

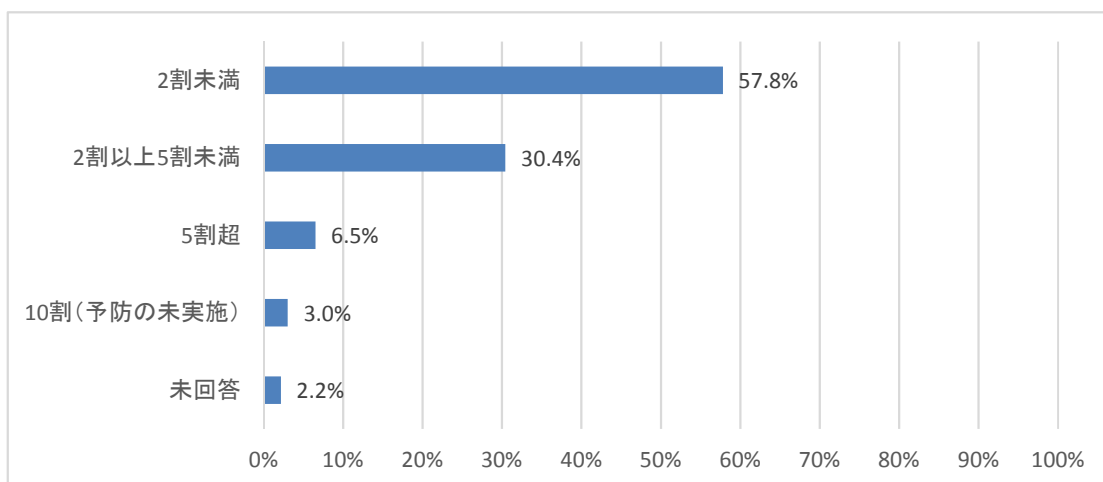
アンケート調査結果 3

指定介護予防通所サービス事業所
及び介護予防短時間通所サービス事業所

1. 通所型サービス利用状況

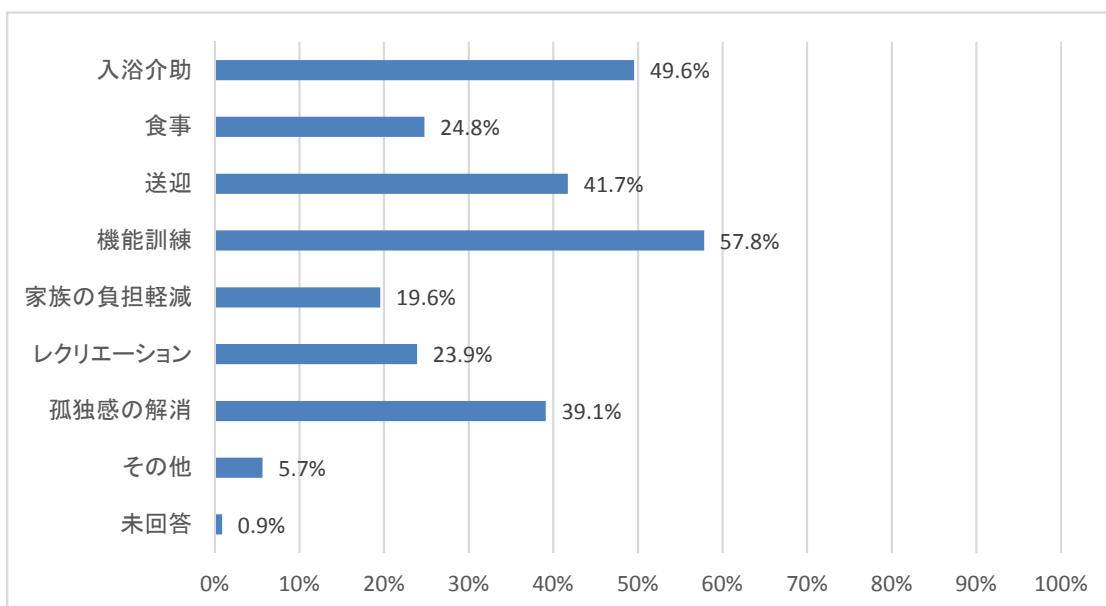
(1) 要支援者・事業対象者の割合

貴事業所の契約者のうち、要支援者・事業対象者の割合について伺います。



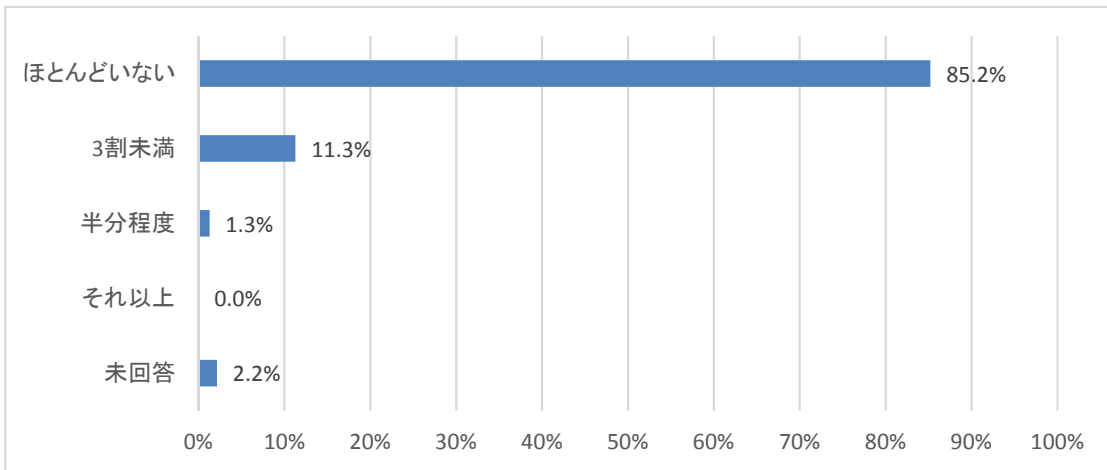
(2) 利用者のニーズ

現在の利用者(要支援者・事業対象者)において、特に高いニーズを伺います。
(特に多い支援最大3つに○)

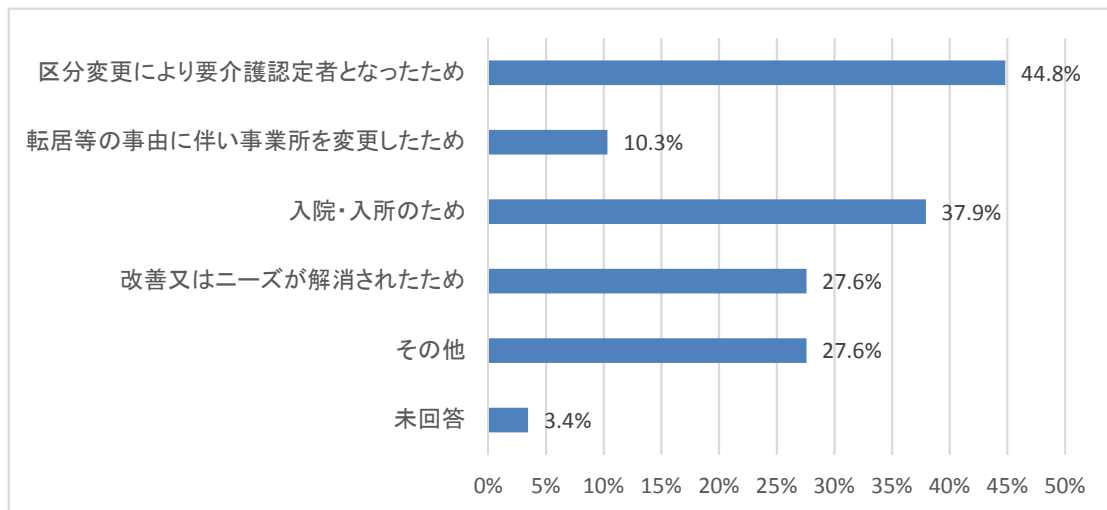


(3) サービスの実施期間

要支援者・事業対象者のうち、半年未満でサービスを終了する割合について伺います。



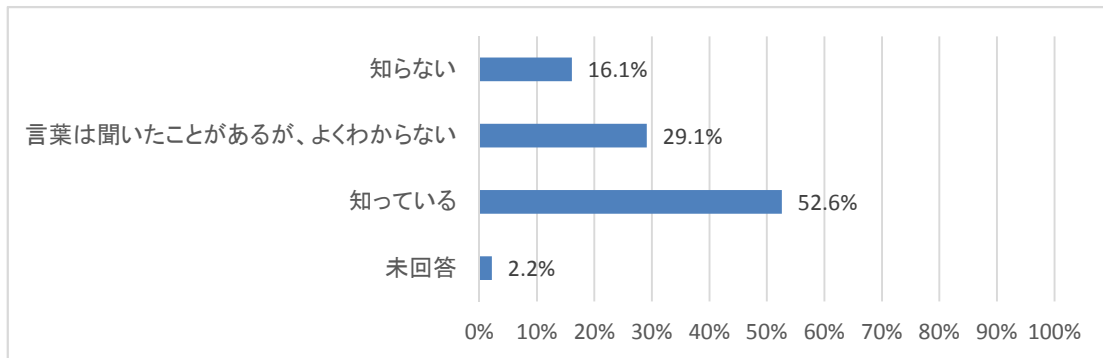
半年未満にサービスを終了した主な理由について伺います。



2. 介護予防短時間通所サービスについて

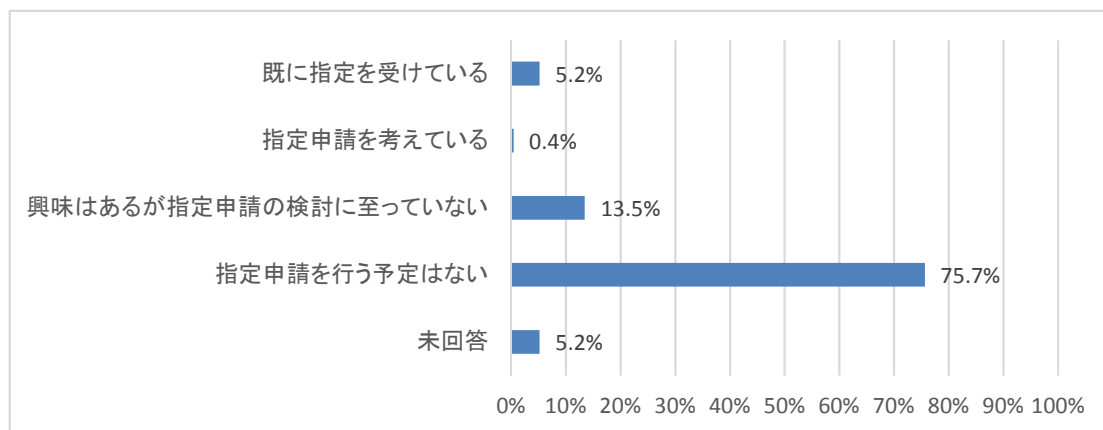
(1) 短時間通所サービスの認知度

「介護予防短時間通所サービス」を知っていますか。



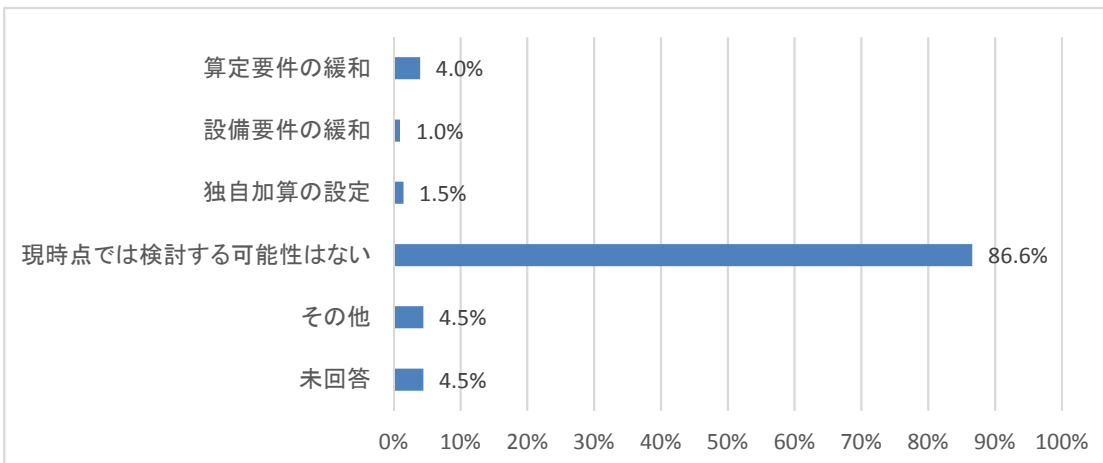
(2) 短時間通所サービスの指定状況

このサービスは、指定を受けることで提供することができます。貴事業所の指定状況について伺います。



(3) 短時間通所サービス指定申請を検討する契機

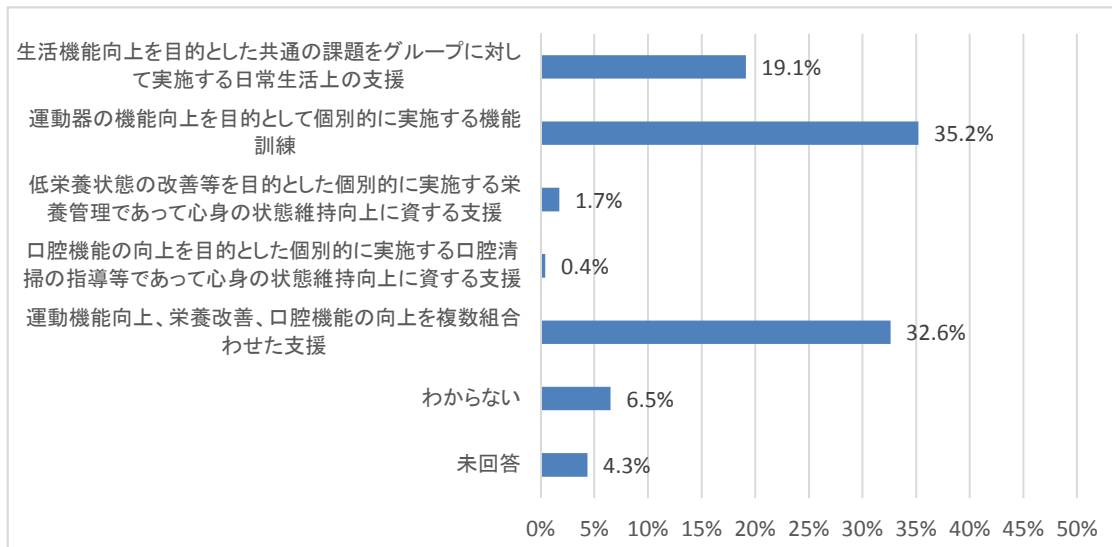
「介護予防短時間通所サービス」の指定申請を検討する契機と考える点について伺います。



3. 自立支援の増進のための取組みについて

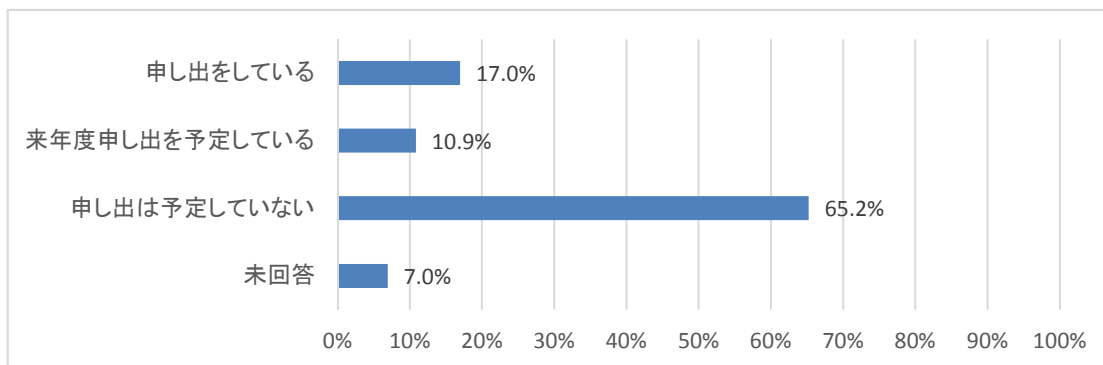
(1) 自立支援のため特に必要な支援

現在の利用者（要支援者・事業対象者）において、自立支援の増進のため特に必要だと考える支援について伺います。

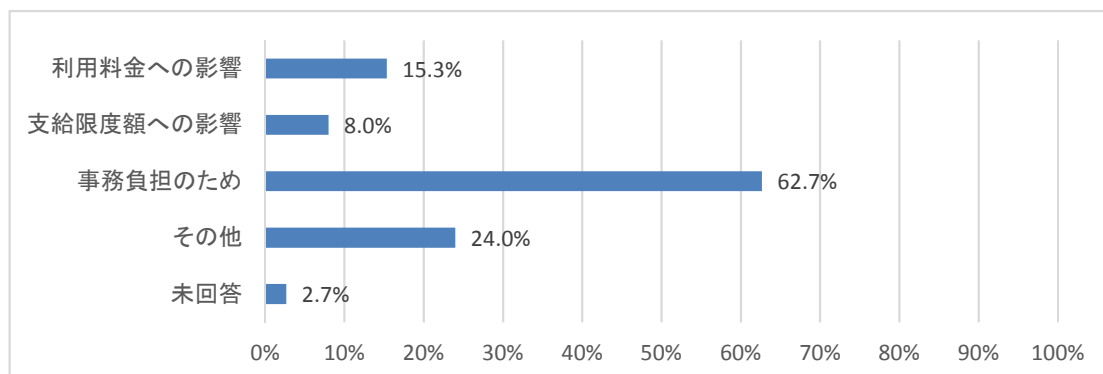


(2) 事業所評価加算

事業所評価加算について伺います。

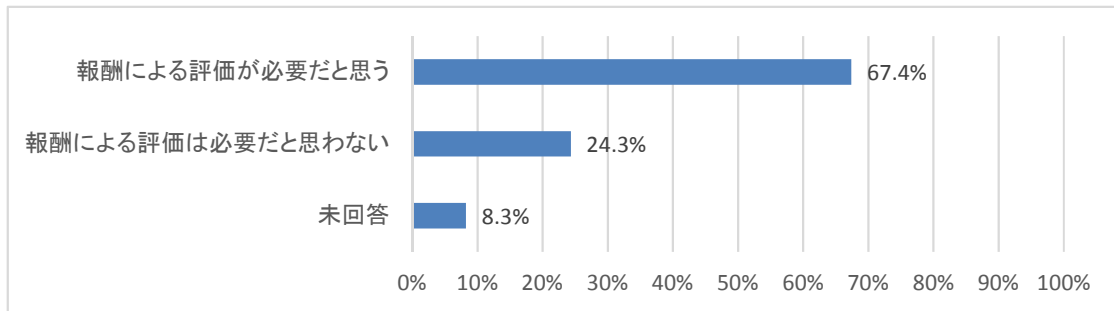


(事業所評価加算の)申し出を予定していない理由について伺います。
(あてはまるものすべてに○)



(3) 報酬による評価

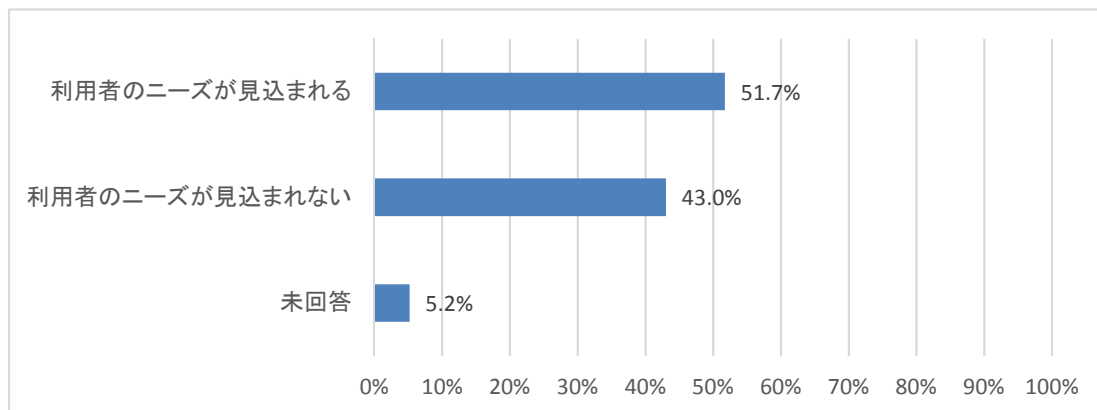
利用者の自立支援の増進のため、報酬による評価が必要だと思いますか。



4. 短期間で集中的なサービスについて

(1) 短期間で集中的なサービスの有効性

利用者の具体的な生活の困りごとの解消のため、保健・医療の専門職により3か月から6か月程度の『短期間で集中的なサービス』を通所型サービスで実施した場合、その有効性について伺います。



(2) 短期集中サービスの指定の意向

本市で短期集中サービスを実施した場合、指定を受ける意向があるか伺います。

