**令和６年度ホームヘルプサービス実態調査票**

北海道ホームヘルプサービス協議会

北海道保健福祉部福祉部福祉局高齢者保健福祉課

|  |
| --- |
| 【調査の趣旨】　**訪問介護事業所の経営状況・課題等を把握し、国に対する次期介護保険制度改正及び報酬改定に****向けた提言・要望などに必要な基礎資料とするため実施する調査**です。調査へのご理解・ご協力について、よろしくお願いします。 |

|  |
| --- |
| 【記入上の注意】・令和６年度に指定となった事業所で、前年度以前の実績がない場合は、該当する項目のみご記入ください。・各設問に対し、**該当する番号を選んで☑をつけるか、回答欄があるものについては必要事項をご記入**いただき、**令和６年１２月３日（火）まで**に、北海道電子自治体共同システム（電子申請システム）によりご回答くださいますようお願いします。・ご回答いただきました結果につきましては、集計・分析し、報告書としてまとめますが、その際に事業所名や固有名詞などは、一切明らかにしないことをお約束します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ■事業所名 | ■事業所住所 |
|  |  |
| ■開設年月（西暦） |
|  | 年 |  | 月 |
| ■電話番号 | ■連絡担当者 |
|  |  |

1. **貴事業所の基本情報**

問１　貴事業所を運営する法人の組織形態をお答えください。（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：地方公共団体　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：一部事務組合・広域連合[ ] ３：社会福祉協議会　　　　　　　　　　　　[ ] ４：社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）　[ ] ５：医療法人[ ] ６：（公益・一般）社団・財団法人[ ] ７：農業協同組合及び連合会[ ] ８：消費生活協同組合及び連合会[ ] ９：営利法人（会社）[ ] 10：特定非営利活動法人（ＮＰＯ）[ ] 11：企業組合[ ] 12：その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） |

問２　貴事業所に併設している事業所をお答えください。（該当するものをすべて選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション（いずれも予防を含む）[ ] ２：通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護（いずれも予防を含む）[ ] ３：夜間対応型訪問介護[ ] ４：小規模多機能型居宅介護（いずれも予防を含む）[ ] ５：定期巡回・随時対応型訪問介護看護[ ] ６：上記以外の介護保険事業[ ] ７：上記以外の介護保険外の事業[ ] ８：併設している事業所は無い |

問３　貴事業所が提供しているサービスの内容・種類を教えてください。（該当するものをすべて選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：身体介護[ ] ２：生活援助[ ] ３：通院等乗降介助[ ] ４：自費サービス契約（介護保険外）に基づく身体介護[ ] ５：自費サービス契約（介護保険外）に基づく家事代行[ ] ６：市町村（保険者）の総合事業における訪問サービス[ ] ７：障害者総合支援法に基づく訪問系サービス[ ] ８：その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

1. **貴事業所の運営状況**

問４　貴事業所における令和５年８月および令和６年８月の訪問介護サービスの収支状況についてお答えください。（該当するものを一つ選択）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和５年８月 | [ ] １：黒字　　[ ] ２：収支均衡　　[ ] ３：赤字　　[ ] ４：わからない |
| 令和６年８月 | [ ] １：黒字　　[ ] ２：収支均衡　　[ ] ３：赤字　　[ ] ４：わからない |

問５　貴事業所における令和５年８月および令和６年８月の月間収支についてお答えください。

※千円以下四捨五入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 令和５年８月 | 令和６年８月 |
| 1. 収入全体
 |  | 千円 |  | 千円 |
| 収入のうち | 1. 介護保険サービス介護給付費支払額

（処遇改善加算額除く） |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 介護予防・日常生活支援総合事業収入介護給付費支払額（処遇改善加算額除く）
 |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 保険外利用料収入
 |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 障害福祉サービス収入介護給付費支払額

（処遇改善加算額除く） |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 処遇改善加算額

（※②介護保険サービス介護給付費支払額（処遇改善加算額除く）、③介護予防・日常生活支援総合事業収入（処遇改善加算額除く）、⑤障害福祉サービス収入介護給付費支払額（処遇改善加算額除く）の加算を合算した額） |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 支出全体
 |  | 千円 |  | 千円 |
| 支出のうち | 1. 常勤・非常勤の訪問介護員の人件費

（税・保険料控除前の実賃金の合計）　（⑨の手当等を除く） |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 職員に支給しているサービス提供の際の移動手当やガソリン代等
 |  | 千円 |  | 千円 |
| 1. 事業所が所有する自動車に係る経費（購入費・リース料・維持費等）
 |  | 千円 |  | 千円 |

**３．貴事業所のサービス提供状況・利用者状況**

問６　貴事業所の職員数（派遣職員は含めない）（令和６年８月末時点）をお答えください。

該当者がいない部分については、「０人」とご回答ください。

＜令和６年８月末時点＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員等 | 職員の実数 | 常勤換算数(小数第１位まで) |
| 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤 |
| ①サービス提供責任者（訪問介護員、管理者兼務含む） |  | 　　　　　人 |  | 　　　　　　人 |  | 　　　　　　人 |  |
| ②訪問介護員（管理者・サービス提供責任者以外） |  | 　　　　　人 |  | 　　　　　　人 |  | 　　　　　　人 |  |
| ③その他の職員 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  |

※事業所が定める１週間の勤務時間（規程労働時間）の全てを勤務している場合は「常勤」、

　勤務時間の全てを勤務していない場合は「非常勤」としてください。

※常勤換算は、令和６年８月の実績に基づき算出してください。

　常勤換算数＝全従業員の１週間の総勤務時間数÷常勤従業員が１週間で勤務すべき時間数

問７　貴事業所における令和５年８月および令和６年８月の訪問介護員の賃金についてお答えください。

（１）常勤訪問介護員一人当たりの人件費（税・保険料控除前の実賃金の合計）について、およその金額をお答えください。

※処遇改善加算取得に伴う増額分含む。（一時金の場合は、１か月平均に算出して実賃金に加算）

※日給、時給の場合は、１ヶ月分として算出し、各雇用形態に賃金額の異なる訪問介護員が複数人所属する場合はその平均値を記入。

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 常勤 |
| 令和５年８月（月額） | 令和６年８月（月額） |
| ①サービス提供責任者（訪問介護員、管理者兼務含む） |  | 円 |  | 円 |
| ②訪問介護員（管理者・サービス提供責任者以外） |  | 円 |  | 円 |

（２）非常勤訪問介護員の時給についてお答えください。（複数回答可）

※処遇改善加算取得に伴う増額分を含む。（一時金の場合は、１か月平均に算出して実賃金に加算）

　　　※日給、月給の場合は、１時間分として算出し、時給額の異なる訪問介護員が複数人所属の場合は、

該当するものをすべて選択。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和５年８月 | [ ] １：　　９６０円以上～１，０００円未満[ ] ２：１，０００円以上～１，２００円未満[ ] ３：１，２００円以上～１，４００円未満[ ] ４：１，４００円以上[ ] ５：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] ６：該当者なし |
| 令和６年８月 | [ ] １：　　９６０円以上～１，０００円未満[ ] ２：１，０００円以上～１，２００円未満[ ] ３：１，２００円以上～１，４００円未満[ ] ４：１，４００円以上[ ] ５：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] ６：該当者なし |

問８　貴事業所の訪問介護員（非常勤職員含む。ただし、派遣職員は含めない）の人数（令和６年８月末時点）を、年代別にご記入ください。

＜令和６年８月末時点＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １０代 | ２０代 | ３０代 | ４０代 | ５０代 | ６０代 | ７０代以上 |
|  | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 | 　 | 人 |

問９　貴事業所の訪問介護員（非常勤職員含む。ただし、派遣職員は含めない）における入職者、離職者、復職者数（令和５年９月１日～令和６年８月末時点）を、年代別にお答えください。

＜令和５年９月１日～令和６年８月末時点＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １０代 | ２０代 | ３０代 | ４０代 | ５０代 | ６０代 | ７０代以上 |
| 入職者数 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |
| 離職者数 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |
| 復職者数※ |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |

※上記復職者には、他事業所及びホームヘルパー以外の異業種からのホームヘルパーへの復職者を含めてください。

問10　貴事業所における訪問介護サービスの利用者人数及び訪問回数を要介護度別にお答えください。

該当者がいない部分については、「０人（０回・０時間）」とご回答ください。

＜令和６年８月の１か月の実績＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
| 実利用者数 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |
| 延べ訪問回数 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |  | 回 |
| 延べ訪問時間 |  | 時間 |  | 時間 |  | 時間 |  | 時間 |  | 時間 |  | 時間 |  | 時間 |

問11　貴事業所における令和６年８月の障害福祉サービスの実利用者数を教えてください。

該当者がいない場合は、「０人」とご回答ください。

＜令和６年８月の１か月の実績＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害福祉サービスの利用者数 |  | 人 |

問12　貴事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者へのサービス提供についてお伺いします。

|  |
| --- |
| ※「同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物」とは、サービス提供をおこなっている事業所と構造上もしくは外見上一体的な建築物や同一敷地内もしくは隣接する敷地にある建築物で、効率的なサービス提供が可能であり、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅、それ以外の集合住宅（マンション、アパート等）を指します。（戸建住宅は含みません。） |

（１）貴事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者への令和５年８月および令和６年８月のサービス提供について、該当するものを選んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 令和５年８月 | 令和６年８月 |
| １：提供している |[ ] [ ]
| →「1：提供している」場合 | １）減算対象である |[ ] [ ]
|  | ２）減算対象ではない |[ ] [ ]
| ２：提供していない |[ ] [ ]

【（１）「１：提供している」と選択した方】

（２）貴事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者に提供する令和５年８月および令和６年８月の訪問サービスの月間の収入についてお答えください。※千円以下四捨五入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 令和５年８月 | 令和６年８月 |
| 同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者へのサービス提供に係る訪問介護事業収入 |  | 千円 |  | 千円 |

1. **令和６年２月からの介護職員処遇改善支援補助金の取得状況**

問13　令和６年２月からの介護職員処遇改善支援補助金の取得状況について、該当するものを選んでください。（どちらかを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：取得した　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：取得しなかった |

【問13で「２：取得しなかった」と答えた方】

問14　取得しなかった理由について、該当するものを選んでください（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：申請の手続きや報告書等の書類作成の負担が大きい[ ] ２：賃金改善の仕組みをどのように定めたらよいかわからないため[ ] ３：賃金改善の仕組みを設けるための事務作業が煩雑なため[ ] ４：事業所間もしくは職種間の賃金バランスがとれなくなることが懸念されるため[ ] ５：令和６年２月からの賃金改善に間に合わなかったため　　　　　　　　　　　　[ ] ６：介護職員等ベースアップ加算を取得していなかったため[ ] ７：その他 |

1. **処遇改善加算の取得状況**

問15　貴事業所の処遇改善加算の取得状況（令和６年５月末時点および令和６年８月末時点）について、該当するものを選んでください。

（１）【旧３加算】

どちらかに☑

（問16）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 介護職員処遇改善加算 | 令和６年５月末 |
|  | １：介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | [ ]  |
|  | ２：介護職員処遇改善加算（Ⅱ） |[ ]
|  | ３：介護職員処遇改善加算（Ⅲ） |[ ]
|  | ４：介護職員処遇改善加算（Ⅰ～Ⅲのいずれか）の要件に該当していたが、取得していない |[ ]
|  | ５：介護職員処遇改善加算の要件に該当していない |[ ]
| ② | 介護職員等特定処遇改善加算 | 令和６年５月末 |
|  |  |  |
|  | １：介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） | [ ]  |
|  | ２：介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） |[ ]
|  | ３：介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱのいずれか）の要件に該当していたが、取得していない |[ ]
|  | ４：介護職員等特定処遇改善加算の要件に該当していない |[ ]
| ③ | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 令和６年５月末 |
|  |  |  |
|  | １：介護職員等ベースアップ等支援加算を取得している |[ ]
|  | ２：介護職員等ベースアップ等支援加算の要件に該当していたが、取得していない |[ ]
|  | ３：介護職員等ベースアップ等支援加算の要件に該当していない |[ ]

（２）【新加算】

どれかに☑

（問16）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護職員等処遇改善加算 | 令和６年８月末 |
| １：介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） |[ ]
| ２：介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） |[ ]
| ３：介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） |[ ]
| ４：介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） |[ ]
| ５：介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）(1)～(14)※経過措置区分 |[ ]
| ６：介護職員等処遇改善加算（Ⅰ～Ⅴのいずれか）の要件に該当しているが、取得していない |[ ]
| ７：介護職員等処遇改善加算の要件に該当していない |[ ]

【問15（１）【旧３加算】で「介護職員処遇改善加算（Ⅰ）」及び「介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）」の両方あるいはどちらかを選択した方のうち、【新加算】で「介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）～（Ⅴ）」のいずれかを選択、あるいは「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ～Ⅴのいずれか）の要件に該当しているが、取得していない」を選択した方

（※【旧３加算】及び【新加算】のそれぞれにおいて、問15の色掛け欄（水色）に☑をされている方）

問16　旧加算で（Ⅰ）を取得していたのにもかかわらず、新加算で（Ⅱ）以下に取得を下げた、あるいは（Ⅰ）以下の要件に該当しているが取得していない理由についてご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

【令和６年８月末時点で介護職員等処遇改善加算を取得している場合】

問17　令和６年８月の賃金について、令和５年８月の賃金と比較し、賃金改善が行われた内容について、該当するものを選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：給与表（賃金表）を改定し、基本給を上げることで対応　　　　　　　　[ ] ２：定期昇給を実施[ ] ３：毎月決まって支払われる手当の引き上げ[ ] ４：毎月決まって支払われる手当の新設[ ] ５：賞与等（一時金含む）による支給[ ] ６：その他 |

【令和６年８月末時点で介護職員等処遇改善加算を取得していない場合】

問18　貴事業所において、処遇改善加算を取得する上での課題、あるいは加算が取得できない理由について、該当するもの選んでください（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：加算要件が厳しい　[ ] ２：利用者負担が増す[ ] ３：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ４：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい[ ] ５：賃金改善の仕組みをどのように定めたらよいかわからない[ ] ６：賃金改善の仕組みを設けるための事務作業が煩雑[ ] ７：事業所間もしくは職種間の賃金バランスがとれなくなる[ ] ８：その他 |

問19　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**６．特定事業所加算の取得状況**

問20　貴事業所の特定事業所加算の取得状況（令和５年８月末時点および令和６年８月末時点）について、該当するものを選んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特定事業所加算 | 令和５年８月末 | 令和６年８月末 |
| １：特定事業所加算（Ⅰ） |[ ] [ ]
| ２：特定事業所加算（Ⅱ） |[ ] [ ]
| ３：特定事業所加算（Ⅲ） |[ ] [ ]
| ４：特定事業所加算（Ⅳ） |[ ] [ ]
| ５：特定事業所加算（Ⅴ） |[ ] [ ]
| ６：特定事業所加算（Ⅰ～Ⅴのいずれか）　　の要件に該当していた（いる）が、取得していない |[ ] [ ]
| ７：特定事業所加算の要件に該当していない |[ ] [ ]

【令和６年８月末時点で特定事業所加算を取得していない場合】

問21　貴事業所において、特定事業所加算を取得する上での課題、あるいは加算が取得できない理由について、該当するもの全て選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：加算要件が厳しい　[ ] ２：利用者負担が増す　　　　　　　　　　　　　[ ] ３：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある　　　　　　　　[ ] ４：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい　　　　　　　　　　　　[ ] ５：その他　　　　　　　 |

【問21で、「１：加算要件が厳しい」と答えた方】

問22　該当する加算要件を全て選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：体制要件[ ] ２：資格要件　　　　　　　　　　　　　[ ] ３：人材要件　　　　　　　　[ ] ４：重度要介護者等対応要件　　　　　　　　　　　　 |

問23　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

1. **認知症専門ケア加算の取得状況**

問24　貴事業所の認知症専門ケア加算の取得状況（令和５年８月末時点および令和６年８月末時点）について、該当するものを選んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症専門ケア加算 | 令和５年８月末 | 令和６年８月末 |
| １：認知症専門ケア加算Ⅰを取得している | [ ]  |[ ]
| ２：認知症専門ケア加算Ⅱを取得している |[ ] [ ]
| ３：認知症専門ケア加算（ⅠかⅡ）の要件に該当していた（いる）が、取得していない　 |[ ] [ ]
| ４：認知症専門ケア加算の要件に該当していない　　 |[ ] [ ]

【令和６年８月末時点で認知症専門ケア加算を取得していない場合】

問25　貴事業所において、認知症専門ケア加算を取得する上での課題、あるいは加算が取得できない理由について、該当するもの全て選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：加算要件が厳しい　[ ] ２：加算される報酬が少ない[ ] ３：利用者負担が増す　　　　　　　　　　　　　[ ] ４：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある　　　　　　　　[ ] ５：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい　　　　　　　　　　　　[ ] ６：その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

問26　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**８．生活機能向上連携加算の取得状況**

問27　貴事業所の生活機能向上連携加算の取得状況（令和５年８月末時点および令和６年８月末時点）について、該当するものを選んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活機能向上連携加算 | 令和５年８月末 | 令和６年８月末 |
| １：取得している |[ ] [ ]
| ２：生活機能向上連携加算の要件に該当していたが、取得していない |[ ] [ ]
| ３：生活機能向上連携加算の要件に該当していない |[ ] [ ]

【令和６年８月末時点で生活機能向上連携加算を取得していない場合】

問28　貴事業所において、生活機能向上連携加算を取得する上での課題、あるいは加算が取得できない理由について、該当するもの全て選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：ケアプランに位置づけがない　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：連携できる事業所がない　　　　　　　　[ ] ３：業務負担が多くなる[ ] ４：加算される報酬が少ない[ ] ５：利用者負担が増す[ ] ６：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ７：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい　　　　　　　　　[ ] ８：その他　　　　　　　 |

問29　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**９．口腔連携強化加算の取得状況**　【2024年度新設加算】

問30　貴事業所の口腔連携強化加算の取得状況（令和６年８月末時点）について、該当するものを選んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔連携強化加算 | 令和６年８月末 |
| １：取得している |[ ]
| ２：口腔連携強化加算の要件に該当しているが、取得していない |[ ]
| ３：口腔連携強化加算の要件に該当していない |[ ]

【令和６年８月末時点で口腔連携強化加算を取得していない場合】

問31　貴事業所において、口腔連携強化加算を取得する上での課題、あるいは加算が取得できない理由について、該当するもの全て選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：ケアプランに位置づけがない　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：連携できる歯科医療機関がない　　　　　　　　[ ] ３：業務負担が多くなる[ ] ４：加算される報酬が少ない　[ ] ５：利用者負担が増す[ ] ６：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ７：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい　　　　　　　　[ ] ８：その他　　　　　　　 |

問32　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**１０．中山間地域等における加算の算定状況**

問33　貴事業所の訪問介護における中山間地域等における加算（令和５年８月末時点および令和６年８月末時点）について、加算があるものを選んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 中山間地域等における加算 | 令和５年８月末 | 令和６年８月末 |
| １：特別地域訪問介護加算 |[ ] [ ]
| ２：中山間地域等における小規模事業所加算 |[ ] [ ]
| ３：中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 |[ ] [ ]
| ４：算定していない |[ ] [ ]

【令和６年８月末時点で中山間地域等における加算を算定していない場合】

問34　貴事業所において、中山間地域等における加算についての課題、あるいは加算が算定できない理由について、該当するものを全て選んでください。（※取得していない加算のみ回答）（複数回答可）

|  |  |
| --- | --- |
| 中山間地域等における加算 |  |
| 1. 特別地域訪問介護加算
 | [ ] １：算定要件を満たしていない（事業所が特別地域加算の対象地域に所在していない等）[ ] ２：加算される報酬が少ない[ ] ３：利用者負担が増す[ ] ４：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ５：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい[ ] ６：その他 |
| 1. 中山間地域等における小規模事業所加算
 | [ ] １：算定要件を満たしていない（施設基準を満たしていない等）

|  |
| --- |
| ※訪問介護の施設基準要支援者への1月当たりの訪問（実利用者数・月５人以下）かつ要介護者への１月当たりの訪問（延べ訪問回数・月２００回以下）） |

[ ] ２：加算される報酬が少ない[ ] ３：利用者負担が増す[ ] ４：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ５：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい[ ] ６：その他 |
| 1. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
 | [ ] １：算定要件を満たしていない（通常事業の実施地域を超えたサービス提供を行うことがない等）[ ] ２：加算される報酬が少ない[ ] ３：利用者負担が増す[ ] ４：利用者離れがおき、収入減となる恐れがある[ ] ５：加算算定等に向けた書類作成の負担が大きい[ ] ６：その他 |

問35　貴事業所が加算を取得する上での課題や要件緩和等についてのご意見がありましたらご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**１１．利用者・家族等からのハラスメント対応状況**

問36　貴事業所における、複数名のヘルパーによる場合の加算取得状況についてお伺いします。

（１）貴事業所において、特定の状況にある利用者（暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合）に対し、複数名のヘルパーによるサービス提供をしたケースについて、該当するものを選んでください。また、該当するケースがある場合には、これまでの対応数をご記入ください。

暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

（令和５年８月～令和６年８月までのケース）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] １：該当するケースがある・ケースがあった | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |
| [ ] ２：事案の相談があったが、利用者・家族の同意が得られず、サービス提供に至らなかった | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |
| [ ] ３：該当ケースは無い |

|  |
| --- |
| ＜複数名のヘルパーによる場合の加算の算定要件＞○同時に2人の訪問介護員等が、1人の利用者に対してサービスを提供していることについて利用者またはその家族等から同意を得ている場合であって、以下のいずれかに該当していること・利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合・その他、利用者の状況等から判断して、上記に準ずると認められる場合（厚生労働省告示二十三号より引用） |

【（１）「１：該当するケースがある・ケースがあった」と答えた方】

（２）複数名のヘルパーによるサービス提供をしているケースの加算取得状況について、該当するものを選んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] １：取得しているケースがある・取得していたケースがあった | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |
| [ ] ２：取得要件に該当するケースだが（だったが）、利用者・家族の同意が得られず、取得していない（しなかった） | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |
| [ ] ３：取得要件に該当しない（しなかった）ケースのため、取得していない（しなかった） | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |

【（１）「１：該当するケースがある・ケースがあった」と答えた方】

（３）複数名のヘルパーによるサービス提供をしているケースについて、該当するものを選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：利用者の身体的暴力（力を使った暴力により身体的な危害を加える行為。叩く、殴る、蹴るなど）[ ] ２：利用者の精神的暴力（言葉・態度・行動により精神的なダメージを与える行為。大声でどなる、高圧的な態度、理不尽な要求など）[ ] ３：利用者のセクシャルハラスメント（性的発言、好意的態度の要求、接触など性的ないやがらせをしたり不快な気持ちにさせたりする行為。身体を触る、抱きしめる、性的な話をするなど）[ ] ４：その他 |

問37　貴事業所における、利用者・家族等からのハラスメントの発生状況について把握していますか。

　　　 また、把握しているケースがある場合には、これまでの件数をご記入ください。

（令和５年８月～令和６年８月までのケース）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] １：把握している | （件数 |  | 件） |
| ※同一利用者は１件としてください。 |
| [ ] ２：把握できていない |
| [ ] ３：ハラスメント自体、発生していない |

問38　利用者・家族等からのハラスメントの発生時における貴事業所の対応について教えてください。

　　　（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：事業所として把握した際、ハラスメントの事実確認を行う[ ] ２：ハラスメントの情報を関係機関と共有し、連携して対応を行う[ ] ３：複数名のヘルパーで当該利用者のサービス提供を行う体制をとる[ ] ４：被害を受けた職員は当該利用者のサービス提供に関わらないように調整する[ ] ５：利用者・家族等と話し合いをし、今後の再発防止について検討する[ ] ６：別の事業所を紹介する[ ] ７：特にしていない[ ] ８：その他 |

問39　貴事業所における利用者・家族等のハラスメント対応の課題についてご記入ください。

（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**１２．貴事業所における人材確保の状況**

問40　貴事業所が訪問介護員等を採用する際に活用している方法について選んでください。（複数回答可）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] １：職員による紹介[ ] ２：ハローワークの活用[ ] ３：ホームページ・SNS[ ] ４：自法人による就職説明会の開催[ ] ５：他法人や他事業所と連携した就職フェア[ ] ６：自治体と連携した就職フェア | [ ] ７：大学、専門学校、高校との連携[ ] ８：求人・就職サイトの利用[ ] ９：人材紹介会社・人材派遣会社の利用[ ] 10：福祉人材センター・福祉人材バンクの利用[ ] 11：その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

問41　貴事業所の人材確保の状況について、該当するものを選んでください。

1. 現在の利用者に、必要十分な対応する場合における訪問介護員等の確保について、該当するものを選んでください。（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：不足　　[ ] ２：やや不足　　[ ] ３：充足　　[ ] ４：やや過剰　　[ ] ５：過剰 |

【（１）で、「１：不足」「２：やや不足」と答えた方】

1. 不足する職種について、該当するものを選んでください。（該当するものをすべて選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：サービス提供責任者　[ ] ２：訪問介護員（常勤ヘルパー）[ ] ３：訪問介護員（非常勤ヘルパー）[ ] ４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. 新規利用者の受け入れやサービスの拡大を前提とした場合における訪問介護員等の確保の状況について、該当するものを選んでください。（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：不足　　[ ] ２：やや不足　　[ ] ３：充足　　[ ] ４：やや過剰　　[ ] ５：過剰 |

【（３）で、「１：不足」「２：やや不足」と答えた方に伺います】

1. 不足する職種について、該当するものを選んでください。（該当するものをすべて選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：サービス提供責任者　[ ] ２：訪問介護員（常勤ヘルパー）[ ] ３：訪問介護員（非常勤ヘルパー）[ ] ４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（５）貴事業所の人材確保の課題について、該当するものを選んでください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| [ ] １：募集しても応募がない　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：効果的な募集方法がない　　　　　　　　[ ] ３：求人サイトや人材紹介会社等に支払う資金がない[ ] ４：最低賃金の引き上げに伴う時給の見直し[ ] ５：配偶者の扶養の範囲内での稼働調整[ ] ６：その他 |

（６）（５）の理由や現状について可能な範囲で具体的にご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

（７）訪問介護における外国人人材の活用について、これまで在留資格の制限や介護福祉士の資格取得等の要件がありましたが、今後は技能実習や特定技能の在留資格などをもつ外国人でも、条件を満たせば訪問介護に従事できるようにすることについて国で検討されています。要件が緩和された場合の、貴事業所における外国人介護人材の活用について、該当するものを選んでください。

（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：他サービスなどで既に活用している[ ] ２：活用する予定がある　　　　　　　　　　　　　[ ] ３：活用について検討中である[ ] ４：活用の予定はない[ ] ５：わからない |

（８）貴事業所における外国人人材の活用の課題についてご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**１３．貴事業所における利用者宅への移動コスト、移動距離・移動時間**

問42　貴事業所が所有あるいはリース契約をしている自動車の台数、１台あたりの購入額、年間リース料、年間維持費（修理費等）について概数をご記入ください。

【自動車】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所有形態 | 台数 | １台あたりの購入費 | １台あたりの年間リース料 | １台あたりの年間維持費 |
| 所有 |  | 　　　　　　　台 |  | 円／台 |  |  | 円／台 |
| リース |  | 台 |  |  | 円／台 |  | 円／台 |

問43　貴事業所で、職員が自ら所有する自動車を使用して訪問介護サービスを行う場合、職員に対する手当あるいはガソリン代等の支給状況はどれですか。（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：支給している[ ] ２：支給していない[ ] ３：その他 |

【問43で、「１：支給している」と答えた方に伺います】

問44　貴事業所が職員に支給している手当あるいはガソリン代について、一人あたりの月額（平均）をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手当あるいはガソリン代（一人あたりの月額）　約　 |  | 円／人・月 |

問45　貴事業所の訪問介護サービスを提供する際の移動に関して、ご回答ください。

（１）事業所から利用者宅（あるいは訪問介護サービスを行う職員等の自宅から利用者宅）への最長の移動距離（片道）について、該当するものを選んでください。

　　　※最長の移動距離（片道）とは、事業所（あるいは訪問介護サービスを行う職員等の自宅）から一番遠い利用者宅までの距離とします。（該当するものを一つ選択）

（令和６年８月末時点）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] １：１０㎞未満　　　　　　　　　　　　　[ ] ２：１０～２０㎞　　　　　　　　[ ] ３：２０～３０㎞[ ] ４：３０～４０㎞　 | [ ] ５：４０～５０㎞[ ] ６：５０～６０㎞　　　　　　　　[ ] ７：６０㎞以上　 |

（２）事業所から利用者宅（あるいは訪問介護サービスを行う職員等の自宅から利用者宅）へ自動車で移動する際の最長の移動時間（往復・平均）について、該当するものを選んでください。

　　　※最長の移動時間とは、事業所（あるいは訪問介護サービスを行う職員等の自宅）から自動車で一番遠い利用者宅まで行き、事業所まで戻ってくる時間とします。（往復）

（令和６年８月末時点。冬期期間については昨年の状況についてご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ３０分未満 | ３０～６０分 | ６０～９０分 | ９０～１２０分 | １２０～１５０分 | １５０～１８０分 | １８０分以上 |
| 夏場（積雪時以外） |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| 冬場（積雪時） |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

（３）事業所から利用者宅（あるいは訪問介護サービスを行う職員等の自宅から利用者宅）へ

自動車で１０キロ以上の移動（片道）が必要な１か月間の延べ訪問件数

（令和６年８月の１か月の実績）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 件 |

（４）貴事業所における冬期期間（積雪時）の利用者宅への移動について、問題・課題となっている点をご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

**１４．その他**

問46　2024年度介護報酬改定の訪問介護事業の報酬改定引き下げに伴う貴事業所の今後の経営方針（予定）についての考えをお聞かせください。（該当するものを一つ選択）

|  |
| --- |
| [ ] １：事業拡大[ ] ２：現状維持[ ] ３：事業縮小[ ] ４：休止[ ] ５：廃止[ ] ６：その他 |

問47　問46の理由についてご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

問48　貴事業所が今後も訪問介護事業を継続していく上での課題（地域課題を含む）について、主な事項をご記入ください。（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

問49　貴事業所の継続に向けて、国や自治体等に期待する支援策がありましたらご記入ください。

（自由記述）

|  |  |
| --- | --- |
| 国に期待する支援策 |  |
| 自治体（地方公共団体）等に期待する支援策 |  |

アンケートは以上です。ご多忙の中、本調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。