

事業所名: デイサービスセンターあい 事業所番号: 0171403868 (枝番) 00

基本情報：通所介護（予防を含む）

(帳票作成日: 年 月 日)

計画年度	2015	年度	記入年月日	2015年08月15日
記入者名	檜山素子		所属・職名	デイサービス管理者

1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
法人等の名称	法人等の種類	01:社会福祉法人(社協以外)	□		○	○
		(その他の場合、その名称)			○	○
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんしんゆうかい 社会福祉法人心侑会			○	○
法人等の主たる事務所の所在地	〒041-0822		□		○	○
	北海道函館市亀田港町56-12				○	○
法人等の連絡先	電話番号	0138-62-3377	□		○	○
	FAX番号	0138-62-6622			○	○
	ホームページ	1:あり			○	○
	(ホームページアドレス)	URL:http://ai-sinyukai.com/			○	○
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	大倉健二	□		○	○
	職名	社会福祉法人心侑会 理事長			○	○
法人等の設立年月日	2015/6/7		□		○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス					確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
介護サービスの種類	か所数	主な事業所等の名称	所在地					
＜居宅サービス＞					□			
訪問介護	1:あり	1	ヘルパーステーションあい	函館市花園町28-27			○	○
訪問入浴介護	0:なし						○	○
訪問看護	0:なし						○	○
訪問リハビリテーション	0:なし						○	○
居宅療養管理指導	0:なし						○	○
通所介護	1:あり	1	デイサービスセンターあい	函館市本通4丁目17-29			○	○
通所リハビリテーション	0:なし						○	○
短期入所生活介護	0:なし						○	○
短期入所療養介護	0:なし						○	○
特定施設入居者生活介護	1:あり	2	サービス付高齢者向け住宅 シニアハウスあい サービス付高齢者向け住宅	函館市花園町28-27 函館市花園町36-11			○	○
福祉用具貸与	1:あり	1	福祉用具事業所あい	函館市花園町28-27			○	○
特定福祉用具販売	0:なし					○	○	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

＜地域密着型サービス＞					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0:なし				□		○	○
夜間対応型訪問介護	0:なし						○	○
認知症対応型通所介護	0:なし						○	○
小規模多機能型 居宅介護	1:あり	3	小規模多機能ハウスあい日吉 小規模多機能ハウスあい美	函館市日吉町2丁目22-12 函館市美原3丁目13-32 函館市戸倉町161-1			○	○
認知症対応型共同 生活介護	0:なし	2	グループホームあい グループホームあい戸倉	函館市昭和3丁目29-47 函館市戸倉町161-1			○	○
地域密着型特定施設 入居者生活介護	1:あり	2	介護付有料老人ホームあい日吉 介護付有料老人ホームあい	函館市日吉町2丁目22-12 函館市美原3丁目12-32			○	○
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	0:なし						○	○
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	0:なし						○	○
居宅介護支援	0:なし	1	居宅介護支援事業所あい	函館市花園町36-11		○	○	

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

<介護予防サービス>					確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
介護予防訪問介護	1:あり	1	ヘルパーステーションあい	函館市花園町28-27	□		○	○
介護予防訪問入浴介護	0:なし						○	○
介護予防訪問看護	0:なし						○	○
介護予防訪問リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防居宅療養管理指導	0:なし						○	○
介護予防通所介護	1:あり	1	デイサービスセンターあい	函館市本通4丁目17-29			○	○
介護予防通所リハビリテーション	0:なし						○	○
介護予防短期入所生活介護	0:なし						○	○
介護予防短期入所療養介護	0:なし						○	○
介護予防特定施設入居者生活介護	0:なし						○	○
介護予防福祉用具貸与	0:なし						○	○
特定介護予防福祉用具販売	0:なし						○	○

1. 事業所を運営する法人等に関する事項(つづき)

<地域密着型介護予防サービス>					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護	
介護予防認知症 対応型通所介護	0:なし				□		○	○	
介護予防小規模 多機能型居宅介護	0:なし						○	○	
介護予防認知症 対応型共同生活介護	0:なし						○	○	
介護予防支援	0:なし						○	○	
<介護保険施設>									
介護老人福祉施設	1:あり	1	特別養護老人ホームあい亀 田港	函館市亀田港町56-12			○	○	
介護老人保健施設	0:なし						○	○	
介護療養型医療施設	0:なし					○	○		

2. 介護サービス(予防を含む)を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
事業所の名称	(ふりがな)	でいさーびすせんたーあい		□		○	○
	デイサービスセンターあい				○	○	
事業所の所在地	〒041-0851	市区町村コード	012025:函館市	□		○	○
	(都道府県から番地まで)	北海道函館市本通4丁目17番29号				○	○
	(建物名・部屋番号等)					○	○
事業所の連絡先	電話番号	0138-31-6001		□		○	○
	FAX番号	0138-31-6003				○	○
	ホームページ	0:なし				○	○
	(ホームページアドレス)					○	○
介護保険事業所番号	0171403868			□		○	○
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名	檜山素子		□		○	○
	職名	管理者				○	○
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)							
事業の開始(予定)年月日		2015/04/01		□		○	○
指定の年月日	介護サービス	2015/04/01				○	
	介護予防サービス	2015/04/01					○
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない)	介護サービス					○	
	介護予防サービス						○
届出年月日	夜間及び深夜の指定通所介護以外のサービス(宿泊サービス)					○	○
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。							
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定			1:あり	□		○	○
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の6に規定する登録喀痰吸引等事業者			0:なし	□		○	○
事業所までの主な利用交通手段							
函館バス東本通バス停から徒歩1分 函館空港から車で20分 函館駅から車で30分				□		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者に関する事項

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等							確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数				
	専従	非専従	専従	非専従						
生活相談員	1人	1人	0人	0人	2人	1.7人	□		○	○
看護職員	0人	0人	0人	4人	4人	1人			○	○
介護職員	5人	0人	2人	0人	7人	6.5人			○	○
機能訓練指導員	0人	0人	0人	4人	4人	0.3			○	○
歯科衛生士	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○
管理栄養士	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○
事務員	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○
その他の従業者	0人	1人	0人	0人	1人	0人			○	○
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					40時間		□		○	○
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。										
従業者である介護職員が有している資格										
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
	専従	非専従	専従	非専従						
介護福祉士	2人	0人	0人	0人	2人	2人	□		○	○
実務者研修	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○
介護職員初任者研修	5人	0人	0人	0人	5人	5人			○	○
介護支援専門員	0人	0人	0人	0人	0人	0人			○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業者に関する事項(つづき)

従業者である機能訓練指導員が有している資格					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
延べ人数	常勤		非常勤					
		専従	非専従	専従	非専従			
理学療法士	0人	0人	0人	0人	□		○	○
作業療法士	0人	0人	0人	0人			○	○
言語聴覚士	0人	0人	0人	0人			○	○
看護師及び准看護師	0人	0人	0人	4人			○	○
柔道整復師	0人	0人	0人	0人			○	○
あん摩マッサージ指圧師	0人	0人	0人	0人			○	○
従業者である生活相談員が有している資格					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
延べ人数	常勤		非常勤					
		専従	非専従	専従	非専従			
社会福祉士	0人	0人	0人	0人	□		○	○
社会福祉主事	1人	1人	0人	0人			○	○
管理者の他の職務との兼務の有無				1:あり	□		○	○
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等				1:あり			○	○
(資格等の名称)		介護福祉士 社会福祉主事					○	○
看護職員及び介護職員1人当たりの利用者数				3人	□		○	○
宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
通常時の人数	0人							
時間帯での増員(※時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要)					□		○	○
夕食介助	00時00分～00時00分			0人				
朝食介助	00時00分～00時00分			0人				
宿泊サービス提供時に配置する職員の保有資格等					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
看護職員	0:なし							
介護福祉士	0:なし							
上記以外の介護職員	0:なし							
その他有資格者							○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業員に関する事項(つづき)

従業員に関する事項					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
区分	生活相談員		看護職員					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
前年度の採用者数	0人	0人	0人	0人	□		○	○
前年度の退職者数	0人	0人	0人	0人			○	○
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
1年未満の者の人数	0人	0人	0人	2人	□		○	○
1年～3年未満の者の人数	0人	0人	0人	0人			○	○
3年～5年未満の者の人数	0人	0人	0人	2人			○	○
5年～10年未満の者の人数	2人	0人	0人	0人			○	○
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人			○	○
区分	介護職員		機能訓練指導員					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
前年度の採用者数	0人	0人	0人	0人	□		○	○
前年度の退職者数	0人	0人	0人	0人			○	○
業務に従事した経験年数	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
1年未満の者の人数	1人	0人	0人	2人	□		○	○
1年～3年未満の者の人数	1人	2人	0人	2人			○	○
3年～5年未満の者の人数	2人	0人	0人	0人			○	○
5年～10年未満の者の人数	1人	0人	0人	0人			○	○
10年以上の者の人数	0人	0人	0人	0人			○	○
従業員健康診断の実施状況				1:あり	□		○	○

3. 事業所において介護サービス(予防を含む)に従事する従業員に関する事項(つづき)

従業員の教育訓練のための制度、研修その他の従業員の資質向上に向けた取組の実施状況					確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
事業所で実施している従業員の資質向上に向けた研修等の実施状況								
(その内容)					<input type="checkbox"/>		○	○
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組								
アセッサー(評価者)の人数	0人				<input type="checkbox"/>		○	○
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4				
	0人	0人	0人	0人	<input type="checkbox"/>		○	○
外部評価の実施状況	0:なし				<input type="checkbox"/>		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針			確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
1、利用者様の自己決定が保障され、多様で良質なサービスが提供されるよう、サービスの質の改善に向けた自主的な努力を促す取り組みを進めます。 2、利用者様本人のニーズや自立支援という目標に沿ったケアプランが作成されるよう必要な支援を行い、利用者様のADL・QOLの向上に努めます。			<input type="checkbox"/>		○	○
介護サービスを提供している日時						
事業所の営業時間	平日	09時15分～16時30分	<input type="checkbox"/>		○	○
	土曜	09時15分～16時30分			○	○
	日曜	00時00分～00時00分			○	○
	祝日	09時15分～16時30分			○	○
	定休日	日曜・年末年始			○	○
留意事項				○	○	
<宿泊サービスに関して> サービスの提供時間	平日	時分～時分	<input type="checkbox"/>		○	○
	土曜	時分～時分			○	○
	日曜	時分～時分			○	○
	祝日	時分～時分			○	○
	定休日				○	○
留意事項				○	○	

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

利用可能な時間帯			確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
サービス提供所要時間	(サービスが提供される時間帯)					
2時間以上3時間未満	1:あり	10時00分～13時00分	□		○	○
3時間以上5時間未満	1:あり	09時30分～14時30分			○	○
5時間以上7時間未満	1:あり	09時15分～14時30分			○	○
7時間以上9時間未満	1:あり	09時15分～16時30分			○	○
9時間以上10時間未満	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
10時間以上11時間未満	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
11時間以上12時間未満	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
12時間以上13時間未満	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
13時間以上14時間未満	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
宿泊サービス	0:なし	00時00分～00時00分			○	○
留意事項					○	○
事業所が通常時に介護サービスを提供する地域						
函館市・北斗市・七飯町			□		○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスの内容等		確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
介護報酬の加算状況(記入日前月から直近1年間の状況)					
個別機能訓練加算(Ⅰ)(予防を除く)	0:なし	□		○	
個別機能訓練加算(Ⅱ)(予防を除く)	1:あり			○	
入浴介助の実施(予防を除く)	1:あり			○	
若年性認知症利用者の受入	0:なし			○	○
認知症加算(予防を除く)	0:なし			○	
中重度者ケア体制加算(予防を除く)	0:なし			○	
生活機能向上グループ活動加算(予防のみ)	0:なし				○
運動器機能向上サービスの実施(予防のみ)	1:あり				○
栄養改善サービスの実施	0:なし			○	○
口腔機能向上サービスの実施	0:なし			○	○
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)(予防のみ)	0:なし				○
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)(予防のみ)	0:なし				○
事業所評価加算(予防のみ)	0:なし				○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0:なし			○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0:なし			○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0:なし			○	○
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(予防を除く)	0:なし			○	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1:あり			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0:なし			○	○
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0:なし		○	○	
利用者の送迎の実施	1:あり			○	○
送迎時における居宅内介助等の実施	0:なし			○	○
利用定員					
指定通所介護事業所	40人	□		○	○
宿泊サービス	0人			○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスの利用者(要支援者)への提供実績(記入日前月)									確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
介護予防通所介護費の算定件数		17件							<input type="checkbox"/>			○
生活機能向上グループ活動加算の算定件数		0件										○
運動器機能向上加算の算定件数		17件										○
栄養改善加算の算定件数		0件										○
口腔機能向上加算の算定件数		0件										○
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)の算定件数		0件										○
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)の算定件数		0件										○
事業所評価加算の算定件数		0件										○
介護サービスの利用者への提供実績(記入日前月の状況)												
利用者の人数	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	合計	<input type="checkbox"/>		○	○
	10人	7人	19人	22人	17人	5人	5人	85人				
(前年同月の提供実績)	0人	0人			○	○						
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。												
<宿泊サービスに関して> 利用者の人数	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	合計	<input type="checkbox"/>		○	○
	0人	0人										
(前年同月の提供実績)	0人	0人			○	○						

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスを提供する事業所、設備等の状況										確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
建物の構造		地上階	1階			地下階	0階			□		○	○
当該事業所の設置階		1階		0階		0階		0階				○	○
送迎車両の有無		1:あり (その台数)			5台				○		○		
リフト車両の設置状況		1:あり (その台数)			4台				○		○		
他の車両の形態		1:あり (その内容)			8人乗りワゴン1台				○		○		
食堂の面積		135.060㎡			機能訓練室の面積			135.06㎡				○	○
食堂及び機能訓練室の利用者1人当たりの面積							3.4㎡					○	○
静養室の面積		12.69㎡			相談室の面積			7.05㎡				○	○
宿泊室の状況													
個室	合計室数	室	床面積	㎡	㎡	㎡	㎡	㎡	△		□		○
				㎡	㎡	㎡	㎡	㎡				○	○
個室以外	合計室数	場所	利用定員	床面積	プライバシー確保の方法				□		○	○	
					㎡					○	○		
					㎡					○	○		
					㎡					○	○		
					㎡					○	○		
便所の設置数	男子便所	1か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			0か所			□		○	○	
	女子便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			0か所					○	○	
	男女共用便所	5か所	(うち車いす等の対応が可能な数)			5か所					○	○	
浴室の設備の状況													
浴室の総数				1か所						□		○	○
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴			○		○		
0か所		1か所		0か所		2か所			○		○		
その他の浴室の設備の状況												○	○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

消火設備等の状況		確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
消火器	1:あり	□		○	○
スプリンクラー設備	0:なし			○	○
自動火災報知設備	1:あり			○	○
消防機関へ通報する火災報知設備	0:なし			○	○
その他	1:あり			○	○
(その名称)	火災報知器・消火器・避難口誘導灯・非常照明・煙感知器			○	○
福祉用具の設置状況					
車いす	1:あり	□		○	○
歩行補助つえ	1:あり			○	○
歩行器	1:あり			○	○
その他	0:なし			○	○
(その名称)				○	○
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況					
窓口の名称	デイサービスセンターあい苦情対応窓口		□		○
電話番号	0138-31-6001				○
対応している時間	平日	09時15分～16時30分			○
	土曜	09時15分～16時30分			○
	日曜	00時00分～00時00分			○
	祝日	09時15分～16時30分			○
定休日	日曜日・年末年始				○
留意事項					○

4. 介護サービス(予防を含む)の内容に関する事項(つづき)

介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み		確認	修正箇所	通所介護	介護予防通所介護
損害賠償保険の加入状況	1:あり	<input type="checkbox"/>		○	○
介護サービスの提供内容に関する特色等					
(その内容)	家族的な雰囲気を優先し機能訓練等の体操も本人の希望により実施。 また、さまざまな趣味活動を提供し楽しみを見つけて頂く。 継続していただけるよう本人の負担にならない時間帯での利用時間を設定している。	<input type="checkbox"/>		○	○
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等					
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況)	0:なし	<input type="checkbox"/>		○	○
当該結果の開示状況	0:なし			○	○
第三者による評価の実施状況	0:なし	<input type="checkbox"/>		○	○
実施した直近の年月日				○	○
実施した評価機関の名称				○	○
当該結果の開示状況	0:なし			○	○
(その開示している結果の内容【ホームページアドレス】)				○	○

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項

介護給付以外のサービスに要する費用				確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外の地域の利用者に対して行う送迎の費用の額及びその算定方法				□		○	○
特に定めていません。							
利用者の選定により、通常要する時間を超えるサービスを提供する場合の費用の額及びその算定方法(予防を除く)							
特に定めていません。						○	○
食事の提供に要する費用の額及びその算定方法							
1食 500円						○	○
おむつ代及びその算定方法							
特に定めていません。						○	○
当該介護サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用(日常生活費)の額及びその算定方法							
特に定めていません。						○	○
宿泊サービスの提供に要する経費							
(1泊当たりの利用料金)	宿泊	夕食	朝食				
	0円	0円	0円			○	○

5. 介護サービス(予防を含む)を利用するに当たっての利用料等に関する事項(つづき)

		確認	修正箇所	通所介護	介護予防 通所介護
利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用(キャンセル料)の徴収状況	0:なし	<input type="checkbox"/>		○	○
(その額、算定方法等)				○	○
社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の実施の有無	1:あり	<input type="checkbox"/>		○	○

(事業所等同意確認欄)

平成 年 月 日

調査結果に事実誤認が無いこと及び本調査結果を公表することについて同意いたします。

事業所等の名称		
本調査に係る代表者の職名及び氏名		印