

## 居宅介護支援事業所アンケート調査票

### 【ご記入にあたってのお願い】

#### 1 アンケートの対象者

この調査は北海道内で居宅介護支援事業を提供されている事業所の管理者の方全員に送付させて頂いております。

#### 2 アンケート回答者（記入者）

上記1の対象者ご本人がご回答ください。

#### 3 アンケート記載の留意点

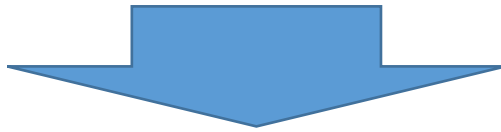
記載頂く内容は、**令和4年1月1日現在**の状況をご回答ください。

#### 4 回答方法

**本アンケートは、原則としてwebにてご回答ください。（スマホからの回答も可能です）**

※web環境が整っていない場合、調査票に直接ご記入の上、FAXにてお送りください。

北海道介護支援専門員協会 FAX 011-596-0394



アンケートは当協会ホームページの専用フォームからご回答ください。

「北海道介護支援専門員協会」で検索するとトップページから接続できます。

URL : <http://www.do-kaigoshien.jp/>

回答期限 : 令和4年4月30日（土）

こちらのQRコード  
からも回答できます

（アンケートの問い合わせ先）

北海道介護支援専門員協会 事務局

Mail [aradin@do-kaigoshien.jp](mailto:aradin@do-kaigoshien.jp)

Tel 011 (596) 0392



## 【貴事業所の概要】

### 問1 貴事業所の所在地を教えてください

- |                               |                               |                               |                               |                                  |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 札幌市  | <input type="checkbox"/> 石狩管内 | <input type="checkbox"/> 空知管内 | <input type="checkbox"/> 上川管内 | <input type="checkbox"/> 留萌管内    | <input type="checkbox"/> 後志管内 |
| <input type="checkbox"/> 胆振管内 | <input type="checkbox"/> 日高管内 | <input type="checkbox"/> 渡島管内 | <input type="checkbox"/> 檜山管内 | <input type="checkbox"/> オホーツク管内 |                               |
| <input type="checkbox"/> 十勝管内 | <input type="checkbox"/> 釧路管内 | <input type="checkbox"/> 根室管内 | <input type="checkbox"/> 宗谷管内 |                                  |                               |

※該当する□にレ点をご記入ください。

### 問2 貴事業所は、開設して何年目になりますか

開設 年目

### 問3 貴事業所の法人の種類を教えてください

- |                                       |                                     |                                |                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人（社協以外） | <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会    | <input type="checkbox"/> 医療法人  | <input type="checkbox"/> 財団法人/社団法人 |
| <input type="checkbox"/> 営利法人         | <input type="checkbox"/> 非営利法人（NPO） | <input type="checkbox"/> 農協/生協 | その他（ ）                             |

### 問4 貴事業所の併設サービスの有無について教えてください

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 併設サービスあり →問4-1へ | <input type="checkbox"/> 併設サービスなし |
|--|-----------------------------------|

#### 問4-1 併設サービスの種類を教えてください（あてはまるものすべてに✓）

（入所施設系サービス）

- |                                   |                                   |                                |                                    |                                       |                                  |                                |                                      |   |   |                                  |                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム | <input type="checkbox"/> ケアハウス | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム | <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|

（訪問通所系サービス）

- |                               |                                 |                               |                                      |                               |                                      |                                   |                                   |                                 |                                   |                               |                                   |                                      |                                    |   |                                     |  |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 | <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 | <input type="checkbox"/> 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|

（介護保険外）

- |                             |                              |                             |                                 |                                     |                                       |                                 |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> 診療所 | <input type="checkbox"/> 薬局 | <input type="checkbox"/> 配食サービス | <input type="checkbox"/> 送迎（移送）サービス | <input type="checkbox"/> 介護保険外の宿泊サービス | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

### 問5 貴事業所の介護支援専門員の従事者数を教えてください

	介護支援専門員	主任介護支援専門員	計
常勤	名	名	名
非常勤	名	名	名
計	名	名	名

問5-1 貴事業所の介護支援専門員の年齢構成を教えてください

<input type="checkbox"/> 20代 _____名	<input type="checkbox"/> 30代 _____名	<input type="checkbox"/> 40代 _____名
<input type="checkbox"/> 50代 _____名	<input type="checkbox"/> 60代 _____名	<input type="checkbox"/> 70代 _____名
<input type="checkbox"/> 80代以上 _____名		

問5-2 貴事業所の主任介護支援専門員の年齢を教えてください

<input type="checkbox"/> 20代 _____名	<input type="checkbox"/> 30代 _____名	<input type="checkbox"/> 40代 _____名
<input type="checkbox"/> 50代 _____名	<input type="checkbox"/> 60代 _____名	<input type="checkbox"/> 70代 _____名
<input type="checkbox"/> 80代以上 _____名		

問6 貴事業所の特定事業所加算状況を教えてください

<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 特定事業所加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 特定事業所加算A
<input type="checkbox"/> 特定事業所医療介護連携加算 <input type="checkbox"/> 特定事業所加算算定なし			

問7 貴事業所で算定したことがある加算を教えてください（あてはまるものすべてに✓）

<input type="checkbox"/> 初回加算	<input type="checkbox"/> 退院・退所加算	<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算	<input type="checkbox"/> ターミナルケアマネジメント加算
<input type="checkbox"/> 通院時情報連携加算 <input type="checkbox"/> 緊急時居宅カンファレンス加算			
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

問8 貴事業所では特定事業所集中減算はありますか

<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
-----------------------------	-----------------------------

問8-1 貴事業所で特定事業所集中減算が最も多いサービス事業所はどれですか

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

問9 貴事業所の令和4年1月1日現在の利用者数（給付管理者数—委託を含む）を教えてください  
\_\_\_\_\_名

問10 問9の利用者数（給付管理者数）に対する要介護度別利用者数を教えてください

区分	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
人数							

問11 居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していますか

<input type="checkbox"/> 算定している →問11-1・2へ	<input type="checkbox"/> 算定していない 問11-3へ
---	---

問11-1 算定要件として、採用しているものを教えてください

<input type="checkbox"/> ICTの活用	<input type="checkbox"/> 事務職員の配置
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

問1 1-2 活用している ICT について教えてください

→回答後、問1 2へ

- 事業所内・外で利用者の情報を共有できるアプリ     訪問記録を随時記載できるアプリ  
 その他 ( )

問1 1-3 算定していない理由を教えてください

- 算定要件を満たさない     40件以上は担当させない  
 その他 ( )

問1 2 BCP (事業継続計画) の作成状況について教えてください

- 作成済み     作成中 →問1 3-1へ     今後作成予定 →問1 3-1へ

問1 3-1 作成にあたって、知りたい事項があれば教えてください

(自由記載)

問1 4 貴事業所の運営上の課題について教えてください (複数回答可)

- 新規利用者の獲得が困難     介護支援専門員の離職及び人材確保     介護支援専門員の育成  
 利用者からの苦情対応     困難事例が多い     介護保険制度に関する情報の入手  
 サービス提供事業所やインフォーマルサービスに関する情報不足     介護報酬が低い  
 行政・地域包括支援センターとの連携     サービス事業所との連携     医療機関との連携  
 その他 (具体的に )  
 特に課題はない

【資質向上に関する取り組みについて】

問1 5 介護支援専門員の資質向上に関する貴事業所の取組みを教えてください (複数回答可)

- キャリアパスを設定し職員に明示している     人材育成のための体制を整えている  
 外部研修を計画的に活用している     主任介護支援専門員の役割を明確に示している  
 主任介護支援専門員がスーパーバイズを行っている     事業所内で年間研修計画を立てている  
 研修の実施状況や効果を評価している     評価結果を次年度の計画に反映している  
 その他 ( )

問1 6 貴事業所でOJTに取り組まれていますか

- 取り組んでいる →問1 7へ     取り組んでいない →問1 6-1へ

\* OJT (On-The-Job-Training) とは、

職場で実務をさせることで行う従業員の職業教育のこと。職場の上司・先輩が、部下・後輩に対し具体的な仕事を与えて、その仕事を通して、仕事に必要な知識・技術・技能・態度などを意図的・計画的・継続的に指導し、修得させることによって全体的な業務処理能力や力量を育成する活動である。

問16-1 取り組まれていない理由を教えてください（複数回答可）

- 余裕・時間がない  やり方・方法がわからない  必要性がない  
 その他（ ）

問17 OJT研修（介護支援専門員地域同行型研修）を当協会が北海道から委託を受けて実施していることを知っていますか

- 知っている →問17-1へ  知らない →問18へ

問17-1 何で知りましたか

- 行政からの案内  地域組織からの案内  当協会会員への案内  当協会ホームページ  
 過去にOJT事業を受けた人から  その他（ ）

問18 当協会が実施するOJT事業（介護支援専門員地域同行型研修）に職員を参加させたいと思えますか

- 参加させたい →問19へ  参加させない →問18-1へ  
 参加させたいができない →問18-1へ

問18-1 理由についておしえてください

- 人手不足  業務多忙  その他（ ）

問19 介護支援専門員の資質向上を目的とした研修を当協会が実施していることは知っていますか

- 知っている →問19-1へ  知らない

問19-1 何で知りましたか →

- 当協会会員向けの研修案内  当協会ホームページ  知人から  
 地域組織からの案内  その他（ ）

問20 研修に参加した、させたことはありますか

- 参加した、させたことがある  参加した、させたことはない →問20-1へ

問20-1 参加されなかった理由を教えてください →

- 研修テーマが希望するものではなかった  日程が合わなかった  
 その他（ ）

**問 2 1 今後参加したい、参加させたいと思う研修について教えてください (複数回答可)**

- ケアマネジメントに関する研修  医療連携に関する研修  看取り(終末期)に関する研修  
 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する研修  認知症に関する研修  
 社会資源(インフォーマルサービス)の活用に関する研修  対人援助に関する研修  
 スーパービジョンに関する研修  権利擁護に関する研修  介護支援専門員の価値と倫理に関する研修  実地指導に関する研修  事業継続計画(BCP)に関する研修  
 災害支援に関する研修  その他( )

**問 2 2 外部の研修に参加する時の研修費用は事業所で負担していますか**

- 事業所で負担する  事業所で負担しない  研修内容により随時判断する

**【保険者等との連携について】**

**問 2 3 介護予防支援業務の受託状況について教えてください**

- 受託している( 件 )  受託していない →問 2 3-1 へ

\* ( ) に月平均の受託件数をご記入ください。

**問 2 3-1 受託していない理由を教えてください**

- 受託要請がない  委託料が少額  受託できる余裕がない  
 その他( )

**問 2 4 保険者からの要介護認定調査(更新・区分変更)の受託状況について教えてください**

- 受託している( 件 )  受託していない →問 2 4-1 へ

\* ( ) に月平均の受託件数をご記入ください。

**問 2 4-1 受託していない理由を教えてください**

- 受託要請がない  委託料が少額  受託できる余裕がない  
 その他( )

**問 2 5 業務を行う上で、保険者(市町村)に対して、業務上の疑問や悩みがありますか**

- ある →問 2 5-1 へ  ない

**問 2 5-1 具体的にどのような疑問や悩みがありますか**

(自由記載)

**問 2 6 北海道が実施する介護支援専門員実務研修における実習生の受入れについて教えてください**

- 受け入れている →問 2 6-1 へ  過去に受け入れたことがある →問 2 6-2 へ  
 受け入れたことはない →問 2 6-2 へ

**問2 6-1 実習生の受け入れに協力する理由を教えてください（複数回答可）**

<input type="checkbox"/> 地域の介護支援専門員の育成のため	<input type="checkbox"/> 特定事業所加算を取得しているため
<input type="checkbox"/> 実習指導者が主任介護支援専門員更新要件に該当するため	<input type="checkbox"/> 自己の学びのため
<input type="checkbox"/> その他（	）

**問2 6-2 実習生を受け入れていない若しくは受け入れなくなった理由を教えてください（複数回答可）**

<input type="checkbox"/> 指導できる人材がない（主任介護支援専門員の不在等）	<input type="checkbox"/> 業務過多で指導の時間を作れない	
<input type="checkbox"/> 法人の意向	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の本来業務ではない	<input type="checkbox"/> 受入協力事業所登録の手続きが煩雑
<input type="checkbox"/> 実務研修に実習があることを知らない	<input type="checkbox"/> その他（	）

**問2 7 北海道介護支援専門員協会へのご意見ご要望をお聞かせください**

--

ご協力ありがとうございました