

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 マザーズハウス |
| | | 株式会社 マザーズハウス |
| 事業者の所在地 | 〒 190-0011 | 東京都立川市高松町1-24-41 ロイヤルヒルズ125号室 |
| | | |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 | 042-519-3871 |
| | FAX番号 | 042-519-3872 |
| | ホームページアドレス | http://www.mothers1110 |
| 事業者の代表者名 | 山田 諲 | |

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 マザーズハウス | |
| | | 株式会社 マザーズハウス | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒 190-0011 | 東京都立川市高松町1-24-41 ロイヤルヒルズ125号室 | |
| | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 042-519-3871 | |
| | FAX番号 | 042-519-3872 | |
| | ホームページアドレス | 有 | http://www.mothers-house.jp |
| | | 無 | |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 山田 諲 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 介護事業 | | |

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 | マザーズハウスヒガシムラヤマ |
| | | マザーズハウス東村山 |
| 住宅の所在地 | 〒 189-0022 | 東京都東村山市野口町4-10-12 |
| | | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | ホームページアドレス | http://www.mothers1110 |
| 住宅の管理者名 | 小野寺 正孝 | |
| 住宅の開設年月日 | 平成30年1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 | | |
| <p>ご入居様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。 ご入居様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>当住宅では常駐している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。 しかし訪問診療や訪問看護事業所との連携は行っているため、対応が可能な場合があるので、ご相談下さい。</p> | | |
| 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） | 10,000円（税別） /月額 | <p>配下膳時、又は訪室時に心身の状況把握を行い、必要に応じ助言や医療機関・家族などへの連絡を行います。 上記以外にもご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。夜間の状況確認が必要な場合は併設の訪問介護事業所の職員が対応致します 提供者：株式会社マザーズハウス</p> |
| 生活相談 | | <p>日常生活のお困りごとや不安などについて、住宅職員がご相談をお受けします。 提供者：株式会社マザーズハウス</p> |
| 緊急時対応 | | <p>【9:00～17:00】 ・各住戸の緊急通報装置を押して頂ければ、1F事務所及び職員が携帯するPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ状況確認をし、必要に応じて主治医への連絡、ご家族への連絡、救急隊への連絡を行います。 【17:00～9:00】 ・各住戸の緊急通報装置を押して頂ければ、併設訪問介護事業所の職員が1F事務所及び職員が携帯するPHSにて通報を受信の上、駆けつけ状況確認をし、必要に応じて主治医への連絡、ご家族への連絡、救急隊への連絡を行います。 ただし、併設の訪問介護事業所の職員が他の入居者様対応中で確認が出来ない場合は、住宅管理者へ連絡し、必要に応じて住宅の管理者が駆けつけ対応を行います。 提供者：株式会社マザーズハウス</p> |
| 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) |
| 食事の提供サービス | 39,990円 /月額 (税別) | <p>・クック123さんより購入し、住宅職員が盛り付けし温めて配膳致します。 ・食費は月単位でのご請求となります。 ・食費：月額39,990円（30日の場合・税別）【朝食333円・昼食500円・夕食500円】 ・朝食は7時～8時頃まで、昼食は11時～13時頃まで、夕食は17時～19時頃までとなります。 ・キャンセル・変更などは提供される前日の15時までにお知らせください。それ以降のキャンセルにつきましてはキャンセル料が発生致します。 提供者：株式会社マザーズハウス</p> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 | |
|------|---|
| | <p>【基本サービス】毎月10日までに翌月分の請求書を発行し、入居者様に送付致します。基本サービスは家賃・共益費と同様の前払いとなります。振込手数料はご負担お願い致します。</p> <p>【食事サービス】毎月10日までに前月分の請求書を発行し、入居者様に送付致します。振込手数料はご負担お願い致します。</p> |
| 支払方法 | |
| | 毎月20日までに指定口座までお振込みにてお支払いしていただきます。 |

6. 生活支援サービスへの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 | マザーズハウス | | |
| 電話番号 | 042-519-3871 | | |
| 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 | 時 分 | ～ 時 分 |
| | 祝日 | 時 分 | ～ 時 分 |
| 定休日 | 8月13～15日と12月30～1月3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 | 随時実施（ケアマネージャーによるご意見確認と管理者ミーティングによる改善会議。） | |
| | 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・帰宅及びご家族様の来訪など時間制限はありません。なお夜間の外出の際や外泊時は住宅職員へご連絡ください。 | |
| 共用施設の利用について | |
| 浴室 | 共同浴室をご使用される場合は使用時間を事前にお知らせください。 |
| 共用キッチン | 共用キッチンの利用希望については予約表に記載ください。 |

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 | マザーズハウス |
| | 電話番号 | 042-519-3871 |
| 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理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拘らず、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 (あいおいニッセイ同和損保) |

説明年月日

平成 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 株式会社マザーズハウス

所在地 東京都立川市高松町1-24-41 ロイヤルヒルズ125号室

代表者名 代表取締役 山田 讓 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