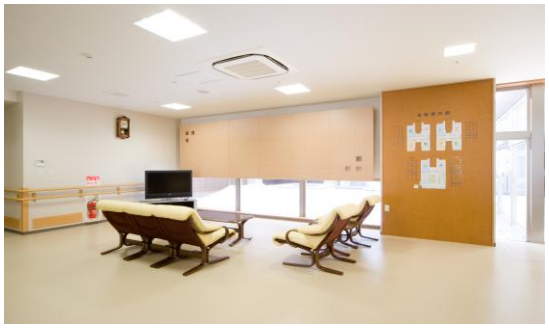
「家族がお世話できないときでも、安心安全に過ごしていただきたい」、そんな思いでご案内します。

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８年６月１日一部改訂

〒090-0807 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、差し支えのない場所に、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。

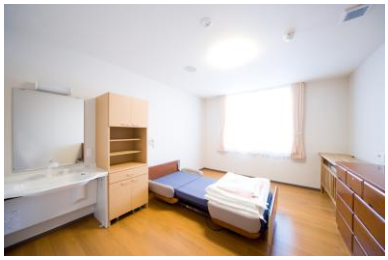
④理髪につきましては、第３月曜日にホーム出入りの理容師が有料で承っております。利用希望が、ありましたら料金を添えて職員にお申し出ください。

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 | １，０２９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介護職員等処遇改善加算Ⅰイ※（サービス利用料金＋加算）×１６．３％

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　２，０６６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×２，０６６＝６，１９８円
合　計　①+②+③＝１２，２６５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

全ユニット型個室 100 室

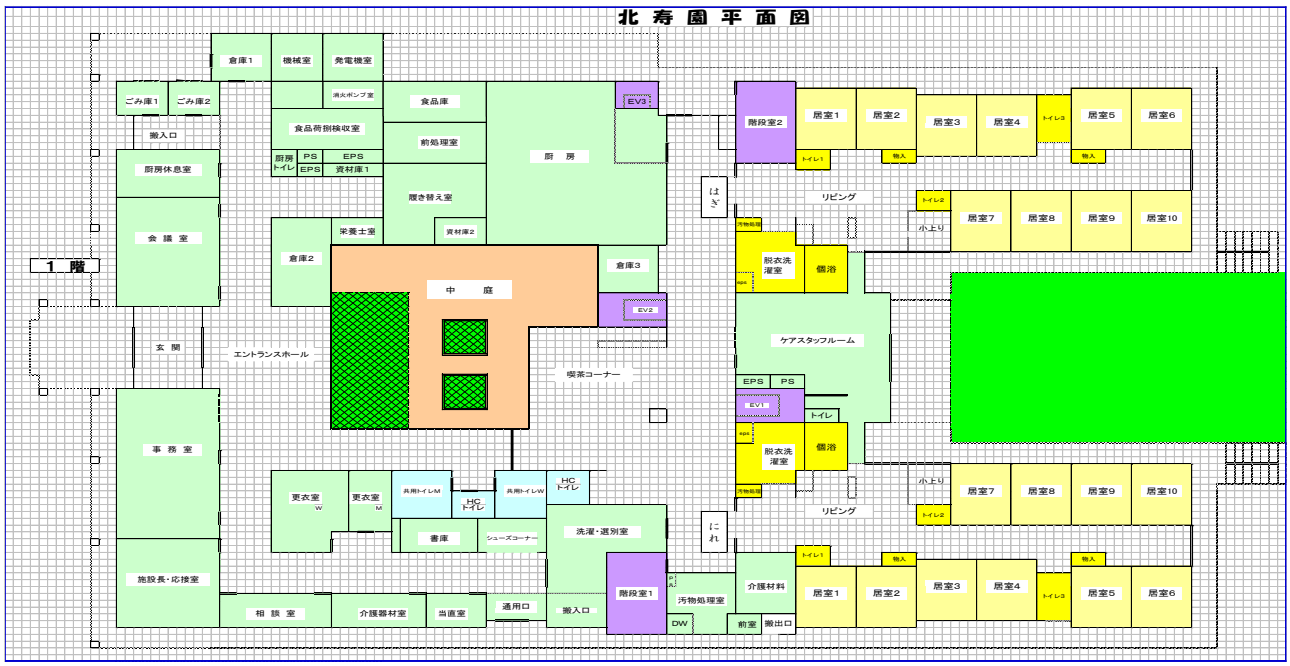
鉄筋コンクリート造り3階建て

敷地面積 8,856.64 ㎡

延べ床面積 5,183.68 ㎡

| | | |
|---|---|---|
| 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もあります。**

  **※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）の記入をお願いします。**

以上の点について、ご協力よろしくお願いします。

北寿園　医務
電話番号　61-3135