

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 ユウゲンガイシャサポートスタッフホホエミ 有限会社サポートスタッフほほえみ |
| 事業者の所在地 | 〒 193-0803 東京都八王子市檜原町1102番地5 |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 042-655-1561 |
| | F A X 番号 042-655-1562 |
| | ホームページアドレス |
| 事業者の代表者名 | 取締役 矢島清子 |

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 ユウゲンガイシャサポートスタッフホホエミ 有限会社サポートスタッフほほえみ |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 193-0803 東京都八王子市檜原町1102番地5 |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 042-655-1561 |
| | F A X 番号 042-655-1562 |
| | ホームページアドレス 有 ②無 |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 矢島清子 |
| | 職名 取締役 |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 居宅介護支援事業、居宅介護サービス事業、障害福祉サービス事業 |

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 シニアハウスホホエミ シニアハウスほほえみ |
| 住宅の所在地 | 〒 193-0802 東京都八王子市犬目町103-24, 25, 26, 27 |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 042-****-**** |
| | F A X 番号 042-****-**** |
| | ホームページアドレス |
| 住宅の管理者名 | 矢島清子 |
| 住宅の開設年月日 | 平成29年7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 | | | |
| <p>入居者様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。</p> <p>入居者様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、併設の介護施設、弊社が運営する介護事業所及び地域の医療機関等と連携を図ります。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様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。</p> | | | |
| 住宅で対応できる医療的ケアの内容 | | | |
| 当住宅では、看護師による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 | （提供方法・提供者） | |
| 状況把握（安否確認） | 20,000円 /月額 （税込） | <ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前・午後各1回、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：(有)サポートスタッフほほえみ | |
| 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、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。 ※提供者：(有)サポートスタッフほほえみ | |
| 緊急時対応 | | 【9時～18時】 <ul style="list-style-type: none"> ・日中は、各住戸に設置の緊急呼出ボタンを押していただければ、事務室にて通報を受信のうえ、住宅職員が駆けつけ必要な対応（救急車の呼び出し、ご家族への連絡等）を行います。 【18時～9時】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は、1階併設介護施設（小規模多機能型居宅介護）にて通報を受信し、必要に応じて、介護職員が各住戸まで駆けつけます。 ※提供者：(有)サポートスタッフほほえみ | |
| 上記以外の生活支援サービス等 | | | |
| 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 | 45,000円 /月 （税込） | <ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額45,000円（30日の場合）[朝食400円、昼食600円、夕食500円] ・朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事は、1階併設介護施設内の厨房にて専属の調理員が調理し、2階居住フロアの食堂に配膳いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の前日正午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）が発生しますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：(有)サポートスタッフほほえみ | |
| 医療連携の内容 | | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団七星会 中野団地診療所 |
| | | 住所 | 東京都八王子市中野山王2-28-9 |
| | | 診療科目 | 内科・小児科 |
| | | 協力内容 | 入居者の病状急変等の緊急時対応 |
| 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10日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。（生活支援サービス契約書第6条参照） | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・基本サービス・・・20,000円/月額（税込） ・選択サービス・・・（食事提供）45,000円/月額（税込） | |
| 支払方法 | |
| 毎月25日に支払請求分を下記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） | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・基本サービス・・・自動送金 ・選択サービス・・・口座振込（振込手数料は、入居者様のご負担となります。） | |

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 | ご相談窓口 |
| 電話番号 | 042-****-**** |
| 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 | 土曜日、日曜日、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様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・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 | |
| 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、使用時間を事前に予約表にご記入ください。 |
| 共用キッチン | 共用キッチンのご利用については、入居者様で相互調整のもと、ご自由にお使いください。 |

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 | (有)サポートスタッフほほえみ |
| | 電話番号 | 042-655-1561 |
| 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="checkbox"/> (有) | 無 (東京海上日動火災保険株式会社) |

説明年月日

平成 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 有限会社サポートスタッフほほえみ

所在地 東京都八王子市檜原町1102番地5

代表者 取締役 矢島 清子

㊞

説明者 管理者 水谷 賢一

㊞

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

㊞