

介護保険サービス事業者(短期入所サービス・施設サービス)情報提供票 その1

記入者氏名

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--|---|---|---|-----------------------|-------|
| 事業所名 | 秋桜ヴィレッジ初石 | | 介護予防サービス | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | | | |
| 管理者名 | 清水小百合 | | 開所年月日 | 2015年 9月 1日 | | | |
| 運営法人名 | (株)マザーライク | | 入所定員 | 447人 | | | |
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 | | | | | | |
| 所在地 | 〒270-0114 千葉県流山市東初石3-139-1 | | | | | | |
| 連絡先 | TEL | 04-7156-7705 | | FAX | 04-7156-7706 | | |
| | メールアドレス | s.shimizu@mother-like.cp.jp | | HPアドレス | | | |
| 資質向上のための会議 | 令和3年4月1日～令和4年3月31日までに | | 12回実施 | | | | |
| 資質向上のための内部研修 | 令和3年4月1日～令和4年3月31日までに | | 12回実施 | | 延べ参加人員 人 | | |
| 資質向上のための事業計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (計画の公表: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | | | | | |
| 各種マニュアルの作成 | <input checked="" type="checkbox"/> 業務マニュアル <input checked="" type="checkbox"/> 事故防止・対策マニュアル <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 感染予防・対応マニュアル <input checked="" type="checkbox"/> 苦情相談処理・対応マニュアル | | | | | | |
| 重要事項説明書の記載事項 | <input checked="" type="checkbox"/> 施設(事業)の目的及び運営の方針 <input checked="" type="checkbox"/> サービスに係る利用料 <input checked="" type="checkbox"/> 相談・苦情の申立て <input checked="" type="checkbox"/> 従業員の職種、員数及び職務の内訳 <input checked="" type="checkbox"/> その他の費用の額 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> サービスの内容 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応方法 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 契約書の締結 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 損害賠償保険の加入 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 苦情相談担当者の設置 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 [担当者氏名] <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 入所者数 ※施設サービスのみ記入 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 | |
| | 19人 | 15人 | 2人 | 3人 | 2人 | 41人 (要支援2 2人・要支援1 2人) | |
| 職員の配置状況 (常勤換算) | 医師 | 人 | 介護支援専門員 | 人 | 機能訓練指導員 | 人 | その他 |
| | 薬剤師 | 人 | 作業療法士 | 人 | 理学療法士 | 人 | () 人 |
| | 生活相談員 | 11人 | 管理栄養士 | 人 | 栄養士 | 人 | () 人 |
| | 看護職員 | 人 (看護師等〔助産師・保健師含む〕 | | 人、准看護師 | | 人) | |
| | 看護職員の勤務体制 <input type="checkbox"/> 24時間常駐 | | | | | | |
| | 介護職員 | 11人 | (介護福祉士 | 6人、ヘルパー1・2級 | 5人、その他 | 人) | |
| 居室の状況 | 個室 | 2人室 | 3人室 | 4人室 | 5人室 | 6人以上室 | 計 |
| | 43室 | 2室 | 室 | 室 | 室 | 室 | 室 |
| 対応可能な医療処置等 | <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 糖尿病の管理(インスリン注射含む) <input type="checkbox"/> 胃ろう、経管栄養の管理 <input type="checkbox"/> ストーマの管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 感染症の対応 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅酸素(応相談) <input type="checkbox"/> CVポート | | | | | | |
| 看取りの対応 | <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 非対応 <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 | | | | | | |
| 1日当たり居室利用料(税込) | 個室 | 68000円 | 2人室 | 118000円 | 人室 | 円 | |
| 食事の状況 ※施設サービスのみ記入 | 食事時間 | 朝食 8:00～10:00 | | 昼食 12:00～14:00 | | 夕食 18:00～20:00 | |
| | 選択食等の実施状況 | 選択食 | <input type="checkbox"/> 有(月 回) <input checked="" type="checkbox"/> 無行事食 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | | バイキング | <input checked="" type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無嗜好調査 | | <input type="checkbox"/> 有(月 回) <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | |
| 入浴の状況 | 対象者数 | 1人週回数 入浴できない場合の対応 | | | | | |
| | 一般浴 | 人 | 回 | <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 | | | |
| | 個浴 | 人 | 回 | <input type="checkbox"/> 翌日入浴 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 機械浴 | 人 | 回 | <input type="checkbox"/> 次回入浴 | | | |

介護保険サービス事業者(短期入所サービス・施設サービス)情報提供票 その2

記入者氏名

| | | | | | |
|-------------------------|--|---|------|--------|--|
| シ ー ツ 交 換 | 定期交換 | 夏場月 | 1回 | それ以外の月 | 1回 |
| 施設内での季節行事等 | <input type="checkbox"/> 有(年 回実施) <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 連携医療機関の状況 | 連携形態 | <input type="checkbox"/> 院 内 <input type="checkbox"/> 併 設 <input checked="" type="checkbox"/> 協 力 | | | |
| | 医療機関名 | 笑顔のおうちクリニック | | | |
| | 診療科目 | <input checked="" type="checkbox"/> 内 科 <input type="checkbox"/> 外 科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 科 | | | |
| 事業所ニュース等の発行 | 事業所作成 | | 法人作成 | 回 | 利用者向けパンフレット <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ボランティアの受入 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 外 部 と の 通 信 | 面会時間 | 時 分 ~ 時 分 | | | |
| | 公衆電話機の設置 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 家族以外の面談可否 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | |
| 保険給付外利用料 (1回又は1日当たり) | <input checked="" type="checkbox"/> 食材料費 1日1200 円 <input checked="" type="checkbox"/> 理美容代 2700 円 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> レクリエーション材料費 <input type="checkbox"/> 預り金管理費 <input type="checkbox"/> | 円 | 円 | 円 |
| キャンセル料 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 料 金 支 払 方 法 | <input type="checkbox"/> 現金払い <input type="checkbox"/> 口座振込み <input checked="" type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 口座引き落とし) | | | | |
| 院内の医療保険適用病床数 | <input type="checkbox"/> 一般病床(床 <input type="checkbox"/> 療養病床(床) ※介護療養医療施設のみ記入 | | | | |
| 施 設 の 特 徴 | | | | | |

