

認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業の調査検討組織
設置要綱

1. 設置目的

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センターは認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下の通り認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施主体

- (1) 本調査検討組織は、栗田主一氏を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業の調査検討組織
委員等

委員長	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 自立促進と介護予防研究チーム研究部長）
委員	落合亮太（東京女子医科大学看護学部 講師）
委員	島田孝一（株式会社 Professional Works 認知症対応型通所介護つむぎ 代表取締役）
委員	助川未枝保（一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事、 株式会社千葉福祉総合研究所ピースアカデミー 代表取締役・所長）
委員	武田純子（有限会社ライフアート デイサービスモア・サロン福寿 代表取締役）
委員	中川龍治（公益社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会委員、 医療法人社団友朋会 嬉野温泉病院 院長）
委員	本間 昭（社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長）
委員	松浦美知代（医療法人財団青山会 介護老人保健施設なのはな苑 看護部長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長 勝又浜子
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長補佐 三浦正樹
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 老人介護専門官 右田周平

認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究事業（案）

1. 調査の目的

認知症対応型通所介護は、認知症の人が自宅での安心のある穏やかな日々を可能な限り継続していくために、専門的な支援を提供しなければならない。そのためには、「住み慣れた環境」や「なじみの関係」「小規模な単位」といった視点でケアを行うことが重要である。本調査研究事業では、これを担う認知症対応型通所介護において、求められる役割を明確にし、併せてその役割を果たすためのサービス内容を実施できるような物理的・人的環境を整備することを目的に、①認知症の専門的ケアを行うための姿勢や実践状況、②医療的措置が必要な人への対応、③事業所経営の課題、④自宅での生活との連動を図るための家族支援の実施状況、⑤認知症対応型通所介護の利用効果、に関する調査を行い、認知症対応型通所介護のあり方について検討を行う。

2. 調査客体（サービス種類別対象数、抽出方法等）

- ・事業所調査：認知症対応型通所介護事業者を対象に悉皆調査を行う
- ・利用者調査：上記事業所ごとに無作為抽出で利用者10名を選出し、調査を行う
- ・主な介護者調査：上記利用者調査の対象者の主な介護者を対象に調査を行う

3. 主な調査項目

- ・事業所調査：利用者数、要介護度、登録者数、職員数、保有資格、研修回数、認知症に対する専門的ケアを行うための姿勢と実践状況、医療的措置が必要な利用者の受け入れ状況、事業所経営の課題、家族支援の内容、等
- ・利用者調査：性別、年齢、要介護度、原因疾患、認知症高齢者の日常生活自立度、医療的措置の必要性、認知症の症状の変化（利用開始時、現在）、等
- ・主な介護者調査：主な介護者の続柄・介護の頻度・健康状態・就労の状況 等
認知症の症状の変化（利用開始前、デイ利用日、デイの利用のない日）、
認知症対応型通所介護を利用しての感想、今後について、等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

- ・事業所調査 ⇒ 質問紙、聞き取り
- ・利用者調査、主な介護者調査 ⇒ 質問紙

5. 調査方法（郵送調査等）

- ・質問紙調査：事業所調査、利用者調査、主な介護者調査とも郵送もしくはウェブ
- ・聞き取り調査（1回につき5名程度。計8回実施予定）：集団インタビュー形式

（案）

01-1-001

平成25年度厚生労働省介護報酬改定検討・研究委員会研究事業

「認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究」（事業所用）

この調査は、認知症の人に対する通所型サービスのあり方を検討し、厚生労働省介護報酬検討・研究委員会に提出する資料を作成することを目的に、平成25年8月1日現在、認知症対応型通所介護として登録されている事業者を対象にお送りしています。

皆様の回答は数的に保管・処理され、回答者の方の個人情報や事業所の情報等が漏えいしたり、特定されたりすることは一切ございません。

お忙しい中、誠に恐縮ではございますが、認知症対応型通所介護の取組み・工夫の把握、および国の制度・施策づくりの重要な調査（特に介護報酬）となりますので、ご協力のほど、何卒宜しくお願い申し上げます。

- ・ この調査用紙は「事業者調査（郵送調査）」です。
- ・ 貴事業所の管理者がご回答ください。
- ・ 同封されているピンクの質問紙は「利用者調査票」です。
- ・ 同封されている黄色の質問紙は「主な介護者調査票」です。
- ・ 利用者調査と主な介護者調査の対象者の選出は、以下の手順でお願いいたします。
 - ① 登録者（長期欠席を含む）の誕生日を4ケタの数字に置き換える
（例：1月23日→0123、1月30日→0130、11月19日→1119、4月10日→0410）
 - ② 置き換えた数字の下1ケタを小さい順に並べる。同じ数がある場合には上2ケタ（月）順に並べる。
（例：0123は「3」、0130は「0」、1119は「9」、0410は「0」が下1ケタ。
「0」が二つあるので、この場合は上2ケタの小さい順に並べる。
→ 0130、0410、0123、1119
 - ③ 下1けたの小さい順から10名を、「利用者調査」「主な介護者調査」の対象として選出する。その際、同一の対象者に対して調査用紙右上にあるID番号が同じ調査票を用いるようにする（01-1-001-01）。
- *なお、登録者が10名に満たない場合には、全員を対象として下さい。
- ・ ご不明な点やご質問等がございましたら、下記にお問い合わせください。

○ 調査実施機関・お問合せ先

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター （担当：●●●、●●●、●●●）

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1

Tel. : xx-xxxx-xxxx（代表） Fax : xx-xxxx-xxxxx

Email : xxx@xxx.xxx.xx URL : xxxxxxxx.

○ 担当主管

厚生労働省 老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室

ご記入いただきました調査用紙（本紙）は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、11月15日（金）までにご投函くださいますよう、お願い申し上げます。

問 1. ご回答者様(管理者)についてお伺いいたします。(平成25年10月1日現在でお答えください)

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	_____ 歳
③保有資格	【当てはまるもの <u>全て</u> に○] 1. 介護福祉士 2. 看護師(正・准) 3. 社会福祉士・精神保健福祉士 4. 介護支援専門員 5. その他(_____)		
④現在の事業所での勤続年数	_____ 年 _____ か月		
⑤法人との関係	【当てはまるもの1つに○] 1. 設立者(共同の場合を含む) 2. 設立者の家族 3. 被雇用者		

問 2. 貴事業所の概要と職員についてお伺いいたします。(平成25年10月1日現在でお答えください)

①所在地	(_____)都・道・府・県 (_____)市・区・町・村																							
②開設主体	【当てはまるもの1つに○] 1. 公立(県、市町村) 2. 社会福祉法人 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 営利法人(株式会社、有限会社) 7. NPO 法人 8. その他(_____)																							
①開設年月	西暦	年	月																					
④定員数	1日あたり(_____)人																							
④同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス	【当てはまるもの <u>全て</u> に○] 1. 病院 2. 診療所 3. 特養(地域密着型を含む) 4. 老健 5. 介護療養型医療施設 6. 訪問入浴介護 7. 訪問看護 8. 訪問リハ 9. 通所介護 10. 通所リハ 11. ショートステイ 12. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウス) 13. サービス付き高齢者住宅 14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 15. 認知症対応型通所介護 16. 小規模多機能型居宅介護 17. 認知症対応型共同生活介護 18. 複合型サービス 19. 居宅介護支援 20. その他(_____)																							
②事業形態	【当てはまるもの1つに○】 1. 単独型 2. 併設型 3. 共用型																							
⑥加算の算定状況	<table border="0"> <tr> <td>①個別機能訓練加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>②若年性認知症受入加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>③栄養改善加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>④口腔機能向上加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>⑤延長加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>⑥入浴介助加算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> <tr> <td>⑦同一建物居住者にかかる減算</td> <td>1. 算定あり→(_____)件</td> <td>2. 算定なし</td> </tr> </table> <p>○ 申請できるのに、していない加算・減算はありますか? → はい・いいえ 【「はい」の場合、当てはまるもの<u>全て</u>に○] 1. 手続きがわからない・面倒 2. 利用者の負担を増やしたくない 3. その他(_____)</p>			①個別機能訓練加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	②若年性認知症受入加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	③栄養改善加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	④口腔機能向上加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	⑤延長加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	⑥入浴介助加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし	⑦同一建物居住者にかかる減算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし
①個別機能訓練加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
②若年性認知症受入加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
③栄養改善加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
④口腔機能向上加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
⑤延長加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
⑥入浴介助加算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						
⑦同一建物居住者にかかる減算	1. 算定あり→(_____)件	2. 算定なし																						

⑤介護保険外サービス	下記のうち、 介護保険以外のサービス として提供しているもの全てに○をつけ、平成25年9月1日～30日までの利用者数(延べ)をお知らせください。 1. 宿泊(お泊りデイ)----- (H25年9月の延べ利用者数: 人) 2. 利用時間延長サービス----- (H25年9月の延べ利用者数: 人) 3. 朝食、夕食の提供サービス----- (H25年9月の延べ利用者数: 人) 4. その他 ()																																																												
⑥営業日と登録者数	1. 貴事業所の営業日に○をつけてください【当てはまるもの <u>全て</u> に○】 1. 月 2. 火 3. 水 4. 木 5. 金 6. 土 7. 日 8. 祝・祭日 2. 貴事業所の全登録者数(実人数)をお知らせください: _____ 人																																																												
⑩9月の実績	1. 9月の営業日数: _____ 日 2. 9月の実利用者数(延べ): _____ 人 3. 9月の欠席者数: _____ 人																																																												
⑦稼働率 平成25年9月1日～30日までの1ヶ月	_____ % (小数点第一位まで) 計算式: 稼働率=9月の実利用者数(延べ)÷(9月の営業日×1日当たりの定員) 例: 91.2% =208人÷228(営業日19日×1日当たりの定員12名)																																																												
⑧欠席の有無と理由・内訳	平成25年9月1日～30日の間に、欠席をした利用者はいましたか? はい ・ いいえ ↓ 欠席の理由の内訳と日数をお知らせ下さい。 <table border="1" data-bbox="512 1025 1321 1335"> <thead> <tr> <th>欠席の理由</th> <th>日数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. 通院</td><td>日</td></tr> <tr><td>2. 入院</td><td>日</td></tr> <tr><td>3. 短期入所生活介護(ショートステイ)利用</td><td>日</td></tr> <tr><td>4. 家族の都合(冠婚葬祭含む)</td><td>日</td></tr> <tr><td>5. 本人の拒否</td><td>日</td></tr> <tr><td>6. 体調不良</td><td>日</td></tr> <tr><td>7. その他()</td><td>日</td></tr> </tbody> </table>	欠席の理由	日数	1. 通院	日	2. 入院	日	3. 短期入所生活介護(ショートステイ)利用	日	4. 家族の都合(冠婚葬祭含む)	日	5. 本人の拒否	日	6. 体調不良	日	7. その他()	日																																												
欠席の理由	日数																																																												
1. 通院	日																																																												
2. 入院	日																																																												
3. 短期入所生活介護(ショートステイ)利用	日																																																												
4. 家族の都合(冠婚葬祭含む)	日																																																												
5. 本人の拒否	日																																																												
6. 体調不良	日																																																												
7. その他()	日																																																												
⑩経営状況	平成24年度における貴事業所の収支はいかがでしたか? 法人内部の調整分等を除き、貴事業所単独の収支でお答えください。【当てはまるもの1つに○】 1. 余裕のある黒字であった 2. かろうじて黒字であった 3. わずかに赤字であった 4. 大幅に赤字であった 5. わからない																																																												
⑪職員体制	職員体制についてお知らせください。兼務者がいる場合、実質の労働時間数を基に常勤換算を算出してください。 <table border="1" data-bbox="416 1592 1417 1928"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">実人数</th> <th rowspan="2">常勤換算 合計</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">実人数</th> <th rowspan="2">常勤換算 合計</th> </tr> <tr> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>看護師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>ホームヘルパー</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>准看護師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>社会福祉士・ 精神保健福祉士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>医師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>管理栄養士・ 栄養士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>歯科医師</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>歯科衛生士</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>PT、OT、ST</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>その他</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> 常勤換算の計算式: 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。 〔換算数〕=〔職員の1週間の勤務時間〕÷〔事業所が定めている1週間の勤務時間〕		実人数		常勤換算 合計		実人数		常勤換算 合計	常勤	非常勤	常勤	非常勤	介護福祉士	人	人	人	看護師	人	人	人	ホームヘルパー	人	人	人	准看護師	人	人	人	介護支援専門員	人	人	人	社会福祉士・ 精神保健福祉士	人	人	人	医師	人	人	人	管理栄養士・ 栄養士	人	人	人	歯科医師	人	人	人	歯科衛生士	人	人	人	PT、OT、ST	人	人	人	その他	人	人	人
	実人数		常勤換算 合計				実人数			常勤換算 合計																																																			
	常勤	非常勤			常勤	非常勤																																																							
介護福祉士	人	人	人	看護師	人	人	人																																																						
ホームヘルパー	人	人	人	准看護師	人	人	人																																																						
介護支援専門員	人	人	人	社会福祉士・ 精神保健福祉士	人	人	人																																																						
医師	人	人	人	管理栄養士・ 栄養士	人	人	人																																																						
歯科医師	人	人	人	歯科衛生士	人	人	人																																																						
PT、OT、ST	人	人	人	その他	人	人	人																																																						

⑫職員研修の実施状況	<p>昨年度(平成24年4月1日～平成25年3月31日)における、職員研修(利用者に関わるもの全て:例 記録の取り方、口腔ケア等)の開催・参加状況をお知らせください。</p> <p>1. 職場内での研修の開催数をお知らせください: _____ 回</p> <p>2. 職場外での研修参加人数を延べでお知らせください: _____ 人</p>
------------	--

問3. 登録者についてお伺いします。(平成25年10月1日現在でお答えください)

④性別・年齢	<p>利用者の性別と年齢をお知らせください。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>男性</th> <th>女性</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>64歳以下</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>65～69歳</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>70～74歳</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>75～79歳</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>80～84歳</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>85歳以上</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>		男性	女性	64歳以下	人	人	65～69歳	人	人	70～74歳	人	人	75～79歳	人	人	80～84歳	人	人	85歳以上	人	人	合計	人	人
	男性	女性																							
64歳以下	人	人																							
65～69歳	人	人																							
70～74歳	人	人																							
75～79歳	人	人																							
80～84歳	人	人																							
85歳以上	人	人																							
合計	人	人																							
⑤要介護度	<p>利用者の要介護度をお知らせください。</p> <p>1. 要支援1: _____ 人 2. 要支援2: _____ 人 3. 要介護1: _____ 人</p> <p>4. 要介護2: _____ 人 5. 要介護3: _____ 人 6. 要介護4: _____ 人</p> <p>7. 要介護5: _____ 人</p>																								
⑥認知症高齢者の日常生活自立度	<p>(サービス担当者会議で配られる資料を参考にしてください)</p> <p>1. I: _____ 人 2. IIa: _____ 人 3. IIb: _____ 人 4. IIIa: _____ 人</p> <p>5. IIIb: _____ 人 6. IV: _____ 人 7. M: _____ 人 8. 不明: _____ 人</p>																								
⑦障害高齢者の日常生活自立度	<p>(サービス担当者会議で配られる資料を参考にしてください)</p> <p>1. 自立: _____ 人 2. J1: _____ 人 3. J2: _____ 人 4. A1: _____ 人</p> <p>5. A2: _____ 人 6. B1: _____ 人 7. B2: _____ 人 8. C1: _____ 人</p> <p>9. C2: _____ 人 10. 不明: _____ 人</p>																								
⑧原因疾患	<p>利用者の原因疾患について、お知らせください。複数の疾患をお持ちの方は、「混合」でカウントしてください。</p> <p>1. アルツハイマー型: _____ 人 2. 血管性: _____ 人 3. 混合: _____ 人</p> <p>4. レビー小体型: _____ 人 5. 前頭側頭型: _____ 人 6. 不明: _____ 人</p>																								
⑨利用者の同居者の状況	<p>I. 利用者の同居状況についてお知らせください。</p> <p>1. 1人暮らし: _____ 人 2. 配偶者と二人暮らし: _____ 人</p> <p>3. 配偶者以外の65歳以上親族(兄弟、子供等)と同居: _____ 人</p> <p>4. その他: _____ 人</p> <p>II. 2～4の利用者のうち、日中独居の方は何人いますか?: _____ 人</p>																								
⑩居住系サービスの待機者	<p>利用者のうち、介護老人福祉施設やグループホーム等への入所・入居待ちの方は何名いらっしゃいますか? _____ 人</p>																								

問 4. 貴事業所における取り組みについてお伺いします。（平成25年10月1日現在でお答えください）

<p>①医療的措置が必要な利用者について</p>	<p>1. 現在、医療的措置が必要な利用者はいますか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>↳ 「はい」の場合、どのような医療措置が必要でしょうか？ 当てはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>1. インスリン注射 2. 中心静脈栄養の管理 3. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 4. 酸素療法 5. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 6. じょくそうの処置 7. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 8. 喀痰吸引 9. 服薬管理 9. その他()</p> <p>2. これまで、医療的措置が必要なために、<u>利用をお断りした人</u>はいますか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>↳ 「はい」の場合、どのような医療措置が必要でしたでしょうか？ 当てはまるもの全てに○をつけてください。</p> <p>1. インスリン注射 2. 中心静脈栄養の管理 3. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理 4. 酸素療法 5. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) 6. じょくそうの処置 7. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) 8. 喀痰吸引 9. 服薬管理 9. その他()</p> <p>3. 今後、痰の吸引や経管栄養等、医療的措置が必要になる方が増える可能性があります。貴事業者では、将来的に、どのように対応したいと考えていらっしゃいますか？ 【最も当てはまるもの1つに○】</p> <p>1. どのような医療措置であろうと、可能な限り対応したい 2. 現職員の研修を充実させ、一部の医療措置に対応したい 3. 認知症の症状が強い利用者を中心にサービスを提供したいので、医療的措置が必要な方には別の事業所の利用をお勧めしたい 4. 現段階では不明(「法人の意向に沿う」を含む)</p>																												
<p>②協力病院の有無</p>	<p>現在、協力病院・医院はありますか？ 1. はい ・ 2. いいえ</p>																												
<p>④他のサービスとの連携の状況</p>	<p>A. 他の関連するサービスと、情報提供等の連携(家族等による仲介を含む)はしていますか？【最も当てはまるもの1つに○】</p> <table border="1" data-bbox="448 1541 1401 1805"> <thead> <tr> <th></th> <th>ほとんどのケースで連携している</th> <th>ケースによって連携している</th> <th>ほとんど連携していない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 医師・看護師</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2. 短期入所生活介護</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3. 訪問介護</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4. 訪問看護</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5. ケアマネジャー</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6. その他()</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>B. 連携をとっている他のサービスは、貴事業所と同じ法人(法人内)ですか？ 【当てはまるもの1つに○】</p> <p>1. はい。連携をとっている事業所は全て法人内です。 2. はい。一部は法人内で、一部は別です。 3. いいえ。法人内の事業所は一つもありません。 4. その他()</p>		ほとんどのケースで連携している	ケースによって連携している	ほとんど連携していない	1. 医師・看護師	3	2	1	2. 短期入所生活介護	3	2	1	3. 訪問介護	3	2	1	4. 訪問看護	3	2	1	5. ケアマネジャー	3	2	1	6. その他()	3	2	1
	ほとんどのケースで連携している	ケースによって連携している	ほとんど連携していない																										
1. 医師・看護師	3	2	1																										
2. 短期入所生活介護	3	2	1																										
3. 訪問介護	3	2	1																										
4. 訪問看護	3	2	1																										
5. ケアマネジャー	3	2	1																										
6. その他()	3	2	1																										

<p>⑤家族等への支援について</p>	<p>1. 貴事業所で行っている利用者家族等への支援について、お知らせ下さい。</p> <table border="1" data-bbox="480 241 1374 488"> <tr> <td></td> <td>実施をしていますか？</td> </tr> <tr> <td>1. 個別の介護アドバイス(書面、電話、対面等)</td> <td>1. はい 2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>2. 介護者勉強会の開催</td> <td>1. はい 2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>3. 個別の相談受付(書面、電話、対面等)</td> <td>1. はい 2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>4. その他(具体的に: _____)</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. 家族等への支援を行う上で、困難と感じているもの、感じたことがあるものに○をつけてください【当てはまるもの全てに○】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の認知症に対する理解がない 2. 家族が認知症の人を虐待(身体的、精神的、金銭的)している 3. 介護のアドバイス等を守ってくれない 4. なんでも事業所任せにする 5. どんなことでも事業所に苦情を言う 6. 料金を払わない 7. 家族の中で意見が異なる 9. その他(_____) 		実施をしていますか？	1. 個別の介護アドバイス(書面、電話、対面等)	1. はい 2. いいえ	2. 介護者勉強会の開催	1. はい 2. いいえ	3. 個別の相談受付(書面、電話、対面等)	1. はい 2. いいえ	4. その他(具体的に: _____)																																																																					
	実施をしていますか？																																																																														
1. 個別の介護アドバイス(書面、電話、対面等)	1. はい 2. いいえ																																																																														
2. 介護者勉強会の開催	1. はい 2. いいえ																																																																														
3. 個別の相談受付(書面、電話、対面等)	1. はい 2. いいえ																																																																														
4. その他(具体的に: _____)																																																																															
<p>③受入れをお断りしたケース</p>	<p>平成24年4月1日～平成25年3月31日までの間に、貴事業所が利用をお断りした人についてお知らせください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用をお断りした人はいますか？ 1. はい ・ 2. いいえ(⇒次の質問にお進み下さい) 2. 「はい」の場合、利用をお断りした理由をお知らせください【当てはまるもの全てに○】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 定員オーバーのため 2. 区域外のため 3. 区域内だが遠距離等により送迎が不可能なため 4. 職員の手が足りないため 5. 他の利用者トラブルがあったり、プログラムの遂行に影響がでる(可能性含む) 6. 認知症の症状により、職員の対応力を超えるため(具体的な症状: _____) 7. 身体介護の必要度が高く、職員の対応力を超えるため(具体的な状態: _____) 8. 入院等により長期間利用が見込めないため 9. 事業所と家族にトラブルがあったため 10. その他(_____) 																																																																														
<p>⑥事業所経営における課題</p>	<p>事業所経営における課題をお知らせください。【当てはまるもの1つに○】</p> <table border="1" data-bbox="405 1462 1453 2018"> <thead> <tr> <th></th> <th>困 つて 非 常 に</th> <th>困 つて い る や や</th> <th>ど ち ら と も い え な い</th> <th>困 つ て い な い そ ん な に</th> <th>困 つ て い な い 全 く</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. 関係機関との関係づくりや対応</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>2. 利用者の認知症の症状への対応</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>3. 利用者のADL重度化への対応</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>4. 利用者数の確保</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>5. 利用者の欠席(収入の減少)</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>6. 家族との関係づくりや対応</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>7. 職員数の確保</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8. 職員のケアの質の維持・向上</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>10. 地域の人々の認知症への理解</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>11. 地域の人々との関係づくり</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>12. 収支のバランス</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>13. 事務書類の多さ</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>		困 つて 非 常 に	困 つて い る や や	ど ち ら と も い え な い	困 つ て い な い そ ん な に	困 つ て い な い 全 く	1. 関係機関との関係づくりや対応	5	4	3	2	1	2. 利用者の認知症の症状への対応	5	4	3	2	1	3. 利用者のADL重度化への対応	5	4	3	2	1	4. 利用者数の確保	5	4	3	2	1	5. 利用者の欠席(収入の減少)	5	4	3	2	1	6. 家族との関係づくりや対応	5	4	3	2	1	7. 職員数の確保	5	4	3	2	1	8. 職員のケアの質の維持・向上	5	4	3	2	1	10. 地域の人々の認知症への理解	5	4	3	2	1	11. 地域の人々との関係づくり	5	4	3	2	1	12. 収支のバランス	5	4	3	2	1	13. 事務書類の多さ	5	4	3	2	1
	困 つて 非 常 に	困 つて い る や や	ど ち ら と も い え な い	困 つ て い な い そ ん な に	困 つ て い な い 全 く																																																																										
1. 関係機関との関係づくりや対応	5	4	3	2	1																																																																										
2. 利用者の認知症の症状への対応	5	4	3	2	1																																																																										
3. 利用者のADL重度化への対応	5	4	3	2	1																																																																										
4. 利用者数の確保	5	4	3	2	1																																																																										
5. 利用者の欠席(収入の減少)	5	4	3	2	1																																																																										
6. 家族との関係づくりや対応	5	4	3	2	1																																																																										
7. 職員数の確保	5	4	3	2	1																																																																										
8. 職員のケアの質の維持・向上	5	4	3	2	1																																																																										
10. 地域の人々の認知症への理解	5	4	3	2	1																																																																										
11. 地域の人々との関係づくり	5	4	3	2	1																																																																										
12. 収支のバランス	5	4	3	2	1																																																																										
13. 事務書類の多さ	5	4	3	2	1																																																																										

⑦認知症に特化した個別ケアの実践について、あなたの姿勢と事業所の実践の状況をお知らせください。

	あなたの姿勢			事業所の実践		
	非常に大切にしている	大切にしている	あまり大切にしていない	常に実践できている	まあ実践できている	実践できていない
I：本人を知る(アセスメント)						
1. 本人が興味・関心を持っていることを知る	3	2	1	3	2	1
2. 本人が得意なこと・好きなこと、不得意なこと・嫌いなことを知る	3	2	1	3	2	1
3. 本人のADL、IADLを把握する	3	2	1	3	2	1
4. 本人が心地よいと感じるであろう環境(明るさ、静かさ等)を把握する	3	2	1	3	2	1
5. 本人が心地よいと感じるであろう関わり方(話しかけ方、介助の仕方等)を把握する	3	2	1	3	2	1
6. 本人が言葉にできない体の状態(痛みや疲労、便意・尿意等)に気がつく	3	2	1	3	2	1
7. 本人が言葉にできない気持ち(怒り、悲しみ、不安等)に気がつく	3	2	1	3	2	1
8. 本人の服薬状況や医療機関の受診の内容について、家族と情報交換をする	3	2	1	3	2	1
9. 本人の病気や服薬状況について、医師や看護師と情報交換をする	3	2	1	3	2	1
10. 不安症状や不適応行動がどのような時に生じるかを把握する	3	2	1	3	2	1
11. 在宅生活を継続させるための家族の意向や願いを把握する	3	2	1	3	2	1
II：アセスメントを基にした、通所介護計画の立案						
1. 本人の興味・関心に基づく計画づくり	3	2	1	3	2	1
2. 本人が達成感や役割意識を持てるような計画づくり	3	2	1	3	2	1
3. 本人の心身機能の維持・向上ができるような計画づくり	3	2	1	3	2	1
4. 他者(家族、友人、地域の人)とのつながりを維持・強化できる計画づくり	3	2	1	3	2	1
5. 帰宅後の状態の安定につながるような計画づくり	3	2	1	3	2	1
6. 在宅生活を継続させるための家族の意向や願いを反映している計画づくり	3	2	1	3	2	1
III：通所介護計画に基づく日々の支援の実践						
1. 本人の興味・関心に基づく活動を行う	3	2	1	3	2	1
2. 本人のペースに合わせた活動を行う	3	2	1	3	2	1
3. 本人が達成感や役割意識を持てる活動を行う	3	2	1	3	2	1
4. 本人の意欲を引き出すような働きかけを行う	3	2	1	3	2	1
5. 本人が持っている力を発揮できるような活動を行う	3	2	1	3	2	1
6. その日の活動を実践するための環境整備(落ち着ける場所づくり、集中できる環境、体を思い切り動かすことができる、等)を行う	3	2	1	3	2	1
7. 他者とのつながりを維持・強化できるような働きかけを行う	3	2	1	3	2	1
8. 帰宅後の状態の安定につながるような支援を行う	3	2	1	3	2	1
9. 体調の変化や服薬の影響など、気づいたこと、変化が見られたことを家族に伝える						
10. 在宅生活を継続させるための家族の意向や願いを反映した支援を行う	3	2	1	3	2	1
11. 不安症状や不適応行動がある時に、本人の気持ちや訴えようとするものの理解に努める	3	2	1	3	2	1
12. 通所介護計画に基づき、職員全員が一致した支援を行う	3	2	1	3	2	1

⑧デイサービスでの活動につきまして、以下の問いにお答え下さい。

1. 日々の活動予定の組み立て方について、A～Cのうち、より貴事業所の方法に近いものに○をつけてください。
 - A. 全体の活動予定(プログラム)を決めた後で、個々の認知症の人への対応を考える
 - B. 個々の利用者の活動予定(プログラム)を決めた後で、全体の流れを考える
 - C. その日によって異なる

2. 下記の1～8の目的別に、貴事業所で行っている活動(プログラム)の中で代表的なものを2つ挙げてください。同じアクティビティが複数の目的に入っても構いませんし、ない場合には空欄でも結構です。

活動の目的	例	代表的な活動(アクティビティ)	
		1.	2.
1. 利用者の過去の仕事や経験などを活かす	大工、	1.	2.
2. 利用者一人一人が役割をもって取り組む	調理、	1.	2.
3. 個々の利用者の趣味や興味	カラオケ、裁縫	1.	2.
4. 脳のトレーニング	オセロ、ボードゲーム	1.	2.
5. 身体機能の維持・向上	散歩、ストレッチ	1.	2.
6. 地域の人と交流を持つ	買い物、音楽会	1.	2.
7. 利用者同士の交流を持つ	遠足、調理	1.	2.
8. その他（具体的に:)		1.	2.

*ここで挙げている例はあくまでも参考であり、やり方によっては他の目的で行われていること(例:調理⇒利用者の過去の仕事や経験などを活かす活動、個々の利用者の趣味や興味に基づく活動、等)があります。

質問は以上です。お忙しいところ、ご丁寧な回答を誠にありがとうございました。

今後の国の制度・施策づくりに役立てていきたいと思っております。

★聞き取り調査へのご協力をお願い

本研究事業では、質問紙を基に、認知症対応型通所介護事業所が取り組んでいる個別ケアの方法や家族支援の具体的な内容、事業所経営に関するご意見等をお伺いすべく、聞き取り調査を行う予定です。時期としては12月初め～1月下旬までを予定しており、全国5か所程度で開催いたします。聞き取り調査は約3時間程度で、地域性や事業規模等を考慮し、4事業所程度にお集まりいただき、グループインタビュー形式で行う予定です。

調査の結果は、質問紙による調査同様、認知症対応型通所介護の今後のあり方を検討する際の重要な参考資料とさせていただきます。聞き取り調査にご協力を頂ける管理者の方は、お手数ですが、下記にお名前とご連絡先をご記入いただけますでしょうか？

業務ご多忙の折、勝手なお願いで大変恐縮ではございますが、趣旨をお汲み取りの上、ご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

管理者の方のお名前	
事業所名	
ご連絡先電話番号	
Email アドレス	

*聞き取り調査の会場までの交通費と謝礼をお支払いたします。

(案)

利用者ID：(01-1-001-1)

平成25年度厚生労働省介護報酬改定検討・研究委員会研究事業 「認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究」(利用者調査)			
①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	歳
③利用開始月	西暦 年 月	④1週間当たりの登録日数	日
⑤要介護度	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 不明		
⑥認知症高齢者の日常生活自立度	(サービス担当者会議で配られる資料を参考にしてください)【当てはまるもの1つに○】 (1.自立) 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IV 8. M 9. 不明		
⑦障害高齢者の日常生活自立度	(サービス担当者会議で配られる資料を参考にしてください)【当てはまるもの1つに○】 1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2 10. 不明		
⑧現在有している傷病	【当てはまるもの全てに○】 1. 高血圧 2. 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 高脂血症(脂質異常) 6. 呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等) 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等) 10.外傷(転倒・骨折等) 11. がん(新生物) 12. 血液・免疫の病気 13. うつ病 14. パーキンソン病 15. 目の病気 16. 耳の病気 17. その他() 18. ない		
⑨治療の有無	(⑩の傷病の治療) 1. あり 2. なし 3. 不明		
⑩認知症の原因疾患	【当てはまるもの全てに○】 1. アルツハイマー型 2. 血管性 3. レビー小体型 4. 前頭側頭型 5. 不明		
⑪健康状態	健康状態について、ご本人に確認をしてください。【当てはまるもの1つに○】 1. とてもよい 2. よい 3. あまり良くない 4. よくない 5. 不明		
⑫痛みの有無	日常生活における痛みについて、ご本人に確認をしてください。【当てはまるもの1つに○】 1. 日常生活に支障のある痛みがある 2. ない 3. 不明		
⑬世帯構成	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. その他同居(①高齢者(65歳以上)のみ、②それ以外)		
⑭介護者の有無	1. あり →(主介護者 ①配偶者 ②子供 ③その他:) 2. なし		
⑮介護力	1. 介護できる者がいる 2. 時間帯によっては介護できる者がいる 3. 介護できる者がいない		
⑯現在の住まい	1. 一戸建て 2. 集合住宅		
⑰住居の形態	【当てはまるもの1つに○】 1. 持家 2. 民間賃貸住宅 3. 公営賃貸住宅(市・県営、都市機構、公社等) 4. 借間 5. その他()		
⑱9月の欠席回数	H25.9.1~9.30の間の欠席回数: 回		
⑲欠席の理由	【当てはまるもの全てに○】 1. 通院 2. 入院 3. ショート利用 4. 家族の都合 5. ご本人の拒否 6. 体調不良 7.その他()		
⑳ADL (デイサービス 利用中)	A. 屋内移動 (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助) B. 屋外移動 (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助) C. 食事 (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助) D. 排泄 (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助) E. 入浴 (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助) F. 整容・着替え (1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助)		

②IADL 等	1. 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなる ことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	2. 5分前に聞いた話を思い出せないことがありま すか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	3. 自分の生年月日がわからなくなる ことがありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	4. 今日が何月何日かわからなくなるとき がありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	5. 自分のいる場所がどこだかわからなくな ることはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	6. 道に迷って家に帰ってこれなくなる ことはありますか	1. まったくない 2. ときどきある 3. 頻繁にある 4. いつもそうだ
	7. 電気やガスや水道が止まってしま った時に自分で判断できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	8. 一日の計画を自分で立てることが できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	9. 季節や状況にあった服を自分で 選ぶことができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	10. 一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	11. バスや電車、自家用車などを使 って一人で外出できますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	12. 貯金の出し入れや、家賃や公 共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	13. 電話をかけることができますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	14. 自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
	15. 自分で、薬を決まった時間に決 まった分量のむことはできますか	1. 問題なくできる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. まったくできない
②認知機能と認知 症の状態につ いて	【当てはまるもの1つに○】	
	認知機能 (要介護認定 認定調査票より)	現在 (デイ利用中)
	1. 意思の伝達	1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない
	2. 自分の名前を言うこと	1. できる 2. できない
	3. 今の季節を理解すること	1. できる 2. できない
	4. 徘徊	1. ない 2. ときどきある 3. ある

精神・行動障害 (要介護認定 認定調査票より一部抜粋)	貴事業所 利用開始時	現在 (デイ利用中)
1. 物を盗られたなどと被害的になる	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
2. 作話	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
3. 大声を出す	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
4. 介護に抵抗する	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
5. 「家に帰る」等と言い落ち着きがない	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
6. 1人で外に出たがり目が離せない	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
7. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
8. 物を壊したり、衣類を破いたりする	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
9. 意味もなく独り言や1人笑いをする	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
10. 自分勝手に行動する	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある
11. 昼夜の逆転がある	1. なかった 2. ときどきあった 3. あった 4. 不明	1. ない 2. ときどきある 3. ある

質問は以上です。

お忙しいところ、ご丁寧な回答を誠にありがとうございました。

今後の国の制度・施策づくりに役立てていきたいと思っております。

（案）

01-1-0001-01

平成25年度厚生労働省介護報酬改定検討・研究委員会研究事業

「認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究」（主な介護者用）

この調査は、認知症の人に対する通所型サービスのあり方を検討し、厚生労働省介護報酬検討・研究委員会に提出する資料を作成することを目的に、平成25年8月1日現在、認知症対応型通所介護（この調査用紙を配ったサービス）を利用されている方の主な介護者の方を対象にお願いをしています。

皆様の回答は数的に保管・処理され、個人情報や利用者の方の情報等が漏えいしたり、特定されたりすることは一切ございません。

お忙しい中、誠に恐縮ではございますが、認知症対応型通所介護の取組みや家族支援のあり方、および国の制度・施策づくりの重要な調査（特に介護報酬）となりますので、ご協力のほど、何卒宜しくお願いいたします。

- ・ この調査用紙は「介護者調査」です。
- ・ 「介護者調査」は1事業者あたり、10人の利用者の主な介護者の方にお問い合わせをしております。
- ・ デイサービスの利用者様を主に介護されている方がご回答ください。
- ・ ご不明な点やご質問等がございましたら、下記にお問い合わせください。

- 調査実施機関・お問合せ先
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター （担当：●●、●●、●●）

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
Tel. : XX-XXXX-XXXX（代表）
Fax : XX-XXXX-XXXX
Email : XXX@XXX.XX.XX
URL : www.dcnnet.gr.jp

- 担当主管
厚生労働省 老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室

ご記入いただきました調査用紙（本紙）は、お渡しした返信用封筒（切手は不要です）に入れ、11月15日（金）までにご投函くださいますよう、お願いいたします。

問 1. ご回答者様についてお伺いします。

(01-1-0001-01)

①性別	1. 男 2. 女	②お住いの市区町村	市 区 町 村
②年齢	ご回答者様の年齢をお知らせください。【当てはまるもの1つに○】 1. 39歳以下 2. 40歳～49歳 3. 50～59歳 4. 60～69歳 5. 70～79歳 6. 80歳以上		
③ご本人（認知症対応型通所介護の利用者）からみた続柄	ご本人からみた続柄をお知らせください。【当てはまるもの1つに○】 1. 配偶者 2. 子（義理を含む） 3. 孫 4. 兄弟・姉妹 5. 1～4以外の親族 6. 友人・知人等 7. その他（ 8. 介護保険サービス事業所の職員（ケアマネジャー、ヘルパー等）		
	以下は、③「ご本人からみた続柄」で、「8. 介護保険サービス事業所の職員」以外の方のみお答えください（事業所の方は問2にお進み下さい）		
④ご本人との同居の状況	④-1. ご本人と一緒に住まいですか？ 1. 同居している（二世帯住宅を含む） 2. <u>同居していない</u> → ④-2. 居住場所をお知らせください 1. 同一敷地内の別棟 2. 同一市区町村 3. その他の地域		
⑤介護の頻度	ご本人様が認知症対応型通所サービスを利用していない日の、1日の平均的な介護時間はどのぐらいですか？【当てはまるもの1つに○】 1. ほとんど終日 2. 半日程度 3. 2～3時間程度 4. 必要なときに手をかす程度 5. その他		
⑥ご回答者様以外の介護者	ご回答者様以外に、日常的に介護に関わっている人はいますか？ 【当てはまるもの全てに○】 1. ご本人の配偶者 2. ご本人の子供（義理を含む） 3. ご本人の孫 4. ご本人の兄弟・姉妹 5. 介護保険サービス事業所から派遣される訪問介護員や訪問看護師 6. 介護保険サービス事業所以外の介護員・ボランティア等 7. その他		
⑦ご回答者様の健康状態	ご回答者様の健康状態をお知らせください【当てはまるもの1つに○】 1. 極めて健康である 2. まあ健康である 3. あまり健康ではない 4. 病気がちである		

⑥利用を断られたサービス	<p>A. これまでに、認知症の症状により、介護保険サービスの他の事業所等から利用をお断りされた経験はありますか？</p> <p>1. はい・2. いいえ</p> <p>↳ B. 「はい」の場合、以下のどの事業所からお断りをされましたか？ 【当てはまるもの全てに○】</p> <p>1. デイサービス・デイケア(通所介護・通所リハビリテーション)</p> <p>2. ホームヘルパー(訪問介護)</p> <p>3. 短期入所生活介護(ショートステイ)</p> <p>4. その他()</p>																																														
⑧医療機関への受診について	<p>ご本人は、定期的に認知症の治療を受けていますか？</p> <p>1. はい、治療をうけています 2. いいえ、治療をうけていません</p> <p>3. わかりません</p>																																														
⑩認知症の症状について	<p>ご本人に下記のような症状は日常的に見られました・見られますか？ 【当てはまるところ1つに○】</p>																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">認知症デイの利用開始前</th> <th colspan="2">現在</th> </tr> <tr> <th>デイの利用当日</th> <th>デイがない日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 物を盗られたなどと被害的になることが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>2. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>4. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>5. 暴言や暴行が</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>6. 助言や介護に抵抗することが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>7. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>8. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるものが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>9. 火の始末や火元の管理ができないことが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> <tr> <td>10. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが</td> <td>1. ない 2. ときどきあった 3. あった</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> <td>1. ない 2. ときどきある 3. ある</td> </tr> </tbody> </table>		認知症デイの利用開始前	現在		デイの利用当日	デイがない日	1. 物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	2. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	4. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	5. 暴言や暴行が	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	6. 助言や介護に抵抗することが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	7. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	8. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるものが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	9. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある	10. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある
	認知症デイの利用開始前			現在																																											
		デイの利用当日	デイがない日																																												
1. 物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
2. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
4. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
5. 暴言や暴行が	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
6. 助言や介護に抵抗することが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
7. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
8. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるものが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
9. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												
10. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1. ない 2. ときどきあった 3. あった	1. ない 2. ときどきある 3. ある	1. ない 2. ときどきある 3. ある																																												

(介護保険サービス事業者の職員の方はここで終了です。ご協力、ありがとうございました)

問3. 認知症対応型通所介護を利用しての感想と、今後についてお伺いいたします。

① 認知症対応型通所介護を利用したきっかけ	認知症対応型通所介護(この調査用紙をお願いした事業所)を利用したきっかけはなんですか？【当てはまるもの1つに○】 <ol style="list-style-type: none"> 1. ケアマネジャー(介護支援専門員)から紹介された 2. 友人・知人・家族等に紹介され、ケアマネジャーに相談をした 3. 他のサービス(例:通所介護や短期入所生活介護)から紹介された 4. 自分で調べた 5. わからない・忘れた
② 認知症対応型通所介護の満足度	認知症対応型通所介護に対する満足度についてお知らせください。【当てはまるもの1つに○】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 大変満足している 2. やや満足している 3. どちらとも言えない 4. やや不満である 5. 大変不満である
③ 家族支援について	認知症対応型通所介護事業所(この調査用紙をお願いした事業所)から、以下のような支援を受けていますか？【当てはまるもの全てに○】 <ol style="list-style-type: none"> 1. ご本人への介護の仕方に関する相談・助言 2. サービスを利用している家族を対象とした介護の勉強会 3. ご家族の悩みや心配、不安などへの相談・助言 4. その他()
④ 今後の意向	ご本人の介護について、今後どのようにしたいと考えていますか？ ご回答者様の気持ちをお知らせください。【当てはまるもの1つに○】 <ol style="list-style-type: none"> 1. 最期まで今の家で見ていきたい 2. 子供の家等に移ってもらい、そこで見ていきたい 3. 必要に応じて居住系サービス(施設・グループホーム)を利用したいがまだ申し込みはしていない 4. 居住系サービス(施設・グループホーム)の利用を考えており、すでに申し込みをしている 5. まだ決められない・わからない

質問は以上です。お忙しいところ、ご丁寧な回答を誠にありがとうございました。
 今後の国の制度・施策づくりに役立てていきたいと思っております。

平成25年度介護報酬改定検証・研究委員会事業

認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する調査研究

聞き取り調査票（案）

1. 認知症の人に対する個別ケア（専門的ケア）を実施するにあたり、①特に重視していることと、②工夫していることをお知らせください。
①
②
2. 在宅での生活をできる限り継続していただくために、ご家族等に対して行っている支援の方法・内容を具体的にお知らせください。
方法
内容
3. これまでのご経験で、認知症の人の症状で、①ケアの効果が表れやすい症状はありますか？②ケアの効果が表れにくい症状は何でしょうか？③ケアの効果が表れにくい症状に対し、どのように対応していますか？
①
②
③
4. 質問紙調査で挙げた事業所経営における困りごとに対し、貴事業所ではどのような工夫や取り組みを行っていらっしゃいますか？
5. 日々のケアの中で、もっとも大切にしていることは何ですか？