

# 介護支援専門員（ケアマネジャー）個別調査票

## 介護保険制度の円滑な実施を図るためのアンケート調査のお願い

日頃から逗子市の高齢者保健福祉行政につきまして、格別のご理解・ご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

さて、逗子市では、高齢者が安心して暮らしていける環境づくりを進めるため、令和3年度から令和5年度までの3年間の高齢者保健福祉計画の見直しを行います。

このため、逗子市の被保険者のケアマネジメントを担う介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」といいます。）の皆様から、居宅(施設)サービス計画（以下「ケアプラン」といいます。）の作成などについて、ご意見をお伺いするアンケート調査を実施します。

皆さまからの回答は、個人が特定できないように、すべてコンピューターにより統計的に処理し、本調査の目的以外に使用することはありません。調査結果は集計・分析の後、報告書として公開しますので、ご参照いただければ幸いです。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

また、本調査により、ケアマネジャーの皆様が個々に抱える問題点等について、忌たんのないご意見等をいただきたいと考えておりますので、誠に恐縮ではございますが、ケアマネジャーご本人が個別に封をして返送していただきますよう、お願い申し上げます。

令和4年●月

### ご記入に当たってのお願い

1. この調査票は、必ずケアマネジャーご本人がお答えください。
2. 回答は、ことわりのないかぎり、令和4年●月の状況でご記入ください。
3. 回答は、選択肢に○を付けていただく場合、記述していただく場合、数字を記入していただく場合があります。回答の仕方は、質問ごとの指定に従ってください。
  - ◆付けていただく○の数などは、質問ごとに指定してあります。
  - ◆記述していただく場合は、（ ）の中または枠の中にご記入ください。
  - ◆数字の記入欄について、流動的な場合は、おおよその平均値でご記入ください。
4. 答えたくない設問は、無記入のままで結構ですが、今後の介護保険制度の円滑な遂行のために、できる限りご記入くださいますようお願いいたします。

ご記入いただいた調査票は、**●月●日（●曜日）**までに、同封の返信用封筒により、逗子市福祉部高齢介護課介護保険係までご返送ください（切手を貼る必要はありません）。

なお、この調査票についてご不明の点がございましたら、お手数ですが、高齢介護課介護保険係までお問い合わせください。

問い合わせ先

逗子市福祉部高齢介護課介護保険係

電話 046 (873) 1111 内線 246・247

質問の該当する答えの番号に○をつけ、数字記入欄は数字を記入してください。

## 1 あなたご自身のことについておたずねします

問1. あなたの所属する事業所の所在地は返子市内、市外のどちらですか。(ひとつだけに○)

1. 市内                      2. 市外

問2. あなたの性別はどちらですか。(ひとつだけに○)

1. 男性                      2. 女性                      3. その他

問3. あなたの年齢をおたずねします。

(       ) 歳

問4. ケアマネジャーの仕事をはじめて何年(他社含む)になりますか。(ひとつだけに○)

1. 6か月未満                      2. 6か月以上1年未満                      3. 1年以上2年未満  
4. 2年以上3年未満                      5. 3年以上4年未満                      6. 4年以上5年未満  
7. 5年以上(具体的に:       年未満)

問5. ケアマネジャー以外の資格についておたずねします。(あてはまるものすべてに○)

1. 保健師                      2. 看護師                      3. 准看護師                      4. 社会福祉士  
5. 介護福祉士                      6. 視能訓練士                      7. 栄養士(管理栄養士含む)  
8. 精神保健福祉士                      9. ヘルパー                      10. その他(具体的に:       )

問6. 所属の施設や機関の種別をおたずねします。(最も関わりの深いものひとつだけに○)

1. 居宅介護支援事業所 ⇒ 以下の設問すべてにお答えください

2. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)  
3. 介護老人保健施設  
4. 介護療養型医療施設・介護医療院  
5. (介護予防)認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  
6. (介護予防)小規模多機能型居宅介護  
7. (介護予防)特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)

以下では **施設** のマークがついている設問のみにお答えください。

問7. 所属の施設・機関の事業所形態についておたずねします。(ひとつだけに○)

**施設**

1. 社会福祉法人(社会福祉協議会)                      2. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)  
3. 医療法人(社団・財団)                      4. 営利法人(有限会社・株式会社)  
5. 特定非営利活動法人(NPO法人)                      6. 農業協同組合  
7. 生活協同組合                      8. その他の法人(名称       )  
9. その他(具体的に:       )

## 2 勤務形態などについておたずねします

問8. あなたの勤務形態についてお答えください。(あてはまるものに○)

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1. 居宅介護支援事業所の管理者 | 2. 常勤のケアマネジャー |
| 3. 非常勤のケアマネジャー   |               |

問9. ケアマネジャーの仕事は専任ですか。それとも兼任ですか。(ひとつだけに○)

- 1. 専任
- 2. 兼任

問9で「2. 兼任」とお答えの方のみ

問9-1. 勤務時間に占めるケアマネジャー業務の割合をお知らせください。

(約 割)

問9-2. 兼務している業務の種類をお知らせください。(あてはまるものすべてに○)

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 訪問介護                 | 2. (介護予防) 訪問入浴介護       |
| 3. (介護予防) 訪問看護          | 4. (介護予防) 訪問リハビリテーション  |
| 5. (介護予防) 居宅療養管理指導      | 6. 通所介護                |
| 7. (介護予防) 通所リハビリテーション   | 8. (介護予防) 短期入所生活介護     |
| 9. (介護予防) 短期入所療養介護      | 10. (介護予防) 特定施設入居者生活介護 |
| 11. (介護予防) 福祉用具貸与       | 12. 特定(介護予防) 福祉用具販売    |
| 13. (介護予防) 住宅改修         | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護     |
| 15. 夜間対応型訪問介護           | 16. (介護予防) 認知症対応型通所介護  |
| 17. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護  | 18. (介護予防) 地域密着型通所介護   |
| 19. (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護   |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護       | 22. 地域密着型介護老人福祉施設      |
| 23. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 24. 介護老人保健施設           |
| 25. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 26. 病医院                |
| 27. 薬局                  | 28. 鍼灸院                |
| 29. 軽費老人ホーム・ケアハウス       | 30. サービス付き高齢者住宅        |
| 31. 地域包括支援センター          | 32. 管理者                |
| 33. その他(具体的に: _____)    |                        |

問 10. 令和4年10月の1ヶ月の実労働時間をお教えてください。(ひとつだけに○) 施設

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. 160 時間未満          | 2. 160 時間以上 180 時間未満 |
| 3. 180 時間以上 200 時間未満 | 4. 200 時間以上 220 時間未満 |
| 5. 220 時間以上 240 時間未満 | 6. 240 時間以上          |

問 11. あなたはキャリアアップを考えていますか。(ひとつだけに○) 施設

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| 1. 考えている (具体的に： ) |             |
| 2. 考えていない         | 3. なんともいえない |

### 3 ケアプラン作成・給付管理業務などについておたずねします

問 12. 依頼主の居住地(市町村名)をお知らせください。(あてはまるものすべてに○)

- |            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 1. 逗子市     | 2. 葉山町 | 3. 鎌倉市 |
| 4. 横須賀市    | 5. 横浜市 | 6. 三浦市 |
| 7. その他 ( ) |        |        |

問 13. 依頼主の最も多い居住地をお知らせください。(ひとつだけに○)

- |            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 1. 逗子市     | 2. 葉山町 | 3. 鎌倉市 |
| 4. 横須賀市    | 5. 横浜市 | 6. 三浦市 |
| 7. その他 ( ) |        |        |

問 14. 在宅での利用者の状況を考えたとき、ケアマネジャー(常勤で専任)1人当たり1か月間で何人の利用者を担当するのが適切であると考えますか。(ひとつだけに○)

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 10 人未満  | 2. 10～19 人 | 3. 20～29 人 |
| 4. 30～39 人 | 5. 40～49 人 | 6. 50～59 人 |
| 7. 60 人以上  |            |            |

問 15. 給付管理業務は、どのような方法で実施していますか。(ひとつだけに○)

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| 1. すべてケアマネジャーが行っている      | 2. 事務職員が行っている |
| 3. 事務職員とケアマネジャーの双方で行っている |               |

問 16. ケアプラン作成に際し、あなたが重視していることは何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                                       |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| 1. 利用者の自立意欲の喚起                        | 2. 利用者本人の意向の尊重      |
| 3. 家族の意向や事情の尊重                        | 4. 利用者本人と家族の意向の調整   |
| 5. サービス利用日時の配分                        | 6. サービスの適切な組み合わせ    |
| 7. 利用者の経済的負担への配慮                      | 8. 自社の経営方針・サービス提供方針 |
| 9. 介護保険サービス以外のサービス利用 (逗子市独自サービスの活用)   |                     |
| 10. サービス利用だけにこだわらない支援 (本人・家族へのアドバイス等) |                     |
| 11. その他 ( )                           |                     |



**問 22. 利用者が主体的にサービスを選択・利用できるよう、あなたが心がけていることは何ですか。**  
(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者・家族へ介護保険制度の目的（自立支援）等の説明をしている
2. 利用者の意識づくり（自分がサービス選択の主体であること）に心がけている
3. 地域内の事業所やサービスに関する情報収集と利用者への伝達をしている
4. 利用者・家族へ利用できるサービスの説明をしている
5. ケアプラン作成前に原案を作成し、説明及び同意を得ている
6. 利用者・家族へ作成したケアプランの説明をしている
7. サービス提供者の意識づくり（利用者を主体とするケアチームづくり）に心がけている
8. その他（ )

**問 23. サービス担当者会議で利用者の主治医と連携しているケースはどのくらいありますか。**  
(ひとつだけに○)

1. 全ケース
2. 8割以上 10割未満
3. 5割以上 8割未満
4. 3割以上 5割未満
5. 3割未満
6. 実施していない

問 23 で「6. 実施していない」と答えた方のみ

**問 23-1. 実施していない理由は何ですか。(ひとつだけに○)**

1. 主治医と連携する必要がない
2. 主治医と連携したいが、どのようにしたら良いかわからない
3. その他（ )

**問 24. サービス担当者会議でとくに問題となる点についておたずねします。**  
(あてはまるもの3つまでに○)

1. 開催場所の確保
2. 忙しくて時間がとれないこと
3. メンバーの時間調整
4. 会議の必要性を他職種に理解してもらえないこと
5. 職種間の考え方・意見の調整
6. 会議の結果がなかなか現場で生かされないこと
7. その他（ )
8. とくにない

**問 25. モニタリング（サービスの継続的把握・評価）の実施について、問題となる点についておたずねします。(あてはまるものすべてに○)**

1. 利用者・家族となかなか会えない
2. 利用者が訪問を拒む
3. サービス提供事業者が適切なサービスを行っているか把握しにくい
4. サービス提供事業者からの利用者に関する情報の入手が難しい
5. 利用者のニーズの充足度がつかみにくい
6. モニタリングの結果を生かしにくい（他の事業者の受け止め方とのずれ）
7. その他（ )
8. とくにない



**問 29. 地域包括支援センターの果たしている役割ついて、各取り組みの充実の度合いについて、あなたの考えをお答えください。(①～⑤の項目ごとに1つだけに○)**

質問項目	回答欄				
	充分	まあ充分	どちらとも いえない	やや 不十分	不十分
①地域の資源、市の制度や施策等に関する情報提供について	1	2	3	4	5
②地域における会合や行事へ参加し、関係者との連携体制構築の働きかけをしているかについて	1	2	3	4	5
③講習会やセミナー等、事業所職員に関する資質向上・人材育成への取り組みについて	1	2	3	4	5
④地域包括ケア体制の核としての、姿勢・役割について	1	2	3	4	5
⑤悩みや相談等がしやすい体制について	1	2	3	4	5

**問 30. 逗子市における地域包括支援センターとの連絡体制について、今後の望ましいあり方など、あなたの現在の実感やお考えをご記入ください。**

## 4 本市の提供サービスについておたずねします

**問 31. 返子市における介護保険サービスの量は、あなたからみて適切ですか。不足していると思われるサービスをお示してください。(あてはまるものすべてに○)**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護（身体介護・生活援助）      | 2. 訪問介護（通院等乗降介助）     |
| 3. 訪問入浴介護               | 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. 特定施設入居者生活介護      |
| 11. 福祉用具貸与              | 12. 特定福祉用具販売         |
| 13. 住宅改修                | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護   |
| 15. 夜間対応型訪問介護           | 16. 認知症対応型通所介護       |
| 17. 小規模多機能型居宅介護         | 18. 地域密着型通所介護        |
| 19. 認知症対応型共同生活介護        | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護       | 22. 地域密着型介護老人福祉施設    |
| 23. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 24. 介護老人保健施設         |
| 25. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 26. 特別給付（移送サービス）     |

**問 32. 返子市における介護保険サービスの質は、あなたからみて適切ですか。質の改善が必要であると思われるサービスをお示してください。(あてはまるものすべてに○)**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護（身体介護・生活援助）      | 2. 訪問介護（通院等乗降介助）     |
| 3. 訪問入浴介護               | 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. 特定施設入居者生活介護      |
| 11. 福祉用具貸与              | 12. 特定福祉用具販売         |
| 13. 住宅改修                | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護   |
| 15. 夜間対応型訪問介護           | 16. 認知症対応型通所介護       |
| 17. 小規模多機能型居宅介護         | 18. 地域密着型通所介護        |
| 19. 認知症対応型共同生活介護        | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護       | 22. 地域密着型介護老人福祉施設    |
| 23. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 24. 介護老人保健施設         |
| 25. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 26. 特別給付（移送サービス）     |

**問 33. 逗子市における介護保険サービスで今後の需要の増加が見込まれるものをお示してください。  
(あてはまるものすべてに○)**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護（身体介護・生活援助）      | 2. 訪問介護（通院等乗降介助）     |
| 3. 訪問入浴介護               | 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. 特定施設入居者生活介護      |
| 11. 福祉用具貸与              | 12. 特定福祉用具販売         |
| 13. 住宅改修                | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護   |
| 15. 夜間対応型訪問介護           | 16. 認知症対応型通所介護       |
| 17. 小規模多機能型居宅介護         | 18. 地域密着型通所介護        |
| 19. 認知症対応型共同生活介護        | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護       | 22. 地域密着型介護老人福祉施設    |
| 23. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 24. 介護老人保健施設         |
| 25. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 26. 特別給付（移送サービス）     |

**問 34. 逗子市の福祉サービスで今後も必要であるとお考えのサービスをお示してください。  
(あてはまるものすべてに○)**

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護（身体介護・生活援助）      | 2. 訪問介護（通院等乗降介助）     |
| 3. 訪問入浴介護               | 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. 特定施設入居者生活介護      |
| 11. 福祉用具貸与              | 12. 特定福祉用具販売         |
| 13. 住宅改修                | 14. 定期巡回・随時対応型訪問看護   |
| 15. 夜間対応型訪問介護           | 16. 認知症対応型通所介護       |
| 17. 小規模多機能型居宅介護         | 18. 地域密着型通所介護        |
| 19. 認知症対応型共同生活介護        | 20. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 21. 看護小規模多機能型居宅介護       | 22. 地域密着型介護老人福祉施設    |
| 23. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 24. 介護老人保健施設         |
| 25. 介護療養型医療施設・介護医療院     | 26. 特別給付（移送サービス）     |

問 35. 逗子市におけるサービス利用について、お気づきの点・とくに問題とを感じる点などありましたら、  
ご自由にお書きください。 **施設**

## 5 医療・介護連携についておたずねします

問 36. 退院支援・調整について、どのように感じていますか。(①～⑥の項目ごとに1つだけ選択)

質問項目	回答欄				
	全くそう思 わない	そう思わな い	どちらとも 言えない	そう思う	非常にそう 思う
①医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。	1	2	3	4	5
②病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。	1	2	3	4	5
③退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。	1	2	3	4	5
④退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。	1	2	3	4	5
⑤入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。	1	2	3	4	5
⑥病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。	1	2	3	4	5





問 48. 在宅での看取りについて、どのように感じていますか。(①～③の項目ごとに1つだけ選択)

質問項目	回答欄				
	全くそう思わない	そう思わない	どちらとも言えない	そう思う	非常にそう思う
①在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。 ※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。	1	2	3	4	5
②今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。	1	2	3	4	5
③在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。	1	2	3	4	5

問 49. 設問 36～48 までに、課題と思うことと、その具体的な対応策をお書きください。

## 6 次の質問にもお答えください

問 50. 成年後見制度についておたずねします。(それぞれ、ひとつだけに○) 施設

①利用者やその家族から相談はありますか	1. ある 2. ない
②利用をすすめたことがありますか	1. ある 2. ない

問 51. 成年後見制度の利用が進まない理由は何だと考えますか。(あてはまるものすべてに○) 施設

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 本人、家族が同意しない | 2. 後見人報酬の支払いが困難 |
| 3. 必要性を感じていない  | 4. 制度手続きに時間を要する |
| 5. 制度手続きが複雑である | 6. その他 ( )      |

問 52. 高齢者虐待の情報を把握していますか。(ひとつだけに○)

施設

1. 把握している
2. はっきりしない
3. 把握していない

問 52 で「1. 把握している」と答えた方のみ

問 52 - 1. あなたの担当している案件ではどのようなケースが多いですか。

(あてはまるものすべてに○) 施設

- |                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| 1. 身体的虐待                       | 2. 介護・世話の放棄・放任 |
| 3. 心理的虐待(脅しや侮辱などの言葉づかいや威圧的態度等) |                |
| 4. 性的虐待                        | 5. 経済的虐待       |
| 6. その他( )                      |                |

問 53. 虐待に至る要因は何にあると思いますか。(あてはまるものすべてに○)

施設

- |                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 1. 介護者の精神的・肉体的な疲れ    | 2. 会話の不自由さ        |
| 3. 介護者の介護に対する知識・技術不足 | 4. いたわる気持ちの欠如     |
| 5. 経済的な困窮            | 6. 加齢に伴う日常生活動作の低下 |
| 7. 認知症状による言動         |                   |
| 8. その他(具体的に: )       |                   |
| 9. わからない             |                   |

問 54. 利用者への望ましいケアマネジメントのために、今必要と思われる事項についておたずねします。

(あてはまるものすべてに○) 施設

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 医師等との連携             | 2. 行政との連携             |
| 3. 地域包括支援センターとの連携      | 4. 他事業者との連携           |
| 5. 介護支援専門員の増員          | 6. 事務の合理化             |
| 7. 会議や研修会参加に対する評価      | 8. 専門職種間の交流           |
| 9. 介護支援専門員のスキルアップ      | 10. 事業者情報の充実          |
| 11. 近隣市町との共同体制         | 12. 地域内での緊急対応ネットワーク形成 |
| 13. 利用者・家族へのサービス利用情報支援 |                       |
| 14. その他( )             |                       |

問 55. 逗子市で質の良いサービスを提供していくに当たり、市に期待することは何ですか。

(あてはまるものすべてに○) 施設

1. サービス需要量や利用者ニーズ情報などの提供
2. 事業者間の交流機会づくり
3. 利用者・利用者団体との交流機会づくり
4. 事業者やケアマネジャーのための相談窓口の設置
5. 新しい介護保険サービスの創設(例えば: )
6. 第三者評価体制など、サービスの適正な評価
7. 研修や実地指導等など
8. その他( )
9. とくに期待することはない

**問 56. 介護保険制度を円滑に運営していくためには、市としてどのような取り組みが必要であると思いますか。(あてはまるものすべてに○) 施設**

1. 介護保険制度のさらなる周知（適正利用に対する認識づくりを含む）
2. 市町村特別給付サービスの拡大（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
3. 高齢者への介護予防関連サービス・施策の充実  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
4. 高齢者一般福祉サービス（生活支援等）の充実と周知  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
5. 生活圏での望ましいケア体制の確立（相談機能や、関係機関間の連携調整機能等）
6. サービス提供事業者情報の利用者・家族への周知
7. サービス提供事業者とケアマネジャーとの連携のための場の設定
8. サービス提供事業者・ケアマネジャーと主治医との連携の促進
9. サービス提供事業者相互の交流の場の設定
10. 市による事業者に対する研修会の開催（研修の内容を具体的に： \_\_\_\_\_ ）
11. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
12. とくにない

**問 57. あなたが担当しているケースの中で、下記のような対応が困難なケースはありますか。(あてはまるものすべてに○、わかる場合はケースの件数も記入) 施設**

1. ダブルケア（老々介護など複合的な課題を抱えている）のケース	(     件)
2. 虐待のおそれのあるケース	(     件)
3. 8050 問題※と思われるケース	(     件)
4. 認知症等に伴う問題行動のあるケース	(     件)
5. その他 ( _____ )	(     件)
6. とくにない	(     件)

※8050 問題とは、長期間の引きこもりをしている 50 代前後の子どもを、80 代前後の高齢の親が養い続けているケース。経済難からくる生活の困窮、当事者の社会的孤立、病気や介護による共倒れのリスクが懸念される。

**問 57 でいずれかのケースに回答した方のみ**

**問 57- 1. 問題の解決に向けた相談先はどこですか。(あてはまるものすべてに○) 施設**

- |                 |                      |
|-----------------|----------------------|
| 1. 利用者家族・利用者知人等 | 2. 事業所内の同僚等          |
| 3. 市役所          | 4. 包括支援センター          |
| 5. 民生委員         | 6. 警察・消防             |
| 7. 医療機関         | 8. その他専門機関 ( _____ ) |
| 9. 相談先はない       |                      |

**問 58. 問題解決のための課題は何ですか。(あてはまるものすべてに○)**

施設

- |             |                    |
|-------------|--------------------|
| 1. 金銭的負担    | 2. 解決策方法が見当たらない    |
| 3. 行政の支援不足  | 4. 家族の理解不足         |
| 5. 問題の全容が不明 | 6. 必要なサービスに繋がっていない |
| 7. 関係者との連携  | 8. その他 ( )         |

**問 59. 担当している利用者のうち、認知症の中で医師から認知症と診断されている方、または、医師から認知症と診断されていないが、認知症の疑いがある方の対応についてお伺いします。認知高齢者への支援が困難である理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)**

施設

- |                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 1. サービス利用などの契約手続きができない      | 2. サービスの受け入れ先が限られる |
| 3. 本人の介護サービスや医療への拒否         | 4. 本人の暴言や暴力がある     |
| 5. 金銭管理                     | 6. 徘徊や緊急時の対応       |
| 7. 家族、本人の認知症に対する理解・認識が低い    |                    |
| 8. 地域の理解がない、理解が低い           |                    |
| 9. 限度額や要介護度等の制限でサービスが受けられない |                    |
| 10. 服薬管理                    | 11. その他 ( )        |
| 12. とくに困ったことはない             |                    |

**問 60. 認知症の方への支援で必要なことは何だと思えますか。(あてはまるものすべてに○)**

施設

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| 1. 認知症の家族を介護している人への支援         | 2. 家族教室などの開催         |
| 3. 医療的な支援                     |                      |
| 4. 認知症についての正しい知識を普及するための啓発活動  |                      |
| 5. 介護保険などの公的サービスの充実           | 6. 家族・介護者の負担軽減のための支援 |
| 7. 公的サービス以外の支援の充実             | 8. 成年後見制度の利用促進       |
| 9. 認知症全般について相談できる専門の窓口        | 10. 地域住民の理解          |
| 11. 徘徊高齢者の早期発見のためのネットワーク      | 12. 定期的な訪問活動         |
| 13. 認知症の人が社会参加できる居場所（認知症カフェ等） |                      |
| 14. 認知症を早期に発見し、早期対応するための取組    |                      |
| 15. その他 ( )                   | 16. わからない            |

**問 61. 認知症の方を支援するに当たり、かかりつけ医との連携はできていますか。** 施設  
(ひとつだけに○)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. 充分連携できている   | 2. ある程度連携できている |
| 3. あまり連携できていない | 4. 連携できていない    |

**問 61 で「1. 充分連携できている」「2. ある程度連携できている」と答えた方のみ**

**問 61- 1. 医療機関やかかりつけ医との利用者の情報共有をしていますか。**(ひとつだけに○) 施設

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. 紙媒体で行っている | 2. インターネット媒体で行っている |
| 3. その他 ( )   | 4. していない           |

**問 62. あなたはケアマネジャーの早期離職の防止や定着促進のために、どのような取り組みが必要だと思いますか。**(あてはまるものすべてに○) 施設

- |                  |                   |
|------------------|-------------------|
| 1. 賃金・労働条件を改善する  | 2. 職員に労働時間の希望を聞く  |
| 3. 職員に仕事内容の希望を聞く | 4. 研修等、人材育成を充実させる |
| 5. その他 ( )       |                   |
| 6. 特にない          |                   |

**問 63. あなたはケアマネジャーの業務について、どのようにお考えですか。**  
(①～③の項目ごとに1つだけに○) 施設

質問項目	回答欄		
①業務量	1. 多い	2. 適切	3. 少ない
②業務内容	1. 難しい	2. 普通	3. 易しい
③業務としてのやりがい	1. ある	2. ない	3. 考えたことがない

**③業務としてのやりがいについて「1. ある」とお答えの方のみ**

**問 63- 1. やりがいを感じる時はどのようなときですか。**(あてはまるものすべてに○) 施設

1. 利用者及びその家族から、感謝されたとき
2. 利用者の状況(身体・生活等)が良くなったと思われたとき
3. 職場や仕事の関係者から、自分の業務を評価されたとき
4. (困難な)業務をやり遂げたとき
5. 業務の対価として、それ相応な金銭的な評価をされたとき
6. ケアマネジャーの業務(自分の仕事ぶり)が、家族や友人・知人に評価されているとき
7. ケアマネジャーの業務が、社会的に評価されているとき
8. 日々の業務における、ふとした瞬間に幸福感を感じる時
9. その他 ( )
10. とくにない

問 64. あなたはケアマネジャーの業務上、困り事や悩み事がありますか。 **施設**  
(あてはまるものすべてに○)

- |                        |                |
|------------------------|----------------|
| 1. 利用者及び利用者家族との人間関係    | 2. 職場の人間関係     |
| 3. 他の事業所、医療機関、行政との人間関係 | 4. 人手不足        |
| 5. 適切なケアプランの作成         | 6. 給与・労働環境     |
| 7. 認定結果                | 8. 新規利用者の獲得    |
| 9. 介護保険制度が難しい          | 10. 制度改正が頻繁にある |
| 11. 文書量の多さ             | 12. その他 ( )    |
| 13. とくにない              |                |

問 65. 最後に、国・県・市に対する意見など、感じていることを自由に記入してください。 **施設**

ご協力ありがとうございました。

\*調査票は三つ折りにして、同封の返信用封筒に入れて、ご返送ください  
(切手を貼る必要はありません)。