令和３年　　月　　日

那覇市

ちゃーがんじゅう課　宛

法人名：

担当：

連絡先：

**第8次なは高齢者プランにおける地域密着型サービス事業所等の整備意向アンケート**

　下記の問１～３について、回答を丸で囲んでください。回答に応じては、記載事項がありますのでご注意ください。

記

　問１　令和5年度整備分にかかる公募について、応募の意向はございますか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域密着型サービス名（公募予定分） | 第8次プラン計画値  （令和5年度整備分） | 公募にかかる意向の有無 |
| 特定施設入居者生活介護  （介護付き有料老人ホーム） | 1事業所 | 有　　　無 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護  （介護付き有料老人ホーム） | 1事業所 | 有　　　無 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 2事業所 | 有　　　無 |
| 認知症対応型共同生活介護  （グループホーム） | 4ユニット | 有　　　無  （希望ユニット数：　　　　） |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（特別養護老人ホーム） | 5事業所 | 有　　　無 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 3事業所 | 有　　　無 |

（2枚目に続く）

問２　第8次なは高齢者プランの期間（令和３～５年度）において、地域密着型通所介護事業所（以下「地密通所介護事業所とする。」）の新規開設の意向はございますか。

※地域密着型通所介護は公募対象外の予定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 地密通所介護の新規開設の意向はありますか。 | 有　　　　　　　無  ※回答が「無」の場合は、2以降の回答は不要です。 |
| 2 | 地密通所介護を提供する事業所は新設ですか。それとも、既存の介護事業所からの移行ですか。 | 新設　　　　　　移行  （　　　　　　から移行） |
| 3 | 地密通所介護事業所の開設時期はいつになりますか。 | すぐ　　　　令和　年　月以降 |
| 4 | 地密通所介護事業所の定員は何名を希望しますか。 | 名 |

問３　第8次なは高齢者プランの期間（令和３～５年度）において、共用型認知症対応型通所介護（以下「認知デイとする。」）の新規開設の意向はございますか。

※認知デイは公募対象外の予定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 認知デイの新規開設の意向はありますか。 | 有　　　　　　　無  ※回答が「無」の場合は、2以降の回答は不要です。 |
| 2 | 併設する認知症対応型共同生活介護事業所は新設ですか。既存事業所の場合は、事業所名もお答えください。 | 新設　　　　　　　既存  （併設グループホーム名　　　　　　） |
| 3 | 認知デイの開設時期はいつになりますか。 | すぐ　　　　令和　年　月以降 |
| 4 | 認知デイの定員は何名を希望しますか。 | ３名　　　　３名以下（　　名） |

ご回答ありがとうございました。

なお、問１～３のいずれにもご意向がない場合の回答は不要です。

※各サービスの提供における人員、設備、運営の基準においては、「那覇市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」及び「那覇市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」等をご確認ください。

※メールでの回答を優先してください。

那覇市ちゃーがんじゅう課

施設グループ：地域密着型担当

FAX（098）862-9648

MAIL　[H-GAN206@city.naha.lg.jp](mailto:H-GAN206@city.naha.lg.jp)