提出期限：平成２８年１１月３０日（水）

|  |  |
| --- | --- |
| 射水市　地域福祉課　地域ケア推進係　行FAX：０７６６－５１－６６５７（送付状不要）E-mail：chiiki@city.imizu.lg.jp |  |

射水市介護予防・日常生活支援総合事業実施に向けてのアンケート

【通所介護事業者用】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 回答者名 |  | 連絡先 | 　　　　－　　　－　　　　 |

問１　通所型サービス実施の意向について

１．通所介護相当サービス（現行相当）のみ実施　→問２へ

２．通所介護相当サービス及び通所型サービスＡ（緩和型）を実施　→問３へ

３．通所型サービスＡのみ実施　→問３、４へ

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問１で「１」と答えた事業所への質問

問２　現行よりも緩和した基準で行うサービスを実施する意向がない理由

問１で「２」または「３」と答えた事業所への質問

問３　通所型サービスＡの実施体制について

問３－１　運営方法について

１．要介護者等と一体的にサービスを提供

２．要介護者等と場所や日時を分けて実施

３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問３－２　サービス提供日時等について

１．週３回以上（日時、曜日等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．週２回（日時、曜日等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．週１回（日時、曜日等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問３－３　利用定員　　　（　　　　　　　　　　）人

問３－４　送迎の有無

１．有

２．無　　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．未定

問３－５　入浴の有無

１．有

２．無　　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．未定

問３－６　食事提供の有無

１．有

２．無　　理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．未定

問１で「３」と答えた事業所への質問

問４　現行と同様の基準で行うサービスを実施する意向がない理由

新しい総合事業について、市への意見等（自由記入欄）

ご協力ありがとうございました