

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

村松留愛

事業所名	マザアスホームだんらん流山		介護予防サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
管理者名	玉田 正哉		開所年月日	平成27年3月1日			
運営法人名	株式会社マザアス		入所定員	9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	〒270-0143 流山市向小金2-561-1						
連絡先	TEL	04-7175-5571		FAX	04-7175-5572		
	メールアドレス	Dr.Nagareyama@home.misawa.co.jp		HPアドレス	https://motherth.com		
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 checked="" 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 玉田 正哉]		<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	
	0人	1人	3人	2人	3人	9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	2人 (看護師等〔助産師・保健師含む〕)		2人、准看護師		0人	
	看護職員の勤務体制 <input type="checkbox"/> 24時間常駐						
	介護職員	10人 (介護福祉士 9人、ヘルパー1・2級 1人、その他 0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
	9室	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 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	132,000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 8:00～9:00		昼食 12:00～13:00		夕食 17:00～18:00	
	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 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 checked="" type="checkbox"/> 清拭		<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴	
	個浴	1人	2回	<input checked="" 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

村松留愛

シ ャ ツ 交 換	定期交換	夏場月	4~5回	それ以外の月	4~5回
施設内での季節行事等	<input checked="" type="checkbox"/> 有(年 12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	向小金クリニック			
	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 checked="" 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	12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	10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 checked="" type="checkbox"/> 食材料費	1,600円	<input type="checkbox"/> レクリエーション材料費	0円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 理美容代	実費			
キャンセル料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
料 金 支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 現金払い <input checked="" type="checkbox"/> 口座振込み <input 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	<p>入居要件 ■流山市に住み票がある方 ■要介護認定要支援2以上の方 ■医師による認知症の診断のある方 ■共同生活が可能な方で日常的に医療機関における治療を要しない方</p> <p>『共に感動し、笑顔のたえない大家族の住まい』 ご入居者、ご家族の選択に基づいた支援を心がけています。 ご自宅で暮らしているような家庭的な環境。 定期的な医療従事者による訪問、24時間連絡体制、お看取りまで行います。 地域密着を目指し、ご家族、地域との交流を大切にしています。</p>				

