|  |  |
| --- | --- |
| 運営法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 提供形態（○を付す。） | 介護サービス包括型  日中サービス支援型  外部サービス利用型 |
| 主たる事業所住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 実地指導実施年月日 |  |
| 作成者氏名 |  |

那覇市実地指導・監査事前調書

令和　　年度

共同生活援助

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. 利用定員　　　　　　　　名

(2) 利用契約者数　　　　　　　　名　※令和　　年　月時点

(3) 障害支援区分別利用者数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分１以下 | 区分２ | 区分３ | 区分４ | 区分５ | 区分６ |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

**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

|  |
| --- |
|  |

（2）従業員であったものに対する秘密保持の措置

|  |
| --- |
|  |

**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。

|  |
| --- |
|  |

（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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 加算種類 | 該当 | 区分 |
| 1 | サービス提供職員欠如減算 | 有り　無し |  |
| 2 | サービス管理責任者欠如減算 | 有り　無し |  |
| 3 | 共同生活援助計画未作成減算 | 有り　無し |  |
| 4 | 大規模住居等減算 | 有り　無し |  |
| 5 | 身体拘束廃止未実施減算 | 有り　無し |  |
| 6 | 福祉専門職員配置等加算 | 有り　無し | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ |
| 7 | 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 有り　無し |  |
| 8 | 看護職員配置加算 | 有り　無し |  |
| 9 | 夜間支援等体制加算 | 有り　無し | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ |
| 10 | 夜勤職員加配加算 | 有り　無し |  |
| 11 | 重度障害者支援加算 | 有り　無し | Ⅰ　・　Ⅱ |
| 12 | 医療的ケア対応支援加算 | 有り　無し |  |
| 13 | 日中支援加算 | 有り　無し | Ⅰ　・　Ⅱ |
| 14 | 自立生活支援加算 | 有り　無し |  |
| 15 | 入院時支援特別加算 | 有り　無し | 1. 入院期間が3日以上7日未満 2. 入院期間が7日以上 |
| 16 | 長期入院時支援特別加算 | 有り　無し |  |
| 17 | 帰宅時支援加算 | 有り　無し | 1. 外泊期間が3日以上7日未満 2. 外泊期間が7日以上 |
| 18 | 長期帰宅時支援加算 | 有り　無し |  |
| 19 | 地域生活移行個別支援特別加算 | 有り　無し |  |
| 20 | 精神障害者地域移行特別加算 | 有り　無し |  |
| 21 | 強度行動障害者地域移行特別加算 | 有り　無し |  |
| 22 | 強度行動障害者体験利用加算 | 有り　無し |  |
| 23 | 医療連携体制加算 | 有り　無し | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ |
| 24 | 通勤者生活支援加算 | 有り　無し |  |
| 25 | 福祉・介護職員処遇改善加算 | 有り　無し | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ |
| 26 | 福祉・介護職員等処遇改善加算 | 有り　無し | Ⅰ　・　Ⅱ |

**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。

|  |
| --- |
|  |