

介護老人保健施設 四季の里 訪問リハビリテーション料金表

○介護保険 1 割負担分

2024年6月1日現在

訪問リハビリテーション費

基本額	要介護 1	325	円 / 回
	要介護 2		
	要介護 3		
	要介護 4		
	要介護 5		

加算分 (1割)

サービス提供体制強化加算Ⅰ	7	円 / 日	療法士の人数が一定数以上配置する場合
サービス提供体制強化加算Ⅱ	4	円 / 日	療法士の人数が一定数以上配置する場合
リハビリマネジメント加算 (イ)	190	円 / 月	訪リハ計画を作成、会議開催療法士より説明同意
リハビリマネジメント加算 (ロ)	225	円 / 月	訪リハ計画を作成、会議開催療法士より説明同意
リハマネを医師から家族説明あり	285	円 / 月	イロを医師から家族への説明した場合
短期集中リハビリテーション加算	211	円 / 日	退院退所認定日から3月以内週2回以上実施
認知症短期集中リハビリ実施加算	254	円 / 日	退院日から開始日より3月以内実施。週2日限度
口腔連携強化加算	53	円 / 回	口腔状態の確認し歯科医やケアマネと連携
医師がリハ計画作成の診療をしない場合の減算	-53	円 / 日	事業所外の医師が診療などした場合
移行支援加算	18	円 / 日	サービス終了後通所介護利用が一定割合を超える
退院時共同指導加算	633	円 / 回	退院時共同指導後に訪問リハ初回利用の際

※掲載金額は、決められた単位数×地域区分10.55円の1割額です。2割3割の方は2倍3倍となります。

○保険外費用

項 目	1 日 (回)	備 考
交通費	100 円	提供地域外のサービス提供の際、1 k mごとの料金

※上記項目で灰色のものは最低必要になります。それ以外は対象者、希望の方に算定します。