

リハビリデイサービスさみた 通所介護（総合事業）料金表

令和4年10月1日現在

【介護保険利用料金】

利用時間	介護度	算定回数	単位数	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	月に4回まで	1回につき	384 単位	390 円	779 円	1,168 円
	月に5回以上	1月につき	1,672 単位	1,696 円	3,391 円	5,087 円
事業対象者 要支援2	月に4回まで	1回につき	395 単位	401 円	801 円	1,202 円
	月に5回以上	1月につき	3,476 単位	3,525 円	7,050 円	10,574 円

【加算】

加算	介護度	算定回数	単位数	自己負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	要支援1	1月につき	88 単位	90 円	179 円	268 円
	要支援2	1月につき	176 単位	179 円	357 円	536 円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	要支援1	1月につき	72 単位	73 円	146 円	219 円
	要支援2	1月につき	144 単位	146 円	292 円	438 円
サービス提供体制 強化加算Ⅲ	要支援1	1月につき	24 単位	25 円	49 円	73 円
	要支援2	1月につき	48 単位	49 円	98 円	146 円
科学的介護推進体制加算		1月につき	40 単位	41 円	81 円	122 円

【処遇改善に関する加算】

介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の5.9%加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の4.3%加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の2.3%加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の1.2%加算
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の1.0%加算
介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の1.1%加算

【注意事項】

☆介護保険の負担額は河合町（地域区分：7級地）のため、1単位10.14円で計算しています。

☆実際の請求額は、月額で計算するため、上記金額とは若干の誤差が発生することがあります。

## リハビリデイサービスさみた 通所介護（デイサービス） 料金表

【介護保険利用料金】

令和4年10月1日現在

その他加算	算定回数	単位数	自己負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
生活機能向上グループ活動加算	1月	100 単位	102 円	203 円	305 円
運動器機能向上加算	1月	56 単位	57 円	114 円	171 円
若年性認知症利用者受入加算	1月	240 単位	244 円	487 円	730 円
栄養アセスメント加算	1月	50 単位	51 円	102 円	153 円
栄養改善加算	1月	200 単位	203 円	406 円	609 円
口腔機能向上加算 I	1月	150 単位	153 円	305 円	457 円
口腔機能向上加算 II	1月	160 単位	163 円	325 円	487 円
選択的サービス複数実施加算 I	1月	480 単位	487 円	974 円	1,461 円
選択的サービス複数実施加算 II	1月	700 単位	710 円	1,420 円	2,130 円
生活機能向上連携加算 I	3月/回	100 単位	102 円	203 円	305 円
生活機能向上連携加算 II	1月	200 単位	203 円	406 円	609 円
生活機能向上連携加算 II (運動機能向上加算算定時)	1月	100 単位	102 円	203 円	305 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I	6月/回	20 単位	21 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算 II	6月/回	5 単位	5 円	10 円	15 円
科学的介護推進体制加算	1月	40 単位	41 円	81 円	122 円

【注意事項】

☆介護保険の負担額は河合町（地域区分：7級地）のため、1単位10.14円で計算しています。

☆実際の請求額は、月額で計算するため、上記金額とは若干の誤差が発生することがあります。

-----

【その他の費用】

昼食代（希望者のみ）	回	550円
おやつ代（希望者のみ）	回	100円
日用品費	回	100円
レクリエーション等の教養娯楽費	回	100円
尿とりパット	枚数	50円
リハビリパンツ	枚数	180円
オムツ代	枚数	150円