

介護サービス事業所調査票

資料5-1-4

調査ご協力のお願い

日ごろより、本市の高齢者施策の推進にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

このたび、「第7期茅ヶ崎市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定するにあたり、事業者の皆様のご意見やご要望を反映させていくための基礎資料として、「介護サービス事業所調査」を実施することになりました。

このアンケート調査は、市民に介護サービスを提供している事業所を対象に、お送りするものです。ご回答いただいたご意見は、統計的にとりまとめますので、個別のご意見等がそのまま公表されることはありません。

また、ご回答の内容について、本市の雇用労働行政の資料として活用するとともに、後日ご連絡をとらせていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

お手数ではありますが、調査の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

平成28年11月11日

茅ヶ崎市長 服部 信明

ご記入にあたってのお願い

◇この調査票は、サービスの管理者または、それに準じる方がご記入ください。

◇お答えは、平成28年10月1日の状況でご記入ください。

◇調査票は、市内の介護サービスを提供されている事業所に送付させていただきました。同一所在地で複数の事業所登録をされている事業者様へは、複数の調査票が届きます。大変お手数をお掛けいたしますが、指定を受けているサービス（介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、短期入所療養介護、居宅療養管理指導を除く）1つに対して、調査票を1部利用して、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

※事業所単独では回答し難い質問に関しては、貴事業所の運営主体の法人と調整のうえ、お答えください。

◇お答えは、あてはまる項目の番号に「ひとつだけに○」を付けていただくものと、「あてはまるものすべてに○」を付けていただくものがありますのでご注意ください。「その他」にあてはまる場合には（ ）内になるべく具体的にご記入ください。

◇設問によって回答していただく方が限られる場合がありますので、ことわり書きや矢印に従って回答してください。特にことわり書きのない場合は次の設問に進んでください。

◇ご記入いただいた調査票は平成28年12月9日（金）までにご投函ください。（同封の封筒によりご返送ください。なお、切手を貼る必要はありません。）

このアンケート調査についてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

連絡先：茅ヶ崎市保健福祉部高齢福祉介護課 支援給付担当
電話 0467-82-1111（代表） ファクス 0467-82-1435

-----<調査の前に>-----

○貴事業所の事業所名や連絡先をご記入ください。

事業所名			
電話番号		記入者名	

(事業所名及び記入者名を公表することはありません)

-----<貴事業所の概要についておたずねします>-----

問1 貴事業所の所在地はどちらですか。(下記の町名から、ひとつだけに○)

(ア行)	1. 赤羽根	2. 赤松町	3. 旭が丘	4. 甘沼	5. 今宿
	6. 円蔵				
(カ行)	7. 香川	8. 小桜町	9. 小和田		
(サ行)	10. 幸町	11. 汐見台	12. 下寺尾	13. 下町屋	14. 松林
	15. 白浜町	16. 新栄町	17. 十間坂	18. 芹沢	
(タ行)	19. 高田	20. 代官町	21. 茅ヶ崎	22. 堤	23. 鶴が台
	24. 出口町	25. 常盤町	26. 共恵		
(ナ行)	27. 中海岸	28. 中島	29. 行谷	30. 南湖	31. 西久保
(ハ行)	32. 萩園	33. 浜須賀	34. 浜竹	35. 浜之郷	36. 浜見平
	37. 東海岸北	38. 東海岸南	39. 菱沼	40. 菱沼海岸	41. ひばりが丘
	42. 富士見町	43. 平太夫新田	44. 平和町	45. 本宿町	46. 本村
(マ行)	47. 松尾	48. 松風台	49. 松が丘	50. 松浪	51. 美住町
	52. みずき	53. 緑が浜	54. 室田	55. 元町	
(ヤ行)	56. 柳島	57. 柳島海岸	58. 矢畑		
(ワ行)	59. 若松町				

問2 貴事業所の組織(法人格)は、次のうちどれですか。(ひとつだけに○)

1. 社会福祉法人 2. 株式会社 3. 有限会社 4. 財団法人・社団法人 5. 医療法人・医療法人社団・医療法人財団 6. 特定非営利活動法人 (NPO 法人) 7. その他 (具体的に：)
--

-----<事業実施状況及び今後の事業展開についておたずねします>-----

問3 貴事業所で実施している介護サービスの種類（介護予防を含む）は、次のどれですか。
（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 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. 通所介護 | 6. 通所リハビリテーション |
| 7. 短期入所生活介護 | 8. 特定施設入居者生活介護 |
| 9. 認知症対応型通所介護 | 10. 地域密着型通所介護 |
| 11. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 認知症対応型共同生活介護 |
| 13. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 14. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 15. 介護老人福祉施設 | 16. 介護老人保健施設 |
| 17. 介護療養型医療施設 | |

問4 問3で○をしたサービスのうち、昨年度（最新の決算）の収支が黒字であったサービス（介護予防を含む）はありましたか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 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. 通所介護 | 6. 通所リハビリテーション |
| 7. 短期入所生活介護 | 8. 特定施設入居者生活介護 |
| 9. 認知症対応型通所介護 | 10. 地域密着型通所介護 |
| 11. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 認知症対応型共同生活介護 |
| 13. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 14. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 15. 介護老人福祉施設 | 16. 介護老人保健施設 |
| 17. 介護療養型医療施設 | 18. 黒字であったサービスはない |

問5 問3で○をしたサービス（介護予防を含む）のうち、今後休止や撤退、大幅な縮小を検討・予定されているサービスはありますか。（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 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. 通所介護 | 6. 通所リハビリテーション |
| 7. 短期入所生活介護 | 8. 特定施設入居者生活介護 |
| 9. 認知症対応型通所介護 | 10. 地域密着型通所介護 |
| 11. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 認知症対応型共同生活介護 |
| 13. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 14. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 15. 介護老人福祉施設 | 16. 介護老人保健施設 |
| 17. 介護療養型医療施設 | |
| 18. 休止や撤退、大幅な縮小を検討・予定しているサービスはない | |

→【問5で、「1」～「17」に1つでも○をつけた事業所の方におたずねします。】

問5-1 その理由をお聞かせください。（あてはまるものすべてに○）

- | |
|----------------------|
| 1. 採算が合わない |
| 2. サービス提供をする人材確保が難しい |
| 3. 利用者の確保が難しい |
| 4. 用地確保が難しい |
| 5. 制度改正の流れに対応できない |
| 6. 事業者指定を受けられない |
| 7. 経営側の都合・方針 |
| 8. その他（具体的に： _____） |

《全ての方におたずねします》

問6 貴事業所で、今後、茅ヶ崎市にて新規参入・提供量の拡大を予定しているサービスがありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 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（老健） |
| 11. 短期入所療養介護（病院等） | 12. 福祉用具貸与 |
| 13. 特定福祉用具販売 | 14. 特定施設入居者生活介護 |
| 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 16. 夜間対応型訪問介護 |
| 17. 認知症対応型通所介護 | 18. 地域密着型通所介護 |
| 19. 小規模多機能型居宅介護 | 20. 認知症対応型共同生活介護 |
| 21. 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 22. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 23. 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | |
| 24. 介護老人福祉施設 | 25. 介護老人保健施設 |
| 26. 介護療養型医療施設 | |
| 27. 新規参入・拡大予定のサービスはない | |

問7 貴事業所が、円滑な事業運営を進めていく上で、特に経営上の問題を感じることはありますか。(あてはまるものすべてに○)

- | |
|------------------------------|
| 1. 職員の確保が難しい |
| 2. 職員への教育が難しい |
| 3. 利用者の確保が難しい |
| 4. 提供するサービスの量的拡大が難しい |
| 5. 提供するサービスエリアの拡大が難しい |
| 6. 事務作業量が多い |
| 7. 施設・設備の改善が難しい |
| 8. 必要な情報の入手に支障がある |
| 9. プライバシー保護・個人情報管理の徹底が難しい |
| 10. 苦情処理対応が難しい |
| 11. 虐待防止の取り組みが難しい |
| 12. 職員の資質向上を図ることが難しい |
| 13. 利用者や家族の制度に対する理解が進んでいない |
| 14. 市役所や保健所などの行政と連携を図ることが難しい |
| 15. 医療機関と連携を図ることが難しい |
| 16. その他（具体的に： _____) |
| 17. 特になし |

----- <職員体制についておたずねします> -----

問 8 貴事業所の管理者及び介護職員等の職員数をご記入ください（ご回答の方を含む）。

※いない場合は「0」をご記入ください。

※常勤換算とは、当該業務に従事した1週間の勤務時間を通常の1週間の規定勤務時間で除して算出します。数値は小数第2位で四捨五入してください。

例)〔常勤職員A兼務の場合〕 規定勤務時間が週40時間で、Aさんが訪問介護に20時間、通所介護に20時間従事した場合は、訪問介護0.5、通所介護0.5となります。

例)〔非常勤職員Bの場合〕 規定勤務時間が週40時間で、Bさんが訪問介護に週に15時間従事した場合は、訪問介護0.4 (0.375を四捨五入) となります。

	常勤 専従	常勤兼務		非常勤		
		人	換算数	人	換算数	
管理者（施設長）	人	人	. 人			
サービス提供責任者	人	人	. 人	人	. 人	
医師	人	人	. 人	人	. 人	
看護職員	人	人	. 人	人	. 人	
訪問介護員（ホームヘルパー）	人	人	. 人	人	. 人	(登録ヘルパー) 人
介護職員（ヘルパー以外）	人	人	. 人	人	. 人	
生活相談員・支援相談員	人	人	. 人	人	. 人	
管理栄養士・栄養士	人	人	. 人	人	. 人	
介護支援専門員	人	人	. 人	人	. 人	
機能訓練指導員（PT・OT・ST等）	人	人	. 人	人	. 人	

問 9 貴事業所における職員の平均勤続年数をご記入ください。（小数第2位で四捨五入）

	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
看護職員	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年
介護職員（ヘルパー以外）	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年
生活相談員・支援相談員	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年
管理栄養士・栄養士	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年
介護支援専門員	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年
機能訓練指導員（PT・OT・ST等）	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年	平均 . 年

<人材確保や育成・定着についておたずねします>

問10 この1年間（平成27年10月1日～平成28年9月30日まで）の、貴事業所の人材の確保の状況はいかがですか。（ひとつだけに○）

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 確保できている | 2. おおむね確保できている |
| 3. あまり確保できていない | 4. 確保できていない |

問11 この1年間で貴事業所の人材確保の方針は次のうちどちらが当てはまりますか。

- | |
|--------------------------|
| 1. 資格取得者や経験者に限り雇用する |
| 2. 資格を持っていない未経験者の方でも雇用する |

問12 貴事業所では、人材の確保について、どのような取り組みを行っていますか。

（あてはまるものすべてに○）

- | |
|---|
| 1. 定期的に求人誌への掲載などを行っている |
| 2. 就職説明会への参加を行っている |
| 3. 福祉専門学校等教育機関との連携を図っている |
| 4. ハローワークとの連携を図っている |
| 5. 人材派遣会社との連携を図っている |
| 6. 無資格者でも採用を行い、採用後に資格取得講座を受講させている |
| 7. 採用時に給与（賞与・手当含む）を他社より好条件に設定している |
| 8. 採用時に労働日数・時間の希望をできるだけ聞き入れている |
| 9. 育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている |
| 10. 採用時に仕事のやりがいや、社会的意義を伝えている |
| 11. インターンシップ制度を導入している |
| 12. 将来の介護の仕事や重要性を知ってもらうための生徒向けの介護体験会を開催している |
| 13. 外国人の介護人材を受入れている |
| 14. その他（具体的に： _____ ） |
| 15. 特に何も行ってない |

→【問12で、「1」～「14」に1つでも○をつけた事業所の方におたずねします。】

問12-1 問12の取り組みで効果があったと思う取り組みについてその番号を記載してください。（複数回答可）

回答： _____

《全ての方におたずねします》

問13 貴事業所のこの1年間（平成27年10月1日～平成28年9月30日まで）の離職率はどのくらいですか。（ひとつだけに○）

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. 最近1年間に離職者はいない | |
| 2. 10%未満 | 3. 10%以上20%未満 |
| 4. 20%以上30%未満 | 5. 30%以上 |
| 6. わからない | |

※離職率＝この1年間の退職者数÷1年前の在職者数×100 とします

→【問13で「2. 10%未満」～「5. 30%以上」に○をつけた貴事業所の方におたずねします。】

問13-1 この1年間の離職者数をご記入ください。

	正規職員	非正規職員	
		常勤労働者	短時間労働者
看護職員	人	人	人
介護職員（ヘルパー以外）	人	人	人
生活相談員・支援相談員	人	人	人
管理栄養士・栄養士	人	人	人
介護支援専門員	人	人	人
機能訓練指導員（PT・OT・ST）	人	人	人

問13-2 また、貴事業所での離職者の離職理由どのようなものですか。

（あてはまるものすべてに○）

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 結婚のため 2. 出産のため 3. 両親の介護のため 4. 労働時間が長いため 5. 夜勤が多いため 6. 休みが取りにくい 7. キャリアアップの機会が不十分のため 8. 賃金が安い 9. 仕事がきついため（身体的・精神的） 10. 人間関係が悪くなったため 11. その他（具体的に： | ） |
|---|---|

《全ての方におたずねします》

問14 貴事業所では、人材の定着・育成（離職の防止）について、どのような取り組みを行っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 近隣の企業や同業他社の給与水準を踏まえ、給与額を設定している
2. 永年勤続など一定期間勤めた際の報奨制度を設けている
3. 能力や仕事ぶりによって、管理職への登用機会を設けている
4. 非正規職員から正規職員への登用機会を設けている
5. 外部研修に参加できない職員のために、内部研修を充実させている
6. 職員のスキルアップのため、資格取得の支援をしている
7. 新人職員に対し、一定期間、マンツーマンで知識や技能を指導するなどの支援体制を設けている
8. 育児中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている
9. 介護中の職員への配慮など、働きやすい環境をつくっている
10. 働く時間に柔軟性をもたせたり、休暇を取りやすくするなど職場環境を整えている（ワークライフバランスの推進）
11. 休憩室や談話室の設置など、職員がリラックスできる環境を整えている
12. 上司や管理職が頻繁に面談を行い、職員の要望や不満を汲み取っている
13. 仕事のやりがいや、社会的意義を伝えている
14. 職員への満足度（不満）調査を行い、事業所における課題の把握を行っている
15. その他（具体的に： _____）
16. 特に何も行ってない

→【問14で「1」～「15」に○をつけた貴事業所の方におたずねします。】

問14-1 問14の取り組みで効果があったと思う取り組みについてその番号を記載してください。（複数回答可）

回答： _____

《全ての方におたずねします》

問15 人材の確保・定着・育成に関して行政に求める支援はありますか。（自由記入）

回答： _____

問16 高齢者福祉サービスや介護保険サービスについて、市へのご要望、ご意見などがございましたら、お聞かせください。

こちらで終了です。

ご協力ありがとうございました。12月9日（金）までにご返送ください。