

別表 2026. 6. 1

介護給付費の対象となるサービス

※生活介護サービス費（定員 31 人以上 40 人以下）、施設入所支援サービス費（定員 40 人以下）の報酬区分の場合

下記の料金表によって、利用者個人の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額（全体の 9 割）を除いた金額と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。（利用者負担軽減措置が別途ございます）

＜基本的な料金＞ （1 日あたり）

1. 契約者の障害支援区分と 「生活介護」の利用料金	区分 2 以下 461 単位	区分 3 507 単位	区分 4 567 単位	区分 5 829 単位	区分 6 1,116 単位
2. 契約者の障害支援区分と 「施設入所支援」の利用料金	174 単位	239 単	316 単位	392 単位	463 単位
3. 人員配置体制加算 I	321 単位				
4. 福祉専門職員配置等加算 I +Ⅲ	15 単位+6 単位				
5. 栄養マネジメント加算	12 単位				
6. サービス利用料金合計 (1+2+3+4+5)	933 単位	1,044 単位	1,181 単位	1,519 単位	1,877 単位

☆ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費・光熱水費といたします。

☆その他利用者の心身の状況・当施設の体制により、各種加算料金に変動がございます。

☆＜施設入所支援＞

福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）：所定単位数合計に 19.3% 乗じて算定されます。

☆＜生活介護＞

福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）：所定単位数合計に 9.7% 乗じて算定致します。

*令和 6 年 6 月 1 日より算定致します。

＜サービス利用の取り消し(キャンセル)について＞

☆外出・外泊等により、食事のキャンセルをする場合は下記の時間までに当事業所に申し出て下さい。所定の時間以降のお申し出の場合、キャンセルが出来ない為、下記の食費代（実費相当額）を徴収させていただきます。

1,815 円
前日の 17:00 まで

※前日が土・日曜日、または祝日等の場合は前々日の 17:00 までをお願いいたします。

※ゼリー食を提供している場合は食事の準備に時間がかかる為、キャンセルは前日の 9:00 までにお申し出下さい。

＜利用者負担の軽減について＞

〔利用者負担に関する月額負担上限〕

○1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる負担については、所得に応じて 4 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯（注 1）	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯（所得割 16 万円未満）（注 2） ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者は除きます（注 3）	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

（注 1）3 人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

（注 2）収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

（注 3）入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

〔入所施設(20 歳未満の場合)〕

○月額負担上限額は以下のようになります。

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

〔食費等実費負担の軽減について〕

○入所施設の食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置

利用料に定める「食費」「光熱水費」は、月あたりの負担額が軽減されます。利用者に支給される補足給付を事業者が代理受領する場合には、利用者は「食費」「光熱水費」の料金から補足給付を除いた額を、事業者にお支払いいただきます。

*** 補足給付に係る基準費用額の見直し（令和6年4月1日より）**

基準費用額：55,500 円

【介護給付費の対象となるサービス】

当施設の体制やご利用者の心身の状況に応じて障害者総合支援法上の料金が加算されます。

加算項目	内 容	単位/日
重度障害者支援加算	重度障害者支援加算Ⅰ 人員配置体制加算（Ⅰ）、常勤看護師等配置加算（Ⅲ）を算定し、規定以上の配置を満たしている場合。 28 単位/日	
	重度障害者支援加算Ⅱ （一）生活支援員のうち、20%以上基礎研修修了者を配置。区分 6 かつ行動関連項目 10 点以上の者に対し、実践研修修了者の作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合。 360 単位/日 ◇個別支援を開始した日から 180 日以内は +500 単位/日 （二）（一）を満たした上で、行動関連項目 18 点以上の者に対して中核的人材養成研修修了者の作成した支援計画シートに基づき、個別支援を行った場合。（一）に加え+150 単位/日 個別支援を開始した日から 180 日以内は （一）◇に加え+150 単位/日	
	重度障害者支援加算Ⅲ （一）生活支援員のうち、20%以上の基礎研修修了者を配置。区分 4 以上かつ行動関連項目 10 点以上の者に対し、実践研修修了者の作成した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合。 180 単位/日 ◇個別支援を開始した日から 180 日以内は +400 単位/日 （二）（一）を満たした上で、行動関連項目 18 点以上の者に対して中核的人材養成研修修了者の作成した支援計画シートに基づき、個別支援を行った場合。（一）に加え+150 単位/日 個別支援を開始した日から 180 日以内は （一）◇に加え+200 単位/日	
高次脳機能障害支援体制加算	高次脳機能障害を有する利用者が全体の 100 分の 30 以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に 50：1 以上配置した上で、その旨を公表している場合。	41 単位/日

夜間看護体制加算	生活支援に替えて看護職員を配置している場合	60 単位
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	視覚・聴覚・言語障害者支援体制加算Ⅰ	51 単位
	視覚・聴覚・言語障害者支援体制加算Ⅱ	41 単位
入所時特別支援加算	新たに入所者を受け入れた場合	30 単位 ＊入所日から 30 日
入院・外泊時加算	入院・外泊時加算Ⅰ 利用者が病院等に入院した場合や居宅へ外泊した場合	320 単位 ＊8 日を限度
	入院・外泊時加算Ⅱ 利用者が病院等に入院した場合や居宅へ外泊した場合	191 単位 ＊8 日超えた日から 82 日を限度
入院時支援特別加算 (月 1 回を限度)	90 日を超える入院期間が 4 日未満	1 回につき 561 単位
	90 日を超える入院期間が 4 日以上	1 回につき 1,122 単位
地域移行加算	対処する利用者に対し、退所後の居住の場の確保、在宅サービスの利用調整等を行った場合	500 単位 入所中 2 回、退所後 1 回を限度
地域移行促進加算	地域移行促進加算Ⅰ	120 単位/日
	地域移行促進加算Ⅱ 入所者に対して、通所又はグループホームの見学や食事体験等を行うなど、地域生活への移行に向けた支援を実施した場合に、1 月につき 3 回を限度として所定単位数を算定する。	60 単位 (月 3 回を限度)
地域生活移行個別支援特別加算	地域生活移行個別支援特別加算Ⅰ	12 単位/日
	地域生活移行個別支援特別加算Ⅱ	306 単位/日
地域移行支援体制加算	(定員 40 人以下) 前年度に施設から地域移行した者が 1 人以上いる指定障害者支援施設において、1 日につき所定単位数を加算する。	15 単位/区分 6 13 単位/区分 5 11 単位/区分 4 8 単位/区分 3 6 単位/区分 2 以下
栄養マネジメント加算	管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成して栄養管理を行っている場合	12 単位/日
経口移行加算	医師の指示に基づき経口移行計画を作成し計画に従って傾向による食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合	28 単位/月
経口維持加算	経口維持加算Ⅰ	400 単位/月

	経口維持加算Ⅱ	100 単位/月
口腔衛生管理体制加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言を月 1 回以上行っている場合	30 単位/月
口腔衛生管理加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月 2 回以上行う、施設従業者へ具体的な技術的助言及び指導を行う、施設従業者からの相談等に必要に応じ対応する場合	90 単位/月
療養食加算	療養食を提供した場合	23 単位/日
通院支援加算	入所者に対し、通院に係る支援を実施した場合、1 月に回を限度として所定単位数を算定する。	17 単位/回
集中的支援加算	集中的支援加算（Ⅰ）	1,000 単位/日
	集中的支援加算（Ⅱ）	500 単位/日
障害者支援等感染対策向上加算	障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位/月
	障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位/月
新興感染症等施設療養加算		240 単位/日 (月 5 回を限度)

別表

【介護給付費の対象とならないサービス】

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

徴収項目		費用
食事代(医師の処方によらない濃厚流動食の方を含む)		1,815 円/日
特別な食事を提供した場合		実費
栄養補助食品	牛乳	実費
	プリン	実費
	ヨーグルト	実費
光熱水費		10 円/日
預り金の管理手数料		1650 円
理髪代金		実費
私物保管料		209 円/月
コピー代(モノクロ)		10 円
写真代		52 円/枚
クリーニング代		実費
タオル、おしぼり、リネン費		52 円/日
廃棄料金		実費
日常生活用具		実費
衛生材料費		実費
教養娯楽活動に係る材料費		実費
利用者の選択に基づく 外出活動に係る費用		実費
CS共聴アンテナ使用料		523 円/月

前記（１）、（２）の料金・費用は１ヶ月ごとに計算し、ご請求致しますので、当月分を翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額をご請求いたします。）

ア・金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・信用金庫・郵便局・農協

イ・下記指定口座への振り込み

遠州信用金庫 本店 普通預金 １１０７６３３

シャカフクシウジ ンセイフクシギョウダン ワゴウセイノサ リジチヨウ アキ ヨシハル

社会福祉法人聖隷福祉事業団 和合せいれいの里 理事長 青木 善治

ウ・窓口での現金によるお支払い

同意書

指定障害者支援施設みるとす
生活介護第1単位、施設入所支援事業
施設長 宮崎 弘光 殿

障害者支援施設みるとすを利用するにあたり、介護給付費対象外サービス費用について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで選択による利用をした際、下記の諸費用の負担について承諾いたします。

年 月 日

利用者氏名 _____ 印 _____