**介護サービス事業所調査のお願い**

日頃より本県の介護・高齢者福祉行政にご理解、ご協力をいただき、感謝申し上げます。

現在長野県では、第８期長野県高齢者プラン（2021年度（令和３年度）～2023年度（令和５年度））に定めた基本目標の達成に向け施策を推進していますが、令和６年度からの第９期高齢者プラン（2024年度（令和６年度）～2026年度（令和８年度））を策定するにあたり、その基礎資料とするため、県内の介護サービス事業所の皆様に、事業の実態をお伺いすることにいたしました。

調査結果につきましては、今後の介護保険事業計画や高齢者福祉施策を検討する際の重要な資料となりますので、ご多忙の折、大変恐縮ですが、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

令和４年11月　　**長 野 県**

**ご入力に際してのお願い**

１　入力の方法

・該当する選択肢番号にオートシェイプで○をつけたり、選択肢を枠で囲んだりするなど、どの選択肢を選んでいるのかわかるようにしてください。

・入力式の問は、直接文字や数字をご入力ください。その際、調査票のレイアウトが崩れてしまっても問題ありません。

・なお、元々の選択肢や選択肢番号、単位などの修正は行わないようにお願いします。

２　調査の対象

・この調査は令和４年10月１日現在、長野県内で介護サービスを実施されている事業所にお送りいたしました。お送りした調査票の表紙の左下貼付のラベルに記載の介護サービスについて、各質問にご回答ください。

・問によっては、事業所単独では回答し難い質問もあります。お手数ですが、質問内容により、貴事業所の運営主体の法人等と調整のうえ、お答えください。

３　返信の方法

・ご入力いただいた調査票（ワード・エクセルの２つ）を**令和４年11月25日（金）**

までに**nagano-kaigo@surece.co.jp**までお送りください。

４　返送いただいた回答について

・調査結果はすべて統計的に処理しますので、公表するにあたって貴事業所の状況が特定されることはございません。

５　調査の問い合わせ先

・本調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに一部委託しております。

・ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

**長野県　健康福祉部　介護支援課　計画係　担当：池田**

調査全般

調査の主旨

**ＴＥＬ：０２６（２３５）７１１１（直通）　ＦＡＸ：０２６（２３５）７３９４**

**株式会社サーベイリサーチセンター 静岡事務所　担当：北崎・藁科・望月**

調査の内容

入力の方法

**ＴＥＬ：０５４（２７５）６０２５　　　　　ＦＡＸ：０５４（２５２）６５４４**

**事業所の概要について**

**■　お手元にある調査票の表紙に貼られているラベルの内容を、下表左列にご入力ください。訂正がある場合は、右列に修正をお願いします。お手元に調査票がない場合は、事業所名・サービスの種類をご入力ださい。また、調査担当者の氏名、連絡先をご入力ください。**

**この先の問では、下記のサービスの種類についてご回答ください。もしサービスの種類が異なるようであれば、訂正の上、正しいサービスの種類についてご回答ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ラベルの内容をそのままご入力ください。** | **訂正がある場合はこちら** |
| **事業所名** |  |  |
| **サービスの種類** |  |  |
| **表紙ラベル右下の番号** |  | ※番号がわからない場合は、空欄で構いません。 |
|  | **こちらもご入力ください。**※調査票の有無に関わらずご入力をお願いします。 |
| **調査担当者の氏名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

**問１　貴事業所の開設年月、介護事業（介護保険指定サービスに限りません）の開始年月を教えてください。**

※名称変更や合併をした場合は、名称変更や合併をする前の事業所の開設年月及び介護事業の開始年月をご入力ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **貴事業所の****開設年月** | 昭和・平成・令和年月 | **介護事業の****開始年月** | 昭和・平成・令和年月 |

**問２　貴事業所における介護サービスの10月１ヶ月間の利用状況等をお伺いします。**

**表紙記載の介護サービス（介護予防含む）についてのみご入力ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護サービス** |  | **令和３年10月** | **令和４年10月** |
| **①****訪問介護事業所** | 介護・介護予防サービス | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ訪問回数 | 回/月 | 回/月 |
| 延べ訪問時間数 | 時間/月 | 時間/月 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ訪問回数 | 回/月 | 回/月 |
| 延べ訪問時間数 | 時間/月 | 時間/月 |
| **②****訪問看護****ステーション** | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ訪問回数 | 回/月 | 回/月 |
| 延べ訪問時間数 | 時間/月 | 時間/月 |
| **③****定期巡回・随時****対応型訪問介護****看護事業所** | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ訪問回数 | 回/月 | 回/月 |
| 延べ訪問時間数 | 時間/月 | 時間/月 |
| **④****通所介護事業所** | 利用定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 開所日数（稼働日） | 日/月 | 日/月 |
| 介護・介護予防サービス | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| **⑤****小規模多機能型****居宅介護事業所** | 利用定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 実利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、通所サービスの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、訪問サービスの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、宿泊サービスの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| **⑥居宅介護支援事業所** | 実利用者数（10月１日現在）※介護予防分は除く | 人/月 | 人/月 |
| **⑦****認知症対応型共同****生活介護事業所** | 利用定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ利用者数（※１） | 人/月 | 人/月 |
| **⑧****介護老人福祉施設** | 入所定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ在所者数（※１） | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、空床利用のショートステイの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
|  | **併設****ショートステイ** | 利用定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **介護サービス** |  | **令和３年10月** | **令和４年10月** |
| **⑨****介護老人保健施設** | 入所定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ在所者数（※１） | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、空床利用のショートステイの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| **⑩****介護医療院** | 入所定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ在院者数（※１） | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、空床利用のショートステイの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| **⑪****介護療養型****医療施設** | 病床数（10月１日現在） | 人 | 人 |
| 延べ在院者数（※１） | 人/月 | 人/月 |
|  | うち、空床利用のショートステイの延べ利用者数 | 人/月 | 人/月 |
| **⑫****特定施設入居者****生活介護サービスの提供施設** | 入所定員数（10月１日現在） | 人 | 人 |
|  | うち、特定施設入居者生活介護指定の定員数 | 人/月 | 人/月 |
| 延べ利用者数（※２） | 人/月 | 人/月 |

※１　月間の延べ数の計算の仕方：毎日の在所（在院）者数を合計してください。なお、入所日及び退所日を含めてください。（例：10月１日に入所し、10月15日に退所した人は「15人」とする）

※２　特定施設入居者生活介護サービス提供施設は、当該サービスを算定した人数としてください。

**問３　貴事業所には、医療的処置（医療的ケア）が必要な利用者・入居者がいますか。（○はひとつ）**

**表紙記載の介護サービスについてのみご入力ください。**

|  |
| --- |
| **１**　いる**２**　いない |

問３で「１　いる」を選択した事業所のみお答えください。

**問３－１　令和４年10月１日現在、医療的処置（医療的ケア）を受けている人数は、何人ですか。**

|  |
| --- |
| **医療的処置（医療的ケア）を受けている人数**（人） |

問３で「１　いる」を選択した事業所のみお答えください。

**問３－２　医療的処置（医療的ケア）を受けている人数を内容別に教えてください。**

※該当者がいない場合は、空欄ではなく「０人」とご入力ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **経管栄養****（胃ろう・腸ろう・経鼻）** | 人 | **ＩＶＨ（中心静脈栄養）** | 人 |
| **喀痰吸引****（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ）** | 人 | **ストーマ処置** | 人 |
| **インシュリン注射（自己注射可）** | 人 | **点滴管理** | 人 |
| **インシュリン注射（自己注射不可）** | 人 | **尿留置カテーテル** | 人 |
| **レスピレーター（人工呼吸器）** | 人 | **疼痛の看護** | 人 |
| **気管切開の処置** | 人 | **褥瘡の管理** | 人 |
| **酸素療法** | 人 | **その他（　　　　　　　　　）** | 人 |
| **人工透析** | 人 |  |  |

**職員の状況について**

**（表紙記載の介護サービスに従事する職員についてお答えください）**

**問４　貴事業所の全従業員数（介護サービス事業以外の従事者を含む。）と、表紙記載の介護サービスに従事する職員について、現在の職員数と１年間（令和３年10月１日～令和４年９月30日）の採用者数、離職者数（退職、解雇者、出向・出向復帰者も含む。）等をご入力ください。**

※兼務している職員については、主として従事している仕事（職種）にのみご入力ください。

※該当者がいない場合は、空欄ではなく「０人」とご入力ください。

※勤務年数１年未満の離職者数と勤務年数１年以上３年未満の離職者数の合計は、離職者数より少ないか同じになるはずです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **職員数****（令和４年10月１日現在）** | **１年間（令和３年10月１日～令和４年９月30日）の採用者・離職者** |  | **左欄の離職者の****勤務年数** |
|  | **うち、女性** | **採用者数** | **離職者数** |  | **１年未満** | **１年以上****３年未満** |
| **①****全従業員数****（介護サービス事業以外****の従事者を含む）** | 正規職員 | 人Ⅰ | 人 | Ⅱ | Ⅲ |  |  |  |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 |  |
| 非常勤 | 人 | 人 |  |
| **②****下記職種別****人数の合計** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **表紙記載の介護サービスに従事する職員** | **③****訪問****介護員** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **④****サービス****提供責任者** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **⑤****介護職員** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **⑥****看護職員** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **⑦****生活相談員** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **⑧****ＰＴ・ＯＴ・****ＳＴ等** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| **⑨****介護支援****専門員** | 正規職員 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非正規職員 | 常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 | 人 |
|  |
| **⑩　表紙記載の介護サービスに従事する職員のうち、派遣職員の数** | 人 |
| **⑪　表紙記載の介護サービスに従事する職員のうち、外国人職員の数** | 人 |
|  | **うち、技能実習生** | 人 |
| **うち、在留資格「介護」** | 人 |
| **うち、特定技能** | 人 |
| **うち、留学生・就学生** | 人 |
| **うち、永住外国人** | 人 |
| **⑫　訪問介護員・介護職員のうち、介護福祉士資格を有する者の数（令和４年10月１日現在）** | 人 |

※ 正規職員：正規雇用で雇われた者、労働時間に関係なく雇用期間の定めのない者

非正規職員：契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者等

常勤：施設・事業所で定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務する者

非常勤：常勤者以外の従事者（他の施設・事業所にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）

**問５　問４で回答いただいた全従業員の年齢別人数をご入力ください。正規職員・非正規職員を合算した人数をご入力ください。また、合計人数が、問４の二重線で囲った部分（Ⅰ）の合計と一致するかもご確認ください。**

※該当者がいない場合は、空欄ではなく「０人」とご入力ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **20歳****未満** | **20～****29歳** | **30～****39歳** | **40～****49歳** | **50～****59歳** | **60～****69歳** | **70～****79歳** | **不明** | **合計** |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

**問６　問４で回答いただいた過去１年間（令和３年10月１日～令和４年９月30日）の採用者・離職者の年齢別・正規・非正規別人数は、何人ですか。また、合計人数が、問４の二重線で囲った部分（Ⅱ・Ⅲ）の合計と一致するかもご確認ください。**

※該当者がいない場合は、空欄ではなく「０人」とご入力ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **20歳****未満** | **20～****29歳** | **30～****39歳** | **40～****49歳** | **50～****59歳** | **60～****69歳** | **70～****79歳** | **不明** | **合計** |
| **採用者** | **正　規** | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| **非正規** | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| **離職者** | **正　規** | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| **非正規** | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

**問７　貴事業所における、職員の職種別（※１）過不足（※２）の状況はいかがですか。配置している職種と全体でみた場合の右側の過不足欄（数字）に○をひとつおつけください。**

**（それぞれ○はひとつ）**

※１　資格保有者ではなく、その仕事（職種）に従事する者についてお答えください。

※２　「不足」とは、募集をする必要のある状態のことを指します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **かなり不足** | **不足** | **やや不足** | **適当** | **過剰** |
| **①　訪問介護員** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **②　サービス提供責任者** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **③　介護職員** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **④　看護職員** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **⑤　生活相談員** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **⑥　ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ等** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **⑦　介護支援専門員** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |
| **⑧　全体でみた場合****（上記の①～⑦について）** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** |

問７　⑧全体でみた場合で「１　かなり不足」、「２　不足」、「３　やや不足」を選択した事業所のみお答えください。

**問７－１　不足している理由は何ですか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　仕事内容のわりに賃金が低い**３**　休日や有給休暇が少ない（取得しづらい）**５**　夜勤などの勤務体制が希望と合わない**７**　保育施設など福利厚生が十分でない**９**　賃金等の条件で他業種に転職する**11**　事業を拡大したいが、人材が確保できない | **２**　仕事の身体的精神的負担が大きい**４**　雇用条件が本人の希望と合わない**６**　質の高い人材の確保が難しい**８**　賃金等の条件で他事業所に転職する**10**事業所の立地条件が悪い**12**　その他（） |

**問８　貴事業所では、過去１年間（令和３年10月１日～令和４年９月30日）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。**

**問８（１）　日本人職員について（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　人数・質ともに確保できている**３**　質には満足だが、人数は確保できていない**５**　過去１年間に採用していない | **２**　人数は確保できているが、質には満足していない**４**　人数・質ともに満足できていない |

**問８（２）　外国人職員について（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　人数・質ともに確保できている**３**　質には満足だが、人数は確保できていない**５**　過去１年間に採用していない | **２**　人数は確保できているが、質には満足していない**４**　人数・質ともに満足できていない**６**　外国人職員はいない |

**問９　貴事業所では、人材育成のための取組にあたっての課題は何ですか。**

**問９（１）　日本人職員について（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　人材育成のための時間がない**２**　人材育成のための費用に余裕がない**３**　職員が研修に参加している間の調整・補充等が難しい**４**　指導できる人材がいない**５**　採用時期が別々で効率的な育成ができない**６**　知識・経験等がまちまちで効率的な育成ができない**７**　育成してもすぐにやめてしまう**８**　その他（）**９**　特にない |

**問９（２）　外国人職員について（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　人材育成のための時間がない**２**　人材育成のための費用に余裕がない**３**　職員が研修に参加している間の調整・補充等が難しい**４**　指導できる人材がいない**５**　採用時期が別々で効率的な育成ができない**６**　知識・経験等がまちまちで効率的な育成ができない**７**　育成してもすぐにやめてしまう**８**　その他（）**９**　特にない**10**　外国人職員はいない |

**問10　貴事業所の現在の従業員の定着状況について、どのように考えていますか。（○はひとつ）**

|  |
| --- |
| **１**　定着率が低く困っている**２**　定着率は低いが困っていない**３**　定着率は低くない |

**問11　貴事業所では、職員の早期離職防止や定着促進を図るために、どのような方策をとっていますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　賃金・労働時間等の労働条件（休暇を取りやすくすることも含める）を改善している**２**　能力や仕事ぶりを評価し、配置や処遇に反映している**３**　職員の仕事内容と必要な能力等を明示している**４**　キャリアに応じた給与体系を整備している**５**　非正規職員から正規職員への転換の機会を設けている**６**　新人の指導担当・アドバイザーを置いている**７**　能力開発を充実させている（社内研修実施、社外講習等の受講・支援等）**８**　管理者・リーダー層の部下育成や動機付け能力向上に向けた教育研修に力を入れている**９**　労働時間（時間帯・総労働時間）の希望を聞いている**10**　仕事内容の希望を聞いている（持ち場の異動など）**11**　悩み、不満、不安などの相談窓口を設けている（メンタルヘルスケア）**12**　腰痛対策など健康管理に力を入れている**13**　職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている（定期的なミーティング、意見交換会、チームケア等）**14**　経営者・管理者と従業員が経営方針、ケア方針を共有する機会を設けている**15**　業務改善や効率化等による働きやすい職場づくりに力を入れている**16**　福利厚生を充実させ、職場内の交流を深めている（スポーツや趣味などの同好会、親睦会などの実施を含む）**17**　職場環境を整えている（休憩室、談話室など）**18**　子育て支援を行っている（子ども預かり所を設ける、保育費用支援等）**19**　その他（）**20**　特に方策はとっていない |

**問11－１　最も効果があった方策は何ですか。問11の中から３つまで選んで、枠内に番号でご入力ください。（主なものを３つまで）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**問12　貴事業所では、新規人材の確保について、どのような取組を行っていますか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　定期的に求人誌への掲載などを行っている**２**　就職説明会への参加を行っている**３**　福祉専門学校等教育機関との連携を図っている**４**　ハローワークとの連携を図っている**５**　社会福祉協議会との連携を図っている**６**　人材派遣会社との連携を図っている**７**　無資格者でも採用を行い、採用後に資格取得講座を受講させている**８**　採用時に給与（賞与・手当含む）を他社より好条件に設定している**９**　採用時に労働日数・時間の希望をできるだけ聞き入れている**10**　育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている**11**　採用時に仕事のやりがいや、社会的意義を伝えている**12**　インターンシップ制度を導入している**13**　その他（）**14**　特に何も行っていない |

**問12－１　最も効果があった方策は何ですか。問12の中から３つまで選んで、枠内に番号でご入力ください。（主なものを３つまで）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**問13　貴事業所では、人材育成のための取組にあたって、どのような方策をとっていますか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　教育・研修計画を立てている**２**　教育・研修の責任者（兼任を含む）もしくは担当部署を決めている**３**　採用時の教育・研修を充実させている**４**　職員に後輩の育成経験を持たせている**５**　能力の向上が認められた者は、配置や処遇に反映している**６**　法人全体で連携して育成に取り組んでいる**７**　自治体や、業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させている**８**　地域の同業他社と協力、ノウハウを共有して育成に取り組んでいる**９**　その他（）**10**　いずれも行っていない |

**問13－１　最も効果があった方策は何ですか。問13の中から３つまで選んで、枠内に番号でご入力ください。（主なものを３つまで）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**問14　今後新たに外国人職員を活用する予定はありますか。（○はひとつ）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１**　予定がある | **２**　予定はない | **３**　わからない・未定 |

問14で「１　予定がある」を選択した事業所のみお答えください。

**問14－１　どのような受入れ方法を予定していますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　技能実習生**３**　在留資格「介護」**５**　留学生・就学生**７**　わからない・未定 | **２**　ＥＰＡによる受入れ**４**　特定技能**６**　その他（） |

**問15　外国人職員の受入れにあたって、国や行政に要望することは何ですか。受入れ予定の有無を問わずお答えください。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　日本語学習支援**３**　住居支援**５**　外国人労働者受入制度の周知・情報提供**７**　要望はない | **２**　介護の専門的知識学習支援**４**　地域による受入サポート**６**　その他（） |

**問16　表紙記載の介護サービスにおける、令和４年４月１日～令和４年９月30日の期間の介護従事者の給与等（手当、一時金を含む）の状況についてお伺いします。（○はひとつ）**

|  |
| --- |
| **１**　給与等を引き上げた**２**　令和３年度の給与水準を維持しているが、１年以内に引き上げる予定**３**　令和３年度の給与水準を維持しており、１年以内に引き上げる予定はなし10ページ問16－５へ**４**　給与等を引き下げた**５**　その他（） |

問16で「１　給与等を引き上げた」または「２　令和３年度の給与水準を維持しているが、１年以内に引き上げる予定」を選択した事業所のみお答えください。

**問16－１　引き上げ（手当の新設を含む）の状況をお伺いします。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　給与表（賃金表等）を改定して賃金水準を引き上げた（予定）**２**　定期昇給（毎年一定の時期に事業所の昇給制度に従って行われる昇給）を実施（予定）**３**　毎月支給される各種手当の引き上げまたは新設（予定）**４**　賞与等の支給金額の引き上げまたは新設（予定）**５**　その他（） |

問16－１で「３　毎月支給される各種手当の引き上げまたは新設（予定）」を選択した事業所のみお答えください。

**問16－２　手当等の引き上げまたは新設を行ったものについてお伺いします。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　夜勤手当・夜勤待機手当**３**　家族（扶養）手当**５**　移動手当**７**　資格手当**９**　処遇改善手当 | **２**　時間外手当（早朝・深夜・休日手当等）**４**　通勤手当・交通費**６**　職務手当（役付手当等）**８**　研修手当**10**　その他（） |

問16で「１　給与等を引き上げた」または「２　令和３年度の給与水準を維持しているが、１年以内に引き上げる予定」を選択した事業所のみお答えください。

**問16－３　給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の対象者についてお伺いします。**

**（あてはまるものすべてに○）**

※１　介護従事者：介護職員のほか、看護職員、生活相談員・支援相談員、ケアマネジャー、ＯＴ・ＰＴ・ＳＴなどを含みます。

※２　介護職員　：直接介護を行う人を指し、訪問介護員も含みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　施設・事業所の職員全員**３**　介護職員（※２）全員 | **２**　介護従事者（※１）全員 |
| **４**　何らかの要件に該当した介護従事者（※１）のみ |
| **５**　その他（） | **６**　対象者は未定 |

問16－３で「４　何らかの要件に該当した介護従事者のみ」を選択した事業所のみお答えください。

**問16－４　給与等の引き上げ（手当の新設を含む）の要件についてお伺いします。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　勤続年数を要件（10年以上）**３**　経験年数を要件**５**　サービス提供責任者を要件**７**　勤務形態（常勤・非常勤）を要件**９**　勤務時間を要件**11**　管理職以外の者 | **２**　勤続年数を要件（10年未満）**４**　資格の保有を要件**６**　主任介護支援専門員を要件**８**　雇用形態（正規・非正規）を要件**10**　管理職（ユニットリーダーを除く）**12**　人事評価に基づいて |
| **13**　その他（） |

問16で「３　令和３年度の給与水準を維持しており、１年以内に引き上げる予定はなし」または「４　給与等を引き下げた」を選択した事業所のみお答えください。

**問16－５　給与等の引き上げを行わなかった理由をお伺いします。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　令和４年３月末までに給与等を引き上げている**２**　人員配置を厚くして職員の業務負担軽減を図ることを優先した**３**　現在の給与水準が他の施設・事業所と比べ高い |
| **４**　経営が安定しない**５**　増収分を借入金の返済にあてた**６**　介護報酬の収入が減少した**７**　支出が収入を上回った**８**　その他（） |

**問17　介護職員処遇改善加算の届出状況について、お伺いします。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　届出をしている（届出予定を含む） | **２**　届出をしていない0 |

問17で「１　届出をしている（届出予定を含む）」を選択した事業所のみお答えください。

**問17－１　賃金改善の項目について、お伺いします。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　給与表（賃金表等）の改定**２**　定期昇給の実施**３**　毎月支給される各種手当**４**　一時金（賞与・その他の臨時支給分）**５**　その他（） |

問17－１で「４　一時金（賞与・その他の臨時支給分）」を選択した事業所のみお答えください。

**問17－２　支給時期は、何月ですか。４つ以上ある場合は、欄外に入力してください。**

|  |
| --- |
| **支給時期**（月・月・月） |

問17で「２　届出をしていない」を選択した事業所のみお答えください。

**問17－３　届出を行わない理由をお伺いします。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　対象外のサービス事業所であるため**２**　事務作業が煩雑**３**　追加費用負担の発生**４**　利用者負担の発生**５**　介護職と他職種との不公平感**６**　賃金改善の必要がない**７**　算定要件を達成できない**８**　今後の取扱いが不明**９**　その他（） |

**問18　貴事業所では、下記の資格取得や研修受講等を、職員の職位、職責または職務内容等に応じた任用等の要件としていますか。まだ要件を定めていない事業所は、今後、要件にする予定がありますか。（それぞれ○はひとつ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **している** | **今後する予定** | **予定はない** |
| **介護福祉士等資格の取得** | **１** | **２** | **３** |
| **長野県福祉職員生涯研修の受講（長野県社協実施）** | **１** | **２** | **３** |
| **介護プロフェッショナルキャリア段位制度の段位認定****（シルバーサービス振興会実施）** | **１** | **２** | **３** |
| **介護福祉士会等職能団体主催研修の受講** | **１** | **２** | **３** |
| **その他の研修（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | **１** | **２** | **３** |

**問19　職員給与についてお伺いします。表紙記載の介護サービスに従事する職員数と給与・賞与等について、令和３年度の決算期数値でご入力ください。困難な場合は、直近の決算期の数値を入力してください。**

※表紙記載の介護サービス以外のサービス等と一体的に会計を行っている事業所は、会計を一体的に行っている介護保険サービス等も含めて、ご入力ください。

※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つに分類してご入力ください。

※勤続年数や給与・賞与等は、該当する方全員の勤続年数や給与・賞与等を合計したものをご入力ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **常勤** | **非常勤** |
| **実****人員** | **勤続****年数** | **給与・賞与等** | **実****人員** | **常勤****換算** | **勤続****年数** | **給与・賞与等** |
| **人** | **小数****第一位****まで** | **百万** | **千** | **円** | **人** | **小数****第一位****まで** | **小数****第一位****まで** | **百万** | **千** | **円** |
| **①　医師** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **②　看護師** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **③　准看護師** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **④　OT・PT・ST** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑤　生活相談員・****支援相談員** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑥　介護職員****（訪問介護員を含む）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **うち、介護福祉士** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑦　サービス提供****責任者** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑧　介護支援****専門員** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑨　全職員****（①～⑧の合計）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【換算数の計算式】**

※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な場合には、おおよその時間で算出してください。

職員の１週間の勤務時間

施設が定めている１週間の勤務時間

※左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。

**<※１ヶ月に数回の勤務である場合>**

職員の１ヶ月の勤務時間

施設が定めている１週間の勤務時間×４（週）

**経営の状況について**

**（表紙記載の介護サービスについてお答えください）**

**問20　表紙記載の介護サービスの令和３年度の事業活動資金収支差額（※）は、令和２年度と比較して、どのように変化しましたか。（○はひとつ）**

※事業活動資金収支差額：事業活動収入額から事業活動支出額を差し引いた金額のこと

|  |
| --- |
| **１**　令和２年度と比較して事業活動資金収支差額（売上総利益）が、10％程度増加した**２**　令和２年度と比較して事業活動資金収支差額（売上総利益）が、 ５％程度増加した**３**　令和２年度と比較して事業活動資金収支差額（売上総利益）は、ほぼ変わらない**４**　令和２年度と比較して事業活動資金収支差額（売上総利益）が、 ５％程度減少した**５**　令和２年度と比較して事業活動資金収支差額（売上総利益）が、10％程度減少した**６**　その他（） |

**問21　貴事業所では、経営面での安定化・効率化を図るため、どのような取組をしていますか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　新規に介護保険の指定介護サービス事業の種類を増やしている**２**　新規に保険給付外の介護サービス事業を始めている・種類を増やしている**３**　事業規模を拡張している**４**　事業規模を縮小している**５**　事業所（施設）の稼働率（利用率）の向上、または新規利用者を増やしている**６**　利用者を要介護度の高い者に絞り込んでいる**７**　人件費総額を圧縮している（給与水準切り下げ、人員削減等）**８**　正規職員を減らし、非正規職員を増やしている**９**　一部の業務（給食、清掃等）を外部に委託している、または増やしている**10**　一部の業務（給食、清掃等）の外部委託をやめた、または減らしている、あるいは単価を引き下げている**11**　燃料・光熱水費の節約や契約単価の見直し、リースの導入等により諸経費を節減している**12**　ボランティアを受け入れている**13**　派遣労働者を活用している、または増やしている**14**　派遣労働者の活用をやめた、または減らしている**15**　ＩCＴ、介護ロボットの活用により業務の効率化を図っている**16**　その他（）**17**　特にない |

**問21－１　最も効果があった方策は何ですか。問21の中から３つまで選んで、枠内に番号でご入力ください。（主なものを３つまで）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**問22　貴事業所が表紙記載の介護サービスを運営する上での課題は何ですか｡**

**（○は主なものを３つまで）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　新規利用者の獲得が難しい**３**　利用者１人あたりの利用量が少ない**５**　利用者や家族が介護保険制度やサービスをよく理解していない**７**　訪問や送迎が非効率（エリアが広い等）である**９**　スタッフが短期間で離職してしまう**11**　責任者など中堅人材の確保・育成が難しい**13**　ケアマネジャーなど他事業所・他職種との連携が難しい**15**　医療機関との連携が難しい**17**　介護報酬が低い**19**　特にない | **２**　利用者のサービス利用が続かない**４**　設備・スタッフなどが不足し量的に利用者のニーズに応えられない**６**　利用者からの苦情や事故への対応が大変である**８**　良質なスタッフの確保が難しい**10**　スタッフの人材育成が難しい**12**　他のサービス事業所との競合が激しい**14**　他のサービス事業所との連携が難しい**16**　地域との連携が難しい**18**　その他（） |

**問23　表紙記載の介護サービスについて、今後どのような方向性をお考えですか。介護サービスの種類、事業所の規模、人件費の総額についてお伺いします。（それぞれ○はひとつ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **増やす****（拡大する）** | **減らす****（縮小する）** | **変化なし** | **わからない** |
| **介護サービスの種類** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **事業所の規模** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **人件費の総額** | **１** | **２** | **３** | **４** |

問23　介護サービスの種類で「１　増やす（拡大する）」を選択した事業所のみお答えください。

**問23－１　増やす予定のサービスは何ですか。（介護予防を含みます）**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　（介護予防）居宅介護支援**３**　（介護予防）訪問入浴介護**５**　（介護予防）訪問リハビリテーション**７**　（介護予防）通所リハビリテーション**９**　（介護予防）短期入所療養介護**11**　（介護予防）特定施設入居者生活介護**13**　（介護予防）特定福祉用具販売**15**　定期巡回・随時対応型訪問介護看護**17**　（介護予防）認知症対応型通所介護**19**　（介護予防）認知症対応型共同生活介護**21**　看護小規模多機能型居宅介護**23**　その他（） | **２**　訪問介護**４**　（介護予防）訪問看護**６**　通所介護（デイサービス）**８**　（介護予防）短期入所生活介護**10**　（介護予防）居宅療養管理指導**12**　（介護予防）福祉用具貸与**14**　（介護予防）住宅改修**16**　夜間対応型訪問介護**18**　（介護予防）小規模多機能型居宅介護**20**　地域密着型特定施設入居者生活介護**22**　介護予防・日常生活支援総合事業**24**　未定 |

**問24　貴事業所では、サービスの質の向上のために、どのような取組に力を入れていますか。**

**（○は主なものを３つまで）**

|  |
| --- |
| **１**　ケアカンファレンスの定期的な開催**２**　利用者からの相談窓口の設置**３**　サービス提供マニュアルの作成**４**　職員・スタッフの継続的な研修・ＯＪＴの実施**５**　事業者間での情報交換・交流への参加**６**　情報開示、第３者評価**７**　介護サービス相談員の受け入れ**８**　サービス利用者の満足度調査の実施**９**　サービス自己評価基準による定期的な検証**10**　その他（）**11**　特にない |

**問25　表紙記載の介護サービスの会計区分について、お伺いします。（○はひとつ）**

|  |
| --- |
| **１**　単独会計・表紙記載の介護サービスごとに収入・費用が区分できるもの・サービス別内訳等により、サービスごとに収入・費用の按分を行い、表紙記載の介護サービス分がわかる場合は、単独会計とする**２**　一体的会計・表紙記載の介護サービスとそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの・収入は、表紙記載の介護サービス分を把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に表紙記載の介護サービス分の収入・支出を把握している場合も一体的会計とする |

**問26　表紙記載の介護サービスについて貴事業所が採用している会計基準は、何ですか。**

**（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針**３**　介護老人保健施設会計・経理準則**５**　医療法人会計基準**７**　公益法人会計基準 | **２**　社会福祉法人会計基準**４**　病院会計準則**６**　企業会計**８**　NPO法人会計基準 |
| **９**　その他（） |

**問27　上記で回答いただいた貴事業所が採用している会計基準に基づき、令和３年度決算期数値（損益計算書（事業活動収益、事業活動費用））をご入力ください。困難な場合は、直近の決算期数値をご入力ください。**

※単独会計の場合は表紙記載の介護サービスについて、一体的会計の場合は会計を一体的に行っている介護保険サービスを含めてご入力ください。会計基準については下表を参考に、あてはまるページにご入力ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会計基準****項目** | **指定介護老人****福祉施設等****会計処理等****取扱指導指針** | **社会福祉法人****会計基準** | **介護老人保健****施設会計・****経理準則** | **病院会計****準則** | **企業会計** | **その他** |
| 損益計算書・事業活動収益・事業活動費用 | **15㌻** | **16㌻** | **17㌻** | **18㌻** | **19㌻** | **20㌻** |

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

**問28　貴事業所では、貸借対照表（資産・負債）を作成していますか。（○はひとつ）**

|  |
| --- |
| **１**　作成していない**２**　表紙記載の介護サービスのみで作成している**３**　表紙記載の介護サービス以外の介護保険サービス等、一体的に行っている単位で作成している**４**　一体的に会計を行っていない事業を含めた単位で作成している |

問28で「４　一体的に会計を行っていない事業を含めた単位で作成している」を選択した事業所のみお答えください。

**問28－１　一体的に会計を行っていない事業についてお伺いします。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　介護保険サービス事業**２**　第１種・第２種社会福祉事業（介護保険サービス事業を除く）**３**　医療・保健事業（介護保険サービス事業を除く）**４**　上記１～３以外の事業（介護保険サービス事業を除く） |

**問29　資産・負債について、ご入力ください。**

※「介護老人保健施設会計・経理準則」「病院会計準則」により会計を行っている場合は、次のとおり区分してください。

・「土地、建物（建物付属設備）」は「その他の固定資産」へ入力

・「利益余剰金合計」は「次期繰越活動収支差額」へ入力

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **科目** | **十億** | **百万** | **千** | **円** |
| **①　流動資産** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **②　固定資産** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （１）基本財産 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （２）その他の固定資産 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **③　流動負債** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （１）短期運営資金借入金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **④　固定負債** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （１）設備資金借入金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （２）長期運営資金借入金 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **⑤　純資産** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （１）次期繰越活動収支差額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**その他（医療的ケアへの対応、虐待防止、ＩＣＴの活用等）について**

**（表紙記載の介護サービスについてお答えください）**

**問30　貴事業所において、対応が困難であることを理由に利用を断ったことがある医療的処置（医療的ケア）はありますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）**３**　インシュリン注射（自己注射可）**５**　レスピレーター（人工呼吸器）**７**　酸素療法**９**　ＩＶＨ（中心静脈栄養）**11**　点滴管理**13**　疼痛の看護**15**　その他（） | **２**　喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ）**４**　インシュリン注射（自己注射不可）**６**　気管切開の処置**８**　人工透析**10**　ストーマ処置**12**　尿留置カテーテル**14**　褥瘡の管理**16**　特にない |

**問31　医療的処置（医療的ケア）に応えるために有効だと思う対策は何ですか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　限定的な医療的処置（医療的ケア）を可能とする新しい資格の設置**２**　看護職員の配置基準の見直し・改善**３**　医療機関との協力体制（オンコールなど）の充実**４**　医療的処置（医療的ケア）のできる介護福祉士の育成、介護職員に対する研修の充実**５**　その他（）**６**　特にない |

**問32　「虐待だと思う行為や対応」や「不適切だと思う行為や対応」を防止するために、貴事業所で取り組んでいることはありますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　介護理念や組織全体の方針などの職員間での共有**２**　担当者の設置及びそれぞれの職責・職種による責任や役割の明確化**３**　チェックリストやマニュアルの作成**４**　苦情処理体制をはじめとする必要な委員会等の設置・運営**５**　不適切な行為などを職員が報告や通報しやすい体制の整備**６**　上司や先輩にあたる職員が積極的に声をかけ、悩みを聞くような職場環境の整備や職員のストレスケアマネジメントの整備**７**　効率優先や一斉介護や流れ作業を見直した、個別ケアの推進**８**　緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手順の整備**９**　必要に応じたアセスメントやケアプランの見直し**10**　施設内の職員間のコミュニケーションがとれる環境づくり**11**　施設内での研修の実施**12**　施設外での研修への参加促進**13**　第３者委員組織の設置、サービスの自己評価、第３者評価の実施**14**　その他（）**15**　特にない |

**問33　介護ロボットを導入したいですか。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　導入したい | **２**　導入したくない |

**問34　介護ロボット導入にあたっての課題は何ですか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　導入費用が高額**３**　利用者の安全面に不安がある**５**　機器に関する情報が少ない**７**　機器のメンテナンスが大変**９**　機器の誤作動が不安**11**　機器の操作が難しい**13**　特にない | **２**　有効性を感じない（期待できない）**４**　職員の安全面に不安がある**６**　準備・片付けに時間がかかる**８**　機器を活用した業務改革が必要**10**　研修や使い方の周知が必要**12**　その他（） |

**問35　介護ロボット導入にあたり国や行政に要望することは何ですか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　無料でロボットを使えるようなモデル事業が実施・継続されること |
| **２**　補助金制度など財政支援があること**４**　その他（） | **３**　介護保険の加算対象になること**５**　要望はない |

**問36　現在、どのようなＩＣＴ（情報通信技術）を活用した機器を導入していますか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　介護記録ソフト**３**　リスク情報管理ソフト（事故・ヒヤリハット）**５**　電子メール・パソコン**７**　バイタル機器（見守り機器の活用による）**９**　電話・ナースコール（インターフォンを含む）**11**　導入していない | **２**　介護レセプト作成ソフト**４**　タブレット・スマートフォン**６**　インカム**８**　バイタル機器（見守り機器の活用以外）**10**　その他（） |

問36で『１～10　ＩＣＴを活用した機器を導入している』を選択した事業所のみお答えください。

**問36－１　ＩＣＴ（情報通信技術）の活用について、どの程度満足していますか。（○はひとつ）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１**　満足**４**　やや不満 | **２**　やや満足**５**　不満 | **３**　ふつう |

**地域包括ケアについて**

**問37　貴事業所では、地域包括支援センターとの連携がとれていますか。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　十分連携がとれている**２**　連携のとれる内容ととれない内容がある**４**　どちらとも言えない | **３**　うまく連携がとれていない**５**　連携をとる必要性を感じていない |

問37で「２　連携のとれる内容ととれない内容がある」または「３　うまく連携がとれていない」を選択した事業所のみお答えください。

**問37－１　連携がとれていない理由をお伺いします。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　業務が忙しい**２**　センターの担当者が忙しい**３**　センターごとに職員のレベルや対応に違いがある**４**　普段センターの担当者と接する機会が少なく、担当者との連携がとりづらい**５**　その他（） |

**問38　在宅高齢者に対する医療と介護は、連携していると思いますか。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　十分連携していると思う**３**　連携が不十分であると思う | **２**　ある程度連携していると思う**４**　ほとんど連携していないと思う |

**問39　医療と介護の連携を図るために、どのようなことが必要だとお考えですか。（○は３つまで）**

|  |
| --- |
| **１**　医師・歯科医師がケアマネジャーの相談を受け付ける時間（ケアマネタイム）を設ける**２**　在宅高齢者の情報を共有するための統一的なフォーマット（ＦＡＸ用紙等）を作成する**３**　県と県医師会等で作成した「医療と介護との連携マニュアル」を活用する**４**　医療機関への連絡可能時間を記したリストを作成する**５**　医療関係者と介護関係者が情報交換できる交流の場を確保する**６**　在宅要援護者の緊急時用のベッドを確保する**７**　ネット上で関係者同士が連絡できる仕組みを構築する**８**　医療（病院・診療所）と介護の役割分担を明確にする**９**　その他（）**10**　特にない |

**問40　事業者の立場からみて、県の高齢者支援の状況をどうお考えですか。（それぞれ○はひとつ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **かなり充実** | **まあ充実** | **やや不足** | **かなり不足** |
| **①　ひとり暮らし高齢者への支援** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **②　高齢者への就労支援** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **③　要介護状態になっても安心して住み続けられる住まいの確保（住宅改修・住み替えの支援など）** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **④　かかりつけ医・歯科医・薬局の普及** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑤　在宅療養の支援体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑥　近隣関係など地域のつながり・支え合い** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑦　高齢者も参加できる地域活動・ボランティア活動** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑧　地域包括支援センターへの支援体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑨　認知症高齢者への支援体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑩　福祉・健康などに関する情報提供体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑪　権利擁護への支援体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑫　災害時の要援護者への支援体制** | **１** | **２** | **３** | **４** |
| **⑬　在宅療養・看取りに関する住民啓発** | **１** | **２** | **３** | **４** |

**ケアマネジャーの方におたずねします**

**（事業所所属のケアマネジャーの方がお答えください）**

**（事業所所属のケアマネジャーの方がいない場合は、26ページ問45にお進みください）**

**問41　令和４年10月１日現在、何人の給付管理を行っていますか。**

※該当者がいない場合は、空欄ではなく「０人」とご入力ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **介護給付**（人） | **予防給付**（人） |

**問42　ケアマネジャー業務を行う上で、課題としてお考えのことはどのようなことですか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　介護保険外サービスの種類が少ない**２**　サービス提供事業者に関する情報が少ない**３**　利用者及び家族がサービスの必要性を理解していない**４**　忙しくて利用者の意見・要望を聞き調整する時間が十分とれない**５**　地域包括支援センターや行政との連携がうまくとれない**６**　問題事例のケアマネジメントの方法がわからない**７**　認知症ケアの方法がわからない**８**　医療機関との連携がうまくとれない**９**　医療に関する知識の習得の機会がない**10**　相談する人が身近にいない**11**　研修（医療関係を除く）などのスキルアップの場がない**12**　所属事業所の関連事業者からのサービスに偏る**13**　有料・サ高住の管理者から不必要なサービスの提供を強要される**14**　その他（）**15**　特にない |

**問43　担当している地域で、事業所数もしくは定員など、量的に過剰だと感じるサービスはありますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　居宅介護支援**３**　（介護予防）訪問入浴介護**５**　（介護予防）訪問リハビリテーション**７**　（介護予防）通所リハビリテーション**９**　（介護予防）短期入所療養介護**11**　（介護予防）特定施設入居者生活介護**13**　（介護予防）特定福祉用具販売**15**　定期巡回・随時対応型訪問介護看護**17**　（介護予防）認知症対応型通所介護**19**　（介護予防）認知症対応型共同生活介護**21**　看護小規模多機能型居宅介護**23**　その他（） | **２**　訪問介護**４**　（介護予防）訪問看護**６**　通所介護（デイサービス）**８**　（介護予防）短期入所生活介護**10**　（介護予防）居宅療養管理指導**12**　（介護予防）福祉用具貸与**14**　（介護予防）住宅改修**16**　夜間対応型訪問介護**18**　（介護予防）小規模多機能型居宅介護**20**　地域密着型特定施設入居者生活介護**22**　介護予防・日常生活支援総合事業**24**　特にない |

**問44　担当している地域で、インフォーマルな（制度化されていない）サービスを含めて在宅生活を支えるために今後充実が必要と感じるサービスはありますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　歯科・眼科・神経内科・精神科などの訪問診療**３**　夜間のホームヘルプサービス**５**　入浴のみの短時間の通所サービス**７**　リハビリのみの短時間の通所サービス**９**　子どもと交流する通所サービス**11**　家族が休むための短期入所サービス | **２**　相談・話し相手の訪問サービス**４**　夜間の訪問看護**６**　食事のみの短時間の通所サービス**８**　医療対応のある通所サービス**10**　緊急時の短期入所サービスや宿泊サービス |
| **12**　その他（）**13**　特にない |

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

****

このページの回答は、別のエクセルファイルにご入力ください。

お手数おかけしますが、よろしくお願いいたします。

**さいごに（すべての事業所の方におたずねします）**

**問46　利用者やその家族からのクレームや要望などで、対応が困難だったケースにどのようなことがありますか。（あてはまるものすべてに○）**

|  |
| --- |
| **１**　保険外サービス・契約外サービスの要求**２**　事故発生時の対応（損害賠償など）**３**　料金設定や支払いに関すること**４**　財産管理や遺産相続など家族間のトラブル解決への介入依頼**５**　契約終了時の利用料の精算や荷物の引き取りなど**６**　その他（）**７**　特にない |

**問47　高齢者が、介護（介助）が必要になった場合でも在宅での生活を維持・継続していくための条件として、何が重要であるとお考えですか。（○は主なものを３つまで）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　家族の理解・協力**３**　日曜日・祝日・早朝・夜間等における在宅サービス提供体制の整備**５**　医療面での支援体制**７**　移送サービス・外出支援サービスの充実**９**　低額で入居できる高齢者向け住宅の充実**11**　家族に対する相談・支援体制**13**　特にない | **２**　地域の理解・支援体制**４**　必要時にいつでも宿泊可能な施設等の整備（ショートステイを含む）**６**　配食サービスの充実**８**　バリアフリー等の住環境の整備**10**　成年後見制度・日常生活自立支援事業等の後見サービスの充実**12**　その他（） |

**問48　施設内保育所（介護施設等の施設内あるいは施設と同一敷地内等に設置されている保育所）を運営していますか。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　運営している | **２**　運営していない |

問48で「１　運営している」を選択した事業所のみお答えください。

**問48－１　労働局が実施する事業所内保育施設設置・運営等支援助成金、あるいは、企業主導型保育事業助成金を受けた実績がありますか。（○はひとつ）**

|  |  |
| --- | --- |
| **１**　上記助成金を受けた実績がある | **２**　上記助成金を受けた実績がない |

**問49　介護保険制度について、日頃感じていることがありましたら、ご自由にご入力ください。**

|  |
| --- |
|  |

**これで調査は終了です。**

**多項目にわたり、調査にご協力いただき、ありがとうございました。**