

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	17名
施設名	グループホーム宿毛の里		入所者の男女内訳 (男5名:女12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	(有)岸本グループ	ホームページ 問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 0880-62-0222
住所	〒788-0032 宿毛市二ノ宮平井1795	施設 TEL	0880-62-0222
		施設 FAX	0880-62-0228
併設施設	有料老人ホームすくも	協力病院	田村クリニック、本田歯科
見学可能日	平日8:30~17:00 要事前連絡(土・日管理者不在)		

居住環境

構造種類	鉄筋 木造 平屋
居室形態	<input type="checkbox"/> 個室(18 名) <input type="checkbox"/> 二人部屋()名 <input type="checkbox"/> その他()
設備	備え付け家具: ベッド、たんす 共有スペース: 居間、風呂、トイレ
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	茶碗、コップ、箸、布団、身の回りの物
備考	共用設備、洗濯機、乾燥機

費用

総額	概ね 94,670円 ~ 97,580円 (介護保険、1割負担含む)		
家賃	30,000円 ~ 円		
食費(一日)	3食+おやつ2回 1,000円	一時金	0円
光熱費	円	共益費	11,000(光熱費、雑費含む)円
その他			
保証人	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要()名	生活保護対応	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ※ソフト飯
	副菜 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ※ソフト食
	とろみ食 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input 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 (要介護1 ~ 要介護5 まで可)	対象年齢	認知症状によるものであれば可であるが程度による
認知症	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可(受入可能なもの	<input checked="" type="checkbox"/> 暴言	<input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚・妄想)
A D L	<input checked="" type="checkbox"/> 車イス(<input 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()
対応可能な医療行為	<input type="checkbox"/> インシュリン <input 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			

職員体制								
日 中	介護職	3~5 名	看護師	0 名	相談員	0 名	ケアマネ	1 名
夜 間	介護職	2 名	看護師	0 名	相談員	0 名	ケアマネ	0 名
備考	月~金 管理者が日勤で勤務							

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 checked="" type="checkbox"/> 買物動向 <input checked="" type="checkbox"/> 金銭管理 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理	
<input checked="" 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	約 30 日

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	
--------	--