

介護支援専門員向けアンケート 介護サービス事業所向けアンケートについて

令和8年2月24日（月）～3月13日（金）

介護支援専門員向けアンケート 56人/86人（回答率65.1%） 前回 77.0%

介護サービス事業所向けアンケート 49事業所/116事業所（回答率42.2%） 前回 55.3%

事業所調査、ケアマネ調査についていただいたご意見・ご質問について

■介護支援専門員向けアンケート

問1（3）-1

ご意見・ご質問

取得する意向はあるが、取得できない理由を選択する選択肢があるとよい。

回答

アンケートでは、「(3)-1 ない（理由：）」で対応することとしました。

問5

ご意見・ご質問

「主治医意見書の意向」の選択肢があるとよい。

回答

(8) 主治医意見書の意向を追加しました。

問8

ご意見・ご質問

身元保証サービス、入退院代行手続きサービス、居住支援の回答を増やしてはどうか。

回答

12.身元保証サービス、13.入退院代行手続きサービス、14.居住支援を選択肢に追加しました。

問14-1

ご意見・ご質問

「3行政との連携」があるのであれば、自治会との連携を選択肢に入れてほしい。福祉避難所なども他市では自治会との連携をとるところがある。

回答

アンケートでは、「4.その他」で対応することとしました。

福祉避難所については所管する社会福祉課へ伝達し、今後10期計画策定後の施策として検討します。

問20

ご意見・ご質問

「比企地区が実施している」は、「比企地区で実施している」ではないか。

回答

文言修正対応済です。

問25

ご意見・ご質問

以前はケアマネの負担が大きく、ケアプラン作成までの時間が課題となっていたが、その後課題は解消されたか。

回答

ケアマネが多忙である課題の解消は実現できていませんが、今回のケアマネ調査を通じて、現状を把握したり、国・県等からの情報を適切に提供していくよう努めていきたいと考えています。

■介護サービス事業所向けアンケート

問5

ご意見・ご質問

「新たに参入をしたいと考えている」を「新たに参入を検討している」にした方がよいのではないか。

回答

文言修正対応済です。

ご意見・ご質問

縮小・撤退の意向は確認しないのか。

回答

今回の調査では、定員の増加、増床等の規模拡大を目的に調査を行います。縮小、撤退については、個別にご相談いただいた際に把握をしております。

問9-1

ご意見・ご質問

外国人採用に関する事業を市として実施をしてほしい。

回答

10期計画策定後に施策として対応を検討します。

問15

ご意見・ご質問

「比企地区が実施している次の・・・」を「比企地区で実施している次の・・・」に修正してはどうか。

回答

文言修正対応済です。

問20

ご意見・ご質問

前回の調査から非常災害時の対応についての設問が削除されていますが、いずれかの方法で各事業所の対応については、把握するように努めてください。

回答

今年度の途中から事業所の指定更新時に実施する運営指導等を利用して、防災資機材等の状況等を把握するように変更をしました。機会を捉え、把握に努めてまいります。

居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所に従事する 介護支援専門員向けアンケート

● 調査ご協力のお願い ●

日頃から東松山市の高齢者保健福祉施策にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく暮らせる社会の実現を目指し、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定いたします。

については、計画の策定にあたり、居宅介護支援事業所等の方の状況や意向などを把握するためにアンケート調査を実施いたします。ご回答いただいた内容は統計的に処理し、その他の目的で使用することはありません。ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和8年2月

東松山市

<ご記入にあたってのお願い>

1. この調査は、令和8年2月1日現在の状況でお答えください。ご回答時点で該当しない場合は、回答は不要です。
2. この調査票は、居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所に従事する介護支援専門員の方にご回答をお願いします。その他複数のサービスを提供している場合は、別途送付しています「介護サービス事業所向けアンケート」の調査票（電子メールにて送付）にご回答ください。
3. 回答は、各選択肢のあてはまる番号に、鉛筆やボールペンなどで○印をつけてください。つける○の数は、設問によって「○は1つ」、「あてはまるものすべてに○」など指定しています。設問によっては、その他の（ ）や自由記述の枠内に具体的にご記入ください。
4. 記入後の調査票は、同封の返信用封筒に入れ、3月13日（金）までに郵便ポストにご投かんください。
5. この調査についてご不明な点がありましたら、お問い合わせは下記までお願いいたします。

<お問い合わせ先>

東松山市健康福祉部 高齢介護課 包括ケア推進グループ

（担当 小林・早見）

電話：21-1460 FAX：22-7731

受付時間：平日 午前8時30分～午後5時15分

Mail：koureikaigo@city.higashimatsuyama.lg.jp

問1 あなたご自身のことについてうかがいます。

(1) 年齢 (○は1つ)

1. 20～30代	3. 50～54歳	5. 60～64歳	7. 70歳以上
2. 40代	4. 55～59歳	6. 65～69歳	

(2) ケアマネジメント業務の経験はどのくらいになりますか。(○は1つ)

1. 1年未満	3. 3～5年未満	5. 10～15年未満	7. 20年以上
2. 1～3年未満	4. 5～10年未満	6. 15～20年未満	

(3) あなたは、介護支援専門員以外にどのような保健医療福祉関係の資格をお持ちですか。
(あてはまるものすべてに○)

1. 保健師	6. 歯科衛生士	11. 社会福祉主事
2. 看護師、准看護師	7. 管理栄養士、栄養士	12. 主任介護支援専門員
3. 理学療法士	8. 社会福祉士	13. その他 ()
4. 作業療法士	9. 介護福祉士	
5. 言語聴覚士	10. 精神保健福祉士	

(問1 (3) で、「12. 主任介護支援専門員」以外をお答えの方におたずねします。)

(3) - 1 主任介護支援専門員の資格を今後取得する意向はありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない ⇒ (理由)
-------	---------------

(4) あなたは今後も介護支援専門員として働いていきたいと思いませんか。(○は1つ)

1. 同じ事業所で介護支援専門員として働きたい
2. 他の事業所で介護支援専門員として働きたい
3. 独立して介護支援専門員として働きたい
4. 介護支援専門員以外の介護職として勤務したい
5. 法人本部等で介護支援専門員以外の職種 (本部スタッフ等) として働きたい
6. 介護以外の福祉分野で働きたい
7. 福祉分野以外で働きたい
8. リタイアしたい・仕事自体を続けたくない
9. その他 ()

問2 あなたが今働いている事業所に併設されている介護サービスの種類は次のうちどれですか。
(あてはまるものすべてに○)

居宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 通所介護（地域密着型通所介護を除く） 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	地域密着型サービス	12. 地域密着型通所介護 13. 夜間対応型訪問介護 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 15. 認知症対応型共同生活介護 16. 認知症対応型通所介護 17. 小規模多機能型居宅介護 18. 看護小規模多機能型居宅介護 19. 地域密着型介護老人福祉施設
	10. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅） 11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売		施設サービス
		その他	23. その他（ ）

問3 ケアプランの作成についてうかがいます。

(1) あなたは、何人のケアプランの作成を担当していますか。

作成している全人数（ ）人
⇒上記の全人数のうち要支援者（事業対象者含む）の人数（ ）人

(2) 上記(1)の作成している全人数について、地区ごとの人数をお答えください。

松山地区	（ ）人	高坂地区	（ ）人
平野地区	（ ）人	高坂丘陵地区	（ ）人
大岡地区	（ ）人	野本地区	（ ）人
唐子地区	（ ）人	東松山市外	（ ）人

(3) あなたは何人のケアプランの作成を追加して担当できますか。

追加して担当できる人数（ ）人

問4 ケアプランの依頼があった際に、依頼を断ったことはありますか。(○は1つ)

1. ある 2. ない

(問4で、「1. ある」とお答えの方におたずねします。)

問4-1 ケアプランの作成を断った理由をお聞かせください。(自由記載)

問5 ケアプランの作成にあたって以下の項目について、重視している度合いのあてはまる数字に○をしてください。

	重視する	>	重視しない
(1) 自立支援の観点	4	3	2 1
(2) 本人の意思・希望が反映されていること	4	3	2 1
(3) 家族の意向が反映されていること	4	3	2 1
(4) 経済的状況が反映されていること	4	3	2 1
(5) 生活歴の把握	4	3	2 1
(6) 介護支援専門員の専門的意見が反映されていること	4	3	2 1
(7) 本人の状態等が改善される目標となっていること	4	3	2 1
(8) 主治医意見書の意向	4	3	2 1

問6 地域に不足しているまたは必要であると思う介護保険サービスは何ですか。

(あてはまるものすべてに○) ※予防サービスも含みます

居宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 通所介護（地域密着型通所介護を除く） 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. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅） 11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売 12. 住宅改修	地域密着型サービス	13. 地域密着型通所介護 14. 夜間対応型訪問介護 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 16. 認知症対応型共同生活介護 17. 認知症対応型通所介護 18. 小規模多機能型居宅介護 19. 看護小規模多機能型居宅介護 20. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 21. 地域密着型特定施設入居者生活介護
		施設サービス	22. 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を除く） 23. 介護老人保健施設 24. 介護医療院
		その他	25. 居宅介護支援 26. 介護予防支援 27. その他（ ） 28. 特になし 29. わからない

問7 地域に不足しているまたは必要であると思う総合事業サービスは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問介護（介護予防訪問介護に相当するもの）
2. 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）生活援助等
3. 訪問型サービスB（住民主体による支援）住民主体の自主活動として行う生活支援
4. 訪問型サービスC（短期集中予防サービス）保健師等による居宅での相談指導等
5. 訪問型サービスD（移動支援）移送前後の生活支援
6. 通所介護（介護予防通所介護に相当するもの）
7. 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）ミニデイサービス、運動・レクリエーション等
8. 通所型サービスB（住民主体による支援）体操、運動等の活動など、自主的な通いの場
9. 通所型サービスC（短期集中予防サービス）生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
10. 管理栄養士の同行訪問
11. 理学療法士の同行訪問
12. 特になし
13. わからない

問8 今後、充実が必要だと思われる介護保険以外のサービスはありますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 病院等の送迎・院内介助 | 9. 配食サービス |
| 2. 話し相手・見守り・安否確認の声かけ | 10. 訪問歯科診療 |
| 3. 外出支援サービス | 11. 終活支援 |
| 4. ごみ出し・買い物の手伝い等 | 12. 身元保証サービス |
| 5. 服薬管理 | 13. 入退院代行手続きサービス |
| 6. 成年後見制度の相談・情報提供 | 14. 居住支援 |
| 7. 訪問理美容サービス | 15. その他() |
| 8. 福祉サービス利用援助事業 | 16. 特になし |

問9 在宅で高齢者等を介護しているご家族に対して、どのような支援やサービスがあると良いと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1. 冠婚葬祭・急病時等に預けられる
緊急ショートステイ | 5. 経済的支援の充実 |
| 2. 必要に応じて夜間の利用や宿泊ができる
サービスや施設 | 6. 介護者同士の交流の場の提供 |
| 3. リフレッシュへの支援 | 7. 介護に関する情報提供の充実 |
| 4. 介護に関する相談支援の充実 | 8. 介護のコツなどが学べる介護教室の開催 |
| | 9. その他() |
| | 10. 特になし |

問10 あなたが担当している利用者の中で、本人または家族が介護保険施設等（グループホーム、有料老人ホーム等も含みます）への入所・入居を希望している方はいますか。（1つに○をつけ、介護保険施設等への入所を希望している人がいる場合にはその人数を記入してください）

1. いる ⇒ () 人	2. いない
---------------	--------

（問10で、「1. いる」とお答えの方におたずねします。）

問10-1 問10「1」の人数の内訳を記入してください。（ひとりの利用者につき、一番希望の強い施設種別を選んでください。）

1. 介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を除く） () 人	} ※合計人数は問10「1」で記入いただいた人数と同数になります。
2. 介護老人保健施設 () 人	
3. 介護医療院 () 人	
4. 地域密着型介護老人福祉施設	
5. グループホーム () 人	
6. 特定施設 () 人	
7. その他（具体的施設等の種類 () () 人	

問11 必要な連携が不足していると考えている関係機関・関係者をお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. ケアマネジャー	6. 社会福祉協議会	11. 自治会
2. 他の事業者	7. 保健センターや保健所	12. 民生委員
3. 医療機関	8. 薬局	13. 利用者の家族
4. 認知症に関する専門医療機関	9. 地域包括支援センター	14. その他 ()
5. 訪問看護ステーション	10. 市の担当者	15. 連携は十分できている

問12 ケアマネジャーの質の向上を図るために必要だと思うことは何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. レベルや経験年数、テーマ別の研修	5. 個人の意識の向上
2. 事業所でのOJT（職場内研修）	6. 主任ケアマネジャーの質の向上
3. ベテランのケアマネジャーによる指導	7. その他 ()
4. 事例を使った検討会	

問13 ケアマネジャーの質の向上における課題は何ですか。（あてはまるものすべてに○）

1. 業務多忙のため、研修を受講する時間がない
2. 講師、内容、費用などの面で魅力的な研修内容がない
3. 事業所でのOJT（職場内研修）の体制が整っていない
4. 地域の課題を把握しきれていない
5. その他 ()

問14 あなたが今働いている介護サービス事業所において、事業継続計画（BCP）の運用に課題を感じていますか。（〇は1つ）

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 感じている | 2. 感じていない | 3. わからない |
|----------|-----------|----------|

（問14で、「1. 感じている」とお答えの方におたずねします。）

問14-1 どのような課題を感じていますか。（あてはまるものすべてに〇）

- | | |
|---------------|-----------|
| 1. 安否確認の方法や体制 | 3. 行政との連携 |
| 2. 安否確認訓練の実施 | 4. その他（ ） |

問15 市では、災害時に自力での避難が難しい高齢者や障害者などの避難行動要支援者が、「どこへ」「だれと」「どのように」避難するかをあらかじめ定めた個別避難計画を策定していますが、あなたはその計画策定に携わっていますか。（〇は1つ）

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 携わっている | 2. 携わっていない |
|-----------|------------|

問16 医療機関との連携を進める上での課題は何ですか。（あてはまるものすべてに〇）

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 医療機関の協力が得られない | 5. 連携の必要性を感じていない |
| 2. 情報共有システムが確立されていない | 6. 個人情報保護に基づく情報提供の同意手続きが難しい |
| 3. 共有すべき情報がわからない | 7. その他（ ） |
| 4. 連携のための事務負担が大きい | |

問17 利用者の急変時の対応で問題を感じることはありますか。（〇は1つ）

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. どちらでもない |
|-------|--------|------------|

（問17で、「1. はい」とお答えの方におたずねします。）

問17-1 問題とは具体的に何ですか。（自由記載）

--

問18 利用者の急変時の対応についてサービス担当者会議などで情報を共有できていますか。（〇は1つ）

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. どちらでもない |
|-------|--------|------------|

問19 在宅での看取りについて問題を感じることはありますか。（〇は1つ）

- | | | |
|-------|--------|------------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. どちらでもない |
|-------|--------|------------|

(問19で、「1. はい」とお答えの方におたずねします。)

問19-1 問題とは具体的に何ですか。(自由記載)

--

問20 比企地区で実施している次の事業を知っていますか。(それぞれ○は1つ)

(1) 比企地区在宅医療・介護情報検索システム	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(2) 埼玉県比企地区版連携シート	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(3) 比企医師会在宅医療連携拠点	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(4) 私の意思表示ノート (一般社団法人 埼玉県医師会作成)	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(5) MCS (メディカル・ケア・ステーション)	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない

問21 認知症の利用者のケアマネジメントにあたって、困難に感じることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の意思を反映したケアマネジメントの実施	6. 家族との連携や支援
2. 必要なサービスの不足 ⇒ (サービス名)	7. 主治医や病院等医療機関との連携
3. 権利擁護の必要性の判断・対応	8. 地域との連携
4. 入院・退院時の対応	9. その他 ()
5. 支援に関わる事業者間の連携の確保	10. 特になし

問22 利用者の物忘れや認知症の対応で困った時、最初にどこに(誰に)相談をします(しました)か。
(○は1つ)

1. ケアマネジャー	3. 利用者の主治医	6. 社会福祉協議会
2. 地域包括支援センター (認知症地域支援推進員)	4. 認知症専門医(物忘れ外来等)	7. その他 ()
5. 市役所	8. 相談先がなく困っている	

問23 利用者のうち、認知症による徘徊行動のある人は何人いますか。

認知症による徘徊行動のある利用者の人数 () 人

問24 これから、認知症の方の支援にあたり必要になると思うのは、次のどれですか。(○は3つまで)

1. 認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れが示された認知症ケアパス（認知症ガイドブックに掲載）が広く理解されること
2. 認知症の人を支援する社会資源（施設、サービス）がより増えていくこと
3. 認知症の早期診断を担う医療機関が増えていくこと
4. 地域で、認知症サポーターの活動の輪が広がること
5. 地域で、認知症に対する理解と見守りが深まること
6. かかりつけ医やケアマネジャーなどの認知症に対する理解と対応力が向上すること
7. ケア会議などで専門的な支援体制が充実すること
8. 認知症初期集中支援チームなど早期からアセスメントが行われること
9. 認知症の人を介護する家族を支援する社会資源（認知症カフェ等）がより増えていくこと
10. その他（

)

問25 高齢者施策、介護保険制度等について、ご意見等があればご自由にお書きください。

アンケートはここまでです。ありがとうございました。
 同封の返信用封筒に入れ、3月13日（金）までに郵便ポストにご投かんください。

介護サービス事業所向けアンケート

(居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所を除く)

● 調査ご協力をお願い ●

日頃から東松山市の高齢者保健福祉施策にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく暮らせる社会の実現を目指し、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定いたします。

ついては、計画の策定にあたり、介護サービス事業所の状況や意向などを把握するためにアンケート調査を実施いたします。ご回答いただいた内容については、後日ヒアリングを行わせていただく場合があります。また、このアンケートは、計画策定の基礎資料として使用しますが、その他の目的で使用することはありません。ご協力くださいますようお願い申し上げます。

令和8年2月

東松山市

<ご記入にあたってのお願い>

1. この調査は、令和8年2月1日現在の状況でお答えください。ご回答時点で該当しない場合は、回答は不要です。
2. この調査票は、サービスの提供事業ごとにご回答をお願いします。複数のサービスを提供している場合は、それぞれのサービスの提供事業ごとにご回答ください。
3. 回答は、各選択肢のあてはまる番号を選択、または○印をつけてください。設問によって「○は1つ」、「あてはまるものすべてに○」など指定しています。設問によっては、その他の()や自由記述の枠内に具体的にご記入ください。
4. 回答は、「介護サービス事業所向けアンケート(回答)」にご入力いただき、3月13日(金)までに電子メールにて下記アドレスへご送付ください。
5. この調査についてご不明な点がございましたら、お問い合わせは下記までお願いいたします。

<お問い合わせ先>

東松山市健康福祉部 高齢介護課 包括ケア推進グループ

(担当 小林・早見)

電話：21-1460 FAX：22-7731

受付時間：平日 午前8時30分～午後5時15分

Mail：koureikaigo@city.higashimatsuyama.lg.jp

● 貴事業所名をお答えください。

--

○事業所の概要

問1 貴事業所が現在提供しているサービスは、次のうちどれですか。(○は1つ) ※予防サービス含む

〈居宅サービス〉	
1. 訪問介護	7. 通所リハビリテーション
2. 訪問入浴介護	8. 短期入所生活介護
3. 訪問看護	9. 短期入所療養介護
4. 訪問リハビリテーション	10. 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)
5. 居宅療養管理指導	11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売
6. 通所介護 (地域密着型通所介護を除く)	
〈施設サービス〉	
12. 介護老人福祉施設 (地域密着型介護老人福祉施設を除く)	
13. 介護老人保健施設	
14. 介護医療院	
〈地域密着型サービス〉	
15. 地域密着型通所介護	19. 認知症対応型通所介護
16. 夜間対応型訪問介護	20. 小規模多機能型居宅介護
17. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	21. 看護小規模多機能型居宅介護
18. 認知症対応型共同生活介護	22. 地域密着型介護老人福祉施設
〈その他〉	
23. その他 ()	

問2 貴事業所の定員に対する利用者の受入れ状況は、次のうちどれですか。左側の選択肢から1つ選択し、該当する右側の設問をお答えください。

1. 利用希望があれば受け入れられる	⇒	() 人受入可能
2. 利用希望があれば曜日によって受け入れられる ※曜日ごとでの定員がある場合ご記入ください	⇒	月曜日 () 人受入可能 火曜日 () 人受入可能 水曜日 () 人受入可能 木曜日 () 人受入可能 金曜日 () 人受入可能 土曜日 () 人受入可能 日曜日 () 人受入可能
3. 利用希望があっても受け入れられない	⇒	待機者 () 人

○事業経営について

問3 貴事業所の経営状況はいかがですか。(○は1つ)

- | | | | | | |
|-------|---------|--------|----------|--------|----------|
| 1. 良い | 2. やや良い | 3. ふつう | 4. やや厳しい | 5. 厳しい | 6. わからない |
|-------|---------|--------|----------|--------|----------|

問4 事業を運営する上での課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. 新規利用者の獲得が困難 | 10. スタッフが短期間で離職してしまう |
| 2. 利用者一人あたりの利用料が少ない | 11. スタッフの人材育成 |
| 3. 設備・スタッフなどが不足し量的に利用者のニーズに応えられない | 12. 責任者など中堅人材の確保・育成 |
| 4. 利用者や家族が介護保険制度やサービスをよく理解していない | 13. 他のサービス事業所との競合が激しい |
| 5. 利用者の身体状況の把握が難しい | 14. 他職種との連携 |
| 6. 利用者からの苦情や事故への対応 | 15. 他のサービス事業所との連携 |
| 7. 訪問や送迎が非効率(エリアが広い等) | 16. 医療機関との連携 |
| 8. 入居者の認知症が重度化した場合の対応 | 17. 介護報酬が低い |
| 9. スタッフの確保 | 18. その他() |
| | 19. 特に課題はない |

問5 貴事業所では、今後(第10期介護保険事業計画期間中[令和9~11年度])、定員の増加や増床等の規模の拡大または新たに参入を検討しているサービスはありますか。(○は1つ)

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

(問5で、「1. ある」とお答えの方におたずねします。)

問5-1 増加・拡大を検討したいサービスは、次のうちどれですか。左側の選択肢からあてはまるものすべてを選択し、右側に規模拡大の人数・予定時期をお答えください。

サービス名	拡大数（増床、定員）・予定時期
〈居宅サービス〉	回答例：増床○床、定員○人増・令和○年○月頃
1. 訪問介護	⇒
2. 訪問入浴介護	⇒
3. 訪問看護	⇒
4. 訪問リハビリテーション	⇒
5. 居宅療養管理指導	⇒
6. 通所介護(地域密着型通所介護を除く)	⇒
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. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)	⇒
11. 福祉用具貸与・特定福祉用具販売	⇒
〈施設サービス〉	回答例：増床○床、定員○人増・令和○年○月頃
12. 介護老人福祉施設(地域密着型介護老人福祉施設を除く)	⇒
13. 介護老人保健施設	⇒
14. 介護医療院	⇒
〈地域密着型サービス〉	回答例：増床○床、定員○人増・令和○年○月頃
15. 地域密着型通所介護	⇒
16. 夜間対応型訪問介護	⇒
17. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	⇒
18. 認知症対応型共同生活介護	⇒
19. 認知症対応型通所介護	⇒
20. 小規模多機能型居宅介護	⇒
21. 看護小規模多機能型居宅介護	⇒
22. 地域密着型介護老人福祉施設	⇒
〈その他〉	回答例：増床○床、定員○人増・令和○年○月頃
23. その他()	⇒

○従業員、人材確保について

問6 貴事業所では、どのように職員を募集していますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 公共職業安定所（ハローワーク）の活用	8. 埼玉県が実施する介護人材確保総合推進事業の活用
2. 求人誌の活用	9. シルバー人材センター
3. 求人サイトの活用	10. 外国人の採用
4. 職員・知人等からの紹介	11. 事業者・事業所のホームページを活用
5. 人材派遣の活用	12. 民間団体が主催する就職説明会
6. 学校等への求人票の送付	13. その他（ ）
7. 学校等への訪問・説明	14. 最近では募集を行っていない

問7 人材を定着させるためにどのように取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化※	6. 希望する労働時間の設定
2. 賃金・労働時間等の労働条件の改善	7. メンタルヘルスケアを含む健康管理体制の充実
3. 休暇を取りやすくするための体制整備	8. キャリアに応じた給与体系等の整備
4. 従業員の資格取得やスキル向上のための研修参加の推奨	9. 非常勤従業員の常勤への登用
5. 資格・能力や仕事ぶりの評価を反映した配置や処遇	10. 休憩室や談話室の設置など職場環境の整備
	11. その他（ ）
	12. 特になし

※職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化：定期的なミーティング、意見交換会、チームケア等

問8 貴事業所において、職員の職種別の過不足状況はいかがですか。(1)～(9)それぞれにお答えください。(○は1つずつ)

	大いに不足	不足	やや不足	適当	過剰	いない	当該職種は
記入例（「不足」の場合）	1	②	3	4	5	6	
(1)訪問介護員	1	2	3	4	5	6	
(2)サービス提供責任者	1	2	3	4	5	6	
(3)介護職員	1	2	3	4	5	6	
(4)看護職員	1	2	3	4	5	6	
(5)理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等	1	2	3	4	5	6	
(6)介護支援専門員	1	2	3	4	5	6	
(7)生活相談員	1	2	3	4	5	6	
(8)その他（ ）	1	2	3	4	5	6	
(9)全体的に見た場合	1	2	3	4	5		

(問8(9)で「1.大いに不足」「2.不足」「3.やや不足」とお答えの方におたずねします。)

問8-1 貴事業所において、介護人材が不足している理由は何であると考えますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 仕事がつい(身体的・精神的) | 6. 労働時間が長い |
| 2. 賃金が低い | 7. キャリアアップの機会が不十分 |
| 3. 社会的評価が低い | 8. 夜勤が多い |
| 4. 休みが取りにくい | 9. その他() |
| 5. 雇用が不安定 | 10. わからない |

問9 貴事業所の外国人介護人材[※]の活用状況についておたずねします。(○は1つ)

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 既に活用済みである | 5. 活用の予定はない |
| 2. 今後、活用予定である | 6. わからない |
| 3. 活用に向けて検討中である | 7. 受け入れ対象のサービス(施設)ではない |
| 4. 関心はあるが、具体的な検討はしていない | |

※EPA・技能実習・在留資格「介護」、特定技能により勤務している方

(問9で、「1.既に活用済みである」とお答えの方におたずねします。)

問9-1 外国人介護人材の方は何人いますか。

- | | |
|---------------|-----------------------|
| (1)従業員の総数()人 | (2)左記のうち外国人介護人材の方()人 |
|---------------|-----------------------|

○サービスの質の向上への取組について

問10 貴事業所では、サービス向上のためにどのような取組をしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 内部の研修や講習会の開催 | 9. 事故防止対策 |
| 2. 外部の研修や講習会への職員の参加 | 10. 利用者への説明の徹底 |
| 3. 職員の自主学習への支援 | 11. 利用者の人権を守る取組 |
| 4. 事業所独自の評価 | 12. 個人情報の管理徹底 |
| 5. 利用者による評価 | 13. 苦情や相談の受付体制の整備 |
| 6. 第三者機関の評価 | 14. 地域との連携 |
| 7. サービス提供マニュアルの作成 | 15. その他() |
| 8. 災害時・緊急時のマニュアルの作成 | 16. 特に取組みをしていない |

問11 直近1年間で、利用者からどのような苦情を受けましたか。(○は3つまで)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. サービス利用時間が短い | 5. サービスが利用しづらい |
| 2. サービス利用回数が少ない(減った) | 6. サービス提供スタッフに不満がある |
| 3. サービスの種類が少ない | 7. その他() |
| 4. サービス内容に不満がある | 8. 特に目立つ苦情はない |

問12 利用者から苦情や相談を受けたとき、貴事業所はこれまでどのような対応をしてきましたか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. 専任相談員による対応 | 6. ケアマネジャーの仲介 |
| 2. 行政への相談 | 7. 担当者の交代 |
| 3. 内部検討会の実施 | 8. その他() |
| 4. 対応マニュアルの作成 | 9. 苦情や相談を受けたことはない |
| 5. 利用者や家族との話し合い | |

問13 貴事業所で、必要な連携が不足していると考えている関係機関・関係者をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- | | | |
|------------------|---------------|----------------|
| 1. ケアマネジャー | 6. 社会福祉協議会 | 11. 自治会 |
| 2. 他の事業者 | 7. 保健センターや保健所 | 12. 民生委員 |
| 3. 医療機関 | 8. 薬局 | 13. 利用者の家族 |
| 4. 認知症に関する専門医療機関 | 9. 地域包括支援センター | 14. その他() |
| 5. 訪問看護ステーション | 10. 市の担当者 | 15. 連携は十分できている |

問14 医療機関との連携を進める上での課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. 医療機関の協力が得られない | 5. 連携の必要性を感じていない |
| 2. 情報共有システムが確立されていない | 6. 個人情報保護に基づく情報提供の同意手続きが難しい |
| 3. 共有すべき情報がわからない | 7. その他() |
| 4. 連携のための事務負担が大きい | |

問15 比企地区で実施している次の事業を知っていますか。(それぞれ○は1つ)

(1) 比企地区在宅医療・介護情報検索システム	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(2) 埼玉県比企地区版連携シート	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(3) 比企医師会在宅医療連携拠点	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(4) 私の意思表示ノート (一般社団法人 埼玉県医師会作成)	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない
(5) MCS (メディカル・ケア・ステーション)	1. 利用したことがある 2. 知っているが、利用したことはない 3. 知らない

問16 貴事業所は、利用者の物忘れや認知症の対応で困った時、最初にどこに(誰に)相談をします(しました)か。(○は1つ)

1. ケアマネジャー	3. 利用者の主治医	6. 社会福祉協議会
2. 地域包括支援センター (認知症地域支援推進員)	4. 認知症専門医(物忘れ外来等)	7. その他()
	5. 市役所	8. 相談先がなく困っている

問17 利用者のうち、認知症による徘徊行動のある人は何人いますか。

認知症による徘徊行動のある利用者の人数 () 人

問18 事業所として、認知症の利用者への支援において、課題だと感じていることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の意思を反映した支援の実施	6. 家族との連携や支援
2. 必要なサービスの不足 ⇒ (サービス名)	7. 主治医や病院等医療機関との連携
3. 権利擁護の必要性の判断・対応	8. 地域との連携
4. 入院・退院時の対応	9. 職員の認知症に関する知識・経験の不足
5. 支援に関わる事業者間の連携の確保	10. その他()
	11. 特になし

問19 貴事業所では、ケアプランデータ連携システムの導入を考えていますか。(○は1つ)

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 既に導入済みである | 5. 導入の予定はない |
| 2. 今後、導入予定である | 6. わからない |
| 3. 導入に向けて検討中である | 7. 他事業所の導入状況をみて検討する |
| 4. 関心はあるが、具体的な検討はしていない | |

(問19で、「2. 今後、導入予定である」とお答えの方におたずねします。)

問19-1 導入予定の時期をお答えください。

導入時期 令和()年()月頃

問20 高齢者福祉、介護保険制度、高齢者向けサービスなどに関して、市への意見等がありましたら、下の欄にご記入ください。

アンケートはここまでです。ありがとうございました。
3月13日(金)までに電子メールにて下記アドレスへご回答ください
Mail : koureikaigo@city.higashimatsuyama.lg.jp