

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 シマダリビングパートナーズカブシキガイシャ	
	シマダリビングパートナーズ株式会社	
事業者の所在地	〒151-0053	
	東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル14階	
事業者の連絡先	電話番号	03-6275-1182
	FAX番号	03-6275-1183
	ホームページアドレス	https://shimada-slp.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 島田 忠	

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 シマダリビングパートナーズカブシキガイシャ	
	シマダリビングパートナーズ株式会社	
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3-22-7 新宿文化クイントビル14階	
事業主体の連絡先	電話番号	03-6275-1182
	FAX番号	03-6275-1183
	ホームページアドレス	(有) https://shimada-slp.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	島田 忠
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	通所介護事業・訪問介護事業・福祉用具貸与事業・福祉用具販売事業 訪問看護事業・居宅介護支援事業・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅	

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 ガーデンテラスアカバネ	
	ガーデンテラス赤羽	
住宅の所在地	〒115-0054	
	東京都北区桐ヶ丘2-11-28	
住宅の連絡先	電話番号	03-6454-3860
	FAX番号	03-6454-3861
	ホームページアドレス	https://garden-terrace.jp/akabane
住宅の管理者名		
住宅の開設年月日	平成29年10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：シマダリビングパートナーズ株式会社
状況把握（安否確認）	71,500円（消費税込） ／月額	・日中、住宅職員が住戸に伺い安否確認を行います。 ・入居者様のご都合、状態に応じ、ご本人様（ご家族様）とご相談の上、随時対応していきます。
生活相談		・日常生活を送る上で、健康面や介護の不安など、相談を受け付けます。内容により、ケアマネジャーへの連絡やサポートを行います。 ・ご希望の方に診療や歯科の訪問対応可能な医療機関の情報を提供します。
緊急時対応		【9：00～18：00】 ・日中は、各住戸、共用トイレ、共用浴室に設置のナースコールを1階の事務室及び住宅職員が携帯するPHSで受け、住宅職員が対応致します。緊急時の対応を致します。必要に応じて、家族、主治医等に連絡をし、状態に応じて救急車の要請をします。 【18：00～9：00】 ・併設されている訪問介護事業所に待機している当社訪問介護スタッフ（余剰人員）が緊急通報（ナースコール）を受け、住宅職員に連絡し対応します。住宅職員が必要に応じて、家族、主治医等に連絡をし、状態に応じて救急車を要請します。
フロントサービス		・留守中、配達物の一時預かりや、配送業者への手配をいたします。 ・来訪者の受付を行います。 ・外出時、タクシーご利用の際には手配いたします。
事務管理		各種お手続きや、各所との連絡調整等の事務管理を行います。
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：シマダリビングパートナーズ株式会社
食事サービス	52,140円（消費税込） ／月額	・食事は月単位の請求となります。 ・食費は月額 52,140円（消費税込）（30日の場合） ＜朝食486円／昼食626円／夕食626円（各食消費税込）＞ ・食事は住宅内の厨房にて専属の調理員により調理致します。 ・キャンセル、変更等される場合は、提供日の3日前の17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（実費）が発生してしまいますので、お気を付けください。 ・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・夕食の費用が軽減税率（8%）の対象となります。 ※金額は全て税込で表記しています。
通院同行・外出同行	1,650円（消費税込） ／30分	・居室から帰宅まで通院同行致します。希望により診察など同席し、診療内容をご一緒に伺います。 ・居室から目的地まで外出の同行し、帰宅までお世話します。 （交通費代は実費負担）
自立支援サポート費	55,000円（消費税込） ／月額	・自立及び要支援の方の生活をサポート致します。介護保険で不足しているサービスを行います。（食事誘導・トイレ誘導・身体的援助・生活援助等）
金銭管理費	1,100円消費税込） ／月額	・日常生活を営むために必要な金銭、預貯金通帳及び印鑑の管理及び出納を行います。 ※ご自身で金銭管理が困難な方であって希望者のみ

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	白報会王子病院
		住所	東京都北区王子2-14-13
		診療科目	内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科
		協力内容	入居者が適切な治療を受けられるように協力して頂きます。
協力医療機関	2	名称	富士見病院
		住所	東京都板橋区大和町14-16
		診療科目	内科・心療内科
		協力内容	入居者が適切な治療を受けられるように協力して頂きます。
協力歯科医療機関		名称	アイ・デンタルクリニック
		住所	埼玉県さいたま市桜区西堀3-3-19小林ビル1階
		協力内容	歯科・口腔外科

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	基本サービス料金及び選択サービス料金について、前月分について毎月15日までに請求書を発行し入居者様に送付します。口座振替払い及び振込払いに要する手数料等は入居者様負担となります。(生活支援サービス契約書第6条参照)
支払方法	
	毎月26日に支払請求分を口座振替払い又は、毎月25日までに振込払い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		ガーデンテラス赤羽			
電話番号		03-6454-3860			
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、祝日			
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	年1回の運営懇談会前にアンケートを実施予定です。			
	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、外泊時には事前に住宅職員へご連絡ください。 ・ご家族の来訪の時間などに制限はありませんが、夜間帯など防犯のため、事前にご連絡ください。	
共用施設の利用について	
浴室	ご希望の利用時間を事前にご連絡下さい。
共用キッチン	ご希望の利用時間を事前にご連絡下さい。

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（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	ガーデンテラス赤羽
	電話番号	03-6454-3860
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か月以上滞納し、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
☒ (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

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 シマダリビングパートナーズ株式会社

所在地 東京都渋谷区代々木3丁目22番7号 新宿文化クイントビル14階

代表者名 代表取締役 島田 忠 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