基本情報調査票：訪問看護（予防を含む）

財団事業所			
事業所番号：	1234567890	**グループ名称**：	訪問看護サービス
計画年度：	2023年度	**サービス名称**：	訪問看護

基本情報

計画年度	**2023年度**	記入年月日 ※1	2023 年 10 月 01 日
記入者名	財団 花子	所属・職名	公表担当

※1
記入年月日は調査票を記入した日、または、記入開始日から調査票を提出するまでの期間内で基準とする日付を記載してください。
記入の時点は調査票を記入した日現在です。

●１．事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
法人等の名称	法人等の種類 ※2	○ 社会福祉法人（社協以外） ○ 社会福祉法人（社協） ○ 医療法人 ● 社団・財団 ○ 営利法人（株式会社等） ○ NPO法人 ○ 農協 ○ 生協 ○ その他法人 ○ 地方公共団体（都道府県） ○ 地方公共団体（市町村） ○ 地方公共団体（広域連合・一部事務組合等） ○ その他	
	（その他の場合、その名称）		
	名称	（ふりがな） ざいだんほうじんふくししんこうざいだん	
		財団法人福祉振興財団	
	法人番号の有無	○ 法人番号の指定を受けていない ● 法人番号の指定を受けている	
	法人番号	1234567890123	
法人等の主たる事務所の所在地	〒 163-0718		
	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号		
法人等の連絡先	電話番号	03-3344-8630	
	FAX番号	03-3344-8594	
	ホームページ	○ なし ● あり	
	（ホームページアドレス）	http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/	
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	財団太郎	
	職名	理事長	
法人等の設立年月日 ※3		2001/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	

※2
法人等の種類は該当の○を選択してください。

例）
・医療法人
→社団医療法人
財団医療法人

・営利法人
→株式会社
有限会社
合資会社　等

区市町村より委託を受けている場合は、事業所を運営する法人欄は、区市町村名を記入してください。

※3　法人等の設立年月日については、登記事項に合わせて記入してください。

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

介護サービスの種類		か所数	事業所等の名称 （主な事業所 1箇所分を記載）	所　在　地 （主な事業所 1箇所分を記載）
＜居宅サービス＞	※４	※５	※５	※５
訪問介護	● なし　○ あり			
訪問入浴介護	● なし　○ あり			
訪問看護	○ なし　● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
訪問リハビリテーション	● なし　○ あり			
居宅療養管理指導	● なし　○ あり			
通所介護	○ なし　● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
通所リハビリテーション	● なし　○ あり			
短期入所生活介護	● なし　○ あり			
短期入所療養介護	● なし　○ あり			
特定施設入居者生活介護	● なし　○ あり			
福祉用具貸与	● なし　○ あり			
特定福祉用具販売	● なし　○ あり			
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	● なし　○ あり			
夜間対応型訪問介護	● なし　○ あり			
地域密着型通所介護	● なし　○ あり			
認知症対応型通所介護	● なし　○ あり			
小規模多機能型居宅介護	● なし　○ あり			
認知症対応型共同生活介護	● なし　○ あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	● なし　○ あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	● なし　○ あり			
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	● なし　○ あり			
居宅介護支援	● なし　○ あり			

※4
当該法人等が東京都内で介護サービスを実施している場合は介護サービスの種類毎に「あり」を選択してください。（当該報告に係る介護サービスを含む）

実施していない場合は介護サービスの種類毎に「なし」を選択してください。

※5
※４で「あり」を選択した場合は、その事業所の
・か所数
・名　称
・所在地
を記入してください。

同一サービスで複数の事業所を有する場合はそのうちの主な当該事業所の名称及びその所在地を１カ所記載してください。

＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	● なし ○ あり			
介護予防訪問看護	○ なし ● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
介護予防訪問リハビリテーション	● なし ○ あり			
介護予防居宅療養管理指導	● なし ○ あり			
介護予防通所リハビリテーション	● なし ○ あり			
介護予防短期入所生活介護	● なし ○ あり			
介護予防短期入所療養介護	● なし ○ あり			
介護予防特定施設入居者生活介護	● なし ○ あり			
介護予防福祉用具貸与	● なし ○ あり			
特定介護予防福祉用具販売	● なし ○ あり			
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	● なし ○ あり			
介護予防小規模多機能型居宅介護	● なし ○ あり			
介護予防認知症対応型共同生活介護	● なし ○ あり			
介護予防支援	● なし ○ あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	● なし ○ あり			
介護老人保健施設	● なし ○ あり			
介護医療院	● なし ○ あり			
介護療養型医療施設	● なし ○ あり			

２．介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項 i

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業所の名称	（ふりがな）	ざいだんじぎょうしょ	
	財団事業所		
事業所の所在地	〒 163-0718	市区町村コード 新宿区 V	
	（都道府県から番地まで）	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号※６	
		[地図上の表示位置の確認・修正]	
		※住所を変更した場合は、「地図上の表示位置の確認・修正」ボタンを押して表示位置を修正してください。	
	（建物名・部屋番号等）	※６	
事業所の連絡先	電話番号	03-3344-8630	
	FAX番号	03-3344-8594	
	ホームページ ※７	○ なし ● あり	
	（ホームページアドレス）	http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/	
介護保険事業所番号	1234567890		
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	財団　太郎	
	職名	所長	
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日）			
事業の開始（予定）年月日		2001/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	
指定の年月日	介護サービス	2001/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	
	介護予防サービス	2001/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	
指定の更新年月日（直近）（未来の日付は入らない）※８	介護サービス	2019/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	
	介護予防サービス	2019/04/01 ※半角で記入してください（例：2013/04/01）	
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。			
介護保険法第71条に規定する訪問看護のみなし指定		● なし ○ あり	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関（生活保護の介護扶助を行う機関）の指定 ※９		● なし ○ あり	
事業所までの主な利用交通手段 ※１０			
JR新宿駅より徒歩10分 ※１０：最寄りの公共機関駅名等の名称、最寄駅等から事業所までの主な交通手段、所要時間について分かりやすく記入してください。 （記入例）　○○線○○駅より○○Km　（徒歩○○分）			
ケアプランデータ連携システム（国保中央会）の利用登録の有無		○ なし ○ あり	

※６
「東京都」から記入してください。
なお、番地の後にビル名等がある場合は（建物名・部屋番号等）欄に記入してください。

※７
「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「http://」から記入してください。なお、Ｅ－ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽと間違えないよう気をつけてください。

※８
更新予定日ではなく、直近に更新した年月日を記入してください。
まだ、更新を受けたことのない事業所や新規事業所は、「指定の年月日」を記入してください。

※９
生活保護法第５４条の２に規定する介護機関の指定の有無について
本人又は設置者の同意を得て、生活保護法による介護扶助のための居宅介護若しくは居宅介護支援計画の作成、福祉用具の給付、 施設介護、介護予防若しくは介護予防支援計画の作成又は介護予防福祉用具の給付を担当させる機関としての指定の有無。

３．事業所において介護サービス（予防を含む）に従事する従業者に関する事項 i

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等

病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーション）　● なし ○ あり

その従業者の数及びその勤務形態　※１１　※１２

職種別 実人数	常勤 専従	常勤 兼務	非常勤 専従	非常勤 兼務	合計	常勤換算人数
保健師	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
看護師	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
助産師	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
理学療法士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
作業療法士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
事務員	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
その他の従業者	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数　※１３　0 時間

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

管理者の他の職務との兼務の有無　● なし ○ あり

管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等　● なし ○ あり

（資格等の名称）

保健師、看護師及び准看護師1人当たりの1か月のサービス提供時間数　※１４　0 時間

※１１
常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び兼務に該当する人数を記入して下さい。
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入してください

※１３
常勤職員について就業規則等で定められた１週間あたりの労働時間を記入してください。

※１２

≪常勤換算の計算式≫　については次ページをご参照ください。

※１４

≪保健師、看護師及び准看護師１人当たりの1か月のサービス提供時間数≫

※本項目は調査票の入力内容をもとに自動計算されます。

「４ 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの利用者への提供実績」の「訪問看護の１か月の提供時間」と「介護予防訪問看護の１か月の提供時間」の合計の時間数を、「病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（指定訪問看護ステーション）の従業者の数及びその勤務形態」の保健師、看護師及び准看護師に係る常勤換算人数の合計で除した時間数を記載してください。なお、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載してください。

病院又は診療所である指定訪問看護事業所	○ なし ● あり

病院・診療所全体の従業者の数及びその勤務形態 ※１２

職種別 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
保健師	2 人	0 人	0 人	0 人	2 人	2 人
看護師	10 人	5 人	3 人	1 人	19 人	16.8 人
准看護師	5 人	2 人	0 人	1 人	8 人	7 人
事務員	3 人	0 人	0 人	0 人	3 人	3 人
その他の従業者	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

うち指定訪問看護の従業者の数及びその勤務形態 ※１２

職種別 実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
保健師	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
看護師	3 人	1 人	2 人	0 人	6 人	5.5 人
准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
事務員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
その他の従業者	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※１３	40 時間

※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

管理者の他の職務との兼務の有無	○ なし ● あり
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等	○ なし ● あり
(資格等の名称)	保健師
保健師、看護師及び准看護師1人当たりの1か月のサービス提供時間数 ※１４	123 時間

※１３
常勤職員について就業規則等で定められた１週間あたりの労働時間を記入してください。

※１２

≪常勤換算の計算式≫

・常勤換算人数：従業者の勤務のべ時間数÷常勤の従業者が勤務すべき時間数

（例１）１週間の勤務延べ時間で計算する場合　　看護師

（　１２０時間　＋　３０時間　＋　７０時間　）÷　４０時間　＝　５．５人

＜常勤＞　＜常勤＞　＜非常勤＞　＜事業所が定めている　＜常勤換算人数＞

専従3名　兼務1名の合計　専従2名の合計　１週間の勤務時間＞

（例２）１ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合　　看護師

（　480時間　＋　120時間　＋　280時間　）÷　160時間　＝　５．５人

＜常勤＞　＜常勤＞　＜非常勤＞　＜事業所が定めている　＜常勤換算人数＞

専従3名　兼務1名の合計　専従2名の合計　１週間の勤務時間×４＞

※１４

≪保健師、看護師及び准看護師１人当たりの1か月のサービス提供時間数≫

※本項目は調査票の入力内容をもとに自動計算されます。

「4 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの利用者への提供実績」の「訪問看護の１か月の提供時間」及び「介護予防訪問看護の１か月の提供時間」のうち、保健師、看護師及び准看護師による提供時間の合計を、「病院又は診療所である指定訪問看護事業所の従業者の人数及びその勤務形態」の保健師、看護師及び准看護師に係る常勤換算人数の合計で除した時間数を記載してください。 なお、「訪問看護の１か月の提供時間」及び「介護予防訪問看護の１か月の提供時間」が全て理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による提供である場合は、当該項目については０と記載してください。なお、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載してください。

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等

区分	保健師・看護師		准看護師	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数 ※１５	0 人	1 人	0 人	0 人
前年度の退職者数 ※１５	0 人	1 人	0 人	0 人
当該職種として業務に従事した経験年数 ※１６	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	0 人	1 人	0 人	0 人
1年～3年未満の者の人数	1 人	1 人	0 人	0 人
3年～5年未満の者の人数	1 人	0 人	0 人	0 人
5年～10年未満の者の人数	1 人	0 人	0 人	0 人
10年以上の者の人数	2 人	0 人	0 人	0 人

※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。

※１５
採用者数・退職者数には、同一法人内での人事異動は含めないでください。

従業者の健康診断の実施状況	○ なし ● あり

従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況

事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況	
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○○○

認知症に関する取組の実施状況 ※１７

認知症介護指導者養成研修修了者の人数	0 人	
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	0 人	
認知症介護実践者研修修了者の人数	0 人	
それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く)	0 人	

※１６
業務に従事した経験年数は、現在業務に従事している従業者の経験年数を記入してください。
経験年数の数え方は、現在の事業所の経験だけでなく、他の事業所で同じ職種で業務に従事した経験があれば経験年数に加えてください。（当該職種に従事した年数について記入します。）
全くの新規採用者で業務に従事してまだ数日という場合であっても、「１年未満の者の人数」に記入してください。

※１７
「認知症に関する取組の実施状況」

a. ・「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載してください。
b. 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載してください。
c. 「認知症介護実践者研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載してください。
d. ・「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」
事業所の従業者で、a～c以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載してください。

４．介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項 i

事業所の運営に関する方針											
○○○○○○○○○○○○○○○○											
介護サービスを提供している日時											
事業所の営業時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	日曜		時		分	～		時		分	
	祝日		時		分	～		時		分	
定休日	日曜・祝日										
留意事項 ※１８	特になし										
営業時間外の対応状況											
24時間の電話相談の対応状況	○ なし ● あり										
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況	○ なし ● あり										
訪問看護を利用できる時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分	
	日曜		時		分	～		時		分	
	祝日		時		分	～		時		分	
留意事項 ※１８	特になし										
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域											
東京都新宿区											

※１８
「随時対応」
「24時間対応」
「水曜定休」等
上段の曜日単位での記入ができない場合には、留意事項の欄にその内容を記入してください。

介護サービスの内容等

介護報酬の加算状況（記入日前月から直近1年間の状況） ※１９

緊急時訪問看護の実施	○ なし ● あり
特別管理加算（Ⅰ）	○ なし ● あり
特別管理加算（Ⅱ）	○ なし ● あり
ターミナルケア加算（予防を除く）	○ なし ● あり
退院時共同指導加算	● なし ○ あり
看護・介護職員連携強化加算（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制強化加算（Ⅰ）（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制強化加算（Ⅱ）（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制強化加算（予防のみ）	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携（予防を除く）	● なし ○ あり

特別な医療処置等の実施状況（記入日前月から直近1年間の状況）

経管栄養法（胃ろうを含む）	○ なし ● あり
在宅中心静脈栄養法（IVH）	○ なし ● あり
点滴・静脈注射	○ なし ● あり
膀胱留置カテーテル	○ なし ● あり
腎ろう・膀胱ろう	○ なし ● あり
在宅酸素療法（HOT）	○ なし ● あり
人工呼吸療法（レスピレーター、ベンチレーター）	○ なし ● あり
在宅自己腹膜灌流（CAPD）	● なし ○ あり
人工肛門（ストマ）	○ なし ● あり
人工膀胱	○ なし ● あり
気管カニューレ	○ なし ● あり
吸引	○ なし ● あり
麻薬を用いた疼痛管理	● なし ○ あり
その他	● なし ○ あり

※１９
介護報酬の加算
記入年月日を含む月の前月から１年間において該当する加算を受けた場合には「あり」を選択してください。

介護サービスの利用者への提供実績（記入日前月の状況）

訪問看護の1か月の提供時間	750	時間
介護予防訪問看護の1か月の提供時間	50	時間

	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
利用者の人数 ※２０	1 人	1 人	16 人	8 人	1 人	15 人	10 人	52 人
（前年同月の提供実績）	1 人	1 人	20 人	2 人	1 人	10 人	15 人	50 人

※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。

※２０
利用者の人数の実績について、請求実績をベースとして記入してください。
なお、介護保険制度を利用していない利用者については利用者人数として算定する必要はありま

訪問看護の提供（介護保険適用以外の利用者も含む）実績（記入日前月の状況） ※２１

利用者数	合計	20 人			
性別	男性	10 人	女性	10 人	
年齢別	10歳未満	3 人	50歳代	0 人	
	10歳代	2 人	60歳代	6 人	
	20歳代	0 人	70歳代	4 人	
	30歳代	5 人	80歳代	0 人	
	40歳代	0 人	90歳以上	0 人	

※２１
訪問看護の提供実績
当該訪問看護ステーション、病院等において、訪問看護を提供した全ての者について該当する人数及びその合計の人数を記入してください。
なお、医療保険適用の利用者や自費負担の利用者の数を含めて記入してください。

指示書を受けている医療機関及び医師の数

医療機関の数	40	医師の人数	50 人

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況												
窓口の名称	振興財団事務所											
電話番号	03-3344-8630											
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分		
	土曜	9	時	0	分	～	17	時	0	分		
	日曜		時		分	～		時		分		
	祝日		時		分	～		時		分		
定休日	日曜・祝日											
留意事項	特になし											

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み	
損害賠償保険の加入状況	○ なし ● あり

介護サービスの提供内容に関する特色等	
(その内容)	○○○○○○○○○

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等	
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前月から直近1年間の状況) ※２２	○ なし ● あり
当該結果の開示状況	○ なし ● あり
第三者による評価の実施状況等(記入日前4年間の状況) ※２３	○ なし ● あり
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)	2020/11/03 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
実施した評価機関の名称	○○機関
当該結果の開示状況	○ なし ● あり
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)	http://○○○○○○○
※第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。(事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない。)	

※２２
「利用者アンケート調査・・・」については、記入年月日の前１年間において実施したものについて記載してください。

※２３
「第三者による評価の・・・」については、記入年月日の前４年間において実施した直近の年月日を記載してください。
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

５．介護サービス（予防を含む）を利用するに当たっての利用料等に関する事項 i

介護給付以外のサービスに要する費用	
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○○○○	
利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用（キャンセル料）の徴収状況	○ なし ● あり
（その額、算定方法等）	○○○○○○○○○○○○○○○○