

デイケアしくら料金表

介護予防通所リハビリテーション

1. 基本料金

【基本】 (円) 【12月超減算】 (円)

要支援1	2,268/月	要件を満たしていない場合	120/月を減算
要支援2	4,228/月	要件を満たしていない場合	240/月を減算

※ (市町より決められた) 介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額になります。

2. 加算料金

【加算】 (円)

科学的介護推進体制加算●		40/月
生活行為向上リハビリテーション加算	開始日の属する月から6月以内	562/月
退院時共同指導加算		600/回
若年性認知症利用者受入加算		240/月
口腔機能向上加算 (I)		150/月
口腔機能向上加算 (II)		160/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	6月に1回を限度	20/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	6月に1回を限度	5/回
栄養アセスメント加算		50/月
栄養改善加算		200/月
サービス提供体制強化加算 (I) ●	(支給限度額対象外) 要支援1	88/月
	(支給限度額対象外) 要支援2	176/月
介護職員処遇改善加算 (I) ●	(支給限度額対象外)	総単位数×8.6%

※ ●がついているサービス項目は、必ずついてくる加算になります。

※ (市町より決められた) 介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額になります。

※ 算定要件により、算定の有無があります。

3. 自費

・昼食代 650円

