

年度

大津市指定障害福祉サービス事業所
【居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護】
運営指導事前調書

事業所番号											
法人名											
事業所名											

作成基準日 年 月 日
(運営指導日 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	〒 —						
						サービス提供責任者の氏名		
	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) (1)において記載した月の前3月の「利用者数」「サービス提供時間」「従業者」の状況

		年 月	年 月	年 月	3ヶ月平均
居宅介護	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
同行援護	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
行動援護	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
重度訪問介護	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
移動支援	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
訪問介護等	利用者数	人	人	人	人
	提供時間	時間	時間	時間	時間
	従業者数	人	人	人	人
複数サービス利用者	利用者数	人	人	人	人

※サービス提供責任者の配置基準を算出するための根拠となる部分を記載してください。

※通院等乗降介助に該当するもののみを利用したものの当該月における利用者の数については、0.1人として計算してください。

3 介護給付費

(1)介護給付費等の請求状況(直近3月)

	利用契約者数	実利用者数	実利用者数の内訳(人) ※再掲					返戻・過誤調整を行った人数	返戻・過誤調整金額	返戻・過誤の理由
			介護保険等併用	2人介助によるサービス提供	夜間加算又は早朝加算を算定	深夜加算を算定	実施主体(支給決定)が大津市以外			
年 月	人	人	人	人	人	人	人	人	円	
年 月	人	人	人	人	人	人	人	人	円	
年 月	人	人	人	人	人	人	人	人	円	

(2) 介護給付費の請求内訳(直近3月)

サービス種別	年 月 請求分				年 月 請求分				年 月 請求分			
	実利用者数	市外			実利用者数	市外			実利用者数	市外		
		実利用者数(再掲)	実利用者延べ提供回数	実施主体(支給決定市町村)		実利用者数(再掲)	実利用者延べ提供回数	実施主体(支給決定市町村)		実利用者数(再掲)	実利用者延べ提供回数	実施主体(支給決定市町村)
身体介護	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
通院介助(身体伴う)	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
家事援助	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
通院介助(身体なし)	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
通院等乗降介助	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
重度訪問介護	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
行動援護	人	人	回		人	人	回		人	人	回	
同行援護	人	人	回		人	人	回		人	人	回	

※「市外」は、実施主体(支給決定)が大津市以外の実利用者数、実利用者延べ提供回数及び市町村名を記入してください。

※「実利用者数」「市外実利用者数」は、当該利用者が利用するサービスごとに1を計上してください。

4 利用者の状況(直近月)

	* 年 月末現在					
障害種別等	身体障害	視覚障害	知的障害	精神障害	難病	障害児
実利用者数	人	人	人	人	人	人

※障害が重複している場合は、当該利用者の主な障害種別に計上してください。

※主な障害が視覚障害の場合は「身体障害」ではなく、「視覚障害」に計上してください。

※利用者が18才未満の場合は「障害児」に計上してください。

5 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)

(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)

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

	年 月	年 月	年 月
件数	件	件	件
金額	円	円	円

6 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	
利用者のサービス等利用計画及びセルフプランの確認状況	【サービス等利用計画書】 人	【セルフプラン】 人	【その他】 人

7 行動援護利用支援計画シート等の作成状況 ※行動援護実施実績がある場合のみ記入

行動援護支援計画シート、支援手順 作成担当者名		手順に沿った支援の記録の作成 記録者・件数		件/月
インテーク、アセスメント、プランニングの方針・留意事項				
支援計画シートの作成等状況	行動援護利用者数	名	支援計画シート及び手順書の作成件数	名
	支援計画シートの見直し状況			
	手順の見直し状況			

8 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		

(3) 事故の予防(事故の防止対策の具体的な内容)

ヒヤリハット事例等の把握の有無	検討委員会の有無	対策を講じた事例
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	