

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 オダキュウフドウサンカブシキガイシャ 小田急不動産株式会社	
事業者の所在地	〒151-0061 東京都渋谷区初台一丁目47番1号	
事業者の連絡先	電話番号	044-322-0517
	FAX番号	044-322-0519
	ホームページアドレス	https://www.odakyu-fudosan.co.jp
事業者の代表者名	代表取締役 五十嵐 秀	

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 ツクイ 株式会社ツクイ	
事業者の所在地	〒233-0002 神奈川県横浜市港南区上大岡西一丁目6番1号	
事業者の連絡先	電話番号	045-842-4115
	FAX番号	045-842-0249
	ホームページアドレス	http://www.tsukui.net/
事業者の代表者名	代表取締役 高島 毅	

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 オダキュウフドウサンカブシキガイシャ 小田急不動産株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒151-0061 東京都渋谷区初台一丁目47番1号	
事業主体の連絡先	電話番号	044-322-0517
	FAX番号	044-322-0519
	ホームページアドレス	<input checked="" type="checkbox"/> https://www.odakyu-fudosan.co.jp/ <input type="checkbox"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	五十嵐 秀
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	不動産業	

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 オダキュウノサービスツキコウレイシヤムケジュウタク レオーダキョウドウ 小田急のサービス付き高齢者向け住宅 レオーダ経堂	
住宅の所在地	〒156-0051 東京都世田谷区宮坂二丁目11番13号	
住宅の連絡先	電話番号	03-3426-0857
	FAX番号	03-3426-0854
	ホームページアドレス	https://www.odakyu-reoda.jp
住宅の管理者名	小田急不動産株式会社 賃貸営業部 住宅賃貸グループリーダー 佐藤 徹弥	
住宅の開設年月日	2014年11月26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
<p>入居者の皆様が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の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。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、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
<p>当住宅には看護師が常駐しておりません。常時医療行為が必要な場合には、外部の訪問看護等のサービスをご利用いただくことになります。また、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もありますのでご相談ください。</p>

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：株式会社ツクイ
状況把握 (安否確認)	49,500円 /月額 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・食堂での食事提供やゴミ回収による居室訪問の機会を利用して、声掛けや目視により安否確認を行います。 ・上記の確認のほか、フロントおよびフロア巡回時の目視などによる安否確認もできない入居者に対しては、コンシェルジュが居室への訪問やインターホンでの連絡により、毎日1回以上安否確認を行います。 ・生活リズムセンサーを各室に設置し、一定時間以上反応がない場合は、コンシェルジュが声掛けによる確認を行います。
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・コンシェルジュが、介護や医療サービスに関する相談、その他日常生活における心配事や悩み等に対し、随時相談に応じます（9：00～17：00）。 ・法律・財務・税務等の専門的な相談については、必要に応じて弁護士や税理士等の専門家を紹介します。
緊急時対応		<p>(24時間対応)</p> <p>【9時～17時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各室の水回りには緊急呼び出しボタンが設置されておりコールが押されると、1階コンシェルジュデスクやコンシェルジュが所持しているPHSで受信し、コンシェルジュが居室に駆け付け対応します。 ・入居者の事故や病状が急変し、且つ緊急性が高い場合にはコンシェルジュが救急車を要請します。そのほか、緊急連絡網により、家族、身元引受人等の関係者への連絡を行います。 ・館内にはAEDが設置されており、非常時には操作を行います。 <p>【17時～翌9時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中以外の時間帯（夜間等）は、介護サービス事業所等の職員を兼務する者が1階コンシェルジュデスクに1名待機し、コンシェルジュとして駆け付け必要に応じて日中と同様に対応します。
フロントサービス		<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者の受付、案内 ・タクシーの手配 ・食事やアクティビティの予約受付 ・宅配便取次ぎ、クリーニング取次ぎ ・入居者不在時の対応 ・共用施設の予約管理 ・各種情報提供サービス
健康支援サービス		<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関（協力医療機関、または近隣の医療機関）の紹介 ・定期健康診断（年2回）に関する情報の提供
その他生活支援サービス		<ul style="list-style-type: none"> ・長期不在時の室内換気、水回りの排水対応 ・週1～2回の健康体操等のイベントやアクティビティの企画・提供 ・居室内の電球交換（電球代金は入居者負担） ・ゴミ収集サービス（週2回）

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)
食事サービス	69,180円 /月額(税込) ※30日の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・1Fの食堂で食事サービスを提供します。 ・食費は、喫食された分を翌月に精算します。 朝食0円、昼食660円、夕食990円 ※朝食は、追加1食につき660円 ・喫食数にかかわらずご負担いただく厨房維持費として、左記の料金に月額19,680円が含まれています。 ・消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき640円(税抜)以下で、その累計額が1日1,940円(税抜)に達するまでの食費が該当し、軽減税率(8%)が適用されます。 ・厨房維持費は、197円(税抜)/1食(18,000円(税抜)/月額×12ヶ月÷365日÷3食)として計算します。 ・当住宅では、朝食の費用が軽減税率(8%)の対象となり、厨房維持費(18,000円(税抜)/月額)のうち朝食相当分(6,000円(税抜)/月額)が対象となります。 (朝食相当分は税込6,480円/月額) 昼食・夕食の費用は軽減税率の対象外となります。 ・イベント食等の提供で、1食あたりの料金総額が640円(税抜)を超える場合には、当該食事は軽減税率対象外となります。 ・入居者様本人以外の喫食や、追加朝食(660円/食)の喫食がある場合には、当該食事は軽減税率対象外となります。 ・事前に1ヶ月分のメニュー表をお渡ししますので、フロントにて予約申込を行ってください。 ※食事予約受付は週単位で1週毎に行います。 ・キャンセルする場合は提供される日の3日前午前9時までにフロントへお申し出ください。 お申し出がない場合は実費(昼食660円、夕食990円)を負担していただきます。 ・食事の配下膳については、原則セルフサービスとなります。 <p>※提供者：株式会社LEOC 上記記載の食事料金は税込となります。税率算定に伴う料金表示は税抜となります。</p>

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名 称	医療法人社団はなまる会 千歳台はなクリニック
		住 所	東京都世田谷区千歳台五丁目22番1号
		診 療 科 目	一般内科、呼吸器科、循環器科、アレルギー科、眼科、訪問診療
		協 力 内 容	訪問診療・診療時間内における往診・年2回以上の定期健康診断の実施機会・通院治療の受入（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力医療機関	2	名 称	こうらクリニック
		住 所	東京都世田谷区豪徳寺一丁目23番22号
		診 療 科 目	内科・整形外科・呼吸器内科・小児科・アレルギー科・皮膚科
		協 力 内 容	一般外来（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力医療機関	3	名 称	医療法人社団梢愛会やまうちクリニック
		住 所	東京都世田谷区経堂一丁目22番16号
		診 療 科 目	内科
		協 力 内 容	一般外来（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力医療機関	4	名 称	医療法人AGRIE MED AGREE CLINIC せたがや
		住 所	東京都世田谷区瀬田五丁目3番7号
		診 療 科 目	内科、外科、精神科、救急診療科、消化器内科、循環器内科
		協 力 内 容	訪問診療、予防接種の実施（医療費その他の費用は入居者の自己負担）
協力歯科医療機関		名 称	経堂歯科医院
		住 所	東京都世田谷区宮坂三丁目4番1-205号
		協 力 内 容	訪問歯科治療・口腔ケア（医療費その他の費用は入居者の自己負担）

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
<p>基本サービスの料金は前払いとし、翌月分を当月末日までにお支払いいただきます。なお、契約開始月または終了月において、その日数が1ヶ月に満たない場合、当該月の日数を分母とする日割り計算した額となります。</p> <p>食事サービスの料金については、請求書に明細を付して当月分を翌月1日から10営業日までに請求し、厨房維持費および当月実食分（昼食・夕食）を翌月末日までにお支払いいただきます。なお、厨房維持費については契約開始月または終了月において、その日数が1ヶ月に満たない場合、当該月の日数を分母とする日割り計算した額となります。（生活支援サービス契約書第7条参照）</p>	
支払方法	
<p>振込または口座振替。振込等で発生する手数料等は入居者負担です。（生活支援サービス契約書第7条参照）</p>	

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	小田急のサービス付き高齢者向け住宅 レオダ経堂 フロント		
電話番号	03-3426-0857		
対応している時間	平日	9時 0分	～ 17時 0分
	土曜	9時 0分	～ 17時 0分
	日曜	9時 0分	～ 17時 0分
	祝日	9時 0分	～ 17時 0分
定休日	無し		

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	当該住宅は損害賠償責任保険に加入しています。(損害保険ジャパン株式会社) 生活支援サービスの提供にあたって、事業者の責に帰すべき事由により入居者に損害が発生した場合には、速やかに当該損害の賠償を行います。
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 365日(食堂に常設の意見箱)、 アンケート調査(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	
<ul style="list-style-type: none"> ・エントランスはオートロックであり、各戸のシリンダーキーで開錠を行います。 ・外出や帰宅時間等に制限はありません。なお、外泊時は事前にコンシェルジュへご連絡下さい。 	
共用施設の利用について	
介護浴室	・居室内の浴槽では入居者の介助が十分にできない場合に、ケアプランに従って利用ができます。
相談室	・空室または他の予約がない場合に限り利用ができます(フロントへの申し出が必要)。
食堂	・食事の他、イベントやアクティビティを行います。空いている時間(7:00~21:00)は自由にご利用いただけます。
ウッドデッキ(4F・5F)	・憩いの場として、日中(6:00~17:00)のみ開放しています。

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1ヶ月前に文書にて解約の申し入れをすることで、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12条参照)		
契約解約時の連絡先	名称	小田急不動産株式会社
	電話番号	0120-72-3510
事業者からの解除		
事業者は、生活支援サービス契約書第11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2ヶ月以上滞納した場合、相当期間を定めて当該サービス利用料の支払を催告したにもかかわらず、その期間内に当該サービス利用料の支払いがされない時		

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	
① 有	無 (損害保険ジャパン株式会社)

説明年月日 2022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もとづいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 小田急不動産株式会社

代表者名 代表取締役 五十嵐 秀

賃貸事業本部長 幸川 靖 印

所在地 東京都渋谷区初台一丁目47番1号

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もとづいて、重要な事項の説明を受けました。

署 (記) 名 印