

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 セイカツキョウドウクミアイコープミライ	
	生活協同組合コープみらい	
事業者の所在地	〒 336-8523	
	埼玉県さいたま市南区根岸1丁目5番5号	
事業者の連絡先	電話番号	048-864-1181
	FAX番号	048-839-1658
	ホームページアドレス	http://mirai.coopnet.or.jp/
事業者の代表者名	代表理事 専務理事 鳥羽 治明	

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 セイカツキョウドウクミアイコープミライ	
	生活協同組合コープみらい	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 336-8523	
	埼玉県さいたま市南区根岸1丁目5番5号	
事業主体の連絡先	電話番号	048-864-1181
	FAX番号	048-839-1658
	ホームページアドレス	有 http://mirai.coopnet.or.jp
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	鳥羽 治明
	職名	代表理事 専務理事
事業主体が行っている主な事業等	供給事業、利用事業、福祉事業	

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 コープミライサービスツキコウレイシャムケジュウタク コープミライエナカノ	
	コープみらいサービス付き高齢者向け住宅 コープみらいえ中野	
住宅の所在地	〒 164-0011	
	東京都中野区中央5-41-18	
住宅の連絡先	電話番号	03-6382-7270
	FAX番号	03-6382-7326
	ホームページアドレス	http://mirai.coopnet.or.jp
住宅の管理者名	渡辺 敢	
住宅の開設年月日	2016/11/23	
居住の契約方式	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		
・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致します。 ・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、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		
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。胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との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）	月額 49,500円 (税込) 1室に2人入居の場合 月額 88,000円 (税込)	・毎日、午前11時までに各入居者の安否確認を行います。（朝食の喫食、朝刊配達ほか） ・上記以外の時間帯も、ご入居者（ご家族）とご相談の上、必要に応じて行います。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
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、生活支援員が6階事務所にてご相談をお受けします。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
緊急時対応		【24時間365日】 ・各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してある緊急時通報ボタンを押していただければ6階事務所及び生活支援員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、生活支援員が駆けつけ必要な対応（かかりつけ医・訪問看護とのやりとり、救急車対応等）を行います。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
フロントサービス		・来訪者の受付や取次ぎ、不在時の伝言お預かり。 ・不在時に郵便物、宅急便等の一時預かりや保管、手渡し。 ・医療機関の取次ぎ、紹介、タクシー手配。 ・各種行政手続きの案内や紹介、取次ぎ。 ・地域活動、サークル活動紹介などの情報提供。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
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を選択していただくことができます。なお、入居者の希望により、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	55,080円/月 (30日利用の場合) (税込)	・食費は月単位での請求で、当月喫食分を翌月25日お支払いいただきます。 ・1食単位での事前予約制となります。 ・食費：月額55,080円（30日の場合） [朝食453円、昼食691円、夕食691円](税込) ・朝食は7時半～9時まで、昼食は12時～13時半まで、夕食は17時半～19時半まで。 ・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。 ・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）が発生します。 ※提供者：(株) Dear Plus One ・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。 当住宅では、朝食・昼食・夕食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。
配膳下膳サービス	165円/1食 (税込)	・居室への配膳下膳を行う場合、1食当たり165円（税込）加算します。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
栄養管理サービス	4,950円/月 (30日利用の場合) (税込)	・糖尿病や腎臓病患者の方の栄養管理を行います。 ・必要に応じて別途同意書で、同意された場合のみ食事提供回数に応じて1食当たり55円（税込）の費用が発生します。 ※提供者：生活協同組合コープみらい
介護保険外（自費）サービス	15分1,100円 (税込)	・居室の清掃、外出同行、お話し相手など、介護保険外のサービスを行う場合、コープみらいえ中野・併設する中野介護センターそれぞれと別途契約を締結することで提供できます。（祝日除く平日、8-18時の基本時間帯料金、他の曜日・時間帯の詳細は契約書参照のこと） ※提供者：※内容によって異なります（詳細別紙）。 コープみらいえ中野 生活協同組合コープみらい中野介護センター

医療連携の内容		
協力医療機関 1	名称	社会医療法人社団 健友会
	住所	東京都中野区中野5-44-3
	診療科目	内科ほか
	協力内容	訪問看護サービス、在宅医療サービス
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、入居者に送付します。
支払方法	
	毎月25日に支払請求分を口座自動振替方法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）。振込みの場合、振込み手数料はコープみらいの負担となります。

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	コープみらいサービス付き高齢者向け住宅 コープみらいえ中野
電話番号	03-6382-7270
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 9時 00分 ~ 17時 00分
	日曜 9時 00分 ~ 17時 00分
	祝日 9時 00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	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 年1回（予定）
	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、事前に生活支援員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
浴室	共用個人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。なお、水道光熱費代として、1回のご利用につき110円（税込）の費用が発生しますのでご了承ください。

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	コープみらいサービス付き高齢者向け住宅 コープみらいえ中野
	電話番号	03-6382-7270
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	
☒ 有	無 (損保ジャパン日本興亜)

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご入居者に対して、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 _____ 生活協同組合コープみらい _____

所在地 _____ 埼玉県さいたま市南区根岸1丁目5番5号 _____

代表者名 代表理事 専務理事 _____ 鳥羽 治明 _____ 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

