

重要事項説明書

記入年月日	令和6年12月12日
記入者名	酒田静一
所属・職名	セカンドホームサインの家・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、 その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ごうどうがいしゃさいん 合同会社サイン	
法人番号	6420003002078	
主たる事務所の所在地	〒039-1208 青森県三戸郡階上町角柄折東平4-85	
連絡先	電話番号	0178-38-0093
	FAX 番号	0178-38-0093
	E-mail アドレス	ss.sign2020@gmail.com
	ホームページ アドレス	https://sign-aomori.com
代表者	氏名	酒田静一
	職名	代表社員
設立年月日	2020年12月19日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

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) せかんどほーむさいんのいえ セカンドホームサインの家	
所在地	〒039-1212 青森県三戸郡階上町蒼前西3丁目9-1806	
主な利用交通手段	最寄駅	八戸線 階上駅
	交通手段と所要時間	例: ①バス利用の場合 ・南部バス 西蒼前バス停より徒歩10分 ②自動車利用の場合 ・階上駅より10分
連絡先	電話番号	0178-38-5744
	FAX 番号	0178-38-5744
	E-mail アドレス	ss.sign2020@gmail.com
	ホームページ アドレス	https://sign-aomori.com

管理者	氏名	酒田静一
	職名	施設長
建物の竣工日		2007年5月25日
有料老人ホーム事業の開始日		2020年5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）
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型
4 健康型

3. 建物概要

土地	敷地面積	358.62㎡				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	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			
建物	延床面積	全体	419.01㎡			
		うち老人ホーム部分	371.10㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造				
		4 その他 ()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
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	居室部分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
	タイプ1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
		有/無	有/無	9.9㎡	12	一般居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	4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	4ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	1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	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	必要に応じて無線通報装置を準備します。				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	お客様から発せられる様々なサイン（合図・信号）に一早く気づき対応します。 お客様（その家族）、スタッフ（その家族）、会社（その社員）の 当たり前を追求し実践します。			
サービスの提供内容に関する特色	重度介護を必要とする方を対象とした施設です。 看護師も配置しており、医療依存度の高い方にも対応致します			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	<input type="checkbox"/> 2	委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 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	於本病院
		住所	八戸市大工町10
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科、理学診療科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療 機関	名称	柏崎歯科医院	
	住所	八戸市下長4丁目5番19号	
	協力内容	歯科訪問診療、口腔ケア指導	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	<p>以下の場合には2ヵ月の予告期間において契約の解除を通告する事ができるものとします。</p> <p>1、入居申し込み時に偽りの記載をし、不正に入居した場合</p> <p>2、利用料等の支払いがしばしば遅延するとき</p> <p>3、共同生活の秩序を乱す行為が続き、他の入居者の生活や健康に重大な影響を及ぼす時（但し、病気等で治療中の場合はこの限りではない）</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	30日間
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>	
入居定員		12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		1
生活指導員			
直接処遇職員			
介護職員	8		8
看護職員	3		3
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員			
その他職員			
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	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	5	5
実務者研修の修了者	1	1
初任者研修の修了者		
介護支援専門員	1	1

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	2
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		
はり師		
きゅう師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～ 9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	1人

(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		介護福祉士						
		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			1	1							
前年度1年間の退職者数				2							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満		1	6							
	3年以上										
	5年未満		1	1							
	5年以上										
	10年未満										
10年以上											
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	1、改定の条件を入居者に明確にすること
	手続き	1、改定前に運営懇談会を開催し、改定の根拠等を説明し同意を得る 2、改定後は、30 日以内に県に利用料改定についての変更届を提出する

(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	5	5	
	年齢	80歳	90歳	
居室の状況	床面積	9.9㎡	9.9㎡	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 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（30日での計算）		153000円	123000円	
家賃		30000円	30000円	
サービスの費用	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	30000円	0円
		管理費	36000円	36000円
		介護費用	36000円	36000円
		光熱水費	21000円	21000円
	その他	0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は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	1日1000円 30日分で30000円
敷金	設定なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 介護保険サービス外での介護サービス費負担分1日1200円以内 (施設サービス内の排泄介助、洗濯、居室の清掃を含む)
管理費	施設内の共用施設の維持管理、ホーム運営人件費等、衛生備品、日用品、貴重品管理費、健康管理費
食費	1日(朝食200円、昼食500円、夕食300円)30日分で30000円 経管栄養等医療保険で処方のある方は0円
光熱水費	1日700円 30日分で21000円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	なし

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	8人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	3人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	87.7歳
入居者数の合計	10人
入居率※	83%
※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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	7人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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	セカンドホームサインの家	
電話番号	0178-38-5744	
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	8時30分～17時30分
	日曜・祝日	8時30分～17時30分
定休日	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)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保株式会社と損害賠償保険契約
	2 なし	
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	1 あり	ご利用者様に対して賠償すべき事故が発生した場合は速やかに賠償します。但し、入居者側に重大な過失のある場合や天災等不可抗力は除きます。
	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	年1回
		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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容) 開催出来ない状況にある場合は書面での報告とする。
高齢者虐待防止のための取り組みの状況	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催
	<input type="checkbox"/> 1 あり	指針の整備
	<input type="checkbox"/> 1 あり	研修の定期的な実施
身体拘束等廃止の為の取り組みの状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	担当者の配置
	<input type="checkbox"/> 1 あり	身体拘束適正化委員会の開催
	<input type="checkbox"/> 1 あり	指針の整備
	<input type="checkbox"/> 1 あり	研修の実施
	<input type="checkbox"/> 2 なし	緊急やむを得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為 (身体拘束等)
業務継続計画の策定状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	感染症に関する業務継続計画BCP
	<input type="checkbox"/> 1 あり	災害に関する業務継続計画BCP
	<input type="checkbox"/> 1 あり	従業員に対する周知
	<input type="checkbox"/> 1 あり	定期的な研修の実施
	<input type="checkbox"/> 1 あり	定期的な訓練の実施
	<input type="checkbox"/> 1 あり	定期的な見直し

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「5. 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	居室面積が9.9㎡であり13㎡未満である ※全ての居室が個室である
「6. 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	

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

別添 1 事業主体が県内で実施する介護サービス事業一覧表

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヘルパーセンターサイン	三戸郡階上町蒼前西3丁目9-1806
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ナースセンターサイン	三戸郡階上町蒼前西3丁目9-1806
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアプランセンターつなぐ	三戸郡階上町蒼前西7丁目9-2771 パレセイユB101
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ナースセンターサイン	三戸郡階上町蒼前西3丁目9-1806
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアプランセンターつなぐ	三戸郡階上町蒼前西7丁目9-2771 パレセイユB101
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

別添2 入居者の個別選択によるサービス一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護む）の指定の有無						なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス			備考	
			(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
おむつ代			なし	あり	○		管理費用に含む
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
特浴介助	なし	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		介護費用に含む
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		○	都度、実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり			※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理			なし	あり	○		管理費用に含む
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※回数（年○回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		管理費用に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		管理費用に含む
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		管理費用に含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		管理費用に含む
入退院時・入院中のサービス							
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			