

**施設サービス等・居住系サービス・小規模多機能（看多機舎）  
介護支援専門員アンケート調査**

○目的

福岡県介護支援専門員協会（職域部会）では施設サービス等・居住系サービス・小規模多機能（看多機舎）に勤務する介護支援専門員が抱える「日常業務の困りごと」や「課題」などをアンケート調査を行っていくこととなりました。アンケートにご回答いただき介護支援専門員の「実情を把握」し「課題解決」「研修企画」に役立てていきたいと思えます。  
ご多忙中お手数おかけいたしますが、ご協力の程お願い申し上げます。

○調査票の回答事項

特に指定のない限り、令和6年8月末現在の状況をご記入ください。

○回答方法

WEBによる回答またはFAX回答（可能な限りWEBによる回答をお願いいたします）

\* 本協会ホームページに掲載

\* 右の二次元コードを読み取り回答も可能



○結果報告

本調査の結果は令和6年11月頃（予定）に報告書を取りまとめ、ホームページに公表いたします。

○ご回答期限につて

令和6年9月30日（月）までにご回答ください

○留意事項

質問項目は属性を含め問14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入力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内容を空欄にご入力いただく項目もあります

福岡県介護支援専門員協会

**Q1 あなたの所属している事業所の種類を教えてください。**

- 介護老人福祉施設（地域密着型含）
- 介護老人保健施設
- 特定施設入居者生活介護（地域密着型含）
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 介護医療院
- 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

**Q2. 介護支援専門員と兼務している職種があれば教えてください。**

- 管理者  相談員  介護職員  看護職員  機能訓練指導員  専任専従  その他

**Q3. 現在の施設での介護支援専門員経験年数を教えてください。**

- 0年～3年未満  3年～5年未満  5年～10年未満  10年以上

**Q4. 介護支援専門員の業務を行うために1週間にどれくらいの時間が必要ですか？**

- 30時間～40時間未満  20時間～30時間未満  10時間～20時間未満
- 5時間～10時間未満  5時間未満

**Q5. 担当件数に対して十分にマネジメントを行う時間が確保されていると感じますか？**

- 十分に確保されている  まあまあ確保されている  少し足りない
- 足りない  まったく足りない

※足りない/まったく足りないと答えた方の理由

**Q6. 介護支援専門員として困った事があった時、誰に相談していますか？**

- 管理者又は責任者  主任介護支援専門員  保険者
- 地域包括支援センター  相談する相手がいない  その他

※その他と答えた方の相談相手

**Q7. 連携する必要がある職種（機関等）は誰ですか？（複数回答可）**

- 医師  ソーシャルワーカー  保険者  地域包括支援センター  民生委員  その他

※その他と答えた方の連携相手

**Q8. あなたが作成したケアプランは現場で活かされていますか？**

- 活かされていると思う  まあまあ活かされていると思う
- あまり活かされていない  全く活かされていない

**Q 9. 介護支援専門員や計画作成担当者としてやりがいや喜びを感じる時はどのような時ですか？（上位3つを選んでください）**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 多職種との連携がスムーズにできたとき  | <input type="checkbox"/> 医療との連携が上手くいったとき |
| <input type="checkbox"/> 本人や家族の方から頼られたとき     | <input type="checkbox"/> 支援の提案が受け入れられたとき |
| <input type="checkbox"/> 困難事例が好転したとき         | <input type="checkbox"/> 他の職種の方から頼られたとき  |
| <input type="checkbox"/> 運営指導や監査で指摘を受けなかったとき |  |

**Q 10. 業務の中で、自分に足りないところや苦手だと感じる場所はどこですか？又はケアマネ業務の中で、今、困難に感じていることはなんですか？**

（上位3つを選んでください。）

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 医療に関する知識や医療関係者との連携         | <input type="checkbox"/> 介護保険制度について    |
| <input type="checkbox"/> 社会資源の把握や活用について             | <input type="checkbox"/> アセスメントについて    |
| <input type="checkbox"/> コミュニケーションについて              | <input type="checkbox"/> 介護報酬や加算に関わること |
| <input type="checkbox"/> ケアプランの作成について（ケアマネジメントプロセス） |  |
| <input type="checkbox"/> 家族への対応について                 | <input type="checkbox"/> その他           |

※その他と答えた理由

**Q 11. 法定研修以外でスキルアップに関連する研修等には出席・参加をすることができていますか？**

- はい                      いいえ

※いいえと答えた方の内容

**Q 12. 介護支援専門員のスキルアップに繋がる研修の機会があれば参加したいと思いますか？**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 是非、参加したい       | <input type="checkbox"/> 都合がつけば参加したい |
| <input type="checkbox"/> 忙しくて参加できる時間がない | <input type="checkbox"/> 参加したいと思わない  |

**Q 13. どのような研修があれば参加したいと思いますか？上位3つまで。**

- |  |                                      |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アセスメント        | <input type="checkbox"/> ケアプランの作成    | <input type="checkbox"/> 医療との連携    |
| <input type="checkbox"/> 社会資源の活用       | <input type="checkbox"/> 多職種連携に関すること | <input type="checkbox"/> 認知症に関すること |
| <input type="checkbox"/> リーダーシップに関すること | <input type="checkbox"/> その他         |                                    |

※その他と答えた方の内容

**Q 14. 当該事業所の介護支援専門員として業務において取り組んでいることはありますか？取り組んでいる場合は具体的な内容を記入してください。**

質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。