

住宅型有料老人ホーム春の家

受け入れ基準リスト

| 病名及び医療的ケア | 受け入れ | | | 備 考 |
|----------------------|------|----|----|----------------------|
| | 可 | 検討 | 不可 | |
| 認知症 | ○ | | | |
| アルツハイマー型認知症 | ○ | | | |
| 心疾患 | ○ | | | |
| 脳血管障害 | ○ | | | |
| パーキンソン病 | ○ | | | |
| 多系統萎縮症 | ○ | | | |
| 糖尿病 | | ○ | | インシュリン自己注射可能な方 |
| 多発性硬化症 | ○ | | | |
| リウマチ | ○ | | | |
| 人工透析 | | ○ | | ご家族での通院対応が可能な方 |
| バルーンカテーテル | ○ | | | |
| 人工肛門（ストーマ） | | ○ | | |
| 在宅酸素 | ○ | | | |
| 胃ろう | ○ | | | 半固形栄養に限る（経鼻経管栄養不可） |
| 気管切開（吸引） | | ○ | | |
| 非侵襲的人工呼吸器（NPPV・CPAP） | | ○ | | ご自身で着脱や機器操作など管理が可能な方 |
| 人工呼吸器 | | | ○ | |

上記以外の病名、医療的ケアが必要な方は一度ご相談ください。