

# 社会福祉法人 博愛福祉会 施設サービス料金表（1割負担の場合）

平成28年4月1日～

## 特別養護老人ホーム・個室（介護福祉施設、従来型個室）

	基本料金/日	栄養マネジメント加算	日常生活継続支援加算	看護体制加算 (I)(II)	夜勤職員配置加算 (I)	合計	利用者1割負担分	居住費	食費	自己負担額
要介護1	5,470	140	360	190	220	6,380	638	1,150円	1,380円	3,168円
要介護2	6,140					7,050	705	※負担限度額	※負担限度額	3,235円
要介護3	6,820					7,730	773	320円(利用者負担第1段階)	300円(利用者負担第1段階)	3,303円
要介護4	7,490					8,400	840	420円(利用者負担第2段階)	390円(利用者負担第2段階)	3,370円
要介護5	8,140					9,050	905	820円(利用者負担第3段階)	650円(利用者負担第3段階)	3,435円

## 特別養護老人ホーム・四人部屋（介護福祉施設、多床室）

	基本料金/日	栄養マネジメント加算	日常生活継続支援加算	看護体制加算 (I)(II)	夜勤職員配置加算 (I)	合計	利用者1割負担分	居住費	食費	自己負担額
要介護1	5,470	140	360	190	220	6,380	638	840円	1,380円	2,858円
要介護2	6,140					7,050	705	※負担限度額	※負担限度額	2,925円
要介護3	6,820					7,730	773	0円(利用者負担第1段階)	300円(利用者負担第1段階)	2,993円
要介護4	7,490					8,400	840	370円(利用者負担第2段階)	390円(利用者負担第2段階)	3,060円
要介護5	8,140					9,050	905	370円(利用者負担第3段階)	650円(利用者負担第3段階)	3,125円

☆介護福祉施設のご契約者が、入所した日から30日以内の期間は、1日につき30円お支払いいただきます。

☆退所前訪問相談援助を行った場合は、入所中1回または2回を限度として1回につき460円、退所後訪問相談援助を行った場合は、退所後1回を限度として1回につき460円お支払いいただきます。

☆退所時相談援助を行った場合は、1回を限度として400円、退所前連携を行った場合は、1回を限度として500円お支払いいただきます。

☆経管により食事を摂取されるご契約者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理等の支援を行う場合は180日を限度として、1日につき28円お支払いいただきます。

☆著しい誤嚥が認められるご契約者について、経口摂取を維持するために、医師の指示に基づき、多職種が共同して特別な管理等を行う場合は6ヶ月を限度として、1月につき400円お支払いいただきます。

☆誤嚥が認められるご契約者について、経口摂取を維持するために、医師等が特別な管理等に加わった場合は6ヶ月を限度として、1月につき100円お支払いいただきます。

☆医師の指示に基づく療養食を提供した場合は、1日につき18円お支払いいただきます。

☆医師が終末期にあると診断したご契約者について、医師、看護職員、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら終末期の介護を行った場合に、死亡前30日を限度として、

死亡日以前4日以上30日以下については、1日につき144円、死亡日の前日及び前々日については、1日につき680円、死亡日については1日につき1,280円をお支払いいただきます。

☆若年性認知症のご契約者で、個別に担当者を定め、その方の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合は、1日につき120円をお支払いいただきます。

☆医師が、認知症の行動・心理症状を認め、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断され、サービスを提供した場合は、7日を限度として1日につき200円をお支払いいただきます。

☆歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対して月1回以上ご契約者の口腔ケアにかかる技術的助言及び指導を行い、それに基づき口腔ケアマネジメント計画を

作成しサービスを提供した場合は、1月につき30円お支払いいただきます。

☆歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、口腔ケアマネジメント計画を作成し月4回以上、口腔ケアにかかるサービスを提供した場合は、1月につき110円をお支払いいただきます。

☆上記のサービス料金とは別に、利用日数に応じた1月あたりの利用料金に、5.9%相当の介護職員処遇改善加算（I）が加わります。

☆介護福祉施設のご契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。

### 個室（従来型個室）ご利用の場合

基本料金/日	自己負担額（1割負担分）	居住費	自己負担合計 ※居住費1,150円適用の場合
2,460	246円	1,150円 ※負担限度額 320円(利用者負担第1段階) 420円(利用者負担第2段階) 820円(利用者負担第3段階)	1,396円

### 四人部屋（多床室）ご利用の場合

基本料金/日	自己負担額（1割負担分）	居住費	自己負担合計 ※居住費840円適用の場合
2,460	246円	840円 ※負担限度額 0円(利用者負担第1段階) 370円(利用者負担第2段階) 370円(利用者負担第3段階)	1,086円

☆介護福祉施設のご契約者が、6日を越えて入院をされた場合に、ただし利用者負担第1から第3段階のご契約者はお支払いいただく必要はありません。

お支払いいただく利用料金は、右記の通りです。

※個室（従来型個室）ご利用の場合 1日につき **1,150円**（居住費） ※四人部屋（多床室）ご利用の場合 1日につき **840円**（居住費）