

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 カブシキガイシャコミュニティネット
	株式会社コミュニティネット
事業者の所在地	〒 206-0036
	東京都多摩市中沢二丁目5番3号
事業者の連絡先	電話番号 03-6256-0574
	FAX番号 03-6256-0575
	ホームページアドレス https://c-net.jp
事業者の代表者名	代表取締役 有川 志津雄

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 カブシキガイシャコミュニティネット
	株式会社コミュニティネット
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 206-0036
	東京都多摩市中沢二丁目5番3号
事業主体の連絡先	電話番号 03-6256-0574
	FAX番号 03-6256-0575
	ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 https://c-net.jp
	<input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 有川 志津雄
	職名 代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	高齢者向け住宅企画・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 クイーンヒルメジロダイ
	クイーンヒル目白台
住宅の所在地	〒 112-0015
	東京都文京区目白台三丁目28番10号
住宅の連絡先	電話番号 03-5981-9394
	FAX番号 03-5981-9393
	ホームページアドレス https://queenhill.jp
住宅の管理者名	安東 健雄
住宅の開設年月日	2025/2/25
居住の契約方式	利用権方式

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、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。</p>		
住宅で対応できる医療的ケアの内容		
<p>当ハウスでは常勤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が、在宅医療等の医療行為が必要な場合は、協力医療機関等との連携による対応が可能です。</p>		
①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	内 容
状況把握サービス	月 額 99,000円（税込） （1人利用） 173,800円（税込） （2人利用）	<p>各階に設置してある台帳に入居者自身が署名又は押印し、それをスタッフが確認することにより安否確認を行います。午前10時までに署名又は押印がない場合は、電話もしくは訪問により安否確認を行います。12時間以上人の動きがない場合、センサーが感知して通報が自動的に送信される人感センサーを設置しています。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット（安否確認） ：セコム株式会社（センサー）</p>
安心安全サービス（緊急時対応）		<p>緊急時はペンダント等のボタンを押下することにより、セコムで通信を受信後、スタッフへ連絡し、スタッフが速やかに駆けつけ、状況確認を行い、救急車の手配、かかりつけ医、協力医療機関、ご家族への連絡等の対応を必要に応じて行います。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット セコム株式会社</p>
生活相談サービス		<p>一般的な生活相談に対し助言を行います。専門的な相談や助言が必要な場合は、専門家や専門機関を紹介します。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット</p>
健康管理サービス		<p>入居者の希望に応じて健康診断が受けられるよう支援するとともに、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な対応を取ります。入居者の希望に応じて健康診断及び健康保持のための記録を適切に保存します。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット</p>
送迎サービス		<p>当ハウスと最寄り駅間等の送迎サービスを実施する予定です。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット</p>
フロントサービス		<p>フロント窓口の対応時間 09：00～12：00 13：00～17：00</p> <p>① コピー・FAX（10枚以上は有料） ② 居室清掃（月1回30分程度/水回りの日常清掃） ③ 管球交換（随時対応） ④ 簡易的な家具の組み立て（30分超は有料） ⑤ 体調不良時のお伺い（随時対応） ⑥ 健康相談（随時対応） ⑦ 医療機関の紹介（随時対応） ⑧ 救急車の手配（緊急時に対応） ⑨ 通院の同行（1時間超は有料） ⑩ 入退院の同行（1時間超は有料） ⑪ 入院中の見舞い訪問（随時対応）</p> <p>※ 詳細については（別添）をご覧ください。</p> <p>提供者：株式会社コミュニティネット</p>

その他のサービス		以下をご利用いただけます。 ・ジム (2階) 予約不要 (利用の際は台帳に記名) ・スタジオ (2階) 要予約 (フロントにて) ・和室 (ゲストルーム兼用) (2階) 要予約 (フロントにて) ・ラウンジ (2・3・5階) ・ライブラリー (4階) 提供者：株式会社コミュニティネット
----------	--	--

②有料サービス

サービスの種類	料金と内容
食事のサービス	朝食：11：30～13：30 夕食：17：30～19：30 月額 51,480円 (税込) /26日換算 (内訳) 朝食：880円 (税込) 夕食：1,100円 (税込) ※ 消費税軽減税率対象外 ① 朝食と日曜日は食事の提供をしております ② 昼食・夕食ともに事前予約が必要です。 ③ 変更・キャンセルは提供日の2日前正午12：00 までとし、それ以降のキャンセルは左記の食事 料金がキャンセル料として発生します。 ④ 居室配膳・下膳は体調不良時は10日間は無料 それ以降は100円/回となります。 提供者：株式会社馬淵商事 (①②③) 株式会社コミュニティネット (④)
その他のサービス	① 買い物代行 15分/750円 交通費は実費 ② 役所手続き代行 同上 ③ 服薬支援 月額 3,000円 (1日1回) ※ 料金は税込 ※ ①②をご希望の場合は2日前までにフロントにお申し出ください。 詳細については (別添) をご覧ください。 提供者：株式会社コミュニティネット

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	医療法人社団 創福会 ふくろうクリニック目白台
		住所	東京都文京区目白台3-28-10 1階
		診療科目	整形外科外来・もの忘れ外来・老年科外来/地域包括診療・精神科外来
		協力内容	同上
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	医療法人社団正誠会 入谷歯科
		住所	東京都台東区入谷1-11-16 草野ビル1階
		協力内容	歯科治療、口腔ケア

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
提供者：株式会社コミュニティネット 生活支援サービス費（翌月分）、有料サービス費（前月分） 毎月20日までに請求書を発行し、入居者各位の郵便受けに投函いたします。	
提供者：株式会社馬淵商事 食事サービス費（前月分） 毎月20日までに請求書を発行し、入居者各位の郵便受けに投函いたします。	
支払方法	
提供者：株式会社コミュニティネット 費用の支払い方法は、入居者が指定する金融機関の口座からの自動引き落としでのお支払いとなります。引き落とし日は、 ゆうちょ銀行の場合は毎月28日、その他の金融機関の場合は毎月27日です。（休日の場合は翌営業日）	
提供者：馬淵商事株式会社 費用の支払い方法は、入居者が指定する金融機関の口座からの自動引き落としでのお支払いとなります。引き落とし日は、 ゆうちょ銀行、その他の金融機関共に毎月27日です。（休日の場合は翌営業日） 口座振替集金代行事務手数料110円（税込）は入居者負担となります。	

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	株式会社コミュニティネット		
電話番号	03-6256-0574		
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		
サービスの提供において事故が発生したときの対応			
具体的な対応	各サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体財産に損害が生じた場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には、賠償額を減じ若しくは賠償しないことがあります。		
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	随時 ハウス内に意見箱を設置します	
	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、夜間の外出の際及び外泊時は、事前にフロントまでご連絡ください。	
共用施設の利用について	
① 基本サービス・・・4項 生活支援サービスの内容 「その他のサービス」を参照ください。	
② 有料サービス・・・トランクルーム 月額 4,000円（税込） ※ 2～5階の各階に計36個あります。	

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
入居者は、契約期間中であっても、事業主に対して書面により30日以上の予告期間を定めて、契約の解約を申し出ることができます。		
契約解約時の連絡先	名称	クイーンヒル目白台 フロント
	電話番号	03-5981-9394
事業者からの解除		
<p>以下の場合、事業者から契約を解除することができます。</p> <p>①生活支援サービス費等の支払い義務違反した場合で、事業主が相当の期間を定めて催告したにも拘わらず、その期間内に義務が履行されないとき</p> <p>②入居者が近隣に著しい迷惑をかける行為、共同生活を乱す行為等を行った場合で、事業主が相当の期間を定めて催告してもその義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったとき</p> <p>③入居者が年齢を偽って入居資格を有することを誤認させる、健康診断書に既往症の事実を省くなど虚偽の申告又は不正の行為によって住居に入居したとき</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	<input type="radio"/> () ・ 無 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 _____ 株式会社コミュニティネット

所在地 _____ 東京都多摩市中沢二丁目5番3号

代表者名 _____ 代表取締役 有川 志津雄 _____ 印

説明者氏名 _____

私は上記事業者から、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 _____



別添

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

サービス内容	個別の利用料で実施するサービス				備考
	(利用者が全額負担)	包含 ※1	都度 ※1	料金(税込)※2	
<介護サービス>					
介護保険手続きサポート	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
<生活サービス>					
コピー・FAX	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		10枚以上は有料となります。1枚10円
居室清掃	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		ご希望により以下を実施します。 月1回 水回りの日常清掃 年1回 窓ガラス・エアコン清掃(外部業者)
管球交換	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
簡易的な家具の組み立て	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	15分/750円	30分超は有料。 2日前までにフロントにお申し出ください。
居室配膳・下膳	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	1回/100円	体調不良時は10日間まで無料です。
買い物代行	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	15分/750円	交通費は実費を頂きます。 2日前までにフロントにお申し出ください。
役所手続き代行	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	15分/750円	交通費は実費を頂きます。 2日前までにフロントにお申し出ください。
<健康管理サービス>					
体調不良時のお伺い	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
健康相談	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
医療機関の紹介	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
服薬支援	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	月/3,000円	1日1回 服薬の支援をします。
<通院・入退院・入院中のサービス>					
救急車の手配	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		
通院の同行	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	15分/750円	1時間超は有料。交通費は実費を頂きます。 2日前までにフロントにお申し出ください。
入退院の同行	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	15分/750円	1時間超は有料。交通費は実費を頂きます。 2日前までにフロントにお申し出ください。
入院中の見舞い訪問	■ あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし		

※1 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、基本サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合にに応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※2 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

