

事業所情報（認知症対応型共同生活介護）

（平成 25 年 10 月 8 日 現在）

| |
|---------------------|
| 事業所名 グループホームおおぞら |
|---------------------|

1 基本情報

| | |
|---------------------------------|---|
| 所在地： 〒933-0874 富山県高岡市京田490番地 | |
| TEL：0766-26-5111 | ホームページ： http://www.shirankai.net/ |
| FAX：0766-26-6661 | E-Mail： oozora@pl.tcnet.ne.jp |
| 事業所までの交通手段：JR 高岡駅から車で5分 | |
| 事業所開設年月：平成13年9月17日 | |
| 介護保険事業者番号：1670200656 | 介護保険指定年月日：平成13年9月1日 |
| 敷地面積：1,796 m ² | 建物面積：283.25 m ² |
| 開設者（経営法人）： 医療法人 社団 紫蘭会 | 設置主体（開設者への委託元等がある場合）： |
| 管理者名：寺畑 喜朔 | |

2 事業所の職員体制

| | | | |
|--|---|------------|----------|
| 職員総数 | 常勤職員：9名 | 非常勤、その他：1名 | 計：10名 |
| 職員の専門 資格の保有 状況（複数の 資格保有は 重複記載） | 医師：1名 | 介護福祉士：8名 | ヘルパー：6名 |
| | 看護師：1名 | 理学療法士：0名 | 作業療法士：0名 |
| | 准看護師：0名 | 保健師：0名 | 栄養士：0名 |
| | 薬剤師：0名 | 介護支援専門員：1名 | 社会福祉士：0名 |
| | （上記以外の資格であって事業所として公表したいものの状況） 資格名称 なし : 人数 0名 | | |

3 事業所の方針（運営の方針）

| |
|---|
| 要支援2以上の要支援・要介護状態と確認された認知症の状態にある者に対して、共同生活住居を通じて利用者が自立した日常生活を営むことが出来るよう、家庭的な環境のもとで、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練をおこない、利用者に対して、介護保険法令の趣旨にそった、指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供する。 |
|---|

4 サービス内容

| | |
|--------------------------------|---|
| ユニット数 | 1 ユニット |
| 定員 | 9 人 |
| 居室面積 | 最小： 13.06 m ² 最大： 13.54 m ² |
| 居室備付設備等 | ダンス |
| 協力医療機関 | 医療法人 社団 紫蘭会 |
| 協力歯科医療機関 | 林歯科医院 杉本歯科医院 |
| 連携・支援先 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 | 介護老人保健施設 おおぞら |
| 入浴回数、時間の選択の可否 | 可 |
| 入浴設備の状況（一般浴・特浴） | 一般浴 |
| 主な機能訓練の内容 | リハビリ体操 |
| 主なレクリエーションの内容 | 散歩 書道 ゲーム等 |
| 嗜好品の持込制限の有無 （有りの場合の内容） | 有（病状によって制限有） |
| 家族等の面会可能時間 | 8：00 ～ 20：00 |
| 家族の宿泊の可否 | 否 |
| 地域との交流内容 | 地元自治会行事への参加（例）10月に京田獅子祭りなど |
| 介護相談員の受け入れの有無 | 有 |
| 家族会・利用者による自治会等の活動状況 | 運営推進会議（2月に1度開催） |

5 サービス利用のために

| | |
|--|--|
| 利用申込窓口電話番号 | 0 7 6 6 - 2 6 - 5 1 1 1 |
| 保険給付対象内の 利用料金 (要介護度別の平均的な 1月あたり自己負担額) | 要支援2： 24,300 円 要介護1： 25,590 円 要介護2： 26,730 円 要介護3： 27,480 円 要介護4： 27,990 円 要介護5： 28,530 円 【利用内容等により大きく異なる場合がありますので、 契約前に十分にご確認下さい。】 |
| その他の費用 (保険給付対象外) | 室料 63,900 円/月 食材料費 1,000/日 理容代（整髪・顔剃り）2,300 円/回 （整髪のみ）1,800 円/回 貸しおむつ代（布おむつ 31.5 円/枚、紙おむつ 157.5 円/枚、紙パン ツ 189 円/枚、おむつカバー126 円/枚） ベッドリース料 1,050 円/月 寝具リース料 105 円/日 （教養娯楽費、水道光熱費は実費相当額） |
| 申込時の注意事項 | 介護保険の要支援2又は、要介護1～5と認定され認知症の状態にある方（著しい精神状態や著しい行動異常がある者、急性期状態にある者を除く）が利用できる。 |
| 苦情等受付窓口電話番号 | 0 7 6 6 - 2 6 - 5 1 1 1 |

6 事業所の情報提供資料、見学、実習生・ボランティアの受け入れ

| 事業所が利用申込者等に提供している資料名 (重要事項説明書、パンフレット等) | 事業所の見学の可否 | 実習生の受け入れの有無 | ボランティアの受け入れの有無 |
|---|-----------|-------------|----------------|
| パンフレット（含む料金表） | 可 | 無 | 有 |

7 その他の特記事項（サービス利用にあたっての留意事項等）

| |
|--|
| <p>上記申込時の注意事項以外に入居条件として下記の1～4があげられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 要支援2以上の要支援・要介護者であり、認知症状態（著しい精神症状や著しい行動異常がある者、急性期状態にある者を除く）にあること。 2. 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。 3. 自傷他害の恐れのないこと。 4. 常時医療機関において治療をする必要がないこと。 5. その他、約款に定めることを承認して事業者の運営方針に賛同できること。 |
|--|