

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための 介護サービス事業者に関するアンケート調査

<調査票の記入について>

- 1 回答に選択肢がある場合は、当てはまる選択肢の番号を○で囲んでください。「○は1つ」などとしている場合がありますので、設問中の注意事項を御確認ください。
- 2 設問によっては、回答していただく事業者が限られるものがあります。御注意ください。
- 3 本調査は、市内の全介護サービス事業所（※）を対象としたものです。**複合・併設の事業所には、それぞれのサービス種別ごとに調査票を送付していますので、封筒の宛名にあるサービス種別について御回答ください。**

※平成 年 月の給付実績のある事業所を対象としています。また、居宅療養管理指導については、対象外としています。

■御返送いただく期日

御記入後、同封の返信用封筒に入れ、**平成 年 月 日()**までに御返送くださいますようお願いいたします。(切手は不要です。)

■調査に関するお問い合わせ及び送付先

京都市 保健福祉局 長寿社会部 介護保険課 (担当：桑原，田鍋)

電 話：075-213-5871

FAX：075-213-5801

貴事業所の概要についてお聞きします。

事業所番号	2	6									
法人種別	1. 社会福祉法人			2. 医療法人			3. 株式会社				
	4. 有限会社			5. NPO法人			6. その他 ()				
法人名称											
事業所名称											
事業所の所在地	-----							所在地の圏域※1			
電話番号				記入者		(役職) (氏名)					
サービス提供 圏域※2											

※1：所在地の圏域につきましては、圏域番号を記載してください。(別紙1参照)

※2：サービス提供圏域につきましては、概ね2分の1程度の範囲でサービス提供をしている圏域番号を記載してください。(別紙1参照)

問1 貴事業所における提供サービスについて、番号を○で囲んでください。また、併設事業所※がある場合は、番号を△印で囲んでください。(平成 年 月 日現在の状況でお答えください)

※ 併設事業所：貴事業所と同一敷地内又は隣接敷地等で運営を行っている事業所

※ 各介護予防サービスを含む。

1. 居宅介護支援	2. 介護予防支援								
3. 訪問介護	4. 訪問入浴介護								
5. 訪問看護	6. 訪問リハビリテーション								
7. 居宅療養管理指導	8. 通所介護								
9. 通所リハビリテーション	10. 短期入所生活介護								
11. 短期入所療養介護									
12. 特定施設入居者生活介護（下記のかっこ内から種別を選択してください。）									
<table border="0"> <tr> <td>A 有料老人ホーム（混合型）</td> <td>B 有料老人ホーム（介護専用型）</td> </tr> <tr> <td>C 軽費老人ホーム・ケアハウス</td> <td>D 養護老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）</td> <td></td> </tr> </table>		A 有料老人ホーム（混合型）	B 有料老人ホーム（介護専用型）	C 軽費老人ホーム・ケアハウス	D 養護老人ホーム	E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）		F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）	
A 有料老人ホーム（混合型）	B 有料老人ホーム（介護専用型）								
C 軽費老人ホーム・ケアハウス	D 養護老人ホーム								
E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）									
F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）									
13. 福祉用具貸与	14. 特定福祉用具販売								
15. 小規模多機能型居宅介護	16. 夜間対応型訪問介護								
17. 認知症対応型通所介護	18. 認知症対応型共同生活介護								
19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	20. 複合型サービス								
21. 地域密着型特定施設入居者生活介護（下記のかっこ内から種別を選択してください。）									
<table border="0"> <tr> <td>A 有料老人ホーム（混合型）</td> <td>B 有料老人ホーム（介護専用型）</td> </tr> <tr> <td>C 軽費老人ホーム・ケアハウス</td> <td>D 養護老人ホーム</td> </tr> <tr> <td>E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）</td> <td></td> </tr> </table>		A 有料老人ホーム（混合型）	B 有料老人ホーム（介護専用型）	C 軽費老人ホーム・ケアハウス	D 養護老人ホーム	E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）		F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）	
A 有料老人ホーム（混合型）	B 有料老人ホーム（介護専用型）								
C 軽費老人ホーム・ケアハウス	D 養護老人ホーム								
E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）									
F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）									
22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護									
23. 介護老人福祉施設	24. 介護老人保健施設								
25. 介護療養型医療施設									
26. その他（介護保険以外の施設 例：医療機関、幼稚園等）									
<table border="0"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></td> </tr> </table>									

問2 貴事業所における従業者数を御記入ください。(平成 年 月 日現在の状況でお答えください)

- ※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して御記入ください。
 ※ 主として従事している職種を決めたい場合は、1～26の数字の若い順で優先して御記入ください。
 ※ 介護職員(8)の資格について、複数の資格(9～14)を有している場合は、数字の若い資格で計算し、御記入ください。
 ※ 派遣社員で対応している場合は、その数は職員数には含めないでください。

職員配置	常勤 (小数点1位まで)	非常勤 (小数点1位まで)
1. 管理者	. 人	. 人
2. 医師	. 人	. 人
3. 歯科医師	. 人	. 人
4. 薬剤師	. 人	. 人
5. 看護師	. 人	. 人
6. 准看護師	. 人	. 人
7. 介護支援専門員	. 人	. 人
8. 介護職員	. 人	. 人
9. うち介護福祉士	. 人	. 人
10. うち介護職員基礎研修	. 人	. 人
11. うち訪問介護員1級	. 人	. 人
12. うち訪問介護員2級	. 人	. 人
13. うち訪問介護員3級	. 人	. 人
14. うち初任者研修	. 人	. 人
15. 理学療法士	. 人	. 人
16. 作業療法士	. 人	. 人
17. 言語聴覚士	. 人	. 人
18. 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	. 人	. 人
19. 生活相談員・支援相談員	. 人	. 人
20. うち社会福祉士	. 人	. 人
21. 福祉用具専門相談員	. 人	. 人
22. 栄養士	. 人	. 人
23. うち管理栄養士	. 人	. 人
24. 調理員	. 人	. 人
25. 事務職員	. 人	. 人
26. その他	. 人	. 人
27. 上記1～26(7を除く)のうち介護支援専門員(再掲)	. 人	. 人
28. 上記1～26のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲)	. 人	. 人

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

<※1箇月に数回の勤務である場合>

$$\frac{\text{職員の1箇月の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間} \times 4 \text{ (週)}}$$

※職員の勤務時間は実態に応じて、算出してください。管理者等の職種で、事業別に従事した時間を把握することが困難である場合には、おおよその時間によって算出してください。

上記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

問3 貴事業所において、サービスを利用されている方について、御記入ください。

※定員は設定がある場合のみ、平成 年 月 日現在の状況でお答えください。

※利用者数は平成 年 月 日から 月 日までの利用者について、延べ人数ではなく、**実人数**を御記入ください。

※福祉用具貸与・販売の事業者は定員・利用者数とも回答の必要はありません。

① 定員(設定がある場合)

人

② 利用者数

人(実人数)

問4 問3②の利用者数について、要介護度別・居住地別の人数を御記入ください。

※施設・居住系サービス事業所においては、入所前の居住地について御記入ください。

※居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

要支援・ 要介護度	居住地別 事業所が位置 する日常生活 圏域内	事業所が位置 する行政区内 (左記を除く)	市内の他の 行政区	他の市町村	合 計
要支援 1	人	人	人	人	人
要支援 2	人	人	人	人	人
要介護 1	人	人	人	人	人
要介護 2	人	人	人	人	人
要介護 3	人	人	人	人	人
要介護 4	人	人	人	人	人
要介護 5	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人

↑
問3②の利用者数と合致させてください

問4-2 問3②の利用者数について、認知症高齢者の日常生活自立度別・居住地別の人数を御記入ください。

※施設・居住系サービス事業所においては、入所前の居住地について御記入ください。

※居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

認知症 高齢者の 日常生活自立度	居住地別 事業所が位置 する日常生活 圏域内	事業所が位置 する行政区内 (左記を除く)	市内の他の 行政区	他の市町村	合 計
自立	人	人	人	人	人
I	人	人	人	人	人
II	人	人	人	人	人
III	人	人	人	人	人
IIIa	人	人	人	人	人
IIIb	人	人	人	人	人
IV	人	人	人	人	人
M	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人

↑
問3②の利用者数と合致させてください

施設・居住系サービス事業者(※)の方にお聞きします。(問5～問7)

※施設・居住系サービス事業者とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム 軽費老人ホーム・ケアハウス 養護老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護の各サービス事業者を指します。

問5 入所(入居)期間別の入所(入居)者数について御記入ください。(平成 年 月 日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

3箇月未満	3箇月以上 6箇月未満	6箇月以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上	合計
人	人	人	人	人	人	人

問5-2 入所(入居)申込から入所(入居)までの期間を御記入ください。(平成 年 月 日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)

1箇月未満	1箇月以上 3箇月未満	3箇月以上 6箇月未満	6箇月以上 1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

問6 入所(入居)前の居所について御記入ください。(平成 年 月 日から平成 年 月 日までの入所(入居)者についてお答えください)

居宅（一人暮らし）	人	認知症対応型共同生活介護	人
居宅（家族と同居）	人	介護老人福祉施設	人
養護老人ホーム	人	介護老人保健施設	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	介護療養型医療施設	人
有料老人ホーム	人	病院（医療保険適用病床）	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
合 計			人

**問6-2 退所(退居)後の居所等について御記入ください。(平成 年 月 日から平成 年 月 日
までの退所(退居)者についてお答えください)**

居宅 (一人暮らし)	人	介護老人福祉施設	人
居宅 (家族と同居)	人	介護老人保健施設	人
養護老人ホーム	人	介護療養型医療施設	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	病院 (医療保険適用病床)	人
有料老人ホーム	人	死 亡	人
サービス付き高齢者向け住宅	人	その他	人
認知症対応型共同生活介護	人	未定	人
合 計			人

問7 平成 年 月 日現在で、把握している入所(入居)申込者数について御記入ください。

_____ 人

サービス内容及び事業運営上の課題等についてお聞きします。

介護支援専門員の方にお聞きします。(問8～問10)

※法的に介護支援専門員が必置とされる、以下の事業所・施設において、実際に利用者のケアプラン作成に携わっておられる介護支援専門員の総意として、御回答ください。その他の事業所は、回答の必要はありません。

対象事業所・施設	居宅介護支援、介護予防支援、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
----------	--



問8 利用者の在宅生活を支えていくために、現在は不足していると考えられるなど、今後充実(量的な充実)が必要と思われるサービスは何ですか。(〇は3つまで)

1. 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問系サービスの充実
2. 通所介護、認知症対応型通所介護等の通所系サービスの充実
3. 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの充実
4. 短期入所生活介護、短期入所療養介護等のショートステイサービスの充実
5. 小規模多機能型居宅介護サービス等の通い、訪問、宿泊を組み合わせた複合サービスの充実
6. 介護老人保健施設等の医学的管理の下での介護、看護、機能訓練等のサービスの充実
7. 認知症対応型共同生活介護、サービス付き高齢者向け住宅等の住まいに係るサービスの充実
8. その他のサービスの充実 (例：上記以外の介護保険サービス)

(具体的に

9. 現状で十分

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問9 要介護度の重い人や、認知症が進行した人が、住み慣れた地域で生活を続けていくうえで、特に充実(量的な充実)が必要と思われるサービスは何ですか。(〇は3つまで)

- | | | | |
|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 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. 居宅療養管理指導 | |
| 8. 通所介護 | 9. 認知症対応型通所介護 | 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. 複合型サービス | 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. 福祉用具購入 | 17. 住宅改修 |
| 18. 介護老人福祉施設 | 19. 地域密着型介護老人福祉施設 | 20. 介護老人保健施設 | |
| 21. 介護療養型医療施設 | 22. 特定施設入居者生活介護 | | |
| 23. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 24. 認知症対応型共同生活介護 | | |
| 25. 現状で十分 | | | |

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問10 住み慣れた地域で生活を続けていくうえで、介護保険のサービス以外に、現状から今後充実(量的・質的な充実)が必要と思われるものは何ですか。(〇は3つまで)

- | |
|---|
| 1. 医療提供体制の充実
2. 介護と医療の連携体制の構築と推進
3. 認知症の早期に適切な支援につながる場や仕組みの構築
4. 予防を目的とした健康づくりの教室やサービスの充実
5. 高齢者の生きがい支援等につながる居場所づくりの推進
6. 高齢者向け住宅(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等)等、高齢期になっても住み続けることができる住まいの整備
7. NPOやボランティア等による見守り活動の推進
8. 様々な形態による配食サービスの推進
9. 外出時にサポートが受けられる外出支援サービスの推進
10. 掃除、洗濯等の家事援助サービスの推進
11. その他
(具体的に
) |
|---|

上記選択肢(番号)を選ばれた理由について、できるだけ(具体的に)記載してください。

番号	理由

問 11 適切な事業運営のために特に必要な情報は何か。(○は3つまで)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険制度・介護報酬等に係る情報 2. 介護保険以外の保健・福祉サービスに係る情報 3. 人材の採用や給与等に関する情報 4. 周辺の事業所・医療機関等に係る情報 5. 地域で活動する民生委員・児童委員，老人福祉員等及びボランティアに係る情報 6. 権利擁護・成年後見人制度に係る情報 7. 認知症ケアに係る情報 8. 介護技術・方法に係る情報 9. 研修情報等の質の向上についての情報 10. サービス提供エリアの高齢者についての情報 11. 特になし 12. その他 <p>(具体的に)</p>
--

問 12 介護サービスの質の向上のために具体的な取組はされていますか。(○は3つまで)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 第三者評価の実施 2. 第三者委員やオンブズパーソン等の第三者による苦情・相談システムの導入 3. 京都市介護相談員の受入 4. 苦情や事故の事例研究 5. 情報の積極的な公表 6. 外部研修（他施設の見学も含む）への積極的な参加や内部研修の充実 7. 介護サービス事業者間の交流の活性化 8. 多様な福祉用具や器具の開発・導入 9. 施設等内の設備の改善 10. 職員の心身の健康管理や労働環境の整備 11. 職員のモラルの向上 12. その他 <p>(具体的に)</p>

問 13 適切なサービス提供を行ううえで、運営上の課題はありますか。

1. ある ⇒問 13-2 へ

2. ない ⇒問 14 へ

問 13-2 「ある」と回答された方にお聞きます。具体的に課題は何だとお考えですか。

1. サービス内容の問題

（具体的に

2. 介護報酬等の問題

（具体的に

3. 人材確保・養成の問題

（具体的に

4. 医療と介護の連携

（具体的に

5. インフォーマルサービスとの連携

（具体的に

6. 介護保険制度に係る事務の簡素化

（具体的に

7. その他

（具体的に

従事者の確保・処遇改善についてお聞きします。

問 14 貴事業所の介護保険の指定介護サービス事業に従事する従業員について 1 年間(平成 24 年 12 月 1 日～平成 25 年 11 月 30 日まで)の採用者数, 離職者*数をお聞きします。

また, 貴事業所で 1 年間に離職した者のうち, 勤務年数が「1 年未満の者」, 「1 年以上 3 年未満の者」, 「3 年以上 5 年未満の者」, 「5 年以上 10 年未満の者」及び「10 年以上の者」の人数は何人でしたか。

※「離職者」とは, 調査対象期間中に事業所を退職あるいは, 解雇された者を指し, 他企業への出向者・出向復帰者を含み, 同一企業内の他事業所への転出者を除く。

注) 該当者がいない場合は, 0 を記入してください。

		1 年間 (平成 24 年 12 月 1 日～平成 25 年 11 月 30 日まで) の採用者・離職者		離職者の勤務年数				
				採用者	離職者	1 年未満の者	1 年以上 3 年未満の者	3 年以上 5 年未満の者
正社員		人	人	人	人	人	人	人
非正社員	常勤労働者	人	人	人	人	人	人	人
	短時間労働者	人	人	人	人	人	人	人

問 15 貴事業所では 1 年間(平成 24 年 12 月 1 日～平成 25 年 11 月 30 日まで)に採用した職員の人数や質をどのように評価していますか。(○は1つ)

1. 質・人数ともに確保できている
2. 人数は確保できているが, 質には満足していない
3. 質には満足だが, 人数は確保できていない
4. 質・人数ともに確保できていない
5. その他

具体的

調査対象サービスにおける介護職員処遇改善加算についてお聞きします。

※調査対象サービスが 居宅介護支援 の方はご記入は不要ですので問18にお進みください。

問16 介護職員処遇改善加算について

(1)調査対象サービスにおける介護職員処遇改善加算の届出状況について、該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. 届出している（届出予定を含む） | 2. 届出をしていない |
|--------------------|-------------|

【問16(1)で「1」と答えた方にお聞きします】

(2)介護職員処遇改善加算について、賃金改善をいずれの項目で行っているか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

- | |
|--|
| 1. 給与表（賃金表等）を改定して賃金水準を引き上げることで対応（予定） |
| 2. 定期昇給を実施することで対応（予定） |
| 3. 毎月支給される手当として対応（予定） |
| 4. 一時金（賞与・その他の臨時支給分）として対応（予定）
一時金として対応している場合、一時金の支給時期を記載してください。 { 月 } |

【問16(1)で「1」と答えた方にお聞きします】

(3)介護職員処遇改善加算について、いずれの加算を届出しているか、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 2. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） | 3. 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） |
|------------------|------------------|------------------|

【問16(3)で「1」または「2」と答えた方にお聞きします】

(4)介護職員処遇改善加算のキャリアパス要件等について、いずれの要件に適合しているか、該当する番号に○をつけてください。(複数回答あり)

- | | | |
|----------------|----------------|----------|
| 1. キャリアパス要件（Ⅰ） | 2. キャリアパス要件（Ⅱ） | 3. 定量的要件 |
|----------------|----------------|----------|

【問16(1)で「2」と答えた方にお聞きします】

(5)介護職員処遇改善加算の届出を行わない理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|----------------|----------------|-------------------|
| 1. 対象の制約のため困難 | 2. 事務作業が煩雑 | 3. 平成27年度以降の取扱が不明 |
| 4. 追加費用負担の発生 | 5. 利用者負担の発生 | 6. 非常勤職員等の処遇上の問題 |
| 7. 賃金改善の必要性がない | 8. 算定要件を達成できない | |
| 9. その他 | | |

{ 具体的に

}

調査対象サービスにおける給与等の引き上げ以外の処遇改善状況についてお聞きします。

問 17 調査対象サービスの介護従事者に対する給与等の引き上げ以外の処遇改善に関して、平成25年4月～平成25年11月までに実施した対応状況(今後の予定を含む)についてお聞きします。下表(A)～(O)の項目ごとに、該当する1～5の欄に1つだけ○をつけてください。

(注)
 従来…平成25年3月31日以前
 今回…平成25年4月1日～平成25年11月30日
 今後…1年間を別途

1 (今後充実する予定を含む) 従来から実施しており、今回更に充実した	2 (今後実施する予定を含む) 従来から実施しており、今回内容等を変更していない。	3 (今後実施する予定を含む) 従来、実施していなかったが、今回新たに実施した。	4 従来及び今回、実施していなかったが今後実施する予定	5 従来及び今回、実施しておらず、今後も実施する予定なし
---	---	--	--------------------------------	---------------------------------

■ 処遇全般					
(A) 職員（事務職員等を含む）の増員（派遣を含む）による業務負担の軽減	1	2	3	4	5
(B) 夜勤の見直しや有給休暇の取得促進等の労働条件の改善	1	2	3	4	5
(C) 能力や仕事ぶりの評価と配置・処遇への反映	1	2	3	4	5
(D) 昇給または昇進・昇格要件の明確化	1	2	3	4	5
(E) 非正規職員から正規職員への転換機会の確保	1	2	3	4	5
(F) 賃金体系等の人事制度の整備	1	2	3	4	5
その他処遇全般について（具体的に記載してください）	〔 〕				
■ 教育・研修					
(G) 資格取得や能力向上に向けた教育研修機会の充実や対象者の拡大	1	2	3	4	5
(H) 資格取得や外部の研修参加にかかる費用等の負担（一部を含む）	1	2	3	4	5
(I) 部下指導を管理職等の役割として明確化	1	2	3	4	5
(J) 新人職員の指導担当・アドバイザーの設置	1	2	3	4	5
その他教育・研修について（具体的に記載してください）	〔 〕				
■ 職場環境					
(K) 定期的なミーティング等による仕事上のコミュニケーションの充実	1	2	3	4	5
(L) 仕事内容や労働条件に関する個別面談機会の確保	1	2	3	4	5
(M) 腰痛対策、メンタルケア等を含めた健康管理の充実	1	2	3	4	5
(N) 出産・子育て・家族等の介護を行う職員への支援の強化	1	2	3	4	5
(O) 事故やトラブルへの対応体制の整備	1	2	3	4	5
その他職場環境について（具体的に記載してください）	〔 〕				

上記以外で人材確保や処遇の改善について、取り組まれている事がございましたら、記載してください。

具体的に

関係機関との連携についてお聞きます。

問 18 貴事業所では、地域(近隣)の各種団体や組織とどのような関わりをもっておられますか。

(当てはまるものすべてに○, ただし, その他の欄については内容を記入)

	連絡先の把握	左記団体等が主催する, 事業所外での連携・関わり		事業所内における 連携・関わり	その他 (関わりの内容を具体的に 記入してください。)
	貴事業所と 左記団体等 との連絡先 等の共有	介護や福祉 に係る専門 知識や情報 の提供	地域の 集まりへの 参加・参画	事業所(施設)における 行事や 催しへの 参加・参画	
民生委員・児童委員, 老人福祉員					
女性会, 老人クラブ, 自治会, 商店街等					
社会福祉協議会					
教育機関 (幼稚園, 保育園, 小学校等)					
医療機関					
ボランティア団体, NPO					
その他団体等 ()					

本市の施策や介護保険制度についてお聞きします。

問 19 本市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度などについて、御意見がありましたら、御自由にお書きください。

アンケートに御協力いただき、ありがとうございました。