

基本情報：居宅介護支援

期四事業所	
事業所番号： 1234567890	グループ名称： 居宅介護支援サービス
計画年度： 2017年度	サービス名称： 居宅介護支援

| 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)
	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"/> 法人番号あり(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 (ホームページアドレス)	http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/ <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
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
訪問介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	2	〇〇〇事業所
訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
通所リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
短期入所生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
短期入所療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
居宅介護支援	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	1	財団事業所
			東京都新宿区西新宿2丁目7番1号

※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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	2	〇〇〇事業所	千代田区〇〇町1-1-1
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防居宅療養 管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所 リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所 療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定介護予防福祉 用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防小規模 多機能型居宅介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護老人保健施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護療養型医療施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			

2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

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	2001/4/1 ※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	2013/4/1 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
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	
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○OKm (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に従事する従業者に関する事項

i

実人数	常勤		非常勤		合計	※12 常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
介護支援専門員	2 人	1 人	1 人	0 人	4 人	3.6 人
うち主任介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
事務員	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人	0.7 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。						
介護支援専門員の男女の人数			男性	1 人	女性	3 人
従業者である介護支援専門員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
医師	1 人	0 人	0 人	0 人		
歯科医師	0 人	0 人	0 人	0 人		
薬剤師	0 人	0 人	0 人	0 人		
保健師	0 人	0 人	0 人	0 人		
助産師	0 人	0 人	0 人	0 人		
看護師	0 人	0 人	1 人	0 人		
准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人		
理学療法士	0 人	0 人	0 人	0 人		
作業療法士	0 人	0 人	0 人	0 人		
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人	0 人		
社会福祉士	1 人	0 人	0 人	0 人		
介護福祉士	0 人	1 人	0 人	0 人		
実務者研修	1 人	0 人	0 人	0 人		
介護職員初任者研修	0 人	0 人	0 人	0 人		
視能訓練士	0 人	0 人	0 人	0 人		
義肢装具士	0 人	0 人	0 人	0 人		
歯科衛生士	0 人	0 人	0 人	0 人		
あん摩マッサージ指圧師	0 人	0 人	0 人	0 人		
はり師	0 人	0 人	0 人	0 人		
きゅう師	0 人	0 人	0 人	0 人		
柔道整復師	0 人	0 人	0 人	0 人		
栄養士	0 人	0 人	0 人	0 人		
管理栄養士	0 人	0 人	0 人	0 人		
精神保健福祉士	0 人	0 人	0 人	0 人		
その他	0 人	0 人	0 人	0 人		

※11 ※12
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》

・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 介護支援専門員
 (80時間 + 30時間 + 35時間) ÷ 40時間 = 3.6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2名 非専従1名の合計 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 介護支援専門員
 (320時間 + 120時間 + 140時間) ÷ 160時間 = 3.6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2名 非専従1名の合計 専従1名の合計 1週間の勤務時間×4>

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介護支援専門員以外の資格等		○ なし ● あり	
(資格等の名称)	社会福祉士		
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	介護支援専門員		
	常勤		非常勤
前年度の採用者数	※14	0 人	1 人
前年度の退職者数	※14	0 人	1 人
業務に従事した経験年数	※15	常勤	非常勤
1年未満の者の人数		0 人	1 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		2 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)	○○○○○○○○○○○○○○		

※14 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。

※15 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てください。）
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 ※16	特になし	
営業時間外の対応状況		
緊急時の電話連絡の対応状況	○ なし ● あり	
(その連絡先:電話番号)	03-0000-0000	
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(記入日前月から直近1年間の状況)		
介護報酬の加算状況 ※17		
特定事業所加算(Ⅰ)	○ なし ● あり	
特定事業所加算(Ⅱ)	● なし ○ あり	
特定事業所加算(Ⅲ)	● なし ○ あり	
入院時情報連携加算(Ⅰ)	● なし ○ あり	
入院時情報連携加算(Ⅱ)	● なし ○ あり	
退院・退所加算	● なし ○ あり	
小規模多機能型居宅介護事務所連携加算	● なし ○ あり	
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	● なし ○ あり	
緊急時等居宅カンファレンス加算	● なし ○ あり	
介護支援専門員1人当たりの一月平均給付管理件数(ケアマネ1人当たりの利用者数) ※標準的な給付管理件数:35件 ※18	35	件

※16
「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。

※17
介護報酬の加算・記入年
月日を含む月の前月から
前1年間において該当す
る加算を受けた場合は
「あり」を選択してくだ
さい。

※18

1人当たりの平均給付管理件数

記入日の12か月前から前月までの介護支援専門員1人当たりの平均給付管理数を記入してください。

<算出方法>

- ① 給付管理実績より記入日の12か月前から前月までの利用者人数の実績における1月当たりの平均値を算出。
- ② ①の値を事業所の介護支援専門員の常勤換算人数で除す。

介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況) ※19								
利用者の人数	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
	3人	3人	18人	10人	25人	5人	1人	65人
(前年同月の提供実績)	3人	3人	20人	25人	20人	2人	3人	76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。								
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://○○○○○○							

※19
利用者の人数の実績を、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人数として算定する必要はありません。

※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. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項



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)	○○○○○○○○○○○○○○