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8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イ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の11.1%加算
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の12.0%加算
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の10.9%加算
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	1月につき	1ヶ月の介護保険合計単位数の11.8%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9.9%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8.3%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8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
送迎を行わなっかた場合	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