|  |  |
| --- | --- |
| 運営法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種類 | 障害児相談支援 |
| 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

指定障害児相談支援事業

 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

**１　障害児相談支援対象保護者の状況**

（1）利用契約者数　　　　　　　　　人　※令和　　年　月時点（直近月）

（2）前年度実績（　　　年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | １ | ２ | ３ |
| 対応件数合計（件）※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うちｻｰﾋﾞｽ等利用計画書 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うちモニタリング |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 相談支援専門員数（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※事業所における各月末現在の計画作成又はモニタリングを行った障害児相談支援対象保護者の数を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | １ | ２ | ３ |
| 対応件数合計（件）※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うちｻｰﾋﾞｽ等利用計画書 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| うちモニタリング |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 相談支援専門員数（人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（3）現年度実績（　　　年度）

※事業所における各月末現在の計画作成又はモニタリングを行った障害児相談支援対象保護者の数を記載してください。

**２　取扱件数の状況**　（直近6月：令和　　年　　月～令和　　年　　月）

1. 計画作成又はモニタリングを行った数の直近前6月の平均　　　　　　　　件

（2）相談支援専門員の直近前6月の平均　　　　　　　　　　　　　人

（3）取扱件数【（1）÷（2）】　　　　　　　　　　　　　　　　　　件

**従業者の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏名 | 職種 | 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　他事業と兼務している場合は「備考」欄に事業名及び職種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　計画相談支援給付費**

　（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・減算の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 加算種類 | 該当 | 区分 |
| 1 | 特別地域加算 | 有り　無し |  |
| 2 | 利用者負担上限額管理加算 | 有り　無し |  |
| 3 | 初回加算 | 有り　無し |  |
| 4 | 特定事業所加算 | 有り　無し | Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ |
| 5 | 入院時情報連携加算 | 有り　無し | Ⅰ ・ Ⅱ |
| 6 | 退院・退所加算 | 有り　無し |  |
| 7 | 医療・保育・教育機関等連携加算 | 有り　無し |  |
| 8 | サービス担当者会議実施加算 | 有り　無し |  |
| 9 | サービス提供時モニタリング加算 | 有り　無し |  |
| 10 | 行動障害支援体制加算 | 有り　無し |  |
| 11 | 要医療児者支援体制加算 | 有り　無し |  |
| 12 | 精神障害者支援体制加算 | 有り　無し |  |
| 13 | 地域生活支援拠点等相談強化加算 | 有り　無し |  |
| 14 | 地域体制強化共同支援加算 | 有り　無し |  |

**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。

|  |
| --- |
|  |