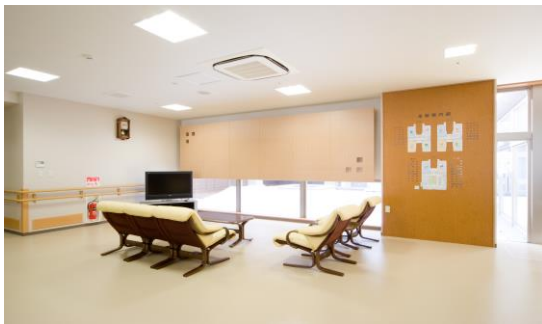


社会福祉法人めぐみ会

特別養護老人ホーム

北 寿 園

Hokujyuen



エントランスホール

令和4年1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

起床・食事・入浴・リハビリ・余暇・就寝・・・

一律に決められた日課はありません

**ゆったりとしたときの流れで
ありのままに自分らしく暮らせる場所
そんな「ユニット(生活単位)」をめざしています。**

「住まい」

新しい北寿園は、10のユニット(生活単位)で構成されています。
1つのユニットは、居室(個室)と
リビング

居室には、使いなれた家具や
い出の品、お好みの衣類等々、ご
持ち下さい。レイアウト(配置や
もご自由です。



家電、想
自由にお
飾りつけ)

リビングには、食器棚、調理台、冷蔵庫、電子レンジなど、暮らし
の必需品を取り揃えています。



「食事」

食事は、リビングで召し上がっていただきます。
一人一人の嚥下・咀嚼等の状態に応じた食事を
提供いたします。また、嗜好・体調に合わせ、食
事内容の検討や変更をしていきます。

愛用の湯呑み、箸、茶碗、嗜好品など、ご自由
にお持ち下さい。

「入浴」

これまでのご家庭での暮らしと変わらない入浴環境を
大事にしたいと考えています。

個人浴槽を各ユニットに1つずつご用意しました。それ
ぞれお好みの湯加減でゆっくりと入浴をお楽しみいただけ
ます(多少の障害を持った方でも、チェア・リフトつきですのでご心配
なく入れます)。

また、寝たきりの方は、最新のシャワーバスでリフレッシュ出来ます。





「サポート」

スタッフは、ユニット毎の担当制となります。
顔なじみのスタッフにより、一人ひとりのこれまでの暮らしを大切に、一人ひとりのこれからの暮らしを支えます。



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 m²

延べ床面積 5,183.68 m²

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

利用料負担の一覧表

特別養護老人ホームの利用料には、「保険負担額」「居住費」「食費」の三つがあります。

※住民税非課税の方は、「負担限度額認定」の申請・認定後、下記の取り扱いとなります

利用者負担段階			保険負担 上限額	居住費	食費	負担総額	
第1段階	住民税非課税世帯	一割負担	生活保護受給者 老齢福祉年金受給者	15,000円	24,600円	9,000円	48,600円
			所得金額+課税年金収入 =80万円以下	15,000円	24,600円	11,700円	51,300円
所得金額+課税年金収入 +非課税年金収入=80万円 超~120万円以下			15,000円	39,300円	19,500円	73,800円	
所得金額+課税年金収入 +非課税年金収入=120万円 超~148万円以下			15,000円	39,300円	40,800円	95,100円	
第3段階		課税年金等の収入が80万円 超~120万円以下	24,600円	39,300円	19,500円	83,400円	
		課税年金等の収入が120万円 超~148万円以下	24,600円	39,300円	40,800円	104,700円	
第4段階		課税年金等の収入が148万円 超~280万円以下	44,400円	60,180円	43,350円	127,300円 (要介護3の場合)	
		課税年金等の収入が280万円 超~380万円以下				147,900円	

※課税年金等収入が、380万円を超える場合は、保険負担上限額が93,000円または140,100円になります。

居住費及び食費の1日単価と負担軽減

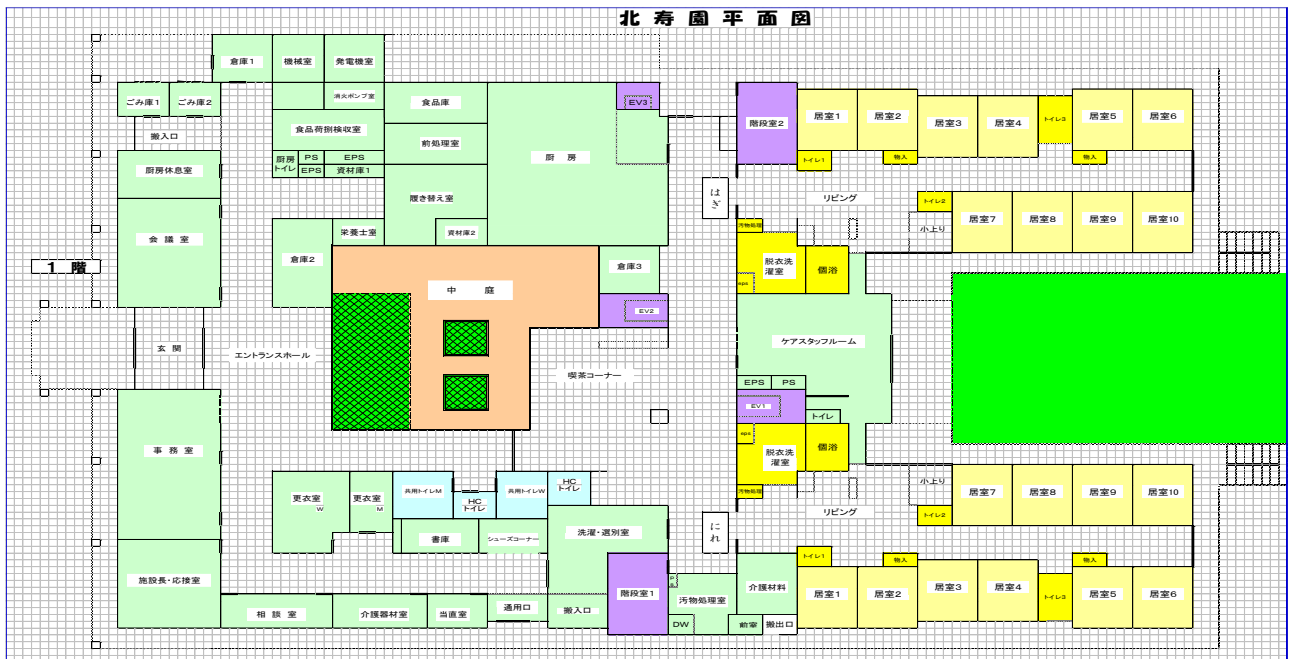
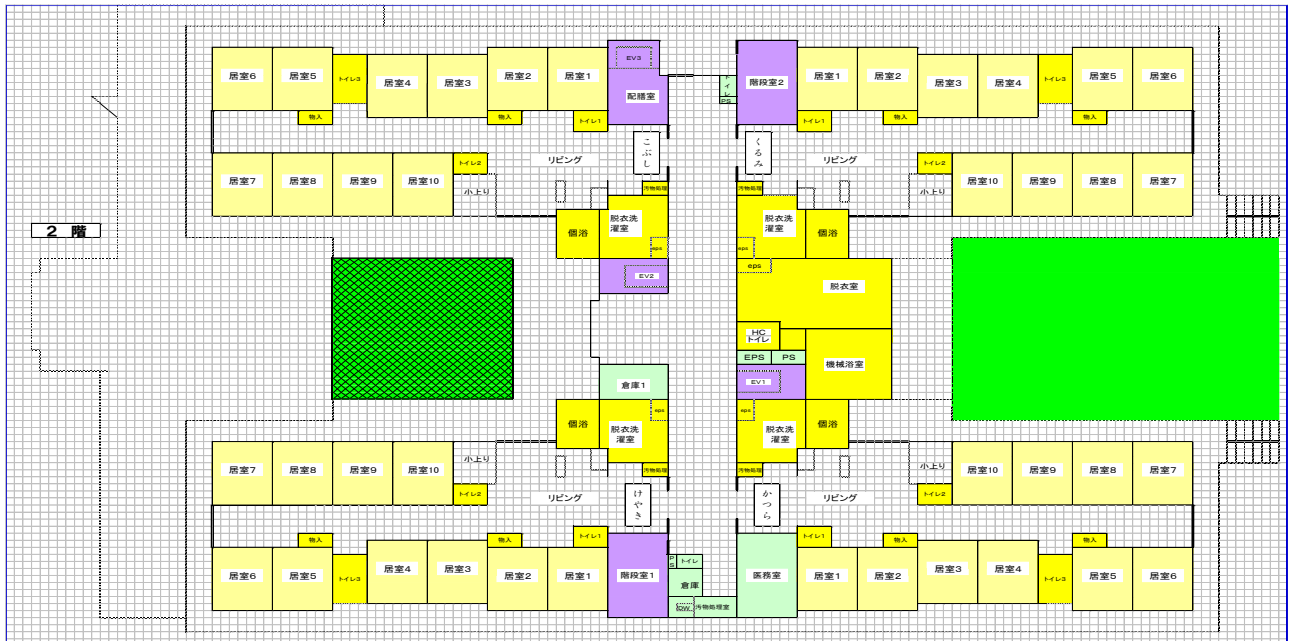
居住費	基準単価	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	2,006円	820円	820円	1,310円	1,310円	2,006円
多床室	855円	0円	370円	370円	370円	855円
食事代	基準単価	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	1,445円	300円	390円	650円	1,360円	1,445円
多床室	1,445円	300円	390円	650円	1,360円	1,445円

要介護度別保険負担額（1ヶ月=30日の場合）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日の介護保険負担	652円	720円	793円	862円	929円
1ヶ月の介護保険負担	19,560円	21,600円	23,790円	25,860円	27,870円

※上記サービス利用料金の他に、介護給付サービス加算の料金をご負担いただきます。

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。

入所利用申し込み時にお持ちいただくもの

1. 要介護認定審査会の資料

（「医師の意見書」および「調査員の調査票」の写し）

市役所 介護福祉課の窓口申請してください。

その際に必要なもの

○印鑑（ご本人の印・窓口にいらっしゃる方の印）

○介護保険被保険者証

2. 介護保険被保険者証・負担割合証・（介護保険負担限度額認定証）

※新規に認定申請中、もしくは更新申請中で手元がないときは、その際に交付された「介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証）」をお持ち下さい。

3. 受給している年金の種別と年金額のわかるもの

※「源泉徴収票や」「振り込み通知」や、振り込み用預金通帳など
※ご夫婦の場合は、配偶者の年金額等も確認させてください。

4. 医療保険証・（医療保険負担限度額認定証）

5. 印鑑

※ご本人の印鑑と、申込者の印鑑をご用意ください。

特別養護老人ホーム 北寿園

北見市川東 354 番地 7

☎ 0157 (61) 3135