

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 トナンドウ
	株式会社 斗南堂
事業者の所在地	〒 192-0065
	東京都八王子市新町7-10
事業者の連絡先	電話番号 042-643-1322
	FAX番号 042-643-1320
	ホームページアドレス http://hachicli.or.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 井藤 尚文

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 トナンドウ
	株式会社 斗南堂
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 192-0065
	東京都八王子市新町7-10
事業主体の連絡先	電話番号 042-643-1322
	FAX番号 042-643-1320
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 http://hachicli.or.jp/
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 井藤 尚文
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	訪問介護事業 居宅介護支援事業

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 シルバ-ヒルズハチオウジ
	シルバーヒルズ八王子
住宅の所在地	〒 192-0065
	東京都八王子市新町7-10
住宅の連絡先	電話番号 042-643-1322
	FAX番号 042-643-1320
	ホームページアドレス http://hachicli.or.jp/
住宅の管理者名	井藤 尚文
住宅の開設年月日	平成17年11月5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

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

当住宅では常時医療行為が必要な方の対応が可能です。
 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生じる場合は、協力医療機関との連携により対応致します。

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）	32,400円/月	1日2回（朝、夕）に各居室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：株式会社斗南堂
生活相談		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：株式会社斗南堂
緊急時対応		【9時～18時】 日中は、各居室に設置してある緊急通報装置を押していただければ各階、各居室の通報（表示板ランプ点灯、通報音）を確認し、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 【18時～9時】 夜間は、各居室に設置してある緊急通報装置を押していただければ各階、各居室の通報（表示板ランプ点灯、通報音）を常駐している併設介護事業所の職員が確認し、住宅職員に連絡。住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 ※提供者：株式会社斗南堂

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	(提供内容・方法・提供者)
食事サービス	68,040円/月	<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35,640円（30日の場合）[朝食380円、昼食380円、夕食380円] ・食堂運営費：月額32,400円 ・朝食は8時～10時まで、昼食は12時～14時まで、夕食は18時～20時まで。 ・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、変更等は提供される日の1週間前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。 ・料金は毎月25日までに翌月分をお支払いいただけます。尚、1週間前までにキャンセルされた食費に関しましては月毎に料金を集計しご返金させていただきます。 ※提供者：株式会社斗南堂

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	八王子クリニック新町
		住所	東京都八王子市新町7-10 シルバーヒルズ八王子1階・2階
		診療科目	内科、脳神経外科、消化器内科、循環器内科、老年科、外科
		協力内容	診察、検査、治療等の医療支援
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	基本サービス、選択サービスの料金について、毎月25日までに翌月分をお支払いいただきます。
支払方法	指定銀行口座に送金し、お支払いいただきます。(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	ご利用者窓口
電話番号	042-643-1322
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	生活支援サービスを入居者様に提供した場合に、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 あり	実施日 結果の開示 1 あり 2 なし
2 <input checked="" 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。 尚、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	

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。	
契約解約時の連絡先	名称 シルバーヒルズ八王子
	電話番号 042-643-1322
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 ・ 無 (三井住友海上火災保険株式会社)
---------------	-----------------------------------------------------------

説明年月日

平成 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 斗南堂

所在地 東京都八王子市新町7-10

代表者名 代表取締役 井藤尚文 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