

実態調査について（案）

区市町村調査概要

◆目的

認知症高齢者徘徊対策ネットワーク体制を例に認知症支援ネットワーク事業の取組状況を調査することにより、ネットワークの現状を把握し、課題を抽出する。

◆調査対象

区市町村（23区、26市、5町、8村） 計62箇所

◆スケジュール

平成24年6月中旬 調査用紙配布

平成24年7月上旬 回答期限

平成24年7月下旬 認知症対策推進会議にて集計結果の中間報告

◆調査項目について

- ①認知症の人の生活支援のためのネットワークの有無及びその目的について
- ②ネットワークの形成にどのような取組が有効であったか
- ③ネットワークの継続性を保つための取組・活動について

介護事業者調査概要

◆目的

介護保険外のサービス・取組について調査をすることにより、認知症介護の拠点になりうる地力を把握し、その支援につなげるための課題を抽出する。

◆調査対象

認知症対応型サービス事業所（グループホーム、小規模多機能型、認知デイ）
約1,000箇所

◆スケジュール

平成24年6月中旬 調査用紙配布

平成24年7月上旬 回答期限

平成24年7月下旬 認知症対策推進会議にて集計結果の中間報告

◆調査項目について

- ①利用者以外の人（地域住民など）を対象とした介護保険外のサービスや取組の有無について
- ②介護保険外のサービス・取組の内容・対象・規模等
- ③介護保険外のサービス・取組のを実施していくにあたって必要な支援につて

区市町村向け調査票(案)

～認知症の人の生活を支援するためのネットワークについて～

区市町村名	部署名
回答者職氏名	
電話番号	FAX番号

◆ 認知症高齢者徘徊対策ネットワークなど、認知症の人の生活を支援するためのネットワークについて、お聞きします。

Q1 貴区市町村では、認知症高齢者徘徊対策ネットワークなど、認知症の人の生活を支援するためのネットワークはありますか？

- ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。
- イ 取り組んでいない。

→Q2 上記Q1で、「ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。」と回答した区市町村にお聞きします。
ネットワークの名称と主な目的はどのようなものですか？

(名称)
(目的)

→Q3 上記Q1で、「ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。」と回答した区市町村にお聞きします。
ネットワークに参加している関係部署はどこですか？

- 地域包括支援センター 医療機関 介護事業者
- 民生委員 商店会 町会
- 警察 近隣区市町村
- その他(→具体的に: _____)

→Q4 上記Q1で、「ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。」と回答した区市町村にお聞きします。
どのような取組を通じてネットワークの形成が促進されるようになりましたか？
(1番目に該当するものに◎、2番目に該当するものに○を付けてください。)

- 連絡会の開催 マップの作成
- 家族会への参加 連絡網の作成
- その他(→具体的に: _____)
- 特になし

→Q5 上記Q1で、「ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。」と回答した区市町村にお聞きます。
ネットワークの継続性を保つために取り組んでいる活動はありますか？
 連絡会の開催 会報の発行
 その他(→具体的に: _____)
 特になし

→Q6 上記Q1で、「ア 施策としてネットワークづくりに取り組んでいる。」と回答した区市町村にお聞きます。
ネットワークの基礎単位の規模はどのくらいですか？
 区市町村全域が一つのネットワークに参加している。
 地域包括支援センターの活動範囲を一つの単位とし、それぞれでネットワークを形成している。
 その他(→具体的に: _____)

Q7 上記Q1で、「イ 取り組んでいない。」と回答した区市町村にお聞きます。
今後、ネットワーク事業として施策化する予定はありますか？
 施策化する予定である。
 (→具体案: _____)
 検討している。 特に予定はない。

Q8 全ての区市町村にお聞きます。ネットワークづくりにあたっての課題はありますか？

Q9 ご意見等ございましたらご記入ください。

※認知症の人の生活を支援するためのネットワークづくりについて、資料等がございましたらご提供ください。

介護事業者向け調査票(案)

～認知症支援の拠点について～

事業所名	
事業所種別	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 認知デイ
事業所住所	
回答者職氏名	
電話番号	FAX番号

◆ 介護保険外のサービス・取組について、お聞きします。

Q1 サロンや家族会、認知症勉強会など、利用者以外の地域の人を対象とした介護保険外のサービス・取組を実施していますか？

- ア 実施している介護保険外のサービス・取組がある。
イ 介護保険外のサービス・取組は実施していない。

Q2 上記Q1で、「ア 実施している介護保険外のサービス・取組がある。」と回答した事業所にお聞きします。どのような内容の取組ですか？

事業名	事業内容	対象	規模・頻度	区市町村の補助の有無
(記入例) 日曜サロン	高齢者が自由に集うことができるスペースを設け、高齢者が自宅の近くで地域住民とつながれる環境づくりを目指す。	利用者・利用者 家族・近隣住民	定員 30 名 毎月第二日曜日	無

Q3 上記Q1で、「ア 実施している介護保険外のサービス・取組がある。」と回答した事業所にお聞きます。

介護保険外のサービス・取組の実施にあたって、連携先はありますか？

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 区市町村 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 医療機関 |
| <input type="checkbox"/> 民生委員 | <input type="checkbox"/> 商店会 | <input type="checkbox"/> 町会 |
| <input type="checkbox"/> 警察 | <input type="checkbox"/> 他の介護事業者 | |
| <input type="checkbox"/> その他(→具体的に: _____) | | |

Q4 利用者以外の地域の人も対象に、今後、取り組んでいきたい介護保険外のサービス・取組はありますか？

- 取り組んでいきたい介護保険外のサービス・取組がある。
(→具体的な内容: _____)
- 特にない。
- その他 (→ _____)

Q5 介護保険外のサービス・取組を実施していくにあたって、必要な支援はどのようなものですか？(複数回答可)

- 地域包括支援センターとの連携体制
- 区市町村の施策に組み込むこと
- 地域内の他事業者との連携・協働
- その他 (→ _____)

Q6 区市町村の事業への協力・参画をしていますか？

(例: 認知症サポーター養成講座の講師派遣、介護相談教室の講師派遣など)

- 区市町村の事業への協力・参画をしている。
- 特に協力・参画はしていない。
- その他 (→ _____)

Q7 ご意見等ございましたらご記入ください。