

管理者（施設長）様用

7/10✕

有料老人ホームに関する実態調査（案）

～ ご協力をお願い ～

日ごろから佐賀県政に御理解と御協力をいただき、誠にありがとうございます。
さて、佐賀県では、すべての高齢者が、心身の健康を保持でき、安定した生活を過ごしていただけるような環境づくりを推進するため、今回の調査では、有料老人ホームに勤務されている方のお考えをお尋ねし、今後の施策を進めていくための基礎資料を得ることを目的としています。

この調査は、県内の有料老人ホームの管理者（施設長）の方をお願いするものです。

御回答いただいた内容は全てコンピューターによる処理を行い、統計的な集計、分析に用いますので、個人の回答内容がそのまま公表されることはありません。

お忙しい中大変恐れ入りますが、調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力いただきますようお願い申し上げます。

令和5年6月

佐賀県 長寿社会課 高齢者福祉担当

[記入に際してのお願い]

- この調査票は、管理者（施設長）本人がお答えください。
- 回答は、あてはまる選択肢の番号に○をつけてください。また、御自分の意見に近い
選択肢がない場合は「その他（ ）」の選択肢の番号を○で囲み、（ ）の中に具体的な
内容を御記入ください。
- 調査基準日：令和5年4月1日時点
- この調査についての疑問や御不明な点については、下記調査委託機関にお問い合わせください。

【調査委託機関】 （佐賀県長寿社会課 高齢者福祉担当） TEL：0952-25-7054

記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)を使用の上、
令和5年7月10日(月)までに投函いただきますようお願い申し上げます。

あなたのことについてお尋ねします

問1 あなたの性別を教えてください。(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問2 あなたの年齢を教えてください。(○は1つ)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 19歳以下 | 2. 20～29歳 | 3. 30～39歳 | 4. 40～49歳 |
| 5. 50～59歳 | 6. 60～69歳 | 7. 70歳以上 | |

W

問3 あなたの勤務地(施設所在地)はどこでしょうか。(○は1つ)

- | | | | |
|---------|----------|-----------|---------|
| 1. 佐賀市 | 2. 唐津市 | 3. 鳥栖市 | 4. 多久市 |
| 5. 伊万里市 | 6. 武雄市 | 7. 鹿島市 | 8. 小城市 |
| 9. 嬉野市 | 10. 神埼市 | 11. 吉野ヶ里町 | 12. 基山町 |
| 13. 上峰町 | 14. みやき町 | 15. 玄海町 | 16. 有田町 |
| 17. 大町町 | 18. 江北町 | 19. 白石町 | 20. 太良町 |

問4 あなたが勤務する施設内での職種を教えてください。

※兼務されている場合は、すべて記入してください。

- | | | |
|----------------|------------|------------|
| 1. 管理者(施設長) | 2. 生活相談員 | 3. 介護職員 |
| 4. 看護職員 | 5. 機能訓練指導員 | 6. 計画作成担当者 |
| 7. 栄養士 | 8. 調理員 | 9. 事務員 |
| 10. その他職員(具体的に | |) |

問5 あなたが保有する資格を教えてください。(○はいくつでも可)

- | | | |
|------------------|------------------------|------------|
| 1. 社会福祉士 | 2. ホームヘルパー (□1級 / □2級) | 3. 介護支援専門員 |
| 4. 看護師 (□正 / □准) | 5. 介護福祉士 | 6. 医師 |
| 7. 栄養士/管理栄養士 | 8. その他(具体的に |) |

問6 あなたは、現在の施設にどのくらい勤務していますか。(○は1つ)

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上3年未満 | 3. 3年以上5年未満 |
| 4. 5年以上10年未満 | 5. 10年以上 | |

I. 貴施設の概要について

問 12 貴施設の概要をご記入ください。

(1) 施設の類型

1. 介護付有料老人ホーム	2. 住宅型有料老人ホーム	3. 健康型有料老人ホーム
4. サービス付き高齢者向け住宅	5. その他（具体的に _____ ）	

(2) 開設年月日

昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	開設
--------------	---	---	----

(3) 事業主体法人種別

1. 株式会社	2. 有限会社	3. 社会福祉法人
4. 医療法人関係	5. 宗教法人	6. 協同組合等
7. NPO法人	8. 財団法人・社団法人	9. その他（具体的に _____ ）

(4) 施設の立地場所

1. 市街地	2. 住宅地	3. 郊外	4. その他（具体的に _____ ）
--------	--------	-------	---------------------

(5) 施設入居者の人数

定員	人	入居者数	人	(うち) 男性入居者数	人
				(うち) 女性入居者数	人

(6) 施設入居者の介護度

自立者	人	要支援 1	人	要支援 2	人
要介護 1	人	要介護 2	人	要介護 3	人
要介護 4	人	要介護 5	人		

(7) 施設の構造

階数	1. 一階	2. 二階	3. 三階	4. 四階以上
構造	1. 木造	2. 鉄骨造	3. その他（具体的に _____ ）	
建物	1. 所有		2. 賃貸借	
築年	1. 新築		2. 改築（既存施設の活用含む）	
居室数	単身者用（個室）	室	うち、平米数が 13 m ² 以上の居室（ _____ ）室	
	家族用（相部屋）	室	うち、平米数が 26 m ² 以上の居室（ _____ ）室	

問 13 介護保険サービス事業所との併設状況及び利用者数についてお尋ねします。

(1) [貴施設（または同一敷地内）に介護保険サービス事業所が併設されている場合]

該当するサービス種類に利用者数を介護度別に御記入ください。

区分	サービス種類	利用者数							
		自立	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
居宅サービス	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. 居宅療養管理指導								
	6. 通所介護								
	7. 通所リハビリテーション								
	8. 短期入所生活介護								
	9. 短期入所療養介護								
	10. 福祉用具貸与								
	11. 特定福祉用具販売								
地域密着型サービス	12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
	13. 夜間対応型訪問介護								
	14. 認知症対応型通所介護								
	15. 小規模多機能型居宅介護								
	16. 看護小規模多機能型居宅介護								
	17. 居宅介護支援								
	18. 介護予防訪問入浴介護								
	19. 介護予防訪問看護								
	20. 介護予防訪問リハビリテーション								
	21. 介護予防居宅療養管理指導								
	22. 介護予防通所介護								
	23. 介護予防通所リハビリテーション								
	24. 介護予防短期入所生活介護								
	25. 介護予防短期入所療養介護								
	26. 介護予防福祉用具貸与								
	27. 介護予防特定福祉用具販売								
地域密着型介護 予防サービス	28. 介護予防認知症対応型通所介護								
	29. 介護予防小規模多機能型居宅介護								

	30. 介護予防支援								
--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 〔入居者が、貴施設（または同一敷地内）以外の外部の介護保険サービスを利用している場合〕
 該当するサービス種類に利用者数を介護度別に御記入ください。

区分	サービス種類	利用者数							
		自立	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
居宅サービス	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. 居宅療養管理指導								
	6. 通所介護								
	7. 通所リハビリテーション								
	8. 短期入所生活介護								
	9. 短期入所療養介護								
	10. 福祉用具貸与								
	11. 特定福祉用具販売								
地域密着型サービス	12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護								
	13. 夜間対応型訪問介護								
	14. 認知症対応型通所介護								
	15. 小規模多機能型居宅介護								
	16. 看護小規模多機能型居宅介護								
	17. 居宅介護支援								
	18. 介護予防訪問入浴介護								
	19. 介護予防訪問看護								
	20. 介護予防訪問リハビリテーション								
	21. 介護予防居宅療養管理指導								
	22. 介護予防通所介護								
	23. 介護予防通所リハビリテーション								
	24. 介護予防短期入所生活介護								
	25. 介護予防短期入所療養介護								
	26. 介護予防福祉用具貸与								
	27. 介護予防特定福祉用具販売								

地域密着型介護 予防サービス	28. 介護予防認知症対応型通所介護								
	29. 介護予防小規模多機能型居宅介護								
	30. 介護予防支援								

Ⅱ. 人員体制や業務内容について

問 14 貴施設の職種別職員数を御記入ください。

	常勤職員数	非常勤職員数
管理者（施設長）	人	人
生活相談員	人	人
介護職員	人	人
看護職員	人	人
機能訓練指導員	人	人
計画作成担当者	人	人
栄養士	人	人
調理員	人	人
事務員	人	人
その他職員	人	人
合計	人	人

問 15 貴施設の入居者一人あたりの月額利用料金（入居者一人がひと月に支払う固定の料金）で、最高金額、最低金額、（全体の）平均金額をご記入ください。

	最高金額	最低金額	平均金額
家賃	円/人	円/人	円/人
特定施設入居者生活介護 の費用（※介護付の場合）	円/人	円/人	円/人
食費	円/人	円/人	円/人
管理費	円/人	円/人	円/人
介護費用	円/人	円/人	円/人
光熱水費	円/人	円/人	円/人

その他 (具体的に)	円/人	円/人	円/人
----------------	-----	-----	-----

問 16 問 15 以外に、貴施設の入居者が個別的な選択によるサービスを利用した場合の、ひと月あたりの平均的な金額について、次の区分ごとの平均金額をご記入ください。

※外部の介護保険サービス（通所介護や訪問介護サービス）を除き、有料老人ホームとして提供するサービスについてご記入ください。

介護サービス [例：入浴、排せつ、食事の介助など]	円/月
家事サービス [例：洗濯、掃除、買い物や行政手続き代行など]	円/月
健康管理サービス [例：服薬管理、健康相談、生活リズムの記録など]	円/月
入院や通院時のサービス [例：通院や入退院時の同行や見舞いなど]	円/月
金銭管理サービス	円/月
その他（具体的に)	円/月

問 17 貴施設では、入居者と入居契約を結ぶ際に、月額利用料・敷金の返金・退去時の支払金銭的な契約内容などについて、入居希望者に対しどのように説明していますか。（○は1つ）

1. 入居希望者に対して「重要事項説明書」の交付を行っている
2. 契約時に「重要事項説明書」を用いて説明し、署名をもらっている
3. 契約時に「重要事項説明書」を用いて説明しているが、署名はもらっていない
4. 「重要事項説明書」があることは知っているが、どのように利用しているかはわからない
5. 「重要事項説明書」を知らない

問 18 貴施設では、どのような損害賠償保険に加入していますか。（○はいくつでも可）

- | | | |
|--------------------|---------------|------------|
| 1. 対人賠償 | 2. 対物賠償 | 3. 受託・管理財物 |
| 4. 人格権侵害（個人情報の漏えい） | 5. その他（具体的に) | |

副問 では、過去3年間に入居者等に対して損害賠償を伴う事故等がありましたか。（○は1つ）

- | |
|--------------------|
| 1. あった ⇒ (具体的な内容) |
|--------------------|

有料老人ホームに関する認識について

問 23 『佐賀県有料老人ホーム設置運営指導指針』の内容について、あなたの理解度が最も近いものはどれですか。(○は1つ)

1. 研修等で内容の理解促進を図っている
2. 運営について判断に困ったとき内容を確認している
3. あることは知っているが内容を確認することはない
4. 見たことはない
5. その他(具体的に)

問 24 施設における重要な事項を記載した『重要事項説明書』の内容について、あなたの理解度が最も近いものはどれですか。(○は1つ)

1. 研修等で内容の理解促進を図っている
2. 運営について判断に困ったとき内容を確認している
3. あることは知っているが内容を確認することはない
4. 見たことはない
5. その他(具体的に)

業務や人員体制・職員研修について

問 25 貴施設の職員数は不足していると思われませんか。(○は1つ)

1. 不足している	2. 不足していない
-----------	------------

副問 (「不足している」と回答した方に) どのようなときにそう思われますか。
(○はいくつでも可)

1. 日中にナースコールに対応できない
2. 夜間にナースコールに対応できない
3. 事務処理等に対応できない
4. 清掃など主な担当業務以外の業務がある
5. 退職者が多い
6. その他(具体的に)

副問 (「不足している」と回答した方に) どの職種が何人不足すると思われませんか。
(不足すると思う人数を記載してください)

	常勤職員数	非常勤職員数
生活相談員	人	人
介護職員	人	人
看護職員	人	人
機能訓練指導員	人	人
計画作成担当者	人	人
栄養士	人	人
調理員	人	人
事務員	人	人
その他職員	人	人
合計	人	人

副問 （「不足している」と回答した方に）各資格保有者の過不足感についてお伺いします。
（各資格に関して、該当するもの一つずつ選択してください。）

資格名	大いに不足	不足	やや不足	適切	やや過剰	過剰	不明	該当なし
介護福祉士	1	2	3	4	5	6	7	8
介護職員実務者研修者 （訪問介護員養成研修1級・基礎研修修了者を含む）	1	2	3	4	5	6	7	8
介護職員初任者研修修了者 （訪問介護員養成研修2級修了者を含む）	1	2	3	4	5	6	7	8
看護師・准看護師	1	2	3	4	5	6	7	8
保健師	1	2	3	4	5	6	7	8
OT・PT・ST	1	2	3	4	5	6	7	8
喀痰吸引研修修了者	1	2	3	4	5	6	7	8
認知症介護実践研修修了者	1	2	3	4	5	6	7	8
介護支援専門員	1	2	3	4	5	6	7	8
社会福祉士	1	2	3	4	5	6	7	8
管理栄養士・栄養士	1	2	3	4	5	6	7	8
調理師	1	2	3	4	5	6	7	8
その他	1	2	3	4	5	6	7	8

※その他がある場合は、資格名を下記に記載してください。

--

副問 （「不足している」と回答した方に）職員が不足している場合、どのように対応されていますか。（以下の選択肢から、該当するものをすべて選択してください。（複数選択可））

1	現体制内でなんとかやりくりしている(勤務時間延長等)
2	法人内での人事異動
3	派遣職員の採用
4	利用者へのサービス量を抑制している
5	定年延長している
6	その他(具体的に記載してください:
7	職員は不足していない

副問 （「不足している」と回答した方に）介護従事者の人材の不足している理由をお伺いします。（原因は何にあるとお考えですか。（あてはまる番号全てに○をしてください。））

1	他社との人材獲得の競争が激しい	2	地域の労働人口の減少
3	介護施設、介護事業所の増加	4	介護業界に対するマイナスイメージ
5	労働時間が長い	6	夜勤が多い
7	年休が取りにくい	8	産休・育休が取りにくい
9	雇用が不安定	10	キャリアアップの機会が不十分
11	賃金が低い	12	介護を志す若者(学生)の少ない
13	仕事がつつい(身体的)	14	仕事がつつい(精神的)
15	社会的評価が低い	16	教育・研修体制が不十分
17	福利厚生が不十分	18	土日・シフト勤務等の不規則な勤務
19	仕事内容が本人に合わない	20	その他()
21	分からない	22	

問 26 貴施設の業務で、困ったときや相談したいことがあったときは誰に相談していますか。（○はいくつでも可）

1. 経営主体(設置法人)に相談する 2. 同業者に相談する 3. 施設の職員に相談する 4. 家族に相談する 5. その他(具体的に) 6. 相談できる人はいない
--

問 27 貴施設では、どのような研修を実施していますか。実施した研修に○をつけ、実施頻度をお選びください。（○は1つ）

	（実施した研修に○）	年に一回程度	半年に一回程度	3か月に一回程度	月に一回程度	実施したことはない
1. 食事提供に関すること		1	2	3	4	5
2. 生活相談に関すること		1	2	3	4	5
3. 健康管理に関すること		1	2	3	4	5
4. 介護サービスに関すること		1	2	3	4	5
5. 安否確認や状況把握に関すること		1	2	3	4	5
6. 機能訓練に関すること		1	2	3	4	5
7. レクリエーションに関すること		1	2	3	4	5
8. 金銭管理（預り金）に関すること		1	2	3	4	5
9. 入居契約に関すること		1	2	3	4	5
10. 身体拘束や高齢者虐待に関すること		1	2	3	4	5
11. 苦情処理に関すること		1	2	3	4	5
12. 事故防止や発生時の対応に関すること		1	2	3	4	5
13. その他（具体的に)		1	2	3	4	5

問 28 施設内研修は、どのような形式で行われていますか。（○は1つ）

1. 法人内や施設内の職員で勉強会を行っている	2. 外部講師等により行われている
3. 公的機関等で行われている。	4. その他（具体的に)

問 29 あなたは、職務にかかわる知識をより深く知るために、どのような研修が行われるべきと考えますか。

自由記載

防災計画について

問 30 貴施設では（自然災害を想定した）防災計画が策定されていますか。（○は1つ）

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 策定されている | 2. 策定されていない |
|------------|-------------|

問 31 貴施設では、災害時の避難先が確保されていますか。（○は1つ）

- | | |
|------------|-------------|
| 1. 確保されている | 2. 確保されていない |
|------------|-------------|

問 32 貴施設での、緊急時に利用できる車両台数と搬送可能人数をご記入ください。

車両台数	台	1台当たりの 搬送可能人数	人
------	---	------------------	---

問 33 貴施設では、防災訓練を実施していますか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|------------|
| 1. 数年に一回実施 | 2. 1年に一回実施 | 3. 半年に一回実施 |
| 4. 3か月に一回実施 | 5. 実施されていない | |

問 34 貴施設での防災や安全対策に不安を感じることがありますか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|---------------|
| 1. 常に不安を感じる | 2. 時々不安を感じる | 3. あまり不安を感じない |
|-------------|-------------|---------------|

副問「常に不安を感じる」「時々不安を感じる」と回答した方にお尋ねします。どんなことに不安を感じるかご記入ください。

自由記入

サービスについて

問 35 貴施設ではどのような介護サービスを提供していますか。(〇はいくつでも可)

※通所介護・訪問介護など外部サービスは除きます。

- | | | |
|---------|------------------|-----------------|
| 1. 食事介助 | 2. 排せつ介助・おむつ交換 | 3. 入浴（一般浴）介助・清拭 |
| 4. 特浴介助 | 5. 身辺介助（移動・着替え等） | 6. 機能訓練 |
| 7. 通院介助 | 8. 提供していない | |

副問 介護サービスに対応する職員をすべて選んでください。(〇はいくつでも可)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 管理者（施設長） | 2. 生活相談員 | 3. 介護職員 |
| 4. 看護職員 | 5. 機能訓練指導員 | 6. 計画作成担当者 |
| 7. 栄養士 | 8. 調理員 | 9. 事務員 |
| 10. その他職員 | | |

問 36 貴施設では、どのような食事サービスを提供していますか。(〇はいくつでも可)

※通所介護・訪問介護など外部サービスは除きます。

- | | | |
|----------|------------|---------------|
| 1. 献立の作成 | 2. 調理 | 3. お弁当などの温め |
| 4. 配膳・下膳 | 5. 提供していない | 6. その他（具体的に) |

副問 食事サービスに対応する職員をすべて選んでください。(〇はいくつでも可)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 管理者（施設長） | 2. 生活相談員 | 3. 介護職員 |
| 4. 看護職員 | 5. 機能訓練指導員 | 6. 計画作成担当者 |
| 7. 栄養士 | 8. 調理員 | 9. 事務員 |
| 10. その他職員 | | |

問 37 貴施設では、どのような生活サービスを提供していますか。(〇はいくつでも可)

※通所介護・訪問介護など外部サービスは除きます

- | | | |
|--------------|--------------------|---------------|
| 1. 居室清掃 | 2. リネン交換 | 3. 日常の洗濯 |
| 4. 居室への配膳・下膳 | 5. 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | 6. 買い物代行 |
| 7. 役所手続き代行 | 8. 提供していない | 9. その他（具体的に) |

副問 生活サービスに対応する職員をすべて選んでください。(○はいくつでも可)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 管理者(施設長) | 2. 生活相談員 | 3. 介護職員 |
| 4. 看護職員 | 5. 機能訓練指導員 | 6. 計画作成担当者 |
| 7. 栄養士 | 8. 調理員 | 9. 事務員 |
| 10. その他職員 | | |

問 38 貴施設では、どのような健康管理サービスを提供していますか。(○はいくつでも可)
※通所介護・訪問介護など外部サービスは除きます

- | | | |
|---------------------|--------------|------------|
| 1. 健康相談 | 2. 生活指導・栄養指導 | 3. 服薬支援 |
| 4. 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 5. 移送サービス | 6. 入退院時の同行 |
| 7. 入院中の洗濯物交換・買い物 | 8. 入院中の見舞い訪問 | 9. 提供していない |
| 10. その他(具体的に | |) |

副問 健康管理サービスに対応する職員をすべて選んでください。(○はいくつでも可)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| 1. 管理者(施設長) | 2. 生活相談員 | 3. 介護職員 |
| 4. 看護職員 | 5. 機能訓練指導員 | 6. 計画作成担当者 |
| 7. 栄養士 | 8. 調理員 | 9. 事務員 |
| 10. その他職員 | | |

問 39 貴施設では、入居者の定期健康診断を行っていますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------|
| 1. 入居者全員を対象に行っている | 2. 希望者のみ行っている | 3. 行っていない |
|-------------------|---------------|-----------|

問 40 貴施設では、嘱託医または協力医療機関の医師による訪問診療などが行われていますか。
(○は1つ)

- | | | |
|-----------------|------------------|----------------|
| 1. 半年に1回程度行っている | 2. 3か月に1回程度行っている | 3. 月に1回程度行っている |
| 4. 週に1回程度行っている | 5. 週に2回程度行っている | 6. 行っていない |

問 41 貴施設では、入居者個人の現金の管理や預金の引き出し、預け入れ、帳簿の記録といった金銭管理を行っていますか。(○はいくつでも可)

※通所介護・訪問介護など外部サービスは除きます

1. 現金での預り管理	2. 通帳や印鑑の預り管理	3. 預金の引き出しや預け入れ
4. 帳簿の管理	5. 定期報告	6. その他(具体的に)
7. 行っていない		

副問 金銭管理に対応する職員をすべて選んでください。(○はいくつでも可)

1. 管理者(施設長)	2. 生活相談員	3. 介護職員
4. 看護職員	5. 機能訓練指導員	6. 計画作成担当者
7. 栄養士	8. 調理員	9. 事務員
10. その他職員		

問 42 あなたは、これまでに入居者から預かった金銭の不正な取り扱いについて、見たり聞いたりしたことがありますか。(○は1つ)

1. 見たり聞いたりしたことがある → (内容をご記入下さい)
2. 見たり聞いたりしたことはない

問 43 あなたは、施設のサービスについてどのように評価していますか。(○は1つ)

1. 入居者のニーズにあったサービスを、しっかりと提供できていると思う
2. 一定程度のサービスを提供できていると思う
3. どちらともいえない
4. 一定程度のサービスも提供できていないと思う。
5. 入居者のニーズにあったサービスは、全く提供できていないと思う

副問 そう評価する理由をご記入ください。

自由記入

問 44 あなたは、入居者が施設での生活に満足していると思いますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|
| 1. 満足していると思う | 2. どちらかと言えば満足している思う | 3. どちらともいえない |
| 4. どちらかと言えば不満だと思う | 5. 不満だと思う | |

苦情や事故などについて

問 45 貴施設では、入居者が意見を言う場としてどのような機会が設けられていますか。

(○はいくつでも可)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. 運営懇談会(口定期/口不定期) | 2. 意見箱の設置 |
| 3. その他(具体的に) | 4. そのような機会は設けられていない |

問 46 貴施設では、入居者ご本人から直接苦情を受け、トラブルになったことはありますか。

(○は1つ)

- | | |
|--------------|-------|
| 1. <u>ある</u> | 2. ない |
|--------------|-------|

副問 それはどのような内容ですか。(○はいくつでも可)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. 契約に関する不満 | 2. 利用料(請求金額など)に関する不満 |
| 3. サービス内容(介護や食事、家事など)の不満 | 4. 事故等に関連する不満 |
| 5. 職員等に対する不満 | 6. 施設の設備や衛生環境に関する不満定期報告 |
| 7. 金銭管理等 | |
| 8. その他(具体的に) | |

問 47 貴施設では、入居者のご家族から苦情等を受けたことはありますか。(○は1つ)

- | | |
|--------------|-------|
| 1. <u>ある</u> | 2. ない |
|--------------|-------|

副問 それはどのような内容ですか。(○はいくつでも可)

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. 契約に関する不満 | 2. 利用料(請求金額など)に関する不満 |
| 3. サービス内容(介護や食事、家事など)の不満 | 4. 事故等に関連する不満 |
| 5. 職員等に対する不満 | 6. 施設の設備や衛生環境に関する不満定期報告 |
| 7. 金銭管理等 | |
| 8. その他(具体的に) | |

問 48 貴施設は「全国有料老人ホーム協会」に加盟していますか。(○は1つ)

1. 加盟している	2. 加盟していない
-----------	------------

問 49 貴施設内で事故などが起こったことがありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

副問 それほどのような内容ですか。

令和元年度 (H31.4月~R2.3月) の事故発生件数を記載してください。

1. 転倒やそれによる骨折 (件)	2. 誤薬 (件)	3. 誤嚥 (件)
5. 誤飲 (件)	6. 食中毒 (件)	7. 自傷 (件)
7. 離施設 (件)	9. 職員の不祥事 (件)	10. その他 (具体的に (件))

問 50 貴施設では、サービスの提供による事故などについて、内容や対応などを記録し、職員全員で情報共有できる体制になっていますか。(○は1つ)

1. なっている	2. なっていない
----------	-----------

問 51 現在お勤めの有料老人ホームで、不適切な身体拘束や虐待等について、見たり聞いたりしたことはありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

副問 1 その場合、どのように対応しましたか。(○はいくつでも可)

1. 管理者や職員間で情報共有した
2. 市町村や地域包括支援センターに電話した
3. 県に電話した
4. 電話はしなかった →副問 2 をお答えください

副問 2 電話しなかった理由は何でしょうか。(○はいくつでも可)

1. 施設内部もしくは法人内部で解決できたため
2. ご家族等に報告したため
3. 通報先がわからなかったため

4. 通報することをためらったため

5. その他（具体的に

）

過去1年間の入退去者について

問52 過去1年間（2019/4/1～2020/4/1）に、貴施設に新規で入所・入居した人の人数を記入してください。

新規の入所・入居者数（合計）

人（★）

副問1 記入いただいた過去1年間の新規の入所・入居について、入所・入居する前の居場所別の人数を記入ください。

（ここで記入した人数と、上記（★欄）の合計が一致することをご確認ください。）

	市（区町村）内	市（区町村）外
1) 自宅（※兄弟・子ども・親戚等の家含む）	人	人
2) 住宅型有料老人ホーム	人	人
3) 軽費老人ホーム（特定施設除く）	人	人
4) サービス付き高齢者向け住宅	人	人
5) グループホーム	人	人
6) 特定施設	人	人
7) 地域密着型特定施設	人	人
8) 介護老人保健施設	人	人
9) 療養型・介護医療院	人	人
10) 特別養護老人ホーム	人	人
11) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
12) その他	人	人
13) 入居・入所する前の居場所を把握していない	人	
合計	人（★）	

問53 過去1年間（2019/4/1～2020/4/1）に、貴施設を退去した人の人数を記入してください。

※なお、一時的な入院等で貴施設等に戻った方、現在一時的に入院中の方（貴施設等との契約が継続している方）は含めないでください。

退去者数（合計）（※死亡・搬送先での死亡を含む）

人（◆）

副問1 記入いただいた過去1年間の退去者について、要介護度別の人数をご記入ください。

※死亡（搬送先での死亡を含む）した人については、「死亡」欄にその人数を記入ください。

（ここで記入した人数と、上記（◆欄）の合計が一致することをご確認ください。）

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
人	人	人	人	人	人
要介護4	要介護5	死亡	合計		
人	人	人	人（◆）		

副問2 記入いただいた過去1年間の退去者について、退去先別の人数を記入ください。

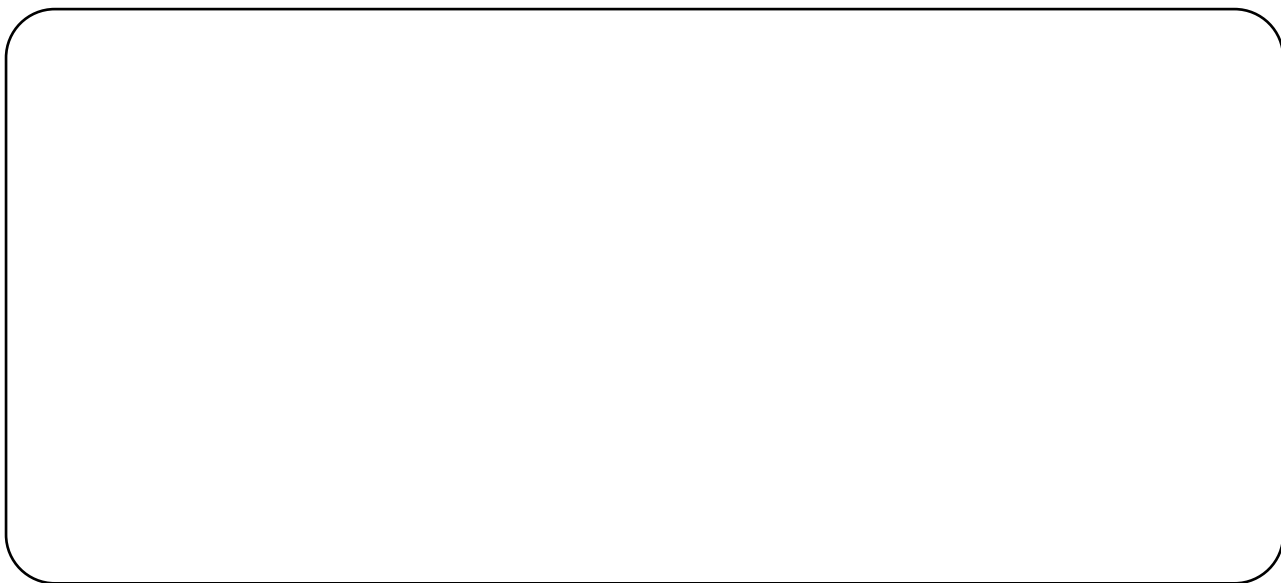
(ここで記入した人数と、上記(◆欄)の合計が一致することをご確認ください。)

	市(区町村)内	市(区町村)外
1) 自宅(※兄弟・子ども・親戚等の家含む)	人	人
2) 住宅型有料老人ホーム	人	人
3) 軽費老人ホーム(特定施設除く)	人	人
4) サービス付き高齢者向け住宅	人	人
5) グループホーム	人	人
6) 特定施設	人	人
7) 地域密着型特定施設	人	人
8) 介護老人保健施設	人	人
9) 療養型・介護医療院	人	人
10) 「9」を除く病院・診療所(一時的な入院を除く)	人	人
11) 特別養護老人ホーム	人	人
12) 地域密着型特別養護老人ホーム	人	人
13) その他	人	人
14) 行先を把握していない		人
15) 死亡(※搬送先での死亡を含む)		人
合 計		人(◆)

問54 貴施設等の入居・入所者が、退去する理由は何ですか。退去理由として多いものを上位3つまで選んで、該当する口に✓をつけてください。

	退去理由「上位3つ」に✓		
	第1位	第2位	第3位
1) 必要な生活支援が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 必要な身体介護が発生・増大したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 認知症の症状が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 医療的ケア・医療処置の必要性が高まったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 「1」～「4」以外の状態像が悪化したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 入所・入居者の状態等が改善したから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 入所・入居者が、必要な居宅サービスの利用を望まなかったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 費用負担が重くなったから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

最後に、有料老人ホームに対する御意見がありましたら、どのようなことでも構いませんので、御記入ください。



お疲れ様でした。質問はこれで終了です。
お忙しい中、調査に御協力いただきありがとうございました。