

# カルフル・ド・ルポ印南 デイサービス

R6.10～

## 1. 基本料金

(単価:円)

| 単価<br>負担割合 | 通常規模型7時間以上8時間未満 |       |       |       |       |
|------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|
|            | 要介護1            | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  |
| 基本単価       | 658             | 777   | 900   | 1,023 | 1,148 |
| 1割負担       | 658             | 777   | 900   | 1,023 | 1,148 |
| 2割負担       | 1,316           | 1,554 | 1,800 | 2,046 | 2,296 |
| 3割負担       | 1,974           | 2,331 | 2,700 | 3,069 | 3,444 |

※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<br>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) | 22                 | 22     | 44    | 66    | 1日につき   |
| ○ 2 中重度者ケア体制加算      | 45                 | 45     | 90    | 135   | 1日につき   |
| ○ 3 ADL維持等加算(Ⅰ)     | 30                 | 30     | 60    | 90    | 1月につき   |
| ○ 4 生活機能向上連携加算(Ⅱ)   | 200                | 200    | 400   | 600   | 1月につき   |
|                     | 100                | 100    | 200   | 300   | 1月につき<br>(個別機能訓練加算算定の場合は(Ⅰ)<br>ではなく(Ⅱ)を算定。                          |
| ○ 5 科学的介護推進体制加算     | 40                 | 40     | 80    | 120   | 1月につき   |
| ○ 6 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)  | 所定単<br>位数の<br>9.2% | 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<br>加えた総単位数(所定単位数)                                  |
| 7 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ      | 56                 | 56     | 112   | 168   | 機能訓練を実施した日数   |
| 8 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ      | 76                 | 76     | 152   | 228   |   |
| 9 個別機能訓練加算(Ⅱ)       | 20                 | 20     | 40    | 60    | 1月につき   |
| 10 認知症加算            | 60                 | 60     | 120   | 180   | 1日につき   |
| 11 入浴介助加算(Ⅰ)        | 40                 | 40     | 80    | 120   | 1日につき   |
| 12 若年性認知症利用者受入加算    | 60                 | 60     | 120   | 180   | 1日につき   |
| 13 送迎が実施されない場合      | △47                | △47    | △94   | △141  | 片道につき   |
| 14 中山間地域等へのサービス提供加算 | 所定単<br>位数の<br>5%   | 左記の1割  | 左記の2割 | 左記の3割 | 印南町以外の地域からご利用の場<br>合、基本料金に所定単位数の5%加算<br>(御坊市・日高町・美浜町・日高川町・み<br>なべ町) |

## 3. 日常生活費(介護保険外)

| 項目         | 利用料金   | 内容                   |
|------------|--------|----------------------|
| 昼食代        | 600円   | 昼食代                  |
| おやつ代       | 100円   | おやつ代                 |
| 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           |

# カルフル・ド・ルポ印南 デイサービス

R6.10～

## 4. 各種加算説明

- 1 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和歌山県知事に届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対し指定通所介護事業を行った場合に算定します。
- 2 中重度者ケア体制加算は、中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。
- 3 ADL維持等加算は、事業所において利用者のADL(日常生活動作)の維持や向上もしくは改善している結果が得られることで要介護利用者の重症化の抑制、また自立支援にもつながる取り組みを推進する事で事業所に対して評価されます。  
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
- 4 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。
- 5 介護職員等特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員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。介護職員等特定処遇改善加算、介護職員処遇改善加算及び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対象外となります。
- 6 個別機能訓練加算(Ⅰ)は、多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合に算定します。個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合は、機能訓練加算(Ⅱ)を算定します。
- 7 認知症加算は、認知症の利用者に認知症の症状の進行の緩和に資するケアを計画的に実施する体制を整えている場合に算定します。
- 8 入浴介助加算(Ⅰ)は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。
- 9 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症(40歳から64歳まで)の利用者を対象に指定通所介護を行った場合に算定します。
- 10 利用者に対し、居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合(ご家族が送迎される場合等)は、片道につき減算
- 11 印南町以外の地域からご利用の場合、基本料金に所定単位数の5%加算(御坊市・日高町・美浜町・日高川町・みなべ町)

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 【3072100203】

社会福祉法人 同仁会

カルフル・ド・ルポ印南 デイサービス

〒649-1533 和歌山県日高郡印南町山口150番地1

TEL 代表(0738)42-8100 FAX (0738)42-0500

## 【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         |