**平成３０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

＜記入上の注意＞

・今年度の事業所指定等で、昨年度の実績がない場合は、該当する項目のみ御記入ください。

・各設問に対し、該当する番号に○をつけるか、回答欄があるものについては必要事項を御記入いただき、

**平成３１年２月１５日（金）**までに返送くださいますようお願いいたします。

・御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させていただきますが、

事業所名や固有名詞など、一切明らかにされないことをお約束いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 住　　所 |  | | 連絡担当者 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |

**Ⅰ．基本項目・事業所の属性についてお伺いします**

問１．貴事業所の組織形態をお答えください。（平成31年1月1日時点）

１：地方公共団体　　　　　　　　　　　　　７：農業協同組合及び連合会

２：一部事務組合・広域連合　　　　　　　　８：消費生活協同組合及び連合会

３：社会福祉協議会　　　　　　　　　　　　９：営利法人（会社）

４：社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）　10：特定非営利活動法人（ＮＰＯ）

５：医療法人　　　　　　　　　　　　　　　11：企業組合

６：公益法人　　　　　　　　　　　　　　　12：その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

問２．訪問介護における、職員数（管理者、サービス提供責任者等を含む）をお答えください。

（それぞれ数字を記入）※派遣職員は含めない。（平成31年1月1日時点）

（１）職員数（派遣職員は含めない）及び常勤換算数について記入してください。（平成31年1月1日時点）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※資格1)～4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。 | | 常勤職員数 | | 非常勤職員数 |
| 専従 | 兼務 | 実人員数 |
| ①訪問介護員 | | 人 | 人 | 人 |
|  | 1)①のうち介護福祉士 | 人 | 人 | 人 |
| 2)①のうち介護職員基礎研修課程修了者 | 人 | 人 | 人 |
| 3)①のうち介護職員実務者研修課程修了者  （旧ホームヘルパー1級研修課程修了者） | 人 | 人 | 人 |
| 4)①のうち介護職員初任者研修課程修了者  （旧ホームヘルパー２級研修課程修了者） | 人 | 人 | 人 |
| ②その他の職員 | | 人 | 人 | 人 |

常勤換算数：　　　　．　　人

※常勤換算数とは、すべての従業員の１週間の平均延勤務時間数を常勤従業員が１週間で勤務すべき時間数で割り返すことにより、従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算した数です。

（２）上記従事者のうち、サービス提供責任者について記入してください。（平成31年1月1日時点）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※資格1)～4)を複数の資格を有している者については、最も若い番号の資格について記入してください。 | | 常勤 | 非常勤 |
| ③サービス提供責任者 | | 人 | 人 |
|  | 1)③のうち介護福祉士 | 人 | 人 |
| 2)③のうち介護職員基礎研修課程修了者 | 人 | 人 |
| 3)③のうち介護職員実務者研修課程修了者  （旧ホームヘルパー1級研修課程修了者） | 人 | 人 |
| 4)③のうち介護職員初任者研修課程修了者  （旧ホームヘルパー２級研修課程修了者） | 人 | 人 |

（３）管理者と兼務しているサービス提供責任者についてお答えください。（平成31年1月1日時点）

　１：管理者と兼務しているサービス提供責任者がいる

　２：管理者と兼務していない

問３．訪問介護員の賃金についてお答えください。（平成31年1月1日時点）

（１）雇用形態別における１ヶ月の実賃金（税・保険料の控除前）について、下記Ａ～Ｊよりあてはまる記号を記入してください。※介護職員処遇改善加算取得に伴う増額分を含む。（一時金の場合は、一月平均に算出して、実賃金に加算してください。）

※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の場合はその平均値を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 雇 用 形 態 | 賃金（１ヶ月） |
| １）サービス提供責任者（訪問介護員、管理者兼務含む） |  |
| ２）常勤訪問介護員（サービス提供責任者は除く） |  |

Ａ：30,000円未満　　　　　　　　　　　　Ｆ：200,000円以上～250,000円未満

Ｂ：30,000円以上～50,000円未満　　　　　Ｇ：250,000円以上～300,000円未満

Ｃ：50,000円以上～100,000円未満　　　　 Ｈ：300,000円以上

Ｄ：100,000円以上～150,000円未満　　　　Ｉ：その他（　　　　　　　　　　　）

Ｅ：150,000円以上～200,000円未満　　　　Ｊ：該当者なし

（２）非常勤訪問介護員の時給についてお答えください。※介護職員処遇改善加算取得に伴う増額分を含む。（一時金の場合は、一月平均に算出して、実賃金に加算してください。）

※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番号全てに○をつけてください。

　　　１：825円未満　　　　　　　　　　　 ５：1,400円以上

　　　２：825円以上～1,000円未満　　　 　 ６：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　３：1,000円以上～1,200円未満　　　　７：該当者なし

　　　４：1,200円以上～1,400円未満

問４．収支状況についてお答えください。

（１）平成29年12月（1ヶ月間）と平成30年12月（1ヶ月間）の収支の状況について、お答えください。

（それぞれ数字を記入）※介護職員処遇改善加算も含む。※千円以下四捨五入。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 売上高 | 事業活動収支差額  （売上総利益） | 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） |
| 平成２９年１２月 | 千円 | 千円 | 千円 |
| 平成３０年１２月 | 千円 | 千円 | 千円 |

　（２）総合事業を実施している事業所のみ、お答えください。

　　　　平成30年12月（1ヶ月間）の状況について、下記より該当する項目にそれぞれ記入してください。

（それぞれ数字を記入）※千円以下四捨五入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 平成30年12月 | 総合事業対象者 | 人 |
| 売上高 | 千円 |

**Ⅱ．総合事業の提供状況についてお伺いします**

問５．総合事業の提供状況について、該当する項目に番号に○を付けてください。（複数回答）

１：現行相当（→問６へ） 　　　　　 　２：Ａ型【基準緩和】（→問９へ）

３：該当なし（→問16へ）

【問５で「１．現行相当」と答えた方にお伺いします】

問６．実施方法について、該当する番号に○を付けてください。

１：事業指定形式 　　　　２：委託形式

問７．介護報酬について、該当する番号に○を付けてください。

　　１：包括報酬　　　　　　 ２：出来高払い

問８．その単価について、該当する番号に○を付けてください。

　　　　（１）出来高払いの場合

　　　　　　１：220単位未満　　　２：220単位未満～223単位　 　 ３：224単位以上

　　　　（２）包括報酬の場合

　　　　１：1,000単位未満　　２：1,000単位～1,168単位未満　３：1,168単位　　４：1,169単位以上

【問５で「２．Ａ型【基準緩和】」と答えた方にお伺いします】

問９．実施方法について、該当する番号に○を付けてください。

１：事業指定形式 　　　　２：委託形式

問10．介護報酬について、該当する番号に○を付けてください。

　　１：包括報酬　　　　　　 ２：出来高払い

問11．その単価について、該当する番号に○を付けてください。

　　　　（１）出来高払いの場合

　　　　　　１：220単位未満　　　２：220単位未満～223単位　 　 ３：224単位以上

　　　　（２）包括報酬の場合

　　　　１：1,000単位未満　　２：1,000単位～1,168単位未満　３：1,168単位　　４：1,169単位以上

問12．総合事業のＡ型の派遣のうち、認知症の利用者がいますか。

　　　　１：いる（→問12へ）　　　　２：いない

【問12で「１．いる」と答えた方にお伺いします】

問13．サービス提供上の困難がありましたら、ご記入ください。

問14．Ａ型のサービスの担い手の研修時間は何時間ですか。該当する番号に○を付けてください。

　　１：７時間未満　　　２：７時間～１４時間未満　　３：１４時間～２１時間未満　　４：２１時間以上

問15．Ａ型のサービスの担い手の方は何の資格を有していますか。該当する番号の全てに○を付けてください。

　　１：介護福祉士　　　　　　　　　　２：介護職員基礎研修課程修了者（旧ホームヘルパー１級）

　　３：介護職員初任者研修課程修了者（旧ホームヘルパー２級）

　　４：市町村独自研修受講修了者

【問５で「１：現行相当」及び「３：該当なし」と答えた方にお伺いします】

　問16．Ａ型サービスを実施していない理由について、お答えください。

**Ⅲ．生活機能向上連携加算についてお伺いします**

問17．生活機能向上連携加算について、加算を取っていますか。（平成30年7月～12月の間）

　１：取っている （→問19へ）

２：取っていない （→問18へ）

【問17で「２：取っていない 」と答えた方にお伺いします。】

問18．生活機能向上連携加算を届け出していない理由について、該当する番号全てに○をつけてください。

（複数回答可）

　１：ケアプランに位置付けがない

　２：近くに連携する事業所がないため

　３：事業所との連携が困難なため

　４：業務負担が多くなるため

５：加算される報酬が少ないため

　６：期限が決められているから

７：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【問17で「１：取っている」と答えた方にお伺いします。】

問19．リハビリテーション専門職との連携で工夫していることがあれば、記入してください。

**Ⅳ．介護職員処遇加算についてお伺いします**

問20．平成31年1月1日現在の訪問介護における介護職員処遇改善加算の申請状況について、該当する番号に○をつけてください。

１：介護職員処遇改善加算Ⅰを取得した

（キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、キャリアパス要件Ⅲ及び職場環境等要件をすべて満たす対象事業者）

２：介護職員処遇改善加算Ⅱを取得した

（キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件をすべて満たす対象事業者）

３：介護職員処遇改善加算Ⅲを取得した

（キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件を満たす対象事業者）

４：介護職員処遇改善加算Ⅳを取得した

（キャリアパス要件Ⅰ又はキャリアパス要件Ⅱ、又は職場環境等要件のいずれかを満たす対象事業者）

５：介護職員処遇改善加算Ⅴを取得した

　　　　（キャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれも満たさない対象事業者）

６：いずれも取得してない。（→問24へ）

【問20で「１」～「５」と答えた方にお伺いします】

問21．指定権者に提出した平成３０年度介護職員処遇改善計画書における、職場環境等要件について、貴事業所にて選択されたもの全てに○をつけてください。

＜資質の向上＞

１：働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む）

２：研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動

３：小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築

４：キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る）

５：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜労働環境・処遇の改善＞

６：新人介護職員の早期離脱防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入

７：雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法記、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実

８：ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化

９：介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入

１０：子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備

１１：ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善

１２：事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化

１３：健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備

１４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜その他＞

１５：介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化

１６：中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等））

１７：障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮

１８：地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上

１９：非正規職員から正規職員への転換

２０：職員の増員による業務負担の軽減

２１：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問22．平成３０年度の介護職員処遇改善計画における従事者の処遇改善の状況について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

１：基本給の引き上げ

２：手当の引き上げ

３：一時金の支給

４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問23．貴事業所における加算を活用した処遇改善を行う上での課題についてお伺いします。該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

１：処遇改善加算の時限があるため、処遇改善に不安がある

２：職員の所得制限があり、活用が困難

３：処遇改善加算がなくなった場合、給与等の引き下げが困難

４：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【問20で「６」と答えた方にお伺いします】

問24．介護職員処遇加算を取得しない理由は何ですか。（複数回答可）

　　　１：事務手続きが煩雑なため

　　　２：利用者への負担となるから

　　　３：他職種との兼ね合いから、申請しづらい

　　　４：加算の必要がないから

５：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**Ⅴ．特定事業所加算についてお伺いします**

問25．訪問介護における、平成30年12月サービスにおいて特定事業所加算の届出を行っていますか。

　　　１：届け出している（→問26へ）　　　　２：届け出していない（→問27へ）

【問25で「１．届け出している」と答えた方にお伺いします】

問26．届け出している場合、下記の該当する番号全てに○をつけてください。

　　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）

【問25で「２．届け出していない」と答えた方にお伺いします】

問27．加算の届出を行わない理由について、該当する番号全てに○をつけてください。（複数回答可）

　　１：特定事業所加算の要件が高い　　　　　　　４：今後取得を予定

　　２：利用者負担が増すので取らない　　　　　　 ５：要件を満たしていないため

　　３：利用者離れがおき、収入減となるため　　　６：申請が複雑で業務負担が多くなるため

　　７：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問28．特定事業所加算の改善を要望する事項について、該当する番号全てに○をつけてください。

（複数回答可）

　　１：体制要件の緩和　　　　　　　　　　　　　４：資格要件の緩和

　　２：重度要介護者等対応要件の緩和　　　　　　５：事務申請の簡略化

　　３：人材要件の緩和　　　　　　　　　　　　　６：加算額を支給区分限度額の枠外にする

　　　７：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**Ⅵ．同一建物等居住者のサービス提供状況についてお伺いします**

問29．サービス提供している集合住宅について、減算適用範囲が拡大しましたが、その影響についてお答えください。

　　　１：影響あり（→問30へ）　　　　　　　　　　　　２:影響なし

　【問29で「１：影響あり」と答えた方にお伺いします】

問30．１ヵ月の平均減算割合についてお答えください。

**Ⅶ．訪問介護における見守り的援助についてお伺いします**

問31．自立生活支援のための“見守り的援助”は身体介護として明確化されましたが、生活援助で算定しているケースがありますか。

　　　１：あり（→その理由）　　　　２：なし

　　　　理由：

**Ⅷ．訪問介護における人材確保についてお伺いします**

　問32.将来的な外国人介護福祉士候補者の可能性について、自由に記入してください。（自由記述）

**Ⅸ．その他についてお伺いします**

問33．介護保険制度について、市町村や国に要望があれば、自由に記入してください。（自由記述）

お忙しい中、アンケートに御協力いただきありがとうございました。

より皆様の声を反映した提言書を作成する予定です。今後ともよろしくお願いいたします。

北海道ホームヘルパー協議会　会長　佐々木　薫