

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 キギョウクミアイアキタフクシサービス	企業組合秋田福祉サービス
事業者の所在地	〒 010-0116 秋田市金足小泉字潟向 86-1	
事業者の連絡先	電話番号 FAX番号 ホームページアドレス	018-827-5619 018-827-5618 http://fukinotou-akita.jp/kanaashi/
事業者の代表者名	代表理事 鎌田 憲悦	

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 キギョウクミアイアキタフクシサービス	企業組合秋田福祉サービス
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 010-0041 秋田市広面字二階堤 20-1	
事業主体の連絡先	電話番号 FAX番号 ホームページアドレス	018-893-5422 018-893-5410 有 http://fukinotou-akita.jp 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 職名	鎌田 憲悦 代表理事
事業主体が行っている主な事業等	・短期入所生活介護　　・地域密着型デイサービス　・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・居宅介護支援サービス　・学童保育	

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 ケアホームフキノトウ (オイワケ)	ケアホームふきのとう (おいわけ)
住宅の所在地	〒 010-0116 秋田市金足小泉字潟向 86-1	
住宅の連絡先	電話番号 FAX番号 ホームページアドレス	018-827-5619 018-827-5618 http://fukinotou-akita.jp/kanaashi/
住宅の管理者名	笹渕 恵美子	
住宅の開設年月日	平成27年4月1日	
居住の契約方式	賃貸契約	

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>当ホームは、それぞれの方の生活リズムや意思を大切にしながら、自立的な生活を送ることができるよう、支援を行っています。ご高齢になり、日常生活に不自由などが生ずるような場合でも、職員が常駐し、必要な状況把握や生活相談のサービスを提供するとともに、看護師による健康相談・指導なども行い、入居者の方の「安全・安心」な暮らしを支援しております。なを、選択できるサービスには、制度上、有料と無料の区分がありますが、詳細は本重要事項に記載のとおりです。ご不明な点などがありましたら、隨時、お問い合わせください。</p>		
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）		在勤職員が、お食事時・外出・帰宅のチェックで状況把握（安否・元気かの確認）を行います。 外出・帰宅の申告は、書面等で確認は行っていません。場所・時間は必ず職員にお申し出ください。
生活相談	30,000円 /月額(税込)	「安心・安全」な生活を過ごしてもらうために、望み・困り事等のご相談に応じます。必要に応じて、ご家族・関係機関と連絡・調整を図ります。 郵便物、宅配物の一時預かり、伝言、タクシーの受付等の手配を行います。
緊急時対応		在勤職員が24時間365日、安否確認・コールボタンで身体変調時に緊急対応します。 救急車呼出等は当ホームの判断とさせていただきます。ご家族様へは、身体変調状況、搬送病院等情報をご家族緊急連絡先に連絡いたします。
食事サービス	42,000円 /月額(税込)	1日1,400円（朝食350円、昼食530円、夕食520円）。ご飯・味噌汁はユニット内勤務職員が調理します。おかずは契約業者から配送されます。 キャンセルが前日昼までにない場合は、実費料金を請求させていただきます。
※諸事情（入院等）で不在となった場合の請求について：翌月から家賃・共益費・状況把握生活相談費等（食事以外）をご請求いたします。		
サービスの種類	料金	（提供内容・方法・提供者）
医療・介護保険サービス	制度上の自己負担額	介護サービス：併設の訪問介護サービス・デイサービスや他事業所サービスをご利用いただけます。 医療サービス：訪問診療・訪問看護等が必要な方は、主治医への相談等お手伝いいたします。
受診の付き添い	実費	ご家族にお願いしております。 ご家族が対応できない場合は介護タクシーや他事業所サービス手配の相談に応じます。事前にお知らせください。
掃除・洗濯	実費	洗濯機を各階に設置しています。ご自由にお使いください。掃除用具は各自ご準備ください。掃除・洗濯、ご自身で行えない場合は、併設の訪問介護サービスや他事業所サービス手配の相談に応じます。事前にお知らせください。
外出の際の付き添い	実費	ご家族にお願いしております。 ご家族が対応できない場合は介護タクシーや他事業所サービス手配の相談に応じます。事前にお知らせください。
ベットリース	800円 (税込) /月	使用している寝具の持ち込み可能です。介護保険でベッドレンタルができる場合もあります。事前にご相談ください。
理容・美容	実費	移動理容・美容を予約利用できます。
買物代行	実費	ご自身・ご家族が対応できない場合は、併設の訪問介護サービス・他事業所サービスをご利用いただけます。事前にご相談ください。
金銭管理	無料	お小遣い程度の金額とさせていただきます。

5、 貸料等について

支払方法	毎月払い	支払期限
居室賃貸料	36, 500～73, 000円（非課税）	北東・南西向き・二人部屋によって賃料が異なります。 1か月に満たない利用期間は日割り計算となります。
共益費	4月～10月20, 000円（非課税） 11月～ 3月28, 000円（非課税）	共同利用する場所：光熱費冷暖房費・清掃費・水道光熱費・施設保守管理費・事務管理部門人件費 居室の洗面・トイレ温水・照明等の電気・水道代

6. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等			
生活支援サービス職員			
サービス種類ごとに業務に係る人数を記載して下さい。	人数	資格・委託先等	
生活相談員	1人以上	介護職員資格者	
基本サービス職員	1人以上	サ高住職員	
夜間の職員体制	常駐の（有）	1人	併設する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が夜間に対応

7. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法
請求〆日：居室の賃料、食費、共益費、状況把握費、入居室電気代等は末締めで請求いたします。 請求月20日までにお支払い下さい。
支払方法
振込： 北都銀行 秋田東支店 普通 口座番号：2215295 口座名義人：企業組合秋田福祉サービス 代表理事：鎌田 憲悦 秋田銀行 広面支店 普通 口座番号：1067201 口座名義人：企業組合秋田福祉サービス 代表理事：鎌田 憲悦 自動引き落とし、振込み（手数料は借主負担）をお願いします。

8. 生活支援サービスへの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	ふきのとう苦情相談窓口
電話番号	018-827-5619
対応している時間	毎日 8時 30分～ 17時 30分
定休日	なし
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	本契約に基づくサービスにより、当ホームの過失で損害を与えた場合は、加入の損害賠償保険にて誠意をもって対応します。 注) 入居するご本人の過失分は損害賠償の対象とはなりません。

9. 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	
外泊・外出・帰宅、ご家族来訪は18時以降は施錠しますので、事前に職員にご連絡ください。 注) ひとりで外出が困難・危険と判断された場合は、ご家族、担当ケアマネージャーにご相談させていただきます。	
共用施設の利用について	
食堂・談話室	ご入居同士、ご家族との歓談の共同利用スペースです。時には地域の学童と関わりこともあります。他の人と関わりで、健康維持・孤立防止を方針としております。ご理解ください。
浴室	事前にお知らせください。介護サービス非利用は職員の見守り介助は行っておりません。 注) 歩行の安定した入居者向けとなっております。 要介護度者には、危険防止から併設デイサービスでの入浴介助をお勧めしております。

10. 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、解約希望日の30日前までに申し出ることで本契約（入居契約書）を解約することができます。		
契約解約時の連絡先	名称	ケアホーム ふきのとう（おいわけ）
	電話番号	018-827-5619
事業者からの解除		
事業所は、本契約書第 条規定に基づき、以下の場合は本契約を解除することができます。 ①他入居者にケガ・事故等の危害を及ぼす恐れ、他入居者の苦情に対し、理解が得られない場合。 ②本契約事項が約束されない場合。 ③長期入院等により、不在が確実となった場合、医療行為が主となると認められた場合。 ④サービス利用料を2ヶ月以上滞納・催告したにも関わらず、支払いがない場合。 ⑤医療・介護上の見守りが必要と判断した場合は一旦、ご相談の上、現居室の本契約を解除の上、改めて契約を締結する。		

11. 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

説明年月日 令和 年 月 日

〔入居者氏名〕 様に対して、賃貸借契約書、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 企業組合秋田福祉サービス
本社所在地 秋田市広面字二階堤20-1
代表者名 理事長 鎌田 憲悦
ケアホームふきのとう（おいわけ）
説明職員 印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、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。

ご本人・御家族署名 印

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

住宅の入居に係る契約書、生活支援サービス契約書等の内容に合わせて各項目に記載してください。
記載スペースが不足する場合は適宜広げてください。

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	
事業者の所在地	〒 ○○○-○○○○	生活支援サービス提供事業者が複数になる場合は、全てを記載して下さい。
	東京都 新宿区△△△	
事業者の連絡先	電話番号	
	F A X番号	
	ホームページアドレス	
事業者の代表者名		

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 トウキョウ○○○カブシキガイシャ	
	東京○○○株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 ○○○-○○○○	入居者と入居に係る契約を取り交わす事業者を記載します。
	東京都 新宿区△△△	
事業主体の連絡先	電話番号	
	F A X番号	
	ホームページアドレス	有
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	○○ △△
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	当該事業者の運営する、他の事業についても記載して下さい。 (定款の目的に定めた事業、等)	

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	
	(仮称) ○○○サービス付き高齢者向け住宅	
住宅の所在地	〒 ○○○-○○○○	地番表示の場合は、末尾に(地番)と記載してください。
	東京都 新宿区△△△ (地番)	
住宅の連絡先	電話番号	
	F A X番号	
	ホームページアドレス	
住宅の管理者名	普通賃貸借契約 定期賃貸借契約 終身賃貸借契約 利用権契約 のいずれかを記入して下さい。	
住宅の開設年月日		
居住の契約方式		

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	介護や医療を要する場合の対応及び方針等も記載して下さい。 医療・介護連携を行う場合は、入居者が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）を自由に選択できる旨を記載して下さい。	
	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。	

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）	基本サービスの内容の詳細を記載して下さい。	<ul style="list-style-type: none"> 毎日、午前10時頃に各住戸に住宅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。 <p>※提供者：○○○</p>
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> 日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなつた場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。 <p>※提供者：○○○</p>
緊急時対応	原則として各種サービス料金は税込（総額）表示として下さい。	<p>【○時～○時】</p> <ul style="list-style-type: none"> 日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務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（○○、○○等）を行います。 <p>【○時～○時（委託）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 夜間は、委託先である株△△△警備がナースコールを受けて、必要に応じて、各住戸まで○分以内に駆けつけます。 委託事業者では対応が困難な場合には、住宅職員に連絡し連携して対応を行います。 <p>※提供者：○○○</p>
・・・・		・・・・

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・提供方法)
（例）食事の提供サービス	○○○円／月	<ul style="list-style-type: none"> 食費は月単位での請求となります。 食費：月額○○○円（30日の場合）【朝食○○○円、昼食○○○円、夕食○○○円】 朝食は○時～○時まで、夕食は○時～○時まで。 食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 キャンセル、変更等は提供される日の前日○○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、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。 <p>※提供者：□□□</p>
（例）住戸内の清掃サービス	○○○円／1回30分	<ul style="list-style-type: none"> 居室内的清掃を行います。 （換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します） <p>※提供者：△△△</p>
（例）付添・送迎	○○○円	<ul style="list-style-type: none"> 買物や病院の通院付添いに職員1名が同行します。（交通費代は実費負担） <p>※提供者：○○○</p>
（例）健康管理サービス	○○○円	<ul style="list-style-type: none"> 住宅職員が健康に関する相談をお受けします。また、必要に応じて提携医療機関（○○医院）の情報提供をすることができます。 <p>※提供者：○○○</p>
（例）配膳下膳サービス	○○○円／1回	・・・・

5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等	職員の有する資格を記載してください。 生活支援サービスを委託により提供する場合には、委託先の事業者名を記載して下さい。		サービス付き高齢者向け住宅登録申請書の別添3「1. 状況把握及び生活相談サービスの内容」に記載の人数と同じ人数を記載して下さい。
	生活支援サービス職員	先について記載して下さい。	
サービス種別	サービス種別ごとに、業務に係る人数を記載してください。	人数	資格・委託先等
（例）生活支援サービススタッフ		○人	介護職員初任者研修課程の修了者・株式会社○○○○○
（例）介護スタッフ		○人～○人	介護職員初任者研修課程の修了者・株式会社○○○○○
（例）調理スタッフ		○人～○人	株式会社○○○○○
夜間の職員体制	常駐の（有）・無）	○人	委託先（○○総合警備会社） 連絡先（○○-○○○○-○○○○○）

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法

毎月〇〇日に請求書を発行し、入居者様に送付します。振り込み手数料は〇〇負担となります。(生活支援サービス契約書第〇条参照)
・基本サービス・・・・
・選択サービス・・・・

支払方法

毎月〇〇日に支払請求分を〇〇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〇条参照)。

7. 生活支援サービスへの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	入居者が生活支援サービスに関して、相談や要望等を話すことが出来る窓口及び事故発生時の対応について記載して下さい。				
電話番号					
対応している時間	平日	時	分	～	時
	土曜	時	分	～	時
	日曜	時	分	～	時
	祝日	時	分	～	時
定休日					

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。
--------	---

8. 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

各生活支援サービスごとに、必要な留意事項を記載して下さい。

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

(例) 浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。	
(例) 共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。	

9. 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〇条参照)。

契約解約時の連絡先	名称	
	電話番号	

事業者からの解除

事業者は、生活支援サービス契約書第〇条の規定に基づき、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3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

10. 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 （〇〇〇総合保険会社）

説明年月日

平成 年 月 日

□□□□〔入居者氏名〕様に対して、賃貸借契約書、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 東京○○株式会社

所在地 東京都新宿区△△△

代表者名 ○○ △△

説明者氏名 □□

住宅事業主体者（サービス付き高齢者向け住宅登録申請者）名、所在地、代表者名、説明者名を記載してください。

私は上記事業者から、賃貸借契約書、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