

令和3年度
共同生活援助

運営法人名	株式会社 ○○○○
事業所名	グループホーム△△△△
事業所番号	4710222777
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	那覇市泉崎○丁目○番地○号
電話番号	098-888-1234
実地指導実施年月日	令和○年○月○日
作成者氏名	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 利用者の状況

(1) 利用定員 6 名

(2) 利用契約者数 6 名 ※令和3年4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
3名	名	名	2名	1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 3 件

(2) 緊急時・事故発生件数 2 件 （市町村等への報告 2 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

雇用契約書及び就業規則に規定

(2) 従業員であったものに対する秘密保持の措置

退職時に誓約書を提出

5 訓練等給付費の額通知（○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。

事業者名、利用者名、サービス種類、サービス提供月、金額等が記載された通知書を給付費の受領後に本人宛に郵送している。事業所では控えを保管。

(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

No.	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。

- ・従業員の資質向上のため、事業所内研修を定期的に行い、外部研修も積極的に参加させている。
- ・利用者の状況を共有するためのスタッフ会議を週に1回以上実施している。