

とうきょう福祉ナビゲーション・事業者調査 記入要領

調査票は当記入要領を参考にご記入ください。
大変お手数をおかけいたしますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

○ 調査票の回答方法 次のいずれかの方法でご回答ください。

◆調査票を記入して郵送する

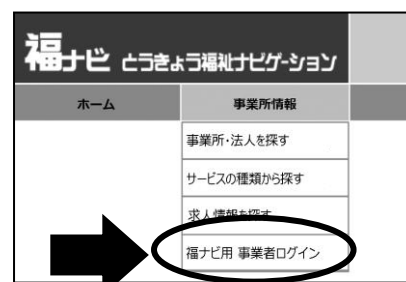
同封の返信用封筒（料金受取人払）をご利用ください。

- ・複数の調査票がある場合は、なるべく1つの封筒に同封してください。
- ・事業所（施設）の掲載写真がある場合は、写真貼付欄に貼り付けてください。（任意）

◆ホームページからオンライン入力する

同封のIDとパスワードをご準備ください。

1. 「とうきょう福祉ナビゲーション」（以下「福ナビ」）ホームページを開きます。次に「事業所情報」にマウスポインターをあわせると現れるメニューから、「福ナビ用 事業者ログイン」をクリックします。
2. IDとパスワードを入力し、ログイン後、各項目への入力をお願いします。



事業所（施設）の掲載写真のデータ送付もこちらから行えます。（任意）

入力画面はセキュリティの関係で、ログイン後2時間でタイムアウトとなり、入力作業が無効となりますのでご注意ください。（作業内容を一時保存することもできます。）

（ホームページアドレス）<https://www.fukunavi.or.jp/>

◆調査票を記入してFAXする

記入した調査票をFAX03-3344-8594へ送信してください。

◆メールで回答する

「福ナビ」のホームページから調査票（白紙）をダウンロードします。
ダウンロードした調査票に入力をした後、メールでファイルを送付してください。
事業所（施設）の掲載写真がある場合は、併せて送付してください。（任意）
（回答先メールアドレス）chousa@fukushizaidan.jp

「調査票」（白紙）は、ホームページからダウンロードすることができます。

※ダウンロードできる調査票は、白紙のものとなります。

（調査票ダウンロードページ）

<https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/contents/dl/index.html>

調査に対する問い合わせ先（事務局）

（公財）東京都福祉保健財団 福祉情報部 福祉情報室 [福ナビ担当]

〒163-0713 東京都新宿区西新宿2-7-1（新宿第一生命ビルディング13階）

TEL 03-3344-8631 FAX 03-3344-8594

メールアドレス：chousa@fukushizaidan.jp

○ 調査票の記入等について

- ・ ボールペンなどでははっきりと記入してください。
- ・ お送りした調査票には、「福ナビ」に登録してある情報が打ち出してあります。
プリント済みの内容に変更等がある場合には、赤ボールペンなどで訂正をお願いします。
※法人名・法人所在地及び、事業所名・事業所所在地の変更には、所管（東京都・区市町村等）への変更届の提出が必要です。
- ・ 貴事業所(施設)の提供されるサービスに該当しない調査項目が含まれている場合は、該当項目のみご記入ください。
- ・ 各調査項目には、表示上の文字制限がありますのでご注意ください。
制限文字数を超える場合は、当財団にて要約させていただくことがありますので、ご了承ください。
- ・ 調査項目のうち、「サービスの方針」や「特徴」、「利用者へのPR」については、ご覧になる都民・利用者が関心を持たれる項目ですので、必ずご記入をお願いします。
- ・ 事業を休止または廃止した場合は、その旨を調査票にご記入の上、ご返送ください。

○ 調査票が2通以上送付された場合

サービス種別ごとの調査のため、複数のサービスを提供している事業所には別便で2通以上の調査票をお送りしている場合があります。お手数をおかけしますが、それぞれの調査票にご記入ください。

法人名、所在地など記入内容が同じ場合には、いずれかの事業所(施設)の調査票1部にご記入いただき、その他の事業所(施設)分には「～(サービス名)と同じ」と記入していただいても構いません。その際は、調査票を1つの封筒に同封してご返送ください。

なお、全てのサービス種別について、調査票をお送りしている訳ではございません。

○ 事業所写真の掲載について（任意）

- ・ 事業所(施設)の写真の掲載を希望される場合は、外観やサービス提供の様子などの写真を4枚までご送付ください。(1枚は事業所建物の外観写真にしてください。)
 - ・ 写真は、調査票（貼付欄があります。）に同封して郵送するか、メール又はオンライン画面から画像データを送信してください。各送付方法は1ページのとおりです。
 - ・ 画像データ送信の場合は、1枚当たり5メガバイト以下、JPEG形式をお願いします。
 - ・ 写真の説明（各15字以内）もお書き添えください。（調査票に記入欄があります。）
 - ・ 同じ写真を複数サービスに使いたい、既に掲載中の写真を他のサービスにも使いたい等のご希望がある場合は、その旨をご記入ください。
- ※ 写真はお返ししておりませんのでご了承ください。
- ※ ご送付いただく写真は、利用者のプライバシーに十分な配慮（写っている方の同意を得る等）をお願いいたします。

○ 情報の都民への提供について

ご記入いただいた内容は、「福ナビ」に掲載し、インターネットを通じて無料で都民に情報提供しています。また、必要に応じて印刷物により都民への情報提供させていただく場合があります。

なお、サービスにより所在地等の情報を公開できない事業所（施設）もありますので、事業所名や連絡先等の情報公開を希望されない場合や公開を希望されない項目があるときには、その旨を調査票にご記入のうえ、ご返送ください。

○ 求人情報の掲載について

※調査票の回答項目ではありません。

福ナビ事業者情報に「求人情報」を無料で掲載することができます。

求人情報はオンラインからのみ情報の入力をしていただくことができます。（郵送やメールでは受け付けていません。）

掲載期間を設定していただくことができます。特に希望がない場合は掲載開始日から30日後に掲載情報が自動的に削除されます。

○ ユーザーID とパスワードについて

事業者情報の更新、写真の掲載、求人情報の掲載をインターネットから行う（オンライン入力をする）場合には、「ユーザーID」と「パスワード」が必要です。

- ・ 今回お送りした事業者調査票に「ユーザーID」と「パスワード」を添付してありますのでご利用ください。
- ・ 「ユーザーID」等には有効期限はありません。調査終了後もお手元に保管していただき、掲載内容に変更が生じた場合には、ぜひ情報更新にご協力をお願いします。
- ・ 介護サービス情報報告システム（介護サービス情報の公表制度）のID等では、本事業者情報へはログインしていただくことはできませんのでご注意ください。

ご記入いただいた内容について確認の連絡を
させていただく場合がありますので、必ずご
記入ください。

障害者総合支援法/施設入所支援 S03

ご記入者お名前 東京 太郎

連絡先電話番号 03-3344-8631

記入年月日 20××年 ×月 ××日

とうきょう福祉ナビゲーション事業者調査票

1 次のサービス種別について、貴事業所(施設)の指定情報をご確認ください。

サービス種別	指定年月日	事業所番号
施設入所支援	20××年×月×日	1300000000

主な対象者 (○印)	身体	知的	精神	障害児	難病
	○				
身体障害の対象 (○印)	肢体不自由	視覚	聴覚/言語	内部	細分なし
	○	○	○		

設置主体

- ・ 公立で民間法人が運営している（指定管理など）場合はご記入ください。
- ・ 自治体直営の場合は、記入の必要はありません。

2 貴事業所(施設)が公立の場合にご記入ください。都立・区市町村立以外は記入不要です。

設置主体 (○印)	東京都立・区市町村立（自治体名：)
-----------	--------------------

法人名等

- ・ 法人の主な活動については、福祉事業を含め、その他の事業活動等についてご記入ください。（同じ法人については記述内容を統一してください。）

3 貴事業所(施設)を運営している法人情報をご記入ください。

他に事業所やサービスがある場合は記述内容を統一してください。

法人名・法人所在地の変更には、所管（東京都・区市町村等）への変更届のご提出が必要です。プリントされている情報が古い場合は、変更届の提出の有無をご確認ください。

法人名フリガナ	シャカイフクシハウジンフクナビカイ
法人名	社会福祉法人福ナビ会
法人本部郵便番号	163-0713
法人本部所在地	東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング13階
法人本部電話番号	03-3344-8631
法人本部 FAX	03-3344-8594
法人URL	https://www.fukunavi.or.jp/
法人の主な活動 (252字以内)	（福祉事業を含めその他の事業活動等についてご記入ください。） 障害者総合支援法施設の運営、各サービスの提供等

4 貴事業所(施設)の情報をご記入ください。

なお、事業所名・事業所所在地の変更には、所管（東京都・区市町村等）への変更届のご提出が必要です。プリントされている情報が古い場合は、変更届提出の有無をご確認ください。

事業所(施設) 名称・所在地・電話番号等

- ・ 電話番号・FAX・e-mail についてはホームページに掲載しますので、公開を希望されない場合は、その旨をご記入ください。
- ・ 事業所(施設)でホームページを開設している場合は、URLをご記入ください。
- ・ 交通手段は、路線名・最寄り駅・バス路線・バス停名・徒歩〇分などをご記入ください。

事業所名称フリガナ	フクナビフクシエン
事業所名称	福ナビ福祉園
郵便番号	163-0713
所在地	東京都新宿区西新宿2-7-1
建物名	新宿第一生命ビルディング13階
電話番号	03-3344-8631
FAX	03-3344-8594
e-mail	fukushiit@fukushizaidan.jp
ホームページURL	https://www.fukushizaidan.jp/
交通手段 (252字以内)	(路線名・最寄り駅・バス路線・バス停・徒歩〇分など) 各線「新宿駅」西口から徒歩10分 都営大江戸線「都庁前駅」から徒歩2分 東京メトロ丸ノ内線「西新宿駅」から徒歩5分

※Web 入力画面にある「求人情報」欄は調査票の回答項目ではありません。（なお求人情報の掲載依頼はオンラインからのみ受け付けています。）

5 貴事業所(施設)の状況についてご記入ください。

事業所(施設)の状況

- ・ 設立年月日は、障害者総合支援法サービスの事業所指定を受ける以前からサービスを実施していた場合には、その開始年月日をご記入ください。
- ・ 対象地域については、利用者の居住地に制約があるのか否かをご記入ください。
- ・ 定員は総数のみではなく、年齢別・状況別に定員が設けられていれば、その定員もご記入ください。

設立年月日（西暦）	20××年×月×日	
対象地域 (〇印)	1 特になし 2 特定の地域のみ ③ その他	詳細（2、3の場合）： 東京都全域

定 員	30 人（男性 15 人、女性 15 人）		
居室数	1 人部屋 3 人部屋	30 室 室	2 人部屋 4 人部屋 室 室
居室備考 （100 字以内）	（居室の設備や訓練室等の有無・大きさなど） 各部屋にベッド、机、クローゼット、洗面台があります。 共用部分には、訓練室 1 室と作業室 2 室があります。		
敷地面積（㎡）	1 456.7 ㎡（事業所（施設）の登記上の総面積を極力ご記入ください）		
建物面積（㎡）	1 234.5 ㎡（事業所（施設）の登記上の総面積を極力ご記入ください）		

※なお Web 画面の「病床数」欄は、肢体不自由児施設で重度病床設置等の場合にのみ該当します。

6 貴事業所(施設)のサービスの詳細情報についてご記入ください。

事業所(施設)のサービス詳細情報

- ・ 健康管理への取組は、定期健診の実施、異常の早期発見、伝染病や感染症の予防体制などの取組状況を記入してください。
- ・ 食事・嗜好品等の工夫は、食事（献立・味付け）などの選択の有無、食器の工夫、嗜好品の選択の有無など、事業所（施設）の取組を記入してください。
- ・ 入浴施設・体制は、利用可能な入浴方法（一般浴、中間浴、特別浴など）や介護体制など、事業所（施設）の取組を記入してください。

健康管理への取組 み （180 字以内）	（定期診断の実施、伝染病や感染症の予防体制などの取組状況） 利用者の定期健康診断の実施により、異常の早期発見、早期治療を心掛けています。伝染病や感染症の予防体制等の取組を行っています。	
食事（時間、場所）	※記入不要です。	
食事・嗜好品等の工夫 （180 字以内）	（食事や嗜好品の選択、利用者の状況に合わせた食事などの取組状況） 利用者の健康状況や好みにあわせた献立を栄養士が作っています。食器等は、食べ物がすくい易い形状のものを取り入れる等の工夫をしています。	
入浴回数・時間	※記入不要です。	
入浴施設・体制 （180 字以内）	（入浴介護体制、設備、入浴時間など） 一般浴槽の他、椅子式の入浴設備があります。同性介助を基本としています。障害の状況に合わせた用具や介助方法をしています。	
機能訓練指導体制 （○印）	① あり 2 なし	内容（ありの場合）： 医師・作業療法士・理学療法士等の専門スタッフがチームを組み定期的な検討会を実施しています。
家族の宿泊 （○印）	① あり 2 なし	内容（ありの場合）：施設内に来客用の部屋があります。
地域との交流 （180 字以内）	夏祭り等の行事に地域の方を招待するとともに、地域の行事にも参加しています。	

家族会・保護者会 利用者会等（○印）	① あり 2 なし	内容（ありの場合）： 年に○回、保護者会を開催しています。退所者同士の交流会もあります。
-----------------------	--------------	--

※「食事」、「入浴回数・時間」はWeb画面から削除の予定のため回答不要です。

7 貴事業所(施設)の当該サービスに関わる職員体制についてご記入ください。

1人が複数の資格をもつ場合は、複数カウントしてください。

事業所(施設)の職員体制（当該サービスに関わる職員に限ります）

- 職員数は、管理者(施設長)を含めた常勤職員数と非常勤職員等の有給職員数をご記入ください。
- 専門職員数については、上記職員のなかで資格をもつ職員数を再掲してください。1人が複数の資格をもつ場合は、複数カウントしてください。

職員数	常勤職員	○人				
	非常勤・その他	○人 →（非常勤等内容：非常勤）				
	合計	○人				
上記のうち 専門職員数	医 師：	○人	介護福祉士：	○人	ヘルパー-(1～3 級)：	○人
	看護師：	人	理学療法士：	人	作業療法士：	○人
	保育士：	人	保健師：	人	栄養士：	人
	調理師：	人	介護支援専門員：	人	社会福祉士：	人
	あん摩・マッサージ指圧師				人	
	その他：				人 →（職種等内容：	）

※ヘルパー1級は「介護福祉士実務者研修課程修了者」に、ヘルパー2級は「介護職員初任者研修課程修了者」に、ヘルパー3級は廃止となりました。

8 貴事業所(施設)の窓口開設時間等、サービスの利用に関する事項についてご記入ください。

サービス利用のための窓口開設時間、方法等

- 事業所(施設)に直接サービスの申込などを行う場合、申込方法やその窓口、窓口の開設時間、注意事項をご記入ください。
- 利用料金・実費負担等には、実費負担等がある場合にその内容をご記入ください。

利用申込方法 (50字以内)	当事業所へお電話にてご相談ください。
問合せ窓口 (25字以内)	事務窓口へお問い合わせください。
窓口開設時間 (128字以内)	(問い合わせや手続きを行う場合などの窓口対応時間) 平日の9時00分から17時00分まで
注意事項 (128字以内)	(利用を検討する際に知っていただきたいことなど) サービスの受給者証をお持ちください。

サービス決定までの時間	※記入不要です。	
入所相談	※記入不要です	
利用料金・実費負担等（100字以内）	（交通費等、利用者の負担が必要になる費用） 総合支援法に基づき世帯の収入状況に応じた利用者負担があります。 また、〇〇費については実費相当分をご負担いただきます。	
サービス提供マニュアル（〇印）	① あり 2 なし	内容（ありの場合）： ガイドラインの設置



サービス提供マニュアルの有無

- ・ マニュアルがある場合は、その概要や作成時期などもご記入ください。

※「問合せ窓口」、「窓口開設時間」はWeb画面では現在「申請窓口」、「申請窓口開設時間」と表示されています。「サービス決定までの時間」、「入所相談」はWeb画面から削除の予定のため回答不要です。

9 貴事業所(施設)における利用者からの苦情等への対応体制をご記入ください。

苦情窓口（〇印）	① あり 2 なし
苦情受付第三者委員会の設置（〇印）	① あり 2 なし

10 貴事業所(施設)のサービスの「基本方針」等についてご記入ください。

（利用者が参考にされるポイントですので、必ずご記入ください！）

サービスの方針 (360字以内)	（サービスを提供する上での方針をご記入ください。） ・ 利用者の個性や自主性を尊重します。 ・ 社会参加の促進を図ります。 【必須】 サービスを提供する上での方針を箇条書きなどでご記入ください。
特 徴 (360字以内)	（サービスを提供する上で工夫や特に留意している点などをご記入ください。） 個々の利用者の状況をきめ細かく把握し、1週間ごとに機能回復訓練等のサービス提供メニューの検討会を行っています。また、常勤の内科医が常駐しており、健康面での変化にもいち早く対応しています。 【必須】 サービスを提供する上で、工夫、特に留意している点など、利用者に伝えた特徴をご記入ください。
PR内容 (360字以内)	（事業所(施設)で利用者へPRしたいことをご記入ください。） 当施設は、設立以来30年にわたり障害者の更正施設として事業を展開してきた実績があり、ベテランの施設職員によるサービスの提供をしています。また、生活指導は社会復帰を目指したあらゆる生活場面を想定し、無理なく個々の入所者にあわせて実施しています。 【必須】 利用者が、福祉サービスを選択する際に参考とする情報です。各事業所(施設)でPRしたいことをご記入ください。 * 別にご回答いただいた他のサービス種別に関する調査票があり、内容が同じでよい場合は「〇〇サービスに同じ」とご記入下さい。（上記3項目とも）

