

医療介護の必要な入居者様（安定病態）受け入れ目安表

| 病名等 | 可否 | 備考欄 |
|-------------|-----|----------------------------|
| 介護食 | ○ | |
| 流動食・嚥下食 | ○ | |
| リハビリ | ○ | |
| 糖尿病・インスリン | 要相談 | 日中看護師在中 インシュリン注射の必要な方も可 |
| 胃ろう | 要相談 | チューブ交換は医療機関で行います |
| 腸ろう | × | |
| 鼻腔 | × | |
| ストーマ・人工肛門 | ○ | |
| 在宅酸素療法 | ○ | |
| 人工呼吸器 | × | |
| 褥瘡・床ずれ | ○ | |
| たん吸引 | 要相談 | 日中看護師在中 |
| 人工透析 | 要相談 | 要送迎の為、近隣医療機関へ転院可能な方 |
| 気管切開 | × | |
| 中心静脈栄養（IVH） | × | |
| カテーテル・尿バルーン | ○ | 交換は医療機関で行います |
| ペースメーカー | ○ | |
| ALS | × | |
| 誤嚥性肺炎 | ○ | |
| 喘息・気管支炎 | ○ | |
| アルツハイマー | ○ | |
| 脳血管性認知症 | ○ | |
| ピック病 | ○ | |
| レビー小体型認知症 | ○ | |
| パーキンソン病 | ○ | |
| 廃用症候群 | ○ | |
| うつ・鬱病 | ○ | |
| 統合失調症 | ○ | |
| リウマチ・関節症 | ○ | |
| 骨折・骨粗しょう症 | ○ | |
| 脳梗塞・クモ膜下出血 | ○ | |
| 心筋梗塞・狭心症 | ○ | |
| がん・末期癌 | ○ | |
| 看取り | ○ | 主治医との相談の上 |

感染症面の受け入れ

| 病名 | 可否 | 備考欄 |
|----------|----|--------|
| 肝炎 | ○ | |
| 結核 | ○ | 排菌なければ |
| 疥癬（かいせん） | ○ | |
| 梅毒（ばいどく） | ○ | |
| HIV | × | |
| MRSA | ○ | |
| B型肝炎 | ○ | |
| C型肝炎 | ○ | |