

鷺巣苑（通所リハビリテーション）利用料

介護保険法に基づき、利用者のご負担は、介護保険給付にかかる通常1割負担の自己負担分と、保険給付対象外の費用をお支払い頂く2種類がございます。

①ご利用者共通の費用：1日あたり

(単位：円)

通常規模型 通所リハビリテーション費 6時間以上7時間未満	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	710	844	974	1,129	1,281
リハビリテーション提供体制加算	24	24	24	24	24
中重度者ケア体制加算	20	20	20	20	20
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	22	22	22	22
合 計（1日あたり）	776	910	1,040	1,195	1,347

②ご利用者の身体状況、ご希望等に応じてかかる費用

(単位：円)

入浴介助加算（Ⅰ） 1日につき	40	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） 当該日の属する月から3月以内 1日につき	240
入浴介助加算（Ⅱ） 1日につき	60	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） 当該日の属する月から3月以内 1月につき	1,920
リハビリテーション費加算（Ⅰ） 当該日の属する月から6月以内 1月につき	560	生活行為向上リハビリテーション実施加算 当該日の属する月から6月以内 1月につき	1,250
リハビリテーション費加算（Ⅰ） 当該日の属する月から6月超 1月につき	240	若年性認知症利用者受入加算 1日につき	60
リハビリテーション費加算（Ⅰ） 当該日の属する月から6月以内 1月につき	593	栄養アセスメント加算 1月につき	50
リハビリテーション費加算（Ⅰ） 当該日の属する月から6月超 1月につき	273	栄養改善加算 3月以内 1回につき	200
リハビリテーション費加算（Ⅱ） 当該日の属する月から6月以内 1月につき	830	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1回につき	20
リハビリテーション費加算（Ⅱ） 当該日の属する月から6月超 1月につき	510	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1回につき	5
リハビリテーション費加算（Ⅱ） 当該日の属する月から6月以内 1月につき	863	口腔機能向上加算（Ⅰ） 3月以内 1回につき	150
リハビリテーション費加算（Ⅱ） 当該日の属する月から6月超 1月につき	543	口腔機能向上加算（Ⅱ） 3月以内 1回につき	160
短期集中個別リハビリテーション実施加算 1日につき	110	重度療養管理加算 1日につき	100
科学的介護推進体制加算 1月につき	40	事業者が送迎を行わなかった場合（片道）	-47

鷺巣苑（介護予防通所リハビリテーション）利用料

介護保険法に基づき、利用者のご負担は、介護保険給付にかかる通常1割負担の自己負担分と、保険給付対象外の費用をお支払い頂く2種類がございます。

①ご利用者共通の費用：1月あたり

(単位：円)

介護老人保健施設 介護予防通所リハビリテーション費	要支援1	要支援2
	2,053	3,999
事業所評価加算	120	120
科学的介護推進体制加算	40	40
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88	176
合 計（1月あたり）	2,301	4,335
利用を開始した日の属する月から12月を超えた場合	-20	-40

②ご利用者の身体状況、ご希望等に応じてかかる費用

(単位：円)

運動器機能向上加算 1月につき	225	口腔機能向上加算（Ⅰ） 1月につき	150
栄養アセスメント加算 1月につき	50	口腔機能向上加算（Ⅱ） 1月につき	160
栄養改善加算 / 1月につき	200	生活行為向上リハビリテーション実施加算 6月以内 1月につき	562
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 1回につき	20	若年性認知症利用者受入加算 1月につき	240
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） 1回につき	5		
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	（運動・栄養・口腔のうち2種類実施） 1月につき		480
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	（運動・栄養・口腔全て実施） 1月につき		700

（通所リハ・介護予防通所リハ共通）

介護職員処遇改善加算について

上記①②の合計（介護保険給付所定単位数）に4.7%を乗じた額。

介護職員等特定処遇改善加算について

上記①②の合計（介護保険給付所定単位数）に2.0%を乗じた額。

介護職員等ベースアップなど支援加算について

上記①②の合計（介護保険給付所定単位数）に1.0%を乗じた額。