

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 常念会
主たる事務所の所在地	〒440-0814 豊橋市前田町二丁目19番地の17
代表者（職名・氏名）	理事長 権田 隆実
設立年月日	平成7年9月14日
電話番号	0532-54-8811

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護老人保健施設みのり	
サービスの種類	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション	
事業所の所在地	〒440-0081 豊橋市大村町字山所77番地	
電話番号	0532-51-1336	
指定年月日・事業所番号	平成17年7月1日指定	2352080069
実施単位・利用定員	1単位	定員60人（月～金） 定員25人（土）
通常の事業の実施地域	豊橋市内及びその周辺地域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあつては要支援状態）と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画を立て実施し、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	<p>1 当事業所では、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう在宅ケアの支援に努める。</p> <p>2 当事業所では、当事業所が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）、その他保健医療福祉サービス提供者</p>

	<p>及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。</p> <p>3 当事業所では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。</p> <p>4 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。</p> <p>5 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当事業所が得た利用者の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。</p>
--	---

4. 提供するサービスの内容

通所リハビリテーション（又は介護予防通所リハビリテーション）は、事業者が設置する事業所（デイケア）に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時45分から午後4時00分まで

6. 事業所の職員体制（R6/4/1 現在）

従業者の職種	勤務の形態・人数
医師	常勤兼務 1人
看護職員	常勤専従 1人、非常勤専従 1人
介護職員	常勤専従8人、常勤兼務1人、非常勤専従2人
支援相談員	常勤兼務 1人
理学療法士	常勤兼務 5人、非常勤兼務 2人
作業療法士	常勤兼務 3人、非常勤兼務 2人
管理栄養士	常勤兼務 2人
事務職員	常勤兼務 3人、非常勤専従 4人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（支援相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	支援相談員 古賀 充
管理責任者の氏名	管理者 岡田 泰伸

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「利用者負担金」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本単位数に地域区分別の単価を乗じた額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）通所リハビリテーションの利用料

【基本部分：通常規模型通所リハビリテーション費】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所リハビリテーション費		
		基本単位数 ※(注1)参照	基本利用料	利用者負担金(1割) ※(注2)参照
1時間以上 2時間未満	要介護1	369単位	3,752円	376円
	要介護2	398単位	4,047円	405円
	要介護3	429単位	4,362円	437円
	要介護4	458単位	4,657円	466円
	要介護5	491単位	4,993円	500円
2時間以上 3時間未満	要介護1	383単位	3,895円	390円
	要介護2	439単位	4,464円	447円
	要介護3	499単位	5,074円	508円
	要介護4	555単位	5,644円	565円
	要介護5	612単位	6,224円	623円
3時間以上 4時間未満	要介護1	486単位	4,942円	495円
	要介護2	565単位	5,746円	575円
	要介護3	643単位	6,539円	654円
	要介護4	743単位	7,556円	756円
	要介護5	842単位	8,563円	857円

4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	553単位	5,624円	563円
	要介護 2	642単位	6,529円	653円
	要介護 3	730単位	7,424円	743円
	要介護 4	844単位	8,583円	859円
	要介護 5	957単位	9,732円	974円
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	622単位	6,325円	633円
	要介護 2	738単位	7,505円	751円
	要介護 3	852単位	8,664円	867円
	要介護 4	987単位	10,037円	1,004円
	要介護 5	1,120単位	11,390円	1,139円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	715単位	7,271円	728円
	要介護 2	850単位	8,644円	865円
	要介護 3	981単位	9,976円	998円
	要介護 4	1,137単位	11,563円	1,157円
	要介護 5	1,290単位	13,119円	1,312円
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	762単位	7,749円	775円
	要介護 2	903単位	9,183円	919円
	要介護 3	1,046単位	10,637円	1,064円
	要介護 4	1,215単位	12,356円	1,236円
	要介護 5	1,379単位	14,024円	1,403円

【基本部分：大規模型通所リハビリテーション費（Ⅰ）】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所リハビリテーション費		
		基本単位数 ※(注1)参照	基本利用料	利用者負担金(1割) ※(注2)参照
1 時間以上 2 時間未満	要介護 1	357単位	3,630円	363円
	要介護 2	388単位	3,945円	395円
	要介護 3	415単位	4,220円	422円
	要介護 4	445単位	4,525円	453円
	要介護 5	475単位	4,830円	483円
2 時間以上 3 時間未満	要介護 1	372単位	3,783円	379円
	要介護 2	427単位	4,342円	435円
	要介護 3	482単位	4,901円	491円

	要介護 4	536単位	5,451円	5 4 6 円
	要介護 5	591単位	6,010円	6 0 1 円
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	470単位	4,779円	4 7 8 円
	要介護 2	547単位	5,562円	5 5 7 円
	要介護 3	623単位	6,335円	6 3 4 円
	要介護 4	719単位	7,312円	7 3 2 円
	要介護 5	816単位	8,298円	8 3 0 円
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	525単位	5,339円	5 3 4 円
	要介護 2	611単位	6,213円	6 2 2 円
	要介護 3	696単位	7,078円	7 0 8 円
	要介護 4	805単位	8,186円	8 1 9 円
	要介護 5	912単位	9,275円	9 2 8 円
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	584単位	5,939円	5 9 4 円
	要介護 2	692単位	7,037円	7 0 4 円
	要介護 3	800単位	8,136円	8 1 4 円
	要介護 4	929単位	9,447円	9 4 5 円
	要介護 5	1,053単位	10,709円	1, 0 7 1 円
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	675単位	6,864円	6 8 7 円
	要介護 2	802単位	8,156円	8 1 6 円
	要介護 3	926単位	9,417円	9 4 2 円
	要介護 4	1,077単位	10,953円	1, 0 9 6 円
	要介護 5	1,224単位	12,448円	1, 2 4 5 円
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	714単位	7,261円	7 2 7 円
	要介護 2	847単位	8,613円	8 6 2 円
	要介護 3	983単位	9,997円	1, 0 0 0 円
	要介護 4	1,140単位	11,593円	1, 1 6 0 円
	要介護 5	1,300単位	13,221円	1, 3 2 3 円

(注1) 上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位数を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】（1日につき）

8時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。

算定対象時間	基本単位数	基本利用料	利用者負担金（1割）
8時間以上9時間未満	50単位	508円	51円
9時間以上10時間未満	100単位	1,017円	102円
10時間以上11時間未満	150単位	1,525円	153円
11時間以上12時間未満	200単位	2,034円	204円
12時間以上13時間未満	250単位	2,542円	255円
13時間以上14時間未満	300単位	3,051円	306円

常時、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）から（Ⅳ）までのいずれかを算定している場合は、時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算します。

所要時間	基本単位数	基本利用料	利用者負担金（1割）
3時間以上4時間未満	12単位	122円	13円
4時間以上5時間未満	16単位	162円	17円
5時間以上6時間未満	20単位	203円	21円
6時間以上7時間未満	24単位	244円	25円
7時間以上	28単位	284円	29円

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の利用者負担金に加算されます。

加算の種類	加算の要件	基本単位数	基本利用料	利用者負担金（1割）
入浴介助加算Ⅰ	入浴介助を行った場合。	40単位	406円	41円
入浴介助加算Ⅱ	医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価し、身体の状態や訪問により把握した居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し、入浴介助を行った場合。	60単位	610円	61円
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画について、理学・作業療法士又は言語聴覚士が説明し、同意を得て、継続的にリハビリテーションの質を管理した	560単位	5,695円	570円

	場合。(6月以内、1月につき)			
	(6月超、1月につき)	240単位	2,440円	244円
リハビリテーションマネジメント加算ロ	イの要件に加え、リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用した場合。(6月以内、1月につき)	593単位	6,030円	603円
	(6月超、1月につき)	273単位	2,776円	278円
リハビリテーションマネジメント加算ハ	ロの要件に加え、管理栄養士を1名以上配置し、栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っている場合。(6月以内、1月につき)	793単位	8,064円	807円
	(6月超、1月につき)	473単位	4,810円	481円
リハビリテーションの医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合。(1月につき)		270単位	2,745円	275円
短期集中個別リハビリテーション実施加算	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内の期間に個別リハビリテーションを集中的に行った場合。	110単位	1,118円	112円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	認知症である利用者に退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。	240単位	2,440円	244円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	認知症である利用者に退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して3月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合。(1月につき)	1,920単位	19,526円	1,953円
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、リハビリテーションを計画的に行い、その有する能力の向上を支援した場合。利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の場合。(1月につき)	1,250単位	12,712円	1,272円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者に対して通所リハビリテーションを行った場合。	60単位	610円	61円
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名以上配置し、多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合。	50単位	508円	51円
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。(3月以内の期間に限	200単位	2,034円	204円

	り、月2回を限度)			
口腔・栄養スクリーニング加算 I	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供した場合。 (6月に1回を限度)	20単位	203円	21円
口腔・栄養スクリーニング加算 II	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、情報を介護支援専門員に提供した場合。(6月に1回を限度)	5単位	50円	5円
口腔機能向上加算 I	口腔機能の低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。 (3月以内の期間に限り、月2回を限度)	150単位	1,525円	153円
口腔機能向上加算 IIイ	Iの要件に加え、リハビリテーションマネジメント加算を算定し、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出した場合。(3月以内の期間に限り、月2回を限度)	155単位	1,576円	158円
口腔機能向上加算 IIロ	Iの要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出した場合。(3月以内の期間に限り、月2回を限度)	160単位	1,627円	163円
重度療養管理加算	要介護3、要介護4又は要介護5である利用者に対して、計画的な医学管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合。	100単位	1,017円	102円
中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合。	20単位	203円	21円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合。	40単位	406円	41円
送迎減算	利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合。 (片道につき)	-47単位	-477円	-48円
退院時共同指導加算	医療機関から退院するに当たり、通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しく	600単位	6,102円	611円

	は言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の通所リハビリテーションを行った場合。 (当該退院につき1回限り)			
移行支援加算	リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合。	12単位	122円	13円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上のいずれかである場合。(注3) ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	22単位	223円	23円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合。(注3)	18単位	183円	19円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上のいずれかである場合。(注3)	6単位	61円	7円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施している場合。(注3) (1単位未満は四捨五入) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	所定単位数の 86/1000 単位	左記単位数に10.17を乗じた額	左記額の1割
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		83/1000 単位		
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ		66/1000 単位		
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		53/1000 単位		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【地域区分】

地域単価 10.17円(東三河広域連合)

介護報酬は、1単位が10.17円で算定されます。ただし、1円未満の端数は切り捨てとなります。(注1)

(注1) 1月の利用者負担金の算出方法

$$\begin{aligned} & \text{総単位数(マネジメント加算を除く)} \times \text{1月の利用日数} + \text{マネジメント加算(月額)} \\ & = \text{1月の総単位数(A)} \end{aligned}$$

(A) × 86/1000 = 介護職員等処遇改善加算 I の単位数 (B)

※ 1 単位未満の端数処理 (四捨五入)

(A+B) × 10.17 = 介護報酬 (C) ※ 1 円未満の端数処理 (切り捨て)

(C) - (C) × 0.9 又は 0.8 又は 0.7 = 1 月の利用者負担金

(2) 介護予防通所リハビリテーションの利用料

【基本部分：介護予防通所リハビリテーション費】

利用者の 要介護度	介護予防通所リハビリテーション費 (1 月につき)		
	基本単位数 ※ (注 1) 参照	基本利用料	利用者負担金 (1割) ※ (注 2) 参照
要支援 1	2, 268 単位	23, 065 円	2, 307 円
要支援 2	4, 228 単位	42, 998 円	4, 300 円

(注 1) 上記の基本単位数は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、これが改定された場合は、これら基本単位数も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本単位数を書面でお知らせします。

(注 2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】 (1 月につき)

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の利用者負担金が加算されます。

加算の種類	加算の要件 (概要)	基本単位数	基本利用料	利用者負担金 (1割)
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、リハビリテーションを計画的に行い、その有する能力の向上を支援した場合。 利用を開始した日の属する月から起算して 6 月以内の場合。(1 月につき)	562 単位	5, 715 円	572 円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者に対して指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合。	240 単位	2, 440 円	244 円
利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に利用した場合	要支援 1	-120 単位	-1, 220 円	-122 円
	要支援 2	-240 単位	-2, 440 円	-244 円
退院時共同指導加算	医療機関から退院するに当たり、介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに	600 単位	6, 102 円	611 円

	参加し、退院時共同指導を行った後に、初回の介護予防通所リハビリテーションを行った場合。 (当該退院につき1回限り)			
栄養アセスメント加算	管理栄養士を1名以上配置し、多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合。	50単位	508円	51円
栄養改善加算	低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	200単位	2,034円	204円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護支援専門員に提供した場合。(6月に1回を限度)	20単位	203円	21円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、情報を介護支援専門員に提供した場合。 (6月に1回を限度)	5単位	50円	5円
口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能の低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。	150単位	1,525円	153円
口腔機能向上加算Ⅱ	Ⅰの要件に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出した場合。	160単位	1,627円	163円
一体的サービス提供加算	栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスを実施し、介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、利用者に対し栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスのうちいずれかを行う日を1月につき2回以上設けた場合。	480単位	4,881円	489円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合。	40単位	406円	41円

サービス提供体制強化加算Ⅰ	指定介護予防通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上、勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上のいずれかである場合。(注3) ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	要支援1	88単位	894円	90円
		要支援2	176単位	1,789円	179円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	指定介護予防通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合。(注3)	要支援1	72単位	732円	74円
		要支援2	144単位	1,464円	147円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	指定介護予防通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上のいずれかである場合。(注3)	要支援1	24単位	244円	25円
		要支援2	48単位	488円	49円
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施している場合。(注3) (1単位未満は四捨五入) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	所定単位数の		左記単位数に 10.17を 乗じた額	左記額の1割
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		86/1000 単位			
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ		83/1000 単位			
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		66/1000 単位			

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【地域区分】

地域単価 10.17円(東三河広域連合)

介護報酬は、1単位が10.17円で算定されます。ただし、1円未満の端数は切り捨てとなります。(注1)

(注1) 1月の利用者負担金の算出方法

1月の総単位数(A) × 86/1000 = 介護職員等処遇改善加算Ⅰの単位数(B)

※1単位未満の端数処理(四捨五入)

(A+B) × 10.17 = 介護報酬(C) ※1円未満の端数処理(切り捨て)

(C) - (C) × 0.9 又は 0.8 又は 0.7 = 1月の利用者負担金

(3) その他の費用

種類	内容	利用料金
食費	食事の提供を受けた場合。	744円
教養娯楽費	倶楽部やレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具の費用であり、事業所で用意するものをご利用いただく場合。(1回あたり)	157円
おむつ代	おむつの提供を受けた場合。(1枚あたり)	実費

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。毎月10日に、前月分の利用料請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

原則、口座振替にてお支払いください。口座振替の手続きが2ヶ月程かかりますので、初回利用月のみ翌々月の引き落としになります。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の20日(金融機関休業日の場合は、翌営業日)に、あなたが指定する口座より引き落としします。 全国の金融機関から引き落とし可能です。 ※口座振替の手数料110円はお客様の負担となります。
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記口座に必ず利用者本人のお名前でお振り込みください。 ※振込手数料はお客様の負担となります。 (振込先) 岡崎信用金庫 豊橋支店 普通預金 2012689 (名義人) 医療法人常念会 介護老人保健施設みのり 理事長 権田隆実

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)、東三河広域連合及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 ご利用方法	支援相談室長 伊藤 勝規 8：30～17：30 電話（0532-51-1336） 面接（当施設1階相談室） 意見箱（玄関に設置）
---------	-------------------------	--

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	東三河広域連合 介護保険課	電話番号 0532-26-8471
	愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室	電話番号 052-971-4165

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。