地域包括・在宅介護支援センター実態調査2016

【地域包括支援センター版】

●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、センターの機能強化やさらなる事業推進に向けた検討および提案のための基礎資料とすることを目的としています。

●調査対象 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会の会員の地域包括支援センター

●調査票の回答 特に指定のない限り、平成28年3月31日現在の状況をご記入ください。なお、年間実績に関する項目は、平成27年度実績をご回答ください。

※在宅介護支援センター用には別途「在宅介護支援センター版」の調査票があります。平成27年度末まで在宅介護支援センターであった場合には、お手数ですが、下記ＵＲＬより「在宅介護支援センター版」をダウンロードいただき、ご回答いただきますようお願いいたします。

●結果の報告 本調査結果は、平成29年1月頃に報告書をとりまとめる予定です。

・ご回答は、該当する選択肢の番号に○印をつけていただくほか、具体的な数字やその内容を空欄にご記入いただくところもあります。

・「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。

・質問番号順にお答えください。質問のなかには、該当する場合にのみご回答をお願いする箇所もあります。説明に沿ってお進みください。

・ワードファイルに直接入力する場合には、レイアウトが崩れたり、ページが増えたりしても気にせず入力してください。

※質問項目は問29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。

ご記入いただいた調査票は、

①同封の封筒（切手不要）にて郵送、②調査票データ添付によるEメール、いずれかの方法で

**平成28年8月22日（月）まで**に下記調査票返送先にお送りください。

**調査票記入上の注意点**

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会　事務局（担当：松山）

〒100-8980　東京都千代田区霞が関3-3-2　新霞が関ビル

社会福祉法人 全国社会福祉協議会　高年・障害福祉部内

TEL：03-3581-6502　FAX：03-3581-2428　Email：z-konen@shakyo.or.jp

※調査票データは全国地域包括・在宅介護支援センター協議会ホームページよりダウンロードいただけます（<http://www.zaikaikyo.gr.jp/index.html>）

**本調査に関する問合せ先・調査票返送先**

Ⅰ．貴センターならびに貴センターの担当圏域の概要について（平成28年3月末現在）

問1　貴センターの名称と所在地をお教えください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①センター名 |  |
| ②都道府県・指定都市名 |  | ③市区町村名 ※ |  |

※指定都市の場合は、区名を記入してください。

問2　貴センターの運営主体について教えてください（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 行政直営
2. 社会福祉法人（社協以外）
3. 社会福祉協議会
 | 1. 医療法人
2. 財団・社団法人（公益・一般）
3. NPO法人
 | 1. 有限・株式会社
2. その他
 |

問３　センターの運営状況について（平成28年3月末現在）

（1）貴センターの区分を教えてください。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 機能強化型センター
2. 基幹型センター
3. 機能強化型や基幹型

ではない1. 不明
 |  | 「1.機能強化型」、「2.基幹型」である場合、果たしている役割等について教えてください。（複数回答可） |
| 1. センター間の連携調整
2. 介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄの

後方支援1. 地域ケア会議の後方支援
2. 地域ケア推進会議の開催
3. 困難事例への助言・支援
 | 1. 権利擁護事業の機能強化
2. 認知症支援の強化
3. 介護予防事業の強化
4. 生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ配置による強化
5. その他
 |
|  |  |

（2）貴センターが開設した年（西暦）を教えてください（委託センターの場合、受託した年）。

|  |
| --- |
| 地域包括支援センターの開設（受託）年　　　　　　　　　　年 |

（3）貴センターの前身は在宅介護支援センターでしたか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「1.はい」と回答した場合、在宅介護支援センターとして開設した年（西暦）を教えてください。**年** |

問4　貴センターの相談窓口体制について（平成28年3月末現在）

（1）貴センターの開所日（電話対応は除く）についてお教えください。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 平日のみ開所
2. 年中無休にて開所
3. 年中無休にて開所（年末年始を除く）
 | 1. 平日および毎週土曜日もしくは日曜日に開所
2. 平日および隔週の土日に開所
3. その他
 |

（2）貴センターの開所時間外の対応状況についてお教えください。（複数回答可）

|  |
| --- |
| 1. センターの電話転送による24時間対応の体制をとっている
2. 関係機関に対し、センター職員の緊急連絡先を伝えている
3. 時間外の対応はとくに行っていない
4. その他
 |

問5　職員体制（平成28年3月末現在）

（1）センターの常勤換算職員数をお教えください。（数字を記入）

※1.～6.に該当職種の記載がない場合は、7.「その他」にその職種名をすべて記載し、合計数を右欄にご記入ください。

※1～7の各職員数の合計が最上段の「1.～7.の合計」欄と合うようにご記入ください。

※複数の有資格者は、主な資格でご回答ください。

※センター長や認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターが配置されている場合には、「7.その他」には記載せず、その主な職種に換算してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 常勤換算職員数 |
| 1.～7. 合計 |  | 名 |
| 1.社会福祉士 |  | 名 |
| 2.保健師 |  | 名 |
| 3.看護師 |  | 名 |
| 4.主任介護支援専門員 |  | 名 |
| 5.介護支援専門員 |  | 名 |
| 6.事務職員 |  | 名 |
| 7.その他 |  | 名 |

（2）貴センターにセンター長は配置されていますか。（数字に○）

※居宅介護支援事業所の「管理者」のみの場合には「2.」を選択してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 配置されている
2. 配置されていない
 |  | 「１.配置されている」と回答した場合、その職種等について教えてください。（数字に○）1.　運営法人の理事長等の役員または併設施設長等の兼務2.　センターの専従職員職種((1)の1～７から選択)：3.　その他 |
|  |

|  |
| --- |
| 「2.配置されていない」場合、その理由を教えてください。（１つに○）1.　指定居宅介護支援事業所の管理者が実質兼ねているため2.　不明3.　その他 |

（3）貴センターに認知症地域支援推進員が配置されていますか。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 配置されている
2. 平成28年度以降に配置予定
3. 配置されていない
 |  | 「１.配置されている」と回答した場合、その職種等についてご記入ください職種(1)の1～７から選択)： |

（4）貴センターに生活支援コーディネーターが配置されていますか。（１つに○）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 配置されている
2. 平成28年度以降に配置予定
3. 配置されていない
 |  | 「１.配置されている」と回答した場合、その職種等についてご記入ください職種(1)の1～７から選択)： |

問6　平成28年3月末時点の市区町村および貴センターの担当圏域について教えてください（数字を記入）

※指定都市の場合は「Ａ．市区町村」欄は区の状況をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ａ：市区町村 | Ｂ：貴センターの担当圏域 |
| ①人　口 |  | 人 |  | 人 |
| ②世帯数 |  | 世帯 |  | 世帯 |
| ③高齢化率（小数点1位未満四捨五入） |  | ％ |  | ％ |

問7　市区町村内の地域包括支援センター、在宅介護支援センター数をご記入ください。（数字を記入）

※指定都市の場合は「Ａ．市区町村」欄は区の状況をご記入ください。

※Ａ欄（担当圏域内の①地域包括支援センター、②在宅介護支援センター数）について、不明の場合は「不明」とご記入ください。

※Ａ欄は「不明」であっても①Ｂ～Ｄ欄、②Ｂ～Ｅ欄で貴センターにて把握しているセンターがあれば、各欄にその数をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①地域包括支援センター数　A＝（B+C+D） |  |
| B．機能強化型 | C. 基幹型 | D. その他 |
|  | か所 |  | か所 |  | か所 |  | か所 |

|  |  |
| --- | --- |
| ②在宅介護支援センター数　A＝（B+C+D+E） |  |
| B．ブランチ | C.サブセンター | D. 法人単独型 | E. その他 |
|  | か所 |  | か所 |  | か所 |  | か所 |  | か所 |

問8　貴センターと貴担当圏域にある在宅介護支援センター（ブランチやサブセンターを含む）と連携して取り組んでいますか

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「１.はい」と回答した場合、具体的な役割分担、連携した取り組みについて教えてください。 |
|  |

Ⅱ．貴センターの運営等について（平成28年3月末現在）

**問9．貴センターではセンター職員の資質向上に向けた取り組みを行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「１.はい」と回答した場合、具体的な取り組み内容を教えてください。（複数回答可）1. センター内での事例検討の実施
2. センター内の職員同士の勉強会の実施
3. 職場内ＯＪＴの実施
4. 外部研修への参加（派遣）
5. 職場内（法人内）の研修への参加
6. 同市町村内のセンター職員同士の勉強会の実施
7. その他
 |
|  |

**問10．貴センターでは地域住民に対するセンターの周知・広報等の取り組みを行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「１.はい」と回答した場合、具体的な取り組み内容を教えてください。（複数回答可）1. センター独自の広報誌等の発行
2. センター独自のホームページの作成
3. 関係団体等による地域の催し物への参加を通じた周知
4. センター主催行事の開催による周知
5. 全戸訪問の実施
6. その他
 |
|  |

問11　貴センター事業の点検・評価の実施状況について教えてください

**（1）貴センターによる自己評価は行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「2.いいえ」と回答した場合、その理由を教えてください。（複数回答可）1. 実施する時間がない
2. 市町村から実施するよう指導を受けていない
3. 自己評価の方法がわからない
4. 自己評価の必要性を感じられない
5. その他
 |
|  |

**（2）市町村による評価は行われていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「1.はい」と回答した場合、課題があれば教えてください。 |
|  |

問12　地域包括支援センター運営協議会（市町村が設置）について

**（1）貴センターは運営協議会に参画していますか**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  |  | 「1.はい」の場合①年間の開催回数を教えてください。（平成27年度実績）　　　　　　　　　　　　　　　回②運営協議会の実態について下記より選択してください。（複数回答可）1. センターの運営、機能強化等に向けた具体策の協議がされている。2. 具体的な地域課題について協議されている3. 報告事項の共有、情報交換が行われている4. 地域ケア会議に位置づけられている5. 協議体に位置づけられている6. その他 |
|  |  |
| 「2.いいえ」の場合、その理由を教えてください。（複数回答可）1. 市町村内の他のセンターが参画しているため
2. 不明
3. その他
 |  |
|  |

問13　市町村（保険者）との関係について（※委託センターのみご回答ください。）

**（1）センターの運営実態等に関し、定期的に市町村（保険者）と協議、共有する機会がありますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「1.はい」と回答した場合、その具体的な方法、内容を教えてください。 |
|  |  |

**（2）センターの運営方針を定めるにあたって市町村（保険者）と協議する機会がありますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「1.はい」と回答した場合、その具体的な方法、内容を教えてください。 |
|  |  |

Ⅲ．センターにおける相談対応について

問14　平成27年度下半期（平成27年10月～平成28年3月）に実施した相談対応について

（1）相談件数（相談を受け付けた回数、重複可）と対象者別の内訳を教えてください。（数字を記入）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 相談対応件数 |
| **相談対応件数総数** |  | 件 |
| 内訳 | ①高齢者 |  | 件 |
| ②児童 |  | 件 |
| ③障害者 |  | 件 |

（2）下記選択肢より、相談対応件数の内容として多いもの上位３つを選んでください。（数字を記入）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1位 |  |  | 1. 特養への入所相談
2. 特養以外の施設への入所相談
3. 在宅サービスの利用に関する相談
4. 権利擁護に関する相談

（虐待、消費者被害は除く）1. 虐待に関する相談
2. 消費者被害に関する相談
 | 1. 医療サービスに関する相談
2. 要介護認定に関する相談
3. 認知症に関する相談
4. 生活保護（低所得）に関する相談
5. 住まいに関する相談
6. その他
 |
| 2位 |  |  |
| 3位 |  |  |
|  |  |  |

Ⅳ．地域のケアマネジャーへの支援について

**問15． 貴センターでは地域のケアマネジャーへの支援を目的とする取り組みを行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「１.はい」と回答した場合、具体的な取り組み内容を教えてください。（複数回答可）1. 日常的な個別支援・相談2. 支援困難事例に対する助言・支援3. 質の向上のための研修の開催4. 介護支援専門員同士のネットワークづくりの支援5.　その他 |
|  |

Ⅴ．介護予防ケアプラン（介護予防支援）の作成について（平成27年度実績）

**問16　平成27年度の介護予防ケアプラン作成件数や関連する費用等について教えてください**

**（1）市町村等から得ている総収入とそのうち「介護予防ケアプラン」作成費（年間額）**

|  |
| --- |
| ①　総収入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円②　上記①のうち、介護予防ケアプラン作成費　　　　　　　　　円 |

**（2）「介護予防ケアプラン」の作成に関して**

|  |
| --- |
| ①　年間の作成件数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件②　上記①のうち、居宅介護支援事業所に委託している件数　　　　　　　　　　　　件③　委託に伴う支払額（1件あたり）　　　　　　　　　　　円 |

Ⅵ．地域アセスメント（地域課題の把握・地域住民の意向分析等）について

**問17．貴センターでは地域アセスメント（地域課題・地域住民の意向分析等）を行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 実施している
2. 実施していない
 |  | 「１実施している」場合、①その具体的な実施方法を教えてください。（複数回答可）1.　訪問調査の実施2.　アンケート調査の実施3.　地域ケア会議のなかでの把握4.　住民との懇談会による把握5.　民生委員等の地域の関係者の会議にセンター職員が参画することによる把握6.　その他②上記取り組みで明らかになった主な地域課題を教えてください。 |
|  |

|  |
| --- |
| 「2.実施していない」場合、その理由を教えてください。（複数回答可）他の業務が多く、時間を割けない（職員が不足していて取り組めない）個人情報保護法により情報が把握できない職員のノウハウ不足（研修機会がない、少ない）必要性を感じていない方法がわからないその他 |

Ⅶ．地域ケア会議について

**問18．地域ケア会議の実施状況（平成27年度実績）について教えてください。**

※（2）と（3）が同じ場合には、（3）の記述は不要です。

※（1）は地域包括支援センター等で把握した個別課題に関する検討を行うための会議、（2）（3）は（1）の会議で明らかとなった地域課題や社会資源づくり等を検討する会議とします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （1）地域ケア個別会議(地域包括支援センター担当圏域) | （2）地域ケア推進会議(地域包括支援センター担当圏域) | （3）地域ケア推進会議（市区町村圏域） |
| ①実施状況 | 1. 実施している2. 平成28年度以降実施予定3. 不明 | 1. 実施している2. 平成28年度以降実施予定3. 不明 | 1. 実施している2. 平成28年度以降実施予定3. 不明 |
| ②実施主体(下記選択肢から１つ) |  |  |  |
| ③主な参加者(複数回答可) |  |  |  |
| ④年間会議開催回数(数字を記入)※ケース数ではない | 年　　　　　　回 | 年　　　　　　回 | 年　　　　　　回 |
| ⑤主な会議の内容(下記より複数回答可) |  |  |  |
| ⑥貴センターが果たしている主な役割（自由記述） |  |  |  |

②、③の選択肢

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 貴センター
2. 貴センター以外の地域包括支援センター
3. 市町村行政

（直営センターを除く）1. 在宅介護支援センター
2. 民生委員児童委員協議会
3. 自治会・町内会
 | 1. 老人クラブ
2. 地区社会福祉協議会
3. 市町村社会福祉協議会
4. 居宅介護支援事業所
5. 介護サービス事業所・施設
6. 病院・診療所
7. 医師会
8. 警察
 | 1. ボランティア団体・連絡会
2. 薬局
3. 訪問看護ステーション
4. 消防署
5. NPO
6. シルバー人材センター
7. 住民
8. その他
 |

⑤の選択肢

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 個別課題・支援事例の検討
2. 地域包括支援ネットワークの構築
3. 地域課題の把握
 | 1. 地域づくり・資源開発
2. 政策の形成・提言
3. 給付適正化の事業者指導
4. 保険者の運営方針の共有
 | 1. 居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの助言
2. その他
 |

Ⅷ．高齢者の権利擁護に向けた取り組みについて

**問19．高齢者の権利擁護（虐待や消費者被害等を含む）に関する貴センターの取り組みについて教えてください。（複数回答可）**

|  |
| --- |
| 1. 虐待防止・対応に関するネットワーク体制への参画
2. 市町村行政との虐待対応に関するマニュアルの共有
3. 虐待事例に関する事例検討会の実施
4. 高齢者虐待防止に向けた地域住民への周知
5. 消費者被害防止・対応に関するネットワーク体制への参画
6. 消費者被害に関する情報の地域住民への周知
7. 成年後見制度の地域住民への周知
8. とくに取り組んでいない
9. その他
 |

Ⅸ．認知症施策について

**問20．貴センターにおける認知症の方や家族の支援のための取り組みについて教えてください。
（複数回答可）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 認知症初期集中支援チームの設置

（貴センターに設置）1. 認知症初期集中支援チームへの参画

（別団体等が設置主体）1. 認知症カフェの開催（貴センター主催）
2. 認知症カフェの運営・立ち上げの支援

（主催は別団体等）1. 家族の会の運営・立ち上げ支援
2. 若年性認知症の方やその家族向けのサロン等の開催（貴センター主催）
 | 1. 地域住民に対する認知症に関する周知
2. 認知症高齢者を見守るネットワーク体制への参画
3. 認知症高齢者の声掛け訓練の開催
4. 認知症サポーター養成講座の開催
5. とくに取り組んでいない
6. その他
 |

Ⅹ．在宅医療・介護連携推進事業への関わりについて

**問21．市区町村において在宅医療・介護連携推進事業は行われていますか。（平成28年3月末現在）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. 平成28年度以降実施予定
3. 不明
 |  | 「１.はい」と回答した場合①市町村内の医療・介護関係者等の連携を目的とした会議が実施されていますか。1. 貴センター主催にて実施 　5. 未実施2. 郡市医師会主催にて実施 　6. 不明3. 行政（市町村）主催にて実施 　7.その他4. その他団体が主催して実施 |
|  |
| ②上記のほか、医療・介護関係者等の連携を進めるために実施されている取り組みを教えてください。（※貴センターの役割もご記入ください） |
|  |  |

Ⅺ．災害に備えた取り組みについて

**問22．貴センターでは災害に備えた取り組みを行っていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. はい
2. いいえ
 |  | 「１.はい」と回答した場合、具体的な取り組み内容を教えてください。（複数回答可）1. 地域の地域包括・在宅介護支援センター、関係機関等による災害に備えた会議への参画
2. 地域における防災訓練への参加
3. 災害時に支援が必要な方の情報等をまとめた安否確認マップ等の整備
4. 災害時要援護者名簿の共有
5. 災害時の貴センターによる対応マニュアルの作成
6. 地域住民への防災対策の啓発活動の実施
7. 市町村に設置される災害対策本部との関係が明文化されている
8. その他
 |
|  |

Ⅻ．生活支援体制整備について

**問23．協議体の設置状況と貴センターの関わりについて（平成28年3月末現在）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （1）第1層協議体（市町村区域） | （2）第2層協議体（中学校区域） |
| ①設置状況（1つに○） | 1. 平成27年度末までに設置済み2. 平成28年度以降設置予定3. 不明 | 1. 平成27年度末までに設置済み2. 平成28年度以降設置予定3. 不明 |
| ②貴センターの関わり（1つに○） | 1. 構成員となっている2. 構成員ではないが連携した取り組みがある3. 不明 | 1. 構成員となっている2. 構成員ではないが連携した取り組みがある3. 不明 |
| ③貴センターが関わる取り組み内容（自由記述） |  |  |

**問24．生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの設置状況と貴センターの関わりについて（平成28年3月末現在）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （1）第1層（市町村区域） | （2）第2層（中学校区域） |
| ①生活支援ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの配置状況（1つに○） | 1. 平成27年度末までに設置済み2. 平成28年度以降配置予定3. 不明 | 1. 平成27年度末までに設置済み2. 平成28年度以降配置予定3. 不明 |
| ②配置場所（下記より複数回答可） |  |  |
| ③貴センターが連携している取り組み内容（自由記述） |  |  |

②の選択肢

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 地域包括支援センター
2. 在宅介護支援センター
3. 社会福祉協議会
 | 1. 行政担当課

（直営センター除く）1. シルバー人材センター
 | 1. 不明
2. その他（上記枠内に記述）
 |

ⅩⅢ．新しい介護予防・日常生活支援総合事業について

問25　新しい介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況について

（１）新しい総合事業に移行していますか。（１つに○）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 平成27年度末までに移行済
2. 平成28年度中に移行・移行予定
3. 平成29年度中に移行予定
4. 時期未定・不明
 | 「１．平成27年度末までに移行済**」**と回答した場合 |

|  |
| --- |
| **（2）介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援）について** |
| ①介護予防ケアマネジメントのパターン分けの課題を教えてください。 |
| ②介護予防・生活支援サービス事業対象者のスクリーニングにおける課題をお教えください。 |
| **（3）介護予防・生活支援サービス事業について**③貴センターの担当区域内にある生活支援サービスをお教えください。（複数回答可） |
|  | **【訪問型サービス】**1. 現行の訪問介護相当
2. サービスA（緩和した基準によるもの）
3. サービスB（住民主体による支援）
4. サービスC（短期集中予防サービス）
5. サービスD（移動支援）
 | **【通所型サービス】**1. 現行の通所介護相当
2. サービスA（緩和した基準によるもの）
3. サービスB（住民主体による支援）
4. サービスC（短期集中予防サービス）
 |  |
|  | **【その他の生活支援サービス】**1. 配食サービス
2. 見守り
3. その他
 |  |
| **④上記のサービスのうち、貴センターでサービスの創出や移行に関わったものについて、その具体的な関わり方について教えてください。** |
| **（4）一般介護予防事業について**⑤貴センターの実施状況を教えてください。（それぞれ１つに○） |
|  | 1）介護予防把握事業 | 1.　実施している | 2.　実施していない |  |
|  | 2）介護予防普及啓発事業 | 1.　実施している | 2.　実施していない |  |
|  | 3）地域介護予防活動支援事業 | 1.　実施している | 2.　実施していない |  |
|  | 4）一般介護予防事業評価事業 | 1.　実施している | 2.　実施していない |  |
|  | 5）地域リハビリテーション活動支援事業 | 1.　実施している | 2.　実施していない |  |
|  |  |  |  |  |

ⅩⅣ．今後の地域包括支援センターのあり方等に関して

**※以下の項目については、ご回答者の所感でかまいません。**

　国で行われる次期の制度改正等に向けた協議、また今後の地域包括支援センターのあり方に関する本会での検討の資料とさせていただくため、可能な範囲で現状等を教えていただきたく存じます。

問26　介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援）、介護予防ケアプラン（介護予防支援）について

**（1）介護予防ケアマネジメント、介護予防ケアプランを地域包括支援センターで行うことについて、どのように考えていますか。（1つに○）**

|  |
| --- |
| 1.　地域包括支援センターから切り離すべき2.　地域包括支援センターから切り離さない方がよい3.　どちらともいえない |

**（2）上記（1）の回答の理由をご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

問27　要介護者に対するケアマネジメントへの地域包括支援センターの関わりについて、その必要性や手法についてどのように考えていますか。

|  |
| --- |
|  |

問28　センター職員の力量不足を職員自身が課題として感じていることが多く指摘されています。

**（1）センター職員の力量不足をどのようなときに感じますか。**

|  |
| --- |
|  |

**（2）センター職員の力量不足を解消するために何が必要だと感じますか。**

|  |
| --- |
|  |

**問29.　その他、本会への要望等があればご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

※ご回答いただいた方の主な職種、センターでの勤続年数を教えてください。

（本調査結果の公表にあたって回答者が特定されることは一切ありません。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①職種(3頁問5(1)の1～7から選択) |  | ②センター勤続年数（平成28年3月現在） |  |

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。返送方法は1頁をご覧ください。