

介護老人保健施設ひまわり 介護予防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

【介護予防通所リハビリテーション費】

介護度	全額	1割負担	2割負担	3割負担	単位
要支援 1	22,680	2,268	4,536	6,804	円/月
要支援 2	42,280	4,228	8,456	12,684	

【体制加算 等】

加算項目	介護度	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）	要支援 1	880	88	176	264	円/月
	要支援 2	1,760	176	352	528	

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
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	5,620	562	1,124	1,686	円/月
若年性認知症利用者 受入加算		2,400	240	480	720	円/月
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
退院時共同指導加算		6,000	600	1,200	1,800	円/回
栄養アセスメント加算		500	50	100	150	円/月
栄養改善加算		2,000	200	400	600	円/月
口腔機能向上加算（Ⅰ）		1,500	150	300	450	円/月
口腔機能向上加算（Ⅱ）		1,600	160	320	480	円/月
一体的サービス提供加算		4,800	480	960	1,440	円/月
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、介護予防通所リハビリテーション費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	