

東郷町ケアマネジャー調査

(第10期東郷町高齢者福祉計画アンケート調査票)

皆様には、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃から本町福祉行政にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本町では、3年に一度「東郷町高齢者福祉計画」を策定し、高齢者福祉や介護保険の事業運営に取り組んでおります。この度、令和9年度からの計画策定に向けて、ケアマネジャーの皆様からのご意見をお聞きするため、「ケアマネジャー調査」を実施させていただきます。

この調査は、居宅サービス計画を作成されているケアマネジャーの皆様を対象として実施します。(居宅介護支援事業所等におかれましては、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ご協力について、ご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、ご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、率直なご意見をお聞かせください。ご回答いただきました内容については、計画策定のため必要となる貴重な資料としてのみ使用させていただきますので、ご協力をお願いします。

令和7年12月

東郷町長 石橋 直季

《ご記入に当たってのお願い》

- ・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。
- ・自由記載欄につきましては、詳細にご記入ください。
- ・令和7年12月1日を基準日とした内容で回答してください。

《調査票の返信について》

- ・ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒に入れて、1月16日(金)までに投函してください。
- ・切手は必要ありません。

《調査についての問合せ》

東郷町役場 福祉こども部 高齢者支援課
電話 (0561) 56-0753 (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。(数字を記入)

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 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7年12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。(数字を記入)

() 人

問4 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 → 問5ハ | 2. どちらかといえば充足している → 問5ハ |
| 3. どちらかといえば不足している → 問4-1ハ | 4. 不足している → 問4-1ハ |

問4-1【問4で「3.」「4.」のいずれかに回答した方にお伺いします。】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5 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 → 問6ハ | 2. どちらかといえば充足している → 問6ハ |
| 3. どちらかといえば不足している → 問5-1ハ | 4. 不足している → 問5-1ハ |

問5-1【問5で「3.」「4.」のいずれかに回答した方にお伺いします。】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6 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等)も含めて、居宅サービス計画の作成を行っていますか。(1つ選択)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. している → 問6-1ハ | 2. していない → 問6-2ハ |
|-----------------|------------------|

問6-1【問6で「1.」と回答した方にお伺いします。】どのようなサービスを導入していますか。(複数選択可)

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------|
| 1. ひとり暮らし高齢者の登録 | 2. 緊急通報システム設置 | 3. 配食サービス |
| 4. 高齢者タクシー料金助成 | 5. 介護用品(おむつ等)購入費助成 | |
| 6. 外出支援サービス | 7. 理髪サービス | 8. 栄養相談 |
| 9. 成年後見制度 | 10. ひとり歩き高齢者等位置情報提供サービス導入助成 | |
| 11. 自立支援応援事業 | 12. 調理 | 13. 掃除 |
| 14. 洗濯 | 15. 買い物支援 | 16. ゴミ出し |
| 17. 通院時の付き添い | 18. 見守り、安否確認、声かけ | 19. スマホ教室 |
| 20. サロン等の定期的な通いの場 | 21. その他() | 22. 特になし |

問6-2【問6で「2.」と回答した方にお伺いします。】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7 こんなサービスがあると良いと思うサービスはどのようなサービスですか。(自由記述)

問8 東郷町の高齢者福祉サービスで不要と思うサービスは何ですか。(複数選択可)

- | |
|-------------------------------------------|
| 1. タクシー券(移動手段のない低所得の方などにタクシー券を配布) |
| 2. 外出支援サービス(寝たきり等の方の介護タクシー費用を補助) |
| 3. 緊急通報システム(心疾患等をお持ちの高齢者に緊急通報システム機器の貸し出し) |
| 4. 配食サービス(低栄養者の自立に向けた夕食の補助) |
| 5. シルバーハウジング生活援助員派遣(高齢者向け住宅居住者へのヘルパー派遣) |
| 6. 理髪サービス(寝たきりの方等の理髪費用を補助) |
| 7. 成年後見人(低所得の方の後見人報酬等補助) |
| 8. おむつ券(要介護認定者で在宅生活されている方へのおむつ購入費の補助) |
| 9. 特になし |

問9 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えることはありますか。(3つまで選択可)

- | | | |
|-------------------|----------------------|-------------|
| 1. 本人の意思決定支援 | 2. 家族の理解 | 3. 保険者からの支援 |
| 4. インフォーマルサービスの充実 | 5. インフォーマルサービスの資源の把握 | |
| 6. 介護サービス事業所との連携 | 7. 主治医の意見・理解 | |
| 8. ケアマネジャーのスキルアップ | 9. その他() | 10. 特になし |

問10 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11 介護サービス計画の作成を断ったことはありますか。(1つ選択)

1. ある →問11-1へ

2. ない →問12へ

問11-1【問11で「1.」と回答した方にお伺いします。】その理由は何ですか。(自由記述)

問12 困難事例を地域包括支援センターに相談したことはありますか。(1つ選択)

1. はい →問12-1へ

2. いいえ →問12-2へ

問12-1【問12で「1.」と回答した方にお伺いします。】その時の地域包括支援センターの印象はどうか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 気軽に相談できる雰囲気だった | 2. 親身になって対応してもらえた |
| 3. 迅速に対応してもらえた | 4. 適切な助言がもらえた |
| 5. しかるべきところへ繋いでもらえた | 6. 不親切な対応であった |
| 7. 対応までに時間を要した | 8. 適切な助言がもらえなかった |
| 9. その他 () | |

問12-2【問12で「2.」と回答した方にお伺いします。】地域包括支援センターへ相談しない理由は何ですか。(自由記述)

問13 あなたが関わる要介護認定者のうち、この1年間で高齢者虐待を受けた、または受けていると疑われる事案はありましたか。(1つ選択)

1. ある () 件 →問13-1、問13-2へ

2. ない →問14へ

問13-1【問13で「1.」と回答した方にお伺いします。】それは誰からの通報でしたか。(複数選択可)

- | | | |
|----------------|------------|-----------------|
| 1. 被虐待者から | 2. 虐待者から | 3. 虐待者以外の同居家族から |
| 4. 親族から | 5. 近隣の方から | 6. 民生委員・児童委員から |
| 7. サービス提供事業者から | 8. その他 () | |

問13-2【問13で「1.」と回答した方にお伺いします。】関係機関に相談・通報しましたか。(1つ選択)

1. はい →問13-3へ

2. いいえ →問14へ

問13-3【問13-2で「1.」と回答した方にお伺いします。】相談・通報先はどこですか。(複数選択可)

- | | | |
|---------------|------------|------------|
| 1. 地域包括支援センター | 2. 役場の担当部署 | 3. その他 () |
|---------------|------------|------------|

問14 あなたが、ケアマネジャーとして困っていることは何ですか。(5つまで選択可)

- | | | |
|------------------------------|---------------------|--------------------|
| 1. ケアプラン作成の事務量が多い(担当利用者が多い) | 2. ケアプラン作成以外の業務量が多い | |
| 3. ケアマネ業務以外の事務量が多い(業務範囲が不明確) | 4. 困難なケースへの対応 | |
| 5. 主治医との連携や調整 | 6. サービス担当者会議の開催 | 7. 自己研鑽や情報収集の時間がない |
| 8. サービスの調整 | 9. 本人と家族間の調整 | 10. 利用料金の制限 |
| 11. 本人等のニーズ把握 | 12. 自分の力量への不安 | 13. 業務の責任が重い |
| 14. 賃金が低い | 15. 相談する人がいない | 16. 所属先等から支援が得られない |
| 17. その他 () | 18. 特にない | |

問15 ケアマネジャーとしての本来の業務以外の事項で、業務中に負担感を感じる場面はありますか。
(1つ選択)

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問16 業務中に、ケアマネジャーとしての本来の業務以外で対応している仕事があれば、具体的にお書きください。
(自由記述)

--

問17 過去1年間に研修を受けましたか。(複数選択可)

1. 地域包括支援センター主催の研修を受けた
2. 「豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし」が主催の研修を受けた
3. 「在宅医療・介護連携支援センターやまびこ東郷」が主催の研修を受けた
4. 地域包括支援センターや「豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし」や「在宅医療・介護連携支援センターやまびこ東郷」が主催する以外の研修を受けた(詳細を記入してください(例、虐待対応・接遇について)) (内容:)
5. 研修を受けなかった →問17-1へ

問17-1【問17で「5.」に回答した方にお伺いします。】研修を受けなかった理由は何ですか。(自由記述)

--

問18 利用者や家族から受けたことがある苦情は何ですか。(複数選択可)

1. 契約内容や説明がわかりにくい	} →問18-1へ
2. 契約内容や利用できるサービスが考えていたものと違う	
3. サービスを希望通り受けられない	
4. ケアマネジャーの連絡や訪問が少ない等、対応に不満がある	
5. 経済的負担が大きい	
6. その他 ()	
7. 苦情を受けたことはない →問19へ	

問18-1【問18で「1.」～「6.」のいずれかに回答した方にお伺いします。】あなたはどのような対応をとっていますか。(複数選択可)

1. 管理者や苦情専門の担当者に相談している	2. 役場に相談するようにしている
3. 地域包括支援センターに相談するようにしている	4. 利用者や家族と話し合う機会を設けている
5. その他 ()	

問19 介護者から、被介護者の相談以外に、介護者自身のことについて相談を受けたことがありますか。
(1つ選択)

1. ある →問19-1、問19-2へ	2. ない →問20へ
---------------------	-------------

問19-1【問19で「1.」と回答した方にお伺いします。】どのような相談でしたか。(複数選択可)

1. 介護離職	2. ダブルケア	3. 介護疲れ(身体的、精神的)
4. 経済的困窮	5. 介護の仕方	6. 協力者の不在
7. その他 ()		

問19-2【問19で「1.」と回答した方にお伺いします。】どのような支援があると良いですか。(複数選択可)

1. 介護者の集い	2. 傾聴する人	3. 相談窓口
4. ケアマネ向けの研修会・講座	5. 家族向けの研修会・講座	6. その他 ()

問20 電子@連絡帳レガッタネットとうごうを利用し、主治医等と介護サービス利用者の状況について情報共有を行ったことがありますか。(1つ選択)

1. 利用したことがある →問21へ	2. 利用したことはない →問20-1へ
--------------------	----------------------

問20-1【問20で「2.」と回答した方にお伺いします。】その理由は何ですか。(自由記述)

問21 あなたは他職種との連携がどの程度とれていますか。(①から⑩それぞれ1つ選択)

	十分連携がとれている	まあまあ連携がとれている	あまり連携がとれていない	ほとんど連携がとれていない	連携する必要性を感じない
① 医師	1	2	3	4	5
② 歯科医師	1	2	3	4	5
③ 薬剤師	1	2	3	4	5
④ 訪問看護師	1	2	3	4	5
⑤ リハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)	1	2	3	4	5
⑥ 介護職員	1	2	3	4	5
⑦ 地域包括支援センター	1	2	3	4	5
⑧ 豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし	1	2	3	4	5
⑨ 在宅医療・介護連携支援センターやまびこ東郷	1	2	3	4	5
⑩ 医療相談員(医療ソーシャルワーカー)	1	2	3	4	5

問22 あなたが今後、より連携を図ることが重要だと思う職種等は何ですか。(複数選択可)

1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 訪問看護師
5. リハビリ職	6. 訪問介護職員	7. 管理栄養士	8. 地域包括支援センターの職員
9. 他の居宅介護支援事業所のケアマネジャー	10. 豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし		
11. 在宅医療・介護連携支援センターやまびこ東郷	12. C S W (コミュニティソーシャルワーカー)		
13. 医療相談員(医療ソーシャルワーカー)	14. 介護事業所の職員		
15. その他 ()	16. 特になし		

問23 在宅療養を続けるための連携で、現在困っていることはどれですか。(複数選択可)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 定期的な情報共有や打合せの時間がとれない | 2. 薬の管理が難しい(飲み忘れ・残薬・変更の共有不足) |
| 3. リハビリ・栄養・口腔など専門職との連携が弱い | 4. 医療・介護サービスを依頼しても、必要な量を確保できない |
| 5. 連絡・記録のツールが統一されておらず、重複や漏れが出る | 6. 住宅改修・福祉用具・生活支援の調整に時間がかかる |
| 7. 独居や認知症などで見守り・把握が難しい | 8. 目標や評価の基準が職種間でそろっていない |
| 9. 特にない | 10. その他 () |

問24 入退院時の連携で、現在困っていることはどれですか。(複数選択可)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. 退院の連絡が遅い／急に決まる | 2. 退院時の情報が不足している(病状・薬・生活状況など) |
| 3. 連絡方法がバラバラで抜け漏れが出る(電話・FAX・メール等) | |
| 4. 本人や家族への説明・同意が不十分 | 5. 在宅サービスの確保が難しい(訪看・ヘルパー・リハ等) |
| 6. 医療機器や物品の準備・使い方の引き継ぎが不足 | 7. 入院時に提供した情報が活用されていない |
| 8. 病院と在宅で役割の分担が食い違う | 9. 特にない |
| 10. その他 () | |

問25 急変時の連携で、現在困っていることはどれですか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. かかりつけ医に連絡がつながりにくい | 2. 夜間・休日の連絡先がはっきりしない |
| 3. だれが最初に動かか、役割が決まっていない | 4. 事前の意思(延命の希望など)がわからず判断に迷う |
| 5. 訪問看護や介護職とその場で情報を共有しにくい | 6. 救急車を呼ぶかどうかの目安がない |
| 7. 家族の希望と医療の判断が合わないことがある | 8. 体調やバイタルの記録方法が統一されていない |
| 9. 特にない | 10. その他 () |

問26 看取りの連携で、現在困っていることはどれですか。(複数選択可)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 本人・家族の希望を確認しても更新されない／共有できない | |
| 2. 痛みや息苦しさへの医療対応がすぐに受けられない | 3. 夜間・最終段階の対応体制(往診・訪看・連絡)が弱い |
| 4. 宗教・文化への配慮や場所の選択支援が不十分 | 5. 亡くなった時の手続き(連絡・診断・搬送)の役割が不明確 |
| 6. 家族の休息支援や心のケアが足りない | 7. 連絡票や指示書などの共通ツールが整っていない |
| 8. 多職種の話し合いの時間が確保できない | 9. 特にない |
| 10. その他 () | |

問27 医療機関や医療従事者等他職種との連携のためには、どのようなことが必要だと思いますか。(3つまで選択可)

- | | | |
|------------------------|---------------------|-------------------|
| 1. 職種間の専門性や置かれている状況の理解 | 2. 患者(利用者)情報の共有 | 3. 役割分担の明確化 |
| 4. 連携窓口の設置 | 5. サービス担当者会議の開催 | 6. 患者(利用者)及び家族の理解 |
| 7. 顔の見える関係づくりの場 | 8. ケアマネジャーのマネジメント能力 | 9. 意見をもらう書式の統一 |
| 10. 各職種の人材の質の向上 | 11. その他 () | |

問28 担当している利用者に対して、ACPの説明や希望の確認を計画的に行っていますか。(1つ選択)

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| 1. ほとんどの人に行っている | 2. 状況に応じて多くの人に行っている(状態変化時など) |
| 3. 必要だと思うときだけ行っている | 4. 行っていない |

問29 ACPを進めるうえでの困りごとは何ですか。(複数選択可)

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 本人や家族に説明したり話し合う時間が足りない | 2. 医療側(主治医など)との連携や役割があいまい |
| 3. 記録の様式や運用ルールが整っていない | 4. 研修や事例共有の機会が少ない |
| 5. 同意や代理決定など、倫理・法的な点が不安 | 6. 本人の意思を確認しにくいケースへの対応が難しい |
| 7. 特に大きな困りごとはない | 8. その他 () |

問30 今後、高齢者の保健福祉や介護予防等に関する取組を進めていく上で、町はどのようなことに重点を置くべきだと思いますか。(3つまで選択可)

1. 健康増進や介護予防の推進	2. 社会参加の促進、教養の向上
3. ボランティア・地域活動の支援や参加促進	4. 高齢期の住まいの基盤整備
5. 介護保険サービスの充実	6. 高齢者を介護する家族への支援
7. 医療と介護の連携	8. 高齢者の生活支援や見守り活動への支援
9. 緊急時・災害時の支援体制の充実	10. 認知症等、判断能力が低下した場合の支援体制の充実
11. その他 ()	12. 特にない

問31 あなたが、認知症の人本人と関わる中で見聞きしたご本人の生きがいややりたいこと、また困っていることなどご本人が発信されていることを教えてください。(自由記述)
※あなたが解決できないにかかわらず、ご記入ください。

生きがいややりたいこと
困っていること
その他

問32 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。(自由記述)

--

問33 あなたが町に期待することは何ですか。(自由記述)

--

【在宅生活改善調査】

この調査は、「自宅」、「サ高住」、「住宅型有料」、「軽費老人ホーム」にお住まいの方のうち「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」が対象です。

例えば「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」、「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」が対象です。

対象の方について、下記の項目に基づく各設問を次のページよりご回答ください。

■設問の項目

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。
2. 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理由について、お伺いします。
3. 「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」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. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。			2. 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理由について、お伺いします。
問1-1	問1-2	問1-3	問2-1
世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	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理由についてお答えください。 (1) 本人の状態等に属する理由について、お答えください。
番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	番号1つ 選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入
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（持ち家） 2. 自宅等（借家） 3. 住宅型有料 4. サ高住 5. 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. 該当なし 2. 必要な生活支援の発生・増大 3. 必要な身体介護の増大 ⇒【問2-4】 4. 認知症の症状の悪化 ⇒【問2-5】 5. 医療的ケア・医療処置の必要性の高まり ⇒【問2-6】 6. その他、本人の状態等の悪化 7. 本人の状態等の改善
記入例	2	1	5
01			3, 4
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

2. 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理由について、お伺いします。

問2-2	問2-3	問2-4	問2-5	問2-6
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理由についてお答えください。				
(2) 主に本人の意向等に属する理由について、お答えください。	(3) 主に家族等介護者の意向・負担等に属する理由について、お答えください。	理由となる、具体的な「身体介護」をお答えください。	理由となる、具体的な「認知症の症状」をお答えください。	理由となる、具体的な「医療的ケア」、「医療処置」をお答えください。
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	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. 該当なし 2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 3. 生活不安が大きいから 4. 居住環境が不便だから 5. 本人が介護者の負担の軽減を望むか 6. 費用負担が重いから 7. その他、本人の意向等があるから	1. 該当なし 2. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大 3. 介護者が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 4. 家族等の介護等技術では対応が困難 5. 費用負担が重いから 6. 家族等の就労継続が困難になり始めたから 7. 本人と家族等の関係性に課題があるから 8. その他、家族等介護者の意向等があるから	1. 見守り・付き添い 2. 移乗・移動 3. 食事摂取 4. 排泄（日中） 5. 排泄（夜間） 6. 入浴 7. 更衣・整容 8. その他	1. 家事に支障がある 2. 一人での外出が困難 3. 薬の飲み忘れ 4. 金銭管理が困難 5. 意欲の低下 6. 徘徊がある 7. 暴言・暴力等がある 8. 強い介護拒否がある 9. 深夜の対応 10. 近隣住民等とのトラブル 11. その他	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル 13. 喀痰吸引 14. インスリン注射 15. その他
記入例	3	2	5, 6	7
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

※問3-1、3-2は、実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者にとって適切と思うサービスを選択してください。

3. 「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」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。				
問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問3-5
<p>「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」状況に対して、<u>どのようなサービスに変更することで改善できる</u>と思いますか。</p> <p>番号1つ 選択記入</p> <p>1. より適切な「在宅サービス」に変更する（例：小多機等） 2. より適切な「住まい・施設等」に変更する（例：サ高住への入居、特養への入所等） 3. より適切な「在宅サービス」もしくは「住まい・施設等」に変更する（例：定期巡回の利用、もしくは特養への入所が適切等） 4. 「1.」～「3.」では、改善は難しいと思う⇒【回答は終了です】</p> <p>※「在宅サービス」と「住まい・施設等」の定義は、問3-2を参照</p>	<p>問3-1で選択したサービス利用の変更について、<u>本来であればより適切と思われる、具体的なサービス</u>をお答えください。</p> <p>あてはまる番号 すべて選択記入</p> <p><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 ⇒<u>住まい・施設等を1つでも選択した場合は、問3-3以降も回答</u></p>	<p>【問3-2で「12.」～「19.」を選択の場合】</p> <p>利用者の<u>入所・入居の緊急度</u>をお答えください。</p> <p>番号1つ 選択記入</p> <p>1. 緊急性が高い 2. 入所が望ましいが、<u>しばらくは他のサービスでも大丈夫</u> 3. その他</p>	<p>【問3-2で「12.」～「18.」（※特養以外）を選択の場合】</p> <p><u>入所・入居できない理由</u>をお答えください。</p> <p>番号1つ 選択記入</p> <p>1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、<u>空きがない</u> 3. 申込済みで空きはあるが、<u>希望の住まい・施設等に空きがない</u> 4. 申込済みだが、<u>医療処置がある</u>ことを理由に入所・入居できない 5. その他</p>	<p>【問3-2で「19.」（※特養）を選択の場合】</p> <p><u>特養に入所できない理由</u>をお答えください。</p> <p>番号1つ 選択記入</p> <p>1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、<u>空きがない</u> 3. 申込済みで空きはあるが、<u>希望の施設に空きがない</u> 4. 申込済みだが、<u>医療処置がある</u>ことを理由に入所・入居できない 5. その他</p>
記入例	3	7,17	2	2
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

～以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。～