

229

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
-------	----------------

1. 事業主体概要

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) かぶしきかいしゃあいらすこーぽれしょん 株式会社アイリスコーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒 376-0001 桐生市菱町 1 丁目 993-10	
連絡先	電話番号	0277-46-8200
	FAX 番号	0277-46-8201
	ホームページアドレス	http://iris-laforet.com
	メールアドレス	Iris468200@bf.wakwak.com
代表者	氏名	小林英彰
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 22 年 9 月 13 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ あいりす ら・ふおーれ 住宅型有料老人ホーム アイリス ラ・フォーレ	
所在地	〒376-0001 桐生市菱町1丁目350-1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	①自動車・タクシー利用の場合 ・JR小俣駅から乗車約6分 ・JR桐生駅から乗車約10分 ②徒歩の場合 ・JR小俣駅から27分 2.2km
連絡先	電話番号	0277-46-8852
	FAX番号	0277-46-8853
	ホームページアドレス	<a href="http://iris-laforet.com">http://iris-laforet.com</a>
	メールアドレス	<a href="mailto:Iris468856@bf.wakwak.com">Iris468856@bf.wakwak.com</a>
管理者	氏名	星野希代子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成27年4月1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成27年4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

(特記事項)

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 不要※
※ 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	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	アイリス ラ・フォーレデイサービスセンター
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070302854
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 ③ 隣接する土地
	2	施設の名称	アイリスデイサービスセンター ラフォーレサテライト
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070302854
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 ③ 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	997.64 m <sup>2</sup>				
	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				
		借地権の種類	① 普通借地権      2 定期借地権			
		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	497.71 m <sup>2</sup>			
		うち有料老人ホーム部分	497.71 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2)				
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3)				
	構造	③ その他 ( )				
		1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		③ 木造				
	建物階数	4 その他 ( )				
		1階建て (うち有料老人ホーム部分 階 ~ 階)				
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					
	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				
		② 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
	最大	2人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	21.74 m <sup>2</sup>	2	一般居室相部屋
	タイプ2	有/無	有/無	21.84 m <sup>2</sup>	1	一般居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	13.04 m <sup>2</sup>	14	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

※「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	5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	5ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他 ( )	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			
消防用設備 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	
その他				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	当事業所は、入居者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、明るく家庭的な雰囲気のもと、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び家庭や地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携に努める。
サービスの提供内容に関する特色	・デイサービス2ヶ所併設 ・介護福祉士又は、介護経験年数5年以上の職員による介護の提供。
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

##### (医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配 2 入退院の付添い ③ 通院介助 (実費であり) 4 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	黒岩クリニック	
		住所	前橋市富士見町原之郷 772-2	
		診療科目	内科	
		協力内容	訪問診療・往診・健康診断・健康相談その他	
	※複数ある場合は、感染症対応の際の窓口となる医療機関に○を附記	2	名称	
			住所	
			診療科目	
			協力内容	
協力歯科医療機関		名称	さくらや歯科医院	
		住所	桐生市東1丁目 1-38	
		協力内容	治療・予防・往診・訪問歯科診療その他	

(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
入居対象となる者の年齢	60 歳以上	
留意事項	60 歳以上の要介護者の方で自宅での生活が困難な方 介護保険：在宅サービス利用可 (介護が必要になった場合、介護保険サービスの在宅サービスを利用するホームです。要支援の方はご相談ください)	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が逝去した場合(夫婦の場合はどちらとも逝去した場合)</li> <li>・入居者が解約した場合(30 日の予告が必要)</li> <li>・事業者が解約した場合(90 日の予告が必要)</li> </ul> 主な解約理由 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込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。</li> <li>・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。</li> <li>・禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼす等の恐れがあり、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出来ないとき</li> </ul> ※契約解除の前に、入居者及び身元引受人の方とお話し合いをさせていただきます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	有料老人ホーム標準入居契約書 29 条
	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 2 日にて入居者と同じ生活を体験できます。ただし、空室がある場合に限りです。)  2 なし	
体験入居の費用	1 泊 2 日 3500 円 + 食事代	
入居定員	20 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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

(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		
生活相談員	2	2		
直接処遇職員				
介護職員	5	3	2	
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	1		1	
その他職員	4		4	
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	6	6	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
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		
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 (16:00 時～9:30 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	1.3 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						
前年度1年間の退職者数				1						
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									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上				1					
	10年未満									
10年以上			3	1	2					
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	費用の改定にあたっては、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費用を勘案します。
	手続	運営懇談会の意見を聴いた上で、月額利用料を改定し、入居者及び身元引受人等へ通知し、同意を得るものとします。

(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	3		
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	13.04 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	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	円	
	敷金	0円	円	
月額費用の合計		117,300円	円	
家賃		45,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	52,500円	円
		管理費	19,800円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費 (暖房費：11月～3月) (冷房費：7月～9月)	(冬期：11月～3月) 4,400円 (夏期：7月～9月) 3,300円	円
		その他	円	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	45,000円 近傍の有料老人ホームの家賃の平均額
敷金	0円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	19,800円 共用部分の維持費・修繕費・人件費その他の費用
食費	52,500円 朝食 450円 昼食 750円 夕食 550円 30日分で算定
光熱水費	0円 暖房費：11月～3月 4,400円/月 冷房費：7月～9月 3,300円/月
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	2人
	女性	16人
年齢別	60歳未満	人
	60歳以上 65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	2人
	85歳以上 90歳未満	8人
	90歳以上 95歳未満	2人
	95歳以上 100歳未満	4人
	100歳以上	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	5人
	要介護4	7人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人
入居時の住所 地	市内	12人
	県内の他の市町村	3人
	県外	3人

### (入居者の属性)

平均年齢	87.2歳
入居者数の合計	18人
入居率*	90%
※ 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	0人
	医療機関	1人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	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	アイリス ラ・フォーレ	
電話番号	0277-46-8852	
対応している時間	平日	11:00~17:00
	土曜	11:00~17:00
	日曜・祝日	11:00~17:00
定休日	なし	

窓口の名称	群馬県健康福祉部介護高齢課	
電話番号	0272-26-2566	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日曜・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	① あり	(その内容) 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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	1 あり	(その内容)
	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
重要事項説明書	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
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 (コロナ感染対策により)	
	1 代替措置あり	(内容) 入居者のご家族様に LINE 登録 (人数制限なし) していただき、入居されている方の普段の様子やイベント時の動画配信等やサービス提供の状況、ご意見やご要望などをお聞きするなどの連絡体制を適宜、確保しています。
	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		
「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		
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	1 あり	② なし

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、説明を受けた者の署名を求める。



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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	アイリスヘルパーステーション	桐生市菱町1-993-10
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	アイリスラフォーレデイサービスセンター アイリスデイサービスセンターサテライト	桐生市菱町1-349-1 桐生市菱町1-993-10
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>				
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		
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	アイリスケアプランセンター	桐生市菱町1-993-10
<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	アイリスヘルパーステーション	桐生市菱町1-993-10
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	アイリスラフォーレデイサービスセンター アイリスデイサービスセンターサテライト	桐生市菱町1-349-1 桐生市菱町1-993-10
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		
<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		
介護医療院	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	特定施設入居者生活介護費（利用者負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
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	○		200～	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	○			
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	○			
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			送迎・病院内介助（実費）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○		60～	シーツ・防水カバー・枕カバー
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		3,300円/月	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			体調に応じて
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		750～	食事の内容に応じた料金
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	○		2,000～	希望時 ヘアカラー-3,500円
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○			日用品・嗜好品等
買物代行	なし	あり	なし	あり	○			場合により
役所手続代行	なし	あり	なし	あり	○			小口現金お預かり
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○			
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○		7,000	年1回 協力医療機関で実施（希望者）
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買物	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
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から3割までの利用者負担）。 ※2：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。