

平成 28 年度

居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護

運営法人名	一般社団法人〇〇〇〇〇会
事業所名	ヘルパーステーション△△△△
事業所番号	4710100999
サービス種類 (該当に○)	居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護
主たる事業所住所	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
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	〇〇〇 〇〇〇

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 利用者数、提供時間及び請求金額 ※直近3か月の実績（平成28年10月～平成28年12月）

月	項目	居宅介護	重度訪問介護	同行援護	行動援護	合計
10	利用者数	10人	2人	0人	一人	12人
	サービス提供時間	52時間30分	5時間00分	0時間00分	一時間一分	57時間30分
	請求額	240,800円	13,650円	0円	一円	254,450円
11	利用者数	15人	5人	2人	一人	22人
	サービス提供時間	77時間30分	25時間00分	2時間30分	一時間一分	105時間00分
	請求額	321,200円	68,200円	12,610円	一円	402,010円
12	利用者数	8人	3人	6人	一人	17人
	サービス提供時間	40時間00分	19時間00分	10時間00分	一時間一分	69時間00分
	請求額	164,600円	52,100円	58,900円	一円	275,600円

※1 「サービス提供時間」欄は、実績がない場合は「0時間00分」と記入してください。

※2 「請求額」欄には加算の金額も含めてください。実績がない場合は「0円」と記入してください。

※3 サービスが該当しない場合、「-」（ハイフン）としてください。

2 従業者の資格取得状況

No.	職名	氏名	資格等種類	資格取得年月	実務経験	備考
1	管理者	□□□ □□□	なし	年 月	年 月	
2	サービス提供責任者	△△△ △△△	介護福祉士	H24年10月	10年0月	
3	訪問介護員	○○○ ○○○	同行援護研修一般課程	H27年9月	5年0月	
4	〃	〃	同行援護研修応用課程	H28年9月	5年0月	
5	訪問介護員	××× ×××	訪問介護員2級	H26年9月	6年0月	
6	訪問介護員	◎◎◎ ◎◎◎	実務者研修	H25年6月	10年0月	
7				年 月	年 月	
8				年 月	年 月	
9				年 月	年 月	
10				年 月	年 月	

※1 全従業員（管理者、サービス提供責任者、訪問介護員等）について記載してください。

※2 1人で複数の資格等を持っている場合も行ごとに記載してください。

※3 欄が足りない場合は適宜追加して記載してください。

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 3 件

(2) 緊急時・事故発生件数 1 件（市町村等への報告 1件）

(3) 苦情や事故発生時における事業所内での共有方法 ※以下から選択。複数回答可。

①会議 ②文書を回覧 ③責任者に報告のみ ④共有しない ⑤その他

※具体的に記載してください。

それぞれのヘルパーが受けた苦情は受付簿に記入し、軽微なものについては文書の回覧のみ行う。

重大な苦情については受付簿に記録後、必要に応じて会議の実施等を経て管理者と共に対応する。対応後についても会議等で経過を報告し、事業所内全体で共有する。

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

雇用契約書に秘密保持について明記している。

(2) 従業員であったものに対する秘密保持の措置

退職の際に誓約書を取っている。

5 介護給付費の額通知（○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。

利用者名、サービス名、サービス提供月、受領年月日、事業者名、金額、通知日等を記載した通知書を独自に作成し、介護給付費が振り込まれた月に利用者あてに郵送している。昨年度の利用者で一部通知が漏れていた利用者がいたため、対応中。

(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 衛生管理等

(1) 職員の健康診断の実施状況（平成 28 年 12 月時点）

実施状況の把握（○を付ける）	受診者数	未受診者数	未受診者への対応
把握している・把握していない	4 人	1 人	平成 29 年 1 月に受診予定

(2) 消毒設備の有無（有り無し）

(3) 感染症対策（有り無し）※「有り」の場合、以下に概要を記載してください。

消毒液、手袋、マスク等を従業員に配布し、使用を徹底している。

また、インフルエンザ等が流行する時期に感染症予防に関する研修会を事業所内で実施。

7 加算・減算の状況

No.	加算種類	該当	区分	該当サービス
1	早朝・夜間・深夜加算	有り 無し		居宅・重度・同行
2	特定事業所加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
3	特別地域加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
4	緊急時対応加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
5	喀痰吸引等支援体制加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
6	初回加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
7	利用者負担上限額管理加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
8	福祉専門職等連携加算	有り 無し		居宅
9	移動介護加算	有り 無し		重度
10	重度障害者等包括支援者加算	有り 無し		重度
11	行動障害支援連携加算	有り 無し		重度・行動
12	福祉・介護職員処遇改善加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
13	福祉・介護職員処遇改善特別加算	有り 無し		居宅・重度・同行・行動
14				

8 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。

ヘルパーの資質向上のため、外部研修会など積極的に参加できるように支援している。
利用者が参加できる催しを企画し、交流の場を設けている。