

# サクラス リハケアサービス 利用料金表

令和 6 年 6 月 1 日より

(円・単位)

平 川 市 (介護予防・日常生活支援総合事業費)		通所介護相当サービス (月一金曜日 13:15-16:15)			サービス提供体制強化加算 (I)		
負担割合		1割負担 (単位数)	2割負担	3割負担	1割負担 (単位数)	2割負担	3割負担
対象者							
要支援1・事業対象者 (週1回程度)		1,798	3,596	5,394	88	176	264
要支援2 (週2回程度)		3,621	7,242	10,863	176	352	528
加 算		1割負担	2割負担	3割負担	算定要件		
科学的介護推進体制加算		40	80	120	月1回	利用者のサービス情報について厚生労働省に報告するとともに、改善に関する取組を行った場合	
口腔機能向上加算(Ⅱ)		160	320	480	月1回	口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行い、口腔機能改善計画等の内容を厚生労働省に報告するとともに改善に関する取組を行った場合	
栄養アセスメント加算		50	100	150	月1回	管理栄養士等が低栄養状態のリスクおよび解決すべき課題を把握し相談に応じた場合	
栄養改善加算		200	400	600	月1回	低栄養状態にある方またはその恐れがある方に対して、栄養状態改善を図る相談や指導を行った場合	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		5	10	15	6ヶ月に1回	口腔の健康状態または栄養状態についてアセスメントを実施し、介護支援専門員と情報共有を図った場合	
一体的サービス提供加算		480	960	1440	月1回	運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上の中から3種類を選択的に実施した場合	
中山間地域加算		1ヶ月の基本単位数に5%を乗じた単位数			1月	中山間地域等において通常の事業の実施地域以外に居住するご利用者へサービス提供した場合	
送迎減算		-47			片道ごと	事業所が送迎を行わない場合	
介護職員処遇改善加算(I)		1ヶ月の総単位数に9.2%を乗じた単位数			1月		
その他の利用料		ご利用金額の目安					
ドリンク代	¥100	1日あたりのご利用料金		基本料金	加算・減算	その他利用料	合 計
レンタルタオル	¥100				+	+	
		1ヶ月あたりのご利用料金		1日あたりのご利用料金	ご利用回数		合計
					×		