# 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　カブシキガイシャヤマネメディカル<br>株式会社やまねメディカル | | |
| 事業者の所在地 | 〒103-0022<br>東京都中央区日本橋室町一丁目２番６号 | | |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 | 03-5201-3995 | |
| | ＦＡＸ番号 | 03-5201-3996 | |
| | ホームページアドレス | http://www.ymmd.co.jp/ | |
| 事業者の代表者名 | 代表取締役　山根洋一 | | |
| （外部委託事業者） | | | |
| 事業者の名称 | フリガナ　アルソックカブシキガイシャ<br>ＡＬＳＯＫ株式会社 | | |
| 事業者の所在地 | 〒107-8511<br>東京都港区元赤坂一丁目6番6号　安全ビル | | |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 | 03-3470-6811 | |
| | ＦＡＸ番号 | 03-3470-2626 | |
| | ホームページアドレス | https://www.alsok.co.jp | |
| 事業者の代表者名 | 代表取締役　村井　豪 | | |

## 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　カブシキガイシャヤマネメディカル<br>株式会社やまねメディカル | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒103-0022<br>東京都中央区日本橋室町一丁目２番６号 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03-5201-3995 | |
| | ＦＡＸ番号 | 03-5201-3996 | |
| | ホームページアドレス | （有）<br>無 | http://www.ymmd.co.jp/ |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 山根洋一 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | ・高齢者住まい法によるサービス付き高齢者向け住宅の運営<br>・通所介護施設の経営 | | |

## 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　ナゴヤカレジデンスコダイラジョウスイ<br>なごやかレジデンス小平上水 | |
| | 住宅の所在地 | 〒187-0021<br>東京都小平市上水南町2-23-1 | |
| | 住宅の連絡先 | 電話番号 | 042-329-6112 |
| | | ＦＡＸ番号 | 042-329-2421 |
| | | ホームページアドレス | http://www.ymmdnr.jp/ |
| 住宅の管理者名 | | 事業所長　（施設長名を記入） | |
| 住宅の開設年月日 | | 平成26年2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

当住宅では、入居者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、基本サービスとして状況把握サービス（緊急時対応を含む）・生活相談サービスを提供するとともに、入居者の希望に応じて生活支援オプションサービスを提供致します。
また、併設施設及び地域の医療機関・介護事業所と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援致します。
なお、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

当住宅では医療行為が必要な方への対応はできません。

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） | 一括料金<br>18,700円／月額<br>（消費税10%込） | ①食事等の提供機会及び双方向コミュニケーションを通じて、職員が少なくとも１日１回以上入居者ご本人の安否確認を行い、状況を把握します。<br>※提供者：株式会社やまねメディカル |
| 生活相談 | | ①生活上の一般的な事項、居住環境、健康、その他介護・医療施設等に関する相談や質問に関し、日中、職員が助言・情報提供及び紹介を行います。<br>②健康相談を、緊急通報装置の相談ボタンを使用して、外部委託事業者（看護師常駐のコールセンター　24時間体制）のスタッフと通話により行うことができます。<br>③在宅医療、歯科等の紹介を日中、職員が行います。<br>④福祉用具購入に関する相談を介護支援専門員に伝えます。<br>※提供者：株式会社やまねメディカル<br>（外部委託事業者）<br>ＡＬＳＯＫ株式会社 |
| 緊急時対応 | | ①緊急時対応については、各住戸・共用部（食堂・トイレ）設置の緊急通報装置及び建物内で利用可能なペンダント式緊急通報システムを通じ、弊社職員と外部委託スタッフが、24時間体制で速やかに必要な対応を行います。<br>※提供者：株式会社やまねメディカル<br>（外部委託事業者）<br>ＡＬＳＯＫ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 | (提供内容・方法・提供者) |
|---|---|---|
| 食事サービス | 55,050円/月<br>(3食30日の場合)<br>(消費税8%<br>軽減税率適用込) | (食事の提供)<br>①朝食は8時00分～8時30分、昼食は12時00分～13時00分、夕食は17時30分～18時30分<br>1階の食堂で提供します。<br>②お粥、刻み食、やわらか食、カロリー、塩分制限への個別対応をご相談承ります。<br>③月単位での請求となります。<br>キャンセルは、4日前の12時までにお知らせ下さい。(但し土日は除く)<br>キャンセルの場合は当該食事分を月額料金から差し引きます。<br>食費内訳(消費税8%込):朝食 367 円 昼食 734円 夕食 734円<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |
| | 1回につき<br>220円<br>(消費税10%込) | [サービス時間帯] 食事の提供時間に準じ対応します。<br>①不調時の居室への配膳・下膳<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |
| 介助サービス | [8:00～18:00]<br>30分まで1,100円<br>以後30分毎に1,100円<br>[18:00～22:00]<br>[5:00～8:00]<br>30分まで1,375円<br>以後30分毎に1,375円<br>[22:00～5:00]<br>30分まで1,650円<br>以後30分毎に1,650円<br>(消費税10%込) | [サービス時間帯] 24時間提供<br>①モーニングケア(起床、更衣、歯磨き、移乗)<br>②ナイトケア(更衣、歯磨き、移乗)<br>③食事介助(食堂での配膳・下膳または居室への配膳・下膳を含む)<br>④排せつ介助<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |
| 家事サービス | 30分まで<br>1,100円<br>以後30分毎に<br>1,100円<br>(消費税10%込) | [サービス時間帯] 9:00～17:00<br>①居室の掃除<br>②洗濯<br>③買い物(日用品につき、弊社指定購入日に代理購入)<br>④居室内の軽作業(家電部品の取替え、家具移動等)<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |
| | 1個につき<br>220円<br>(消費税10%込) | [サービス時間帯] 地域で定められているゴミ出しの曜日の朝8時まで<br>①ゴミ出し(職員が25L袋程度のゴミ1個を収集場所まで運搬します。)<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |
| 健康管理サービス | 1回につき<br>220円<br>(消費税10%込) | [サービス時間帯] 9:00～17:00<br>①バイタルチェック(体温・血圧の計測、記録)<br>※提供者:株式会社やまねメディカル |

| 医療連携の内容 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 協力医療機関 | 1 | 名称 | 厚仁クリニック |
| | | | 住所 | 東京都西東京市芝久保町2-13-32 |
| | | | 診療科目 | 内科、整形外科 |
| | | | 協力内容 | 協力医療機関として紹介、入居者との診療契約による診療（医療費は入居者負担）。 |
| | 協力歯科医療機関 1 | | 名称 | 医療法人社団　郁栄会　西東京歯科室 |
| | | | 住所 | 東京都杉並区宮前4-19-11 |
| | | | 協力内容 | 協力医療機関として紹介、入居者との診療契約による診療（医療費は入居者負担）。 |
| | 協力歯科医療機関 2 | | 名称 | にしまち歯科 |
| | | | 住所 | 東京都国分寺市西町3-19-2　メンバーズタウン国立18-102 |
| | | | 協力内容 | 協力医療機関として紹介、入居者との診療契約による診療（医療費は入居者負担）。 |

## 5．月額利用料の請求及び支払方法

| 請求方法 |
|---|
| ・毎月10日までに、請求書を発行します。<br>・当該請求書を入居者に手交または身元引受人宛に送付します。 |
| 支払方法 |
| ・毎月27日に、ご請求金額を口座振替方式にてお支払いただきます。（27日が土日祝日の場合は、翌営業日の引落としとなります。） |

## 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 | 事務室 | | | | |
| | 電話番号 | 042-329-6112 | | | | |
| | 対応している時間 | 平日 | 9時 | 00分 ～ | 17時 | 00分 |
| | | 土曜 | 9時 | 00分 ～ | 17時 | 00分 |
| | | 日曜 | 原則、窓口は休業日となります。 | | | |
| | | 祝日 | 9時 | 00分 ～ | 17時 | 00分 |
| | 定休日 | 原則、窓口は日曜日が休業日となります。 | | | | |
| 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 | | | | |
| | | 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、入院時は、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 | | |
| | 共用浴室（無料） | 予約表にご記入の上、ご利用ください。入浴時間は、お一人につき1回30分までとさせていただきます。 |
| | 洗濯室 | ①予約表にご記入の上、ご利用ください。<br>②洗濯機・乾燥機のご利用は、それぞれ週１回は無料です。２回目以降は有料となります。<br>＜２回目以降の使用料＞　・洗濯機 200円／回<br>・乾燥機 200円／30分 |
| | 共用部分の清掃について | 共用部分の清掃は、職員にて行います(共益費に含む)が、清潔保持にご協力をお願いいたします。 |

## 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１か月前に文書にて解約の申し出を事業者に通知することで、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 | 事務室 |
| | | 電話番号 | 042-329-6112 |
| 事業者からの解除 | | | |
| | 事業者は、生活支援サービス提供契約書第８条の規定に基づき、本契約を解除することができます。 | | |

## 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　　（三井住友海上火災保険株式会社） |

## 10．入居者の保険加入について

| | |
|---|---|
| 住宅総合（家財）保険（借家人賠償保険特約付保険）・共済等への加入 | |
| | 入居者には、入居に際し、上記保険・共済等にご加入いただきます。（保険料のお支払いは入居者様ご自身でお願いいたします。） |

説明年月日　　令和　　年　　月　　日

□□□□〔入居者氏名〕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　株式会社やまねメディカル

所在地　東京都中央区日本橋室町一丁目２番６号

代表者名　代表取締役　山根　洋一　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

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。

連帯保証人住所

連帯保証人氏名　印