

介護老人保健施設 リハビリポート横浜

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 利用料金表

平成30年8月1日改定

① 介護保険給付の対象となるサービス自己負担となる利用金額（1回あたり）

～ 6時間以上7時間未満 ～

(利用者負担分)

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1割負担	681円	816円	947円	1,104円	1,257円
2割負担	1,362円	1,632円	1,893円	2,207円	2,514円
3割負担	2,044円	2,448円	2,840円	3,310円	3,770円

+

食費(自費)
720円/日

(食材料費、調理費等)

～ 1時間以上2時間未満 ～

(利用者負担分)

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1割負担	344円	377円	406円	438円	468円
2割負担	688円	753円	812円	875円	936円
3割負担	1,032円	1,130円	1,218円	1,313円	1,404円

★ 上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

項 目	利用料金			概要
	1割	2割	3割	
理学療法士体制強化加算	33円	66円	98円	1時間以上2時間未満のサービスに限る
リハビリテーション提供体制加算4	27円	53円	79円	
入浴介助加算	55円	109円	164円	
栄養改善加算	164円	327円	490円	月2回を限度とする
栄養スクリーニング加算	6円	11円	17円	6月に1回を限度とする
口腔機能向上加算	164円	327円	490円	月2回を限度とする
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	251円/月	501円/月	1078円/月	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	925円/月	1850円/月	2775円/月	同意月から6ヶ月以内
	577円/月	1154円/月	1730円/月	同意月から6ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	1219円/月	2438円/月	3656円/月	同意月から6ヶ月以内
	871円/月	1741円/月	2612円/月	同意月から6ヶ月超
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	1328円/月	2655円/月	3982円/月	同意月から6ヶ月以内
	980円/月	1959円/月	2938円/月	同意月から6ヶ月超
短期集中個別リハビリテーション実施加算	120円	240円	359円	退院(所)又は認定日から起算して3ヶ月以内
生活行為向上リハビリテーション実施加算	2176円/月	4352円/月	6528円/月	開始月から6ヶ月以内
	1088円/月	2176円/月	3264円/月	開始月から6ヶ月超
中等度ケア体制加算	22円	44円	66円	
重度療養管理加算	109円	218円	327円	要介護度4, 5であって別に定める状態である場合
若年性認知症利用者受け入れ加算	66円	131円	196円	
認知症短期集中リハ加算(Ⅰ)	262円	523円	784円	
認知症短期集中リハ加算(Ⅱ)	2089円/月	4178円/月	6267円/月	
事業者が送迎を行わない場合(片道につき)	-52円/回	-103円/回	-154円/回	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ ※①	20円	40円	59円	※① 職員の人員体制により(Ⅰ)イもしくは(Ⅰ)ロ、Ⅱに変わります
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	13円	27円	40円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7円	13円	20円	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	地域単価×介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス種別加算率4.7%に対する1割・2割・3割負担			

② 予防給付の対象となるサービスの内、自己負担となる利用金額

～6時間以上7時間未満・1時間以上2時間未満～

費 目	介護度	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防通所リハビリテーション	要支援1	1,863円	3,726円	5,588円
	要支援2	3,934円	7,867円	11,800円

★ 上記料金に以下のサービスをご利用いただいた場合、それぞれ下記の料金が加算されます。

費 目	1割	2割	3割	費 目	1割	2割	3割	
運動器機能向上加算	245円/月	490円/月	735円/月	栄養改善加算	164円/月	327円/月	490円/月	
口腔機能向上加算	164円/月	327円/月	490円/月	栄養スクリーニング加算(6ヶ月に1回)	6円/回	11円/回	17円/月	
事業所評価加算	131円/月	262円/月	392円/月	若年性認知症受入加算	262円/月	523円/月	784円/月	
リハビリマネジメント加算	359円/月	718円/月	1,078円/月	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	523円/月	1,045円/月	1,567円/月	
生活行為向上リハビリテーション加算1	980円/月	1959円/月	2,938円/月	選択的サービス複数実施加算Ⅱ	762円/月	1,524円/月	2,285円/月	
生活行為向上リハビリテーション加算2	490円/月	980円/月	1,469円/月	介護職員処遇改善加算①	地域単価×介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス種別加算率4.7%に対する1割・2割・3割負担			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ ※①	支援1	79円/月	157円/月					236円/月
	支援2	157円/月	314円/月					471円/月

③ 介護保険給付の対象とならないサービス利用金額（利用者10割負担） ご希望により利用した場合にかかります

(非課税)

(課税)

費 目	利用料金	費 目	利用料金	費 目	利用料金
日用品費	80円/日	パンツ式オムツ	230円/回	文書料	1,000円(税抜)
教養娯楽費	実費	尿とりパット	90円/回		
		テープ式オムツ	170円/回		

・①は端数処理により標記の金額と若干の誤差が生じることがあります。

・請求金額は暦月単位になりますので、多少の誤差が生じますがご了承ください。請求月締めとなり、翌月請求書を送付いたします。

☆ご不明な点がございましたら、支援相談員までお問い合わせください。