

ゆうゆうホーム 通所リハビリテーション(デイケア)利用料金表

R6.6.1

大規模通所 リハビリテーション費 (Ⅱ)	所 要 時 間 (単位数/日)						
	1～2時間	2～3時間	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護 1	369	383	486	553	622	715	762
要介護 2	398	439	565	642	738	850	903
要介護 3	429	498	643	730	852	981	1,046
要介護 4	458	555	743	844	987	1,137	1,215
要介護 5	491	612	842	957	1,120	1,290	1,379

ゆうゆうホーム 介護予防通所リハビリテーション (単位数/月)

要支援 1	2,286
要支援 2	4,228

共 通 項 目

自費負担	金額	備考
食費	780円/日	昼食・おやつ代
おやつ代	100円/日	午後利用の対象者
おしぼり	10円/日	
入浴セット	85円/回	入浴利用時のみ
バスタオル	35円/回	入浴利用時のみ
フェイスタオル	20円/回	入浴利用時のみ

ゆうゆうホーム 通所リハビリテーション 加算表(単位数)

入浴介助加算	40/日 or 60/日	入浴利用日		
リハビリテーションマネジメント加算 ロ+医師の説明	593/月+270/月	開始月から6月以内		
	273/月+270/月	開始月から6月超え		
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110/日			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240/日	退院(所)から3月以内		
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	1,920/月	退院(所)の属する月から3月以内		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250/月	開始月から6月以内		
移行支援加算	12/日	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/日
栄養改善加算	200/回/月2回まで		4時間以上～5時間未満	16/日
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/回/月2回まで		5時間以上～6時間未満	20/日
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155/回/月2回まで		6時間以上～7時間未満	24/日
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160/回/月2回まで		7時間以上～	28/日
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22/日		栄養アセスメント加算	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18/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	重症療養管理加算		100/日
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/日6月に1回	退院時共同指導加算		600/回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/日6月に1回			
事業所が送迎を行わない場合	片道につき47円を減算			
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	利用月の利用単位数に8.6%加算			

介護予防通所リハビリテーション 加算表(単位数)

サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援1	88/月	口腔機能向上加算(Ⅰ)	150/回/月1回まで
	要支援2	176/月	口腔機能向上加算(Ⅱ)	160/回/月1回まで
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援1	72/月		
	要支援2	144/月	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/日6月に1回
一体的サービス提供加算		480/月	口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/日6月に1回
科学的介護推進体制加算		40/月	栄養アセスメント加算	50/月
退院時共同指導加算		600/回	栄養改善加算	200/回/月2回まで
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		利用月の利用単位数に8.6%加算		