

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 カブシキガイシャシルバーウッド
	株式会社シルバーウッド
事業者の所在地	〒 279-0012
	千葉県浦安市入船1-5-2
事業者の連絡先	電話番号 047-304-4003
	F A X 番号 047-304-4004
	ホームページアドレス http://www.silverwood.co.jp
事業者の代表者名	代表取締役 下河原 忠道

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 カブシキガイシャシルバーウッド
	株式会社シルバーウッド
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 279-0012
	千葉県浦安市入船1-5-2
事業主体の連絡先	電話番号 047-304-4003
	F A X 番号 047-304-4004
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 http://www.silverwood.co.jp
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 下河原 忠道
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	薄板軽量形鋼造の販売 サービス付き高齢者向け住宅および高齢者施設の企画・開発・運営・建築 介護保険サービス事業

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 ギンモクセイ ニシアライダイシ
	銀木犀<西新井大師>
住宅の所在地	〒 123-0842
	東京都足立区栗原4-13-15
住宅の連絡先	電話番号 03-5856-8568
	F A X 番号 03-5856-8569
	ホームページアドレス http://www.ginmokusei.net/
住宅の管理者名	
住宅の開設年月日	2015年5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。

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当住宅では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・I V H・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	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）	44,000円 (消費税10%込み) /月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、朝食時に食堂にて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。 ・食事サービスの提供を受けない方は居室訪問にて安否の確認を行います。 ※提供者：株式会社シルバークラウド
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：株式会社シルバークラウド
緊急時対応		【9時～17時】 <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緊急通報ボタンを押していただければ住宅内事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（状況観察、家族への連絡等）を行います。 【17時～9時】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は、日中同様、緊急通報ボタンを押していただければ住宅職員携帯のPHS及び併設の訪問介護事業所にて通報を受信のうえ、必要に応じて、住宅職員が駆けつけ対応（状況観察、家族への連絡等）致します。※提供者：株式会社シルバークラウド
寝具一式の貸し出しと週1回のリネンクリーニング		<ul style="list-style-type: none"> ・寝具一式(枕、掛布団、ベッドパッド)を貸し出しします。 ・週1回リネンのクリーニングを行います。 ・リネン交換は別途費用がかかります。 ※提供者：株式会社シルバークラウド

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	62,220円 (消費税8%込み) /月額(30日の場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 1食ごと申込食費：朝食847円、昼食902円、夕食902円（すべて消費税10%込み）※軽減税率適用外。 3食セット申込食費：1日2,074円（消費税8%込み）。30日申込の場合は62,220円（消費税8%込み）※軽減税率適用。 ・朝食は7時半～9時まで、昼食は12時～13時半まで、夕食は17時半～19時まで。 ・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前日18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）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。キャンセル又は変更で生じた差額は、翌月の請求で精算となります3食セットのいずれかの時間帯をキャンセルされる場合は、1日の3食セット申込食費（軽減税率適用）を一度返金し、召し上がる時間帯の食費は1食ごと申込食費（軽減税率適用外）になります。 ・特別食や制限食が必要な場合は対応いたします。ただし加工内容により1食につき110円（消費税10%込み）の追加料金をいただきます。 詳しくは食事サービス契約書をご参照ください。 ※提供者：株式会社シルバークラウド
自費（有料）サービス	別紙記載	サービスの内容は別紙の「自費サービス(有料)料金表」に記載。 提供者：株式会社シルバークラウド

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 悠翔会 悠翔会在宅クリニック北千住
		住所	東京都足立区千住2-3 吾妻ビル2階
		診療科目	総合内科・精神科・皮膚科・整形外科
		協力内容	往診（24時間対応可能）
協力医療機関	2	名称	医療法人社団 洪泳会 東京洪誠病院
		住所	東京都足立区西新井栄町1-17-25
		診療科目	小児科・歯科・小児歯科・矯正歯科・歯科口腔外科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・リハビリテーション科
		協力内容	受診・往診・入院
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	毎月20日までに請求書を発行し、入居者様へ送付します。振り込み手数料は入居者様負担となります。（生活支援サービス契約書第8条及び食事サービス契約書第7条参照） ・基本サービス、食事サービス・・・翌月分 ・選択サービス・・・前月分
支払方法	
	毎月26日に支払請求分を口座自動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8条及び食事サービス契約書第7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	ご相談担当 銀木厚<西新井大師> 所長		
電話番号	03-5856-8568		
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	土日祝		
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	2023年8月	
	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	
風呂	ご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。
キッチンコーナー	ご自由にご利用ください。

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（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 銀木厚<西新井大師> 所長
	電話番号 03-5856-8568
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30日以上滞納し、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 (東京海上日動火災保険)

説明年月日 _____ 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 株式会社シルバーウッド

所在地 千葉県浦安市入船1-5-2

代表者名 代表取締役 下河原 忠道 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

署名代行者 _____ 印 続柄 _____

銀木屋 自費サービス（有料）料金表 ※選択によりご利用できます。

※介護保険での対応が難しいサービスが対象となります。その他時間帯や人員などの都合により提供できない事があります

(2026年2月改定)

項目	内容	単位	金額(円)	金額(税込)	
1	ヘルパーによる介助など	・入浴介助（スタッフ2名にて実施の場合は倍額）	15分未満	1,000	1,100
		・起床時の介助（更衣～整容～寝具整備）	30分未満	1,800	1,980
		・就寝時の介助（更衣～整容～寝具整備）	60分未満	3,500	3,850
		・10分を超える排泄介助（トイレへの誘導・おむつ交換等、左記に必要な介助）	以降30分ごと	1,750	1,925
	・居室の清掃（掃除機での清掃～トイレ清掃～洗面台清掃）	・サービス開始時における提供時間区分ごとの料金が適用されます ただし、60分以上利用時の延長料金については、延長時の提供区分ごとの料金を適用します			
・特別な清掃（窓拭き・エアコンフィルター清掃等）					
・買い物の代行（店舗の指定は不可）					
・代理人で対応可能な各種手続の代行					
・リネン交換、寝具交換（リネン・寝具代は別途）					
	・スタッフによる介助または援助等				
2	付き添い	病院等への付き添い（交通費は別途実費）	30分	3,000	3,300
			1時間	5,500	6,050
			以降30分ごと	2,750	3,025
3	食事介助	居室からの移動～食事介助～居室へ移動（1対1の介助とは限らない）	1回	300	330
			1日	900	990
			1ヶ月	18,000	19,800
4	食堂への誘導	食事前：居室から食堂への移動	1回	200	220
		食事後：食堂から居室への移動	1日	600	660
		（1対1の介助とは限らない）	1ヶ月	5,000	5,500
5	食事の配膳/下膳	居室への食事の配膳及び下膳	1回	100	110
			1ヶ月	5,000	5,500
6	排泄介助	トイレへの誘導・おむつ交換等、左記に必要な介助	1回	300	330
		※ナースコールでの呼び出しによる排泄介助を含む ※5～10分程度の排泄介助のみ ※体位交換を含む1日6回まで、7回目以降は1回につき別途300円（税別） ※シーツ交換・着替えなどが必要な場合、10分を超える場合及び起床介助・就寝介助は、「ヘルパーによる介助など」での提供となります	1日	1,000	1,100
			1ヶ月	18,000	19,800
7	入浴の援助	湯張りの入浴準備～入浴可能となった時点での声掛け～ご使用後の清掃のうち1つ以上の援助 ※ご利用には別途「同意書」の提出が必要	1回	500	550
8	服薬確認	主治医の指示のもと、処方薬の飲み忘れ防止等、職員が服薬確認および軟膏塗布（褥瘡処置除く）等 ※居宅療養管理指導を利用し、かつ一包化されている場合に限る ※1日6回まで	1回	200	220
			1ヶ月	4,000	4,400
9	立替サービス	費用立替え対応（上限3万円まで）	1ヶ月	2,000	2,200
10	洗濯代行	洗濯（洗濯物の回収～洗濯～乾燥～たたみ～お届け）	1回	1,000	1,100
11	洗濯機・乾燥機の利用	ご本人（家族対応含む）洗濯機と乾燥機の使用料金（洗濯機のみや乾燥機のみのご使用含む）	1回	500	550
12	要介護度の高い方向けのサービスパック	・リネン交換の実施（失禁等で交換が必要になった場合のみ） ・食事介助（居室からの移動～食事介助～居室へ移動、1対1の介助とは限りません） ・排泄介助（体位交換を含む1日6回まで、7回目以降は1回につき別途300円（税別）） ・洗濯代行（失禁等で汚染された場合のみ） ・服薬確認（居宅療養管理指導を利用し、かつ一包化されている場合に限る。1日6回まで） ※毎月16日以降にご利用開始の方は、開始月は税別17,500円	1ヶ月	35,000	38,500

