

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	カブシキガイシャエクラシア
		株式会社エクラシア
事業者の所在地	〒 336-0025	
		埼玉県さいたま市南区文蔵1-17-10 宮前第一ビル
事業者の連絡先	電話番号	050-6861-5201
	FAX番号	048-711-2176
	ホームページアドレス	https://www.eclasia.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 鈴木 徹	

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	カブシキガイシャエクラシア
		株式会社エクラシア
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 336-0025	
		埼玉県さいたま市南区文蔵1-17-10 宮前第一ビル
事業主体の連絡先	電話番号	050-6861-5201
	FAX番号	048-711-2176
	ホームページアドレス	有 https://www.eclasia.co.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	鈴木 徹
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	サービス付き高齢者向け住宅事業 介護保険法に基づく居宅サービス事業	

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	エクラシアマチダ
		エクラシア町田
住宅の所在地	〒195-0052	
		東京都町田市広袴町521-2
住宅の連絡先	電話番号	050-6861-3942
	FAX番号	042-860-3765
	ホームページアドレス	https://www.welloff.co.jp/
住宅の管理者名	大高 知也	
住宅の開設年月日	2021年 3月1日	
居住の契約方式	普通賃貸借契約方式	

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

施設には24時間スタッフが常駐しており、ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう支援いたします。また必要に応じ、ご入居者が介護サービスや医療サービスを希望される場合には、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の連携においては、ご入居者が事業者を自由に選択できるものとします。）

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常駐しておりませんので、常時医療行為が必要な方への対応は致しかねます。ただし、提携医療機関による往診サービス、または訪問看護サービス等の事業者との連携によるサービス提供は可能です。

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） 〈提供者〉エクラシア町田
状況把握（安否確認）	1,100円／月額	1日1回朝7:00～8:00の間に定期巡回をし、訪室の上、住宅職員の声掛けによる安否確認を行います。
生活相談		生活に関わる相談援助、外部の介護サービスなどの案内を行います。
緊急時対応		各居室及び共用部分に設置されたナースコールを押していただくことにより、1階事務室において24時間通報を受信し、住宅に常駐するスタッフが駆けつけて必要な対応（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）をさせていただきます。また、緊急時において医療機関等との連携対応を行います。

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（税込）	（提供内容・方法・提供者） 〈提供者〉エクラシア町田
食事・おやつの提供	食事 500円/1食 おやつ 170円/1食	【食事を提供する時間帯】 ・朝食 7:00～8:30 ・昼食 11:30～13:00 ・夕食 5:00～6:30 ・おやつ 3:00～4:00 当施設内の食堂、または各住戸内にて提供いたします。 【食事のキャンセルについて】 翌日の食事をキャンセルされる場合は、前日夕食時までに住宅スタッフへお申し付けください。以降はすべて当日キャンセルの扱いとさせていただきます、止むを得ない事情を除き1食分の料金を単価としたキャンセル料を請求させていただきます。 【食器等について】 食事の際に使用する箸、コップ、その他の食器等は全て当施設にてご用意させていただきます。 【消費税の取り扱いについて】 当住宅では、朝食・昼食・夕食・おやつの費用が軽減税率（8%）の対象となります。
定期巡視・夜間時介護	月額 31,900円	①常駐スタッフによる3時間毎の24時間定期巡視サービス ②提携医療機関との連携および情報提供 ③夜間時間帯における介護サービス（排泄介助・体位交換等の軽微な介護） 提供時間：①・②24時間 ③夜間サービスは概ね21時～翌8時
寝具・タオルレンタル	月額 3,300円	寝具一式及びタオル類を交換無制限にてレンタル使用いただけます。 寝具一式レンタル（布団・枕・シーツ・防水シーツ） タオル類レンタル（バスタオル・ハンドタオル）
寝具・タオルレンタル 日用品サービス	月額 6,600円	寝具一式・タオル類レンタル（上記内容と同様） 日用品の提供（ティッシュ・トイレトペーパー・歯ブラシ・歯磨き粉・入歯洗浄剤・口腔ケアスポンジ・コップ・ストロー・使い捨てマスク・トロミ※1）：居室消耗品は週1回の寝具交換時に補充を行います。 食料品の提供（ジュース・お菓子・カップ麺・菓子パン等の軽食類・ふりかけ類）※2 訪問理容サービス いずれも必要適正量を月額定額制にてご利用いただけます。 ※1 多用される方の補助用としてご利用いただけます。 ※2 施設管理上の観点から食事（肉類）の代金とすることと適切な摂取についてはご利用の制限をさせていただきます。ご了承ください。
洗濯代行	月額 3,300円	洗濯希望の衣類を週2回、居室まで回収に伺い、洗濯を代行します。（専用の洗濯ネットを支給致します）
外出付き添い	1時間 2,200円	前日までにお申し込みください、上限は3時間までとさせていただきます。
備考		サービスに係るご請求金額につきましては、当施設が認めた場合に限り、ご本人・ご家族様の所得又はお支払い能力に応じた個別の割引対応を行わせていただく場合がございます。

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	医療法人社団緑風会 みどりクリニック
		住所	神奈川県相模原市中央区鹿沼台2-19-6 パークハイム鹿沼台305
		診療科目	内科・精神科
		協力内容	往診サービス
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	
	毎月15日までに請求書を発行し、入居者様に送付します（生活支援サービス契約書第6条参照）。
支払方法	
	毎月20日に支払請求分を口座振替または現金払にて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	株式会社エクラシア エクラシア相談窓口				
電話番号	050-6861-5201				
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・日曜日・祝日・年末年始12月28日～1月3日				

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	
	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	
基本的に自由となりますが、心身の状態によりご入居者様のみでの行動が困難であると施設側が判断させていただいた場合は、ご家族または第三者の付き添いの無い外出は制限させていただくことがあります。	
共用施設の利用について	
浴室	浴室のご利用を希望の方は、予めスタッフにお申し付けください。 ご使用時間の制限等はありません。
キッチン	調理等によるキッチンのご使用をされる方は、予めスタッフにお申し付けください。

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9条参照）。		
契約解約時の連絡先	名称	エクラシア町田
	電話番号	050-6861-3942
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	
①有	無 (東京海上日動保険)

〔 〕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。

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 _____

