

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ひ＞

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。

なお、調査票の記入については、介護サービス相談員の受け入れを担当、あるいは介護サービス相談員派遣等事業を理解されている職員の方をお願いします。

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)。

また、本調査はWebでも実施しており、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。



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。

都道府県	市区町村名	事業所名

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://www.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。

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

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	2	0			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

Ⅱ. 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	

Ⅲ. 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 昨年度、介護サービス相談員はどのくらい訪問していましたか。(35)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 週2回以上 | 2. 週1回程度 |
| 3. 月1回程度 | 4. 2～3カ月に1回程度 |
| 5. 4カ月～半年に1回程度 | 6. 不定期 |
| 7. わからない | |

Ⅳ. 事業所職員への相談内容の伝達について

問12 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。(36)

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

問13 問12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 14 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。(37)

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

問 15 **問 14 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 16 **問 14 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。(38)

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

以降は昨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。

V. 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 17 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。(39-40)

	あ る	どちらかと いえばある	ふつう	どちらかと いえない	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 18 **問 17 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 19 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。(41)

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 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 20 **問 19 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。

--

問 26 **問 24 で「3. 現在、受け入れを休止している」を選んだ方**にうかがいます。受け入れを休止している理由について、あてはまる番号**すべてに○**をつけてください。(65-69)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 施設内に感染者が出ている | 2. 事業自体が休止している |
| 3. 感染症対策を十分に行えない | 4. 市町村事務局との相談による |
| 5. その他 () | |

問 27 新型コロナウイルス感染拡大下のなかで、介護サービス相談員の訪問受け入れにあたって基準や目安を設定していますか。(70)

- | |
|-------------------------|
| 1. 設定している |
| 2. 設定していないが、今後設定するつもり |
| 3. 設定しておらず、今後設定するつもりはない |

問 28 **問 27 で 1・2 を選んだ方**にうかがいます。基準や目安の設定にはどのような項目を用いていますか。また用いることを検討していますか。あてはまる番号**すべてに○**をつけてください。(71-76)

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. 新規感染者数などの感染状況 | 2. 医療提供体制の状況 |
| 3. 事業所における感染予防対策の状況 | 4. 治療薬・ワクチンの開発 |
| 5. サービス利用者の要望 | 6. その他 () |

問 29 **再度、全員に**うかがいます。介護サービス相談員の訪問を受け入れるための基準や目安について具体的な内容をお書きください。(現在、基準や目安を設定していない場合は、基準や目安として想定されるものをお書きください。)

--

問 30 新型コロナウイルス感染拡大下において新しい生活様式が求められるなか、介護サービス相談員が訪問や相談活動を行う上でどのような対応が必要だと思えますか。あてはまる番号**すべてに○**をつけてください。(77-96)

- | |
|--|
| 1. 市町村事務局における介護サービス相談員の体調把握 |
| 2. ついたての設置など事業所の受け入れ体制の整備 |
| 3. 介護サービス相談員への使い捨てマスクやフェイスガード・手袋の支給 |
| 4. 事業所への使い捨てマスクやフェイスガード・手袋の支給 |
| 5. 訪問活動における感染防止策のマニュアル作成 |
| 6. 感染症対策専門家の事業所への派遣 |
| 7. 訪問人数、訪問回数、訪問時間の制限 |
| 8. 相談活動におけるリモート活用 (タブレット、PC 活用によるリモートでの相談活動) |
| 9. その他 () |
| 10. あてはまるものはない |

問 31 新型コロナウイルス感染症拡大下において新しい生活様式が求められるなか、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○をつけてください。

(97-102)

	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

問 32 貴事業所において新型コロナウイルス感染者が発生しましたか。(103)

- | | |
|------------------------|-------------|
| 1. サービス利用者にも発生した | 2. 職員にも発生した |
| 3. サービス利用者や職員のいずれも発生した | 4. 発生しなかった |

問 33 新型コロナウイルス感染症に関して、施設運営全体、入居者の健康管理、職員・家族への偏見等困っていることなどを下の空欄にご自由にお書き下さい。

問 34 今後、介護サービス相談員派遣等事業を発展させていく上で、受入施設として課題であると考えられることがあれば下の空欄にご自由にお書きください。

問 35 新型コロナウイルス感染防止及び、感染症拡大にともなう医療・介護への影響に備え、以下の①～⑤について取り組みを行っていますか。行っている場合は、具体的内容をお書きください。(104-108)

①当該事業所における外部との接触遮断の強化	
1. 行っている 2. 行っていない	
行っている 場合の 具体的内容	
②サービス利用者に感染者が発生した場合に備えた対策 (一定期間施設に隔離する体制準備や留意事項等)	
1. 行っている 2. 行っていない	
行っている 場合の 具体的内容	
③職員に対するケアやバーンアウトに向けた対策	
1. 行っている 2. 行っていない	
行っている 場合の 具体的内容	
④職員に感染者が出た場合に備えた対策 (職員の 2 チーム体制、応援人員の確保など)	
1. 行っている 2. 行っていない	
行っている 場合の 具体的内容	
⑤面会制限時の家族とのつながり確保に向けた方策	
1. 行っている 2. 行っていない	
行っている 場合の 具体的内容	

質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。