介護老人保健施設 リハビリポート横浜（在宅強化型）利用料金表

令和6年4月1日改定

①介護保険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

◎従来型個室利用の場合 （日額：単位：円）※下記金額に別途特別な室料（1,650円（税込）／日）がかかります。

費　目			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険施設サービス費	自己負担割合	1割	845	925	995	1,056	1,115
		2割	1,690	1,850	1,990	2,112	2,229
		3割	2,534	2,776	2,985	3,168	3,344
居　住　費			2,100				

＋

費自己負担分２．０２０円かかります

◎多床室（4人室） （日額：単位：円）

費　目			要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
介護保険施設サービス費	自己負担割合	1割	934	1,015	1,087	1,149	1,206
		2割	1,868	2,030	2,174	2,298	2,412
		3割	2,802	3,045	3,261	3,447	3,618
居　住　費			750				

◎すべての方に適用される加算（単位：円）

費　目	自己負担			備考
	1割	2割	3割	
初期加算（Ⅰ）	65	129	193	医療機関に入院した日から30日以内に退院し入所した場合30日間加算。
初期加算（Ⅱ）	32	64	96	入所した日から30日間加算。（Ⅰ）か（Ⅱ）のいずれか。
夜勤職員配置加算	26	52	77	夜間職員配置加算に対する体制を整備しているため加算されます。

※ 居住費・食費に関しましては、介護保険給付対象外となります。（利用者10割負担）

★ 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。 （単位：円）

費　用	自己負担			備考
	1割	2割	3割	
短期集中リハビリテーション実地加算（Ⅰ）	276	553	829	入所から3か月以内
短期集中リハビリテーション実地加算（Ⅱ）	215	429	644	入所から3か月以内
認知症短期集中リハビリテーション実地加算（Ⅰ）	257	514	772	入所から3か月以内に限り、週3回を限度とし加算
認知症短期集中リハビリテーション実地加算（Ⅱ）	129	257	386	入所から3か月以内に限り、週3回を限度とし加算
認知症ケア加算	81	163	244	認知症専門棟ご入所の場合
若年性認知症入所者受入加算	129	257	386	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）	54	109	164	
外泊時費用	388	776	1164	居宅における外泊を認めた場合
外泊時在宅サービス利用費用	858	1716	2573	居宅における外泊を認め施設が在宅サービスを提供した場合
ターミナルケア加算（死亡日）	2037	4074	6111	
ターミナルケア加算（ 2～3日）	976	1951	2927	
ターミナルケア加算（ 4～30日）	172	343	515	
ターミナルケア加算（31～45日）	77	154	231	
再入所時栄養連携加算	215	429	644	1人につき1回限度
退所時栄養情報連携加算	75	150	225	
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	483	965	1448	
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	514	1029	1544	
試行的退所時指導加算	429	858	1287	
退所時情報提供加算（Ⅰ）	536	1072	1608	
退所時情報提供加算（Ⅱ）	268	536	804	
入退所前連携加算（Ⅰ）	644	1287	1930	
入退所前連携加算（Ⅱ）	429	858	1287	
訪問看護指示加算	322	644	965	
協力医療機関連携加算1（令和6年度）	108	215	322	
協力医療機関連携加算1（令和7年度以降）	54	108	161	
協力医療機関連携加算2	5	11	16	
栄養マネジメント強化加算	11	23	35	
経口移行加算	30	60	90	180日以内
経口維持加算（Ⅰ）	429	858	1287	180日以内
経口維持加算（Ⅱ）	108	215	322	180日以内
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	96	193	289	
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	118	236	354	
療養食加算	7	13	19	1食あたり左記加算が発生
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	150	300	450	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	75	150	225	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	257	514	772	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	108	215	322	
緊急時治療管理	555	1110	1665	
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	257	513	769	1月に1回7日を限度
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	514	1029	1544	1月に1回10日を限度
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	4	7	10	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	8	12	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	215	429	644	
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	161	322	483	
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	129	257	386	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	57	114	171	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	35	70	106	
褥創マネジメント加算（Ⅰ）	4	7	10	
褥創マネジメント加算（Ⅱ）	14	28	42	
排せつ支援加算（Ⅰ）	11	22	32	
排せつ支援加算（Ⅱ）	16	32	48	
排せつ支援加算（Ⅲ）	22	43	64	
排せつ支援加算（Ⅳ）	108	215	322	
自立支援促進加算	322	644	965	
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	43	85	128	
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	65	129	193	
安全対策体制加算	22	43	64	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	11	22	32	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	11	16	1月につき
新興感染症等施設療養費	257	514	772	1月に1回5日を限度
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	108	215	322	
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	11	22	32	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	23	47	70	職員の人数体制により発生有無が変わります
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	19	38	57	職員の人数体制により発生有無が変わります
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7	13	19	職員の人数体制により発生有無が変わります
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）				介護報酬総単位数×3．9％（令和6年6月以降 7.5％）×地域単価（10．72円）
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）				介護報酬総単位数×2．1％×地域単価（10．72円）令和6年5月末まで
介護職員等ベースアップ等支援加算				介護報酬総単位数×0．8％×地域単価（10．72円）令和6年5月末まで

② 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割負担分）

★ ご希望により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。

（非課税）

費　目	利用料金	項　目
教養娯楽費	50円／日	色鉛筆、色画用紙、絵の具、折り紙、半紙等
健康管理費	実費	インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチン接種等
理美容代	実費	別　紙
外泊時おむつ使用料	パット 90円/枚 おむつ 170円/枚 ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ 230円/枚	外泊時、ご希望の方

（業者委託）

費　目	利用料金
私物洗濯代	業者と直接契約になります（別紙）
日用品費	業者と直接契約になります（別紙）

（課税）

費　目	利用料金
特別な室料（従来型個室）	1,650円／日（税込）
文書料	
死亡診断書	11,000円（税込）
診断書	5,500円（税込）
証明書	1,100円（税込）

・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。