

# 基本利用料金表 《 通所リハビリテーション(デイケア) 》 1割負担

介護老人保健施設 エスポワール大原

2024年6月1日

介護度	保険1割負担金/日 大規模型(一定の要件を 満たした事業所) 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	リハビリテーション提供 体制加算4(6時 間以上7時間未満)	保険適用分計/日 ①	食費	日用品費	教養娯楽費	自費分計/日 ②	①+②合計/日
要介護 1	715	40	18	24	797	690	150	100	940	1,737
要介護 2	850	40	18	24	932	690	150	100	940	1,872
要介護 3	981	40	18	24	1,063	690	150	100	940	2,003
要介護 4	1,137	40	18	24	1,219	690	150	100	940	2,159
要介護 5	1,290	40	18	24	1,372	690	150	100	940	2,312

※単位は全て(円)

## ～ その他の加算費用 ～

- ◇リハビリテーションマネジメント加算1・1(イ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 560円/月
- 1・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 240円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算2・1(ロ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 593円/月
- 2・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 273円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算3・1(ハ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 793円/月
- 3・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 473円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算4 270円/月  
(医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合、上記1～3に加える)
- ◇短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内) 110円/日
- ◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(週2日を限度) 240円/日
- ◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 1920円/月
- ◇生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6ヶ月以内) 1250円/月
- ◇口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ) 20円/回 5円/回(6月に1回を限度)
- ◇口腔機能向上加算(Ⅰ) 150円/回
- ◇口腔機能向上加算(Ⅱ)1(Ⅱ)2 155円/回 160円/回
- ◇理学療法士等体制強化加算 30円/日
- ◇若年性認知症利用者受入加算 60円/日
- ◇栄養改善加算 200円/回(月2回を限度)
- ◇科学的介護推進体制加算 40円/月
- ◇中重度者ケア体制加算 20円/日
- ◇栄養アセスメント加算 50円/日
- ◇重度療養管理加算 100円/日
- ◇移行支援加算 12円/日
- ◇退院時共同指導加算 600円/回

## ～ 区分支給限度基準額に含まれない項目 ～

- ◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18円/日
- ◇介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (基本料金+加算料金)×8.6%/月

※理美容料金 : 1,000円～7,000円(実費)

# 基本利用料金表 《 通所リハビリテーション(デイケア) 》 2割負担

介護老人保健施設 エスポワール大原

2024年6月1日

介護度	保険2割負担金/日 大規模型(一定の要件 を満たした事業所) 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	リハビリテーション提供 体制加算4(6時 間以上7時間未満)	保険適用分計/日 ①	食費	日用品費	教養娯楽費	自費分計/日 ②	①+②合計/日
要介護 1	1,430	80	36	48	1,594	690	150	100	940	2,534
要介護 2	1,700	80	36	48	1,864	690	150	100	940	2,804
要介護 3	1,962	80	36	48	2,126	690	150	100	940	3,066
要介護 4	2,274	80	36	48	2,438	690	150	100	940	3,378
要介護 5	2,580	80	36	48	2,744	690	150	100	940	3,684

※単位は全て(円)

## ～ その他の加算費用 ～

- ◇リハビリテーションマネジメント加算1・1(イ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 1120円/月
- 1・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 480円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算2・1(ロ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 1186円/月
- 2・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 546円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算3・1(ハ) (同意日の属する月から6ヶ月以内) 1586円/月
- 3・2 (同意日の属する月から6ヶ月超) 946円/月
- ◇リハビリテーションマネジメント加算4 540円/月  
(医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合、上記1～3に加える)
- ◇短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内) 220円/日
- ◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)(週2日を限度) 480円/日
- ◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 3840円/月
- ◇生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6ヶ月以内) 2500円/月
- ◇口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ) 40円/回 10円/回(6月に1回を限度)
- ◇口腔機能向上加算(Ⅰ) 300円/回
- ◇口腔機能向上加算(Ⅱ)1(Ⅱ)2 310円/回 320円/回
- ◇理学療法士等体制強化加算 60円/日
- ◇若年性認知症利用者受入加算 120円/日
- ◇栄養改善加算 400円/回(月2回を限度)
- ◇科学的介護推進体制加算 80円/月
- ◇中重度者ケア体制加算 40円/日
- ◇栄養アセスメント加算 100円/日
- ◇重度療養管理加算 200円/日
- ◇移行支援加算 24円/日
- ◇退院時共同指導加算 1200円/回

## ～ 区分支給限度基準額に含まれない項目 ～

- ◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 36円/日
- ◇介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (基本料金+加算料金)×8.6%/月

※理美容料金 : 1,000円～7,000円(実費)

# 基本利用料金表 《 通所リハビリテーション(デイケア) 》 3割負担

介護老人保健施設 エスポワール大原

2024年6月1日

介護度	保険3割負担金/日 大規模型(一定の要件 を満たした事業所) 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	リハビリテーション提供 体制加算4(6時 間以上7時間未満)	保険適用分計/日 ①	食費	日用品費	教養娯楽費	自費分計/日 ②	①+②合計/日
要介護 1	2,145	120	54	72	2,391	690	150	100	940	3,331
要介護 2	2,550	120	54	72	2,796	690	150	100	940	3,736
要介護 3	2,943	120	54	72	3,189	690	150	100	940	4,129
要介護 4	3,411	120	54	72	3,657	690	150	100	940	4,597
要介護 5	3,870	120	54	72	4,116	690	150	100	940	5,056

※単位は全て(円)

## ～ その他の加算費用 ～

◇リハビリテーションマネジメント加算1・1(イ)	(同意日の属する月から6ヶ月以内)	1680円/月	
1・2	(同意日の属する月から6ヶ月超)	720円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算2・1(ロ)	(同意日の属する月から6ヶ月以内)	1779円/月	
2・2	(同意日の属する月から6ヶ月超)	819円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算3・1(ハ)	(同意日の属する月から6ヶ月以内)	2379円/月	
3・2	(同意日の属する月から6ヶ月超)	1419円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算4	(医師が利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た場合、上記1～3に加える)	810円/月	
◇短期集中個別リハビリテーション実施加算(退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以内)		330円/日	
◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	(週2日を限度)	720円/日	
◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		5760円/月	
◇生活行為向上リハビリテーション実施加算(開始月から6ヶ月以内)		3750円/月	
◇口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(Ⅱ)	60円/回 15円/回(6月に1回を限度)		◇科学的介護推進体制加算 120円/月
◇口腔機能向上加算(Ⅰ)	450円/回		◇中重度者ケア体制加算 60円/日
◇口腔機能向上加算(Ⅱ)1(Ⅱ)2	465円/回 480円/回		◇栄養アセスメント加算 150円/日
◇理学療法士等体制強化加算	90円/日		◇重度療養管理加算 300円/日
◇若年性認知症利用者受入加算	180円/日		◇移行支援加算 36円/日
◇栄養改善加算	600円/回(月2回を限度)		◇退院時共同指導加算 1800円/回

## ～ 区分支給限度基準額に含まれない項目 ～

◇サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	54円/日
◇介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(基本料金+加算料金)×8.6%/月

※理美容料金 : 1,000円~7,000円(実費)