

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
『 ショートステイ かつら 』

重要事項説明書

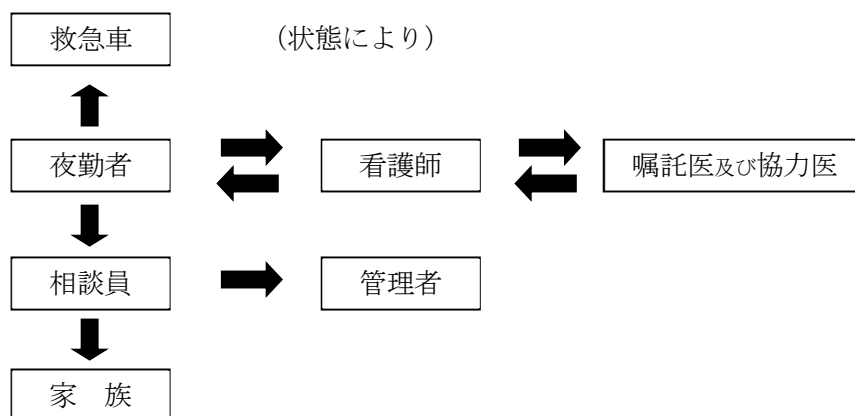
様

秋田県湯沢市川連町字大館屋布前124番地
TEL0183-42-2646 FAX0183-42-2313

○短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 の内容

1. 住 所 秋田県湯沢市川連町字大館屋布前124番地
ショートステイ かつら
2. 設備等 居室 定員1名 6室
居室 定員2名 8室
居室 定員4名 2室
ホール 食堂 浴室（一般浴・特殊浴槽）
トイレ 洗面所 等
3. 食 事 朝食 7：30～
昼食 12：00～
夕食 18：00～
※本人の希望により、食堂でも居室でもお召し上がりいただけます。
4. 入 浴 本人の希望に添って行いますが、特に希望の無い場合は週2回の入浴となります。ただし状態に応じ清拭となる場合があります。
5. 介 護 ご希望や状態に応じ適切な介護サービスを提供します。
・着替え介助
・排泄介助
・おむつ交換
・移動介助
・体位変換
・シーツ交換 等 その他 自立支援が必要な介護の提供
6. 看 護 ・健康の維持、体調の管理をするための支援を行います。
・服薬は、看護師によって適切な管理をします。
・体調の変化や怪我等には、速やかに対応します。
・嘱託医（主治医）及び看護師との連携により、24時間体制で健康上の管理等を行います。

《連絡網》



7. 機能訓練 心身機能等の状況に応じて必要な機能訓練を提供致します。
8. レクリエーション 1日1回程度ホールにて行います。その他慰問、季節行事を随時計画。
9. 情報管理 提供いただきました情報につきましては、入退所に関する事由以外の目的には使用せず、施設外への漏洩防止に配慮しております。
10. 尊厳の保持 プライバシー保護について
* プライバシーに気を配り、守秘義務を遂行し、また同姓介助に配慮しております。
* 居室前への名前の掲示、おむつ交換、体位変換表の掲示等について本人、家族の希望、意向に添った対応をさせていただきます。
11. その他 * 毎日、起床時と就寝時に着替えの支援を行っており、衣類は好みに合ったものを着用していただく支援を行います。
* 新山歯科医院指導の下、口腔ケアを確実に実施し誤嚥の防止等に努めます。
* 入所中の外出・外泊は、家族、本人のご要望に応じた対応に勤めています。
面会時間は原則として8時30分～21時までとさせていただきます。
* 外部への電話、手紙は希望に応じて。
* これまでの生活が継続できるよう本人の意思を尊重し、環境作りをします。
* 身体拘束をしないケアを目指し、アセスメントの徹底、ケアの工夫、生活環境整備等具体的な取り組みをします。
* 信仰への配慮を行い、特に規制は行いません。
* 個別援助計画作成時には、本人、家族の要望・意見を取り入れ作成するようにしており、随時見直しをしていきます。
* 防災委員会にて、防災訓練等を実施し、火災・地震に対応する対策をしています。
* 湯沢市横手市以外の送迎については、送迎加算額に加えてエリア外の実費を負担いただきます。
エリア外送迎料金：事業所から片道1kmにつき25円/回

○短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護ご利用の中止

①利用前中止

- * 利用者が入院される、当日体調が悪くなった場合
- * 感染症があると判明した場合
- * 利用期間中に市内及び周辺に緊急連絡先がなく又緊急時に駆けつける該当者が不在の場合

②利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合、利用期間中でもサービスを中止し、退所していただく場合があります。

- * 利用者が希望した場合
- * 入所時の健康チェックの結果、体調が悪かった場合

*利用中に体調が悪くなった場合

〔利用中の通院はご家族での対応をして頂きます。尚緊急時は状況に応じて対応致します。
その際緊急連絡先へ連絡すると共に速やかに主治医等に連絡をとる等必要な措置を講じます。〕

*他利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

*施設備品等の破損行為及び他利用者への暴力や暴言が止められなく、他利用者に重大な影響を与える行為があった場合

*利用者の生命又は健康に配慮したご家族の協力が得られない、と判断された場合

*看護師による処置等が、常時24時間に渡って行う必要がある場合（夜間看護師不在の為）ただし、緊急時はオンコールにて看護師が対応致します。

令和 年 月 日

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護の提供にあたり、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

所在地 〒012-0105
秋田県湯沢市川連町字大館屋布前124番地
事業者名 ショートステイ かつら
説明者氏名 (印)

私は、本書面により、事業者から短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護についての要事項の説明を受け、同意します。

[利用者]

住所 秋田県湯沢市

氏名 (印)

[代理人]

住所 秋田県湯沢市

氏名 (印)

《ご家族の緊急連絡先》

氏名	〇〇 〇〇	電話番号	000-000-0000
住所	秋田県湯沢市	携帯電話	000-0000-0000
上記以外の連絡先			

《主治医》

医師名	〇〇 〇〇	病院名	〇〇病院
住所	湯沢市	電話番号	000-000-0000

上記の緊急連絡先は、常時確実に連絡が取れるようお願い致します。