

## ほたるの郷 利用料金表

### ①基本料金（施設利用料）

1日の負担額		
介護度	多床室	個室
1	573円	573円
2	641円	641円
3	712円	712円
4	780円	780円
5	847円	847円

### 各種加算

科学的介護推進加算Ⅰ（心身機能の情報提出と適切なサービス提供）	1ヶ月負担額	40円
科学的介護推進加算Ⅱ（心身機能・疾病情報の提出と適切なサービス提供）	1ヶ月負担額	50円
個別機能訓練加算Ⅰ（機能訓練実施）	1日の負担額	12円
個別機能訓練加算Ⅱ（Ⅰを算定して必要な情報の提出と活用）	1日の負担額	20円
ADL維持加算Ⅰ（日常生活動作の維持・改善）	1ヶ月負担額	30円
ADL維持加算Ⅱ（日常生活動作の維持・改善）	1ヶ月負担額	60円
自立支援促進加算（寝たきりや重度化を防止）	1ヶ月負担額	300円
精神科療養加算（精神科医師による療養指導実施）	1日の負担額	5円
サービス提供体制強化加算Ⅰ（一定割合以上の介護福祉士を配置等）	1日の負担額	22円
サービス提供体制強化加算Ⅱ（一定割合以上の介護福祉士を配置等）	1日の負担額	18円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（一定割合以上の常勤職員を配置）	1日の負担額	6円
栄養ケアマネジメント強化加算（管理栄養士配置・栄養状態の維持・改善）	1日の負担額	11円
看護体制加算Ⅰ（常勤看護師を配置）	1日の負担額	4円
看護体制加算Ⅱ（看護職員の配置人数や協力医療機関との連絡体制の確保等）	1日の負担額	8円
日常生活継続支援加算（一定割合以上の重度の利用者が入所且つ介護福祉士を配置）	1日の負担額	36円
配置医師緊急時対応加算（医師が早朝・夜間に施設を訪問し診察実施した場合）	早朝・夜間	650円
配置医師緊急時対応加算（医師が深夜に施設を訪問し診察実施した場合）	深夜	1,300円
夜勤職員配置加算Ⅰ（最低基準以上の夜勤職員を配置）	1日の負担額	13円
夜勤職員配置加算Ⅲ（看護職員又は喀痰吸引資格を取得した介護職員を配置）	1日の負担額	16円
排せつ支援加算Ⅰ（排せつ介助の改善・支援計画の作成・評価）	1ヶ月負担額	10円
排せつ支援加算Ⅱ（Ⅰを満たし排せつ機能が悪化せず改善）	1ヶ月負担額	15円
排せつ支援加算Ⅲ（Ⅰを満たし排せつ機能が悪化せず改善）	1ヶ月負担額	20円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ（褥瘡発生の予防と支援計画作成・評価）	1ヶ月負担額	3円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ（Ⅰを満たし褥瘡の発生がない）	1ヶ月負担額	13円
障害者生活支援体制加算Ⅰ（一定割合以上の重度障害者が入所）	1日の負担額	26円
経口移行加算（経管栄養より経口摂取への移行の場合）	1日の負担額	28円

経口維持加算Ⅰ（摂食障害を有し誤嚥の認められる場合）	1日の負担額	400円
経口維持加算Ⅱ（経口による継続的な食事摂取を支援する場合）	1日の負担額	100円
療養食加算（療養食を提供した場合）	1回の負担額	6円
看取り介護加算Ⅰ（看取り介護を行った場合死亡日以前31～45日）	1日の負担額	72円
看取り介護加算Ⅰ（看取り介護を行った場合死亡日以前4～30日）	1日の負担額	144円
看取り介護加算Ⅰ（看取り介護を行った場合死亡日の前日・前々日）	1日の負担額	680円
看取り介護加算Ⅰ（看取り介護を行った場合死亡日）	1日の負担額	1,280円
看取り介護加算Ⅰ（看取り介護を行った場合死亡日以前31～45日）	1日の負担額	72円
看取り介護加算Ⅱ（看取り介護を行い施設内で死亡した場合死亡日以前4～30日）	1日の負担額	144円
看取り介護加算Ⅱ（看取り介護を行い施設内で死亡した場合死亡日前日・前々日）	1日の負担額	780円
看取り介護加算Ⅱ（看取り介護を行い施設内で死亡した場合死亡日）	1日の負担額	1,580円
若年性認知症利用者受入加算	1日の負担額	120円
認知症専門ケア加算Ⅰ（定められた研修終了者を認知症者数により配置等）	1日の負担額	3円
認知症専門ケア加算Ⅱ（定められた研修終了者を認知症者数により配置等）	1日の負担額	4円
認知症行動・心理症状緊急対応加算（認知症者在宅生活困難にて緊急受入・入所後7日間）	1日の負担額	200円
口腔衛生管理加算Ⅰ（歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上実施）	1ヶ月負担額	90円
口腔衛生管理加算Ⅱ（Ⅰを算定して必要な情報の提出と活用）	1ヵ月負担額	110円
初期加算（入所や長期入院後の30日間）	1日の負担額	30円
安全管理体制加算（研修を受講した安全管理を担当する担当者を配置）	入所時に1回	20円
入院・外泊時加算（入院や外泊の翌日より月単位で6日間）	1日の負担額	246円
介護職員処遇改善加算Ⅰ（1日の負担額・基本料金及び各種加算を算定した金額に8.3%乗じた金額）		
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ（1日の負担額・基本料金及び各種加算を算定した金額に2.7%乗じた金額）		

\*上記の金額に地域加算104.5%を乗じた金額になります。

\*上記の金額は1割負担の金額なので、介護保険負担割合証の利用者負担割合が2割の方は2割負担、3割の方は3割負担の金額となります。

食費（1日の負担額）		
食費基準額（第1～3段階以外の方）	1,480円	
食費の軽減制度（保険者に申請を行い適用されます）		
第1段階（生活保護受給者・老齢福祉年金受給者等）	300円	
第2段階（区市町村税非課税者・所得80万円以下）	390円	
第3段階①（区市町村税非課税・所得80万円超120万円以下）	650円	
第3段階②（区市町村税非課税・所得120万円超）	1,360円	
居住費（1日の負担額）	多床室	個室
居住費基準額（第1～3段階以外の方）	855円	1,450円
居住費の軽減制度（保険者に申請を行い適用されます）		
第1段階（生活保護受給者・老齢福祉年金受給者等）	0円	320円

第2段階（区市町村税非課税者・所得80万円以下）	370円	420円
第3段階①（区市町村税非課税者・所得80万円超120万円以下）	370円	820円
第3段階②（区市町村税非課税者・所得120万円超）	370円	820円

外泊・入院中も居室が確保されている場合は、居住費を負担していただきます。但し、第1～3段階の方は、翌日から6日間（同月に複数回入院の場合は6日間を限度とし、月をまたがる場合は最高12日間）は前記の金額、それ以降は居住費基準額を負担していただきます。

## ②日常生活費（日用品使用料等）

### <女性用>

#### Aセット

品目：歯ブラシ・入れ歯用歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯ケース・入れ歯洗浄剤・マグカップ・ティッシュ・ウエットティッシュ・バスタオル・フェイスタオル・リンスインシャンプー・保湿クリーム・ヘアブラシ・化粧水	1日の負担額	140円
---	--------	------

#### Bセット

品目：歯ブラシ・歯磨き粉・マグカップ・ティッシュ・ウエットティッシュ・バスタオル・フェイスタオル・リンスインシャンプー・保湿クリーム	1日の負担額	110円
--	--------	------

### <男性用>

#### Cセット

品目：歯ブラシ・入れ歯用歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯ケース・入れ歯洗浄剤・マグカップ・ティッシュ・ウエットティッシュ・バスタオル・フェイスタオル・リンスインシャンプー・髭剃りセット・保湿クリーム	1日の負担額	140円
--	--------	------

#### Dセット

品目：歯ブラシ・歯磨き粉・マグカップ・ティッシュ・ウエットティッシュ・バスタオル・フェイスタオル・リンスインシャンプー・髭剃りセット・保湿クリーム	1日の負担額	110円
---	--------	------

## ③その他の費用（ご利用者様のご選択によるサービスです。）

理容・美容料金（カット代）	1回の負担額	2,000円
理容料金（顔剃り代）	1回の負担額	2,500円

貴重品・預かり金管理料（通帳・小口現金等管理者）	1日の負担額	100円
貴重品・預かり金管理料（小口現金管理者）	1日の負担額	50円

クラブ参加費・1回の負担額			
お花クラブ	1,000円	書道クラブ	100円
茶道クラブ	500円		

行事参加費	一律に実施する行事は除き、宿泊費・入場料・飲食費等が必要な行事については実費相当額を負担していただきます。
-------	---

ホーム喫茶費	金額はメニューにより異なり、飲食費の合計額を負担していただきます。
--------	-----------------------------------

電気製品使用料	各1台につき1日の負担額	30円	
買物代行費	買物注文を受け職員により買物を代行する。	1回の負担額	200円
買物注文費	買物注文を受け外部業者へ発注する。	1回の負担額	100円
買物外出費	職員付添にて外出し買物を行う。	1回の負担額	600円

車両運行費	1時間の負担額	1,000円
職員付添費（職員1名につき）	1時間の負担額	1,000円

\* 外出等で施設の車両運行をご希望される場合に、ご相談の上、上記の料金にて対応いたします。

個別日用品使用料	日用品使用料の内訳以外の日用品については実費相当額を負担していただきます。
----------	---------------------------------------

用紙コピー代	1枚の負担額	10円
--------	--------	-----

郵送料（切手代）	ご依頼や手続き等で郵便物を発送した場合は、郵送料（切手代）を実費負担していただきます。
----------	---

エンゼルセット （死後処置料）	施設内でお亡くなりになり、処置等を行った場合は料金を負担していただきます。	負担額	6,000円
--------------------	---------------------------------------	-----	--------

この料金表は令和3年8月1日より適用