青森市指定障害福祉サービス事業者　実地指導事前調書

青森市　R5.7.5改定

【指定生活介護・指定自立訓練】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （自主点検表作成日：　令和　　　年　　　月　　　日　） | | | | |
| 事業者名（法人等） |  | | 事業所名 | |  |
| 指定サービス種類 | 生活介護　／　自立訓練（機能訓練）　／　自立訓練（生活訓練）　／　宿泊型自立訓練　　※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 | 実地指導実施日：　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．共生型生活介護→指定生活介護）

※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 | 事業の種別 | 指定生活介護 | 指定自立訓練（機能訓練） | 指定自立訓練（生活訓練） | 指定宿泊型自立訓練 |
| 名称 |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | |
| 指定年月日 |  |  |  |  |
| 定員 |  |  |  |  |
| 夜間及び深夜の時間帯 | － | － | － | ：　　～　　： |
| 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（　　　　　　） |
| 他に指定を受けている事業  （介護保険含む） |  | | | |

　※　実地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

（単位：人、日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年  度 | 月 | 生活介護 | | | | | | | | | | | | 自立訓練（機能訓練） | | | | |
| 契約  者数 | 延べ利用者数 |  | | | | | | | 欠席時対応 | 開所  日数 | 定員 | 契約  者数 | 延べ利用者数 | 欠席時対応 | 開所  日数 | 定員 |
| 区分  なし | 区分  １ | 区分  ２ | 区分  ３ | 区分  ４ | 区分  ５ | 区分  ６ |
| 前年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 今年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　「契約者数」は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。

　　　「延べ利用者数」は、一日の利用者数の月計を記載してください（生活介護の各区分の値も「延べ利用者数」を記載してください）。

（単位：人、日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年  度 | 月 | 自立訓練（生活訓練） | | | | | 宿泊型自立訓練 | | | | ※共生型事業所 |
| 契約  者数 | 延べ利用者数 | 欠席  時対応 | 開所  日数 | 定員 | 契約  者数 | 延べ利用者数 | 開所  日数 | 定員 | 他事業の  延べ利用者数 |
| 前年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 今年度 | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　※　「契約者数」は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。

　　　「延べ利用者数」は、一日の利用者数の月計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 | 常勤・  非常勤  の別 | 専従・  兼務  の別 | 資　　格 | 研修受講状況 | 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、管理者、サービス管理責任者、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員、生活支援員、地域移行支援員、夜間支援従事者、その他の職員の順に記載してください（共生型事業所は、「職種」欄に他事業において必要とされる職種を記入してください）。

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（多機能型事業所の場合、併設している他サービス事業所も他事業所とする）に従事する場合は「兼務」としてください。

４　「研修受講状況」は、給付費・加算の算定要件となっている研修の受講状況等について記載してください。

５　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。

６　多機能型事業の場合、複写してサービスの種別（生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練））ごとに作成してください。

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）　※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護職員、理学療法士、作業療法士、生活支援員の常勤換算数 | | （看護職員、理学療法士、作業療法士、生活支援員の合計勤務時間数　　　　　時間）  　÷　４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、サービス管理責任者、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員、生活支援員、地域移行支援員、夜間支援従事者、その他の職員の順に記載してください(共生型事業所は、「職種」欄に他事業において必要とされる職種を記入してください)。

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　多機能型事業の場合、複写してサービスの種別（生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練））ごとに作成してください。

４　足りない場合は、複写して記載してください。

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 | 利用契約者数 | 延べ提供回数 | 介護給付費等請求額  （加算を含む） |
| 生活介護 | 人 | 回 | 円 |
| 自立訓練（機能訓練） | 人 | 回 | 円 |
| 自立訓練（生活訓練） | 人 | 回 | 円 |
| 宿泊型自立訓練 | 人 | 回 | 円 |

（２）加算の適用（昨年度以降）（対象となるものに○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 特別地域加算（機訓、生訓　※共生型除く） |  | 人員配置体制加算（生介） |  | 福祉専門職員配置等加算 |
|  | 常勤看護職員等配置加算（生介） |  | 地域移行支援体制強化加算（宿訓） |  | 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 |
|  | 初期加算 |  | 訪問支援特別加算（生介） |  | 欠席時対応加算(生介、機訓、生訓) |
|  | 重度障害者支援加算（生介） |  | リハビリテーション加算（生介、機訓） |  | 医療連携体制加算（生訓、宿訓） |
|  | 個別計画訓練支援加算（生訓） |  | 短期滞在加算（生訓） |  | 日中支援加算（宿訓） |
|  | 通勤者生活支援加算（宿訓） |  | 入院時支援特別加算（宿訓） |  | 長期入院時支援特別加算（宿訓） |
|  | 帰宅時支援加算（宿訓） |  | 長期帰宅時支援加算（宿訓） |  | 地域移行加算（宿訓） |
|  | 地域生活移行個別支援特別加算（宿訓） |  | 精神障害者地域移行特別加算（宿訓） |  | 強度行動障害者地域移行特別加算（宿訓） |
|  | 利用者負担上限額管理加算  (生介、機訓、生訓) |  | 食事提供体制加算 |  | 延長支援加算（生介） |
|  | 精神障害者退院支援施設加算（生訓） |  | 夜間支援等体制加算（宿訓） |  | 看護職員配置加算（生訓、宿訓） |
|  | 送迎加算(生介、機訓、生訓) |  | 障害福祉サービスの体験利用支援加算  (生介、機訓、生訓) |  | 社会生活支援特別加算（機訓、生訓） |
|  | 就労移行支援体制加算(生介、機訓、生訓) |  | サービス管理責任者配置等加算  (生介、機訓、生訓　※共生型のみ) |  | 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○）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 定員超過利用減算 |  | サービス提供職員欠如減算（※共生型除く） |  | サービス管理責任者欠如減算  (※共生型除く) |
|  | 個別支援計画未作成減算（※共生型除く） |  | 開所時間減算（生介） |  | 短時間利用減算(生介) |
|  | 大規模事業所減算（生介） |  | 医師未配置減算（生介　※共生型除く） |  | 身体拘束廃止未実施減算 |
|  | 標準利用期間超過減算  (機訓、生訓　※共生型除く) |

※(生介):生活介護、(機訓):自立訓練(機能訓練)、(生訓):自立訓練(生活訓練)、(宿訓):宿泊型自立訓練

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 方針の整備状況 | □整備済み　　　□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　　　　□研修等の実施  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

（２）業務継続計画の策定　　（令和6年3月31日までは努力義務）

　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 | | | | |
| 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 | | | | |
| 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3月31日までは努力義務）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)  ※３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２回以上実施 | | 訓　練　　　※年２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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| 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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　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  事例 | 受付日 | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 内容 | |  |  | |  | |
| 具体的な  対応 | |  |  | |  | |

（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 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 内容 |  | |  | |  | |
| 具体的な  対応 |  | |  | |  | |

７　非常災害対策

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 非常災害に関する具体的計画（火災のほか地震・風水害・土砂災害等の自然災害も含む）の整備状況 | | | | | □整備済み　　　□未整備 |
| 避難訓練  実施状況 | 実施日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | |
| 災害  の種別 |  |  |  | |
| 参加者 |  |  |  | |

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（実地指導と併せて、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。