

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

嶋村浩子

事業所名	協栄江戸川台年金ホーム ヴィラ・ナチュラ		介護予防サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
管理者名	代表取締役(所長兼務)吉田 安志		開所年月日	昭和40年9月20日		
運営法人名	株式会社 協栄年金ホーム		入所定員	202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 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 checked="" type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護					
所在地	〒270-0101 千葉県流山市東深井948番地					
連絡先	TEL	04-7152-3201		FAX	04-7152-3206	
	メールアドレス	office@nenkin-h.co.jp		HPアドレス	http://www.nenkin-h.co.jp	
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		22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		22回実施		延べ参加人員 642人	
資質向上のための事業計画	■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 <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 <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 澤崎哲哉] <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
	10人	4人	4人	1人	4人	23人
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	人	介護支援専門員	2人	機能訓練指導員	人
	薬剤師	人	作業療法士	1.1人	理学療法士	人 ()
	生活相談員	4人	管理栄養士	1人	栄養士	人 ()
	看護職員	6.17 (看護師等[助産師・保健師含む] 5人、准看護師 1.35人)				
	看護職員の勤務体制	■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
	200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 checked="" 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(毎食) <input type="checkbox"/> 無		行事食	<input checked="" type="checkbox"/> 有(正月・敬老の日) <input type="checkbox"/> 無
		バイキング	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		嗜好調査	<input checked="" type="checkbox"/> 有(年1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	回	<input checked="" type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴		
	介助浴	16人	2~3回	<input type="checkbox"/> 翌日入浴 <input type="checkbox"/> その他()		
	機械浴	12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

嶋村浩子

シ ャ ツ 交 換	定期交換 週 1 回					
施設内での季節行事等	■有(年5~6回実施) □無					
連携医療機関の状況	連携形態	□院 内 □併 設 ■協 力				
	医療機関名	悠翔会在宅クリニック流山・流山中央病院・千葉愛友会記念病院・おおたかの森病院・横山歯科医院				
	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 type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 歯科				
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	9時 00分 ~ 17時 30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	実費負担		□預り金管理費		円
	■オムツ代	実費負担		□		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(口座振替)					
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	<p>広大な土地に、季節感を味わえる庭園や菜園など、ゆったりと暮らすことができる緑豊かな環境があります。また、スタッフによる心をこめたおもてなしと、豊富なアクティビティで入居様が心安らぐ暮らしをお送りいただける場所をご用意しております。</p>					