

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)

令和8年3月1日現在

1 事業所の概要

事業所名	東山田地域ケアプラザ
所在地	横浜市都筑区東山田町270番地
事業者指定番号	第1403800046号
管理者・連絡先	坂口 輝彰 電話 590-3788 FAX 592-5913
サービス提供地域	都筑区 東山田町 東山田1～4丁目 南山田町 南山田1～3丁目 北山田1～7丁目 すみれが丘

2 事業所の職員体制等

職種	人員
管理者	1名
保健師	3名
主任ケアマネジャー	1名
社会福祉士	1名
ケアプランナー	1名

3 サービス提供時間

区分	平日	土曜日	祝日
提供時間	9:00～17:00	9:00～17:00	休業

(注) ローテーション勤務の都合上、不在の場合があります。

祝日、年末年始(12/28～1/4)は休業となります。

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 事業所のサービスの方針等

- (1) 利用者の意思を尊重し心身の状況や環境等に応じて、可能な限り住み慣れた地域で自立した健康的な日常生活(要介護状態の予防等)を維持向上できることを目標に介護予防プランを作成します。

- (2) 関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス、ボランティア団体等との綿密な連携を図り、多様な事業者から総合的かつ効率的に適切なサービスが提供されるよう調整し、常に利用者の立場で公正中立な介護予防プランを作成します。
- (3) 介護予防プラン作成従事者の資質向上を図るため、採用時研修（採用後6ヵ月以内）、定期研修（年1回以上）等の機会を設け、業務態勢を整備します。

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、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の医療機関名・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。

事業所相談・苦情窓口	電話番号 045-592-5975 FAX番号 045-592-5913 (受付担当者) 関島 康浩 (苦情解決責任者) 堂前 裕子 対応時間 月曜日～土曜日 9:00～17:00 (ただし、ローテーション勤務の都合上、不在の場合があります。) ※祝日及び年末年始(12/28～1/4)は休業
------------	---

- 第三者委員

連絡先	原木 浩国：東山田第七町内会会長 横浜市都筑区東山田町1160 電話 045-593-5158 本田 和徳：しんよこはま地域活動ホーム所長 横浜市港北区大豆戸町518-6 電話 045-531-4400
苦情の受付対応	第三者委員は受付けた苦情を苦情解決責任者に通告し、苦情解決のための話し合いを行い解決に努めます。

- 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。

都筑区福祉保健センター 高齢・障害支援課	所在地 〒224-0032 都筑区茅ヶ崎中央32-1 電話番号 045-948-2313 FAX番号 045-948-2490 対応時間 月曜日～金曜日 8:45～17:15 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29～1/3)は休業
-------------------------	--

横浜市 はまふくコール (横浜市苦情相談コール センター)	所在地 〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10 電話番号 045-263-8084 対応時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29～1/3)は休業
神奈川県国民健康保険団 体連合会(国保連)	所在地 〒220-0003 西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 利用時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12/29～1/3)は休業

※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 運営法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 横浜やまびこの里
代表者名	理事長 八島 敏昭
所在地・電話	横浜市都筑区東山田町270番地 電話 045-591-2728
業務の概要	指定障害福祉サービス事業所(生活介護事業・施設入所支援事業・短期入所事業・日中一時支援事業、共同生活支援事業所)の運営、障害者移動支援事業、療育相談、就労支援、教育研修・広報、地域ケアプラザの運営

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	
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について文書を交付し、説明しました。

(事業者) 事業者名 東山田地域ケアプラザ
指定登録番号 1403800046

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、上記のとおり重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

利用者 氏 名 _____ 印

代理人又は立会人 氏 名 _____ 印