

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	オウビリンパートナーズカブシキガイシャ
		桜美林パートナーズ株式会社
事業者の所在地	〒194-0213	
		東京都町田市常盤町3654番地
事業者の連絡先	電話番号	042-797-9944
	FAX番号	042-797-2046
	ホームページアドレス	https://www.obirin-sakurashop.jp
事業者の代表者名	代表取締役 村上 孝則	

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	オウビリンパートナーズカブシキガイシャ
		桜美林パートナーズ株式会社
事業主体の主たる事務所の所在地	〒194-0213	
		東京都町田市常盤町3654番地
事業主体の連絡先	電話番号	042-797-9944
	FAX番号	042-798-2046
	ホームページアドレス	有 https://www.obirin-sakurashop.jp
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	村上 孝則
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	桜美林学園受託業務、スクールバス運行管理業務、建築業および不動産賃貸業、コンビニ及び食堂経営、損害保険代理店業、旅行業法に基づく旅行業、労働者派遣業、研修所・保養所施設の運営、その他上記に付帯する一切の業務	

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	オウビリンガーデンヒルズ (シートウ)
		桜美林ガーデンヒルズ (C棟)
住宅の所在地	〒194-0215	
		東京都町田市小山ヶ丘1-14-1
住宅の連絡先	電話番号	042-797-3570
	FAX番号	042-797-3571
	ホームページアドレス	https://www.obirin-sakurashop.jp
住宅の管理者名	管理責任者 荒木 真紀子	
住宅の開設年月日	2017 (平成29) 年4月20日	
居住の契約方式	終身建物賃貸借契約	

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		
桜美林ガーデンヒルズ(C棟)は「安心・安全・快適な暮らし」の理念のもと、地域との結び付きの重視と、福祉や保険医療機関などとの連携に努め、サービス付き高齢者向け住宅が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した快適な住居を提供します。 入居者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく、心豊かに安心して自分らしく生きがいのある生活を送っていただけるよう配慮し、入居者の意思および人格の尊重と、常にその方の立場を考えてサービスの提供を行うように努めます。 桜美林ガーデンヒルズは若者から高齢者が共に暮らす多世代共生コミュニティであり、桜美林大学と連携したサービス付き高齢者向け住宅であるという特徴から、福祉・医療のみならず、趣味や習い事・ボランティア活動・学習などを共に楽しめるよう幅広いサービスを提供してまいります。 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。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。 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、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）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		
当住居では看護師を配置しています。看護師による健康相談や健康管理など各種対応が可能です。ただし、看護師による治療行為はできません。 胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等、医療行為が必要な場合は、入居者のかかりつけ医他、医療機関や訪問看護サービスにより在宅による医療行為を利用されることが可能な場合があります。（医療機関および訪問看護サービスなどとは入居者と該当する機関との別途契約・費用となります）		
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（税込）	（提供方法）提供者：桜美林パートナーズ株式会社
① 状況把握（安否確認）	1人入居の場合 47,137円／月額 2人入居の場合 75,951円／月額	・毎日1回、朝9時までに建物エントランスにある安否確認ボードに印を付けに来ていただきます。 ・外泊等による安否確認時に不在の場合は事前にフロントに届け出をお願いします。 ・定時を超え安否の確認が取れない場合は、電話による連絡や住居への訪問などにより、安否確認を行います。
② 緊急時対応		【9:00～18:00】 各住戸に設置されている緊急通報ボタンや安否確認システムで通報があった場合、隣接したA棟事務室に常駐しているスタッフが携帯している端末で受信し、迅速に駆けつけます。状況確認を行い、必要に応じて救急車の手配、かかりつけ医、協力医療機関、ご家族への連絡などの対応を行います。 ・入居者の状態に応じて救急車に同乗することはできませんが、救急の受診はご家族の対応をお願いします。ご家族の対応が困難な場合は、別途有料にて同行付き添いすることが可能な場合もありますので、ご相談ください。 【18:00～9:00】 夜間は隣接のA棟事務室に待機しているスタッフが受け、必要に応じて駆けつけ対応いたします。
③ 生活相談		・日常生活における、人間関係等の心配事、困りごと等の相談ができます。専門的な助言のためのニーズに沿うよう、専門家の方をマネジメントします。
④ 健康相談		・日中常駐の看護師や当社雇用の栄養士などが相談をお受けします。
⑤ フロントサービス		【情報の提供】 ●インターネット検索 ●地域情報の提供 等、希望される情報を収集し、必要に応じ提供します。 【各種取次ぎ】 ●ハウスクリーニング ●宅配便の集配 ●タクシー ●レンタカー ●訪問理美容 ●衣料クリーニング業者 ●その他、入居者のニーズにより取次を行います。
⑥ コミュニケーションサポート		入居者同士や地域との交流となるイベントのサポートや生活や医療・介護などの生活情報に関わる各種学びの機会の創出またはそれらの地域資源との連携がスムーズに図られるようにマネジメントを行います。
⑦ 各所との情報共有・各種打ち合わせ同席		ご本人・ご家族の同意の元、介護保険の認定調査や担当者会議他、必要な会議の出席と情報共有や、日常的な情報共有を行います。交通費が発生した場合は実費請求をさせていただきます。

選択サービス（入居者の希望により有料にて提供するサービス）			
サービスの種類		料金（税込）	（提供方法・提供者）
食事提供サービス		80,520円/月額	●食事：80,520円（30日の場合）[朝食748円、昼食858円、夕食1,078円] ●隣接のレストランでご予約制にてお召し上がりいただけます。食事数に単価を乗じた金額でのお支払いとなります。 ●ご家族様はゲスト料金にてご予約承ります。[ゲスト料金：各食+110円] ●介護食（やわらか食）のご要望も承ります。 80,520円（30日の場合） [朝食748円、昼食858円、夕食1,078円] [おかゆ料金：各食+110円] ●ご予約は3日前までお申込み、キャンセルが可能です。 ＜軽減税率対象外＞ 提供者：株式会社TORIKAI CAFE
家事サービス		275円/10分	●住宅の簡単な清掃、風呂掃除、布団干し、ゴミ出しなどの家事を行います。 ●家具の移動、組立て、搬入搬出。 ※専門的な知識や技能が必要なものは、専門業者についての情報提供をいたします。提供者：桜美林パートナーズ株式会社
外出同行サービス		275円/10分	●通院、散歩、買い物等、外出時にスタッフ1名が同行いたします。（交通費、買物品代は、別途負担いただきます。） ●1名以上の場合は、ご相談ください。料金はプラス275円/10分です。 ●なお、外出同行はスタッフ確保のため2日前までに予約となります。 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
健康管理サービス		550円/20分	●看護師が定期的なバイタルチェック（体温・血圧・脈拍・酸素飽和度）をおこないます。 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
入退院時及び療養時のサービス		275円/10分	●入退院時の付き添い ●入院時の必要な物のお届け ●退院後のご自宅（住戸）への様子伺い など、必要に応じて看護師またはスタッフが対応いたします。 交通費が発生した場合は実費請求をさせていただきます。 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
服薬援助		51円/1回	●医師の指示のもと内服薬等をお預かりし、服薬時の声かけや服薬の確認をいたします。 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
代行サービス		275円/10分	役所への届け出・手続きを代行します。 （なお、本人でなければ手続きが出来ない場合や、代行できない手続きがございます。） 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
コピー・FAX		<コピー> 白黒10円/1枚 カラー 51円/1枚 <FAX> 51円/1送信 10円/1受信	フロント内にあるコピー・FAXが使えます。 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
その他個別サービス		275円/10分	●食事の住戸への配下膳（併設の食堂の食事） ●その他（自家用車の駐車場へ移動等） 提供者：桜美林パートナーズ株式会社
医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団多摩医療会 原町田診療所
		住所	東京都町田市原町田4-17-11
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科
		協力内容	桜美林ガーデンヒルズ内での健康相談室、集団予防接種
	2	名称	医療法人社団 康心会 ふれあい町田ホスピタル
		住所	東京都町田市小山ヶ丘1-3-8（住宅から500m）
		診療科目	内科、整形外科、脳神経外科（物忘れ・頭痛）、神経内科、消化器科、循環器科、血管外科、泌尿器科、精神科、リハビリテーション科、人工透析内科
		協力内容	緊急時の対応、医療情報の提供、他医療機関への紹介
	3	名称	医療法人社団 幸隆会 多摩丘陵病院
		住所	東京都町田市下小山田町1491（住宅から4km）
		診療科目	消化器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、外科、消化器外科、脳神経外科、眼科、泌尿器科
		協力内容	緊急時の対応（夜間・休日を含む）、医療情報の提供、他医療機関への紹介
	4	名称	一般社団法人 町田医師会 おやま内科クリニック
		住所	東京都町田市小山町233-1（住宅から300m）
		診療科目	内科、消化器内科、循環器科、内視鏡内科、老年内科
		協力内容	かかりつけ医、医療情報の提供、他医療機関への紹介
協力歯科医療機関		名称	あさがお歯科（訪問）
		住所	町田市森野2-8-10（住宅から3km）
		協力内容	歯科診療、歯科往診、他の医療機関へ入院する場合の紹介

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月15日付けにて請求書を発行し、入居者各位の郵便受けに投函します。 選択サービスは毎月末で締め、翌月15日付けの請求書にて請求します。 ①基本サービス費（当月分） ②選択サービス費（前月分）
支払方法	生活支援サービス費の当月分はゆうちょ銀行の金融機関から桜美林ガーデンヒルズゆうちょ銀行の口座に毎月28日に自動引き落としでの支払とします。なお、前月分の選択サービス費については月末までに現金（フロント）での支払いとなります。

6. 苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況				
窓口の名称		桜美林パートナーズ株式会社		
電話番号		042-797-9944		
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		土日祝日		
窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会		
電話番号		03-3272-3781		
対応している時間	平日	10時	00分	～ 17時 00分
	土曜	時	分	～ 時 分
	日曜	時	分	～ 時 分
	祝日	時	分	～ 時 分
定休日		土日祝日		
窓口の名称		東京都消費生活総合センター		
電話番号		03-3235-1155		
対応している時間	平日	9時	00分	～ 16時 00分
	土曜	時	分	～ 時 分
	日曜	時	分	～ 時 分
	祝日	時	分	～ 時 分
定休日		土日祝日		
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		各サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体財産に損害が生じた場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意または重大な過失がある場合には、賠償額を減じ若しくは賠償しない事があります。		
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	常時		
	結果の開示	1 <u>あり</u> 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	
外出・帰宅及びご家族等の来訪等の時間制限はありません。なお、外泊に関しては事前に外泊届を提出いただくか、スタッフにご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
交流棟	地域との交流スペースです。使用方法是フロントへ、お問い合わせください。
レストラン	ご家族様も予約制でお食事をお楽しみいただけます。

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
入居者は契約期間中であっても事業主に対して30日以上予告期間を定めて契約の解除を申し出る事ができます。		
契約解約時の連絡先	名称	桜美林ガーデンヒルズ
	電話番号	042-797-3570
事業者からの解除		
「終身建物賃貸借契約書第25条・第26条のとおり」		

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	・ 無 (損害保険ジャパン株式会社)

説明年月日 令和 年 月 日

様 に対して、生活支援サービス提供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 桜美林パートナーズ株式会社

所在地 〒194-0213 東京都町田市常盤町3654番地

代表者名 代表取締役 村 上 孝 則 印

説明者氏名 荒木真紀子 印

私は上記事業者から、生活支援サービス提供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、受領しました。

署名 _____ 印 _____