令和6年度

指定生活介護事業所指導事前提出資料

実地指導日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事　業　所　名 |  |  |
|  | 実地指導会場名所在地 | ※上記の事業所外で実地指導を受ける場合に記載 |  |
|  | 実地指導対応担当者名 |  | 連絡先電話番号 |  |  |

添付書類

事前提出資料は、次の書類を添付して**１部提出**してください。（ホッチキス止め等をしないこと）

1. 運営規程
2. 重要事項説明書
3. 契約書様式
4. 組織図（法人内の兼務関係が確認できるもの）
5. 直近の従業者の勤務実績（生活介護）【様式 別添⑫】（又は勤務割表）
6. 事業所の平面図
7. 直近３か月の利用者の利用実績（実地指導実施月を基準とした直近３か月）【様式 別添⑩】
8. 平均利用者数・人員計算表（生活介護用）【様式 別添⑪】
9. 従業者が兼務する事業所の勤務実績表（別紙様式①）

１　開設者・事業所の概要

 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　 　　　　　令和　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 開設者の概要 | 法人等の名称 | 　 |
| 法人等の種別 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 代表者名 | 　 |
| 代表者の住所 | 　 |
| 事業者の概要 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 指定年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 利用定員数 | 　　　　　人 |
| 管理者の氏名 | 　 |
| サービス管理責任者の氏名 | 　実践研修修了年月（　　年　　月）更新研修修了年月（　　年　　月） |
| 主たる対象者 |  特定無し 特定有り （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 協力医療機関 | 　 |
| 他に指定を受けている指定障害福祉サービス | 　 |
|  | 営業日及び営業時間 | 　 |
|  | 前年度の開所日数 | 　　　　　日 |

※　「法人等の種別」には、社会福祉法人、株式会社などと記載してください。

２　利用者の状況

 月別利用者数 　※　各月の**延べ利用者数**を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 特定旧法受給者等 | 区分２ | 区分３ | 区分４ | 区分５ | 区分６ | 合　　計 |  |
| 前年度 |  　４月 |  人 | 人 |  人 |  人 |  人 |  人 |  人 |
|  　５月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　６月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　７月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　８月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　９月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　10月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　11月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　12月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　１月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　２月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　３月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　　計 |  |  |  |  |  |  |  |
| 現年度 |  　４月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ５月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　６月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　７月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　８月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　９月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　10月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　11月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　12月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　１月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ２月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  ３月 |  |  |  |  |  |  |  |
|  　　計 |  |  |  |  |  |  |  |

３　従業者の状況

 従業者の勤務状況等（直近月：令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　　種 | 氏　　名 | 年齢 | 資　　格 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 | 兼務先事業所・施設名及びその職種 | 備　　　考 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　当該事業所に従事する全従業者について、**管理者、サービス管理責任者、看護職員、理学療法士、言語聴覚士、生活支援員、医師**の順に記載してください。

２　「常勤・非常勤の別」は、同一法人の他事業所・施設と兼務している場合は兼務先事業所等における勤務時間も含めて常勤・非常勤の別を判断してください。

３　「専従・兼任の別」は、当該事業所にのみ従事する場合は「専従」、当該事業所のほか同一法人の他事業所・施設（又は当該事業所が実施する他の障害福祉サービス）に従事する場合は「兼務」としてください。

４　足りない場合は、複写して記載してください。

４　生産活動の状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生産活動に従事する利用者数 | 生産活動種目 | 収支状況（令和　　年　　月　～　　　年　　月の状況）※法人が定めた決算を行う期間 | １人当たりの工賃（月額） | 備　考 |
| 収入額 | 支　　　出　　　額 | 差　引 | 最高 | 最低 | 平均 |
| 事務費 | 事業費 | 工　賃 | 積立金等 | 計 |
|  |  |  円 |  　 円 |  円 |  円 |  円 |  円 |  円 |  円 |  円 |  円 |  |

※１　生産活動を行っている事業所のみ記載してください。

２　「生産活動種目」に、実施している全ての生産活動種目を記載してください。

３　「収支状況」及び「１人当たりの工賃」については、生産活動種目ごとではなく、**事業所単位**で記載してください。

５　介護給付費の請求状況

 (1) 加算の適用（前年度以降）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

　 ※　適用した加算を対象者の人数に関わらず、全て記載してください。

 (2) 減算請求（前年度以降）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  減算の有無 |  減　算　理　由 |  該当する減算理由 |  |
|  有　・　無 | 1. 利用者の定員超過
 |  |
| ②　看護職員、理学療法士若しくは作業療法士、生活支援員の員数が基準に満たない |  |
|  ③　サービス管理責任者の員数が基準に満たない |  |
|  | ④　生活介護計画の未作成 |  |  |
|  |  | ⑤　医師を配置していない |  |  |
|  |  | ⑥　開所時間が６時間未満 |  |  |
|  |  | ⑦　短時間（５時間未満）の利用者等の割合が、事業所の利用者全体　　の100分の50以上　 |  |  |
|  |  | ⑧　身体拘束等の適正化を図る措置（記録作成、委員会の開催、指針　　の整備、研修の実施）を講じていない |  |  |

 ※　減算が有る場合は、「該当する減算理由」に○を記してください。

６　苦情処理、事故発生時の対応等（前年度以降）

1. 苦情処理の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付年月日 | 苦情の内容 | 苦情に対する具体的対応 |
| 年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |

 (2) 緊急時・事故発生時の対応状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 報告等の状況※済は☑を入れる |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |
| 年　　月　　日 |  |  | □　佐　賀　県□　支給決定市町□　家族・保護者 |

７　障害者虐待防止に対する取り組み状況

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）虐待防止委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知しているか。（※身体拘束適正化検討委員会と一体的に設置・運営して可。） | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日※ 役割分担表及び組織図を添付すること。 |  |
| （２）虐待防止措置を適切に実施するための担当者を配置しているか。 | 〇　担当者　職名：　　　　　　　氏名： |  |
| （３）従業者に対して定期的（年1回以上）な研修を実施しているか。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日研修場所　：（　事業所内　・　事業所外　）研修内容　： |  |
| （４）虐待防止に必要な次の措置について、あらかじめ運営規程に定めているか。ア 虐待の防止に関する担当者の選定 イ 成年後見制度の利用支援ウ 苦情解決体制の整備エ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など） オ 虐待防止委員会の設置等に関すること | 　〇　運営規程の条項：　第　　　条 |  |

　**（注）（１）から（３）について、１項目でも「いいえ」があれば、令和６年度から「虐待防止措置未実施減算」の対象となる。**

８　身体拘束等の禁止に対する取り組み状況

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）身体拘束適正化検討委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知しているか。（※虐待防止委員会と一体的に設置・運営して可。） | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日 |  |
| （２）身体拘束等の適正化のための指針（以下の項目を規定）を整備しているか。　　ア　事業所における身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方　　イ　身体拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項　　ウ　身体拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針エ　事業所内で発生した身体拘束等の報告方法等の方策に関する基本方針オ　身体拘束等発生時の対応に関する基本方針カ　利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針キ　その他身体拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針 | 〇　指針制定日：　　　年　　月※ 指針を添付すること。 |  |
| （３）従業者に対して定期的（年1回以上）な研修を実施しているか。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日研修場所　：（　事業所内　・　事業所外　）研修内容　：  |  |
| （４）緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合、以下の項目について記録が行われているか。　　・　利用者のその態様及び時間* その際の利用者の心身の状況

　　・ 緊急やむを得ない理由（切迫性、非代替性、一時性の三つの要件全てを満たし組織としてそれらの要件の確認等の手続きを行った旨を記録） | 〇　身体拘束等を行った日：　　　年　　月　　日※ 記録は５年間保存すること。 |  |

**（注1）（４）については、身体拘束等が行われていない場合には記載不要。**

**（注2）（１）から（４）について、１項目でも「いいえ」があれば、「身体拘束廃止未実施減算」の対象となる。**

９　感染症や災害が発生した場合における業務継続計画（BCP）の策定等

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| 1. 業務継続計画を策定しているか。
	1. 感染症に係る業務継続計画（以下の項目等を記載）

・平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備　　　　　　　　　　蓄品の確保等）・初動対応・感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）* 1. 災害に係る業務継続計画（実態に応じて以下の項目等を記載）

・平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）・緊急時の対応（業務継続計発動基準、対応体制等）・他施設及び地域との連携（※感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定して可。） | 〇　業務継続計画策定日：　　　年　　月※ 業務継続計画を添付すること。 |  |
| （２）従業者に対して業務継続計画を周知し、定期的（年1回以上）な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しているか。※ 障害者支援施設及び障害児入所施設は、「年２回以上」の実施。 | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日〇　訓練実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| （３）業務継続計画の定期的な見直しを実施しているか。※研修及び訓練での課題等も踏まえて、見直しを実施。 | 〇　業務継続計画策の見直し項目： |  |

**（注1）業務継続計画を策定していない場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じていない場合には令和６年度から「業務継続計画未策定減算」の対象となる。**

※　令和７年３月31日までの間、「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び「非常災害に関する具体的計画」の策定を行っている場合には、減算を適用しない。ただし、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、自立生活援助、就労定着支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援については、「非常災害に関する具体的計画」の策定が求められていないこと等を踏まえ、令和７年３月31日までの間、減算を適用しない。

１０　感染症の予防及びまん延防止のための措置

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| 1. 感染対策委員会を定期的に開催しているか。

（Ａ）概ね６か月に１回以上《訪問系サービス、就労定着支援、自立生活支援、地域移行支援、地域定着支援》（Ｂ）概ね３か月に１回以上《（Ａ）以外のサービス等》 | 〇　委員会開催日：　　　年　　月　　日年　　月　　日年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| 1. 感染対策担当者を配置しているか。
 | 〇　担当者　職名：　　　　　　　氏名： |  |
| （３） 従業者に対して定期的な研修及び訓練を実施しているか。（Ａ）年に１回以上《訪問系サービス、就労定着支援、自立生活支援、地域移行支援、地域定着支援》（Ｂ）年に２回以上《（Ａ）以外のサービス等》（※感染症の業務継続計画に係る研修及び訓練と一体的な実施も可。） | 〇　研修実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日〇　訓練実施日：　　　年　　月　　日年　　月　　日 |  |
| （４）感染対策の指針（以下の項目を規定）を整備しているか。〇 平常時の対策　・事業所内の衛生管理（環境の整備等）・支援にかかる感染対策（手洗い等の標準的な予防策）〇 発生時の対応　　　・発生状況の把握　　　・感染の拡大防止　　　・医療機関や保健所、県・市町等関係機関との連携報告 | 〇　指針制定日：　　　年　　月※ 指針を添付すること。 |  |

１１　非常災害対策

（1）防災設備等の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（2）各種防災訓練、防災教育の実施状況（前年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施回数 | 実施月 | 消防署への事前届出 | 消防署の立会 | 記録 |
| 避難訓練（火災） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（風水害） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（地震） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 避難訓練（原子力） | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 通報訓練 | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 消火訓練 | 回 | 月 | 有（　　回）・無 | 有（　　回）・無 | 有・無 |
| 防災教育 | 回 | 月 | - | - | 有・無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・設備 | 消防法令による設備義務の有・無 | 整備状況 |
| 防火設備 | 避難階段 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 避難口（非常口） | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 居室・廊下・階段等の内装材料 | - | 有・無 |
| 防火戸・防火シャッター | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 消防用設備 | 屋内消火栓設備 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 屋外消火栓設備 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| スプリンクラー設備 | 有・無 | 有・無 |
| 自動火災報知設備 | 有・無 | 有・無 |
| 非常通報装置 | - | 有・無 |
| 漏電火災警報器 | 有・無 | 有・無 |
| 非常警報設備 | 有・無 | 有・無 |
| 避難器具（すべり台・救助袋） | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 誘導灯及び誘導標識 | 有・無 | 有（　　か所）・無 |
| 防火用水 | 有・無 | 有・無 |
| 非常電源設備 | 有・無 | 有・無 |
| 消火器具 | 有・無 | 有・無 |
| カーテン・布製ブラインド等の防炎性能 | 有・無 | 有・無 |

※総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従ってそれぞれ記入すること。

（3）防災計画及び避難確保計画の策定

 浸水想定区域　・　土砂災害警戒区域　・　区域外　（〇で囲む）

|  |  |
| --- | --- |
| 防災計画に定めるべき項目 | 避難確保計画に定めるべき項目（浸水想定区域・土砂災害警戒区域のみ） |
| 立地条件 | 有・無 | 計画の目的 | 有・無 |
| 情報の入手方法 | 有・無 | 計画の適用範囲 | 有・無 |
| 連絡先及び通信手段の確認 | 有・無 | 防災体制 | 有・無 |
| 避難を開始する時期、判断基準 | 有・無 | 情報収集及び伝達 | 有・無 |
| 避難場所 | 有・無 | 避難の誘導 | 有・無 |
| 避難経路 | 有・無 | 避難確保を図るための施設の整備 | 有・無 |
| 避難方法 | 有・無 | 防災教育及び訓練の実施 | 有・無 |
| 人員体制、指揮系統 | 有・無 | 自衛水防組織の業務（設置する場合に限る） | 有・無 |
| 関係機関との連携体制 | 有・無 |

（4）物資資機材の状況

※非常災害に備えた物資（食料、飲料水及び生活物資）及び、資機材（情報機器、照明、暖房資材、作業資材、移送用具、避難用具等）を物資の種類ごとに備蓄数量を記載すること。　なお、別途一覧表（様式任意）があれば、その提出で可とします。

（5）地域、他施設との連携

※地域や他施設との連携をしている場合、記載してください。（例）自治体の防災組織への参加、同種施設との被災時の利用者受け入れの取り決め等

(6)防災設備の保守点検の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業者委託による点検 | 有(年　　回)・無 | 実施者 |  |
| 自主点検 | 点検事項 |  |

(7)消防計画および防災管理者の届出状況

|  |  |
| --- | --- |
| 消防計画の消防署への届出(直近) | 年　　　　月　　　　日 |
| 防火管理者職氏名(資格取得年月日) | 職種：氏名：　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

(8)消防署の立入検査の状況(前年度)

|  |  |
| --- | --- |
| 実施年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 指摘事項 |  |
| 上記に対する改善措置 |  |

１２　**障害福祉サービス等情報公表**

※「はい」の場合は内容を記載し、「いいえ」の場合は欄に〇を付すこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | はい | いいえ |
| （１）毎年度、障害福祉サービス等情報公表システムの更新（報告）を行っているか。 | 〇　報告月：　　　年　　月 |  |
| （２）基本情報に変更がある場合は、その都度報告しているか。* + 変更がない場合は記載不要。
 | 〇　報告月：　　　年　　月 |  |

　**（注）障害福祉サービス等情報公表システム上、未報告となっている場合に令和６年度から「情報公表未報告減算」の対象となる。**

１３　業務管理体制

業務管理体制の届出状況　※当てはまる項目にチェック（☑）してください。

□届出をしている　（　　　　年　　月届出、法令遵守責任者名　　　　　　　　　）　　□届出をしていない

１４　職場におけるハラスメント（パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等）防止

※はい・いいえのどちらかを〇で囲むこと。

|  |  |
| --- | --- |
| （１）ハラスメント防止方針を明確化し、従業者に周知・啓発しているか。　　※【パワーハラスメント防止のための方針の明確化については、中小企業は令和４年４月１日から義務化】 | はい ・ いいえ |
| （２）相談に対応する担当者を定め（相談窓口の設置）、従業者に周知したか。 | はい ・ いいえ |