青森市指定障害福祉サービス事業者　運営指導事前調書

【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】

|  |  |
| --- | --- |
|  | （　事前調書作成日：　令和　　　　年　　　　月　　　　日　） |
| 事業者名（法人等） |  |
| 事業所名 |  |
| 指定サービス種類 | 居宅介護　／　重度訪問介護　／　同行援護　／　行動援護　　※該当箇所に ”○“  |
| 記入者・担当者 | （ 職名 ） | （ 氏名 ） |
| E-mailアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| ※市担当者記入欄 | 運営指導実施日：　令和　　　　年　　　　月　　　　日　 |

１　開設者・事業所の概要

※共生型障害福祉サービスを行っている事業者は、対応する指定事業の項目を参照してください。（例．共生型居宅介護→指定居宅介護）

青森市　R6.7.8改定

※添付書類

事前調書には、次の資料を添付して提出してください。

①　運営規程

②　重要事項説明書

③　契約書様式

④　事業所の平面図

⑤　パンフレット

令和 年 月 日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者の概要 | 法人等の名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　　　－ |
| 代表者名 |  |
| 事業所の概要 | 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |

　※　運営指導の実施年月の前月初日現在の概要を記載してください。

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　月 | 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏　名 | 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 | 資　　格 | 同行援護従事者養成研修 | 視覚障害者外出介護従業者養成研修 | 行動援護従業者養成研修 | 強度行動障害支援者養成研修 | その他の研修等の受講状況 | 有償運送許可証 | 備考 |
| 一般課程 | 応用課程 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（１）従業者の勤務状況等（直近月：　　　　年　　月分）

※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　「常勤・非常勤の別」は、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た状況を記載してください。

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。）

４　「資格」には、「介護福祉士」、「実務者研修修了者」、「介護職員初任者研修課程修了者」などと記載してください。

５　「有償運送許可証」は、道路運送法に基づく許可を受けている職員について、「有」と記載してください（自家用有償旅客運送を行っている場合のみ）。

６　「同行援護従事者養成研修」～「強度行動障害支援者養成研修」は、該当する研修を修了した職員について、「有」と記載してください。なお、当該研修に相当する研修を修了又は証明を受けた場合は「相」、国立リハビリテーション学院視覚障害学科を修了している場合は「応用課程」に「リ」と記載してください。

７　法人理事・役員を務めている場合は、「兼務先事業所・施設名及びその職種」にその役職を記載してください。

８　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）　※別紙での提出可

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

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、計上してください。

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（サービス提供責任者を兼務している場合を除く。）がサービス提供を行った場合は、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　介護給付費等の請求状況

（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人の居宅介護従業者等による延べ提供回数（再掲） | 介護給付費等請求額（加算を含む） |
| 指定居宅介護 |  |  |  |  |
|  | ①身体介護中心 | 人　 | 回　 | 回　 |  |
|  | 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 |  |  |  |
|  | 小 計 |  |  |  | 円　 |
| 指定重度訪問介護 |  |  |  |  |
| 指定同行援護 |  |  |  |  |
| 指定行動援護 |  |  |  |  |
| 合 計 |  |  |  |  |

（２）加算の適用（昨年度以降）（対象となるものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 特定事業所加算 |  | 特別地域加算 |  | 緊急時対応加算 |
|  | 福祉専門職員等連携加算（居宅） |  | 移動介護加算（重度） |  | 移動介護緊急時支援加算（重度） |
|  | 初回加算 |  | 行動障害支援連携加算（重度） |  | 行動障害支援指導連携加算（行動） |
|  | 入院時支援連携加算（重度） |  | 喀痰吸引等支援体制加算 |  | 利用者負担額上限管理加算 |
|  | 盲ろう者向け通訳・介助員によるサービス提供（同行） |  | 福祉・介護職員処遇改善加算 |  | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算 |
|  | 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 |  |  |  |  |

（３）減算の適用（昨年度以降）（対象となるものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基礎研修課程修了者等によるサービス提供（居宅、同行） |  | 初任者研修課程修了者が作成した個別支援計画に基づきサービス提供（居宅）※R5のみ |  | 同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算（居宅） |
|  | 盲ろう者向け通訳・介助員によるサービス提供（同行） |  | 支援計画シート未作成減算（行動） |  | 情報公表未報告減算 |
|  | 業務継続計画未策定減算 |  | 身体拘束廃止未実施減算 |  | 虐待防止措置未実施減算 |

※（居宅）：居宅介護、（重度）：重度訪問介護、（同行）：同行援護、（行動）：行動援護

５　各種委員会の設置、方針等の整備、取組状況について

（１）職場におけるハラスメント防止のための方針等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 方針に定められている項目 | □セクシャルハラスメント　　　□パワーハラスメント□妊娠･出産･育児休業､介護休業等に関するハラスメント　　　□カスタマーハラスメント□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)　　　　□未整備 | 相談窓口の担当部署・担当者等 |
|  |
| 従業者への周知~~等~~の状況 | □就業規則等へ記載　　　□社内報、パンフレット等の資料へ掲載　　　□掲示　　　□研修等の実施□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（２）業務継続計画の策定　　（令和6年4月1日から義務化、業務継続計画未策定減算あり）

　①災害に係る業務継続計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 計画の策定状況 | □策定済み　　□策定予定(　　年　　月頃)　　□未定  | 最終更新年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修・訓練の実施状況(それぞれ直近の２回) | 区　分 | 研　修　　　※年１回以上実施 | 訓　練　　　※年１回以上実施 |
| 実施日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

　②感染症に係る業務継続計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 計画の策定状況 | □策定済み　　□策定予定(　　年　　月頃)　　□未定  | 最終更新年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研修・訓練の実施状況(それぞれ直近の２回) | 区　分 | 研　修　　　※年１回以上実施 | 訓　練　　　※年１回以上実施 |
| 実施日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

（３）感染対策委員会　　（令和6年4月1日から義務化）

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□設置予定(　　年　　月頃)　　　□未定 |
| 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□整備予定(　　年　　月頃)　　　□未定 |
| 委員会の開催状況(直近の４回)※６月に１回以上開催 | 開催日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 研修・訓練の実施状況（それぞれ直近の２回） | 区分 | 研　修　　　※年１回以上実施 | 訓　練　　　※年１回以上実施 |
| 実施日 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 | 　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |  |

（４）身体拘束適正化検討委員会　　（身体拘束廃止未実施減算あり）

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□未設置 |
| 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□未整備 | 身体拘束を行った事例(昨年度以降) | □あり　　□なし　（□検討した事例あり） |
| 委員会の開催状況(直近の３回)※年１回以上開催 | 開催日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 研修の実施状況(直近の３回)※年１回以上実施※内部･外部を問いません｡ | 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |

（５）虐待防止委員会　　（虐待防止措置未実施減算あり）

|  |  |
| --- | --- |
| 委員会の設置 | □設置済み（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□未設置 |
| 虐待防止担当者　職・氏名 |  | 指針等の整備状況 | □整備済み　　　□未整備　 |
| 委員会の開催状況(直近の３回) ※年１回以上開催 | 開催日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 研修の実施状況(直近の３回)※年１回以上実施※内部･外部を問いません｡ | 実施日 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 | 　　　　年　　月　　日　　 |
| 対象者 |  |  |  |
| 内容等 |  |  |  |
| 職員セルフチェックリストの実施状況 | 今年度 | □実施済（実施月：　　　　　　　）　　　□実施予定（予定月：　　　　　　　）　　　□未定 |
| 昨年度 | □実施済（実施月：　　　　　　　）　　　□未実施 |
| 実施内容 | □セルフチェックのみ実施（従業者の支援の振り返り）　　　□集計、分析を実施□従業者への公表、会議等での検討等　　　　　　　　　　　□従業者への指導、面談等の実施□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６　障害福祉サービス等情報公表システム（ＷＡＭ　ＮＥＴ）

|  |  |
| --- | --- |
| 公表状況 | □公表済み　　　□未公表 |
| 最終更新年月日 | 　　　　年　　月　　日　 |

７　苦情処理、事故発生時の対応等

（１）苦情処理の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談窓口の設置 | □設置済み（担当部署・担当者等　　　　　　　　　　　　　　　）　□未設置 | マニュアル等の整備状況 | □整備済み　□未整備 |
| 苦情受付件数 | 令和６年度：　　　　件 | 令和５年度：　　　　件 | 令和４年度：　　　　件 | 令和３年度：　　　　件 | 令和２年度：　　　　件 |
| 苦情受付事例 | 受付日 | 内　容 | 具体的な対応 | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（２）緊急時・事故発生時の対応状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| マニュアル等の整備状況 | □整備済み　　　□未整備 | 損害賠償保険への加入状況 | □加入済み　　　□未加入 |
| 事故発生事例 | 発生日 | 内　容 | 具体的な対応 | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

８　業務管理体制の整備状況について

（１）届出状況

|  |  |
| --- | --- |
| 届出先 | □厚生労働省　　□青森県　　□青森市 |
| 根拠法令 | 障害者総合支援法　□第51条の2（指定障害福祉サービス、指定障害者支援施設）　□第51条の31（指定一般相談支援、指定特定相談支援）児童福祉法　　　　□第21条の5の26（指定障害児通所支援） 　　　　　　　　　□第24条の38（指定障害児相談支援） |
| 届出事項 | 事業所等の数 | 20未満 | 20以上100未満 | 100以上 |
| 法令遵守責任者　職氏名 |  |  |  |
| 法令順守規程の整備 |  | □整備済み　　□未整備 | □整備済み　　□未整備 |
| 業務執行状況の定期的な監査 |  |  | □実施済み　　□未実施 |

（２）一般検査の確認事項（運営指導と併せて、業務管理体制の一般検査を行う事業所のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　法令等遵守の重要性について、全役職員に周知しているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ２　法令遵守責任者の役割を定めているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ３　サービスの提供や介護給付費等の請求が適正に行われていることを確認する体制が整備されているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ４　法令改正等に係る情報の収集を行っているか。また、収集した情報を役職員へ周知・共有しているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ５　法令や規程等に違反する行為、またはその可能性が確認された場合の対応方法を定めているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ６　役職員に対し、法令等遵守に係る研修等を行っているか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |
| ７　その他、法令等遵守のために取り組んでいることはあるか。 | □　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　いいえ |

※　（　）内には、具体的な取り組み内容を記載してください。