軽費老人ホーム　ケアハウスはごろも　募集のしおり

（１）　軽費老人ホーム　ケアハウスとは

60 歳以上の方が安心して、明るくいきいきと暮らせる老人福祉施設です。自炊が難しいなどにより一人暮らしに不安がある方が、これまでの生活を大切にしながら、新しい仲間とともに暮らせる住まいです。

私たちは「自分らしく、ともに暮らす」を理念に、入居者の皆さまが主体となってクラブ活動や交流活動を楽しみ、日々のちょっとした助け合いを通じて、明るく自立した暮らしを続けていただける場を目指しています。

（２）　自立した生活を続けるために

①　家事、散歩、お買い物は自由に行えます。
②　お仕事やボランティア活動も続けられます。
③　クラブ活動や入居者同士の交流は、皆さまで協力しながら行います。
④　食堂や集会室などの共有スペースも、皆さまで協力してご利用いただけます。
⑤　地域との交流やイベントは、スタッフもサポートします。

（３）　主なサービス

①　食堂での栄養バランスを考えた食事提供
②　大浴場のご利用
③　生活相談（要介護認定などの情報提供）
④　緊急時の救急車や訪問診療への連絡

※スタッフは、入居者の「できること」を大切にして、伴走者としてサポートします。
※介護や食事の配膳、救急車の同乗、通院付き添い等が必要な場合は、
　介護保険サービスなどをご利用ください。

（４）ご利用できる方

①　６０歳以上の自立した生活が可能な方（足立区外の方もお申込みできます）
※生活保護受給の方、認知症や精神疾患のある方の受け入れは行っておりません。

（５）建物設備

①　４階建て（居室は２～４階・スプリンクラーなど防災設備あり）
②　居室（定員１００名）：個室８６室、夫婦部屋７室、（トイレ、キッチン、浴室付）
③　交流スペース：食堂、集会室（各階）
④　共有スペース：大浴場、洗濯室

（６）お申し込み方法

①　保証人（緊急時対応等が可能な方）2 名が必要です。
②　入居申込書・健康診断書を当施設宛てに郵送してください。
③　面接時は、ご本人と保証人１名以上でご来所ください。薬手帳もご持参ください。

別紙１　　入居条件などの詳細について

（１）入居時の介護状態等について

NO	項　目	可否	詳　　細
1	自立	◎	入居できます
2	要支援	◎	入居できます
3	要介護	△	介護保険サービスを利用して、生活が行える場合は入居できます。 ただし、認知症の進行や転倒の恐れがある場合は、入居できません。 介護食は対応しておりません。減塩食・糖尿食の提供は可能です。
4	医療	△	訪問診療や訪問看護をご利用できます。 ２４時間対応の訪問看護が併設しています。

※入居後も、上記と同様になります。万が一、認知症や精神疾患などが悪化し、介護サービスを受けても生活を自己管理できない場合は、転居をご相談させていただきます。

（２）　ケアハウスの生活の特徴について

NO	項　目	可否	詳　　細
1	家事	◎	掃除・洗濯・買い物はご自身で行っていただきます。
2	食事	◎	食堂で３食提供します。配膳・盛り付け・下膳は、ご自身で行います。 具合が悪い場合は、１週間程度は配膳・下膳をお手伝いします。 お部屋で調理を行うこと、買ってきた食べ物を食べていただくことも可能ですが、お食事代の返金はございませんのでご了承ください。
3	お仕事	◎	入居後もお仕事やボランテイア活動を継続できます。
4	運動	◎	朝の散歩や館内を歩くなど、自主的な運動を行っていただきます。
5	活動	◎	クラブ活動や地域交流活動を、自主的に行っていただきます。 地域交流活動は、職員もサポートします。
6	外出	◎	5 時～22 時まで、外出は自由にできます。
7	外泊	◎	外泊は自由に行えます。お食事代の返金はございません。
8	飲酒	◎	お部屋や食堂にて、飲酒可能です。節度ある飲酒をお願いします。
9	喫煙	△	お部屋は禁煙です。１階の喫煙所にて喫煙可能です。
10	ペット	×	現在は、ペット不可です。

（３）　居室設備について

NO	項　目	詳　　細
1	ベッド、家具	お持ち込み自由です。東側の居室は、電動ベッドの設置があります。
2	冷蔵庫、洗濯機	お持ち込み自由です。
3	エアコン	１台設置されています。エアコンクリーニングは、ご自身で行っていただくか、ご自身で業者に依頼をしていただいています。
4	電話・ネット回線	ご自身で手配・契約をお願いします。

居室には、ミニキッチン、エアコン、クローゼット、お風呂（東側のみシャワー室）、ウォッシュレット付トイレ、洗濯機置き場があります。

（４）　保証人の主な役割について

NO	項　目	詳　　細
1	緊急時の対応、医療対応	救急車要請を行った後の「救急車同乗」「搬送先の病院への付き添い」「病院からケアハウスへ戻る付き添い」をお願いします。 ※駆け付けは１時間以内、それ以上遅くなる場合は病院へ連絡してください。
2	金銭や書類管理	金銭管理や書類管理などが本人が出来なくない場合の対応をお願いします。
3	退去時の手続き	退去後の荷物の撤去、未払金の清算をお願いします。

保証人の対応が難しい場合や頼れる保証人が不在の場合は、足立区社会福祉協議会の高齢者あんしん生活支援事業などをご利用ください。別途サービスのご紹介も可能です。

別紙２

ケアハウス利用料金予定表（1 人月額目安）

収入により利用料金が決まります。食事代とお部屋代の概ねの金額です。

収　入　区　分	基本利用料合計額の目安	内訳		
		サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用
1,500,000 円以下	７８，６９０円	１０，０００円	４６，０９０円	２２，６００円 ※階・方角で多少の差額があります。 （夫婦部屋は、４６，１６０円～５１，２５０円／１部屋）
1,500,001 円～1,600,000 円	８１，６９０円	１３，０００円		
1,600,001 円～1,700,000 円	８４，６９０円	１６，０００円		
1,700,001 円～1,800,000 円	８７，６９０円	１９，０００円		
1,800,001 円～1,900,000 円	９０，６９０円	２２，０００円		
1,900,001 円～2,000,000 円	９３，６９０円	２５，０００円		
2,000,001 円～2,100,000 円	９８，６９０円	３０，０００円		
2,100,001 円～2,200,000 円	１０３，６９０円	３５，０００円		
2,200,001 円～2,300,000 円	１０８，６９０円	４０，０００円		
2,300,001 円～2,400,000 円	１１３，６９０円	４５，０００円		
2,400,001 円以上	１１６，３９０円	４７，７００円		

１．「利用料金」は、国・都の基準変更等により、金額が変更となる場合があります。
２．居室で使用された公共料金（電気・水道等）や介護サービス利用料は各自の負担です。
３．上記利用料に合わせて、冬季加算（１１月～３月、月額２，１３０円）の負担があります。
４．入居時に、３０万円（ご夫婦は４５万円）を一時金としてお預かりします。
５．ご夫婦の場合は、夫婦の対象収入を合わせて２で割った額が１人の収入区分です。
６．収入区分 2,400,001 円を超えた場合は、収入にかかわらず利用料は同じです。
７．生活保護の方は、受け入れておりません。

（様式１）　　**軽費老人ホーム ケアハウスはごろも　入居申込書**

記入日　令和　　年　月　日

該当するところには〇をつけて、必要に応じて文字を書き入れてください。

<table>
<tr><td>入居方法</td><td colspan="4">単身　・　夫婦</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居
希望者</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名：</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">昭和　　年　　月　　日
（　　才）</td></tr>
<tr><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td colspan="2">〒　　－</td><td>電話</td><td colspan="2">－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>入居希望の
理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>自主的な
活動</td><td colspan="4">クラブ活動や地域交流活動へ参加：　　否　　・　　可
（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>共同生活の
協力</td><td colspan="4">他の入居者との共同生活の協力の意思：　否　　・　　可
（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>健康保険</td><td colspan="4">後期　・　国保　・　社保　・　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>介護保険</td><td colspan="4">無　・　有　→（　自立　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５　）</td></tr>
<tr><td>現在利用の
介護
サービス</td><td colspan="4">無　・　有　→通所介護・通所リハ（週　　回）
訪問介護（週　　回）　・　訪問看護（週　　回）
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>障害者手帳</td><td colspan="4">無　・　有　→（　　障害　　種　　級）</td></tr>
<tr><td>視力</td><td colspan="4">普通に見える・　支障あり→（具体的に：　　）
メガネの使用：無・有</td></tr>
<tr><td>聴力</td><td colspan="4">普通に聞こえる・支障あり→（具体的に：　　）
補聴器：無・有</td></tr>
<tr><td>歩行移動</td><td colspan="4">普通に歩ける・　支障あり→（具体的に：　　）
補助具：無・有→（杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・他（　　））</td></tr>
<tr><td>会話</td><td colspan="4">普通に行える　・支障あり→（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>日中活動</td><td colspan="4">家事行っていない・行っている→（　洗濯・掃除・買い物・料理　）
その他、日中に行っていること：</td></tr>
<tr><td>飲　酒</td><td colspan="4">無　・　有　→（週　　日　／　１日の飲酒量　　くらい　）</td></tr>
<tr><td>喫煙</td><td colspan="4">無　・　有　→（１日：　　本）</td></tr>
</table>

既往歴	病名１：　　(　　年　　月頃)	
	病名２：　　(　　年　　月頃)	
	病名３：　　(　　年　　月頃)	
治療中の病気	病名１：	
	病名２：	
	病名３：	
精神疾患	無　・　有　→（病名　　年　　月頃）	
認知症の症状	無　・　有　→（具体的に：　　）	
収入	年　金	種類：　　年額：　　円 種類：　　年額：　　円
	恩給等	種類：　　年額：　　円
	給　与	勤務先：　　月額：　　円
	不動産収入	種類：　　月額：　　円
	利子・配当収入	種類：　　月額：　　円
	その他の収入	種類：　　月額：　　円
前年の課税	所得税	年額：　　円
	住民税	年額：　　円
家族	配偶者	有　・　無　→（未婚・死別・離婚）
	子　供	無　・　有　→（男　　人・女　　人）
	兄弟・姉妹	無　・　有　→（兄　　人・弟　　人・姉　　人・妹　　人）
保証人及び緊急対応（主）	氏名：　　（ふりがな：　　）　続柄： 住所： 電話：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－	
	夜間緊急時の対応の可否：　可　・　否 金銭や書類管理の代行　：　可　・　否	
保証人及び緊急対応（副）	氏名：　　（ふりがな：　　）　続柄： 住所： 電話：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－	
	夜間緊急時の対応の可否：　可　・　否 金銭や書類管理の代行　：　可　・　否	
住居状況	持ち家（本人・家族）・借家・賃貸マンション・賃貸アパート・社宅・寮	
同居状況	１．単身　　２．同居（　　人）	
その他		

【お問合せ・提出先】

〒123-0841　東京都足立区西新井５－３４－１　ケアハウスはごろも

TEL：０３－５８３７－８９１０　FAX：０３－５８３７－８９１１

（様式　2）　　ケアハウスはごろも　健康診断書

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">昭和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="5">１（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
２（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
３（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）</td></tr>
<tr><td>現在治療中の傷病</td><td colspan="5">１（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
２（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
３（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">計測</td><td>身長体重</td><td colspan="4">身長（　　cm）・体重（　　kg　）</td></tr>
<tr><td>視　力</td><td colspan="4">右（　　）・左（　　）</td></tr>
<tr><td>血圧脈拍</td><td colspan="4">血圧（　　／　　）・脈拍（　　／分）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">感染症等</td><td>胸部レントゲン（結核等）</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>Ｃ型肝炎</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>梅　毒</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">皮膚疾患</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">尿検査</td><td colspan="4">糖（　　）・蛋白（　　）・ウロビリノーゲン（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">精神疾患</td><td colspan="4">無　・有（病名　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症</td><td colspan="4">無　・有（病名　　）
（症状　　軽度・　中度　・　重度　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他、所見</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。
令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
担当医師名　　印