

医療法人 パテラ会 月夜野病院
訪問リハビリテーション 及び 介護予防訪問リハビリテーション 料金表

1 訪問リハビリテーションサービス費及び介護予防訪問リハビリテーションサービス費の内訳

区分	要介護	要支援	項 目	金 額	備 考
基本料金	○		訪問リハビリテーション費	308 円/回	一週間に6回を限度 ※退院・退所から3月以内は週12回までとする。
		○		298 円/回	
	○	○	退院時共同指導加算	600 円	
	○		リハビリテーション マネジメント加算ロ	213 円/月	リハビリテーション会議の開催および医師による計画の説明
	○		事業所の医師が利用者又は その家族に対して説明し、 利用者の同意を得た場合	270 円/月	
	○		認知症短期集中リハビリ テーション実施加算	240 円/日	退院(所)日又は、認定日から起算して2月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合
	○	○	短期集中リハビリテーショ ン実施加算	200 円/日	退院(所)日又は、認定日から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合
	○	○	サービス提供体制強化加算 (I)	6 円/回	サービスを提供する理学療法士等のうち、勤続年数が7年以上の者がいる
	○	○	診療未実施減算	-50 円/回	
	○	○	同一建物減算 1	-30 円/回	同一建物にサービスを提供する利用者が1月に20人以上
	○	○	同一建物減算 2	-46 円/回	同一建物にサービスを提供する利用者が1月に50人以上
		○	長期利用減算	-5 円/回	利用開始日の属する月から12月超

2 その他費用の内訳

項 目	金 額	備 考
通常の事業実施地域外の交通費	50 円/km	10km以上、1km毎に (送迎ルート上で行政区の境界を起点に)

※この料金表の表示金額は負担割合が1割の場合の利用金額です。
介護保険負担割合証の負担割合により利用金額は異なります。