

# あいわクリニックデイサービス 料金表

基本料金（介護保険一割負担）	介護度	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	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	368円/日	386円/日	567円/日	581円/日	655円/日
	要介護2	421円/日	442円/日	670円/日	686円/日	773円/日
	要介護3	477円/日	500円/日	773円/日	792円/日	896円/日
	要介護4	530円/日	557円/日	876円/日	897円/日	1018円/日
	要介護5	585円/日	614円/日	979円/日	1003円/日	1142円/日
加算料金（介護保険一割負担）	■ 入浴加算		■ (I)	40円/回		
			□ (II)	55円/回		
	□ 個別機能訓練加算		□ (I) イ	56円/日		
			□ (I) ロ	85円/日		
			□ (II)	20円/日		
	□ 認知症加算			60円/日		
	□ 中重度者ケア体制加算			45円/日		
	□ 若年性認知症利用者受入加算			60円/日		
	■ サービス提供体制強化加算		□ (I)	22円/回		
			■ (II)	18円/回		
			□ (III)	12円/回		
	□ ADL維持加算		□ (I)	30円/月		
			□ (II)	60円/月		
	□ 生活機能向上連携加算		□ (I)	100円/月		
	■ 科学的介護推進体制加算			40円/月		
■ 介護職員処遇改善加算金			59/1000			
		■ (I) 1月につき+所定単位×				
■ 介護職員等特定処遇改善加算			12/1000			
		■ (I) 1月につき+所定単位×				
□ 送迎減算			-47			
その他料金	■ 食費			500円/回		
	■ 生活嗜好品			50円/回		
	■ レクリエーション費			実費		

**事業所番号：4751280043**

※加算料金については、当施設が厚生労働省による一定の基準を満たしている際に算定させていただきます。また、介護保険2割負担、3割負担の方は上記の金額の2倍、3倍になります。

# あいわクリニックデイサービス 料金表

基本料金 (介護保険 割負担)	介護度				
	総合・支援1	1,655円/月→1,672円/月・384円/日 ※1月の中で4回まで			
	支援2	3,393円/月→3,428円/月・395円/日 ※1月の中で8回まで			
加算料金 (介護保険 割負担)	<input type="checkbox"/> 生活機能向上グループ活動加算		100円/月		
	<input type="checkbox"/> 運動機能向上加算		225円/月		
	<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算		(Ⅰ) 100円/月 (Ⅱ) 200単位		
	<input type="checkbox"/> 選択的サービス複数実施加算 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)		480円/月		
	<input type="checkbox"/> (Ⅱ)		700円/月		
	<input checked="" type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算		40円/月		
	<input checked="" type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 <input type="checkbox"/> (Ⅰ)		総合事業・支援1 88円/月 支援2 176円/月		
	<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅱ)		総合事業・支援1 72円/月 支援2 144円/月		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算金				
	<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) 1月につき+所定単位×		59/1000		
	<input type="checkbox"/> (Ⅱ) 1月につき+所定単位×		43/1000		
	<input type="checkbox"/> (Ⅲ) 1月につき+所定単位×		23/1000		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員等特定処遇改善加算				
	<input checked="" type="checkbox"/> (Ⅰ) 1月につき+所定単位×		12/1000		
	<input type="checkbox"/> (Ⅰ) 1月につき+所定単位×		10/1000		
	<input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)		(Ⅰ)20円/回・(Ⅱ)5円/回		
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算		50円/月			
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算		200円/月			
減算料金	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)		(Ⅰ)150円/月・(Ⅱ) 160円/月		
その他料金	<input checked="" type="checkbox"/> 食費		500円/回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 生活嗜好品		50円/回		
	<input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション費		実費		

**事業所番号：4751280043**

※加算料金については、当施設が厚生労働省による一定の基準を満たしている際に算定させていただきます。また、介護保険2割負担、3割負担の方は上記の金額の2倍、3倍になります。