

令和 6(2024) 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
及び行動援護事業所実地指導事前提出資料

事業所番号	0	9							
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
住所	
電話	
メールアドレス	@

1 職員の状況

令和 年 月 日現在

	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									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

※1 職種は、管理者、サービス提供責任者、従業員、事務員等と記載する。

2 資格は、介護福祉士、ヘルパー1級、看護師、准看護師、無資格等と記載する。(同行援護の場合、資格の種類を記載をする。)

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載する。

4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1とした場合の割合を記載する(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 $20/40=0.5$ とする。)

2 勤務実績(直近月) ※給付費請求状況の月と同月

		2024 年 月分																												合計勤務 時間数
職 種	氏 名	1 金	2 土	3 日	4 月	5 火	6 水	7 木	8 金	9 土	10 日	11 月	12 火	13 水	14 木	15 金	16 土	17 日	18 月	19 火	20 水	21 木	22 金	23 土	24 日	25 月	26 火	27 水	28 木	
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
従業員常勤換算数		(従業員の合計勤務時間数 0 時間 ÷ (常勤勤務時間数 時間 = 常勤換算 人																												

- ※1 職種は、管理者、サービス提供責任者、従業員、事務員等と記載する。
- 2 暦月により1ヶ月分をまとめること（既存資料の活用可。）。
- 3 各日毎に実際に担当した時間数を記載すること（例：8時間→「8」。ただし、超過勤務時間を除く。）。
- 4 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の算定をすること。
- 5 下欄に従業員の常勤換算数を記載する。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、 $420 \div 160 = 2.6$ 人とする（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・傷病等の長期休暇は除く。）を勤務したものとして算定したものをを用いる。

3 障害福祉サービス費の請求状況(直近月の状況)

※不足する項目は追加してください。

(1) 居宅介護

令和 年 月分

		利用件数	※加算については「○」又は「－」を選択し、備考に対象人員数を()書きする							備 考	
		(単位:件)	～30分未満	30～60分	60～90分	90～120分	120～150分	150～180分	180分～		合計
(記入例) 身体介護中心		1		2	1		1		5	－	
(記入例) 初回加算		－	－	－	－	－	－	－	－	○	(3名)
身体介護中心									0	－	
家事援助中心									0	－	
通院 介助	身体介護を伴う								0	－	
	身体介護を伴わない								0	－	
通院等のための乗車又は降車の介助									0	－	
特定事業所加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
特別地域加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
緊急時対応加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
喀痰吸引等支援体制加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
初回加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
利用者負担上限額管理加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
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)		－	－	－	－	－	－	－	－		
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
計											

(2) 重度訪問介護

令和 年 月分

		利用件数（単位:件） ※加算については「○」又は「－」を選択し、備考に対象人員数を（ ）書きする								備 考	
		～60分未満	60～90分	90～120分	120～150分	150～180分	180～210分	210分～	合計		加算
重度訪問介護									0	－	
重度訪問介護 （入院中等の障害者に提供）									0	－	
特定事業所加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
特別地域加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
緊急時対応加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
喀痰吸引等支援体制加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
移動介護加算	1時間未満	－	－	－	－	－	－	－	－		
	1時間以上1時間30分未満	－	－	－	－	－	－	－	－		
	1時間30分以上2時間未満	－	－	－	－	－	－	－	－		
	2時間以上2時間30分未満	－	－	－	－	－	－	－	－		
	2時間30分以上3時間未満	－	－	－	－	－	－	－	－		
	3時間以上	－	－	－	－	－	－	－	－		
初回加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
利用者負担上限額管理加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
行動障害支援連携加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
移動介護緊急時支援加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
福祉・介護職員処遇改善加算 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）		－	－	－	－	－	－	－	－		
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算		－	－	－	－	－	－	－	－		
計											

(3) 同行援護

令和 年 月分

	利用件数	(単位:件) ※加算については「○」又は「-」を選択し、備考に対象人員数を()書きする							備 考	
	～30分未満	30～60分	60～90分	90～120分	120～150分	150～180分	180分～	合計		加算
同行援護								0	-	
同行援護(身体介護を伴う場合)								0	-	
同行援護(身体介護を伴わない場合)								0	-	
特定事業所加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
特別地域加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
緊急時対応加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
喀痰吸引等支援体制加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
初回加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
利用者負担上限額管理加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
福祉・介護職員処遇改善加算()	-	-	-	-	-	-	-	-		
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
計										

(4) 行動援護

令和 年 月分

	利用件数	(単位:件)	※加算については「○」又は「-」を選択し、備考に対象人員数を()書きする						備 考	
	～30分未満	30～60分	60～90分	90～120分	120～150分	150～180分	180分～	合計		加算
行動援護								0	-	
特定事業所加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
特別地域加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
緊急時対応加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
喀痰吸引等支援体制加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
初回加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
利用者負担上限額管理加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
行動障害支援指導連携加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
福祉・介護職員処遇改善加算()	-	-	-	-	-	-	-	-		
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	-	-	-	-	-	-	-	-		
計										

4 居宅介護等計画の作成状況（直近5名分を記載すること）

利用者	計画作成者 氏 名	支給決定 期 間	計画対象 期 間	（適正に処理されていれば○、不備があるときは×を記入すること）					備考（※）
				アセスメントの 実 施	サービスの 詳細な内容	サービスを提供 する者の氏名	提供の日時と 所要時間	利用者への交付 及び説明	
（例）利用者 A	〇〇 〇〇	R6.4.1～R7.3.31	R6.5.1～R6.10.31	○	○	×	○	○	
利用者 A									
利用者 B									
利用者 C									
利用者 D									
利用者 E									

※作成時期、作成過程、作成上の留意点、計画変更の状況等を備考欄に記載すること。

5 苦情処理、事故発生時の対応等（直近1年の状況） ※既存記録等の活用可

（1）苦情処理の状況

苦情受付年月日	苦 情 の 内 容	苦 情 へ の 具 体 的 対 応
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

（2）事故等発生時の対応状況

事故等発生年月日	事 故 等 の 内 容	事 故 等 へ の 具 体 的 対 応
年 月 日		
年 月 日		

6 勤務体制の確保等(ハラスメント対策)

○職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針について

方針の記載されている書類 (就業規則・方針の作成文書など)	あり ・ なし			
ハラスメント防止のための担当者	役職等		氏名	
相談窓口の定め	あり ・ なし			
方針等の従業者へ周知・啓発	あり ・ なし			

7 身体拘束等の禁止

身体拘束適正化委員会の開催	開催日:令和 年 月 日	会議の記録	あり ・ なし
身体拘束適正化委員会の従業者への周知	あり ・ なし	周知方法	
身体拘束適正化のため指針の整備	している ・ していない		
身体拘束適正化のための研修の実施	開催日:令和 年 月 日	研修の記録	あり ・ なし

8 虐待の防止

虐待防止委員会の開催	開催日:令和 年 月 日	会議の記録	あり ・ なし
虐待防止委員会の従業者への周知	あり ・ なし	周知方法	
虐待防止のための研修の実施	開催日:令和 年 月 日	研修の記録	あり ・ なし
虐待防止のための担当者	役職等		氏名

9 業務継続計画の策定等

業務継続計画の作成	あり ・ なし			
業務継続計画の従業者への周知	あり ・ なし	周知方法		
業務継続計画のための研修の実施	開催日:令和 年 月 日	研修の記録	あり ・ なし	
業務継続計画のための訓練の実施	開催日:令和 年 月 日	訓練の記録	あり ・ なし	

10 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

感染対策委員会の開催	開催日:令和 年 月 日		会議の記録	あり ・ なし
感染対策委員会の従業者への周知	あり ・ なし	周知方法		
感染対策担当者	役職等		氏名	
感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備	している ・ していない			
感染症の予防及びまん延の防止のための研修の実施	開催日:令和 年 月 日		研修の記録	あり ・ なし
感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の実施	開催日:令和 年 月 日		訓練の記録	あり ・ なし

11 情報公表制度(情報の提供等:障害者総合支援法第76条の3)

障害福祉サービス等情報の報告※	あり ・ なし	直近報告日:令和 年 月 日
-----------------	---------	----------------

※独立行政法人福祉医療機構(WAM)が運営する障害福祉サービス等情報公表システムを通じておこなうもの