

3 在宅介護実態調査（本人向け、及びその介護者向け）

（1）本人に対する調査

■ 御記入上のお願い

1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。設問の冒頭に「あなた」と記載しているものについては全ての方に、波線（〇〇）で記載している設問は該当する方に、それぞれお答えをお願いします。

<記入例>

Q2 あなたの性別をお教えください。<○は1つ>

① 男性 2. 女性 3. 答えたくない 「男性」と回答する場合、「1」に○印

2 一部の質問には、具体的な内容を御記入いただく場合があります。その際、数字等の記入が必要な場合は、できるだけはつきりと御記入ください。

3 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも常時家族などの援助を受けている状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることを御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

「京都市民長寿すこやかプラン」 （京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）とは

本市では、高齢者施策を総合的に推進するため、3年ごとに、「高齢者保健福祉計画」と「介護保険事業計画」を一体的に策定し、両計画の総称を「京都市民長寿すこやかプラン」としています。

高齢者保健福祉計画は、元気な高齢者への健康づくりや生きがいづくり、ひとり暮らし高齢者への生活支援をはじめ、寝たきり、認知症、要介護状態になることを予防するサービスの提供、さらには要介護高齢者への介護サービスの提供など、本市に暮らす高齢者を対象とした保健サービスや福祉サービス全般にわたる供給体制づくりなどについて定めたものです。

介護保険事業計画は、地域における介護サービスの必要量を見込み、それを確保するための方策や介護保険料算定の基礎となる財政規模のほか、介護保険を円滑に運営するために必要な事業などについて定めたものです。

この調査は、令和6年度からの次期「京都市民長寿すこやかプラン」（令和6年度から令和8年度まで）策定の基礎資料とするため、実施するものです。

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための すこやかアンケート 御協力のおお願い

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」（京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画）を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査票の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に則して定めたものです。

対象となられる方は、「在宅介護の実態把握」を主眼として、市内にお住まいの介護保険制度の要介護（要支援）認定を受けておられる65歳以上の方（令和4年10月1日現在）の中から無作為に抽出させていただきました約2,000人の皆様です。

なお、本調査につきましては、御回答いただきましたアンケート結果と皆様の要介護状態や介護サービスの利用状況等を架合のうえ、個人が特定される情報を割愛させていただきます。統制情報として、分析・調査及び今後の施策に反映させていただきます。何卒御理解ください。

また、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

■ 御返送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして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（切手は不要です）。

■ 御記入いただく方について

この調査票は、原則として、あて名の御本人がお答えいただくことを想定していますが、健康状態などにより御本人によるお答えができない場合は、御本人の状況がわかる方が御本人の意思を確認しながら御記入いただくか、御本人の立場に立って御記入ください。

■ 調査に関するお問い合わせ

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

令和4年11月
京都市

あなた（あて名の御本人）の状況について、お伺いします

Q 1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。

<あてはまるものすべてに○>

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

Q 2. あなた（あて名の御本人。以下の間も同じです。）の世帯類型について、御回答ください。<○は1つ>

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

Q 3. あなたの性別について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. 答えたくない |
|-------|-------|-----------|

Q 4. あなたの年齢について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65～69歳 | 2. 70～74歳 | 3. 75～79歳 |
| 4. 80～84歳 | 5. 85～89歳 | 6. 90歳以上 |

Q 5. あなたの要介護度について、御回答ください。<○は1つ>

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 要支援 1 | 2. 要支援 2 | 3. 要介護 1 |
| 4. 要介護 2 | 5. 要介護 3 | 6. 要介護 4 |
| 7. 要介護 5 | 8. わからない | |

Q 6. あなたの現時点での施設等への入所・入居の検討状況について、御回答ください。<○は1つ>

- | |
|----------------------|
| 1. 入所・入居を検討していない |
| 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。

Q 7. あなたが、現在抱えている傷病について、御回答ください。

<あてはまるものすべてに○>

- | | |
|----------------------------|-------------|
| 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） | 8. 変形性関節疾患 |
| 7. 膠原病（関節リウマチ含む） | 10. パーキンソン病 |
| 9. 認知症 | 12. 糖尿病 |
| 11. 難病（パーキンソン病を除く） | |
| 13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの） | |
| 14. その他（具体的に：) | |
| 15. なし | 16. わからない |

Q 8. あなたが令和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ましたか。<○は1つ>

- | | |
|------------|--------|
| 1. 利用した | ⇒Q8-1へ |
| 2. 利用していない | ⇒Q8-2へ |

Q8-1. Q.8で「1. 利用した」と回答した方にお伺いします。以下の介護保険サービスについて、令和4年11月の1か月間の利用状況を御回答ください。対象の介護保険サービスを利用していない場合は、「1. 利用していない」を選択してください。<○はそれぞれ1つ>

	1週間あたりの利用回数（それぞれ1つに○）					
	1. 利用していない	2. 週1回程度	3. 週2回程度	4. 週3回程度	5. 週4回程度	6. 週5回以上
(1) 訪問介護（ホームヘルプサービス）	1	2	3	4	5	6
(2) 訪問入浴介護	1	2	3	4	5	6
(3) 訪問看護	1	2	3	4	5	6
(4) 訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5	6
(5) 通所介護（デイサービス）	1	2	3	4	5	6
(6) 通所リハビリテーション（デイケア）	1	2	3	4	5	6
(7) 夜間対応型訪問介護 （※訪問のあった回数を回答）	1	2	3	4	5	6
	利用の有無について（○は1つ）					
(8) 定期巡回・随時対応型訪問看護	1. 利用していない	2. 利用した				
(9) 小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した				
(10) 看護小規模多機能型居宅介護	1. 利用していない	2. 利用した				
(11) ショートステイ（1か月あたりの利用日数）<○は1つ>	1. 利用していない					
	2. 月1～7日程度	3. 月8～14日程度				
	4. 月15～21日程度	5. 月22日以上				
(12) 居宅療養管理指導（1か月あたりの利用回数）<○は1つ>	1. 利用していない					
	2. 月1回程度	3. 月2回程度				
	4. 月3回程度	5. 月4回程度				

Q8-2. Q.8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j利用していない理由は何ですか。<あてはまるものすべてに○>

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や利用方法が分からない
9. その他（具体的に：)

Q9. あなたが現在利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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. 外出同行（通院、買い物など）
7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等）
8. 見守り、声掛け
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他（具体的に：)
11. 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」に含まれます。

Q10. あなたが、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、御回答ください。<あてはまるものすべてに○>

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. 外出同行（通院、買い物など）
7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等）
8. 見守り、声掛け
9. サロンなどの定期的な通いの場
10. その他（具体的に：)
11. 特になし

※ 介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスにも含まれます。

(2) 介護者に対する調査

主な介護者の方にお伺いします

Q 1. 現在、この調査票に御回答をいただいているのは、どなたですか。〈○は1つ〉

1. あて名の御本人 (本調査のあて名の方で、御家族や御親族から介護を受けている方をいいます。)
2. 主な介護者の方

Q 2. 御家族や御親族の中で、御本人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。)
 ※自営業や農林水産業のお仕事を辞めた方を含みます。
 <あてはまるものすべてに○>

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

Q 3. 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 (具体的に:)

Q 4. 主な介護者の方の性別について御回答ください。〈○は1つ〉

1. 男性
2. 女性

Q 5. 主な介護者の方の年齢について御回答ください。〈○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

次期「京都市民長寿すこやかプラン」策定のための

すこやかアンケート(介護者の方)御協力をお願いします

京都市では、高齢者の方々が安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、「すこやかアンケート」を3年に一度実施しています。

この度実施する調査は、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間とする次期「京都市民長寿すこやかプラン」(京都市高齢者保健福祉計画・京都市介護保険事業計画)を策定するための基礎資料として利用するとともに、今後の高齢者保健福祉施策を進める上での参考とするために行うものです。また、本調査の各項目は、厚生労働省が行う「在宅介護実態調査」に則して行われたものです。

対象となられる方は、「在宅介護の実態把握」を主眼として、同封の「すこやかアンケート」のQ13で、「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」～「5. ほぼ毎日ある」を選択された方に御協力をお願いするものです。

「主な介護者」の方の御回答・御記入が難しい場合は、御本人様(調査対象者様)に御回答・御記入をお願いします(御本人様の御回答・御記入が難しい場合は、無回答で結構です)。

なお、お答えいただいた内容は、調査の目的にのみ利用し、皆様には不利益のないよう、秘密の保持には万全を期しています。

時節柄、何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

令和4年11月
京都市

■ 御送いただく期日

調査票は、御記入の後、無記名のまま3つ折りにして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(印手は不要です)。

■ 御記入上のお願ひ

1 回答は、あてはまる番号に○印をつけてください。質問によっては、1つのみ回答していただくものと、複数回答していただくものがあります。質問に従ってお答えください。

<記入例>

Q 4. 主な介護者の方の性別について、御回答ください。〈○は1つ〉
① 男性 2. 女性 3. 答えたくない ◻ 男性」と回答する場合、「1」に○印

2 この調査で使う用語の意味は次のとおりです。
介護…介護保険のサービスを受けている場合のほか、認定を受けていない場合でも常時家族などの養護を受けている状態

■ その他

本調査は、本市における高齢者保健福祉施策を推進するために実施する調査であることと御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

■ 調査に関するお問い合わせ

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア課
 (担当：津田、木下)
 電話 : 075 (213) 5871
 FAX : 075 (213) 5801

Q6. 現在、主な介護者の方が行っている介護等について御回答ください。

<あてはまるものすべてに○>

<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

Q7. 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御回答ください（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、特になし
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

Q8. 主な介護者の方の現在の勤務形態について、御回答ください。<○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
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

⇒08-1~08-3へ } ⇒09へ

Q8-1. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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すか。

<あてはまるものすべてに○>

1. 特に行っていない
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

Q8-2. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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。

<○は3つまで>

1. 自営業・フリーランス等のため、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（フレックスタイト制など）
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. 特になし
11. 主な介護者に確認しないとわからない

Q8-3. Q8で「1. フルタイムで働いている」又は「2. パートタイムで働いている」と回答した方にお聞きします。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。<○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

Q9. 主な介護者の方は18歳未満の子供がいますか。〈○は1つ〉

1. はい

2. いいえ

Q10. 介護を受けている方（本調査のあて名の方）の、介護に使用される紙おむつの使用量について御回答ください。〈○は1つ〉

1. 1日3回

2. 1日4回

3. 1日5回

4. 1日6回以上

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

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

【換算数の計算式】
職員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箇月に転回の施設である場合>
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)

※職員の勤務時間は表紙に応じて、算出してください。管理員等の職種で、事業者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。得られた数値が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	② 利用者数	
人	人	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6-1 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

事業運営上の課題等についてお聞きします。

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、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

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. 職員の給与引上げ
 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（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	
	採用者	離職者	採用者	離職者	採用者	離職者	採用者	離職者	採用者	離職者
正規職員	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
非常勤労働者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
短時間労働者	人	人	人	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 大 に 足 り	2 不 足	3 や や 不 足	4 適 当	5 過 剰	6 当 該 職 種 は い な い
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」、「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. いずれの国籍にしても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 (パワーアシスト装置型機器等)	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。

