

# 予防通所リハビリテーション利用料のご案内【2割負担】

令和7年4月1日現在

(単位:円)

介護度	利用回数	負担金 (一月につき)	加算項目		負担金 (一月につき)
			基本加算	選択加算	
要支援1	週1回程度	4613	サービス提供体制加算 I 1 (要支援1の方)		179
			サービス提供体制加算 I 2 (要支援2の方)		358
			退院時共同指導加算		1221
			科学的介護促進体制加算		82
			一体的サービス提供加算		977
要支援1 (利用開始後1年を経過した減算)		(244)	栄養アセスメント加算		102
要支援2	週2回程度	8600	栄養改善加算		407
			口腔機能向上加算 I		305
			口腔機能向上加算 II		326
			口腔・栄養スクリーニング加算 I (6月に1回限度)		41
			口腔・栄養スクリーニング加算 II (6月に1回限度)		10
			生活行為向上リハビリテーション実施加算		1143
			若年性認知症利用者受入加算		488
			要支援2 (利用開始後1年を経過した減算)		(488)
			選択的サービス複数実施加算 II (選択加算のうち3種類実施)		1424

保険外料金(一日につき)			
食事代 (おやつ含む1日1食の費用)	600	クラブ活動材料費(手芸・リボンクラブ・書道)(1日あたりの費用)	実費相当分
おやつ代 (半日型利用者のみ算定・1日の費用)	100	リハビリパンツ・パット(小)・パット(大) (各種1枚あたりの費用)	75・25・35
家族食 (昼食・1日1食の費用)	600		

1日型(6時間以上7時間未満)1月あたり合計額		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
7178	11535	13935

半日型(3時間以上4時間未満)1月あたり合計額		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
5178	9535	9935

短時間型(1時間以上2時間未満)1月あたり合計額		
要支援1 月4回程度	要支援2 月4回程度	要支援2 月8回程度
4778	9135	9135

※介護職員処遇改善加算IV(所定単位×5.3%)が加算されます。

独立行政法人地域医療機能推進機構北海道病院附属介護老人保健施設