

湖ケアセンター（指定通所介護）単位料金表

実施日：月～土曜日（但し、12月31日～翌年1月3日を除く）
 送迎エリア：秦野市、中井町、松田町、大井町、二宮町
 秦野市6級地：地域単価 10.27円

■基本単位・料金・・・A

① 通常規模型通所介護費				
サービス・加算		単位	個人負担料金 1割負担(円)	個人負担料金 2割負担(円)
要介護1	8時間以上9時間未満	656	674	1,348
要介護2	8時間以上9時間未満	775	796	1,592
要介護3	8時間以上9時間未満	898	923	1,845
要介護4	8時間以上9時間未満	1,021	1,049	2,097
要介護5	8時間以上9時間未満	1,144	1,175	2,350
サービス提供時間が9時間を超え10時間未満となる場合 （8時間以上9時間未満の要介護度別単位数に加算）		50	52	103
サービス提供時間が10時間を超え11時間未満となる場合 （8時間以上9時間未満の要介護度別単位数に加算）		100	103	206
サービス提供時間が11時間を超え12時間未満となる場合 （8時間以上9時間未満の要介護度別単位数に加算）		150	154	308
サービス提供時間が12時間を超え13時間未満となる場合 （8時間以上9時間未満の要介護度別単位数に加算）		200	206	411
② 加算		(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)
●通所介護サービス提供体制加算（Ⅰ）イ 支給限度管理の対象外		18	19	37
▼通所介護個別機能訓練加算（Ⅱ）		56	58	115
▼通所介護生活機能向上連携加算 ※1ヶ月に1回		100	103	206
▼通所介護入浴介助加算		50	52	103
▼通所介護認知症加算		60	62	124
▼通所介護栄養スクリーニング ※6ヶ月に1回算定		5	6	11
▼通所介護栄養改善加算		150	154	308
▼通所介護口腔機能向上加算 ※1ヶ月に2回		150	154	308
▼通所介護送迎減算（片道：事業所が送迎を行わない場合）		▲47	▲48	▲96
●※通所介護処遇改善加算（Ⅰ）支給限度管理の対象外		所定単位数に5.9%を乗じた単位数		

●・・・配置・体制加算のため、全員に加算されます ▼・・・該当するサービスを受けた場合に加算されます
 ※全ては、居宅サービス計画によるサービス利用表（提供表）を予定とした提供となります

■食費 . . . B (円)

食費	朝・食費	490
	昼・食費	650
	夜・食費	650

* 食費は、事前に所定の方式で届出をしていただき、食事を提供しなかった場合は請求しません。

■その他の利用料金（ご希望の方） . . . C (円)

おやつ	100
口腔ケアセット 全て単品からの選択も可能	
口腔Aセット ※歯が全部自歯の方セット（自立用）	100
口腔Bセット ※歯が全部自歯の方セット（一部介助用）	140
口腔Cセット ※歯が部分又は総入れ歯の方セット（自立・一部介助用）	140
口腔Dセット ※全介助用	200
教養娯楽費（レクリエーション費用、クラブ活動費「書道・絵手紙・クラフト手芸」・園芸諸経費）（1回あたり） ※参加された方にご請求させていただきます。	100
おむつ代には、交換時の処分費も含まれています。	
おむつ代（おむつパンツタイプ M サイズ 1枚あたり）	180
おむつ代（おむつパンツタイプ L サイズ 1枚あたり）	190
おむつ代（紙おむつ M サイズ 1枚あたり）	170
おむつ代（紙おむつ L サイズ 1枚あたり）	180
おむつ代（尿取りパット 1枚あたり）	40
おむつ代（尿取りパットナイト用 1枚あたり）	40
ご自宅からの持参用品（おむつ・パンツ・パット）を使用される場合は、以下処分費用が発生いたします。	
おむつ処分代（おむつパンツタイプ サイズにかかわらず 1枚あたり）	40
おむつ処分代（尿取りパットタイプ サイズにかかわらず 1枚あたり）	20
理美容代	実 費
特別な食事（通常に提供される食事以外で本人が希望し、提供される食事）	実 費
特別行事参加費（敬老の日、誕生会、クリスマス会など特別な行事にかかる費用）	実 費
延長料金 1時間（※ 加算算定枠を超えた場合）	1,000

その他の料金（介護保険給付以外の利用料金）については、利用申込書及びサービス同意書を提出していただきます。