

重要事項説明書

令和6年4月1日

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

担当 生活相談員
電話 042-734-2351

2. 軽費老人ホーム町田愛信園の概要

(1) 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 福音会
主たる事務所の所在地	東京都町田市野津田町1932
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 石黒 美由紀
電話番号	042-734-0631 (代)

(2) ご利用施設

施設の名称	軽費老人ホームA型 町田愛信園
施設の所在地	東京都町田市野津田町1932
施設長の氏名	施設長 鹿島 まゆみ
電話番号	042-734-2351
ファクシミリ番号	042-860-5770

(3) 施設の目的と運営方針

施設の目的	60歳以上の方で、家庭環境や住宅事情により、居宅において生活が困難な人を対象に日常生活に必要な便宜を供与する契約施設です。
運営方針	①利用者の主体性の尊重と自立支援 ②個別対応を重視し生活の質の向上 ③個々に応じた介護予防と虚弱者支援の強化 ④家族、保証人との連携と情報の共有化 ⑤職員の資質の向上 ⑥利用者と職員の共生
施設利用の特徴	自己選択、自己決定を基本に自立した生活を送って頂きます。 居室はプライバシー保護の為一人部屋と二人部屋になっています。

(4) 施設の概要

敷地	15,490㎡	
建物	構造	2階建て (B1階から2階を使用)
	延床面積	1,923㎡
	利用定員	50名

① 居室

居室	室数	床面積	付帯設備	備
1人部屋	44室	13,441㎡	トイレ、洗面所、エアコン、ナースコール、電話	
2人部屋	3室	27,353㎡	トイレ、洗面所、エアコン×2、ナースコール、電話	

② 主な設備

設備の種類	数	面積	設置場所
食堂	1	202㎡	2階
浴室	1	62.7㎡	B1階（男女）
相談室	1	6.7㎡	2階
洗濯・給湯室	3	29.6㎡	各フロアー
多目的室	1	16.5㎡	2階
宿直室	1	31.4㎡	B1階
談話コーナー	3	37.3㎡	各フロアー

(5) 職員構成

職務	常勤	非常勤	業務内容	計
施設長	1名		施設の運営管理業務を統括	1名
生活相談員	1名		利用者の生活相談、面接等	1名
ケアワーカー	3名	3名(宿直専従職員含む)	利用者の日常生活の支援等	6名
看護師	1名		利用者の健康管理	1名
栄養士	1名		利用者の栄養管理	1名
事務員	2名		庶務及び会計事務	2名
嘱託医		1名		1名
機能訓練指導員		1名		1名
ケアサポーター		2名	ケアワーカー、相談員補助	2名
清掃員		1名	共用部清掃	1名

(6) 職員の勤務体制（正規職員）

（施設長・相談員・看護師・介護職員・栄養士～実働8時間：休憩時間60分間）

勤務	勤務時間	勤務表表記及び備考
日勤	8:30～17:30	施設長・事務員
日勤	9:00～18:00	相談員・看護師・栄養士
A勤	7:30～16:30	ケアワーカー
B勤	9:30～18:30	ケアワーカー
C勤	10:00～19:00	ケアワーカー

宿直	12:00～翌日15:00迄	ケアワーカー・看護師・相談員
----	----------------	----------------

3. 施設サービスの概要

サービスの種別	内 容
1. 食 事	<p>1日3食、毎日高齢者に適した食事を提供します。</p> <p>1) 食事時間 朝食 7時50分～ 8時50分 昼食 11時50分～12時50分 夕食 17時50分～18時50分</p> <p>2) 食事場所 2階食堂にて一緒に食べていただきます。</p> <p>3) その他 ①献立表を、2F廊下に掲示します。 ②食事を止められる時は、事前に連絡をしてください。 ③体調が悪い場合は、居室で食べてください。 ④食事全般の相談は栄養士にて承ります。</p>
2. 入 浴	<p>1) 入浴日 月曜日から、土曜日まで毎日利用できます。</p> <p>2) 入浴時間 午前 8時30分～12時45分 午後 14時00分～18時50分</p> <p>3) 入浴場所 ①B1階の一般浴槽にて、男女別の時間帯で入浴してください。 ②24時間循環型浴槽で、衛生面と安全面に特に配慮しております。</p> <p>4) その他 施設の定める「入浴のきまり」を遵守してください。</p>
3. 相 談	生活相談については、相談員やケアワーカー、健康面は、看護師に相談してください。
4. 行事、クラブ	日程は各フロアの掲示板や、フロア懇談会、利用者懇談会で伝えます。又、事業計画書を作成して実施します。
5. 生活支援等	①自己決定、自己選択を原則に、自立した日常生活を送っていただきます。 ②緊急時には、利用者の心身の状態に応じ、身の回りの支援をします。 ③日常的に、介護が必要な利用者については、必要に応じ介護保険サービスが利用出来るよう申請・更新・再認定の代行を行います。

6. 健康管理 医療	<p>①年2回(春季・秋季)健康診断を行います。 春季は、胸部X線検査・血液検査・心電図・検便・検尿と医師による問診を行っています。秋季は、血圧・体重・検尿と必要に応じて医師による問診を行っています。</p> <p>②月1回、血圧・体重測定を、又、必要に応じて随時血圧測定を行っています。適宜、予防接種を行います。</p> <p>③嘱託医、看護師による健康相談に応じます。通院が困難な場合には介護保険サービス等の利用をご案内します。</p> <p>④月～土は、ラジオ体操を実施しております。又、個別の介護予防体操も推進しております。</p> <p>⑤月1回、機能訓練指導員等による、リハビリ教室があります。</p> <p>⑥医療機関への通院、入院をする場合は、緊急時を除いて利用者本人、又は保証人等で行ってください。入院は、3ヶ月までとなります。3ヶ月になっても退院の見込みがない時は、必要に応じて話し合いの上対応します。</p> <p>⑦利用料は、入院した次日から退院日の前日までの生活費を、日割りで計算し返却します。</p> <p>⑧急変等の場合は、保証人等に連絡するなど必要な措置を講じます。</p>
7. 歯科	<p>介護認定を受けている方で、必要と認められる方には、協力歯科医療機関の、訪問診療を受けることができます。</p>
8. 余暇活動 クラブ活動	<p>日々の生活を豊かな潤いのあるものにする為、行事など行います。また、生きがい活動の一環として、華道、音楽、書道、絵画、カラオケ、麻雀、手芸、などのクラブ活動（講師を招いたクラブ活動やご入居者同士で開催する余暇活動）を実施しております。参加は自由です。</p>
9. 販売	<p>定期的に、業者による日用品等販売を行います。</p>

4. 利用料

(1) 基本料金～利用料

年度毎に、東京都が定める軽費老人ホーム運営費補助要綱の基準に従い決定します。利用料の決定に必要な源泉徴収票またはそれに変わるもの、及び、(非)課税証明書等、その他、事業者が定める書類を提出してください。利用者の収入状況に応じて、個人別に算定し通知します。東京都が定める軽費老人ホーム運営補助要綱の改正で、変更が生じた場合は利用料を変更します。また、利用者が入院、その他災害等不測の事故が生じた場合に、事業者は特別な理由があると認められるときは、利用料を減額又は免除することができます。

利用料表

(平成 12 年 7 月 1 日以降に入所の方)

対象収入		利用料
1	～1,500,000	64, 230
2	1,500,001～1,600,000	67, 230
3	1,600,001～1,700,000	70, 230
4	1,700,001～1,800,000	73, 230
5	1,800,001～1,900,000	76, 230
6	1,900,001～2,000,000	79, 230
7	2,000,001～2,100,000	84, 230
8	2,100,001～2,200,000	89, 230
9	2,200,001～2,300,000	94, 230
10	2,300,001～2,400,000	99, 230
11	2,400,001～2,500,000	104, 230
12	2,500,001～2,600,000	111, 230
13	2,600,001～2,700,000	118, 230
14	2,700,001～2,800,000	125, 230
15	2,800,001～2,900,000	132, 230
16	2,900,001～3,000,000	139, 230
17	3,000,001～3,100,000	147, 230
18	3,100,001～3,200,000	155, 230
19	3,200,001～3,300,000	163, 230
20	3,300,001～3,400,000	171, 230
21	3,400,001～	基本利用料全額 (174,830円)

必要経費	内 容	認められない必要経費
所得税、住民税の 租税	その他に必要経費として認められる租税に は、相続税、贈与税があります。	・固定資産税、都市計画 税、不動産取得税
社会保険料又は これに準ずるも の	①社会保険料とは、後期高齢者医療保険料、 国民健康保険料、介護保険料。 ②社会保険料に準ずるものには、所得税法に おいて小規模企業共済等掛金控除として、控 除が認められる心身障害者扶養共済制度の掛 金が該当します。	

医療費 ※差額ベッド代、 付属費用、医薬品 購入費、入院中の 食事を含む医療 を受けるのに通 常必要とされる 一切の経費	①所得税法において控除の対象となる、医療費の範囲に準じて取り扱えます。通院費、マッサージ、指圧師、はり師、きゅう師による施術費は医療費に含まれます。 医療費は、支払った医療費の総額から保険金等で、補填される金額を控除した額の、全額を必要経費として認めます。	<ul style="list-style-type: none"> • 疾病の予防又は健康の増進のために供される医薬品の購入費。 • 健康診断のための人間ドックの費用。
その他	①配偶者等が養護老人ホーム、又は特別養護老人ホームに入所している場合は、標準的な生活費、個別的日常生活に相当する額。 ②離婚に伴う慰謝料	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の意思により任意に負担するもの交際費、見舞金、法事、墓参りのための費用等 • 生命保険料

※ 利用料金算出方法

$$\text{前年度の収入（年金等）} - \text{必要経費} = \text{対象収入}$$

必要経費算出のために、領収書等が必要となりますので、各自保管をお願いします。

夫婦（扶養等）で入居される方

前年度収入は夫婦合算での申告となります。また、必要経費について、扶養の場合は健康保険税、介護保険料は夫婦で半分ずつの申告となります。（医療費は個別で対応）

（2）利用者負担金

別紙のとおり

※支払方法

利用者は、毎月の利用料及び利用者負担金を、事業者の指示する日、及び方法により支払うものとします。

なお、その他の負担金に関しては、その都度徴収します。

（3）その他の負担金

クラブ活動、サークル活動、レクリエーション等、利用者本人が選定したサービスに費用が発生する場合には、自己負担となります。

なお、費用が発生する場合には、必ず事前に説明もしくは掲示します。

下記、備品については経年劣化の場合のみ、施設負担で交換いたします。

① 温水暖房便座 ② エアコン ③ 洗面台

居室内の備品破損時は、その理由により自己負担していただく場合があります。

本人の日用品、他生活必需品、娯楽品等に関しては、全て自己負担となります。

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

- ① まずは、電話等で相談ください。生活相談員より、申し込み方法等について説明します。
- ② 利用希望者は、保証人同行で必ず施設見学をしてください。利用条件を確かめた上で、申し込みください。
- ③ 原則として、申し込み順に空きができ次第利用出来ます。

(2) 退所手続き

- ① 利用者の都合で退所される場合
 - ・退所を希望される30日前までに、口頭で申し出ください。
- ② 自動終了
 - ・利用者が死亡した場合
 - ・介護保険施設等に入所した場合
- ③ その他
 - ・不正またはいつわりの手段により、利用承認をうけた時。
 - ・正当な理由なく2か月以上の利用料を滞納した時、又は支払うことが出来なくなった時。
 - ・介護保険サービス、及び保険医療福祉サービスを利用しても、なお、常時介護を必要とし、施設の生活が著しく困難となった時。
 - ・身体又は精神的疾患のため、施設での生活が著しく困難となった時。
 - ・利用者の収入が、国の定める収入資格を超えた時。
 - ・退居した方の同居者が、配偶者・三親等以内の親族・その他、特別な事情をもって入居した方であり、当該入居要件に満たない場合。
 - ・承認を得ないで、施設の建物・付帯設備等の造作・模様替えを行い、かつ原状回復をしない時。
 - ・前各号のほか、共同生活の秩序を乱し、又、他の利用者に迷惑をかけるなど、施設の生活が、不相当と思われる事由が生じた時。
 - ・利用者が病院へ入院し、その他の事由のため、施設以外の場所で生活することが継続して3ヶ月以上に渡ることが明らかになった場合。または3ヶ月を超えるに至った日を持って、復帰が不可能と認められる時。

* 施設長は、入所時に契約の解除となる条件について、十分説明し、契約を解除するに至った場合、具体的に理由を明示するものとします。利用者は、この通知により契約を終了する時は、契約満了期間までに、居室を明け渡してください。

(3) 退所等に伴う居室原状復帰負担金

入居時の原状復帰を基本とし、各自（保証人等）が対応していただきます。

- ① 退居日が決定したら、室内の使用状況を確認します。
- ② 部屋の内部・備品の汚れ・破損・紛失等を確認します。
- ③ 居室の鍵を破損・紛失されている場合には、製作・交換にかかる実費を請求します。
- ④ 室内の管理及び清掃に関しては、自己責任でお願いします。管理及び清掃を怠ったことに起因する排水・配管の詰まり、エアコンの不具合、備品の破損に関しては、実費を請求します。
- ⑤ 当施設は高齢者施設であるため、原状回復においては、「対応年数・経年劣化等、民間賃貸住宅におけるガイドライン」は適用されませんので、予めご了承ください。経年劣化を含め使用状況によって内装、ハウスクリーニングをお願いする場合がございます。
- ⑥ 部屋内外の造作上の変更があった場合には、実費にて、入居時の原状に復帰します。

6. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、不明な点や疑問、苦情がありましたら、なんでも気軽に相談ください。

苦情受付担当者 生活相談員
 苦情解決責任者 施設長

7. オンブズマン機構

当施設には、入居者の生活と人権について審議する、施設オンブズマン機構「第三者と共に考える会」があります。アンケート調査、苦情の受付など、独自の活動も行っています。意見や苦情申し立ては、受付脇の意見箱に入れてください。問題の検討及び調査、対応を進め、より良い生活の実現を目指します。

苦情委員会	第三者と共に考える会
所在地	町田市野津田町1932
電話番号	042-734-0631(代)
ファクシミリ番号	042-860-5770

8. 非常災害時の対策

災害時の対策	別途定める「社会福祉法人 福音会の消防計画」に応じ対応を行います。
--------	-----------------------------------

近隣との協力関係	並木町自主防災会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	別途定める「社会福祉法人 福音会の消防計画」に準じ、年6回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。

防災設備	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知機 誘導灯 ガス漏れ報知器、煙探知機 防火扉・シャッター 屋内消火栓 非常通報装置 漏電火災報知機 非常用電源・自家発電 カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。
消防計画等	鶴川消防署への届出日 平成24年4月1日 防火管理者：宮川 大蔵

※ 尚、防災用品、入院用品は必ず用意してください。

9. 当施設、利用の際に留意する事項

来 訪 ・ 面 会	面会時間 6時～21時（正面玄関開錠時刻） 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度、1階事務所の面会簿に記入してください。 来訪者が利用者の部屋に宿泊する場合には、必ず職員に連絡してください。
外 出 ・ 外 泊	外出時間 6時～21時（正面玄関開錠時刻） 外出・外泊は基本的に自由となりますが、外出する際は、各階談話コーナーの前にある名札を裏返して下さい。また、帰宅したら名札を元に戻して下さい。外出、外泊する際は「外出届、外泊届」に記入して下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した、利用により破損等が生じた場合、弁償ください。 防災カーテン・ベッドは自身で準備して下さい。また、物干しは、携帯の物を利用ください。

喫煙・飲酒	敷地内禁煙となります（居室、建物内、当施設敷地内）。 飲酒は特に規則は設けていませんが、健康管理上医師の指示に従っていただくこともあります。
迷惑行為等	騒音等、他の入所者の迷惑になるような行為は止めてください。
所持品の管理	利用者本人に、管理していただきます。
宗教、政治活動	施設内での、他の利用者に対する宗教活動及び、政治活動は禁止となります。
動物飼育	施設内への、ペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
火気厳禁	居室内での火の使用は、禁止しています。カーテンは、防災のものを使用してください。
ゴミの捨て方	基本的な出し方は、各フロアーの掲示板に記入されている、町田市のルールを守って出してください。

・その他詳細は [生活のしおり](#) を参照ください。

10. 利用者等の秘密保持に関する対応

職員は、業務上知り得た利用者又は、その家族の秘密を保持します。又、職員でなくなった後も、これらの秘密を保持します。

11. 利用者の個人情報提供に関する同意

個人情報の保護に関する法律(平成 15 年 5 月 30 日法律 57 号)に基づき、利用者の個人情報を業務ならびに、利用目的で必要な範囲で利用します。

※ 老人福祉法に基づく軽費老人ホームとしての、サービス提供業務。

※ 老人福祉法第 2 条「老人は多年にわたり、社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として、敬愛されるとともに生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」の理念を实践する為の、サービス提供業務。

主な内容は下記のとおりです。

- 入退所時の、実施機関・移管施設等への情報収集及び提供。
- 入退院・通院受診時の、情報収集及び提供。
- 健康管理、安全な生活への、情報収集及び提供。
- 施設内等、対人関係調整の為の、情報収集及び提供。
- 電話・郵便物の、取次ぎ、案内の為の、情報収集及び提供。
- 買物代行・仲介為の、情報収集及び提供。
- 年金等施設管理金銭に関する、情報収集及び提供。
- 館内放送による、案内・誘導。
- 居室等の名前の明示。

- 身体・財産に関して利用者の、不利益を被ら無い為の処置の、情報収集及び提供。
- 嗜好・希望・評価等、利用者の意見を伺うアンケート。
- その他、運営・サービス提供上必要と認めた事項の、情報収集及び提供。
- 実習生、ボランティアが関わる際に、最低限必要とされる情報を提供（名前等）。
- ※ 人種、信条、門地、本籍地、保健医療又は犯罪経歴についての、情報等の特別の非公開情報は、適切な業務運営その他必要と認められる目的以外に、利用・第三者に提供はしません。

- ※ 施設では施設便り、ホームページ等で情報を発信するにあたり、個人の顔が確認できる写真（肖像）の使用、及び施設便り等への個人名の掲載をしています。不都合のある方は事前に申し出ください。

肖像権の使用及び個人名の公表に

（ 同意 同意できません ）

同意出来ない方は理由

尚、全ての情報開示・提供その他に関して不都合のある方は、相談下さい。

12. 保証人の役割

通院時の付き添い

- ①単身で通院できなくなったときは付き添いをお願いします。
- ②有償ヘルパーの利用も可能ですが、利用料は本人の負担となります。
- ③本人の状況（医師からの説明等）の把握をお願いします。
- ④介護保険によるヘルパー利用も可能ですが、介護保険ヘルパーは、移動付き添いのみで本人状況の把握はできません。

入退院時の付き添い

- ①入退院時の付き添い（検査、入院申し込み等）をお願いします。
- ②夜間、緊急時は救急車に職員が同乗しますが、緊急事態ですので搬送先病院へかけつけていただくようお願いします。難しい場合は、代理の方をお願いします。

金銭、物品等管理・整理

- ①本人の管理能力が疑わしい場合には、保証人が責任を持って管理をしてください。
- ②本人の財産について、施設としての関与はいたしません。紛失等あった場合も補償は致しかねますので、予めご了承ください。
- ③利用料等の支払い、日用品の購入ほか、金銭の管理、本人の身の回りの整理等もお願いします。

外出支援

施設でのサービス提供において、外出支援、旅行他様々な行事がありますが、複数

を対象としたサービスです。本人の希望に対応するためにも、保証人の外出支援をお願いします。

面会、懇談会への参加

本人の生活状況を知るためにも、面会や懇談会への参加をお願いします。
懇談会においては、施設の運営状況等もお知らせしますので、ぜひ参加ください。

退居時の受け入れ先確保

本人が当ホームでの生活が困難になった場合には、次のライフステージへの移動について対応をお願いします。相談員とご相談ください。

支援計画への関与

本人の支援計画への関与、理解等をお願いします。職員も専門的視点から作成しますが、本人、家族の思いや考えを伺い、尊重します。

(支援計画＝ケアプラン・・・当施設における介護予防プラン)

生活維持に関すること

施設で、生活をする中で様々な問題が発生する場合がありますが、保証人と協力し、本人の意思を尊重し「安心・安全」な生活を、維持していきたいと考えています。

債務の履行

本人に支払い能力がない場合には、保証人が代わって支払います。支払えない場合や再三の連絡に応じない場合には、自動契約解除の要件に当てはまります。

- ① 施設利用料
- ② 居室の現状復帰に関わる費用
- ③ 病院代ほか生計・生命維持に関わる費用

協力医療機関

多摩丘陵病院
鶴川サナトリウム病院
まちだ丘の上病院
聖和会(歯科)
医療法人社団 天恵会 敬愛クリニック

緊急時の対応

体調の変化、火災等緊急の場合は、利用者に対し必要な措置を取ります。また、利用者に、許可無く居室に立ち入ります。

緊急の場合は、別紙に定める緊急連絡先に連絡します。受け入れの病院は、希望の病院を優先しますが、空きがない場合は、それ以外の病院への緊急搬送や入院も

ありますので、ご了承下さい。

感染症発生時の対応

感染症が園内で発生した場合には、保健所等関係機関と連携をとりながら対応します。

感染症蔓延防止のために、個人の行動等を制限する場合がありますが、理解と協力をお願いします。

軽費老人ホームA型 町田愛信園を利用するにあたり、契約者及び保証人に対して、契約、及び重要事項の説明をしました。

事業者名 軽費老人ホームA型 町田愛信園
住 所 東京都町田市野津田町1932
施設長 鹿島 まゆみ

令和 年 月 日
利 用 者

氏 名 _____ 印

第一保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

第二保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印