

# 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

事業所名	ショートステイ月の船		介護予防サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
管理者名	福島 美枝子		開所年月日	平成25年 2月 1日			
運営法人名	社会福祉法人あかぎ万葉		入所定員	10人			
サービス種別	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護						
所在地	〒						
連絡先	TEL		FAX				
	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		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		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 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 checked="" type="checkbox"/> サービスの内容 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応方法						
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 松永 奈緒美] <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	人	人	人	人	
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	1人	介護支援専門員	2人	機能訓練指導員	1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	人	管理栄養士	1人	栄養士	人	( ) 人
	看護職員	8人 (看護師等〔助産師・保健師含む〕)		7人、准看護師		1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
	10室	室	室	室	室	室	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 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	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 17:30 ~ 18:30			
	選択食等の実施状況	選択食	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無	行事食	<input checked="" type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無		
		バイキング	<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	人	回	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭	<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴		
	個浴	人	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 翌日入浴	<input type="checkbox"/> その他( )		
	機械浴	人	2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

シ ャ ツ 交 換	定期交換	夏場月	4 回	それ以外の月	回	
施設内での季節行事等	<input checked="" type="checkbox"/> 有(年 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				
	診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 内 科 <input checked="" type="checkbox"/> 外 科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" type="checkbox"/> 脳神経外科 <input checked="" type="checkbox"/> 消化器科 <input checked="" type="checkbox"/> 循環器科 <input checked="" type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" 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	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					
外 部 と の 通 信	面会時間	8時 30分 ~ 19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	1日	1,500円	<input type="checkbox"/> レクリエーション材料費	円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 理美容代	カット	1,420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 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	施設周辺は静かで緑が多く、入居者の散歩に適している。また小学校や保育園が近くにあり運動会等には参加させてもらっている。個別機能訓練にて、機能訓練やレクリエーションにも力を入れており、残存機能や筋力の維持を図っている。					