

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	横浜市野庭地域ケアプラザ
所在地	横浜市港南区野庭町6 1 2 番地
事業所番号	1 4 0 3 1 0 0 0 7 4
管理者・連絡先	管理者 靱山 敦子 0 4 5 - 8 4 8 - 0 1 1 1
サービス提供地域	野庭町(25 番から 336 番、394 番から 481 番、596 番から 599 番、 680 番から 697 番、713 番、714 番を除く) 上永谷町

2 事業所の職員体制等

職 種	人 員
管理者	1 名(保健師等と兼務)
保健師 等	1 名
主任ケアマネジャー	1 名
社会福祉士	2 名

3 サービス提供時間

区 分	平 日	土曜日	日・祝日・第3月曜日
提供時間	午前9時～午後6時	午前9時～午後6時	午前9時～午後5時

(注) 年末年始(12/29～1/3)は「休館日」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 当社のサービスの方針等

- 個人の尊厳ある日常生活の保持を目指し、良質なサービスの提供に努めます。
- 利用者の意向を十分に尊重し、いつでも誰でも安心して利用できる総合的なサービスの提供に努めます。
- 地域福祉の拠点として開かれた施設づくりと地域福祉の推進に努めます。
- 利用者の人権の擁護、虐待の防止、事業所職員に対するハラスメント防止のため必要な体制の整備を行い、職員に対し研修を実施いたします。（野庭地域ケアプラザ虐待防止指針、社会福祉法人ひまわり福祉会ハラスメント要領を設置）
- 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。
職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

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	主治医等の氏名	
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	本人との関係・続柄（ ）
	住 所	
	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。

お客様相談コーナー	電話番号	0 4 5 - 8 4 8 - 0 1 1 1
	fax 番号	0 4 5 - 8 4 8 - 0 1 0 6
	相談員（責任者）	靱山 敦子
	受付時間	9 時～17 時（年末年始を除く）

○ 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。

横浜市内の介護事業者・高齢者施設等に関する苦情・相談・質問等	
○ 名称 はまふくコール ○電話 045-263-8084	
○ 受付時間 月曜日から金曜日 9：00～17：00	
※土日祝日及び12月29日～1月3日は除く）	
横浜市健康福祉局 高齢健康福祉部 介護事業指導課	所在地 横浜市中区本町6-50-10
	電話番号 0 4 5 - 6 7 1 - 2 3 5 6
	fax 番号 0 4 5 - 5 5 0 - 3 6 1 5
	受付時間 8時45分～17時15分(土・日・祝は休み)
市町村介護保険相談窓口	所在地 横浜市港南区港南4-2-10 港南区役所
	電話番号 0 4 5 - 8 4 7 - 8 4 9 5
	fax 番号 0 4 5 - 8 4 5 - 9 8 0 9
	受付時間 8時45分～17時15分(土・日・祝は休み)
神奈川県国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地 横浜市西区楠町27-1
	電話番号 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7
	受付時間 8時30分～17時15分(土・日・祝・年末年始を除く)

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

8 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ひまわり福祉会
代表者名	理事長 津久井 通
所在地・電話	横浜市港南区野庭町2187-1
業務の概要	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)「野庭苑」及び「富岡はまかぜ」並びに介護老人保健施設「港南あおぞら」の経営、横浜市野庭地域ケアプラザ受託運営
事業所数	上記4事業所

9 介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業者

事業所名	
所在地	
事業所番号	
管理者・連絡先	
サービス提供地域	

【 説明確認欄 】

令和 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。

事業所名（事業所番号）横浜市野庭地域ケアプラザ(1403100074)

説明者 _____ 印

(業務委託先居宅介護支援事業者) 所在地 _____

事業所名 _____

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サービス・支援計画書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、同意し、交付を受けました。

利用者 氏 名 _____ 印

代理人又は立会人

氏 名 _____ 印