

リアンレーヴ小平式番館

生活支援サービス 重要事項説明書

株式会社 木下の介護

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 | カブシキガイシャ キノシタノカイゴ |
| | 株式会社 木下の介護 |
| 事業者の所在地 | 〒163-1329 |
| | 東京都 新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー29階 |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 03-5908-1310 |
| | FAX番号 03-5908-2382 |
| | ホームページアドレス http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ |
| 事業者の代表者名 | 代表取締役 佐久間 大介 |

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 | カブシキガイシャ キノシタノカイゴ |
| | 株式会社 木下の介護 |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒163-1329 |
| | 東京都 新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー29階 |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 03-5908-1310 |
| | FAX番号 03-5908-2382 |
| | ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/ |
| | <input type="radio"/> 無 |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 佐久間 大介 |
| | 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、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、障害者総合支援法に基づく居宅介護・重度訪問介護事業の企画・開発・運営、訪問介護員初任者研修講座 |

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 | リアンレーヴゴダイラニバンカン |
| | リアンレーヴ小平式番館 |
| 住宅の所在地 | 〒187-0041 |
| | 東京都 小平市美園町二丁目10番19号 |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 042-312-3783 |
| | FAX番号 042-312-3971 |
| | ホームページアドレス http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lienrevokodairanibankan.html |
| 住宅の管理者名 | 秋元 恭子 |
| 住宅の開設年月日 | 2015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

事業者は、ご入居者が安全かつ安心して主体的に生活を継続できるよう、ご入居者に対し、サービス付き高齢者向け住宅における基本サービス（必須サービス）を提供するとともに、ご入居者の希望に応じて、その他のサービス（選択サービス）を提供します。尚、介護や医療を必要とされる場合は、円滑に介護サービスや医療サービスをお受けいただくことが出来るよう、介護事業者や医療機関と連携を図ります。尚、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、医療保険サービス等）を自由に選択することが出来ます。

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。）（生活サポート費）

| サービスの種類 | 料金 | （提供方法・提供者） |
|------------|--------------------|--|
| 状況把握（安否確認） | 33,000円/月額 （税込） | 原則、住宅職員が毎日午前10時より順次、各居室に伺い、1日1回安否の確認をさせていただきます。尚、訪問時間の変更を希望される場合は、事前にご相談下さい。また、ご入居者の状態により、事前にご相談の上、適宜安否の確認をさせていただきます。 （提供者：榊木下の介護） |
| 生活相談 | | 住宅職員は、ご入居者より日常生活全般や介護サービス、医療サービスに関するご相談をお受けします。 （提供者：榊木下の介護） |
| 緊急時対応 | | ご入居者は、身体の状況の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール（設置場所：各居室、浴室、脱衣室、共用便所）等で対応を求めることが出来ます。住宅職員は、1階事務室で入居者からのコールを受信し、主治医への連絡や救急車の要請等、速やかに適切な対応を行います。また入居時に予め届け出ている緊急連絡先にも速やかに連絡を行います。 （提供者：榊木下の介護） |

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) |
|-----------|-------------------|--|
| 食事の提供サービス | 31,500円/月 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・食費：31,500円 (30日の場合) 【内訳：朝食250円、昼食349円、夕食451円】 ・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670円以下で、その累計額が1日2,010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、朝食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。なお、厨房管理費についても軽減税率の判定対象費用となるため、その費用を考慮して判定いたします。このため昼食、夕食は標準税率(10%)となります。詳細については別紙をご確認ください。 ・提供場所：1階食堂 ・提供時間：朝食：8：00～9：00、昼食：12：00～13：00、夕食：18：00～19：00 ・キャンセル：ご入居者は、3日前までに届け出るにより、食事を1日につき1食若しくは2食とし、又は3食とも食事の提供を受けないことが出来ます。欠食分の食費は、各食事の単価に基づき返還致します。 ・特別食：ご入居者の治療を担当する医師の特別の指示(刻み食等)がある場合には、別途ご相談下さい。 ・ソフト食は通常の食費に110円追加した金額となります。 (提供者：榎木下の介護※調理業務は給食業者(株式会社LEOC)に委託) |
| | 37,500円/月 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・厨房管理費：37,500円 (30日の場合) 軽減税率の判定対象としております。このため、喫食の有無に応じて適用税率が変更されます。なお、暦月で1月食事の提供がなかった場合は、厨房管理費は徴収いたしません。 |
| 入浴見守りサービス | 550円/回 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・内容：浴室扉越しにお声掛け、安否確認等 ※ご希望される場合は、事前に受付(事務室)までご相談下さい。 (提供者：榎木下の介護) |
| 付添・送迎サービス | 1,579円/時間 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・内容：買物、病院等の通院付添い等(交通費代は実費負担) ※ご希望される場合は、事前に受付(事務室)までご相談下さい。 (提供者：榎木下の介護) |
| 清掃サービス | 660円/30分 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・内容：居室内の整理、整頓、ゴミ捨て、窓拭き等 ※ご希望される場合は、事前に受付(事務室)までご相談下さい。 (提供者：榎木下の介護) |
| 洗濯サービス | 550円/回 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・内容：住宅内1階洗濯室での洗濯、乾燥 ※ご希望される場合は、事前に受付(事務室)までご相談下さい。 (提供者：榎木下の介護) |
| 居室配膳サービス | 550円/回 (税込) | <ul style="list-style-type: none"> ・内容：体調不良時の居室配膳が長期化した場合に徴収いたします。 |

医療連携の内容

| | | |
|----------|------|------------------------------------|
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人社団和光会 キノメディッククリニック小平 |
| | 住所 | 東京都小平市美園町2丁目10番19号 |
| | 診療科目 | ①内科、②外科 |
| | 協力内容 | 往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団オーラルコミュニケーション くにたち旭通り歯科プレミアム |
| | 住所 | 東京都国立市東一丁目7番5号 弥生ビル2F |
| | 協力内容 | 訪問歯科診療 |

5. 月額利用料の請求及び支払方法

| | |
|---|--|
| 請求方法 | |
| 事業者は、請求書に明細を付して毎月20日までにご入居者に手渡し又はご入居時に指定された方へ送付致します。(基本サービス、選択サービスとも前月分) | |
| 支払方法 | |
| 翌月27日(但し、休日等の場合は金融機関の直後の営業日)に入居者指定金融機関口座から引落とし※、又は翌月25日(但し、休日等の場合は金融機関の直後の営業日)に当社指定の金融機関口座へお支払いいただきます(※引落依頼書への記入が必要となります。また振込手数料はお客様負担となります)。 | |

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 | リアンレーヴ小平式番館受付・事務室 | |
| 電話番号 | 042-312-3783 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時 00分 ~ 18時 00分 |
| | 土曜 | 9時 00分 ~ 18時 00分 |
| | 日曜 | 9時 00分 ~ 18時 00分 |
| | 祝日 | 9時 00分 ~ 18時 00分 |
| 定休日 | | |
| 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 | 事業者はサービスの提供にあたって、天災、災害等不可抗力による場合を除き、万一、事業者の責に帰すべき事由による事故が発生し乙の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに保険会社に連絡を入れ、ご入居者等に対する損害賠償に関する協議を行います。ただし、ご入居者側に故意又は重大な過失がある場合にはこの限りではありません。 | |
| 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 2023年12月1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、夜間の外出・来訪等については可能な限り、事前に住宅職員へご連絡下さい。 | |
| 郵便物・荷物等の取扱い | |
| 入居者に届いた郵便物や荷物等は、危険物等が無いかわホームの職員が予め中身を確認させていただく場合があります。 | |
| 共用施設の利用について | |
| 共同浴室(1階)※無料 | 予め受付(もしくは事務室)まで、利用時間をお知らせ下さい。 |
| キッチンラウンジ※無料 | 予め受付(もしくは事務室)まで、利用時間をお知らせ下さい。 |

8. 契約の解除内容等

| | | |
|---|------|--------------|
| 入居者からの解約 | | |
| <生活支援サービス契約第9条より> 事業者に対して、30日の予告期間において文書で通知することにより、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 | リアンレーヴ小平式番館 |
| | 電話番号 | 042-312-3783 |
| 事業者からの解除 | | |
| <生活支援サービス契約書第8条より> 1、事業者は、入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。 2、前項の場合、事業者は次の手続きを行います。 ①一定の観察期間をおくこと。 ②主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと。 ③契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと。 ④前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。 3、事業者は、入居者が正当な理由なく事業者に支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において、入居者に対し、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ときは、この契約を解除することがあります。 | | |

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 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 無 (施設所有(管理)者・生産物賠償責任保険：あいおいニッセイ同和損保) |

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 株式会社 木下の介護

所在地 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号
新宿アイランドタワー29階

代表者名 代表取締役 佐久間 大介 (印)

説明者氏名 _____ (印)

署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。

_____ (印)

軽減税率の適用判定について

当ホームは、建物賃貸借契約第7条2項の規定に基づき軽減税率適用について以下一覧のとおりに判定しております。サービス付き高齢者向け住宅における食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税については、1食670円以下、1日累計額2,010円に達するまでは軽減税率の対象となります。

| | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|---------------|--------|------|------|
| 食費単価(税込) | 250円 | 349円 | 451円 |
| 食費単価(税抜) | 232円 | 318円 | 410円 |
| 厨房管理費※ | 276円 | 378円 | 487円 |
| 合計 | 508円 | 696円 | 897円 |
| 1日累計額(軽減税率対象) | 508円/日 | | |
| 軽減税率適用 | 対象 | 対象外 | 対象外 |

※厨房管理費は1日あたりの各食費の割合に応じて以下の方法により按分算出しております。
いずれも税抜価格です。端数は小数点以下四捨五入しております。
 $(\text{厨房管理費} \div 30 \text{日}) = \text{①厨房管理費日額}$
 $(\text{各食費単価}) \div \text{食費日額} \times \text{①} = \text{各食按分厨房管理費}$

【欠食した場合の取扱いについて】

当ホームでは、欠食の届出がなされた場合、厨房管理費を除く食費単価が差し引かれます。これにより軽減税率適用は以下一覧のとおりに判定となります。一覧は3食とも欠食した場合です。

| | 朝食 | 昼食 | 夕食 |
|---------------|----------|------|------|
| 食費単価 | 0円 | 0円 | 0円 |
| 厨房管理費 | 276円 | 378円 | 487円 |
| 合計 | 276円 | 378円 | 487円 |
| 1日累計額(軽減税率対象) | 1,141円/日 | | |
| 軽減税率適用 | 対象 | 対象 | 対象 |

いずれも税抜価格です。

