

# (介護予防)小規模多機能型居宅介護利用料金表

(令和8年6月1日より)

## 1. 小規模多機能型居宅介護費

| (単位:円) 1割負担の場合 |          | (単位:円) 2割負担の場合 |          | (単位:円) 3割負担の場合 |          |
|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|
|                | 通 常      |                | 通 常      |                | 通 常      |
| 要支援1           | 3,450/月  | 要支援1           | 6,900/月  | 要支援1           | 10,350/月 |
| 要支援2           | 6,972/月  | 要支援2           | 13,944/月 | 要支援2           | 20,916/月 |
| 要介護1           | 10,458/月 | 要介護1           | 20,916/月 | 要介護1           | 31,374/月 |
| 要介護2           | 15,370/月 | 要介護2           | 30,740/月 | 要介護2           | 46,110/月 |
| 要介護3           | 22,359/月 | 要介護3           | 44,718/月 | 要介護3           | 67,077/月 |
| 要介護4           | 24,677/月 | 要介護4           | 49,354/月 | 要介護4           | 74,031/月 |
| 要介護5           | 27,209/月 | 要介護5           | 54,418/月 | 要介護5           | 81,627/月 |

## 2. 加算 (1割負担の場合)

(単位:円)

| 項 目                 | 利用料金                                                       | 備 考                                                                       |
|---------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算                | 30/日                                                       | 登録した日から30日以内                                                              |
| 認知症加算               | (Ⅲ) 760/月                                                  | 日常生活自立度 Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ                                                             |
|                     | (Ⅳ) 460/月                                                  | 要介護2で日常生活自立度 Ⅱ                                                            |
| 科学的介護推進体制加算         | 40/月                                                       | 厚生労働省へ定期的に情報提供を実施し、受けたフィードバックに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検討し、介護計画への活用、ケアの質の向上に取り組む |
| 看護職員配置加算<br>(予防は除く) | (Ⅰ) 900/月                                                  | 常勤の看護師を1名配置                                                               |
|                     | (Ⅱ) 700/月                                                  | 常勤の准看護師を1名配置                                                              |
|                     | (Ⅲ) 480/月                                                  | 常勤換算方法で看護職員を1名以上配置                                                        |
| 訪問体制加算(予防は除く)       | 1,000/月                                                    | 訪問サービスの提供に当たる常勤職員を2名以上配置                                                  |
| 総合マネジメント体制<br>強化加算Ⅱ | (Ⅰ) 1,200/月                                                | 地域住民等、他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                                        |
|                     | (Ⅱ) 800/月                                                  | 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                                               |
| サービス提供体制<br>強化加算    | (Ⅰ) 750/月                                                  | 従業者(看護師又は准看護師を除く)に占める介護福祉士の割合が70%以上 又は勤続10年以上の介護福祉士が25%以上                 |
|                     | (Ⅱ) 640/月                                                  | 従業者(看護師又は准看護師を除く)に占める介護福祉士の割合が50%以上                                       |
|                     | (Ⅲ) 350/月                                                  | 従業者(看護師又は准看護師を除く)に占める介護福祉士の割合が40%以上 又は常勤職員が60%以上                          |
| 生活機能向上連携加算          | (Ⅰ) 100/月                                                  | リハビリスタッフ等の助言を受け、計画書を作成し、定期的に評価し助言を行う                                      |
|                     | (Ⅱ) 200/月                                                  | リハビリスタッフ等が定期的にご自宅へ訪問し、生活機能の向上を目的とした計画書を作成する                               |
| 若年性認知症<br>利用者受入加算   | 介護 800/月                                                   | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めて対応する                                           |
|                     | 予防 450/月                                                   |                                                                           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算      | 20/回                                                       | 利用開始時及び利用6ヶ月ごとにスタッフや介護支援専門員等で栄養状態の確認を行う                                   |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)      | 10/月                                                       | 介護機器を活用し、利用者の安全等に資する方策を検討する委員会を定期的に実施する                                   |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ     | 上記料金表で算定した単位数の1000分の186に相当する(18.6%)単位数<br>介護職員等の賃金の改善を実施する |                                                                           |

## 3. その他の利用料金

(単位:円)

| 項 目     | 自己負担額    | 備 考                           |
|---------|----------|-------------------------------|
| 朝 食     | 390/食    |                               |
| 昼 食     | 535/食    | おやつ代込み                        |
| 夕 食     | 520/食    |                               |
| スマイルケア食 | + 40     | 嚥下困難な方に対し食事を調理した場合に1食ごとにかかります |
| 宿 泊 費   | 2,800/泊  | 宿泊された場合に請求                    |
| 義歯洗浄剤代  | 実費/個     | 入れ歯洗浄剤使用の希望があった場合。            |
| 紙おむつ代   | (M) 実費/枚 | 使用された場合に限り請求                  |
|         | (L) 実費/枚 | 使用された場合に限り請求                  |
| 紙パンツ    | 実費/枚     | 使用された場合に限り請求                  |
| 尿取りパット  | 実費/枚     | 使用された場合に限り請求                  |
| 洗濯代     | 300/Kg   | 使用された場合に限り請求                  |
| その他     | 実 費      | レクリエーション活動費・行事費など             |

※ ご不明な点につきましては、職員までお尋ね下さい。