

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

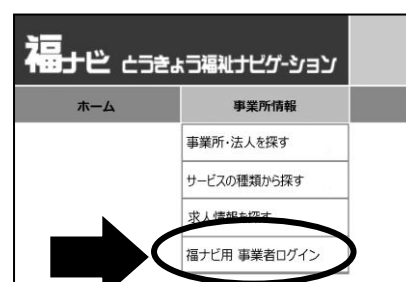
同封の返信用封筒(料金受取人払)をご利用ください。

- ・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おります。
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形式でお願いします。
 - 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。

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
福祉型児童発達支援センター	20××年×月×日	1300000000

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。

法人名カナ	シャカイフクシホ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。) 児童福祉法施設の運営、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(かな)	フクナビフクシセンター
事業所名称	福ナビ福祉センター
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、平成24年4月の児童福祉法改正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。
- ・ サービス内容は、該当する提供サービスについて記入してください。多機能型事業所（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援のうち2つ以上を一体的に行う事業所）については、他の指定サービスなどについてもご記入ください。
- ・ 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	
主たる対象者 （128字以内）	（肢体不自由児、視覚障害児などの別） 知的障害児	
サービスの内容 （128字以内）	（該当する提供サービスの内容についてご記入ください） 知的障害のある児童に日常生活における基本的動作の指導や独立して自活していけるために必要な知識や技能を学んでいただいています。また集団生活ができるような訓練を行っています。放課後等デイサービスも実施しています。	
対象地域 （○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	20人（男子10人、女子10人）	
協力・提携病院 （○印）	① あり 2 なし	病院名（ありの場合）： ○○小児病院
敷地面積（㎡）	2345.5㎡（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（㎡）	1234.6㎡（事業所（施設）の登記上の総面積を極力ご記入ください）	
利用日 （64字以内）	（月曜日から金曜日、原則無休など） 原則無休です。事務窓口は月曜日から金曜日までとなります。	
利用時間 （100字以内）	（平日0時00分から0時00分、土曜日0時00分から0時00分など） 平日は9時00分から20時00分、土曜日、日曜日は9時00分から19時00分。 事務窓口は平日の9時00分から17時00分。	
休日 （100字以内）	（土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12月00日から1月0日）など） 祝日、年末年始（12月30日から1月3日まで）	

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。

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） 通所児童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・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) 通所児童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。	
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。
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、保護者会やバザーを開催しています。

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
	その他：	○人	→ (職種等内容：児童指導員)			

※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)	通所についてはお住まいの区市町村の障害者福祉課にご相談ください。その他の相談やお問い合わせについてはお電話で受け付けています。
-------------------	---

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おいていただきたいことなど) 通所にあたっては、まずお住まいの区市町村の障害者福祉課にご相談いただき通所受給証の交付を受けてください。	
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) 児童福祉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。一定の所得以下の場合には減免制度があります。	
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。

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 見学や実習生の受入等についてご記入ください。

見学や実習生の受け入れ等

- 施設公開・一般見学者の受入には、地域住民への施設の公開や利用者の希望に応じた見学対応の状況をご記入ください。
- 実習生の受入には、大学生等の事業所(施設)実習の実施状況をご記入ください。
- ボランティアの受入には、ボランティア受け入れの可否、ボランティアの内容などをご記入ください。

施設公開・一般見学者の受入 (180字以内)	利用希望者の見学は随時受け付けております。事前にお電話でご連絡ください。
実習生の受入 (180字以内)	年間計画に基づき、社会福祉関係の大学や福祉人材養成学校から実習生を受け入れています。
ボランティアの受入 (180字以内)	作業補助ボランティア等を受け入れています。事前にお電話いただき、調整後に受け入れをさせていただいています。

1.1 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。) ・通所児童の個々の発達に応じた生活指導や訓練を実施するとともに、個性や自主性を尊重します。 ・通所児童が充実した生活を送れるようにつとめます。
【必須】 サービス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週間ごとに〇〇指導等の検討会を行っています。また、嘱託医が週1回来所し、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、利用者に伝えたい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年にわたり障害児施設として事業を展開してきた実績があり、ベテランの職員によるサービスの提供をしています。
【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)	

◆事業所（施設）写真貼付欄◆4枚まで（写真の貼付は、この用紙の裏面をお願いします。）
 写真の説明（各 15 字以内）：

○事業所（施設）の写真について（データ送信も可能です。詳細は2ページもご覧ください。）

- ・施設の外観写真や事業所(施設)内の様子がわかる写真（サービス提供風景等）を選択してお送りください。なお、ご送付いただく写真のプライバシーについては、十分な配慮をお願いします。
- ・同一事業所の複数サービスで同じ写真を使用したい、またすでに他のサービスで使用している写真を使用したいというご希望がある場合は、その旨ご連絡ください。

①外観：	建 物 外 観	
②	事 務 所 入 り 口	
③	訓 練 室	
④	遊 戯 室	

- ・掲載は4枚まで可能です。
1枚は外観写真でお願いします。
- ・キャプション(写真の説明)は必ずご記入ください。
- ・送付いただいた写真の返送は行っておりませんので、ご了承ください。

※「福ナビ」ホームページからID・パスワードを入力後、写真データを送信することもできます。

（送信容量は 1 枚あたり 5MB 以内です。）

ご協力ありがとうございました

- ・データで写真をご送付いただける場合は、JPEG形式で1枚あたり5MB以下のデータをオンライン入力又はメールによりご送付ください。