

悠久の歴史漂う街  
住み慣れたこの街で

笑顔の快護

柏原市太平寺の石神社付近には、聖武天皇・孝謙天皇が立ち寄られたとされる知識寺があり、鎌倉時代に源頼朝の命によって太平寺に統合されたと伝えられています。その知識寺址を中心に150mほど東に本体施設の高齢者総合ケアセンター柏原寿光園が、500m西、太平寺1丁目に柏原地域密着型高齢者施設 **太 寿** があります。



〈ご案内〉



社会福祉法人 **寿 光 会**  
柏原地域密着型高齢者施設 **太 寿**  
(延床面積2197.68㎡)

〒582-0017  
柏原市太平寺1丁目4番30号  
TEL 072-970-6010(代) FAX 072-970-1120

特別養護老人ホーム 太 寿(29名)  
グループホーム 太 寿(9名)

ショートステイ 太 寿(10名)

グループ施設 高齢者総合ケアセンター柏原寿光園(本体施設)  
高齢者総合ケアステーション寿光園  
今川デイサービスセンター



全室個室・ユニットケアの複合高齢者施設

柏原地域密着型高齢者施設

たい じゅ  
**太 寿**



社会福祉法人 **寿 光 会**



**経営理念** 周りの人の幸せを願うところに自らの幸せもある。

# 入居者のそれぞれの生活スタイルが尊重され、 主体的にその人らしく、心穏やかに暮らせる場の創造を目指します。

(ケア目標) 

全室個室・ユニットケア 個人の自律を最大限に尊重し、プライバシーが確保された生活空間で入居者・利用者を要介護者としてだけでなく、一人の生活者としてとらえ、住み慣れた思い出のある地域で、その人らしく心豊かな生活が営めるように、なじみの職員が笑顔でサポートいたします。

## 特別養護老人ホーム(定員29名)

全室個室・ユニットケア方式にて、約10名の小グループで、ゆったりとした個別ケアを行います。明るく快適な毎日が送れるように、ご本人・ご家族様の意向を尊重したサービスを提供いたします。



東1丁目

## グループホーム(定員9名)

認知症の方にとって、生活しやすい環境を整え少人数の家庭的な雰囲気の中で共同生活を送ることにより、心身の状態を穏やかに保つことを目指したサービスを提供いたします。



西2丁目

東2丁目

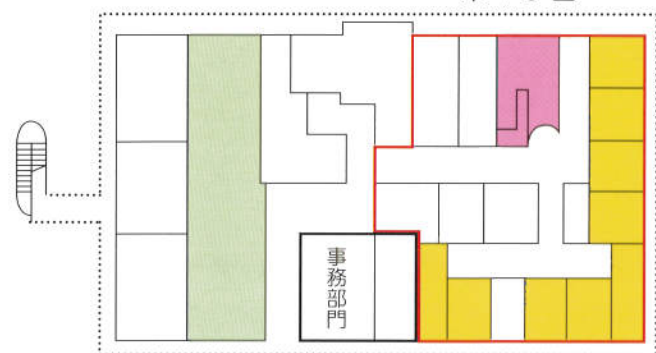
## ショートステイ(定員10名)

介護一休みや冠婚葬祭などにより一時的に在宅での介護が困難な場合にご利用いただけるサービスです。特別養護老人ホームと同様に全室個室でユニットケア方式のサービスを提供いたします。

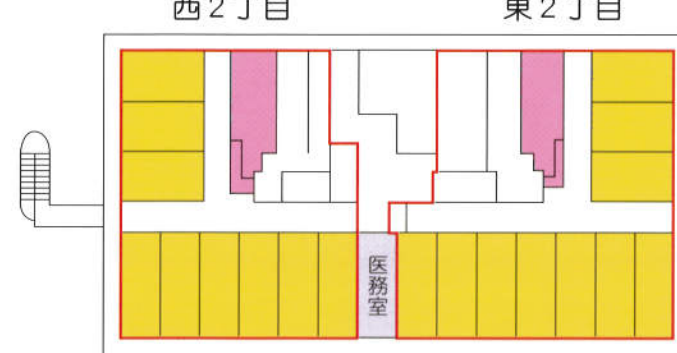


西3丁目

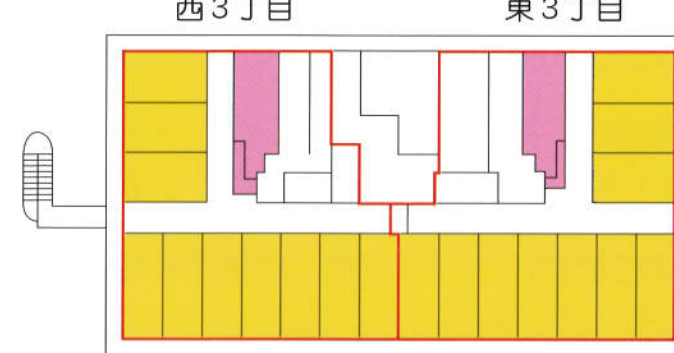
東3丁目



1F

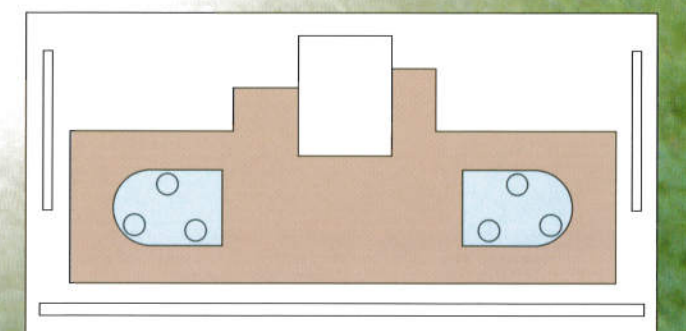


2F



3F

 地域交流スペース  居室  共同生活室



屋上庭園



# 入居申込書

申し込み日	平成 年 月 日	受付日	h . .	担当者	
入居を希望される方	氏名	(フリガナ) -----	性別	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
			男 女		
	住所	柏原市		年齢	歳
電話番号			要介護度	要介護 ( ) ・ 要支援 ( ) ・ 未認定	

申し込みをされる方	氏名	(フリガナ) -----	入居希望者との続柄	
			自宅電話番号	
			携帯電話番号	
住所	〒 -			

【入居を希望される方の状況】 ※該当する項目の口に✓を入れて下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居		
	<input type="checkbox"/> 他の施設に入所中 (施設名 _____、年 月～)		
<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 (病院名 _____、年 月～)			
ご自宅での 介護サービス 利用状況	在宅介護継続期間	年 月	居宅介護サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下記にも記入)
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー
	【利用中の居宅サービス】 ※申し込み月前月に利用中のサービス状況をご記入下さい。		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週) 利用事業所名 _____		
	<input type="checkbox"/> ティサービス ( 回/週) 利用事業所名 _____		
<input type="checkbox"/> ショートステイ ( 回/週) 利用事業所名 _____			
<input type="checkbox"/> その他			
医療の状況	主治医	医療機関名 _____	主治医名 _____
	既往歴	疾病名 _____	発症年月 年 月頃
		疾病名 _____	発症年月 年 月頃
特別な 医療の 状況	※現在受けている該当する処置内容があれば印を入れてください。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

★ **重要!** ご入居仮契約の段階で、『健康情報提供書 (別紙)』の提出が必要です。



[特別養護老人ホーム柏原寿光園 入居申込添付書類]

[地域密着型高齢者複合施設太寿 入居申込添付書類]

## 個別状況確認書

★ この書類は入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので出来るだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 【記入者氏名】 \_\_\_\_\_ 【続柄】 \_\_\_\_\_

入居希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治	大正	昭和	
			年	月	日	( 歳)
入居希望者住所	柏原市	TEL				
要介護度		市民税課税状況	非課税・課税	生活保護受給	無	有

【本人の状況】

項目	状況 ※該当する内容に○をして下さい	施設への申し送り・現状の介護内容
視力	普通 見えにくい 見えない	
聴力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移動	歩行 杖 歩行器 車椅子	
食事	自立 一部介助 全介助	
嚥下	問題なし やや困難 困難	
入浴場所	自宅での入浴 自宅外での入浴	※頻度 _____ 回/週 ※利用事業所名 _____
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	

<b>排泄場所</b>	トイレ ポータブルトイレ ベッド					
<b>排泄介助</b>	不要 一部介助 全介助					
<b>オムツ類使用</b>	無 有	※ オムツ種類	紙パンツ	尿取りパッド	紙オムツ（テープ止め）	
		※ 使用頻度	外出時のみ	夜間のみ	終日使用	
<b>尿意</b>	無 有	<b>便意</b>	無 有	<b>便秘</b>	無 有	※便秘時の対応方法
<b>認知症</b>	無 有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。				
<b>主治医</b>	[医療機関名]			[担当医師]		
<b>既往歴</b>	【疾病名】		【発症年】		※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記	
			昭和・平成	年		
			昭和・平成	年		

【家族連絡先（1 番目）】

<b>氏名</b>		<b>入居希望者との続柄</b>	
<b>住所</b>			
<b>自宅電話番号</b>		<b>携帯電話</b>	

【家族連絡先（2 番目）】

<b>氏名</b>		<b>入居希望者との続柄</b>	
<b>住所</b>			
<b>自宅電話番号</b>		<b>携帯電話</b>	

【その他、施設への申し送り】

--

# 特別養護老人ホーム 太寿

## 利用料金表(月額)

※1か月(31日)あたりの料金

平成26年4月

現在

### 利用者負担第1段階

【対象となる方】本人及び世帯全員が住民税非課税であって、老齢福祉年金受給者。

単位	加					計	介護費 (月額負担)	居住費 (820円/日)	食費 (300円/日)	合計
	看護体制 I-1	看護体制 II-1	夜勤職員 配置II	サービス 提供体制 I	処遇改善 加算(I)					
要介護1	12	23	46	12	19	774	24,326	25,420	9,300	59,046
要介護2	12	23	46	12	21	847	26,614	25,420	9,300	61,334
要介護3	12	23	46	12	22	921	28,966	25,420	9,300	63,686
要介護4	12	23	46	12	24	993	31,221	25,420	9,300	65,941
要介護5	12	23	46	12	26	1,065	33,477	25,420	9,300	68,197

地域区分：6級地(10.14)

高額介護サービス適用	利用者負担 合計	
	介護費 (利用者負担)	食費 (300円/日)
	15,000	9,300
	15,000	9,300
	15,000	9,300
	15,000	9,300
	15,000	9,300

### 利用者負担第2段階

【対象となる方】本人及び世帯全員が住民税非課税であって、年間の[合計所得金額 + 年金収入額]が80万円未満の人。

単位	加					計	介護費 (月額負担)	居住費 (820円/日)	食費 (390円/日)	合計
	看護体制 I-1	看護体制 II-1	夜勤職員 配置II	サービス 提供体制 I	処遇改善 加算(I)					
要介護1	12	23	46	12	19	774	24,326	25,420	12,090	61,836
要介護2	12	23	46	12	21	847	26,614	25,420	12,090	64,124
要介護3	12	23	46	12	22	921	28,966	25,420	12,090	66,476
要介護4	12	23	46	12	24	993	31,221	25,420	12,090	68,731
要介護5	12	23	46	12	26	1,065	33,477	25,420	12,090	70,987

高額介護サービス適用	利用者負担 合計	
	介護費 (利用者負担)	食費 (390円/日)
	15,000	12,090
	15,000	12,090
	15,000	12,090
	15,000	12,090
	15,000	12,090

### 利用者負担第3段階

【対象となる方】本人及び世帯全員が住民税非課税であって、第1・第2段階以外の人。

単位	加					計	介護費 (月額負担)	居住費 (1,310円/日)	食費 (650円/日)	合計
	看護体制 I-1	看護体制 II-1	夜勤職員 配置II	サービス 提供体制 I	処遇改善 加算(I)					
要介護1	12	23	46	12	19	774	24,326	40,610	20,150	85,086
要介護2	12	23	46	12	21	847	26,614	40,610	20,150	87,374
要介護3	12	23	46	12	22	921	28,966	40,610	20,150	89,726
要介護4	12	23	46	12	24	993	31,221	40,610	20,150	91,981
要介護5	12	23	46	12	26	1,065	33,477	40,610	20,150	94,237

高額介護サービス適用	利用者負担 合計	
	介護費 (利用者負担)	食費 (650円/日)
	23,104	20,150
	24,600	20,150
	24,600	20,150
	24,600	20,150
	24,600	20,150

### 利用者負担第4段階

【対象となる方】本人が住民税課税者の場合。または、本人が住民税非課税であっても同じ世帯の中に住民税課税者がいる場合。

単位	加					計	介護費 (月額負担)	居住費 (3,000円/日)	食費 (1,380円/日)	合計
	看護体制 I-1	看護体制 II-1	夜勤職員 配置II	サービス 提供体制 I	処遇改善 加算(I)					
要介護1	12	23	46	12	19	774	24,326	93,000	42,780	160,106
要介護2	12	23	46	12	21	847	26,614	93,000	42,780	162,394
要介護3	12	23	46	12	22	921	28,966	93,000	42,780	164,746
要介護4	12	23	46	12	24	993	31,221	93,000	42,780	167,001
要介護5	12	23	46	12	26	1,065	33,477	93,000	42,780	169,257

高額介護サービス適用	利用者負担 合計	
	介護費 (利用者負担)	食費 (1,380円/日)
	24,326	42,780
	26,614	42,780
	28,966	42,780
	31,221	42,780
	33,477	42,780

緑  
の  
場  
合  
、  
○  
印  
の  
段  
階  
に  
該  
当  
し  
ま  
す