

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 カブシキカイシャ イワイ
	株式会社 イワイ
事業者の所在地	〒 189-0022
	東京都東村山市野口町1-21-3
事業者の連絡先	電話番号 042-394-0903
	FAX番号 042-394-0903
	ホームページアドレス 未作成
事業者の代表者名	代表取締役 山本 祝

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 コウキザイダントリジツカクホウカイ
	公益財団法人結核予防会
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 101-0061
	東京都千代田区神田三崎町1丁目3番12号
事業主体の連絡先	電話番号 03-3292-9211
	FAX番号 03-3292-9250
	ホームページアドレス <input checked="" type="checkbox"/> 有 http://www.iatahq.org/
	<input type="checkbox"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 工藤 翔二
	職名 理事長
事業主体が行っている主な事業等	医療施設等の運営、国際協力、呼吸器疾患対策、生活習慣病対策、高齢者住宅の運営・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 コウキザイダントリジツカクホウカイグリーネスハイム新山手
	公益財団法人結核予防会グリーンネスハイム新山手
住宅の所在地	〒 189-0021
	東京都 東村山市諏訪町3丁目6-18
住宅の連絡先	電話番号 042-397-5856
	FAX番号 042-397-5856
	ホームページアドレス http://www.iatahq.org
住宅の管理者名	館長 木村 幹男
住宅の開設年月日	平成16年11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。

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・在宅酸素療法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）	0円/月額	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前10時頃に各住戸に委託先の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。 ・年末年始（12/31、1/1）は日中の常駐職員はいませんが、8時30分～10時の間に安否確認いたします。 ※提供者：備イワイ
生活相談・健康相談		<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、相談をお受けします。 ※生活相談提供者：備イワイ ※健康相談提供者：新山手病院
緊急時対応		【8時30分～17時（委託）】 <ul style="list-style-type: none"> ・日中は、各住戸の携帯用及びトイレ、浴室に設置してある緊急コールを押していただければ事務室で職員が通報を受信し、駆けつけ必要な対応（ご家族の連絡等）を行います。 ・年末年始（12月31日、1月1日）は8時30分～10時の間、安否確認を行い、以後は夜間体制にて対応を行います。 【17時～8時30分（委託）】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は隣接する介護老人保健施設保生の森の受付職員が緊急コールを受信し、状況に応じて駆けつけ対応いたします。 ・対応が困難な場合には、敷地内の新山手病院の看護師に連絡し連携して対応を行います。 ・提供者：備イワイ、介護老人保健施設保生の森、新山手病院

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)
食事サービス	月額 約30,000円	<ul style="list-style-type: none"> ・365日、朝・夕食を入居者の選択により提供します。（朝食350円・夕食650円（税込）） ・食費は週単位での請求となります。 ・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）が発生してしまいますので、お気を付け下さい。 ※提供者：食事処これ吉 【消費税軽減税率について】 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640円以上で、その累計額が1日1,920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、夕食の費用が軽減税率(8%)の対象となります。

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	公益財団法人結核予防会新山手病院
		住所	東京都東村山市諏訪町3-6-1
		診療科目	内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、肛門科、皮膚科、泌尿器科、眼科、心療内科、歯科口腔外科、予防接種
		協力内容	外来診療、入院対応
協力歯科医療機関		名称	公益財団法人結核予防会新山手病院
		住所	東京都東村山市諏訪町3-6-1
		協力内容	外来診療

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	・選択サービス・・・食事サービス業者より毎週水曜日に入居者様に翌週のメニューを送付し、入居者様は週末に業者に申込みをしていただきます。
支払方法	入居者様は、翌週の選択した食数分を申込時に、業者に現金でお支払していただきます（生活支援サービス契約書6条参照）。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）が発生してしまいますので、お気を付け下さい。

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	公益財団法人結核予防会グリーンネスハイム新山手事務管理室	
電話番号	042-397-5856	
対応している時間	平日	8時 30分 ~ 17時 00分
	土曜	8時 30分 ~ 17時 00分
	日曜	8時 30分 ~ 17時 00分
	祝日	8時 30分 ~ 17時 00分
定休日		

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（ご家族への連絡等）を行い、必要に応じて敷地内の併設病院に搬送します。

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 <u>なし</u>		

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、事前に住宅管理人へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
集会室	集会室の利用希望については、住宅管理人にお申し出下さい。

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	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>公益財団法人結核予防会グリーンネスハイム新山手</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>042-397-5856</td> </tr> </table>	名称	公益財団法人結核予防会グリーンネスハイム新山手	電話番号	042-397-5856
名称	公益財団法人結核予防会グリーンネスハイム新山手				
電話番号	042-397-5856				
事業者からの解除					
<p>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。</p> <p>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</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 (三井住友海上火災保険会社)
---------------	---

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	公益財団法人結核予防会	
所在地	東京都千代田区神田三崎町1-3-12	
代表者名	理事長 工藤 翔二	
押印代理人名	公益財団法人結核予防会グリーネスハイム新山手	
所在地	東京都東村山市諏訪町3丁目6-18	
押印代理人氏名	館長 木村 幹男	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