

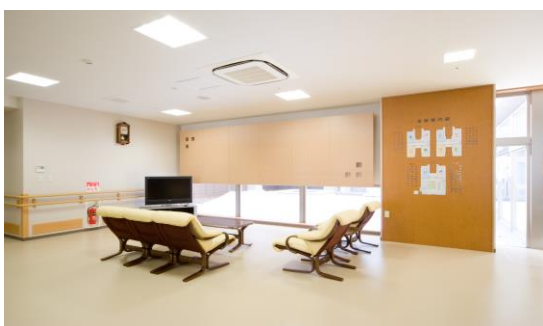
「家族がお世話できないときでも、安心安全に過ごしていただきたい」、そんな思いでご案内します。

社会福祉法人めぐみ会 特別養護老人ホーム

# 北 寿 園

短期入所生活介護

Hokujyuen



エントランスホール

令和6年4月1日一部改訂

〒090-0801 北見市川東354番地 7

TEL 0157-61-3135 FAX 0157-66-3588

# 短期利用のご案内

北寿園は介護保険による指定介護老人福祉施設です。  
介護保険制度に基づき、短期入所生活介護サービスを提供いたします。

## ○利用当日お持ちいただくもの

1. 介護保険被保険者証・負担割合証・及び「限度額認定証」(初回・及び更新後)
2. 健康保険被保険者証
3. 身体障害者手帳(初回のみ)
4. お持ちであれば各種受給者証(重度心身障害者医療費受給者証、特定疾患医療受給者証など)(初回・及び更新後)
5. 印鑑(初回、介護計画更新時)
6. 日用品・衣類など(日数によって数量が異なります)

タオル 5～6本    バスタオル 2～3本    上履き(リハビリシューズ等)  
箱ティッシュ 適宜    洗面用具 一式  
普段着 5～10点ほど    パジャマ 3点ほど    靴下 適宜  
下着 5～10点ほど(状態によって判断してください)

その他、日常的にご本人が常用しているもの

※オムツ、紙パンツ、パットなど排泄用品の持参は不要です。ただし、特殊なものをご使用の場合は別です。

※持ち物には、名前の記入をしてください。衣類にもマジックなどで、差し支えない場所に、落ちにくいもので名前をつけてください。

## ご注意いただきたいこと

1. 利用当日にあっては、施設としての移送(お迎えに伺うこと)は致しません。来園、帰園の時間に変更(遅れ)がある場合は、ご連絡ください。
2. 利用日前、1週間ほどの間に、嘔吐や下痢・発熱などがなかったかお聞きします。感染症が強く疑われる場合は、お断りする場合がございます(体調がすぐれない時は、事前に、かかりつけ医に受診の上、指示を受けてください)。
3. 利用手続きとしては、事前に、ご本人(もしくはご家族)と契約書を交わすこととなります。この際に、日常生活の状態をお聞きします。
4. 利用期間中の医療機関への通院受診につきましては、ご家族の責務となります。利用期間中の服用薬など過不足のないようお持ちください。
5. 利用中、傷病等による急変があり受診が必要となった場合、かかりつけ等の医療機関があったらお知らせください。
6. **緊急時の連絡先を複数ご指定ください。**

## 7. 面会時間

原則 **午前9時～午後8時**となっております。

ご注意：飲酒のうえでの面会はお断り致します。

風邪気味だったり、発熱、嘔吐、下痢など体調が優れない場合は面会を控えてください。

## 8. その他

①利用者間の**金銭の貸し借り**は、これを禁じています。

多額の現金の所持はなさらないでください。なくされた場合トラブルの元となります。飲み物やお菓子は、賞味期限を確認の上、持参ください。

②**飲酒**については健康上問題がなく、他の人に迷惑をおよぼさないのであれば、嗜んでいただいても結構です。唯、一旦トラブルが発生し、改善が見込まれない場合は、即刻お引取りいただく場合があります。

③**喫煙**につきましても②と同様です。決められた場所での喫煙に限られます。

④**理髪**につきましては、第3月曜日にホーム出入りの理容師が有料で承っております。利用希望が、ありましたら料金を添えて職員にお申し出ください。

⑤**洗濯物**については、どうするか職員とお話してください。

ユニットの洗濯機をお使いいただいても結構です。また、お持ち帰りいただいて、洗濯してきていただいても結構です（利用がちょっと長めになる方につきましては特に毛織物など縮みの恐れのあるものについては、施設での処理は出来かねます）。

⑥面会時のユニット内での飲食につきましては、必ず職員に一言声をかけていただくようお願いいたします。

ご不明な点やお訊ねしたいことがありましたら下記までお電話ください。

北寿園 TEL (0157)61-3135 担当 西原、佐藤 まで



居室



ユニットのリビング



ユニットの個浴



ご利用に当たっては、①介護保険負担割合証記載の利用者負担・②居住費・③食費の負担があります。

### 1. 介護保険の1日の負担金（負担割合1割の場合）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス料金	704円	772円	847円	918円	987円
加算分	42円	42円	42円	42円	42円
計	746円	814円	889円	960円	1029円

※負担割合2割（3割）の方は、「サービス料金」が、それぞれ2倍（3倍）になります。

- ・加算①サービス提供体制加算Ⅰ（本人負担10%：22円）
- ・加算②夜勤職員配置加算Ⅳ（本人負担10%：20円）
- ・加算③介護職員処遇改善加算Ⅰ※（サービス利用料金＋加算）×8.3%の10%
- ・加算④介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ※（サービス利用料金＋加算）×2.7%の10%
- ・加算⑤介護職員等ベースアップ等支援加算※（サービス利用料金＋加算）×1.6%の10%

### 2. 食費（食材費・調理コストなど）

1日 1,445円（朝食 425円 昼食 510円 夕食 510円）

### 3. 滞在費（居室料）

1日 2,006円

#### ※計算例

（要介護3（負担割合1割）；3日間の利用…初日11：00から最終日14：00までの場合）

① 保険負担 3日×889=2,667円

② 食費 初日：昼・夜 2日目：朝・昼・夜 3日目：朝・昼

（510+510）+（425+510+510）+（425+510）=3,400円

③ 滞在費 3日×2,006=6,018円

合計 ①+②+③=12,085円 ※これに処遇改善加算等がプラスされます

※住民税非課税世帯の方は 食費や滞在費の減額があります。担当ケアマネにご相談ください。  
「負担限度額認定証」の提示がない場合は、通常の利用料の請求となります。



定員 90名 ほか短期 10名

全ユニット個室 100室

鉄筋コンクリート造3階建て

敷地面積 8,856.64 m<sup>2</sup>

延べ床面積 5,183.68 m<sup>2</sup>

総事業費 1,178,963,000円

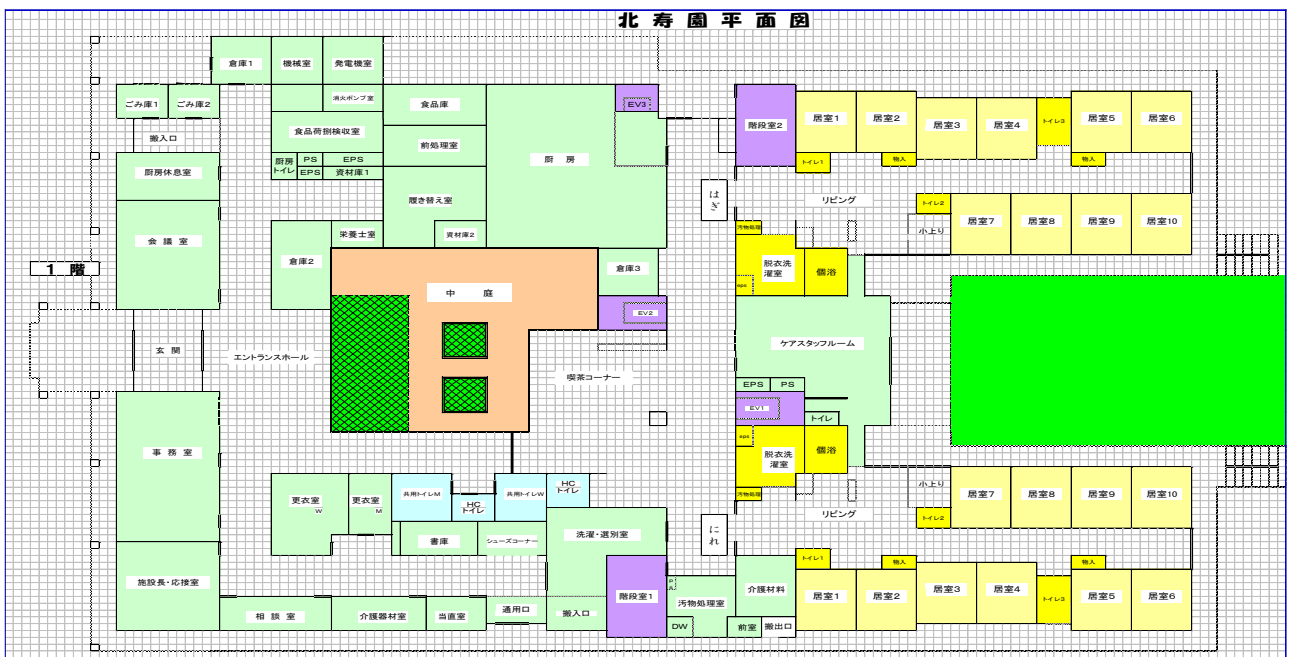
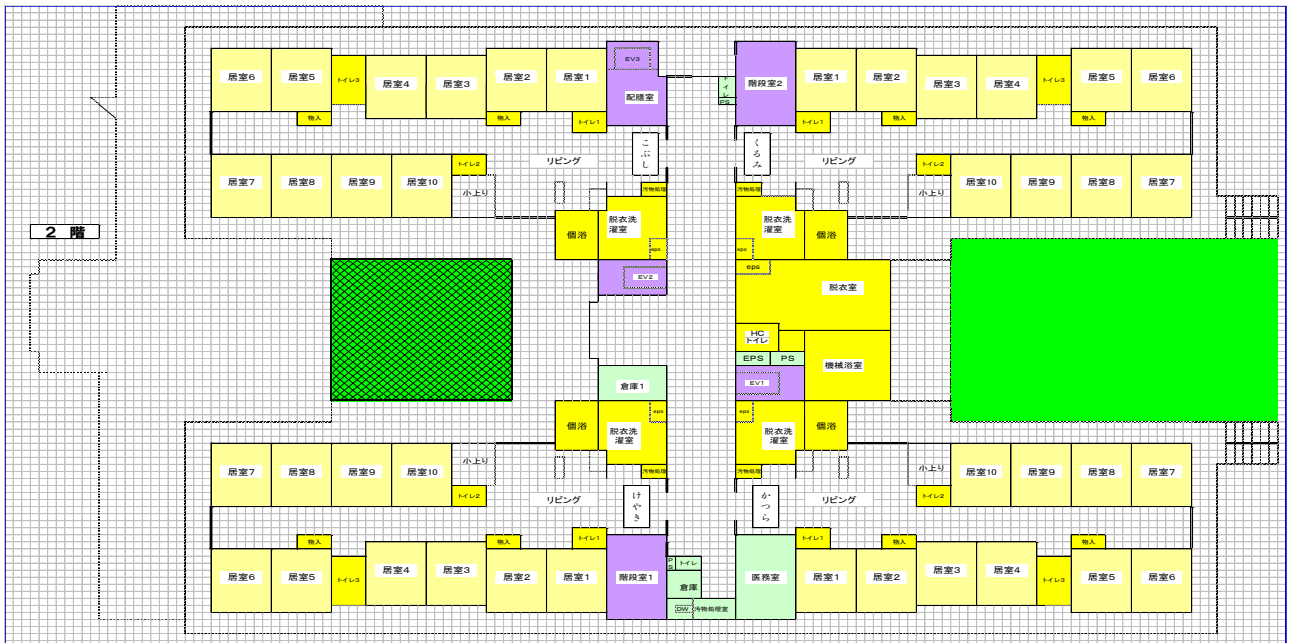
財源 北海道補助金 322,312,000円

北見市補助金 247,208,000円

福祉医療機構借入金 500,000,000円

法人負担金 109,443,000円

北寿園平面図



※上図は2階ユニットの平面図です。構成は3階もほぼ同じです。

## 短期利用されるご家族へのお願い

当施設では、安全・安楽な入所生活のため、利用者の皆様の普段の生活の把握、緊急時や体調不良時の対応について、ご家族の皆様に以下の点についてご協力をお願いしております。

- 入所・退所時は、家庭での様子や、入居中の様子の申し送りがありますので、必ずご家族に付き添って頂くようお願いいたします。
- 利用前に、体調不良や普段と違った様子がないか、ご確認ください。ある場合は、施設に連絡しご確認ください。
- 入所利用中、体調を崩された場合必ずご連絡いたしますので、その際は一度様子を見に来ていただくようお願いいたします。  
※緊急性の高い場合は、ご家族に連絡した上でそのまま病院へ搬送する場合があります。  
※急変時、ご家族に連絡がつかない場合は、あらかじめ特別な要望がない限りは、当方の判断で救命処置をとることとなります。
- 看護師の判断によっては、利用中に受診して頂くこともあります。他の利用者への感染が考えられる場合や、利用継続が難しい症状があると判断された場合は、利用を中断して頂くこともあることをあらかじめご了承ください。
- 内服薬を持参される場合は、薬の説明書も一緒にお持ちいただくよう、お願いいたします。
- 内服薬は全て安全上の理由から施設管理になるため、一包化して名前、与薬時間（朝食後、食前など）の記入をお願いいたします。

以上の点について、ご協力よろしく申し上げます。

北寿園 医務  
電話番号 61-3135