

第8期介護保険参入意向調査 案

皆さまには、日頃より市政の推進についてご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

高石市では、高齢者やそのご家族の方々が地域の中で安心して暮らし続けることができるよう平成33年度から平成35年度までを計画期間とする「高石市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画」の策定に向けて、情報収集に取り組んでいるところです。

つきましては、計画の策定に向けて事業者の皆様のご意見をお伺いしたいと考え、アンケート調査を実施することとさせていただきました。

ご多忙の中、誠に恐れ入りますが、調査についてご協力くださいますようお願い申し上げます。

ご記入に際してのお願い

1. この調査は、平成31年 月 日現在の状況について、設問の内容に沿って、記入またはあてはまるものの番号に○をつけてください
2. 質問中の記入欄は、できる限り具体的にお書きくださいますようお願いいたします。
3. ご記入が終わりましたら、恐縮ですが、同封の返送封筒に入れ、〇月〇日(〇)までに郵便ポストへ入れてください。
4. このアンケート調査についてのお問い合わせは、下記へお願いします。

高石市役所保健福祉部健幸づくり課介護保険係

担当:

電話:072-265-1001 (内線 1242)

・事業者（法人）所在地 _____:

設問 1. 新規事業の開始、開設等についての検討状況について教えてください。

() ①意向なし又は未定 ※①と回答された事業者様については、設問3へお進みください。
※未定とは、回答日現在検討されていない場合とします。

() ②意向あり又は検討中

(1) 新規事業の開始、新規施設の開設予定（検討中を含む）がある場合、事業種別ごとにその内容についてご記入ください。（既存の事業所に別の事業を新規に併設する場合も含みます。）
（事業内容については、次ページの事業種別表の番号を記入してください。）

事業内容	予定時期	事業規模 (定員・床数等)	開設場所（住所）

(事業内容については、次ページの事業種別表の番号を記入してください。)

事業内容	既存事業所名	変更時期	上段 増加・縮小数 (下段 変更後の総数)
		年 月	()
		年 月	()

1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション
5 居宅療養管理指導 6 通所介護 7 通所リハビリテーション
8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護 10 居宅介護支援
11 特定施設入居者生活介護 12 夜間対応型訪問介護
13 認知症対応型通所介護 14 小規模多機能型居宅介護
15 認知症対応型共同生活介護 16 地域密着型特定施設入居者生活介護
17 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
18 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
19 介護老人福祉施設 20 介護老人保健施設 21 介護医療院（医療型）
22 介護医療院（老健型） 23 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
24 総合事業（訪問型サービス） 25 総合事業（通所型サービス）
26 その他（ ）

※各事業については、介護予防・地域密着についても含むものとさせていただきます。

下記の表から、特に不足していると感じるものについてご記入ください。

--	--

- 下記の表から、あてはまる項目を記入してください。

--

- 3

不足している原因はなぜだと思いますか。あてはまる項目を記入してください。

--

- 不足している職種について教えてください。あてはまる項目を記入してください。

--

- あてはまる項目を記入してください。

--

- 1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション
5 居宅療養管理指導 6 通所介護 7 通所リハビリテーション
8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護 10 居宅介護支援
11 特定施設入居者生活介護 12 夜間対応型訪問介護
13 認知症対応型通所介護 14 小規模多機能型居宅介護
15 認知症対応型共同生活介護 16 地域密着型特定施設入居者生活介護
17 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
18 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
19 介護老人福祉施設 20 介護老人保健施設 21 介護医療院（医療型）
22 介護医療院（老健型） 23 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
24 総合事業（訪問型サービス） 25 総合事業（通所型サービス）
26 その他（
※各事業については、介護予防・地域密着についても含むものとさせていただきます。

設問 8. 介護サービス以外で希望されるサービスについてお伺いします。

あてはまる項目を記入してください。

--

- | | | | | |
|---------------------|-----------|------------|-------|--------|
| 1 配食 | 2 調理 | 3 掃除・選択 | 4 買い物 | 5 外出同行 |
| 6 ゴミ出し | 7 見守り、声かけ | 8 定期的な通いの場 | | |
| 9 移送サービス（介護・福祉タクシー） | 10 その他（ | | | |

設問 9. 関係機関との連携について教えてください。

下記の表から、あてはまる項目を記入してください。

（1）主治医との連絡状況について教えてください

--

- | | | |
|---------|-----------|--------------|
| 1 とっている | 2 時々とっている | 3 ほとんどとっていない |
|---------|-----------|--------------|

（2）地域包括支援センターへの相談経験について教えてください

--

- | | |
|-------------|-------------|
| 1 相談したことがある | 2 相談したことがない |
|-------------|-------------|

設問 10. 利用意向の高い介護予防事業について教えてください。

あてはまる項目を記入してください。

--

- | | | |
|-------------------|--------------------|---------------|
| 1 集団での運動教室 | 2 個別指導での運動 | 3 栄養バランス改善の教室 |
| 4 認知症予防の教室（脳トレなど） | 5 食べ物の飲み込み・歯の磨き方教室 | |
| 6 その他（ | | |