有料老人ホーム　重要事項説明書

施設名	特定施設入所者生活介護事業所マゼンタ
定員・居室数	３５名　・　３５室

１．有料老人ホームの類型・表示事項

類型	介護付（一般型）
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	月払い方式
入居時の要件	要支援・要介護
介護保険の利用	特定施設入居者生活介護
居室区分	定員１人
介護に関わる職員体制	2.5：1 以上

２．事業主体概要

名称	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾕｳｹﾞﾝｶﾞｲｼｬ　ｲﾁﾖｳ		
	名　称	有限会社　一陽		
所在地	〒370-0521　群馬県邑楽郡大泉町住吉 54 番 11 号			
連絡先	電話番号：0276-63-8600　FAX 番号：0276-63-8602			
ホームページ	http://www.mazenta.co.jp			
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名	田中　和子
設立年月日	平成 14 年 7 月			
主な事業等	有料老人ホーム経営及び介護保険指定事業			

３．施設概要

事業所名称	ﾌﾘｶﾞﾅ	ﾄｸﾃｲｼｾﾂﾆｭｳｼｮｼｬｾｲｶﾂｶｲｺﾞｼﾞｷﾞｮｳｼｮ　ﾏｾﾞﾝﾀ		
	名　称	特定施設入所者生活介護事業所マゼンタ		
所在地	〒370-0521　群馬県邑楽郡大泉町住吉 54 番 11 号			
連絡先	電話番号：0276-63-8600　FAX 番号：0276-63-8602			
介護保険事業指定番号	第 1073100438			
管理者職氏名	役職名	管理者	氏名	田中　和子
開設年月日	平成 15 年 11 月 1 日			
事業所アクセス	①東武小泉線・西小泉駅　徒歩 6 分　②東北自動車道・館林 IC より 25 分　③北関東自動車道・太田桐生 IC より 20 分			
敷地概要	権利形態	賃貸借（事業主体役員所有）	抵当権	なし
	面積	1,934.96 ㎡		

建物概要	権利形態	自社所有	抵当権	あり
	延床面積	2,370.59 ㎡ うち有料老人ホーム分 896.8 ㎡　　共用部分 199.1 ㎡ （別に SH 分　676.62 ㎡　DS 分　214.5 ㎡）		
	竣工日	平成 15 年 9 月		
	階数	地上 3 階建		
	構造	鉄筋コンクリート造　　耐火建築物		
居室（介護居室）概要	介護居室　　３５室　（全室個室）　定員３５名 A タイプ　　３１室　（13.8 ㎡） B タイプ　　４室　（13.5 ㎡）			
便所	居室	全室設置		
浴室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：2 個　　機械浴：1 個
食堂	兼用	あり（機能訓練室）		
	併設施設との供用	あり（ショートステイ事業）		
その他共用施設	脱衣室・浴室・食堂・レクリエーションスペース・ランドリーキッチン・ロビーラウンジ			
エレベーター	あり　１基			
消防設備	自動火災報知設備：あり	火災通報装置：あり	スプリンクラー：あり	
緊急呼出装置	居室：あり　　便所：あり　　浴室：あり　　脱衣室：あり			

４．入居状況

令和５年４月１日現在

入居者及び定員	３３名　・　定員３５名	
入居者内訳	性別	男性：１２人　　女性：　２１人
	介護度別	要支援１：０　　要支援２：１ 要介護１：１　　要介護２：７　　要介護３：６ 要介護４：７　　要介護５：１１
	平均年齢	８７．６歳（男性：84.5 歳　　女性：89.4 歳　）

５．職員体制

令和５年４月１日現在

①有料老人ホームの職種及び人数

	職員数	常勤換算人数	夜勤勤務職員数（19 時～翌 7 時）	備考
管理者	1	0.3		
生活相談員	2			
直接処遇職員	20		2	
介護職員	18	12.8		
看護職員	2	2.0		
機能訓練指導員	1	0.1		

計画作成担当者	1	0.1		
栄養士	1			
調理員				※施設内外注
事務職員	2	1.4		
合　計				
介護職員の有資格者	6			
②　1週間のうち常勤従業者が勤務すべき時間				40時間
③　従業者の勤務体制の概要	早番：7:00～16:00　日勤：8:30～17:30　遅番：10:00～19:00 準夜勤：16:00～24:00　深夜勤：0:00～10:00			

6．サービスの内容

提供するサービス

食事の提供サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
食事介助サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
入浴介助サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
排泄介助サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
居室の清掃・洗濯サービス等	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
生活相談対応サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
健康管理サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
服薬管理サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
金銭管理サービス	あり　※別紙「介護サービス一覧表」による
別途費用負担の必要なサービス	別紙「介護サービス一覧表」による

7．利用料(令和6年6月1日現在)

介護保険給付対象サービス自己負担額（※要介護度に応じて利用料の1割～3割を負担する）

（30日換算・自己負担額1割の場合）

介護度	基本単位（日）	基本単位（30日）①	加算②（30日）	総単位数（A）（①＋②）	自己負担額（目安（A）×③
要支援1	183	5,490	180	5,670	6,168円
要支援2	313	9,390	180	9,570	10,412円
要介護1	542	16,260	480	16,740	18,213円
要介護2	609	18,270	480	18,750	20,400円
要介護3	679	20,370	480	20,850	22,684円
要介護4	744	22,320	480	22,800	24,806円
要介護5	813	24,390	480	24,870	27,058円

【加算②】

加算の種類	算定	単位	備考
個別機能訓練加算	なし	―	

生活機能向上連携加算	なし	―	
夜間看護体制加算	あり	9 単位/日	要介護者のみ
看取り介護加算	あり	※対象者のみ（算定期間あり）	
医療機関連携加算	なし	―	
認知症専門ケア加算	なし	―	
サービス提供体制強化加算	あり（Ⅲ）	6 単位/日	
退院・退所時連携加算	なし	―	

【加算③】

介護職員処遇改善加算	あり（Ⅳ）	8.8%	

地域別単価は 10.0 円となります。（大泉町）

看取り看護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。

介護保険に係る利用料

介護保険法令等による本人の利用料一部負担額は、関係法令に基づいて定められているため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の料金が適用されます。

介護保険給付対象外サービス（令和６年４月１日現在）

月額利用料	A タイプ：140,400 円　　B タイプ：135,400 円
管理費	22,000 円／月額（税込） 使途：水光熱費、共用施設の維持管理、生活サービス全般に係る事務費、人件費等
食費	1,780 円／日額（朝食：510 円　昼・夕食：585 円　おやつ：100 円） ※キャンセルは前日 16 時までにご連絡下さい。土・日曜は金曜日の 16 時までとなります。以降のご連絡時は食事代が発生します。
水光熱費	管理費に含む。但し、電話代等は別途実費負担
家賃相当額	A タイプ：65,000 円／月額　　B タイプ：60,000 円／月額
その他	介護用品費等は、別途実費負担

費用の改定

事業者は、費用の改定にあたり目的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費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定いたします。改定に当たっては、契約者及び身元保証人等に事前に通知いたします。

費用の支払い日・支払い方法

サービスの利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し、契約者宛てに費用項目の明細を付し、これを翌月 15 日までに請求します。事業者はこれに基づき原則としてその金額を契約者指定の銀行口座から自動振替するものとします。

８．介護を行う場所等

要介護時（認知症を含む）に介護を行う場所	全て介護居室のため、各居室

その他居室への移動	あり 契約者の要介護状態等の変化に伴い、当該居室では適切な介護を実施できない恐れがある場合、事前に契約者及び身元保証人と協議の上、より適切な居室に変更することができる

９．契約の終了

契約者からの解約	契約者は、事業者に対して、1ヶ月前までに通知することにより本契約を解約することができます。
事業者からの解約	事業者は、契約者又はその家族等が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。 ①契約者又はその家族が契約締結時に、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ②契約者による契約書第 8 条第 1 項から第 4 項に定めるサービス利用料金の支払いが 1 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合 ③契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 ④契約者が、入院その他の理由により、原則、居室を 1 ヶ月以上空け、介護サービスを受けない場合 ⑤天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小するとき
契約の自動終了	次の事由に該当する場合には、本契約は自動的に終了します。 ①契約者が死亡した場合 ②契約者の要介護度区分が、自立と判定された場合

１０．協力医療機関

協力医療機関①	名称	医療法人一陽会　たなか医院
	診療科目	内科　外科　循環器内科　消化器科
	内容	入居者の健康管理・相談・受診・治療に協力するとともに、診断の結果入院加療が必要とされる場合、連携病院への入院支援を行う。
協力医療機関②	名称	医療法人三省会　堀江病院
	診療科目	内科　外科　精神科　循環器科　整形外科　脳神経外科 皮膚科　泌尿器科　耳鼻咽喉科　リハビリテーション科 放射線科　麻酔科

協力医療機関③	名称	医療法人徹裕会　蜂谷病院
	診療科目	内科　外科　胃腸科　整形外科　放射線科　皮膚科 泌尿器科　脳神経外科
協力歯科医療機関	名称	森田歯科医院
	内容	訪問歯科治療の提供及び相談

１１．苦情解決の体制

①相談窓口	事業者は、契約者等からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、本件サービスに関する要望、苦情等に対し迅速に対応します。 【苦情受付担当・責任者】　施設管理者 【受付時間】　毎週月曜日から金曜日　９：００～１７：００ 土・日・祝日及び 12/31～1/4　休み 【連絡先】　０２７６－６３－８６００
②行政機関その他苦情受付機関	・大泉町役場　高齢介護課 所在地：群馬県邑楽郡大泉町日の出 55-1 連絡先：０２７６－６３－３１１１（代表） ・群馬県国民健康保険団体連合会 所在地：群馬県前橋市元総社 355-8 連絡先０２７－２９０－１３１９（代表）
運営懇談会	事業者は、本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年１回定例会を開催します。運営懇談会の構成員は、契約者、契約者の家族、身元保証人、施設の管理者ならびにその他職員とします。

１２．事故発生時等の対応

緊急時の対応	契約者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、可能な限り速やかに予め届けられた連絡先及び主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。（緊急対応マニュアルにて対応）
事故発生時の対応	契約者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかにご家族、身元保証人に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。 又、必要に応じて市区町村へ報告します。（緊急マニュアルにて対応）

１３．損害賠償

・事業者は、施設賠償責任保険に加入しています。
・事業者は、本件サービスの提供に伴って、事業者の責に帰すべき事由により契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、契約者にその損害を賠償します。
・事業者は、契約者が快適かつ心身ともに充実し安定した生活を営んでいただくために、最善の注

意をもってサービス提供を行うよう努めてまいりますが、通常の注意義務を超えて事故などが発生し、その原因が事業者に起因しない場合には、責任を負いかねる場合があることを予めご同意下さい。よって、例えば、完全な転倒防止等をお約束することはいたしかねます。

１４．守秘義務等

秘密保持	事業者及びサービス従業者は、本件サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後においても継続します。
個人情報の取扱い	1.ご契約者に医療上、緊急の必要が生じた場合の医療機関等へのご契約者に関する心身等の情報提供 2.ご契約者に係る介護サービス提供に関する他の居宅介護サービス事業者等の連携を図るためのご契約者及びご家族等の個人情報の提供 3.ご契約者又はご家族から、当事業所が提供するサービス内容等についての苦情申立てが起こった場合、苦情内容を審議するため当事業者の苦情対策室関係者へのご契約者及びご家族等の個人情報の提供 4.介護計画作成時、必要となる要介護認定等に係わる調査内容及び、介護認定審査会による判定結果・意見書・主治医の意見書の内容の提供

１５．身体拘束について

やむを得ず身体拘束等を行う場合	事業者は、本件サービスの提供にあたって、契約者の生命・身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の３つの要件全てを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、契約者又はご家族に十分説明を行い、その態様及び時間、その際の契約者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、ご家族等の要求がある場合及び行政機関等の指示がある場合には、開示します。

１６．第三者による評価の実施状況

あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	あり　　なし
なし		

令和　　年　　月　　日

指定特定施設入所者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。本書 2 通を作成し、契約者、身元保証人が署名捺印の上、契約者、事業者が各 1 通を保有するものとします。

事業者　事業者名　有限会社　一陽
住　　所　群馬県邑楽郡大泉町住吉 54-11
代表者名　代表取締役　田中　和子

事業所　事業所名　特定施設入居者生活介護事業所マゼンタ
説明者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意し、本書面の交付を受けました。

契約者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元保証人　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族代表者　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人が署名できないため、本人の承諾を得て代理署名をしました。

代理署名人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　続柄＿＿＿＿＿＿＿＿