

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

### ＜調査票の記入について＞

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

※平成28年8月の給付実績のある事業所を対象としています。また、居宅療養管理指導については、対象外としています。

### ■御返送いただく期日

御記入後、同封の返信用封筒に入れ、**平成29年1月16日(月)**までに御返送くださいますようお願いいたします。（切手は不要です。）

### ■調査に関するお問合せ及び送付先

京都市 保健福祉局 長寿社会部 介護保険課 （担当：遠山、伊吹）

電 話：075-213-5871

FAX：075-213-5801

貴事業所の概要についてお聞きます。

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

※1：所在地の圏域番号については、別紙をご参照下さい。（「①」等丸囲みの数字です。）

※2：本調査は、貴事業所・施設としての見解をお伺いするものですので、貴事業所・施設の総意を御回答いただける方が回答してください。なお、問24からの設問については、回答いただく職種（介護支援専門員）を限定していますので、調査票の注意書きを確認いただき、御回答ください。

※3：サービス提供圏域（通常の事業の実施地域）につきましては、概ね2分の1程度の範囲でサービス提供をしている圏域番号を記載してください。（別紙参照）

※4：サービス提供圏域がわからない場合は、「通常の事業の実施地域」を記入して下さい。

（注）全てのサービス種別で回答ください。なお、京都市全域を対象とされている場合は「京都市全域」と御記入ください。

**問1 貴事業所における提供サービスについて、番号を○で囲んでください。また、併設事業所※がある場合は、番号を△で囲んでください。（平成28年11月1日現在の状況でお答えください）**

※ 併設事業所：貴事業所と同一敷地内又は隣接敷地等で運営を行っている事業所

○ 各介護予防サービスを含む。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. 居宅介護支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2. 介護予防支援         |
| 3. 訪問介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4. 訪問入浴介護         |
| 5. 訪問看護                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 6. 訪問リハビリテーション    |
| 7. 居宅療養管理指導                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 8. 通所介護           |
| 9. 通所リハビリテーション                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10. 短期入所生活介護      |
| 11. 短期入所療養介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 12. 特定施設入居者生活介護（下記のかっこ内から種別を選択してください）                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> A 有料老人ホーム（混合型）    B 有料老人ホーム（介護専用型）<br/> C 軽費老人ホーム・ケアハウス    D 養護老人ホーム<br/> E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）<br/> F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型） </div>                                                                                   |                   |
| 13. 福祉用具貸与                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 14. 特定福祉用具販売      |
| 15. 小規模多機能型居宅介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 16. 夜間対応型訪問介護     |
| 17. 認知症対応型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 18. 認知症対応型共同生活介護  |
| 19. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 21. 地域密着型通所介護                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |
| 22. 地域密着型特定施設入居者生活介護（下記のかっこ内から種別を選択してください）                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> A 有料老人ホーム（介護専用型）<br/> B 軽費老人ホーム・ケアハウス    C 養護老人ホーム<br/> D サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型） </div>                                                                                                                               |                   |
| 23. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| 24. 介護老人福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 25. 介護老人保健施設      |
| 26. 介護療養病床（介護療養型医療施設）                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 27. その他介護保険以外の施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> A 医療機関    B 健康型有料老人ホーム    C 住宅型有料老人ホーム<br/> D サービス付き高齢者向け住宅    E 軽費老人ホーム・ケアハウス<br/> F その他<br/> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </div> |                   |

## 問2 貴事業所における従業者数を御記入ください。(平成28年11月1日現在の状況でお答えください)

- 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して御記入ください。  
○ 主として従事している職種を決めたい場合は、1～26の数字の若い順で優先して御記入ください。  
○ 介護職員(9)の資格について、複数の資格(10～15)を有している場合は、数字の若い資格で計算し、御記入ください。  
○ 派遣社員で対応している場合は、その数は職員数には含めないでください。

| 職員配置                            | 常勤<br>(小数点1位まで) | 非常勤<br>(小数点1位まで) |
|---------------------------------|-----------------|------------------|
| 1. 管理者                          | . 人             | . 人              |
| 2. 医師                           | . 人             | . 人              |
| 3. 歯科医師                         | . 人             | . 人              |
| 4. 薬剤師                          | . 人             | . 人              |
| 5. 看護師                          | . 人             | . 人              |
| 6. 准看護師                         | . 人             | . 人              |
| 7. 介護支援専門員                      | . 人             | . 人              |
| 8. うち主任介護支援専門員                  | . 人             | . 人              |
| 9. 介護職員                         | . 人             | . 人              |
| 10. うち介護福祉士                     | . 人             | . 人              |
| 11. うち介護職員基礎研修                  | . 人             | . 人              |
| 12. うち訪問介護員1級                   | . 人             | . 人              |
| 13. うち訪問介護員2級                   | . 人             | . 人              |
| 14. うち訪問介護員3級                   | . 人             | . 人              |
| 15. うち初任者研修                     | . 人             | . 人              |
| 16. 理学療法士                       | . 人             | . 人              |
| 17. 作業療法士                       | . 人             | . 人              |
| 18. 言語聴覚士                       | . 人             | . 人              |
| 19. 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師           | . 人             | . 人              |
| 20. 生活相談員・支援相談員                 | . 人             | . 人              |
| 21. うち社会福祉士                     | . 人             | . 人              |
| 22. 福祉用具専門相談員                   | . 人             | . 人              |
| 23. 栄養士                         | . 人             | . 人              |
| 24. うち管理栄養士                     | . 人             | . 人              |
| 25. 調理員                         | . 人             | . 人              |
| 26. 事務職員                        | . 人             | . 人              |
| 27. その他                         | . 人             | . 人              |
| 28. 上記1～26(7を除く)のうち介護支援専門員(再掲)  | . 人             | . 人              |
| 29. 上記1～26のうち訪問介護のサービス提供責任者(再掲) | . 人             | . 人              |

### 【換算数の計算式】

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

<※1箇月に数回の勤務である場合>

職員の1箇月の勤務時間  
施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

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

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

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

○定員は設定があるサービスの場合のみ、平成28年11月1日現在の状況でお答えください。

○利用者数は平成28年10月1日から10月31日までの利用者について、延べ人数ではなく、**実人数**を御記入ください。

|                                                                                                            |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>① 定員(設定がある場合)</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> | <b>② 利用者数</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> |
| 人                                                                                                          | 人(実人数)                                                                                              |

**問3-2 貴事業所における平成27年4月から平成28年3月までの月平均の利用者数について御記入ください。(問3①で定員を御記入頂いた方のみ御回答ください。)**

|                                                                                                   |                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>利用者数</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> | <b>人(実人数)</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

○居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

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

問3②の利用者数と合致させてください

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

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

○居宅系サービス事業所においては、現在の居住地について御記入ください。

|      | 事業所が位置<br>する日常生活<br>圏域内 | 事業所が位置<br>する行政区内<br>(左記を除く) | 市内の他の<br>行政区 | 他の市町村 | 合 計 |
|------|-------------------------|-----------------------------|--------------|-------|-----|
| 自立   | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| I    | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| IIa  | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| IIb  | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| IIIa | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| IIIb | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| IV   | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| M    | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |
| 合 計  | 人                       | 人                           | 人            | 人     | 人   |

↑  
問3②の利用者数と合致させてください

**問5 貴事業所における利用者の確保状況について、3年前と比較して変化がある場合は、その違いについてお答えください。**

1. 容易になった    2. 比較的容易になった    3. 変わらない  
4. 比較的困難になった    5. 困難になった    6. 3年前には未開所  
7. その他

(具体的に

)

**問5-2 問5の回答を選択した理由をご記入ください。**

**問6 貴事業所における3年後の利用者の確保は、現在と比較してどのようなになるとお考えですか。**

1. 容易になる      2. 変わらない      3. 困難になる

4. その他

(具体的に

)

**問6-2 問6の回答を選択した理由を御記入ください。****施設・居住系サービス事業者(※)の方にお伺いします。(問7～問9)**

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

**問7 入所(入居)期間別の入所(入居)者数について御記入ください。(平成28年11月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)**

| 3箇月未満 | 3箇月以上<br>6箇月未満 | 6箇月以上<br>1年未満 | 1年以上<br>2年未満 | 2年以上<br>3年未満 | 3年以上 | 合計 |
|-------|----------------|---------------|--------------|--------------|------|----|
| 人     | 人              | 人             | 人            | 人            | 人    | 人  |

**問7-2 入所(入居)申込から入所(入居)までの期間を御記入ください。(平成28年11月1日現在入所(入居)中の利用者についてお答えください)**

| 1箇月未満 | 1箇月以上<br>3箇月未満 | 3箇月以上<br>6箇月未満 | 6箇月以上<br>1年未満 | 1年以上 | 合計 |
|-------|----------------|----------------|---------------|------|----|
| 人     | 人              | 人              | 人             | 人    | 人  |

**問8 入所(入居)前の居所について御記入ください。(平成27年11月1日から平成28年10月31日までの入所(入居)者についてお答えください)**

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

**問8-2 退所(退居)後の居所等について御記入ください。(平成27年11月1日から平成28年10月31日までの退所(退居)者についてお答えください)**

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

**問9 平成28年11月1日現在で、把握している入所(入居)申込者数について御記入ください。**

|        |
|--------|
| _____人 |
|--------|



## 事業運営上の課題等についてお聞きします。

### 問 10 適切な事業運営のために特に必要な情報は何か。(○は3つまで)

1. 介護保険制度・介護報酬等に係る情報
2. 介護保険以外の保健・福祉・医療サービスに係る情報
3. 介護の担い手の採用や給与等に関する情報
4. 周辺の事業所・医療機関等に係る情報
5. 地域で活動する民生委員・児童委員，老人福祉員等及びボランティアに係る情報
6. 権利擁護・成年後見人制度に係る情報
7. 認知症ケアに係る情報
8. 介護技術・方法に係る情報
9. 研修情報等の質の向上についての情報
10. サービス提供エリアの高齢者についての情報
11. 特になし
12. その他

（具体的に

### 問 11 介護サービスの質の向上のために具体的な取組はされていますか。(○は3つまで)

1. 第三者評価の受診
2. 第三者評価委員やオンブズパーソン等の第三者による苦情・相談システムの導入
3. 京都市介護相談員の受入
4. 苦情や事故の事例研究
5. 情報の積極的な公表
6. 外部研修（他施設の見学も含む）への積極的な参加
7. 内部研修の充実
8. 介護サービス事業者間の交流の活性化
9. 多様な福祉用具や器具の開発・導入
10. 施設等内の設備の改善
11. 職員の心身の健康管理や労働環境の整備
12. 職員のモラルの向上の取組
13. 職員の給与引上げ
14. その他

（具体的に

**問 12 適切なサービス提供を行ううえで、運営上の課題はありますか。**

1. ある ⇒問 12-2 へ

2. ない ⇒問 13 へ

**問 12-2「ある」と回答された方にお聞きます。具体的に課題は何だとお考えですか。**

1. サービス内容の問題

（具体的に

2. 介護報酬等の問題

（具体的に

3. 担い手確保・養成の問題

（具体的に

4. 医療と介護の連携

（具体的に

5. インフォーマルサービスとの連携

（具体的に

6. 介護保険制度に係る事務の簡素化

（具体的に

7. その他

（具体的に

## 介護従事者の確保・処遇改善についてお聞きします。

**問 13 貴事業所の介護保険の指定介護サービス事業に従事する従業員について 1 年間(平成27年11月1日から平成28年10月31日まで)の採用者数, 離職者\*数をお聞きします。**

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

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

注) 該当者がいない場合は, 0 を記入してください。

|       |        | 1 年間 (平成 27 年 11 月 1 日から平成 28 年 10 月 31 日まで) の採用者・離職者 |     | 離職者の勤務年数 |               |               |                |          |
|-------|--------|-------------------------------------------------------|-----|----------|---------------|---------------|----------------|----------|
|       |        | 採用者                                                   | 離職者 | 1 年未満の者  | 1 年以上 3 年未満の者 | 3 年以上 5 年未満の者 | 5 年以上 10 年未満の者 | 10 年以上の者 |
| 正規職員  |        | 人                                                     | 人   | 人        | 人             | 人             | 人              | 人        |
| 非正規職員 | 常勤労働者  | 人                                                     | 人   | 人        | 人             | 人             | 人              | 人        |
|       | 短時間労働者 | 人                                                     | 人   | 人        | 人             | 人             | 人              | 人        |

**問 14 問 13 でお答え頂いた離職者の中に, 家族への介護のために退職をされた方はおられますか。**

1. いる ⇒人数 ( ) 人
2. いない
3. 把握していない

**問 15 家族の介護を行いながら働いている職員の就労継続のために, 職場内においてどのような支援があれば効果があると思いますか。(複数回答可)**

1. 介護休業・介護休暇等の制度の充実
2. 制度を利用しやすい職場づくり
3. 仕事と介護の両立に関する情報の提供
4. 介護に関する相談窓口・相談担当者の設置
5. 介護をしている従業員への経済的な支援
6. 特にない
7. その他

(具体的に

**問 16 貴事業所において、従業員の職種別過不足(※)の状況はどうか。**

(あてはまる番号ひとつに○)

※資格保有者ではなく、その仕事(職種)に就く者について記入して下さい。

|            | 大いに<br>不足 | 不足 | やや不足 | 適当 | 過剰 | 当該職種は<br>いない |
|------------|-----------|----|------|----|----|--------------|
|            | 1         | 2  | 3    | 4  | 5  | 6            |
| 訪問介護員      |           |    |      |    |    |              |
| サービス提供責任者  |           |    |      |    |    |              |
| 介護職員       |           |    |      |    |    |              |
| 看護職員       |           |    |      |    |    |              |
| 生活相談員      |           |    |      |    |    |              |
| PT・OT・ST 等 |           |    |      |    |    |              |
| 全体でみた場合    |           |    |      |    |    |              |

**問 16-2 問 16で「全体でみた場合」の1, 2, 3いずれかに○を付けた事業所で、不足している理由はどれですか。(あてはまる番号全てに○)**

1. 離職率が高い(定着率が低い)
2. 採用が困難である
3. 事業を拡大したいが担い手が確保できない
4. その他

(具体的に

)

問 16-3 問 16-2 で「採用が困難である」に○を付けた事業所のみお答え下さい。原因は何にある  
とお考えですか。(あてはまる番号全てに○)

1. 労働時間が長い
2. 夜勤が多い
3. 休みが取りにくい
4. 長期に雇用されるか不明確である
5. キャリアアップの機会が不十分
6. 賃金が低い
7. 仕事がきつい(肉体的・精神的)
8. 社会的評価が低いと思われる
9. その他

具体的に

10. 分からない

問 17 貴事業所において、従業員の募集を行う場合、どのような手段や媒体を用いていますか。採用  
者数の多いものから2つ選んでください。

|                                                  | 正規職員 | 非正規職員 |
|--------------------------------------------------|------|-------|
| ハローワーク、福祉人材センター（web 含む）など公的機関の活用                 |      |       |
| 学校・養成施設等での進路指導                                   |      |       |
| 広告物・広報サイトへの掲載<br>(求人・就職情報誌, 新聞折込チラシ, 自社のホームページ等) |      |       |
| 就職セミナー(就職説明会)                                    |      |       |
| 職員・知人を通じて                                        |      |       |
| ボランティア, 実習生, ホームヘルパー等養成講座終了者等を勧誘                 |      |       |
| 民間の職業紹介                                          |      |       |
| その他 ( )                                          |      |       |

**問 17-2 貴事業所が実施した従業員採用に向けた取組で、効果のあった事例や取組過程で生じた問題等があれば、その具体的な内容を御記入ください。**

**問 18 貴事業所では 1 年間(平成27年11月1日から平成28年10月31日まで)に採用した職員の能力についてどのように評価していますか。(○は1つ)**

1. 満足している
2. 満足していない
3. その他

具体的に

**問 19 貴事業所において、今後介護ロボットを導入する予定はありますか。**

※ 本調査において、介護ロボットとは、次の i から iii の要件の全てを満たすものとする。

i 目的要件 (1) 移乗支援、(2) 移動支援、(3) 排泄支援、(4) 見守り支援、(5) 入浴支援のいずれかの場面において使用され、介護従事者の負担軽減効果のある介護ロボットであること。

ii 技術的要件 次のいずれかの要件を満たす介護ロボットであること。

(1) ロボット技術 (※) を活用して、従来の機器ではできなかった優位性を発揮する介護ロボット

※(ア) センサー等により外界や自己の状況を認識し、(イ) これによって得られた情報を解析し、(ウ) その結果に応じた動作を行う介護ロボット

(2) 経済産業省が行う「ロボット介護機器開発・導入促進事業」において採択された介護ロボット

iii 市場的要件 販売価格が公表されており、一般に購入できる状態にあること。

1. 導入の予定がある（既に導入している） ⇒問 19-2 へ
2. 導入を検討している ⇒問 19-2 へ
3. 導入の予定はない ⇒問 19-3 へ
4. 分からない ⇒問 19-3 へ

**問 19-2 問 19 で「導入の予定がある(既に導入している)」又は「導入を検討している」と回答された方にお聞きます。貴事業所において、介護ロボットに特に期待することは何ですか。(複数回答可)**

1. 移乗介護 2. 移動支援 3. 排泄支援 4. 見守り 5. 入浴支援 6. 食事支援  
7. 余暇支援 8. その他 ( )

**問 19-3 問 19 で「導入の予定はない」又は「分からない」と回答された方にお聞きます。貴事業所において、介護ロボット導入を阻害している要因は何だとお考えですか。(複数回答可)**

1. 事故の懸念  
2. 利用者が介護ロボットを受け入れてくれるか分からない  
3. 導入に伴う費用対効果が不明  
4. 機械に頼ることへの抵抗感がある  
5. 家族の了解が得られるか分からない  
6. その他

具体的に





【問 20(3)で「2」、「3」または「4」と答えた方にお伺いします】

(6)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の取得が困難な理由について、該当する番号に○をつけてください。

(複数回答可)

1. キャリアパス要件(Ⅰ)を満たすことが困難
2. キャリアパス要件(Ⅱ)を満たすことが困難
3. 職場環境等要件を満たす見込みがない
4. その他

具体的に

( )

【問 20(6)で「1」と答えた方にお伺いします】

(7)具体的にどのような理由でキャリアパス要件(Ⅰ)を満たすことが困難なのか、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件(介護職員の賃金に関するものを含む)を定めることが難しいため
2. 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系(一時金等の臨時的に支払われるものを除く)を定めることが難しいため(どのようにして定めたらよいかわからない場合も含む)
3. 職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系のないようについて就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知することが難しいため
4. 届出に必要な事務を行える職員がいないため
5. その他

具体的に

( )

## 【問 20(6)で「2」と答えた方にお伺いします】

(8)具体的にどのような理由でキャリアパス要件(Ⅱ)を満たすことが困難なのか、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び具体的な計画を策定して全ての介護職員に周知することが難しいため
2. 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT, OFF-JT 等）するとともに介護職員の能力評価を行うことが難しいため
3. 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施することが難しいため
4. 届出に必要なとなる事務を行える職員がいないため
5. その他

具体的に

( )

## 【問 20(1)で「2」と答えた方にお伺いします】

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

1. 対象の制約のため困難
2. 事務作業が煩雑
3. 平成30年度以降の取扱が不明
4. 追加費用負担の発生
5. 利用者負担の発生
6. 非常勤職員等の処遇上の問題
7. 賃金改善の必要性がない
8. 算定要件を達成できない
9. その他

具体的に

( )

## 【問 20(9)で「1」と答えた方にお伺いします】

(10)「対象の制約のため困難」とする具体的な事情について、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

1. 介護職員のみを加算の対象者としているため、職種間の賃金のバランスがとれなくなるため
2. 同一法人内に加算の対象外の事業所があるため、事業所間の賃金のバランスがとれなくなるため
3. 職種間の公平性を保つために、加算の対象外である職種に対しても持ち出しによる賃金の改善を行わざるを得なくなるため
4. その他

具体的に

( )

【問 20(9)で「2」と答えた方にお伺いします】

(11)「事務作業が煩雑」とする具体的な事情について、以下のうち、該当する番号に○をつけてください。

(複数回答可)

1. 介護職員処遇改善計画書を作成するための事務作業が煩雑であるため  
(どのように作成したらよいかわからない場合も含む)
2. 介護職員処遇改善実績報告書を作成するための事務作業が煩雑であるため  
(どのように作成したらよいかわからない場合も含む)
3. 勤務時間や勤務日数等に応じて、処遇改善加算の総額から個々の職員の支給額を算定する事務作業が煩雑であるため
4. 届出に必要な事務を行える職員がいないため
5. その他  
具体的に

( )

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

**問 21 調査対象サービスの介護従事者に対する給与等の引き上げ以外の処遇改善に関して、平成28年4月～平成28年11月までに実施した対応状況(今後の予定を含む)についてお伺いします。下表(A)～(U)の項目ごとに、該当する1～5の欄に1つだけ○をつけてください。**

(注)

従来…平成28年3月31日以前

今回…平成28年4月1日～平成28年9月30日

今後…1年間を目途

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

| ■ 資質の向上                                                                                                                                                                     |     |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|
| (A)働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する略痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む）                                 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (B)研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動                                                                                                                                                  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (C)小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築                                                                                                                                      | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (D)キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない事業者に限る）                                                                                                                                  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (E) その他資質の向上について（具体的に記載してください）                                                                                                                                              | 〔 〕 |   |   |   |   |
| ■ 労働環境・処遇の改善                                                                                                                                                                |     |   |   |   |   |
| (F)新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度導入                                                                                                                                  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (G)雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実                                                                                                                    | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (H)ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (I)介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入                                                                                                                                  | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (J)子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備                                                                                                                                   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (L)事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化                                                                                                                                         | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (M)健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備                                                                                                                                   | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (N)その他労働環境・処遇の改善について（具体的に記載してください）                                                                                                                                          | 〔 〕 |   |   |   |   |

| ■ その他                                      |     |   |   |   |   |
|--------------------------------------------|-----|---|---|---|---|
| (O)介護サービスの情報公表制度の活用による経営・担い手育成理念の見える化      | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (P)中途採用者（他産業からの転職者，主婦層，中高年齢者等）に特化した人事制度の確立 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (Q)障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮            | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (R)地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括化の一員としてのモチベーション向上 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (S)非正規職員から正規職員への転換                         | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (T)職員の増員による業務負担の軽減                         | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (U)その他（具体的に記載してください）                       | 〔 〕 |   |   |   |   |

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

〔具体的に〕

## 関係機関との連携についてお聞きます。

問 22 貴事業所では、地域(近隣)の各種団体や組織とどのような関わりをもっておられますか。  
(当てはまるものすべてに○, ただし, その他の欄については内容を記入)

|                                                   | 連絡先の把握              | 左記団体等が主催する,<br>事業所外での連携・関わり |               | 事業所内における<br>連携・関わり      | その他<br>(関わりの内容を具体的に記入してください。) |
|---------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------------|
|                                                   | 貴事業所と左記団体等との連絡先等の共有 | 介護や福祉に係る専門知識や情報の提供          | 地域の集まりへの参加・参画 | 事業所(施設)における行事や催しへの参加・参画 |                               |
| 民生委員・児童委員,<br>老人福祉員                               |                     |                             |               |                         |                               |
| 女性会, すこやかクラブ京都(老人クラブ),<br>自治会, 商店街など,<br>地縁的繋がり団体 |                     |                             |               |                         |                               |
| 社会福祉協議会                                           |                     |                             |               |                         |                               |
| 幼稚園, 保育所, 小学校,<br>中学校, 高校等                        |                     |                             |               |                         |                               |
| 医療機関                                              |                     |                             |               |                         |                               |
| ボランティア団体,<br>NPOなど, 機能的繋がり団体                      |                     |                             |               |                         |                               |
| その他団体等<br>( )                                     |                     |                             |               |                         |                               |

**本市の施策や介護保険制度についてお聞きます。**

問 23 本市の高齢者保健福祉施策や介護保険制度などについて、御意見がありましたら、御自由にお書きください。

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

## サービス内容等についてお聞きします。

## 介護支援専門員の方にお伺いします。(問 24～問 27)

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

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



**問 24 利用者の在宅生活を支えていくために、現在は不足していると考えられるなど、今後充実(量的な充実)が必要と思われるサービスは何ですか。(○は3つまで)**

- |                       |                   |               |                     |
|-----------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| 1. 訪問介護               | 2. 訪問入浴介護         | 3. 訪問看護       | 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 5. 夜間対応型訪問介護          | 6. 訪問リハビリテーション    | 7. 居宅療養管理指導   |                     |
| 8. 通所介護               | 9. 認知症対応型通所介護     | 10. 地域密着型通所介護 |                     |
| 11. 通所リハビリテーション       | 12. 小規模多機能型居宅介護   |               |                     |
| 13. 看護小規模多機能型居宅介護     | 14. 短期入所生活介護      |               |                     |
| 15. 短期入所療養介護          | 16. 福祉用具貸与        | 17. 福祉用具購入    | 18. 住宅改修            |
| 19. 介護老人福祉施設          | 20. 地域密着型介護老人福祉施設 | 21. 介護老人保健施設  |                     |
| 22. 介護療養病床（介護療養型医療施設） | 23. 特定施設入居者生活介護   |               |                     |
| 24. 地域密着型特定施設入居者生活介護  | 25. 認知症対応型共同生活介護  |               |                     |
| 26. 現状で十分             |                   |               |                     |

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

| 番号 | 理由 |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |



**問 25 中重度の要介護者や、認知症が進行した人が、住み慣れた地域で生活をしていくうえで、特に充実(量的な充実)が必要と思われるものは何ですか。(○は3つまで)**

1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  
5. 夜間対応型訪問介護 6. 訪問リハビリテーション 7. 居宅療養管理指導  
8. 通所介護 9. 認知症対応型通所介護 10. 地域密着型通所介護  
11. 通所リハビリテーション 12. 小規模多機能型居宅介護  
13. 看護小規模多機能型居宅介護 14. 短期入所生活介護  
15. 短期入所療養介護 16. 福祉用具貸与 17. 福祉用具購入 18. 住宅改修  
19. 介護老人福祉施設 20. 地域密着型介護老人福祉施設 21. 介護老人保健施設  
22. 介護療養病床(介護療養型医療施設) 23. 特定施設入居者生活介護  
24. 地域密着型特定施設入居者生活介護 25. 認知症対応型共同生活介護  
26. 現状で十分

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

| 番号 | 理由 |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |

問 26 住み慣れた地域で生活を続けていくうえで、介護保険のサービス以外に、現状から今後充実（量的・質的な充実）が必要と思われるものは何ですか。（○は3つまで）

1. 医療提供体制の充実
2. 介護と医療の連携体制の構築と推進
3. 認知症の早期に適切な支援につながる場や仕組みの構築
4. 予防を目的とした健康づくりの教室やサービスの充実
5. 高齢者の生きがい支援等につながる居場所づくりの推進
6. 高齢者向け住宅（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等）等、高齢期になっても住み続けることができる住まいの整備
7. NPOやボランティアによる見守り活動の推進
8. 様々な形態による配食サービスの推進
9. 外出時にサポートが受けられる外出支援サービスの推進
10. 掃除、洗濯等の家事援助サービスの推進
11. 京都市における、学区単位の「地域力」や「地域の絆」を活かした、地域住民、関係機関、行政が一体となった高齢者支援ネットワークの構築
12. その他

（具体的に

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

| 番号 | 理由 |
|----|----|
|    |    |
|    |    |
|    |    |

問 27 介護サービス利用者が住み慣れた地域での生活続けるために、現行の制度において課題に感じることはありますか。またその理由について御記入ください。

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

質問は以上です。アンケートに御協力いただき、ありがとうございました。