（２０２６年８月１日現在）

ケアハウス「津名やすらぎの里」のご案内

社会福祉法人　のじぎく福祉会

1.施設の目的

ケアハウス「津名やすらぎの里」は、社会福祉法人のじぎく福祉会が老人福祉法に基づいて、高齢者の方々が自立と協調のもとに、生活不安を持つことなく安心して健康で豊かな生きがいのある生活を送っていただくために設けた施設です。

2.施設の概要

① 所　在　地　兵庫県淡路市大町下 65-1
② 入 居 定 員　50 人（1 室に 1 人）
③ 開設年月日　平成 9 年 12 月 25 日
④ 構　　造　鉄筋コンクリート造　6 階建
⑤ 延 床 面 積　２７２８．１　㎡
⑥ 敷 地 面 積　２７５５．２７㎡

3.設備の概要

① 居　　室　５０室（面積は建築基準法による壁芯寸法）
〔１５室：２４．０５㎡　　３５室：２３．４㎡〕
各室にトイレ、洗面台、ミニキッチン、電気調理器、押入れ、電話、冷暖房設備、非常通報装置、ベランダ等
② 共　　用　食堂、浴室、ラウンジ、洗濯室、娯楽室、面接室等
地域交流センター　ボランティアルーム、喫茶コーナー

4.利用資格

① 原則として 60 歳以上の方（入居者の配偶者、三親等内の親族その他特別な事情により入居者とともに入居させることが必要と認められる方については、60 歳未満でもよい）
② 自炊できない程度の身体機能の低下、又は高齢等のため独立して生活するには不安のある方で、家族による援助を受けることが困難な方
③ 介助を必要としないで、自力で日常生活が出来る方
④ 協調して集団生活が営める方
⑤ 連帯保証人（入居者が入居生活に適応できなくなったとき、責任を持って連帯保証できる方）が、2名ある方
⑥ 利用料にあてることのできる資産、所得、仕送り等があり、所定の利用料が負担できる方

5.利用料（生活費と事務費は、国の規定により変更があります）

① 生活費　　１ヶ月　４７，５４０円（冬期加算　１，９６０円　１１月～３月）
② 事務費　　１ヶ月　１０，１００円～７３，１４３円
（利用者の前年分の収入に応じて国の定めた基準による額となります）
③ 管理費　　毎月　２２，２３０円
④ 個人負担　上記のほか居室で使用される電気・水道・電話等の使用料は、入居者本人の負担となります。
⑤ 保証金　　居室の原状回復費用と、基本利用料に未払が生じた場合の補填として、入居時に２０万円を収めていただきます。残金は、返金いたします。

6.日常生活上のサービス

①食　事　　栄養士の献立により調理した食事を１日３食提供します
②入　浴　　一般入浴（入浴介助不要な方）と介助入浴（入浴介助必要な方）を設けています
※　介助入浴を希望される方は、ご相談下さい
③相　談　　日常生活に関する諸々の相談に応じます
④その他　　健康で豊かな生きがいのある生活を送っていただくよう、必要に応じて助言を行い、自主的に趣味、教養、娯楽等のレクリエーションを実施する場合、要望に応じて協力します
隣接地に、社会医療法人社団順心会の「順心淡路病院」がありますので、緊急の場合に素早く対応ができます

7.その他

入居に必要な書類
入居申込書、収入を証明する書類、健康診断書、
入居契約書（３通）、重要事項説明書（２部）、保険証写し、保証人の印鑑証明他
※　提出して頂いた書類・個人情報等は、利用者様又はご家族様の承諾なしに、みだりに他人に知らせたり、不当な目的に使用いたしません

8.入居の決定

施設と利用者の契約によって入居する施設です

申込み　⇒　書類審査　⇒　面接　⇒　判定会　⇒　決定

9.お問い合せ等

〒６５６－２１５６　兵庫県淡路市大町下６５-１
社会福祉法人　のじぎく福祉会
ケアハウス　津名やすらぎの里
☎（０７９９）６２－７４００

記載日　令和　　年　　月　　日

入　居　申　込　書

ケアハウス　津名やすらぎの里
施　設　長　長濱　優年　　様

※該当項目に〇印お願いします

ふりがな		男・女	生年月日
氏　名			明・大・昭　年　月　日（　歳）
現住所	〒 携帯（　）　－　　☎（　）　－		
お住まいの状況	家族等と同居　又は　独　居		

身体状況	日常生活動作の状況
ア．身長　（　）㎝	ア．歩　行　独歩・杖使用・歩行器・老人車・車椅子(移動可)
イ．体重　（　）kg	イ．排　泄　生活上問題なし・オムツ使用・和式・洋式
ウ．視力　生活上問題なし・白内障手術後・緑内障・その他　）	ウ．炊　事　自炊・給食サービス・ホームヘルパー・家族
エ．聴力　生活上問題なし・補聴器あり・その他　）	エ．入　浴　生活上問題なし・デイサービス(ケア)使用・一部介助
オ．言葉　生活上問題なし・手・話・口・その他　）	オ．着脱衣　自立・一部介助・その他　）
カ．義歯　有（上・下・一部）・無	カ．洗　濯　自立・一部介助・その他　）
	キ．通　院　自立・付添必要・その他　）

日常生活	ア．外出　①多い	②時々	③ほとんどない
	イ．睡眠　①よく眠れる	②時々眠れる	③眠れない(不眠)
	ウ．食欲　①おいしく食べられる	②たまに食欲がない	③食欲がない日が多い
食　事	アレルギーの有無（有・無）	食品名（　）	
性　格	ア．朗らか　イ．親しみやすい　ウ．几帳面　エ．凝り性　オ．頑固 カ．自分のことを気にしやすい　キ．人にとけこまない　ク．好き嫌いが多い ケ．我がまま　コ．短気　サ．無口　シ．その他(　)		
対人関係	ア．協調的である　イ．普通　ウ．拒否的である		
健康状態	かかりつけ病院または医院		
その他	趣　味　園芸・手芸・カラオケ・囲碁・将棋・麻雀・その他（　）		
	嗜好品　※酒・ビール（１日に　合）　※タバコ（１日に　本）		
要介護状態等	未申請　申請中　認定済 要支援１　要支援２　要介護１　２　３　４　５ （介護度認定済の方はコピーの添付もお願いします）		

連帯保証人①	ふりがな		続　柄	男・女	M・T・S　年　月　日生
	氏　名				携帯（　）　－ ☎（　）　－
	住　所	〒			
	勤務先	☎（　）　－			
連帯保証人②	ふりがな		続　柄	男・女	M・T・S　年　月　日生
	氏　名				携帯（　）　－ ☎（　）　－
	住　所	〒			
	勤務先	☎（　）　－			

収入状況 ご本人の前年1月～12月分の所得合計	年金・恩給等①	種類　年　額	円
	年金・恩給等②	〃　〃	円
	年金・恩給等③	〃　〃	円
	給　与	〃	円
	預金利息	〃	円
	不動産収入	〃	円
	その他	〃	円
	【注意】ご本人の前年分（1月～12月）の所得額を証明する書類を添付してください。 〔必要経費　（所得・住民・国保税等）控除対象となる書類〕		

家族状況 兄弟姉妹 息子・娘・孫・ 親戚 甥・姪等	氏　名	続柄	年齢	住所（市町村のみ）	同別居	備　考
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	

入居理由	具体的に 入居希望時期　月頃

上記の内容に相違ありません。

入居者氏名　　㊞

連帯保証人　　㊞

【注意】可能な限り空欄がないようお願いします。

社会福祉法人　のじぎく福祉会
津名 ケアハウス やすらぎの里

様式２

健　康　診　断　書

ふりがな		男・女	生　年　月　日
氏　名			明・大・昭　年　月　日（　歳）
現　住　所	（〒　－　）		

既往症							
眼疾				視力	（右）（　）		
					（左）（　）		
耳疾				聴力	（右）（　）		
					（左）（　）		
身長	ｃｍ	体重	ｋｇ	血圧	㎜Ｈｇ	ｱﾚﾙｷﾞｰ	
血液検査	ＨＢｓ						
	ＨＣＶ						
	梅　毒						
	その他伝染疾患						
尿検査	尿蛋白（＋・－）	尿糖（＋・－）	ｳﾛﾋﾞﾘ（＋・－）	尿潜血（＋・－）			
皮膚病	有　［　疥癬・褥瘡・その他（病名：　）］・無						

（聴打診上の特記所見）

四肢運動障害・その他		Ｘ線照射所見	直接・間接

精神の状況	ア、正常 イ、精神障害有 (1) 認知症 ① 記憶障害（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） ② 失 見 当（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） ③ 徘　徊（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） ④ 思考障害（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） ⑤ 計算能力（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） ⑥ 人物誤認（ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ） (2) 心気症状　(3) 不安　(4) 焦燥　(5) 抑うつ(そう)状態 (6) 興奮　(7) 幻覚　(8) 妄想　(9) せん妄　(10) 睡眠障害
	（問題行動等特記事項）
現症に対する総合所見	（現疾患名） （処　置）　① 要入院加療 ② 要通院加療 ③ 必要としない （治療及び投薬内容）

上記のとおり診断します。

令和　年　月　日

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

ケアハウス　津名やすらぎの里

入居 tuna-2025.05.01-利№〇〇