

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 シャカイフクシホウジンコウホウエン | |
| | 社会福祉法人こうほうえん | |
| 事業者の所在地 | 〒684-0063 | |
| | 鳥取県 境港市誠道町2083番地 | |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 | 0859-24-3111 |
| | FAX番号 | 0859-24-3113 |
| | ホームページアドレス | http://www.kohoen.jp/ |
| 事業者の代表者名 | 理事長 廣江 晃 | |

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 シャカイフクシホウジンコウホウエン | | |
| | 社会福祉法人こうほうえん | | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒684-0063 | | |
| | 鳥取県 境港市誠道町2083番地 | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0859-24-3111 | |
| | FAX番号 | 0859-24-3113 | |
| | ホームページアドレス | 有 | http://www.kohoen.jp/ |
| | | 無 | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 廣江 晃 | |
| | 職名 | 理事長 | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 鳥取県及び東京都において、児童福祉事業、老人福祉事業、障害福祉事業、公益事業を実施 | | |

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 ケアホームニシオオイコウホウエン | |
| | ケアホーム西大井こうほうえん | |
| 住宅の所在地 | 〒140-0015 | |
| | 東京都 品川区西大井2-5-21 | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | 03-5718-1331 |
| | FAX番号 | 03-5718-0034 |
| | ホームページアドレス | http://www.kohoen.jp/ |
| 住宅の管理者名 | 田中 とも江 | |
| 住宅の開設年月日 | 2009/3/1 | |
| 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>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。 ご入居者が医療を必要とする場合は、円滑に医療サービスを受けられるよう医療機関と連携を図ります。 なお、連携先以外の医療サービスを選択することも可能です。</p> | | |
| 住宅で対応できる医療的ケアの内容 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・看取り期における緩和ケア | | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事や外出の機会をとおして安否確認を行います。それ以外にも、居室訪問による安否確認もご相談に応じます。 <p>※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員</p> |
| 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、ご相談をお受けします。 <p>※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員</p> |
| 緊急時対応 | | <ul style="list-style-type: none"> ・1日を通して、各住戸のベッドサイド、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、共同生活室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（介護、家族連絡、救急車要請等）を行います。 ・ご家族の都合がつかない場合、住宅職員が1名付き添います。1時間1,800円の手数料をいただきます。 <p>※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員</p> |
| フロントサービス | <p>1人入居の場合 30,000円/月額</p> <p>2人入居の場合同居人 10,000円/月額</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・来訪者受付、配達物取次、事務諸手続き、各種情報提供、薬受取代行、買物代行、郵便物転送、余暇活動を行います。 ・原則として9：00～17：30とします。 <p>※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員</p> |
| 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) |
| 食事の提供サービス | 65,400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65,400円（30日の場合）[朝食500円、昼食830円、夕食850円] ※消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別640円以下で、その累計額が1日1,920円に達するまでの食費が該当し、軽減税率（8%）が適用されます。 当住宅では、朝食の費用が軽減税率（8%）の対象となりますが、昼食・夕食の費用は軽減税率の対象外となります。 ※金額は全て税込で表記しています。 ・ソフト食、ミキサー固形食などの特別食は、1日216円追加料金をいただきます。 ・水分とろみ代：1日20円追加料金をいただきます。 ・朝食は8時～9時30分まで、昼食は12時～13時30分まで、夕食は18時～19時30分まで。 ・食事は、建物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、変更等は朝食は当日の6時まで、昼食は当日の9時30分まで、夕食は当日の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。 <p>※提供者：日清医療食品株式会社</p> |
| 個別的な外出介助・通院介助 | 2,100円 /1時間 | <ul style="list-style-type: none"> ・西大井1～2丁目以外の場合、付き添い料をいただきます。 ・治療費と交通費は自己負担になります。 <p>※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員</p> |

| | | |
|---------|----------------|---|
| 救急搬送の付添 | 1,800円 /1時間 | ・ご家族の都合がつかない場合、住宅職員が1名付き添います。 ※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員 |
| 買い物代行 | 840円 /30分 | ・職員が西大井1～2丁目以外で買い物代行をした場合の料金となります。 (買物代金別途負担あり) ※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員 |
| 郵便物転送 | 150円 /1回 | ・郵便物をして居場所へ転送いたします。 (郵便料別途負担あり) ※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員 |
| 余暇活動 | | 参加された余暇活動の材料費をご負担いただきます。 ※提供者：ケアホーム西大井こうほうえん職員 |

医療連携の内容

| | | | |
|--------|---|------|-----------------------------|
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 三ツ木診療所 |
| | | 住所 | 東京都品川区西品川2-13-20 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | おおもり訪問クリニック |
| | | 住所 | 東京都大田区山王3-27-6 大森ラルタビル4階 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関 | 3 | 名称 | ひろクリニック大森 |
| | | 住所 | 東京都品川区南大井6-19-7 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関 | 4 | 名称 | 荏原ホームケアクリニック |
| | | 住所 | 東京都品川区戸越6-8-20 三栄第2ビル3階 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関 | 5 | 名称 | 東京メモリークリニック蒲田 |
| | | 住所 | 東京都大田区蒲田本町2-4-2 アクシード蒲田本町1F |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関 | 6 | 名称 | こだまクリニック |
| | | 住所 | 東京都品川区荏原1-14-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |

| | | | |
|----------|---|------|-----------------------|
| 協力医療機関 | 7 | 名称 | 孝仁クリニック |
| | | 住所 | 東京都品川区東大井5-14-11-1F |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | ホワイトラビット歯科医院 |
| | | 住所 | 東京都品川区二葉1-8-7 TYMビル2階 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療 |

5. 月額利用料の請求及び支払方法

| | |
|---|--|
| 請求方法 | |
| 毎月15日に請求書を発行し、入居者様およびご家族様に送付します。振り込み手数料は利用者様負担となります。（生活支援サービス契約書第6条参照） | |
| 支払方法 | |
| 毎月26日までに、窓口での現金払い、指定口座への振り込み、金融口座からの自動引き落とし（振替日は26日）、いずれかの方法でお支払いください（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 | ケアホーム西大井こうほうえん | | | | |
| 電話番号 | 03-5718-1331 | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時 | 30分 | ～ | 17時 00分 |
| | 土曜 | 9時 | 30分 | ～ | 17時 00分 |
| | 日曜 | 9時 | 30分 | ～ | 17時 00分 |
| | 祝日 | 9時 | 30分 | ～ | 17時 00分 |
| 定休日 | なし | | | | |
| 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 | ①速やかにご家族・市町村・東京都住宅政策本部に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。 ②損害賠償保険に加入しており、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。 | | | | |
| 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 | 毎年1回 | | | |
| | 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・訪問等の制限はありませんが、共同スペースにおいては他のご利用者の迷惑にならないようご配慮ください。また、外出・外泊の際には、行き先と帰宅時間を職員にお申し出ください。 | |
| 共用施設の利用について | |
| 浴室 | 共同浴室での入浴となり、時間は当日の入浴担当者と相談になります。 |

8. 契約の解除内容等

| | | |
|--|------|----------------|
| 入居者からの解約 | | |
| 利用者は事業者に対して、少なくとも30日前に解約申入書を事業所に提出することにより、本契約を解除することができます。 | | |
| 契約解約時の連絡先 | 名称 | ケアホーム西大井こうほうえん |
| | 電話番号 | 03-5718-1331 |

| | | |
|--|--|--|
| 事業者からの解除 | | |
| 事業者は、賃貸借契約書第13条及び生活支援サービス利用契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には、催告の上契約を解除することができます。 | | |
| ①支払うべき費用を3か月分以上滞納したとき | | |
| ②支払うべき金員等の支払いをしばしば遅延する等の事情により、信頼関係が著しく害されたと事業者が認めるとき | | |
| ③問題行動が著しく、介護に相当の困難を伴い、且つ、他のご利用者の生活に好ましくない影響を与えると判断し、専門的な治療、療養が必要となったとき | | |
| また、以下の各号のいずれかに該当する場合は、通知催告を要せずして契約を即時解除することができます。 | | |
| ①本契約締結時に、心身の状況及び病歴等について、故意に告げない、または不実の告知を行ったとき | | |
| ②故意または重大な過失により、職員もしくは他の入居者の生命、身体、財物、信用等を傷つけた場合 | | |

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 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社) |

説明年月日 令和 年 月 日

様に対して、基本サービス及び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。

登録事業者名 社会福祉法人こうほうえん

所在地 鳥取県境港市誠道町2083番地

代表者名 理事長 廣江 晃 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、基本サービス及び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、重要な事項の説明を受けました。

署名

