

リバーサイド悠悠 利用料金表(デイケア②)

<別紙4-1>

【利用可能日】月～土曜日(日曜、祝日、1月1～3日休み)

令和7年8月1日現在

1-2. 介護予防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。

基本料金				
要介護度	介護保険 (1割負担分)	食費	1ヶ月あたりの概算料金	備考
要支援1	2,268円	750円	5,268円	※4回利用した場合
要支援2	4,228円		10,228円	※8回利用した場合

※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
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
一体的サービス提供加算	480円/月	対象者	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施している場合
若年性認知症利用者受入加算	240円/月	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
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援1	88円/月	全員	当事業所が条件を満たしている
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)要支援2	176円/月	全員	当事業所が条件を満たしている
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
------	----