

# 介護人材実態調査

## 《職員票》

### 調査協力をお願い

日頃から介護保険行政にご理解とご協力を頂き、誠にありがとうございます。

瀬戸市では高齢者福祉計画・介護保険事業計画を策定し、「高齢者が生きがいを持って安心して暮らせる社会の実現」を基本理念に、いつまでも住み慣れた地域において心身ともに健康に暮らすことができる地域包括ケアシステムの構築を推進しています。

令和5年度に高齢者福祉計画・介護保険事業計画の見直しを予定しており、このたび、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討するためのアンケートを実施することとなりました。

この調査は、瀬戸市内に事業所のある訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所に所属する職員の皆様を対象としています。

なお、ご記入いただいた内容は、貴事業所や個人が特定される形で公表することはありません。瀬戸市個人情報保護条例に基づき適正に取扱うとともに計画策定及び各施策の効果の評価に使用します。また、計画策定及び各施策の効果の評価を行うにあたり、市の管理するデータベース内に情報を登録し、集計・分析を行うことがあります。趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和5年1月

瀬戸市長 伊藤 保徳

○本調査は、お手持ちのスマートフォンやパソコンから、Web上で回答することができます。

右のQRコードを読み取るか、下記URLからアンケートのページにアクセスして、**令和5年1月27日（金）までに**ご回答ください（この場合はアンケートのご返送は不要です）。

【<https://questant.jp/q/seto-kaigojinzai-r4>】



○Web上での回答が難しい場合は、このアンケート用紙へご記入ください。ご記入後、このアンケート用紙を事業所ごとに返信用封筒に入れ、上記の締め切り日までに郵便ポストへご投函ください。

<この調査に関するお問い合わせ先>

瀬戸市 高齢者福祉課

電話：0561-88-2621（直通） FAX：0561-88-2633

※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5年1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。（○は1つ）

1. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、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

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。（○は1つ）

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(○は1つ)	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(○は1つ)	1. 男性      2. 女性      3. その他
③年齢(数字をご記入ください)	(      ) 歳
④問1で回答した勤務先での、過去1週間の勤務時間(数字をご記入ください)	(      ) 時間 ※残業時間を含み、休憩時間を除きます。
⑤問1で回答した勤務先での勤務年数(○は1つ)	1. 1年以上      ⇒問6へ 2. 1年未満      ⇒問4へ

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ご回答ください。（○は1つ）

1. 現在の職場が初めての勤務先	⇒問6へ
2. 介護以外の職場	
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	

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ご回答ください。

①場所(○は1つ)	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・グループ(○は1つ)	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>

問6 サービス提供時間の内訳について、直近の1週間（7日間）の、各日のサービス提供時間を、それぞれ下の表の太枠部分にご記入ください。

※記入する時間は「5分単位」とします。例) 32分→30分

※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した時間」と「利用者の居宅における準備や片付けに要した時間」を合わせてご記入ください。（移動時間は含みません）

※介護給付による提供、介護予防給付・総合事業による提供を分けてご記入ください。障害サービスの提供は除いてください。

◆介護給付による訪問

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		調理・配膳		その他の生活援助	
記入例	35	分	20	分	0	分	125	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

◆介護予防給付・総合事業による訪問

曜日	身体介護※		生活援助					
			買い物 (移動時間を含まない)		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

※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、身体介護に含みます。

ありがとうございました。設問は以上です。