

## 平成福祉会 桂台グループホーム利用のご案内

### グループホーム「ラ・シーク桂台」の理念

- ・当法人の経営方針及び行動指針により従業員一人ひとりが高い意識と責任をもって、ご利用者の意思及び人格を尊重してご支援をさせていただきます。
- ・地域に密着した施設として、施設の持つ機能を積極的に地域に開放することで、地域住民の高齢者福祉への理解を深め、ご利用者にとって社会参加の場となるような施設作りを目指します。
- ・認知症高齢者が、自分らしく穏やかに暮らせるよう共生の生活づくりを基本とし、「寄り添う介護」を心がけ、自立と尊厳を大切にします。

#### ① ご利用対象者

※高齢で認知症のため、居宅での生活に不安を感じている方。

※要支援2～要介護度5までの方。自立・要支援1の方は利用できません。

※ご入居後、要介護度が高くなり医療度合いに応じて特別養護老人ホーム等介護施設に移行していただく場合がございます。

※身元保証人を2名立てられる方で、そのうちのお一人は後見責任を持てる方。

（保証人を立てることが困難な場合は、地域権利擁護事業や成年後見制度をご利用ください。）

※規定の利用料を支払うことができる方。

#### ② グループホームでの生活づくり

※利用の方9名（×2ユニット）とスタッフによる共生の生活として、一つの家庭として利用者がそれぞれに生き甲斐のある役割を持った生活づくりができるようお手伝いをします。

※未開発の能力・残存能力の活用を図り、生き甲斐活動、趣味活動、健康づくり活動、などのお手伝いをします。

※楽しみの一つとなる美味しい食事をリビング・ダイニングルームで提供します。生活力回復のため利用の方とともに食事の準備・片付けを行います。

※ご入居後は、スタッフが生活相談に応じます。

※疾病、負傷などの緊急時の援助をします。

#### ③ 退居について

※身体介護（医療）が重度になりグループホームでのケアの限界を超えるとき。

※暴力、自傷、他傷等危険な行為が続くとき。

※入院がおおむね1ヶ月を超えるとき。

※利用料の滞納が2ヶ月以上続くとき。

※退居にあたっては、「ラ・シーク桂台」の機能を十分に活用して相談に応じます。

#### ④ 建物・設備

※一人部屋18室、全室個室 定員18名です。

※広さは一人部屋が11.32㎡です。

※部屋には、ベッド、チェスト、エアコン、ナースコール等が設置されています。

※建物は2階建てで、グループホーム専用の生活スペースになっています。敷地内にはデイサービスが併設されています。ご家族・知人の方々が利用できるスペースもございます。

#### ⑤ 利用の申込

※施設に直接申込みをしていただき、施設と利用される方との直接契約となります。

※利用申込みは、「利用申込書」に必要事項を記入の上で申し込んでいただきます。

※申込みの後、ご本人との面談、入居判定委員会での審査の上決定します。健康診断書が必要となりますのでご協力下さい。

#### ⑥ 利用料

※ご入居中のお部屋の使用方法により退去時に修繕費用をお支払いいただきます。

※月々の利用料は、介護保険自己負担分・食費・日常生活費・おむつ代・管理費・家賃等で構成されています。

|              |             |                       |
|--------------|-------------|-----------------------|
| ・介護保険自己負担分は、 | 1日当たり       | 831円(要支援2)～900円(要介護5) |
| ・家賃は、        | 1ヶ月当たり      | 57,000円               |
| ・食費は、        | 1日当たり       | 1,200円(月/36,000円)     |
| ・管理費は、       | 1ヶ月当たり      | 30,000円               |
| ・貴重品管理、      | 一日当たり       | 50円(月/1,500円)         |
| ・おむつ代は、      | 1組当たり       | 自費                    |
| ・その他、        | 加算(現在調整中です) |                       |

上記を合計すると1ヶ月当たりの概ねの費用は 149,430円から151,500円 程度となります。

※上記料金には自費分や加算金額が含まれておりませんのでご注意ください。利用料の単価は、介護報酬の見直し、事業運営の見直し等で改定されます。

#### ⑦ 健康管理

※提携の医療機関及び訪問看護、法人内の特別養護老人ホームの看護師など。

#### ⑧ 防災設備

※防火管理者を選任し、各部屋にスプリンクラーが設置されております。さらに消火器や消防署への自動通報装置が設置されています。

⑨ 夜間の対応

※緊急時には、部屋にナースコールがあり、夜間でも夜勤者に連絡ができます。

⑩ その他

※グループホーム「ラ・シーク桂台」は、社会福祉法人平成福祉会のグループ施設です。

平成福祉会は、

- ・特別養護老人ホーム（大月富士見苑・フェリーチェ上野原）
- ・デイサービスセンター（大月富士見苑・フェリーチェ上野原・優しい時間夏狩  
・優しい時間田野倉）
- ・在宅介護支援センター（大月富士見苑・フェリーチェ上野原）

を運営しております。

■「ラ・シーク桂台」概要（略）

・第四期大月市介護保険事業計画に基づき、地域密着型サービス事業者として平成23年2月28日事業者選定を受ける。

・平成23年9月現在基礎工事施工、来年1月のオープンに向けて建設中。

【お問い合わせ・利用申込先】

社会福祉法人 平成福祉会

グループホーム「ラ・シーク桂台」

開設準備室 担当：中嶋 陽仁

〒409-0618 山梨県大月市猿橋町桂台一丁目99

大月富士見苑内 開設準備室TEL 0554-23-0294

FAX 0554-23-1824

[www.heisei294.org](http://www.heisei294.org)

「ラ・シーク桂台」利用申込書

申込日 平成 年 月 日  
 受付日 平成 年 月 日

社会福祉法人 平成福祉会  
 「ラ・シーク桂台」 殿

フリガナ ㊟  
 申込者氏名 \_\_\_\_\_  
 フリガナ  
 利用者氏名 \_\_\_\_\_

写 真  
 (どんなお写真でもか  
 まいませぬのでお願い  
 致します。)

次のとおり グループホーム利用を申し込みます。

撮影 平成 年 月 日

|           |                     |           |       |       |             |
|-----------|---------------------|-----------|-------|-------|-------------|
| 入居希望日     | ・平成 年 月 頃           |           |       |       |             |
| 希望ユニット    | 第1希望→〔 〕 第2希望→〔 〕   |           |       |       |             |
| 生年月日      | 明治・大正・昭和            | 年         | 月     | 日     | 年齢 歳 性別 男・女 |
| 現住所       | 〒                   |           | 電話    | ファックス |             |
| 収入状況      | 年金等                 | 種類        |       | 年額    | 円           |
|           | その他収入               | 種類        |       | 年額    | 円           |
|           | 備考                  |           |       |       |             |
| 利用料等支払者   | 1. 本人               | 縁故者の場合 氏名 |       |       |             |
|           | 2. 一部縁故者            | 続柄        | 職業    |       |             |
|           | 3. 全額縁故者            | 住所        | 〒     | 電話    |             |
| 要介護認定     | 要支援2・要介護(1・2・3・4・5) |           |       |       |             |
| 認定の有効期間   | 平成 年 月 日から平成 年 月 日  |           |       |       |             |
| 介護保険被保険者証 | 保険者名                |           | 保険者番号 |       | 被保険者番号      |
|           |                     |           |       |       |             |

| 居宅介護支援事業所名 |                         |   | 介護支援専門員名 |  |
|------------|-------------------------|---|----------|--|
| 生活状況       | 歩行                      | ・つかまらないで可・つかまって可（杖、その他）<br>・できない（車椅子自力、車椅子介助、その他） |          |  |
|            | 食事                      | ・自立 ・一部介助 ・全介助（経管、鼻・胃）                            |          |  |
|            | 入浴                      | 家庭での入浴・自立 ・一部介助 ・全介助                              |          |  |
|            | 排泄                      | ・自立 ・間接的援助 ・直接的援助<br>・全介助（トイレ・おむつ・その他）            |          |  |
|            | 衣服着脱                    | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助                               |          |  |
|            | 対人関係                    | ・協調的 ・積極的 ・消極的 ・その他（ ）                            |          |  |
|            | 性格                      | ・明るい ・気にしやすい ・短気 ・頑固 ・その他（ ）                      |          |  |
|            | 精神状態                    | ・安定している ・落ち着かない ・その他（ ）                           |          |  |
|            | 物忘れ                     | ・時々ある ・しばしばある ・すぐに忘れる                             |          |  |
|            | 理解                      | ・時々できない ・ほとんどできない ・まったくできない                       |          |  |
|            | 認知症である症状                | ・徘徊 ・介護抵抗 ・暴力 ・大声 ・独語 ・収集癖 ・不潔行為<br>・夜間不眠 ・その他（ ） |          |  |
|            | 一日の生活等                  | ※一日をどのように過ごされていますか？散歩、テレビ等                        |          |  |
|            | その他、介護上で困っていること         |   |          |  |
| 健康状況       | ・健康 ・ほぼ健康 ・病弱 ・持病あり（病名） |   |          |  |
|            | 治療中の病名                  |   |          |  |
|            | 病院名                     | （主治医名）  |          |  |
|            | 既往歴                     | （過去の大きな病気）  |          |  |
|            | 最近5年間の主な病気              |   |          |  |
| 身体障害状況     | ・なし・あり                  | 障害の部位   | 手帳 種 級   |  |

|                               |   |               |      |
|-------------------------------|---|---------------|------|
| 福祉・介護保険サービス                   | ・利用なし<br>・利用あり  | (利用しているサービス名) | (頻度) |
| 趣味・特技等<br>(過去・現在)             |   |               |      |
| 社会的活動等<br>(過去・現在)             |   |               |      |
| 略歴<br>(生活歴・職歴等)               |   |               |      |
| 入居希望の理由                       |   |               |      |
| 身元保証人<br><br>第一保証人<br>(後見責任者) | 氏名 _____ 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____<br>住所 〒 _____ TEL _____ |               |      |
| 第二保証人                         | 氏名 _____ 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____<br>住所 〒 _____ TEL _____ |               |      |

備 考：(ご本人の生活に関わることや心配事や、ご本人にとってもご家族にとっても沢山の歴史があると思います。今後、「ご利用者もご家族も私たち介護職も、笑顔で暮らせる生活」をしていくために、私どもで出来る限りの事をさせて頂きたいと考えておりますので、ご記入が大変だとは思いますが、くわしい情報提供にご協力下さい。) ※書ききれない場合は別紙を添付して下さい。

ご協力ありがとうございました。

健康診断書

|                   |              |                 |                 |   |                                |
|-------------------|--------------|-----------------|-----------------|---|--------------------------------|
| 氏名                | (男・女)        |                 | 生年月日            | 年 月 日                                     |                                |
| 住所                |              |                 |                 |   |                                |
| 身長                | cm           | 体重              | kg              | X<br>線<br>検<br>査                          | 直接<br><br>(所見)<br>異常なし<br>異常あり |
| 視力                | 右            | ( . )           |                 |   |                                |
| 色覚                | 左            | ( . )           |                 |   |                                |
| 聴力                | 右            | 正常・異常 1000・4000 |                 |   |                                |
|                   |              | 左               | 正常・異常 1000・4000 | 心電図                                       | 異常なし<br>異常あり                   |
| 血圧                | 正常・異常        |                 |                 |   |                                |
| 検尿                | 糖 ( ) 蛋白 ( ) |                 | 貧血              | 血色素 ( ) 赤血球 ( )                           |                                |
| 肝機能検査             | GOT ( )      |                 | GPT ( )         | γ-GPT ( )                                 |                                |
| 血中脂肪              | 総コレステロール ( ) |                 | トリグリセライド ( )    |   |                                |
| 主な既往症             | なし<br>あり     |                 |                 |   |                                |
| 自覚症状              |              |                 |                 |   |                                |
| 総合所見              | 異常なし<br>異常あり |                 |                 |   |                                |
| 検査の結果上記のとおり診断します。 |              |                 |                 | 平成 年 月 日                                  |                                |
| 医療機関              |              | 所在地<br>名称       |                 |   |                                |
|                   |              |                 |                 | 医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span> |                                |