



多機能な複合高齢者介護施設 ケアヴィレッジ おくじま

サービス付き高齢者向け住宅

ケアホーム 芳光・2号館ご案内

ケアヴィレッジ おくじまの主な事業

- ・ デイサービスセンター おくじま (通所介護事業所)
- ・ ヘルパーステーション 芳光 (訪問介護事業所)
- ・ 居宅介護支援事業所 芳光 (ケアマネージャー事業所)
- ・ グループホーム おくじま (認知症対応型共同生活介護)
- ・ ケアホーム おくじま (有料老人ホーム[高齢者専用賃貸住宅])[自立・要支援]
- ・ ケアホーム 芳光 (サービス付き高齢者向け住宅)[要支援・要介護2程度]
- ・ ケアホーム 芳光 2号館 (サービス付き高齢者向け住宅)[要介護2から要介護4程度]

「ケアヴィレッジ おくじま」では小規模で多機能な複合高齢者介護施設ならではの、きめ細かな介護サービスを提供しております。

高齢者向け住宅に、様々な介護サービス事業所が敷地内に併設された、複合型高齢者介護施設です。高齢者の事を考えた専用の住宅を提供しながら、ケアマネージャーが常駐して個々にあったケアプランを作成し、デイサービスも同敷地内に併設しているので、外部に出ることなく通うことができます。ヘルパーステーションは同一建物内にあり、住宅内、居室内でヘルパーのサービスを受けることができます。

生活の相談から生活支援サービスまで一貫した提供が可能です。

小規模ならではの特長を生かしたスタッフが利用者に信頼され、ふれあいの出来る施設になります。

高齢者住宅の入居者は、昼間デイサービスを利用して頂き、それ以外の時間は訪問介護を受けながら、安心して毎日を暮して頂けます。

高齢者賃貸住宅は、介護施設ではなく住居となりますので、外出も自由にできます。

ご自宅として居住して頂きますので、ご家族の訪問も24時間いつでも可能です。

ご家族がお部屋に泊まることもできます。

食事は三食希望により提供させて頂きますので、ご家族との夕食や持ち込みもできます。

医療機関は、今までのかかり付け医でも結構です。指定がない場合、近隣の病院をご紹介します。

設置主体： 有限会社 芳光

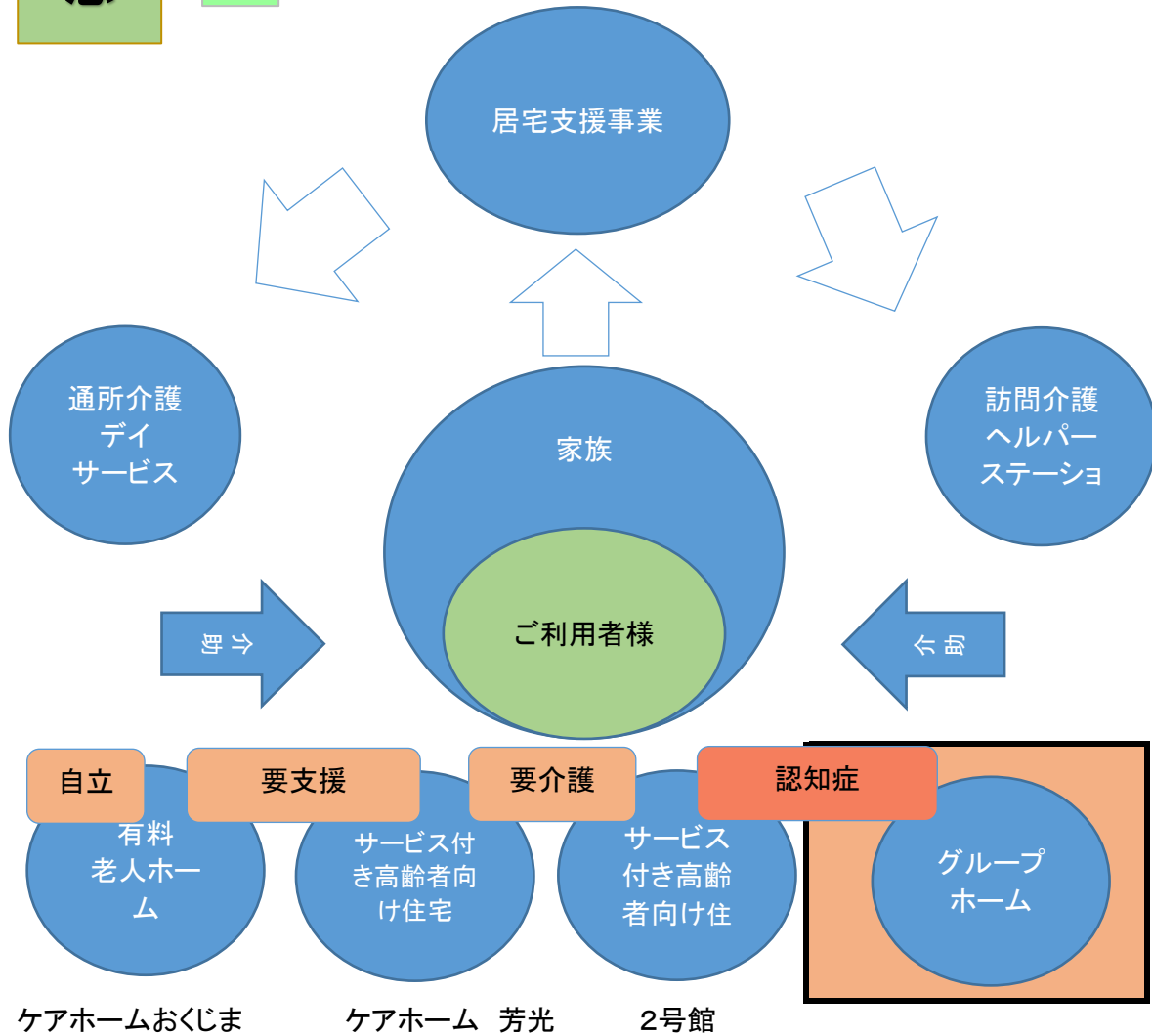


ケアヴィレッジ

おくじま

理 念

- 1 私達は地域の中で信頼され、ふれあいの出来る施設を目指します。
私達は個人の意志を尊重し自立した生活が送れるよう心をこ
- 2 私達は笑顔でゆったりとした豊かな生活を共に目指します。



契約までの流れ

① ご相談
(ご利用者様、
ご家族様より)

② 下見・ご説明

③ 契約

④ サービス開始

住宅型有料老人ホーム（ケアホームおくじま）

人生の後半を、安心できる住宅で過ごしませんか？
夫婦で、お知り合い同士で入居いただくことも出来ます。
介護認定されていない方も、ご入居できます。

対象者 自活できる高齢者の方で在宅介護を導入して継続的日常生活が可能な方（一人での生活、ご夫婦での生活に不安のある方に特にお勧めします。）

施設概要

各部屋に冷暖房設備完備及びIH対応の完全電化の炊事可能な台所完備です。また共有部分のスペースを確保し来客者との談話が楽しめる談話室を設置しております。ここでは簡単なお料理が出来る設備を整えております。乾燥・洗濯機等も共有設備として整えており自由にご利用できます。
お食事もお提供できます。

全7戸	Aタイプ(4戸) 単身用	Bタイプ(3戸) 家族用
部屋 NO	101・102・106・107	103・105・108
占有面積	約17㎡ (10畳)部屋により多少異なります	約25㎡ (6畳+8畳)部屋により多少異なります
設備	トイレ・IHミニキッチン・エアコン・収納 一次カーテン	・照明器具・ナースコール・換気扇 (TVとTELは空配管をしています)

月額利用料金(30日計算)

	Aタイプ	Bタイプ
家賃	50,000円	65,000円
共益費	7,000円	12,000円
食費 1,350円/日 (朝300円) (昼500円) (夕550円)	各戸共通 40,500円 * 食事中止は1日前の17時迄にお申し出ください。	
月額総費用	97,500円	117,500円
契約時費用	敷金 150,000円	敷金 195,000円

月額利用料金について

家賃に含まれるもの

お部屋代

共益費に含まれるもの（各お部屋の電気代は備え付けのメーターによる使用量により別途お支払いいただきます）

- ① 各お部屋の水道代、および設備の維持、保守費用
- ② 共用部分の設備使用料(浴室、洗面、洗濯機、乾燥洗濯機、空調電気代、水道代、テレビ使用料)
- ③ 共有部分の清掃、維持、後片付け

契約時費用について

敷金：原則として退去時に、ハウスクリーニングや修繕等を行った差額をご返金いたします。

◎ 家賃・共益費に含まれないサービス(身体介護・生活介護)は訪問介護事業者による訪問介護サービスをご利用いただけますのでご相談ください。またディサービスもご利用できます。

サービス付き高齢者向け住宅 ケアホーム 芳光

入居費用		
A B C タイプ	項目	一室
	居室利用料	50,000円
	管理費	23,000円
	食費	42,000円
	入居費用合計	115,000円

入居費用		
D ・ E タイプ	項目	一室
	居室利用料	60,000円
	管理費	23,000円
	食費	42,000円
	入居費用合計	125,000円

その他費用					
介護費	要介護 I	要介護 II	要介護 III	要介護 IV	要介護 V
	16,692円	19,616円	26,931円	30,806円	36,065円
<small>※介護費用限度額まで使った場合の参考利用料です。 ※介護費用は、デイサービスと訪問介護をご利用になられた場合に必要となります。</small>					
日用品・おむつ等	実費				

※食事は一食毎にご注文可能です。 朝:350円、昼:500円、夕:550円 / 1日: 1,400円 / 30日: 42,000円

※入居時には、敷金として各居室利用料の3か月分が必要です。

※TV等の電気製品の持ち込みは可能ですが、100円/日の電気料が必要になります。

ショートステイ	
一室	
4,500円 / 24H	
ご利用料金	実費
<small>※デイサービスや訪問介護など介護費用は実費でご利用可能です。 注)敷地外のデイサービスへの送迎は行っておりません。各事業所にお問い合わせください。</small>	

※詳細のお問い合わせは、裏面事業主体までご連絡願います。 担当: 事務局

サービス付き高齢者向け住宅 ケアホーム 芳光2号館

入居費用			
A B タイプ	項目	一室	
	居室利用料	50,000円	家賃
	共益費	20,000円	水道光熱費、電気、ガス、設備保守点検
	サービス費	15,000円	安否確認、見守り、衛生管理等
	食費	42,000円	※
	入居費用合計	127,000円	

入居費用			
C タイプ	項目	一室	
	居室利用料	60,000円	
	共益費	20,000円	
	サービス費	15,000円	
	食費	42,000円	
	入居費用合計	137,000円	

その他費用					
介護費	要介護 I	要介護 II	要介護 III	要介護 IV	要介護 V
		16,692円	19,616円	26,931円	30,806円
※介護費用限度額まで使った場合の参考利用料です。 ※介護費用は、デイサービスと訪問介護をご利用になられた場合に必要となります。					
日用品・おむつ等	実費				

※食事は一食毎にご注文可能です。 朝:350円、昼:500円、夕:550円 / 1日: 1,400円 / 30日: 42,000円

※入居時には、敷金として各居室利用料の3か月分が必要です。

※電気料金は1Kwにつき25円いただきます。

ショートステイ	
一室	
4,500円 / 24H	
ご利用料金	実費
※デイサービスや訪問介護など介護費用は実費でご利用可能です。 注)敷地外のデイサービスへの送迎は行っておりません。各事業所にお問い合わせください。	

※詳細のお問い合わせは、裏面事業主体までご連絡願います。 担当: 事務局

入 居 希 望 受 付 書

受付職員()

介護保険証番号		対象施設	住宅型有料老人ホーム / サービス付き高齢者向け住宅		
居宅・担当ケアマネ		受付日時	年 月 日		
(フリガナ)		受付場所	電話・来所・訪問・紹介・その他		
入居希望者 氏名		性別	生 年 月 日		
		男 女	M. T. S. 年 月 日 (歳)		
介護保険番号	住 所 : (〒 -)				
	自宅電話番号:		携帯電話番号:		
世帯状況	独居・高齢者世帯・敷地内別居・家族と同居・その他				
(フリガナ)		性別	続 柄		
身元引受人予定者		男 女			
		住 所 : (〒 -)			
	自宅電話番号:		携帯電話番号:		
(フリガナ)		性別	続 柄		
連帯保証人予定者		男 女			
		住 所 : (〒 -)			
	自宅電話番号:		携帯電話番号:		
お申込みの経緯 もしくは 入居希望理由					
入居希望居室	タイプ	向き	階	一人部屋希望	二人部屋希望
	A・B・C・D	東側・西側	1階・2階	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入居希望時期	平成 年 月 頃				
介 護 度	自立 要支援 要介護 1 2 3 4 5				
介護保険サービス 利用状況	1. なし 2. 訪問介護 3. 訪問看護 4. デイサービス 5. その他()				
お体の状態	・ 現在飲んでいる薬がありますか？				
	・ 以前に大きな病気をした事がありますか？				
	・ 以前に大きなケガや手術をされた事がありますか？				
	・ わかっている感染症はありますか？				
移 動	(近所周り・庭周り・屋内・室内・ベット上)				
歩 行	(歩ける・杖・シルバーカー・介助必要・車椅子・不可能)				
食 事	(一人で出来る・スプーン・介助あれば可能・全介助)				
排 泄	(トイレ・ポータブルトイレ・尿取りパット・紙パンツ・紙オムツ)				
入 浴	(一人で出来る・介助必要・全介助)				
会 話	(出来る・多少理解できる・ほとんど理解できない)				
視 力	(普通・メガネ使用・多少不自由だが生活に問題ない・不自由)				
聴 力	(普通・多少聞こえにくい・ほとんど聞こえない)				
・かかりつけの病院					
・認知症状					
・備考					