

年度

大津市指定障害福祉サービス事業所
【自立生活援助】

実地指導事前資料

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 法人名 | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | |

実地指導日 年 月 日

大津市福祉指導監査課
〒520-8575 大津市御陵町3番1号
電話:077-528-2912

1 事業所の概要

| | | | | | | | | |
|-----------|------------------|-----------|------|------|--------------|--------|--|--|
| 開設者の状況 | 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 | | | |
| | 他の指定障害福祉サービス事業所等 | ① サービスの種類 | | 事業所名 | | 所在市町村 | | |
| | | ② サービスの種類 | | 事業所名 | | 所在市町村 | | |
| ③ サービスの種類 | | | 事業所名 | | 所在市町村 | | | |
| ④ サービスの種類 | | | 事業所名 | | 所在市町村 | | | |
| ⑤ サービスの種類 | | | 事業所名 | | 所在市町村 | | | |
| 事業所の状況 | 名称 | | | | | 指定年月日 | | |
| | 所在地 | 〒 — | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 管理者の氏名 | | | | サービス管理責任者の氏名 | | | |
| | 併設する障害福祉サービス事業所等 | ① サービスの種類 | | 事業所名 | | | | |
| ② サービスの種類 | | | 事業所名 | | | | | |
| ③ サービスの種類 | | | 事業所名 | | | | | |
| ④ サービスの種類 | | | 事業所名 | | | | | |

※ 「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

2 職員の状況

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

★常勤職員の1週間当たりの平均労働時間

時間

(年 月分)

| (1) 職種 | (2) 勤務 形態 | (3) 資格 「その他」 の具体的内 容 | (4) 氏名 | 曜日 | (5) 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (6) 兼務状況 (兼務先及び兼務する職務 の内容) | | | |
|-------------------|-----------------|----------------------------------|-----------|----|-----------|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----------------------------------|--|--|--|
| | | | | | 1週目 | | | | | | | 2週目 | | | | | | | 3週目 | | | | | | | 4週目 | | | | | | | 5週目 | | | | | | |
| | | | | | 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 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| 管理者 | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス 管理責 任者 | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域生 活支援 員 | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | シフト記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) 利用者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(8) 勤務時間帯
(シフト記号)

ア [] : [] ~ [] : [] (休憩 [] : [] ~ [] : []) イ [] : [] ~ [] : [] (休憩 [] : [] ~ [] : [])

3 訓練等給付費等の請求状況(直近3月)

| | 訓練等給付費請求件数及び金額 | | | | | | | | | |
|------|----------------|----------------------|--------|------|----------------------|--------|------|----------------------|--------|--|
| | 年 月 | | | 年 月 | | | 年 月 | | | |
| 項目 | 請求件数 | 市外利用 請求件数 (再掲) | 請求金額合計 | 請求件数 | 市外利用 請求件数 (再掲) | 請求金額合計 | 請求件数 | 市外利用 請求件数 (再掲) | 請求金額合計 | |
| 本体報酬 | | | 円 | | | 円 | | | 円 | |
| 加算 | | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | | |

※1 「市外利用請求件数」は、実施主体（支給決定）が大津市以外の件数を記入してください。

※2 本体報酬以外に加算等の請求を行っている場合、項目欄にその名称を記載し、件数を記入してください。

4 利用者負担金等の受領状況

(1) 自己負担金(介護給付費1割負担分)の受領状況(直近3月)

| | 受領件数 | 上限管理実施件数 |
|-----|------|----------|
| 年 月 | 件 | 件 |
| 年 月 | 件 | 件 |
| 年 月 | 件 | 件 |

(2) 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(直近3月)

| | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
|----|-----|-----|-----|
| 件数 | 件 | 件 | 件 |
| 金額 | 円 | 円 | 円 |

5 個別支援計画の作成等の状況

| | | | |
|--------------------|--------------|--|-----------|
| 計画作成担当者名 | | | |
| 計画作成及び計画変更の方針・留意事項 | | | |
| 個別支援計画の作成等状況 | 個別支援計画の見直し時期 | | モニタリングの期間 |

※個別支援計画の作成及び計画変更の方針、見直しの時期、作成上の留意点等を記載してください。

6 苦情処理、事故発生時の対応等

(1) 苦情処理の状況（直近3件）

| 苦情受付年月日 | 苦情の主な内容 |
|---------|---------|
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |

(2) 緊急時・事故発生時の対応状況（直近3件）

| 事故受付年月日 | 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 | | |