

# 大阪市高齢者実態調査票

## (介護支援専門員調査) (案)

### 《調査ご協力のお願い》

このたび大阪市では、「介護支援専門員調査」を実施することになりました。この調査は、今後の大阪市の高齢者施策を推進するための大切な調査であり、ケアプラン作成に携わっておられる介護支援専門員の方々にお願いしているものです。

ご回答いただきました内容はすべてコンピューターにより統計的に処理し、この調査の目的にのみ使用し、皆様には不利益のないよう個人情報の保持には万全を期しております。なお、この調査は無記名調査となっております。

何かとお忙しいところお手数ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、是非ともご協力いただきますよう、よろしく申し上げます。(回答に要する時間は(めやすとして)50分程度です。)

### 《ご記入にあたってのお願い》

- 1 ご回答者  
介護支援専門員の方がお答えください。
- 2 記入の方法
  - ・ この調査は、問の中で時点や期間を指定している場合を除き、記入日現在の状況でお答えください。
  - ・ 筆記具は鉛筆やボールペンなどをお使いください。
  - ・ あてはまる番号に○をつけていただく問には、1つだけ○をつけていただく場合と、複数○をつけていただく場合がありますので、質問に従ってご回答ください。
  - ・ 複数の事業所を兼務されている場合は、介護支援専門員としての実績の多い方の事業所から渡された調査票にのみ記入してください。

### 3 返信方法

同封の返信用封筒(切手不要)に、ご記入いただいた調査票を入れて2019年7月31日までに、ご返送ください。

#### 【調査についてのお問い合わせ先】

大阪市 福祉局 高齢者施策部

介護保険課 電話：06-6208-8028

ファックス：06-6202-6964

(受付時間：平日 午前9時～12時15分・午後1時～5時30分)

**【調査回答者の年齢】**

問1 あなたの年齢は、次のどれにあてはまりますか。

2019年6月30日現在でお答えください。

(○はひとつ)

1	20歳代	2	30歳代	3	40歳代
4	50歳代	5	60歳代	6	70歳以上

**【介護支援専門員の経験年数等】**

問2 あなたの2019年6月30日現在での、介護支援専門員業務の従事状況についてお答えください。

(ア) 介護支援専門員業務に従事してどれくらいの経験がありますか。前職も含めた合計期間でお答えください。(○はひとつ)

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		

(イ) 現在の職場（介護支援専門員業務）の勤務期間をお答えください。(○はひとつ)

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		

(ウ) 現在の勤務先（所在地）をお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1 北区	2 都島区	3 福島区	4 此花区	5 中央区	6 西区
7 港区	8 大正区	9 天王寺区	10 浪速区	11 西淀川区	12 淀川区
13 東淀川区	14 東成区	15 生野区	16 旭区	17 城東区	18 鶴見区
19 阿倍野区	20 住之江区	21 住吉区	22 東住吉区	23 平野区	24 西成区

(エ) あなたが勤務している居宅介護支援事業所は、介護支援専門員として働き始めてから何か所目の事業所ですか。

(人事異動等による同一法人内での勤務地の変更を除きます)

( ) か所目

(オ) (エ) で「2か所目」以上と答えられた方にお伺いします。

以前、勤務していた居宅介護支援事業所を辞められた理由は何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1 自分の力量について、不安があったから
- 2 職員同士の関係がうまくいかなかったから
- 3 賃金が低かったから
- 4 **残業が多かったから**
- 5 兼務業務が忙しく、ケアマネ業務の時間が取れなかったから
- 6 休日・休暇が取れなかったから
- 7 職場までの通勤に時間がかかったから
- 8 その他  
( )

(カ) あなたが勤務している居宅介護支援事業所の介護支援専門員の人数は、何人ですか。

( ) 人

#### 【保健医療福祉関係の資格】

問3 あなたは、介護支援専門員以外に保健医療福祉関係の資格をお持ちですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| 1 医師              | 2 歯科医師       |
| 3 薬剤師             | 4 看護師・准看護師   |
| 5 保健師             | 6 助産師        |
| 7 理学療法士           | 8 作業療法士      |
| 9 歯科衛生士           | 10 栄養士・管理栄養士 |
| 11 柔道整復師          | 12 社会福祉士     |
| 13 介護福祉士          | 14 精神保健福祉士   |
| 15 社会福祉主事         |              |
| 16 旧ホームヘルパー ( ) 級 | 17 その他 ( )   |

※「16 旧ホームヘルパー ( ) 級」に○をされた方は、修了済の研修についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1 介護職員基礎研修 | 2 介護職員初任者研修 |
| 3 実務者研修    |             |

#### 【主任介護支援専門員の資格】

**問4 あなたは主任介護支援専門員の資格をお持ちですか。 (○はひとつ)**

1	あり → (取得年月日 平成 年 月 日)
2	なし

**【勤務先事業所の設置主体】**

**問5 あなたが勤務している居宅介護支援事業所の設置主体についてお伺いします。 (○はひとつ)**

1	社会福祉協議会	2	社会福祉法人 (社協以外)
3	医療法人	4	NPO法人
5	生協・農協	6	営利法人 (株式会社・その他等)
7	財団法人・社団法人	8	その他 ( )

**【勤務形態等】**

**問6 あなたの勤務形態と勤務日数及び時間帯は、次のうちどれですか。 非常勤の場合は週当りの時間をご記入ください。 (○はひとつ)**

1	常勤・専従	2	非常勤・専従 (週 時間)
3	常勤・兼務	4	非常勤・兼務 (週 時間)

**【担当している利用者等】**

**問7 あなたが担当している利用者等についてお伺いします。 担当する利用者や件数がない場合は「0」と記入してください。**

(1) 担当利用者数 (予防含む) 〔 一時的入院中なども含め、継続的に関わっている利用者 数を記入してください。 (2019年6月30日現在) 〕	人 (うち予防 人)
(2) 居宅サービス計画新規作成件数 (旨の届を提出した件数) 〔 2019年6月1日～30日の該当件数、介護予防サービス計画 を含む。 〕	件 (うち予防 件)
(3) 居宅サービス計画変更作成件数 (目標変更や更新等の件数) 〔 2019年6月1日～30日の該当件数、介護予防サービス計画 を含む。 〕	件 (うち予防 件)

**【要介護度別利用者の割合】**

問8 問7で記入された利用者の要介護度別の内訳人数をお答えください。

なお、新規・更新・区分変更中の方については「その他」に計上してください。

**【利用者の要介護度別人数】**

2019年6月30日 現在の担当利用者数	要 介 護 度 別 人 数							
	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	その他
人	人	人	人	人	人	人	人	人
(うち、認知症の方) 人	人	人	人	人	人	人	人	人

\* 「要介護度別人数」の合計＝2019年6月30日現在の担当する利用者数

\* 「うち、認知症の方」については、「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の方について記載してください。

**【住まい別の利用者人数】**

問8-1 問8で記入された利用者のお住まいについて、住まい別の内訳人数をお答えください。

2019年6月30日現在の担当利用者数	住 ま い 別 人 数		
	1 利用者の家 (持ち家・賃貸)	2 高齢者向け住宅(介護付き有料老人ホーム除く)	3 その他(利用者の子ども、親族の家など)
人	人	人	人

\* 「住まい別人数」の合計＝2019年6月30日現在の担当する利用者数

**【利用者にかかる医療的な処置等】**

問8-2 問7(1)で記入された利用者にかかる医療的な処置等について、人数内訳と種類をお答えください。

人数内訳	医療的な処置等にかかる種類及び人数(複数回答)		
あり ( 人) 医療的な処置等が必要な実人数を記載して下さい。	1 点滴の管理 ( 人)	2 中心静脈栄養 ( 人)	
	3 透析 ( 人)	4 ストーマ(人工肛門)の処置 ( 人)	
	5 酸素療法 ( 人)	6 レスピレーター(人工呼吸器) ( 人)	
	7 気管切開の処置 ( 人)	8 喀痰吸引 ( 人)	
	9 疼痛の看護 ( 人)	10 経管栄養 ( 人)	
	11 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ( 人)		
	12 じょくそうの処置 ( 人)	13 インスリン注射 ( 人)	
	14 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) ( 人)		
	15 その他 ( ) ( 人)		
	なし ( 人)		

**【終末期を在宅で迎える利用者数】**

問8-3 問7(1)で記入された利用者のうち、終末期を在宅でむかえる方をどれくらい担当していますか。

( ) 人

【介護保険以外のサービス作成状況】

問9 2019年6月30日現在であなたが担当している利用者のケアプランで、大阪市の介護保険外サービス、ボランティアなどのインフォーマルサービスを組み合わせて作成したものはありますか。あればその人数を記入してください。

(○はひとつ)

1 ある → ( ) 人 ⇒ 問10へ      2 ない ⇒ 問11へ

【介護保険サービス以外のサービス利用内容】

問10 問9で「ある」と答えられた方にお伺いします。

該当する介護保険外サービス・インフォーマルサービスについて○で囲み、利用者の人数を記入してください。(あてはまるものすべてに○)

●介護保険外サービスの種類

1 緊急通報システム ( ) 人

2 住宅改修費助成 ( ) 人

※緊急通報システムは現在利用中の人数を、住宅改修費助成はこれまで利用したことがある人数をご記入ください。

3 生活支援型食事サービス ( ) 人

4 日常生活用具等の給付 ( ) 人

5 介護用品の支給 ( ) 人

6 寝具洗濯乾燥消毒サービス ( ) 人

7 あんしんさぼりと事業 ( ) 人

8 成年後見制度 ( ) 人

9 お泊まりデイ ( ) 人

10 介護予防ポイント事業、なにわ元気塾などの一般介護予防事業 ( ) 人

11 ひゃくさいたいそういきいき百歳体操、ひゃくさいたいそうかみかみ百歳体操 ( ) 人

12 ごみの持ち出しサービス ( ) 人

13 その他(具体名称 )

●インフォーマルサービス

14 ご家族 ( ) 人

15 近隣・知人 ( ) 人

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| 16 地域の役員・民生委員   | ( ) 人 |
| 17 その他（ボランティア等） | ( ) 人 |

**【量的に不足しているサービス】**

問11 事業所数もしくは定員など、量的に不足していると思われるサービスはありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1 訪問介護                            | 2 <b>生活援助型訪問介護サービス</b> |
| 3 訪問入浴介護                          | 4 訪問看護                 |
| 5 訪問リハビリテーション                     | 6 通所介護                 |
| 7 通所リハビリテーション                     | 8 福祉用具貸与               |
| 9 短期入所生活介護                        | 10 短期入所療養介護            |
| 11 夜間対応型訪問介護                      | 12 認知症対応型通所介護          |
| 13 小規模多機能型居宅介護                    | 14 介護老人福祉施設            |
| 15 地域密着型介護老人福祉施設                  | 16 介護老人保健施設            |
| 17 介護療養型医療施設                      | 18 <b>介護医療院</b>        |
| 19 認知症対応型共同生活介護                   | 20 特定施設入居者生活介護         |
| 21 地域密着型特定施設入居者生活介護               |                        |
| 22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間サービス）     |                        |
| 23 <b>訪問栄養もしくは居宅療養管理指導による訪問栄養</b> |                        |
| 24 <b>その他（ )</b>                  |                        |

※事業所種別には介護予防サービス事業所を含む

**【介護予防型生活援助型訪問介護サービスの認知度について】**

問12 平成29年4月以降に大阪市で実施している介護予防・総合事業において、多様な主体による多様なサービスの提供が可能となるよう、大阪市の研修を受けた方が日常生活（身体介護を除く）の援助を行う、介護予防型生活援助型訪問介護サービスを実施していることを知っていますか。

(○はひとつ)

1 知っている

2 知らない

**【充実が必要だと思う介護保険以外のサービス（自由記述）】**

問13 今後充実が必要だと思う介護保険外サービスについて、ご自由にご記入ください。

**【栄養・食生活上の課題】**

**問14 在宅療養者の栄養・食生活上の課題についてお聞きします。**

**対象者が多い項目には「1」を、対応に苦慮する項目には「2」を記入してください。（「1」「2」の併記可）**

- 1 摂取量の課題（エネルギー（カロリー）、栄養素、水分等の摂取状況に関わる栄養問題）
  - 必要な食事量の確保への対応
  - 食事量（エネルギー）制限への対応
  - 塩分、たんぱく質、カリウム等の制限食への対応
  - 経管栄養への対応
  - 適切な水分摂取への対応
- 2 臨床的な栄養課題（疾患や病態、身体的状況に関わる栄養問題）
  - 嚥下困難、ムセへの対応
  - かみ砕き・咀嚼困難への対応
  - 体重減少・低体重への対応
  - 体重増加・加体重への対応
  - 食物と薬の相互作用への対応
- 3 行動と生活環境（知識、態度、信念、物理的環境に関わる栄養問題）
  - 食事に対する認知機能低下（認知症）への対応
  - 偏食への対応
  - 食品等の入手困難への対応
  - 調理困難への対応
- 4 その他（）

**【栄養・食生活支援を実施する上での相談体制】**

**問15 栄養・食生活支援を実施する上での相談体制について、お聞きします。**

**栄養・食生活支援を実施するにあたり困っていることはありますか。**

**（○はひとつ）**

1 ある ⇒ 問15-1へ

2 ない ⇒ 問15-2へ

**問15-1 上記で「ある」と答えた方に対して、お聞きします。困っていることを具体的に記入してください。**

**問15-2 栄養・食生活支援の対応に悩んだ時の相談先はありますか。（○はひとつ）**

1 ある ⇒ 問15-3へ

2 ない ⇒ 問16へ

**問15-3 上記で「ある」と答えた方に対して、相談先は、どこ（誰）ですか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

1 施設内の介護支援専門員



- 2 訪問看護ステーションの認定看護師
- 3 系列施設の栄養管理士
- 4 その他 ( )

**【サービス事業所に関する情報収集方法】**

問16 サービス事業所に関する情報はどこから得ていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1 サービス事業所のパンフレット等
- 2 サービス事業所のホームページ
- 3 介護サービス情報公表システム
- 4 地域包括支援センター
- 5 居宅介護支援事業者連絡会
- 6 介護支援専門員同士の情報交換・ロコミ
- 7 他のサービス事業所の営業活動
- 8 利用者からの情報や意見・要望
- 9 区役所が発行する支援マップ等
- 10 **ハートページ**
- 11 **在宅医療・介護連携相談支援室**
- 12 その他 ( )
- 13 特に情報収集をおこなっていない

**【医療に関する情報収集方法】**

問17 ケアプランの作成にあたって、医療に関する情報収集をどのようにおこなっていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1 主治医の意見書
- 2 意見書を記載した主治医に対する電話・面談・文書連絡等
- 3 意見書を記載した主治医以外のかかりつけ医に対する電話・面談・文書連絡等
- 4 利用者の受診・入退院時に同行
- 5 病院内の地域医療連携室（医療相談担当スタッフ）
- 6 ご家族を通じて医師に指示を確認
- 7 医療スタッフ等とのカンファレンス
- 8 その他 ( )
- 9 特に情報収集をおこなっていない

**【地域他職種・他機関との連携】**

**医療と介護の連携について伺います。**

**問18 貴事業所は、地域他職種・他機関と、全般的に、どのくらい連携（連絡、相談、調整、意見交換、情報、共有等）できていると思いますか。**

**（〇はひとつ）**

**1 連携できている**

**2 やや連携できている**

**3 あまり連携できていない**

**4 連携できていない**

**【医療機関との連携】**

**問19 医療機関（かかりつけ医等）と連携するうえでどのような工夫をおこなっていますか。 （あてはまるものすべてに〇）**

- 1 かかりつけ医毎の連絡方法（時間帯等）の把握
- 2 サービス担当者会議毎にかかりつけ医の出席しやすい日時を設定している
- 3 ケアプラン作成・変更時にケアプランを利用者の医療機関（かかりつけ医等）に届ける（利用者の同意を得ておこなう）
- 4 医療機関の受診への同席や入退院時のカンファレンスに参加
- 5 他職種連携のための事例検討会や連絡会などへの参加
- 6 地域の医師や介護支援専門員などの団体に決めた連絡方法（ケアマネタイムなど）の活用
- 7 医療・介護連携シートを使用
- 8 地域包括支援センターと相談しながら連携
- 9 訪問看護ステーションと相談しながら連携
- 10 その他（ ）
- 11 特に何もしていない

**【在宅医療・介護連携の推進】**

**問20 在宅医療・介護連携の推進のために必要だと考えることについてお伺いします。（必要性の高いものから順に3つまで〇）**

- 1 関係機関のリスト・連絡先等の提供
- 2 現状・課題、対応策を検討・共有する協議の場
- 3 連携で困ったときに相談できる窓口
- 4 各施設・職種の役割について理解を深める機会
- 5 介護側のための医療知識の習得・向上の機会

- 6 医療側のための介護知識の習得・向上の機会
- 7 情報共有ツール（シート等）の統一
- 8 在宅医療にかかる負担の軽減(主治医・副主治医の導入など)
- 9 在宅医療にかかる施設基準の緩和
- 10 診療報酬・介護報酬の評価（増額）
- 11 患者・家族の在宅療養に関する普及・啓発
- 12 その他
- 13 特にない

### 【病院・施設等を入退所する利用者】

問21 この1年間に病院・介護保険施設等入院・入所、または、病院・介護保険施設等を退院・退所する利用者を担当したことがありましたか。

(○はひとつ)

- 1 はい（入院 延 人、退院・退所 延 人） ⇒問22・問22—2へ
- 2 いいえ ⇒問23へ

### 【入退所する病院・施設等との連携】

問22 問21で「はい」と答えられた方は、入院・入所又は退院・退所する病院・施設と入院・入所時、退院・退所時に連携をとりましたか。ひとりでも連携をとった場合は「はい」、まったくとらなかった場合は「いいえ」としてください。

- 1 はい ⇒問22—1へ
- 2 いいえ ⇒問23へ

また、「はい」と答えられた方は、延べ何人の方に、病院・施設とどのような連携をとりましたか。 (あてはまるものすべてに○)

連携をとった人数

入院・入所 延 人、退院・退所 延 人

連携方法と連携先

《連携方法》 (あてはまるものすべてに○)

- 1 病院や施設でおこなわれたカンファレンスに参加した
- 2 病院や施設を訪問して連絡をとった
- 3 病院や施設への電話で連絡をとった
- 4 病院や施設と文書でやりとりをした



医師や看護師の専門的な用語がわかりにくい	1	2
急な退院などで対応に困ったことがある	1	2
退院時に患者や家族は病状について、十分な説明を受けていない	1	2
対応に困った時に相談するところがない	1	2
在宅医療などの医療に関する勉強会や研修の場が少ない	1	2
その他 (自由記載)		

**【在宅医療を進めていくうえで必要な社会資源】**

**問24** 在宅医療を進めていくうえで必要な社会資源についてお伺いします。

(○はそれぞれひとつ)

	足りている	足りていない	分からない
医師による訪問診療	1	2	3
歯科医師による訪問歯科診療	1	2	3
薬剤師による居宅療養管理指導	1	2	3
看護師などによる訪問看護	1	2	3
歯科衛生士による居宅療養管理指導	1	2	3
緊急時に対応してくれる医師または医療機関	1	2	3
緊急時に対応してくれる看護師または訪問看護	1	2	3
管理栄養士・栄養士による居宅療養管理指導	1	2	3
その他 (自由記載)			

**【在宅医療・介護連携相談支援室】**

**問 25** 各区にある「在宅医療・介護連携相談支援室」についてお伺いします。

(○はひとつ)

1 知っており、実際に相談・連携したことがある
2 知っているが、実際に相談・連携をしたことはない
3 知らなかったが、今後は相談・連携したいと思う
4 知らなかったし、今後も相談・連携しないと思う

**【サービス担当者会議】**

**問26 サービス担当者会議の開催にあたり、困難と感じていることは何ですか。**  
(あてはまるものすべてに○)

- |    |                |
|----|----------------|
| 1  | 自分の日程調整        |
| 2  | 主治医との日程調整      |
| 3  | サービス事業所との日程調整  |
| 4  | 利用者の出席         |
| 5  | 家族の出席          |
| 6  | 会場の確保          |
| 7  | 資料づくり          |
| 8  | 会議の進め方に不安があること |
| 9  | 他の施策分野との連携     |
| 10 | その他 ( )        |

**【サービス担当者会議における各職種への出席要請】**

**問 27 サービス担当者会議における、各職種への出席要請に関する方針について伺います。(○はそれぞれひとつ)**

	基本的に出席を求め ことにしている	ケースによっては出席 を求め	ほとんど出席を求め ことはない
病院の医師	1	2	3
病院の看護師	1	2	3
診療所の医師	1	2	3
歯科医師	1	2	3
薬剤師	1	2	3
訪問看護師	1	2	3
地域包括支援セン ター	1	2	3

**【サービス担当者会議での工夫】**

**問28** サービス担当者会議の開催にあたり担当者への聴取や調整等で、工夫している点があれば教えてください。(あてはまるものすべてに○)

- 1 電話やFAX・メールで照会や打ち合わせを実施している  
(参加が難しい場合や会議の事前連絡等)
- 2 利用者が通院する際やサービス担当者の訪問時間に合わせて同席する
- 3 会議の出席が難しい場合は、主治医・事業所に対し個別に訪問し意見聴取している
- 4 その他( )
- 5 特にない

**【ケアプラン作成の課題】**

**問29** ケアプランを作成するにあたって、課題として考えているのはどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 介護保険外サービスや地域の情報が少ないこと
- 2 利用者及びご家族がサービスの必要性を理解していないこと
- 3 利用者及びご家族との調整が困難なこと
- 4 サービス事業所を選択するにあたっての情報が足りないこと
- 5 区分支給限度額が低いこと
- 6 利用者の経済的理由でサービスが十分利用できないこと
- 7 介護保険サービス・大阪市の高齢者保健福祉サービスの種類が少ないこと  
具体的にどの様なサービスがあればいいとお考えですか。  
( )
- 8 支援困難な方へのケアマネジメントの方法がわからないこと
- 9 利用者及びご家族の意見・要望を聞き出す時間が十分にとれないこと
- 10 同じ経営母体のサービス事業所が提供するサービスに偏りがちになること
- 11 自分の力量について不安があること
- 12 事業所内のミーティングの時間がとりにくいこと
- 13 その他 ( )

**【自立支援型のケアマネジメント】**

**問30** あなたは、高齢者自身が描く将来像の実現をめざし、そのために必要なリハビリテーション等の機能強化等をケアプランに位置づける自立支援型のケアマネジメントを実施していますか。(○はひとつ)

1 はい

2 いいえ

「はい」と答えられた方は、自立支援型ケアマネジメントを実施するにあたって困難な点は何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 1 高齢者自身の自立支援に関する理解不足     | 3 サービス提供事業所の理解が進まない |
| 2 自立支援に資するインフォーマルサービスの不足 | 4 自身のアセスメント等の技量不足   |

「いいえ」と答えられた方は、自立支援型ケアマネジメントを実施していない理由は何ですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1 高齢者から求められない・高齢者の希望と相容れない     | 3 自身のアセスメント等の技量に自信がない |
| 2 自立支援ケアマネジメントが求められている理由がわからない | 4 その他 ( )             |

**【自立支援型ケアマネジメント検討会議】**

問31 自立支援型ケアマネジメント検討会議に参加したことはありますか。

(○はひとつ)

1 はい

2 いいえ

**【支援困難な利用者の有無】**

問32 あなたが担当している利用者のなかに、様々な理由で支援が困難な方がいますか。(○はひとつ)

- 1 いる → ( ) 人 ⇒ 問33へ    2 いない ⇒ 問34へ

**【支援困難の内容】**

問33 問32で支援が困難な方が「いる」と答えられた方へ、どのようなことで支援が困難となっておりますか。(あてはまるものすべてに○)

- 1 ご家族の協力が得られないこと (家族間の不仲、理解不足等)
- 2 利用者の性格によるもの (不満や苦情が多い、介護支援専門員に攻撃的ななど)
- 3 経済的理由
- 4 利用者がサービスの利用を拒否すること (介護拒否)
- 5 利用者に認知症による諸症状があること
- 6 利用者が精神疾患のため不安定なこと
- 7 利用者に医療的な処置があること
- 8 ご家族の介護疲れや疾病や障がいによる介護力不足



- 9 **利用者及びご家族が介護予防的なケアプランを拒否すること**
- 10 その他 ( )

### 【支援困難事例の対応方法】

**問34** あなたは支援が困難な方についてどのように対応してきましたか。  
(あてはまるものすべてに○)

- 1 事業所内の上司や同僚に相談した (している)
- 2 他の事業所の介護支援専門員に相談した (している)
- 3 地域包括支援センターに相談した (している)
- 4 地域包括支援センターに相談した結果、地域ケア会議の開催となった
- 5 地域包括支援センター以外の行政機関 (区役所、市役所、府庁) に相談した (している)
- 6 見守り相談室に相談した (している)
- 7 区の居宅介護支援事業者連絡会等で相談した (している)
- 8 誰にも相談せず、自分で対応した (している)
- 9 その他 ( )

### 【認知症高齢者等へのケアプラン作成】

**問35** 担当する認知症**や障がい**高齢者のケアプラン作成にあたって、特に困難を感じていることはありますか。  
(あてはまるものすべてに○)

- 1 独居や近隣にご家族がいないなど、利用者の状況について相談できる人がいない
- 2 認知症の症状が急変したときの対応
- 3 病気をお持ちのご家族への対応
- 4 ご家族等介護者との意見の相違
- 5 サービス事業者や後見人利用等の手続き
- 6 **介護支援専門員や**ヘルパーなどサービス従事者への妄想、受け入れ拒否
- 7 医療機関への受診や服薬管理
- 8 金銭管理の援助
- 9 着替え、整髪、歯磨き、爪切りなどの清潔保持
- 10 徘徊・暴力・異食など行動障がいに対する対応
- 11 幻覚、妄想、うつなど周辺症状への対応
- 12 近隣住民からの苦情

- 13 その他 ( )
- 14 特にない

【認知症高齢者等へのケアプラン作成にかかる課題解決】

問36 問35の課題解決のために、どのような対応をしていますか。

(あてはまるものすべてに○)

- 1 主治医からの助言を得る
- 2 地域包括支援センターへの相談や地域ケア会議への参加
- 3 認知症初期集中支援チームへ相談 (区によっては通称「オレンジチーム」)  
へ相談
- 4 認知症地域支援推進員へ相談
- 5 認知症疾患医療センターへ相談
- 6 区役所への相談
- 7 サービス担当者会議での十分な意見調整
- 8 あんしんさぼーと事業や成年後見制度の利用
- 9 民生委員や地域組織の役員など近隣へ相談
- 10 大阪市社会福祉研修・情報センターでの専門相談の利用
- 11 ご本人宅に支援ノートを置くなどサービス事業者間での情報共有
- 12 障がい者制度関係機関
- 13 その他 ( )
- 14 特にしていない

【高齢者虐待】

問37 あなたが担当している利用者のなかに、高齢者虐待を受けている、または疑いがあると思われる方がいますか。 (○はひとつ)

- 1 いる ⇒問38へ
- 2 いない ⇒問39へ

【虐待の発見後、地域包括支援センターなどへの相談等】

問38 問37で高齢者虐待を受けている、または疑いがあると思われる方が「いる」と答えられた方へ

高齢者虐待を発見した後、区役所(保健福祉センター)または地域包括支援センターに相談(通報)しましたか。

- 1 はい ⇒ 問39へ
- 2 いいえ ⇒ 問39、問40、問41へ

**【通報の義務】**

**問39 虐待の疑いがある高齢者を発見した場合、通報の義務があることを知っていましたか。**

1 はい

2 いいえ

**【虐待の発見後、相談（通報）しなかった理由】**

**問40 問38で「いいえ」と答えられた方へ**

**相談（通報）しなかった理由は何ですか。 （あてはまるものすべてに○）**

- 1 利用者やご家族との関係が悪化することを避けたかった
- 2 相談（通報）することで契約を解除されることをおそれた
- 3 ご家族の問題なので介入してはいけないと思った
- 4 ご家族が頑張っていて介護を行っているので、ご家族の思いをくんでしまい相談できなかった
- 5 その他（ ）

**【高齢者虐待を受けている人への対応方法】**

**問41 問38で「いいえ」と答えられた方へ**

**高齢者虐待を受けている、または疑いがあると思われる方にどんな対応をしましたか。**

**（あてはまるものすべてに○）**

- 1 職場内で相談して対応した
- 2 誰にも相談せず、自分で対応した
- 3 その他（ ）
- 4 特に何もしなかった

**【成年後見制度や、あんしんさぽーと事業】**

**問42 あなたは、成年後見制度や、あんしんさぽーと事業を知っていますか。（○はひとつ）**

- 1 利用を検討し、区役所（保健福祉センター）などに相談したことがある。
- 2 はい
- 3 いいえ

**【利用者の意思決定支援】**

**問43 あなたは、介護支援専門員業務を行ううえで、利用者の「意思決定支援」を意識していますか。（○はひとつ）**

- 1 はい
- 2 その考え方は知っているが、意識はしていない。

3 その考え方を知らない・聞いたことが無い。

**【仕事の満足感】**

**問44 あなたは、ご自身の仕事に満足感を感じていますか。(○はひとつ)**

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1 感じている     | 2 やや感じている |
| 3 あまり感じていない | 4 感じていない  |

**【レベルアップのための取り組み】**

**問45 自分の介護支援専門員業務のレベルアップのために、現在どのような取り組みを行っていますか。(あてはまるものすべてに○)**

- 1 自主的な勉強会を行っている
- 2 居宅介護支援事業者連絡会等に参加している
- 3 ケースカンファレンス等で具体的な検討をし、助言を受けている
- 4 法人内の研修に参加している
- 5 外部研修に参加している
- 6 参考書等を読んでいる
- 7 **自立支援ケアマネジメント会議に積極的に参加している**
- 8 その他 ( )

**問46 問45の取り組みのうち、現在は行っていないが、今後始めたいと思っている取り組みはありますか。(あてはまるものすべてに○)**

- 1 自主的な勉強会を行いたい
- 2 居宅介護支援事業者連絡会等に参加したい
- 3 具体的な検討・助言を得られるケースカンファレンス等を行いたい
- 4 法人内の研修に参加したい
- 5 外部研修に参加したい
- 6 参考書等を読んで知識などを増やしたい
- 7 その他 ( )

**【業務を行ううえでの課題】**

**問47 介護支援専門員業務を行ううえで、課題として考えているのはどのようなことですか。(あてはまるものすべてに○)**

- 1 介護保険サービス、大阪市の介護保険外サービスの種類が少ない
- 2 サービス事業所に関する情報が少ない

- 3 利用者及びご家族がサービスの必要性を理解していない
- 4 忙しくて利用者の意見・要望を聞き調整する時間が十分とれない
- 5 多くの問題を抱えている利用者へのケアマネジメントの方法がわからない
- 6 認知症ケアの方法がわからない
- 7 医療機関等、他の施策分野との連携がうまくとれない
- 8 地域包括支援センターとの連携がうまくとれない
- 9 区や市との連携がうまくとれない
- 10 相談できる人が身近にいない
- 11 同じ経営母体のサービス事業所が提供するサービスに偏る
- 12 記録と書類の量が多く負担となっている
- 13 **利用者に介護保険制度が十分理解されていない**
- 14 介護保険サービスを組み込まないインフォーマルサービス等だけのケアプラン調整が介護報酬で評価されない
- 15 要介護認定結果がでるまでの「暫定ケアプラン」調整について、「要支援」の認定が出た際には介護報酬で評価されない
- 16 その他  
( )

**【地域包括支援センターへ期待する役割】**

**問48** あなたは地域包括支援センターにどのような役割を期待していますか。  
(あてはまるものすべてに○)

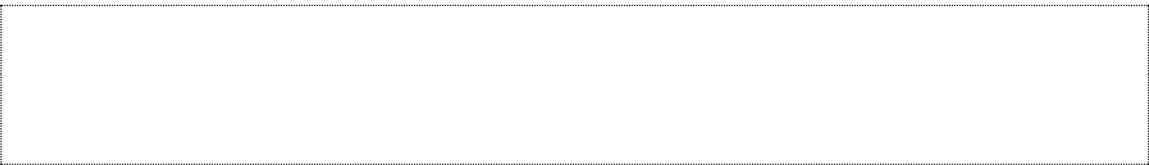
- 1 業務全体に対するスーパーバイズ
- 2 困難事例に対する助言、支援
- 3 地域ケア会議の開催
- 4 専門性向上のための研修の開催や研修情報の提供
- 5 介護支援専門員同士のネットワークの構築
- 6 関係機関のネットワークの構築
- 7 その他 ( )

**【地域包括支援センター・区役所等の連携】**

**問49** 地域包括支援センター・区役所 **(保健福祉センター)** と連携するときにはどのような場合ですか。(あてはまるものすべてに○)

	地域包括支援センター	区役所 (保健福祉センター)
1 多くの問題を抱えている利用者への対応		





ご協力ありがとうございました。