

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 今村 由佳子

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|---|--|-----|-----|--|
| 事業所名 | ヘルパーステーションあざみ苑 | | 介護予防サービス | 有 無 | | | | | | | |
| 管理者名 | 川口 栄子 | | 開所年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 運営法人名 | 社会福祉法人流山あけぼの会 | | 利用定員 | 70 人(日当り利用可能人数) | | | | | | | |
| サービス種別 | <input checked="" 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 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 | 千葉県流山市野々下488番地5 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL | 04-7141-2131 | | FAX | 04-7141-2280 | | | | | | |
| | メールアドレス | | | HPアドレス | | | | | | | |
| サービス提供地域 | 流山市、柏市、松戸市 | | | | | | | | | | |
| サービス提供日 | 年中無休 | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | 月曜日 ~ 日曜日 7:00 ~ 20:00 曜日 ~ 曜日 : ~ | | | | | | | | | | |
| 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 108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) <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 <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"/> 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 <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 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 猪越 京子] <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |
| 利用者数(登録者) | 事業対象者 | 要: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 | | |
| | 1 人 | 8人 | 5人 | 26人 | 8人 | 3人 | 4人 | 1人 | 55人 | | |
| 職員の配置状況 (常勤換算) | 医師 | 人 | | 理学療法士 | 人 | | 作業療法士 | 人 | | その他 | |
| | 生活相談員 | 人 | | 看護職員 | 人 | | () 人 | | | | |
| | 介護職員 | 7人(介護福祉士 | | 3人、ヘルパー1・2級 | | 4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 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 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 ~ | | | | | | | | | |
| | 選択食等の実施状況 | 選択食 | <input type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無 | | 行事食 | <input type="checkbox"/> 有(月 回) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | パイキング | <input type="checkbox"/> 有(月 回) <input 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 | 人 | | 個浴 | 人 | | 機械浴 | 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | |
| ボランティアの受入 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | キャンセル料 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 | | 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 | | | | |
| | □ | | 円 | | □ | | 円 | | | | |
| 料金支払方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 現金払い <input checked="" type="checkbox"/> 口座振込み <input checked="" type="checkbox"/> その他(口座引落し) | | | | | | | | | | |
| 事業所の特徴 | 急なご依頼にも迅速に対応できるよう心がけております | | | | | | | | | | |