

介護老人保健施設ひまわり 通所リハビリテーション 利用料金表

2024年6月

1. 保険給付の自己負担額

① 基本料金

利用時間	要介護度	全額	1割負担	2割負担	3割負担	単位
1時間以上2時間未満	要介護 1	3,690	369	738	1,107	円/回
	要介護 2	3,980	398	796	1,194	
	要介護 3	4,290	429	858	1,287	
	要介護 4	4,580	458	916	1,374	
	要介護 5	4,910	491	982	1,473	
2時間以上3時間未満	要介護 1	3,830	383	766	1,149	
	要介護 2	4,390	439	878	1,317	
	要介護 3	4,980	498	996	1,494	
	要介護 4	5,550	555	1,110	1,665	
	要介護 5	6,120	612	1,224	1,836	
3時間以上4時間未満	要介護 1	4,860	486	972	1,458	
	要介護 2	5,650	565	1,130	1,695	
	要介護 3	6,430	643	1,286	1,929	
	要介護 4	7,430	743	1,486	2,229	
	要介護 5	8,420	842	1,684	2,526	
4時間以上5時間未満	要介護 1	5,530	553	1,106	1,659	
	要介護 2	6,420	642	1,284	1,926	
	要介護 3	7,300	730	1,460	2,190	
	要介護 4	8,440	844	1,688	2,532	
	要介護 5	9,570	957	1,914	2,871	
5時間以上6時間未満	要介護 1	6,220	622	1,244	1,866	
	要介護 2	7,380	738	1,476	2,214	
	要介護 3	8,520	852	1,704	2,556	
	要介護 4	9,870	987	1,974	2,961	
	要介護 5	11,200	1,120	2,240	3,360	
6時間以上7時間未満	要介護 1	7,150	715	1,430	2,145	
	要介護 2	8,500	850	1,700	2,550	
	要介護 3	9,810	981	1,962	2,943	
	要介護 4	11,370	1,137	2,274	3,411	
	要介護 5	12,900	1,290	2,580	3,870	
7時間以上8時間未満	要介護 1	7,620	762	1,524	2,286	
	要介護 2	9,030	903	1,806	2,709	
	要介護 3	10,460	1,046	2,092	3,138	
	要介護 4	12,150	1,215	2,430	3,645	
	要介護 5	13,790	1,379	2,758	4,137	

【体制加算 等】

加算項目	内容等	全額	1割負担	2割負担	3割負担	単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		220	22	44	66	円/回
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	120	12	24	36	円/回
	4時間以上5時間未満	160	16	32	48	
	5時間以上6時間未満	200	20	40	60	
	6時間以上7時間未満	240	24	48	72	
	7時間以上	280	28	56	84	
中重度者ケア体制加算		200	20	40	60	円/日

② 加算料金 法令で定められるもの（実施した場合、他あり）

加算項目	内容等	全額	1割負担	2割負担	3割負担	単位
入浴介助加算(Ⅰ)		400	40	80	120	円/日
リハビリテーション マネジメント加算(イ)	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月以内	5,600	560	1,120	1,680	円/月
	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月超	2,400	240	480	720	
リハビリテーション マネジメント加算(ロ)	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月以内	5,930	593	1,186	1,779	円/月
	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月超	2,730	273	546	819	
リハビリテーション マネジメント加算(ハ)	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月以内	7,930	793	1,586	2,379	円/月
	計画を療法士が説明、同意を得た月から6月超	4,730	473	946	1,419	
リハビリテーション マネジメント加算	事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合	2,700	270	540	810	円/月
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(認定の有効期間の始期)から起算して3月以内	1,100	110	220	330	円/日
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算(Ⅰ)		2,400	240	480	720	円/日
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算(Ⅱ)		19,200	1,920	3,840	5,760	円/月
生活行為向上リハビリ テーション実施加算	開始月から6月以内	12,500	1,250	2,500	3,750	円/月
若年性認知症利用者 受入加算		600	60	120	180	円/日
口腔・栄養 スクリーニング加算(Ⅰ)	栄養改善加算、口腔機能向上加算との併算定不可	200	20	40	60	円/回
口腔・栄養 スクリーニング加算(Ⅱ)	栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合	50	5	10	15	円/回
栄養アセスメント加算		500	50	100	150	円/月
栄養改善加算	月2回を限度	2,000	200	400	600	円/回
口腔機能向上加算(Ⅰ)	月2回を限度	1,500	150	300	450	円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	月2回を限度	1,550	155	310	465	円/回
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	月2回を限度	1,600	160	320	480	円/回
重度療養管理加算		1,000	100	200	300	円/日
退院時共同指導加算		6,000	600	1,200	1,800	円/回
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120	円/月

※ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)として、大規模型通所リハビリテーション費(一定の要件を満たす)及び算定した加算の合計の6.6%に相当する額が加算されます。

※ 保険給付の自己負担額については、介護保険負担割合証の利用者負担の割合に伴い「1割負担」、「2割負担」または「3割負担」となります。

※ 地域区分(7級地)につき、**合計金額に1.017を乗じた金額が自己負担額**となります。

2. その他利用料

費目	金額	内訳
食費	600 円/日	おやつ代含む
特別な食事	実費	
散髪代	1,200 円～	丸刈り:1,200円 / カット:2,200円 / その他:実費
パンツ式紙おむつ	220 円/枚	
尿取りパッド	40 円/枚	