

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 島田 清美

事業所名	グループホーム クララ清流			介護予防サービス	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
管理者名	島田 清美			開所年月日	平成18年 6月 1日		
運営法人名	株式会社 MOUNT FLOW			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	〒270-0136 流山市古間木313-21						
連絡先	TEL	04-7150-8271		FAX	04-7150-8273		
	メールアドレス			HPアドレス			
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 4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 随時実施 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 <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 島田清美] <input type="checkbox"/>						
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	4人	2人	2人	1人	9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	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	人	栄養士	人	() 人
	看護職員 人 (看護師等〔助産師・保健師含む〕 人、准看護師 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
	9室	室	室	室	室	室	9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	70000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 7:30～		昼食 12:00～		夕食 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	9人	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭		<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴	
	個浴	人	回	<input 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 島田 清美

シ ー ツ 交 換	定期交換 夏場月 10回 それ以外の月 8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	すずき内科クリニック 愛友会記念病院 亀の井歯科				
	診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 内 科 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科				
事業所ニュース等の発行	事業所作成	1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					
外 部 と の 通 信	面会時間	10時 00分 ~ 18時 00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 type="checkbox"/> 食材料費 円 <input type="checkbox"/> レクリエーション材料費 円					
	<input checked="" type="checkbox"/> 理美容代 2000 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 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	クララ清流は ①寝たきりにさせない ②メリハリをつけた生活リズムの継続 ③持っている機能を活かしてできることはご自分で を合言葉にスタッフ一同取り組んでいます。					

