

リハビリデイサービスさみた 通所介護(総合事業) 料金表

【介護保険利用料金】

令和6年6月1日現在

| 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 | 436 単位 | 443 円 | 885 円 | 1,327 円 |
| | 月に5回以上 | 1月につき | 1,798 単位 | 1,824 円 | 3,647 円 | 5,470 円 |
| 事業対象者 要支援2 | 月に8回まで | 1回につき | 447 単位 | 454 円 | 907 円 | 1,360 円 |
| | 月に9回以上 | 1月につき | 3,621 単位 | 3,672 円 | 7,344 円 | 11,015 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】

| | | |
|--------------|-------|----------------------|
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 1月につき | 1ヶ月の介護保険合計単位数の9.2%加算 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 1月につき | 1ヶ月の介護保険合計単位数の9.0%加算 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ | 1月につき | 1ヶ月の介護保険合計単位数の8.0%加算 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ | 1月につき | 1ヶ月の介護保険合計単位数の6.4%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（総合事業） 料金表

【介護保険利用料金】

令和6年6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 |
| 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 |
| 一体的サービス提供加算 | 1月 | 480 単位 | 487 円 | 974 円 | 1,461 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 |
| 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 |
| 送迎を行わなかった場合 | 片道 | △47 単位 | △48 円 | △96 円 | △143 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 |