

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	カブシキガイシャサンスマイル
		株式会社サンスマイル
事業者の所在地	〒195-0053	
	東京都	町田市能ヶ谷1-6-11小田急マルシェ鶴川3階
事業者の連絡先	電話番号	042-860-3661
	FAX番号	042-708-4660
	ホームページアドレス	http://sunsmile39.com
事業者の代表者名	代表取締役 藤木 靖久	

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	カブシキガイシャサンスマイル	
		株式会社サンスマイル	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒195-0053		
	東京都	町田市能ヶ谷1-6-11小田急マルシェ鶴川3階	
事業主体の連絡先	電話番号	042-860-3661	
	FAX番号	042-708-4660	
	ホームページアドレス	有	http://sunsmile39.com
		無	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	藤木 靖久	
	職名	代表取締役	
事業主体が行っている主な事業等	介護保険法に基づく居宅サービス事業、介護予防サービス事業、居宅介護支援事業、訪問介護事業及び介護予防訪問介護事業等		

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	サンスマイルマチダエキマエ
		サンスマイル町田駅前
住宅の所在地	〒194-0013	
	東京都	町田市原町田5丁目5-3
住宅の連絡先	電話番号	042-794-7071
	FAX番号	042-850-8586
	ホームページアドレス	http://activeseniortown.com
住宅の管理者名	山室 剛史	
住宅の開設年月日	2016年4月1日	
居住の契約方式	普通賃貸借契約	

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

- ・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。
- ・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。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のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療保険サービス等）を自由に選択することが出来ます。

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当住宅では常駐での看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。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、協力医療機関との連携による対応が可能な場合があります。

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）
状況把握（安否確認）	31,000円 /月額	・毎日、午前8時頃に各住戸に生活コーディネーターが伺い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：株式会社サンスマイル
生活相談		・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、生活コーディネーターがご相談をお受けします。 提供者：株式会社サンスマイル
緊急時対応		・生活コーディネーターが24時間365日常駐し、緊急時の対応を行います。 ・各住戸に設置してある緊急コール（ナースコール）を押していただければ生活コーディネーターが1F・6F管理室、2階事務室での受信機、又は携帯しているPHSにて通報元を確認し、駆けつけ、必要な対応（状態の確認、看護職員・医療機関・家族等への連絡 等）を行います。 提供者：株式会社サンスマイル

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（税込）	（提供内容・方法・提供者）
食事の提供サービス	32,000円 /月	・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額32,000円（事前に1月のセットとしてご注文いただいた方の金額となります）朝食、昼食、夕食と其々のご注文の場合は、朝食300円、昼食400円、夕食500円とさせていただきます、召し上がられた実数での請求とさせていただきます。*食事料金は軽減税率対象となります。 ・朝食は7時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時30分～19時30分まで。 ・自室への配膳・下膳には別途330円の料金が発生します。 ・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3日前までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、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。 提供者：株式会社サンスマイル
付添・送迎	1,100円 /30分	・買物や病院の通院付添いに職員1名が同行します。（交通費代は実費負担） 提供者：株式会社サンスマイル
おむつ・パッド等	100円 /1個	おむつや尿取りパッド、リハビリパンツ等を使用させていただいたときに請求させていただきます。 提供者：株式会社サンスマイル
おむつ・パッド等	1,500円 /1パック	おむつや尿取りパッド、リハビリパンツ等を1袋等まとめて提供させていただいたときに請求させていただきます。 提供者：株式会社サンスマイル
レクリエーション参加費	その都度表示	開催時に内容と料金を告知します 提供者：株式会社サンスマイル

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	田奈整形外科
		住所	神奈川県横浜市青葉区田奈町15-7 第2東ビル2階
		診療科目	外科・内科・皮膚科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、定期健康診断、他医療機関への紹介
協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	町田北口歯科
		住所	東京都町田市森野1-35-7 町田北口ビル
		協力内容	訪問歯科、歯科診療、口腔ケア

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	<ul style="list-style-type: none"> ・基本サービスの料金について、貸主は請求書に次月の明細を付して10日までに借主に請求し、当月27日までに貸主へ口座自動振替方式（引き落としに要する費用は借主負担）の方法で支払います。基本サービスの料金は前払い式とする。 ・選択サービスの料金について、貸主は請求書に明細を付して選択サービス利用月翌月10日までに借主に請求し、翌月27日までに貸主へ口座自動振替方式（引き落としに要する費用は借主負担）の方法で支払います。選択サービスの料金は後払い式とする。
支払方法	毎月27日に支払請求分を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

苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	サンスマイル町田駅前	
電話番号	042-794-7071	
対応している時間	平日	9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	なし	
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。	
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	随時
	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	
・住宅専用玄関は23時～5時までの間は閉鎖させていただきます。外出、帰宅及びご家族の来訪等は、その他時間帯でのご利用をお願い致します。尚、夜間の外出の際や外泊時は、事前に生活コーディネーターへご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
食堂兼コミュニケーションルーム	使用出来る時間は7時～21時までとなります。

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60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。		
契約解約時の連絡先	名称	サンスマイル町田駅前
	電話番号	042-794-7071
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 あいおい損害保険

説明年月日

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 サンスマイル

所在地 東京都町田市能ヶ谷1-6-11小田急マルシェ鶴川3階

代表者名 代表取締役 藤木 靖久 印

説明者氏名 山室 剛史 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

