

基本情報調査票：地域密着型通所介護

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
	<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"/> その他の法人 <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)
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
法人番号	<input type="radio"/> 法人番号の指定を受けていない <input checked="" type="radio"/> 法人番号の指定を受けている 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
	FAX番号
	ホームページ
法人等の代表者の氏名及び職名	(ホームページアドレス) https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/ 氏名 財団太郎 職名 理事長
法人等の設立年月日	2001/04/01

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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問入浴介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
通所介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
短期入所生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
短期入所療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定福祉用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
地域密着型通所介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
認知症対応型通所介護	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
居宅介護支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問看護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護予防支援	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			

＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護老人保健施設	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
介護医療院	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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業所は除いてください。

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

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	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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	2001/04/01		
指定の更新年月日(直近)(未来の日付は入らない)	2019/04/01		
届出年月日	夜間及び深夜の指定通所介護以外のサービス(宿泊サービス)	2016/04/01	
※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	<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			
JR新宿駅より徒歩10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	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
介護保険サービスの指定状況	<input type="radio"/> 通常の指定 <input type="radio"/> 共生型		
障害福祉サービスの指定状況	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 通常の指定 <input type="radio"/> 共生型 <input type="radio"/> 基準該当		
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	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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、開始予定年月日を入力(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続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。

- ・同一事業所において、「介護保険サービス」と「障害福祉サービス」の両方を提供している場合は「あり」を選択してください。
- ※「なし」を選択した場合は、指定状況は空白のままでも回答不要です。
- ・「介護保険サービス」と「障害福祉サービス」の指定状況をそれぞれに選択してください。

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

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		
生活相談員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
看護職員	1 人	0 人	1 人	0 人	2 人	1.8 人
介護職員	3 人	1 人	1 人	0 人	5 人	4.6 人
機能訓練指導員	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
歯科衛生士	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
管理栄養士	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人
事務員	0 人	1 人	0 人	0 人	1 人	0.7 人
その他の従業者	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	1 人

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	2 人	1 人	1 人	0 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	0 人	0 人	0 人	0 人
作業療法士	1 人	0 人	0 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
きゆう師	0 人	0 人	0 人	0 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)して下さい。

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。

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)

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。

従業者である生活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	
社会福祉士	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
社会福祉主事	0 人	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) 介護福祉士					
看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数				4.6 人	

看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数

「サービス内容」の項目の中の「介護サービスの利用者への提供実績」の利用定員を、「実人数」の看護職員と介護職員の常勤換算人数の合計で割った人数のことです。
この利用定員には宿泊サービスの利用定員は含まれません。
なお、介護サービス情報報告システムにてご報告の際は自動計算されます。

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	1 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	18 時	0 分	～	19 時	0 分	1 人
朝食介助	7 時	0 分	～	8 時	0 分	1 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		介護職員初任者研修			
その他有資格者						

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	生活相談員		看護職員		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度の採用者数	1 人	0 人	0 人	1 人	
前年度の退職者数	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	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	0 人	0 人	0 人	
3年～5年未満の者の人数	1 人	0 人	1 人	1 人	
5年～10年未満の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	
10年以上の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	
区分	介護職員		機能訓練指導員		
	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	
前年度の退職者数	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	
1年未満の者の人数	1 人	1 人	0 人	0 人	
1年～3年未満の者の人数	3 人	0 人	1 人	0 人	
3年～5年未満の者の人数	0 人	0 人	0 人	0 人	
5年～10年未満の者の人数	0 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	

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
含まれません。

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。

従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員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員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

アセッサー(評価者)の人数	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
	人	人	人	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

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

「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

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)

生活相談員配置等加算	● なし ○ あり
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	● なし ○ あり
入浴介助加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
入浴介助加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
中重度者ケア体制加算	● 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
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	● なし ○ あり
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	● なし ○ あり
個別機能訓練加算(Ⅱ)	○ なし ● あり
ADL維持等加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
ADL維持等加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
認知症加算	○ 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
栄養アセスメント加算	● なし ○ あり
栄養改善加算	● なし ○ あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
口腔機能向上加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
口腔機能向上加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
科学的介護推進体制加算	● 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
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	● なし ○ あり
介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	● なし ○ あり
利用者の送迎の実施	● なし ○ あり
送迎時における居宅内介助等の実施	● なし ○ あり
利用定員	
指定地域密着型通所介護事業所	30 人
宿泊サービス	人

介護報酬の加算状況について

記入年月日の前月から過去1年間に於いて該当する**加算を受けた実績がある場合は「あり」**を選択してください。

※加算において変更(追加加算項目)のあった場合は変更前の実績でなく、**当該年度4月以降に加算を受けた実績**により、「あり」または「なし」を選択してください。

利用定員

同時に地域密着型通所介護の提供を受けることができる利用者の上限としている人数を入力(記入)してください。

運営推進会議の開催状況(前年度)			
(開催実績)	○月○日・○月○日 計2回実施	(参加者延べ人数)	10 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(要介護者)への提供実績(記入日前月の状況) ※総合事業利用者は含めないこと						
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
	32 人	16 人	2 人	5 人	0 人	55 人
(前年同月の提供実績)	40 人	4 人	1 人	8 人	0 人	53 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
	人	人	人	人	人	人
(前年同月の提供実績)	人	人	人	人	人	人

利用者の人数
記入年月日を含む月の前月にて介護報酬を請求した介護サービスの利用者について記入(入力)してください。
※総合事業利用者は含めないこと。

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	
送迎車輛の有無	○ なし ● あり		(その台数)	3 台		
リフト車輛の設置状況	● なし ○ あり		(その台数)	台		
他の車輛の形態	● なし ○ あり		(その内容)			
食堂の面積	100 m ²	機能訓練室の面積	100 m ²			
食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積			3.3 m ²			
静養室の面積	10 m ²	相談室の面積	10 m ²			

宿泊室の状況						
個室	合計室数	3 室	床面積	8.41 m ²	9.33 m ²	10.50 m ²
				m ²	m ²	m ²
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 m ²	パーテーション	
			人	m ²		
			人	m ²		
			人	m ²		
便所の設置数	男子便所	2 箇所	(うち車いす等の対応が可能な数)	2 箇所		
	女子便所	2 箇所	(うち車いす等の対応が可能な数)	2 箇所		
	男女共用便所	1 箇所	(うち車いす等の対応が可能な数)	0 箇所		

浴室の設備の状況						
浴室の総数			5 箇所			
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴
2 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所		
その他の浴室の設備の状況	なし					

消火設備等の状況	
消火器	○ なし ● あり
スプリンクラー設備	○ なし ● あり
自動火災報知設備	○ なし ● あり
消防機関へ通報する火災報知設備	○ なし ● あり
その他	○ なし ● 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 ~ 18 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	<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)	<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 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)	<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
実施した評価機関の名称	○○評価機関
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://○○○○○○○○
当該結果の一部の公表の同意	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
評価機関による総評	
事業所のコメント	

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。

当該結果の一部の公表の同意について

第三者による評価等を実施していない場合は、「なし」を選択してください。

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			
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			
○○○○○○○○○○			
利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合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			<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 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			<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり

社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

区市町村が生活困難者に対する介護保険サービスに係る**利用者負担額軽減制度事業を実施している場合**で、なおかつ事業所において**実施している場合、「あり」を選択し、実施していない場合は「なし」を選択**してください。

※社会福祉法人以外の事業所は「なし」を選択してください。
 ※生活保護受給者のことではありません。ご注意ください。