

## 高齢者の生活・介護等に関する県民調査 調査票

## ご協力をお願い

日頃より、奈良県政へのご協力をいただき、ありがとうございます。

このたび、奈良県におきまして、県民の高齢期の生活、介護等に関する意識や実態を正確に把握し、県の高齢者福祉施策に反映させるための調査を実施します。調査の結果は、県高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業支援計画の策定や高齢者が住み慣れた自宅で安心して暮らし続けるためのしくみである「地域包括ケアシステム」の実現など、今後の高齢者福祉行政を展開する上での基礎資料として活用させていただきます。

ご回答は無記名でお願いいたします。ご回答いただきました内容は、この調査のみに使用します。個人情報に他へ漏れるなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、同封の返信用封筒にて令和4年9月30日（金）までに切手を貼らずにご返送ください。アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

奈良県 福祉医療部 医療・介護保険局 介護保険課長

## ケアマネジャー用調査票 ご回答に当たってのお願い

1. 令和4年9月1日現在の状況についてご回答ください。
2. 回答方法は、あてはまる選択肢に○印をつけたり、回答欄に数字をご記入いただいたりするものです。選択肢「その他」を選ばれた場合は、( ) 内に具体的な内容をご記入ください。
3. 設問によっては、○印をつける個数や回答していただく方が限られるものがありますので、設問の指示に従ってご回答願います。
4. あなたがサービス提供等に従事される中で感じられたり、考えられたりしている内容でお答えください。
5. ご回答が済みましたら、お手数ですが、同封の返信用封筒（切手はいりません）をご利用いただき、令和4年9月30日（金）までにお近くの郵便ポストに投函してください。
6. この調査は「無記名方式」ですので、調査票や返信用封筒にあなたのお名前やお勤めの事業所名、ご住所は記入されないようお願いいたします。

## 【調査に関するお問合せ先】

奈良県福祉医療部医療・介護保険局  
介護保険課介護計画係  
〒630-8501 奈良市登大路町30番地  
電話 0742-27-8524

# 1. 現在の仕事の状況についておたずねします。

問1 あなたが勤務する法人の種別をお答えください。(○は1つ)

1 社会福祉法人	2 医療法人	3 営利法人(株式会社、有限会社など)
4 NPO法人	5 その他の法人( )	

問2 あなたの勤務形態をお答えください。(○は1つ)

1 常勤で専任	2 常勤で兼任	3 非常勤で専任
4 非常勤で兼任		

問3 あなたは、現在の事業所に勤めてから何年ですか。人事異動等による事業所内での異動は考慮しません。(○は1つ)

1 6か月未満	2 6か月以上1年未満	3 1年以上3年未満
4 3年以上5年未満	5 5年以上10年未満	6 10年以上

問4 あなたは、主任ケアマネジャーの資格をお持ちですか。(○は1つ)

1 持っている	2 持っていない
---------	----------

問5 あなたは、ケアマネジャー(主任を含む)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。(○はいくつでも)

1 介護福祉士	2 社会福祉士	3 保健師
4 看護師	5 准看護師	6 理学療法士
7 作業療法士	8 言語聴覚士	9 管理栄養士
10 薬剤師	11 介護福祉士実務者研修	12 介護職員基礎研修
13 ヘルパー1級	14 ヘルパー2級	15 介護職員初任者研修
16 その他( )	17 資格は持っていない	

問6 令和4年9月1日現在で、あなたが担当している利用者数は何人ですか。要介護度別の人数をご記入ください(一時的入院中を含め、継続的に関わっている利用者数を記入してください)。

《担当利用者数》

要介護度	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
担当人数	人	人	人	人	人	人	人	人

問7 あなたは、ケアプランを作成する際、主に誰に相談していますか。(○は主なもの3つまで)

1 職場のサービス従事者	2 他事業所のサービス従事者	3 職場・同僚のケアマネジャー
4 職場の上司・管理者	5 他事業所のケアマネジャー	6 地域包括支援センターの担当者
7 市町村の介護保険担当者	8 主治医、医師	
9 その他( )	10 相談できる相手はいない	

問8 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。(○はいくつでも)

1 利用者本人と家族の意向が合わない	2 家族と連絡がとりづらい
3 利用者が費用負担を考え必要なサービスを控える	4 利用限度額以上のサービス希望がある
5 本人が独居などのため相談相手がいない	6 希望時間帯にサービスが提供できない
7 本人の状態に適したサービスがない	8 必要以上のサービスを要求される
9 主治医と連携がとりにくい	10 希望事業所のサービスが提供できない
11 利用者・家族と自分の意見が合わない	12 他事業所の情報が不足している
13 行政と連携がとりにくい	14 サービス担当者会議の時間・場所調整が難しい
15 その他( )	16 特に困っていることはない

問9 あなたが勤務する事業所のサービス種別についてお答えください。(どちらかに○)

- |          |          |
|----------|----------|
| 1 居宅介護支援 | 2 介護保険施設 |
|----------|----------|

問9で選択肢「1」とお答えの方にお聞きします。

問10 ケアプランを作成する際、事業所数または定員など、量的に不足していると感じるサービスは何ですか。(○は主なもの3つまで)

- |                     |              |                  |
|---------------------|--------------|------------------|
| 1 訪問介護              | 2 訪問入浴介護     | 3 訪問看護           |
| 4 訪問リハビリテーション       | 5 通所介護       | 6 通所リハビリテーション    |
| 7 居宅療養管理指導          | 8 短期入所生活介護   | 9 短期入所療養介護       |
| 10 福祉用具貸与           | 11 特定福祉用具販売  | 12 住宅改修          |
| 13 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |              | 14 認知症対応型通所介護    |
| 15 小規模多機能型居宅介護      | 16 夜間対応型訪問介護 | 17 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 18 特になし             |              |                  |

問11 インフォーマル(制度化されていない)サービスについて、対象者の在宅生活を支えるために充実が必要と感じる支援は何ですか。(○は主なもの3つまで)

- |                                    |                 |               |
|------------------------------------|-----------------|---------------|
| 1 日常の声かけ・見守り                       | 2 洗濯、家の中の掃除など   | 3 ゴミ出し、庭掃除など  |
| 4 食事(調理)の支援                        | 5 買い物支援         | 6 話し相手        |
| 7 移動の支援(主として交通手段に関する事)             |                 |               |
| 8 外出の付き添いや介助(主として外出先での身体的介助に関する事)  |                 |               |
| 9 病院や公共施設での案内(病院や公共施設での付き添いや介助を含む) |                 |               |
| 10 役所に提出する書類作成の手助け                 | 11 配食や会食のサービス提供 | 12 レクリエーション活動 |
| 13 安否確認サービス                        | 14 緊急時の通報システム   | 15 家族介護者への支援  |
| 16 その他( )                          |                 |               |

問12 あなたは、サービス利用者やその家族から、ケアプランの内容等について休日や夜間に電話対応を迫られたことはありますか。(○は1つ)

- |        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1 よくある | 2 たまにある | 3 ほとんどない |
|--------|---------|----------|

## 2. 職場の環境についておたずねします。

問13 あなたの職場環境全体について、あなたはどの程度満足していますか。(○は1つ)

- |                 |                  |             |
|-----------------|------------------|-------------|
| 1 満足している        | 2 どちらかといえば満足している | 3 どちらともいえない |
| 4 どちらかといえば不満である | 5 不満である          |             |

問14 あなたの職場では、業務に関する研修や資格取得に対する助成制度はありますか。(どちらかに○)

- |      |      |
|------|------|
| 1 ある | 2 ない |
|------|------|

問15 あなたはケアマネジャーとしての仕事に対する「やりがい」をどのように感じていますか。また、ケアマネジャーの仕事に対する満足度をどのように感じていますか。

《やりがい》(○は1つ)

- |              |                   |             |
|--------------|-------------------|-------------|
| 1 やりがいがある    | 2 どちらかといえばやりがいはある | 3 どちらともいえない |
| 4 あまりやりがいはない | 5 やりがいはない         |             |

《満足度》(○は1つ)

- |                 |                  |             |
|-----------------|------------------|-------------|
| 1 満足している        | 2 どちらかといえば満足している | 3 どちらともいえない |
| 4 どちらかといえば不満である | 5 不満である          |             |

問16 あなたは、ケアマネジャーの仕事を今後も続けていきたいと思いませんか。(○は1つ)

- 1 今の事業所で続けたい
- 2 別の事業所で続けたい
- 3 続けるのは難しい
- 4 続けたくない

問16で選択肢「3」または「4」とお答えの方にお聞きします。

問17 あなたがケアマネジャーの仕事を続けるのが難しい、または続けたくないと思っている最大の理由は何ですか。(○は1つ)

- 1 他にやりたい仕事があるため
- 2 仕事の内容に不安や不満があるため
- 3 身体的な理由で続けるのが難しい、または続けたくないため
- 4 精神的な理由で続けるのが難しい、または続けたくないため
- 5 金銭的な理由で続けるのが難しい、または続けたくないため
- 6 キャリアアップが望めないため
- 7 一生続けられる仕事か不安があるため
- 8 家庭の事情(子育てや介護)などで続けるのが難しいため
- 9 その他( )

問18 奈良県福祉・介護事業所認証制度について、ご存じですか。(どちらかに○)

- 1 はい
- 2 いいえ

問19 あなたが従事する事業所は、介護の現場に先進技術を用いた機械(介護ロボット、ICT機器)等を導入されていますか。(どちらかに○)(○は1つ)

- 1 すでに導入している
- 2 導入されていない

問19で選択肢「1」とお答えの方にお聞きします。

問20 導入した結果、課題となっていることは何ですか。(○は主なもの1つ)

- 1 操作方法が難しく、実用的でない
- 2 利用者やその家族の理解が得られない
- 3 業務軽減に結びついていない
- 4 ケアの質が下がった
- 5 特に課題はない
- 6 その他( )

問19で選択肢「2」とお答えの方にお聞きします。

問21 あなたは、介護の現場に先進技術を用いた機械(介護ロボット、ICT機器)等の導入を進めることについて、どのようにお考えですか。(○は1つ)

- 1 進めるべきである
- 2 どちらかといえば進めるべきである
- 3 どちらかといえば進めるべきでない
- 4 進めるべきでない

問21で選択肢「3」または「4」とお答えの方にお聞きします。

問22 なぜ、そのようにお考えですか。(○は1つ)

- 1 操作方法が難しくそうだから
- 2 利用者やその家族の理解が得られないと思うから
- 3 導入費や維持費が高そうだから
- 4 業務軽減に結びつかないと思うから
- 5 ケアの質が下がると思うから
- 6 その他( )

問23 あなたは、介護人材不足を解決するための外国人労働者の受け入れについて、利用者の立場から考えてどのように思いますか。(〇は1つ)

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1 進めるべきである (理由: | ) |
| 2 どちらでもない       |   |
| 3 進めるべきでない (理由: | ) |
| 4 わからない         |   |

**3. 関係機関との連携状況についておたずねします。**

問24 サービス利用者の情報について、次にあげる関係機関、職種との連携はどの程度重要と考えていますか。また、現在の連携はどのような状況ですか。(以下の①～⑪それぞれについて、〇は1～4のいずれか1つ)

	連 携 の 重 要 度				連 携 状 況			
	重要である	どちらかといえば重要である	どちらかといえば重要ではない	重要ではない	よくとれている	ある程度とれている	あまりとれていない	ほとんどとれていない
① 主治医・かかりつけ医	1	2	3	4	1	2	3	4
② 歯科医師	1	2	3	4	1	2	3	4
③ 薬剤師	1	2	3	4	1	2	3	4
④ 理学療法士等のリハビリ職	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤ 医療ソーシャルワーカー	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥ 地域包括支援センター	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦ 他の居宅介護支援事業所等	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧ 介護保険外サービス事業者	1	2	3	4	1	2	3	4
⑨ 市町村の介護保険担当者等	1	2	3	4	1	2	3	4
⑩ 民生委員、福祉協力員など	1	2	3	4	1	2	3	4
⑪ 社会福祉協議会	1	2	3	4	1	2	3	4

問25 介護従事者と医療関係者等が多職種連携を進める上で、どのようなことについて課題があるとお考えですか。(〇は主なもの1つ)

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| 1 具体的な連携方法が分からない                 | 2 異職種間での意思疎通が難しい    |
| 3 連携するためのツール (ICTを活用したシステム等) がない | 4 所属している組織の理解が得られない |
| 5 その他 (                          | )                   |

問26 サービス利用者の主治医・かかりつけ医とあなたとの連携はどのような状況ですか。

(○は主なもの3つまで)

- |                               |
|-------------------------------|
| 1 連携して情報交換やよりよいケアに向けた検討をしている  |
| 2 主治医・かかりつけ医の意見をケアプランに反映している  |
| 3 利用者の要望を聞いて主治医・かかりつけ医と調整している |
| 4 主治医・かかりつけ医の指示を利用者に伝えている     |
| 5 利用者の情報提供を行っている              |
| 6 利用者の体調急変時等に連絡している           |
| 7 その他 ( )                     |
| 8 特段の連携は行っていない                |

問27 サービス利用者の主治医・かかりつけ医との連携を図る上での課題は何ですか。

(○はいくつでも)

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 1 面識がない           | 2 主治医・かかりつけ医が多忙で連絡がとれない      |
| 3 利用者の急変時に連絡がとれない | 4 連携に対する主治医・かかりつけ医の理解が得られない  |
| 5 医療のことが難しくて分からない | 6 自らが多忙で連絡が取れない              |
| 7 勤務日や時間が一致しない    | 8 主治医・かかりつけ医の意見と利用者の希望が一致しない |
| 9 その他 ( )         |                              |
| 10 特になし           |                              |

問28 ACP (アドバンス・ケア・プランニング) への取組状況についてお答えください。(○は1つ)

※ACP (アドバンス・ケア・プランニング) とは、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされたうえで、人生の最終段階の医療やケアについて、本人が家族や医療・介護従事者等信頼できる周囲の関係者と事前に繰り返し話し合うプロセスのことをいいます。

- |                              |
|------------------------------|
| 1 実践している                     |
| 2 実践したことがない (実践する機会がない場合も含む) |
| 3 聞いたことはあるが、詳しくは知らない         |
| 4 知らない・聞いたことがない              |

問28で選択肢「1」と回答した方にお聞きします。

問29 ACPを実践する上で課題となっていることは何ですか。(○は主なものを1つ)

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1 本人や家族の意向の把握          | 2 家族へのケア・フォロー         |
| 3 関係する他施設との連携 (情報の共有等) | 4 具体的な方法 (マニュアル等) の整備 |
| 5 特になし                 | 6 その他 ( )             |

問30 ACPを実践するために、どんなツールが活用できると思いますか。(○は主なものを1つ)

- |             |                  |            |
|-------------|------------------|------------|
| 1 パンフレット    | 2 書き込み式エンディングノート | 3 取組に係る講習会 |
| 4 具体的な参考事例集 | 5 特になし           | 6 その他 ( )  |

問31 地域包括支援センターにどのような機能を強化してほしいと思いますか。

(○は主なもの5つまで)

1 困難事例への支援の充実	2 研修・指導内容の充実
3 介護者支援の充実	4 相談機会の増加、緊密な情報交換
5 情報提供の充実	6 関係機関の紹介
7 地域との交流機会の増加	8 民生委員、福祉協力員などとの連携強化
9 介護予防活動の充実	10 医療と介護の連携強化に向けた支援の充実
11 生活支援の適正利用に向けた啓発	12 成年後見制度の広報
13 認知症への支援の充実	14 生活支援の充実
15 その他 ( )	16 特になし

問32 地域包括ケアシステムを構築するために必要と思われるものは何ですか。

(○は主なもの3つまで)

1 地域の社会資源及び住民ニーズの把握	2 生活支援サービスの担い手確保
3 地域の見守りネットワークの強化	4 情報共有手段としてのICT活用
5 地域ケア会議の活性化	6 医療・介護サービス従事者の連携強化
7 ケアシステム構築に向けた行政の支援体制の充実	8 住民に向けた普及啓発
9 その他 ( )	

問33 あなたは、「成年後見制度」について知っていますか。(○はいくつでも)

1 知らない・聞いたことがない
2 詳しくは知らないが聞いたことはある
3 後見人ができること、できないことが何かを知っている
4 成年後見制度利用が必要と思われるケースが分かる
5 成年後見制度の利用についての相談窓口を知っている
6 市町村長による申立てが可能であることを知っている
7 任意後見制度があることを知っている
8 日常生活自立支援事業があることを知っている

問34 高齢者虐待への対応策として必要と思われる制度や仕組みについてお答えください。

(○はいくつでも)

1 機関職員等向けの相談窓口の整備	2 虐待者への相談・支援の充実
3 緊急避難の受け入れ体制の充実	4 高齢者虐待に関する法制度の整備
5 高齢者を見守る地域等のネットワークの確立	6 対応者をフォローする機関の設置
7 虐待者の心身のリフレッシュ体制の充実	8 対応マニュアルの整備
9 機関相互の情報共有	10 住民に対する教育・啓発
11 住民向けの相談窓口の整備	12 機関職員等に対する教育・啓発の機会の充実
13 警察・司法機関との連携・介入	14 地域福祉権利擁護事業の充実
15 その他 ( )	

#### 4. あなたご自身や所属の事業所のことについておたずねします。

問35 あなたの性別はどちらですか。(どちらかに○)

1 男性	2 女性
------	------

問36 あなたの年齢（満年齢）をお答えください。（令和4年9月1日現在でお答えください）

1 20代	2 30代	3 40代
4 50代	5 60代	6 70歳以上

問37 現在の主たる勤務地はどこですか。（○は1つ）

1 奈良市	2 大和高田市	3 大和郡山市	4 天理市	5 橿原市	6 桜井市
7 五條市	8 御所市	9 生駒市	10 香芝市	11 葛城市	12 宇陀市
13 山添村	14 平群町	15 三郷町	16 斑鳩町	17 安堵町	18 川西町
19 三宅町	20 田原本町	21 曾爾村	22 御杖村	23 高取町	24 明日香村
25 上牧町	26 王寺町	27 広陵町	28 河合町	29 吉野町	30 大淀町
31 下市町	32 黒滝村	33 天川村	34 野迫川村	35 十津川村	36 下北山村
37 上北山村	38 川上村	39 東吉野村			

調査にご協力いただき、ありがとうございました。

同封の返信用封筒（切手はいりません）をご利用いただき、令和4年9月30日（金）までにお近くの郵便ポストに投函してください。