

重要事項説明書

記入年月日	令和2年5月1日
-------	----------

1. 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	法人の種類	営利法人
	名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ しんしあ 有限会社 シンシア
事業主体の主たる事務所の所在地	〒368-0041	埼玉県秩父市番場町3番4号
事業主体の連絡先	電話番号	0494-22-6651
	FAX番号	0494-22-6671
	ホームページアドレス	なし
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	代表取締役
	氏名	増田 洋一
事業主体の設立年月日	平成12年3月21日	

事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	シンシア	秩父市番場町3-4
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	居宅介護支援事業所シンシア	秩父市番場町3-4
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) しんしあほーむ みやもり シンシアホーム 宮杜	
施設の所在地	〒368-0041	埼玉県秩父市番場町6-4
施設の連絡先	電話番号	0494-26-7373
	FAX番号	0494-25-2822
	ホームページ アドレス	なし
施設の開設年月日		平成26年5月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者
	氏名	新井 峰子
施設までの主な利用交通手段		
秩父鉄道：秩父駅より徒歩2分(160m) 西武鉄道：西武秩父駅より徒歩20分(1.6km)		
施設の類型及び表示事項	類型：介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） 表示事項 住居の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式 介護保険：埼玉県指定介護保険特定施設 介護居室：個室介護 介護に関わる職員体制：3：1以上	
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護 埼玉県知事許可番号 1174900975 介護予防特定施設入居者生活介護 埼玉県知事許可番号 1174900975	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日）		
事業の開始（予定）年月日	平成26年5月1日	
指定の年月日	平成26年5月1日	
指定の更新年月日	令和2年5月1日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	0.5
生活相談員	1				1	1
看護職員	1	2			3	1.8
介護職員	6	1	6		13	9.7
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者		1			1	0.5
栄養士						
調理員						
事務員				1		0.3
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間		
<p>※ 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。</p>						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士				2		
実務者研修						
介護職員初任者研修	3			4		
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人数	夜勤帯平均人数 (時～ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員 0人						
介護職員 1人						

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	1	2			3	1.8
介護職員	6	1	6		13	9.7
機能訓練指導員		1			1	0.5
計画作成担当者		1			1	0.5
その他従業者		1				0.5

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士			2	
実務者研修				
介護職員初任者研修	3		4	
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師		1		
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

管理者の他の職務との兼務の有無

あり

なし

管理者が有している当該業務に係る資格等

なし

あり

資格等の名称
介護支援専門員

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

3 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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		1		2		
前年度1年間の退職者数		1	1	5		
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数	1		2	1		
5年以上10年未満の者の人数			2		1	
10年以上の者の人数	2		2	5		
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数	/					
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数	1			1		
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針	
<p>利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活に世話、機能訓練及び、療養上の世話をを行う。要支援者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営む事ができるよう、介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行う。</p>	
介護サービスの内容、利用定員等	
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別添
協力医療機関の名称	あさひ診療所
<p>（協力の内容） 往診による入居者の健康指導、診療、健康診断 治療の受け入れ、救急医療の受け入れ 他の医療機関に入院・通院の紹介 （医療費その他の費用は入居者の自己負担）</p>	
協力歯科医療機関	なし あり その名称 内田歯科医院
<p>（協力の内容） 往診による入居者の歯科往診、歯科保健指導 治療の受け入れ、緊急時の対応 （医療費はその他の費用は入居者の自己負担）</p>	
要介護時における居室の住替えに関する事項	
要介護時に介護を行う場所	
居室にて行います（個室介護）	

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 一時介護室はありません		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) 他の専用居室（介護居室）はありません。		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	あり
要支援の者を対象	なし	あり
要介護の者を対象	なし	あり
留意事項		
契約の解除の内容	<p>1. 入居者が死亡した時</p> <p>2. 事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了した時 (60日の予告期間が必要)</p> <p>事業者は入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約をこれ以上維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除することがある。</p> <p>① 入居契約書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>② 月払い利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅滞したとき</p> <p>③ 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、等 (入居契約書参照)</p> <p>3. 入居者からの解約条項に基づき解約を行ったとき (30日の予告期間が必要)</p>	
体験入居の内容	1泊2食付 10,500円 最長1週間	
入居定員	30名	
その他		

入居者の状況

入居者の人数

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満	1	1				2
85歳以上	6	5	7	3	2	23
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上		1	2			3
入居者の平均年齢						
入居者の男女別人数	男性	8名		女性		20名
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						93%

前年度に退去した者の人数

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等				1		1
社会福祉施設		2				2
医療機関	1		2	1	2	6
死亡者		1				1
その他						
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
自宅等		1				1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上10 年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	2	1	17	8		

施設、設備等の状況					
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積
	一般居室個室	あり	なし		13.29~13.32 m ²
	一般居室相部屋	あり	なし		m ²
					m ²
	介護居室個室	あり	なし		m ²
	介護居室相部屋	あり	なし		m ²
					m ²
共用便所の設置数	10	うち男女別の対応が可能な数			0
		うち車いす等の対応が可能な数			10
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			0
		うち車いす等の対応が可能な数			0
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
			1	1	
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況					
入居者等が調理を行う設備状況		なし		あり	
その他、共用施設の設備状況					
なし		あり		(その内容) 洗面設備	
バリアフリーの対応状況					
(その内容) 廊下、共用施設に手すり設置 廊下、共用施設、各居室車椅子での移動可能					
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり	
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり	
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	全居室内にあり	
施設の敷地に関する事項					
敷地の面積		1084.19 m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり	
抵当権の設定		なし		あり	
貸借(借地)					
なし	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			なし	あり	
施設の建物に関する事項					
建物の構造		鉄筋コンクリート造地上3階建			
建物の延床面積		997.90 m ²			
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり	
抵当権の設定		なし		あり	
貸借(借家)					
なし	あり	契約期間	始	終	
契約の自動更新			なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称	苦情相談窓口 (担当 三瓶・新井)	
電話番号	0494-26-7373	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	
定休日等		

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称	① 秩父市役所 高齢者介護課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	
電話番号	① 0494-25-5205 ③ 048-824-2901	
対応している時間	平日	① 8:30~17:00 ② 9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日等		

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

なし	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社の「超ビジネス保険(事業包括保険)」に加入。サービスの提供にあたって、万一、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに対処します。ただし、入居者側に故意または重大な過失がある場合は賠償額を減ずることがあります。
----	-------------------------------------	---

その他、介護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に関すること

<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	(その内容)
-------------------------------------	--------------------------	--------

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)
入居者の方々に、自立した生活をより長く続けていただくための支援を基本とし、本人の自立意思を尊重した介護や見守り支援を行います。

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

<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり

第三者による評価の実施状況

<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	0 円 (家賃の ヶ月分)		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし		あり
要介護状態に応じた金額設定	なし		あり
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法			
一時金の支払方法			

月払い方式

月単位で支払う利用料

年齢に応じた金額設定	なし	
要介護状態に応じた金額設定		
料金プラン		
プラン名称	月額	(内訳)
	計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
176,460 円	88,500 円	別添 54,300 円 (30 日) 11,220 円 22,440 円

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

算定根拠	家賃相当額	土地代や建設費用、近隣家賃等を勘案し算出
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
	食費	外部委託（人件費等の諸経費、食材費等）
	光熱水費	一般家庭の利用料金を基に算定
	管理費	共用施設の維持管理、事務費、管理部門の人件費等と勘案し算出

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

*基準額・利用者負担については 30 日で計算しています

内 容	介護度に応じ、基準額に対して介護保険負担割合証に記載された割合を徴収する			
介護度等の介護保険給付における自己負担額				
区分	基準額 (月額)	利用者負担		
		1 割	2 割	3 割
要支援 1	54,300 円	5,430 円	10,860 円	16,290 円
要支援 2	93,000 円	9,300 円	18,600 円	27,900 円
要介護 1	160,800 円	16,080 円	32,160 円	48,240 円
要介護 2	180,600 円	18,060 円	36,120 円	54,180 円
要介護 3	201,300 円	20,130 円	40,260 円	60,390 円
要介護 4	220,500 円	22,050 円	44,100 円	66,150 円
要介護 5	241,200 円	24,120 円	48,240 円	72,360 円
医療連携加算	800 円	80 円	160 円	240 円
サービス提供体制 強化加算 III	1,800 円	180 円	360 円	540 円
処遇改善加算 (I)	算定した金額の 8.2%			
退院・退所時 連携加算	1 日 30 円 (入居した日から起算して 30 日以内の期間算定) ① 病院等から指定特定施設に入居した場合 ② 30 日を超える病院等への入院後、当該指定特定施設に再び入居した場合			
介護保険法令等による 料金の見直し	介護保険給付サービスの提供による費用について、介護保険法令等の変更により、利用料金の改定があった場合は、当該利用料金等を変更します。			

人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし	あり
内容			
利用料	円（月額・日額）		
算定根拠			
支払い方法	月単位（日割り計算の有無 あり・なし）		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定（サービス一覧表を参照）		
料金改定の手続			
費用の改定にあたっては、消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会にて意見を聴いた上で改定する。改定にあたっては、入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。			

6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

*添付書類：「介護サービス等の一覧表」

令和 年 月 日

特定施設入居者生活介護等の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県秩父市番場町3-4
 法人名 有限会社 シンシア
 代表者名 代表取締役 増田 洋一 印

説明者

事業所名 シンシアホーム 宮杜
 氏名 新井 峰子 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、特定施設入居者生活介護等の提供開始について同意しました。

利用者 住所
 氏名 印

(身元引受人) 住所
 氏名 印

(身元引受人) 住所
 氏名 印

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス	特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス	別途利用料を徴収した上で、実施するサービス	備考
介護サービス				
食事介助	なし	あり	なし	あり
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり
おむつ代	なし	あり	なし	あり 実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり 週2回を超える場合 1回1,500円
特浴介助	なし	あり	なし	あり 週2回を超える場合 1回1,500円
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり
機能訓練	なし	あり	なし	あり
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり 1時間未満は1,500円、以降30分増すごとに750円
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	なし	あり 週2回を超える場合 1回500円
リネン交換	なし	あり	なし	あり 週1回を超える場合 1回500円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり 週3回を超える場合 1回500円
居室配膳・下善	なし	あり	なし	あり
食事の形態、治療食	なし	あり	なし	あり 食費に含まれますが、場合によっては別途料金をいただきます
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり
おやつ	なし	あり	なし	あり 食費に含まれます
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり 直接業者支払う

*価格は税抜きです

生活サービス										
買い物代行 (通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	週1回を超える場合、30分500円
買い物代行 (上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	月1回を超える場合、30分500円
金銭管理・預貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
健康管理サービス										
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス										
移送サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1時間未満は1,500円、以降30分増すごとに750円
入退院時の同行 (協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
入退院時の同行 (協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1時間未満は1,500円、以降30分増すごとに750円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1回1,000円
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
個別的な選択による介護のサービス										
個別的な外出介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	1時間未満は1,500円、以降30分増すごとに750円
その他の各種代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	30分500円
その他の個人の希望、選択による介護サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	30分500円 (本人と同行する場合はこの限りではない)
その他のサービス										
巡回	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	4時間毎に巡回
血圧・体温測定	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	
緊急対応 (緊急通報装置)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	24時間対応
レクレーション	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	内容によっては実費を負担していただきます
行事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	内容によっては実費を負担していただきます