

重要事項説明書

(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント用)

令和7年1月1日現在

1 事業所の概要

名称	横浜市反町地域ケアプラザ
所在地	横浜市神奈川区反町一丁目11-2
提供サービス	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
介護保険事業所番号	第 1400200042 号
管理者・連絡先	近藤 有紀 電 話 045-272-8663 F A X 045-321-8966
サービス提供地域	高島台、松本町、反町、栄町、上反町、幸ヶ谷、金港町、桐畑、大野町、青木町、台町、鶴屋町一丁目、松ヶ丘、栗田谷、旭ヶ丘、広台太田町、泉町、鳥越、立町、富家町、西神奈川一丁目、ニッ谷町

2 事業所の職員体制等

職 種	従事する業務	人 員
管理者	一元的に業務を管理	常勤 1名
担当職員	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務	常勤 4名 非常勤 4名

3 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとします。ただしローテーション勤務の都合上、不在場合があります。※祝日及び年末年始(12月29日から1月3日まで)及び毎月最終日曜日(施設点検日)は休業
営業時間	9:00～17:00

4 運営の方針

- (1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業(以下、「事業」という。)の実施にあたっては、ご利用者が可能な限りその自宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、また、介護予防の効果が最大限発揮され、ご利用者が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、目標志向型の介護予防サービス計画(以下、「計画」という。)を作成し、支援します。
- (2) 事業の実施にあたっては、ご利用者の要支援状態の悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、地域との結びつきを重視し、市町村、地域包括支援センター、その他の関係機関、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等と密接な連携を図り、公正中立な立場で総合的なサービスの提供に努めます。
- (3) 事業の実施にあたっては、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ります。

5 事業の提供方法

- (1) 事業の提供にあたっては、ご利用者の自宅又は当事業所の相談室において、ご利用者及びそのご家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいようわかりやすく説明を行うとともに、相談に応じます。
- (2) 担当職員は、計画の作成にあたっては、ご利用者の自宅を訪問し、ご利用者及びそのご家族に面接したうえで適切な方法でご利用者の意向確認や、生活における困りごとの分析を行います。

6 事業内容

- (1) 計画の作成にあたっては、ご利用者が適切にサービス選択できるよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等（以下、「サービス事業者」という。）によるサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正にご利用者又はそのご家族に対して提供します。
- (2) 計画の作成にあたっては、ご利用者の生活機能や健康状態、生活環境等を把握した上で、介護予防効果を最大限に発揮できるよう、次に掲げる領域ごとに日常生活の状況を把握します。
 - ア 運動及び移動
 - イ 家庭生活を含む日常生活
 - ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
 - エ 健康管理
- (3) 前項で把握した状況を基に具体的な目標、目標達成のための留意点等を記載した計画の原案を作成します。
- (4) サービス担当者会議を開催し、ご利用者の状況等に関する情報をサービス事業者の担当者と共有するとともに、計画の原案の内容について、各サービス事業者の担当者より専門的な見地からの意見を求めます。
- (5) 計画の原案の内容についてご利用者又はそのご家族に対して説明し、文書によりご利用者の同意を得て、計画として確定します。
- (6) 確定した計画は当該介護予防サービス計画をご利用者及びサービス事業者に交付します。
- (7) 計画に位置付けたサービス事業者に対して、サービスごとの計画書の提出を求めます。また、少なくとも1月に1回、サービス提供状況やご利用者の状態等について聴取し、記録します。
- (8) 計画作成後、少なくとも3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びにご利用者の状況に著しい変化があったときには、ご利用者の自宅を訪問のうえ面接し、計画の実施状況やご利用者の状態等を把握します。それ以外の月においては、可能な限りサービス事業者を訪問する等により面接するよう努め、面接ができない場合は、電話等によりご利用者との連絡を実施します。
- (9) サービス事業者からご利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、ご利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に必要な情報を提供します。
- (10) 計画に位置付けた期間が終了するときは、担当職員は当該計画の目標の達成状況について評価します。

- (11) ご利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又はご利用者が介護保険施設等への入院又は入所を希望する場合には、要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設等の調整を行います。また、介護保険施設等から退所等を行う場合には居宅への移行が円滑に行われるよう連絡調整を行います。
- (12) サービス利用に際し、ご利用者は複数のサービス事業者の情報を提示することを求めることができます。また、計画原案に位置付けたサービス事業者の選定理由の説明を求めることができます。
- (13) ご利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝えいただきますようご協力をお願い致します。

7 利用者負担金

事業に関するサービス利用料金については、基本的にはご利用者の自己負担はありません。ただし、介護予防支援の場合は、ご利用者の介護保険料の滞納等により、いったん支払いが生じる場合があります。詳細は、別表「料金表」のとおりとします。

8 職員への研修

介護支援専門員等の資質向上を図るため、採用時研修(採用後3か月以内)、継続研修(年3回以上)等の機会を設け、業務体制を整備します。

9 災害等非常時への対策

- (1) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者又は、火気・消防等についての責任者を定め、消火、通報及び避難の訓練を年2回以上定期的に行います。
- (2) 感染症及び非常災害等発生時における事業継続計画(BCP)を策定し、定期的な研修を実施します。また、事業継続計画に基づき、訓練を実施します。

10 虐待の防止

- (1) 虐待防止のための指針の整備、また、対策を検討する委員会を定期的を開催し、従業者に周知します。
- (2) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。

11 個人情報の保護(秘密保持)

- (1) ご利用者又はそのご家族の個人情報については、法令を遵守し、適切に取扱うとともに、事業所での介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供についてはあらかじめ文書によりご利用者又はそのご家族の同意を得るものとします。
- (2) 従業者は業務上知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を保持します。
- (3) 従業者であった者に業務上知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

12 事故発生時の対応

- (1) 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、ご家族、主治医、医療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

- (2) ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (3) サービスの提供に伴って、事業所が賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (4) 事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

13 契約の解除

- (1) ご利用者による解除

ア ご利用者は、少なくとも3日前までに事業所に予告することにより、いつでも、この契約を解約することができます。

イ 事業所が定められたサービスを提供しなかった場合、その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

- (2) 事業者による解除

事業の実施にあたって、次に掲げる利用者又はそのご家族の著しい不信行為によりサービスの提供を継続することが困難となった際には、期間を定めて改善を求め、期間内に改善がない場合は、その理由を記載した文書を交付の上、サービス提供を中止させていただくことがあります。

ア 暴言・暴力行為及び誹謗中傷等の迷惑行為

イ 事業の運営に支障を及ぼす行為

ウ 危険が予測される行為

エ その他、当該事業所職員及び関係者の心身の状況に支障を及ぼす行為

14 相談窓口、苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、事業所担当職員のほか、次の窓口で対応します。

(1) 事業所相談・苦情窓口

連絡先	電話045-045-321-8004／FAX045-321-8077
担当者	(受付担当者) 穴戸 栄子 (実務責任者) 所長 大橋 竜太郎
対応時間	月曜日から金曜日の9:00～17:00 ローテーション勤務の都合上、不在場合があります。※年末年始(12月29日から1月3日まで)及び毎月最終日曜日(施設点検日)はお休みです。
その他	不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談受付記録」に記入し、担当者及び管理者(実務責任者)に引き継ぎます。

(2) 法人本部相談・苦情窓口

連絡先	電話045-201-2053／FAX045-201-1661 所在地〒231-8482 横浜市中区桜木町1-1 横浜市健康福祉総合センター7階
担当部署	社会福祉部施設管理課
担当者	(受付担当者) 星 良子 (実務責任者) 課長 高橋 真登香
対応時間	月曜日から金曜日の8:45～17:15 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日まで)はお休みです。
その他	相談・苦情については、対応した者が必ず「苦情相談受付記録」に記入し、事業所に連絡の上、解決に向けて取り組みます。

(3) 区役所

連絡先	神奈川区高齢・障害支援課 電話045-411-7110／FAX045-324-3702 所在地〒221-0824 横浜市中区神奈川区広台太田町3番地8
対応時間	月曜日から金曜日の8:45～17:00まで ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日まで)はお休みです。

(4) 横浜市(本庁)

連絡先	横浜市介護事業指導課 電話045-671-2356／FAX045-550-3615 所在地〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10
対応時間	月曜日から金曜日の9:00～17:15 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日まで)はお休みです。

(5) 神奈川県国民健康保険団体連合会（神奈川県国保連）

連絡先	電話045－329－3447 所在地〒220－0003 横浜市西区楠町27－1
対応時間	月曜日から金曜日の8：45～17：15 ※土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日から1月3日まで)はお休みです。

※神奈川県国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応となります。

15 運営法人の概要

名称	社会福祉法人横浜市社会福祉協議会(略称：横浜市社協)
代表者名	会長 石内 亮 (いしうち あきら)
沿革	昭和26(1951)年3月29日任意団体として設立 昭和28(1953)年2月5日社会福祉法人認可 昭和28(1953)年3月7日設立登記(法人設立日)
所在地	横浜市中区桜木町一丁目1番地
連絡先	電話045-201-2096(代表)／FAX045-201-8385
実施事業の概要	(1) 社会福祉を目的とする事業の企画及び実施 (2) 社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助 (3) 社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成 (4) 社会福祉を目的とする事業に従事する者の養成及び研修 (5) 区社会福祉協議会の相互の連絡及び調整の事業 (6) 横浜生活あんしんセンター事業の実施 (7) 横浜市地域ケアプラザの管理・経営(居宅介護支援事業、介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業、通所介護事業、第1号通所事業、地域包括支援センター事業、生活支援体制整備事業、地域活動交流事業) (8) 横浜市老人福祉センター及び地区センターの管理・経営 (9) 横浜市福祉保健研修交流センター「ウィリング横浜」の管理・経営 (10) 横浜市社会福祉センターの管理・経営 (11) 障害者支援センター事業の実施 (12) 障害者研修保養センター「横浜あゆみ荘」の管理・経営 (13) 横浜市高齢者用市営住宅等生活援助員派遣事業
事業所数 (25事業所)	地域ケアプラザ(17事業所)、老人福祉センター・地区センター(4事業所)、福祉保健研修交流センター(1事業所)、障害者支援センター(1事業所)、障害者研修保養センター(1事業所)、法人本部(1事業所)
併設する事業所	反町地域ケアプラザ居宅介護支援事業所、反町地域ケアプラザ通所介護事業、横浜市通所介護相当サービス

16 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

事業者名			
所在地			
介護保険事業所番号	第		号
管理者・連絡先			
サービス提供地域			

17 その他

従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

【 説明確認欄 】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上述のとおり重要事項について説明し、文書を交付しました。

令和 年 月 日

(介護予防支援事業所)

所在地 横浜市神奈川区反町一丁目 1 1 - 2

事業所名： 横浜市反町地域ケアプラザ

介護保険事業所番号： 1400200042

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・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説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

(ご利用者) ※署名又は記名押印

住 所

氏 名 印

(上記代理人：代理人を選任した場合、委任状別添)

住 所

氏 名 (続柄) 印

(立会人)

住 所

氏 名 (続柄) 印