

〔事業対象者・要支援者〕

ご利用負担額の目安 【1割負担】

異病院通所介護事業所
リハビリテーション特化型デイサービス

算定項目		単位数	自己負担額	算定単位
通所型サービス費(独自)	事業対象者・要支援1	1,672単位	1,763円	1月につき
		55単位	58円	1日につき
	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	384単位	405円	1回につき
	事業対象者・要支援2	3,428単位	3,614円	1月につき
		113単位	120円	1日につき
	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5-8回まで	395単位	417円	1回につき

加算項目	単位数	自己負担額	算定単位
運動器機能向上加算	225単位	238円	1月につき
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100単位	106円	1月につき
科学的介護推進体制加算	40単位	43円	1月につき
サービス提供体制強化加算(要支援1)	88単位	93円	1月につき
サービス提供体制強化加算(要支援2)	176単位	186円	1月につき
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)*	総単位×0.059		1月につき
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)*	総単位×0.012		1月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算*	総単位×0.011		1月につき

要支援1 月2,240円

要支援2 月4,184円

※利用開始および終了時はサービス算定対象日数で日割り計算となります。

※上記ご負担額に*の加算項目は含まれておりません。

1か月の単位数の合計に地域区分単価を乗じて計算するため、サービス毎の自己負担額を合計した場合、小数点以下の端数処理の関係で請求書の金額とは差異が生じることがあります。