

《別表》

ヒューマンライフケア岸和田の湯

料 金 表

[通所介護]

事業所規模	通常規模	等級	6 級地	地域加算	10.27
-------	------	----	------	------	-------

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	380円	760円	1,140円
	要介護2		423単位	435円	869円	1,304円
	要介護3		479単位	492円	984円	1,476円
	要介護4		533単位	548円	1,095円	1,642円
	要介護5		588単位	604円	1,208円	1,812円
4 時間以上 5 時間未満	要介護1	／回	388単位	399円	797円	1,196円
	要介護2		444単位	456円	912円	1,368円
	要介護3		502単位	516円	1,031円	1,547円
	要介護4		560単位	576円	1,151円	1,726円
	要介護5		617単位	634円	1,268円	1,901円
5 時間以上 6 時間未満	要介護1	／回	570単位	586円	1,171円	1,756円
	要介護2		673単位	692円	1,383円	2,074円
	要介護3		777単位	798円	1,596円	2,394円
	要介護4		880単位	904円	1,808円	2,712円
	要介護5		984単位	1,011円	2,021円	3,032円
6 時間以上 7 時間未満	要介護1	／回	584単位	600円	1,200円	1,800円
	要介護2		689単位	708円	1,416円	2,123円
	要介護3		796単位	818円	1,635円	2,453円
	要介護4		901単位	926円	1,851円	2,776円
	要介護5		1008単位	1,036円	2,071円	3,106円
7 時間以上 8 時間未満	要介護1	／回	658単位	676円	1,352円	2,028円
	要介護2		777単位	798円	1,596円	2,394円
	要介護3		900単位	925円	1,849円	2,773円
	要介護4		1023単位	1,051円	2,102円	3,152円
	要介護5		1148単位	1,179円	2,358円	3,537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	41円	82円	123円
入浴介助加算(Ⅱ)		／日	55単位	57円	113円	170円
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ		／日	56単位	58円	115円	173円
個別機能訓練加算(Ⅱ)		／月	20単位	21円	41円	62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
口腔機能向上加算(Ⅰ)		／回	150単位	154円	308円	462円
口腔機能向上加算(Ⅱ)		／回	160単位	165円	329円	493円
科学的介護推進体制加算		／月	40単位	41円	82円	123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	-49円	-97円	-145円
同一建物減算 該当する場合のみ		／日	-94単位	-97円	-193円	-290円
介護保険 外費用	1日あたりの料金（非課税）			備考		
食費	650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	食費に含む					