

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 島田 愛美

事業所名	特別養護老人ホーム 美晴らしの里		介護予防サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
管理者名	岡村 徳久		開所年月日	平成27年5月1日			
運営法人名	社会福祉法人 正心会		入所定員	100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 checked="" 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	〒270-0145 千葉県流山市名都借1126番地						
連絡先	TEL	04-7141-8822		FAX	04-7141-8833		
	メールアドレス			HPアドレス			
資質向上のための会議	令和2年4月1日～令和3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2年4月1日～令和3年3月31日までに		12回実施		延べ参加人員 40人		
資質向上のための事業計画	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (計画の公表: <input 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		
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	
	人	人	40人	35人	19人	94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	2人	その他
	薬剤師	人	作業療法士	1人	理学療法士	人	() 人
	生活相談員	1人	管理栄養士	1人	栄養士	人	() 人
	看護職員	10人 (看護師等[助産師・保健師含む])		7人、准看護師		3人)	
	看護職員の勤務体制	<input type="checkbox"/> 24時間常駐					
介護職員	38人 (介護福祉士		16人、ヘルパー1・2級		16人、その他 6人)※派遣除く		
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
	100室	室	室	室	室	室	100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 checked="" type="checkbox"/> 胃ろう、経管栄養の管理		
	<input checked="" type="checkbox"/> ストーマの管理		<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 対応		<input type="checkbox"/> 非対応		<input type="checkbox"/> 応相談		
1日当たり居室利用料(税込)	個室	3,000円	2人室	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 7:30～9:00		昼食 11:30～13:00		夕食 17:30～19:00	
	選択食等の実施状況	選択食	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 1回) <input type="checkbox"/> 無		行事食	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 1回) <input type="checkbox"/> 無	
		バイキング	<input type="checkbox"/> 有(月 回) <input checked="" type="checkbox"/> 無		嗜好調査	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 1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 type="checkbox"/> シャワー浴	
	個浴	34人	2回	<input type="checkbox"/> 翌日入浴		<input type="checkbox"/> その他()	
	機械浴	60人	2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 島田 愛美

シ ー ツ 交 換	<input checked="" type="checkbox"/> 定期交換	夏場月	回	それ以外の月	回	週に1回交換
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	ひかりクリニック城東				
	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 コロナ期間なし					
外 部 と の 通 信	面会時間	9時00分～17時30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 type="checkbox"/> 食材料費 300円 <input type="checkbox"/> レクリエーション材料費 実費 <input type="checkbox"/> 理美容代 2,000～2,200円 <input type="checkbox"/> 預り金管理費 円 <input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> 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(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						