

平成 29 年度
施設入所支援

運営法人名	社会福祉法人〇〇〇〇会
事業所名	障害者支援施設△△△△
事業所番号	4710222777
日中サービス種類	生活介護・自立訓練（機能訓練）・自立訓練（生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援 A 型・就労継続支援 B 型
事業所住所	那覇市泉崎〇丁目〇番地〇号
電話番号	098-888-1234
実地指導実施年月日	平成〇年〇月〇日
作成者氏名	那覇 太郎

添付書類

- ①運営規程
- ②重要事項説明書
- ③利用契約書の様式
- ④勤務形態一覧表（直近の勤務実績を記載）
- ⑤パンフレット
- ⑥自己点検表

1 利用者の状況

(1) 利用契約者と一日の平均利用者数

サービス種	生活介護	機能訓練	生活訓練	就労移行支 援	就労継続支 援B型	施設入所支 援
利用契約者数 (直近月)	25 人	人	人	人	20 人	40 人
1 日平均利用者数 (前年度)	17.2 人	人	人	人	16.5 人	—

(2) (前年度) 平均障害支援区分 (以下に○を付す) ※生活介護のみ

- ① 4 未満 ② 4 以上 5 未満 ③ 5 以上

2 利用者預り金等の管理について

(1) 預り金管理を実施

(している していない)

※「している」の場合(2)以下に回答。

(2) 預り金規定の書面での整備

(している していない)

(3) 責任者の専任について

管理責任者

氏名 ○○○○ ○○○

補助者 (出納・保管責任者)

氏名 △△△△ △△△

3 苦情処理・事故発生時の対応 (前年度～現時点)

(1) 苦情受付件数 _____ 件

(2) 緊急時・事故発生件数 _____ 件 (市町村等への報告 _____ 件)

4 秘密保持等の対応状況

(1) 従業員に対する秘密保持の措置

雇用契約書及び就業規則に規定

(2) 従業員であったものに対する秘密保持の措置

退職時に誓約書を提出

5 介護等給付費の額通知 (○を付ける)

(1) 受領方法 (法定代理受領 →(2)へ ・ 法定代理受領以外 →(3)へ)

(2) 法定代理受領した給付費額の本人への通知 (実施 一部実施 未実施)
 ※通知の方法を以下に記載してください。

事業者名、利用者名、サービス種類、サービス提供月、金額等が記載された通知書を給付費の受領後に本人宛に郵送している。事業所では控えを保管。

(3) 法定代理受領以外での支払いを受けた場合のサービス提供証明書の本人への交付
 (実施 一部実施 未実施)

6 加算・減算の状況

No.	加算種類	該当	区分
1	経過的施設入所支援サービス費	有り <u>無し</u>	
2	定員超過利用減算	有り <u>無し</u>	
3	夜勤職員欠如減算	有り <u>無し</u>	
4	施設障害福祉サービス計画未作成減算	有り <u>無し</u>	
5	管理栄養士・栄養士が配置されていない場合や常勤でない場合には、利用定員に応じ、1日につき所定単位数を減算する。	有り <u>無し</u>	
6	夜勤職員配置体制加算	<u>有り</u> 無し	① 定員 21 人以上 40 人以下 ② 定員 41 人以上 60 人以下 ③ 定員 61 人以上
7	重度障害者支援加算	有り <u>無し</u>	I・II
8	夜間看護体制加算	有り <u>無し</u>	
9	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	有り <u>無し</u>	
10	入所時特別支援加算	有り <u>無し</u>	
11	入院・外泊時加算	有り <u>無し</u>	I・II
12	入院時支援特別加算	有り <u>無し</u>	① 90 日を超える入院期間が 4 日未満 ② 90 日を超える入院期間が 4 日以上
13	地域移行加算	有り <u>無し</u>	
14	地域生活移行個別支援特別加算	有り <u>無し</u>	I・II
15	栄養マネジメント加算	有り <u>無し</u>	
16	経口移行加算	有り <u>無し</u>	
17	経口維持加算	有り <u>無し</u>	I・II
18	療養食加算	有り <u>無し</u>	
19	福祉・介護職員処遇改善加算	<u>有り</u> 無し	<u>I・II・III・IV・V</u>
20	福祉・介護職員処遇改善（特別）加算	有り <u>無し</u>	

7 事業所における個別の取り組みについて（自由記入欄）

※利用者への支援やサービスの質向上等、事業所(者)として力を入れて取り組んでいることがあればお書きください。

従業員の資質向上のため、事業所内研修を定期的に行い、外部研修も積極的に参加させている。