



春の訪れを感じさせてくれる「桜」。
 幾度となく人生の岐路に立ちながらも、乗り越えてきた春。
 その傍らには、いつも桜が。
 お一人お一人が歩んできた生き方を尊重し、
 人生100年時代の今、
 明日がくるのが待ち遠しいサービスをめざして
 新しい春の一步を私達と一緒に……。

社会福祉法人 モニカ
 〒003-0026
 札幌市白石区本通10丁目南10-11
 TEL:011-868-4111
 FAX:011-868-4114
 URL:<https://www.syafuku.com/>

「一人一人の目線」でやさしい介護を。



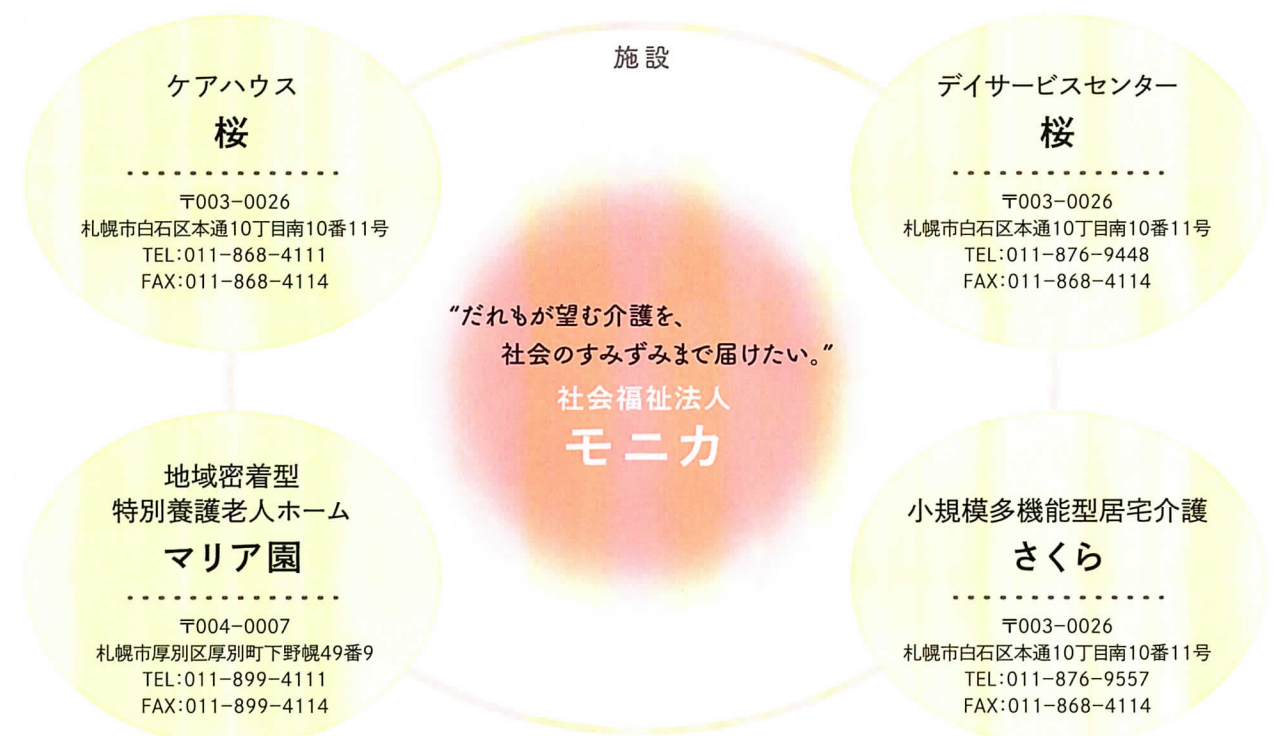
 **社会福祉法人 モニカ**



ケアハウス 桜
デイサービスセンター 桜
小規模多機能型居宅介護 さくら



地域密着型特別養護老人ホーム
マリア園



行動指針

明日が来るのが待ち遠しいサービスをめざして。

ご利用者様一人一人の意思を尊重し、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、全力でご支援します。

1

ご期待に沿った「やさしさ」でご支援します。

2

「科学的知見」に基づく介護サービスを提供します。

3

ご家族や関係者・地域の方々に大切にします。

ケアハウス 桜 (軽費老人ホーム) 70室

尊厳を尊重し、心豊かな毎日を。

- 🌸 プライバシーを守りながら、安心して暮らせる居心地良い生活環境を提供します。
- 🌸 住み慣れた場所でなじみの人と触れ合いながら、穏やかな生活が続けられるよう、お看取りまでご支援します。
- 🌸 介護が必要になっても特定入居者生活介護(定員29名)や居宅サービスが受けられ、安心して過ごすことができます。



眺めの良い広々とした食堂で作りたての美味を



思い思いの時間を過ごせる居心地の良いラウンジ



広々とした居室を自分らしくアレンジして暮らす

デイサービスセンター 桜 定員18名(1日)

生きがいを、もっと高める時間に。

- 🌸 利用者様が生き生きとした時間を送れるよう、明るく家庭的な雰囲気作りに努めています。
- 🌸 要介護状態の軽減や予防を目標に個別のプログラムに基づいた機能訓練を行い、若々しく過ごしていただくため専門のリハビリ職員がサービスを提供します。
- 🌸 ご利用者様のご希望に合わせた趣味の活動を行い、四季折々のイベントや外出行事を行います。



清潔感あふれるお風呂でのんびり(小規模多機能型居宅介護でも使用)



車椅子対応の車でご自宅の玄関まで送迎



四季折々の外出行事や趣味の活動も充実



小規模多機能型居宅介護 さくら

医療や看護と連携し、在宅で最期まで。

- 🌸 「通い」を中心に、ご希望に応じて「宿泊」「訪問」といったサービスを組み合わせご自宅で継続して生活するため必要な支援を提供します。
- 🌸 「出来る力」に着目し、その人らしい生き方、暮らし方の実現に尽力します。
- 🌸 軟力と応用力のあるサービスを提供し、介護が必要になっても安心して暮らせる日常を可能にします。



アプローチを抜ければ笑い声があふれる日常が(デイサービスセンターと共用)



健康管理に気を配りながら食事の時間も有意義に



家庭的な環境を大切に集う楽しさを実感



地域密着型特別養護老人ホーム マリア園

お一人お一人にあった安心の暮らしを。

- 🌸 入居定員29名以下の施設の利点を生かし家庭的な雰囲気の中、住み慣れた地域での生活や地域との繋がりを継続できます。
- 🌸 入居者様とご家族そしてスタッフが一体となる関係を築きながら、温かく安心できる毎日を送っていただけるよう取り組んでいます。
- 🌸 日常生活上のお世話や機能訓練・健康管理上のケアを受けることができ、安らぎの中で、平穏に人生を全うしていただけるようご支援します。



静かな環境でこころ豊かに過ごす日々を



くつろぎの時間を家庭的な雰囲気



ゆったりとした居室は自分らしい空間に



ケアハウス 桜のご案内

細やかな配慮が行き届いた各種設備は、ご利用になる方に快適で生きがいのある生活をお約束します。

◆ ご利用できる方

- 年齢が 60 歳以上の方（夫婦で利用される場合は、どちらかが 60 歳以上であること）。
- ひとり暮らしの方、もしくは家庭環境・住宅事情により家族と同居することが困難な方。
- 自炊ができない程度の身体機能の低下が認められる、又は高齢などのため、独立して生活するには不安が認められる方。
- 家族による援助を受けることが困難な方。
- 利用料の支払いが毎月確実にできる方。
- 原則として札幌市に住民票（1 年以上在住）のある方。

◆ サービス内容

- 専任の栄養士がつくる献立で、毎日 3 食のお食事を提供いたします。
- 大浴場（6 階）、介護浴室、個人浴室も完備。
- 専門スタッフによる生活相談・健康面のアドバイス。
- 緊急の場合には、迅速に対応する医療体制の協力があります。
- 各種サークル・行事・ボランティア交流等を企画します。
- 介護認定を受けると、必要に応じて外部サービスまたは特定もしくは小多機サービスを利用できます。

◆ 館内設備

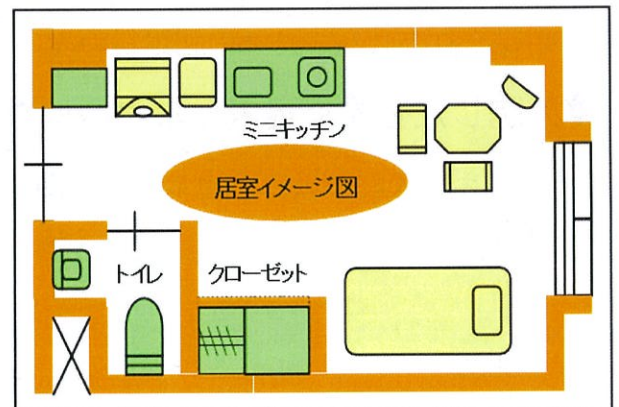
- 大浴場(6 階) ○展望ラウンジ (6 階) ○介護浴室 (6 階) ○個人浴室 (6 階)
- 談話コーナー (2 階～5 階) ○洗濯コーナー (2 階～5 階) ○娯楽室 (6 階) ○食堂 (2 階)
- 屋上広場 (庭・菜園) ○オープンテラス (2 階) ○集会室 (6 階) ○相談室 (1 階)
- 理美容室 (1 階) ○エレベーター (2 基) ○映画・ビデオ上映スクリーン (1 階、2 階、6 階)

◆ 施設の概要

- 入居定員 / 70 名
- 居室 / 個室 68 室・夫婦部屋 1 室

◆ 居室平面図

- ミニキッチン（電気調理器付）○水洗トイレ
- 洗面所○クローゼット○照明器具
- パネルヒーター（暖房）○下駄箱
- 緊急呼び出しシステム○スプリンクラー
- テレビアンテナ端子（BS 対応）○電話回線



居室面積 約 15 畳（有効床面積約 10 畳）

※ 利用料金については別紙料金表をご覧ください。

デイサービスセンター 桜のご案内

◆ デイサービスとは

- 自宅から当センターに通いながら健康チェックや入浴、昼食、機能訓練などを通して要介護状態の軽減と予防を図ります。また、ご家族の介護負担を軽減いたします。

◆ ご利用できる方

- 市町村の行う要介護認定で、要支援 1・2 または要介護度 1～5 と認定された方。また自立の方やまだ認定を受けていない方もお気軽にご相談ください。

◆ サービス内容

- 通所介護計画に沿った食事、入浴、更衣などの介護サービス
- 健康状態の確認（体温・血圧・脈拍などの測定）
- 機能訓練・レクリエーション・趣味活動・外出行事・送迎サービス
- 相談援助などの生活指導
- 介護予防通所介護サービス（運動器の機能向上・口腔ケア・栄養改善など）
- 通所介護サービス（個別機能訓練・口腔ケア・栄養改善など）

入居相談でよくあるご質問

◆ 介護が必要になってもずっと入居していただけますか？

介護が必要になった時は、心身の状況に合わせて「外部サービス」と「特定もしくは、小多機サービス」の何れかの介護サービスを受けながら生活していただく事ができます。また、身体的に常時継続的な介護や医学的管理が必要になった時は、必要なサービスが受けられる施設や病院を検討していただく事もできます。

◆ 入居一時金等は必要ですか？

必要ありません。月々の利用料のみのお支払いとなります。

◆ 入院したらすぐ退去しなければなりませんか？

いいえ。入院の場合、通常 3 ヶ月間はそのまま在籍できます。（この間食費以外の利用料がかかります）

ケアハウス桜 ご利用案内

ご利用（入居）を希望される方は次の書類を提出してください。

- ① 入居申込書
- ② 戸籍抄本または戸籍謄本（どちらでもかまいません）
- ③ 住民票（省略の無いもの）
- ④ 収入（所得）の状況が確認できる書類
- ⑤ 健康診断書

収入状況が確認できる書類の例

1. 確定申告をしている方

前の年（1月から12月まで）の所得税の確定申告の写し

2. 確定申告をしていない方

（1）源泉徴収票

（2）源泉徴収票（年金）がない場合

- ・年金通知書や年金の改定通知書、年金が振り込まれる貯金通帳の写し
などで確認させていただきます。

※申し込み時には収入の確認をさせていただきますが、入居時には改めて前年の収入と必要経費について確認させていただきますので、大切に保管しておいてください。

なお、必要経費が確認できる書類は下記の通りです。

必要経費が確認できる書類の例

1. 所得税・住民税・相続税・贈与税など（固定資産税を除く）の領収書
2. 社会保険料（国民健康保険料・介護保険料など）の領収書
3. 医療費の領収書
 - （1）通院費、あんま、マッサージ、指圧、針灸
（疾病予防・健康増進のための医薬品は該当しない）
 - （2）支払った医療費から保険金などで補てんされる金額は除く
4. 配偶者などへの仕送りなど

社会福祉法人 モニカ ケアハウス 桜

〒003-0026 札幌市白石区本通10丁目南10番11号

TEL (011)868-4111 / FAX (011)868-4114

入居手続きの流れ

見 学……入居条件や費用、各種サービスについての説明をします。
当施設をご理解の上、手続きを進めて下さい。



申込書類の受付……必要な書類（別紙：ご利用案内参照）が揃いましたら、直接持参又は郵送にてご提出下さい。
（特定サービス利用希望の場合は、お申し出下さい）



面 接……申込書類の受付がお済の方を対象に、後日面接のご案内をさせていただきます。（面接のご案内は、受付後1～2ヶ月程かかります）
ご本人と身元保証人様に来所頂き、申し込み理由や健康状態、身体レベル、精神状態、集団生活が可能かどうか等、確認致します。



面接結果通知……面接の結果、ケアハウスでの生活が可能と判断された場合は、待機扱いになる旨の面接結果通知が届きます。この通知が届いてから、正式に待機者となります。面接の結果、ケアハウスでの生活が難しいと判断された場合は、お電話にてご連絡させていただきます。



待 機……待機期間は、面接時の緊急性の評価で異なりますが、現在待機者が大変多く、年単位でお待ち頂く事になりますので、待機中状態に変化があった場合や連絡先に変更があった時は、必ずご連絡下さい。



入居前面接……待機期間が長期になり、お体の状態に変化がある場合は、再面接で、入居の評価をさせていただきます。



入居決定



契 約



入 居

要介護認定を受けられている方については必要に応じて、外部サービスまたは特定もしくは小多機サービスを選択して利用することができます。

外部サービス・・・担当ケアマネージャーと相談の上、外部のサービス事業所から提供されるサービスを利用します。

特定もしくは小多機サービス・・・サービスの契約を結ばれた場合に当施設のケアマネージャーが個々の利用者の心身状態に合わせたケアプランを作成し、当施設の介護職員、看護職員が24時間体制でサービスを提供します。

ケアハウス利用料金について

社会福祉法人 モニカ
ケアハウス桜

- ご利用料金は、管理費、事務費、生活費の合計額となり、個人負担額は別紙の「対象収入による階層区分」により料金が異なります。

(但し、10月～4月までは暖房費として月額9,220円が加算されます。)

- 管理費は、施設利用料(家賃相当額)になります。お支払方法につきましては、原則分割、一括、併用方式の3つの方法があります。

一括方式及び併用方式をご希望される方はお問合わせ下さい。

※金額につきましては、ページ下の表をご覧ください。

- 月の途中から入居される場合は、生活費及び事務費は日割計算となります。
尚、管理費は月単位(その月に1日でも入所していると1ヶ月分)のお支払いとなります。
- 居室でご使用になる電話料、光熱水費は別に自己負担となります。
- 事務費、生活費、冬期加算(暖房費)については、国の基準に基づいて改訂される場合があります。

管 理 費				
支 払 選 択 方 式	分割方式	利用者お1人当り	月額 5,430円	
	一括方式	利用者お1人当り	1,305,000円	
	併用方式	利用者お1人当り	(一括支払分)	652,500円
			(分割支払分)	2,710円

入居申込書

※1.2.3...の番号が付いた項目については、該当番号に○をつけて下さい

※記入に際しては”ケアハウス桜”入居募集案内をよくお読み下さい。

※入居申込書の身元保証人欄は、それぞれ身元保証人となられるご本人が署名・捺印して下さい

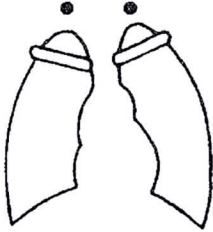
受理年月日	令和	年	月	日
受理番号				

入居申込者	ふりがな				生年	明治							
	氏名	Ⓜ			月日	大正							
	氏名	Ⓜ			年	月	日	(歳)				
身元保証人	現住所	(〒 -)											
	配偶者氏名 (夫婦で利用の時)				電話番号	- -							
	ふりがな				続柄	ふりがな				続柄			
	氏名	Ⓜ			氏名	Ⓜ							
	生年月日	明治			生年月日	明治			年	月	日	(歳)
	生年月日	大正			生年月日	大正			年	月	日	(歳)
	生年月日	昭和			生年月日	昭和			年	月	日	(歳)
現住所	(〒 -)				現住所	(〒 -)							
電話番号	- -				電話番号	- -							
勤務先					勤務先								
電話番号	- -				電話番号	- -							
親族状況	氏名	年齢	続柄	電話番号	住	所	職業						
利用申込の理由	1 身寄りがない 2 家庭の事情で家族と同居できない 3 現在の住宅が狭い 4 他人の世帯と同居している 5 独立生活に不安がある 6 自炊ができない 7 その他					写真		縦					
	【その他の理由】(具体的に詳しく書いて下さい)							横		36~40 mm			
							24~30 mm						

身体状況	日常生活				
	身体障害の有・無	有の場合	障害部分 手帳の有・無	() (種 級)	
健康状態	1. 安定している 4. 通院中(病名) 5. その他(持病など: 最近5年間にかかった病気()		2. 病弱である	3. 不安定である (病院名)	
介護保険	介護認定の有・無	有の場合	要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5		
健康保険	1. 国保本人 2. 国保家族 3. 社保本人 4. 社保家族 5. その他() ※入居後は何番になりますか → 1・2・3・4・5 の予定				
収入の状況	1. 国民年金 (1 老齢年金 2 老齢福祉年金)				
	2. 厚生年金 (1 老齢年金 2 遺族年金)				
3. 恩給 (種類)					
4. その他の年金 (種類)					
一年間の年金総額		万円			
一年間の収入状況		1.年金のみ	2.年金+その他()		
		その他の金額		円	
(該当番号に○をつけ、2に該当するときはその金額を記入して下さい)					
必要経費の支払方法	1. 本人全額負担				
	2. 一部親族負担				
	3. 全額親族負担				
	※上記の支払方法が2または3のとき、負担者について記入して下さい				
①氏名		④	②続柄		
③住所(〒 -)					
④負担可能額		月額	円		
生活状況	学 歴	大学卒 ・ 専門卒 ・ 高校卒 ・ 中学卒 ・ その他			
	職 歴	主なもの			
	結婚歴	有・無	死別(年) ・ 離別		
	転居歴	主なところ			
	アレルギー	有・無	有の場合		
	医師から指示のある禁食	有・無	有の場合		
	その他	趣味			
		嗜好	酒1日 合・ビール 本・タバコ1日 本		
			好きな食べ物 :		
			嫌いな食べ物 :		
宗教					
現在の居住状況	1 自宅	室			
	2 公営(市営・道営・公団等)	室	(家賃月額	円)	
	3 借家・アパート	室	(家賃月額	円)	
	4 借間	室	(家賃月額	円)	
	5 その他 (詳細にご記入下さい)				

※ アレルギーや医師から指示のある禁食は、予め、お申し出下さい。

健康診断書

患者	氏名	男・女	身長	cm	体重	kg
者	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(満歳)
現住所	(〒 -)					
既往歴						
病名						
現在の処方	〈投薬〉					
認知症状	有・無 ※ 有の場合のみ、医師の所見		聴力	問題無・有	補聴器なし・あり	
			視力	問題無・有	眼鏡なし・あり	
機能障害の有無	有・無					
検査所見	胸部 X-P		<ul style="list-style-type: none"> ・血圧 ・胸部X線 ・心電図 			
						
	血液一般検査 所見					
	尿検査 所見					
感染症	ワ氏 HB HCV					
施設入居に対する医師の所見	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自分で十分にケアハウスでの日常生活を行える。 2. 日常生活に少し不便があると考える。 3. 集団の日常生活には適当とは思えない。 4. その他 					
上記のとおり診断しました。						
令和 年 月 日						
住所						
電話番号						
医師氏名						
						印