

通所介護事業所さわやかサロン 利用料金表

(令和4年10月～)

1 割負担

【要支援 1・2】

		保険内		保険外
		利用料	加算	ドリンク代
要支援	1	1,718	515	100
	2	3,521	743	100

(円)

1 月あたりの利用料の目安	
週 1 回 (4回分)	週 2 回 (8回分)
2,633	3,033
4,664	5,064

【要介護 1～5】

		保険内			保険外
		利用料金	日単位の加算	月単位の加算	ドリンク代
要介護	1	427	118	67	100
	2	489	123	67	100
	3	553	128	67	100
	4	615	133	67	100
	5	679	138	67	100

(円)

1 日あたりの利用料の目安	1 月あたりの利用料の目安			
	週 1 回 (4回分)	週 2 回 (8回分)	週 3 回 (13回分)	週 4 回 (18回分)
645	2,647	5,227	8,452	11,677
712	2,915	5,763	9,323	12,883
781	3,191	6,315	10,220	14,125
848	3,459	6,851	11,091	15,331
917	3,735	7,403	11,988	16,573

2 割負担

【要支援 1・2】

		保険内		保険外
		利用料	加算	ドリンク代
要支援	1	3,435	1,030	100
	2	7,041	1,486	100

(円)

1 月あたりの利用料の目安	
週 1 回 (4回分)	週 2 回 (8回分)
4,865	5,265
8,927	9,327

【要介護 1～5】

		保険内			保険外
		利用料金	日単位の加算	月単位の加算	ドリンク代
要介護	1	853	234	133	100
	2	978	244	133	100
	3	1,105	255	133	100
	4	1,229	265	133	100
	5	1,358	275	133	100

(円)

1 日あたりの利用料の目安	1 月あたりの利用料の目安			
	週 1 回 (4回分)	週 2 回 (8回分)	週 3 回 (13回分)	週 4 回 (18回分)
1,187	4,881	9,629	15,564	21,499
1,322	5,421	10,709	17,319	23,929
1,460	5,973	11,813	19,113	26,413
1,594	6,509	12,885	20,855	28,825
1,733	7,065	13,997	22,662	31,327

通所介護事業所さわやかサロン 利用料金表

(令和4年10月～)

3割負担

【要支援1・2】

		保険内		保険外
		利用料	加算	ドリンク代
要支援	1	5,152	1,545	100
	2	10,562	2,229	100

(円)

⇒

1月あたりの利用料の目安	
週1回(4回分)	週2回(8回分)
7,097	7,497
13,191	13,591

【要介護1～5】

		保険内			保険外
		利用料金	日単位の加算	月単位の加算	ドリンク代
要介護	1	1,279	352	200	100
	2	1,467	368	200	100
	3	1,658	383	200	100
	4	1,843	398	200	100
	5	2,037	414	200	100

1日あたりの利用料の目安
1,731
1,935
2,141
2,341
2,551

(円)

⇒

1月あたりの利用料の目安			
週1回(4回分)	週2回(8回分)	週3回(13回分)	週4回(18回分)
7,124	14,048	22,703	31,358
7,940	15,680	25,355	35,030
8,764	17,328	28,033	38,738
9,564	18,928	30,633	42,338
10,404	20,608	33,363	46,118

利用者ごとに別途かかる費用

		1割負担	2割負担	3割負担	(円)
保険内	要支援				
	口腔機能向上加算Ⅱ	165	329	493	/月
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	21	41	62	/回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6	11	16	/回
	若年性認知症利用者受入加算	247	493	740	/月
要介護	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	493	986	1,479	/月
	口腔機能向上加算Ⅱ	165	329	493	/回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	21	41	62	/回
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6	11	16	/回
	若年性認知症利用者受入加算	62	124	185	/日
	生活機能向上連携加算Ⅰ	103	206	309	/月

⇒

1月の目安(円)		
1割負担	2割負担	3割負担
178	355	533
22	44	67
6	11	17
267	533	800
533	1,066	1,600
178	355	533
22	44	67
6	11	17
67	134	200
111	222	334

※『加算』に該当する項目は以下の通りです。※事業所評価加算(120単位)は含まれておりません。

〔 介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ、介護職員等ベースアップ等支援加算、サービス提供体制強化加算Ⅱ、運動器機能向上加算(要支援のみ)、個別機能訓練加算Ⅰイ(要介護のみ)、個別機能訓練加算Ⅱ(要介護のみ)、科学的介護推進体制加算 〕

※ 保険内の料金にしましては、介護保険の単位数に小数点を含む単位を掛けて算出しておりますので、小数点以下の端数処理の関係上、金額に多少の差が生じることをご了承下さい。