

重 要 事 項 説 明 書

介護老人保健施設ハートフル田無

(令和8年8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健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、利用者の方が居宅での生活を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、入所者の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、利用者とその家族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ぼ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。

短期入所療養介護については、一日でも長く住み慣れた在宅での生活が継続できるよう、支援します。利用者が主体となり様々な活動に取り組めるようコミュニケーションをはかり、自立の意欲を最大限に引き出す援助を行う。また、サービス提供にあたっては、各事業者とも連携を密にし、利用者の心身状態を踏まえて、その利用者に準じた必要な支援を行っていきます。

(3) 施設の職員体制 (令和8年8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	5	1	入所者看護
・薬剤師	0	1	0	薬剤管理
・介護職員	16	7	2	入所者介護
・支援相談員	2	0	0	相談業務
・理学療法士	0	2	0	理学療法・リハビリ
・作業療法士	1	0	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	4	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 短期入所療養介護計画、介護予防短期入所療養介護計画の立案
 - 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：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。電気製品等の持ち込みに関しましてはお問い合わせください。持ち込みした所持品・備品等については、紛失や破損した場合、当施設は一切の責任を負いかねます。（当施設の重大な過失があったものを除く。）
- ・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）の持ち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、宗教の勧誘又はその活動、ペットの持ち込み、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷、ハラスメント行為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

【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	

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 042-420-2816
 - ・東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 03-6238-0177

7. 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えます。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。

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。

私は、_____の施設短期入所契約に伴い、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。

8. 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・身元引受人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、ご利用者の状態に照らして適切な医療・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、常に利用者の立場に立って運営しています。

3. 短期入所利用料金

(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。

《多床室（基本型）》

・要支援1	655 円	(1,310 円)	【1,965 円】
・要支援2	827 円	(1,654 円)	【2,480 円】
・要介護1	887 円	(1,773 円)	【2,660 円】
・要介護2	940 円	(1,880 円)	【2,820 円】
・要介護3	1,009 円	(2,017 円)	【3,025 円】
・要介護4	1,065 円	(2,130 円)	【3,195 円】
・要介護5	1,124 円	(2,247 円)	【3,371 円】

《個室（基本型）》

・要支援1	619 円	(1,237 円)	【1,855 円】
・要支援2	776 円	(1,551 円)	【2,326 円】
・要介護1	805 円	(1,609 円)	【2,413 円】
・要介護2	856 円	(1,711 円)	【2,567 円】
・要介護3	923 円	(1,846 円)	【2,769 円】
・要介護4	981 円	(1,961 円)	【2,942 円】

- ※ 特定治療 診療報酬の算定方法に 10 円を乗じた額（対象者のみ）
- ※ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）（合計単位数に 9.7%を乗じた金額となります。）

※ 1 単位 10.68 円で計算した概算となっております

※ 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 600 円
3 段階①1,030 円、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 9 円／食（17 円／食）【26 円／食】

※ 外出時など、食事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 1 日 430 円 4 段階 1 日 610 円

個室（従来型） 1・2 段階 550 円 3 段階①1,370 円 3 段階②1,470 円 4 段階 1,728 円

特別な室料 個室 3,530 円・2 人室 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 衣類付きプラン 880 円 なし
- 教養娯楽費 教養娯楽費（折り紙・絵手紙・工作用具・手芸・書道用具等）150 円

（5）その他の料金

- ① 理美容代 実費（2,850 円～18,800 円程度。別途資料をご覧ください。）
- ② 電気使用料 1 種類ごとに 26 円
- ③ その他（情報提供書作成文書料 3,300 円、病院受診 1 部負担、など）

（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。
- ・お支払いの方法は、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、郵便局への振込み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（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護）を利用するにあたり、介護老人保健施設ハートフル田無短期入所療養介護利用契約書及び別紙「重要事項説明書」に関するこれらの利用者負担につい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ともに下記事項を厳守することを連帯保証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約を守り、職員の指示に従います。
2. 利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