

平成 29 年度

短期入所

運営法人名	株式会社 ○○○○
事業所名	△△△△
事業所番号	4710222777
施設形態 (該当に○)	併設事業所 <u>空所利用型事業所</u> ・単独型事業所
日中サービス (該当に○)	<u>生活介護</u> その他
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	平成○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（前年度～直近月）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H28年度	18	20	15	16	15	15	13	13	15	16	16	16
H29年度	16	15	15	14	14	14	14	15	11	15	12	

※延べ利用人数を記入

2 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 2 件

(2) 緊急時・事故発生件数 1 件（市町村等への報告 1件）

3 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

4 介護等給付費の額通知（○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 ）

5 加算・減算の状況

No.	加算種類	該当	区分
1	定員超過利用減算	有り <u>無し</u>	
2	サービス提供職員欠如減算	有り <u>無し</u>	
3	短期利用加算	有り <u>無し</u>	
4	重度障害者支援加算	有り <u>無し</u>	

5	単独型加算	有り 無し	
6	医療連携体制加算	有り 無し	I・II・III・IV
7	栄養士配置加算	有り 無し	I ・II
8	利用者負担上限額管理加算	有り 無し	
9	食事提供体制加算	有り 無し	
10	特別重度支援加算	有り 無し	I・II
11	緊急短期入所体制確保加算	有り 無し	
12	緊急短期入所受入加算	有り 無し	I・II
13	送迎加算	有り 無し	
14	福祉・介護職員処遇改善加算	有り 無し	I・ II III・IV・V
15	福祉・介護職員処遇改善（特別）加算	有り 無し	

6 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。