

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	カブシキガイシャエーティ
		株式会社 A T
事業者の所在地	〒213-0021	
		神奈川県川崎市高津区千年新町9-15
事業者の連絡先	電話番号	044-322-9288
	F A X 番号	044-322-9163
	ホームページアドレス	https://at-care.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役	津田 篤志

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	カブシキガイシャエーティ
		株式会社 A T
事業主体の主たる事務所の所在地	〒213-0021	
		神奈川県川崎市高津区千年新町9-15
事業主体の連絡先	電話番号	044-322-9288
	F A X 番号	044-322-9163
	ホームページアドレス	有 https://at-care.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	津田 篤志
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	■介護保険法による居宅サービス事業 ■介護保険法による地域密着型サービス ■介護保険法による居宅介護支援事業 ■介護用品、介護機械の製造並びに医療用機器、器具、備品および消耗品の販売、賃貸及び保守管理に関する業務 ■看護師、准看護師、理学療法士、介護福祉士、ケアマネージャー、ホームヘルパー、医療事務従事者等の研修並びに養成に関する事業 ■老人福祉法による有料老人ホームの運営 ■高齢者の居住の安定確保に関する法律によるサービス付き高齢者向け賃貸住宅事業 ■医薬品、医療用衛生用品の販売 ■障がい者総合支援法による障害福祉サービス事業 ■児童福祉法による障がい児通所支援事業所 ■社会福祉法による第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業のうち営利法人にて行うことのできる事業	

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	イリョウタイオウジュウタクケアホスピスネギシ
		医療対応住宅ケアホスピス根岸
住宅の所在地	〒194-0038	
		東京都町田市根岸2-30-10
住宅の連絡先	電話番号	042-861-9165
	F A X 番号	042-861-9166
	ホームページアドレス	https://hospice.at-care.co.jp/
住宅の管理者名		
住宅の開設年月日	平成30年3月1日	
居住の契約方式	普通賃貸借契約書	

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			
職員が入居者様に安心して快適に暮らせる賃貸住宅の提供と快適で安全な生活サポートを致します。 基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行い、併設及び地域の介護事業所、診療所、病院と連携を図り、医療が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。なお、介護事業所や医療を必要とする場合にも、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。 本契約は、賃貸借契約が終了した場合には理由の如何問わず本契約も当然に終了することを入居者・サービス提供者共に確認します。			
住宅で対応できる医療的ケアの内容			
当住宅では、胃ろう・ストーマ処置・インス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（訪問診療・訪問看護等）との連携により対応いたします。住宅職員、または担当ケアマネージャーへご相談下さい。			
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：株式会社AT
状況把握サービス	安否確認	月額22,000円（税込）	毎日1回、食事の機会等に職員が安否の確認を行います。 夜間も、ご入居者様やご家族様とご相談の上、必要に応じて行います。 ■人体検知センサー 一定の時間、入居者様の動きがないことを検知した場合、生活異変としてスタッフルームに通知します。 ※在宅ボタンを押して頂かないと制御連動致しません。
	巡回サービス		■共用部の巡回点検 共用部分の戸締りなど、巡回し確認を致します。
	緊急時対応		■緊急通報 【9:00～18:00】 緊急時の対応として、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に設置している緊急呼出ボタンより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、住宅内に常駐している住宅職員が対応します。緊急連絡先として指定されているご家族への連絡、必要な場合には救急車の要請等を行います。 【18:00～翌9:00】 夜間の緊急コールは、事務室で待機している株式会社ATの職員もしくは併設施設の職員がコールを受信し、住宅職員として対応します。
	生活相談		■住宅職員相談対応 当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談にのります。
サービスの種類		料金	（提供内容・方法）提供者：株式会社AT
	配食サービス	38,190円（税込）	ご希望の方は別契約となり、食費は左記の金額で月単位の請求となります。 特別食（制限食・ミキサー食等）をご依頼される場合は別途ご相談下さい。 朝食は7:30～9:00、昼食は12:00～13:30、夕食は17:30～19:00の時間帯で食堂、及び必要に応じて居室配膳にて提供します。 1食あたり【朝食345円】【昼食464円】【夕食464円】とし、実際に喫食した実績に応じた金額を請求します。朝食・昼食・夕食は、軽減税率（8%）の対象です。 3日前の18時までの欠食申し出によりキャンセルが可能です。 ＊提供者：株式会社フォーディアレスト
	その他	1,100円/30分（税込）	■その他、ご要望により別途サービス提供致します。 ～30分以降30分毎に追加1,100円（税込）発生します。 入浴介助・排泄介助・食事介助・移動介助・体位交換・服薬介助・病院同行・清掃・洗濯・家具の移動・買い物代行等

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	町田クリニック
		住所	〒194-0013 東京都町田市原町田4-15-13 サンウッド町田4F 電話042-850-8123
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療・往診・健康相談・他医療機関への紹介
協力医療機関	2	名称	多摩丘陵病院
		住所	〒194-0297 東京都町田市下小山田町1491 電話042-797-1511
		診療科目	内科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・泌尿器科・婦人科・眼科・リハビリテーション科・麻酔科・歯科・消化器外科
		協力内容	緊急時の対応・入院を要する場合
協力歯科医療機関		名称	あさがお歯科
		住所	〒194-0022 東京都町田市森野2-8-10 森野ビル2F 電話042-724-2227
		協力内容	訪問歯科診療

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	毎月10日以降に請求書を発行し、入居者様に送付します。 ・基本サービス・・・生活支援サービス契約書に記載されている金額 ・選択サービス・・・ご利用頂いたサービス分の金額
支払方法	
	・基本サービス・・・毎月、翌月分を27日までに口座振替によりお支払いいただきます。 ・選択サービス・・・毎月、前月分を27日までに口座振替によりお支払いいただきます。

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	医療対応住宅ケアホスピス根岸					
電話番号	042-861-9165					
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜日・日曜・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	4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	
住宅正面玄関は、オートロックとなっております。入退室キーをご使用のうえ出入り下さい。 長期外泊時は、住宅職員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
共用廊下・談話室	共用廊下・談話室には迷惑になる物を置かないようお願いします。

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
入居者様は生活支援サービス事業者に対して、解約する30日前に文書にて解約の申し出を生活支援サービス事業者に通知する。		
契約解約時の連絡先	名称	医療対応住宅ケアホスピス根岸
	電話番号	042-861-9165
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滞納した場合において、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず滞納した場合		

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株式会社)
---	---	--------------------

説明年月日 年 月 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 株式会社A T

所在地 神奈川県川崎市高津区千年新町9番地15

代表者名 代表取締役 津田 篤志 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 _____