■　重要事項説明書　■

指定地域密着型認知症対応型共同生活介護事業
指定地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護
短期利用共同生活介護

有限会社　四海堂

グループホーム　おだやか
（　おだやか　・　おだやかに　）

事業所番号　　0171600281

重要事項説明書

1. 法人の概要

法　人　名	有限会社　四海堂
所　在　地	北海道檜山郡上ノ町字大留153番地の8
代表者氏名	代表取締役　　平山　美果
TEL／FAX	0139－55－3787　／　0139－55－3950

2. 事業所の概要

名　　称	グループホームおだやか					
事業所番号	0171600281					
所　在　地	北海道檜山郡上ノ国町字上ノ国274番地の1					
TEL／FAX	0139－55－3117　／　0139－55－3135					
管理者氏名	疋田　麻奈・斉藤　千里		職員数	17名（常勤）・2名（非常勤）		
建　　物	住居数	18室	総戸数	2ユニット	総定員	18名
	敷地	134．18㎡	延床面積	394．31㎡	構造	木造平屋建

3. 目　的

有限会社四海堂が設置運営する指定地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護事業及び指定地域密着型認知症対応型共同生活介護事業、短期利用共同生活介護の運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図ることを目的とする。

4. 事業の目的

認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで、食事、入浴、排泄等の日常生活の世話及び日常生活の中での心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援することを目的とする。

5. 運営の方針

①本事業において提供する指定地域密着型介護予防認知症対応型共同生活介護及び指定地域密着型認知症対応型共同生活介護、短期利用共同生活介護は、介護保険法並びに関係する厚生省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。
②利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、個別の介護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
③短期利用共同生活介護の利用は、あらかじめ30日以内の利用と定めるものとする。
④利用者及びその家族に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかり易く説明をする。
⑤適切な介護技術をもってサービスを提供する。
⑥常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

6. 認知症対応型共同生活介護の内容・提供場所等

内　　容	小規模な家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活のお世話を提供します。 認知症の方のお一人おひとりのペースに合わせて職員と共同で買物、食事、散歩等の生活を送ることにより、認知症の進行を緩やかにし、精神的に安定した生活を送っていただく共同生活住居です。
利用設備	おだやかユニット　：　居室（洋室9室）、浴室、台所、食堂、居間、便所等 おだやかにユニット　：　居室（洋室9室）、浴室、台所、食堂、居間、便所等

7. 職員の勤務体制

従業員の職種	保有資格	勤務体制	休　暇
管理者	介護福祉士	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）　常勤	4週8休
介護職員	介護福祉士 訪問介護員2級課程修了者 介護職員初任者研修修了者	早番　（ 7:30～16:30） 日勤　（ 9:00～18:00） 遅番　（10:00～19:00） 夜勤　（17:00～10:00） 夜勤時間外（7:00～22:00）は、原則として職員1名あたり入居者3名のお世話をいたします。 夜間帯（22:00～7:00）は、原則として職員1名あたり入居者9名のお世話をいたします。 ※また、利用者の状態・変化によっては、職員の勤務時間が変わることがあります。 ※短期利用共同生活介護においては、実践リーダー研修を修了した職員を配置いたします。	4週8休
計画作成担当者	介護支援専門員	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）　常勤・兼務	4週8休

8. 入居者

（1）　要介護者であって認知症の状態にある高齢者のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない方を対象とさせていただきます。

（2）　入居申込者の入居に際し、主治医の診断書等により認知症の状態にある方であることを確認させていただきます。

（3）　入居者の入退居については、医師の診断書などにより入院治療を必要とする場合及び入居者に対し、必要なサービスを提供することが困難である場合は、適切な他の介護保険施設、医療機関を紹介する等の必要な措置を講じます。

（4）　入居者が家族等による入居契約締結の代理や援助が期待できない場合については、関係市町村と連携し成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の活用に努めます。

（5）　入居者の退去に際しては、適切な指導を行うとともに居宅介護支援事業者等への情報の提供及び保険・医療・福祉サービスの提供者との密接な連携に努めます。

9. 提供するサービスの概要

(1)介護保険給付サービス費用

種　　類	内　　容
認知症ケア	・家庭的な雰囲気のもとで認知症の方のお一人おひとりのペースに合わせて生活を送り、認知症の進行を緩やかにする関わりを持ちます。
食　　事	・利用者様の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して利用者様とともに献立を立て、提供します。 ・食材費は給付対象外です。 ・食事の調理、盛り付け、配膳、下膳、食器の洗浄等の作業は、出来るだけ利用者様と職員が共同で行います。 ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。 ・食事時間　朝食　7:30～ 8:30 昼食　12:00～13:00 夕食　17:30～18:30
排　　泄	・利用者様の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用されている利用者様については適宜の交換を行うとともに、必要な場合はこれを超えて交換し、適宜トイレへの誘導を行います。 ・おむつの交換は1日6回を原則としますが、必要があれば回数を増やします。
入　　浴	・利用者様の状況に応じ、適切な入浴の介助と、入浴の自立の援助を行います。 ・週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・利用者様本人の希望時間に入浴することが出来ます。
日常生活	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は必要に応じ適宜交換します。 ・洗濯　・居室内清掃　・役所手続きの代行 ・日常費支払代行　・所持品の管理　・レクリエーション等
機能訓練	・離床援助 ・屋外散歩同行 ・家事共同作業等により生活機能の維持・改善に努めます。 ・ご希望により身体の状況・体力に応じた機能訓練をいたします。
健康管理	・利用者の状況に応じ、適切な医療機関への受診を実施します。 ・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・介護職員により食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定など毎日の健康管理をいたします。 ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施いたします。
相談・援助	・当事業所は、入居者様及びそのご家族様からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

認知症対応型共同生活介護費

イ　認知症対応型共同生活介護費

○（介護予防）認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

（予）　要支援2　　749単位／日

（一）　要介護1　　753単位／日

（二）　要介護2　　788単位／日

（三）　要介護3　　812単位／日

（四）　要介護4　　828単位／日

（五）　要介護5　　845単位／日

短期利用共同生活介護費

ロ短期利用共同生活介護費

○ 短期利用共同生活介護費（Ⅰ）

（一）　要介護1　　793単位／日

（二）　要介護2　　829単位／日

（三）　要介護3　　854単位／日

（四）　要介護4　　870単位／日

（五）　要介護5　　887単位／日

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして市町村長に届け出た当該事業所において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、利用者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

下記の加算については、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件が整った場合に限り必要となります。

○夜間支援体制加算（Ⅰ）　　50単位

・夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が2以上であること。

○夜間支援体制加算（Ⅱ）　　25単位

・夜勤を行う介護従業者及び宿直勤務に当たる者の合計数が、当該事業所を構成する共同生活住居の数に1を加えた数以上であること。

○認知症行動・心理症状緊急対応加算　　200単位／日（入所日から7日間を限度とする。）

・医師が、認知症の行動・心理状態が認められるために在宅での生活が困難であり、緊急に指定認知症対応型共同生活介護を利用することが適当であると判断し、入居した場合に必要となります。

○若年性認知症受入加算　　120単位／日

・若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め介護を行った場合に必要となります。

○看取り介護加算

死亡日以前31～45日　　72単位／日
死亡日以前4～30日　　144単位／日
死亡日前日及び前々日　　680単位／日
死亡日　　1，280単位／日

・医師が一般的医学的見地基づき回復の見込みがないと診断した方に対し、介護計画を作成し、医師、密接な連携を確保できる範囲内等にある病院等の看護師と共同して介護を行った場合に必要となります。

ハ 初期加算　　30単位／日

・イについて、入居した日から起算して30日以内の期間については、初期加算として1日につき所定単位数が必要となります。
・当該入居者が過去3ヶ月の間に、当該事業所に入居したことが無い場合に限り必要となります。（ただし、日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は1ヶ月とする。）
・30日を超える病院又は診療所への入院の後に再入居した場合は上記にかかわらず必要となります。

二　医療連携体制加算

○医療連携加算（Ⅰ）イ　57単位／日

・看護師を常勤関換算で1名以上配置し、一定の要件を満たした場合に必要となります。

○医療連携加算（Ⅰ）ロ　47単位／日

・看護職員を常勤換算で1名以上配置し、一定の要件を満たした場合に必要となります。

○医療連携加算（Ⅰ）ハ　37単位／日

・看護師の配置、病院、若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保した場合に必要となります。

○医療連携加算（Ⅱ）　5単位／日

・医療連携加算（Ⅰ）のいずれか医療的ケアが必要なの者の受け入れ要件を満たし、該当する状態の入所者が1名以上いる場合に必要となります。

ホ　退去時相談援助加算　　400単位／回（退去時）

・利用期間が一ヶ月を超える利用者の退去時に、福祉サービスについての相談援助を行い且つ、退去の日から2週間以内に当該利用者様の介護状況等の必要な情報提供を行った場合に必要となります。但し、在宅復帰でありご家族等の同意を得た場合です。

ヘ　認知症専門ケア加算

○認知症専門ケア加算（Ⅰ）　3単位／日

・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者割合が50％以上となり、認知症介護に係わる専門的研修（認知症介護実践リーダー研修）を修了した者を厚生労働省の定める基準で配置し、技術的指導に係わる会議を定期的に開催する体制が整った場合に必要となります。

○認知症専門ケア加算（Ⅱ）　4単位／日

・認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護の指導に係わる専門的研修（認知症介護指導者研修）を修了した者を（Ⅰ）の基準に加え1名以上配置し、認知症ケアの指導を実施すると共に、当該事業所における研修計画を作成し、研修を実施する体制が整った場合に必要となります。

ト 認知症チームケア推進加算

〇認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 150単位／月

①日常生活に対する注意を必要とする認知症の割合が1／2以上であること。

②認知症の指導に関する専門的な研修を修了した者が1名以上配置し、複数の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対するチームを組んでいること。

③対象者に対し、認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防に資するチームケアを実施していること。

④認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直しなどを行っていること。

〇認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 120単位／月

・認知症チームケア加算（Ⅰ） ①、③及び④に掲げる基準に適合すること。
認知症の行動・心理症状の予防に資する認知症介護に係る専門的な研修を終了している者を1名以上配置し、複数の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対するチームを組んでいること。

チ サービス提供体制強化加算

〇サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位／日

次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

①当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が70%以上配置されていること。

②当該事業所の介護従事者の総数のうち、勤続10年以上介護福祉士の資格を有する者の占める割合が25%以上配置されていること。

上記に加え、サービスの質の向上に資する取組む体制が整った場合に必要となります。

〇サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 18単位／日

・当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が60%以上配置され、厚生労働省の定める人員基準に適合している体制が整った場合に必要となります。

〇サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位／日

次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

①当該事業所の介護従事者の総数のうち、介護福祉士の資格を有する者の占める割合が50%以上配置されていること。

②当該事業所の、介護従事者の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上配置されていること。

③当該事業所の介護従事者の総数のう、、勤続7年以上の占める割合が30%以上配置されていること。

リ 介護職員等処遇改善加算

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅰイ） 総報酬単位数×21%

・介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）に加え、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること。（介護福祉士30%以上）

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ） 総報酬単位数×22．8%

・（Ⅰイ）に加え特例要件を満たした場合に上乗せ加算とする。

・特例要件、以下のア～ウのいずれかを満たすこと。

ア）訪問、通所サービスなど：ケアプランデータ連携システムを利用。

イ）施設サービスなど：生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを取得。
※加算の申請時点では、利用又は取得の誓約で算定可能とする。

ウ）社会福祉連携推進法人に所属していること。

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅱイ）　総報酬単位数×20．2%
・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）に加え、職場環境の去らない改善、見える化。

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）　総報酬単位数×22%
・（Ⅱイ）に加え特例要件を満たした場合に上乗せ加算とする。
・特例要件、以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
ア）訪問、通所サービスなど：ケアプランデータ連携システムを利用。
イ）施設サービスなど：生産性向上推進体制加算Ⅰ又はⅡを取得。
※加算の申請時点では、利用又は取得の誓約で算定可能とする。
ウ）社会福祉連携推進法人に所属していること。

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）　総報酬単位数×17．9%
・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）に加え、資格や勤続年数などに応じた昇給の仕組みの整備。

〇介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）　総報酬単位数×14．9%
・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）の1／2（6．2%）以上を月額賃金で分配。
・職場環境の改善。賃金

ヌ 口腔・栄養スクリーニング加算
〇 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　20単位／回
・サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに口腔の栄養状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に情報提供した場合に必要となります。

〇 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　5単位／回
・サービス利用者が、栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に必要となります。

ル 入院時費用　246単位／日（1月に6日限度）
・入院後3ヶ月以内に退院が見込まれる入居者について、再入居の受け入れ体制を整えている場合には1月に6日を限度として一定単位の基本報酬を算定する。

ヲ 生活機能向上連携加算
〇 生活機能向上連携加算（Ⅰ）　100単位／月
・訪問リハビリステーション若しくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士や医師からの助言を受けることができる体制を構築した上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画書を作成等を行った場合に必要となります。

〇 生活機能向上連携加算（Ⅱ）　200単位／月
・訪問リハビリステーション若しくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問し、計画作成担当者と身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行った場合に必要となります。

ワ 退居時情報提供加算　250単位／回
・医療機関へ退所する入居者について、退所後の医療機関に対して入居者などを紹介する際、入居者の同意を得て、心身の状況、生活歴などを示す情報を提供した場合に必要となります。

カ 協力医療機関連携加算

〇協力医療機関連携加算（1）　100単位／月

①入所者の病状が急変した場合などにおいて、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②高齢者施設になどからの診療の求めがあった場合において、診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

③入所者の病状が急変した場合などにおいて、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

※①、②の要件を満たす場合に必要となります。

〇協力医療機関連携加算（2）　40単位／月

・協力医療連携加算（1）以外の場合に必要となります。

ヨ 高齢者虐待防止措置措置未実施減算　10%／日減算

・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するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。

・虐待防止のための指針を整備すること。

・従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。

・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

タ 身体拘束廃止未実施減算　10%／日減算

・緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

・身体的拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

※運営推進会議を活用することができることとする。

・身体的拘束等の適正化のため指針を整備すること。

・身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

➡以上の基準を全て満たしていないと減算の対象となる。

レ 業務継続計画未実施減算　30%／日減算

・感染症や非常災害に発生時において、利用者に対するサービス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を策定すること。

・当該業務計画に従い必要な措置を講ずること。

ソ 科学的介護推進体制加算　40単位／月

・サービス利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFEを用いて厚生労働省に提出していること。

・必要に応じて介護計画書を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

(2)介護保険給付外費用

以下は、介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。

種　類	内　　容		
食材費	1，000円（1日につき） 朝・昼・夕　各種300円　おやつ100円		
住居費	1，000円（1日につき）	水道光熱費	500円（1日につき）
冬期暖房料	266円（1日につき） ※10～5月		
貸出ベット	60円（1日につき） ※希望者のみ		
洗濯洗剤代	6円（1回につき） ※希望者のみ		
その他	医療費　実費、 オムツ代　実費、 理美容代　実費、 教養娯楽費　実費 個人でお使いになる日用品等は実費でお願いいたします。		

※当事業所の建物賃貸借契約改定による住居費変更または経済情勢の大幅な変動等で
上記の金額が不相応となった場合は、書面による通知後、改訂する場合があります。

10. 料金の支払いと支払方法

料金の支払時期	毎月25日まで（前月分の月額料金）
支払方法	【指定口座への振込】 振込先　北洋銀行江差支店 口座番号　普通　0370200 口座人名義　グループホームおだやか　有限会社　四海堂 代表取締役　平山　美果 ※送金手数料はご利用者様がご負担くださいますようお願いいたします。 ※送金が困難な状態の方は施設長（平澤）までご相談くださいませ。

11. 入居に当っての留意事項

面　　会	・来訪者は面会の都度、職員に届け出て面会簿の記載をしてください。 ・宿泊されるときは必ず、管理者の許可を得て下さい。
外　　出	・外出・外泊をされる場合は、管理者の許可を得てください。
居室の利用 迷惑行為等	・設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂く事があります。 ・騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないでください。
所持金等	・日常生活上、必要となる物品などに関しましてはお預かりしている小口資金から実費充当させていただきます。

12. 緊急時の対応方法

認知症対応型共同生活介護の提供中に利用者様の病状に急変が生じた場合は、主治医、救急隊、利用者様に係るご家族等への連絡をいたします。

13. 協力医療機関及び協力歯科医療機関

名　称	上ノ国町立上ノ国診療所		
所在地	檜山郡上ノ国町字上ノ国274番地の2	電話番号	0139－55－2017
診察科	内科、消化器科		

名　称	上ノ国町立上ノ国歯科診療所		
所在地	檜山郡上ノ国町字大留152番地の1	電話番号	0139－55－2203
診察科	歯科		

名　称	佐々木病院		
所在地	檜山郡江差町姥神町31	電話番号	0139－52－1070
診察科	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リハビリテーション科		

14. 非常災害時の対策

消防計画	別に定めます。 消防計画　　上ノ国消防署へ届出 防火管理者　　平山　美果
避難訓練	年2回火災及び地震等を想定した訓練を行います。
防災訓練	自動火災報知設備・スプリンクラー設備・非常通報設備・ガス漏れ火災警報設備・非常灯設備・非常用発電機・誘導灯・消火器

15. 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

相談窓口	グループホームおだやか 〒049-0612　北海道檜山郡上ノ国町字上ノ国274番地の1 電話　0139－55－3117　　FAX　0139－55－3135 担当者　　施設長　平澤　ひとみ ※苦情及び心配事等、気兼ねなくご相談ください。

当事業所の他に、ご相談や苦情については下記の窓口があります。

名　称	上ノ国町保健福祉課
所在地	檜山郡上ノ国町字大留96　上ノ国町高齢者等健康づくり総合交流センター
電話番号	0139－55－4460

名　称	北海道国民健康保険団体連合会
所在地	札幌市中央区南2条西14丁目
電話番号	011－231－5161

16. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、サービス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うものとします。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

17. 運営推進会議

利用者様及び市町村職員並びに地域住民の代表等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置しおおむね2ヶ月に1回開催いたしますのでご理解とご参加をお願いいたします。

18. ご家族への協力依頼事項

グループホームおだやかは、ご家族と共に利用者様の生活を支えることを目標とします。
日常介護は当社で関わりますが、ご家族との『心の絆』は私どもが代行できるものではありません。
たとえ誰であるか判別できない状況になろうとも、人が恋しく、家族を求める気持ちは計り知れないものがあるように思います。
グループホームおだやかでの生活の様子は定期的にご報告いたしますが、良い関わりをお願いいたします。
また、利用者様を取り巻く人的環境は思いやりと信頼の上に立ち、共に支え合う関係にあることが望ましい関係と考えます。利用者様を中心にかかわるご家族と私どもの関係においても、良い人間関係を築きながら利用者様の生活を支えて行きたいと考えます。
利用者様の症状によりご家族に依頼することは異なりますが、季節による衣類交換時には寝具交換（布団類）などご家族に依頼しなければならない事があります。
また、医療機関受診や特に入退院につきましてはご家族での対応をお願いいたします。
その他、定期的にご本人の生活の様子など、ご家族と話し合いご本人にとって、より過ごしやすい環境づくりにご協力頂けますよう宜しくお願いいたします。

私は、本書面に基づいてグループホームおだやか職員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿より
重要事項の説明を受けたことを確認いたします。

令和　　年　　月　　日

【　利用者　】

住　　所	
氏　　名	印
電話番号	

【　利用者代理人　】

住　　所	
氏　　名	印
電話番号	

【　身元引受人　】

住　　所	
氏　　名	印
電話番号	