

iii 障害福祉サービス

S-A

障害福祉サービス事業【居宅介護、重度訪問介護】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設番号 |
|------|-------|-------|------|
| 2019 | 12345 | 6 | 051 |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
 「居宅介護」と「重度訪問介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

1. 施設の概要

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

| | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|------------------------------|------------------------|----------------|-------|-------|-------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | 電話番号 | 2019年4月1日 | 2020年3月31日 | | | |
| 施設名 | 居宅介護・重度訪問介護事業所かみや | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2000年1月1日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 地域 | ① 1級地 | ② 2級地 | ③ 3級地 | ④ 4級地 | ⑤ 5級地 | ⑥ 6級地 | ⑦ その他 |
| 土地所有の状況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 |
| 建物所有の状況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 (公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 |
| 建物の全面建替状況 | 1 0 無 | 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010年1月 | | | | |

2. 利用状況

| | | | | |
|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 営業日数 | 243 / 365・366日 | | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
| 営業時間 | 平日 09:00 ~ 17:45 | 土曜日 00:00 ~ 00:00 | 日曜・休日 00:00 ~ 00:00 | ※24時間営業の場合は00:00~23:59と記入してください。 |
| 報酬区分 | 居宅介護 | | | |
| 延べサービス提供回数 | 居宅における身体介護 (身体介護なし) | 通院等介助 (身体介護あり) | 家事援助 | 通院等兼施設介助 |
| 延べサービス提供時間 | 780 回 | 567 回 | 89 回 | 10 回 |
| | 1,234 時間 | 1,212 時間 | 158 時間 | 5 時間 |
| 報酬区分 | 重度訪問介護 | | | |
| 延べサービス提供回数 (年間) | 病院等に入院又は入所中 | 左記以外 | | |
| 延べサービス提供時間 | 4 区 60 回 | 5 区 6 分 | 6 区 4 分 | 7 区 6 分 |
| | 120 時間 | 60 時間 | 120 時間 | 60 時間 |

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べサービス提供回数・延べ利用時間の算出方法
 (例) Aさんが30分の身体介護を10回利用 (従業員1人)
 Bさんが60分の身体介護を15回利用 (従業員2人※)
 →延べサービス提供回数:10+15=25
 延べ利用時間
 : (30×10)+(60×15×2)=2,100(分)=35(時間) と計算
 ※「2人の居宅介護従業員により行った場合」の単位を算定した場合は、利用時間を2倍として計算してください。

会計期間末月（この事例では3月の末）の利用実人数を記入してください。
 同じ利用者に複数のサービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。
 【例】Aさんが家事援助を12回、通院等介助（身体介護なし）を12回利用した場合⇒利用実人数1人

| | | | | |
|--------------------|------|-----|--------|----|
| 年度末（決算月末）における登録者数 | 居宅介護 | 50人 | 重度訪問介護 | 6人 |
| 年度末（決算月間）における利用実人数 | 居宅介護 | 49人 | 重度訪問介護 | 人 |

会計期間末月（この事例では3月末）の登録者数を記入してください。

3. 加算等の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|------------------|------------|---|---------------------|------------|---|---------------------|------------|
| 特定事業所加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 特定事業所加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 特定事業所加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
| 特定事業所加算(Ⅶ) | 0 無 1 有 | 0 | 特別地域加算 | 0 無 1 有 | 0 | 緊急時対応加算 | 0 無 1 有 |
| 啓蒙吸引等支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 移動介護加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 移動介護加算(ロ) | 0 無 1 有 |
| 移動介護加算(ハ) | 0 無 1 有 | 1 | 移動介護加算(ニ) | 0 無 1 有 | 0 | 移動介護加算(ホ) | 0 無 1 有 |
| 移動介護加算(ヘ) | 0 無 1 有 | 0 | 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算 | 0 無 1 有 |
| 行動障害支援連携加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 共生型サービス
 指 定 の 有 無
 0 無 1 有 1

「1 有」の場合

母体となるサービスを選択し、介護保険サービスを選択してください。加算種別サービス

共生型サービスをを行っている場合、選択してください。

| | | | |
|------------------------------|-------------|------------|---|
| 指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可) | 訪問介護 | 0 無 1 有 | 0 |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 0 無 1 有 | 1 |

| | | | |
|-------|----------------|------------|---|
| 加算の状況 | サービス管理責任者配置等加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| | 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| | 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 | 0 |

運営経費等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 定められていない場合には、平均を記入してください。
 ※利用者1人1ヶ月あたり(1人1ヶ月あたり)二年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別サービス等の費用は除外してください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

実 費 等 (1ヶ 月 あ た り) 10,000

円※1ヶ月あたりの実費を記入してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の常勤換算 (b) | 委託職員等の常勤換算 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の常勤換算 (b) | 委託職員等の常勤換算 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-----------|----------|----------------|----------------|----------------|---------|----------|----------------|----------------|----------------|
| 管理 | 1.0 | | | 1.0 | 業者 | 8.8 | 5.7 | | 14.5 |
| サービス提供責任者 | 0.5 | | | 0.5 | その他 | | | | 14.5 |
| | | | | | 計 | 10.3 | 5.7 | 0.0 | 16.0 |

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|------------|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-B 障害福祉サービス事業【同行援護・行動援護】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力システム」の「1.1. 現況報告書」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力システム」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|--------------|------|------|----------|--------------|-----|-----|-----|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | |
| 会 計 期 間 | (西暦) 2019 年 4 月 1 日 | 2020 年 3 月 31 日 | 施設番号 | 052 | | | | | | | | |
| 施 設 名 | 同行援護・行動援護事業所かみや | | | | | | | | | | | |
| 施 設 の 所 在 地 | 〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | | |
| 施 設 の 開 設 年 月 日 | (西暦) 2000 年 1 月 1 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | | | | | | |
| この施設状況票の作成対象 | 1 本体事業 2 サテライト事業 3 本体事業(サテライト含む) | | | | | | | | | | | |
| 地 域 区 分 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦7級地 | ⑧その他 | 指定管理者の有無 | 0 無 | 1 有 | 1 |
| 土 地 所 有 の 状 況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他(公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 |
| 建 物 所 有 の 状 況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他(公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 |
| 建 物 の 全 面 建 替 状 況 | 0 無 | 1 有 | 全面建替の竣工時期(西暦) | | 2010 | | 年 | 1 | 月 | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力システム」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】「同行援護」と「行動援護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行先からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|------|-------|-------|------|
| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設番号 |
| 2019 | 12345 | 6 | 052 |

2. 利用状況

| | | | | |
|-----------------------------|-------|----------|-------------------------------|------|
| 営業日数 | 350 | 365-366日 | ※会計期間内の閉所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
| 同行援護(※)行動援護 | | | | |
| 延べサービス提供回数(年間) | 200 回 | 290 回 | 8 人 | 10 人 |
| ※2018年9月31日以前に支給決定を受けたものを含む | | | | |
| 年度末(決算月間)における利用実人数 | 同行援護 | 8 人 | 行動援護 | 10 人 |

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

この施設状況票に記録された決算区分についてのみ記入してください。

延べサービス提供回数の算出方法
 (例) Aさんか30回利用
 Bさんか20回利用
 →30+20=50 と計算。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 特定事業所加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 特定事業所加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 特定事業所加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
|---------------------|------------|---------------------|------------|------------------|------------|
| 特定事業所加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 特別地域加算 | 0 無 1 有 | 緊急対応加算 | 0 無 1 有 |
| 臨終引等支援体制加算 | 0 無 1 有 | 利用者負担上限度管理加算 | 0 無 1 有 | 行動障害支援指導連携加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | | |

連携指導等で金額が定められている場合は、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

実費等(1ヶ月あたり) 三年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | |
|-------------|---------|
| 実費等(1ヶ月あたり) | 700 ← 円 |
|-------------|---------|

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員(Ⅰ) | 非常勤職員等の常勤換算(Ⅱ) | 合計(Ⅰ+Ⅱ+Ⅲ) | 委託職員等の常勤換算(Ⅳ) | 非常勤職員等の常勤換算(Ⅴ) | 合計(Ⅳ+Ⅴ+Ⅵ) |
|-----------|---------|----------------|-----------|---------------|----------------|-----------|
| 管理 | 1.0 | | 1.0 | 0.4 | 2.0 | 2.4 |
| サービス提供責任者 | 0.6 | | 0.6 | | | 2.4 |
| | | | | 2.0 | 2.0 | 4.0 |
| 合計 | | | | | | |

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|-----|------------|
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 |

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-D 障害福祉サービス事業【生活介護】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の財務諸表等入力シートの作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
| 2019 | 12345 | 5 | 054 |

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|------|---------------------------------|------------------------------|--------------|-------|-------|----------|--------------|---|-------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | |
| 会 計 期 | 2019 年 4 月 1 日 | ～ | 2020 年 3 月 31 日 | 顧客コード | 5 | 施設票番号 | 054 | | | | |
| 施設名 | 生活介護事業所かみや | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2000 年 1 月 1 日 | | | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | | | |
| 地域区分 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦7級地 | ⑧その他 | | | |
| 土地所有の状況 | 3 | 1 | 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 |
| 建物所有の状況 | 3 | 1 | 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 | 0 | 無 1 有 |
| 建物の全面建替状況 | 1 | 0 | 無 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 営業日数 | 260 / 365-366日 | | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいない日は含む) | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | 平日 09:00 ~ 17:00 | 土曜日 09:00 ~ 17:00 | 日曜・祝日 00:00 ~ 00:00 | ※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください | | | | | | | | | | | |
| 年度内における定員変更の有無 | 1 | 有 | 定員変更が「1:有」の場合変更時期(西暦) 2019 年 10 月 | | | | | | | | | | | | |
| 定員 | 当初(閉市) | 30 | 変更後(閉末) | 25 | (参考)利用率 | | | | | | | | | | |

営業時間等が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

| 報酬区分 | 生活介護サービス | | | | | | 計 |
|------------|----------|-----|-------|-------|-------|-------|---|
| | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | |
| 延べ利用者数(年間) | 140 | 750 | 1800 | 2,255 | 3,555 | 8,500 | |
| うち施設等入所者 | 50 | 360 | 1,800 | 2,255 | 3,555 | 8,020 | |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合は、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合は、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(閉末)」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

| | |
|--------------|--------|
| 利用者1人1ヶ月平均工賃 | 5,000円 |
|--------------|--------|

年度末(決算月末)における登録者数 40

会計期間末月(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|---------------------|------------|---|----------------------|------------|---|----------------------|------------|---|
| 人員配置体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 人員配置体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 人員配置体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 常勤看護職員等配置加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 常勤看護職員等配置加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 1 | 聴覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 重度障害者支援加算(体制を整えた場合) | 0 無 1 有 | 0 | 重度障害者支援加算(支援を行った場合) | 0 無 1 有 | 1 | 訪問支援特別加算(時間未満) | 0 無 1 有 | 0 |
| 訪問支援特別加算(時間以上) | 0 無 1 有 | 0 | 欠席時対応加算 | 0 無 1 有 | 0 | リハビリテーション加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| リハビリテーション加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 利用者負担上限管理加算 | 0 無 1 有 | 0 | 食事提供体制加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 延長支援加算(時間未満) | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(時間以上) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 送迎加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 就労移行支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 | | | | | | |

4. 共生型サービス

指定の有無を選択してください。
0 無 1 有

「1:有」の場合

| | |
|--------------------------------------|------------|
| 母体となるサービスを指定しているサービスを選択してください(複数選択可) | 2 |
| 通所介護(地域密着型を含む) | 0 無 1 有 |
| 指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可) | 0 無 1 有 |
| 通所介護(療養通所介護) | 0 無 1 有 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 0 無 1 有 |
| サービス管理責任者配置等加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 |

共生型サービスを行っている場合、選択してください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり) 350円 実費等(1ヶ月あたり) 200円

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

共生型サービスの有無を選択してください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に種類の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・実費等(1ヶ月あたり) = 2年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービスの費用は除外してください。

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 常勤換算(b) | 合計 (a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 常勤換算(b) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-----------|-------------|------------------|-------------------|---------|-------------|------------------|-------------------|
| 管理 | 0.5 | | 0.5 | 理学療法士 | | | 0.0 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | 0.5 | 作業療法士 | | | 0.0 |
| 医師 | | 0.2 | 0.2 | 栄養士 | | 0.1 | 0.1 |
| 看護師等 | 1.0 | | 1.0 | 調理員 | | 0.4 | 0.4 |
| 生活支援員 | 6.3 | 5.3 | 11.6 | その他 | | 0.5 | 0.4 |
| | | | | 計 | 8.3 | 6.5 | 14.8 |

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|----|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 | 1 有 | 0 | 0 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 | 0 | 0 | 0 |

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(施設入所支援等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-E 障害福祉サービス事業【自立訓練・宿泊型自立訓練】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」[1.1.現況報告書]の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が提示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | |
|-----------|---|-----------------|--------|--------------|-------|----------|--------------|-----|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | 電話番号 | 09-3438-xxxx | | F A X 番号 | 09-3438-△△△△ | |
| 会 計 期 | 2019 年 4 月 1 日 ~ | 2020 年 3 月 31 日 | 施設番号 | 12345 | 拠点コード | 5 | 施設票番号 | 065 |
| 施設名 | 自立訓練・宿泊型自立訓練施設かみや | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2000 年 1 月 1 日 | | | | | | | |
| 施設区域 | ①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他 | | | | | | | |
| 土地所有状況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 | 5 無 | 6 有 | 7 指定管理者 | 8 有 |
| 建物所有状況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 | 5 無 | 6 有 | 7 指定管理者 | 8 有 |
| 建物の全面建替状況 | 0 無 1 有 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」の「サービス区分」に作成してください。
 【例】
 「自立訓練」と「宿泊型自立訓練」で決等区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っている場合は、該当欄で「00:00~00:00」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

記入が必要

年度内における定員変更の有無が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。
 【例】
 機能訓練なし、生活訓練(通所)20人・宿泊型18人から、宿泊型のみ20人に変更となった場合:
 「生活訓練(通所)」当初(期首):20人、変更後(期末):20人
 「宿泊型」当初(期首):18人、変更後(期末):20人

会計期間末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

2. 利用状況

| | | | | | | | | | |
|------|-------|----|----|----|----|----|----|----|-------------------------------|
| 営業日数 | 平日 | 07 | : | 00 | ~ | 22 | : | 00 | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日も含む) |
| 営業時間 | 間土曜 | 日 | 07 | : | 00 | ~ | 22 | : | 00 |
| | 日曜・祝日 | 日 | 07 | : | 00 | ~ | 22 | : | 00 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 年度内における定員変更の有無 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 定員変更が「1 有」の場合は右欄に記入 | | | | | | | | | | | |
| 定員変更があった場合は、直近の変更内数を記入してください。 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|----|-----|----|
| 定員 | 機能訓練 | | 生活訓練 | | 宿泊型 | |
| | 通所 | 訪問 | 通所 | 訪問 | 通所 | 訪問 |
| 延べ利用者数(年間) | 5,200 | 5,200 | 6,900 | | | |
| うち施設等入所者 | | | | | | |
| うち障害障害者に対する専門的訓練を行った場合 | | | | | | |
| うち標準利用期間を超える者 | | | | | | |
| 年度末(決算月末)における登録者数 | 20 | | 20 | | 20 | |

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年度初日(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 Dさんが100日利用
 → 100×150=250 と計算。
 「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービス施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|----------------------|------------|---|----------------------|------------|---|------------------|------------|
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 欠席時対応加算 | 0 無 1 有 | 0 | リハビリテーション加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| リハビリテーション加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 個別計画相談支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 短期滞在加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 短期滞在加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 精神障害者退院支援施設加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 精神障害者退院支援施設加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 1 | 介護士付体制加算(機能別課) | 0 無 1 有 |
| 食事支援体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 食事支援体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 送迎加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員配置加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員配置加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 社会生活支援特別加算 | 0 無 1 有 |
| 就労移行支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 地域移行支援体制加算 | 0 無 1 有 | 1 | 日中支援加算 | 0 無 1 有 |
| 通勤者生活支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 入院時支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 帰宅時支援加算 | 0 無 1 有 |
| 長期入院時支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 長期帰宅時支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 地域移行加算 | 0 無 1 有 |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 精神障害者地域移行特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 適度行動障害者地域移行特別加算 | 0 無 1 有 |
| 夜間支援等体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 夜間支援等体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 夜間支援等体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 0 | 特別地域加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | | |
| 身体拘束禁止薬液減算 | 0 無 1 有 | 0 | | | | | |

4. 共生型サービス

指 定 の 有 無
0 無 1 有 → 0

「1」有の場合

母体となるサービスを選択し介護保険サービスを選択してください(複数選択可)

共生型サービスの有無を選択してください。

| | |
|----------------|------------|
| 通所介護(地域密着型を含む) | 0 無 1 有 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 0 無 1 有 |
| サービス管理責任者配置等加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 |

共生型サービスを行っている場合、選択してください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | |
|----------------------------|---------|--------------|----------|
| 食費（1日あたり） | 300 円 | 実費等（1ヶ月あたり） | 8,000 円 |
| (宿泊型自立訓練の利用状況は以下に記入してください) | | | |
| 食費（1日あたり） | 800 円 | 家賃（1ヶ月あたり） | 15,000 円 |
| 光熱水費（1ヶ月あたり） | 5,500 円 | 日用品費（1ヶ月あたり） | 2,450 円 |

定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。
【例】
・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数
・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種 | 内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 特別換算(b) | 委託職員等 特別換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 特別換算(b) | 委託職員等 特別換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|------|-------|-------------|------------------|------------------|-------------------|-------|-------------|------------------|------------------|-------------------|
| 管理 | 者 | 0.5 | | | 0.5 | 支援員 | 5.3 | 0.5 | | 5.8 |
| サービス | 管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 | 移行支援員 | 1.2 | | | 1.2 |
| 看護 | 師等 | | | | 0.0 | 栄養士 | | | | 0.0 |
| 理学 | 療法士 | | | | 0.0 | 調理員 | | | | 0.0 |
| 作業 | 療法士 | | | | 0.0 | その他 | | | | 0.0 |
| 合 計 | | | | | | | 7.5 | 0.5 | 0.0 | 8.0 |

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 委託業務 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|-----|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 |

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-F 障害福祉サービス事業【就労移行支援】施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | | | | | |
|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-----|
| 年度 | 2019 | 顔密コード | 12345 | 拠点コード | 5 | 施設票番号 | 056 |
|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-----|

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」[11.現況報告書]の「区分コード」に基づいて表示されています。

※施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|------|------------------------------|----------------|------|----------|--------------|------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | |
| 会計期間 | (西暦) 2019 年 4 月 1 日 | ～ | 2020 年 3 月 31 日 | | | | | |
| 施設名 | 就労継続支援事業所かみや | | | | | | | |
| 施設の所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 施設の開設年月日 | (西暦) 2000 年 1 月 1 日 | | | | | | | |
| 地域区分 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦7級地 | ⑧その他 |
| 土地所有の状況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 |
| 建物所有の状況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 (公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 | 1 有 |
| 建物の全面建替状況 | 1 0 無 | 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」の「サービス区分」にて作成してください。

【例】

「就労移行支援」と「就労移行支援（養成）」で決算区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | |
|------|------------------|-------------------------------|---------------------|
| 営業日数 | 250 / 365-366日 | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
| 営業時間 | 平日 09:00 ~ 16:00 | 土曜日 00:00 ~ 00:00 | 日曜・祝日 00:00 ~ 00:00 |

※4時間営業の場合は「00:00~00:00」を記入してください

| | | | | |
|-----------------------------------|--------|------------|------------|-------------|
| 年度内における定員変更の有無 | 1 有 | 2 無 | 3 不明 | 2019 年 10 月 |
| 定員変更が「1 有」の場合は、直近の定員変更月を記入してください。 | | | | |
| 定員変更が「1 有」の場合は、直近の定員変更月を記入してください。 | | | | |
| 就労移行支援 | 12 | 15 | 12 | 15 |
| 就業後 | 12 | 15 | 12 | 15 |
| 就業前 | 5 | 9 | 5 | 9 |
| 就業後6月以上定着率 | 1 5割以上 | 2 4割以上3割未満 | 3 3割以上2割未満 | 4 2割以上1割未満 |
| 就業前 | 5 | 9 | 5 | 9 |
| 就業後6月以上定着率 | 1 5割以上 | 2 4割以上3割未満 | 3 3割以上2割未満 | 4 2割以上1割未満 |
| 就業前 | 5 | 9 | 5 | 9 |
| 就業後6月以上定着率 | 1 5割以上 | 2 4割以上3割未満 | 3 3割以上2割未満 | 4 2割以上1割未満 |
| 就業前 | 5 | 9 | 5 | 9 |

※会計期間内に複数の変更があった場合は、直近の定員変更月を記入してください。

「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての定員の欄に記入してください。

【記入例】
就労移行支援 12人から15人、就労移行支援（養成）5人で変更なしの場合：
就労移行支援 当初（開首）：12、変更後（期末）：15、
就労移行支援（養成） 当初（開首）：5、変更後（期末）：5

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

自治体等に提出している「就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書」に記載している区分を「1」から「7」で記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員の」欄（変更後（期末）」欄について記入してください。
当年度初日（この事例では4月1日）の1回の定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、定員欄の「当初（開首）」欄に変更後の定員数を記入し、「変更後（期末）」欄には記入しないでください。

複数回の定員変更があった場合には、年度末時点の定員変更年月を記入してください。他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

※他のサービス区分（施設状況票）の定員数と重複しないようご注意ください。

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Cが100日利用
 Dが150日利用
 → 100+150=250 と計算。
 「就労移行支援(養成)」には、あん摩マツサージ指圧師養成学校・養成施設である「認定指定就労移行支援事業所」の延べ利用者数を記入してください。
 「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービスの施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

| | |
|------------------|-------|
| 延べ利用者数(年間) | |
| 就労移行支援 | 3,350 |
| 就労移行支援(うち施設等入所者) | 763 |

※年度内における退所者の状況について、次の退所理由別に人数を記入してください。

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| 合計 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| うち就職 | | | | |
| うち同法人内の他の障害福祉サービスを利用 | | | | |
| うち他法人の障害福祉サービスを利用 | | | | |
| その他 | | | | |

「うち就職」欄には、直接雇用された人数を、雇用形態(正社員、パート、アルバイト)にかかわらず記入してください。
 派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「うち就職」に含みません。

会計期間末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

| | |
|-------------------|----|
| 年度末(決算月末)における登録者数 | 22 |
|-------------------|----|

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------|---|---------------------|------------|---|---------------------|------------|---|
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 就業支援関係研修修了加算 | 0 無 1 有 | 0 | 朝・夜・深夜勤務者支援体制 | 0 無 1 有 | 0 | 訪問支援特別加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 訪問支援特別加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 夜勤時対応加算 | 0 無 1 有 | 1 | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 精神障害者遠隔支援施設加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 精神障害者遠隔支援施設加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 利用者負担上乗額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 食事摂取体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 移行準備支援体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 移行準備支援体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 送迎加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 障害福祉サービスの体稼利用 | 0 無 1 有 | 0 |
| 障害福祉サービスの体稼利用支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 通勤訓練加算 | 0 無 1 有 | 0 | 在宅時生活支援サービス加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 社会生活支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 短所・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 1 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 身体拘束禁止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 | | | | | | |

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | | | |
|-----------|-----|---|-------------|-----|---|
| 食費(1日あたり) | 200 | 円 | 実費等(1ヶ月あたり) | 600 | 円 |
|-----------|-----|---|-------------|-----|---|

運営申請等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・実費等(1ヶ月あたり) = 年間の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の 常勤換算(b) | 委任職員の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の 常勤換算(b) | 委任職員の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-----------|-------------|-------------------|------------------|-------------------|---------|-------------|-------------------|------------------|-------------------|
| 管理職 | 0.3 | | | 0.3 | 作業療法士 | | | | 0.0 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 | 就業支援員 | 1.0 | | | 1.0 |
| 看護師等 | | | | | 栄養士 | | | | 0.0 |
| 生活支援員 | 2.5 | | | 2.5 | 調理員 | | | | 0.0 |
| 職業指導員 | 1.0 | 0.5 | | 1.5 | その他 | | 0.2 | | 0.2 |
| 理学療法士 | | | | | 合計 | 5.3 | 0.7 | 0.0 | 6.0 |

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所（生活介護等）と業務または他の職種と兼務している職員の場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設、事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP45の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|------------|-----|------------|------------|
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 借賃 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-G1 障害福祉サービス事業【就労継続支援A型】施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。
 ※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11. 現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択されたら、有償無償にかかわらず「(公用地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2. 賃借」および「3. 一部賃借」を選択されたら、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(期末)」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「変更時期」欄および「定員」欄に「当初(期自)」欄に変更後の定員数を記入し、「変更後(期末)」欄には記入しないでください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

複数回の定員変更があった場合には、年度末時点の定員変更数を記入してください。

この施設状況表に記載された決算区分については、延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | | | | | |
|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-----|
| 年度 | 2019 | 順番コード | 12345 | 拠点コード | 5 | 施設票番号 | 057 |
|----|------|-------|-------|-------|---|-------|-----|

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
 「就労継続支援A型」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|---|---|------|--------------|---|---|----------|------------------------------|---|---|----|---|
| 作成担当者 | 福祉花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | | |
| 会 計 期 | 2019 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | 1 | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 就労継続支援事業所かみや | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2000 | | | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | |

| 地域区分 | ① 1級地 | ② 2級地 | ③ 3級地 | ④ 4級地 | ⑤ 5級地 | ⑥ 6級地 | ⑦ その他 | |
|-----------|---------|-----------------------------------|----------------|---------|---------|---------|---------|------|
| 土地所有の状況 | 2 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公用地を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | |
| 建物所有の状況 | 3 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | |
| 建物の全面建替状況 | 1 | 0 無 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) | | | | | 2010 |
| 指定管理者の指定 | 0 無 1 有 | | | | | | | 0 |

2. 利用状況

| | | |
|------|---------------------|------------------|
| 営業日数 | 248 / 365-366日 | |
| 営業時間 | 平日 08:00 ~ 16:00 | 土曜 08:00 ~ 16:00 |
| | 日曜・祝日 00:00 ~ 00:00 | |

| | | |
|----------------|------|--|
| 年度内における定員変更の有無 | 1 | ※会計期間内に定員数の変更があった場合は、直近の変更内定員数を記入してください。 |
| 定員変更の時期 | 1 | は右欄に記入(西暦) |
| 定員変更後の(期末) | 2019 | 年 10 月 1 日 |

| | |
|------------|-------|
| 延べ利用者数(年間) | 4,464 |
| 初年度(期首) | 25 |
| 後年度(期末) | 20 |

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

| | |
|-------------------|---|
| 職員指図書及び生活支援員の配置体制 | 2 |
| 1日7時間以上 | 1 |
| 2. 6時間以上7時間未満 | 2 |
| 3. 5時間以上6時間未満 | 3 |
| 4. 4時間以上5時間未満 | 4 |
| 5. 3時間以上4時間未満 | 5 |
| 6. 2時間以上3時間未満 | 6 |
| 7. 2時間未満 | 7 |

| | |
|----------|----------|
| 利用者1人1ヶ月 | 55,500 円 |
|----------|----------|

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

営業を行っていない場合は、「00:00 ~ 00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

自治体等に提出している「就労継続支援」に係る基本報酬の算定区分に属する届出書」に記載している区分を「1」か「2」で記入してください。

会計期間末（この事例では3月末）の登録者数を記入してください。

| | | |
|-------------------------------|----|--------|
| 年度内に お 退 所 者 数 | 合計 | (うち就職) |
| | 2 | 1 |
| 年度末（決算月末）における登録者数 | 20 | |

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | |
|----------------------|------------|------------|------------|----------------------|------------|---|
| 福祉専門職員配置等加算(I) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉専門職員配置等加算(III) | 0 無 1 有 | 1 |
| 佛堂・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 重度者支援体制加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 訪問支援特別加算(1) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 欠薪時対応加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 就労移行支援体制加算(1) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 賃金向上達成指導員配置加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 施設外就労加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 医療連携体制加算(III) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 利用者負担上乗額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 食事提供体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 送迎加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 障害福祉サービスの体幹利用 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 在宅時生活支援サービス加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 障害加算(1) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 社会生活支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(III) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(III) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(IV) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算(III) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 身体拘束禁止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | | | |

「(うち就職)」欄には、企業等に直接雇用された実人数を、雇用形態(正社員、パート、アルバイト等)にかかわらず記入してください。

派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「(うち就職)」に含めないでください。

就労継続支援事業B型への移行については「(うち就職)」に含めないでください。

「合計」には就職以外の理由での退所も含めた実人数を記入してください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・美費等(1ヶ月あたり) = 年間の美費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービスの費用は除外してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | |
|-----------|------|-------------|------|
| 食費(1日あたり) | 600円 | 実費等(1ヶ月あたり) | 250円 |
|-----------|------|-------------|------|

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員(a) | 非常勤職員(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a+b+c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員(a) | 非常勤職員(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a+b+c) |
|-----------|---------|----------|---------------|-----------|---------|---------|----------|---------------|-----------|
| 管理 | 0.3 | | | 0.3 | 作業療法士 | | | | 0.0 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 | 就労支援員 | | | | 0.0 |
| 看護 | | | | 0.0 | 栄養士 | | | | 0.0 |
| 生活支援員 | 2.0 | | | 2.0 | 調理員 | 2.0 | | | 2.0 |
| 職業指導員 | 3.5 | 0.5 | | 4.0 | その他 | 0.2 | | | 0.2 |
| 理学療法士 | | | | 0.0 | 合計 | 8.5 | 0.5 | 0.0 | 9.0 |

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|------------|-------|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 0 清掃 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 宿直 | 0 無 1 有 | 0 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 有 | 0 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 0 その他 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併給事業所(生活介護等)と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は併合して記入してください。

○他の施設・事業の職員数を重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

社会福祉院労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-G② 障害福祉サービス事業「就労継続支援B型」施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」1.1. 現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
| 2019 | 12345 | 5 | 057 |

1. 施設の概要

| | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------|--------------|------|------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | 電話番号 | 03-3438-xxxx | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | |
| 会 計 期 間 (西暦) | 2019 年 4 月 1 日 ~ 2020 年 3 月 31 日 | | | | | | |
| 施 設 名 | B型就労継続支援事業所かみや | | | | | | |
| 施 設 の 所 在 地 区 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | |
| 施 設 の 開 設 年 月 日 | 2000 年 1 月 1 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 地 域 分 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦その他 |
| 土 地 所 有 の 状 況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 (公庫を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 |
| 建 物 所 有 の 状 況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 (公庫を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 無 |
| 建 物 の 全 面 建 替 状 況 | 1 0 無 | 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
 【例】
 「就労継続支援B型」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

営業を行っている場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

自治体等に提出している「就労継続支援」に係る基本報酬の算定区分に関する届出書に記載している区分を「1」か「2」で記入してください。

2. 利用状況

| | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|-------------------------------|----------------------------------|
| 営 業 日 数 | 248 / 365 - 366日 | | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
| 営 業 時 間 | 平日 09:00 ~ 17:00 | 土 曜 日 00:00 ~ 23:59 | 日 曜 ・ 祝 日 00:00 ~ 00:00 | ※24時間営業の場合は、00:00~23:59と記入してください |
| 年 度 内 に お け る 定 員 変 更 の 有 無 | 1 有 | ※会計期間内に定員数の変更があった場合は、直近の定員変更年月を記入してください | | |
| 定 員 | 定員変更が「1:有」の場合変更は右欄に記入 | 時 間 | 2019 年 10 月 | |
| 当 期 (期首) | 30 | 初 変 更 後 (期末) | 32 | 延べ利用者数 (年間) |
| B 型 | 7,456 | うち施設等入所者 | 7,230 | |
| ※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。 | | | | |
| 職業指導員及び生活支援員の配置体制 | | 1: 7.5:1以上 2: 10:1以上 | | |
| 利 用 者 均 1 人 1 ケ 月 費 | 11,000 円 | | | |

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公庫を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(期末)」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、定員欄の「当初(期首)」欄に変更後の定員数を記入し、「変更後(期末)」欄には記入しないでください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

複数回の定員変更があった場合には、年度末時点の定員数を記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてののみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービス施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

会計期間末（この事例では3月末）の登録者数を記入してください。

| | | |
|-------------------|----|--------|
| 年度内における退所者数 | 合計 | （うち就職） |
| 1 | 4 | 3 |
| 年度末（決算月末）における登録者数 | 31 | |

「（うち就職）」欄には、企業等に直接雇用された実人数を、雇用形態（正社員、パート、アルバイト等）にかかわらず記入してください。
派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「（うち就職）」に含めなくてください。

就労継続支援事業A型への移行については「（うち就職）」に含めなくてください。
「合計」には就職以外の理由での退所も含めた実人数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | |
|----------------------|------------|------------|---------------------|------------|------------|
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 重度者支援体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 1 有 |
| 訪問支援特別加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 欠勤時対応加算 | 0 無 1 有 | 1 有 |
| 就労移行支援体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 目標工資達成指導員配置加算 | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 施設外就労加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 食事提供体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 送迎加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 在宅時生活支援サービス加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 社会生活支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 無 |
| 身体拘束禁止実施減算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 |

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | |
|-----------|-------|-------------|---------|
| 食費（1日あたり） | 250 円 | 実費等（1ヶ月あたり） | 4,000 円 |
|-----------|-------|-------------|---------|

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員(a) | 非常勤職員(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a)+(b)+(c) | 主な職業 | 常勤職員(a) | 非常勤職員(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a)+(b)+(c) |
|-----------|---------|----------|---------------|---------------|-------|---------|----------|---------------|---------------|
| 管理職 | 0.3 | | | 0.3 | 作業療法士 | | | | 0.0 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 | 就労支援員 | | | | 0.0 |
| 看護師等 | | | | 0.0 | 栄養士 | | | | 0.0 |
| 生活支援員 | 1.7 | 2.5 | | 4.2 | 調理員 | | | | 0.0 |
| 職業指導員 | 2.0 | 1.2 | | 3.2 | その他 | 0.2 | 0.5 | | 0.7 |
| 理学療法士 | | | | 0.0 | 合計 | 4.7 | 4.2 | | 8.9 |

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数
・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|------------|------------|
| 給食業務(労働委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-H 障害福祉サービス事業【計画相談支援・地域移行支援・地域定着支援】施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|------|-------|-------|------|
| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設番号 |
| 2019 | 12345 | 5 | 088 |

※施設状況票は、「財務諸表等入力センター」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力センター」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------|--------------|---------|---------|----------|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3738-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | | | |
| 会計期間 | 2019 (西暦) | | | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 相談支援事業所かみや | | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の開設年月日 | 2000 (西暦) | | | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 地域 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦7級地 | ⑧その他 | | | | | | |
| 土地所有の状況 | 2 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | |
| 建物所有の状況 | 2 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | |
| 建物の全面建替状況 | 1 | 0 無 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | | | | | |
| 併設の状況 | 0 併設なし 1 併設有り | | | | | | | | | | | | | |

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力センター」のサービス区分ごとに作成してください。
 【例】
 「計画相談支援」「地域移行支援」「地域定着支援」にサービス区分が分かっている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | |
|-----------|----------------|-----|
| 営業日数 | 248 / 365・366日 | |
| 一般相談窓口の有無 | 0 無 | 1 有 |

※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日も含む)

| | | |
|-------------------|--------------------|---|
| 相談支援専門員1人1月当たり件数 | 1:40件未満 2:40件以上 | 1 |
| サービス利用支援費請求件数(年間) | 継続サービス利用支援費請求件数 | 1 |
| 82 件 | 685 件 | |
| 年度末(決算月末)における登録者 | 40 人 | |

会計期間末月(この事例では3月)で当該事業所に登録している実人数を記入してください。

事務所内に福祉サービス全線にかかる相談窓口を設置している場合は「1 有」を選択してください。

会計期間内にサービス利用支援費または継続サービス利用支援費を請求した件数を記入してください。

会計期間内に地域移行支援サービス費を請求した件数を記入してください。

地域定着支援サービス費、緊急時支援費の総戻回数(緊急時支援費(Ⅰ)、緊急時支援費(Ⅱ))ごとに会計期間内の請求件数を記入してください。

| | | |
|------------------|---|--|
| 地域移行支援サービス費請求件数 | 件 | |
| 年度末(決算月末)における登録者 | 人 | |
| 地域定着支援サービス費請求件数 | 件 | |
| 延べ緊急時支援費(Ⅰ) | 件 | |
| 延べ緊急時支援費(Ⅱ) | 件 | |
| 年度末(決算月末)における登録者 | 人 | |

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|
| 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 1 有 | 特定事業所加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 特定事業所加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 集中支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 退院・退所加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 障害福祉サービスの体幹利用加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 体幹宿泊加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 特別地域加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 入院時情報連携加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療・保健・教育機関等連携加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| サービス担当者会議参加加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 行動障害支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 要医療弱者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 地域生活支援拠点等相談強化加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 地域体制強化共同支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | | | |

4. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 合計 (a)+(b)(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 合計 (a)+(b)(c) |
|---------|-------------|--------------------|------------------|---------|-------------|--------------------|------------------|
| 管理者 | 0.1 | | 0.1 | その他 | 2.4 | 0.6 | 3.0 |
| 相談支援専門員 | 2.9 | 1.7 | 4.6 | 計 | 5.4 | 2.3 | 7.7 |

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

S-I 障害福祉サービス事業【共同生活援助】施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | | | | | |
|----|------|-------|-------|-------|---|------|-----|
| 年度 | 2019 | 期密コード | 12345 | 拠点コード | 5 | 施設番号 | 059 |
|----|------|-------|-------|-------|---|------|-----|

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」「11.現況報告書の区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、責任者の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | |
|--------------|----------------------------------|--------|-------|------------------------------|---------------|----------|--------------|------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | 電話番号 | 03-3438-XXXX | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | |
| 会 社 | 2019年 | 4月 | 1日 | 2020年 | 3月 | 31日 | | |
| 施設名 | グループホームかみや | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | |
| 施設の開設年月日(西暦) | 2000年 | 1月 | 1日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | |
| この施設状況票の作成対象 | 1 本体事業 2 サテライト事業 3 本体事業(サテライト含む) | | | | | | | |
| 住居箇所数 | 2ヶ所 | サテライト型 | 住居箇所数 | 0ヶ所 | | | | |
| 地域区分 | ① | ①級地 | ②級地 | ③級地 | ④級地 | ⑤級地 | ⑥級地 | ⑦その他 |
| 土地所有の状況 | 1 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他(公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 |
| 建物所有の状況 | 1 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他(公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 |
| 建物の全面建替状況 | 1 | 0 無 | 1 有 | 全面建替の竣工時期(西暦) | | 2010年 | 1月 | |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
 【例】
 「共同生活援助」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「11有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | | | | |
|----------------|--|------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| サービスを提供する事業所種別 | 3 1. 介護サービス包括型 2. 日中サービス包括型 3. 外部サービス利用型 | | | | | |
| 職員配置 | 3 | 1. 3:1 | 2. 4:1 | 3. 5:1 | 4. 6:1 | 5. 10:1 |
| 年度内における定員変更の有無 | 1 | 定員変更が「1有」の場合(西暦)は右欄に記入してください | | | | |
| 定員変更後(期末) | 11 | 8 | 11 | 8 | 11 | 8 |

※会計期間内に複数回の変更があった場合は、直近の変更内容を記入してください。

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員数を記入してください。

「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての定員の欄に記入してください。

| 報 酬 区 分 | 区分1以下 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 計 |
|-----------|-------|-----|-------|-------|-----|-----|-------|
| 介護サービス包括型 | | | | | | | |
| うち 居宅介護利用 | | | | | | | |
| 日中サービス支援型 | | | | | | | |
| うち 当該生活介護 | | | | | | | |
| うち 居宅介護利用 | | | | | | | |
| 外部サービス利用型 | | | 1,920 | 1,460 | | | 3,380 |
| 延べ利用者数合計 | | | | | | | |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(期末)」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択し、「定員」の「当初(期首)」欄に変更後の人数を記入してください。「変更後(期末)」欄には記入しないでください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

| | | | | | | |
|----------------|----|------|---------|----|-----|---|
| 新規利用者の利用開始前の状況 | 在宅 | 入所施設 | グループホーム | 病院 | その他 | 計 |
| | 2 | | | 1 | 1 | 4 |

※会計期間末時点で在籍している利用者のうち、当会計期間内に新しく利用を開始した利用者の利用開始前の状況を記載してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|---------------------|------------|------------|---------------------|------------|------------|---------------------|------------|------------|
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 福祉・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 看護職員配置加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 夜間支援等体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 夜間支援等体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 夜間支援等体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 夜間職員加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 重度障害者支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 日中支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 日中支援加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 入浴時支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 帰宅時支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 長期入院時支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 長期帰宅時支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 医療連携体制加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 精神障害者地域移行特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 強行行動障害者地域移行特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 通勤者生活支援加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 身体拘束禁止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | | | | | | |

「在宅」、「入所施設」、「グループホーム」、「病院」以外の新規利用者はすべて「その他」に記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって
○併設事業所（生活介護等）と兼務している職員がいる場合、職員数の区分を行う必要があります。
○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP.45の「職員の区分について」をご参照ください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|-------------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|----------------------|------------|------------|
| 血糖測定・インスリン注射 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 精脈内注射(点滴を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 中心静脈栄養の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 透折の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 酸素療法 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 気管切開のケア | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 疼痛の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 疼痛の管理(麻薬を用いるもの) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 褥瘡の処置 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | カテーテルの管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 喀痰吸引 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| ネブライザー | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 創傷処置(褥瘡を除く) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 服薬管理(注射を除く) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 認知症に関する専門的ケア | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 排便 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 洗腸 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 一時的導尿 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
定められていない場合には、平均を記入してください。
【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
・光熱水費(1ヶ月あたり) = 年間の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | | | | | | |
|--------------|---------|--------------|---------|------------|----------|--|--|--|
| 食費(1日あたり) | 800 円 | | | | | | | |
| 光熱水費(1ヶ月あたり) | 5,000 円 | 日用品費(1ヶ月あたり) | 2,000 円 | 家賃(1ヶ月あたり) | 45,000 円 | | | |

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員数(人) | 非常勤職員等の常勤換算数(人) | 合計(人) | | 常勤職員等の常勤換算数(人) | 非常勤職員等の常勤換算数(人) | 合計(人) |
|-----------|----------|-----------------|-------|-----|----------------|-----------------|-------|
| | | | (a) | (b) | | | |
| 管理者 | 0.4 | | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.3 | 0.8 |
| サービス管理責任者 | 0.3 | | 0.3 | 0.3 | 1.0 | | 1.0 |
| 生活支援員 | 0.8 | 0.2 | 1.0 | 1.0 | 0.6 | | 0.6 |
| 合計 | | | 1.7 | 1.7 | 3.6 | 0.5 | 4.1 |

介護業務のみに従事している職員の数を記入してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|------------|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-J1 障害福祉サービス事業【福祉型障害児入所施設】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力システム」J11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力システム」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|------|-----------------|----------------|---------------------|------------------------------|--------------|------|-----|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | |
| 会 計 期 間 | (西暦) 2019 年 4 月 1 日 | ～ | 2020 年 3 月 31 日 | 年度 | 2019 | 拠点コード | 5 | 施設番号 | 060 |
| 施設名 | 障害児入所施設かみや | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | 開設年月日 | (西暦) 2000 年 1 月 1 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | |
| 地域区分 | ①1級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦その他 | | |
| 土地所有の状況 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 指定管理者 | 0 無 | 1 有 |
| 建物所有の状況 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 (公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 指定管理者 | 0 無 | 1 有 |
| 建物の全面代替状況 | 1 0 無 | 1 有 | 全面代替の竣工時期 (西暦) | | 2010 年 | 1 月 | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力システム」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | | | |
|----------------|----|----|--------------------------------|------|------------|
| 年度内における定員変更の有無 | 有 | 無 | 定員変更が「有」の場合は、直近の変更内数を記入してください。 | 変更時期 | 2019 年 5 月 |
| 定員数 | 30 | 20 | は右欄に記入() | 期 | |

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

| 延べ利用者数(年間) | 施設状況票の利用者数と重複しないようご注意ください。 | | | | | 計 |
|------------|----------------------------|-------|------|--------|-----|-------|
| | 知的障害児 | 自閉症児 | ろうあ児 | 肢体不自由児 | その他 | |
| 計 | 3,900 | 1,500 | | | | 5,400 |
| 重度障害児 | 1,246 | 510 | | | | 1,756 |
| 重度重複 | 1,357 | | | | | 1,357 |
| 強度行動障害 | | | | | | 0 |
| 幼児 | | 520 | | | | 520 |
| その他 | 1,297 | 470 | | | | 1,767 |

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。
 記載された項目に該当しない利用者は「その他」に記入してください。

| | | | | |
|-----------|-------|-----|-------|-----|
| 利用者数の年齢構成 | 10歳未満 | 10代 | 20代 | 30代 |
| 利用者数の年齢構成 | 40代 | 50代 | 60代以上 | |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複しないようご注意ください。
 会計期間末末日(この事例では3月の末日)の利用者を年齢構成別に記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2. 賃借」および「3. 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」欄の「当初(期首)」に変更後の人数を記入してください。
 「変更後(期末)」欄には必ずも記入しないでください。

他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、年度末時点の定員変更数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|---------------------|------------|---|---------------------|------------|---|------------------|------------|
| 職業指導員加算(イ) | 0 無 1 有 | 1 | 職業指導員加算(ロ) | 0 無 1 有 | 1 | 職業指導員加算(ハ) | 0 無 1 有 |
| 重症障害児支援加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 重症障害児支援加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 重症看護職員加算 | 0 無 1 有 |
| 強度行動障害児特別支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 幼児加算 | 0 無 1 有 | 0 | 心理担当職員配置加算 | 0 無 1 有 |
| 看護職員配置加算 | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等配置加算 | 0 無 1 有 | 0 | 入院-外泊時加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 入院-外泊時加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 1 | 自活訓練加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 自活訓練加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 入院時特別支援加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 入院時特別支援加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 | 栄養士配置加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 栄養士配置加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 栄養マネジメント加算 | 0 無 1 有 | 1 | 小規模グループケア加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉-介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 地域移行加算 | 0 無 1 有 |
| 身体拘束廃止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 | | | | | |

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|-------------------|------------|---|--------------------|------------|---|---------------------|------------|
| 血糖測定・インスリン注射 | 0 無 1 有 | 0 | 静脈内注射(点滴を含む) | 0 無 1 有 | 0 | 中心静脈栄養の管理 | 0 無 1 有 |
| 透析の管理 | 0 無 1 有 | 0 | ストーマ(人工肛門)・人工膀胱の管理 | 0 無 1 有 | 1 | 酸素療法 | 0 無 1 有 |
| レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 0 無 1 有 | 0 | 気管切開のケア | 0 無 1 有 | 0 | 疼痛の管理 | 0 無 1 有 |
| 疼痛の管理(麻薬を用いるもの) | 0 無 1 有 | 0 | 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 0 無 1 有 | 0 | モニタ測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | 0 無 1 有 |
| 褥瘡の処置 | 0 無 1 有 | 0 | カテーテルの管理 | 0 無 1 有 | 0 | 喀痰吸引 | 0 無 1 有 |
| ネブライザー | 0 無 1 有 | 0 | 創傷処置(褥瘡を除く) | 0 無 1 有 | 0 | 服薬管理(注射を除く) | 0 無 1 有 |
| 認知症に関する専門的ケア | 0 無 1 有 | 0 | 排便 | 0 無 1 有 | 0 | 洗腸 | 0 無 1 有 |
| 一時拘束 | 0 無 1 有 | 0 | その他 | 0 無 1 有 | 0 | | |

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | | |
|--------------|----------|---------|--------------|----------|
| 食費(1日あたり) | 1,200 円 | 2,000 円 | 家賃(1ヶ月あたり) | 12,000 円 |
| 光熱水費(1ヶ月あたり) | 10,000 円 | | 日用品費(1ヶ月あたり) | |

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種 | 内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の 常勤換算(b) | 委託職員の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 主な職種の 内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員の 常勤換算(b) | 委託職員の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-------------|----|-------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|-------------|-------------------|------------------|-------------------|
| 管理 | 者 | 1.0 | | | 1.0 | 心理指導担当職員 (うち公認心理師) | | | | 0.0 |
| 児童発達支援管理責任者 | | 0.3 | 0.7 | | 1.0 | | | | | 0.0 |
| 医師 | | | 0.3 | | 0.3 | 職業指導員 | 0.5 | 0.5 | | 1.0 |
| 看護師等 | | 2.0 | 2.5 | | 4.5 | 児童指導員 | | | | 0.0 |
| 児童指導員 | | | 1.2 | | 1.2 | 栄養士 | 1.0 | | | 1.0 |
| 保育士 | | 4.5 | 0.5 | | 5.0 | 調理員 | 2.0 | | | 2.0 |
| | | | | | | その他 | | | | 0.0 |
| | | | | | | 合計 | 11.3 | 5.7 | 0.0 | 17.0 |

個直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 0 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|---|------------|------------|---|-----|------------|
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 | 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 1 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 1 | その他 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

- 併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
- 他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
- ※詳細はP.45の「職員の按分について」を参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-J② 障書福祉サービス事業【施設入所支援】 施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|------|-------|-------|-------|
| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
| 2019 | 12345 | 5 | 061 |

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」の「1.1.現況報告書」の区分コードに基づいて表示されています。

※この施設状況票が表されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設概要

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|----|----|------|------|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|----|---|
| 作成担当者 | 障書福祉 | 補社 | 花子 | 電話番号 | 2019 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ~ | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 障書者入所施設かみや | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2000 年 1 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設区分 | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 土地所有状況 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) 0 無 1 有 0 無 1 有 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物所有状況 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) 0 無 1 有 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の全面建替状況 | 0 無 1 有 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | | | | | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」の「サービス区分」欄に作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

2. 利用状況

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 年度内における定員変更の有無 | ※会計期間内に複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更年月を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員変更の有無 | 定員変更が「1有」の場合は「変更時期」は「西暦」に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員変更の有無 | 2019 | 年 | 10 | 月 | | | | | | | | | | | | | |
| 定員変更の有無 | 0 無 1 有 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員変更の有無 | 0 無 1 有 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員変更の有無 | 0 無 1 有 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

| | | | | | | |
|-----------------|---|-----|-------|-------|-------|--------|
| 延べ利用者数(年間) | 0 | 750 | 3,050 | 3,500 | 3,200 | 10,500 |
| うち重複障書者支援加算の対象者 | | | | | | 0 |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

| | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 年齢区分 | 10代 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代以上 |
| 利用者数 | 10 | 5 | 3 | 8 | 2 | 2 |

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」欄の「当初(期首)」「変更後の定員」を記入してください。「変更後(期末)」欄には必ずしも記入しないでください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。
複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

会計期間末末日(この事例では3月の末日)の利用者数を年齢構成別に記入してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|------------------|------------|---|-------------------|------------|---|-------------------|------------|
| 入院-外泊加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 入院-外泊加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 入院時特別支援加算 | 0 無 1 有 |
| 栄養マネジメント加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉-介護職員等特定処遇改善加算 | 0 無 1 有 | 0 | 夜勤職員配置体制加算 | 0 無 1 有 |
| 夜間看護体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 重症患者支援加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 重症患者支援加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 授業・聴覚言語障害者支援体制加算 | 0 無 1 有 | 0 | 入院時特別支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 地域移行加算 | 0 無 1 有 |
| 体験宿泊支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 地域生活移行個別支援特別加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 地域生活移行個別支援特別加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 経口移行加算 | 0 無 1 有 | 0 | 経口維持加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 経口維持加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 療養加算 | 0 無 1 有 | 0 | 身体拘束廃止未実施減算 | 0 無 1 有 | 0 | | |

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|-------------------|------------|---|--------------------|------------|---|------------------------|------------|
| 血糖測定・インスリン注射 | 0 無 1 有 | 1 | 静脈内注射(点滴を含む) | 0 無 1 有 | 0 | 中心静脈栄養の管理 | 0 無 1 有 |
| 透析の管理 | 0 無 1 有 | 0 | ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 | 0 無 1 有 | 0 | 酸素療法 | 0 無 1 有 |
| レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 0 無 1 有 | 0 | 気管切開のケア | 0 無 1 有 | 0 | 疼痛の管理 | 0 無 1 有 |
| 疼痛の管理(麻薬を用いるもの) | 0 無 1 有 | 0 | 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) | 0 無 1 有 | 0 | モニタリング測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) | 0 無 1 有 |
| 褥瘡の処置 | 0 無 1 有 | 0 | カテーテルの管理 | 0 無 1 有 | 0 | 喀痰吸引 | 0 無 1 有 |
| ネブライザー | 0 無 1 有 | 0 | 創傷処置(褥瘡を除く) | 0 無 1 有 | 0 | 服薬管理(注射を除く) | 0 無 1 有 |
| 認知症に関する専門的ケア | 0 無 1 有 | 0 | 排便 | 0 無 1 有 | 0 | 洗滌 | 0 無 1 有 |
| 一時的導尿 | 0 無 1 有 | 1 | その他 | 0 無 1 有 | 0 | | |

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | | |
|--------------|---------|---------|--------------|----------|
| 食費(1日あたり) | 1,200 円 | 2,000 円 | 家賃(1ヶ月あたり) | 12,000 円 |
| 光熱水費(1ヶ月あたり) | 1,000 円 | | 日用品費(1ヶ月あたり) | |

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

6. 従事者の状況

※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(c) | 会社 (a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(c) | 会社 (a)+(b)+(c) |
|-----------|-------------|--------------------|-------------------|---------|-------------|--------------------|-------------------|
| 管理職 | 0.5 | | 0.5 | 作業療法士 | | | 0.0 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | 0.5 | 相談支援専門員 | | | 0.0 |
| 医師 | | | | 訪問支援員 | | | 0.0 |
| 看護師 | 1.0 | 2.5 | 3.5 | 看護士 | | | 0.0 |
| 生活支援員 | 9.7 | 1.8 | 11.5 | 栄養士 | 1.0 | | 1.0 |
| 職業指導員 | | | 0.0 | 調理員 | 4.0 | | 4.0 |
| 労務支援員 | | | 0.0 | その他 | 1.7 | | 1.7 |
| 機能訓練指導員 | | | 0.0 | 合計 | 16.7 | 6.0 | 22.7 |
| 理学療法士 | | | 0.0 | | | | 0.0 |

同一業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

- 併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は被分して記入してください。
- 他の施設・事業の職員数を重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の被分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 痛痛 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|-----|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 痛痛 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 洗濯 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 |

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

(参考)利用者

(1:福祉型、3:共生型、4:基準該当を選択した場合)

| 報酬区分 | 延べ利用者数(年間) | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|-------|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|
| | 障害児 | | | | | 障害者 | | | | | |
| | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 計 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 計 |
| 通常 | 500 | 625 | 156 | 1,281 | | 509 | 637 | 159 | 64 | | 1,369 |
| 短期のみ 日中サービス を併せて 利用 | 111 | 489 | 122 | 722 | | 282 | 501 | 86 | 24 | | 893 |
| 要医療的 ケア | | | | 0 | | | | | | | 0 |
| 短期のみ 日中サービス を併せて 利用 | | | | 0 | | | | | | | 0 |
| 延べ利用者数合計 | 611 | 1,114 | 278 | 2,003 | 0 | 791 | 1,188 | 245 | 88 | | 2,262 |

「区分」欄で「1:福祉型」、「3:共生型」、「4:基準該当」を選択した際に記入してください。

この施設状況表に記載された決算区分についてののみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法

(例) Cさんが100日利用

Dさんが150日利用

→ 100+150=250 と計算。

「短期のみ」には、短期入所単独事業所の

延べ利用者数を記入してください。

「区分」欄で「2:医療型」を選択した際に記入してください。

この施設状況表に記載された決算区分についてののみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法

(例) Cさんが100日利用

Dさんが150日利用

→100+150=250 と計算。

※基準該当の場合には要医療的ケア欄の記入は不要です

※他のサービス区分(施設状況表)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

(2:医療型を選択した場合)

| 報酬区分 | 延べ利用者数(年間) | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|--|
| | 障害児 | | | | | 障害者 | | | | | |
| | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 | 計 | |
| 医療型短期入所サービス費(Ⅰ) | | | | | | | | | | | |
| 医療型短期入所サービス費(Ⅱ) | | | | | | | | | | | |
| 医療型短期入所サービス費(Ⅲ) | | | | | | | | | | | |
| (Ⅰ) 宿泊を伴わない | | | | | | | | | | | |
| (Ⅳ) 看護体制7:1 日中活動系サービスを併せて利用 | | | | | | | | | | | |
| (Ⅱ) 重症心身障害児・者等 宿泊を伴わない | | | | | | | | | | | |
| (Ⅶ) 日中活動系サービスを併せて利用 | | | | | | | | | | | |
| (Ⅲ) 宿泊を伴わない | | | | | | | | | | | |
| (Ⅵ) 遅延性意識障害児・者等 日中活動系サービスを併せて利用 | | | | | | | | | | | |
| 延べ利用者数合計 | | | | | | | | | | | |

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | | |
|--------------------|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 短期利用加算 | 0 無 1 有 | 1 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 重度障害児・障害者対応支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(I) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(III) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(IV) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(V) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(VI) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(VII) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 利用者負担上乗額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 緊急短期入所受入加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 特別重症支援加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算(V) | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 身体拘束廃止事業減算 | 0 無 1 有 | 0 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 共生型サービス

指 定 の 有 無
0 : 無 1 : 有

「1」有の場合



| | | |
|------------------------------|--|--|
| 母体となるサービスを選択してください | 1: 介護保険サービス 2: 障害福祉サービス | 2 |
| 指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可) | 短期入所生活介護 その他 | 0 無 1 有 |
| 加算の状況 | サービス管理責任者配置等加算 福祉専門職員配置等加算(I) 福祉専門職員配置等加算(II) 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 0 無 1 有 0 無 1 有 0 無 1 有 |

共生型サービスの有無を選択してください。

共生型サービスを行っている場合、選択してください。

5. 医療的ケアの実施状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| 血糖測定・インスリン注射 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 透析の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| レスピレーター(人工呼吸器)の管理 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 疼痛の管理(麻薬を用いるもの) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 褥瘡の処置 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| ネブライザー | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 認知症に関する専門的ケア | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 一時的導尿 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

6. 障害福祉サービス費以外の費用負担について

| | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|------------|
| 食費(1日あたり) | 1,200 円 | 2,000 円 | 2,000 円 | 25,000 円 |
| 光熱水費(1ヶ月あたり) | 2,100 円 | 2,000 円 | 2,000 円 | 家賃(1ヶ月あたり) |

7. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 (b) | 委託職員 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 (b) | 委託職員 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|-------------------|
| 管理者 | 0.5 | | | 0.5 | | | | 0.5 |
| サービス管理責任者 | | | | | | | | |
| 児童発達支援管理責任者 | | | | | | | | |
| 医師 | | | | | | | | |
| 看護師等 | | | | | | | | |
| 生活支援員 | 1.0 | 4.3 | | 5.3 | | | | 5.3 |
| 児童指導員 | | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 保育士 | | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 心理指導担当職員 | | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 職業指導員 | | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 合計 | 1.5 | 4.3 | | 5.8 | | | | 5.8 |

「7. 従事者の状況」記入にあたって

- 併設事業所(生活介護等)と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は区分して記入してください。
- 他の施設、事業の職員数と重複しないように記入してください。
- ※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、平均を記入してください。

- 【例】
- ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
- ・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に入数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-M

障害福祉サービス事業【児童発達支援】施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| | | | |
|-------|-------|-------|-----|
| 年度 | 2019 | 施設票番号 | 066 |
| 順次コード | 12345 | 拠点コード | 5 |

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」J11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の財務諸表等入力シートの作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------|---------|-----------------|---------|----------|--------------|---------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | |
| 会 計 期 | 2019 (西暦) | 2019 年 4 月 1 日 | ～ | 2020 年 3 月 31 日 | | | | |
| 施設名 | 児童発達支援センターかみや | | | | | | | |
| 施設の所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | |
| 施設の開設年月日 | 2000 年 1 月 1 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | | |
| 地域区分 | ① 1級地 | ② 2級地 | ③ 3級地 | ④ 4級地 | ⑤ 5級地 | ⑥ 6級地 | ⑦ その他 | |
| 土地所有の状況 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) | 1 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 建物所有の状況 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) | 1 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 建物の全面建替状況 | 1 0 無 1 有 | 全面建替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | |
|------|---|----------------------------------|--|
| 営業日数 | 260 / 365-366日 | ※全計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
| 営業時間 | 平日 09:00 ~ 16:00 土曜 09:00 ~ 16:00 日曜・祝日 09:00 ~ 16:00 | ※4時間未満の場合は「00:00-09:59」を記入してください | |

| | | | |
|----------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| サービスを提供する事業所種別 | 1: 児童発達支援センター 2: 児童発達支援センター以外 | 変更時期 | 2019 年 10 月 |
| 年度内における定員変更の有無 | 1 有 2 無 | 変更時期 | 2019 年 10 月 |
| 定員 | 当初(期首) 20 変更後(期末) 18 | ※累計期間内に数回の変更があった場合は、最近の変更内番を記入してください。 | |

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

| | | | |
|------------|-----------------------------------|---|---------------|
| 報酬区分 | 児童発達支援センター | 児童発達支援センター以外 | 計 |
| | 障害児 児童発達支援センター 児童発達支援センター以外 | 障害児 児童発達支援センター以外 未就学児 左記以外 重症心身障害児 重症心身障害児 | 計 (I) (II) |
| 延べ利用者数(年間) | 4,510 | | 4,510 |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

| | |
|--------------------|----|
| 年度末(決算月末)における利用者数 | 18 |
| 年度末(決算月末)における利用実人数 | 18 |

会計期間末(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 当年初日(この事例では4月1日)の1回の定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。
 複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

会計期間末(この事例では3月末)の利用契約者数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | |
|-------------------------|------------|---|--------------------|------------|---|---------------------|------------|---|
| 児童指導員等配属加算 | 0 無 1 有 | 1 | 人工内耳使用助聴器加算 | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(イ)(1) | 0 無 1 有 | 0 |
| 児童指導員等加算(イ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(イ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(イ)(2) | 0 無 1 有 | 0 |
| 児童指導員等加算(ロ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(ロ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(ロ)(2) | 0 無 1 有 | 0 |
| 児童指導員等加算(ハ)(2) | 0 無 1 有 | 1 | 児童指導員等加算(ハ)(2) | 0 無 1 有 | 1 | 児童指導員等加算(ハ)(2) | 0 無 1 有 | 1 |
| 児童指導員等加算(ニ)(2) | 0 無 1 有 | 1 | 児童指導員等加算(ニ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(ニ)(2) | 0 無 1 有 | 0 |
| 児童指導員等加算(ホ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(ホ)(2) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等加算(ホ)(2) | 0 無 1 有 | 0 |
| 看護職員加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 家庭連携加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 事業所内相談支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 訪問支援特別加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 訪問支援特別加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 食事提供加算(1) | 0 無 1 有 | 0 | 食事提供加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 利用者負担上乗率管理加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(1) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(II) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉専門職員配置等加算(III) | 0 無 1 有 | 0 | 求業士配置加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 求業士配置加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 欠席等対応加算 | 0 無 1 有 | 1 | 特別支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 強度行動障害児支援加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 医療連携体制加算(1) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(III) | 0 無 1 有 | 1 |
| 医療連携体制加算(IV) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(V) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(VI) | 0 無 1 有 | 1 |
| 送迎加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 |
| 延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(ロ) 2時間以上 | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(ロ) 2時間以上 | 0 無 1 有 | 0 |
| 延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(ロ) 2時間以上 | 0 無 1 有 | 0 | 関係機関連携加算(1) | 0 無 1 有 | 0 |
| 関係機関連携加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 保育・後援等移行支援加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(1) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(III) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(IV) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(IV) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(1) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(II) | 0 無 1 有 | 0 | 身体拘束後止未実施加算 | 0 無 1 有 | 0 | | | |

4. 共生型サービス

指 定 の 有 無
0 無
1 有

「1:有」の場合
⇨

| | |
|--------------------------------------|------------|
| 母体となるサービスを選択し、介護保険サービスとしてください | 2 |
| 指定を受けているサービスを 選択してください(複数選 択可) | 0 無 1 有 |
| 通所介護(地域密着型を 含む) | 0 無 1 有 |
| 療養通所介護 | 0 無 1 有 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 0 無 1 有 |
| サービス管理責任者配置等加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(1) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(II) | 0 無 1 有 |
| 状況 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 |

共生型サービスを行っている場合、選択し
てください。

共生型サービスの有無を選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | | |
|-----------|---------|-------------|----------|
| 食費（1日あたり） | 1,200 円 | 実費等（1ヶ月あたり） | 10,500 円 |
|-----------|---------|-------------|----------|

定められていない場合には、会計期間内のそれぞれが総額から算出して記入してください。

【例】

・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員(a) | 非常勤職員の常勤換算(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員(a) | 非常勤職員の常勤換算(b) | 委託職員等の常勤換算(c) | 合計(a)+(b)+(c) |
|-------------|---------|---------------|---------------|---------------|----------|---------|---------------|---------------|---------------|
| 管理 | 0.5 | | | 0.5 | 機能訓練担当職員 | | | | 0.0 |
| 児童発達支援管理責任者 | 1.0 | | | 1.0 | 言語聴覚士 | | | | 0.0 |
| 医師 | 0.3 | 0.5 | | 0.8 | 栄養士 | | | | 0.0 |
| 看護師等 | | | | 0.0 | 調理員 | | | | 0.0 |
| (児童)指導員 | 5.3 | 1.6 | | 6.9 | その他 | | | | 0.0 |
| 保育士 | 1.3 | 0.7 | | 2.0 | 計 | 8.4 | 2.8 | 0.0 | 11.2 |

「6. 従事者の状況」記入にあたって

- 併設事業所（生活介護等）と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は併設して記入してください。
- 他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の区分について」を参照ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 給食業務(労務委託) | | | | | | |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

S-0 障害福祉サービス事業【放課後等デイサービス】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| 年度 | 願書コード | 拠点コード | 施設票番号 |
|------|-------|-------|-------|
| 2019 | 12345 | 5 | 068 |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|---|---|------|--------------|---|------------------------------|----------|--------------|---|---|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | |
| 会 社 名 | 放課後デイサービスセンターかみや | | | | | | | | | | |
| 施設名 | 放課後デイサービスセンターかみや | | | | | | | | | | |
| 施設の開張年月日 | 2019 (西暦) | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | |
| 地域の区分 | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① | ① |
| 土地所有の状況 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 建物所有の状況 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 建物の全面建替状況 | 1 | 0 | 無 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 |

2. 利用状況

| 営業日 | 数 | | 294 / 365・366日 | | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) | |
|-------|-------|----|----------------|----|-------------------------------|----|
| | 平日 | 14 | 00 | 18 | 00 | 00 |
| 通常 | 平日 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| 営業時間 | 平日 | 09 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| | 土曜・祝日 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| 長期休暇時 | 平日 | 09 | 00 | 00 | 17 | 00 |
| | 土曜・祝日 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| 日曜・祝日 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 年度内における定員変更の有無 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 | 1 | 有 |
| 定員変更の期首(期首) | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| 定員変更の期末(期末) | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |

※他のサービス区分(施設状況票)の定員数と重複しないようご注意ください。

| 障 害 区 分 | 延べ利用者数(年間) | | 休業日 | 計 |
|------------------|------------|-----|-----|-------|
| | 授業終了後 | 授業中 | | |
| 区分1 (指標該当児50%以上) | 2,557 | 294 | 294 | 2,851 |
| 区分2 | 2,000 | 294 | 294 | 2,294 |
| 延べ利用者数合計 | 4,557 | 588 | 588 | 5,145 |

※他のサービス区分(施設状況票)の利用者数と重複登録しないようご注意ください。

この施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11.現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 「2」借地、および「3」一部借地を選択された場合は、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について
 「2」借地、および「3」一部借地を選択された場合は、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更後(期末)」欄についても記入してください。

当年度初日(この事例では4月1日)のみ定員変更があった場合は、「0」無を選択し、「定員」欄の「当初(期首)」に変更後の定員数を記入してください。「変更後(期末)」には何も記入しないでください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

関係機関連携加算の有無ではなく、事業所が連携先を把握しているが所数を記入してください。

障害児の「区分1」、「区分2」の「休業日」の延べ利用者数(年間)は、「長時間」の合計欄に表示されます。

会計期間末（この事例では3月末）の利用契約者数を記入してください。

| | |
|---------------------|----|
| 年度末（決算月末）における利用契約者数 | 16 |
| 年度末（決算月間）における利用要人数 | 14 |

会計期間末月（この事例では3月の1ヶ月分）の利用要人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当該年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------|---|-------------------------|------------|---|---------------------|------------|
| 児童指導員等配置加算 | 0 無 1 有 | 1 | 児童指導員等追加加算(イ)(ロ) | 0 無 1 有 | 1 | 児童指導員等追加加算(イ)(ロ) | 0 無 1 有 |
| 児童指導員等追加加算(イ)(ロ) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等追加加算(ロ)(ハ) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等追加加算(ロ)(ハ) | 0 無 1 有 |
| 児童指導員等追加加算(ロ)(ハ) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等追加加算(ニ) | 0 無 1 有 | 0 | 児童指導員等追加加算(ニ) | 0 無 1 有 |
| 児童指導員等追加加算(ニ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員追加加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 看護職員追加加算(ロ) | 0 無 1 有 |
| 看護職員追加加算(イ) | 0 無 1 有 | 1 | 家庭連携加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 家庭連携加算(ロ) | 0 無 1 有 |
| 家庭連携加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 訪問支援特別加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 訪問支援特別加算(ロ) | 0 無 1 有 |
| 訪問支援特別加算(イ) | 0 無 1 有 | 1 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 1 | 文庫時対応加算 | 0 無 1 有 | 0 | 特別支援加算 | 0 無 1 有 |
| 文庫時対応加算 | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 医療連携体制加算(Ⅴ) | 0 無 1 有 |
| 医療連携体制加算(Ⅳ) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 送迎加算(ロ) | 0 無 1 有 |
| 送迎加算(イ) | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(イ) 2時間以上 | 0 無 1 有 |
| 延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 1 | 延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 0 | 延長支援加算(ロ) 2時間以上 | 0 無 1 有 |
| 延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満 | 0 無 1 有 | 0 | 関係機関連携加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 保育・教育等移行支援加算 | 0 無 1 有 |
| 関係機関連携加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 | 0 | | | | 身体拘束後止未実施減算 | 0 無 1 有 |

4. 共生型サービス

| | |
|-------|------------|
| 指定の有無 | 0 無 1 有 |
|-------|------------|

「1 有」の場合

母体となるサービスを選択し、介護保険サービスとしてください。

共生型サービスの有無を選択してください。

共生型サービスを行っている場合、選択してください。

| | |
|------------------------------|------------|
| 指定を受けているサービスを選択してください(複数選択可) | 0 無 1 有 |
| 通所(地域密着型を含む) | 0 無 1 有 |
| 療養通所介護 | 0 無 1 有 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 0 無 1 有 |

| | |
|----------------|------------|
| サービス管理責任者配置等加算 | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 1 有 |
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 1 有 |
| 共生型サービス体制強化加算 | 0 無 1 有 |

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| 通 常 時 | 授業終了後のサービスを行う時 | 食費(1日あたり) | 850 円 | 実費等(1ヶ月あたり) | 150 円 |
|-------|----------------|-----------|-------|-------------|-------|
| 長期休暇時 | 休業日にサービスを行う場合 | 食費(1日あたり) | | 実費等(1ヶ月あたり) | |
| | 授業終了後のサービスを行う時 | 食費(1日あたり) | | 実費等(1ヶ月あたり) | |
| | 休業日にサービスを行う場合 | 食費(1日あたり) | 980 円 | 実費等(1ヶ月あたり) | 150 円 |

運営費等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

6. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主 な 職 種 の 内 訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 (b) | 委託職員等の常勤換算 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 主 な 職 種 の 内 訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 (b) | 委託職員等の常勤換算 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-----------------------|----------|-----------|----------------|----------------|-----------------|----------|-----------|----------------|----------------|
| 管 理 者 | 0.2 | | | 0.2 | 機 能 訓 練 担 当 職 員 | | | | 0.0 |
| 見 童 免 運 支 援 管 理 責 任 者 | 1.0 | | | 1.0 | 栄 養 士 | | | | 0.0 |
| 指 導 員 | 5.8 | 1.2 | | 7.0 | 調 理 員 | | | | 0.0 |
| 保 育 士 | 1.3 | 1.7 | | 3.0 | そ の 他 | | | | 0.0 |
| | | | | | 合 計 | 8.3 | 2.9 | 0.0 | 11.2 |

「6. 従事者の状況」記入にあたって

- 非役事業所（生活介護等）と業務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は区分して記入してください。
- 他の施設、事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP.45の「職員の区分について」をご参照ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 | 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 | 1 有 | 清掃 | 0 無 | 1 有 |
|------------|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 給食業務(労務委託) | 0 | 0 | 給食業務(全面委託) | 0 | 0 | 清掃 | 0 | 0 |
| 洗濯 | 0 | 0 | 宿直 | 0 | 0 | 送迎 | 0 | 0 |
| 労務委託業務 | 0 | 0 | 会計委託業務 | 0 | 0 | その他 | 0 | 0 |
| | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 |

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。
【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
・実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

給費業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないうえご注意ください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-P 障害福祉サービス事業【保育所等訪問支援】施設状況

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」1.1. 現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が載示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
|------|-------|-------|-------|
| 2019 | 12345 | 5 | 069 |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------|----------|----------------|------|--------------|---------------------------|------|--------------|--------------|------------------------------|---|----|-----------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | | |
| 会計期間 (西暦) | 2019 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ～ | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 保育所等訪問支援事業所かみや | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 地干 | 105-0001 | 東京都港区虎ノ門4-3-13 | 2018 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | |
| 地域の区分 | ① | ①級地 | ②2級地 | ③3級地 | ④4級地 | ⑤5級地 | ⑥6級地 | ⑦その他 | | | | | |
| 土地所有の状況 | 1 | 法人所有 | 2 | 借地 | 3 | 一部借地 | 4 | その他 (公有地を含む) | 0 | 無 | 1 | 有 | 指定管理者の指定有 |
| 建物の状況 | 1 | 法人所有 | 2 | 賃借 | 3 | 一部賃借 | 4 | その他 (公設を含む) | 0 | 無 | 1 | 有 | |
| 建物の全面代替状況 | 1 | 0 | 無 | 1 | 有 | 全面代替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | |
| 併設の状況 | 0 | 併設なし | 1 | 併設有り | | | | | | | | | |

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

2. 利用状況

※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む)

| | |
|------|----------------|
| 営業日数 | 186 / 365・366日 |
|------|----------------|

| | |
|---------|------|
| 提携先保育所等 | 12ヶ所 |
| 延べ訪問回数 | 216回 |

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0無」、「1有」を選択してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|------------------|---|---|---|---|
| 訪問支援員特別加算 | 0 | 無 | 1 | 有 | 家族連携加算(イ) | 0 | 無 | 1 | 有 | 家族連携加算(ロ) | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 特別地域加算 | 0 | 無 | 1 | 有 | 利用者負担上限額管理加算 | 0 | 無 | 1 | 有 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 0 | 無 | 1 | 有 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 0 | 無 | 1 | 有 | 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 福祉-介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 0 | 無 | 1 | 有 | 福祉-介護職員処遇改善特別加算 | 0 | 無 | 1 | 有 | 福祉-介護職員等特定処遇改善加算 | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 身体拘束禁止未実施減算 | 0 | 無 | 1 | 有 | | | | | | | | | | |

この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 会計期間内の延べ訪問回数を記入してください。

4. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|-----|----------------|-----|----------------|-----|-----------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|
| 主な職種の内訳 | 非常勤職員 (a) | 0.5 | 委託職員等の常勤換算 (c) | 0.5 | 合計 (a)+(b)+(c) | 1.0 | 非常勤職員等の常勤換算 (b) | 0.0 | 委託職員等の常勤換算 (c) | 0.0 | 合計 (a)+(b)+(c) | 0.0 |
| 管理責任者 | 0.5 | | | | | | | | | | | |
| 児童発達支援管理責任者 | 0.5 | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 2.6 | | 1.4 | | 4.0 | | 0.0 | | 0.0 | | 4.0 | |

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0無」、「1有」を選択してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|
| 給食業務(労務委託) | 0 | 無 | 1 | 有 | 給食業務(全面委託) | 0 | 無 | 1 | 有 | 清掃 | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 洗濯 | 0 | 無 | 1 | 有 | 宿直 | 0 | 無 | 1 | 有 | 送迎 | 0 | 無 | 1 | 有 |
| 労務委託業務 | 0 | 無 | 1 | 有 | 会計委託業務 | 0 | 無 | 1 | 有 | その他 | 0 | 無 | 1 | 有 |

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について
 「2借地」および「3一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2賃借」および「3一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の区分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

S-Q

障害福祉サービス事業（就労定着支援）施設状況票

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

※施設状況票は、「財務諸表等入カセット」の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、貴法人の「財務諸表等入カセット」の作成担当者にお問合せください。

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|---|-----------|--------------|---------|------------------------------|----------|--------------|---|---|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | |
| 施設名称 | 就労定着支援事業所かみや | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | |
| 施設開設年月日 | 2018 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | |
| 地域区分 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | | | | |
| 土地所有の状況 | 2 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 | | 0 無 1 有 | | 0 無 1 有 | | 指定管理者の指定 | 0 | 0 | |
| 建物の所有の状況 | 3 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 | | 0 無 1 有 | | 0 無 1 有 | | | | | |
| 建物の全面代替状況 | 1 | 0 無 1 有 | | 全面代替の竣工時期 | | (西暦) | | 2010 | 年 | 1 | 月 |

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入カセット」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

| | | | | | | |
|---------------------|------------------|-------------------|-----|--------------------------------|-------|-------------------|
| 営業日数 | 180 / 365 - 366日 | | | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなくなった日を含む) | | |
| 営業時間 | 平日 | 09 : 00 ~ 18 : 00 | 土曜日 | 09 : 00 ~ 16 : 00 | 日曜・休日 | 09 : 00 ~ 16 : 00 |
| 就労定着支援サービス費請求件数(年間) | 22 | | | | | |
| 就労定着率 | 5 | | | | | |

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、「00 : 00 ~ 00 : 00」としてください。

自治体等に提出している「就労定着支援に係る基本情報の区分区分に関する届出書」に記載している区分を「1」から「7」で記入してください。
 新規に開設した事業所の場合、実施主体である就労支援のある生活介護等の、事業所の指定を受ける前月末日から過去3年間の就労定着率を記入してください。

運営経費等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。
 【例】
 ・実費等 (1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

3. 加算の状況

| | | | | | | | |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 企業連携等調整特別加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 年度末(決算月末)における登録者数 | 8 | | | | | | |

※今年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | |
|--------------|-------|---|
| 実費等 (1ヶ月あたり) | 2,000 | 円 |
|--------------|-------|---|

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 土地所有の状況について
 「2. 借地」および「3. 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 建物所有の状況について
 「2. 賃借」および「3. 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 委任職員等の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) | 内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 委任職員等の 常勤換算(c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|----------|-------------|--------------------|-------------------|-------------------|----|-------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| 管理職 | 0.5 | | | 0.5 | 士 | | | | 0.0 |
| サード管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 | 法 | | 1.0 | | 1.0 |
| 看護師等 | | | | 0.0 | 業 | | | | 0.0 |
| 生活支援員 | | | | 0.0 | 療 | | | | 0.0 |
| 職業指導員 | | | | 0.0 | 養 | | | | 0.0 |
| 理学療法士 | | | | 0.0 | 支 | | | | 0.0 |
| | | | | 0.0 | 援 | | | | 0.0 |
| | | | | 0.0 | 員 | 1.0 | | | 1.0 |
| | | | | 0.0 | の | | | | 0.0 |
| | | | | 0.0 | 他 | | | | 0.0 |
| | | | | 0.0 | 計 | | | | 2.0 |

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は被分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の被分について」をご参照ください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|-----|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 |

社会保険(労務士等)への委託（年未調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-R 障害福祉サービス事業【自立生活援助】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」1.1. 現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が記載されない場合は、申込人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設票番号 |
|------|-------|-------|-------|
| 2019 | 12345 | 5 | 069 |

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------------------|--------|------|---------------------------|----------------|-----|-----|------------------------------|--------------|---|---|----|---|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | | |
| 会計期間 (西暦) | 2019 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ~ | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 自立生活援助事業所かみや | | | | | | | | | | | | |
| 施設の所在地 | 〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13 | | | | | | | | | | | | |
| 施設の開設年月日 (西暦) | 2018 | | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 地域区分 | ①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他 | | | | | | | | | | | | |
| 土地所有の状況 | 2 | 1 法人所有 | 2 借地 | 3 一部借地 | 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 建物所有の状況 | 3 | 1 法人所有 | 2 賃借 | 3 一部賃借 | 4 その他 (公設を含む) | 0 無 | 1 有 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 建物の全面代替状況 | 1 | 0 無 | 1 有 | 全面代替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

自治体等に提出している報酬算定に係る体制面に記載している内容を記入してください。

運営経費等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 段階別に種類の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。
 【例】
 ・重費等 (1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

2. 利用状況

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|----|---------|----|---|----|---|----|----------------------------------|--|--|--|
| 営業日数 | ※会計期間内の開所日数を記入(利用者がいなかった日を含む) 220 / 365:366日 | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | 平日 | 09 | : | 00 | ~ | 16 | : | 00 | ※24時間営業の場合は「00:00~24:00」としてください。 | | | |
| | 土曜日 | 09 | : | 00 | ~ | 16 | : | 00 | | | | |
| | 日曜・祝日 | 09 | : | 00 | ~ | 16 | : | 00 | | | | |
| 地域生活支援員1人当たり利用者数 | 1 30人以上 | | 2 30人未満 | | 2 | | | | | | | |

| | |
|----------------|-------------|
| 報酬区分 | 自立生活援助サービス費 |
| 退所等をしてから1年以内の者 | 請求件数(年間) 14 |
| 上記以外の者 | 6 |
| 計 | 20 |

| | |
|-------------------|---|
| 年度末(決算月末)における登録者数 | 7 |
|-------------------|---|

3. 加算の状況

※当年年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----|-----|---|----------------|-----|-----|---|----------------|-----|-----|---|
| 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) | 0 無 | 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) | 0 無 | 1 有 | 0 | 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) | 0 無 | 1 有 | 0 |
| 同行支援加算 | 0 無 | 1 有 | 0 | 利用者負担上乗額管理加算 | 0 無 | 1 有 | 0 | 特別地域加算 | 0 無 | 1 有 | 1 |

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

| | | |
|-------------|-------|---|
| 実費等(1ヶ月あたり) | 2,500 | 円 |
|-------------|-------|---|

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年年度の算定実績の有無を選択してください。

5. 従事者の状況 ※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 会社 (a)+(b)+(c) | 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員等の 常勤換算(b) | 会社 (a)+(b)+(c) |
|-----------|-------------|--------------------|-------------------|---------|-------------|--------------------|-------------------|
| 管理職 | 0.5 | | 0.5 | 従業者 | | | 0.5 |
| サービス管理責任者 | 0.5 | | 2.0 | その他 | | | 2.0 |
| 地域生活支援員 | 0.5 | | 0.5 | 計 | 1.5 | | 2.0 |

「5. 従事者の状況」記入にあたって

- 併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
- 他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
|------------|------------|------------|------------|-----|------------|------------|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 給食業務(全面委託) | 0 無 1 有 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 宿直 | 0 無 1 有 | 送迎 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | その他 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |

社会保険(労務士等)への委託（年未調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

S-S 障害福祉サービス事業【居宅訪問型児童発達支援】施設状況票

※施設状況票は、「財務諸表等入力シート」11. 現況報告書の「区分コード」に基づいて表示されています。
 該当の施設状況票が表示されない場合は、申込人の「財務諸表等入力シート」の作成担当者にお問合せください。

※今年度の提出様式は、「2019年度」です。

| 年度 | 顧客コード | 拠点コード | 施設番号 |
|------|-------|-------|------|
| 2019 | 12345 | 5 | 069 |

1. 施設の概要

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------|--------------|---------|---------|------------------------------|--------------|---------|---------|---------|---------|
| 作成担当者 | 福祉 花子 | | | 電話番号 | 03-3438-xxxx | | | F A X 番号 | 03-3438-△△△△ | | | | |
| 会計期間 | (西暦) 2019 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | ~ | 2020 | 年 | 3 | 月 | 31 | 日 |
| 施設名 | 居宅訪問型児童発達支援事業所かみや | | | | | | | | | | | | |
| 施設所在地 | 地 区 | 2019 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | ※当該施設に係る国の制度開始日以降の日付をご記入ください | | | | | |
| 施設の開設年月日 | (西暦) 2000 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 | | | | | | | |
| 地域 | ①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他 | | | | | | | | | | | | |
| 土地所有の状況 | 2 | 1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 建物所有の状況 | 3 | 1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 | 0 無 1 有 |
| 建物の全面代替状況 | 1 | 0 無 1 有 | 全面代替の竣工時期 (西暦) 2010 年 1 月 | | | | | | | | | | |
| 併設の状況 | 0 併設なし 1 併設有り | | | | | | | | | | | | |

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」の「サービス区分」にて作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

この施設状況票に記載された決算区分についてはのみ記入してください。
 会計期間内の延べ訪問回数を記入してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

※会計期間内の開館日数を記入(利用者がいなかった日を含む)

営業日数 186 / 365・366日

延べ訪問回数 99回

3. 加算の状況

※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | | |
|--------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---|
| 訪問支援員特別加算 | 0 無 1 有 | 通所施設移行支援加算 | 0 無 1 有 | 利用者負担上限額管理加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算 (I) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算 (II) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善加算 (III) | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算 (IV) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 (V) | 0 無 1 有 | 福祉・介護職員処遇改善特別加算 | 0 無 1 有 | 0 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算 | 0 無 1 有 | 特別地域加算 | 0 無 1 有 | 身体拘束取止事業加算 | 0 無 1 有 | 0 |

4. 従事者の状況

※会計期間内の10月1日時点の状況を記入してください。

| 主な職種の内訳 | 常勤職員 (a) | 非常勤職員 (b) | 委託職員等の常勤換算 (c) | 合計 (a)+(b)+(c) |
|-------------|----------|-----------|----------------|----------------|
| 管理者 | 0.5 | | | 0.5 |
| 児童発達支援管理責任者 | 0.5 | | | 0.5 |
| 訪問支援員 | | 0.5 | | 0.5 |
| （うち理学療法士） | | | | 0.0 |
| （うち作業療法士） | | | | 0.0 |
| （うち言語聴覚士） | | | | 0.0 |
| 他 | | | | 0.0 |
| 計 | 1.0 | 0.5 | 0.0 | 1.5 |

5. 委託の状況

※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

| | | | | | |
|------------|---------|---|--------|---------|---|
| 給食業務(労務委託) | 0 無 1 有 | 0 | 清掃 | 0 無 1 有 | 0 |
| 洗濯 | 0 無 1 有 | 0 | 宿直 | 0 無 1 有 | 0 |
| 労務委託業務 | 0 無 1 有 | 0 | 会計委託業務 | 0 無 1 有 | 0 |
| | | | その他 | 0 無 1 有 | 0 |

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

土地所有の状況について

「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

建物所有の状況について

「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有無無償にかかわらず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.45の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。