

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

3割

平成30年8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	単位数/回 ①	3割負担(円)	サービス提供体制強化加算		1回20分間当りの金額 3割負担(円)	備考
			単位数/回 ②	3割負担(円)		
要介護1～5	290	947	6	20	967	※1回40分間の場合 (①単位+②単位)×2回分 を算定

加算負担分						
	単位数/月	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)	備考
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	230/月	751/月	短期集中リハビリテーション実施加算	200	653	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	280/月	914/月	社会参加支援加算	17	56	★要介護のご利用者様全員対象
リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ	320/月	1045/月	訪問リハ計画診療未実施減算	—20/回	—66/回	

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

その他自己負担額			
料金体系	項目	1日当りの金額	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(税込)	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	967円/日	★社会参加支援加算 +56円/日	1,932円/日	★社会参加支援加算 +56円/日	要介護1～5の方には、社会参加支援加算が1日1回算定され、リハマネ加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)が月1回算定されます。 また、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。
		短期集中リハの場合 +653円/日(3月間)		短期集中リハの場合 +653円/日(3月間)	
		リハマネ加算Ⅰの場合 +751円/月1回		リハマネ加算Ⅰの場合 +751円/月1回	
		リハマネ加算Ⅱの場合 +914円/月1回		リハマネ加算Ⅱの場合 +914円/月1回	
		リハマネ加算Ⅲの場合 +1045円/月1回		リハマネ加算Ⅲの場合 +1045円/月1回	

注 保険分の3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。

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

3割

平成30年8月1日

介護予防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	単位数/回 ①	3割負担(円)	サービス提供体制強化加算		1回20分間当りの金額 3割負担(円)	備考
			単位数/回 ②	3割負担(円)		
要支援1~2	290	947	6	20	967	※1回40分間の場合 (①単位+②単位)×2回分 を算定

加算負担分						
	単位数/月	3割負担(円)		単位数/日	3割負担(円)	備考
リハビリテーションマネジメント加算	230/月	751/月	短期集中リハビリテーション実施加算	200	653	退院(所)日又は認定日から 起算して3月以内
訪問リハ計画診療未実施減算	-20/回	-66/回				

介護報酬1単位当たりの単価:10.88円

その他自己負担額			
料金体系	項目	1日当りの金額	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(税込)	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	967円/日	リハマネ加算 +751円/月1回 短期集中リハの場合 +653円/日(3月間)	1,932円/日	リハマネ加算Ⅰの場合 +751円/月1回 短期集中リハの場合 +653円/日(3月間)	リハマネ加算は月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。 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3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。