

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス  
訪問リハビリテーションご利用料金表

1割

令和3年4月1日

訪問リハビリテーション						
基本算定分(※1回20分間の場合)						
要介護度	基本サービス単位		サービス提供体制強化加算 I		1回20分間当たりの金額 1割負担(円)	備考
	単位数/回 ①	1割負担(円)	単位数/回 ②	1割負担(円)		
要介護1~5※	307	334	6	7	341	※1回40分間の場合 (①単位+②単位)×2回分を算定 介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例措置として、令和3年9月30日までの間、1ヶ月当たりの基本サービス単位に0.1%を乗じた額が上記金額とは別に上乘せされます。

加算負担分(対象となった場合)						
	単位数/日	1割負担(円)		単位数/日	1割負担(円)	備考
短期集中リハビリテーション実施加算	200	218	リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	180/月	196/月	
訪問リハ計画診療未実施減算	-50/回	-55/回	リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ※	213/月	232/月	
移行支援加算 (★要介護のご利用者様全員対象)	17	★19	リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	450/月	490/月	
			リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ※	483/月	526/月	

※ 科学的介護情報システム(厚生労働省データベース)を活用した際に算定する加算となります。

その他自己負担額			
料金体系	項目	1日当たりの金額	備考
訪問時負担額	実施地域内	無料	
	実施地域外	片道1kmあたり100円	車、バイク等の交通手段利用
キャンセル時負担額	前日までのキャンセル	無料	
	当日のキャンセル	当該当日の介護報酬の利用者負担額	ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル時負担金は発生しません。

訪問リハビリテーションサービス (1回あたりの保険分の自己負担額 早見表)					
介護度	1回:20分間の場合(+加算)		1回:40分間の場合(+加算)		備考
	基本算定分	加算負担分	基本算定分	加算負担分	
要介護1~5	341円/日	★移行支援加算 +19円/日	681円/日	★移行支援加算 +19円/日	要介護1~5の方には、移行支援加算が1日1回算定されます。 短期集中リハビリテーション実施加算は対象者の方に請求されます。 リハマネ加算(A)イ又はロ、リハマネ加算(B)イ又はロが対象者の方に月1回算定されます。 サービス提供はケアプランに基づき実施されます。
		短期集中リハの場合 +218円/日(3月間)		短期集中リハの場合 +218円/日(3月間)	
		リハマネ加算(A) イ: +196円/月1回 ロ: +232円/月1回		リハマネ加算(A) イ: +196円/月1回 ロ: +232円/月1回	
		リハマネ加算(B) イ: +490円/月1回 ロ: +526円/月1回		リハマネ加算(B) イ: +490円/月1回 ロ: +526円/月1回	

注 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。

※料金表は両面印刷になっております。要介護度に応じて、料金が変わりますので裏面もご確認下さい。

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター介護老人保健施設 コスモス  
介護予防訪問リハビリテーションご利用料金表

1割

令和3年4月1日

訪問リハビリテーション						
基本算定分(※1回20分間の場合)						
要介護度	基本サービス単位		サービス提供体制強化加算 I		1回20分間当たりの金額 1割負担(円)	備考
	単位数/回 ①	1割負担(円)	単位数/回 ②	1割負担(円)		
要支援1～2※	307	334	6	7	341	※1回40分間の場合 (①単位+②単位)×2回分を算定 介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

※新型コロナウイルス感染症に対応するための特例措置として、令和3年9月30日までの間、1ヶ月当たりの基本サービス単位に0.1%を乗じた額が上記金額とは別に上乗せされます。

加算負担分(対象となった場合)						
	単位数/日	1割負担(円)		単位数/日	1割負担(円)	備考
短期集中リハビリテーション実施加算	200	218	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に利用した場合	-5/回	-6/回	
訪問リハ計画診療未実施減算	-50/回	-55/回				

その他自己負担額			
料金体系	項目	1日当たりの金額	備考
訪問時負担額	実施地域内	無料	
	実施地域外	片道1kmあたり100円	車、バイク等の交通手段利用
キャンセル時負担額	前日までのキャンセル	無料	
	当日のキャンセル	当該当日の介護報酬の利用者負担額	ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル時負担金は発生しません。

介護予防訪問リハビリテーションサービス (1回あたりの保険分の自己負担額 早見表)					
介護度	1回:20分間の場合(+加算)		1回:40分間の場合(+加算)		備考
	基本算定分	加算負担分	基本算定分	加算負担分	
要支援1～2	341円/日	短期集中リハの場合 +218円/日(3月間)	681円/日	短期集中リハの場合 +218円/日(3月間)	短期集中リハビリテーション実施加算は対象者の方に請求されます。 サービス提供はケアプランに基づき実施されます。

注 保険分の1割負担には1円以下の金額が発生することもある為、日数や端数処理等により請求金額が異なる場合があります。

※料金表は両面印刷になっております。要介護度に応じて、料金が変わりますので裏面もご確認下さい。