**送信先 FAX　 ０１１－２８０－３１６２　 （道デイ協担当　行き）　　　　　添　書　不　要**

**提出期日は平成２７年１１月６日（金）**

**北海道デイサービスセンター簡易調査票**

記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　（職種　　　　　　　　　　）記入日　平成２７年　　月　　　日

**（１）基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人種別 | 設置主体 | 市町村・社協以外の社福・社協・財団・社団・医療・ＮＰＯ・株式・有限・農協・生協・宗教・その他（　　　　） |
| 経営主体 | 市町村・社協以外の社福・社協・財団・社団・医療・ＮＰＯ・株式・有限・農協・生協・宗教・その他（　　　　） |
| 事業所名 | 法人名等 |  | 道デイ協 |
| 会　員・非会員 |
| 事業所名 |  |
| 住所 | 〒　　　　-　　　　 |
| ＴＥＬ（　　　　　）　　　―　　　　　　　ＦＡＸ　（　　　　）　　　－ |

**（２）加算の取得状況と減算について**

平成27年4月1日以降の加算等の状況について該当する箇所に☑印をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 区分 | 体制 | 状況 |
| 通所介護 | □小規模型事業所□通常規模型事業所□大規模型事業所(Ⅰ)□大規模型事業所(Ⅱ)□療養通所介護事業所 | ①職員の欠員による減算の状況 | □なし　□看護職員　□介護職員 |
| ②時間延長サービス体制 | □対応不可　□対応可 |
| ③入浴介助体制 | □なし　□あり |
| ④中重度者ケア加算体制 | □なし　□あり |
| ⑤個別機能訓練体制 | □なし　□加算Ⅰ　□加算Ⅱ |
| ⑥認知症加算 | □なし　□あり |
| ⑦若年性認知症利用者受入加算 | □なし　□あり |
| ⑧栄養改善体制 | □なし　□あり |
| ⑨口腔機能向上体制 | □なし　□あり |
| ⑩個別送迎体制強化加算 | □なし　□あり |
| ⑪入浴介助体制強化加算 | □なし　□あり |
| ⑫サービス提供体制強化加算 | □なし　□Ⅰイ　□Ⅰロ　□Ⅱ　　□Ⅲ |
| ⑬介護職員処遇改善加算 | □なし　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ |
| 認知症対応型通所介護 | □単独型□併設型□グループホーム等活用型 | ①職員の欠員による減算の状況 | □なし　□看護職員　□介護職員 |
| ②時間延長サービス体制 | □対応不可　□対応可 |
| ③入浴介助体制 | □なし　□あり |
| ④個別機能訓練体制 | □なし　□あり |
| ⑤若年性認知症利用者受入加算 | □なし　□あり |
| ⑥栄養改善体制 | □なし　□あり |
| ⑦口腔機能向上体制 | □なし　□あり |
| ⑧サービス提供体制強化加算 | □なし　□Ⅰイ　□Ⅰロ　□Ⅱ　　□Ⅲ |
| ⑨介護職員処遇改善加算 | □なし　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ |

　　介護予防をしている事業所のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護予防通所介護 |  | ①職員の欠員による減算の状況 | □なし　□看護職員　□介護職員 |
| ②若年性認知症利用者受入加算 | □なし　□あり |
| ③生活機能向上グループ加算 | □なし　□あり |
| ④運動器機能向上体制 | □なし　□あり |
| ⑤栄養改善体制 | □なし　□あり |
| ⑥口腔機能向上体制 | □なし　□あり |
| ⑦選択的サービス複数実施加算 | □なし　□あり |
| ⑧事業所評価加算(申出)の有無 | □なし　□あり |
| ⑨サービス提供体制強化加算 | □なし　□Ⅰイ　□Ⅰロ　□Ⅱ　　□Ⅲ |
| ⑩介護職員処遇改善加算 | □なし　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ　□Ⅳ |

**（３）お泊りデイについて**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □実施⇒ | □今後継続　　□その他（　　　　）□今後廃止予定　　 | □未実施⇒ | □今後実施予定　□その他（　　　　）□今後も未実施　　 |

**（４）東京圏の高齢者の地方移住について**

|  |  |
| --- | --- |
| 日本創成会議で、2025年には東京圏の高齢者の施設受入れ困難が予想されることから医療や介護の受入れ機能の整っている全国41地域を移住先候補地として示した。北海道（室蘭市、函館市、旭川市、帯広市、釧路市、北見市）も候補としてあげられているが、貴施設のご意見をお聞かせください。 | □受け入れに前向きに検討　　　□条件によっては検討する□積極的に検討していない |

**（５）今後の事業展開について**

　　　次年度以降の区分について

⇒介護予防をしている事業所のみ記入　次年度以降の介護予防は

|  |  |
| --- | --- |
| * 未定
* 通常規模　□大規模(Ⅰ)　□大規模(Ⅱ)
* 大規模ｻﾃﾗｲﾄ　□通常規模ｻﾃﾗｲﾄ
 | 都道府県指定□未定　□継続　□廃止検討　□廃止□新総合事業（時期　　　　　　　） |
| □　未定□　地域密着型　□小規模多機能ｻﾃﾗｲﾄ　□　認知症対応型 | 地域密着型（市町村指定）　　調査協力ありがとうございました |