

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	原子 睦子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人 営利法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めりーらんど メリーランド	
主たる事務所の所在地	〒030-0841 青森市奥野2丁目19-1	
連絡先	電話番号	017-718-7877
	FAX 番号	017-718-7870
	ホームページアドレス	http://www.merryland-aomori.jp/wp/
代表者	氏名	原子 靖民
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 28 年 11 月 1 日	
主な実施事業	※別添1（別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) めりーらんど メリーランド	
所在地	〒030-0841 青森市奥野2丁目19-1	
主な利用交通手段	最寄駅	筒井駅（青い森鉄道）
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・市営バスで青森駅より乗車20分、 奥野2丁目停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・青森駅より乗車15分

連絡先	電話番号	017-718-7877
	FAX 番号	017-718-7870
	ホームページアドレス	http://www.merryland-aomori.jp/wp/
管理者	氏名	原子 睦子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 30 年 5 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30 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）		
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	
	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	2107.74 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	1573.82 m ²
		うち、老人ホーム部分	1449.605 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物 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 3 木造 4 その他 ()	
	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	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分 ※
タイプA	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.49～ 14.90 m ²	37	一般居室個室	
タイプB	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	18.63 m ²	1	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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		4ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア浴		1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	入居者、来訪者が快適で心身とも充実、安定した生活を営むことに資するとともに、ホームの良好な生活環境を確保する事に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	各種レクリエーション、年間行事
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ) イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり 2 なし
(Ⅱ)		1 あり 2 なし	
	(Ⅲ)	1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	青森保健生活協同組合 協立クリニック
		住所	青森市東大野 2 丁目 2-2
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、神経内科 産婦人科、認知症外来、リハビリテーション科 女性診療科、禁煙外来、在宅診療、各種生活習慣 病療養指導
		協力内容	健康相談、受診、往診、治療その他全般
	2	名称	医療法人 芙蓉会 村上病院
		住所	青森市浜田 3 丁目 3-14
		診療科目	一般内科、消化器科、循環器内科、糖尿病内科 神経内科、心療内科、整形外科、血管外科 泌尿器科
		協力内容	健康相談、受診、往診、治療その他全般
協力歯科医療機関		名称	医療法人 ミナトヤ歯科医院
		住所	青森市桂木 4 丁目 4-10
		協力内容	健康相談、受診、往診、治療その他全般

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (居室移動)	
判断基準の内容		入居者の状態変化	
手続きの内容			
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(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
留意事項	自傷・他害のある方の入居は要相談		
契約の解除の内容	入居契約書第5章参照		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書第5章参照	
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解除予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 1泊2日 1,620円 食事3食 1,272円) 2 なし		
入居定員	38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(兼務)		
生活相談員	1	1(兼務)		
直接処遇職員				
介護職員		12(兼務)	2(兼務)	
看護職員		1(兼務)	3(兼務)	
機能訓練指導員				
計画作成担当者	2			
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
その他職員	1		1	
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	8	6
実務者研修の修了者	1	5
初任者研修の修了者		3
ヘルパー2級	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		3
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 (18時～ 9時)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5:1 以上 b 2 :1 以上 c 2.5:1 以上 d 3 :1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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		実務者研修			
	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			2		0						
前年度1年間の退職者数			1		3		1				
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満				1						
	1年以上 3年未満				3						
	3年以上 5年未満		1		2						
	5年以上 10年未満				3						
	10年以上		3		7		1				
	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法 【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	消費税率引き上げによる施設費用増額
	手続き	変更契約書

(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	14.49~14.90 m ²	18.63 m ²	
	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	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		99,960円	108,960円	
家賃		30,000円	39,000円	
サービス費用	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	38,160円	38,160円
		管理費	15,900円	15,900円
		介護費用	円	円
		光熱水費	15,900円	15,900円
	その他	円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	1日あたり Aタイプ 1,000円 Bタイプ 1,300円
敷金	家賃の 0ヶ月分
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	1日あたり 530円 ※生活保護受給者 1日あたり 265円
食費	1日あたり 1,272円（朝食 371円、昼食 424円、夕食 477円）
光熱水費	1日あたり 530円 ※生活保護受給者 1日あたり 265円 冬期加算 11月~4月 5,300円 ※生活保護受給者 10~4月 5,300円

	要介護 3	12人
	要介護 4	5人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	17人
	5年以上10年未満	13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	84.9歳
入居者数の合計	38人
入居率 ※	100%
※ 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	2人
	医療機関	2人
	死亡者	1人
	その他	人
生前解約の 状況	施設側の申し出 (解約事由の例) ・入居者の状態変化(病院⇒施設⇒病院)	0人
		1人
	入居者側の申し出 (解約事由の例) ・長期入院・在宅復帰・他施設住替え	

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		メリーランド苦情相談窓口
電話番号		017-718-7877
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		
窓口の名称		青森市役所 介護保険課
電話番号		017-734-5257

対応している 時間	平日	8：30～18：00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土・日曜日、国民の祝日、12月29日～1月3日	

(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保険株式 会社と損害賠償保険を契約している
	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) あいおいニッセイ同和損保保険株式 会社と損害賠償保険を契約している
	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	
		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
事業収支報告書	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名：青い鳥ハッピーホーム)	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		

添付書類：別添 1 (別に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 _____

※ 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 事業主体が青森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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護医療院	あり	<input type="checkbox"/>		

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

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					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（利用者が全額負担）		※2 包含	※2 都度	※3 料金	備考
			なし	あり				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
おむつ代			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
特浴介助	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
機能訓練	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
通院介助	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
リネン交換	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
日常の洗濯	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
おやつ			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>				

買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録 （排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院中の同行	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> 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割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：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。