

予防通所リハビリテーション利用料のご案内【1割負担】

令和8年4月1日現在

(単位:円)

介護 予防 通所 リハ ビリ テー シ ョ ン 費	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)	
	要支援1	週1回程度	2307	基本 加算	サービス提供体制加算Ⅰ1 (要支援1の方)	90	
					サービス提供体制加算Ⅰ2 (要支援2の方)	179	
					退院時共同指導加算	611	
					科学的介護促進体制加算	41	
					一体的サービス提供加算	489	
	要支援1 (利用開始後1年を経過した減算)		(122)	選択 加算	栄養アセスメント加算	51	
	要支援2	週2回程度			4300	栄養改善加算	204
						口腔機能向上加算Ⅰ	153
						口腔機能向上加算Ⅱ	163
						口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ (6月に1回限度)	21
						口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ (6月に1回限度)	5
						生活行為向上リハビリテーション実 施加算	572
						若年性認知症利用者受入加算	244
	要支援2 (利用開始後1年を経過した減算)		(244)	そ の 他	選択的サービス複数実施加算Ⅰ (選択加算のうち2種類実施)	489	
					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)	712	

保険外料金(一日につき)			
食事代 (おやつ含む)	700	クラブ活動材料費(手工芸・リボンクラフト・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)	150	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)	700		

1日型(6時間以上7時間未満)1月あたり合計額目安		
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
6077	8271	11731

半日型(3時間以上4時間未満)1月あたり合計額目安		
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
3217	5411	6011

短時間型(1時間以上2時間未満)1月あたり合計額目安		
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
2617	4811	4811

※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