|  |  |
| --- | --- |
| 運営法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 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

地域移行支援事業

 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 　年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**１　利用者の状況**（前年度～直近月）

※事業所における各月初日現在の利用契約人数を記入してください。

**２　地域移行支援計画**　（令和　　年　　月現在）

　（1）地域移行支援計画策定数　　　　　　　　　　　　　　　件

（2）相談支援専門員一人当たりの担当件数　　　　　　　　　件

**３　従業者の状況**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏名 | 相談研修種類 | 修了年月 | 他事業と兼務 | 備考 |
| 1 |  |  | 　年 　月 | 有り・無し |  |
| 2 |  |  | 　年 　月 | 有り・無し |  |
| 3 |  |  | 　年 　月 | 有り・無し |  |
| 4 |  |  | 　 　年 　月 | 有り・無し |  |
| 5 |  |  | 　 　年 　月 | 有り・無し |  |
| 6 |  |  | 　 　年 　月 | 有り・無し |  |

※1　全従業員（管理者、相談員等）について記載してください。

※2　県又は市町村からの委託等による各種相談支援事業を担当している場合は「備考」欄に事業名を記載してください。

※3　欄が足りない場合は適宜追加して記載してください。

**４　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）

**５　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

|  |
| --- |
|  |

**６　地域移行支援サービス費**

　（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　）

**７　衛生管理等**

1. 職員の健康診断の実施状況（令和　　年　　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 | 人 | 人 |  |

　（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。

|  |
| --- |
|  |

**８　加算の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 加算種類 | 該当 | 区分 |
| 1 | 特別地域加算 | 有り　無し |  |
| 2 | 初回加算 | 有り　無し |  |
| 3 | 集中支援加算 | 有り　無し |  |
| 4 | 退院・退所月加算 | 有り　無し |  |
| 5 | 障害福祉サービスの体験利用加算 | 有り　無し | Ⅰ　・　Ⅱ |
| 6 | 体験宿泊加算 | 有り　無し | Ⅰ　・　Ⅱ |

**９　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。

|  |
| --- |
|  |