

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

2026年6月1日

介護度	保険1割負担金／日 大規模型（特例） 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算（Ⅰ）	サービス提供 体制加算（Ⅰ）	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	22	24	801	690	150	100	940	1,741
要介護 2	850	40	22	24	936	690	150	100	940	1,876
要介護 3	981	40	22	24	1,067	690	150	100	940	2,007
要介護 4	1,137	40	22	24	1,223	690	150	100	940	2,163
要介護 5	1,290	40	22	24	1,376	690	150	100	940	2,316

※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 ～

◇サービス提供体制加算(Ⅰ)	22円／日
◇介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(基本料金＋加算料金)×11.1%／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

2026年6月1日

介護度	保険2割負担金／日 大規模型(特例) 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス提供 体制加算(Ⅰ)	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	44	48	1,602	690	150	100	940	2,542
要介護 2	1,700	80	44	48	1,872	690	150	100	940	2,812
要介護 3	2,943	80	44	48	3,115	690	150	100	940	4,055
要介護 4	2,274	80	44	48	2,446	690	150	100	940	3,386
要介護 5	2,580	80	44	48	2,752	690	150	100	940	3,692

※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)		◇科学的介護推進体制加算 80円／月
◇口腔機能向上加算(Ⅰ)	300円／回		◇中重度者ケア体制加算 40円／日
◇口腔機能向上加算(Ⅱ)1 (Ⅱ)2	310円／回 320円／回		◇栄養アセスメント加算 100円／日
◇理学療法士等体制強化加算	60円／日		◇重度療養管理加算 200円／日
◇若年性認知症利用者受入加算	120円／日		◇移行支援加算 24円／日
◇栄養改善加算	400円／回 (月2回を限度)		◇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 ～

◇サービス提供体制加算(Ⅰ)	44円／日
◇介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(基本料金+加算料金)×11.1%／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

2026年6月1日

介護度	保険3割負担金／日 大規模型(特例) 6時間以上7時間未満	入浴介助 加算(Ⅰ)	サービス提供 体制加算(Ⅰ)	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	66	72	2,403	690	150	100	940	3,343
要介護 2	2,550	120	66	72	2,808	690	150	100	940	3,748
要介護 3	2,943	120	66	72	3,201	690	150	100	940	4,141
要介護 4	3,411	120	66	72	3,669	690	150	100	940	4,609
要介護 5	3,870	120	66	72	4,128	690	150	100	940	5,068

※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(Ⅰ)	(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(Ⅰ)	(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(Ⅰ)	(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		810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)		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 ～

◇サービス提供体制加算(Ⅰ)	66円／日
◇介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口	(基本料金+加算料金)×11.1%／月

※理美容料金 : 1,000円～7,000円(実費)