

訪問介護事業所向け

FAX：025-225-5260



※QRコードで回答する場合はこちら⇒

*回答者は無記名でも結構です

事業所名		役職		氏名	
------	--	----	--	----	--

以下、質問に対する該当項目に○をお願いします

①基本報酬の引き下げについて、どう感じますか

納得できる / 納得できない / わからない

②-1 現在、介護職員等処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ加算の最上位を算定できていますか

できている / できていない / 加算を算定していない

②-2 令和6年6月より、介護職員等処遇改善加算等が一本化されますが、算定しやすくなると思いますか

思う / 思わない / わからない

②-3 令和6年6月より算定開始となる介護職員等処遇改善加算等の新加算について、最上位の加算要件を満たすことができそうですか

できそう / 難しい / わからない / そもそも最低の加算を取ることも困難

※上記に○を付けた理由をお聞かせください。

③報酬改定で経営状況がどう変わると思いますか

改善が見込まれる / 変わらない / 悪化する / 事業継続が難しくなる

④今回の報酬改定について一言あれば、ご意見・政府への要望などを記載してください

本アンケートについて、後日、電話や訪問で詳細なお話を伺わせていただける場合は、下記電話番号・ご担当者名等をご記載いただきますよう、よろしく願いいたします。

ご連絡先（ご担当者名（役職））	TEL	（ ）	/ご担当者名
-----------------	-----	-----	--------