|  |
| --- |
| **認知症カフェ運営における****緊急****新型コロナウイルスの影響に関する調査** |
| この調査票は、認知症介護情報ネットワーク(DC-net) https://www.dcnet.gr.jp/よりダウンロードできます |

令和２年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

本調査は、令和２年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により、大きな課題である新型コロナウイルス対策の一環として追加されたもので認知症介護研究・研修仙台センターが実施する調査です。この調査は、全ての市区町村の認知症施策担当部署の方にお送りさせていただいております。

【新型コロナウイルス感染症と認知症カフェ】

　新型コロナウイルスによって、世界中の社会生活や地域活動の制限を余儀なくさせる事態となりました。認知症カフェにおいても同様の状況で中止または延期をせざるを得ない状況に陥りました。これまでの皆様の活動の積極的な推進へのご尽力により、7,000か所以上に増加しましたが、2020年3月頃から多くの認知症カフェは活動を休止しているようです。

そこで、本調査では、下記のことを目的にしています。

　１．新型コロナウイルス状況下における認知症カフェの実施状況を明らかにする

　２．オンラインコミュニケーションツール（Zoom等）を用いたオンライン認知症カフェの事例を集める

　３．その他の方法で認知症の人や家族とのつながりを継続している事例を集める

その結果をもとに、**新型コロナウイルスの次の流行への警戒と備えとして、**できるだけ早期に認知症の人も高齢のご家族でも活用可能なネットワークづくりの手引書を作成し、皆様にお届けすることを目指しています。

**締切は令和2年８月２８日（金）までです**

　　対 象 者　すべての市区町村の認知症施策担当の方にお送りしています

調査実施主体・問合せ先

〒989‐3201　宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149‐1　電話022‐303‐7550

　　　　　認知症介護研究・研修仙台センター

　　　　　事業責任者　センター長　加藤伸司

調査担当者　矢吹知之 　 調査事務担当者　似内裕子

**調査票のご記入にあたって**

|  |
| --- |
| ～個人情報の取り扱いについて～この調査結果は、統計的に処理を行い調査の目的以外の使用はいたしません。なお、事例等で個人が特定されるような情報が含まれていた場合には、報告書では、すべて個人が特定できない形式にいたします。ご記入いただいた内容については、認知症介護研究・研修仙台センターの「倫理審査委員会」の承認を受け定められた事項に基づいて、適切に取り扱います。 |

**注わりに**

|  |
| --- |
| **調査票はダウンロードできます！** |
| （回答）質問回答について、最も当てはまる番号を〇で囲んでください。●調査票はすべて当センターホームページよりダウンロード可能となっておりますので、別紙を参照頂きダウンロードしご記入・入力いただいても結構です。ダウンロード先「認知症介護情報ネットワーク（DC-net）」https://www.dcnet.gr.jp/

|  |
| --- |
| ダウンロード可能ファイルワードのアイコンマーク | イラレ用ai・透過png画像 フリー ...**『認知症カフェに関する緊急アンケート』(MS Word)**  |

●ダウンロードされた調査票に入力する際に、指定文字数を超えた場合、自動的に改ページされることがございますが、書式を変えずそのままご記入いただいて結構です。 |

ご記入が終わりましたら、

**返信方法**

方法① 同封の封筒で切手を貼らずに返信

方法② メールにて返信

方法③ ファックスで返信

いずれかの方法で令和2年**８**月**28**日（金）までにご返信をお願いします。

**１．まず、あなたの市区町村の状況について伺います**

**１**

|  |  |
| --- | --- |
| 市区町村名 | 　　　　都・道・府・県　　　　　　　　市・区・町・村 |
| 市区町村の概要 | 人口　　　　　　　　人　高齢者人口　　　　　人高齢化率　　　　　　％　　　（　　年　月　　日時点） |
| あなたの市区町村には、新型コロナウイルスについて、陽性となった住民の方はいましたか？ | １．いた（いる）　２．いない |

**２**

**２．認知症カフェの開催状況等について伺います**

※ここでいう「認知症カフェ」とは、認知症施策推進大綱での「認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ」のことを指し、家族会や介護者交流会は含まれません。

**Q１　あなたの市区町村には、現在認知症カフェはありますか？**

１．ある　　２．ない

**Q２　現在の認知症カフェの数**

（　　　カ所）

**Q３　あなたの市区町村では、緊急事態宣言発令時、あるいはそれ以前からの感染拡大状況を踏まえて認知症カフェへの開催自粛要請をしましたか？**

　　　１．開催自粛要請をした　→　その期間を下記枠内にご記入ください。

　　　２．開催自粛要請をしなかった

|  |  |
| --- | --- |
| 開催自粛要請期間 | 1か所でも再開し始めた時期 |
| 月　　日ごろ　　～　　月　　日ごろまで | 月　　日ごろから徐々に再開 |

**Q４　あなたの市区町村において認知症カフェの開催自粛要請を行う場合の判断基準について教えて下さい（複数回答可）**

　１．緊急事態宣言による自治体としての方針（県、市区町村）

　２．担当課の判断

３．会場が使用できない

　４．運営者やスタッフからの要請

　５．住民からの意見

　６．本人、家族からの意見

　７．その他

**Q５　あなたの市町村において開催自粛要請の解除（認知症カフェ等地域活動実施可能判断）の基準はありますか。**

　１．開催自粛要請解除の基準はない

　２．開催自粛要請解除の基準がある

**Q６．再開にあたり、最も判断の影響が大きいと思われる3つを選択してください。（複数回答可）**

１．自治体としての方針（県、市区町村）

　　２．担当課の判断

３．会場が使用状況

　　４．運営者やスタッフからの要望

　　５．住民からの意見

　　６．本人、家族からの意見

　　７．その他

**Q７　あなたの市区町村における現在の認知症カフェ開催状況についてお伺いします。約何カ所の認知症カフェが再開しましたか？**

　　　　　（記入日　　月　　日）時点で　　　**約　　　　カ所再開した**

**Q８　家族・本人が認知症カフェへの参加を躊躇されるような事例はありましたか？**

１．あった　　２．なかった

**Q９　認知症カフェを休止したことによる認知症の人やご家族等への支障があったという事例を聞いていますか？**

１．支障があった※

　２．支障がなかった

　３．わからない

*※「１．支障があった」と回答された方に伺います。*詳細についてわかる範囲で教えて下さい。（なお、デイサービス休止や介護サービス休止なども複合的な影響が考えられた場合は、その旨もご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**３．緊急事態宣言等の状況下における認知症カフェ運営の事例**

**３**

|  |
| --- |
| ●下記の事例に当てはまる認知症カフェがある場合、その具体的な方法を教えて下さい。●事例について実施している責任者等の連絡先を提供可能な場合ご記入ください。なお、事例は把握されていて代表的と思われる事例を教えてください。 |

**Q10　緊急事態宣言発令中も開催を継続していた認知症カフェの事例**

（運営者、開催場所、内容、開催時の工夫や配慮、来場者の数や内訳など）

|  |
| --- |
| 事例提供者の紹介が可能な場合は連絡先を下記にご記入ください。当センターより再度連絡いたします。担当者名　　　　　　　　　　ご所属　　　　　　　　　　　　　メール、TEL、FAX等ご住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**Q11　Zoom（LINE、Facebook等含）を用いオンラインで実施している認知症カフェの事例**

（運営者、頻度、内容、開催時の工夫や配慮、利用者の数や内訳など）

|  |
| --- |
| 事例提供者の紹介が可能な場合は連絡先を下記にご記入ください。当センターより再度連絡いたします。担当者名　　　　　　　　　　ご所属　　　　　　　　　　　　　メールTEL、FAX等ご住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**Q12　訪問活動などで繋がりを維持している認知症カフェの事例**

（実施方法、頻度、実施時の工夫や配慮、対象者数など）

|  |
| --- |
| 事例提供者の紹介が可能な場合は連絡先を下記にご記入ください。当センターより再度連絡いたします。担当者名　　　　　　　　　　ご所属　　　　　　　　　　　　　メールTEL、FAX等ご住所　〒　　　　　　　　 |

**Q13　手紙・回覧板・紙媒体等・電話での代替の方法を用いて実施している認知症カフェの事例**

（配布等方法、頻度、内容等の工夫や配慮、対象者数など）

|  |
| --- |
| 事例提供者の紹介が可能な場合は連絡先を下記にご記入ください。当センターより再度連絡いたします。担当者名　　　　　　　　　　ご所属　　　　　　　　　　　　　メールTEL、FAX等ご住所　〒　　　　　　　　 |

**４．あなたの市町村の市区町村の認知症カフェへの支援状況について伺います**

**４**

**Q14　オンライン開催や訪問、手紙や電話などによる実施に対して、行政として何らかの支援や助言を行っていますか？**

　　　　１．行っている　→下記に具体的内容をご記入ください

２．行っていない

３．現時点では行っていないが検討中

|  |
| --- |
| ※研修会、通知、人的・金銭的・連携支援等の具体的な方法を教えてください。 |

**Q15　あなたの市区町村で、新型コロナウイルス感染症拡大防止策等の影響で閉鎖してしまった「認知症カフェ」があれば、その経緯を下記にご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

ご多忙のところ、ご協力に心より感謝申し上げます。

ご返信は下記の方法のいずれかでお願いします。

**返信方法**

方法①同封の封筒で切手を貼らずに返信

方法②メールで返信

方法③ファックスで返信

**終わりに**

|  |
| --- |
| 返信用メールアドレス： cafe-survey@dcnet.gr.jp返信用fax番号：022-303-7570 |

**恐れ入りますが、令和２年　８月28日（金）**までの返信にご協力ください。