

重要事項説明書

記入年月日	R5.7.1
記入者名	
所属・職名	

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃせーびんぐ 株式会社セービング	
主たる事務所の所在地	〒751-0829 下関市幡生宮の下町 8 番 12 号	
連絡先	電話番号	083-242-2000
	FAX番号	083-242-2202
	メールアドレス	hikoshima@sage.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http://www.e-saving.jp
代表者	氏名	近藤 和正
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 12 年 3 月 29 日	
主な実施事業	※別添 1	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむせーびんぐひこしま 有料老人ホームセービングひこしま	
所在地	〒750-0087 下関市彦島福浦町 3 丁目 3 番 18 号	
主な利用交通手段	最寄駅	下関駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 サンデンバスで下関駅 乗車 20 分、福浦口 停留所で下車、徒歩 4 分 (100m)
連絡先	電話番号	083-250-8777
	FAX番号	083-266-7770

	メールアドレス	hikoshima@sage.ocn.ne.jp		
	ホームページアドレス	http://		
管理者	氏名			
	職名	施設長		
建物の竣工日		昭和・平成	26年	10月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	26年	11月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）				
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）				
③ 住宅型				
4 健康型				
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号			
	指定した自治体名	県（市）		
	事業所の指定日	平成	年	月 日
	指定の更新日（直近）	平成	年	月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,178.68㎡			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		② 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）			
		抵当権の有無	1 あり	② なし	
契約期間		① あり (H26年 10月 1日 ~ H56年 9月 30日)			
		2 なし			
	契約の自動更新	① あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1,538.11㎡		
		うち、老人ホーム部分	1,538.11㎡		
	耐火構造	① 耐火建築物			
		2 準耐火建築物			
3 その他（ ）					
構造	① 鉄筋コンクリート造				
	2 鉄骨造				
	3 木造				
	4 その他（ ）				
所有関係	① 事業者が自ら所有する建物				

		2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		② 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	6 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	13.73 m ²	40・40	「一般居室個室」
	タイプ2	有/無	有/無	65.86 m ²	1・6	「一般居室相部屋」
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他（ ）	0ヶ所		
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり ② なし					
エレベーター	1 あり（車椅子対応） ② あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない）					

		4 なし
用設備等	消火器	① あり 2 なし
	自動火災報知設備	① あり 2 なし
	火災通報設備	① あり 2 なし
	スプリンクラー	① あり 2 なし
	防火管理者	① あり 2 なし
	防災計画	① あり 2 なし
緊急通報装置等	居室	① あり 2 一部あり 3 なし
	便所	① あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	① あり 2 一部あり 3 なし
	その他()	1 あり 2 一部あり ③ なし
土砂災害警戒区域	該当 1 あり ② なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 急傾斜地 <input type="checkbox"/> 地すべり
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当 ① あり 2 なし	1の場合 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 津波 <input checked="" type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 2m～ 5m

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域社会との連携を図りながら、入居者が安心して快適な生活を送ることが出来るよう運営する。
サービスの提供内容に関する特色	自立した支援を前提としながら、入居者の方の状態変化に対応したプランの見直しを行い、常に適切なサービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 ③ なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 ③ なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 ③ なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護保険サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I) 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし

	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	安藤内科
		住所	下関市彦島本村町 7-3-1
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	利用者の医療受診、往診。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	あやらぎスマイル歯科医院
		住所	下関市梶栗町 4-5-21
		協力内容	利用者の医療受診、往診。

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし
従前の居室との	面積の増減
	1 あり 2 なし

仕様の変更	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	② なし
	要支援の者	1 あり	② なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合。 ②入居者又は事業者から解約した場合。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすか、その恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止出来ない場合等。	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容: 1泊 5,000円 (食事代込み)) 2 なし		
入居定員	個室 40人, 簡易 6人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	0	1	
生活相談員	1	0	1	
直接処遇職員	10	0	10	
介護職員	10	0	10	

看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	5	0	5	
事務員	1	0	1	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	4	0	4
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	6	0	6
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～ 6時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	0人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 （一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5：1以上 b 2：1以上 c 2.5：1以上 d 3：1以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）	：1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護保険サービス提供体制 （外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称	2 級ヘルパー								
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	0	6	0	1	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	0	1	0	0	0	0	0
10年未満										
10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	① あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、2年に1回改定する場合がある。
	手続き	書面による通知。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護4	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	13.73㎡	10.98㎡	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		104,080円	52,380円	
家賃		30,000円	8,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	38,880円	38,880円
		管理費	27,500円	5,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	7,700円	0円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用

性別	男性	11人
	女性	27人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	29人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	9人
	要介護2	15人
	要介護3	9人
	要介護4	5人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	29人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.8歳
入居者数の合計	38人
入居率※	82.6%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	14人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	17人

	(解約事由の例) 医療処置が必要になったため等。
--	--------------------------

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	苦情相談窓口	
電話番号	083-250-8777	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	緊急時は対応
定休日	なし	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※設置者や施設以外の窓口を記入すること。

窓口の名称	セービング利用相談センター	
電話番号	083-242-2111	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	なし
定休日	日曜・祭日	
窓口の名称	下関市長寿支援課 施設係	
電話番号	083-231-1168	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土日祭日	

(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)

損害賠償責任保険の加入状況	① あり	(その内容) ウォームハート 損害賠償保険
	2 なし	
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	① あり	(その内容) ウォームハート 損害賠償保険
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 個別の定期的な面談や、文章による通知。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) ② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	

高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり (2) なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「7. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり (2) なし
合致しない事項がある場合の内容	
「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	(1) 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	多床室・・・医療関係者、地域の方々からの要望により多床室を設置したため。個室の居室面積が基準の13㎡以下となっている。 最小人員（休憩時間を除く）・・・夜勤職員が1名で、休憩時間は0人となるため。廊下の幅が一部基準以下。

添付書類

別添1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表
(個別選択による介護サービス一覧表)

別添1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	(あり)	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市小月宮の町7-3
訪問入浴介護	あり	(なし)	併設・隣接		
訪問看護	(あり)	なし	併設・隣接	セービング訪問看護ステーション	下関市幡生宮の下町8-12
訪問リハビリテーション	あり	(なし)	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	(なし)	併設・隣接		
通所介護	(あり)	なし	併設・隣接	デイサービス 新遊楽	下関市彦島江の浦町3-11-12
通所介護	(あり)	なし	併設・隣接	デイサービス 小月	下関市小月宮の町7-3
通所リハビリテーション	(あり)	(なし)	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	(なし)	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	(なし)	併設・隣接		

特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
	あり	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市幡生宮の下町8-1 2
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市幡生宮の下町8-1 2
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接	ケアサポート24	下関市幡生宮の下町8-1 2
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム あやらぎ	下関市綾羅木新町1-16- 13
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 小月	下関市小月宮の町7-3
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 椋野式番館	下関市椋野町3-4-26
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 椋野	下関市椋野町3-22-43
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム 元町	下関市元町1-7
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 四季の森	下関市一の宮町1-3-46
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス ほぶり	下関市後田町4-4-3
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 陽だまり	下関市綾羅木新町1-16- 15
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス サライ	下関市新地西町10-9
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービ ばれっと	下関市一の宮住吉2-10- 11
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービス くらしおん	下関市王司川端1-4-45
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接	げんきDAY 四季の森	下関市一の宮町1-3-46
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	セービング ケアプラン四季の森	下関市幡生宮の下町8-1 2
＜介護予防サービス＞					
第1号訪問事業	あり	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市小月宮の町7-3
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	セービング訪問看護ステ ーション	下関市幡生宮の下町8-1 2
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 新遊楽	下関市彦島江の浦町3-1 1-12
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 小月	下関市小月宮の町7-3
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス 四季の森	下関市一の宮町1-3-46
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス ほぶり	下関市後田町4-4-3
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス	下関市綾羅木新町1-16-

第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	陽だまり デイサービス サライ	15 下関市新地町10-9
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス ばれっと	下関市一の宮住吉2-10-11
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	デイサービス くらしおん	下関市王司川端1-4-45
第1号通所事業	あり	なし	併設・隣接	げんきDAY 四季の森	下関市一の宮町1-3-46
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市幡生宮の下町8-12
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	株式会社 セービング	下関市幡生宮の下町8-12
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームあや らぎ	下関市綾羅木新町1-16-13
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム小月	下関市小月宮の町7-3
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム椋野	下関市椋野町3-22-43
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホーム元町	下関市元町1-7
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	セービング ケアプラン四季の森	下関市幡生宮の下町8-12
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし			
介護老人保健施設	あり	なし			
介護療養型医療施設	あり	なし			
介護医療院	あり	なし			

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無	なし	あり
----------------------------------	----	----

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供する実費サービスの一覧表

サービスの内容			金額（利用者が全額負担）
介護サービス	※表示金額は全て税抜き価格です。		
食事介助	なし	あり	2,000 円/時間
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	2,000 円/時間
おむつ代	なし	あり	*実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	2,000 円/時間
特浴介助	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	2,000 円/時間
機能訓練	なし	あり	
通院介助	なし	あり	2,000 円/時間
生活サービス			
居室清掃	なし	あり	1,500 円/時間
リネン交換	なし	あり	1,500 円/時間
日常の洗濯	なし	あり	4,000 円/月（週2回）
居室配膳・下膳	なし	あり	100 円/食
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	
おやつ	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	*実費
買い物代行	なし	あり	1,500 円/時間（別途ガソリン代）
役所手続き代行	なし	あり	1,500 円/時間（別途ガソリン代）
金銭・貯金管理	なし	あり	
健康管理サービス			
定期健康診断	なし	あり	
健康相談	なし	あり	2,000 円/月（服薬支援含む）
生活指導・栄養指導	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	3,000 円/月（持込薬の管理）
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス			
入退院時の同行	なし	あり	2,000 円/時間
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	2,000 円/時間
入院中の見舞い訪問	なし	あり	

有料老人ホーム【セービングひこしま】の入居に際し、事業者は本契約にあたり、利用者に対して本書面に基いて※契約書 ※管理規定 ※居室使用細則 ※入居時リスク説明 ※重要事項説明書を説明交付し、入居者はこれに同意し、交付を

受けました。

この証として、事業者が記名押印した契約書に入居者は電子サイン若しくは署名することで契約の締結とし、当事者は、それぞれがデータ・若しくは印刷ベースで、保管します。（契約者は、データで契約書類等を受け取ることに同意します。）

説明日：令和 年 月 日 説明者 _____

令和 年 月 日

(請求書等送り先にチェックを入れてください。)

契約者（入居者） (住 所)

(氏 名)

自書 ・ 代筆（代理人）

代理人兼身元引受人 (住 所)

(氏 名)

続柄 ()

(電話番号) ()

(極度額) 100万円

メールアドレス _____ @ _____

(キャリア以外のメールアドレスをお願いします。)

事業者

所在地
事業者名
代表者名

山口県下関市幡生宮の下8-12
株式会社セービング
代表取締役 近藤 和正

