

有限会社メディカルネット

サービス付き高齢者向け住宅

**「 シルバーハウス 朝霧 」**

サービス提供 重要事項説明書

様

---

## 重要事項説明書

|      |       |          |
|------|-------|----------|
|      | 記入年月日 | 令和 年 月 日 |
| 記入者名 | 所属・職名 | 管理者      |

## 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                         | 法人等の種類               | なし <input checked="" type="checkbox"/> 有限会社 |
|                                 | 名称                   | 有限会社メディカルネット                                |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒654-0151            |   |
|                                 | 神戸市須磨区北落合6丁目3番1-901号 |   |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号                 | 078-793-0619                                |
|                                 | FAX番号                | 078-793-0619                                |
|                                 | ホームページ               | なし  |
|                                 | アドレス                 | あり: http://                                 |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名                   | 林 直樹  |
|                                 | 職名                   | 代表取締役                                       |
| 事業主体の設立年月日                      | 平成15年 3月 6日          |   |

## 2. 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                  | (ふりがな)しるばーはうす あさぎり                                   |                   |
|                        | シルバーハウス 朝霧   |                   |
| 住宅の所在地                 | 〒673-0870  | 兵庫県明石市朝霧南町4丁目1-59 |
|                        |  |                   |
| 住宅の連絡先                 | 電話番号   | 078-955-7911      |
|                        | FAX番号  | 078-955-7911      |
|                        | ホームページ   | なし                |
|                        | アドレス   | あり: http://       |
| 住宅の開設年月日               | 平成23年 6月 1日  |                   |
| 住宅の管理者の氏名及び職名          | 氏名   |                   |
|                        | 職名   | 管理者               |
| 住宅までの主な利用交通手段          | JR朝霧駅より徒歩17分、山陽電車大蔵谷駅より徒歩13分<br>明石市営バス大蔵谷清水バス停より徒歩2分 |                   |
| 住宅の類型及び表示事項            | サービス付き高齢者向け住宅  |                   |

| 事業主体が当該都道府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          |
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |        |                  |              |
| 訪問介護                         | あり | なし     | ヘルパーステーションまりん    | 明石市大蔵中町20-2  |
| 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     | 明石デイサービスセンター海岸通り | 明石市林2丁目115-1 |
| 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     |                  |              |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |        |                  |              |
| 夜間対応型訪問介護                    | あり | なし     |                  |              |
| 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     |                  |              |
| 居宅介護支援                       | あり | なし     | 介護支援ステーションまりん    | 明石市大蔵中町20-2  |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |        |                  |              |
| 介護予防訪問介護                     | あり | なし     |                  | 明石市大蔵中町20-2  |
| 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     |                  |              |
| 介護予防通所介護                     | 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     |                  |              |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |        |                  |              |
| 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     |                  | 明石市大蔵中町20-2  |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |        |                  |              |
| 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     |                  |              |

### 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

##### 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  | 専従 |    |        |
| 管理者兼ケア専門員 | 1  |     |     |    |    |        |
| ケア専門員     |    |     | 6   |    |    |        |
| 生活支援員     |    |     |     |    |    |        |
| 看護職員      |    |     |     |    |    |        |
| 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

※ 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。

##### 従業者である生活支援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     |    | 1   |     |     |
| 介護職員基礎研修  |    |     |     |     |
| 訪問介護員 1 級 |    |     |     |     |
| 2 級       |    |     | 6   |     |
| 3 級       |    |     |     |     |
| 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   |    |     |     |     |
| 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生活支援員の人数 | 最少時の人数(宿直の従事者を除いた人数) | 1人 |
|                     | 平均時の人数               | 1人 |

※ 当事業所は定期的または一時的に学生等の実習生を受け入れる場合がございます。当事業所は該当実習生に対し、契約書第11条秘密保持に関する事項を遵守させます。また、該当実習生が起こした故意または過失による事故については賠償責任保険にて対応致します。

#### 4. サービスの内容

|   |  |    |
|---|--|----|
| 住宅の運営に関する方針   |  |    |
| <p>住み慣れた地域で豊かな生活が出来るように支援致します。我が家のように安心できる環境を提供し、生きがいを持って充実した毎日を過ごして頂きます。</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  | 別紙   |    |
| 協力医療機関の名称   | きよしクリニック   |    |
| <p>（協力の内容）必要な方には定期健診や往診、緊急時の対応をして頂きます。</p>                                    |  |    |
| 協力歯科医療機関  | なし   | あり |
| <p>（協力の内容）<br/>必要な方には往診による歯科治療が受けれます。</p>                                     |  |    |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項   |  |    |
| 要介護時に介護を行う場所  |  |    |
| 居室の変更は原則ございません。   |  |    |
| 住宅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  | <p>暴言や暴力行為等、サービス付き高齢者向け住宅「シルバーハウス朝霧」での生活に適さない心身状態にあると判断した場合には、契約しない場合がございます。</p> <p>*事業主体は、入居者の健康状態や行動等が他の入居者または従業員の身体若しくは生命に危険を及ぼすおそれのある時は、入居者に対して何らかの通知勧告を要さず直ちに入居契約を解除し、居室の明渡しを求めるものとします。</p> <p>*以下の場合、3ヶ月以上の予告期間において、契約を解除します。</p> <p>①入居契約書の条項に違反した時。</p> <p>②正当な理由がなく、利用料その他自己の支払うべき費用を2ヵ月分滞納した時。</p> <p>③伝染性疾患により、他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認め、かつ入居者の退去の必要がある時。</p> <p>④入居者の行動が、他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の支援方法ではこれを防止する事が出来ないと事業者が判断した時。</p> <p>⑤入居者または入居者代理人が、故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがない時。</p> <p>⑥入院治療が必要となる等、事業者が自ら支援を提供する事が困難となった時。</p> <p>⑦自傷・他傷行為や迷惑行為等があり、通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができない時。</p> |    |
| 契約の解除の内容  |  |    |
| 体験入居の内容   | 1泊2日以内の日程まで可能。1人1泊10,000円（食費は別途必要です）   |    |
| 入居定員  | 9名   |    |

| 住宅、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             |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 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            |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> 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                              | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし  | 9                                      | 18.225m <sup>2</sup> |
|                 | 一般居室相部屋                             | あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/>       |  | m <sup>2</sup>       |
|                 |                                     |  |   |  | m <sup>2</sup>       |
|                 | 介護居室個室                              | あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/>       |  | m <sup>2</sup>       |
|                 | 介護居室相部屋                             | あり                                     | <input checked="" type="checkbox"/>       |  | m <sup>2</sup>       |
|                 |                                     |  |   |  | m <sup>2</sup>       |
| 一時介護室           | あり                                  | <input checked="" type="checkbox"/>    |   | m <sup>2</sup>                         |                      |
|                 |                                     |  |   | m <sup>2</sup>                         |                      |
|                 |                                     |  |   | m <sup>2</sup>                         |                      |
| 共用便所の設置数        | 1                                   | うち男女別の対応が可能な数                          |   |  |                      |
|                 |                                     | うち車椅子等の対応が可能な数                         |   | 1                                      |                      |
| 個室の便所の設置数       | 9                                   | 個室における便所の設置割合                          |   | 100%                                   |                      |
|                 |                                     | うち車椅子等の対応が可能な数                         |   | 100%                                   |                      |
| 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   |  |                      |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/>    |                      |
| その他、共用施設の設備状況   |                                     |  |   |  |                      |
|                 | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/>    | (その内容) 仮眠室                                |  |                      |
| バリアフリーの対応状況     | 対応                                  |  |   |  |                      |
|                 | (その内容)                              |  |   |  |                      |
| 緊急通報装置の設置状況     | なし                                  | 一部あり                                   | 各居室内に <input checked="" type="checkbox"/> |  |                      |
| 外線電話回線の設置状況     | なし                                  | 一部あり                                   | 各居室内に <input checked="" type="checkbox"/> |  |                      |
| テレビ回線の設置状況      | なし                                  | 一部あり                                   | 各居室内に <input checked="" type="checkbox"/> |  |                      |
| 施設の敷地に関する事項     |                                     |  |   |  |                      |
| 敷地の面積           | 499.53m <sup>2</sup>                |  |   |  |                      |
| 事業所を運営する法人が所有   | <input checked="" type="checkbox"/> | 一部あり                                   | あり  |  |                      |
| 抵当権の設定          | <input checked="" type="checkbox"/> |  | あり  |  |                      |
| 賃貸(借地)          | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/>    | 契約期間                                      | 始 2011年6月1日 終 2031年5月31日               |                      |
|                 |                                     |  | 契約の自動更新                                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり |                      |
| 施設の建物に関する事項     |                                     |  |   |  |                      |
| 建物の延床面積         | 299.70m <sup>2</sup>                |  |   |  |                      |
| 事業所を運営する法人が所有   | <input checked="" type="checkbox"/> | 一部あり                                   | あり  |  |                      |
| 抵当権の設定          | <input checked="" type="checkbox"/> |  | あり  |  |                      |
| 貸借(借家)          | なし                                  | <input checked="" type="checkbox"/>    | 契約期間                                      | 始 2011年6月1日 終 2031年5月31日               |                      |
|                 |                                     |  | 契約の自動更新                                   | <input checked="" type="checkbox"/> あり |                      |

|   |                                     |                               |            |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況                     |                                     |                               |            |
| 事業主体や住宅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                                   | サービス付き高齢者向け住宅「シルバーハウス朝霧」お客様相談室      |                               |            |
| 電話番号                                    | 078-955-7911                        |                               |            |
| 対応している時間                                | 平日                                  | 9時～17時                        |            |
|   | 土曜                                  |                               |            |
|   | 日曜・祝日                               |                               |            |
| 定休日等                                    | 土・日曜日・祝日、年末年始等                      |                               |            |
| 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                                   | 有限会社メディカルネット                        |                               |            |
| 電話番号                                    | 078-914-2199 介護支援ステーションまりん          |                               |            |
| 対応している時間                                | 平日                                  | 9時～17時                        |            |
|   | 土曜                                  |                               |            |
|   | 日曜・祝日                               |                               |            |
| 定休日等                                    | 土・日曜日・祝日、年末年始等                      |                               |            |
| 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="checkbox"/> | (その内容) 富士火災海上保険株式会社 賠償責任保険 加入 |            |
| 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="checkbox"/>     | あり                                  | (その内容)                        |            |
| サービスの提供内容に関する特色等                        |                                     |                               |            |
| (内容) *24時間、スタッフによる見守り、相談。               |                                     |                               |            |
| 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        |                                     |                               |            |
| なし                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | 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="checkbox"/>     | 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 |

|                                     |              |                |    |
|-------------------------------------|--------------|----------------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料             |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                 |              |                |    |
| 名称                                  |              |                |    |
| 一時金の償却に関する事項                        |              |                |    |
| 償却開始                                | 入居をした月       | なし             | あり |
|                                     | サービス提供を開始した月 | なし             | あり |
|                                     | 上記以外         | (その内容)         |    |
| 初期償却 (%)                            |              |                |    |
| 償却年月数                               |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法                         |              |                |    |
| 保全措置の実施状況                           |              |                |    |
| なし                                  | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| ④その他に要する一時金                         |              | なし             | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) ①入居初期費用240,000円 |              |                |    |
| 名称                                  |              |                |    |
| 解約時返還金の算定方法                         |              | 原則返金なし         |    |
| 保全措置の実施状況                           |              |                |    |
| なし                                  | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |
| 一時金に対する留意事項等                        |              |                |    |
| なし                                  | あり           | (「あり」の場合、その内容) |    |



| 介護保険給付以外のサービスに要する費用                                     |    |    |               |
|---|----|----|---------------|
| 月額の場合の利用料の額   |    |    |               |
| 管理費   | なし | あり | 30,000円       |
| (「あり」の場合、その用途) 従業員人件費、共用部分の光熱水費・消耗品費・維持管理費・事務管理費等       |    |    |               |
| 食費  | なし | あり | 円             |
| (当社提携配食業者を利用する場合) (内訳; 朝食 300円・昼夕食各 600円)               |    |    |               |
| 光熱費   | なし | あり | 管理費・共益費に含む    |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料                                  |    |    |               |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス                                       | なし | あり |               |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |    |    |               |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 |    |    |               |
|   | なし | あり |               |
| 個別的な選択による介護サービス   | なし | あり |               |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |    |    |               |
| 家賃相当額   | なし | あり | 一人部屋: 40,000円 |
| その他に必要な月額利用料  | なし | あり |               |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料)                                     |    |    |               |
| (その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料)                                 |    |    |               |
|   | なし | あり |               |
| 介護サービス等一覧をご覧ください。                                       |    |    |               |

添付書類: 「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日                      令 和   年                      月                      日

説明者署名                      \_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

介護サービス等の一覧表

| 介護サービス            | 特定施設入居者生活介護サービス | 特定施設入居者生活介護サービス | 特定施設入居者生活介護サービス | 特別利用料を徴収した上で実施するサービス | 備考                               |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------------|----------------------------------|
| 食事介助              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| おむつ交換             | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 排泄介助              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| おむつ代              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用下さい。                  |
| 入浴（一般浴）           | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費。入居者様でご利用下さい。                  |
| 介助・清拭             | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 特浴介助              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 身辺介助              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 機能訓練              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 通院介助              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 通院介助（協力医療機関以外）    | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 生活サービス            | なし              | なし              | なし              | なし                   |                                  |
| 生活相談・安否確認         | あり              | あり              | あり              | あり                   | 生活支援費に含みます。                      |
| 居室清掃              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| リネン交換             | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 日常の洗濯             | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 居室配膳・下膳           | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事   | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費。入居者様でご利用下さい。                  |
| おやつ               | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費。                              |
| 理美容師による理美容サービス    | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 買い物代行（通常の利用区域）    | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 買い物代行（上記以外の区域）    | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 役所手続き代行           | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、入居者様の自己管理でお願い致します。            |
| 金銭・貯金管理           | あり              | あり              | あり              | あり                   |                                  |
| 健康管理サービス          | なし              | なし              | なし              | なし                   |                                  |
| 定期健康診断            | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費（医師の診断や住診等医療費としての請求は実費になりません）。 |
| 健康相談              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費（医師の診断や住診等医療費としての請求は実費になりません）。 |
| 生活指導・栄養指導         | あり              | あり              | あり              | あり                   | 実費（医師の診断や住診等医療費としての請求は実費になりません）。 |
| 服薬支援              | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 状況把握サービス          | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 生活リズムの記録（バイタル・食量） | あり              | あり              | あり              | あり                   | 介護サービス等をご利用して下さい。                |
| 入退院時・入院中のサービス     | なし              | なし              | なし              | なし                   |                                  |
| 移送サービス            | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、家族様で対応して下さい。                  |
| 入退院時の同行（協力医療機関）   | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、家族様で対応して下さい。                  |
| 入退院時の洗濯物交換・買い物    | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、家族様で対応して下さい。                  |
| 入院中の洗濯物交換・買い物     | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、家族様で対応して下さい。                  |
| 入院中の見舞い訪問         | あり              | あり              | あり              | あり                   | 原則、家族様で対応して下さい。                  |