



修正・追記の有無にかかわらず、ご返送ください。

返送先 トータック	※必ず(050)からおかけください
--------------	-------------------

※この調査票が
トータック
※右上にある

居宅介護の入力例です。

※情報の	
情報の	

情報抽出日：2024年 10月 31日 送付先FAX番号：03-3312-2111

選択状態について ●：選択 □：未選択

基本情報 関係者向け項目：★

一斉調査 13115：杉並区 123456ABC：2011 居宅介護

名称	○○居宅介護事業所		
郵便番号	166-8570		
住所	東京都杉並区阿佐谷南1-15-1		
電話番号	03-3312-2111	FAX番号	03-3312-2111

運営する事業所の名称・連絡先等を記載してください

メールアドレス	
---------	--

一般の方に公開しているメールアドレスがある場合、アドレスを記載してください

★事業所連絡用メールアドレス	◎×@namisuke.com
----------------	-----------------

区から連絡可能な事業所の連絡用アドレスを、必ず1つは記載してください

運営法人名	特定非営利活動法人○○		
★法人郵便番号	166-8570		
★法人住所	杉並区阿佐谷南1-15-1		
★法人電話番号	03-3312-2111	★法人FAX番号	03-3312-2111

法人の名称・連絡先等を記載してください

★法人連絡用メールアドレス	■★@namisuke.com
---------------	-----------------

区から連絡する際の法人メールアドレスを記載してください

HPリンク	https://www.city.suginami.tokyo.jp/normalife/
-------	---

事業所のホームページURLを記載してください※事業所にホームページがない場合は、法人ホームページでも構いません

指定年月日	2001/01/01	
-------	------------	--

事業所が指定を受けた指定年月日を記載してください

営業情報 関係者向け項目：★

一斉調査 13115：杉並区 123456ABC：2011 居宅介護

対象としている障害種別 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚
	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部	<input checked="" type="checkbox"/> 知的
	<input checked="" type="checkbox"/> 重症心身障害者	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 発達
	<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児	<input checked="" type="checkbox"/> 医療的ケア
	<input checked="" type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 高次脳機能	

対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください

※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。

【例】「障害児/身体/知的」「重度心身障害児/障害児/身体/知的/医療的ケア」

対象障害についての特記事項	主にALS等の難病の方を対象としています。
---------------	-----------------------

対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます

【例】「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など

医療的ケア対応	「胃ろう」、「喀痰吸引」の方が通所しています。※医療的ケアの必要な状況を伺いながら、通所の可否を判断します。
---------	--

対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます

【例】「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など

SAMPLE

事業所紹介	どんなに重たい障害があっても、安心して住み慣れた地域で暮らしたいという想いをサポートします。年に数回、イベントや研修を行い、利用者の方や家族の方とのコミュニケーションを大切にしています。
事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください	
事業所営業日	月曜～土曜（祝日、年末年始を除く）
受付ができる事業所の営業日を記載してください	
事業所営業時間	月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～15:00
受付ができる事業所の営業時間を記載してください	
サービス提供日	日曜～土曜
サービスが利用できるサービス提供日を記載してください	
サービス提供時間	0:00～24:00
サービスが利用できるサービス提供時間を記載してください	
【例】「学校のある平日は●時～●時 学校のない土曜・長期休暇は、●時～●時」など	
併設サービス	重度訪問介護
事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください 【例】「移動支援」など	
サービス提供地域	阿佐谷駅近郊地域
サービスを提供できる地域を記載してください 【例】「杉並区及び近隣区」「主に中央線より北側の地域。詳細はお問合せください。」など	
登録ヘルパー数	常勤5人 非常勤10人 ※うち介護福祉士5人 男女別 男6人 女9人 令和6年11月1日時点
登録ヘルパーの人数を、常勤・非常勤別、男女別に記載してください。 【例】「常勤2人 非常勤10人 男女別 男6人 女6人 令和6年11月1日時点」など	
サービス内容	・身体介護 入浴、食事、排せつ・清拭 など ・外出介護 通院の行きかえりの介助 など ・家事援助 掃除・選択・買い物・調理 など
サービス内容を具体的に、記載してください 【例】「身体介護を伴う食事介助、排せつ介助、通院介助等の支援を行います。」「平日は、●時～集会をしています。土曜・長期休暇は、●等のプログラムを実施しています。」など	
地域生活支援拠点等の機能	あり
地域生活支援拠点等に係る各種加算がある場合は、「あり」と記載してください	
介護保険サービスの提供	訪問介護・訪問看護
介護保険サービスの提供がある場合、そのサービス名を記載してください 【例】「訪問介護」「訪問看護」など	
利用者負担金(法定負担額以外)	自費サービスの場合は、1時間2,500～3,000となります。
法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください 【例】「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など	
事業所からのお知らせ	・初任者研修、内部研修で介護のスキルアップを図っています。月1回ヘルパー会議を行うとともに、随時ケース会議を行っています。登録ヘルパーには、「喀痰吸引」の研修を随時行っています。
事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。 【例】「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など	

03-3312-2111 一斉調査 13115：杉並区 123456ABC：2011 居宅介護

SAMPLE