

通所リハビリテーション (デイケア)

単位:円

| 介護度 | 介護保険適応 | | | | 介護保険適応外 | | | 1日 | 参考支払額 | |
|------|--------|----------|----------------|--------------|-----------|-----|-----|-------|--------|--------|
| | 7~8時間 | 入浴 介助 | サービス提 供体制加算 | 科学的・ 栄養加算 | 日常生 活費 | 昼食代 | おやつ | | 1ヶ月 | |
| | | | | | | | | | 8回 | 12回 |
| 要介護1 | 762 | 40 | 6 | 90 | 104 | 758 | 166 | 2,001 | 15,322 | 22,934 |
| 要介護2 | 903 | 40 | 6 | 90 | 104 | 758 | 166 | 2,153 | 16,544 | 24,767 |
| 要介護3 | 1,046 | 40 | 6 | 90 | 104 | 758 | 166 | 2,308 | 17,783 | 26,625 |
| 要介護4 | 1,215 | 40 | 6 | 90 | 104 | 758 | 166 | 2,491 | 19,247 | 28,821 |
| 要介護5 | 1,379 | 40 | 6 | 90 | 104 | 758 | 166 | 2,669 | 20,668 | 30,953 |

《自己負担1割の場合》

| 左記料金表に算出済 | |
|------------------------------|---------------|
| 入浴介助加算(Ⅰ) | 40円/回 |
| 栄養アセスメント加算 | 50円/月 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40円/月 |
| サービス提供体制加算(Ⅲ) | 6円/日 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の83/1000 |
| 状況により、左記料金に加算される場合があります。 | |
| リリハマネ加算(ロ) 6ヶ月以内 | 593円/月 |
| リリハマネ加算(ロ) 6ヶ月超 | 273円/月 |
| リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 | 270円/月 |
| 短期集中個別リハビリテーション実施加算 | 110円/日 |
| 重度療養管理加算 | 100円/日 |
| 送迎減算(片道) | -47円/回 |
| 退院時共同指導加算 | 600円/回 |

介護予防通所リハビリテーション (デイケア)

単位:円

| 介護度 | 介護保険適応(1ヶ月定額) | | | | 介護保険適応外(1日) | | | 参考支払額 | |
|-----|---------------|----------------|----------------|-----------------|-------------|-----|-----|-------------------|-------------------|
| | 単価 | 栄養アセス メント加算 | サービス提 供体制加算 | 科学的介護推 進体制加算 | 日常生 活費 | 昼食代 | おやつ | 週1回(計4回) 利用として | 週2回(計8回) 利用として |
| 要支1 | 2,226 | 50 | 24 | 40 | 104 | 758 | 166 | 6,646 | |
| 要支2 | 4,228 | 50 | 48 | 40 | 104 | 758 | 166 | 8,840 | 12,952 |

日常生活費デイケア共通(選択性)

| | |
|--------------|----|
| シャンプー | 21 |
| リンス | 21 |
| ボディソープ | 31 |
| 嗜好品(コーヒー・紅茶) | 31 |
| 計 104 税込 | |

左記料金表に算出済

| | |
|----------------|-------|
| サービス提供体制加算(Ⅲ)1 | 24円/月 |
| サービス提供体制加算(Ⅲ)2 | 48円/月 |

訪問リハビリテーション

単位:円 単位:円

| 介護度 | 介護保険対応 | | | | | 参考支払額 | | |
|------------|--------|--------------|------------------|------------|-----------------|-------|-------|-------|
| | 単位(1回) | 特別地域 訪問リハ | サービス提供体制 強化加算 | リハマネ 加算 | 家族へ説明 し同意を得た | 1ヶ月 | | |
| | | | | | | 週2回 | 週3回 | 週4回 |
| 介護度 1~5 | 308 | 46 | 3 | 213 | 270 | 3,341 | 4,769 | 6,198 |

左記料金表に算出済

| | |
|------------------------------|-------------|
| 特別地域訪問リハ | 基本サービス費の15% |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 3円/回 |
| リハマネ加算 口 | 213円/月 |
| リハビリ事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合 | 270円/月 |
| 状況により、左記料金に加算される場合があります。 | |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | 200円/回 |
| 退院時共同指導加算 | 600円/回 |

介護予防訪問リハビリテーション

| 介護度 | 介護保険対応 | | | 参考支払額 | | |
|------------|--------|--------------|------------------|-------|-------|-------|
| | 単位(1回) | 特別地域 訪問リハ | サービス提供体制 強化加算 | 1ヶ月 | | |
| | | | | 週2回 | 週3回 | 週4回 |
| 要支援 1・2 | 298 | 45 | 3 | 2,766 | 4,148 | 5,531 |