

# ハピネスケア日南利用料金【入 所】

## 基本料

### 【介護保険料金】 介護サービス費（1日当り：1割負担の場合）

	個 室	多床室
要支援	要支援の場合入所利用は出来ません。	
要介護度 1	¥ 714	¥ 788
要介護度 2	¥ 759	¥ 836
要介護度 3	¥ 821	¥ 898
要介護度 4	¥ 874	¥ 949
要介護度 5	¥ 925	¥ 1,003

### 【介護保健加算料金】（1割負担の場合）

加算項目	単位	1 割
初期加算（入居後 30 日間）	1 日	¥ 30
認知症ケア加算	1 日	¥ 76
認知症情報提供加算	1 回	¥ 350
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7 日間）	1 日	¥ 200
若年性認知症利用者受入加算	1 日	¥ 120
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	1 ヶ月	¥ 33
短期集中リハビリテーション加算	1 日	¥ 240
認知症短期集中リハビリテーション加算	1 日	¥ 240（週 3 日まで）
療養食加算	1 回	¥ 6
再入所時栄養連携加算	1 回	¥ 200
夜間職員配置加算	1 日	¥ 24
入所前後訪問指導加算	1 回	¥ 450 又は ¥ 480
試行的退所時指導加算	1 回	¥ 400
退所時情報提供加算	1 回	¥ 500
入退所前連携加算	1 回	¥ 400 又は ¥ 600
訪問看護支持加算	1 回	¥ 300
経口移行加算	1 日	¥ 28
口腔衛生管理加算	1 ヶ月	¥ 90 又は ¥ 110
かかりつけ医連携薬剤調整加算	1 回	¥ 100 又は ¥ 240
緊急時施設療養費	1 日	¥ 518（3 日まで）

加算項目	単位	1割
所定疾患施設療養費(7日まで)	1日	¥239 又は ¥480
地域連携診療計画情報提供加算	1回	¥300
排泄支援加算	1ヶ月	¥10～20
褥瘡マネジメント加算	1ヶ月	¥3 又は ¥13
自立支援促進加算	1ヶ月	¥300
科学的介護推進体制加算	1ヶ月	¥40 又は ¥60
外泊時算定(初日と終日を除き日額に代わる)	1日	¥362
安全対策体制加算(入所中1回)	1回	¥20
ターミナルケア加算(31日～45日)	1日	¥80
ターミナルケア加算(4日～30日)	1日	¥160
ターミナルケア加算(2日～3日)	1日	¥820
ターミナルケア加算(当日)	1日	¥1,650
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日	¥22
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数の3.9%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数の2.1%	

※負担割合証に記載されている割合によりその倍数となります。

### 介護保険適用外料金(1日あたり)

利用者負担段階	居住費		食費
	個室	多床室	
第1段階	¥490	¥0	¥300
第2段階	¥490	¥370	¥390
第3段階-①	¥1,310	¥370	¥650
第3段階-②	¥1,310	¥370	¥1,360
第4段階	¥1,668	¥377	¥1,470

※おむつ代の自己負担はありません。

- ・日用品費 1日 ¥300 (シャンプー・リンス・石鹸 ¥50)  
(タオル・バスタオル等使用料及び洗濯料他 ¥250)  
※選択により、施設準備品を使用した場合に徴収
- ・理容料金 ¥1,000～¥2,000
- ・電気代 1日 ¥50～¥100 (個人使用のもの)
- ・文書料 ¥2,000～¥5,000
- ・インフルエンザ予防接種等 各市町村で決められた額

※施設見学、詳しい説明等を御希望の方は、遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。

TEL 0965-38-0700

FAX 0965-38-0800

月額(1割負担:30日の場合)

令和4年4月～

基本料+(基本料×2.9%)+(基本料×2.1%)+居住費+食費+日用品費(¥300)

要介護1	個室	多床室
第1段階	¥55,191	¥42,822
第2段階	¥57,891	¥56,622
第3段階-①	¥90,291	¥64,422
第3段階-②	¥111,591	¥85,722
第4段階	¥125,631	¥89,232

要介護2	個室	多床室
第1段階	¥56,609	¥44,334
第2段階	¥59,309	¥58,134
第3段階-①	¥91,709	¥65,934
第3段階-②	¥113,009	¥87,234
第4段階	¥127,049	¥90,744

要介護3	個室	多床室
第1段階	¥58,562	¥46,287
第2段階	¥61,262	¥60,087
第3段階-①	¥93,662	¥67,887
第3段階-②	¥114,962	¥89,187
第4段階	¥129,002	¥92,697

要介護4	個室	多床室
第1段階	¥60,231	¥47,894
第2段階	¥62,931	¥61,694
第3段階-①	¥95,331	¥69,494
第3段階-②	¥116,631	¥90,794
第4段階	¥130,671	¥94,304

要介護5	個室	多床室
第1段階	¥61,838	¥49,595
第2段階	¥64,538	¥63,395
第3段階-①	¥96,938	¥71,195
第3段階-②	¥118,238	¥92,495
第4段階	¥132,278	¥96,005

※金額は目安です。状況により変更となる場合があります。

## 【サービスの利用料その他の費用の額】

- 1 介護保険施設サービスを提供した場合の利用料の額は、法定代理受領サービスに該当する場合は各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を介護報酬告示上の額に乗じた金額とし、法定代理受領サービスに該当しない場合には介護報酬告示上の額とする。
  
- 2 前項の費用の支払いを受けるほか、次に掲げる費用の額を受けるものとする。  
ただし、食費、居住費については、入居者が市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている場合は、認定証に記載された負担限度額とする。
  - (1) 食費 1,470 円（日額）
  - (2) 居住費 従来型個室 1,668 円（日額）  
多床室 377 円（日額）
  - (3) 理美容代 1,000 円～ 2,000 円
  - (4) 日用品費 300 円（日額）  
(シャンプー・リンス・石鹸 ￥50)  
(タオル、バスタオル等使用料及び洗濯料等 ￥250)  
※日用品費については、利用者の選択により施設準備品を使用した場合に徴収する。
  - (5) 電気代（個人使用の物） 小型 50 円（日額）  
大型 100 円（日額）
  - (6) 文書料 保険証明等 2,000 円  
死亡診断書 5,000 円
  - (7) インフルエンザ予防接種等 各市町村で決められた額
  - (8) その他オムツ等を除く個人使用の物品及び嗜好品については個人負担とする。
  
- 3 前項の費用の支払いを受ける場合は、その提供に当たって、あらかじめ利用者又はその家族に対し、内容及び費用を文書で説明した上で、同意について利用者等の署名を受ける事とする。
  
- 4 前第1項の法定代理受領サービスに該当しない介護保険施設サービスに係る費用の支払いを受けた場合は、提供した介護保険施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載した証明書を利用者へ交付する。