

基本情報調査票：療養通所介護

財団事業所	
事業所番号： 1234567890	グループ名称： 指定療養通所介護サービス
計画年度： 2022年度	サービス名称： 指定療養通所介護

| 基本情報

計画年度	2022年度	記入年月日 ※1	2022 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 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) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	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
	法人番号の有無	<input type="radio"/> 法人番号なし <input checked="" type="radio"/> 法人番号あり <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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
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			
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	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
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			
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			
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	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2 丁目7番1号
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. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

i

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
	(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]	
	(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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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		2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)	
指定の年月日		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		2019/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)	
届出年月日	夜間及び深夜のサービス(宿泊サービス)	2011/07/01 ※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			<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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			<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
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) ○○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、メールアド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

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						※11	※12
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算	
	専従	兼務	専従	兼務		人数	
看護職員	5人	0人	1人	0人	6人	5.4	人
介護職員	2人	0人	0人	1人	3人	2.5	人
事務員	0人	0人	0人	1人	1人	1	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	35	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。							
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人			
実務者研修	0人	0人	0人	0人			
介護職員初任者研修	1人	0人	1人	0人			
介護支援専門員	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)					看護師		
看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数					※14	1.2	人
宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数							
通常時の人数	人						
時間帯での増員(※時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要)							
夕食介助	時	分	～	時	分	人	
朝食介助	時	分	～	時	分	人	
宿泊サービス提供時に配置する職員の保有資格等							
看護職員	○ なし ○ あり						
介護福祉士	○ なし ○ あり						
上記以外の介護職員	○ なし ○ あり						
その他有資格者							

※11 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。

※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 看護職員

$$(175時間 + 15時間) \div 35時間 = 5.4人$$

<常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>

専従5名 兼務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 看護職員

$$(700時間 + 60時間) \div 140時間 = 5.4人$$

<常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>

専従5名 兼務1名の合計 1週間の勤務時間×4>

※14

《看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数》

※本項目は調査票の入力内容をもとに自動計算されます。

「4 介護サービスの内容に関する事項」の「介護サービスの内容等」の「利用定員」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、利用定員には宿泊サービスの利用定員は含みません。また、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	看護職員		介護職員		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度の採用者数	※15	0 人	1 人	0 人	0 人
前年度の退職者数	※15	0 人	1 人	0 人	0 人
当該職種として業務に従事した経験年数 ※16					
1年未満の者の人数		0 人	1 人	0 人	0 人
1年～3年未満の者の人数		0 人	0 人	0 人	1 人
3年～5年未満の者の人数		0 人	0 人	2 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		4 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 ※17					
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 ※18					
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				

※15 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。

※16 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。

- ※17 「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」
- 「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。
 - 「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。
 - 「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。

- ※18 「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」
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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「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	9 時 0 分 ~ 17 時 0 分
	日曜	時 分 ~ 時 分
	祝日	時 分 ~ 時 分
定休日	日曜・祝日	
留意事項	※19 特になし	

※19 「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。

<宿泊サービスに関して> サービスの提供時間	平日	時 分 ~ 時 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		

利用可能な時間帯

サービス提供所要時間		(サービスが提供される時間帯)
3時間以上6時間未満	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
6時間以上8時間未満	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	9 時 00 分 ~ 17 時 00 分
宿泊サービス	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	時 分 ~ 時 分
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

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)

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
利用者の送迎の実施	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり

※20 同時に療養通所介護の提供を受けることができる利用者数の上限

利用定員	※20
指定療養通所介護事業所	10 人
宿泊サービス	5 人

運営推進会議の開催状況(前年度)								
(開催実績)	4月1日 計1回					(参加者延べ人数)	5人	
(協議内容等)	○○○○○○○							
地域・市町村との連携状況	□□□□□□□							
介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)								
利用者の人数	※21	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
		0人	0人	1人	3人	10人	14人	
(前年同月の提供実績)		0人	0人	0人	2人	12人	14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。								
<宿泊サービスに関して> 利用者の人数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計		
	0人	0人	1人	3人	8人	12人		
(前年同月の提供実績)	0人	0人	0人	2人	10人	12人		
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	地上階	3階	地下階	1階				
当該事業所の設置階	1階	階	階	階	階	階	階	
送迎車両の有無	○ なし ● あり		(その台数)	3台				
リフト車両の設置状況	● なし ○ あり		(その台数)	台				
他の車両の形態	● なし ○ あり		(その内容)					
専用の部屋の面積	100㎡		専用の部屋の利用者1人当たりの面積	100㎡				
宿泊室の状況								
個室	合計室数	3室	床面積	8.41㎡	9.33㎡	10.50㎡	㎡	
				㎡	㎡	㎡	㎡	
個室以外	合計室数	場所	利用定員	床面積	プライバシー確保の方法			
	1室	食堂兼機能訓練室の一部	2人	22.78㎡	パーティション			
			人	㎡				
			人	㎡				
			人	㎡				
便所の設置数	専用便所	1か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			1か所		
	兼用便所	1か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			1か所		
浴室の設備の状況								
専用浴室の総数			1か所					
個浴	大浴槽		特殊浴槽		リフト浴			
1か所	1か所		0か所		1か所			
その他の浴室の設備の状況	なし							
兼用浴室の総数			1か所					
個浴	大浴槽		特殊浴槽		リフト浴			
1か所	1か所		0か所		1か所			
その他の浴室の設備の状況	なし							

※21
 利用者の人数の実績について、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者人数として算定する必要はありません。

消火設備等の状況		
消火器	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
スプリンクラー設備	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
自動火災報知設備	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
消防機関へ通報する火災報知設備	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
その他	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
(その名称)	○○○○○○○○○○	
福祉用具の設置状況		
車いす	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
歩行補助つえ	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
歩行器	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
その他	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
(その名称)	○○○○○○○○○○	
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) ※22	<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等(記入日前4年間の状況) ※23	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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。)		

※22

「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。

※23

「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. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項 i

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の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法			
○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
食事の提供に要する費用の額及びその算定方法			
○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
おむつ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			
○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
宿泊サービスの提供に要する経費			
(1泊当たりの利用料金)	宿泊	夕食	朝食
	円	円	円
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)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
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