

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

2026 年 6 月

1. 保険給付の自己負担額

① 基本料金

【通常規模型通所リハビリテーション費】

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	887	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/日
中重度者ケア体制加算		200	20	40	60	円/日
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120	円/月

② 加算料金（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
入浴介助加算Ⅱ		600	60	120	180	円/日
リハビリテーション マネジメント加算（イ）	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月以内）	5,600	560	1,120	1,680	円/月
	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月超）	2,400	240	480	720	円/月
リハビリテーション マネジメント加算（ロ）	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月以内）	5,930	593	1,186	1,779	円/月
	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月超）	2,730	273	546	819	円/月
リハビリテーション マネジメント加算（ハ）	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月以内）	7,930	793	1,586	2,379	円/月
	1月につき（計画同意月から 起算して6ヵ月超）	4,730	473	946	1,419	円/月
リハビリテーション マネジメント加算	1月につき（事業所の医師が 利用者又はその家族に対して 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）日又は認定日から 起算して3ヵ月以内	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）	1週最大2回まで 3ヵ月内	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）	1月に4回以上 3ヵ月内	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	1月2回を限度	2,000	200	400	600	円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1月2回を限度	1,500	150	300	450	円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	1月2回を限度	1,550	155	310	465	円/回
口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	1月2回を限度	1,600	160	320	480	円/回
退院時共同指導加算		6,000	600	1,200	1,800	円/回
重度療養管理加算		1,000	100	200	300	円/日

※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）として、通所リハビリテーション費及び算定した加算の合計の11.1％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（5 級地）につき、合計金額に1.055 を乗じた金額が自己負担額となります。

2. その他利用料 ※消費税抜きの金額です。

費 目	日額又は月額	内 訳
食 費	650 円/食	おやつ代含む
教 養 娛 楽 費	実 費 (ご希望の方)	クラブ活動、行事の材料費等
※特 別 な 食 事	実 費 (ご希望の方)	
散 髪 代	1,200 円～	丸刈り 1,200 円 カット 2,200 円 その他実費
基本時間外施設利用料	1,000 円/時間	
パンツ式紙おむつ	220 円/枚	
尿取りパット	40 円/枚	

介護老人保健施設三滝ひまわり 介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

2026 年 6 月

1. 保険給付の自己負担額

① 基本料金

介護予防リハビリテーション費

要 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	円/月

体制加算

加算項目	要介護度	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	円/月
科学的介護推進体制加算		400	40	80	120	円/月

② 加算料金（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	利用開始月から 6 ヶ月以内	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
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
退院時共同指導加算		6,000	600	1,200	1,800	円/回

※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）として、通所リハビリテーション費及び算定した加算の合計の 11.1％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（5 級地）につき、合計金額に 1.055 を乗じた金額が自己負担額となります。

2. その他利用料 ※消費税抜きの金額です。

費 目	日額又は月額	内 訳
食 費	650 円/食	おやつ代含む
教 養 娛 楽 費	実 費（ご希望の方）	クラブ活動、行事の材料費等
※特 別 な 食 事	実 費（ご希望の方）	
散 髪 代	1,200 円～	丸刈り 1,200 円 カット 2,200 円 その他実費
基本時間外施設利用料	1,000 円/時間	
パンツ式紙おむつ	220 円/枚	
尿取りパット	40 円/枚	