

# 生活支援サービス重要事項説明書

株式会社グランフレア金町  
東京都葛飾区金町5丁目24番18号  
TEL 03-5876-1888  
FAX 03-5876-1881



#### 4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等			
ご入居者様の必要に応じて、心身の状態や特性を考慮した上で、ご入居者様ができる限り自立した生活を営む事ができるための生活支援サービスを行います。また、介護事業所他、医療機関との連携を図ります。なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者様は連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。			
住宅で対応できる医療的ケアの内容			
看護師が、日々の健康管理（体温・血圧の測定・記録・健康相談など）を行います。また、治療が必要な場合は提携医療機関や医療機関に連絡いたします。			
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）	お一人様 22,000円(税込)/月額 お二人様 33,000円(税込)/月額	居室にお伺いし、ご入居者様の安否を確認いたします。 提供者：株式会社 グランフレア金町	
生活相談		専門知識を持った職員による生活相談に応じます。 提供者：株式会社グランフレア金町	
緊急時対応		突発的な事故、急激な体調変化などの場合、担当職員が2階事務所、7階スタッフルーム、職員携帯用PHSにて緊急コールを受け、夜間対応病院、または救急搬送などに連絡を取り対応する。 提供者：株式会社グランフレア金町	
一時預かり		ご不在時に届いた宅配便などをお預かりし、ご帰宅の際にお届けいたします。提供者：株式会社グランフレア金町	
来訪者への対応		来訪者の受付、不要者の対応をいたします。 提供者：株式会社グランフレア金町	
健康相談		看護師による健康相談に応じます。 提供者：株式会社グランフレア金町	
ゴミ出し		スタッフがゴミ出しのお手伝いをいたします。 提供者：株式会社グランフレア金町	
代理オーダー		タクシー、宅配便の手配を代理して行います。 提供者：株式会社グランフレア金町	
見守り		安心して生活を送って頂けるようにスタッフが見守りをいたします。提供者：株式会社グランフレア金町	
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)	
食事提供サービス（別途契約）	67,760円(税込)/月(月極)	月極契約の場合 月額67,760円(税込) 個別契約の場合 朝食715円(税込)、昼食825円(税込) 夕食975円(税込)とし、提供数のみのご請求となり、株式会社グランフレア金町が提供致します。*キャンセル・変更などは、月極契約者の場合、前日午前11時まで個別契約の場合、2日前の午前11時までにキャンセルの連絡をお願いします。連絡の無い場合は、食事サービス料金が発生します。消費税はすべて10%となります。 提供者：株式会社グランフレア金町	
	253円(税込)/回	居室への配膳 入居者からの希望により居室へ配膳をいたします。 提供者：株式会社グランフレア金町	
個別サービス費	330円(税込)/回	食事介助 食事の介助を行います。 提供者：株式会社グランフレア金町	
		日常の洗濯 衣類、リネン類の洗濯を行います。 提供者：株式会社グランフレア金町	
		居室内の清掃 居室の清掃を行います。 提供者：株式会社グランフレア金町	
		買い物代行 買い物代行をします。(品物代別途) 提供者：株式会社グランフレア金町	
		外出の付き添い 外出の付き添いをします。(交通費別途) 提供者：株式会社グランフレア金町	
オプションサービス	1,650円(税込)/30分	その他入居者からの特別な申し立て その他、ご相談の上、入居者からの特別な申し立てがあった場合対応します。提供者：株式会社グランフレア金町	
		11,000円(税込)/月	必要に応じて18時から8時までの間、4回を限度として体位交換を行います。 提供者：株式会社グランフレア金町
		22,000円(税込)/月	必要に応じて18時から8時までの間、2回を限度として排泄介助を行います。 提供者：株式会社グランフレア金町
		6,600円(税込)/月	入居者が施設に持ち込んだ内服薬などの薬剤管理を行います。提供者：株式会社グランフレア金町
医療連携	基本サービスに含まれます	2,200円(税込)/月	入居者に処方された内服薬の服用を支援、確認します。提供者：株式会社グランフレア金町
		治療が必要な場合は、以下の提携医療機関の情報提供を致します。治療にかかる費用は実費をご負担いただきます。 <提携医療機関>悠翔会在宅クリニック<所在地>東京都葛飾区金町5-24-18 グランフレア金町1階	
健康管理サービス	基本サービスに含まれます	グランフレア金町のスタッフが、日々の健康管理（体温・血圧の測定・記録・健康相談など）を行います。	

医療連携の内容 治療が必要な場合は、以下の協力医療機関の情報提供を致します。

協力医療機関	1	名称	悠翔会在宅クリニック葛飾
		住所	東京都葛飾区柴又1-46-9
		診療科目	内科、皮膚科、精神科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談
協力医療機関	2	名称	医療法人社団 八心会 上田医院
		住所	千葉県市川市中国分4-11-12
		診療科目	内科、循環器科、消化器科、呼吸器科、アレルギー科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談
協力医療機関	3	名称	医療法人社団嬉泉会 嬉泉病院
		住所	東京都葛飾区東金町1-35-8
		診療科目	内科、循環器科、歯科・口腔外科
		協力内容	健康相談、24時間365日緊急対応
協力医療機関	4	名称	医療法人社団 江仁会 第一病院
		住所	東京都葛飾区東金町4-2-10
		診療科目	内科、外科、整形外科、リハビリテーション科、脳神経内科
		協力内容	健康相談、24時間365日緊急対応
協力歯科医療機関		名称	モガミデンタルオフィス
		住所	東京都日本橋小伝馬町20-3 W2KODENMACHO 1階
		協力内容	訪問歯科診療

### 5. 月額利用料の請求及び支払方法

#### 請求方法

毎月12日までにご利用に応じた請求書を発行し、入居者様に送付します。

基本サービス 22,000円(税込)～33,000円(税込) (翌月分の請求)

個別サービス 1,650円(税込)/30分(前月分の請求)

オプションサービス 2,200円(税込)～66,000円(税込) (前月分の請求)

食事サービス 個別契約 朝食715円(税込) 昼食825円(税込) 夕食975円(税込) (前月分の請求)

月極契約 月額67,760円(税込) (翌月分の請求)

#### 支払方法

毎月27日までに支払い請求分をお支払いいただきます。

### 6. 苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況 ・ 随時担当職員が訪問の際に言われたことを、担当に報告し適切な対応を行います。

窓口の名称	グランフレア金町					
電話番号	03-5876-1888					
対応している時間	平日	9時	00分	～	17時	00分
	土曜	9時	00分	～	17時	00分
	日曜	9時	00分	～	17時	00分
	祝日	9時	00分	～	17時	00分
定休日	なし					

サービス提供により事故が発生したときの対応

具体的な対応	<p>・本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供し、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、救急車の呼び出しなど）を行います。事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策部へ報告した上で、事故原因の調査及び、再発防止のための取り組みを実施します。</p>	
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	常時 アンケート調査等により食事や、その他の問題点などを確認。
2 なし	結果の開示	1 あり 2 あり *内容を考慮し対応

7. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
お一人での外出、夜間の外出・外泊などの際は事前に職員にご連絡ください。	
共用施設の利用について	
浴室	指定日以外に浴室をご利用の際は、事前にお申し出ください。
ラウンジ	原則として9:00から17:00まで開放しておりますが、時間外のご利用及び貸し切りをご希望される場合は、事前にお知らせください。

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
契約者は契約終了を希望する日の30日前までに事業者へ通知するものとします。		
契約解約時の連絡先	名称	株式会社 グランフレア金町
	電話番号	03-5876-1888
事業者からの解除		
生活支援サービス契約書 第8条による		

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害保険株式会社 )

説明年月日

令和4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 株式会社 グランフレア金町

所在地 東京都葛飾区金町5丁目24番18号

代表者名 代表取締役 福地 智子 印

説明者氏名 施設長 小町谷 裕子 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

