

カルフル・ド・ルポ印南 デイサービスファン

R8.6～

1. 基本料金

(単価:円)

| 単価 負担割合 | 要支援1・事業対象者(週1回利用) | | 要支援2・事業対象者(週2回利用) | |
|------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | 印南町 | みなべ町 (月4回まで利用可能) | 印南町 | みなべ町 (月8回まで利用可能) |
| 基本単価 | 1,798/月 | 436/日 | 3,621/月 | 447/日 |
| 1割負担 | 1,798/月 | 436/日 | 3,621/月 | 447/日 |
| 2割負担 | 3,596/月 | 872/日 | 7,242/月 | 894/日 |
| 3割負担 | 5,394/月 | 1,308/日 | 10,863/月 | 1,341/日 |

※時間短縮の際は、ご相談ください。

2. 加算料金

※全員対象の加算は○

| 加算項目 | | | 基本 単 位 | 利用者負担額 | | | 算定回数等 |
|------|---|-----------------|---------------------|--------|-------|-------|------------------------------------|
| | | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| ○ | 1 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 88 | 88 | 176 | 264 | 1月につき |
| | | | 176 | 176 | 352 | 528 | |
| ○ | 2 | 科学的介護推進体制加算 | 40 | 40 | 80 | 120 | 1月につき |
| ○ | 3 | 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200 | 200 | 400 | 600 | 1月につき |
| ○ | 4 | 生活機能向上グループ加算 | 100 | 100 | 200 | 300 | 1月につき |
| ○ | 5 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ口) | 所定単 位数の 12.7% | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 基本サービス費に各種加算・減算を 加えた総単位数(所定単位数) |

3. 日常生活費(介護保険外)

| 項目 | 利用料金 | 内容 |
|------------|--------|----------------------|
| 食費 | 680円 | 昼食代(おやつなし) |
| クラブ活動材料費 | | 参加クラブにより異なる |
| テープタイプ型おむつ | 100円/枚 | |
| はくタイプ型パンツ | 70円/枚 | |
| 尿とりパッド | 50円/枚 | |
| 吸引用カテーテル | 60円/本 | |
| ガーゼ又は処置用品 | | 状況に応じたの相当額(別表参照) |
| 複写物の交付 | | コピー代: B5～A3サイズ 1枚10円 |
| 切手代 | | 郵便料金により異なる |

4. 各種加算説明

- サービス提供体制強化加算は、基準に適合しているものとして印南町町長に届け出た通所型サービス事業所が、利用者に対し通所型サービスを行った場合に算定します。
- 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を通所介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に算定します。
生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所もしくは医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員等と共同で利用者の状況の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は3月ごとに評価し、必要に応じて訓練の内容等を見直します
- 利用者の生活機能の向上を目的とし、共通の課題を有する複数の利用者でグループを作り、日常生活上の支援のための活動を行った場合に算定します。
- 介護職員等処遇改善加算は、介護職員、看護職員、ケアマネジャー、生活相談員、事務職員など介護従事者全体の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

カルフル・ド・ルポ印南 デイサービスファン

R8.6～

【別表】

| | | |
|----|-----------------|-------------------|
| 1 | 防水フィルム | 1カ所につき30円 |
| 2 | 絆創膏(バンドエイド) | 1枚 5円 |
| 3 | 医療用絆創膏 | 1カ所につき 大10円 小5円 |
| 4 | 滅菌ガーゼ | 1枚 10円 |
| 5 | ワセリン軟膏 | 1カ所につき5円 |
| 6 | プロペト軟膏 | 1カ所につき5円 |
| 7 | 真菌剤(水虫の薬) | 1カ所につき10円 |
| 8 | 綿球+ポピドンヨード(消毒用) | 1カ所につき50円 |
| 9 | 不織布 | 1枚 5円 |
| 10 | 吸引用カテーテル | 12Fr 60円 14Fr 60円 |
| 11 | ガーゼ | 1枚5円 |
| 12 | オイラックス軟膏 | 1カ所につき10円 |
| 13 | ゲンタシン軟膏 | 1カ所につき10円 |

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

事業所番号 【30A2100016】

〒649-1533 和歌山県日高郡印南町山口150番地1

社会福祉法人 同仁会
カルフル・ド・ルポ印南 デイサービス ファン

TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500