

すかいグループホーム 重要事項説明書 兼 契約書

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

1 すかいグループホームの概要

(1) 事業所の概要

施設名	すかいグループホーム
所在地	青森市花園二丁目44番地7号
電話番号	017-765-2666
FAX番号	017-765-2675
介護保険事業所番号	0270101678

(2) 当施設の職員体制) 2階部分

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名	0名	あり	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員 介護福祉士 その他	0名 2名	1名	あり	3名	介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	看護師	0名	0名	なし	0名	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
	介護支援専門員	0名	0名	なし	0名	
	介護福祉士	3名	0名	あり	3名	
	ヘルパー1級	0名	0名	なし	名	
	ヘルパー2級	0名	1名	なし	1名	
	その他	3名	0名	なし	3名	
合計		6名	2名	—	8名	—
職員の勤務形態	① 早番 7:00～16:00(1人) ② 日勤 9:00～18:00(1人) ③ 遅番 10:00～19:00(1人) ④ 夜勤 19:00～ 8:00(1人)					

(3) 当事業所の設備の概要

定員	9人(全室1人部屋)	居室面積	11.26㎡～19.84㎡
居間兼食堂	42.8㎡		
浴室	ユニット式 3.96㎡		

(2) 当施設の職員体制 3階部分

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護支援専門員	1名	0名	あり	1名	介護従業者及び業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員	1名	1名	あり	2名	介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	看護師	0名	0名	なし	0名	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
	介護支援専門員	1名	0名	あり	1名	
	介護福祉士	2名	0名	なし	2名	
	ヘルパー1級	0名	0名	なし	0名	
	ヘルパー2級	2名	0名	なし	2名	
	その他	1名	0名		1名	
合計		6名	1名	—	7名	—
職員の勤務形態	① 早番 7:00～16:00(1人) ② 日勤 9:00～18:00(1人) ③ 遅番 10:00～19:00(1人) ④ 夜勤 19:00～ 8:00(1人)					

(3) 当事業所の設備の概要

定員	9人(全室1人部屋)	居室面積	11.99㎡～15.43㎡
居間兼食堂	49.5㎡		
浴室	ユニット式 4.05㎡		

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供にあたっては、認知症である利用者が可能な限り共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排せつ、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自立した日常生活を営むことができるよう援助します。

- 2 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。
- 3 事業所は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう利用者の心身状況を踏まえて、妥当適切にサービスを提供します。
- 4 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の地域密着型サービス事業者又は居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携に努めるものとします。
- 5 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。
- 6 事業所は、指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕を提供するにあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。
- 7 指定認知症対応型共同生活介護〔指定介護予防認知症対応型共同生活介護〕の提供の終了に際しては利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行います。
- 8 前7項のほか、「青森市指定地域密着型サービスに関する基準を定める条例」、「青森市指定地域密着型介護予防サービスに関する基準を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
-----	-----

認知症性老人の介護経験者	看護師、准看護師、介護福祉士、ヘルパー、認知症介護基礎研修修了者等が介護を行います
従業員への研修の実施	認知症介護実務者研修他様々な研修に参加しています。また、年2回以上の社内研修を全従業員に実施しています。
サービスマニュアル	計画作成担当者の計画に沿った適切なサービスを提供しています。

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面会	面会時間 午前8時～午後6時まで
外出・外泊	外出・外泊の際は、行き先と帰宅時間、連絡先を職員にお伝え下さい
飲酒・喫煙	状況を勘案し、相談に応じます。
金銭、貴重品の管理	管理者が責任を持って管理いたします。
所持品の持ち込み	相談のうえ、可能な限り認めます。
設備、器具の利用	相談のうえ、可能な限り認めます。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食事	朝食 午前7時～ 昼食 午後11時30分～ 夕食 午後5時30分～ ※上記時間帯を問わず、ご希望の時間帯に食事の提供をさせていただきます
入浴	週2回以上入浴の時間を設定します。 ただし、状態に応じ、特別浴又は清拭となる事もあります。
生活相談	管理者、看護師、介護支援専門員、計画作成担当者等が、日常生活に関する事などについても相談をお受けいたします。
介護	心身の状況に応じた介護を提供します。
健康管理	個々の状態、又はかかりつけ医の指示の元個別での健康管理をします。
レクリエーション	週3回以上のレクリエーションを行い又、年2回以上の季節の行事なども適宜行っております。

4 利用料金

(1) 基本利用料

ア（介護予防）認知症対応型共同生活介護利用料

介護保険から給付サービスを利用される場合は、原則として介護保険法による割合です。

	1日当たりの利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援2	7,490円	749円	1,498円	2,247円
要介護度1	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護度2	7,880円	788円	1,576円	2,364円
要介護度3	8,120円	812円	1,624円	2,436円
要介護度4	8,280円	828円	1,656円	2,484円
要介護度5	8,450円	845円	1,690円	2,535円

・短期利用型の創設—1ユニット(共同生活住居)につき、定員の枠内で1名を限度として、あらかじめ30日以内の期間を定めてサービス提供を行うものとする

※短期利用の料金表

	1日当たりの利用料金	自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援2	7,770円	777円	1,554円	2,331円
要介護度1	7,810円	781円	1,562円	2,343円

要介護度2	8,170円	817円	1,634円	2,451円
要介護度3	8,410円	841円	1,682円	2,523円
要介護度4	8,580円	858円	1,716円	2,574円
要介護度5	8,740円	874円	1,748円	2,622円

※ 令和3年9月30日までの間は基本報酬に係る経過措置により、経過措置に規定される所定単位数の1001/1000に相当する単位数を算定します。

(2)加算料金

		10割負担額	1割負担	2割負担	3割負担
ア	初期加算	300円	30円	60円	90円
イ	医療連携体制加算(Ⅰ)ハ	370円	37円	74円	111円
ウ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	60円	6円	12円	18円
エ	看取り加算 死亡日以前31日～ 4 5日	720円	72円	144円	216円
	死亡日以前4～30日	1,440円	144円	288円	432円
	死亡日前日及び前々 日	6,800円	680円	1,360円	2,040円
	死亡日	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
オ	退居時相談援助加算	4,000円	400円	800円	1,200円
カ	入院時費用加算	2,460円	246円	492円	738円
キ	口腔・栄養スクリーニ ング加算	2,000円	200円	400円	600円
ク	栄養管理体制加算	3,000円	300円	600円	900円
ケ	生活機能向上連携加 算	2,000円	200円	400円	600円
コ	退居時情報提供加算	2,500円	250円	500円	750円

ア 初期加算

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間であること。また、医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居した場合も同様とします。

イ 医療連携体制加算 (Ⅰ)ハ

※24時間訪問看護ステーションと連携、連絡体制を確保し、加算されます。

訪問看護ステーション事業所 ナースステーションいきいきケア

ウ、サービス提供体制強化加算Ⅲ

安定的な介護サービスの提供を確保する観点から、常勤職員が一定割合雇用されている事業所に加算されます(常勤職員が75%以上配置されていること)

エ、看取り加算

看取りに関する指針、重度化した場合における対応に係る指針に基づき、入居中の健康管理について重視します。(看取りの指針、重度化した場合における指針参照)

※算定要件

- 1、医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者であること
- 2、利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること
- 3、医師、看護師(当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる、自動車等による移動時間がおおむね20分圏内の距離にある病院、診療所または、訪問看護ステーションの職員に限る)、介護職員が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時、介護が行われていること

オ、退居時相談援助加算

※地域の認知症介護の拠点として、グループホームを退居する利用者様が自宅や地域での生活を継続できるように相談援助する場合に加算されます。

A 食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助

- B 運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
 C 家屋の改善や退去する者の介助方法に関する相談援助
 D 退去日から2週間以内に、退去後の居宅地を管轄する市町村等に必要な情報を提供します。
- カ、入院時費用加算(6日／月を限度とする)

入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受入体制を整えていること

キ、口腔・栄養スクリーニング加算

従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、

情報を担当する介護支援専門員に提供していること。※6月に1回を限度とします。

ク、栄養管理体制加算

管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を行うこと

ケ、生活機能向上連携加算

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評

価を共同して行うこと。また、計画作成担当者は、生活機能の向上を目的とした計画を作成すること

コ、退居時情報提供加算

医療機関へ退所する入居者等について、退院後の医療機関に対して同意の上、心身の状況・生活歴

等

を示す情報を提供すること

サ、介護職員等处遇改善加算Ⅱ ※令和6年6月施行

1月あたりの総単位数(基本利用料＋各種加算)×18.6%

キャリアパス要件(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)、職場環境等要件、取り組み内容の見える化を全て満たす事業所が対象となります。

シ、食材料費 1日につき 1,450円

1、食事代 朝食 350円

昼食 350円

夕食 550円 (計1,250円)

2、おやつ代 200円

家賃	Aタイプ 23,000円(1日当り 766円66銭)) Bタイプ 28,000円(1日当り 933円33銭)) Cタイプ 30,000円(1日当り 1,000円)	備 考
水道光熱費	11,400円	個室内個人使用分
冷暖房費	5,700円 特別暖房料(11月～4月)120円／日	個室内個人使用分
電化製品持込み料 ※1台につき	・テレビ 70円／1日 ・冷蔵庫 70円／1日 ・パソコン及びモニター 70円／1日	
共益費	14,100円	階段、街頭等共有部分光熱費、エレベーター保守、維持費、ごみ処理費、火災保険料、共有部品等

日常生活費	理美容代	1回	2,500円
	はくパンツ	1袋	2,380円
	尿とりパット	1袋	1,100円
	ポリマーライフ	1袋	900円
	横漏れ安心テープ止め	1袋	1,300円

※ 家賃については、30日を基準として、1日当りの金額に利用日数を乗じ、少数点第1位を四捨五入した額をお支払いいただきます。

料金の支払方法

毎月、翌月10日頃までに前月利用分の請求書を送付いたしますので、1カ月以内にお支払いください。領

収書を発行いたします。連絡がなく1カ月以上支払いが遅延する場合は、連帯保証人の追加など保証人に連絡の上、相談となります。

※ お支払い方法は、銀行振込、現金持参の中から自由に選択して頂きます

・保証金

・退居時の引越し費用、居室の著しい破損の改修費用等に充てます。

・ 保証金の額は、300,000円を上限とし、一括若しくは分割して納入して頂きます。

・ 退居時には、清算し、残額は返還いたします。

※保証人は、本人が死亡後も支払い義務を負うこととし、また、保証人は、本人死亡後はすみやかな退居に協力するものとします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設の職員がご連絡いたします。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

イ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・お客様が他の介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立、要支援1)と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

・お客様が亡くなられた場合

ウ その他

・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の7日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに2週間以内に退院できる見込みがない場合又は入院後2週間しても退院できないことが明らかになった場合。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 翁長 孝子 久末 真澄

電話 017-765-2666 FAX 017-765-2675

受付日 年中

受付時間 午前10時～午後16時

(2) 苦情処理体制

・ 苦情等の内容を確認し、解決方法に関する意向をお聞きいたします。

・ 相談者の意志を尊重し、内容に応じた適切な対応を行います。

・ 緊急を要すると判断された内容については、事業者と協議のうえ関係機関・入居者の家族等に連絡いたします。

※ 苦情対応の流れ 別紙参照

(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 青森市介護保険課 017-734-5257(直通)

イ 青森県国民健康保険団体連合会(苦情処理委員会) 017-723-1301(直通)

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、又は協力医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

協力医	氏名	北川ひ尿器科クリニック 北川 医師	
	連絡先	青森市花園2丁目443-18	電話番号 017-765-3355
家族	氏名		

	連絡先		電話番号	
主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	

※ 医療連携体制に伴い、当事業所看護師との24時間体制での連絡体制を確保しております。

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して講じた処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所は三井住友海上火災と損害賠償保険契約を結んでおります。）

9 非常災害対策

防災時の対応	自動的に消防署へ通報されます。
防災設備	火災報知器(煙探知器)、非難用緩降器が設置されております。
防災訓練	年2回入居者及び職員が訓練を行います。
防火責任者	久末 真澄

10 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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。
2 個人情報の保護について	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。)
--	----------------------------------

11 高齢者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。

虐待防止に関する担当者	久末 真澄
-------------	-------

- (2) 高齢者虐待防止の指針を整備しています。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修・訓練(シュミレーション含む)を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12 身体拘束について

事業者は、身体的拘束等適正化のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 身体拘束に関する担当者を選定しています

身体拘束に関する担当者	久末 真澄
-------------	-------

- (2) 身体拘束防止に関する指針を整備しています。
- (3) 身体拘束防止を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています
- (4) 従業者に対して、身体拘束に関する定期的な研修を実施しています。
- (5) 原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

- また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。
- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13 地域との連携について

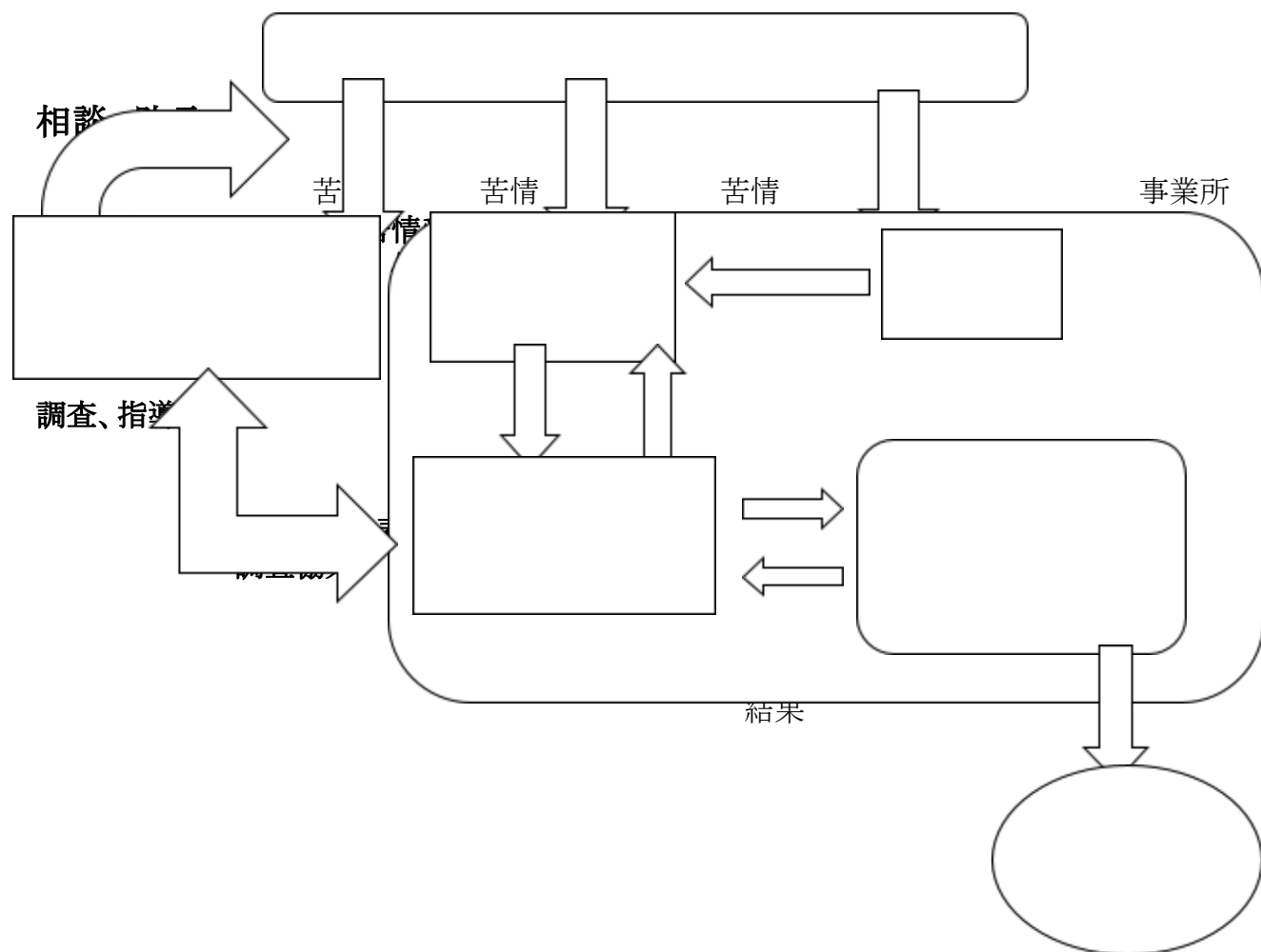
- ①運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
- ②指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、(介護予防)認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下、この項において「運営推進会議」と言います。)を設置し、概ね2月に1回以上運営推進会議を開催します。
- ③運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるとともに、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報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

14 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、その記録は退去等によりサービス提供を終了した日から起算して最低2年間は保存、利用及び他の請求及び受領に係る記録については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。

※別紙
苦情対応の流れ



介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

〒030-0966

事業所所在地 青森市花園2丁目44-7

TEL 017-765-2675

名 称 すかいグループホーム

説明者氏名 _____印

私は、本書面により、事業者から介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____印

(連帯保証人) 住 所 _____

氏 名 _____印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記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 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときに、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

〒030-0966

事業所の名称 青森市花園 2 丁目44-7

TEL 017-765-2666

すかいグループホーム 殿

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____印

(連帯保証人) 住 所 _____

氏 名 _____印

看取りケア加算について

※ 医師の診断のもとご利用様が住みなれたホームで、できる限りその人らしさを尊重して暮らせるようなケアを希望された場合についての注意事項

- 1 看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者ご家族様側にとっては事業所に入居していない月についても自己負担を請求される場合があります。(病院やご自宅で亡くなられる可能性もある為) によって、利用者様が退居する際、退居等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を頂くこととなります。

※当ホームで実際に看取りケアを行っていない日は、請求の対象とはなりません
(例、入院中、ご自宅療養中など)

- 2 状態変化などにより、医療機関などへ退居された後も、当ホームは継続してご家族様への助言や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要である為、ご家族様、入院先の医療機関等と継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認させて頂くこともあります。尚、情報の共有を円滑に行う視点から、当ホームが入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねた時に、当該医療機関等が当ホームに対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、本人、又はご家族様へ説明をし、文書にて同意を頂く事となります。