基本情報調査票：短期入所生活介護（予防を含む）

財団事業所			
事業所番号：	**1234567890**	**グループ名称：**	**介護老人福祉施設サービス**
計画年度：	**2023年度**	**サービス名称：**	**短期入所生活介護**

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 ○ その他の法人 ○ 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			
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			
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
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			
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
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

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 ∨
	（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		
事業所の形態	● 単独型 ○ 空床利用型 ○ 併設型		
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。			
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	

※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。

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）　〇〇線〇〇駅より〇〇Km　（徒歩〇〇分）	
高齢者の方と障害者の方が同時一体的に利用できるサービス　※１１	● なし　〇 あり
介護保険サービスの指定状況	● 通常の指定　〇 共生型
障害福祉サービスの指定状況	● なし　〇 通常の指定　〇 共生型
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	〇 なし　〇 あり

※１１
・高齢者の方と障碍者の方が同時一体的に利用できるサービスの有無を選択してください。
・「介護保険サービスの指定状況 」
共生型居宅サービス事業者の特例を活用して訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「共生型」を選択してください。
上記に該当しない事業所にあっては、「通常の指定」を選択してください。
・「障害福祉サービス指定状況」
共生型障害福祉サービス事業者の特例を活用して、居宅介護事業所、重度訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「共生型」を選択してください。
居宅介護事業所、重度訪問介護事業所としての指定を受けた場合、「通常の指定」を選択してください。
「通常の指定」・「共生型」のいずれにも該当しない場合、「なし」を選択してください。

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

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　※１３　※１４

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
医師	0 人	0 人	1 人	0 人	1 人	0.8 人
生活相談員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
看護職員	5 人	0 人	1 人	0 人	6 人	5.8 人
介護職員	12 人	0 人	3 人	1 人	16 人	15.1 人
管理栄養士	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
栄養士	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
機能訓練指導員	1 人	0 人	1 人	0 人	2 人	1.8 人
介護支援専門員	1 人	1 人	0 人	0 人	2 人	1.7 人
調理員	2 人	0 人	1 人	0 人	3 人	2.8 人
事務員	1 人	2 人	0 人	0 人	3 人	2.5 人
その他の従業者	0 人	0 人	1 人	0 人	1 人	0.8 人
留意事項						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数　※１５	40 時間

※1　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。

※2　以下の職種については、指定基準等(※)において、基準又は標準とされた従業者の員数が定められている。なお、それぞれ定められた場合には、これを置かないとすることができる。
・生活相談員:利用者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
・介護職員及び看護職員:利用者の数が3又は端数を増すごとに1以上
・栄養士:1以上
・機能訓練指導員:1以上
※指定基準等
・「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)」
・「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)」
・「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第35号)」
・「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年9月17日老企第25号)」

※１３
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。

※１５
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。

※１４
≪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　介護職員
（　480時間　＋　105時間　＋　20時間　）÷　40時間　＝　15．1人
＜常勤＞専従12名　＜非常勤＞専従3名の合計　＜非常勤＞兼務1名の合計　＜事業所が定めている１週間の勤務時間＞　＜常勤換算人数＞

（例２）１ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合　介護職員
（　1920時間　＋　420時間　＋　80時間　）÷　160時間　＝　15．1人
＜常勤＞専従12名　＜非常勤＞専従3名の合計　＜非常勤＞兼務1名の合計　＜事業所が定めている１週間の勤務時間×4＞　＜常勤換算人数＞

従業者である介護職員が有している資格					
延べ人数	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
介護福祉士	1 人	0 人	0 人	0	
実務者研修	3 人	0 人	1 人	0 人	
介護職員初任者研修	12 人	0 人	3 人	1 人	
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人	

従業者である機能訓練指導員が有している資格					
延べ人数	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
理学療法士	1 人	0 人	0 人	0 人	
作業療法士	0 人	0 人	1 人	0 人	
言語聴覚士	0 人	0 人	0 人	0 人	
看護師及び准看護師	0 人	0 人	0 人	0 人	
柔道整復師	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	

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)	社会福祉士	
看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数 ※16		0.6 人
夜勤(宿直を除く)を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数	4 人
	平均の人数	5 人

医師の氏名	○○○○	勤務先	○○○○○○○○○○○○
当該医師が担当している診療科の名称	○○○科		

※16
≪看護職員および介護職員１人当たりの利用者数の計算方法≫
「４. 介護サービス（予防を含む）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「利用者の人数」（予防含む）の合計を「実人数」の看護職員及び介護職員に係る常勤換算人数の合計で除した人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。

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	医師		生活相談員		介護職員		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度の採用者数 ※17	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	
前年度の退職者数 ※17	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人	
当該職種として業務に従事した経験年数 ※18	常勤	非常勤	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	0 人	0 人	0 人	
1年～3年未満の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	7 人	1 人	
3年～5年未満の者の人数	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	3 人	
5年～10年未満の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	5 人	0 人	
10年以上の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	

区分	看護職員		管理栄養士		栄養士	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
前年度の退職者数	1 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人
当該職種として業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満の者の人数	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
1年～3年未満の者の人数	1 人	1 人	0 人	0 人	1 人	0 人
3年～5年未満の者の人数	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
5年～10年未満の者の人数	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
10年以上の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

※17
採用・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。

区分	機能訓練指導員		介護支援専門員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	0 人	0 人	0 人	0 人
前年度の退職者数	0 人	0 人	1 人	0 人
当該職種として業務に従事した経験年数	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	0 人
1年～3年未満の者の人数	0 人	1 人	1 人	0 人
3年～5年未満の者の人数	0 人	0 人	1 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	0 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。

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)	○○○○○○○○○○○○○

実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組 ※19

アセッサー(評価者)の人数	1 人			
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
	1 人	0 人	0 人	0 人
外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況	● なし ○ あり			

認知症に関する取組の実施状況 ※20

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	

※18
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。

※19
「実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組」
a. 「アセッサー（評価者）の人数」
事業所の従業者で、アセッサー養成講習を修了しアセッサーとなっているものの人数を記載してください。
b. 「段位取得者の人数」
アセッサーが内部評価を行い、レベル認定委員会にて認定を受けたものの数をレベル毎（2①、2②、3、4）に記載してください。
c. 「外部評価（介護プロフェッショナルキャリア段位制度）の実施状況」
前年度１年間に、外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」と記してください。

※20
「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

事業所の運営に関する方針	
○○○○○○○○○○○○○	
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）　※２１	
生活相談員配置等加算	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
専従の機能訓練指導員の配置（予防を除く）	● なし ○ あり
個別機能訓練体制	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅰ）（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅱ）（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅲ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅲ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅳ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
看護体制加算（Ⅳ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
医療連携強化加算（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ（予防を除く）	● なし ○ あり
夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ（予防を除く）	● なし ○ あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	● なし ○ あり
若年性認知症利用者（入居者・患者）受入加算	● なし ○ あり
送迎実施	● なし ○ あり
緊急短期入所受入加算（予防を除く）	● なし ○ あり
長期利用者に対して短期入所生活介護の提供	● なし ○ あり
療養食加算	● なし ○ あり
在宅中重度者受入加算（予防を除く）	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	● 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
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	● なし ○ あり
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
介護職員等ベースアップ等支援加算	● なし ○ あり
リハビリテーション等の実施状況	○ なし ● あり
（実施内容）	○○○○○○○○○○○○○

※２１
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には「あり」を選択してください。

協力病院の名称	○○○○○病院
（協力に関する内容）	○○○○○○○○○○○○○
協力歯科医療機関	○ なし ● あり
（その名称）	○○○○○○歯科
（協力に関する内容）	○○○○○○○○○○○○○

介護サービスの利用者への提供実績（記入日前月の状況）　※２２

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
65歳未満	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
65歳以上75歳未満	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人	2 人	0 人	4 人
75歳以上85歳未満	1 人	1 人	0 人	0 人	2 人	1 人	2 人	7 人
85歳以上	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	2 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。

利用者の平均年齢	80.5 歳				
利用者の男女別人数	男性	5 人	女性	8 人	

※２２
利用者の人数
　記入年月日を含む月の前月において、「介護福祉施設サービス」の介護報酬を請求した利用者について記入してください。

利用者の平均的な利用日数（前年度末の状況）　※２３	14 日	

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				○ なし ● あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				● なし ○ あり
	木造平屋建てであって、火災に係る利用者の安全性の確保のための一定の要件を満たす建物				● なし ○ あり
	地上階	4 階	地下階	1 階	

報酬類型			
ユニット型個室	○ なし ● あり	ユニット型個室的多床室	○ なし ● あり
従来型個室	○ なし ● あり	多床室	○ なし ● あり

居室の状況		個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋	5人部屋以上
	居室の数	6	2	0	10	0
	居室の床面積	15 ㎡	30 ㎡	0 ㎡	40 ㎡	0 ㎡

共同便所の設置数				
男子便所	4 か所	（うち車いす等の対応が可能な数）	4	か所
女子便所	4 か所	（うち車いす等の対応が可能な数）	4	か所
男女共用便所	1 か所	（うち車いす等の対応が可能な数）	0	か所

個室の便所の設置数				
6 か所	（個室における便所の設置割合）	100	%	
	（うち車いす等の対応が可能な数）	6	か所	

浴室の設備状況

浴室の総数	8 か所		
個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
4 か所	2 か所	1 か所	1 か所

その他の浴室の設備の状況	○○○○○○○○○○○○○
食堂の設備状況	○○○○○○○○○○○○○
利用者等が調理を行う設備状況	● なし ○ あり
消火設備等の状況	○ なし ● あり
（その内容）	○○○○○○○○○○○○○

※２３
利用者の平均的な利用日数
　記入年月日を含む年度の前年度末月における当該施設の利用者の延利用期間を、記入年月日を含む年度の前年度末月における利用者数で除した数を記入してください。

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 ※24	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)	○○○○○○○○○○○○		
介護相談員の受け入れ状況の有無	○ なし ● あり		
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) ※25	○ 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) ※26	○ 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://○○○○○○		
当該結果の一部の公表の同意	○ なし ● あり		
評価機関による総評	○○○○○○○○○○○○		
事業所のコメント	○○○○○○○○○○○○		
※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。) ※評価機関による総評、事業所のコメントは「福祉サービス第三者評価に関する指針」(平成26年4月1日付け雇児発0401第12号、社援発0401第33号、老発0401第11号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、社会・援護局長、老健局長連名通知)別添5「福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン」で示される、「⑥総評(特に評価の高い点、改善を求められる点)」及び「⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント」に相当するもの。			

※24 随時対応、24時間対応、あるいは水曜定休など、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。

※25 「入所者アンケート調査・・・」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。

※26 「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

介護給付以外のサービスに要する費用	
食事の提供に要する費用の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
滞在に要する費用の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
理美容代及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用（日常生活費）の額及びその算定方法	
○○○○○○○○○○○○○	
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無	○ なし ● あり