

利用料金表

2020年4月1日～

リハビリタイムズ駒岡の利用料金は、下記の1から6までの費用の合算額とします。

記

1. 介護報酬に係る利用者負担分

	要介護認定/加算内容	介護報酬単位 (単位)	介護報酬額 (円)	利用者負担額 (円)			
				1割負担	2割負担	3割負担	
地域密着型通所介護	◆1回あたりの料金 / サービス計画に定めるサービス提供時間「3時間以上4時間未満」の場合						
	要介護1	409	4384	439	877	1316	
	要介護2	469	5027	503	1006	1509	
	要介護3	530	5681	569	1137	1705	
	要介護4	589	6314	632	1263	1895	
	要介護5	651	6978	698	1396	2094	
	個別機能訓練加算Ⅰ	46	493	50	99	148	
	個別機能訓練加算Ⅱ	56	600	60	120	180	
	栄養改善加算 月2回まで	150	1608	161	322	483	
	口腔機能向上加算 月2回まで	150	1608	161	322	483	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	192	20	39	58		
第1号通所サービス	横浜市	◆1ヶ月あたりの料金					
		要支援1	1655	17741	1775	3549	5323
		要支援2 (週1回程度)	1655	17741	1775	3549	5323
		要支援2 (週2回程度)	3393	36372	3638	7275	10912
	川崎市	◆1回あたりの料金 / 送迎ありの場合					
		要支援1 (～月4回)	281	3012	302	603	904
		要支援2 (～月8回)	289	3098	310	620	930
		◆1ヶ月あたりの料金 / 送迎ありの場合					
	要支援1 (月5回～)	1405	15061	1507	3013	4519	
	要支援2 (月9回～)	2893	31012	3102	6203	9304	
	共通	◆1ヶ月あたりの料金 / 対象のサービスを実施した際の加算料金					
		運動器機能向上加算	225	2412	242	483	724
		栄養改善加算	150	1608	161	322	483
		口腔機能向上加算	150	1608	161	322	483
選択的サービス複数実施加算Ⅰ ※運動器・栄養・口腔のうち2種類実施		480	5145	515	1029	1544	
選択的サービス複数実施加算Ⅱ ※運動器・栄養・口腔の3種類実施		700	7504	751	1501	2252	
事業所評価加算		120	1286	129	258	386	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	72/	771/1543	78/155	155/309	232/463		
共通	生活機能向上連携加算2	100/月	1072	108	215	322	
	栄養スクリーニング加算	5/6か月に1回	53	6	11	16	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 59/1000 (小数点以下四捨五入)					
	介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 12/1000 (小数点以下四捨五入)					

注1) 第1号通所サービスは実際のご利用回数に関わらず、計画された利用回数を元に計算します。

注2) リハビリタイムズ駒岡の介護報酬額は1単位=10.72円(2級地)で算定します。(小数点以下切り捨て)

注3) 月間総単位数により計算するため、実際のご請求額は上記額の合計と差が生じる場合があります。

注4) 「利用者負担額」は、法定代理受領サービスでのご利用の場合の料金です(1割・2割・3割負担)

自己負担 計算方法	①	月間 総単位数	×	地域別単価 (10.72円)	=	介護報酬額 (小数点以下切り捨て)
	②	介護報酬額	—	1割負担の方…介護報酬額 × 0.9 (小数点以下切り捨て) 2割負担の方…介護報酬額 × 0.8 (小数点以下切り捨て) 3割負担の方…介護報酬額 × 0.7 (小数点以下切り捨て)	=	利用者負担額

2. 上記「介護報酬に係る利用者負担分」以外の費用

内容	料金（非課税）	備考
おやつ代	300円	休憩時間に提供する間食・ドリンク代。
おむつ代	パット 50円 おむつ 100円	事業所で準備しているおむつ・パット等を使用した場合。
その他日常生活費	実費	利用者の希望により嗜好品類等を代理購入、もしくは提供した場合。

3. 日常生活動作リハビリに係る費用

日常生活動作リハビリにおいて訓練の必要性を認めた上で、利用者の希望により店舗等にて買い物に関わる諸動作の訓練を行う場合の実際の買い物代金（立替え支払分）、および、手先の巧緻動作に関わる訓練のための手工芸を行う場合の材料費などの必要経費について、実費をご請求させていただきます。

1ヶ月の上限設定額
(○をつけて下さい)

設定なし (自己判断)	3000円	5000円	10000円	その他(ご記入下さい)
----------------	-------	-------	--------	-------------

4. 通常のサービス提供地域外の送迎に要する費用

運営規程に定める「通常のサービス提供地域」外にお住まいの方につきましては、通常の送迎の実施地域を超えた地点から実走距離で片道1kmあたり50円（税込）の送迎費用をご請求させていただきます。

1回あたりの交通費
(エリア外にお住まいのお客様のみ)

なし	あり	片道 _____ km (1km未満切上) × 50円 × 往復分 = ご利用1回あたりの送迎費用 _____ 円
----	----	--

5. サービス計画に定めるサービス提供時間を超えた場合の費用

サービス提供時間の延長は基本のご対応できません。緊急回避的な対応の際は介護保険給付の対象外となり、費用は要した時間により保険外利用料金（¥7000/3時間・税別）を基準に算出致します。

6. キャンセル料

ケアマネージャーが作成・交付する居宅サービス提供表に予定されたサービスの利用を利用者の都合により中止した場合、連絡時期によりキャンセル料を頂きます。

ご連絡時期	キャンセル料（非課税）
サービス利用前営業日の18:00まで (月曜日利用の方は土曜日までとなります)	無料
上記を過ぎてからのご連絡/ご連絡なし	300円 (発注済みのおやつ代相当分として)