

## 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 カブシキガイシャウエルフォース
	株式会社ウエルフォース
事業者の所在地	〒125-0063
	東京都葛飾区白鳥2丁目10番7号
事業者の連絡先	電話番号 03-6662-5285
	FAX番号 03-6662-5286
	ホームページアドレス <a href="https://elsol-group.jp">https://elsol-group.jp</a>
事業者の代表者名	代表取締役 桶川 和則

### 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 カブシキガイシャウエルフォース
	株式会社ウエルフォース
事業主体の主たる事務所の所在地	〒125-0063
	東京都葛飾区白鳥2丁目10番7号
事業主体の連絡先	電話番号 03-6662-5285
	FAX番号 03-6662-5286
	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 桶川 和則
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	介護施設運営（認知症対応型共同生活介護） 居宅介護サービス（訪問介護、訪問看護、通所介護等）

### 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 サービスツキコウレイシャムケジュウタク ル・ヴァンヴェールシラトリ
	サービス付き高齢者向け住宅 ル・ヴァンヴェール白鳥
住宅の所在地	〒125-0063
	東京都葛飾区白鳥二丁目10番7号
住宅の連絡先	電話番号 03-6662-5285
	FAX番号 03-6662-5286
	ホームページアドレス <a href="https://elsol-group.jp">https://elsol-group.jp</a>
住宅の管理者名	桶川和則
住宅の開設年月日	2021年1月16日
居住の契約方式	普通建物賃貸借契約

#### 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。

##### 住宅で対応できる医療的ケアの内容

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の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。  
 当住宅には看護師を配置しており、協力医療機関等と連携いたします。

##### 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）	30,000円／月額	1日2回、ゴミ出しサービス時の居室訪問や、食事サービス提供時等に、安否の確認を行います。 ・上記以外にも、ご入居者（家族）とご相談の上、必要に応じて行います。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
生活相談		・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、住宅スタッフがご相談にのります。 ・地域のサービス等の情報提供を致します。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
緊急時対応		（24時間体制） ・各居室のベッドサイド、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スタッフが携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅スタッフが駆けつけ、救急車の手配、主治医や医療機関への連絡、家族などへの連絡などの対応を行います。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
フロントサービス		・来訪者、郵便物、宅配物、クリーニングの取次ぎを行います。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
健康管理サービス		・健康相談、体温、血圧等の測定 ※提供者：株式会社ウェルフォース

##### 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。尚、料金につきましては、全て税込みの料金となっております。）

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	51,000円／月	・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額51,000円（30日の場合）[朝食500円、昼食600円、夕食600円] ・朝食は8時～9時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。各階の食堂で提供します。入居者の状況によっては居室へ配食することも出来ます（無料）。 ・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。 ・朝食・昼食・夕食は、軽減税率（8%）の対象です。 ・キャンセル、変更等は提供される日の3日前の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、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。緊急時入院時等についても同様です。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
おやつ提供サービス	3,000円／月	・おやつは月単位での請求となります。 ・おやつ代：月額3,000円（1回100円30日の場合） ・提供時間は15時～16時まで、各階の食堂で提供します。入居者の状況によっては居室へ配食することも出来ます（無料）。 ・おやつは、軽減税率（8%）の対象です。 ・キャンセル、変更等は提供される日の3日前の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、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。緊急時入院時等についても同様です。 ※提供者：株式会社ウェルフォース
医療食対応サービス	60円／1食	・刻み食、ミキサー食、減塩食等に対応いたします。 ・食費の上乗せ料金となります。 ※提供者：株式会社ウェルフォース

特別食対応サービス	100円/1食	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ムース食、ソフト食、栄養補助食品等に対応いたします。</li> <li>・通常献立食材と異なるため、食費の上乗せ料金となります。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
身体介助・生活援助	身体介助 900円/15分毎 生活援助 700円/15分毎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険適用外の自費サービスとなります。</li> <li>・身体介助（お散歩の付添い、通院介助、夜間排泄介助等）</li> <li>・生活援助（布団干し、薬局からの薬受取り、衣替え、買い物、掃除等）</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
同行支援サービス	2,000円/1時間 未満毎 1,000円/車両 代1回 料金表は別途 提示します。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険適用外の自費サービスとなります。</li> <li>・緊急時や夜間などでスタッフの同行が必要な時に同行支援を行います。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
寝具レンタル	60円/1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・布団一式（敷布団、シーツ、掛布団、枕、枕カバー）のレンタルをいたします。</li> <li>・布団カバー、シーツ、枕カバーのクリーニング代は含まれております。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
私物洗濯サービス	680円/1ネット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類等の私物洗濯に対応いたします。</li> <li>・1ネット分の量は、2kg程度となります。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
タオルセットレンタル	280円/1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バスタオル、フェイスタオル、おしぼりのレンタルをいたします。</li> <li>・使用枚数に制限はありません。</li> <li>・クリーニング代は含まれております。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
日用品セットサービス	料金表は別途提示します。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BOXティッシュ、トイレットペーパー、コップ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、リンスインシャンプー、ボディソープ等の日用品を販売いたします。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
室内着レンタル	280円/1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・室内着（パジャマ）のレンタルをいたします。</li> <li>・使用枚数に制限はありません。</li> <li>・クリーニング代は含まれております。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
住戸内の清掃サービス	部屋清掃は別途承ります。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内清掃（ベランダ、窓拭き）は、希望者の方には週1回（15分まで）は基本サービスで行います。</li> <li>・週2回以上の居室内清掃（ベランダ、窓拭き）、換気扇、エアコン等電子機器の清掃については、別途業者をご案内いたします。尚、キャンセル、変更等は提供される日の3日前16時まで、事務所にお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、実費が発生しますので、お気をつけください。緊急時入院時等についても同様です。</li> </ul> ※提供者：株式会社ウエルフォース
服薬管理	3,000円/月	主治医の指示に基づき、薬を服薬毎に仕分けを行い、それを施設内で保管管理します。また、毎日、入居されているフロアまで服薬分の薬を配達します。 ※提供先：株式会社ウエルフォース

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	かつしかクリニック
		住所	東京都葛飾区白鳥二丁目10番7号
		診療科目	内科・泌尿器科・皮膚科
		協力内容	受診対応及び往診対応
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	松江ファミリー歯科
		住所	埼玉県草加市松江2丁目7番14号
		協力内容	訪問歯科、口腔ケア

### 5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月10日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。振り込み手数料は利用者負担となります。(生活支援サービス契約書第6条参照) ・基本サービス・・・翌月分を請求 ・選択サービス・・・実績に基づき前月分を請求
支払方法	毎月25日に支払請求分を銀行振込み又は口座自動振替方式のいずれか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	ウェルフォース福祉総合相談センター	
電話番号	03-6662-5285	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜	9時 00分 ~ 17時 00分
	日曜	9時 00分 ~ 17時 00分
	祝日	9時 00分 ~ 17時 00分
定休日	なし	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。尚、生活支援サービスの提供に伴って、提供者の責めに帰すべき事由により入居者の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。</li> <li>・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部へ報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。</li> </ul>	
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	常時(意見箱設置)
	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	
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、スタッフにお知らせ下さい。

## 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	サービス付き高齢者向け住宅 ル・ヴァンヴェール白鳥
	電話番号	03-6662-5285
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

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 株式会社ウェルフォース

所在地 東京都葛飾区白鳥2丁目10番7号

代表者名 代表取締役 桶川 和則 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