

利用料金表

2021年4月1日～

リハビリタイムズモアの利用料金は、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	◆基本料金 / 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						
	3～4時間	要介護1	415/回	4448/回	445/回	890/回	1335/回
		要介護2	476/回	5102/回	511/回	1021/回	1531/回
		要介護3	538/回	5767/回	577/回	1154/回	1731/回
		要介護4	598/回	6410/回	641/回	1282/回	1923/回
		要介護5	661/回	7085/回	709/回	1417/回	2126/回
	◆基本料金 / サービス計画に定めるサービス提供時間「7時間以上8時間未満」の場合						
	7～8時間	要介護1	750/回	8040/回	804/回	1608/回	2412/回
		要介護2	887/回	9508/回	951/回	1902/回	2853/回
		要介護3	1028/回	11020/回	1102/回	2204/回	3306/回
		要介護4	1168/回	12520/回	1252/回	2504/回	3756/回
		要介護5	1308/回	14021/回	1403/回	2805/回	4207/回
	新型コロナウイルス感染症に対応するための経過措置 0.1%上乗せ分 ★2021年9月まで		上記単位数合計の 1/1000/月 (小数点以下四捨五入、1単位以下の場合切り上げ)				
	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合		上記単位数合計の 30/1000/月 (小数点以下四捨五入、1単位以下の場合切り上げ)				
	加算	◆対象のサービスを実施した際の加算料金					
個別機能訓練加算Ⅰ口		85/回	911/回	92/回	183/回	274/回	
個別機能訓練加算Ⅱ		20/月	214/月	22/月	43/月	65/月	
栄養改善加算 月2回まで		200/回	2144/回	215/回	429/回	644/回	
口腔機能向上加算Ⅱ 月2回まで		160/回	1715/回	172/回	343/回	515/回	
サービス提供体制加算Ⅱ		18/回	192/回	20/回	39/回	58/回	
第1号通所サービス	◆基本料金						
	横浜市	要支援1	1672/月	17923/月	1793/月	3585/月	5377/月
		要支援2 (週1回程度)	1672/月	17923/月	1793/月	3585/月	5377/月
		要支援2 (週2回程度)	3428/月	36748/月	3675/月	7350/月	11025/月
	川崎市	要支援1 (～月4回)	284/回	3044/回	305/回	609/回	914/回
		要支援1 (月5回～)	1422/月	15243/月	1525/月	3049/月	4573/月
		要支援2 (～月8回)	292/回	3130/回	313/回	626/回	939/回
		要支援2 (月9回～)	2928/月	31388/月	3139/月	6278/月	9417/月
	新型コロナウイルス感染症に対応するための経過措置 0.1%上乗せ分 ★2021年9月まで		上記単位数合計の 1/1000/月 (小数点以下四捨五入、1単位以下の場合切り上げ)				
	共通	◆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/月	2412/月	242/月	483/月	724/月
		栄養改善加算	200/月	2144/月	215/月	429/月	644/月
口腔機能向上加算Ⅱ		160/月	1715/月	172/月	343/月	515/月	
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/月	5145/月	515/月	1029/月	1544/月	
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/月	7504/月	751/月	1501/月	2252/月	
事業所評価加算		120/月	1286/月	129/月	258/月	386/月	
サービス提供体制強化加算Ⅱ ① 要支援1/横浜市・要支援2 (週1回程度) ② 横浜市・要支援2 (週2回程度)/川崎市・要支援2		① 72/月 ② 144/月	771/月 1543/月	78/月 155/月	155/月 309/月	232/月 463/月	
共通	生活機能向上連携加算Ⅱ	100/月	1072/月	108/月	215/月	322/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20/6月に1回	214/6月に1回	22/6月に1回	43/6月に1回	65/6月に1回	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ ※栄養アセスメント加算・栄養改善加算もしくは口腔機能向上加算のいずれか1つを算定している場合	5/6月に1回	53/6月に1回	6/6月に1回	11/6月に1回	16/6月に1回	
	栄養アセスメント加算	50/月	536/月	54/月	108/月	161/月	
	科学的介護推進体制加算	40/月	428/月	43/月	86/月	129/月	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位数の 59/1000/月 (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/月 (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算定します。

注2) 介護報酬額は1単位=10.72円(2級地)で計算します。(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 (少数点以下切り捨て)
	②	介護報酬額	-	1割負担の方…介護報酬額 × 0.9 (少数点以下切り捨て) 2割負担の方…介護報酬額 × 0.8 (少数点以下切り捨て) 3割負担の方…介護報酬額 × 0.7 (少数点以下切り捨て)	=	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
昼食代	通常食 530円	昼食提供にかかる費用 おかずのみの場合▲50円
	ムース食 710円	
	カロリー調整食 830円	
	低たんぱく食 880円	
おやつ代	300円	休憩時間に提供する感触・喫茶代、 補助栄養ゼリー・ドリンク代。
おむつ代	パット 50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。
	おむつ 100円	
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) 及び手先の巧緻動作に関わる訓練のための手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。

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。
(1km未満切上にて計算)

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的にご対応できません。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17:00まで (月曜日利用の方は金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	7時間サービス 830円/1010円/1130円/1180円 3時間サービス 300円 (発注済みの昼食・おやつ代相当分として)