

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
2025年1月1日

介護度	保険1割負担金/日 大規模型 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	675	40	18	24	757	690	150	100	940	1,697
要介護 2	802	40	18	24	884	690	150	100	940	1,824
要介護 3	926	40	18	24	1,008	690	150	100	940	1,948
要介護 4	1,077	40	18	24	1,159	690	150	100	940	2,099
要介護 5	1,224	40	18	24	1,306	690	150	100	940	2,246

※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 (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)	270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)	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

2025年1月1日

介護度	保険2割負担金/日 大規模型 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	1,350	80	36	48	1,514	690	150	100	940	2,454
要介護 2	1,604	80	36	48	1,768	690	150	100	940	2,708
要介護 3	1,852	80	36	48	2,016	690	150	100	940	2,956
要介護 4	2,154	80	36	48	2,318	690	150	100	940	3,258
要介護 5	2,448	80	36	48	2,612	690	150	100	940	3,552

※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

2025年1月1日

介護度	保険3割負担金／日 大規模型 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	2,025	120	54	72	2,271	690	150	100	940	3,211
要介護 2	2,406	120	54	72	2,652	690	150	100	940	3,592
要介護 3	2,778	120	54	72	3,024	690	150	100	940	3,964
要介護 4	3,231	120	54	72	3,477	690	150	100	940	4,417
要介護 5	3,672	120	54	72	3,918	690	150	100	940	4,858

※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) |
| ◇口腔機能向上加算(Ⅰ) | 450円／回 | |
| ◇口腔機能向上加算(Ⅱ)1 (Ⅱ)2 | 465円／回 | 480円／回 |
| ◇理学療法士等体制強化加算 | 90円／日 | |
| ◇若年性認知症利用者受入加算 | 180円／日 | |
| ◇栄養改善加算 | 600円／回 (月2回を限度) | |
| | | ◇科学的介護推進体制加算 120円／月 |
| | | ◇中重度者ケア体制加算 60円／日 |
| | | ◇栄養アセスメント加算 150円／日 |
| | | ◇重度療養管理加算 300円／日 |
| | | ◇移行支援加算 36円／日 |
| | | ◇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)