

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査(令和4年度)

回答入力後、黄色のエラーメッセージが出ていないかご確認ください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

調査にご回答いただく担当者のお名前、ご連絡先をご記入ください。

F1_1

都道府県名	
-------	--

未回答です

F1_2

市区町村名	
-------	--

未回答です

F1_3

ご担当部署名	
--------	--

未回答です

F1_4

ご担当者名	
-------	--

未回答です

F1_5

電話番号 (※半角数字でハイフン無しで入力してください。)	
-------------------------------	--

(半角数字)

未回答です

F1_6

連絡先メールアドレス (※半角英数字で入力してください。)	
-------------------------------	--

(半角英数字)

未回答です

次のシート「I」へお進みください。

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査(令和4年度)

回答入力後、黄色のエラーメッセージが出ていないかご確認ください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

多様なサービスの内容(サービスA、サービスB)について伺います。特に断りのない限り、令和4年6月1日時点の状況をお答えください。

Q1.1

介護予防・生活支援サービス事業のうち、従前相当サービス、サービスA、サービスB、サービスDについて、実施状況をお答えください。(それぞれ1つ回答)

※「実施している」とは要綱等に位置付けていることを指します。

訪問型従前相当サービス	選択してください
訪問型サービスA	選択してください
訪問型サービスB	選択してください
訪問型サービスD	選択してください
通所型従前相当サービス	選択してください
通所型サービスA	選択してください
通所型サービスB	選択してください

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

選択肢

1. 実施している☐(利用者が1名以上いる)
2. 実施している☐(サービス提供事業所はあるが、利用者がいない)
3. 実施している☐(要綱等に位置付けているが、サービス提供事業所がない)
4. 実施していない☐(要綱等に位置付けていない)

サービスA(訪問型・通所型)について伺います。

Q1.1で訪問型サービスA、通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

※訪問型サービスA、訪問型サービスAとも「サービス提供事業所がない」「実施していない」市町村は以下のガイドに沿って次の質問にお進みください。

- ①訪問型サービスBは実施していて「利用者が1名以上いる」または「サービス提供事業所がある」場合は [Q1.6](#) へお進みください
↓当てはまらない場合
- ②通所型サービスBは「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所がある」場合は [Q1.13](#) へお進みください
↓当てはまらない場合
- ③上記いずれも当てはまらない場合は、 [Q1.18](#) へお進みください

Q1.2

サービスは指定事業者による実施、委託による実施、いずれの方法で実施していますか。(あてはまるものすべて回答)

	1.未回答です	2.未回答です
	1	2
	訪問型サービスA	通所型サービスA
	↓	↓
指定事業者による実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
委託による実施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1_1で訪問型サービスA、通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_3

サービス事業者としてあてはまるものをお答えください。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です	4:未回答です	5:未回答です	6:未回答です
	1	2	3	4	5	6
	訪問型従前相当サービス ↓	(指定事業者による実施) 訪問型サービスA ↓	(委託による実施) 訪問型サービスA ↓	通所型従前相当サービス ↓	(指定事業者による実施) 通所型サービスA ↓	(委託による実施) 通所型サービスA ↓
民間企業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会福祉協議会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会福祉法人 (社会福祉協議会を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シルバー人材センター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社団法人・財団法人 (シルバー人材センターを除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療法人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NPO法人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
協同組合	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
老人クラブ	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
地縁団体	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
任意団体 (老人クラブ・地縁団体を除く)	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1_3.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は Q1_6 にお進みください。

Q1.4

訪問型サービスAにおいて、緩和している基準をお答えください。（あてはまるものすべて回答）

選択肢以外の内容で基準を緩和している場合は、「その他」を選択し、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

※参考:旧指定介護予防サービス等基準
介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/resources/cc479187-9c90-4f57-8745-47f930c1550d/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1No.414.pdf>

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	訪問型サービスA (指定事業者による実施)	訪問型サービスA (委託による実施)
	↓	↓
人員基準:訪問介護員の配置人数の下限を低く設定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:訪問介護員の資格要件として独自の研修受講等を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:サービス提供責任者の配置人数の下限を低く設定する(50人に1人等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:常勤でないサービス提供責任者を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:サービス提供責任者の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護以外への兼務を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:サービス提供責任者の同一敷地外の事業所への兼務を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:サービス提供責任者の資格要件として独自の研修受講者を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:常勤でない管理者を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1.4.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて

「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1.5

訪問型サービスAにおいて、基準を緩和する以外に、独自に設定した内容があればお答えください。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	訪問型サービスA (指定事業者による実施)	訪問型サービスA (委託による実施)
	↓	↓
従前相当サービスよりも短時間の利用を認めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用時間や利用回数を柔軟に変更できるようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理者等に研修の受講を求めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いずれも該当しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1.5.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスA、訪問型サービスBのいずれかについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_6 各サービスにおいて提供することとしている内容をお答えください。(あてはまるものすべて回答)

※「身体介護」「生活支援」「見守りの援助」とは「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成12年3月17日老計第10号)」における「身体介護」「生活支援」「見守りの援助」を指します。

※老計10号に含まれない生活上の支援とは、例えば大掃除や粗大ごみの処分、家具の移動、電球交換、室外の掃除や草抜き等を指します。

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です
	1	2	3
	(指定訪問型サービスA実施)	(委託による実施)	訪問型サービスB
	↓	↓	↓
身体介護(見守りの援助を除く)を全て提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体介護(見守りの援助を除く)を一部の内容に限定して提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
見守りの援助を全て提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
見守りの援助を一部の内容に限定して提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活支援を全て提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活支援を一部の内容に限定して提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
老計10号に含まれない生活上の支援を提供	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

前問で「一部の内容に限定して提供」または「老計10号に含まれない生活上の支援を提供」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は Q1_7 にお進みください。

Q1_6_1 その内容を具体的にお答えください。

身体介護(見守りの援助を除く)一部の内容に限定して実施(具体的に入力)		未回答です
内容(具体的に入力)		
見守りの援助 一部の内容に限定して実施(具体的に入力)		未回答です
内容(具体的に入力)		
生活支援 一部の内容に限定して実施(具体的に入力)		未回答です
内容(具体的に入力)		
老計10号に含まれない生活上の支援を提供している場合の主な内容(具体的に入力)		未回答です
内容(具体的に入力)		

訪問型サービスAについて伺います

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は [Q1_11](#) にお進みください。

Q1_7

従前相当サービスに対して、どのようなねらいで訪問型サービスAの基準や提供内容を設定しましたか。（あてはまるものすべて回答）
「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
サービス提供事業所数を増やす	<input type="checkbox"/>
介護サービス事業所以外の新しい事業主体の参入やサービス提供を促す	<input type="checkbox"/>
資格要件の緩和や新たな事業所の参入によって、サービスに従事できる者の数を増やす	<input type="checkbox"/>
利用者の費用負担を低減する	<input type="checkbox"/>
身体介護よりも生活支援や社会参加等を重視したサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
心身の機能の回復や向上に取り組むことを重視したサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
利用者の状態の変化に応じて、柔軟に内容や回数を変更できるサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_7.1

訪問型サービスAの基準や提供内容を設定するにあたり、次のような取組を実施しましたか。（それぞれ1つ回答）

利用者のニーズの把握、分析	選択してください
想定される参入事業者との意見交換	選択してください
地域包括支援センターやケアマネジャーとの意見交換	選択してください
介護予防ケアマネジメントの作成方針の見直し	選択してください
住民に対する事業の主旨の説明や意見交換	選択してください
市町村の相談窓口での説明内容や相談フローの見直し	選択してください
市町村内の職員間での意見交換や保有するデータの分析	選択してください

選択肢

1. 十分実施した
2. おおむね実施した
3. あまり実施していない
4. 実施していない
5. わからない

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_8

従前相当サービスに対して、貴市区町村の訪問型サービスAではどのような状態の利用者にサービスを提供することを想定して基準や提供内容を設定しましたか。（自由回答）

（例：身体介護までは必要のない高齢者に対して、より生活支援に特化したサービスを提供する）

内容(具体的に入力)	
------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」と回答した市区町村に伺います。

※訪問型サービスAについて「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村は [Q1_9_3](#) にお進みください。

Q1_9

想定した訪問型サービスAの利用者像に対して、現状サービスを提供している高齢者の状態は一致していますか。（1つだけ回答）

高齢者の状態（1つだけ回答）	選択してください
----------------	----------

選択肢

1. おおむね一致している
2. あまり一致していない(利用者像に一致しない高齢者が利用している)
3. 利用者数が少ないため判断できない
4. 把握していない

未回答です

Q1_9で「おおむね一致している」と回答した市区町村に伺います。

Q1_9.1

想定した利用者像と一致する高齢者に利用されている要因は何だと考えますか。（あてはまるものすべて回答）
 「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

		1:未回答です
		1
		あてはまるものすべて回答
		↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像が理解されている	<input type="checkbox"/>	
事業者サービスAのねらいや利用者像が理解されている	<input type="checkbox"/>	
サービスAの利用者像が明確である	<input type="checkbox"/>	
ケアマネジメントにおける判断基準や観点を明確にしている	<input type="checkbox"/>	
高齢者(利用者)や家族にサービスAのねらいや内容が理解されている	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_9で「あまり一致していない(利用者像に一致しない高齢者が利用している)」と回答した市区町村に伺います。

Q1_9.2

想定した利用者像と異なる状態の高齢者に利用されている要因は何だと考えますか。（あてはまるものすべて回答）
 「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

		1:未回答です
		1
		あてはまるものすべて回答
		↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>	
事業者サービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>	
サービスAの利用者像について、ケアマネジメントにおける判断基準や観点が明確になっていない	<input type="checkbox"/>	
利用者像に合う高齢者にサービスを紹介しても、本人や家族から利用を希望されない	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	
わからない	<input type="checkbox"/>	

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村、またはQ1_9で「利用者数が少ないため判断できない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_9.3

想定よりも利用者が少ない、またはいない要因は何だと考えますか。（あてはまるものすべて回答）
 「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
事業者にサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
サービスAの利用者像について、ケアマネジメントにおける判断基準や観点が明確になっていない	<input type="checkbox"/>
利用者像に合う高齢者にサービスを紹介しても、本人や家族から利用を希望されない	<input type="checkbox"/>
事業所数が増えず受け入れ人数に限りがあるため、利用者を増やせない	<input type="checkbox"/>
事業の採算がとれないことで、サービス提供事業所が新たな利用者の受け入れを控えている	<input type="checkbox"/>
サービスの内容が地域のニーズに合っていないかった	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で訪問型サービスAについて「利用者が1名以上いる」と回答した市区町村に伺います。

Q1_10

訪問型サービスAを実施したことにより、どのような効果がありましたか。（それぞれ1つ回答）
 「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

サービス提供事業所が増えた	選択してください
介護サービス事業所以外に新しい事業主体が参入した	選択してください
サービスの従事者数が増えた	選択してください
利用者の費用負担額が少なくなった	選択してください
後期高齢者人口の伸びと比較して事業費の伸び率が抑制されている	選択してください
高齢者の要介護度が維持、改善された (1年後の要介護度の重度化率が抑制されている等)	選択してください
その他の効果があった	選択してください

選択肢

- 該当する
- 該当しない
- 把握していない

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

Q1_10.1

その他の効果があった場合は、その内容をお知らせください。（具体的に入力）

内容(具体的に入力)	
------------	--

未回答です

通所型サービスAについて伺います

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、

①通所型サービスBについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」場合は [Q1_13](#) へお進みください、

②通所型サービスBについて「サービス提供事業所がない」「実施していない」場合は、 [Q1_18](#) にお進みください。

Q1_11

通所型サービスAにおいて、緩和している基準をお答えください。（あてはまるものすべて回答）

選択肢以外の内容で基準を緩和している場合は、「その他」を選択し、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	通所型サービスA (指定事業者による実施)	通所型サービスA (委託による実施)
	↓	↓
人員基準:介護職員の配置人数の下限を低く設定する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:介護職員の資格要件として独自の研修受講等を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:生活相談員の配置を求めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:看護職員の配置を求めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:機能訓練指導員の配置を求めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人員基準:常勤でない管理者を認める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
設備基準:食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室の全て又は一部を設けることを必須としない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1_11_1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_12

通所型サービスAにおいて、基準を緩和する以外に、独自に設定した内容があればお答えください。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	通所型サービスA (指定事業者による実施)	通所型サービスA (委託による実施)
	↓	↓
提供時間の目安を従前相当サービスよりも短くしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用時間や利用回数を柔軟に変更できるようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特定のプログラムの実施を必須としている(体操や機能訓練等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
送迎の実施を必須としている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理者等に研修の受講を求めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いずれも該当しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)

未回答です

通所型サービスA、通所型サービスBについて伺います。

Q1_1で通所型サービスA、通所型サービスBのいずれかについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_13

各サービスにおいて提供することとしている内容をお答えください。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、次の間のQ1_13_1でその具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

※選択肢のうち、1事業所でも提供することがある場合は選択してください。

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です
	1	2	3
	(指定事業者による実施)	(委託による実施)	通所型サービスB
	↓	↓	↓
レクリエーション・体操	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
機能訓練	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養改善	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
送迎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q1_13_1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

通所型サービスA
(指定事業者による実施)

未回答です

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

通所型サービスA
(委託による実施)

未回答です

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

通所型サービスB

未回答です

通所型サービスAについて伺います。

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、 Q1_18 へお進みください。

Q1_14

従前相当サービスに対して、どのようなねらいで通所型サービスAの基準や提供内容を設定しましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
サービス提供事業所数を増やす	<input type="checkbox"/>
介護サービス事業所以外の新しい事業主体の参入やサービス提供を促す	<input type="checkbox"/>
サービスの従事者数を増やす	<input type="checkbox"/>
利用者の費用負担を低減する	<input type="checkbox"/>
身体介護よりも生活支援や社会参加等に重点を置いたサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
身体介護よりも心身の機能の回復や向上に重点を置いたサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
利用者の状態の変化に応じて、柔軟に内容や回数を変更できるサービスを提供する	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_15

従前相当サービスに対して、貴市区町村の通所型サービスAではどのような状態の利用者にサービスを提供することを想定して基準や提供内容を設定しましたか。（自由回答）

(例: 身体介助は必要としていないが、通いの場に参加するには送迎が必要な人 等)

内容(具体的に入力)	
------------	--

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_15_1

通所型サービスAを開始するにあたり、地域に必要なサービスをどのように把握しましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
地域包括支援センターやケアマネジャーからの情報収集	<input type="checkbox"/>
介護サービス事業所からの情報収集	<input type="checkbox"/>
地域で活動している人・団体からの情報収集	<input type="checkbox"/>
住民(利用者)からの情報収集	<input type="checkbox"/>
市町村内の職員間での意見交換や保有するデータの分析	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」と回答した市区町村に伺います。

※通所型サービスAについて「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」市区町村は、[Q1_16.3](#) へお進みください。

Q1_16

想定した通所型サービスAの利用者像に対して、現状サービスを提供している高齢者の状態は一致していますか。(1つだけ回答)

高齢者の状態 (1つだけ回答)	選択してください
-----------------	----------

選択肢

未回答です

1. おおむね一致している
2. あまり一致していない(利用者像に一致しない高齢者が利用している)
3. 利用者が少ないため判断できない
4. 把握していない

※「おおむね一致している」→ [Q1_16.1](#) へ

※「あまり一致していない」→ [Q1_16.2](#) へ

※「利用者が少ないため判断できない」→ [Q1_16.3](#) へ

Q1_16で「おおむね一致している」と回答した市区町村に伺います。

Q1_16_1

想定した利用者像と一致する高齢者に利用されている要因は何だと考えますか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像が理解されている	<input type="checkbox"/>
事業者にサービスAのねらいや利用者像が理解されている	<input type="checkbox"/>
サービスAの利用者像が明確である	<input type="checkbox"/>
ケアマネジメントにおける判断基準や観点を明確にしている	<input type="checkbox"/>
高齢者(利用者)や家族にサービスAのねらいや内容が理解されている	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_16で「あまり一致していない(利用者像に一致しない高齢者が利用している)」と回答した市区町村に伺います。

Q1_16_2

想定した利用者像と異なる状態の高齢者に利用されている要因は何だと考えますか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1.未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
事業者にサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
サービスAの利用者像について、ケアマネジメントにおける判断基準や観点が明確になっていない	<input type="checkbox"/>
利用者像に合う高齢者にサービスを紹介しても、利用を希望されない	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」と回答した市区町村、またはQ1_16で「利用者数が少ないため判断できない」と回答した市区町村に伺います。

Q1_16_3

想定よりも利用者が少ない、またはいない要因は何だと考えますか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です
	1 あてはまるものすべて回答 ↓
地域包括支援センターやケアマネジャーにサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
事業者にサービスAのねらいや利用者像があまり理解されていない	<input type="checkbox"/>
サービスAの利用者像について、ケアマネジメントにおける判断基準や観点が明確になっていない	<input type="checkbox"/>
利用者像に合う高齢者にサービスを紹介しても、利用を希望されない	<input type="checkbox"/>
事業所数が増えず受け入れ人数に限りがあるため、利用者を増やせない	<input type="checkbox"/>
事業の採算がとれないことで、サービス提供事業所が新たな利用者の受け入れを控えている	<input type="checkbox"/>
サービスの内容が地域のニーズに合っていないかった	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q1_1で通所型サービスAについて「利用者が1名以上いる」と回答した市区町村に伺います。

Q1_17

※通所型サービスAについて「サービス提供事業所はあるが、利用者がいない」市区町村は、

Q1_18

へお進みください。

通所型サービスAを実施したことにより、どのような効果がありましたか。（それぞれ1つ回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

サービス提供事業所が増えた	選択してください
介護サービス事業所以外に新しい事業主体が参入した	選択してください
サービスの従事者数が増えた	選択してください
利用者の費用負担額が少なくなった	選択してください
後期高齢者人口の伸びと比較して事業費の伸び率が抑制されている	選択してください
高齢者の要介護度が維持、改善された (1年後の要介護度の重度化率が抑制されている等)	選択してください
その他の効果があった	選択してください

選択肢

1. 該当する
2. 該当しない
3. 把握していない

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

未回答です

その他の効果があった場合は、その内容をお知らせください。（具体的に入力）

内容(具体的に入力)	
------------	--

未回答です

Q1_18

サービスAまたはサービスB事業を展開するにあたって、課題となっていることがあればお答えください。（自由回答）

※市区町村として課題と捉えている事項以外に、事業所や利用者・家族から意見が寄せられている場合は、その内容もあわせてご回答ください。

訪問型サービスA（具体的に入力）	
訪問型サービスB（具体的に入力）	
通所型サービスA（具体的に入力）	
通所型サービスB（具体的に入力）	

次のシート「Ⅱ」へお進みください。

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査(令和4年度)

回答入力後、黄色のエラーメッセージが出ていないかご確認ください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

多様なサービスの内容(見守り、配食)について伺います。

Q2.1

介護予防・生活支援サービス事業に限らず、市区町村として高齢者を対象に含む見守り、配食事業を実施していますか。(あてはまるものすべて回答)

※高齢者のみを対象とした事業に限らず、対象者に高齢者が含まれる事業を実施している場合は選択してください。
※直接実施、委託、補助等の形式を問いません。

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
見守り事業	<input type="checkbox"/>
配食事業	<input type="checkbox"/>
いずれも実施していない	<input type="checkbox"/>

※「見守り事業」「配食事業」いずれも実施していない市区町村は [Q2.5](#) にお進みください。

Q2.1で見守り、配食事業をいずれか実施していると回答した市区町村に伺います。

Q2.2

見守り、配食事業はどの財源で実施していますか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	見守り事業	配食事業
	↓	↓
総合事業のその他生活支援サービス(法第115条の45第1項第1号ハ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市町村特別給付(法第62条)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保健福祉事業(法第115条の49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域支援事業の任意事業(法第115条の45第3項各号)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一般財源事業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2.2.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

見守り事業(具体的に入力)	
---------------	--

未回答です

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

配食事業(具体的に入力)	
--------------	--

未回答です

Q2.2で見守り、配食事業を総合事業のその他生活支援サービス以外で実施していると回答した市区町村に伺います。

※「見守り事業」「配食事業」の財源を「総合事業のその他生活支援サービス」のみで実施している市区町村は

[Q2.6](#) にお進みください。

Q2.3

見守り、配食事業の対象者をお答えください。(あてはまるものすべて回答)

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	見守り事業	配食事業
	↓	↓
要支援者(要支援1、2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護者(要介護1~5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基本チェックリスト該当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基本チェックリスト該当者、要支援、要介護者以外の高齢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高齢者以外(障害者等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2_2で見守り、配食事業を総合事業のその他生活支援サービス以外で実施していると回答した市区町村に伺います。

Q2.4

見守り、配食事業を総合事業のその他生活支援サービスで実施していない理由を説明お答えください。（あてはまるものすべて回答）
「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	見守り事業 ↓	配食事業 ↓
事業の対象者が要支援者等に限られるから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合事業で実施すると、地域支援事業交付金交付要綱上の上限額を超過するから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合事業の訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行う効果がないと考えたから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合事業開始以前から事業を実施しており、特に変更を検討していないから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2.4.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q2_1で見守り、配食事業をいずれも実施していないと回答した市区町村に伺います。

Q2.5

※あてはまらない市区町村は [Q2.6](#) にお進みください。

見守り、配食事業を実施していない理由をお答えください。（あてはまるものすべて回答）
「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です
	1	2
	見守り事業 ↓	配食事業 ↓
民間サービスの利用で対応できているから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市町村内で要望が多くないから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
予算が不足しているから(予算内で他の事業を優先したから)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域に事業を提供できる事業者や担い手がないから	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2.5.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q2.6

総合事業のその他生活支援サービス事業において見守り、配食事業を展開するにあたって、課題となっていることがあればお答えください。（自由回答）

見守り事業（具体的に入力）	
配食事業（具体的に入力）	

次のシート「Ⅲ」へお進みください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

対象者の弾力化の実施状況について伺います

「対象者の弾力化」とは、介護予防・生活支援サービス事業の対象者について令和2年度以前は、要支援者、チェックリスト該当者のみであったところ令和3年度以降、市町村の補助により実施されるサービス(訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスB)にあつては、同サービスを要支援等から継続的に利用する要介護者を含めるとの見直しを行うことを指します。

※このため、例えば、通所型サービスBにおいて、高齢者のほか、障害者や子ども等を含めて事業実施すること等の場合は含みません。

Q1_1で対象者の弾力化が可能であるサービス(訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスB)をいずれか実施していると回答した市区町村に伺います。

※訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスBのいずれも実施していない市区町村は、次のシート [Q4_1](#) へお進みください。

Q3_1

選択したサービスについて、対象者の弾力化を実施していますか。(あてはまるものすべて回答)

※実際に弾力化の対象者(継続的に利用している者)がいるか否かにかかわらず、補助要綱等により要介護者が総合事業として継続して利用することができることが明記されている場合は選択してください。

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
いずれも実施していない	<input type="checkbox"/>

Q3_1でいずれかのサービスで弾力化を実施していると回答した市区町村に伺います。

※「いずれも実施していない」と回答した市区町村は、 [Q3_10](#) へお進みください。

Q3_2

継続利用を希望する要介護者が適切にサービスを利用できるよう補助団体、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に対して課したことはありますか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

※令和2年度以前から課している場合にも、すべてご回答ください。

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
緊急時や利用者の状態変化時、長期欠席等に対する具体的な対応を定めること	<input type="checkbox"/>
継続利用する要介護者の緊急時等の連絡先を整理すること	<input type="checkbox"/>
ケアマネジャーが、継続利用する要介護者の状態変化等を定期的にモニタリングすること	<input type="checkbox"/>
地域包括支援センターが、ケアマネジャーのアセスメントに同行すること	<input type="checkbox"/>
地域包括支援センターが、サービス担当者会議に参加すること	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
いずれも課していない	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)

Q3_1でいずれかのサービスで弾力化を実施していると回答した市区町村に伺います。

Q3_3

弾力化を実施しているサービスについて、令和4年6月1日時点で、弾力化によって総合事業のサービスを継続的に利用している要介護者がいますか。(それぞれ1つ回答)

訪問型サービスB	選択してください
訪問型サービスD	選択してください
通所型サービスB	選択してください

未回答です

未回答です

未回答です

選択肢

- いる
- いない
- 把握していない

Q3_3でいずれかのサービスで継続的に利用する要介護者がいると回答した市区町村に伺います。

※いずれのサービスでも、継続的に利用する要介護者は「いない」「把握していない」と回答した市区町村は、[Q3_6.1](#) へお進みください。

Q3.4

令和4年6月1日時点の継続利用要介護者の実人数をお答えください。(半角数字)

人数(数値を入力)	<input type="text"/>	人	<input type="button" value="未回答です"/>
-----------	----------------------	---	--------------------------------------

(半角数字3桁まで)

Q3-3でいずれかのサービスで継続的に利用する要介護者がいると回答した市区町村に伺います。
令和4年6月1日時点の継続利用要介護者の個別の状態を伺います。
要介護度、認知症の有無、利用しているサービスについてお答えください。
「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。

※この画面では9人分の情報を入力できます。継続利用要介護者が10人以上いる場合は、9人目までを画面で入力の上、事務局 roken@nrc.co.jp までメールにてご連絡ください。10人目以降の情報を入力頂くためのエクセルファイルをお送りいたします。

利用者1

Q3_5.1.1

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

Q3_5.2.1

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

Q3_5.3.1

Q3_5.4.1

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、[Q3_6](#) にお進みください

利用者2

Q3_5.1.2

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

Q3_5.2.2

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

Q3_5.3.2

Q3_5.4.2

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、[Q3_6](#) にお進みください

利用者3

Q3_5_1_3
Q3_5_2_3
Q3_5_3_3
Q3_5_4_3

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に:)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3_6 にお進みください

利用者4

Q3_5_1_4
Q3_5_2_4
Q3_5_3_4
Q3_5_4_4

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に:)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3_6 にお進みください

利用者5

Q3_5_1_5
Q3_5_2_5
Q3_5_3_5
Q3_5_4_5

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に:)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3_6 にお進みください

利用者6

Q3.5.1.6
Q3.5.2.6
Q3.5.3.6
Q3.5.4.6

要介護度(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. あり(疑い含む) 2. なし 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3.6 にお進みください

利用者7

Q3.5.1.7
Q3.5.2.7
Q3.5.3.7
Q3.5.4.7

要介護度(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. あり(疑い含む) 2. なし 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3.6 にお進みください

利用者8

Q3.5.1.8
Q3.5.2.8
Q3.5.3.8
Q3.5.4.8

要介護度(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
選択肢	1. あり(疑い含む) 2. なし 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に: <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
Q3.6 にお進みください

利用者9

Q3.5.1.9

Q3.5.2.9

Q3.5.3.9

Q3.5.4.9

要介護度(1つ回答)	選択してください
------------	----------

- 選択肢
1. 要介護1
 2. 要介護2
 3. 要介護3
 4. 要介護4
 5. 要介護5
 6. 不明

認知症の有無(1つ回答)	選択してください
--------------	----------

- 選択肢
1. あり(疑い含む)
 2. なし
 3. 不明

利用している総合事業のサービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問型サービスB	<input type="checkbox"/>
訪問型サービスD	<input type="checkbox"/>
通所型サービスB	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

利用している介護給付サービス(あてはまるものすべて回答)	
訪問介護	<input type="checkbox"/>
訪問リハ	<input type="checkbox"/>
通所介護	<input type="checkbox"/>
通所リハ	<input type="checkbox"/>
訪問看護	<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>
その他 (具体的に:)	<input type="checkbox"/>
不明	<input type="checkbox"/>

※該当する継続利用要介護者がこれですべてならば、
[Q3.6](#) にお進みください

Q3_3でいずれかのサービスで継続的に利用する要介護者がいると回答した市区町村に伺います。

Q3_6

対象者の弾力化を実施したことにより、弾力化対象者にどのような影響がありましたか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です
	1	2	3
	訪問型サービスB	訪問型サービスD	通所型サービスB
	↓	↓	↓
顔なじみの関係を変えずに済んだことで、身体的・心理的負担が軽減されたり、生きがいや意欲の維持・向上につながった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活リズムを変えずに済んだことで、身体的・心理的負担が軽減された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
通いの場等での役割を維持することができ、生きがいや意欲の維持・向上につながった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護給付サービスでは対応できない生活支援(大掃除等)を受け続けられることで、在宅生活を継続しやすくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
当初の見立てより早く機能低下が進んだケースがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業に要する費用が増大したことで、利用者の費用負担が増えた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特に影響はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q3_1でいずれかのサービスで弾力化を実施していると回答した市区町村に伺います。

Q3_6.1

弾力化を実施してから令和4年6月1日時点までに、弾力化によって継続してサービスB、サービスDを利用したものの、その後サービスB、サービスDの利用をやめた要介護者がいますか。(1つだけ回答)

利用をやめた人(1つだけ回答)	選択してください
-----------------	----------

選択肢

1. いる
2. いない
3. 把握していない

未回答です

Q3_6-1で総合事業のサービス利用をやめた継続利用要介護者がいると回答した市区町村に伺います。

Q3_6.2

※あてはまらない市区町村は、[Q3_7](#) へお進みください。

一度サービスを継続したものの利用をやめた理由として、あてはまるものをお答えください。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
心身の状態が悪化し、専門職によるサービス(介護保険サービス)を受ける必要があると考えたため	<input type="checkbox"/>
介護保険サービスを利用した方が、利用料が安くなると考えたため	<input type="checkbox"/>
介護保険施設等に入所することとなったため	<input type="checkbox"/>
病院に入院することとなったため	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q3_3でいずれかのサービスで継続的に利用する要介護者がいると回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、 [Q3_9](#) へお進みください。

Q3.7

対象者の弾力化を実施したことにより、弾力化対象者を受け入れた補助団体にどのような影響がありましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です
	1	2	3
	訪問型サービスB	訪問型サービスD	通所型サービスB
	↓	↓	↓
状態が変化しても変わらずサービスを提供し、関係を維持できることが、サービス提供継続のモチベーションにつながった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化に伴い補助額を増額したため、収入増につながった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護者を受け入れるための人員を新たに確保する必要が生じた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護者を受け入れるための設備や備品を新たに導入する必要が生じた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要介護者の受け入れに対する心理的な負担が生じた (要介護者への対応方法がわからない、緊急時の対応が不安等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供対象者が増えることで、新規利用者の受入ができなくなったり、他の利用者へのサービス提供を減らす必要が生じた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特に影響はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他（具体的に入力）

Q3_3でいずれかのサービスで継続的に利用する要介護者がいると回答した市区町村に伺います。

Q3.8

対象者の弾力化を実施したことにより、市区町村にとってどのような効果がありましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です
	1	2	3
	訪問型サービスB	訪問型サービスD	通所型サービスB
	↓	↓	↓
住民により多様なサービスの選択肢を提示することができるようになった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業者が把握している継続利用に対するニーズに応えることができるようになった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特に効果はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他（具体的に入力）

Q3_1でいずれかのサービスで弾力化を実施していると回答した市区町村に伺います。

Q3_9

対象者の弾力化を実施するにあたり、どのような課題がありましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

1:未回答です	
1	
あてはまるものすべて回答	
↓	
対象者の弾力化を実施することについて、住民の賛同を得ることが難しかった	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化を実施することについて、補助団体の賛同を得ることが難しかった	<input type="checkbox"/>
補助団体への補助額を増額する必要があった	<input type="checkbox"/>
継続利用者以外の要介護者は弾力化対象となることについて、住民等の理解を得ることが難しかった	<input type="checkbox"/>
要介護者の状態によっては、継続利用を希望してもサービスを受けられないことがあった	<input type="checkbox"/>
どのような高齢者であれば継続利用ができるのか、判断基準等を定めることが難しかった	<input type="checkbox"/>
継続利用を希望する要介護者が想定よりも少なかった	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>
特に課題はなかった	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q3_1でいずれのサービスにおいても弾力化を実施していないと回答した市区町村に伺います。

Q3_10

※あてはまらない市区町村は、 [Q3_12](#) へお進みください。

対象者の弾力化の実施に向けた検討の状況についてお答えください。（1つだけ回答）

弾力化の実施（1つだけ回答）	選択してください
----------------	----------

選択肢

未回答です

1. 弾力化を実施するか検討した結果、実施に向けて準備中である
2. 弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした
3. 弾力化を実施するか検討中である
4. 弾力化を実施するか検討していない

Q3_10で「弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした」「弾力化を実施するか検討していない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、 [Q4_1](#) へお進みください。

Q3_11

どのような理由から、対象者の弾力化を実施しないこととしましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

1:未回答です	
1	
あてはまるものすべて回答	
↓	
対象者の弾力化を実施することについて、住民の賛同を得ることが難しかったため	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化を実施することについて、補助団体の賛同を得ることが難しかったため	<input type="checkbox"/>
補助団体の人員体制を鑑み、実施は困難だと考えたため	<input type="checkbox"/>
補助団体の設備や備品の配備状況を鑑み、実施は困難だと考えたため	<input type="checkbox"/>
補助団体への補助額を増額する必要があったため	<input type="checkbox"/>
要介護者のうち継続利用者のみが弾力化の対象となることについて、不公平と考えたため	<input type="checkbox"/>
要介護者の状態によっては継続利用を希望してもサービスを受けられないことについて、不公平と考えたため	<input type="checkbox"/>
どのような高齢者であれば継続利用ができるのか、判断基準等を定めることが難しかったため	<input type="checkbox"/>
継続利用を希望する要介護者が少ないと考えたため	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化にあたり、どのような対応が必要であるかわからなかったため	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化を実施するかどうか検討する時間がなかったため	<input type="checkbox"/>
対象者の弾力化を実施できることを知らなかったため	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q3_9またはQ3_11で、「対象者の弾力化を実施することについて、住民の賛同を得ることが難しかった」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、 [Q3_13](#) へお進みください。

Q3_12

住民が対象者の弾力化に賛同しなかった理由として、あてはまるものをお答えください。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

1:未回答です	
1	
あてはまるものすべて回答	
↓	
必要な介護保険サービスが受けられるか不安を感じたため	<input type="checkbox"/>
利用者の費用負担が増える見込みであったため	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q3_9またはQ3_11で、「対象者の弾力化を実施することについて、補助団体の賛同を得ることが難しかった」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、次ページ [Q4.1](#) へお進みください。

Q3_13

補助団体が対象者の弾力化に賛同しなかった理由として、あてはまるものをお答えください。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
要介護者を受け入れるために、専門職を確保する必要があると考えたため	<input type="checkbox"/>
要介護者を受け入れるために、補助団体の人員を増員する必要があると考えたため	<input type="checkbox"/>
要介護者の受け入れによって既存の人員に心理的な負担が生じるため (要介護者への対応方法がわからない、緊急時の対応が不安等)	<input type="checkbox"/>
要介護者の受け入れによって既存の人員に身体的負担が生じるため	<input type="checkbox"/>
要介護者を受け入れるための設備や備品を新たに導入する必要があるため	<input type="checkbox"/>
サービス提供対象者が増えることで、新規利用者の受入ができなくなったり、他の利用者へのサービス提供を減らす必要があるため	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

次のシート「IV」へお進みください。

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査(令和4年度)

回答入力後、黄色のエラーメッセージが出ていないかご確認ください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

サービス価格の弾力化の実施状況について伺います。

「サービス価格の上限の弾力化」とは、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格について令和2年度以前は、国が示すサービス価格「以下の範囲内」で定めることとなっていたところ、令和3年度以降、国が示すサービス価格を「勘案して」定めることとなったことにより、市町村の判断において、国の示す目安の価格を超えるサービス価格を設定することを指します。

※このため、例えば、国の示す額以下の範囲内で市町村の独自のサービス価格を設定することは含みません。

参考:国が示すサービス価格
介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準(令和3年厚生労働省告示第72号)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000947499.pdf>

Q4.1

サービス価格の上限が弾力化されたことにより、次のようなサービス価格を設定していますか。あてはまるものをお答えください。(あてはまるものすべて回答)

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です	4:未回答です	5:未回答です
	1	2	3	4	5
	訪問型従前相当サービス	訪問型サービスA	通所型従前相当サービス	通所型サービスA	介護予防ケアマネジメント
	↓	↓	↓	↓	↓
基本報酬が国の目安を超える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
回数あたり単価を設定し、場合により月の合計額が国の示す目安を超える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
加算の単位数が国の目安を超える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市町村独自の加算を設定し、場合により総単位数が国の示す目安を超える	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
いずれも該当しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4_1で「いずれも該当しない」以外を選択した市区町村にお伺いします。

※いずれのサービスでも「価格上限の弾力化によるサービス価格の設定」を行っていない(全て「いずれも該当しない」と回答)市区町村は、[Q4.4](#) にお進みください。

Q4.2

サービス価格の弾力化を実施したことにより、どのような影響・効果がありましたか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、次の問のQ4.2_1でその具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です	2:未回答です	3:未回答です	4:未回答です	5:未回答です
	1	2	3	4	5
	訪問型従前相当サービス ↓	訪問型サービスA ↓	通所型従前相当サービス ↓	通所型サービスA ↓	介護予防ケアマネジメント ↓
事業者が参入しやすくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者のニーズに合わせて柔軟に利用回数を増減しやすくなった	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事業者の取組を評価しやすくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用者の負担が増えた	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
把握していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
影響・効果はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4.2_1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

訪問型従前相当サービス		未回答です
-------------	--	-------

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

訪問型サービスA		未回答です
----------	--	-------

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

通所型従前相当サービス		未回答です
-------------	--	-------

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

通所型サービスA		未回答です
----------	--	-------

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

介護予防ケアマネジメント		未回答です
--------------	--	-------

Q4_1で「いずれも該当しない」以外を選択した市区町村にお伺いします。

Q4.3

サービス価格の弾力化を展開するにあたって、課題となっていることがあればお答えください。（具体的に入力）

課題となっていること(具体的に入力)	
訪問型従前相当サービス	
課題となっていること(具体的に入力)	
訪問型サービスA	
課題となっていること(具体的に入力)	
通所型従前相当サービス	
課題となっていること(具体的に入力)	
通所型サービスA	
課題となっていること(具体的に入力)	
介護予防ケアマネジメント	

Q4_1ですべてのサービスについて「いずれも該当しない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、次のシート [Q5.1](#) にお進みください。

Q4.4

サービス価格の弾力化の実施に向けた検討の状況についてお答えください。（1つだけ回答）

弾力化の実施（1つだけ回答）	選択してください	未回答です
----------------	----------	-------

選択肢

- 弾力化を実施するか検討した結果、実施に向けて準備中である
- 弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした
- 弾力化を実施するか検討中である
- 弾力化を実施するか検討していない

Q4_4で「弾力化を実施するか検討した結果、実施しないこととした」「弾力化を実施するか検討していない」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、次のシート [Q5.1](#) にお進みください。

Q4.5

どのような理由から、サービス価格の弾力化を実施しないこととしましたか。（あてはまるものすべて回答）

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です
	1
	あてはまるものすべて回答
	↓
サービス価格の弾力化について、住民から反対意見があったため	<input type="checkbox"/>
サービス価格の弾力化にあたり利用者の費用負担を増やす必要が生じたため	<input type="checkbox"/>
サービス価格の弾力化について、事業者の賛同を得ることが難しかったため	<input type="checkbox"/>
国が示すサービス価格以下の範囲内で支障なく運営できると考えたため	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	未回答です
-------------	-------

Q4_5で対象者の弾力化を行うことについて「住民から反対意見があった」「事業者の賛同を得ることが難しかった」と回答した市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村は、次のシート [Q5.1](#) にお進みください。

Q4.6

住民や事業者はどのような理由から、サービス価格の弾力化に反対されていましたか。（自由回答）

弾力化反対理由(具体的に入力)	未回答です
-----------------	-------

次のシート「V」へお進みください。

※ご回答が必要な質問には、回答されるまで「未回答です」と黄色い表示が出ます。灰色で塗りつぶされている時は、ご回答が不要な質問です。

生活支援体制整備についてお伺いします

Q5.1

第1層・第2層に配置している生活支援コーディネーターはどの機関に所属していますか。複数の団体に所属している場合も、あてはまるものすべてご回答ください。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です	2:未回答です
	1 第1層 ↓	2 第2層 ↓
地域支援包括センター(直営)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域支援包括センター(委託)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会福祉協議会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NPO・ボランティア団体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市町村職員(地域支援事業担当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市町村職員(地域支援事業担当以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域住民等の個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
配置していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5.1.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)

未回答です

Q5.2

協議体の構成員もしくは構成員の所属団体について、あてはまるものを全て選んでください。（あてはまるものすべて回答）

第2層について、協議体を設置している圏域のうち、該当する圏域が1つでもあれば選択してください。

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

	1:未回答です		2:未回答です	
	1		2	
	第1層	↓	第2層	↓
市町村職員(地域支援事業担当)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
市町村職員(地域支援事業担当以外)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
地域包括支援センター	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
市町村社会福祉協議会	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
地区(校区)社会福祉協議会	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
民生委員・児童委員	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
地縁団体(自治会や町内会等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
NPO・ボランティア団体	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
老人クラブ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
シルバー人材センター	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
家政婦紹介所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
介護サービス事業所	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
医療機関	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
職能団体	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
商工会	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
企業・商店	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
協同組合	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
警察・消防	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
有識者(大学教授等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
高齢者の代表(公募を含む)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
協議体を設置していない	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Q5.2.1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。（具体的に入力）

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q5_1、Q5_2で、第1層・第2層いずれかで生活支援コーディネーターや協議体を設置している市区町村に伺います。

※あてはまらない市区町村(第1層・第2層ともに、生活支援コーディネーターや協議体を設置していない)は、[Q5_6](#) へお進みください。

Q5_3

生活支援コーディネーターや協議体はどのような活動を行っていますか。(あてはまるものすべて回答)

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です		2:未回答です	
	1	2	1	2
	第1層	第2層	第1層	第2層
	↓	↓	↓	↓
地域の支援ニーズの把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会資源の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会資源の開発(既存の活動やサービスの強化を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
民間企業との連携・サービスの創出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービスの担い手の確保・養成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支援ニーズとサービスのマッチング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス提供主体間の連携支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関係者間の情報共有	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5_3_1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

Q5_4

生活支援コーディネーターや協議体に対して、最も期待している活動は次のうちどれですか。現時点で活動の有無にかかわらず、お答えください。(それぞれ1つだけ回答)

第1層 (それぞれ1つだけ回答)	選択してください
第2層 (それぞれ1つだけ回答)	選択してください

選択肢

- 地域の支援ニーズの把握
- 社会資源の把握
- 社会資源の開発(既存の活動やサービスの強化を含む)
- 民間企業との連携・サービスの創出
- サービスの担い手の確保・養成
- 支援ニーズとサービスのマッチング
- サービス提供主体間の連携支援
- 関係者間の情報共有
- その他

未回答です

未回答です

Q5_4_1

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

第1層(具体的に入力)	
-------------	--

未回答です

第1層・第2層いずれかで生活支援コーディネーターを配置している市区町村に伺います。

※いずれも配置していない市区町村は [Q5_6](#) にお進みください。

Q5_5

生活支援コーディネーターを配置するにあたり、実績としてどのような内容の報告を求めていますか。(あてはまるものすべて回答)

「活動実績」または「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

	1:未回答です		2:未回答です	
	1	2	1	2
	第1層	第2層	第1層	第2層
	↓	↓	↓	↓
活動実績	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
把握した社会資源の一覧やマップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域ごとの課題の分析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
会議録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今後の課題や提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収支決算報告書等の経費内訳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
報告内容を特に設定していない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
報告を求めている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5.5.1

「活動実績」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

活動実績(具体的に入力)

未回答です

「その他」とお答えの場合は、その具体的な内容をお答えください。(具体的に入力)

その他(具体的に入力)

未回答です

Q5.6

生活支援体制整備事業を展開するにあたって、課題となっていることがあればお答えください。(自由回答)

生活支援体制整備事業を展開するにあたっての課題 (具体的に入力)

ありがとうございました。
もう一度ご確認いただき、「未回答です」の黄色い表示が一つも出ていないことをご確認ください。