

## 高年齢社会と介護保険に関する調査（介護支援専門員アンケート）

※回答の所要時間は20～30分です。一時保存ができませんので、ご注意ください。

※確認ボタン押下後、入力漏れ等があれば赤文字で表示されます。

高年齢社会と介護保険に関する調査（介護支援専門員アンケート）の表組みです。

アンケートID(5桁)	(入力必須) <input type="text"/>
問1：あなたの性別を教えてください。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 回答しない
問2：令和5年1月1日現在のあなたの年齢を教えてください。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代以上
問3：介護支援専門員としての経験年数を教えてください。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 1年未満 <input type="radio"/> 1年以上3年未満 <input type="radio"/> 3年以上5年未満 <input type="radio"/> 5年以上10年未満 <input type="radio"/> 10年以上
問4：あなたが介護支援専門員以外に持っている資格を教えてください。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問5：あなたが現在働いている事業所の運営形態はどれですか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 社会福祉法人 <input type="radio"/> 医療法人社団 <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 株式会社・有限会社等 <input type="radio"/> その他 <input type="text"/>
問6：あなたが現在働いている事業所の種類はどれですか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 居宅介護支援事業所 <input type="radio"/> 地域包括支援センター <input type="radio"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="radio"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="radio"/> その他 <input type="text"/>
問7：あなたが現在働いている事業所にあなただを含めて何人の介護支援専門員がいますか。	※数字のみを入力 (入力必須) <input type="text"/>
問8：ケアマネジャーという仕事について、最も魅力だと考える点を教えてください。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 収入に関すること(給料など) <input type="radio"/> 待遇に関すること(福利厚生など) <input type="radio"/> 働き方に関すること(勤務時間や業務量など) <input type="radio"/> 成果に関すること(達成感ややりがいなど) <input type="radio"/> その他 <input type="text"/> <input type="radio"/> 特になし
問9：問8で魅力だと考える点について、詳しくはどのようなことですか。	※任意 <input type="text"/>
問10：ケアマネジャーという仕事について、不満があれば、その中で最も不満であることを教えてください。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 収入に関すること(給料など) <input type="radio"/> 待遇に関すること(福利厚生など) <input type="radio"/> 働き方に関すること(勤務時間や業務量など) <input type="radio"/> 成果に関すること(達成感ややりがいなど) <input type="radio"/> その他 <input type="text"/> <input type="radio"/> 特になし
問11：問10で不満であることについて、詳しくはどのようなことですか。	※任意 <input type="text"/>
問12：令和5年1月分の給付管理は何件ですか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 5件未満 <input type="radio"/> 5件以上10件未満 <input type="radio"/> 10件以上15件未満 <input type="radio"/> 15件以上20件未満 <input type="radio"/> 20件以上25件未満 <input type="radio"/> 25件以上30件未満 <input type="radio"/> 35件以上
問13：問12で回答した件数のうち、介護予防ケアプランは何件ですか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 5件未満 <input type="radio"/> 5件以上10件未満 <input type="radio"/> 10件以上15件未満 <input type="radio"/> 15件以上20件未満 <input type="radio"/> 20件以上25件未満 <input type="radio"/> 25件以上30件未満 <input type="radio"/> 30件以上35件未満 <input type="radio"/> 35件以上 <input type="radio"/> 作成していない
問14：問12で回答した件数以外に、担当しているが（入院やサービス利用なし等で）給付管理が発生しなかった対象者は何件ですか。	※介護予防ケアプランは0.5件分として積算し、合計数を回答してください。 (入力必須) <input checked="" type="radio"/> 10件以上 <input type="radio"/> 5～9件 <input type="radio"/> 1～4件 <input type="radio"/> 対象者なし
	※介護予防ケアプランは0.5件分として積算し、合計数を回答してください。

問15：あと何件担当する余裕がありますか。	(入力必須) ● 10件以上 ○ 5～9件 ○ 1～4件 ○ 受け入れ困難
問16：ケアプランを立てるにあたり、生活機能の状態のほかに、どのようなことに気をつけていますか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 本人の意見を大事にすること <input type="checkbox"/> 家族の意見を大事にすること <input type="checkbox"/> 要介護状態の改善、もしくは悪化の防止 <input type="checkbox"/> 生活背景 <input type="checkbox"/> サービス利用にかかる経済的な負担 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問17：介護支援専門員として利用者と関わる中でどのようなことに困りましたか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 家族との連絡調整 <input type="checkbox"/> 家族が精神疾患・障がいあり <input type="checkbox"/> 身寄りのない人の金銭管理 <input type="checkbox"/> キーパーソンがいない <input type="checkbox"/> 経済的に困窮している <input type="checkbox"/> 介入の拒否 <input type="checkbox"/> サービス導入拒否 <input type="checkbox"/> 利用者、家族からのハラスメント <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問18：介護支援専門員として必要な知識をどのように得ていますか。	※3つまで選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 同じ事業所の介護支援専門員から <input type="checkbox"/> 同じ法人の介護支援専門員から <input type="checkbox"/> 同業者の知り合いから <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが実施する研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員協会が実施する研修 <input type="checkbox"/> 行政（市・県等）への問い合わせ <input type="checkbox"/> 介護保険関係の解釈本等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問19：災害時に備えて担当している利用者に対してどんなケアが必要か考えたことはありますか。	(入力必須) ● ある（問20へ） ○ ない（問21へ）
問20：災害時、介護支援専門員として担当している利用者に対してどんなケアが必要だと思いますか。	※問19で「ある」と回答した人のみ <input type="checkbox"/> 緊急連絡先(親族・隣人等)の把握 <input type="checkbox"/> 避難時携行医薬品についての情報提供 <input type="checkbox"/> 避難所生活で介助に必要な支援の把握 <input type="checkbox"/> 安全確保 <input type="checkbox"/> 避難する場所とその避難方法の伝達 <input type="checkbox"/> 避難所生活に必要な物品の確保 <input type="checkbox"/> 災害時に備えた避難訓練 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問21-1：市内におけるサービスの充足状況についてどのように思いますか。(以下問21-28まで各サービスについて回答してください)	訪問診療（医師の訪問） (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-2	訪問介護 (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-3	介護予防型訪問サービス (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-4	生活援助型訪問サービス (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-5	夜間対応型訪問介護 (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-6	訪問入浴介護 (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-7	訪問看護 (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-8	訪問リハビリテーション (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-9	通所介護（デイサービス） (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-10	介護予防型通所サービス (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-11	トレーニング型通所サービス (入力必須) ● 足りていない ○ やや足りていない ○ ある程度足りている ○ 足りている ○ わからない
問21-12	地域密着型通所介護（定員18名以下の通所介護）

	<p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-13	<p>認知症対応型通所介護</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-14	<p>通所リハビリテーション（デイケア）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-15	<p>小規模多機能型居宅介護</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-16	<p>短期入所（ショートステイ）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-17	<p>医師や薬剤師などによる療養上の指導（居宅療養管理指導）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-18	<p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-19	<p>看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-20	<p>介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-21	<p>介護老人保健施設</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-22	<p>介護医療院</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-23	<p>認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-24	<p>特定施設入居者生活介護</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-25	<p>有料老人ホーム</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-26	<p>軽費老人ホーム（ケアハウス）</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-27	<p>サービス付き高齢者向け住宅</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問21-28	<p>養護老人ホーム</p> <p>(入力必須)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 足りない <input type="radio"/> やや足りない <input type="radio"/> ある程度足りている <input type="radio"/> 足りている <input type="radio"/> わからない</p>
問22：介護保険サービス以外にあれば良いと思うサービスは何ですか。	<p>※複数選択可</p> <p>(入力必須)</p> <p><input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 安価な移動支援サービス <input type="checkbox"/> 入院中の買い物支援 <input type="checkbox"/> 通院の付き添い <input type="checkbox"/> 緊急時に受け入れ可能な施設 <input type="checkbox"/> 認知症の人の見守り支援 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 特になし</p>
問23：介護保険サービス以外のサービスで紹介したことがあるものは何ですか。	<p>※複数選択可</p> <p>(入力必須)</p>

	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 買物支援 <input type="checkbox"/> 移動支援サービス <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 掃除・片付け <input type="checkbox"/> 見守りサービス <input type="checkbox"/> 傾聴ボランティア <input type="checkbox"/> 庭の手入れ <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ <input type="checkbox"/> 金銭管理を支援するサービス <input type="checkbox"/> 紹介したことがない(問25へ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問24：問23の項目で紹介したことがあるサービスについては、どのような団体が実施するサービスですか。	※問23で「紹介したことがない」と回答した人以外 ※複数選択可 <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> 民間 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 介護事業所(介護事業所が実施する介護保険以外のサービス) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問25：介護保険サービス以外の情報をどのように得ていますか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 市が発行している冊子など <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター主催の研修など <input type="checkbox"/> 市や地域包括支援センターに相談 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 介護支援専門員間の口コミ <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 特に得ていない
問26：あなたは、ケアプランに関して悩んだときなどに、だれに相談することが多いですか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域の連絡会・勉強会 <input type="checkbox"/> 職場の上司・同僚 <input type="checkbox"/> 職場外のケアマネジャー <input type="checkbox"/> 相談できるところがない <input type="checkbox"/> 相談していない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問27：退院支援や調整をする中でどのようなことに困りましたか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 退院調整のカンファレンスが開かれなかった <input type="checkbox"/> 病院からの説明が十分でなかった <input type="checkbox"/> 知りたいことが十分に聞けなかった <input type="checkbox"/> 急に退院が決まり、在宅での受け入れ準備を十分にできなかった <input type="checkbox"/> 本人、家族への説明が十分にできていなかった <input type="checkbox"/> 病院職員が、あまり介護保険サービスのことを理解していない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問28：病院における退院前カンファレンスが開催される時には、参加していますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 必ず参加している <input type="radio"/> ほぼ参加している <input type="radio"/> 時々参加している <input type="radio"/> 参加していない
問29：退院時に、病院の主治医または連携担当者(地域連携室など)と円滑な連携がとれていますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 十分にとれている <input type="radio"/> ある程度とれている <input type="radio"/> あまりとれていない <input type="radio"/> とれていない
問30：利用者の病状や健康状態について主治医と連絡をとっていますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> とっている <input type="radio"/> 時々とっている <input type="radio"/> ほとんどとっていない
問31：あなたが主治医との連携が必要だと思われるケースでは、実際に主治医と連携が図れていますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 全く連携が図れていない(問32へ) <input type="radio"/> あまり連携が図れていない(問32へ) <input type="radio"/> ある程度連携が図れている(問33へ) <input type="radio"/> 十分に連携が図れている(問33へ) <input type="radio"/> 主治医と連携が必要なケースは少ない(問33へ)
問32：連携が図れていない主な理由は何ですか。	※問31で「全く連携が図れていない」か「あまり連携が図れていない」と回答した人のみ <input type="checkbox"/> 時間に余裕がない <input type="checkbox"/> 医療機関の協力がいない <input type="checkbox"/> アプローチの仕方がわからない <input type="checkbox"/> 個人情報の保護の問題 <input type="checkbox"/> 窓口が分からない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問33：利用者の服薬管理などについて薬局(薬剤師)と連携が図れていますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 全く連携が図れていない(問34へ) <input type="radio"/> あまり連携が図れていない(問34へ) <input type="radio"/> ある程度連携が図れている(問35へ) <input type="radio"/> 十分に連携が図れている(問35へ) <input type="radio"/> 薬局(薬剤師)と連携が必要なケースは少ない(問35へ)
問34：連携が図れていない主な理由は何ですか。	※問33で「全く連携が図れていない」か「あまり連携が図れていない」と回答した人のみ <input type="checkbox"/> 時間に余裕がない <input type="checkbox"/> 薬局(薬剤師)の協力がいない <input type="checkbox"/> アプローチの仕方がわからない <input type="checkbox"/> 個人情報の保護の問題 <input type="checkbox"/> 薬局(薬剤師)の在宅医療への理解が低い <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問35：医療機関と連携を図るために必要なことは何だと思えますか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 医療関係者と介護関係者の情報交換の場を確保(相互の顔の見える関係づくり) <input type="checkbox"/> 地域ケア会議の充実・機能強化 <input type="checkbox"/> 在宅療養者の情報を共有するための統一した様式の作成 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問36：利用者の在宅生活を支えるために連携を強めたい職種・機関はどこですか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 地域連携室 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 訪問介護士 <input type="checkbox"/> リハビリテーション職 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(福祉会館) <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問37：地域包括支援センターと連携していますか。	<b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 連携している <input type="radio"/> 十分ではないが連携している <input type="radio"/> 連携していない
問38：市や地域包括支援センターと連携するときにはどのような場合ですか。	※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 多くの問題を抱えている利用者への対応 <input type="checkbox"/> 苦情相談の対応 <input type="checkbox"/> 介護保険以外のサービス制度の対応 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>

問39：困難事例などを地域包括支援センターに相談したことがありますか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
問40：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。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 業務全体に対するスーパーバイズ <input type="checkbox"/> 困難事例に対する助言・支援 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催支援 <input type="checkbox"/> 専門性向上のための研修の開催や研修情報の提供 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成指導などを通じたケアマネジメントの指導 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員同士のネットワークの構築 <input type="checkbox"/> 関係機関のネットワークの構築 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問41：今後市に期待する役割は何ですか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 相談機能の充実 <input type="checkbox"/> 研修機能の充実 <input type="checkbox"/> サービス基盤の充実 <input type="checkbox"/> 情報提供の充実 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問42：家庭内における高齢者虐待の事例を経験（担当）したことがありますか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 虐待を疑う事例に出会ったことがない（問45へ）
問43：今までに高齢者虐待を疑う事例に出会ったとき、市や地域包括支援センターへ相談（通報）しましたか。	<input type="checkbox"/> はい（問45へ） <input type="checkbox"/> いいえ（問44へ）
問44：相談（通報）しなかった理由は何ですか。	※問43で「いいえ」と回答した人のみ ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 利用者や家族との関係悪化を避けなかった <input type="checkbox"/> 家族の問題なので介入してはいけないと思った <input type="checkbox"/> 自分で解決できると思った <input type="checkbox"/> 市や地域包括支援センターに期待していない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問45：高齢者虐待への対応として必要な制度や仕組みはどのようなものだと思いますか。	※3つまで選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 相談窓口の設置・明確化 <input type="checkbox"/> 関係機関のネットワーク強化 <input type="checkbox"/> 対応マニュアルの作成 <input type="checkbox"/> 介護者への援助の充実 <input type="checkbox"/> 住民への啓発 <input type="checkbox"/> 関係機関や職員への研修 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護施設の確保 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度への積極的な取り組み <input type="checkbox"/> 警察・司法との連携・介入 <input type="checkbox"/> 家族介護者を対象とした介護相談の充実 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問46：認知症高齢者への支援において、困っていること（困ったこと）はありますか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> サービス利用などの契約手続きができない <input type="checkbox"/> サービスの受入れ先が限られる <input type="checkbox"/> サービスの利用拒否、受診拒否 <input type="checkbox"/> 本人の暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 金銭管理（認知症による物取られ妄想や消費者被害、支援者がいないなど） <input type="checkbox"/> 徘徊や緊急時の対応が困難 <input type="checkbox"/> 家族の理解がない、理解が薄い <input type="checkbox"/> 地域の理解がない、理解が薄い <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問47：認知症高齢者への支援で必要なことはどのようなことだと思いますか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 認知症の家族を介護している人のための介護教室や家族サロンの開催 <input type="checkbox"/> 医療的な支援（認知症の進行に合わせた適切な指導、助言） <input type="checkbox"/> 認知症についての正しい知識を持った支援者の養成 <input type="checkbox"/> 認知症についての正しい知識を普及するための啓発活動 <input type="checkbox"/> 介護保険などの公的サービスの充実 <input type="checkbox"/> ボランティアなどの公的サービス以外の充実 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用促進 <input type="checkbox"/> 市民後見人の育成 <input type="checkbox"/> 認知症全般について相談できる窓口 <input type="checkbox"/> 地域住民の理解 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問48：今後、認知症対策を進めていくうえで、どのようなことに重点を置くべきだと思いますか。	※複数選択可 (入力必須) <input type="checkbox"/> 認知症への市民理解を深めるためのサポーター養成講座や講演会の開催 <input type="checkbox"/> 介護者のつとめの充実 <input type="checkbox"/> 相談会の充実 <input type="checkbox"/> 認知症の人の介護、対応方法など介護者向けの研修会の開催 <input type="checkbox"/> 医療・介護・地域が連携した早期発見・早期治療のしくみづくり <input type="checkbox"/> かかりつけ医に対する研修 <input type="checkbox"/> 認知症の人を見守るボランティアなどのしくみづくり <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホームや特別養護老人ホームなどの施設整備 <input type="checkbox"/> 若年性認知症に対する支援 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
問49：加古川市では、認知症の人や家族を支援するために、市内の地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置していますが、知っていますか。	(入力必須) <input checked="" type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らなかった
問50：加古川市では、認知症の基礎知識や認知症の人への接し方を学ぶ「認知症サポーター養成講座」を開催していますが、知っていますか。	※ 認知症サポーター・・・認知症について正しく理解し、認知症の人や家族をあたたく見守る応援者であり、認知症サポーター養成講座を受講した人のことです。講座修了者にはサポーターの証「オレンジリング」を授与します。講師役である認知症キャラバン・メイトを派遣し、企業や学校等で講座を開催していますが、平成24年度から子ども向け講座に力を入れており、小学校や中学校においても積極的に開催しています。 (入力必須) <input checked="" type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らなかった
問51：加古川市では、地域で認知症の人を見守るため、行方不明になる可能性のある人を日常から見守り、早期発見・早期保護するための「見守り・SOSネットワーク」を実施していますが、知っていますか。	※ 見守り・SOSネットワーク・・・行方不明のおそれのある認知症高齢者の所在が不明となった場合に、身近な地域で協力して高齢者を見守っていく取り組みです。居住地の担当地域包括支援センターで事前登録し、万一、所在不明となった場合に関係機関へ情報提供されるなど、早期発見・早期保護のために有効に活用されます。ただし、範囲が限られますので加古川警察署への捜索願の届出も必要です。 (入力必須) <input checked="" type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らなかった

<p>問52：加古川市では、見守りカメラと連動した位置情報履歴発信機器（見守りタグ）の費用助成事業を実施していますが、知っていますか。</p>	<p>※ 見守りタグ・・・市内に約1,500カ所設置されている見守りカメラ付近を通過すると、カメラの検知器が見守りタグの信号を受信し、通過履歴をアプリでお知らせするサービスです。加古川市では、見守り・SOSネットワークへ事前登録されており、一定基準の認知症症状が見られる高齢者に対し、見守りタグの利用に関する費用助成を行っています。</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input checked="" type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らなかった</p>
<p>問53：認知症の人とその家族、地域の人など誰もが気軽に集える場としての認知症カフェを知っていますか。</p>	<p>※ 認知症カフェ・・・認知症の人やその家族だけではなく、地域住民、医療や介護の専門職など、誰もが気軽に参加でき、情報交換や日頃のちょっとした悩みなどを相談する「集いの場」で、地域の団体が主体となって運営しています。医療や福祉の専門職なども参加する場合がありますので、普段聞けないことを気軽に相談することもできます。加古川市では、認知症カフェの一覧表を市のホームページに掲載しています。また、認知症カフェを運営している地域の団体に対して、運営に要する経費の一部補助を行っています。</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input checked="" type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らなかった</p>
<p>問54：成年後見制度の相談ができる成年後見支援センターが市内にあることを知っていますか。</p>	<p><b>(入力必須)</b>  <input checked="" type="radio"/> 名前や業務内容を知っている <input type="radio"/> 名前は知っているが、業務内容は知らない <input type="radio"/> 名前を聞いたことがない</p>
<p>問55-1：あなたの担当している利用者の制度等の利用状況を教えてください。(以下問55-4まで各項目にあてはまる利用者の人数を回答してください)</p>	<p>日常生活自立支援事業を利用している ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問55-2</p>	<p>成年後見制度を利用している ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問55-3</p>	<p>日常生活自立支援事業、成年後見制度を両方利用している ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問55-4</p>	<p>日常生活自立支援事業、成年後見制度のいずれも利用していない ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-1：あなたの利用者が成年後見制度を利用することとなった動機について教えてください。(以下問56-8まで各動機にあてはまる利用者の人数を回答してください)</p>	<p>財産の管理、預貯金の払い出しや解約、保険金の受領 ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-2</p>	<p>遺産分割協議 ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-3</p>	<p>裁判所の手続き（相続放棄、訴訟、調停、自己破産等） ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-4</p>	<p>交通事故の示談など ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-5</p>	<p>不動産処分 ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-6</p>	<p>身上監護 ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-7</p>	<p>その他 ※具体的な動機とその人数を入力。（該当がなければ「0」と入力）(例)理由：○○○、人数：○人</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>
<p>問56-8</p>	<p>成年後見制度を利用していない、又は動機を把握していない ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力）</p> <p><b>(入力必須)</b>  <input type="text"/></p>

<p>問57-1：あなたの担当している利用者が成年後見制度を利用したほうがいいと思う人について教えてください。(以下問57-3まで各項目にあてはまる利用者の人数を回答してください)※既に成年後見制度を利用している人は除く</p>	<p>利用したほうがいい ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問57-2</p>	<p>利用しなくてもいい ※数字のみを入力該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問57-3</p>	<p>判断できない ※数字のみを入力該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問58-1：問57で利用したほうがいいと思う理由について教えてください。(以下問57-5まで各理由にあてはまる利用者の人数を回答してください)</p>	<p>日々の金銭管理に困っている ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問58-2</p>	<p>介護保険契約、施設入所契約ができない ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問58-3</p>	<p>適切な医療が行えない ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問58-4</p>	<p>訴訟手続きを抱えている（将来的なものも含む） ※数字のみを入力（該当がなければ「0」と入力） <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問58-5</p>	<p>その他 ※具体的な理由とその人数を入力。（該当がなければ「0」と入力）(例)理由：○○○○、人数：○人 <b>(入力必須)</b> <input type="text"/></p>
<p>問59：成年後見制度を利用すべきであるが、利用に至らない理由は何ですか。</p>	<p>※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/>申立て手続きが煩雑で、利用までに時間がかかる <input type="checkbox"/> 制度の利用等について本人や親族と協議ができていない <input type="checkbox"/> 制度の利用について親族の同意を得られない <input type="checkbox"/> 制度を利用するタイミングがわからない <input type="checkbox"/> 申立人になる人がいない <input type="checkbox"/> どこに相談していいかわからない <input type="checkbox"/> 別のサービス、制度利用などにより対応できている（問60へ） <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/></p>
<p>問60：別のサービス、制度を具体的に教えてください。</p>	<p>※問59で「別のサービス、制度利用などにより対応できている」と回答した人のみ <input type="text"/></p>
<p>問61：在宅での生活を続けるために必要なことはどのようなことだと思いますか。</p>	<p>※複数選択可 <b>(入力必須)</b> <input type="checkbox"/> 住み慣れた地域にあるデイサービス（通い）を利用しながら、必要に応じてなじみの職員が訪問したり短期の宿泊ができたりする多機能型の施設 <input type="checkbox"/> 住み慣れた地域にある認知症高齢者に対応したデイサービス（通い） <input type="checkbox"/> 夜間や早朝の他、必要などきに対応してもらえるホームヘルプサービス（夜間の定期的な巡回訪問を受けることができる介護サービス） <input type="checkbox"/> 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> 身近な場所での転倒・骨折予防の体操などができる場 <input type="checkbox"/> 健康や生活に関する講話や相談ができる場 <input type="checkbox"/> 家族、近隣住民などの理解、協力 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスではないが、有償ボランティアなどによる生活支援（買い物やゴミ出しなど） <input type="checkbox"/> 身近な場所にある相談窓口 <input type="checkbox"/> 介護者のための介護教室、交流会などの介護者の支援 <input type="checkbox"/> 段差解消や手すりの取り付けなど自宅のバリアフリー化 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> わからない</p>
<p>問62：要介護者が最期をむかえる場所として、どのような場所がふさわしいと考えていますか。</p>	<p><b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> 自宅(子どもの家など親族の家を含む) <input type="radio"/> 介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、グループホーム） <input type="radio"/> 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 <input type="radio"/> 病院（療養病床を含む） <input type="radio"/> 考えていない <input type="radio"/> わからない</p>
<p>問63：在宅での看取りに関わった経験がありますか。</p>	<p><b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない</p>
<p>問64：在宅で看取りをするために連携できる医師がいますか。</p>	<p><b>(入力必須)</b> <input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> わからない</p>

問65：あなたは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP、人生会議）について、知っていますか。	<p>※ アドバンス・ケア・プランニング（ACP、人生会議）…人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また、繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP、人生会議）」が重要と言われています。</p> <p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> よく知っている <input type="radio"/> 聞いたことはあるがよく知らない <input type="radio"/> 知らない</p>
問66：ACPを利用者に対して実施したことがありますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない</p>
問67：このような話し合いを進めることについて、あなたはどのように思いますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 賛成である（問68へ） <input type="checkbox"/> 反対である（問69へ） <input type="checkbox"/> わからない（問69へ）</p>
問68：ACPをだれに対してするべきだと思いますか。	<p>※問67で「賛成である」と回答した人のみ ※複数選択可</p> <p><input type="checkbox"/> 健全な人 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定を受けた人（申請する人） <input type="checkbox"/> 人生の最終段階にある人</p>
問69：もし、家族や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合うきっかけがあるとすれば、どのような出来事だと思いますか。（話し合ったことがある人は、何がきっかけでしたか。）	<p>※複数選択可</p> <p><b>(入力必須)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 誕生日 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 自身または配偶者の妊娠や出産 <input type="checkbox"/> 自分の病気 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 還暦 <input type="checkbox"/> 家族等の病気や死 <input type="checkbox"/> 人生の最終段階についてメディア（新聞・テレビ・ラジオ）から情報を得たとき <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターや医療関係者、介護サービス事業者による説明や相談の機会を得たとき <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/></p>
問70：もし、家族や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合う（人生会議を実践する）時期があるとすれば、いつごろが適切な年齢だと思いますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 20歳未満 <input type="radio"/> 20～39歳 <input type="radio"/> 40～59歳 <input type="radio"/> 50～69歳 <input type="radio"/> 70歳以上 <input type="radio"/> 年齢は関係ない <input type="radio"/> その他 <input type="text"/></p> <p><input type="radio"/> わからない</p>
問71：ケアプランニングの中でACPを実践できますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> できる（問73へ） <input type="radio"/> できない（難しい）（問72へ）</p>
問72：ACPが実践できないと思う理由は何ですか。	<p>※問71で「できない（難しい）」と回答した人のみ ※複数選択可</p> <p><input type="checkbox"/> 医師との連携が難しい <input type="checkbox"/> 本人の納得が得られない <input type="checkbox"/> 家族等の理解が得られない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/></p>
問73：あなたは、自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいか（受けたくないか）などを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 賛成である <input type="radio"/> 反対である <input type="radio"/> わからない</p>
問74：あなたは、市役所の高齢者・地域福祉課で在宅医療・介護連携について相談できることを知っていますか。	<p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>
問75：あなたは「在宅医療・介護連携推進事業」として、どのようなことに力を入れる必要があると思いますか。	<p>※3つまで選択可</p> <p><b>(入力必須)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 専門職による相談支援 <input type="checkbox"/> 地域の医療や介護の資源に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 在宅医療と介護の関係者間の情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅医療及び介護関係者への研修 <input type="checkbox"/> 市民に対する在宅医療や介護に関する情報の周知啓発 <input type="checkbox"/> 在診医(往診医)を増やす <input type="checkbox"/> 訪問看護師を増やす <input type="checkbox"/> 訪問介護士を増やす <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/></p>
問76：災害時における「避難行動要支援者支援制度」について知っていますか。	<p>※ 「避難行動要支援者支援制度」…災害時に誘導や補助などの支援を希望する人が、その情報を町内会など地域の避難支援等関係者へ提供することに同意することで、日頃からの見守りや災害時の安否確認、避難誘導などに役立てる制度です。市では、高齢者や障がい者など、災害時に支援が必要と思われる人について、「避難行動要支援者名簿」を作成しています。</p> <p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 名前や内容を知っている <input type="radio"/> 名前は知っているが、内容は知らない <input type="radio"/> 名前を聞いたことがない</p>
問77：あなたは「個別避難計画」について知っていますか。	<p>※ 「個別避難計画」…災害時、高齢者や障がい者等の避難行動要支援者がスムーズに避難できるよう、心身の状況や居住実態等、一人ひとりの状況に合わせて事前に作成する計画のことです。市では、町内会や近隣住民等の地域関係者、また福祉専門職(介護支援専門員、相談支援専門員等)等の避難を支援する関係者の方々とともに、個別避難計画を作成する事業に取り組んでいます。</p> <p><b>(入力必須)</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> 名前や内容を知っている（問78へ） <input type="radio"/> 名前は知っているが、内容は知らない（質問は以上です。） <input type="radio"/> 名前を聞いたことがない（質問は以上です。）</p>
問78：あなたは「個別避難計画」の必要性を感じていますか。	<p>※問77で「名前や内容を知っている」と回答した人のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 感じている <input type="checkbox"/> 感じていない</p>

確認画面に進む