

アンケート調査

～平成 27 年度「介護保険制度改正・介護報酬改定」について～

基本項目	会員状況	<input type="checkbox"/> 県協会会員であり支部会員である		<input type="checkbox"/> 県協会会員であるが支部会員でない		
	所属支部・連絡会	①	②	③		
	*勤務所在地の支部・連絡会は①へ記入、複数に入会している場合は②③へ記入					
	概要	<input type="checkbox"/> 医療法人		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人		<input type="checkbox"/> 営利法人
		<input type="checkbox"/> 特定事業所Ⅰ		<input type="checkbox"/> 特定事業所Ⅱ		<input type="checkbox"/> 特定事業所Ⅲ
	給付担当標準件数	<input type="checkbox"/> 10件以下		<input type="checkbox"/> 10～24件		<input type="checkbox"/> 25～34件
基礎資格	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師		<input type="checkbox"/> 薬剤師		<input type="checkbox"/> 保健師	
	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT		<input type="checkbox"/> ST		<input type="checkbox"/> 社会福祉士	
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士		<input type="checkbox"/> あん摩・針灸師		<input type="checkbox"/> 柔道整復師	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員		<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 看護師	
					<input type="checkbox"/> 介護福祉士	
経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満		<input type="checkbox"/> 1～3年未満		<input type="checkbox"/> 3～5年未満	
					<input type="checkbox"/> 5～10年未満	
					<input type="checkbox"/> 10年以上	

1、法改正について	①	地域包括ケアシステムについて	<input type="checkbox"/> 理解している		<input type="checkbox"/> 理解していない
	②	特定事業所集中減算（正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応強化）について	<input type="checkbox"/> 該当する事業が8割以下になるよう利用調整を行う		<input type="checkbox"/> 該当するが正当な理由がある
			<input type="checkbox"/> 正当な理由に当たるか検討中（県への問い合わせを含む）		<input type="checkbox"/> 該当しない
			<input type="checkbox"/> 特に対策なし		
③	担当者に対する個別サービス計画の提出依頼について	<input type="checkbox"/> 依頼している		<input type="checkbox"/> 依頼していない	
④	担当者に対する個別サービス計画の提出状況について	<input type="checkbox"/> 全部の個別サービス計画の提出あり		<input type="checkbox"/> 一部の個別サービス計画は提出なし	
		<input type="checkbox"/> 提出なし			

2、課題解決・情報収集	①	困った時の相談方法 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 同僚・上司		<input type="checkbox"/> 他の事業所ケアマネジャー	
			<input type="checkbox"/> 地域包括（市町村）		<input type="checkbox"/> 沖縄県 <input type="checkbox"/> 県ケアマネ協会	
			<input type="checkbox"/> 地区支部・連絡会		<input type="checkbox"/> その他 ()	
②	情報収集の方法 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 県・保険者		<input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 県ケアマネ協会		
		<input type="checkbox"/> 地区支部・連絡会		<input type="checkbox"/> その他 ()		
③	オキ ケア OKI-CARE通信の活用	<input type="checkbox"/> 読んでいる		<input type="checkbox"/> 読んでいない		
		<input type="checkbox"/> OKI-CARE通信を知らない				

3、その他	①	居宅介護支援費利用者負担導入について	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対		《賛成・反対の理由をお聞かせください》
	②	今までに算定した事のある加算について ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 初回加算 <input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算Ⅱ		<input type="checkbox"/> 退院・退所加算（1回算定） <input type="checkbox"/> 退院・退所加算（2回算定）
			<input type="checkbox"/> 退院・退所加算（3回算定） <input type="checkbox"/> 緊急時等居宅カンファレンス加算		<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護事業所連携加算 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護連携加算
③	今回の改定で困ったこと、疑問点などを自由に記載して下さい。	<input type="checkbox"/> 一定以上の所得者の利用者負担の見直し（負担割合）		<input type="checkbox"/> 補足給付の見直し（資産等の勘案）	
		<input type="checkbox"/> その他の事について		（ ）	