

生活支援サービス重要事項説明書

この説明書は見本となりますので
ご記名ご捺印は必要ありません。

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称	フリガナ	カブシキガイシャアイム
		株式会社アイム
事業者の所在地	〒192-0364 東京都八王子市南大沢 1-22-21	
事業者の連絡先	電話番号	042-677-0027
	FAX 番号	042-677-0032
	ホームページ	http://www.aimweb.co.jp/index.htm
事業者の代表者	代表取締役 山口 哲	

2. 住宅事業主概要

事業主体の名称	フリガナ	カブシキガイシャアイム
		株式会社アイム
事業主体の所在地	〒192-0364 東京都八王子市南大沢 1-22-21	
事業主体の連絡先	電話番号	042-677-0027
	FAX 番号	042-677-0032
	ホームページ	http://www.aimweb.co.jp/index.htm
事業主体の代表者	代表取締役 山口 哲	
事業主体が行っている 主な事業等	1. 訪問入浴サービス 4. 福祉用具サービス 2. 訪問介護サービス 5. 居宅介護サービス 3. 通所介護サービス 6. サービス付き高齢者向け住宅	

3. 住宅概要

事業者の名称	フリガナ	リリーフモアキタノ
		リリーフモア北野
事業者の所在地	〒192-0911 東京都打越町 2003-4	
事業者の連絡先	電話番号	042-635-1312
	FAX 番号	042-635-1314
	ホームページ	http://www.aimweb.co.jp/index.htm
住宅の管理者名	佐藤 裕貴	
住宅の開設年月日	平成 25 年 9 月 1 日	
住宅の契約方式	普通賃貸借契約	

4. 生活支援サービスの内容

<p>生活支援サービスに関する方針等</p>	<p>ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。</p> <p>ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。介護事業者及び医療機関は当住宅との連携先以外の事業者を自由に選択することができます。</p>
------------------------	--

《生活支援サービスプラン》

<p>①リリーフライトプラン 月額 15,428 円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>居室定期巡回 (1日5回)</u> 安否確認と生活相談のため、0時、3時、10時、15時、21時に居室定期巡回を行います。 ・ <u>緊急通報装置</u> 居室及び共用部に備付けの緊急通報装置からの呼びかけを、スタッフがPHSにて受信、対応します。 ・ <u>緊急時の対応</u> 重大な体調不良やお怪我をされた際、応急処置、主治医への連絡、救急車の手配と病院への同行、ご家族様（緊急連絡先）への連絡を行います。 ・ <u>体調不良時の対応</u> 体調不良の際、必要に応じてバイタルチェック、主治医への連絡、適宜見守り、居室個別巡回、身体介護、ご家族様（緊急連絡先）への連絡を行います。 ・ <u>アクティビティ活動</u> 各種趣味活動やイベント・行事を行います。 ・ <u>フロントサービス</u> 入館管理、郵便物代理受取り、支払代行、預り金管理、共用スペース利用管理、日用品の販売、生活のご相談、情報提供、タクシー手配を行います。
<p>②リリーフプラン 月額 30,857 円</p>	<p>リリーフライトプラン及び、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>処方箋・お薬の保管、服薬時提供及び確認と記録</u> 処方箋と一包化されたお薬をお預かりし、服薬時にお渡し又は服薬の補助を行います。服薬は必ず確認をして記録をします ・ <u>食事・水分摂取量の確認と記録</u> お食事を下膳する際、お食事と水分の摂取量を確認して記録します。 ・ <u>往診の手配と適宜立会い</u> 協力医療機関による訪問診療の日程調整と、必要に応じて受診時に立会いを行います。

	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>居室への配下膳</u> ご希望に応じて、お食事を居室まで配膳し、食後に下膳を行います。
<p>③リリースプラスプラン 月額 46,286 円</p>	<p>リリースプラン及び、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>定期バイタルチェック</u> 必要に応じて、体温、血圧、脈拍、酸素飽和度の測定を定期的に行います。 ・<u>適宜見守りサービス</u> 3Fダイニングにて、適宜見守りを行います。(居室内を適宜見守りするものではありません。) ・<u>朝昼夕食時の移動介助</u> 朝昼夕食時、居室とダイニングを往復される際の移動介助を行います。 ・<u>身体介護・生活援助サービス</u> 介護保険の支給限度額を超える身体介護(食事、排せつ、移動、更衣、整容の介助)、生活援助(居室の掃除、洗濯)を行います。 ・<u>個別巡回</u> 安否確認のため、必要に応じて居室個別巡回を行います。 ・<u>各種センサー対応</u> 介護保険レンタル等で取り付けた離床、徘徊などのセンサーをスタッフがPHSにて受信、対応を行います。 ・<u>看取りケア</u> 協力医療機関と連携のうえ、看取り期に必要なケアを行います。

※生活支援サービス提供に必要な用品(紙おむつ、とろみ剤、口腔ケア用スポンジ等)は別途実費でご購入又はご用意をいただきます。

《食事提供サービス》

提供会社	<p>株式会社アーバン 八王子市千人町4-10-22 TEL 042-629-4566 (代) FAX 042-629-4599</p>
提供内容	<p>朝食 7:50 から 料金 400 円 (税込) 昼食 11:50 から 料金 740 円 (おやつ含む・税込) 夕食 17:50 から 料金 710 円 (税込)</p>
提供形態	<p>常食(普通食)、一口大食、きざみ食、ソフト食、ミキサー食、ペースト食</p>
キャンセル規定	<p>キャンセルは原則として前日 16:00 までは無料。以降は金額が発生します。</p>

《日用品の販売》

品名
居室蛍光灯（長時間タイプ）、玄関用LED電球、トイレ・脱衣所用電球、電池各種、洗濯用洗剤、八王子市指定ゴミ袋、トイレトーパー、おむつ各種、おしり拭き、防水シート、介護用品全般 など

※取扱商品は変更される場合があります。

《通院時又は外出時等の付添いサービス》

病院への通院、入退院、買い物や冠婚葬祭などの外出時に付添い介助を行います。

【料金表】

日時	日中	早朝・夜間
月曜～土曜日 1時間	2,000 円	2,400 円
日曜日・祝日 1時間	2,400 円	2,800 円
年末・年始 1時間	2,800 円	3,200 円

5. 生活支援サービス職員体制

職種	人数	提供事業者又は委託先
生活支援サービススタッフ (日勤及び夜勤)	9人	株式会社アイム
調理員	7名	株式会社アーバン

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月 15 日に請求書を発行し入居者に送付します。
支払方法	毎月 23 日に支払請求分を口座振替にてお支払いいただきます。

7. 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等

苦情相談受付窓口	株式会社アイム 苦情受付・相談窓口 TEL 042-677-0027 FAX 042-677-0032 Email aimnew@aimweb.co.jp 受付 月～土曜日 9:00～17:00
----------	--

8. 生活支援サービス利用に当たっての留意点

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、事前にスタッフへご連絡下さい。
-----------	---

共用浴室の利用	入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせください。
共用キッチンの利用	共用キッチンの利用希望については、事前にお知らせください。

9. 契約の解除内容等

入居者からの解約	入居者は事業者に対して、解約する 30 日前に文書にて解約の申し出を事業者へ通知することで、本契約を解約することができます。
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 か月以上滞納した場合

10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任 保険への加入	東京海上日動損害賠償責任保険
------------------	----------------

入居者様に対して、入居契約書、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。

説明年月日 平成 年 月 日

株式会社アイム

事業者名 サービス付き高齢者向け住宅 リリーフモア北野

住所 東京都八王子市打越町 2003-4

代表者名 代表取締役 山口 哲 印

説明者名 佐藤 裕貴 印

私は上記事業者から、入居契約書、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。

同意年月日 平成 年 月 日

入居者住所 _____

入居者氏名 _____ 印

連帯保証人住所 _____

連帯保証人氏名 _____ 印