

お申込みの流れ

- ① 『利用申込書』がお手元に届きましたらご記入ください
- ② 次に★『申込時に必要な書類』等が揃いましたら

にじの丘足柄 相談員との面談日予約をお取りください(お時間目安:1時間~)

★申込時に必要な書類

- 利用申込書
- 日常生活動作能力調査票
- 診療情報提供書
- 介護保険証 介護保険負担割合証
- 介護保険負担限度額認定証(お持ちの方)
- 健康保険又は後期高齢者医療保険証 その他保険証お持ちの方
- 服薬中のお薬の一覧(お薬手帳等)の写し
- ケアプランのコピー(介護保険のサービスを利用している方)

ご利用までの流れ

- ① 面談 相談員が日常生活等をお伺いします
(『申込時に必要な書類等』をご持参ください)
- ② 入所判定
- ③ ご利用決定(契約・オリエンテーション・入所日の日程調整を行います)

※ご契約の際には印鑑が必要となります(ご本人用、ご家族様用、引落し口座用)

口座振替の用紙にご記入いただきます

介護老人保健施設 にじの丘足柄

TEL0465-70-2222 FAX0465-70-2111

支援相談員:佐々木・石田

通所リハ	利用回数	<input type="checkbox"/> 週に1回 <input type="checkbox"/> 週に2回 <input type="checkbox"/> 週に3回 (希望曜日:)
	入浴希望	<input type="checkbox"/> 入浴あり <input type="checkbox"/> 入浴なし
	利用時間	<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> AM半日(お風呂あり・リハビリあり) <input type="checkbox"/> PM半日(お風呂なし・リハビリあり)
ショートステイ	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()
	希望部屋	<input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
	希望期間	<input type="checkbox"/> / / ~ / / 日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい(約 日間)
	定期利用	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望 <input type="checkbox"/> 必要時に利用
入所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
	入所形態	<input type="checkbox"/> 一般入所 (1回のみ) <input type="checkbox"/> 在宅復帰希望(数か月の定期利用)
	希望部屋	<input type="checkbox"/> 多床室 ※(多床室に空きがない場合 <input type="checkbox"/> 個室可 <input type="checkbox"/> 短期であれば可) <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも
	開始時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃から <input type="checkbox"/> 退院後 / 頃から
	申請中の施設	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> これから申し込む <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(ヶ所) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(ヶ所) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他() 施設名()
リハビリ実施について望む事(具体的にご記入ください) ※必須		
●ご本人の希望 ●ご家族の希望		

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒
			喫煙

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	<input type="checkbox"/> 本人の身体、認知機能 <input type="checkbox"/> 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 住宅の構造上
		(具体的な内容:)
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	どのような状態であれば暮らせるか	<input type="checkbox"/> 歩けるようになってから <input type="checkbox"/> トイレが自分でできる <input type="checkbox"/> 食事が自分でできる
<input type="checkbox"/> 安定した体調で過ごせる <input type="checkbox"/> 身の回りのことができる(内容:)		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

同意書	介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。 年 月 日
	入所希望者氏名 _____ (印)
	申込者氏名 _____ (印)

記入例

介護老人保健施設 にじの丘足柄 利用申込書

- 入所 短期入所（ショートステイ）
 通所リハビリ 訪問リハビリ

申請日	2025年5月1日
利用区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 再利用（ 回目）

利用者希望	フリガナ	にじの たろう		男	明治	10年10月10日 生
	氏名	虹野 太郎		女	大正 昭和	(× × 歳)
	住所	〒250 - 0113 南足柄市岩原 × × × TEL 0465 (70) 2222				
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院（名称：丹羽病院） <input type="checkbox"/> 他施設（名称： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	有効期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ × 年 × 月 × 日 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中（申請日 年 月 日）				
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名	事業所名		TEL () -	
	健康保険証	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護（担当ワーカー名 ）				
	身体・精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 種 級 障害名： ）				
	その他 保険者証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 自立支援医療【更生・精神】 <input type="checkbox"/> 特定疾病 ）				
介護保険負担額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階 ）					
収入（年金など）	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他（ ） 1ヶ月 × × × × × 円 くらい					

申込者	フリガナ	にじの はなこ		男	年齢	続柄	職業
	氏名	虹野 花子		女	× ×	× ×	× ×
	住所	〒 250 - 0113 南足柄市岩原 × × ×		自宅	× × × × (× ×) × × × ×		携帯

緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号
	(<input type="checkbox"/> 申請者と同じ)	長男	× ×	同居	〒 -	自宅 ()
	① 虹野 次郎				同上	携帯 × × × (× × × ×) × × × ×
②				〒 -	自宅 ()	携帯 ()

家族構成	※子供や緊急連絡先になる親族等を記入		ご家族の在宅状況	現在利用中のサービス		
	※本人は ◎か、回	□ — ○	<input type="checkbox"/> 家族が必ず在宅	<input type="checkbox"/> デイサービス（事業所名： 週 回）	<input type="checkbox"/> デイケア（事業所名： 週 回）	
			<input type="checkbox"/> ときどき一人になる	<input type="checkbox"/> 訪問介護（事業所名： 週 回）	<input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名： 週 回）	
			<input checked="" type="checkbox"/> 日中ほとんど一人	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ（事業所名： にじの丘足柄月 3 回）	<input type="checkbox"/> 福祉用具（事業所名： ）	
			<input type="checkbox"/> 独居のため誰もいない	<input type="checkbox"/> 車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他)	<input type="checkbox"/> その他	
			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 / 同居者を囲って下さい			

通所リハ	利用回数	<input type="checkbox"/> 週に1回 <input checked="" type="checkbox"/> 週に2回 <input type="checkbox"/> 週に3回 (希望曜日:)	
	入浴希望	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴あり <input type="checkbox"/> 入浴なし	
	利用時間	<input type="checkbox"/> 1日 <input checked="" type="checkbox"/> AM半日(お風呂あり・リハビリあり) <input type="checkbox"/> PM半日(お風呂なし・リハビリあり)	
ショートステイ	希望理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者の休養 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	希望部屋	<input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input checked="" type="checkbox"/> どちらでもよい	
	希望期間	<input type="checkbox"/> / ~ / 日間) <input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい (約 5 日間)	
入所	定期利用	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望 <input type="checkbox"/> 必要時に利用	
	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	入所形態	<input type="checkbox"/> 一般入所 (1回のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 在宅復帰希望 (数か月の定期利用)	
	希望部屋	<input checked="" type="checkbox"/> 多床室 ※ (多床室に空きがない場合 <input type="checkbox"/> 個室可 <input checked="" type="checkbox"/> 短期であれば可) <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも	
	開始時期	<input checked="" type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃から <input type="checkbox"/> 退院後 / 頃から	
申請中の施設	申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 申し込んでいる <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> これから申し込む	
	の施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 (ヶ所) <input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム (1 ヶ所) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 () 施設名 ()	

リハビリ実施について望む事 (具体的にご記入ください) ※必須

●ご本人の希望	●ご家族の希望
トイレに行きたい	1人でトイレに行けるようになってほしい
散歩に行きたい	一緒に散歩に行きたい
買い物に行きたい	

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒
			喫煙

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の身体、認知機能 <input type="checkbox"/> 家族の介護力 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅の構造上 (具体的な内容: 家の中に段差があり車椅子の生活が難しいため 歩行出来るようになって欲しい)	
	どのような状態であれば暮らせるか	<input checked="" type="checkbox"/> 歩けるようになってから <input checked="" type="checkbox"/> トイレが自分でできる <input type="checkbox"/> 食事が自分でできる	
		<input type="checkbox"/> 安定した体調で過ごせる <input type="checkbox"/> 身の回りのことができる (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()	

同意書	介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。		
	年 月 日		
	入所希望者氏名 _____ (印)		
申込者氏名 _____ (印)			

日常生活動作能力調査表

利用者氏名 _____ 様

※あてはまる箇所には○をつけて下さい。

(NO.1)

食事	自分でできる ・箸 ・スプーン ・フォーク	だいたいできる 食べこぼし 有 ・ 無	手伝っている 〔口までもってあげば 食べられる〕	食べられない	入れ歯 有→ 上 ・ 下 無 一部分
食べ物の形態	普通食	お粥	きざみ食	流動食	経管栄養
禁止食品					
嫌いな食べ物					
飲み物	自分で飲める ・コップ ・ストロー ・吸い飲み	手伝っている 〔口までもってあげば 飲める〕	飲む事ができない ・むせが多い ・飲めない	とろみ剤 有 ・ 無	
排泄	自分でできる ・尿器の使用 有 ・ 無	ポータブルトイレ ・自力 ・夜のみ	決まった時間に 声を掛けてトイレに 誘っている	紙パンツ オムツ ・一日中 ・夜のみ	便意 有 ・ 無 尿意 有 ・ 無
更衣 (上着)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
更衣 (ズボン)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
入浴	自分でできる	手伝っている ・浴槽の出入り ・髪を洗う ・身体を洗う	シャワーのみ 身体を拭いている	していない	入浴サービス利用
座位	支えがなくても 一人できる	手すりにつかまれば 座ってられる	背もたれがあれば できる	できない	座位保持時間 分
車椅子	乗り移り、自操ともに 一人できる	乗り移りだけ 手伝っている	全部手伝っている	使用していない	
歩行	一人で歩く事ができる	つかまりながら一人で 歩く事ができる	付添い、介助があれば 歩く事ができる	できない	歩行用具 杖・歩行器・押し車
聴力	よく聞こえる	大きな声で話せば 聞こえる	耳元で大きな声で 話せば聞こえる	聞こえない 右 ・ 左	補聴器 有 ・ 無
視力	新聞の文字が 見える	新聞の見出しが 見える	大きな文字は 見える	見えない 右 ・ 左	眼鏡 有 ・ 無
意志の疎通	日常会話が 充分可能	簡単な質問や 聞き直し等の工夫で 可能	ジェスチャー (うなずき等) や、 文字盤で伝達可能	できない	言語障害 有 ・ 無
ナールルの 使用	できる	できることもある	できない	わからない	
ベット柵	使用していない		使用している⇒ 本		
認知症	有：行動で気になること 無				

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.2)

タバコは吸いますか	はい いいえ (1日 本)	物忘れをしますか	はい いいえ
お酒は飲みますか	はい いいえ	家族の名前がわかりますか	はい いいえ
金銭の管理はできますか	はい いいえ	自分の家がわかりますか	はい いいえ
夜はよく眠れますか	はい いいえ	妄想や幻想はありますか	はい いいえ
集団生活はできるほうですか	はい いいえ	大きな声を出したりしますか	はい いいえ
カッしたり、イライラすることはありますか	はい いいえ	暴力をふるうことがありますか	はい いいえ
自分の名前はわかりますか	はい いいえ	昼と夜を間違えますか	はい いいえ
自分の年齢はわかりますか	はい いいえ	一人でウロウロ歩き回りますか	はい いいえ
身長・体重をお書き下さい	身長_____cm 体重_____kg		
性格を簡単にお書きください			

診療情報提供書

介護老人保健施設 にじの丘足柄
短期入所 一般入所

氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生()	歳
----	---	---	---	-------	---

住所	電話
----	----

傷病名	
-----	--

既往歴	
-----	--

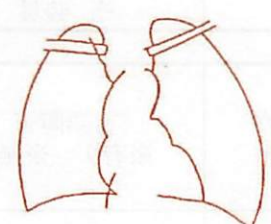
経過	
----	--

治療 (服薬等)	
-------------	--

※療養食の指示等あればお願いします。

検査結果 検査結果はおよそ6ヶ月以内(肝炎ウイルスやTPHAは5年以内)のものであれば結構です。基本健康診査等をご利用ください。また主治医として健康管理上不要と判断される項目は空欄または不明として下さい。

血清総蛋白: _____ g/dl アルブミン _____ g/dl コレステロール: _____ mg/dl
 赤血球: _____ ×10⁴/mm³ Hb.: _____ g/dl Ht.: _____ %
 血小板: _____ ×10⁴/mm³ 白血球: _____ /mm³ CRP: _____ mg/dl
 血糖: _____ mg/dl HbA1c: _____ % BUN: _____ mg/dl Cr.: _____ mg/dl
 Na: _____ mEq/L K: _____ mEq/L Cl: _____ mEq/L
 AST(GOT) _____ Iu/l ALT(GPT) _____ Iu/l 尿蛋白 (+ ・ - ・ 不明)
 HBs抗原 (+ ・ - ・ 不明) HCV抗体 (+ ・ - ・ 不明) TPHA (+ ・ - ・ 不明)
 MRSA (+ ・ - ・ 不明) (咽頭 ・ 鼻腔 ・ 喀痰 ・ 便) 疥癬 (+ ・ - ・ 不明)

胸部レントゲン (_____ 年 _____ 月 _____ 日撮影)  所見 CTR: _____ %	
--	--

心電図検査 (_____ 年 _____ 月 _____ 日検査) 所見 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ /分 整 ・ 不正	
--	--

その他の検査結果・特記事項等 _____

上記の通り診断します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話 _____ FAX _____ 医師名 _____ 印
--	---



日常生活能力

あてはまる個所に○をつけて下さい。()内には対応策を記入して下さい

		1	2	3	4	備考
食事	食べ物	出来ない	手伝っている	特別な工夫をすればできる ()	一人で出来る 1.箸 2.スプーン 3.フォーク	食べこぼし 多・少 むせやすさ 有・無
	食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他				
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> その他				
飲み物	飲めない (鼻腔栄養)	手伝っている	飲みこぼし 多・少 むせやすさ 有・無 とろみ使用 有・無	一人で飲める 1. 水呑み 2. コップ		
身長 体重	身長		cm	体重	kg	
排泄	おむつ 1. 一日中 2. 夜間のみ	連れて行けばできる 便意: 有・無 尿意: 有・無	時に失敗するが自分で出来る ()	一人で出来る	現在使用している物 1. 尿器 2. ポータブルトイレ	
更衣	出来ない 全部介助している	手伝っている ※ 上衣 ※ 下衣	着替えを用意すればできる	一人で出来る	洋服に工夫している ()	
入浴	清拭のみ	全部手伝っている 1. シャワー 2. 浴槽	手伝っている 1. 浴槽の出入り 2. 洗髪 3. 身体を洗う	一人で出来る		
起上り	出来ない	手伝えば出来る	紐手綱を使えば出来る	一人で出来る	座位保持が出来るか ※背もたれが必要 ※出来る(食事の間)	
起立	出来ない	手伝えば出来る	つかまり立ちは出来る	一人で出来る		
移動	車椅子	全部手伝っている	手伝っている 1.押すことのみ 2.乗り移りのみ	車椅子種類 ・普通型 ・リクライニング型	一人で出来る	
	歩行	出来ない	物につかまったり手伝ったりすればできる	限られた範囲内では出来る (室内・トイレ)	一人で出来る (散歩・買い物)	使用しているもの ※ 杖 ※歩行器 ※ 装具
コミュニケーション	出来ない	かろうじて意思表示 話の了解はできる	言語以外の手段で会話出来る ※身振り ※筆談 ※50音表	日常会話が十分可能	言語障害 ※有り ※無し	
聴力	聞こえない	声は聞こえるが何を言われているか分からない	聞こえにくく大きな声であれば分かる	良く聞こえる	補聴器 ※有り ※無し	
視力	見えない	見え難いが室内を一人歩き出来る	視力のみで大抵の人の区別がつく	仕事、読書が出来る位、良く見える	眼鏡 ※有り ※無し	
整容	しているものに○をつけて下さい。 ※洗面 ※髪をとく ※ひげそり ※歯磨き ※爪切り					
認知症	※無し ※有り 自立・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					

ご利用にあたっての確認事項 ① (注意事項)

2025年3月1日作成

<p>利用者様への面会について</p> <p>現在、新型コロナウイルス対策のため、ご利用者様の面会は、地域の感染状況に応じた体制で行っています。 詳しくは、相談員にお問い合わせください。</p>	<p>外出 ・ 外泊について</p> <p>現在、感染症対策ため、私的な外出 ・ 外泊をお断りさせていただきます。 いただいております。</p>	<p>病院とは違います</p> <p>制度 ・ 法律が違うため、病院とは職員の数、医師 ・ 看護師の体制や提供できる医療行為やリハビリの時間には大きな違いがあります。</p>
<p>入所中の受診について</p> <p>入所中に医療機関を受診する場合は、介護保険と医療保険の併用に制限があるため、当施設の医師の指示が必要になりますので、必ず職員までお申し出ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診時に必要な書類をお渡ししますので、受診先の医療機関へお渡しください。 ・ 受診先医師からの病状説明は原則ご家族様に聞いて頂きます。 ・ <u>薬処方が出てても薬局で貰う事はできません。薬につきましてもは当施設にて対応させていただきます。(ご家族様が入所者様の薬のみを病院から頂いてくる事もできません。)</u> 		<p>健康診断書作成 (他施設申込書類)</p> <p>上記目的の受診は、病院への付き添い及び送迎はご家族様の対応をお願い致します。介護タクシー等の手配が必要でしたらお手伝い致します。</p>
<p>ご家族様の協力は必要です</p> <p>たとえ施設にご入所しても、医療機関への受診付添や物品の購入手配など、ご家族様の協力をお願い致します。</p>	<p>貴重品等について</p> <p>原則として、現金 ・ 貴重品の持ち込みは禁止とさせていただきます。 持ち込んで盗難 ・ 紛失が起きた場合、自己責任となります。</p>	<p>ご利用者様の洗濯物について</p> <p>感染症予防の一環として、入所セットご利用を推奨しております。 御協力の程、宜しくお願い致します。</p>
<p>契約解除の可能性</p> <p>法人 ・ 施設の方針や取り組み、様々な場面でのご説明にご理解を頂けない場合、契約解除をしご利用中止の判断をさせていただきます。 くことがあります。</p> 	<p>現金について</p>  <p>お金をご持参されたいお気持ちは理解しておりますが、原則として施設内への持ち込みは禁止となります。なお、施設でお預かりすることも出来かねます、そのうえで起きたトラブルは一切の責任を負いかねます。</p>	<p>お支払方法</p> <p>利用料利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとの計算し、月末締め翌月中旬頃、請求書を郵送し指定口座から27日に振替をさせていただきます。</p>

ご利用にあたっての確認事項 ② (注意事項)

<p>喉に詰まりやすくなる</p> <p>加齢や身体機能の衰えにより、嚥下・咀嚼機能が低下し、食べ物や唾・痰が喉に詰まることがあります。またそれらは命にかかわることがあり得ます。</p>	<p>飲み込む力が低下する</p> <p>加齢や認知症等による嚥下・咀嚼機能の低下は、誤嚥や逆流等による誤嚥性肺炎の可能性がります。また、肺炎は生命に直結することがあります。</p>	<p>身体拘束は原則しません</p> <p>法律も含め、私たちは行動を制限しない、身体拘束をしないケアを大切にしています。それゆえに、転倒・転落等の事故の可能性がります。</p>
<p>骨や皮膚、爪が弱くなる</p> <p>年齢を重ねると、筋力も衰え、骨や皮膚、爪が弱くなります。転倒・転落などによる外傷、骨折、少しのことでも内出血してしまうことがあります。普通に生活していても負担がかからなくても爪が剥がれてしまうことがあります。</p>	<p>骨がとてももろくなる</p> <p>骨がもろくなるため、転倒・転落などがなくても、日常生活や普段のケア（介助）でも骨が折れてしまうことがあります。</p>	<p>集団生活による感染</p> <p>施設はご病気や障害・介助が必要な方がご利用される集団生活の場ですので、感染対策を行っておりますが、インフルエンザ他の感染症に感染する可能性があります。</p>
<p>免疫力の低下</p> <p>高齢により免疫力が低下し、風邪やその他のご病気からあつという間に重症化してしまうことがあります。</p> 	<p>予測できない急変</p> <p>それまでお元気に過ごされていても、脳の病気や心臓の病気等により目には見えなくても体の中で変化が起こり、急変や時には命にかかわることもあります。</p>	<p>むやみに鍵をかけません</p> <p>出来る限り、行動を制限するような鍵をかけないケアを大切にしていきます。安全を考慮し、エレベーターのボタンには目隠しをさせていただいております。</p> 
<p>環境変化によるストレス</p> <p>高齢になると環境変化は大きなストレスや混乱・不安を引き起こし、思わぬケガ等に繋がることもあります。</p>	<p>職員は交代します</p> <p>職員は交代して勤務しております。職員を指名頂いても対応できないこともあります。</p> 	<p>利用者様間の宗教勧誘</p> <p>ご利用者様には様々な信仰があることを職員は理解しています。他の利用者様へ信仰宗教への勧誘をされることはご遠慮ください。</p>

※詳細は契約書及び重要事項説明書をご確認ください。