

認知症対応型共同生活介護事業所

認知症対応型共同生活介護事業所

グリーンハウス 中城（なかぐすく）

## 重要事項説明書

社会福祉法人 乙羽会

# グリーンハウス中城（なかぐすく）

## 重 要 事 項 説 明 書

等施設は、介護保険の指定を受けています。

（広域連合指定 第 4792600043 号）

### 1 （介護予防）認知症対応型共同生活介護サービスを提供する事業者について

事 業 者 名 称	社会福祉法人 乙羽会
代 表 者 氏 名	施設長 外間 千賀子
本 社 所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	沖縄県中頭郡中城村泊 487 番地 6 電話 098-917-4820 ・ ファックス番号 098-917-4821
法人設立年月日	昭和 62 年 4 月 2 日

### 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	認知症対応型共同生活介護事業所
介 護 保 険 指 定 事 業 所 番 号	(指定事業所番号)
事 業 所 所 在 地	沖縄県中頭郡中城村字泊 487 番地 6

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	認知症対応型共同生活介護事業所 グリーンハウ 中城（以下「事業所」という）が行う事業は、利用者の「尊厳の保持」と「自立支援」を目標とし、「自由で明るい雰囲気の中で、満足を感じるような・生活づくりを目指すために常に利用者の精神的・身体的な・ニーズの把握に努め、地域との交流を図ることによる社会との結びつきを確保することで、施設での充実した生活を送るための援助を行う。
運 営 の 方 針	社会福祉法人乙羽会の理念に基づきグリーンハウス中城では、認知症の状態にある利用者一人一人の意思及び人格を尊重し認知症対応型共同生活介護計画に基づき、共同生活住居において、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じた自立した生活を営事ができるように支援することを目的とし、利用者のニーズを把握し、ゆとりある環境の中で生活を送ってもらえるよう、生活支援者としての立場で援助を行う以上、事業目標の基本的な・部分に実績をふまえてより現実上添った具体的な対策を定めていきたい。

## (3) 事業所の施設概要

建築	鉄筋平屋	2,331,252 m <sup>2</sup>
敷地面積	781.9084 m <sup>2</sup>	
開設年月日	令和6年3月1日	
ユニット数	1ユニット	

## &lt;主な設備等&gt;

面 積	233.1252 m <sup>2</sup>
居 室 数	1ユニット 9室 1部屋につき8.03 m <sup>2</sup>
台 所	1箇所
居間・食堂 (共同生活室)	24.9984 m <sup>2</sup>
ト イ レ	4.8608 m <sup>2</sup> 2箇所
浴 室	4.8608 m <sup>2</sup>
脱衣所	4.8608 m <sup>2</sup>
管 理 室	7.8400 m <sup>2</sup>
相 談 室	7.1008 m <sup>2</sup>

## (4) サービス提供時間、利用定員

サービス提供時間	24時間体制
日中時間帯	8時～17時
利用定員内訳	9名 1ユニット9名

## (5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 譜久山 孝
-----	------------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている指定認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	常 勤 1名 兼務
計 画 作 成 担 当 者	1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 2 連携する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、医療機関等との連絡・調整を行います。	非常勤 1名 兼務
介護従業者	1 利用者に対し必要な介護および世話、支援を行います。 2 必要に応じて、介護の人員を増やすこともあります。	9名 常 勤 8名 非常勤 1名 兼務

### 3 提供するサービスの内容及び費用について

#### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護計画の作成		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 サービスの提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、他の介護事業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。</li> <li>2 利用者に応じて作成した介護計画の内容について、利用者及びその家族に対して、説明し同意を得ます。</li> <li>3 （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付します。</li> <li>4 計画作成後においても、（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。</li> </ol>
食 事		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用者ごとの栄養状態を定期的に把握し、個々の利用者の栄養状態に応じた栄養管理を行います。</li> <li>2 摂食・嚥下機能、その他入所者の身体状況、嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供します。</li> <li>3 可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。</li> <li>4 食事の自立に必要な支援を行い、生活習慣を尊重した適切な時間に必要な時間を確保し、共同生活室で食事をとることを支援します。</li> </ol>
日常生活上の世話	・食事の提供及び介助	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。</li> <li>2 嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。</li> </ol>
	・入浴の提供及び介助	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 1週間に2回以上、事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。</li> <li>2 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴を提供します。</li> </ol>
	・排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、自立支援を踏まえ、トイレ誘導やおむつ交換を行います。
	・離床 ・着替え ・整容の介助	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 寝たきり防止のため、できる限り離床していただくように配慮します。</li> <li>2 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えのほか、必要時に着替えを行います。</li> <li>3 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。</li> <li>4 シーツ交換は、定期的に週1回行い、汚れている場合は随時交換します。</li> </ol>
	・移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
	・服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。
機能訓練	・日常生活動作を通じた訓練	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。
	・レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
健康管理		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 毎日バイタル測定を行い利用者の健康管理につとめます。</li> </ol>

若年性認知症利用者 受入サービス	若年性認知症（40 歳から 64 歳まで）の利用者ごとに担当者を定め、その者を中心にその利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。
その他	1 利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 2 良好な人間関係と家庭的な生活環境の中で、日常生活が過ごせるよう、利用者と介護事業者等が、食事や掃除、洗濯、買い物、レクリエーション、外食、行事等を共同で行うよう努めます。 3 利用者・家族が必要な行政手続き等を行うことが困難な場合、同意を得て代わって行います。 4 常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者、家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な支援を行います。 5 常に家族と連携を図り、利用者・家族との交流等の機会を確保します。

## (2) 介護保険給付サービス利用料金

### 《 認知症対応型共同生活介護費 》

・共同生活住居数が 1

サービス提供時間		基本単位
事業所区分・要介護度		
I	要介護 1	765
	要介護 2	801
	要介護 3	824
	要介護 4	841
	要介護 5	859

## (3) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

サービス内容略称	単位数
認知症対応型医療連携体制加算 I 1	57 単位／回
サービス提供体制強化加算 I	22 単位／回
介護職員処遇改善加算 I 介護度に応じた(加算率)	18.6 %
夜間支援体制加算 I	50 単位／回
認知症対応型高齢者等感染対策向上加算 I	10 単位／月
認知症対応型生産性向上推進体制加算 II	10 単位／月
初期加算（入居日から30日以内の期間）	30 単位／回

#### (4) その他の費用について

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。

① 家賃	月額 40,000 円 (1 日当たり 1,333 円)
② 敷金は無し 退去時追加料金 について	利用者の故意・過失・善管注意義務違反、その他通常の使用を超えるような使用による消耗・毀損があった場合には、復旧する際の原状回復費用を頂きます。 ※退居時には現状回復にて、お願いいたします。
③ 食費	朝食 450 円/回 昼食 500 円/回 夕食 500 円/回 おやつ 50 円/回
④ 光熱水費 (共益費)	月額 20,000 円 (1 日当たり 666 円) 共用部分の光熱水費は除きます。
⑤ 消耗品・雑費	月額 8,000 円 (1 日当たり 266 円)
① 理美容費	理容代 1,500 円
⑥その他	日常生活において通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められるもの。 ・利用者の希望により、身の回り品として日常生活に必要なもの。 ・利用者の希望により、教養娯楽として日常生活に必要なもの。

#### 4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 21 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 事業者指定口座への振り込み (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 現金支払い イ 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

#### 5 入退居に当たっての留意事項

(1) 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の対象者は、要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。

- ① 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
- ② 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
- ③ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者

- (2) 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、当該入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- (3) 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して自ら必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。

利用者の退居に際しては、利用者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

## 6 衛生管理等

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

## 7 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 8 緊急時の対応方法について

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

## 【協力医療機関】（協力医療機関一覧）

【協力医療機関】	医療機関名 北中城若松病院
所在地	沖縄県北中城村字大城 311 番地
医院長名	喜屋武 幸男
電話番号・FAX 番号	098-935-2227 ・ 098-935-2272
救急・入院設備	有り ・ 無し
受付時間	09:00 ～

【協力医療機関】	医療機関名 ハートライフ病院
所 在 地	沖縄県中頭郡中城村字伊集 208 番地
医院長名	佐久川 廣
電話番号・FAX 番号	098-895-3255 ・ 098-895-5685
救急・入院設備	有り ・ 無し
受付時間	09：00 ～

【協力医療機関】	医療機関名 中部徳洲会病院
所 在 地	沖縄県中頭郡北中城村比嘉 801 番地
医院長名	大城 吉則
電話番号・FAX 番号	098-932-1110・0570-098-033
救急・入院設備	有り ・ 無し
受付時間	09：00 ～

【協力医療機関】	医療機関名 新垣病院
所 在 地	沖縄県沖縄市安慶田 4 丁目 10-3
医院長名	大湾 勤子
電話番号・FAX 番号	098-933-2756
救急・入院設備	有り ・ 無し

医療機関の名称	サザン歯科まえたクリニック		
医 院 長 名	崎濱 秀海		
所 在 地	沖縄県浦添市前田 1143-31		
電 話 番 号	098-875-4618		
診 療 科	歯科	入 院 設 備	有り or 無し

## 9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。事故については、事業所として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。また、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損保
	保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
	補償の概要	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。
自動車保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損保
	保 険 名	タフビズ事業用自動車総合保険
	補償の概要	対人・対物賠償 人身傷害・損害一時金・搭乗者傷害・車両保険



## 10 非常災害対策

非常時の対応	事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、避難訓練実施します。 （毎年2回 6月・12月）避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・スプリンクラー 有 ・室内防火栓 有 ・避難器具 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水7日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
非常災害に備えて	消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
消防計画	消防署への届出日： 令和 6年 2月 防火管理者： 譜久山 孝
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損保 加入保険内容：介護保険・社会福祉事業者総合保険

## 11 サービス提供に関する相談、苦情について

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

### (2) 苦情申立の窓口

<b>【当事業者の窓口】</b> ・窓口担当者： ・解決責任者： 窓口グリーンハウス 中城	所在地 沖縄県中頭郡中城村泊 487 番地 6 電話番号 098-917-4820 ファックス番号 098-917-4821 （土・日・祝祭日・旧正月・旧盆・年始を除く） 受付時間 8:30～17:30(土日祝は休み)
<b>【市町村（保険者）の窓口】</b> 中城村役場 福祉課	所在地 沖縄県中頭郡中城村当間 585-1 電話番号 098-895-1735（直通） ファックス番号 098-895-3048 受付日 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、 12月29日から1月3日までを除く。 受付時間 9:00～17:30(土日祝は休み)
<b>【沖縄県介護保険広域連合】</b>	所在地 沖縄県中頭郡読谷村比謝 55 受付時間 9時～17時（毎週月曜日～金曜日） 電話番号 098-911-7500（直通） ファックス番号 098-911-7506（各種共通） 受付日 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、 12月29日から1月3日までを除く。 受付時間 9:00～17:00（土日祝は休み）

## 12 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

## 13 情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、WEBにおいて公開いたします

## 14 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、そ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。</p>
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

## 15 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者 仲宗根 千代 ・解決責任者 譜久山 孝 ・ご利用時間 9：00 ～ 17：00 ・電話番号 098－917－4820 ・ファックス番号 098－917－4821
------------------	---

(虐待防止に関する事項)

第 13 条 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講授します。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置いたします
- (2) 成年後見制度の利用支援の利用を支援します
- (3) 苦情解決体制の整備をおこないます
- (4) 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施を行います
- (5) 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業員への周知徹底いたします

## 16 (身体拘束等の禁止)

当施設は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下、「身体拘束等」という。)を行いません。

2 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録にのこします。

3 当施設は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講授します。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業員への周知徹底いたします
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- (3) 従業員に対する身体拘束等の適正化のための研修の実施いたします

## 17 非常災害対策

当施設に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取組みを行います。

- ・ 防災の対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・ 防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・ 防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業員およびご利用者(入所者)、地域住民の参加が得られるよう連携に努め、年 2 回定期的に避難、救出その他必要な訓練を年間計画で実施します。
- ・ 当施設は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画 B C P(事業継続計画)を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

## 18 地域との連携について

① 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流

に努めます。

- ② 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね2ヵ月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③ 運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

#### ハラスメント対策

当事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
  - （1）身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
  - （2）個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - （3）意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

#### 19 サービス提供の記録

- ① 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護等を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- ② 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- ③ 入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

#### その他の費用

家 賃	40,000 円／月	1,333 円／日
食 費	45,000 円／月	1,500 円／日 おやつを含む
共益費（水道・光熱費）	20,000 円／月	666 円／日
消耗品・雑費	8,000 円／月	266 円／日
理美容費	1 回 1,500 円	（カットのみ値段）

## 20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和      年      月      日
-----------------	-------------------------

上記内容について、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定障害福祉サービス指定障害福祉サービスの事業等の従業者、設備及び運営の基準に関する条例の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	沖縄県中頭郡中城村泊 487 番地 6
	法人名	社会福祉法人 乙羽会
	代表者名	施設長 外間 千賀子 印
	事業所名	グループホーム 中城
	説明者氏名	印

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人	住所	
	氏名	印
	続柄 (利用者との関係)	

認知症対応型共同生活介護事業所

認知症対応型共同生活介護事業所（介護予防）

グリーンハウス 中城（なかぐすく）

## 重要事項説明書

社会福祉法人 乙羽会