令和　年度

指定障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護）事業所

実地指導事前資料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

１　事業所の概要

　(1)　設置者等の状況 　　令和　 年　 月 　 日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置者の状況 | 法人の名称 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 事業所の状況 | 事業所の名称 |  |
| 所 　 在 　 地 | 〒　　　　－ |
|  |  |
| サービス提供責任者の氏名 |  |  |  |
| サービス種別 |  |  |  |
| 指定年月日 |  |  |  |
| 連絡先 | 担当者名 |  | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

 (2)　事業所の平面図（既存資料の活用可）

２　職員の状況（　　　月末日現在）※指導実施日の前月末、ただし、指導実施日が１日～１５日の場合は、前々月末

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 氏　　名 | 年齢 | 資　　格 | 常勤・非常勤の別 | 専任・兼任の別 | 兼任先事業所名とその職種 | 当該事業所の勤務割合 | 備　　　　　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　※１　職種は、管理者、サービス提供責任者、従業員、事務員等と記入してください。

　　　　２　資格は、介護福祉士、介護職員初任者研修修了者、看護師、准看護師、無資格等と記入してください。

　　　　３　兼任先が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記入してください。

　　　　４　当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を１としてその割合を記入してください。（例えば常勤専任者が週４０時間である場合に、

　　　　　当該職員が週１０時間勤務であれば１０／４０＝０．２５となります。）

３　勤務実績（令和　　年　月）※指導実施日の前月、ただし、指導実施日が１日～１５日の場合は、前々月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 | 第１週 | 第２週 | 第３週 | 第４週 | ４週の合計 | 週平均の勤務時間 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 従業員常勤換算数 | （従業員の合計勤務時間数）÷（常勤勤務時間数）＝　　　　　人 |

　　　※１　職種は、管理者、サービス提供責任者、従業員、事務員等と記入してください。

　　　　２　勤務形態の区分　Ａ：常勤で専従　Ｂ：常勤で兼務　Ｃ：常勤以外で専従　Ｄ：常勤以外で兼務

　　　　３　暦月により１か月分をまとめてください。（勤務予定表等既存資料の活用可）

　　　　４　各日毎に実際に勤務した時間数を記入してください。（８時間→「８」）（ただし超過勤務時間を除く）

　　　　５　下欄に従業員の常勤換算数を記入してください。例えば常勤者の当月勤務時間数が１６０時間の場合に、従業員の全員の合計勤務時間数が４２０時間の場合は４２０／１６０＝２．６人となります。小数点以下第２位を切り捨て）。なお、この合計勤務時間数には、有給休暇及び特別休暇（育休・傷休等の長期休暇は除きます。）を勤務したものとして算定したものを用います。

　　　　６　事業所の常勤者の１週当たりの勤務時間が３２時間を下回るときは、３２時間を基本として常勤換算を算定してください。

４　介護給付費の請求状況（令和　　年　月の状況）※指導実施日の前月、ただし、指導実施日が１日～１５日の場合は、前々月

　(1)　居宅介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 指定障害福祉サービスに要した費用の額　（円） | 利　　用　　件　　数（件） | 利　用実人員（人） |
| 介護給付費 | 利用者負担額 | 合　計 | ～30分未満 | 30～60分 | 60～90分 | 90～120分 | 120分以上 |
| 身体介護中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家事援助中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院等介助 | 身体介助を伴う |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体介助を伴わない |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通院等のための乗車又は降車の介助 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定事業所加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別地域加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時対応加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担上限額管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喀痰吸引等支援体制加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉専門職員等連携加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　(2)　重度訪問介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 指定障害福祉サービスに要した費用の額　（円） | 利　　用　　件　　数（件） | 利　用実人員（人） |
| 介護給付費 | 利用者負担額 | 合　計 | ～60分未満 | 60～120分 | 120～180分 | 180～240分 | 240分以上 |
| 重度訪問介護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定事業所加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別地域加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時対応加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移動介護加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担上限額管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喀痰吸引等支援体制加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 行動障害支援連携加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　(3)　同行援護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 指定障害福祉サービスに要した費用の額　（円） | 利　　用　　件　　数（件） | 利　用実人員（人） |
| 介護給付費 | 利用者負担額 | 合　計 | ～30分未満 | 30～60分 | 60～90分 | 90～120分 | 120分以上 |
| 身体介護を伴う |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体介護を伴わない |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定事業所加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別地域加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時対応加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担上限額管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喀痰吸引等支援体制加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　(4)　行動援護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 指定障害福祉サービスに要した費用の額　（円） | 利　　用　　件　　数（件） | 利　用実人員（人） |
| 介護給付費 | 利用者負担額 | 合　計 | ～30分未満 | 30～60分 | 60～90分 | 90～120分 | 120分以上 |
| 行動援護 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定事業所加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特別地域加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時対応加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 初回加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担上限額管理加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喀痰吸引等支援体制加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 行動障害支援指導連携加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

５　通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供した場合の交通費の徴収状況

（令和　　年　月の状況）※指導実施日の前月、ただし、指導実施日が１日～１５日の場合は、前々月

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　　月 | 件　　　数（件） | 金　　　額（円） |
| 令和　　　年　　　月 |  |  |

６　居宅介護計画の作成状況

|  |  |
| --- | --- |
| 計画作成者名 |  |
| 計画作成の方法 |  |
| 計画対象期間 |  |
| 計画の評価・見直しの時期 |  |
| 計画の評価・見直しの方法 |  |

※　居宅介護計画内容の調整状況、作成時期、作成上の留意点、計画見直しの状況等を記入してください。

７　苦情処理の状況（令和　　年　月から　月の状況）

※指導実施日の３か月前～前月、ただし、指導実施日が１日～１５日の場合は、４か月前～前々月

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 苦情受付年月 | 苦情件数（件） | 主 な 苦 情 内 容  | 処 理 結 果 |
| 年　　月 | ｻｰﾋﾞｽ内容関係 |  |  |  |
| 利用料関係 |  |
| その他 |  |
| 合　　　　計 |  |
| 年　　月 | ｻｰﾋﾞｽ内容関係 |  |  |  |
| 利用料関係 |  |
| その他 |  |
| 合　　　　計 |  |
| 年　　月 | ｻｰﾋﾞｽ内容関係 |  |  |  |
| 利用料関係 |  |
| その他 |  |
| 合　　　　計 |  |

８　事故発生時の対応状況　※昨年度と今年度の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故発生年月日 | 事　故　等　の　内　容 | 事　故　発　生　等　に　対　す　る　具　体　的　対　応 |
| 　年　月　日 |  |  |
| 　年　月　日 |  |  |
| 　年　月　日 |  |  |