|  |
| --- |
| 令和４年度　　厚生労働省　老人保健健康増進等事業  認知症カフェの類型と効果に関する調査研究 |
| 認知症カフェ日本に紹介されて10年目  **市町村等における認知症カフェ実施状況**  **全国調査** |

調査票は、認知症介護指導者ネットワーク。検索は「DC‐NET」https://www.dcnet.gr.jp/よりダウンロードできます

本調査は、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する調査です。

全ての市町村（特別区）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。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。

【調査対象者】

　全国すべての市町村（特別区）認知症施策担当者の方（悉皆調査）

【本調査の背景】

　認知症施策推進大綱でも推進されている「認知症カフェ」は、全国で7,000ヶ所以上開催されていますが、新型コロナの影響を受け、あらためて推進の在り方を検討する必要もあり、今後さらなる設置促進と運営継続のためにいくつか整理が求められています。

　ポイント１　効果的かつ継続的な運営および行政による事業評価および支援方法の整理

　ポイント２　関係者および地域の方に認知症カフェを説明し共通理解するための指針

　ポイント３　チームオレンジ、一体的支援事業をはじめ他の事業との整理

【本調査の目的】

　上記課題を解決するため、下記の目的で調査を実施いたします。

　●目的１　現時点での他地域の認知症カフェの実態や工夫や支援方法を共有する

　●目的２　認知症カフェの評価方法の情報収集

　●目的３　チームオレンジ含めその他の事業との関係性について把握する

**締切 令和4年9月12日（月）まで**

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022‐303‐7556

　　　　　認知症介護研究・研修仙台センター

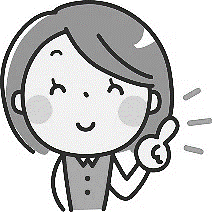
　　　　　事業責任者　センター長　加藤伸司

調査担当者　矢吹知之 　 調査事務担当者　工藤靖子、堀籠修子

皆さまにご協力を頂いた認知症カフェのリストをもとに、すべての認知症カフェを対象とした調査を行います。ご多忙とは存じますが、何卒ご協力をよろしくお願いいたします。

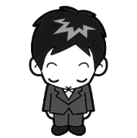
調査票のご記入にあたって

|  |
| --- |
| 個人情報の取り扱いに関する同意  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の使用はいたしません。回答者が特定できないようコード化をし、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。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、すべて個人が特定できない形式にいたします。本調査は、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。 |

****

|  |
| --- |
| **調査票・認知症カフェリストのダウンロード先** |
| 調査票はすべて当センターホームページ（DCNET）よりダウンロード可能となっておりますので、別紙をダウンロードしご記入いただいても結構です。  ダウンロード先「認知症介護情報ネットワーク（DC-NET）」<https://www.dcnet.gr.jp/>  情報トップページ右側の『**大切なお知らせ』**の＜**仙台センター**＞の枠内をご覧ください。   |  | | --- | | ダウンロード可能ファイル  **❶**『市町村等における認知症カフェ実施状況全国調査』自治体用(Word)  **❷**『認知症カフェリスト(都道府県別)』自治体用(Excel)  ※同封の都道府県別パスワードを入力いただきダウンロードしてください。 |   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

****

**❶同封の封筒で切手を貼らずに返信**

**❷メールで返信　　　メールアドレス**　**ｒ４cafe@dcnet.gr.jp**

**❸ファックスで返信　FAX番号　022－３０３－７５６８**

**１．まず、あなたの市町村(特別区)の状況やご所属等について伺います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 市区町村名 | 都・道・府・県　　　　　　　　市・区・町・村 |
| 人口、高齢者人口、高齢化率  （直近の数値をお願いします） | 人口　　　　　　　　人  高齢者人口　　　　　人  高齢化率　　　　　　％ |
| 担当課 | ※認知症カフェ運営者対象調査用のサンプリング台帳作成の確認の際にお問合せさせていただくことがございます。ご記入いただいた内容はすべてIDで管理します。 |

**２．あなたの市町村（特別区）に現在、「認知症カフェ」（認知症施策推進大綱※に基づく）はありますか？**

□１．「ある」

※認知症施策推進大綱では、**「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場」**をいいます。

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症カフェの数 | か所 |

□２．「ない」計画中　（こちらを選択した場合もすべての質問に可能な限りお答えください）

□３．「計画はない」または「把握していない」（こちらを選択した場合もすべての質問に可能な限りお答えください）

|  |
| --- |
| 『３．認知症カフェが「計画はない」または「把握していない」』理由を可能な範囲でご回答ください |

**３．すべての方の必須項目です。別紙「認知症カフェリスト」をご確認いただき正しい情報をご記入お願い致します。**

|  |
| --- |
| 貴市区町村のホームページ等から確認できた「認知症カフェ」の一覧と、厚生労働省が実施した「令和２年度認知症総合支援事業等実施状況調べ」の件数を「別紙：認知症カフェリスト」に記載いたしました。  **下記の❶～❸をご確認いただき、追加もしくは削除をお願いいたします。**  ❶記載された認知症カフェ以外にもある・・・・追加記入用シート※に記入をお願いします。  ❷名称や連絡先等の情報が誤っている・・・・・備考欄にご記入お願いします。  ❸すでに閉鎖されている・・・・・・・・・・・削除線を引き、その理由を備考欄に記入。 |
| ※追加記入用シートへの加筆修正は下記の方法から選択してください。  ○追加記入用シートに直接筆記で書き込む  ○エクセルの様式を下記サイトからダウンロードして記入する●自身の都道府県のみパスワードで開くことができます  認知症介護情報ネットワーク(DC-net) https://www.dcnet.gr.jp/ |

別紙「認知症カフェリスト」をもとに認知症カフェの運営責任者に調査票を送信いたします。

**４．あなたの市町村（特別区）の認知症カフェへの現状の支援状況について伺います。**

　4-1 現在、あなたの市町村（特別区）が行っている認知症カフェ運営の支援状況について教えてください。

　 なお、今年度実施予定の場合は、**「□実施」**にチェックを入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援内容 | Check | 支援条件、支援内容や金額の概要 |
| ①立ち上げ資金補助、助成 | □実施  □非実施 |  |
| （詳細選択肢１）  □１.すべてのカフェを対象　□2.一部のカフェを対象  （詳細選択肢２）  □1.定額又は定率補助　□2.全額補助　□3.その他 |
| ②運営・継続資金補助（助成、委託） | □実施  □非実施 |  |
| （詳細選択肢１）  □１.すべてのカフェを対象　□2.一部のカフェを対象  （詳細選択肢２）  □1.定額又は定率補助　□2.全額補助　□3.その他 |
| ③地域包括支援センター等の運営費に内包し運営費等の補助を行っている | □該当  □非該当 |  |
| ④認知症カフェ運営者向けの研修会などの開催 | □実施  □非実施 |  |
| ⑤ホームページ作成、ケアパス掲載、広報誌掲載、研修会開催などによる市民への周知、広報の支援 | □実施  □非実施 |  |
| ⑥マニュアル・手引書作成などによる運営の周知・支援 | □実施  □非実施 |  |
| ⑦運営協議会設置などの連携強化の支援 | □実施  □非実施 |  |
| ⑧人材育成や派遣などの人的支援（専門職、認知症サポーターやボランティア等） | □実施  □非実施 |  |
| ⑨開催場所確保、紹介、提供 | □実施  □非実施 |  |
| ⑩外部の研修会等への派遣の支援 | □実施  □非実施 |  |
| ⑪その他 | □実施  □非実施 |  |

4-2　認知症カフェに関して、あなたの市町村（特別区）で定めている項目を選んでください。（複数回答）

□１．市町村（特別区）自治体共通の認知症カフェの目的・定義がある

□２．参加費用額の基準や指針がある

□３．参加者属性の基準や指針（誰を対象としているのか）がある

　　（対象者の属性であてはまるものに〇　ア.認知症の人　イ.家族　ウ.地域住民　エ.専門職）

□４．企画運営者や組織・法人等の基準や指針がある

□５．カフェのプログラム等内容に関する基準や指針がある

□６．開催場所の基準や指針がある

□７．開催場所のスペースやしつらえ等の環境基準や指針がある

□８．専門職の参画を定めている

□９. ボランティア参加を求める

□10．認知症地域支援推進員の参画を定めている

　 □11．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５．認知症カフェがあなたの市町村（特別区）自治体で果たしている役割について**

あなたの市町村（特別区）担当課等では、認知症カフェがどのような役割を果たしているとお考えですか？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　　　　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機会 | 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飲食を楽しむ場 | ４　　　　３　　　　　２　　　　　１ |
| 19その他（自由記述） |  |

**６．認知症カフェの事業評価について**

６－1認知症カフェ推進について行政における事業評価方法があれば教えてください。（複数回答）

□０．現在は行っていない

□１．設置の数値目標の設定

□２．認知症カフェ手引書・マニュアル等の評価

□３．市民からの認知度や満足度の評価

□４．認知症カフェ運営者の評価

□５．認知症の本人からの評価

□６．家族介護者からの評価

□７．相談内容等の分析から評価

□８．外部評価の実施

□９．所轄部・課内での要因分析による検証

□10．介護保険計画の見直し時の評価

□11．その他

認知症カフェの行政評価の詳細、活用方法について教えてください（自由記述）

|  |
| --- |
|  |

６－2認知症カフェの運営者に求めている報告事項があれば教えてください。（複数回答）

|  |  |
| --- | --- |
| □0. 報告等は現在は求めていない  ①認知症カフェの構造に関すること  □１．運営スタッフ・ボランティアの人数  □２．運営にあたっての連携団体状況  □３．社会資源の利活用状況  □４．アセスメントの実施  □５．記録の状況  □６．その他（　　　　　　　　　　　　） | ②アウトプット・プロセスに関すること  □７．認知症の人の毎回または年間の来場者数  □８．家族介護者の毎回または年間の来場者数  □９．地域住民の毎回または年間の来場者数  □10．専門職者および関係者の毎回または年間の来場者数  □11．実施回数  □12．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③アウトカムに関すること  □13．参加者の満足度  □14．介護保険やその他の支援に結び付いた人数□15．継続参加者数  □16．住民の認知症への理解度  □17．認知症の進行抑制  □18．介護負担の軽減など  □19．その他（　　　　　　　　　　　　　） | ④その他  □20．その他（自由記述） |

**７．あなたの市町村（特別区）における、認知症カフェの質の向上に関する課題を伺います。**

　それぞれ、ご回答いただき理由を枠内にご記入ください。

①認知症カフェの質の向上（質の平準化）を図るうえでの課題※(例：専門職の参加、プログラムの内容等)

　※例えば、あなたの市町村（特別区）内で現在運営されている（管内の）認知症カフェの目的を広く周知するうえでの課題、または目的を達成するうえでの課題のことをいいます。

　□１．課題はない　□２．課題がある

理由

②継続の上での課題（例：担い手不足、場所の確保、財源等）

　□１．課題はない　□２．課題がある

理由

③設置を促進するうえでの課題（例：サロンとの差別化、住民への理解や周知等）

　□１．課題はない　　□２．課題がある

**８．あなたの市町村（特別区）で、すでに閉鎖してしまった「認知症カフェ」等があれば、その原因について、下記に箇条書きにてご記入ください。（自由記述）**

|  |
| --- |
|  |

**９.最後の質問です。あなたの市町村（特別区）で、現在行われている認知症関連事業を教えてください。（複数回答）**

□１．認知症カフェ

□２．認知症本人ミーティング

□３．認知症ピアサポート事業

□４．認知症の人と家族への一体的支援事業

□５．チームオレンジの活動

□６．その他の事業

|  |
| --- |
| 詳細： |

上記の活動で認知症カフェと連携、または認知症カフェから発展して新たな事業が立ち上がっているような事例があれば下記に簡単にご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

ご協力誠にありがとうございました。結果は年度末に報告書をお送りします。

返信方法は次の3つの方法のいずれかでお願いします

おもちゃ, 挿絵 が含まれている画像

自動的に生成された説明

❶同封の封筒で切手を貼らずに返信してください

❷メールで返信　メールアドレス　**ｒ４cafe@dcnet.gr.jp**

❸ファックスで返信　FAX番号　022－303-7568

よろしくお願い致します

**令和４年９月12日(月)**

までの返信にご協力ください。