

## 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	横浜市たまプラーザ地域ケアプラザ
所在地	神奈川県横浜市青葉区新石川2丁目1番地15たまプラーザリンクプラザ4F
事業者指定番号	神奈川県 第1403700121号
管理者・連絡先	管理者 社会福祉士 佐藤 政幸 連絡先 045-910-5211
サービス提供地域	美しが丘1～3丁目、5丁目 新石川1丁目1～4丁目

### 2 事業所の職員体制等

職 種	人 員
管理者	1名 (常勤兼務)
看護師	2名 (常勤専従・非常勤専従)
ケアマネジャー	2名 (常勤専従・非常勤専従)
社会福祉士	2名 (常勤兼務・常勤専従)

### 3 サービス提供時間

区 分	平 日・祝 日	土曜日・日曜日
提供時間	9:00 ~17:00	: ~ :

(注) 年末年始 (12/29~1/3) はお休みとなります。

### 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 当法人のサービスの方針等

- 「心技一如」
- ・人への思いやりを大切にする福祉サービスを追求します。
  - ・明るくのびのびとした環境づくりに努めます。
  - ・安心と信頼感を得られる組織づくりをめざします。

### 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 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。

当施設相談窓口	電話番号	045-910-5211
	Fax 番号	045-910-5231
	相談員（責任者）	糸川 史生【職名】 所長
	対応時間	月曜日から金曜日（午前9時から午後5時）

- 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。

青葉区福祉保健センター 高齢・障害支援担当	所在地	横浜市青葉区市が尾町 31 番地 4
	電話番号	045-978-2479
	Fax 番号	045-978-2427
	対応時間	月曜日から金曜日（午前9時から午後5時）
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 番地 1
	電話番号	045-329-3447（苦情専用 0570-022-110）
	Fax 番号	0570-033-110
	対応時間	月曜日から金曜日（午前9時から午後5時）

※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 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 緑成会
代表者名	理事長 田中 實
本社所在地・電話	神奈川県横浜市青葉区鉄町 2075 番地 3 電話番号 045-903-8500
業務の概要	<p>介護保険事業</p> <p>指定介護老人福祉施設事業（特別養護老人ホーム）</p> <p>短期入所生活介護（ショートステイ）</p> <p>介護予防短期入所生活介護（介護予防ショートステイ）</p> <p>通所介護事業（デイサービス）</p> <p>介護予防通所介護事業（介護予防デイサービス）</p> <p>訪問介護事業（ホームヘルプ）</p> <p>介護予防訪問介護事業（介護予防ホームヘルプ）</p> <p>居宅介護支援事業</p> <p>介護予防支援事業</p> <p>横浜市委託事業</p> <p>地域包括支援センター事業</p> <p>生活支援体制整備事業</p> <p>地域活動交流事業</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅</p> <p>障がい福祉サービス事業所</p>
事業所数	6 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	
事業者指定番号	神奈川県第 号
管理者・連絡先	

【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。

事業者 事業者名(指定登録番号)横浜市たまプラザ地域ケアプラザ(14030700121)

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ました。

利用者 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印