【別紙】　　令和8年7月

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実施加算	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
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）●	（支給限度額対象外）	総単位数×11.1%

※ ●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　　８００円