

## 重要事項説明書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

### 1 事業所の概要

事業所名	長崎市深堀・香焼地域包括支援センター
所在地	長崎市深堀町1丁目11番18号
事業者指定番号	長崎県第 4200100172号
管理者・連絡先	西津 美佐 (095) 895-7007
サービス提供地域	長崎市 深堀町1~6丁目 大籠町 香焼町 伊王島町 高島町

### 2 事業所の職員体制等

職 種	主として従事する業務	人 員
管理者 (看護師)	・業務全般の把握 ・介護予防マネジメント業務	1名
社会福祉士 認知症地域支援推進員	・総合相談、権利擁護業務 ・認知症地域支援推進事業	2名
主任介護支援専門員	・包括的・継続的ケアマネジメント業務	1名
事務	・包括業務および予防給付業務	1名
介護支援専門員等	・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務など	1名

### 3 サービス提供時間

区 分	平 日	土 曜 日	休 祭 日
提供時間	9:00~18:00	9:00~18:00	休み

(注) 年末年始(1月1日から1月3日)は「休祭日」の扱いとなります。

#### 4 利用者負担金

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担はありません。
- (2) 事業者の担当地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

#### 5 当事業所のサービスの方針等

地域の高齢者の方々が、住み慣れた地域で、健康で安心安全に暮らし続けることができるように、必要な予防対策や、それぞれの心身の状況やその環境に応じた適切な介護サービスが継続的に受けられるように、地域・関係機関との連携を図り支援します。

#### 6 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	病院・主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

#### 7 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

当事業所お客様相談 コーナー	電話番号	(095) 895-7007
	FAX番号	(095) 895-7008
	担当者	管理者 西津 美佐
	対応時間	午前9時から午後6時まで

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

長崎市 介護保険相談窓口	(介護予防サービスに関すること) 長崎市介護保険課 所在地 長崎市魚の町4番1号 電話番号 095-829-1163 FAX番号 095-829-1250 対応時間 8:45~17:30 (月~金)(祝日を除く)
	(介護予防・生活支援サービスに関すること) 長崎市高齢者すこやか支援課 所在地 長崎市魚の町4番1号 電話番号 095-829-1146 FAX番号 095-829-1228 対応時間 8:45~17:30 (月~金)(祝日を除く)
長崎県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地 長崎市今博多町8番2号 電話番号 095-826-1599 FAX番号 095-826-7325 利用時間 9:00~17:00 (月~金)

※国保連は、介護予防支援に関する苦情相談のみの対応となります。

## 8 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 清心会
代表者名	理事長 向井 敦朗
本社所在地・電話	長崎市竿浦町945番地 (095) 878-7667
業務の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設</li> <li>・通所介護、短期入所生活介護、訪問介護</li> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・訪問看護在宅療養ステーション</li> <li>・24時間定期巡回随時対応型訪問介護看護</li> <li>・住宅型有料老人ホーム</li> </ul>
事業所数	10事業所

## 9 介護予防プラン原案作成委託先居宅介護支援事業者

事業所名	
所在地	
事業者指定番号	長崎県第 号
管理者・連絡先	
サービス提供地域	

【 説明確認欄 】

年 月 日

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 長崎市深堀・香焼地域包括支援センター(4200100172)

説明者 \_\_\_\_\_ 印

(業務委託先居宅介護支援事業者)

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー \_\_\_\_\_

※ 居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防プラン原案の作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

利用者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人

氏 名 \_\_\_\_\_ 印