

介護支援専門員調査票（案）

平成28年2月

大阪市 福祉局 介護保険課

# 大阪市高齢者実態調査票 (介護支援専門員調査)

## 《調査ご協力をお願い》

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資料とさせていただくため、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、よろしくお願いいたします。

## 《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平成28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)

問1 あなたの性別についてお伺いします。( はひとつ)

- |      |      |
|------|------|
| 1 男性 | 2 女性 |
|------|------|

問2 あなたの年齢は、次のどれにあてはまりますか。  
平成28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 |

問3 あなたの平成28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 残業が多い
- 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

問4 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    |             |

問5 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

問6 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・有限会社)
7	財団法人・社団法人	8	その他( )

問7 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た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)

問8 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。(平成28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) 〔平成28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) 〔平成28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)

問8 - 1 問8(1)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】

平成28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 = 平成28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 以上」の方について記載してください。

問8 - 2 問8(1)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。

平成28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

\* 「住まい別人数」の合計 = 平成28年6月30日現在の担当する利用者数

問8 - 3 問8(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		

問8 - 4 問8(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

問9 平成28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                      2 ない

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、利用者的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  | ( ) 人 |
| 7 あんしんさぼーと事業  | ( ) 人 |
| 8 成年後見制度  | ( ) 人 |
| 9 お泊まりデイ  | ( ) 人 |
| 10 その他 ( 具体名称 )                                     | ( ) 人 |

インフォーマルサービス

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| 11 ご家族             | ( ) 人 |
| 12 近隣・知人           | ( ) 人 |
| 13 地域の役員・民生委員      | ( ) 人 |
| 14 その他 ( ボランティア等 ) | ( ) 人 |

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 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 福祉用具貸与                      | 8 短期入所生活介護       |
| 9 短期入所療養介護                    | 10 夜間対応型訪問介護     |
| 11 認知症対応型通所介護                 | 12 小規模多機能型居宅介護   |
| 13 介護老人福祉施設                   | 14 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 15 介護老人保健施設                   | 16 介護療養型医療施設     |
| 17 認知症対応型共同生活介護               | 18 特定施設入居者生活介護   |
| 19 地域密着型特定施設入居者生活介護           |                  |
| 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(24時間サービス) |                  |
| 21 その他( )                     |                  |

事業所種別には介護予防サービス事業所を含む

問12 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。

--

問13 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・口コミ |
| 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 その他( )            |
| 11 特に情報収集をおこなっていない   |



問14 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 医療相談室(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

問15 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 )

- 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で決めた連絡方法(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 特になにもしていない

問16 この1年間に病院等に入院する又は病院・介護保険施設等（以下、病院・施設という）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） |
| 2 いいえ                  |

問16 - 1 問16で「はい」と答えられた方は、入院又は退院・退所する病院・施設と入院時、退院・退所時に連絡をとりましたか。ひとりでも連絡をとった場合は「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	2 いいえ
------	-------

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絡をとりましたか。（あてはまるものすべてに ）

↓

連絡をとった人数
----------

↓

入院 延 人、	退院・退所 延 人
---------	-----------

↓

連絡方法と連絡先
----------

《連絡方法》

- 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
- 5 その他（ ）

《連絡先》

- 1 病院・施設の医師
- 2 病院・施設のリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語療法士等）
- 3 病院・施設の看護師
- 4 病院の医療相談担当スタッフ
- 5 施設の生活指導員
- 6 施設の介護支援専門員
- 7 その他（ ）

問16 - 2 問16 - 1で「はい」と答えられた方は、病院・施設との連携のための加算を請求しましたか。

1 はい	2 いいえ
<p>「はい」と答えられた方は、加算の種類をお答えください。 (あてはまるものすべてに )</p>	
<p>1 入院時情報連携加算 ( )</p> <p>2 入院時情報連携加算 ( )</p> <p>3 退院・退所加算</p>	

問16 - 3 問16で「はい」と答えられた方にお伺いします。医療機関や施設などから退院や退所する際に困ったことはありましたか。 ( はひとつ )

1 はい	2 いいえ
------	-------

問17 在宅で医療的な処置を必要とする方の支援を行ううえで感じていることについてお聞きします。 ( はそれぞれひとつ )

	そう思う	思わない
医療ニーズの高い患者(吸引や経管栄養など)を担当してくれるかかりつけ医がなかなか見つからない	1	2
医療ニーズの高い患者(吸引や経管栄養など)に対応が可能な訪問看護がなかなか見つからない	1	2
医師と連絡調整を行う際、多忙で連絡が取れないことが多い	1	2
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)		

問18 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 )

	充分である	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
薬剤師による訪問薬剤管理指導	1	2	3
看護師などによる訪問看護	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
その他 (自由記載)			

問19 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 ( )

問20 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

**問21** 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  
具体的にどのよう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 ( )

**問22** あなたが担当している利用者のなかに、様々な理由で支援困難な方がいますか。( はひとつ )

- 1 いる ( 人 )
- 2 いない

**問23** **問22**で支援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 ご家族の介護疲れや疾病や障がいによる介護力不足
- 8 その他 ( )

**問24** あなたは支援困難事例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  
( )

**問25** 担当する認知症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 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 特になし

**問26** **問25**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 区役所への相談
- 4 サービス担当者会議での十分な意見調整
- 5 あんしんさぽーと事業や成年後見制度の利用
- 6 民生委員や地域組織の役員など近隣へ相談
- 7 大阪市社会福祉研修・情報センターでの専門相談の利用
- 8 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
- 9 その他( )
- 10 特にしていない

**問27** 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
- 2 いない

**問28** **問27**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、地域包括支援センターまたは区保健福祉センターに相談(通報)しましたか。( はひとつ)

- 1 はい
- 2 いいえ

**問29** **問28**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 ご家族ががんばっ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( )

**問30** **問28**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

**問31** 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 その他 ( )

**問32** **問31**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 ( )



**問33** 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あるまでの「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 ( )

**問34** 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 ( )

問35 地域包括支援センター・区役所と連携するとき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
1 多くの問題を抱えている利用者への対応		
2 苦情相談の対応		
3 処遇困難ケースの対応(虐待除く)		
4 虐待ケースの対応		
5 介護保険外サービス制度の対応		
6 特に連携していない		
7 その他( )		

問36 地域包括支援センター・区役所と連携を図るうえでの課題や問題点等があれば、  
ご自由にご記入ください。

<地域包括>  ( )
<区役所>  ( )

問37 今後行政に期待する役割は何ですか。(あてはまるものすべてに )

1 相談機能の充実	2 研修の充実
3 サービス基盤の充実	4 情報提供の充実
5 その他( )	

介護保険制度について、ご意見・ご要望がありましたらご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。