

通所リハビリテーション(デイケア)

(1) 基本料金

下記に記載されている加算項目を全て算定するものではありません。また、個人ごとの身体状況や疾患等により個々に加算させて頂く項目もあります。加算等は1日又は1回、1月で算定するものがあります。

詳しくは支援相談員へお問い合わせください。

基本単位	1時間以上 2時間未満		2時間以上 3時間未満		3時間以上 4時間未満		4時間以上 5時間未満		5時間以上 6時間未満		6時間以上 7時間未満		7時間以上 8時間未満	
	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担	1割負担	2割負担
要介護 1	369 円	738 円	383 円	766 円	486 円	972 円	553 円	1,106 円	622 円	1,244 円	715 円	1,430 円	762 円	1,524 円
要介護 2	398 円	796 円	439 円	878 円	565 円	1,130 円	642 円	1,284 円	738 円	1,476 円	850 円	1,700 円	903 円	1,806 円
要介護 3	429 円	858 円	498 円	996 円	643 円	1,286 円	730 円	1,460 円	852 円	1,704 円	981 円	1,962 円	1,046 円	2,092 円
要介護 4	458 円	916 円	555 円	1,110 円	743 円	1,486 円	844 円	1,688 円	987 円	1,974 円	1,137 円	2,274 円	1,215 円	2,430 円
要介護 5	491 円	982 円	612 円	1,224 円	842 円	1,684 円	957 円	1,914 円	1,120 円	2,240 円	1,290 円	2,580 円	1,379 円	2,758 円

※時間延長サービスは現在実施しておりません
※送迎費用は基本単位に包括

加算	項目	単位	1割負担の方	2割負担の方
	(注)参照			
	感染症・災害による臨時的に利用者減少	所定単位数の100分の3相当を加算		
	高齢者虐待防止措置未実施減算	-1/100		
	業務継続計画未策定減算	-1/100		
	リハビリテーション提供体制加算			
	3時間以上4時間未満	12	12 円	24 円
	4時間以上5時間未満	16	16 円	32 円
	5時間以上6時間未満	20	20 円	40 円
	6時間以上7時間未満	24	24 円	48 円
	7時間以上	28	28 円	56 円
	入浴介助加算(Ⅰ)	40	40 円	80 円
	入浴介助加算(Ⅱ)	60	60 円	120 円
	リハビリテーションマネジメント加算			
	イ 同意日の属する月から6月以内/月	560	560 円	1,120 円
	同意日の属する月から6月超 /月	240	240 円	480 円
	ロ 同意日の属する月から6月以内/月	593	593 円	1,186 円
	同意日の属する月から6月超 /月	273	273 円	546 円
	ハ 同意日の属する月から6月以内/月	793	793 円	1,586 円
	同意日の属する月から6月超 /月	473	473 円	946 円
	事業所の医師がご利用者又はご家族に説明し同意を得た場合	270	270 円	540 円
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110	110 円	220 円
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	240	240 円	480 円
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)/月	1,920	1,920 円	3,840 円
	生活行為向上リハビリテーション実施加算			
	利用開始日の属する月から6月以内/月	1,250	1,250 円	2,500 円
	若年性認知症利用者受入加算	60	60 円	120 円
	栄養アセスメント加算/月	50	50 円	100 円
	栄養改善加算(月2回限度)	200	200 円	400 円
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)/6月に1回限度	20	20 円	40 円
	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)/6月に1回限度	5	5 円	10 円
	口腔機能向上加算(Ⅰ)/月2回を限度	150	150 円	300 円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)イ/月2回を限度	155	155 円	310 円
	口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ/月2回を限度	160	160 円	320 円
	重度療養加算	100	100 円	200 円
	中重度者ケア体制加算/日	20	20 円	40 円
	科学的介護推進体制加算/月	40	40 円	80 円
	送迎未実施 減算(47単位/片道)	-47		
	退院時共同指導加算(退院時1回を限度)	600	600 円	1,200 円
	移行支援加算	12	12 円	24 円
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	22 円	44 円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	18 円	36 円
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	6 円	12 円
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	10.3%		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	10.0%		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	8.3%		
	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	7.0%		

※3割負担の方は、1割負担の方の金額を3倍でご計算ください。

(2) その他料金

他	項目	金額
	(注)参照	
	食費(昼食)	500 円
	診断書・各種証明書発行/枚	1,000 円(税別)
	おむつ代(紙パンツ・パッド・紙おむつ等)	実費
	教養娯楽費	