

介護保険サービス事業者(訪問通所サービス)情報提供票

記入者氏名

戸田 紀子

事業所名	秋桜ヴィレッジ初石デイサービスセンター		介護予防サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
管理者名	戸田 紀子		開所年月日	平成 27年 9月 1日					
運営法人名	(株)マザーライク		利用定員	37人(日当り利用可能人数)					
サービス種別	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修								
所在地	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	n.toda@mother-like.co.jp		HPアドレス					
サービス提供地域	流山市・松戸市・柏市								
サービス提供日	営業日:月・火・水・金・土曜日				休業日:木・日曜日				
サービス提供時間	9:30~16:45(その他のご利用時間は応相談)								
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 延べ参加人員		120人		
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 type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無								
各種マニュアルの作成	<input type="checkbox"/> 業務マニュアル <input type="checkbox"/> 事故防止・対策マニュアル <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感染予防・対応マニュアル <input 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"/> 事業の目的及び運営の方針 <input checked="" type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input checked="" type="checkbox"/> 従業員の職種、員数及び職務の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 通常の実施地域 <input checked="" type="checkbox"/> サービスの内容 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応方法 <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"/> その他の費用の額								
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 戸田 紀子] <input type="checkbox"/> 無								
利用者数(登録者)	事業対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
		3	3人	23人	23人	10人	8人	1人	71人
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	人		理学療法士	1人		作業療法士	人	
	生活相談員	1人		看護職員	2人		() 人		
	介護職員	8人(介護福祉士 2人、ヘルパー1・2級 3人)		() 人			() 人		
	住環境コーディネーター	人		福祉用具専門相談員	人		() 人		
対応可能な医療処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう、経管栄養の管理 <input type="checkbox"/> 糖尿病の管理(インスリン注射含む) (上記2項目は訪問介護サービスも記入。) <input type="checkbox"/> 感染症の対応 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストーマの管理 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置								
食事の状況 ※通所サービスのみ記入	食事時間	昼食 12:00 ~13:00							
	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 type="checkbox"/> 有(月 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 type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無			
入浴の状況	一般浴	60人		個浴	0人		機械浴	11人 ※通所サービスのみ記入	
事業所ニュース等の発行	事業所作成	回		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		キャンセル料	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
保険給付外利用料 (1回又は1日当たり) ※通所サービスのみ記入	■食材料費 400円		□レクリエーション材料費		円				
	□おむつ代		円		□エリア外送迎		円		
	■おやつ 100円		□		円				
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)								
事業所の特徴	その方のお悩みに応じて機能訓練のプログラムを作成させて頂き、小集団の体操や歩行訓練、ストレッチやマシンを使った運動の提案をさせていただきます。								