

【調査⑤】 介護支援専門員（ケアマネジャー）調査案

<調査についてのお願い>

皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

府中市では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、令和8年度に策定を予定しております「府中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第10期）」の基礎資料とするために、高齢者福祉全般の調査を実施します。

この調査は、市内で活動する介護支援専門員（ケアマネジャー）の皆さま全員にお願いさせていただきます、ご意見やご要望をお伺いするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「**個人情報の保護に関する法律**」に基づき適正に取り扱い、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

令和7年10月 府中市

※この調査はインターネット及び郵送のいずれかでご回答いただけます。

調査の流れにつきましては、次ページに記載がございますので、ご確認をお願いします。

回答に当たってのお願い

1. 調査基準日は、令和7年10月1日とします。（期日の指定のあるものを除く）
2. 法人全体ではなく、貴事業所について、ご記入をお願いいたします。
3. 回答は、あてはまる項目の番号を○印で囲んでください。○の数は、それぞれの設問の指示に従ってください。また、「3つまでに○」など、○の数が指定されている設問は、あなたの考えに近いものや優先したいものを選んでご回答ください。
4. の場合は回答内容等を記入してください。
5. 「その他」に○印をつけた場合は、[] 内に内容を具体的に記入してください。
6. **調査票の回答にかかる時間は、およそ20分です。**

11月4日（火）までに、ご回答いただくようお願いいたします。

【問合せ先】

府中市福祉保健部高齢者支援課

地域包括ケア推進係

電話（042）335—4537（直通）

E-mail : kourei01@city.fuchu.tokyo.jp

インターネット回答用

ID : ○○

パスワード : ○○



インターネット（パソコン・スマートフォン等）で答える

①調査票サイトにアクセスする

以下のURLか二次元コードを読み取り、調査票サイトにアクセスします。

URL：https://

二次元
コード

②ログイン・回答する

調査票サイトログイン画面で、表紙（前ページ）の右下に記載があるインターネット回答用の「ID」と「パスワード」を入力し回答を開始してください。

調査票の表紙にあるIDを入力してください。

調査票の表紙にあるパスワードを入力してください。

【インターネット回答に関するご注意】

1. 回答内容は自動で保存されるため、回答を途中で中断しても再度ID・パスワードでログインすると、続きから回答できます。
2. インターネットで回答した場合は調査用紙の提出は不要です。
3. IDは無作為に配布していますので、個別事業者を特定するものではありません。どの事業者がどのID・パスワードであるかは照合できません。



調査票に記入して郵送で答える

1. 記入は、黒のボールペンまたは鉛筆をお願いします。
2. 回答のご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れて郵便ポストに投函してください。（切手は不要です。差出人名は無記名で結構です。）

最初に、あなたのことについておたずねします

問1 あなたの性別※をお答えください。

※性別については、戸籍上の区別とは別にご自身の主観によりご記入ください。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1. 男 性 | 2. 女 性 | 3. その他 |
|--------|--------|--------|

問2 あなたの年齢をお答えください。(1つに○)

- | | | |
|--------|--------|----------|
| 1. 20代 | 3. 40代 | 5. 60代 |
| 2. 30代 | 4. 50代 | 6. 70歳以上 |

問3 あなたは、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」）以外にどのような保健医療福祉関係の資格をお持ちですか。(いくつでも○)

- | | | |
|-------------|---------------|--------------------|
| 1. 医 師 | 7. 作業療法士 | 13. 精神保健福祉士 |
| 2. 歯科医師 | 8. 言語聴覚士 | 14. 社会福祉主事 |
| 3. 薬剤師 | 9. 歯科衛生士 | 15. ホームヘルパー（訪問介護員） |
| 4. 保健師 | 10. 栄養士、管理栄養士 | 16. その他 |
| 5. 看護師、准看護師 | 11. 社会福祉士 | (具体的に：) |
| 6. 理学療法士 | 12. 介護福祉士 | |

問4 あなたは、ケアマネジャー業務に従事してどのくらいの経験がありますか。転職などを行っている場合は、前職なども含めた合計期間で答えてください。(1つに○)（令和7年10月1日時点）

- | | | |
|-------------|-------------|---------|
| 1. 1年未満 | 3. 3年以上5年未満 | 5. 7年以上 |
| 2. 1年以上3年未満 | 4. 5年以上7年未満 | |

問5 あなたは、主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）の資格を有していますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|-------|---------------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. 過去に取得していたが、現在はなし |
|-------|-------|---------------------|

問6 あなたは、現在の居宅介護支援事業所でケアマネジャーとして在籍している期間はどのくらいですか。(1つに○)

- | | | |
|-------------|-------------|---------|
| 1. 1年未満 | 3. 3年以上5年未満 | 5. 7年以上 |
| 2. 1年以上3年未満 | 4. 5年以上7年未満 | |

ケアマネジャー業務の担当状況についておたずねします

問7 あなたの勤務形態をお答えください。(1つに○)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 常勤・専従 (→問8へ進む) | 3. 非常勤・専従 (→問8へ進む) |
| 2. 常勤・兼務 (→問7-1へ進む) | 4. 非常勤・兼務 (→問7-1へ進む) |

《問7で「2」又は「4」と答えた方におたずねします》

問7-1 どのような業務を兼務していますか。(いくつでも○)

- | | | |
|------------|-----------|----------|
| 1. 管理・事務 | 3. 介護サービス | 5. その他 |
| 2. 医療系サービス | 4. 相談業務 | (具体的に:) |

ケアプランの作成状況についておたずねします

問8 令和7年10月1日現在、あなたが担当している利用者数(一時的入院中などを含め、継続的に関わっている総利用者数)をご記入ください。担当している利用者や件数がない場合には「0」と記入してください。

要介護1～5 _____人
要支援1・2 _____人
介護予防・日常生活支援総合事業対象者 _____人

《問8-1及び問8-2について、居宅介護支援事業所の管理者(又は管理者に類する方)におたずねします》

問8-1 介護予防プランの作成を受託していない場合、その理由をお答えください。(1つに○)

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. プラン作成に手間がかかる | 3. 法人・会社の方針 |
| 2. 報酬が少ない | 4. その他 (具体的に:) |

問8-2 介護予防プランの受託件数を増やすうえで課題となることは何ですか。

具体的にお書きください。

問9 あなたは、ケアプランを作成する際、どのようなことで困っていますか。(いくつでも○)

1. 身寄りがいない
2. 要介護者と家族の考えが異なる
3. 家族が協力的でない
4. キーパーソンがいない
5. 認知症のため利用者自身で判断できない
6. 費用負担の面で、適切なプランが作成できない
7. 介護保険の利用限度額ではサービスが足りない
8. 要介護者や家族から提案したプランに同意が得られない
9. 介護保険制度への理解が得られにくい
10. その他(具体的に: _____)

担当地域におけるサービスの状況についておたずねします

問10 担当している地域で、事業所数もしくは定員など、量的に不足していると感じるサービス、また、ケアプランに組み入れにくいサービス、今後必要性がより高まると思われるサービスはありますか。(それぞれ3つまで下の1～25より選んで番号を記入)

(1) 量的に不足しているサービス			
<u>(2) ケアプランに組み入れにくいサービス</u>			
(3) 今後必要性がより高まると思われるサービス			

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 1. 訪問介護 | 14. 介護老人福祉施設 |
| 2. 訪問看護 | 15. 介護老人保健施設 |
| 3. 訪問リハビリテーション | 16. 介護医療院 |
| 4. 訪問入浴介護 | 17. 夜間対応型訪問介護 |
| 5. 居宅療養管理指導 | 18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 6. 通所介護 | 19. 小規模多機能型居宅介護 |
| 7. 通所リハビリテーション | 20. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 8. 短期入所生活介護 | 21. 地域密着型通所介護 |
| 9. 短期入所療養介護 | 22. 認知症対応型通所介護 |
| 10. 特定施設入居者生活介護 | 23. 認知症対応型共同生活介護 |
| 11. 福祉用具の貸与 | 24. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 12. 特定福祉用具購入 | 25. 特にない |
| 13. 住宅改修費の支給 | |

問 11 あなたは、介護保険サービス以外のサービスやサポートをケアプランに加えたことがありますか。
(いくつでも○)

1. 市の高齢者福祉サービスを加えたことがある (→問 11-1 へ進む)
2. 市の高齢者福祉サービス以外のインフォーマルサポートを加えたことがある (→問 11-4 へ進む)
3. どちらもない (→問 12 へ進む)

問 11 で「1」とお答えの方におたずねします

問 11-1 ケアプランに加えた高齢者福祉サービスはどれですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. バックベッド確保事業 | 6. 寝具乾燥サービス |
| 2. 日常生活用具給付とレンタル | 7. 理容師・美容師の派遣 |
| 3. はいかい高齢者探索サービス | 8. その他(具体的に:) |
| 4. 日常生活用品(おむつ)の助成 | 9. 特にない |
| 5. 車いす福祉タクシー | |

問 11-2 今後一層の充実が必要と感じる高齢者福祉サービスは次のどれですか。(2つまでに○)

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. バックベッド確保事業 | 6. 寝具乾燥サービス |
| 2. 日常生活用具給付とレンタル | 7. 理容師・美容師の派遣 |
| 3. はいかい高齢者探索サービス | 8. その他(具体的に:) |
| 4. 日常生活用品(おむつ)の助成 | 9. 特にない |
| 5. 車いす福祉タクシー | |

問 11-2 で「1」～「8」とお答えの方におたずねします

問 11-3 その理由を具体的にお書きください。

問 11-2 で選んだ選択肢番号 ()

問 11-2 で選んだ選択肢番号 ()

問 11 で「2」とお答えの方におたずねします

問 11-4 ケアプランに加えたインフォーマルサポートはどのような内容のものですか。
(いくつでも○)

1. 利用者の支給限度額を超えて提供する訪問介護等
2. 訪問介護での外出時の乗降介助、散歩などの付添い
3. 病院、買物等への付添い
4. 移動販売・食材配達
5. ふれあいいきいきサロン
6. コミュニティカフェ
7. 話し相手、見守り
8. 夜間や日中、利用者の要望に応じた随時対応の支援
9. 草むしり、犬の散歩などの介護保険で利用できない支援
10. 大掃除、家屋の修繕、園芸、家具の移動などの生活支援
11. 配食、共食、季節の調理、食事の付添いなどの支援
12. 移送、墓参り等の付添いなど
13. 旅行の付添い
14. 資産管理などの権利擁護、成年後見制度
15. 趣味・娯楽・文化活動支援
16. その他（具体的に： _____）

問 11-5 今後一層の充実が必要と感じるインフォーマルサポートは次のどれですか。（2つまでに○）

1. 利用者の支給限度額を超えて提供する訪問介護等
2. 訪問介護での外出時の乗降介助、散歩などの付添い
3. 病院、買物等への付添い
4. 移動販売・食材配達
5. ふれあいいきいきサロン
6. コミュニティカフェ
7. 話し相手、見守り
8. 夜間や日中、利用者の要望に応じた随時対応の支援
9. 草むしり、犬の散歩などの介護保険で利用できない支援
10. 大掃除、家屋の修繕、園芸、家具の移動などの生活支援
11. 配食、共食、季節の調理、食事の付添いなどの支援
12. 移送、墓参り等の付添いなど
13. 旅行の付添い
14. 資産管理などの権利擁護、成年後見制度
15. 趣味・娯楽・文化活動支援
16. その他（具体的に： _____）

問 11-5 の回答についておたずねします

問 11-6 その理由を具体的にお書きください。

問 11-5 で選んだ選択肢番号 ()

問 11-5 で選んだ選択肢番号 ()

サービス提供事業所等との関わりについておたずねします

問 12 サービス提供事業所に関する情報収集や連絡・調整はどのようにしていますか。(いくつでも○)

1. サービス提供事業所のパンフレット等の収集
2. サービス提供事業所のホームページを閲覧
3. 地域単位の事業者情報誌等を閲覧
4. 都の介護サービス情報のホームページを閲覧
5. 「WAMネット」の事業者情報を閲覧
6. 同一地区のサービス提供事業所との定期的な連絡会などに参加
7. ケアプラン作成に必要な部分のみを近隣にある特定の事業者に対し電話・面談等で直接
問合せ・連絡・調整
8. サービス提供は原則同一法人内で行うため、その他の事業者との連絡をとる機会はない
9. 地域包括支援センターに問い合わせて情報を得る
10. その他(具体的に:)
11. 特に行っていない (→問 12-1 へ進む)

問 12 で「11. 特に行っていない」とお答えした方におたずねします。

問 12-1 その理由を具体的にお書きください。

問13 ケアプラン作成にあたり、医療機関等からの情報収集を行っていますか。(いくつでも○)

1. 主治医の意見書を入手
2. 意見書を記載した主治医に対して電話・面談等で直接問合せ・連絡・情報収集
3. 意見書を記載した主治医以外のかかりつけ医に対して電話・面談等で直接問合せ・連絡・情報収集
4. 入院歴のある人の場合は入院していた医療機関に対して問合せ・連絡・情報収集
5. その他(具体的に:)
6. 特に行っていない

問13で「6. 特に行っていない」とお答えした方におたずねします。

問13-1 その理由を具体的にお書きください。

問13 問12 及び問13に関して、情報収集するうえでの課題はありますか。

サービス担当者会議についておたずねします

問15 サービス担当者会議への参加状況(電話、FAX、メールを含む)についてお答えください。
(それぞれ1つに○)(令和6年10月1日～令和7年9月30日)

	参加している	必要に応じて参加している	あまり参加していない	参加していない	呼んだことがない
ア. 利用者					
イ. 家族					
ウ. 主治医					
エ. 歯科医師					
オ. 薬剤師					
カ. サービス事業者					
キ. 主治医以外の医療機関関係者(医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等)					

問 14 サービス担当者会議の開催にあたって、困難と感ずることは何ですか。(いくつでも○)

1. 自分の日程調整	6. 会場の確保
2. サービス事業者との日程調整	7. 資料づくり
3. 利用者の出席	8. 会議の進め方
4. 家族の出席	9. 感染症への対応
5. 主治医の出席	10. その他(具体的に:)

地域包括支援センターの役割についておたずねします

問 15 市内の地域包括支援センターは、その役割を果たしていると思いますか。次の各項目についてお答えください。(ア～コそれぞれ1つに○)

	十分果たしていると思う	まあまあ果たしていると思う	どちらともいえない	あまり果たしているとは思えない	果たしているとは思わない
ア. 地域の総合相談窓口としての役割					
イ. 実態把握等による要介護高齢者の早期発見と対応の役割					
ウ. 支援困難事例への個別指導・相談の役割					
エ. かかりつけ医(主治医)との連携の役割					
オ. 高齢者虐待防止・権利擁護の役割					
カ. 介護予防プランを作成する役割					
キ. 介護予防講座や教室を開催する役割					
ク. ケアマネジャーに対する日常的な個別指導・相談の役割					
ケ. 地域におけるケアマネジャーのネットワークづくりの役割					
コ. 多職種協働・連携による包括的・継続的ケアマネジメント支援の役割					

サービス利用者の在宅医療の状況についておたずねします

問 16 あなたが担当している利用者の中に、訪問診療、訪問看護や訪問歯科診療、訪問服薬管理指導が必要と思われる方はいますか。(それぞれ1つに○)

ア. 訪問診療	1. いる ⇒ () 人 ⇒ うち実際に受けている () 2. 必要と思われる方はいない
イ. 訪問看護	1. いる ⇒ () 人 ⇒ うち実際に受けている () 2. 必要と思われる方はいない
ウ. 訪問歯科診療	1. いる ⇒ () 人 ⇒ うち実際に受けている () 2. 必要と思われる方はいない
エ. 訪問服薬管理指導	1. いる ⇒ () 人 ⇒ うち実際に受けている () 2. 必要と思われる方はいない

問 19 あなたは、専門職の立場からみて、市内で在宅療養している高齢者の急変時に医療機関へのスムーズな移行が行われていると思いますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. 行われていると思う | 2. ある程度行われていると思う |
| 3. あまり行われていないと思う | 4. 全く行われていないと思う |

問 17 あなたは、専門職の立場からみて、高齢者の在宅療養を進めていくうえで不足している機能は何だと考えますか。(いくつでも○)

- | | |
|---|---|
| 1. 訪問診療や往診をしてくれる診療所
2. 訪問看護（訪問看護ステーション）
3. 訪問・通所リハビリテーションなどリハビリテーション施設
4. 一人ひとりの状況に応じて関係者が連携して対応するチームケア
5. 在宅療養をしている方の状況変化時に受入可能な入院施設
6. その他（具体的に： |) |
|---|---|

問 18 医療的ケア（胃ろう、吸引、インスリン、人工肛門など）が必要な利用者のショートステイ（レスパイト）に関して、どのように対応されていますか。(いくつでも○)

- | | |
|--|--|
| 1. 介護保険施設にてショートステイを利用
2. 有料老人ホームのショートステイを利用
3. 入院を調整 | 4. 市のバックベッド確保事業を利用
5. ショートステイを利用していない
6. その他（具体的に： |
|) | |

問 19 今後、医療的ケアが必要な在宅療養者が増加することが考えられます。このとき、在宅療養を継続するうえで必要と思われる支援・サービスを具体的にお書きください。

問23 バックベッド確保事業について利用したことがありますか。(1つに○)

1. 利用したことがある
2. 利用したことが無い (→問 23-1へ)
3. 本事業を知らなかった

問 23 で「2」とお答えの方におたずねします

問 23-1 その理由を具体的にお書きください。

認知症患者のサービス利用についておたずねします

問 20 あなたが担当している認知症の利用者の状況で、実際にあることは次のどれですか。またそのうち、最も大変なことはどれですか。(いくつでも○、最も大変なことに◎)

1. 本人や家族が医療機関を受診しない
2. 本人の意思の確認がとれない
3. 家族が認知症であることを認めない
4. 薬の飲み間違いがあつて、服薬管理ができない
5. 認知症の症状が急変して緊急対応が必要になる
6. 認知症の症状等のため適切なサービスの提供ができない、拒否される
7. 消費者被害に遭遇している
8. 虐待を受けている
9. 本人や家族間で介護の方針が食い違う
10. 身体疾患があり医療的な管理が難しい
11. その他（具体的に： ）

問 21 あなたは認知症患者の支援にあたって、かかりつけ医との連携はとれていると思いますか。
(1つに○)

1. とれている 3. あまりとれていない 5. どちらともいえない
2. まあまあとれている 4. とれていない

問 22 これから認知症患者の支援にあたり必要になると思うことは、次のどれですか。(3つまでに○)

1. 認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れが示されること
2. 認知症の人を支援する社会資源（施設、サービス）がより増えていくこと
3. 認知症の早期診断を担う医療機関が増えていくこと
4. 地域で、認知症サポーターの活動の輪が広がること
5. かかりつけ医やケアマネジャーの認知症に対する理解と対応力が向上すること
6. 地域包括支援センターにおける認知症の地域支援が充実していくこと
7. 地域ケア会議などの専門的な支援体制が充実すること
8. 認知症初期集中支援チームなどにより早期からアセスメントや支援が行われること
9. 認知症の人やその家族に対する支援が充実していくこと
10. その他（具体的に： ）

医療と介護の連携の状況についておたずねします

問 23 医療機関やかかりつけ医と通常どのような方法で情報を交換していますか。(いくつでも○)

1. 電話
2. F A X
3. メール
4. 診察への同行
5. 訪問診療への同席
6. サービス担当者会議
7. 直接訪問
8. オンライン
9. その他
(具体的に：)

問 24 あなたは、利用者が入院する際に、どれくらいの頻度で情報提供書を作成し、入院先へ提供していますか。(1つに○)

1. ほとんど提出している（81%～100%） 4. あまり提出していない（21%～40%）
2. 概ね提出している（61%～80%） 5. ほとんど提出していない（0%～20%）
3. 半分開提出している（41%～60%）

問 29 あなたは、退院前（時）カンファレンスにどれくらいの頻度で出席していますか。（1つに○）

1. ほとんど出席している (81%~100%) 2. 概ね出席している (61%~80%)
3. 半分くらい出席している (41%~60%) 4. あまり出席していない (21%~40%)
5. ほとんど出席していない (0%~20%)

問 25 あなたは、医療関係機関（病院（地域連携室）、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション）にどのようなことを期待しますか。それぞれ具体的にお願いします。

病院 (地域連携室)	
診療所	
歯科診療所	
薬局	
訪問看護ステーション	

問 26 あなたは、医療と介護の連携で、どんなことに苦労していますか。具体的にお書きください。

問 27 在宅療養を支えるうえで、さらに連携が必要と考える職種・役職などは何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 主治医・かかりつけ医 | 8. 地域包括支援センター |
| 2. 歯科医師 | 9. 他の居宅介護支援事業所等 |
| 3. 薬剤師 | 10. 介護保険外サービス事業者 |
| 4. 看護師 | 11. 市町村の介護保険担当者等 |
| 5. 訪問看護師 | 12. 民生委員、福祉協力員など |
| 6. 理学療法士等のリハビリ職 | 13. 社会福祉協議会 |
| 7. 医療ソーシャルワーカー | 14. その他(具体的に:) |

問 28 貴事業所では、医療と介護の連携を図るためにどのようなことが必要だとお考えですか。
(3つまでに○)

- | |
|--|
| 1. 医療と介護の関係者間で共通の目的を持つ |
| 2. 医師・歯科医師がケアマネジャー(介護支援専門員)の相談を受け付ける時間「ケアマネタイム」を充実する |
| 3. 在宅療養者の情報を共有するための統一的なフォーマットを作成する |
| 4. 医療と介護の連携マニュアルを作成する |
| 5. 医療関係者と介護関係者が情報交換できる交流の場を確保する |
| 6. 医療関係者と介護関係者が一緒に学ぶ研修の場を確保する |
| 7. 関係者のためのインターネット上で連絡がとれる仕組みを推進する |
| 8. 医療と介護が相互理解のため、それぞれがお互いの分野の知識を深める研修を行う |
| 9. その他(具体的に:) |

ケアマネジャー業務全般についておたずねします

問 29 あなたは、利用者の自立支援に向けたケアプランの作成が十分にできていると思いますか。
(1つに○)

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 思う(問 29-1へ進む) | 3. あまり思わない(問 29-2へ進む) |
| 2. 少しは思う(問 29-1へ進む) | 4. 思わない(問 29-2へ進む) |
| 5. どちらともいえない | |

問 29 で「1」、「2」とお答えの方におたずねします

問 29-1 自立支援に向けたケアプランとなるように意識していることや、自立支援につなげるために工夫していることについて具体的にご記入ください。

問 29 で「3」、「4」とお答えの方におたずねします

問 29-2 そのように思う理由について具体的にご記入ください。

問 30 ケアマネジャー業務を行ううえで、課題としてお考えのことはどのようなことですか。
(いくつでも○)

1. 市内にインフォーマルサポートの種類が少ない
2. サービス提供事業者に関する情報が少ない
3. 利用者及び家族にサービスの必要性を理解してもらうための対応方法が分からない
4. 忙しくて利用者の意見・要望を聞き調整する時間が十分とれない
5. 多問題事例のケアマネジメントの方法が分からない
6. 認知症ケアの方法が分からない
7. 医療機関との連携がうまくとれない
8. 相談する人が身近にいない
9. 所属している事業所の関連事業者からのサービスに偏る
10. 資格更新のための日程調整・研修費用が十分でない
11. その他（具体的に： ）

問 31 ケアマネジャー業務の中で、どのようなことに負担を感じていますか。(いくつでも○)

1. 利用者や家族に対する業務内容の説明と同意
2. 課題分析のための居宅訪問・面接
3. サービス担当者会議の開催・調整
4. ケアプラン原案に対する利用者・家族の同意
5. ケアプランの交付（書類の作成など）
6. 状況確認のための毎月の居宅訪問・面接
7. 主治医や医療機関との連絡調整
8. 利用者や事業者の苦情対応
9. 要介護認定などの申請代行
10. 介護報酬請求事務
11. 夜間や休日の相談対応
12. ケアマネジャー業務以外の相談や頼まれごと
13. その他（具体的に： _____）
14. 特に負担に感じることはない

問 36 ケアプランを作成するうえで、分からないことや困ったことがあったとき、誰に相談しますか。
(いくつでも○)

1. 同一事業所のケアマネジャー
2. 他事業所のケアマネジャー
3. 居宅介護支援事業者連絡会
4. 地域包括支援センター
5. 市役所
6. 東京都
7. 東京都国民健康保険団体連合会
8. サービス提供事業者
9. 医 師
10. その他（具体的に： _____）
11. 相談できる相手がいない
12. 困ったりすることはない

問 37 どのようなことを相談していますか。(いくつでも○)

1. 困難事例への対応に関すること
2. 利用者・家族間の意見調整に関すること
3. 運営基準等の解釈に関すること（居宅サービスの適否判断を含む）
4. 上記3以外のケアマネジャー業務に関すること
5. インフォーマルサポートの利用に関すること
6. 医療知識に関すること
7. 介護報酬請求事務に関すること
8. その他（具体的に： _____）
9. 特に相談することはない

問 32 ご自身のケアマネジャー業務のレベルアップのために、(1) 現在行っている、(2) 今後行いたい取組は何ですか。(それぞれ2つまで選び○)

(1) 現在行っている取組

1. 自主的な勉強会の実施・参加
2. 居宅介護支援事業者連絡会や地域包括支援センターのケアマネ支援事業への積極的な参加
3. ケースカンファレンス等で具体的な検討を通して助言を受ける
4. 事業所内の研修への積極的な参加
5. 外部研修への積極的な参加
6. 参考書などからの知識や情報の収集
7. その他(具体的に:)
8. 特に行っていない

(2) 今後行いたい取組

1. 自主的な勉強会の実施・参加
2. 居宅介護支援事業者連絡会や地域包括支援センターのケアマネ支援事業への積極的な参加
3. ケースカンファレンス等で具体的な検討を通して助言を受ける
4. 事業所内の研修への積極的な参加
5. 外部研修への積極的な参加
6. 参考書などからの知識や情報の収集
7. その他(具体的に:)
8. 特に行っていない

問 39 利用者への情報提供の際に、課題と感じていることはありますか。(いくつでも○)

1. 重要事項説明書などを用いて契約内容を説明しても、利用者の理解がどの程度得られているか判断が難しいこと(特に認知症高齢者の場合)
2. 介護保険制度を簡便に説明できる媒体が少ないこと
3. 居宅介護支援事業所内に利用者対応マニュアルが整備されていないこと
4. 制度改正が頻繁かつ複雑多岐にわたり、利用者の理解を得るのが困難なこと
5. 利用者本人と家族の意向が異なる場合にどちらを優先すべきか判断に迷うこと
6. その他(具体的に:)
7. 特にない

問 33 あなたは、今後も府中市内の居宅介護支援事業所でケアマネジャー業務を続けたいと思いますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|-----------|
| 1. 今後も続けたい | 4. 続けたくない |
| 2. できれば続けたい | 5. わからない |
| 3. あまり続けたいとは思わない | |

問 33-2 そのように思う理由について具体的にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/>

府中市への意向についておたずねします

問 34 今後、保険者としての府中市に対し、ケアマネジャーとして望むことは何ですか。(2つまでに○)

- １．介護保険に関する情報提供、研修の実施
- ２．質の向上のために事業者が行う研修への支援
- ３．不正な事業者への指導
- ４．利用者への適正なサービス利用の啓発
- ５．地域包括支援センター機能の充実
- ６．市と事業者間の情報交換や連絡調整を行う連絡会の開催
- ７．制度運営における保険者判断部分の周知
- ８．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）
- ９．特にない

問 35 最後に、介護保険制度をよりよい制度としていくためのご意見や医療と介護の連携についてのご意見等がございましたら、ご自由にお書きください。

ここからは、あなたが担当している利用者で、在宅生活の維持が難しくなっている方についてお尋ねします

自宅にお住まいの方のうち「現在のサービス利用では、在宅生活の維持が難しくなっている利用者」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」が対象です。
※最大5人までご回答ください。

問36. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。					問37. 対象となる利用者の主な家族等介護者の状況等について、お伺いします。			問38. 現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由等について、お伺いします。		問39. 「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(1)	
「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」に該当しますか。	「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」に該当しますか。	世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	主な家族等介護者の方の年代 ※同居・別居にかかわらず主な家族等介護者についてお答えください。	主な家族等介護者の方の現在の勤務形態	今後の在宅生活の継続、または家族等介護者の就労継続に向けて、特に家族等介護者の負担になっている介護	該当の利用者が抱えている生活課題をお答えください。	本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続のために、充実が必要な「生活支援」をお答えください。	本来であればより適切と思われる、具体的なサービスをお答えください。 <div>※ 実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者・家族等介護者にとって適切と思うサービスを選択してください。 どちらでも良い場合は、＜在宅サービス＞＜住まい・施設等＞の両方から複数選択することも可能です。</div>	
番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	番号12 選択記入	あてはまる番号 3つまで選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	
1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 単身の子供との同居 4. その他の同居	1. 自宅等 2. 住宅型有料 3. サ高住 4. 軽費老人ホーム	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 新規申請中	1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80歳以上 9. わからない 10. (別居している家族も含め)家族等介護者はいない ⇒【問〇に進んでください】	1. フルタイムで働いている 2. パートタイムで働いている 3. 勤務形態は不明だが、働いている 4. 働いていない 5. 主な介護者に確認しないと、わからない ※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間」が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方が該当します。 いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。	1. 日中の排泄 2. 夜間の排泄 3. 食事の介助(食べる時) 4. 入浴・洗身 5. 身だしなみ(洗顔・歯磨き等) 6. 衣服の着脱 7. 屋内の移乗・移動 8. 外出の付き添い、送迎等 9. 服薬 10. 認知症の症状への対応 11. 医療面での対応(経管栄養、ストーマ 等) 12. 食事の準備(調理等) 13. その他の家事(掃除、洗濯、買い物 等) 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き 15. その他 16. 特にない 17. 主な介護者に確認しないと、わからない	1. 該当なし 2. ひとり暮らしで連絡が取りにくい 3.認知症の症状の悪化 4.胃ろうなどの医療処置を受けている 5.病識がなくサービスの拒否がある 6. 個別サービス計画の内容について本人と家族からの理解が得られない 7. 個別サービス計画の内容について本人と家族の意見が合わない 8. 必要なサービスが不足していてサービスが受けられない 9.家族に障害や精神疾患がある 10. 老々介護、認認介護などの世帯 11. 虐待を受けている、又はその疑いがある 12. 消費者被害や詐欺被害を受けている又はその疑いがある 13.飲酒や喫煙など生活面で問題がある 14.経済に困窮している 15.住宅に困窮している 16.利用料を滞納している 17. その他 18. 特にない	1. 配食 2. 調理 3. 掃除・洗濯 4. 買い物(宅配は含まない) 5. ゴミ出し 6. 外出同行(通院、買い物など) 7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) 8. 見守り、声かけ 9. サロンなどの定期的な通いの場 10. その他 11. 特にない	<在宅サービス> 1. ショートステイ 2. 訪問介護、訪問入浴 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハ 6. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所 7. 定期巡回サービス 8. 小規模多機能 9. 看護小規模多機能 10. 訪問診療 11. 居宅療養管理指導 <住まい・施設等> 12. 住宅型有料 13. サ高住(特定施設除く) 14. 軽費老人ホーム 15. グループホーム 16. 特定施設 17. 介護老人保健施設 18. 介護医療院 19. 特別養護老人ホーム	
記入例	1	2	1	1	3	6	4, 7, 14	3.8.10	5, 6	7, 17	
01											
02											
03											
04											
05											

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、11月4日（火）までに返送してください。