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　アルソックケアカブシキガイシャ	
		ＡＬＳＯＫケア株式会社	
	事業者の所在地	〒 108-0073	
		東京都港区三田三丁目１番７号 三田東宝ビル６階	
	事業者の連絡先	電話番号	03－5908－0889
		ＦＡＸ番号	03－5908－0891
		ホームページアドレス	https://www.daiwaliving-care.co.jp/
	事業者の代表者名	代表取締役　稲村　泰伸	

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　アルソックケアカブシキガイシャ		
		ＡＬＳＯＫケア株式会社		
	事業主体の主たる事務所の所在地	〒 108-0073		
		東京都港区三田三丁目1番7号　三田東宝ビル６階		
	事業主体の連絡先	電話番号	03－5908－0889	
		ＦＡＸ番号	03－5908－0891	
		ホームページアドレス	(有)	https://www.daiwaliving-care.co.jp/
			無	
事業主体の代表者の氏名及び職名		氏名	稲村　泰伸	
		職名	代表取締役	
事業主体が行っている主な事業等		・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の管理及び経営に関する事業 ・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の入居募集に関する事業 ・介護保険事業（通所介護、居宅介護支援等）		

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　ディーフェスタクオーレフッサ	
		ディーフェスタクオーレ福生	
	住宅の所在地	〒 197-0022	
		東京都福生市本町87番地1	
	住宅の連絡先	電話番号	042-513-6540
		ＦＡＸ番号	042-513-6541
		ホームページアドレス	https://www.daiwaliving-care.co.jp/d-festa/cuore-fussa/
住宅の管理者名		金子　善子	
住宅の開設年月日		平成26年5月1日	
居住の契約方式		普通建物賃貸借契約	

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

■入居者様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及び生活支援サービスを提供いたします。
■入居者様の意思及び人格を尊重し、常に入居者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。
■入居者が介護や医療を必要とする場合には、円滑に介護サービスや医療サービスが受けられるよう、当住宅の生活相談員、介護支援専門員、看護師、介護職員、協力医療機関等が連携し支援いたします。
■医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外の医療サービス事業所等のサービス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、看護職員の配置は日中の時間帯のみであるため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。
点滴、胃ろう、たんの吸引、在宅酸素、バルーンカテーテル、ストマ、インスリン注射等の医療行為が必要な場合は、協力医療機関と相談し対応を行います。
※夜間のケアや頻度等によって対応できない場合があります。

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）
必須サービス	状況把握（安否確認）	33,000円／月額	・1日3回の食事提供やバイタル測定時に安否確認を行います。食事の提供を利用されない入居者様につきましては、1日3回以上住戸訪問を行います。 ・上記以外も、入居者様（ご家族）とご相談の上、必要に応じて行います。入院された場合には、入院中のお見舞い訪問を行います（1回/2週間）。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
	生活相談		・生活相談員（介護福祉士、介護支援専門員　等）が、随時、生活相談（日常生活でお困りのこと、介護認定の申請やサービスについて、状態が悪化した場合のご不安等）、健康相談等をお受けします。 ・血圧等の測定を行います。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
	緊急時対応		・住宅職員が24時間365日常駐し、緊急時の対応を行います。 ・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、管理事務室、ヘルパーステーション又は住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信し、通報元を確認して、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：ＡＬＳＯＫケア株式会社
フロントサービス	フロントサービス	27,500円／月額	・住宅職員が、病院の予約、タクシーの手配、クリーニングや訪問理美容の取り次ぎを行います。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
			・住宅職員が、来訪者の対応、共用施設の利用手配、居室の照明器具等の取替え、季節行事等の企画運営、リネン交換（1回/週）などを行います。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社

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）
食事提供サービス	60,300円／月 ※月30日計算の場合	・料金は1日2,010円（朝食470円、昼食710円、夕食830円）で計算し、月単位での請求となります。そのため、月の日数に応じて変動します。食事のお申込は入居者が選択することができます。 ・嗜好等に応じた特別食（減塩食、トロミ食等）も提供します。食費の上乗せ料金として実費をいただきます。パン食をご希望される場合は、50円上乗せした料金となります。 ・食事提供は、1階食堂で朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時～18時までの時間帯で行います。 ・キャンセル、変更等は提供される3日前の17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。但し緊急の入院等やむを得ない理由によりキャンセル等の申し出ができなかった場合は、当日分のキャンセル料（実費）が発生します。 ・食事サービス費については、その実績を当月末で締め、翌月に請求いたします。 ・朝食と昼食は軽減税率(8%)の対象です。但し昼食でパン食をご希望される場合、昼食は軽減税率(8%)の対象外となります。 ※提供者：絆フーズ株式会社
ご家族等への食事提供サービス	2,032円／日	・介護等の目的でご家族、外来者が宿泊される場合、朝食479円、昼食723円、夕食830円で、食事の提供を行います。 ・食事提供は、1階食堂で朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は17時～18時までの時間帯で行います。 ・ご希望される際は、1週間前までにお申し付け下さい。 ・キャンセル、変更等は提供される日の3日前の17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。 ※提供者：絆フーズ株式会社

洗濯代行サービス	3,300円 ／月	・週2回、クリーニング業者による私物洗濯を依頼し、洗濯サービスを受ける機会を提供します。クリーニング業者の洗濯網に入る量となります。 ・ドライクリーニング等をご希望の場合は、品目ごとの追加料金となります。 提供事業者：ＡＬＳＯＫケア株式会社 ワタキューセイモア株式会社（週2回の私物洗濯のみ委託）
買い物代行サービス	550円 ／1回	・入居者様が希望される食料品や物品などの買い物代行を行います。 ・通常の利用区域は、車で10分以内の場所になります。 ・食料品や物品などにかかる費用は実費負担となります。 ・買い物場所の指定や商品によってはお請けできない場合がございます。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
外出同行サービス	3,300円 ／1時間	・住宅職員が外出時の付添いを行います。 ・徒歩以外で移動される場合、タクシーや公共交通機関(同行者分も含む)にかかる費用は実費負担となります。 ・当日の勤務状況等によっては、お請けできない場合がございます。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
定期健康診断	実費負担	・年2回の医師の訪問による健康診断を受ける機会を提供します。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
理美容サービス	実費負担	・定期的に「理容師・美容師の出張サービス」を依頼し、1階理美容室で、訪問理美容事業者によるカット・カラー・パーマ等のサービスを受ける機会を提供します。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
季節の行事等	実費負担	季節ごとのイベント（花見・秋の遠足など）。入場料や参加費は別途実費ご負担いただきます。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
ご家族等へ寝具貸出サービス	550円 ／日	・介護等の目的でご家族、外来者が宿泊される場合、寝具の貸出を行います。 ・宿泊をご希望される際は、お早めにお申し付けください。 ※提供者：ＡＬＳＯＫケア株式会社
※食事提供サービス以外のキャンセルについて：利用の前日17 時までにお申し出ください。それを過ぎますと、キャンセル料として実費をご負担いただきます。		

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	わかさクリニック
		住所	埼玉県所沢市若狭4-2468-31 住宅からの距離：約12㌔
		診療科目	内科、整形外科、外科、胃腸内科、皮膚科、循環器内科
		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	南大沢歯科医院
		住所	東京都八王子市 南大沢2-28-1イトーヨーカドー南大沢店4階 住宅からの距離：約21.2㌔
		協力内容	歯科検診、口腔ケア、歯科健康診断、健康相談

５．月額利用料の請求及び支払方法

請求方法

・月額料金は、毎月の請求による月払いで、家賃、共益費の料金は翌月分を当月に請求します。基本サービス及び選択サービスについては、当月分を翌月に請求します。
・毎月20日までに請求書を発行し、利用者様に送付します。

支払方法

・月額料金は、毎月の請求による月払いで、家賃、共益費の料金は翌月分を当月にお支払いいただきます。基本サービス及び選択サービスについては、当月分を翌月にお支払いただきます。
・毎月20日までに請求書を交付し、毎月27日（土・日、祝祭日の場合は翌営業日）に支払請求分を指定する口座から引き落とします。

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		ディーフェスタクオーレ福生	
電話番号		042-513-6540	
対応している時間	平日	8 時 30 分 ～	17 時 30 分
	土曜	8 時 30 分 ～	17 時 30 分
	日曜	8 時 30 分 ～	17 時 30 分
	祝日	8 時 30 分 ～	17 時 30 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	・事故発生時の状況の内容把握を行います ・当事者双方、事故関係者等から事故発生時の状況確認を行います。 ・ご家族等への連絡と状況に応じた対応を行います。 ・東京都が定める事故発生時の報告手順に従い東京都住宅政策本部及び保険者へ報告を行います。 ・社内研修、ミーティング等を通して事故の再発防止に努めます。

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・帰宅及びご家族等の来訪等の時間制限はありません。外出、外泊、夜間のご家族等の来訪時は、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		
	正面玄関	・夜21時以降及び朝8時以前は施錠を行います。インターホンの対応や玄関の開閉は、住宅職員が行います。
	食堂・機能訓練室	・食事の提供時間帯（朝食：7時～8時、昼食：12時～13時、夕食：17時～18時）は、食堂として使用します。 ・食事の提供以外の時間は、入居者様同士の歓談や機能訓練などで使用します。
	多目的室	【使用時間：8時30分～17時00分】 ・入居者同士の歓談や趣味活動等に使用できます。
	中浴室	【使用時間：10時00分～16時00分】 ・時間により男女の入場規制があります。 ・ご使用の際は、事前に住宅職員へお申し付け下さい。
	特別浴室	【使用時間：10時00分～16時00分】 ・時間により男女の入場規制があります。 ・住戸や中浴室での入浴が困難な方が使用できます。
	ランドリー室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・洗濯機、乾燥機を準備しておりますので、ご自由に使用できます。
	理美容室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・定期的に「理容師・美容師の出張サービス」を依頼し、カット・カラー・パーマ等を行います。ご希望の際は、事前に住宅職員へお申し付け下さい。
	健康管理室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・訪問診療、訪問マッサージ等で使用します。
	相談室	【使用時間：8時30分～17時30分】 ・面会や生活相談などで使用できます。
	共用トイレ	・1階に2ヶ所設置しており、ご自由にご使用できます。 ※トイレには、備え付けのトイレットペーパー以外、流さないようお願い致します。
	メール室	・入居者様宛の手紙や郵便物など、戸別にメールボックスを設置しております。

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	ディーフェスタクオーレ福生
		電話番号	042-513-6540
事業者からの解除			
	賃貸借契約書第9条及び生活支援サービス契約書第8条のとおりです。		

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	
	（有）・無　（ 東京海上日動火災保険株式会社 ）

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　ＡＬＳＯＫケア株式会社

所在地　東京都港区三田三丁目１番７号　三田東宝ビル6階

代表者名　事業統括取締役　田中　大輔　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