

いちご月見亭 料金表

令和元10月現在

(1) 介護報酬利用分

※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10.17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。

【認知症対応型通所介護】

認知症対応型通所介護費（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	8～9時間
要介護1	540	566	853	875	989	1,021
要介護2	594	623	945	969	1,097	1,132
要介護3	650	681	1,035	1,061	1,204	1,242
要介護4	705	738	1,127	1,156	1,312	1,355
要介護5	759	795	1,219	1,250	1,420	1,465

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

- 延長加算 50単位（1時間につき、最長5時間まで）
8時間以上9時間未満のサービス利用の前後に連続して日常生活上のお世話をを行った場合に、9時間を超える部分について、1時間ごとに加算します。
- 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。
- 個別機能訓練加算 27単位（1日につき） ※月～土曜日に実施。
個別機能訓練サービスを実施した場合に算定します。
- 若年性認知症利用者受入加算 60単位（1日につき）
若年性認知症の利用者に対し個別に担当者を定め、その利用者の特性・ニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定します。
- 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。

- 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10.4%に相当する単位数/月
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
- 介護職員等特定処遇改善加算 I 3.1%に相当する単位数/月

【介護予防認知症対応型通所介護】

介護予防認知症対応型通所介護費 (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	8～9時間
要支援1	473	495	738	757	856	883
要支援2	523	548	824	846	956	986

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

- 延長加算 50単位 (1時間につき、最長5時間まで)
8時間以上9時間未満のサービス利用の前後に連続して日常生活上のお世話を行った場合に、9時間を超える部分について、1時間ごとに加算します。
- 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。
- 個別機能訓練加算 27単位 (1日につき) ※月～土曜日に実施。
個別機能訓練サービスを実施した場合に算定します。
- 若年性認知症利用者受入加算 60単位 (1日につき)
若年性認知症の利用者に対し個別に担当者を定め、その利用者の特性・ニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定します。
- 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。

- 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10.4%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3.1%に相当する単位数/月

(2) その他の費用

- 食費
 利用者の希望に応じて、下記費用にて食事提供を行います。
 - ・昼食代 500円 (昼食1回あたり)
 - ・夕食代 500円 (夕食1回あたり、午後6時30分以降のご利用の場合)
 - ・朝食代 200円 (昼食1回あたり、午前8時30分以前のご利用の場合)
- 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 12円
 - ・リハビリパンツ Mサイズ 60円、Lサイズ 67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。