三重県老人福祉施設協会

調査研究・研修委員会　令和２年度調査

の実施について（お願い）

Ⅰ.「人材確保・育成・定着及び外国人材の雇用に関する状況調査」【H29年度から

継続、外国人材の雇用調査ついてはH30より継続調査】

Ⅱ.「ICT（情報通信技術）・介護ロボットの導入・利活用に関する状況調査」【H29年度から継続調査】

Ⅲ.「老朽化への対応に関する調査」【H29年度から継続調査】

Ⅳ.「非常災害対策に関する調査」【新規調査】

【趣　旨】

今般の新型コロナウイルスの国内・世界的流行によって、経営、介護・福祉サービス提供のあり方、就業、ご利用者の生活等、従来の考え方や環境等について、守るべきものは守りつつ、変えていかなければならないところは変化していかざるを得ない状況となっており、経営課題はさらに増加しております。

そのような中、三重県老施協　調査研究・研修委員会では会員の皆様の状況について、平成28年度より順次ではありますが、継続して調査を実施しております。

本年度は、事業計画において標記4つの調査と併せ、課題である「収支状況調査(ＷＡＭＮＥＴ「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を活用した調査)」を加えた5つの調査事業を行うこととしております。

つきましては、会員各施設・事業所の状況について、格段のご協力をいただきますようお願いいたします。

本調査結果については、調査終了後、当委員会で取りまとめ、会員の皆様にご報告させていただくとともに、自治体、各種関係団体への要望、施策提案等にかかる資料として活用いたします。

回答期限：令和2年 7月10日（金）

**FAX送付先：059-221-2241**

**メール送信先：mieroushikyo@iris.ocn.ne.jp**

**Ⅰ．人材確保・育成・定着及び外国人材の雇用に関する状況調査**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| ご回答者職・氏名 | 役職名：　　　　　　　氏名：　　　 |

**【調査】：※施設・事業所単位でご回答ください。**

1. **（介護職員の）OJTを担当する職員**の状況についてご記入ください。

・OJT担当職員を定めている　（人数：　　　名、役職名・職種： 　　　　　　　　）

・OJT担当職員を定めていない（理由：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　）

1. 令和2年4月1日現在の**「介護職員」**の総数をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 介護職員の総数 |
| **「常　勤」**介護職員 | 　　　　人　 |
| **「非常勤」**介護職員 | 　　　　人　 |

1. 平成31年4月1日から令和2年3月31日の１年間の**「介護職員」**の採用・離職の状況についてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 介護職員の採用・離職者数 |
| 1年未満 | 1～3年未満 | 3年以上 |
| **「常　勤」**介護職員 | 新卒採用　　 人 |  |
| 中途採用　　 人 |
| 新卒者の離職　　 人 | 離職　　 人 | 離職　　 人 |
| 中途採用者の離職　　 人 |
| **「非常勤」**介護職員 | 採用　　 人 |  |
| 離職　　 人 | 離職　　 人 | 離職　　 人 |

1. 平成31年度(令和元年度)及び令和2年度の外国人材における**「介護職員」**の採用状況についてご記入ください。

【　　　】内に外国人材の人数（うち数）をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 平成31年度(令和元年度) | 令和2年度**※【予定数を含みます。】** |
| 募集人数 | 実際に採用した人数 | 募集人数 | 実際に採用した人数 |
| **介護職員** | **常　勤** | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 |
| **非常勤** | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 | 　　名【うち外国人材　　　名】 |

1. 外国人材の介護職員を雇用されている施設・事業所の方にお伺いいたします。

雇用状況についてご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 外国人材の人数 | 内　　訳 |
| EPA(H20.7施行) | 留学生 | 在留資格「介護」(H29.9施行) | 技能実習生(H29.11施行) | その他 |
| **「常勤」**介護職員 | 雇用人数 | 　　　人 | 　　　人 | 　　　人　　 | 　　　人 | 　　　人 | 　　　人 |
| 平均就業年数 | 　年　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 |
| **｢非常勤」**介護職員 | 雇用人数 |  人 | 　　　人 | 　　　人　　 | 　　　人 | 　　　人 | 　　　人 |
| 平均就業年数 | 　年　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 | 　 年 　か月 |
| 受入国(母国) |  |  |  |  |  |  |
| 日本語教育等の担当 |  | ・自施設・その他(　　　　　) | ・自施設・その他(　　　　　) | ・自施設・その他(　　　　　) | ・自施設・その他(　　　　　) | ・自施設・その他(　　　　　) |
| 受入れにあたって、各施設において配慮した点 |  |  |  |  |  |  |
| その他ご意見 |  |  |  |  |  |  |

1. 平成31年度(令和元年度)及び令和2年度の**「看護職員」**の採用及び離職の状況についてご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 平成31年度(令和元年度) | 令和2年度**※【予定数を含みます。】** |
| 募集人数 | 実際に採用した人数 | 離職者数 | 募集人数 | 実際に採用した人数 | 離職者数 |
| **看護職員** | **常　勤** | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 |
| **非常勤** | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 | 　　　名 |

1. **介護職員**について、募集方法や現在の採用のしやすさ、充足・不足感、今後の見通しについて、どのように感じられていますか。その度合いについて次のいずれかに〇を付け、ご意見等がございましたら、ご意見欄にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【募集方法】※複数回答可１　ハローワーク２　新聞等の折込チラシ・雑誌掲載等３　派遣会社等を通じて４　自法人のホームページ５　その他 | 【現在の採用のしやすさ】１　容易である２　やや容易である３　さほど厳しくない４　やや厳しい５　とても厳しい | 【今後の見通し】１　容易になる２　変わらない３　厳しくなる | 【ご意見等】 |
| 【現在の充足・不足感】１　充足している２　やや充足している３　さほど不足していない４　やや不足している５　たいへん不足している | 【今後の見通し】１　容易になる２　変わらない３　厳しくなる | 【ご意見等】 |

1. **看護職員**について、現在の採用のしやすさや充足・不足感、今後の見通しについて、どのように感じられていますか。その度合いについて次のいずれかに〇を付け、ご意見等がございましたら、ご意見欄にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 【募集方法】※複数回答可１　ハローワーク２　新聞等の折込チラシ・雑誌掲載等３　派遣会社等を通じて４　自法人のホームページ５　その他 | 【現在の採用のしやすさ】１　容易である２　やや容易である３　さほど厳しくない４　やや厳しい５　とても厳しい | 【今後の見通し】１　容易になる２　変わらない３　厳しくなる | 【ご意見等】 |
| 【現在の充足・不足感】１　充足している２　やや充足している３　さほど不足していない４　やや不足している５　たいへん不足している | 【今後の見通し】１　容易になる２　変わらない３　厳しくなる | 【ご意見等】 |

1. 平成31年4月1日から令和2年3月31日までの間に、**介護職員・看護職員が採用できなかったために、或いは新型コロナウイルス感染拡大防止のために、**自法人の施設・事業所の規模（定員等）の縮小・休止・廃止を行ったことがありましたか。

・なかった

・検討中（事業種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・検討はしていないが、今後は考えられる

・**あった**

　　　　　「あった」と回答された場合は以下をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 規模（定員等）の縮小 | 事業種別：時　　期：平成　　年　　月　～　平成　　年　　月縮小した内容：理　　由： |
| 休止 | 事業種別：時　　期：平成　　年　　月　～　平成　　年　　月休止した内容：理　　由： |
| 廃止 | 事業種別：時　　期：平成　　年　　月　～　平成　　年　　月廃止した内容：理　　由： |

**Ⅱ．ICT・介護ロボットの導入・利活用に関する状況調査**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| ご回答者役職・氏名 | 役職名：　　　　　　氏名：　　　 |

**※ＩＣＴについては、介護ソフトによる介護・看護記録のみならず、**

**★Ｗｅｂによる会議**

**★オンラインによる面会・採用面接**

**★利用者の情報やスケジュールの連絡・調整**

**★インカム　　　　　　　　　等による全ての情報連携ツールを含みます。**

1. ICTの導入・利活用状況について【複数使用されている場合は、本用紙を複写いただき、すべての機器についてご記入ください。】

次のいずれかに〇を付け、導入されている場合は下表にご記入ください。

・導入を考えていない。

理由：①経費がかかるため

②効果がわからないため

③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・導入を検討中

・導入済(昨年度の当調査以降、新たに導入していない。)

**・導入済(昨年度の当調査以降、新たに導入した、又は昨年度以前の当調査に未回答)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 回　答　欄 | 記入例 |
| 施設・事業所区分 |  | ■特別養護老人ホーム■短期入所生活介護 |
| 導入機器・システム※【　】内は製品名をご記入ください | 【　　　　　　　　　　　　　　】 | ■タブレットを用いた介護看護記録【製品名】 |
| 通信方法 |  | ■無線LAN |
| データ保存方法 |  | ■クラウドサーバー |
| 導入台数 | 　　　　　　　　　　　台 | ■8ユニット8台■看護部門　2台 |
| 導入費用 | 費用：　　　　　　　　円（税込）（うち助成金：　　　　　　　　円） | ■110万円（税込）（うち助成金：なし） |
| 導入してよかった点 |  | ■記録内容が職員によってバラつかなくなった。 |
| 課題 |  | ■なかなか慣れない職員もいる。 |
| ご意見・ご質問等 |  | **※導入・検討中・未導入にかかわらず、ご意見・ご要望がありましたらご記入願います。** |

2.　介護ロボット及び**インカム**の導入・利活用状況について【複数使用されている場合は本用紙を複写いただき、すべての介護ロボット・**インカム**についてご記入ください。】

**※機械式浴槽やリフト浴、センサーコールマット等、従来の介護機器は対象外とさせていただきます。対象機器の詳細については次頁「参考」をご確認ください。**

次のいずれかに〇を付け、導入されている場合は下表にご記入ください。

・導入を考えていない。

【理由】：①経費がかかるため

②効果がわからないため

③その他（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）

・導入を検討中

・導入済(昨年度の当該調査以降、新たに導入していない。)

**・導入済(昨年度の当調査以降、新たに導入した、又は昨年度以前の当調査に未回答)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 回　答　欄 | 記入例 |
| 施設・事業所区分 |  | ■特別養護老人ホーム■短期入所生活介護 |
| 導入ﾛﾎﾞｯﾄ・ｲﾝｶﾑのﾀｲﾌﾟ※【 　】内は製品名をご記入ください | 【製品名：　　　　　　　　　　】 | ■装着型移乗介助機器【製品名●●●●】 |
| 導入台数 | 　　　　　　　　　　台 | ■2台 |
| 導入費用 | 費用：　 　　　　　円（税込）（うち助成金：　　　　　　円） | ■110万円（税込）（うち助成金：なし） |
| 導入してよかった点 |  | ■移乗介助時の腰への負担が軽減された。 |
| 課題 |  | ■職員によっては、装着・脱着時に時間がかかる場合がある。■高額であるため一度に導入しにくい。 |
| ご意見・ご質問等 |  | **※導入・検討中・未導入にかかわらず、ご意見・ご要望がありましたらご記入願います。** |

　参　考

(経済産業省製造産業局 産業機械課　「ロボット介護機器開発・導入促進事業（開発補助事業）研究基本計画」(平成29年10月)より引用)

|  |  |
| --- | --- |
| 移乗介助 | ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器 |
| ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う 非装着型の機器 |
| 移動支援 | 高齢者等の外出等をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器 |
| 高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器 |
| 高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器 |
| 排泄支援 | 排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置の調整可能なトイレ |
| 見守り・コミュニケーション | 介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム |
| 在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部 通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム |
| 高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器 |
| 入浴支援 | ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器 |
| 排泄支援 | ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器 |
| ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器 |
| 介護業務支援 | ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器 |

（国立研究開発法人日本医療研究開発機構「介護ロボットポータルサイト」より）



**Ⅲ．老朽化への対応に関する状況調査**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| ご回答者職・氏名 | 役職名：　　　　　　　氏名：　　　　　　　 |

1.　現在の事業用建物・設備の**大規模修繕**の状況についてご記入ください。**（以前にご回答いただいている場合は記入不要です。）**

※大規模修繕…ここでは、日常の手直し（補修）、応急措置的なレベルのものでなく、工

事により、建物の建設当初の水準まで戻す、或いはそれ以上の水準（改良・グレードア

ップ）まで改善することをいいます。

【複数の大規模修繕を行われた場合は、本用紙を複写いただき、全てについてご記入ください。】

|  |
| --- |
| ※各番号・記号に○を付け、必要な欄に記入願います。1. 大規模修繕は不要　(検討していないを含みます。)
2. 要大規模修繕　(検討が必要を含みます。)

【　　　年　　月建築】【事業用途】：　①特別養護老人ホームア.特養　イ.併設短期入所　ウ.併設通所介護　エ.その他（ 　　　　　 　　）②養護老人ホーム　　　③軽費・ケアハウス　　　④単独型通所介護⑤単独型短期入所生活介護　　　⑥その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　　）1. **大規模修繕済**

【　　　年　　月建築】　【　　　年　　月完了】【事業用途：上記(2)の番号を参考にご記入ください。例.①-ア・イ　　　　　　　 　　　】【大規模修繕を行った施設・設備等：例.空調設備　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

**大規模修繕済の場合は、次にご回答ください。**

差し支えなければ、行った大規模修繕の費用等の状況について詳しく教えてください。

　※欄が足りない場合は、余白にご記入ください。

|  |
| --- |
| 1. 費用：約　　　　　　　千円
2. 資金の調達状況(一部借り入れた場合は、①②の両方に〇を付けてください。)
	1. ・自己資金　　　・ 借入金【返済期間：　　　年間）】
	2. 補助金の有無等

・有（費用のうち約　　　％） ・　無* 1. 費用に対する経営的な負担感

・非常に感じる・やや感じる・負担感は妥当・あまり感じない・全く感じない |

2.　現在の事業用建物の**建替**の状況についてご記入ください。**（以前にご回答いただいている場合は記入不要です。）**

【複数の建替を行われた場合は、本用紙を複写いただき、全てについてご記入ください。】

|  |
| --- |
| ※各番号・記号に○を付け、必要な欄に記入願います。(1) 建替不要(検討していないを含みます。)(2) 要建替(検討が必要を含みます。)【　　　年　　月建築】【事業用途】：①特別養護老人ホームア.特養　イ.併設短期入所　ウ.併設通所介護　エ.その他（ 　　　　　 　　）②養護老人ホーム　　　③軽費・ケアハウス　　　④単独型通所介護⑤単独型短期入所生活介護　　　⑥その他（　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　）1. **建替済**

【　　　年　　月建築】　【　　　年　　月完了】【事業用途：上記(2)の番号を参考にご記入ください。例.①-ア・イ　　　　　　 　　　】 |

**建替済の場合は、次にご回答ください。**

3.　差し支えなければ、行った建替工事の費用等の状況について詳しく教えてください。

　※欄が足りない場合は、余白にご記入ください。

|  |
| --- |
| ※各記号に○を付け、必要な欄に記入願います。(1) 費用：約　　　　　　　千円(2) 資金の調達状況(一部を借り入れた場合は、①②の両方に〇を付けてください。)* 1. ・自己資金　　　・　借入金【返済期間：　　　　年間】
	2. 補助金の有無等

・有（費用のうち約　　　　％）　・　無* 1. 費用に対する経営的な負担感

・非常に感じる　　・　やや感じる　　・　負担感は妥当・あまり感じない　・　全く感じない |

**Ⅳ．非常災害対策に関する調査**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名 |  |
| ご回答者職・氏名 | 役職名：　　　　　　　氏名：　　　　　　　 |

1.非常災害対策にかかる状況について教えてください。

※各選択肢に○を付け、必要な項目に記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)事業継続計画（BCP）について | 地　震 | 有 ・ 作成を検討中 ・ 未作成 |
| 感染症 | 有 ・ 作成を検討中 ・ 未作成 |
| その他の災害(風水害・降雪等) | 有 ・ 作成を検討中 ・ 未作成 |
| (2)災害用備蓄について | 食　糧 | ・入所(利用)者分(　　　日分)・経管栄養材(　　　　日分)※対象者分・職員分　　(　　　日分) |
| 飲　料(水) | ・入所(利用者)分(　　　日分)・職員分　　　　(　　　日分) |
| ｻｰｼﾞｶﾙマスク | (　　　日分) |
| アルコール製剤 | (　　　日分) |
| 次亜塩素ﾅﾄﾘｳﾑ製剤 | (　　　日分) |
| プラスチックグローブ | (　　　日分) |
| エンボス手袋　 | (　　　日分) |
| ガウン | (　　　枚) |
| おむつ製品 | (　　　日分) |
| 毛布類 | (　　　枚) |
| 吸引機(充電式又は発電機による使用を想定したもの) | (　　　台) |
| トランシーバー・インカム | (　　　台) |
| その他 | 【(物品名)　　　　　　　　】(　　　日分) |
| 【(物品名)　　　　　　　　】(　　　日分) |
| 【(物品名)　　　　　　　　】(　　　日分) |
| (3)非常用発電について(全ての発電機器を含みます。) | ・無・購入又は導入を検討中【検討中の発電方式:　　　　　　　　　　】・**有(　　台)➣有の場合は、次についてもご回答ください。** |
| 燃　料 | ＬＰＧ・カセットボンベ・化石燃料・充電式・太陽光蓄電・車両(電気自動車以外)・電気自動車・その他【　　　　　】 |
| 発電能力  | 【　　　　　　　　　】 |
| (4)福祉避難所設置・運営にかかる自治体との協定について | ・無・検討中・**有　➣有の場合は、次についてもご回答ください。** |
| ・避難所運営ﾏﾆｭｱﾙ | 有 ・ 作成検討中 ・ 無 |
| ・避難所運営訓練 | 実施 ・ 検討中 ・ 未実施 |
| (5)ＤＷＡＴ(災害派遣福祉チーム)への登録状況について | ・無・検討中・**有　➣有の場合、差し支えなければ、次についてもご回****答ください。** |
| 加盟団体名 | 【 】 |

以上、ご協力ありがとうございました。