

サービス利用書  
小規模多機能型居宅介護事業所 ぼやあ樹

【ご利用者様負担 算出方法】  
地域単価(10.88円) × 単位数 = ○○円

2026年6月1日現在

1. サービス利用料金表

(1) 介護保険給付対象サービス(月額)

| 要介護度    | ご利用者負担額              |          |        |          |        |          |        | ご説明  |
|---------|----------------------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|--|
|         | 区分:(介護予防)小規模多機能型居宅介護 |          |        |          |        |          |        |  |
|         | 単位数                  | ご利用者様負担額 |        | ご利用者様負担額 |        | ご利用者様負担額 |        |  |
|         |                      | 1割負担(円)  |        | 2割負担(円)  |        | 3割負担(円)  |        |  |
| 要支援1    | 3,450                | 月額       | 3,754  | 月額       | 7,508  | 月額       | 11,261 | ①ご利用回数によって金額が変わることはありません。<br>②月の途中より登録及び登録解除された場合は日割り計算とさせていただきます。 |
| 要支援2    | 6,972                | 月額       | 7,586  | 月額       | 15,171 | 月額       | 22,757 |  |
| 要介護1    | 10,458               | 月額       | 11,379 | 月額       | 22,757 | 月額       | 34,135 |  |
| 要介護2    | 15,370               | 月額       | 16,723 | 月額       | 33,445 | 月額       | 50,168 |  |
| 要介護3    | 22,359               | 月額       | 24,327 | 月額       | 48,653 | 月額       | 72,980 |  |
| 要介護4    | 24,677               | 月額       | 26,849 | 月額       | 53,697 | 月額       | 80,546 |  |
| 要介護5    | 27,209               | 月額       | 29,604 | 月額       | 59,207 | 月額       | 88,810 |  |
| 区分:初期加算 |                      |          |        |          |        |          |        | 登録日より30日間に限り、算定させていただきます。  |
| 初期加算    | 30                   | 日額       | 33     | 日額       | 66     | 日額       | 98     |  |

【個人加算】

| 加算項目   | ご利用者負担額              |          |       |          |       |          |       | ご説明               |
|--------|----------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|-------------------|
|        | 区分:(介護予防)小規模多機能型居宅介護 |          |       |          |       |          |       |                   |
|        | 単位数                  | ご利用者様負担額 |       | ご利用者様負担額 |       | ご利用者様負担額 |       |                   |
|        |                      | 1割負担(円)  |       | 2割負担(円)  |       | 3割負担(円)  |       |                   |
| 認知症加算Ⅰ | 920                  | 月額       | 1,001 | 月額       | 2,002 | 月額       | 3,003 | 主治医の診断書の認知度によって加算 |
| 認知症加算Ⅱ | 890                  | 月額       | 969   | 月額       | 1,937 | 月額       | 2,905 |                   |
| 認知症加算Ⅲ | 760                  | 月額       | 827   | 月額       | 1,654 | 月額       | 2,481 |                   |
| 認知症加算Ⅳ | 460                  | 月額       | 501   | 月額       | 1,001 | 月額       | 1,502 |                   |

【事業所加算】

| 加算項目            | 単位数  | ご利用者様負担額 |       | ご利用者様負担額 |       | ご利用者様負担額 |       | ご説明            |
|-----------------|--|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------------|
|                 |  | 1割負担(円)  |       | 2割負担(円)  |       | 3割負担(円)  |       |                |
| 看護職員配置加算Ⅰ       | 900  | 月額       | 980   | 月額       | 1,959 | 月額       | 2,938 | 看護師の配置基準によって加算 |
| 看護職員配置加算Ⅱ       | 700  | 月額       | 762   | 月額       | 1,524 | 月額       | 2,285 |                |
| 看護職員配置加算Ⅲ       | 480  | 月額       | 523   | 月額       | 1,045 | 月額       | 1,567 |                |
| 訪問体制強化加算        | 1,000  | 月額       | 1,088 | 月額       | 2,176 | 月額       | 3,264 | 要件を満たした事業所に加算  |
| 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ | 1,200  | 月額       | 1,306 | 月額       | 2,612 | 月額       | 3,917 |                |
| 総合マネジメント体制強化加算Ⅱ | 800  | 月額       | 871   | 月額       | 1,741 | 月額       | 2,612 |                |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ   | 750  | 月額       | 816   | 月額       | 1,632 | 月額       | 2,448 |                |
| サービス提供体制強化加算Ⅱ   | 640  | 月額       | 697   | 月額       | 1,393 | 月額       | 2,089 |                |
| サービス提供体制強化加算Ⅲ   | 350  | 月額       | 381   | 月額       | 762   | 月額       | 1,143 |                |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ    | (介護職員報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算×18.6%)×地域単価(10.88)) |          |       |          |       |          |       |                |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ    | (介護職員報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算×18.3%)×地域単価(10.88)) |          |       |          |       |          |       |                |

(2) 介護保険給付対象外サービス(ご利用者10割負担)

※消費税は含まれません

|         |     |        |   |   |
|---------|-----|--------|---|---|
| 食費      | 朝食  | 1食     | 500円  | (5人参加として)原材料費1,650円+人件費(時給1,300円×2時間)2,600円+水道光熱費250円(1時間125円×2時間)=4,500円÷5人=900円/1人    |
|         | 昼食  | 1食     | 700円  | (15人参加として)原材料費4,800円+人件費(時給1,300円×4時間)5,200円+水道光熱費500円(1時間125円×4時間)=10,500円÷15人=700円/1人 |
|         | おやつ | 1食     | 200円  | (15人参加として)原材料費1,450円+人件費(時給1,300円×2時間)2,600円+水道光熱費250円(1時間125円×2時間)=4,300円÷15人=287円/1人  |
|         | 夕食  | 1食     | 800円  | (5人参加として)原材料費2,925円+人件費(時給1,300円×3時間)3,900円+水道光熱費375円(1時間125円×3時間)=7,200円÷5人=1,440円/1人  |
| 宿泊費     | 1泊  | 3,150円 | (平均4人宿泊)家賃380,286円÷720時間(24時間×30日)=528円(1時間分の家賃)528×16時間(宿泊サービス提供時間)÷4人=1,200円(①宿泊1人分の家賃)水道光熱費300円×16時間÷4人=1,200円(②宿泊1人分の水道光熱費)①2,112円+②1,200円=3,312円(合計) |   |
| 紙おむつ代 他 | 実費  |        | おむつ・トロミ剤等、個人で使用されるものは実費をお支払いいただきます。   |   |
| 交通費     | 無料  |        |   |   |
| 送迎費     | 実費  |        | 通常の事業の実施地域以外のご自宅・病院・他機関等への送迎については、自動車の場合片道1kmごとに100円、公共交通機関の場合は事業所の従業員の往復分の実費をお支払いいただきます。   |   |