

利用料金のご案内

ヴォーリズ老健センター

【通所リハビリテーション：デイケア】2025.4～

サービス提供時間 9：30～15：45 [地域区分（7 級地）1 単位 10.17 円]

◆通常規模型リハビリテーション（日額・単位：円）：介護保険対象 1 割負担

基本サービス費	要介護 1 (単位数)	要介護 2 (単位数)	要介護 3 (単位数)	要介護 4 (単位数)	要介護 5 (単位数)
1 時間以上 2 時間未満	(369) 376	(398) 405	(429) 437	(458) 466	(491) 500
2 時間以上 3 時間未満	(383) 390	(439) 447	(498) 507	(555) 565	(612) 623
3 時間以上 4 時間未満	(486) 495	(565) 575	(643) 654	(743) 756	(842) 857
4 時間以上 5 時間未満	(553) 563	(642) 653	(730) 743	(844) 859	(957) 974
5 時間以上 6 時間未満	(622) 633	(738) 751	(852) 867	(987) 1,004	(1,120) 1,139
6 時間以上 7 時間未満	(715) 728	(850) 865	(981) 998	(1,120) 1,157	(1,290) 1,312

※ 端数処理計算の関係上実際の請求金額とずれる場合がございます

◆通常規模型リハビリテーション（日額・単位：円）：介護保険対象 2 割負担

基本サービス費	要介護 1 (単位数)	要介護 2 (単位数)	要介護 3 (単位数)	要介護 4 (単位数)	要介護 5 (単位数)
1 時間以上 2 時間未満	(369) 751	(398) 810	(429) 873	(458) 932	(491) 999
2 時間以上 3 時間未満	(383) 779	(439) 893	(498) 1,013	(555) 1,129	(612) 1,245
3 時間以上 4 時間未満	(486) 989	(565) 1,150	(643) 1,308	(743) 1,512	(842) 1,713
4 時間以上 5 時間未満	(553) 1,125	(642) 1,306	(730) 1,485	(844) 1,717	(957) 1,947
5 時間以上 6 時間未満	(622) 1,265	(738) 1,501	(852) 1,733	(987) 2,008	(1,120) 2,278
6 時間以上 7 時間未満	(715) 1,455	(850) 1,729	(981) 1,996	(1,120) 2,313	(1,290) 2,624

※ 端数処理計算の関係上実際の請求金額とずれる場合がございます

◆通常規模型リハビリテーション（日額・単位：円）：介護保険対象 3 割負担

基本サービス費	要介護 1 (単位数)	要介護 2 (単位数)	要介護 3 (単位数)	要介護 4 (単位数)	要介護 5 (単位数)
1 時間以上 2 時間未満	(369) 1,126	(398) 1,215	(429) 1,309	(458) 1,398	(491) 1,498
2 時間以上 3 時間未満	(383) 1,169	(439) 1,340	(498) 1,520	(555) 1,694	(612) 1,868
3 時間以上 4 時間未満	(486) 1,483	(565) 1,724	(643) 1,962	(743) 2,267	(842) 2,569
4 時間以上 5 時間未満	(553) 1,688	(642) 1,959	(730) 2,228	(844) 2,575	(957) 2,920
5 時間以上 6 時間未満	(622) 1,898	(738) 2,252	(852) 2,600	(987) 3,012	(1,120) 3,417
6 時間以上 7 時間未満	(715) 2,182	(850) 2,594	(981) 2,993	(1,120) 3,469	(1,290) 3,936

※ 端数処理計算の関係上実際の請求金額とずれる場合がございます

◆全利用者に共通して加算されるもの（単位：円）

加算	頻度/(単位数)	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1 回につき (22 単位)	23	45	67
リハビリテーション提供体制加算 1 (3・4 時間)	1 回につき (12 単位)	13	25	37
リハビリテーション提供体制加算 2 (4・5 時間)	1 回につき (16 単位)	17	33	49
リハビリテーション提供体制加算 3 (5・6 時間)	1 回につき (20 単位)	21	41	61
リハビリテーション提供体制加算 4 (6・7 時間)	1 回につき (24 単位)	25	49	74
科学的介護推進体制加算	1 月につき (40 単位)	41	82	122
★移行支援加算	1 日につき (12 単位)	13	25	37
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	加算率 8.6%			

※ 端数処理計算の関係上実際の請求金額とずれる場合がございます

★：令和 7 年 4 月からの新規加算項目

◆必要に応じて加算されるもの（単位：円）

加算	頻度/(単位数)	1 割負担	2 割負担	3 割負担
リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 同意日の属する月から 6 月以内	1 月につき (593 単位)	603	1,206	1,809
リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 同意日の属する月から 6 月超	1 月につき (273 単位)	278	556	833
※医師が利用者・家族に計画の説明をし、 同意を得た場合上記に加える	1 月につき (270 単位)	275	549	824
短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 日につき (110 単位)	112	224	336
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅰ)	1 日につき (240 単位)	244	488	732
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅱ)	1 月につき (1,920 単位)	1,953	3,906	5,858
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 月につき (1,250 単位)	1,272	2,543	3,814
若年性認知症利用者受入加算	1 日につき (60 単位)	61	122	183
重度療養管理加算	1 日につき (100 単位)	102	204	306
送迎減算	片道 (47 単位)	-48	-96	-144
退院時共同指導加算	1 回につき (600 単位)	611	1,221	1,988

※ 端数処理計算の関係上実際の請求金額とずれる場合がございます。

その他費用

記載されている金額はすべて税込み金額です

※介護保険給付適用外料金（利用者全員に共通して必要）

食事の提供に要する費用詳細（1食あたり）

昼食費	760 円
おやつ	140 円
連絡ファイル/ケース 各	150 円

※介護保険給付適用外料金（個人により必要）

写真プリント代 1 枚 10 円

※誕生日時は 3 枚目以降有料

喫茶代（コーヒー、生姜湯等） 1 杯 110 円

その他生活用品費（共用品以外） 実費

リハビリ材料費 実費

※利用者により必要性に応じて

理美容費（業者委託） 2,900 円

※第 2、4 金曜日にカットのみ実施

衛生・医療物品費 実費

※使用した衛生・医療物品等に応じて

排泄ケア用品代 紙オムツ 1 枚 185 円

紙パンツ 1 枚 185 円

パッド 1 枚 62 円

時間外施設利用料 550 円

※16：30 を超えて利用した場合、1 時間につき

夕食費 710 円

※時間延長利用者で希望者のみ

通常の実施地域以外に対して行なう送迎 1km 36 円

文書等作成費等 ※検査等が必要となった場合は別途請求

領収書再発行 1 通につき 1,100 円

診断書（施設様式） 1 通につき 3,300 円

特殊診断書 1 通につき 5,500 円

※身体障害者診断書、自賠責保険診断書等

上記以外 個別に設定