

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護サービス 利用者負担説明書(令和4年10月1日～)

●地域区分による1単位あたりの単価 10,33円 (6級地)

ご利用者負担 = 「利用単位数」 × 「1単位あたりの単価」のご利用者負担割合

介護報酬の1単位あたりの単価は、「地域」および「サービスの種類」によって異なります。当該サービスにおける東松山市（6級地）の1単位あたりの単価は10,33円となり、ご利用者負担は上記計算により算出されます。

この「利用者負担説明書」においては、各項目の単位数の右側に、上記を加えた利用者負担額（1割、2割、3割）を記載しております。

なお、地域加算は、月ごとの総単位数に対して加算されるため、ご利用者負担額の単価の積算額と実際の請求総額に若干の差異が生じる可能性があります。

《自己負担割合について》

利用負担割合は、各市町村より交付されております『介護保険負担割合証』に記載されております。『介護保険負担割合証』の変更や更新がありましたら速やかに事業所へご提示くださいますようお願いいたします。

《保険給付の自己負担額》※単位数の右側に記載された額が利用者負担額になります。負担割合については、市町村から交付される『介護保険負担割合証』に記載されております。そちらをご参照くださいますようお願いいたします。

※令和3年9月30日までの間は、小規模多機能型居宅介護費のイ及びロについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

1. 保険給付の自己負担額 ※単位数の右側が実際の利用者負担額になります。

イ (介護予防)小規模多機能型居宅介護費 (1月につき)

要支援・要介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	3,438単位	3,552円	7,103円	10,655円
要支援2	6,948単位	7,178円	14,355円	21,532円
要介護1	10,423単位	10,767円	21,534円	32,301円
要介護2	15,318単位	15,824円	31,647円	47,471円
要介護3	22,283単位	23,019円	46,037円	69,055円
要介護4	24,593単位	25,405円	50,809円	76,214円
要介護5	27,117単位	28,012円	56,024円	84,036円

※月ごとの包括料金ですので、体調不良や状態の変化などにより小規模多機能型居宅介護計画に定めた日よりも利用が少なかった場合、または、小規模多機能型居宅介護計画に定めた日よりも利用が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又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。

※登録日…利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、泊りのいずれかのサービスを実際に利用開始した日

※登録終了日…利用者と当事業所の利用契約を終了した日

ロ (介護予防)短期利用居宅介護費 (1日につき)

要支援・要介護度	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	423単位	437円	874円	1,311円
要支援2	529単位	547円	1,093円	1,640円
要介護1	570単位	589円	1,178円	1,767円
要介護2	638単位	659円	1,318円	1,977円
要介護3	707単位	731円	1,461円	2,191円
要介護4	774単位	800円	1,599円	2,399円
要介護5	840単位	868円	1,736円	2,604円

ハ 初期加算 (1日につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	30単位	31円	62円	93円

当事業所の登録した日から起算して30日の期間について、または、30日を超える入院をされた後に再び利用を開始した日から起算して30日の期間について加算されます。

ニ 認知症加算 (1月につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
認知症加算(I)	800単位	827円	1,653円	2,480円
認知症加算(II)	500単位	517円	1,033円	1,550円

※ご利用者の状態が一定の要件を満たした場合に加算されます。(要介護1～5が対象)

ホ 認知症行動・ 心理症状緊急対 応加算(1日につ き/7日間を限 度)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	200単位	207円	414円	620円

※ロを算定する場合のみ算定されます。

ヘ 若年性認知症 利用者受入加算 (1月につき)	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	800単位	827円	1,653円	2,480円

ト 看護職員配置加算（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
看護職員配置加算（Ⅰ）	900単位	930円	1,860円	2,790円
看護職員配置加算（Ⅱ）	700単位	724円	1,447円	2,170円
看護職員配置加算（Ⅲ）	480単位	496円	992円	1,488円

看護師または准看護師が常勤職員である場合など、一定の要件を満たした場合加算されます。

（要介護1～5が対象）

チ 看取り連携体制加算（1日につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	64単位	67円	133円	199円

看取り期における看護師確保や看取り方針等、一定要件を充たし、看護職員配置加算（Ⅰ）を算定している場合に算定されます。（死亡日から死亡日前30日以下まで）（要介護1～5が対象）

リ 訪問体制強化加算（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	1,000単位	1,033円	2,066円	3,099円

訪問サービスを積極的に提供する体制として、訪問を担当する従業者を常勤2名以上配置し、1月あたり延べ訪問回数が200回以上で加算されます。（要介護1～5が対象）

ヌ 総合マネジメント体制強化加算（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	1,000単位	1,033円	2,066円	3,099円

利用者の心身の状況又は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、介護職員その他の関係者が共同し、小規模多機能型居宅介護計画の見直しを行い、また、利用者の地域における多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民等との交流等を図っている場合に加算されます。

ル 生活機能向上連携加算（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位	104円	207円	310円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位	207円	414円	620円

ヲ 口腔・栄養スクリーニング加算（1回につき/6月に1回を限度）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	20単位	21円	42円	62円

ワ 科学的介護推進体制加算（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
	40単位	42円	83円	124円

カ サービス提供体制強化加算

イを算定している場合（1月につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	750単位	775円	1,550円	2,325円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	640単位	662円	1,323円	1,984円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	350単位	362円	723円	1,085円
ロを算定している場合（1日につき）	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	25単位	26円	52円	78円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	21単位	22円	44円	65円
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	12単位	13円	25円	37円

人材の質の確保や、研修や会議の実施など、一定の要件を満たした場合に加算されます。

ヨ 介護職員処遇改善加算（1月につき）	単位数
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位×102/1000）単位
・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位×74/1000）単位
・介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位×41/1000）単位

介護職員の処遇改善に関する対策を行なっている事業所に加算されます。

タ 介護職員等特定処遇改善加算（1月につき）	単位数
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	（所定単位×15/1000）単位
・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	（所定単位×12/1000）単位

※介護職員やその他職種の処遇改善に関する対策を行っている事業所に加算されます。

注1）所定単位は、イからカまでにより算定した単位数の合計

注2）上記単位に地域区分による単価を乗じた金額の利用者負担割合が自己負担となります。

※訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目です。

レ 介護職員等ベースアップ等支援加算（1月につき）	単位数
・介護職員等ベースアップ等支援加算	（所定単位×17/1000）単位

介護職員処遇改善加算のいずれかを算定し、介護職員等への賃上げ効果に資する取り組みを実施している場合

*上記単位に地域区分による単価を乗じたご利用負担割合が自己負担となります。

2 保険給付外費

食費

朝	400円
昼（おやつ込み）	500円
夕	400円
おやつのみ	100円

※但し、1ヶ月の上限額を36,000円とします。

- ※ サービス利用時に予定されていた食事をご利用者の都合でキャンセルする場合には下記時間までに申出てください。なお、下記の時間までに申出が無く食事の用意がされた場合については、該当する食費の請求をさせていただきます。

<キャンセル受付時間>

項目	時間
朝食	当日の午前 6時00分まで
昼食	当日の午前 10時00分まで
夕食	当日の午後 4時00分まで

宿泊費（1泊当たり） 1,500円

※但し1ヶ月の上限額を45,000円とします。

教養娯楽費 実費

※レクリエーション等で使用する材料費であり、施設で用意するものをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

おむつ代

紙おむつ	140円
パンツタイプ	180円
尿取りパット	40円

交通費／片道 10km未満 500円（税込）/1回 10km以上 1,000円（税込）/1回

基本的には、交通費はかかりませんが、通常の事業の実施地域（東松山市）以外の地域に居住する方が通い、訪問、宿泊を利用した場合、サービス提供に係るモニタリングを実施した場合にお支払いいただきます。

区分支給限度基準を超える単位

区分支給限度基準額を超える単位数については、区分支給限度額の対象外である加算も含めて 全額自己負担となります。

社会福祉法人等による低所得者に対する利用者負担額軽減制度について

低所得で特に生計が困難である方について、介護保険サービスの利用促進を図るために、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割の一環として、利用者負担額を軽減するものです。

・軽減の対象者

市町村民税世帯非課税であって、次の要件を満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に考えて、生計が困難な者として市町村が認めた者
・年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
・預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
・日常生活を供する資産以外に活用できる資産がないこと
・負担能力のある親族等に扶養されていないこと
・介護保険料を滞納していないこと

・軽減の手続き

- 1、利用者が居住する市町村に申請し、市町村の審査後に「軽減確認証」の交付を受けます。
- 2、サービスを受けるときに軽減確認証を提示してください。
- 3、利用者負担が軽減されます。

・軽減制度の対象となる内容

利用者負担額(1割負担分)、食費及び宿泊費の利用者負担

・軽減の割合

利用者負担の1/4 (老齢福祉年金受給者は1/2) ※軽減確認証に記載されます

※詳しくは、お住まいの市町村介護保険担当窓口にお問い合わせください。

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの利用にあたり、本書面に基づいて利用者負担の説明を行いました。

事業所 所在地 東松山市松葉町2丁目5番地37
名称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会
小規模多機能居宅介護あすみーる
説明者 所属 在宅福祉課 共生型多機能センター係
氏名

上記内容の説明を受け、サービスを利用した場合には、事業所の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

身元引受人 _____ 印