

「風の街みやびら特別養護老人ホーム」重要事項説明書

2025年4月1日版

当施設は介護保険の指定を受けています。
(広島県指定 第3474900563号)

当施設はご契約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次の通り説明します。

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3」と認定された方、あるいは「要介護1・2」でも特例入所が認められた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. 施設経営法人 | 1 |
| 2. ご利用施設 | 1 |
| 3. 居室の概要 | 2 |
| 4. 職員の配置状況 | 3 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金 | 4 |
| 6. 施設を退居していただく場合(契約の終了について) | 7 |
| 7. 残置物引取人 | 9 |
| 8. 苦情及び事故の対応について | 9 |
| 9. 業務継続計画の策定 | 9 |
| 10. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置 | 9 |
| 11. 虐待の防止 | 9 |
| 12. その他 | 10 |

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 東城有栖会
(2) 法人所在地 広島県庄原市東城町川西947番地の2
(3) 電話番号 08477-2-2215
(4) 代表者氏名 理事長 高原 淳 尚
(5) 設立年月 昭和47年 5月 2日

2. ご利用施設

- (1)施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成26年 8月 1日
指定 広島県第 3474900563 号
- (2)施設の目的 介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
- (3)施設の名称 風の街みやびら 特別養護老人ホーム
- (4)施設の所在地 広島県庄原市東城町川西1332番地5
- (5)電話番号 08477-2-3745
- (6)施設長氏名 高原 淳 尚
- (7)当施設の運営方針
- 【人権の尊重】
その人が何を求め、どんな生き方を望んでおられるかを受け止めます。
- 【サービスの質の向上】
ニーズを的確に捉え、多種多様で連携のとれた而も継続的な専門性のあるサービスを提供します。
- 【地域福祉の拠点】
地域に信頼され、総合福祉の拠点となるよう努めます。
- 【人材育成】
創造性豊かな人材が育っていくよう資格取得を促進するなど、職員一人ひとりの成長を支援します。
- 【法令遵守】
守秘義務及び個人情報の保護に努め、必要な情報は開示して、継続性のある法人の健全経営を図ります。
- (8)開設年月 平成26年 8月 1日
- (9)入居定員 70人

3. 居室の概要

(1)居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として個室です。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-----------|-----|------------|
| 個室(ユニット型) | 70室 | |
| リビング(食堂) | 7室 | |
| 浴室 | 13室 | 個浴・個浴型機械浴槽 |
| 医務室 | 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・設備の利用にあたって、居住費以外にご契約者に特別に

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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項:各居室は二間構成、トイレは共同使用で近くに設置されています。

(2)利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

※介護保険の給付対象とならない費用については、あらかじめ協議した上で、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約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。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。 単位:名

| 職 種 | 常 勤 | 指定基準 |
|----------------|------|------|
| 1. 施設長 | 1 | 1 |
| 2. 介護職員 | 32.0 | 32 |
| 3. 生活相談員 | 1 | 1 |
| 4. 看護職員 | 3.4 | 3 |
| 5. 機能訓練指導員(兼務) | 1 | 1 |
| 6. 介護支援専門員(兼務) | 3.5 | 1 |
| 7. 医師(嘱託医) | 1 | 1 |
| 8. 管理栄養士 | 2 | 1 |
| 9. 事務員 | 1 | |
| 10. 調理員 | 6.0 | |
| 11. 専門員 | 3.0 | |
| 12. 歯科衛生士 | 1 | |

<主な職種の勤務体制>

| 職種 | 勤務体制 |
|------------|---|
| 1. 医師 | 毎週月・水・金曜日 13:00~14:00 |
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早出: 6:00~15:00 7名 普通: 8:30~17:30 3名 遅出:12:00~21:00 7名 夜間:21:00~ 6:00 4名 |
| 3. 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 普通: 8:30~17:30 1名 |
| 4. 機能訓練指導員 | 毎週月~金曜日 8:30~17:30 |

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- (1)利用料金が介護保険から給付される場合
- (2)利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

(1)当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、居住費・食費を除き通常9割(一部の方は収入により8割、7割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当施設では、栄養士(管理栄養士)の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。
- ・ご契約者の自立支援のため離床リビングで食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食: 7:30～ 9:30

昼食: 12:00～13:00

夕食: 18:00～20:00

②入浴

- ・入浴又は清拭を契約者の身体状況に応じた方法(個浴型機械浴槽・個浴・部分浴等)週2回以上行います。寝たきりでも入浴することができます。

③排泄

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

④機能訓練

- ・介護職員により、ご契約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。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥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援助します。
- ・食事をおいしく食べていただき、感染予防のため口腔内の清潔を支援します。

<サービス利用料金(1日あたり)>(契約書第5条参照)

別紙の料金表によって、ご契約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)と居室と食事に係る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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。) ※詳細は別紙料金表参照。

☆ご契約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、ご契約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、認定証に記載している負担限度額とします。

☆ご契約者が、入院又は外泊をされた場合に月6日を限度にお支払いいただく1日当たりの利用料金は、下記の通りです。(契約書第18条、第21条参照) ※詳細は別紙料金表参照。

◇ 当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用居住費・食費の負担が軽減されます。 ※詳細は別紙料金表参照。

(2) (1)以外のサービス(契約書第4条、第5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(酒を含みます。) 利用料金:要した費用の実費

②理髪・美容 美容師の出張による美容サービスの実費

③貴重品の管理

○管理する金銭の形態:施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの:上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者:施設長

○出納方法: 手続きの概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、ご相談願います。

・保管管理者は申し出に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

④レクリエーション、クラブ活動 材料代等の実費をいただきます。

⑤複写物の交付 1枚につき 10円

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活に要する上記以外の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。おむつ代は介護保険給付対象となっています。

(3)利用料金のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か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。)

| |
|---|
| ア. 窓口での現金支払 |
| イ. 下記指定口座への振り込み 広島銀行 東城支店 普通預金 3038135 講座名義 風の街みやびら特別養護老人ホーム 施設長 高原 淳尚 |
| ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関:広島銀行 東城支店 |

(4)入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、風の街みやびら嘱託医(三上昌之医師)または、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治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。また、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 社団千手会 瀬尾医院 |
| 所在地 | 広島県庄原市東城町川東163-7 |
| 診療科 | 内科・外科 |
| 医療機関の名称 | 医療法人 社団増原会 東城病院 |
| 所在地 | 広島県庄原市東城町川東1463-1 |
| 診療科 | 内科・外科 |

②協力歯科医療機関

| | |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 社団横山歯科医院 |
| 所在地 | 広島県庄原市東城町川西792-1 |
| 診療科 | 歯科 |

6. 施設を退居していただく場合(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、仮にこ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、ご契約者に退居していただくこととなります。(契約書第13条参照)

| |
|---|
| ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立、要支援または要介護1・2(特例入所を除く)と判定された場合 |
| ② 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 |
| ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合 |
| ④ 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 |
| ⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。) |
| ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照下さい。) |

(1)ご契約者からの退居の申し出(中途解約・契約解除)(契約書第14条、第15条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。その

場合には、退居を希望する日の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、施設を退居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 ご契約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介護福祉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契約者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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居していただく場合(契約解除)(契約書第16条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にそ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3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 ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい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 ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

契約者が病院等に入院された場合の対応について(契約書第18条参照)

当施設に入居中に、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

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居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。

② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居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。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ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。
この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

(3) 円滑な退居のための援助(契約書第 17 条参照)

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご契約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
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 残置物引取人(契約書第 20 条参照)

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。ただし、入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。(契約書第 22 条参照)

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物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残置物引取人にご負担いただきます。

※入居契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入居契約を締結することは可能です。

8. 苦情解決及び事故の対応について(契約書第 22 条参照)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

〔職名〕 東城有栖会 風の街みやびら 施設課長 高柴英典

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

また「メッセージ BOX」を本部棟に設置しています。

○苦情・事故処理体制及び手順

別紙参照

第三者委員 吉本一徳 電話番号 08477-4-0268 (庄原福祉施設連絡会アドバイザー)

金丸和夫 電話番号 08477-2-4161

庄原福祉施設連絡会アドバイザーについて

庄原市の地域エリアを範囲として、福祉施設(入所及び通所を含む)の利用者個々の権利擁護と施設が提供する福祉サービスの向上を目的として設立されている「庄原福祉施設連絡会議」が設置するアドバイザー委員会メンバー。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------------|---|
| 庄原市役所東城支所 地域振興室 保健福祉係 | 所在地 広島県庄原市東城町川東1175 電話番号 08477-2-5131 ・FAX 08477-2-5001 受付時間 8:30～17:15 |
| 国民健康保険団体連合会 介護保険課 | 所在地 広島市中区東白島町19-49 国保会館 電話番号 082-554-0783 ・FAX 082-511-9126 受付時間 8:00～17:15 |
| 広島県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地 広島市南区比治山本町12-2 電話番号 082-254-3419 ・FAX 082-569-6161 受付時間 8:00～17:00 |

(3) 第三者による評価の実施状況 第三者による評価

実施状況 あり
実施日 令和 6年 1月 9日
評価機関名称 公益社団法人広島県社会福祉士会
結果の開示 あり

9, 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対する介護サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、従事する職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10, 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね6月に1回以上開催します。その結果を、従事する職員に周知徹底します。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 従事する職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

11, 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的開催するとともに、その結果について、従事する職員に周知徹底を図ります。

- (2) 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従事する職員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 虐待防止の措置を講じるための担当者を配置します。
- (5) 必要に応じて成年後見制度の利用を支援します。

12. その他

- (1) 事業者は、契約書の第9条本文の場合に備えて、賠償保険に加入しています。
- (2) 事業者は、弁護士法人ALG&Associatesと顧問契約を締結しています。
- (3) 事業者は、提供する施設介護サービスに関して、利用者に対する背信行為等不適切な業務が認められた場合には、弁護士法人ALG&Associatesの監督のもと適正な措置を講じるよう努めます。

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。

風の街みやびら 特別養護老人ホーム

説明者職名

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。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____印

私は、契約者が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たことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(契約者との関係) _____

※この重要事項説明書は、厚生省令第39号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、入居申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 木造 平屋建(本部棟、厨房棟のみ一部2階建)

(2) 建物の延べ床面積 4,952.31㎡

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

| | | |
|-------------------|----------------|-------|
| [短期入所生活介護] | 風の街みやびらショートステイ | 定員26名 |
| [地域密着型通所介護] | デイサービスさくら | 定員15名 |
| [地域密着型認知症対応型通所介護] | デイサービスえがお | 定員12名 |
| [訪問介護] | ヘルパーステーションありす | |
| [居宅介護支援] | 東寿園居宅介護支援事業所 | |

(4) 施設の周辺環境

国道314号線沿いに位置し、バス停もあり交通の便はよい。

風の街みやびら (特養・ショート・デイサービス・託児所・ヘルパー・居宅・ありす相談) 20250401 版

苦情解決及び事故対応の概要

苦情相談窓口

住所 庄原市東城町川西947番地の2

TEL 08477-2-2215 FAX 08477-2-5758

責任者 管理者 高原淳尚 受付者 施設課長 高柴英典 在宅課長 松永浩樹
看護課長 吉川智春 地域支援課長 水永芳香

苦情・事故処理体制及び手順

苦情の受付

責任者へ報告

内容を調査・研究

是正措置

苦情提供者へ是正内容を報告

↓

内容を記録票に記入

即答できない内容を

是正すべき

是正内容を明確にし、文書又は

即応できる内容は

(相談者の要望・

すみやかに調査

内容を周知

口頭にて報告

その場で対応 (原因等を記入)

徹底

事故が発生している場合

①利用者への対応

可能な限りの応急処置
(すみやかな責任者への報告
他の職員との協力による最善の処置
医療機関等との連携による応急処置)

②利用者家族への連絡

すみやかに事実を伝える
(事故発生状況を慎重かつ誠実に説明
不明確な状況は後日必ず連絡)

③事故状況の把握

正確な把握と事故報告書への記載
(事故報告書によるすみやかな報告)

④関係機関への届出

事故の程度・状況に応じて保険者、居宅介護
支援事業所等関係機関への連絡
(事故状況資料・契約関係資料の準備)

⑤利用者家族への対応

事故原因等の明確な調査と適切な対応
(保険会社等と相談し、法律に基づいた
責任及び責任割合の判断)

⑥施設責任の判断

明確な責任の所在
(利用者側の主張を確認と
心情への十分な配慮)

風の街みやびら特別養護老人ホーム 介護度別・減額制度別 料金表 (2025年6月)

ユニット個室 70名

※「協力医療機関連携加算」を新たに5月より算定

| ユニット型 | 段階 | 基本報酬 | 基本 | 基本 | 日常生活継続支援加算 46 | 栄養強化 11 | 看護体制Ⅰ 4 | 夜勤職員配置加算Ⅱ 18 | 排せつ支援 | 褥瘡Ⅰ | 生活上推進体制Ⅰ | 口腔衛生Ⅱ | 科学的介護推進Ⅱ | 協力医療連携加算 | 処遇改善加算Ⅰ 14.0% (端数切捨) | 食費負担額 | 食費 | 居住費負担額 | 月額利用料 (30日) | 原爆手帳所持者月額 利用料 (30日) | 該当欄 | 2割負担・3割負担 (30日) 単位¥ |
|------------|-------------|--------|-----|--------|------------------|------------|------------|-----------------|-------|-----|----------|--------|------------|----------|----------------------------|--------|-------|--------|----------------|---------------------------|-----|-------------------------------|
| | | 月額 | 日額 | | | | | | | 月額 | | | | | | | 請求月額 | 請求月額 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 単位¥ | 単位¥ | | | | |
| 要介護1 | 1 | 22,470 | 670 | 20,100 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,178 | 9,000 | 300 | 26,400 | 61,281 | 35,400 | | 2割負担 |
| | 2 | 22,470 | 670 | 20,100 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,178 | 11,700 | 390 | 26,400 | 63,981 | 38,100 | | 180,762 |
| | 3① | 22,470 | 670 | 20,100 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,178 | 19,500 | 650 | 41,100 | 86,481 | 60,600 | | 要介護1 |
| | 3② | 22,470 | 670 | 20,100 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,178 | 40,800 | 1,360 | 41,100 | 107,781 | 81,900 | | 3割負担 |
| | 4 | 22,470 | 670 | 20,100 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,178 | 48,000 | 1,600 | 81,000 | 154,881 | 129,000 | | 206,643 |
| 要介護2 | 1 | 24,570 | 740 | 22,200 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,472 | 9,000 | 300 | 26,400 | 63,675 | 35,400 | | 2割負担 |
| | 2 | 24,570 | 740 | 22,200 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,472 | 11,700 | 390 | 26,400 | 66,375 | 38,100 | | 185,550 |
| | 3① | 24,570 | 740 | 22,200 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,472 | 19,500 | 650 | 41,100 | 88,875 | 60,600 | | 要介護2 |
| | 3② | 24,570 | 740 | 22,200 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,472 | 40,800 | 1,360 | 41,100 | 110,175 | 81,900 | | 3割負担 |
| | 4 | 24,570 | 740 | 22,200 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,472 | 48,000 | 1,600 | 81,000 | 157,275 | 129,000 | | 213,825 |
| 要介護3 | 1 | 26,820 | 815 | 24,450 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,787 | 9,000 | 300 | 26,400 | 66,240 | 35,400 | | 2割負担 |
| | 2 | 26,820 | 815 | 24,450 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,787 | 11,700 | 390 | 26,400 | 68,940 | 38,100 | | 190,680 |
| | 3① | 26,820 | 815 | 24,450 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,787 | 19,500 | 650 | 41,100 | 91,440 | 60,600 | | 要介護3 |
| | 3② | 26,820 | 815 | 24,450 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,787 | 40,800 | 1,360 | 41,100 | 112,740 | 81,900 | | 3割負担 |
| | 4 | 26,820 | 815 | 24,450 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 3,787 | 48,000 | 1,600 | 81,000 | 159,840 | 129,000 | | 221,520 |
| 要介護4 | 1 | 28,950 | 886 | 26,580 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,085 | 9,000 | 300 | 26,400 | 68,668 | 35,400 | | 2割負担 |
| | 2 | 28,950 | 886 | 26,580 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,085 | 11,700 | 390 | 26,400 | 71,368 | 38,100 | | 195,536 |
| | 3① | 28,950 | 886 | 26,580 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,085 | 19,500 | 650 | 41,100 | 93,868 | 60,600 | | 要介護4 |
| | 3② | 28,950 | 886 | 26,580 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,085 | 40,800 | 1,360 | 41,100 | 115,168 | 81,900 | | 3割負担 |
| | 4 | 28,950 | 886 | 26,580 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,085 | 48,000 | 1,600 | 81,000 | 162,268 | 129,000 | | 228,804 |
| 要介護5 | 1 | 31,020 | 955 | 28,650 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,375 | 9,000 | 300 | 26,400 | 71,028 | 35,400 | | 2割負担 |
| | 2 | 31,020 | 955 | 28,650 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,375 | 11,700 | 390 | 26,400 | 73,728 | 38,100 | | 200,256 |
| | 3① | 31,020 | 955 | 28,650 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,375 | 19,500 | 650 | 41,100 | 96,228 | 60,600 | | 要介護5 |
| | 3② | 31,020 | 955 | 28,650 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,375 | 40,800 | 1,360 | 41,100 | 117,528 | 81,900 | | 3割負担 |
| | 4 | 31,020 | 955 | 28,650 | 1,380 | 330 | 120 | 540 | 10 | 3 | 10 | 110 | 50 | 50 | 4,375 | 48,000 | 1,600 | 81,000 | 164,628 | 129,000 | | 235,884 |
| 各種加算一覧 | 安全対策体制加算 | | | | | 20 /回 | | 看取り介護加算 | | | | | 死亡日45~31日前 | | 72 /日 | | | | | | | |
| | 再入所栄養連携加算 | | | | | 200 /回 | | 看取り介護加算 | | | | | 死亡日30~4日前 | | 144 /日 | | | | | | | |
| | 療養食加算 | | | | | 6 /回 | | 看取り介護加算 | | | | | 死亡日前々日、前日 | | 680 /日 | | | | | | | |
| | 外泊時費用加算(6日) | | | | | 560 /日 | | 看取り介護加算 | | | | | 死亡日 | | 1280 /日 | | | | | | | |
| | 初期加算(30日以内) | | | | | 30 /日 | | 退所時栄養情報連携加算 | | | | | 70 /回 | | | | | | | | | |
| 若年性認知症受入加算 | | | | | 120 /日 | | 退所時情報提供加算 | | | | | 250 /回 | | | | | | | | | | |