**福岡県老人福祉施設協議会　地域密着サービス部会**

**平成２８年度　通所介護アンケート**

通所介護事業所　各位

【アンケート調査ご協力のお願い】

日頃より、福岡県老人福祉施設協議会の発展にご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

また、地域密着サービス部会の活動に対しましてもご協力を賜り重ねてお礼申し上げます。さて、平成２７年介護保険改正を迎え、早いもので、１年が経過しました。在宅系サー

ビス改正の目玉とされている日常生活支援総合事業に移行し、定員１８名以下の指定通所

介護事業所について、平成２８年４月１日以降は地域密着サービスへ移行することになり、

利用者、事業所側にとっては更に厳しい状況になると予想されます。つきましては当通所

介護チームでは、今後のデイサービス事業運営の参考にしていただける様に、アンケート

を実施することとしました。皆様のご協力を宜しくお願い致します。

回収いたしましたデータについては集約後、各会員に結果報告させて頂きます。

大変お忙しい所、申し訳ございませんが、貴事業所管理者様等によるご回答をお願い致

します。

〇　調査の対象日は基本的に平成２８年９月３０日現在です。

〇　期間あるものは各設問中に記しております。

　　　〇　職員配置の非常勤は常勤換算で記入して下さい。

　　　〇　その他、記述の部分は自由に記入下さい。

* なお、今回よりデジタルで入力可能な施設には、入力用表計算データを送り、それに入力して頂く様にいたしました。可能な場合は下記アドレスにメールをお願いいたします。折り返し入力フォームをお送りいたします。

福岡県老人福祉施設協議会　地域密着サービス部会　通所介護チーム

（担　当）

山内　竹里館　　　　　　０９４４－６７－３１４１（筑後）

坂田　アットホーム諸岡　０９２－５８８－５８８５（福岡市）

回答用紙提出先

福岡県老人福祉施設協議会　事務局（担当：鳥居）

　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　０９２－５８４－３３７７

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　０９２－５８４－３３６９・３３８１

　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：zimukyoku@fukuoka-roushikyo.jp

1. 貴事業所の平成２８年９月３０日現在の状況においてお答え下さい

①事業所名

②地区（　　　）右の番号を記入　１福岡市　　２福岡　　３筑豊　　４筑後

③通所事業の開設年月日　（　　　）Ｓ=昭和 Ｈ=平成　（　　）年（　　）月

1. 職員の配置状況において、お答え下さい。

兼任の場合は兼任先の事業所種別を記入下さい。非常勤は常勤換算してください。

無の場合は「０」記入してください。

　（介護福祉士＝介福士、正看護師＝正看、准看護師＝准看）

職員配置　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※平成２８年９月３０日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職種人数を記入して下さい。非常勤は常勤換算して下さい。　　（人）  （兼任の場合は兼任先の事業所種別も記入して下さい。） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 管理者 | 生活相談員 | | 看護職員 | | | | | 介護職員 | | | | 機能訓練指導員 | |
| 常勤 | 専任 | 専任 | 兼任 | 専任 | | | 兼任 | | 専任 | | 兼任 | | 専任 | 兼任 |
|  |  |  | 正看 | |  | 正看 |  | 介福士 |  | 介福士 |  |  |  |
| 兼任 |
|  | 准看 | |  | 准看 |  | その他 |  | その他 |  |
| 兼任先 |  | 兼任先 |  | | | 兼任先 | |  | | 兼任先 | |  | 兼任先 |
|  |  | 正看 |  | 介福士 |  |  |
| 准看 |  | その他 |  |
| 非常勤（常勤換算） | 職種 | 専任 | 兼任 | 専任 | | | 兼任 | | 専任 | | 兼任 | | 専任 | 兼任 |
|  |  |  | 正看 |  | | 正看 |  | 介福士 |  | 介福士 |  |  |  |
|  | 准看 |  | | 准看 |  | その他 |  | その他 |  |
|  | 兼任先 |  | | | 兼任先 | |  | | 兼任先 | |  | 兼任先 |
|  | 正看 |  | 介福士 |  |  |
| 准看 |  | その他 |  |

管理者の職種（施設長、相談員、介護職、看護、機能訓練、などを記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職種人数を記入して下さい。非常勤は常勤換算して下さい。  （　兼任の場合は兼任先の事業所種別も記入して下さい。） | | | | | | | | | |
|  | 運転専門員 | | その他 | | その他 | | その他 | | その他 | |
| 常勤 | 専任 | 兼任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
|
|  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |
|  |  |  |  |  |
| 非常勤（常勤換算） | 専任 | 兼任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 | 専任 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |  | 兼任先 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格名 | 有資格者の人数（単純に頭数を記入して下さい。） | | | | | | |
| 生活相談員 | | | 機能訓練指導員 | | | その他の職員 |
|  | 常勤 | 非常勤 |  | 常勤 | 非常勤 |  |
| 社会福祉主事 |  |  | ＰＴ |  |  | 事務員　　　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| 社会福祉士 |  |  | ＯＴ |  |  | 運転専門員　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| 介護福祉士 |  |  | ＳＴ |  |  | 入浴専門員　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| 正看 |  |  | 正看 |  |  | 他　　　　　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| 准看 |  |  | 准看 |  |  | 他　　　　　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| その他 |  |  | その他 |  |  | 他　　　　　　常勤（　　）非常勤（　　） |
| 合計（人） |  |  | 合計（人） |  |  | 合計　　　　　常勤（　　）非常勤（　　） |

【問３】平成２７年と平成２８年９月３０日時点についてお答えください。

①事業所の実施規模について○印でご記入下さい。

（平成２７年）　　　　　　　　　　　　　（平成２８年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 小規模 |  |  | 地域密着型　通所介護 |  |
| 通常規模 |  | 通常規模 |  |
| 大規模Ⅰ |  | 大規模Ⅰ |  |
| 大規模Ⅱ |  | 大規模Ⅱ |  |

　②サービス提供時間について、貴事業所の時間帯を記入して下さい。

・主となる時間帯－○　・その次に多い時間帯－△　・全くサービス実施していない時間帯－×

　　【平成２７年】（記入例）　　　　　　　【平成２８年】（記入例）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ３～５時間 | △ |  | ３～５時間 | △ |
| ５～７時間 | ○ | ５～７時間 | △ |
| ７～９時間 | × | ７～９時間 | ○ |

（平成２７年）　　　　　　　　　　　　　（平成２８年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ３～５時間 |  |  | ３～５時間 |  |
| ５～７時間 |  | ５～７時間 |  |
| ７～９時間 |  | ７～９時間 |  |

③実施している営業時間を記入下さい。

　複数単位の営業の場合は二枠使用して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 営　業　時　間 | ：　　　　　～　　　　　： |
| 営　業　時　間 | ：　　　　　～　　　　　： |

　　　④実施している送迎時間

　　　　朝の迎えの事業所出発時刻（一番早い時刻）と夕方の送りの事業所出発時刻

（一番遅い時刻）を記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 迎え時間 | ： | 送り時間 | ： |

【問４】下記の対象期間において利用実績のあった人について性別・（満）年齢別

人数をお答え下さい。

＜対象期間：平成２８年９月１日～９月３０日の１ヶ月＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | ４０～  ５９歳 | ６０～  ６４歳 | ６５～  ６９歳 | ７０～  ７４歳 | ７５～  ７９歳 | ８０～  ８４歳 | ８５～  ８９歳 | ９０～  ９４歳 | ９５～  ９９歳 | １００歳  以上 | 計 |
| 男性 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 女性 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【問５】要支援・要介護度別の実人数と延べ人数について１ヶ月ごとにご記入下さい。

実人数　：　１回でも利用のあった方　　延べ人数：　利用実績の総数

＜対象期間：平成２８年４月１日～９月３０日の６ヶ月＞

（実人数）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支／要介 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 計 |
| 要支援１ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |  |  |  |  |

（延べ人数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支／要介 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 計 |
| 要支援１ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |  |  |  |  |

【問６】対象期間、３ヶ月間（平成２８年７月１日～９月３０日）の間に介護度の変更のあった利用者について記入例を参考に変化前と変化後を記入ください。変化のあった方のみを記入ください。枠が足らないときは枠を追加してご記入下さい。

　　　　＜記入例（支１、支２、介１、２、３、４、５）＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 変更前 | 変更後 |  | １０ |  |  |
| 【例１】 | ２ | 支１ |  | １１ |  |  |
| 【例２】 | 支２ | ３ |  | １２ |  |  |
| １ |  |  |  | １３ |  |  |
| ２ |  |  |  | １４ |  |  |
| ３ |  |  |  | １５ |  |  |
| ４ |  |  |  | １６ |  |  |
| ５ |  |  |  | １７ |  |  |
| ６ |  |  |  | １８ |  |  |
| ７ |  |  |  | １９ |  |  |
| ８ |  |  |  | ２０ |  |  |
| ９ |  |  |  | ２１ |  |  |

【問７】現在の加算の算定状況を教えてください。（平成２８年９月３０日現在）

（記入例）

・体制加算無－×　・体制加算あり－○

　　・個別加算無－×　・個別加算あり－１～５の数字でご記入下さい。

　１＝～２０％、２＝２１～４０％、３＝４１～６０％、４＝６１～８０％、５＝８１～１００％

（利用者全体でのおおよその実施割合を勘案してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介　護　予　防 | 〇 | 通　所 | 〇 |
| ・若年性認知症利用受入加算 |  | ・入浴介助加算 |  |
| ・同一建物通所介護（減算） |  | ・個別機能訓練加算（Ⅰ） |  |
| ・生活機能向上グループ活動加算 |  | ・個別機能訓練加算（Ⅱ） |  |
| ・運動器機能向上加算 |  | ・若年性認知症利用者受入加算 |  |
| ・栄養改善加算 |  | ・栄養改善加算 |  |
| ・口腔機能向上加算 |  | ・口腔機能向上加算 |  |
| ・選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） |  | ・同一建物通所介護（減算） |  |
| ・選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） |  | ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） |  |
| ・事業所評価加算 |  | ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） |  |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅰ） |  | ・サービス提供体制強化加算（Ⅲ） |  |
| ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ） |  | ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） |  |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） |  | ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ） |  |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅱ） |  | ・介護職員処遇改善加算（Ⅲ） |  |
| ・介護職員処遇改善加算（Ⅲ） |  | ・療養通所介護 |  |

【問８】要支援者の「新総合事業」移行について

１　管轄の市町村名を教えて下さい。

|  |
| --- |
|  |

２　管轄市町村の通所介護類型（１）～（４）の開始時期と報酬単価を教えて下さい。

1. 通所介護（現行の通所介護担当）

開始予定時期＝開始予定時期＝①すでに開始済み（　　　）→（平成　　年より）

　　　　　　　　　　　　　　②平成２９年度より

　　　　　　　　　　　　　　③未定

報酬単価＝　　　　　　　　　①現行と同額（　　　）

②減額　　　（　　　）→現行相当の（　　　）割程度

1. 通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）

開始予定時期＝①すでに開始済み（　　　）→（平成　　年より）

　　　　　　②平成２９年度より（　　　）

　　　　　　③未定

報酬単価＝　　①現行と同額（　　　）

　　　　　　②減額　　　（　　　）→現行相当の（　　　）割程度

　　　　　　③未定　　　（　　　）

1. 通所型サービスＢ（住民主体による支援）

開始予定時期＝①すでに開始済み（　　　）→（平成　　年より）

　　　　　　　②平成２９年度より（　　　）

　　　　　　　③未定

報酬単価＝　　①決定（　　　）（金額　　　　　　）円

　　　　　　　②未定（　　　）

（４）通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

開始予定時期＝①すでに開始済み（　　　）→（平成　　年より）

　　　　　　　②平成２９年度より（　　　）

　　　　　　　③未定（　　　）

報酬単価＝　　①現行と同額（　　　）

　　　　　　　②未定（　　　）

３　総合事業の内容について、自治体からどの程度情報を得ていますか？またその情報に

　　ついて当てはまる所に☑を入れて下さい。

　☐かなり情報を得ている　　☐少しは情報を得ている　　☐ほとんど情報を得てない

|  |
| --- |
| （自由記述） |

1. 新総合事業への移行で心配なことはありますか。当てはまる所に☑を入れて下さい。

（複数回答可）。

　☐報酬が下がって経営困難　☐職員確保が困難　☐利用者の生活に支障　□その他

|  |
| --- |
| （自由記述） |

【問９】「多様なサービス」（基準緩和サービス・住民主体サービス）への参入について

　　　　当てはまる所に☑をご記入下さい。

　☐積極的に参入を検討　　☐参入してもいい　☐参入は考えていない

|  |
| --- |
| （自由記述） |

【問１０】貴法人では次に揚げる総合事業における通所介護型サービスを行う予定はあり

ますか。

・通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）

1. 行う予定である（　　　）
2. すでに行っている（　　　）
3. 検討中（　　　）
4. 行わない（　　　）

・通所型サービスＢ（住民主体によるサービス）

1. 行う予定である（　　　）
2. すでに行っている（　　　）
3. 検討中（　　　）
4. 行わない（　　　）

・通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

1. 行う予定である（　　　）
2. すでに行っている（　　　　）
3. 検討中（　　　）
4. 行わない（　　　）

【問１１】貴事業所の特徴は何だと思われますか？当てはまる所に☑をつけて下さい。

　　　　　また、事業所のアピールポイントや特徴をご記入下さい。（複数回答可）

　☐一般型　□認知症型　□宿泊型　□利用時間延長　□レスパイト型　□その他

|  |
| --- |
| （自由記述） |

【問１２】要支援者を積極的に受け入れていますか？当てはまる所に☑をつけて下さい。

　□受け入れている　□受け入れていない　□その他

|  |
| --- |
| （自由記述） |

【問１３】当地域密着サービス部会へのご意見・ご要望があればご記入下さい。

|  |
| --- |
| （自由記述） |

お忙しい中、ご協力頂きありがとうございました。

福岡県老人福祉施設協議会

地域密着サービス部会　通所介護チーム