

アイビスコート支援サービス契約書及びアイビスコート生活支援サービス重要事項説明書

1. アイビスコート生活支援サービス事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務処理の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	シャカイフクシハウジン ヒューマンライツフクシキョウカイ		
	社会福祉法人 ヒューマンライツ福祉協会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒557-0024		大阪市西成区出城1-6-14
事業主体の連絡先	電話番号	06-6636-9900	
	FAX番号	06-6636-9955	
	ホームページアドレス	http://www.humannet.or.jp	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	摺木 利幸	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月	1995年12月27日		
事業主体が行っている事業等	特別養護老人ホーム事業、短期入所生活介護事業、訪問介護事業、居宅支援事業等		

2. アイビスコート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>自立した方や介護が必要な状態となった場合であっても、個人の有する権利を尊重して、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていくことができるように、入居者様のご理解とご協力のもと総合的に生活を支援していきます。</p> <p>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。</p>			
サービスの内容			
状況把握	料金	(提供方法・提供者)	
状況把握	7,000円/月	職員の巡回および食事や外出などの生活場面での機会や緊急通報装置の利用を通じて、少なくとも毎日1回以上、ご本人の安否確認を行います。	
生活相談		日常の困りごとや介護への不安など、生活上のご相談に対応し、また介護・医療・食事のサービスの事業者の紹介を行います。	
緊急時の駆けつけ(警備会社による対応)		必要に応じて、ご家族様や医療・福祉介護にかかわる関係諸機関との連絡・連携を図ります。	
		すべての居室に警備会社の据え置型の緊急通報ボタンとペンダント型の緊急通報ボタンの2つの通報ボタンを設置し、15分ほどで警備会社の隊員が駆けつける緊急対応サービスを365日24時間ご提供いたします。	
夜間の緊急時対応と解錠による安否確認			
夜間の緊急時対応(警備会社による対応)	夜間に限らず365日24時間、緊急時には警備会社の緊急通報ボタンを押していただければ警備会社の隊員が駆けつけて対応いたします。		
自宅ドア解錠による安否確認	職員による巡回確認時または最終の安否確認が取れた時点から起算して、48時間以上確認が取れない場合は、職員が合鍵で解錠し、安否の確認を行います。2日以上外泊されるときは管理人室への事前連絡をお願い致します。		

3.アイビスコート生活支援サービス職員体制

状況把握・生活相談の職員体制			
①日中の職員体制	職種	人数	
	生活支援員	1人	法人職員等
②夜間の体制	常駐の有無	無(警備会社による対応)	

4.アイビスコート生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況	
窓口の名称	高齢者支援部 相談・訪問・通所グループ 苦情対応窓口
電話番号	06-6568-2112
対応している時間	平日 9時 ~ 17時
定休日	土・日・祝
具体的な対応	

契約・説明年月日 _____ 年 月 日

様に対して、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。

登録事業者名 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会

所在地 大阪市西成区出城1-6-14

代表者名 理事長 摺木 利幸 (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、承諾いたしました。

入居者署名 (印)

所在地 大阪市西成区南開1丁目6番10号 アイビスコート _____ 号室

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲）住所 大阪市西成区出城1丁目6番14号
 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協
 氏名 理事長 摺木 利幸 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) あいびすこーと アイビスコート
所在地	(住居表示) 〒557-0023 大阪府大阪市西成区南開1丁目6番10号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（JR環状線 今宮駅から徒歩で7分） <input type="checkbox"/> 2. その他（ ）
住宅に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで

(注) 住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんひゅーまんらいつふくしきょうかい 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 557-0024) 大阪府大阪市西成区出城1丁目6番14号 電話番号 06-6636-9900	
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな)	
	商号、名称、又は氏名	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号
法人の役員	別添 2 のとおり	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんひゅーまんらいつふくしきょうかい 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会	
事務所の所在地	(郵便番号 557-0024) 大阪府大阪市西成区出城1-6-14 電話番号 06-6636-9955	

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	20	戸	
居住部分の規模	(最小)	25.08	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	25.08	m ²	
構造及び設備	共同利用設備	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄筋コンクリート	造	階数 地上 8 階建
竣工の年月	2011 年 3 月 20 日			
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期
(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p>②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている</p> <p>60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）</p>
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価（概算・月額）	詳細については、別添 4 のとおり	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託		約 7,000 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない		約 円
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
家賃の概算額	(最低) 約 40,000 円 (生活保護世帯)			
	(最高) 約 48,000 円 (年金世帯)			
共益費の概算額	(最低) 約 6,000 円			
	(最高) 約 6,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 120,000 円 (生活保護世帯)	家賃の3ヵ月分		
	(最高) 約 144,000 円 (年金世帯)			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円 (最高) 約 円			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで			
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)			
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他)			

特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	入居者契約事務および建物管理を委託
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃないす 株式会社ナイス
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 557-0025) 大阪府大阪市西成区長橋3丁目6番33号 電話番号 06-6563-1156
修繕計画	
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	頃実施予定
その他計画的な修繕予定	

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
ヒューマンライツホームヘルプセンター	ホームヘルパーによる訪問介護サービスを行う	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
ヒューマンケアプランセンター	居宅介護支援員により居宅介護支援サービスを行う	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ひゅーまんらいつほーむへるぷせんたー ヒューマンライツホームヘルプセンター
事業所の所在地	(郵便番号 557-0023) 大阪府大阪市西成区南開 1 丁目6番10号アイビスコート 1 階 電話番号 06-6568-2112
連携又は協力の内容	緊急対応時の連携及び協力

10. 登録の申請が基本方針（及び高齢者居住安定確保計画）に照らして適切なものである旨

高齢者の居住安定確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号）及び大阪府高齢者・障がい者住宅計画（大阪府高齢者居住安定確保計画）に従い適正に管理します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日
借主（乙） 住所
氏名