

# 看護小規模多機能型居宅介護 料金体系 (R6年度改定: 2024/6/1~)

基本単位		
看護小規模多機能型居宅介護費①	看護小規模多機能型居宅介護費② <small>(併設の住宅型有料老人ホームご入居の方)</small>	短期利用居宅介護費③ <small>(1日につき)</small>
<input type="checkbox"/> 要介護1 (12,447単位)	<input type="checkbox"/> 要介護1 (11,214単位)	<input type="checkbox"/> 要介護1 (571単位)
<input type="checkbox"/> 要介護2 (17,415単位)	<input type="checkbox"/> 要介護2 (15,691単位)	<input type="checkbox"/> 要介護2 (638単位)
<input type="checkbox"/> 要介護3 (24,481単位)	<input type="checkbox"/> 要介護3 (22,057単位)	<input type="checkbox"/> 要介護3 (706単位)
<input type="checkbox"/> 要介護4 (27,766単位)	<input type="checkbox"/> 要介護4 (25,017単位)	<input type="checkbox"/> 要介護4 (773単位)
<input type="checkbox"/> 要介護5 (31,408単位)	<input type="checkbox"/> 要介護5 (28,298単位)	<input type="checkbox"/> 要介護5 (839単位)
<small>※併設の住宅型有料老人ホームのリエンズ西中田にご入居の方は、ご入居していない方に比べ、同じ要介護度であっても、併設減算としてお支払いいただく料金が若干お安くなりますが、給付管理上の単位数としては、入居の有無に関わらず、一律に左側の単位数が採用されます。 (令和6年度の介護報酬改定により)</small>		
各種加算(お一方お一方のご状態に応じた加算および当事業所の体制による加算) ★は令和6年度から新たに設けられた加算		
<input type="checkbox"/> 初期加算(30単位/日) (=900単位/月)※30日間のみ	<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算(600単位/回)	
<input type="checkbox"/> 認知症加算 I (920単位/月)	<input type="checkbox"/> 緊急時対応加算(774単位/月)	
<input type="checkbox"/> 認知症加算 II (890単位/月)	<input type="checkbox"/> 特別管理加算 I (500単位/月)	
<input type="checkbox"/> 認知症加算 III (760単位/月)	<input type="checkbox"/> 特別管理加算 II (250単位/月)	
<input type="checkbox"/> 認知症加算 IV (460単位/月)	<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算(2,500単位/死亡月)	
<input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急時対応加算(200単位/日)★	<input type="checkbox"/> 看護体制強化加算 I (3,000単位/月)	
<input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算(800単位/月)	<input type="checkbox"/> 看護体制強化加算 II (2,500単位/月)	
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算(50単位/月)★	<input type="checkbox"/> 訪問体制強化加算(1,000単位/月)	
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算(200単位/月)★	<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算 I (3単位/月)★	
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 I (20単位/6月)★	<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメント加算 II (13単位/月)★	
<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 II (5単位/6月)★	<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算 I (10単位/月)★	
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 I (150単位/月)★	<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算 II (15単位/月)★	
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 II (160単位/月)★	<input type="checkbox"/> 排せつ支援加算 III (20単位/月)★	
<input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算(40単位/月)★	<input type="checkbox"/> 総合マネジメント体制強化加算 I (1,200単位/月)	
<input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算(100単位/月)	<input type="checkbox"/> 総合マネジメント体制強化加算 II (800単位/月)	
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算 I (所定単位数×102/1,000/月)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 II (640単位/月)	
<input type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算 I (所定単位数×15/1,000/月)	各種加算小計(②)	単位
③	合計(①+②) 単位 × 地域区分10.33分(×1.033) × 負担割合(×1 ×2 ×3) = 介護保険適用分のご負担額(目安) 円	

※介護保険適用分のご請求額について  
 この表は「単位数での表記」のため、「仙台市の地域加算(乙地)」として、1単位につき10.33円を乗じた金額の1割がご請求額となります。  
 また、端数処理により、日額・月額で若干の誤差が生じる場合があります。

保険適用外分	実費負担料金(税込)	
<input type="checkbox"/> 朝食(480円/食) × 食 = 円	<input type="checkbox"/> 宿泊費(3,300円/円) × 泊 = 円	
<input type="checkbox"/> 昼食(650円/食) × 食 = 円		
<input type="checkbox"/> 夕食(550円/食) × 食 = 円	実費小計(④) 円	

※その月々の健康状態・ケア内容・当事業所の体制等によって、各種加算が変動する場合がございます。  
 ※医療費(お薬代含む)・福祉用具貸与費および購入費などは含まれません。

合計	1月あたりの看護小規模多機能型居宅介護のご利用料金目安 (③+④) 円
----	-------------------------------------

# 住宅型有料老人ホームリエンス西中田 料金表

20251013改定

## 【ご利用料金の目安】

<b>入居時料金</b> (ご入居時もしくはご入居前に現金でのお支払いもしくはお振込み)	
■敷金 (70,000円/月) 賃料の2か月分 → ご退居時の原状復帰(室内クリーニングなど)を差し引いた額を返却いたします。	
■保証代行サービス (24,000円/年)	
<b>小計 94,000円(①)</b>	

<b>月額料金</b>	
■賃料 (35,000円/月)	■実費介護サービス費 (50,000円/月) 24時間の介護提供、健康管理、服薬確認、 口腔ケア、イブニング・モーニングケア
■共益費 (20,000円/月) 施設維持管理・自室の水道光熱費	
■食費 (50,400円/1日3食30日の場合) 朝480円 昼650円 夕550円	■実費生活支援サービス費 (20,000円/月) リネン交換、食事配下膳、居室掃除、ゴミ出し、生活相談等
■寝具・日常生活用品費 (9,900円/月) 枕・布団・シーツ・カバー類・タオル類・シャンプー等	
<b>小計 185,300円(②)</b>	

## 【希望別実費サービス】 ※今後、実費費用の見直しがあった場合には適宜お知らせいたします。

<input type="checkbox"/> 買物代行費 (1,100円/30分毎) ※用件の代行含む: 薬の引き取りや提出物の代行など	<input type="checkbox"/> 外出同行費 (1,100円/30分毎)
<input type="checkbox"/> 通院同行費 (月2回目以降の通院から1,100円/30分毎)	<input type="checkbox"/> 洗濯代 (業者委託750円/1ネット)
<input type="checkbox"/> 燃料費等 (ガソリン代、駐車場代、有料道路料金など)	<input type="checkbox"/> 訪問理美容代 (業者委託)
<b>小計 円(③)</b>	

## 【身体状態に応じて実費負担】

<input type="checkbox"/> 各特別食・治療食 (実費負担)	<input type="checkbox"/> 介護関連費 (おむつ代、口腔ケア等の消耗品、杖、リハビリシューズ等)
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与費・購入費 (貸与品目・購入品目による)	<input type="checkbox"/> 身体拘束に関わる用具類: 実費 <input type="checkbox"/> ベッド上や車いす上で使用するクッション類: 実費
<input type="checkbox"/> イベントサービス費 (自費負担)	<input type="checkbox"/> リスク管理のための用具 (センサー等) のレンタル費: 660円
<b>小計 円(④)</b>	

※医療費 (お薬代含む)・福祉用具貸与費および購入費などは含みません。

1月あたりの有料老人ホームのご利用料金目安(①+②+③)	円 ※入居時料金は含まず
------------------------------	-----------------