

<別紙1>

重 要 事 項 説 明 書

介護老人保健施設ハートフル田無

(令和6年10月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 ハートフル田無
- ・開設年月日 平成11年4月16日
- ・所在地 東京都西東京市向台町2丁目16番22号
- ・電話番号 042-468-5166 ファックス番号 042-468-5288
- ・管理者名 増 山 茂
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(135-70-8064-1号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上の支援などの介護保険施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設 ハートフル田無の運営方針]

当施設は、病院と家庭との中間に位置し、利用者のADLを高め病院から次の生活場所に移動したときに、より快適な生活サイクルを営めるようにする事を目的とします。又、通過型施設としての機能を最大限に引き出すため、利用者様とご家族様、及び関係者が密にコミュニケーションを取り、全職員が日々知恵をしばってより良い支援方法を検討していきます。入退所判定については、詳細に打ち合わせを行い、全員参加型の介護と関係者全員の心のつながりを大切にします。

(3) 施設の職員体制 (令和6年4月時点)

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・医 師	1	1	0	施設長・医師
・看護職員	4	7	1	入所者看護
・薬剤師	0	1	0	薬剤管理
・介護職員	17	14	3	入所者介護
・支援相談員	2	0	0	相談業務
・理学療法士	1	2	0	理学療法・リハビリ
・作業療法士	1	1	0	作業療法・リハビリ
・言語聴覚士	0	0	0	
・管理栄養士	1	0	0	栄養管理
・介護支援専門員	0	1	0	ケアプラン
・事務職員	3	0	0	事務・管理
・その他	0	5	1	運転・清掃・警備他

(4) 入所定員等

- ・定員 70名
- ・療養室 個室 8 室、2人室 1 室、4人室 15 室

(5) 通所定員 40 名

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
 - ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
朝食 7時30分～ 昼食 12時～ 夕食 18時～
※利用者様が選定する特別な食事の提供も行います
 - ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者にはリフト浴で対応します。入所者は、最低週2回ご利用いただけます。但し、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります）
 - ④ 医学的管理・看護
 - ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
 - ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
 - ⑦ 相談援助サービス
 - ⑧ 理美容サービス（原則月2回実施します。）
 - ⑨ 行政手続代行
 - ⑩ その他
- ※ これらのサービスのなかには、基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

3. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面会：午前9時～午後8時
- ・外出・外泊：施設長の許可が必要になります。ご希望の際は、相談員にご連絡下さい。
- ・飲酒・喫煙：飲酒については、行事等施設でお出しする時以外は禁止となります。喫煙については、健康管理、安全管理上、全館禁煙となっています。
- ・火気の取扱い：施設内での火気の個人使用は禁止です。
- ・所持品・備品等の持ち込み：衣服等は個人管理を原則とします。持ち物は全て名前を記入して下さい。電気製品等の持込みに関しましては御問い合わせ下さい。
- ・金銭・貴重品の管理：金銭の所持については、小銭程度（1,000円）とさせて頂き、個人管理を原則とさせて頂きます。又、貴重品（印鑑・通帳・貴金属等）の持込みは禁止とさせて頂きます。
- ・施設外での受診：制度上、入所中は施設医師の許可無く受診することは出来ません。受診の希望等につきましてはお問い合わせください。
- ・その他禁止事項：営利行為、宗教の勧誘・活動、政治活動、ペットの持ち込みは禁止しております。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| ・名称：(医療法人社団 時正会) 佐々総合病院 | 住所：西東京市田無町 4-24-15 |
| ・名称：杏林大学医学部付属病院 | 住所：三鷹市新川 6-20-2 |
| ・名称：(財団法人 結核予防会) 新山手病院 | 住所：東村山市諏訪町 3-6-1 |
| ・名称：(医療法人社団 東光会) 西東京中央総合病院 | 住所：西東京市芝久保町 2-4-19 |

協力歯科医療機関

- ・名称：(医療法人社団 郁栄会) ミタカピースデンタルクリニック
住所：武蔵野市中町 1-24-15 メディパーク中町 3階

◇緊急時の連絡先 他

【本契約書第11条3項の緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【本契約書第7条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓が設置されています。
- ・防災訓練 年3回

6. 要望・苦情等の相談

当施設への要望・苦情等は、担当者に御寄せいただければ、速やかに対応いたします。所定の場所に設置するポスト「みなさんの声」の御利用、または、管理者に直接申し出て頂くことも出来ます。

① 苦情受付担当者

支援相談員 内村 将 介護支援専門員 新坂 永枝

② その他の相談窓口（第三者機関）

- ・西東京市役所 健康福祉部 高齢者支援課 認定相談係 042-428-2816
- ・東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 03-6238-0177

7. ご本人希望時、または緊急時の転床について

ご利用頂いている期間に、下記の事由があった際には、転床のお願いをさせて頂く場合がございますので、ご了承下さい。

- ① 現に空床があり、ご本人が移動の申し出を行い、且つ施設長（医師または副施設長）の許可を得た場合。（身元引受人及びご家族からの申し出も含む）
- ② 感染症の発生に伴い、そのレベル（施設基準）から、個室への移動が必要と施設長（医師または副施設長）が判断した場合。
※個室利用ゲストに、一時的に多床室への転床を依頼する事があります。
※その際に発生する差額ベッド代は無償と致します。
- ③ ゲスト間で転床の相談が行われ、その移動に問題がなく、且つ施設長（医師または副施設長）が許可した場合。
- ④ 利用状況を鑑み、転床する事が望ましい（多床室から個室）と、施設長（医師または副施設長）が判断した場合

8. サービス利用中の差し入れについて

ハートフル田無では、ゲストの身元引受人、ご家族、ご親戚・ご友人の皆さまへ、食べ物や飲み物を差し入れされる際に以下の点についてご理解を頂いております。

以下の点をお守り頂けなかった際に発生しました、事故やトラブルにつきましては、責任を負いかねますので、十分なご理解とご協力をお願い致します。差し入れにつきましては、持参された際に、お手数ですがスタッフに一言申し出て頂くか「食べましたカード」のご記入をお願い致します。理由と致しましては、下記の通りです。

- ・差し入れの摂食状況をスタッフが把握していないと、差し入れで満腹となり、食事が取れなくなってしまうことが想定されるため。
- ・食欲不振等の原因などがはっきりしなくなってしまう事があるため。

また、基本的に「お預かり」はしておりませんので、必ず一緒に食べられる量だけをご持参して頂き、残った物についてはお持ち帰りをお願い致します。

ご本人の自己管理による持ち込みについても、衛生面、栄養面の見地からご遠慮頂いております。万一持ち込まれていた場合には、お預かりさせて頂き、身元引受人又はご家族へご連絡させて頂き、引き取りをお願いする形となります。

但し、支援計画書に、嗜好品や栄養補助食の必要性の記入があり、持ち込みを依頼している場合のみ、お預かり致します。それ以外でのお預かりは致しませんので、ご了承ください。

ご本人様の楽しみでもある為、負担が大きいと考えられますが、衛生面や健康面への配慮からの対応となっておりますので、ご理解を賜りたくお願い申し上げます。

私は_____の施設入所契約に伴い上記内容について説明を受け、理解しました。

9. サービス利用中のリスクについて

社会福祉法人東京聖新会のスタッフは、ゲストの皆さまに安心して安全な環境を提供すべく、日々の業務に努めております。しかしながら、ゲスト様の心身状況から、より見守りの必要性を高めなくてはならない状況に迫られる場合もあります。

特に夜間帯におきましては、スタッフの人数が少数であるため、その様な事態が起きた際には、次のような対応を行なう場合があります。

ご理解とご了承を賜りますよう、お願い申し上げます。

- ・ 高熱、呼吸苦などがあり、スタッフの見守りと様子観察が特に必要な際には、一時的に、居室からスタッフの見守りが行ないやすいサービスステーション前にベッドを移動させていただく場合があります。
- ・ 不眠や精神的に不安定な状態にあり、ベッド上より転落、転倒の可能性が高いと判断された場合は、一時的に居室からスタッフの見守りが行ないやすいサービスステーション前にベッドを移動させていただく場合があります。
- ・ 当施設では、見守り機器を導入しております。機器を設置している居室につきましては、プライバシーに十分に配慮して機器を使用しますので、ご了承願います。

いずれも安全性を高めるために行なうものであり、これにより、事故が完全に防げるものではありません。また、サービスステーション前への移動はあくまで一時的に行なうものです。よって、状況が好転した際には速やかに、居室へお戻りいただきます。

また、場合によってはゲストの皆さまの固有の事由・原因により、日常生活を継続する上でリスクが高まってしまう可能性もございます。個々の病状や想定される病状を把握された上、下記の危険性が伴う項目についてのご理解をいただき、説明された内容につきましてのご確認をお願い申し上げます。説明を受けた項目にチェックをして下さい。

<ご高齢に伴うリスクについて>

- ☐ 予期せぬ歩行時の転倒、ベッド・車椅子からの転落などにより、骨折、外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ☐ 介護老人保健施設はリハビリ施設であることから、原則、病院でのような身体拘束は行いません。その分、転倒、転落の事故発生の可能性があります。
- ☐ ご高齢者の骨は脆弱で、通常の対応をしても、予期せぬ状況では容易に骨折してしまう可能性があります。
- ☐ ご高齢者の皮膚は薄く、軽度の摩擦でも表皮剥離してしまう可能性があります。
- ☐ ご高齢者の血管は脆く、軽度の打撲であっても皮下出血する可能性があります。
- ☐ ご高齢者では認知機能の低下などにより、水分や食べ物を飲み込む力が低下し、誤飲・誤嚥の可能性が高まり、窒息の危険性が生まれることがあります。
- ☐ ご高齢者の方は脳や心臓・内臓機能の機能低下や病状の増悪などによって、急変することがあり、最悪の場合は急死する可能性もあり得ます。
- ☐ ご高齢者の方は、複数の医療機関から重複して多くの薬を処方されている場合があります。副作用なども勘案し、必要に応じて薬を減らすことがあります。
- ☐ ご本人様の全身状態が急に悪化（急変）した場合、当施設医師の判断で可及的速やかに病院へ搬送を行う必要に迫られます。その際、搬送先の病院の受け入れ状況から、必ずしも近隣の医療機関、ご希望の病院へ搬送出来ない可能性があります。ご了解願います。

《終末期が近づいた場合、ご希望はありますか。》

☐ 延命治療を希望

☐ 延命治療は行わない

尚、ご利用者様には、ご自宅に居たとしても、上記のような心身状態の急増悪、予期せぬ病気・事故・怪我など等が起こりえます。当施設利用により上記リスクをゼロにすることはできません。施設利用に当たり、上記リスクについて十分にご留意頂きます様、何卒よろしくお願い致します。

また、ご説明についてご不明な点がありましたら、遠慮なくお尋ねください。

私は、_____の施設入所契約に伴い、上記項目についてリスク説明を受け、十分に理解しました。

10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、御請求ください。

<別紙2>

介護保険施設サービスについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 介護保険施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

◇医療

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者様の状態に照らして適切な医学管理・看護を行います。

◇機能訓練

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

◇生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者様の立場に立って運営しています。

3. 利用料金

(1) 介護保険サービス費

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。() 内は2割負担、【】内は3割負担となります。

介護保険施設サービス費《個室（基本型）》

・要介護1	766円	(1,532円)	【2,298円】
・要介護2	815円	(1,630円)	【2,445円】
・要介護3	885円	(1,769円)	【2,653円】
・要介護4	943円	(1,886円)	【2,829円】
・要介護5	996円	(1,991円)	【2,986円】

《多床室（基本型）》

・要介護1	847円	(1,694円)	【2,541円】
・要介護2	901円	(1,801円)	【2,701円】
・要介護3	970円	(1,940円)	【2,910円】
・要介護4	1,027円	(2,053円)	【3,079円】
・要介護5	1,081円	(2,162円)	【3,243円】

《個室（在宅強化型）》

・要介護1	842円	(1,683円)	【2,525円】
・要介護2	922円	(1,844円)	【2,765円】
・要介護3	992円	(1,983円)	【2,974円】
・要介護4	1,052円	(2,104円)	【3,156円】
・要介護5	1,111円	(2,222円)	【3,333円】

《多床室（在宅強化型）》

・要介護 1	931 円	(1, 861 円)	【2, 791 円】
・要介護 2	1, 012 円	(2, 023 円)	【3, 034 円】
・要介護 3	1, 083 円	(2, 166 円)	【3, 249 円】
・要介護 4	1, 145 円	(2, 290 円)	【3, 435 円】
・要介護 5	1, 202 円	(2, 403 円)	【3, 605 円】

- ・ 地域医療連携ネットワークや空床情報を当施設のウェブサイト定期的に公表し情報共有を行っている場合。また、急性期病棟への入院後 30 日以内に退院した場合
初期加算（Ⅰ）65 円（129 円）【193 円】（30 日が限度）
- ・ 上記、初期加算（Ⅰ）以外 初期加算（Ⅱ）32 円（65 円）【97 円】（30 日が限度）
- ・ 夜勤職員配置加算 26 円（52 円）【77 円】
- ・ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）24 円（47 円）【71 円】、（Ⅱ）20 円（39 円）【58 円】、
（Ⅲ）7 円（13 円）【20 円】
- ・ 栄養マネジメント強化加算 12 円（24 円）【36 円】
- ・ 医療機関等から入所し定期的に LIFE に評価等の結果を提出し必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合（Ⅰ）、行っていない場合（Ⅱ）を算定。（最初の 3 か月間 週 5 日が限度）
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）276 円（551 円）【827 円】
（Ⅱ）214 円（428 円）【641 円】
- ・ 在宅復帰支援施設としての役割を担っており、役割に向けた取り組みを行っている場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）55 円（109 円）【164 円】、（Ⅱ）55 円（109 円）【164 円】
- ・ 科学的介護情報システム（以下 LIFE）にリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを活用し PDCA サイクルを推進した場合
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）57 円/月（114 円/月）【170 円/月】
（Ⅱ）36 円/月（71 円/月）【106 円/月】
- ・ 定期的に入所者に対する医学的評価とそれに基づくリハビリテーションや日々の過ごし方等についてのアセスメントを行い、適切なケアを実施するための計画を策定し、LIFE へのデータ提出とフィードバックを活用し PDCA サイクルを推進・ケアの向上を図った場合
自立支援促進加算 321 円/月（641 円/月）【962 円/月】
- ・ 利用者に係るデータ（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症の状況や心身の状況等に係る基本的な情報（※Ⅱは、疾病の状況や服薬情報等の情報を加える）を LIFE に提出しフィードバックを受け、それに基づき事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映、事業所単位での PDCA サイクルを推進・ケアの向上を図った場合
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）43 円/月（86 円/月）【129 円/月】
（Ⅱ）64 円/月（128 円/月）【192 円/月】
- ・ 該当する利用者に対し、認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための取り組みを行った場合
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）161 円（321 円）【481 円】、（Ⅱ）129 円（257 円）【385 円】

- ・ 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)4 円 (7 円) 【10 円】、(Ⅱ) 5 円 (9 円) 【13 円】
- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) 257 円 (513 円) 【769 円】
(Ⅱ) 129 円 (257 円) 【385 円】
- ・ 若年性認知症入所者受入加算 1 日 129 円 (257 円) 【385 円】
- ・ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 214 円 (428 円) 【641 円】
- ・ 口腔衛生管理加算 (Ⅰ) 97 円/月 (193 円/月) 【289 円/月】
(Ⅱ) 118 円/月 (235 円/月) 【353 円/月】
- ・ 医師の指導に基づき、経管での食事を摂っている入所者に、経口での食事に移行する計画を医師、
歯科医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成。医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士
等が、その計画に沿って実施された場合
経口移行加算 1 日 30 円 (60 円) 【90 円】加算 (計画作成日より 180 日以内)
- ・ 経口維持計画を作成し、継続して経口摂取ができるように特別な管理を実施した場合
経口維持加算 (Ⅰ) 428 円/月 (855 円/月) 【1,282 円/月】
(Ⅱ) 107 円/月 (214 円/月) 【321 円/月】
- ・ 疾患のための特別食、または低栄養状態の入所者が退所する際、管理栄養士が栄養管理に関する
情報提供を行った場合。
退所時栄養情報連携加算 75 円/回 (150 円/回) 【225 円/回】 1 月に 1 回が限度
- ・ 医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整色の導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理
が必要となった場合。※一回限度
再入所時栄養連携加算 214 円/回 (428 円/回) 【641 円/回】
- ・ 外泊時費用
初日と最終日以外は「介護保険施設サービス費」387 円 (774 円) 【1,160 円】、在宅サービスを利用
する場合 855 円 (1,709 円) 【2,564 円】になります。(それぞれ月に 6 日が限度)
- ・ 入所前後訪問指導加算 (Ⅰ) (入所期間 1 ヶ月以上) 481 円 (962 円) 【1,442 円】
(Ⅱ) (入所期間 1 か月以上) 513 円 (1,026 円) 【1,538 円】
- ・ 退所時指導等を行う場合、下記の料金が加算されます。

① 試行的退所時指導加算 (入所期間 1 ヶ月以上)	428 円 (855 円) 【1,282 円】
② 退所時情報提供加算 (Ⅰ)	534 円 (1068 円) 【1,602 円】
③ 退所時情報提供加算 (Ⅱ)	267 円 (534 円) 【801 円】
④ 入退所前連携加算 (Ⅰ)	641 円 (1,282 円) 【1,923 円】
⑤ 入退所前連携加算 (Ⅱ)	428 円 (855 円) 【1,282 円】
⑥ 訪問看護指示加算	321 円 (641 円) 【962 円】
- ・ 肺炎や尿路感染症などの治療を施設で行った場合、別途料金が加算されます。
所定疾患施設療養費Ⅰ 1 日 256 円 (511 円) 【766 円】(月に 1 回。7 日間が限度)
所定疾患施設療養費Ⅱ 1 日 513 円 (1,026 円) 【1,538 円】(月に 1 回。10 日間が限度)

- ・ 緊急時に所定の対応を行った場合。
緊急時施設療養費（緊急時治療管理） 554 円(1, 107 円) 【1, 660 円】
- ・ 入所時 6 種類以上の内服薬が処方されており、減薬に取り組んだ場合。
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ 150 円／回（299 円／回）【449 円／回】
（Ⅰ）ロ 75 円／回（150 円／回）【225 円／回】
（Ⅱ）257 円／回（513 円／回）【769 円／回】
（Ⅲ）107 円／回（214 円／回）【321 円／回】
- ・ 全ての入所者等に対して定期的な評価を実施。さらに排泄障害のため、排泄に介助を要する方に対し、多職種が協働して支援計画を作成し支援を行った場合。また、LIFE へのデータ提出とフィードバックを活用し PDCA サイクルを推進・ケアの向上を図った場合。
排せつ支援加算（Ⅰ） 11 円／月（22 円／月）【32 円／月】
（Ⅱ） 16 円／月（32 円／月）【48 円／月】
（Ⅲ） 22 円／月（43 円／月）【64 円／月】
- ・ 褥瘡発生を予防するため、発生と関連の強い項目や予防、結果に基づき管理を行う。また、LIFE へのデータ提出とフィードバックを活用し PDCA サイクルを推進・ケアの向上を図る場合。（Ⅱ）は、施設入所時の評価の結果、発生リスクがあるとされた入所者に対し褥瘡の発生が無いこと。
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）4 円／月（7 円／月）【10 円／月】、（Ⅱ）14 円／月（28 円／月）【42 円／月】
- ・ 外部の研修を受けた担当者が配置され、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合
安全対策体制加算 入所時、1 回限り 22 円（43 円）【64 円】
- ・ 協力医療機関等と入所者等の同意を得た上で病歴等の情報を共有する会議を開催していること。
協力医療機関連携加算 107 円（214 円）【321 円】または、6 円（11 円）【16 円】
- ・ 感染者の対応を行う医療機関との連携し適切に対応していること。また、医療期間等が定期的に開催する院内感染に関する研修・訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。（Ⅱ）に関しては医療機関から 3 年に 1 回以上実施指導をうけていること（1 月に 1 回、併算定可能）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）11 円（22 円）【32 円】、（Ⅱ）6 円（11 円）【16 円】
- ・ 新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染者に対して必要な医療やケアを提供した場合（1 月に 1 回 5 日間が限度）
新興感染症等施設療養費 257 円(513 円) 【769 円】
- ・ 当施設でターミナルケアを行い看取った場合
ターミナルケア加算 死亡日 2, 030 円／日（4, 059 円／日）【6, 088 円／日】
死亡日前々日、前日 972 円／日（1, 944 円／日）【2, 916 円／日】
死亡日 30 日前～4 日前 171 円／日（342 円／日）【513 円／日】
死亡日 45 日前～31 日前 77 円／日（154 円／日）【231 円／日】
- ・ 介護現場における生産性の向上に資する取り組みを行っており、また、テクノロジーを導入し、業務改善を継続的にを行いデータの提供をおこなった場合
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）107 円（214 円）【321 円】、（Ⅱ）11 円（22 円）【32 円】
- ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（合計単位数に 7.1%を乗じた金額となります。）

※ 1単位 10.68 円（地域加算）とした概算料金となります。

※ 加算については、全てが該当するわけではなく、施設の体制や利用状況により、変更となる場合があります。また、利用者様、身元引受人様の希望により提供する（対応する）ものではありませんので、ご理解頂きますようお願いいたします。

(2) 食費

朝食：400 円、AM おやつ：50 円、昼食：700 円、PM おやつ：150 円、夕食 700 円

1 日あたりの合計額 （限度額認定証） 1 段階・生活保護の方 300 円 2 段階 390 円
3 段階①650 円 3 段階②1,360 円 4 段階（該当しない方）2,000 円

※ 療養食加算を受ける方 7 円/食（13 円/食）【20 円/食】

※ 外出時等、キャンセルの届出がなかった場合には、料金が発生しますのでご注意ください。

(3) 居住費

多床室・2 人室（相部屋）2・3 段階 430 円 4 段階 610 円

個室（従来型）1・2 段階 550 円 3 段階①、② 1,370 円 4 段階 1,728 円

特別な室料 個室 1 日 3,530 円 ・ 2 人室 1 日 500 円

(4) 日常生活費、教養娯楽費

日常生活費 A セット 242 円 B セット 363 円 なし

上記からお選び頂きます。詳細につきましては別紙をご参照下さい。

教養娯楽費（折り紙・絵手紙・工作用具・手芸・書道用具等） 150 円

※レクリエーションに参加されなかった日については頂きません。

(5) その他の料金

① 理美容代 実費（2,600 円～17,800 円程度、別途資料をご覧ください。）

② その他 （情報提供書作成文書料、病院受診 1 部負担、インフルエンザワクチン等）

各種証明書 入所（退所）証明書など 1,600 円

診療情報提供書作成 3,300 円 （※各、検査費は別途徴収）

障害診断書 3,300 円

保険など提出書類 5,500 円

死亡診断書 11,000 円

その他 簡易なもの 2,200 円

※ 洗濯を業者に依頼される方は洗濯物の種類・枚数に応じて別途費用がかかります

(6) 支払い方法

・毎月 10 日前後に、前月分の請求書を発送しますので、その月の 25 日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

・お支払い方法は、りそな銀行、郵便局のご利用者様口座からの預金口座振替。または、りそな銀行田無支店の指定口座、郵便局への振込にて支払うものとします。

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設のサービス（入所）を利用するにあたり、介護老人保健施設ハートフル田無利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者様負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを身元引受人と共に誓約します。

記

1. 介護老人保健施設ハートフル田無の諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 使用料等の費用の支払いについては、介護老人保健施設ハートフル田無に対し一切迷惑をかけません。

令和 年 月 日

重要事項説明書

説明責任者 職 種 _____ 氏 名 _____ 印

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人 住 所 _____

電話番号 ()

氏 名 _____ 印

利用者との関係 ()

連帯保証人 住 所 _____

電話番号 ()

氏 名 _____ 印

利用者との関係 ()

介護老人保健施設 ハートフル田無
管理者 施設長 増 山 茂 殿