

介護保険・福祉に関するアンケート調査 碧南市ケアマネジャー調査票 【ご協力のお願ひ】

平素より、皆さまには市政に対しまして格段のご理解・ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
本市では、令和5年度に「第9期碧南市高齢者ほっとプラン（第9期高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）」を策定し、介護・福祉全般にわたる総合的な高齢者福祉サービスの推進、並びに介護保険サービスの充実と質の向上を図るための取組みに努めております。令和8年度は、3年ごとに行う見直しの年度に当たり、「第10期碧南市高齢者ほっとプラン」の策定を予定しています。

このアンケートは、ケアマネジャーの皆さまのご意見をお聞きし、事業計画がより実態に即したものとなるよう、役立てる資料とさせていただきます。

ご記入いただいた内容につきましては本事業の目的以外では使用しませんので、記入内容によって不利益となることは一切ございません。より良い計画策定のため、率直なご意見をお聞かせください。

お忙しいところ、誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、調査にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和8年2月

碧南市長 小池 友妃子

【ご記入に当たってのお願い】

◇調査票の記入について

- ・この調査は、令和8年2月1日現在の状況でお答えください。
- ・回答は、あてはまる番号に○印をつけていただくものと、数値などをご記入いただくものがあります。（○印は1つだけ）（○印はいくつでも）などの指示にしたがってご回答ください。
- ・質問の回答が、「その他」にあてはまる場合は、（ ）内になるべく具体的にその内容をご記入ください。

◇調査票の回収について

ご記入いただきました調査票は、同封の返信用封筒に入れ、2月28日（土）までに郵送していただきますようお願いいたします。（切手は不要です）

◇Web回答フォームからの回答について

インターネットを利用してパソコンやスマートフォン等からも回答できます。

2次元コードを読み込むか、下記のURLにアクセスして、回答を入力してください。

https://gyosei.qualtrics.com/jfe/form/SV_erngLwecyhmtqm

入力する際は、IDを入力してください。（ID「*****」）



◇調査についてのご質問などは、下記までお問い合わせください。

碧南市 高齢介護課介護保険係
電話 0566-95-9889（直通）

問3 適切なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の事業所の紹介など必要な措置を講じることになっています。サービス提供が困難な事例がありましたか。(○印は1つだけ)

1. はい

2. いいえ

問3で「1. はい」と答えた方にお聞きします。

問3-1 困難事例があった場合は、どこに相談しますか。(○印はいくつでも)

1. 事業所内

2. 市役所高齢介護課

3. 地域包括支援センター

4. 愛知県

5. その他 (

)

問4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用相当のケースはありましたか。また、あった場合、令和7年3月から令和7年12月までの10か月間で何ケースほどありましたか。(○印は1つだけ)

1. あった (ケース)

2. なかった

問5 小規模多機能型居宅介護の利用相当のケースはありましたか。また、あった場合、令和7年3月から令和7年12月までの10か月間で何ケースほどありましたか。(○印は1つだけ)

1. あった (ケース)

2. なかった

問6 看護小規模多機能型居宅介護の利用相当のケースはありましたか。また、あった場合、令和7年3月から令和7年12月までの10か月間で何ケースほどありましたか。(○印は1つだけ)

1. あった (ケース)

2. なかった

問7 施設入所の利用相当のケースはありましたか。また、あった場合、令和7年3月から令和7年12月までの10か月間で何ケースほどありましたか。(○印は1つだけ)

1. あった (ケース)

2. なかった

問8 現在、あなたの担当ケースに「社会的孤立事例(ひきこもり・無業者等)で、高齢の親と40代・50代の子どもが困窮した世帯」の事例はありますか。(○印は1つだけ)

1. ある (件)

2. ない

問9 地域包括支援センターとの連携を図るためには、特に何が重要だと思いますか。(○印は1つだけ)

1. 相談体制の充実

2. 社会資源(地域資源)等の情報発信・共有

3. お互いの顔の見える関係づくりの推進(事業者交流会など)

4. 地域ケア会議等、事例検討会への参加

問 10 医療関係者とはどのような時に連携をとっていますか。（それぞれの場合における連携状況をお答えください。）（①～⑦まで、○印はそれぞれ1つ）

	必ず (全てとって いる)	ほとんど とっている	大体 とっている	あまりとって いない	ほとんど とっていない
① 新規ケアプラン担当・作成時	1	2	3	4	5
② 担当者会議開催時	1	2	3	4	5
③ 状態が変わったとき・必要に応じて	1	2	3	4	5
④ サービス内容(計画の内容)を変更するとき (福祉用具の追加等)	1	2	3	4	5
⑤ 区分変更申請をするとき	1	2	3	4	5
⑥ 定期的な連絡	1	2	3	4	5
⑦ その他 ()	1	2	3	4	5

問 10 のいずれかで「4. あまりとっていない」、「5. ほとんどとっていない」と答えた方におたずねします。

問 10-1 連携できていないと考える理由は何ですか。（○印はいくつでも）

1. 介護従事者の医学に関する知識や理解が不足している
2. 医療関係者の介護保険に関する知識や理解が不足している
3. お互いに多忙で連絡が取れない
4. 個人情報保護の観点から情報が共有されない
5. 交流の場がない
6. 誰と連絡をとればいいのかわからない
7. その他 ()

問 11 レスパイトケアで地域包括ケア病床を利用したことはありますか。（○印は1つだけ）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 利用したことはある | 2. 利用したことはない |
|--------------|--------------|

問 11 で「2. 利用したことはない」と答えた方にお聞きします。

問 11-1 利用しない理由は何ですか。（○印はいくつでも）

1. 地域包括ケア病床についての知識が不足している
2. どんな状態の時に相談すれば良いかわからない
3. 入院期間が短いため利用しにくい
4. 利用時に情報提供をする内容が多く手間がかかる
5. 利用前に面談を求められているため敷居が高い
6. かかりつけ医の診療情報提供書を求められるため手間がかかる
7. かかりつけ医の許可を得る必要があるため敷居が高い
8. その他 ()

3 介護保険サービス等についてお伺いします

問 12 介護保険対象サービスの中で、サービスの過不足状況についてご回答ください。
 (「1. 訪問介護」～「31. その他」まで、○印はそれぞれ1つ)

介護サービス等	サービスの過不足状況				
	かなり多い	少し多い	ちょうどよい	少し少ない	かなり少ない
1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	1	2	3	4	5
2. (介護予防)訪問入浴介護	1	2	3	4	5
3. (介護予防)訪問看護	1	2	3	4	5
4. (介護予防)訪問リハビリテーション	1	2	3	4	5
5. (介護予防)居宅療養管理指導	1	2	3	4	5
6. 通所介護 (デイサービス)	1	2	3	4	5
7. (介護予防)通所リハビリテーション	1	2	3	4	5
8. (介護予防)短期入所生活介護	1	2	3	4	5
9. (介護予防)短期入所療養介護	1	2	3	4	5
10. (介護予防)特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5
11. (介護予防)福祉用具の貸与	1	2	3	4	5
12. (介護予防)福祉用具の販売	1	2	3	4	5
13. (介護予防)居宅介護支援	1	2	3	4	5
14. 地域密着型通所介護	1	2	3	4	5
15. (介護予防)小規模多機能型居宅介護	1	2	3	4	5
16. (介護予防)認知症対応型共同生活介護	1	2	3	4	5
17. 介護老人福祉施設	1	2	3	4	5
18. 介護老人保健施設	1	2	3	4	5
19. 介護医療院	1	2	3	4	5
20. 訪問型サービス① (予防専門型)	1	2	3	4	5
21. 訪問型サービス② (家事援助型)	1	2	3	4	5
22. 通所型サービス① (予防専門型)	1	2	3	4	5
23. 通所型サービス② (運動器中心型)	1	2	3	4	5
24. 通所型サービス③ (ミニデイ型)	1	2	3	4	5
25. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	4	5
26. 夜間対応型訪問介護	1	2	3	4	5
27. (介護予防)認知症対応型通所介護	1	2	3	4	5

介護サービス等	サービスの過不足状況				
	かなり多い	少し多い	ちょうどよい	少し少ない	かなり少ない
28. 地域密着型特定施設入居者生活介護	1	2	3	4	5
29. 地域密着型介護老人福祉施設	1	2	3	4	5
30. 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)	1	2	3	4	5
31. その他 (具合的に:)	1	2	3	4	5

※20. ～ 24. は介護予防・日常生活支援総合事業です。

※31. の「その他」は、具体的記載がある場合のみ○をつけてください。

問 13 介護保険サービス事業所は、今後さらに整備が必要であると思いますか。(「1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」～「19. 介護予防支援」まで、○印はそれぞれ1つ) また、その理由をそれぞれにご記入ください。

介護サービス等	事業所の整備が必要であると思うか (理由を記入)		
	必要である	必要ない	理由
1. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	
2. 夜間対応型訪問介護	1	2	
3. 地域密着型通所介護	1	2	
4. (介護予防)認知症対応型通所介護	1	2	
5. (介護予防)小規模多機能型居宅介護	1	2	
6. (介護予防)認知症対応型共同生活介護	1	2	
7. 地域密着型特定施設入居者生活介護	1	2	
8. 地域密着型介護老人福祉施設	1	2	
9. 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス)	1	2	
10. 介護老人福祉施設	1	2	
11. 介護老人保健施設	1	2	
12. 介護医療院	1	2	
13. 訪問型サービス① (予防専門型)	1	2	
14. 訪問型サービス② (家事援助型)	1	2	
15. 通所型サービス① (予防専門型)	1	2	
16. 通所型サービス② (運動器中心型)	1	2	
17. 通所型サービス③ (ミニデイ型)	1	2	
18. 居宅介護支援	1	2	
19. 介護予防支援	1	2	

4 担当利用者についてお伺いします

問 14 担当利用者に対し、ケアマネジメント業務以外に、次のような支援を行っていますか。
(○印はいくつでも)

1. 受診同行
2. 受診への送迎
3. 救急車への同乗
4. 緊急入院した場合の対応・手続き
5. 介護保険以外の各種申請（給付金など）
6. 利用者以外の家族に対する支援
7. 徘徊時の捜索、捜索依頼等の対応
8. 薬局への処方箋の提出、受け取り
9. 介護サービスで対応できない家事
10. 金銭に関すること
11. 介護サービス以外の利用時の立会い
12. いずれも行っていない
13. その他（具体的に： _____)

問 15 介護保険全般に関することや行政に関することでご意見がありましたら、ご自由に記入してください。

引き続き「在宅生活改善調査」についてご回答をお願いします

問 16 あなたの担当利用者の令和 8 年 2 月 1 日現在のお住まいについてご記入ください。
(それぞれの利用者数をご記入ください)

1. 「自宅等(2)を除く)」にお住まいの利用者数	[] 人
2. 「サ高住」・「住宅型有料」・「軽費老人ホーム」にお住まいの利用者数	[] 人

問 17 あなたの担当利用者で、令和 7 年 4 月から令和 8 年 1 月までの 10 カ月間で、「自宅等(※サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く)から居場所を変更した利用者数(要介護度別)」をご記入ください。

※一時的に入院して自宅に戻った方、現在入院中の方は含めないでください。

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	合 計
[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人	[] 人★

問 18 あなたの担当利用者で、令和 7 年 4 月から令和 8 年 1 月までの 10 カ月間で、「自宅等(※サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームを除く)から居場所を変更した利用者数(行き先別)」をご記入ください。

※一時的に入院して自宅等以外の居場所に移った場合は退院後の居場所をご記入ください。

※ここでご記入いただいた「1. ~13. の合計」と、「問 17」でご記入いただいた合計人数(★欄)が一致することをご確認ください。

介護サービス等	居場所を変更した利用者数	
	市(区町村)内	市(区町村)外
1. 兄弟・子ども・親戚等の家	[] 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(特定施設除く)	[] 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. 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. 行先を把握していない	[] 人	[] 人
14. 死亡(※搬送先での死亡を含む)	[] 人	[] 人

以上で調査は終了です。調査にご協力いただき、ありがとうございました。