

地図・アクセス



介護老人保健施設
フォーシーズン真駒内
(施設概要) 運営法人 医療法人社団 栄会
 建物構造 鉄筋コンクリート造地上3階建

〒005-0016 札幌市南区真駒内南町4丁目3-3

- 
バス 中央バス
[南町3丁目]から徒歩2分
- 
バス じょうてつバス
[南町4丁目]から徒歩3分
- 
地下鉄 南北線
[真駒内駅]から徒歩15分

お申し込み・お問い合わせ

介護老人保健施設
フォーシーズン真駒内
TEL 011-588-1200
FAX 011-582-1500
<http://fourseason.or.jp>
施設見学や利用に関するご不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

グループ施設のご案内

介護老人保健施設 **フォーシーズン山鼻**

〒064-0917
札幌市中央区南17条西9丁目1-13

●お申し込み・お問い合わせ
TEL 011-561-1200



介護老人保健施設 **フォーシーズン南34条**

〒005-0034
札幌市南区南34条西10丁目3-35

●お申し込み・お問い合わせ
TEL 011-581-1200



健康と活力を
 生きがいと長寿を
 喜びと楽しみを
 安心とくつろぎを

介護老人保健施設
フォーシーズン真駒内



信頼され、期待され、安心いただける 介護老人保健施設です。

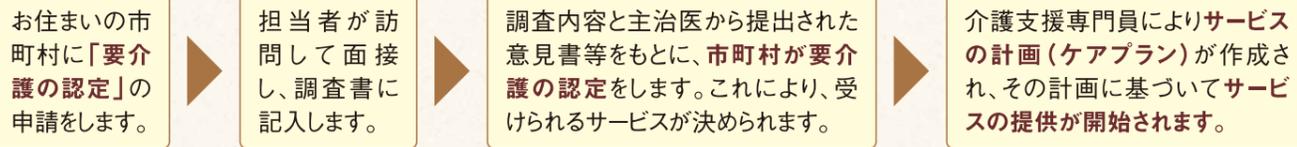


介護保険で 受けられるサービスです。

ご利用 いただける方は

- 年齢 / 65歳以上の第1号被保険者、40歳以上64歳までの第2号被保険者
- 入居 / 要介護状態と認定された第1号被保険者、特定疾病に起因した要介護状態と認定された第2号被保険者
- 通所・短期入所 / ○ 要支援状態または要介護状態と認定された第1号被保険者
○ 特定疾病に起因した要支援状態または要介護状態と認定された第2号被保険者

お申し込みと認定について



入居 [定員76名]

- 対象 ● 要介護1～5の方

● 一般棟 (46名)

入院や治療により、本来の病気は良くなったが、筋力の低下のため、転倒など家庭での生活に不安のある方に、ご自身で身の回りのことができるよう、お手伝いいたします。

● 認知症専門棟 (30名)

認知症の進行を防ぎ、住み慣れた環境へ復帰できるよう支援することを目的としています。一人での時間を大切にできる全室個室となっています。

短期入所療養介護 [ショートステイ]

- 対象 ● 要支援・要介護1～5の方

ご家族の方が、一時的に介護ができなくなった場合に、入居と同様のサービスを短期間ご利用いただくことができます。

通所リハビリテーション [デイケア][定員30名]

- 対象 ● 要支援・要介護1～5の方

ご家庭であまり動かないで生活されている方に、いま持っている身体機能を落とさないための訓練や、囲碁、将棋、カラオケなど色々な趣味活動を行います。また、食事や入浴もお楽しみいただけます。当施設の送迎車が、送り迎えいたします。

充実の施設内容が快適な療養生活をご提供します。

1階

- 機能訓練室
- 理美容室
- レクリエーション・ルーム
- 家族相談室
- 一般浴室
- 特別浴室



一般浴室



機能訓練室(水治療)



機能訓練室

2階

- 一般棟
- 個室10室
- 4床室9室
- 一般浴室
- 特別浴室
- 食堂



2階 個室



2階 食堂

3階

- 認知症専門棟
- 個室30室
- 家族介護教室
- 一般浴室
- デイルーム
- 談話コーナー



3階



談話コーナー

最新のリハビリテーション機器が療養ライフをお手伝い。



超音波流水装置

水流による心地よい刺激が、健康作りに効果があります。また超音波の作用により身体の芯から活性化。泳がなくても運動量が増大します。



高濃度酸素室

筋肉や靭帯の損傷、骨折後に患部の酸素不足を補い、代謝を高め回復を促進します。



新湯型車椅子入浴装置

様々な安全面を考慮した、車椅子でそのまま入浴いただける装置です。入浴する方が手で操作が可能な、ワンタッチシャワーなど優れた機能が満載です。



リクライニング入浴装置

横になったままご入浴いただける入浴装置。薬液殺菌装置を装備し、衛生的なご入浴がお楽しみいただけます。また、安全面にも優れた安心のバスタイムをご提供いたします。

利用料金早見表(1割負担)

平成30年4月1日

(上段:円/日、下段:円/月)			生活保護受給者	非課税世帯		課税世帯
			1段階	2段階	3段階	4段階
要介護 1	一般棟4人部屋	1日	1,638	2,098	2,358	3,088
		1ヶ月	49,140	62,940	70,740	92,640
	一般棟個室	1日	-	4,144	5,224	6,284
		1ヶ月	-	124,320	156,720	188,520
	認知症専門棟	1日	-	2,293	3,373	4,433
		1ヶ月	-	68,790	101,190	132,990
要介護 2	一般棟4人部屋	1日	1,687	2,147	2,407	3,137
		1ヶ月	50,610	64,410	72,210	94,110
	一般棟個室	1日	-	4,190	5,270	6,330
		1ヶ月	-	125,700	158,100	189,900
	認知症専門棟	1日	-	2,339	3,419	4,479
		1ヶ月	-	70,170	102,570	134,370
要介護 3	一般棟4人部屋	1日	1,749	2,209	2,469	3,199
		1ヶ月	52,470	66,270	74,070	95,970
	一般棟個室	1日	-	4,252	5,332	6,392
		1ヶ月	-	127,560	159,960	191,760
	認知症専門棟	1日	-	2,401	3,481	4,541
		1ヶ月	-	72,030	104,430	136,230
要介護 4	一般棟4人部屋	1日	1,800	2,260	2,520	3,250
		1ヶ月	54,000	67,800	75,600	97,500
	一般棟個室	1日	-	4,304	5,384	6,444
		1ヶ月	-	129,120	161,520	193,320
	認知症専門棟	1日	-	2,453	3,533	4,593
		1ヶ月	-	73,590	105,990	137,790
要介護 5	一般棟4人部屋	1日	1,854	2,314	2,574	3,304
		1ヶ月	55,620	69,420	77,220	99,120
	一般棟個室	1日	-	4,356	5,436	6,496
		1ヶ月	-	130,680	163,080	194,880
	認知症専門棟	1日	-	2,505	3,585	4,645
		1ヶ月	-	75,150	107,550	139,350

※上記の金額は、居室料、食費、希望日用品(232円)、加算等を含め、30日で計算しておりますので、あくまで目安としてご確認下さい。また、入所開始から3カ月間の加算を含めておりますので3カ月経過後は、月額8500円程金額が安くなります。

※高額介護サービス費還付制度の申請を区役所でしますと、毎月一定以上支払ったサービス費の一部が振込還付されます。

利用料金早見表(2割・3割負担)

平成30年8月

2割負担

(上段:円/日、下段:円/月)			課税区分	
			課税世帯	
要介護1	一般棟4人部屋	1日	4,266	
		1ヶ月	127,980	
	一般棟個室	1日	7,388	
		1ヶ月	221,640	
	認知症専門棟	1日	5,614	
		1ヶ月	168,420	
要介護2	一般棟4人部屋	1日	4,364	
		1ヶ月	130,920	
	一般棟個室	1日	7,480	
		1ヶ月	224,400	
	認知症専門棟	1日	5,706	
		1ヶ月	171,180	
要介護3	一般棟4人部屋	1日	4,488	
		1ヶ月	134,640	
	一般棟個室	1日	7,604	
		1ヶ月	228,120	
	認知症専門棟	1日	5,830	
		1ヶ月	174,900	
要介護4	一般棟4人部屋	1日	4,590	
		1ヶ月	137,700	
	一般棟個室	1日	7,708	
		1ヶ月	231,240	
	認知症専門棟	1日	5,934	
		1ヶ月	178,020	
要介護5	一般棟4人部屋	1日	4,698	
		1ヶ月	140,940	
	一般棟個室	1日	7,812	
		1ヶ月	234,360	
	認知症専門棟	1日	6,038	
		1ヶ月	181,140	

3割負担

(上段:円/日、下段:円/月)			課税区分	
			課税世帯	
要介護1	一般棟4人部屋	1日	5,408	
		1ヶ月	162,240	
	一般棟個室	1日	8,456	
		1ヶ月	253,680	
	認知症専門棟	1日	6,795	
		1ヶ月	203,850	
要介護2	一般棟4人部屋	1日	5,555	
		1ヶ月	166,650	
	一般棟個室	1日	8,594	
		1ヶ月	257,820	
	認知症専門棟	1日	6,933	
		1ヶ月	207,990	
要介護3	一般棟4人部屋	1日	5,741	
		1ヶ月	172,230	
	一般棟個室	1日	8,780	
		1ヶ月	263,400	
	認知症専門棟	1日	7,119	
		1ヶ月	213,570	
要介護4	一般棟4人部屋	1日	5,894	
		1ヶ月	176,820	
	一般棟個室	1日	8,936	
		1ヶ月	268,080	
	認知症専門棟	1日	7,275	
		1ヶ月	218,250	
要介護5	一般棟4人部屋	1日	6,056	
		1ヶ月	181,680	
	一般棟個室	1日	9,092	
		1ヶ月	272,760	
	認知症専門棟	1日	7,431	
		1ヶ月	222,930	

※上記の金額は、居室料、食費、希望日用品(232円)、加算等を含め、30日で計算しておりますので、あくまで目安としてご確認下さい。また、入所開始から3カ月間の加算を含めておりますので3カ月経過後は、月額8500円程金額が安くなります。

※高額介護サービス費還付制度の申請を区役所でしますと、毎月一定以上支払したサービス費の一部が振込還付されます。

入所利用料のご案内

平成30年4月改正
(単位:円)※1割

	認定区分	負担金(1日につき)		加算項目	負担金	
		個室	多床室			
保険適用料金(居住費・食費を除く)	介護保健施設サービス費	要介護1	708	782	夜勤職員配置加算(1日につき)	25
		要介護2	754	831	短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき)	244
					認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき)	244
		要介護3	816	893	認知症ケア加算(1日につき)	77
					初期加算(入所日から30日以内)	31
	要介護4	868	944	試行的退所時指導加算(1回限り)	406	
				退所時情報提供加算(1回限り)	507	
	要介護5	920	998	退所前連携加算(1回限り)	507	
				訪問看護指示加算(1回限り)	305	
	居住費	第1段階	490	0	入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(1回あたり)	457
		第2段階	490	370	入所前後訪問指導加算(Ⅱ)(1回あたり)	487
		第3段階	1,310	370	緊急時治療管理(月に3回を限度)	519
		第4段階	1,640	370	排せつ支援加算(6月以内・1か月につき)	102
	食費	上記以外の方		300	低栄養リスク改善加算(6月以内・1か月につき)	305
		第1段階	居住費区分に順ずる	390	特定治療(厚生労働大臣が定める処置・手術等)	医科点数
第2段階		650		所定疾患施設療養費(Ⅰ)(月に連続する7日を限度)	239	
第3段階		1,380		栄養マネジメント加算(1日につき)	15	
第4段階		療養食加算(1食につき)		6		
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ		19	経口移行加算(1日につき)	29	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位×39/1000×1割	経口維持加算(Ⅰ)(1月につき)	406	
	褥瘡マネジメント加算(3月につき)		11	経口維持加算(Ⅱ)(1月につき)	102	
				口腔衛生管理加算(月に1回)	92	
				口腔衛生管理体制加算(月に1回)	31	
				ターミナルケア加算(死亡日以前)	163	
				4日以上～30日以下(1日につき)	163	
				2日以上～3日以下(1日につき)	832	
				死亡日	1674	
				外泊時費用(1日につき)	367	
				在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	35	

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご了承ください。

	項目	料金	項目	料金
保険外料金	特別な個室料(1日につき)	2,000	私用電化製品の電気代(1点につき)	10
	教養娯楽費	実費 (別紙一覧表をご参)	診断書	3,000
	日用品費 ※希望者のみ(1日につき) フェイスタオル42円・おしぼり42円・歯磨き粉11円・ハンドソープ11円	106	死亡診断書	5,000
	日用品費(入浴関連) ※希望者のみ バスタオル83円・入浴タオル21円 シャンプーリンス11円・ボディソープ11円	126～ (一回につき)	その他の診断書	3,000
	貸し出しパジャマ(1着につき)	80	家族食事代(1食)	600
	洗濯機使用料(1回につき)	100	私物洗濯代	実費
	乾燥機使用料(1回につき)	100	理美容代	実費
	テレビ使用料(1日につき)	108	行事代	実費
	冷蔵庫使用料(1日につき)	108	予防接種費用	実費

※保険外料金の各項目につきましてはご希望に応じて提供いたします。
※2割負担、3割負担の方につきましては、上記金額とは異なります。

ご入所申込書

申し込み日 平成 年 月 日

利用希望者	ふりがな			性別	男 ・ 女
	利用者氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
	住所	(〒 -)			
	TEL	() - -			
申込者	ふりがな			続柄	
	氏名			※今後、郵便物などは左記の住所にお送りさせていただきます	
	住所	(〒 -)			
	TEL	() -	FAX	() -	
	携帯電話				
利用希望者の状況	希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション:週 回			
	利用開始時期	<input type="checkbox"/> いますぐ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃までに			
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中(病院・施設名:) 退院(退所)予定日: 年 月 日 頃			
	待機状況	他施設への申込み(有・無) ・既に申込をしている施設() ・今後申し込み予定の施設()			
	収入状況	年金/ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他()			
	所得段階(減額認定証の有無)	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> わからない			
	保険	<input type="checkbox"/> 国民(本人・家族) <input type="checkbox"/> 政府(本人・家族) <input type="checkbox"/> 共済(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 組合(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			
	公費	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患()			
	介護保険	要介護度: 要支援 ・ 要介護(1・2・3・4・5) ・ 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更中 要介護認定期間 :平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 要介護認定日: 年 月 日 被保険者番号:			
	現在利用のサービス	例)通所リハビリテーション 週2回、短期入所 月3日 等			
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 認知症(有・無) 【現在治療中の病気・特記事項など】				

主	ふりがな		性別	男・女	年齢	続柄
	氏名				歳	
た	同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____ TEL _____)				
	介護上困っていること					
介	今後どうしていきたいか	(記入例 ・在宅での生活に戻してあげたい等)				
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 主介護者以外に協力者あり <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
の	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である				
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に介護の時間がある <input type="checkbox"/> 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> 殆ど時間がとれない				
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護は行っているが、疲労度が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ				
申	氏名	続柄	住所			
			TEL:() -			
	氏名	続柄	住所			
			TEL:() -			
	氏名	続柄	住所			
			TEL:() -			
紹介居宅介護支援事業所 または入院・入所中の施設			担当者氏名			

短期入所療養介護利用料のご案内

平成30年4月改正
(単位:円) ※1割

	認定区分	負担金(1日につき)		加算項目	負担金
		個室	多床室		
保険適用料金(居住費・食費を除く)	要介護1	764	838	夜勤体制加算(1日につき)	25
	要介護2	810	887	個別リハビリテーション実施加算(1日につき)	244
	要介護3	871	948	認知症ケア加算(1日につき)	77
	要介護4	924	1,000	送迎加算(片道)	187
	要介護5	976	1,054	緊急時治療管理加算(1日につき)	519
居住費	第1段階 <small>世帯全員が市町村民税非課税で高齢福祉年金を受給している方、生活保護を受給している方</small>	490	0	緊急短期入所受入加算(7日を限度として1日につき)	92
	第2段階 <small>世帯全員が市町村民税非課税で所得金額と課税年金収入額の合計が年80万円以下の方</small>	490	370	特定治療(厚生労働大臣が定める処置・手術等)	医科点数
	第3段階 <small>世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担段階が1・2以外の方</small>	1,310	370	療養食加算(1食につき)	9
	第4段階 上記以外の方	1,640	370	重度療養管理加算(1日につき)	122
食費	居住費区分に順ずる	第1段階	300	認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を限度として1日につき)	203
		第2段階	390	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ(1日につき)	19
		第3段階	650	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数×39/1000×1割
		第4段階	1,380		

※朝食430円・昼食500円・夕食450円入所中、提供した分のみ徴収させていただきます。

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご了承ください。

	項目	料金	項目	料金
保険外料金	特別な個室料(1日につき)	2,000	私用電化製品の電気代(1点につき)	10
	教養娯楽費	実費 (別紙一覧表をご参照下さい)	診断書	3,000
	日用品費 ※希望者のみ <small>フェイスタオル42円・おしぼり42円・歯磨き粉11円・ハンドソープ11円</small>	106	死亡診断書	5,000
	日用品費(入浴関連) ※希望者のみ <small>バスタオル83円・入浴タオル21円 シャンプー11円・ボディソープ11円</small>	126～ (一回につき)	その他の診断書	3,000
	貸し出しパジャマ(1着につき)	80	家族食事代	600
	洗濯機使用料(1回につき)	100	私物洗濯代	実費
	乾燥機使用料(1回につき)	100	理美容代	実費
	テレビ使用料(1日につき)	108	行事代	実費
	冷蔵庫使用料(1日につき)	108	予防接種費用	実費

※保険外料金の各項目につきましてはご希望に応じて提供いたします。

※2割負担、3割負担の方につきましては、上記金額とは異なります。

通所リハビリテーション利用料のご案内

平成30年4月改正
(単位:円)※1割

保険適用料金

	負担金(1日につき)					加算項目		負担金 (1日につき:※を除く)	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) ※1ヵ月につき		336	
基本 料金	1時間以上2時間未満	335	364	395	424	456	リハビリテーション マネジメント加算(Ⅱ) ※1ヵ月につき	開始日から6ヵ月以内	865
	2時間以上3時間未満	349	405	463	519	576		開始日から6ヵ月超	539
	3時間以上4時間未満	452	529	607	705	803	短期集中個別リハビリテーション実施加算 ※退院日又は認定日より3ヵ月間		112
	4時間以上5時間未満	517	606	693	805	916	生活行為向上リハビリ テーション実施加算	開始日から6ヵ月以内	2,034
	5時間以上6時間未満	586	700	813	946	1,078		開始日から6ヵ月超	1,017
	6時間以上7時間未満	679	811	940	1,095	1,246	入浴介助加算		51
	7時間以上8時間未満	725	864	1,005	1,171	1,333	重度療養加算		102
	加算 項目	所要時間3時間以上4時間未満				13	口腔機能向上加算(月2回まで)		153
所要時間4時間以上5時間未満				17	若年性認知症利用者受入加算		61		
所要時間5時間以上6時間未満				21	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)1 介護福祉士50%以上		19		
所要時間6時間以上7時間未満				25	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		(所定単位×47/1000)×1割		
所要時間7時間以上				29	事業所が送迎を行わない場合(片道)		-48		

※金額は1割分を端数処理して表示しています。そのため料金計算の際に誤差の生じる場合があることをご承ください。

	項目	料金	内容		
保険 外 料金	食費	515	1食につき(ご希望・体調等に応じてお食事を提供致します)		
	キャンセル料金	500	当日朝8時30分までにご連絡を頂いた場合は請求致しません		
	日用品費 <small>フェイスタオル21円・おしぼり21円・バスタオル83円・シャンプーリンス11円ボディーソープ11円・入浴タオル21円(プール利用の方バスタオル42円追加となります)</small>	168 (プール利用時210)	1日につき	ご希望される方に提供いたします	
	教養娯楽費	実費	別紙参照		
	おむつ代(ケアぱっと)	36	1枚につき		
	おむつ代(紙おむつS)	62	1枚につき		
	おむつ代(紙おむつM)	124	1枚につき		
	おむつ代(紙おむつL)	185	1枚につき		
	おむつ代(紙おむつLL)	206	1枚につき		
おむつ代(はくパンツ)	206	1枚につき			

※保険外料金の各項目につきましてはご希望に応じて提供いたします。

※2割負担、3割負担の方につきましては、上記金額とは異なります。

介護老人保健施設 フォーシーズン真駒内