

名称	グリーンビレッジ安行
----	------------

事業者番号	1150280057
-------	------------

施設区分	訪問リハビリテーション	要介護1～5
------	-------------	--------

地域区分	6級地
------	-----

単位数×地域加算(10.33)×0.1、0.2、0.3

費用項目	訪問リハビリテーション費				内 訳
	単位	1割	2割	3割	
訪問リハビリ2	307 単位/回	318 円/回	635 円/回	952 円/回	1回/20分
訪問リハ短期集中リハ加算	200 単位/日	207 円/日	414 円/日	620 円/日	初回認定日又は退院(退所)日より3ヶ月以内
訪問リハマネジメント加算(A)イ	180 単位/月	186 円/月	372 円/月	558 円/月	リハビリテーション計画書についてリハビリ職員が利用者又は家族に説明し同意を得た場合
訪問リハマネジメント加算(A)ロ	213 単位/月	220 円/月	440 円/月	660 円/月	リハビリテーション計画書についてリハビリ職員が利用者又は家族に説明し同意を得た場合(厚生労働省ヘデータ提出)
訪問リハマネジメント加算(B)イ	450 単位/月	465 円/月	930 円/月	1,395 円/月	リハビリテーション計画書について医師が利用者又は家族に説明し同意を得た場合
訪問リハマネジメント加算(B)ロ	483 単位/月	499 円/月	998 円/月	1,497 円/月	リハビリテーション計画書について医師が利用者又は家族に説明し同意を得た場合(厚生労働省ヘデータ提出)
訪問リハサービス提供体制加算 I	6 単位/回	7 円/回	13 円/回	19 円/回	1回/20分
計画診療未実施減算	-50 単位/月	-52 円/月	-104 円/月	-155 円/月	医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合
令和3年9月30日までの上乗せ分	所定単位数の1/1000				1/月

施設区分	介護予防訪問リハビリテーション	要支援1、2
------	-----------------	--------

費用項目	訪問リハビリテーション費				内 訳
	単位	1割	2割	3割	
予防訪問リハビリ2	307 単位/回	318 円/回	635 円/回	952 円/回	1回/20分
予防訪問リハ短期集中リハ加算	200 単位/日	207 円/日	414 円/日	620 円/日	初回認定日又は退院(退所)日より3ヶ月以内
予防訪問リハサービス提供体制加算 I	6 単位/回	7 円/回	13 円/回	19 円/回	1回/20分
予防訪問リハ計画診療未実施減算	-50 単位/月	-52 円/月	-104 円/月	-155 円/月	医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合
予防訪問リハビリ12月超減算	-5 単位/回	-6 円/回	-11 円/回	-16 円/回	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
令和3年9月30日までの上乗せ分	所定単位数の1/1000				1/月