

# 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 カブシキガイシャアドバンスケアシステム<br>株式会社アドバンスケアシステム |                                                         |
| 事業者の所在地                 | 〒190-0031                                   | 東京都立川市砂川町4-70-4                                         |
| 事業者の連絡先                 | 電話番号                                        | 042-537-8666                                            |
|                         | FAX番号                                       | 042-537-8668                                            |
|                         | ホームページアドレス                                  | <a href="http://acs-kaigo.jp/">http://acs-kaigo.jp/</a> |
| 事業者の代表者名                | 代表取締役 原田 晃                                  |                                                         |

## 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 カブシキガイシャアドバンスケアシステム<br>株式会社アドバンスケアシステム |                                                         |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒190-0031                                   | 東京都立川市砂川町4-70-4                                         |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                                        | 042-537-8666                                            |
|                                 | FAX番号                                       | 042-537-8668                                            |
|                                 | ホームページアドレス                                  | <a href="http://acs-kaigo.jp/">http://acs-kaigo.jp/</a> |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                                          | 原田 晃                                                    |
|                                 | 職名                                          | 代表取締役                                                   |
| 事業主体が行っている主な事業等                 | 有料老人ホームの運営、介護保険事業（訪問介護事業、訪問看護事業）の運営         |                                                         |

## 3. 住宅概要

| 住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先 |                                        |                                                                                     |
|------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 住宅の名称                  | フリガナ ナーシングホームヒヨリ タチカワ<br>ナーシングホーム日和 立川 |                                                                                     |
| 住宅の所在地                 | 〒190-0031                              | 東京都立川市砂川町四丁目70-4                                                                    |
| 住宅の連絡先                 | 電話番号                                   | 042-537-8666                                                                        |
|                        | FAX番号                                  | 042-537-8668                                                                        |
|                        | ホームページアドレス                             | <a href="http://acs-kaigo.jp/nhh/tachikawa/">http://acs-kaigo.jp/nhh/tachikawa/</a> |
| 住宅の管理者名                | 杉本 美奈子                                 |                                                                                     |
| 住宅の開設年月日               | 2022年 2月 1日                            |                                                                                     |
| 居住の契約方式                | 普通賃貸借                                  |                                                                                     |

## 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                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <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。</p> <p>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。</p> |  |

|                  |                                                                                                                                                 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住宅で対応できる医療的ケアの内容 |                                                                                                                                                 |
|                  | 当住宅は24時間、看護師が常駐する体制としておりますので、日常的に医療的な処置、ケアの必要な方にも対応しております。必要に応じてご入居者の主治医、かかりつけ医、当住宅の協力医療機関などと連携協力しながらサービスの提供をいたします。対応可能な医療行為の内容については別表1をご確認下さい。 |

基本サービス 状況把握及び生活相談サービス（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：㈱アドバンスケアシステム）                                                                                             |
|------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 状況把握（安否確認） | 33,000円／月 税込 | 住宅の介護職員または看護職員が1日4回（朝、昼、夕、夜間を目処）居室に伺います。                                                                           |
| 生活相談       |              | 常駐している住宅の職員に日常生活での困りごとなどなんでもお気軽にご相談下さい。守秘義務に配慮しご相談内容により、専門職と連携するなどして対応いたします。                                       |
| 緊急時対応      |              | 24時間365日体制で居室内（ベッドサイド、トイレ）及び住宅共用部に設置されたナースコールからの緊急通報を1階事務室で受信し、常駐している住宅職員が住宅看護師、協力医療機関への通報、救急車の要請連絡、ご家族への連絡をいたします。 |

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（提供者：(株)アドバンスケアシステム）                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事の提供サービス        | 月額概算<br>54,420円<br>(税込) | 朝食518円(税込)、昼食594円(税込)、夕食594円(税込)、おやつ108円(税込)<br>4営業日目の16時までに欠食の連絡のあったものについては食費を徴収しません。<br>※軽減税率（8%）の対象です<br>※朝食、昼食、夕食、おやつ30日間の場合                      |
| 入浴・排泄・食事等の介護サービス | —                       | 食事介助440円/回(税込) 入浴介助2,200円/回(税込) 清拭1,650円/回(税込) 排泄介助275円/回(税込)等。 その他詳細は別表1に記載。サービス内容により、外部の介護保険サービスの利用も可能です。                                           |
| 洗濯、掃除等の家事サービス    | —                       | 洗濯440円/回(税込) アイロンがけ220円/枚(税込) 居室清掃1,100円/回(税込) 特別清掃1,650円/回(税込) その他詳細は別表1に記載。サービス内容により、外部の介護保険サービスの利用も可能です。                                           |
| 健康の維持増進サービス      | —                       | 健康相談は随時対応でその料金は基本サービスの料金月額33,000円(税込)に含まれます。毎日のバイタル測定3,300円/月(税込) 口腔ケア275円/回(税込) 通院介助、付添825円/30分(税込) その他詳細は別表1に記載。サービス内容により、外部の介護保険サービスの利用も可能です。      |
| その他のサービス         | —                       | 経管栄養440円/回(税込) リネン交換440円/回(税込) 買物・行政手続代行1,650円/回(税込) その他詳細は別表1に記載。郵便・宅配便・クリーニングの取次についての料金は基本サービスの料金月額33,000円(税込)に含まれます。サービス内容により、外部の介護保険サービスの利用も可能です。 |

医療連携の内容

|          |   |      |                                      |
|----------|---|------|--------------------------------------|
| 協力医療機関   | 1 | 名称   | 西立川クリニック                             |
|          |   | 住所   | 〒190-0013 東京都立川市富士見町1-33-3サンビナス立川内1階 |
|          |   | 診療科目 | 内科                                   |
|          |   | 協力内容 | 訪問診療                                 |
| 協力医療機関   | 2 | 名称   | 西砂川病院                                |
|          |   | 住所   | 〒190-0031 東京都立川市砂川町8-2-3             |
|          |   | 診療科目 | 内科                                   |
|          |   | 協力内容 | 緊急時対応                                |
| 協力歯科医療機関 |   | 名称   | コンパスデンタルクリニック立川若葉町                   |
|          |   | 住所   | 〒190-0001 東京都立川市若葉町1-9-1 グリーンクレスト103 |
|          |   | 協力内容 | 歯科                                   |

5. 月額利用料の請求及び支払方法

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 請求方法                                                                                                        |
| 事業者は毎月末締めにて月額利用料に関する請求書を作成し毎月15日までに利用者に請求します。<br>請求内容：基本サービス費については翌月分を請求。<br>：利用者への選択によるサービス利用料については前月分を請求。 |

|      |                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------|
| 支払方法 | 原則として事業者の指定する金融機関口座に送金(振込手数料は利用者負担)して支払う。請求書発行月の23日迄に支払うものとする。 |
|------|----------------------------------------------------------------|

## 6. 苦情に対応する窓口等

|                                  |                                                                                                                                                                      |                           |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 苦情に対応する窓口等の状況                    |                                                                                                                                                                      |                           |
| 窓口の名称                            | ナーシングホーム日和 立川                                                                                                                                                        |                           |
|                                  | 042-537-8666                                                                                                                                                         |                           |
| 対応している時間                         | 平日                                                                                                                                                                   | 9時～18時（時間外でも転送等により24時間対応） |
|                                  | 土・日・祝                                                                                                                                                                | 9時～18時（時間外でも転送等により24時間対応） |
| 定休日                              | なし                                                                                                                                                                   |                           |
| 窓口の名称                            | 株式会社アドバンスケアシステム                                                                                                                                                      |                           |
| 電話番号                             | 042-537-8666                                                                                                                                                         |                           |
| 対応している時間                         | 平日                                                                                                                                                                   | 9時～17時（時間外は留守番電話対応）       |
|                                  | 土曜                                                                                                                                                                   | 9時～12時（時間外は留守番電話対応）       |
| 定休日                              | 日曜、祝日、年末年始                                                                                                                                                           |                           |
| サービスの提供において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。<br>・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部へ報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。 |                           |
| 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                                                                                                                                                                  |                           |
|                                  | 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

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 外出・帰宅・訪問等                                                                                                                                                               |                                                                                                   |
| <p>外出・帰宅の時間については他入居者への配慮として、おおむね8時～19時の間でお願いいたします。なお、この時間帯以外での外出・帰宅となる場合を含め、外出、外泊については事前に事務室職員にご連絡下さい。</p> <p>また、ご家族様等が来訪される場合はお看取りなどの事情を除いて、おおむね7時～21時の間でお願いいたします。</p> |                                                                                                   |
| 共用施設の利用について                                                                                                                                                             |                                                                                                   |
| 浴室                                                                                                                                                                      | 共同浴室を利用される場合は事前に事務室職員にお知らせください。状況に応じて他入居者との利用時間の調整をいたします。                                         |
| 台所(キッチン)                                                                                                                                                                | 共用キッチンを利用される場合は事前に事務室職員にお知らせください。状況に応じて他入居者との利用時間の調整をいたします。                                       |
| 収納設備                                                                                                                                                                    | 共用収納に置く物品については部屋番号か所有者が判るようにシールを貼るなどした上で収納してください。シール等のついていない物品は持ち込まないようにしてください。                   |
| 談話室                                                                                                                                                                     | 他入居者とのご歓談、ご家族の来訪時などにご自由にお使いください。他に利用希望の方がいらっしゃる場合には1回の利用を60分程度としていただく場合があります。                     |
| 洗濯室(洗濯機・乾燥機)                                                                                                                                                            | 他入居者への配慮として7時～20時の間でご利用ください。洗濯機・乾燥機は使用料として各330円/回(光熱水費実費相当)掛かります。事前に事務室職員にご連絡下さい。他入居者との時間調整を行います。 |

## 8. 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   | ナーシングホーム日和 立川 |
|                                                                                    | 電話番号 | 042-537-8666  |

#### 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

|  |               |   |   |
|--|---------------|---|---|
|  | 有（東京海上日動火災保険） | ・ | 無 |
|--|---------------|---|---|

説明年月日

年 月 日

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 アドバンスケアシステム

所在地 東京都立川市砂川町4-70-4

代表者名 代表取締役 原田 晃 印

説明者氏名 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

別表1 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 介護を行う場所                                            | 居 室 （ 一部 浴室、食堂他 ）                                         |                                                                                                               |                                                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| サービス項目                                             | 月額利用料に含むサービス                                              | 入居者の選択により提供するサービス                                                                                             |                                                                   |
|                                                    |                                                           | **表記は消費税込みの金額です。**                                                                                            |                                                                   |
| 1. 状況把握及び生活相談サービス                                  |                                                           |                                                                                                               |                                                                   |
| ○安否確認                                              | 1日4回の訪室確認                                                 |                                                                                                               |                                                                   |
| ○生活相談                                              | 随時対応                                                      |                                                                                                               |                                                                   |
| ○緊急対応                                              | 随時対応                                                      |                                                                                                               |                                                                   |
| 2. 食事の提供サービス                                       |                                                           |                                                                                                               |                                                                   |
| ○3食+おやつ提供                                          | 朝食 518円<br>昼食 594円<br>おやつ 108円<br>夕食 594円<br>1日合計1,814円税込 | ※朝食代、昼食代、夕食代については軽減税率8%の対象となります。<br>※4営業日前16時迄の連絡によりキャンセル可<br>(料金負担無)<br>※朝食、昼食、夕食、おやつ 30日間の場合、1ヶ月概算54,420円税込 |                                                                   |
| 3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービス                               |                                                           |                                                                                                               |                                                                   |
| ○一般浴介助                                             | —                                                         | 1回                                                                                                            | 2,200 円 (浴室利用)                                                    |
| ○清拭の実施                                             | —                                                         | 1回                                                                                                            | 1,650 円                                                           |
| ○機械浴介助                                             | —                                                         | 1回                                                                                                            | 2,200 円 (浴室利用)                                                    |
| ○排泄介助                                              | —                                                         | 1回                                                                                                            | 275 円、1週間11,000円、1ヶ月33,000円                                       |
| ○食事介助                                              | —                                                         | 1回                                                                                                            | 440 円、1週間7,700円、1ヶ月27,500円                                        |
| ○食事の配膳・下膳                                          | —                                                         | 1回                                                                                                            | 110 円                                                             |
| ○食事介助 (経管栄養等)                                      | —                                                         | 1回                                                                                                            | 440 円 (看護師が対応)                                                    |
| ○インスリン対応<br>(看護師によるインスリン皮下注射の対応)                   | —                                                         | 1ヶ月                                                                                                           | 1日の対応回数×6,050円<br>例：1日2回(食)ならば日額12,100円                           |
| ○モーニングケア (整容)                                      | —                                                         | 1回                                                                                                            | 880 円      1ヶ月      16,500 円                                      |
| ○ナイトケア (整容)                                        | —                                                         | 1回                                                                                                            | 880 円      1ヶ月      16,500 円                                      |
| ○全身更衣                                              | —                                                         | 1回                                                                                                            | 1,650 円<br><br>(上着、下着、オムツ等の更衣)                                    |
| ○一部更衣                                              | —                                                         | 1回                                                                                                            | 1,100 円<br><br>上記のいずれかの更衣 (失禁等による下衣更衣)                            |
| ○移動介助 (毎食の居室～食堂への移動、レクリエーション時の移動)                  | —                                                         | 1ヶ月                                                                                                           | 11,000 円                                                          |
| ○ディ準備 (デイサービス等の外部サービス利用時の準備) (モーニングケア、ナイトケア等の方は除外) | —                                                         | 1回                                                                                                            | 770 円                                                             |
| ○体位交換                                              | —                                                         | 1日                                                                                                            | 1,100 円      1ヶ月      22,000 円<br><br>褥瘡予防等の目的で1日に5回以上の体位交換の必要な場合 |
| ○その他、身体介助                                          | —                                                         | 1時間                                                                                                           | 1,650 円 (スタッフ1名の介助)                                               |
|                                                    |                                                           | 30分                                                                                                           | 825 円 (スタッフ1名の介助)                                                 |
| ○認知症対応                                             | —                                                         | 1週間                                                                                                           | 3,300 円      1ヶ月      11,000 円                                    |
| ・認知症の入居者への対応                                       | —                                                         |                                                                                                               |                                                                   |

|                          |        |                                                 |                               |               |                             |
|--------------------------|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|
| (軽度) ※ 1                 |        |                                                 |                               |               |                             |
| ・認知症の入居者への対応<br>(中度) ※ 2 | —      | 1週間                                             | 6,600 円                       | 1 ヶ月          | 22,000 円                    |
| ・認知症の入居者への対応<br>(重度) ※ 3 | —      | 1週間                                             | 8,800 円                       | 1 ヶ月          | 27,500 円                    |
| ○頻回コール対応                 | —      | 居室内ナースコールが1日あたり、20回以上の場合                        |                               |               |                             |
| 居室内ナースコールの頻回通報           |        | 1日                                              | 2,200 円、1週間13,750円、1ヶ月44,000円 |               |                             |
| ○機能訓練                    | —      | 1回 (30分程度)                                      | 1,650円                        |               |                             |
| 4. 洗濯、掃除等の家事サービス         |        |                                                 |                               |               |                             |
| ○居室清掃                    | —      | 1回                                              | 1,100 円                       |               |                             |
| ○居室清掃 (特別な清掃)            | —      | 1回                                              | 1,650 円                       |               |                             |
| ○洗濯                      | —      | 1回                                              | 440 円                         |               |                             |
| ○アイロンがけ                  | —      | 1枚                                              | 220 円                         |               |                             |
| 5. 健康の維持増進サービス           |        |                                                 |                               |               |                             |
| ○健康相談                    | 随時対応   | —                                               |                               |               |                             |
| ○栄養相談                    | 随時対応   | —                                               |                               |               |                             |
| ○生活リズムの記録                | 1日3回以上 | —                                               |                               |               |                             |
| ○健康管理                    | —      | 1 ヶ月                                            | 3,300 円                       |               | (毎日のバイタル測定、必要に応じて血中酸素濃度の測定) |
| ○口腔ケア                    | —      | 1回                                              | 275 円、1週間4,950円、1ヶ月16,500円    |               |                             |
| ○服薬管理 ※ 4                | —      | 1日                                              | 550 円、1週間3,300円、1ヶ月11,000円    |               |                             |
| ○在宅医療の介助 ※ 5             | —      | 1日                                              | 3,300 円、1週間19,800円、1ヶ月55,000円 |               |                             |
| ○定期健康診断                  | —      | 1年に2回以上の定期健康診断のご案内を致します。<br>ただし、健康診断に伴う費用は実費負担。 |                               |               |                             |
| ○通院介助、付添                 |        | 30分                                             | 825 円                         | 協力医療機関含       |                             |
| 6. その他のサービス              |        |                                                 |                               |               |                             |
| ○経管栄養                    |        | 1回                                              | 440 円                         | (看護師が対応)      |                             |
| ○リネン交換                   |        |                                                 |                               |               |                             |
| ・シーツ、カバー類                | —      | 1回                                              | 440 円                         |               |                             |
| ・掛布団                     | —      | 1枚                                              | 1,650 円                       | (尿などの汚染による交換) |                             |
| ・ベットパット                  | —      | 1枚                                              | 550 円                         | (尿などの汚染による交換) |                             |
| ・枕                       | —      | 1個                                              | 1,100 円                       | (尿などの汚染による交換) |                             |
| ○買物代行                    | —      | 1回                                              | 1,650 円                       |               |                             |
| ○役所手続等、代行                | —      | 1回                                              | 1,650 円                       |               |                             |
| ○郵便物・宅配便・クリーニングの取次       | 随時対応   | —                                               |                               |               |                             |
| ○郵便物の投函                  | 随時対応   | —                                               |                               |               |                             |
| ○郵便物・宅配便等の保管             | 随時対応   | —                                               |                               |               |                             |
| ○送迎                      |        | 15分                                             | 550 円                         |               |                             |
| ○入居時の送迎                  | —      | 30分                                             | 1,650 円                       |               |                             |
| ○洗濯機の利用                  | —      | 1回                                              | 330 円                         |               |                             |

|                         |   |     |          |                        |
|-------------------------|---|-----|----------|------------------------|
| ○乾燥機の利用                 | — | 1回  | 330 円    |                        |
| ○物品預かり                  | — | 1ヶ月 | 11,000 円 |                        |
| ○生活サポート費                |   |     |          | 異食行為等のある方対象 認知症との併用は不可 |
| 介護認定のない方の生活全般のお世話       |   | 1ヶ月 | 55,000 円 |                        |
| ○入退院時の付き添い              | — | 30分 | 825円     | 協力医療機関（協力医療機関含む）       |
| ○入院中の洗濯・買物代行            | — | 1回  | 1,650 円  |                        |
| ○その他、スタッフ1名を伴って提供するサービス | — | 1時間 | 1,650 円  |                        |
| ○その他、スタッフ2名を伴って提供するサービス | — | 1時間 | 3,300 円  |                        |
| ○エンゼルケア                 | — | 1回  | 22,000 円 | お看取り時に実施               |
| ○退去時の不用品処理              | — |     |          | 別途見積もり                 |
| ○その他の特別な対応              | — |     |          | 要相談                    |

#### 認知症対応について

##### ※ 1 (認知症自立度Ⅱ～Ⅲ) (服薬管理含む)

認知症の原因疾患・中核症状・BPSDにより、1日数回の見守り・対応が必要。多職種連携協議検討要。

##### ※ 2 (認知症自立度Ⅲ～Ⅳ) (服薬管理含む)

認知症の原因疾患・中核症状・BPSDにより、1日頻回の見守り・対応が必要。多職種連携協議検討要。

##### ※ 3 (認知症自立度Ⅳ～Ⅴ) (服薬管理含む)

認知症の原因疾患・中核症状・BPSDにより、常時の見守り・対応が必要。多職種連携協議検討要。

#### 服薬管理について

※ 4 介護保険サービス外、認知症対応有料サービス対象外にて、ご本人及びご家族から服薬管理を依頼された場合。

#### 在宅医療介助について

※ 5 食事介助（特に経管栄養）、排泄介助、入浴介助等全介助に近く、頻回な喀痰吸引等の医察行為をサポートする為に設定（看護師が実施）

