●調査の目的

居宅介護支援事業所と小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員の連携について、実態調査を行うこと

により、今後の連携について課題を把握し、課題に対する支援策の検討に結び付けることを調査研究の目的

としています。

●調査対象

福岡県内の小規模多機能型居宅介護事業所に勤務する介護支援専門員

●調査票の回答

特に指定のない限り、平成30年6月30日現在の状況をご記入ください。

※このアンケート調査は、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員を対象としています。

※介護支援専門員が複数配置されている事業所については、アンケート用紙をコピーして、各々ご回答

いただきますようお願い致します。

●結果の報告

本調査結果は、平成30年12月頃に報告書をとりまとめる予定です。

●ご回答期限及びアンケート返送方法

ご記入いただいたアンケート用紙は、9月14日（金）までに当協会事務局までＦＡＸにてご送付下さい。

ＦＡＸ　０９２－４３１－４５７７　（福岡県介護支援専門員協会　事務局）

●留意事項

・質問項目は問11まであります。すべてにご回答いただきたく存じますが、回答が難しい場合には、**回答**

**いただける範囲のみの記入でもご返送いただきますよう**お願い申し上げます。

・アンケートには、選択肢の中から選択していただく項目のほかに具体的な数字やその内容を空欄にご記

　入いただく項目もあります。

・アンケートの回答項目中の「その他」にあてはまる場合は、お手数ですが、〔　〕内に具体的にその内容

　をご記入ください。

　・アンケート用紙は、当協会ホームページよりダウンロード（Word形式）することもできます。

　　→ダウンロード（Word形式）した様式を使用した場合、レイアウトが崩れたり、ページがずれたりする

可能性もありますが、特に差し支えありませんので、そのままご返送下さい。

**調査票記入上の注意点**

公益社団法人　福岡県介護支援専門員協会　事務局（担当：井上）

〒812-0016　福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号　福岡県メディカルセンタービル2階

TEL：092-431-4585　FAX： 092-431-4577　 Email：fukuokacm@tune.ocn.ne.jp

ホームページ　https://fukuoka-cm.jp/

**問１） 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。**

① １年未満　　 ② １年～２年　　③ ３年～４年　　④ ５年～９年　　⑤ １０年以上

**問２）　あなたの業務形態は、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者と介護支援専門員業務の兼務ですか。**

① 兼務である　　　　　　②　兼務していない

**問３） 居宅介護支援事業所での居宅介護支業務の経験は、ありますか。** ① 経験あり　（　　　年　　　ヶ月　）　　　　② 経験なし

**問４）　小規模多機能型居宅介護業務についている介護支援専門員は何名ですか。**

　　　　　　名

**問５）　あなたの勤務先（小規模多機能型居宅介護事業所）に介護支援専門員の有資格者は何名いますか。**

　　　　　　名

**問６） あなたの勤務先の併設事業所を教えてください。**(該当する事業所、全てに○をつけてください。)

**【 指定居宅サービス 】**

①居宅介護支援事業所　　②訪問介護　　③訪問入浴　　④訪問看護　　⑤訪問リハビリ

　　　　⑥通所介護　　⑦通所リハビリ　⑧短期入所生活介護　　⑨短期入所療養介護

　　　　⑩特定施設入居者生活介護　　⑪福祉用具貸与

　　**【指定地域密着型サービス】**

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定時巡回・随時対応型訪問介護看護

⑮夜間対応型訪問介護　　　⑯地域密着型通所介護　　⑰認知症対応型通所介護

⑱認知症対応型共同生活介護　　⑲地域密着型特定施設入居者生活介護

⑳地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

**【介護保険施設】**

㉑介護老人福祉施設　　㉒介護老人保健施設　　㉓介護療養施設・介護医療院

**【その他】**

㉔サービス付き高齢者向け住宅　　㉕その他の施設(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**【併設なし】**

㉖併設なし

**問7） 新規の相談経路として、下記の項目から相談が多い順に上位３つを記入してください。**

 [　　　　　　　→　　　　　　　　→　　　　　　　　]

①本人・家族　　　②地域包括支援センター　　　③地域（自治会等） 　　④病院

⑤居宅介護支援事業所　　　⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問8） 居宅介護支援事業所から小規模多機能型居宅介護事業所への移管されたケースがありますか。**

① なし ② あり (平成２９年度の移管件数→　　　　件　)

→移管がなしの理由は何と考えられますか(①にチェックの方のみ)

→移管された理由は何ですか(②にチェックの方のみ)

→移管後のメリット・デメリットがあれば教えてください。

**問9） 小規模多機能型居宅介護事業所から居宅介護支援事業所へ移管したケースがありますか。**

① なし ② あり (平成２９年度の移管件数→　　　　件　)

→移管がなしの理由は何と考えられますか(①にチェックの方のみ)

→移管された理由は何ですか(②にチェックの方のみ)

→移管後のメリット・デメリットがあれば教えてください。

**問10） 居宅介護支援事業所の介護支援専門員との交流は、ありますか。**

①　あり　（どのような交流ですか→　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②　なし　（下記の項目より理由を選んでください。複数回答可。　）

ア、業務が忙しい　　イ、交流の場、機会がない　　ウ、情報がない

エ、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問11） 小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員としての悩みがあれば教えてください。**

 例）小規模多機能ケアマネジメント研修が少ない等、ご自由な意見をお願いします。

※アンケートへのご協力ありがとうございました。

※恐れ入りますが、平成３０年９月１４日（金）までに福岡県介護支援専門員協会事務局までＦＡＸにて

　お送りください　　**ＦＡＸ　０９２－４３１－４５７７**