

## 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(佐賀県指定 第4170500039号)

当施設はご契約者又はご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。  
施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明いたします。

※当施設のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方及び「特例入所」と認められた方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

### ◆◆目次◆◆

1. 経営主体 .....	1
2. ご利用施設 .....	1
3. 居室の概要 .....	2
4. 職員の配置状況 .....	2
5. 個人情報の保護 .....	3
6. 事故発生時の対応 .....	4
7. 第三者評価の実施状況 .....	4
8. 当施設が提供するサービスと利用料金 .....	4
9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について） .....	7
10. 金品・所持品の引継について .....	9
11. 苦情の受付について .....	10

## 1. 経営主体

- |           |                          |
|-----------|--------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 伊万里敬愛会            |
| (2) 法人所在地 | 佐賀県伊万里市黒川町大黒川 2 2 0 1 番地 |
| (3) 電話番号  | 0 9 5 5 - 2 7 - 2 1 0 1  |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 小 島 直 樹              |
| (5) 設立年月  | 平成 3 年 9 月 1 1 日 認可      |

## 2. 事業所の概要

- |                  |   |
|------------------|---|
| (1) 事業所の種類       | 指定介護老人福祉施設・平成 1 2 年 4 月 1 日指定<br>佐賀県 4170500039 号   |
| (2) 事業所の名称       | 特別養護老人ホーム 敬愛園   |
| (3) 事業所の所在地      | 佐賀県伊万里市黒川町大黒川 2 2 0 1 番地  |
| (4) 電話番号         | 0 9 5 5 - 2 7 - 2 1 0 1   |
| (5) 施設長（管理者）氏名   | 下平 富雄   |
| (6) 事業所の目的及び運営方針 | <ol style="list-style-type: none"><li>1 施設は、介護サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。</li><li>2 施設は、ご利用者の意志及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って介護福祉施設サービスの提供に努める。</li><li>3 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</li></ol> |
| (7) 開設年月         | 平成 4 年 4 月 1 日  |
| (8) 入所定員         | 5 0 人   |

### 3. 居室の概要

#### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備（短期入所生活介護サービスと兼用）をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、その他のご利用を希望される場合は、その旨お申し出下さい。但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	3室	1室は和室
4人部屋	16室	4室は和室
食堂兼機能訓練室	1室	
浴室	1室	リフト付き特殊浴槽・トウティ・アダージョ（個人浴槽：車椅子入浴装置）
医務室	1室	
静養室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご契約者又はご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご契約者又はご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者又はご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

#### (2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居住費・施設・設備

居住費（光熱水費）	7. 当施設が提供するサービスと利用料金の「別紙」サービス利用料金（1日あたり）参照
-----------	--

※上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

但し、収入基準が1段階の方については、負担の必要はありません。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。（但し、短期入所生活介護職員兼務）

#### <主な職員の配置状況>

※職員の配置については、指定基準を遵守し、基準以上の人数を配置しています。

職種	指定基準	職種	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	6. 介護支援専門員	1以上
2. 生活相談員	1以上	7. 医師	配置医師委託
3. 看護職員	3以上	8. 栄養士	1以上
4. 介護職員	21以上	9. 調理員	必要数
5. 機能訓練指導員	1以上		

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師（協力病院委託）	毎週 月曜日 金曜日
2. 生活相談員	標準的な時間帯 日勤 : 8:30 ~ 17:30
3. 介護職員	標準的な時間帯 早出 : 7:00 ~ 16:00 日勤 : 8:30 ~ 17:30 遅出 : 10:00 ~ 19:00 準夜 : 13:00 ~ 22:00 深夜 : 22:00 ~ 8:00
4. 看護職員	標準的な時間帯 早出 : 7:30 ~ 16:30 日勤 : 8:30 ~ 17:30 遅出 : 10:00 ~ 19:00
5. 機能訓練指導員	標準的な時間帯 日勤 : 8:30 ~ 17:30

※ 勤務時間帯については、諸状況により変更になる場合もあります。

5. 個人情報の保護

- 1 事業者及びサービス従事者は、指定施設サービスを提供する上で知り得たご利用者又はご契約者及び関係ご家族に関する個人情報（個人情報保護法における定義に従います）を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- 2 前項の規定に関わらず、事業者及びサービス従事者は、以下に限りご利用者及び家族等に関する心身等の情報を含む個人情報を提供出来るものとします。
  - 一 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、ご利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
  - 二 上記（一）のほか、介護支援専門員又は介護福祉サービス事業所との連絡調整のために必要な場合
  - 三 ご利用者が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師・看護師等に説明をする場合
  - 四 介護保険サービスの質の向上の為の研究会等での氏名・住所を伏せた上での事例研究発表等
  - 五 施設内外の広報物（広報誌に掲載される写真及び施設内に掲示する写真等を含む）
- 3 ご契約者及びご利用者は、本契約の締結により前項の内容の個人情報の使用を了承するものとします。

4 ご契約者及びご利用者とそこご家族等の情報について、同意を得た目的以外には使用しないこととし、適切に保管します。また、目的以外に使用する場合には、事前に文書により同意を得ることとします。

## 6. 事故発生時の対応

当施設のサービス従事者は、事故発生時は「事故発生時対応マニュアル」及び「救急対応マニュアル」に基づき早急に対応するものとします。

## 7. 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

## 8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1)介護保険の給付対象となるサービス（基準介護サービス 契約書第3条参照）

以下のサービスは、居住費・食費を除き7割ないし9割が介護保険から給付されます。

### <サービスの概要>

#### ① 居室の提供

#### ② 食事の提供

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援（離床）の為に食堂(ホール)での食事を原則としていますが、ご利用者及びご家族の要望等がある場合、居室で食事していただくこともできます。
- ・食事時間については適時・適温での提供に努めており、ご利用者の状態及び要望等により下記の時間を設けております。又、外出等の都合上により、ご利用者及びご家族より要望があった場合には下記、以外の時間も出来る限り対応いたします。

朝食：① 8：00～ 昼食：① 12：30～ 夕食：① 17：30～

② 18：00～

#### ③ 入浴

- ・入浴又は清拭を原則として週2回行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ④ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ⑤ 機能訓練

- ・機能訓練指導員・看護職員・生活相談員・その他の職種の者が協働して、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又は、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ 健康管理

- ・看護職員や協力医療機関の医師が、健康管理を行います。

⑦ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう適切な整容が行なわれるように援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

「別紙」の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額とします。

☆世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税非課税世帯）や生活保護を受けておられる方の場合、居住費及び食事に係る負担が軽減されます。

（2）介護保険の給付対象とならない（(1)以外のサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

- ① 特別な食事 ご契約者又はご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

- ② 理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回程度、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費

[美容サービス]

月1回程度、美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。又、ご利用者が自ら日常生活用品の購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合変更の内容と変更する事由について、事前に変更を行う前までにご説明します。

④ 貴重品の管理

通常はお預かりいたしません。

但し、ご契約者又はご利用者のご希望に基いてお預かりする場合は、

○通帳等は大金庫に、印鑑は小金庫に別々に保管いたします。

○施設長が責任をもって通帳等と印鑑・その他を管理いたします。

○出納担当者は3ヶ月に1度入出金記録を作成し、ご契約者又はご利用者へ送付いたします。

出納担当者：事務 前田 保子・向井 陽子 利用料金：無料

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金及び費用は、1ヵ月ごとに計算し、翌月25日までにご利用者様の口座より自動引き落としをさせていただきます。なお、口座への入金毎月20日までをお願いいたします。(1ヵ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とします。)

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者又はご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院医療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 二期会 小島病院
所在地	佐賀県伊万里市黒川町塩屋205番地1
診療科	内科・精神科・リハビリテーション科

②協力歯科・眼科等医療機関

医療機関の名称	世戸眼科医院
所在地	佐賀県伊万里市伊万里町甲412
医療機関の名称	上田歯科医院
所在地	佐賀県伊万里市大坪町丙2110

## 9. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に①～⑦のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ① 平成 27 年 3 月 31 日以前の入所で、要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 介護保険法の改正により、平成 27 年 4 月 1 日以降の指定介護老人福祉施設への入所が原則、要介護 3 以上のご利用者に限定（要介護 1 又は 2 の者であって、やむを得ない事由があることによる特例入所が認められる者を除く）されたことから、平成 27 年 4 月 1 日以降の入所で、入所時に要介護 3 以上であったご利用者が、入所後の要介護認定更新の結果、要介護 1 又は 2 になった場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者又はご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

### (1) ご契約者又はご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者又はご利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

## (2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただく場合があります。

- ① ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが12か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者又はご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又は職員及びサービス事業者に不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が、他の介護老人福祉施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入所した場合

※ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

### ① 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

1か月につき6日以内の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。  
(入院時・外泊時加算として、1日当たり2460円の内、介護保険負担割合に応じた1割ないし3割)

### ② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。尚、短期入院の期間中は居住費として1日あたり855円をご負担いただきます。但し、居室を短期入所生活介護のご利用者の方に提供している場合は、ご負担いただく必要はありません。

### ③ 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

### (3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご契約者又はご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者又はご利用者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他の保健サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 10. 金品・所持品の引継について

入所契約が終了した場合、当施設は、ご契約者又は身元引受者に連絡の上、金品・所持品を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は身元引受者にご負担いただきます。

## 11. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

○苦情受付窓口

社会福祉法人 伊万里敬愛会

施設部長 青木 幸代

居宅部長 杉本 克則

特別養護老人ホーム敬愛園

生活相談員 桑原 小枝美

介護主任 松口 庄太郎

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:30 ～ 17:30

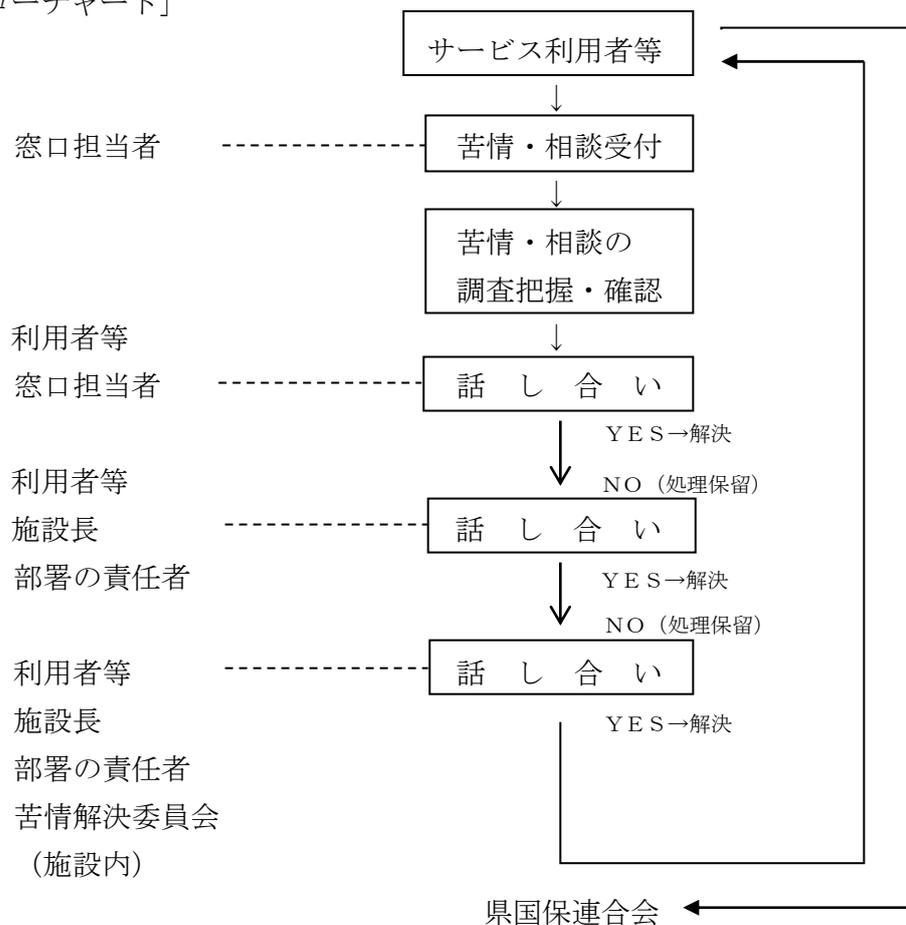
○連絡先 伊万里市黒川町大黒川 2201

TEL 0955-27-2101

FAX 0955-27-2088

苦情解決手順としては「苦情解決フローチャート」により実施する。

「苦情解決フローチャート」



(2) 行政機関その他苦情受付機関

伊万里市役所 長寿社会課	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県伊万里市立花町1355-1 0955-23-2154 F A X 0955-22-7844 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分
有田町役場 健康福祉課	所在地 電話番号 F A X 受付時間	佐賀県西松浦郡有田町南原甲664-4 0955-43-2179(有田町福祉保健センター内) 0955-43-2301 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分
唐津市役所 保健福祉部 高齢者支援課	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県唐津市西城内1-1 0955-70-0102 F A X 0955-73-8451 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所 業務課	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県鹿島市大字中村917-2 0954-69-8222 F A X 0954-69-8220 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分
玄海町役場 保健介護課	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県東松浦郡玄海町大字諸浦348 0955-52-2220 F A X 0955-52-2813 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 0952-26-1477 F A X 0952-26-6123 月～金（祝日及び年末年始除く） 8時30分～17時15分

「指定介護老人福祉施設」  
重要事項説明書・同意書

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<事業所名> 社会福祉法人 伊万里敬愛会  
特別養護老人ホーム 敬愛園

<説明者職名>

<説明者氏名> 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

[契約者] 住 所  
氏 名 印  
(続柄： )

利用者氏名

介護保険負担割合：1割負担

サービス利用料金（1月当たり）

該当欄						
1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金 (1日)	要介護度 1	573 円	641 円	712 円	780 円	847 円
	要介護度 2					
2. 日常生活継続支援加算 I (1日)				36 円		
3. 看護体制加算 I (1日)				6 円		
4. 看護体制加算 II (1日)				13 円		
5. 夜勤職員配置加算 I 1 (1日)				22 円		
6. 精神科医師定期的療養指導加算 (1日)				5 円		
7. 栄養マネジメント強化加算 (1日)				11 円		
8. 科学的介護推進体制加算 I (1月)				40 円		
9. 処遇改善加算 I (8.3%) (1月)		1,662 円	1,831 円	2,008 円	2,177 円	2,344 円
10. 特定処遇改善加算 I (2.7%) (1月)		541 円	596 円	653 円	709 円	762 円
11. ベースアップ等支援加算(1.6%) (1月)		320 円	353 円	387 円	420 円	452 円
12. 上記(1+2+3+4+5+6+7)×30日 8+9+10+11の費用総額(10割) の内、自己負担金額/1月(1割)		22,543 円	24,840 円	27,238 円	29,535 円	31,798 円
13. 居室にかかる 自己負担額 居住費/1月 (光熱水費)	4段階	855 円/日×30日 = 25,650 円				
	3段階②	370 円/日×30日 = 11,100 円				
	3段階①					
	2段階					
	1段階	負担無し				
14. 食事に係る 自己負担額/1月 (負担は、収入段階 によって異なります)	4段階	1,500 円/日×30日 = 45,000 円				
	3段階②	「1,445 円 (朝食 375 円・昼食 500 円・夕食 570 円)」のうち 1,360 円/日×30日 = 40,800 円				
	3段階①	650 円/日×30日 = 19,500 円				
	2段階	390 円/日×30日 = 11,700 円				
	1段階	300 円/日×30日 = 9,000 円				
15. 自己負担月額 1月(30日)合計 12+13+14	4段階	93,193 円	95,490 円	97,888 円	100,185 円	102,448 円
	3段階②	74,443 円	76,740 円	79,138 円	81,435 円	83,698 円
	3段階①	53,143 円	55,440 円	57,838 円	60,135 円	62,398 円
	2段階	45,343 円	47,640 円	50,038 円	52,335 円	54,598 円
	1段階	31,543 円	33,840 円	36,238 円	38,535 円	40,798 円

※ 一月当りの『処遇改善加算 I』、『特定処遇改善加算 I』、『ベースアップ等支援加算』の金額については、利用単位数の合計にそれぞれの加算率を乗じた金額となります。

※ その他のサービス加算（必要時）

- ① 初期加算：入所した日から起算して30日以内の期間、又30日を超える入院後に再入院した場合 30 円/1日
- ② 外泊加算：ご利用者が6日以内の入院又は外泊をされた場合 246 円/1日
- ③ 口腔衛生管理加算：ご利用者に対し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上行う場合 90 円/1月
- ④ 看取り介護加算 I：(死亡日以前31日以上45日以下 72 円/1日)、(死亡日以前4日以上30日以下 144 円/1日)、(死亡日以前2日又は3日 680 円/1日)、(死亡日 1,280 円/1日)  
尚、上記加算については1割が自己負担となります。

「別紙」

令和 6 年 1 月 1 日 現在

介護保険負担割合：2割負担

サービス利用料金（1月当たり）

該当欄						
1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金	(1日)	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
		573 円	641 円	712 円	780 円	847 円
2. 日常生活継続支援加算 I	(1日)	36 円				
3. 看護体制加算 I	(1日)	6 円				
4. 看護体制加算 II	(1日)	13 円				
5. 夜勤職員配置加算 I 1	(1日)	22 円				
6. 精神科医師定期的療養指導加算	(1日)	5 円				
7. 栄養マネジメント強化加算	(1日)	11 円				
8. 科学的介護推進体制加算 I	(1月)	40 円				
9. 処遇改善加算 I (8.3%)	(1月)	1,662 円	1,831 円	2,008 円	2,177 円	2,344 円
10. 特定処遇改善加算 I (2.7%)	(1月)	541 円	596 円	653 円	708 円	762 円
11. ベースアップ等支援加算(1.6%)	(1月)	320 円	353 円	387 円	420 円	452 円
12. 上記(1+2+3+4+5+6+7)×30日 8+9+10+11 の費用総額(10割) の内、自己負担金額／1月(2割)		45,086 円	49,680 円	54,476 円	59,070 円	63,596 円
13. 居室にかかる 自己負担額 居住費／1月 (光熱水費)	4段階	855 円／日×30日 = 25,650 円				
14. 食事に係る 自己負担額／1月 (負担は、収入段階 によって異なります)	4段階	1,500 円／日×30日 = 45,000 円				
15. 自己負担月額 1月(30日)合計 12+13+14	4段階	115,736 円	120,330 円	125,126 円	129,720 円	134,246 円

※ 一月当りの『処遇改善加算 I』、『特定処遇改善加算 I』、『ベースアップ等支援加算』の金額については、利用単位数の合計にそれぞれの加算率を乗じた金額となります。

※ その他のサービス加算（必要時）

- ① 初期加算：入所した日から起算して30日以内の期間、又30日を超える入院後に再入院した場合 30円／1日
- ② 外泊加算：ご利用者が6日以内の入院又は外泊をされた場合 246円／1日
- ③ 口腔衛生管理加算：ご利用者に対し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上行う場合 90円／1月
- ④ 看取り介護加算 I：(死亡日以前31日以上45日以下 72円／1日)、(死亡日以前4日以上30日以下 144円／1日)、(死亡日以前2日又は3日 680円／1日)、(死亡日 1,280円／1日)  
尚、上記加算については2割が自己負担となります。

介護保険負担割合：3割負担

サービス利用料金（1月当たり）

該当欄						
1. ご契約者の要介護度 サービス利用料金	(1日)	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
		573 円	641 円	712 円	780 円	847 円
2. 日常生活継続支援加算 I	(1日)	36 円				
3. 看護体制加算 I	(1日)	6 円				
4. 看護体制加算 II	(1日)	13 円				
5. 夜勤職員配置加算 I 1	(1日)	22 円				
6. 精神科医師定期的療養指導加算	(1日)	5 円				
7. 栄養マネジメント強化加算	(1日)	11 円				
8. 科学的介護推進体制加算 I	(1月)	40 円				
9. 処遇改善加算 I (8.3%)	(1月)	1,692 円	1,831 円	2,038 円	2,207 円	2,374 円
10. 特定処遇改善加算 I (2.7%)	(1月)	541 円	596 円	663 円	718 円	772 円
11. ベースアップ等支援加算(1.6%)	(1月)	320 円	353 円	393 円	425 円	458 円
12. 上記(1+2+3+4+5+6+7)×30日 8+9+10+11 の費用総額(10割) の内、自己負担金額/1月(3割)		67,629 円	74,520 円	81,714 円	88,605 円	95,394 円
13. 居室にかかる 自己負担額 居住費/1月 (光熱水費)	4段階	855 円/日×30日 = 25,650 円				
14. 食事に係る 自己負担額/1月 (負担は、収入段階 によって異なります)	4段階	1,500 円/日×30日 = 45,000 円				
15. 自己負担月額 1月(30日)合計 1 2+1 3+1 4	4段階	138,279 円	145,170 円	152,364 円	159,255 円	166,044 円

※ 一月当りの『処遇改善加算 I』、『特定処遇改善加算 I』、『ベースアップ等支援加算』の金額については、利用単位数の合計にそれぞれの加算率を乗じた金額となります。

※ その他のサービス加算（必要時）

- ① 初期加算：入所した日から起算して30日以内の期間、又30日を超える入院後に再入院した場合 30円/1日
- ② 外泊加算：ご利用者が6日以内の入院又は外泊をされた場合 246円/1日
- ③ 口腔衛生管理加算：ご利用者に対し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上行う場合 90円/1月
- ④ 看取り介護加算 I：(死亡日以前31日以上45日以下 72円/1日)、(死亡日以前4日以上30日以下 144円/1日)、(死亡日以前2日又は3日 680円/1日)、(死亡日 1,280円/1日)  
尚、上記加算については3割が自己負担となります。