

認知症の方のための施設の条件「確認シート」

■ 認知症の症状の進行度合いは？	軽度 ⇔ 重度
■ 認知症以外の健康状態は？	良好 ⇔ 問題あり（病名： _____）
■ 認知症症状が悪化した場合も、施設に介護をお願いする？	はい（症状が重度化しても終身介護対応可能、看取り体制） ⇔ いいえ
■ 入所期間の制限は？	有り（ _____ 年） ⇔ なし
■ 入居までの待機期間は？	有り（ _____ カ月） ⇔ なし
■ 病気になった時、病院や医療機関と連携してくれる？	はい ⇔ いいえ
■ 家族の通院介助が必要？	はい ⇔ いいえ
■ リハビリ環境はある？	有り（ _____ ） ⇔ なし
■ 施設のセキュリティは24時間の有人管理？	はい ⇔ いいえ
■ 施設・環境	
－ 健康状態や症状で生活ゾーンが違う？	はい ⇔ いいえ
－ ほかに入居者の人数は？	フロア（各階） _____ 人
－ スタッフの人数は？	_____ 人（日中 _____ 人、夜間 _____ 人）
－ 食堂やラウンジなどの共有スペースは広い？	はい ⇔ いいえ
－ 1週間の入浴回数は？	_____ 回
－ 食事は選べる？	はい（朝・昼・夕） ⇔ いいえ
－ 最寄駅は？そこまでどのくらいかかる？	_____ 駅、 _____ 分
－ 最寄の医療機関は？そこまでどのくらいかかる？	病院名（ _____ ）、徒歩・電車・タクシー _____ 分
■ 必要な入居一時金と入居費用は？	入居一時金 _____ 円
	月額費用 毎月 _____ 円