

# リバーヒルデイサービスセンターすこやか料金表（要介護の方）

令和7年1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	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	8時間以上
		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	9時間未満
1割	要介護1	370	388	570	584	658	669
	要介護2	423	444	673	689	777	791
	要介護3	479	502	777	796	900	915
	要介護4	533	560	880	901	1,023	1,041
	要介護5	588	617	984	1,008	1,148	1,168
2割	要介護1	740	776	1,140	1,168	1,316	1,338
	要介護2	846	888	1,346	1,378	1,554	1,582
	要介護3	958	1,004	1,554	1,592	1,800	1,830
	要介護4	1,066	1,120	1,760	1,802	2,046	2,082
	要介護5	1,176	1,234	1,968	2,016	2,296	2,336
3割	要介護1	1,110	1,164	1,710	1,752	1,974	2,007
	要介護2	1,269	1,332	2,019	2,067	2,331	2,373
	要介護3	1,437	1,506	2,331	2,388	2,700	2,745
	要介護4	1,599	1,680	2,640	2,703	3,069	3,123
	要介護5	1,764	1,851	2,952	3,024	3,444	3,504

## 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	
入浴介助加算（Ⅰ）	該当する場合、1日単位で算定	40	80	120	
中重度者ケア体制加算	同上（令和7年3月まで）	45	90	135	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	該当する場合、1月に1回算定	100	200	300	
個別機能訓練加算	（Ⅰ）イ	該当する場合、（Ⅰ）か（Ⅱ）いずれかを1日単位で算定	56	112	168
	（Ⅰ）ロ		76	152	228
	（Ⅱ）	該当する場合、1月に1回算定	20	40	60
ADL維持等加算（Ⅰ）	同上	30	60	90	
口腔機能向上加算（Ⅱ）	該当する場合、1月に2回を限度に算定	160	320	480	
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）×92/1000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		700	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	700	1回あたり