

介護老人保健施設 すこやか森  
サービス提供に伴う利用者負担料金表

令和7年11月1日

通所リハビリテーション（デイケア）

項	目	利用者負担額	備 考
介護保険給付 通所リハビリテーション 一部負担金	要介護1	715円／日	全 員
	要介護2	850円／日	
	要介護3	981円／日	
	要介護4	1,137円／日	
	要介護5	1,290円／日	
	入浴介助加算（Ⅰ）	40円／日	対象者
	入浴介助加算（Ⅱ）	60円／日	対象者
	リハビリテーション提供体制加算	24円／日	対象者
	リハビリテーションマネジメント加算ロ		
	開始月から6月以内	593円／月	対象者
	開始月から6月超	273円／月	対象者
	短期集中個別リハビリテーション実施加算		
	退院（所）日又は認定日から3月以内	110円／日	対象者
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）／日	240円／日	対象者
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）／月	1,920円／月	対象者
	重度療養管理加算	100円／日	対象者
	科学的介護推進体制加算（1月につき）	40円／月	対象者
	栄養アセスメント加算	50円／月	対象者
	栄養改善加算	200円／回	対象者
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円／回	対象者
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円／回	対象者
	口腔機能向上加算		
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円／回	対象者
	口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	155円／回	対象者
	口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	160円／回	対象者
	退院時共同指導加算	600円／回	対象者
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円／日	全 員
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×86/1000	

注）この表の金額は、介護保険費用の負担割合が1割の方の金額です。

介護保険制度の改定があった場合、負担額を変更させていただく場合があります。

利 用 料	食費	750円／日	対象者
	おやつ代	100円／日	希望者
	教養娯楽費	40円／日	希望者
	文書料	1,100円～11,000円／通	希望者

介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

項 目		利用者負担額	備 考
介護予防 一部負担金	要支援1	2,268円／月	全 員
	要支援2	4,228円／月	
	栄養アセスメント加算	50円／月	対象者
	栄養改善加算	200円／月	対象者
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20円／回	対象者
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5円／回	対象者
	口腔機能向上加算		
	口腔機能向上加算（Ⅰ）	150円／回	対象者
	口腔機能向上加算（Ⅱ）	160円／回	対象者
	科学的介護推進体制加算（1月につき）	40円／月	対象者
	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		全 員
	要支援1	88円／月	
	要支援2	176円／月	
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数×86/1000

注）この表の金額は、介護保険費用の負担割合が1割の方の金額です。  
介護保険制度の改定があった場合、負担額を変更させていただく場合があります。

利 用 料	食費	750円／日	対象者
	おやつ代	100円／日	希望者
	教養娯楽費	40円／日	希望者
	文書料	1,100円～11,000円／通	希望者