

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 樋口 哲也

事業所名	ショートステイ季の花		介護予防サービス	(有) 無			
管理者名	福島美枝子		開所年月日	平成 27 年 5 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	〒270-0128 流山市おおたかの森西4-17-1						
連絡先	TEL	04-7197-7758		FAX	04-7197-7759		
	メールアドレス	kino87@akagimanyo.com		HPアドレス	http://www.akagimanyo.com		
資質向上のための会議	令和4年4月1日～令和5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4年4月1日～令和5年3月31日までに		12 回実施		延べ参加人員 120 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 checked="" 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 樋口哲也] <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	2人	6人	2人	10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	1人	その他
	薬剤師	1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	1人	栄養士	人	() 人
	看護職員	5人(看護師等[助産師・保健師含む] 4人、准看護師 1人)					
	看護職員の勤務体制	<input type="checkbox"/> 24時間常駐					
介護職員	24人	(介護福祉士 14人、ヘルパー1・2級 4人、その他 6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
	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 1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 type="checkbox"/> 有(月 回) <input checked="" 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	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭		<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴	
	個浴	3人	2回	<input checked="" type="checkbox"/> 翌日入浴		<input type="checkbox"/> その他()	
	機械浴	7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 ー ツ 交 換	定期交換	夏場月	4 回	それ以外の月	4 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 checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" 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	1回/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	9 時 00 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 <input checked="" type="checkbox"/> 理美容代 <input type="checkbox"/>	1,500 円 実費 円 円	<input checked="" type="checkbox"/> レクリエーション材料費 <input type="checkbox"/> 預り金管理費 <input type="checkbox"/>	実費 円 円 円		
キャンセル料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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(<input type="checkbox"/> 口座振替)					
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	<p>利用者の居宅における生活への復帰を念頭におき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したも なるよう配慮しながら、ユニットにおいて、入浴・排泄・食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話・機能 栄養管理・健康管理及び療養上の世話を行うことにより、利用者が相互に社会的関係を築きながら、その有する に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指しながら支援を行います。</p>					