令和６年度

指定居宅介護・指定重度訪問介護・指定同行援護・指定行動援護事業所

指導事前提出資料

運営指導日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事　業　所　名 |  |  |
|  | 運営指導会場名所在地 | ※上記の事業所外で運営指導を受ける場合に記載 |  |
|  | 運営指導対応担当者名 |  | 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　事業所の平面図

⑥　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

 　　　　 　　　　　 　　 　　　　　　　　　　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 |  |
| 事業名 | 指定居宅介護 | 指定重度訪問介護 | 指定同行援護 | 指定行動援護 |
| 指定年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 管理者の氏名 |  |  |  |  |
| サービス提供責任者の氏名 | 居宅介護従業者養成研修1級課程修了年月（　　年　　月） | 居宅介護職員初任者研修修了年月（　　年　　月） | 同行援護従業者養成研修応用課程修了年月（　　年　　月） | 行動援護従業者養成研修課程修了年月（　　年　　月） |
| 主たる対象者 | 特定無し特定有り（　　　　　　） | 特定無し特定有り（　　　　　　　） | 特定無し特定有り（　　　　　　　） | 特定無し特定有り（　　　　　　　） |
| 通常の事業の実施地域 |  |  |  |  |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 他に指定を受けている指定障害福祉サービス |  |
| 既に指定を受けている介護保険法に基づく事業 |  |

※　「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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  | 指定居宅介護 | 指定重度訪問介護 | 指定同行援護 | 指定行動援護 | 計 |  |
| 前年度 |  ４ |  人 |  　　人 | 人 |  　　人 |  人 |
|  ５ |  |  |  |  |  |
|  ６ |  |  |  |  |  |
|  ７ |  |  |  |  |  |
|  ８ |  |  |  |  |  |
|  ９ |  |  |  |  |  |
| 　　１０ |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |
|  １２ |  |  |  |  |  |
|  １ |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |
| 現年度 |  ４ |  |  |  |  |  |
|  ５ |  |  |  |  |  |
|  ６ |  |  |  |  |  |
|  ７ |  |  |  |  |  |
|  ８ |  |  |  |  |  |
|  ９ |  |  |  |  |  |
|  １０ |  |  |  |  |  |
|  １１ |  |  |  |  |  |
|  １２ |  |  |  |  |  |
|  １ |  |  |  |  |  |
|  ２ |  |  |  |  |  |
|  ３ |  |  |  |  |  |

 ※　当該事業所の各月初日現在の利用契約者数を記載してください。

 ３　従業者の状況

 (1) 従業者の勤務状況等（直近月：　　　　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 | 同行援護への従事（同行援護実施事業所のみ） | 行動援護への従事（行動援護実施事業所のみ） | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、サービス提供責任者、サービス提供職員（ヘルパー）の順に記載してください。

２　「資格」には、「介護福祉士」、「居宅介護従業者養成研修１級」などと記載してください。

３　「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。

４　「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・施設に従事する場合は「兼務」としてください。

（当該事業所が実施する介護保険法上の指定訪問介護等に従事する場合は「専従」となります。）

５　「同行援護への従事」は、現に指定同行援護に従事している職員について、「有」を記載してください。

６　「行動援護への従事」は、現に指定行動援護に従事している職員について、「有」を記載してください。

７　足りない場合は、複写して記載してください。

 (2) 従業者の勤務実績（直近月：　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 |  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 | 合計勤務時間数 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １週間に当該事業所における常勤職員が勤務すべき時間（①） |  時　間 |  |
| 　　サービス提供職員の常勤換算数 |  （サービス提供職員の合計勤務時間数　　　　　時間）÷４（４週間／１週間） 　 ÷（常勤職員勤務時間数（①）） ＝　　　.　　人 |

　※１　当該事業所に従事する全従業者について、管理者、サービス提供責任者、サービス提供職員（ヘルパー）の順に記載してください。

（当該月の勤務実績表等既存資料の活用可）

また、一従業者が複数の職種を兼務する場合は、各々の職種ごとに記載してください。（同一人が複数の職種を兼務する場合はそれぞれに計上）

２　当該月の１日から２８日までの４週間について、１日の勤務時間数を記載してください。

３　「サービス提供職員の合計勤務時間数」は、本表のサービス提供責任者、サービス提供職員の「合計勤務時間数」の合計を記載してください。

また、管理者が当該業務を兼務した場合は、サービス提供を行った時間数も含めてください。

４　足りない場合は、複写して記載してください。

４　介護給付費の請求状況

 (1) 各事業別の請求状況（直近月：　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  区　　　　　　　分 | 利用契約者数 | 延べ提供回数 | ２人の訪問介護員による延べ提供回数（再掲） | 介護給付費請求額（加算を含む） | １回当たりの平均介護給付費請求額 |  |
| 指定居宅介護 |  |
|  |  ①身体介護中心 |  　人 |  　回 |  回 |  　円 |  円 |
|  ②通院等介助（身体介護を伴う場合）中心 |  |  |  |  |  |
|  ③家事援助中心 |  |  |  |  |  |
|  ④通院等介助（身体介護を伴わない場合）中心 |  |  |  |  |  |
|  ⑤通院等のための乗車又は降車の介助中心 |  |  |  |  |  |
|  　　計 |  |  |  |  |  |
|  指定重度訪問介護 |  |  |  |  |  |
| 指定同行援護 |  |  |  |  |  |
| 指定行動援護 |  |  |  |  |  |
|  　　　合　　　　　　計 |  |  |  |  |  |

※「１回当たりの平均介護給付費請求額」は、「介護給付費請求額（加算を含む）」を「延べ提供回数」で除した数値を記載してください。

（小数点以下第一位を四捨五入した整数値）

 (2) 加算の適用（前年度以降に請求を行っているものについて、記号を○で囲んでください。）

|  |
| --- |
| 　　ａ．特定事業所加算（　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　）　　ｂ．福祉・介護職員処遇改善加算（　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　）　　ｃ．福祉・介護職員等特定処遇改善加算（　Ⅰ　・　Ⅱ　）ｄ．福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算ｅ．初回加算　　　ｆ．特別地域加算　 　ｇ．緊急時対応加算　 　ｈ．喀痰吸引等支援体制加算　 　ｉ．利用者負担上限額管理加算ｊ．福祉専門職員等連携加算【重度訪問介護】　ｋ．行動障害支援連携加算【同行援護】　　　ｌ．盲ろう者向け通訳・介助員加算　　　ｍ．障害支援区分３以上の者への支援加算【行動援護】　　　ｎ．行動障害支援指導連携加算 |

(3) 減算の適用（前年度以降に該当するものについて、記号を○で囲んでください。）

|  |
| --- |
| ａ．基礎研修課程修了者によるサービス提供減算　ｂ．初任者研修修了サービス提供責任者の計画作成減算ｃ．同一建物等減算（大規模含む）ｄ．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【重度訪問介護】ｅ．入院中支援（90日超）の減算【同行援護】　　ｆ．盲ろう者向け通訳・介助員（同行援護研修未修了者）減算【行動援護】　　ｇ．支援計画シート等未作成減算 |

５　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 |

６　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。　　（※居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護については、サービス提供責任者等を配置すること。）  | 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。**

７　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。**

８　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。

９　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。 |  |

１０　**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。**

１１　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

１２　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 |