

認知症対応型デイサービス_介護

2022.4月

■事業所体制一覧表

名称	通所介護フラワープラム	事業所番号	1372400786	地域区分	6級地 1単位あたり (10.33) 円
----	-------------	-------	------------	------	----------------------

項目	内容	備考
① LIFEへの登録	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
② 介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更
③ 介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更
④ 施設等の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 併設型	
⑤ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※適応になる場合に別途お知らせします
⑥ 入浴介助加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ	※Ⅱ：必要がある方の場合に算定
⑦ 中重度者ケア体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
⑧ 生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ	
⑨ 個別機能訓練加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑩ 個別機能訓練加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑪ ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ	※変更
⑫ 認知症加算	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
⑬ 若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	※変更
⑭ 栄養改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	※必要がある方の場合に算定
⑮ 栄養アセスメント加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑯ 口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ	※必要がある方の場合に算定
⑰ 科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑱ サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更
⑲ 口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ	※半年に1回の算定

※ケアマネジャーの皆様には、大変お手数をおかけしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願い致します。

※口腔・栄養スクリーニング加算につきましては、栄養面は栄養アセスメント加算で報告させて頂くため、口腔スクリーニングのみの報告となります。通所サービスを2つご利用の方がいらした場合は、サービス担当者会議で協議の上、決定いただけますよう併せてお願い致します。

※尚、食費・おやつ代に変更はありません。1回あたりの食費（昼食・おやつ・ドリンク）790円

■問合せ先

社会福祉法人 **梅の樹会フラワープラム**

(TEL) 042-556-5755 (FAX) 042-568-1577

ご不明な点があれば、お気軽にお問合せください。

生活相談員：伊藤 美香

認知症対応型デイサービス_介護予防

2022.4月

■事業所体制一覧表

名 称	通所介護フラワープラム	事業所番号	1372400786	地域区分	6級地 1単位あたり (10.33) 円
-----	-------------	-------	------------	------	----------------------

項目	内容	備考
① LIFEへの登録	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
② 介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更
③ 介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更
④ 施設等の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型 併設型	
⑤ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※適応になる場合に別途お知らせします
⑥ 入浴介助加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ	※Ⅱ：必要がある方の場合に算定
⑦ 生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ1 <input type="checkbox"/> Ⅱ2	
⑧ 個別機能訓練加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑨ 個別機能訓練加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑩ 若年性認知症受入加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	※変更
⑪ 栄養アセスメント加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑫ 栄養改善加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	※必要がある方の場合に算定
⑬ 口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ	※半年に1回の算定
⑭ 口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅱ	※必要がある方の場合に算定
⑮ 科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
⑯ サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ	※変更

※ケアマネジャーの皆様には、大変お手数をおかけしますが、ご理解・ご協力のほどよろしくお願い致します。

※口腔・栄養スクリーニング加算につきましては、栄養面は栄養アセスメント加算で報告させて頂くため、口腔スクリーニングのみの報告となります。

※尚、食費・おやつ代に変更はありません。1回あたりの食費（昼食・おやつ・ドリンク）790円

■問合せ先

社会福祉法人 **梅の樹会フラワープラム**

(TEL) 042-556-5755 (FAX) 042-568-1577

ご不明な点があれば、お気軽にお問合せください。

生活相談員：伊藤 美香