＊必須項目

シャドーワークに関する相談票

相談日時＊	年　月　日（　）		
フリガナ 相談者氏名＊		電話番号(FAX番号)＊	
会員情報＊	☐会員（　支部）☐非会員	メールアドレス＊	
所属事業所・施設名＊			
所属事業所・施設住所または自宅住所＊ （どちらか必ずご記入ください。）	〒		
種別＊	☐居宅介護支援事業所 ☐介護老人福祉施設 ☐介護老人保健施設 ☐小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム) ☐看護小規模多機能型居宅介護 ☐特定施設入所者介護事業所 ☐介護医療院 ☐その他(　)		

①相談内容によっては、時間を要する場合もあります。

②本窓口は、介護支援専門員が直面する本来業務範囲外の負担(いわゆるシャドーワーク)に関する相談を受け付けることにより、 個別の負担感を共有するとともに、そこから見出される地域固有の課題を把握し、行政と協働して解決に向けた検討・改善を図ることを目的としております。

③本窓口は、個別の相談に対して即座の法的解決、強制的な是正措置、またはすべての問題を完全に解決することを約するものではございません。相談対応にあたっては、制度的・構造的な課題を見出すことを主眼としております。

④誹謗中傷の禁止： 特定の個人、事業所、行政機関等を不当に攻撃、中傷、または名誉を毀損する内容の相談・連絡は一切受け付けておりません。該当する行為が認められた場合、相談の受付を拒否、または中断することがございます。

⑤個人情報の保護：相談により得られた個人情報は、厳に管理し、本人の同意なく外部や第三者に流出させることは一切ございません。 なお、内容により適切な対応を行うため、必要に応じて青森県介護支援専門員協会・各支部または関連する行政機関等へ、個人が特定されない形に加工・整理した上で、共有いたします。

上記の内容について同意のうえ、相談を申し込みます。　年　月　日（　）氏名：　＊

●相談内容

種別(複数選択可) ☐本来業務外の送迎・買い物等の支援　☐行政手続きや他機関の代行業務
☐家族支援や身元保証に関する過度な負担　☐時間外の過剰な対応・連絡業務
☐その他(　)

○上記チェック項目について、あなたが日々の中で感じている理不尽さや、構造的な問題だと感じるエピソードを教えてください。

（※いただいたお話は、個別の解決ではなく、社会的な課題や制度の見直しのための参考として大切に拝聴いたします）

※「相談票」受付後、受付完了メールをいたします。3日経っても届かない場合は（土日祝日を挟む場合はさらに数日かかることがあります）、県協会へご確認ください。