

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 アビリティーズ・ケアネットカブシキガイシャ
	アビリティーズ・ケアネット株式会社
事業者の所在地	〒 151-0053
	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル
事業者の連絡先	電話番号 03-5388-7200
	F A X 番号 03-5388-7502
	ホームページアドレス https://www.abilities.jp
事業者の代表者名	代表取締役 伊東 弘泰

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 アビリティーズ・ケアネットカブシキガイシャ
	アビリティーズ・ケアネット株式会社
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 151-0053
	東京都渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル
事業主体の連絡先	電話番号 03-5388-7200
	F A X 番号 03-5388-7502
	ホームページアドレス 有 https://www.abilities.jp
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 伊東 弘泰
	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介護支援事業・通所介護事業及び介護予防通所介護事業・特定施設入居者生活介護事業及び介護予防特定施設入居者生活介護事業・福祉用具貸与事業および介護予防福祉用具貸与事業・特定福祉用具販売事業及び特定介護予防福祉用具貸与事業・住宅改修事業。福祉機器販売。

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 アビリティーズコートフチュウ
	アビリティーズコート府中
住宅の所在地	〒 183-0031
	東京都府中市西府町3丁目32番地の8
住宅の連絡先	電話番号 042-318-2554
	F A X 番号 042-352-7871
	ホームページアドレス https://www.abilities.jp
住宅の管理者名	アビリティーズ・ケアネット株式会社 管理者 秋山 佳孝
住宅の開設年月日	平成27年11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

なし

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）	33,000円/月額 2人入居の場合、2人目は 22,000円です。	1. 365日24時間、セントラル警備保障の緊急通報装置と室内見守りセンサーにて安否確認を実施。 2. 1日1回当社職員が安否確認。 提供者：住宅職員 委託先：セントラル警備保障 3. なお、5月3～5日、8月13～15日、1月1～3日は安否確認は実施しますが、住宅職員は常駐いたしません。
生活相談		1. 日常生活を送る中で、お困り事や介護に関するご不安について住宅職員がご相談をお受けします。原則、毎日8～19時のうち8時間常駐。 2. 毎月1回30分程度の個別面談 提供者：住宅職員 3. 住戸に備え付けの緊急通報装置の「相談ボタン」を押していただくと24時間対応で保健師・看護師などの専門スタッフによる健康相談をご利用いただけます。（相談料・通話料無料） 委託先：セントラル警備保障
緊急時対応		365日24時間、各住戸の緊急通報装置を押していただければコールセンターにつながり、状況・時間帯に応じ、当社職員又はセントラル警備保障の警備員が住戸に直接駆けつけ、必要に応じてご家族・消防等への連絡をいたしております。 提供者：住宅職員 委託先：セントラル警備保障
ゴミ出し・その他住戸における軽微な修繕		ごみだし及び電球の交換など軽微な作業のお手伝いをいたします。 提供者：住宅職員 (提供除外日：住宅職員が常駐しない日)

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)
お食事の提供	朝食：550円 昼食：880円 夕食：880円 ※要事前予約 (ご注文1週間前までにご予約ください)	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食につき税別690円以下で、その累計額が1日2,070円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。当住宅では、朝食・昼食・夕食の費用は軽減税率の対象外となります。 ご提供時間の目安：朝食8時頃・昼食12時頃・夕食6時頃、住宅の玄関先にお届けします キャンセル、変更等は提供される日の前日12時までにお知らせください。それ以降のキャンセルについてはキャンセル料(料金の100%)が発生しますのでお気を付けください。 提供者：住宅職員 調理委託先：株式会社LEOC (提供除外日：住宅職員が常駐しない日)
住戸内の清掃サービス	1,100円/30分 以降15分毎550円	居室内の清掃を行います。(換気扇・エアコン等については別途業者をご紹介します。) 提供者：住宅職員 (提供除外日：住宅職員が常駐しない日)
家事代行サービス	1,100円/30分	家事でお困りの際にご利用ください。内容をご相談の上、決定いたします。 提供者：住宅職員(内容によっては別途業者をご紹介します。) (提供除外日：住宅職員が常駐しない日)

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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	
		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	
(1) 基本サービス 翌月分について、翌月15日までに請求書を各住戸ポストに投函いたします。 (2) 選択サービス 当月分について、翌月15日までに請求書を各住戸ポストに投函いたします。	
支払方法	
毎月27日に支払い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	アビリティーズ・ケアネット株式会社 お客様相談室	
電話番号	0120-834-490	
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	土曜・日曜・祝祭日 年末年始(12/29~1/3)	

サービスの提供において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処置(ご家族への連絡等)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	
	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が、外泊のご予定は事前に住宅職員へお知らせください	
共用施設の利用について	
各階廊下	当該建物は各階、内廊下の構造となっているため大きな声での談笑や携帯電話のご使用は住人への騒音・情報漏えいにつながる可能性が高いためお控えください。

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、解約の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、本契約を解除することができます。（生活支援サービス契約書第9条参照）		
契約解約時の連絡先	名称	アビリティーズ・ケアネット株式会社
	電話番号	03-5388-7200
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、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお、期間内に滞納の全額の支払がない場合。 ②他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合。 ③本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合。		

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	<input type="radio"/> 無 (東京海上日動)

10. 連帯保証人及び極度額

連帯保証人	住所：
	氏名：
	電話番号：
保証極度額	生活支援サービスの月額料金（税込）の6か月分を限度とする。

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 アビリティーズ・ケアネット株式会社

所在地 東京都渋谷区代々木四丁目30番3号 新宿ミッドウエストビル

代表者名 代表取締役 伊東 弘泰

説明者氏名 アビリティーズコート府中 管理者 秋山 佳孝 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

