

回 答 書

6月12日付けでご質問をいただきました件について、下記のとおり回答します。

<質問内容>

仕様書 (1)(ウ)

- ・各アンケートの回収数を教えてください。
- ・入力の実施済みとありますが、集計から今回の業務に含まれるという理解で良いでしょうか。
- ・調査票（特に事業所調査）を見せていただくことはできますでしょうか。

<回答>

○各アンケートの改修回数

- ・日常生活圏域アンケート・・・2,032件 ※集計済み「見える化システム」
- ・在宅介護実態調査・・・・・・・・ 483件 ※集計済み
- ・介護保険事業所アンケート・・・ 84件（配布数）※集計中、100%回収の予定

○今回の業務は、アンケートの集計結果からの現状分析と課題の抽出になります。

○介護保険事業所アンケートの調査様式は、次のとおりです。

※日常生活圏域、在宅介護実態調査の様式は、国の様式と同じです。

下呂市 介護サービス・高齢者向け住宅事業所 管理者アンケート(施設・居住系サービス)								
	事業所名		サービス種別					
	回答者名		電話番号					
問1 職員数について								
1. 貴事業所に勤務している介護職員の状況(人数)等をご記入ください。(令和2年4月1日現在)								
項目記号	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
	正規職員 実数	非正規職員 実数	常勤職員 実数	非常勤職員 実数	職員実数 合計	正規職員不足数	昨年1年間の 新規採用者数	昨年1年間の 離職者数
生活相談員								
サービス計画作成者								
看護職員								
介護職員								
機能訓練指導員								
事務職								
上記以外の職種								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0
※ (E) 職員実数合計については、(A) + (B) ・ (C) + (D)それぞれと一致するかご確認ください。								
2. 貴事業所の職員が有する資格の状況及び資格者の充足度をご記入ください。(令和2年4月1日現在)								
資格名	人数	資格者の充足度 (あてはまる番号を選択)						
		番号	1. かなり不足 2. やや不足 3. 適正 4. やや過剰 5. かなり過剰					
介護支援専門員(ケアマネジャー)								
主任介護支援専門員(主任ケアマネ)								
社会福祉士								
社会福祉主事								
保健師								
看護師								
准看護師								
理学療法士								
作業療法士								
言語聴覚士								
介護福祉士								
介護職員実務者研修(旧ヘルパー1級)								
介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級)								
福祉用具専門相談員								
その他 ()								
合計	0							
※一人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。								

問2 今後のサービス提供について

1. 令和3年4月から令和6年3月の間に、新規事業の開始や規模の拡大、縮小、廃止を予定している場合はご記入ください。

(記入例)	年月	サービス種別	内容 (あてはまる番号を記入) 1. 新規 2. 拡大 3. 縮小 4. 廃止	定員		サービス提供地域 (拡大/縮小対象)
				変更前	変更後	
	令和4年10月	グループホーム	1	0	9	

2. 貴事業所の今後の方向性について、どのように考えていますか。その理由もご記入ください。

回答欄	1 現状維持 2 規模を拡大していきたい 3 規模を縮小していきたい 4 廃止を検討している 5 その他 ⇒ ()
↓	
	「2 規模を拡大していきたい」「3 規模を縮小していきたい」「4 廃止を検討している」を選択した場合、その理由をご記入ください。
理由	

問3 新規入所・入居者及び退去者について

1. 貴施設の概要について、ご記入ください。(令和2年4月1日現在)

定員数など		[人・室]	←	サ高住の場合は「住宅戸数」、住宅型有料・軽費老人ホームの場合は「居室数」、その他は「定員数」を記入してください。
入所・入居者数 … ※1		人		
(貴施設の)待機者数 … ※2		人		
特別養護老人ホームへの申込者数(待機者数)		人	←	特養事業者は回答不要

直近3年度稼働率の推移(年平均)			
令和元年	平成30年	平成29年	(年度)
%	%	%	← 小数点第1位まで

2. 現在の入所・入居者/入所申し込み待機者について、要支援・要介護度別にご記入ください。(令和2年4月1日現在)

	自立	事業対象者	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	合計
入所・入居者数											0
											↑
											設問1. ※1の入所・入居者数と一致します
入所・入居申し込み待機者数											0
											↑
											設問1. ※2の待機者数と一致します

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。

3. 過去1年間(平成31年1月1日～令和元年12月31日)に、貴施設に新規で入所・入居した人の人数をご記入ください。

新規の入所・入居者数		人	※貴施設に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設に戻った方は含めません。
------------	--	---	--

4. 上記の「新規の入所・入居者数」について、入所・入居する前の居住場所別の人数をご記入ください。

入所・入居する前の居住場所別の人数	入所・入居する前の居住場所		
	市内	市外	合計
自宅 (兄弟・子ども・親戚等の家を含む)			0
住宅型有料老人ホーム			0
軽費老人ホーム (特定施設除く)			0
サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設除く)			0
グループホーム			0
特定施設			0
地域密着型特定施設			0
介護老人保健施設			0
療養型・介護医療院			0
特別養護老人ホーム			0
地域密着型特別養護老人ホーム			0
その他			0
入居・入所する前の居住場所を把握していない			0
合計			0

← 3. の新規の入所・入居者数と一致します

※貴施設に入所・入居している方で、一時的な入院等で貴施設に戻った方は含めません。

ここからは、過去1年間の退去者についてお伺いします。

5. 過去1年間(平成31年1月1日～令和元年12月31日)に、貴施設を退去した人の人数をご記入ください。

退去者数(死亡・搬送先での死亡を含む)		人
---------------------	--	---

※一時的な入院等で貴施設に戻った方、現在一時的に入院中の方(貴施設との契約が継続している方)は含めません。

6. 上記の「退去者数」について、要介護度別の人数、退去先別の人数をご記入ください。

要介護度別の人数	自立	事業対象者	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	新規申請中	死亡	合計
退去者数												0

退去先別の人数				設問5. の退去者数と一致します		
退去先	市内	市外	合計			
自宅(兄弟・子ども・親戚等の家を含む)			0			
住宅型有料老人ホーム			0			
軽費老人ホーム(特定施設除く)			0			
サービス付き高齢者向け住宅(特定施設除く)			0			
グループホーム			0			
特定施設			0			
地域密着型特定施設			0			
介護老人保健施設			0			
療養型・介護医療院			0			
上記を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)			0			
特別養護老人ホーム			0			
地域密着型特別養護老人ホーム			0			
その他			0			
行き先を把握していない			0			
死亡(搬送先での死亡を含む)			0			
合計			0	← 設問5. の退去者数と一致します		

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

問4 ご意見等

1. 市において資質向上のために研修を開催した場合、貴施設の職員に受けさせたい研修はありますか(複数回答可 数字横に○をつけてください)

<input type="checkbox"/> 1 リスクマネジメントについて	<input type="checkbox"/> 2 レクリエーションについて	<input type="checkbox"/> 3 認知症介護について	<input type="checkbox"/> 4 高齢者虐待について
<input type="checkbox"/> 5 介護職員の接遇について	<input type="checkbox"/> 6 その他 ()		

1 ~ 5 (6 その他に補足あればそれも)について具体的なテーマがあれば、下欄に記載ください。

2. 貴施設における課題や介護保険サービスに関する課題などありましたら下欄にご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

下呂市 介護サービス事業所 管理者アンケート(居宅サービス)

事業所名		サービス種別	
回答者名		電話番号	

問1 職員数について

1. 貴事業所に勤務している介護職員の状況(人数)等をご記入ください。(令和2年4月1日現在)

項目記号	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
	正規職員 実数	非正規職員 実数	常勤職員 実数	非常勤職員 実数	職員実数 合計	正規職員 不足数	昨年1年間の 新規採用者数	昨年1年間の 離職者数
生活相談員								
サービス計画作成者								
看護職員								
介護職員								
機能訓練指導員								
事務職								
上記以外の職種								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0

※ (E)職員実数合計については、(A)+(B)・(C)+(D)それぞれと一致するかご確認ください。

2. 貴事業所の職員が有する資格の状況及び資格者の充足度をご記入ください。(令和2年4月1日現在)

資格名	人数	資格者の充足度 (あてはまる番号を選択)				
		番号	1. かなり不足	2. やや不足	3. 適正	4. やや過剰
介護支援専門員(ケアマネジャー)						
主任介護支援専門員(主任ケアマネ)						
社会福祉士						
社会福祉主事						
保健師						
看護師						
准看護師						
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
介護福祉士						
介護職員実務者研修(旧ヘルパー1級)						
介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級)						
福祉用具専門相談員						
その他 ()						
合計	0					

※一人で複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

問2 今後のサービス提供について(介護予防・日常生活支援総合事業含む)

1. 令和3年4月から令和6年3月までの間で、新規事業の開始や規模の拡大、縮小、廃止を予定している場合はご記入ください。

(記入例)	年月	サービス種別	内容 (あてはまる番号を記入)	定員		サービス提供地域 (拡大/縮小対象)
			1. 新規 2. 拡大 3. 縮小 4. 廃止	変更前	変更後	
	令和4年10月	小規模多機能	1	0	25	

2. 貴事業所の今後の方向性について、どのように考えていますか。その理由もご記入ください。

回答欄	1 現状維持 2 規模を拡大していきたい 3 規模を縮小していきたい 4 廃止を検討している 5 その他 ⇒ ()
-----	---

「2 規模を拡大していきたい」「3 規模を縮小していきたい」「4 廃止を検討している」を選択した場合、その理由をご記入ください。

理由	
----	--

問3 サービス提供の現状・課題等について

1. 貴事業所が、サービスを提供する中で困っていることはどのようなことですか。該当するものに○をお付けください(複数回答可)□

回答欄

- ① ケアマネジャーとの連携がうまくとれない
- ② サービス事業者間の連携がうまくとれない
- ③ 医療機関との相談がうまくできない
- ④ 本人への支援方法が難しい

回答欄

- ⑤ 家族が利用者本人の状態や介護に理解がない
- ⑥ 認知症の方への対応が難しい
- ⑦ 利用者本人や家族の介護保険制度に関する知識、理解が不十分
- ⑧ その他()

2. 市において資質向上のために研修を開催した場合、貴事業所の職員に受けさせたい研修はありますか(複数回答可 数字横に○をつけてください)

回答欄

- ① リスクマネジメントについて
- ② レクリエーションについて
- ③ 認知症介護について

回答欄

- ④ 高齢者虐待について
- ⑤ 介護職員の接遇について
- ⑥ その他()

① ~ ⑤ (⑥ その他に補足あればそれも)について具体的なテーマがあれば、下欄に記載ください。

3. 貴事業所のサービス稼働率についてお伺いします(年間平均 令和2年度については4・5月の平均でお答えください)

令和2年	令和元年	平成30年	平成29年	(年度)

← % 小数点第1位まで

問4 自由意見

貴事業所における課題や介護保険サービスに関する課題などありましたら下欄にご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

下呂市 介護支援専門員(ケアマネジャー)アンケート

事業所名		サービス種別	
ケアマネジャー名		電話番号	

問1 職員数について(事業所で1名(管理者)のみご回答ください)

1. 貴事業所に勤務している介護職員の状況(人数)等をご記入ください。(令和2年4月1日現在)

項目記号	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)
	正規職員 実数	非正規職員 実数	常勤職員 実数	非常勤職員 実数	職員実数 合計	正規職員不足数	昨年1年間の 新規採用者数	昨年1年間の 離職者数
介護支援専門員								
主任介護支援専門員								
事務職								
上記以外の職種								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0

※ (E)職員実数合計については、(A)+(B)・(C)+(D)それぞれと一致するかご確認ください。

2. 貴事業所の職員が有する資格の状況及び資格者の充足度をご記入ください。(令和2年4月1日現在)

資格名	人数	資格者の充足度 (あてはまる番号を選択)				
		番号	1. かなり不足	2. やや不足	3. 適正	4. やや過剰
介護支援専門員(ケアマネジャー)						
主任介護支援専門員(主任ケアマネ)						
社会福祉士						
社会福祉主事						
保健師						
看護師						
准看護師						
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
介護福祉士						
介護職員実務者研修(旧ヘルパー1級)						
介護職員初任者研修(旧ヘルパー2級)						
福祉用具専門相談員						
その他 ()						
合計	0					

※一人で複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

問2 ケアマネジメントについて

1. ケアプランを作成する上で、困っていることはどのようなことですか。(複数回答可。該当する回答に○を記入してください。)

回答欄	
<input type="checkbox"/>	利用者・家族が自己負担を気にして必要なサービスを控える
<input type="checkbox"/>	利用者・家族が特定のサービスのみ要望する ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	サービス事業者の情報が不足している ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	サービス供給量が不足し、利用者への提供が困難 ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	主治医との連携ができない
<input type="checkbox"/>	サービス事業者に対する利用者の支払いが滞っているため、提供を行うサービス事業者がない
<input type="checkbox"/>	要介護度によって利用が制限されるサービスがある ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	利用したい(利用者にふさわしい)サービスがない ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	その他 ⇒ ()

2. 利用者及びその家族からの不満には、どのような内容のものが多いですか。(複数回答可。該当する回答に○を記入してください。)

回答欄	
<input type="checkbox"/>	サービス提供事業者のサービス内容に対する不満
<input type="checkbox"/>	サービス提供事業者が利用者の希望を受け入れない
<input type="checkbox"/>	サービス提供事業者の職員の対応が悪い
<input type="checkbox"/>	利用者本人と他の利用者の気が合わない
<input type="checkbox"/>	要介護度により希望するサービスが受けられない
<input type="checkbox"/>	利用したいサービスが、現在住んでいる地域では利用できない ⇒ そのサービス名()
<input type="checkbox"/>	もっとサービスを利用したいが、支給限度額を超えるので利用を控えている
<input type="checkbox"/>	もっとサービスを利用したいが、自己負担が増えるので利用を控えている
<input type="checkbox"/>	もっとサービスを利用したいが、利用できる時間や回数などに制度上の制限がある
<input type="checkbox"/>	利用したいサービスがあるが、事業所の定員に空きがない
<input type="checkbox"/>	要介護認定の結果に不満がある
<input type="checkbox"/>	その他 ⇒ ()

3. 適切なケアマネジメントを行ううえで、特に必要とすることはどのようなことですか。(複数回答可。該当する回答に○を記入してください。)

回答欄	
<input type="checkbox"/>	ケアマネジャー間の連携強化
<input type="checkbox"/>	ケアプラン検討会の実施による給付適正化の推進
<input type="checkbox"/>	スーパービジョンによるケアマネの質の向上や悩みの解消
<input type="checkbox"/>	ケアプランの質の向上を目的とした研修の実施
<input type="checkbox"/>	医療機関との連携
<input type="checkbox"/>	サービス提供事業者との連携
<input type="checkbox"/>	利用者本人及び家族の介護保険制度に関する知識・理解の浸透
<input type="checkbox"/>	その他 ⇒ ()

問3 各サービスの必要度について

1. あなたが担当する利用者が居住している地域で、不足している介護サービス、または新たに必要だと思う介護サービスに○を記入してください。

サービス	生活圏域	1	2	3	4
		小坂	萩原・馬瀬	下呂	金山
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 地域密着型通所介護					
8 療養通所介護					
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 福祉用具貸与					
13 福祉用具購入					
14 住宅改修					
15 定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
16 夜間対応型訪問介護					
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 看護小規模多機能型居宅介護					
21 介護老人福祉施設					
22 介護老人保健施設					

2. 介護サービスが不足している、または新たに必要だと思う理由について、ご記入ください。

サービス名	地域名	介護サービスが不足している、または新たに必要だと思う理由
(記入例) 15	1	医療依存度の高い高齢者が多いため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の参入が必要

問4 特別養護老人ホーム、介護療養施設への入所について

1. あなたが担当する利用者のうち、早期(1年以内)に特別養護老人ホームへの入所が必要と思われる方の人数をご記入ください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
1 本人に認知症・知的障がい・精神障がいがある						0
2 家族等による虐待が深刻						0
3 家庭が介護困難な状況にある(介護者が要介護認定者など)						0
4 上記1～3に該当しない						0
合計	0	0	0	0	0	0

問5 介護予防・日常生活支援総合事業(要支援者・事業対象者対象)について

以下の介護予防・日常生活支援総合事業(以下の表記は「総合事業」とします。)についてお聞きします。

①総合事業の訪問型サービス		
サービスの種類	サービス内容	市内での実施状況
訪問介護相当サービス	従来の介護予防訪問介護と同じです。	○
訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)	掃除、洗濯等の生活援助限定のホームヘルプサービスです。	○
訪問型サービスB(住民主体による支援)	ボランティアなど住民主体による生活援助です。買い物代行やごみ出しなどのサービスが想定されます。	×
訪問型サービスC(短期集中予防サービス)	保健・医療の専門職により提供される支援で、3-6カ月の短期間で行われるものです。	×
②総合事業の通所型サービス		
サービスの種類	サービス内容	市内での実施状況
通所介護相当サービス	従来の介護予防通所介護と同じです。	○
通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)	時間が短く(2時間~)、専属の指導員等の配置が必須ではないデイサービスです。簡単な機能訓練やレクリエーションを行います。	×
通所型サービスB(住民主体による支援)	住民主体による通いの場、集まりの場を提供する活動です。	×
通所型サービスC(短期集中予防サービス)	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムです。	○
③総合事業のその他の生活支援サービス		
サービスの種類	サービス内容	市内での実施状況
配食	栄養改善を目的とした配食や独り暮らし高齢者に対する見守りとともに配食などです。	×
定期的な安否確認及び緊急時の対応	住民ボランティア等が行う訪問時の見守りです。	×

1. あなたは、訪問型サービスAまたは通所型サービスAの必要性についてどのように考えていますか。その理由もご記入ください。

回答欄	1 必要である 2 必要でない 3 わからない
↓	
理由	

2. あなたは、訪問型サービスCまたは通所型サービスCの必要性についてどのように考えていますか。その理由もご記入ください。

回答欄	1 必要である 2 必要でない 3 わからない
↓	
理由	

3. その他の生活支援サービスについて、必要と思うサービスはありますか。(複数回答可)

回答欄	回答欄	回答欄	1 配食 2 定期的な安否確認及び緊急時の対応 3 その他
↓			
理由			

問6 自由意見

貴事業所における課題や介護保険サービスに関する課題などありましたら下欄にご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。