

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 カブシキガイシャケアサービストモ
	株式会社ケアサービスとも
事業者の所在地	〒 121-0061
	東京都 足立区花畑4-23-7-第3けあともビル1階
事業者の連絡先	電話番号 03-5851-8177
	FAX番号 03-5851-8178
	ホームページアドレス http://www.caretomo.net
事業者の代表者名	代表取締役 永田 健一

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 カブシキガイシャケアサービストモ
	株式会社ケアサービスとも
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 121-0061
	東京都 足立区花畑4-23-7-第3けあともビル1階
事業主体の連絡先	電話番号 03-5851-8177
	FAX番号 03-5851-8178
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 http://www.caretomo.net
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 永田 健一
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	居宅介護支援事業・訪問介護事業・訪問看護事業・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・サービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホーム

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 エガオノイエハナハタ
	「えがおの家花畑」
住宅の所在地	〒121-0061
	東京都 足立区花畑1丁目23番13号
住宅の連絡先	電話番号 03-5831-5942
	FAX番号 03-5831-5943
	ホームページアドレス http://www.caretomo.net
住宅の管理者名	株式会社ケアサービスとも
住宅の開設年月日	平成27年10月1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。
 ご入居者が介護を必要とする場合は、円滑に介護サービスを受けられるよう、介護事業所と連携を図ります。なお、介護事業所と連携する場合にもご入居者様は連携先以外の介護保険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

胃ろう・中心静脈栄養（IVH）・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等の医療行為が必要な場合は、協力医療機関と連携による対応が可能な場合があります。

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）	10,000円 /月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前10時頃に各住戸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：株式会社ケアサービスとも
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、住宅職員がご相談をお受けします。 ※提供者：株式会社ケアサービスとも
緊急時対応		【24時間】 <ul style="list-style-type: none"> ・日中は、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状況に応じて救急車の手配・かかりつけ医・協力医療機関・ご家族への連絡等必要な対応を行います。 ・夜間は、夜勤職員がナースコールを受信し、必要に応じて、各住戸までただちに駆けつけます。 ※提供者：株式会社ケアサービスとも
配膳・下膳サービス		※提供者：株式会社ケアサービスとも
健康管理サービス		<ul style="list-style-type: none"> ・住宅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（久光クリニック）の情報提供をすることができます。 ※提供者：株式会社ケアサービスとも

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	51,000円 /月（税込）	<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51,000円（30日の場合）[朝食400円、昼食700円、夕食600円] ・朝食は7時～9時まで、昼食は11時30分～13時30分、夕食は17時～19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。配膳・下膳も行います。 ・キャンセル、変更等は提供される日の前日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）が発生します。 ※提供者：株式会社ケアサービスとも
住戸内の清掃サービス	600円 /1回30分	<ul style="list-style-type: none"> ・居室内の清掃を行います。（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：株式会社ケアサービスとも
付添・送迎サービス	1,000円/1時間	<ul style="list-style-type: none"> ・買物や病院の通院付添い・官庁の手続き等に職員1名が同行します。（交通費代は実費負担） ※提供者：株式会社ケアサービスとも
入浴介助・排せつ介助・食事介助サービス	500円/15分	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて職員が対応いたします。*提供者：株式会社ケアサービスとも

医療連携の内容			
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 久光クリニック
		住所	東京都足立区六町2-6-24
		診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、皮膚科
		協力内容	当法人と連携契約を結んでいる。入居者の希望により往診可。緊急時対応あり。
協力医療機関	2	名称	医療法人社団ききょう会 花畑クリニック
		住所	東京都足立区六町1-13-2 サングランデ六町1F
		診療科目	内科、外科
		協力内容	当法人と連携契約を結んでいる。入居者の希望により往診可。緊急時対応あり。
協力歯科医療機関		名称	寺本歯科クリニック
		住所	東京都文京区本郷5-25-13 SKYビジョンビル1階
		協力内容	当法人と連携契約を結んでいるので、入居者の希望により週1回の往診は可能。

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	当月分を翌月15日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。
支払方法	
	口座振替の場合は請求書発送月の27日（当日が金融機関休業日の場合翌営業日）・口座振り込み（振り込み手数料はご入居者様のご負担でお願いいたします）・現金払いの場合は当月末までに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	えがおの家花畑苦情相談窓口		
電話番号	03-5831-5942		
対応している時間	平日	9時	00分 ~ 18時 00分
	土曜	9時	00分 ~ 18時 00分
	日曜	9時	00分 ~ 18時 00分
	祝日	9時	00分 ~ 18時 00分
定休日	なし		
サービスの提供において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	えがおの家花畑
	電話番号	03-5831-5942
事業者からの解除		
生活支援サービス契約書第9条のとおり。		

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"/> (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)	・ 無

説明年月日

年 月 日

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 株式会社ケアサービスとも

所在地 足立区花畑4-23-7 第3けあともビル1階

代表者名 代表取締役 永田 健一 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

