

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	T E L	04-7150-8271		F A X	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 <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 島田清美] □							
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	機能訓練指導員	人	その他 () 人 () 人	
	薬剤師	人	作業療法:	人	理学療法士	人		
	生活相談員	人	管理栄養:	人	栄養士	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							
	介護職員	14人	(介護福祉士 4人、ヘルパー1・2級 7人、その他 3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	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	7000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	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			
	実施状況	バイキング	<input type="checkbox"/> 有(月 回) <input checked="" type="checkbox"/> 無	嗜好調査	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科			
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				
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。				

