

介護老人保健施設 光の森

利用料金表

訪問リハビリテーション

(1) 利用料金 (3割) ※お支払はひと月分まとめてご請求させていただきます。

| | | 1単位 | 2単位 | 3単位 |
|--------------------|----------------------------|-------|---------|---------|
| 介護保険 利用者 負担金 | 訪問リハビリ テーション費 | 924 円 | 1,842 円 | 2,772 円 |
| | (1単位を20分とし、週6回を限度) | | | |
| | サービス提供 体制加算 | 18 円 | 36 円 | 54 円 |
| | (勤続年数7年以上の理学療法士又は作業療法士を配置) | | | |
| 1日あたりの料金 | | 942 円 | 1,878 円 | 2,826 円 |

※予定単位数とは基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、サービス提供体制強化加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

(2) 加算料金

> 介護保険における加算料金 (3割)

| 加算項目 | 自己負担額 |
|---|--------------|
| 短期集中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。週12回算定可能) | 600 円/日 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (退院(所)日又は訪問開始日から起算して3ヶ月以内。週12回算定可能) | 720 円/日 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (イ) (医師が利用者又は家族に説明した場合は上記に加え270円) | 540 円/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算 (ロ) (医師が利用者又は家族に説明した場合は上記に加え270円) | 639 円/月 |
| 移行支援加算 | 51 円/日 |
| 口腔連携強化加算 (1月に1回限り算定可) | 150 円/回 |
| 退院時共同指導加算 | 1,800 円/回 |
| 計画診療未実施減算 | -150 円/回 |
| 同一建物居住者に対する訪問減算 1 | 所定単位数より10%減算 |

備考欄

※掲載されている利用料金は、令和6年6月1日現在の利用料金となります。
介護報酬の変更等により、利用料金に変更となる場合がございます。予めご了承ください。