

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人 敬愛会
グループホーム シルバーケア武雄

目 次

1. 事業主体概要・・・・・・・・・・ 3～6
2. サービスの内容・・・・・・・・・・ 7～8
3. 入居に関する要件・・・・・・・・ 9～10
4. 職員体制・・・・・・・・・・ 10～11
5. 利用料金・・・・・・・・・・ 12
6. 入居者の状況・・・・・・・・・・ 13
7. 苦情、事故等に関する体制・・・ 14
8. 入居者への事前の情報開示・・・ 14
9. 運営推進会議、運営懇談会・・・ 15
10. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護施設 利用料金一覧
1割・2割・3割負担の方・・・ 16～18
11. 別添1 (個別選択による介護サービス一覧表)

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
 社会福祉法人 敬愛会
 グループホーム シルバーケア武雄
 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	岸川 龍介
所属・職名	グループホーム シルバーケア武雄 副代表者

1 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん けいあいかい 社会福祉法人 敬愛会	
主たる事務所の所在地	〒849-0917 佐賀県佐賀市高木瀬町大字長瀬1156-1	
連絡先	電話番号	090-8416-3986 0952-36-8550
	FAX番号	0952-36-8650
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	keiaikaihonbu@yahoo.co.jp
代表者	氏名	内田 康文
	職名	理事長
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 4年9月30日	

2 グループホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) <small>しゃがいふくしほうじん けいあいかい ぐるーぷほーむ しるぼーけあたけお</small> 社会福祉法人 敬愛会 グループホーム シルバーケア武雄	
所在地	〒843-0001 佐賀県武雄市朝日町大字甘久4269-28	
主な利用交通手段	最寄駅	高橋駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・朝日小学校前のバス停でより徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・武雄北方インターより乗車5分 ・高橋駅より乗車5分 ・武雄温泉駅より乗車8分
連絡先	電話番号	0954-26-8085
	FAX番号	0954-23-0716
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	Keiaikai.takeo.silver@ae.auone-net.jp
代表者	氏名	松尾 健司
管理者	氏名	永尾 こずえ
建物の竣工日		令和元年5月31日
グループホーム事業の開始日		令和元年6月10日

【表示事項】

介護保険事業者番号	4190600132
指定した自治体名	杵藤地区広域市町村圏組合
事業所の指定日	令和元年6月10日
指定の更新日(直近)	令和7年6月9日

3 建物概要

土地	敷地面積	9,910.66㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (4月1日～3月31日) ※1年毎の自動更新 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	3,867.24㎡			
		うち、グループホーム部分	220.91㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少				
		最大				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
	タイプ1	有/無	有/無	8.464㎡	9	介護居室個室

共用施設	共用便所における便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における介護浴室 ※併設施設の設備を使用。	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他 ()	0ヶ所	
	食堂	1 あり	2 なし		
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 なし		
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし				
消防用施設等	消火器	1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし		
	火災通報設備	1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	1 あり	2 なし		
	防火管理者	1 あり	2 なし		
	防災計画	1 あり	2 なし		
その他					

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	<p>事業者は、介護保険法等の主旨にそって、要介護や要支援であって認知症である方へ、共同生活住居において家庭的な環境の提供と地域住民との交流に努め入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行い、利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者の心身機能の維持回復を図り生活機能の維持又は向上に努めます。</p> <p>また、入居者が疾病や事故等により、身体状態が重度化した場合においても、入居者本人及び身元引受人（連帯保証人）の意思を確認し、医師の指示の下、継続可能な限り施設サービスの提供に努めます。</p> <p>（重度化した場合における対応及び看取りに関する指針、参照）</p>
サービスの提供内容に関する特色	利用者様との関わりから、個人のニーズを捉え、個人の尊重を念頭に利用者本位の価値あるサービスを提供致します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

(介護予防)認知症対応型共同生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	身体拘束廃止未実施減算		1 基準型	2 減算型
	夜間支援体制携加算		1 あり	2 なし
	認知症行動・心理症状緊急対応加算		1 あり	2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	2 なし
	利用者の入院期間中の体制		1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 なし
	初期加算		1 あり	2 なし
	医療連携体制加算 (I) ハ		1 あり	2 なし
	協力医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	退居時相談援助加算		1 あり	2 なし
	退去時情報提供加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	2 なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	()	1 あり	2 なし
	介護職員処遇改善加算	(II)	1 あり	2 なし
ベースアップ等加算		1 あり	2 なし	
人員配置が手厚い介護サービス実施有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援		1 救急車の手配	
※複数選択可		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 敬愛会 佐賀記念病院
		住所	佐賀市高木瀬町大字長瀬1240番地1
		診療科目	内科・胃腸科・総合診療科・整形外科・リハビリ科内科 リハビリ科整形外科・眼科・皮膚科・小児科・耳鼻咽喉科 循環器内科・消化器内科・麻酔科・歯科口腔外科
		協力内容	毎週月曜日の主治医往診・各定期往診・受診診療
	2	名称	社団法人 巨樹の会 新武雄病院
		住所	武雄市武雄町大字富岡12628番地
		診療科目	脊髄脊椎外科・整形外科・脳神経外科・呼吸器外科 呼吸器内科・外科・肛門外科・内科・総合診療科
		協力内容	緊急時の治療処置
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 敬愛会 佐賀記念病院	
	住所	佐賀市高木瀬町大字長瀬1240番地1	
	協力内容	月1回の歯科往診・受診診療	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	介護居室（9戸・定員9名）は要介護や要支援で認知症である方。また、特例として、介護保険第2号被保険者の方。		
契約解除の内容	<p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上、将来的に維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に、虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 管理費、その他の費用の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき</p> <p>三 第21条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又、その危害の切迫した恐れがあり、かつグループホームにおける通常の介護方法及び処遇方法では、これを防止することが出来ないとき</p> <p>五 下記に掲げる行為があり、ハラスメントに該当するとみなした場合</p> <p>① パワーハラスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・物を投げつける、怒鳴る、奇声大声を発する ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける ・対象範囲外のサービスの強要 など <p>② セクシャルハラスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護従事者の体を触る、手を握る ・腕を引っ張り抱きしめる、ヌード写真を見せる ・性的な話、卑猥な言動をする など <p>③ マタニティーハラスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠、出産、育児、介護に関する言動行動など <p>④ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の住所や電話番号を聞く、ストーカー行為など <p>六 入居者の事情（入院等）により2ヶ月以上居室を不在にするとき。</p> <p>2 前項の規定に基づき契約の解除は、事業者は書面にて、次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について30日間（1ヶ月）の予告期間をおく</p> <p>二 前項の通告に、先立ち入居者及び身元引受人（連帯保証人）に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し移転先がない場合には、入居者や身元引受人（連帯保証人）、その他関係者及び関係機関と協議し移転先の確保について協力する</p> <p>3 第1項第四号によって、契約解除する場合には、事業者は</p>		

	書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。 一 医師の意見を確認する 二 一定の観察期間をおく	
事業主体から解約を 求める場合	解約条項	入居契約書・第30条（施設からの契約解除）
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約の予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり 2 なし ① 一日体験をご利用の場合は、1,933円/日（夕・朝食付き）をご負担して頂きます。また、連続でのご利用の場合は、一週間以内を限度での対応となります。 その際は、2,233円/日（朝・昼・夕とおやつ付き）をご負担して頂きます。 ② お部屋の空きがある場合のみ、ご利用して頂けます。	
入居定員	9人	
その他		

5 職員体制

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
介護従事者	9	6	3	7.9
介護職員	8	5	3	6.9
看護職員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	1	0	1	1.0
栄養士	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				35時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	4	4	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1.0人	1人

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の提供体制

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 d 3:1以上
	3 : 1	
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
	業務に係る資格等		1 あり		2 なし					
	資格等の名称		認知症対応型サービス事業 管理者研修							
	管理者		介護職員		看護職員		計画作成担当者		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した職員の経験年数	1年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	3	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	3	1	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	0	0	1	0	1	0	0
	従業者の健康診断の実施状況			1 あり		2 なし				

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て 選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 なし
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の 改定	条件	
	手続き	

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
居室費	40,000円（1,333円/日額）
一時預かり金	居室費の2ヶ月分（80,000円）
介護費用	※介護保険サービスの自己負担金額は含まない
管理費	3,000円（100円/日額）光熱費 ※テレビをお持ち込みの方は、毎月、管理費に別途3,000円が必要となります。
食費	24,000円 朝食（200円）昼食（250円）おやつ（50円）夕食（300円）
光熱水費	管理費の中に含まれる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添1を参照

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護に関する利用料金の算定根拠

費用	算定根拠
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護に対する自己負担	介護保険給付（介護報酬公示上の額）1割及び所得が一定以上の方は、2割又は3割。

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	3人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	4人
要介護度別	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	3人
	要介護3	3人
	要介護4	1人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	82.5歳
入居者数の合計	9人
入居率※	100%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例)

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	グループホーム シルバーケア武雄 苦情窓口 苦情受付相談担当者 岸川 龍介・深町 清子	
電話番号	0954-23-8071	
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	土日・祝日	午前8時30分～午後5時30分
定休日	無(但し、担当者の勤務等や苦情内容により、即時に対応できない場合があります)	
行政機関その他苦情受付機関	住所・電話番号・FAX番号	
杵藤地区市町村圏組合 介護保険事務所 総務課	佐賀県鹿島市大字中村917-2 0954-69-8222 ・ 0954-69-8220	
佐賀県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情担当	佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 0952-26-1477 ・ 0952-26-6123	
武雄市役所 福祉部 健康課 たっしゅか係	佐賀県武雄市武雄町大字昭和12番地10 0954-23-9135 ・ 0954-23-3816	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応	1 あり	(その内容) 理事会に諮り、対応を検討
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	令和 年 月 日
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	令和2年5月26日
		評価機関名称	佐賀県社会福祉士会
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	①入居希望者に公開 ②入居希望者に交付 ③公表していない
管理規程	①入居希望者に公開 ②入居希望者に交付 ③公表していない
事業収支計画書	①入居希望者に公開 ②入居希望者に交付 ③公表していない
財務諸表の要旨	①入居希望者に公開 ②入居希望者に交付 ③公表していない
財務諸表の原本	①入居希望者に公開 ②入居希望者に交付 ③公表していない

10 運営推進会議・運営懇談会

運営推進会議	1 あり	(開催頻度) 年 6回 2ヶ月に1回 開催
	2 なし	
運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 年2回、家族懇談会を開催。 不参加の家族様には、会議事録を郵送。
	2 代替措置なし	

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者の署名 _____

説明を受けた者の署名 _____ (続柄)

署名を代行した理由 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

(介護予防) 対応型共同生活介護の利用料金一覧

(1) 負担割合1割の方(介護予防含む) 認知症対応型共同生活介護費(30日/月)

区分	介護保険給付費の単位	介護負担金
要支援 2	761単位/日	22,830円/月
要介護 1	765単位/日	22,950円/月
要介護 2	801単位/日	24,030円/月
要介護 3	824単位/日	24,720円/月
要介護 4	841単位/日	25,230円/月
要介護 5	859単位/日	25,770円/月

(2) 負担割合1割の方の各種加算

	介護保険給付費単位	入居者の自己負担分
利用者の入院期間中の体制 (介護予防含む)	246単位/日 (月6日間を限度)	246円/日 (月6日間を限度)
初期加算(介護予防含む)	30単位/日 入居日より30日以内	30円/日 入居日より30日以内
医療連携加算(Ⅰ)ハ(要介護のみ)	39単位/日	39円/日
協力医療機関連携加算	100単位/日 40単位/日	100円/日 40円/日
退居時相談援助加算(要介護のみ)	400単位/回	400円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ(介護予防含む)	22単位/日	660円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護予防含む)	18単位/日	540円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護予防含む)	6単位/日	180円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護1 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護3 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護4 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護5 1ヶ月の総単位数×8.1%	
ベースアップ等加算 (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 528単位/月 要介護1 558単位/月 要介護2 583単位/月 要介護3 598単位/月 要介護4 610単位/月 要介護5 623単位/月	528円/月 558円/月 583円/月 598円/月 610円/月 623円/月

(3) 負担割合2割の方(介護予防含む)認知症対応型共同介護費(30日/月)

区分	介護保険給付費の単位	介護負担金
要支援 2	761単位/日	45,660円/月
要介護 1	765単位/日	45,900円/月
要介護 2	801単位/日	48,060円/月
要介護 3	824単位/日	49,440円/月
要介護 4	841単位/日	50,460円/月
要介護 5	859単位/日	51,540円/月

(4) 負担割合2割の方の各種加算

利用者	介護保険給付費単位	入居者の自己負担分
利用者の入院期間中の体制 (介護予防)	246単位/日 (月6日間を限度)	492円/日 (月6日間を限度)
初期加算(介護予防・要介護のみ)	30単位/日 入居日より30日以内	60円/日 入居日より30日以内
医療連携加算(Ⅰ)ハ(要介護のみ)	39単位/日	78円/日
協力医療機関連携加算	100単位/日 40単位/日	200円/日 80円/日
退居時相談援助加算(要介護のみ)	400単位/回	800円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ(介護予防含む)	22単位/日	1,320円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護予防含む)	18単位/日	1,080円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護予防含む)	6単位/日	180円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護1 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護3 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護4 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護5 1ヶ月の総単位数×8.1%	
ベースアップ等加算 (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 1,056単位/月 要介護1 1,116単位/月 要介護2 1,166単位/月 要介護3 1,196単位/月 要介護4 1,220単位/月 要介護5 1,246単位/月	1,056円/月 1,116円/月 1,166円/月 1,196円/月 1,220円/月 1,246円/月

(5) 負担割合3割の方(介護予防含む)認知症対応型共同介護費(30日/月)

区分	介護保険給付費の単位	介護負担金
要支援 2	761 単位/日	68,490円/月
要介護 1	765 単位/日	68,850円/月
要介護 2	801 単位/日	72,090円/月
要介護 3	824 単位/日	74,160円/月
要介護 4	841 単位/日	75,690円/月
要介護 5	859 単位/日	77,310円/月

(6) 負担割合3割の方の各種加算

利用者	介護保険給付費単位	入居者の自己負担分
利用者の入院期間中の体制 (介護予防)	246 単位/日 (月6日間を限度)	738円/日 (月6日間を限度)
初期加算(介護予防・要介護のみ)	30 単位/日 入居日より30日以内	90円/日 入居日より30日以内
医療連携加算(Ⅰ)ハ(要介護のみ)	39 単位/日	117円/日
協力医療機関連携加算	100 単位/日 40 単位/日	300円/日 120円/日
退居時相談援助加算(要介護のみ)	400 単位/回	1,200円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ(介護予防含む)	22 単位/日	1,980円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(介護予防含む)	18 単位/日	1,620円/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(介護予防含む)	6 単位/日	540円/月
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護1 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護2 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護3 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護4 1ヶ月の総単位数×8.1% 要介護5 1ヶ月の総単位数×8.1%	
ベースアップ等加算 (介護予防含む) R6.5.31まで	要支援2 1,584 単位/月 要介護1 1,674 単位/月 要介護2 1,749 単位/月 要介護3 1,794 単位/月 要介護4 1,830 単位/月 要介護5 1,869 単位/月	1,584円/月 1,674円/月 1,749円/月 1,794円/月 1,830円/月 1,869円/月