

重要事項説明書

2019年7月1日現在

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地等

住宅の名称	(ふりがな) ぶらちなしにあほーむかすかべろっけんちよう プラチナ・シニアホーム春日部六軒町					
所在地※1	(郵便番号 344-0012) 埼玉県春日部市六軒町6番地					
連絡先	電話番号	048-720-8280				
	FAX番号	048-720-8281				
	メールアドレス	sh.rokkencho@lakes21.co.jp				
	ホームページアドレス	http://www.lakes21.co.jp				
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武スカイツリーライン (東武伊勢崎) 線 春日部 駅 からバスで16分 降車後、徒歩約3分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (〇東武伊勢崎線「春日部」駅東口より、朝日バス「豊野工業団地」又は「消防署前」行きにご乗車、「文化住宅入口」バス停下車、徒歩約3分) 〇東武伊勢崎線「一ノ割」駅、東武野田線「藤の牛島」駅より各徒歩約19分					
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2015年 5月 1日から 2040年 4月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利				
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2015年 5月 1日から 2040年 4月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利				
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 期間 2015年 5月 1日から 2040年 4月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。

(※2)施設とは、「9 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設」を指す。

施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

2 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしやれいくすとうえんていわん 株式会社レイクス21	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 104-0004) 東京都千代田区大手町一丁目5番1号 電話番号 03-5208-1601	
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな)	
	商号、名称、又は氏名	(郵便番号)
	住所(法人にあっては 主たる事務所の所在地)	電話番号
法人の役員	別添 2 のとおり	

3 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) ぶらちなしにあほーむかすかべろっけんちよう プラチナ・シニアホーム春日部六軒町	
事務所の所在地	(郵便番号 344-0012) 埼玉県春日部市六軒町6番地 電話番号 048-720-8280	

4 サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	30	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	18.00	m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄骨造	
	■耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	建築物の延床面積	1,006.77	m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 999.57 m ²)
竣工の年月	2015年3月31日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

5 サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 <input type="checkbox"/> その他 ()
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添普通建物賃貸借契約書のとおり
事業開始時期	2015年5月1日から

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 20,571 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 45,360 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	対価はサービスの内容によって異なります。
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	
家賃の概算額	(最低) 約 43,000 円 (最高) 約 50,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円 (最高) 約 24,700 円		
敷金の概算額	(最低) 約 0 円 (最高) 約 0 円	家賃の 0.0 月分	
家賃・共益費・敷金に関する特記事項	生活保護受給者は、入居時に敷金(住宅扶助基準額の4ヶ月分)をお預け入れいただきます。		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円	
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	介護保険事業所番号 ()	
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	介護保険事業所番号 ()	
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	介護保険事業所番号 ()	

利用料金の支払方式		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
		<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
		<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
請求方法		<input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択)
		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
		<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
支払方法		<input type="checkbox"/> 月払い方式
		・家賃、共益費（翌月分） ・食費（前月分） ・生活支援サービス基本サービス費（前月分） ・オプションサービス費（前月ご利用分）
		毎月27日に支払請求分を、ご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます。 27日が金融機関の休日にあたるときは、翌営業日に引き落としさせていただきます。
年齢に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 減額なし
		<input type="checkbox"/> 日割り計算で減額
		<input type="checkbox"/> 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	消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族様等の関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営懇談会の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。

利用料金の算定根拠	
費 目	算定根拠
家賃	サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他管理経費より月額家賃相当額を算出。
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	見守り、安否確認、緊急時対応、コール対応等、生活支援サービスに係る人件費その他経費より算出。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費（共益費）	1. 住戸部分の上・下水道代、共同利用設備部分及び共用部分の光熱費、上・下水道代、清掃費等の維持管理費 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、消防設備等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ○ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事業者の事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。 ○ 住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。
食費	食材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の減価償却費。
光熱水費	住戸部分の上・下水道代は共益費に含まれます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添5のとおり
その他のサービス利用料	

前払金の算定根拠		
想定居住期間（償却年数）		
償却開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額		
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払い金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他	

※前払金を受領していない場合は省略可

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号)) 電話番号
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実 施予定	頃実施予定
その他計画的な 修繕予定	

8 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

以下の介護保険事業所が併設されています。入居者様は、ご希望により、併設事業所以外の事業者のサービスを自由に選択することができます。
介護保険事業所を利用した場合は、それぞれの事業所に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所番号	事業所の場所
プラチナ・訪問介護ステーション 春日部六軒町	訪問介護	1170602930	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
プラチナ・訪問介護ステーション 春日部六軒町	訪問型サービス (介護予防・日常生活支援総合事業)	1170602930	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力 (該当する場合のみ)

以下の医療機関と協力医療機関の協定を締結しています。入居者様は、ご希望により、協力医療機関等以外の医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。
医療機関・調剤薬局等を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんゆうわかいかさかべこうじんくりにつく 医療法人社団侑和会春日部厚仁クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑321 電話番号 048-745-5100
連携又は協力の内容	協力医療機関 (内科)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんけあくるしんしらおかでんたるくりにつく 医療法人ケアクル新白岡デンタルクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 349-0213) 埼玉県白岡市高岩765-1 新白岡駅前ホスピタリティパーク2F 電話番号 0480-31-7474
連携又は協力の内容	協力医療機関 (歯科)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんこうじんかいかさかべこうせいびょういん 医療法人光仁会春日部厚生病院
事業所の所在地	(郵便番号 344-0063) 埼玉県春日部市緑町6-11-48 電話番号 048-736-1155
連携又は協力の内容	協力医療機関 (内科等)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんこうわかいさいたまとうぶしんりょうじょ 医療法人社団廣和会 埼玉東部診療所
事業所の所在地	(郵便番号 344-0022) 埼玉県春日部市大畑321-1 宮前ビル1階 電話番号 048-720-8715
連携又は協力の内容	協力医療機関 (内科等)

10 登録の申請が基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切です。在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で済み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。

11 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	当住宅では、入居者様に対して個人の有する能力に応じ自立して日常生活を営むことが出来るよう、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、関係市区町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供機関等と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。
サービスの提供内容に関する特色	在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。

(介護サービスの内容) ■ 特定施設入居者生活介護等を提供していない（この項以下余白）（介護サービスの

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	身体拘束廃止未実施	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	入居継続支援加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	個別機能訓練加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(I)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(I)ロ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
(II)			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
(III)			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員処遇改善加算	(I)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(III)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(IV)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(V)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率)	:		
	<input type="checkbox"/> なし				

(医療連携の内容) (医療連携の内容)

医療支援医療支援	■ 救急車の手配		
	■ 入退院の付き添い		
	■ 通院介助		
	■ その他	①協力医療機関及び協力歯科医療機関への受診取次 ②処方薬の取次 ご希望により、協力医療機関及び協力歯科医療機関以外の医療機関、歯科医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。 医療機関、歯科医療機関、調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。①協力医療機関及び協力歯科医療機関への受診取次	
協力医療機関協	1	名称名称	医療法人社団 侑和会 春日部厚仁クリニック
		住所住所	埼玉県春日部市大畑321
		診療科目診療科	内科
	2	名称名称	医療法人光仁会 春日部厚生病院
		住所住所	埼玉県春日部市緑町6-11-48
		診療科目診療科	内科等
	3	名称名称	医療法人社団 廣和会 埼玉東部診療所
		住所住所	埼玉県春日部市大畑321-1 宮前ビル1階
		診療科目診療科	内科・整形外科・リハビリテーション科
協力歯科医療機関	名称	医療法人ケアクル新白岡デンタルクリニック	
	住所	埼玉県白岡市高岩765-1 新白岡駅前ホスピタリティパーク2F	
	協力内容	訪問歯科診療	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (他的一般居室へ移る場合)	
判断基準の内容	住戸移動は原則としてありませんが、適切なサービス提供に支障をきたす場合、またはその恐れがある場合、住戸を変更して頂く場合があります。	
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input checked="" type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く <input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権 (利用権) の取扱い	入居者様・事業者間による建物賃貸借契約の合意解約のうえ、その後に移動先の居室で新たな建物賃貸借契約を締結することとなります。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
留意事項	概ね60歳以上で、自立・要支援・要介護の方、共同生活を円満に過ごせる方。感染症の方は入居できません。但し医師より、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。			
当住宅で対応できる医療的ケアの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理、服薬支援、治療支援 (協力医療機関との調整等) ・当住宅では看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。 ・胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合がありますので、個別に相談のうえ入居可能か判断し決定します。 			
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第11条、生活支援サービス契約書第8条に記載のとおり		
	解約予告期間	90日		
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第12条、生活支援サービス契約書第9条に記載のとおり		
	解約予告期間	30日		
	契約解約時の連絡先	名称	プラチナ・シニアホーム春日部六軒町	
		電話番号	048-720-8280	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 5,400円/一泊 (8%消費税込) 住宅費・光熱水費・生活支援サービス費含む。食事代別途) <input type="checkbox"/> なし			
入居定員	30人			
その他				

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 19人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1	1	0	0	0	
生活相談員	0	0	0	0	0	
直接処遇職員	12	0	0	12	0	
介護職員	12	0	0	12	0	
看護職員	0	0	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	0	0	
栄養士	0	0	0	0	0	
調理員	6	0	0	6	0	
事務員	0	0	0	0	0	
その他職員	0	0	0	0	0	
合計	19	1	0	18	0	

1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1

※1 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
 (注1)併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。
 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。)
 (注2)常勤・非常勤、専従・非専従について
 常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。
 非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。
 専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。
 非専従 …専従以外の者。
 (注3)業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。
 (注4)常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 12人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	0	0	0	0	0
介護福祉士	6	0	0	6	0
実務者研修の修了者	0	0	0	0	0
初任者研修の修了者	6	0	0	6	0
介護支援専門員	0	0	0	0	0
合計	12	0	0	12	0

(注1)(職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。
 (注2)1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数(実人数) 0人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	0	0	0	0	0
理学療法士	0	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0	0
柔道整復師	0	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0
はり師	0	0	0	0	0
きゅう師	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

(注1)(職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
 (注2)1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時 00 分 ~ 9 時 00 分)		
職種	平均人数	最少時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	0 人	0 人

※最少時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(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等を提供していない(この項以下余白)

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、省略可能)	契約上の職員配置比率 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 3.0 : 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
外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制(該当しない場合、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	管理者の氏名	大澤 光男										
	職名	施設長										
	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり ■ なし										
	業務に係る資格等	<input type="checkbox"/> あり 資格等の名称 ■ なし										
	生活相談員	生活相談員	介護職員	介護職員	看護職員	看護職員	機能訓練指導員	機能訓練指導員	計画作成担当者	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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
経年数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	10年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	
従業者の健康診断の実施	■ あり □ なし											

1.3 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	13 人
	女性	14 人
年齢別	65歳未満	2 人
	65歳以上75歳未満	3 人
	75歳以上85歳未満	11 人
	85歳以上	11 人
	要介護度別	自立
	要支援1	1 人
	要支援2	1 人
	要介護1	7 人
	要介護2	7 人
	要介護3	7 人
	要介護4	3 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	2 人
	1年以上5年未満	23 人
	5年以上10年未満	0 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	81.6 歳
入居者数の合計	27 人
入居率※	90.0 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。一時不在の者も入居者に含む。	

(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	1 人	
	その他	2 人	
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3 人	(解約事由の例) 自立生活を送るため

1.4 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)

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

1	窓口の名称	プラチナ・シニアホーム春日部六軒町
	電話番号	048-720-8280
	対応している時間	午前9時00分～午後6時00分
	定休日	なし 担当者が不在のときは、他の職員が誰でも対応できるようにするとともに、必ず担当者に引き継ぐようにいたします。
2	窓口の名称	株式会社レイクス 2 1
	電話番号	03-5208-1601
	対応している時間	午前9時00分～午後6時00分
	定休日	土、日、祝日、年末年始 (12/31～1/4)

事業者以外の苦情に対応する窓口

3	窓口の名称	一般財団法人「ウー」サービス高齢者向け住宅協会「ウー」サービス高齢者向け住宅入居者相談窓口
	電話番号	03-5645-3573
	対応している時間	9時 00分 ～ 17時 00分
	定休日	土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)
4	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254 (直通)
	対応している時間	8時 30分 ～ 17時 15分
	定休日	土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)
5	窓口の名称	埼玉県都市整備部住宅課
	電話番号	048-830-5562 (直通)
	対応している時間	8時 30分 ～ 17時 15分
	定休日	土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)
6	窓口の名称	春日部市消費生活相談
	電話番号	048-736-1111
	対応している時間	月曜・火曜・水曜・金曜 10時00分～12時00分、13時00分～15時30分
	定休日	木、土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)
7	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター春日部 (相談専用)
	電話番号	048-734-0999
	対応している時間	9時 00分 ～ 16時 00分
	定休日	土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)

(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"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険
	<input type="checkbox"/> なし	
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) ・本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置 (ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等) を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県福祉部高齢者福祉課、埼玉県都市整備部住宅課、区市町村に報告します。 ・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

1 5 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"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない

1 6 その他

<p>外出・帰宅・訪問等</p> <p>外出・帰宅及びご家族様の来訪等の時間制限はなく、24時間いつでも可能です。正面玄関の自動ドアは、オートロックとなっており、外出・帰宅及びご家族様の訪問時は、職員がドアの開閉を行いますので、インターホン等でお知らせください。 長期外泊時は、管理者へご連絡ください。</p>							
<p>共用施設の利用について</p> <table border="1"> <tr> <td>浴室</td> <td>共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。</td> </tr> <tr> <td>食堂、居間、談話コーナー</td> <td>いつでも、他の入居者様やご家族様と歓談等にご使用ください。</td> </tr> <tr> <td>共用キッチン</td> <td>共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。</td> </tr> </table>		浴室	共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。	食堂、居間、談話コーナー	いつでも、他の入居者様やご家族様と歓談等にご使用ください。	共用キッチン	共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。
浴室	共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。						
食堂、居間、談話コーナー	いつでも、他の入居者様やご家族様と歓談等にご使用ください。						
共用キッチン	共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。						
<p>やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等は行いません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限ります。 ・身体的拘束等を行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」について事業所内で検討し、入居者様又はご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで、同意書を交わし、実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。 							

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 2 回 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 代替措置なし
提携ホームへの住み替え※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (その内容)	

※提携ホームとは、(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。

- (添付資料)
- 別添 1 (役員名簿 (法第 6 条第 1 項第 3 号に該当する者))
 - 別添 2 (役員名簿 (法第 6 条第 1 項第 4 号に該当する者))
 - 別添 3 (住宅の規模並びに構造及び設備等)
 - 別添 4 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要)
 - 別添 5 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)
 - 別添 6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

当事業者は、入居者様に対して、普通建物賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行い、利用者の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 年 月 日

事業者 所在地 東京都千代田区大手町一丁目5番1号

名称 株式会社レイクス21

代表者 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 埼玉県春日部市六軒町6番地

名称 プラチナ・シニアホーム春日部六軒町

説明者 ⑩

私は上記事業者から、普通建物賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受け、同意及び確認をし、交付を受けました。

同意及び確認年月日 年 月 日

入居者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

署名代行者 下記の理由により、入居者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。

(又は代理人) 署名代行理由：
[_____]

本人との続柄 住所 _____

《 _____ 》 氏名 _____ 印 _____

身元引受人

本人との続柄 住所 _____

《 _____ 》 氏名 _____ 印 _____

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.00	×	○	○	×	×	○	30	1階:101~103、105~107(6室)、 2階:201~203、205~208、 210~213、215(12室)、 3階:301~303、305~308、 310~313、315(12室)	50,000

注1)住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2)設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

(1) 共同利用設備

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	利用方法
居間・食堂	1	98.12	1階	30	いつでも、他の利用者様やご家族様との歓談等にご利用ください。
居間	2	67.50	2階、3階	30	
一般浴室 (ユニット・バス)	3	11.40	1階、2階、3階	30	共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。
機械浴室	1	12.25	1階	30	
脱衣室	4	19.76	1階、2階、3階	30	
洗濯室	3	8.25	1階、2階、3階	30	洗濯乾燥機を用意しています。ご利用希望については、職員にお申し出ください。
共用トイレ	3	10.96	1階、2階、3階	30	トイレ備え付けのトイレットペーパー以外の紙を使用されますと便器が詰まる恐れがありますのでご注意ください。

注1)整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(□車椅子対応 ■ストレッチャー対応)
	□ なし	

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービス(生活支援サービス)の概要

生活支援サービスのご利用にあたって

下記1～6に掲げるサービスのご利用分につきましては、介護保険によるサービス提供ではありませんので、介護保険の適用はできません。
介護保険サービスをご利用になる場合は、希望される訪問介護事業所等と、別に契約を締結する必要があります。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容(入居者様全員が受ける基本サービス(必須サービス)です。)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する				
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)						
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)						
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
	電話番号							
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	0人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	0人		
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	0人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	0人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	6人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	6人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	0人		
	合 計				人員	12人		
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)							
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()							
常駐する時間	日中	0時	0分	～	24時	0分	人員	1人
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	日中は食事時等の機会を通じ1回以上、夜間は個別の状況に応じた頻度で居室を巡回し確認します。 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)							
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時0分		～	24時	0分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	ナースコール						
	通報先	1階事務室、介護職員携帯PHS			通報先から住宅までの到着予定時間	1分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	20,571円	前払金の				
	前払金	約	0円	算定方法				
備考	○上記金額は8%消費税込金額です。 ○毎食事時に安否の確認を行います。 ○上記以外の時間帯も、必要に応じて、ご入居者様の身体状況に合った頻度で安否確認を行います。 ○当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談に応じます。							

上記以外の生活支援サービス(オプションサービス)

(本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。)

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂		<input type="checkbox"/> 各居住部分	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()
		内容	<input type="checkbox"/> 3食		<input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択
		調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理		<input type="checkbox"/> 配食サービスを利用
サービス提供の対価(概算額)		月額※	約 45,360 円	内訳	朝食 324 円 昼食 648 円 夕食 540 円
		前払金	約 0 円	前払金の算定方法	
備考		○上記金額は8%消費税込です。 ○昼食代には、おやつ代108円が含まれます。 ○食費は月単位での請求となります。 ○朝食は午前8時～9時 昼食は午後0時～1時 夕食は午後6時～7時 おやつは午後3時～4時 1階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます(別途有料)。 ○キャンセル・変更等は提供される日の前々日午前9時までにお届けください。前々日午前9時までにお届けいただいたキャンセルの場合や、予期せぬご入院の場合などキャンセルの申し出が不可能であった場合については、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は、一日単位の食費計算とさせていただきます。 ○食事は、栄養士が作成する献立による食事を本住宅の厨房で調理いたします。 ○生活保護受給の方の食費は個別にご対応します。			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	※ 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	○高齢者住宅の付帯サービスである「生活支援サービス」のオプションサービス(有料)、または訪問介護事業所の「保険外訪問介護サービス(別途契約、有料)」を利用することができます。 ※対価はサービスの内容によって異なります。別添5 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表をご参照ください。				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	※ 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	○高齢者住宅の付帯サービスである「生活支援サービス」のオプションサービス(有料)、または訪問介護事業所の「保険外訪問介護サービス(別途契約、有料)」を利用することができます。 ※対価はサービスの内容によって異なります。別添5 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表をご参照ください。				

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 ※ 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		<p>○健康相談料金は状況把握及び生活相談サービス料金20,571円に含みます。 ○定期健康診断は、協力医療機関において年1回実施いたします(別料金)。 ※対価はサービスの内容によって異なります。別添5 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表をご参照ください。</p>			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	フロントサービス・アクティビティサービス・オプションサービス		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 ※ 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		<p>○フロントサービスは無償、アクティビティサービスの材料費は実費負担となります。 ○オプションサービス(介護保険適用外サービス)はご希望に応じて利用可能です(8%消費税込)。 ※対価はサービスの内容によって異なります。別添5 サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表をご参照ください。</p>			

別添5

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無							□ あり	■ なし
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		個別の利用料で実施するサービス		※1包 含	※2都 度	料金(税)	備考
	あり	なし	あり	なし				
基本(必須)サービス								
状況把握(安否確認)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○		20,571円/1ヶ月	<p>毎日、定時に各居室に職員がお伺いし、安否の確認を行います。 毎食事時に状況を確認します。 就寝前に在室状況を確認します。 上記以外の時間帯も、日中及び夜間の巡回により、利用者様(ご家族様)とご相談のうえ、利用者様の身体状況に合った頻度で安否確認を必要に応じて行います。毎日、定時に各居室に職員がお伺いし、安否の確認を行います。</p> <p>当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談に応じます。当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住</p> <p>日中・夜間とも、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び事業所職員が携帯しているPHSにて通報を受信のうえ、事業所職員が駆けつけ必要な対応を行います。</p> <p>ご利用中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医または当事業所の協力医療機関に連絡し、必要な措置を講ずるほか、緊急時連絡先となっているご家族様にも速やかに連絡をします。</p> <p>日中・夜間とも、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に</p>
・巡回 日中	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			
・巡回 夜間	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			
生活相談	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			
緊急時対応	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			
ナースコール対応	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	540円/1回	<p>食事は出来るだけ食堂で摂っていただけるよう配慮します。オプションサービスをお申込みの方には、食事介助を行います。食事は出来るだけ食堂で摂っていただけるよう配慮します。オプションサービスをお申込みの方には、利用者様の状況に応じた適切な排せつの介助、排せつの自立に向けた援助を行います。</p>	
排泄介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	540円/1回		
おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	540円/1回	オプションサービスをお申込みの方には、適切な頻度で交換します。	
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			購入店に対し実費負担	
入浴(一般浴)介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,160円/1回	オプションサービスをお申込みの方には、入浴又は清拭を行います。オプションサービスをお申込みの方には、入浴又は清拭を行います。	
清拭	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	1,620円/1回		
特浴介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

身辺介助									
・体位交換	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
・移動・移乗介助	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
・衣類の着脱	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
・身だしなみ介助	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
機能訓練	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
通院介助(協力医療機関)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	2,160円/1H	
通院介助(協力医療機関以外)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	2,160円/1H	個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します。
生活サービス									
居室清掃居室清掃	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
リネン交換リネン交換	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
日常の洗濯日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
居室配膳・下膳居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	540円/1回	
嗜好に応じた特別食嗜好に応じた特 おやつ			<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	通常食との差額	
理美容サービス理美容サービス			<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	実費理美容店に 対し 実費	訪問理美容にかかる実費費用
買物代行(通常の利用区域)買物代 買物代行(上記以外の区域)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	1,080円/1H	
役所手続き代行役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	1,080円/1H	個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します。 委任状が必要となります。職員では代行できないもの もあります。
金銭・貯金管理金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					・当住宅では、現金、通帳、印鑑等のお預かりは、いた しません。 ・ご本人様やご家族様において金銭管理が困難な場 合は、成年後見制度や、地域福祉権利擁護事業 (金銭管理サービス)等のご利用をご案内いたします。 ・当住宅では、現金、通帳、印鑑等のお預かりは、いた しません。
健康管理サービス健康管理サービス									
定期健康診断定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	医療機関に対し 実費医療機関に 対し 実費	含まれます。 健康診断を受診した場合は、医療機関に対し実費負 担となります。1年に1回機会を提供。健康診断の機 会の確保については、生活支援サービスとして実施し 、基本料金に含まれます。
健康相談健康相談	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○		随時
生活指導・栄養指導生活指導・栄養	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
服薬支援服薬支援	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○	3,240円/1ヶ月	は、お申込みにより、薬の管理や服薬介助を行いま す。ご自身の薬の管理や服薬が困難な方につつま しては、お申込みにより、薬の管理や服薬介助を行 います。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			○		状況把握(巡回・安否確認)、緊急時対応、生活相談 サービス、その他の生活支援サービスとして実施した サービスについては、実施内容の記録を行います。

医療支援サービス								
医師の訪問診療の取次	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。 医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。
医師の往診立会い	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			
処方薬の取次	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			タクシー、移送事業者等の手配や予約取次は生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。
入退院時の同行(協力医療機関)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ○	2,160円/1H	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ○	2,160円/1H	個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ○		ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は、必要に応じ無料で実施します。
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> ○		
その他								
フロントサービス ① 来訪者の受付問い合わせ対応 ② 必要に応じ宅配便・郵便物の発送および受け取り ③ 各種情報のご案内 ④ タクシー・福祉サービス等の手配 ⑤ クリーニングの取次ぎ ⑥ 新聞手配の取次ぎ ⑦ 食事の注文等の取次ぎ ⑧ その他サービスの取次ぎ	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			無料 生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。
アクティビティサービス ① 利用者様の交流活動支援(体操教室・手芸教室・映画鑑賞会等) ② 各種イベントの開催	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。 材料費は、実費負担となります。
立替金サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ○			無料 理美容代、医療費(通院費・薬代)、個人的に使用する品物の買い物代金など、ホームの利用料金に含まれない個人的な支出を、一旦ホームで立て替え、翌月にホームの利用料金と共に請求させていただくサービスです。但し、入院保証金や入院費用など高額なものは立て替えができません。また、現金そのものをお貸しすることはできません。

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2 「都度」は、サービスごとの利用料が決まっている場合に該当。料金を記載すること。

別添6

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	6	プラチナ・訪問介護ステーション春日部六軒町	埼玉県春日部市六軒町6
訪問入浴介護	0		
訪問看護	0		
訪問リハビリテーション	0		
居宅療養管理指導	0		
通所介護	0		
通所リハビリテーション	0		
短期入所生活介護	0		
短期入所療養介護	0		
特定施設入居者生活介護	1	プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島	埼玉県春日部市牛島1590-1
福祉用具貸与	0		
特定福祉用具販売	0		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0		
夜間対応型訪問介護	0		
地域密着型通所介護	1	プラチナ・デイサービス埼玉坂戸	埼玉県坂戸市元町65-6
認知症対応型通所介護	0		
小規模多機能型居宅介護	0		
認知症対応型共同生活介護	0		
地域密着型特定施設入居者生活介護	0		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0		
看護小規模多機能型居宅介護	0		
居宅介護支援	0		
<介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	0		
介護予防訪問リハビリテーション	0		
介護予防居宅療養管理指導	0		
介護予防通所リハビリテーション	0		
介護予防短期入所生活介護	0		
介護予防短期入所療養介護	0		
介護予防特定施設入居者生活介護	1	プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島	埼玉県春日部市牛島1590番地1
介護予防福祉用具貸与	0		
特定介護予防福祉用具販売	0		
<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	0		
介護予防小規模多機能型居宅介護	0		
介護予防認知症対応型共同生活介護	0		
介護予防支援	0		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	0		
介護老人保健施設	0		
介護療養型医療施設	0		
介護医療院	0		

特定施設入居者生活介護等の月額費用算定表(介護保険給付対象分)

(特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型を除く)の指定を受けている場合に作成)

入力セル
※1箇月 30日の場合

住宅所在市町	春日部市
地域区分	6級地
1単位の単価	10.27円

1. 月額費用

状態区分 介護	基本単位数 基本単位数	単位数の計加減 算 A(注) B(注)	改善加算単位数 介護職員処遇 改善加算単位数 C(A+B)加算率C'(A+B)加算率	総単位数 総単位数	総費用額 総費用額	(1割)利用者負 担額 F=E-E*90/100	(2割)利用者負 担額 G=E-E*80/100	(3割)利用者負 担額 H=E-E*70/100	
要支援1要支援	(180単位/日)	5,400単位	80単位	449単位	5,929単位	60,890円	6,089円	12,178円	18,267円
要支援2要支援	(309単位/日)	9,270単位	80単位	767単位	10,117単位	103,901円	10,391円	20,781円	31,171円
要介護1要介護	(534単位/日)	16,020単位	80単位	1,320単位	17,420単位	178,903円	17,891円	35,781円	53,671円
要介護2要介護	(599単位/日)	17,970単位	80単位	1,480単位	19,530単位	200,573円	20,058円	40,115円	60,172円
要介護3要介護	(668単位/日)	20,040単位	80単位	1,650単位	21,770単位	223,577円	22,358円	44,716円	67,074円
要介護4要介護	(732単位/日)	21,960単位	80単位	1,807単位	23,847単位	244,908円	24,491円	48,982円	73,473円
要介護5要介護	(800単位/日)	24,000単位	80単位	1,975単位	26,055単位	267,584円	26,759円	53,517円	80,276円

(注)若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算及び介護職員(注)若年性認知症処遇改善加算を除く。

(加減算の算定状況)(加減算の算定状況)

加減算種別	加減算種別	算定	加減算単位数	加減算単位数
身体拘束 廃止未実施 減算 身体拘束 廃止未実施 減算	要支援1要支援1	なし	(-18単位/日)	
	要支援2要支援2	なし	(-31単位/日)	
	要介護1	なし	(-53単位/日)	
	要介護2	なし	(-60単位/日)	
	要介護3	なし	(-67単位/日)	
	要介護4	なし	(-73単位/日)	
要介護5	なし	(-80単位/日)		
入居継続支援加算	なし		(36単位/日)	※要介護者のみ
生活機能向上連携加算	なし		(200単位/月) または (100単位/月)	※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月
個別機能訓練加算	なし		(12単位/日)	
夜間看護体制加算	なし		(10単位/日)	※要介護者のみ
医療機関連携加算	あり		(80単位/月)	80単位
口腔衛生管理体制加算	なし		(30単位/月)	
認知症専門 ケア加算	(I)	なし	(3単位/日)	
	(II)	なし	(4単位/日)	
サービス 提供体制 強化加算	(I)イ	なし	(18単位/日)	
	(I)ロ	なし	(12単位/日)	
	(II)	なし	(6単位/日)	
	(III)	なし	(6単位/日)	

加算種別	算定	加算単位数
介護職員 処遇改善 加算	(I)	あり (基本単位数+加減算単位数の計)×8.2%
	(II)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×6.0%
	(III)	あり (基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%
	(IV)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×90/100
	(V)	なし (基本単位数+加減算単位数の計)×3.3%×80/100

2. 若年性認知症入居者受入加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
若年性認知症入居者受入加算	なし	(120単位/日)	J=I*加算率 0単位	K=I+J 0単位	L=K*1単位の単価 0円	M=L-L*90/100 0円	N=L-L*80/100 0円	O=L-L*70/100 0円

3. 栄養スクリーニング加算を算定する場合の追加費用(実施月のみ・6月に1回を限度)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
栄養スクリーニング加算	なし	(5単位/回)	P Q=P*加算率 0単位	R=P+Q 0単位	S=R*1単位の単価 0円	T=S-S*90/100 0円	U=S-S*80/100 0円	V=S-S*70/100 0円

4. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(要介護者・入居から30日以内のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
退院・退所時連携加算	なし	(30単位/日)	W X=W*加算率 0単位	Y=W+X 0単位	Z=Y*1単位の単価 0円	A'=Z-Z*90/100 0円	B'=Z-Z*80/100 0円	C'=Z-Z*70/100 0円

5. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(要介護者・死亡月のみ)

加算種別	算定	加算単位数	介護職員処遇 改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
看取り介護加算	なし	死亡日以前4日 以上30日以下 (144単位/日)	D' E'=D'*加算率 0単位	F'=D'+E' 0単位	G'=F'*1単位の単価 0円	H'=G'-G'*90/100 0円	I'=G'-G'*80/100 0円	J'=G'-G'*70/100 0円
		死亡日の前日 及び前々日 (680単位/日)						
		死亡日 (1280単位/日)						
		最大						