

基本情報：訪問リハビリテーション（予防を含む）

財団事業所	
事業所番号： 1234567890	グループ名称： 訪問リハビリテーションサービス
計画年度： 2017年度	サービス名称： 訪問リハビリテーション

| 基本情報

計画年度	2017年度	記入年月日 ※1	2017年 07 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 i

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	<input type="radio"/> 社会福祉法人(社協以外) <input type="radio"/> 社会福祉法人(社協) <input type="radio"/> 医療法人 <input checked="" type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 営利法人(株式会社等) <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 生協 <input type="radio"/> その他の法人 <input type="radio"/> 地方公共団体(都道府県) <input type="radio"/> 地方公共団体(市町村) <input type="radio"/> 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) <input type="radio"/> その他
	(その他の場合、その名称) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	名称	(ふりがな) ざいだんほうじんふくしんこうざいだん 財団法人福祉振興財団
	法人格の有無	<input type="radio"/> 法人格なし <input checked="" type="radio"/> 法人格あり <input type="radio"/> 法番号あり(非公表)
	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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	2001/4/1 ※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)
03:医療法人
→社団医療法人
財団医療法人

05: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	主な事業所等の名称	所在地
<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			
訪問リハビリテーション	○ 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
居宅療養管理指導	● なし ○ あり			
通所介護	● なし ○ あり			
通所リハビリテーション	○ 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
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			
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	● 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＞				
介護予防訪問介護	● なし ○ あり			
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			
介護予防訪問リハビリテーション	○ 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
介護予防居宅療養管理指導	● なし ○ あり			
介護予防通所介護	● なし ○ あり			
介護予防通所リハビリテーション	○ 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	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
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
	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]
	(建物名・部屋番号等) ※6
	※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。
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	2001/4/1 ※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 2001/4/1 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2010/4/1 ※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 2013/4/1 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2010/4/1 ※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条に規定する訪問リハビリテーションのみなし指定	● 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
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者	● なし ○ あり
事業所に併設している医療サービス	○○○○○○○○
事業所までの主な利用交通手段	JR飯田橋駅より徒歩5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)

※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メールドット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。また、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、診療所又は介護老人保健施設の従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	※11 常勤		※12 非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	2人	0人	0人	1人	3人	2.4人
作業療法士	1人	1人	0人	1人	3人	2.1人
言語聴覚士	0人	1人	0人	0人	1人	0.7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
指定訪問リハビリテーションの従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	2人	0人	0人	1人	3人	2.4人
作業療法士	1人	1人	0人	1人	3人	2.1人
言語聴覚士	0人	1人	0人	0人	1人	0.7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 35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						<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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						<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(資格等の名称) 医師						
理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士1人当たりの1か月のサービス提供回数						※14 14.42回

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び非専従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下さい。

※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下さい。

※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 理学療法士
 (70時間 + 15時間) ÷ 35時間 = 2.4人
 <常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>
 専従2名 非専従1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 理学療法士
 (280時間 + 60時間) ÷ 140時間 = 2.4人
 <常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>
 専従2名 非専従1名の合計 1週間の勤務時間×4>

※14

〈理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士1人当たりの1か月のサービス提供回数〉
 「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「訪問リハビリテーション（予防を含む）の1か月の提供回数」の回数を、「指定訪問リハビリテーション事業所の従業者の人数及びその勤務形態」の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士に係る常勤換算人数の合計で除した回数を記載して下さい。

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	理学療法士		作業療法士		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度の採用者数	※15	1 人	0 人	0 人	0 人
前年度の退職者数	※15	0 人	0 人	0 人	1 人
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	0 人	0 人	1 人
1年～3年未満の者の人数		2 人	0 人	1 人	0 人
3年～5年未満の者の人数		0 人	1 人	1 人	0 人
5年～10年未満の者の人数		0 人	0 人	0 人	0 人
10年以上の者の人数		0 人	0 人	0 人	0 人
区分	言語聴覚士				
	常勤	非常勤			
前年度の採用者数		0 人	0 人		
前年度の退職者数		0 人	0 人		
業務に従事した経験年数		常勤	非常勤		
1年未満の者の人数		0 人	0 人		
1年～3年未満の者の人数		1 人	0 人		
3年～5年未満の者の人数		0 人	0 人		
5年～10年未満の者の人数		0 人	0 人		
10年以上の者の人数		0 人	0 人		
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)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○				

※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。

※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。

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	時	分	～	時	分				
	日曜	時	分	～	時	分				
	祝日	時	分	～	時	分				
定休日	土曜・日曜・祝日									
留意事項	※17 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		
訪問リハビリテーションを利用できる時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜	時	分	～	時	分				
	日曜	時	分	～	時	分				
	祝日	時	分	～	時	分				
留意事項	※17 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										
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))								※18		
短期集中リハビリテーションの実施								○ なし ● あり		
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(予防は除く)								● なし ○ あり		
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(予防は除く)								● なし ○ あり		
社会参加支援加算(予防は除く)								● なし ○ あり		
サービス提供体制強化加算								● なし ○ あり		
介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)										
訪問リハビリテーションの1か月の提供回数					75 回					
利用者の人数	※19	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	
		2 人	2 人	16 人	5 人	4 人	5 人	4 人	38 人	
(前年同月の提供実績)		2 人	2 人	14 人	4 人	5 人	3 人	5 人	35 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。										
訪問リハビリテーション(介護保険適用以外の利用者も含む)の提供実績(記入日前月の状況)										
利用者数		合計 40 人								
性別		男性 15 人				女性 25 人				
年齢別		10歳未満		0 人		50歳代		0 人		
		10歳代		0 人		60歳代		1 人		
		20歳代		0 人		70歳代		21 人		
		30歳代		0 人		80歳代		18 人		
		40歳代		0 人		90歳以上		0 人		
延べサービス提供回数(記入日前月の状況)										
理学療法士の延べサービス提供回数					48 回					
作業療法士の延べサービス提供回数					30 回					
言語聴覚士の延べサービス提供回数					12 回					

※17 「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。

※18 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。

※19 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せん。

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	時 分	～ 時 分
	日曜	時 分	～ 時 分
	祝日	時 分	～ 時 分
定休日	土曜・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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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1年間の状況) ※20	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
当該結果の開示状況	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
第三者による評価の実施状況 ※21	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
実施した直近の年月日	2008/11/3 ※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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり		
(その開示している結果の内容【ホームページアドレス】)	http://○○○○○○○○		

※20

「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。

※21

「第三者による評価の・・・」については、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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
(その額、算定方法等)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○