

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	横浜市片倉三枚地域ケアプラザ
所在地	〒221-0862 横浜市神奈川区三枚町199-4
連絡先	電話 045-413-2571
事業者指定番号	第 1400200059 号
管理者	江口 直子
サービス提供地域	横浜市神奈川区三枚町・神大寺1～4丁目・片倉1～5丁目

2 事業所の職員体制等

職 種	従事する業務	人 員
管理者	管理者は業務の管理を一元的に行います。	1名
保健師（看護師）	要支援者からの相談に応じるとともに、 介護予防サービス計画の作成を行います	1名
主任ケアマネジャー		1名
社会福祉士		2名
介護支援専門員		1名

3 サービス提供時間

	平 日	土曜日	休祭日
提供時間	9:00～18:00	9:00～18:00	9:00～17:00

(注) 年末年始（12/29～1/3）はお休みをいただきます。

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。ただし、ご利用者の保険料未払い等による償還払いサービスになった場合は、費用が発生することもありますので、その際は改めて説明いたします。
- (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

介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントの作成にあたっては、利用者の意思を尊重し、心身の状態、その置かれている環境等に応じて、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。また、計画の作成にあたっては、原則として利用者宅を訪問の上、状況調査を行います。

6 サービス提供に際しての確認及び依頼事項

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービス提供に際し、ご利用者は複数の指定介護予防サービス事業者等を紹介することを求めることができます。また、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を担当者に求めることができます。
- (2) ご利用者をご入院、ご入所された場合は、担当者（ケアプラン作成者）の氏名、所属、連絡先を入院先医療機関等へお伝えくださるようお願いいたします。そのため担当者がお渡しした名刺は介護保険証や健康保険証とご一緒に保管して頂くようお願いいたします。

7 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

8 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。

当社お客様相談コーナー	電話番号	045-413-2571
	FAX	045-413-2573
	相談員（責任者）	江口 直子
	対応時間	サービス提供時間と同じ

- 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。

神奈川区役所	所在地	横浜市神奈川区広台太田町3番地の8
	電話番号	045-411-7019

福祉保健センター 高齢・障害支援課	FAX 045-324-3702 対応時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15
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 045-329-3447 0570-022-110（直通） 利用時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

※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 若竹大寿会
代表者名	理事長 竹田 一雄
本社所在地 電話	横浜市神奈川区羽沢町550-1 045-548-9233
業務の概要	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、居宅介護支援、 訪問介護、通所介護等の介護保険事業及び地域活動ホームなどの 障害福祉サービスの提供
事業所数	[2020年4月1日現在] 29ヶ所 詳細については担当職員にお聞きいただくか、 下記ホームページをご参照ください https://www.wakatake.net

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	第 号
管理者・連絡先	

【 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。

事業所 事業者名 : 横浜市片倉三枚地域ケアプラザ

説明者 : _____

(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