

# サクラスリハケアサービス 利用料金表(生活介護)

令和6年9月1日 より

地域区分: その他(0%)

| 介護給付費               | サービス時間帯                    | 障害支援区分                                 | 単位数       | 料金<br>(1割負担額) |
|---------------------|----------------------------|--|-----------|---------------|
| 共生型生活介護<br>サービス費(Ⅰ) | 3時間以上4時間未満<br>(9:15~12:15) | 区分6<br>区分5<br>区分4<br>区分3<br>区分2 及び 区分1 | 349 単位    | 349 円         |
|                     | ※開所時間減算あり                  |  | 50/100 単位 |               |
|                     | 7時間以上8時間未満<br>(9:15~16:15) | 区分6<br>区分5<br>区分4<br>区分3<br>区分2 及び 区分1 | 697 単位    | 697 円         |
| 介護給付費               | 対象者                        | 障害支援区分                                 | 単位数       | 料金<br>(1割負担額) |
| 人員配置体制加算(Ⅳ)         | すべての方                      | 1日につき                                  | 38 単位     | 38 円          |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)      | すべての方                      | 1日につき                                  | 15 単位     | 15 円          |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)      | すべての方                      | 1日につき                                  | 5 単位      | 5 円           |
| 常勤看護職員等配置加算         | 対象となる医療的ケアが必要な方            | 1日につき                                  | 24 単位     | 24 円          |
| リハビリテーション加算(Ⅰ)      | 頸髄損傷による四肢麻痺の方              | 1日につき                                  | 48 単位     | 48 円          |
| リハビリテーション加算(Ⅱ)      | 上記以外の方                     | 1日につき                                  | 20 単位     | 20 円          |
| 入浴支援加算              | 医療的ケアが必要な方又は重症心身障害の方       | 1日につき                                  | 80 単位     | 80 円          |
| 栄養スクリーニング加算         | ご利用時開始時にすべての方              | 6月に1回                                  | 6 単位      | 6 円           |
| 栄養改善加算              | 上記により栄養状態の改善が必要と判断された方     | 月に2回                                   | 200 単位    | 200 円         |

| その他の利用料     | 対象者   | 頻度    | 料金    |
|-------------|-------|-------|-------|
| 食費          | ご希望の方 | 1食につき | 600 円 |
| ドリンク代       | すべての方 | 1日につき | 100 円 |
| 入浴料         | ご希望の方 | 1回につき | 400 円 |
| レンタルタオル     | ご希望の方 | 1枚につき | 100 円 |
| リハビリパンツ・オムツ | ご希望の方 | 1枚につき | 100 円 |
| 尿取りパッド      | ご希望の方 | 1枚につき | 50 円  |

障害福祉サービスの自己負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

| 区分   | 世帯の収入状況                  | 負担上限月額  |
|------|--------------------------|---------|
| 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(注2)未満) | 9,300円  |
| 一般2  | 上記以外                     | 37,200円 |

(注1)3人世帯で障害者基礎年金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670万円以下の世帯が対象となります。