

特別養護老人ホーム 湖（指定介護老人福祉施設入所） 単位料金表

（1日あたり）＜要介護者：介護・看護職員の配置＝3：1＞

秦野市6級地：地域単価 10.27円

■基本単位・料金 ・ ・ ・ A

①サービス費		介護福祉施設サービス費（Ⅰ）			介護福祉施設サービス費（Ⅱ）		
サービス・加算	従来型個室ご利用の場合			多床室ご利用の場合			
	単位	個人負担料金 1割負担（円）	個人負担料金 2割負担（円）	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	547	562	1,124	547	562	1,124	
要介護2	614	631	1,261	614	631	1,261	
要介護3	682	701	1,401	682	701	1,401	
要介護4	749	770	1,539	749	770	1,539	
要介護5	814	836	1,672	814	836	1,672	
②加算				(単位)	1割負担(円)	2割負担(円)	
●福祉施設日常生活継続支援加算Ⅰ				36	37	74	
●福祉施設看護体制加算Ⅰ口				4	5	9	
●福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ口				13	14	27	
●福祉施設個別機能訓練加算				12	13	25	
●精神科医療養指導加算				5	6	11	
●福祉施設外泊時費用（月6日まで）※外泊・入院した場合				246	253	506	
●福祉施設初期加算（入所日から30日以内の期間）				30	31	62	
●福祉施設栄養マネジメント加算				14	15	29	
●福祉施設口腔衛生管理体制加算（1月につき1回）				30	31	62	
▼福祉施設口腔衛生管理加算（1月につき1回）				110	113	226	
▼福祉施設退所前訪問相談援助加算				460	473	945	
▼福祉施設退所後訪問相談援助加算				460	473	945	
▼福祉施設退所時相談援助加算				400	411	822	
▼福祉施設退所前連携加算				500	514	1,027	
▼福祉施設経口移行加算 ※ケアプラン等で承認をいただきます				28	29	58	
▼福祉施設経口維持加算（Ⅰ） "（1月につき1回）				400	411	822	
▼福祉施設経口維持加算（Ⅱ） "（1月につき1回）				100	103	206	
▼福祉施設療養食加算 ※ケアプラン等で承認をいただきます				18	19	37	
▼福祉施設認知症緊急対応加算（7日間限定）				200	206	411	
●※福祉施設処遇改善加算（Ⅰ）				所定単位数に8.3%を乗じた単位数			
▼福祉施設 看取り介護 加算	1	死亡日以前4～30日		144	148	296	
	2	死亡日以前の2日又は3日		680	699	1,397	
	3	死亡日		1280	1,315	2,629	

●・・・配置・体制加算のため、全員に加算されます

▼・・・ケアプランにより承認をいただき、該当するサービスを受けた場合に加算されます

※身体抑制防止については、必要な策を講じ対応させていただいております。（身体拘束廃止未実施減算なし）

■食費及び居住費負担額・・・B

(円)

居住費負担額（多床室）	※ご利用される部屋によりいずれかになります	870
居住費負担額（個室）		1,200
食費（1日）		1,841

- * 光熱水費と室料等は当事業所の実際にかかる費用をご利用者一人当たりの料金として計算したものです。
- * 居住費は、1日ごとの請求をさせていただきます。(0時をもって課金いたします。)
- * 居住費は、外出・外泊及び医療機関に入院期間中の場合も請求とさせていただきます。
- * 食費は、1日ごとの請求とさせていただきます。ただし、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。
- * 介護保険負担限度額認定を受けている方で、サービスご利用時に提出があった場合は、認定証の記載金額となります。
なお7日以上の外泊または入院時の居住費については、7日目より上記記載負担額Bが適用されます。

■その他の利用料金・・・C

(円)

おやつ ※ご希望により		195/1回
日用品費（1回あたり） ※身体状況を勘案したセットを用意させていただいております。 日用品費A（自分の歯をいつまでも大切にしたい方）195円 日用品費B（残っている自分の歯を長く大切にしたい方）247円 日用品費C（入れ歯でも、いつまでもお口により気を配る方）278円	同意をいただきます	実費
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。		103/1日
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

保険外負担のある項目の利用にあたっては、利用申込書及びサービス同意書をいただきます。

介護予防

湖ケアセンター（指定介護予防通所介護）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 介護予防通所介護費				
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）
要支援1		1,647	1,692	3,383
要支援2		3,377	3,469	6,937
② 加算		（単位）	1割負担（円）	2割負担（円）
●予防通所 サービス提供体制加算（I）イ	要支援1	72	74	148
	要支援2	144	148	296
▼予防通所介護運動器機能向上加算		225	231	462
▼予防通所介護栄養改善加算		150	154	308
▼予防通所介護口腔機能向上加算		150	154	308
▼ 予防通所介護複数サービス実施加算（I） ※上記選択的サービス（運動・栄養・口腔）のうち2種類実施した場合		480	493	986
▼ 予防通所介護複数サービス実施加算（II） ※上記選択的サービス（運動・栄養・口腔）のうち3種類実施した場合		700	719	1,438
▼予防通所介護送迎減算 ※ケアハウス等に居住する方対象	要支援1	▲376	▲387	▲773
	要支援2	▲752	▲773	▲1,545
●※予防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

■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

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。