

自治体コード					

\*この欄には記入しないでください。(1-6)

# 介護サービス相談員活動調査 (派遣先調査票)

## <調査についてのお願い>

この調査は、今後の介護サービス相談員派遣等事業推進のための資料として役立てられるものです。

本調査票は、介護サービス相談員を受け入れている介護サービス事業者の方に配布しているため、複数の調査票が送られる場合があります。この場合は、介護サービス相談員を受け入れている事業所ごとに回答をお願いします。

本調査は **Webで実施しており**、PCの場合は『介護サービス相談・地域づくり連絡会』で検索し、ホームページ内のお知らせからアクセス可能、スマホの場合は右のQRコードからアクセス可能です。



**Web入力のメ切は、令和5年12月15日(金)とさせていただきます。**

都道府県	市区町村名	事業所名

調査の結果は、統計的データとして処理されます。固有名詞を出したり、他の目的に使用することは決してありません。率直なご意見をお聞かせください。

この調査についてのお問い合わせは、市町村の事務局までお願いします。

**Webでの回答をお願いしておりますが、紙の調査票でご回答いただく場合は、  
※ご記入いただいた調査票は、    月     日(    )までに市町村の事務局へ返送をお願いします  
(介護サービス相談・地域づくり連絡会には直接返送しないでください)。**

NPO 法人地域共生政策自治体連携機構 介護サービス相談・地域づくり連絡会

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町 2-7-15 市ヶ谷クロスプレイス 4階

TEL 03 (3266) 9340 FAX 03 (3266) 0223

E-mail : sodanin@net.email.ne.jp

ホームページ <https://kaigosodan.com>

★各設問は、特にことわりのない場合は1つだけ選んで回答してください。

1. 貴事業所の状況について

問1 介護サービス相談員を受け入れている貴事業所の事業について、あてはまるものを1つだけ選んでください。(7-8)

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. 特別養護老人ホーム              | 2. 介護老人保健施設              |
| 3. 介護療養型医療施設・介護医療院        | 4. 訪問サービス                |
| 5. 通所介護（デイサービス）           | 6. 通所リハビリテーション（デイケア）     |
| 7. 短期入所生活介護               | 8. 短期入所療養介護              |
| 9. 特定施設入居者生活介護（軽費老人ホーム）   | 10. 特定施設入居者生活介護（養護老人ホーム） |
| 11. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）  | 12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     |
| 13. 認知症対応型通所介護            | 14. 小規模多機能型居宅介護          |
| 15. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 16. 地域密着型特定施設入居者生活介護     |
| 17. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  | 18. サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）   |
| 19. 住宅型・健康型有料老人ホーム        | 20. その他                  |

問2 介護サービス相談員の受け入れを開始したのがいつか知っていますか。

知っている場合は、開始年度もお書きください。(9,10-11)

- |          |   |    |                                |                                |                      |                      |   |
|----------|---|----|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|---|
| 1. 知っている | → | 西暦 | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 |
| 2. 知らない  |   |    |                                |                                |                      |                      |   |

問3 訪問日時の設定についてうかがいます。訪問日時はどのような形で決めていますか。(12)

- |   |
|---|
| 1. 日にち・時刻とも事業所が決めている                      |
| 2. 日にち・時刻とも市町村事務局・介護サービス相談員と事業所が相談して決めている |
| 3. 日にちのみ事業所が決めている                         |
| 4. 日にちのみ市町村事務局・介護サービス相談員と事業所が相談して決めている    |
| 5. 時刻のみ事業所が決めている                          |
| 6. 時刻のみ市町村事務局・介護サービス相談員と事業所が相談して決めている     |
| 7. 日にちも時刻も市町村事務局・介護サービス相談員が決めている          |
| 8. 相談員が自由に訪問できるように日時は決めていない               |
| 9. わからない                                  |

2. 介護サービス相談員に関する利用者の周知度について

問4 利用者や家族に対して、介護サービス相談員を受け入れていることを説明していますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。(13-18)

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 介護サービス相談員の受入開始時に説明した    |
| 2. 利用者がサービス利用を開始する時に毎回説明する |
| 3. 月に1回は、利用者・家族全員に説明する     |
| 4. 年に数回は、利用者・家族全員に説明する     |
| 5. 利用者や家族から説明を求められたときに説明する |
| 6. 説明していない                 |

問5 前問のような説明以外に、利用者や家族に対して介護サービス相談員派遣等事業を告知していますか。告知方法としてあてはまる番号すべてに○をつけてください。(19-24)

- |                        |              |
|------------------------|--------------|
| 1.パンフレットを配る            | 2.ポスターを掲示する  |
| 3.同意書等の文書に明記して取り交わしている | 4.契約書等に明記    |
| 5.その他( )               | 6.とくに何もしていない |

問6 利用者や家族の方は、介護サービス相談員が訪問していることを知っていると思いますか。(25)

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1.全員知っている | 2.概ね知っている |
| 3.あまり知らない | 4.全員知らない  |
| 5.わからない   |           |

問7 利用者や家族の方は、介護サービス相談員の役割について理解していると思いますか。(26)

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1.全員理解している   | 2.概ね理解している  |
| 3.あまり理解していない | 4.全員理解していない |
| 5.わからない      |             |

### 3. 介護サービス相談員に関する事業所職員の周知度について

問8 職員に対して、介護サービス相談員を受け入れていることを説明していますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。(27-32)

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1.介護サービス相談員の受入開始時に説明した | 2.職員採用時に説明する      |
| 3.月に1回、職員全員に説明する       | 4.年に数回は、職員全員に説明する |
| 5.職員から説明を求められたときに説明する  | 6.説明していない         |

問9 職員は、介護サービス相談員が自分の施設に派遣されていることを知っていますか。(33)

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1.全員知っている | 2.概ね知っている |
| 3.あまり知らない | 4.全員知らない  |
| 5.わからない   |           |

問10 職員は、介護サービス相談員の役割について理解していると思いますか。(34)

- |              |             |
|--------------|-------------|
| 1.全員理解している   | 2.概ね理解している  |
| 3.あまり理解していない | 4.全員理解していない |
| 5.わからない      |             |

問11 今年度、介護サービス相談員はどのくらい訪問していますか。(35)

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1.週2回以上      | 2.週1回程度       |
| 3.月2回程度      | 4.月1回程度       |
| 5.2～3ヵ月に1回程度 | 6.4ヵ月～半年に1回程度 |
| 7.不定期        | 8.わからない       |

問 12 介護サービス相談員が訪問する際、訪問時間はどのくらいですか。最も多いパターンをお答えください。(36)

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 15分未満     | 2. 15分～30分未満 |
| 3. 30分～1時間未満 | 4. 1時間～2時間未満 |
| 5. 2時間～3時間未満 | 6. 3時間以上     |

**4. 事業所職員への相談内容の伝達について**

問 13 これまで介護サービス相談員、あるいは市町村の事務局から良い点や評価できる点を伝えられたことがありましたか。(37)

- |        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問 14 問 13 で「1. あった」を選んだ方にうかがいます。伝えられた良い点や評価できる点の内容を具体的にお書きください。

----------------------

問 15 これまで介護サービス相談員、あるいは市町村の事務局から改善点を伝えられたことがありましたか。(38)

- |        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1. あった | 2. なかった | 3. わからない |
|--------|---------|----------|

問 16 問 15 で「1. あった」を選んだ方にうかがいます。伝えられた改善点の内容を具体的にお書きください。

------------------------------

問 17 問 15 で「1. あった」を選んだ方にうかがいます。伝えられた内容は改善しましたか。(39)

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1. 取り組んで、すでに改善した | 2. 現在、改善に向けて取り組み中 |
| 3. まだ取り組んでいない    |                   |

**以降は今年度における介護サービス相談員派遣等事業の活動内容についてお答えください。**

**5. 介護サービス相談員および市町村事務局との関係について**

問 18 貴事業所は市町村の事務局、介護サービス相談員と良好な協力関係にありますか。

それぞれあてはまる番号に 1つ〇 をつけてください。(40-41)

	あ る	どちらかといえ ばある	ふ つ う	どちらかといえ ばない	な い
A. 市町村事務局との良好な協力関係	1	2	3	4	5
B. 介護サービス相談員との良好な協力関係	1	2	3	4	5

問 19 **問 18 の A、B において、4・5 を選んだ方**にうかがいます。

市町村の事務局、介護サービス相談員と良好な協力関係にない原因を具体的にお書きください。

問 20 貴事業所では訪問する介護サービス相談員の変更を希望したことがありますか。(42)

1. 変更を希望し、実際に交替してもらった      2. 変更を希望したが、交替されなかった  
3. 変更を希望したことはない

問 21 **問 20 で 1・2 を選んだ方**にうかがいます。変更を希望した理由を具体的にお書きください。

**6. 介護サービス相談員を受け入れたことによる事業所の変化について**

問 22 介護サービス相談員を受け入れたことにより、利用者や事業所、職員に具体的に以下のような変化がありましたか。以下の A～I について、それぞれあてはまる番号に 1つ〇 をつけてください。(43-51)

	あ っ た	な か っ た
A. 利用者が介護サービス相談員の来訪を期待するようになった	1	2
B. 精神的に安定した利用者が増えた	1	2
C. 外部の目による緊張感から、よりよいケアができるようになった	1	2
D. 利用者の個別の要望にも丁寧に対応できるようになった	1	2
E. 職員がケアに対して自覚と自信を持つようになった	1	2
F. 事業所が開放的で明るくなった	1	2
G. 職員の改善への取り組みの姿勢が強くなった	1	2

H. 利用者家族・本人と事業所とのコミュニケーション機会が増えた	1	2
I. 他の施設や地域の情報が取得でき、交流の幅が広がった	1	2

問 23 介護サービス相談員の助言により利用者の状態が改善したケース（ADL（日常生活動作）が維持されていたり、要介護度が改善（維持）されているケースなど）はありましたか。また、あった場合は何件くらいでしたか。(52,53-54)

1. あった 2. なかった 3. わからない	→	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 件くらい		

問 24 これまでに介護サービス相談員を受け入れて、評価点やよかった点を伝えられたことはありましたか。あった場合には下の空欄に内容をお書きください。

### 7. 介護サービス相談員派遣等事業の効果について

問 25 利用者の生活の質や職員のケアの向上においては、誰からの助言、提案が役立っていますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。(55-60)

1. 介護サービス相談員	2. 第三者評価機関の評価者・調査員
3. 介護サービス情報の公表の調査員	4. 日常生活自立支援事業の専門員・生活支援員
5. 成年後見人・保佐人・補助人	6. その他 ( )

### 8. 介護サービス相談員派遣等事業について

問 26 昨年度から今年度にかけての介護サービス相談員の受け入れ状況についてうかがいます。(61)

1. 昨年度から受け入れている 2. 昨年度は休止していたが、今年度から受け入れを再開している 3. 昨年度は休止していたが、今年度は受け入れの再開を予定している 4. 昨年度は休止しており、今年度も再開する予定はない
--

問 27 コロナ禍の2020年から2023年にかけて、介護サービス相談員の受け入れを継続するうえで工夫していたことはありますか。あてはまるものをすべてに○をつけてください。(62-68)

1. 特に何もしていなかった 2. 電話による相談を実施していた 3. 相談員が書いた手紙等を掲示したり、利用者に届けたりしていた 4. 電話等を通じて相談員に利用者の状況などを情報提供していた 5. 相談箱を設置していた 6. PCやタブレット等のICT機器を活用した 7. その他 ( )
--

問 28 新型コロナウイルスの感染拡大によって、事業所や事業所職員、サービス利用者にはどのような影響がありましたか。それぞれあてはまる番号に **1 つ〇** をつけてください。(69-75)

	そう思う	やや そう思う	あまり そう思わ ない	そう思わ ない
A. 職員が忙しく体力的な負担が増えた	1	2	3	4
B. 職員の仕事に対するモチベーションが下がった	1	2	3	4
C. 職員とサービス利用者とのコミュニケーションが減った	1	2	3	4
D. サービス利用者とその家族とのコミュニケーションが減った	1	2	3	4
E. サービス利用者における認知・身体機能に低下がみられた	1	2	3	4
F. ストレスを感じるサービス利用者が増えた	1	2	3	4
G. 仕事の絶対量が増えた	1	2	3	4

問 29 介護専門職の助手役として専門的な業務以外の仕事を担う「介護助手」を採用していますか。(76)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 採用している</li> <li>2. 今後採用する予定</li> <li>3. 採用していない・採用する予定もない</li> <li>4. わからない</li> </ol> |
|--|

問 30 コロナ禍において、貴事業所では利用者の意思表示・意思形成・意思決定の支援にどのように取り組まれましたか。ご自由にお書きください。

--

質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

