

**居宅・施設 介護支援専門員業務量調査アンケート**

**1. 現在、あなたは介護支援専門員として業務に就いていますか。**

1. はい                  2. いいえ

※1. 「はい」と回答された方は問2へ、

2. 「いいえ」と回答された方は問40へお進みください

**2. 主な業務の活動地域はどこですか。**

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. 長崎市                    | 2. 県央（諫早市・大村市・東彼杵郡）     |
| 3. 島原半島（島原市・雲仙市・南島原市）     | 4. 県北（佐世保市・平戸市・松浦市・佐々町） |
| 5. 五島（五島市・新上五島町・宇久町・小値賀町） | 6. 壱岐市・対馬市              |
| 7. その他（ ）                 |                         |

**3. あなたの勤務している所属先は以下のどちらになりますか。**

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1. 居宅介護支援事業所      | 2. 地域包括支援センター  |
| 3. 介護保険施設（地域密着型含） | 4. 特定施設入居者生活介護 |
| 5. 認知症対応型共同生活介護   | 6. その他（ ）      |

**4. 勤務形態を教えてください。**

- |          |                  |
|----------|------------------|
| 1. 常勤専従  | 2. 常勤兼務（兼務職種名 ）  |
| 3. 非常勤専従 | 4. 非常勤兼務（兼務職種名 ） |

**5. 取得している資格を記載して下さい。（複数回答可）**

- |            |           |             |                 |
|------------|-----------|-------------|-----------------|
| 1. 医師      | 2. 歯科医師   | 3. 保健師      | 4. 薬剤師          |
| 5. 看護師     | 6. 準看護師   | 7. 社会福祉士    | 8. 精神保健福祉士      |
| 9. 介護福祉士   | 10. 助産師   | 12. 理学療法士   | 13. 作業療法士       |
| 14. 言語聴覚士  | 15. 歯科衛生士 | 16. （管理）栄養士 | 17. あん摩マッサージ指圧師 |
| 18. はり師    | 19. きゅう師  | 20. 柔道整復師   | 21. 主任介護支援専門員   |
| 22. その他（ ） |           |             |                 |

**6. 新規の相談面接に要する平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上（約程度） |
|----------|---------------|---------------|

**7. 新規のアセスメント（書類の作成まで）に要する平均時間はどの位かかりますか。**

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 1時間未満         | 2. 1時間以上1時間30分未満 |
| 3. 1時間30分以上2時間未満 | 4. 2時間以上（約程度）    |

**8. 新規の計画原案作成までに要する平均時間はどの位かかりますか。**

(サービス事業所の選定にかかる説明や見学同行についても含めてお書き下さい)

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 1時間未満         | 2. 1時間以上1時間30分未満 |
| 3. 1時間30分以上2時間未満 | 4. 2時間以上(約程度)    |

**9. 新規利用者の原案説明に平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上(約程度) |
|----------|---------------|---------------|

**10. 新規利用者のサービス担当者会議(書類の作成まで)に要する平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上(約程度) |
|----------|---------------|---------------|

**11. 新規利用者のサービス担当者会議の調整(日程や参加者の調整)は円滑にできていますか。**

- |              |                 |             |
|--------------|-----------------|-------------|
| 1. おおむね順調である | 2. 順調にはいかない時が多い | 3. 順調には進まない |
|--------------|-----------------|-------------|

**12. 新規利用者がサービス利用までの利用者や家族への訪問回数は平均してどの程度必要ですか。**

- |       |         |         |         |
|-------|---------|---------|---------|
| 1. 1回 | 2. 2~3回 | 3. 4~5回 | 4. 6回以上 |
|-------|---------|---------|---------|

**13. 新規利用者の初回モニタリングに平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上(約程度) |
|----------|---------------|---------------|

**14. 計画見直しの為のアセスメントに要する平均時間はどの位かかりますか。**

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 1時間未満         | 2. 1時間以上1時間30分未満 |
| 3. 1時間30分以上2時間未満 | 4. 2時間以上(約程度)    |

**15. 計画見直しの為の計画原案に要する平均時間はどの位かかりますか。**

(サービス事業所の選定にかかる説明や見学同行についても含めてお書き下さい)

- |                  |                  |
|------------------|------------------|
| 1. 1時間未満         | 2. 1時間以上1時間30分未満 |
| 3. 1時間30分以上2時間未満 | 4. 2時間以上(約程度)    |

**16. 計画見直しの為の原案説明に平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上(約程度) |
|----------|---------------|---------------|

**17. 計画見直しの為のサービス担当者会議に要する平均時間はどの位かかりますか。**

- |          |               |               |
|----------|---------------|---------------|
| 1. 30分未満 | 2. 30分以上1時間未満 | 3. 1時間以上(約程度) |
|----------|---------------|---------------|

**18. 計画見直しの為のサービス担当者会議の調整(日程や参加者の調整)はおおむね円滑にできていますか。**

- |              |                 |             |
|--------------|-----------------|-------------|
| 1. おおむね順調である | 2. 順調にはいかない時が多い | 3. 順調には進まない |
|--------------|-----------------|-------------|

19. 計画見直しの為の初回モニタリングに平均時間はどの位かかりますか。

1. 30分未満 2. 30分以上1時間未満 3. 1時間以上（約）程度

20. 支援経過記録やサービス担当者会議録の作成等の書類作成にかかる1日の平均的な所要時間をお聞かせ下さい。

1. 30分未満 2. 30分以上1時間未満 3. 1時間以上（約）程度

21. その他の業務について、費やしている回数や時間について月平均でお答え下さい。

- |                      |       |         |      |
|----------------------|-------|---------|------|
| 1. 認定調査への対応          | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |
| 2. 入院中の利用者の状況把握      | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |
| 3. 介護保険関係者や地域関係者との会議 | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |
| 4. 時間外の勤務            | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |
| 5. 介護報酬請求及び給付管理業務    | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |
| 6. その他（              |       |         | )    |
|                      | (月平均) | 回：1回あたり | 分程度) |

22. 現在の仕事は続けていきたいとお考えですか

1. 続けたい 2. できれば続けたい  
3. できれば続けたくない 4. 続けたくない

23. 現在、国の介護給付費分科会等で今後の報酬改定について議論されていますが、その事でご意見ご要望がありましたらお書きください。

ここからは所属する事業所の形態別の質問です。

ご自分の所属する事業所に該当する設問にお答え下さい。

**居宅介護支援事業所勤務の方**

…問 24～問 33

**介護保険施設及び特定施設・グループホーム等勤務の方…問 34～問 39**

**(居宅介護支援事業所勤務)**

24. 受け持ちの介護給付による居宅介護支援の担当件数を教えてください。

- |                  |                   |                  |                  |
|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 1. 0 件           | 2. 10 件未満         | 3. 10 件以上 20 件未満 | 4. 20 件以上 36 件未満 |
| 5. 36 件以上 50 件未満 | 6. 50 件以上 100 件未満 | 7. 100 件以上       |                  |

25. 受け持ちの予防給付による介護予防支援の担当件数を教えてください。

- |                  |                  |                   |
|------------------|------------------|-------------------|
| 1. 0 件           | 2. 8 件以下         | 3. 9 件以上 20 件未満   |
| 4. 20 件以上 36 件未満 | 5. 36 件以上 50 件未満 | 6. 50 件以上 100 件未満 |
| 6. 100 件以上       |                  |                   |

26. 受け持ちの担当件数を教えてください。

- |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 0 件           | 2. 10 件未満        | 3. 10 件以上 20 件未満 |
| 4. 20 件以上 36 件未満 | 4. 36 件以上 50 件未満 | 5. 50 件以上        |

27. 介護支援専門員として適正な業務を遂行するのに適當と思われる担当件数はどの程度ですか。

- |                  |                   |                  |
|------------------|-------------------|------------------|
| 1. 10 件未満        | 2. 10 件以上 20 件未満  | 3. 20 件以上 36 件未満 |
| 4. 36 件以上 50 件未満 | 5. 50 件以上 100 件未満 | 6. 100 件以上       |

28. 常勤専従の介護支援専門員として年間の収入はどの程度が適當と思われますか。

- |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. 300 万未満         | 2. 300 万以上 350 万未満 | 3. 350 万以上 400 万未満 |
| 4. 400 万以上 450 万未満 | 5. 450 万以上 500 万未満 | 6. 500 万以上         |

29. 月の一人あたりの訪問回数の平均回数を教えて下さい。

- |        |          |          |          |
|--------|----------|----------|----------|
| 1. 1 回 | 2. 2～3 回 | 3. 4～5 回 | 4. 6 回以上 |
|--------|----------|----------|----------|

30. 居宅介護支援事業又は受け持ち担当で取得している加算を教えてください。（複数回答可）

- |              |                       |                 |
|--------------|-----------------------|-----------------|
| 1. 特定事業所加算 I | 2. 特定事業所加算 II         | 3. 中山間地小規模事業所加算 |
| 4. 医療連携加算    | 5. 退院・退所加算            | 6. 認知症加算        |
| 7. 独居高齢者加算   | 8. 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 |                 |

**31. 業務負担がもっとも多くの原因を3つ選んで下さい。**

1. 居宅への訪問 (月平均 件)
2. 利用者の受診や入院の付き添い
3. 書類の整備
4. 関係機関との調整やサービス担当者会議等の実施
5. 研修や勉強会
6. その他 ( )

**32. 今後居宅介護支援事業所で勤務を継続する為には何が必要とお考えですか。3つ選んで下さい。**

1. 給与の改善
2. 勤務している事業所の理解 (職員待遇や勤務時間)
3. 研修による自信のスキルアップ
4. 上司や同僚の理解
5. 行政や地域における居宅介護支援への支援と協力
6. 介護支援専門員の国家資格化
7. その他 ( )

**33. ケアプランチェックについてのご意見をお聞かせください**

1. 参考になった
2. どちらとも言えない
3. 参考にならなかった
4. 受けていない

理由 (1~3の回答)

## →設問43へ

## (介護保険施設及び特定施設・グループホーム等勤務)

## 34. 受け持ちの担当件数を教えてください。

- |               |                |               |               |
|---------------|----------------|---------------|---------------|
| 1. 0件         | 2. 10件未満       | 3. 10件以上20件未満 | 4. 20件以上36件未満 |
| 5. 36件以上50件未満 | 6. 50件以上100件未満 | 7. 100件以上     |               |

## 35. 介護支援専門員として適正な業務を遂行するのに適當と思われる担当件数はどの程度ですか。

- |               |                |               |
|---------------|----------------|---------------|
| 1. 10件未満      | 2. 10件以上20件未満  | 3. 20件以上36件未満 |
| 4. 36件以上50件未満 | 5. 50件以上100件未満 | 6. 100件以上     |

## 36. 常勤専従の介護支援専門員として年間の収入はどの程度が適當と思われますか。

- |                 |                 |                 |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. 300万未満       | 2. 300万以上350万未満 | 3. 350万以上400万未満 |
| 4. 400万以上450万未満 | 5. 450万以上500万未満 | 6. 500万以上       |

## 37. 月の一人あたりの利用者面談の回数の平均回数を教えて下さい。

- |       |         |         |         |         |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| 1. 1回 | 2. 2~3回 | 3. 4~5回 | 4. 6回以上 | 5. 1回未満 |
|-------|---------|---------|---------|---------|

## 38. 業務負担がもっとも多くの原因を3つ選んで下さい。

1. 担当件数が多すぎる
2. 兼務の業務が忙しい (兼務職種 )
3. 書類の整備
4. 家族や関係機関との調整やサービス担当者会議等の実施
5. 研修や勉強会
6. その他 ( )

## 39. 今後、介護保険施設等で勤務を継続する為には何が必要とお考えですか。

## 3つ選んで下さい。

1. 給与の改善
2. 勤務している事業所の理解 (職員待遇や勤務時間)
3. 研修による自身のスキルアップ
4. 上司や同僚の理解
5. 行政や地域における介護保険施設等への支援と協力
6. 介護支援専門員の国家資格化
7. その他 ( )

## →設問43へ

(介護支援専門員として従事していない方にお伺いします)

**40. 現在、介護支援専門員として従事していない理由を教えてください。**

1. 従事したいが勤務先がない
2. 従事したいが事情があり勤務できない
3. 従事するつもりがない

**41. 介護支援専門員の業務に従事してみたいと思いますか**

1. 居宅又は施設、地域包括支援センターのどちらでも良いので従事したい
2. 居宅介護支援事業所であれば勤務したい
3. 介護保険施設であれば勤務したい
4. 特定施設入居者生活介護や認知症対応型共同生活介護であれば勤務したい
5. 地域包括支援センターであれば勤務したい
6. どこにも従事したくない

**42. 問41の回答の理由をお聞かせください**

(全員に質問です)

**43. あなたの介護支援専門員としての勤務経験を教えてください**

- |             |         |             |
|-------------|---------|-------------|
| 1. なし       | 2. 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 |             |

**44. あなたは長崎県介護支援専門員連絡協議会の会員ですか**

1. はい 2. いいえ (以前は入会していた：全く入会した事がない)

**45. 長崎県介護支援専門員連絡協議会への要望・ご意見がありましたらお聞かせ下さい。**

(非会員の方は入会しない理由もお聞かせください)