

資料

法人向けアンケート

★このアンケートは、法人ごとにご回答ください。

法人名	
記入者名	
連絡先(TEL)	
Email	

開設予定(希望)地域は下記より選択し記入ください。

- ・JR以南地域
- ・片山・岸部地域
- ・豊津・江坂・南吹田地域
- ・千里山・佐井寺地域
- ・山田・千里丘地域
- ・千里ニュータウン・万博・阪大地域

- 問1 (1)貴法人が吹田市内で既に実施している地域密着型サービスがあれば☑ください。
 また、その中で、事業拡大(縮小)を考えているものがあれば☑ください。
 (2)今後、吹田市内で新規に実施予定の事業や新規検討中のものがあれば☑ください。
 (3)【「事業拡大」、「新規実施予定」、「新規検討中」と回答された方のみ】

「事業拡大」や「新規実施」を希望(検討)されるサービスの開設予定(希望)時期や地域を、(3)実施希望に可能な限りご記入ください。

サービス等名	(1) 既実施事業			(2) 実施希望		(3) 実施希望	
	事業拡大	現状維持	事業縮小	新規実施予定	新規検討中	開設予定(希望)時期	開設予定(希望)地域
地域密着型通所介護事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
小規模特別養護老人ホーム(定員29人以下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
認知症対応型共同生活介護事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
認知症対応型通所介護サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
小規模多機能型居宅介護サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
夜間対応型訪問介護サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	平成 年 月	

問2 【問1の(2)で、「新規実施予定」「新規検討中」に☑がない法人にお伺いします。】

地域密着型サービスの新規実施予定がない、若しくは新規検討をしていない理由について☑ください。(複数回答可)

- 事業自体に収益が見込めないから
- 新たに施設を建築する土地がないから
- (土地があっても)地代が高いから
- 実施したいサービスが公募されていないから
- 実施したいサービスはあるが、公募している圏域にはないから
- 建築費が高騰しているから
- 人材不足が懸念されるから
- その他 → ()

問3 法人として市への要望等があればご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

介護保険サービス等事業所アンケート (A)

このアンケートは、吹田市内のサービス事業所ごとにご回答ください。

※ 1法人で複数サービスを実施している場合は、お手数ですが複数のアンケートを作成ください。

まず、貴事業所についてご記入ください。

下記サービスから 1つを選択し、☑ ください。	事業所名	
	記入者名	
	連絡先(TEL)	
	Email	
	サービス名	

次に、貴事業所のサービスを1つだけ選択ください。

下記のどれか1つだけ選んでチェック☑を入れてください
(クリックしてください)

- 特別養護老人ホーム（定員30人以上・ショート含む）
- 小規模特別養護老人ホーム（定員29人以下・ショート含む）
- 介護老人保健施設（ショート含む）
- 認知症対応型共同生活介護事業所(認知症高齢者グループホーム)
- 特定施設入居者生活介護等事業者
- 訪問介護サービス事業所
- 訪問入浴サービス事業所
- 訪問リハビリテーションサービス事業所
- 通所介護事業所
- 地域密着型通所介護事業所（利用定員18人以下）
- 通所リハビリテーションサービス事業所
- 認知症対応型通所介護サービス事業所
- 小規模多機能型居宅介護サービス事業所
- 夜間対応型訪問介護サービス事業所
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所

※ 1法人で複数のアンケートの例

例) 貴法人が、特別養護老人ホームと通所介護、訪問介護サービスの3つのサービスを実施している場合、

特別養護老人ホーム
通所介護
訪問介護サービス

} それぞれ1つずつ、合計3つのアンケートを作成ください。

資料

介護保険サービス等事業所アンケート

1 現在の職員状況

(1)職種別の人数をご記入ください。

※理想とする人数とは、施設やサービスを運営するに当たり、経営的視点も踏まえた最適な職員配置を実現するために必要と考える人数です。

区分		どちらかを選択ください	在職人数(実人数) (平成29年4月1日時点)
		<input type="checkbox"/> 理想とする人数※ <input type="checkbox"/> 平成28年4月1日時点 (理想が書けない場合)	
介護職	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
介護補助職	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
ケアマネ	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
生活相談員	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
看護職	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
PT・OT・ST	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		
柔道整復師 あん摩・ マッサージ師	常勤		
	パート		
	アルバイト		
	派遣		

資料

(2) 貴事業所の介護職員（実人数）の年齢構成をご記入ください。（平成29年4月1日時点）

職種	区分	常勤人数		パート人数	
		男	女	男	女
介護職	10代・20代				
	30代				
	40代				
	50代				
	60代				
	70代以上				
	計				

(3) 貴事業所介護職員（常勤職員）の勤続年数の人数をご記入ください。（平成29年4月1日時点）

※同一法人内での異動は通算してください。

職種	区分	人数
介護職 （常勤職員）	1年目（H28.4.2～H29.4.1採用者）	
	2年目（H27.4.2～H28.4.1採用者）	
	3年目（H26.4.2～H27.4.1採用者）	
	4年目（H25.4.2～H26.4.1採用者）	
	5年目（H24.4.2～H25.4.1採用者）	
	6年～10年目（H19.4.2～H24.4.1採用者）	
	11年目以上（～H19.4.1採用者）	
	計	

(4) 貴事業所の介護職員の資格取得者等の人数をご記入ください。（平成29年4月1日時点）

職種	資格名	常勤	パート	アルバイト	派遣
介護職	介護福祉士				
	実務者研修				
	初任者研修				
	資格なし				
	計				

※複数資格を取得の場合は、上位資格のみに記入ください。

(5) 貴事業所の介護職員の喀痰研修修了者数をご記入ください。（平成29年4月1日時点）

職種	資格名	常勤	パート	アルバイト	派遣
介護職	喀痰研修(座学のみ修了)				
	喀痰研修(実習のみ修了)				
	喀痰研修(全て修了)				

資料

(6) 貴事業所の平成28年度の職種別採用数をご記入ください。

職種	常勤(新卒)	常勤(中途)	パート	アルバイト	派遣
介護職					
介護補助職					
ケアマネ					
生活相談員					
看護職					
PT・OT・ST					
柔道整復師 あん摩・ マッサージ師					

(7) 貴事業所の平成28年度の介護職離職数（定年退職除く）をご記入ください。

職種	区分	常勤	パート
介護職	平成28年度当初人数 (A)		
	平成28年度退職者数 (B)		

2 常勤職員給与の状況

(1) 貴事業所の常勤職員の職種別年収をご記入ください。標準モデル

職種別	1年目	5年目	10年目	20年目	30年目
介護職					
ケアマネ					
生活相談員					

※給料・ボーナス・手当含む総収入（控除後の手取り所得ではありません）

※介護職は大学卒新卒採用で勤務成績良好で継続勤務した場合のモデル年収をご記入ください。

※ケアマネ・生活相談員は、介護職従事5年後に当該職に就いたと仮定してご記入ください。

(2) 貴事業所の介護職（常勤）の住居手当（月額）について☑及びご記入ください。

職種	区分	金額
介護職 (常勤)	<input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> なし	

※金額は上限額をご記入ください。

(3) 貴事業所の介護職（常勤）の資格手当（月額）について☑及びご記入ください。

職種	区分	金額
介護職 (常勤)	<input type="checkbox"/> あり	介護福祉士
		実務者研修
		初任者研修
		喀痰吸引
		その他 ()
<input type="checkbox"/> なし		

資料

(4) 貴事業所の介護職（常勤）の退職金について☑及びご記入ください。

職種	区分	金額
介護職 (常勤)	<input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 特定退職金共済制度に加入	
	<input type="checkbox"/> 大阪民間社会福祉事業従事者共済会	
	<input type="checkbox"/> なし	

※大学卒新卒採用で定年まで勤めた場合の標準モデル

3 休暇制度

(1) 貴事業所の平成28年度の常勤職員の年次有給休暇日数をご記入ください。

職種	区分	日数
介護職 (常勤)	年次有給休暇付与日数	
	年次有給休暇平均取得日数	

(2) 貴事業所の資格取得支援制度について☑及びご記入ください。

職種	区分
介護職	<input type="checkbox"/> 業務として受講
	<input type="checkbox"/> 休暇を付与
	<input type="checkbox"/> 補助金を支給
	<input type="checkbox"/> 支援なし

4 福利厚生制度（出産祝金等の給付事業、人間ドック補助、旅行補助、映画券・食事券の斡旋など）

(1) 貴事業所の福利厚生制度について☑ください。

- 事業所独自
- 吹田市勤労者福祉共済に加入
- 大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入
- その他 ()
- なし

➤(2) 事業所独自と選択した事業所のみ記入ください。

貴事業所独自の福利厚生制度を☑ください。（複数回答可）

- 出産祝金等の給付事業
- 人間ドック補助
- 旅行補助
- 映画券・食事券の斡旋
- その他 ()

資料

8 福祉サービス第三者評価制度

(1)福祉サービス第三者評価について教えてください。

- 既に受審している。
- 受審を検討している。
- 受審を考えていない。
- 福祉サービス第三者評価制度を知らない。

➔(2)【受審を考えていない法人のみ】

福祉サービス第三者評価を受審を考えていない理由を教えてください。

- 多額の経費がかかるため。
- 手続き等に多大な労力がかかるため。
- 効果（メリット）が期待できないため。
- その他 → ()

9 その他市への要望等があればご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

介護保険サービス等事業所アンケート（B）

このアンケートは、吹田市内のサービス事業所ごとにご回答ください。

※ 1法人で複数サービスを実施している場合は、お手数ですが複数のアンケートを作成ください。

まず、貴事業所についてをご記入ください。

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content;"> 下記サービスから 1つを選択し、☑ ください。 </div>	事業所名	
	記入者名	
	連絡先(TEL)	
	Email	
	サービス名	

次に、貴事業所のサービスを1つだけ選択ください。

下記のどれか 1つだけ選んでチェック☑を入れてください
(クリックしてください)

- 福祉用具貸与事業所・特定福祉用具販売事業所
- サービス付き高齢者向け住宅
- 住宅型有料老人ホーム

※ 1法人で複数のアンケートの例

例) 貴法人が、サービス付き高齢者向け住宅と住宅型有料老人ホーム
の2つのサービスを実施している場合、

サービス付き高齢者向け住宅 住宅型有料老人ホーム	}	それぞれ1つずつ、合計2つのアンケートを 作成ください。
-----------------------------	---	---------------------------------

資料

介護保険サービス等事業所アンケート

1 地域貢献

(1) 貴事業所での地域へのスペース提供(体操やサロン等の実施場所等)の可否について☑ください。

- 可能
- 要相談
- 不可

(2) 貴事業所での職員の地域への派遣の可否（研修講師や講演等）について☑ください。

- 可能
- 要相談
- 不可

2 ボランティアの受入れ（サービス付き高齢者住宅・住宅型有料老人ホームがご記入ください。）

(1) 貴事業所において利用したいボランティアを☑ください。（複数回答可）

- 介護補助
- 介護予防体操
- レクリエーション
- 傾聴
- 音楽療法
- アニマルセラピー
- その他 → ()
- 受入れを希望しない

3 その他市への要望等があればご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

資料

居宅介護支援事業所アンケート

このアンケートは、吹田市内の居宅介護支援事業所のみご回答ください。

※介護保険サービス等事業所アンケート・法人向けアンケートとは、別のアンケートとなりますのでご注意ください。

事業所名	
記入者名	
連絡先(TEL)	
Email	

問 介護サービス（介護予防を含む）の現状において、吹田市内のサービス供給の過不足についてどのように感じていますか？（それぞれ〇は1つ）また、各サービスにおける普段感じられる内容を記入してください。

記入例		多い	やや多い	適量	やや少ない	少ない	自由記述欄 (各サービスにおいて感じられる、自由な意見を記載してください。)
1	訪問介護		○				事業所数はやや多いが、祝日・休日にサービス提供してくれる事業所は少ない。
2	訪問入浴介護				○		
3	訪問看護			○			
4	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					○	利用するにあたり制限があり、利用しにくい。
5	夜間対応型訪問介護					○	希望される利用者の方が少ない。
6	訪問リハビリテーション				○		
7	通所介護		○				
8	認知症対応型通所介護					○	
9	地域密着型通所介護	○					事業所数が、多いため市町村により総量規制して行くべきだ。

		多い	やや多い	適正	やや少ない	少ない	自由記述欄 (自由な意見を記述してください。)
1	訪問介護						
2	訪問入浴介護						
3	訪問看護						
4	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
5	夜間対応型訪問介護						
6	訪問リハビリテーション						
7	通所介護						
8	認知症対応型通所介護						

資料

		多い	やや多い	適正	やや少ない	少ない	自由記述欄（自由な意見を記述してください。）
9	地域密着型通所介護						
10	通所リハビリテーション						
11	小規模多機能型居宅介護						
12	看護小規模多機能型居宅介護						
13	短期入所生活介護						
14	短期入所療養介護						
15	福祉用具貸与						
16	介護老人福祉施設						
17	介護老人保健施設						
18	介護療養型医療施設						
19	特定施設入所者生活介護						
20	認知症対応型共同生活介護						

アンケートに御協力いただき、ありがとうございました。

FAX 06-6368-7348 又は Email koufuk_s@city.suita.osaka.jp に返信をお願いいたします。