

高齢者の福祉や介護に関するアンケート調査【事業所調査】

ご協力をお願い

介護保険事業関係者の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

現在、町田市では、2024～2026年度の介護保険のサービス量の見込みや、介護保険料等について定める「第9期町田市介護保険事業計画」策定の準備を進めています。同計画の策定にあたって、市内介護保険事業所等の皆さまのご意見やご要望などを基礎資料として活用させていただきたく、「事業所調査」を実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

なお、ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。

2022年11月 町田市

ご記入についてのお願い

- ① 事業所単位でご記入ください。
- ② 濃い鉛筆又は黒のボールペンで記入してください。
- ③ お答えをいただく際は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。
- ④ ○の数は、それぞれの質問の指示に従ってください。
- ⑤ 「その他」に○印をつけられた方は、()内に具体的に記入してください。
- ⑥ 事業種ごとに、回答いただく設問を、以下のマークで示しております。
大変お手数ですが、マークを確認いただき、該当設問にお答えください。

| | |
|------------|---|
| 共通 | 全事業所の方がお答えください |
| 支セ | 高齢者支援センター |
| C M | 居宅介護支援事業所 |
| 在宅系 | 居宅サービス(訪問介護、通所介護、特定施設等)※地域密着型を含む |
| 入所系 | 介護3施設(特養・老健・療養型)※地域密着型特養を含む 特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 |

- 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、
11月30日（水）までにご投函ください。
- 調査についてご質問などがありましたら、下記までお問い合わせください。

【問合せ先】 町田市いきいき生活部いきいき総務課企画総務係
〒194-8520 東京都町田市森野 2-2-22
電話 042-724-2916

《事業所状況についておたずねします》

問1 貴事業所の所在地をお答えください。(○は1つ) **共通**

1. 堺第1 (相原町)
2. 堺第2 (小山町、小山ヶ丘、上小山田町)
3. 忠生第1 (下小山田町、忠生、小山田桜台、矢部町、常盤町、根岸町、根岸、函師町)
4. 忠生第2 (山崎町、山崎、木曾町、木曾西、木曾東)
5. 鶴川第1 (小野路町、野津田町、金井、金井町、大蔵町、薬師台、金井ヶ丘)
6. 鶴川第2 (能ヶ谷、三輪町、三輪緑山、広袴町、広袴、真光寺町、真光寺、鶴川)
7. 町田第1 (原町田、中町、森野、旭町)
8. 町田第2 (本町田、藤の台)
9. 町田第3 (玉川学園、東玉川学園、南大谷)
10. 南第1 (鶴間、小川、つくし野、南つくし野、南町田)
11. 南第2 (金森、金森東、南成瀬、成瀬が丘)
12. 南第3 (成瀬、西成瀬、高ヶ坂、成瀬台)

問2 組織形態をお答えください。(○は1つ) **共通**

- | | | | |
|-----------|---------|---------|--------|
| 1. 社会福祉法人 | 3. 財団法人 | 5. 株式会社 | 7. その他 |
| 2. 社団法人 | 4. 医療法人 | 6. NPO | () |

問3 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) **共通**

開設時期 西暦 年 月

問4 貴事業所の種類(あて名ラベルに記載のサービス種別)をお答えください。(〇は1つ) **共通**

| | | |
|-----------|------------|--|
| 共通 | C M | 1. 居宅介護支援 |
| | 在宅系 | 2. 訪問介護 (国基準型訪問サービス、市基準型訪問サービスを含む) 3. 訪問入浴介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハビリテーション 6. 通所介護 (国基準型通所サービス、市基準型通所サービスを含む) 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. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 11. 夜間対応型訪問介護 12. 認知症対応型通所介護 13. 小規模多機能型居宅介護 14. 看護小規模多機能型居宅介護 15. 地域密着型通所介護 |
| | 入所系 | 16. 介護老人福祉施設 17. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 18. 介護老人保健施設 19. 介護療養型医療施設 20. 特定施設入居者生活介護 21. 認知症対応型共同生活介護 |
| | 支セ | 22. 高齢者支援センター |

《利用者の状況についておたずねします》

問5 貴事業所(問4で○をつけたサービス種別の事業所)の2022年10月の利用者は何人ですか。

要介護度別に市民・市民以外の方の内訳を記入してください。

共通

※高齢者支援センター、居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護については、利用者数のみ記入してください。

※(看護)小規模多機能居宅介護については、定員ではなく、登録定員を記入してください。

※訪問介護、通所介護については、総合事業(国基準型サービス、市基準型サービス)も含めて記入してください。

| | | | |
|-----------|---|----------|---|
| 定員または登録定員 | 人 | 平均利用者数/日 | 人 |
|-----------|---|----------|---|

【利用者数(実人数)】

| 利用者の状態 | 町田市民 | 市民以外の方 | 計 |
|-----------|------|--------|---|
| 事業対象者 | 人 | 人 | 人 |
| 要支援1 | 人 | 人 | 人 |
| 要支援2 | 人 | 人 | 人 |
| 要介護1 | 人 | 人 | 人 |
| 要介護2 | 人 | 人 | 人 |
| 要介護3 | 人 | 人 | 人 |
| 要介護4 | 人 | 人 | 人 |
| 要介護5 | 人 | 人 | 人 |
| 申請中・暫定プラン | 人 | 人 | 人 |
| 計 | 人 | 人 | 人 |

問6 貴事業所の利用者が、利用を終了する理由は何ですか。終了する理由として多いものを上位3位まで選んで、チェックをつけてください。**共通**

※高齢者支援センター、居宅介護支援事業所は回答不要です。

| | 第1位 | 第2位 | 第3位 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 利用者の状態が改善し、生活支援(見守り、家事、外出支援等)が不要になったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 利用者の状態が改善し、身体介護(食事や入浴、排せつなど利用者の身体に触れて行う介助サービス)が不要になったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 認知症の症状が改善したから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 医療的ケア・医療措置の必要性が下がったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 要介護から要支援になったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 要支援から要介護になったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などの常に介護保険サービスが受けられる施設に入ったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 費用負担が重くなったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. お亡くなりになったから | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. その他() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問7 サービスの利用を終了する者がでた場合、すぐに次のサービスの利用者が見つかりますか。(○は1つ)**共通**

※高齢者支援センター、居宅介護支援事業所は回答不要です。

1. 次のサービス利用者がすぐに見つかる
2. 次のサービス利用者が1か月以内に見つからない場合がある(入居・入所系の場合は、待機者の方に入所を断られる場合がある)
3. 次のサービス利用者を見つけるのに1か月以上かかり苦労している(入居・入所系の場合は、待機者の方に頻繁に入所を断られる)
4. その他()

※問7で「2.」または「3.」と回答した事業所におたずねします

→問 7-1 断られたときの主な理由は何ですか。(当てはまるもの全てに○)**共通**

1. まだ介護一人で介護保険サービスなしに在宅で生活できるから
2. 家族の支援で介護保険サービスなしに在宅で生活できるから
3. 居宅介護サービスがあれば在宅で生活できるから
4. 第一希望の施設でないから
5. 自宅または家族の家から遠い
6. 費用が高いから
7. 入院したから
8. 本人・家族の準備ができていないから
9. 現在の状態から変更するのが面倒だから
10. その他()

問8 町田市におけるサービスの充足度をどのようにとらえていますか。(全てのサービスについて、各サービス1つずつ○をつけてください)また1～4を選んだ理由を、a～cから選択してください。**共通**

| サービス種別 | 1 過剰 | 2 おおむね充足 | 3 やや不足 | 4 不足 | 5 わからない |
|---------------|-------------------------------------|-------------|-----------|---------|------------|
| ① 居宅介護支援 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ② 訪問介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ③ 通院等乗降介助 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ④ 訪問入浴介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑤ 訪問看護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑥ 訪問リハビリテーション | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑦ 通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑧ 通所リハビリテーション | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑨ 短期入所生活介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑩ 短期入所療養介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑪ 特定施設入居者生活介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |
| ⑫ 福祉用具貸与 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他() | | | | |

| サービス種別 | 1 過剰 | 2 おおむね充足 | 3 やや不足 | 4 不足 | 5 わからない |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------|---------|------------|
| ⑬ 特定福祉用具販売 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑭ 介護老人福祉施設 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑮ 介護老人保健施設 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑯ 介護医療院 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑰ 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑱ 認知症対応型通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑲ 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ⑳ 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ㉑ 看護小規模多機能型 居宅介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ㉒ 認知症対応型共同生活介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ㉓ 地域密着型通所介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |
| ㉔ 夜間対応型訪問介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 【選んだ理由】 a.近隣にある b.近隣にない c.その他 () | | | | |

《事業運営についておたずねします》

問9 貴事業所での、最新の決算状況はいかがでしたか。(〇は1つ)

また赤字の場合その原因はなんですか。(〇は1つ)共通

※高齢者支援センターは回答不要です。

- | | |
|------------|--|
| 1. 黒字 | |
| 2. 赤字 | 1. 原因 a. 利用者が少ない c. 新型コロナウイルス感染症の影響 b. 当初の見込みよりも利益がでない d. その他 () |
| 3. 損益なし | |
| 4. その他 () | |

問10 貴事業所の運営課題について、どのように考えていますか。(当てはまるもの全てに〇)共通

- | | |
|---------------------|--|
| 1. 利用者・入所（入居）者の確保 | |
| 2. サービス内容の充実 | |
| 3. 職員の確保 | |
| 4. 職員の研修体制 | |
| 5. リスクマネジメントの強化 | |
| 6. 利用者からの苦情・クレームの対応 | |
| 7. 他機関（他事業所等）との連携 | |
| 8. その他 () | |

問11 貴法人における今後3年間の事業展開について、どのように考えていますか。(〇は1つ)共通

- | |
|-----------|
| 1. 拡大予定 |
| 2. 事業転換予定 |
| 3. 現状維持 |
| 4. 縮小予定 |
| 5. 検討中 |

《人材育成・確保についておたずねします》

問 12 貴事業所(問4で○をつけたサービス種別の事業所)に所属する職員について、おたずねします。共通

※ここでの「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 12-1 2022年10月1日時点での職員の総数をご記入ください。共通

| | 正規職員 | 非正規職員 |
|-----------|------|-------|
| (ア)介護職員 | 人 | 人 |
| (イ)看護職員 | 人 | 人 |
| (ウ)理学療法士 | 人 | 人 |
| (エ)作業療法士 | 人 | 人 |
| (オ)言語聴覚士 | 人 | 人 |
| (カ)その他の職員 | 人 | 人 |

問 12-2 2022年10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たずねします。共通

過去1年間(2021年10月1日～2022年9月30日)の職員の採用者数と離職者数をご記入ください。

| | 採用者数 | 離職者数 |
|-----------|------|------|
| (ア)介護職員 | 人 | 人 |
| (イ)看護職員 | 人 | 人 |
| (ウ)理学療法士 | 人 | 人 |
| (エ)作業療法士 | 人 | 人 |
| (オ)言語聴覚士 | 人 | 人 |
| (カ)その他の職員 | 人 | 人 |

問 12-3 12-2 の採用者・離職者について、正規・非正規別、年齢別をご記入ください。(数値を記入) **共通**

※採用者・離職者数それぞれの合計数が、問 12-②で記入した採用者・離職者数と合致するようご記入ください。

| 職種 | 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 |
| (ア) 介護職員 | 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 |

| 職種 | 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 |
| (イ) 看護職員 | 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 |
| (ウ) その他の職員 | 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 13 貴事業所は、必要とする職員数を常時確保できていますか。(○は1つ) **共通**

(必要とする職員数は人員基準に基づく人数だけには限りません)

1. 常時確保できている
2. ほぼ確保できている
3. 確保できていない時がある
4. 確保することが難しい
5. その他 ()

問 14 職員の確保をどのような方法で行っていますか。(当てはまるもの全てに○) **共通**

1. ハローワーク（公共職業安定所）に求人票を出している
2. 福祉系の学校（大学、専門学校、高校）に求人票を出している
3. 新聞や職業紹介雑誌に求人広告を掲載している
4. 就職相談会等の機会にブースを設けている
5. 事業所で就職説明会を開催している
6. インターネットや携帯ツールを介して募集している
7. 再就職の勧誘を推進している
8. 有料職業紹介、人材派遣を利用している
9. 町田市介護人材バンクを利用している
10. その他 ()

問 15 職員の新規雇用を拡大するために、今後どのような方策を計画・検討していますか。 **共通**

(当てはまるもの全てに○)

1. 住宅確保の支援、あるいは家賃の補助を行う
2. 元気高齢者（アクティブシニア）の雇用を増やす
3. 外国人職員の雇用を増やす
4. 資格取得等に必要な受講料等の奨学金制度を設ける
5. 施設内保育、施設内託児室などを設ける
6. 介護実習生の受け入れを拡大する
7. その他 ()

問 16 過去1年間に離職した職員について、考えられる離職理由は何ですか。(当てはまるもの全てに○) **共通**

1. 過去1年間に離職者はいなかった
2. 法人や事業所の理念や運営のあり方との相違
3. 職場の人間関係
4. 賃金が低い
5. 条件の良い仕事、職場への転職
6. 結婚・出産・妊娠・育児
7. 親の介護
8. 仕事がきついため
9. 本人の病気
10. その他 ()
11. 不明

問 17 職員の就労継続のために、どのような取り組みを行っていますか。(当てはまるもの全てに○) **共通**

1. 賃金・労働時間等の改善
2. 能力や仕事ぶりの評価実施と配置や処遇への反映
3. 非正規職員から正規職員への転換
4. 研修などの能力開発の充実
5. 勤務日や労働時間（時間帯・総労働時間）の調整
6. 業務の改善や効率化等による働きやすい職場づくり
7. 職場環境の改善
8. 福利厚生の実施
9. 職員の健康管理の支援
10. その他（ ）
11. 特にない

問 18 町田市介護人材開発センターを知っていますか。(○は1つ) **共通**

1. 知っていて、研修に参加したことがある
2. 知っているが、研修に参加していない（したことがない）
3. 知らない

※問 18 で「1.」または「2.」と回答した事業所におたずねします

▶ 問 18-1 町田市介護人材開発センターに求めることは何ですか。具体的にお書きください。 **共通**

《地域包括ケアシステムについておたずねします》

問 19 地域包括ケアシステムの推進に向けて、事業所が、今後、強化すべきと思う取り組みは何ですか。
(当てはまるもの全てに○) **共通**

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護予防、フレイル予防への取り組み 2. 多職種事業所間のネットワークの構築と強化 3. 地域ケア会議で挙げられた課題の共有 4. 高齢者支援センターのさらなる機能強化 5. 地域包括ケアの具体的な事例の共有 6. 生活支援コーディネーターの育成 7. 町内会・自治会、ボランティア等の地域資源との連携の強化 8. 要介護度改善（自立支援介護）を目的とした連携 9. 認知症の人やその家族の視点を重視した地域づくり | <ol style="list-style-type: none"> 10. 家族介護者への支援 11. 在宅医療を支える医療・介護連携の推進 12. 情報共有のためのICT等の活用 13. 介護の人材確保・育成・定着への取り組み 14. 在宅での看取り体制の強化 15. 地域の特性に応じた介護保険サービス提供体制の構築 16. 市民への啓発 17. 新たな担い手（元気高齢者など）の活躍支援 18. その他（ ） |
|--|---|

問 20 「認知症にやさしいまち」の目指すべき姿として町田市が独自に設定している「16 のまちだアイ・ステートメント」について、該当するものを1つ選択してください。**共通**

1. 内容を理解しており、日々の業務の中で活用している
2. 内容を理解している
3. 聞いたことはあるが、内容は分からない
4. 知らない

問 21 次のうち、他事業所と連携して取り組んでいることはありますか。(当てはまるもの全てに○)**共通**

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 勉強会・ケース検討会の共同開催 | 6. 技術的に対応できない場合の紹介・連携 |
| 2. 合同研修の実施 | 7. 運営推進会議の開催 |
| 3. 人事交流の実施 | 8. イベントの実施 |
| 4. 事業環境などの情報交換 | 9. その他 () |
| 5. 定員オーバーや空きがある際の紹介・連携 | 10. 特に連携していない |

問 22 医療ニーズがある方への対応について、どのような課題がありますか。(当てはまるもの全てに○)**共通**

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. かかりつけ医、病院等との緊急時の連絡体制の整備 | 5. 病状の急変時の対応マニュアルの作成 |
| 2. 訪問看護との連携 | 6. 痰の吸引等の医療的ケアに関する研修の充実 |
| 3. 基本的な医学知識の習得（職員） | 7. その他 () |
| 4. 在宅療養に対する市民への理解啓発 | |

問 23 看取り対応をしていますか。(○は1つ)**共通**

※居宅介護支援、高齢者支援センターは回答不要です。

※加算の取得の有無ではありません。

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

問 24 医療機関と連携して取り組んでいることはありますか。(当てはまるもの全てに○)**共通**

1. 利用者の健康管理や処置について助言を受けている
2. 提携病院があり、一般的な入院を受け入れてもらっている
3. 急変時の入院を依頼できる病院がある
4. 緊急時の対応体制を確保してもらっている
5. 職員研修を支援してもらっている
6. その他 ()
7. 特に連携していることはない

《運営に関する基準への取り組みについておたずねします》

問 25 業務継続計画(BCP)を策定し、当該計画に従い、研修及び訓練をしていますか。(○は1つ) **共通**

- | | | | |
|----------|---|---|--------------|
| 1. している | | | |
| 2. していない | → | 年 | 月までに策定等を実施予定 |
| 3. 検討中 | → | 年 | 月までに策定等を実施予定 |

問 26 2022(令和 4)年 4 月 1 日から義務化となった、パワーハラスメント防止の取り組みについて、指針を定め、研修を実施し、相談窓口を設けてその情報を周知していますか。(○は1つ) **共通**

- | |
|--|
| 1. 指針と研修を非常勤職員等を含む全従業者に実施し、外部及び内部の相談窓口を設け、その情報を全従業者に周知している。 |
| 2. 指針と研修を一部の従業者（正規職員や管理職など）に実施し、外部及び内部の相談窓口を設け、その情報を一部の従業者にのみ周知している。 |
| 3. 指針と研修を非常勤職員等を含む全従業者に実施し、内部の相談窓口のみ設け、その情報を全従業者に周知している。 |
| 4. 指針と研修を一部の従業者（正規職員や管理職など）に実施し、内部の相談窓口のみ設け、その情報を一部の従業者にのみ周知している。 |
| 5. 全く対応していない。 ⇒今後対応する予定は、 a. ある b. ない |

問 27 高齢者虐待の防止に関する指針を定め、委員会及び担当者の設置、研修を実施をしていますか。

(○は1つ) **共通**

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------|
| 1. 非常勤職員等を含む全従業者に対し実施している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 2. 一部の従業者（正規職員や管理職など）に対してのみ実施している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 3. 実施していないが、今後実施を予定している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 4. 実施していない | | | |

問 28 感染症の予防及びまん延防止のための措置について、指針を定め、委員会の設置、研修及び訓練を実施していますか。(○は1つ) **共通**

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------|
| 1. 非常勤職員等を含む全従業者に対し実施している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 2. 一部の従業者（正規職員や管理職など）に対してのみ実施している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 3. 実施していないが、今後実施を予定している | → | 年 | 月までに全従業者へ実施する |
| 4. 実施していない | | | |

《町田市への要望などについておたずねします》

問 29 介護保険や高齢者福祉に関するご意見がございましたらお書きください。(自由記述) **共通**

※ご記入いただいた内容についての個別の回答は控えさせていただきますので、予めご了承ください。

問 30 町田市に対し、ご要望があれば、自由にお書きください。(自由記述) **共通**

※ご記入いただいた内容についての個別の回答は控えさせていただきますので、予めご了承ください。

この後は事業種別ごとの回答が必要な質問となります。
設問内に記載の事業種別にて該当の項目にお答えください。

回答いただく事業種別の表記例

| | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| 支セ = 高齢者支援センター | 密着デイ = 地域密着型通所介護 | (看)小多機 = (看護)小規模多機能型居宅介護 |
| CM = 居宅介護支援事業所 | 認知デイ = 認知症対応型通所介護 | GH = 認知症対応型共同生活介護 |
| 入所系 = 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護 | 総合事業通所 = 国基準型通所サービス、市基準型通所サービス | 定期巡回 = 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| | 総合事業訪問 = 国基準型訪問サービス、市基準型訪問サービス | 夜間 = 夜間対応型訪問介護 |
| | 通所 = 通所介護 | 密着特養 = 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| | 訪問 = 訪問介護 | |

問 31 2027(令和9)年3月末までに、管理者は主任ケアマネジャーの資格を取得する必要があります。

この内容について、以下に○をつけてください。(○は1つ) 回答事業所: **CM** のみ

1. 知っている 2. 知らない

▶ 現在、管理者は主任ケアマネジャー資格を、

1. 持っている 2. 持っていない

- 2022年度内に、市の推薦を受けて都の研修を受講することが決まっている
- 2023年度に資格を取得のために、市の受講募集に応募予定である。
- 2024年度に資格を取得のために、市の受講募集に応募予定である。
- 2025年度に資格を取得のために、市の受講募集に応募予定である。
- 2026年度に資格を取得のために、市の受講募集に応募予定である。
- 2027年度に資格を取得のために、市の受講募集に応募予定である。

問 32 直近3年以内に、下記サービスの利用を紹介したことがありますか。

「A.」または「B.」を選択した場合、その理由は何ですか。 回答事業所: **支セ** **CM** **入所系**

| サービス名 | 紹介状況・利用状況 (○は1つ) | 未紹介または未利用の理由 (当てはまるものすべてに○) |
|---------------------|-----------------------------|--|
| ①通所介護 (地域密着型を含む) | A. 紹介したことがない | a. サービス内容の詳細がわからない b. 近くに事業所がない c. 料金が低い d. 他サービスで対応できる e. その他 () |
| | B. 紹介したが利用に至らなかった | |
| | C. 紹介して利用している もしくは利用していた | |
| ②認知症対応型 通所介護 | A. 紹介したことがない | a. サービス内容の詳細がわからない b. 近くに事業所がない c. 料金が低い d. 他サービスで対応できる e. その他 () |
| | B. 紹介したが利用に至らなかった | |
| | C. 紹介して利用している もしくは利用していた | |

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|--|
| ③認知症対応型 共同生活介護 | A.紹介したことがない | → | a.サービス内容の詳細がわからない b.近くに事業所がない c.料金が高い d.他サービスで対応できる e.その他 () |
| | B.紹介したが利用に至らなかった | | |
| | C.紹介して利用している もしくは利用していた | | |
| ④(看護)小規模 多機能型居宅介護 | A.紹介したことがない | → | a.サービス内容の詳細がわからない b.ケアマネジャーが変わることを利用者が好まない c.料金が高い d.他サービスで対応できる e.その他 () |
| | B.紹介したが利用に至らなかった | | |
| | C.紹介して利用している もしくは利用していた | | |
| ⑤定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | A.紹介したことがない | → | a.サービス内容の詳細がわからない b.ホームヘルパーが変わることを利用者が好まない c.料金が高い d.他サービスで対応できる e.その他 () |
| | B.紹介したが利用に至らなかった | | |
| | C.紹介して利用している もしくは利用していた | | |
| ⑥夜間対応型 訪問介護 | A.紹介したことがない | → | a.サービス内容の詳細がわからない b.夜間の訪問介護の利用希望がない c.料金が高い d.他サービスで対応できる e.その他 () |
| | B.紹介したが利用に至らなかった | | |
| | C.紹介して利用している もしくは利用していた | | |

問 33 利用者本人から利用希望の多いサービスはありますか。該当する番号に○をしてください。

回答事業所: 支セ CM

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 訪問介護 | 16. 訪問リハビリテーション |
| 2. 訪問看護 | 17. 通所介護 |
| 3. 夜間対応型訪問介護 | 18. 通所リハビリテーション |
| 4. 居宅療養管理指導 | 19. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 5. 認知症対応型通所介護 | 20. 短期入所療養介護 |
| 6. 小規模多機能型居宅介護 | 21. 福祉用具購入 |
| 7. 短期入所生活介護 | 22. 介護老人福祉施設 |
| 8. 福祉用具貸与 | 23. 介護老人保健施設 |
| 9. 住宅改修 | 24. 特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム) |
| 10. 地域密着型介護老人福祉施設 | 25. 認知症対応型共同生活介護 |
| 11. 介護療養型医療施設・介護医療院 | 26. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 12. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 27. 住宅型有料老人ホーム |
| 13. 地域密着型通所介護 | 28. 特にない |
| 14. 訪問入浴介護 | |
| 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |

問 34 利用者の家族から利用希望の多いサービスはありますか。該当する番号に○をしてください。

回答事業所: 支セ CM

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 訪問介護 | 16. 訪問リハビリテーション |
| 2. 訪問看護 | 17. 通所介護 |
| 3. 夜間対応型訪問介護 | 18. 通所リハビリテーション |
| 4. 居宅療養管理指導 | 19. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 5. 認知症対応型通所介護 | 20. 短期入所療養介護 |
| 6. 小規模多機能型居宅介護 | 21. 福祉用具購入 |
| 7. 短期入所生活介護 | 22. 介護老人福祉施設 |
| 8. 福祉用具貸与 | 23. 介護老人保健施設 |
| 9. 住宅改修 | 24. 特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム) |
| 10. 地域密着型介護老人福祉施設 | 25. 認知症対応型共同生活介護 |
| 11. 介護療養型医療施設・介護医療院 | 26. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 12. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 27. 住宅型有料老人ホーム |
| 13. 地域密着型通所介護 | 28. 特にない |
| 14. 訪問入浴介護 | |
| 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |

問 35 問 33 と問 34 で利用希望が多いと答えたサービスについて利用希望を断られたことはありますか。あてはまるものに○を1つつけてください。また、断られた理由がわかっている場合は事業種別と理由を記載してください。

回答事業所: 支セ CM

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

| 事業種別 | 断られた理由 |
|------|--|
| | 1. 定員に空きがない 2. 送迎や訪問のサービス提供実施地域外 3. その他() |
| | 1. 定員に空きがない 2. 送迎や訪問のサービス提供実施地域外 3. その他() |
| | 1. 定員に空きがない 2. 送迎や訪問のサービス提供実施地域外 3. その他() |

問 36 利用者または利用者家族に希望されるサービス内容はどれですか。各項目に1つ〇をつけてください。

また、それらのサービスは利用者または利用者家族の希望どおりに利用できていますか。

いる・いないどちらかに1つ〇をつけ、いない場合には可能な限り理由を記載してください。

回答事業所: CM 支セ 密着デイ 認知デイ 総合事業通所

| サービス内容 | 希望が多い | まあまあ希望あり | あまり希望がない | 全くない | 希望どおり利用できるか | できていない理由 |
|-----------------------------|-------|----------|----------|------|-------------|----------|
| ①運動器機能向上 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| ②栄養改善 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| ③口腔機能向上 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| ④認知症予防 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| ⑤外出支援 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| ⑥入浴介助 | 1 | 2 | 3 | 4 | いる いない | |
| これら以外に希望されるサービスがあればお書きください。 | | | | | | |

問 37 ケアプランの作成において、介護保険サービス以外の地域の資源を実際に盛り込み、活用した経験はありますか。(〇は1つ) 回答事業所: 支セ CM

| | |
|----|----|
| ある | ない |
|----|----|

※問 37 で「1.」と回答した事業所におたずねします。

問 37-1 実際にどのような地域資源を活用しましたか。(当てはまるもの全てに〇) 支セ CM

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 介護保険サービス以外の市のサービス 2. 民生委員 3. 各種ボランティア 4. 町内会・自治会 5. 見守り支援ネットワーク 6. 介護保険以外の民間のサービス(配食など) 7. その他 () |
|---|

問 38 受け持っている利用者のうち、入居入所系サービスを希望している利用者は何人いますか。

また、入居または入所を希望している利用者のうち、ケアマネジャーの視点からも入居入所が望ましいと思われる利用者は何人いますか。回答事業所:

※入居入所系サービスとは、介護保険3施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、サービス付き高齢者住宅等の入所入居系施設のこと。

| | |
|----------------------------------|---|
| 利用者 | 人 |
| 利用者のうち、待機者を含む入所入居系サービスの希望者 | 人 |
| 希望者のうち、入所入居サービスへ移行したほうが良いと思われる者※ | 人 |

※在宅介護サービスの利用だけでは、本人に必要なサービスが不足していると考えられる場合であり、例えば、食事や排せつなどの直接介護や徘徊、医療行為などの介護にかかる時間が 24 時間または在宅サービスの報酬単位を超えて発生するような者のこと

問 39 地域に密着した居宅サービスなどが充実しても、なお入居入所系サービスを希望する利用者の入所理由について、該当する番号に○をしてください。(複数回答可) 回答事業所:

1. 居宅サービスの利用を希望しないから
2. 医療的処置（経管栄養やたん吸引など）が必要な状態であるから
3. 一人暮らしや老人世帯で介護者がヘルパーしかいないから
4. 家族が介護で疲弊しているから
5. 自宅が売却や賃貸解約等によって無くなり、退院後の行き場がないから
6. その他（具体的に _____)

問 40 直近3年以内に、サービスの利用を紹介されたことがありますか。(○は1つ)

回答事業所: 密着デイ 認知デイ (看)小多機 GH 定期巡回 夜間 密着特養 通所 訪問

| | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

※問 40 で「1.」と回答した事業所におたずねします。

問 40-1 ある場合、紹介元に○をつけ(複数選択可)、実際に利用となったか、ならなかった場合にはその理由を選択してください。また、事業所または法人が営業を行い、実際に利用に結びついたケースがあれば記載してください。

| | 紹介元 | 利用の開始について | 利用に開始にならなかった理由 |
|-----------------------|---------------------|-----------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> | 高齢者支援センター | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |
| <input type="radio"/> | 居宅介護支援 | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |
| <input type="radio"/> | 病院 | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |
| <input type="radio"/> | 介護老人保健施設 | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |
| <input type="radio"/> | 介護医療院または 介護療養型施設 | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |
| <input type="radio"/> | その他 () | A.利用開始になった | |
| | | B.利用開始にならなかった → | a.利用者の希望と不一致 b.料金 c.その他() |

事業所または法人が以下のサービスについて営業を行ったことがありますか。

| | 営業先 | 営業を行ったことが | うち、営業の効果は |
|---|---------------------|-----------|-----------|
| ○ | 高齢者支援センター | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |
| ○ | 居宅介護支援 | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |
| ○ | 病院 | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |
| ○ | 介護老人保健施設 | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |
| ○ | 介護医療院または 介護療養型施設 | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |
| ○ | その他 () | A.ある → | a.あった |
| | | B.ない | b.ない |

実際に利用に結びついたケースがあれば記載してください。

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

問 41 貴事業所は、総合事業(国+サービス A)を実施していますか。(○は1つ)

回答事業所: 密着デイ 通所 訪問

1. はい

2. いいえ

※問 41 で「1.」と回答した事業所におたずねします。

問 41-1 実施している総合事業のサービスは何ですか。また、その中で利用者からの要望が多いものはなんですか。

(当てはまるもの全てに○)

| 種別 | 要望 |
|---------------|-------------------|
| 1. 国基準型 | 1. もっと長時間利用したい |
| 2. 市基準型 (一体型) | 2. もっと短時間利用がよい |
| 3. 市基準型 (単独型) | 3. 機能訓練の時間が多くほしい |
| | 4. 変化にとんだ趣味活動がしたい |
| | 5. 特にない |
| | 6. その他 () |

問 42 総合事業を実施しているなかで、どのような課題がありますか。(チェックは複数可)

回答事業所: 密着デイ 通所 訪問

1. 地域との連携が難しい

2. 利用者の獲得が難しい

3. 事業継続のための人材確保が難しい

4. 事業の設備の老朽化が著しい

5. 利益が見込めない

6. その他 ()

問 43 今後、総合事業を実施する予定はありますか。(○は1つ) 回答事業所: **密着デイ** **通所** **訪問**

1. はい
2. いいえ
3. わからない

▶ **※問 43 で「1.」と回答した事業所におたずねします。**

問 43-1 今後、実施予定としている総合事業を選択してください。(当てはまるもの全てに○)

1. 国基準型訪問サービス
2. 市基準型訪問サービス (一体型)
3. 国基準型通所サービス
4. 市基準型通所サービス (一体型)
5. 市基準型通所サービス (単独型)

▶ **※問 43 で「2.」と回答した事業所におたずねします。**

問 43-2 実施予定がない理由を選択してください。(当てはまるもの全てに○)

1. 人材不足で職員の配置基準が満たせない
2. 事業所が狭く、面積要件を満たせない
3. 収入が見込めない
4. 書類作成の時間がない
5. その他 ()

問 44 現在、貴事業所で提供しているサービスについて今後はどのように考えていますか。(○は1つ)

回答事業所: 密着デイ 認知デイ (看)小多機 GH 定期巡回 夜間 密着特養 通所 訪問

| | |
|-----------------------|--|
| 1. 現状維持を考えている | |
| 2. 事業新規の拡大を考えている | |
| 3. 新規事業の立ち上げを考えている | |
| 4. 事業規模の縮小または廃止を考えている | |
| 5. その他 () | |

※問 44 で「4.」と回答した事業所におたずねします。

問 44-1 縮小または廃止を考えている理由は何ですか。(当てはまるもの全てに○)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1. 利益が見込まれないため | |
| 2. 事業展開をしても、十分な需要が見込まれないため | |
| 3. 同業の事業所が競合するため | |
| 4. 新たな事業所が参入してきたため | |
| 5. 利用者負担を考慮して、利用者がサービスの利用を控えているため | |
| 6. 事業実施に必要な従業員の確保ができないため | |
| 7. 他に新たな事業を計画しているため | |
| 8. その他 () | |
| 9. わからない | |

問 45 2022年10月1日時点での介護度別の利用者数をご記入ください。 回答事業所: 総合事業訪問

(1)国基準型訪問サービス

| | 週1回利用 | | 週2回利用 | | 週3回利用 | |
|-------|-------|---|-------|---|-------|---|
| 事業対象者 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 要支援1 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 要支援2 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 合計 | | 人 | | 人 | | 人 |

(2)市基準型訪問サービス

| | 週1回利用 | | 週2回利用 | | 週3回利用 | |
|-------|-------|---|-------|---|-------|---|
| 事業対象者 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 要支援1 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 要支援2 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 合計 | | 人 | | 人 | | 人 |

問 46 単位ごとの利用定員数、また、各単位ごとの週単位での営業日数及び 10 月 1 ヶ月間の延べ利用数について
お伺いします。(数字を記載) 回答事業所: **総合事業通所**

2022 年 10 月 1 日時点での介護度別の利用者数をご記入ください。

| 回答欄 | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| 単位ごとに記入 願います。 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
| 利用定員数 (10 月 1 日現在) | | | | | | | | |
| 週単位での 営業日数 | | | | | | | | |
| | 通所介護 | | 介護予防・ 国基準型 | | 市基準型 (一体) | | 市基準型 (単独) | |
| | 市内 利用者 | 市外 利用者 | 市内 利用者 | 市外 利用者 | 市内 利用者 | 市外 利用者 | 市内 利用者 | 市外 利用者 |
| 利用登録者数 (10 月 1 日現在) | | | | | | | | |
| 延べ利用数 (10 月 1 ヶ月分) | | | | | | | | |

お忙しい中、本調査にご協力いただきありがとうございました。