

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4月1日

介護度	保険1割負担金/日 大規模型(I) 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	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	694	40	18	24	776	690	150	100	940	1,716
要介護 2	824	40	18	24	906	690	150	100	940	1,846
要介護 3	953	40	18	24	1,035	690	150	100	940	1,975
要介護 4	1,102	40	18	24	1,184	690	150	100	940	2,124
要介護 5	1,252	40	18	24	1,334	690	150	100	940	2,274

※単位は全て(円)

～ 加算項目 (該当する方のみにかかる費用) ～

◇リハビリテーションマネジメント加算(A)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	560円/月	
(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(A)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	593円/月	
(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(B)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	830円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	510円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	863円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	543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/回	
◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	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)(II)	150円/回	160円/回 (月2回を限度)
◇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

～ 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)×4.7%/月
◇介護職員等特定処遇改善加算(I)	(基本料金+加算料金)×2.0%/月
◇介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×1.0%/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4月1日

介護度	保険2割負担金/日 大規模型(I) 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	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	1,388	80	36	48	1,552	690	150	100	940	2,492
要介護 2	1,648	80	36	48	1,812	690	150	100	940	2,752
要介護 3	1,906	80	36	48	2,070	690	150	100	940	3,010
要介護 4	2,204	80	36	48	2,368	690	150	100	940	3,308
要介護 5	2,504	80	36	48	2,668	690	150	100	940	3,608

※単位は全て(円)

～ 加算項目 (該当する方のみにかかる費用) ～

◇リハビリテーションマネジメント加算(A)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1120円/月	
(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(A)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1186円/月	
(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(B)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1660円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	1020円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1726円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	1086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)	220円/回	
◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	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)(II)	300円/回	320円/回 (月2回を限度)
◇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

～ 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)×4.7%/月
◇介護職員等特定処遇改善加算(I)	(基本料金+加算料金)×2.0%/月
◇介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×1.0%/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4月1日

介護度	保険3割負担金/日 大規模型(I) 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	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	2,082	120	54	72	2,328	690	150	100	940	3,268
要介護 2	2,472	120	54	72	2,718	690	150	100	940	3,658
要介護 3	2,859	120	54	72	3,105	690	150	100	940	4,045
要介護 4	3,306	120	54	72	3,552	690	150	100	940	4,492
要介護 5	3,756	120	54	72	4,002	690	150	100	940	4,942

※単位は全て(円)

～ 加算項目 (該当する方のみにかかる費用) ～

◇リハビリテーションマネジメント加算(A)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1680円/月	
(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(A)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	1779円/月	
(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(B)イ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	2490円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	1530円/月	
◇リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ (同意日の属する月から6ヶ月以内)	2589円/月	
(同意日の属する月から6ヶ月超)	1629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/回	
◇認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	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)(II)	450円/回	480円/回 (月2回を限度)
◇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/日

～ 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)×4.7%/月
◇介護職員等特定処遇改善加算(I)	(基本料金+加算料金)×2.0%/月
◇介護職員等ベースアップ等支援加算	(基本料金+加算料金)×1.0%/月

※理美容料金 : 1,000円~7,000円(実費)