

# I-WIIL 料金表

令和6年6月現在

## (1) 介護報酬・第1号事業支給費利用分

※1) 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) 1ヶ月の単位数の合計に地域区分単価を乗じて計算するため、サービス毎の自己負担額を合計した場合、小数点以下の端数処理の関係で請求書の金額とは差異が生じることがあります。

### 【通所型基準緩和(A型)サービス】

#### <基本サービス>

通所型A型サービス費(1回利用または1ヵ月利用につき)

| 認定状況       | 利用者   |       | 単位数      | 利用料金     | 自己負担額   |         |         |
|------------|-------|-------|----------|----------|---------|---------|---------|
|            | 利用回数  |       |          |          | 1割負担    | 2割負担    | 3割負担    |
| 要支援1・事業対象者 | 週1回程度 | 月4回まで | 372 単位   | 3,772 円  | 378 円   | 755 円   | 1,132 円 |
|            |       | 月5回利用 | 1,535 単位 | 15,564 円 | 1,557 円 | 3,113 円 | 4,670 円 |
| 要支援2・事業対象者 | 週2回程度 | 月8回まで | 381 単位   | 3,863 円  | 387 円   | 773 円   | 1,159 円 |
|            |       | 月9回利用 | 3,092 単位 | 31,352 円 | 3,136 円 | 6,271 円 | 9,406 円 |

#### <加算・減算サービス>

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

| 加算名             | 単位数                    | 利用料金 | 自己負担額 |      |      |
|-----------------|------------------------|------|-------|------|------|
|                 |                        |      | 1割負担  | 2割負担 | 3割負担 |
| ● 中山間地域等提供加算    | 基本報酬の5%に相当する単位数(1月につき) |      |       |      |      |
| ● 介護職員処遇改善加算Ⅲ/月 | 所定単位数に8.0%を乗じた単位数      |      |       |      |      |

※所定単位数: 1ヶ月に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計

### 【短期集中予防サービス】

#### <基本サービス>

短期集中予防サービス費(1回利用につき)

| 認定状況            | 利用者                           |  | 単位数    | 利用料金    | 自己負担額 |       |         |
|-----------------|-------------------------------|--|--------|---------|-------|-------|---------|
|                 |                               |  |        |         | 1割負担  | 2割負担  | 3割負担    |
| 要支援1・2<br>事業対象者 | 通所: 運動機能向上プログラム               |  | 458 単位 | 4,644 円 | 465 円 | 929 円 | 1,394 円 |
|                 | 訪問: 運動機能向上プログラム               |  | 417 単位 | 4,228 円 | 423 円 | 846 円 | 1,269 円 |
|                 | 訪問: 口腔機能向上プログラム               |  | 371 単位 | 3,761 円 | 377 円 | 753 円 | 1,129 円 |
|                 | 訪問: 栄養改善プログラム                 |  | 371 単位 | 3,761 円 | 377 円 | 753 円 | 1,129 円 |
|                 | 訪問: 歯科衛生士・言語聴覚士又は管理栄養士が同行した場合 |  | 150 単位 | 1,521 円 | 153 円 | 305 円 | 457 円   |

#### <加算・減算サービス>

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

| 加算名                     | 単位数    | 利用料金    | 自己負担額 |       |       |
|-------------------------|--------|---------|-------|-------|-------|
|                         |        |         | 1割負担  | 2割負担  | 3割負担  |
| ○ 口腔機能向上プログラム(最大6回まで)/回 | 150 単位 | 1,521 円 | 153 円 | 305 円 | 457 円 |
| ○ 栄養改善プログラム(最大6回まで)/回   | 150 単位 | 1,521 円 | 153 円 | 305 円 | 457 円 |

※所定単位数: 1ヶ月に利用した基本サービスと加算サービスの単位数の合計

## (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実費負担となります。