

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	ｶﾞｼｶﾞ ｲｼﾞﾊﾊﾉﾃ	
		株式会社母の手	
事業者の所在地	〒 192-0153	東京都八王子市西寺方町383-1. 2F	
事業者の連絡先	電話番号	TEL : 042-652-9042	
	FAX番号	FAX : 042-652-9043	
	ホームページアドレス	なし	
事業者の代表者名	代表取締役 久保 英生		

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	ｶﾞｼｶﾞ ｲｼﾞﾊﾊﾉﾃ		
		株式会社母の手		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 192-0153	東京都八王子市西寺方町383-1. 2F		
事業主体の連絡先	電話番号	TEL : 042-652-9042		
	FAX番号	FAX : 042-652-9043		
	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	久保 英生		
	職名	代表取締役		
事業主体が行っている主な事業等	介護事業			

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	ﾃﾝﾓﾝｶﾝ スワ	
		天文館諏訪	
住宅の所在地	〒 193-0812	東京都八王子市諏訪町398	
住宅の連絡先	電話番号	042-659-1161	
	FAX番号	042-659-1162	
	ホームページアドレス		
住宅の管理者名	久保 慶光		
住宅の開設年月日	平成30年6月26日		
居住の契約方式	建物賃貸借方式		

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。ご入居者様が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護、医療サービスを受けられるよう、関係機関との連携を図ります。なお、介護事業所や医療機関と連携する場合も、ご入居者様は連携先以外のサービス事業者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。

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）	10,230円/月額(税込)	毎日各住居に職員が訪問し安否確認を行います。その他必要に応じ安否確認を実施します。実施者：住宅職員
生活相談		日常生活を送る中で、お困りのこと、日常的な不安や介護について幅広く住宅職員が相談をお受けいたします。実施者：住宅職員
緊急時対応		ベッドサイドにあるコールボタンを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSで通報を受診の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（緊急通報や安楽な姿勢の保持等）を行います。実施者：住宅職員

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)
住居内清掃サービス	1000円/1回(税込)	住宅職員が居室内の日常的な清掃を行います。
買物代行	1000円/1回(税込)	住宅職員が日用品や食品等の買物を代行いたします。
衣類、リネン類の洗濯	1000円/1回(税込)	住宅職員が洋服やシャツ類の洗濯、乾燥、収納を行います。
食事サービス	486円/1食(税込)	1F食堂にて厨房で調理した食事を提供いたします。選択食はありません。食事時間（朝8：00～ 昼12：10分～ 夕17：10分～） キャンセルについては前日の15：00までにお知らせください（キャンセル料はかかりません）前日15：00以降についてはキャンセルできません
金銭管理	2,222円/月額(税込)	各入居者様の出納帳を作成し生活費等の金銭を管理いたします。

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	西てらかた医院
		住所	〒192-0153 東京都八王子市西寺方町383-1
		診療科目	内科 整形外科 眼科 小児科 リハビリテーション科
		協力内容	定期往診、急変時対応、助言指導、健康管理
協力医療機関	2	名称	四谷医院
		住所	〒193-0813 八王子市四谷町722 健康館1F
		診療科目	内科 消化器科 外科 小児科 リハビリテーション科
		協力内容	定期往診、急変時対応、助言指導、健康管理
協力歯科医療機関		名称	アイ・デンタル・オフィス
		住所	〒192-0052 東京都八王子市本郷町6-16
		協力内容	訪問歯科

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。口座振替手数料は入居者様の負担となります。
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いただきます。（生活支援契約書第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	株式会社母の手
電話番号	042-652-9042
対応している時間	平日 9時 30分 ~ 18時 0分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
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	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ときは、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の手配等）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、帰宅及びご家族等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出や外泊時に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	ご使用される場合は、使用時間を事前にご予約下さい。
キッチン	ご使用される場合は、使用時間を事前にご予約下さい。

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 株式会社母の手 お客様相談係 電話番号 042-652-9042
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気概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の利用料を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 損害損保ジャパン日本興亜株式会社
---------------	---

説明年月日

平成 年 月 日

入居者 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

株式会社母の手

所在地

東京都八王子市西寺方町383-1.2F

代表者名

代表取締役 久保 英生 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