

リバーヒル長井通所リハビリセンター料金表（要介護の方）

令和8年2月現在

※下表の負担割合の1割、2割、3割とは、介護保険負担割合証に記載されている割合を指します。

1 介護保険共通料金

(単位：円)

負 担 割 合	利用時間 要介護度	1 時間以上	2 時間以上	3 時間以上	4 時間以上	5 時間以上	6 時間以上	7 時間以上
		2 時間未満	3 時間未満	4 時間未満	5 時間未満	6 時間未満	7 時間未満	8 時間未満
1 割	要介護 1	369	383	486	553	622	715	762
	要介護 2	398	439	565	642	738	850	903
	要介護 3	429	498	643	730	852	981	1,046
	要介護 4	458	555	743	844	987	1,137	1,215
	要介護 5	491	612	842	957	1,120	1,290	1,379
2 割	要介護 1	738	766	972	1,106	1,244	1,430	1,524
	要介護 2	796	878	1,130	1,284	1,476	1,700	1,806
	要介護 3	858	996	1,286	1,460	1,704	1,962	2,092
	要介護 4	916	1,110	1,486	1,688	1,974	2,274	2,430
	要介護 5	982	1,224	1,684	1,914	2,240	2,580	2,758
3 割	要介護 1	1,107	1,149	1,458	1,659	1,866	2,145	2,286
	要介護 2	1,194	1,317	1,695	1,926	2,214	2,550	2,709
	要介護 3	1,287	1,494	1,929	2,190	2,556	2,943	3,138
	要介護 4	1,374	1,665	2,229	2,532	2,961	3,411	3,645
	要介護 5	1,473	1,836	2,526	2,871	3,360	3,870	4,137

2 介護保険加算料金自己負担分（該当する方）

(単位：円)

加算名称		適 用	負担割合ごとの金額		
			1 割	2 割	3 割
リハビリテーション提供体制加算	3 時間以上 4 時間未満	該当する場合、1日単位で算定	12	24	36
	4 時間以上 5 時間未満	同上	16	32	48
	5 時間以上 6 時間未満	同上	20	40	60
	6 時間以上 7 時間未満	同上	24	48	72
	7 時間以上	同上	28	56	84
入浴介助加算	(I)	該当する場合、(I)か(II)のいずれかを1日に1回算定	40	80	120
	(II)		60	120	180
リハビリテーションマネジメント加算(口)	6 月以内	該当する場合、1月に1回算定	593	1,186	1,779
	6 月超	同上	273	546	819
生活行為向上リハビリテーション実施加算		該当する場合、利用開始月から6か月以内に限り1月に1回算定	1,250	2,500	3,750
若年性認知症利用者受入加算		該当する場合、1日単位で算定	60	120	180
退院時共同指導加算		該当する場合、1回のみ算定	600	1,200	1,800

加算名称	適用	負担割合ごとの金額		
		1割	2割	3割
送迎減算	事業所が送迎しない場合、片道あたり	▲47	▲94	▲141
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	該当する場合、1回ごとに算定	22	44	66
科学的介護推進体制加算	該当する場合、1月に1回算定	40	80	120
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	(1の額+2の前行までの額) × 86/1000により算定する額			

3 その他の料金

(単位：円)

品目	適用	金額	算定単位
昼食代		730	1日あたり
茶菓子・飲物代		60	1日あたり
尿取りパット	希望者のみ	70	1枚あたり
紙おむつ	同上	120	同上
紙パンツ	同上	150	同上
連絡帳ファイルケース代		450	1冊あたり
特別な行事にかかる費用	事前に説明のうえ、同意をいただいた場合	実費	
キャンセル料	利用取り消しの連絡が当日になった場合	670	1回あたり