

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 キョウサイライフサポートゴウドウガイシャ 京西ライフサポート合同会社
事業者の所在地	〒 206-0041 東京都多摩市愛宕4-25-2
事業者の連絡先	電話番号 042-204-1340
	FAX番号
	ホームページアドレス
事業者の代表者名	代表社員 小林弘幸

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 キョウサイライフサポートゴウドウガイシャ 京西ライフサポート合同会社
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 206-0041 東京都多摩市愛宕4-25-2
事業主体の連絡先	電話番号 042-204-1340
	FAX番号
	ホームページアドレス
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 小林弘幸
	職名 代表社員
事業主体が行っている主な事業等	

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 ケイ・レジデンス K・レジデンス
住宅の所在地	〒 193-0843 東京都八王子市廿里町23-3
住宅の連絡先	電話番号
	FAX番号
	ホームページアドレス
住宅の管理者名	小林弘幸
住宅の開設年月日	2022年3月中旬開設予定
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

ご入居者が安心して日常生活を送ることが出来る様、以下の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様、
 介護事業所や医療機関と連携を図ります。
 なお、ご入居者は自由にサービス(介護保険サービス・医療サービス等)を選択する事ができます。

住宅で対応できる医療的ケアの内容

当住宅では看護師がいない為、常時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(税込み)	(提供方法・提供者)
状況把握 (安否確認)	15,000円/月額	・毎朝定刻に各住戸を住宅職員が伺い安否の確認を行う ・上記以外の時間もご入居者(ご家族)と相談の上、必要に応じて行う ※提供者: 管理者
生活相談		・日常生活を送る中で、お困りごとや介護度が重くなった場合の不安等について、住宅職員が相談をお受けします ※提供者: 管理者
緊急時対応		<9時～18時> 日中は各住戸のベッドサイド・トイレ・共用浴室等に設置してある緊急警報コールを押して頂ければ、管理者室にて通報を受信の上、職員が駆け付け、必要な対応(病院へ連絡・心臓マッサージ等)を行います。 <18時～9時> 夜間は業務委託先のセコム(株)に各住戸からの緊急通報が行き、医療機関や管理者に連絡など、必要な対応を行う。

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(税込み)	(提供内容・方法・提供者)
住戸内の清掃サービス	1,500円/ 1回30分	・居室内の清掃を行います ※提供者: 管理者
付き添い・送迎	1,500円/ 1回30分	・買い物や病院の通院に付き添い同行します ※提供者: 管理者、職員

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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. 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ください。	人数	資格・委託先等
生活支援サービス	3人	実務者研修・介護職員初任者研修修了者
介護スタッフ	3人	実務者研修・介護職員初任者研修修了者
夜間の職員体制	常駐の (有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無)	人

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月末締めで、翌月5日までに請求書を発行し、入居者様にお渡しします(生活支援サービス契約書第6条参照)	
支払方法	
毎月25日までに支払い請求分を管理者へ手渡しでお支払い頂きます。	

7. 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	K・レジデンス入居者相談窓口
電話番号	080-8046-3998
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 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	日曜祝日
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、万が一事故が発生し、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
2 なし	1 あり 2 なし

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	
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、夜間の外出や外泊時には事前に住宅職員へご連絡願います。	
共用施設の利用について	
共用浴室	共用浴室をご利用の際は使用時間を事前にお知らせください。
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30日前までに文章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除することが出来る(生活支援サービス契約書第9条参照)	
契約解約時の連絡先	名称 京西ライフサポート合同会社 電話番号 042-204-1340
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条に基づき、以下の場合は本契約を解除することが出来る。 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時 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	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ()
---------------	--

説明年月日

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

京西ライフサポート合同会社

所在地

〒206-0041 東京都多摩市愛宕4-25-2

代表者名

小林 弘幸

説明者氏名

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