

リバーサイド悠悠 利用料金表(デイケア①)

【利用可能日】月～土曜日(日曜、祝日、1月1～3日休み)

<別紙4-1>

令和7年8月1日現在

1-1. 通所リハビリテーション

※介護保険負担分及び加算項目の金額は介護保険負担額1割の場合となり、負担割合により変わります。

※当事業所の基本サービス費は「通常規模型通所リハビリテーション 6時間以上7時間未満」となります。

基本料金			
要介護度	介護保険 (1割負担分)	食費	1回あたりの 概算料金
要介護1	715円	750円	1,465円
要介護2	850円		1,600円
要介護3	981円		1,731円
要介護4	1,137円		1,887円
要介護5	1,290円		2,040円

※その他、下記加算項目より対象となる加算が算定されます。

加算			
加算項目	金額	対象	備考
リハビリテーション提供体制加算	20円/日	全員	5時間以上 6時間未満
	24円/日		6時間以上 7時間未満
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日	全員	入浴をした場合
入浴介助加算(Ⅱ)	60円/日		当事業所が算定条件を満たした場合
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	560円/月	対象者	開始月から6月以内
	240円/月		開始月から6月超
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	593円/月	対象者	開始月から6月以内
	273円/月		開始月から6月超
リハビリテーションマネジメント加算(B)ハ	793円/月	対象者	開始月から6月以内
	473円/月		開始月から6月超
医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合	上記に加えて 270円/月	対象者	
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	対象者	退院・退所又は認定日から起算して3月以内
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅰ)	240円/日	対象者	退院・退所又は通所開始日から起算して 3月以内(週2回を限度)
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算(Ⅱ)	1,920円/月	対象者	退院・退所又は通所開始日の属する月から起算し て3月以内(1月に4回以上実施)
栄養アセスメント加算	50円/月	対象者	当事業所が算定条件を満たした場合
栄養改善加算	200円/回	対象者	月2回を限度
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5円/回	対象者	6月に1回を限度
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155円/回	対象者	月2回を限度
若年性認知症利用者受入加算	60円/日	対象者	40～65歳の若年性認知症の方が対象
科学的介護推進体制加算	40円/月	全員	当時業者が算定条件を満たした場合
中重度者ケア体制加算	20円/日	全員	当事業所が算定条件を満たした場合
サービス延長加算	50円/日	対象者	8時間以上 9時間未満(1時間延長)
	100円/日		9時間以上10時間未満(2時間延長)
事業所が送迎を行わない場合	-47円/片道	対象者	利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日	全員	当事業所が条件を満たしている。
感染症及び災害により、利用延人員	所定単位数	全員	
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数 の6.6%	全員	
中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	所定単位数 の5%	対象者	通常の実施地域を越えて中山間地域等 の居住者にサービス提供を行った場合

その他 使用料

おむつ代	実費
------	----