

有料老人ホーム

夢眠ちば

【重要事項説明書】

株式会社 夢眠ホーム

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	池部 ゆう子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやむうみんほーむ 株式会社夢眠ホーム	
主たる事務所の所在地	〒509-0247 岐阜県可児市塩河 960 番地の 1	
連絡先	電話番号	0574-65-1211
	FAX番号	0574-65-9531
	ホームページアドレス	http://muminhome.jp/
代表者	氏名	佐藤 信輔
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ 平成 29年12月20日	
主な実施事業	有料老人ホームの運営	

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) むうみんちば 夢眠ちば	
所在地	〒285-0841 千葉県佐倉市下志津 214-1	
主な利用交通手段	最寄駅	① 京成「志津」駅 ② 京成「ユーカリが丘」駅
	交通手段と所要時間	① ちばグリーンバス乗車 10 分、「東邦大学佐倉病院」下車、徒歩 1 分 ② 徒歩約 20 分
連絡先	電話番号	043-312-8620
	FAX番号	043-312-8621
	ホームページアドレス	http://muminhome.jp/chiba/
管理者	氏名	池部 ゆう子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・ 平成 27年11月30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】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 1271702688 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 1271702688
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 30 年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 30 年 4 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5,679.94 m ²					
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地					
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地					
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり（平成 30 年 3 月 31 日～令和 30 年 3 月 31 日） <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
建物	延床面積	全体	2322.85 m ² （地上 5 階建）				
		うち、老人ホーム部分	2322.85 m ² （1 階の一部を除く）				
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物					
		<input type="checkbox"/> 3 その他（ ）					
		<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造					
	構造	<input type="checkbox"/> 4 その他（ ）					
		所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物				
			<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
	抵当権の設定		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり（平成 30 年 3 月 31 日～令和 30 年 3 月 31 日） <input type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室					
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
		最少	人部屋				
	最大	人部屋					
	タイプ 1	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.64 m ²	10	介護居室個室	

	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.08 m ²	40	介護居室個室	
共用施設	共用便所における便房	9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	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	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他 ()		ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" 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)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
その他	エントランスホール、面談室、駐車場等						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	別紙「施設の運営方針」参照
サービスの提供内容に関する特色	別紙「施設の運営方針」参照
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

(介護サービスの内容)

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	処遇改善加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	特定処遇改善加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	介護職員ベースアップ等支援加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	退院退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	入居継続支援加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	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"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1			
	<input type="checkbox"/> 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(訪問診療医の確保)
協力医療機関	1	名称	佐倉中央病院(一般病床 85 床、地域包括ケア病床 11 床 施設から 7.3 km、所要時間 18 分)
		住所	千葉県佐倉市栄町 20-4
		診療科目	内科、外科、整形外科、泌尿器科等
		協力内容	治療、緊急時の対応及び転院必要時の他医療機関紹介に関する 協力等。(医療費その他の費用は入居者の自己負担) 個別の訪問診療。
協力医療機関	2	名称	曙ユーカリが丘クリニック
		住所	千葉県佐倉市南ユーカリが丘 2-1-1F100
		診療科目	内科、小児科、皮膚科
		協力内容	個別の訪問診療
協力歯科医療 機関	1	名称	モアナ歯科
		住所	千葉県 八千代市緑が丘 3-1-6 リーセントヒルズパークフロント B 棟 104 号
		協力内容	訪問歯科診療、口腔衛生(口腔清掃・衛生、嚥下指導)

協力歯科医療 機関	2	名称	デンタルクルーズ
		住所	東京都高輪 3-25-33 長田ビル 4 階
		協力内容	訪問歯科診療、口腔衛生（口腔清掃・衛生、嚥下指導）

(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	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ）	
判断基準の内容	入居者の日常生活の維持及びホーム運営上特に支障があり、特別な配慮が必要であると認められた場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	① 施設が指定する医師の意見を聴く ② 一定の観察期間を置く ③ 本人・身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	① 施設で対応できる医療的ケアの範囲を超えない方 ② 著しい自傷他害の恐れのない方 ③ 当施設の運営主旨をご理解の上、ご協力いただける方	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 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	入居契約書第 25 条、第 26 条
	解約予告期間	60 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

入居定員	50人
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	21	19	2	19.0
介護職員	17	17		17.0
看護職員	4	2	2	2.0
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	2	1	1	1.4
栄養士				
事務員	3	2	1	2.7
その他職員	2		2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間
※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。				

(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	14	14	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3	3	
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	1	1	
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30分～8時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	3人	3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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	47 : 18.0
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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 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	4	4	1								
前年度1年間の退職者数	5	3	2				2				
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			1							
	3年未満										
	3年以上			5							
	5年未満										
	5年以上	1								1	1
	10年未満										
10年以上	1	2	11		1			1			
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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】		<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		4 選択方式	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	施設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等を勘案し改定することがある	
	手続き	入居者様、ご家族様のご意見を頂き料金を改定する	

(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	要介護1	要介護5
	年齢	70歳	80歳
居室の状況	床面積	18.08㎡	18.08㎡
	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
入居時点までに必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金※1	100,000円	100,000円
	家賃(当月分+翌月分)	当月分は日割り計算のため、入居日により異なる	
月額費用の合計		143,534円	152,760円
家賃		50,000円	50,000円
サービス費用	介護保険外		
	特定施設入居者生活介護※2の費用	20,074円	29,300円
	食費	53,460円	53,460円
	管理費	20,000円	20,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他		
※1 退去時に原状回復費・支払い債務等に充当し残金を返却します。			
※2 介護保険自己負担分(1割負担の場合)			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	事業費の総額、周辺賃貸物件の価格、当施設の面積・定員等を考慮して1室当たりの家賃を算出。
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	介護保険給付額に基づく
管理費	水道光熱費、共用部分の維持管理・事務管理部門人件費を根拠に算出。
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用 (朝食 486円 昼食 648円 夕食 648円 消費税込)
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	

※敷金、家賃相当額、介護保険給付費は消費税非課税です。それ以外の費用には消費税が課税されます。消費税率が改定になった場合は、改定内容及び法令等に従い、利用料も変更になります。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護 [*] に対する自己負担	基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分
特定施設入居者生活介護 [*] における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	—
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) 該当なし

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	21 人
	女性	22 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	9 人
	75 歳以上 85 歳未満	17 人
	85 歳以上	14 人
要介護度別	自立（申請中）	0 人
	要支援 1	0 人
平均介護度	要支援 2	0 人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	7 人
	要介護 4	14 人
	要介護 5	13 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	8 人
	1 年以上 5 年未満	20 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	79.1 歳
入居者数の合計	43 人
入居率 [*]	86%
※ 入居者数の合計を入居定員数（50 名）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	2人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	2人
	死亡者	43人
	その他	1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	5人
		(解約事由の例) 在宅復帰 医療施設への入院 老健への転居のため

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)

窓口の名称	夢眠ちば相談窓口
電話番号	043-312-8620
日曜・祝日	午前9:00～午後5:00
定休日	なし
窓口の名称	千葉県国民健康保険連合会
電話番号	043-254-7428
受け付け時間	午前9:00～正午 午後1:00～午後5:00
定休日	土曜日・日曜日・祝日

(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) 三井住友海上賠償責任保険
	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) 上記保険内容に基づく
	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度)
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 医療提供の必要なご利用者様が多いことを鑑み感染対策を考え積極的に個別面談を行うことで代替措置とする
	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時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (平成 30 年 4 月 1 日届出) 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 (平成 年 月 日登録) 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	1 あり 2 なし (平成 27 年 7 月 1 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	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	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり 2 なし	
不適合事項がある場合の内容	-	

重要事項説明書及び添付資料について説明を受け、理解しました。

年 月 日

(入居者との続柄: _____)

説明者署名 _____

施設運営方針

1. 基本理念

ご利用者様の心身の状態を理解し、ご利用者様個々に応じた個別ケアを実践し、生活をより豊かに感じられる人間らしい尊厳のある生き方を支援致します。

2. 活動方針

- ①ご利用者様を固有の歴史を持った個人として尊重し、あらゆる意味でその命と人生に敬意をもって接します
- ②ご利用者様の主体性と可能性を信じ、サービスを通して多くの力と個性が発揮できるように支援致します。
- ③ご利用者様が安心感と自信を持ってサービスを利用できるよう、援助者として暖かさ、誠実さを大切に致します。
- ④ご利用者様のプライバシーを尊重し、職務上知り得た情報について秘密保持に責任を負います。
- ⑤ご利用者様に対し、いかなる差別を行わず、また身体的、精神的な暴力、虐待を行いません。

株式会社夢眠ホーム

別紙 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		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション 夢眠ちば	千葉県佐倉市下志津214-1
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		
<居宅介護予防サービス>				
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	訪問看護ステーション 夢眠ちば	千葉県佐倉市下志津214-1
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		
<介護保険施設>				
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		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	あり	なし		

有料老人ホーム情報開示等一覧表

(令和5年7月1日現在)

施設名		夢眠ちば	
施設の類型		介護付き有料老人ホーム	
介護保険の指定居宅サービスの種類 (注1)		特定施設入居者生活介護事業所 介護予防特定施設入居者生活介護事業所	
所在地・電話番号		〒285-0841 千葉県佐倉市下志津 214-1 電話番号 043-312-8620	
事業主体 (名称・所在地)		株式会社夢眠ホーム 〒509-0247 岐阜県可児市塩河 960 番地の 1	
開設年月日		平成 30 年 5 月 1 日	
入居者/入居定員		43 人 / 50 人	
一時金	入居一時金	0 円	
	介護費用の一時金 (円) (介護保険給付対象外の介護サービスに係る利用料)	0 円	
	返還金の保全措置	有 (内容) <input type="checkbox"/> 無	
月額利用料 (円) (介護保険に係る利用料は除く)		123,460 円	
月額利用料以外の実費負担の内容		おむつ代、洗濯代、理美容サービス等	
要介護状態 になった場合	介護を行う場所	介護居室	
	追加費用の有無 (注2)	なし	
体験入居の有無・費用等		有り (1泊2日)	
情報開示	重要事項説明書の公開	公開 (閲覧・ <input type="checkbox"/> 交付)	非公開
	契約書の公開	公開 (閲覧・ <input type="checkbox"/> 交付)	非公開
	管理規程の公開	公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧・交付)	非公開
	財務諸表の公開	公開 (閲覧・交付)	<input type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	公開 (閲覧・交付)	<input type="checkbox"/> 非公開
(社) 全国有料老人ホーム協会 及び入居者基金への加入状況		無し	
備考			

注1 介護保険法第70条の規定により指定された居宅介護サービスの種類を記入。
居宅介護支援は除く。

注2 介護費用の一時金及び介護保険に係る利用料は除く。