

**木津川市
高齢者実態調査等
結果報告書**

<資料編>

**令和5年3月
木津川市**

目 次

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 調査票	1
2 在宅介護実態調査 調査票	17
3 介護人材実態調査 事業所票【訪問系】（調査票①）	29
4 介護人材実態調査 職員票【訪問系】（調査票②）	39
5 介護人材実態調査 事業所票【施設系・通所系】（調査票③）	41
6 居所変更実態調査 調査票【施設・居住系】（調査票④）	51
7 在宅生活改善調査 事業所票（調査票⑤）	55
8 介護支援専門員調査・在宅生活改善調査 調査票（調査票⑥）	65

※介護サービス事業所調査は、単独の調査ではなく、調査票①・③・⑤に含めて調査している。

問1 あなたのご家族や生活状況について

(1) 家族構成をお教えてください

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 1人暮らし | 2. 夫婦2人暮らし（配偶者65歳以上） |
| 3. 夫婦2人暮らし（配偶者64歳以下） | 4. 息子・娘との2世帯 |
| 5. その他（具体的に： _____） | |

(2) あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか

- 介護・介助は必要ない ⇒ (3)へ
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- 現在、何らかの介護を受けている（介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む）

【(2)において「2.」又は「3.」（介護・介助が必要）を選ばれた方のみ】

① 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか（いくつでも）

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 2. 心臓病 |
| 3. がん（悪性新生物） | 4. 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等） |
| 5. 関節の病気（リウマチ等） | 6. 認知症（アルツハイマー病等） |
| 7. パーキンソン病 | 8. 糖尿病 |
| 9. 腎疾患（透析） | 10. 視覚・聴覚障がい |
| 11. 骨折・転倒 | 12. 脊椎損傷 |
| 13. 高齢による衰弱 | 14. その他（ _____） |
| 15. 不明 | |

【(2)において「3.」（介護・介助を受けている）を選ばれた方のみ】

② 主にどなたの介護、介助を受けていますか（いくつでも）

- | | | |
|----------------|---------------------|----------|
| 1. 配偶者（夫・妻） | 2. 息子 | 3. 娘 |
| 4. 子の配偶者 | 5. 孫 | 6. 兄弟・姉妹 |
| 7. 介護サービスのヘルパー | 8. その他（具体的に： _____） | |

(3) 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

(4) お住まいは一戸建て、または集合住宅のどちらですか

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 持家（一戸建て） | 2. 持家（集合住宅） |
| 3. 公営賃貸住宅 | 4. 民間賃貸住宅（一戸建て） |
| 5. 民間賃貸住宅（集合住宅） | 6. 借家 |
| 7. その他（具体的に： _____） | |

問2 からだを動かすことについて

(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(3) 15分位続けて歩いていますか

1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか

1. 何度もある 2. 1度ある 3. ない

(5) 転倒に対する不安は大きいですか

1. とても不安である 2. やや不安である 3. あまり不安でない 4. 不安でない

(6) 週に1回以上は外出*していますか *買物、通院、趣味の活動、運動、散歩、農作業などを含みます。

1. ほとんど外出しない 2. 週1回 3. 週2～4回 4. 週5回以上

(7) 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

1. とても減っている 2. 減っている 3. あまり減っていない 4. 減っていない

(8) 外出を控えていますか

1. はい ⇒ (8) ①へ 2. いいえ ⇒ (9)へ

【(8)において「1. はい」(外出を控えている)の方のみ】

① 外出を控えている理由は、次のどれですか (いくつでも)

1. 病気 2. 障がい (脳卒中の後遺症など)
3. 足腰などの痛み 4. トイレの心配 (失禁など)
5. 耳の障がい (聞こえの問題など) 6. 目の障がい
7. 外での楽しみがない 8. 経済的に出られない
9. 交通手段がない 10. その他 ()

(9) 外出する際の移動手段は何ですか (いくつでも)

1. 徒歩 2. 自転車
3. バイク 4. 自動車 (自分で運転)
5. 自動車 (人に乗せてもらう) 6. 電車
7. 路線バス 8. 病院や施設のバス
9. 車いす 10. 電動車いす (カート)
11. 歩行器・シルバーカー 12. タクシー
13. その他 (具体的に:)

問3 食べることについて

(1) 身長・体重

身長

cm

体重

kg

(2) 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

1. はい

2. いいえ

(3) お茶や汁物等でむせることがありますか

1. はい

2. いいえ

(4) 口の渇きが気になりますか

1. はい

2. いいえ

(5) 歯磨き（人にやってもらう場合も含む）を毎日していますか

1. はい

2. いいえ

(6) 歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください（成人の歯の総本数は、親知らずを含めて32本です）

1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用

2. 自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし

3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用

4. 自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし

① 噛み合わせは良いですか

1. はい

2. いいえ

【(6) において「1. 自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」「3. 自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の方のみ】

② 毎日入れ歯の手入れをしていますか

1. はい

2. いいえ

(7) 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか

1. はい

2. いいえ

(8) どなたかと食事をとる機会がありますか

1. 毎日ある

2. 週に何度かある

3. 月に何度かある

4. 年に何度かある

5. ほとんどない

問4 毎日の生活について

(1) 物忘れが多いと感じますか

1. はい

2. いいえ

(2) 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

1. はい

2. いいえ

(3) 今日が何月何日かわからない時がありますか		
1. はい	2. いいえ	
(4) バスや電車を使って1人で外出していますか（自家用車でも可）		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(5) 自分で食品・日用品の買物をしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(6) 自分で食事の用意をしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(7) 自分で請求書の支払いをしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(8) 自分で預貯金の出し入れをしていますか		
1. できるし、している	2. できるけどしていない	3. できない
(9) 年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか		
1. はい	2. いいえ	
(10) 新聞を読んでいますか		
1. はい	2. いいえ	
(11) 本や雑誌を読んでいますか		
1. はい	2. いいえ	
(12) 健康についての記事や番組に関心がありますか		
1. はい	2. いいえ	
(13) 友人の家を訪ねていますか		
1. はい	2. いいえ	
(14) 家族や友人の相談にのっていますか		
1. はい	2. いいえ	
(15) 病人を見舞うことができますか		
1. はい	2. いいえ	
(16) 若い人に自分から話しかけることがありますか		
1. はい	2. いいえ	
(17) 趣味はありますか		
1. 趣味あり（具体的に： _____)	2. 思いつかない	
(18) 生きがいがありますか		
1. 生きがいあり（具体的に： _____)	2. 思いつかない	

(5) 家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください (いくつでも)

- | | | |
|------------------|-----------------|---------------|
| 1. 自治会・町内会・老人クラブ | 2. 社会福祉協議会・民生委員 | 3. ケアマネジャー |
| 4. 医師・歯科医師・看護師 | 5. 地域包括支援センター | 6. 市役所 |
| 7. その他 (|) | 8. そのような人はいない |

(6) 友人・知人と会う頻度はどれくらいですか

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 1. 毎日ある | 2. 週に何度かある | 3. 月に何度かある |
| 4. 年に何度かある | 5. ほとんどない | |

(7) この1か月間、何人の友人・知人と会いましたか (※同じ人には何度会っても1人と数えることとします)

- | | | |
|-------------|----------|---------|
| 1. 0人 (いない) | 2. 1~2人 | 3. 3~5人 |
| 4. 6~9人 | 5. 10人以上 | |

(8) よく会う友人・知人はどんな関係の人ですか (いくつでも)

- | | | |
|---------------|---------------|-------------------|
| 1. 近所・同じ地域の人 | 2. 幼なじみ | 3. 学生時代の友人 |
| 4. 仕事での同僚・元同僚 | 5. 趣味や関心が同じ友人 | 6. ボランティア等の活動での友人 |
| 7. その他 (具体的に: |) | 8. いない |

問7 健康について

(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか

- | | | | |
|----------|---------|------------|---------|
| 1. とてもよい | 2. まあよい | 3. あまりよくない | 4. よくない |
|----------|---------|------------|---------|

(2) あなたは、現在どの程度幸せですか

(※「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、あてはまる点数に○をつけてください)

- | | | | | | | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|---------|
| (とても不幸) | | | | | | | | | | | (とても幸せ) |
| 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6点 | 7点 | 8点 | 9点 | 10点 | |

(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

(5) お酒は飲みますか

- | | | | |
|-----------|---------|-------------|-------------|
| 1. ほぼ毎日飲む | 2. 時々飲む | 3. ほとんど飲まない | 4. もともと飲まない |
|-----------|---------|-------------|-------------|

(6) タバコは吸っていますか

- | | | | |
|--------------|------------|--------------|---------------|
| 1. ほぼ毎日吸っている | 2. 時々吸っている | 3. 吸っていたがやめた | 4. もともと吸っていない |
|--------------|------------|--------------|---------------|

(5) 木津川市が実施している認知症に関する事業を知っていますか (いくつでも)

1. 認知症初期集中支援チーム
(認知症の人やその家族のところへ訪問し、相談に応じます)
2. 認知症対応型カフェ事業
(認知症の人や認知症の不安のある人及びその家族が交流できる場です)
3. 認知症高齢者等SOSネットワーク事業
(事前に登録し、万が一行方不明になられた場合、登録した情報をもとに早期発見につなげます)
4. 認知症高齢者等みまもりあいステッカー利用補助金制度
(みまもりあいステッカー利用の入会金及び初回年会費を補助します)
5. 認知症高齢者等位置探索システム利用補助金制度
(位置探索サービス端末のレンタルや購入に係る費用を補助します)
6. 認知症サポーター養成講座
(認知症の人やその家族の応援者として活動する人を養成します)
7. 認知症高齢者等見守り及び声かけ訓練
(認知症について正しく理解し、接し方を学び地域全体で見守る仕組みづくり)
8. 全く知らない

【(5)で「2. 認知症対応型カフェ事業」を知っていると回答した方のみ】

(5)-1 どのような内容であれば利用をしたいと思いますか (いくつでも)

1. 認知症の当事者及び家族同士の交流の場 (情報交換の場)
2. 介護職への相談場所
3. 医療職への相談場所
4. 認知症に関する講演等の学びの場
5. レクリエーション等があるリフレッシュの場
6. その他 (具体的に :

)

問9 その他

(1) 介護予防についておうかがいします。

(1)-1 あなたは、介護予防（介護が必要になることを予防すること）について関心がありますか

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1. 非常に関心がある | 2. やや関心がある | 3. あまり関心がない |
| 4. まったく関心がない | 5. わからない | |

【(1)-1において「1.非常に関心がある」又は「2.やや関心がある」の方のみ】 ※それ以外の方は(1)-2へ

(1)-1-1 どのような介護予防に関心がありますか（あてはまるもの3つまでに○）

- | | | |
|----------|--------|---------|
| 1. 運動機能 | 2. 栄養 | 3. 口腔機能 |
| 4. 閉じこもり | 5. 認知症 | 6. うつ |
| 7. その他（ | | ） |

(1)-2 あなたは次の介護予防事業を利用したことがありますか（それぞれ1つに○）

① 生きがい対応型デイサービス事業（元気デイ） 閉じこもりの防止や認知症予防、健康維持のための介護予防教室	1. 利用している（利用したことがある） 2. 知っているが利用していない 3. 知らない
② 一般高齢者運動器機能向上事業（元気もりもりクラブ） 運動による体力向上や地域交流を目的とし、地域における自発的な介護予防教室を広げていく	1. 利用している（利用したことがある） 2. 知っているが利用していない 3. 知らない
③ 元気アップ体操教室 介護予防サポーターによる音楽体操や筋力トレーニングを取り入れた健康づくり体操教室	1. 利用している（利用したことがある） 2. 知っているが利用していない 3. 知らない
④ 介護予防安心住まい推進事業 要支援・要介護認定を受けていない方で、すこやか度確認リストで該当の方の住宅改修	1. 利用している（利用したことがある） 2. 知っているが利用していない 3. 知らない

(1)-3 介護予防事業を利用するために必要な条件は何だと思いますか（あてはまるもの3つまでに○）

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. 自宅に近い場所で行われること | 2. 料金が無料または安いこと |
| 3. 一緒に参加する仲間や友人がいること | 4. 参加した効果が実感できること |
| 5. 内容について事前に分かりやすい説明があること | 6. 利用日や時間帯を選択できること |
| 7. 楽しくできる雰囲気があること | 8. 送迎があること |
| 9. その他（ | ） |
| 10. 条件にかかわらず利用したくない | |

(1)-4 あなたは、介護予防事業の参加について1回いくらまで出費することができますか

- | | |
|-------------|-----------|
| 1. 200円まで | 2. 500円まで |
| 3. 1,000円まで | 4. その他（ |
| | ） |

**(2) 在宅生活を続ける上で、利用したいと考えるサービスはどれですか
(1～27の中からあてはまるもの5つまでに○)**

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. 食事の準備・後片付け | 2. 食事の配達 |
| 3. 買物の代行 | 4. 買物や病院などへの車両による送迎 |
| 5. 病院予約・連絡、薬の受け取り | 6. 預金の預け払いや振替、公共料金の支払いなど手続きの代行 |
| 7. 公共機関での手続きの代行 | 8. 掃除 |
| 9. 洗濯 | 10. 布団干し |
| 11. 紙おむつ券の給付 | 12. ゴミだし・分別 |
| 13. 敷地の手入れ(草刈り、葉刈り等) | 14. 農作業支援 |
| 15. ストーブへの給油 | 16. 郵便物の確認、広報誌等の代読、書類の代筆 |
| 17. ペットの世話や預かり | 18. 墓の掃除や管理 |
| 19. 電球交換・住居の軽微な修繕 | 20. 買物への付き添い |
| 21. 公共機関・通院・金融機関への付き添い | 22. 話し相手、相談相手 |
| 23. 見守りや声掛け | 24. 体操・運動などの教室 |
| 25. みんなが交流できる場 | 26. 余暇支援やレクリエーションの提供 |
| 27. その他(具体的に: _____) |) |

**(3) 今後、日常生活に不安を感じたり、介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。
あなたの考えにもっとも近いものを選んでください。**

1. 主に家族の介護を受けながら、自宅で暮らしたい
2. 主に介護サービスを利用して、自宅で暮らしたい
3. 子どもの家、兄弟姉妹などの親族の家で、子どもや親族の介護を受けながら暮らしたい
4. 子どもの家、兄弟姉妹などの親族の家で、介護サービスを受けながら暮らしたい
5. 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)などの介護施設で暮らしたい
6. 介護付き有料老人ホームで暮らしたい
7. サービス付き高齢者向け住宅に住み替えて、介護サービスを利用しながら暮らしたい
8. 医療機関に入院、または医療系の施設に入所したい
9. 家族・親族の判断に任せる
10. その他(具体的に: _____)
11. わからない

(4) あなたは、人生の最終段階における医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者と話し合ったことがありますか

1. 詳しく話し合っている 2. 一応話し合っている 3. 話し合ったことはない

【(4)において「1.」「2.」(話し合っている)の方のみ】

(4)-1 誰と話し合われましたか (いくつでも)

1. 家族・親族 2. 医療介護関係者
3. 友人・知人 4. その他 ()

【(4)において「1.」「2.」(話し合っている)の方のみ】

(4)-2 どのようなことを話し合われましたか (いくつでも)

1. 医療や看取りについて 2. 財産や相続について
3. 葬儀・お墓について 4. その他 ()

(5) 災害時の対応についておうかがいします

(5)-1 地震や風水害などの災害時に対し、不安に思うことはありますか (いくつでも)

1. 災害に関する情報が入手できるかわからない
2. どこ(だれ)に助けをもとめてよいかわからない(身近に頼れる人がいない)
3. 安全な場所まで自力で避難できるかわからない
4. 地域の避難場所がどこなのか知らない
5. 地域の危険な箇所がわからない
6. 防災グッズや非常食を常備していない
7. 健康面に不安がある(治療の必要な持病がある、服薬など)
8. その他(具体的に:)
9. 不安は特にない

(5)-2 災害等で避難が必要な際、頼れる人はいますか (いくつでも)

1. 家族・親族 2. 近所の人 3. 友人・知人
4. 自治会の人 5. 民生委員 6. 老人クラブの人
7. その他 () 8. 頼れる人はいない

(5)-3 市では、災害時の支援体制づくりとして、支援が必要な方(災害時要援護者)を対象に市への登録申請を受け付けています(木津川市避難行動要支援者名簿登録制度*)。将来的に、ご自身が支援が必要な状態になった場合、要支援者として登録したいと思いますか

*災害時に支援が必要な方(災害時要援護者)が、自身の情報を事前に市に登録し、市がその情報を地域の関係者(自治会長・民生委員・避難支援者)に提供することで、災害時の支援体制づくりに備えています。

1. 登録したい(検討したい) 2. すでに登録している 3. 登録したいとは思わない

(6) 高齢者の権利擁護（高齢者の権利や生活、財産などを守ります）のための制度についておうかがいします

(6)-1 次の事業や制度を知っていますか

- | | | |
|------------|-------------------|---------------|
| 日常生活自立支援事業 | 1. 名前・制度の内容を知っている | 2. 名前を知っている程度 |
| | 3. 全く知らない | |
| 成年後見制度 | 1. 名前・制度の内容を知っている | 2. 名前を知っている程度 |
| | 3. 全く知らない | |

(6)-2 次の事業や制度を利用したいと思いますか

- | | | |
|------------|---------------|-------------------|
| 日常生活自立支援事業 | 1. すでに利用している | 2. 今後必要になったら利用したい |
| | 3. 利用したいと思わない | 4. わからない |
| 成年後見制度 | 1. すでに利用している | 2. 今後必要になったら利用したい |
| | 3. 利用したいと思わない | 4. わからない |

(7) あなたが高齢者への虐待だと思ふ行為はどれですか（いくつでも）

1. つねる、たたく、ける、なぐるなど身体に暴力を加えられる
2. 閉じ込められたり、戸外に締め出されたりする
3. どなられる、悪口を言われる、話しかけても無視をされる
4. 食事や入浴、排せつの世話などを十分にしてくれない
5. 治療が必要な場合でも治療を受けさせてもらえない
6. 本人に無断で本人の年金を使ってしまう、自由になるお金を持たせてくれない
7. 性的な行為を強要される

(8) 高齢者の虐待についての相談先としてどんなところを知っていますか（いくつでも）

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 地域包括支援センター | 2. 市役所 |
| 3. ケアマネジャー | 4. 民生委員 |
| 5. 医療関係者（医師、看護師など） | 6. 木津川市社会福祉協議会 |
| 7. 警察 | 8. 京都府高齢者情報相談センター |
| 9. その他（具体的に： _____） | 10. どこに相談したらよいのか知らない |

(9) あなたは、振り込め詐欺をはじめとする悪質商法の被害にあった経験や見聞きしたことがありますか

1. 被害を受けたことがある、被害にあいそうになったことがある
2. 身近に被害を受けた当事者がいる
3. 身近に当事者はいないが、うわさを耳にしたことがある
4. 受けたことも見聞きしたこともない
5. その他（具体的に： _____）

(10) 高齢者が身近な地域や自宅での生活を続けていくために、どのような支援や施策の拡充が重要とお考えですか（いくつでも）

【健康維持に関すること】

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. 健康づくり対策の充実 | 2. 介護予防対策の推進（健康体操など） |
| 3. 寝たきり予防の充実 | 4. 認知症対策の充実 |

【余暇活動、地域活動に関すること】

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 5. 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん | 6. ボランティア活動のための場の確保 |
| 7. 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実 | 8. 世代間交流の場づくり |
| 9. 高齢者を地域で見守るなど住民による助け合い活動 | 10. 買い物や通院時などの介助や送迎 |
| 11. 電球の交換や窓ふき、ゴミ出しなどの簡単な日常生活への支援 | |

【介護サービスに関すること】

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------|
| 12. 訪問サービスの充実 | 13. 通所サービスの充実 |
| 14. 施設入所サービスの充実 | 15. 必要なときに施設に宿泊できるショートステイ |
| 16. 24時間体制の安心できるサービス | |
| 17. 訪問介護や通所サービスを利用しながら、医師の訪問診療も利用できること | |

【住まいやまちづくりに関すること】

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 18. 高齢者向け住宅の普及 | 19. 手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修 |
| 20. 移動手段の充実 | 21. 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり |
| 22. 災害時にも安心して暮らせる地域づくり | |

【その他】

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 23. 契約や財産管理の手続きの援助 | 24. 介護している家族等の支援 |
| 25. 保険制度や介護などについて気軽に相談できる窓口の充実 | |
| 26. その他（具体的に： _____） | |
| 27. 特になし | |

(11) 介護保険の保険料は、市全体で使われた介護サービスの量で決まります。保険料の負担と介護サービスのあり方について、あなたの考えにもっとも近いものを選んでください

- | |
|---------------------------------|
| 1. 保険料が高くても、介護サービスが充実しているほうがよい |
| 2. 介護サービスは充実していなくても、保険料が安いほうがよい |
| 3. その他（具体的に： _____） |
| 4. わからない |

(12) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が社会に影響を与える前と現在を比較して、あなたの日常生活はどのように変化しましたか。①～⑭のそれぞれの場面について、頻度や回数がどう変化したかをお答えください (それぞれ1つに〇)

	増加した	減少した	変わらない
①買物の頻度、回数	1	2	3
②外食の頻度、回数	1	2	3
③旅行の頻度、回数	1	2	3
④家族、友人等への訪問や来訪の頻度、回数	1	2	3
⑤通院の頻度、回数	1	2	3
⑥体操等の運動習慣	1	2	3
⑦趣味のサークル、老人クラブ等の活動への参加頻度、回数	1	2	3
⑧ボランティア活動への参加頻度、回数	1	2	3
⑨収入のある仕事の頻度、回数	1	2	3
⑩散歩の頻度、回数	1	2	3
⑪テレビの視聴時間	1	2	3
⑫読書の頻度、回数	1	2	3
⑬料理の頻度、回数	1	2	3
⑭その他 ()	1	2	3

■ 最後に、介護保険や高齢者施策の推進、暮らしやすい地域づくりなどについて、ご意見やご要望などがございましたら、ご記入ください

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

- 長時間のご協力ありがとうございました。記入もれがないか、再度お確かめください
- 記入した調査票は切り離すことなく、同封した返信用封筒に入れて、

12月23日(金)まで に投函してください

- 返信用封筒に、この調査票のみを入れてご投函ください

木津川市 在宅介護実態調査（令和4年度）

日頃は、本市の高齢者福祉及び介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本市では、高齢者福祉施策や介護保険事業の推進に取り組んでおり、3年に一度、現在の心身の状況や、介護保険制度・高齢者福祉サービスに対するお考えや、介護者の方に関する日常生活についてお聞かせいただくため、調査を実施しています。

この調査は、本市にお住まいの在宅で介護保険の更新申請又は変更申請等を行い、認定調査を受けた方から無作為に選んだ皆様を対象にしています。調査結果は、高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続に向けて、介護サービスのあり方を検討する基礎資料として活用させていただきます。

お忙しい折とは存じますが、調査にご協力をお願いいたします。

木津川市 健康福祉部 高齢介護課

お問い合わせ
(平日8:30~17:15)

TEL 0774-75-1213
FAX 0774-72-0553

記入に際してのお願い

1. ご回答にあたってA票は、封筒のあて名ご本人についてお答えいただきますが、ご家族等がご本人の立場にたって回答されてもかまいません。B票は、主たる介護者の方がお答えください。
2. とくに断りの無い場合は選択肢の1つに○をつけてください。「いくつでも」等の表記があれば、その内容にしたがって○をつけてください。
3. 記入後は調査票を3つ折りにし同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、12月23日(金)までに投函してください。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の保護および活用目的は以下のとおりですので、ご確認ください。

なお、本調査票のご返送をもちまして、下記にご同意いただいたものと見なさせていただきます。

【個人情報の保護および活用目的について】

- 本調査で得られた情報については、すべて統計的に処理し、本調査目的以外には利用いたしません。また当該情報については木津川市で適切に管理いたします。
- ただし、介護保険事業計画策定時に本調査で得られたデータを活用するにあたり、厚生労働省の管理するデータベース内に情報を登録し、必要に応じて集計・分析することがあります。

○以下、記入をお願いします。

記 入 日	令和 年 月 日
現在、この調査票にご回答を頂いているのは、どなたですか（いくつでも）	
1. 調査対象者本人	2. 主な介護者となっている家族・親族
3. 主な介護者以外の家族・親族	4. その他

A 票 調査対象者様ご本人について、お伺いします

問 1 世帯類型について、ご回答ください（○は1つ）

1. 単身世帯	2. 夫婦のみ世帯	3. その他
---------	-----------	--------

問 2 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか（同居していない子どもや親族等からの介護を含む）（○は1つ）

1. ない	2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない	
3. 週に1～2日ある	4. 週に3～4日ある	5. ほぼ毎日ある

問 3 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください（○は1つ）

1. 入所・入居は検討していない	2. 入所・入居を検討している	3. すでに入所・入居申し込みをしている
------------------	-----------------	----------------------

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

問 3-1 問 3 で「2.」「3.」（施設入所を希望している）と回答した方にお伺いします。どのような施設を希望しますか（いくつでも）

1. 特別養護老人ホーム（特養）※ ¹	2. 老人保健施設（老健）※ ²
3. 介護医療院※ ³	4. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）※ ⁴
5. 軽費老人ホーム（ケアハウス）※ ⁵	6. 有料老人ホーム※ ⁶
7. サービス付き高齢者向け住宅※ ⁷	8. その他（具体的に： _____）

施設種類	概要
※ ¹ 特別養護老人ホーム（特養）	常時の介護が必要な要介護者が入所し、食事、入浴、排せつなどの日常生活上の介護や機能訓練などのサービスを受けられる施設
※ ² 老人保健施設（老健）	症状が安定期にある要介護者が入所し、在宅復帰に向けて医療、看護、医学的な管理のもとで介護や機能訓練などのサービスを受けられる施設
※ ³ 介護医療院	長期療養のための医療と日常生活上の介護を一体的に提供する施設
※ ⁴ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	地域の中で、認知症を抱えた高齢者が少人数の家庭的な環境の中で暮らし、食事などの介護が受けられる施設
※ ⁵ 軽費老人ホーム（ケアハウス）	低額な料金で施設に入居し、生活支援や介護など日常生活上必要な便宜が受けられる施設
※ ⁶ 有料老人ホーム	特養や軽費老人ホーム以外で、高齢者が入居し、食事などの介護や日常生活上必要なサービスを受けられる施設
※ ⁷ サービス付き高齢者向け住宅	バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携して、食事の提供や生活相談など、高齢者を支援するサービスを提供する住宅

問3-2 問3で「2.」「3.」（施設入所を希望している）と回答した方にお伺いします。

あなたが施設での介護を希望される主な理由は、次のうちどれですか（○は3つまで）

1. 専門的な介護が受けられて、安心して生活できるから
2. 緊急時の対応の面で安心だから
3. 家族等に介護による負担や迷惑をかけたくないから
4. 家族が仕事をしているなど、介護の時間が十分にとれないから
5. 介護のための部屋がない、入浴しにくいなど住宅の構造に問題があるから
6. 家族は高齢や体が弱い、障がいがあるなどで、十分な介護ができないから
7. 介護をしてくれる家族等がないから
8. 家族の介護が期待できないから
9. その他（具体的に： _____）

問4 ご本人（調査対象者）が現在抱えている傷病について、ご回答ください（いくつでも）

1. 脳血管疾患（脳卒中）
2. 心疾患（心臓病）
3. 悪性新生物（がん）
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患（透析）
6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）
7. 膠原病（関節リウマチ含む）
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病（パーキンソン病を除く）
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障がいを伴うもの）
14. その他（具体的に： _____）
15. なし
16. わからない

問5 令和4年11月の1か月の間に、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか（○は1つ）

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 利用している ⇒ 問6へ | 2. 利用していない ⇒ 問5-1・5-2へ |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

問5-1 問5で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（いくつでも）

1. 現状ではサービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他（具体的に： _____）

問5-2 問5で「2. 利用していない」と回答した方にお伺いします。

今後の介護保険サービスの利用について、どのようにお考えですか（○は1つ）

1. 要介護状態が悪化したらすぐサービスを利用したい
2. 家族介護が困難になったらサービスを利用したい
3. 定期的な利用は考えていないが、緊急時にショートステイを利用したい
4. 将来的にもできるだけサービスを利用したくない
5. その他（具体的に： _____）
6. わからない

問6 今後、日常生活に不安を感じたり、要介護状態が進んだ場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。あなたの考えにもっとも近いものを選んでください。（○は1つ）

1. 主に家族の介護を受けながら、自宅で暮らしたい
2. 主に介護サービスを利用して、自宅で暮らしたい
3. 子どもの家、兄弟姉妹などの親族の家で、子どもや親族の介護を受けながら暮らしたい
4. 子どもの家、兄弟姉妹などの親族の家で、介護サービスを受けながら暮らしたい
5. 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）などの介護施設で暮らしたい
6. 介護付き有料老人ホームで暮らしたい
7. サービス付き高齢者向け住宅に住み替えて、介護サービスを利用しながら暮らしたい
8. 医療機関に入院、または医療系の施設に入所したい
9. 家族・親族の判断に任せる
10. その他（具体的に： _____）
11. わからない

問7 「介護保険サービス以外」で、現在利用している支援・サービスについて、ご回答ください（いくつでも）

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 紙おむつ券の給付 |
| 7. 外出同行（通院、買い物など） | 8. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 9. 見守り、声かけ | 10. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 11. その他（具体的に： _____） | 12. 利用していない |

※総合事業に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」に含めます。

問8 今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス（現在利用しているが、さらなる充実が必要と感じる支援・サービスを含む）について、ご回答ください（いくつでも）

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 配食 | 2. 調理 |
| 3. 掃除・洗濯 | 4. 買い物（宅配は含まない） |
| 5. ゴミ出し | 6. 紙おむつ券の給付 |
| 7. 外出同行（通院、買い物など） | 8. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） |
| 9. 見守り、声かけ | 10. サロンなどの定期的な通いの場 |
| 11. その他（具体的に： _____） | 12. 特になし |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

問9 ご本人（調査対象者）は、現在、訪問診療を利用していますか（○は1つ）

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 利用している | 2. 利用していない |
|-----------|------------|

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問 10 高齢者が身近な地域や自宅での生活を続けていくために、どのような支援や施策の拡充が重要とお考えですか（いくつでも）

[健康維持に関すること]

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. 健康づくり対策の充実 | 2. 介護予防対策の推進（健康体操など） |
| 3. 寝たきり予防の充実 | 4. 認知症対策の充実 |

[余暇活動、地域活動に関すること]

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| 5. 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん | 6. ボランティア活動のための場の確保 |
| 7. 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実 | |
| 8. 世代間交流の場づくり | |
| 9. 高齢者を地域で見守るなど住民による助け合い活動 | |
| 10. 買い物や通院時などの介助や送迎 | |
| 11. 電球の交換や窓ふき、ゴミ出しなどの簡単な日常生活への支援 | |

[介護サービスに関すること]

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------|
| 12. 訪問サービスの充実 | 13. 通所サービスの充実 |
| 14. 施設入所サービスの充実 | 15. 必要なときに施設に宿泊できるショートステイ |
| 16. 24時間体制の安心できるサービス | |
| 17. 訪問介護や通所サービスを利用しながら、医師の訪問診療も利用できること | |

[住まいやまちづくりに関すること]

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 18. 高齢者向け住宅の普及 | 19. 手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修 |
| 20. 移動手段の充実 | 21. 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり |
| 22. 災害時にも安心して暮らせる地域づくり | |

[その他]

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| 23. 契約や財産管理の手続きの援助 | 24. 介護している家族等の支援 |
| 25. 保険制度や介護などについて気軽に相談できる窓口の充実 | |
| 26. その他（具体的に： | ） |
| 27. 特にない | |

問 11 認知症があっても住み慣れた地域で安心して生活をするために、どのようなことが大切だと思いますか（いくつでも）

1. 日ごろからの声かけや挨拶、地域での見守り
2. 老人クラブやサロン、認知症カフェ*などの居場所づくり
3. 認知症であることを話しておくこと
4. 認知症の理解を深め、認知症の人への対応を学ぶこと（認知症サポーターの養成）
5. 認知症高齢者の方の見守りに関する制度（SOSネットワーク事業等）
6. その他（具体的に： _____)
7. 特になし

※認知症カフェ…認知症の人や認知症の不安のある人、及びその家族が交流できる場。もの忘れや心配事について語りあったり、専門職と出会う機会が持てる。

問 11-1 問11で「2. 老人クラブやサロン、認知症カフェなどの居場所づくり」と回答した方にお伺いします。

認知症カフェについて、どのような内容であれば利用したいと思いませんか（いくつでも）

1. 認知症の当事者及び家族同士の交流の場（情報交換の場）
2. 介護職への相談場所
3. 医療職への相談場所
4. 認知症に関する講演等の学びの場
5. レクリエーション等があるリフレッシュの場
6. その他（具体的に： _____)

- A票の問2で「2.」～「5.」(家族や親族の介護を受けている)を選択された場合は、「主な介護者」の方にB票へのご回答・ご記入をお願いします。
- 「主な介護者」の方のご回答・ご記入が難しい場合は、ご本人様(調査対象者様)にご回答・ご記入をお願いします(ご本人様のご回答・ご記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

B票 **主な介護者の方について、お伺いします**

問1 ご家族やご親族の中で、ご本人(調査対象者)の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか(現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません)(いくつでも)

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 1. 主な介護者が仕事を辞めた(転職除く) | 2. 主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた(転職除く) |
| 3. 主な介護者が転職した | 4. 主な介護者以外の家族・親族が転職した |
| 5. 介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない | 6. わからない |

※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。

問2 主な介護者の方は、どなたですか(○は1つ)

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 子 | 3. 子の配偶者 |
| 4. 孫 | 5. 兄弟・姉妹 | 6. その他 |

問3 主な介護者の方の性別について、ご回答ください(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問4 主な介護者の方の年齢について、ご回答ください(○は1つ)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| 7. 70代 | 8. 80歳以上 | 9. わからない |

問5 現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください(いくつでも)

- | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------|
| 〔身体介護〕 | | |
| 1. 日中の排泄 | 2. 夜間の排泄 | 3. 食事の介助(食べる時) |
| 4. 入浴・洗身 | 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) | 6. 衣服の着脱 |
| 7. 屋内の移乗・移動 | 8. 外出の付き添い、送迎等 | 9. 服薬 |
| 10. 認知症状への対応 | 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ等) | |
| 〔生活援助〕 | | |
| 12. 食事の準備(調理等) | 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物等) | |
| 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き | | |
| 〔その他〕 | | |
| 15. その他(具体的に: |) | 16. わからない |

問6 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）（○は3つまで）

〔身体介護〕		
1. 日中の排泄	2. 夜間の排泄	3. 食事の介助（食べる時）
4. 入浴・洗身	5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）	6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動	8. 外出の付き添い、送迎等	9. 服薬
10. 認知症状への対応	11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）	
〔生活援助〕		
12. 食事の準備（調理等）	13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）	
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き		
〔その他〕		
15. その他（具体的に： _____ ）		
16. 不安に感じていることは、特にない	17. 主な介護者に確認しないと、わからない	

問7 主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください（○は1つ）

1. フルタイムで働いている	2. パートタイムで働いている	⇒ 問8～問10へ
3. 働いていない	4. 主な介護者に確認しないと、わからない	⇒ 調査は終了です

※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。

問8 問7で「1.」「2.」（働いている）と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていましたか（いくつでも）

1. 特に行ってない
2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている
3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている
4. 介護のために、「在宅勤務」を利用しながら、働いている
5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている
6. 主な介護者に確認しないと、わからない

問9 問7で「1.」「2.」（働いている）と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか（〇は3つまで）

1. 自営業等のため、勤め先はない	2. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
3. 制度を利用しやすい職場づくり	4. 労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）
5. 働く場所の多様化（在宅勤務・テレワークなど）	6. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
7. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置	8. 介護をしている従業員への経済的な支援
9. その他（具体的に： _____）	
10. 特にない	11. 主な介護者に確認しないと、わからない

問10 問7で「1.」「2.」（働いている）と回答した方にお伺いします。

主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか（〇は1つ）

1. 問題なく、続けていける	2. 問題はあるが、何とか続けていける
3. 続けていくのは、やや難しい	4. 続けていくのは、かなり難しい
5. 主な介護者に確認しないと、わからない	

■主な介護者以外で介護している方についておうかがいします。

問11 ご家族やご親族の方（同居していない場合を含む）で、「主な介護者」以外で、あて名の方の介護をされている方に「18歳未満」の方がいらっしゃいますか。いらっしゃる場合は、あて名の方との続柄にあてはまる令和4年12月1日現在の年齢をご回答ください。
（〇はいくつでも）

あて名の方との続柄	12歳未満	13～15歳	16～18歳
（※回答例）③ 孫	1	②	3
① 子	1	2	3
② 子の配偶者	1	2	3
③ 孫	1	2	3
④ 孫の配偶者	1	2	3
⑤ その他（ _____ ）	1	2	3

問 11-1 問 11 で「18 歳未満」の方がいると回答された方にお伺いします。
介護のために以下のような経験をしたことはありますか。(〇はいくつでも)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. 学校や職場を休んでしまう | 2. 遅刻や早退をしてしまう |
| 3. 宿題など勉強する時間がない | 4. 眠る時間が足りない |
| 5. 友達と遊ぶことができない | 6. 習い事ができない |
| 7. 自分の時間がとれない | 8. その他 () |
| 9. 特にない | |

問 11-2 問 11 で「18 歳未満」の方がいると回答された方にお伺いします。
介護をされている 18 歳未満の方は介護の悩みについて相談できる人はいますか。
(〇はいくつでも)

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 家族 (父母、祖父母、きょうだい) | 2. 親戚 |
| 3. 友人 | 4. 学校の先生、職場の上司 |
| 5. 医師や看護師、その他病院の人 | 6. ヘルパーやケアマネ等福祉サービスの人 |
| 7. 役所の人 | 8. 近所の人 |
| 9. SNSでの知り合い | 10. その他 () |
| 11. 特にいない | |

■■■以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました■■■

- 長時間のご協力ありがとうございました。記入もれがないか、再度お確かめください
- 記入した調査票は切り離すことなく、同封した返信用封筒に入れて、

12月23日(金)までに投函してください

- 返信用封筒に、この調査票のみを入れてご投函ください

木津川市 介護人材実態調査 事業所票 【訪問系】

※ 令和5年1月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

- | | |
|---|----------------------------------------------|
| 1 | 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業）など） |
| 2 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 3 | 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 4 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません）

※ また、「正規職員」とは期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	[] 人	非正規職員	[] 人
------	------------------	-------	------------------

問2-2 貴事業所の開設時期について、ご記入ください。（数値を記入）

開設時期	西暦 [] 年 [] 月
------	--------------------------------------

問2-3 令和5年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所にお伺いします。

過去1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）の介護職員の採用者数と離職者数を、ご記入ください。

採用者数	[] 人	離職者数	[] 人
------	------------------	------	------------------

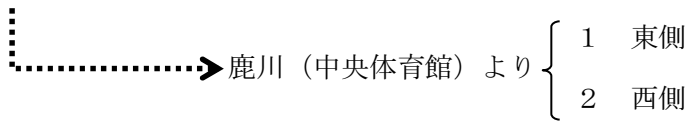
問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
20～29歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
30～39歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
40～49歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
50～59歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
60～69歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
70～79歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
年齢不明	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人

■ 貴事業所について

問3 貴事業所の所在地はどこですか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1 山城地区
2 加茂地区
3 木津地区（木津地区の場合は、下記のどちらかに○をつけてください）



※地区等が分からない場合は、下記に町名を記入してください。

() 例) 木津南垣外、木津駅前1丁目

問4 貴事業所の運営主体について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

- 1 社会福祉法人
2 医療法人
3 営利法人（株式会社・有限会社など）
4 NPO法人
5 その他 ()

問5 貴事業所では、介護保険以外で提供しているサービスはありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 配食サービス
2 家事援助サービス
3 交流の場・通いの場（認知症カフェやサロンなど）
4 介護者支援（家族の集いや教室など）
5 外出支援（移動支援）
6 その他 () 7 特にない

問6 貴事業所の利用定員数をご記入ください。

利用定員

人

※訪問系サービスは「0」を記入。

※小規模多機能型居宅介護については、登録定員を記入。

■ 職員の確保について

問7 貴事業所の職員の配置状況について、現在どのような状況ですか。

あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | |
|----------------------------------------------|
| 1 大いに不足しており、直ちに人員を確保する必要がある |
| 2 不足しており、常に逼迫している |
| 3 やや不足しており、勤務シフトや休暇等に配慮するための人員を確保したいが、苦慮している |
| 4 現時点で、適当である |
| 5 その他 () |

問8 貴事業所で職員を確保するにあたって、苦慮していることはありますか。

あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問9 問8で選択肢「1 はい」とお答えの事業所にお聞きします。

どのようなことに苦慮されていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|--------------|--------------|
| 1 退職予定者の補充 | 2 産休育休者の代替職員 |
| 3 研修派遣者の代替職員 | 4 その他 () |

問10 貴事業所では、他の法人の事業所との連携はありますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|------|------|-----------|
| 1 ある | 2 ない | 3 その他 () |
|------|------|-----------|

問11 問10で選択肢「1 ある」とお答えの事業所にお聞きします。

どのようなことを連携していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1 日頃の情報交換 | 2 連絡会の開催 |
| 3 合同研修会の開催 | 4 合同採用面接の実施 |
| 5 地域との交流イベントの開催 | |
| 6 その他 () | |

問12 貴事業所における職員募集の方法はどれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1 職員からの紹介 | 2 ハローワークの利用 |
| 3 求人広告などの有料媒体 | 4 事業所のホームページ |
| 5 民間の有料職業紹介事業 | 6 人材派遣の利用 |
| 7 専門学校・養成校などでの新卒者募集 | 8 福祉人材センターを利用 |
| 9 その他 () | |

問 13 貴事業所において、職員の健康管理として実施しているものは何ですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 労働安全衛生法に基づく定期健康診断	2 結核健康診断（レントゲン検査）
3 腰痛予防対策	4 インフルエンザなどの予防接種
5 メンタルケア	6 その他（ ）
7 特に何もしていない	

問 14 貴事業所では、福利厚生として、現在どのようなものを導入されていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 育児休業、育児休暇制度	2 自己啓発支援（研修費や資格取得時の補助）
3 介護休業、介護休暇制度	4 住宅手当、家賃補助、社宅の整備
5 その他（ ）	

■ 研修や資格に関することについて

問 15 貴事業所で、職員定着のために行っている取組み、また、現在行ってはいるが、職員定着のために必要と思われる取組みにはどのようなことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

	行っている 取組み	必要と思わ れる取組み
1 資格取得のための費用の助成	1	1
2 資格取得のための休暇取得の支援	2	2
3 外部研修への費用の助成	3	3
4 外部研修への休暇取得の支援	4	4
5 業務として研修などに派遣	5	5
6 勤務条件（夜勤回数、勤務時間帯など）の改善	6	6
7 給与面での改善	7	7
8 キャリアアップのための人事制度（資格取得や自己研鑽等を評価）の導入	8	8
9 福利厚生面（育休、介護休暇など）での改善	9	9
10 事業所内での研修機会の確保	10	10
11 介護業務支援機器（介護ロボット等）導入	11	11
12 エルダーメンター*導入	12	12
13 ICT導入	13	13
14 その他（ ）	14	14

※エルダーメンター…上司ではなく、経験を積み、業務の知識を持った先輩職員が、身近な立場で新人職員の仕事面でのサポートを行うとともに、精神的な仕事の悩みや人間関係、キャリア形成のサポートを行うこと。

問 16 問 15 「行っている取組み」で選択肢「1 資格取得のための費用の助成」とお答えの事業所にお聞きします。
次の研修や資格のうち、費用面で職員を支援しているものがあれば、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1 介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー 2 級） | 2 実務者研修（旧ホームヘルパー 1 級） |
| 3 介護福祉士 | 4 介護支援専門員・主任介護支援専門員 |
| 5 認知症ケア専門士 | 6 介護事務（ケアクラーク） |
| 7 ガイドヘルパー（移動介護従事者） | 8 介護予防運動指導者 |
| 9 福祉用具専門相談員 | 10 福祉住環境コーディネーター |
| 11 社会福祉士 | |
| 12 その他（ | ） |

問 17 貴事業所の職員に受けさせたい研修はどのようなものがありますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1 基本的介護技術に関する研修 | |
| 2 口腔機能に関する研修 | |
| 3 喀痰吸引等に関する研修 | |
| 4 緊急時対応・事故対策に関する研修 | |
| 5 認知症ケア・認知症対策に関する研修 | |
| 6 感染症対策に関する研修 | |
| 7 高齢者虐待防止・身体拘束廃止に関する研修 | |
| 8 リハビリテーション（運動機能向上・維持など）に関する研修 | |
| 9 介護予防指導に関する研修 | |
| 10 ケアプラン等に関する研修 | |
| 11 介護従事者の腰痛予防に関する研修 | |
| 12 ストレスマネジメントに関する研修 | |
| 13 介護員養成研修（介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修） | |
| 14 事業所や地域のネットワークに関する研修 | |
| 15 個人情報・プライバシーに関する研修 | |
| 16 介護保険制度に関する研修 | |
| 17 介護報酬・指定基準に関する研修 | |
| 18 終末期に関する研修 | |
| 19 その他（ | ） |

■ 事業所の運営に関することについて

問 18 貴事業所では、地域との交流・連携のために行っている取組みはありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 利用者以外に対しても介護等の相談に応じている
- 2 事業所の土地や設備を地域住民の交流に活用・提供している
- 3 地域の行事や自治会活動に参加している
- 4 地域住民が行うボランティア活動に、専門知識やノウハウを提供している
- 5 他の福祉施設（介護施設も含む）と交流を図っている
- 6 その他（)
- 7 特に取組みは行っていない

問 19 貴事業所では、医療機関とはどのような連携をとっていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている
- 2 往診をしてくれる医師・医療機関がある
- 3 症状急変時の受入れを依頼できる病院を確保している
- 4 提携病院があり、入院を受け入れてもらっている
- 5 職員への研修講師などをお願いしている
- 6 ケースカンファレンスに医療機関に参加してもらっている
- 7 医療機関を経営しており、連携を取っている
- 8 医師が常駐している
- 9 その他（)
- 10 特段の連携を行っていない

問 20 貴事業所では、利用者のかかりつけ医との連携や情報交換を行っていますか。

あてはまるもの1つに○をしてください。

- 1 かかりつけ医と連携し利用者の医療情報を把握するようにしている
- 2 必要に応じて、かかりつけ医に問い合わせをしている
- 3 かかりつけ医との連携の必要性を感じているが、できていない
- 4 とりたてて、かかりつけ医との連携の必要性を感じない
- 5 その他（)

**問 21 貴事業所では、サービスの質の向上のために、どのような取組みに最も力を入れていますか。
あてはまるもの1つに○をつけてください。**

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、第三者評価
7 介護相談員の受入れ	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 特に何もしていない	

**問 22 貴事業所の運営をする上で、最も連携を強めたい機関・窓口はどこですか。
主なもの3つまでに○をつけてください。**

1 自治体の福祉部門	2 地域包括支援センター
3 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー	4 在宅介護支援センター
5 訪問看護ステーション	6 社会福祉協議会
7 介護実習・普及センター	8 かかりつけ医など医療機関
9 NPO・ボランティア等の民間機関	10 自治会の役員
11 民生委員	12 近隣住民
13 その他 ()	
14 特にない	

**問 23 貴事業所では、災害発生時から業務復旧までの計画等、災害時の対策をされていますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。**

1 震災時の被害想定を把握している	2 風水害時の被害想定を把握している
3 非常災害対策計画を策定している	4 非常災害等が発生した場合の連絡体制の整備
5 非常災害時の業務継続計画（BCP）を策定している	
6 定期的に避難等訓練を実施している	
7 災害時の「共助」として、施設間の応援体制整備のための協定を締結している	
8 計画・マニュアル等の策定作業を進めている	
9 その他 ()	
10 特に整備していない	
その理由 []	

問 24 貴事業所では、虐待防止対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 虐待防止委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
2 虐待防止のための指針の整備	3 虐待防止責任者の設置
4 虐待等が発生した場合の連絡体制の整備	5 虐待防止に係る外部研修への参加
6 虐待防止に係る事業所内の研修・説明会の開催	
7 職員のメンタルヘルスのための研修を実施	8 職員のストレスチェックを実施
9 その他 ()	10 特になし

問 25 貴事業所では、感染症対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 感染症発生時の業務継続計画（BCP）の策定	
2 感染症対策委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
3 感染症発生における職員や関係機関等への連絡体制の整備	
4 感染を予防するための備品（使い捨て手袋、マスク、手指消毒薬等）の常備	
5 職員に対する感染症対策に関する研修や訓練の実施	
6 職員に対する手洗い・うがいの励行	7 利用者及び面会者への注意喚起
8 その他 ()	
9 特に整備していない	

問 26 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響についておうかがいします。

コロナ禍において、事業所の運営やサービスの提供に何か変化したことや対策されたこと、ご苦労されたこと等、また、サービス利用者から聞いている困りごと等がありましたら、ご自由にお書きください。

--

○本調査の記入者についてご記入ください。

事業所名	
記入者名	
職 種	1 管理者 2 その他 ()
連絡先電話番号	
メールアドレス	

アンケート調査は以上です。令和5年2月17日までにご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問介護」、「訪問入浴」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス（総合事業）」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」に従事されている方にお聞きします。

**問6 問3の「④過去1週間の勤務時間」（★欄）で回答した7日間の勤務時間について、
身体介護・生活援助を提供した時間（分）を記入してください。**

（例）水曜日を開始日とする場合、水曜日（開始日）から次週の火曜日までの7日間の情報を記入してください。

※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります。（移動時間を含まない）

※障害サービスの提供は除いてください。

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護*		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		調理・配膳		その他の生活援助	
記入例	30	分	20	分	45	分	20	分
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

「週の合計」を足し合わせた時間が、問3の④の★欄の時間よりも小さくなるようにしてください。

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護*		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		調理・配膳		その他の生活援助	
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

※ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、身体介護に含む。

ご協力ありがとうございました。令和5年2月17日までに事業所の管理者にご提出ください。

木津川市 介護人材実態調査 事業所票 【施設系・通所系】

※ 令和5年1月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（宛名となっている事業所等）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

1 施設・居住系サービス (特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム)
2 通所系サービス (通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業）)

問2 貴事業所等（問1で○をつけたサービス種別の事業所等）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」は、賃金の支払いを受けている方に限ります。（ボランティアの方は含みません）

※ また、「正規職員」とは期限の定めのない雇用契約による職員、「非正規職員」とは期限の定めのある有期雇用契約による職員を指します。

問2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	[] 人	非正規職員	[] 人
------	-------	-------	-------

問2-2 貴事業所等の開設時期について、ご記入ください。（数値を記入）

開設時期	西暦 [] 年 [] 月
------	----------------

問2-3 令和5年1月1日時点で、開設から1年以上を経過している事業所等にお伺いします。

過去1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）の介護職員の採用者数と離職者数を、ご記入ください。

採用者数	[] 人	離職者数	[] 人
------	-------	------	-------

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

年齢 (採用、離職当時)	採用者数		離職者数	
	正規職員	非正規職員	正規職員	非正規職員
20歳未満	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
20～29歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
30～39歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
40～49歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
50～59歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
60～69歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
70～79歳	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人
年齢不明	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人

問2-5 問2-3でお答えいただいた離職者数についてご記入ください。(数値を記入)

1 定年による離職 → () 人 2 定年以外の理由による離職 → () 人

問2-6 問2-5で選択肢「2 定年以外の理由による離職」とお答えの事業所等にお聞きします。

定年以外で離職された理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|--------|---------------------------------------------|--------------|
| 1 人間関係 | 2 仕事量が多い | 3 体力がついていかない |
| 4 病気 | 5 けが | 6 結婚 |
| 7 出産 | 8 育児 | 9 家族等の介護 |
| 10 賃金 | 11 その他 () | |
| 12 不明 | | |

問2-7 問2-5で選択肢「2 定年以外の理由による離職」とお答えの事業所等にお聞きします。

定年以外で離職された方の貴事業所等での入職後の平均経験年数をご記入ください。

(人事異動等で職場を異動した場合、前の職場の年数は含めないでください。)

離職者の入職後の平均経験年数

年

問3 貴事業所等に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

回答方法	※ 番号1つ記載				※ 数値を記入		※ 番号1つ記載			
	設問	(1) 資格の取得、研修の修了の状況	(2) 雇用形態	(3) 性別	(4) 年齢	(5) 過去1週間の勤務時間	(6) 現在の事業所等での勤務年数	(7) 現在の事業所等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8) 直前の職場について	
選択肢	1. 介護福祉士（認定介護福祉士含む） 2. 介護職員実務者研修修了または（旧）介護職員基礎研修修了または（旧）ヘルパー1級 3. 介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級 4. 上記のいずれも該当しない	1. 正規職員（※期限の定めのない契約） 2. 非正規職員（※期限の定めのある契約）	1. 男性 2. 女性	1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上 8. 不明	※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。	1. 1年以上 ⇒【回答終了】 2. 1年未満 ⇒【(7)へ】	1. 現在の職場が初めての勤務先 ⇒【回答終了】 2. 介護以外の職場 ⇒【回答終了】 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8. その他の介護サービス ⇒【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】	1. 現在の事業所等と、同一の市区町村内 2. 現在の事業所等と、別の市区町村内	1. 現在の事業所等と、同一の法人・グループ 2. 現在の事業所等と、別の法人・グループ	
	1	1	1	3	40	時間	2	2	1	2
01						時間				
02						時間				
03						時間				
04						時間				
05						時間				
06						時間				
07						時間				
08						時間				
09						時間				
10						時間				
11						時間				
12						時間				
13						時間				
14						時間				
15						時間				
16						時間				
17						時間				
18						時間				
19						時間				
20						時間				
21						時間				
22						時間				
23						時間				
24						時間				
25						時間				
26						時間				
27						時間				
28						時間				
29						時間				
30						時間				
31						時間				
32						時間				
33						時間				
34						時間				
35						時間				
36						時間				
37						時間				
38						時間				
39						時間				
40						時間				
41						時間				
42						時間				
43						時間				
44						時間				
45						時間				
46						時間				
47						時間				
48						時間				
49						時間				
50						時間				

■ 職員の確保について

問 8 貴事業所等の職員の配置状況について、現在どのような状況ですか。

あてはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | |
|----------------------------------------------|
| 1 大いに不足しており、直ちに人員を確保する必要がある |
| 2 不足しており、常に逼迫している |
| 3 やや不足しており、勤務シフトや休暇等に配慮するための人員を確保したいが、苦慮している |
| 4 現時点で、適当である |
| 5 その他 () |

問 9 貴事業所等で職員を確保するにあたって、苦慮していることはありますか。

あてはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | |
|------|-------|
| 1 はい | 2 いいえ |
|------|-------|

問 10 問 9 で選択肢「1 はい」とお答えの事業所等にお聞きします。

どのようなことに苦慮されていますか。あてはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | |
|--------------|--------------|
| 1 退職予定者の補充 | 2 産休育休者の代替職員 |
| 3 研修派遣者の代替職員 | 4 その他 () |

問 11 貴事業所等では、他の法人の事業所等との連携はありますか。あてはまるもの 1つ に○をつけてください。

- | | | |
|------|------|-----------|
| 1 ある | 2 ない | 3 その他 () |
|------|------|-----------|

問 12 問 11 で選択肢「1 ある」とお答えの事業所等にお聞きします。

どのようなことを連携していますか。あてはまるもの すべて に○をつけてください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1 日頃の情報交換 | 2 連絡会の開催 |
| 3 合同研修会の開催 | 4 合同採用面接の実施 |
| 5 地域との交流イベントの開催 | |
| 6 その他 () | |

問 13 貴事業所等における職員募集の方法はどれですか。あてはまるもの すべて に○をつけてください。

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1 職員からの紹介 | 2 ハローワークの利用 |
| 3 求人広告などの有料媒体 | 4 事業所等のホームページ |
| 5 民間の有料職業紹介事業 | 6 人材派遣の利用 |
| 7 専門学校・養成校などでの新卒者募集 | 8 福祉人材センターを利用 |
| 9 その他 () | |

問 14 貴事業所等において、職員の健康管理として実施しているものは何ですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 労働安全衛生法に基づく定期健康診断	2 結核健康診断（レントゲン検査）
3 腰痛予防対策	4 インフルエンザなどの予防接種
5 メンタルケア	6 その他（ ）
7 特に何もしていない	

問 15 貴事業所等では、福利厚生として、現在どのようなものを導入されていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 育児休業、育児休暇制度	2 自己啓発支援（研修費や資格取得時の補助）
3 介護休業、介護休暇制度	4 住宅手当、家賃補助、社宅の整備
5 その他（ ）	

■ 研修や資格に関することについて

問 16 貴事業所等で、職員定着のために行っている取組み、また、現在行ってはいないが、職員定着のために必要と思われる取組みにはどのようなことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

	行っている 取組み	必要と思わ れる取組み
1 資格取得のための費用の助成	1	1
2 資格取得のための休暇取得の支援	2	2
3 外部研修への費用の助成	3	3
4 外部研修への休暇取得の支援	4	4
5 業務として研修などに派遣	5	5
6 勤務条件（夜勤回数、勤務時間帯など）の改善	6	6
7 給与面での改善	7	7
8 キャリアアップのための人事制度（資格取得や自己研鑽等を評価）の導入	8	8
9 福利厚生面（育休、介護休暇など）での改善	9	9
10 事業所等内での研修機会の確保	10	10
11 介護業務支援機器（介護ロボット等）導入	11	11
12 エルダーメンター*導入	12	12
13 ICT導入	13	13
14 その他（ ）	14	14

※エルダーメンター…上司ではなく、経験を積み、業務の知識を持った先輩職員が、身近な立場で新人職員の仕事面でのサポートを行うとともに、精神的な仕事の悩みや人間関係、キャリア形成のサポートを行うこと。

**問 17 問 16「行っている取組み」で選択肢「1 資格取得のための費用の助成」とお答えの事業所等にお聞きします。
 次の研修や資格のうち、費用面で職員を支援しているものがあれば、あてはまるものすべてに○をつけてください。**

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1 介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー 2 級） | 2 実務者研修（旧ホームヘルパー 1 級） |
| 3 介護福祉士 | 4 介護支援専門員・主任介護支援専門員 |
| 5 認知症ケア専門士 | 6 介護事務（ケアクラーク） |
| 7 ガイドヘルパー（移動介護従事者） | 8 介護予防運動指導者 |
| 9 福祉用具専門相談員 | 10 福祉住環境コーディネーター |
| 11 社会福祉士 | |
| 12 その他（ | ） |

**問 18 貴事業所等の職員に受けさせたい研修はどのようなものがありますか。
 あてはまるものすべてに○をつけてください。**

- | |
|----------------------------------|
| 1 基本的介護技術に関する研修 |
| 2 口腔機能に関する研修 |
| 3 喀痰吸引等に関する研修 |
| 4 緊急時対応・事故対策に関する研修 |
| 5 認知症ケア・認知症対策に関する研修 |
| 6 感染症対策に関する研修 |
| 7 高齢者虐待防止・身体拘束廃止に関する研修 |
| 8 リハビリテーション（運動機能向上・維持など）に関する研修 |
| 9 介護予防指導に関する研修 |
| 10 ケアプラン等に関する研修 |
| 11 介護従事者の腰痛予防に関する研修 |
| 12 ストレスマネジメントに関する研修 |
| 13 介護員養成研修（介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修） |
| 14 事業所等や地域のネットワークに関する研修 |
| 15 個人情報・プライバシーに関する研修 |
| 16 介護保険制度に関する研修 |
| 17 介護報酬・指定基準に関する研修 |
| 18 終末期に関する研修 |
| 19 その他（ |
| ） |

■ 事業所等の運営に関することについて

問 19 貴事業所等では、地域との交流・連携のために行っている取組みはありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 1 | 利用者以外に対しても介護等の相談に応じている | |
| 2 | 事業所等の土地や設備を地域住民の交流に活用・提供している | |
| 3 | 地域の行事や自治会活動に参加している | |
| 4 | 地域住民が行うボランティア活動に、専門知識やノウハウを提供している | |
| 5 | 他の福祉施設（介護施設も含む）と交流を図っている | |
| 6 | その他（ | ） |
| 7 | 特に取組みは行っていない | |

問 20 貴事業所等では、医療機関とはどのような連携をとっていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1 | 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている | |
| 2 | 往診をしてくれる医師・医療機関がある | |
| 3 | 症状急変時の受入れを依頼できる病院を確保している | |
| 4 | 提携病院があり、入院を受け入れてもらっている | |
| 5 | 職員への研修講師などをお願いしている | |
| 6 | ケースカンファレンスに医療機関に参加してもらっている | |
| 7 | 医療機関を経営しており、連携を取っている | |
| 8 | 医師が常駐している | |
| 9 | その他（ | ） |
| 10 | 特段の連携を行っていない | |

問 21 貴事業所等では、利用者のかかりつけ医との連携や情報交換を行っていますか。

あてはまるもの1つに○をしてください。

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | かかりつけ医と連携し利用者の医療情報を把握するようにしている | |
| 2 | 必要に応じて、かかりつけ医に問い合わせをしている | |
| 3 | かかりつけ医との連携の必要性を感じているが、できていない | |
| 4 | とりたてて、かかりつけ医との連携の必要性を感じない | |
| 5 | その他（ | ） |

**問 22 貴事業所等では、サービスの質の向上のために、どのような取組みに最も力を入れていますか。
あてはまるもの1つに○をつけてください。**

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、第三者評価
7 介護相談員の受入れ	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 特に何もしていない	

**問 23 貴事業所等の運営をする上で、最も連携を強めたい機関・窓口はどこですか。
主なもの3つまでに○をつけてください。**

1 自治体の福祉部門	2 地域包括支援センター
3 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー	4 在宅介護支援センター
5 訪問看護ステーション	6 社会福祉協議会
7 介護実習・普及センター	8 かかりつけ医など医療機関
9 NPO・ボランティア等の民間機関	10 自治会の役員
11 民生委員	12 近隣住民
13 その他 ()	
14 特にない	

**問 24 貴事業所等では、災害発生時から業務復旧までの計画等、災害時の対策をされていますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。**

1 震災時の被害想定を把握している	2 風水害時の被害想定を把握している
3 非常災害対策計画を策定している	4 非常災害等が発生した場合の連絡体制の整備
5 非常災害時の業務継続計画（BCP）を策定している	
6 定期的に避難等訓練を実施している	
7 災害時の「共助」として、施設間の応援体制整備のための協定を締結している	
8 計画・マニュアル等の策定作業を進めている	
9 その他 ()	
10 特に整備していない	
その理由 []	

問 25 貴事業所等では、虐待防止対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 虐待防止委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
2 虐待防止のための指針の整備	3 虐待防止責任者の設置
4 虐待等が発生した場合の連絡体制の整備	5 虐待防止に係る外部研修への参加
6 虐待防止に係る事業所等内の研修・説明会の開催	
7 職員のメンタルヘルスのための研修を実施	8 職員のストレスチェックを実施
9 その他 ()	10 特になし

問 26 貴事業所等では、感染症対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 感染症発生時の業務継続計画（BCP）の策定	
2 感染症対策委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
3 感染症発生における職員や関係機関等への連絡体制の整備	
4 感染を予防するための備品（使い捨て手袋、マスク、手指消毒薬等）の常備	
5 職員に対する感染症対策に関する研修や訓練の実施	
6 職員に対する手洗い・うがいの励行	7 利用者及び面会者への注意喚起
8 その他 ()	
9 特に整備していない	

問 27 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響についておうかがいします。

コロナ禍において、事業所等の運営やサービスの提供に何か変化したことや対策されたこと、ご苦労されたこと等、また、サービス利用者から聞いている困りごと等がありましたら、ご自由にお書きください。

○本調査の記入者についてご記入ください。

事業所等名	
記入者名	
職種	1 管理者 2 その他 ()
連絡先電話番号	
メールアドレス	

アンケート調査は以上です。令和5年2月17日までにご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

木津川市 居所変更実態調査 調査票【施設・居住系】

※ 令和5年1月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別を、ご回答ください。(1つに○)

1 住宅型有料老人ホーム	2 軽費老人ホーム（特定施設除く）
3 サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	4 グループホーム
5 特定施設	6 地域密着型特定施設
7 介護老人保健施設	8 介護療養型医療施設・介護医療院
9 特別養護老人ホーム	10 地域密着型特別養護老人ホーム

※ 本調査では、以上のサービス種別をまとめて「施設等」と表記します。

問2 貴施設等の概要について、以下にご記入ください。

1 施設等の名称	[]
2 定員数など	[] [人・戸・室] ※該当する単位に○
3 入所・入居者数	[] 人
4 (貴施設等の) 待機者数	[] 人
5 特別養護老人ホームの待機者数 (申込者数)	[] 人 ※特養・地域密着型特養は回答不要

※ 「2 定員数など」は、サービス付き高齢者向け住宅の場合は「住宅戸数」、住宅型有料老人ホーム・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他の施設等の場合は「定員数」をご回答ください。

※ 4と5は、該当者がいない場合は「0」を、不明の場合は「-」を記載してください。

問3 現在の入所・入居者の要支援・要介護度について、ご記入ください。(数値を記入)

※ ここでご記入いただいた合計人数と、問2でご記入いただいた「3 入所・入居者数」が一致することをご確認ください。

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中・不明
[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人

問4 以下の医療処置を受けている人数について、ご記入ください。(数値を記入)

1 点滴の管理	[] 人	2 中心静脈栄養	[] 人
3 透析	[] 人	4 ストーマの処置	[] 人
5 酸素療法	[] 人	6 レスピレーター	[] 人
7 気管切開の処置	[] 人	8 疼痛の看護	[] 人
9 経管栄養	[] 人	10 モニター測定	[] 人
11 褥瘡の処置	[] 人	12 カテーテル	[] 人
13 喀痰吸引	[] 人	14 インスリン注射	[] 人

ここからは、過去1年間の新規の入所・入居者についてお伺いします。

問5 過去1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）に、貴施設等に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

※ 貴施設等に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設等に戻った方は含めないでください。

新規の入所・入居者数（合計）

[] 人★

問6 問5でご記入いただいた過去1年間の新規の入所・入居者について、入所・入居する前の居場所別の人数をご記入ください。

※ 「14 合計」と、問5「新規の入所・入居者数（合計）」（★欄）が一致することをご確認ください。

※ 一旦入院し、退院後に貴施設等に入所・入居した場合は入院前の居場所をご記入ください。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	[] 人	[] 人
2 住宅型有料老人ホーム	[] 人	[] 人
3 軽費老人ホーム（特定施設除く）	[] 人	[] 人
4 サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	[] 人	[] 人
5 グループホーム	[] 人	[] 人
6 特定施設	[] 人	[] 人
7 地域密着型特定施設	[] 人	[] 人
8 介護老人保健施設	[] 人	[] 人
9 療養型・介護医療院	[] 人	[] 人
10 特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
11 地域密着型特別養護老人ホーム	[] 人	[] 人
12 その他	[] 人	[] 人
13 入居・入所する前の居場所を把握していない	[] 人	
14 合計	[] 人★	

合計人数が一致することを、「ご確認ください」

ここからは、過去1年間の退去者についてお伺いします。

問7 過去1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）に、貴施設等を退去した人の人数をご記入ください。

※ なお、一時的な入院等で貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含めないでください。

退去者数（合計）（※死亡・搬送先での死亡を含む） []人☆

問8 問7でご記入いただいた過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。

※ 死亡（搬送先での死亡を含む）した人については、「死亡」欄にその人数をご記入ください。

※ 合計人数と、問7の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

退去者					
自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
[]人	[]人	[]人	[]人	[]人	[]人
退去者			死亡	合計	
要介護4	要介護5	新規申請中			
[]人	[]人	[]人	[]人	[]人☆	

問9 問7でご記入いただいた過去1年間の退居者について、退去先別の人数をご記入ください。

※ 「16 合計」と、問7の「退去者数（合計）」（☆欄）が一致することをご確認ください。

※ 一時的に入院して貴施設等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	[]人	[]人
2 住宅型有料老人ホーム	[]人	[]人
3 軽費老人ホーム（特定施設除く）	[]人	[]人
4 サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	[]人	[]人
5 グループホーム	[]人	[]人
6 特定施設	[]人	[]人
7 地域密着型特定施設	[]人	[]人
8 介護老人保健施設	[]人	[]人
9 療養型・介護医療院	[]人	[]人
10 「9」を除く病院・診療所（一時的な入院を除く）	[]人	[]人
11 特別養護老人ホーム	[]人	[]人
12 地域密着型特別養護老人ホーム	[]人	[]人
13 その他	[]人	[]人
14 行先を把握していない	[]人	
15 死亡（※搬送先での死亡を含む）	[]人	
16 合計	[]人☆	

合計人数が一致することを、ご確認ください

問 10 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んで、該当する口に✓を付けてください。

	退居理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1 <u>必要な生活支援</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <u>必要な身体介護</u> が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <u>認知症の症状</u> が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <u>医療的ケア・医療処置の必要性</u> が高まったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 「1」～「4」 <u>以外</u> の状態像が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 入所・入居者の <u>状態等</u> が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 入所・入居者が、 <u>必要な居宅サービスの利用</u> を望まなかったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <u>費用負担</u> が重くなったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

○本調査の記入者についてご記入ください。

施設等名	
記入者名	
職種	1 管理者 2 その他（ ）
連絡先電話番号	
メールアドレス	

アンケート調査は以上です。令和5年2月17日までにご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

木津川市 在宅生活改善調査 事業所票

※ 令和5年1月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 貴事業所に所属するケアマネジャーの人数、および利用者数について、ご記入ください。

1 所属するケアマネジャーの人数	[]人
2 「自宅等（3を除く）」にお住まいの利用者数	[]人
3 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	[]人

ここからは、貴事業所において、過去1年の間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から居場所を変更した利用者」についてお尋ねします。

問2 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から居場所を変更した利用者数」を要介護度別にご記入ください。

※ 一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]人★
人	人	人	人	人	人	人	

問3 貴事業所において、過去1年の間に「自宅等（サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く）から居場所を変更した利用者数」を行き先別に記入ください。

※ 一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った場合は、退院後の居場所をご記入ください。

※ 1～13の合計と、問2の合計人数（★欄）が一致することをご確認ください。

	市（区町村）内	市（区町村）外
1 兄弟・子ども・親戚等の家	[]人	[]人
2 住宅型有料老人ホーム	[]人	[]人
3 軽費老人ホーム（特定施設除く）	[]人	[]人
4 サービス付き高齢者向け住宅（特定施設除く）	[]人	[]人
5 グループホーム	[]人	[]人
6 特定施設	[]人	[]人
7 地域密着型特定施設	[]人	[]人
8 介護老人保健施設	[]人	[]人
9 療養型・介護医療院	[]人	[]人
10 特別養護老人ホーム	[]人	[]人
11 地域密着型特別養護老人ホーム	[]人	[]人
12 その他	[]人	[]人
13 行先を把握していない	[]人	
14 死亡（※搬送先での死亡を含む）	[]人	

■ 職員の確保について

問8 貴事業所の職員の配置状況について、現在どのような状況ですか。

あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | |
|---|--------------------------------------------|
| 1 | 大いに不足しており、直ちに人員を確保する必要がある |
| 2 | 不足しており、常に逼迫している |
| 3 | やや不足しており、勤務シフトや休暇等に配慮するための人員を確保したいが、苦慮している |
| 4 | 現時点で、適当である |
| 5 | その他 () |

問9 貴事業所で職員を確保するにあたって、苦慮していることはありますか。

あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

問10 問9で選択肢「1 はい」とお答えの事業所にお聞きします。

どのようなことに苦慮されていますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | | | |
|---|------------|---|------------|
| 1 | 退職予定者の補充 | 2 | 産休育休者の代替職員 |
| 3 | 研修派遣者の代替職員 | 4 | その他 () |

問11 貴事業所における過去1年間（令和4年1月1日～令和4年12月31日）の離職者数についてご記入ください（数値を記入）。

- | | | | |
|---|-----------------|---|----------------------|
| 1 | 定年による離職 → () 人 | 2 | 定年以外の理由による離職 → () 人 |
|---|-----------------|---|----------------------|

問12 問11で選択肢「2 定年以外の理由による離職」とお答えの事業所にお聞きします。

定年以外で離職された理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | | | | |
|----|------|----|---------|---|------------|
| 1 | 人間関係 | 2 | 仕事が多い | 3 | 体力がついていかない |
| 4 | 病気 | 5 | けが | 6 | 結婚 |
| 7 | 出産 | 8 | 育児 | 9 | 家族等の介護 |
| 10 | 賃金 | 11 | その他 () | | |
| 12 | 不明 | | | | |

問13 問11で選択肢「2 定年以外の理由による離職」とお答えの事業所にお聞きします。

定年以外で離職された方の貴事業所での入職後の平均経験年数をご記入ください。

（人事異動等で職場を異動した場合、前の職場の年数は含めないでください。）

離職者の入職後の平均経験年数

年

--

問 14 貴事業所では、他の法人の事業所との連携はありますか。あてはまるもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|------|------|-----------|
| 1 ある | 2 ない | 3 その他 () |
|------|------|-----------|

問 15 問 14 で選択肢「1 ある」とお答えの事業所にお聞きします。

どのようなことを連携していますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1 日頃の情報交換 | 2 連絡会の開催 |
| 3 合同研修会の開催 | 4 合同採用面接の実施 |
| 5 地域との交流イベントの開催 | |
| 6 その他 () | |

問 16 貴事業所における職員募集の方法はどれですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1 職員からの紹介 | 2 ハローワークの利用 |
| 3 求人広告などの有料媒体 | 4 事業所のホームページ |
| 5 民間の有料職業紹介事業 | 6 人材派遣の利用 |
| 7 専門学校・養成校などでの新卒者募集 | 8 福祉人材センターを利用 |
| 9 その他 () | |

問 17 貴事業所において、職員の健康管理として実施しているものは何ですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 労働安全衛生法に基づく定期健康診断 | 2 結核健康診断（レントゲン検査） |
| 3 腰痛予防対策 | 4 インフルエンザなどの予防接種 |
| 5 メンタルケア | 6 その他 () |
| 7 特に何もしていない | |

問 18 貴事業所では、福利厚生として、現在どのようなものを導入されていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1 育児休業、育児休暇制度 | 2 自己啓発支援（研修費や資格取得時の補助） |
| 3 介護休業、介護休暇制度 | 4 住宅手当、家賃補助、社宅の整備 |
| 5 その他 () | |

■ 研修や資格に関することについて

問 19 貴事業所で、職員定着のために行っている取組み、また、現在行ってはいるが、職員定着のために必要と思われる取組みにはどのようなことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

	行っている取組み	必要と思われる取組み
1 資格取得のための費用の助成	1	1
2 資格取得のための休暇取得の支援	2	2
3 外部研修への費用の助成	3	3
4 外部研修への休暇取得の支援	4	4
5 業務として研修などに派遣	5	5
6 勤務条件（夜勤回数、勤務時間帯など）の改善	6	6
7 給与面での改善	7	7
8 キャリアアップのための人事制度（資格取得や自己研鑽等を評価）の導入	8	8
9 福利厚生面（育休、介護休暇など）での改善	9	9
10 事業所内での研修機会の確保	10	10
11 介護業務支援機器（介護ロボット等）導入	11	11
12 エルダーメンター※導入	12	12
13 ICT導入	13	13
14 その他（ ）	14	14

※エルダーメンター…上司ではなく、経験を積み、業務の知識を持った先輩職員が、身近な立場で新人職員の仕事面でのサポートを行うとともに、精神的な仕事の悩みや人間関係、キャリア形成のサポートを行うこと。

問 20 問 19 「行っている取組み」で選択肢「1 資格取得のための費用の助成」とお答えの事業所にお聞きます。次の研修や資格のうち、費用面で職員を支援しているものがあれば、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー 2 級）	2 実務者研修（旧ホームヘルパー 1 級）
3 介護福祉士	4 介護支援専門員・主任介護支援専門員
5 認知症ケア専門士	6 介護事務（ケアクラーク）
7 ガイドヘルパー（移動介護従事者）	8 介護予防運動指導者
9 福祉用具専門相談員	10 福祉住環境コーディネーター
11 社会福祉士	
12 その他（ ）	

問 21 貴事業所の職員に受けさせたい研修はどのようなものがありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 基本的介護技術に関する研修
- 2 口腔機能に関する研修
- 3 喀痰吸引等に関する研修
- 4 緊急時対応・事故対策に関する研修
- 5 認知症ケア・認知症対策に関する研修
- 6 感染症対策に関する研修
- 7 高齢者虐待防止・身体拘束廃止に関する研修
- 8 リハビリテーション（運動機能向上・維持など）に関する研修
- 9 介護予防指導に関する研修
- 10 ケアプラン等に関する研修
- 11 介護従事者の腰痛予防に関する研修
- 12 ストレスマネジメントに関する研修
- 13 介護員養成研修（介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修）
- 14 事業所や地域のネットワークに関する研修
- 15 個人情報・プライバシーに関する研修
- 16 介護保険制度に関する研修
- 17 介護報酬・指定基準に関する研修
- 18 終末期に関する研修
- 19 その他（）

■ 事業所の運営に関することについて

問 22 貴事業所では、地域との交流・連携のために行っている取組みはありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 1 | 利用者以外に対しても介護等の相談に応じている | |
| 2 | 事業所の土地や設備を地域住民の交流に活用・提供している | |
| 3 | 地域の行事や自治会活動に参加している | |
| 4 | 地域住民が行うボランティア活動に、専門知識やノウハウを提供している | |
| 5 | 他の福祉施設（介護施設も含む）と交流を図っている | |
| 6 | その他（ | ） |
| 7 | 特に取組みは行っていない | |

問 23 貴事業所では、医療機関とはどのような連携をとっていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1 | 医療機関から利用者の健康管理や処置について助言を受けている | |
| 2 | 往診をしてくれる医師・医療機関がある | |
| 3 | 症状急変時の受入れを依頼できる病院を確保している | |
| 4 | 提携病院があり、入院を受け入れてもらっている | |
| 5 | 職員への研修講師などをお願いしている | |
| 6 | ケースカンファレンスに医療機関に参加してもらっている | |
| 7 | 医療機関を経営しており、連携を取っている | |
| 8 | 医師が常駐している | |
| 9 | その他（ | ） |
| 10 | 特段の連携を行っていない | |

問 24 貴事業所では、利用者のかかりつけ医との連携や情報交換を行っていますか。

あてはまるもの1つに○をしてください。

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | かかりつけ医と連携し利用者の医療情報を把握するようにしている | |
| 2 | 必要に応じて、かかりつけ医に問い合わせをしている | |
| 3 | かかりつけ医との連携の必要性を感じているが、できていない | |
| 4 | とりたてて、かかりつけ医との連携の必要性を感じない | |
| 5 | その他（ | ） |

**問 25 貴事業所では、サービスの質の向上のために、どのような取組みに最も力を入れていますか。
あてはまるもの1つに○をつけてください。**

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、第三者評価
7 介護相談員の受入れ	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 特に何もしていない	

**問 26 貴事業所が介護事業所の運営をする上で最も連携を強めたい機関・窓口はどこですか。
主なもの3つまでに○をつけてください。**

1 自治体の福祉部門	2 地域包括支援センター
3 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー	4 在宅介護支援センター
5 訪問看護ステーション	6 社会福祉協議会
7 介護実習・普及センター	8 かかりつけ医など医療機関
9 NPO・ボランティア等の民間機関	10 自治会の役員
11 民生委員	12 近隣住民
13 その他 ()	
14 特になし	

**問 27 貴事業所では、災害発生時から業務復旧までの計画等、災害時の対策をされていますか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。**

1 震災時の被害想定を把握している	2 風水害時の被害想定を把握している
3 非常災害対策計画を策定している	4 非常災害等が発生した場合の連絡体制の整備
5 非常災害時の業務継続計画（BCP）を策定している	
6 定期的に避難等訓練を実施している	
7 災害時の「共助」として、施設間の応援体制整備のための協定を締結している	
8 計画・マニュアル等の策定作業を進めている	
9 その他 ()	
10 特に整備していない	
その理由 []	

問 28 貴事業所では、虐待防止対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 虐待防止委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
2 虐待防止のための指針の整備	3 虐待防止責任者の設置
4 虐待等が発生した場合の連絡体制の整備	5 虐待防止に係る外部研修への参加
6 虐待防止に係る事業所内の研修・説明会の開催	
7 職員のメンタルヘルスのための研修を実施	8 職員のストレスチェックを実施
9 その他 ()	10 特にない

問 29 貴事業所では、感染症対策についてどのような取組みをしていますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1 感染症発生時の業務継続計画（BCP）の策定	
2 感染症対策委員会の定期開催及びその結果の職員への周知徹底	
3 感染症発生における職員や関係機関等への連絡体制の整備	
4 感染を予防するための備品（使い捨て手袋、マスク、手指消毒薬等）の常備	
5 職員に対する感染症対策に関する研修や訓練の実施	
6 職員に対する手洗い・うがいの励行	7 利用者及び面会者への注意喚起
8 その他 ()	
9 特に整備していない	

問 30 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響についておうかがいします。

コロナ禍において、事業所の運営やサービスの提供に何か変化したことや対策されたこと、ご苦労されたこと等、また、サービス利用者から聞いている困りごと等がありましたら、ご自由にお書きください。

--

○本調査の記入者についてご記入ください。

事業所名	
記入者名	
職 種	1 管理者 2 その他 ()
連絡先電話番号	
メールアドレス	

アンケート調査は以上です。令和5年2月17日までにご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

問9-1 問9で「1 非常に負担」または「2 やや負担」と答えられた方におたずねします。介護支援専門員の業務の中で、どのようなことに負担を感じていますか。あてはまるものすべてに○印をつけてください。

- 1 利用者や家族に対する業務内容の説明と同意
- 2 課題分析のための居宅訪問
- 3 サービス担当者会議の開催・調整
- 4 ケアプラン原案に対する利用者・家族の同意
- 5 ケアプランの交付（書類の作成など）
- 6 状況確認のための毎月の居宅訪問・面接
- 7 主治医や医療機関との連絡調整
- 8 利用者や事業者の苦情対応
- 9 要介護認定などの申請代行
- 10 介護報酬請求事務
- 11 夜間や休日の相談対応
- 12 介護支援専門員以外の相談や頼まれごと
- 13 ケアマネジメントの件数が多い
- 14 その他（具体的に ）

問10 現在、あなたが事務を進めるうえで困った時、主にどこに（だれに）相談していますか。該当するものを3つまで選び○印をつけてください。

- | | |
|---------------------|----------------------------------------------|
| 1 京都府 | 2 木津川市 |
| 3 国民健康保険団体連合会 | 4 地域包括支援センター |
| 5 在宅介護支援センター | 6 京都府介護支援専門員会 |
| 7 地域の介護支援専門員連絡会・勉強会 | 8 職場の上司・同僚 |
| 9 職場外の介護支援専門員 | 10 その他（ ） |
| 11 相談できるところがない | 12 相談していない |

問11 あなたが現在（令和5年1月現在）担当している利用者数についておうかがいします。何人を担当されていますか。

担当利用者数（令和5年1月現在）→（ ） 人

※上記の「担当利用者数」について、要支援・要介護度別の人数の内訳を記入してください。

要支援1（ ） 人	要支援2（ ） 人	要介護1（ ） 人
要介護2（ ） 人	要介護3（ ） 人	要介護4（ ） 人
要介護5（ ） 人	事業対象者（ ） 人	新規申請中（ ） 人

問 12 あなたは、介護サービス計画（ケアプラン）を作成するに当たり、市内の事業所数もしくは定員など、量的に不足していると思われるサービスはありますか。

あてはまるものすべてに○印をつけてください。

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 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 福祉用具貸与 |
| 11 特定福祉用具購入 | 12 住宅改修 |
| 13 特定施設入居者生活介護 | 14 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 15 夜間対応型訪問介護 | 16 地域密着型通所介護 |
| 17 認知症対応型通所介護 | 18 小規模多機能型居宅介護 |
| 19 認知症対応型共同生活介護 | 20 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 21 地域密着型介護老人福祉施設 | 22 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 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・介護医療院 | 26 その他（ ） |

※事業所種別には介護予防サービス事業所を含む

問 13 介護保険のサービス以外の主な高齢者福祉サービスでよく活用したり、利用者に紹介したりしているサービスは何がありますか。あてはまるものすべてに○印をつけてください。

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| 1 配食サービス | 2 介護者交流事業 |
| 3 ふとん水洗い乾燥サービス | 4 緊急通報装置の設置 |
| 5 生きがい対応型デイサービス事業 | 6 在宅高齢者等紙おむつ券給付 |
| 7 高齢者日常生活用具給付 | 8 家族介護者慰労金の支給 |
| 9 認知症高齢者等SOSネットワーク事業 | 10 認知症対応型カフェ |
| 11 その他（例：住民参加型助け合いサービス等）
（ ） | |
| 12 特になし | |

問 14 今後充実が必要だと思う介護保険外サービスについて、ご自由にご記入ください。

問 15 サービス事業所に関する情報はどこから得ていますか。

あてはまるものすべてに○印をつけてください。

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1 サービス事業所のパンフレット等 | 2 サービス事業所のホームページ |
| 3 介護サービス情報公表システム | 4 地域包括支援センター |
| 5 木津川市ケアマネ会 | 6 介護支援専門員同士の情報交換・ロコミ |
| 7 他のサービス事業所の営業活動 | 8 利用者からの情報や意見・要望 |
| 9 その他（ ） | 10 特に情報収集をおこなっていない |

**問 16 ケアプランの作成にあたって、医療に関する情報収集をどのようにおこなっていますか。
あてはまるものすべてに○印をつけてください。**

- 1 主治医の意見書
- 2 意見書を記載した主治医に対する電話・面談・文書連絡等
- 3 意見書を記載した主治医以外のかかりつけ医に対する電話・面談・文書連絡等
- 4 利用者の受診・入退院時に同行
- 5 医療相談室（医療相談担当スタッフ）
- 6 ご家族を通じて医師に指示を確認
- 7 医療スタッフ等とのカンファレンス
- 8 その他（)
- 9 特に情報収集をおこなっていない

**問 17 医療機関（かかりつけ医等）と連携するうえでどのような工夫をおこなっていますか。
あてはまるものすべてに○印をつけてください。**

- 1 かかりつけ医ごとの連絡方法（時間帯等）の把握
- 2 サービス担当者会議ごとにかかりつけ医の出席しやすい日時を設定している
- 3 ケアプラン作成・変更時にケアプランを利用者の医療機関（かかりつけ医等）に届ける
（利用者の同意を得ておこなう）
- 4 医療機関の受診への同席や入退院時のカンファレンスに参加
- 5 他職種連携のための事例検討会や連絡会などへの参加
- 6 地域の医師や介護支援専門員などの団体に決めた連絡方法（ケアマネタイムなど）の活用
- 7 医療・介護連携シートを使用
- 8 地域包括支援センターと相談しながら連携
- 9 訪問看護ステーションと相談しながら連携
- 10 その他（)
- 11 特になにもしていない

**問 18 サービス担当者会議を開催するにあたって困っていることは何ですか。
該当するものを3つまで選び○印をつけてください。**

- 1 自分の業務が多忙で会議を開催する時間がとりにくい
- 2 主治医の理解・協力が得られない
- 3 サービス提供事業者の理解・協力が得られない
- 4 利用者や家族の理解・協力が得られない
- 5 コロナ禍で利用者や家族の理解・協力が得られない
- 6 会議を開催する場所が確保しにくい
- 7 コロナ禍で会議を開催する場所が確保しにくい
- 8 会議で何をどう検討していいのかわからない
- 9 会議を開催しても、助言・指導してくれる人がいない
- 10 その他（)

**問19 介護支援専門員の業務を行う上で課題として考えているのはどのようなことですか。
あてはまるものすべてに○印をつけてください。**

- 1 介護保険サービス・高齢者福祉サービスの種類が少ない
- 2 サービス事業者に関する情報が少ない
- 3 利用者およ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に取れない
- 5 困難事例のケアマネジメントの方法が分からない
- 6 認知症ケアの方法が分からない
- 7 医療機関との連携がうまくとれない
- 8 地域包括支援センターとの連携がうまくとれない
- 9 相談する人が身近にいない
- 10 所属事業所の関連事業者からのサービスに偏る
- 11 ケアマネジメントの件数が多い
- 12 その他 ()

**問20 高齢者福祉について、今後どのような施策の拡充が重要とお考えですか。
重要と思われるものを3つまで選び○印をつけてください。**

【健康維持に関すること】

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 健康づくり対策の充実 | 2 介護予防対策の推進（健康体操など） |
| 3 寝たきり予防の充実 | 4 認知症対策の充実 |

【余暇活動、地域活動等に関すること】

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 5 高齢者の働く場の確保や就職のあっせん | 6 ボランティア活動のための場の確保 |
| 7 生涯学習やスポーツ、レクリエーション活動の機会の充実 | |
| 8 世代間交流の場づくり | |
| 9 高齢者を地域で見守るなど住民による助け合い活動 | |
| 10 買い物や通院時などの介助や送迎 | |
| 11 電球の交換や窓ふき、ゴミ出しなどの簡単な日常生活への支援 | |

【介護サービスに関すること】

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 12 訪問サービスの充実 | 13 通所サービスの充実 |
| 14 施設入所サービスの充実 | 15 必要なときに施設に宿泊できるショートステイ |
| 16 24時間体制の安心できるサービス | |
| 17 訪問介護や通所サービスを利用しながら、医師の訪問診療も利用できること | |

【住まいやまちづくりに関すること】

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 18 高齢者向け住宅の普及 | 19 手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修 |
| 20 移動手段の充実 | 21 建物・道路など高齢者に配慮したまちづくり |
| 22 災害時にも安心して暮らせる地域づくり | |

【その他】

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 23 契約や財産管理の手続きの援助 | 24 介護している家族等の支援 |
| 25 保険制度や介護などについて気軽に相談できる窓口の充実 | |
| 26 その他（具体的に：) | 27 特にない |

■ 在宅生活の維持が難しくなっている利用者についておたずねします。

問21 「自宅」「サ高住」「在宅型有料」「軽費老人ホーム」にお住まいの方のうち、「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」が対象です。

例えば、「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定額巡回サービスの利用がより適切と思われる」と、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思われる」が対象です。

問21-1 対象となる利用者の状況等 問21-2 現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由について、お伺いします。

問21-3 「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている」状況を改善するための、サービス利用の変更等についてお伺いします。

1-1	1-2	1-3	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	現在のサービス利用についてお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください	現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている理由をお答えください
1-1	1-2	1-3	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5
番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入
1 独居	1 自宅等(持ち家)	1 該当なし	1 該当なし	1 該当なし	1 該当なし	1 食事・付き添い	1 家族に支障がある	1 点滴の管理	1 より適切な在宅サービスに変更する(例:小多機能)	1 ショートステイ	1 緊急性が強い	1 まだ、申込をしていない	1 まだ、申込をしていない
2 夫婦のみ	2 自宅等(借家)	2 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	2 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから	2 介護者の介護に係る不安・負担の増大	2 介護者の介護に係る不安・負担の増大	2 移乗・移動	2 一人での外出が困難	2 中心制栄養	2 訪問介護、訪問入浴	2 訪問介護、訪問入浴	2 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫	2 申込済みだが、空きがない	2 申込済みだが、空きがない
3 単身の同居	3 在宅型有料	3 必要ない身体介護の増大 ⇒ 【2-4-1】	3 生活不安が大きいため	3 介護の一部の居宅サービスの利用を望まないから	3 介護の一部の居宅サービスの利用を望まないから	3 食事摂取	3 薬の飲み忘れ	3 透析	3 夜間対応型訪問介護	3 夜間対応型訪問介護	3 利用者の入所・入居の緊急性をお答えください	3 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	3 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
4 その他の同居	4 サ高住	4 認知症の症状の悪化 ⇒ 【2-5-1】	4 居住環境が不便だから	4 家族等の介護負担を軽減するための技術的対応が困難	4 家族等の介護負担を軽減するための技術的対応が困難	4 排泄(夜間)	4 金銭管理が困難	4 ストーマの処置	4 訪問看護	4 訪問看護	4 利用者の入所・入居の緊急性をお答えください	4 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	4 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
5 軽費老人ホーム	5 軽費老人ホーム	5 本人が介護者の負担を軽減を望むから	5 本人が介護者の負担を軽減を望むから	5 家族等の介護負担が重いから	5 費用負担が重いから	5 更衣・整容	5 意欲の低下	5 酸素療法	5 訪問リハ	5 訪問リハ	5 利用者の入所・入居の緊急性をお答えください	5 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	5 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
6 新規申請中	6 新規申請中	6 費用負担が重いから	6 費用負担が重いから	6 家族等の認知機能低下から	6 家族等の認知機能低下から	6 その他	6 意向がある	6 レスビレーター	6 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	6 通所介護、通所リハ	6 緊急性が強い	6 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	6 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
7 新規申請中	7 新規申請中	7 本人の状態等の改善	7 その他、本人の意向等があるから	7 本人と家族等の関係にあるから	7 本人と家族等の関係にあるから	7 費用負担が重いから	7 意向がある	7 レスビレーター	7 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	7 認知症対応型訪問介護	7 緊急性が強い	7 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	7 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
8 新規申請中	8 新規申請中	8 本人の状態等の改善	8 その他、本人の意向等があるから	8 本人と家族等の関係にあるから	8 その他、家族等介護者の意向等があるから	8 その他	8 意向がある	8 レスビレーター	8 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	8 認知症対応型訪問介護	8 緊急性が強い	8 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	8 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
9 新規申請中	9 新規申請中	9 本人の状態等の改善	9 その他、本人の意向等があるから	9 本人と家族等の関係にあるから	9 その他、家族等介護者の意向等があるから	9 その他	9 意向がある	9 レスビレーター	9 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	9 認知症対応型訪問介護	9 緊急性が強い	9 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	9 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
10 新規申請中	10 新規申請中	10 本人の状態等の改善	10 その他、本人の意向等があるから	10 本人と家族等の関係にあるから	10 その他、家族等介護者の意向等があるから	10 その他	10 意向がある	10 レスビレーター	10 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	10 認知症対応型訪問介護	10 緊急性が強い	10 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	10 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
11 新規申請中	11 新規申請中	11 本人の状態等の改善	11 その他、本人の意向等があるから	11 本人と家族等の関係にあるから	11 その他、家族等介護者の意向等があるから	11 その他	11 意向がある	11 レスビレーター	11 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	11 認知症対応型訪問介護	11 緊急性が強い	11 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	11 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
12 新規申請中	12 新規申請中	12 本人の状態等の改善	12 その他、本人の意向等があるから	12 本人と家族等の関係にあるから	12 その他、家族等介護者の意向等があるから	12 その他	12 意向がある	12 レスビレーター	12 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	12 認知症対応型訪問介護	12 緊急性が強い	12 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	12 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
13 新規申請中	13 新規申請中	13 本人の状態等の改善	13 その他、本人の意向等があるから	13 本人と家族等の関係にあるから	13 その他、家族等介護者の意向等があるから	13 その他	13 意向がある	13 レスビレーター	13 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	13 認知症対応型訪問介護	13 緊急性が強い	13 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	13 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
14 新規申請中	14 新規申請中	14 本人の状態等の改善	14 その他、本人の意向等があるから	14 本人と家族等の関係にあるから	14 その他、家族等介護者の意向等があるから	14 その他	14 意向がある	14 レスビレーター	14 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	14 認知症対応型訪問介護	14 緊急性が強い	14 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	14 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
15 新規申請中	15 新規申請中	15 本人の状態等の改善	15 その他、本人の意向等があるから	15 本人と家族等の関係にあるから	15 その他、家族等介護者の意向等があるから	15 その他	15 意向がある	15 レスビレーター	15 より適切な在宅サービスに変更する(例:サ高住への入居、特養への入所等)	15 認知症対応型訪問介護	15 緊急性が強い	15 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない	15 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない
記入例	2	1	3, 4	3	2	5, 6	7	3	3	7, 17	2	2	2

※記入欄が不足する場合は、横書きでご記入ください

■ 最後にあなただご意見やご要望をお聞かせください。

介護保険制度について、ご意見・ご要望がありましたらご自由にご記入ください。

コロナ禍において何か変化したことや対策されたこと、ご苦労されたこと等、また、利用者から聞いている困りごと等がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。令和5年2月17日までに事業所の管理者にご提出ください。