

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 カブシキガイシャフレアイヒロバ
	株式会社ふれあい広場
事業者の所在地	〒335-0023
	埼玉県戸田市本町1丁目21番2号
事業者の連絡先	電話番号 048-441-0322
	FAX番号 048-441-0761
	ホームページアドレス https://fureai-hiroba.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役社長 関口 浅次

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 カブシキガイシャフレアイヒロバ	
	株式会社ふれあい広場	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒335-0023	
	埼玉県戸田市本町1丁目21番2号	
事業主体の連絡先	電話番号 048-441-0322	
	FAX番号 048-441-0761	
	ホームページアドレス	有 https://fureai-hiroba.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 関口 浅次	
	職名 代表取締役社長	
事業主体が行っている主な事業等	認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・訪問介護・訪問入浴 居宅介護支援事業所	

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 カルナニシトウキョウタナシ
	carna西東京田無
住宅の所在地	〒188-0012
	東京都西東京市南町6丁目10番13
住宅の連絡先	電話番号 042-497-6575
	FAX番号 042-497-6576
	ホームページアドレス https://www.fureai-hiroba.co.jp/carna_nishitokyotanashi/
住宅の管理者名	齊藤 徳成
住宅の開設年月日	2021年4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

入居者が安心して自立した日常生活が送れるように、安否確認（お食事の際に確認、お食事を食堂等でとられない方は訪室して確認）、緊急時対応、生活相談等を行います。また、医療や介護サービスが必要になった場合は、併設の介護事業所や、地域の医療機関と連携を取ることで可能な限り安心して住み続けることが出来るように支援します。（併設の介護サービスをするには該当事業所と契約しないと利用できません）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所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、IVH、点滴管理、ストーマ処置、インスリン注入管理等医療行為が必要な場合は、連携先医療機関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。）

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）		<ul style="list-style-type: none"> 職員が1日1回各入居者様の居室へ巡回し安否確認を行います。 食堂での食事時に職員が安否確認を行います。 食事が不要の方は事前に欠食届け等を出して頂きます。 ※提供者；株式会社ふれあい広場
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> 職員が事務室にて、一般生活相談、行政サービス情報、介護情報等の提供を行います。 ※提供時間；9：00～17：30 ※提供者；株式会社ふれあい広場
緊急時対応	1人の場合 41,000円（税別） /月額 2人の場合 82,000円（税別） /月額	<ul style="list-style-type: none"> 緊急通報装置を各住戸、共用トイレ、共用浴室に設置してあります。 通報が事務所に入ると職員が駆け付け状況を確認します。 緊急連絡先のご家族等に電話連絡し状況を報告します。 必要に応じて救急車の呼び出しを行います。 ※提供時間；24時間 ※提供者；株式会社ふれあい広場
フロントサービス		<ul style="list-style-type: none"> 来訪者の受付、配達物の取次ぎ、ゴミ出し、各種情報提供等を行います。 ※提供時間；9：00～17：30 ※提供者；株式会社ふれあい広場
服薬確認サービス		<ul style="list-style-type: none"> 食堂でのお食事前後の服薬確認を行います。 ※提供者；株式会社ふれあい広場
健康管理サービス		<ul style="list-style-type: none"> ご自身の健康管理に役立つように、定期的にバイタル測定実施、食事量・水分量をチェック致します。 ※提供者；株式会社ふれあい広場

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	58,200円 /1月	<ul style="list-style-type: none"> 食費は月額58,200円（税別）※30日の場合朝食500円（税別）、昼食720円（税別）、夕食720円（税別） 利用時間と場所は、朝食7時30分～9時、昼食11時30分～13時、夕食17時30分～19時1階食堂 食事代請求は、提供した食数分を月単位で請求します。 食事形態変更のご希望等ある場合は、摂食嚥下機能評価の結果に基づき、おかゆ、刻み、とろみの食事提供をします。 上記金額は朝食が軽減税率適用（8%）です。 キャンセルの場合は、8日前の10時までにご連絡ください。それ以降のキャンセルは、キャンセル料として実費を頂きます。 ※提供者；フジ産業株式会社 ※パン食以外の日にパン食を希望される方は1食114円（税別） ※牛乳提供日以外に牛乳提供の場合は、1食63円（税別）

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	医療法人東光会 西東京中央総合病院
		住所	東京都西東京市芝久保町2-4-19
		診療科目	総合診療科、呼吸器科、循環器内科、消化器外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、乳腺外科、内科、腎臓内科（透析科）、心臓血管外科、消化器内科、小児科、眼科、皮膚科、麻酔科
		協力内容	緊急搬送などの緊急時受入など
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20日に請求書を発行し、入居者様に送付します。 ・基本サービス料は、翌月分を請求します。 ・選択サービス料は、前月分を請求します。	
支払方法	
毎月28日に支払い請求分を口座自動振替の方法でお支払いいただきます。	

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	carna西東京田無苦情相談窓口	
電話番号	042-497-6575	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 30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	
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	
住宅1階の正面玄関は、オートロックになっております。施錠がされている場合は、受付にて外出の旨をお伝えください。夜間の外出や外泊される場合は、予め相談員にご連絡ください。	
共用施設の利用について	
1階食堂	ご利用できない時間帯がございます。食事提供時間以外のご利用については、相談員にお申し出ください。

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出来ます。		
契約解約時の連絡先	名称	carna西東京田無
	電話番号	042-497-6575
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出来ます。 ①他の入居者の生命の危険のおそれがある場合 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無い場合		

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	
<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 (損保ジャパン日本興亜株式会社)

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 株式会社ふれあい広場

所在地 埼玉県戸田市本町1丁目21番2号

代表者名 代表取締役社長 関口 浅次 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

