

小規模多機能型居宅介護支援事業所および 看護小規模多機能型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

この調査は北海道内の小規模多機能型居宅介護支援事業所及び看護小規模多機能型居宅介護支援事業所を対象にしております。

2 アンケート記載の留意点

記載頂く内容は、**令和5年7月1日現在**の状況をご回答ください。

3 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5年10月11日(水)

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

Tel 011 (596) 0392



I 基本情報について

問1 貴事業所の種類について教えてください

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> サテライト型小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 | |

問2 貴事業所の所在地を教えてください ※該当する□にチェックをしてください

- | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <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 | | | |

問3 貴事業所は、開設して何年目になりますか

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1年未満 | <input type="checkbox"/> 1年以上5年未満 | <input type="checkbox"/> 5年以上10年未満 |
| <input type="checkbox"/> 10年以上15年未満 | <input type="checkbox"/> 15年以上 | |

問4 貴事業所の対象給付を選択ください。

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 介護給付のみ | <input type="checkbox"/> 予防給付のみ | <input type="checkbox"/> 介護給付と予防給付 |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|

問5 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6 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 | <input type="checkbox"/> 併設サービスなし |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

問6-1 問6で「併設サービスあり」と回答された方に質問します。種類を教えてください

※該当するものすべてにチェックをしてください

- | |
|--|
| (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 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 |
| (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7 貴事業所の登録定員および通い定員等を教えてください

| | | |
|------|------|------|
| 登録定員 | 通い定員 | 宿泊定員 |
| 名 | 名 | 名 |

問8 貴事業所の令和5年7月1日～7月31日の1か月間の利用者数を教えてください

| | | | |
|----------|---------------|---------------|-----------------|
| 現在の実登録者数 | 1か月間の通い利用者の総数 | 1か月間の宿泊利用者の総数 | 1か月間の訪問利用者の延べ総数 |
| 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 通い利用者の1週間の平均数 | 宿泊利用者の1週間の平均数 | 訪問利用者の1週間の平均数 |
| | 名 | 名 | 名 |

問9 貴事業所の令和5年7月1日時点での利用者数（登録利用者数）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 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

問10 貴事業所の職員の人数を教えてください（令和5年7月1日現在）

※常勤・非常勤とも、常勤換算での人数もお答えください

※常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数（一般的には週40時間程度）をもとに計算してください（0名は0と必ずお書きください）。

なお、常勤（フルタイム）の「専従」職員の“常勤換算”人数は、“実人員”と同じ数になります。

※上記の数値を簡単に集計できるエクセル入力表を、厚労省のHPの専用URLからダウンロードすることができます。ダウンロード先 https://www.mhlw.go.jp/toukei/oshirase/dl/140627_4_1.xls

| | | 常勤（フルタイム） | | 非常勤（パートタイム） | |
|---------------|----|-------------------------|--------|---------------------------|--------|
| | | a 実人員 | b 常勤換算 | c 実人員 | d 常勤換算 |
| 管理者 | 専従 | 1 名 | 2 名 | / | |
| | 兼務 | 3 名 | 4 名 | | |
| 計画作成担当者 | 専従 | 5 名 | 6 名 | 9 名 | 10 名 |
| | 兼務 | 7 名 | 8 名 | 11 名 | 12 名 |
| 看護職員 | 専従 | 13 名 | 14 名 | 17 名 | 18 名 |
| | 兼務 | 15 名 | 16 名 | 19 名 | 20 名 |
| 介護職員 | 専従 | 21 名 | 22 名 | 25 名 | 26 名 |
| | 兼務 | 23 名 | 24 名 | 27 名 | 28 名 |
| その他 [29] | 専従 | 30 名 | 31 名 | 34 名 | 35 名 |
| | 兼務 | 32 名 | 33 名 | 36 名 | 37 名 |
| 常勤・非常勤別職員数 | | e 常勤（フルタイム） 38 名（注1） | | f 非常勤（パートタイム） 39 名（注1） | |
| 職員総数 | | 40 名（e+f） | | | |
| 常勤換算人数合計 | | 41 名（bの合計）+（dの合計） | | | |

（注1）専従職員数の合計+兼務職員の頭数（あたまかず）

問 1 1 職員の年齢構成（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入下さい）

※問 10 の職員総数と「合計」が一致

| ～20 歳 | 21～30 歳 | 31～40 歳 | 41～50 歳 | 51～60 歳 | 61～70 歳 | 71 歳以上 | 合計 |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|----|
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

貴事業所に配置されている介護支援専門員（計画作成担当者）について教えてください。

問 1 2-1 年齢構成を教えてください

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

問 1 2-2 経験年数を教えてください

| | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1年未満 | <input type="checkbox"/> 2～5年 | <input type="checkbox"/> 5～10年 | <input type="checkbox"/> 10～15年 | <input type="checkbox"/> 15年以上 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

問 1 2-3 業務を兼務していますか

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 兼務している | <input type="checkbox"/> 兼務していない |
|---------------------------------|----------------------------------|

問 1 2-4 問 1 2-3 で「兼務している」と回答した方に質問します。兼務している業務は何ですか

| | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 介護業務 | <input type="checkbox"/> その他の業務（ | ） |
|-------------------------------|----------------------------------|---|

II 医療等との連携について

問 1 3-1 かかりつけ医との関係について、該当するものすべてにチェックをしてください

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ①かかりつけ医に利用者の事を相談できている | |
| <input type="checkbox"/> ②ACP 等の作成の際にかかりつけ医が参加している | |
| <input type="checkbox"/> ③利用者の自宅での暮らしぶりを報告している | |
| <input type="checkbox"/> ④利用者本人の希望を代弁し、伝えている | |
| <input type="checkbox"/> ⑤事業所のケアへのこだわりを伝えている | |
| <input type="checkbox"/> ⑥運営推進会議に参加してもらっている | |
| <input type="checkbox"/> ⑦事業所から定期的に積極的な情報提供をしている | |
| <input type="checkbox"/> ⑧曜日、時間に関係なく連絡できる | |
| <input type="checkbox"/> ⑨かかりつけ医と臆せず話ができる | |
| <input type="checkbox"/> ⑩うまくコミュニケーションが取れない（共通言語がない） | |
| <input type="checkbox"/> ⑪何を話してよいかわからない | |
| <input type="checkbox"/> ⑫かかりつけ医とは話せないが、看護師とは話せる | |
| <input type="checkbox"/> ⑬かかりつけ医が忙しく、話しかけられない | |
| <input type="checkbox"/> ⑭運営推進会議のメンバーではあるが、多忙で出席できない（出席率 1/3 以下） | |
| <input type="checkbox"/> ⑮総合病院等の大きな医療機関のため、個別に連絡を取りにくい | |
| <input type="checkbox"/> ⑯その他（具体的に： | ） |

問13-2 かかりつけ医との連絡方法について、該当するものすべてにチェックをしてください

- ①直接会いに行く
- ②かかりつけ医の所属する医療機関の固定電話
- ③かかりつけ医の所持する携帯電話
- ④利用者の診察や訪問診療のタイミングに合わせて同席する
- ⑤ファックス
- ⑥メール、LINE等のSNS
- ⑦オンラインのネットワーク（ICTによる情報共有システム）
- ⑧曜日、時間に関係なく連絡できる
- ⑨その他（具体的に： _____）

Ⅲ ケアマネジメント等について

問14 ケアマネジメント業務の中で最も困難だと感じるものはどれですか ※該当するものを1つだけ選択してください

- 面談
- アセスメント
- ケアプランの作成
- サービス調整
- サービス担当者会議
- モニタリング
- その他（ _____）

問14-1 その理由をご記入ください

自由記載

問15 ケアマネジメント業務を行う上での困りごとがありますか

- ある
- ない

問15-1 問15で「ある」と回答された方に質問します。具体的にどのような困りごとがありますか ※複数回答可

- 気軽に相談できる相手がない
- 厚生労働省の最新情報などが手に入りにくい
- 厚生労働省などの最新情報をゆっくり読んで理解する時間がない
- スキルアップを図りたいと思うができない
- 自分の専門分野以外の知識不足
- 他のケアマネの業務対応の情報が得られない（横のつながりが乏しい）
- 保険者に対して、現場の意見が言えない
- 業務多忙
- 特になし
- その他（ _____）

問15-2 問15で「ある」と回答された方に質問します。困った時にどのように対処していますか
※複数回答可

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネットで検索 | <input type="checkbox"/> 職場の同僚・上司に相談 | <input type="checkbox"/> 他の専門職に相談 |
| <input type="checkbox"/> 他事業所の介護支援専門員（計画作成担当者）に相談 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターに相談 | |
| <input type="checkbox"/> 行政に相談 | <input type="checkbox"/> 特に何もしない | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

IV 介護支援専門員（計画作成担当者）の資質向上に関する取り組みについて

問16 外部研修会等に参加していますか

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 毎月参加している | <input type="checkbox"/> 年に2回以上は参加している | <input type="checkbox"/> ほとんど参加したことがない |
|-----------------------------------|--|--|

問16-1 問16で「ほとんど参加していない」と回答された方に質問します。参加していない理由として、当てはまるものを選択してください ※複数回答可

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 研修に参加する時間が取れない | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護に従事する介護支援専門員（計画作成担当者）向けの研修がない | <input type="checkbox"/> 日程が合わない |
| <input type="checkbox"/> 研修の参加に職場の理解が得られにくい | <input type="checkbox"/> 自事業所内で定期的に研修をおこなっている | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

問17 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

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 事業所で負担する | <input type="checkbox"/> 事業所で負担しない | <input type="checkbox"/> 研修内容により随時判断する |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|

問18 今後、参加してみたい研修を選択してください ※複数選択可

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

問19 研修に参加するなら、平日と休日（土日）のどちらが参加しやすいですか

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 平日 | <input type="checkbox"/> 土日 | <input type="checkbox"/> どちらでもよい |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|

問20 研修に参加するなら、どの時間帯が参加しやすいですか

| | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日中（業務時間内） | <input type="checkbox"/> 18:00以降（業務時間外） | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|------------------------------------|---|---------------------------------|

問21 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

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。