

障害者支援施設指導監査資料

施設名 _____

経営主体 _____

指導監査実施
年 月 日 _____

記入者 職氏名 _____

事業所住所
電話番号 (TEL) _____

指導監査資料の記載項目について確認しました。

施設長 _____

○添付書類

No	書類名	添付の有無	備考
1	勤務形態一覧表 (指導監査の属する月の4か月前及び前月) (例 指導月が10月の場合6月及び9月)	有 ・ 無	
2	サービス利用契約書	有 ・ 無	
3	重要事項説明書	有 ・ 無	
4	運営規程	有 ・ 無	
5	就業規則(写し)	有 ・ 無	
6	平面図	有 ・ 無	

※1 上記書類を、本書とあわせて1部運営指導を実施する県事務所等に提出すること。

○運営指導の基準月は、指導監査日の属する月の4か月前を指す。(例：指導監査月 10月 基準月：6月)

○確認書類

- ・事業所における以下の書類の作成(整備)状況の有無を記載ください。
- ・作成(整備)している書類については、運営指導の当日すぐ検査員が確認できるよう会場に準備願います。

No	県等への届出等に関する書類	作成(整備)の有無	備考
1	指定申請関係書類	有 ・ 無	
2	変更届	有 ・ 無	
3	体制届	有 ・ 無	
4	関係官署に対する報告書	有 ・ 無	

No	従業員に関する書類	作成(整備)の有無	備考
1	就業規則 (労働基準監督署最終届出 (年 月 日))	有 ・ 無	10人以上は届出
2	従業員雇用契約関係書類	有 ・ 無	
4	従業員給与簿	有 ・ 無	
5	従業員名簿	有 ・ 無	
6	従業員、サービス管理責任者等の資格証	有 ・ 無	
7	従業員、サービス管理責任者等の研修修了証	有 ・ 無	
8	出勤簿(タイムカード)	有 ・ 無	
9	有給休暇申請簿等(休暇取得日等が確認できるもの)	有 ・ 無	
10	超過勤務命令簿・超過勤務記録簿等(超過勤務実績が確認できるもの)	有 ・ 無	
11	出張命令簿・出張記録簿等(出張日等が確認できるもの)	有 ・ 無	
12	職員会議録	有 ・ 無	
13	職員研修記録	有 ・ 無	
14	従業員の秘密保持誓約書等	有 ・ 無	

No	利用者に関する書類	作成(整備)の有無	備考
----	-----------	-----------	----

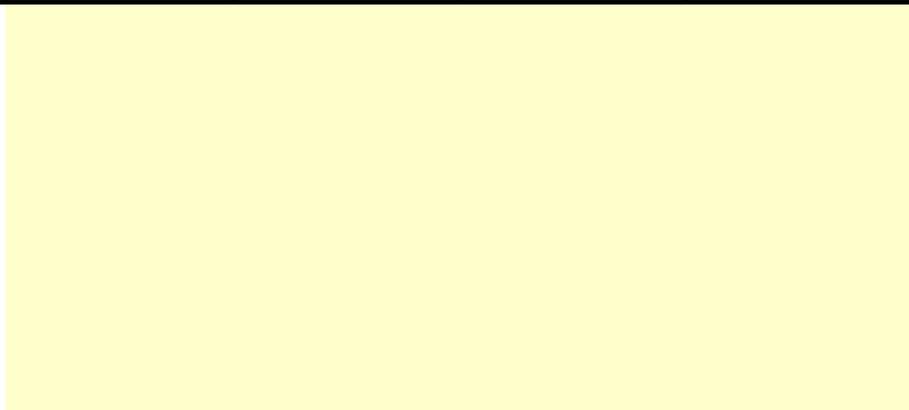
1	利用者名簿	有	・	無	
2	受給者証の写し	有	・	無	
3	アセスメントの記録	有	・	無	
4	モニタリングの記録	有	・	無	
5	個別支援計画策定に係る会議記録	有	・	無	
6	サービス等利用計画	有	・	無	
7	個別支援計画	有	・	無	
8	サービス提供記録	有	・	無	
9	サービス提供実績記録表	有	・	無	
10	サービス提供証明書	有	・	無	
11	利用者負担金等の請求書・領収書(控)	有	・	無	

No	その他事業の運営に関する書類	作成(整備)の有無	備考
1	サービス利用契約書	有 ・ 無	
2	重要事項説明書	有 ・ 無	
3	介護給付費明細書(請求書)	有 ・ 無	
4	平面図	有 ・ 無	
5	利用者情報提供についての本人等の同意書	有 ・ 無	
6	代理受領通知書	有 ・ 無	
7	事業所パンフレット等(作成している場合)	有 ・ 無	
8	サービス第三者評価結果(第三者評価を実施している場合)	有 ・ 無	
9	契約内容(施設障害福祉サービス受給者証記載事項)報告書	有 ・ 無	
10	利用者募集の求人票	有 ・ 無	
11	設備・備品に関する台帳	有 ・ 無	

No	各種記録・規程等	作成(整備)の有無	備考
1	利用者情報の秘密保持に関する取り決め等	有 ・ 無	
2	衛生マニュアル	有 ・ 無	
3	事故対応マニュアル	有 ・ 無	
4	苦情処理マニュアル	有 ・ 無	
5	苦情に関する記録	有 ・ 無	
6	事故に関する記録	有 ・ 無	
7	ヒヤリハットに関する記録	有 ・ 無	
8	身体拘束に関する記録	有 ・ 無	
9	決算・事業報告(関係書類)	有 ・ 無	
10	給与規程	有 ・ 無	
11	経理規程	有 ・ 無	
12	業務日誌	有 ・ 無	
13	非常災害対策計画	有 ・ 無	
14	消防計画	有 ・ 無	
15	避難訓練記録	有 ・ 無	
16	給食献立表(該当事業所のみ)	有 ・ 無	
17	保菌検査記録(該当事業者のみ)	有 ・ 無	
18	検食記録簿(該当事業所のみ)	有 ・ 無	
19	給食日誌(該当事業所のみ)	有 ・ 無	
20	消防計画	有 ・ 無	
21	賃金規程	有 ・ 無	
22	賃金支払実績に関する記録	有 ・ 無	
23	工賃規程	有 ・ 無	
24	感染対策に関する指針、委員会の議事録、研修及び訓練の記録	有 ・ 無	
25	身体拘束適正化に関する指針、委員会の議事録、研修の記録	有 ・ 無	
26	虐待防止に関する指針、委員会の議事録、研修の記録	有 ・ 無	
27	業務継続計画(BCP)、研修及び訓練に関する記録	有 ・ 無	
28	ハラスメント対策に関する指針等	有 ・ 無	

12-1 職員配置状況（生活介護・自立訓練）

施設の種別		従業者の職種・員数							
生活介護		サービス管理責任者		医師		生活支援員		その他	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
看護職員									
		合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
理学療法士等									
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
自立訓練（機能訓練）		サービス管理責任者		医師		生活支援員		その他	
自立訓練（生活訓練）		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
看護職員									
		合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
理学療法士等									
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									



12-2 職員配置状況（就労移行支援・就労継続支援B型・施設入所支援）

施設の種別		従業者の職種・員数							
就労移行支援 就労継続支援B型		サービス管理責任者		職業指導員		就労支援員		生活支援員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
		その他							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									
施設入所支援		サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤（人）								
	非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）									
基準上の必要人数（人）									

第2号様式

職員の給与等の状況

年

職種	専任・兼任の別	退職共済加入の有無	氏名	性別	年齢	最終学歴の別 (大卒・短大卒・専門学校卒・高卒等)	経験年数			本俸		(月分) 給与		
							現設 年数	社 他 施 設 の 社 会 福 祉 年 数	経 所 験 年 数 の 他 の	(級号俸)	(級号俸)	本俸		
										昨年 4月分	今年 4月分	級号俸	本俸額	支給総額
管理者							年 月	年 月	年 月	() ()	() ()	円	円	円
事務員										() ()	() ()	円		
小計	-	-	-	-	()	-	()	()	()	() ()	() ()	-	()	()
										() ()	() ()	-		
										() ()	() ()	-		
小計	-	-	-	-	()	-	()	()	()	() ()	() ()	-	()	()
										() ()	() ()	-		
										() ()	() ()	-		
小計	-	-	-	-	()	-	()	()	()	() ()	() ()	-	()	()
総計	-	-	-	-	()	-	()	()	()	() ()	() ()	-	()	()

- ※1 本表は監査直近時の全職員（パートタイマー、嘱託医も含む）の状況により記入すること。
- ※2 複数の職員数となる職種については「小計」欄を設け、人数、平均年齢、平均勤続年齢、平均本俸月額、平均総支給額を記入すること。なお「合計」欄には全職種について同様に記入すること。
- ※3 「専任・兼任の別」欄には、当該施設のみで常時勤務する場合を「専」とし、他の施設にも勤務する等ほかにも時間的束縛の伴う仕事をもっている場合は「兼」とする。
- ※4 「本俸」欄は、昨年4月分、今年4月分の本俸月額を記入し、級号俸を上段に（ ）書きすること。
- ※5 「親族関係等」欄には、法人役員及び施設長と親族関係等特別な関係にある者について記入すること。（例）「施設長の妻」、「理事長の長男」、「〇〇理事の甥」等
なお、職種がパートタイマーの者については勤務の形態も記入すること。（例）「週3日、8:30～17:30」、「日曜祝日のみ、6:00～15:00」
- ※6 併設するデイサービスセンター等に主として勤務する者については、別様とすること。
- ※7 「（ 月分）給与」欄について、監査直近月の本俸及び支給総額を記入すること。なお、給与諸手当の内訳については、「（ 月分）給与」欄と同じ月の給与台帳の写しを添付すること。
- ※8 福祉医療機構に提出した「掛金の納付対象職員名簿」又は「被共済職員従業員状況届」を添付すること。

第4号様式

医師及び医務室の状況

(1) 常勤医師の勤務状況

年 月 日現在

区分	医師名	〇〇 〇〇		
診療科目		<例> 内科		
給与	本俸		円	円
	昨年度総支給額(税込)		円	円
	うち措置費支出額		円	円
勤務の形態		<例> 常勤職員と同様		
一日あたり診療人数			人	人
保険請求の有無				

(2) 兼任(嘱託)医師の勤務状況

年 月 日現在

区分	医師名	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇		
医療機関名		〇〇クリニック	〇〇小児科		
診療科目		<例> 内科	<例> 整形外科		
給与	本俸		円	円	円
	昨年度総支給額(税込)		円	円	円
	うち措置費支出額		円	円	円
勤務の形態		<例> 毎週月曜日、水曜日	<例> 週1回		
一日あたり診療人数			人	人	人
保険請求の有無					

※ 常勤医師及び兼任(嘱託)医師については、監査直近時まで勤務した者全員について記入すること。

(3) 医務室の状況

医療法上の許可 有 無

許可年月日・番号 ()
年 月 日号

保険医療機関の指定 有 無

(年 月 日)

(4) 施設内医務室が保険医療機関に指定されている場合の収支状況(昨年度)

ア 診療報酬収入 _____ 円

イ 支出状況

	施設会計負担額	診療所特別会計負担額	按分の方法
	千円	千円	
人 件 費			
医 師			
看 護 師			
その他()			
薬 剤 費			
光 熱 水 費			
その他()			
計			

第5号様式

利用者に対する医療及び支援の管理状況

1 利用者の医療管理等の状況
(1) 利用者の診療状況

	施設医務室における診療				他の医療機関における診療				
	診療総数		左のうち保険請求を伴う診療 医務室が保険医療機関の 指定を受けている場合		入院		通院		
	実人員	延べ診療日数	実人員	延べ診療日数	実人員(A)	延べ入院日数(B)	実人員(C)	延べ診療日数(D)	
診療科目	内科系疾患	人	日	人	日	人	日	人	日
	外科系疾患	人	日	人	日	人	日	人	日
	精神科	人	日	人	日	人	日	人	日
	皮膚科	人	日	人	日	人	日	人	日
	眼科	人	日	人	日	人	日	人	日
	歯科	人	日	人	日	人	日	人	日
	その他	人	日	人	日	人	日	人	日
	計	人	日	人	日	人	日	人	日

※1 本表は、監査時直近月1ヶ月間における診療状況を記入すること。
 ※2 複合疾患等により診療科目別に記入できない場合は、「その他」欄に記入すること。

(2) 協力医療機関の状況 (昨年度)

医療機関名	(公営・私営)	(公営・私営)
診療科目		
病床数	床	床
施設からの距離	km ・ 車で 分	km ・ 車で 分
契約の有無		
委託金額(年額)	千円	千円
法人・施設との関係		

※3 協力医療機関が複数の場合には、それぞれ記入すること。
 ※4 「法人・施設との関係」欄には、例えば理事長が医療法人の事務長を兼ねている場合には「理事長経営の医療法人立病院」と記入すること。

(3) 施設会計における医薬品・衛生材料の購入状況 (昨年度)

	購入金額	主な購入品名
医薬品	千円	
衛生材料	千円	
計		

2 個別支援計画の策定状況

ア 利用者処遇基本方針について	イ 個別の処遇計画の策定について	ウ 個別支援計画の見直しについて
	<p>1 策定者</p> <p>2 アセスメントの実施 (有・無)</p> <p>3 策定会議等の実施状況 (1) 時期 (新規の場合も記載すること。)</p> <p>(2) 参加者</p> <p>4 入所者又は家族等の同意の有無及びその確認方法</p> <p>5 個別支援計画の交付(※利用者(保護者)及び相談支援事業所への交付が必要) 利用者(保護者)への交付 (有 ・ 無) 相談支援事業所への交付 (有 ・ 無)</p>	<p>1 見直しの時期</p> <p>2 見直しの方法</p> <p>3 関係者との協議状況</p>

第6号様式

衛生管理及び利用者、職員の定期健康診断等の実施状況（昨年度）

(1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、結核、疥癬等感染症等の予防対策及びその実施状況

予防対策	実施状況

(2) 利用者の定期健康診断

期日	対象人員	検査内容	検査結果	検査機関

(3) 職員の定期健康診断

期日	対象人員	対象職種	検査内容	検査結果	検査機関
		全職員			
		夜勤者			
成人病検診	期日 実施人員				

(4) 給食関係職員の検便の実施状況

実施年月	実施人員	実施年月	実施人員
昨年 4 月	人	昨年 10 月	人
5 月	人	11 月	人
6 月	人	12 月	人
7 月	人	今年 1 月	人
8 月	人	2 月	人
9 月	人	3 月	人

(5) レジオネラ症の防止対策の状況

	仕様	遊離残留塩素濃度測定実施及び記録の有無	末端給湯栓温度	清掃回数	レジオネラ属菌の検査の実施年月日	備考
浴槽	循環式	測定実施（有・無） 記録（有・無）		回/週		
	それ以外			回/週		
給湯設備	貯湯タンクあり		℃	回/年		
	貯湯タンクなし		℃	回/年		

- ※1 施設内の全浴槽及び給湯設備について記入すること。
- ※2 「浴槽及び給湯設備の仕様」欄には、該当する方を○で囲むこと。また、施設内で異なる仕様の設備を有する場合は、備考欄を利用し区別すること。
- ※3 「清掃回数」欄は、浴槽は浴槽の全換水を行う1週間あたりの回数を、給湯設備は貯湯タンクの1年間あたりの清掃回数を記入すること。
- ※4 「レジオネラ属菌の検査の実施年月日」欄は、基準日までの直近の検査実施年月日を記入すること。実施していない場合は「未実施」と記入すること。

第7号様式

入所者預り金等の状況

- (1) 入所者所持金の管理
 ア 所持金を自己管理している者 _____人 イ 所持金を施設が管理している者 _____人

- (2) 入所者所持金を自己管理している者の保管・管理の方法及び保管場所

保管・管理の方法	
保管場所	

- (3) 預り金の状況

_____年 _____月 _____日現在

入所現員	預り人員 A	預り金総額 B		1人当たりの 預り金 B/A	個人別		証券等保管責任者 職名 氏名
					最高額	最低額	
人	人	現金保管 人	千円	千円	千円	千円	印鑑保管責任者 職名 氏名
		通帳保管 人	千円	千円	千円	千円	

- (4) 本人との授受方法及び証憑書類の保管

- (5) 入所者預かり金等の保管場所

通帳	
印鑑	

- (6) 預り金現在額の連絡方法（本人又は必要に応じて家族に対して）

昨年度の回数	(例) 4回 3ヶ月毎
具体的方法	(例) 月末に本人に通帳を見せて確認（印）してもらう

※1 入所者が預り金から小遣い程度の引き渡しを受け、自己管理している場合は「入所者所持金の自己管理」には含まれない。

※2 施設で預り金に関する規定を設けている場合は添付すること。

- (7) 入所者が使用する物品等に係る入所者経費負担の状況（昨年度）

入所者が経費を負担した品目名	
----------------	--

第8号様式

災害事故等への対応状況

1 災害事故防止対策

(1) 災害事故防止に対する考え方

(2) 重度者への防災上の配慮

(3) 地域防災組織との連絡状況

(4) 防災施設等の状況

		消防法令による設置義務の有・無	整備状況
防火設備	避難階段	有・無	有（カ所）・無
	避難口（非常口）	有・無	有（カ所）・無
	居室・廊下・階段等の内装材料	—	適・不適
	防火戸・防火シャッター	有・無	有（カ所）・無
消防用設備	屋内消火栓設備	有・無	有（カ所）・無
	屋外消火栓設備	有・無	有（カ所）・無
	スプリンクラー設備	有・無	有・無
	自動火災報知設備	有・無	有・無
	非常通報装置	—	有・無
	漏電火災警報機	有・無	有・無
	非常警報設備	有・無	有・無
	避難器具（すべり台・救助袋）	有・無	有（カ所）・無
	誘導灯及び誘導標識	有・無	有（カ所）・無
	防火用水	有・無	有・無
非常電源設備	有・無	有・無	
カーテン・布製ブラインド等の防災性能		有・無	有・無

(5) 消防計画及び防火管理者の届出状況

消防計画の届出（直近）	年 月 日
防火管理者	氏名
	職種

(6) 各種防災訓練の実施状況（昨年度）

区分	実施回数	実施月	消防署への事前届出	消防署の立会	記録
避難訓練	()		有（回）・無	有（回）・無	有・無
	水害・土砂災害を想定した訓練の実施回数（回）				
救助訓練	()		有（回）・無	有（回）・無	有・無
通報訓練	()		有（回）・無	有（回）・無	有・無
消火訓練	()		有（回）・無	有（回）・無	有・無

※1 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従ってそれぞれ記入すること。

※2 夜間又は夜間を想定した訓練を実施した場合は、右（ ）書きに再掲すること。

(7) 緊急時連絡網等の整備状況

自動転送システムの設置	有・無	緊急時連絡網等の整備	有・無
-------------	-----	------------	-----

(8) 消防署の立入検査の状況（昨年度）

実施年月日	指導指示等の内容
	【文書】
	【口頭】
	【上記に対する改善措置】

(9) 防災設備の保守点検の状況

業者委託による点検	有（年回）・無
自主点検	実施者

(10) 施設の立地条件

土砂災害警戒区域（イエローゾーン）	該当 ・ 非該当
土砂災害特別警戒区域（レッドゾーン）	該当 ・ 非該当
浸水想定区域	該当 ・ 非該当

(11) 非常災害対策計画の策定状況

策定済 ・ 未策定 ・ 策定予定 （ 年 月）



水害・土砂災害を含む非常災害対策計画を策定しているか。			
策定済 ・ 未策定 ・ 策定予定 （ 年 月）			
策定済の場合における記載項目			
項目	記載の有無	項目	記載の有無
施設の立地条件	有 ・ 無	避難経路	有 ・ 無
災害に関する情報の入手方法	有 ・ 無	避難方法	有 ・ 無
災害時の連絡先及び通信手段の確認	有 ・ 無	災害時の人員体制、指揮系統	有 ・ 無
避難を開始する時期、判断基準	有 ・ 無	関係機関との連携体制	有 ・ 無
避難場所	有 ・ 無		

(12) 水防法に基づく避難確保計画の作成状況等 ※市町村地域防災計画に要配慮者利用施設として定められている場合

避難確保計画を作成しているか。	作成済 ・ 未作成 ・ 作成予定 (年 月)
避難訓練を実施しているか。	実施済 ・ 未実施 ・ 実施予定 (年 月)

(13) 土砂災害防止法に基づく避難確保計画の作成状況等 ※市町村地域防災計画に要配慮者利用施設として定められている場合

避難確保計画を作成しているか。	作成済 ・ 未作成 ・ 作成予定 (年 月)
避難訓練を実施しているか。	実施済 ・ 未実施 ・ 実施予定 (年 月)

2 苦情解決への取り組み状況（前年度から基準月まで）

苦情受付担当者		苦情解決責任者		第三者委員 構成 (評議員、監事、民生委員、弁護士等)	
(職名)	(氏名)	(職名)	(氏名)	員数	
入所者等及び家族等に対する周知方法（具体的に記入すること）					

	受付年月日	申立者と 利用者の関係	苦情内容	処理年月日	処理方法及び結果	第三者委員	
						報告	公表
施設の相談窓口寄せられた苦情						有・無	有・無
運営適正化委員会に寄せられた苦情						有・無	有・無
市町村等を通じて寄せられた苦情						有・無	有・無

※3 苦情処理簿等の写しを添付することで代わりとしても可。

3 事故防止対策（前年度から基準月まで） [※ 損害賠償保険の加入の有無 有・無]

事故発生日	事故の概要及び怪我等の状態	報告年月日			損害賠償 保険の適 用の有無	処理結果及び再発防止策 (職員に対する周知方法を含む)
		家族等	市町村	(その他)		

※4 事故処理簿等の写しを添付することで代わりとしても可。

4 秘密保持

(1) 守秘義務に関する措置

	規定の方法	退職後の守秘義務の規定の有無
正 規 職 員		有 ・ 無
臨 時 ・ 非 常 勤 職 員		有 ・ 無
そ の 他 (実 習 生 等)		有 ・ 無

(2) 個人情報保護に関する措置

プライバシーポリシーや個人情報保護規程の策定、公表の状況	責任体制の確保（個人情報保護管理者の設置等）の状況	従業員の啓発（研修実施等）の状況	個人情報取扱事業者の該当の有無
			有 ・ 無

第9号様式

生産活動の概要

(1) 種目別状況

種目	入所者数			受託 自営 の別	昨年度収支状況					1人当たり工賃			備考	
	入所	通所	計		収入額	支出額			差引	最高	最低	平均		
						事務費	事業費	作業工賃						計
(記入例) 縫製	人 10	人 5	人 15	自営	千円 15,000	千円 2,000	千円 8,000	千円 5,000	千円 15,000	千円 0	円 100,000	円 20,000	円 50,000	
計														

※1 入所者数欄には1月平均の数を記入すること。

(2) 事業費の内訳

種目別	原材料費	光熱水費	運搬料	入所者以外 の賃金	その他 ()	計	施設会計及び科目間の必要経費の按分方法
	千円	千円	千円	千円	千円	千円	
計							

利用者の処遇状況

(1) おむつ外し、排泄、おむつ交換及び体位変換に関する方針並びに取り組み・工夫等

ア おむつ外し、排泄、おむつ交換及び体位変換に関する方針並びに取り組み・工夫等

①おむつ使用者に対するおむつ外しのためのポータブル介助やトイレへの誘導策の働きかけ及び取り組みの方法

②おむつ交換時の衝立、カーテンの活用

③おむつ交換時、清潔なタオルでの清拭や、皮膚の状態・床ずれの有無などの肌の異常及び尿・便の異常に対する観察

④おむつ交換時の体位変換に対する配慮

⑤おむつ交換時の換気に対する配慮

⑥その他

イ おむつ交換、体位変換の対象人数及び実施状況

		対象 人員	回 数	定 時		随 時		
				おむつ交換、体位変換を行う時刻		1人当 り 1日平均 回 数	最 高	最 低
お む つ	常時	人	回			回	回	回
	夜間のみ							
体 位 変 換	褥瘡者							
	その他							

※1 定時以外におむつ交換・体位変換を実施している場合のみ、「随時」欄に回数を記入すること。

(2) 入浴の実施状況

ア 入浴に関する方針、工夫等

(ア) 施設で定める1人当たりの1週間の入浴回数

(イ) 入浴回数の確認方法

(ウ) 個々の利用者に応じた安全でくつろいだ入浴の確保についての配慮

(エ) 入浴に当たっての健康状態のチェックの状況 (体調の悪い者、褥瘡のある者の入浴については、医師、看護師の指示をあおぐなど。)

(オ) 脱衣場の保温についての配慮

(カ) 自力で入浴可能な児童に対する入浴回数を増やすなどの配慮

(キ) 入浴時の職員配置の状況 (着脱衣〇名、浴室への誘導〇名、浴室での洗体〇名等具体的に記載すること。)

(ク) その他

イ 実施状況

(ア) 入浴日における入浴等の状況

実施日	曜日	入浴者の状況					計	
		一般浴		特殊浴		清拭 c	対象者計 (A+B)	入浴者・清拭者計 (a+b+c)
		対象者 A	入浴者 a	対象者B	入浴者 b			
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0
	日						0	0
	月						0	0
	火						0	0
	水						0	0
	木						0	0
	金						0	0
	土						0	0
週間計	—	0	0	0	0	0	0	0

※2 基準月の4週間の状況について記入すること。

(イ) 特殊浴槽

浴槽及び装置の形状及び機種名	個数	入浴介助方法	
		担当職員数	所要時間

(ウ) 入浴日に入浴ができない児童の取扱い

項目	ア 全身清拭	イ 入浴可能となった場合、次回入浴日前に入浴させる等
実施状況	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施

第11号様式

短期入所事業の状況

事項	内容																				
規模	専用ベッド数 _____ 床 空きベッド数（1日当たり平均） _____ 床 合計 _____ 床																				
専用ベッドの利用率	$\frac{\text{延べ利用日数}}{\text{専用ベッド数} \times 365 \text{日}}$ （ ） / （ ） = 利用率 （ ）																				
職員体制	〇 本体施設利用者と短期入所利用者との合計数に対し必要な職員を配置																				
	〇 短期入所に別途職員を配置 <table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>専任</th> <th>兼任</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>（ ）</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>	職種	専任	兼任	（ ）	人	人	（ ）	人	人	（ ）	人	人	（ ）	人	人	（ ）	人	人	合計	人
職種	専任	兼任																			
（ ）	人	人																			
（ ）	人	人																			
（ ）	人	人																			
（ ）	人	人																			
（ ）	人	人																			
合計	人	人																			
専任職員の勤務形態	※1 該当する方に○を付すこと。 ※2 直近1年間の実績により記入すること。 1 特定の個人を指定し、専ら従事させる。 2 特養等との交替制勤務ながら、ショートステイ事業に勤務する日には一日中従事させる。 3 その他																				

事項	内容
送迎の実施状況	送迎加算算定の有無 有（額 円）・ 無 利用料金徴収の有無 有（額 円）・ 無 ※3 額については、算定及び徴収開始月から監査直近月までの合計額を記載すること。
事業実施上の問題点及び創意工夫点	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 加算算定に当たり県へ提出した体制様式（別紙6） ・ 実費徴収の場合、算定根拠の分かるもの ・ 利用券方式を採用している場合はその要綱等 ・ その他

第12号様式

諸規程等の整備状況

(1) 各種規程・帳簿等

年 月 日現在

	運営管理に関するもの		利用者の処遇に関するもの		会計経理に関するもの	
	有	無	有	無	有	無
規程	・ 定款				・ 経理規程	
	・ 管理規程					
	・ 就業規則					
	・ 給与規程					
	・ 旅費規程					
	・ 防災管理規程					
	・ 個人情報保護規程					
帳簿等	・ 事業計画書		・ 利用者名簿		・ 財産目録	
	・ 事業実施報告書		・ 利用者台帳		・ 収支予算書	
	・ 採用、昇格、昇給関係綴		・ 重要事項説明書		・ 貸借対照表	
	・ 宿日直日誌		・ サービス提供記録		・ 試算表	
	・ 理事会議事録		・ 寮母日誌		・ 決算附属明細表	
	・ 評議員会議事録		・ 指導員日誌		・ 仕訳伝票	
	・ 職員会議録		・ 看護日誌		・ 勘定表	
	・ 主任会議議事録		・ リハビリテーション記録簿		・ 金銭残高金種別表	
	・ 給食会議議事録		・ 献立表		・ 小口現金出納表	
	・ 出勤簿		・ 給食日誌		・ 有価証券台帳	
	・ 労働者名簿		・ 嗜好調査票		・ 預金残高証明書綴	
	・ 住宅届		・ ケース会議記録簿		・ 当座勘定照合表	
	・ 通勤届		・ 入所者健康記録簿		・ 措置費請求書、精算書綴	
	・ 給与個人別支給台帳		・ 行事記録簿		・ 物品購入伺、受払簿	
	・ 給与支給明細書綴		・ 面会簿綴		・ 寄附金申込書(控)、寄附金受領書(控)	
	・ 職員履歴書綴		・ 外出外泊許可願綴		・ 寄附金台帳	
	・ 出張命令書兼旅費請求書綴		・ 費用徴収本人負担原簿		・ 借入金台帳	
	・ 研修等復命書綴		・ 個別支援計画		・ 貸付金台帳	
	・ 時間外勤務命令簿		・ 身体拘束等の記録		・ 未収金台帳	
	・ 休暇届		・ 苦情内容等の記録		・ 未払金台帳	
	・ 施設内研修記録		・ 事故の状況及びその措置の記録		・ 不動産台帳(土地)	
	・ 非常勤職員契約書等綴		・ 市町村への通知に係る記録		・ 不動産台帳(建物)	
					・ 固定資産物品台帳	
					・ 備品台帳	
					・ 給食物品購入簿(会計補助簿)	
					・ 給食物品出納簿(会計補助簿)	
					・ 仕入日計表	
				・ 医薬品受払簿		

※1 諸規程・帳簿等の有無については、有無欄に○印を付すこと。(プルダウンリストから選択)

(2) 労働基準法に基づく届出等の整備状況

第24条関係	年	月	日	締結
第36条関係	年	月	日	締結
第41条関係	年	月	日	届出
	年	月	日	許可

第13号様式

介護給付費の請求状況(施設入所支援)

(1) 請求件数

	基準月の前々月	基準月の前月	基準月	摘要
	年 月	年 月	年 月	
請求件数	(月提供分) 件	(月提供分) 件	(月提供分) 件	
月遅れ請求件数	件	件	件	
過誤調整分	件	件	件	

介護給付費の請求状況(生活介護)

(1) 請求件数

	基準月の前々月	基準月の前月	基準月	摘要
	年 月	年 月	年 月	
請求件数	(月提供分) 件	(月提供分) 件	(月提供分) 件	
月遅れ請求件数	件	件	件	
過誤調整分	件	件	件	

訓練等給付費の請求状況(就労移行支援)

(1) 請求件数

	基準月の前々月	基準月の前月	基準月	摘要
	年 月	年 月	年 月	
請求件数	(月提供分) 件	(月提供分) 件	(月提供分) 件	
月遅れ請求件数	件	件	件	
過誤調整分	件	件	件	

(2) 基準月の前々月から基準月までの3月の加算減算の状況(対象となるものに○)

(i) 施設入所支援

夜勤職員配置体制加算	重度障害者支援加算	夜間看護体制加算
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	入所時特別支援加算	入院・外泊時加算
入院時支援特別加算	地域移行加算	地域移行促進加算体験宿泊支援加算
地域生活移行個別支援特別加算	栄養マネジメント加算	経口移行加算
経口維持加算	口腔衛生管理体制加算	口腔衛生管理加算
療養食加算	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	高次脳機能障害者支援体制加算	地域移行支援体制加算
通院支援加算	集中的支援加算	新興感染症等施設療養加算
定員超過利用減算	夜勤職員欠如減算	個別支援計画未作成減算
管理栄養士等未配置減算	身体拘束廃止未実施減算	虐待防止措置未実施減算
情報公表未報告減算	業務継続計画未策定減算	地域移行等意向確認等指針未作成減算 (令和8年度から減算)

(ii) 生活介護、自立訓練(機能)自立訓練(生活)

特別地域加算(機訓、生訓)	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)	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	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)	個別計画訓練支援加算(生訓)
短期滞在加算(生訓)	利用者負担上限額管理加算	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)	看護職員配置加算(生訓)
送迎加算	障害福祉サービスの体験利用支援加算	社会生活支援特別加算(機訓、生訓)
就労移行支援体制加算	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	入浴支援加算(生介)	高次脳機能障害者支援体制加算
喀痰吸引等実施加算(生介)	栄養スクリーニング加算(生介)	栄養改善加算(生介)
緊急時受入加算	集中的支援加算	ピアサポート実施加算(機訓、生訓)
定員超過利用減算	サービス提供職員欠如減算	サービス管理責任者欠如減算
個別支援計画未作成減算	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)	身体拘束廃止未実施減算
情報公表未報告減算	業務継続計画未策定減算	虐待防止措置未実施減算
標準利用期間超過減算(機訓、生訓)		

※(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)

(iii) 就労移行支援、就労継続支援B型

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算		就労移行支援体制加算(B)		就労移行連携加算(B)
初期加算		訪問支援特別加算		利用者負担上限額管理加算
食事提供体制加算		精神障害者退院支援施設加算(移)		福祉専門職員配置等加算
ピアサポート実施加算(B)		欠席時対応加算		医療連携体制加算
就労支援関係研修修了加算(移)		移行準備支援体制加算(移)		地域協働加算(B)
重度者支援体制加算(B)		目標工賃達成指導員配置加算(B)		送迎加算
障害福祉サービスの体験利用支援加算		通勤訓練加算(移)		在宅時生活支援サービス加算
社会生活支援特別加算		地域連携会議実施加算(移)		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		高次脳機能障害者支援体制加算
地域連携会議実施加算		緊急時受入加算		集中的支援加算
定員超過利用減算		サービス提供職員欠如減算		サービス管理責任者欠如減算
個別支援計画未作成減算		標準利用期間超過減算(移)		身体拘束廃止未実施減算
情報公表未報告減算		業務継続計画未策定減算		虐待防止措置未実施減算

※(移): 指定就労移行支援、(B): 指定就労継続支援B型

第14号様式 各種委員会の設置、方針等の整備、取組状況について

(1)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				

(2)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				

(3) 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	<input type="checkbox"/> 設置済み(名称: _____) <input type="checkbox"/> 未設置			
指針等の整備状況	<input type="checkbox"/> 整備済み <input type="checkbox"/> 未整備	身体拘束を行った事例(昨年度以降)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 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			

(4) 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	<input type="checkbox"/> 設置済み(名称: _____) <input type="checkbox"/> 未設置		
虐待防止担当者 職・氏名			指針等の整備状況 <input type="checkbox"/> 整備済み <input type="checkbox"/> 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
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
	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	<input type="checkbox"/> 実施済(実施月: _____) <input type="checkbox"/> 実施予定(予定月: _____) <input type="checkbox"/> 未定	
	昨年度	<input type="checkbox"/> 実施済(実施月: _____) <input type="checkbox"/> 未実施	
	実施内容	<input type="checkbox"/> セルフチェックのみ実施(従業員の支援の振り返り) <input type="checkbox"/> 集計、分析を実施 <input type="checkbox"/> 従業員への公表、会議等での検討等 <input type="checkbox"/> 従業員への指導、面談等の実施 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

(5) 医療機関との連携強化・感染症対応力の向上(障害者支援施設)

第二種協定指定医療機関の病院等との連携	新興感染症発生時等における対応(※)の取り決め <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 未定 (※)流行初期期間経過後(新興感染症の発生の公表後4か月程度から6か月程度経過後)において、入所者が新興感染症に感染した場合に、相談、診療、入院の要否の判断、入院調整等を行うこと等
第二種協定指定医療機関の病院等との協議	①協力医療機関 <input type="checkbox"/> 第二種協定指定医療機関に該当する <input type="checkbox"/> 第二種協定指定医療機関に該当しない ②上記①で該当する場合、新興感染症発生時等における対応の協議 <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 実施予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 未定

(6) 地域移行を推進するための取組(障害者支援施設)

地域連携推進会議の開催	<input type="checkbox"/> 実施済み ①直近の開催日: 年 月 ②構成員: <input type="checkbox"/> 利用者及びその家族 <input type="checkbox"/> 地域住民代表者 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスに知見を有する者 <input type="checkbox"/> 市町村担当者 <input type="checkbox"/> その他() ③報告、要望、助言等の記録の作成: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ④報告、要望、助言等の記録の公表: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 実施予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 第三者評価を実施 ※令和6年4月から努力義務化、令和7年4月から義務化
施設見学の機会の提供	<input type="checkbox"/> 実施済み ①直近の実施日: 年 月 ②参加者、参加人数等: <input type="checkbox"/> 実施予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 第三者評価を実施 ※令和6年4月から努力義務化、令和7年4月から義務化
第三者評価の実施	<input type="checkbox"/> 実施済み ①直近の実施日: 年 月 ②直近の公表日: 年 月 <input type="checkbox"/> 実施予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 未定 ※第三者評価及び実施状況の公表を行っている場合は、上記「地域連携推進会議の開催」及び「施設見学の機会の提供」を実施しないことができる。

(7) 障害福祉サービス等情報公表システム(WAM NET)(公表されていない場合、情報公表未報告減算の対象)

公表状況	<input type="checkbox"/> 公表済み <input type="checkbox"/> 未公表
最終更新年月日	年 月 日