

## 第8期高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査

御協力をお願い

皆様には、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から本町福祉行政に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、本町では、平成29年度に第7期高齢者福祉計画を策定し、総合的な高齢者福祉サービスの推進及び介護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年ごとに行う計画の見直しの年度に当たり、第8期高齢者福祉計画の策定に向け準備をしています。

今回の調査は、皆様の御意見をお聞きし、この事業計画がより実態に即したものとなるように役立てる資料とさせていただきます。

この調査票による調査は、居宅サービス計画を作成されているケアマネジャー様を対象に実施します。(居宅介護支援事業所におかれましては、本町の利用者のサービス計画作成に携わっていただいております各ケアマネジャー様の本調査への御協力について、御配慮くださいますようお願いいたします。)

今回の調査は、無記名で行います。答えたくない設問がありましたら、無理にお答えいただく必要はありません。また、御記入いただいた内容につきましては、計画策定の目的以外では使用しませんので、率直な御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、調査の趣旨を御理解いただき、調査に御協力いただきますようお願い申し上げます。

令和2年1月

東郷町長 井 俣 憲 治

### 《御記入にあたってのお願い》

1. 当てはまる項目の番号を、指定の数だけ○印で囲んでください。
2. 自由記載欄につきましては、詳細に御記入ください。

### 《調査票の返送について》

- この調査票は、お答えいただいた後、同封の封筒に入れて2月14日(金)までに返送してください。封筒には差出人の氏名を書いたり、切手を貼ったりする必要はありません。
- この調査のお問合せは、東郷町福祉部高齢者支援課までお願いします。  
電話 (0561) 56-0735 (直通)

問1 あなたのそれぞれの経過年数を記入してください

- |                |   |    |
|----------------|---|----|
| 1. ケアマネジャー歴    | ( | 年) |
| 2. 主任ケアマネジャー歴  | ( | 年) |
| 3. 現在の勤務地での勤務歴 | ( | 年) |

問2 あなたの勤務形態はどれに該当しますか（1つ選択）

- |            |            |
|------------|------------|
| 1. 常勤（専従）  | 2. 常勤（兼務）  |
| 3. 非常勤（専従） | 4. 非常勤（兼務） |

問3 令和2年1月1日現在、あなたは何人のケアプランを担当していますか

( 人)

問4 あなたが関わる要介護認定者のうち、どこから案内された方が最も多いですか（1つ選択）

- |                    |
|--------------------|
| 1. 本人又は家族が事業所に直接相談 |
| 2. 地域包括支援センターの紹介   |
| 3. 医療職や医療機関等の紹介    |
| 4. 介護サービス事業所の紹介    |
| 5. その他 ( )         |

問5 あなたは、町内における介護保険対象の居宅サービスの充足度について、どのようにお考えですか（1つ選択）

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 充足している         | 2. どちらかといえば充足している |
| 3. どちらかといえば不足している | 4. 不足している         |

問5-1 【問5で「3、4」のいずれかに選択した方におたずねします】

介護保険対象の居宅サービスの中で、供給が不足していると感じているサービスは何ですか  
（複数選択可）

- |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 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. 居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士） |                              |
| 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. 福祉用具の貸与                          | 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護           |
| 12. 看護小規模多機能型居宅介護                    | 13. 夜間対応型訪問介護                |
| 14. 認知症対応型通所介護                       | 15. 地域密着型通所介護                |
| 16. 小規模多機能型居宅介護                      | 17. 基準緩和訪問型サービスA             |
| 18. 基準緩和通所型サービスA                     | 19. 自立支援リハビリサービス（短期集中予防サービス） |
| 20. その他 ( )                          |                              |

問6 町内における施設や居住系サービスの充足度について、どのようにお考えですか（1つ選択）

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. 充足している         | 2. どちらかといえば充足している |
| 3. どちらかといえば不足している | 4. 不足している         |

問6-1 【問6で「3、4」のいずれかに回答した方におたずねします】

不足していると考えているのはどんなサービスですか（複数選択可）

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 1. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）   | 2. 介護老人保健施設（老人保健施設） |
| 3. 介護医療院（旧介護療養型医療施設）     | 4. 特定施設入所者生活介護      |
| 5. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 6. 地域密着型特定施設入所者生活介護 |
| 7. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  | 8. その他（ ）           |

問7 介護保険サービス以外のサービス（生活支援サービスや町が単独で行っているサービスなど）も含めて、居宅サービス計画の作成を行っていますか

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. している →問7-1へ | 2. していない →問7-2へ |
|----------------|-----------------|

問7-1 【問7で「1」と回答した方におたずねします】

どのようなサービスを導入していますか（例：配食サービス、地域のサロンなど）

問7-2 【問7で「2」と回答した方におたずねします】

その理由は何ですか（複数選択可）

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. 日頃からサービス計画は介護保険サービスのみで作成している |
| 2. 介護保険サービス以外のサービスで有用なサービスがない   |
| 3. 介護保険サービス以外のサービスについて詳しく知らない   |
| 4. その他（ ）                       |

問8 インフォーマルサービスを意識したケアプランの作成を行っていますか

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. している →問9へ | 2. していない →問8-1へ |
|--------------|-----------------|

問8-1 【問8で「2」と回答した方におたずねします】その理由は何ですか（複数選択可）

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 利用したいサービスがない | 2. サービスを詳しく知らない |
| 3. その他（ ）       |                 |

問9 こんなサービスがあったらよかったのと思ったことはありますか

1. ある →問9-1へ

2. ない →問10へ

問9-1 【問9で「1」と回答した方におたずねします】

それは、どのようなサービスですか

問10 自立支援のためのケアマネジメントを促進するために必要だと思うことはありますか  
(3つまで選択可)

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1. 本人・家族の理解       | 2. 保険者からの支援          |
| 3. インフォーマルサービスの充実 | 4. インフォーマルサービスの資源の把握 |
| 5. 介護サービス事業所との連携  | 6. 主治医の意見・理解         |
| 7. ケアマネジャーのスキルアップ | 8. その他( )            |
| 9. なし             |                      |

問11 ケアマネジメントを円滑に行うために、どのような情報が必要ですか(5つまで選択可)

1. 介護保険制度に関する情報
  2. 介護保険制度以外の保健、福祉に関する情報
  3. 地域のインフォーマルサービスに関する情報
  4. ケアマネジメント技術に関する情報
  5. 認知症ケアに関する情報
  6. 介護予防に関する情報
  7. サービス提供事業所に関する情報
  8. 介護保険施設の定員の空き状況に関する情報
  9. 研修や講座等に関する情報
  10. 地域ケア会議に関する情報
  11. 困難事例等に関する情報
  12. 多職種連携に関する情報
  13. 情報提供や相談窓口に関する情報
  14. 医療に関する情報
  15. 地域の医療機関に関する情報
  16. その他( )
  17. 特になし

問12 介護サービス計画の作成を断ったことはありますか

1. ある →問12-1へ

2. ない →問13へ







問 20 利用者の病状や健康状態について主治医と連携し、情報共有を行っていますか（1 件でも実績があれば「1. 行っている」を選択）

1. 行っている

2. 行っていない

問 21 医療機関や医療従事者との連携について、苦労していることはありますか

1. ある

2. ない

問 22 医療と介護が連携する効果は何だと思えますか（3つまで選択可）

1. 今まで知らなかった情報を知ることができるようになる
2. よりきめ細かい利用者の変化を捉えられるようになる
3. 利用者等の情報を取得する時間や手間が省けるようになる
4. 今まで連絡しづらかった事業者に連絡しやすくなる
5. 医療・介護双方のことを理解しようと努力するようになる
6. 利用者へより良いサービスが提供できるようになる
7. 利用者の確保がしやすくなる
8. リスクの軽減が期待できる
9. その他（ )
10. わからない
11. 効果はない

問 23 医療・介護連携を行うにあたっての課題は何だと思えますか（3つまで選択可）

1. 医療・介護連携をすると、時間を要し業務に支障が出る
2. 連携の必要のない情報まで共有をしなくてはならなくなり、稼働率が落ちる
3. 自身が連携したいタイミングと相手の都合が合わず、連携が取りにくい
4. 専門用語等、会話に気を遣う
5. 在宅診療のニーズが低い
6. その他（ )
7. わからない
8. 特に課題はない





問 30 あなたが行政に期待することは何ですか (自由記載)

問 31 あなたが地域包括支援センターに期待することは何ですか (自由記載)

～ 以上でアンケートは終了です。御協力ありがとうございました。 ～