«別表»

ヒューマンライフケア栄の湯

料 金 表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	5級地	地域加算	10.45

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	387円	774円	1,160円
	要介護2		423単位	442円	884円	1,326円
	要介護3		479単位	501円	1,001円	1,502円
	要介護4		533単位	557円	1,114円	1,671円
	要介護5		588単位	615円	1,229円	1,844円
4時間以上 5時間未満	要介護1	／回	388単位	406円	811円	1,217円
	要介護2		444単位	464円	928円	1,392円
	要介護3		502単位	525円	1,049円	1,574円
	要介護4		560単位	586円	1,171円	1,756円
	要介護5		617単位	645円	1,290円	1,935円
5時間以上 6時間未満	要介護1	／回	570単位	596円	1,192円	1,787円
	要介護2		673単位	704円	1,407円	2,110円
	要介護3		777単位	812円	1,624円	2,436円
	要介護4		880単位	920円	1,840円	2,759円
	要介護5		984単位	1,029円	2,057円	3,085円
6時間以上 7時間未満	要介護1	／回	584単位	611円	1,221円	1,831円
	要介護2		689単位	720円	1,440円	2,160円
	要介護3		796単位	832円	1,664円	2,496円
	要介護4		901単位	942円	1,883円	2,825円
	要介護5		1008単位	1,054円	2,107円	3,160円
7時間以上 8時間未満	要介護1	／回	658単位	688円	1,376円	2,063円
	要介護2		777単位	812円	1,624円	2,436円
	要介護3		900単位	941円	1,881円	2,822円
	要介護4		1023単位	1,069円	2,138円	3,207円
	要介護5		1148単位	1,200円	2,400円	3,599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	42円	84円	126円
入浴介助加算(Ⅱ)	／日	55単位	58円	115円	173円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	／日	56単位	59円	117円	176円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	／日	76単位	80円	159円	239円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	／月	20単位	21円	42円	63円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	21円	42円	63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	157円	314円	471円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／回	160単位	168円	335円	502円
科学的介護推進体制加算	／月	40単位	42円	84円	126円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	／月	所定単位数の118/1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合	／片道	-47単位	-50円	-99円	-148円
同一建物減算　該当する場合のみ	／日	-94単位	-99円	-197円	-295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栄の湯

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	10.45
対象地域	新座市	等級	5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	／月	376単位 減算	1798単位	1,879円	3,758円	5,637円
事業対象者 要支援2				1811単位	1,893円	3,785円	5,678円
事業対象者 要支援2	週2回 程度		752単位 減算	3621単位	3,784円	7,568円	11,352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）

«次ページもご覧ください»

※ 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	157円	314円	471円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／月	160単位	168円	335円	502円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	21円	42円	63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	42円	84円	126円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	／月	所定単位数の 118／1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合	／片道	-47単位	-50円	-99円	-148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栄の湯

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	10.54
対象地域	朝霞市	等級	４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	／月	376単位 減算	1798単位	1,895円	3,790円	5,685円
事業対象者 要支援２				1811単位	1,909円	3,818円	5,727円
事業対象者 要支援２	週２回 程度		752単位 減算	3621単位	3,817円	7,633円	11,450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）

«次ページもご覧ください»

※ 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	159円	317円	475円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／月	160単位	169円	338円	506円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	21円	42円	63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	85円	127円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	／月	所定単位数の 118／1000 加算			
事業所が送迎を行わない場合	／片道	-47単位	-50円	-99円	-149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栄の湯

料 金 表

総合事業型予防通所介護

サービス利用時間	7時間以上8時間未満	地域加算	10.68
対象地域	東久留米市	等級	3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	／月	376単位減算	1798単位	1,921円	3,841円	5,761円
事業対象者 要支援2	週2回程度		752単位減算	3621単位	3,868円	7,735円	11,602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	321円	481円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	／月	160単位	171円	342円	513円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	／回	20単位	22円	43円	64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
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	／月	所定単位数の 118／1000 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	