

令和元年度

## 指定特定相談支援事業

|           |              |
|-----------|--------------|
| 運営法人名     | 合同会社〇〇〇〇     |
| 事業所名      | 相談支援事業所△△△△  |
| 事業所番号     | 4710100999   |
| サービス種類    | 特定相談支援       |
| 主たる事業所住所  | 那覇市泉崎999番地   |
| 電話番号      | 098-789-1234 |
| 実地指導実施年月日 | 令和元年7月8日（月）  |
| 作成者氏名     | 管理者 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 計画相談支援対象障害者等の状況

(1) 利用契約者数 200 人 ※令和 元 年 6 月時点（直近月）

(2) 前年度実績（平成30年度）

| 月            | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 1  | 2  | 3  |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 対応件数合計（件）※   | 30 | 40 | 30 | 45 | 35 | 40 | 50 | 40 | 40 | 45 | 40 | 40 |
| うちサービス等利用計画書 | 10 | 10 | 10 | 15 | 10 | 20 | 20 | 10 | 20 | 10 | 10 | 10 |
| うちモニタリング     | 20 | 30 | 20 | 30 | 25 | 20 | 30 | 30 | 20 | 35 | 30 | 30 |
| 相談支援専門員数（人）  | 1  | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |

※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計画相談支援対象障害者等の数を記載してください。

(3) 現年度実績（令和元年度）

| 月            | 4  | 5  | 6  | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
|--------------|----|----|----|---|---|---|----|----|----|---|---|---|
| 対応件数合計（件）※   | 45 | 40 | 40 |   |   |   |    |    |    |   |   |   |
| うちサービス等利用計画書 | 15 | 20 | 20 |   |   |   |    |    |    |   |   |   |
| うちモニタリング     | 30 | 20 | 20 |   |   |   |    |    |    |   |   |   |
| 相談支援専門員数（人）  | 2  | 2  | 2  |   |   |   |    |    |    |   |   |   |

※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計画相談支援対象障害者等の数を記載してください。

## 2 取扱件数の状況（直近6月：平成31年1月～令和元年6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 41.7 件

(2) 相談支援専門員の直近前6月の平均 2 人

(3) 取扱件数【(1) ÷ (2)】 20.9 件

## 3 従業者の状況

| No. | 氏名    | 職種      | 相談研修種類   | 修了年月    | 他事業と兼務 | 備考                 |
|-----|-------|---------|----------|---------|--------|--------------------|
| 1   | 那覇 太郎 | 管理者     | 相談員初任者研修 | H25年8月  | 有り・無し  | 就労支援事業所〇〇<br>管理者兼務 |
| 2   | 泉崎 花子 | 相談支援専門員 | 相談員現任研修  | H27年10月 | 有り・無し  |                    |

|   |        |         |                     |         |       |  |
|---|--------|---------|---------------------|---------|-------|--|
| 3 | 久茂地 一郎 | 相談支援専門員 | 相談員初任者研修            | H29年 9月 | 有り・無し |  |
| 4 | 〃      |         | 強度行動障害支援者養成研修（実践研修） | R元年 6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 5 件

(2) 緊急時・事故発生件数 2 件 （市町村等への報告 2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

雇用契約書に明記し署名押印をもらっている。

(2) 従業員であったものに対する秘密保持の措置

個人情報取扱に関する誓約書に署名押印をもらっている。

国保連をとおして請求事務を行っている場合は「法定代理受領」となります。

#### 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。

サービス提供月、内容、受領日、受領金額等を記載した受領通知書を発行し、毎月利用者に渡し  
ており、当該通知の控えを事業所に保管している。

- (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（令和元年6月現在）

| 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 | 2人   | 1人    | 令和元年9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。

## 8 加算・減算の状況

| No. | 加算種類            | 該当    | 区分                |
|-----|-----------------|-------|-------------------|
| 1   | 居宅介護支援費重複減算     | 有り 無し | I ・ II            |
| 2   | 介護予防支援費重複減算     | 有り 無し |                   |
| 3   | 特別地域加算          | 有り 無し |                   |
| 4   | 利用者負担上限額管理加算    | 有り 無し |                   |
| 5   | 初回加算            | 有り 無し |                   |
| 6   | 特定事業所加算         | 有り 無し | I ・ II ・ III ・ IV |
| 7   | 入院時情報連携加算       | 有り 無し | I ・ II            |
| 8   | 退院・退所加算         | 有り 無し |                   |
| 9   | 居宅介護支援事業所等連携加算  | 有り 無し |                   |
| 10  | 医療・保育・教育機関等連携加算 | 有り 無し |                   |
| 11  | サービス担当者会議実施加算   | 有り 無し |                   |
| 12  | サービス提供時モニタリング加算 | 有り 無し |                   |
| 13  | 行動障害支援体制加算      | 有り 無し |                   |
| 14  | 要医療児者支援体制加算     | 有り 無し |                   |
| 15  | 精神障害者支援体制加算     | 有り 無し |                   |
| 16  | 地域生活支援拠点等相談強化加算 | 有り 無し |                   |
| 17  | 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。

- ・利用者の日常生活全般を支援するために、障害福祉サービスだけでなく、各自治体の独自の取り組みや地域住民による自発的サービス等の情報を積極的に収集し、支援に活用している。
- ・少しでもリラックスした状態で相談が受けられるよう、事務所の相談室に観葉植物や癒し効果のあるアロマなどの小物等を置いている。
- ・希望に応じた支援につながるよう、サービス提供事業者との情報交換や情報収集を積極的に実施し、事業所独自の施設一覧表を作成している。 etc.