

# 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 トクテイヒエイリカツドウハウジン グループ ノビ |
|                         | 特定非営利活動法人 グループ 野比             |
| 事業者の所在地                 | 〒 359-0041                    |
|                         | 埼玉県 所沢市中新井 2-286-1            |
| 事業者の連絡先                 | 電話番号 04-2943-6600             |
|                         | FAX番号 04-2943-6600            |
|                         | ホームページアドレス                    |
| 事業者の代表者名                | 高野 進                          |

## 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 トクテイヒエイリカツドウハウジン グループ ノビ   |
|                                 | 特定非営利活動法人 グループ 野比   |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒 359-0041  |
|                                 | 埼玉県 所沢市中新井 2-286-2  |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号 04-2943-6600   |
|                                 | FAX番号 04-2943-3674  |
|                                 | ホームページアドレス <input checked="" type="radio"/> 有 <a href="http://www.g-mominoki.net/">http://www.g-mominoki.net/</a> |
|                                 | <input type="radio"/> 無   |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名 高野 進   |
|                                 | 職名 代表理事   |
| 事業主体が行っている主な事業等                 | 高齢者介護事業 通所介護事業  |
|                                 | グループリビングにおける生活援助事業  |
|                                 | 所沢市ファミリーサポート事業  |

## 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 モミノキ                |
|                        | もみの木                     |
| 住宅の所在地                 | 〒 359-0041               |
|                        | 埼玉県 所沢市中新井 2-286-1       |
| 住宅の連絡先                 | 電話番号 04-2943-6600        |
|                        | FAX番号 04-2943-3674       |
|                        | ホームページアドレス 未定            |
| 住宅の管理者名                | 特定非営利活動法人 グループ野比 理事 高木一江 |
| 住宅の開設年月日               | 2013年5月 (予定)             |
| 居住の契約方式                | 普通賃貸契約                   |

#### 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

当住宅では、居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、コーディネーターが中心となって居住者様の実態を把握し、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、地域の診療所・介護事業所と連携を図り、医療・介護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、この生活支援サービスは介護保険で提供するサービスとは異なるものです。また、それらのサービスを利用する場合、提供事業所の選択は入居者の自由です。

##### 生活支援基本サービスの内容

| 基本サービス     | 料金            | (提供方法・提供者)   |
|------------|---------------|--|
| 状況把握（安否確認） | 10000円<br>/月額 | ・毎日、午前10時頃に各居室に職員が伺い安否の確認を行います。<br>・上記以外の時間帯も、入居者（ご家族）とご相談の上、必要に応じて行います。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比  |
| 生活相談       |               | ・当住宅で生活を送る中で、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、住宅職員が相談のります。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比   |
| 緊急時対応      |               | 【9時～17時】<br>・日中は、各居室のベッドサイド、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を行います。<br>【17時～翌朝9時】<br>・夜間は、特定活動法人 グループ野比の事務所がナースコールを受信し、必要に応じて、各居室まで3分以内に駆けつけます。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比 |

##### 上記以外の生活支援サービス等

(当法人では入居者の希望により、以下のサービスを提供します。なお、当法人以外の外部サービスを利用することもできます。)

| 選択サービスの種類       | 料金           | (提供内容・方法・提供者)  |
|-----------------|--------------|--|
| 食事の提供サービス       | 50000円<br>/月 | ・食費は月単位での請求となります。<br>・食費：月額50000円（30日の場合）[朝食350円、昼食750円、夕食650円]<br>・朝食は7時～10時まで、夕食は18時～19時まで。<br>・1階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます。（別途有料）<br>・食事は、特定非営利活動法人グループ野比の厨房から配食されます。<br>・キャンセル、変更等は提供される日の前日16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、金額が発生しますので、お気をつけ下さい。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比 |
| 入浴介護、排せつ介護、食事介護 | 200円<br>/10分 | ・お一人での入浴、排せつ、食事が困難になられた場合は、お身体の状況に合わせた適切な介助（介護）を行います。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比   |
| 家事援助サービス        | 200円<br>/10分 | ・日常生活を過ごされる中で調理や洗濯、居室内の清掃などを行います。<br>（換気扇、エアコン等電子機器等特殊なものについては、別途業者をご案内します）<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比   |
| 健康管理サービス        | 200円<br>/10分 | ・住宅職員（看護師）が健康に関する相談を受け付けます。また、必要に応じて医療機関へ情報提供をすることができます。<br>※提供者：特定非営利活動法人 グループ野比  |

#### 5. 生活支援サービス職員体制

##### 生活支援サービス職員体制等

| 生活支援サービス職員                |                   |   |
|---------------------------|-------------------|---|
| サービス種類ごとに業務に係る人数を記載して下さい。 | 人数                | サービス提供先   |
| 生活支援サービススタッフ              | 介護支援専門員 2人        | 特定非営利活動法人 グループ野比                                  |
| 介護スタッフ                    | 介護福祉士1人 ヘルパー4人    | 特定非営利活動法人 グループ野比                                  |
| 健康相談スタッフ                  | 看護師 1人            | 特定非営利活動法人 グループ野比                                  |
| 調理スタッフ                    | 1人～2人             | 特定非営利活動法人 グループ野比                                  |
| 夜間の職員体制                   | 常駐の（有・ <b>無</b> ） | 0人<br>夜間連絡先 特定非営利活動法人 グループ野比<br>連絡先（04-2943-6600） |

## 6. 月額利用料の請求及び支払方法

|  |  |
|--|--|
| 請求方法   |  |
| 毎月15日に請求書を発行し、入居者に送付します。<br>・基本サービス・・・同上<br>・選択サービス・・・同上 |  |
| 支払方法   |  |
| 建物賃貸借契約書頭書き(3)の方法でお支払いいただきます。                            |  |

## 7. 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況         |   |
| 窓口の名称                       | 特定非営利活動法人 グループ野比 相談窓口   |
| 電話番号                        | 04-2943-6600  |
| 対応している時間                    | 平日 9時 00分 ~ 17時 00分   |
| その他の窓口                      | 生活支援サービス契約書第17条に記載されている公的窓口   |
| 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。 |

## 8. 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、事前に住宅職員へご連絡下さい。                                       |  |
| 共用施設の利用について  |  |
| 浴室   | 入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。    |
| 共用キッチン   | 共用キッチンの利用については自由ですが、あらかじめ予定利用時間をお知らせ下さい。 |
| ゴミ処理について   |  |
| 見守りサービスとして、ゴミ出しサービスを行っています。<br>地域で定められている、ゴミ出しの曜日の朝8時までには、指定の場所へお出してください。粗大ゴミについては、住宅職員にご相談ください。 |  |

## 9. 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か月前に文書にて解約の申し出を事業者へ通知することで、本契約を解約することができます。  |  |
| 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。<br>①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合<br>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<br>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か月以上滞納した場合 |  |

## 10. 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 ・ 無 ( 介護労働安定センター予定 ) |  |

説明年月日

平成 年 月 日

入居者に対して、賃貸借契約書、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。

事業者名

住所

代表者名

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、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。

入居者住所

入居者氏名

印