

## 甲賀市介護保険事業計画等策定のための事業所アンケート

令和 4 年 ● 月

各 位

甲賀市 健康福祉部 長寿福祉課

平素は、市政にご協力いただきましてありがとうございます。

さて、本市ではこの度、介護保険制度の円滑な運営に向けて、令和 3 年度に策定しました「甲賀市第 8 期介護保険事業計画・高齢者福祉計画（令和 3 年度～令和 5 年度）」の見直しを行うことになりました。

そのため、現在、甲賀市において介護保険サービスをご提供いただいております事業所を対象に、介護保険に対するご意見をお伺いし、「甲賀市第 9 期介護保険事業計画・高齢者福祉計画」の策定に際しての基礎資料として活用したいと考えております。

みなさまには大変ご多忙中のこととは存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

## 記入上のご注意

1. お答えは、質問に沿って、当てはまる番号に○をつけるか、数値や言葉でご記入ください。
2. 本アンケート結果を目的以外に使用することはありません。
3. この調査についてのお問い合わせは、下記までご連絡ください。

甲賀市 健康福祉部 長寿福祉課 電話 0748-69-2165（直通）

ご記入された調査票は、●月●日（●）までにお送りください。

問 1 事業所名をご記入ください。

事業所名

問2 事業所で提供しているサービスの種類について、当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

|                                  |                                 |               |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------|
| 1. 居宅介護支援                        | 2. 訪問介護                         | 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. 居宅療養管理指導   |
| 7. 通所介護                          | 8. 通所リハビリテーション                  | 9. 短期入所生活介護   |
| 10. 短期入所療養介護                     | 11. 福祉用具貸与                      | 12. 特定福祉用具販売  |
| 13. 認知症対応型通所介護                   | 14. 小規模多機能型居宅介護 (看護小規模多機能型居宅介護) |               |
| 15. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)       |                                 |               |
| 16. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (小規模特養) |                                 |               |
| 17. 地域密着型特定施設入居者生活介護             |                                 | 18. 地域密着型通所介護 |
| 19. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)         |                                 | 20. 介護老人保健施設  |
| 21. 介護療養型医療施設                    | 22. 特定施設入居者生活介護                 |               |
| 23. 訪問型サービス (従前相当)               | 24. 訪問型サービスA                    |               |
| 25. 通所型サービス (従前相当)               | 26. 通所型サービスA                    |               |

問3 事業所でサービスを提供している甲賀市内の地域について、当てはまるものに○をつけ、除く地域がある場合は下欄へご記入ください。

|               |        |        |        |        |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| 1. 水口町        | 2. 土山町 | 3. 甲賀町 | 4. 甲南町 | 5. 信楽町 |
| 除く地域 (地区名等記載) |        |        |        |        |

問4 事業所の利用定員は何人ですか。(定員のないサービスについては、利用者数をご記入ください)

|    |   |      |   |
|----|---|------|---|
| 定員 | 人 | 利用者数 | 人 |
|----|---|------|---|

問5 【問4にて、定員を記入した事業所におうかがいします】一日あたりの平均利用者数は何人ですか。

|        |   |
|--------|---|
| 平均利用者数 | 人 |
|--------|---|

問6 事業所の利用者の要介護度はどのような内訳ですか。それぞれ人数をご記入ください。

|          | 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 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| 甲賀市内の利用者 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
| 市外の利用者   | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

問7 **【認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の事業所におうかがいします】** 介護サービス以外の費用はおいくらですか。

|     |   |
|-----|---|
| 居住費 | 円/月   |
| 食費  | 朝食（_____）円 昼食（_____）円 夕食（_____）円<br>または一日（_____）円 |

問8 甲賀市内の利用者に対するサービス提供状況について、当てはまるものに○をつけてください。（○は1つ）

|  |
|--|
| 1. 定員（利用者が）いっぱい空きが無く、申し込みがあっても受け入れできない<br>→待機者（_____）人くらい うち甲賀市内被保険者（_____）人 |
| 2. ほぼ定員程度で順次、利用者の入れ替わりがある  |
| 3. 空きがあり、申し込みがあれば受け入れている   |
| 4. 空き（申し込み）はあるが、職員の不足等によりサービス提供を制限している                                       |
| 5. 空き（申し込み）はあるが、職員の不足以外の理由によりサービス提供を制限している<br>(理由: _____)                    |
| 6. その他( _____)   |

問9 問1で記入いただいた事業所での、今後のサービス提供の方向性について、当てはまるものに○をつけてください。（○は1つ）

|                          |
|--------------------------|
| 1. 今後も現在と同規模のサービス提供を実施する |
| 2. 定員を増やすなど事業を拡大する予定     |
| 3. 実施中であるが中止したい          |
| 4. 定員を減らすなど事業を縮小したい      |
| 5. その他( _____)           |

問9-1 **【問9で「3」または「4」を選択した事業所におうかがいします】** 現在のサービス提供を中止もしくは縮小したい理由について、当てはまるものに○をつけてください。（複数回答可）

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. 職員の確保ができない   | 2. コストに合わない      |
| 3. 利用者が少ない      | 4. 運営基準を満たすことが困難 |
| 5. 設備や投資に費用がかかる |                  |
| 6. その他( _____)  |                  |

問9-2 **【問9で「3」または「4」を選択した事業所におうかがいします】** 中止もしくは縮小する予定時期について、当てはまるものに○をつけてください。（○は1つ）

|            |             |
|------------|-------------|
| 1. 令和5年度中  | 2. 令和6～8年度中 |
| 3. 令和9年度以降 | 4. 決まっていない  |

問 10 令和●年●月 1 日時点で、事業所で不足している人材はありますか。

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

問 11 **【問 10 で「1」を選択した事業所におうかがいします】** 事業所で不足している人材について、当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可) また、( ) 人) に人数をご記入ください。

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 1. 介護支援専門員 ( ) 人  | 2. 介護職員(通所、入所系、施設) ( ) 人 |
| 3. 看護師・准看護師 ( ) 人 | 4. PT・OT・ST ( ) 人        |
| 5. 生活相談員 ( ) 人    | 6. その他の職員(職種 : ) 人       |

問 12 **【問 11 で「1」を選択した事業所におうかがいします】** 職員が不足する理由は何にあるとお考えですか。(複数回答可)

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 1. 労働時間が長い、残業が多い     | 2. 夜勤がある、夜間の緊急対応がある    |
| 3. 休みが取りにくい          | 4. キャリアアップの機会が不十分      |
| 5. 賃金が低い             | 6. 仕事がきつい(身体的・精神的)     |
| 7. 社会的評価が低い          | 8. 結婚、出産、介護のため退職する     |
| 9. 定年退職者が多く補充が追い付かない | 10. 職場(職員同士)の人間関係で退職する |
| 11. その他 ( )          | 12. わからない              |

問 13 職員の定着、退職防止のために、事業所で取り組んでいること、今後取り組みたいことは何ですか。(複数回答可)

|                                      | 1. 取り組んでいること | 2. 今後取り組みたいこと |
|--------------------------------------|--------------|---------------|
| 1. 採用時に業務内容・就労条件について詳細に説明する          | 1            | 2             |
| 2. 個人の希望に配慮した業務配置・労働時間(シフト)          | 1            | 2             |
| 3. 人事考課制度の実施                         | 1            | 2             |
| 4. 上司による個別面談や相談体制の充実                 | 1            | 2             |
| 5. 先輩職員による担当指導制度やフォロー体制              | 1            | 2             |
| 6. 職場内の仲間づくり活動の推進                    | 1            | 2             |
| 7. 産休・育休・介護休暇の取得促進                   | 1            | 2             |
| 8. 休暇を取りやすい体制                        | 1            | 2             |
| 9. 自主的な資格取得・研修受講等スキルアップを支援(休暇付与、助成金) | 1            | 2             |
| 10. 腰痛予防の取組                          | 1            | 2             |
| 11. その他 ( )                          | 1            | 2             |

