

厚生労働省 令和6年度 老人保健健康増進等事業
「訪問介護におけるサービス提供の実態に関する調査研究事業」
居宅介護支援事業所調査

- ※ 特に記載が無い場合、2024年9月時点の状況についてご回答ください。
※ 特に断りがない限り、数値は整数でご回答ください。
※ 該当する人数が「0人」の場合、「0」とご回答ください。

- ☐ 単一回答の設問です。プルダウンから選択肢を選んで表示させてください。
☐ 複数回答の設問です。あてはまる選択肢について、プルダウンから○を選んで表示させてください。
 数値もしくは自由回答の欄です。セルに直接入力してください。自由回答には文字数の制限はありません。
 回答対象外の設問です。ご回答いただく必要がありません。

I 事業所の基本属性についてご回答ください。

全員ご回答ください。

問1 貴事業所を運営する法人の法人種別を教えてください。（1つ選択）

- 1 営利法人（株式会社・有限会社・合同会社等）
2 社会福祉協議会
3 社会福祉法人（社協を除く）
4 医療法人
5 特定非営利活動法人（NPO）
6 生活協同組合
7 農業協同組合
8 社団法人・財団法人
9 自治体・広域連合・一部事務組合
10 その他

回答欄

問2 貴事業所の事業開始年月を教えてください。

事業開始年月（西暦）

回答欄

年

回答欄

月

問3 貴事業所の所在地を教えてください。（都道府県）

回答欄

問4 貴事業所の所在地を教えてください。（市区町村）

回答欄

問5 貴事業所が所属する法人全体の介護事業従事者数（非常勤を含む）について教えてください。（1つ選択）

- 1 5人未満
2 5～9人
3 10～19人
4 20～49人
5 50～99人
6 100～299人
7 300～499人
8 500～999人
9 1000人以上
10 わからない

回答欄

問6 貴事業所の地域区分を教えてください。

- 1 1級地
- 2 2級地
- 3 3級地
- 4 4級地
- 5 5級地
- 6 6級地
- 7 7級地
- 8 その他

回答欄

問7 貴事業所が立地する地区の種類（国による地域指定種類別）について、該当するものを教えてください。（あてはまるものすべて選択）
（該当するものが不明な場合には、「わからない」を選択してください。）

- 1 離島振興対策実施地域
- 2 奄美群島
- 3 豪雪地域及び特別豪雪地域
- 4 辺地
- 5 振興山村
- 6 小笠原諸島
- 7 半島振興対策実施地域
- 8 特定農山村地域
- 9 過疎地域
- 10 離島
- 11 該当するものはない
- 12 わからない

回答欄

問8 2024年9月における貴事業所の職員数を教えてください。
（居宅介護支援事業に従事する人員の実数をご回答ください。また、該当する人員が不在の場合は、「0」とご回答ください。）
※本調査では、「常勤」とは雇用形態に関わらず貴事業所で定めた1週間の勤務時間（所定労働時間）に勤務している方、「非常勤」とは上記以外の方としてお考えください。
※常勤換算数の算出方法：「職員の1週間の契約上の労働時間÷貴事業所の1週間の所定労働時間」にて算出し、小数点以下第2位を四捨五入してください。

管理者

- 11.1.1 常勤（実人数）
- 11.1.2 非常勤（実人数）
- 11.1.3 常勤換算

回答欄	
	人
	人
	人（小数点以下第2位を四捨五入）

主任介護支援専門員

- 11.2.1 常勤（実人数）
- 11.2.2 非常勤（実人数）
- 11.2.3 常勤換算

回答欄	
	人
	人
	人（小数点以下第2位を四捨五入）

介護支援専門員

- 11.3.1 常勤（実人数）
- 11.3.2 非常勤（実人数）
- 11.3.3 常勤換算

回答欄	
	人
	人
	人（小数点以下第2位を四捨五入）

その他

- 11.4.1 常勤（実人数）
- 11.4.2 非常勤（実人数）
- 11.4.3 常勤換算

回答欄	
	人
	人
	人（小数点以下第2位を四捨五入）

問9 貴事業所と併設、あるいは、隣接敷地にある介護保険サービス・その他高齢者福祉サービス等の事業所を教えてください。（自法人・同法人グループ）（あてはまるものすべて選択）

	回答欄
1	訪問介護
2	訪問入浴介護
3	訪問看護
4	訪問リハビリテーション
5	通所介護
6	通所リハビリテーション
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
10	福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修のいずれか
11	地域密着型通所介護
12	小規模多機能型居宅介護
13	看護小規模多機能型居宅介護
14	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
15	夜間対応型訪問介護
16	認知症対応型通所介護
17	認知症対応型共同生活介護
18	地域密着型特定施設入居者生活介護
19	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
20	介護老人福祉施設
21	介護老人保健施設
22	介護医療院
23	総合事業（訪問型サービス・旧介護予防訪問介護相当）
24	総合事業（訪問型サービス・旧介護予防訪問介護相当以外）
25	総合事業（通所型サービス・旧介護予防通所介護相当）
26	総合事業（通所型サービス・旧介護予防通所介護相当以外）
27	総合事業（その他の生活支援サービス）
28	病院
29	有床診療所
30	無床診療所
31	サービス付き高齢者向け住宅
32	有料老人ホーム
33	養護老人ホーム
34	軽費老人ホーム（ケアハウスA、Bなど）
35	地域包括支援センター
36	障害者総合支援法に基づく居宅介護サービス
37	障害者総合支援法に基づく居宅介護サービス以外の障害福祉サービス
38	その他
	具体的に：
39	該当なし
	具体的に：

問10 2024年9月の要介護度別の利用者数について教えてください。（該当する利用者数が「0人」の場合は、「0」とご回答ください。）

		回答欄	
1	要介護1		人
2	要介護2		人
3	要介護3		人
4	要介護4		人
5	要介護5		人

問11 2024年9月時点で、【訪問介護をケアプランに組み入れている利用者】について、要介護度別に①～③の状況別の人数を教えてください。
(居宅介護支援事業に従事する人員の実数をご回答ください。また、該当する人員が不在の場合は、「0」とご回答ください。)

[illegible]

I インタビューについて

問12 インタビュー調査への協力可否について教えてください。（1つ選択）

- 1 協力できる
- 2 協力できない

回答欄

問13 インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）があれば教えてください。

回答欄

問14 インタビュー調査の調整にかかるご連絡先をご入力ください。

14.1 部署名：

14.2 電話番号：

※ハイフン(-)なしで入力してください。
※固定電話の場合市外局番からご入力ください。

14.3 メールアドレス：

14.4 担当者様名：

本回答欄は以上で終了です。