

基本利用料金表 ≪6-7時間通所リハビリテーション(デイケア)≫

(単位:円)

要介護度		保険 負担金/日	入浴加算	中重度者 ケア体制加算	リハビリテーション 提供体制加算	①保険適用分 計/日	食費	日用品費	教養娯楽費	②自費分 計/日	①+②小計/ 日
要介護度 1	1割負担	744	56	23	27	850	620	190	160	970	1,820
	2割負担	1,488	111	45	54	1,698					2,668
	3割負担	2,232	167	67	80	2,546					3,516
要介護度 2	1割負担	890	56	23	27	996	620	190	160	970	1,966
	2割負担	1,779	111	45	54	1,989					2,959
	3割負担	2,668	167	67	80	2,982					3,952
要介護度 3	1割負担	1,032	56	23	27	1,138	620	190	160	970	2,108
	2割負担	2,063	111	45	54	2,273					3,243
	3割負担	3,094	167	67	80	3,408					4,378
要介護度 4	1割負担	1,200	56	23	27	1,306	620	190	160	970	2,276
	2割負担	2,400	111	45	54	2,610					3,580
	3割負担	3,600	167	67	80	3,914					4,884
要介護度 5	1割負担	1,367	56	23	27	1,473	620	190	160	970	2,443
	2割負担	2,733	111	45	54	2,943					3,913
	3割負担	4,100	167	67	80	4,414					5,384

※引落手数料は181円(税込)となります。

～ 加算項目 (該当する方のみにかかる費用) ～

項 目	金額	1割	2割	3割	備 考
社会参加支援加算	1日	14	27	40	
サービス提供体制強化加算 I イ	1回	20	40	60	
介護職員処遇改善加算(I)	1月	※	※	※	1月につき +所定単位×47/1000
介護職員等特定処遇改善加算(I)	1月	※	※	※	1月につき +所定単位×20/1000
若年性認知症利用者受入加算	1回	67	134	200	若年認知症の利用者を受け入れケアを提供した場合に加算
口腔機能向上加算	1回	167	333	500	月2回まで
リハビリテーションマネジメント加算(I)	1月	367	733	1,099	退院・退所後1カ月以内
“ (II)開始から6か月以前	1月	944	1,887	2,831	退院・退所後6カ月以内(同意日の属する月から6月超1月につき+530単位
“ (III)開始から6か月以前	1月	1,244	2,487	3,730	退院・退所後6カ月以内(同意日の属する月から6月超1月につき+800単位
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	1日	267	533	800	入所3カ月以内に認知症の集中的なりハを実施した場合(週2回を限度)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)	1月	2,132	4,263	6,394	入所3カ月以内に認知症の集中的なりハを実施した場合
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1回	123	245	367	退院・退所後3カ月超、月13回を限度
栄養改善加算	1回	167	333	500	月2回まで
栄養スクリーニング加算	1回	6	12	17	6月に1回を限度

