（別紙(2)）（第12条関係）

飯山市中山間地域介護サービス提供体制確保モデル事業　事業成果報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称

1. 総括表
	1. 事業費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 事業費　　（円） | 補助対象経費（円） | 補助金額　　（円） |  |
| 県 | 市 |
| 移動経費軽減支援 |  |  |  |  |  |
| 長距離移動手当支給支援 |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

* 1. 対象事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象地域 | サービスの種別 | 対象地域 | サービスの種別 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 区分：移動経費軽減支援
	1. 訪問回数等の状況

〔　　　　サービス〕※補助対象のサービス別に記載

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 | 前年10月 |
| 【補助対象】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （往復移動距離別人数内訳） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20km以上、30km未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30km以上、40ｋｍ未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40km以上、50km未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50km以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最も遠い利用者宅までの距離 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【事業所全体】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 区分：長距離移動手当支給支援
	1. 職員等の状況

〔　　　　サービス〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 | 前年10月 |
| 常勤換算職員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 長距離移動手当支給対象職員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |
| 長距離移動手当支給額（千円） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ― |

* 1. 長距離移動手当補助単価

１回の訪問当たり　　　　　　円

1. 本事業による、対象地域への訪問回数の増加などサービスの拡大

　　ア　拡大した　　イ　維持できた　　ウ　特に変わらない　　エ　縮小した

1. 十分な介護サービスを受けられないことを理由に、施設等に入所したケース

1. その他　補助制度に対する意見等
2. 訪問系介護サービスを地域で維持・確保できたか
3. 事業所の撤退・規模の縮小があったかどうか
4. 対象地域、対象距離、単価が適切であったかどうか

1. その他の意見

（別紙(2)付表）（第12条関係）

事業所別事業成果報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※事業所・サービスの種類別に別葉で作成

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| サービス種類 |  |

1. 総括表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象地域 | 区　分 | 事業費（円） | 補助対象経費（円） | 補助金額（円） |
|  | 移動経費軽減支援 |  |  |  |
| 長距離移動手当支給支援 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

1. 区分：移動経費軽減支援
	1. 訪問回数等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 | 前年10月 |
| 【補助対象】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （往復移動距離別人数内訳） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20km以上、30km未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30km以上、40ｋｍ未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40km以上、50km未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50km以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 最も遠い利用者宅までの距離 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【事業所全体】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 訪問人数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. 移動経費軽減支援により、訪問回数の増加などサービスの拡大につながったケース
	2. 移動経費軽減支援により、今までサービス提供が十分行き届かなかった地域にサービス提供できるようになったケース
1. 区分：長距離移動手当支給支援
	1. 職員等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 | 計 | 前年10月 |
| 常勤換算職員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 長距離移動手当支給対象職員数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |
| 長距離移動手当支給額（千円） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ― |

* 1. 長距離移動手当支給額

１回の訪問当たり　　　　　　円

* 1. 移動手当の支給により、職員の確保（離職防止、新規採用等）につながったケース
1. 収支の状況※補助対象のサービスの種類全体について記載　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　年 | 前年 |
| 収入 | 支出 | 収入－支出 | 収入 | 支出 | 収入－支出 |
|  |  |  |  |  |  |

1. 生活支援サービス等の実施状況
2. その他　補助制度に対する意見等
3. 対象地域、対象距離、単価が適切であったかどうか
4. その他の意見