

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】

平成30年10月1日現在

利用時間	介護度	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 (基本時間)	要介護1	362 単位	367 円	734 円	1,101 円
	要介護2	415 単位	421 円	842 円	1,263 円
	要介護3	470 単位	477 円	953 円	1,430 円
	要介護4	522 単位	530 円	1,059 円	1,588 円
	要介護5	576 単位	584 円	1,168 円	1,752 円
4時間以上 5時間未満	要介護1	380 単位	386 円	771 円	1,156 円
	要介護2	436 単位	443 円	885 円	1,327 円
	要介護3	493 単位	500 円	1,000 円	1,500 円
	要介護4	548 単位	556 円	1,112 円	1,667 円
	要介護5	605 単位	614 円	1,227 円	1,841 円
5時間以上 6時間未満	要介護1	558 単位	566 円	1,132 円	1,698 円
	要介護2	660 単位	670 円	1,339 円	2,008 円
	要介護3	761 単位	772 円	1,544 円	2,315 円
	要介護4	863 単位	875 円	1,750 円	2,625 円
	要介護5	964 単位	978 円	1,955 円	2,933 円
6時間以上 7時間未満	要介護1	572 単位	580 円	1,160 円	1,740 円
	要介護2	676 単位	686 円	1,371 円	2,057 円
	要介護3	780 単位	791 円	1,582 円	2,373 円
	要介護4	884 単位	897 円	1,793 円	2,689 円
	要介護5	988 単位	1,002 円	2,004 円	3,006 円
7時間以上 8時間未満 (基本時間)	要介護1	645 単位	654 円	1,308 円	1,962 円
	要介護2	761 単位	772 円	1,544 円	2,315 円
	要介護3	883 単位	896 円	1,791 円	2,686 円
	要介護4	1,003 単位	1,017 円	2,034 円	3,051 円
	要介護5	1,124 単位	1,140 円	2,280 円	3,420 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。

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】

平成30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
入浴介助加算	1日	50 単位	51 円	102 円	153 円
中重度ケア体制加算	1日	45 単位	46 円	92 円	137 円
生活機能向上連携加算 1	1月	200 単位	203 円	406 円	609 円
生活機能向上連携加算 2	1月	100 単位	102 円	203 円	305 円
個別機能訓練加算 1	1日	46 単位	47 円	94 円	140 円
個別機能訓練加算 2	1日	56 単位	57 円	114 円	171 円
ADL維持加算 1	1月	3 単位	3 円	6 円	9 円
ADL維持加算 2	1月	6 単位	6 円	12 円	18 円
認知症加算	1日	60 単位	61 円	122 円	183 円
若年性認知症利用者受入加算	1日	60 単位	61 円	122 円	183 円
栄養改善加算	1月2回	150 単位	153 円	305 円	457 円
栄養スクリーニング加算	6月1回	5 単位	5 円	10 円	15 円
口腔機能向上加算	1月2回	150 単位	153 円	305 円	457 円
サービス提供体制強化加算 1 イ	1日	18 単位	19 円	37 円	55 円
サービス提供体制強化加算 1 ロ	1日	12 単位	13 円	25 円	37 円
サービス提供体制強化加算 2	1日	6 単位	6 円	12 円	18 円
送迎を行わなかった場合	片道	△ 47 単位	△ 48 円	△ 96 円	△ 143 円
通所介護処遇改善加算 1			1ヶ月の介護保険合計単位数×5.9%		
通所介護処遇改善加算 2			1ヶ月の介護保険合計単位数×4.3%		
通所介護処遇改善加算 3			1ヶ月の介護保険合計単位数×2.3%		
通所介護処遇改善加算 4			通所介護処遇改善加算 3 × 90%		
通所介護処遇改善加算 5			通所介護処遇改善加算 3 × 80%		

【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）	1回	550円
おやつ代（希望者のみ）	1回	100円
レクリエーション等の教養娯楽費	1回	実費
尿とりパット	1枚	50円
リハビリパンツ	1枚	180円
オムツ代	1枚	150円