

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)

1 事業所の概要

事業所名	横浜市野七里地域ケアプラザ
所在地	横浜市栄区野七里 1-2-31
事業者指定番号	神奈川県 第 1403500067号
管理者・連絡先	管理者 三枝 容子 TEL:045-890-5331 FAX:045-890-5332
サービス提供地域	横浜市栄区 犬山町、上之町、野七里、庄戸、長倉町、上郷町（千載橋以南）

2 事業所の職員体制等

職 種	人員
管理者	1名
保健師等	1名
主任ケアマネジャー	1名
社会福祉士	1名

3 サービス提供時間

営 業 日	月曜日～土曜日 ※ ただし年末年始（12月29日～1月3日）は、 休館とさせていただきます。
提供時間	（月～土） 午前9:00～午後5:00 （祝・日） 午前9:00～午後5:00

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

1. 「より良い形・サービス」を求めて、常に学び最善を尽くす。

- (1) 法人の資源（人・金・建物・設備）はすべて「よりよいサービス」という目的のために優先的に配分いたします。
- (2) 一番大切な事は、「ご利用者に喜ばれるサービスを提供していくこと」です。
- (3) 業界環境やお客様のニーズの変化に迅速に対応するために、私たちは常に新しいことを学び続けます。

2. 福祉業界の特異性の中のみならず、一企業としての健全な経営。

私たちの意志決定は「福祉」という業界のみで通用するものではなく、社会通念にのっとった形で行います。

3. 社会、地域に対して常に風通しよく、奉仕していく姿勢。

- (1) 私たちは、常に地域の「お役に立つこと」を優先して考えます。
- (2) 市民の方々に積極的に私たちの仕事を評価していただきます。
- (3) 私たちの施設は市民の方々の協力で建てられ、また運営されています。

市民や地域の方々は、「施設の中で何が行われているか」を知る権利を持っていられっします。

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。

当ケアプラザ お客様相談コーナー ※（年末年始を除く）	電話番号 045-890-5331 fax 番号 045-890-5332 相談員（責任者） 甲斐 晋之介 対応時間 月～土；9:00～21:00 日・祝；9:00～17:00
-----------------------------------	---

○ 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。

栄区高齢・障害支援課	所在地 横浜市栄区桂町 3 0 3 - 1 9 電話番号 0 4 5 - 8 9 4 - 8 5 4 7 対応時間 8:45～17:15（土・日・祝日・年末年始除く）
横浜市（本庁） 介護事業指導課	所在地 横浜市中区本町 6-50-10 市庁舎 16 階 電話番号 045-671-2356
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 2 7 - 1 電話番号 045-329-3447 0570-022110（ナビダイヤル） 利用時間 9:00～17:00（土・日・祝・年末年始を除く）
横浜市福祉調整委員会	所在地 横浜市中区本町 6 - 5 0 - 1 0 電話番号 0 4 5 - 6 7 1 - 2 1 2 1 利用時間 8:45～12:00 13:00～17:15 （土・日・祝・年末年始を除く）
かながわ福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 横浜市神奈川区鶴屋町 2 - 2 4 - 2 電話番号 0 4 5 - 3 1 7 - 2 2 0 0 利用時間 8:45～17:45（土・日・祝日・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 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高 田 益 江
本社所在地・電話	〒247-0014 横浜市栄区公田町 1 0 2 0 - 5

業務の概要	高齢者支援事業・指定管理事業・保育事業・障害者支援事業
事業所数	62 事業所

実施事業の概要

<u>特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）</u>	
クロスハート栄・横浜	クロスハート野七里・栄（地域密着型）
クロスハート幸・川崎	
<u>グループホーム（認知症対応型共同生活介護）</u>	
クロスハート田谷・栄	クロスハート金沢・横浜
クロスハート南・横浜	クロスハート二階堂・鎌倉
クロスハート本鵜沼・藤沢	クロスハート十二所・鎌倉
クロスハート鶴見・横浜	クロスハート本牧・横浜
<u>通所介護事業</u>	
クロスハート栄・横浜	クロスハート金沢・横浜
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ（一般デイ・認知症デイ）	
クロスハート十二所・鎌倉	クロスハート湘南台二番館
クロスハート飯島・栄	
<u>指定管理事業（地域ケアプラザ）</u>	
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ	横浜市野七里地域ケアプラザ
<u>居宅介護支援事業所</u>	
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ	横浜市野七里地域ケアプラザ
居宅介護支援クロスハート藤沢本町	居宅介護支援クロスハート港南・横浜
<u>介護予防支援事業</u>	
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ	横浜市野七里地域ケアプラザ

訪問介護事業所

クロスハートヘルパーステーション栄・横浜

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

クロスハート栄・横浜

訪問看護事業所

訪問看護クロスハート港南・横浜 訪問看護クロスハート藤沢本町

小規模多機能居宅介護

クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート幸・川崎

看護小規模多機能型居宅介護

クロスハート港南・横浜

障害者支援施設

クロスハートハイツ東蒔田 クロスハートハイツ矢部

クロスハートハイツ南太田 クロスハートハイツ上倉田

クロスハートワーク戸塚 クロスハートハイツ戸塚南

クロスハートハイツ和泉が丘

有料老人ホーム（特定施設入所者生活介護）

クロスハート湘南台・藤沢 クロスハート石名坂・藤沢

クロスハート湘南台二番館 クロスハート藤沢本町 ファミリーユ湘南

保育事業

キディ二子・川崎 キディ鵜沼・藤沢分園 キディ鵜沼・藤沢

キディ百合丘・川崎 キディ湘南・C-X 親子ひろば子育てキディ・洋光台

キディ古市場保育園 キディ石川町・横浜 キディ鈴木町・川崎

キディ元住吉・川崎 キディ大倉山・横浜 キディ腰越保育園

子育てキディ腰越

児童発達支援・放課後等デイサービス ファンファンキディ湘南台・藤沢

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	
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 社会福祉法人 伸こう福祉会

横浜市野七里地域ケアプラザ (1403500067)

説明者名 _____ 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

個人情報使用同意書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私、_____の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

年 月 日から契約終了日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

事業者（説明者）社会福祉法人 伸こう福祉会 横浜市野七里地域ケアプラザ 様

業務委託先居宅介護支援事業者（担当者）様

上記 2 に該当する関係者 様

※ 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・支援計画書の原案作成を希望された場合（契約の代行を含む）のみ記入

(利用者) 住所

氏名 _____ 印 _____

(利用者の家族) 住所

氏名 _____ 印 _____

(同) 住所

氏名 _____ 印 _____