

別紙: デイケアセンターさくら料金表(平成30年4月1日～)

★要介護の方(1割負担の場合)

1. 基本料金

介護度	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時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
介護1	329円	343円	444円	508円	576円	667円	712円
介護2	358円	398円	520円	595円	688円	797円	849円
介護3	388円	455円	596円	681円	799円	924円	988円
介護4	417円	510円	693円	791円	930円	1076円	1151円
介護5	448円	566円	789円	900円	1060円	1225円	1310円

2. 上記料金に場合により算定される各種加算

加算名称	金額ならびに算定期間・算定回数		規定の期間を超えた場合の金額		
①入浴介助加算	50円/回				
②リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	330円/月				
リハビリテーションマネージメント加算Ⅱ	850円/月	6ヶ月以内	530円/月	6ヶ月超	
リハビリテーションマネージメント加算Ⅲ	1120円/月	6ヶ月以内	800円/月	6ヶ月超	
リハビリテーションマネージメント加算Ⅳ	1220円/月	6ヶ月以内	900円/月	6ヶ月超	
③短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/回	退院後3ヶ月間			
④認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240円/回	週2回を限度			
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1920円/月				
⑤生活行為向上リハビリテーション実施加算	2000円/月	3ヶ月以内	1000円/月	4ヶ月～6ヶ月	
⑥生活行為向上リハビリテーション実施後に リハビリテーションを継続した場合の減算	85%	減算月～6ヶ月			
⑦若年性認知症利用者受入加算	60円/回				
⑧重度療養管理加算	100円/回				
⑨口腔機能向上加算	150円/回	月2回まで			
⑩栄養改善加算	150円/回	月2回まで			
⑪栄養スクリーニング加算	5円/回	6月に1回まで			
⑫社会参加支援加算	12円/回				
⑬中重度者ケア体制加算	20円/回				
⑭サービス提供体制強化加算Ⅰ(1)	18円/回				
⑮リハビリテーション提供体制加算	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7時間以上
	12円/回	16円/回	20円/回	24円/回	28円/回
⑯送迎を行わない場合の減算	▲47単位				
⑰処遇改善加算Ⅰ	算定した単位数合計の4.7%				

※2割負担の方は上記金額の2倍、3割負担の方は上記金額の3倍の負担となります。

★要支援の方

1. 基本料金(1割負担の場合)

介護度	1ヶ月の料金
要支援1	1712円
要支援2	3615円

2. 上記料金に場合により算定される各種加算

加算名称	金額ならびに算定期間・算定回数		規定の期間を超えた場合の金額	
①運動器機能向上加算	225円/月			
②口腔機能向上加算	150円/月	月2回まで		
③栄養改善加算	150円/月	月2回まで		
④栄養スクリーニング加算	5円/回	6月に1回まで		
⑤選択的サービス複数実施加算 I	480円/月			
選択的サービス複数実施加算 II	700円/月			
⑥リハビリテーションマネジメント加算	330円/月			
⑦生活行為向上リハビリテーション実施加算	900円/月	3ヶ月以内	450円/月	3月超6月以内
⑧若年性認知症利用者受入加算	240円/月			
⑨事業所評価加算	120円/月			
⑩サービス提供体制強化加算(I) 1	要支援1	72円/月		
	要支援2	144円/月		
⑪処遇改善加算 I	算定した単位数合計の4.7%			

※2割負担の方は上記金額の2倍、3割負担の方は上記金額の3倍の負担となります。