|  |
| --- |
| **令和４年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業** |
| **認知症カフェが日本に紹介されて10年目****認知症カフェ全国状況調査2022** |
| 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 |

●このアンケートの目的は何ですか？

このアンケートは、令和４年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により実施しており、平成28年度に続き2回目の全国調査です。目的は、認知症カフェの効果の整理、類型化、そしてこれからの10年に向けて継続運営のために求められる支援方法を明らかにします。皆様に役立つ情報としてお返しします。

●誰に配っていますか？

全国の市区町村（特別区含）から提供されたリスト、およびWEB上に掲載されている認知症カフェの運営者の方みなさんにお送りさせていただいております。

類似の調査なども多く、業務ご多忙とは存じますが何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

●どのように使われるのですか？

　結果は、関係者や地域住民に認知症カフェの有用性をあらためて知っていただくための資料となります。皆様の認知症カフェ運営に役立つ情報提供をいたします。調査結果は年度末に当センターホームページに掲載されます。

到着後 ２週間以内に返送してください

 6年前の調査では75％の方が返信くださいました

対 象 者　認知症カフェを企画運営されている方

　　　（認知症カフェ1ヶ所につき1調査票を郵送しています）

ご協力よろしくお願い致します。

調査責任者：矢吹知之

|  |
| --- |
|  このアンケートの実施主体・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022‐303‐7556**認知症介護研究・研修仙台センター**　仙台市青葉区国見ケ丘6⁻149－1　　　　　　　　　　　　　　　　　　センター長　加藤伸司　　　　　　　研究責任者　矢吹知之事務担当者　工藤　堀籠 |

|  |
| --- |
| 個人情報の取り扱いについてこの調査で得た情報は、統計的に処理を行い調査の目的以外には用いません。回答者が特定できないようコード化し、研究責任者以外がアクセスできないようパスワード設定を行います。ご記入いただいた内容は、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。なお、申し出があればいつでも同意取り消しが可能です。その際には可能な範囲で特定し回答内容を削除いたしますので、当センターまでご連絡ください。以上について　　□同意しました　　　→次のページから回答をお願いします。 □同意できません　→このまま破棄していただいて結構です。 |

|  |
| --- |
| **アンケート用紙のダウンロードができます** |
| 調査票はすべて当センターホームページ（DC-NET）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いただいても結構です。 |



**ダウンロード手順**



当センターHP「認知症介護情報ネットワーク」のTOPページ　右側　　 〈大切なお知らせ〉〈仙台センター〉「**認知症カフェ調査研究調査票ダウンロード**」をクリック！

運営者

調査票

【DC―NEＴ】と検索

（一番上にあるHP）

****

ワードファイル

ダウンロード

ダウンロードされた調査票に記入する際に、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。



返信方法は次の3つの方法があります

FAXで返信

メールで返信

同封の封筒で切手を貼らずに返信

ｒ4cafe@dcnet.gr.jp

022-303-7568

あーる　よん　かふぇ

**１．まず、ご記入いただいているあなたご自身について伺います。**

|  |  |
| --- | --- |
| ①普段のお仕事 | □1入所施設（特養,老健）□2その他の入所施設　□3医療機関　□4地域包括職員(直営含)　□5居宅介護支援事業所　□6通所事業所　□7訪問サービス　□8GH,小規模多機能　□9その他介護保険事業所□10市町村職員　□11その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |
| ②認知症カフェでの役割 | □1．主たる運営者　□2．協力者（運営ボランティア、運営スタッフ）　□3．その他 |
| ③あなたのカフェのご住所 | ※市区町村までで結構です。　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　市・区・町・村 |

**２．あなたが、関わっている認知症カフェについて伺います。**

※この調査票はひとつのカフェについてご記入ください。質問は基本的にコロナ状況下ではなく通常時を伺っています。

|  |  |
| --- | --- |
| ①カフェの名称 | ※いくつか同じ名称のカフェを運営している場合は、それがわかるようにご記入ください |
| ②開始時期 | 　西暦　　　　　　年　　　開始から　　　　　年　　カ月（休止期間含） |
| ③現在の開催状況 | □１．開催（縮小も含）　□２．一時休止　　□3．その他（　　　　　　　　） |
| ④非常事態宣言下での対応 | □１．継続（縮小も含）（⑥を回答）　□２．一時休止（⑤を回答、休止後再開の場合は⑥も回答してください）□３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤一時休止時の対応（複数回答可） | □１．特に何もしなかった　□２．紙媒体の情報提供　□３．訪問活動□４．オンライン開催　□５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑥再開時の方法（複数回答可） | □１．規模縮小　□２．時間短縮　□３．会場の変更　□４．オンライン開催□５．ハイブリッド開催　□６．何も変えていない　□７．その他（　　　　　） |
| ⑦主な開催場所（複数回答可） | □１．デイサービスやデイケア　□２．特別養護老人ホームや老人保健施設のスペース　□３．グループホームや小規模多機能事業所　□４．有料老人ホームやサービ付高齢者住宅　□５．コミュニティセンターや自治会館　□６．病院等医療機関のスペース　□７．役所のスペース　□８．社協のスペース　□９．地域のレストランや喫茶店　□10．専門学校や大学等のスペース　□11．障害者事業所等　　□12．寺社仏閣□13．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧運営方法 | □１．単一法人や組織で運営している□２．いくつかの法人や組織、個人が共同運営をしている□３．個人で運営している |
| ⑨主な運営主体の属性（共同運営の場合は複数回答可） | □１．市区町村認知症担当課　□２．都道府県認知症担当課　　□３．社会福祉協議会　□４．町内会、自治会、民生委員連絡協議会等□５．居宅介護支援事業所　□６．地域包括支援センター（直営・委託）□７．医療機関　□８．居宅介護サービス事業所　□９．特養や老健施設　□10．グループホームや小規模多機能　□11．NPO法人　□12．有料やサ高住宅□13．認知症の人と家族の会　□14．複数の主体による実行委員会　□15．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑩カフェの運営にあたって貴団体の他に何団体と連携していますか？ | 1法人1事業所で換算して下さい。（1法人内にいくつかの事業所がある場合は「１」です）　　※広報だけを行う場合ではなく直接の企画運営に携わる場合　　　　　　　　　　　　　　カ所を指します。※自治会、町内会等も団体とします。 |
| ⑪参加費 | □１．1回ごとに参加費をもらう（参加費　　　　　　円）　（参加費主な使途　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□２．無料（運営の主財源：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑫開催頻度と時　　　間 | □１．定期　（頻度　1か月に　　　　　　回程度　）□２．不定期（具体的に　　　　　　　　　　　　　）●時間　　　時　　～　　時　　まで　（約　　　分） |
| ⑬参加者の属性制限を設けていますか？ | □１．制限はない、誰でも入れる　□２．居住地域を決めている　□３．地域住民は民生委員、行政委員等の特定の一部の方のみ参加可能　□４．見学者は入れない□５．その他の制限がある（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑭1回あたりの平均的な参加者数と内訳 | ●認知症の人　約（　　　　　）人※認知症の人の主な程度（最も多い方を☑してください）　□１．心配な方、MCIやごく軽度の方が多い　□２．ごく軽度の方か中等度の方が多い　□３．中等度、重度の方が多い　□４．様々な程度の方が参加している　□５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　●家　　　族　約（　　　　　）人●地域住民　約（　　　　　）人●専門職　約（　　　　　）人　●その他（　　　　　）人程度（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　）**◎毎回の平均的な合計参加人数（　　　　　）人程度** |
| ⑮運営スタッフの内訳（複数回答可） | ■専門職　約（　　　　　）人※具体的な職種をチェックしてください。□1医師　□2看護師　□3保健師　□4社会福祉士　□5精神保健福祉士□6介護福祉士　□7介護支援専門員　□8認知症地域支援推進員　□9理学療法士　□10作業療法士　□11教員等　□12その他（　　　　　　　　　　　）■地域住民　約（　　　　　）人（所属組織など：　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　■その他ボランティア　約（　　　　　）人（具体的に：　　　　　　　　　　） |
| ⑯主なプログラ　　ム（複数回答可） | ■カフェで主に行われる内容すべてをチェックしてください。(コロナ禍ではなく通常時)□１．特にプログラムはない□２．ミニ講話□３．アクティビティ（歌、工作、作業、体操、ゲームなど）□４．介護相談□５．家族と本人が分かれてミーティングを行う□６．カフェタイム□７．認知症予防（一次予防※）に関すること（脳トレなど）※発症の予防に特化したもの□８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑰運営にかかわる主な財源（複数回答可） | □１．参加費□２．自治体等公的機関からの助成（補助金、委託費）□３．財団などからの助成、補助金□４．法人などで予算化□５．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑱開設の資金 | 約　　　　　　円具体的な内訳： |
| ⑲年間の運営費 | 約　　　　　　円　※開設１年未満の場合は見込みです具体的な内訳： |
| ⑳参加事前申込 | □１．必要□２．不要□３．その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ㉑認知症の人の参加形態 | □１．主に参加者として　□２．役割を持ってもらう　※（役割内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□３．その両方　□４．その他 |
| ㉒地域支援推進員の関わり | □１．企画運営者としてかかわっている→〇をつけて下さい（毎回参加・時々参加）□２．参加者としてかかわっている→〇をつけて下さい（毎回参加・時々参加）□３．運営支援などの間接的なかかわり□４．かかわりは特にない□５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ㉓認知症カフェの評価や効果の測定を行っていますか？ | □１．行っている（下記の質問にお答えください）　　□２．行っていない |
| □１．スタッフ・ボランティアの人数　□２．認知症の本人の声や意見□３．介護者の声や意見　□４．地域住民の声や意見□５．参加者個別アセスメントの実施　□６．来場者数□７．実施回数　□８．継続参加者数　□９．支援に結び付いた人数□10．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**３．現状のカフェの運営の課題について伺います。**

３－１　下記の項目について、もっとも当てはまると思う番号を○で囲んでください。ご記入された方の主観で結構です。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 非常に　　　やや　　　　　あまりそう　　全くそうそう思う　　そう思う　　　思わない　　　思わない |
| ①認知症の人の参加者が集まらない | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ②地域の理解が得られていない | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ③運営方法に不安がある | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ④運営スタッフが集まらない | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑤運営スタッフの人材育成に課題がある | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑥プログラムや内容で困っている | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑦運営費用に不安がある | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑧将来的な継続に不安がある | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑨開催場所の選定で困っている | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑩全般的に順調である | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |

３－２　現在の認知症カフェ運営等に関する行政からの支援の満足度について伺います。

　　□１．十分満足している　□２．まあ満足している　□３．あまり満足していない　□４．不満

３－３　継続に向けて行政からのどのような支援が重要（必要）だと感じていますか。もっとも当てはまると思われる番号を〇で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 非常に　　やや　　　　　あまりそう　　　全くそうそう思う　そう思う　　　思わない　　　　思わない |
| ①財政的な支援 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ②運営者のための研修等の開催 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ③研修会などでの市民への周知 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ④HP、ケアパス掲載、広報誌などでの周知 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑤マニュアル・手引書などでの運営支援 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑥運営協議会設置などの連携強化 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑦運営スタッフの人材育成 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑧開催場所の確保、紹介、提供など | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |
| ⑨外部の認知症カフェ研修会等への派遣等 | ４　　－　３　　－　　２　　－　　１ |

**４．あなたの現状のカフェの目的やプログラム時間配分について伺います。**

４－１　あなたがかかわっている、**認知症カフェの目的**を教えてください。認知症カフェの目的を振り返っていただき各項目についてもっとも当てはまると思われる番号を〇で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 非常に　　　　まあ　　　　　あまり　　　　　まったくそう思う　　　そう思う　　　そう思わない　　そう思わない |
| １様々な人との交流の場　 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ２認知症についての学びの場 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ３在宅介護のサポートの拡大　 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ４認知症に関する情報交換の促進 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ５居場所づくり | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ６認知症予防や介護予防 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ７在宅介護や生活の相談機会を広げる | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ８地域住民や介護者・本人のアクティビティの場 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ９リラックスや楽しみの場づくり | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 10地域社会からの孤立防止 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 11地域の団体等とのつながりの場 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 12専門職と家族や本人、地域住民の出会いや気軽な相談の場 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 13地域住民への認知症の理解促進 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 14認知症の早期発見 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 15介護保険サービスの理解・周知 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 16認知症の本人の役割づくり | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 17地域住民、本人、家族のボランティア活動の場 | 　　４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 18飲食を楽しむ | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 19その他 | (自由記述) |

４－２　あなたがかかわっている認知症カフェは、何を大切にして運営をしていますか？

**大切にしていることを100とした場合、その力量の配分・割合について下記の例を参考にご記入ください**。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①カフェタイム（語り合い、対話） | ②ミニ講話などの情報提供 | ③アクティビティ（歌、工作、体操、ゲーム等） | ④介護相談 | ⑤家族と認知症本人別々の交流 | ⑥その他のプログラム（認知症予防や脳トレ等） | ⑦特にプログラムはない | 合計点①～⑦の合計（100になるように） |
| （記入例）３０ | 30 | 0 | 30 | 10 | 0 | 0 | 100 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**５．下記の各来場者からの相談で、比較的多いと感じるものを選んでください。（複数回答可）**

**①認知症の本人およびその疑いのある方からの相談内容（複数回答可）**

|  |  |
| --- | --- |
| □0.相談は特にない□1.認知症の症状に関すること□2.診断や病院の選択に関すること　□3.薬や治療方法に関すること　□4.家族関係に関すること　□5.介護保険サービス内容・選択に関すること　□6.介護保険の申請に関すること | □7.自分自身の健康に関すること□8.地域でのかかわりや周囲への告知に関すること　□9.自分自身の就労に関すること□10.お金の管理等に関すること□11.自動車運転に関すること□12.本人同志と出会いの機会、交流機会□13.その他 |

**②家族介護者からの相談内容（複数回答可）**

|  |  |
| --- | --- |
| □0.相談は特にない□1.認知症の症状への対応に関すること　□2.介護の精神的負担に関すること　□3.診断や病院の選択に関すること　□4.薬や治療方法に関すること　□5.家族関係に関すること　□6.介護保険サービス内容・選択に関すること　□7.介護保険の申請に関すること　□8.自分自身の健康に関すること　 | □9.地域での関係性や周囲への告知に関すること　□10.介護者の就労に関すること　□11.認知症の本人の就労に関すること　□12.経済的問題に関すること　□13.自動車運転に関すること□14.介護方法について　□15.介護者同士と出会いたい、交流機会□16.その他 |

**③地域住民からの相談内容（複数回答可）**

|  |  |
| --- | --- |
| □0.相談は特にない　□1.認知症の知識に関すること　□2.介護保険の申請に関すること　□3.診断や病院の選択に関すること　□4.薬や治療方法に関すること□5.認知症予防に関すること　□6.家族関係に関すること | □7.認知症以外の健康に関すること　□8.認知症などが気になる人に関すること　□9.お金の管理に関すること□10.自動車運転に関すること　□11.その他 |

**６．認知症カフェの効果について伺います。**

認知症カフェの運営を振り返って、あなたの認知症カフェは参加者や地域にとってどんな効果をもたらしていると感じていますか。各項目もっとも当てはまると思われる番号を〇で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 非常に　　　　まあ　　　　　あまり　　　　　まったくそう思う　　　そう思う　　　そう思わない　　そう思わない |
| １様々な人との交流の場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ２認知症についての学びの場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ３在宅介護のサポートの拡大になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ４認知症に関する情報交換の促進になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ５地域の中の居場所づくりになった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ６認知症や介護予防につながった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ７在宅介護や生活の相談機会になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ８地域住民や介護者・本人のアクティビティの場ができた | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| ９リラックスや楽しみの場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 10地域社会からの孤立防止に貢献した | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 11地域の団体等とのつながりの場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 12専門職と家族や本人、地域住民の出会いや気軽な相談の場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 13地域の認知症の理解促進につながった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 14認知症の早期発見の場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 15介護保険サービスの理解・周知になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 16認知症の本人の役割づくりの場になった | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 17地域住民、本人、家族のボランティア活動の 場になった | 　　４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 18飲食を楽しむ場所ができた | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 19その他の効果があった | （自由記述） |

**７．認知症カフェの周知方法について伺います。**

あなたの認知症カフェを認知症のご本人に知ってい頂くために行っていることがあれば下記に箇条書きでご記入ください。

**８．認知症カフェの参加者の声を取り入れる方法について伺います。**

　あてはまる場合は☑を入れていただきその方法をご記入ください。

□１．認知症の本人の声を反映している（下記に方法をご記入ください）

　□２．家族の声を反映している（下記に方法をご記入ください）

　□３．地域住民の声を反映している（下記に方法をご記入ください）

**９.最後に、あなたの認知症カフェと連携している活動や、認知症カフェの活動から発展した活動や取り組みがあれば教えてください。**

9－1　認知症カフェと連携して展開している取り組み

□１．認知症本人ミーティング

□２．認知症ピアサポート事業

□３．認知症の人と家族への一体的支援事業

□４．チームオレンジの活動

□５．その他、認知症の人や家族介護者支援に関する取り組み

５の詳細

9－2認知症カフェから発展的に行われている、あるいは発展しそうな地域の取り組みなどの事例があれば下記に簡単にご記入ください。

ご多忙の中、ご協力誠にありがとうございました。結果は認知症カフェのさらなる継続や発展のための支援方法の開発・提言に役立てられます。

また、年度末に当センターHP（DC―NET）にて公表されます。

返信方法は次の3つの方法があります

どうかよろしく

お願い致します

FAXで返信

メールで返信

同封の封筒で切手を貼らずに返信

ｒ4cafe@dcnet.gr.jp

022-303-7568

あーる　よん　かふぇ

到着後 ２週間以内にご返送にご協力お願いします。