«別表»

ヒューマンライフケア日根野湯

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(Ⅰ)ロ	／日	76単位	78円	156円	234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
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	／回	6単位	7円	13円	19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	

«別表»

ヒューマンライフケア日根野湯

料 金 表

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	泉佐野市	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
要支援2	週1回 程度	／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。

※ 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。

«次ページもご覧ください»

※ 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）

※ 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。

※ 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

※ 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(Ⅲ)	／月	24単位	25円	50円	74円
		48単位	50円	99円	148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

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	

«別表»

ヒューマンライフケア日根野湯

料 金 表

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	熊取町	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
要支援2	週1回 程度	／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。

※ 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。

«次ページもご覧ください»

※ 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）

※ 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。

※ 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

※ 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(Ⅲ)	／月	24単位	25円	50円	74円
		48単位	50円	99円	148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

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	

«別表»

ヒューマンライフケア日根野湯

料 金 表

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	田尻町	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
要支援2	週1回 程度	／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。

※ 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。

«次ページもご覧ください»

※ 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）

※ 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。

※ 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

※ 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(Ⅲ)	／月	24単位	25円	50円	74円
		48単位	50円	99円	148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

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	