

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 カブシキガイシャ スイシャノイエ
	株式会社 水車の家
事業者の所在地	〒154-0015
	東京都世田谷区桜新町2-26-2
事業者の連絡先	電話番号 03-6413-6700
	FAX番号 03-6413-6704
	ホームページアドレス http://www.suishanoie.com
事業者の代表者名	代表取締役 八木恵次

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 カブシキガイシャ スイシャノイエ
	株式会社 水車の家
事業主体の主たる事務所の所在地	〒154-0015
	東京都世田谷区桜新町2-26-2
事業主体の連絡先	電話番号 03-6413-6700
	FAX番号 03-6413-6704
	ホームページアドレス 有 http://www.suishanoie.com
	無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 八木恵次
	職名 代表取締役社長
事業主体が行っている主な事業等	不動産業、介護サービス業

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 スイシャノイエ
	水車の家
住宅の所在地	〒154-0015
	東京都世田谷区桜新町2-26-2
住宅の連絡先	電話番号 03-6413-6700
	FAX番号 03-6413-6704
	ホームページアドレス http://www.suishanoie.com
住宅の管理者名	八木恵次
住宅の開設年月日	平成28年6月1日
居住の契約方式	普通賃貸契約

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、当施設利用者は連携する機関を自由に選択することが出来ます。</p>		
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>当住宅には、医療行為のできる専門職は常駐しておりません。必要な場合は訪問型の医療サービス、介護サービスと連携し必要な行為を行います。</p>		
サービスの種類	料金 (別途消費税)	(提供方法・提供者)
状況把握 (安否確認)	30,000円 /月額	住宅職員が各居室を訪問し安否を確認します。 ※提供者：株式会社 水車の家
生活相談		日常生活を送る中で、お困りの事、介護度が重くなった場合などの不安などについて、職員が相談をお受けします。 提供者：株式会社 水車の家
緊急時対応		<p>【9時～18時】 日中は、各住戸のベッドサイド、トイレに設置してあるナースコールを押していただければ事務室で受信し、住宅職員が駆け付け必要な対応 (家族・主治医への連絡・救急車の手配等) を行います。必要に応じてALSOKも対応します。</p> <p>【18時～9時】 夜間は委託先であるALSOKがナースコールを受信し、必要に応じて各住戸まで30分以内に駆け付けます。委託事業者では対応が困難な場合には、近隣に住む住宅職員に連絡し、連携して対応を行います。</p> <p>提供者：株式会社水車の家、ALSOK (総合警備保障)</p>
健康管理サービス		<p>・職員が健康に関する相談をお受けします。また、必要に応じて提携医療機関 (松尾内科クリニック他) の情報提供をすることができます。(土曜日・日曜日は除きます。) ※提供者：株式会社 水車の家</p>
<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。)</p>		
サービスの種類	料金 (税別)	(提供内容・方法・提供者)
食事のサービス	58,500円/月	<p>ダイニング、コミュニティサロンまたは居室にてお召し上がりいただけます。 朝食：300円、昼食：700円、夕食：950円 (各1食につき) ひと月ごとに献立をお知らせいたします。1週間前までに喫食の有無をお知らせください。キャンセルは2日前までにお知らせください。消費税は外税です。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。また、外部の配食サービス、出前等の情報も提供いたします。 ※提供者：株式会社 水車の家</p>
住戸内の清掃サービス	1,200円/30分 (1時間より)	<p>・居室内の清掃を行います。(土曜日・日曜日は原則除きますが、場合によりご相談に応じます。また換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します) ※提供者：株式会社 水車の家</p>
服薬管理・血圧測定と記録	4,500円/月～	<p>・服薬管理・血圧測定と記録をします。1日1回で月額4,500円 2回 9,000円 3回13,500円 ※提供者：株式会社 水車の家</p>
付添・送迎	1,800円/30分	<p>・買物や病院の通院付添いに職員が同行します。(交通費代は実費負担。土曜日・日曜日は原則除きますが、場合によりご相談に応じます。) ※提供者：株式会社 水車の家</p>
情報提供	無料	<p>・介護保険が適用できるサービスをご希望の方には併設事業所等の情報を提供致します。 ※提供者：株式会社 水車の家</p>

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	松尾内科クリニック
		住所	〒158-0097東京都世田谷区用賀2-10-14フォレスト446 1階
		診療科目	内科・循環器内科・呼吸器内科・アレルギー科・腎臓内科
		協力内容	訪問診療・往診・健康相談・定期健康診断・他医療機関への紹介
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	毎月15日に請求書を発行し、入居者様に送付します。（口座振替手続をお願いします。振込による場合の手数料は入居者負担となります。）
支払方法	毎月27日に支払請求分を口座振替払・現金振込払・現金払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）

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	水車の家 苦情窓口	
電話番号	03-6413-6700	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 00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事故が発生したときの対応		
具体的な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・事故が発生した場合には、速やかに東京都住宅政策本部へ報告した上で、事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。また、東京海上日動火災保険株式会社の調査により当社の責による事故の損害は全額賠償いたします 	
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	入居後1か月後、その後適時
	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	
展望浴室	展望浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。
コミュニティーサロン	コミュニティーサロンの利用希望については、予約表に記載下さい。

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60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	株式会社 水車の家
	電話番号	03-6413-6700
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	<input type="checkbox"/> 無 (東京海上日動火災保険株式会社)

説明年月日 西暦 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 水車の家

所在地 東京都世田谷区桜新町2-26-2

代表者名 代表取締役 八木恵次 印

説明者氏名 八木 恵次 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