

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 星野 道子

事業所名	アミカの郷流山		介護予防サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
管理者名	星野 道子		開所年月日	2020年 10月 1日			
運営法人名	ALSOK介護株式会社		入所定員	41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	〒270-0103 千葉県流山市美原1-1222-1						
連絡先	TEL	04-7156-8333		FAX	04-7156-8337		
	メールアドレス	ak_nagareyama@kaigo.alsok.co.jp		HPアドレス	https://kaigo.alsok.co.jp		
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		24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		14回実施		延べ参加人員 250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 <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 星野 道子] <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	
	7人	6人	9人	12人	6人	40人	
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	人	介護支援専門員	1人	機能訓練指導員	0.3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	1人	管理栄養士	委託人	栄養士	委託人	() 人
	看護職員	3人(看護師等[助産師・保健師含む])			3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	14人(介護福祉士 12人、ヘルパー1・2級 2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
	41室	室	室	室	室	室	41室
対応可能な医療処置等	<input checked="" type="checkbox"/> 吸引 <input checked="" 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 checked="" 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	2,133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 7:45 ~ 8:45		昼食 11:45 ~ 12:45		夕食 17:45 ~ 18:45	
	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
	パイキング	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無		嗜好調査		<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	32人	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭		<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴	
	個浴	人	回	<input checked="" type="checkbox"/> 翌日入浴		<input type="checkbox"/> その他()	
	機械浴	9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

星野 道子

シ ー 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 東葛病院 笑顔のおうちクリニックかがやきクリニック 悠翔会在宅クリニック流山
	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 毎月1回 法人作成 不定期 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 ~ 18 時 00 分
	公衆電話機の設置 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 48,600 円 <input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション材料費 円 <input checked="" type="checkbox"/> 理美容代 1,900 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(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	