

《別表》

ヒューマンライフケア新横浜

料 金 表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	2 級地	地域加算	10.72
-------	------	----	------	------	-------

利用時間	介護度	算定単位	単位数	自己負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
3 時間以上 4 時間未満	要介護1	／回	370単位	397円	794円	1,190円
	要介護2		423単位	454円	907円	1,361円
	要介護3		479単位	514円	1,027円	1,541円
	要介護4		533単位	572円	1,143円	1,714円
	要介護5		588単位	631円	1,261円	1,891円
4 時間以上 5 時間未満	要介護1	／回	388単位	416円	832円	1,248円
	要介護2		444単位	476円	952円	1,428円
	要介護3		502単位	539円	1,077円	1,615円
	要介護4		560単位	601円	1,201円	1,801円
	要介護5		617単位	662円	1,323円	1,985円
5 時間以上 6 時間未満	要介護1	／回	570単位	611円	1,222円	1,833円
	要介護2		673単位	722円	1,443円	2,165円
	要介護3		777単位	833円	1,666円	2,499円
	要介護4		880単位	944円	1,887円	2,830円
	要介護5		984単位	1,055円	2,110円	3,165円
6 時間以上 7 時間未満	要介護1	／回	584単位	626円	1,252円	1,878円
	要介護2		689単位	739円	1,478円	2,216円
	要介護3		796単位	854円	1,707円	2,560円
	要介護4		901単位	966円	1,932円	2,898円
	要介護5		1008単位	1,081円	2,161円	3,242円
7 時間以上 8 時間未満	要介護1	／回	658単位	706円	1,411円	2,116円
	要介護2		777単位	833円	1,666円	2,499円
	要介護3		900単位	965円	1,930円	2,895円
	要介護4		1023単位	1,097円	2,194円	3,290円
	要介護5		1148単位	1,231円	2,462円	3,692円

《次ページもご覧ください》

- ※ 当事業所が原則ご提供している1日のサービス利用時間は、「サービス利用時間」をご参照ください。なお、居宅サービス計画および通所介護計画に基づき、短時間のご利用をされる場合には別途ご相談ください。この場合も、上記料金表に基づき算定します。
- ※ 自己負担額の該当する割合は、保険者が発行する負担割合証に基づきご請求いたします。なお、有効期間内に割合変更があった場合、当該月の翌月初日付の変更でご請求いたします。（ただし、給付制限対象者については3割負担が優先されます。）
- ※ 料金表の料金設定の基本となる時間は、利用者の居宅サービス計画書（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。毎月の料金の詳細は、ケアマネジャーから交付されるサービス利用表（別表）で確認することができます。
- ※ 定員超過の場合または、看護・介護職員が欠員の場合は、所定単位数に70/100を乗じた単位数で算定します。
- ※ 心身の状況その他利用者のやむを得ない事情で、長時間のサービス利用が困難な場合に2時間以上3時間未満の利用をされた場合は、4時間以上5時間未満の所定単位数に70/100を乗じた単位数で算定します。
- ※ 事業所において、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。
- ※ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定および当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。
- ※ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合かつ事業所が算定要件を満たしている場合、所定単位数に103/100を乗じた単位数で算定します。

加算項目、備考		算定単位	単位数	自己負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
入浴介助加算(Ⅰ)		／日	40単位	43円	86円	129円
入浴介助加算(Ⅱ)		／日	55単位	59円	118円	177円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		／日	56単位	60円	120円	180円
個別機能訓練加算(Ⅱ)		／月	20単位	22円	43円	65円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		／回	20単位	22円	43円	65円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		／回	5単位	6円	11円	16円
口腔機能向上加算(Ⅰ)		／回	150単位	161円	322円	483円
口腔機能向上加算(Ⅱ)		／回	160単位	172円	343円	515円
科学的介護推進体制加算		／月	40単位	43円	86円	129円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		／回	18単位	20円	39円	58円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ		／月	所定単位数の120/1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合		／片道	-47単位	-51円	-101円	-151円
同一建物減算 該当する場合のみ		／日	-94単位	-101円	-202円	-303円
介護保険 外費用	1日あたりの料金（非課税）			備考		
食費	700円			ご利用当日にキャンセルされた場合、 キャンセル料として、左記料金をいただきます。		
おやつ代	50円					

«別表»

ヒューマンライフケア新横浜

料 金 表

横浜市通所介護相当サービス

サービス利用時間	7時間以上8時間未満	地域加算	10.72
対象地域	横浜市	等級	2 級地

項 目	区分	算定 単位	同一建物 内の方	単 位	自己負担額		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業対象者 要支援 1・2	週 1 回 程度	／月	376単位 減算	1798単位	1,928円	3,855円	5,783円
事業対象者 要支援 2	週 2 回 程度		752単位 減算	3621単位	3,882円	7,764円	11,646円

※ 利用料金は 1 か月ごとの定額制です。当該サービスの«施設利用料»の利用料金および算定単位は保険者の基準に則り、サービス計画において位置づけられた支給区分によって決まります。ご利用者の体調不良や状態の改善等により、サービスの利用が少なかった場合または多かった場合でも、日割りでの割引・増額はいたしません。ただし、次の場合については、日割り計算（上記の料金を、30.4 で除し、四捨五入した 1 日あたりの単位を基に計算）を行い、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

〔日割り計算を行う場合〕

- ・月の途中に、ご利用を開始した場合又は終了した場合
- ・月の途中に、要介護から要支援に又は要支援から要介護に変更となった場合
- ・月の途中に、要支援度等が変更となった場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※ 自己負担額の該当する割合は、保険者が発行する負担割合証に基づきご請求いたします。なお、有効期間内に割合変更があった場合、当該月の翌月初日付の変更でご請求いたします。（ただし、給付制限対象者については 3 割負担が優先されます。）

※ 料金表の料金設定の基本となるサービス回数は、利用者の介護予防サービス計画（ケアプラン）において必要とされた目安の回数を基準とします。毎月の料金の詳細は、ケアマネジャーから交付されるサービス利用表（別表）で確認することができます。

※ 定員超過の場合、または看護・介護職員が欠員の場合は、上記単位の 70% に相当する単位となります。

※ 事業所が送迎を行わない場合について、週に 1 回程度を算定している場合は 1 月につき 376 単位を上限として、週に 2 回程度以上を算定している場合は 1 月につき 752 単位を上限として減算します。（同一建物に関する減算を適用している場合を除く）

※ 事業所において、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は、所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算します。

«次ページもご覧ください»

※ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定および当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。

項 目	算定単位	単位	自己負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
口腔機能向上加算(Ⅰ)	／月	150単位	161円	322円	483円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／月	160単位	172円	343円	515円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	22円	43円	65円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	／回	5単位	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算	／月	40単位	43円	86円	129円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	／月	72単位	78円	155円	232円
		144単位	155円	309円	463円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)□	／月	所定単位数の 120／1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合	／片道	-47単位	-51円	-101円	-151円

介護保険外費用	1 日あたりの料金（非課税）	備考
食費	700円	ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料として、左記料金をいただきます。
おやつ代	50円	

《別表》

ヒューマンライフケア新横浜

料 金 表

介護予防通所介護相当サービス

サービス利用時間	7時間以上8時間未満	地域加算	10.27
対象地域	北本市	等級	6 級地

項 目	区分	算定 単位	同一建物 内の方	単 位	自己負担額		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
事業対象者 要支援 1	週 1 回 程度	/回	94単位 減算	436単位	448円	896円	1,344円
		/月	376単位 減算	1798単位	1,847円	3,693円	5,540円
事業対象者 要支援 2	週 2 回 程度	/回	94単位 減算	447単位	459円	918円	1,377円
		/月	752単位 減算	3621単位	3,719円	7,438円	11,157円

※ 当該サービスの《施設利用料》の利用料金および算定単位は保険者の基準に則り、サービス計画において位置づけられた支給区分によって決まります。なお、算定単位は原則として、サービス提供実績に基づき、1 回あたりの単価により請求します。ただし、1 か月の提供回数が以下の場合については、1 月あたりの算定単位を適用するものとします。

- ・区分『週 1 回程度』で、1 か月の提供回数が 5 回以上の場合。
- ・区分『週 2 回程度』で、1 か月の提供回数が 9 回以上の場合。

また、ご利用者の体調不良等により、サービスの利用が少なかった場合または多かった場合であっても、月の途中での区分変更は不要です。

※ 1 月あたりの算定単位を適用する場合、ご利用者の体調不良や状態の改善等により、サービスの利用が少なかった場合または多かった場合でも、日割りでの割引・増額はいたしません。ただし、次の場合については、日割り計算（上記の料金を、30.4 で除し、四捨五入した 1 日あたりの単位を基に計算）を行い、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

〔日割り計算を行う場合〕

- ・月の途中に、ご利用を開始した場合又は終了した場合
- ・月の途中に、要介護から要支援に又は要支援から要介護変更となった場合
- ・月の途中に、要支援度等が変更となった場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

《次ページもご覧ください》

- ※ 自己負担額の該当する割合は、保険者が発行する負担割合証に基づきご請求いたします。なお、有効期間内に割合変更があった場合、当該月の翌月初日付の変更でご請求いたします。（ただし、給付制限対象者については3割負担が優先されます。）
- ※ 料金表の料金設定の基本となるサービス回数は、利用者の介護予防サービス計画（ケアプラン）において必要とされた目安の回数を基準とします。毎月の料金の詳細は、ケアマネジャーから交付されるサービス利用表（別表）で確認することができます。
- ※ 定員超過の場合、または看護・介護職員が欠員の場合は、上記単位の70%に相当する単位となります。
- ※ 事業所が送迎を行わない場合について、週に1回程度を算定している場合は1月につき376単位を上限として、週に2回程度以上を算定している場合は1月につき752単位を上限として減算します。（同一建物に関する減算を適用している場合を除く）
- ※ 事業所において、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。
- ※ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定および当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。

項 目	算定単位	単位	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算(Ⅰ)	／月	150単位	154円	308円	462円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／月	160単位	165円	329円	493円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	21円	41円	62円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	／回	5単位	6円	11円	16円
科学的介護推進体制加算	／月	40単位	41円	82円	123円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	／月	72単位	74円	148円	222円
		144単位	148円	296円	444円
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)□	／月	所定単位数の120／1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合	／片道	-47単位	-49円	-97円	-145円

介護保険外費用	1日あたりの料金（非課税）	備考
食費	700円	ご利用当日にキャンセルされた場合、キャンセル料として、左記料金をいただきます。
おやつ代	50円	