

平成30年度 デイケアよりしま 加算基本単位数一覧表

	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時間未満 7時間未満	7時間以上 8時間未満	
	要介護1	329	343	444	508	576	667	712
要介護2	358	398	520	595	688	797	849	
要介護3	388	455	596	681	799	924	988	
要介護4	417	510	693	791	930	1,076	1,151	
要介護5	448	566	789	900	1,060	1,225	1,310	
介護給付	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		1回につき	
	リハビリテーション提供体制加算2		4時間以上 5時間未満		16			
	リハビリテーション提供体制加算3		5時間以上 6時間未満		20			
	リハビリテーション提供体制加算4		6時間以上 7時間未満		24			
	リハビリテーション提供体制加算5		7時間以上		28			
	入浴介助加算					50		1日につき
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ					330		1か月につき
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（同意月～6か月）					850		
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ（6か月以降）					530		
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ（同意月～6か月）					1,120		
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅴ（6か月以降）					800		
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅵ（同意月～6か月）					1,220		
	通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅶ（6か月以降）					900		
	口腔機能向上加算					150		1か月に2回を限度
	重度療養管理加算					100		1日につき
	中重度ケア体制加算					20		1日につき
	送迎を行わない場合の減算					▲47		片道につき
	社会参加支援加算					12		1日につき
	サービス提供体制強化加算Ⅰ（イ）					18		1回につき
	介護職員処遇改善加算Ⅰ					1か月の合計所定単位数の4.7%の加算		

※ご利用状況によっては、お食事代（600円）、リハビリパンツなどの諸費用、当日キャンセル料（500円）が別途必要となります。

予防給付	要支援1	1,712	1か月につき		
	要支援2	3,615	1か月につき		
	予防通所リハビリテーションマネジメント加算		330	1か月につき	
	運動器機能向上加算		225		
	口腔機能向上加算		150		
	選択的サービス複数実施加算Ⅰ		480		
	事業所評価加算		120		
			要支援1	要支援2	1か月につき
	サービス提供体制加算Ⅰ（イ）		72	144	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ		1か月の合計所定単位数の4.7%の加算		

※ご利用状況によっては、お食事代（600円）、リハビリパンツなどの諸費用が別途必要となります。

生活保護世帯の方は諸費用のみのご負担となります。

介護保険負担割合、被爆者手帳をお持ちの方や重度心身障害者介護保険利用負担助成の有無などによって利用料金が異なりますので、サービスの利用料の詳細については下記の問い合わせ先までご相談ください。