事業所名:　　事業所番号:　　(枝番)

基本情報調査票：福祉用具貸与（予防を含む）

計画年度	2024年度	記入年月日	2024 年 10 月 01 日
記入者名	財団　花子	所属・職名	公表担当

記入年月日は、調査票を入力(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入力(記入)してください。
入力(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	○ 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)	https://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		2001/4/1	

法人等の種類は該当する種類を選択してください・

「医療法人」は
　医療法人社団
　医療法人財団
「営利法人」は
　株式会社
　有限会社
　合同会社
「その他法人」は
　学校法人
　宗教法人
　独立行政法人
　企業組合
　日本赤十字社　等

法人番号の指定を受けている場合には、「法人番号の指定を受けている」を選択し、法人番号(国税庁から通知されている**13ケタの番号**)を入力してください。

※国税庁法人番号検索サイト(https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/)で、確認の上、公表されている法人番号を入力してください。
※法人番号を入力すると、国税庁法人番号公表サイトに紐づけられた「法人名称(ふりがな含む)」と「法人の主たる事業所の所在地」が自動で入力されます。

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＞				
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			
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
特定福祉用具販売	○ なし ● あり	1	○○支援事業所	千代田区○○町1-1-1
＜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			

東京都内で指定、又は許可を受けているサービスの種類ごとに「あり」を選択してください。なお、当該対象事業所分も入力（記入）してください

サービスの種類のか所数・事業所名称・所在地について

※ 入力（記入）する場合、**合計の「か所数」と代表の事業所名称及び所在地を1つ**入力（記入）してください。

※ 空白のままでも可

＜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			
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	1	財団事業所	新宿区西新宿2丁目7番1号
特定介護予防福祉 用具販売	○ なし ● あり	1	○○支援事業所	千代田区○○町1-1-1
＜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			

介護予防支援について
※下記の場合のみ入力(記入)してください。

・法人が運営している
　地域包括支援センター
・**介護予防支援の指定を受けている**居宅介護支援事業所

※地域包括支援センターからの委託を受けて「介護予防支援」を実施する居宅介護支援事所は除いてください。

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	
	（建物名・部屋番号等）		
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	○ なし ● あり	
	（ホームページアドレス）	https://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		2001/04/01	
指定の年月日	介護サービス	2001/04/01	
	介護予防サービス	2001/04/01	
指定の更新年月日（直近）（未来の日付は入らない）	介護サービス	2019/04/01	
	介護予防サービス	2019/04/01	
※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		● なし ○ あり	
事業所までの主な利用交通手段			
JR新宿駅より徒歩10分			
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		○ なし ○ あり	

「東京都」から入力（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)欄に入力（記入）してください。

ホームページがある場合は「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「https://」から入力（記入）してください。なお、「メールアドレス」と間違えないよう気をつけてください。

事業の開始年月日は当該サービスの提供を開始した日または、開始予年月日を入力（記入）してください。

指定の更新年月日は新規の事業所やまだ更新手きを受けていない事業所は「指定の年月日」と同日を入力（記入）してください。

生活保護法指定介護機関として指定を受けている場合は**「あり」**を選択してください。なお、**2014年7月以降**の指定事業所は指定を受けたと見なされています。

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入力（記入）してください。

（例）
　○○線○○駅より徒歩○○分
　○○線○○駅より　△△バス△△停留所下車徒歩□分
※自転車・自動車等は入力（記入）しないでください。

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

実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	兼務	専従	兼務		
福祉用具専門相談員	2 人	1 人	0 人	1 人	4 人	3.2 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	1 人	0 人	0 人	1 人	0.7 人

記入日現在における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入力（記入）してください。

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	40 時間

常勤従業者1名分の1週間の勤務すべき時間数を入力（記入）してください。

※　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。

従業者である福祉用具専門相談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 人
義肢装具士	0 人	0 人	0 人	0 人
保健師	0 人	0 人	0 人	0 人
看護師	0 人	0 人	0 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
社会福祉士	0 人	0 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
福祉用具専門相談員指定講習の課程を修了	2 人	1 人	0 人	1 人

実務者研修
- 実務者研修修了者
- 介護職員基礎研修修了者
- 訪問介護員1級（旧ヘルパー1級）

介護職員初任者研修
- 訪問介護員2級（旧ヘルパー2級）

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）	介護福祉士
福祉用具専門相談員1人当たりの1か月の利用者数	35.9 人

福祉用具専門相談員1人当たりの1か月の利用者数

記入年月日の前月の請求実績（件数）にもとづく利用者の実人数（予防も含む）を、「実人数」の福祉用具専門相談員の常勤換算人数で割った利用者人数のことです。

常勤換算人数の求め方

①常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
②非常勤の方々の1週間の勤務時間数を計算します。
（①②ともに「1日の時間数×1週間の勤務日数」で計算）
③上記で計算した「①と②の勤務合計時間数」を「1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべ き時間数」で割る。

計算式　：（一日の勤務時間数×1週間の勤務日数×人数）÷常勤の勤務すべき時間数

※1週間での計算が困難な場合は1か月（4週間）での計算をしてください。
※管理者としての勤務時間数は含めません。

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	福祉用具専門相談員	
	常勤	非常勤
前年度の採用者数	0 人	1 人
前年度の退職者数	0 人	1 人
当該職種として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	1 人	1 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	1 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)

認知症に関する取組の実施状況

認知症介護指導者養成研修修了者の人数	人	
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	人	
認知症介護実践者研修修了者の人数	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)	人	

前年度の採用者数と退職者数について

・前年度とは
2023年4月1日から2024年3月31日
の期間のことです。

※法人内の異動は含みません。

業務に従事した経験年数について

「実人数」に入力(記入)した従業者の**キャリア年数合計(当該職種として他の事業所で勤務した年数を含める)**を入力(記入)してください。

※「実人数」と「経験年数」の人数が一致するように入力(記入)してください。

「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修」とは

・認知症対応型サービス事業管理者研修
・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
・認知症対応型サービス事業開設者研修

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	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	日曜		時		分	～		時		分
	祝日		時		分	～		時		分
定休日										
留意事項	○○○○○									
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										

「事業所の営業時間」に受付対応が可能な通常の時間帯を入力（記入）してください。

通常以外の時間帯について特筆すべき事項がある場合は「留意事項」欄に入力（記入）してください。

介護サービスの内容等		
福祉用具貸与の種目の他社からのレンタル実施状況		
一部実施		○ なし ● あり
卸元の名称		
全て実施		● なし ○ あり
卸元の名称		
福祉用具貸与の種目の消毒に係る業務の委託状況		
一部実施		○ なし ● あり
委託先の名称		
全て実施		● なし ○ あり
委託先の名称		
福祉用具貸与の種目の配送に係る業務の委託状況		
一部実施		● なし ○ あり
委託先の名称		
全て実施		● なし ○ あり
委託先の名称		

介護サービス利用者への提供実績（記入日前月の状況）

介護保険で貸与の対象となる福祉用具のそれぞれの提供実績について、種目別に当該事業所における種類と実利用者数を記入年月日前月の請求実績に基づいて入力（記入）してください。
（車いす付属品のみ又は、特殊寝台付属品のみの利用者は除いてください）

車いす　○ なし　● あり

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
	6 人	6 人	0 人	0 人	3 人	5 人	4 人	24 人
（前年同月の提供実績）	6 人	6 人	0 人	0 人	2 人	5 人	3 人	22 人

特殊寝台　○ なし　● あり

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
	6 人	6 人	2 人	3 人	2 人	2 人	3 人	24 人
（前年同月の提供実績）	6 人	6 人	2 人	2 人	3 人	2 人	3 人	24 人

床ずれ防止用具　○ なし　● あり

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
	4 人	3 人	0 人	0 人	1 人	3 人	3 人	14 人
（前年同月の提供実績）	4 人	3 人	0 人	0 人	1 人	3 人	4 人	15 人

体位変換器　○ なし　● あり

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
	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人	2 人	1 人	6 人
（前年同月の提供実績）	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人	2 人	1 人	6 人

手すり　○ なし　● あり

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
	2 人	2 人	2 人	1 人	1 人	0 人	0 人	8 人
（前年同月の提供実績）	2 人	2 人	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人	7 人

スロープ　○ なし　● あり

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
	2 人	1 人	0 人	0 人	1 人	2 人	0 人	6 人
（前年同月の提供実績）	2 人	1 人	0 人	1 人	0 人	2 人	0 人	6 人

歩行器　○ なし　● あり

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	2 人	1 人	1 人	2 人	0 人	12 人
（前年同月の提供実績）	3 人	3 人	1 人	1 人	2 人	1 人	0 人	11 人

歩行補助つえ　○ なし　● あり

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
	2 人	2 人	2 人	1 人	0 人	1 人	0 人	8 人
（前年同月の提供実績）	2 人	2 人	2 人	1 人	1 人	0 人	0 人	8 人

認知症老人徘徊感知機器　○ なし　● あり

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
	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	2 人
（前年同月の提供実績）	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	2 人

移動用リフト　○ なし　● あり

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
	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人	4 人
（前年同月の提供実績）	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	2 人	1 人	5 人

自動排泄処理装置　○ なし　● あり

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
	1 人	1 人	1 人	1 人	1 人	1 人	1 人	7 人
（前年同月の提供実績）	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

合計

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
	30 人	26 人	9 人	7 人	11 人	19 人	13 人	115 人
（前年同月の提供実績）	29 人	25 人	7 人	6 人	9 人	18 人	12 人	106 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			
留意事項			

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）	○○○○○○○○○○○○○

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）	○ 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）	○ なし ● あり
実施した直近の年月日（評価結果確定日）	2020/11/03
実施した評価機関の名称	○○評価機関
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://○○○○○○
※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。）	

記入日前4年間以前の実施は「なし」を選択し、日付を入力（記入）しないでください。

※介護サービス情報の公表における訪問調査や区市町村の実地調査等のことではありません。

ホームページ上で**評価結果を公表している場合**は、その**ホームページアドレス**（メールアドレス**ではありません**）を入力（記入）してください。

第三者による評価についてはこちらをご参照ください。

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

介護給付サービスに要する費用のうち、利用者が負担すべき費用（利用者負担1割の場合）

福祉用具貸与の種目		最低の額	最高の額	種類の数
車いす	○ なし ● あり	円	円	
特殊寝台	○ なし ● あり	円	円	
床ずれ防止用具	○ なし ● あり	円	円	
体位変換器	● なし ○ あり	円	円	
手すり	○ なし ● あり	円	円	
スロープ	○ なし ● あり	円	円	
歩行器	○ なし ● あり	円	円	
歩行補助つえ	○ なし ● あり	円	円	
認知症老人徘徊感知機器	● なし ○ あり	円	円	
移動用リフト	○ なし ● あり	円	円	
自動排泄処理装置	○ なし ● あり	円	円	

金額に幅がある場合は「最高の額」と「最低の額」のそれぞれの欄に該当する金額を入力（記入）し、幅がない場合には両方の欄に同じ金額を入力（記入）してください。

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

○○○○○○○○○○○○○

福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合、それに要する費用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　○ なし ● あり

（その額、算定方法等）