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　ソンポケアカブシキガイシャ	
		ＳＯＭＰＯケア株式会社	
	事業者の所在地	〒１４０－０００２ （本社）東京都品川区東品川四丁目12番8号	
	事業者の連絡先	電話番号	０３－６４５５－８５６０
		FAX番号	０３－５７８３－４１７０
		ホームページアドレス	https://www.sompocare.com/
	事業者の代表者名	代表取締役　鷲見　隆充	

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　ソンポケアカブシキガイシャ	
		ＳＯＭＰＯケア株式会社	
	事業主体の主たる事務所の所在地	〒１４０－０００２ 東京都品川区東品川四丁目12番8号	
	事業主体の連絡先	電話番号	０３－６４５５－８５６０（本社）
		FAX番号	０３－５７８３－４１７０（本社）
		ホームページアドレス	なし
			あり　https://www.sompocare.com/
事業主体の代表者の氏名及び職名		氏名	鷲見　隆充
		職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等		有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームの運営、 居宅サービス事業	

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　ソンポノイエエスタカオ	
		そんぽの家Ｓ高尾	
	住宅の所在地	〒　193-0845	
		東京都八王子市初沢町1464-3	
	住宅の連絡先	電話番号	042-668-8191
		ＦＡＸ番号	042-668-8196
		ホームページアドレス	https://www.sompocare.com/
住宅の管理者名			
住宅の開設年月日		2014年3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

介護保険制度では担いきれない利用者の求める生活の質の確保や維持向上を実現させ、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援することを目的として本サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスの対価としての利用料を支払う。
なお、介護保険サービスや医療保険サービス等を必要とする場合は利用者がそのサービスを自由に選択できるものとし、事業者は、利用者が円滑に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る。

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	（提供方法・提供者） 提供者：ＳＯＭＰＯケア株式会社
状況把握（安否確認）	18,700円／月額（税込）	食事や外出等の機会を利用して、毎日少なくとも１回の本人の安否確認を行う。
生活相談		生活、介護、健康等の相談及び外部事業者への情報提供や取次ぎ。 生活相談を通じて入居者の心身の健康状況の把握に努めるものであり、介護・医療・食事サービスの紹介等を行う。
緊急時対応		【9時～17時】利用者からの緊急通報、突発的な事故、体調の急変などの場合に駆けつけ、必要な措置を講じるとともに、状況により協力医療機関及び利用者の家族等への連絡を行う。 【17時～翌9時】併設の介護保険事業等の職員を兼務する者が併設事業所に待機しており、必要があれば住宅職員（生活支援スタッフ）として上記内容の対応を行う。 緊急通報の連絡先：１階事務所・職員が携帯するＰＨＳ
アクティビティサービスの企画・運営		入居者に意向の確認を行い、内容に応じた講師の選任及び場所の提供を行う。（ただし、参加費用、材料費等が別途必要。）
自治会の事務局の運営の補助		建物の入居者によって自発的に組織されるものであるが、その事務局運営のサポートを行う。
簡便な営繕作業		蛍光灯の取替え等、専門の業者でなくても作業が可能なもの。

上記以外の生活支援サービス等（オプションサービス）
（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）
食事の提供サービス	56,376円／月（税込）	食費は月単位での請求 ※左記月額は３食セット（30日の場合）の料金 日額：３食セットの場合１，８７９円/日（税込） 昼・夕食セットの場合、１，４９０円/日（税込） 朝食のみの場合、５７２円/食（税込） 昼食のみの場合、８５８円/食（税込） 夕食のみの場合、８０３円/食（税込） ※軽減税率については、別途利用契約書をご参照ください。 【委託先・提供者】ＳＯＭＰＯケアフーズ株式会社

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．月額利用料の請求及び支払方法

請求方法
【生活支援サービス】翌月分の債務を請求。月の途中に入居、退去の場合、生活支援サービス費（オプションサービスの利用料金を除く。）については、日割り計算をする。日割り計算の方法は、生活支援サービス費から1か月を３１日として日割り計算した額とする。ただし、１円未満の端数は四捨五入とする。 【オプションサービス】利用状況に合わせた毎月月末締めた金額を請求。
支払方法
【生活支援サービス】指定の金融機関の口座から毎月２７日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に引き落としを行う。 【オプションサービス】指定の金融機関の口座から毎月２７日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に引き落としを行う。

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	お客様相談窓口		
電話番号	0120-65-1192		
対応している時間	平日	９時　００分　～　１８時　００分	
	土曜	時　分　～　時　分	
	日曜	時　分　～　時　分	
	祝日	時　分　～　時　分	
定休日	土日祝、年末年始は定休日		

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	具体的な対応 事業者は、生活支援サービス提供にあたって、事業者の故意・過失により、または本契約に違反して、 入居者に損害が発生した場合は、入居者に対して、相当因果関係のある範囲で損害の賠償を行う。ただし、入居者に故意または過失がある場合には、賠償額を減ずるものとする。

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		
	住宅正面玄関は、オートロックとなっております。 長期外泊時は、生活支援サービススタッフへご連絡下さい。	
共用施設の利用について		
	特別浴室	居室の浴室が利用不可能な、重度の介助が必要な場合に利用できる浴室です。
	食堂	食事サービスの提供やアクティビティサービスや談話など、自由にお使いいただけます。

8．契約の解除内容等

入居者からの解約			
	１入居者は、事業者に対して、事業者の定める書面をもって、少なくとも３０日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。 ２前項の規定にかかわらず、入居者は、事業者所定の解約届提出の日から１か月分の生活支援サービス費を事業者に支払うことにより、解約申入れの日から起算して１か月を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。		
	契約解約時の連絡先	名称	そんぽの家Ｓ高尾
		電話番号	042-668-8191
事業者からの解除			
	事業者は、次の各号のいずれかに該当したときは、入居者に対し、居室の明渡しを通告し、本契約を解除することができる。 (1) 入居時の提出書類に虚偽の事項を記載し、または虚偽の資料を提出し、その他不正の手段を用いて入居したとき (2) 生活支援サービス利用料契約書【表題部】（４）「生活支援サービスの種類および費用」記載の生活支援サービス費、その他これに準じる事業者に対する支払を2か月以上遅延し、または、正当な理由なくしばしば遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらず支払わなかったとき (3) 入居者の行動が、他の入居者または職員の身体・生命・精神に危害を及ぼし、または、その危害の切迫したおそれがあり、かつ、サービス付き高齢者向け住宅における通常のサービス提供ではこれを防止することができないとき (4) その他、入居者、身元保証人、入居者の家族その他の入居者の関係者が、事業者、職員、他の入居者等に対して社会通念上許容できないような行為を行う等、事業者との信頼関係を破壊する行為があり、本契約を継続することが困難と認められるとき		

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
(有)　・　無　　（　損害保険ジャパン株式会社　）

説明年月日　　年　　月　　日

利用者に対して、生活支援サービス利用契約書、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。

事業者名　ＳＯＭＰＯケア株式会社

住所　東京都品川区東品川四丁目12番8号

代表者　代表取締役　鷲見　隆充

説明者　　㊞

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