

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 カブシキガイシャケアサービスユキ
	株式会社ケアサービスゆき
事業者の所在地	〒 144-0034
	東京都大田区西糀谷4-2-12
事業者の連絡先	電話番号 03-5737-5323
	FAX番号 03-5737-5324
	ホームページアドレス
事業者の代表者名	代表取締役 大槻 美保子（おおつき みほこ）

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 カブシキガイシャケアサービスユキ
	株式会社ケアサービスゆき
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 144-0034
	東京都大田区西糀谷4-2-12
事業主体の連絡先	電話番号 03-5737-5323
	FAX番号 03-5737-5324
	ホームページアドレス 有 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 大槻 美保子
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）

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 プライマリーサンノウ
	プライマリー山王
住宅の所在地	〒 143-0023
	東京都大田区山王1丁目 43番 2
住宅の連絡先	電話番号 03(5728)9380
	FAX番号 03(5728)9381
	ホームページアドレス 未定
住宅の管理者名	大槻 美保子
住宅の開設年月日	平成27年3月1日
居住の契約方式	利用権方式

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>緊急時対応、状況把握（安否確認）、生活相談、食事提供、その他、高齢者が日常生活を営むために必要なサービスを行っていく。 また、医療・介護サービス（介護保険サービス、医療サービス等）が互いに連絡および協力をし、入居者が生活を継続して行けるように医療・介護連携を行っていく。 医療・介護サービスの提供は自由に選択できるものとする。</p>		
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>・利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄に関し必要な援助の他に食事、離床、着替え、整容、服薬介助（確認）主治医の指示に従い、バイタルチェック、褥瘡の処置、胃薬、たん吸引等を行うものです。</p>		
生活サポート費（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）	50,820円/月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、起床時と朝食時に各住戸にお声をかけ、訪問をし住宅職員が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）ケアサービスゆき
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・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、住宅職員がご相談をお受けします。 ※提供者：（株）ケアサービスゆき
緊急時対応		<ul style="list-style-type: none"> ・日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているスマホにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要に対応やご家族への連絡、救急車を手配する等を行います。 ・夜間は、住宅職員がナースコールを受信し、必要に応じて、各住戸まで5分以内に駆けつけます。 ※提供者：（株）ケアサービスゆき
		<ul style="list-style-type: none"> ・ご入居者が医療や介護を必要とする場合は、市区町村や協力医療機関等と連携をし、安心した日常生活を送れるよう、支援を致します。また、ご入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス、医療サービス等）を自由に選択できます。 ※提供者：（株）ケアサービスゆき
<p>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。）</p>		
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	60,510円/月	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。（喫食実数による請求です） ・食費：月額60,510円（30日の場合）[朝食405円、昼食806円、夕食806円] ※おやつ250円（ご希望の方のみ提供致します。） ・朝食は7時～9時まで、昼食は12時～2時まで、夕食は5時～7時まで。 ・食事は、（株）シーケーフーズより購入した調理済み食材を住宅職員が温め盛り付けして提供いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の4日前の12時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）が発生してまいりますので、お気をつけ下さい。「当住宅では、朝食とおやつが軽減税率（8%）の対象となります。」 ※提供者：（株）ケアサービスゆき
介護サービス	「介護サービス等の一覧表」のとおり	入浴時の介助、排尿排便時の介助、居室への配膳下膳や摂食時の介助等食事の介助は有料サービスとなります。（詳しくは介護サービス等の一覧をご覧ください） ※提供者：（株）ケアサービスゆき
家事サービス		洗濯代行、居室内の清掃や整理整頓、ゴミだし、リネンの交換は有料サービスとなります。（詳しくは介護サービス等の一覧をご覧ください） 提供者：（株）ケアサービスゆき
健康管理サービス		日常の健康相談、血圧測定は生活サポート費に含まれます。年2回の定期健康診断の機会を提供、実費ご負担にて受けていただくことができます。訪問診療についても、実費ご負担にて受けていただくことができます。 提供者：（株）ケアサービスゆき
その他のサービス等		「介護サービス等の一覧表」に記載されてるとおりです。 提供者：（株）ケアサービスゆき

医療連携の内容

協力医療機関(1)	名称	牧田総合病院
	所在地	大田区西蒲田8-20-1
	協力の内容	内科、外科、循環器科、脳神経外科、整形外科、耳鼻咽喉科他 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
		(1) 紹介利用者及びホーム紹介利用者の入院の受け入れ
(2) 紹介利用者の検査等の外来受診 (3) 入居前健康診断の受け入れ		
協力医療機関(2)	名称	ひなた在宅クリニック山王
	所在地	品川区南大井6-24-6 DAITOビル3F
	協力の内容	訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
		(1) 定期的な往診、継続的な医療提供、健康管理、服薬支援
(2) 緊急時の対応、入院治療が必要な場合の他病院への医療連携 (3) 施設内での死亡時の確認		
協力医療機関(3)	名称	ひろクリニック大森
	所在地	品川区南大井6-19-7 HARUビル4F
	協力の内容	訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
		(1) 定期的な往診、継続的な医療提供、健康管理、服薬支援
(2) 緊急時の対応、入院治療が必要な場合の他病院への医療連携 (3) 施設内での死亡時の確認		
協力歯科医療機関	名称	Kデンタルクリニック
	所在地	大田区大森北1-30-4 小池ビル3F
	協力の内容	訪問歯科 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
		(1) 施設内での歯科治療(月1回 口腔内検診あり)
(2) 施設内での義歯(補綴物)の作成、型取り ※補綴物は外注の歯科技工所にて作成		
(3) 義歯(補綴物)のセット、調整		

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"> ・居室等利用料、共益費、生活サポート費、食費：翌月分を毎月25日までに請求。 なお食費は、当月の利用実績より返金分が生じた場合は相殺にて精算いたします。 ・選択サービス費：前月分を毎月25日までに請求。 	
支払方法	
毎月27日に支払請求分を自動引き落としの方法でお支払いいただきます。（引き落とし手数料は利用者様負担となります。）	

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	プライマリー山王		
電話番号	03 (5728) 9380		
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	土曜日曜祝祭日および年末年始		
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)を行と共に、東京都住宅政策本部へ報告を致します。		
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	「年1回3月に実施」	
	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	
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。

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。		
契約解約時の連絡先	名称	株式会社ケアサービスゆき
	電話番号	03 (5728) 9380
事業者からの解除		
「入居契約書28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	
<input checked="" type="radio"/> (有)	・ 無 東京海上日動火災保険株式会社

説明年月日

令和 年 月 日

□□□□〔入居者氏名〕様に対して、入居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 株式会社ケアサービスゆき

所在地 東京都大田区西糞谷4-2-12

代表者名 代表取締役 大槻 美保子 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、入居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

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
<基本(必須)サービス>				
状況把握(安否確認)	○ (朝食時)	—	○ (必要時)	
・巡回 日中	緊急時、オンコール時	—	○ (必要時)	
・巡回 夜間	緊急時、オンコール時	—	○ (2時間に1回)	
生活相談	○	—	○ (随時)	
緊急時対応	○ 24時間対応	—	○ (24時間対応)	
オンコール対応	○ 24時間対応	—	○ (24時間対応)	
<介護サービス>				
食事介助	—	1573円/1回	○ (必要時)	—
排泄介助	—	1210円/1回	○ (必要時)	—
おむつ交換	—	1210円/1回	○ (必要時)	—
おむつ代	—	実 費	—	実 費
入浴(一般浴)介助	—	1573円/1回	○ (週2回)	1573円/3回以上
清拭	—	787円/1回	○ (必要な都度)	—
特浴介助	—	1573円/1回	○ (週2回まで)	1573円/3回以上
身辺介助	—			
・体位交換	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・居室からの移動	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・衣類の着脱	—	787円/1回	○ (必要時)	—
・身だしなみ介助	—	787円/1回	○ (必要時)	—
機能訓練	—		○(計画に沿って実施)	—
通院介助 (協力医療機関)	—	1331円/時	○ (必要時)	—
通院介助 (上記以外)	—	1331円/時	—	1331円/時
<生活サービス>				
居室清掃	—	1089円/30分	○ (週2回まで)	1089円/30分 (2回以上)
リネン交換	—	242円/1回		
日常の洗濯	—	605円/30分	○ (週2回まで)	302円/1回 (2回以上)
居室配膳・下膳	—	302円/1回	○ (必要時)	302円/1回
嗜好に応じた特別食	—	差額実費負担	○ (必要時)	差額実費負担

介護サービス等の一覧表

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額費用に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)
理美容	—	2500/1回		2500/1回
おやつ	—	250円		250円
買物代行(通常の利用区域)	—	1,210円/1回+交通費		1,210円/1回+交通費
<健康管理サービス>				
定期健康診断	—	実費	○ 年2回(機会の提供)	実施
健康相談	(適宜実施)	—	○ (適宜実施)	—
生活指導・栄養指導	—	—		—
服薬支援	—	2,420円/月		—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	—	2,420円/月		—
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)
入退院時の同行(協力医療機関)	—	1,331円/1時間	—	—
入退院時の同行(上記以外)	—	1,331円/1時間	—	1,331円/1時間
入院中の洗濯物交換・買物	—	クリーニング 買い物代等実費負担	—	実費(利用者より外部業者へ依頼)
入院中の見舞い訪問	(必要に応じ)		○ (週1回まで)	1,331円/1回 (2回目以上)
<その他サービス>				
レクリエーション	—	材料費等利用者実費	○ (適宜実施)	材料費等利用者実費

この様式は参考様式です。住宅ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて(※)介護サービス等の一覧表を作成すること。
 ※自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、住宅のサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
 ※住宅で行われるサービスは全て記載すること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。