

# アンケート

高知県医療ソーシャルワーカー協会 社会資源調査研究部会

施設種類	<input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム( <input type="checkbox"/> 介護・ <input type="checkbox"/> 住宅) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向住宅 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )	定員	9名
施設名	グループホーム 友輪		入所者の男女内訳 (男0名:女9名) 特定施設入居者生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )名
運営主体	合資会社 友輪	ホームページ 問い合わせ先	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 グループホーム 友輪
住所	〒781-1105 土佐市蓮池3625-1	施設 TEL	088-854-1591
		施設 FAX	088-854-5322
併設施設	なし	協力病院	伊与木クリニック
見学可能日	日～金(予め電話にて連絡をいただきたい)		

居住環境	
構造種類	鉄骨造り
居室形態	<input type="checkbox"/> 個室( 9 名) <input type="checkbox"/> 二人部屋( )名 <input type="checkbox"/> その他( )
設備	食堂、台所、居間、浴室、洗面所、トイレ三槽
喫煙	<input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (場所: )
エレベーター	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入所時必要なもの	ベッド(使用している物があれば。無い場合ホームのベッドを使用してもらう)、布団、上下ばき、パジャマ、衣服、衣装ケースやたんす
備考	

費用			
総額	概ね 101,401 円 ~106,000 円		
家賃	30,000 円/月		
食費(一日)	1,000 円	一時金	0 円
光熱費	15,000円/月 (光共費を含む)	共益費	
その他			
保証人	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要( 1 名)	生活保護対応	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
備考			

食事状況	
治療食	<input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> その他: )
形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ※ソフト飯
	副菜 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ※ソフト食
	とろみ食 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可
備考	

※ソフト食とは、ゼリー(プリン)タイプの介護食。のどごしがなめらかで、噛んだり飲み込んだりする機能が弱った方も口から摂取できるように工夫されています。

入所対象者	
介護認定	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ( 要支援2 ~ 要介護5 まで可 )
認知症	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可 (受入可能なもの <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想)
A D L	<input checked="" type="checkbox"/> 車イス ( <input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input checked="" type="checkbox"/> 他走 ) <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他( )
対象可能な医療行為	<input type="checkbox"/> インシュリン <input checked="" type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 透析
受入れ可能な症状	他の利用者の生活や健康に影響を及ぼす可能性がある方は受け入れできません。 様々な認知症の症状があっても共同生活ができる状態の方なら受け入れます。

職員体制	
日 中	介護職 2~3 名 看護師 1 名 相談員 0 名 ケアマネ 兼務 1 名
夜 間	介護職 1 名 看護師 0 名 相談員 0 名 ケアマネ 0 名
備考	

施設内サービス(介護保険サービス除く)	
	日常生活援助(無料対応サービス) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 巡回 <input type="checkbox"/> 買物動向 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> その他( )
レクリエーション	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
備考	※有料対応のサービスはこちらへ記入してください。

その他	
入所者入院時の在籍期間	特に決まっていない

アンケートの情報公開	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可
地図掲載	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可
パンフレットの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

一言アピール	
--------	--