介護予防支援事業所の指定について（アンケート）

提出先　　江戸川区福祉部介護保険課事業者調整係

提出期限　令和５年８月31日（木）までにＦＡＸでご回答ください

Ｆ Ａ Ｘ　０３（５６６３）５１７２

事業所名

事業所電話番号　　（　　　　　　）

担当者氏名

１　貴事業所における介護支援専門員の人数を教えてください。

　　（　　　　　　）人

２　現在、貴事業所において受け持っているプランの総件数を教えてください。

（　　　　　　）件

３　現在、要支援者のプランを受け持っていますか。

① 　はい　⇒　件数を教えてください。　（　　　　）件

② 　いいえ

４　来年度以降、要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて居宅介護支援事業所も区から指定を受けて実施できることとなった場合、指定を受けることを希望しますか。

① 　はい

⇒希望する場合、何件程度受け持つことができますか。

（　　　　）件

② 　いいえ

　　⇒希望しない理由を教えてください。（該当する項目に○をしてください）

　　　　　・介護報酬が低い　　　　・人員が不足している

　　　　　・その他（下記に詳細をご記入ください）

◆ご回答いただきありがとうございました◆