

**介護老人保健施設 ひだまりの里(通常規模)**  
**通所リハビリテーション(デイケア)単位一覧**      **事業所番号2853080139**

A							
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	2,268	4,228	369単位	398単位	429単位	458単位	491単位
2時間以上3時間未満			383単位	439単位	498単位	555単位	612単位
3時間以上4時間未満			486単位	565単位	643単位	743単位	842単位
4時間以上5時間未満			553単位	642単位	730単位	844単位	957単位
5時間以上6時間未満			622単位	738単位	852単位	987単位	1120単位
6時間以上7時間未満			715単位	850単位	981単位	1137単位	1290単位
7時間以上8時間未満			762単位	903単位	1046単位	1215単位	1379単位
B 加算負担分(単位)〈要介護1～5の認定者であり、加算該当者のみ〉							
専従リハビリ配置加算	1時間以上2時間未満		1日につき		30単位		
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		1日につき		★算定	12単位	
	4時間以上5時間未満		1日につき		★算定	16単位	
	5時間以上6時間未満		1日につき		★算定	20単位	
	6時間以上7時間未満		1日につき		★算定	24単位	
	7時間以上		1日につき		★算定	28単位	
入浴介助加算	I		1日につき		★算定	40単位	
	II		1日につき		★算定	60単位	
通所リハマネジメント加算(イ)	契約月から6月以内		月1回限度		★算定	560単位	
	契約月から6月超		月1回限度		★算定	240単位	
通所リハマネジメント加算(ロ)	契約月から6月以内		月1回限度		★算定	593単位	
	契約月から6月超		月1回限度		★算定	273単位	
リハマネ時に医師が利用者または家族に対し説明、同意を得た場合			1日につき		★算定	270単位	
通所リハ口腔機能向上加算	I		月2回限度		150単位		
	II(3か月以内)		月2回限度		★要相談	160単位	
通所リハ短期集中個別リハ加算	退院(退所)日又は認定日から3ヶ月以内		1日につき		110単位		
生活行為向上リハ加算	開始日から6か月以内		月1回限度		★要相談	1250単位	
栄養アセスメント加算			月1回限度		★算定	50単位	
科学的介護推進体制加算			月1回限度		★算定	40単位	
認知症短期集中リハ加算 I	退院(退所)日又は認定日から3ヶ月以内		1日につき		240単位		
重度療養加算			1日につき		100単位		
送迎減算	送迎を行わない場合		(片道)		△47単位		
中重度者ケア体制加算			1日につき		★算定	20単位	
退院時共同指導加算			初回月1回限度		★算定	600単位	
サービス提供体制加算 I			1日につき		★算定	22単位	
C 加算負担分(単位)〈要支援1、2の認定者であり、加算該当者のみ〉							
栄養アセスメント加算			1月につき		★算定	50単位	
予防通所リハ一体的サービス提供加算			1月につき		480単位		
予防通所リハ口腔機能向上加算 II			1月につき		★要相談	160単位	
予防生活行為向上加算	開始日から6か月以内		1月につき		★要相談	562単位	
退院時共同指導加算			初回月1回限度		★算定	600単位	
予防通所リハサービス提供体制加算(I)	要支援1		1月につき		68単位		
	要支援2		1月につき		176単位		
利用開始日から起算し12ヶ月を超える長期利用者(要件を満たさない場合のみ算定)	要支援1		1月につき		要件を満たさない場合のみ	△120単位	
	要支援2		1月につき		要件を満たさない場合のみ	△240単位	
科学的介護推進体制加算	要支援1, 2		1月につき		★算定	40単位	
D 実費分(円)〈要介護度に関わらず〉							
昼食+おやつ代			600円+50円				
理美容代	カット 1,500円    顔そり 600円						

\* 月額合計単位に介護職員等処遇改善加算(I)8.6%、が算定されます。

\* ご注意: 2024年6月時点での介護報酬に沿った料金表です。