

顧客コード 09750
(入力例のPDFはこちら)

2021年度決算 事業報告書 I

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて
〒 2840041
法人本部の所在地 千葉県四街道市上野199
(TEL) 043-432-2851
(FAX) 043-432-0572
法人名 社会福祉法人 翠昂会 (印)
代表者氏名 川崎 鉄男 ※システムで報告される場合、押印は必要ありません。
2021年度事業等の状況を下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

1-1. 基本情報

内容照会先	担当部署・役職	総務課	電話番号	043-432-2851	FAX番号	043-432-0572
	担当者名	フリガナ カワサキテツヤ 漢字 川崎哲也				

1-2. 担保等の変動状況

変 動 状 況	法 人	建 物	土 地	第 三 者	保 証 人	変動内容	該当の有無 0無、1有	備考
						(1) 代表者・名称(法人名、施設名等)・住所(法人本部、施設)の変更	0	欄外の[注]をご参照ください。
(2) 組織の吸収・合併、または事業の譲渡等	0							
(3) 施設等の休・廃止等	0							
(1) 融資対象建物の変更(増築・取壊・滅失、所有権の移転・賃借権の設定等)	0							
(2) その他の建物の変更(取壊・滅失・所有権の移転・賃借権の設定等)	0							
敷地状況の変更(地上権の設定・賃借権・譲渡、借地を購入等)	0							
(1) 担保提供者の変更(相続・売買等)	0							
(2) 担保提供物件の変更(譲渡・地上権の設定・賃貸借等)	0							
保証人である理事の変動(交代・死亡等)	0							

1-3. 今後の施設整備について

(1) 今後5か年程度のうちに施設整備の予定はありますか	0:無 1:有	1	
(1)で「有」と回答された方にお伺いします。			
(2)-1 予定されているのはどの施設ですか。最も大きいものをお選びください。	その他福祉施設		
(2)-2 整備内容について、該当するものをお選びください。	その他(改修、購入、賃貸)		
(2)-3 建築工事の着手は、いつ頃を予定されていますか。該当する年度をお選びください。	2023年度		
(2)-4 総事業費はどれぐらいを考えていますか。	およそ	0	※未定の場合は0を入力ください 百万円

1-4. 地域医療構想への取り組み状況(病床を有する法人の方にお伺いします)

地域医療構想を踏まえた病床機能の転換等を図る予定(若しくは図った)はありますか	0	0:無 1:有
---	---	---------

自由記述欄
※決算状況における特殊要因がございましたらご記入下さい。(特に経常利益がマイナスの場合、その要因をご記入ください。)(記載例) 不測の事態、特別な事由により、著しく収益の増減が生じた / 新規事業に着手している / 不採算部門の閉鎖・縮小を行った 等

[注] 1. 報告対象となる会計期間末時点の状況をご記入ください。
2. 上記変動内容について、該当する場合は「1.有」を選択してください。
3. 注2. の変動内容は、別途手続きが必要となります。手続きに関しては担当部署より確認の連絡を入れさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

2021年度決算 事業報告書Ⅱ(法人(個人)状況票) (入力例のPDFはこちら)

2-1. 基本情報

法人番号 ※個人のお客さまは記入不要です。	9040005007160		法人番号は、法人の印鑑証明書や登記簿に記載のある13桁の番号です。 ※個人事業主のお客さまは記入不要です。				
法人番号が不明な場合は、国税庁の「法人番号公表サイト」でご確認ください→ https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/							
内容照会先	法人格・属性	1	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 特定非営利活動法人 4. 社団法人(一般・公益)、財団法人(一般・公益) 5. 営利法人(株式会社等) 6. その他の法人 7. 個人事業主				
	担当部署・役職	総務課	担当者名	フリガナ	カワサキテツヤ	電話番号	043-432-2851
				漢字	川崎哲也	FAX番号	043-432-0572

2-2. 法人(個人)従事者数、事業収益、元金償還額

施設・事業の区分	施設・事業所数	許可病床数 又は定員数	従事者数 (人)
病院			
一般診療所・歯科診療所			
介護保険施設・事業			
老人福祉施設・事業			
有料老人ホーム・サ高住			
認可保育所・認定こども園			
児童福祉施設			
障害福祉サービス事業	5.0	193.0	136.0
その他の施設・事業(本部機能含)			
計	5.0	193.0	136.0

長期借入金 元金償還額(円) 【通常償還分】
6,000,000

↑

会計期間内の法人全体の借入金返済総額のうち、長期借入金(当機構以外の金融機関からの借入金含む)で、通常償還分の元金返済額を記入してください。
※借換等一括繰り上げ償還に伴う元金返済額は対象外です。

2-3. 2021年度 採用者および退職者の状況

(単位:人)

職種および雇用形態	当年度採用者数		当年度退職者数(勤続年数別)				
	新卒採用	中途採用	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 10年未満	10年以上	定年退職
医師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員							
非正規職員							
介護職員	1.0	4.0	0.0	2.0	3.0	0.0	0.0
正規職員	1.0	2.0		2.0	2.0		
非正規職員		2.0			1.0		
看護職員	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員							
非正規職員		1.0					
保育職員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員							
非正規職員							
生活支援員	3.0	3.0	2.0	9.0	2.0	1.0	0.0
正規職員	3.0	2.0	1.0	6.0	2.0	1.0	
非正規職員		1.0	1.0	3.0			
その他の職員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
正規職員						1.0	
非正規職員							
計(採用者/退職者)	4.0	8.0	2.0	11.0	5.0	2.0	0.0
正規職員	4.0	4.0	1.0	8.0	4.0	2.0	0.0
非正規職員	0.0	4.0	1.0	3.0	1.0	0.0	0.0

備考欄

障害福祉サービス事業【施設入所支援】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-J②

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	002	001

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設のご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害者支援施設(施設入所支援)氷幸苑				事業所番号	1214400093									
施設の所在地	郵便番号	284-0041 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)													
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	1991	年	3	年	25	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
土地の所有状況	1	建物の所有状況	1												
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
公有地の有無		公設の建物の有無													
全面建替の竣工時期	西暦		年	月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。										
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢:[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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	～	西暦	2022	年	3	月	31	日

2. 利用状況

定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。			変更時期	西暦		年		月
------------	---	--	--	------	----	--	---	--	---

【定員と年間延べ利用者数】

	定員		延べ利用者数(年間)							計	(参考)利用率 113.2%
	当(期首)	変(更)後(期末)	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	その他		
施設入所支援	80	80	0	0	1,092	2,873	3,732	25,361		33,058	
うち重度障害者支援加算の対象者										0	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,560	円	光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000	円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	0	円	家賃(1ヶ月あたり)	0	円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

夜勤職員配置体制加算	1	重度障害者支援加算(Ⅰ)	1	重度障害者支援加算(Ⅱ)(体制を整えた場合)	1	重度障害者支援加算(Ⅲ)(夜間支援を行った場合)		夜間看護体制加算	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算		地域移行加算		入所時特別支援加算	1	入院・外泊時加算(Ⅰ)	1	入院・外泊時加算(Ⅱ)	1
入院時支援特別加算	1	体験宿泊支援加算		地域生活移行個別支援特別加算(Ⅰ)		地域生活移行個別支援特別加算(Ⅱ)		栄養マネジメント加算	1
経口移行加算		経口維持加算(Ⅰ)		経口維持加算(Ⅱ)		口腔衛生管理体制加算		口腔衛生管理加算	
栄養食加算	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		福祉・介護職員処遇改善特別加算		福祉・介護職員等特定処遇改善加算	1				

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	理学療法士				0.0
サービス管理責任者	2.0			2.0	作業療法士				0.0
医師(嘱託医は除く)			0.2	0.2	相談支援専門員				0.0
看護師等	4.0			4.0	訪問支援員				0.0
生活支援員	41.0	8.2		49.2	宿直				0.0
職業指導員				0.0	栄養士	1.0	0.4		1.4
就労支援員				0.0	調理員				0.0
機能訓練指導員				0.0	その他	3.0			3.0
合					計	52.0	8.6	0.2	60.8

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	1	清掃	1	洗濯	1	送迎		宿直		労務管理		会計・請求	1	その他(委託なし)	
------------	------------	---	----	---	----	---	----	--	----	--	------	--	-------	---	-----------	--

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

障害福祉サービス事業【生活介護】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-D

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	002	002

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに接分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害者支援施設(生活介護)永幸苑				事業所番号	121440093									
施設の所在地	郵便番号	284-0041 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)													
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	1991	年	3	月	25	日	指定管理者の指定		※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。					
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1													
公有地等の状況	※土地の一部に公有地を含む場合、建物の一部に公設の建物を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無														
全面建替の竣工時期	西暦		年		月		日	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。							
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日

2. 利用状況

開所日数	269	／	365-366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。		
定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。					
	変更時期	西暦		年		月

【定員と年間延べ利用者数】

報酬区分	定員		延べ利用者数(年間)						計					
	当初(期首)	変更後(期末)	生活介護サービス費						共生型生活介護サービス		基準該当生活介護サービス		計	
			区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	(I)	(II)	(I)	(II)		
生活介護	100	100	0	0	1,092	2,873	3,732	25,381					33,058	
(うち施設等入所者)			0	0	365	1,623	2,279	23,766					28,033	
													(参考)利用率	122.9%

【施設に特徴的な項目】

利用者1人1ヶ月平均工賃	0	円
年度末(決算月末)における登録者数(突人数)	123	人

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,500	円	突費等(1ヶ月あたり)	0	円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
------------------	-----------	-------	---	-------------	---	---	------------------------------------

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるものに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

サービス管理責任者配置等加算	人員配置体制加算(Ⅰ)	1	人員配置体制加算(Ⅱ)	1	人員配置体制加算(Ⅲ)	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	1	
福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)		常勤管理職員等配置加算(Ⅰ)	1	常勤管理職員等配置加算(Ⅱ)	常勤管理職員等配置加算(Ⅲ)		
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	初期加算		訪問支援特別加算1時間未満		訪問支援特別加算1時間以上	欠席時対応加算	1	
重度障害者支援加算(Ⅰ)	重度障害者支援加算(Ⅱ)(体制を強化した場合)		重度障害者支援加算(Ⅱ)(支援を行った場合)		リハビリテーション加算(Ⅰ)	1	リハビリテーション加算(Ⅱ)	1
利用者負担上限額管理加算	食事提供体制加算	1	延長支援加算1時間未満		延長支援加算1時間以上	送迎加算(Ⅰ)		1
送迎加算(Ⅱ)	障害福祉サービスの体稼利用支援加算(Ⅰ)		障害福祉サービスの体稼利用支援加算(Ⅱ)		障害福祉サービスの体稼利用支援加算(地域生活支援拠点等の場合)	就労移行支援体制加算		
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		
福祉・介護職員処遇改善特別加算	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)					

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	理学療法士				0.0
サービス管理責任者	1.0			1.0	作業療法士				0.0
医師(嘱託医は除く)			0.1	0.1	栄養士				0.0
看護師等	1.0			1.0	調理員				0.0
生活支援員	10.0	4.7		14.7	その他				0.0
					計	13.0	4.7	0.1	17.8

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するものに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	1	清掃	1	洗濯		送迎	1	宿直		労務管理		会計・請求	1	その他(委託)	
------------	------------	---	----	---	----	--	----	---	----	--	------	--	-------	---	---------	--

注「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

障害福祉サービス事業【短期入所施設(福祉型・医療型)】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-K

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	002	003

施設状況票入力にあたってのお願い

- ・施設のご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- ・各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- ・一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに区分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害福祉サービス事業(短期入所)永幸苑					事業所番号	1214400093								
施設の所在地	郵便番号	284-0041	※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)												
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	1991	年	3	月	25	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1	建物の所有状況	1											
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無		公設の建物の有無												
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢:[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]7級地 [8]その他)														
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
事業所種別	1 ※事業所の開設に係る類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]福祉型 [2]医療型)														
設置形態	2 ※事業所の開設に係る設置形態について、次の選択肢1~3からお選びください。(選択肢:[1]単独型 [2]併設型 [3]空床利用型)														

2. 利用状況

開所日数	365 / 365・366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。												
定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。													
	変更時期	西暦		年		月								

【定員と年間延べ利用者数】

	定員	員
	当初(期首)	変更後(期末)
障害児		
障害者	4	

サービスを提供する事業所の類型	1	※障害福祉サービスの請求に用いたサービス類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]福祉型 [2]医療型 [3]共生型 [4]基準該当)
-----------------	---	--

サービスを提供する事業所の類型にて【2】医療型以外を選択された方の延べ利用者数入力欄

(参考)利用率 4.9%

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	短期のみ				0										0
	日中サービスを併せて利用				0			1	2	31	38				72
要医療的ケア	短期のみ				0										0
	日中サービスを併せて利用				0										0
延べ利用者数合計		0	0	0	0	0	0	1	2	31	38				72

サービスを提供する事業所の類型にて[2]医療型を選択された方の延べ利用者数入力欄 (参考)利用率 0.0%

報酬区分	延べ利用者数(年間)										
	障害児			障害者						計	
	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		
医療型短期入所サービス費(Ⅰ)											0
医療型短期入所サービス費(Ⅱ)											0
医療型短期入所サービス費(Ⅲ)											0
医療型特定短期入所サービス費	(Ⅰ) 看護体制7:1	宿泊を伴わない									0
	(Ⅳ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
	(Ⅱ) 重症心身障害児・者等	宿泊を伴わない									0
	(Ⅴ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
	(Ⅲ) 遅延性意識障害者等	宿泊を伴わない									0
	(Ⅵ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
延べ利用者数合計			0	0	0	0	0	0	0	0	0

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,431円	光熱水費(1ヶ月あたり)	329円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	0円	家賃(1ヶ月あたり)	0円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

福祉専門職員配置等加算	地域生活支援拠点等の場合の加算	短期利用加算	1	常勤看護職員等配置加算	1	医療的ケア対応支援加算	
重度障害児・障害者対応支援加算	重度障害者支援加算	重度障害者支援加算(一定の条件を満たす場合)		単独型加算		単独型加算(一定の条件を満たす場合)	
医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)		医療連携体制加算(Ⅳ)		医療連携体制加算(Ⅴ)	
医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	医療連携体制加算(Ⅷ)		医療連携体制加算(Ⅷ)		栄養士配置加算(Ⅰ)	1
栄養士配置加算(Ⅱ)	利用者負担上限額管理加算	食事提供体制加算	1	緊急短期入所受入加算(Ⅰ)		緊急短期入所受入加算(Ⅱ)	
定期超過特例加算	特別重度支援加算(Ⅰ)	特別重度支援加算(Ⅱ)		特別重度支援加算(Ⅲ)		送迎加算	
日中活動支援加算	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	福祉・介護職員処遇改善特別加算	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	1				

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	就労支援員				0.0
サービス管理責任者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
児童発達支援管理責任者				0.0	理学療法士				0.0
医師(嘱託医は除く)				0.0	作業療法士				0.0
看護師等	1.0			1.0	相談支援専門員				0.0
生活支援員	2.0			2.0	訪問支援員				0.0
児童指導員				0.0	宿直				0.0
保育士				0.0	栄養士				0.0
心理指導担当職員				0.0	調理員				0.0
職業指導員				0.0	その他				0.0
合計						5.0	0.0	0.0	5.0

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	1	清掃		洗濯		送迎		宿直		労務管理		会計・請求	1	その他・委託なし
------------	------------	---	----	--	----	--	----	--	----	--	------	--	-------	---	----------

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

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 (入力例のPDFはこちら)

S-H

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	002	015

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	特定相談支援事業					事業所番号									
施設の所在地	郵便番号	284-0041 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)													
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	2021	年	4	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1		建物の所有状況	1										
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無			公設の建物の有無											
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
併設の状況	1	0	併設なし	1	併設有り										

2. 利用状況

開所日数	246	／	365-366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。
一般相談窓口の有無	※事業所内に福祉サービス全般にかかる相談窓口を設置している場合は「1」を入力してください。			

【施設に特徴的な項目】

計画相談支援	相談支援専門員1人1月当たり取扱件数	2	※相談支援専門員1人1月当たりの取扱件数について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]40件未満 [2]40件以上)			
	サービス利用支援費の基本報酬区分	5	※障害福祉サービスにおける基本部分について、算定しているものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) [2]機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) [3]機能強化型サービス利用支援費(Ⅲ) [4]機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ) [5]サービス利用支援費(Ⅰ) [6]サービス利用支援費(Ⅱ))			
	サービス利用支援費請求件数(年間)	101	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	158	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	131	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数		件	※地域定着支援サービス費「ロ 緊急時支援費」の請求件数を緊急時支援費(Ⅰ)、(Ⅱ)ごとに入力してください。		
	緊急時支援費(Ⅱ)延べ算定件数		件			

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

利用者負担上限額管理加算	集中支援加算	初回加算	1	退院・退所(月)加算	障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)
障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)	障害福祉サービスの体験利用支援加算(地域生活支援拠点等の場合)	体験宿泊加算(Ⅰ)		体験宿泊加算(Ⅱ)	特別地域加算
主任相談支援専門員配置加算	入院時情報連携加算(Ⅰ)	入院時情報連携加算(Ⅱ)		居宅介護支援事業所等連携加算-情報提供以外	居宅介護支援事業所等連携加算-情報提供
医療・保育・教育機関等連携加算	サービス担当者会議実施加算	サービス提供時モニタリング加算		行動障害支援体制加算	要介護度者支援体制加算
精神障害者支援体制加算	ピアサポート体制加算	日常生活支援情報提供加算		居宅支援連携体制加算	地域居住支援体制強化推進加算
地域生活支援拠点等相談強化加算	地域体制強化共同支援加算				

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	そ の 他				0.0
相 談 支 援 専 門 員	1.0			1.0	合 計	2.0	0.0	0.0	2.0

障害福祉サービス事業【生活介護】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-D

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	003	005

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状態をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに接分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害者支援施設(生活介護)「ソールレスト」				事業所番号	1214400085									
施設の所在地	郵便番号	284-0041 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)													
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	2001	年	5	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1		建物の所有状況	1										
公有地等の状況	※土地の一部に公有地を含む場合、建物の一部に公設の建物を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無			公設の建物の有無											
全面建替の竣工時期	西暦		年		月		日	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。							
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢:[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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日

2. 利用状況

開所日数	289 / 365-366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。
定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。	
	変更時期	西暦 年 月

【定員と年間延べ利用者数】

報酬区分	定員		延べ利用者数(年間)						計					
	当初(期首)	変更後(期末)	生活介護サービス費						共生型生活介護サービス		基準該当生活介護サービス			
			区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	(I)	(II)	(I)	(II)		
生活介護	50							2,086	16,104					18,190
(うち施設等入所者)														0
														(参考)利用率 135.2%

【施設に特徴的な項目】

利用者1人1ヶ月平均工賃	0	円
年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	50	人

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,560	円	災害等(1ヶ月あたり)	0	円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
------------------	-----------	-------	---	-------------	---	---	------------------------------------

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

サービス管理責任者配置等加算	人員配置体制加算(Ⅰ)	1	人員配置体制加算(Ⅱ)		人員配置体制加算(Ⅲ)		福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	1
福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)		常勤看護職員等配置加算(Ⅰ)	1	常勤看護職員等配置加算(Ⅱ)		常勤看護職員等配置加算(Ⅲ)	
聴覚・聴覚言語障害者支援体制加算	初期加算	1	訪問支援特別加算1時間未満		訪問支援特別加算1時間以上		欠席時対応加算	
重度障害者支援加算(Ⅰ)	重度障害者支援加算(Ⅱ)(体制を考えた場合)		重度障害者支援加算(Ⅱ)(支援を行った場合)		リハビリテーション加算(Ⅰ)		リハビリテーション加算(Ⅱ)	
利用者負担上限額管理加算	食事提供体制加算		延長支援加算1時間未満		延長支援加算1時間以上		送迎加算(Ⅰ)	
送迎加算(Ⅱ)	障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅰ)		障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅱ)		障害福祉サービスの体験利用支援加算(Ⅲ)(地域生活支援拠点等の場合)		就労移行支援体制加算	
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	
福祉・介護職員処遇改善特別加算	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)					

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員等の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	理学療法士				0.0
サービス管理責任者	1.0			1.0	作業療法士				0.0
医師(嘱託医は除く)			0.2	0.2	栄養士	1.0			1.0
看護師等	1.0			1.0	調理員				0.0
生活支援員	24.0	8.2		32.2	その他	2.0			2.0
合計	30.0	8.2	0.2	38.4					

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	1	清掃	1	洗濯	1	送迎	宿直	労務管理	会計・請求	1	その他委託なし
------------	------------	---	----	---	----	---	----	----	------	-------	---	---------

注「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

障害福祉サービス事業【短期入所施設(福祉型・医療型)】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-K

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	003	006

施設状況票入力にあたってのお願い
 ・施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
 ・各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
 ・一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害福祉サービス事業(短期入所)ピクシーフレスト					事業所番号	1214400085								
施設の所在地	郵便番号	284-0041		※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)											
	住所	千葉県四街道市上野199番地													
開設年月日	西暦	2001	年	5	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1		建物の所有状況	1										
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無			公設の建物の有無											
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢:[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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
事業所種別	1	※事業所の開設に係る類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]福祉型 [2]医療型)													
設置形態	2	※事業所の開設に係る設置形態について、次の選択肢1~3からお選びください。(選択肢:[1]単独型 [2]併設型 [3]空床利用型)													

2. 利用状況

開所日数	365	／	365・366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。												
定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。										変更時期	西暦		年		月

【定員と年間延べ利用者数】

	定員	
	当初(期首)	変更後(期末)
障害児		
障害者	6	

サービスを提供する事業所の類型	1	※障害福祉サービスの請求に用いたサービス類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]福祉型 [2]医療型 [3]共生型 [4]基準該当)													
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスを提供する事業所の類型にて【2】医療型以外を選択された方の延べ利用者数入力欄 (参考)利用率 55.0%

報酬区分	短期のみ 日中サービスを併せて利用	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	短期のみ				0									473	732	1,205
	日中サービスを併せて利用				0											0
要医療的ケア	短期のみ				0											0
	日中サービスを併せて利用				0											0
延べ利用者数合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	473	732	1,205

サービスを提供する事業所の類型にて「2」医療型を選択された方の延べ利用者数入力欄

(参考)利用率 0.0%

報酬区分		延べ利用者数(年間)									計
		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	
医療型短期入所サービス費(Ⅰ)											0
医療型短期入所サービス費(Ⅱ)											0
医療型短期入所サービス費(Ⅲ)											0
医療型特定短期入所サービス費	(Ⅰ) 看護体制7:1	宿泊を伴わない									0
	(Ⅳ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
	(Ⅱ) 重症心身障害児・者等	宿泊を伴わない									0
	(Ⅴ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
	(Ⅲ) 遷延性意識障害者等	宿泊を伴わない									0
	(Ⅵ)	日中活動系サービスを併せて利用									0
延べ利用者数合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,560円	光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	0円	家賃(1ヶ月あたり)	0円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

福祉専門職員配置等加算	地域生活支援拠点等の加算	短期利用加算	1	常勤看護職員等配置加算	1	医療的ケア対応支援加算
重度障害児・障害者対応支援加算	重度障害者支援加算	重度障害者支援加算(一定の条件を満たす場合)		単独型加算		単独型加算(一定の条件を満たす場合)
医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)		医療連携体制加算(Ⅳ)		医療連携体制加算(Ⅴ)
医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	医療連携体制加算(Ⅷ)		医療連携体制加算(Ⅷ)		栄養士配置加算(Ⅰ)
栄養士配置加算(Ⅱ)	利用者負担上限額管理加算	食事提供体制加算	1	緊急短期入所受入加算(Ⅰ)		緊急短期入所受入加算(Ⅱ)
定期超過特別加算	特別重度支援加算(Ⅰ)	特別重度支援加算(Ⅱ)		特別重度支援加算(Ⅲ)		送迎加算
日中活動支援加算	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	福祉・介護職員処遇改善特別加算	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	1			

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	就労支援員				0.0
サービス管理責任者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
児童発達支援管理責任者				0.0	理学療法士				0.0
医師(嘱託医は除く)				0.0	作業療法士				0.0
看護師等				0.0	相談支援専門員				0.0
生活支援員	2.0			2.0	訪問支援員				0.0
児童指導員				0.0	宿直				0.0
保育士				0.0	栄養士				0.0
心理指導担当職員				0.0	調理員				0.0
職業指導員				0.0	その他				0.0
					合計	4.0	0.0	0.0	4.0

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	1	清掃	1	洗濯	1	送迎		宿直		労務管理		会計・請求	1	その他・委託なし
------------	------------	---	----	---	----	---	----	--	----	--	------	--	-------	---	----------

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

障害福祉サービス事業【共同生活援助】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-1

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠晶会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	004	012

施設状況票入力にあたってのお願い

- ・施設の実況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- ・各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況を記載してください。
- ・一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに区分が必要場合は各事業で調整してください。また、同じ勤務が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人員費等で従事者数を区分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以下の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	グループホームビークシープレイス				事業所番号	1220100018									
施設の所在地	郵便番号	280-0841 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8488)													
	住所	千葉県千葉市中央区白旗2-18-7-2													
開設年月日	西暦	2006	年	12	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
土地の所有状況	[1] 建物の所有状況 [1]														
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
公有地の有無	公有地の有無 [] 公設の建物の有無 []														
全面建替の竣工時期	西暦	年 月							※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は最近の竣工時期を記入してください。						
地域区分	3 ※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)														
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
施設状況票の作成対象について	※次の選択肢からお選びください(選択肢: [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))。本体施設とサテライト施設の決算区分が同じ場合は「3 本体事業(サテライト含む)」を選択し、利用状況や従事者の状況についてはサテライトを含んだ人数を記入してください。														
住居箇所数	1		ヶ所	サテライト型住居箇所数	0		ヶ所								

2. 利用状況

定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、最近の変更内容を入力してください。										変更時期	西暦	年	月	
サービスを提供する事業所の類型	1 ※障害福祉サービスの請求に用いたサービス類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]介護サービス包括型 [2]日中サービス支援型 [3]外部サービス利用型)														
職員の配置体制	2 ※配置体制について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]3:1 [2]4:1 [3]5:1 [4]6:1 [5]10:1)														

【定員と年間延べ利用者数】

※年間延べ利用者数は、「サービスを提供する事業所の類型」で選択した類型と同じ類型の部分に入力してください。

定 員 (期首) (期末)	報 酬 区 分	延べ利用者数(年間)						計	(参考)利用率 0.3%
		区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6		
7	介護サービス包括型 (うち居宅介護利用)			1	3	3	7		
	日中サービス支援型 (うち当録生活以外)						0		
	(うち居宅介護利用)						0		
	外部サービス利用型						0		
	延べ利用者数合計						7		

【施設に特徴的な項目】

利用者のサービス利用開始前の状況	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他	計	※会計期間未時点に在籍していた利用者が共同生活援助を利用する前に生活していた場所について、入人数を入力してください。
		4				4	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,000 円	光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000 円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	3,000 円	家賃(1ヶ月あたり)	55,000 円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可)。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	看護職員配置加算
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	夜間支援等体制加算(Ⅱ)	1 夜間支援等体制加算(Ⅲ)	夜間支援等体制加算(Ⅳ)	夜間支援等体制加算(Ⅴ)
夜間支援等体制加算(Ⅵ)	夜間職員加配加算	重度障害者支援加算(Ⅰ)	重度障害者支援加算(Ⅱ)	医療的ケア対応支援加算
日中支援加算(Ⅰ)	日中支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算	入院時支援特別加算	帰宅時支援加算
長期入院時支援特別加算	長期帰宅時支援加算	地域生活移行個別支援特別加算	精神障害者地域移行特別加算	遠征行動障害者地域移行特別加算
強度行動障害者体験利用加算	医療連携体制加算(Ⅰ)	医療連携体制加算(Ⅱ)	医療連携体制加算(Ⅲ)	医療連携体制加算(Ⅳ)
医療連携体制加算(Ⅴ)	医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	1 通称者生活支援加算	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	福祉・介護職員処遇改善特別加算
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)			

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主 な 職 種 の 内 訳	常勤換算			主 な 職 種 の 内 訳	常勤換算		
	(a)	(b)	(c)		(a)	(b)	(c)
管 理 者	1.0			1.0	世 話 人	1.0	1.0
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	宿 直		0.0
生 活 支 援 員	1.0	0.8		1.8	そ の 他		0.0
合 計						3.0	1.8
							0.0
							4.8

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可)。

給食業務(全面委託)	給食業務(一部委託)	清掃	洗濯	送迎	宿直	労務管理	会計・請求	1	その他委託なし
------------	------------	----	----	----	----	------	-------	---	---------

注「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

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 (入力例のPDFはこちら)

S-H

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	005	008

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人員費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	長岡 英保	電話番号	043-420-5388	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-420-5389
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	特定相談支援事業ほほえみ					事業所番号									
施設の所在地	郵便番号	284-0044	※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)												
	住所	千葉県四街道市和良比635-4 四街道市南部総合福祉センターわろうへの里内													
開設年月日	西暦	2007	年	4	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	4	建物の所有状況	4											
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無	1	公設の建物の有無	1											
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
併設の状況	1	0	併設なし	1	併設有り										

2. 利用状況

開所日数	365	365-366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。
一般相談窓口の有無	1	※事業所内に福祉サービス全般にかかる相談窓口を設置している場合は「1」を入力してください。	

【施設に特徴的な項目】

計画相談支援	相談支援専門員1人1月当たり取扱件数	1	※相談支援専門員1人1月当たりの取扱件数について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]40件未満 [2]40件以上)			
	サービス利用支援費の基本報酬区分	3	※障害福祉サービスにおける基本部分について、算定しているものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) [2]機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) [3]機能強化型サービス利用支援費(Ⅲ) [4]機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ) [5]サービス利用支援費(Ⅰ) [6]サービス利用支援費(Ⅱ))			
	サービス利用支援費請求件数(年間)	138	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	71	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	154	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数		件	※地域定着支援サービス費「緊急時支援費」の請求件数を緊急時支援費(Ⅰ)、(Ⅱ)ごとに入力してください。		
	緊急時支援費(Ⅱ)延べ算定件数		件			

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

利用者負担上限額管理加算	集中支援加算	初回加算	1	退院・退所(月)加算	障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)
障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)	障害福祉サービスの体験利用支援加算(地域生活支援拠点等の場合)	体験宿泊加算(Ⅰ)		体験宿泊加算(Ⅱ)	特別地域加算
主任相談支援専門員配置加算	入院時情報連携加算(Ⅰ)	入院時情報連携加算(Ⅱ)		居宅介護支援事業所等連携加算・情報提供以外	居宅介護支援事業所等連携加算・情報提供
医療・保育・教育機関等連携加算	サービス担当者会議実施加算	サービス提供時モニタリング加算		行動障害支援体制加算	要医療者支援体制加算
精神障害者支援体制加算	ピアサポート体制加算	日常生活支援情報提供加算		居宅支援連携体制加算	地域居住支援体制強化推進加算
地域生活支援拠点等相談強化加算	地域体制強化共同支援加算				

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	その他				0.0
相談支援専門員	1.0			1.0	計	2.0	0.0	0.0	2.0

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 (入力例のPDFはこちら)

S-H

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	005	009

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状態をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに按分が必要な場合は各事業で調整してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費等で従事者数を按分してください。

作成担当者	長岡 英保	電話番号	043-420-5388	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-420-5389
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	障害児相談支援事業 ほほえみ					事業所番号									
施設の所在地	郵便番号	284-0044 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8486)													
	住所	千葉県四街道市和良比635-4 四街道市南部総合福祉センターわろうべの里内													
開設年月日	西暦	2007	年	4	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢:[1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	4						建物の所有状況	4						
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無	1						公設の建物の有無	1						
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢:[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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
併設の状況	1	0 併設なし 1 併設有り													

2. 利用状況

開所日数	365	/	365・366日	※会計期間内の開所日数(営業日数)を入力してください。利用者がいなかった日を含みます。
一般相談窓口の有無	1	※事業所内に福祉サービス全般にかかる相談窓口を設置している場合は「1」を入力してください。		

【施設に特徴的な項目】

計画相談支援	相談支援専門員1人1月当たり取扱件数	1	※相談支援専門員1人1月当たりの取扱件数について、次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]140件未満 [2]140件以上)			
	サービス利用支援費の基本報酬区分	3	※障害福祉サービスにおける基本部分について、算定しているものを次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) [2]機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) [3]機能強化型サービス利用支援費(Ⅲ) [4]機能強化型サービス利用支援費(Ⅳ) [5]サービス利用支援費(Ⅰ) [6]サービス利用支援費(Ⅱ))			
	サービス利用支援費請求件数(年間)	202	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	106	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	213	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数		件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)		人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数		件	※地域定着支援サービス費「ロ 緊急時支援費」の請求件数を緊急時支援費(Ⅰ)、(Ⅱ)ごとに入力してください。		
	緊急時支援費(Ⅱ)延べ算定件数		件			

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

利用者負担上限額管理加算	集中支援加算	1	初回加算	退院・退所(月)加算	障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)
障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)	障害福祉サービスの体験利用支援加算(地域生活支援拠点等の場合)		体験宿泊加算(Ⅰ)	体験宿泊加算(Ⅱ)	特別地域加算
主任相談支援専門員配置加算	入院時情報連携加算(Ⅰ)		入院時情報連携加算(Ⅱ)	居宅介護支援事業所等連携加算・情報提供以外	居宅介護支援事業所等連携加算・情報提供
医療・保育・教育機関等連携加算	サービス担当者会議実施加算		サービス提供時モニタリング加算	行動障害支援体制加算	要医療児者支援体制加算
精神障害者支援体制加算	ピアサポート体制加算		日常生活支援情報提供加算	居宅支援連携体制加算	地域居住支援体制強化推進加算
地域生活支援拠点等相談強化加算	地域体制強化共同支援加算				

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	その他				0.0
相談支援専門員	1.0			1.0	計	2.0	0.0	0.0	2.0

障害福祉サービス事業【共同生活援助】施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-1

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設番号
		2021	09750	006	013

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状態をご確認の上、入力欄(太枠内)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに区分が必要場合は各事業で調整してください。また、同じ施設が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人員費等で従事者を区分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	グループホームシーサイドプレイス				事業所番号	1223600113									
施設の所在地	郵便番号	294-0228 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8488)													
	住所	千葉県館山市大石1916番地													
開設年月日	西暦	2014	年	5	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
土地の所有状況	1	建物の所有状況	1												
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
公有地の有無		公設の建物の有無													
全面建替の竣工時期	西暦		年		月		日	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期をご記入ください。							
地域区分	8	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
施設状況票の作成対象について	1	※次の選択肢からお選びください(選択肢: [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)、本体施設とサテライト施設の決算区分が同じ場合は「3 本体事業(サテライト含む)」を選択し、利用状況や従事者の状況についてはサテライトを含んだ人数をご記入ください。													
	住居箇所数	1	ヶ所	サテライト型住居箇所数	0	ヶ所									

2. 利用状況

定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に種数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。				変更時期	西暦		年		月
サービスを提供する事業所の類型	1	※障害福祉サービスの請求に用いたサービス類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]介護サービス包括型 [2]日中サービス支援型 [3]外部サービス利用型)								
職員の配置体制	2	※配置体制について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]:1 [2]:4 [3]:1 [4]:8 [5]:10 [6]:1)								

【定員と年間延べ利用者数】

※年間延べ利用者数は、「サービスを提供する事業所の類型」で選択した類型と同じ類型の部分に入力してください。

定員 当(期首)初 7	変更後 (期末)	報酬区分	延べ利用者数(年間)						計	(参考)利用率 99.0%	
			区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6			
		介護サービス包括型 (うち居宅介護利用)						1,095	1,435	2,530	
		日中サービス支援型 (うち居宅介護利用)								0	
		外部サービス利用型								0	
		延べ利用者数合計								2,530	

【施設に特徴的な項目】

利用者のサービス利用開始前の状況	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他	計	※会計期間未時点に在籍していた利用者で共同生活援助を利用する前に生活していた場所について、裏人数を入力してください。
			7			7	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,000	円	光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000	円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	3,000	円	家賃(1ヶ月あたり)	30,000	円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)		福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)		福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)		介護職員配置等加算	
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	1	夜間支援等体制加算(Ⅱ)	1	夜間支援等体制加算(Ⅲ)		夜間支援等体制加算(Ⅳ)	
夜間支援等体制加算(Ⅳ)		夜間職員加配加算		重度障害者支援加算(Ⅰ)		重度障害者支援加算(Ⅱ)	
日中支援加算(Ⅰ)	1	日中支援加算(Ⅱ)	1	自立生活支援加算		入所時支援特別加算	
長期入院時支援特別加算		長期在宅時支援加算		地域生活移行個別支援特別加算		精神障害者地域移行特別加算	
強度行動障害者体統利用加算		医療連携体制加算(Ⅰ)		医療連携体制加算(Ⅱ)		医療連携体制加算(Ⅲ)	
医療連携体制加算(Ⅳ)		医療連携体制加算(Ⅴ)	1	医療連携体制加算(Ⅵ)		通勤者生活支援加算	
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	1			福祉・介護職員処遇改善特別加算	1

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主な職種の内訳	常勤職員			派遣職員等の常勤換算			主な職種の内訳	常勤職員			派遣職員等の常勤換算		
	(a)	(b)	(c)	(a)-(b)-(c)	(d)	(e)		(f)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)
管理者	1.0				1.0		世話人	2.0					
サービス管理責任者	1.0				1.0		直	1.0					
生活支援員	2.0				2.0		その他						
合							計	7.0	0.0	0.0			7.0

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)		給食業務(一部委託)		清掃	1	洗濯		送迎		宿直		労務管理		会計・請求	1	その他・委託なし
------------	--	------------	--	----	---	----	--	----	--	----	--	------	--	-------	---	----------

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。

障害福祉サービス事業【共同生活援助】 施設状況票

(入力例のPDFはこちら)

S-1

法人名 (個人事業主の場合は氏名)	社会福祉法人 翠昂会	年度	顧客コード	拠点コード	施設票番号
		2021	09750	007	014

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状態をご確認の上、入力欄(太字)を入力してください。また、入力されている内容が誤っている場合は修正してください。
- 各項目の記入にあたり、指定がない場合は、会計期間末日の状況をご記入ください。
- 一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに区分が必要の場合は各事業で調整してください。また、同じ建物が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人員費等で従事者数を区分してください。

作成担当者	川崎 哲也	電話番号	043-432-2851	※14桁以内の半角数字とハイフンで入力してください。	FAX番号 (任意)	043-432-0572
-------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

1. 施設の概要

施設名	グループホームきらら				事業所番号	1224400018									
施設の所在地	郵便番号	284-0041 ※3桁の半角数字とハイフンと4桁の半角数字の郵便番号を入力してください。(例:105-8488)													
	住所	千葉県四街道市上野195番地1													
開設年月日	西暦	2015	年	4	月	1	日	指定管理者の指定	※行政から指定管理者として指定を受けて施設を運営している場合は「1」を入力してください。						
土地・建物の所有状況	※次の選択肢1~4からお選びください。(選択肢: [1]法人所有 [2]全て賃借(借地) [3]一部賃借(借地) [4]その他)														
	土地の所有状況	1	建物の所有状況	1											
公有地等の状況	※土地(建物)の一部に公有地(公設の建物)を含む場合は「1」を入力してください。														
	公有地の有無		公設の建物の有無												
全面建替の竣工時期	西暦		年		月	※開設から全面建替を行っていない場合は空欄にしてください。また、複数回行われている場合は直近の竣工時期を記入してください。									
地域区分	5	※障害福祉サービスにおける地域区分について、次の選択肢1~8からお選びください。(選択肢: [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]7級地 [8]その他)													
会計期間	西暦	2021	年	4	月	1	日	~	西暦	2022	年	3	月	31	日
施設状況票の作成対象について	※次の選択肢からお選びください(選択肢: [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)、本体施設とサテライト施設の決算区分が同じ場合は「3 本体事業(サテライト含む)」を選択し、利用状況や従事者の状況についてはサテライトを含んだ人数を記入してください。														
	住居箇所数		1	ヶ所	サテライト型住居箇所数		0	ヶ所							

2. 利用状況

定員の変更(年度内)	※年度内に定員を変更した場合は「1」を入力し、右欄に変更した時期を入力してください。年度内に複数回の変更した場合は、直近の変更内容を入力してください。				変更時期	西暦		年		月		
サービスを提供する事業所の類型	1	※障害福祉サービスの請求に用いたサービス類型について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]介護サービス包括型 [2]日中サービス支援型 [3]外部サービス利用型)										
職員の配置体制	2	※配置体制について、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]3:1 [2]4:1 [3]5:1 [4]6:1 [5]10:1)										

【定員と年間延べ利用者数】

※年間延べ利用者数は、「サービスを提供する事業所の類型」で選択した類型と同じ種類の部分に入力してください。

定 員	延べ利用者数(年間)								(参考)利用率
	報 告 区 分	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	計	
5	介護サービス包括型 (うち居宅介護利用)				1	1	3	5	0.3%
	日中サービス支援型 (うち当該生活住居以外)							0	
	(うち居宅介護利用)							0	
	外部サービス利用型							0	
	延べ利用者数合計							5	

【施設に特徴的な項目】

利用者のサービス利用開始前の状況	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他	計	※会計期間末時点で在籍していた利用者が共同生活援助を利用する前に生活していた場所について、実人数を入力してください。
	2	3				5	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担	食費(1日あたり)	1,560	円	光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000	円	※運営規程等で定められていない場合は平均的な金額を入力してください。
	日用品費(1ヶ月あたり)	3,000	円	家賃(1ヶ月あたり)	40,000	円	

3. 加算等の状況

加算の算定状況について伺います。会計期間内に算定した実績があるもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)		福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)		視覚・聴覚言語障害者支援体制加算		習熟職員配置加算	
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	1	夜間支援等体制加算(Ⅱ)		夜間支援等体制加算(Ⅲ)		夜間支援等体制加算(Ⅳ)		夜間支援等体制加算(Ⅴ)	
夜間支援等体制加算(Ⅵ)		夜間職員加算		重度障害者支援加算(Ⅰ)		重度障害者支援加算(Ⅱ)		医療的ケア対応支援加算	
日中支援加算(Ⅰ)		日中支援加算(Ⅱ)		自立生活支援加算		入院時支援特別加算		帰宅時支援加算	
長期入院時支援特別加算		長期帰宅時支援加算		地域生活移行個別支援特別加算		精神障害者地域移行特別加算		強度行動障害者地域移行特別加算	
強度行動障害者体験利用加算		医療連携体制加算(Ⅰ)		医療連携体制加算(Ⅱ)		医療連携体制加算(Ⅲ)		医療連携体制加算(Ⅳ)	
医療連携体制加算(Ⅴ)	1	医療連携体制加算(Ⅵ)		医療連携体制加算(Ⅶ)	1	運動者生活支援加算		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		福祉・介護職員処遇改善特別加算	
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)							

4. 従事者の状況

従事者の状況について伺います。会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください(小数点第一位まで)。派遣職員等の常勤換算には業務委託による従事者を含みます。

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(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)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	世 話 人	1.0			1.0
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	宿 直				0.0
生 活 支 援 員	3.0			3.0	そ の 他				0.0
					合 計	6.0	0.0	0.0	6.0

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するもの全てに「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

給食業務(全面委託)		給食業務(一部委託)	1	清掃		洗濯		送迎		宿直		労務管理		会計・請求	1	その他(委託なし)	
------------	--	------------	---	----	--	----	--	----	--	----	--	------	--	-------	---	-----------	--

注)「労務管理」は、給与計算、勤怠管理、就業規則の作成等の業務を委託している場合、「会計・請求」は決算業務、介護給付費の請求等の業務を委託している場合が該当します。