

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 カブシキガイシャシノケンウェルネス
	株式会社シノケンウェルネス
事業者の所在地	〒105-0013
	東京都 港区浜松町2丁目3番1号
事業者の連絡先	電話番号 03-5777-0175
	FAX番号 03-5777-0128
	ホームページアドレス https://www.shinoken-lc.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 三浦 義明

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 カブシキガイシャシノケンウェルネス
	株式会社シノケンウェルネス
事業主体の主たる事務所の所在地	〒105-0013
	東京都 港区浜松町2丁目3番1号
事業主体の連絡先	電話番号 03-5777-0175
	FAX番号 03-5777-0128
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 https://www.shinoken-lc.co.jp/
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 三浦 義明
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	高齢者住宅の賃貸および経営管理

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 ジュライフシャクジイダイ
	寿らいふ 石神井台
住宅の所在地	177-0045
	東京都練馬区石神井台6丁目3番19号
住宅の連絡先	電話番号 03-6852-9280
	FAX番号 03-6852-9282
	ホームページアドレス https://www.shinoken-lc.co.jp/service/julife/shakujiidai/
住宅の管理者名	
住宅の開設年月日	2021年6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		
<p>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。</p>		
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>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。</p>		
基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）		
基本サービス	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認） 1日を通して定期巡回を行い、入居者の心身の状況を把握し、状況に対応したサービスを提供します。	一人入居の場合 40,700円（税込）／月額 二人入居の場合 61,050円（税込）／月額	・毎日、午前10時頃に各住戸に職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。 ※提供者：株式会社シノケンウェルネス
生活相談 入居者の要望を受けた都度、面会及び電話等の手段により、相談を受けます。		・当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談にのります。 ※提供者：株式会社シノケンウェルネス
緊急時対応		【24時間体制】 ・各住戸のベッドサイド、トイレに設置してあるナースコールを押していただければ1F管理室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（医療機関やご家族等への連絡等）を行います。 ※提供者：株式会社シノケンウェルネス
情報提供サービス		地域の介護サービス、食事サービス等暮らしに関する情報提供を行います。 ※提供者：株式会社シノケンウェルネス
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。)		
選択サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	49,500円 (消費税込) ／月	・食費は月単位の請求となります。 ・食費：月額49,500円/税込(30日の場合) ・朝食は7時～9時まで、昼食は12時～14時まで、夕食は17時～19時まで、1階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます。 ・キャンセル、変更等は提供される日の前日16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、金額(実費)が発生いたしますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：株式会社ミールケアストア ※朝食 334円、昼食 658円、夕食 658円 (料金は税込表記です。) ※軽減税率の対象となるため、税率は8%です。
プラスチックグローブ、電池等販売サービス	右記参照	・電球、プラスチックグローブ、電池の販売をいたします。 LED電球 1,320円(税込) 蛍光灯ランプ20w 1,320円(税込) 蛍光灯ランプ27w 1,870円(税込) プラスチックグローブ1箱(100枚入) 550円(税込) 乾電池(単3、単4)1本 55円(税込) ※提供者：株式会社シノケンウェルネス
電球取付サービス	880円/回 (消費税込)	・電球の取付をいたします。 ※提供者：株式会社シノケンウェルネス

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	城北さくらクリニック
		住所	東京都練馬区練馬1-18-8
		診療科目	総合診療
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談、緊急時24時間対応
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	生活支援サービス契約書第4条に定める基本サービス（翌月分）及び、食事提供サービス以外の選択サービス（前月分）の料金について、入居者は毎月27日に事業者の指定する収納代行会社へ口座振替払の方法で支払います。また、生活支援サービス契約書第2条第2項に定める食事提供サービスについては、委託会社との間で締結いただく契約内容のとおり、委託会社から料金のご請求をいたします。
支払方法	基本サービス料金（翌月分）及び、食事提供サービス以外の選択サービス料金（前月分）について、入居者は毎月27日にサービス料金を事業者の指定する収納代行会社へ口座振替払の方法でお支払い頂きます。振替手数料は入居者の負担になります。また、食事の提供サービスにつきましては、委託会社との間で締結いただく契約内容のとおり、入居者より委託会社にお支払い頂きます。

6. 苦情に対応する窓口等

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	寿らいふ 石神井台 管理室	
電話番号	03-6852-9280	
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	なし ※年末年始（12月28日～1月3日）は休み	
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。また、保険会社との協議の上ご対応させていただきます。	
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	フロントにアンケートを設置しております。
	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	
防犯上、午後8時から翌朝5時まで出入り口の施錠をします。帰宅された方は呼び鈴を押してください。	
共用施設の利用について	
個室浴	予約制となります。
大浴場	毎週日曜日はメンテナンスの為、ご利用できません。
ゴミ処理について	
地域で定められているゴミ出しの曜日の朝8時まで、ごみ置き場にお伺いします。粗大ゴミについては、別途ご相談させていただきます。	

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日前に文書にて解約の申し出を事業者へ通知することで、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	株式会社シノケンウェルネス
	電話番号	03-5777-0175
事業者からの解除		
<p>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。</p> <p>①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の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、著しく困難な場合</p> <p>②入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがないとき</p> <p>③その他、入居者が生活支援サービス契約書に違反し、相当の期間を定めて催告しても違反が是正されないとき</p>		

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="radio"/> 有	無 (東京海上日動火災保険会社)

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者様に対して、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。

事業者名 株式会社 シノケンウェルネス

住所 東京都港区浜松町2丁目3番1号

代表者名 代表取締役 三浦 義明 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。

入居者住所 _____

入居者氏名 _____ 印