

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 木村 純子

事業所名	愛の家グループホーム流山美原				介護予防サービス	有	
管理者名	木村 純子				開所年月日	平成19年11月1日	
運営法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社				入所定員	18 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護						
所在地	〒270-0103 千葉県流山市美原4-218-8						
連絡先	TEL	04-7178-3311			FAX	047178-3312	
	メールアドレス	gh-091@mcsj.co.jp			HPアドレス		
資質向上のための会議	平成30年4月1日～平成31年3月31日までに 12 回実施						
資質向上のための内部研修	平成30年4月1日～平成31年3月31日までに 12 回実施 延べ参加人員 3～人/毎回						
資質向上のための事業計画	<input type="checkbox"/> 有 (計画の公表: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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、員数及び職務の内容 <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: 木村 純子] <input type="checkbox"/> 無						
入所者数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
	※施設サービスのみ記入	1人	5人	6人	3人	3人	18人
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	0人	介護支援専門員	1人	機能訓練指導員	0人	その他
	薬剤師	0人	作業療法士	0人	理学療法士	0人	() 人
	生活相談員	0人	管理栄養士	0人	栄養士	0人	() 人
	看護職員	0 (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					
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
	18	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 <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	70000円	2人室	円	人室	円	
食事の状況	食事時間	朝食 7:30 ~ 8:30		昼食 12:00 ~ 13:00		夕食 18:00 ~ 19:00	
	※施設サービスのみ記入	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	
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 checked="" type="checkbox"/> 清拭	<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴		
	個浴	9人	3回	<input checked="" type="checkbox"/> 翌日入浴	<input type="checkbox"/> その他()		
	機械浴	人	回	<input checked="" 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 木村 純子

シ ー ツ 交 換	定期交換 夏場月 4 回 それ以外の月 4 回					
施設内での季節行事等	<input checked="" type="checkbox"/> 有(年 8 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	医療法人社団 紘和会 しいの木クリ				
	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	月1回	法人作成	適宣回	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	9 時 00 分 ~ 20 時 00 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	48600 円	<input type="checkbox"/> レクリエーション材料費		円	
	<input type="checkbox"/> 理美容代		<input type="checkbox"/> 預り金管理費		円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 共益費	7000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 水道光熱費		24057 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()					
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	1ユニット9名様と小人数である為、利用者様と関わりあえる時間が多く設けることが出来ます。利用者様一人一人に合わせたサービス、その方らしく日々を生活できることを大切にケアを提供致します。					