

介護保険・福祉に関するアンケート
碧南市ケアマネジャー調査票

調査ご協力のお願い

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、平成29年度に「第7期碧南市高齢者ほっとプラン（第7期高齢者福祉計画・第7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2年度は、3年ごとに行う見直しの年度に当たり、「第8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●年●月

碧南市長 禰 亘 田 政 信

『調査票のご記入に当たってのお願い』

- この調査は、令和●年●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。
- ご記入いただいた調査票は、●月●日(●)までに、同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

[この調査についてのお問い合わせ]

碧南市 高齢介護課 介護保険係
電話：0566-95-9889 (直通)

問1 あてはまるものの番号に○印をつけてください。

①性別	1 男性	2 女性	
②年齢	1 20歳代 4 50歳代	2 30歳代 5 60歳代	3 40歳代 6 70歳以上
③管理者かどうか	1 管理者である	2 管理者ではない	
④ケアマネジャーの経験年数	1 1年未満 3 3年～5年未満	2 1年～3年未満 4 5年以上	
⑤勤務体系	1 常勤で専任 3 非常勤で専任	2 常勤で兼務 4 非常勤で兼務	
⑥介護支援専門員以外の保健医療福祉関係の資格 (お持ちの資格すべてに○印)	1 介護福祉士 3 精神保健福祉士 5 保健師	2 社会福祉士 4 看護師(准看護師) 6 その他 (具体的に：)	
⑦介護支援件数		件	
⑧介護予防支援件数		件	

問2 居宅介護サービス計画を作成するにあたって、問題があると考えているのは、どのようなことですか。(○印は5つまで)

<p>1 ケアマネジャー1人あたりが担当する利用者数が多い</p> <p>2 サービス内容の変更やキャンセルが多い</p> <p>3 サービス担当者会議(ケアカンファレンス)を開催できない</p> <p>4 支援困難者への対応が困難である</p> <p>5 サービス事業者の情報が不足している</p> <p>6 介護保険制度に関する情報が不足している</p> <p>7 行政の高齢者保健福祉サービスに関する情報が不足している</p> <p>8 利用者や家族の介護保険サービス利用に対する理解が不足している</p> <p>9 給付管理や介護報酬請求業務などの事務作業が多い</p> <p>10 サービスを提供する事業所が不足している</p> <p>11 質のよいサービスを提供している事業所が少ない</p> <p>12 医療機関からの情報提供が不足している</p> <p>13 医療機関との連携が取りづらい</p> <p>14 その他(具体的に：)</p> <p>15 特にない</p>

問7 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」～「25 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 (介護療養型医療施設)	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 その他 (具体的に：)	1	2	3	4	5

問8 介護保険サービス事業所はさらに整備が必要だと思いますか。

(「1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護」～「17通所型サービス③(ミニデイ型)」まで、○印はそれぞれ1つ)

介護サービス等	事業所の整備が必要であると思いますか。		
	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 介護老人保健施設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(介護療養型医療施設)	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	

問9 ケアプランを作成するうえで、必要と感じる支援・サービス(介護保険以外のサービスも含む)について、ご自由にご回答ください。

問10 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。

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

ご記入いただいた調査票は、●月●日（●）までに、[事業所調査票と一緒にケアマネジャーの人数分の調査票を](#)同封の返信用封筒にてご返送ください。