

めぐみの農業協同組合の居宅介護サービスにかかる重要事項説明書

1 事業者

めぐみの農業協同組合（本所住所） 岐阜県関市若草通 1 丁目 1 番地

2 事業の目的と運営方針

(目的)

めぐみの農業協同組合が開設する J A めぐみの指定障害福祉サービス事業所が行う障害者総合支援法に基づく居宅介護の適切な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の居宅介護従事者が居宅支給決定を受けた利用者及びその家族が安心して日常生活が営まれることを目的とします。

(方針)

- ご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配慮して、身体介護その他生活全般にわたる援助を行います。
- ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- 目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。
- 地域福祉の向上のため、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者その他保健・医療機関と密接に連携します。

3 サービス提供事業（ご利用事業所）

居宅介護	事業所の名称	J A めぐみの介護サービス郡上営業所	
	事業所番号	2 1 1 1 0 0 0 2 6 7 号	
	住 所	岐阜県郡上市八幡町小野 4 丁目 6-18	
	管理者名	鷺見 邦浩	TEL 0575-65-4162
	連絡電話番号・FAX		FAX 0575-67-1153
	サービス提供地域	郡上市	

4 ご利用事業所の職員体制

職 種（資格）		人 員
管理者		1 名
サービス提供責任者		6 名
訪問介護員	介護福祉士	17 名（常勤 6 名、非常勤 11 名）
	介護職員初任者研修	1 名（常勤 1 名、非常勤 名）
	ホームヘルパー 2 級	12 名（常勤 2 名、非常勤 10 名）

5 営業日・営業時間

営業日は、年末年始（12／31～1／3）を除く毎日です。営業時間は以下の通りです。

平 日	土曜日	休祭日
8：30～17：30	8：30～17：30	8：30～17：30

※但し、サービス内容により 7:00～21:00 までとする。

6 サービス利用基本料金および利用者負担

(1)利用者負担金

上記サービスの利用に対しては、通常 9 割が介護給付費の給付対象となります。

事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の 1 割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。

<2 人のホームヘルパーにより訪問を行った場合>

- 1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと 2 人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2 倍の利用者負担金をいただきます。

<利用者負担額の上限等について>

- 介護給付費対象のサービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）利用者負担金は上限が定められています。

<償還払い>

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

<虐待防止に関する事項>

- 事業所は利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、居宅介護従事者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。

(2)介護給付費対象サービスに関する利用者負担金

○下記の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます。

	利用時間	30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間半未満	1 時間半以上 2 時間未満	2 時間以上 2 時間半未満	2 時間半以上 3 時間未満	3 時間以上 (30 分増すごとに)
身体介護	サービス利用料金(1)	2,560 円	4,004 円	5,870 円	6,690 円	7,540 円	8,370 円	830 円増
	うち、介護給付費が給付される金額(2)	2,304 円	3,604 円	5,283 円	6,021 円	6,786 円	7,533 円	747 円
	サービス利用にかかる利用者負担額(1-2)	256 円	404 円	587 円	669 円	754 円	837 円	83 円

	利用時間	30 分未満	30 分以上 45 分未満	45 分以上 1 時間未満	1 時間以上 15 分未満
家事援助	サービス利用料金(1)	1,060 円	1,530 円	1,970 円	2,390 円
	うち、介護給付費が給付される金額(2)	954 円	1,377 円	1,773 円	2,151 円
	サービス利用にかかる利用者負担額(1-2)	106 円	153 円	197 円	239 円

加算	特別地域加算：15%
	複数加算：×200% 夜間・早朝加算：25% 特定事業所加算（Ⅱ）10% 初回加算：2,000 円／月

(3)利用者負担に関する月額上限

1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて 4 区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上減額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般	市町村民税課税世帯	9,300 円
一般	市町村民税課税世帯	37,200 円

(4)利用者負担金等の支払

当 J A 口座振替の場合は、月末締切の翌月 25 日、他金融機関口座振替の場合は 27 日（ただし、25 日又は 27 日が休日の場合は翌営業日とする）とし利用者の口座から自動口座引き落としを行います。

(5)キャンセル

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに（2 日前までに）次の連絡

先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	郡上営業所	T E L 0575-65-4162
----------	-------	----------------------

7 居宅介護計画の作成とサービス記録

- ① 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、居宅介護計画を作成し、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。
- ② 事業者は、居宅介護計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。

8 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

居宅介護 相談窓口	TEL 0575-65-4162	管理者（ 鷲見 邦浩 ）
		サービス提供責任者 （ ）
郡上市役所 社会福祉課	TEL 0575-67-1811	

9 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は、主治医、救急、親族、相談支援専門員へ連絡をいたします。

主治医（かかりつけ医）	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

居宅介護サービス内容説明書

1 提供可能なサービス

居宅介護は、利用者の居宅（自宅）に居宅介護員を派遣し、下記の身体介護・家事援助を行うサービスです。

身体介護	①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④衣服の着脱介助 ⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位変換 ⑩服薬管理の支援 ⑪通院等の介助 等
家事援助	①調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買い物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え、衣服の補修 等

2. 居宅介護サービスの内容と料金等

（１） ご利用いただく居宅介護サービスの内容と利用料金（見積もり）

	サービス種類	訪問時間帯	時間(分)	利用料金(円)	利用者負担金(円)
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
利用料金等計（週間）					

※ 加算摘要欄は、特別地域加算 15%、複数加算 200%、夜間・早朝加算 25%

特定事業所加算（Ⅱ）10%、の摘要を記入。

※ ご利用いただく居宅介護のサービス種類・利用日時・サービス提供責任者・居宅介護従事者等の変更が発生した場合は、「居宅介護計画書」によりその都度対応いたします。

※ ここに記載した金額は、見積もりによる概算のものです。実際のお支払は、実際のご利用実績により計算いたします。

（２） その他の費用

交通費（通常の実施地域外の場合のみ）	無・有（1回につき	円）
--------------------	-----------	----

3 サービス提供責任者・居宅介護従事者（ホームヘルパー）ならびに相談・苦情受付

（１）担当するサービス提供責任者・居宅介護従事者は、次のとおりです。

サービス提供責任者		連絡先	0575-65-4162
居宅介護従事者		緊急連絡先	0575-65-4162

※ 事業者の都合により居宅介護従事者を変更する場合は、サービス提供責任者から事前に連絡いたします。

（２）サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

担当者	鷲見 邦浩	電話番号	0575-65-4162
-----	-------	------	--------------

令和____年____月____日

私は、重要事項説明書及びサービス内容説明書の説明を受けました。

利用者

住所_____

氏名_____印

代理人（選任された場合）・代筆者

住所_____

氏名_____印 続柄（ ）

説明者 所属事業所 J Aめぐみの介護サービス郡上営業所

氏名_____印

初回説明事項からの変更

変更事項：_____月____日説明

変更事項：_____月____日説明

変更事項：_____月____日説明