

『介護給付費額一覧』(生活介護)

<生活介護>

聖隷厚生園まじわりの家

所要時間・区分		単価:定員20人以下					1割負担額				
		区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
生活介護サービス費	3時間未満	5,170	3,860	2,680	2,390	2,180	517	386	268	239	218
	3時間以上4時間未満	6,460	4,830	3,350	3,000	2,730	646	483	335	300	273
	4時間以上5時間未満	7,740	5,780	4,010	3,580	3,270	774	578	401	358	327
	5時間以上6時間未満	9,040	6,760	4,690	4,190	3,810	904	676	469	419	381
	6時間以上7時間未満	12,580	9,410	6,520	5,380	5,320	1,258	941	652	583	532
	7時間以上8時間未満	12,910	9,660	6,690	5,980	5,450	1,291	966	669	598	545
	8時間以上9時間未満	13,530	10,270	7,300	6,600	6,070	1,353	1,027	730	660	607
	加算名		日額単価(円)				1割負担額	備考			
人員配置体制加算(Ⅰ)		3,210				321	定員20人以下、1.5:1 の人員配置をした場合				
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)		150				15	社会福祉士等の資格保有者が35%以上				
福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)		60				6	常勤職員の割合75%以上				
初期加算		300				30	利用開始日から30日を限度				
訪問支援特別加算		1時間未満	1870(1回につき)			187	月2回を限度				
		1時間以上	2800(1回につき)			280	月2回を限度				
欠席時対応加算		940(月4回まで算定)				94(月4回まで算定)	欠席した場合				
リハビリテーション加算(Ⅰ)		480				48					
リハビリテーション加算(Ⅱ)		200				20	リハビリテーション計画を作成・実施した場合				
負担上限額管理加算		1,500(月1回算定)				150(月1回算定)					
食事提供体制加算		300				30	一定の条件を満たす				
入浴支援加算		800				80	医療的ケア者、重症心身障害者が対象				
喀痰吸引等実施加算		300				30	登録事業所において有資格者が吸引等を行った場合				
栄養スクリーニング加算		50				5	6月1回程度				
延長加算		1,000				100	9時間から10時間未満				
		2,000				200	10時間以上から11時間未満				
		3,000				300	11時間以上から12時間未満				
		4,000				400	12時間以上から13時間未満				
送迎加算(Ⅰ)		210				21					
送迎加算(Ⅰ 重度)		280				28	一定の条件を満たす				
障害福祉サービス事業の体験利用時支援加算(Ⅰ)		5,000				500	一定の条件を満たす				
障害福祉サービス事業の体験利用時支援加算(Ⅱ)		2,500				250	一定の条件を満たす				
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		合計単価×4.4% (月1回算定)				合計単価×4.4% (月1回算定)	一定の条件を満たす(令和6年5月31まで)				
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		合計単価×1.4% (月1回算定)				合計単価×1.4% (月1回算定)	一定の条件を満たす(令和6年5月31まで)				
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算		合計単価×1.1% (月1回算定)				合計単価×1.1% (月1回算定)	一定の条件を満たす(令和6年5月31まで)				
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		合計単価×8.1% (月1回算定)				合計単価×8.1% (月1回算定)	一定の条件を満たす(令和6年6月1日から)				

※加算の算定は、事業所が必要要件を検討して決定します。

※月額負担上限額は、毎年見直され、障害福祉サービス受給者証に記載されます。(ひとりひとり違います)

『介護給付費対象外サービス』(生活介護)

サービス内容	消費税	金額
①食事代(食事提供体制加算非対象者)	非課税	日額 682 円
食事代(食事提供体制加算対象者)	非課税	日額 322 円
②入浴設備使用費	非課税	日額 200 円
③牛乳、ヨーグルトの追加(献立外で定期利用の場合)	税込	1本(個) 実費
④コピー代金(白黒または2色刷り)	税込	1枚 10 円
コピー代金(カラーコピー)	税込	1枚 30 円
⑤施設携帯電話使用料		実費
⑥レクリエーション、クラブ活動の材料費	税込	実費