

顧客コード 09750

2024年度決算 事業報告書

(入力例のPDFはこちら)

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて
〒 284-0041
法人本部の所在地 千葉県四街道市上野199
法人名 社会福祉法人 翠昂会
代表者氏名 川崎 鉄男

2024年度事業等の状況を下記の通り報告し、必要書類一式を別添の通り提出します。

1. お客さまの状況

法人番号	9040005007160	国税庁の「法人番号公表サイト」: https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/	
※法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。法人番号が不明な場合は、国税庁の「法人番号公表サイト」をご確認ください。個人事業主の方は入力不要です。			
報告対象となる会計期間中に生じた内容についてご確認ください。また、下記の変動内容に該当する事象が生じた場合は、お手続きをお願いします。			
変 動 状 況	法 人	(1) 代表者・名称(法人名、施設名等)・住所(法人本部、施設)の変更	こちらからお手続きください
		(2) 組織の吸収・合併、または事業の譲渡等	コールセンターへお電話ください (0570-550-210 平日9:00~17:00)
		(3) 融資対象施設の休止・廃止等	
	担 保 物 件	(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)	こちらからお手続きください
		(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)	
		土地 敷地状況の変更(地上権の設定・賃借権・譲渡、借地を購入等)	
		(1) 担保提供者の変更(相続・売買等)	
第三者	(2) 担保提供物件の変更(譲渡・地上権の設定・賃貸借等)		
保証人	保証人である理事の変動(交代・死亡等)		

2. 事業別の状況

施設・事業の区分ごとに施設数等を入力してください。

施設・事業の区分	施設数・事業所数	許可病床数・定員数	従事者数
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	4.0	141.0	131.0
その他の施設・事業(本部機能含)			
計	4.0	141.0	131.0

【施設数・事業所数】
・実施していない事業については、空欄としてください。実施していない事業に前年度のデータが反映されている場合は削除してください。

【許可病床数・定員数】
・無床診療所や訪問系事業等定員が定められていない事業については、0を入力してください。

【従事者数】
・会計期間内の10月1日時点に在籍した、法人全体の従事者数(常勤職員+常勤換算後の非常勤職員)を入力してください。
・小数点第二位を四捨五入してください。

【事業収益・医療収益】
・合計が決算書の事業収益・医療収益と一致していることをご確認ください。

3. 採用者および退職者の状況

会計期間内の採用・退職者数を常勤換算して入力してください(該当する方がいない場合、「採用・退職者はいない」に「1」を入力)。

採用・退職者はいない

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	6.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0
正規職員	1.0	6.0			1.0	1.0	
非正規職員							
看護職員	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
正規職員		2.0					
非正規職員							
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	0.0	4.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0
正規職員		3.0			2.0	1.0	
非正規職員		1.0					
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)	1.0	12.0	0.0	0.0	3.0	3.0	0.0
正規職員	1.0	11.0	0.0	0.0	3.0	3.0	0.0
非正規職員	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

4. 決算状況等について

決算状況における特殊要因がございましたらご記入ください(特に経常利益がマイナスの場合は、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

--	--	--	--	--	--	--	--

5. 今後の施設整備について

(1)今後施設整備の予定がある場合、工事(整備)開始年度を教えてください	2025年度	(2)予定されている施設と整備内容をお選びください	施設	障害者支援施設	整備内容	改修
--------------------------------------	--------	---------------------------	----	---------	------	----

6. 内容照会先

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

[illegible]

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,350	円	光熱水費(1か月あたり)	14,220	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か月あたり)	0	円	家賃(1か月あたり)	0	円	
施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。						

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(ブルダウによる入力も可能)。

加算の算定なし		※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。						
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)	1	重度障害者支援加算(Ⅲ)	夜間看護体制加算	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅰ)		視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)	1	高次脳機能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	地域移行促進加算(Ⅰ)	地域移行促進加算(Ⅱ)	
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	1	口腔衛生管理加算		療養食加算	地域移行支援体制加算	
通院支援加算	1	集中的支援加算(Ⅰ)		集中的支援加算(Ⅱ)		障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1
新興感染症等施設療養加算		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)								
業務継続計画未策定減算								

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	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			0.2	0.2
医 (嘱 託 医 は 除 く)			0.1	0.1	相 談 支 援 専 門 員				0.0
看 護 師 等	4.0	0.5		4.5	訪 問 支 援 員				0.0
生 活 支 援 員	39.6	6.4		46.0	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	50.6	7.3	0.3	58.2

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「[2] 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所(S-K)の従事者数と重複しないようご注意ください。

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(ブルダウによる入力も可能)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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
2024	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入力してください。
- 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、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	電話番号	FAX番号 (任意)
	川崎 哲也	043-432-2851	043-432-0572

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報検索」にてご確認ください。

「障害福祉サービス等情報検索」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sf/kyogout/>

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	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	※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入力してください。									
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。														

2. 利用状況

開所日数	270	／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)	1	※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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。													
		変更時期	西暦	2024	年	7	月								

【定員と年間延べ利用者数】

		定員		延べ利用者数(年間利用日数)										計	
				生活介護サービス						共生型生活介護サービス		基準該当生活介護サービス			
		当初 (期首)	変更後 (期末)	報酬区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅰ)		
生活介護	100	90													
		3時間未満													
		3時間以上4時間未満													
		4時間以上5時間未満													
		5時間以上6時間未満													
		6時間以上7時間未満			79	713	776	661							2,229
		7時間以上8時間未満			76	601	1,479	16,160							18,316
		8時間以上9時間未満													0
		合計	0	0	155	1,314	2,255	16,821	0	0					20,545
	(うち施設等入所者)														0
											(参考)利用率		82.3%		

【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)	99	人
多機能型事業所の指定	1	※多機能型事業所の指定について、次の選択肢からお選びください。 (選択肢:[1]指定なし(単独型) [2]指定あり(定員をサービスごとに分けられる) [3]指定あり(定員をサービスごとに分けられない))			

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,350	円	食費を除く実費 (1か月あたり)	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。
施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。						

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
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)		人員配置体制加算(Ⅳ)	
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)		1	常勤看護職員等配置加算		1	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅰ)
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)	1	高次脳機能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)		重度障害者支援加算(Ⅲ)		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)	利用者負担上限額管理加算		食事提供体制加算		緊急時受入加算		延長支援加算			
送迎加算(Ⅰ)	1	送迎加算(Ⅱ)		1	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(地域生活支援拠点等の場合)	
就労移行支援体制加算	入浴支援加算		1	喀痰吸引等実施加算		栄養スクリーニング加算		栄養改善加算		
集中的支援加算	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)										
業務継続計画未策定減算										

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	作 業 療 法 士			0.2	0.2
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	2.0			2.0	言 語 聴 覚 士				0.0
医 (嘱 託 医 は 除 く)			0.1	0.1	栄 養 士	1.0	0.4		1.4
看 護 師 等	4.0	0.5		4.5	調 理 員				0.0
生 活 支 援 員	41.6	10.1		51.7	そ の 他	3.0			3.0
理 学 療 法 士				0.0	合 計	52.6	11.0	0.3	63.9

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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
		2024	09750	002	003

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設状況を正確に把握の上、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入力してください。
- 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となる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は、勤務時間や人員費で従事者を区分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ	電話番号	※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)
	川崎 哲也	043-432-2851		043-432-0572

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いるIDの番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表システム」にて確認ください。

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
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)
施設の所在地	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入力してください。
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 2024 年 4 月 1 日 ~ 西暦 2025 年 3 月 31 日
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)
設置形態	2 ※事業所の開設に係る設置形態について、次の選択肢からお選びください。
併設の状況	1 ※「設置形態」にて「併設型」「3 変床利用型」を選択した場合は、本施設を次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]施設入所支援(障害者支援施設) [2]共同生活援助(グループホーム) [3]病院 [4]診療所 [5]介護老人保健施設 [6]介護医療院 [7]その他)
併設の状況	短期入所の報告方法 2 ※「施設入所支援」「3 変床利用型」を選択した場合は、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]本施設施設の施設状況票(S-K)にまとめて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)
併設の状況	本施設施設の施設状況票番号 ※「短期入所の報告方法」で「1」を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力されている本施設施設の施設状況票の右上に記載されています。
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。

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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。

【定員と年間延べ利用者数】

※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

	定員	
	当初 (開所)	変更後 (期末)
障害児	0	0
障害者	4	4

「サービスを提供する事業所の類型」にて「1 福祉型」「3 共生型」「4 基準該当」を選択された方の延べ利用者数入力欄

(参考)利用率 58.2%

報酬区分		延べ利用者数(年間利用日数)											
		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						502	348	850
	日中活動系サービスを併せて利用				0								0
要医療的ケア	短期のみ				0								0
	日中活動系サービスを併せて利用				0								0
	日中のみ				0								0
延べ利用者数合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	502	348	850

「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(年間利用日数)										
			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)	遠征性意識障害者等	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	0

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担(利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,465 円	光熱水費(1か月あたり)	15,642 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か月あたり)	0 円	家賃(1か月あたり)	0 円	

施設の取り組み(自由記述) ※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
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(Ⅰ)		重度障害者支援加算(Ⅱ)		単独型加算		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)	医療連携体制加算(Ⅷ)		医療連携体制加算(Ⅸ)		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)		定員超過特例加算			
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			
医療型短期入所受入前支援加算(Ⅰ)	医療型短期入所受入前支援加算(Ⅱ)		集中的支援加算(Ⅰ)		集中的支援加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1	
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)					

業務継続計画未策定減算	
-------------	--

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	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 (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	3.0			3.0	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						6.0	0.0	0.0	6.0

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「2 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、本体施設の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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
		2024	09750	002	015

施設状況票入力にあたってのお願い

- 施設の状況を正確に、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入力してください。
- 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、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	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195番地1							
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入力してください。			
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦 2025 年 3 月 31 日
併設の状況	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: [0]併設なし [1]併設有り)							
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。								

2. 利用状況

開所日数	245 / 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)	238	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	238	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	238	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数	0	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	0	件			

【その他】

施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	1	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
利用者負担上限額管理加算		集中支援加算		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			
地域生活支援拠点等機能強化加算		主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)		主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)		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(Ⅰ)		行動障害支援体制加算(Ⅱ)		要介護児者支援体制加算(Ⅰ)		要介護児者支援体制加算(Ⅱ)		精神障害者支援体制加算(Ⅰ)			
精神障害者支援体制加算(Ⅱ)		高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)		高次脳機能障害支援体制加算(Ⅱ)		ピアサポート体制加算		日常生活支援情報提供加算			
居住支援連携体制加算		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	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

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
2024	09750	003	004

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入力してください。
 - ・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、勤務時間や人件費を従事者を按分してください。
- ・入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ		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
	氏名	川崎 哲也					

1. 施設の概要

施設名	障害者支援施設(施設入所支援)シフォレスト										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	年	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入力してください。										
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日	
短期入所(福祉型)の実施状況	1	※次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]福祉型短期入所を併設している(空床利用型を含む) [2]福祉型短期入所を併設していない)														
	短期入所の報告方法			2		※次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]施設入所支援の施設状況票(S-J②)にまとめて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)										
	併設する短期入所の施設票番号			※「短期入所の報告方法」で[1]を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力されている併設する短期入所の施設状況票(S-K)の右上に記載されています。												
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。															

2. 利用状況

定員の変更(施設入所支援)	※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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。	変更時期	西暦	年	月
定員の変更(短期入所)			西暦	年	月

【定員と年間延べ利用者数】

＜施設入所支援＞

	定員		延べ利用者数(年間利用日数)							
	当初 (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	計
施設入所支援	50	50					1,691	16,084		17,775
うち重度障害者支援 加算の対象者							0	0		0

(参考)利用率

97.4%

※短期入所を含む利用率

＜短期入所(福祉型)＞

※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

	定員	
	当初 (期首)	変更後 (期末)
障 害 児	0	0

[illegible]

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,350	円	光熱水費(1か月あたり)	14,220	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か月あたり)	0	円	家賃(1か月あたり)	0	円	
施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。						

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
夜勤職員配置体制加算	重度障害者支援加算(Ⅰ)		重度障害者支援加算(Ⅱ)		重度障害者支援加算(Ⅲ)		夜間看護体制加算			
視覚・聴覚言語障害者支援 体制加算(Ⅰ)	視覚・聴覚言語障害者支援 体制加算(Ⅱ)		高次脳機能障害者支援体 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	地域移行促進加算(Ⅰ)		地域移行促進加算(Ⅱ)		
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		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	1	口腔衛生管理加算		療養食加算		地域移行支援体制加算		
通院支援加算	1	集中的支援加算(Ⅰ)		集中的支援加算(Ⅱ)		障害者支援施設等感染対 策向上加算(Ⅰ)		障害者支援施設等感染対 策向上加算(Ⅱ)		1
新興感染症等施設療養加算		福祉・介護職員等処遇改善 加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等処遇改善 加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善 加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善 加算(Ⅳ)		
福祉・介護職員等処遇改善 加算(Ⅴ)										
業務経統計画未策定減算										

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	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 (嘱 託 医 は 除 く)			0.2	0.2	相 談 支 援 専 門 員				0.0
看 護 師 等	1.0	1.1		2.1	訪 問 支 援 員				0.0
生 活 支 援 員	27.0	5.8		32.8	宿 直				0.0
職 業 指 導 員				0.0	栄 養 士	1.0			1.0
就 労 支 援 員				0.0	調 理 員				0.0
機 能 訓 練 指 導 員				0.0	そ の 他	2.0			2.0
					合 計	33.0	6.9	0.2	40.1

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「[2] 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所(S-K)の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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

(入力部のB01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 翠晶会
----------------------	------------

年度	助成コード	施設コード	施設番号
2024	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(木枠内)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、会計年度末日の状況を記入してください。
- ・一つの建物で複数の事業を行っている場合など、事業ごとに適切な場合は各事業で開示してください。また、同じ職員が複数事業で勤務している場合などは、勤務時間や人件費で従事者を区分してください。
- ・入力内容について当該年度以降、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	川崎 碧色	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
-------	------------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公開システム」で用いられる10桁の番号です。事業所番号が不明の場合は、FAX番号の「障害福祉サービス等情報公開システム」のリンク: <https://www.sjsm.go.jp/05-chuou/>

施設名	障害者支援施設(生活介護)ケーファレスト										事業所番号	1214400085			
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: 105-8468)												
施設の所在地	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												
全面譲渡の竣工時期	西暦	年	月	※開業から全面譲渡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入力してください。											
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。														

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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期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(年間利用日数)												計		
		当初 (期首)	変更後 (期末)	生活介護サービス								障害者生活介護サービス			障害者生活介護サービス	
				報酬区分	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															0
				3時間未満												0
				3時間以上4時間未満												0
				4時間以上5時間未満												0
				5時間以上6時間未満												0
				6時間以上7時間未満												0
				7時間以上8時間未満						1,257	12,034					13,291
				8時間以上9時間未満												0
				合計	0	0	0	0	1,257	12,034		0	0			13,291
(15施設等入所者)															0	
												(参考)利用率	98.8%			

【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
多機能型事業所の指定	1	※多機能型事業所の指定について、次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]指定なし(単独型) [2]指定あり(定員をサービスごとに分けられる) [3]指定あり(定員をサービスごとに分けられない))			

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,350	円	食費を除く雑費 (1か月あたり)	0	円	※運営経費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。
施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は載せてください。						

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を全て「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。											
サービス管理責任者配置等加算	人員配置体制加算(Ⅰ)			人員配置体制加算(Ⅱ)			人員配置体制加算(Ⅲ)			人員配置体制加算(Ⅳ)		
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)	1	常駐看護職員等配置加算	1	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅰ)		訪問支援特別加算(1時間以上)		
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)		高次脳機能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)		リハビリテーション加算(Ⅰ)		
欠席時対応加算		重症障害者支援加算(Ⅰ)		重症障害者支援加算(Ⅱ)		重症障害者支援加算(Ⅲ)		リハビリテーション加算(Ⅱ)		延長支援加算		
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		緊急時受入加算		延長支援加算		障害福祉サービスの体障利用支援加算(Ⅱ)		
送迎加算(Ⅰ)		送迎加算(Ⅱ)		障害福祉サービスの体障利用支援加算(Ⅰ)		障害福祉サービスの体障利用支援加算(Ⅱ)		障害福祉サービスの体障利用支援加算(Ⅲ)		障害福祉サービスの体障利用支援加算(Ⅳ)		
就労移行支援体制加算		入浴支援加算	1	喀痰吸引等実施加算		栄養スクリーニング加算		栄養改善加算		栄養改善加算		
集中的支援加算		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)		
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)												

業務継続計画未策定減算

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1位まで)。派遣職員等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 (b)	派遣職員等 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 (b)	派遣職員等 (c)	合計 (a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	作 業 援 助 士				0.0
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	言 語 聴 覚 士				0.0
医 (嘱 託 医 は 除 く)			0.2	0.2	栄 養 士	1.0			1.0
養 護 師 等	1.0	1.1		2.1	調 理 員				0.0
生 活 支 援 員	27.0	5.8		32.8	そ の 他	2.0			2.0
理 学 療 法 士				0.0	合 計	33.0	6.9	0.2	40.1

5. 委託の状況

委託の状況について伺います。該当するものを全て「1」を入力してください(プルダウンによる入力も可能)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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、介護給付金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
2024	09750	003	006

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、会計期末日の状況を入力してください。
- 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、勤務時間や人員費で従事者を区分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ	氏名	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
-------	------	----	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WANNETの「障害福祉サービス等情報公表システム」にてご確認ください。

「障害福祉サービス等情報公表システム」のリンク: <https://www.wam.go.jp/sf/hyocout/>

1. 施設の概要

施設名	障害福祉サービス事業(短期入所)介護ホーム			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:105-8466)											
	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入力してください。									
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日
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)													
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)													
併設の状況	1	※「設置形態」にて「2 併設型」「3 空床利用型」を選択した場合は、本体施設を次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]施設入所支援(障害者支援施設) [2]共同生活援助(グループホーム) [3]病院 [4]診療所 [5]介護老人保健施設 [6]介護医療院 [7]その他)													
	短期入所の報告方法	2		※「施設入所支援」「共同生活援助」を選択した場合は、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]本体施設の施設状況票(S-K)と、S-Kに準じて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)											
	本体施設の施設票番号	※「短期入所の報告方法」で「1」を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力されている本体施設の施設状況票の右上に記載されています。													
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡)														
複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。															

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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期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】 ※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

	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」にて「1 福祉型」「3 共生型」「4 基準該当」を選択された方の延べ利用者数入力欄

(参考)利用率 51.4%

報区分		延べ利用者数(年間利用日数)										
		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					355	770	1,125
	日中活動系サービス を併せて利用				0							0
要医療的 ケア	短期のみ				0							0
	日中活動系サービス を併せて利用				0							0
	日中のみ				0							0
延べ利用者数合計		0	0	0	0	0	0	0	0	355	770	1,125

「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(年間利用日数)									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)	宿泊を伴わない										0
		看護体制7:1 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
		障害児・者等	日中活動系サービスを併せて利用									0
	(Ⅲ)	選定性意識障害者等	宿泊を伴わない									0
		障害者等	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 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,485	円	光熱水費(1か月あたり)	15,842	円	※運営経費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か月あたり)	0	円	家賃(1か月あたり)	0	円	

施設の取り組み(自由記述) ※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
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(Ⅰ)		重度障害者支援加算(Ⅱ)		単独型加算		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)	医療連携体制加算(Ⅷ)		医療連携体制加算(Ⅸ)		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)		定員超過特例加算			
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			
医療型短期入所受入前支援加算(Ⅰ)	医療型短期入所受入前支援加算(Ⅱ)		集中的支援加算(Ⅰ)		集中的支援加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1	
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)					

業務継続計画未策定減算	
-------------	--

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	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	3.0			3.0	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	1.0			1.0
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						7.0	0.0	0.0	7.0

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「2 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、本体施設の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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

(入力別のPDFはこちら)

S-I

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
2024	09750	004	012

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（本枠内）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入してください。
- 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、勤務時間や人員費で従事者を区分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ	氏名	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
-------	------	----	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表」にてご確認ください。

「障害福祉サービス等情報公表」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sfkyout/>

施設名	グループホームピクシーブレイス			事業所番号	1220100018									
施設の所在地	郵便番号	260-0841	※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:105-8486)	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 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		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入力してください。						
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	2024	年	4	月	1	日	西暦	2025	年	3	月	31	日
短期入所(福祉型)の実施状況	2 ※次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]福祉型短期入所を併設している(空床利用型を含む) [2]福祉型短期入所を併設していない)													
短期入所の報告方法	※次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]共同生活援助の施設状況票(S-I)にまとめて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)													
併設する短期入所の施設票番号	※「短期入所の報告方法」で[1]を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力されている併設する短期入所の施設状況票(S-K)の右上に記載されています。													
サテライト事業	1 ※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢:[1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。													
期中の開設・廃止等														

2. 利用状況

定員の変更(共同生活援助)	※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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。	変更時期	西暦		年		月
定員の変更(短期入所)			西暦		年		月

【定員と年間延べ利用者数】

(参考)利用率 98.2%

<共同生活援助>

※短期入所を含む利用率

報区分	住居箇所数	サテライト型 住居箇所数	定員		延べ利用者数(年間利用日数)							
			当初 (期首)	変更後 (期末)	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	1		6				572	1,213	365		2,150	
うち居宅介護利用	0		0								0	
日中サービス支援型											0	
うち当該生活支援以外											0	
うち居宅介護利用											0	
外部サービス利用型											0	
合計	1	0	6	0	0	0	572	1,213	365	0	2,150	

<短期入所(福祉型)> ※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

障	害	児	定員		障	害	者	定員	
			当初 (期首)	変更後 (期末)				当初 (期首)	変更後 (期末)

報区分		障害児					延べ利用者数(年間利用日数)							
		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	
		短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ	短期のみ
通常	日中サービスを併せて利用				0								0	
要医療的ケア	日中サービスを併せて利用				0								0	
合計	計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【施設に特徴的な項目】

職員 の 配置 体制	利用者のサービス利用開始前の状況						計	※職員の配置体制については、次の選択肢からお選びください。 (選択肢:[1]5:1 [2]8:1 [3]10:1 [4]その他・複数)
	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他			
介護サービス包括型	2	2	3	1		6		※利用者のサービス利用開始前の状況については、会計期間末日現在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、実人数を入力してください。
日中サービス支援型						0		
外部サービス利用型						0		

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,300 円	光熱水費(1か月あたり)	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か月あたり)	3,000 円	家賃(1か月あたり)	55,000 円	

施設の取り組み(自由記述) ※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

--

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
退居後共同生活援助サービス費	退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費		人員配置体制加算(Ⅰ)		人員配置体制加算(Ⅱ)		人員配置体制加算(Ⅲ)			
人員配置体制加算(Ⅳ)	人員配置体制加算(Ⅴ)		人員配置体制加算(Ⅵ)		人員配置体制加算(Ⅶ)		人員配置体制加算(Ⅷ)			
人員配置体制加算(Ⅸ)	人員配置体制加算(Ⅹ)		人員配置体制加算(Ⅺ)		人員配置体制加算(Ⅻ)		人員配置体制加算(Ⅼ)			
人員配置体制加算(ⅭⅣ)	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(Ⅰ)			
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)	看護職員配置加算		高次脳機能障害者支援体制加算		ピアサポート実施加算		退居後ピアサポート実施加算			
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	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)		集中的支援加算(Ⅰ)		集中的支援加算(Ⅱ)		自立生活支援加算(Ⅰ)			
自立生活支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算(Ⅲ)		入院時支援特別加算	1	帰宅時支援加算		長期入院時支援特別加算	1		
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)			
医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	1	通勤者生活支援加算		障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅰ)		障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅱ)			
新興感染症等施設療養加算	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)										

大規模住宅等減算	※共同生活住居の規模が一定以上の場合に適用される減算を会計期間内に受けたことがある場合は「1」を入力してください。									
業務継続計画未策定減算										

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	世 話 人	1.0	0.9		1.9
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	宿 直				0.0
生 活 支 援 員	1.0			1.0	そ の 他				0.0
					合 計	4.0	0.9	0.0	4.9

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「2 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所(S-K)の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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
		2024	09750	005	017

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入力してください。
- 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は、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	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
-------	------------	-------	------	--------------	--------------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表システム」にてご確認ください。
「障害福祉サービス等情報公表システム」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sf/kohyout/>

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	1234400024								
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良635-4 四街道市南部総合福祉センターわらうべの里内													
開設年月日	西暦	2007	年	4	月	1	日	指定管理者の指定	1	※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入力してください。									
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日
併設の状況	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: [0]併設なし [1]併設有り)													
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。														

2. 利用状況

開所日数	257 / 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	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	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)	1,851	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	1,797	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	1,851	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数	0	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	0	件			

【その他】

施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
利用者負担上限額管理加算	集中支援加算	1	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			
地域生活支援拠点等機能強化加算	主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)		主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)		入院時情報連携加算(Ⅰ)	1	入院時情報連携加算(Ⅱ)	1		
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	1	医療・保育・教育機関等連携加算	1	サービス担当者会議実施加算	1	サービス提供時モニタリング加算	1		
行動障害支援体制加算(Ⅰ)	行動障害支援体制加算(Ⅱ)	1	要医療者支援体制加算(Ⅰ)	1	要医療者支援体制加算(Ⅱ)	1	精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	1		
精神障害者支援体制加算(Ⅱ)	高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)	1	高次脳機能障害支援体制加算(Ⅱ)	1	ピアサポート体制加算		日常生活支援情報提供加算	1		
居住支援連携体制加算	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	2.0			2.0	合 計	3.0	0.0	0.0	3.0

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
		2024	09750	005	018

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入力してください。
- ・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、勤務時間や人件費で従事者を按分してください。
- ・入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	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
-------	------------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表」にてご確認ください。

「障害福祉サービス等情報公表」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sf/kohyout/>

1. 施設の概要

※障害福祉サービス等情報検索システム(WAMM)のリンク: <https://www.wam.jp/p/shikouyout/>

施設名	障害児相談支援事業 ぽぽえみ										事業所番号	1274400009			
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良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	1	※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入力してください。									
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	2024	年	4	月	1	日	～	西暦	2025	年	3	月	31	日
併設の状況	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:[0]併設なし [1]併設有り)													
期中の開設・廃止等	※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。 (選択肢:[1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。														

2. 利用状況

開所日数	257	／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	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	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)	1,201	件	継続サービス利用支援費請求件数(年間)	1,130	件
	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	71	人			
地域移行支援	地域移行支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
地域定着支援	地域定着支援サービス費請求件数	0	件	年度末(決算月末)における登録者数(実人数)	0	人
	緊急時支援費(Ⅰ)延べ算定件数	0	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	0	件			

【その他】

施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。									
利用者負担上限額管理加算	集中支援加算	1	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			
地域生活支援拠点等機能強化加算	主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)		主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)		入院時情報連携加算(Ⅰ)	1	入院時情報連携加算(Ⅱ)	1		
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	1	医療・保育・教育機関等連携加算	1	サービス担当者会議実施加算	1	サービス提供時モニタリング加算	1		
行動障害支援体制加算(Ⅰ)	行動障害支援体制加算(Ⅱ)	1	要医療児者支援体制加算(Ⅰ)	1	要医療児者支援体制加算(Ⅱ)	1	精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	1		
精神障害者支援体制加算(Ⅱ)	高次脳機能障害支援体制加算(Ⅰ)	1	高次脳機能障害支援体制加算(Ⅱ)	1	ピアサポート体制加算		日常生活支援情報提供加算		1	
居住支援連携体制加算	地域居住支援体制強化推進加算	1	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	そ の 他				0.0
相 談 支 援 専 門 員	2.0			2.0	合 計	3.0	0.0	0.0	3.0

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-I

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
2024	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入力してください。
- 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の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、勤務時間や人員費で従事者を区分してください。
- 入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ	氏名	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
-------	------	----	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表」にてご確認ください。

「障害福祉サービス等情報公表」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sfshyout/>

1. 施設の概要

施設名	グループホームシーサイドブレイス										事業所番号	1223600113			
施設の所在地	郵便番号	294-0226 ※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	千葉県館山市犬伏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直近の竣工時期を入力してください。											
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	2023	年	11	月	1	日	～	西暦	2024	年	3	月	31	日
短期入所(福祉型)の実施状況	2 ※次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]福祉型短期入所を併設している(空床利用型を含む) [2]福祉型短期入所を併設していない)														
	短期入所の報告方法	※次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]共同生活援助の施設状況票(S-I)にまとめて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)													
	併設する短期入所の施設番号	※「短期入所の報告方法」で「1」を選択した場合のみ、入力してください。施設番号は、別で出力されている併設する短期入所の施設状況票(S-K)の右上に記載されています。													
サテライト事業	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]サテライト事業(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」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入力してください。														
期中の開設・廃止等	2 ※期中に開設、休止、廃止、譲渡した場合、最も適当なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]譲渡) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。														

2. 利用状況

定員の変更(共同生活援助)	※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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。	変更時期	西暦	年	月
定員の変更(短期入所)			西暦	年	月

【定員と年間延べ利用者数】

(参考)利用率 0.0%

＜共同生活援助＞

※短期入所を含む利用率

報酬区分	住居箇所数	サテライト型 住居箇所数	定員		延べ利用者数(年間利用日数)							
			当初 (期首)	変更後 (期末)	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	1		4									
（うち居宅介護利用）	0		0									
日中サービス支援型												
（うち当該生活介護以外）												
（うち居宅介護利用）												
外部サービス利用型												
合計	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	

＜短期入所(福祉型)＞ ※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

障 害 児	定員		障 害 者	定員	
	当初 (期首)	変更後 (期末)		当初 (期首)	変更後 (期末)

報酬区分		延べ利用者数(年間利用日数)											
		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								
	日中サービスを併せて利用				0								
要 医 療 的	短期のみ				0								
	日中サービスを併せて利用				0								
合 計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【施設に特徴的な項目】

報酬区分	職員 の 配置 体制	利用者のサービス利用開始前の状況						計	※職員の配置体制については、次の選択肢からお選びください。 (選択肢: [1]5:1 [2]6:1 [3]10:1 [4]その他・複数)
		在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他			
介護サービス包括型			0					0	※利用者のサービス利用開始前の状況については、会計期間 末日現在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、実人数を入力してください。
日中サービス支援型								0	
外部サービス利用型								0	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	1,300 円	光熱水費(1か月あたり)	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か月あたり)	3,000 円	家賃(1か月あたり)	30,000 円	

施設の取り組み(自由記述) ※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。				
退居後共同生活援助サービス費	退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費	人員配置体制加算(Ⅰ)	人員配置体制加算(Ⅱ)	人員配置体制加算(Ⅲ)	
人員配置体制加算(Ⅳ)	人員配置体制加算(Ⅴ)	人員配置体制加算(Ⅵ)	人員配置体制加算(Ⅶ)	人員配置体制加算(Ⅷ)	
人員配置体制加算(Ⅷ)	人員配置体制加算(Ⅸ)	人員配置体制加算(Ⅹ)	人員配置体制加算(Ⅺ)	人員配置体制加算(Ⅻ)	
人員配置体制加算(Ⅻ)	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(Ⅰ)	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)	看護職員配置加算	高次脳機能障害者支援体制加算	ピアサポート実施加算	退居後ピアサポート実施加算	
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	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)	集中的支援加算(Ⅰ)	集中的支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算(Ⅰ)	
自立生活支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算(Ⅲ)	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)	
医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	通勤者生活支援加算	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	
新興感染症等施設療養加算	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)					

大規模住宅等減算	※共同生活住居の規模が一定以上の場合に適用される減算を会計期間内に受けたことがある場合は「1」を入力してください。
業務経統計画未策定減算	

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				0.0	世 話 人				0.0
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者				0.0	宿 直				0.0
生 活 支 援 員				0.0	そ の 他				0.0
					合 計	0.0	0.0	0.0	0.0

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「2 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所(S-K)の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

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	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
		2024	09750	007	014

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入力してください。
- ・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、勤務時間や人員費で従事者を区分してください。
- ・入力内容について当機構で確認後、作成担当者様にご連絡することがあります。

作成担当者	フリガナ 氏名	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
-------	------------	-------	------	--------------	----------------------------	---------------	--------------

※事業所番号は「障害福祉サービス等情報公表システム」で用いる10桁の番号です。事業所番号が不明な場合は、WAMNETの「障害福祉サービス等情報公表」にてご確認ください。
「障害福祉サービス等情報公表」(WAMNET)のリンク: <https://www.wam.go.jp/sfshyout/>

1. 施設の概要	
施設名	グループホームきらら
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)
施設の所在地	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入力してください。
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 2024 年 4 月 1 日 ~ 西暦 2025 年 3 月 31 日
短期入所(福祉型)の実施状況	2 ※次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]福祉型短期入所を併設している(空床利用型を含む) [2]福祉型短期入所を併設していない)
短期入所の報告方法	※次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]共同生活援助の施設状況票(S-1)にまとめて報告 [2]短期入所の施設状況票(S-K)で報告)
併設する短期入所の施設票番号	※「短期入所の報告方法」で[1]を選択した場合のみ、入力してください。施設票番号は、別で出力されている併設する短期入所の施設状況票(S-K)の右上に記載されています。
サテライト事業	1 ※次の選択肢からお選びください(選択肢: [1]本事業 [2]サテライト事業 [3]本事業(サテライト含む))。本施設とサテライト施設の決算区分が同じ場合は[3]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入力してください。
期中の開設・廃止等	※期中に開設・廃止・廃止・種運した場合、最も適切なものを次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]開設 [2]休止 [3]廃止 [4]種運) 複数該当する場合は選択肢の番号が大きいものを優先して選択してください。

2. 利用状況

定員の変更(共同生活援助)	※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。年度内に複数回変更した場合は、直近の変更時期を入力してください。	変更時期	西暦 年 月
定員の変更(短期入所)			西暦 年 月

【定員と年間延べ利用者数】

(参考)利用率 89.1%

<共同生活援助>

報酬区分	住居箇所数	サテライト型 住居箇所数	定員		延べ利用者数(年間利用日数)						
			当初 (期首)	変更後 (期末)	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	1		5				58	293	498	777	1,626
(うち居宅介護利用)	0		0								0
日中サービス支援型											0
(うち当該生活居宅以外)											0
(うち居宅介護利用)											0
外部サービス利用型											0
合計	1	0	5	0	0	0	58	293	498	777	1,626

<短期入所(福祉型)>

※空床利用型で運営している場合は、定員を0としてください。

報酬区分	定員		定員	
	当初(期首)	変更後(期末)	当初(期首)	変更後(期末)
障害児				
障害者				
報酬区分	延べ利用者数(年間利用日数)			
	区分1	区分2	区分3	計
通常				0
短期のみ				0
日中サービスを併せて利用				0
要医療的ケア				0
短期のみ				0
日中サービスを併せて利用				0
合計	0	0	0	0

【施設に特徴的な項目】

職員配置体制	利用者のサービス利用開始前の状況					計	※職員の配置体制については、次の選択肢からお選びください。(選択肢: [1]5:1 [2]6:1 [3]10:1 [4]その他・複数)
	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他		
介護サービス包括型	2	1	4			5	※利用者のサービス利用開始前の状況については、会計期間末日時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、実人数を入力してください。
日中サービス支援型						0	
外部サービス利用型						0	

【その他】

障害福祉サービス費以外の費用負担 (利用者1人あたり)	食費(1日あたり)	2,010 円	光熱水費(1か月あたり)	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か月あたり)	3,000 円	家賃(1か月あたり)	40,000 円	
施設の取り組み(自由記述)	※当該施設について特徴的な取り組み(従事者確保、利用者確保、提供サービスや運営面の工夫、費用削減等)がある場合は教えてください。				

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)。

加算の算定なし	※加算を算定していない場合は、「加算の算定なし」をお選びください。				
退居後共同生活援助サービス費	退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費	人員配置体制加算(Ⅰ)	人員配置体制加算(Ⅱ)	人員配置体制加算(Ⅲ)	
人員配置体制加算(Ⅳ)	人員配置体制加算(Ⅴ)	人員配置体制加算(Ⅵ)	人員配置体制加算(Ⅶ)	人員配置体制加算(Ⅷ)	
人員配置体制加算(Ⅸ)	人員配置体制加算(Ⅹ)	人員配置体制加算(Ⅺ)	人員配置体制加算(Ⅻ)	人員配置体制加算(Ⅼ)	
人員配置体制加算(ⅭⅣ)	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(Ⅰ)
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)	看護職員配置加算		高次脳機能障害者支援体制加算	ピアサポート実施加算	退居後ピアサポート実施加算
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(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)		集中的支援加算(Ⅰ)	集中的支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算(Ⅰ)
自立生活支援加算(Ⅱ)	自立生活支援加算(Ⅲ)		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)
医療連携体制加算(Ⅵ)	医療連携体制加算(Ⅶ)	1	通勤者生活支援加算	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅱ)
新興感染症等施設療養加算	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)					

大規模住宅等減算	※共同生活住居の規模が一定以上の場合に適用される減算を会計期間内に受けたことがある場合は「1」を入力してください。	
業務継続計画未策定減算		

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	世 話 人	1.0	0.3		1.3
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1.0			1.0	宿 直				0.0
生 活 支 援 員	1.0	0.5		1.5	そ の 他				0.0
					合 計	4.0	0.8	0.0	4.8

※「1. 施設の概要」の「短期入所の報告方法」にて「2 短期入所の施設状況票で報告」を選択した場合は、同一拠点の短期入所(S-K)の従事者数と重複しないようご注意ください。

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)。業務委託を利用していない場合は、「委託なし」にのみ「1」を入力してください。

給食業務 (全面委託)		給食業務 (一部委託)	1	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。