

介護保険サービス事業者(訪問通所サービス)情報提供票

記入者氏名

川井 美恵

事業所名	セントケア柏		介護予防サービス	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>						
管理者名	川井 美恵		開所年月日	平成 18 年 10 月 2 日						
運営法人名	セントケア千葉株式会社		利用定員	人(日当り利用可能人数)						
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修									
所在地	千葉県柏市柏4-6-12 渋谷ビル201号室									
連絡先	TEL	04-7162-2943		FAX	04-7162-2941					
	メールアドレス	kashiwa_sc12@saint-care.com		HPアドレス	https://www.saint-care.com/					
サービス提供地域	柏市・流山市・我孫子市・野田市・松戸市									
サービス提供日	月～土(年末年始を除く)									
サービス提供時間	月曜日～土曜日 8:30～18:00									
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		15回実施		延べ参加人員		9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)		<input type="checkbox"/> 無							
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)		<input type="checkbox"/> 無							
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)		<input type="checkbox"/> 無							
重要事項説明書の記載事項	<input checked="" type="checkbox"/> 事業の目的及び運営の方針 <input checked="" type="checkbox"/> 従業員の職種、員数及び職務の内容 <input checked="" type="checkbox"/> サービスの内容 <input checked="" type="checkbox"/> サービスに係る利用料 <input type="checkbox"/> その他の費用の額				<input checked="" type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通常の実施地域 <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応方法 <input checked="" type="checkbox"/> 相談・苦情の申立て <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 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 川井 美恵] <input type="checkbox"/> 無									
利用者数(登録者)	事業対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
	人	人	人	14人	9人	7人	4人	2人	36人	
職員の配置状況 (常勤換算)	医師	人		理学療法士	人		作業療法士	人		その他
	生活相談員	人		看護職員	人		() 人			
	介護職員	9人(介護福祉士 7人、ヘルパー1・2級 2人)		() 人			() 人			
	住環境コーディネーター	人		福祉用具専門相談員	人		() 人			
対応可能な医療処置等	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう、経管栄養の管理 (上記2項目は訪問介護サービスも記入。)					<input type="checkbox"/> 糖尿病の管理(インスリン注射含む) <input type="checkbox"/> 感染症の対応 <input type="checkbox"/> 在宅酸素				
食事の状況 ※通所サービスのみ記入	食事時間	昼食		～						
	選択食等の実施状況	選択食	<input type="checkbox"/> 有(月 回)		<input type="checkbox"/> 行事食	<input type="checkbox"/> 有(月 回)		<input type="checkbox"/> 無		
		バイキング	<input type="checkbox"/> 有(月 回)		<input type="checkbox"/> 嗜好調査	<input type="checkbox"/> 有(月 回)		<input type="checkbox"/> 無		
入浴の状況	一般浴	人		個別浴	人		機械浴	人		※通所サービスのみ記入
事業所ニュース等の発行	事業所作成	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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		キャンセル料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
保険給付外利用料 (1回又は1日当たり) ※通所サービスのみ記入	食材料費		円		レクリエーション材料費		円			
	おむつ代		円		エリア外送迎		円			
			円				円			
料金支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現金払い <input checked="" type="checkbox"/> 口座振込み <input checked="" type="checkbox"/> その他(郵便局にて窓口振り込み)									
事業所の特徴										