

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者名	小西 千春
所属・職名	施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かずさとしけいかくかぶしきがいしゃ 上総都市計画株式会社	
主たる事務所の所在地	〒299-1173	
連絡先	電話番号	0439-55-1888
	FAX番号	0439-52-2206
	ホームページアドレス	http://www.kazusa.co.jp
代表者	氏名	藤野 宏治
	職名	代表取締役
設立年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ 平成 58 年 8 月 12 日	
主な実施事業	※別添 1 (別の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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたくいこいのさとおりーぶ サービス付き高齢者向け住宅 憩いの里オリーブ
----	--------------------------------------------------------------

所在地	〒293-0057 千葉県富津市亀田1243-14	
主な利用交通手段	最寄駅	佐貫町駅
	交通手段と所要時間	例：①電車利用の場合 ・内房線・佐貫駅よりタクシーで5分 ②自動車利用の場合 ・富津中央インターより車で約12分
連絡先	電話番号	0439-80-5811
	FAX番号	0439-80-5812
	ホームページアドレス	http://www.kazusanokaigo.com
管理者	氏名	上総都市計画株式会社
	職名	
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年 4 月 10 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2983.38 m ²	
	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	
		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	2530.24 m ²
		うち、老人ホーム部分	m ²

	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	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2015年 4月1日～2035年 3月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【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			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	19.87 m ²	43	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	26.49 m ²	8	一般居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	28.15 m ²	8	一般居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	39.74 m ²	6	一般居室個室
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
リフト浴			3ヶ所			
ストレッチャー浴			1ヶ所			

			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり 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 2 なし	
	エレベーター	<input 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)	
		3	あり (上記1・2に該当しない)	
		4	なし	
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり 2 なし	
その他	エントランスホール・応接室・娯楽室・談話室・洗濯室・理容室・駐車場			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	千葉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に事業を行なう。		
サービスの提供内容に関する特色	個人の尊厳が最後まで尊重される居住者様の終の棲家である様に、また、地域・他事業所との連携を図りより良いサービスが提供出来る様支援します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援	<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配
※複数選択可	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/> 3	通院介助
	4	その他 ()

協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 他入居者の生命に危害を及ぼす恐れがある場合 ② 契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合 ③ 入居者が正当な理由なく支払うべきサービス料を2ヶ月以上滞納した場合
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日 3食付 7,150円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	88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名	1名		
生活相談員	1名	1名		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2名	1名	1名	
事務員				
その他職員	4名	3名	1名	
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	4名	4名	
実務者研修の修了者	1名	1名	
初任者研修の修了者	1名		
介護支援専門員			

(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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 ~ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	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									
	准看護職員		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				2名						
前年度1年間の退職者数			1名	2名						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上			1名						
	5年未満									
	5年以上									
10年未満										
10年以上			4名							
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	1 全額前払い方式
【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 手続き

（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	支援1	自立	
	年齢	67歳	89歳	
居室の状況	床面積	19.87 m ²	39.74 m ²	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	240,000円	320,000円	
月額費用の合計		205,100円	225,100円	
家賃		60,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設	円	円	
	介護保険外※2	食費	62,100円	62,100円
		管理費	66,000円	66,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	17,000円	17,000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	建設費、借入利息等を基礎として、1室当たりの家賃を算出
敷金	家賃の 4ヶ月分
生活支援サービス費	安否確認・生活相談・リネンサービス・緊急時対応
共益費	共用部分の水光熱費や維持管理及び防犯設備管理費等
食費	厨房維持費、食材費、人件費に基づく費用
光熱水費	居室電気使用量料金
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	

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	8人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	13人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	3人
	要支援2	0人
	要介護1	2人
	要介護2	4人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	10人
	5年以上10年未満	6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	85.6 歳
入居者数の合計	21 人
入居率*	23%
※ 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	3 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	1 人 (解約事由の例) 東京の病院にかかりたい為、病院近くの施設に転居

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	憩いの里オーブ
電話番号	0439-80-5811
対応している時間	平日 9 時 00 分～17 時 00 分
窓口の名称	千葉県運営適正化委員会 (千葉県社会福祉協会)
電話番号	043-246-0294
窓口の名称	千葉県 法人支援班・有料老人ホーム
電話番号	043-223-2350
窓口の名称	富津市介護福祉課
電話番号	0439-80-1262
窓口の名称	
電話番号	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険に加入。入居者の身体又は財産に損害を及ぼした場合賠償される。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故マニュアルに基づく。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	1回/月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 回
-------	------------------------------------------	------------

	<input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) 年間行事のなかで、御家族様に通知し行事後に運営懇談会を開催出来る様働きかけていく予定です。 <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 年 月 日届出) <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 年 月 日登録) <input type="checkbox"/> 2 なし
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない
千葉県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 平成 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、説明を受けたものの署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	ヘルパーステーション憩いの里	千葉県君津市常代2-10-13
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		
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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	居宅支援センター憩いの里	千葉県君津市常代2-10-13
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーステーション憩いの里	千葉県君津市常代2-10-13
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		
<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		

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

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	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	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）	なし				
	あり	なし				
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
おむつ代				○		必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
特浴介助	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
機能訓練	あり	なし	あり			必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
通院介助	あり	なし	あり	○	3050円 / 30分	市内の病院定期受診は個別料金なし
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり	○	2280円 / 30分	必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
リネン交換	あり	なし	あり	○		必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
日常の洗濯	あり	なし	あり		2280円 / 30分	必要に応じて併設訪問介護事業所によるサービス提供有り（介護保険利用）
居室配膳・下膳	あり	なし	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			
おやつ						
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり		1300円	希望者のみ、外部理容師が施設美容室にて施行
買い物代行	あり	なし	あり			
役所手続き代行	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	○		預かり金管理のみ
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			
服薬支援	あり	なし	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり	○		
入退院時の同行	あり	なし	あり	○		
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり			

