

令和7年度 ケアマネジャー（居宅介護支援専門員）調査 【調査票】

－アンケート調査ご協力のお願－

日頃から桜井市の介護保険事業にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

桜井市では、高齢者福祉の向上と介護保険サービスの適正な運営を目的に、令和9年度から令和11年度を計画期間とする「桜井市老人保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」（以下、「計画」という）を策定します。

このたび、計画を策定するにあたり、計画の基礎資料とさせていただくために、桜井市内で事業を行うケアマネジャー（居宅介護支援専門員）の皆様へ、アンケート調査をお願いすることとなりました。本調査で得られた情報につきましては、計画策定のための分析及び施策の検討以外には利用しません。

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。

令和7年11月

桜井市長 松井 正剛

回答にあたってのお願い

- 1 質問の内容をよくお読みの上、ご回答をお願いします。設問によって、「1つを選択」、「いくつでも選択」など、回答できる数が異なりますので、ご注意ください。
- 2 ●月●日（●）までに、回答をお願いします。
- 3 この調査に関するご質問やお問合せは、以下までお願いします。

桜井市役所 福祉保健部 高齢福祉課 電 話：0744-42-9111 (内線2162・2163)
--

1 回答されるあなたの勤務状況について

問1. 勤務形態はどれにあてはまりますか。(○は1つ)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 専従（常勤） | 2. 専従（非常勤） |
| 3. 兼務（常勤） | 4. 兼務（非常勤） |

問2. あなたの年齢を選択肢から選んでください。(○は1つ)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 29歳以下 | 2. 30～39歳 | 3. 40～49歳 |
| 4. 50～59歳 | 5. 60～64歳 | 6. 65歳以上 |

問3. あなたが勤務している事業所の介護サービスの種類はどれですか。(○は1つ)

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 居宅介護支援 | 2. 認知症対応型共同生活介護 |
| 3. 小規模多機能型居宅介護 | 4. 看護小規模多機能型居宅介護 |

問4. あなたがケアマネジャーの資格を取得した年(西暦)を教えてください。(数字を記入)

西暦（ ）年

※西暦でお答えください。令和2年⇒2020年、平成10年⇒1998年、平成25年⇒2013年

問5. 令和7年11月1日現在、ケアマネジャーとしての経験はどれくらいになりますか。それぞれ数字でご記入ください。

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| ① ケアマネジャーとしての通算経験 | 約（ ）年 |
| ② 現在の事業所におけるケアマネジャーとしての経験 | 約（ ）年 |

2 ケアマネジャーの資質向上等について

問6. ケアマネジャーの資質向上のため、必要だと思うことは何ですか。

(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1. 研修会や事例検討会の開催 | 2. 事業所や介護サービスなどの情報提供 |
| 3. 事務量の軽減 | 4. 報酬の改善 |
| 5. その他（ ） | |

問7. 引き続きケアマネジャーとして働くことをどう思いますか。(○は1つだけ)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 問題なく続けていける | 2. 多少の問題は感じるが続けていける |
| 3. 続けていくことにやや不安を感じる | 4. 続けていくことに大きな不安を感じる |

問8. ケアマネジャーとして働く上で、不安や不満を感じるのはどのようなことですか。
(○はいくつでも)

1. 利用者からの要望が多く、疲弊してしまう
2. 利用者家族からの要望が多く、疲弊してしまう
3. 精神的な負担が大きい
4. 報酬が低い
5. 業務の多様化、事務の増加による負担増
6. 更新研修への参加など必要な知識の更新
7. ケアマネジャーのなり手がいない、人手不足
8. 仕事に必要なパソコンや情報通信機器の習熟
9. 作成した書類が適正であるか自信がない
10. 業務として明確に位置付けられていない仕事の負担が大きい
11. その他 ()

3 ケアプラン業務の状況について

問9. 令和7年11月1日現在、何人の給付管理を行っていますか。
それぞれ数字でご記入ください。

① 介護給付 () 人 ② 予防給付 () 人

※予防給付には、総合事業の介護予防ケアマネジメントを含みます。

問10. 担当している利用者の人数は、適当ですか。(○は1つだけ)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 多すぎる | 2. やや多すぎる |
| 3. 適当である | 4. 少ない |

問11. 利用者や家族からのサービスに関する相談は、どのような内容が多いですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. サービスの利用料が高いこと | 2. サービス利用の制限が多いこと |
| 3. 本人や家族が思うよりも介護度が低いこと | 4. 提供サービスの内容や質に関すること |
| 5. 家族との意見の相違に関すること | |
| 6. その他 () | |

問12. ケアプランの作成時に困っていることがありますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない | ⇒問13へ |
|-------|-------|-------|

4 ケアマネジャーの業務外の支援（シャドウワーク）について

問 15. 直近1年間で、本来ケアマネジャーの業務には含まれていない以下のような業務(シャドウワーク)を行うことはありましたか。(○いくつでも)

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 日常的な安否確認 | 2. 税金などの手続きや支払い |
| 3. 買い物・掃除等の家事 | 4. 金銭管理の手伝い |
| 5. 救急車への同乗・通院の介助 | 6. 入退院の手続き |
| 7. 家屋・庭などの維持管理 | 8. 携帯電話等の操作やサービスの手続き |
| 9. その他 () | |

問 16. 問 15 で回答したような業務外の支援(シャドウワーク)を行うことは、直近の1年間で、どのくらいの頻度でありましたか。(○は1つだけ)

- | | |
|------------|----------------|
| 1. 月に10件以上 | 2. 月に5～9件 |
| 3. 月に3～4件 | 4. 月に1～2件 |
| 5. 月に1件未満 | 6. なかった ⇒問 17へ |

【問 16 において「6. なかった」以外を回答された方にお聞きします。】

① それはどのような時間が多かったですか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. ほとんど勤務時間外だった | 2. 勤務時間外のことが多かった |
| 3. 勤務時間外のことは少なかった | 4. ほとんど勤務時間内だった |
| 5. 勤務時間の内外を問わずにあった | 6. その他 () |

5 医師・地域包括支援センターとの連携について

問 17. 利用者の病状や健康状態について、主治医と必要な連絡を取れていますか。(○は1つだけ)

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. おおむね取れている | 2. 取れていることが多い |
| 3. 取れていないことが多い | 4. あまり取れていない |

問 18. 主治医との連携が困難に感じるのはどのような場合ですか。(○はいくつでも)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. 主治医と連絡が取りにくい | 2. 知識不足でうまく意見を伝えられない |
| 3. 主治医の意向と本人の意向が違う | 4. 介護職と医療職とで意見に相違がある |
| 5. 介護について主治医の理解が得られにくい | |
| 6. その他 () | |
| 7. 特にない | |

問 19. 地域包括支援センターと連携していますか。(○は1つだけ)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 常に連携している | 2. 必要時に連携している |
| 3. あまり連携していない | 4. 連携していない |

問20. 地域包括支援センターとの連携が困難に感じるのはどのような場合ですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 担当者との連絡や情報共有が困難 | 2. 必要な支援をしてもらえない |
| 3. 担当者によって対応が異なる | 4. 担当者の知識・スキルが足りない |
| 5. センターによって対応が異なる | |
| 6. その他 () | |
| 7. 特にない | |

問21. 困難事例などを地域包括支援センターに相談したことはありますか。(○は1つだけ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

6 介護サービス提供に対する評価・要望等について

問22. 介護サービスのうち、桜井市内で供給が不足していると感じるサービスは何ですか。
(○はいくつでも)

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. 訪問介護 | 2. 訪問看護 |
| 3. 訪問入浴介護 | 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. 短期入所（生活介護・療養介護） | 8. 特定施設入居者生活介護 |
| 9. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 10. 認知症対応型通所介護 |
| 11. 認知症対応型共同生活介護 | 12. 小規模多機能型居宅介護 |
| 13. 看護小規模多機能型居宅介護 | 14. 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 15. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 16. 福祉用具の貸与・販売 |
| 17. 居宅療養管理指導 | 18. 通院等乗降介助 |
| 19. その他 () | |
| 20. 特にない | |

問23. 法定の介護保険サービス以外で、桜井市内で供給が不足していると感じるサービスはありますか。(○はいくつでも)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 移動・外出の支援 | 2. 買い物の支援 |
| 3. 家事・生活の援助 | 4. 介護予防活動・サービス |
| 5. 配食サービス | |
| 6. その他 () | |
| 7. 特にない | |

問30. 桜井市の介護保険、高齢者福祉について、ご意見などがありましたら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。