

<p>④ <u>現在の建物</u>の状況</p> <p>a) 面積他</p>	<p>・延べ床面積 (_____ m²) ※ 小規模多機能事業所として使用している部分 (事業開始以降、増築している場合は、それも含めて)</p> <p>・ (平屋 2階建て その他 (_____))</p>
<p>b) 設置の状況</p>	<p>{ 既存の建物 (改築・改修・増築を含む)</p> <p>・種類 { 民家 空き店舗 公民館 アパート等 } { 社員寮等 倉庫 その他 (_____) }</p> <p>新築の建物 (小規模多機能事業所として新築した建物)</p>
<p>c) 所有の状況</p>	<p>{ 自己所有 (取得費用 _____ 円)</p> <p> [取得費用の財源内訳] (補助金 _____ 円)</p> <p> (借入金 _____ 円) (自己資金 _____ 円)</p> <p> (寄付金 _____ 円) (現物寄付)</p> <p>借家 (月々の賃料 _____ 円) (契約期間 _____ 年)</p> <p>・借家の貸主 (市町村 個人 その他 (_____))</p>
<p>⑤ <u>現在の土地</u>の状況</p> <p>a) 面積</p>	<p>(_____ m²)</p>
<p>b) 所有の状況</p>	<p>{ 自己所有 (取得費用 _____ 円)</p> <p> [取得費用の財源内訳] (補助金 _____ 円)</p> <p> (借入金 _____ 円) (自己資金 _____ 円)</p> <p> (寄付金 _____ 円) (現物寄付)</p> <p>借地 (月々の賃料 _____ 円) (契約期間 _____ 年)</p> <p>・借地の貸主 (市町村 個人 その他 (_____))</p>

<p>⑥土地、建物の状況</p> <p style="text-align: center;">その他</p> <p>※ 事業開始前後における改修、増築などの状況を、記入例を参考にしてご記入下さい</p>	<p>例1 築30年の民家を500万円で改修して、自主事業の「通い」を始める</p> <p>例2 介護保険外の通所事業開始3年経過後の2000年2月、500万円かけて〇〇㎡増築、自主事業の「泊まり」（定員3人）を事業に追加する 等</p>
<p>⑦地域の特性</p>	<p>貴事業所の地域の特性をお聞かせ下さい。</p> <p>i) 山間部・都市部・商工業地・住宅地などの地域環境、ii) 交通事情（冬季の積雪などの地理的環境も含めて）、iii) 市町村の高齢化率、iv) 地域住民の家族構成（「独居や夫婦のみの高齢者世帯が比較的多い」「3世代世帯が比較的多い」などわかる範囲内で）等。</p>
<p>⑧医療との連携</p>	<p>貴事業所における医療面のバックアップ体制をお聞かせ下さい。</p> <p>i) 貴事業所に看護師は配置されているか、ii) 貴事業所への往診等の可能な医師や看護師はいるか、iii) (iiで「いない」と答えた場合のみ回答) 利用者の主治医が対応できない場合に限って状況に応じ貴事業所への往診等の可能な医師や看護師はいるか iv) その他医療面のバックアップ体制について</p>

3) 事業の運営状況について ※ 下の枠内で「表現しきれない内容」については、お教
 ですが、用紙内の空いているところ、または備考欄にご記入ご説明ください。

①-1 「通い」 I (指定、基準該当)

○ (介護保険の指定通所介護事業 介護保険の基準該当通所介護事業)

※ 生きがいデイ等を一緒に実施している場合は、その分の事業については介護保険外であるため、①-2または①-3にご記入ください。

○ 定員 _____ 人 (認知症型 _____ 人 一般型 _____ 人)

○ 実績 (平成16年度の年間延べ利用人数)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
一般型							_____人
認知症型							_____人

○ 週 _____ 回 (_____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日)

 ※ 祝日、年末年始などの扱い (_____)

 ※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する 対応しない)

○ 提供時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____

 ※ 時間延長 { 実施している (_____ : _____ ~ _____ : _____)
 { 実施していない (今後の実施予定 有 無)

○ 配置職員 { 常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
 { 非常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)

 ※ 常勤換算で合計 (_____ 人) 兼務職員の主な兼務先 (_____)

※ 非常勤職員の常勤換算 (1日8時間、週40時間の勤務で1人換算) の例
 非常勤職員 Aさんが1週間に20時間勤務している場合、 $20 \div 40 = 0.5$ 人
 とカウントします(割り切れない場合は、小数第2位を四捨五入して第1位まで記載して下さい)。

○ { 食事代 (食材料費) (朝 _____ 円、昼 _____ 円、おやつ _____ 円、夕 _____ 円)
 ※ 朝食、夕食は時間延長実施事業所のみ記入してください。食事代が「利用料」に含まれる場合は、下の段の「利用者負担分の利用料」欄の方へご記入ください。
 利用者負担分の利用料 (_____ 円) → 食事代を (含む 含まない)

①-2 「通い」Ⅱ (補助・委託事業 (生きがいデイ等))

○ 介護保険外の補助・委託事業 (生きがいデイ等) (事業名: _____)

○ 定員 _____ 人 ← 指定通所介護事業所で実施する「介護予防・地域支え合い事業の生きがい活動支援通所事業等」の場合は、定員は確定できないため、未記入で結構です。

○ 実績 (平成16年度の年間延べ利用人数) (_____ 人)

○ 週 _____ 回 (_____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日 _____)

 ※ 祝日、年末年始などの扱い (_____)

 ※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する 対応しない)

○ 提供時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____

 ※ 時間延長 { 実施している (_____ : _____ ~ _____ : _____)
 { 実施していない (今後の実施予定 有 無) (_____)

○ 配置職員 { 常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
 { 非常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)

 ※ 常勤換算で合計 (_____ 人) 兼務職員の主な兼務先 (_____)

 ※ 非常勤職員の常勤換算方法: (3) ①-1 「通い」Ⅰのページを参照してください。

○ { 食事代 (食材料費) (朝 _____ 円、昼 _____ 円、おやつ _____ 円、夕 _____ 円)
 ※ 朝食、夕食は時間延長実施事業所のみ記入してください。食事代が「利用料」に含まれる場合は、下の段の「利用者負担分の利用料」欄の方へご記入ください。
 利用者負担分の利用料 (_____ 円) → 食事代を (含む 含まない)
 市町村からの補助・委託料 (1回の利用につき1人に当たり _____ 円)
 時間延長の料金 (1時間当たり _____ 円)

[備考] (「通い」Ⅰ、Ⅱについて)

①-3 「通い」Ⅲ (自主事業、その他の事業)

○ (介護保険外の任意の自主事業 その他の事業 (事業名))

○ 定員 人

○ 実績 (平成16年度の年間延べ利用人数) (人)

○ 週 回 (月 火 水 木 金 土 日)

※ 祝日、年末年始などの扱い ()

※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する 対応しない)

○ 提供時間帯 : ~ :

※ 時間延長 { 実施している (: ~ :)

実施していない (今後の実施予定 有 無)

○ 配置職員 { 常勤職員 専任 (人) 兼務 (人)

非常勤職員 専任 (人) 兼務 (人)

※ 常勤換算で合計 (人) 兼務職員の主な兼務先 ()

※ 非常勤職員の常勤換算方法: (3) ①-1 「通い」Ⅰのページを参照してください。

○ { 食事代 (食材料費) (朝 円、昼 円、おやつ 円、夕 円)

※ 朝食、夕食は時間延長実施事業所のみ記入してください。食事代が「利用料」に含まれる場合は、下の段の「利用者負担分の利用料」欄の方へご記入ください。

利用者負担分の利用料 (円) →食事代を (含む 含まない)

時間延長の料金 (1時間当たり 円)

[備考] (「通い」Ⅲについて)

②-1 「一時的な“泊まり”」 I (指定、基準該当)

○ (介護保険の指定短期入所生活介護事業 介護保険の基準該当短期入所生活介護事業)

○ 定員 人

※ 定期的に「泊まり」を利用されている方 (平成17年3月の状況) (人)

○ 実績 (平成16年度の年間延べ利用人数)

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
						<u> </u> 人

○ 週 回 (月 火 水 木 金 土 日)

※ 祝日、年末年始などの扱い ()

※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する 対応しない)

○ 利用対象者 { 誰でも対象 貴事業所サービスの利用者に限る }
 { 原則として貴事業所サービスの利用者に限る (事情により例外を認める) }

○ 配置職員 { 常勤職員 専任 (人) 兼務 (人)
 { 非常勤職員 専任 (人) 兼務 (人)

※ 常勤換算で合計 (人) 兼務職員の主な兼務先 ()

※ 夜勤をすることのできる職員人数 (人) …内訳 (常勤 人 非常勤 人)

※ 非常勤職員の常勤換算方法：(3) ①-1 「通い」 I のページを参照してください。

○ 夜間及び深夜の職員配置人員

(宿直者 人 夜勤者 人 その他 () 人)

○ { 食事代 (食材料費) (朝 円、昼 円、おやつ 円、夕 円)
 { 日用品代 (円)

【備考】 (「一時的な“泊まり”」 I について)

②-2 「一時的な“泊まり”」Ⅱ（補助・委託事業のみ）

- （介護保険外の補助・委託事業）（事業名： _____ ）
 - 定員 _____ 人
 - ※ 定期的に「泊まり」を利用されている方（平成17年3月の状況）（ _____ 人）
 - 実績（平成16年度の年間延べ利用人数）（ _____ 人）
 - 週 _____ 回（ _____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日 _____ ）
 - ※ 祝日、年末年始などの扱い（ _____ ）
 - ※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには（対応する _____ 対応しない _____ ）
 - 利用対象者 { 誰でも対象 _____ 貴事業所サービスの利用者に限る _____ }
 - _____ }
原則として貴事業所サービスの利用者に限る（事情により例外を認める） _____ }
 - 配置職員 { 常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人）
 - _____ }
非常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人）
 - ※ 常勤換算で合計（ _____ 人） 兼務職員の主な兼務先（ _____ ）
 - ※ 夜勤をすることのできる職員人数（ _____ 人）…内訳（常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人）
- ※ 非常勤職員の常勤換算方法：(3) ①-1 「通い」Ⅰのページを参照してください。
- 夜間及び深夜の職員配置人員（宿直者 _____ 人 夜勤者 _____ 人）
 - 介護保険の訪問介護（ホームヘルパー） _____ 人 その他（ _____ ） _____ 人
 - { 食事代（食材料費）（朝 _____ 円、昼 _____ 円、おやつ _____ 円、夕 _____ 円）
 - 日用品代（ _____ 円）※ 食事代や日用品代が「利用料」に含まれる場合は、下の段の「利用者負担分の利用料」欄の方へご記入ください。
 - 利用者負担分の利用料（ _____ 円） → { 食事代を（含む 含まない） _____
 - 日用品代を（含む 含まない） _____

【備考】（「一時的な“泊まり”」Ⅱについて）

③-1 「訪問」 I (介護保険の訪問介護、介護保険外のホームヘルパー)

- {
 介護保険の訪問介護事業 介護保険外の補助・委託のホームヘルパー事業
 介護保険外の任意の自主事業のホームヘルパー事業
 }
- 実績 (平成16年度の年間延べ利用人数) 介護保険外の利用実績 (_____ 人)

※介護保険の利用実績は、以下の表にご記入ください。

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合 計
						_____人

- 平成17年3月31日現在の登録者数 (_____ 人)
- 週 _____ 回 (_____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日)
- ※ 祝日、年末年始などの扱い (_____)
- ※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する 対応しない)

- 提供時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____
- ※ 提供時間以外の対応 {
 実施している (_____ : _____ ~ _____ : _____)
 実施していない (今後の実施予定 有 無)

- 利用対象者 {
 誰でも対象 貴事業所サービスの利用者に限る
 原則として貴事業所サービスの利用者に限る (事情により例外を認める)
 }

- 配置職員 {
 常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
 非常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
- ※ 常勤換算で合計 (_____ 人) 兼務職員の主な兼務先 (_____)

※ 非常勤職員の常勤換算方法：(3) ①-1 「通い」 I のページを参照してください。

- 介護保険外のホームヘルパー事業の利用料金体系
- [_____]

【備考】(「訪問」 I について)

③-2 「訪問」Ⅱ (配食サービス)

- (補助・委託事業の配食サービス) 自主事業の配食サービス)
- 実績 (平成16年度の年間延べ食数) 合計 (_____ 食)
 【内訳】 朝食 (_____ 食) 昼食 (_____ 食) 夕食 (_____ 食)
- 平成17年3月31日現在のサービス登録者数 (_____ 人)
- 週 _____ 回 (_____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日 _____)
 1日の提供食 (朝食 _____ 昼食 _____ 夕食 _____)
- ※ 祝日、年末年始などの扱い (_____)
- ※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する _____ 対応しない _____)
- ※ 提供食以外の対応 { 実施している (朝食 _____ 昼食 _____ 夕食 _____)
 1日3食提供事業所以外は回答 { 実施していない (今後の実施予定 _____ 有 _____ 無 _____)
- 利用対象者 { 誰でも対象 _____ 貴事業所サービスの利用者に限る _____ }
 { 原則として貴事業所サービスの利用者に限る (事情により例外を認める) _____ }
- 配置職員 { 常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
 { 非常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
- ※ 常勤換算で合計 (_____ 人) 兼務職員の主な兼務先 (_____)
- ※ 非常勤職員の常勤換算方法 : (3) ①-1 「通い」Ⅰのページを参照してください。
- 1食当たりの料金 (朝食 _____ 円、昼食 _____ 円、夕食 _____ 円)

【備考】(「訪問」Ⅱについて)

③-3

「訪問」Ⅲ (その他の 介護保険、補助・委託、自主事業)

- { 介護保険事業 (訪問入浴 訪問看護 訪問リハ 居宅療養管理指導)
介護保険外の補助・委託事業 ()
介護保険外の任意の自主事業 ()

※ 複数の事業を実施している場合は、以下の記入項目に関しては欄外などを使い、お手数ですが、わかるようなかたちでご記入ください。

- 実績 (平成16年度の年間延べ件数) 介護保険外の利用実績 (_____ 人)

※介護保険の利用実績は、以下の表にご記入ください。

要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
						_____人

- 平成17年3月31日現在の登録者数 (_____ 人)

- 週 _____ 回 (_____ 月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日 _____)

※ 祝日、年末年始などの扱い (_____)

※ 提供日以外の日でも緊急ニーズには (対応する _____ 対応しない _____)

- 提供時間帯 _____ : _____ ~ _____ : _____

※ 提供時間以外の対応 { 実施している (_____ : _____ ~ _____ : _____)
実施していない (今後の実施予定 _____ 有 _____ 無 _____)

- 利用対象者 { 誰でも対象 貴事業所サービスの利用者に限る
原則として貴事業所サービスの利用者に限る (事情により例外を認める) }

- 配置職員 { 常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)
非常勤職員 専任 (_____ 人) 兼務 (_____ 人)

※ 常勤換算で合計 (_____ 人) 兼務職員の主な兼務先 (_____)

※ 非常勤職員の常勤換算方法: (3) ①-1 「通い」 I のページを参照してください。

- 介護保険外の「訪問」事業の利用料金 _____

【備考】(「訪問」Ⅲについて)

④ 「居住（概ね3ヶ月以上にわたる連続した泊まり）」

- 介護保険の認知症対応型共同生活介護事業（グループホーム）
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人）

- 実績（平成16年度の年間延べ利用人数）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
					_____人

- 家賃（ _____ 円） 食費（ _____ 円） 水道光熱費（ _____ 円）
 その他の経費（介護保険の1割負担分は除く）（ _____ 円） ※全て30日当たりの費用

- 介護保険の指定を受けていないグループホーム
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人） 実績（ _____ 人）

- 介護保険の特定施設入所者生活介護事業（ケアハウス、有料老人ホーム）
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人） 実績（ _____ 人）

- 介護保険の指定を受けていないケアハウス・有料老人ホーム（知事への届け出）
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人） 実績（ _____ 人）

- 生活支援ハウス（市町村からの運営受託）
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人） 実績（ _____ 人）

- 介護保険外の任意の自主事業（事業名： _____ ）
 （実施している 実施していない） 定員（ _____ 人）
 利用料（食事代込み）
 （ _____ 円）
 実績（ _____ 人）

※ 複数の事業を実施している場合は、以下の記入項目に関しては欄外などを使い、
 お手数ですが、わかるようなかたちでご記入ください。

- 利用対象者 { 誰でも対象 貴事業所サービスの利用者に限る }
 { 原則として貴事業所サービスの利用者に限る（事情により例外を認める） }

- 配置職員 { 常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人） }
 { 非常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人） }

※ 常勤換算で合計（ _____ 人） 兼務職員の名な兼務先（ _____ ）

※ 非常勤職員の常勤換算方法：(3) ①-1 「通い」 I のページを参照してください。

【備考】（「居住」について）

⑤ 「居宅介護支援事業」

- 居宅介護支援事業（実施している 実施していない）
- ・平成17年3月31日現在の担当件数（ _____ 件）
 - ・平成16年度の年間延べ件数（介護保険請求の実績ベースの件数）（ _____ 件）
- 配置職員 { 常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人）
 { 非常勤職員 専任（ _____ 人） 兼務（ _____ 人）
- ※ 常勤換算で合計（ _____ 人） 兼務職員の主な兼務先（ _____ ）
- ※ 非常勤職員の常勤換算方法：(3) ①-1 「通い」 I のページを参照してください。

【備考】（「居宅介護支援事業」について）

(4) 事業所内の設備、物品について

- ① 事業所の運営上、最低限必要と思われる設備、物品をご記入ください。

[_____]

- ② 事業所開設当初、必要とした経費（改修費、物品購入費等）をご記入ください。

(約 _____ 万円)

(5) 関連施設の状況について（あてはまるもの全てに○をしてください。）

- ① 同一法人による関連施設の有無

[a) 無し b) 特別養護老人ホーム c) 介護老人保健施設 d) 病院 e) 診療所
f) ケアハウス（別の事業所で） g) グループホーム（別の事業所で）
h) デイサービスセンター（別の事業所で） i) その他（ _____ ）]

- ② 同一敷地内など、隣接するかたちで建っているものは（上記①の質問で「a無し」の事業所は回答不要です。） a b c d e f g h I

③ 同一法人による関連施設からどのような支援（経費面、労働力面等）を受けているか、また、どのような点が大きなメリットと言えるかをご記入ください。

[]

(6) 緊急時の職員配置について

職員の配置について、通常時はあらかじめ作成された勤務表（シフト表・ローテーション表）によって、運営されていると思われませんが、小規模多機能施設で難しいとされる点のひとつとして、「緊急的に職員を配置しなければならなくなる」ことがあります。例えば、

- ① 親戚の家で葬式ができ、手伝いに行くために家を空けなければならなくなり、通所利用中の利用者が、急遽“時間延長”や“泊まり”になったとき
 - ② 独り暮らしの利用者が体調不良になり、「通所」の予定をキャンセルし、「ホームヘルパーに来てもらいたい」と依頼してきたとき
 - ③ 勤務表に組み込まれた職員が病気になり、勤務ができなくなったとき
- などのことがあります。そのような際には、どういった工夫をして対応しているのかについてお聞かせ下さい。

[]

(7) 地域住民、ボランティア、家族の協力体制等について

- ① 地域密着型サービスの一環としての小規模多機能施設の運営では、「住み慣れた地域で、地域住民の方々との接点を保ちながら、今まで通りの生活をできる限り継続していくこと」が

期待されていますが、「地域住民の方々（同世代のお年寄りから小さい子どもに至るまで）が、気軽に立ち寄れるような工夫」、また、「利用者の方々が地域へ出て行けるような機会の確保」をどのようにしているか等、

② 事業所の運営上、ボランティアが来てくれることによって大変助かることが多いと思われます。 i) 「どのようなボランティアの方々」（例えば、お話ボランティア、昼食作りボランティア、お掃除ボランティア、書道・貼り絵などのレクリエーション活動の部分でのボランティアなど）が、 ii) どのくらいの「頻度」及び「時間帯」で来ているのか、また、 iii) どのような経緯で来ていただけるようになったか等、

③ 家族の協力により、事業の運営はより良いものとなって行くと思われませんが、貴事業所に対するご家族様の協力体制はどのような状態であるか、また、日頃、家族とどのように接し、良い関係作りを目指しているか等

④ 障害者（身体、知的、精神）の働く場（洗い物や掃除などの簡単な仕事）として事業所を活用し、地域との関係を築いていくことも目指している事業所は、その人員、内容等以上①～④についてお聞かせ下さい。

①

② i) ii) iii)

③

④ (身体、知的、精神)

(8) 質の高い職員の確保について

小規模多機能施設では、ひとりの職員の能力に、かなりのものが要求されると思われます。つまり、気配りができる職員、臨機応変に対応できる職員（認知症の利用者だけでなく、身体的に重度の利用者にも対応していくのであるならば）介護技術にも経験のある職員が必要となってくると考えられます。現在、人件費を抑えるために、パート職員の採用が増えていく中、「いかにして、能力のある職員、または、指導や研修により能力を身に付けていくだけの実力とやる気のある職員を確保するか」が、施設運営に大きく関わってくると考えられます。職員の採用や指導方法について工夫している点等についてお聞かせ下さい。

(9) 法人の経営方針について

法人の経営方針及び今後の事業展開についてお聞かせ下さい。

