

重要事項説明書

記入年月日	2025年8月22日
記入者名	祖父江 美月
所属・職名	業務管理部

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について」の一部改正について（令和4年8月18日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙3の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙3の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

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) かぶしきがいしゃむうみんほ一む 株式会社夢眠ホーム	
主たる事務所の所在地	〒461-0001 名古屋市東区泉三丁目7番9号	
連絡先	電話番号	052-737-2590
	FAX番号	052-715-3701
	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	2017 年 12 月 20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) 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
	メール	info-support08@muminhome.jp
	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		平成27年 11 月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		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	令和 6 年 5 月 1日
	指定の更新日（直近）	令和12年 4 月 30日

3. 建物概要

土地	敷地面積	5679.94 m ²	
	所有関係	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（普通賃借 ・ 定期賃借）	
		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	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	2322.85 (地上5階建) m ²			
		うち、老人ホーム部分	2322.85 (1階の一部を除く) m ²			
	耐火構造	<input checked="" 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 ()				
	構造	<input checked="" 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成30年3月31日～令和30年3月31日) (年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" 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			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.08 m ²	40	介護居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「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	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	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		
緊急通報装 置等	居室 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他（ ） 1 あり 2 一部あり 3 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	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	入居継続支援加算	(i) 1 あり 2 なし
		(ii) 1 あり 2 なし

有無	生活機能向上連携加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
※1「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。	ADL維持等加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
※2「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退去時情報提供加算	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	(i) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(ii) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(iii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員等処遇改善加算	(i) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(ii) <input type="checkbox"/> 1 あり (予防) 2 なし
		(iii) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(iv) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(1) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(2) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(v)(3) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
(v)(4) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
	(v)(5) 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

	(v)(6)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(7)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(8)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(9)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(10)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(11)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(12)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(13)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(v)(14)	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	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 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		
		協力科目			
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	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		
		協力科目			
協力内容		入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	診療の求めがあった場	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			

			合において診療を行う体制を常時確保	
	3	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし			
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	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) ※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 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 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 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 2 なし			
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし		
	便所の変更	1 あり 2 なし		
	浴室の変更	1 あり 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日無償) <input 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

※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			
	27	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	18	17		17.0
介護職員	16	16	1	15.0
看護職員	2	1		2.0

機能訓練指導員	2	2		2.0
計画作成担当者	2	1	1	0.8
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		0.5
その他職員	2	1	1	2.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				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。				
※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
	14		
社会福祉士			
介護福祉士	11	11	
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
	2		
看護師又は准看護師			
理学療法士	2		
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 (21 時 00 分～ 6 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 (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)	49 : 17

※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		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	3		5		2		1			
前年度1年間の退職者数	4		6		2			1		
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									
	3年未満									
	3年以上			1						
	5年未満									
	5年以上			2						1
10年未満										
10年以上	2		11	0	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 m ²	18.08 m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金 ^{※3}	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、入居日のより異なる		
月額費用の合計		144,265円	153,849円	
費用	家賃	50,000円	50,000円	
	サービス	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	20,805円	30,389円
	保険	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	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）
 ※3 退去時に原状回復費・居室他クリーニング代・支払い債務等に充当し残金を返却します。
 ※4 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	別添2
その他のサービス利用料	退去時にハウスクリーニングの料金 33,000円を請求する

※※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、改定の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) ※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

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) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月

(入居者の属性)

平均年齢	77.7 歳
入居者数の合計	49 人
入居率*	98%
※ 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	2 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	7 人
	死亡者	57 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	13 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) ※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	夢眠ちば相談窓口	
電話番号	043-312-8620	
対応している時間	平日	午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00
	土曜	午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00
	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	
対応している時間	平日	午前 9:00 ~ 正午 午後 1:00 ~ 午後 5 : 00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜日・日曜日・祝日	

窓口の名称	千葉県運営適正委員会	
電話番号	043-246-0294	
対応している時間	平日	午前9:00～午後5:00
	土曜	
	日曜・祝日	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 三井住友海上賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記保険内容に基づく
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 年 1 回		
	2 なし			
	1 代替措置あり	(内容)		
	2 代替措置なし			
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		1 あり	2 なし
	指針の整備		1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり	2 なし
	担当者の配置		1 あり	2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催		1 あり	2 なし
	指針の整備		1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと			
1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録		1 あり	2 なし
	2 なし			
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		1 あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画		1 あり	2 なし
	従事者に対する周知の実施		1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり	2 なし
	定期的な訓練の実施		1 あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し		1 あり	2 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	1 あり (平成 30 年 4 月 1 日届出)			

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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 (年 月 日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
不適合事項がある場合の内容	

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 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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	訪問介護ステーション夢眠もばら	千葉県茂原市上茂原388-10
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	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	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ケアプランセンター夢眠もばら	千葉県茂原市上茂原388-10
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	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	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接	訪問介護ステーション夢眠もばら	千葉県茂原市上茂原388-10
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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						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）		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				保険給付
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				保険給付
おむつ代			なし	あり		○	①495円/日 ②660円/日	使用頻度による、外部業者との契約
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				保険給付
特浴介助	なし	あり	なし	あり				保険給付
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				保険給付
機能訓練	なし	あり	なし	あり				保険給付
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		770円/1ネット	外注業者との契約
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				適宜実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり	○			
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		年2回の機会を設ける。自己負担。
健康相談	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり				適宜実施
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				適宜実施
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・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			協力機関の場合に適宜実施

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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、月額の利用料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。