**令和７年度**

**指定自立生活援助事業所 運営指導事前提出資料**

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、以下の資料を添付して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（様式）

 ③　利用契約書（様式）

　　　④　事業所の平面図

⑤　組織図（法人内の兼務関係が確認できるもの）

⑥　従業者が兼務する事業所の勤務実績表（別紙様式①）

⑦　福祉専門職員配置等加算要件確認シート（前年度以降当該加算を算定している場合）

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 |  〒 － |
| 代表者職・氏名 |  |
| 事業所の概要 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定年月日・指定番号 | 指定年月日：平成・令和　　年　　月　　日 | 指定番号： |
| 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（該当するものを☑） | □　特定無し□　特定有り （　□ 身体障害者　　□ 知的障害者　　□ 精神障害者　） |
| 通常の事業の実施地域 |  |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |
| 他に実施している指定障害福祉サービス |  |

※　「法人等の種別」には、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人、合同会社、株式会社　などと記載してください。

２　利用者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 利用者数 |  | 月 | 利用者数 |  |
| 障害者支援施設からの退所等をしてから、又は同居家族の死亡等により単身生活を始めてから１年以内の者 | 左記以外の者 | 障害者支援施設からの退所等をしてから、又は同居家族の死亡等により単身生活を始めてから１年以内の者 | 左記以外の者 |
| 前年度 | ４ |  |  | 現年度 | ４ |  |  |
| ５ |  |  | ５ |  |  |
| ６ |  |  | ６ |  |  |
| ７ |  |  | ７ |  |  |
| ８ |  |  | ８ |  |  |
| ９ |  |  | ９ |  |  |
|  | １０ |  |  |  | １０ |  |  |
| １１ |  |  | １１ |  |  |
| １２ |  |  | １２ |  |  |
| １ |  |  | １ |  |  |
| ２ |  |  | ２ |  |  |
| ３ |  |  | ３ |  |  |

　　　※　月の途中での利用契約や退所であっても当該月の利用者数に計上してください。

　　　　　利用者がいない月は「０」を記入してください。

３　従業者の状況

 (1) 従業者の勤務状況等（直近月：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、①管理者、②サービス管理責任者、③地域生活支援員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。

 (2) 従業者の勤務実績（直近月：令和　　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　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、地域生活支援員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）

　　２　当該月における勤務時間数を記載してください。

 ３　上記の列以上に従業者がある（列が不足する）場合は、複写して記載してください。

４　訓練等給付費の請求状況（前年度以降）

 (1) 基本報酬の区分及び加算の適用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （前年度） | （現年度） |  |

　 ※前年度以降に算定した加算をすべて記載してください。

(2) 減算請求

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  減算の有無 |  減　算　項　目 |  該当する減算 |  |
|  有　・　無 |  ①　サービス管理責任者欠如減算 |  |
|  ②　個別支援計画未作成減算 |  |
| ③　標準利用期間超過減算 |  |
|  ④　情報公表未報告減算 |  |
| ⑤　業務継続計画未策定減算 |  |
|  ⑥　虐待防止措置未実施減算 |  |

 ※　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。

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（前年度以降）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。 | 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、「虐待防止措置未実施減算」の対象となる。**

７　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「業務継続計画未策定減算」の対象となる。**

８　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。 |  |

９　**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。**

１０　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

１１　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 |