

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名		機能回復センター さかいの樹南			
管理者		塩賀 寿久美			
住所		〒811-1345 福岡県福岡市南区向新町1-14-12-1F			
TEL・FAX		TEL	554-5772	FAX	554-5773
営業日		年中無休			
時間		営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別		通所介護			
事業所番号		4071102703			
定員		1単位 定員:65名(日:15名)			
要介護	大規模型通所介護 I 通所介護 II		3~4 4~5 5~6 6~7 7~8 8~9		
	個別機能訓練加算 I		○		
	個別機能訓練加算 II		○		
	生活機能向上連携加算		○		
	入浴加算		○		
	口腔機能向上加算		○(月2回)		日・祝日は口腔加算無
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		
事業種別		総合事業		生活支援型サービス I II ※福岡市在住の方のみ※	
事業所番号		4071102703		40A1100106	
定員		A6-1 通所型独自サービス		A6-3 通所型独自サービス	
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	事業対象者・要支援1	1286単位/月
		要支援2	3377単位/月	要支援2	2637単位/月
福岡市	要支援 事業対象者	上記サービスを併用時は原則単価報酬 (介護予防型サービスの包括報酬単位数が上限 上限を超える場合は介護予防型サービスの包括報酬) 介護予防型サービスと生活支援型サービスのそれぞれの実施回数で請求 (ケアプラン上の回数ではない) 支援1・事業対象者 週1回程度 378単位/回(4回以下/月) 支援2 週2回程度 389単位/回(8回以下/月)			
		選択的サービス複数実施加算 I 2 480単位/月			
		・運動機能向上加算のみの場合 225単位/月			
		・口腔機能向上加算のみの場合 150単位/月		加算×	
		★生活機能向上連携加算 ○ 100単位/月			
		事業所評価加算 ×			
		介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%		介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%	
事業種別		介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
事業所番号		4071102703			
		A6-1 通所型独自サービス			
	(包括報酬)	春日市	要支援1・事業対象者 1647単位/月	春日市	
		那珂川市	要支援2 3377単位/月	那珂川市	
		支援1	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)	支援2	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)
		事業対象者(週1回程度)		事業対象者(週2回程度)	
春日市	*大野城市*	*那珂川市*	要支援 事業対象者	選択的サービス複数実施加算 I 2 480単位/月	
				・運動機能向上加算のみの場合 225単位/月	
				・口腔機能向上加算のみの場合 150単位/月	
				★生活機能向上連携加算 ○ 100単位/月	
				事業所評価加算 ×	
介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%		介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%			

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 那珂			
管理者	横山 雄大			
住所	〒812-0893 福岡県福岡市博多区那珂5-3-50-1F-C・D			
TEL・FAX	TEL	433-7061	FAX 433-7062	
営業日	月～土・祝日			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	地域 通所介護			
事業所番号	4090900285			
定員	1単位 定員:15名			
	地域 通所介護 I			
	3～4	4～5	5～6 6～7 7～8 8～9	
	個別機能訓練加算 II ○			
	入浴加算 ○			
	口腔機能向上加算 ○(月2回)		日・祝日は口腔加算無	
	介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%			
事業種別	総合事業			
事業種別	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
事業所番号	4090900285			
定員	A6-1 通所型独自サービス			
福岡市 要支援 事業対象者	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	選択的サービスの複数実施加算 I 2		480単位/月	×
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		×	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		
事業種別	介護予防型サービス I II			
事業所番号	4071102703			
春日市 *大野城市* *那珂川市* 要支援 事業対象者	春日市 (包括報酬)	要支援1・事業対象者	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	那珂川市	支援1 事業対象者(週1回程 度)	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)	×
		支援2 事業対象者(週2回程 度)	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)	
	選択的サービスの複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		×	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 若久			
管理者	土屋 光平			
住所	〒815-0042 福岡県福岡市南区若久1-1-22			
TEL・FAX	TEL	554-3088	FAX	554-3089
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071103032			
定員	1単位 定員:20名			
要介護	通常規模型通所介護		通所介護 I	
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
	個別機能訓練加算 I		×	
	個別機能訓練加算 II		○	
	入浴加算		○	
	口腔機能向上加算		○(月2回)	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	
事業種別	総合事業			
	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
事業所番号	4071103032			
福岡市 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス			
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	選択的サービスの複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		
事業種別	介護予防型サービス I II			
事業所番号	4071103032			
春日市 *那珂川市* 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス			
	春日市 (包括報酬)	要支援1・事業対象者	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	那珂川市	支援1 事業対象者(週1回程度)	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)	
		支援2 事業対象者(週2回程度)	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)	
	選択的サービスの複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名		さかいの樹 野間大池通り							
管理者	山田 真一郎								
住所	〒815-0041 福岡県福岡市南区野間4-1-12-1F								
TEL・FAX	TEL	554-8435	FAX	554-8436					
営業日	月～土								
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でフラン作成をお願いします。								
事業種別	通所介護								
事業所番号	4071101986								
定員	1単位 定員:25名								
要介護	通常規模型通所介護		通所介護 I						
	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8 8～9				
	個別機能訓練加算 I		○ ※H30.4月より 月-金 加算有り						
	個別機能訓練加算 II		○ ※今まで通り 月-土 加算有り						
	入浴加算		×						
	口腔機能向上加算		○(月2回)						
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%							
事業種別	総合事業								
	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II ※福岡市在住の方のみ※						
事業所番号	4071101986		40A1100411						
福岡市 要支援 事業対象者	A6-1(包括報酬) 通所型独自サービス		A6-3 通所型独自サービス						
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1286単位/月			
		要支援2	3377単位/月		要支援2	2637単位/月			
				上記サービスを併用時は原則単価報酬 (介護予防型サービスの包括報酬単位数が上限 上限を超える場合は介護予防型サービスの包括報酬) 介護予防型サービスと生活支援型サービスのそれぞれの実施回数で請求 (ケアプラン上の回数ではない) 支援1・事業対象者 週1回程度 378単位/回(4回以下/月) 支援2 週2回程度 389単位/回(8回以下/月)					
	選択的サービス複数実加算 I 2		480単位/月	加算×					
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月						
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月						
	事業所評価加算		120単位/月						
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%					
	事業種別	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II					
事業所番号	4071101986		40A1100411						
春日市 *北九州市* *那珂川市* 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス								
	春日市 北九州市 (包括報酬)	要支援1・事業対象者	1647単位/月	×					
		要支援2	3377単位/月						
	那珂川市	支援1 事業対象者(週1回程)	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)						
		支援2 事業対象者(週2回程)	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)						
	選択的サービス複数実加算 I 2		480単位/月				加算×		
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月						
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月						
	事業所評価加算		120単位/月						
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%				介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 長丘			
管理者	河野 聖志			
住所	〒815-0075 福岡県福岡市南区長丘5-7-25			
TEL・FAX	TEL	553-2020	FAX	553-2030
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でフランク作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071102786			
定員	1単位 定員:22名			
要介護	通常規模型通所介護 通所介護 I			
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
	個別機能訓練加算 I		×	
	個別機能訓練加算 II		○	
	入浴加算		×	
	口腔機能向上加算		○(月2回)	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	
事業種別	総合事業			
事業所番号	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
	4071102786			
福岡市 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス			
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	選択的サービス複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		
事業種別	介護予防型サービス I II			
事業所番号	4071102786			
春日市 *那珂川市* 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス			
	春日市 (包括報酬)	要支援1・事業対象者	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	那珂川市	支援1 事業対象者(週1回程 度)	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)	
		支援2 事業対象者(週2回程 度)	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)	
	選択的サービス複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 七隈			
管理者	飯田 正剛			
住所	〒814-0133 福岡県福岡市城南区七隈8-6-28-101			
TEL・FAX	TEL	874-3007	FAX 874-3008	
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 1単位目 8:45～13:00 2単位目 13:00～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071301636			
定員	1・2単位 定員:19名			
要介護	通常規模型通所介護	通所介護 I		
		3～4	4～5	
	個別機能訓練加算 I	×		
	個別機能訓練加算 II	○		
	入浴加算	×		
	口腔機能向上加算	○(月2回)		
	介護職員処遇改善加算 I	○ 5.9%		
事業種別	総合事業			
	介護予防型サービス I II	生活支援型サービス I II ※福岡市在住の方のみ※		
事業所番号	4071301636			
	40A1300011		定員:1名	
福岡市 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス		A6-3 通所型独自サービス	
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	1286単位/月
		要支援2	3377単位/月	2637単位/月
	上記サービスを併用時は原則単価報酬 (介護予防型サービスの包括報酬単位数が上限 上限を超える場合は介護予防型サービスの包括報酬) 介護予防型サービスと生活支援型サービスのそれぞれの実施回数で請求 (ケアプラン上の回数ではない) 支援1・事業対象者 週1回程度 378単位/回(4回以下/月) 支援2 週2回程度 389単位/回(8回以下/月)			
	選択的サービス複数実施加算 I 2	480単位/月		加算×
	・運動機能向上加算のみの場合	225単位/月		
・口腔機能向上加算のみの場合	150単位/月			
	事業所評価加算	×		
	介護職員処遇改善加算 I	○ 5.9%		

※2単位目も1単位目同様となります

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 城南			
事業所形態	地域密着			
管理者	三好 舞			
住所	〒814-0142 福岡県福岡市城南区片江4丁目16-11 シヤトル城南Ⅰ-1F			
TEL・FAX	TEL	874-1147	FAX	874-1148
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	地域 通所介護			
事業所番号	4091300170			
定員	1単位 定員:18名			
	地域 通所介護Ⅰ			
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
要介護	個別機能訓練加算Ⅰ	×		
	個別機能訓練加算Ⅱ	○		
	入浴加算	○		
	口腔機能向上加算	○(月2回)		
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	○ 5.9%		
事業種別	介護予防型サービスⅠⅡ		総合事業 生活支援型サービスⅠⅡ	
事業所番号	4071302287 ※通所介護と事業所番号が違いますのでご確認をお願い致します。			
	A6-1 通所型独自サービス			
福岡市 要支援 事業対象者 要	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
		選択的サービス複数実施加算Ⅰ2	480単位/月	
		・運動機能向上加算のみの場合	225単位/月	
		・口腔機能向上加算のみの場合	150単位/月	
		事業所評価加算	×	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 南片江			
管理者	岡田 康宏			
住所	〒814-0143 福岡県福岡市城南区南片江2-5-4			
TEL・FAX	TEL	407-0037	FAX	407-0038
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	地域 通所介護			
事業所番号	4091300188			
定員	1単位 定員:10名			
要介護	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
	個別機能訓練加算Ⅰ ×			
	個別機能訓練加算Ⅱ ○			
	入浴加算 ×			
	口腔機能向上加算 ○(月2回)			
	介護職員処遇改善加算Ⅰ ○ 5.9%			
事業種別	介護予防型サービスⅡ		総合事業	
事業所番号	4071302352 ※通所介護と事業所番号が違いますのでご確認をお願い致します。		生活支援型サービスⅡ	
福岡市 要支援 事業対象者 要	A6-1 通所型独自サービス			
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
		選択的サービス複数実施加算Ⅱ	480単位/月	
		・運動機能向上加算のみの場合	225単位/月	
		・口腔機能向上加算のみの場合	150単位/月	
		事業所評価加算	×	
	介護職員処遇改善加算Ⅰ ○ 5.9%			

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 小戸			
管理者	★ 有川 純子			
住所	〒819-0001 福岡県福岡市西区小戸4-23-15			
TEL・FAX	TEL	407-1231	FAX	407-1232
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 1単位目 8:45～13:00 2単位目 13:00～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071202362			
定員	1.2単位 定員:各20名			
要介護	通常規模型通所介護	通所介護 I		
		3～4	4～5	
	個別機能訓練加算 I	×		
	個別機能訓練加算 II	○		
	入浴加算	×		
	口腔機能向上加算	○(月2回)		
	介護職員処遇改善加算 I	○ 5.9%		
事業種別	総合事業			
	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
事業所番号	4071202362			
	A6-1 通所型独自サービス			
福岡市 要支援 事業対象者 要	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	選択的サービスの複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
	介護職員処遇改善加算 I	○ 5.9%		

※2単位目も1単位目同様となります

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 伊都			
管理者	★ 大畑 臣央			
住所	〒819-0164 福岡県福岡市西区今宿3-40-27-103			
TEL・FAX	TEL	807-1500	FAX	807-1522
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071101499			
定員	1単位 定員:23名			
要介護	通常規模型通所介護		通所介護 I	
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
	個別機能訓練加算 I		×	
	個別機能訓練加算 II		○	
	入浴加算		○	
	口腔機能向上加算		○(月2回)	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	
事業種別	介護予防型サービス I II		総合事業 生活支援型サービス I II ※福岡市在住の方のみ※	
事業所番号	4071101499		40A1200401	
福岡市 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス		定員:2名 A6-3 通所型独自サービス	
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	1286単位/月
		要支援2	3377単位/月	2637単位/月
				上記サービスを併用時は原則単価報酬 (介護予防型サービスの包括報酬単位数が上限 上限を超える場合は介護予防型サービスの包括報酬) 介護予防型サービスと生活支援型サービスのそれぞれの実施回数で請求 (ケアプラン上の回数ではない) 支援1・事業対象者 週1回程度 378単位/回(4回以下/月) 支援2 週2回程度 389単位/回(8回以下/月)
	選択的サービス複数実加算 I 2		480単位/月	加算×
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
事業所評価加算		×		
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%	
事業種別	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II	
事業所番号	4071101499			
糸島市 要支援 事業対象者	A6-1 通所型独自サービス			
	支援1・事業対象者 週1回程度	単価:378単位/回(4回以下/月) 月額:1,647単位(5回以上/月)		
	支援2 事業対象者 週2回程度	単価:389単位/回(8回以下/月) 月額:3,377単位(9回以上/月)		
	選択的サービス複数実加算 I 2		480単位/月	×
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		×	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 早良				
管理者	添島 純				
住所	〒814-0035 福岡県福岡市早良区室住団地5-2				
TEL・FAX	TEL	836-5080	FAX	836-5081	
営業日	月～土				
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。				
事業種別	通所介護				
事業所番号	4071403838				
定員	1単位 定員:25名				
要介護	通常規模型通所介護	通所介護 I			
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9	
	個別機能訓練加算 I	×			
	個別機能訓練加算 II	○			
	入浴加算	○			
	口腔機能向上加算	○(月2回)			
介護職員処遇改善加算 I	○ 5.9%				
事業種別	介護予防型サービス I II		生活支援型サービス I II ※福岡市在住の方のみ※		
事業所番号	4071403838		40A1400043		
福岡市 要支援 事業対象者 要	1単位 定員:25名		定員:5名		
	A6-1 通所型独自サービス		A6-3 通所型独自サービス		
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	1286単位/月	
		要支援2	3377単位/月	2637単位/月	
			上記サービスを併用時は原則単価報酬 (介護予防型サービスの包括報酬単位数が上限 上限を超える場合は介護予防型サービスの包括報酬) 介護予防型サービスと生活支援型サービスのそれぞれの実施回数で請求 (ケアプラン上の回数ではない) 支援1・事業対象者 週1回程度 378単位/回(4回以下/月) 支援2 週2回程度 389単位/回(8回以下/月)		
	選択的サービスの複数実施加算 I 2 480単位/月		加算 ×		
	・運動機能向上加算のみの場合 225単位/月				
	・口腔機能向上加算のみの場合 150単位/月				
	事業所評価加算 120単位/月				
	介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%		介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 室住 早良サテライト				
管理者	添島 純				
住所	〒814-0035 福岡県福岡市早良区室住団地51-2				
TEL・FAX	TEL	836-5210	FAX	836-5211	
営業日	月～土				
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。				
事業種別	通所介護				
事業所番号	4071403838				
定員	1単位 定員:14名				
要介護	通常規模型通所介護		通所介護 I		
	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8 8～9
	個別機能訓練加算 I		×		
	個別機能訓練加算 II		○		
	入浴加算		○		
	口腔機能向上加算		○(月2回)		
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		
事業種別	介護予防型サービス I II		総合事業 生活支援型サービス I II		
事業所番号	4071403838				
福岡市 要支援 事業対象者 要	A6-1 通所型独自サービス				
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月		
		要支援2	3377単位/月		
	選択的サービス複数実施加算 I 2		480単位/月		
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月		
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月		
	事業所評価加算		120単位/月		
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%			

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	さかいの樹 福重 早良サテライト			
管理者	添島 純			
住所	〒819-0022 福岡県福岡市西区福重5-1-43			
TEL・FAX	TEL	407-0031	FAX	407-0032
営業日	月～土			
時間	営業時間 8:30～17:30 サービス提供時間 8:45～17:15 *提供時間内でプラン作成をお願いします。			
事業種別	通所介護			
事業所番号	4071403838			
定員	1単位 定員:15名			
要介護	通常規模型通所介護		通所介護 I	
	3～4	4～5	5～6	6～7 7～8 8～9
	個別機能訓練加算 I		×	
	個別機能訓練加算 II		○	
	入浴加算		○	
	口腔機能向上加算		○(月2回)	
	介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%	
事業種別	介護予防型サービス I II		総合事業 生活支援型サービス I II	
事業所番号	4071403838			
福岡市 要支援 事業対象者 要	A6-1 通所型独自サービス			
	(包括報酬)	事業対象者・要支援1	1647単位/月	
		要支援2	3377単位/月	
	選択的サービス複数実施加算 I 2		480単位/月	
	・運動機能向上加算のみの場合		225単位/月	
	・口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月	
	事業所評価加算		120単位/月	
介護職員処遇改善加算 I		○ 5.9%		

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名		さかいの樹 春日南					
事業所形態		地域密着					
管理者		常慶 一大					
住所		〒816-0814 福岡県春日市春日10-51-1					
TEL・FAX		TEL	558-2221	FAX	558-2223		
営業日		月～土					
時間		営業時間 8:30～17:30					
事業種別		サービス提供時間 1単位目 8:45～13:00 2単位目 13:00～17:15 *提供時間内でフラン作成をお願いします。					
事業所番号		4073101208					
定員		1・2単位 定員:各10名					
要介護		地域 通所介護 I 3～4 4～5 個別機能訓練加算 I × 個別機能訓練加算 II ○ 入浴加算 × 口腔機能向上加算 ○(月2回) 介護職員処遇改善加算 I ○ 5.9%					
事業種別		総合事業			生活支援型サービスⅡ		
定員		介護予防型サービスⅡ			生活支援型サービスⅡ (時間による単価報酬)		
事業所番号		AG-1 通所型独自サービス			定員:5名		
事業所番号		4073101208		*春日市*		★ *大野城市*	
事業所番号		4073101208		4073101208		★ *那珂川市*	
春日市 (包括報酬)		要支援1 事業対象者		1647単位/月		要支援1・事業対象者 週1回程度 (2H-3H) 1318単位/月(5回以上/月) (2H-5H) 1482単位/月(5回以上/月)	
		要支援2		3377単位/月		★ 支援2・事業対象者 週2回程度 (2H-3H) 2702単位/月(9回以上/月) (2H-5H) 3039単位/月(9回以上/月)	
春日市 *大野城市* *那珂川市* 要支援 事業対象者		大野城市 那珂川市		2時間-4時間 318単位/回 4時間以上 330単位/回 ※原則2時間-4時間利用 送迎減算 ▲24単位/片道		★ 支援1・事業対象者(週1回程度) (2H-3H)302単位/回(4回以下/月) (3H-5H)340単位/回(4回以下/月) ★ 支援2・事業対象者(週2回程度) (2H-3H)311単位/回(8回以下/月) (3H-5H)350単位/回(8回以下/月)	
		選択的サービスの複数実施加算Ⅱ 2		480単位/月		★ 軽度化改善加算	
		運動機能向上加算のみの場合		225単位/月		*下記要件を満たす場合のみ算定*	
		口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月		40単位×利用月(12か月を上限とする)	
		事業所評価加算		120単位/月		6か月以上同じ事業所によるサービスを利用し、 一定の改善がみられた場合	
		介護職員処遇改善加算Ⅰ		○ 5.9%		*処遇は単位数に含まれます。	
事業種別		総合事業			生活支援型サービスⅡ		
事業所番号		介護予防型サービスⅡ			生活支援型サービスⅡ		
事業所番号		4073101208			4073101208		
筑紫野市		★ A6-1 通所型独自サービス					
(包括報酬)		要支援1・事業対象者(週1回)		1647単位/月			
		要支援2・事業対象者(週2回)		3377単位/月			
要支援 事業対象者		選択的サービスの複数実施加算Ⅱ 2		480単位/月		×	
		運動機能向上加算のみの場合		225単位/月			
		口腔機能向上加算のみの場合		150単位/月			
		事業所評価加算		120単位/月			
		介護職員処遇改善加算Ⅰ		○ 5.9%			
事業種別		介護予防型サービスⅡ			★ 生活支援型サービスⅡ		
事業所番号		4073101208			※太宰府市在住の方のみ※		
		★ 支援1(週1回程度)・事業対象者		1408単位/月(5回以上/月)			
		★ 支援1(週2回程度)・支援2		2888単位/月(9回以上/月)			
		★ 支援1(週1回程度)・事業対象者		323単位/回(4回以下/月)			
		★ 支援1(週2回程度)・支援2		332単位/回(8回以下/月)			
太宰府市		★ 軽度化改善加算					
要支援 事業対象者		*下記要件を満たす場合に算定*					
		6か月以上同じ事業所によるサービスを利用し、 更新申請の結果が要支援1及び2から非該当に なった場合、更新前の認定期間最終月、		500単位			
		加算の要件				*処遇は単位数に含まれます。	

※2単位目も1単位目同様となります

*平成30年11月変更箇所★印を付けています。

事業所名	ショートステイ さかいの樹 春日南			
管理者	常慶 一夫			
事業所番号	4073101190			
住所	〒816-0814 福岡県春日市春日10-51-1			
TEL・FAX	TEL	558-2222	FAX	558-2223
定員	定員: 20名			
営業日	月～日			
時間	サービス提供時間及び営業時間 : 24時間			
要介護	単独型ユニット型短期入所生活介護費 I			
	短期生活看護体制加算 I ○ (1日につき4単位)			
	短期生活看護体制加算 II ○ (1日につき8単位) ※H30.7月から算定			
	短期生活機能訓練体制加算 ○ (1日につき12単位)			
	短期生活個別機能訓練加算 ○ ※対象者のみ (1日につき56単位)			
	緊急短期入所受入加算 ○ ※対象者のみ (1日につき90単位)			
	短期入所生活介護送迎加算 ○ (片道 184単位)			
要支援	短期生活処遇改善加算 I ○ 8.3%			
	予防単独型ユニット型短期入所生活介護費 I			
	予短期生活機能訓練体制加算 ○ (1日につき12単位)			
	短期生活個別機能訓練加算 ○ 対象者のみ (1日につき56単位)			
	予防短期入所生活介護送迎加算 ○ (片道 184単位)			
	短期生活処遇改善加算 I ○ 8.3%			