

介護サービス開設等意向把握調査

ご協力のお願い

日ごろは、介護保険行政に、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

この調査は、東三河地域において介護サービスを提供している法人に対し、今後のサービスの提供意向を、サービス種別ごとに把握するためのものです。調査結果を踏まえ、東三河広域連合が策定する第8期介護保険事業計画（令和3年度～令和5年度）において対応策の検討を進めていきます。

ご多忙のところ恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和元年8月

東三河広域連合 介護保険課

記入上の注意

1. この調査は、介護サービス事業を提供している**法人単位**で行います。
2. 調査結果は統計的に処理をするため、個々の法人の回答内容が公表されることはございません。
3. ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に封入して、

令和元年8月16日（金）までにご返送（投函）ください。

4. この調査に関するお問い合わせは、下記の担当までお願いいたします。

<問い合わせ先>

東三河広域連合 介護保険課

〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地

（豊橋市職員会館5階）

電話番号：0532-26-8459

1. 介護保険サービス事業所の開設等希望について

- 問1. (1) 貴法人が今後、開設もしくは事業拡大を予定している介護保険サービスをお答えください。(それぞれあてはまるものすべてに○)
- (2) 今後、開設・事業拡大の予定のある介護保険サービスについては、①開設・事業拡大の時期、②事業展開を考えている市町村、③居住系サービス・施設サービスについては市町村ごとの定員数について、現時点で法人としてのお考えがありましたらそれぞれお答えください。(それぞれあてはまるものすべてに○、定員数は数値を記入)

| No. | 居宅サービス | (1) 予定 | | (2) ①開設希望・事業拡大時期 | | | (2) ②事業展開を考えている市町村 | | | | | | | |
|----------|------------------|--------|------|------------------|---------|---------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 開設 | 事業拡大 | 令和2年度以前 | 令和3～5年度 | 令和6年度以降 | 豊橋市 | 豊川市 | 蒲郡市 | 新城市 | 田原市 | 設楽町 | 東栄町 | 豊根村 |
| 例 | 〇〇サービス | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | 居宅介護支援 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2. | 訪問介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3. | 訪問入浴介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4. | 訪問看護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5. | 訪問リハビリテーション | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6. | 広域型訪問サービス | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7. | 居宅療養管理指導 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8. | 通所介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9. | 通所リハビリテーション | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. | 広域型通所サービス | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. | 短期入所生活介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. | 短期入所療養介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 13. | 福祉用具貸与・販売 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 14. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. | 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. | 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. | 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. | 看護小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. | 地域密着型通所介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. | 地域包括支援センター | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

(次ページにも設問があります)

(問 1 続き)

| No. | 居住系・施設 サービス | (1) 予定 | | (2) ①開設希望・事業拡大の 時期 | | | (2) ②事業展開を考えている市町村 (2) ③定員数 | | | | | | | |
|-----|--|--------|----------|-----------------------|---------------|--------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 開設 | 事業 拡大 | 令和 2 年度以前 | 令和 3～ 5 年度 | 令和 6 年度以降 | 豊橋市 | 豊川市 | 蒲郡市 | 新城市 | 田原市 | 設楽町 | 東栄町 | 豊根村 |
| 例 | 〇〇サービス | ① | 2 | 1 | ② | 3 | 1 | 2 | ③ | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 8人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 21. | 特定施設入居者生活介護 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 22. | 認知症対応型共同生活介護 (定員 18 人以下) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 23. | 地域密着型特定施設入居者 生活介護(定員 29 人以下) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 24. | 地域密着型介護老人福祉施 設入所者生活介護(定員 29 人以下) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 25. | 介護老人福祉施設 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 26. | 介護老人保健施設 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 27. | 介護医療院 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

問2. (1) 貴法人が今後、休止・廃止・事業縮小を予定している介護保険サービスがあれば、①事業所名、②休止・廃止・事業縮小の予定、③休止・廃止・事業縮小の時期をお答えください。

(2) 居住系サービス・施設サービスであれば減員数を、それぞれお答えください。(それぞれあてはまるものすべてに○、定員数は数値を記入)

| No. | 居宅サービス | (1)①事業所名 | (1)②予定 | | | (1)③休止・廃止・事業縮小の時期 | | |
|----------|------------------|---------------------|--------|----|------|-------------------|---------|---------|
| | | | 休止 | 廃止 | 事業縮小 | 令和2年度以前 | 令和3～5年度 | 令和6年度以降 |
| 例 | 〇〇サービス | 訪問看護ステーション〇〇 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 1. | 居宅介護支援 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | 訪問介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | 訪問入浴介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | 訪問看護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | 訪問リハビリテーション | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | 広域型訪問サービス | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | 居宅療養管理指導 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | 通所介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | 通所リハビリテーション | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | 広域型通所サービス | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | 短期入所生活介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | 短期入所療養介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | 福祉用具貸与・販売 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | 夜間対応型訪問介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | 認知症対応型通所介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | 小規模多機能型居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | 看護小規模多機能型居宅介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | 地域密着型通所介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | 地域包括支援センター | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |

(次ページにも設問があります)

(問2 続き)

| No. | 居住系・施設 サービス | (1)①事業所名 | (1)②予定 | | | (1)③休止・廃止・事業縮小の 時期 | | | (2)減員数 |
|----------|---------------------------------------|--------------|--------|----|----------|-----------------------|-------------|-------------|-----------|
| | | | 休止 | 廃止 | 事業 縮小 | 令和2 年度以前 | 令和3～ 5年度 | 令和6 年度以降 | |
| 例 | 〇〇サービス | 〇〇ホーム | 1 | 2 | ③ | 1 | ② | 3 | 3人 |
| 21. | 特定施設入居者生活 介護 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 22. | 認知症対応型共同生活 介護(定員18人以下) | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 23. | 地域密着型特定施設入 居者生活介護(定員29 人以下) | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 24. | 地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護 (定員29人以下) | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 25. | 介護老人福祉施設 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 26. | 介護老人保健施設 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |
| 27. | 介護医療院 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 人 |

4. 東三河広域連合に対するご意見・ご要望（自由意見）

問5. 介護保険サービスを運営するうえで、東三河広域連合に対するご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

調査票を同封の返信用封筒に入れて、8月16日（金）までに返送（投函）してください。切手を貼る必要はありません。