

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 カブシキカイシャ ピーススマイル 株式会社 Peace Smile
事業者の所在地	〒100-1621 東京都八丈島八丈町檜立369
事業者の連絡先	電話番号 04996-9-5830
	FAX番号 04996-9-5816
	ホームページアドレス
事業者の代表者名	代表取締役 渡辺彰敏

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 カブシキカイシャ ピーススマイル 株式会社 Peace Smile
事業主体の主たる事務所の所在地	〒100-1621 東京都八丈島八丈町檜立369
事業主体の連絡先	電話番号 04996-9-5830
	FAX番号 04996-9-5816
	ホームページアドレス 有 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 渡辺 彰敏
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	・訪問介護・訪問看護 ・認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護

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 ヒルサイドガーデン ユウヒガオカ ヒルサイドガーデン 夕陽ヶ丘
住宅の所在地	〒100-1401 東京都八丈島八丈町大賀郷7486-6
住宅の連絡先	電話番号 04996-9-5835
	FAX番号 04996-9-5993
	ホームページアドレス
住宅の管理者名	渡辺 彰敏
住宅の開設年月日	2018年5月16日
居住の契約方式	普通賃貸契約

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

- ・ご入居者が安心して日常生活が送れるよう、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、サービスが円滑に受けれるように介護事業者や医療機関との連携を図ります。
- なお、介護事業者や医療機関と連携する場合においても、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者（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。

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・腸ろう・IVH・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。）

サービスの種類	料金（税込）	（提供方法・提供者）
状況把握（安否確認）	¥5,000 ／月額 ※入院等不在期間もお支払いいただけます。	<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。 ※提供者：株式会社 Peace Smile
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、介護が必要になった場合のご不安などについて、住宅職員がご相談をお受けします。 ※提供者：株式会社 Peace Smile
緊急時対応		【9時～18時】 <ul style="list-style-type: none"> ・日中は各住戸、共有スペースなどに設置してある緊急ボタンを押して頂ければ、事務室又は、住宅職員が常時携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員がその場に駆けつけ必要な対応（救急車対応、ご家族への連絡など）を行います。 【18時～9時】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は、住宅職員が常時携帯しているPHSにて通報を受信の上、必要に応じ各住戸まで20分以内で駆けつけます。 ※提供者：株式会社 Peace Smile

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 (税込)	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	¥36,000 /月額	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・内容：朝食・夕食の提供。 ・昼食の提供はありませんが、食堂にてスナックや果物などの軽食を12：00～14：00の間、無料で提供いたします。 ・月額費用：¥36,000 (30日の場合) [朝食¥400、夕食¥800] ・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、変更などは提供される日の前日17時までにお知らせください。それ以降のキャンセルについては、実費が発生してしまいますので、お気をつけください。 ※提供者：株式会社 Peace Smile
		【消費税軽減税率の説明】 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640円以下で、その累計額が1日1,920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・夕食を提供） <ul style="list-style-type: none"> ・当住宅では、朝食・夕食の費用が軽減税率（8%）の対象となります。 ・当住宅では、朝食の費用が軽減税率（8%）の対象となりますが、夕食の費用は軽減税率の対象外となります。

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	町立八丈病院
		住所	〒100-1511 東京都八丈島八丈町三根26-11
		診療科目	内科・外科・小児科・産婦人科
		協力内容	緊急時対応・相談
協力医療機関	2	名称	岩淵クリニック
		住所	東京都八丈島八丈町三根306-1-1
		診療科目	一般内科
		協力内容	在宅医療
協力歯科医療機関	名称	伊澤歯科医院	
	住所	東京都八丈島八丈町三根1788	
	協力内容	定期往診	

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月10日に請求書を発行し、入居者様に送付します。振り込み手数料は借主負担となります。 (生活支援サービス契約書第6条参照) ・基本サービス・・・翌月分を当月請求します。 ・選択サービス・・・当月分を月末締めにて、翌月請求します。	
支払方法	
毎月25日に支払請求分を口座振替の方法でお支払いただきます (生活支援サービス契約書第6条参照)	

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	株式会社 Peace Smile	
電話番号	04996-9-5830	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜	9時 00分 ~ 16時 00分
	日曜	時 分 ~ 時 分
	祝日	時 分 ~ 時 分
定休日	日曜・祝日・年末年始 (12月28日~1月4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。	
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 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	4月 10月
	結果の開示	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
2 <input type="radio"/> 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。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	
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。
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。

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できます（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	株式会社Peace Smile
	電話番号	04996-9-5830
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		

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)

説明年月日 令和 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 Peace Smile

所在地 東京都八丈島八丈町檜立369

代表者名 代表取締役 渡辺彰敏 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

連帯保証人

<住所>

<氏名>

印

<極度額> 生活支援サービス費+食費の24か月分