

参考資料 1

独自調査様式集

1 : 【アンケートシート】

茨城県

生活支援体制整備事業に係るアンケート

市町村名		氏名	
所属名		TEL	
アドレス		FAX	

■ 問1

生活支援体制整備事業における、現在の取り組みの現状と今後の予定を教えてください。

--

■ 問2

【協議体の編成】を進めるにあたり、どのような課題がありますか。

--

■ 問3

【生活支援コーディネーターの選出】を進めるにあたり、どのような課題がありますか。

--

生活支援体制整備事業に係る実態調査

■ 調査1 生活支援体制整備事業について	
生活支援体制整備事業に取り組むのはいつからですか？	
【条例により定めた時期】	
【開始予定時期】 平成 年 月	
■ 調査2 協議体について	
(a) 現在協議体は設置されていますか。(あてはまるものに○を記入してください。)	
	すでに設置している
	設置に向け具体的に動き始めた
	現在は設置していない
【設置予定時期】 平成 年 月 (第一層のみ)	
(b) 協議体の編成について(あてはまるものに○を記入してください。)	
	新たに編成(予定を含む)
	既存の組織や会議等をベースに編成(予定を含む)
	協議体編成のための研究会・勉強会の立ち上げ(予定を含む)
	その他
詳細	
■ 調査3 生活支援コーディネーターについて	
(a) 第1層(市町村域)の生活支援コーディネーターは確定していますか。 (あてはまるものに○を記入してください。確定している場合、職種・選出方法等を記入してください。)	
	確定している
詳細	(職種・選出方法等)
	未定
(b) 第2層(中学校圏域)の生活支援コーディネーターは確定していますか。 (あてはまるものに○を記入してください。確定している場合、職種・選出方法等を記入してください。)	
	確定している
詳細	(職種・選出方法等)
	未定
■ 調査4 担い手について	

生活支援体制整備事業において、新たに地域で支え合い・助け合いの担い手を意識したボランティアの養成を行う予定はありますか。（あてはまるものに○を記入してください。）

予定している					
【開始時期】	平成	年	月	・	未定
予定していない					
理由					

ご協力ありがとうございました。

地域ケア会議に関する状況調査(平成26年度の状況)

市町村名: _____
 所属名: _____
 担当者名: _____
 電話番号: _____

全市町村		地域ケア会議を実施している市町村(平成26年度の実施状況)																			
市町村名	Q1 地域ケア会議の実施状況(※介護保険法第115条の48に規定されている会議)	Q2 地域ケア会議の主催者(※該当箇所) 市町村	Q3 地域ケア会議の構成(※複数回答) 構成(複数回答)	Q4 地域ケア会議において日常生活圏域ごとの課題を協議しているか。 すべての日常生活圏域ごとの課題を協議している	Q5 地域ケア会議の構成委員(※人数を計上)																
					構成委員の所属(※該当箇所) ○					職能(※人数を記載)											
					地域包括支援センター(市町村)	日常生活圏域の教	日常生活圏域レベル	日常生活圏域の教	一部の日常生活圏域を行っている	日常生活圏域ごとの施設整備が必要な日常生活圏域(※該当の場名は、理由を記載)	日常生活圏域ごとの施設整備センターが設置されていない	将来的には、すべての日常生活圏域ごとの施設整備を行っている	その他(自由記述、必要があれば別紙添付)	その他(※所属を記載)	ケアマネジャー	医師	他職種(医師、看護師、管理栄養士)	民生委員、家族	小計	その他(※職種、人数を記載)	
(記載例)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

地域ケア会議を実施している市町村(平成26年度の実施状況)

Q1で「未実施」と回答した市町村

Q6 地域ケア会議の開催頻度 ※該当箇所には○	Q7 地域ケア会議の開催回数 ※実施数を記載	Q8 同僚事例の提出方法について ※該当箇所には○	Q9 地域ケア会議で検討した課題 ※複数回答可(任意)※実施事例の分かる一覧をデータで添付	Q10 地域課題として検討した事業 ※複数回答可(任意)※実施事例の分かる一覧をデータで添付	Q11 地域課題の検討結果、実現した事業 ※複数回答可(任意)※実施事例の分かる一覧をデータで添付	Q12 地域ケア会議での取組みに対する事後評価及び 市町村 ※該当箇所には○ ※詳細事項のわかる資料をデータで添付	Q13 市の会議を活用している場合、その会議名、目的、課題を記載ください。	実施予定年 ※平成28年度以降に実施予定 ※年度を起算年度として記載 ※以下は以下の要項から選択 ①市町村 ②日常生活圏 ③地域	H29 ④
1回/1月	2回/4月	1回/2月	1回/5月	1回/1年	その他	その他	○	○	必要に応じて開催
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月
1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月	1回/1月

全市町村					
Q1で「未実施」またはQ4で「すべての日常生活圏域ごとの課題を協議していない」と回答した市町村	全市町村				
<p>Q15 地域ケア会議を実施していない理由 ※複数回答可、該当箇所を○</p> <p>内閣事例を 協議の場 に活用する 仕組みが ないため</p> <p>会議で検討 しても結果 が同じであ るため</p> <p>会議自体の 必要性が分 からないた め</p> <p>会議の進め 方が分から ないため</p> <p>会議の構成 委員の構成 が難しいた め ※詳細を記 載</p> <p>他の関係が 多岐のため</p> <p>市町村等 が対応でき ないため</p> <p>地域包括支 援センター が市町村直 営でないた め ※新たな支 援体制の支 出、委託費 等の減額が 難しいなど</p> <p>会議の設置 に必要ない 関係間との 連携が図れ ていないた め</p> <p>その他（理 由を記載）</p>	<p>Q16 従来行われ ている黒の地域ケ アシステムを活用 している黒の地域ケ アシステムの活用</p> <p>地域包括ケアシ ステムを構築してい くうえで、従来の から際で実施してい る地域ケアシステ ムをどのようによ く活用すればよ いか ※自由記載</p>	<p>Q17 地域包括支援セン ターと地域ケアシ ステムとの役割の整理</p> <p>地域包括支援センター は地域ケアシステム の役割としてどの ようによく活用 すればよいか ※自由記載</p>	<p>Q18 各種制度（研修、事業）の対象とならない人 について ※高齢者のみならず、子ども、障害者、精神障 害者、ひきこもりなど支援を必要とするすべての人 を対象としてお答えください。 ※回答に際しては、関係課長（障害系、精神障 害系）のご意見を踏まえて回答し てください。</p> <p>各種支援制度の対象とな らない人はいら るか、どのような 人か ※具体的に記載</p> <p>制度で漏れている人など のようによりは よいか ※自由記載</p>	<p>Q19 保健所との関わり 合いについて</p> <p>地域ケア会議など保健所 との関わり合いはありま るか、どのような 場面でその頻度は、 ※ない場合、どのような 場面で関わって もらいたい か ※自由記載</p>	<p>Q20 県への要望</p> <p>地域ケア会議について、県で支援してほ しい事項がありましてら記載ください。 ※地域ケア会議に関する事項であればど のような事項でも構いませんので記載くだ さい。</p>

調査票2
地域ケアシステム推進事業実施状況に関する調査(平成26年度の状況)

調査年度: _____
調査地区: _____
調査施設: _____

印刷番号	01 地域ケアシステム 実施状況		02 運営主体		03 地域ケア センター		04 地域ケアコーディネーターの配置状況		05 サービス運営会社/ケア運営会社の 関係状況		06 サービス運営会社の関係員数・割合		07 ケアアップ運営会社の関係員数・割合		08 サービス運営会社/ケア運営会社(注)において日常生活 圏域ごとに調査を推進しているか。	
	介護 施設 施設長 氏名	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称	介護 施設 名称
01	〇															
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																

予防給付サービス（訪問・通所）の総合事業への移行について②

栃木

市 町： _____

担当課： _____

担当者： _____

電話番号： _____

(県担当者： 関)

各サービス類型について、現状及び実施(予定)年月をプルダウンから選択

1 訪問型サービス

	訪問介護 (現行相当)	訪問型サービスA (緩和した基準)	訪問型サービスB (住民主体)	訪問型サービスC (短期集中)	訪問型サービスD (移動支援)
各サービス類型について いずれかを選択	実施済				
	検討中				
	未検討				
必ず選択	実施(予定)年月				

2 通所型サービス

	通所介護 (現行相当)	通所型サービスA (緩和した基準)	通所型サービスB (住民主体)	通所型サービスC (短期集中)
各サービス類型について いずれかを選択	実施済			
	検討中			
	未検討			
必ず選択	実施(予定)年月			

一般介護予防事業について

栃木

市 町： _____

担当課： _____

担当者： _____

電話番号： _____

(県担当者：戸室)

事業名	項目	該当欄を選択	現状・課題・支援等
1 地域介護予防活動支援事業	1-1 現状		①住民主体での介護予防活動に移行しており、実施場所の拡大を検討中 具体的な取り組み・拡大方法 .
			②住民主体での介護予防活動に向けて準備中 具体的な準備段階 .
			③今後、準備に取り組む 理由（未だ準備に取り組めない理由等） .
			④その他 具体的な状況と理由 .
	1-2 移行に向けて(移行後)の課題 (複数回答可)		①住民に「住民自身による運営・実施」の意識がない
			②地域包括支援センター等の協力が得られない
			③住民ボランティア等の協力者がいない
			④立ち上げ方法が不明
			⑤その他 具体的な内容 .
	1-3 県に求める支援 (複数回答可)		①研修会 希望する内容・テーマ .
			②好事例等の情報提供
			③住民主体による介護予防活動の立ち上げ支援
			④その他 具体的な内容 .

事業名	項目	該当欄を選択	現状・課題・支援策
2 地域リハビリテーション活動支援事業	2-1 現状		①介護予防活動にリハビリテーション職を配置しており、業務内容を拡大中 具体的な業務内容・拡大方法
			②介護予防活動にリハビリテーション職の配置に向けて準備中 配置に向けた具体的な準備段階
			③今後も、配置予定はない 配置しない・できない理由等
			④その他 具体的な状況と理由
	2-2 リハビリテーション職の配置に向けての課題 (複数回答可)		①自市町内にリハビリテーション職がない
			②自市町内のリハビリテーション職が少なく、配置できない
			③リハビリテーション職を配置しているが、介護予防事業の趣旨と目的の理解に乏しい
			④配置する予定(必要)はない
			⑤その他 具体的な内容
	2-3 県に求める支援 (複数回答可)		①リハビリテーション専門職等に対する介護予防に関する研修会
			②リハビリテーション専門職派遣の調整
			③好事例等の情報提供
			④その他 具体的な内容

新しい総合事業の実施を猶予している市町については、
現在実施している一次予防事業・二次予防事業についてお答えください。

事業名	項目	該当欄を選択	現状・課題・支援策
3 一般介護予防事業評価事業	3-1 実施状況		①事業評価を実施している (↓実施している評価の方法・手法を選択) i) プロセス評価 ii) アウトプット評価 iii) アウトカム評価 iv) ストラクチャー評価 v) その他 具体的な評価方法と内容
			②事業評価を実施していない 具体的な理由
	3-2 活用状況 (複数回答可)		①評価結果を介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等で議論・共有している
			②市町担当課・包括支援センター間で議論・共有している
			③市町担当課で議論し、事業計画の修正等に活用している
			④包括支援センター等からの評価内容を確認している
			⑤その他 具体的な内容
	3-3 評価の実施・活用に向けた課題 (具体的に記入)		
	3-4 県に求める支援 (複数回答可)		①全国・県での実施状況の比較分析・情報提供
			②包括支援センター・市町担当者への評価・分析方法の研修会
			③その他 具体的な内容

生活支援体制整備事業について

栃木県

市 町： _____
 担当課： _____
 担当者： _____
 電話番号： _____
 (県担当者：高野)

項目	該当欄を選択	現状・課題・支援等
1-1 現状		①設置済で、会議も開催している 設置時期()、第1回開催日()、協議体メンバー()
		②設置済で、第1回会議は計画に基づき開催予定 設置時期()、第1回開催予定時期()、協議体メンバー()
		③メンバー構成は検討済だが、協議体は計画に基づき設置予定 設置予定時期()、第1回開催予定時期() 協議体メンバー() 勉強会等の開催の有無(有・無)→有の場合、勉強会開始時期()開催回数()
		④メンバー構成を検討中 勉強会等の開催の有無(有・無)→有の場合、勉強会開始時期()開催回数()
		⑤その他 具体的な状況
1 協議体の設置	1-2 課題 (複数回答可)	①メンバー選定の手順
		②メンバー構成
		③メンバーの人選
		④協議体の運営 運営に当たり、障害となっている事を記載
		⑤その他 具体的な内容
1-3 県に求める支援 (複数回答可)	①先進事例紹介等の県全体セミナーの開催	
	②市町単位での勉強会への講師紹介	
	③近隣市町との情報交換の場の設営	
	④アドバイザー等の派遣	
	⑤その他 具体的な内容	

項目	該当欄を選択	現状・課題・支援等
2 生活支援コーディネーターの配置	2-1 現状	<p>①第一層、第二層とも配置済で、活動を開始している 配置日(第一層： 、第二層：) 第二層コーディネーター担当圏域(中学校区、自治会単位等)</p> <p>②第一層、第二層のうち一方は配置済、もう一方も配置計画に沿って進めている 配置日(第一層：)、配置予定時期(第二層：) 第二層コーディネーター担当圏域(中学校区、自治会単位等) 勉強会等の開催の有無(有・無)→有の場合、勉強会等開催時期()開催回数()</p> <p>③第一層、第二層とも未配置だが、配置計画に沿って進めている 配置予定時期(第一層： 、第二層：) 第二層コーディネーター担当圏域(中学校区、自治会単位等) 勉強会等の開催の有無(有・無)→有の場合、勉強会開催時期()、開催回数()</p> <p>④配置計画の策定中 勉強会等の開催の有無(有・無)→有の場合、勉強会開始時期()開催回数()</p> <p>⑤その他 具体的な状況</p>
	2-2 課題 (複数回答可)	<p>①コーディネーター選定の手順</p> <p>②第一層コーディネーターの人選</p> <p>③第二層コーディネーターの人選</p> <p>④コーディネーターの力量不足</p> <p>⑤その他 具体的な内容</p>
	2-3 県に求める支援 (複数回答可)	<p>①県全体セミナーの開催(職員向け)</p> <p>②県全体セミナーの開催(コーディネーター向け)</p> <p>③市町単位での勉強会への講師紹介</p> <p>④近隣市町との情報交換の場の設営(職員向け)</p> <p>⑤近隣市町との情報交換の場の設営(コーディネーター向け)</p> <p>⑥その他 具体的な内容</p>

地域ケア会議について

栃木県

市 町： _____
 担当課： _____
 担当者： _____
 電話番号： _____

(県担当者： 関)

項目	該当欄を選択	現状・課題・支援等
1 課題 (複数回答可)		①会議自体のコーディネート
		②政策形成につなげることが困難 理由 .
		③多職種の参加 参加困難な職種 .
		④その他 具体的な内容 .
2 参加を求めたい職種 (参加していない職種のうち)		①有 具体的な職種 .
		②無
3 県に求める支援 (複数回答可)		①専門職 (医師等) の派遣
		②地域ケア会議の運営支援を担う専門家の派遣
		③研修会 具体的な内容 .
		④好事例等の情報提供
		⑤その他 具体的な内容 .

認知症施策について①

栃木

市 町： _____
 担当課： _____
 担当者： _____
 電話番号： _____

(県担当者：斎藤)

項目		該当欄を選択	現状・課題・支援等
1 認知症初期集中支援チームの設置	1-1 現状		①チーム員を確保しており設置に向け準備中
			②チーム員を確保するため調整中
			③チーム員の確保を行う予定（時期：平成 年 月頃）
			④その他 具体的な内容 .
	1-2 課題 (複数回答可)		①チーム員となる認知症サポート医の確保
			②チーム員となる看護師や社会福祉士等の確保
			③郡市医師会との調整（チームへの協力など）
			④認知症疾患医療センターや医療機関等との調整
			⑤チーム設置までの手順が不明
		⑥医療資源等が少ないため、市町単独での実施は困難	
	⑦その他 具体的な内容 .		
1-3 県に求める支援 (複数回答可)		①認知症サポート医の増員	
		②地元の郡市医師会との調整に対する支援	
		③認知症疾患医療センターや専門医療機関との調整に対する支援	
		④先行市町の設置方法等に関する報告会等の開催	
		⑤保健師からの助言等	
		⑥その他 具体的な内容 .	
2 認知症地域支援推進員の設置	2-1 現状		①設置済
			②人選中
			③人選予定（時期：平成 年 月頃）
			④その他 具体的な内容 .
	2-2 課題 (複数回答可)		①適任者（看護師など）が見つからない
			②業務の範囲
			③雇用形態（常勤・非常勤）
			④設置までの手順が不明
			⑤その他 具体的な内容 .
2-3 県に求める支援 (複数回答可)		①推進員研修会（認知症介護研究・研修東京センター）への派遣	
		②先進事例に関する報告会等の開催	
		③推進員候補者の紹介等	
		④推進員のキャリアアップ	
		⑤その他 具体的な内容 .	

認知症施策について②

栃木県

市 町： _____
 担当課： _____
 担当者： _____
 電話番号： _____

(県担当者：斎藤)

項目	該当欄を選択	現状・課題・支援等	
1 認知症サポート医、 かかりつけ医との連携	1-1 現状	①認知症サポート医と連携している 連携内容	
		②かかりつけ医と連携している 連携内容	
		③連携の働きかけを行っていない 理由	
		④今のところ連携する予定はない 理由	
		⑤その他 真体的内容	
	1-2 課題 (複数回答可)	①意見交換を行う機会がない	
		②地元の都市医師会との調整（かかりつけ医等の協力など）	
		③認知症の診断等ができるかかりつけ医を把握していない	
		④その他 真体的内容	
	1-3 県に求める支援 (複数回答可)	①認知症サポート医等との意見交換会等の開催	
		②地元の都市医師会との調整に対する支援	
		③認知症の診断等ができるかかりつけ医の情報提供	
		④その他 真体的内容	
	2 認知症疾患医療センター、 専門医療機関との連携	2-1 現状	①連携している 連携内容
			②連携していない 理由
③連携の働きかけを行っていない 理由			
④認知症疾患医療センター等が市(町)内がない			
⑤その他 真体的状況			
2-2 課題 (複数回答可)		①連携を図るべき認知症疾患医療センター等が不明	
		②認知症疾患医療センター等の医師等と意見交換や調整する機会がない	
		③認知症疾患医療センター等と連携したいが、センター等までの距離が遠い	
		④その他 真体的内容	
2-3 県に求める支援 (複数回答可)		①認知症疾患医療センターの増設	
		②認知症疾患医療センター等の医師、相談員等との意見交換の場の設置	
		③医療資源が少ない市町に対する連携先（認知症疾患医療センター等）の紹介・調整	
		④その他 真体的内容	

在宅医療・介護連携推進事業
に係る取組状況調査票

市町村名
担当者所属、氏名

群馬県

1 事業の取組状況について、空欄に記載ください。

	「実施している」と判断できる取組内容 (県作成) ※実施しているかどうかを判断するための 目安であり、ゴール(到達目標)を示したも のではありません。	左記取組内 容の実施時 期	現状及び今後に向けた取組予定
(ア)地域の医療・介護資源 の把握	医療、介護資源に関する一覧表を作成し ている。 (医療、介護別々でもよい。掲載内容は問 わない。)		
(イ)在宅医療・介護連携の 課題の抽出と対応策の検 討	課題の抽出と対応策の検討を行う場を定め ている。 (名称や構成員の詳細は問わない。)		
(ウ)切れ目のない在宅医 療と在宅介護の提供体制 の構築推進	医師会又は管内の医師と市町村とが協議 をしている。 (過去に一度でも行っていけばよい。頻度 や内容は問わない。実証事業を行う場合は 協議をしている、とみなす。)		
(エ)医療・介護関係者の情 報共有の支援	(医療介護連携のソーシャルネットワーキン グサービスを県内全域で利用可能としてい ることから、全ての市町村で情報共有の支 援をしているとみなす。)		
(オ)在宅医療・介護連携に 関する相談支援	相談窓口が定まっている。 (直営、委託の別を問わない。)		
(カ)医療・介護関係者の研 修	市町村が主体的に多職種の研究を企画し ている。 (実施主体は市町村以外でもよい。)		
(キ)地域住民への普及啓 発	広報に掲載する。地域の会合等で説明を している。 (過去に一度でも行っていけばよい。頻度 や内容は問わない。)		
(ク)在宅医療・介護連携に 関する関係市区町村の連 携	複数市町村間において話し合いの場を 持っている。 (実証事業を行う場合は連携しているとみ なす。)		
郡市医師会との協議状況		-	
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討を行うための会議の開催状況		-	

2 想定どおり進捗している部分と、そう思う理由について記載ください。

3 想定どおり進捗していない部分と、そう思う理由について記載ください。

4 事業を進める上での課題、県への要望事項について記載ください。

新しい総合事業の実施（予定）について

市町村名	
課名・担当名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

問1 平成28年4月1日現在の新しい総合事業の実施状況等について教えてください。

回答欄

ブルダウン 「O」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

実施（予定）時期	平成		年		月
----------	----	--	---	--	---

問2-1 平成28年4月1日現在、みなし指定や現行基準相当サービス以外の多様なサービスを実施していますか。

回答欄

ブルダウン 「O」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

問2-2 どのようなサービスを実施・検討していますか。

項目	回答欄	具体的内容・実施時期等
訪問型サービスA（基準緩和／事業者指定・委託）		
訪問型サービスB（住民主体／補助）		
訪問型サービスC（短期集中予防／直営・委託）		
訪問型サービスD（移動支援／補助）		
通所型サービスA（基準緩和／事業者指定・委託）		
通所型サービスB（住民主体／補助）		
通所型サービスC（短期集中予防／直営・委託）		
そのほか（栄養改善を目的とした配食等）		

ブルダウン 「O」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

問3 新しい総合事業のために、介護予防・生活支援ボランティアの養成を実施していますか。

回答欄

ブルダウン 「O」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

問4 新しい総合事業の実施について、地域包括支援センターと定期的な打合せを実施していますか。

回答欄

ブルダウン 「O」：実施中（平成28年4月1日実施も含む）、「-」：未実施

問5 介護予防事業（一般介護予防事業）における、地域介護予防活動支援事業（住民運営の通いの場関係）及び地域リハビリテーション活動支援事業の取組（予定）について教えてください。

項目	回答欄	具体的内容・実施時期等
地域介護予防活動支援事業 （住民運営の通いの場関係）		
地域リハビリテーション活動支援事業		

ブルダウン 「O」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

問6 新しい総合事業における課題は何ですか。

問7 （平成29年4月移行の市町村のみ御回答ください）

新しい総合事業の実施に向けて、平成28年度中にどのような準備を行いますか。

留意事項

全般的な留意事項

※平成28年4月1日現在の状況を御回答ください。

※黄色のセルに必要な事項を入力してください（灰色のセルには記入しないでください）。

問1

※新しい総合事業を実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

併せて、新しい総合事業の実施（予定）時期として該当するものを「実施（予定）時期」欄のプルダウンリストから選択してください。

問2-1

※多様なサービスを実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

問2-2

※それぞれのサービスについて、実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）今後実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

※実施済みまたは今後実施予定（平成29年度以降実施予定の場合も含む）のあるサービスについて、その内容及び実施開始（予定）時期等について具体的に記載してください（実施予定のないサービスについては「具体的内容・実施時期等」欄は空欄のままとしてください。）。

問5

※各項目の取組について、実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

※今後実施予定のある取組については、「具体的内容・実施時期等」欄にその取組の内容及び実施開始（予定）時期等について具体的に記載してください（今後実施予定のない場合は空欄のままです）。

（記載例：「○○の内容の取組を平成28年10月から実施予定」）

※地域リハビリテーション活動支援事業：

地域ケア会議でのリハビリテーション専門職の派遣は、介護予防事業でのリハビリテーション専門職の派遣とは異なるので、その実施（予定）のみの場合は「-」を選択してください。

問7

※平成29年4月に総合事業を移行する予定の市町村のみ御回答ください。

在宅医療・介護連携推進事業の実施（予定）について

市町村名	
課名・担当名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

問1 平成28年4月1日現在の在宅医療・介護連携推進事業の8つの取組の実施（予定）状況や実施（予定）時期についてプルダウンリストから選択し、具体的内容や実施手法（例、郡市医師会に委託）を御記入ください。

記号	項目	実施（予定）状況	実施（予定）時期	具体的内容・実施手法等
(ア)	地域の医療・介護の資源の把握			
(イ)	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討			
(ウ)	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進			
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援			
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援			
(カ)	医療・介護関係者の研修			
(キ)	地域住民への普及啓発			
(ク)	在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携			

実施（予定）状況 「○」：実施済（平成28年4月1日実施も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし
 実施（予定）時期 平成27年度以前、平成28年度上半期、平成28年度下半期、平成29年度上半期、平成29年度下半期

問2 在宅医療・介護連携推進事業を進めるに当たり、課題は何ですか。

留意事項

全般的な留意事項

※平成28年4月1日現在の状況を御回答ください。

※黄色のセルに必要な事項を入力してください。

問1

※(ア)~(ク)のそれぞれの取組について、実施済の場合（平成28年4月1日から実施する場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を「実施（予定）状況」欄のプルダウンリストから選択してください。

※(ア)~(ク)のそれぞれの取組の実施（予定）時期として該当するものを「実施（予定）時期」欄のプルダウンリストから選択してください。

※(ア)~(ク)のそれぞれの取組について、「具体的内容・実施手法等」欄に、取組内容や実施手法（例：直営、都市医師会に委託など）等を具体的に記載してください。

※(ア)~(ク)の取組内容の詳細については、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（介護保険最新情報Vol.447、平成27年3月31日）を参照ください。

【参考】

「在宅医療・介護連携の推進に関するQ & A」（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（平成27年3月2日・3日）

資料② p463）

問6 (ア)から(ク)の各々の項目について、どこまで実施すれば取り組んでいることになるのか（後略）。

答（前略）在宅医療・介護連携推進事業の手引き（案）で示している、各事業の取組についての趣旨を踏まえて判断いただきたい。

※(ウ)の取組：

体制の構築に向けて協議等を実施している場合は、実施済としてください。

※(工)の取組：

県医療整備課の「ICTによる医療・介護ネットワークの構築」により都市医師会が情報共有ツールを導入するだけでは(工)の取組を実施していることにはなりません。(工)の取組は、市町村として、情報共有する内容について都市医師会とともに協議したり、情報共有ツールの活用方法等に関する研修会を開催して利用促進のための周知を行うなど主体的な取組を行う必要があります。

※(オ)の取組：

県医療整備課の「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」による拠点整備は、地域医療介護総合確保基金を活用した都市医師会の事業であることから、その実施のみの場合は(オ)の取組は未実施となります。

なお、平成27年度に地域医療再生基金を用いて相談支援に係る業務を行っている場合であっても、平成28年度以降に市町村として(オ)の取組を行わない場合は未実施となります。

生活支援体制整備事業の実施(予定)について

市町村名	
課名・担当名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

問1-1 平成28年4月1日現在、協議体を設置していますか。

回答欄

「○」：設置済（平成28年4月1日設置も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に設置予定あり、「-」：平成28年度中の設置予定なし

問1-2 協議体の設置（予定）状況等について教えてください。

第1層協議体	
配置（予定）時期	構成（予定）団体

配置（予定）時期プルダウン ～H28.3、H28.4、H28.5～H28.9、H28.10～H29.3、H29.4～H30.3

第2層協議体		
時期	設置（予定）数	主な構成（予定）メンバー
～H28.3		
H28.4		
H28.5～H28.6		
H28.7～H28.9		
H28.10～H29.3		
H29.4～H30.3		
累計	0	

問2-1 平成28年4月1日現在、生活支援コーディネーターを選任していますか。

回答欄 選任済人数→ 第1層 名 第2層 名

「○」：選任済（平成28年4月1日選任も含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に選任予定あり、「-」：平成28年度中の選任予定なし

問2-2 生活支援コーディネーターの選任時期、選任人数及び選任時期等について教えてください。

日常生活圏域数

第1層（全域対象）コーディネーター		
選任（予定）時期	選任（予定）人数	選任（予定）機関

選任（予定）時期プルダウン ～H28.3、H28.4、H28.5、H28.6、H28.7～H28.9、H28.10～H29.3、H29.4～H30.3

第2層（日常生活圏域対象）コーディネーター		
時期	選任（予定）人数	選任（予定）機関
～H28.3		
H28.4		
H28.5～H28.6		
H28.7～H28.9		
H28.10～H29.3		
H29.4～H30.3		
累計	0	

問3 平成28年度生活支援体制整備事業予算額

千円

問4 平成28年度生活支援体制整備事業第1層委託状況

(プルダウン 「1」：全委託、「2」：部分委託、「3」：直営)

問5 平成28年度生活支援体制整備事業第2層委託状況

(プルダウン 「1」：全委託、「2」：部分委託、「3」：直営)

留意事項

全般的な留意事項

※平成28年4月1日現在の状況を御回答ください。

※黄色のセルに必要な事項を入力してください（灰色のセルには記入しないでください）。

問1-1

※協議体を設置している場合（平成28年4月1日から設置する場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では設置していないが）平成28年度中に設置予定のある場合は「△」、平成28年度中に設置予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

問1-2

※第1層協議体：

第1層協議体の設置（予定）時期、構成（予定）団体について記入してください（設置（予定）時期については、該当するものをプルダウンリストから選択してください）。

※第2層協議体：

各時期に設置した（する）協議体数及び当該協議体の主な構成（予定）メンバーについて記入してください。（各「設置（予定）人数」欄については、各時期時点における累積の協議体数を記入するものではないので御注意ください。各時期を通じた累計については、表下の「累計」欄において自動計算します。）

問2-1

※生活支援コーディネーターを選任している場合（平成28年4月1日から選任する場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では選任していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

※「○」を選択した場合、平成28年4月1日現在の第1層及び第2層における選任済のコーディネーターの人数を記入してください。

問2-2

※第1層（全域対象）コーディネーター：

第1層コーディネーターの選任（予定）時期、選任（予定）人数、選任（予定）期間について記入してください（選任（予定）時期については、該当するものをプルダウンリストから選択してください）。

※第2層（日常生活圏域対象）コーディネーター：

各時期に選任した（する）第2層コーディネーターの人数及び選任（予定）機関について記入してください。（各「選任（予定）人数」欄については、各時期時点における累積人数を記入するものではないので御注意ください。各時期を通じた累計については、表下の「累計」欄において自動計算します。）

第1層コーディネーターが第2層コーディネーターを兼ねる場合は、選任（予定）人数は入力せずに、選任（予定）機関のみ入力してください。

問4及び問5

※「全委託」・「部分委託」の定義について

「全委託」：協議体及び生活支援コーディネーターの両方を委託すること

「部分委託」：生活支援コーディネーターのみを委託すること

認知症総合支援事業の実施（予定）について

市町村名	
課名・担当名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

1 認知症初期集中支援推進事業関係

問1 認知症初期集中支援推進事業の実施(予定)状況及び実施(予定)時期について、リストから該当するものを選択してください。※ 事業実施に当たっては、同一年度内に「a 支援チームに関する普及啓発」、「b 認知症初期集中支援の実施」、「c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置」をいずれも実施することに留意してください。

実施(予定)状況	実施(予定)時期

(実施(予定)状況 「○」：実施済、「△」：平成28年度中に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし)

問2 (平成28年4月1日以降に実施する場合または実施時期が未定の場合) 関係医師会との打ち合わせ、連携状況について回答してください。



問3 (平成28年4月1日以降に実施する場合または実施時期が未定の場合) 認知症初期集中支援チームの設置に当たったの疑問・課題等がありましたら記入してください。



2 認知症地域支援・ケア向上事業関係

問1 認知症地域支援・ケア向上事業による「認知症地域支援推進員」の配置(予定)数について記入してください。

配置(予定)数		
平成27年度	平成28年度	平成29年度

問2 平成27年度における「認知症地域支援推進員」の取組のうち、以下の2つの必須事業の内容について記入してください。

- (1) ア 認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組
- (2) イ 認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組

問3 「認知症地域支援推進員」の取組のうち、地域の実情に応じて実施する以下の事業の実施(予定)状況及び実施(予定)時期についてリストから該当するものを選択してください。

地域の実情に応じて実施する事業					
(ア)病院・介護保険施設などで認知症対応力向上を図るための支援事業			(イ)地域密着型サービス事業所等での在宅生活継続のための相談・支援事業		
実施(予定)状況	実施(予定)時期		実施(予定)状況	実施(予定)時期	
(ウ)認知症の人の家族に対する支援事業(認知症カフェ等)			(エ)認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業		
実施(予定)状況	実施(予定)時期		実施(予定)状況	実施(予定)時期	

(実施(予定)状況 「○」：実施済(平成28年4月1日実施を含む)、「△」：平成28年度中(平成28年4月2日以降)に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし)

留意事項

全般的な留意事項

※平成28年4月1日現在の状況を御回答ください。

※黄色のセルに必要事項を入力してください（灰色のセルには記入しないでください）。

1 問1

※認知症初期集中支援推進事業を実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を「実施（予定）状況」欄のプルダウンリストから選択してください。併せて、実施（予定）時期として該当するものを、「実施（予定）時期」欄のプルダウンリストから選択してください。

※事業実施に当たっては、同一年度内に「a 支援チームに関する普及啓発」、「b 認知症初期集中支援の実施」、「c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置」をいずれも実施することに留意してください。

1 問2

※問1の「実施（予定）時期」欄に「平成28年4月」以降の時期または「未定」を入力した場合のみ御回答ください。

1 問3

※問1の「実施（予定）時期」欄に「平成28年4月」以降の時期または「未定」を入力した場合のみ御回答ください。

2 問1

※配置（予定）数については、各年度の末日時点における累積人数を記入してください。

例：平成27年度に2人配置し、平成28年度及び平成29年度に1人ずつ増員する場合
→「平成27年度」欄に「2」、「平成28年度」欄に「3」、「平成29年度」欄に「4」と記入

2 問3

※（ア）～（エ）の各事業を実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合を含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を「実施（予定）状況」欄のプルダウンリストから選択してください。併せて、実施（予定）時期として該当するものを、「実施（予定）時期」欄のプルダウンリストから選択してください。

地域ケア会議等の実施（予定）について

市町村名	
課名・担当名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

【地域ケア会議】

問1 平成28年4月1日現在の地域ケア会議の実施（予定）状況について教えてください。

項目	回答欄	実施開始（予定）時期	開催（予定）頻度
地域ケア個別会議（地域包括支援センターレベルの会議）			
地域ケア推進会議（市町村レベルの会議）			

回答欄 「○」：実施済（平成28年4月1日実施を含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし
 実施開始（予定）時期 平成26年度以前から、平成27年度中、平成28年度上半期、平成28年度下半期、平成29年度以降、未定
 開催（予定）頻度 月に1回以上、2～3月に1回、4～6月に1回、年に1回以下、不定期、未定

問2 （地域ケア個別会議を実施している場合）どのようなケースを取り扱っていますか。

問3-1 （地域ケア個別会議を実施している場合または平成28年度中に地域ケア個別会議の実施を予定している場合）平成28年4月1日現在地域ケア個別会議に理学療法士などの専門職が定期的に出席していますか。

回答欄

プルダウン 「○」：出席している、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に出席予定あり、「-」：平成28年度中に出席予定なし

問3-2 （地域ケア会議に専門職が定期的に出席している場合）専門職の職種や報酬額について教えてください。

専門職の職種（複数回答可）	報酬額（円）

問4 平成28年4月1日現在、地域ケア会議で自立支援型ケアマネジメントを実践するため、介護予防を推進するためなどに、住民や事業者向けに介護保険法の理念などについての説明会（出前講座）を実施していますか。

回答欄

回答欄 「○」：実施済（平成28年4月1日実施を含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に実施予定あり、「-」：平成28年度中の実施予定なし

問5 地域ケア会議を実施するに当たり、課題は何ですか。

【地域包括支援センター】

問1 平成28年4月1日現在、地域包括支援センターに対し、包括的支援事業の実施に係る方針を示していますか。

回答欄

「○」：示している（平成28年4月1日に示す場合を含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に示す予定あり、「-」：平成28年度中に示す予定なし

問2 平成28年4月1日現在、地域包括支援センターの運営について、定期的に点検を行っていますか。

回答欄

「○」：行っている（平成28年4月1日に行う場合を含む）、「△」：平成28年度中（平成28年4月2日以降）に行う予定あり、「-」：平成28年度中に行う予定なし

留意事項

全般的な留意事項

※平成28年4月1日現在の状況を御回答ください。

※黄色のセルに必要な事項を入力してください（灰色のセルには記入しないでください）。

問1

※それぞれの会議について、実施している場合（平成28年4月1日から実施する場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では実施していないが）平成28年度中に実施予定のある場合は「△」、平成28年度中に実施予定のない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

※それぞれの会議について、実施開始（予定）時期として該当するものをプルダウンリストから選択して入力してください。

※回答欄において「○」または「△」を選択した会議の開催頻度として該当するものを、「開催頻度」欄のプルダウンリストから選択してください（回答欄において「△」を選択した場合は、平成28年度に予定している開催頻度について御回答ください）。

※市町村レベルの会議を、地域包括支援センターレベルの地域ケア個別会議と兼ねて開催している場合は、「地域ケア個別会議」及び「地域ケア推進会議」双方の回答欄において「○」を選択してください。

問2

※問1の「地域ケア個別会議」の回答欄に「○」を入力した場合のみ御回答ください。

問3-1

※問1の「地域ケア個別会議」の回答欄に「○」または「△」を入力した場合のみ御回答ください。

※地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を除いた専門職（理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士等）が、地域ケア個別会議に定期的に出席している場合は「○」、平成28年度中に定期的に出席する予定がある場合は「△」、平成28年度中にその予定がない場合は「-」を回答欄のプルダウンリストから選択してください。

問3-2

※問3-1の回答欄に「○」を入力した場合のみ御回答ください。

■地域包括支援センター

※市町村直営または委託に関わらず問1、問2に御回答ください。

問1

※方針を示している場合（平成28年4月1日に示す場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では示していないが）平成28年度中に示す予定のある場合は「△」、平成28年度中に示す予定のない場合は「-」を回答欄のリストから選択してください。

問2

※定期的に点検を行っている場合（平成28年4月1日に行う場合も含む）は「○」、（平成28年4月1日時点では行っていないが）平成28年度中に行う予定のある場合は「△」、平成28年度中に行う予定のない場合は「-」を回答欄のリストから選択してください。

地域包括ケア推進に係る課題等調査

○ 貴市町村の取組状況(平成27年6月現在)について伺います。
 なお、調査結果は県庁内で共有するとともに各市町村に送付する予定です。
 また、特に医療介護連携については今後の連携強化及び協力依頼等のため、医師会等の関係機関に情報提供させていただくことがございますので御了承ください。

市町村名		担当課	
担当者名		連絡先	

問1 在宅医療・介護連携の推進について

(1) 次の各項目(平成30年4月までに各市町村で実施する事項)について、貴市町村における目標に対する現時点での進捗状況を5段階評価し、あてはまる番号に○をつけてください。	1	2	3	4	5 【達成】
ア. 地域の医療・介護の資源の把握について					
イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討					
ウ. 切れ目のない在宅医療と在宅会議の提供体制の構築推進					
エ. 医療・介護関係者の情報共有の支援					
オ. 在宅医療・介護連携に関する相談支援					
カ. 医療・介護関係者の研修					
キ. 地域住民への普及啓発					
(2) 上記ア～キの項目の中で、今後、特に県の支援が必要な項目を、必要な順番に3つ選択してください。					
(その他、医療介護連携について、貴市町村が特に課題としておられること等が、あればここに記入してください。自由記載)					

在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

【参考】

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで千葉県市長の在宅医療推進協議会(平成23・24年度)、在宅医療推進委員会(平成25年度～)により一連の取組、それを踏まえ、介護保険法の中で実施し、効果的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に付随して、市町村が主体となり、都府県連合会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市町村は平成27年4月から実施を開始し、平成30年4月には全ての市町村で実施。
- 各市町村が、原則として(ア)～(ク)の全ての2次項目を実施。
- 一部を都府連合会(地域の一体的連携推進のための団体を含む)に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都府連合会等の関係団体、連携等との協議の支援や、推進費用レベルでの研修等により支援。又は、当該実施の早引きや委託費の削減等により支援。都道府県を通じて実施決定を支援。

○ 主要項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護サービス提供体制の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能等を把握し、把握資料リスト化
- ◆ 市町村に設置する地域包括ケア推進センターの設置状況、医師会等の連携体制の把握(医師会等との連携体制の把握)

(イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療機関、ケアマネジャー等と連携して課題抽出し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策の検討

(ウ) 在宅医療・介護連携の推進体制の構築

- ◆ 在宅医療・介護連携の推進体制の構築(医師会、社会福祉士等)の連携を推進するコーディネーターを設置して、連携体制の構築を図る

(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護に関する相談支援を実施

(カ) 医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営

(キ) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営
- ◆ 地域包括ケア推進センターの設置・運営

問2 地域包括ケアシステムの構築は一律ではなく、それぞれの地域の強み(特性)をいかす必要がありますが、地域包括ケアの各分野の中で、

①貴市町村が進んでいる分野(得意、強み)は何ですか。

②逆に、課題が多い分野は何ですか。

可能な範囲で結構ですので具体的にご記入ください。

	住まい	生活支援	介護予防	在宅医療	医療介護連携	どのような点が進んでいるか / どのような点が課題か
①進んでいる分野						
②課題が多い分野						

問3 住まいについて

①貴市町村では、福祉部門と住宅部局と連携がとれていますか。

連携が取れている	連携が取れていない	どのように連携しているか、または連携できない理由

②貴市町村における高齢者の住まいの課題を把握していますか

把握している	把握していない	把握している場合、どのような課題があるか

※介護予防、生活支援については、介護保険制度班より移行支援事業の中で別途伺う予定です。

問4 その他、地域包括ケアの推進に関連して県の支援(施策)が必要な事項等ございましたらご記入ください。

※庁内関係課と情報共有しますので幅広くご記入いただいて結構です。

※【参考】県庁内関係課

健康福祉政策課(在宅医療等)、健康福祉指導課(介護人材、地域福祉フォーラム等)、健康づくり支援課(地域リハ、健康寿命、栄養口腔等)、障害福祉課(高齢障害者等)、医療整備課(医療人材、老健等)、薬務課(服薬、薬剤師等)、住宅課(サービス付高齢者向け住宅等)、高齢者福祉課(介護、生きがい、認知症、特養整備等)

地域包括ケアにおける歯科分野に関するアンケート

千葉県

千葉県健康福祉部健康づくり支援課

高齢化の進展に伴い、介護予防における口腔ケアの役割が重要視されてきており、また、今後は在宅療養者への訪問歯科診療・摂食嚥下リハ等の増加が見込まれます。地域包括ケアシステムにおける歯科医療・歯科保健関連の施策を検討する上での参考とするため、各市町村の取組や考え方についてお伺いします。

市町村名	
担当部署	
担当者職氏名	
電話	
E-mail	

問1～5については、該当する項目に○を付けてください。

問6は自由記載をお願いします。

問1 訪問歯科診療(むし歯・歯周病の治療)について歯科医師会や歯科診療所と協力体制ができていますか。

- ア できている
- イ 構築中
- ウ できていない
- エ する予定はない

問2 口腔ケアに関する取組状況について伺います。

① 介護予防事業等において口腔ケアに関する事業を実施していますか。

- ア 実施している →③へ

【事業内容】

--

- イ 実施していない →②、③へ

② 今後、口腔ケア関連事業を実施する必要性についてどのように考えていますか。

- ア 必要性を感じる
- イ やや感じる
- ウ あまり感じない
- エ 感じない
- オ どちらともいえない

③ 今後、口腔ケアに取り組む際に必要と考えることは何ですか。(複数回答可)

- ア 住民に対する口腔ケアの重要性の周知
- イ 看護・介護職種への研修
- ウ 歯科専門職との協力・連携体制の構築
- エ 特に取り組むことはない
- オ その他

--

問3 摂食嚥下障害に関する取組状況について伺います。

① 摂食嚥下障害に関して、介護予防事業等での対応や相談窓口等の紹介など、何らかの取組を実施していますか。(例:事例検討、研修会の開催、診療所や相談窓口の紹介など)

ア 実施している →②へ

【事業内容】

イ 実施していない →③へ

② 現在の協力体制の状況について御回答下さい(複数回答可)

- ア 医師会と協力している
- イ 病院・診療所(医科)と協力している
- ウ 歯科医師会と協力している
- エ 歯科診療所と協力している
- オ その他

③ 今後、摂食嚥下障害に関する事業実施の必要性についてどのように考えていますか。

- ア 必要性を感じる
- イ やや感じる
- ウ あまり感じない
- エ 感じない
- オ どちらともいえない

問4 医科・介護と歯科の協力体制はできていますか。

- ア できている
- イ 構築中
- ウ できていないが、必要性は感じる
- エ 構築する必要性は感じない

問5 在宅療養等で歯科診療所に通院できない方やその家族が、歯科治療や口腔ケアを受けたいと思った時に利用できる訪問歯科診療の相談窓口である「在宅歯科医療連携室」(千葉県歯科医師会に設置)について伺います。

① 「在宅歯科医療連携室」(千葉県歯科医師会に設置)を御存知ですか。

- ア 知っている →②へ
- イ 知らない →③へ

② 「在宅歯科医療連携室」について該当するものに○をお願いします。(複数回答可)

- ア 住民等に周知したことがある
- イ 周知をしたことはない
- ウ 地域の歯科医師会の窓口を主に周知・紹介している

③ 在宅歯科医療について住民から問合せがあった場合はどのように対応していますか。(複数回答可)

- ア 特に何も対応していない
- イ これまでに、そのような問合せはない
- ウ 地域の歯科医師会の窓口を主に周知・紹介している
- エ その他

問6

地域包括ケアシステムにおける歯科の関わりや役割について御意見等があれば御記入ください

ありがとうございました

【回答・問い合わせ先】健康づくり支援課

食と歯・口腔健康班 林

電話 043-223-2671

FAX 043-225-0322

e-mail kenzo6@mz.pref.chiba.lg.jp

地域ケア会議における薬剤師の活用に関する調査

調査票

千葉県

市町村名		担当課	
担当者名		連絡先	

問1 個別の課題の解決を目的とした地域ケア会議で、高齢者の服薬管理（服薬状況や残薬の確認等）について検討することはありますか。あてはまるものひとつに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	ある(8割程度以上)	} 問2、問3へ
<input type="checkbox"/>	時々ある(3割～8割程度)	
<input type="checkbox"/>	ほとんどない(3割程度未満)	
<input type="checkbox"/>	ない	→ありがとうございました

問2 問1において服薬管理について検討するとき、会議に薬剤師の出席を依頼していますが

<input type="checkbox"/>	服薬管理に関する全てのケースで出席依頼する
<input type="checkbox"/>	服薬管理に関するケースのうち、おおよそ <u>5割以上</u>
<input type="checkbox"/>	服薬管理に関するケースのうち、おおよそ <u>5割未満</u>
<input type="checkbox"/>	出席依頼していない

問3 問1において服薬管理について検討するとき、解決策で薬剤師は活用されていますか。

<input type="checkbox"/>	ほぼ全ての事例で活用(8割程度以上)
<input type="checkbox"/>	時々活用している (3割～8割程度)
<input type="checkbox"/>	ほとんど活用していない(3割程度未満)
<input type="checkbox"/>	活用していない

県の高齢者虐待関係事業に係る市町村の意向等調査

市町村名	
担当課名	
担当者名	
電話番号	

県では高齢者虐待防止関係事業として、主に以下の①市町村支援事業②研修事業を実施しているところです。高齢者虐待防止法が施行され10年目を迎え、市町村の県事業に対するニーズも変化していることが考えられます。

そこで、現在の市町村のニーズを把握し、今後の県事業の参考とするため、意向調査に御協力をお願いします。

なお、個別の市町村回答内容については公表しません。

質問

※選択式の場合には□内に、自由記載は（ ）内に御記入ください。
事業内容については、3頁を参照してください。

1 高齢者虐待対応市町村支援事業

(1) 利用の意向について

- ① 必要があれば利用している（できる）
- ② 必要性はあるが利用しない（できない）
- ③ 必要がない
- ④ 事業自体を知らない

(2) (1) で②選択した場合、理由をお答えください。

- ① 予算が無い（補正対応も難しい）ため
- ② 利用方法がよくわからないため
- ③ 手続きが煩雑なため
- ④ その他（自由記載： _____）

(3) (1) で③を選択した場合、理由をお答えください。(複数回答可)

- ① 独自に専門家へ支援を依頼している(できる)ため
- ② 職員に十分な経験やスキルがあり対応できるため
- ③ 事例の蓄積や、関係書籍・マニュアルを参考にすることで対応できるため
- ④ その他(自由記載:)

(4) 自由記載

市町村支援事業に対する御要望がありましたら、御記入ください。

2 高齢者虐待防止対策研修事業

(1) 現在の研修事業に対するご意見

(2) 専門研修で実施して欲しい内容

(参考: H25 セルフネグレクト、H26 経済的虐待・心理的虐待)

3 その他

高齢者虐待防止業務に従事する職員状況について、IV-2 (エクセル) に御記入ください。

参考

県の高齢者虐待に係る事業概要

① 市町村支援事業

県では、市町村の困難事例に係る会議等に弁護士・社会福祉士等専門職を派遣・紹介する市町村支援事業を実施しております。また、派遣事例を取りまとめた「高齢者虐待対応事例集」をお配りしております。

② 研修事業について

県では、市町村・地域包括支援センター職員を対象に

① 新任・管理職向け研修

入門的な内容

② 現任職員向け研修

千葉市内で3日間行う、事例検討・グループワークを含む実践的な内容

③ 現任職員向け地域研修

県内3ヵ所各1日行う、比較的実践的な内容

④ 専門研修

年ごとに異なる内容の特定分野について行う研修を実施しております。

市町村(地域包括支援センター)における高齢者虐待対応職員の経験年数

調査票Ⅳ-2

〒 郵便番号

市町村名
担当職名
担当者名
電話番号
E-MAIL

例	所属	種別	高齢者虐待対応業務経験年数別※人数					合計(人)	(内訳)職種別				
			1	2~3	4~6	7~	介護支援専門員		保健師	社会福祉士	事務職	その他(記入してください)	
	なのはな地域包括支援センター	委託包括担当課	2	1	2	0	5	1	2	0	0	2	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
	合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 27年度末日時点(新任職員は「1」)

地域ケア会議調査票

千葉県

調査票 V

本年度の地域ケア会議等活動支援事業を実施するにあたり参考にさせていただきたいので、以下の質問にお答えください。

市町村名		担当課	
担当者名		連絡先	

1. 平成26年度の地域ケア会議の実施状況についてお答えください。

実施している場合は○を選択してください	
個別会議を実施している	
市町村が主催	
地域包括支援センターが主催	
推進会議を実施している	
市町村が主催	
地域包括支援センターが主催	
地域ケア会議を実施するにあたり、課題と感ずることは何ですか。	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; width: 90%; margin: auto;"></div>	

2. ブロック会議のグループワーク課題について希望する順に1～3位まで選んでください。

また、当該テーマでの参加見込み人数を記入してください。

※本年度のブロック会議は会場ごとに内容を変え、開催する予定です。
別のブロックに参加することも可能ですが、参加人数が限られるので、このアンケート結果を参考に内容、開催場所を決定する予定です。

課題	順位	参加見込み (人)
a. 受付から地域ケア個別会議開催、短期目標・長期目標の設定、モニタリングまでの流れ。(県の地域ケア会議整理シートを使用)		
b. 地域ケア会議の事例の選定の考え方と地域課題の把握 (26年度実施の内容)		
c. 自立支援に資するケアマネジメント支援		
d. 地域ケア推進会議について		
e. 地域ケア会議を通じた地域資源の開発について		
f. その他 []		

3. 中央勉強会で取り扱ってほしいテーマを選んでください(どれか一つ)

テーマ	希望するものに (○)
a. 自立支援に資するケアマネジメント支援の取組	
b. 地域ケア会議を通じた政策形成について	
c. 地域ケア会議を通じた地域資源の開発について(個別事例)	
d. 地域ケア会議を通じた地域資源の開発について(市町村単位)	
e. その他 (具体的に「〇〇市の～の取組」等でも可) []	

4. 平成27年4月1日時点での地域包括支援センターの人員配置についてお答えください。
 各職種がいる場合は○、3職種に準じた者の場合は△、いない場合は×を選んでください。
 また、センター長がいる場合は○を選択して、その職種を選択してください。

	センター名称	保健師	主任ケアマネ	社会福祉士	センター長	センター長の職種	「その他」の場合は記入してください。
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

5. 平成27年4月1日時点でのランチ・サブセンターの数を記入してください。

ランチ	サブセンター

神奈川県

地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業の実施(見込み、予定)について(照会)

市町村名、担当課名

担当者名

電話番号

電子メールアドレス

I 在宅医療・介護連携の推進に関する業務の担当部署名(課・室)を御記入ください。

II 平成27年12月末時点で、事業項目毎にご回答ください。また、事業項目(ア)(エ)(オ)(カ)については、詳細(①から③)の内容についても「1」「2」「0」を御記入ください。

1 平成27年度で、実施している場合は「1」、新たに1月から3月に実施見込みの場合は「2」、実施しない場合は「0」を御記入ください。
また、平成28、29年度で実施予定ありは「1」、実施予定なしは「2」を御記入ください。

2 1で平成27年度で実施している(「1」)、又は実施見込み(「2」)の場合で、委託の有る場合は「1」と委託先を併せて御記入頂き、委託していない場合は「0」と御記入ください。

事業項目	27年度			28年度実施 予定	29年度実施 予定
	実施(見込み 含む)	委託	委託先		
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握					
① 医療機関、介護事業者等の所在地等の情報収集					
② 医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用					
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討					
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進					
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援					
① 情報共有ツールの作成					
② 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握					
(オ) 介護関係者に関する相談支援					
① 在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営					
② 医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等					
③ 地域包括支援センターとの連携					

(カ) 医療・介護関係者の研修					
① 多職種が連携するためのグループワーク等の研修					
② 医療・介護関係者に対する研修					
(キ) 地域住民への普及啓発					
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携					

Ⅲ 在宅医療・介護連携推進事業について、県の本課又は保健福祉事務所に支援してほしいことがある場合、御記入ください。

{ }

ありがとうございました。平成28年1月25日(月)までにメールでの御回答よろしくお願いたします。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業について

市町村名		担当者	
担当者所属		連絡先電話番号	
開始時期 ※実施を猶予している場合は条 例で定めた開始時期			
サービスの類型（現段階で考えている類型）			
サービス提供主体（現段階で考えている主体）			
課題			

在宅医療・介護連携推進事業について

新潟県

市町村名			担当者	
担当者所属			連絡先電話番号	
開始時期 ※実施を猶予している場合は条 例で定めた開始時期				
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握				
実施時期	実施主体	具体的な実施方法		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討				
実施時期	実施主体	具体的な実施方法		
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進				
実施時期	実施主体	具体的な実施方法		
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援				
実施時期	実施主体	具体的な実施方法		
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援				
実施時期	実施主体	具体的な実施方法		

(力) 医療・介護関係者の研修		
実施時期	実施主体	具体的な実施方法
(キ) 地域住民への普及啓発		
実施時期	実施主体	具体的な実施方法
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携		
実施時期	実施主体	具体的な実施方法
課題		

市 町 村 名			
担 当 者 所 属			
担 当 者 氏 名		連 絡 先 電 話 番 号	

○ 色のついたセルに回答をお願いします。

1 認知症総合支援事業の開始時期はいつですか。(実施を猶予している場合は条例で定めた開始時期)

平成		年		月
----	--	---	--	---

2 認知症ケアパスの作成・普及について

(認知症ケアパスとは、「認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせて、いつ、どのような介護・医療サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくもの」)

認知症ケアパスの作成の状況について記載してください。

作成済み	⇒	平成		年		月
作成中	⇒	完成予定・平成		年		月
作成予定	⇒	平成		年		月
未定						

認知症ケアパスの住民や関係者への周知についてどのように行いましたか(予定ですか)。(例:全世帯に配布。広報誌に掲載。地域ケア会議を活用し、郡市医師会、ケアマネ協議会、事業所、民生委員児童委員等に周知。等)

3 認知症に対応した地域連絡ノートについて、平成26年度に新たに貴市町村で作成したものがありますか。

(認知症に対応した地域連絡ノートとは「円滑な治療や介護を行うため、地域で導入されている医療・介護の従事者間で患者の情報を共有するツール」)

ある	⇒	名称	
ない		導入地域	
		実施主体	

4 認知症カフェの取組状況について

(認知症カフェとは、オレンジプランにおいて「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集う場」と定義されています)

貴市町村で認知症カフェの取組はありますか。(平成27年5月現在)

	ある
	なし
今後取り組む予定	⇒ 平成 年 月頃

貴市町村で取り組んでいる認知症カフェについて教えてください。

名 称			
実施主体			
運営主体(実施主体と異なる場合のみ記入)			
人員体制	(例:登録ボランティア10名、登録看護師5名のローテーションにより4名体制で運営)		
開催場所	(例:地区公民館、市役所交流スペース)		
開催頻度		開始年月	
1回あたりの参加者数		参加費	
実施内容	(例:自由な交流の場の提供、編み物、手芸、介護相談)		
課 題			

※複数の場所で実施している場合は、記入欄をコピーして会場毎にご記入ください。

貴市町村が把握している認知症カフェについて教えてください。(例えばグループホームで独自に実施しているものなど)

名 称			
実施主体			
運営主体(実施主体と異なる場合のみ記入)			
人員体制	(例:登録ボランティア10名、登録看護師5名のローテーションにより4名体制で運営)		
開催場所	(例:地区公民館、市役所交流スペース)		
開催頻度		開始年月	
1回あたりの参加者数		参加費	
実施内容	(例:自由な交流の場の提供、編み物、手芸、介護相談)		

※複数の場所で実施している場合は、記入欄をコピーして会場毎にご記入ください。

5 認知症地域支援推進員の配置について

認知症地域支援推進員の配置について記載してください。(平成27年5月現在)

配置済み	⇒	人	⇒	平成	年	月
配置予定	⇒	平成	年	月	⇒	人

6 認知症初期集中支援チームの設置について

認知症初期集中支援チームの設置について記載してください。

設置済み	⇒	平成		年		月		チーム
配置予定	⇒	平成		年		月		チーム

上記のいずれの場合も、チーム員の構成(人数と職種)を下記に記入してください。

--

また、医師はどなたをお願いする予定ですか。所属とお名前を御記入ください。(公表はしません)

氏名	
所属	
内諾	あり・なし

氏名	
所属	
内諾	あり・なし

7 認知症高齢者の行方不明対策について

(1)今年度、認知症行方不明者の徘徊模擬訓練を行う予定がありますか。

ある	⇒	平成		年		月		日
ない		未定						
未定								

(2)認知症行方不明対策として、今年度重点的に行う取組はありますか。

具体的な取組内容	
----------	--

8 認知症サポーター、キャラバン・メイトについて

(1)今年度、市町村単独でキャラバン・メイト養成講座を行う予定はありますか。

ある	→	実施時期	平成		年		月
ない		定員					人

(2)養成した認知症サポーターを、市町村の認知症関連事業や地域の見守り活動等に活用している(参加を促している)事例があればご教示ください。(ない場合はその旨記載してください。)

--

(3) 誰が参加してもよい認知症サポーター養成講座の開催予定はありますか。

	ある
	ない
	未定

(4) 認知症サポーター養成講座の受講者増のため、県から働きかけてほしい企業や団体があったら下記に記入してください。

--

9 認知症地域支援体制づくりにおける自地域の課題を具体的に記入してください。

--

10 平成27年度重点的に取り組む認知症施策を記入してください。

--

11 認知症施策に関連した県への要望があれば記入してください。

--

生活支援体制整備事業について

市町村名		担当者	
担当者所属		連絡先電話番号	
開始時期 ※実施を猶予している場合は条 例で定めた開始時期			
協議体構成員（現段階で想定している構成員）			
生活支援コーディネーターの選定方法（現段階で考えている方法）			
協議体設置時期（予定）			
生活支援コーディネーター配置時期（予定）			
課題			

事項	現状で実施している内容	今後の取組計画
在宅医療・介護連携推進事業に係る調査票	<p>1. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、現時点で実施している内容</p> <p>2. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、今後の取組計画</p>	<p>1. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、現時点で実施している内容</p> <p>2. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、今後の取組計画</p>
1. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、現時点で実施している内容	<p>・医療機関【 】、介護事業者等【 】の連携取組</p> <p>・地域の医師・介護の資力の把握</p> <p>・医師【 】、介護関係者【 】、住民【 】への情報提供</p>	<p>・医療機関【 】、介護事業者等【 】の連携取組</p> <p>・地域の医師・介護の資力の把握</p> <p>・医師【 】、介護関係者【 】、住民【 】への情報提供</p>
2. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、今後の取組計画	<p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p>	<p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p>
3. 「在宅医療・介護連携推進事業」の8項目について、今後の取組計画	<p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p>	<p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p> <p>・在宅医療・介護連携推進事業の推進</p>

保険者名	
------	--

在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査(平成28年2月調査)

1 取組の開始時期について、該当する年度に○をしてください。

取組内容	H26以前 から	H27.4月 ～H28.1月	H28 2月～3月	H28年度	H29年度	H30.4
ア 地域の医療・介護の資源の把握						
イ 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討						
ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進						
エ 医療・介護関係者の情報共有の支援						
オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援						
カ 医療・介護関係者の研修						
キ 地域住民への普及啓発						
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携						

2 取組の現状と課題について、具体的に記載してください。できるだけア～クの項目ごとに記載してください。

3 ア～キのうち、広域単位又は他の市町村と連携する取組について、連携市町村、取組項目、開始時期等を記載してください。

保険者名	
------	--

3 関係団体との協議・打合せの状況について

(1) 郡市医師会との協議・打合せの進捗状況・内容・課題等を記載してください。

--

(2) その他の関係団体との協議・打合せの進捗状況・内容・課題等を記載してください。

--

4 「オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援」にかかる相談窓口の設置状況について

(1) 既に相談窓口を設置している場合

①設置場所 例：〇〇医師会、〇〇地域包括支援センター	
②設置主体	
③相談窓口の職員数・職種	
④相談窓口の設置時期 ※例：平成27年10月	
⑤他の市町村と協働設置している場合は、その市町村名	
⑥設置に立って、郡市医師会との協議、調整等の実施の有無	

(2) まだ相談窓口を設置していない場合

①設置に向けた検討状況	
②設置予定時期	
③設置に向けて、郡市医師会との協議、調整等の実施の有無	

