

# 高齢者福祉施設 登録調査票

平成30年11月12日現在

|                         |  |       |   |   |  |     |  |
|-------------------------|--|-------|---|---|--|-----|--|
| 施設名                     | 住宅型有料老人ホーム第2結心荘  | 開設年月日 | 平成24年 2月1日  |   |  |     |  |
| ホーム類型                   | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 健康型有料老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム  |       |   |   |  |     |  |
| ショートステイ                 | 受入れ <input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護） <input type="checkbox"/> 否  |       |   |   |  |     |  |
| 法人種別                    | <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 有限会社 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他  |       |   |   |  |     |  |
| 設置者<br>(法人名)            | 結心合同会社   | 代表者   | 根間光則  |   |  |     |  |
| 施設所在地                   | 〒906-0002<br>宮古島市平良字狩俣1624   |       | 入居相談<br>担当者名  | 根間光則  |  |     |  |
|                         |  |       | TEL   | 0980-74-6227                                  |  |     |  |
|                         |  |       | FAX   | 0980-74-6228                                  |  |     |  |
| 入居時要件                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> その他  |       |   |   |  |     |  |
| 入居定員                    | 12人  | 居室数   | 個室( 0 )室  | 2人部屋( 6 )室 <input type="checkbox"/> その他( 0 )室 |  |     |  |
| 月額料金                    | 概算( 円 ~ 55,000円) <input type="checkbox"/> 介護サービス利用料や医療費・おむつ代等は除く<br><input type="checkbox"/> 介護費用やおむつ代を含む(医療費は自己負担)<br><input type="checkbox"/> 介護費用やおむつ代、医療費の一部を含む  |       |   |   |  |     |  |
| 夜間勤務                    | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上   | 看護職配置 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日護帯のみ <input type="checkbox"/> 24時間 | 24時間体制  | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 栄養士 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 受け入れ可能な<br>対象<br>(複数回答) | <input type="checkbox"/> 経管栄養管理( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> ストマの患者 <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者<br><input type="checkbox"/> 気管切開の患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着の患者 <input type="checkbox"/> MHの患者 <input type="checkbox"/> 留置カテーテルをしている患者<br><input type="checkbox"/> 終末期の患者 <input type="checkbox"/> 難病の患者 <input type="checkbox"/> 障害者の患者 <input type="checkbox"/> 小児の患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患の患者<br><input type="checkbox"/> 痰吸引が必要な患者 <input type="checkbox"/> インスリン注射が必要な患者 <input type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析の患者<br><input type="checkbox"/> 創傷処理の患者 <input type="checkbox"/> 褥瘡処理の患者 <input type="checkbox"/> 点滴の必要な患者 <input type="checkbox"/> 感染症(肝炎、MRSAなど) |       |   |   |  |     |  |
| 「併設・関連施設」               |  |       |   |   |  |     |  |
| 「事業所の特色」                |  |       |   |   |  |     |  |