

医療提供対応状況について（介護施設）～詳細～

| | | | |
|----------------------|-------------------|--------------|-------------|
| 1. 施設名 | グループホーム ベイサイドわかまつ | | |
| 2. 住所 | 〒 | 808-0024 | |
| | 若松区浜町1-19-1 | | |
| | TEL | 093-752-1800 | |
| | FAX | 093-752-1700 | |
| 3. 地区 | 若松区 | 浜町 | |
| 4. 入所相談対応者 | 公開 | ①氏名 | 小田 晃一郎 |
| | | ①職種 | 管理者 |
| | | ②氏名 | 佐野 美代子 |
| | | ②職種 | ケアマネジャー |
| 5. 施設種別 | グループホーム | | |
| | 【補足】『その他』（詳細） | — | |
| 6. 施設の居室 タイプ・ベッド数 | ユニット型 | | |
| | 【補足】『従来型』（詳細） | ①個室 | あり |
| | | ②ベッド数 | 18床 |
| 7. ショートステイ | なし | 【補足】 | — |
| 8-1. 看護職員の 雇用状況 | 雇用している | | |
| | ①常勤 | — | |
| | ②非常勤 | 1人 | |
| 8-2. 看護職員の 夜勤体制 | 公開 | オンコールで対応 | |
| | | 【補足】 | |
| | | ①『オンコール対応』時間 | 19:30～07:30 |
| | ②『その他』（詳細） | — | |
| 9. 施設の入所基準 ～介護度～ | × | 自立 ⇒ 【補足】 | — (年齢) |
| | × | 要支援1 | |
| | ○ | 要支援2 | |
| | ○ | 要介護1 | |
| | ○ | 要介護2 | |
| | ○ | 要介護3 | |
| | ○ | 要介護4 | |
| | ○ | 要介護5 | |



当掲載内容は2023年1月に実施した調査回答を基にしています。
最新の対応状況は、当該施設へご確認ください。

| | | | |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. 施設名 | グループホーム ベイサイドわかまつ | | |
| 10-1. 施設の入所基準 ～若年性認知症～ | 公開 | 若年性認知症患者の受入に係る相談対応の可否 | |
| | | × | |
| 10-2. 施設の入所基準 ～その他～ | 公開 | 受入の可否 | |
| | | × | 生活保護 |
| | | × | 身元保証人がいない |
| 10-3. 施設の入所基準 ～医療対応状況～ | 対応可能な項目について | | |
| | A | B | ※A…入所時、B…ショートステイ時 |
| | × | × | 経管栄養（胃瘻・腸瘻） |
| | × | × | 経管栄養（経鼻） |
| | × | × | CVポート |
| | × | × | 中心静脈栄養 |
| | × | × | 血糖・インスリン注射 |
| | × | × | 点滴静脈輸液 |
| | × | × | 褥瘡処置 |
| | × | × | 膀胱留置カテーテル |
| | × | × | 膀胱瘻 |
| | × | × | 導尿（自己のみ） |
| | × | × | 気管切開 |
| | × | × | 人工呼吸器 |
| | × | × | 酸素吸入 |
| | × | × | 腎瘻 |
| | × | × | 浣腸・摘便 |
| | × | × | ストーマ（消化器・尿路） |
| | × | × | 血液透析 |
| | × | × | 腹膜透析 |
| | × | × | 感染症（MRSA・疥癬他） |
| | × | × | 神経難病 |
| | × | × | 喀痰吸引 |
| | — | | × |
| | | | × |
| | ○ | | 終末期 |
| | — | | × |
| | | | ○ |
| | | | ○ |



当掲載内容は2023年1月に実施した調査回答を基にしています。
最新の対応状況は、当該施設へご確認ください。

| | | | |
|--------------------------|-------------------|---|------------------|
| 1. 施設名 | グループホーム ベイサイドわかまつ | | |
| 10-4. 施設の入所基準 (看取り実績) | 公開 | 昨年度(2021年4月1日～2022年3月31日)の看取り実績数 0 件 | |
| 11. 手話及び 外国語対応 | 対応職員の有無など | | |
| | 手話 | いない | 【補足】『いる』(詳細) |
| | | | ①職種: — ②人数: — |
| | 英語 | いない | 【補足】『いる』(詳細) |
| | | | ①職種: — ②人数: — |
| | その他 対応可能 言語 | いない | 【補足】『いる』(詳細) |
| ①種類: — ②人数: — | | | |
| 12. 食 事 | 対応の可否など | | |
| | 食形態 | × | ソフト |
| | | ○ | ミキサー |
| | | ○ | とろみ |
| | | × | ムース |
| | | ○ | きざみ |
| | 治療食 | × | 分割食 |
| | | × | 肝臓食 |
| | | × | 腎臓食 |
| | | × | 糖尿病 ⇒【補足】(詳細) — |
| | | × | 塩分制限 ⇒【補足】(詳細) — |
| | — | × | アレルギー除去食 |
| | | × | 嗜好による個別対応 |
| 13. リハビリ対応 | 公開 | リハ加算 | 算定していない |
| | | リハビリ 職員数 | P T — |
| | | | O T — |
| | | | S T — |
| 14. 入浴(浴槽) | ○ | 個 浴 | |
| | × | 機械浴 ⇒【補足】 | 車いす × |
| | | | ストレッチャー × |
| | | | リフト × |



当掲載内容は2023年1月に実施した調査回答を基にしています。
最新の対応状況は、当該施設へご確認ください。

| | | |
|-------------------|-------------------|-------------------------------------|
| 1. 施設名 | グループホーム ベイサイドわかまつ | |
| 15. 透析患者の 受診送迎 | 公開 | 対応していない 【補足】 — に対応 — |
| 16. その他 | 公開 | 入所時、利用者の主治医を事業所嘱託医等に変更している？ 変更する |
| 17. 施設の特徴 | — | |



当掲載内容は2023年1月に実施した調査回答を基にしています。
最新の対応状況は、当該施設へご確認ください。