合いによってはハウスクリーニング代を請求させていただきます。

*理美容サービスを依頼した場合、理美容代が別途発生します。

カット：2,000円、毛染め：3,000円、シャンプー：1,000円。ただし、毛染め薬剤持参の場合は毛染め代が2,000円となります。