

令和 6 年度厚生労働省老健局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」

自治体調査

【はじめに】

この度、弊社は、厚生労働省の補助事業である令和 6 年度老人保健健康増進等事業として「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」を実施することとなりました。本事業における調査は、訪問介護におけるサービス提供の実態、訪問介護員の専門性や役割等について把握した上で、訪問介護員等が専門性を発揮し、利用者の状態に応じた安定的なサービス提供のため、介護報酬上の評価のあり方を含め必要な方策等を検討するための情報を集めることを目的としております。自治体の皆様には、訪問介護事業の実態につきましてご回答いただきたく存じます。つきましてはご多用の折、大変恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解の上、令和 6 年12月13日（金）までに、ご回答を賜りますよう何卒宜しくお願い申し上げます。調査についてご不明の点等がございましたらお問い合わせ先までご連絡ください。なお、本調査は、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課の協力と助言等の下で実施しておりますことを申し添えます。

【ご回答にあたって】

1. 在宅介護サービスの運営指導を担当されている方がご回答下さい。
2. 担当部署が複数重なる場合は、回答をお取りまとめの上、自治体として集約してご提出願います。
3. 単一回答の設問は、あてはまる選択肢について、プルダウンから選択肢の番号を選んでください。  
複数回答の設問は、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。  
また、自由記入欄にもご入力ください。
4. 回答〆切は令和 6 年12月13日（金）とさせていただきます。
5. 回答済ファイルは下記サイトよりアップロードしてください。

<https://enqs.jp/a/do.php?id=jc>

6. 回答済ファイルがアップロードいただけない場合は下記のアドレスまで電子メールで送信して下さい。  
また、ご質問等がある場合も、下記にお問い合わせ下さい。

【事務局連絡先】

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所  
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル9階  
TEL：050-5809-9100（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日および年末年始を除く）  
mail：jc@enqs.jp（24時間受付）

※コール音が10回以上鳴りお待たせする場合は、他の方のお問い合わせ対応中となります。  
本電話番号では、通話中などのご案内が流れません。コール音が続く場合は一旦お電話をお切りください。  
恐れ入りますが、電話が混みあっている可能性がありますので、まずはE-Mailにてお問い合わせください。

次のシートにお進みください

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」  
**自治体調査票**

- ☐ 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 市区町村の基本属性 についてお伺いします**

**回答者（担当者）の基本属性について教えてください。**

問1(1) 都道府県

1. リストから選択

問1(2) 市区町村

2. 都道府県を選択後、選択

問2(1) 部署

問2(2) 役職

**回答者（市区町村）の基本属性について教えてください。**

問3 「介護保険広域連合」の構成団体でしょうか。（1つ選択）

回答欄

- 1 はい  
2 いいえ

（問3「介護保険広域連合」の構成団体が「はい」の場合にご回答ください。）

問4 「介護保険広域連合」の名称

問5 介護保険担当の職員数  
（令和6年3月31日時点）

人（半角数字）

問6 ケアプランの点検担当職員数  
（令和6年3月31日時点）

人（半角数字）

問7 貴市区町村ではケアプラン点検（委託を含む）を行っていますか。（1つ選択）

回答欄

- 1 はい  
2 いいえ

問8 ケアプラン点検を委託していますか。（1つ選択）

回答欄

- 1 はい  
2 いいえ

問9 市区町村内の訪問介護事業所数  
(令和6年3月31日時点)

事業所(半角数字)

問10 市区町村によるケアプラン点検の件数(令和5年度)  
(※プランの月数を乗算せず、ケアプラン数をお答えください。)

件(半角数字)

問11 委託先によるケアプラン点検の件数(令和5年度)  
(※プランの月数を乗算せず、ケアプラン数をお答えください。)

件(半角数字)

問12 令和5年度に集団指導を実施しましたか。(1つ選択)

回答欄

- 1 はい
- 2 いいえ

問13 令和6年4月～9月までに集団指導を実施しましたか。(1つ選択)

回答欄

- 1 はい
- 2 いいえ

問14 令和5年度に運営基準等に関する研修を実施しましたか。(1つ選択)

回答欄

- 1 はい
- 2 いいえ

問15 令和6年4月～9月までに運営基準等に関する研修を実施しましたか。(1つ選択)

回答欄

- 1 はい
- 2 いいえ

Ⅱ 地域資源の状況 についてお伺いします

問16 貴市区町村内の介護保険サービスの有無について教えてください。また、過不足の状況についても教えてください。(それぞれ1つずつ)

【選択肢】

- 1 有
- 2 無

【選択肢】

- 1 多いに不足している
- 2 やや不足している
- 3 過不足はない
- 4 やや過剰である
- 5 多いに過剰である

|                                | 回答欄 | 回答欄 |
|--------------------------------|-----|-----|
| (1) 在宅中心で行っている訪問介護事業所          |     |     |
| (2) 集合住宅中心で行っている訪問介護事業所        |     |     |
| (3) 上記いずれであるか把握していない訪問介護事業所    |     |     |
| (4) 訪問看護事業所                    |     |     |
| (5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所        |     |     |
| (6) 通所介護事業所                    |     |     |
| (7) 小規模多機能居宅介護事業所              |     |     |
| (8) 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス) 事業所 |     |     |
| (9) 介護保険施設                     |     |     |
| (10) その他の介護サービス等を提供する事業所等      |     |     |

問17 貴市区町村内の介護保険外サービス（配食サービス、家事代行等）の有無について教えてください。また、過不足の状況及びPRの方法についても教えてください。（それぞれ1つずつ）

|                            | 【選択肢】<br>1 有<br>2 無 | 【選択肢】<br>1 多いに不足している<br>2 やや不足している<br>3 過不足はない<br>4 やや過剰である<br>5 多いに過剰である |
|----------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                            | 回答欄                 | 回答欄                                                                       |
| (1) 配食サービス                 |                     |                                                                           |
| (2) 買い物代行サービス、家事代行サービス     |                     |                                                                           |
| (3) 移動車販売                  |                     |                                                                           |
| (4) 外出支援（移送）サービス、通院サービス    |                     |                                                                           |
| (5) ミニデイサービス（介護保険外）        |                     |                                                                           |
| (6) その他の行政等が提供する介護保険外のサービス |                     |                                                                           |
| └─> 具体的に：                  |                     |                                                                           |
| (7) その他の民間のサービス            |                     |                                                                           |
| └─> 具体的に：                  |                     |                                                                           |

問17.1 以下の介護保険外サービス（（配食サービス、家事代行等））をどのようにPRしているかをお答えください（自由記載）

|                            |  |
|----------------------------|--|
| (1) 配食サービス                 |  |
| (2) 買い物代行サービス、家事代行サービス     |  |
| (3) 移動車販売                  |  |
| (4) 外出支援（移送）サービス、通院サービス    |  |
| (5) ミニデイサービス（介護保険外）        |  |
| (6) その他の行政等が提供する介護保険外のサービス |  |
| (7) その他の民間のサービス            |  |

### Ⅲ 訪問介護を位置付けるケアプラン点検にかかる事項 についてお伺いします

問18 貴市区町村では、適切にケアプラン点検を行えるようにすることを目的として、どのように担当職員の資質向上を図っていますか。（あてはまるもの全てに○）

| 回答欄                      |                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 貴市区町村でマニュアルを策定し遵守している                                               |
| <input type="checkbox"/> | 2 定期的に集合研修を行っている                                                      |
| <input type="checkbox"/> | 3 判断に迷う事例が生じた際、都度、部署内で相談している                                          |
| <input type="checkbox"/> | 4 判断に迷う事例が生じた際、都度、部署外の人に相談している。<br>↳ 部署外の人を具体的に： <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 担当職員の判断に任せている                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 6 その他<br>↳ 具体的に： <input type="text"/>                                 |
| <input type="checkbox"/> | 7 上記に該当するものはない                                                        |

問19 訪問介護が位置づけられたケアプラン点検を行う際に留意していることをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

| 回答欄                      |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 訪問介護に適していない利用者であるか否か                  |
| <input type="checkbox"/> | 2 基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）のケアプランか否か        |
| <input type="checkbox"/> | 3 訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランか否か           |
| <input type="checkbox"/> | 4 高齢者向け住宅等に併設する居宅介護支援事業所が作成するケアプランか否か   |
| <input type="checkbox"/> | 5 利用者のニーズに照らし過不足なく訪問介護サービスが位置づけられているか否か |
| <input type="checkbox"/> | 6 その他<br>↳ 具体的に： <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> | 7 上記に該当するものはない                          |

### Ⅳ 「同居家族がいる場合」における生活援助サービスにかかる判断状況 についてお伺いします

問20 平成21年12月25日付け厚生労働省通知（老振発1224第1号）「同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」の内容について、貴市区町村の介護給付の支給の可否を判断される担当者の方はご存じですか。（1つ選択）  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000003fwn-img/2r98520000003fy5.pdf>

| 回答欄                                   |
|---------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1 はい |
| <input type="radio"/> 2 いいえ           |

問21 「同居家族がいる場合」における生活援助サービスにかかる判断の状況について教えてください。（1つ選択）

| 回答欄                              |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 1 同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている          |
| <input type="radio"/>            | 2 利用者・家族の状態に応じて判断している                 |
| <input type="radio"/>            | 3 その他<br>↳ 具体的に： <input type="text"/> |

問22 上記で「同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている」と答えた場合  
その理由について教えてください。（あてはまるもの全てに○）

| 回答欄                      |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 以前より貴自治体で決められていたから                  |
| <input type="checkbox"/> | 2 一度そのように判断してしまったため                   |
| <input type="checkbox"/> | 3 判断すべきケース数が多いため                      |
| <input type="checkbox"/> | 4 判断が難しいケースがあるため                      |
| <input type="checkbox"/> | 5 その他<br>↳ 具体的に： <input type="text"/> |

**V インタビュー調査への協力可否 についてお伺いします**

問23 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）

回答欄

- 1 協力できる
- 2 協力できない
- 3 その他

└─> 具体的に：

問24 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。（自由記載）

問25 インタビュー調査の調整にかかるご連絡先をご記入ください。（自由記載）  
（部署名・メールアドレス・電話番号は問1でご回答いただいた内容と異なる場合のみご回答ください。）

部署名

電話番号

メールアドレス

担当者様名

これで調査終了です。ご協力いただきありがとうございました。