

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 カブシキガイシャオープンハウス・リアルエステート
	株式会社オープンハウス・リアルエステート
事業者の所在地	〒100-6312
	東京都千代田区丸の内2-4-1
事業者の連絡先	電話番号 03-6841-3754
	FAX番号 03-6213-0785
	ホームページアドレス http://www.ohrem.co.jp/
事業者の代表者名	福岡 良介

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 カブシキガイシャオープンハウス・リアルエステート	
	株式会社オープンハウス・リアルエステート	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒100-6312	
	東京都千代田区丸の内2-4-1	
事業主体の連絡先	電話番号 03-6841-3754	
	FAX番号 03-6213-0785	
	ホームページアドレス	有 http://www.ohrem.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 福岡 良介	
	職名 代表取締役社長	
事業主体が行っている主な事業等	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不動産の売買、賃貸借、仲介、媒介及び管理業 2. 金銭の貸付、債務の保証、債権の売買等の金融業 3. 不動産及び債権に対する投資業 4. 前各号に関するコンサルティング業 5. 前各号に関連付帯する一切の事業 	

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 サンセゾンアイ
	サンセゾン・I
住宅の所在地	〒115-0042
	東京都北区志茂4-39-5
住宅の連絡先	電話番号 03-6841-3754
	FAX番号 03-6213-0785
	ホームページアドレス http://www.ohrem.co.jp/
住宅の管理者名	株式会社オープンハウス・リアルエステート
住宅の開設年月日	1998年3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>①高齢でも自立した生活ができるように支援します。 ②介護保険サービスは提供しません。 ③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、介護事業者や医療機関と連携を図ります。なお、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。</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）		<ul style="list-style-type: none"> - 1日に1回、訪室、電話をかける等による安否の確認を行います。 - 居室内に設置されている人感センサーにより、居室に関わらず12時間以上反応がない場合は訪室、架電により安否を確認します。 提供者：㈱エイブレイス
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> - 日常生活全般に関する相談を個別にうかがいます。 - 介護保険サービス利用手続き、利用方法についてご相談に対応します。 - 提携先の介護事業所、医療機関、近隣の病院等をご紹介します。 提供者：㈱エイブレイス
緊急時対応	33,000円（税込）／月額 1人入居の場合 49,500円（税込）／月額 2人入居の場合	<ul style="list-style-type: none"> 【9時～18時】 - 各住戸に設置してある緊急通報ボタンを押していただければフロントからスタッフが駆けつけ必要な対応（救急車手配、入居者様が指定された緊急連絡先への連絡等）を行います。 【18時～9時】 - 上記時間は、フロント内で宿直スタッフが待機し、緊急通報ボタンが押された場合に駆けつけ必要な対応（救急車手配、入居者様が指定された緊急連絡先への連絡等）を行います。 提供者：㈱エイブレイス
フロントサービス、カルチャー・イベントサービス		<ul style="list-style-type: none"> - 公共機関、地域からのお知らせ、宅配便の取次ぎ、各種業者の紹介、電球交換（電球代は実費負担）等 - 各種イベントの企画、運営、地域交流の案内、サークル、カルチャースクール等の紹介等。 提供者：㈱エイブレイス

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	53,716円（税込）／月	<ul style="list-style-type: none"> - 食費は毎月末締めで翌月15日までに喫食数を報告し、毎月27日に口座振替により事業主体へお支払いいただきます。 - 食費：月額53,716円（税込）（30日の場合）[朝食572円（税込）、昼食615円、夕食615円（いずれも税込）]配送料は1回あたり110円（税込）日曜日の食費は3食とも572円（税込）となります。上記食費は軽減税率適用です。 - 朝食は7時～8時30分、昼食は12時～13時30分、夕食は18時～19時30分まで。（定休日なし。） - 食事は、武蔵野フーズより調理済みお弁当のお届けとなります。 - 食事の予約は、月曜日から日曜日までの1週間分を月曜日を起算日とした5日前の水曜日までに所定の用紙をフロントスタッフへご提出下さい。 - 食事をキャンセルする場合は喫食希望日の3日前までにフロントスタッフまでご連絡下さい。 提供者：㈱武蔵野フーズ

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	生活支援サービス契約書第5条に基づきお支払いいただきます。
支払方法	サービス費のお支払いは銀行振込等による方法と口座振替を利用する方法があります。いずれの場合も、手数料は入居者の負担になります。

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	株式会社オープンハウス・リアルエステート		
電話番号	03-6841-3754		
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、日曜及び祝日		
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	随時	
	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、外泊時は事前にフロントスタッフへご連絡下さい。
共用施設の利用について	
食堂	お食事以外でもご自由にご利用できます。

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1ヶ月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（生活支援サービス契約書第8条参照）。				
契約解約時の連絡先	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>株式会社オープンハウス・リアルエステート</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>03-6841-3754</td> </tr> </table>	名称	株式会社オープンハウス・リアルエステート	電話番号	03-6841-3754
名称	株式会社オープンハウス・リアルエステート				
電話番号	03-6841-3754				
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7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、なお滞り間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	
有	無 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社・東京海上ミレア少額保険短期保険株式会社)

説明年月日 西暦 年 月 日

【入居者様氏名】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 株式会社オープンハウス・リアルエステート

所在地 東京都千代田区丸の内2-4-1

代表者名 代表取締役 福岡 良介 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

同居人 印
