 令和5年4月1日改定

介護老人保健施設サンライフえさし　通所リハビリテーション利用料金表（1割負担）

１．通所リハビリテーション費

（単位：円/日）

項　　　目	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１時間以上　２時間未満	361	392	421	450	481
２時間以上　３時間未満	375	431	488	544	601
３時間以上　４時間未満	477	554	630	727	824
４時間以上　５時間未満	540	626	711	821	932
５時間以上　６時間未満	599	709	819	950	1077
６時間以上　７時間未満	694	824	953	1,102	1,252
７時間以上　８時間未満	734	868	1,006	1,166	1,325

２．通所リハビリテーション費の加算項目

（単位：円）

加算項目（1日または1回）			金　額	加算項目（1日または1回）		金　額
感染症等対応加算			基本料金の3%	若年性認知症利用者受入加算		60
理学療法士等体制強化加算（２時間未満対象）			30	栄養アセスメント加算　【1月】		50
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満		12	栄養改善加算（月2回を限度）		200
	４時間以上５時間未満		16	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ（6月に1回）		20
	５時間以上６時間未満		20	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ（6月に1回）		5
	６時間以上７時間未満		24	口腔機能向上加算Ⅰ（月2回を限度）		150
	７時間以上		28	口腔機能向上加算Ⅱ（月2回を限度）		160
入浴介助加算	（Ⅰ）		40	重度療養管理加算		100
	（Ⅱ）		60	中重度者ケア体制加算		20
リハビリテーションマネジメント加算	Aイ	(6月以内)　【1月】	560	科学的介護推進体制加算　【1月】		40
		(6月超)　【1月】	240	送迎減算（家族送迎の場合）		-47
	Aロ	(6月以内)　【1月】	593	移行支援加算		12
		(6月超)　【1月】	273	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	22
	Bイ	(6月以内)　【1月】	830		（Ⅱ）	18
		(6月超)　【1月】	510		（Ⅲ）	6
	Bロ	(6月以内)　【1月】	863	介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×47/1000
		(6月超)　【1月】	543		（Ⅱ）	単位数の総合計×34/1000
短期集中リハビリテーション実施加算			110		（Ⅲ）	単位数の総合計×19/1000
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	介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×20/1000
	（Ⅱ）	【1月】	1,920		（Ⅱ）	単位数の総合計×17/1000
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から6月以内	【1月】	1,250	介護職員等ベースアップ等支援加算		単位数の総合計×10/1000

＊　1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
＊　加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
＊　厚生労働省の定める加算用件（職員配置状況等）を満たした場合に加算されます。

３．その他、実費負担項目

実　費　負　担　項　目	料　金	実　費　負　担　項　目	料　金
食費（昼食）	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代（1通につき）	1,100円

＜別紙②＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和5年4月1日改定

介護老人保健施設サンライフえさし　通所リハビリテーション利用料金表（2割負担）

１．通所リハビリテーション費

（単位：円/日）

項　　目	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１時間以上　２時間未満	722	784	842	900	962
２時間以上　３時間未満	750	862	976	1,088	1,202
３時間以上　４時間未満	954	1,108	1,260	1,454	1,648
４時間以上　５時間未満	1,080	1,252	1,422	1,642	1,864
５時間以上　６時間未満	1,198	1,418	1,638	1,900	2,154
６時間以上　７時間未満	1,388	1,648	1,906	2,204	2,504
７時間以上　８時間未満	1,468	1,736	2,012	2,332	2,650

２．通所リハビリテーション費の加算項目

（単位：円）

加算項目（1日または1回）			金　額
感染症等対応加算			基本料金の3%
理学療法士等体制強化加算（２時間未満対象）			60
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満		24
	４時間以上５時間未満		32
	５時間以上６時間未満		40
	６時間以上７時間未満		48
	７時間以上		56
入浴介助加算	（Ⅰ）		80
	（Ⅱ）		120
リハビリテーションマネジメント加算	Aイ	(6月以内)　【1月】	1,120
		(6月超)　【1月】	480
	Aロ	(6月以内)　【1月】	1,186
		(6月超)　【1月】	546
	Bイ	(6月以内)　【1月】	1,660
		(6月超)　【1月】	1,020
	Bロ	(6月以内)　【1月】	1,726
		(6月超)　【1月】	1,086
短期集中リハビリテーション実施加算			220
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
	（Ⅱ）　【1月】		3,840
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から6月以内　【1月】		2,500

加算項目（1日または1回）		金　額
若年性認知症利用者受入加算		120
栄養アセスメント加算　【1月】		100
栄養改善加算（月2回を限度）		400
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ（6月に1回）		40
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ（6月に1回）		10
口腔機能向上加算Ⅰ（月2回を限度）		300
口腔機能向上加算Ⅱ（月2回を限度）		320
重度療養管理加算		200
中重度者ケア体制加算		40
科学的介護推進体制加算　【1月】		80
送迎減算（家族送迎の場合）		-94
移行支援加算		24
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	44
	（Ⅱ）	36
	（Ⅲ）	12
介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×47/1000
	（Ⅱ）	単位数の総合計×34/1000
	（Ⅲ）	単位数の総合計×19/1000
介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×20/1000
	（Ⅱ）	単位数の総合計×17/1000
介護職員等ベースアップ等支援加算		単位数の総合計×10/1000

＊　1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
＊　加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
＊　厚生労働省の定める加算用件（職員配置状況等）を満たした場合に加算されます。

３．その他、実費負担項目

実　費　負　担　項　目	料　金	実　費　負　担　項　目	料　金
食費（昼食）	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代（1通につき）	1,100円

＜別紙②＞

令和5年4月1日改定

介護老人保健施設サンライフえさし　通所リハビリテーション利用料金表（3割負担）

１．通所リハビリテーション費

（単位：円/日）

項　　　目	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１時間以上　２時間未満	1,083	1,176	1,263	1,350	1,443
２時間以上　３時間未満	1,125	1,293	1,464	1,632	1,803
３時間以上　４時間未満	1,431	1,662	1,890	2,181	2,472
４時間以上　５時間未満	1,620	1,878	2,133	2,463	2,796
５時間以上　６時間未満	1,797	2,127	2,457	2,850	3,231
６時間以上　７時間未満	2,082	2,472	2,859	3,306	3,756
７時間以上　８時間未満	2,202	2,604	3,018	3,498	3,975

２．通所リハビリテーション費の加算項目

（単位：円）

加算項目（1日または1回）			金　額
感染症等対応加算			基本料金の3%
理学療法士等体制強化加算（２時間未満対象）			90
リハビリテーション提供体制加算	３時間以上４時間未満		36
	４時間以上５時間未満		48
	５時間以上６時間未満		60
	６時間以上７時間未満		72
	７時間以上		84
入浴介助加算	（Ⅰ）		120
	（Ⅱ）		180
リハビリテーションマネジメント加算	Aイ	(6月以内)　【1月】	1,680
		(6月超)　【1月】	720
	Aロ	(6月以内)　【1月】	1,779
		(6月超)　【1月】	819
	Bイ	(6月以内)　【1月】	2,490
		(6月超)　【1月】	1,530
	Bロ	(6月以内)　【1月】	2,589
		(6月超)　【1月】	1,629
短期集中リハビリテーション実施加算			330
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
	（Ⅱ）　【1月】		5,760
生活行為向上リハビリテーション実施加算	開始日から6月以内　【1月】		3,750

加算項目（1日または1回）		金　額
若年性認知症利用者受入加算		180
栄養アセスメント加算　【1月】		150
栄養改善加算（月2回を限度）		600
口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ（6月に1回）		60
口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ（6月に1回）		15
口腔機能向上加算Ⅰ（月2回を限度）		450
口腔機能向上加算Ⅱ（月2回を限度）		480
重度療養管理加算		300
中重度者ケア体制加算		60
科学的介護推進体制加算　【1月】		120
送迎減算（家族送迎の場合）		-141
移行支援加算		36
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	66
	（Ⅱ）	54
	（Ⅲ）	18
介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×47/1000
	（Ⅱ）	単位数の総合計×34/1000
	（Ⅲ）	単位数の総合計×19/1000
介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	単位数の総合計×20/1000
	（Ⅱ）	単位数の総合計×17/1000
介護職員等ベースアップ等支援加算		単位数の総合計×10/1000

＊　1日または1回以外の金額は、【1月】と表記。【1月】は、1ヵ月あたりの金額。
＊　加算につきましては、利用者様の状況に応じて算定致します。
＊　厚生労働省の定める加算用件（職員配置状況等）を満たした場合に加算されます。

３．その他、実費負担項目

実　費　負　担　項　目	料　金	実　費　負　担　項　目	料　金
食費（昼食）	660円	行事費	実費
クラブ活動等の材料費	実費	文書代（1通につき）	1,100円