

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	秋桜ヴィレッジ初石				介護予防サービス	有 無	
管理者名	清水小百合				開所年月日	年 月 日	
運営法人名	(株)マザーライク				入所定員	47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 type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input checked="" 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	〒270-0114 流山市東初石3-139-1						
連絡先	TEL	04-7156-7705			FAX	04-7156-7706	
	メールアドレス	s.shimizu@mother-like.co.jp			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				12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				12回実施	延べ参加人員	30人
資質向上のための事業計画	■有 (計画の公表: ■有 <input type="checkbox"/> 無)						
各種マニュアルの作成	■業務マニュアル		■事故防止・対策マニュアル		□その他		
重要事項説明書の記載事項	■施設(事業)の目的及び運営の方針		■サービスに係る利用料		■相談・苦情の申立て		
	■従業員の職種、員数及び職務の内訳		■その他の費用の額		□		
	■サービスの内容		■緊急時の対応方法		□		
契約書の締結	■有 <input type="checkbox"/> 無			損害賠償保険の加入		■有 <input type="checkbox"/> 無	
苦情相談担当者の設置	■有 [担当者氏名 _____] <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	
	18人	11人	4人	5人	1人	39人	
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	人	介護支援専門員	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	23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						
介護職員	13人	(介護福祉士 10人、ヘルパー1・2級 3人、その他		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
	43室	2室	室	室	室	室	45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 type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 非対応 ■応相談						
1日当たり居室利用料(税込)	個室	68000円	2人室	118000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 8:00～10:00		昼食 12:00～14:00		夕食 18:00～20:00	
	選択食等の実施状況	選択食	<input type="checkbox"/> 有(月 回) ■無		行事食		■有(月 回) □無
入浴の状況	実施状況	パイキング	■有(月 回) □無		嗜好調査		■有(月 回) □無
	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	■清拭		■シャワー浴	
	個浴	32人	2回	■翌日入浴		□その他()	
機械浴	人	回	■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	回		
施設内での季節行事等	■有(年 1~2回実施)					
連携医療機関の状況	連携形態	□院 内 □併 設 ■協 力				
	医療機関名	笑顔のおうちクリニック様				
	診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 内 科 <input 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 type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 科				
事業所ニュース等の発行	事業所作成	法人作成	回	利用者向けパンフレット	■有 □無	
ボランティアの受入	□有 ■無					
外 部 と の 通 信	面会時間	8時	00分	~	20時	00分
	公衆電話機の設置	□有 ■無				
	家族以外の面談可否	■可 □不可				
保険給付外利用料 (1回又は1日当たり)	■食材料費	円	□レクリエーション材料費	円		
	■理美容代	円	□預り金管理費	円		
	□	円□		円		
キャンセル料	□有 ■無					
料 金 支 払 方 法	□現金払い □口座振込み ■その他(引き落とし)					
院内の医療保険適用病床数	□一般病床(床 □療養病床(床) ※介護療養医療施設のみ記入					
施 設 の 特 徴						

