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

**北海道デイサービスセンター基礎調査票**

本調査票は、道内のデイサービス事業運営の動向を把握し、本協議会活動の基礎資料とすることを

目的としています。

また、道内のデイサービスセンターが取り組むサービス提供体制及び独自の活動をまとめ、情報の

共有化を図り、さらに３年ごとに同様の調査を実施することにより、経年による変化や利用者ニーズの動向を把握し、制度充実のための要望活動等に役立てるものです。本調査の趣旨をご理解の上回答にご協力くださいますようお願いいたします。

本調査票の提出期限は平成２８年１１月１８日（金）となっておりますのでご協力のほどお願いい

たします。

※　道デイ協会員事業所と本調査に協力いただいた非会員事業所の皆様には、後日調査報告書を送

　　付いたします。

**本調査票は、北海道デイサービスセンター協議会ホームページ**

[**http://www.hokkaido-dayservice.jp/**](http://www.hokkaido-dayservice.jp/)**からダウンロード（Ｗｏｒｄ様式）できますのでご活用**

**ください。**

回答者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（職　種　　　　　　　　　　　　　　　　　）

基礎調査項目の設問１）～２３）は、すべて平成２８年４月１日現在の実績についてご記入ください。

※平成２８年４月１日以降に開設された事業所については、平成２８年８月１日の実績を記入してください。

○通所介護事業所についてお伺いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １）事業所名  (センター名) | | （　会員　・　非会員） | | |
| ２）振興局・市区町村名 | | ※該当する振興局に○を付けてください。  札幌・石狩・渡島・檜山・後志・空知・上川・留萌・宗谷・オホーツク・胆振・日高・十勝・釧路・根室 | | ※市区町村を記入してください。 |
| ３）住所 | | 住所　〒　　　　　　　　　　　TEL　　（　　　）　　－ | | |
| ４）法人種別 | 設置主体 | 市町村・社協以外の社福・社協・NPO・株式・有限・その他（　　　） | | |
| 経営主体 | 市町村・社協以外の社福・社協・NPO・株式・有限・その他（　　　） | | |
| ・現在の状況についてお伺いします。 | | | | |
| ５）通常の事業の実施地域  （ひとつに○） | | | １．小学校区 ２．中学校区 ３．複数中学校区 ４．区市町村全域  ５．複数区市町村 ６.その他（　　　　　 ） | |
| ６）「通常の事業の実施地域」で最も遠い利用者は、どの位の時間・距離ですか。 | | | 時間：夏場、最も時間のかかる場所まで、片道 約（　　 ）分  冬場、最も時間のかかる場所まで、片道 約（　　 ）分  距離：最も遠い利用者は、片道 約（　　 ）㎞ | |
| ７）「通常の事業の実施地域」以外で最も遠い利用者は、どの位の時間・距離ですか。 | | | １．時間：夏場、最も時間のかかる場所まで、片道 約（　　 ）分  冬場、最も時間のかかる場所まで、片道 約（　　 ）分  距離：最も遠い利用者は、片道 約（　　 ）㎞  ２．「通常の事業の実施地域」から来ている利用者はいない | |
| ８）１回の送迎で一人あたりに係る迎えの時間は、およそ何分ですか。 | | | ※迎えの車両総数の出発から到着までの１週間の延べ時間÷１週間の  延利用者数  （例）事業所が３台の送迎車を所有し、１日当たり３０分の所要時間  　　　で５日間のサービス提供を行っていると仮定した場合  　　　　月：３０分×３台＝　９０分　１５人  　　　　火：３０分×２台＝　６０分　１０人  　　　　水：３０分×３台＝　９０分　１２人  　　　　木：３０分×２台＝　６０分　　８人  　　　　金：３０分×３台＝　９０分　１５人  　　　　　　　　　　　　　３９０分÷６０人  夏場 約（　　 ）分  冬場 約（　　 ）分 | |
| ９）通常の事業の実施地域には、貴事業所以外に何か所くらいの通所介護事業所がありますか。 | | １．他にはない  ２．１～２カ所  ３．３～５カ所  ４．６～９カ所  ５．１０カ所以上 | | |

※設問について、２単位以上で運営している事業所は１単位ごとにコピーしてご利用ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10）区分に当てはまるものに○を付けてください。  ※Ｈ２７年度まで介護予防を一体的に行っていたが、現在「現行の通所介護相当」を一体的に行っている場合には◎を付けてください。 | | | | | | | | | | 現在の事業所区分 | | | | | | | | | | | | | | 平成２７年度までの事業所区分 | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型 | | | | | | | | | | | |  | | 小規模型 | | | | | | | | | |  | |
| 認知症対応型 | | | | | | | | | | | |  | | 認知症対応型 | | | | | | | | | |  | |
| 小規模多機能ｻﾃﾗｲﾄ | | | | | | | | | | | |  | | 通常規模型 | | | | | | | | | |  | |
| 通常規模ｻﾃﾗｲﾄ | | | | | | | | | | | |  | | 大規模型（Ⅰ） | | | | | | | | | |  | |
| 大規模ｻﾃﾗｲﾄ | | | | | | | | | | | |  | | 大規模型（Ⅱ） | | | | | | | | | |  | |
| 通常規模型 | | | | | | | | | | | |  | | 療養型 | | | | | | | | | |  | |
| 大規模(Ⅰ) | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | |
| 大規模(Ⅱ) | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | |
| 療養型 | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | |
| 11）収支の状況の変化についてご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 平成26年度決算(千円) | | | | | | | | | | 平成27年度決算(千円) | | | | | | | | | 差額(千円) | | | | | | |
| サービス活動収益計 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| サービス活動費用計 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| サービス活動増減差額 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 12）平成２６年度と平成２７年度決算における収益（利益）の変化について、その原因と思われるものについてご記入ください。  　※例：事業所が増えた・加算を取れなくなった・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13）機能訓練指導員以外の職員の保有資格  （複数回答可） | | | | | | | | | | | | 介護福祉士 | | | | | | | | | 人 | | | | 社会福祉士 | | | | | | | | 人 | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | 人 | | | | 看護師 | | | | | | | | 人 | | |
| 准看護師 | | | | | | | | | 人 | | | | 歯科衛生士 | | | | | | | | 人 | | |
| 栄養士 | | | | | | | | | 人 | | | | 管理栄養士 | | | | | | | | 人 | | |
| その他（　　　　　） | | | | | | | | | 人 | | | | その他（　　　　　） | | | | | | | | 人 | | |
| 14）専従の機能訓練指導員の保有資格 | | | | | | | | | | | | 看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、鍼灸師、その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15）職員数をご記入ください。（１単位ごと）  ※『兼任』の場合、該当する全ての職種欄にご記入ください。  （例：看護職員と機能訓練指導員が兼務の場合…看護職員・機能訓練指導員のそれぞれに１を加える）  また、下記に『兼任している職種』欄において、該当するもの全てに○を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 管理者 | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | 介護職員 | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | 歯科衛生士 | | 管理栄養士 | | | | その他 | | | | |
| 常  勤 | | 非  常  勤 | | 常  勤 | | | 非  常  勤 | | | | | 常  勤 | | 非  常  勤 | 常  勤 | 非  常  勤 | | 常  勤 | | | | 非  常  勤 | | | 常  勤 | 非  常  勤 | 常  勤 | | 非  常  勤 | | 常  勤 | | | 非  常  勤 | |
| 専任 |  | |  | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | |
| 兼任 |  | |  | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | |
| 兼任  して  いる  職種 | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | | | | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | | | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | | 管理者・生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員・その他(　　　) | | | | |
| 16）看護師の体制についてお伺いします。訪問看護ステーションと看護師を派遣する契約を結んでいま  すか？  　　いずれかに○を付けてください。  　　　　　　（　　契約している　　・　　契約していない　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17）報酬改定に伴う人員の増減について、お伺いいたします。平成２７年４月介護報酬改定により下記職種の人員を増減させましたか。また、増減させた場合にはその人数を教えてください。  ※「増減」に○を、ない場合は「無」に○を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 管理者 | | | | 生活相談員 | | | | | | | | 看護職員 | | | 介護職員 | | | 機能訓練指導員 | | | | | | | 歯科衛生士 | | 管理栄養士 | | | | その他 | | | | |
| 常  勤 | | | 非  常  勤 | 常  勤 | | | 非  常  勤 | | | | | 常  勤 | | 非  常  勤 | 常  勤 | 非  常  勤 | | 常  勤 | | | | 非  常  勤 | | | 常  勤 | 非  常  勤 | 常  勤 | | 非  常  勤 | | 常  勤 | | | 非  常  勤 | |
| 報酬  改定  に伴  う人  員の  増減 | 増・無・減 | | | 増・無・減 | 増・無・減 | | | 増・無・減 | | | | | 増・無・減 | | 増・無・減 | 増・無・減 | 増・無・減 | | 増・無・減 | | | | 増・無・減 | | | 増・無・減 | 増・無・減 | 増・無・減 | | 増・無・減 | | 増・無・減 | | | 増・無・減 | |
| 人数 | 名 | | | 名 | 名 | | | 名 | | | | | 名 | | 名 | 名 | 名 | | 名 | | | | 名 | | | 名 | 名 | 名 | | 名 | | 名 | | | 名 | |
| 18）人員の増減について、その具体的な理由をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19）一日の利用定員 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20）利用登録者数 | | | | | | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21）営業日  ※臨時営業日については、平成２７年度の状況をご記入ください。 | | | | | | 月・火・水・木・金・土・日　／　週（　　　　）日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祝日の取扱：　営業している・営業していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨時休業日 | | | | | 年末・年始（　　日間）　　月　　日　～　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| お盆　　　（　　日間）　　月　　日　～　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他（ 　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22）サービス提供時間 | | | | | | | | 2～3時間　・　3～5時間　・　5～7時間　・　7～9時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 時間　　分 2. 時間　　分　※サービス提供時間設定が複数ある場合 3. 時間　　分　　は、利用者の多い順に記載してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23）平成２８年４月現在の、要介護度別の利用者数及び延べ利用者数をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施  時間 | | 要介護度 | | | | | 実利用者数 | | | | | | | 延べ  利用者数 | | | | 実施  時間 | | | | 要介護度 | | | | | 実利用者数 | | | | 延べ  利用者数 | | | | | |
| 2～3時間 | | 要支援1 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 5～7時間 | | | | 要支援1 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要支援2 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要支援2 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護1 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護1 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護2 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護2 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護3 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護3 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護4 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護4 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護5 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護5 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 合　　計 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 合　　計 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 3～5時間 | | 要支援1 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 7～9時間 | | | | 要支援1 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要支援2 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要支援2 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護1 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護1 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護2 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護2 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護3 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護3 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護4 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護4 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 要介護5 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 要介護5 | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 合　　計 | | | | |  | | | | | | |  | | | | 合　　計 | | | | |  | | | |  | | | | | |

24）加算の取得状況と減算について

（１）平成２８年４月１日以降の加算などの状況についてお伺いします。該当する箇所に○を付け

　　てください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 対象 | 対象外 | その他 |
| 1. 定員超過利用減算・人員基準欠如減算 | １ | ２ | ３ |
|  | 対象者有 | 対象者無 | その他 |
| 1. 短時間による減算 | １ | ２ | ３ |
| 1. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | １ | ２ | ３ |
| 1. 同一建物減算 | １ | ２ | ３ |
| 1. 送迎未実施減算 | １ | ２ | ３ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対応している | 対応していない  （下記から理由をお選びください。） | | | | | |
| 専門職が不足 | 介護職員が不足 | 対象利用者がいない | 設備が無い | その他 | |
| 1. 延長加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 入浴介助加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 中重度者ケア体制加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 個別機能訓練Ⅰ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 個別機能訓練Ⅱ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 認知症加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 若年性認知症加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 栄養改善加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 口腔機能向上加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 個別送迎体制強化加算   （療養型のみ） | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 入浴介助体制強化加算   （療養型のみ） | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| ６とお答え頂いた場合、その理由もご記入ください。  （　　）について  （　　）について  （　　）について | | | | | | |

※（　）内には、⑥～⑯のどの加算についての理由か明記ください。(以降についても同様にお願いします)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ）イ | （Ⅰ）ロ | (Ⅱ) | （Ⅲ） | 取得していない |
| 1. 介護職員処遇改善加算 | （Ⅰ） | （Ⅱ） | (Ⅲ) | （Ⅳ） | 取得していない |
| 「取得してない」とお答え頂いた場合、その理由もご記入ください。  （　　）について | | | | | |

○介護予防事業についてお伺いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １）新しい総合事業に移行していますか。 | 移行してない | 移行している |
| １ | ２ |

１のかたは２）にお進みください。

２のかたは３）にお進みください。

２）介護予防通所介護事業についてお伺いします。

平成２８年４月１日以降の状況について、該当する箇所に○を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 対象 | 対象外 | その他 |
| 1. 定員超過利用減算・人員基準欠如減算 | １ | ２ | ３ |
|  | 対象者有 | 対象者無 | その他 |
| 1. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | １ | ２ | ３ |
| 1. 同一建物減算 | １ | ２ | ３ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 対応している | 対応していない  （下記から理由をお選びください。） | | | | | |
| 専門職が不足 | 介護職員が不足 | 対象利用者がいない | 設備が無い | その他 | |
| 1. 若年性認知症加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 生活機能向上グループ活動加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 運動機能向上加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 栄養改善加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| 1. 口腔機能向上加算 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | |
| ６とお答え頂いた場合、その理由もお答えください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　）について | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 選択的サービス複数実施加算 | （Ⅰ） | （Ⅱ） | 取得してない | |
| 1. サービス提供体制強化加算 | （Ⅰ） | （Ⅱ） | 取得してない | |
| 1. 介護職員処遇改善加算 | （Ⅰ） | （Ⅱ） | (Ⅲ) | 取得してない |
| 「取得してない」とお答え頂いた場合、その理由もご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　）について | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３）平成２９年度以降に新しい総合事業に移行しますか。 | 移行する | 移行しない |
| １ | ２ |

４）介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービスについてお伺いします。

貴事業所のある市区町村において、平成２８年４月１日以降、既に行われているサービスについ

て該当する箇所に○を付けてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基準 | 現行の通所介護  相当 | 多様なサービス | | |
| １．行っているサービス種別に○を付けてください | 1. 通所介護 | ②通所型サービスＡ  （緩和した基準によるサービス） | 1. 通所型サービスＢ   （住民主体による  支援） | 1. 通所型サービスＣ   （短期集中予防サ  ービス） |
| ２．１で②、③を行っている場合サービス内容をご記入ください |  | 1. ミニデイサービス 2. 運動・レクリエーション 3. その他 | 1. 体操、運動等の活動 2. サロン 3. その他 |  |
| ３．事業に対する収入をご記入ください | 委託料  要支援１  　　　　　　円  要支援２  　　　　　　円 | 委託料・補助金  　　　　　　　円  （　回・　月・　年）  利用料　　　　円  （　回・　月）  その他（食事代等）  　　　　　　　円 | 委託料・補助金  　　　　　　　円  （　回・　月・　年）  利用料　　　　円  （　回・　月）  その他（食事代等）  　　　　　　　円 | 委託料・補助金  　　　　　　　円  （　回・　月・　年）  利用料　　　　円  （　回・　月）  その他（食事代等）  　　　　　　　円 |
| ４．設備と人員など、求められている基準等があればご記入ください |  |  |  |  |

５）その他

（１）報酬改定に伴い困っていることや、報酬改定に対して思うことをご記入ください。

（２）報酬改定後から行っている工夫などがありましたらご記入ください。

　　　例：業務の外部委託を行った・他事業所職員との兼務を行ったなど

（３）貴事業所において日頃感じていること、今後の取り組み課題など、ご自由にご記入ください。

（４）本協議会への上記以外のご意見・ご要望などありましたらご自由にご記入ください

**◎ご協力ありがとうございました。**