

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

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
第2段階			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	住民税課税世帯	二割負担	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

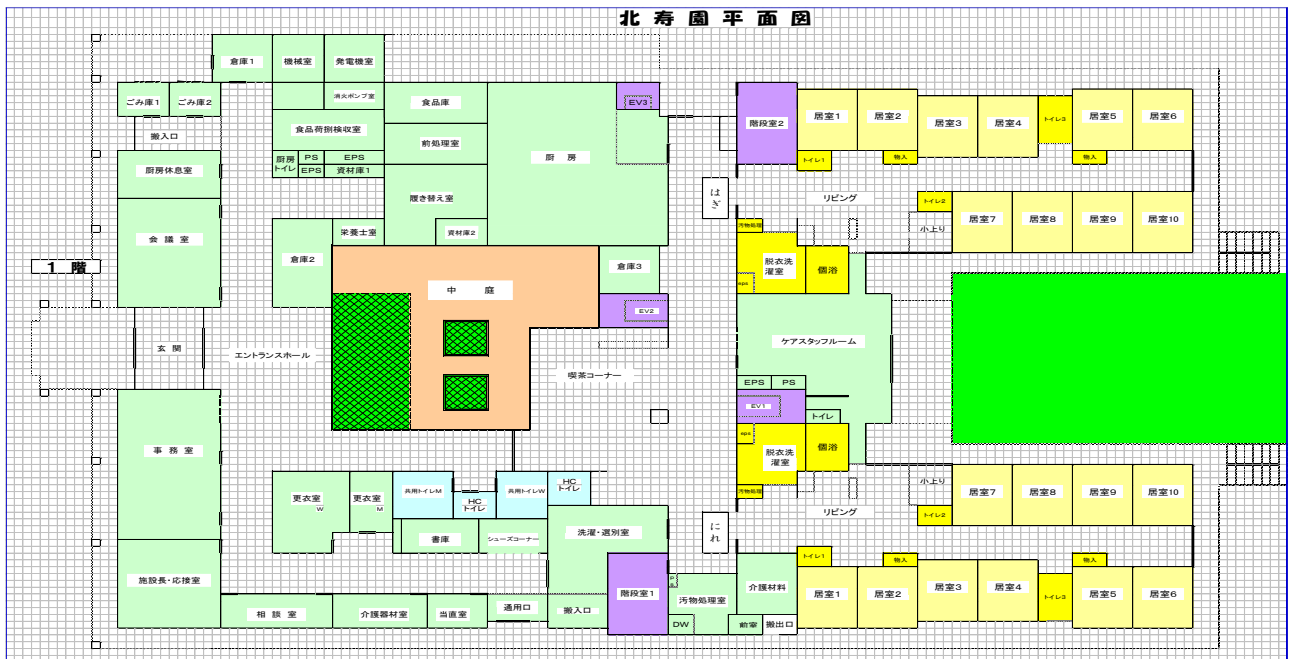
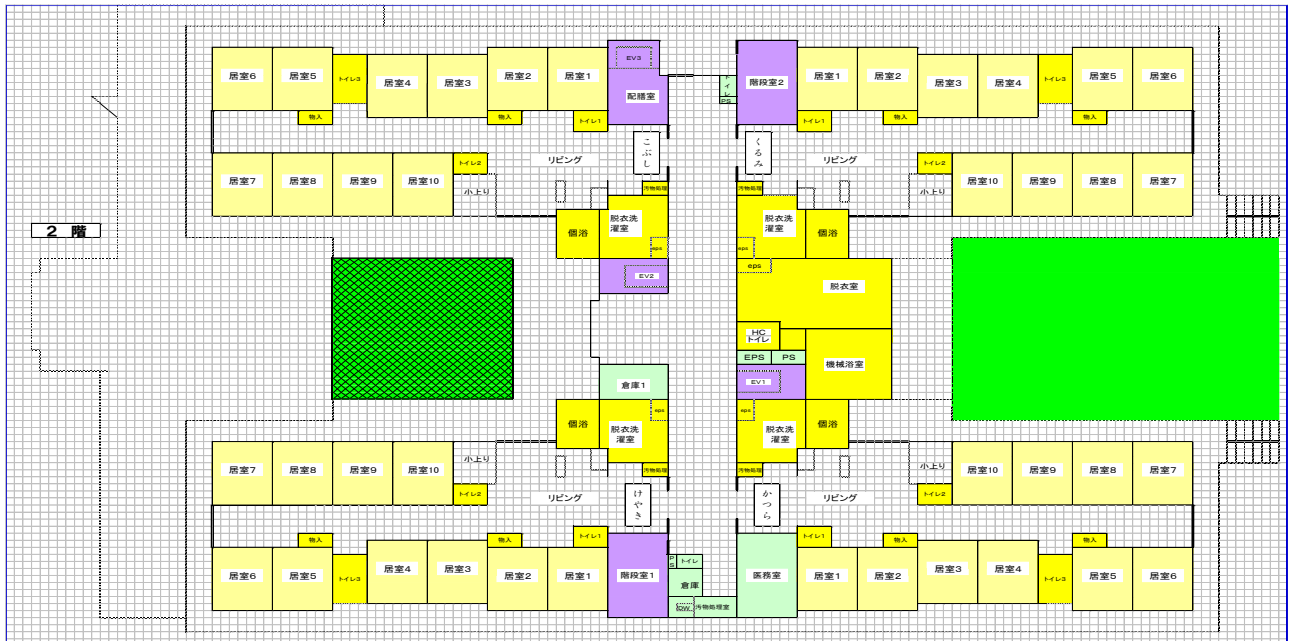
居住費	基準単価	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	2,006円	820円	820円	1,310円	1,310円	2,006円
多床室	855円	0円	370円	370円	370円	855円
食事代	基準単価	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
ユニット型個室	1,445円	300円	390円	650円	1,360円	1,445円
多床室	1,445円	300円	390円	650円	1,360円	1,445円

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	670円	740円	815円	886円	955円
1ヶ月の介護保険負担	20,100円	22,200円	24,450円	26,580円	28,650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