

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先

事業者の名称	フリガナ シャカイクシホウジンイッセイカイ	
	社会福祉法人一誠会	
事業者の所在地	〒192-0004	
	東京都八王子市加住町1丁目18番地	
事業者の連絡先	電話番号	042-691-0913
	FAX番号	042-691-1870
	ホームページアドレス	http://www.kairakuenhome.or.jp/
事業者の代表者名	理事長 鈴木 康之	

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

事業主体の名称	フリガナ シャカイクシホウジンイッセイカイ	
	社会福祉法人一誠会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒192-0005	
	東京都八王子市宮下町983番地	
事業者主体の連絡先	電話番号	042-691-2830
	FAX番号	042-691-8288
	ホームページアドレス	有 http://www.kairakuenhome.or.jp/ 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	鈴木 康之
	職名	理事長
事業主体が行っている主な事業等	介護保険事業(特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、通所介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援)	

(3) 基本サービス(入居者様全員が受けるサービスです。)

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握(安否確認)	27,000 円(税込)／月額	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日2回以上、生活支援員が居室に伺って安否の確認を行います。 ・ 上記以外の時間帯も、ご入居者様(ご家族様)とご相談の上、必要に応じて行います。 ※ 提供者: 社会福祉法人一誠会
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。(相談内容に応じて専門機関を紹介します) ※ 提供者: 社会福祉法人一誠会
緊急時対応		<p>【9時～18時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、共同の浴室に設置してあるナースコールを押していただければ生活支援員が携帯している PHS にて通報を受信の上、駆けつけ必要な対応(救急車の要請、ご家族への連絡等)を行います。 <p>【18時～9時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間は、併設介護事業所職員が携帯している PHS にて、ナースコールを受信し、必要に応じて、管理者または生活支援員に連絡して対応を行います。 ※ 提供者: 社会福祉法人一誠会

(4) 上記以外の生活支援サービス等

(本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。)

サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	52,950 円(税込)／月額	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食費は月単位での請求となります。 ・ 食費: 月額 52,950 円(30 日の場合)[朝食 460 円、昼食 655 円、おやつ 100 円、夕食 550 円] ・ 朝食は 7 時 30 分～8 時 30 分まで、昼食は 12 時 00 分～13 時 00 分まで、夕食は 18 時～19 時まで。 ・ 食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・ キャンセル、変更等は提供される日の前日 16 時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルに

		<p>については、キャンセル料(実費)が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。</p> <p>※ 提供者:株式会社日本給食サポート</p>
--	--	---

(5) 選択サービス

内容	料金	備考欄
居室内の清掃代行	1,000円(税込) / 30分	
洗濯代行	1,000円(税込) / 30分	洗濯から洗濯物の取り込み、たたみまで行わせていただきます。
買い物代行	600円(税込) / 30分	職員一名が入居者に代わり、買い物を代行します。
外出補助(独歩の方) (*1)	1,000円(税込) / 30分	職員一名がご利用者の外出に帯同します。 (ガソリン代は無料。高速料金は別途徴収)
外出補助(車椅子の方) (*1)	1,200円(税込) / 30分	職員一名がご利用者の外出に帯同します。 (ガソリン代は無料。高速料金は別途徴収)
通院補助(独歩の方) (*1)	1,500円(税込) / 30分	職員一名がご利用者の通院に帯同します。 (ガソリン代は無料。高速料金は別途徴収)
通院補助(車椅子の方) (*1)	1,700円(税込) / 30分	職員一名がご利用者の通院に帯同します。 (ガソリン代は無料。高速料金は別途徴収)
検温	3,000円(税込) / 1月	職員が体温、血圧、血中酸素濃度の測定を行わせていただきます。
服薬確認 (*3)	3,000円(税込) / 1月	一日分の薬剤を医師の指示に基づき、提供いたします。

*1 それぞれ原則予約制となっております。

なお、外出や通院補助につきましては、原則一週間前までにご予約ください。

*2 夜間から早朝(20時～7時)に上記のサービスを希望される場合は、それぞれ25%の割増料金が加算されます。

*3 「服薬確認」の対象者は、当法人の訪問診療医から処方された薬剤に限定されます。

(6) 医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	医療法人財団 興和会 右田病院
		住所	八王子市暁町1-48-18
		診療科目	消火器外科 呼吸器外科 形成外科 整形外科 乳腺外科 脳神経外科 内科 外科
		協力内容	病院受診における診察対応 緊急時等における診療及び入院対応
協力医療機関	2	名称	医療法人社団 新谷会 新谷医院
		住所	府中市朝日町2-30-11
		診療科目	内科 小児科 整形外科
		協力内容	居宅訪問による医師による診療及び健康管理

協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 高輪会 八王子歯科
	住所	東京都八王子市狭間町 1462 番地 1 イトーヨーカド 一八王子 3F
	協力内容	居宅訪問による歯科医師による診療

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法

- 毎月10日までに請求書を入居者様に送付します。(生活支援サービス契約書第6条参照)・基本サービス・・・状態把握(安否確認)、生活相談、緊急時対応 月額27,000円(税込)
- 毎月15日に支払請求分を自動口座振替の方法でお支払いいただきます(生活支援サービス契約書第6条参照)。

6. 苦情に対応する窓口等

(1) 苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称	住宅相談窓口					
電話番号	042-691-1866					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月30日～1月3日)					

(2) サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応

具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)を行います。
--------	---

(3) 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況

①あり	実施日	年4回開催予定の運営懇談会において意見等を把握、運営に反映	
	結果の開示	①あり	2なし
2なし			

7. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

(1) 外出・帰宅・訪問等

- ・ 外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。

(2) 共用施設の利用について

浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。
共用台所	共用台所の利用希望については、予約表に記載下さい。

8. 契約の解除内容等

(1) 入居者からの解約

- ・ 入居者は事業者に対して、解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます(生活支援サービス契約書第9条参照)。

契約解約時の連絡先	名称	第二偕楽園ホーム サービス付き高齢者向け住宅
	電話番号	042-691-1866

(2) 事業者からの解除

- ・ 事業者は、生活支援サービス契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。
 - ① 他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合
 - ② 本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合
 - ③ 入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合

9. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況

<input checked="" type="radio"/> 有	・ 無	あいおいニッセイ同和損保
------------------------------------	-----	--------------

説明年月日

年 月 日

様に対して、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名	社会福祉法人 一誠会
所在地	東京都八王子市宮下町983番地
代表者名	理事長 鈴木 康之 印
説明者氏名	地域福祉部長 高橋 毅 印

私は上記事業者から、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印