

デイケアしくら料金表

通所リハビリテーション

1. 基本料金（1日あたり）

（円）

	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
要介護1	383	486	553	622	715	762
要介護2	439	565	642	738	850	903
要介護3	498	643	730	852	981	1,046
要介護4	555	743	844	987	1,137	1,215
要介護5	612	842	957	1,120	1,290	1,379

※（市町より決められた）介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額になります。

2. 加算料金

【加算】

（円）

サービス項目	1割負担の場合	
送迎（減算）	（片道） 所定単位数から－47を減算	
入浴介助加算（Ⅰ）	40/日	
入浴介助加算（Ⅱ）	60/日	
科学的介護推進体制加算●	40/月	
中重度者ケア体制加算●	20/日	
退院時共同指導加算	600/回	
重度療養管理加算	100/日	
リハビリテーション提供体制加算●	① 3時間以上4時間未満	12/日
	② 4時間以上5時間未満	16/日
	③ 5時間以上6時間未満	20/日
	④ 6時間以上7時間未満	24/日
	⑤ 7時間以上	28/日
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	560/月
	6月超	240/月

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	同意日の属する月から6月以内	593/月
	6月超	273/月
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	同意日の属する月から6月以内	793/月
	6月超	473/月
リハビリテーションマネジメント加算（イロハ）	事業所の医師が説明し利用者が同意した場合	リハマネ加算に加えて270/日
短期集中個別リハビリテーション加算	退院(所)日、申請日から3月以内	110/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	退院(所)日、開始日の属する月から3月以内	240/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	退院(所)日、開始日の属する月から3月以内	1,920/月
生活行為向上リハビリテーション加算	開始日の属する月から6月以内	1,250/月
若年性認知症利用者受入加算		60/日
口腔機能向上加算（Ⅰ）	3月以内に限り1月2回限度	150/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	3月以内に限り1月2回限度	155/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	3月以内に限り1月2回限度	160/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	6月に1回を限度	20/回
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	6月に1回を限度	5/回
栄養アセスメント加算		50/月
栄養改善加算	3月以内に限り1月2回限度	200/回
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）●	(支給限度額対象外)	22/回
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）●	(支給限度額対象外)	総単位数×8.6%
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	(支給限度額対象外)3月以内	所定の単位数の3%加算

※ ●がついているサービス項目は、必ずついてくる加算になります。

※ (市町より決められた) 介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額になります。

※ 算定要件により、算定の有無があります。

3. 自費

・昼食代 650円

