

安城市介護保険サービス等事業所調査 ～ご協力のお願～

みなさまには、日頃から介護保険事業にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

このアンケートは、事業所の皆さまのご意見をお聞きし、介護保険事業計画及び高齢者福祉計画がより実態に即したものとなるよう、参考にさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和4年●月

安城市長 神谷 学

『調査票のご記入に当たってのお願い』

◎調査票は2種類あり、事業所のサービス種別により調査対象となる調査票を送付しています。

調査票名	対象事業所サービス種別
A票 介護人材実態調査	特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム、特定施設、通所介護（地域密着型含む）、認知症対応型通所介護、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護
B票 居所変更実態調査	特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム、特定施設、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム

※特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム及び特定施設は、A票・B票の2種類の調査をお願いいたします。

※サービス種別ごとにご回答いただきますようお願いいたします。

- 1 令和4年●月1日現在の状況についてご記入ください。
- 2 調査票は基本的に各事業所の管理者・施設長の方がご記入ください。
- 3 複数のサービスを提供する事業所については、それぞれの事業所に調査票をお送りしておりますので、サービスの種類ごとにご回答ください。
- 4 当てはまる項目の番号を○で囲むか、指定する欄に数値・番号をご記入ください。
- 5 この調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに委託して実施しておりますので、返信用封筒の宛先は同社になります。
- 6 ご記入いただいた調査票は、令和●年●月●日（●）までに同封の返信用封筒にてご返送ください。なお、封筒には差出事業所名の記入は不要ですのでそのままご投函ください。

★右のQRコードから、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。

QRコード

【調査票への記入方法やWebアンケートの回答方法などの問い合わせ先】

株式会社サーベイリサーチセンター 名古屋事務所 企画課 担当：山村・中村

TEL：052-561-****（平日9時～12時、13時～17時）

【調査内容に関する問い合わせ先】

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 TEL：0566-71-2290

A票 介護人材実態調査票（事業所票）

※ 令和4年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（郵便の宛名となっている事業所）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
2. 小規模多機能型居宅介護
3. 看護小規模多機能型居宅介護
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 貴事業所（問1で○をつけたサービス種別の事業所）に所属する介護職員について、お伺いします。

※ ここでの「介護職員」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2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	〔 〕 人	非正規職員	〔 〕 人
------	-------	-------	-------

問2-2 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）

開設時期	西暦 〔 〕 年 〔 〕 月
------	----------------

問2-3 令和4年●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伺いします。

過去1年間（令和3年●月1日～令和4年●月末日）の介護職員の採用者数と離職者数をご記入ください。

採用者数	〔 〕 人	離職者数	〔 〕 人
------	-------	------	-------

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

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
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

安城市介護保険サービス等事業所調査 ～ご協力のお願～

みなさまには、日頃から介護保険事業にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。また、各事業所においては、介護保険制度を支えていただいておりますことに深く感謝いたします。

このアンケートは、事業所の皆さまのご意見をお聞きし、介護保険事業計画及び高齢者福祉計画がより実態に即したものとなるよう、参考にさせていただくためのものです。

調査において、ご記入いただいた内容につきましては、回答された法人が特定されないように集計処理し、本業務の目的以外では使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しいところ誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和4年●月

安城市長 神谷 学

『調査票のご記入に当たってのお願い』

◎調査票は2種類あり、事業所のサービス種別により調査対象となる調査票を送付しています。

調査票名	対象事業所サービス種別
A票 介護人材実態調査	特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム、特定施設、通所介護（地域密着型含む）、認知症対応型通所介護、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護
B票 居所変更実態調査	特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム、特定施設、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム

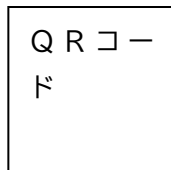
※特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、グループホーム及び特定施設は、A票・B票の2種類の調査をお願いいたします。

※サービス種別ごとにご回答いただきますようお願いいたします。

- 1 令和4年●月1日現在の状況についてご記入ください。
- 2 調査票は基本的に各事業所の管理者・施設長の方がご記入ください。
- 3 複数のサービスを提供する事業所については、それぞれの事業所に調査票をお送りしておりますので、サービスの種類ごとにご回答ください。
- 4 当てはまる項目の番号を○で囲むか、指定する欄に数値・番号をご記入ください。
- 5 この調査は、株式会社サーベイリサーチセンターに委託して実施しておりますので、返信用封筒の宛先は同社になります。
- 6 ご記入いただいた調査票は、令和●年●月●日（●）までに同封の返信用封筒にてご返送ください。なお、封筒には差出事業所名の記入は不要ですのでそのままご投函ください。

★右のQRコードから、同じ内容のWebアンケートにお答えいただけます。

Webでお答えいただいた場合は、このアンケート用紙を返送していただく必要はありません。



【調査票への記入方法やWebアンケートの回答方法などの問い合わせ先】

株式会社サーベイリサーチセンター 名古屋事務所 企画課 担当：山村・中村

TEL：052-561-****（平日9時～12時、13時～17時）

【調査内容に関する問い合わせ先】

安城市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係 TEL：0566-71-2290

A票 介護人材実態調査票（事業所票）

※ 令和4年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 該当するサービス種別（介護予防を含む）を、ご回答ください。

※ 本調査票の送付先（郵便の宛名となっている施設等）で行うサービスについて、ご回答ください。（1つに○）

<p>1. 施設・居住系サービス</p> <p style="font-size: small;">（特別養護老人ホーム（地域密着型含む）、介護老人保健施設、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設（地域密着型含む）、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム）</p> <p>2. 通所系サービス</p> <p style="font-size: small;">（通所介護（地域密着型含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、通所型サービス（総合事業））</p>
--

問2 貴施設等（問1で○をつけたサービス種別の施設等）に所属する介護職員について、お伺いします

※ ここでの「介護職員」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2-1 介護職員の総数を、ご記入ください。（数値を記入）

正規職員	〔 〕 人	非正規職員	〔 〕 人
------	-------	-------	-------

問2-2 貴施設等の開設時期について、ご記入ください。（数値を記入）

開設時期	西暦 〔 〕 年 〔 〕 月
------	----------------

問2-3 令和4年●月1日時点で、開設から1年以上を経過している施設等にお伺いします。

過去1年間（令和3年●月1日～令和4年●月末日）の介護職員の採用者数と離職者数をご記入ください。

採用者数	〔 〕 人	離職者数	〔 〕 人
------	-------	------	-------

問2-4 問2-3の採用者・離職者について、正規・非正規の別・年齢別をご記入ください。（数値を記入）

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
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3 貴施設等に所属している介護職員全員（非常勤含む。ボランティアの方を除く）について、お答えください。

回答方法	※ 番号1つ記載				※ 数値を記入		※ 番号1つ記載			
	(1)資格の取得、研修の修了の状況	(2)雇用形態	(3)性別	(4)年齢	(5)過去1週間の勤務時間	(6)現在の施設等での勤務年数	(7)現在の施設等に勤務する直前の職場 ※地域密着型を含む	(8)直前の職場について		
選択肢	1. 介護福祉士（認定介護福祉士含む） 2. 介護職員実務者研修修了または（旧）介護職員基礎研修修了 3. 介護職員初任者研修修了、または（旧）ヘルパー2級 4. 上記のいずれも該当しない	1. 正規職員（※期限の定めのない契約） 2. 非正規職員（※期限の定めのある契約）	1. 男性 2. 女性	1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上 8. 不明	※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。	1. 1年以上 → 【回答終了】 2. 1年未満 → 【(7)へ】	1. 現在の職場が初めての勤務先 ⇒ 【回答終了】 2. 介護以外の職場 ⇒ 【回答終了】 3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設 4. 訪問介護・入浴、夜間対応型 5. 小多機、看多機、定期巡回サービス 6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ 7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外） 8. その他の介護サービス ⇒ 【「3.」～「8.」の場合は(8)へ】	1. 現在の施設等と、同一の市区町村内 2. 現在の施設等と、別の市区町村内	1. 現在の施設等と、同一の法人・グループ 2. 現在の施設等と、別の法人・グループ	
記入例	1	1	1	3	40	時間	2	2	1	2
01						時間				
02						時間				
03						時間				
04						時間				
05						時間				
06						時間				
07						時間				
08						時間				
09						時間				
10						時間				
11						時間				
12						時間				
13						時間				
14						時間				
15						時間				
16						時間				
17						時間				
18						時間				
19						時間				
20						時間				
21						時間				
22						時間				
23						時間				
24						時間				
25						時間				
26						時間				
27						時間				
28						時間				
29						時間				
30						時間				
31						時間				
32						時間				
33						時間				
34						時間				
35						時間				
36						時間				
37						時間				
38						時間				
39						時間				
40						時間				
41						時間				
42						時間				
43						時間				
44						時間				
45						時間				
46						時間				
47						時間				
48						時間				
49						時間				
50						時間				

A票 介護人材実態調査票（職員票）

※ この調査票は、訪問サービス・訪問介護を行う介護職員の方（非常勤含む。ボランティア除く）が対象です。
 ※ 令和4年●月1日現在の状況について、ご回答ください。

問1 あなたが、本調査票を受け取った事業所で提供するサービス種別（介護予防を含む）について、ご回答ください。（1つに○）

1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（総合事業））
2. 小規模多機能型居宅介護
3. 看護小規模多機能型居宅介護
4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

問2 あなたの資格の取得、研修の修了の状況について、ご回答ください。（1つに○）

1. 介護福祉士（認定介護福祉士含む）
2. 介護職員実務者研修修了、または(旧)介護職員基礎研修修了、または(旧)ヘルパー1級
3. 介護職員初任者研修修了、または(旧)ヘルパー2級
4. 「1.」～「3.」のいずれにも該当しない

問3 あなたの雇用形態、性別、年齢、過去1週間の勤務時間等について、ご回答ください。

1) 雇用形態 (1つに○)	1. 正規職員（※ 期限の定めのない契約） 2. 非正規職員（※ 期限の定めのある契約）
2) 性別（1つに○）	1. 男性 2. 女性
3) 年齢（数値を記入）	{ _____ } 歳
4) 過去1週間の勤務時間（数値を記入） ※ 問1で回答した勤務先における時間	{ _____ } 時間 ★ ※ 残業時間を含む。休憩時間は除く。
5) 現在の事業所での勤務年数 (数値を記入)	1. 1年以上 ⇒ 裏面に回答 2. 1年未満 ⇒ 問4と裏面に回答

詳細を裏面にご記入ください

問4 問3の5で「2.」と回答された方に、お伺いします。現在の事業所に勤務する直前の職場について、以下にご回答ください。（1つに○）

1. 現在の職場が初めての勤務先 ⇒ 【裏面に回答】
2. 介護以外の職場 ⇒ 【裏面に回答】
3. 特養、老健、療養型・介護医療院、ショートステイ、グループホーム、特定施設
4. 訪問介護・入浴、夜間対応型
5. 小多機、看多機、定期巡回サービス
6. 通所介護、通所リハ、認知症デイ
7. 住宅型有料、サ高住（特定施設以外）
8. その他の介護サービス
⇒ 【「3.」～「8.」の場合は問5へ】

問5 問4で「3.」～「8.」と回答された方に、お伺いします。ご回答いただいた直前の職場について、以下にご回答ください。

1) 場所（1つに○）	1. 現在の事業所と、 <u>同一の市区町村内</u> 2. 現在の事業所と、 <u>別の市区町村内</u>
2) 法人（1つに○）	1. 現在の事業所と、 <u>同一の法人・グループ</u> 2. 現在の事業所と、 <u>別の法人・グループ</u>

⇒ 裏面もご回答ください

A票 職員票（訪問介護員向け）

裏面

この調査は、「訪問介護員」を対象とした調査です。「訪問介護」、「訪問入浴」、「夜間対応型訪問介護」、「訪問型サービス（総合事業）」、「定期巡回サービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」に従事されている方にお聞きします。

※表面の問3「4」過去1週間の勤務時間（★欄）で回答した7日間の勤務時間について、身体介護・生活援助を提供した時間（分）を記入してください。
 （例. 水曜日を開始日とする場合、水曜日（開始日）から次週の火曜日までの7日間の情報を記入してください）

※移動時間、待機時間は含みません。「買い物」は、店舗での買い物に要する標準的な時間及び利用者の居宅における訪問介護に要する標準的な時間の合算となります（移動時間を含まない）。

※障害サービスの提供は除いてください。

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供は分けて記入してください。

※記入する時間は「5分単位」とします。（例）32分→30分と記入。

■介護給付による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 <small>（移動時間を含まない）</small>		調理・配膳		その他の生活援助	
記入例	30	分	20	分	45	分	20	分
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

■介護予防給付・総合事業による訪問について右詰めで記入

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 <small>（移動時間を含まない）</small>		調理・配膳		その他の生活援助	
月		分		分		分		分
火		分		分		分		分
水		分		分		分		分
木		分		分		分		分
金		分		分		分		分
土		分		分		分		分
日		分		分		分		分
週の合計		分		分		分		分

「週の合計」を足し合わせた時間が、表面の★欄の時間よりも小さくなるようにしてください

※自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、身体介護に含む