

# あいあい・デイサービスセンターご利用料金表

事業所番号:2190103925

## \* 地域密着型通所介護 単位

介護保険 単位数	基本 単位数	介護度	5時間以上6時間未満	6時間以上7時間未満	7時間以上8時間未満
		要介護1	655/回	676/回	750/回
		要介護2	773/回	798/回	887/回
		要介護3	893/回	922/回	1028/回
		要介護4	1010/回	1045/回	1168/回
	要介護5	1130/回	1168/回	1308/回	
	個別機能訓練 加算Ⅰ2			85/日	
	個別機能訓練加算Ⅱ			20/月	
	生活機能向上連携加算Ⅱ2			100/月	
	栄養アセスメント加算			50/月	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ			5/回(6カ月に1回)	
	入浴介助加算Ⅰ			40/日	
	科学的介護推進体制加算			40/月	

## \* 第一号通所事業 通所介護相当 単位

\* 1月固定制か回数制の選択

介護度	1月あたり	1回あたり	
事業対象者・要支援1	1,672	384/1月 1回~4回まで	
事業対象者・要支援2	3,428	395/1月 5回~8回まで	
運動器機能向上加算	225	/	
栄養アセスメント加算	50		
生活機能向上連携加算Ⅱ2	100		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ			5/回(6カ月に1回)
科学的介護推進体制加算	40		

◇介護職員処遇改善加算Ⅰ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ 所定単位数の6.9%分

◇ベースアップ等支援加算 所定単位数の1.1%分

## 地域密着型通所介護・第一号通所事業 通所介護相当共通

自費負担	食事代	550円(1日)	生活保護受給利用者のみ 750円(1日)
	おやつ代	100円(1日)	
	レク材料費等	100円(1日)	
	おむつ代等	紙おむつ(150円) リハビリパンツ(100円) 尿パット(50円)	
	洗濯代	150円(回)	

\* 上記単位数は、各自の負担割合によって変わります。

\* 利用料のうち介護保険、総合事業対象費用は地域区分6級地(10.27円)を単位数に乗じて算出します。