

医療依存度の高い方が入所できる施設

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・シヨートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養CVPポート有 | 中心静脈栄養CVPポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレイン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配日 (日間) (夜間) |
|-------|---|---|------------|------------|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|-----------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 吉野 | 介護老人保健施設 ろうけん青空 メールアドレス: aozorasw@mail.meikikai.com | 〒892-0871 鹿児島市吉野町6040-7 TEL:0570-00-4330 FAX:099-243-5599 | 入所 | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | 日中(3) 夜間(1) |
| | | | シヨートステイ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | × | × | × | × | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | × | △ |
| | | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 吉野 | 介護老人保健施設 サテライトろうけん 青空 メールアドレス: mngsatellite@mail.meikikai.com | 〒892-0877 鹿児島市吉野町3-5-8 TEL:0570-00-4330 FAX:099-244-2577 | 入所 | ○ | ○ | ○ | △ | △ | × | ○ | × | × | × | ○ | × | △ | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | ○ | ○ | × | △ | ○ | △ | ○ | 日中(2) 夜間(0) |
| | | | シヨートステイ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | × | ○ | × | × | × | △ | × | △ | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | ○ | ○ | × | △ | △ | △ | ○ | 日中(2) 夜間(0) |
| | | | 備考欄 | 夜間看護師不在 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配置中 （夜間） （ ） | | | |
|-------|--|--|------------|----------------------|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | △ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 伊敷台 | 介護老人保健施設 スイートケア なかよし メールアドレス: shimizu@po.minc.ne.jp | 〒890-0005 鹿児島市下伊敷1-1-5 TEL:099-223-3330 FAX:099-223-3330 | 入所 | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | △ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 日中(○) 夜間(△) | | |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | △ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 日中(○) 夜間(△) |
| | | | 備考欄 | ※精神疾患症状が安定している方であれば可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上町 | 介護老人保健施設 ナーシングホーム 城山の森 メールアドレス: shi-mori4@po.minc.ne.jp | 〒892-0854 鹿児島市長田町223 TEL:099-219-1122 FAX:099-219-1123 | 入所 | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 日中(6) 夜間(1) | | |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | × | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 日中(6) 夜間(1) | |
| | | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配置中 日() 夜間() |
|-------|--|---|------------|------------------------|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | | | | ○ | × | △ | △ | △ | × | ○ | △ | × | × | △ | × | △ | × | △ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ |
| 吉田 | 介護老人保健施設 吉田ナーシング ホーム メールアドレス: soudan.nurshing@sokisaikai.jp | 〒891-1304 鹿児島市本名町472 TEL:099-294-4561 FAX:099-294-4562 | 入所 | ○ | × | △ | △ | △ | × | ○ | △ | × | × | △ | × | △ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | ○ | 日中(3~4) 夜間(1) |
| | | | ショートステイ | ○ | × | △ | △ | △ | × | ○ | △ | × | × | × | × | △ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | × | ○ | ○ | × | ○ | △ | △ | |
| | | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 城西 | 介護老人保健施設 城西ナーシング ホーム メールアドレス: iikeikai.jyousei@gmail.com | 〒890-0046 鹿児島市西田1-16-1 TEL:099-258-9180 FAX:099-257-5712 | 入所 | △ | △ | ○ | × | △ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | ○ | 日中(5) 夜間(0) |
| | | | ショートステイ | △ | △ | ○ | × | △ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | ○ |
| | | | 備考欄 | ※夜間の看護師については、併設土橋病院で対応 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配置中 日() 夜間() |
|-------|--|---|------------|---|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|-------------------------------|
| | | | | △ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | × |
| 城西 | 介護老人保健施設 まろにえ メールアドレス: maronie@yonemori-hp.jp | 〒890-0014 鹿児島市草牟田2-26-45 TEL:099-226-3270 FAX:099-226-3271 | 入所 | △ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | × | × | × | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | × | ○ | 日中(3.5) 夜間(1) |
| | | | ショートステイ | △ | △ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × | × | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | |
| | | | 備考欄 | ※認知症のある方・離設のない方であれば可 酸素吸入は中央配管が無いため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中央 | 介護老人保健施設 西千石 メールアドレス: j102@jinpuh.or.jp | 〒892-0847 鹿児島市西千石町8-13 TEL:099-223-3300 FAX:099-223-3560 | 入所 | △ | △ | △ | × | △ | × | ○ | ○ | × | × | × | × | × | △ | × | × | × | ○ | × | × | △ | △ | × | × | × | × | ○ | 日中(2) 夜間(1) |
| | | | ショートステイ | △ | △ | △ | × | △ | × | ○ | ○ | × | × | × | × | × | × | △ | × | × | × | ○ | × | × | △ | △ | × | × | × | × | |
| | | | 備考欄 | ※高次脳機能障害・精神疾患・認知症・褥瘡管理・バルーンカテーテル：状態による。 ※HOT・人工肛門：本人管理が可能であれば可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配置中 （夜間） （ ） | |
|-------|---|---|------------|--|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|-----------------------------|----------------|
| | | | | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ |
| 武・田上 | 介護老人保健施設 ナーシングホーム 田上苑 メールアドレス: tagamien@e-mirai.or.jp | 〒890-0032 鹿児島市西陵6-21-18 TEL:099-283-0120 FAX:099-283-0517 | 入所 | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | △ | × | ○ | △ | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | ○ | 日中 (4~9) 夜間(1) | |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | △ | × | ○ | △ | × | × | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | | ○ |
| | | | 備考欄 | ※精神疾患は症状安定していれば可 ※感染症は種類により応相談 ※麻薬管理は不可 疼痛コントロールは服薬のみ可 ※酸素吸入は在宅酸素なら可 酸素5リットル以上は不可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鴨池北 | 介護老人保健施設 ひまわり メールアドレス: TEL:099-285-2211 FAX:099-258-7971 | 〒890-0067 鹿児島市真砂本町3-8 | 入所 | ○ | ○ | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | × | ○ | 日中(○) 夜間(○) | |
| | | | ショートステイ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | × | ○ | 日中(○) 夜間(○) |
| | | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の 看配置中 （夜間） （ ） | |
|-------|---|--|------------|--|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|----------------------|-----------------------------|---|
| | | | | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | × | ○ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | |
| 鴨池南 | 介護老人保健施設 鴨池慈風苑 メールアドレス: jifuuen@jifukai.jp | 〒890-0068 鹿児島市東郡元町11-6 TEL:099-252-8291 FAX:099-252-5526 | 入所 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | × | ○ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ | 日中 (2~3) 夜間(1) | | |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | × | ○ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | | | |
| | | | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 谷山北 | 介護老人保健施設 フレンドホーム メールアドレス: f-home@beach.ocn.ne.jp | 〒891-0104 鹿児島市山田町450番地 TEL:099-260-6000 FAX:099-268-1540 | 入所 | ○ | △ | ○ | △ | × | △ | ○ | △ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | × | × | △ | × | △ | × | × | ○ | 日中 (2~3) 夜間 (0~1) | |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | △ | × | △ | ○ | △ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | × | × | × | △ | × | △ | × | × | | ○ |
| | | | 備考欄 | 精神疾患:急性期受け入れ不可 経鼻経管栄養:当施設から転院され、身体拘束・抑制を要さず、経鼻経管栄養離脱の見込みがある方 バルーンカテーテル:身体拘束・抑制を要さず、バルーンカテーテル離脱の見込みがある方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※○:受け入れ可 ×:受け入れ不可 △:条件付き受け入れ可または要問合せ

※経口以外の栄養摂取をしている方

| 包括エリア | 施設名 メールアドレス | 所在地 連絡先 | 入所・ショートステイ | 高次機能障害のある方 | 精神疾患のある方 | 認知症の症状のある方 | 感染症に罹患している方 | 褥瘡管理が必要な方 | 経鼻経管栄養 | 胃ろう | 腸ろう | 中心静脈栄養C.Vポート有 | 中心静脈栄養C.Vポート無 | 末梢静脈栄養 | 輸血管理が必要な方 | 人工透析が必要な方 | HOTの持ち込み | 酸素吸入が必要な方 | 人工呼吸器 侵襲 | 人工呼吸器 非侵襲 | 喀痰吸引 鼻腔口腔内 | 喀痰吸引 気管カニューレ内 | 気管切開をしている方 | 人工肛門を装着している方 | バルーンカテーテル | ドレーン留置 | インシュリン注射 | ターミナルケア | 疼痛コントロール・麻薬管理等 | 訪問歯科診療の受け入れ | 看護師の |
|-------|---|--|------------|--|----------|------------|-------------|-----------|--------|-----|-----|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|------------|--------------|-----------|--------|----------|---------|----------------|-------------|----------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 配置中() 看配日(夜間() () |
| 谷山中央 | 介護老人保健施設 愛と結の街 メールアドレス: tmochida@jiaikai.jp | 〒891-0111 鹿児島市小原町8-3 TEL:099-260-6060 FAX:099-284-5689 | 入所 | ○ | △ | ○ | △ | △ | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | △ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | △ | ○ | 日中 (2~3) 夜間(1) |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | △ | △ | × | ○ | ○ | × | × | △ | × | × | ○ | △ | × | × | ○ | △ | △ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | △ | |
| | | | 備考欄 | ※精神疾患:症状が安定している方であれば可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 喜入 | 介護老人保健施設 サンシャインきいれ メールアドレス: santenkai@kiire.jp | 〒891-0205 鹿児島市喜入前之浜町780 8-1 TEL:099-343-1176 FAX:099-343-1186 | 入所 | ○ | △ | ○ | × | △ | △ | ○ | × | × | × | × | × | × | △ | △ | × | × | △ | × | × | ○ | ○ | × | △ | × | × | ○ | 日中 (6.5) 夜間(0) |
| | | | ショートステイ | ○ | △ | ○ | × | △ | △ | ○ | × | × | × | × | × | △ | △ | × | × | △ | × | × | ○ | ○ | × | △ | × | × | ○ | | |
| | | | 備考欄 | 夜間急変時等は看護師はオンコール対応とする インシュリン注射:看護師の勤務時間内であれば可 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |