

介護老人保健施設 若葉が丘 入所 利用料金表(令和7年4月～)

(1)要介護度別料金及び加算料金

従来型個室 居住費：1,772円／1日 特別な室料(1人室)：4,400円／1日(税込) 食事負担額：2,447円／1日(朝・昼・おやつ・夕)
多床室 居住費：476円／1日 特別な室料(2人室)：2,200円／1日(税込) 食事負担額：2,447円／1日(朝・昼・おやつ・夕)
***介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は居住費・食事負担額について上限があります。**

従来型個室(2F1人部屋)


	在宅強化型(Ⅰ) ii		基本型(Ⅰ) i	
介護度	単位	利用者負担(円) 1日につき	単位	利用者負担(円) 1日につき
要介護1	788	845	717	769
要介護2	863	926	763	818
要介護3	928	995	828	888
要介護4	985	1,056	883	947
要介護5	1,040	1,115	932	1,000

多床室(2人部屋・4人部屋・3F1人部屋)

	在宅強化型(Ⅰ) iv		基本型(Ⅰ) iii	
介護度	単位	利用者負担(円) 1日につき	単位	利用者負担(円) 1日につき
要介護1	871	934	793	850
要介護2	947	1,016	843	904
要介護3	1,014	1,087	908	974
要介護4	1,072	1,150	961	1,031
要介護5	1,125	1,206	1,012	1,085

加算料金

加 算 項 目	単位	利用者負担(円) 1日につき	備 考 欄
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)*厚生労働大臣基準の全てに適合	—	—	所定単位数×75/1000 R6年6月から
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	24	1日につき
夜勤職員配置加算	24	26	1日につき
栄養マネジメント強化加算	11	12	1日につき
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	51	55	在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上であること
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	51	55	在宅復帰・在宅療養支援等指標が70以上であること
認知症ケア加算	76	82	3F認知症棟入所の方 1日につき
安全対策体制加算	20	22	入所中1回
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	53	57	1月につき (厚労省に情報提出していること)
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	33	36	1月につき (厚労省に情報提出していること)
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3	4	1月につき
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13	14	1月につき
排泄支援加算(Ⅰ)	10	11	1月につき
排泄支援加算(Ⅱ)	15	16	1月につき
排泄支援加算(Ⅲ)	20	22	1月につき
初期加算(Ⅰ)	60	65	入所日から30日以内
初期加算(Ⅱ)	30	33	入所日から30日以内
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	258	277	入所日から3月以内
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	200	215	入所日から3月以内
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	240	258	入所日から3月以内 週3回を限度
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)	120	129	入所日から3月以内 週3回を限度
療養食加算	6	7	1食ごと(1日3食を限度)
自立支援促進加算	300	322	1月につき
再入所時栄養連携加算	200	215	入所者1人につき1回を限度
協力医療機関連携加算(Ⅰ)(R6年度まで)	100	108	
協力医療機関連携加算(Ⅰ)(R7年度から)	50	54	
協力医療機関連携加算(Ⅱ)	5	6	
経口移行加算	28	30	1日につき
経口維持加算(Ⅰ)	400	429	1月につき
経口維持加算(Ⅱ)	100	108	1月につき
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	97	1月につき
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	118	1月につき
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	43	1月につき
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60	65	1月につき
外泊時費用	362	388	月6日を限度
外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	800	858	
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450	483	
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	480	515	
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500	536	
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250	268	
入退所前連携加算(Ⅰ)	600	644	
入退所前連携加算(Ⅱ)	400	429	
訪問看護指示加算	300	322	
退所時栄養情報連携加算	70	75	
試行的退所時指導加算	400	429	
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	239	257	1月に1回7日を限度
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480	515	1月に1回10日を限度
若年性認知症入所者受入加算	120	129	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	4	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	5	
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150	161	
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	129	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	215	
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	11	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	6	1月につき
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	108	1月につき
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	11	1月につき
新興感染症等施設療養費	240	258	1月に1回5日を限度
ターミナルケア加算(死亡日)	1,900	2,037	
ターミナルケア加算(2～3日)	910	976	
ターミナルケア加算(4～30日)	160	172	
ターミナルケア加算(31日～45日)	72	78	
緊急時治療管理加算	518	556	
特定治療	医科診療報酬点数表1章・2章による		

・1単位＝10.72円 ・利用者負担割合によって1割・2割・3割負担となります。表示されているのは1割負担分です。
 ・なお  部分はご利用者様皆様に加算されます。

(2)その他の料金

教養娯楽費	各種クラブ活動等の費用です 詳細は別紙参照ください
日用品費(業者委託) *1	240円／1日(税込264円)
理美容代	実費。別紙参照
TV代金	100円／1日(税込110円)
口腔ケア(協力歯科の川和歯科医による)	詳細はお尋ねください
歯ブラシ *	110円

- *1 日用品費は業者委託となっております。また、私物洗濯も別途ご利用いただけますのでご希望の方はお申し込みください。
- * 教養娯楽費をご希望の方はお申し込みください。
- * TVをご希望の方はお申し込みください。
- * 口腔ケア代は、ご本人様の歯の本数・状態により料金が前後します。
- * 歯ブラシは口腔衛生のため、月1回交換します。歯科衛生士がご本人に合った歯ブラシを選定します。持ち込みを希望の方はご相談ください。
- * 合算額は、合計額×日数とは必ずしも一致いたしません。おおよその目安となります。予めご了承ください。

(3)健康管理等費用

各診断書・証明書	1,000円～
各予防接種	年により変動
健康診断書	検査内容により変動

- * 書類の種類、検査、内容により、価格設定が異なる為、詳細はお問い合わせください。
表示価格は参考料金となります。
- * 当施設で記入できる書類、記入できない書類もありますので、書式をお持ちになり、お問い合わせ下さい。
- * 検査の結果待ちや状態の把握の為、書類完成までにお時間を要する場合がありますので、ご了承ください。
- * 予防接種(インフルエンザ)は、横浜市内に住民票があり、生活保護、市民税非課税世帯の場合は、確認書類を提出していただくと、減額される場合があります。

(4)施設基準の変動に伴う、月々の料金変更について

厚生労働省の定める指標により、過去6ヶ月間の在宅復帰率や、ベッド回転率、リハビリの充実等により毎月、施設基準が変更となり、月毎の利用料金が変更になる事があります。
施設基準および負担金額の差額の目安は下の表の通りになります。
尚、施設施設基準が変更になっても、当施設は超強化型を目指していますので、超強化型の基準のリハビリ等のサービスを変わず提供していきます。

基本型施設を基準にした場合の
基本サービス費の差額目安(要介護3の多床室の場合)

施設指標	施設基準	基本サービス費
20～39	基本型施設	1日 974円
40～59	加算型施設	1日 974円
60～69	在宅復帰強化型施設	1日 1,087円
70～	在宅復帰超強化型施設	1日 1,087円

+

+

+

+

※1割負担の場合

加算(1日)	合計(1日あたり)	月合計(30日)※
設定なし	974円	29,220円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ 55円	1,029円	30,870円
設定なし	1,087円	32,610円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ 55円	1,142円	34,260円

上の金額は、基本サービス費だけの負担金額ですので、その他に自費分の費用や加算分の費用が別にかかります。

小数点以下の金額がある為、1日の料金と月の料金では数円の差額が出ます。

ご利用いただいた場合のシュミレーション

介護サービス費 + 加算料金(おおよそ) + 食費 + 居住費 + 自費分 = 合計

1日 () 円

1か月 () 円