

居宅訪問型保育事業 運営状況報告

(令和 5年10月1日現在)

1 事業所の名称	とうきょう保育サービス				
2 事業所の所在地	〒 163-8001 新宿区西新宿2-8-1		電話 03-5321-1111		
	最寄駅 都営大江戸 線 都庁前		駅 バス・徒歩		1分
3 設置者(法人)名	株式会社 東京居宅訪問保育サービス				
4 設置者住所	〒 163-8001 新宿区西新宿2-8-1		設置者が法人の場合は、代表者の氏名を記載してください。		
	電話 090-8888-8888	メールアドレス	tokyo@tokyo.jp		
5 代表者名	(氏名) 東京 太郎	(職名)	代表取締役社長		
6 管理者名	(氏名) 新宿 花子	(職名)	シッター部門管理課長		
7 管理者住所	〒 112-0006 文京区小日向4-1-6				
	電話 090-8888-8888	メールアドレス	tokyo@tokyo.jp		
8 事業開始年月日	平成 27年 4月		当該届出事業所を含めた数を記入してください。		
9 系列事業所	有 (系列事業所数 2 か所 (直営店・FC) うち都内 1 か所) 無				
10 保育提供可能時間	通常保育提供可能時間	時間外保育提供可能時間	備考		
	平日 8:00 ~ 19:00	7:00 ~ 22:00	0歳児の場合は、月齢を必ず記載してください。		
	土曜日 8:00 ~ 19:00	7:00 ~ 20:00			
	日・祝祭日 9:00 ~ 16:00	: ~ :			
11 提供するサービス内容	月極契約 (対象年齢 0歳6月 ~ 9歳)	定期契約 (対象年齢 歳 月 ~ 歳)	一時預かり (対象年齢 3歳 月 ~ 9歳)	夜間保育 (対象年齢 歳 月 ~ 歳)	24時間保育 (対象年齢 歳 月 ~ 歳)
※提供しているサービス内容に○を付けてください。	提供する全てのサービスに○を付けてください。選択肢以外の保育サービスを実施している場合は、()に内容を記載してください。各サービスの定義は、「記載上の注意」を参照してください。				※1) 0歳児の場合は、月齢まで記入すること。 ※2) サービスの内容は、「記載上の注意」による
12 利用料金	利用形態 年齢	月極額 単位(月)	定期契約 単位(時間)		
	0歳児	250,000円	円	3,000円	円
	1歳児	250,000円	円	3,000円	円
	2歳児	250,000円	円	3,000円	円
	3歳児	250,000円	円	2,000円	円
	4.5歳児	250,000円	円	2,000円	円
	小学生 歳児	50,000円	円	2,000円	円
					・食事代 円 ・入会金 10,000円 ・会費 円 ・交通費 円 ・キャンセル料 無円 () 円
※上記料金の記載にあたり、当様式により難しい場合は、利用形態別・年齢別料金がわかる書類を添付すること。					
13 保育サービスの提供地域	※例 東京都全域、23区内、埼玉県南部 など				有の場合は、()内にアドレスを記載してください。
	東京都23区 横浜市 川崎市				
14 ホームページアドレス	有 (http://www.metro.tokyo.jp/tosei/tosei/soshiki/joho/soshiki/index.html) 無				

(令和 5 年 10 月 1 日現在)

15 保育している児童 の人数	年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳以上 (就学前)	学童	計
	保育提供時間									
	2 時間以下									
	2 時間～ 4 時間以下	1			1					2
	4 時間～ 6 時間以下	2								2
	6 時間～ 8 時間以下	1	2							6
	8 時間～									
	計	4	2							10

10月1日に預かった人数を記入してください。
 なお、10月1日に預かりがない場合は、直後の営業日(1週間以内)の預かり人数を記入してください。
 ※10月1日から1週間以内に預かりがない場合、当該欄は記入不要です。

16 時間帯別の利用児童数(月極・一時預かりを含めた延人数を記入してください。)	年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳以上 (就学前)	学童	計
	保育提供時間									
	7:00～8:59									
	9:00～16:59	1	2							6
	17:00～17:59	2								2
	18:00～18:59	2								2
	19:00～19:59				1					1
	20:00～21:59				1					1
	22:00～23:59									
	0:00～6:59									
上記のうち主たる保育時間である11時間について再掲 8:00 ~19:00										

17 職務に従事した職員数 (令和 5年10月1日現在)							
資格の有無等	A事業所長		B保育従事者(A除く)			C合計(A+B)	
	1 人		5 人			6 人	
	常勤	非常勤	常勤 3人	非常勤 2人	常勤 4人	非常勤 2人	
・保育業務への従事 ○ 従事している ・従事していない			保育士 2人	保育士 1人			
・資格(保育に従事している場合選択)			看護師 1人	看護師 人			
保育士 ・ 看護師			(公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター 人	(公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター 人			
○ (公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター			該当資格なし 人	該当資格なし 1人			
該当資格なし							

18 事業所に在籍している保育従事者数 (令和 5年10月1日現在)							
資格の有無等	A事業所長		B保育従事者(A除く)			C合計(A+B)	
	1 人		10 人			11 人	
	常勤	非常勤	常勤 8人	非常勤 2人	常勤 9人	非常勤 2人	
・保育業務への従事 ○ 従事している ・従事していない			保育士 5人	保育士 1人			
・資格(保育に従事している場合選択)			看護師 3人	看護師 人			
保育士 ・ 看護師			(公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター 人	(公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター 人			
○ (公社)全国保育サービス協会の認定ベビーシッター			該当資格なし 人	該当資格なし 1人			
該当資格なし							
保育士・看護師・認定ベビーシッター資格をもたない者のうち、以下の研修を修了した者 居宅訪問型保育基礎研修 1人 子育て支援員研修(地域保育コースに限る) 人 家庭的保育基礎研修 人 (公社)全国保育サービス協会のベビーシッター養成研修及び現任研修 1人 その他() 人							

19 職員の研修等の参加状況(直近の状況を記載すること)	参加 (研修名等:近年の乳幼児の遊びと保育) 平成 31年 4月 9日 参加者数 2人・無 (研修名等:保護者対応を学ぶ) 令和 3年 (研修名等:心肺蘇生訓練) 令和 2年	受講年月日を記入してください。 (年も記入してください。)
------------------------------	---	----------------------------------

20 保険加入状況	加入 ※保険契約書別添 未加入	保険の種類 ○賠償責任保険 ○傷害保険 その他() 保険事故(内容) 賠償:受託者における児童の保険事故の補償 傷害:管理下における事故による死亡、入院、通院費等の補償 保険金額 賠償:2億/1事故 傷害(最高):3000万円/人
-----------	-----------------------	---

21 提携医療機関	機関名 所在地 電話番号 提携内容	具体的な提携内容を記入してください。
-----------	----------------------------	--------------------

22 保育計画の有無	有 (年間・月案・週案・日案・行事予定・保育目標) ・ 無
------------	-------------------------------

23 保護者との連絡状況	連絡帳の作成 有 無 緊急連絡表の作成 有 無 その他() 有 無
--------------	--

24	保護者及び利用希望者の事前の面接	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
25	利用開始時の健康状態観察	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (体温 排便 食事 睡眠 顔ぼう)	<input type="checkbox"/> 無 其他 ()
26	利用開始時の個別検査	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (服装 外傷 清潔 他 ())	<input type="checkbox"/> 無
27	児童の健康診断	利用開始時	診断書の提出 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳で確認 <input type="checkbox"/> 未実施
	利用開始後	診断書の提出 <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳で確認 <input type="checkbox"/> 1回/年 <input type="checkbox"/> 未実施	
28	けがや病気の時の措置	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者へ連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関への受診	<input type="checkbox"/> 其他 ()
29	職員の健康診断	採用時	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で実施 <input type="checkbox"/> 診断書の提出 <input type="checkbox"/> 其他 () <input type="checkbox"/> 未実施
	採用後	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所で実施 <input type="checkbox"/> 診断書の提出 <input type="checkbox"/> 其他 () <input type="checkbox"/> 未実施	
30	検便	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 隔月 <input type="checkbox"/> 回/年	<input type="checkbox"/> 未実施
31	乳幼児突然死症候群に対する注意	睡眠中の乳幼児のきめ細かな観察	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		仰向け寝	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		禁煙の厳守	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
32	安全確保 (実際に安全対策のために行っている内容を記載すること)	安全対策	(<input checked="" type="checkbox"/> スタッフ全員が毎月心肺蘇生訓練を実施している。訪問先の非常口の確認を怠らない。)
	事故防止	(<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児の事故が起こりやすい場面について、繰り返し研修を実施)	
	緊急対策	(<input checked="" type="checkbox"/> 非常事態に備え、いつでも本部からの応援体制を整備している。)	
33	利用者等への情報提供	サービス内容等の掲示	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		利用者への契約時の書面交付	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
		利用予定者への契約内容等の説明	<input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
34	児童票の作成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (家庭状況 既往症 健康状況 成長記録 健康診断記録)	<input type="checkbox"/> 無
35	帳簿の作成、整備状況	職員名簿 (履歴書)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		資格証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		職員の研修修了書	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		児童利用状況表	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		職員の雇用等状況がわかる書類 (雇用通知書、貸金台帳等)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
36	設置者が過去に事業停止命令又は施設閉鎖命令を受けたか否かの別 (受けたことがある場合には、その命令の内容を含む。)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合、その命令の内容) 事業停止命令 ・ 施設閉鎖命令 その命令を行った都道府県等名及び年月日 (: 年 月 日)

《添付書類》

- 有資格者 (保育士・看護師・認定ベビーシッター) については、資格が確認できる書類の写し
上記の資格をもたない者のうち、居宅訪問型保育基礎研修、子育て支援員研修 (地域保育コースに限る)、家庭的保育基礎研修、(公社) 全国保育サービス協会のベビーシッター養成研修及び現任研修等の研修修了者については、当該修了書の写し
- 上記19に記載した保育従事職員の直近の研修の受講状況がわかる書類 (受講証の写し等)
- 事故にかかる保険会社との保険契約書類の写し
- パンフレットや料金表等施設の運営状況を把握する上で参考となる資料

記入者	新宿 花子
連絡先	03-5321-1111 内線32-755