

介護予防・日常生活支援総合事業の導入に伴う事業所向けアンケート(調査票)

事業所名

事業所所在地

電話番号

記載者職名

氏名

Q1. このアンケートに関する追加の調査・お問合せをさせていただく場合のメールアドレスをご記入ください。

Q2. 貴事業所の法人の名称・所在地をご記入ください

法人名称

法人所在地

Q3. 貴事業所に所属するリハビリテーション専門職等について、人数をご記入ください。詳細な人数がすぐにわからない場合は、おおむねの人数で結構です。

	常勤		非常勤	
理学療法士	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人
作業療法士	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人
言語聴覚士	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人
柔道整復師	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人
按摩マッサージ指圧師	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人

Q3.でリハビリテーション専門職等が在籍しているとお答えの事業所に伺います。介護保険の新制度「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という。)」では、要支援者・総合事業対象者が通所により専門職による短期集中的な介護予防・機能回復プログラムを受けるサービス(通所型サービスC)を用意することになっています。

座間市では、通所型サービスCの人材・会場・運営・指導を、介護保険事業所に委託するか、事業所が直このことについて、貴事業所のご意向をお伺いします。

Q4. 貴事業所では、通所型サービスC(短期集中予防サービス)を、現実的に想定することができますか。該当する選択肢1つに○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	想定できる
<input type="checkbox"/>	想定できない
<input type="checkbox"/>	わからない

Q5. Q4で「想定できる」とお答えの事業所に伺います。総合事業 通所型C(短期集中予防サービス)を提供すると仮定して、事業所内外での検討や調整が必要な事項や、提供する場合の運営方法(直営・市事業の受託)、教室内容(事業所毎の内容・市の基準に基づく内容)等について、具体的なご意見やご要望等がありましたら、ご記入ください。

自由記述

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。