

障害福祉サービス事業所等指導提出資料

指導形態	運営指導		
指導実施日時	年	月	日 午前 ・ 午後 時 分
法人名	法人代表者の職・氏名		(ふりがな)
事業所名			
所在地	〒 ※付近の地図を添付してください。駐車場の位置(市の公用車 1 台分)も示してください。		
担当者(問い合わせ先)	(ふりがな) (役職) (氏名)		
電話番号	F A X 番号		
メールアドレス			
従たる事業所等 (設置している場合のみ)	事業所名	所在地	(〒)

今回の運営指導対象事業の種類(対象事業にチェック)	提出資料 (指導対象事業以外の資料提出は不要)					事業所名	事業所番号
☐ 施設入所支援	様式1		様式3-1		様式3-13		
☐ 短期入所	様式1	様式2	様式3-1	様式3-12	様式3-14		
☐ 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護		様式2	様式3-2	様式3-12	様式3-15		
☐ 生活介護	様式1	様式2	様式3-3	様式3-12	様式3-14		
☐ 自立訓練(機能訓練)・自立訓練(生活訓練)	様式1	様式2	様式3-4	様式3-12	様式3-14		
☐ 就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型	様式1	様式2	様式3-5	様式3-12	様式3-14		
☐ 就労定着支援		様式2	様式3-6	様式3-12	様式3-15		
☐ 自立生活援助		様式2	様式3-2	様式3-12	様式3-15		
☐ 共同生活援助	様式1	様式2	様式3-7	様式3-12	様式3-16		
☐ 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)・計画相談支援・障害児相談支援		様式2	様式3-8	様式3-12	様式3-17		
☐ 療養介護	様式1	様式2	様式3-9	様式3-12	様式3-14		
☐ 児童発達支援(センターを除く)・放課後等デイサービス	様式1	様式2	様式3-10	様式3-12	様式3-14		
☐ 児童発達支援センター	様式1		様式3-10		様式3-14		
☐ 居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援		様式2	様式3-11	様式3-12	様式3-15		
☐ 福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設	様式1		様式3-1		様式3-18		
その他同一敷地内又は隣接地で行っている、 今回の運営指導対象以外の事業	事業所名	サービス種別	事業所名		サービス種別		

【基本事項（共通）】

1. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	生活支援員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

2. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

3. その他日常生活費（○印）

①あいまいな名目の費用徴収ではなく、費用の内訳が明らかになっているか。	はい ・ いいえ
②利用者の自由な選択に基づくものか。	はい ・ いいえ
③利用者又はその家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得ているか。	はい ・ いいえ
④受領額は、実費相当額の範囲内で行われているか。	はい ・ いいえ
⑤運営規程において定められ、その内容が重要事項説明書等に反映されているか。	はい ・ いいえ
内容 (身の回り品、教養娯楽費等)	金額／単位 (円 / 月・回数等)

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。
 ※その他日常生活費：「障害サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成18年12月6日付障発1206002号）」参照

(事業所名)

(サービス名)

4. 非常災害対策について（○印）

非常災害に関する具体的な計画	有 ・ 無
想定している災害	火災 ・ 風水害 ・ 地震
防火管理者の選任状況	有 ・ 無
防火管理者の氏名	
選任の届出年月日	年 月 日
消防計画の策定	有 ・ 無
消防への届出年月日	年 月 日
非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制の整備	有 ・ 無
職員への周知	有 ・ 無（方法： 頻度： ）
避難訓練等の実施	有 ・ 無（方法： 頻度： ）
洪水等の浸水区域又は土砂災害警戒区域内に位置しているか	
洪水等の浸水区域	該当 ・ 非該当
土砂災害警戒区域	該当 ・ 非該当
(該当している場合) 避難確保計画の策定	有 ・ 無
サービス事業所ごとに実施している対策	

5. 地域との連携等 ※具体的に記入してください。

(地域住民又はその他自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流)	
---------------------------------------	--

(事業所名)
(サービス名)

(※1) 勤務形態については、次の区分から該当のものを選択してください。 a：常勤で専従 b：常勤で兼務 c：常勤以外で専従 d：常勤以外で兼務
(※2) 「備考」には、兼務する事業名及び職種並びに兼務先での勤務時間、当月中の採用又は退職の場合は、その内容と年月日を記載してください。

記入方法については【職員一覧(記入例)】のシートを参照してください。

様式2

【職員一覧（記入例）】

（事業所名） 登大路ケアサービス

（サービス名） 施設入所支援、短期入所、生活介護

指導実施月の前々月の職員配置状況（ 令和〇年〇月の状況 ※月中の採用者・退職者を含みます。）

職種 氏名	勤務時間	第1週							第2週							第3週							第4週							第5週			1か月の合計 (休憩時間を含む)	所持資格	勤務形態 (※1) 勤務 年月数	備考 (※2)
		1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日				
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水				
職種 管理者	勤務開始	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	184:00	社会福祉士	b	
氏名 ○○ ○○	勤務終了	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00			5年4月	
職種 サービス管理責任者	勤務開始	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			9:00	9:00	9:00	184:00	社会福祉士	b	
氏名 ○○ ○○	勤務終了	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00	17:00	17:00			17:00	17:00	17:00			5年4月	
職種 生活支援員	勤務開始	18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		18:00	0:00			18:00	0:00		135:00		c	
氏名 △△ △△	勤務終了	24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00		24:00	9:00			24:00	9:00				2年1月	
職種 看護職員	勤務開始	13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	0:00				13:00		18:00	86:00	看護師	c	グループホーム○○の世話人と兼務（21時間）
氏名 □□ □□	勤務終了	17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00	9:00				17:00		24:00			1年	
職種・氏名	勤務時間	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計	所持資格	形態・年月数	備考
		月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水				

（※1）勤務形態については、次の区分から該当のものを選択してください。 a：常勤で専従 b：常勤で兼務 c：常勤以外で専従 d：常勤以外で兼務

（※2）「備考」には、兼務する事業名及び職種並びに兼務先での勤務時間、当月中の採用又は退職の場合は、その内容と年月日を記載してください。

■職種氏名欄

・職種ごとに勤務形態の区分（後述）の順にまとめて記載してください。

・1人の職員が、同一事業の中で兼務する場合（管理者と生活支援員等）は、2行に分けてそれぞれの職種として記入してください。

・職種は、管理者・医師・（管理）栄養士・サービス管理責任者・サービス提供責任者・地域移行（定着）支援従事者・生活支援員・看護職員・職業指導員・就労支援員・世話人・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等・

相談支援専門員・地域移行支援員・児童発達支援管理責任者・児童指導員・保育士・指導員・機能訓練担当職員・訪問支援員等の別を記入してください。

■勤務時間記入欄

・日にち欄の下欄には、当該日の曜日を記入してください。

・1日に勤務した時間について、上段に勤務開始時刻、下段に勤務終了時刻を入力してください。勤務時刻は「0:00」の形式で入力し、夜勤等で日をまたぐ勤務の場合は、勤務終了時刻を「24:00」、勤務開始時刻を「0:00」としてください。

・兼務職員については、他の職務に従事する時間を除いてください。

■所持資格欄

・所持資格は、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー2級、1級、社会福祉主事、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、医師、保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を記入してください。

■勤務形態・勤務年月数欄

・下記勤務形態の区分に従い、該当のものを選択してください。

【勤務形態の区分】a：常勤で専従 b：常勤で兼務 c：常勤以外で専従 d：常勤以外で兼務

・同一敷地内の他事業と兼務する場合、兼務先との合計1ヶ月勤務時間が常勤時間を超える場合は常勤扱いとしてください。

別事業との兼務、同一事業の別職種との兼務のどちらも「兼務」としてください。また、備考欄に兼務先及び、兼務先での勤務時間を記入してください。

【常勤職員について】就業規則等で規定されている時間を基礎とし、時間外勤務時間は除いてください。

休暇や出張の期間については、暦月で1月を超えるものではない限り、常勤職員として勤務したものととして取り扱います。

【非常勤職員について】時間給であれば、給与支給の基礎となった時間を記入してください。

曜日・勤務時間が決まっている場合は、備考欄に内容を記入してください。

・勤務年月数は、同一法人における他の障害福祉サービス事業所等の経験年月数を含みます。

【運営状況等】

[施設入所支援]

[短期入所] … 1、2、3、5のみ記載

[福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設] … 2、3、5のみ記載

※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 短期入所の区分

区分	併設型 ・ 空床利用型 ・ 単独型
本体施設 (単独型は不要)	障害者支援施設 ・ 障害児入所施設 ・ 共同生活援助 その他 ()

※該当の箇所に ☐ 印を記入してください。

2. 医師の配置状況

医師名	
医療機関名	
診療科目	
嘱託医契約の有無 (☐ 印)	有 (個人契約 ・ 医療機関と契約) ・ 無

3. 居室ごとの利用状況

※福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設については、施設入所の欄のみ記載。

		1人部屋	2人部屋	3人部屋	4人部屋	合計(現員)
施設入所	室数(室)					
	現員(人)					
短期入所	室数(室)					
	現員(人)					

4. 日中活動の状況等 ※昼間実施サービスについて記入してください。

サービスの種類	定員(人)	現員(人)	
		施設入所支援 を受ける者	通所利用者
生活介護			
自立訓練(機能訓練)			
自立訓練(生活訓練)			
就労移行支援			
就労継続支援B型			
その他			

(事業所名)

(サービス名)

5. 入所者数等(前年度: 年度)

	前年度入所者数等延数(人)				平均入所 者等の数 (人/日)
	施設入所 者延数	うち区分3 以下	短期入所 利用者 延数	合計	
	A		B	A+B	
4月					
5月					
6月					
7月					
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					
1月					
2月					
3月					
合計					

※入所者等延数は、利用日ごとの入所者数等を月計してください。なお、入所者延数は、入所等した日を含み、退所等した日を含みません。

※障害者支援施設、福祉型障害児入所施設又は医療型障害児入所施設の併設型又は空床利用型以外の短期入所は「施設入所者延数(A)」は記載不要。

※平均入所者数は、(入所者延数)÷(日数)(小数点2位以下切上)で算出します。

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、自立生活援助]

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	生活支援員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 給付費以外の自己負担

内容	金額／単位（円／月・回数等）

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。

(事業所名)

(サービス名)

4. 利用者の状況

○令和 年 月の状況

	実利用者数 (人)	左記のうち 2人介護による 実利用者数(人)	延サービス提供 時間数 (時間)
居宅介護			
重度訪問介護			
同行援護			
行動援護			
自立生活援助			

●居宅介護利用者詳細(上記表の居宅介護実利用者数の内訳)

・種別ごとの内訳 (人)

身体介護	
家事援助	
乗降介助	
通院介助(身体介護あり)	
通院介助(身体介護なし)	
その他	

・障害区分ごとの内訳 (人)

身体障害	
知的障害	
精神障害	
・成人/児童の内訳 (人)	
成人	
児童	

※重複している場合には、より上表の上段でカウントしてください。
(例：身体介護と知的障害の場合、身体介護でカウント)

○直近6か月の利用者数

	実人数(人)					
	居宅介護 うち通院等乗 降介助のみ	重度訪問介護	行動援護	同行援護	自立生活 援助	
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						

【運営状況等】

[生活介護]

※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間 (送迎時間を含む)	: ~ :
	時間 分
サービス提供時間 (送迎時間を含めない)	: ~ :
	時間 分
延長支援(☐ 印)	有 ・ 無
営業日(☐ 印)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝

※営業時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

2. 一週間の利用者数等(月 日から一週間) [実績]

サービス提供日	(日)							
	(曜日)	月	火	水	木	金	土	日
利用者数	(人)							
生活支援員等の 配置延時間数	(時間)							

3. 生産活動の実施状況

内容			
実施時間	: ~ :	1 日	時間程度
休憩（頻度等）			
工賃（賃金）	一人当たり月額		円

4. 食事の提供

食事提供の有無(☐ 印)	有 ・ 無
食事提供の形態	
食事提供体制加算の算定	有 ・ 無
管理栄養士又は栄養士による献立の確認	有 ・ 無
利用者ごとの摂食量の記録	有 ・ 無
利用者ごとの体重又はBMIの記録・頻度	有 (年 回) ・ 無

(事業所名)

(サービス名)

5. 利用定員

定員	人
----	---

6. 利用者延数(前年度: 年度)

	障害支援区分別 利用者延数(人)					左のうち区分5 若しくは区分6 又はこれに準ずる 者の総延数	開所日数 (日)
	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6		
4 月							
5 月							
6 月							
7 月							
8 月							
9 月							
10 月							
11 月							
12 月							
1 月							
2 月							
3 月							
合計							

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

※対象者が複数の障害支援区分に該当する場合は、より右側の項目を優先し重複しないようにしてください。

【運営状況等】

[自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)]

※事業ごとに作成してください。 ※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間 (送迎時間を含む)	: ~ :
	時間 分
サービス提供時間 (送迎時間を含まない)	: ~ :
	時間 分
延長支援(☐ 印)	有 ・ 無
営業日(☐ 印)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝

※営業時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

2. 一週間の利用者数等(月 日から一週間) [実績]

サービス提供日	(日)							
	(曜日)	月	火	水	木	金	土	日
利用者数	(人)							
生活支援員等の 配置延時間数	(時間)							

3. 生産活動の実施状況

内容			
実施時間	: ~ :	1日平均	時間程度
休憩(頻度等)			
工賃(賃金)	一人当たり平均月額		

4. 食事の提供

食事提供の有無(☐ 印)	有 ・ 無
食事提供の形態	
食事提供体制加算の算定	有 ・ 無
管理栄養士又は栄養士による献立の確認	有 ・ 無
利用者ごとの摂食量の記録	有 ・ 無
利用者ごとの体重又はBMIの記録・頻度	有(年 回) ・ 無

(事業所名)

(サービス名)

5. 利用定員

定員	人
----	---

6. 利用者延数(前年度: 年度)

	利用者延数(人)		
	利用者 延数(人)	指定宿泊型 自立訓練 利用者延数(人)	開所日数 (日)
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計			

※指定宿泊型自立訓練利用者延数は自立訓練(生活訓練)の場合にのみ記入が必要です。
※利用者延数には、指定宿泊型自立訓練利用者延数を差し引いた数を記入してください。

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

【運営状況等】

[就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型]

※事業ごとに作成してください。 ※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間 (送迎時間を含む)	:	~	:
	時間		分
サービス提供時間 (送迎時間は含まない)	:	~	:
	時間		分
延長支援(☐ 印)	有 ・ 無		
営業日(☐ 印)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝		

※営業時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

2. 一週間の利用者数等(月 日から一週間) [実績]

サービス提供日		(日)	月	火	水	木	金	土	日
		(曜日)							
利用者数	施設内	(人)							
	施設外就労	(人)							
	在宅支援	(人)							
生活支援員等の 配置延時間数	施設内	(時間)							
	施設外就労	(時間)							

3. 生産活動の実施状況

内容	施設内					
	施設外 就労					
実施時間		:	~	:	1日平均	時間
休憩(頻度等)						
工賃(賃金)		一人当たり平均月額				円

4. 食事の提供

食事提供の有無(☐ 印)	有 ・ 無
食事提供の形態	
食事提供体制加算の算定	有 ・ 無
管理栄養士又は栄養士による献立の確認	有 ・ 無
利用者ごとの摂食量の記録	有 ・ 無
利用者ごとの体重又はBMIの記録・頻度	有 (年 回) ・ 無

(事業所名)

(サービス名)

5. 利用定員

定員	人
----	---

6. 利用者延数(前年度: 年度)

	利用者延数(人)	
	利用者 延数(人)	開所日数(日)
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
合計		

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計
してください。

7. 運営状況等の自己評価の実施状況〔就労継続支援A型のみ〕

利用者の労働時間その他運営状況に関する必要事項についての、 自己評価の実施状況	有 (年 回) ・ 無
自己評価の公表の有無	有 ・ 無
公表の方法	

8. 経営改善計画の状況〔就労継続支援A型のみ〕

	前年度	前々年度	前々々年度
計画策定の対象事業所	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当
計画の市への提出	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[就労定着支援]

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	生活支援員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 給付費以外の自己負担

内容	金額／単位（円／月・回数等）

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。

（事業所名）

（サービス名）

4. 利用者の状況

○直近6か月の利用者数

	実人数(人)	
	利用者数	うち離職者数
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

○事業者の行う生活介護等（※）において、新たに通常の事業所に雇用させた人数

	実人数(人)	
	利用者数	年度末時点での就労定着者数
年度		
年度		
年度		
今年度		

※生活介護等＝生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型

【運営状況等】

[共同生活援助]

※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 共同生活援助の区分

介護サービス包括型	該当 ・ 非該当	
	サテライト型住居	有 ・ 無
外部サービス利用型	該当 ・ 非該当	
	サテライト型住居	有 ・ 無
日中サービス支援型指定共同生活援助		該当 ・ 非該当

※該当の箇所に○印を記入してください。

2. 共同生活住居等(サテライト含む)の一覧

名称	所在地	定員(人)	現員(人)

3. 利用者(直近)の日中活動の状況(主なもの)

サービスの種類	人数(人)
一般就労	
就労移行支援	
就労継続支援A型	
就労継続支援B型	
生活介護	
その他	

(年 月 日現在)

4. 【外部サービス利用型】受託居宅介護サービス事業者の事業所名称

居宅介護	
その他	

(事業所名)

(サービス名)

5. 利用者延数(前年度: 年度)

	開所 日数	介護サービス包括型					外部サービス利用型	
		障害支援区分別 利用者延数(人)					利用者 延数(人)	左のうち 短期入所 利用者 延数
		区分2 以下	区分3	区分4	区分5	区分6		
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
1月								
2月								
3月								
合計	0							

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。また、短期入所利用者延数は、同時に共同生活援助を提供する時間帯の利用者延数を記入してください。

※対象者が複数の障害支援区分に該当する場合は、より右側の項目を優先し、重複しないようにしてください。

6. 地域連携推進会議

地域連携推進会議(以下、「会議」という)の設置の有無		有 ・ 無
会議の構成員 (該当する職種又は外部関係者の 所属等を記載)		(例)管理者、介護職員、看護職員、利用者、民生委員、協力医療機関の医師など
会議の開催頻度等		年 回 直近の開催年月日(令和 年 月 日) ※直近の会議の記録を1部提出してください。
会議への報告及び会議から要望等の記録の公表の有無		有 ・ 無
会議の構成員の事業所見学の機会の提供		直近の見学年月日(令和 年 月 日)
外部評価(第三者評価)の実施及び公表の有無		有 ・ 無

【基本事項及び運営状況等（サービス別）】

[地域相談支援(地域移行支援、地域定着支援)、計画相談支援、障害児相談支援]

※**事業ごと**に作成してください。

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入状況について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	生活支援員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 給付費以外の自己負担

内容	金額/単位（円 / 月・回数等）

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。

4. 【地域相談支援】利用者数等

	月間利用者数(人)		
	地域移行支援	地域定着支援	合計利用者数
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

※**直近6か月分**について記入してください。

(事業所名)

(サービス名)

5. 【計画相談支援】利用者数等

	利用者数	相談支援専門員数	相談支援員数	相談支援専門員一人当たりの取扱件数
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

※**直近6か月分**について記入してください。

※利用者数は、対象月に一度でも利用のあった利用者1人につき1人と数えてください。

※相談支援専門員一人当たりの取扱件数には、相談支援員は含めないでください。

6. 【障害児相談支援】利用者数等

	利用者数	相談支援専門員数	相談支援員数	相談支援専門員一人当たりの取扱件数
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

※**直近6か月分**について記入してください。

※利用者数は、対象月に一度でも利用のあった利用者1人につき1人と数えてください。

※相談支援専門員一人当たりの取扱件数には、相談支援員は含めないでください。

【運営状況等】
[療養介護]

※事業所の平面図を添付してください。

1. 利用者延数(前年度: 年度)

	障害支援区分別 利用者延数(人)			開所日数 (日)
	特定旧法受給者等	区分5	区分6	
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
合計				

※利用者延数は、利用日ごとの利用者数を月計してください。

※対象者が複数の障害支援区分に該当する場合は、より右側の項目を優先し重複しないようにしてください。

(事業所名)
(サービス名)

2. 入浴等の実施状況

実施日	曜日	入浴者の状況				入浴を行っていない者の状況			計
		一般浴		特殊浴		医師等の指示により入浴停止になっている者	その他	(再掲)うち全身清拭を行った者	
		対象者	入浴者	対象者	入浴者				
／		人	人	人	人	人	人	人	
／									
／									
／									
／									
／									
／									
／									
／									
／									
／									
／									

※本表は、本資料提出日直近4週間の状況について記載すること。

3. 利用者預り金等の状況

(1) 利用者預り金の状況

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		保管責任者			保管方法	
				最高額	最低額	区分	職名	氏名	保管場所	鍵管理者
現金 保管	人	円	円	円	円	現金				
						通帳等				
通帳 保管	人	円	円	円	円	印鑑				

(2) 預り金管理規程の有無 (○ 印) (有 ・ 無)

【基本事項及び運営状況等(サービス別)】

[児童発達支援(センターを除く)、放課後等デイサービス、児童発達支援センター]

※事業ごとに作成してください。

※事業所の平面図(面積がわかるもの)を添付してください。

1. 事業の実施状況

営業時間(送迎時間含む)	: ~ :
サービス提供日提供時間 (送迎時間を含まない)	: ~ :
【放課後デイ】(☐ 印)	授業終了後 ・ 休業日
延長支援	有 ・ 無
営業日	月・火・水・木・金・土・日・祝

※営業時間については、運営規程に定めた時間を記入してください。

2. 一週間の利用者数等(月 日から一週間)[実績]

サービス提供日		(日)	(曜日)	月	火	水	木	金	土	日
利用者数		(人)								
職員	児童指導員又は保育士	(時間)								
	上記以外の障害福祉サービス経験者									

3. 利用定員

定員	人
----	---

4. サービスの質の評価及び改善の状況について

事業者自らの評価(☐ 印)	実施 ・ 未実施
従業者による評価	実施 ・ 未実施
保護者による評価	実施 ・ 未実施
質の評価及び改善内容の保護者への明示	実施 ・ 未実施
質の評価及び改善内容の公表	実施 ・ 未実施
実施している場合、その方法	

5. 児童発達支援プログラムについて

児童発達支援プログラムの作成	有 ・ 無
児童発達支援プログラムの公表	実施 ・ 未実施
実施している場合、その方法	

(事業所名)

(サービス名)

6. 児童発達支援センターの運営について[児童発達支援センターのみ]

食事提供の有無(☐ 印)	有 ・ 無
食事の提供形態 (その他の場合は具体的に記載)	自ら調理 ・ 委託 ・ 出前 ・ 弁当購入 その他()
食事の調理場所	施設内 ・ 施設外
利用者のうち就学している者の数	人

7. 安全計画(※)の策定[児童発達支援センター除く]

安全計画の策定状況	有 ・ 無	作成日	年	月	日
上記計画の名称					
安全計画に基づく取組の実施状況	施設の安全点検		年	回	
	各種マニュアルの策定・共有	策定済み(共有 ・ 未共有) ・ 未策定			
	障害児への安全指導	年	回		
	保護者への説明・共有	年	回		
	実践的な訓練の内容	地震・火災・災害・救急対応・不審者・その他			
		年	回		
	従業者への研修・指導	年	回		
	再発防止の徹底・共有	有 ・ 無			

(※)事業所の設備の安全点検、従業者、障害児等に対する事業所外での活動、取組等を含めた当該事業所での生活その他の日常生活における安全に関する指導、従業者の研修及び訓練その他事業所における安全に関する事項についての計画。

8. 自動車を運行する場合の所在の確認[児童発達支援センター除く]

障害児の送迎を目的とした自動車(※)の日常的な運行の有無	有 ・ 無
車内の障害児の見落とし防止装置等の有無	有 ・ 無
障害児の事業所外活動等その他移動のための自動車の運行の有無	有 ・ 無
車内の障害児の見落とし防止の取組内容 (点呼、装置の設置など具体的に記載)	

(※)運転席及びこれと並列の座席並びにこれらより1つ後方の前向きの座席以外の座席を有しないものその他これと同程度に障害児の見落としのおそれが少ないと認められるものを除く。

【基本事項及び運営状況等①（サービス別）】
〔居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援〕

※事業ごとに作成してください。

※事業所の平面図を添付してください。

1. 勤務時間

月あたりの常勤職員の勤務すべき時間数	月	時間/1人あたり
--------------------	---	----------

※勤務時間については、就業規則で定めている場合はその時間を記入してください。

2. 当該事業所の社会保険・労働保険の加入について

未加入職員一覧			
氏名	職種	未加入保険種別	未加入理由
(記入例) 奈良太郎	生活支援員	社会保険・労働保険	勤務時間が所定労働時間に満たないため

3. 給付費以外の自己負担

内容	金額／単位（円／月・回数等）

※利用者に求める給付対象外の自己負担があれば記入してください。

4. 地域との連携等 ※具体的に記入してください。

(地域住民又はその他自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流)

(事業所名)
(サービス名)

4. サービスの質の評価及び改善の状況について
〔保育所等訪問支援のみ〕

事業者自らの評価(☐ 印)	実施 ・ 未実施
従業員による評価	実施 ・ 未実施
保護者による評価	実施 ・ 未実施
訪問先施設による評価	実施 ・ 未実施
質の評価及び改善内容の保護者及び訪問先施設への明示	実施 ・ 未実施
質の評価及び改善内容の公表	実施 ・ 未実施
実施している場合、その方法	

5. 児童発達支援プログラムについて
〔居宅訪問型児童発達支援のみ〕

児童発達支援プログラムの作成	有 ・ 無
児童発達支援プログラムの公表	実施 ・ 未実施
実施している場合、その方法	

6. 利用者数等

	月間利用者数(人)	
	実人員	利用者延数
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

※直近6か月分について記入してください。

※実人員は対象月に、一度でも利用のあった利用者1人につき1人と数えてください。

【基本事項及び運営状況等②（サービス別）】

（事業所名）

（サービス名）

7. 安全計画(※)の策定

安全計画の策定状況		有 ・ 無	作成日	年	月	日
上記計画の名称						
安全計画に基づく 取組の実施状況	施設の安全点検		年	回		
	各種マニュアルの策定・共有	策定済み(共有 ・ 未共有) ・ 未策定				
	障害児への安全指導		年	回		
	保護者への説明・共有		年	回		
	実践的な訓練の内容	地震・火災・災害・救急対応・不審者・その他				
				年	回	
	従業者への研修・指導		年	回		
	再発防止の徹底・共有		有 ・ 無			

(※)事業所の設備の安全点検、従業者、障害児等に対する事業所外での活動、取組等を含めた当該事業所での生活その他の日常生活における安全に関する指導、従業者の研修及び訓練その他事業所における安全に関する事項についての計画。

8. 自動車を運行する場合の所在の確認

障害児の送迎を目的とした自動車(※)の 日常的な運行の有無	有 ・ 無
車内の障害児の見落とし防止装置等の有無	有 ・ 無
障害児の事業所外活動等その他移動のための 自動車の運行の有無	有 ・ 無
車内の障害児の見落とし防止の取組内容 (点呼、装置の設置など具体的に記載)	

(※)運転席及びこれと並列の座席並びにこれらより1つ後方の前向きの座席以外の座席を有しないものその他これと同程度に障害児の見落としのおそれが少ないと認められるものを除く。

【運営状況等(1)】

1 感染症対策

感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備状況		有 ・ 無	作成日	年	月	日
上記指針の名称						
感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の設置		有 ・ 無 (有の場合構成メンバーの職種を記載)				
上記委員会の開催頻度		年 回				
直近の委員会開催日		令和 年 月 日				
記録の有無		有 ・ 無				
専任の感染対策の担当者の氏名						
感染症の予防及びまん延の防止のための研修の実施	定期的研修	有 ・ 無				
	研修頻度	年 回				
	直近の実施日	令和 年 月 日				
	記録の整備	有 ・ 無				
	新規採用時	有 ・ 無				
	直近の実施日	令和 年 月 日				
感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の実施	記録の整備	有 ・ 無				
	訓練の実施	有 ・ 無				
	実施頻度	年 回				
	直近の実施日	令和 年 月 日				
記録の整備		有 ・ 無				

2 虐待の防止

虐待の防止のための指針の整備状況		有 無	作成日	年	月	日
上記指針の名称						
虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置		有 無 (有の場合構成メンバーの職種を記載)				
上記委員会の開催状況		年 回				
直近の委員会開催日		令和 年 月 日				
記録の有無		有 ・ 無				
虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の氏名						
虐待防止のための研修の実施	定期的研修	有 ・ 無				
	研修頻度	年 回				
	直近の実施日	令和 年 月 日				
	記録の整備	有 ・ 無				
	新規採用時	有 ・ 無				
	直近の実施日	令和 年 月 日				
記録の整備		有 ・ 無				

3 ハラスメント等の防止(※)

職場におけるハラスメント等の防止のための方針・取組等について (方針の明確化及びその周知・啓発。相談に応じ適切に対応するために必要な体制の整備等)

(※)ハラスメント等とは、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものをいう。

【運営状況等(1)】

【運営状況等(2)】

4 身体拘束等の禁止〔就労定着支援、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援は除く〕

身体拘束実施の有無(直近)		有 (人) ・ 無	
実施の内容 (ミトン、四点柵など)			
記録の有無		有 (人) ・ 無	
経過観察記録の作成		有 (人) ・ 無	
身体拘束等の適正化のための指針の整備状況		有 ・ 無	作成日 年 月 日
上記指針の名称			
身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置		有 ・ 無 (有の場合構成メンバーの職種を記載)	
上記委員会の開催頻度		年 回	
直近の委員会開催日		令和 年 月 日	
記録の有無		有 ・ 無	
専任の身体拘束等の適正化対策の担当者の氏名			
身体拘束等の適正化のための研修の実施	定期的研修	有 ・ 無	
	研修頻度	年 回	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
	記録の整備	有 ・ 無	
	新規採用時	有 ・ 無	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
記録の整備		有 ・ 無	

5 情報公表制度に基づく市への報告(※)

報告の有無、直近の報告年度	有 ・ 無	年度
---------------	-------	----

(※)WAM NETの障害福祉サービス等情報公表システムにて事業者情報を公表するための、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条の3に規定する市への報告をいう。

6 業務継続計画(※)

感染症等に係る業務継続計画の策定状況		有 ・ 無	作成日 年 月 日
感染症等に係る業務継続計画の研修の実施 (計画の周知や、平常時、緊急時における対応の理解の促進等に係るもの)	定期的研修	有 ・ 無	
	研修頻度	年 回	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
	記録の整備	有 ・ 無	
	新規採用時	有 ・ 無	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
記録の整備		有 ・ 無	
感染症等に係る業務継続計画の訓練の実施	訓練の実施	有 ・ 無	
	実施頻度	年 回	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
	記録の整備	有 ・ 無	
非常災害等に係る業務継続計画の策定状況		有 ・ 無	作成日 年 月 日
非常災害等に係る業務継続計画の研修の実施 (計画の周知や、平常時、緊急時における対応の理解の促進等に係るもの)	定期的研修	有 ・ 無	
	研修頻度	年 回	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
	記録の整備	有 ・ 無	
	新規採用時	有 ・ 無	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
記録の整備		有 ・ 無	
非常災害等に係る業務継続計画の訓練の実施	訓練の実施	有 ・ 無	
	実施頻度	年 回	
	直近の実施日	令和 年 月 日	
	記録の整備	有 ・ 無	

(※)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画。

【運営状況等(2)】

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

〔指定障害者支援施設（施設入所支援、生活介護）〕

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
施設の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供する施設障害福祉サービスの種類	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの種類ごとの利用定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの種類ごとの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
昼間実施サービスに係る通常の事業の実施地域	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
サービス利用に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時等における対応方法	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの種類ごとの主たる対象とする障害の種類（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）各サービスの種類ごとの主たる対象とする障害の種類…定めがない場合は規定不要。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐		☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※2）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

〔短期入所、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、療養介護、児童発達支援（センターを除く）、放課後等デイサービス、児童発達支援センター〕

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
営業日及び営業時間（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
利用定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【就労継続支援A型のみ】サービスの内容（生産活動に係るものを除く。）並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【就労継続支援A型のみ】サービスの内容（生産活動に係るものに限る。）、賃金及び工賃並びに利用者の労働時間及び作業時間	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通常の事業の実施地域（※3）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
サービス利用に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時等における対応方法	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事業の主たる対象とする障害の種類（※4）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）営業日及び営業時間…療養介護及び短期入所を除く。

（※2）各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額…就労継続支援A型を除く。

（※3）通常の事業の実施地域…療養介護及び短期入所を除く。

（※4）事業の主たる対象とする障害の種類…定めがない場合は規定不要。また、医療型児童発達支援を除く。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※5）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※5）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

〔居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、就労定着支援、自立生活援助、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援〕

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
営業日及び営業時間	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通常の事業の実施地域	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
サービス利用に当たっての留意事項（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時等における対応方法（※3）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事業の主たる対象とする障害の種類（※4）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額…就労定着支援及び自立生活援助においては、「提供方法」も含む。

（※2）サービス利用に当たっての留意事項…居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、就労定着支援及び自立生活援助を除く。

（※3）緊急時等における対応方法…就労定着支援及び自立生活援助を除く。

（※4）事業の主たる対象とする障害の種類…定めがない場合は規定不要。また、居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援を除く。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※5）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※5）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

[共同生活援助]

①から③について、該当する箇所をチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入居定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【外部サービス利用型のみ】受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入居に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時等における対応方法	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事業の主たる対象とする障害の種類（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）各サービスの内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額…外部サービス利用型を除く。

（※2）事業の主たる対象とする障害の種類…定めがない場合は規定不要。

③<表2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【外部サービス利用型のみ】事業者と受託居宅介護サービス事業者の業務の分担の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
【外部サービス利用型のみ】受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービスの事業を行う事業所の名称	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※3）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※3）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

[地域移行支援、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援]

事業所名

サービス名

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
営業日及び営業時間	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
各サービスの提供方法及び内容並びに対象者等から受領する費用の種類及びその額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
通常の事業の実施地域	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事業の主たる対象とする障害の種類（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）事業の主たる対象とする障害の種類…定めがない場合は規定不要。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐		☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

【運営規程及び重要事項説明書】

※運営規程ごとに作成してください。

[福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設]

(事業所名)

(サービス名)

①から③について、該当する箇所にチェックを入れてください。

①障がい福祉課に届出している運営規程は最新の運営規程と同一内容ですか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ わからない

②<表 1：運営規程>

運営規程の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		重要事項説明書における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	重要事項説明書に記載なし	はい	いいえ
事業の目的及び運営の方針	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
従業者の職種、員数及び職務の内容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
入所定員	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
指定入所支援の内容並びに入所給付決定保護者から受領する費用の種類及びその額	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
施設の利用に当たっての留意事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
緊急時等における対応方法	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
非常災害対策	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
主として入所させる障害児の障害の種類（※1）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
虐待の防止のための措置に関する事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他運営に関する重要事項	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※1）主として入所させる障害児の障害の種類…定めがない場合は規定不要。

③<表 2：重要事項説明書>

重要事項説明書の必須規定事項	当該事項の定めがありますか。		運営規程における内容と不整合はありませんか。			実際の運営状況と不整合はありませんか。	
	はい	いいえ	はい	いいえ	運営規程に記載なし	はい	いいえ
運営規程の概要	☐	☐	☐	☐		☐	☐
従業者の勤務体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
事故発生時の対応	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
苦情処理の体制	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
提供するサービスの第三者評価の実施状況（※2）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（※2）提供するサービスの第三者評価の実施状況…実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を定めること。