

リバーサイド笠松園デイサービスセンター【事業所番号 2170600585】

令和4年10月1日～

□通所介護・サービス提供時間 9:30～ 16:30(7時間以上 8時間未満)

(単位;円)

| サービス内容 | | 2割負担額 (円) |
|--------|-----------|-----------|
| 要介護1 | 通所介護 I 51 | 1,310/回 |
| 要介護2 | 通所介護 I 52 | 1,546/回 |
| 要介護3 | 通所介護 I 53 | 1,792/回 |
| 要介護4 | 通所介護 I 54 | 2,036/回 |
| 要介護5 | 通所介護 I 55 | 2,284/回 |

| | | |
|--------|---------------------------------------|--|
| 加 算 | 通所介護入浴介助加算 I | 80/日 |
| | ★通所介護 ADL 維持等加算 II | 120/月 |
| | ★通所介護口腔栄養スクリーニング加算 I ※6 か月に 1 回を限度 | 40/回 |
| | 通所介護科学的介護推進体制加算 | 80/月 |
| | 通所介護生活機能向上連携加算 II 1 | 400/月 |
| | 通所介護サービス提供体制加算 I | 44/回 |
| | 通所介護処遇改善加算 I | 総単位数×5.9% (1 単位未満四捨五入) ×10 ※1 円未満切り捨て |
| | 通所介護介護職員等ベースアップ等支援加算 | 総単位数×1.1% (1 単位未満四捨五入) ×10 ※1 円未満切り捨て |

| | | |
|--------|----------|--------|
| 減 算 | 通所介護送迎減算 | -94/片道 |
|--------|----------|--------|

| | |
|--------------|-------------------------|
| 昼食代 (おやつ代含む) | 600 円 (おやつ代なしの場合 550 円) |
|--------------|-------------------------|

○笠松町の地域区分はその他『1 単位 = 10 円』となります。

○サービス提供体制強化加算と介護職員処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算は区分支給限度基準額の算定対象外です。

○★印は当施設の体制もしくは算定条件が整い次第順次算定させていただきます。