

「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。

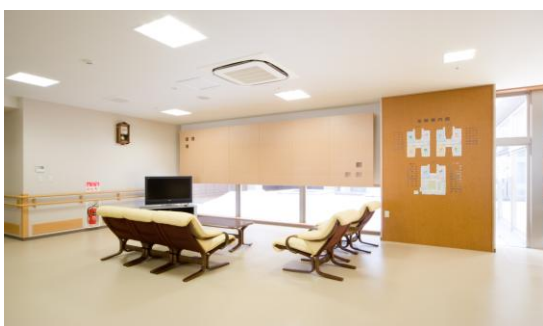


社会福祉法人めぐみ会 特別養護老人ホーム

北 寿 園

短期入所生活介護

Hokujyuen



エントランスホール

平成 30 年 4 月 1 日介護報酬改定

〒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 スリッパ (上履き)
箱ティッシュ 適宜 洗面用具 一式
普段着 5点ほど 寝衣 3点ほど 靴下 適宜
下着 5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、オムツカバー、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。衣類にもマチックインクなど差し支えのない場所に、おちにくいもので印をつけてください。

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。
3. 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。
4. 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。
5. **緊急時の連絡先を複数ご指定ください。**

6. 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。

7. 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。

不明な点や訊ねたいことがありましたら下記までお電話ください。

北寿園でんわ 61-3135 加藤 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）（改善加算は8.3%です）

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	682円	749円	822円	889円	956円
加算分	38円	38円	38円	38円	38円
計	720円	787円	860円	927円	994円

※負担割合2割の方は、「サービス料金」が、それぞれ2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%18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※（サービス料金×加算）×8.3%の10%

2. 食費（食材費・調理コストなど）

1日 1,380円（朝食 360円 昼食 510円 夕食 510円）

3. 滞在費（居室料）

1日 1,970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×860=2,580円

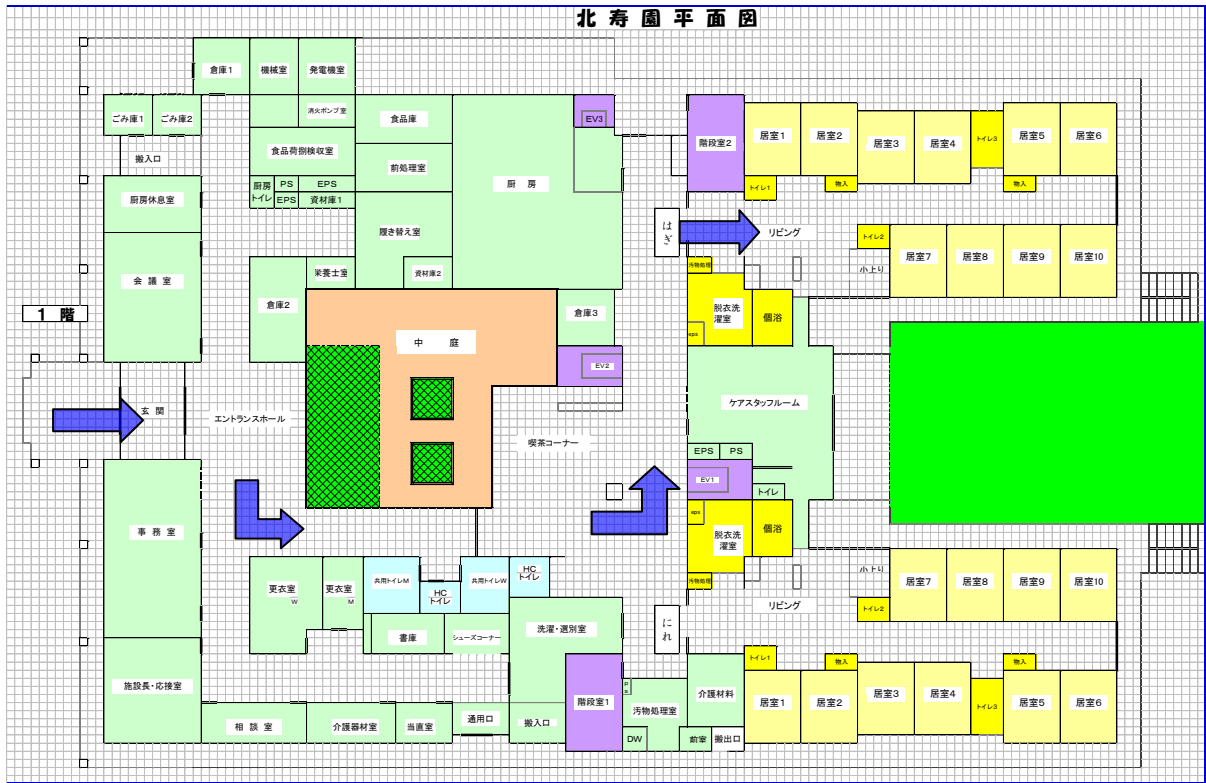
②食費 初日：昼・夜 2日目：朝・昼・夜 3日目：朝・昼

(510+510) + (360+510+510) + (360+510) = 3,270

③滞在費 3日×1,970=5,910

合計 ①+②+③=11,760 ※これに処遇改善加算がプラスされます

※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。



正面玄関を入れて、右上の「はぎ」が主に短期利用のユニットです。