|  |
| --- |
| ＜相談受付＞相談前確認シート |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| サービス種別（○は１つ） | **1.**介護老人福祉施設**2.**地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護**3.**介護老人保健施設**4.**介護医療院**5.**訪問介護**6.**訪問入浴介護**7.**訪問看護**8.**訪問リハビリテーション**9.**居宅療養管理指導**10.**通所介護**11.**地域密着型通所介護**12.**通所リハビリテーション | **13.**短期入所生活介護**14.**短期入所療養介護**15.**特定施設入居者生活介護**16.**地域密着型特定施設入居者生活介護**17.**居宅介護支援**18.**小規模多機能型居宅介護**19.**看護小規模多機能型居宅介護**20.**夜間対応型訪問介護**21.**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**22.**認知症対応型通所介護**23.**認知症対応型共同生活介護**24.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護サービス従事者数（常勤換算人数）【〇は１つ】 | **1.**1～4人**2.**5～9人**3.**10～19人 | **4.**20～49人**5.**50～99人**6.**100人以上 |
| 事業所住所 | 〒 |
| 事業所連絡先電話番号 |  |
| 事業所連絡先E-mail |  |
| 相談者（代表者）氏名 |  |

|  |
| --- |
| 相談者様について |
| 相談者（代表者） |
| 問1 相談者役職 |  | 問2 相談者職種【○は１つ】 | **1.**施設長**2.**ケアマネジャー**3.**介護職員**4.**生活相談員 | **5.**看護職員**6.**機能訓練指導員**7.**その他（　　　　　　　） |
| 相談者（2人目以降は併記ください） |
| 問3 相談者役職 |  | 問4 相談者職種【○は１つ】 | **1.**施設長**2.**ケアマネジャー**3.**介護職員　（　　名）**4.**生活相談員（　　名） | **5.**看護職員　　　（　　名）**6.**機能訓練指導員（　　名）**7.**その他（　　　　　　　）（　　名） |
| 問５　過去に本相談窓口を利用したことがあるか。【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**生産性向上、改善活動の手法に関する相談**2.**介護ロボット等の導入・活用に関する相談**3.**人材の確保・資質向上、経営改善等に関する相談**4.**介護報酬の取得に関する相談**5.**利用可能な補助金や基金等についての相談**6.**研修会への参加**7.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**8.**利用したことがない |
| 問6　相談窓口の利用契機【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**「介サポしまね」のHP**2.**パンフレット**3.**SNS（介護労働安定センター島根支部のインスタグラム）　**4.**関係団体の紹介 | **5.**自治体からの紹介**6.**他施設からの紹介**7.**その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容について |
| 問7　相談内容【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**生産性向上、改善活動の手法に関する相談**2.**介護ロボット等の導入・活用に関する相談**3.**人材の確保・資質向上、経営改善等に関する相談**4.**介護報酬の取得に関する相談**5.**利用可能な補助金や基金等についての相談**6.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（次ページへ）

|  |  |
| --- | --- |
| 問8　生産性向上、改善活動の手法に関する相談の詳細（問7で「**1**」を選択した方は回答ください。）　　【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**改善活動全般について**2.**改善活動の準備について（体制整備、事例等の情報収集）**3.**課題の見える化について**4.**実行計画の策定について**5.**取組後に発生した課題に対する対処について**6.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問9 問8で回答した相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 |
|  |
| 問10　相談したい介護ロボット等の分野（問7で「**2**」を選択した方は、回答ください。）　　 【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**介護ロボット等全般**2.**移乗支援（装着）**3.**移乗支援（非装着）**4.**移動支援（屋外）**5.**移動支援（屋内）**6.**移動支援（装着）**7.**排泄支援（排泄物処理）**8.**排泄支援（排泄予測）**9.**排泄支援（動作支援） | **10.**見守り・コミュニケーション（施設）**11.**見守り・コミュニケーション（在宅）**12.**見守り・コミュニケーション（コミュニケーション）**13.**入浴支援**14.**介護業務支援（記録、情報共有）**15.** ICT（タブレット、WIFI整備）**16.** ウェアラブル端末**17.**その他（ ） |
| 問11 問10で回答した相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 |
|  |
| 問12　人材の確保・資質向上、経営改善等に関する相談の詳細（問7で「**3**」を選択した方は回答ください。）　　 【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**採用活動・就労支援について**2.**外国人人材の受入れについて**3.**介護助手の導入について**4.**職員向けの研修、キャリア形成支援について**5.**経営改善について**6.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問13 問12で回答した相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 |
|  |
| 問14　介護報酬の取得に関する相談の詳細（問7で「**4**」を選択した方は回答ください。　　 【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**生産性向上委員会の設置について**2.**生産性向上推進体制加算について**3.**生産性向上・テクノロジー活用による人員配置基準の特例的な柔軟化について**4.**介護職員等処遇改善加算について**5.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問15 問14で回答した相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 |
|  |
| 問16　利用可能な補助金や基金等についての相談の詳細（問7で「**5**」を選択した方は回答ください。）　　 【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**利用可能な補助金・基金全般**2.**島根県介護テクノロジー定着支援事業費補助金**3.**島根県協働化・大規模化等による介護事業所職場環境改善事業費補助金**4.**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問17 問16で回答した相談内容・困りごとの詳細【自由記述】 |
|  |
| 問18　介護ロボット・ICTの導入状況 | **1.**未導入**2.**導入済 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 問19 導入している介護ロボット・ICTの種類（問18で2を選択した場合は、回答ください。）【該当するもの全てに○を付けてください】 | **1.**移乗支援（装着）**2.**移乗支援（非装着）**3.**移動支援（屋外）**4.**移動支援（屋内）**5.**移動支援（装着）**6.**排泄支援（排泄物処理）**7.**排泄支援（排泄予測）**8.**排泄支援（動作支援） | **9.** 見守り・コミュニケーション（施設）**10.**見守り・コミュニケーション（在宅）**11.**見守り・コミュニケーション（コミュニケーション）**12.**入浴支援**13.**介護業務支援（記録、情報共有）**14.** ICT（タブレット、WIFI整備）**15.** ウェアラブル端末**16.**その他（ ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報の取扱同意 | **1.**同意する**2.**同意しない |

〔個人情報の取り扱いについて〕

介護現場革新サポートセンターしまねは、プライバシーポリシーに則って、個人情報の取り扱いについて適正に管理します。

介護現場革新サポートセンターしまねのプライバシーポリシーは下記の二次元コードよりご確認ください。



＜お申込み・お問合せ＞

介護現場革新サポートセンターしまね（介サポしまね）

TEL：**0852－25－8302**　／　FAX：**0852－25－8303**

e-mail：**kaisapo-shimane32[AT]kaigo-center.or.jp**

※迷惑メール対策のため、「@」を「[AT]」に置き換えて表記しています。送信の際は「[AT]」を「@」に直してご利用ください。