１．参考事業者

（１）法人名	有限会社　一陽
（２）法人所在地	群馬県邑楽郡大泉町住吉５４番１１号
（３）電話番号	０２７６－６３－８６００
（４）代表者氏名	代表取締役　田中 和子
（５）設立年月	平成１４年７月５日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類	介護予防訪問介護相当サービス 平成 30 年 4 月 1 日指定 群馬県 1073100867 号
（２）事業の目的	要支援状態にある高齢者に対し、介護予防訪問介護相当サービスを提供する
（３）事業所の名称	ヘルパーステーション　マゼンタ
（４）事業所の所在地	群馬県邑楽郡大泉町住吉 54-11
（５）電話番号	０２７６－６３－８６００
（６）事業所長（管理者）氏名	飯塚　佳寿子
（７）当事業所の運営方針	要支援者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般に亘る援助を行う
（８）開設年月	平成 22 年 8 月 1 日

３．業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　　大泉町、太田市、邑楽町、千代田町

（２）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日　（12／31～1／4 を除く）
受付時間	８：３０～１７：３０

４．職員の体制

職種	常勤	非常勤	備考
管理者	１名		サービス提供責任者と兼任
サービス提供責任者	１名		管理者と兼任
訪問介護員	３名	３名	

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて

（１） 利用料金が介護保険から給付される場合
（２） 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第４条参照）

以下のサービスについては利用料金については介護保険から給付されます。

＜サービスの概要と利用料金＞

○ 身体介護 入浴・排泄・食事等の介護を行います。 ○ 生活援助 調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話を行います。

① 身体介護

○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

○排泄介助

…排泄の介助、おむつ交換を行います。

○食事介助

…食事の介助を行います。

○体位変換

…体位の変換を行います。

○通院介助

…通院の介助を行います。

② 生活援助

○調理

…ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）

○洗濯

…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）

○掃除

…ご契約者の居室の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行えません。）

○買い物

…ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物を行います。（現金・貯金の引き出しや預け入れは行えません。）

＜サービス利用料金＞（契約書第９条参照）

１単位＝10 円　（令和６年６月１日現在）

	予防訪問介護費（Ⅰ）	予防訪問介護費（Ⅱ）	予防訪問介護費（Ⅲ）
①基本単位数	1,176 単位/月	2,349 単位/月	3,727 単位/月
②職員処遇改善加算Ⅳ	①　×　加算率　14.5％		

※上記の表に基づき算定した②の１割～3 割がサービス利用料金となります。

（1 割負担の場合のおおよその金額）

サービス利用料金	1,346 円/月	2,689 円/月	4,267 円/月

（2）利用料金のお支払い方法（契約書第９条参照）

前記の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、翌月 15 日までに請求書をご契約者に送付しますので、当該月末日までに原則現金にてお支払い下さい。（１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

（3）利用の中止、変更、追加（契約書第 10 条参照）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

６．サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービスの提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

（２）訪問介護員の交替（契約書第７条参照）

①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

（３）サービス実施時の留意事項（契約書第８条参照）

①定められた業務以外の禁止

契約者は「５．当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業所が行います。但し、事業所はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

（４）サービス内容の変更（契約書第 11 条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（５）訪問介護員の禁止行為（契約書第 15 条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

① 医療行為及び医療補助行為
② ご契約者もしくはご家族等からの高価な品物の授受
③ ご契約者のご家族等に対する訪問介護サービスの提供
④ 飲酒及び喫煙
⑤ ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
⑥ その他ご契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

７．サービス提供における事業者の義務（契約書第 13 条、第 14 条参照）

事故発生時の対応について

① 当事業所は、契約者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、契約者の家族に連絡を行うとともに、医師又は看護職員と連携の上、必要な措置を講じます。

② 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際しての処置等について記録し、保管します。

守秘義務について

事業者は、介護予防訪問介護相当サービスを提供する上で知り得たご契約者等に関する情報を以下の各号によるもの以外は、第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。

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支援事業者等の連携を図るためのご契約者又はご家族等の個人情報の提供

③ ご契約者又はご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

のご契約者又は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

８．損害賠償について（契約書第 16 条、第 17 条参照）

事業者の責任によりご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。

ただし、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、ご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。

９．苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

（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　　飯塚　佳寿子

○　苦情解決責任者　　飯塚　佳寿子

○　受付時間　　毎週月曜日～金曜日
　　８：３０　～１７：３０

○　連絡先　　０２７６－６３－８６００

（２）行政機関その他苦情受付機関（2024.4.1 現在）

大泉町　　高齢介護課	所在地　　群馬県邑楽郡大泉町吉田２４６５ TEL番号　　０２７６（６３）３１１１（代表）
太田市　介護サービス課	TEL番号　　０２７６（４７）１１１１（代表）
邑楽町　　福祉介護課	TEL番号　　０２７６（８８）５５１１（代表）
千代田町　健康福祉課	TEL番号　　０２７６（８６）２１１１（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 番地 8 TEL番号　　０２７（２９０）１３１９（代表）

１０．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

介護予防訪問介護相当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　ヘルパーステーション　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、介護予防訪問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＿＿＿＿＿