１．事業者

事業者の名称	有限会社　一陽
事業者の所在地	群馬県邑楽郡大泉町住吉５４－１１
代表者名	田中　和子
電話番号	0276-63-8600
設立年月	平成 14 年 7 月 5 日

２．ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

（１）事業所の所在地等

施設の名称	グループホーム　マゼンタ
介護保険指定事業者番号	第 1073100420
事業所の所在地	群馬県邑楽郡大泉町寄木戸１０６
事業所のサービス提供地域	大泉町
管理者名	腰塚　和彦
電話番号	0276-49-5560
指定年月	平成 15 年 10 月 1 日

（２）事業の目的と運営方針

事業の目的	認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて、安心と尊厳のある生活を営むため必要な日常生活上の世話や日常生活の中での機能訓練などを行い、利用者が長期に渡り安心かつ快適に暮らせる生活の場となることを目的としています。
施設運営の方針	事業所の従業者は、要介護状態にあって認知症の状態のある者について、共同生活住居において、家庭的な環境のもとで入浴、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものとする。

（３）事業所の定員

ユニット数と利用定員	３ユニット２７名（１ユニット９名）

（４）職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員数	常 勤		非 常 勤	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
管理者	1		1		
看護職員	1		1		
介護職員	19	14	2	5	
計画作成担当者	3	3	1		

３．施設サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

・提供するサービス　：　入浴、排泄、食事、着替え等の介助など日常生活上での世話、日常生活の中での機能訓練、相談、援助

・サービス利用料金

下記の料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。　（令和６年６月１日現在）

		要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
①	基本単位（1 日）		753	788	812	828	845
	医療連携体制加算		１日　39 単位　（1,170 単位／30 日）				
	サービス提供体制加算（Ⅲ）	１日　６単位　（180 単位／30 日）					
②	処遇改善加算（Ⅳ）	①　の利用単位数合計（１月分合計）　×　12.5%					
①　＋　②　＝　介護保険―自己負担分							

（２）介護保険の給付対象とならないサービス　（令和６年４月１日現在）

項　目	金　額
家賃	45,000 円／１ヶ月
管理費	19,000 円／１ヶ月
食費	１日 1,680 円（50,400／30 日）　朝：450 円　昼・夕：565 円　おやつ：100 円
テレビ設置費	50 円／１日　（1,500 円／30 日）
オムツ代	実費
理美容代	実費
ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ等参加費	実費
施設設備貸与用具	実費

※中途入居の家賃、管理費については１ヶ月を 30 日とした日割計算とする。

４．契約者の入退所に当たっての条件

・　入所に当たっての条件

要介護１以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。

・　退所に当たっての条件

（１）　要介護の認定更新において、契約者が自立もしくは要支援と認定された場合

（２）　契約者が死亡した場合

（３）　契約者又は身元保証人が契約の解除を通告し、予定期間が満了した日

５．秘密の保持と個人情報の保護について

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．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契約者に関する心身等の情報提供 ２．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契約者及び家族等の個人情報の提供 ３．契約者又は家族等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事業所の苦情対策室関係者への契約者又は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に係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

６．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

７．苦情の受付について

（１）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○　苦情受付担当者　　腰塚　和彦

○　苦情解決責任者　　腰塚　和彦

○　受付時間　　毎週月曜日から金曜日　　９：００～１７：００

○　連絡先　　０２７６－４９－５５６０

（２）行政機関その他苦情受付期間　(2024.4.1 現在)

大泉町役場　高齢介護課	所在地　　群馬県邑楽郡大泉町吉田２４６５番地 電話番号　０２７６（６３）３１１１(代)
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番地８ 電話番号　０２７（２９０）１３１９（代）

令和　　年　　月　　日

認知症対応型共同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うえ、契約者と事業者が各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　グループホーム　マゼンタ
説明者　　氏名＿＿＿福島　友里恵＿＿＿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、認知症対応型共同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　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元保証人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿

〈重要事項説明書付属文書〉

１．サービス提供における事業者の義務（契約書第８条参照）

当事業所では、契約者にサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

契約者に対する認知症対応型共同生活介護サービスの提供について記録を作成し、それを５年間保管し、契約者もしくは身元保証人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

２．損害賠償について（契約書第１１条参照）

事業者の責任により契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

事業者はこれを担保するために損害保険に加入します。

３．サービス利用をやめる場合（契約の終了）

契約の有効期間は、契約の締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 10 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。（契約書第２条参照）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第１４条参照）

①契約者が死亡した場合 ②要介護認定により契約者が自立又は要支援と認定された場合 ③事業者が解散した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ④当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 ⑤契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。） ⑥事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第１５条、第１６条参照）

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 1 ヶ月前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時契約を解約・解除することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

②契約者が入院された場合
③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める認知症対応型共同生活介護サービスを実施しない場合
④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・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が認められる場合
⑥他の利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

（２）事業者からの契約解除の申し出（契約書第１７条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

①契約者が、契約締結時にそ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契約者によるサービス利用料金の支払いが２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、介護保険施設に入所した場合