

# 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       | ファミリー・ホスピスカブシキガイシャ                                                  |
|                         |            | ファミリー・ホスピス株式会社                                                      |
| 事業者の所在地                 | 〒100-0005  |                                                                     |
|                         |            | 東京都千代田区丸の内3-3-1                                                     |
| 事業者の連絡先                 | 電話番号       | 03-6368-4160                                                        |
|                         | FAX番号      | 03-6368-4161                                                        |
|                         | ホームページアドレス | <a href="http://family-hospice.com/">http://family-hospice.com/</a> |
| 事業者の代表者名                | 代表取締役 高橋 正 |                                                                     |

## 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                    | ファミリー・ホスピスカブシキガイシャ |                                                                     |
|                                 |                         | ファミリー・ホスピス株式会社     |                                                                     |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒100-0005               |                    |                                                                     |
|                                 |                         | 東京都千代田区丸の内3-3-1    |                                                                     |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                    | 03-6368-4160       |                                                                     |
|                                 | FAX番号                   | 03-6368-4161       |                                                                     |
|                                 | ホームページアドレス              | 有                  | <a href="http://family-hospice.com/">http://family-hospice.com/</a> |
|                                 |                         | 無                  |                                                                     |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                      | 高橋 正               |                                                                     |
|                                 | 職名                      | 代表取締役              |                                                                     |
| 事業主体が行っている主な事業等                 | ホスピス事業、介護保険指定事業、高齢者住宅運営 |                    |                                                                     |

## 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               | ファミリー・ホスピスナルセハウス                                                    |
|                        |                    | ファミリー・ホスピス成瀬ハウス                                                     |
| 住宅の所在地                 | 〒194-0015          |                                                                     |
|                        | 東京都町田市金森東四丁目1番地36号 |                                                                     |
| 住宅の連絡先                 | 電話番号               | 042-706-9728                                                        |
|                        | FAX番号              | 042-706-9738                                                        |
|                        | ホームページアドレス         | <a href="http://family-hospice.com/">http://family-hospice.com/</a> |
| 住宅の管理者名                |                    |                                                                     |
| 住宅の開設年月日               | 平成30年3月12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

点滴、胃ろう、たんの吸引、在宅酸素、バルーンカテーテル、ストマ、インスリン注射等の医療行為が必要な場合は、主治医に相談し指示のもと訪問看護での対応を行います。

##### 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（消費税別）   | 提供方法<br>提供者（ファミリー・ホスピス株式会社）                                                                                                                                                                           |
|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 状況把握（安否確認） | 20,000円／月額 | ・一日一回以上、各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。また、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて状況の把握・安否の確認を行います。                                                                                                                            |
| 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。                                                                                                                                               |
| 緊急時対応      |            | 【9時～17時】<br>各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してある緊急通報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にて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（状態の確認、看護職員・医療機関・家族等への連絡等）を行います。<br>【17時～翌9時】<br>併設の訪問看護事業所の職員が通報を受信し、必要に応じて住宅職員として駆け付け上記と同様の対応を致します。 |

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<br>(消費税別)                            | 提供方法・提供者（ファミリー・ホスピス株式会社）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事の提供サービス                                   | 800円／日<br>朝食 250円<br>昼食 250円<br>夕食 300円 | ・食費は月単位での請求となります。<br>・食費：800円／日<br>・朝食は8時～9時、昼食は12時から13時、夕食は17時30分～18時30分まで。<br>・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。<br>・食費は1日単位のカウントになりますので、1食提供から1日分の料金を頂きます。<br>・キャンセル、変更等は提供される日の2日前17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、お気を付け下さい。<br>*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690円以下で、その累計額が1日2,070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。 |
| 包括介護サービス                                    | 150,000円／月                              | 介護保険等の公的サービスで賄いきれず、自費で身体介助、生活援助を受ける必要がある方向けのサービス。自費分の身体介助、生活援助を計画に基づき提供いたします。<br>※月途中の利用の場合は日割り計算になります。                                                                                                                                                                                                                                    |
| 身体介護サービス                                    | 3,000円／30分                              | 介護保険等の公的サービスで賄いきれず、自費で身体介助（例：起床・就寝介助、入浴介助）を受ける必要がある方向けのサービス。                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 生活援助サービス                                    | 2,000円／30分                              | 介護保険等の公的サービスで賄いきれず、自費で生活援助（例：居室内掃除等の家事支援）を受ける必要がある方向けのサービス。                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 私物洗濯サービス                                    | 750円／1袋                                 | 入居者（又はご家族）に代わりまして、私物洗濯を承ります。（ドライクリーニングは実費で承ります。）但し、感染症の疾患をお持ちの場合はお断りさせて頂く場合もございます。                                                                                                                                                                                                                                                         |
| タオル・バスタオルのレンタル                              | 10,000円／月                               | バスタオル1枚／日、タオル3枚／日を目安にご使用いただけます。レンタルされたタオル類の洗濯の費用はありません。<br>※月途中の利用の場合は日割り計算になります。                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 日用品<br>(トイレットペーパー、ハンドペーパー、食器用洗剤、スポンジ、トイレ洗剤) | 500円／月                                  | 左記の日用品を当ハウスでご用意いたします。<br>(ご用意の目安：ティッシュ2箱 ペーパータオル3箱、石鹸1個 洗剤類各1本 トイレットペーパー3ロール、使用頻度により数は変更いたします。)<br>※月途中の利用の場合は日割り計算になります。                                                                                                                                                                                                                  |
| レンタルテレビ                                     | 5,000円／月                                | 居室内でお使いいただくテレビのレンタルです。<br>※月途中の利用の場合は日割り計算になります。                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ファミリー・ホスピス<br>らいふプラン作成費                     | 200,000円<br>(初回のみ)                      | 入居後の生活をサポートしていくためのらいふプランの作成費になります。必要時に更新をさせていただきますが、費用は初回作成時のみでその後は費用はかかりません。<br>日本看護協会が認定されたホスピスケアのエキスパート（がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師など）や緩和ケア病棟で実践の経験を持つ看護師やALS等の難病患者の臨床経験を持つ理学療法士等のリハビリ職が作成に携わりケアプランを補います。<br>費用には初回ヒアリングや入居前・入居開始後のヒアリング、各所への連絡調整、プランの取り纏め等が含まれますが、サービス費用は含まれておりません。                                                            |

# 医療連携の内容

|          |   |      |  |
|----------|---|------|--|
| 協力医療機関   | 1 | 名称   |  |
|          |   | 住所   |  |
|          |   | 診療科目 |  |
|          |   | 協力内容 |  |
| 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20日までに請求書を送付します。<br>・基本サービス…翌月分を当月請求します。<br>・選択サービス…当月利用分を月末締にて翌月請求します。 |  |
| 支払方法                                                                      |  |
| 毎月26日に翌月指定された銀行口座より引き落とし、または銀行振込の方法でお支払い頂きます。                             |  |

## 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                            |       | ファミリー・ホスピス株式会社 お客様相談室                                                                               |           |           |
| 電話番号                             |       | 03-6368-4160                                                                                        |           |           |
| 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                              |       | 土、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 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、使用時間を事前にお知らせ下さい。   |
| 共用キッチン                                                      | 共用キッチン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。 |

## 8. 契約の解除内容等

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|
| 入居者からの解約                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
| 事由の如何を問わずファミリー・ホスピス成瀬ハウス（東京都町田市金森東四丁目1番地36号）における賃貸借契約が終了したとき及び乙が死亡したときは、本契約も終了します。また、契約期間満了日の30日前までに、入居者または入居者の代理人から書面による契約解除の申し出がない場合、本契約は自動更新され、更新後の契約期間は2年とします。                                                                                                                                                                                                                                               |      |                 |
| 契約解約時の連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 名称   | ファミリー・ホスピス成瀬ハウス |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 電話番号 | 042-706-9728    |
| 事業者からの解除                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
| <p>入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができます。契約解除時には事業者は次の手続を行います。</p> <p>①一定の観察期間をおくこと。<br/>         ②主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと。<br/>         ③契約解除の通告について30日の予告期間をおくこと<br/>         ④入居者本人の及び身元引受け人の意思を確認すること。</p> <p>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か月以上滞納した場合において、事業者が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ときは、この契約を解除することがあります。</p> |      |                 |

## 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 【事業活動総合保険（あいおいニッセイ同和損害保険会社）】 |

説明年月日

年

月

頁

\_\_\_\_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      ファミリー・ホスピス株式会社

所在地 東京都千代田区丸の内3-3-1

代表者名 代表取締役 高橋 正 印

説明者氏名

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 \_\_\_\_\_

