

## 小規模多機能サービスに関する調査票

ご記入ください

法人名		住 所	〒
代表者名		連絡先	TEL :
			FAX :
事業所名			E - mail :
		作成者名	

○記載上不明の箇所がある場合に照会させていただく場合もあるため、作成者名の欄も忘れずにご記入ください。 よろしくお願いたします。

お手数ですが、この調査票と一緒に、以下の書類を参考資料してご提出ください。

1. 事業所のパンフレット
2. 事業所の平面図
3. 補助金の要綱 (自治体などから、独自の補助金を受けている場合のみご提出ください。)
4. 平成16年度 (平成16年4月1日～平成17年3月31日) 決算書

平成17年8月31日 (水) 必着でご提出ください。

独立行政法人 福祉医療機構

## 目 次

1. 法人・事業所の状況	1～18
(1) 法人の概要について	1
(2) 事業所の概要について	1～3
(3) 事業の運営状況について	
① - 1 「通い」 I (指定、基準該当)	4 ※
① - 2     "    II (補助・委託事業 (生きがいデイ等))	5 ※
① - 3     "    III (自主事業、その他の事業)	6 ※
② - 1 「一時的な“泊まり”」 I (指定、基準該当)	7 ※
② - 2           "            II (補助・委託事業のみ)	8 ※
② - 3           "            III (自主事業、その他の事業)	9 ※
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)	10 ※
③ - 2     "    II (配食サービス)	11 ※
③ - 3     "    III (その他の 介護保険、補助・委託、自主事業)	12 ※
④ 「居住 (概ね3ヶ月以上にわたる連続した泊まり)」	13 ※
⑤ 「居宅介護支援事業」	14 ※
(4) 事業所内の設備、物品について	14
(5) 関連施設の状況について	14～15
(6) 緊急時の職員配置について	15
(7) 地域住民、ボランティア、家族の協力体制等について	15～17
(8) 質の高い職員の確保について	17
(9) 法人の経営方針について	18

2. 行政の方針、支援体制	19
3. 事業収支の状況等	20～26
【全事業の合計】	21
①「通い」事業の収支	22 ※
②「泊まり」事業の収支	23 ※
③「訪問」事業の収支	24 ※
④「居住」事業の収支	25 ※
⑤「居宅介護支援」事業の収支	26 ※
4. 職員配置の状況	27～28
5. 登録者別利用状況	29

上記※印の項目については、「該当する事業所のみ」ご回答ください。

※印のついていない項目については、「すべての事業所」でご回答ください。

ご記入等にかかわるご不明な点につきましては、下記までご連絡ください。

記

独立行政法人福祉医療機構 企画指導部経営指導課

TEL : 03-3438-9932(直通)(17:50以降は、03-3438-9284または9930)

FAX : 03-3438-0371

E-mail : [kobayashi200515@wam.go.jp](mailto:kobayashi200515@wam.go.jp) (担当小林)