

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. 事業者概要

事業者名称	北竜町地域包括支援センター
主たる事務所の所在地	北海道雨竜郡北竜町字和11番地1
法人種別	地方公共団体
代表者名	北竜町長 佐々木 康宏
電話番号	0164-34-7031
事業所指定番号	北海道 0107400012号

2. 運営方針

運営方針	<ul style="list-style-type: none">・利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう配慮し利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じ、利用者の選択に基づき適切な保健医療福祉サービスが総合的かつ効果的に提供されるよう支援する。・事業の実施にあたっては、関係市町村、指定介護予防サービス事業者、他の支援事業者及び介護保険施設等との綿密な連携を図るとともに、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の居宅サービスに不当に偏ることのないよう、公正中立な業務に努めるものとする。
------	--

3. 事業所の職員体制

事業所の従業者職種	員数	勤務の体制
管理者（社会福祉士）	1人	常勤 1人 昼勤（午前8時30分～午後5時15分） 1人
保健師・介護支援専門員	5人	常勤 5人 昼勤（午前8時30分～午後5時15分） 5人

4. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。ただし、祝祭日及び12月31日から1月5日までを除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分までとする。

5. 利用料 無料

6. 事業の実施地域 北竜町

7. 苦情処理窓口の連絡先、体制、手順

窓口及び連絡先	管理者 大井 敬太 電話 0164-34-7031
苦情処理を行うための処理体制・手順	<ol style="list-style-type: none">(1) 苦情があった場合は、直ちに保健師、介護支援専門員が相手方に連絡を取り、詳しい事情を聞くと共に、サービス提供者からも事情を確認する。(2) 保健師、介護支援専門員が必要があると判断した場合は、管理者に報告し検討会議を開催し、速やかに且つ具体的な対応を行う。(3) 保健師、介護支援専門員は、対応経過を記録し管理者に報告すると共に、事後の対応のためこれを保管する。

8. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調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	主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

9. 事故発生時の対応

事故発生時の対応手順	(1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により利用者に対し事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な対応を行なう。 (2) 利用者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行う。 (3) 担当者は、対応経過を記録し管理者に報告すると共に、事後の対応のためにこれを保管する。
------------	--

10. 虐待の防止

人権の擁護・虐待の防止のための必要な措置	(1) 虐待防止に関する担当者を置いて対応を行う。 (2) 利用者等に対する高齢者虐待に相当する行為やその恐れのある状態を知った場合には、関係機関と連携し、その解決のために必要な措置を講じる。 (3) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努める。
----------------------	--

11. サービス利用にあたっての禁止事項

ハラスメント防止の取り組み	・職員が働きやすい環境づくりを目指しています。ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。 つきましては、サービス利用にあたって次のことを禁止事項とさせていただきます。 (1) 職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為 (2) セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為 (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録画等を無断でSNS等に掲載すること。 (4) 職員の自宅住所や電話番号をしつこく聞く、ストーカー行為、度を越えた謝罪要求など
---------------	--

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

北竜町地域包括支援センター

説明者職名 保健師・社会福祉士・介護支援専門員 _____ 印

(業務委託先居宅介護支援事業者)

所在地 _____

事業者名 _____

担当介護支援専門員 _____ 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、事業者から重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所 雨竜郡北竜町字 _____

氏名 _____ 印

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印