

介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠 利用約款

(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)

(約款の目的)

第1条 介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠（以下「当施設」という。）は、要介護また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、利用者が可能な限り自宅で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指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供し、一方、利用者または利用者を扶養する者（以下「扶養者」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

(適用期間)

第2条 本約款は、利用者が「指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション 利用同意書」を当施設に提出したときから効力を有します。ただし、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2. 利用者は、前項に定める事項のほか、本約款及び重要事項説明書の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションを利用することができるものとします。

(利用者からの解除)

第3条 利用者及び扶養者は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、本約款に基づく利用を解除・終了することができます。なお、この場合、利用者及び扶養者は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。ただし、利用者が正当な理由なく、実施期間中に利用中止を申し出た場合については、原則として基本料金及びその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

(当施設からの解除)

第4条 当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において、自立と認定された場合。
- ② 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供を超えると判断された場合。
- ③ 利用者及び扶養者が、利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合。
- ④ 利用者が、当施設、当施設の従業者または他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為を行った場合。

- ⑤ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。

(利用料金)

第 5 条 利用者及び扶養者は、連帯して当施設に対し、本約款に基づく指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションサービスの対価として、「利用者負担のご案内」の利用単位ごとの料金を基に計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い、必要となる額の合計額を支払う義務があります。ただし、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、利用料金を変更することがあります。

2. 当施設は、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書を毎月上旬に送付します。利用者及び扶養者は、連帯して当施設に対し、当該合計額をその月の 20 日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は基本的に銀行振込、または口座振替（山梨中央銀行に限ります。）となります。

3. 当施設は、利用者または扶養者から、1 項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者及び扶養者が指定する送付先に対し、領収書を送付します。

4. 利用者の被保険者証に支払い方法の変更の記載（保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、利用者の住所地の市町村に提出して差額の払い戻しを受けてください。

(記録)

第 6 条 当施設は、利用者の指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後 2 年間は保管します。

2. 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧・謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。ただし、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます。）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

(身体拘束等)

第 7 条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者（施設長）が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第 8 条 当施設とその従業者は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者及び扶養者、その家族等に関する個人情報の利用目的を（別紙 1）のとおり定め、適切に取扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき業務として明記さ

れていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽り、その他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において、安否確認情報を行政に提供する場合等）

2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

（緊急時の対応）

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関または協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2. 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

3. 前2項のほか、利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び扶養者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

（事故発生時の対応）

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2. 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関または他の専門的機関での診療を依頼します。

3. 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者または扶養者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して、速やかに連絡します。

4. 当施設は、賠償事故補償制度（法律上の損害賠償責任を負った場合にそれによって被る損害賠償金等の出費をてん補限度額の範囲内で賄う制度）に加入していますが、事故によっては、お支払いの対象にならない事故もあります。下記の①から③の場合に保険金としてお支払いいたします。

- ① 施設や各種設備の不備、欠陥及び施設の提供するサービスに起因して、利用者、見舞客等の第三者の身体に障害を与えたり、財物に損害を与えた場合。
- ② 次の不当な行為により、利用者、見舞客等に対して名誉を毀損し、またプライバシーを侵害した場合：ア. 不当な身体拘束、イ. 口頭、文書、図画、その他これらに類する表示行為。
- ③ 施設において提供された療養上の医療サービスの過誤により、利用者の身体に障害を与えた場合。

(要望または苦情等の申し出)

第 11 条 利用者及び扶養者は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望または苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができます。速やかに対応いたします。当施設に備え付けられた《ご意見箱》をご利用いただき、事業者に直接お申し出いただけることもできます。また、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

なお、苦情相談窓口は（別紙 2）のとおり定め、適切に取り扱います。

(賠償責任)

第 12 条 介護保健施設サービスの提供に伴って、当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

2. 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 13 条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者または扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

附則 この規程は、平成 15 年 12 月 1 日 施行
 この規程は、平成 17 年 10 月 1 日 改定
 この規程は、平成 22 年 12 月 1 日 改定

重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

1. 施設の概要

- 施設 の 名 称 : 介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠
指定通所リハビリテーション
指定介護予防通所リハビリテーション
- 所 在 地 : 山梨県西八代郡市川三郷町上野 2968番地
- 電 話 番 号 : 055-272-8611
- 法 人 の 名 称 : 医療法人 桃潤会
- 代表者職・氏名 : 理事長 米波 浩二
- 指 定 年 月 日 : 平成4年5月20日
- 介護保険指定番号 : 1950680007号
- 交 通 の 便 : JR身延線芦川駅より徒歩約10分
中央自動車道甲府南ICより車で約20分
- 通常の実施地域 : 市川三郷町・中央市
※上記地域以外で利用がある場合は、検討し適応する。

2. 施設の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤務の体制	
管 理 者	医 師	1名	兼任	1名
理学療法士		3名	専任 1名	兼任 2名
作業療法士		3名	専任 1名	兼任 2名
看 護 職 員		2名	専任 1名	兼任 1名
介 護 職 員		8名	専任	8名
支援相談員		2名	専任 1名	兼任 1名
管理栄養士		2名	兼任	2名

3. 施設の設備の概要

定 員	30名
リハビリ専用室	31.460 m ²
浴 室	一般浴槽 特殊浴槽
食 堂	65.280 m ²
その他の設備	送迎車 7台

4. 運営方針

- (1) 指定通所リハビリテーションの場合、通所リハビリテーション計画に基づき、看護・医学的管理下において、介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、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とともに、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。
- (2) 指定介護予防通所リハビリテーションの場合、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居宅において、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、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとします。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めます。
- (4) 明るく健康的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。

5. サービスの提供時間

営業日・営業時間	月～土、祝日 8:30～17:30
サービス提供時間	9:00～17:00
休日	日曜日 年末年始（12月29日～1月3日まで）
食事時間	昼食 11:45～ 夕食 16:40～（希望者のみ）

※ ご都合によりご利用をキャンセルする場合には、分かり次第ご連絡ください。
当日のキャンセルは、朝8:20までをお願いします。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ・喫煙
全館禁煙になっております。喫煙はご遠慮ください。
- ・金銭の管理
現金の持込みはご遠慮ください。万一紛失の際、施設は責任を負いかねます。
- ・所持品の持込み
高価な物はご遠慮ください。所持品にはすべて記名してください。
- ・体調の確認
体調の悪いときは無理なさらずにお休みして、病院にかかってください。
その際、当日の朝8:20までにご連絡をお願いします。
- ・利用時間の延長
ご都合で利用時間の延長を希望される場合は、早めにご連絡をお願いします。

7. サービスの内容

- ・機能訓練
理学療法士等が機能回復訓練を実施します。
(介護予防通所リハでは、運動器機能向上を目指します。)
- ・送迎
当施設からご自宅の玄関までを送り迎えいたします。
- ・入浴
入浴介助を行います。
- ・食事
管理栄養士によるバランスのとれた食事を提供します。
- ・支援相談
ご家族の方たちの介護等に関するご相談を承ります。
- ・娯楽
バリエーション豊富なレクリエーションで一日を楽しく過ごします。

- (1) サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、利用者及びその家族に分かりやすいように説明します。
- (2) サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。
- (3) 上記のサービスのなかには、利用者から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、ご相談ください。

8. 非常災害対策

消防用設備	<ul style="list-style-type: none"> ・ スプリンクラー設備 ・ 自動火災報知設備 ・ 非常放送設備 ・ 誘導灯及び誘導標識 ・ 消火器 ・ 屋内消火栓設備 ・ 避難器具
消防計画	消防署への届出：平成6年9月29日 防火管理者：小池 郊 内 容：避難訓練 年2回実施 ：通報訓練 年2回実施 ：消火訓練 年2回実施

9. 事故発生時の対応

- (1) 施設サービスの提供を行っているときに事故が起こった場合は、家族や市町村（保険者）に連絡するとともに、その他必要な場合には、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。
- (2) 施設サービスの提供に当たって、施設の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等に損害を及ぼした場合には、それを賠償します。

10. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようになっています。

- ・協力病院 峡南医療センター企業団 市川三郷病院
山梨県西八代郡市川三郷町市川大門 428-1
- ・協力歯科医院 内藤歯科医院
山梨県中央市西花輪 92

※ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「利用同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

利用者負担のご案内

(1) 保険給付の自己負担額

【通所リハビリテーション】

① 通所リハビリテーション費

※介護保険負担割合証で2割の記載の方は2段目の金額、3割の記載の方は3段目の金額です

(1回あたり)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1時間以上2時間未満	369円	398円	429円	458円	491円
	738円	796円	858円	916円	982円
	1,107円	1,194円	1,287円	1,374円	1,473円
2時間以上3時間未満	383円	439円	498円	555円	612円
	766円	878円	996円	1,110円	1,224円
	1,149円	1,317円	1,494円	1,665円	1,836円
3時間以上4時間未満	486円	565円	643円	743円	842円
	972円	1,130円	1,286円	1,486円	1,684円
	1,458円	1,695円	1,929円	2,229円	2,526円
4時間以上5時間未満	553円	642円	730円	844円	957円
	1,106円	1,284円	1,460円	1,688円	1,914円
	1,659円	1,926円	2,190円	2,532円	2,871円
5時間以上6時間未満	622円	738円	852円	987円	1,120円
	1,244円	1,476円	1,704円	1,974円	2,240円
	1,866円	2,214円	2,556円	2,961円	3,360円
6時間以上7時間未満	715円	850円	981円	1,137円	1,290円
	1,430円	1,700円	1,962円	2,274円	2,580円
	2,145円	2,550円	2,943円	3,411円	3,870円
7時間以上8時間未満	762円	903円	1,046円	1,215円	1,379円
	1,524円	1,806円	2,092円	2,430円	2,758円
	2,286円	2,709円	3,138円	3,645円	4,137円

② 各種加算

	1割負担	2割負担	3割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/回	36円/回	54円/回
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1ヶ月分の自己負担額の5.3%		
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日	80円/日	120円/日
リハビリテーション提供体制加算(3~4時間)	12円/回	24円/回	36円/回
〃 (4~5時間)	16円/回	32円/回	48円/回
〃 (5~6時間)	20円/回	40円/回	60円/回
〃 (6~7時間)	24円/回	48円/回	72円/回
〃 (7時間以上)	28円/回	56円/回	84円/回
リハビリテーションマネジメント加算(A) イ 6月以内	560円/月	1,120円/月	1,680円/月
〃 6月超	240円/月	480円/月	720円/月
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110円/日	220円/日	330円/日
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250円/月	2,500円/月	3,750円/月

栄養アセスメント加算	50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養改善加算	200 円/回	400 円/回	600 円/回
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20 円/回	40 円/回	60 円/回
〃 (Ⅱ)	5 円/回	10 円/回	15 円/回
重度療養管理加算	100 円/日	200 円/日	300 円/日
中重度者ケア体制加算	20 円/日	40 円/日	60 円/日
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
移行支援加算	12 円/日	24 円/日	36 円/日
退院時共同指導加算	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回
家族が送迎をした場合	▲47 円/片道	▲94 円/片道	▲141 円/片道

【介護予防通所リハビリテーション】

① 介護予防通所リハビリテーション費

(1月あたり)

	要支援 1	要支援 2
1 割負担	2, 2 6 8 円	4, 2 2 8 円
2 割負担	4, 5 3 6 円	8, 4 5 6 円
3 割負担	6, 8 0 4 円	1 2, 6 8 4 円

② 各種加算

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) (要支援 1)	72 円/月	144 円/月	216 円/月
〃 (要支援 2)	144 円/月	288 円/月	432 円/月
介護職員処遇改善加算Ⅳ	1 ヶ月分の自己負担額の 5.3%		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	562 円/月	1,124 円/月	1,686 円/月
栄養アセスメント加算	50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養改善加算	200 円/月	400 円/月	600 円/月
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20 円/回	40 円/回	60 円/回
〃 (Ⅱ)	5 円/回	10 円/回	15 円/回
事業所評価加算	120 円/月	240 円/月	360 円/月
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
退院時共同指導加算	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回
利用開始月から 12 月を超えて利用した場合 (要支援 1)	▲120 円/月	▲240 円/月	▲360 円/月
(要支援 2)	▲240 円/月	▲480 円/月	▲720 円/月

(2) その他の費用

①食費（昼食）	・・・・・・・・・・・・・・・・	750円／食
②食費（夕食）	・・・・・・・・・・・・・・・・	750円／食（希望者のみ）
③教養娯楽費	・・・・・・・・・・・・・・・・	150円／回 ※
④おむつ代（パット型）	・・・・・・・・・・・・・・・・	80円／枚（処理代含む）
⑤おむつ代（パンツ型）	・・・・・・・・・・・・・・・・	200円／枚（処理代含む）
⑥おむつ代（夜用パット型）	・・・・・・・・・・・・・・・・	140円／枚（処理代含む）

※ 前年度にかかった教養娯楽費の実績総額をプール計算した額が一年間の額となり、毎年4月に変更となります。

(別紙 1)

個人情報の利用目的

(令和 3 年 4 月 1 日現在)

介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

[利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的]

(介護老人保健施設内部での利用目的)

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - 入退所等の管理
 - 会計・経理
 - 事故等の報告
 - 当該利用者の介護・医療サービスの向上

(他の事業者等への情報提供を伴う利用目的)

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - 利用者の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 検体検査業務の委託その他業務委託
 - 家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - 保険事務の委託
 - 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届け出等

[上記以外の利用目的]

(当施設の内部での利用に係る利用目的)

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 当施設において行われる学生の実習への協力
 - 当施設において行われる事例研究

(他の事業者等への情報提供に係る利用目的)

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - 外部監査機関への情報提供

(別紙2)

苦情相談担当窓口

(令和3年4月1日現在)

介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠では、下記担当者により苦情を申し立てることができます。

苦情相談窓口 担 当： 支援相談員

電話番号： 055-272-8611
(内線 122)

※ また事業者・看護師長に直接お申し出いただけることもできます。

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

市 町 村	担当窓口： 各市町村の担当福祉課まで、 お問い合わせください。
国民健康保険団体連合会	担当窓口： 介護保険課
	電話番号： 055-233-9201

令和 年 月 日

(事業者)

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたり、利用約款、重要事項説明書に基づいて契約をしました。

所在地： 山梨県西八代郡市川三郷町上野 2968番地

名 称： 介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠

説明者： _____ (印)

(利用者)

利用約款、重要事項説明書に基づいて、指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーションサービスに関する契約を受けました。

氏 名： _____ (印)

(契約を受けた人)

住 所： _____

氏 名： _____ (印)

指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション 利用同意書

指定通所リハビリテーションまたは指定介護予防通所リハビリテーションを利用するにあたり、指定通所リハビリテーション・指定介護予防通所リハビリテーション 利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名

㊞

介護老人保健施設 ナーシングプラザ三珠
理事長 米波 浩二

【本約款第5条の請求書及び領収書の送付先】

氏 名	㊞ (続柄)		生年月日	T・S・H 年 月 日
住 所	〒			
電話番号		携帯番号		
勤務先名	TEL.			

【本約款第9条3項の緊急時の連絡先】

氏 名	㊞ (続柄)		生年月日	T・S・H 年 月 日
住 所	〒			
電話番号		携帯番号		
勤務先名	TEL.			

【生計を別とする連帯保証人】

氏 名	㊞ (続柄)		生年月日	T・S・H 年 月 日
住 所	〒			
電話番号		携帯番号		
勤務先名	TEL.			

【説明者】

所 属	氏 名
	㊞

