

登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 東京都港区港南二丁目15番3号
 氏名 HITOWAケアサービス株式会社
 代表取締役 袴田 義輝
 代理人 住所 千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号
 イリーゼ津田沼
 氏名

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条に基づき、以下の事項について説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) いりーぜつだぬま イリーゼ津田沼
所在地	(住居表示) 千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(京成 線 京成津田沼 駅から 徒歩 で 約 13 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(JR総武線 津田沼から徒歩で約 19分)
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2018 年 1 月 1 日から 2047 年 12 月 31 日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2015 年 9 月 1 日から 2045 年 8 月 31 日まで

注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

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) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6632-7702
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
	住所(法人 にあつて 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) いりーぜつだぬま イリーゼ津田沼
事務所の所在地	(郵便番号 275-0015) 千葉県習志野市鷺沼台1丁目7番12号 電話番号 047-470-5701

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 61 戸
居住部分の規模	(最小) 18.09 m ²
	(最大) 19.02 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 階数 地上 2 階建
竣工の年月	2018 年 1 月 29 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	利用権方式
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	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	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

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 0 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 57,240 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	約 0 円
	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	約 0 円
	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	約 0 円
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 33,000 円
家賃の概算額	(最低) 約	93,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり
	(最高) 約	93,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約	24,000 円	
	(最高) 約	24,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約	0 円	家賃の 0 月分
	(最高) 約	0 円	
水道光熱費の支払方法	共益費に含むため不要		
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
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃		
	サービス提供の対価		
返還額の算定方法			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで		
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)		
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない		
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		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている		
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)		

※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

管理の方法	<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		
登録の更新の 申請の日前一 年間における 入居者の数及 び退去者の数	入居者の数	人
	退去者の数	人

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)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input 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
		<input 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
		<input 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
		<input 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)

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 おきなわとくしゅうかい ちばとくしゅうかいびょういん 医療法人 沖縄徳洲会 千葉徳洲会病院
事業所の所在地	(郵便番号 274-8503) 千葉県船橋市高根台2丁目11-1 電話番号 047-466-7111
連携又は協力の 内容	入院・外来診療に関する事、時間外の受診・治療に関する事、病状急変時の受け入れに関する事、また、これらに付随する医療行為に関する事

事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん こんぱす こんぱすないかくりにつくまはりふなばし 医療法人社団コンパス コンパス内科クリニック幕張船橋
事業所の所在地	(郵便番号 274-0824) 千葉県船橋市前原東2丁目20-4 鶴岡店舗1階 電話番号 047-489-5756
連携又は協力の内容	訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん けいせいかい ちばにしくりにつく 医療法人社団 慶成会 千葉西クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 274-0063) 千葉県船橋市習志野台一丁目10番1号 エトワール石川 1階 電話番号 047-456-6110
連携又は協力の内容	訪問診療(月2回)、オンコール対応、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談(医療費その他の費用は入居者の自己負担)

事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん ゆうけんかい こうのしかいいん 医療法人社団 佑健会 コウノ歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 275-0002) 千葉県習志野市実籾5-8-6 リフポート習志野1F 電話番号 047-477-8500
連携又は協力の内容	訪問歯科診療及び口腔ケア (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針
別添5のとおり

12. 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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に則り適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

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	18.09	×	○	○	×	×	○	26	101～103, 105～108, 110～113, 201～203, 205～208, 210～213, 215～218	93,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	2	115,220	93,000
1	18.84	×	○	○	×	×	○	30	117, 118, 120～123, 125～128, 130, 131, 222, 223, 225～228, 230～233, 235～238, 250～252, 255	93,000
1	19.02	×	○	○	×	×	○	3	116,221,253	93,000

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

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	2	165.13	1F, 2F	61	共用台所併設
多目的便所	1	6.18	1F	61	
機械浴室	1	15.63	1F	61	
脱衣室	2	86.79	1F, 2F	61	
浴室	7	33.74	1F, 2F	61	
ラウンジ	1	37.68	1F	61	
共用便所	3	11.99	2F	61	
リビング	1	50.38	2F	61	
厨房	1	6.06	2F	61	

注)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。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

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					
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 checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input checked="" 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						
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人			
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	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	12人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	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	9時	00分	～	18時	00分	人員	1人	
	上記以外の時間	18時	00分	～	9時	00分	人員	1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	1日1回以上は、巡視、またはシステム機器等を併用して適宜安否確認を行います <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)					毎日	1	回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時		00分	～	24時		00分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	ケアコール							
	通報先	各階ヘルパーステーション、1階事務室及び介護職員携帯端末			通報先から住宅までの到着予定時間		1分		
緊急時における対応の内容	各室2箇所(室内トイレ含む)に設置されている緊急呼び出しボタン(ケアコール)や、共用トイレ・浴室に設置されている緊急呼び出しボタン(ケアコール)が押された場合は、職員が居室に駆け付け対応します。(24時間対応します)								
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について住宅職員がご相談をお受けします。								
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	提供時間	9時	00分	～	18時	00分			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の					
	前払金	約	0円	算定方法					
備考	自立の方は追加で別途、生活サポート費として39,000円(税込42,900円)がかかります。 事業者は入居者に対し、次の生活サービスを提供します。 一 入居者の生活必需品の購入、代金の立替払い、公租公課等の納付の代行、官公署等への届出および手続きの代行等。ただし、事業者が実施できるものに限ります。 二 身元引受人等への連絡								

※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。

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 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 checked="" 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) ひとわふーどさーびすかぶしがいいしゃ HITOWAフードサービス株式会社	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号	電話番号 03-6738-6114
	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 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号	電話番号 03-6738-6114
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()	
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"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()	
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()	
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし
入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 57,240 円	内訳 朝食 568 円 昼食 670 円 夕食 670 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	月額 57,240円(本体価格53,000円) 食費の内訳は、次の通りです。 食材費:月額27,540円(税込) 厨房管理費:月額29,700円(税込) 入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食材費(1か月を30日とし日割り換算)を減額いたします。厨房管理費(食事提供に必要な人件費・設備・備品代等)は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。 食事を欠食される場合は、欠食になることがわかり次第職員までお知らせください。		

※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	・介護保険外としてお客様希望により有料1回550円(入浴介助10分550円) ・排泄用品廃棄料1,100円/月 ・必要時の食事介助は追加料金発生いたしません。 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参照		

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (個別対応サービス)	
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	介護保険外としての居室清掃・リネン交換・日常の洗濯は、お客様希望により各有料1回550円(税込) 通常の利用区域や回数を超える買い物代行・役所手続き代行お客様希望により各有料10分550円(税込) その他個別対応サービスはご相談の上、有料10分550円(税込)で対応可能 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参照		

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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input 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	協力医療機関については、通院介助や入退院時の同行は無料です。 上記以外、お客様希望により有料(10分550円(税込))		

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()	
		フロントサービス ・受付サービス(来訪者取次、郵便物等の受け取り代行及び居室への配布等) ・レクリエーションサービスの企画、運営	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	入院等の不在期間があっても減額いたしません		

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ