

**新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査 (10.24)****《アンケート調査ご協力についてのお願い》**

皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

新宿区では、高齢者が住み慣れた地域の中でその人らしく安心して心豊かに暮らし続けることができるよう、平成27～29年度を計画期間とする「高齢者保健福祉計画」及び「介護保険事業計画」を策定し、区のめざすべき基本的な目標や施策の方向性を明らかにしています。

この調査は、新宿区内の事業所で活動している介護支援専門員（ケアマネジャー）の皆様を対象に、サービスの現状やこれからの課題などについてお伺いするものです。

調査票にはお名前を書いていただく必要はありません。また、お答えいただいた回答の内容はすべて統計的に処理し、個々の回答やプライバシーに関わる内容が公表されることは一切ありません。

お忙しいなか恐縮ですが、何とぞこの調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

なお、誠に勝手ながら、**12月9日(金)までに、同封の返信用封筒にてご投かん**くださいますようお願いいたします(切手を貼る必要はありません)。

2016年(平成28年)11月

**《アンケート調査ご記入にあたってのお願い》**

1. 回答については、ケアマネジャーの方が記入し、それぞれ同封の返信用封筒で返送してください。
2. この調査は、平成28年11月1日現在の状況でお答えください。
3. 回答は、あてはまるものに○をつけてください。
4. ○の数はそれぞれの質問の指示に従ってください。
5. 質問の回答が「その他」に該当する場合は（ ）内に具体的に記入してください。
6. 調査内容についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

問い合わせ先 〒160-8484 新宿区歌舞伎町一丁目4番1号

(調査全般について) 新宿区福祉部**地域包括ケア推進課** 担当：青山・沼尾

電話 03-5273-4193(直通) /FAX 03-6205-5083

(調査の内容について) 新宿区福祉部**介護保険課** 担当：奥山・小柳

電話 03-5273-4596(直通) /FAX 03-3209-6010

**【勤務先の事業所の概要について】**

問1 あなたの所属する事業所の組織(法人格)は、次のうちどれですか。(1つに○)

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| 1. 株式会社(特例有限会社を含む) | 5. 財団法人             |
| 2. 合名・合資会社         | 6. 医療法人             |
| 3. 社団法人            | 7. 特定非営利活動法人(NPO法人) |
| 4. 社会福祉法人          | 8. その他( )           |

問2 あなたの居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、あなたも含めて何人ですか。そのうち、主任ケアマネジャーは何人ですか。

※ 勤務形態等を問わず、実人数を記入してください。

ケアマネジャー数	( )人
うち、主任ケアマネジャー	( )人

問3 あなたの所属する事業所は、居宅介護支援事業の他に介護保険サービス事業を運営していますか。なお、同じ所在地内に限ります。(1つに○)

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 居宅介護支援事業だけを運営している →問4へ |
| 2. 他の介護保険サービス事業も運営している    |

問3-1 <<問3で「2」を選んだ方のみお答えください>>

運営しているサービス内容は、次のうちどれですか。

(あてはまるものすべてに○) ※下記サービスには介護予防も含めてお答えください。

- |                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. 訪問介護               | 16. 特定施設入居者生活介護              |
| 2. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 17. 地域密着型特定施設入居者生活介護         |
| 3. 夜間対応型訪問介護          | 18. 認知症対応型共同生活介護             |
| 4. 訪問入浴介護             | 19. 地域密着型介護老人福祉施設<br>入居者生活介護 |
| 5. 訪問看護               | 20. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)      |
| 6. 訪問リハビリテーション        | 21. 介護老人保健施設(老人保健施設)         |
| 7. 居宅療養管理指導           |                              |
| 8. 通所介護               |                              |
| 9. 地域密着型通所介護          | [介護予防・生活支援サービス事業(総合事業)]      |
| 10. 認知症対応型通所介護        | 22. 訪問型サービス                  |
| 11. 通所リハビリテーション(デイケア) | 23. 通所型サービス                  |
| 12. 短期入所生活介護(ショートステイ) |                              |
| 13. 短期入所療養介護(ショートステイ) | [その他]                        |
| 14. 小規模多機能型居宅介護       | 24. 福祉用具貸与                   |
| 15. 看護小規模多機能型居宅介護     | 25. 特定福祉用具購入                 |

【あなた自身のことについて】

(全員におたずねします。)

問4 あなたの性別をお選びください。(1つに○)

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

問5 あなたの年齢をお選びください。(1つに○)

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

問6 あなたの勤務形態をお選びください。(1つに○)

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 |
|-------|--------|

問7 あなたのケアマネジャーの経験年数をお選びください。

※他事業所での年数も含む(1つに○)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 1年未満     | 3. 3年以上5年未満 |
| 2. 1年以上3年未満 | 4. 5年以上     |

問8 あなたは、介護支援専門員以外にどのような資格をお持ちですか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 社会福祉士        | 9. はり師・きゅう師     |
| 2. 介護福祉士        | 10. 柔道整復師       |
| 3. 保健師          | 11. ホームヘルパー1級   |
| 4. 看護師          | 12. 介護職員実務者研修修了 |
| 5. 准看護師         | 13. ホームヘルパー2級   |
| 6. 歯科衛生士        | 14. 介護職員初任者研修修了 |
| 7. 栄養士(管理栄養士含む) | 15. その他( )      |
| 8. あん摩マッサージ指圧師  | 16. 特にない        |

【ケアマネジメントの状況について】

問9 あなたが11月1日現在、担当している人数を教えてください。

	予防支援者	介護支援者
担当している人数	人	人

問10 過去1年間で、あなたが支援困難と感じたケースは、次のうちどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 1. 介護保険制度を理解されていないケース  | 6. 家族に介護力のないケース     |
| 2. 認知症の症状があるケース        | 7. 高齢者虐待のあるケース      |
| 3. 精神疾患のあるケース(本人やその家族) | 8. 家族全体に生活課題を抱えるケース |
| 4. 医療依存度の高いケース         | 9. その他( )           |
| 5. サービスの受け入れを拒否されるケース  | 10. 特になし            |

問11 あなたは、過去1年間で、虐待に繋がる可能性のあるケースを担当したことがありますか。なお、ある場合は、回数をご記入ください。

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| 1. 担当したことがある → ( ) 回/年 | 2. ない |
|------------------------|-------|

**【高齢者総合相談センターのケアマネジャーへの支援について】**

問12 過去1年間で、あなたは、利用者に関して高齢者総合相談センターへ相談したことがありますか。(1つに○)

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. 相談したことがある | 2. 相談したことはない →問13へ |
|--------------|--------------------|

→問12-1 <<問12で「1」を選んだ方のみお答えください>>

相談した分野は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1. ケアプランの立て方や書き方等に関する事 | 8. 生活困窮や生活保護等に関する事 |
| 2. 介護保険制度全般に関する事       | 9. 認知症に関する事        |
| 3. 区の高齢者福祉サービスに関する事    | 10. 精神疾患に関する事      |
| 4. 医療機関との連携に関する事       | 11. 困難ケースに関する事     |
| 5. 高齢者虐待に関する事          | 12. サービス提供事業所に関する事 |
| 6. 成年後見に関する事           | 13. ネットワークの構築に関する事 |
| 7. 消費者被害に関する事          | 14. その他( )         |

→問12-2へお進みください。

問12-2 <<問12で「1」を選んだ方のみお答えください>>

高齢者総合相談センターへ相談した際の全般的な評価は、次のうちどれですか。

(それぞれ1つに○)

	そう思う	まあそう思う	あまり そう思わない	そう思わない	わからない
ア. すぐに対応してくれた	1	2	3	4	5
イ. 問題解決への方向性を確認できた	1	2	3	4	5
ウ. 利用者の支援や対応について確認できた	1	2	3	4	5
エ. 新たな知識や情報を得ることができた	1	2	3	4	5
オ. 利用者本人や家族との調整がとれた	1	2	3	4	5
カ. 関係機関との連携がとれた	1	2	3	4	5
キ. 問題の解決に役立った	1	2	3	4	5

### 【各種連携の状況について】

問13 あなたはケアマネジャーとして、主治医（かかりつけ診療所・クリニック）との連携はとれていますか。（1つに○）

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携がとれている     | 3. あまり連携がとれていない |
| 2. おおむね連携がとれている | 4. 連携がとれていない    |

問14 あなた自身の、主治医（かかりつけ診療所・クリニック）との連携における課題は何だと思えますか。（あてはまるものすべてに○）

- |  |
|--|
| 1. 連携のために必要となる時間や労力が大きいこと                            |
| 2. 医療に関する表現や用語の難解な部分についてわかりやすい説明が得られないこと             |
| 3. 主治医とコミュニケーションすることに苦手意識を感じる                        |
| 4. 主治医側から協力的な姿勢や対応が得にくいなど、障壁（上下関係）を感じる               |
| 5. 主治医に情報提供しても活用されない（活用されているか不明である）ことが多いこと           |
| 6. 主治医と話し合う機会が少ないこと                                  |
| 7. 主治医に利用者の自宅での生活への理解や関心が不足しており、コミュニケーションが困難な場合があること |
| 8. その他（ <input type="text"/> ）                       |
| 9. 特になし  |

問15 あなたはケアマネジャーとして、病院（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）との連携状況について、どのように思いますか。（1つに○）

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携がとれている     | 3. あまり連携がとれていない |
| 2. おおむね連携がとれている | 4. 連携がとれていない    |

問16 あなた自身の、病院（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）との連携における課題は何だと思えますか。（あてはまるものすべてに○）

- |   |
|---|
| 1. 連携のために必要となる時間や労力が大きいこと                                     |
| 2. 医療に関する表現や用語の難解な部分についてわかりやすい説明が得られないこと                      |
| 3. 医師や看護師など病院職員とコミュニケーションすることに苦手意識を感じる                        |
| 4. 医師や看護師など病院側から協力的な姿勢や対応が得にくいなど、障壁（上下関係）を感じる                 |
| 5. 情報提供しても活用されない（活用されているか不明である）ことが多いこと                        |
| 6. 医師や看護師など病院職員と話し合う機会が少ないこと                                  |
| 7. 医師や看護師など病院職員に利用者の自宅での生活への理解や関心が不足しており、コミュニケーションが困難な場合があること |
| 8. その他（ <span style="float:right">）</span>                    |
| 9. 特にな  |

問17 あなたはケアマネジャーとして、介護保険サービス事業所との連携はとれていますか。（1つに○）

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携がとれている     | 3. あまり連携がとれていない |
| 2. おおむね連携がとれている | 4. 連携がとれていない    |

問18 あなた自身の、介護保険サービス事業所との連携における課題は何だと思えますか。（あてはまるものすべてに○）

- |  |
|--|
| 1. サービス提供票を作成・送付する業務に手間がかかること              |
| 2. 事業所・担当者からの情報提供が少ないこと                    |
| 3. 事業所・担当者に照会しても、回答がなかなか得られないこと            |
| 4. 事業所・担当者と日程が合わず、サービス担当者会議が開催できないこと       |
| 5. その他（ <span style="float:right">）</span> |
| 6. 特にな                                     |

問19 あなたからみて、新宿区内の在宅医療・介護連携の状況について、どのように思いますか。(1つに○) 新

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 連携がとれている     | 3. あまり連携がとれていない |
| 2. おおむね連携がとれている | 4. 連携がとれていない    |

問20 あなたからみて、新宿区内の在宅医療・介護連携を推進するためには、どのようなことが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

- |  |
|--|
| 1. 多職種連携のための交流会を開催すること                       |
| 2. 多職種連携に関する研修会を開催すること                       |
| 3. 医療職が介護に関する知識や情報を得ること                      |
| 4. 介護職が医療に関する知識や情報を得ること                      |
| 5. 在宅医療・介護のリストを作り、情報を共有すること                  |
| 6. 情報共有シートなど共通ツールを使用した、患者情報の共有を行うこと          |
| 7. 医療・介護の関係者で、情報通信技術(ICT)※を使用した、患者情報の共有を行うこと |
| 8. その他 ( )                                   |
| 9. 特になし                                      |

→ 問20-1 <<問20で「7」を選んだ方のみお答えください>>

多職種で患者情報の共有を行うためにICTを活用することについて、どのように考えますか。(あてはまるものすべてに○)

- |          |               |          |
|----------|---------------|----------|
| 1. 活用したい | 2. 活用したいと思わない | 3. わからない |
|----------|---------------|----------|

※ 情報通信技術 (ICT)

在宅医療・介護は、多職種が様々な時間帯に支援を行うため、患者の日常の様子や状態の変化を速やかに把握し、関係者間で共有するためには、タブレット端末等、インターネット通信を活用した患者情報の共有(画像等も含める)の効果が高いと、取り組みが広がっています。

【在宅医療への対応について】

(全員におたずねします。)

問21 あなたは、区の「在宅医療相談窓口」で、在宅療養に関する医療を中心とした相談が受けられるということをご存じですか。(1つに○)

- |                    |         |
|--------------------|---------|
| 1. 活用している          | 3. 知らない |
| 2. 知っているが、活用はしていない |         |

→ 問21-1 <<問21で「1」を選んだ方のみお答えください>>

「在宅医療相談窓口」で活用していることや期待することがあれば、ご自由にお書きください。新


(全員におたずねします。)

問22 あなたは、利用者が入院している時の病院との連携について、入院時、退院が決まった時、退院直後の高齢者等の医療の継続のためにどのように対応していますか。(あてはまるものすべてに○)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 1. 入院時に利用者の情報を書面で提供している              |
| 2. 入院時に同行し、対面で情報提供をしている              |
| 3. 入院時(入院中)に経過や退院時期について病院側に確認している    |
| 4. 入院時(入院中)に退院後の生活について病院側と意見交換している   |
| 5. 退院時カンファレンスに出席している                 |
| 6. 退院時カンファレンスに在宅時の主治医や訪問看護師等に出席してもらう |
| 7. 入院中から医療機関と連絡をとり退院に備えている           |
| 8. その他 ( )                           |
| 9. 特にない                              |



**【ケアプランへの組み込みについて】**

問23 あなたは、ケアプランの作成にあたって、(ア) 組み込みにくいと思う介護保険のサービスはありますか。ある場合は、(イ) その理由をお答えください。

	(ア) ケアプランに組み込みにくいと思うサービス(あてはまる番号に○)	(イ) 組み込みにくいと思う理由(あてはまるものすべてに○)					
		サービスが不足している	自身の知識が不足している	サービス内容に関する情報が薄い	サービスを提供している事業所との連携	利用者やその家族等が望まない	費用面
※下記サービスは介護予防も含めてお答えください。							
①訪問介護	1	1	2	3	4	5	6
②定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	1	2	3	4	5	6
③夜間対応型訪問介護	3	1	2	3	4	5	6
④訪問入浴介護	4	1	2	3	4	5	6
⑤訪問看護	5	1	2	3	4	5	6
⑥訪問リハビリテーション	6	1	2	3	4	5	6
⑦居宅療養管理指導	7	1	2	3	4	5	6
⑧通所介護(デイサービス)	8	1	2	3	4	5	6
⑨地域密着型通所介護	9	1	2	3	4	5	6
⑩認知症対応型通所介護	9	1	2	3	4	5	6
⑪通所リハビリテーション(デイケア)	10	1	2	3	4	5	6
⑫短期入所生活介護(ショートステイ)	12	1	2	3	4	5	6
⑬短期入所療養介護(ショートステイ)	13	1	2	3	4	5	6
⑭小規模多機能型居宅介護	14	1	2	3	4	5	6
⑮看護小規模多機能型居宅介護	15	1	2	3	4	5	6
⑯認知症対応型共同生活介護	16	1	2	3	4	5	6
⑰福祉用具貸与	17	1	2	3	4	5	6
⑱特定福祉用具購入	18	1	2	3	4	5	6
⑲居宅介護住宅改修	19	1	2	3	4	5	6
⑳総合事業 訪問型サービス	20	1	2	3	4	5	6
㉑総合事業 通所型サービス	21	1	2	3	4	5	6

問24 区などが提供している介護保険外の高齢者福祉サービス等で、あなたがケアプランの作成にあたり、検討するものは、次のうちどれですか。  
(あてはまるものすべてに○)

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. 自立支援住宅改修、日常生活用具給付、設備改修 | 10. 一人暮らし認知症高齢者への生活支援サービス               |
| 2. 寝具乾燥消毒サービス             | 11. 徘徊高齢者探索サービス                         |
| 3. 理美容サービス                | 12. 緊急通報システム                            |
| 4. おむつ費用助成                | 13. 火災安全システム                            |
| 5. おむつあっせん制度              | 14. 地域見守り協力員事業                          |
| 6. 配食サービス                 | 15. 高齢者緊急ショートステイ                        |
| 7. 敬老杖支給                  | 16. 障害者総合支援法に基づくサービス<br>(重度訪問介護、同行援護 等) |
| 8. 補聴器支給                  | 17. 特にない                                |
| 9. 介護者リフレッシュ支援事業          |   |

### 【在宅高齢者に必要な支援について】

(全員におたずねします。)

問25 介護や医療が必要になっても、高齢者が在宅で暮らし続けるために、特に重要だと思うものは何ですか。(あてはまるもの3つに○)

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 訪問診療や往診をしてくれる診療所               |
| 2. 訪問看護(訪問看護ステーション)               |
| 3. 訪問・通所リハビリテーションなどのリハビリテーションサービス |
| 4. 医療的ケアの必要な方がレスパイトできる病院・施設       |
| 5. 状況変化時に受け入れ可能な入院施設              |
| 6. 気軽に立ち寄って話や相談ができる場所             |
| 7. 介護してくれる家族等                     |
| 8. 安心して住み続けられる住まい                 |
| 9. 見守りや手助けをしてくれる人                 |
| 10. 食事や日用品などの宅配サービス               |
| 11. 安否状態を誰かに知らせてくれる仕組み            |
| 12. 介護者の負担を軽くする仕組み                |
| 13. その他 ( )                       |
| 14. 特にない                          |

問26 要介護者等（特に、一人暮らしの高齢者）が、在宅で暮らし続けるために、今後必要なサービスとして、どのようなものが考えられますか。ご自由にお書きください。


【認知症について】

問27 認知症高齢者への支援にあたって、特に重要と思われることは、次のうちどれですか。（あてはまるものすべてに○）

- |                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. 本人の身体や精神状態に適した支援 | 8. 医療に関する知識の向上                  |
| 2. 本人の意思を反映した支援     | 9. 家族との連携の強化                    |
| 3. 家族の意思を反映した支援     | 10. 支援に関わる職員間の連携の強化             |
| 4. 家族の介護負担軽減のための支援  | 11. 医療機関との連携の強化                 |
| 5. 家族に対する認知症理解の啓発   | 12. 地域との連携の強化                   |
| 6. 認知症に関する知識の向上     | 13. その他（                      ） |
| 7. 権利擁護に関する知識の向上    | 14. 特にな                         |

問28 あなたには、認知症に関して相談のできる機関がありますか。（○は1つ）

- |       |              |
|-------|--------------|
| 1. はい | 2. いいえ →問29へ |
|-------|--------------|

問28-1 <<問28で「1」を選んだ方のみお答えください>>

どちらに相談していますか。（あてはまるものすべてに○）

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. 診療所・クリニックのかかりつけ医<br>（含む認知症・もの忘れ相談医※1） | 5. 認知症疾患医療センター（※2）             |
| 2. 病院の内科、神経内科、精神科など                      | 6. 保健所・保健センター                  |
| 3. 老年科・もの忘れ外来など認知症の専門外来がある病院             | 7. 高齢者総合相談センター                 |
| 4. 精神科・神経科専門の病院・診療所                      | 8. その他（                      ） |

※1 認知症・もの忘れ相談医 東京都医師会及び新宿区医師会所定の研修を修了した医師です。
※2 認知症疾患医療センター 認知症専門医療の提供と保健・福祉・介護の連携のための中核機関として都道府県が指定した医療機関です。

## 【在宅療養・看取りについて】

(全員におたずねします。)

問29 あなたが看取りをサポートする側に立った場合、特に欠かせないと思うことは何ですか。(1つに○)

1. 本人の意思が確認できていること
2. 本人・家族・関係者間の意思統一がされていること
3. 生活環境や在宅サービスが整っていること
4. 在宅医療との連携がとれていること
5. その他 ( )

問30 過去1年間で、あなたは在宅で看取りをしたケースがありますか。なお、ある場合は、回数をご記入ください。(1つに○)

1. はい → ( ) 回/年
2. いいえ

## 【ケアマネジャーの仕事について】

問31 あなたは、ケアマネジャーの仕事について、どのようにお考えですか。  
(それぞれ1つに○)

①やりがいがあると思いますか。

1. そう思う
2. まあそう思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない

②人の役に立てる仕事だと思いますか。

1. そう思う
2. まあそう思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない

③専門知識・技能の必要な仕事だと思いますか。

1. そう思う
2. まあそう思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない

④業務量が過大な仕事だと思いますか。

1. そう思う
2. まあそう思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない

⑤精神的ストレスの大きい仕事だと思いますか。

1. そう思う
2. まあそう思う
3. あまりそう思わない
4. そう思わない

⑥社会的評価は高いと思いますか。

1. そう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

⑦報酬は業務に見合っていると思いますか。

1. そう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

⑧介護福祉士や社会福祉士のような国家資格化は必要だと思いますか。

1. そう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

⑨ケアマネジャーの独立性・中立性・公平性は保たれていると思いますか。

1. そう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

### 【スキルアップについて】

問32 あなたは、研修に参加していますか。(1つに○)

1. 参加している

2. 参加していない →問33へ

→問32-1 <<問32で「1」を選んだ方のみお答えください>>

どのような研修内容が、あなたのスキルアップにつながりましたか。

(あてはまるものすべてに○)

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 1. ケアプランの作成・評価     | 10. 認知症高齢者への対応         |
| 2. 介護に関する知識        | 11. 成年後見制度などの権利擁護関連制度  |
| 3. 介護予防に関する知識      | 12. 消費者問題などの法律知識       |
| 4. リハビリテーションに関する知識 | 13. 介護福祉士、社会福祉士などの資格取得 |
| 5. 医学一般に関する知識      | 14. 職業倫理に関する知識         |
| 6. 困難事例の検討         | 15. 対人援助技術に関する知識       |
| 7. 災害時の備えや対応       | 16. その他 ( )            |
| 8. 住宅・住環境に関する知識    | 17. 特にない               |
| 9. 福祉用具に関する知識      |                        |

【今後の意向について】

(全員におたずねします。)

問33 あなたは、これからもケアマネジャーを続けたいと思いますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 続けたい →問34へ

3. 迷っている →問33-2へ

2. 続けたくない

→問33-1 <<問33で「2」を選んだ方のみお答えください>>

ケアマネジャーを続けたくないと思う理由は、次のうちどれですか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 担当件数が多すぎるから

6. 事業所外の支援体制がないから

2. ケアプラン作成以外の事務作業が多すぎるから

7. 精神的なストレスが大きいから

3. 仕事に見合った報酬がもらえないから

8. 身体的に厳しくなってきたから

4. 利用者や家族からの相談や苦情処理への対応が大変であるから

9. その他 ( )

5. 事業所内での支援が得られないから

問33-2 <<問33で「3」を選んだ方のみお答えください>>

迷っている理由があればお聞かせください。


【新宿区への要望について】

(全員におたずねします。)

問34 ケアマネジャーの立場からみて、保険者である区に対して、何を望みますか。

(あてはまるものすべてに○)

1. 介護保険に関する情報提供	7. ケアマネット（ケアマネジャーネットワーク新宿連絡会）への支援
2. 質の向上のための研修	8. 医療機関・訪問看護ステーションとの連携への支援
3. 不正な事業所の指導	9. その他（ ）
4. 利用者への適正なサービス利用の啓発	10. 特になし
5. 適正な介護報酬請求のための情報提供	
6. 高齢者総合相談センターの機能の充実	

問35 ケアマネジャーの立場からみて、区の高齢者支援の状況をどうお考えですか。

(それぞれ1つに○)

	充実している	まあ充実している	やや不足している	不足している	わからない
ア. いきがいのある暮らしへの支援	1	2	3	4	5
イ. 社会貢献活動への支援	1	2	3	4	5
ウ. 高齢者等の就業等の支援	1	2	3	4	5
エ. 健康づくりの促進	1	2	3	4	5
オ. 介護予防の推進	1	2	3	4	5
カ. 介護保険サービスの提供と基盤整備	1	2	3	4	5
キ. 自立生活への支援（介護保険外サービス）	1	2	3	4	5
ク. 介護保険サービスの質の向上及び適正利用の促進	1	2	3	4	5
ケ. 認知症高齢者への支援体制の充実	1	2	3	4	5
コ. 地域における在宅療養支援体制の充実	1	2	3	4	5
サ. 高齢者総合相談センターの機能の充実	1	2	3	4	5
シ. 暮らしやすいまちづくりと住まいへの支援	1	2	3	4	5
ス. 高齢者の権利擁護の推進	1	2	3	4	5
セ. 介護者への支援	1	2	3	4	5
ソ. 地域の活力を生かした高齢者を支えるしくみづくり	1	2	3	4	5
タ. 災害に強い安全な地域づくりの推進	1	2	3	4	5

問36 あなたが日頃、利用者や介護事業者等の関係機関と接している中で、かかわりの一番深い特別出張所管轄をお選びください。(1つに○)

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. 四谷  | 6. 戸塚   |
| 2. 箆筒町 | 7. 落合第一 |
| 3. 榎町  | 8. 落合第二 |
| 4. 若松町 | 9. 柏木   |
| 5. 大久保 | 10. 角筈  |

問36-1 <<問36で選んだ地域についてお答えください>>

当該の管轄地域について、どのように思われますか。(それぞれ1つに○)

項目	充実している	まあ充実している	やや不足している	不足している	わからない
①介護サービス基盤	1	2	3	4	5
②地域活動・ボランティア活動	1	2	3	4	5
③見守り・地域のつながり	1	2	3	4	5
④相談支援のネットワーク	1	2	3	4	5
⑤在宅医療・介護の連携体制	1	2	3	4	5

【自由記述】

問37 在宅介護に関して気になっている点など、ご自由にお書きください。

--

～ ご協力ありがとうございました ～

ご記入が済みましたら同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、12月9日(金)までにご投かんください。

ご不明な点がございましたら、お手数ですが、表紙の問い合わせ先にお電話をお願いいたします。