

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)実施・計画アンケート

(1) 事業所の所在地： _____ 区 _____

(2) 業種： 訪問介護事業 通所介護事業

(3) 実施または計画されているサービス内容について、以下の1～5を選択して□に、レ点をチェックしてください。

1:	2:	3:	4:	5:
すでに6月 より実施	来年4月 に予定	実施する 予定なし	現時点で 不明	その他の 実施(予定)

①「訪問型サービス」

予防専門型(現行相当サービス)	□	□	□	□	年	月から
生活支援型(基準緩和型サービス)	□	□	□	□	年	月から
地域支えあい型(住民主体の支援)	□	□	□	□	年	月から

②「通所型サービス」

予防専門型(現行相当サービス)	□	□	□	□	年	月から
ミニデイ型(基準緩和型サービス)	□	□	□	□	年	月から
運動型(基準緩和型サービス)	□	□	□	□	年	月から
高齢者サロン(住民主体の支援)	□	□	□	□	年	月から

(4) 出来高制報酬による報酬削減でやっていけますか
 やっていけると思う やっていけないと思う わからない

(5) もし、このような出来高報酬となった場合どのような対策をとりますか

<input type="checkbox"/> 要支援者を受けない	<input type="checkbox"/> 人件費を削る
<input type="checkbox"/> その他の経費を削る	<input type="checkbox"/> 事業を縮小する
<input type="checkbox"/> 事業から撤退する	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

(6) 高齢者日常生活支援研修の修了者を採用していますか
 採用している (_____ 人) 採用していない

(7) 総合事業を実施しない場合、その理由は何ですか

(8) 総合事業についてのご意見・ご要望などお聞かせください