

当施設は介護保険の指定を受けています
（神戸市指定 2870804172号）

当施設は契約者（ご利用者）に対し、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（以下、「短期入所生活介護等」という）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。

1. 施設経営法人

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 晋栄福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 大阪府門真市北島町12番20号 |
| (3) 電話、ファックス番号 | 電話番号 072(881)8202 FAX 072(881)9505 |
| (4) 代表者名 | 理事長 濱田 和則 |
| (5) 設立年月日 | 1979年 2月 15日 |

2. ご利用施設

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護 |
| (2) 施設の名称 | ショートケア神戸垂水ちどり |
| (3) 施設の所在地 | 兵庫県神戸市垂水区高丸6丁目7-2 |
| (4) 電話、ファックス番号 | 電話番号 078-786-3755 FAX 078-708-5037 |
| (5) 施設長名 | 吉川 貴与 |
| (6) 開設年月日 | 2019年 7月 1日 |
| (7) 利用定員 | 20名 |

3. 当施設の運営方針

施設における介護をひとつのサービス業としてとらえ、ご利用者の方々を guest(ゲスト)、ご家族の方々を user(ユーザー)と考え、よりよい介護サービスの提供に努めております。利用者様一人ひとりの要望や個性を大切に、尊厳あるケアに努めます。小グループで一緒に食事をとり、リビングで一緒に楽しくすごせるように工夫します。なじみのある家具を持ってきていただいたり、自室でご家族の方等とお茶を飲んだり、その人らしい暮らしが実現できるように努めます。ご利用者の自己決定を尊重し、可能な限り自由に快適に暮らしていただけるような環境づくりを行います。地域とのつながりが実感できるよう、交流を図ります。なお、参考までに当法人の介護サービス提供における運営ビジョンを下記に提示いたします。

- ・どなたでもご利用いただけるサービス提供が行えるよう努めます。
- ・ご利用者様に敬意をはらったサービス提供が行えるよう努めます。
- ・法人一体となって総合的なサービス提供が行えるよう努めます。
- ・先駆的・先進的・専門的なサービス提供が行えるよう努めます。
- ・福祉の理念を持った介護等のサービス提供が行えるよう努めます。
- ・抑制や拘束のない介護等のサービス提供が行えるよう努めます。

4. 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しております。居室は個室になります。
居室の決定方法については基本的には空いている居室の利用ということになります。

| 居室の設備、種類等 | 室数 | 備考 |
|---------------------|------|--|
| 個室（トイレ 洗面台付） | 20 室 | 洗面設備が居室内にあります。 10 人が 1 ユニットです。 |
| リビングダイニング | 2 ヶ所 | 各ユニットに共同スペース・食堂があります |
| 浴室 | 3 ヶ所 | 各ユニットにあります。 一般浴槽リフト付（2 ヶ所） 機械浴槽（1 ヶ所—ストレッチャー浴） |
| トイレ | 2 ヶ所 | 各居室にあります。また、各ユニット内にも あります |
| 機能回復訓練室 | 1 ヶ所 | 2 階にあります。 |
| 地域交流スペース （カフェ高丸） | 1 ヶ所 | 2 階にあります。 |
| 調理室 | 1 室 | 1 階にあります。 |
| 事務室 | 1 室 | コンピューター、防災設備等。 |
| 医務室・看護師室 | 1 室 | 2 階にあります。 |

*居室の変更について

ご利用者の心身の状況により安全管理上、居室を変更させていただく場合もあります。

5. 職員の配置状況（予定）

《主な職種の勤務体制、（ ）書は兼務》

（2021 年 4 月 1 日現在）

| 職 種 | 職員数 | 指定基準 |
|------------------|-------|-------|
| 施設長 | 1 人 | 1 人 |
| 生活相談員（ソーシャルワーカー） | 1 人 | 1 人 |
| 介護職員・看護職員 | （7 人） | （7 人） |
| 機能訓練指導員 | （1 人） | （1 人） |
| 介護支援専門員 | （0 人） | 0 人 |
| 管理栄養士 | （1 人） | （1 人） |
| 医師 | 1 人 | （1 人） |

6. 当施設が提供するサービス

① 介護保険の給付の対象となるサービス

(介護保険給付の対象サービスの一部はご利用者負担になります)

② 介護保険の給付の対象外(別途実費)となるサービス

全額自己負担となるサービスです。居住費、食費、日常生活上必要となる諸経費は利用者の全額自己負担となります。下記サービスの内 右欄の別途実費及び持参の欄に○がある項目はご利用者負担となります。

③ サービス内容

| 介護サービス | | 別途実費 | 持参 |
|--------|---|--|----|
| 巡回 | ・必要に応じて巡回します。 | | |
| 食 事 | 食事の 場所 | ・各ユニットのリビングで食事をしていただきますが、ご希望や体調によって、居室にて食事をとることができます。 | |
| | 食事介助 | ・食事摂取の動作に障害がある場合は、食器・スプーン等の自助具を使用し、ご自身で摂取できるよう援助します。 | ○ |
| | 食事形態 | ・咀嚼や嚥下状態にあわせて、刻み食・ムース食・ミキサー食等、食べやすい形態にします。 ・治療上食事内容に制限がある場合には、かかりつけ医の指示書等により療養食を提供します。 | |
| | 水分 補給 | ・お茶等の飲み物を準備し、必要な水分を摂取できるよう援助します。 ・必要に応じ、水分摂取量の確認を行います。 | |
| | おやつ | ・おやつと飲み物等を提供します。 | |
| | 食事 費用 | ・朝食、昼食、夕食のそれぞれについて実際に食べた回数で計算します。 ・外出等で食事をキャンセルされる場合は、3日前までに申し出てください。当日のキャンセルの場合は費用がかかる場合があります。 | ○ |
| | 出前や 持ち込み | ・出前を頼んだり、ご利用者のお好みの食品を持参していただくことは可能ですが、健康上、または感染症等の理由から控えていただく場合がありますのであらかじめご了承ください。 | ○ |
| 排 泄 | ・歩行に障害がありご自分でトイレでの排泄ができない場合は、ご利用者の身体状況に応じてトイレへの移動と排泄の介助を行います。 ・ご自分で排泄のコントロールができない場合は、その方の排泄リズムを把握し、それにあわせてトイレに誘導します。 ・排泄時の身体動作や後始末が出来ない場合は、随時援助します。 ・排泄状況の確認を行います。 | | |
| 排 泄 | ポータブル トイレ の使用 | ・必要に応じて、居室内にポータブルトイレを置くことができます。 ・身体状態や排泄機能上、ポータブルトイレを使用する場合、汚物処理、洗浄は適宜おこないます。 | |
| | 紙パンツ おむつの 使用 | ・トイレに座る姿勢が保てない等の身体機能上の障害がある場合等、やむを得ない場合に使用します。 | |

| 介護サービス | | | 別途実費 | 持参 |
|------------------|----------------------------------|--|------|----|
| 入浴 | 入浴方法 | ・身体機能に応じた介護浴室、介護方法にて行います。 | | |
| | 入浴不可な場合 | ・医師等から入浴が禁止された場合、清拭を行います。 | | |
| 身 辺 介 助 | 体位変換 | ・必要に応じて行います。 | | |
| | 居室内および居室からの移動 | ・歩行が不安定または困難な場合は、車椅子、歩行器、歩行補助杖等の移動用具をご利用いただけます。 ・車椅子や歩行器等の使用に際して、自分で操作できるように見守りや一部介助を行います。 ・車椅子を操作できない時は介助いたします。 | | |
| | 衣類の着脱 | ・ご自身で衣類の着脱動作ができない場合は、起床・就寝・必要時に更衣の介助を行います。 ・必要に応じて下着や衣類の準備を行います。 | | |
| | 身だしなみの介助 | ・ご自身で日常生活上身だしなみを整えることができない場合は、洗顔や整髪、電気かみそりによる髭剃り等の援助を行います。 | | |
| | 口腔ケア | ・ご自身で歯磨きができず口腔内の清潔を保持できない場合は歯磨き援助や口腔ケアを行います。 | | ○ |
| | 義歯洗浄 ・管理 | ・ご自分で義歯洗浄や管理ができない場合は、義歯洗浄の援助を行います。 | | |
| | | ・義歯洗浄剤はご本人持参のものを使います。 | | ○ |
| 爪きり | ・ご自身で手足の爪きりができない場合は、爪きりの援助を行います。 | | | |
| 機能訓練等 | 日常生活動作訓練 | ・かかりつけ医や機能訓練指導員等の助言により、介護職員が身体機能上の潜在機能を活かすよう、生活の中でリハビリ訓練への働きかけを行います。 | | |
| 体調不良等 | 協力医療機関 | ・当施設の協力医療機関は「神戸掖済会病院」及び「晋栄福社会診療所」です。 | | |
| | 近隣医療機関 | ・当方の医師から受診の必要性が認められた場合、ご家族と相談の上当初の予定よりも早くショートステイの利用を終了して頂く場合がございます。緊急の場合は救急車を要請することになります。病院への送迎等付き添いは、ご家族にご協力をいただくことになります。 | | |
| 緊急対応 | 緊急コール | ・24時間体制で職員が対応をおこないます。 ・各居室にナースコールがあります。 | | |

| 生活サービス | | | 別途実費 | 持参 |
|----------|--------------|--|----------------|-----------|
| 家事サービス | 清掃 | <ul style="list-style-type: none"> 定期的に居室内の清掃を行います。 汚染時は 随時清掃します。 清掃の内容は床の吸塵、トイレ、ベッド周辺、ごみ回収等です。 | | |
| | シーツ交換 | <ul style="list-style-type: none"> 週1回程度交換します。(原則として指定シーツ類を使用します) 汚染時は随時交換します。 | | |
| | 洗濯 | <ul style="list-style-type: none"> 洗濯が可能な衣類につきましては、随時洗濯をさせていただきます。 退居時間等の兼ね合いで、洗濯ができない場合もございます。 | | |
| 郵便等の取り扱い | 郵便物管理 | <ul style="list-style-type: none"> 各居室までお届けします。 郵送されたい郵便物については、投函、宅配サービスの利用の援助を行います。送料については自費となります。 | ○ | |
| | 電話の取り次ぎ等について | <ul style="list-style-type: none"> 携帯電話を使用できます(居室内にて使用)。 当ホームに掛けられたご家族等からの電話はご本人に確認の上、ご本人におつなぎします。ただし、体調不良時や睡眠時にはお取次ぎできない場合があります。 | | ○ |
| | 理・美容 | <ul style="list-style-type: none"> ご希望により、理・美容サロンをご利用できます。 | ○ | |
| アクティビティ等 | アクティビティ | <ul style="list-style-type: none"> ホーム全体の行事への参加の援助を行います。 各ユニットにおいて、行事等を企画・参加の援助を行います。 | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> レクリエーション等に必要な材料費や参加費用は実費とします。 | ○ | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> 参加しないで、静かに過ごしていただくこともできます。 | | |
| | 新聞雑誌 | <ul style="list-style-type: none"> ユニットに新聞・雑誌等を用意しています。 | | |
| | テレビ | <ul style="list-style-type: none"> 宿泊日数と同数のテレビ貸与サービスを受けることができます。 テレビは居室に設置させていただきます。 ご自宅よりお持ちいただいで、居室に設置することも出来ます。 | (レンタルの場合) ○ | (持込) ○ |
| 健康管理サービス | | | 別途実費 | 持参 |
| | 健康相談 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師が随時健康相談を行います。 | | |
| | 医師の診察 | <ul style="list-style-type: none"> 急病時等の緊急時は、医師及び医師の指示を受けて看護師又は介護職員が対応します。又は救急車の要請をいたします。嘱託医師による診療を受ける場合は後期高齢者医療制度に基づく一部負担金が必要になります。 利用中緊急診療が必要な場合はご連絡させていただく場合があります。 利用中に特別に治療等が必要な場合は、かかりつけ医からの指示書を請求・提示させて頂く場合があります。 定期受診等の通院介助はお受けできかねますのでご了承ください。 | ○ | |

食事の時間は、ご本人ができるだけ今まで食事されていた時間に提供していきたいと考えています。

〈 食事時間目安 〉 朝食 7:30~ 昼食 12:00~ 夕食 18:00~

なお、当施設は給食調理業務を以下の事業者に委託しています。

蔵ウェルフェアサービス株式会社
〒541-0057
大阪府中央区北久宝寺町 2-5-9
TEL 06-6244-4488
ホームページ <http://www.kura-welfare.co.jp/>

7. 利用料について（別表に記載）

（1）介護保険の給付対象サービスの利用料金

- ・介護保険の給付の対象サービスの一部はご利用者負担になります。
- ・介護保険料の長期滞納等があった場合、保険者により支払い方法の変更（償還払い）や給付率が切り下げ（7割）になる場合があります。
- ・ご利用者に要介護認定結果が出ていない場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただくことがあります。要支援、又は要介護の認定結果が出た後、自己負担額を除く金額が保険者から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うため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。
- ・保険者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。また、別途加算の算定により給付額・利用料が変更となる場合があります。

（2）食費 別表参照

（3）居住費 別表参照

（4）日常生活上必要となる諸経費実費

日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用を負担いただくことがあります。

（5）利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

上記（1）～（4）の料金・費用は、サービス利用終了月ごとに計算し、ご請求いたします。利用料金のお支払い方法については以下の（ア）、（イ）からお選びください。（イ）については翌月末日までのお支払いをお願い致します。

ア 金融機関（三井住友銀行 or ゆうちょ銀行）口座からの自動振替（要事前口座開設）。後日、領収書をお送りします。

イ 指定口座への振り込み（口座振り込み利用の方は事前にお申し出下さい。）

振込口座：三井住友銀行 門真支店 当座 2010272

名義：社会福祉法人晋栄福社会 神戸垂水ちどり 理事長 濱田 和則

(シヤイクツホツダ ツツエイクカイ コハ 列ミホリ リツ ヱウ ハマダ 和則)

8. 身体拘束廃止について

- (1) 施設は、短期入所生活介護等サービス提供にあたっては、当該ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う際の手続き
前項の身体的拘束等を行う場合には、次の手続きにより行います。
 - ① 身体拘束廃止委員会を設置する。委員会では、一時性、非代替性、切迫性、その他必要な視点から協議検討します。
 - ② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体的拘束にかかる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
 - ③ ご利用者又はご家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

9. 介護施設内での転倒、誤嚥事故について

- (1) 施設は転倒、誤嚥事故を未然に防ぐために、ご入居者の状態把握に努め可能な限り生活環境を整えます。また、施設からご家族に協力を依頼することもあります。
- (2) 施設は転倒、誤嚥事故が発生した場合には、適切な対応を行うとともに、速やかにご家族へ報告を行います。
- (3) 施設は転倒や誤嚥に関する予防策を実施しますが、事故は完全に予防することが出来ないことをご理解ください。

10. 個人情報の利用に関する事項

次の内容について必要最小限の範囲で、ご利用者およびご家族の個人情報を使用することがあります。

- (1) 使用目的
介護保険法に関する法令に従い、ご利用者のサービス計画を適切に作成するために、担当者会議等において必要な場合。
- (2) 使用にあたっての条件
目的の範囲内で必要最小限度にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決しておれらることのないよう細心の注意を払います。また、事業者以外の者に対して個人情報を使用した場合、会議・相手方・内容等について記録します。
- (3) 利用がありうる個人情報の内容例は、以下の通りです。
 - ・ 名前、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他のご利用者やご家族の個人情報。
 - ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）。
 - ・ その他の情報。

11. 苦情の受付について

(1) 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ています。

○意見箱設置場所 神戸垂水ちどり 2階 他

○施設の苦情受付窓口

| | |
|---------|-----------------|
| 所在地 | 兵庫県神戸市垂水区6丁目7-2 |
| 施設名 | ショートケア神戸垂水ちどり |
| 苦情受付責任者 | 施設長 吉川 貴与 |
| 苦情受付担当者 | 生活相談員 吉田 征司 |
| 電話番号 | 078-786-3755 |
| FAX | 078-708-5037 |
| 受付日 | 当該職員の出勤日 |
| 受付時間 | 午前 9:00～午後 5:00 |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

神戸市福祉局監査指導部 法人・施設指導担当

TEL : 078-322-6241 / 078-322-6242
(平日 8:45～12:00、13:00～17:30)

兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

TEL : 078-332-5617 (平日 8:45～17:15)

神戸市消費生活センター (契約についてのご相談)

TEL : 078-371-1221 (平日 8:45～17:30)

テレビ貸与サービス

第1条（目的）

ショートケア神戸垂水ちどりがご利用時のテレビの使用に関し以下の通り規定する。テレビと付帯設備等の貸与は有料で行うものとする。

第2条（貸与品）

機器は、地上デジタル対応テレビ、リモコン、アンテナ線。なお、使用場所は施設内とし、持ち帰りはできないものとする。

第3条（期間）

原則的にサービス利用開始日からサービス利用終了日までとし開始及び終了時間は勘案しないものとする。またサービス利用期間の途中で貸与終了又は、開始する事はできない。但し、ショートケア神戸垂水ちどりととの協議の上変更する事はその限りでない。なお、サービス予約後の利用延長については、利用延長分の貸与はできない場合がある。

第4条（料金）

1日：¥300円

料金は、利用開始日から利用終了日まで支払うものとする。支払いについては、月末で締切り月単位で請求するものとする。但し、利用期間途中での貸与実績があった場合は実績の通りとする。

第5条（補修・修理）

ショートケア神戸垂水ちどりは、機器等の品質維持、保守、修理にあたり善意をもって行う。テレビ利用者に責の疑いのある故障、損傷及び盗難の場合は、内容を検討し、損害の有無を協議し解決する。但し、天災における故障、損傷については責を免れる。

第6条（その他）

貸し出し状況や、故障等により、テレビの貸与が受けられない場合がある。

第7条（貸与の終了）

テレビの貸与終了については、ショートケア神戸垂水ちどりが、契約書及び重要事項説明書に準ずる。

ショートケア神戸垂水ちどり 料金表

別表（2024年4月1日現在 1日あたりのご利用料金）

ご利用者負担 介護保険料第4段階以上の方(単位：円)

| 要介護度 | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1.介護報酬 総額 | | 5,958 | 7,312 | 8,144 | 8,869 | 9,668 | 10,425 | 11,161 |
| 2.介護報酬 給付額 | 保険給付 9割 | 5,362 | 6,580 | 7,329 | 7,982 | 8,701 | 9,382 | 10,044 |
| | 保険給付 8割 | 4,766 | 5,849 | 6,515 | 7,095 | 7,734 | 8,340 | 8,928 |
| | 保険給付 7割 | 4,170 | 5,118 | 5,700 | 6,208 | 6,767 | 7,297 | 7,812 |
| 3.ご利用者負担額 (1-2) | 負担割合 1割 | 596 | 732 | 815 | 887 | 967 | 1,043 | 1,117 |
| | 負担割合 2割 | 1,192 | 1,463 | 1,629 | 1,774 | 1,934 | 2,085 | 2,233 |
| | 負担割合 3割 | 1,788 | 2,194 | 2,444 | 2,661 | 2,901 | 3,128 | 3,349 |
| 4.居住費 | | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3,000 |
| 5.食費 | | 1,650 | 1,650 | 1,650 | 1,650 | 1,650 | 1,650 | 1,650 |
| 6おやつ代 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7.自己負担額合計 (3+4+5+6) | 負担割合 1割 | 5,346 | 5,482 | 5,565 | 5,637 | 5,717 | 5,793 | 5,867 |
| | 負担割合 2割 | 5,942 | 6,213 | 6,379 | 6,524 | 6,684 | 6,835 | 6,983 |
| | 負担割合 3割 | 6,538 | 6,944 | 7,194 | 7,411 | 7,651 | 7,878 | 8,099 |

ご利用者負担 介護保険料第3段階-②の方(単位：円)

| 要介護度 | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1.介護報酬 総額 | | 5,958 | 7,312 | 8,144 | 8,869 | 9,668 | 10,425 | 11,161 |
| 2.介護報酬 給付額 | 保険給付 9割 | 5,362 | 6,580 | 7,329 | 7,982 | 8,701 | 9,382 | 10,044 |
| 3.ご利用者負担額 (1-2) | 負担割合 1割 | 596 | 732 | 815 | 887 | 967 | 1,043 | 1,117 |
| 4.居住費 | | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 |
| 5.食費 | | 1,300 | 1,300 | 1,300 | 1,300 | 1,300 | 1,300 | 1,300 |
| 6おやつ代 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7.自己負担額合計 (3+4+5+6) | 負担割合 1割 | 3,306 | 3,442 | 3,525 | 3,597 | 3,677 | 3,753 | 3,827 |

ご利用者負担 介護保険料第3段階-①の方(単位：円)

| 要介護度 | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1.介護報酬 総額 | | 5,958 | 7,312 | 8,144 | 8,869 | 9,668 | 10,425 | 11,161 |
| 2.介護報酬 給付額 | 保険給付 9割 | 5,362 | 6,580 | 7,329 | 7,982 | 8,701 | 9,382 | 10,044 |
| 3.ご利用者負担額 (1-2) | 負担割合 1割 | 596 | 732 | 815 | 887 | 967 | 1,043 | 1,117 |
| 4.居住費 | | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 | 1,310 |
| 5.食費 | | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 6おやつ代 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7.自己負担額合計 (3+4+5+6) | 負担割合 1割 | 3,006 | 3,142 | 3,225 | 3,297 | 3,377 | 3,453 | 3,527 |

ご利用者負担 介護保険料第2段階の方(単位：円)

| 要介護度 | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1.介護報酬 総額 | | 5,958 | 7,312 | 8,144 | 8,869 | 9,668 | 10,425 | 11,161 |
| 2.介護報酬 給付額 | 保険給付 9割 | 5,362 | 6,580 | 7,329 | 7,982 | 8,701 | 9,382 | 10,044 |
| 3.ご利用者負担額 (1-2) | 負担割合 1割 | 596 | 732 | 815 | 887 | 967 | 1,043 | 1,117 |
| 4.居住費 | | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 |
| 5.食費 | | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 | 600 |
| 6おやつ代 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7.自己負担額合計 (3+4+5+6) | 負担割合 1割 | 2,116 | 2,252 | 2,335 | 2,407 | 2,487 | 2,563 | 2,637 |

ご利用者負担 介護保険料第1段階の方(単位：円)

| 要介護度 | | 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1.介護報酬 総額 | | 5,958 | 7,312 | 8,144 | 8,869 | 9,668 | 10,425 | 11,161 |
| 2.介護報酬 給付額 | 保険給付 9割 | 5,362 | 6,580 | 7,329 | 7,982 | 8,701 | 9,382 | 10,044 |
| 3.ご利用者負担額 (1-2) | 負担割合 1割 | 596 | 732 | 815 | 887 | 967 | 1,043 | 1,117 |
| 4.居住費 | | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 | 820 |
| 5.食費 | | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 |
| 6おやつ代 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7.自己負担額合計 (3+4+5+6) | 負担割合 1割 | 1,816 | 1,952 | 2,035 | 2,107 | 2,187 | 2,263 | 2,337 |

- ① 上記の料金には、要介護1～5に関しては、看護体制加算Ⅰ（4単位）、看護体制加算Ⅱ、（8単位）、夜勤職員配置加算Ⅱ（18単位）、機能訓練体制加算（12単位）、サービス提供体制加算Ⅱ（18単位）が含まれます。要支援1、2に関しては、看護体制加算Ⅰ・Ⅱ、夜勤職員配置加算Ⅱは含まれません。
- ② ①に加えて、生産性向上推進加算Ⅱ（10単位/月）を算定します。
- ③ ①、②の加算以外にも、対象ご利用者のみの加算もございます。
- ③ ご請求させていただく料金表には、①、②、③以外に介護職員等処遇改善加算Ⅰと、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰを算定した料金をご請求させていただきます。
- 介護職員等処遇改善加算Ⅰ＝（基本単位数+加算単位数）×0.083（小数点以下四捨五入）
- 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ＝（基本単位数+加算単位数）×0.027（小数点以下四捨五入）
- ④ 神戸垂水ちどりで送迎を行った場合は送迎加算（送迎1回につき184単位）が算定されます。
- ⑤ 1単位10.66円で計算しています。
- ⑥ 介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご入居者の負担額を変更します。また、加算の算定により給付額・利用料が変更となる場合があります。