

# 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に限られるものがあります。御注意ください。
- 3 本調査は、市内で施設・居住系サービスを提供する介護サービス事業所<sup>\*</sup>を対象としたものです。

<sup>\*</sup>令和4年7月の給付実績のある事業所を対象としています。

## ■御返送いただく期日

御記入後、同封の返信用封筒に入れ、**令和4年12月26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 健康長寿のまち・京都推進室 介護ケア推進課 (担当:津田、木下)

電 話 : 075-213-5871

FAX : 075-213-5801



**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。  
(令和4年11月1日現在の状況でお答えください)**

○ 各介護予防サービスを含む。

1. 介護老人福祉施設
2. 介護老人保健施設
3. 介護療養病床（介護療養型医療施設）
4. 介護医療院
5. 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）
  - A 有料老人ホーム（混合型）
  - B 有料老人ホーム（介護専用型）
  - C 養護老人ホーム
  - D ケアハウス
  - E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）
  - F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）
6. 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）
  - A 有料老人ホーム（混合型）
  - B 有料老人ホーム（介護専用型）
  - C 養護老人ホーム
  - D ケアハウス
  - E サービス付き高齢者向け住宅（混合型）
  - F サービス付き高齢者向け住宅（介護専用型）
7. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
8. 認知症対応型共同生活介護
9. その他の施設

具体的に

## 問2 貴事業所における従業者数を御記入ください。(令和4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。
- ページ下部記載の【換算数の計算式】により算出した数を記載してください。
- 主として従事している職種を決めたい場合は、1～27の数字の若い順で優先して御記入ください。
- 派遣社員で対応している場合は、その数は職員数には含めないでください。

職員配置	常勤 (小数点1位まで)	非常勤 (小数点1位まで)
1. 管理者	. 人	. 人
2. 医師	. 人	. 人
3. 歯科医師	. 人	. 人
4. 薬剤師	. 人	. 人
5. 看護師	. 人	. 人
6. 准看護師	. 人	. 人
7. 介護支援専門員	. 人	. 人
8. うち主任介護支援専門員	. 人	. 人
9. 計画作成担当者	. 人	. 人
10. 介護職員	. 人	. 人
11. うち介護福祉士	. 人	. 人
12. 理学療法士	. 人	. 人
13. 作業療法士	. 人	. 人
14. 言語聴覚士	. 人	. 人
15. 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	. 人	. 人
16. はり師又はきゅう師	. 人	. 人
17. 生活相談員・支援相談員	. 人	. 人
18. うち社会福祉士	. 人	. 人
19. うち社会福祉主事又は社会福祉主事任用資格	. 人	. 人
20. 栄養士	. 人	. 人
21. うち管理栄養士	. 人	. 人
22. 歯科衛生士	. 人	. 人
23. 調理員	. 人	. 人
24. 事務職員	. 人	. 人
25. その他	. 人	. 人

### 【換算数の計算式】

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

<※1箇月に数回の勤務である場合>

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

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

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

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

①定員は、令和4年11月1日現在の状況でお答えください。

②利用者数は令和4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。

① 定員  _____ 人	② 利用者数  _____ 人(実人数)
---------------------	----------------------------

**問3-1 貴事業所における令和3年4月から令和4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。**

利用者数  _____ 人(実人数)
--------------------------

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

○入所前の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する行政区内	市内の他の行政区	他の市町村	合 計
事業対象者	人	人	人	人
要支援1	人	人	人	人
要支援2	人	人	人	人
要介護1	人	人	人	人
要介護2	人	人	人	人
要介護3	人	人	人	人
要介護4	人	人	人	人
要介護5	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人

↑  
問3②の利用者数と合致させてください

**問4-1 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。**

○入所前の居住地について御記入ください。

	事業所が位置する行政区内	市内の他の行政区	他の市町村	合計
自立	人	人	人	人
I	人	人	人	人
IIa	人	人	人	人
IIb	人	人	人	人
IIIa	人	人	人	人
IIIb	人	人	人	人
IV	人	人	人	人
M	人	人	人	人
合計	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5-1 問5の回答を選択した理由をご記入ください。**

[ ]

**問5-2 併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の専用床をお持ちの事業所にお聞きします。**

**併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用状況は、3年前と比較してどのように変化していますか。**

- |             |          |             |
|-------------|----------|-------------|
| 1. 利用が減っている | 2. 変わらない | 3. 利用が増えている |
|-------------|----------|-------------|

**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6-1 問6の回答を選択した理由を御記入ください。**

**問6-2 併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の専用床をお持ちの事業所にお聞きします。**

**併設の短期入所生活介護又は短期入所療養介護における3年後の利用状況は、現在と比較してどのようになるとお考えですか。**

- |          |          |           |
|----------|----------|-----------|
| 1. 利用が減る | 2. 変わらない | 3. 利用が増える |
|----------|----------|-----------|

**問6-3 問6-2の回答を選択した理由を御記入ください。**

**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。**  
**（令和4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 6箇月未満	6箇月以上 1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上	合計
人	人	人	人	人	人	人

**問7-1 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。**  
**（令和4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 3箇月未満	3箇月以上 6箇月未満	6箇月以上 1年未満	1年以上	合計
人	人	人	人	人	人

見本

**問8 入所（入居）前の居所について御記入ください。**

**（令和3年11月1日から令和4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	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	介護医療院	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		合 計	人

**問8-1 退所（退居）後の居所等について御記入ください。**

**（令和3年11月1日から令和4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	介護老人保健施設	人
居宅（家族と同居）	人	介護療養病床（病院）	人
養護老人ホーム	人	医療療養病床（病院）	人
軽費老人ホーム・ケアハウス	人	介護医療院	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
介護老人福祉施設	人	合 計	人

**問9 令和4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
---------

**問10 入所者の平均入所期間について御記入ください。**

※ 令和3年11月1日～令和4年10月31日までに施設を退所された方の平均値を御回答ください。

延べ退所者数 \_\_\_\_\_ 人      平均入所期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月

**事業運営上の課題等についてお聞きします。**

**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. 苦情解決第三者委員やオンブズパーソン等の第三者による苦情・相談システムの導入
3. 京都市介護サービス相談員の受入
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. 職員の人権意識の向上の取組
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、運営上の課題を教えてください。**

## 介護従事者の確保・処遇改善についてお聞きます。

**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（令和3年11月1日から令和4年10月31日まで）の採用者数、離職者※数をお聞きます。**

**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（令和3年11月1日から令和4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
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 貴事業所において、介護職員等の過不足※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。

	1 不足	2 大いに不足	3 やや不足	4 適当	5 過剰	6 いない 当該職種は
介護職員	1	2	3	4	5	6
看護職員	1	2	3	4	5	6
生活相談員	1	2	3	4	5	6
PT・OT・ST等	1	2	3	4	5	6
事業所全体でみた場合	1	2	3	4	5	6

**問14-1 問14の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、介護職員等の不足への対応状況について、該当するもの全てに「○」を選択してください。**

1. 別の事業所から人を借りるなど法人内で人のやりくりをしている
2. 今いる人員でなんとかやりくりをしている
3. ボランティアを活用している
4. 派遣会社を活用している
5. 人材紹介会社を活用している
6. ICTを導入して、事務手続きを簡略化している
7. 土日を営業日から除外するなど営業日を減らしている
8. 利用者の人数制限をしている
9. 他事業所を閉鎖して、人員を確保している
10. その他

（具体的に

**問14-2 問14の「事業所全体でみた場合」で「1. 大いに不足」「2. 不足」「3. やや不足」のいずれかに○を付けた事業所で、事業所が実施する業務の中で、特に人手が足りていない業務について、選択してください。**

1. 食事介助
2. 入浴介助
3. 排泄介助
4. 夜間帯の勤務
5. その他

（具体的に

**問15 貴事業所で外国人介護職員\*を雇用していますか。該当する項目に「○」を選択してください。また、「雇用している」と回答した事業所は人数と内訳を記載してください。**

※ 在留資格が「EPA」、「留学生」、「技能実習」、「特定技能1号」、「介護」の方

1. 雇用しておらず、今後も雇用の予定はない ⇒ 問15-1へ  
 2. 雇用していないが、今後は検討していく ⇒ 問16へ  
 3. 雇用している ⇒ 人数と内訳も記載ください。



	EPA	在留資格 (介護)	技能実習	特定技能1号	留学生	その他	合計
人数	人	人	人	人	人	人	人

**問15-1 問15で「1. 雇用しておらず、今後も雇用の予定はない」と回答した事業所は、その理由について該当するもの全てに「○」を選択してください。**

1. 利用者、従業員との意思疎通に支障があると思うから  
 2. 外国人介護職員を指導できる職員の確保が難しいから  
 3. 日本語文章力・読解力の不足により、介護記録の作成に支障があると思うから  
 4. 受け入れ方法や活用方法が分からないから  
 5. 受け入れ外国人の住居の確保が難しいと思うから  
 6. いずれ帰国してしまうなど人材の定着には繋がらないと思うから  
 7. 人件費以外に様々なコストがかかると思うから  
 8. 生活習慣等の違いにより、業務に支障があると思うから  
 9. その他

（具体的に

**問16** 貴事業所において、ICTや介護ロボットを導入しているでしょうか。導入しているタイプについて該当するもの全てに「○」を選択してください。また、効果についても該当する項目に「○」を選択してください。

内容	実施している	効果がある
1. 利用者請求（会計等）	1	1
2. 介護・業務記録（バイタルチェック等）	2	2
3. 勤怠管理	3	3
4. 移乗介護（パワーアシスト装着型機器等）	4	4
5. 移動支援（歩行支援機器等）	5	5
6. 排泄支援（排泄補助ロボット等）	6	6
7. 見守り（カメラ・センサー等）	7	7
8. 入浴支援（出入り用リフト等）	8	8
9. その他	9	9

**問16-1** 問16で「9. その他」を選択された場合、その具体的な内容を記入してください。

**問17 介護職員処遇改善加算（介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算含む）を届出されていない事業所にお聞きします。届出を行っていない理由を教えてください。**

<介護職員処遇改善加算>

<介護職員等特定処遇改善加算>

<介護職員等ベースアップ等支援加算>

### 関係機関との連携についてお聞きします。

**問18 業務に従事しておられる地域において、医療・介護関係者間の連携が進んでいると思われますか。**

1. 思う

2. 思わない

**問19 医療・介護連携を進めるために、どのような取組が必要と思われますか。**

1. 連携で困ったときに相談できる窓口
2. 患者・家族の在宅療養に関する普及・啓発
3. 在宅療養についての現状・課題，対応策等を検討・共有する協議の場
4. 関係機関のリスト・連絡先等の提供
5. 各施設・職種 of 役割について理解を深める機会
6. 医療側のための介護知識の習得・向上の機会
7. 介護側のための医療知識の習得・向上の機会
8. その他

（具体的に

