

令和6年度

## 北海道介護支援専門員協会会員アンケート調査票

【ご記入にあたってのお願い】

1 アンケートの対象者

この調査は、**北海道介護支援専門員協会会員**を対象にしております。

2 アンケート回答者（記入者）

上記1の対象者ご本人がご回答ください。

3 アンケート記載の留意点

記載頂く内容は、**Webにて一度のみ**ご回答ください。

4 回答方法

**本アンケートは、原則としてwebにてご回答ください。（スマホからの回答も可能です）**

※web環境が整っていない場合、調査票に直接ご記入の上、FAXにてお送りください。

北海道介護支援専門員協会 FAX 011-596-0394



アンケートは**当協会ホームページの専用フォーム**からご回答ください。

「北海道介護支援専門員協会」で検索するとトップページから接続できます。

URL : <http://www.do-kaigoshien.jp/>

回答期限：令和6年8月31日（土）

こちらのQRコード  
からも回答できます

（アンケートの問い合わせ先）

北海道介護支援専門員協会 事務局

Mail [aradin@do-kaigoshien.jp](mailto:aradin@do-kaigoshien.jp)

TEL 011 (596) 0392



# 令和6年度北海道介護支援専門員協会

## 会員アンケート調査票

北海道介護支援専門員協会

会員の皆様の現状を把握するとともに、今後の協会活動の発展に資するための基礎資料を得ることを目的に、今般アンケート調査を行うことと致しましたので、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

### 問1 あなたの性別・年齢・居住地・基礎資格を教えてください。

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない
年齢	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70歳以上
居住地	<input type="checkbox"/> 札幌市 <input type="checkbox"/> 石狩管内 <input type="checkbox"/> 後志管内 <input type="checkbox"/> 渡島管内 <input type="checkbox"/> 檜山管内 <input type="checkbox"/> 空知管内 <input type="checkbox"/> 上川管内 <input type="checkbox"/> 留萌管内 <input type="checkbox"/> 宗谷管内 <input type="checkbox"/> オホーツク管内 <input type="checkbox"/> 胆振管内 <input type="checkbox"/> 日高管内 <input type="checkbox"/> 十勝管内 <input type="checkbox"/> 釧路管内 <input type="checkbox"/> 根室管内
基礎資格 《1つだけ選んでください》	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師・保健師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> はり灸師・柔道整復師 <input type="checkbox"/> 相談援助従事者 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> その他 ( )

### 問2 あなたの介護支援専門員としての経験年数を教えてください。

<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1～3年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10～15年未満 <input type="checkbox"/> 15年以上
---

### 問3-1 あなたの現在の職場について教えてください。

<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（独立起業、一人ケアマネ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--

### 問3-2 北海道介護支援専門員協会 年会費のお支払いについて教えてください。

<input type="checkbox"/> 個人負担 <input type="checkbox"/> 法人負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )
--

### 問4-1 あなたの資格を教えてください。

<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員
---

問 4-2 問 4-1 の主任介護支援専門員の方にお聞きします。資格取得後の経験年数を教えてください。

- 1 年未満  1～3 年未満  3～5 年未満  5～10 年未満  10～15 年未満  15 年以上

問 4-3 問 4-1 の介護支援専門員の方にお聞きします。主任介護支援専門員に係る資格取得の予定を教えてください。

- 1 年以内  1～3 以内  3～5 年以内  5～10 年以内  取得予定なし

問 5-1 あなたの入会の動機について教えてください（複数回答可）

- 介護支援専門員としての質の向上（研修に参加したかったから等）  
 法改正など新しい情報を早く知ることができると思ったから  
 介護支援専門員同士の情報交換ができるから  協会活動に関わりたと思ったから  
 介護支援専門員の仕事についての理解が深まると思ったから  
 人脈を作ることができると思ったから  職場の上司に勧められた  友人・知人の勧誘  
 特になし  その他（ ）

問 5-2 入会により、実現したと感じたことについて教えてください（入会動機以外でも可）

- 介護支援専門員としての質の向上につながった（研修会に参加できる等）  
 法改正など新しい情報を早く知ることができた  
 介護支援専門員同士の情報交換ができた  協会活動に関われた  
 介護支援専門員の仕事についての理解が深まった  
 人脈を作ることができた  その他（ ）

問 6 あなたが思う会員のメリットについて教えてください。（複数回答可）

- 広報やホームページで、他の地域の情報を知ることができる  
 道内の介護支援専門員とつながっているという安心感  
 北海道介護支援専門員協会主催の研修を一般より安く受講できる  情報が入りやすい  
 その他（ ）

問 7-1 現在、業務を行う上で困っていることがあれば教えてください。（複数回答可）

- 気軽に相談できる相手がない  厚生労働省の最新情報などが手に入りにくい  
 厚生労働省などの最新情報をゆっくり読んで理解する時間がない  
 スキルアップを図りたいと思うができない  自分の専門分野以外の知識の不足  
 他の介護支援専門員の業務対応の情報が得られない  
 保険者に対して、現場の意見が言えない  
 特になし  その他（ ）

問 7-2 困った時に、どのように対処しているかについて教えてください。(複数回答可)

- インターネットで検索  職場の同僚・上司に相談  他の専門職に相談  
 他事業所の介護支援専門員に相談  地域包括支援センターに相談  行政に相談  
 特に何もしない  その他 ( )

問 8 介護支援専門員としての仕事の継続意向(続けたいと思う)について教えてください。

- 良く思う  とときどき思う  どちらでもない  あまり思わない  思わない

問 9-1 介護支援専門員の仕事に働きがいを感じていますか

- とても感じている  やや感じている  殆ど感じない  全く感じない

問 9-2 問 9-1 の働きがいを感じている方にお聞きします。どのようなときに感じますか

- 利用者・家族に感謝された時  利用者・家族の暮らしが改善した時  ケアプランが円滑に機能した時  家族の理解が得られた時  その他 ( )

(※問 10～問 15 まで個人で事業所を開設等されている方も事業所に従事していると想定してお答えください)

問 10 あなたの雇用形態について教えてください。

- 常勤・専従  常勤・兼務  非常勤・専従  非常勤・兼務

問 11-1 あなたの担当利用者件数を教えてください。(令和 6 年 6 月末時点)

- 0  1～9  10～19  20～29  30～39  40～49  50 件以上

問 11-2 あなたが妥当だと思う担当利用者件数を教えてください。

- 0  1～9  10～19  20～29  30～39  40～49  50 件以上

問 12-1 あなたの月額報酬について教えてください。(令和 6 年 6 月末時点)

- 15 万未満  15～20 万  20～25 万  25～30 万  30～35 万  35～40 万  40～45 万  
 45～50 万  50～55 万  55 万以上

問 12-2 あなたの年間報酬について教えてください。(令和 5 年度分)

- 100 万未満  100～150 万  150～200 万  200～250 万  250～300 万  300～350 万  
 350～400 万  400～450 万  450～500 万  500～550 万  550～600 万  600～650 万  
 650～700 万  700 万以上

問 12-3 問 12-1・問 12-2 の報酬に満足していますか。

- 大変満足  満足  普通  不満  非常に不満



問 18-1 あなたが興味のある研修事業について教えてください。(複数回答可)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 医療系サービスに関する研修 | <input type="checkbox"/> 社会資源に関する研修     | <input type="checkbox"/> 実地指導に関する研修     |
| <input type="checkbox"/> 対人援助に関する研修    | <input type="checkbox"/> 成年後見等に関する研修    | <input type="checkbox"/> スーパービジョンに関する研修 |
| <input type="checkbox"/> 事例検討に関する研修    | <input type="checkbox"/> ケアマネジメントに関する研修 | <input type="checkbox"/> 多職種との連携に関する研修  |
| <input type="checkbox"/> 倫理綱領に関する研修    | <input type="checkbox"/> 高齢者虐待に関する研修    | <input type="checkbox"/> 介護保険最新情報に関する研修 |
| <input type="checkbox"/> 総合事業に関する研修    | <input type="checkbox"/> その他 ( )        |   |

問 18-2 研修事業を開催する曜日等の希望について教えてください。

- |                                  |                                 |                                 |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 平日・日中   | <input type="checkbox"/> 平日・時間外 | <input type="checkbox"/> 土日祝・日中 | <input type="checkbox"/> 土日祝・夜間 |
| <input type="checkbox"/> どちらでもよい |                                 |                                 |                                 |

問 19 協会ホームページの利用状況について教えてください。

- |                                  |                                 |                                |                                |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いつも見ている | <input type="checkbox"/> 時々見ている | <input type="checkbox"/> 殆ど見ない | <input type="checkbox"/> 全く見ない |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

問 20 その他、北海道介護支援専門員協会に関してのご意見をお聞かせ下さい。

----------------------

ご協力ありがとうございました。8月31日(土)までにアンケートフォームにてご回答ください