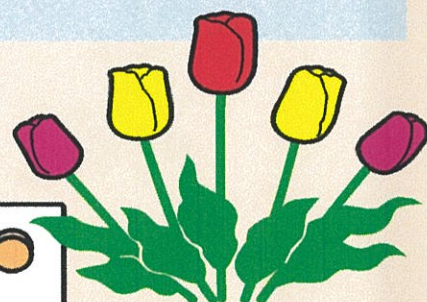


●入居のお申し込み・お問い合わせは●

グループホーム 恵風

恵庭市緑町2丁目12-12
TEL・FAX
0123-34-1922



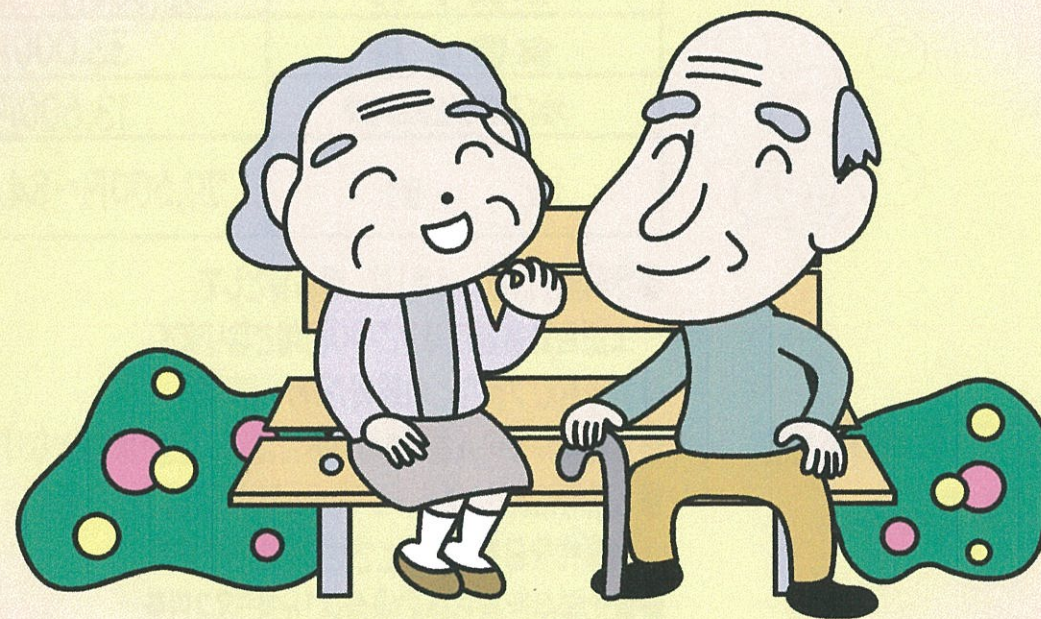
または

医療法人社団 恵庭南病院
恵庭市住吉町2丁目4番10号番地
TEL 0123-32-3850
FAX 0123-32-1627

まで

認知症対応型共同生活介護

グループホーム 恵風



医療法人社団 恵庭南病院

認知症によって自立した生活が困難になった方が、
家庭的な環境の中で共同生活を送ることにより、
認知症の進行を和らげ、健康で生きがいのある毎日を、
快適な居住空間で仲間と楽しくすごす場です。



使い慣れた家具などの持ち込みも可能です。

グループホーム??



入居できる方は、**要支援2以上**と
認定された認知症のある方です。
ある程度自分のことができ、共同生活に
支障のない方です。



利用料金

○生活保護者対象

家賃 / 月	33,000円~38,000円
食費 / 月	33,000円
水道光熱費	13,600円
合計	79,600円~84,600円

- 冬期間(11月~4月)は、暖房費として
上記合計金額に¥7,700円増となります。
- 別途おむつ代などの雑費がかかります。
- 月途中からの入居・退居の場合には、日割り計算となります。
- 入院等により、グループホームで生活しなかった場合、
食事代を日割り計算とさせていただきます。
- 電化製品を持ち込む場合は1ヶ月582円を
請求させていただきます。

※上記以外に下記の介護報酬の負担があります。

介護度	1日の介護保険1割負担額 1ヶ月30日の場合	合計額
要支援2	801円×30日	24,030円
要介護1	805円×30日	24,150円
2	843円×30日	25,290円
3	868円×30日	26,040円
4	886円×30日	26,580円
5	904円×30日	27,120円

※医療連携加算として1日につき39円
(39円×30日=1,170円)が加算されます。
※サービス提供体制強化加算(1)として1日につき12円
(12円×30日=360円)が加算されます。

必要なとき随時受診、訪問診察も受けられます。

協力医療機関
医療法人社団 恵庭南病院

恵風の理念

1. 家庭的な雰囲気の中で、一人
ひとりの尊厳と自立を大切にします。
2. 地域との触れ合い、交流を大切に
します。
3. 認知症介護の専門的な知識を持って
ケアにあたります。

認知症があっても、ごく普通の生活が
できるよう支援いたします。



部屋概略

