

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	長崎市大浦地域包括支援センター
所在地	長崎市相生町 1-17 メゾンド田中 202 号
事業者指定番号	長崎県第 4200100032 号
管理者・連絡先	森本 由香里 (TEL:095-818-8311)
サービス提供地域	船大工町、本石灰町、丸山町、寄合町、西小島 1 丁目・2 丁目、館内町、十人町、籠町、新地町、梅香崎町、中小島 1 丁目・2 丁目、稲田町、中新町、高丘 1 丁目・2 丁目、南町、南が丘町、八景町、星取 1 丁目・2 丁目、常盤町、大浦町、東山手町、下町、東山町、大浦東町、日の出町、元町、椎の木町、相生町、川上町、出雲 1 丁目・2 丁目・3 丁目、上田町、松が枝町、南山手町、小曾根町、浪の平町、古河町、東琴平 1 丁目・2 丁目、西琴平町

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	・業務全般の把握	1 名
社会福祉士	・総合相談、権利擁護業務	1 名以上
保健師	・介護予防ケアマネジメント業務	1 名以上
主任ケアマネジャー	・包括的、継続的ケアマネジメント業務	1 名以上
事務	・包括業務および予防給付業務	1 名以上
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 名以上

3 サービス提供時間

区 分	平 日	土 曜 日	休 祭 日
提供時間	8 : 45 ~ 17 : 30	8 : 45 ~ 17 : 30	休み

(注) 年末年始 (12/30~1/3) と 8/15 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

当医療法人は、医療及び介護事業を主体とし、それに関連する分野において、常により人間的により科学的に対応することに徹し、社会に信頼され、絶えず成長し続ける医療機関を目指します。

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 095-818-8311
	FAX番号 095-818-8310
	担当者 管理者 森本 由香里
	対応時間 月～土 8:45～17:30 (休祭日除く)

○ 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	医療法人社団 春秋会
代表者名	理事長 永田 済
本社所在地・電話	長崎市松が枝町3番20号 (TEL: 095-827-3606)
業務の概要	有床診療所、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、 居宅介護支援事業所、訪問介護、通所介護、 認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、 看護小規模多機能型居宅介護
事業所数	11 (令和6年4月1日現在)

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 長崎市大浦地域包括支援センター (4200100032)

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 _____

説明者 _____

※ 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