

老人保健施設 希望の館 施設入所 料金表(強化型・超強化型)

老人保健施設希望の館 2024.4 月改定

①1 か月の費用の目安<31 日換算・1割負担の方>(③+④+⑤)

多床室											
要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	栄養強化	食費/居住費	日用品/おやつ代	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
要介護1	27,001	744	682	341	64,387	7,905	101,060 円	90,303 円	68,293 円	60,233 円	45,973 円
要介護2	29,357	744	682	341	64,387	7,905	103,416 円	92,659 円	70,649 円	62,589 円	48,329 円
要介護3	31,434	744	682	341	64,387	7,905	105,493 円	94,736 円	72,726 円	64,666 円	50,406 円
要介護4	33,232	744	682	341	64,387	7,905	107,291 円	96,534 円	74,524 円	66,464 円	52,204 円
要介護5	34,875	744	682	341	64,387	7,905	108,934 円	98,177 円	76,167 円	68,107 円	53,847 円

従来型個室													
	要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	栄養強化	食費/居住費	日用品/おやつ代	特別室室料	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
2F	要介護1	24,428	744	682	341	104,408	7,905	68,200	206,708 円	185,070 円	163,060 円	129,580 円	126,790 円
	要介護2	26,753	744	682	341	104,408	7,905	68,200	209,033 円	187,395 円	165,385 円	153,946 円	129,115 円
	要介護3	28,768	744	682	341	104,408	7,905	68,200	211,048 円	189,410 円	167,400 円	133,920 円	131,130 円
	要介護4	30,535	744	682	341	104,408	7,905	68,200	212,815 円	191,177 円	169,167 円	135,687 円	132,897 円
	要介護5	33,240	744	682	341	104,408	7,905	68,200	215,520 円	193,882 円	171,872 円	138,392 円	135,602 円
3F	要介護1	24,428	744	682	341	104,408	7,905	51,150	189,658 円	168,020 円	146,010 円	112,530 円	109,740 円
	要介護2	26,753	744	682	341	104,408	7,905	51,150	191,983 円	170,345 円	148,335 円	114,855 円	112,065 円
	要介護3	28,768	744	682	341	104,408	7,905	51,150	193,998 円	172,360 円	150,350 円	116,870 円	114,080 円
	要介護4	30,535	744	682	341	104,408	7,905	51,150	195,765 円	174,127 円	152,117 円	118,637 円	115,847 円
	要介護5	33,240	744	682	341	104,408	7,905	51,150	198,470 円	176,832 円	154,822 円	121,342 円	118,552 円

※注: 太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。療養費には、日常なおむつ代・投薬代が含まれています。

②1 か月の費用の概算(③+④+⑤)

初期加算 I (30 日間)	短期集中リハ(週 5 回・3 月)	在宅復帰在宅療養支援機能加算 II	衣類洗濯代	合計金額
900	約 4,000(3 月以上)~9,000 円	1,581	3,000~4,000 円	¥

※諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算 II が算定されます。また、所定単位数に介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算が算定されます。

※1 か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・居住費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
多床室	871	947	1,014	1,072	1,125		
従来型個室	788	863	928	985	1,040		
夜勤体制加算	24			450	140	安全対策加算(入所中1回)	20
短期集中リハビリテーション実施加算 I	258			480	70	排泄支援加算 I	10
短期集中リハビリテーション実施加算 II	200			400	240	排泄支援加算 II	15
						入所前後訪問指導加算 I	
						入所前後訪問指導加算 II	
						試験的退所時指導加算	
						かかりつけ医連携加算 I イ	
						かかりつけ医連携加算 I ロ	
						かかりつけ医連携加算 II	

認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	退所時情報提供加算Ⅰ	500	かかりつけ医連携加算Ⅲ	100	排泄支援加算Ⅲ	20
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	120	退所時情報提供加算Ⅱ	250	特定治療		科学的介護推進体制加算Ⅰ	40
若年性認知症利用者受入加算	120	入退所前連携加算Ⅰ	600	緊急時治療管理	518	科学的介護推進体制加算Ⅱ	60
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	51	入退所前連携加算Ⅱ	400	所定疾患施設療養費Ⅰ	239	高齢者施設感染対策向上加算Ⅰ(1月につき)	10
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	51	訪問看護指示加算	300	所定疾患施設療養費Ⅱ	480	高齢者施設感染対策向上加算Ⅱ(1月につき)	5
外泊時費用	362	協力医療機関連携加算 1R6年度から	100	認知症専門ケア加算Ⅰ	3	新興感染症施設療養費(1月に1回5日を限度)	240
外泊時費用(在宅サービス利用)	800	協力医療機関連携加算 1R7年度から	50	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	生産性向上推進体制加算Ⅰ(1月につき)	100
ターミナルケア加算(死亡日)	1,900	協力医療機関連携加算 2R7年度から	5	認知症チームケア加算Ⅰ	150	生産性向上推進体制加算Ⅱ(1月につき)	10
ターミナルケア加算(2～3日)	910	栄養マネジメント強化加算	11	認知症チームケア加算Ⅱ	120	サービス提供体制強化加算	22
ターミナルケア加算(4～30日)	160	経口移行加算	28	認知症行動心理症状緊急加算	200	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)R6.5.31まで	2.9%
ターミナルケア加算(31～45日)	72	経口維持加算Ⅰ(1月につき)	400	リハメ計画書情報加算Ⅰ(1月につき)	53	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)R6.5.31まで	2.1%
初期加算Ⅰ	60	経口維持加算Ⅱ(1月につき)	100	リハメ計画書情報加算Ⅱ	33	介護職員等ベースアップ支援加算)R6.5.31まで	0.8%
初期加算Ⅱ	30	口腔衛生管理加算Ⅰ(1月につき)	90	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	介護職員等処遇改善加算Ⅰ R6.4.1から	7.5%
退所時栄養連携加算	70	口腔衛生管理加算Ⅱ(1月につき)	110	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13		
再入所時栄養連携加算	200	療養食加算(1食につき)	6	自立支援加算(1月につき)	300		

※加算については、必要に応じて算定される場合があります。介護職員処遇改善加算は R6.6.1 より一本化され、介護職員等処遇改善加算Ⅰが算定されます。

④食費・居住費(所得・資産要件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説明	
第1段階	300	0	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	+資産要件
第2段階	390	370	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	
第3段階①	650	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下	
第3段階②	1,360	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超	
標準世帯	1,700	377	1,668	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

※食費は日額設定のため、1日に一食でも食事を提供した場合は日額設定での請求となります。

⑤その他の費用

項目	金額	品目
日用品費	200円	シャンプー・リンス・ボディソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤
おやつ代	55円	個人の嗜好に基づいて提供されるおやつ
持ち込み電気器具※	55円/1点	テレビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)
業者洗濯代※	1ネット 396円	業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)
理美容代※	2,000円程度	業者による理美容を希望された場合
特別室室料※	2F	2,200円 冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込
	3F	1,650円 家具付属、電気代込
診断書料※	・死亡診断書 5,500円(再交付 3,300円)・他診断書等 1,100円・各種証明書料 220円	

※ご家族様への食事は朝食 400円・昼食 650円・夕食 650円で提供することが可能です。

※外泊された場合は、外泊時費用と居住費・特別室室料(個室の場合)が算定されます。

老人保健施設 希望の館 短期入所 料金表(強化型・超強化型)

老人保健施設希望の館 2024.4月改定

①1日の費用の目安<1割負担の方>(③+④+⑤)

多床室										
要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
要介護1	902	24	22	2,077	200	3,225 円	2,878 円	2,168 円	1,908 円	1,818 円
要介護2	979	24	22	2,077	200	3,302 円	2,955 円	2,245 円	1,985 円	1,895 円
要介護3	1,044	24	22	2,077	200	3,367 円	3,020 円	2,310 円	2,050 円	1,960 円
要介護4	1,102	24	22	2,077	200	3,425 円	3,078 円	2,368 円	2,108 円	2,018 円
要介護5	1,161	24	22	2,077	200	3,484 円	3,137 円	2,427 円	2,167 円	2,077 円

従来型個室												
	要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	特別室室料	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
2F	要介護1	819	24	22	3,368	200	2,100	6,533 円	5,835 円	5,125 円	4,045 円	3,955 円
	要介護2	893	24	22	3,368	200	2,100	6,607 円	5,909 円	5,199 円	4,119 円	4,029 円
	要介護3	958	24	22	3,368	200	2,100	6,672 円	5,974 円	5,264 円	4,184 円	4,094 円
	要介護4	1017	24	22	3,368	200	2,100	6,731 円	6,033 円	5,323 円	4,243 円	4,153 円
	要介護5	1074	24	22	3,368	200	2,100	6,788 円	6,090 円	5,380 円	4,300 円	4,210 円
3F	要介護1	819	24	22	3,368	200	1,650	6,083 円	5,385 円	4,675 円	3,595 円	3,505 円
	要介護2	893	24	22	3,368	200	1,650	6,157 円	5,459 円	4,749 円	3,669 円	3,579 円
	要介護3	958	24	22	3,368	200	1,650	6,222 円	5,524 円	4,814 円	3,734 円	3,644 円
	要介護4	1,017	24	22	3,368	200	1,650	6,281 円	5,583 円	4,873 円	3,793 円	3,703 円
	要介護5	1,074	24	22	3,368	200	1,650	6,338 円	5,640 円	4,930 円	3,850 円	3,760 円

※注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。また、上記以外にかかる加算がございます。療養費には、日常のおむつ代・投薬代が含まれています。

②1日の費用の概算(③+④+⑤)

介護保健施設サービス費	送迎加算(片道希望時)	個別リハビリ	食費/滞在費	日用品費	合計金額
	円		円	200 円	¥

※諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱが算定されます。また、所定単位数に介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算が算定されます。※1か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・滞在費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
多床室	902	979	1,044	1,102	1,161		
従来型個室	819	893	958	1,017	1,074		
特定介護老人保健施設短期入所療養介護費		若年性認知症利用受入加算	120	認知症専門ケア加算Ⅰ	3	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)R6.5.31まで	2.1%
・3時間以上4時間未満	664	重度療養管理加算	120	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	介護職員等ベースアップ支援加算)R6.5.31まで	0.8%

・4時間以上6時間未満	927	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	51	緊急時治療管理	518	介護職員等処遇改善加算Ⅰ R6.4.1 から	7.5%
・6時間以上8時間未満	1,296	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	51	特定治療			
夜勤体制加算	24	送迎加算(片道あたり)	184	生産性向上推進加算Ⅰ	100		
個別リハビリテーション実施加算	240	総合医学管理加算	275	生産性向上推進加算Ⅱ	10		
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	口腔連携強化加算(一月あたり)	50	サービス提供体制加算Ⅰ	22		
緊急短期入所受入対応加算	90	療養食加算(1回につき)	8	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)R6.5.31 まで	2.9%		

※加算については、必要に応じて算定される場合があります。介護職員処遇改善加算は R6.6.1 より、介護職員等処遇改善加算Ⅰに一本化され算定されます。

④食費・滞在費(所得・資産要件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説明	
第1段階	300	0	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	+資産要件
第2段階	390	370	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	
第3段階①	650	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下	
第3段階②	1,360	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超	
標準世帯	1,700	377	1,668	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

※第1～3段階の方は日額設定となります。標準世帯に該当する場合は、朝食400円・昼食650円・夕食650円に食数を掛けた請求となります。

⑤その他の費用

項目	金額	品目	
日用品費	200円	シャンプー・リンス・ボディソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤	
おやつ代	55円	個人の嗜好に基づいて提供されるおやつ	
持ち込み電気器具※	55円/1点	テレビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)	
業者洗濯代※	1ネット 396円	業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)	
理美容代※	2,000円程度	業者による理美容を希望された場合	
特別室室料※	2F	2,200円	冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込
	3F	1,650円	家具付属、電気代込
診断書料※	・死亡診断書 5,500円(再交付 3,300円)・他診断書等 1,100円・各種証明書料 220円		

※ご家族様への食事は朝食400円・昼食650円・夕食650円で提供することが可能です。

老人保健施設 希望の館 介護予防短期入所 料金表(強化型・超強化型)

老人保健施設希望の館 2024.4月改定

①1日の費用の目安<1割負担の方>(③+④+⑤)

多床室										
要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
要支援1	672	24	22	2,077	200	2,995円	2,648円	1,938円	1,678円	1,588円
要支援2	834	24	22	2,077	200	3,157円	2,810円	2,100円	1,840円	1,750円

従来型個室												
	要介護度	基本サービス費	夜勤体制	サービス体制	食費/居住費	日用品	特別室室料	計	3段階②	3段階①	2段階	1段階
2F	要支援1	632	24	22	3,368	200	2,100	6,346円	5,648円	4,938円	3,858円	3,768円
	要支援2	778	24	22	3,368	200	2,100	6,492円	5,794円	5,084円	4,004円	3,914円
3F	要支援1	632	24	22	3,368	200	1,650	5,896円	5,198円	4,488円	3,408円	3,318円
	要支援2	778	24	22	3,368	200	1,650	6,042円	5,344円	4,634円	3,554円	3,464円

※注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合(1~3割)となります。また、上記以外にかかる加算がございます。療養費には、日常的なおむつ代・投薬代が含まれています。

②1日の費用の概算(③+④+⑤)

介護保健施設サービス費	送迎加算(片道希望時)	個別リハビリ	食費/滞在費	日用品費	合計金額
	円		円	200円	¥

※諸加算として超強化型の場合は、在宅復帰在宅療養支援加算Ⅱが算定されます。また、所定単位数に介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算が算定されます。
 ※1か月に支払った保険適用分の合計額が負担の上限を超えたときは、高額介護サービス費として市町村より払い戻されます。また、介護費・食費・滞在費は、医療費控除の対象となります。

③基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

<基本報酬>	要支援1	要支援2
多床室	672	834
従来型個室	632	778

夜勤体制加算	24	送迎加算(片道あたり)	184	生産性向上推進加算Ⅰ	100
個別リハビリテーション実施加算	240	総合医学管理加算	275	生産性向上推進加算Ⅱ	10
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	口腔連携強化加算(一月あたり)	50	サービス提供体制加算Ⅰ	22
緊急短期入所受入対応加算	90	療養食加算(1回につき)	8	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)R6.5.31まで	2.9%
若年性認知症利用受入加算	120	認知症専門ケア加算Ⅰ	3	介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)R6.5.31まで	2.1%
重度療養管理加算	120	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	介護職員等ベースアップ支援加算)R6.5.31まで	0.8%
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	51	緊急時治療管理	518	介護職員等処遇改善加算ⅠR6.4.1から	7.5%
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	51	特定治療			

※加算については、必要に応じて算定される場合があります。介護職員処遇改善加算は R6.6.1 より、介護職員等処遇改善加算Ⅰに一本化され算定されます。

④食費・滞在費(所得・資産要件に応じて、支払い限度額の上限を定める負担限度額認定を受ける事が出来ます。市町村への申請が必要です)

円/日額	食費	多床室	従来型個室	説明	
第1段階	300	0	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者・生活保護受給者	+資産要件
第2段階	390	370	490	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下	
第3段階①	650	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下	
第3段階②	1,360	370	1,310	本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超	
標準世帯	1,700	377	1,668	上記以外の方(負担限度額軽減非該当の方)	

※第1～3段階の方は日額設定となります。標準世帯に該当する場合は、朝食400円・昼食650円・夕食650円に食数を掛けた請求となります。

⑤その他の費用

項目	金額	品目	
日用品費	200円	シャンプー・リンス・ボディソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤	
おやつ代	55円	個人の嗜好に基づいて提供されるおやつ	
持ち込み電気器具※	55円/1点	テレビ、電気アンカなどを持参される場合(特別室室料をお支払いされる方は電気代不要)	
業者洗濯代※	1ネット 396円	業者による洗濯を希望された場合(ドライ洗濯は個々に費用算定)	
理美容代※	2,000円程度	業者による理美容を希望された場合	
特別室室料※	2F	2,200円	冷蔵庫、洗面所、家具付属、電気代込
	3F	1,650円	家具付属、電気代込
診断書料※	・死亡診断書 5,500円(再交付 3,300円)・他診断書等 1,100円・各種証明書料 220円		

※ご家族様への食事は朝食400円・昼食650円・夕食650円で提供することが可能です。

通所リハビリテーション希望の館 料金表(強化型・超強化型)

2024.6月改定

① 1日の費用の目安<1割負担の方>(②+③)

6時間以上7時間未満(9:30~15:40まで)での日額利用料金(入浴・短期個別リハ実施・3か月未満の方)								
要介護度	介護給付費の1割(主なもの)				その他の費用		計	
	通所リハビリテーション費	サービス提供	リハマネ加算	短期集中個別リハ	入浴介助	昼食代		日用品費
要介護1	715	22	※月に1回算定されます (240~863)	110	40	650	150	1,687
要介護2	850							1,822
要介護3	981							1,953
要介護4	1,137							2,109
要介護5	1,290							2,262

※注: 太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担が異なります。また、上記以外にかかる加算がある場合や、所定単位数には介護職員処遇改善加算が算定されます。

② 基本報酬及び加算項目(日額算定、加算によっては月単位)

要介護度	一時間以上二時間未満	二時間以上三時間未満	三時間以上四時間未満	四時間以上五時間未満	五時間以上六時間未満	六時間以上七時間未満	計	※送迎の距離・体力・経済的な理由等で提供時間の 変更が可能です
要介護1	369	383	486	553	622	715		
要介護2	398	439	565	642	738	850		
要介護3	429	498	643	730	852	981		
要介護4	458	555	743	844	987	1137		
要介護5	491	612	842	957	1,120	1,290		
感染症・災害による利用者減少		+3/100	入浴介助加算Ⅱ	60	認知症短期集中リハ実施加算Ⅰ/日	240	口腔機能向上加算Ⅱ 月2回まで	160
1-2h未未満でのPT・OT2名以上配置		30	リハマネ加算A⇒イ6月以内/月	560	認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ/月	1920	重度療養管理加算(1日につき)	100
通常の事業を超えた地域加算		5%	リハマネ加算A⇒イ6月超 /月	240	生活行為向上リハマネ加算6月以内/月	1250	中重度者ケア体制加算(1日につき)	20
リハビリテーション提供体制加算 3-4h		12	リハマネ加算ロ⇒イ6月以内/月	593	栄養アセスメント加算/月	50	科学的介護推進体制加算(1月につき)	40
リハビリテーション提供体制加算 4-5h		16	リハマネ加算ロ⇒イ6月超 /月	273	栄養改善加算(月2回まで)	200	事業者が送迎を行わない場合(片道につき)	-47
リハビリテーション提供体制加算 5-6h		20	リハマネ加算B⇒ハ6月以内/月	793	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ1回/6月	20	退院時共同指導加算(1回につき)	600
リハビリテーション提供体制加算 6-7h		24	リハマネ加算B⇒イ6月超/月	473	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ1回/6月	5	移行支援加算(1日につき)	12
リハビリテーション提供体制加算 7h以上		28	事業所の医師による説明同意	270	口腔機能向上加算Ⅰ 月2回まで	150	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22
入浴介助加算Ⅰ		40	短期集中個別リハ加算	110	口腔機能向上加算Ⅱ 月2回まで	155	介護職員等処遇改善加算Ⅰ R64.1から	8.6%

※加算については、状況に応じて算定される場合があります。

③ その他の費用

項目	金額	品目
昼食代	650円	昼食、おやつ代込
日用品費	150円	シャンプー・リンス・ボディソープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤
紙おむつ代	150円	オムツ類が必要な方は持参をお願いします。通所で立てかえた場合は、左記の金額若しくは、同じ物をご返却ください。
紙パンツ代	120円	
フラット代	50円	
尿取りパッド代	30円	

介護予防通所リハビリテーション希望の館 料金表(強化型・超強化型)

①1日の費用の目安<1割負担の方>(②+③)

月額利用料金(要支援1は週1回(月4回)、(要支援2は週2回(月8回)利用した場合)						
要介護度	介護給付費の1割(主なもの)			その他の費用		計
	介護予防通所リハビリテーション費	提供体制強化加算(I)	科学的介護体制加算	昼食代	日用品費	
要支援1	2,268	88	40	2,600	600	5,596
要支援2	4,228	176		5,200	1,200	10,844

※注:太枠部は、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって負担が異なります。また、上記以外にかかる加算がある場合や、所定単位数には介護職員処遇改善加算が算定されます。

②基本報酬及び加算項目(月単位)

通常の事業を超えた地域加算	5%	退院時共同指導加算	600	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ(6月に1回)	5	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	480
生活行為向上リハ実施加算6月以内/月	562	栄養アセスメント加算(1月につき)	50	口腔機能向上加算Ⅰ(月2回限度)	150	介護職員等処遇改善加算ⅠR64.1から	8.6%
若年性認知症利用者受入加算(1月につき)	240	栄養改善加算(1月につき)	200	口腔機能向上加算Ⅱ(月2回限度)	160		
12月を超えた期間に利用した場合 要支援1	-120	運動器機能向上加算(1月につき)	225	一体的サービス提供加算(栄養及び口腔)	480		
12月を超えた期間に利用した場合 要支援2	-240	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ(6月に1回)	20	科学的介護推進体制加算(1月につき)	40		

※加算については、状況に応じて算定される場合があります。

③その他の費用

項目	金額	品目
昼食代	650円	昼食、おやつ代込
日用品費	150円	シャンプー・リンス・ホディーツープ・歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケア用スポンジ・ティッシュペーパー・ウェットティッシュ・バスタオル(リース)・フェイスタオル(リース)・口腔洗浄液・入歯洗浄剤
紙おむつ代	150円	オムツ類が必要な方は持参をお願いします。通所で立てかえた場合は、左記の金額若しくは、同じ物をご返却ください。
紙パンツ代	120円	
フラット代	50円	
尿取りパッド代	30円	