**年度**

**指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所　事前提出資料**

**（計画相談支援・障害児相談支援）**

※　計画相談支援 又は 障害児相談支援 のみを実施している場合は、実施していないほうを二重線で削除してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事　業　所　名 |  |  |

　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。（⑥及び⑦は作成・実施していない場合は不要です。）

　　　①　運営規程

　　　②　重要事項説明書（様式）

③　利用契約書（様式）

④　利用者からの苦情解決の取組みに関する資料（実施要綱等）

　　　⑤　事業所の平面図

⑥　事業所のパンフレット

⑦　県又は市町村からの委託等により各種相談支援事業を実施している場合は、その事業内容、配置人員等がわかる資料

１　開設者・事業所の概要

　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　 　　　　　　　　　　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：　　　　　年　　月　　日 | 指定番号： |
| 管理者の氏名 |  | |
| 相談支援専門員の氏名  （配置している全員を記入） |  | |
| 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（発達障害を含む）　　□ 障害児　） | |
| 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 |  | |
| 県又は市町村からの  委託等による各種  相談支援事業 |  | |

※　「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 | | | |  |
| 計画相談支援 | | 障害児相談支援 | | 計画相談支援 | | 障害児相談支援 | |
| 計画作成 | ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ | 計画作成 | ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ | 計画作成 | ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ | 計画作成 | ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ |
| 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 |  |  |  |  |

　　　※　「計画作成」の欄は、「当該月に利用契約を締結した利用者数」を記載してください。

（契約を締結した利用者がいない月は「０」を記入してください。）

　　　※　「モニタリング」の欄は、「当該月にモニタリングを実施した利用者数」を記載してください。

　　　　　（モニタリングを実施した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：　　　　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相談支援専門員、③相談支援員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「備考欄」に記載してください。

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（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　県又は市町村からの委託等による各種相談支援事業を担当している場合は、「備考」欄に事業名を記載してください。

５　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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、相談支援専門員、相談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。なお、県又は市町村からの委託等による各種相談支援事業を実施している場合は、当該事業に

従事した勤務時間も含めることは、差し支えありません。

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　苦情処理、事故発生時の対応等

(1)　苦情処理の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 苦情受付年月 | 苦　情　件　数 | 苦　　　　情　　　　の　　　　主　　　　な　　　　内　　　容 |  |
| 年　　月 | 件 |  |
| 年　　月 | 件 |  |
| 年　　月 | 件 |  |

(2) 緊急時・事故発生時の対応状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
| 年　　月 日 |  |  |
| 年 月　　日 |  |  |
| 年　　月　　日 |  |  |

５　障害者虐待防止に対する取り組み状況

（１）利用者の虐待防止・権利擁護のための体制整備状況

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

　　※　虐待防止・権利擁護の責任者を設置している場合は職名及び氏名、業務内容等を記載してください。

　　※　対策委員会等を設置している場合は、組織図や各委員等の役割分担を記載してください。（組織図等を添付でも可）

（２）利用者の虐待防止・権利擁護のための従業者に対する研修実施状況

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

※　従業者に対して実施した事業所内での研修内容を記載してください。（研修資料等を添付でも可）

　　※　外部研修に参加した実績があれば、その内容も記載してください。