

I-WILL 料金表

令和元年10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。

【通所型A型サービス】

通所型A型サービス費

(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) 324 月4回まで	(イ) 1,413 月5回利用の場合
要支援2・事業対象者	週2回程度	(ニ) 335 月8回まで	(ロ) 2,913 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。

○ 送迎減算

ご自宅と事業所間の送迎を行わない場合、次に定める単位数を所定単位数から減算します。

(イ) 片道の場合 -188単位、往復の場合 -376単位（1月につき）

(ロ) 片道の場合 -376単位、往復の場合 -752単位（1月につき）

(ハ) 片道につき -47単位（1回につき）

(ニ) 片道につき -47単位（1回につき）

● 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

【短期集中予防サービス費】

短期集中予防サービス費

(単位・単位数)

	単位数（1回につき）	利用者・認定状況	利用回数
(イ) 通所・運動機能向上プログラム	397単位	事業対象者 要支援1・2	イ～ニ合わせて 14回が上限と なります。
(ロ) 訪問・運動機能向上プログラム	360単位		
(ハ) 訪問・口腔機能向上プログラム	283単位		
(ニ) 訪問・栄養改善プログラム	283単位		

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

○ 口腔機能向上プログラム加算

1人1回あたり 150単位（最大6回まで）

○ 栄養改善プログラム加算

1人1回あたり 150単位（最大6回まで）

○ 送迎減算

ご自宅と事業所間の送迎を行わない場合、次に定める単位数を所定単位数から減算します。

片道につき -47単位（1回につき）

※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。

(2) その他の費用

- 日常生活費・調理実習等の食材費・調理費相当分の費用およびレクリエーションにかかる費用等は自費負担となります。