

緊急連絡先一覧

《番号は架電優先順位》

①					<input type="checkbox"/> 請求書送付先	
	<p>申込人（保証人）は、職場連絡先のみをご記入ください。</p>					
	電話	職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
			会社名：	午前	時頃	午後
		部署名：	午前	時頃	午後	時頃
②	氏名				続柄：	<input type="checkbox"/> 請求書送付先
	住所	〒 -				
	電話	携帯	-		自宅	-
		職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
会社名：	午前		時頃	午後	時頃	
	部署名：	午前	時頃	午後	時頃	
③	氏名				続柄：	<input type="checkbox"/> 請求書送付先
	住所	〒 -				
	電話	携帯	-		自宅	-
		職場	-		不都合な時間帯をご記入ください。 尚、制限がない場合は「斜線」願います。	
会社名：	午前		時頃	午後	時頃	
	部署名：	午前	時頃	午後	時頃	

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人日浦会
理事長 日浦 剛
(公印省略)

日常生活品等の利用確認書

当施設では、ご利用者・ご家族の利便性の向上、感染予防、ケア品質の向上等を目的として、2タイプの日常生活品を準備しております。

- ・ 日常生活品費（衣類セット）
以下の基本セットに、施設内での衣類（上衣、ズボン、肌着、くつした）、及び衣類セットにかかる洗濯代を含む。
- ・ 日常生活品費（基本セット）
石鹸、シャンプー、バスタオルやおしぼり、口腔ケア用品（歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、歯磨き用コップなど）や、飲水用具（ふた付きコップ、らく飲み）を含む。

持込み衣類等の洗濯については当施設で洗濯するか、持ち帰りかを選べます。当施設は、外部業者に洗濯を委託していることから、委託業者の洗濯物集配スケジュール等により、退所の際は、ご利用者・ご家族への返却にお時間をいただくことがあります。

また、洗濯物の退所後返戻は、ご家族の施設来訪による引き取り。又は、着払いでの送付となります。

恐れ入りますが、下記事項を確認して日常生活品の利用、並びに施設洗濯の要否の署名・捺印をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

私は日常生活品、並びに施設洗濯に関する説明を受け、

日常生活品は 衣類セット 基本セット

衣類等の洗濯は 当施設で行う 持ち帰って行う

以上のように希望します。

利用者： _____ (印)

申込人
(保証人)： _____ (印)

利用者との関係・続柄： ()

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人日浦会
理事長 日浦 剛
(公印省略)

歯科訪問診療について

当施設では、協力歯科医院である たけとみデンタルクリニック の歯科衛生士による週 1 回のケアと、必要に応じて歯科医師による往診を行っております。

高齢者には、特に各個人にあったケア方法の選択と実施が必要で、歯科医師や歯科衛生士によるプロフェッショナルケアと、施設スタッフによるデイリーケアにより、ご利用者に対して効果的・効率的なケアを行っております。

これにより、

- ① 誤嚥性肺炎の予防
- ② 経口維持・生活の質向上

が図れます。(訪問衛生指導料をご負担して頂く場合があります)。

恐れ入りますが、歯科訪問診療の要否の署名・捺印をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

私は歯科訪問診療に関する説明を受け、

歯科訪問診療を 希望します。 希望しません。

利用者： _____ (印)

申込人
(保証人)： _____ (印)

利用者との関係・続柄： ()

社会福祉法人日浦会 肖像権使用の同意書

社会福祉法人日浦会(以下、「当法人」と称す)が以下の条件で利用者の肖像(写真や動画、音声等)を無償で使用する事に同意します。

1、使用目的

当法人は利用者の肖像を、以下の目的で使用することがあります。

- ・施設広報誌など、施設の広告・宣伝活動や施設内の教育・研修資料作成
- ・施設の公式ウェブサイトや SNS での公開
- ・リハビリテーション等の記録や状況説明、医療機関や他事業所との情報共有の資料

2、使用範囲

当法人は、上記の使用目的のため、利用者の肖像を使用できる媒体および方法を制約なく選択できます。これには、広告、宣伝、ウェブサイト、ソーシャルメディア、プリントメディア、教育プログラム、イベント、展示会などが含まれます。

3、期間

本同意の有効期間は、無期限とします。

4、撤回

利用者は、任意の時点で本同意を撤回できます。撤回を希望する場合は、当法人に書面で通知する必要があります。ただし、すでに公に公開された肖像については撤回できないことがあることを了承します。

5、権利の放棄

利用者は、本同意に基づいて肖像が使用されることに対して、著作権、肖像権、名誉権、プライバシー権などいかなる法的請求も放棄します。

6、署名

利用者は、本同意に同意し肖像の使用を許可するものとして署名します。

[署名欄]

年 月 日

利用者の署名: _____ 印
(フルネームによる署名)

保証人の署名: _____ 印
(必要な場合、証人の署名)

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人日浦会
理事長 日浦 剛
(公印省略)

入所時リスク説明書

当法人ではご利用者が快適に入所生活を送られますように、安全な環境づくりに努めておりますが、多対一の介護、ご利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状等の原因により、下記の危険性が伴うことを充分にご理解ください。

尚、下記内容はご自宅でも起こり得ることです。内容をご確認いただき、ご承諾の際は項目ごとのチェックと署名・捺印をお願い申し上げます。

記

し点	No.	内 容
<input type="checkbox"/>	1	歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転倒等による骨折・外傷・頭蓋内損傷の恐れがあります。
<input type="checkbox"/>	2	当法人では、身体拘束の適正化の指針に基づき、原則的に身体拘束を行わないことから転倒・転落による事故の可能性があります。
<input type="checkbox"/>	3	高齢者の骨は脆く、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
<input type="checkbox"/>	4	高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離が出来やすい状態にあります。
<input type="checkbox"/>	5	高齢者の血管は脆く、軽度の打撲であっても皮下出血が出来やすい状態にあります。
<input type="checkbox"/>	6	高齢者は加齢や認知症により水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
<input type="checkbox"/>	7	高齢により脳や心臓の疾患で、急変・急死される場合もあります。
<input type="checkbox"/>	8	利用者の容体が急に悪化した際には、当法人の施設医師あるいは協力病院の医師による判断で緊急に病院への搬送を行うことがあります。
<input type="checkbox"/>	9	高齢者は薬に対して、敏感で副作用を起こしやすいと考えられ、必要に応じて薬を減らすことがあります。

以上

私は上記の入所時におけるリスクについて説明を受け、内容を十分に理解しました。

令和 年 月 日

利用者： _____

申込人
(保証人)： _____ 印

利用者との関係・続柄： ()

エスポアールそとめにおける医療体制の説明書

当施設での医療体制について、下記の通り説明させていただきます。

- ① 当施設は医療機関ではなく、生活支援、リハビリの場所です。提供できない医療があることをご理解ください。
- ② 当施設には医師がおりますが、24 時間常駐はしておりません。
利用者の状態変化に伴う緊急時の対応(受診、入院、経過観察等)は、看護師が医師と連絡をとり指示をうけます。
- ③ 当施設の協力病院は、日浦病院です。状態変化が生じ、医療機関へ搬送を行う場合は、24 時間の連絡体制をとっており、受け入れ可能な場合は搬送を行います。
- ④ 入院の必要がなく容体が安定している時、副作用の危険性や投薬量調整のため医師または看護職員による経過観察が必要でない場合、医師・看護職員以外の職員(介護職員等)が下記の行為を実施することができます。
※皮膚への軟膏塗布、湿布貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬内服等
- ⑤ 当施設では、医師が医学的知見から回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が低いと判断した場合、ご希望に応じて「看取り介護」を行うことができます。その場合、以下の対応をしております。
 - ・付添い、面会の時間制限をいたしません。夜間の面会については、日中にあらかじめご連絡ください。
 - ・ご利用者、ご家族のご意向をできるだけ尊重した支援計画を策定し提供いたします。
 - ・状態が悪化した場合の医療処置の希望について、ご意向をお伺いいたします。
 - ・お看取りが 16 時以降の場合は、翌朝 8 時まではご家族様のお別れの時間とさせていただきます、医師による死亡確認は翌朝 8 時以降となります。

年 月 日

エスポアールそとめにおける医療体制の説明を受けたことに同意します。

契約者(利用者) _____ 印

身元引受人 _____ 印

(続柄 _____)

説明担当者 _____ 印

《2024.03.01》

終末期の医療についての事前確認書

この調査書は、ご利用者が突然の疾病などにより具合が悪くなった場合、および医学的知見から回復の見込みがないと医師が判断し、かつ医療機関での対応の必要性が薄いと判断された場合に、身元引受人として「どのような対応を望まれるか」という意向を伺うためのものです。

以下の希望する措置 a ~ d を ○ で囲って意向をお示してください。

なお、ここに書かれたことは、記入日時点の身元引受人の方のお考えであり、今後、お考えが変わる場合は変更することができますので、その際は担当の看護職員にお申し付けください。

I. 避けられない死が近い時

- a. ご利用されている本人の意思に沿う。
⇒ 事前に意思を作成している場合のみ
- b. 医療機関へ入院して、できる限りの救命・延命治療を受けたい。
⇒ 医療機関への情報提供、入院までの連携などできる限りの対応をします。
- c. 医療機関や当施設以外の場所で最期を迎えたい。
⇒ 在宅療養等に向けた相談調整などできる限りの対応をします。
- d. 当施設で、できる範囲での苦痛緩和の医療と自然な看取り介護を受けたい。
⇒ 下の項目（II.）にお進みください。

II. エスポールそとめでの具体的な方法について

- ① 食事や水分が取れず、脱水や衰弱がみられるような時は以下のことを希望します。
 - a. 最後まで口で食べることを大切にして、エスポールそとめで対応できる食事形態により、食べられる分だけ食べて、自然な経過で看取りたい。
 - b. 脱水状態で苦しい時だけ、水分補給のため点滴注射をして欲しい。
 - c. 経管栄養にて栄養補給をして欲しい。
- ② 苦痛時には以下の対応を希望します。
 - a. 苦痛の緩和を希望する。
 - b. 苦痛の緩和を希望しない。※ 当施設内でできる苦痛の緩和に限ります。
- ③ 医師の指示にて酸素吸入が必要と判断された場合には以下の対応を希望します。
 - a. 酸素吸入を希望する。
 - b. 酸素吸入を希望しない。

III. その他ご希望、ご要望があればご記入ください。

[]

年 月 日

契約者（利用者）

印

身元引受人

印

（続柄）

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人 日浦会
理事長 日浦 剛
(公印省略)

経口維持支援について

拝啓 皆様方におかれましては益々ご清福にお過ごしのこととお喜び申し上げます。また、社会福祉法人日浦会 介護老人保健施設エスポアルそとめをご利用いただき誠にありがとうございます。

さて、当施設では認知症や摂食嚥下障害（飲み込めない、ムせる、とろみが必要など）により食事の摂取が困難な方に、口から食べる喜びや楽しみを感じていただけるよう支援の充実を図っております。

恐れ入りますが、下記事項を確認して経口維持支援についての要否の署名・捺印をお願い申し上げます。

具体的な取り組み

○ミールラウンド（食事観察）

食事の際に医師、言語聴覚士、看護師、介護士、管理栄養士、介護支援専門員など多職種で食事観察を行います。多職種それぞれの視点で観察することで、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、誤嚥性肺炎の予防が期待できます。

○食事介助の工夫

認知症、摂食嚥下障害の方の注意機能は環境によって削がれやすく、摂食嚥下機能にも影響します。多職種間で意思統一を行うことで、食事環境等を整備するとともに、安全で最適な食事介助を行います。

○カンファレンスの実施

毎月、ミールラウンド（食事観察）により収集した情報をもとに、多職種カンファレンスを開催し、安全かつ有効な食事環境を設定していきます。

○食事姿勢の工夫

身体の安定が崩れていると、食事に興味が湧かないばかりか口腔咽頭での食物の流れに影響し、飲み込みのタイミングが取りづらく誤嚥しやすくなるため、食べるときの椅子の高さや机の高さ、車椅子等の調整を行い、安全・快適に食事が行えるよう支援します。

令和 年 月 日

私は上記による説明を受け、経口維持支援を

希望します。 希望しません。

利用者： _____

保証人： _____ (印)

利用者との関係・続柄： ()