

特別養護老人ホーム万葉の郷

入所のご案内



介護老人福祉施設とは・・・

- ・介護保険法に基づき、日常生活上の介護を行ないます。利用者との間で契約を結ぶこととなります。
- ・契約内容は、介護保険法をはじめとする関係法令に変更があった時に、契約の内容も変更となる場合があります。その時には、改めて契約を結ぶこととなります。



入所できるのは・・・

- ①要介護認定3以上の認定を受けている方で、常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な方。
 - ②要介護1又は2の認定を受けている方のうち、常時介護を必要とし、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である方。
- ※待機順位は申込み順ではなく、ご本人の状態や介護者の様子などを元に、必要度が高いと判断された方から介護の必要度を点数化し、順位づけを行います。



申込み方法は・・・

- ・当施設の入所申込書にご記入し、ご持参し申込み下さい。遠方でご来所が難しい方は、郵送にて申込みをして下さい。
- ・入所までの流れについて、ご不明な点があればご連絡下さい。もしくは、事前調査時に担当者へ質問いただいても構いません。

<個人情報保護について>

当施設での個人情報の取り扱いについては、下記の通りです。

- (1) 個人の情報の収集にあたっては、目的を明確にし、必要最小限の範囲とします。
- (2) 個人情報は、適正かつ公正な手段により収集します。
- (3) 施設が保有する個人情報は、その目的以外のために利用しません。
ただし、本人の同意がある時や個人の生命、身体、財産の保護のために緊急の措置を要するとき、法令に基づき官公庁等から依頼があったときは除きます。
- (4) 施設の長は、個人情報の保護のため、情報の漏洩や改ざんの防止、情報記録の破損・紛失防止・不要となった際の速やかな破棄について適正な措置を講じます。
- (5) 本人の求めに応じてサービス提供記録を開示します。

<身体拘束等の排除の理念及び方針>

—私たちは、ご利用者の尊厳を守るために身体拘束ゼロ運動を実施しています—

<理 念>

- ご利用者を中心としたケアを提供し、ご利用者の尊厳を守るケアを提供します。

<方 針>

- 身体拘束等は、原則として実施しません。
- ご本人の心身の安全面、他のご利用者の心身の安全面の確保などの際において、おいて、緊急を要し他に代替の方法がなく、ごく短時間の場合においてやむを得ず実施をする場合においては、ご家族等に同意の上実施します。

※当該理念、方針について不明な点がございましたら、遠慮なくスタッフまでお問い合わせ下さい。

(様式1)

特別養護老人ホーム万葉の郷優先入所申込書 (その1)

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム万葉の郷
施設長 堀越 美稚子 様

住所	〒	
(ふりがな)氏名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホーム万葉の郷へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな)氏名		性別	保険者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒	介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
人	現在利用している在宅サービスの状況	1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()		
		2 訪問入浴介護 ()	7 短期入所生活介護 ()		
		3 訪問看護 ()	8 短期入所療養介護 ()		
		4 訪問リハビリテーション ()	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
		5 通所介護 ()	10 その他 ()		
の	認知症等による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし			
	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】			
状	優先入所を希望する理由	1 介護者がいないため ()			
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()			
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()			
		4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()			
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()			
況		6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()			
		7 その他 ()			

特別養護老人ホーム万葉の郷優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
介 護 期 間	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
介護期間	年 ヶ月					
主 たる 介 護 者 の 状 況	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態		
	有 (常勤・パート)	有(人 歳)		良好 不良 ()		
	無	無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ()		
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:				
	待機期間	年 ヶ月				
居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である					
説明確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名:					

※1 介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡ください。

状 況 確 認 表 (ご本人)

年 月 日 現在

お名前				生年月日	T・S	年	月	日	現在 (歳)
現在の生活場所									
医務 看護 関係	既往歴								
	現病歴								
	かかりつけ医				担当医				
身 体 状 況	身長	cm	体重	kg	視力	普・弱・全盲		聴力	普・難・聾
	発語	普通・やや不明瞭・不自由			床ずれ	有 (場所) _____ ・ 無			
	麻痺	有 (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) ・ 無							
	拘縮	有 (首・肩関節・肘・手首・指・股関節・膝・足首) ・ 無							
	むくみ	有 (場所) _____ ・ 無							
	皮膚疾患	有 (疾患名と場所) _____ ・ 無							
日 常 生 活	歩行	自立・一部介助・全介助			杖・シルバーカー・歩行器・車イス				
	排泄	自立・一部介助・全介助			布下着・紙パンツ・尿取りパット・紙オムツ				
	食事	自立・一部介助・全介助			普通・刻み・ペースト・流動食				
	アレルギー	有 (_____) ・ 無							
	入浴	自立・一部介助・全介助			着脱	自立・一部介助・全介助			
性 格				対人関係	拒否的・親しみやすい・協調的				
認 知 症	有 (診断名: _____) ・ 無								
認知症等による 不適応行動	※下記の当てはまる行動等に○をつけて下さい。 暴言・暴力・奇声・見当識障害(日付・時間・場所・季節等が分からない) 徘徊・外出して戻れない・異食・幻聴・幻視・被害妄想 同じことを何度も聞く・昼夜逆転・介護拒否・収集癖・作話 意欲低下・感情の不安定・不潔行為・独り言・独り笑い その他(_____)								
生活上の注意すべき点									
その他									

状 況 確 認 表 (2)

(すぐの入所を希望する方)

① 入所までの期間のショートステイを利用希望

する

しない

*する場合

【期間】 早急に利用 (年 月頃～)

【居宅】(事業所) _____

(担当CM) _____

② グループホームの申込み

する

しない

*する場合

【現住所】 加須市 久喜市

③ 特別室の利用申込み

する

しない

*する場合

2 5 0 0 円

2 8 0 0 円

どちらでも