●調査の目的

平成30年度介護報酬改定では、施設介護支援専門員の更なる医療との連携が重要視されている。また、医師、看護師、機能訓練指導員、（管理）栄養士等の他職種とのパイプ役として重要な役割を担っている。そこで、施設介護支援専門員の業務内容や、また、他職種（特に医療）との連携状況を把握し、課題に対する支援策を調査研究することを目的とする。

●調査対象

福岡県内の介護保険施設等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、介護保険施設等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9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） 現在の勤務先での施設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

**過去の勤務地以外での施設介護支援専門員としての経験について教えてください。**

① 経験なし　　 ② 経験あり　→　（　約　　　　年　）

**過去の居宅介護支援事業所での介護支援専門員としての経験について教えてください。**

① 経験あり　（　　　　年　　ヵ月　）　　　 ② 経験なし

**問２）　あなたの現在の職務は、他の職種と兼務となっていますか。**

① 兼務である　（下記の職種に☑を入れてください。）

□施設長　　□相談員　　□介護職員　　□看護職員　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

②　兼務していない

**問３） 貴施設の種類について教えてください。** ① 特定施設入所者生活介護　　　② 介護老人福祉施設 　　 ③ 介護老人保健施設

④ 介護医療院・介護療養型医療施設　　　⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　）

**問４）　貴施設の定員を教えてください。**　　　　　　名

**問５）　貴施設の介護支援専門員の数を教えてください。**

　　　　　　→実際に介護支援専門員として勤務している者（兼務含む）　　　　　　　　名

　　　　　　→貴施設の介護支援専門員の有資格者　 名

**問６）　あなたのケアプラン担当者数を教えてください。（平成３０年６月）**　　　　　　　名

**問７）　他の専門職の方にケアマネジメントプロセスを任せている事（協力も含む）がありますか。**

**（複数回答可）**

① アセスメント ② ケアプラン作成 ③ 担当者会議 ④ 説明・同意・交付

⑤ モニタリング ⑥ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問８）　施設内での介護支援専門員の役割について他の職種からは、理解されていますか。**

**また、その理由についても記載してください。**

　　　　① 十分理解されている　　 ② あまり理解されていない 　　③ 理解されていない

④ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

理由

**問９） 介護支援専門員として医療機関との連携はどのようにしていますか。　（複数回答可）**

① 直接、医師と連携している　　② 施設看護師を通じて　　③ サービス担当者会議等を通じて

④ 直接、医師と連携する事はない　　⑤ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問10） 貴施設の看取り件数を教えてください。（平成２９年度）** 　　　　　　名

**問11） 平成３０年度、看取りに関する加算について教えてください。**

① 看取り介護加算（Ⅰ）　　② 看取り介護加算（Ⅱ）　　③ 算定なし

**問12） 看取りケアマネジメントで困っている事があれば教えてください。**

**問13） 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　ある　 (どのような交流ですか→　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

②　ない　（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14） 施設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）施設介護支援専門員向けの研修が少ない等、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**