

Q5：アンケートの集計結果を希望される事業所は「はい」を、希望されない事業所は「いいえ」にチェックをしてください。

「はい」とお答えいただいた事業所には、後日アンケートの集計結果をメールにて送信いたします。

- はい
- いいえ

Q6：アンケート結果を送信いたしますので、送信先のメールアドレスを入力してください。

E-mail :

Q7：事業所の所在地について、選択してください。

- 下関市
- 宇部市
- 山口市
- 萩市
- 防府市
- 下松市
- 岩国市
- 光市
- 長門市
- 柳井市
- 美祿市
- 周南市
- 山陽小野田市
- 周防大島町
- 和木町
- 上関町
- 田布施町
- 平生町
- 阿武町

Q8：定員数について、選択してください。

- 1人 ~ 10人
- 11人 ~ 20人
- 21人 ~ 30人
- 31人 ~ 50人
- 51人 ~ 80人
- 81人 ~

Q9：貴事業所が提供しているサービスの種類について、あてはまるものにチェックをしてください。

- 大規模通所介護
- 通常規模型通所介護
- サテライト型通所介護
- 認知症対応型通所介護Ⅰ
- 認知症対応型通所介護Ⅱ
- 地域密着型通所介護
- 総合事業

Q10：総合事業にチェックをされた事業所は、総合事業を実施されているすべての市町にチェックをしてください。

- 下関市
- 宇部市
- 山口市
- 萩市
- 防府市
- 下松市
- 岩国市
- 光市
- 長門市
- 柳井市
- 美祢市
- 周南市
- 山陽小野田市
- 周防大島町
- 和木町
- 上関町
- 田布施町
- 平生町
- 阿武町

Q11：貴事業所の主に営業している時間帯（開始時間）について、あてはまるものにチェックをしてください。

- ~ 7:59
- 8:00 ~ 8:59
- 9:00 ~ 9:59
- 10:00 ~

Q12：貴事業所の主に営業している時間帯（終了時間）について、あてはまるものにチェックしてください。

- ~ 14:59
- 15:00 ~ 15:59
- 16:00 ~ 16:59
- 17:00 ~ 17:59
- 18:00 ~

Q13：貴事業所の令和元年10月の介護保険事業の利用者について、サービス提供時間別に延べ人数(貴事業所の保険請求で算定された人数)を入力してください。

2時間以上 3時間未満	:	<input type="text"/>	人
3時間以上 4時間未満	:	<input type="text"/>	人
4時間以上 5時間未満	:	<input type="text"/>	人
5時間以上 6時間未満	:	<input type="text"/>	人
6時間以上 7時間未満	:	<input type="text"/>	人
7時間以上 8時間未満	:	<input type="text"/>	人
8時間以上 9時間未満	:	<input type="text"/>	人
9時間以上 10時間未満	:	<input type="text"/>	人
10時間以上 11時間未満	:	<input type="text"/>	人
11時間以上 12時間未満	:	<input type="text"/>	人

Q14：貴事業所の令和元年10月の営業回数を入力してください。

営業回数 : 回

Q15：貴事業所の令和元年10月の介護保険事業の利用について、介護度別に延べ人数(貴事業所の保険請求で算定された利用回数)を入力してください。

介護保険

要介護1	:	<input type="text"/>	回
要介護2	:	<input type="text"/>	回
要介護3	:	<input type="text"/>	回
要介護4	:	<input type="text"/>	回
要介護5	:	<input type="text"/>	回
その他	:	<input type="text"/>	回

Q16：貴事業所の令和元年10月の総合支援事業の利用について、介護度別に延べ人数(貴事業所の保険請求で算定された利用回数)を入力してください。

総合支援事業

要支援1	:	<input type="text"/>	回
要支援2	:	<input type="text"/>	回
その他	:	<input type="text"/>	回

Q17：貴事業所の令和元年10月の利用者について、居住環境別に延べ人数を入力してください。

自宅 独居： 人
自宅夫婦のみ 近隣にも介護者が不在： 人
自宅夫婦のみ 親族等の主たる介護者が近隣に居住： 人
自宅 家族と同居： 人
サービス付き高齢者向け住宅 貴事業所と同事業主： 人
サービス付き高齢者向け住宅 貴事業所とは別事業主： 人
有料老人ホーム 貴事業所と同事業主： 人
有料老人ホーム 貴事業所とは別事業主： 人
その他： 人

Q18：貴事業所の令和元年10月現在の「介護給付」の加算について、算定を行っているサービスすべてにチェックをしてください。

- 共生型サービス生活介護
- 共生型サービス自立訓練
- 共生型サービス児童発達支援
- 共生型サービス放課後等デイ
- 生活相談員配置等加算
- 中山間地域等提供加算
- 入浴介助加算
- 中重度者ケア体制加算
- 生活維持向上連携加算（Ⅰ）
- 生活維持向上連携加算（Ⅱ）
- 個別機能訓練加算（Ⅰ）
- 個別機能訓練加算（Ⅱ）
- ADL維持等加算（Ⅰ）
- ADL維持等加算（Ⅱ）
- 栄養改善加算
- 栄養スクリーニング加算
- 口腔機能向上加算
- 個別送迎体制強化加算
- 個別入浴介助体制強化加算
- 同一建物減算
- 送迎減算
- 認知症加算
- 若年性認知症受入加算
- 通所介護サービス提供体制加算（Ⅰ）イ
- 通所介護サービス提供体制加算（Ⅰ）ロ

- 通所介護サービス提供体制加算（Ⅱ）
- 通所介護サービス提供体制加算（Ⅲ）
- 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）
- 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
- 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）
- 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ
- 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ

Q19：ADL維持等加算（バーセルインデックス（Barthel Index）指標を用いたADLの改善維持に対する加算）を令和2年度算定へ向けて届出の提出及び測定を開始しているかについて、あてはまるものにチェックをしてください。

- あり
- なし

Q20：貴事業所の令和元年10月の個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱの算定件数を入力してください。

- 個別機能訓練加算（Ⅰ）： 件
- 個別機能訓練加算（Ⅱ）： 件

Q21：通所介護事業の収支に影響を与えている項目にチェックをしてください。

- 介護保険報酬単価が低い。
- 顧客（ご利用者）が少ない。
- 職員の採用や離職防止が上手くいかず、職員数が足りない。
- マーケティングについての知識が不足している。
- 通所介護サービスの内容が顧客（ご利用者）のニーズと合っていない。
- その他（）

Q22：貴事業所の令和元年10月の稼働率について、あてはまるものにチェックをしてください。

- 80%以上
- 71%～79%
- 70%以下

