|  |  |
| --- | --- |
| 提出期限 | 2025年6月6日（金） |
| 提出先 | 介護保険課　FAX0466-50-8443 |

　 　　介護予防・日常生活支援総合事業に関するアンケート調査票（第２回）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

【質問１】

貴事業所は、介護予防通所型サービスを行っていますか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | どちらかに〇 | 次の質問先 |
| 行っている |  | →　質問２へ |
| 行っていない |  | →　質問４へ |

【質問２】

貴事業所の令和7年５月１日時点の利用定員、サービス提供時間をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用定員数　 | 人 |
| サービス提供時間　 | 時間 |

【質問３】

貴事業所の令和７年５月１日時点の介護度別の利用者数（実人数）をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業対象者 | 要支援1 | 要支援２ |
| 利用者数（実人数） | 人 | 人 | 人 |

【質問４】

藤沢市で「通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）」を創設した場合、当該サービスへの参入意向をお伺いします。

※通所型サービスAは基準を緩和したサービスであり、サービス提供時間も短時間（1.0時間以上）を想定しています（詳細は「藤沢市通所型サービスＡの概要」をご参照ください。）。

※【一体型】は既存の（地域密着型）通所介護及び介護予防通所型サービスと一体的に運営する（既に指定を受けている場合は、通所型サービスAにおいても基準を満たすものとする）ものです。

質問は裏面もあります

|  |  |
| --- | --- |
|  | 該当するもの１つに〇 |
| 参入したい【一体型】 |  |
| 参入したい【単独型】 |  |
| 参入する予定はない |  |
| 検討中 |  |

【質問５】

質問４で「参入したい」と回答した事業所にお伺いします。

現在の利用者のうち、通所型サービスAに移行する人数の想定は何名ですか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業対象者 | 要支援1 | 要支援２ |
| 移行利用者数（想定人数） | 人 | 人 | 人 |

【質問６】

質問４で「参入を検討していない」と回答した事業所にお伺いします。

参入しない理由、または参入にあたって懸念される事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 該当するものすべてに〇 |
| 報酬単価 |  |
| 人員基準 |  |
| 設備基準 |  |
| 利用者確保 |  |
| その他※下にご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

【質問7】

介護予防通所型サービスの中で、短時間の単位数を設けることについて、

需要があると思いますか。

|  |  |
| --- | --- |
|  | どちらかに〇 |
| 需要がある |  |
| 需要はない |  |

その他ご意見等ありましたら、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

以　上

アンケートは以上となります。ご協力ありがとうございました。