

令和元年 5 月 15 日

啓和会のグループホーム 入居申し込み者 様

医療法人啓和会グループホーム

啓和会のグループホーム 入居申し込みについて

啓和会のグループホームは川崎市において認知症対応型共同生活介護として開設させて頂いています。お申し込みについては川崎市に住所を置かれてから 3 ヶ月以上経過し要支援 2 から要介護 5 に認定されて且つ、認知症の診断を医療機関で受けている方が対象となっています。

お申込に際しては、以下の事柄に同意を頂きます。これらの情報は審査のため必要であることをご理解下さい。

- ① 入居申込書 (様式 1)
- ② 生活状況等調書 (様式 2)
- ③ ケアマネージャー等意見書 (様式 3)
- ④ 同意書 (様式 4)
- ⑤ 現在の介護保険証の写し

●ご注意●

※(申請中あるいは区分変更中の場合は、直近の物の写しを頂き、更新後に再提出をお願いします。)

※当グループホームは認知症共同生活介護施設として運営をしています。

※お申し込み時に頂いた情報と施設の状況を鑑みて面談の時期が設定されます。

※お申し込みには継続の期限があります。

時間経過による状態の変化を考慮して、お申し込みから有効期間は 1 年間とさせて頂いています。再度お申し込みして頂くことで継続が可能となります。

また、お申し込み中に介護保険証の情報の変更があった場合には更新・変更後の介護保険証のコピーを提出して頂く必要があります。

※申込書類一式の提出先は、主な希望施設や最寄りの施設の各施設長にお願いしています。

※介護サービスを使ったことが無く担当のケアマネージャーがいらっしゃらない場合はご相談下さい。

※申込時に頂いた個人情報は情報を必要とする啓和会のグループホーム内のみで共有されます。お申込の状態が終了または解除された場合いただいた個人情報は消去いたします。

提出時チェック

※申込書類一式：

- ①入居申込書、②生活状況等調書(様式 2)、
- ③ケアマネージャー等意見書 (様式 3)、④同意書(様式 4)、
- ⑤現在の介護保険の写し

以上 5 点です。

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に必ずご相談下さい。

記入者名【 】 関係【 】

入居希望者の状況

身体 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 1 自立	<input type="checkbox"/> 2 一部介助	<input type="checkbox"/> 3 全介助	【食事の種類: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー】	
	排泄	<input type="checkbox"/> 1 自立	<input type="checkbox"/> 2 一部介助	<input type="checkbox"/> 3 全介助	【おむつの利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】【トイレまでの誘導 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 必要】	
	入浴	<input type="checkbox"/> 1 自立	<input type="checkbox"/> 2 一部介助	<input type="checkbox"/> 3 全介助	<input type="checkbox"/> 4 清拭のみ	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 1 自立	<input type="checkbox"/> 2 一部介助	<input type="checkbox"/> 3 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 1 自立	<input type="checkbox"/> 2 一部介助	<input type="checkbox"/> 3 全介助	【歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり】	
	視力	<input type="checkbox"/> 1 普通	<input type="checkbox"/> 2 やや悪い	<input type="checkbox"/> 3 ほぼ見えない	<input type="checkbox"/> 4 見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通	<input type="checkbox"/> 2 やや悪い	<input type="checkbox"/> 3 大声のみ	<input type="checkbox"/> 4 聞こえない	
言語	<input type="checkbox"/> 1 普通	<input type="checkbox"/> 2 不明瞭	<input type="checkbox"/> 3 聞き取れない			

※次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れて下さい。(複数可)
なお、症状については過去6ヶ月程度の状態を参考として下さい。

認知症による 症状 ・症状のある方のみ 記入して下さい。	1 乱暴な振る舞いを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	2 自分の身体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	4 徘徊がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
	7 異食をすることがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある

※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合
※「常にある」…週に1回以上行動がある場合

※【現病歴…現在治療中の病気】、【既往症…今までにかかったことがある病気(骨折等も含む)】

病名	医療機関	現病歴	既往症
※認知症の種類		※認知症の診断日	※認知症の発現時期
		年 月 頃	年 月 頃
		..... 年 月 から	..... 年 頃
		..... 年 月 から	..... 年 頃
		..... 年 月 から	..... 年 頃
		..... 年 月 から	..... 年 頃
		..... 年 月 から	..... 年 頃

主治医

病気・症状に特段の理由がなく、入居後の主治医は啓和会野末内科に変更が可能。
 病気・症状などに特段の理由があり、入所後も現在の主治医の継続が必要。
 ※当グループホームは提携医療機関(野末内科)の往診利用をおすすめしています。

医療的ケアの要否

尿道カテーテル ストマーのケア その他

※その他の内容:

ケアマネージャー等意見書

施設長あて

意見書作成者
所属事業所等
連絡先電話番号

印

年 月 日

※次の啓和会のグループホーム入居申込者に対し意見書の提出を行います。

本人氏名	生年月日	昭和・大正 明治	年	月	日
介護保険 被保険者番号	住所				

認知症状の 程度	<input type="checkbox"/> ① 生活について一部に限ったことであっても、調理や身だしなみ・身の回りの片付けなど自立した部分がある。 (例:) <input type="checkbox"/> ② 集団において、他者との活動や会話に加わることができる。 <input type="checkbox"/> ③ 自室やトイレのなど生活場所の認識に困難がみられる。 <input type="checkbox"/> ④ 自宅もしくはサービス利用の施設で外に出たがり混乱する事がある。 <input type="checkbox"/> ⑤ 排泄の前後に介助・確認が必要。 <input type="checkbox"/> ⑥ 汚染行為や転倒の恐れがあるなどで排泄中に確認が必要。 <input type="checkbox"/> ⑦ とにかく常に目が離せない。 <input type="checkbox"/> ⑧ 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などが頻繁にみられる。	
	生活歴・ 生活状況	在宅(または現在の施設など)での介護期間 年 家族構成 など
日常生活 自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当欄にチェック)	障害高齢者の日常生活自立度(該当欄にチェック)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2
現在利用 している サービス (※)種類頻度 を明記	介護保険制度 のサービス	
	介護保険外 のサービス	
その他の 特記事項		

(様式 4) 令和元年 5 月更新

同 意 書

啓和会グループホーム _____ 施設長あて

啓和会のグループホームへの入居申し込みの提出に伴い、以下の事項に同意します。

- 1, 介護保険被保険者証 (介護度・認定期間)・担当ケアマネージャーに変更が生じた場合は申し込み施設に対して情報の連絡をして修正を行う事。
- 2, 当認知症共同生活介護へ提供する本人情報は努めて現状のままとすること事。
- 3, 申し込み期間中は啓和会のグループホームにて情報が共有される事。
- 4, 現在利用されているケアマネージャー、サービス事業者等と情報の連携を行う事。
- 5, 当認知症共同生活介護には入居の審査が伴う事。

令和 年 月 日

入居希望者 _____

住所 〒 _____

同意者氏名 _____ 印