●調査の目的

地域包括支援センターの運営や事業の実施状況、事業推進にあたっての課題等を明らかにし、県内の地域支援センターにおける居宅介護支援事業所への支援状況を確認し、地域包括支援センターの主任介護支援専門員としての役割についての調査研究することを目的としています。

●調査対象

福岡県内の地域包括支援センターに勤務する主任介護支援専門員

●調査票の回答事項

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、地域包括支援センターの主任介護支援専門員を対象としています。

※主任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8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） 貴センターの運営主体について教えてください。該当番号に〇をつけて下さい。**

① 行政直営 ② 社会福祉法人（社協以外）　③ 社会福祉協議会　　④ 医療法人

⑤ 財団・社団法人（公益・一般）　⑥ NPO法人　　⑦ 有限会社・株式会社

⑧ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**問２）　貴センターの介護支援専門員及び主任介護支援専門員の人数を教えてください。**

　　　　①　介護支援専門員の資格保持者　（　　　　　）名

　　　　　　　②　①の中で主任介護支援専門員の資格保持者　　（　　　　　）名

　　　　　　　　　　③　②の中で主任介護支援専門員として従事する者　　（　　　　　　）名

**問３） あなたは、主任介護支援専門員と貴センター管理者**（又は、他の職務）**を兼務していますか。**

① 兼務していない　　②センター管理者と兼務　　③他の職務（　　　　　　　）と兼務

**問４）　あなたの介護支援専門員及び主任介護支援専門員としての職務従事年数を教えてください。**

　　　　① 貴センターの主任介護支援専門員（現職）　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

② 貴センターの介護支援専門員　　　　　　　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

　　　　③ 他包括支援センターの主任介護支援専門員　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

④ 他包括支援センターの介護支援専門員　　　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

　　　　⑤ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

　　　　⑥ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員　　　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

　　　　⑦ 施設、グループホーム等の介護支援専門員　・・・（　　　　　　年　　　ヵ月）

　　　　※従事歴がない場合には、0年として下さい。

**問５） 貴センターで取り扱っている介護予防プランの件数を教えてください。**（平成３０年６月給付管理）

① 居宅介護支援事業所などに委託している介護予防プラン件数　　・・・　　　　　件／月

② 貴センター従事者が直接担当している介護予防プラン件数　　　・・・　　　　　件／月

③ ②のうち、あなたが担当している介護予防プラン件数　　　　　・・・　　　　　件／月

**問６） 主任介護支援専門員としての業務の取り組みについて教えてください。**

　　　　※該当する業務の番号に〇をつけ（複数可）、それぞれの業務回数についてもご回答ください。

　　　　※業務回数は、日ごろの業務回数の平均値をご記入ください。月・半年・年のいずれかに〇を

　　　　　つけてご記入ください。

**【地域（貴センター以外）の介護支援専門員に対する個別支援】**

① 複雑な事例対応における指導・助言　　　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　② サービス担当者会議の参加　　　　　　　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　③ スーパービジョン（事例検討会等）　　　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　④ 社会資源等に関する情報収集や情報提供　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　⑤ 地域との連携や行政への働きかけ等に関する支援　・・・（　　　回）／月・半年・年

**【貴センター内の介護支援専門員に対する個別支援】**

① 複雑な事例対応における指導・助言　　　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　② サービス担当者会議の参加（自分の担当以外）　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　③ スーパービジョン（事例検討会等）　　　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　④ 社会資源等に関する情報収集や情報提供　　　　　・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　⑤ 地域との連携や行政への働きかけ等に関する支援　・・・（　　　回）／月・半年・年

**【ネットワーク作りについて】**

①介護支援専門員と介護サービス事業所・医療機関等とのネットワーク・（　　　回）／月・半年・年

　　　　②介護支援専門員と行政・地域包括支援センター・多職種とのネットワーク

・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　③圏域内の介護支援専門員間のネットワーク　　　　　　　　　　 ・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　④他の地域包括支援センター（主任介護支援専門員）とのネットワーク・・・（　　　回）／月・半年・年

　　　　⑤地域ケア会議の開催　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・・・（　　　回）／月・半年・年

**問７） 平成３０年度中に圏域内の介護支援専門員を対象とした研修会の開催はありますか。**

① ある（　　　回／年）

　→研修会内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

②　ない

**問８） 地域包括支援センターの主任介護支援専門員として困っている事や当協会への意見があればご自由に書いてください。**

例）地域包括支援センターに勤務する主任介護支援専門員対象の研修会の開催等

※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**