

資料

<資料1>認知症介護予防を含む介護予防事業における作業療法に関するアンケート

本調査は、日本作業療法士協会が採択されました平成26年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」の一環として実施するものであります。

目的は、地域在住の健康高齢者から軽度認知症までの作業療法士の関わりとその効果を集約し、特に活動・参加の効果を示すことであります。

そこで、各市町村で認知機能低下予防を含んだ介護予防事業に継続的に取り組まれ、活躍されている作業療法士の協力を頂き、介護予防事業の効果を集積したいと考えております。

つきましては、下記の2つのアンケート用紙にご記入の上、本委員会のE-mailアドレス(ot-ninchi@jaot.or.jp)に返信していただきたく存じます。

なお、締め切りは、11月26日（水）とさせていただきます。

記

- 二次調査もの忘れ（本Wordファイル）
- 事例、集団テーブル（Excelファイル）

介入報告（事例テーブル）につきましては、可能な限り評価指標とその得点や記述を明確にして頂きますようお願いいたします。字数の制限はありませんが、明瞭簡潔にお願いいたします。

尚、ご報告いただいた内容は、上記の老人保健健康増進等事業報告書に掲載させていただく予定でございます。お忙しいところ恐縮ですが何卒よろしくお願ひいたします。

日本作業療法士協会 認知症の人の生活支援推進委員会
「地域在住高齢者の認知機能低下予防に関する作業療法士の関与と効果集約」
担当委員：田平隆行、西田征治 E-Mail：ot-ninchi@jaot.or.jp

アンケート用紙

以下の質問事項にご回答ください。回答は、記述及び選択でお願いしておりますが、選択のものは、該当する選択肢に赤字でお願いいたします。

【担当者】

都道府県士会名 _____ 会員番号 _____

所属 _____ 氏名 _____

1. 担当している市町村名（ 都道府県 区市町村）

2. 市町村の介護予防事業（地域支援事業）に関わっているOTR数（ 名）

3. 2の性別、年齢、経験年数

	性別	年齢	経験年数	4			
1				5			
2				6			
3				7			

4. 介護予防事業（地域支援事業）関わって何年ですか？（ 年）

5. 同市町村で認知症初期集中支援チームに関与していますか？（はい、いいえ）

6. 介護予防事業の事業形態

一次予防事業（通所型、訪問型）、二次予防事業（通所型、訪問型）、把握事業、評価事業、その他

7. 6が二次予防の場合、事業種類

運動器向上、栄養改善、口腔機能向上、認知症予防、うつ予防、閉じこもり予防、複合型（）、その他

8. 委託ルート：依頼を受けた機関はどちらですか？（公文書の依頼元）

区市町から直接、都道府県作業療法士会、リハビリテーション広域支援センター、予防事業を行っている事業所、個人的に、自身（及び所属）が事業担当者、その他（）

9. 関与頻度（例 1／週）（ ）

10. 関与している内容・役割（複数回答可）

定期評価，講話，介入，会議，その他（ ）

11. 認知機能低下予防を含んだ市町村の介護予防事業の効果の集約

これが本調査のメインです。

これまでに実施されました定期評価（アウトカム）の結果や具体的な介入内容を OT 協会に提示することは可能でしょうか。集団でまとめたもの又は事例報告どちらでも構いませんが、集団でまとめたものの方が不足しています。 市町村や介護予防事業所、所属機関、事例などの承諾の可否も含めてお尋ねしております。

可能な場合は、お手数ですが EXCEL の例のように下記のフォームに直接、記入していただきたく存じます。

<資料2>もの忘れ等の認知症外来診療における作業療法に関するアンケート

本調査は、日本作業療法士協会が採択されました平成26年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」の一環として実施するものであります。

目的は、地域在住の健康高齢者から軽度認知症までの作業療法士の関わりとその効果を集約し、特に活動・参加の効果を示すことであります。

そこで、もの忘れ外来等の認知症外来診療にて健康高齢者から軽度認知症の方に作業療法を実施している作業療法士の協力を頂き、もの忘れ外来等の作業療法の効果を集積したいと考えております。特に、活動、参加レベルの効果を探しております。

つきましては、下記の2つのアンケート用紙にご記入の上、本委員会のE-mailアドレス(ot-ninchi@jaot.or.jp)に返信していただきたく存じます。

なお、締め切りは、11月26日（水）とさせていいただきます。

記

- 二次調査もの忘れ（本Wordファイル）
- 集団・事例テーブル（Excelファイル）

以上

介入報告（集団・事例テーブル）につきましては、可能な限り評価指標とその得点や記述を明確にして頂きますようお願いいたします。字数の制限はありませんが、明瞭簡潔にお願いいたします。

尚、ご報告いただいた内容は、上記の老人保健健康増進等事業報告書に掲載させていただく予定でございます。お忙しいところ恐縮ですが何卒よろしくお願ひいたします。

日本作業療法士協会 認知症の人の生活支援推進委員会
「地域在住高齢者の認知機能低下予防に関する作業療法士の関与と効果集約」
担当委員：田平隆行、西田征治 E-Mail : ot-ninchi@jaot.or.jp

アンケート用紙

以下の質問事項にご回答ください。回答は、記述及び選択でお願いしておりますが、選択のものは、該当する選択肢に赤字でお願いいたします。

【担当者】

都道府県士会名 _____ 会員番号 _____

所属 _____ 氏名 _____

1. もの忘れ外来等の認知症外来診療に関わる作業療法士の基本情報

1) 担当 OTR 数 () 人)

2) 1) の性別、年齢、経験年数

	性別	年齢	経験年数	3			
1				4			
2				5			

2. 関与頻度 (例 5/週) ()

3. もの忘れ外来等の認知症外来診療に関わって何年ですか? (年)

4. 関与している内容・役割 (複数回答可)

定期評価、介入 (作業療法)、他職種への助言、会議、
その他 ()

5. 患者宅へ定期的に訪問も行いますか。 (する、しない)

6. 5で「する」と回答した方は、その頻度や時期について教えてください。

7. 認知症初期集中支援チームに関与していますか? (はい、いいえ)

8. もの忘れ外来等の認知症外来診療における作業療法の効果の集約

これが本調査のメインです。ご協力ください。

これまで定期評価 (アウトカム) の結果や介入内容を事例及び所属機関に承諾の上、OT 協会に提示することは可能でしょうか。集団でまとめたもの又は事例報告どちらでも構いません。可能な場合は、お手数ですが EXCEL の例のように下記のフォームに直接、記入していただきたく存じます。

<資料3> 地域包括支援センターなどの行政機関におけるOTの役割調査アンケート

平成26年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人と
その家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」

調査用紙（作業療法士 回答用）

地域包括支援センターに従事している作業療法士の方への調査です。

I.回答していただく方の属性について伺います。

氏名：_____ 様 性別：男・女 _____ 会員番号 _____
市町村名 _____ 地域包括支援センター名 _____ 役職 _____

II.あなたの地域包括支援センターにおける業務の全般について伺います。

① あなたの地域包括支援センターでの勤務体制について伺います。当ではまる項目ひとつに○を
付けてください。「非常勤」の場合は勤務の頻度を記載してください。「その他」の場合は具体的に
記載してください。

- () 常勤の勤務
() 非常勤の勤務 → (勤務頻度 ひと月に 回程度勤務)
() その他 (具体的に記載)

② 地域包括支援センター以外であなたが兼務している業務について伺います。当ではまる項目ひとつに
○を付けてください。「あり」の場合は具体的に記載してください。

- () 兼務なし
() 兼務あり (具体的に記載)

③ あなたの地域包括支援センターでの職名（立場）について伺います。当ではまる項目ひとつに
○を付けてください。「その他」の場合は具体的に記載してください。

- () 主任介護支援専門員
() 社会福祉士
() 保健師
() 作業療法士
() 介護支援専門員
() その他 (具体的に記載)

④ あなたが地域包括支援センターで担当している業務について伺います。当ではまる項目すべて
に○を付けてください。「その他」の場合は具体的に記載してください。

- () 総合相談支援業務
() 権利擁護業務
() 包括的継続的ケアマネジメント支援業務
() 介護予防ケアマネジメント業務

() 認知症初期集中支援チーム業務

() その他（具体的に記載

)

III. 地域ケア会議、認知症初期集中支援チームについて伺います。

① あなたが勤務している地域包括支援センターの地域ケア会議への関与について伺います。当てはまる項目ひとつに○を付けて、次の②又は③の質問に回答してください。

() 関与している → 質問②へ

() 関与していない → 質問③へ

② 関与している→地域ケア会議でのあなたの役割を具体的に記載してください。

()

③ 関与していない→地域ケア会議での作業療法士の関与について、現状での課題と今後の見通しについて具体的に記載してください。

・現状での課題 ()

・今後の見通し ()

④ あなたが勤務している地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チームへの関与について伺います。当てはまる項目ひとつに○を付けて、次の⑤又は⑥の質問に回答してください。

() 関与している → 質問⑤へ

() 関与していない → 質問⑥へ

⑤ 関与している→認知症初期集中支援チームでのあなたの役割を具体的に記載してください。

()

⑥ 関与していない→認知症初期集中支援チームでの作業療法士の関与について、現状での課題と今後の見通しについて具体的に記載してください。

・現状での課題 ()

・今後の見通し ()

IV. 地域包括支援センターでの認知症などの方への関与について伺います。

① あなたが勤務している地域包括支援センターの軽度認知障害（認知症の診断がない状態）に対する方への関与について伺います。当てはまる項目ひとつに○を付けて、次の②又は③の質問に回答してください。

() 関与している → 質問②へ

() 関与していない → 質問③へ

② 関与している→軽度認知障害に対する関与でのあなたの役割を具体的に記載してください。

()

③ 関与していない→軽度認知障害に対する作業療法士の関与について、現状での課題と今後の見通しについて具体的に記載してください。

・現状での課題（ ）

・今後の見通し（ ）

④ 認知症の方（軽度認知障害の方も含む）に対する、作業療法士としての支援について伺います。あなたが現在行っている支援について、当てはまる項目すべてに○を付けてください。「その他」の場合は具体的に記載してください。また、あなたが作業療法士の特性をいかした支援だと思う項目すべてに◎を付けてください。

① ◎

（ ）（ ）脳機能（認知機能や心理等）の評価・スクリーニング・助言

（ ）（ ）生活障害（行為障害、生活遂行困難等）についての評価・助言・介入支援

（ ）（ ）環境の調整（住環境や福祉用具等）の評価・助言・介入支援

（ ）（ ）できること・したいこと等の生活行為の評価・助言・介入支援

（ ）（ ）医療機関や介護保険事業所との情報共有・連携

（ ）（ ）その他（具体的に記載 ）

以上で終わりです。

ご協力ありがとうございました。

<資料4> 平成26年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」

調査用紙（地域包括管理者 回答用）

地域包括支援センターの管理者の方への調査です。

- ① 回答していただく方の属性について伺います。

氏名：_____ 性別：男・女 _____

市町村名 _____ 地域包括支援センター名 _____ 役職 _____

- ② 地域包括支援センターに作業療法士を採用している理由について、具体的に記載してください。

() _____)

- ③ 勤務している作業療法士の現在の業務について伺います。当てはまる項目すべてに○を付けてください。「その他」の場合は具体的に記載してください。

() 総合相談支援業務
() 権利擁護業務
() 包括的継続的ケアマネジメント支援業務
() 介護予防ケアマネジメント業務
() 認知症初期集中支援チーム業務
() その他（具体的に記載）)

- ④ 勤務している作業療法士に、認知症の方に対して行ってほしい（行っている）支援について伺います。当てはまる項目すべてに○を付けてください。「その他」の場合は具体的に記載してください。また、あなたが作業療法士の特性をいかした支援だと思う項目すべてに◎を付けてください。

○ ◎
() () 脳機能（認知機能や心理等）の評価・スクリーニング・助言
() () 生活障害（行為障害、生活遂行困難等）についての評価・助言・介入支援
() () 環境の調整（住環境や福祉用具等）の評価・助言・介入支援
() () できること・したいこと等の生活行為の評価・助言・介入支援
() () 医療機関や介護保険事業所との情報共有・連携
() () その他（具体的に記載）)

- ⑤ 認知症の方の支援について、今後、作業療法士に取り組んでほしい業務、作業療法士に対する希望や期待について伺います。具体的に記載してください。

())

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

<資料5>認知症初期集中支援チームに関わる作業療法士の実態とその役割に関する調査

この調査では、認知症初期集中支援チームへの作業療法士の関わりと、チームにおける作業療法士の役割について調査します。また、この事業では併せて認知症初期集中支援チームの活動を通して、軽度認知障害から初期認知症の当事者やその家族にどの様な支援や社会資源が必要とされているのかについても調査し、これら調査結果を通して、チーム員の活動に貢献できる作業療法士の育成をすすめていく予定です。

各市町村にて認知症初期集中支援チームを担当されている方には、作業療法士関与の有無とは関係なく本アンケートをお答えいただくとともに、作業療法士の関与がある場合は、別の用紙2を担当作業療法士に渡しいただけますようお願い申し上げます。

なお、調査の成果は個人情報等を削除した後に全体としての傾向分析し、研修テキストとしてまとめるとともに、平成26年度内に行われる研修会および、平成26年度末にまとめる本事業報告書によって公表されます。

今後とも、国民や地域に寄与できる作業療法士の活動を提案していく根拠にしたく、皆様のご協力をお願い致します。

I. 回答者様についてお答え下さい

(ア) 氏名：しめい _____ 性別：男 _____ 女 _____
市町村名・担当部署名 _____
連絡先住所：〒 _____
電話：_____ FAX：_____

II. チームへの作業療法士の関与について

(ア) 作業療法士は認知症初期集中支援事業に関与していますか

____ はい _____ • いいえ _____

(はいの場合はIV. 以降の質問を、いいえの場合はIII. 以降の質問を回答してください)

III. 認知症初期集中支援チームについて

(ア) 事業の開始はいつからですか（例「H25年度から現在も継続中」など具体的に）

(イ) 実施の枠組み（地域支援事業または各自治体の独自事業）について教えて下さい

(ウ) 実施機関について教えて下さい

事業実施機関名（委託先）：

(エ) チーム員構成（職種と人数）について教えて下さい

(オ) チームへの作業療法士の関与を検討していますか

検討中・協力者がいれば検討・検討の予定なし・未定・その他（ ）

その理由：

IV. チームとして作業療法士に求めることや要望などを自由にお書き下さい。

<資料 6>認知症初期集中支援チームに関わる作業療法士の実態とその役割に関する調査

この調査は H26 年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」として、一般社団法人日本作業療法士協会が実施するものの一つです。

認知症初期集中支援チームについては、実施している市区町村の人口規模や社会資源、実施機関、職種構成によって様々な運営形態が考えられます。今後も作業療法士が積極的にチームにてその役割を果たすことができる様にするため、運営形態とそれに応じた作業療法士の役割について現状調査することを目的としております。また、併せて認知症初期集中支援チームの活動を通して、軽度認知障害から初期認知症の当事者やその家族にどの様な支援や社会資源が必要とされているのかについても明らかにすることを目的として調査を行います。

なお、調査の成果は個人情報等を削除し、研修テキストとしてまとめられ平成 26 年度内に行われる研修会および、平成 26 年度末にまとめる本事業報告書によって公表されます。

今後とも、国民や地域に寄与できる作業療法士の活動を提案していく根拠にしたく、皆様のご協力をお願い致します。なお、複数の作業療法士が関与している場合でも、実施機関毎に代表者がまとめて回答して下さい。

V. 回答者の連絡先についてお答え下さい

(ア) 氏名：_____ 性別：男 女

作業療法士の経験年数：_____ 年目、認知症領域の経験年数：_____ 年目

連絡先住所：_____

電話：_____ FAX：_____

メール：_____

今後の連絡は上記の係りで：_____ よい 別の担当

別の担当者への連絡先：氏名 _____ 職種 _____

メール：_____ TEL/FAX：_____

VI. 認知症初期集中支援チームについて

(ア) OT の事業への関与はいつからですか（例「H25 年度から現在も継続中」など具体的に）

(イ) OT がチーム員に参加するに至った経緯：

(ウ) OT が関わっているチームの概要とその関わりについて

実施市区町村名 : _____

事業実施機関名（委託先） : _____

チーム員構成（職種と人数、どこ・どの職種が中心に事業を実施しているかなど具体的に） :

実施の枠組み：（地域支援事業または独自事業など）

OT の関与形態： 常勤・非常勤・その他（初回訪問のみ／必要時に招聘など具体的に：）

OT としての業務内容：

VII. 軽度認知障害から重度認知症までの各病期で有用と感じる社会資源について、以下の選択肢①～⑯から選択して回答するとともに、今後整備される必要性を感じる社会資源についてその具体例をお答え下さい

（なお、軽度認知障害は CDR 0.5 または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準で非該当～ランク I 程度、軽度認知症は CDR 1 またはランク II 程度、中等度認知症は CDR 2 またはランク III 程度、重度認知症は CDR 3 またはランク IV～M 程度とお考え下さい。）

- ①サ高住・有料老人ホーム、②特養・老健・グループホーム、
- ③小規模多機能・短期入所、④認知症対応型デイ・デイケアなどの専門通所施設、
- ⑤デイ・デイケアなどの一般通所施設、⑥訪問介護サービス、⑦介護予防事業
- ⑧訪問診療・訪問看護・訪問リハなどの訪問医療系サービス、
- ⑨認知症初期集中支援チーム、⑩老人福祉センターや高齢者向けサロンなどの居場所、
- ⑪成年後見制度や日常生活自立支援事業などの権利擁護関連、⑫認知症カフェ、
- ⑬その他（ ）

(ア) 健常～軽度認知障害の人に対する社会資源で有用と感じているもの（複数選択可）

今後必要なサービス例（具体的に） :

(イ) 軽度認知症の人に対する社会資源で有用・必要と感じているもの

今後必要なサービス例（具体的に）：

(ウ) 中等度認知症の人に対する社会資源で有用・必要と感じているもの

今後必要なサービス例（具体的に）：

(エ) 重度認知症の人に対する社会資源で有用・必要と感じているもの

今後必要なサービス例（具体的に）：

VIII. これまで作業療法士が関与した事例の実績についてお答え下さい

回答は病期毎に以下のどの様な項目に関与したのかについて件数でお答え下さい。

回答対象の期間：H25年度より初期集中に関与した所については、H25年8月～H26年12月末まで、
H26年度から関与したところはH26年8月～12月末までの範囲としてお答え下さい。

(ア) 健常～軽度認知障害のうち、OTとして関与した内容（1事例複数回答可）

①脳機能による行為障害や生活遂行困難などへの評価・助言・介入支援：_____件

②できること・したいことなどの生活行為についての評価・助言・介入支援：_____件

③住環境・福祉用具などについての評価・助言・介入支援：_____件

④情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）について：_____件、

⑤その他：_____

(イ) 軽度認知症の対象者のうち、OTとして関与した内容

①脳機能による行為障害や生活遂行困難などへの評価・助言・介入支援：_____件

②できること・したいことなどの生活行為についての評価・助言・介入支援：_____件

③住環境・福祉用具などについての評価・助言・介入支援：_____件

④情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）について：_____件、

⑤その他：_____

(ウ) 中等度認知症の対象者のうち、OT として関与した内容

①脳機能による行為障害や生活遂行困難などへの評価・助言・介入支援：_____件

②できること・したいことなどの生活行為についての評価・助言・介入支援：_____件

③住環境・福祉用具などについての評価・助言・介入支援：_____件

④情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）について：_____件、

⑤その他：_____

(エ) 重度認知症の対象者のうち、OT として関与した内容

①脳機能による行為障害や生活遂行困難などへの評価・助言・介入支援：_____件

②できること・したいことなどの生活行為についての評価・助言・介入支援：_____件

③住環境・福祉用具などについての評価・助言・介入支援：_____件

④情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）について：_____件、

⑤その他：_____

IX. 認知症初期集中支援チームにおいて、作業療法士としてどのような関わりをしてきたかについて具体的にお答え下さい。

例：マネージメント（リーダー）としての業務、必要に応じて依頼を受けて環境調整等の支援で関与、初回アセスメントのみ、チーム員会議の際のみ助言するなど

X. 作業療法士としてそれらの組織で求められる以下のことについて、実践を通して感じたことをお書き下さい（自由回答）。

(ア) チーム員における作業療法士としての役割と、求められる知識・技術や課題について

(イ) チームに作業療法士が関与することで効果的であったこと

(ウ) 他職種や既存社会資源と連携する際に重要なこと

作業療法士が市区町村のチームに主体的に参画していくために必要なこと

チームの実践過程において、認知症に関するケアパスや資源マップの活用が望まれると思います。
あなたの地域におけるそれらの整備状況について以下のVII. とVIII. にお答えください。

XI. 認知症ケアパスについてお答え下さい

(ア) あなたの地域の周囲には、下図の様な認知症ケアパスがありますか？

ない • ある (その名称 : _____)

(イ) ある場合、それはケアパスとして有効活用されていますか？

されている・されていない (その理由 : _____)

(ウ) 下図のなかで、現状では足りない、もっと増やした方が良いという当事者家族のニーズが高いものがあつたらお答え下さい。

足りない資源の具体例 : _____

認知症に関する社会資源マップについてお応え下さい

(エ) あなたの地域の周囲には、認知症に特化した社会資源マップがありますか？

例えば、群馬県前橋市では「まえばし認知症安心マップ」として、認知症についての知識や早期発見チェックリスト、市内の認知症疾患医療センターの情報の他に、地域包括支援センターの担当区画毎に認知症対応医療機関や相談機関、認知症関連の介護施設などをまとめています

(<http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/121/p010870.html>)

ない・ある (その名称 : _____)

(オ) ある場合、それはマップとして有効活用されていますか？

されている・されていない (その理由 : _____)

この調査は、平成 26 年度老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」として、一般社団法人日本作業療法士協会の当該事業検討推進委員会が実施するものの一つです。

軽度認知障害から初期認知症の当事者やその家族にとってどのような社会資源が必要かを知る調査の一環として、近年増えつつある認知症カフェにおいて作業療法士はどのように関与しているのか、その実態を把握しながら、カフェにおける作業療法士の効果的な関与と今後の展開について明らかにすることを目的としています。

さらに認知症の早期受診や適切なケアにつなげていくため、国民や地域に寄与できる認知症カフェの在り方を提案していく根拠にしたく、皆様のご協力をお願いいたします。

XII. 回答者属性についてお答え下さい

(ア) 氏名 : _____ 性別： 男 · 女

(イ) 現在所属と業務内容連絡先についてお答え下さい。

(非常勤として関与している場合はその勤務形態と内容)

あなたの所属施設名／場所 : _____ / _____

認知症カフェへの関与年月数 : _____ 年 _____ 月

OT がカフェに参加するに至った経緯 :

関与形態（○で囲む）：常勤・非常勤・立場その他（以下に詳細をお答え下さい）

（具体的に _____ ）

関与に関する報酬額／内訳 :

XIII. あなたが現在かかわっている認知症カフェについてお答えください。

認知症カフェの名称 :

認知症カフェ実施主体名 :

連絡先住所（公表の有無）: 〒 _____

連絡先電話（公表の有無）: _____ FAX : _____

連絡先メールアドレス（公表の有無）:

参加者の内訳について（カフェ開催 1 回における平均的な数でお答えください）

認知症のご本人	人	その他（職種など具体的に）
ご家族	人	人
市民	人	人
主催者スタッフ	人	人

参加している認知症の人の障害程度をお答え下さい。具体的な情報がない場合、あなたがカフェで関わり推測される範囲でご判断ください。（複数回答可）

	CDR または 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	1回あたりの 平均参加者数
軽度認知障害	CDR 0.5 または非該当～ランクⅠ程度	人
軽度認知症	CDR 1 またはランクⅡ程度	人
中等度認知症	CDR 2 またはランクⅢ程度	人
重度認知症	CDR 3 またはランクⅣ～M程度	人

XIV. あなたが認知症カフェで関わっている認知症の人やその家族にとってその症状の進行とともに、有用と感じる社会資源について、以下の表内のすべての枠に（ ）内の凡例に従い、◎、○、△をつけてください。

（◎すぐに連携するため必要、○当該時期に必要、△当該時期には必要性が低い）

	健常～軽度 認知障害	軽度 認知症	中等度 認知症	重度 認知症
①サ高住・有料老人ホーム				
②特養・老健・グループホーム				
③小規模多機能・短期入所				
④認知症対応型デイ・デイケアなどの専門通所施設				
⑤デイ・デイケアなどの一般通所施設				
⑥訪問介護サービス				
⑦訪問診療・訪問看護・訪問リハなどの訪問医療系サービス				
⑧認知症初期集中支援チーム				
⑨老人福祉センターや高齢者向けサロンなどの居場所				
⑩成年後見制度や日常生活自立支援事業などの権利擁護関連				
⑪認知症カフェ				
⑫その他（⑫を選択した場合、下に具体的な記入をお願いします）				

⑫の具体例

--

XV. 認知症カフェであなたが関わった役割を該当するところの□に☑を入れ、具体的な内容をご記入ください。(複数回答可)

	これまで 1 度でも関わったことのある役割	現在中心となっている役割
市民・ボランティアとしての利用客の 1 人として	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資料作りや印刷などの準備・呼びかけに関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
送迎など移動に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
場作りなど環境の準備片付け	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
講師など内容に関わること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療機関、福祉施設、行政との連携に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次回や将来のカフェ運営方針に関すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XVI. あなたが認知症カフェに関わったことでどんな点に貢献できたと思いますか？具体的にご記入ください。

貢献できたと考える点／その理由

関わる中での苦労や課題

XVII. 認知症カフェで作業療法士が関与した内容で下表の該当する枠にこれまでの関わりでのカフェ開催 1 回あたりの平均的な件数を記入してください。

	心身機能	身体構造	活動 ADL	活動 IADL	参加	環境用具	仕組み
健常～軽度認知障害のご本人							
軽度認知症のご本人							
中等度認知症のご本人							
重度認知症のご本人							
健常～軽度認知障害の人のご家族							
軽度認知症の人のご家族							
中等度認知症の人のご家族							
重度認知症の人のご家族							

心身機能：脳機能による行為障害や生活遂行困難などへの評価・助言等

身体構造：身体の解剖学的な変化や障害に対する評価・助言等

活動 ADL：ADL 面でできること・したいことなどについての評価・助言等

活動 IADL：IADL 面でできること・したいことなどについての評価・助言等

参加：地域活動への参加や外出、意欲をもって挑戦していることの評価・助言等

環境用具：住環境や福祉用具などについての評価・助言等

仕組み：情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）についての助言等

XVIII. あなたの関わる認知症カフェが対象としている圏域を具体的にお答えください。

例) 地域包括支援センター圏域（人口 3 万人程度）、○市△町（人口 2 万人程度）など

社会資源に関する次の問い合わせにお答え下さい。(平成 26 年 12 月現在)

(ア) あなたの関わる認知症カフェの地域（市町）には社会資源マップがありますか？

ない・ある（その名称：_____）

(イ) あなたの関わる認知症カフェの地域（市町）には認知症の人のための社会資源マップがありますか？

ない・ある（その名称：_____）

(ウ) ある場合、それは認知症ケアパスとして有効活用されていますか？

されている・されていない（その理由：_____）

(エ) 問いVIIで答えていただいた範囲で下の社会資源のなかから、現状では足りない、
もっと増やした方が良いという当事者家族のニーズが高いものをお答え下さい。

	□に☑を		□に☑を
認知症治療病棟 精神科病院認知症対応病棟 認知症疾患医療センター	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	老人保健施設 特別養護老人ホーム 有料老人ホーム グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員
認知症専門医 認知症サポート医 かかりつけ医 薬局	<input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	後見制度 意志決定支援 社会福祉協議会 行政（役所）相談	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 人員
一般科病院 療養型病床 老人福祉センター	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	小規模多機能型居宅介護（短期入所等） サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員
訪問型認知症診療 訪問看護 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	ホームヘルプサービス 配食サービス	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員
サロン・居場所	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	認知症カフェ	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員
初期集中支援チーム デイサービス デイケア 認知症対応デイサービス 重度認知症デイケア	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 人員	民生児童委員 老人福祉員 認知症サポートーー 認知症の人と家族の会 認知症支援の NPO	<input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 人員 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 人員
その他あれば具体的にご記入ください。			

認知症カフェの聞き取り調査 追加項目

後日の委員会で上記に加えて追加された質問項目が 3 点ございます。
合わせてご回答いただければ幸いです。

○参加に関しては、事前申し込みをしてもらっていますか？（YES NO）

○実施場所はどのようなところですか？（例：福祉会館、民家など）

○実施頻度と実施時間はどの程度ですか？（　　回／月、1 回約 時間程度）

○その他、委員会において話題となった課題について

＜資料8＞ 研修会アンケート

職種	①看護師 ②保健師 ③介護福祉士 ④社会福祉士 ⑤臨床心理士 ⑥ケアマネジャー ⑦理学療法士 ⑧言語聴覚士 ⑨作業療法士 ⑩その他()																																				
所属	(1) 病院：①急性期、②回復期、③精神科、④認知症疾患センター、⑤その他() (2) 訪問看護ステーション (3) 老人保健施設 (4) 特別養護老人ホーム (5) デイサービス (6) 診療所デイケア (7) 地域包括支援センター (8) 行政 (9) 教育・研究機関 (10) その他()																																				
OTの年数	経験年数	受講年目	①モデル事業に関わるから ②認知症の人の在宅支援に関わっているから ③認知症の人の在宅支援に興味があるから ④地域ケア会議に出務しているから ⑤その他()																																		
<p>【問1】本研修の内容はいかがでしたか？総合評価と理解度について、あてはまる数字に○をつけてください。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">総合評価</td> <td>とても良い</td> <td>良い</td> <td>どちらともいえない</td> <td>あまり良くない</td> <td>良くない</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">理解度</td> <td>よく理解できた</td> <td>理解できた</td> <td>どちらともいえない</td> <td>あまり理解できない</td> <td>理解できない</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>【問2】本研修ではどのようなことが理解できましたか？あてはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>①初期認知症の人を取り巻く現状と課題 ②今後の認知症施策の方向性 ③BPSDの原因と本人家族への影響 ④BPSD軽減のための支援方法 ⑤初期認知症の人の生活行為の支障 ⑥生活行為の支障を軽減するための方法 ⑦在宅支援の実際 ⑧他職種と作業療法士で共通する視点とそれぞれが得意な視点 ⑨作業療法士に求められていること ⑩その他()</p> <p>【問3】認知症の人の初期支援に作業療法士が関わることは有益だと思いますか？</p> <p>「とても思う：5」～「思わない：1」の5段階のうち、あてはまる数字に○をつけてください。</p> <table border="1"> <tr> <td>とても思う</td> <td>思う</td> <td>どちらともいえない</td> <td>あまり思わない</td> <td>思わない</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>【問4】問3で「とても思う」「思う」を選択した方にお聞きします。どのような点で有益だと思いますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>①認知機能のアセスメント ②BPSD軽減のための支援 ③ADLや IADLなどの生活行為を向上させる支援 ④趣味・余暇活動の提供 ⑤家族への心理的な支援 ⑥家族が認知症を理解するための支援 ⑦家族への介助方法の指導 ⑧その他()</p> <p>【問5】問3で「あまり思わない」「思わない」を選択した方にお聞きします。有益だと思わない理由を具体的にお教えください。</p> <p>（空欄）</p> <p>【問6】今後、初期支援に関わるにあたり、どのような支援があればよいと思いますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>OTのみ</p> <p>(1) 研修会を開催してほしい ①認知症の症状のアセスメント、②BPSDへの対応方法、③ADLや IADLの支援方法、④家族支援の方法 ⑤その他()</p> <p>(2) 初期支援の具体的な介入事例を詳しく知りたい</p> <p>(3) 初期支援のマニュアルを作成してほしい</p> <p>(4) その他()</p> <p>【問7】本研修会終了後に、初期認知症支援に関する研修修了者のリストを作成し、各学会に送付する予定です。</p> <p>参加者リストへの氏名掲載を希望しますか？ ①希望する ②希望しない</p>						総合評価	とても良い	良い	どちらともいえない	あまり良くない	良くない	5	4	3	2	1	理解度	よく理解できた	理解できた	どちらともいえない	あまり理解できない	理解できない	5	4	3	2	1	とても思う	思う	どちらともいえない	あまり思わない	思わない	5	4	3	2	1
総合評価	とても良い	良い	どちらともいえない	あまり良くない	良くない																																
	5	4	3	2	1																																
理解度	よく理解できた	理解できた	どちらともいえない	あまり理解できない	理解できない																																
	5	4	3	2	1																																
とても思う	思う	どちらともいえない	あまり思わない	思わない																																	
5	4	3	2	1																																	

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」事業推進検討委員会

栗田 主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

上野 秀樹（敦賀温泉病院）

玉井 顯（敦賀温泉病院）

山口 晴保（群馬大学医学部保健学科）

森 俊夫（京都府立洛南病院）

一般社団法人日本作業療法士協会 認知症の人の生活支援推進委員会

香山 明美

小川 敬之

荻原 喜茂

苅山 和生

佐藤 和彦

谷川 良博

西田 征治

田平 隆行

村山 真理子

上城 壽司

石井 利幸

山口 智晴

村島 久美子

岩切 良太

松浦 篤子

岡島 麻友美

大場 綾希子

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士
の支援構築に向けた調査研究事業

一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7F

TEL : 03-5826-7871 FAX : 03-5826-7872