

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 イリョウホウジ ^ン シヤダ ^ン ハートクリニック
	医療法人社団 ハートクリニック
事業者の所在地	〒179-0074
	東京都 練馬区春日町 5-33-30
事業者の連絡先	電話番号 03-5971-8550
	FAX番号 03-5971-8551
	ホームページアドレス http://www.heart-clinic.info/
事業者の代表者名	理事長 岡 英孝

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 イリョウホウジ ^ン シヤダ ^ン ハートクリニック
	医療法人社団 ハートクリニック
事業主体の主たる事務所の所在地	〒179-0074
	東京都 練馬区春日町 5-33-30
事業主体の連絡先	電話番号 03-5971-8550
	FAX番号 03-5971-8551
	ホームページアドレス 有 http://www.heart-clinic.info/
	無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 岡 英孝
	職名 理事長
事業主体が行っている主な事業等	サービス付き高齢者向け住宅の設置、産業保健体制に支援業務 医療施設の維持・保守・管理

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 ハートビレッジトシマエン
	はーとびれっじ豊島園
住宅の所在地	〒176-0001
	東京都 練馬区練馬4丁目14-7
住宅の連絡先	電話番号 03-6914-8528
	FAX番号 03-6914-6828
	ホームページアドレス http://heart-village.info/
住宅の管理者名	岡 美樹
住宅の開設年月日	2016年3月18日
居住の契約方式	普通建物賃貸借契約

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		
<p>ご入居者が安心して日常生活を送ること、心穏やかに年を重ね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。</p> <p>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。</p>		
基本サービス (入居者様全員が受けるサービスです。)		
<p>1日1回安否確認を訪問、インターホン又はテレビ電話など入居者の方のご希望に合わせて行います。日中及び夜間ナースコールはALSOKが受信し、下記と同様に対応いたします。</p>		
サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握 (安否確認)	33,000円/月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前10時頃に住宅職員が安否の確認を訪問、インターホン又はテレビ電話など入居者の方のご希望に合わせて行います。 ・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: 医療法人社団ハートクリニック
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: 医療法人社団ハートクリニック
緊急時対応		【9時30分～17時00分】 <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必要な対応(主治医、ナースステーション、ケアマネージャー等への連絡)を行います。 【17時00分～翌9時30分(委託)】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は、委託先である警備会社(ALSOK)がナースコールを受信し、必要に応じて、各住戸まで15分以内に駆けつけます。 ・委託事業者では対応が困難な場合には、住宅職員に連絡し連携して対応を行います。 ※提供者: 医療法人社団ハートクリニック ※提供者: ALSOK
健康管理		<ul style="list-style-type: none"> ・体調不良時又は希望があった場合に住宅職員がバイタルチェックを訪問にて行います。 ※提供者: 医療法人社団ハートクリニック
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。(1/1～1/3は除く)。) 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)
運動器具利用・トレーニング指導	無料	ロコモティブ症候群予防のため、トレーニングマシンを提供(利用法指導) ※提供者: 医療法人社団ハートクリニック
低温サウナ管理	無料	気分、食欲、睡眠、便秘を是正し、鬱気分を軽減目的、高齢者に負担の少ないサウナ設定操作、利用方法指導 ※提供者: 医療法人社団ハートクリニック
健康相談	無料	住宅職員が健康に関する相談を受けます。月～金10:00～16:00で適宜調整し相談をお受けいたします。必要に応じて主治医等に情報提供をすることができます。 ※提供者: 医療法人社団ハートクリニック

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	
基本サービス・・・一律 33,000円 (請求書の発行は省略)	
支払方法	
毎月末日に基本サービス料金を(前月分)口座振り込み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)。(手数料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	医療法人社団ハートクリニック		
電話番号	03-5971-8550		
対応している時間	平日	11時 00分	～ 15時 00分
	土曜	11時 00分	～ 14時 00分
	日曜	11時 00分	～ 12時 30分
	祝日	時 分	～ 時 分
定休日	祝日、木曜日		
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	毎年3月	
	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、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。

談話室

利用時間可能時間を遵守して下さい。

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	医療法人社団 ハートクリニック
	電話番号	03-5971-8550

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

有 ・ 無 (東京海上日動火災保険)

説明年月日

令和〇年〇〇月〇〇日

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 医療法人社団ハートクリニック

所在地 東京都練馬区春日町5-33-30

代表者名 理事長 岡 英孝 印

説明者氏名 岡 英孝 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。

ご本人署名 _____ 印

ご家族署名 _____ 印 (続柄 _____)