

## 重要事項説明書（居宅介護支援サービス）

居宅介護支援サービスの提供にあたり、厚生省令第38号第4条の規定に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業所

法人種別	特定非営利活動法人
事業所名称	特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともなが
事業所所在地	佐賀県西松浦郡有田町戸杓丙 124 番地 3
管理者の氏名	友永 英子
電話番号	0955 - 29 - 8078
FAX 番号	0955 - 29 - 8384
指定事業者番号	4171500095

### 2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともながが行う居宅介護支援事業の適正な運営を確保するために人員、職種及び管理運営に関する事項を定め、介護支援専門員が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に、適正な居宅介護支援サービスが受けられるようにケアマネジメントすることを目的とする。
事業所の運営方針	<p>① 指定居宅介護支援の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス事業者に不当に隔ることのないよう、公正中立に行わなければならない。利用者は複数の事業所の紹介を求める事が出来、事業者は求めに応えなければならない。ケアプランを作成した場合、サービス提供を行う事業所を選択した理由を説明しなければならない。</p> <p>② 事業の運営に当たっては、要介護者等の介護サービス計画の作成や、実施を円滑に進めていくために関係機関や関係者との連携を図らなければならない。</p> <p>③ 要介護状態の利用者が可能な限り在宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように介護サービスの内容を検討し提供しなければならない。</p> <p>④ 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。</p>

### 3、職員の職種、人数、及び職務内容

従業者の職種	人数	区 分				常勤換算 後の人数	事業者 の指定 基準	保有資 格者の内 容
		常勤		非常勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
管理者			1					主任介護支援専門員
介護支援専門員		1						看護師 介護福祉士
その他の職員					1			

### 4、営業日

営業日	月曜日から金曜日までとする。 (祝祭日と12月31日から1月3日は除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時までとする。

### 5、職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間 (8 :30 ~ 17 : 00) 常勤で勤務	4週6休
介護支援専門員	正規の勤務時間 (8 :30 ~ 17 : 00) 常勤で勤務 (管理者と兼務)	4週6休
その他の職員		

### 6、居宅介護支援サービスの概要

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 要介護認定の申請等に係る援助。</li> <li>2. 介護支援専門員による居宅介護サービス計画書の作成、評価、変更。</li> <li>3. 居宅サービス計画書がきちんと実施されるよう、地域におけるサービス事業者との連携を図る。</li> <li>4. 利用者又はその家族に対して、当該地域の指定居宅サービスの内容、利用料等の適正な提供を行う。</li> </ol>
--

7. 事業の実施地域

通常の実施地域は、西松浦郡・杵島郡・藤津郡・伊万里市・武雄市・鹿島市・嬉野市  
 多久市・唐津市・長崎県（波佐見町、三河内町）

8. 苦情対応

特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともながが提供した居宅介護支援、又は特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともながが作成した介護サービス計画書に基づいて提供されたサービス等について、利用者又は、その家族からの苦情の申し立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を致します。

苦情の申し立て先

	窓口名称	窓口担当者	ご利用時間	電話番号
①	特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともなが	友永 英子	毎日・午前8時30分 ～午後5時	0955 - 29 - 8078 090 - 4341 - 8671
②	有田町福祉課	福祉課	平日・午前8時30分 ～午後5時	0955 - 43 - 2179
③	国民健康保険団体連合会	苦情処理	平日・8時30分 ～午後5時	0952 - 26 - 1477

本書面に基づいて、特定非営利活動法人居宅介護支援事業所ともなが（介護支援専門員 ）より、上記重要事項の説明を受けた事を確認 致しました。

令和 年 月 日

ご利用者様氏名	住 所	
	氏 名	印
ご家族者様氏名	住 所	
	氏 名	印