

重 要 事 項 説 明 書

1 事業所の概要

名 称	成田市公津地域包括支援センター
所 在 地	成田市公津の杜 6－5－16 TEL 0476－36－4981
連 絡 先	FAX 0476－36－4982
介護保険事業所番号	成田市 1201600069 号
代 表 者 氏 名	管理者 木下 知子
サービス提供地域	公津地区（はなのき台を除く）

2 業務日及び業務時間

業 務 日	月曜日～金曜日
休 業 日	土、日曜日及び祝日 年末年始（12月29日～1月3日）
業 務 時 間	午前8時30分～午後5時15分

3 事業所の職員体制等

職 種	人 員
管理者／主任介護 支援専門員	1 名
保健師	1 名
社会福祉士	1 名

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越える地域に訪問、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 サービス方針等

当センターの介護支援専門員等が、介護や支援を必要とする契約者及びその家族等からの相談をお受けします。

具体的には下記の点に留意して取り組みます。

- (1) 利用者が、可能な限り自宅で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮し、又生活機能の維持・向上を図り要支援・要介護状態の予防に努めます。
- (2) 利用者の心身の状況や環境等に応じて、自らの選択に基づき、医療・保健福祉の施設や機関及び事業者の連携に配慮し、適切で多様なサービスが総合的、効果的に提供されるように支援計画を作成します。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者及び家族等の立場に立って、サービスが特定の種類、事業所に不当に偏することのないよう公正中立をモットーとします。
- (4) 利用者に対しての介護予防ケアプランは、社会福祉法人六親会が委託した指定居宅介護支援事業所に作成を依頼することがあります。
- (5) サービス担当者会議等について、感染症の予防及びまん延防止等の観点から、必要に応じて利用者等に同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用する場合があります。
- (6) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対して介護予防支援等の提供を継続的に実施し、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、業務継続計画に基づき必要な措置を講じます。また、業務継続計画については、担当職員に対して周知するとともに必要な研修や訓練を実施するほか、定期的な見直しを行い、必要に応じて変更を行います。
- (7) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備するとともに、当該対策を検討する委員会の開催や担当職員に対する研修会及び訓練を定期的 to 実施します。
- (8) 虐待の発生や再発防止のための指針を整備するとともに、当該対策を検討する委員会の開催や担当職員に対する研修会を定期的 to 実施します。
- (9) 利用者又は他の利用者の生命、身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。緊急やむを得ない場合にその様態及び時間、心身の状況、やむを得ない理由を記録します。
- (10) 利用者等への交付、説明、同意、承諾、その他これらに類するものについて、必要に応じて利用者等の承諾を得た上で、書面に代えて、電磁的記録及び電磁的方法により行う場合があります。
- (11) 職員に対するハラスメント防止のため、利用者やその家族等に対しハラスメントについて説明を行い、職員に対し研修を実施するなど必要な措置を講じます。

6 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、次の窓口にご連絡ください。

成田市公津 地域包括支援センター	電話番号	0 4 7 6 - 3 6 - 4 9 8 1
	F A X 番号	0 4 7 6 - 3 6 - 4 9 8 2
	責任者	木下 知子
	対応時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分

- ・公的機関においても苦情申し出等ができます。

成田市福祉部 介護保険課 高齢者福祉課	所 在 地	成田市花崎町 7 6 0 番地 (介護保険課)
	電 話 番 号	0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 4 5
	F A X 番号	0 4 7 6 - 2 4 - 2 3 6 7
	(高齢者福祉課)	
	電 話 番 号	0 4 7 6 - 2 0 - 1 5 3 7
	F A X 番号	0 4 7 6 - 2 4 - 2 3 6 7
千葉県国民健康保険 団体連合会	対 応 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
	所 在 地	千葉市稲毛区天台 6 - 4 - 3
	電話番号	0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8
	利用時間	午前 9 時～正午、午後 1 時～5 時 (土・日・祝日・年末年始は除く。)

※千葉県国民健康保険団体連合会は、介護予防支援に関する苦情のみ対応となります。

年 月 日

私は、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)

所在地 成田市公津の杜 6-5-16

名 称 成田市公津地域包括支援センター

代表者 管理者 木 下 知 子 印

説明者 印

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)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(署名代行者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____