

# 認知症対応型共同生活介護 登録調査票

平成30年 7月18日現在

施設名	グループホーム来間	開設年月日	平成 23 年 4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 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 <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他				
設置者 (法人名)	下地診療所合同会社	代表者	加賀 武		
施設所在地	〒906-0306 宮古島市下地字来間189-3		入居相談 担当者名	荷川取智美	
			TEL	0980-74-7250	
			FAX	0980-74-7251	
入居時要件	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" 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	9人	居室数	個室( 9 )室	2人部屋( )室	<input type="checkbox"/> その他( )室
月額料金	概算( 円 ~ 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 <input type="checkbox"/> 介護費用やおむつ代を含む(医療費は自己負担) <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 type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 日譚帯のみ <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 対象 (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 type="checkbox"/> 酸素療法をされている患者 <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 <input checked="" 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 <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 checked="" type="checkbox"/> 認知症の患者 <input type="checkbox"/> 人工透析の患者 <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」	デイサービス来間				
「事業所の特色」					