【別紙】　　令和8年8月

デイケアしくら料金表

通所リハビリテーション

１．基本料金（１日あたり）　　（円）

	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
要介護１	372	470	525	584	675	714
要介護２	427	547	611	692	802	847
要介護３	482	623	696	800	926	983
要介護４	536	719	805	929	1,077	1,140
要介護５	591	816	912	1,053	1,224	1,300

※（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）

サービス項目	１割負担の場合	
送迎（減算）	(片道)　所定単位数から－４７を減算	
入浴介助加算（Ⅰ）		４０/日
入浴介助加算（Ⅱ）		６０/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
退院時共同指導加算		６００/回
重度療養管理加算		１００/日
リハビリテーション提供体制加算●	①３時間以上４時間未満	１２/日
	②４時間以上５時間未満	１６/日
	③５時間以上６時間未満	２０/日
	④６時間以上７時間未満	２４/日
	⑤７時間以上	２８/日
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	同意日の属する月から6月以内	５６０/月
	６月超	２４０/月

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	同意日の属する月から6月以内	５９３/月
	６月超	２７３/月
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	同意日の属する月から6月以内	７９３/月
	６月超	４７３/月
リハビリテーションマネジメント加算（イロハ）	事業所の医師が説明し利用者が同意した場合	リハマネ加算に加えて２７０/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日、申請日から３月以内	１１０/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	退院(所)日、開始日の属する月から３月以内	２４０/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	退院(所)日、開始日の属する月から３月以内	1,９２０/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	1,２５０/月
若年性認知症利用者受入加算		６０/日
口腔機能向上加算（Ⅰ）	３月以内に限り１月２回限度	１５０/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	３月以内に限り１月２回限度	１５５/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	３月以内に限り１月２回限度	１６０/回
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	３月以内に限り１月2回限度	２００/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ●	(支給限度額対象外)	２２/回
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%	
感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	(支給限度額対象外)３月以内	所定の単位数の３%加算

※ ●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