

いちごデイセンター福井 料金表

令和2年4月現在

(1) 介護報酬・第1号事業支給費利用分

※福井市は地域区分が「7級地」であるため、下記表の単位数に10、14円を乗じた金額のうち、介護保険負担割合（1割～3割）にもとづいた額が自己負担となります。

【通所介護】

大規模型通所介護費（Ⅰ）（1回利用につき）

（単位・単位数）

	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
要介護1	352	370	536	555	620
要介護2	403	424	634	657	733
要介護3	455	479	732	758	848
要介護4	506	533	828	858	965
要介護5	559	588	926	959	1,081

下記加算・減算については、各条件を満たす場合に算定します。

※ ○ 区分支給限度基準額の算定対象、● 区分支給基準限度額の算定対象外

- 中山間地域等提供加算 上記単位数の5%に相当する単位数（1日につき）
利用者の居住地が、当事業所の通常の事業の実施地域外の場合に算定します。
- 送迎減算 ▲47単位（片道につき）
ご自宅と事業所間の送迎を行わない場合に減算します。
- 入浴介助加算 50単位（1日につき）
入浴時に利用者の身体的介助や、利用者が自分自身の力で安全に入浴できるよう見守り・声かけ等を行った場合に算定します。
- 生活機能向上連携加算 200単位（1月につき）
100単位（1月につき、個別機能訓練加算を算定する場合）
利用者様の自立支援・重度化防止を目的に、当事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントを行った場合に算定します。
- ADL維持等加算（Ⅰ） 3単位（1月につき）
ADL維持等加算（Ⅱ） 6単位（1月につき）
利用者様の自立支援・重度化防止を目的に、当一定期間内に当事業所を利用された方のうち、日常生活動作の維持、又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に算定します。
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）46単位（1日につき）
（Ⅱ）56単位（1日につき） ※土曜日の午後のみ実施
個別機能訓練サービスを実施した場合に算定します。（Ⅰ）は主に身体機能の向上、（Ⅱ）は身体機能に加え、食事や入浴などの生活動作、家事活動や社会参加といった生活機能の向上を目的として行います。
- 栄養改善加算 150単位（1回につき、月2回まで3ヶ月以内）
栄養改善サービスを実施した場合に算定します。3ヶ月ごとに栄養状態の評価を行い、その結果に応じて継続も可能です。

- 栄養スクリーニング加算 5単位 (1回につき、6ヶ月につき1回まで)
ご利用開始時及びご利用中6ヶ月ごとに利用者様の栄養状態について確認を行い、その栄養状態に関する情報を担当ケアマネジャーと共有した場合に算定します。
- 口腔機能向上加算 150単位 (1回につき、月2回まで3ヶ月以内)
口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。3ヶ月ごとに口腔機能の評価を行い、その結果に応じて継続も可能です。
- 中重度者ケア体制加算 45単位 (1日につき)
当事業所において、中重度の利用者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するケアを提供する体制を整えている場合に算定します。
- サービス提供体制強化加算Ⅰイ 18単位 (1日につき)
当事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上の場合に算定します。
- 介護職員処遇改善加算Ⅰア 上記ご利用合計単位数の5.9%に相当する単位数/月
- 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 従来の介護職員処遇改善加算Ⅰアを除く上記ご利用合計単位数の1.2%に相当する単位数/月

【通所型予防給付相当サービス】

通所型相当サービス費

(単位・単位数)

利用者		通所型サービス費回数 (1回につき)	通所型サービス費 (1月につき)
認定状況	利用回数		
要支援1・事業対象者	週1回程度	(ハ) 380 月4回まで	(イ) 1,655 月5回利用の場合
要支援2・事業対象者	週2回程度	(ニ) 391 月8回まで	(ロ) 3,393 月9回利用の場合

下記加算・減算については、各条件を満たす場合に算定します。

※ ○ 区分支給限度基準額の算定対象、● 区分支給基準限度額の算定対象外

- 中山間地域等提供加算 上記単位数の5%に相当する単位数 (1月につき)
利用者の居住地が、当事業所の通常の事業の実施地域外の場合に算定します。
- 運動器機能向上加算 225単位 (1月につき)
運動器機能向上サービスを実施した場合に算定します。
- 栄養改善加算 150単位 (1月につき)
栄養改善サービスを実施した場合に算定します。
- 栄養スクリーニング加算 5単位 (1回につき、6ヶ月につき1回まで)
ご利用開始時及びご利用中6ヶ月ごとに利用者様の栄養状態について確認を行い、その栄養状態に関する情報を担当ケアマネジャーと共有した場合に算定します。
- 口腔機能向上加算 150単位 (1月につき)
口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
- 選択的サービス複数実施加算 (Ⅰ) 480単位 (1月につき)
(Ⅱ) 700単位 (1月につき)
運動器機能向上サービス、栄養改善サービス、口腔機能向上サービスのうち、(Ⅰ)は2つを

施した場合、(Ⅱ)は全てを実施した場合に算定します。

- 事業所評価加算 120単位(1月につき)
評価対象期間中に、選択的サービスを利用した利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に算定します。
- サービス提供体制強化加算Ⅰイ 要支援1、事業対象者(週1回程度) 72単位(1月につき)
要支援2、事業対象者(週2回程度) 144単位(1月につき)
事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が5割以上である場合に算定します。
- 介護職員処遇改善加算Ⅰア 上記ご利用合計単位数の5.9%に相当する単位数/月
- 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 従来の介護職員処遇改善加算Ⅰアを除く上記ご利用合計単位数の1.2%に相当する単位数/月

(2) その他の費用

- 食費 500円(1日あたり、午前から利用・希望された方のみ)
- おやつ代 100円(1回あたり、午後から利用・希望された方のみ)
- おむつ代
おむつが必要な方は、原則として利用時に必要分を持参していただきますが、やむをえない場合や希望される方は、事業所で用意したおむつを下記費用にてご利用いただけます。
 - ・尿取りパット 16円
 - ・おむつ 71円
 - ・リハビリパンツ Sサイズ 81円、Mサイズ 81円、Lサイズ 92円
- 延長サービスにかかる利用料 1時間につき500円
利用者の選定によりサービス提供時間(介護報酬対象)を超えて提供した場合にいただきます。
- 日常生活費・レクリエーションにかかる費用等は実費負担となります。