

### 【カテゴリ】事業所等に関する事項

### カテゴリ

法人等に関する事項 🕕 事業所等に関する事項 🕕

利用料に関する事項 🛕

事業所運営に関する事項 🛕

**Ø** 🛕

システム

事業所の所在地の「建物名・部屋番号等」、連絡先の「FAX番号」(未設置の場合)、直近の「更新年月日」(まだ更新していない場合)が空欄の場合及び「資金収支計算書」が未添付の場合のみ、「未入力あり」でも可。その他は入力要。

子のロンナロコの

事業所等の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 ふりがな欄は「スペース」が入ると 入力できません。 事業所の名称(ふりがな) 💹 なごやしじゅうしょうしんしんしょうがいじしゃしせつ ? 名古屋市重症心身障害児者施設 事業所の名称 📟 事業所の所在地 郵便番号〒 💹 😯 4620057 住所を検索する 事業所の所在地 都道府県 💹 愛知県 事業所の所在地 市区町村 📟 名古屋市北区 ▼ 市区町村コード: 23<sup>-1</sup> 「町名・番地」欄に既に入力済みのデータ 事業所の所在地 町名・番地 💹 🕜 平手町1丁目1番地の5 が、建物名・部屋番号等まで入力されてい る場合があります。その場合は恐縮です 事業所の所在地 建物名・部屋番号等? が、建物名・部屋番号等の部分を次の「建 事業所の連絡先 電話番号 💹 052-916-0333 <mark>物名・部屋番号等」欄に入力し直し</mark>ていた だくようお願いします。 052-916-0338 事業所の連絡先 FAX番号 事業所の連絡先 電子メールアドレス 🕜 🔾 なし ○ あり 「なし」「あり」で選択する項目は必ずいず れかを入力し、「あり」の場合に具体的内容 (電子メールアドレス) を記載する欄がある場合(ここでは電子メ ○ あり 事業所の連絡先 ホームページ ールアドレスやホームページの URL) は、そ の内容を記入してください。(空欄のままに ホームページ(URL) しないこと。) 2317301063 指定事業所番号 📟 事業所 管理者氏名 📖 事業所管理者職名 📟 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定を受けた年月日 <mark>「指定年月日」も必ず入力</mark>してください。 (上の「事業開始年月日」と「指定年月 事業の開始(予定)年月日 💹 日」は<mark>同日</mark>としてください。) 指定の年月日 0 指定の更新年月日(直近) 「更新年月日」は直近で更新したときの年 月日を記入します。したがって、指定を受 けてからまだ一度も更新していない事業所 事業所等までの主な利用交通手段 <mark>は「空欄」</mark>としてください。 事業所までの主な利用交通手段 💹 🕜 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者 「あり」「なし」のいずれか を選択します。 社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸?等事業者

# 事業所等の財務状況(財務諸表等による直近年度の決算資料) 事業活動計算書 (損益計算書) (損益計算書) 資金収支計算書 (キャッシュフロー計算書) (オヤッシュフロー計算書) (パランスシート) (別労支援事) (パランスシート)

<mark>貸借対照表と損益計算書の添付は必須</mark>です。(キャッシュフロー計算書は 作成義務がある法人のみ添付してください。)

公表の範囲は、法人全体のものに加え、拠点ごと又はサービス区分ごとの財務諸表を添付します。(拠点区分・サービス区分までの財務諸表を作成していない場合は、後日示される予定の取扱いに従ってください。) 就労移行支援事業所、就労継続支援A型・B型事業所については次の書類の作成が義務付けられていますので、これも添付する必要があります。(※)

「<mark>就労支援事業事業活動計算書</mark>」 「<mark>就労支援事業別事業活動明細書</mark>」

なお、次の法人については添付する必要はありません。

- 社会福祉法人
- ・設立後、まだ一度も決算を行っていない法人
- ※ 就労支援等の事業に関する会計処理については、ウェルネットなごやに資料を掲載しています。
  - →ウェルネットなごやTOP 〉事業者の方へ 〉障害福祉サービス等の事業者指定・登録・請求事務 〉関係通知その他参考情報 〉 就労系サービスに関する通知等 〉 就労支援等の事業に関する会計処理の取扱いについて

この他、サービスの種類に応じて、それぞれの入力項目があります。

詳しくは障害福祉サービス等情報公表システム関係連絡板に掲載されている「記入要領」 をご確認ください。主なサービス別の項目について、その入力方法を解説します。

| 項目 | 細目      | 入力内容              |                   |  |
|----|---------|-------------------|-------------------|--|
| 運  | 共生型サー   | 共生型サービスの指定を受けてい   | その他の事業所は「なし」      |  |
| 営  | ビス      | る事業所は「あり」         |                   |  |
| 形  | 単独型     | 単独で実施している場合は「あり」  | 多機能型で実施している事業所は   |  |
| 態  |         |                   | 「なし」              |  |
|    | 【生活介護】  | 施設入所支援を行っている障害者   | 通所のみで行っている事業所は    |  |
|    | 障害者施設   | 施設は「あり」           | 「なし」              |  |
|    | 生活介護の   | 通所のみの事業所で、単独で生活   | 通所のみの事業所で、多機能型実   |  |
|    | み (通い)  | 介護を実施している場合は「あり」  | 施している場合は「なし」      |  |
|    | 【短期入所】  | 「空床利用型」「併設型」「単独型」 | 「空床利用型・併設型」から届け出  |  |
|    | 事業所等類型  | ている類型を選択          |                   |  |
|    | 報酬区分    | 福祉型の場合、福祉型強化の届出   | 医療型の場合、無床診療所が実施   |  |
|    |         | をしている事業所は「福祉型・福祉  | している事業所が「医療型特定」   |  |
|    |         | 型強化」を、その他は「福祉型」を  | を、その他は「医療型・医療型特定」 |  |
|    |         | 選択                | を選択               |  |
|    | 【共同生活   | 「地域移行支援型ホーム」「地域移  | 「地域移行支援型ホーム」または   |  |
|    | 援助】(外部サ | 行型ホーム」いずれにも該当しな   | 「地域移行型ホーム」に該当の場   |  |
|    | ービス利用型と | い場合には入力不要(空欄のまま)  | 合には該当の選択肢を選択      |  |
|    | 介護サービス包 |                   | 《これらは精神病院敷地内に設置を認 |  |
|    | 括型の場合)  |                   | められた特例のホームを指します》  |  |

配置すべき職種以外の欄は空白でよいた

め、「未入力あり」のマークで可。

### 【カテゴリ】従業者に関する事項



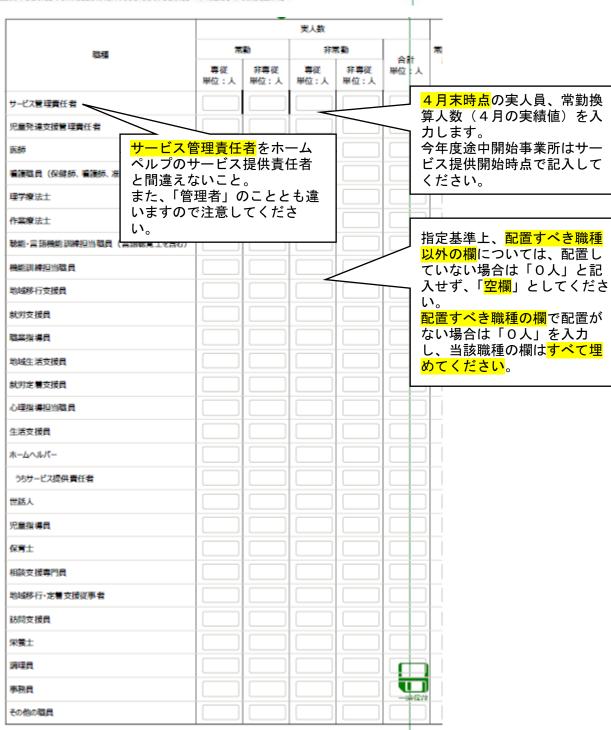
カテゴリ

法人等に関する事項 
事業所等に関する事項 
利用料に関する事項 
事業所準常に関する事項 
事業所連常に関する事項

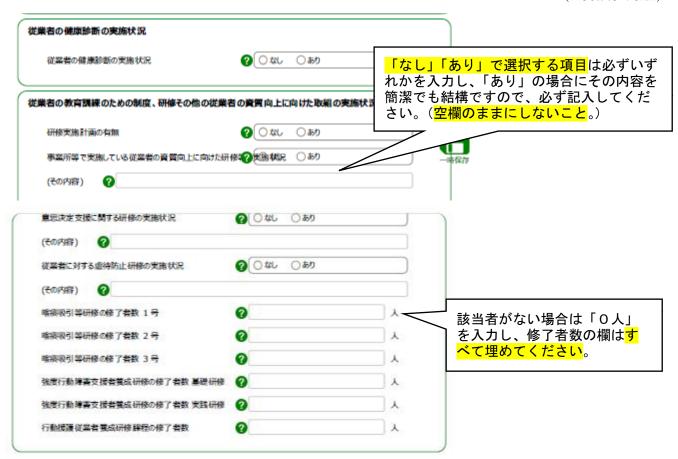
従業者に関する事項 🛕

一七人内容に関する事は

職種別の従業者の数、動務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等



例えば週38時間45分の場合、「38.75」のよう に小数点第2位まで入力可能です。 職種により常勤の従業者の勤務すべき時間数が 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時?枚 異なる場合は、主な職種の常勤の従業者の勤務 すべき時間数を記入してください。 福祉・介護職員の常勤換算人数 0 利用電人員 「利用実人員」は4月中に報酬請求した利用者 福祉・介護職員1人当たりの1か月の利用実の貢数 の実人員を記入してください。 (4月中のサービス提供実績がない場合、今年 資格等を有している従業者の数 ? 度途中事業開始事業所の場合は「空欄」として ください。) 常對 資格等 專従 非專從 単位:人 単位:人 単位:人 単位:人 介護福祉士 社会福祉士 <mark>4月末時点</mark>の実人員を入力し ます。<mark>いない場合は「O人」</mark> 精神保健福祉士 と入力して、<mark>すべての入力</mark>欄 公認心理師 <mark>を埋めて</mark>ください。 年度途中開始事業所はサービ (たんの吸引等) 認定特定行為業務従事者 ス提供開始時点で記入してく 医療的ケア児等支援者養成研修受講者 ださい。 医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講者 実務者研修修了者 旧介護職員基礎研修課程修了者 旧ホームヘルバー 1 級研修課程修了者 初任者研修終了者 (旧ホームヘルパー2級研修課程修了者含む) 障害者居宅介護從事者基礎研修課程修了者 (旧ホームヘルバー3級研修課程修了者含む) 重度訪問介護從事者養成研修課程修了者 同行授 護従事者 養成研修課程修了者 行動授護從事者養成研修課程修了者 前年度の採用者数・退職者数は前年度1年間の 官ろう者通訳介助員養成研修修了者 <mark>人数</mark>を入力します。(前年度途中・今年度中に事 業開始した事業所は「空欄」です。) 管理者の他の職務との兼務の有無 ○ なし あり <mark>4月末時点</mark>の実人員を入力します。 管理者が有している当該報告に係る資格等 ? ○なし 年度途中開始事業所はサービス提供開始 時点で記入してください。 (資格等の名称) 指定基準上、<mark>配置すべき職種以外の欄</mark> 従業者の当該報告に係る障害福祉サービス等の業務に従事した経動 については、配置していない場合は 「0人」と記入せず、「空欄」として ください。 <mark>配置すべき職種の欄</mark>で該当者がない場 前年度の採用者数 合は「O人」を入力し、当該職種の欄 は<mark>すべて埋めてください</mark>。 前年度の退職者数 業務に従事した経験年数別の人数 1 年未満の者の人数 「経験年数」は、勤続年数とは異なり、報告年度の4月末時点にお ける各職種での経験年数別の人数について記入します。例えば、4 1年~3年未満の者の人数 月末時点に事務員として従事している方の経験年数を回答する場 3年~5年未満の者の人数 合、これまで看護職員で5年従事したものの、その後、事務員とし て3年の経験を有している場合、経験年数は3年になります。(勤続 5年~10年未満の者の人数 年数のように、看護職員に従事した5年と事務員に従事した3年を 10年以上の者の人数 合算し、8年と回答しないこと。) なお、別の事業所(同一法人・他企業)で従事した経験年数があれ ばその年数を含めて回答してください。



サービスによって入力項目が一部異なります。

「留意事項」等記入しなくてもよい欄が あるため、「未入力あり」のマークでも可。

### 【カテゴリ】サービス内容に関する事項 ただし、「空欄」で可となっている項目以外は すべて記入が必要です。 カテゴリ 事業所等に関する事項 🛕 法人等に関する事項 🛕 従業者に関する事項 🛕 サービス内容に関する事 承認者へ申請する 利用料に関する事項 🛕 事業所運営に関する事項 🛕 システムからの連絡先 🛕 事業所等の運営に関する方針 サービスによって入力項目や加算が異 事業所等の運営に関する方針? なります。 詳しくは各サービスの<mark>記入要領</mark>を参照 してください。 障害福祉サービス等を提供している日時 事業所等の営業時間(平日) 定休日に該当する場合は「空欄」で可。 事業所等の営業時間(土曜) 事業所等の営業時間(日曜) 0 事業所等の営業時間(祝日) 定休日がない場合は「空欄」とせず、「無 休」と記入してください。 0 定休日 0 必要に応じて対応可能な時間帯等の留意事 利用可能な時間帯(平日) 0 項を記入してください。特になければ「空 利用可能な時間帯(土曜) 欄」で可。 利用可能な時間帯(日曜) 0 訪問系事業所などにおいて、サービス提供 利用可能な時間帯(祝日) 0 が可能な時間帯が24時間である場合には 留意事項 0 「0:00~0:00」ではなく「0:00~23:59」 という表記で入力してください。 サービス提供所要時間 0 報告年度の4月中(4月1日から4月30日まで)の利 事業所等が通常時に障害福祉サービス等を提供する地域 用者(報酬を請求を行った利用者)について、サービ スを提供した 1日当たりの平均時間を算出し、記入し てください。なお、ここでの報酬の請求を行ったと 事業所等が通常時に隨害福祉 0 は、4月中に報酬の請求事務を行った(3月中の利用 サービス等を提供する地域 者)というように解釈しないこと。 サービスの内容等 主たる対象とする障害の種類を特定 している場合で、複数の障害の種類 主たる対象とする障害の種類 に特定している場合は、選択肢の中 から、主とするもの1つを選択して **②** ○なし ○ あり 利用者の送迎の実施 ください。 協力医療機関 0 0 利用定員

障害福祉サービス等の加算状況

常勤看護職員等配置加算

延長支援加算

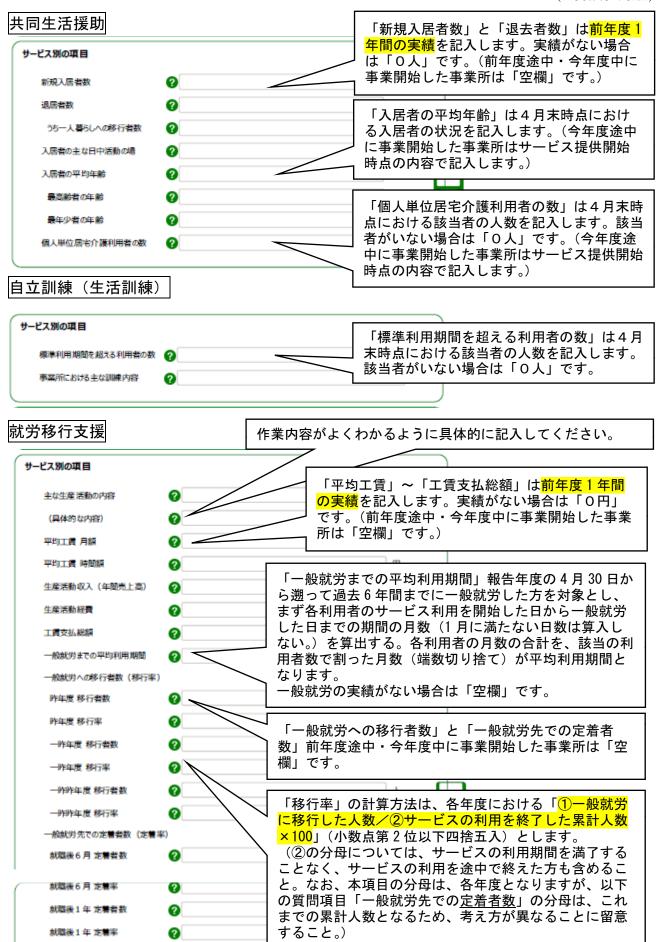
欠席時対応加算

| 食事提供体制加算           | ○なし | <b>්</b>      |  | )   |        |  |
|--------------------|-----|---------------|--|-----|--------|--|
| 送迎加算 ?             | ○なし | <b>්</b>      |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善加算(I    | ○なし | <b>්</b>      |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善加算(II?  | ○なし | <b>්</b>      |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善加算(Ⅲ?   | ○なし | <b>්</b> න්ර  |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善加算(IV?  | ○なし | <b>්</b> න්ර  |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善加算(V?   | ○なし | <b>්</b> あり   |  | )   |        |  |
| 福祉·介護職員処遇改善特別加算?   | ○なし | <b>්</b> あり   |  | )   |        |  |
| 福祉専門職員配置等加算        | ○なし | <b>් න</b> ්ර |  | )   |        |  |
| 視覚·聴覚言語障害者支援体制加?   | ○なし | <b>්</b>      |  | )   |        |  |
| リハビリテーション加算 ?      | ○なし | <b>්</b> ණ්ර  |  | )   |        |  |
| 訪問支援特別加算 ?         | ○なし | <b>ි あ</b> り  |  | )   |        |  |
| 医療的ケアを必要とする利用者の受入体 | 制   |               |  |     |        |  |
| 吸引                 | ○なし | <b>්</b> あり   |  |     | _      |  |
| 吸入・ネブライザー          | ○なし | <u></u> ත්ර   |  |     | -42    |  |
| 経管栄養(胃ろうを含む)       | ○なし | <b>්</b> ක්ර  |  |     | ·保存    |  |
| 中心静脈栄養             | ○なし | <b>්</b>      |  | тор | 仁英る    |  |
| 導尿                 | ○なし | ( あり          |  |     | )      |  |
| 在宅酸素療法             | ○なし | <u></u> ත්ර   |  | )   |        |  |
| 咽頭エアウェイ            | ○なし | ○ あり          |  |     |        |  |
| パルスオキシメーター         | ○なし | ○ あり          |  |     |        |  |
| 気管切開部の管理(ガーゼ交換等)   | ○なし | () あり         |  | )   |        |  |
| 人工呼吸器の管理           | ○なし | () あり         |  | )   |        |  |
| 服薬管理               | ○なし | ○ あり          |  |     |        |  |
| その他                |     |               |  |     |        |  |
|                    |     |               | その他の医療的<br>が整備されてい<br>してください。<br>特になければ「 | る場合 | は、その内容 |  |

### サービス別の項目

### 生活介護





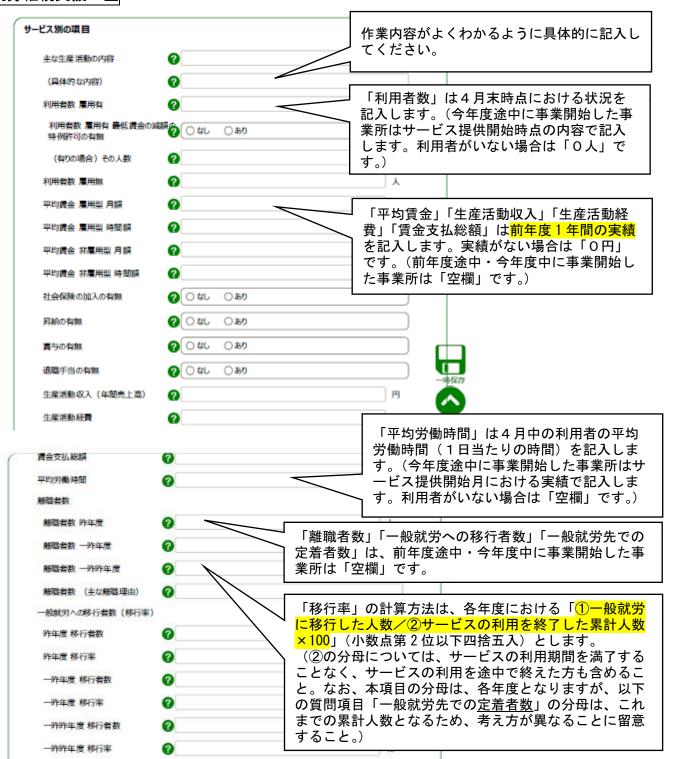


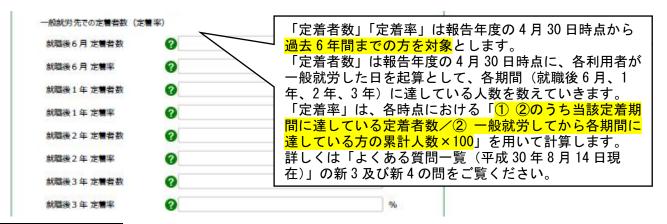
「定着者数」「定着率」は報告年度の4月30日時点から 過去6年間までの方を対象とします。

「定着者数」は報告年度の4月30日時点に、各利用者が 一般就労した日を起算として、各期間(就職後6月、1 年、2年、3年)に達している人数を数えていきます。

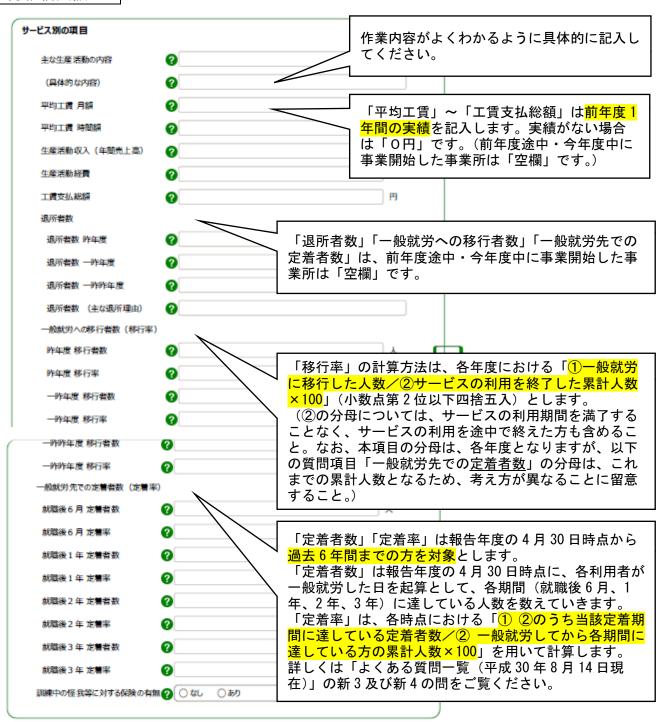
「定着率」は、各時点における「① ②のうち当該定着期間に達している定着者数/② 一般就労してから各期間に達している方の累計人数×100」を用いて計算します。詳しくは「よくある質問一覧 (平成30年8月14日現在)」の新3及び新4の問をご覧ください。

### 就労継続支援 A 型





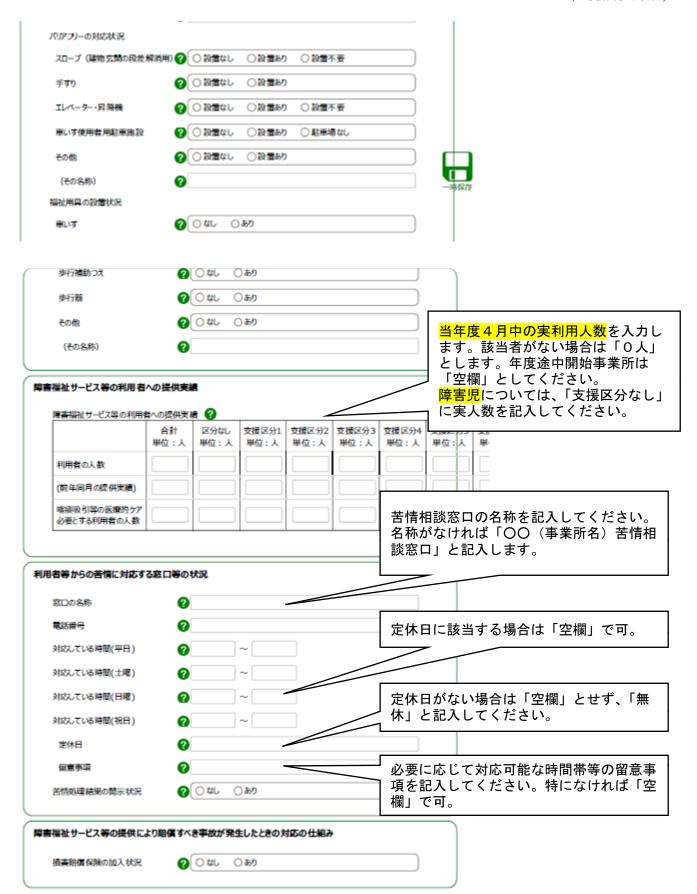
### 就労継続支援B型



## 訪問系・相談支援以外のサービス

グループホームにおいては主な住居 1 か所について記入してください。

| 障害福祉サービス等を提供する事 | 業所等、設備等の状況  |              | _                 | 地下がない場合は「0階」と記                     |
|-----------------|---|--------------|-------------------|------------------------------------|
| 建物の構造 地上階       | 8   |              | N N               | 入してください。                           |
| 建物の構造 地下階       | 0   |              | Rh                |                                    |
| 当該事業所の設置階       | 8   |              | 階                 | リフト車両の他の形態の車両                      |
| 送迎車両の有無(合計)     | ○   | ņ            |                   | (例えば回転(スライド)シー<br>ト車やストレッチャー移動車な   |
| (その台数)          | 0   |              | 台                 | どリフト付き車両以外の福祉車                     |
| うちノフト車両の有無      | ② ○ಭು ○ಹ  | מ            |                   | │ 両をいいます。)がある場合は<br>「ある」を選択し、その内容を |
| (その台数)          | <b>②</b>  |              | 自                 | 記入してください。                          |
| うちリフト車両の他の形態の車両 | iの‡ <b>?</b> ○೩೬ ೦ ಹ  | ņ            |                   | 該当車両がない場合は「なし」<br>】を選択してください。      |
| (その内容)          | <b>②</b>  |              |                   | で医がしてくたです。                         |
| 便所の設置数          |   |              | _                 |                                    |
| 男子便所            | <b>②</b>  |              |                   | 」<br>「便所」「浴室」について該当の               |
| (うち車いす等の対応が可能な  | 数) 🕜  |              | ±मिन              | 設備がない場合は「Oか所」を                     |
| 女子便所            | <b>0</b>  |              | ±मिन              | 記入してください。                          |
| (うち車いす等の対応が可能な  | 数) 🕜  |              | 加州                |                                    |
| 男女共用便所          | ?   |              | 加州                |                                    |
| (うち車いす等の対応が可能な  | <b>8</b> 0 <b>2</b>   |              | 加州                |                                    |
| 浴室の設備の状況        |   |              |                   |                                    |
| 浴室の総数           | 0   |              | 加州                |                                    |
| 個浴              | 0   |              | 加州                |                                    |
| 大浴槽             | 0   |              | ±मां<br>समा       |                                    |
| 特殊浴槽            | 0   |              | 加州                |                                    |
| りた浴             | 0   |              | 加州                | き事項がある場合は記入してく                     |
| 浴室の設備の留意事項      | 0   |              |                   | 」ださい。特になければ「空欄」<br>、で可。            |
| 消火設備等の状況        |   |              |                   | C HJ o                             |
| 消火器             | ② ○なし ○あ  | )            |                   |                                    |
| スプリンクラー設備       | ② ○ \$\tau \cdot \cdo | ) ○設備の設置義務なし |                   |                                    |
| 自動火災報知設備        | ⊘(೧೩೮ ೧೩)   | ) ○設備の設置義務なし |                   |                                    |
| 消防機関へ通報する火災報知路  | Q個 <b>(○</b> (○なし ○あ!   | ) ○設備の設置義務なし |                   | その他の設備等がある場合は                      |
| その他             | <b>②</b> ○\$U ○\$!  | )            |                   | 「あり」を選択し、その場合は                     |
| (その名称)          | 0   |              | $\longrightarrow$ | その名称も記入してください。                     |
| 防犯システム・機器の状況    |   |              |                   |                                    |
| 機械警備(警報装置·防犯監視  | ಾಲ <b>ಾ</b> ಟ್ ೧೫   | )            |                   |                                    |
| 防犯カメラ           | ②○なし○数  | )            |                   |                                    |
| 警備室等につながる防犯ブザー  | <b>②</b> ○なし ○あ!  | )            |                   |                                    |
| 職員が常時携帯する防犯ベル   | <b>②</b> ○\$\\ ○\$\!  | )            |                   |                                    |
| その他             | (೦೦೩೦ ೦೩)   | )            |                   |                                    |
| (子の名称)          | 0   |              |                   |                                    |



| <b>福祉サービス等の提供内容</b>                          | に関する特色等                          |
|--|----------------------------------|
| 障害福祉サービス等の提供内容<br>(その内容)                     | 学に関する特色等<br>②                    |
| <b>用者等の意見を把握する体制</b>                         | 1、第三者による評価の実施状況等                 |
| 利用者でなった回春 音目部                                | (総利田·基本會員等表                      |
| 利用者アンケート調査、意見報<br>把握する取組の状況(記入日              | 等利用者の意見等を<br>前1年間の状況) なし あり      |
| 利用者アンケート調査、意見報<br>把握する取組の状況(記入日<br>当該結果の開示状況 | 第4利用者の意見等を<br>前1年間の状況) ない ()あり   |
| 当該結果の開示状況                                    | 199 2 TIN (WY) W                 |
| 当該結果の開示状況                                    | ② (なし )あり<br>F)状況② (なし )あり       |
| 当該結果の開示状況<br>第三者による評価の実施(受審                  | ② (なし (あり)<br>Fyxxx (2) (なし (あり) |

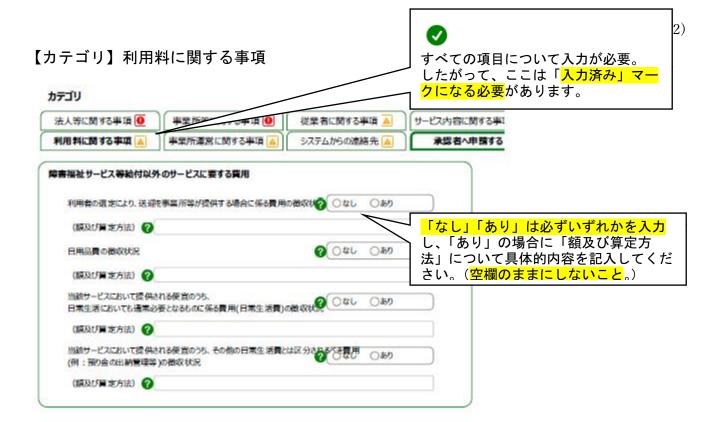
第三者評価の結果

公表ホームページのURL

0

ファイルを選択してアップロードする

アップロード済みのファイルをダウンロードする



### 【カテゴリ】事業所運営に関する事項



前年度以前に指定を受けた事業所はすべての項目に

ついて入力が必要。 したがって、ここは「<mark>入力済み」マークになる必要</mark> があります。

| カテゴリ   | lack                                     |
|--|--|
| 法人等に関する事項 📵 事業所等に関する事項 📵 🧸 名に関する事項 🛕                             | □世 <mark>今年度指定</mark> を受けた事業所のみこのカ       |
| 利用料に関する事項 🛕  | テゴリの入力は不要なので、 <mark>「未入力</mark>          |
| (1)障害福祉サービス等の内容に関する事項  | <mark>あり」のマークで可</mark> 。                 |
| 障害福祉サービス等の提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、<br>利用者等の権利機関等のために講じている措置 |  |
| 利用者の状態に応じた当該障害福祉サービス等に係る計画を作成し、計画についている<br>利用者等の同意を取得している        |  |
| (具体的な方法) ②   | ──│<br><mark>\ 「なし」「あり」は必ずいずれかを入力</mark> |
| 障害福祉サービス等の提供開始時に利用者等に対する説明を行い、説明内部でいて<br>利用者等の同意を取得している          | し、「あり」の場合に「具体的な方法」を簡潔でも結構ですので、必ず記入して     |
| (具体的な方法) ?   | ください。( <mark>空欄のままにしないこと</mark> 。)       |
| 利用者等に対して、利用者が負担する利用料に関する説明を実施してい ② ○ なし ○ あり                     |  |
| (具体的な方法) 🕜   |  |
| 利用者等に関する情報を把操し、課題を分析している ② ○なし ○あり                               |  |
| (具体的な方法) ?   |  |
| 利用者本位の障害福祉サービス等の質の確保のために講じている措置                                  |  |
| 重度の肢体不自由等の常時介護を要する利用者に対する障害福祉サービス等の<br>質の確保のための取組をしている           |  |
| (具体的な方法) ?   |  |
| 利用者のプライバシーの保護のための取組をしている ② ○なし ○あり                               |  |
| (具体的な方法) 🕜   |  |
| 相談、苦情等の対応のために関じている措置   | 一時保存                                     |
| 相談、苦情等の対応のための取組をしている ② ○なし ○あり                                   |  |
| (具体的な方法) ?   |  |
| 障害福祉サービス等の内容の評価、改善等のために関じている措置                                   |  |
| 障害福祉サービス等の提供状況の把握のための取組をしている ② ○なし ○あり                           |  |
| (具体的な方法) ②   |  |
| 障害福祉サービス等に係る計画等の見直しを実施している                                       |  |
| (具体的な方法) ②   |  |
| 障害福祉サービス等の質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携                        |  |
| 相談支援専門員等と連携している ② ○なし ○あり  |  |
| (具体的な方法) 🕢   |  |
| 主治の医師等と連携している ② ○なし ○あり  |  |
| (具体的な方法) ②   |  |
|  | ,  |



### 【カテゴリ】システムからの連絡先



すべての項目について入力が必要。 したがって、ここは「<mark>入力済み」マー</mark> <mark>クになる必要</mark>があります。

## カテゴリ 法人等に関する事項 事業所等に関する事項 従業者に関する事項 利用料に関する事項 事業所運営に関する事項 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡先 システムからの連絡角メールアドレ ②