

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		記載者職名	
事業所所在地		氏名	
電話番号			

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	

※特に時期の記載がない質問については、平成28年10月1日現在でお答えください。

Q3. 貴事業所が提供しているサービスの種類について、あてはまるものすべてに○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	通所介護	
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護	
<input type="checkbox"/>	介護予防通所介護	
<input type="checkbox"/>	総合事業	実施市町村名 <input type="text"/>

Q4. Q3で、総合事業を提供していると回答した事業所で、総合事業の開始後の所感や、開始したことで発生した不都合等があれば教えてください。

自由記述

Q5. 利用者定員数をご記入ください。

 人

Q6. 利用者数を介護度別に人数をご記入ください。

要支援1	<input type="text"/>	人
要支援2	<input type="text"/>	人
要介護1	<input type="text"/>	人
要介護2	<input type="text"/>	人
要介護3	<input type="text"/>	人
要介護4	<input type="text"/>	人
要介護5	<input type="text"/>	人
総合事業対象者	<input type="text"/>	人

Q7. Q5の要支援の利用者について、週当たりの利用回数と利用者数をご記入ください。正確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。

要支援1で週1回の利用者	<input type="text"/>	人
要支援1で週2回の利用者	<input type="text"/>	人
要支援1で週3回以上の利用者	<input type="text"/>	人
要支援2で週1回の利用者	<input type="text"/>	人
要支援2で週2回の利用者	<input type="text"/>	人
要支援2で週3回以上の利用者	<input type="text"/>	人

Q8. 要支援の利用者について、1回あたりの利用回数と利用者数をご記入ください。正確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。

要支援1	3-5時間	<input type="text"/>	人
	5-7時間	<input type="text"/>	人
	7-9時間	<input type="text"/>	人
要支援2	3-5時間	<input type="text"/>	人
	5-7時間	<input type="text"/>	人
	7-9時間	<input type="text"/>	人

Q9. 通所介護サービスを提供する職員のうち、パート・アルバイトなど、賃金の支払い形態が時間給の生活相談員について、時給(最高・平均・最低)をご記入ください。

最高額	<input type="text"/>	円
平均額	<input type="text"/>	円
最低額	<input type="text"/>	円

Q10. 通所介護サービスを提供する職員のうち、パート・アルバイトなど、賃金の支払い形態が時間給の看護職員について、時給(最高・平均・最低)をご記入ください。

最高額	<input type="text"/>	円
平均額	<input type="text"/>	円
最低額	<input type="text"/>	円

Q11. 通所介護サービスを提供する職員のうち、パート・アルバイトなど、賃金の支払い形態が時間給の介護職員について、時給(最高・平均・最低)をご記入ください。

最高額	<input type="text"/>	円
平均額	<input type="text"/>	円
最低額	<input type="text"/>	円

Q12. 通所介護サービスを提供する職員のうち、パート・アルバイトなど、賃金の支払い形態が時間給の機能訓練指導員について、時給(最高・平均・最低)をご記入ください。

最高額	<input type="text"/>	円
平均額	<input type="text"/>	円
最低額	<input type="text"/>	円

平成29年度、座間市の総合事業実施に伴う、貴事業所の意向をお伺いします。

※総合事業 通所型サービスAとは、現在の通所型サービスの基準を緩和し、ミニデイサービスや運動・レクリエーション等のサービスを行うもの。

※総合事業 通所型サービスCとは、専門職による運動器の機能向上や栄養改善のプログラムを3~6か月の短期集中で実施するもの。

Q13. 平成29年度に提供を予定しているサービス種類について、あてはまるものすべてに○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	通所介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/>	介護予防通所介護
<input type="checkbox"/>	総合事業 現行相当のサービス
<input type="checkbox"/>	総合事業 通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
<input type="checkbox"/>	総合事業 通所型サービスC(短期集中予防サービス)

Q14. 平成30年度以降に提供を予定しているか、提供に関心があるサービス種類について、あてはまるものすべてに○印をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	通所介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/>	介護予防通所介護
<input type="checkbox"/>	総合事業 現行相当のサービス
<input type="checkbox"/>	総合事業 通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
<input type="checkbox"/>	総合事業 通所型サービスC(短期集中予防サービス)

Q15. 総合事業 通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)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がありますか？また、現行の基準のうち緩和してもよいと思われるもの、介護報酬の構造等について、具体的なご意見等がありましたら、ご記入ください。

自由記述

Q16. 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

Q17. Q16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

Q18. 「現行の通所介護相当のサービス提供が必要なケース(総合事業ガイドラインに例示されるケース※)」以外の利用者に通所サービスを提供するにあたって、現行の基準の中で緩和しても良いと思われる基準や、介護報酬の構造について、具体的なご意見等がありましたら、ご記入ください。

※専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれるケース等

自由記述

Q19. 今後、本市が総合事業の実施に向けた事業者向け説明会を行う際、特にどのような点について説明を行ってほしいですか。自由にお書きください。

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。