

第 2 回 介護保険・地域包括ケア委員会

日時：令和 3 年 11 月 10 日 (水) 15:00～

場所：オンライン会議

1. 挨拶

2. 議 事

〔報告事項〕

(1) 介護保険関係通知

- ① 「「介護サービス情報の公表」制度の施行について」の一部改正について (0 1 - 1)
- ② 「令和 3 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (令和 3 年度調査) への協力依頼について」の送付について (0 1 - 2)
- ③ 介護サービス事業所・施設における令和 3 年 10 月以降の新型コロナウイルス感染症に対応するためのかかり増し経費等への対応について (0 1 - 3)
- ④ 障害者総合支援法の対象となる疾病の見直しに関する周知について (0 1 - 4)
- ⑤ 令和 3 年度神奈川県認知症施策評価のためのアンケート調査の実施について (0 1 - 5)
- ⑥ 認知症にかかわる支援者や専門職の皆さまへの認知症の人の家族支援に関するアンケート調査ご協力をお願い (0 1 - 6)

(2) 介護支援専門員多職種連携研修の講師の推薦について (0 2)

(3) 認知層予防事業コンソーシアムが実施する認知症事業について (0 3)

〔協議事項〕

(4) 終末期における在宅医療・介護多職種協働推進研修会 (12/16, 3/22) の開催について (0 4)

(5) 認知症サポート医フォローアップ研修会 (1/25) の開催について (05)

(6) 介護保険「主治医意見書研修会 (2/9) の開催について (06)

(7) かかりつけ医認知症対応力向上研修会の開催について (07)
〔平塚市、秦野伊勢原、中郡医師会合同〕

[その他]

(8) 第3回地域共生社会推進全国サミット in かまくら (11/18~11/19) について (08)

(9) その他

次回開催予定

第3回 日時：令和4年1月12日(水) 15:00~

場所：オンライン会議

※地域医療対策委員会は休会です

神奈川県医師会 介護保険・地域包括ケア委員会 委員名簿

[任期：令和5年6月30日迄]

委員長 大橋博樹(川崎市)

副委員長 赤羽重樹(横浜市)

副委員長 武井和夫(小田原)

秋澤暢達(横須賀市)

長谷川太郎(鎌倉市)

小宮山学(平塚市)

水沼信之(茅ヶ崎)

松山齐久(座間綾瀬)

石井由佳(藤沢市)

丸山博志(秦野伊勢原)

加藤佳央(足柄上)

八木健太郎(厚木)

秋間禮二(逗葉)

土肥直樹(相模原市)

宮木大(大和市)

兒玉康史(三浦市)

木内忍(中郡)

内山喜一郎(海老名市)

篠原裕希(県病院協会)

山本千恵(県高齢福祉課)

[本会役員]

竹村克二(担当副会長)

古井民一郎(担当理事)

恵比須亨(副会長)

小松幹一郎(理事)

磯崎哲男(理事)

令和3年9月22日

公益社団法人 神奈川県医師会 会長 様

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長

(公 印 省 略)

令和3年度 神奈川県認知症施策評価のためのアンケート調査の実施について (依頼)

本県の高齢者福祉行政の推進につきましては、日頃から格別のご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

県では、令和2年度に実施した「認知症施策評価のためのアンケート調査 (以下アンケート)」の結果を踏まえた「かながわ高齢者保健福祉計画 (第8期)」に基づき、認知症施策に取り組んでいます。

このたび、認知症を取り巻く状況を継続的に把握するとともに、「かながわ高齢者保健福祉計画 (第8期)」の認知症施策の進捗状況を評価するため、本調査を実施します。

つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、別紙「令和3年度 認知症施策評価アンケート調査の実施方法について」をご参照のうえ、来院・来所される方への周知等、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

なお、県ホームページからも回答できますので、ご活用ください。

結果につきましては、集計後ホームページに公表します。

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力をよろしくお願いいたします。

調査実施期間 令和3年9月22日 (水) ~令和4年1月17日 (月)

提出締切日 令和4年1月31日 (月)

メール、ファクシミリ、郵送等でご返信ください。

県のホームページ

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/ent/f6401/hyoukaanke-to.html>



問合せ先

高齢福祉グループ 宮崎・中田

電話 (045) 210-1111 (内線4848)

ファクシミリ (045) 210-8874

電子メール anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp

神奈川県

認知症の人と家族を支えるマーク



別紙

令和3年度 神奈川県認知症施策評価のためのアンケート調査の実施方法について

アンケート調査票を同封いたしますので、対象者の皆様への配布にご協力くださいますようお願いいたします。返信は、回答者から直接ご返送いただくか、とりまとめのうえ、ご返送ください。

1 調査の種類及び方法

(1) 認知症の方の暮らしアンケート調査

- ・本人用
- ・家族や介護者用

→方法① 認知症の方ご本人、ご家族に記入していただいでください。

(調査票は、下記の県ホームページからもダウンロードできます。)

→方法② 下記の県ホームページから、インターネットで回答ください。

(2) 神奈川県認知症施策についてのアンケート調査

→方法① 一般の方、支援者の方等に記入していただいでください。

(調査票は、下記の県ホームページからもダウンロードできます。)

→方法② 下記の県ホームページから、インターネットで回答ください。

<「認知症施策評価のためのアンケート調査」の実施について(県ホームページ)>

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/hyoukaanke-to.html>



2 実施期間

令和3年9月22日(水)～令和4年1月17日(月)

3 回答用紙の返信の方法と締切日

郵送、メールまたはファクシミリ等 締切日 令和4年1月31日(月)

4 公表

集計後、個人を特定しない形式で、神奈川県のホームページで公表します。

5 参考情報

昨年度実施した、認知症本人の生活の質 Quality of Life (QOL) を評価するための調査の「DEMQOL」「DEMQOL-Proxy」につきましては、聞き取り調査であり、コロナ禍での実施が困難な状況であることを踏まえ、今年度は依頼いたしません。信頼性、妥当性のある評価尺度であることから、認知症の方本人及び家族や介護者に直接接する機会がある方に活用していただけるよう、実施方法等をご案内いたします。

○ 「DEMQOL 日本版」、「DEMQOL-Proxy 日本版」について

- ・ 英国で開発された認知症本人の生活の質 Quality of Life (QOL) を評価するための尺度です。
- ・ 東京都健康長寿医療センター研究所において日本語版に訳され、信頼性と妥当性について検証を実施し、適切な内的信頼性、再検査信頼性、基準関連妥当性を有る認知症本人の QOL 評価尺度であることが確認されています。
- ・ 今のところ、日本語版では、合計点を使用する場合の信頼性と妥当性のみを検証しており、合計点で評価します。
- ・ 使用にあたってはライセンスや登録も不要で、料金も発生しません。
- ・ 「DEMQOL 日本版記録用紙」は 認知症の方本人用で、「DEMQOL-Proxy 日本版記録用紙」は、家族や介護者用です。
- ・ 実施にあたっては、「日本語版 DEMQOL、日本語版 DEMQOL-Proxy 面接マニュアル 使用にあたっての手引き」に沿って実施していただきますようお願いいたします。
- ・ リモート（ビデオ通話等、お互いに顔が見える方法に限る）での面接でも可能であることを、東京都健康長寿医療センター研究所に確認しています。

※詳細な実施方法は別添資料をご参照ください。

問合せ先

高齢福祉グループ 宮崎・中田

電話 (045) 210-1111 (内線 4848)

ファクシミリ (045) 210-8874

電子メール anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp

神奈川県
認知症の人と家族を支えるマーク



認知症の方の暮らしアンケート調査（本人用）【令和3（2021）年度版】

このたび、認知症施策の評価のため、認知症ご本人の暮らしの満足度に関するアンケート調査を実施します。集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県ホームページに公表します。ご協力をお願いします。（代筆による回答も可能です）

あなたの年代	40歳代以下	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代	100歳代
あなたの性別・居住地	性別（男・女・その他）・居住地（ ）市・町・村						
職業	有（ ）・無						
認知症と診断された年齢	（ ）歳ごろ（ ）年位前						
介護認定の有無	無・有（要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5）・不明						
普段の暮らしの中で、どのように感じていますか。 評価A～Dの当てはまるものに○をつけてください。 回答日 令和 年 月 日（代筆者：家族（ ）その他（ ））							
県の取組		調査項目 評価 A：とてもそう思う、B：わりとそう思う、C：少しそう思う、D：全くそう思わない					
認知症への理解を深めるための普及啓発	1	周りのすべての人が、認知症を正しく理解している	A・B・C・D				
	2	周りの人は、私の個性を大切に、したいことをいつも気にかけてくれる	A・B・C・D				
	3	周りの人は、私ができることは見守り、できないことはそばにいて助けてくれる	A・B・C・D				
	4	診断される前と同様、活動的に過ごしている	A・B・C・D				
認知症の早期診断・早期対応、容態に応じた適切な医療や介護等の提供	5	軽いうちに診断を受け、病気を理解できた	A・B・C・D				
	6	将来の過ごし方まで考えて決めることができた	A・B・C・D				
	7	身体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる医療機関等がある	A・B・C・D				
	8	医療（歯科医療を含む）と介護の支えで住み慣れたところで健やかに過ごしている	A・B・C・D				
就労や生活費等の経済的問題等を抱える人への支援	9	働く場を提供してほしい	A・B・C・D				
	10	就労を続けられる支援、経済的支援を受けられている	A・B・C・D				
介護者の精神的・身体的負担の軽減や支援	11	家族、介護者は、趣味やレクリエーションなどしたいことができています	A・B・C・D				
	12	家族の生活と人生にも十分な配慮がなされている	A・B・C・D				
	13	家族同士が学び、話し合う場（認知症カフェ、家族のつどいなど）がある	A・B・C・D				
認知症の人を見守る取組	14	身近に何でも相談できる人がいる	A・B・C・D				
	15	手助けしてもらいながら地域の一員として社会参加できている	A・B・C・D				
	16	家以外に、落ち着いていられる場所がある	A・B・C・D				
認知症の人本人支援の強化に取り組む	17	家族や社会に気兼ねすることなく過ごせている	A・B・C・D				
	18	本人支援の適切な情報を得ている	A・B・C・D				
	19	本人同志、相談しあい、語らう場（本人ミーティング・認知症カフェ、つどいなど）がある	A・B・C・D				
	20	自分なりに、社会に貢献することができている	A・B・C・D				
	21	自分に合ったサービスに意欲をもって参加している	A・B・C・D				
	22	自分の思いが尊重されていると思う	A・B・C・D				
	23	自分は、生きがいを感じている	A・B・C・D				
ご意見など							

認知症の方の暮らしアンケート調査（家族や介護者用）【令和3（2021）年度版】

このたび、認知症施策の評価のため、認知症の方のご家族や介護者の方に、暮らしの満足度をお聞きするアンケート調査を実施します。集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県ホームページに公表します。ご協力をお願いします。

認知症の方について	年齢（ ）歳代 性別（男・女・その他） 居住地（ ）市・町・村
	介護認定：無・有（要支援く ） 要介護く ） ・ 不明
あなたについて	年齢（ ）歳代 性別（男・女・その他） 居住地（ ）市・町・村
	ご職業（ （在宅勤務・その他） ）
	認知症の方（本人）との関係（ ） 認知症の方と（同居・別居）
普段の暮らしの中で、どのように感じていらっしゃいますか。 評価A～Dの当てはまるものに○をつけてください。 回答日 年 月 日	
県の取組	調査項目 評価 A：とてもそう思う、B：わりとそう思う、C：少しそう思う、D：全くそう思わない
認知症への理解を深めるための普及啓発	1 本人の周りのすべての人が、認知症を正しく理解してくれている A・B・C・D
	2 本人の周りの人は、認知症の本人の個性を大切に、したいことをいつも気にかけてくれている A・B・C・D
	3 本人の周りの人は、本人ができることは見守り、できないことはそばにいて助けてくれている A・B・C・D
	4 本人は診断される前と同様、活動的にすごしている A・B・C・D
認知症の早期診断・早期対応、容態に応じた適切な医療や介護等の提供	5 本人は軽いうちに診断を受け、病気を理解できた A・B・C・D
	6 本人が将来の過ごし方まで考えて決めることができた A・B・C・D
	7 本人の身体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる医療機関等がある A・B・C・D
	8 本人は医療(歯科医療を含む)と介護の支えで住み慣れたところで健やかにすごしている A・B・C・D
就労や生活費等の経済的問題等を抱える人への支援	9 本人の働く場を提供してほしい A・B・C・D
	10 本人は、就労を続けられる支援、経済的支援を受けられている A・B・C・D
介護者の精神的・身体的負担の軽減や支援	11 あなたは、趣味やレクリエーションなどしたいことができている A・B・C・D
	12 あなたの生活と人生にも十分な配慮がなされている A・B・C・D
	13 家族同士が学び、話し合う場（認知症カフェ、家族のつどいなど）がある A・B・C・D
認知症の人を見守る取組	14 本人は、身近に何でも相談できる人がいる A・B・C・D
	15 本人は手助けしてもらいながら地域の一員として社会参加できている A・B・C・D
	16 本人は、家以外に、落ち着いていられる場所がある A・B・C・D
認知症の本人本人支援の強化	17 本人は、家族や社会に気兼ねすることなく過ごせている A・B・C・D
	18 本人支援の適切な情報を得ている A・B・C・D
	19 本人同志、相談しあい、語らう場（本人ミーティング、認知症カフェ、つどいなど）がある A・B・C・D
	20 本人なりに、社会に貢献することができている A・B・C・D
	21 本人に合ったサービスに意欲をもって参加している A・B・C・D
	22 本人の思いが尊重されていると思う A・B・C・D
	23 本人は、生きがいを感じている A・B・C・D
ご意見など	

【問合せ・返信先】〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県高齢福祉課 高齢福祉グループ 宮崎・中田 電話：045-210-4846 FAX：045-210-8874

回答日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

神奈川県認知症施策についてのアンケート調査

このたび、県民の皆様から認知症施策に関するご意見をお聞きし、新たな取組の検討のための基礎資料として活用させていただくため、アンケートを実施します。

集計結果については、個人を特定しない形式で、神奈川県のホームページに公表します。ご多忙のところ恐縮ですが、皆様の御意見をお聞かせくださいますようご協力をお願いします。

該当する箇所には○、又はご記入ください。

(*がある用語については、アンケートの後に記載している用語説明を参考にしてください)

1 アンケートにお答えのご本人についてお答えください

(1) 年代

10 歳代・20 歳代・30 歳代・40 歳代・50 歳代・60 歳代・70 歳代・80 歳代以上

(2) 性別

00 男性	01 女性	03 その他
-------	-------	--------

(3) 回答者の状況をお答えください。

00 認知症のご本人	01 認知症の方がいるご家族	02 医療・保健・介護従事者
03 介護または看取りを終えた方	04 その他 ()	

(4) あなたの近隣づきあいはいかがですか。

--

(5) お住まいの地域についてお答えください。

((3) の 02 の回答者は勤務地に○をお願いします)

--

(6) あなたの職業についてお答えください

- 00 自営業
- 01 農林水産業
- 02 会社員
- 03 公務員
- 04 団体職員
- 05 家事専業
- 06 学生
- 07 パート・アルバイト
- 08 その他 ()

2 認知症に関してお答えください。

(1) あなたは、認知症サポーター[※]の講座を受けたことがありますか。

(2) あなた自身、もしくは身近な方(家族等)に認知症の疑いがある時、どこへ相談しますか。又は、相談されましたか。(当てはまるものすべて回答)

(3) 認知症の人と家族を地域で支えるためどんなことが必要だと思いますか。

(当てはまるものすべて回答)

- 00 日常的なあいさつなど日ごろの関係づくり
- 01 困っている様子を見たら、声をかける
- 02 ご家族の話聞く等、相談相手になる
- 03 相談機関を紹介する
- 04 認知症の理解や対応を学ぶ機会をもつ (認知症サポーターになる)
- 05 その他 ()

(4) 神奈川県(指定都市)では認知症施策として下記の取組を行っていますが、ご存知でしたか。
(当てはまるものすべて回答)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 00 認知症の普及啓発イベント(世界アルツハイマーデー* ₇ かながわ等) | |
| 01 認知症サポーター養成講座 | 02 キャラバン・メイト* ₈ 養成研修 |
| 03 かながわ認知症ポータルサイト(県)* ₉ | 04 かながわオレンジ大使(認知症本人大使)* ₁₀ |
| 05 コグニサイズ* ₁₁ | 06 認知症コールセンターの設置* ₁₂ |
| 07 認知症相談(保健福祉事務所・区役所等) | 08 認知症疾患医療センター設置 |
| 09 医療従事者の研修 | 10 認知症介護研修事業 |
| 11 若年性認知症支援コーディネーター設置 | 12 認知症等行方不明 SOS ネットワーク* ₁₃ |
| 13 オレンジパートナー* ₁₄ ネットワークウェブサイト(県) | |
| 14 リモート認知症カフェ* ₁₅ 応援事業(県)* ₁₆ | |
| 15 認知症の人と家族を支えるマーク* ₁₇ | 16 その他() 17 全て知らない |

(5) 市町村で、認知症施策として下記の取組を行っていますが、ご存知でしたか。
(当てはまるものすべて回答)

(6) 認知症施策を進めるうえで、今後充実して欲しいことは何ですか。
(当てはまるものすべて回答)

【お問合せ・返送先】

〒231-8588 横浜市中区日本大通 1


神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課

高齢福祉グループ 宮崎・中田

電話：045-210-1111 内線4848 FAX：045-210-8874

用語の説明

	用語	主な内容
1	認知症サポーター	認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者です。市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となります。
2	認知症疾患医療センター	認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担います。神奈川県内には、令和3年9月現在で、19カ所設置しています。
3	認知症サポート医	認知症患者の診察に習熟し、かかりつけ医への助言や支援を行うとともに、専門医療機関や、地域包括支援センターとの連携・推進役となる医師です。
4	地域包括支援センター	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、必要なサービスにつなぐたり、虐待防止等の権利擁護や、介護予防事業のマネジメントなどの機能を担う地域の中核機関で各市町村が設置します。
5	介護支援専門員（ケアマネジャー）	介護保険サービスを利用する場合、要介護者からの相談を受け、利用するサービスや提供事業者などの調整を行い、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する方です。
6	若年性認知症支援コーディネーター	若年性認知症とは、65歳未満で発症した認知症です。若年性認知症の人やその家族に対する相談支援、医療・介護、労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築、企業や関係者等の若年性認知症に対する理解を促進するための普及・啓発等の支援を行います。神奈川県内では、令和3年9月現在で、認知症疾患医療センター等に4名配置しています。
7	世界アルツハイマーデー	1994年「国際アルツハイマー協会」は、「世界保健機構（WHO）」と共同で、毎年9月21日を「世界アルツハイマーデー」と制定し、その日を中心に認知症の啓蒙を実施しています。また、9月を「世界アルツハイマー月間」と定め、様々な取組をしています。
8	認知症キャラバンメイト	「認知症サポーター養成講座」の講師役です。認知症キャラバン・メイト養成講座を受講した人が認知症キャラバン・メイトになります。
9	かながわ認知症ポータルサイト	神奈川県ホームページ内のサイトで、認知症に関する情報を掲載しています。
10	かながわオレンジ大使（認知症大使）	多くの県民の皆様、認知症について理解していただくため、県では、認知症の方ご本人が思いを直接伝え、その人らしい活動を発信する「かながわオレンジ大使」（認知症本人大使）を令和3年4月に創設しました。認知症の当事者が、様々な場や、様々な方法で活動します。

	用語	主な内容
11	コグニサイズ	認知機能を向上させ認知症のリスクを軽減する早めの対策の一つとして今、「運動」が改めて注目されています。「コグニサイズ」とは、国立長寿医療研究センターが開発した運動と認知課題を組み合わせた、脳と身体の上をさせることが期待される運動を現した造語です。英語の cognition(認知)と exercise(運動)を組み合わせるとコグニサイズと言います。県では、コグニサイズを教える研修や、地域ミーティング等行っています。
12	認知症コールセンター	認知症全般に関することや、介護の悩みなどを、介護の経験者を中心としたスタッフがご相談に応じます。県内では3か所のコールセンターがあります。
13	認知症等行方不明 SOS ネットワーク	認知症の人が行方不明となった際の早期発見、保護等を行うため運用されている関係機関による相互の連絡調整等行う仕組みです。市町村では、行方不明になる方の事前登録を行っています。
14	オレンジパートナー	「認知症サポーター」が、オレンジパートナー養成研修（現在は市町村が実施するステップアップ講座）を受講し、「オレンジパートナー」として認知症の人を支援するボランティア活動を行います。
15	認知症カフェ	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です。地域の状況に応じて、様々な主体により実施されています。
16	リモート認知症カフェ応援事業	新型コロナウイルス感染症の影響で、多くが休止となっている「認知症カフェ」を実施するボランティア団体等に対し、認知症の人やそのご家族などが安心して交流を継続できるよう、「認知症カフェ」のリモート開催に必要なサポートを行っています。
17	認知症の人と家族を支えるマーク 	認知症の人を支える認知症サポーターのしるしとして、全国キャラバン・メイト連絡協議会がオレンジリングを全国展開していますが、このオレンジリングとともに、認知症サポーターなどの活動を支援し、県の認知症施策を普及する神奈川県独自のマークです。 ※「神奈川県認知症の人と家族を支えるマーク」は神奈川県が商標登録しています。
18	認知症ケアパス	地域ごとに、発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。
19	認知症初期集中支援チーム	医療・介護の専門職が、家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの所為の支援を包括的、集中的に行い自立生活のサポートを行うチームです。
20	認知症地域支援推進員	医療・介護等の支援ネットワーク構築、認知症対応力向上のため

	用語	主な内容
		の支援、相談支援・支援体制の構築を行います。
21	本人ミーティング	認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、より良い暮らし、暮らしやすい地域の在り方を一緒に話し合う場です。
22	チームオレンジ	市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と、ステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みとして『チームオレンジ』を地域ごとに整備します。
23	認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	認知症（急性を除く）の高齢者等に対して、共同住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排泄・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行います。

DEMQOL 日本版 記録用紙

実施日 年 月 日	ID (氏名)	年齢	歳
		性別 (男性 ・ 女性)	

教示：

以下の各質問（太字）を正確に読み上げ、回答カードを回答者に見せてください。

これから、（本人）さんの生活についてお聞きしたいと思います。答えには、正解や間違いがあるわけではありません。最近一週間で（本人）さんが感じたことに、最もよく当てはまるものをお答えください。

質問の中に自分には当てはまらないと思うものがあったとしても、心配しないでください。皆さんに同じ質問をしています。

では質問を始める前に、練習をしてみましょう。これは回答に含めません。（回答カードを回答者に示し、口頭か指差して答えるよう求めます）最近1週間、テレビをみてどのくらい楽しいと思いましたか？

とても	わりと	少し	全くない
-----	-----	----	------

すぐに、次の質問を続けてください：

それはなぜですか？ もしくは、そのことについて、もう少し話してください

（質問は次のページに続きます）

□では、これからお聞きする全ての質問について、最近1週間のことを思い出して、お答えください。

□まず、(本人) さんのご気分についてお聞きします。最近1週間、(以下の各質問)と、どのくらい感じましたか？最も当てはまるものを選んでください (必要に応じて下線を繰り返す)。

1. 気分がほがらか**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
2. 心配だ、不安だ	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
3. 人生を楽しんでいる**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
4. うまいかず、もどかしい感じがする	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
5. 自信がある**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
6. 元気いっぱいだ**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
7. 悲しい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
8. さびしい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
9. つらい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
10. 生き生きしている**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
11. いらいらしやすい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
12. うんざりする	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
13. やりたいことがあるのにできない	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

□次は、記憶力についてお聞きします。最近1週間、(以下の各質問)について、どのくらい心配になったり、気になったりしましたか？最も当てはまるものを選んでください (必要に応じて下線を繰り返す)。

14. 最近の出来事を忘れてしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
15. 人について、その人が誰だかわからなくなること	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
16. 日付について、その日が何の日かわからなくなること	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
17. 考えがまとまらずに混乱してしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
18. なかなか決断できないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
19. 集中できないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

(質問は次のページに続きます)

□次に、(本人)さんの毎日の生活についてお聞きします。最近1週間、(以下の各質問)について、どのくらい心配になったり、気になったりしましたか?最も当てはまるものを選んでください (必要に応じて下線を繰り返す)。

20. 人との交流があまりないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
21. 親しい人とどううまく付き合ったらいいか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
22. 周りから十分に心優しくされているかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
23. 人が自分の話を聞いてくれないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
24. 自分のことを理解してもらえているかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
25. 必要な時に助けてもらえるかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
26. トイレに間に合うかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
27. 自分の調子全般	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
28. 自分の健康全般	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

□ここまで、(本人)さんのご気分や記憶力、毎日の生活について、たくさんのお聞きしました。では、最近1週間を振り返ってみると、(質問 29)について、どう思いますか?

29. あなたの生活の質全般**	<input type="checkbox"/> とてもよい	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> よくない
------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

** 逆転項目

DEMQOL-Proxy 日本版 記録用紙

実施日 年 月 日	ID (氏名)	年齢	歳
		性別 (男性 ・ 女性)	

教示：

以下の各質問（太字）を正確に読み上げ、回答カードを回答者に見せてください。

これから、(本人) さんの生活について、(本人) さんの様子を一番良くご存知の〇〇さんにお聞きしたいと思います。答えには、正解や間違いがあるわけではありません。

質問に対して、最近1週間で、(本人) さんがどのように感じていたか、最もよく当てはまるものをお答えください。出来るだけ、(本人) さんだったらこう答えるだろう、と思える回答を選んでください。

質問の中に(本人) さんには当てはまらないと思うものがあったとしても、心配しないでください。皆さんに同じ質問をしています。

では質問を始める前に、練習をしてみましょう。これは回答に含めません。（回答カードを回答者に示し、口頭か指差して答えるよう求めます）最近1週間、(本人) さんはテレビを見て、どのくらい楽しんでいましたか？

とても	わりと	少し	全くない
-----	-----	----	------

すぐに、次の質問を続けてください：

それはなぜですか？ もしくは、そのことについて、もう少し話してください。

（質問は次のページに続きます）

□では、これからお聞きする全ての質問について、最近1週間のことを思い出して、お答えください。

□まず、(本人) さんのご気分についてお聞きします。最近1週間、(本人) さんは、(以下の各質問) と、どのくらい感じていましたか？最も当てはまるものを選んでください (必要に応じて下線を繰り返す)。

1. 気分がほがらか**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
2. 心配だ、不安だ	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
3. うまいかず、もどかしい感じがする	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
4. 元気いっぱいだ**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
5. 悲しい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
6. 満足だ**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
7. つらい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
8. 生き生きしている**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
9. いらいらしやすい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
10. うんざりする	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
11. 何か心待ちにしていることがある**	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

□次に、(本人) さんの記憶力についてお聞きします。最近1週間、(本人) さんは、(以下の各質問) について、どのくらい心配になったり、気になったりしていましたか？最も当てはまるものを選んでください (必要に応じて下線を繰り返す)。

12. 自分 ([本人]さん) の全般的な記憶力	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
13. 昔の出来事を忘れてしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
14. 最近の出来事を忘れてしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
15. 人の名前を忘れてしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
16. 自分 ([本人]さん) がどこにいるかわからなくなってしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
17. 日付について、その日が何の日かわからなくなること	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

(質問は次のページに続きます)

18. 考えがまとまらずに混乱してしまうこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
19. なかなか決断できないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
20. 自分（〔本人〕さん）のことを理解してもらえているかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

□次に、（本人）さんの毎日の生活についてお聞きします。最近1週間、（本人）さんは、（以下の各質問）について、どのくらい心配になったり、気になったりしていましたか？最も当てはまるものを選んで下さい（必要に応じて下線を繰り返す）。

21. 自分（〔本人〕さん）が清潔であること（たとえば、入浴や、顔や手を洗うこと）	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
22. 自分（〔本人〕さん）の身なりを整えること	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
23. お店で欲しい物を買ってこれるかどうか	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
24. お金による支払い	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
25. 金銭管理	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
26. 以前できたことも、時間がかかるようになってしまったこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
27. 人と連絡を取ることに	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
28. 人との交流があまりないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
29. 誰かの手伝いができないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
30. 何かをするときに役にたてないこと	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない
31. 自分（〔本人〕さん）の身体面の健康	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> わりと	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> 全くない

□ここまで、（本人）さんのご気分や記憶力、毎日の生活について、たくさんのお聞きしました。では、最近1週間を振り返ってみると、あなたは（本人）さんが、（質問32）について、どう感じていると思いますか？

32. 自分（〔本人〕さん）の生活の質全般	<input type="checkbox"/> とてもよい	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> よくない
-----------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

** 逆転項目

全くない

少し

わりと

とても

日本語版 DEMQOL、日本語版 DEMQOL-Proxy 面接マニュアル 使用にあたっての手引き：

面接を受ける人一人ひとりのための DEMQOL 質問票と、一枚一枚に大きな字で回答の選択肢を別々に記したカードを用意しておきます。

1. 質問の導入

1.1 認知症の本人／家族・介護者が、気持ち良く、楽しく参加できる環境を確保します。

1.2 認知症の本人との面接に家族・介護者も立ち会う場合には、私たちが質問しようとしていることは、認知症の本人の気持ちや考えであることを説明してください。答えには正解も、間違いもないことを繰り返し伝えてください。

1.3 私たちが質問しようとしていることは、毎日の出来事についてどのように感じているかということであることを説明してください。例えば、一日の活動、感じ方、関わり方などについていくつかの質問をすることを説明してください。

1.4 認知症の本人／家族・介護者に回答カードを示し、その方がよいと思われる場合には、患者さんにそれを持ってもらってください。

1.5 質問票の表紙の注意書きを一語一句きちんと読んでください。

1.6 練習の質問を大きな声で読んでください。回答カードに書かれている回答選択肢を読み上げながら指差します。認知症の本人／家族・介護者に、自分が選んだ回答を読み上げるか、指差すように求めます。回答者が質問を理解しているかどうかをチェックするために、テスト質問を試みて反応を確認します。練習用質問が無事完了できたら、質問票の残りの質問を続けます。認知症の本人／家族・介護者が練習用質問を完了できない場合は、最初の5つの質問を試みます。認知症の本人／家族・介護者が、それでも回答に戸惑う場合には、10分間の休憩を提案します。面接を再開したら、次のセクションの一番上から質問を開始します。それでも、認知症の本人／家族・介護者が最初の5つの質問で戸惑う場合は、面接を中止します。

1.7 認知症の本人・家族介護者が練習用質問を無事完了した場合でも、最初のセクションの質問を無事完了できなかった場合には、最初の5つの質問を試みます。それでも、認知症の本人／家族・介護者が戸惑う場合には、10分間の休憩を提案します。面接を再開したら、

次のセクションの一番上から質問を開始します。それでも、認知症の本人／家族・介護者が最初の5つの質問で戸惑う場合は、面接を中止します。

2. 質問の実施

2.1 各質問を書いてある通りに正確に読んでください。質問の中に例がある場合には、それも必ず読んでください。各回答の選択肢を指差しながら、大きな声で読み上げます。

2.2 認知症の本人／家族・介護者が自分の回答を示したら、質問票に印をつけてください。各質問に対して印をつけるのは1つの選択肢のみです。認知症の本人が質問に答えない、あるいは回答できない（何らかの理由で）場合は、回答なしと記録します。

2.3 はい／いいえの回答を得ようとして、「それならまったく心配ではないでしょうか？」というような言葉で回答を促してはいけません。そうではなくて、「そのことをあなたはどれくらい心配しているの？」という言葉を用いて、4つの回答選択肢を繰り返してください。

2.4 各質問について、主文と項目の双方を読み上げてください。面接対象者が、ある項目に戸惑っている場合は、主文と項目の双方を一語一句正確に繰り返して読み上げます。それでも戸惑っている場合には、主文の2番目の部分（例えば、「心配しているのですか」）と項目を繰り返します。

2.5 面接の最後に、回答が得られなかった項目に戻り、それが適切であれば、認知症の本人／家族・介護者に、それらの項目の回答を完了するように求めます。

3. 面接後のデブリーフィング

3.1 全ての質問に回答していただいたことを説明します。

3.2 認知症の本人／家族・介護者に、何か質問したいことがあるかどうかを尋ねます。その質問にお答えして、認知症の本人／家族・介護者に協力のお礼を述べます。

4. 予想される質問と回答：一般的事項

4.1 質問に答えたくありません。

認知症の本人／家族・介護者に参加は完全に任意であることを伝えます。質問への回答をお願いしているのは、QOLにとって重要なのは認知症とともに生きる人のどのような思いな

のかを理解するためと説明します。それでも参加を望まない場合には、面接を中止してお礼を述べます。

4.2 理解していないため、質問への回答を中止します。

理解していない、または、疑問がある場合に、どのような促し方があるかについては後述します。一般に、認知症の本人／家族・介護者が特定の質問を理解していない場合は、その質問を再度一語一句正確に読み上げますが、その質問を違う言葉で言い換えてはいけません。認知症の本人／家族・介護者が回答の選択肢を理解していない場合は、その選択肢を再度一語一句正確に読み上げますが、その選択肢を違う言葉で言い換えてはいけません。質問と回答の選択肢は、必要に応じて何度でも繰り返して読むことができますが、患者または介護者が理解していないことが明白な場合は、継続しません。

4.3 自分の回答を誰かに見られることが心配です。

認知症の本人／家族・介護者には、すべての回答は研究チームの外部に漏れることがないことを伝えます。氏名は番号に置き換えられるため質問票が完全に部外秘になることを説明します。

4.4 質問の意図を教えてください。

理解していない、または、疑問がある場合に、特定の状況にあたっての促し方については後述します。一般的には、項目を一語一句正確に再度読み上げます。項目の説明をしようとしてははいけません。認知症の本人／家族・介護者は、自分で考える質問の意味に基づいて回答するように指示します。質問の言い換えや解釈はバイアスの原因になります。質問は、一語一句正確に読み上げ、標準的な促し方（特定の状況での促し方は後述します）のみを採用すること非常に重要です。

4.5 「分かりません」と答えます。あるいは、質問を飛ばすことを求めます。

回答の選択が難しいということを認めながらも、認知症の本人／家族・介護者には、自分に最も当てはまるものを回答の選択肢から選ぶように促します。認知症の本人／家族・介護者が項目を飛ばすことを求める場合には、質問の全てに回答することがとても重要であることを説明します。全ての質問に回答するようにする必要があります。それでも認知症の本人／家族・介護者が特定の項目には回答したがない場合は、それでも大丈夫であると伝えて安心させ、次の項目に進みます。

4.6 自分の回答の意味を教えてくださいと言います。

認知症の本人／家族・介護者に、全ての情報が役に立つこと、答えには正解も間違いもないことを伝えます。また、すべて情報は秘密が守られること、私たちは誰かの質問票を見る

というよりも、すべての人が何を言っているのかを見るのだということを伝えます。

4.7 何故、患者／家族・介護者の双方に質問票に回答するように求めるのですか。

認知症の本人と家族・介護者の視点が異なることがあると説明します。どちらも役に立ち、家族・介護者と認知症の人の双方に質問することで、人々の感じ方をより包括的に理解することが可能になります。

5. 予想し得る質問と回答：特定事項

5.1 4つの回答選択肢の1つを選ぶ代わりに、単に「はい」と回答した場合：

- 回答選択肢を繰り返し読み上げて、1つを選ぶように求めます。
- それでも「はい」と答える場合は、3つの肯定的な選択肢（とても、わりと、少し）の1つを選ぶように促し、選択された1つを記録します。
- それでもどの回答選択肢を指しているのかが不明瞭な場合は、その3つの回答選択肢を再度読み上げて、選択された1つを記録します。
- もし2つの肯定的回答を口にした場合は、1つを選ぶように促し、それを記録します。
- 必要に応じて、質問は一語一句正確に繰り返します。

5.2 4つの回答選択肢の1つを選ぶ代わりに、単に「いいえ」と回答した場合：

- 回答選択肢を繰り返し読み上げて、1つを選ぶように求めます。
- それでも「いいえ」と答える場合は、それは「全くない」ということかを確認します。
- 必要に応じて、質問は一語一句正確に繰り返します。

5.3 自分の言葉で回答した場合、または、回答選択肢にはない言葉で回答した場合：

- 質問と回答選択肢を一語一句正確に繰り返し読み上げ、選択肢の1つを選ぶように促します。
- それでも、回答選択肢の言葉は使用しないものの、その質問に関連するように答えている場合は、4つの回答選択肢の1つを選ぶ必要があることを繰り返し伝えます。
- それでも4つの回答選択肢の1つを選ばない場合は、その人の回答を受け入れますが、採点はせずに、質問票に回答なしと記録し、次の質問に進みます。

5.4 「それほどではない」という言葉を使用して回答した場合：

- それは「少し」という意味か、「全くない」という意味かを尋ね、その回答を記録します。
- この2つの選択肢から選ぶことができない場合は、その人の回答を受け入れますが、採点はしません。その項目が回答なしと記録し、適切なコードを割り当て、次の質問に移

ります。

5.5 患者が質問を誤解している場合（すなわち、全く違う他のことを答えている場合）：

- 質問と回答選択肢を繰り返し読み上げます。
- それでも質問の意味を理解していないように思える場合は、次の質問に移ります。

5.6 質問の意味に明らかに疑問を持っている場合：

- いかなる質問も書き換えたり、解釈をしたりしてはいけません。
- 質問と回答選択肢を一語一句正確に繰り返し読み上げます。
- 自分が考える質問の意味に基づいて回答するように指示します。
- それでも疑問を抱いている場合、あるいは理解していないと思える場合は、次の質問に移り、大丈夫であること、次の質問に移ることに問題がないことを伝えて安心させます。

5.7 回答を拒否する場合：

- 拒否を受け入れ、答えなくても問題ないと伝えて安心させ、次の質問に移ります。

5.8 主観的な感覚というよりも、能力／機能に関して回答している場合：

- 一旦その回答を受け入れ、その特定の行動に関してどれくらい心配しているかを尋ね、回答選択肢を再度読み上げます。

5.9 家族・介護者が「主観的な気持ち」に関する質問に疑問をもち、分からないと回答する場合：

- その家族・介護者に、本人のことをより良く知る者は、おそらく他にはいないことを伝えます。自分の親族の思いを自分がどのように考えるか、それを最もよく言い表していることを回答してもらうようにします。

5.10 最後の全般的 QOL の質問を理解していない場合：

- 質問冊子の記述を再度読み上げ、質問を繰り返します。
- それでも理解していないように思える場合は、「最近 1 週間、あなたの QOL は全般的にどうでしたか？」と質問します。
- それでも理解していないように思える場合は、「最近 1 週間のあなたの暮らしは、とてもよかったですか、わりとよかったですか、ふつうですか、よくなかったですか」と質問します。
- それでも回答できない場合は、そのことを受け入れて、それでも問題ないことを伝えて安心させ、協力のお礼を述べます。

令和3年11月4日

郡市医師会担当理事 殿

神奈川県医師会
理事 古井民一郎

認知症にかかわる支援者や専門職の皆さまへの認知症の人の家族支援に関するアンケート調査ご協力のお願について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、標記につきまして別添のとおり依頼がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会会員を通じた来院者等への周知等による調査協力に特段のご配慮をいただきたくお願いいたします。

なお、本通知は、本会ホームページ (<https://www.kanagawa.med.or.jp/>) の会員専用ページ「お知らせ（介護保険関係）」に掲載いたしますのでご利用ください。

【添付資料】

- ・認知症にかかわる支援者や専門職の皆さまへの認知症の人の家族支援に関するアンケート調査ご協力のお願

(2021.10 認知症の人と家族の会代表理事)

事務担当：保険医療・学術課 河上

TEL:045-241-7000/FAX:045-241-1464

E-MAIL:kawakami@kanagawa.med.or.jp

ご家族が認知症の診断を受けた方へ

認知症の人の家族支援に関する調査 ご協力をお願い

日ごろより認知症のひとと家族の会（以下「家族の会」）の活動にご理解、ご協力いただきありがとうございます。「家族の会」は、今年度ご自身の家族が認知症と診断を受けた方へのアンケートを実施いたします（厚生労働省令和3年度老人保健健康増進等事業）。

回答は10分程です。介護中のお忙しい時間の中で回答時間を割いていただくのは大変なこととは思いますが、認知症の人の家族支援をより充実するためにご協力をお願いいたします。

認知症の診断を受けた後、よりよく暮らすために各自自治体で認知症の状態にあった地域資源などを紹介する認知症ケアパス（地域によっては認知症ケアガイドなどの名前がついているところもあります）が冊子などで紹介されています。

しかし、認知症ケアパスの冊子を手にしただけでは、1）具体的にどこでどのように相談することができるのか、2）診断を受けた際の戸惑いを誰と分かち合ったり、相談したりするのが良いのか、3）家族や親戚の間での認知症の人への接し方の違いにどう対応するのがよいのか、などがわかりにくいことも少なくないと思われます。

また、診断や支援を受けるまでの戸惑いもあるかと思われませんが、そのような時、どうすればよいのでしょうか。

更に、家族が、ご自身の趣味や興味・関心を持つ活動を続け、介護を行っていても生活の質を高めるのに必要な手助けなどを受ける方法などが見つけにくい場合もあるかと思われま

そこで、この調査では、そのような実態がどのようなものであるかを調べ、認知症ケアパスの有効活用にも通じるような家族支援ガイドの作成につなげたいと考えています。

認知症の人の家族が、相談相手を見つけたり、自分らしい生活をできるだけ続けたりする余裕が持てるようになることで、家族としてよりよく認知症の人をささえることにつながると考えられています。この調査も参考に、家族支援ガイドブックを作成する予定です。ご協力のほど、よろしくお願ひします。

アンケートは無記名ですので、個人が特定されることはありません。調査・分析結果は、「家族の会」において慎重に取り扱い、まとまった時点で「家族の会」ホームページで紹介するとともに、報告書の作成や学会・論文報告などを行ってまいります。開示後、データ回収したアンケート用紙については、一定期間保管したのち、破棄いたします。

なお、アンケートの回答は、強制ではありません。回答の提出をもって調査へのご同意をいただいたものとさせていただきます。ご回答のご意思がない場合には、そのまま破棄していただきま

す。お手数をおかけしますが、ぜひご協力くださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

2021年10月吉日

公益社団法人 認知症のひとと家族の会
代表理事 鈴木 森夫

- アンケートの回答の締め切り：11月30日（火）
- 同封の返信用封筒（切手は不要）でお送りください。

なお、右記のURL <https://bit.ly/3CTil8O> や、QRコードから回答していただくこともできます。



問
合
せ
先

公益社団法人認知症のひとと家族の会

調査研究専門委員会 委員長 原 等子

事務局担当：鎌田、辻村

〒602-8222 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F

TEL：050-5358-6580 FAX：075-205-5104

Eメール：office@alzheim.or.jp

認知症の人の家族支援に関する調査

該当する () 《 》 内、または番号に○印をつけるか適当な数値・文字を記入してください。また、[] には具体的なご意見等を記入してください。

認知症と診断された家族が複数おられる場合は、主な人お一人に絞ってお答えください。

Q1 あなたのご家族は以下のどれに当てはまりますか？

- () 1. 認知症と診断を受けてから6か月以内
- () 2. 認知症と診断を受けてから6か月以上経過
- () 3. 認知症の疑いがあると思っっているが、まだ診断は受けていない。
- () 4. はっきりと診断を受けたわけではないが、認知症だといわれている
- () 5. 既に看取りを終えた

Q2 この調査用紙はどのように受け取りましたか？

(受け取った場所・方法について教えてください)

- () 1. 認知症の人と家族の会の会報に入っていた
- () 2. 認知症の人と家族の会のつどいや認知症カフェなどの交流・活動の際に受け取った
- () 3. 認知症の人と家族の会以外の交流組織を通じて受け取った
 - 《 》 3-1. 全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会
 - 《 》 3-2. レビー小体型認知症サポートネットワーク
 - 《 》 3-3. 男性介護者と支援者の全国ネットワーク
 - 《 》 3-4. 日本認知症本人ワーキンググループ
 - 《 》 3-5. その他 []
- () 4. 市役所・保健所・地域包括支援センターなどの公的機関
- () 5. 医療機関
 - 《 》 5-1. かかりつけ区
 - 《 》 5-2. 認知症疾患医療センター
 - 《 》 5-3. その他の専門医療機関
- () 6. 介護福祉関係の施設
- () 7. その他 []

Q3 回答いただくあなたご自身について教えてください

① お住まいの都道府県 () 都・道・府・県

② 年齢 () 歳

③ 性別 1. 男性 2. 女性 3. その他

④ 介護の状況

- 1. 介護中である ⇒ 誰を
 - a. 認知症と診断された人
 - b. 認知症以外の人
 - ⇒ 状態1 a. 主に介護をしている b. 介護を手伝っている
 - ⇒ 状態2 a. 手伝ってくれる人がいる b. 手伝ってくれる人はいない
- 2. まだ介護をするという状態ではない
- 3. 看取りを終えた

Q 5 ご家族の認知症の診断時およびその後に医療機関（診断を受けた医療機関以外でも構いません）で受けた説明や提供されたことがある情報について、あてはまるもの、すべてに○をつけてください

- 認知症の病名について
- 認知症の時期（病期）・程度（重症度）について
- 認知症の治療薬について
- 認知症の今後の見通しについて
- 認知症にかかわる日常生活の注意点について
- 緊急時の連絡先について（介護家族の体調不良、本人の行方不明で困った時など）
- 自動車の運転について
- 認知症に関する情報冊子の手渡しを受けた
- 介護保険サービスについて
- 認知症という病気への向き合い方や気持ちの持ち方、受けとめ方の助言などについて
- 家族会など同じ立場の家族同士の話し合いの機会のお知らせについて
- 認知症相談電話などがあることの案内について
- 認知症カフェについて
- その他 []

Q 6 ご家族が認知症の診断を受けたときに、戸惑いがありましたか？

- とても戸惑った 少し戸惑った
- 戸惑いはあまりなかった ⇒ Q 7 へ
- 戸惑いは全くなかった ⇒ Q 7 へ

Q 6-2. それほどどのような戸惑いでしたか？あてはまるものすべてに○をつけてください

- どう感じていいかわからず戸惑った
- どう対応していいかわからず困った
- まさか家族がと思い悲しかった
- この先、自分自身がどうなるかわからず不安になった
- この先、家族の認知症がどう進行するか不安になった
- 認知症ということで特にショックだった
- その他 []

Q 6-3. 戸惑いや不安以外に感じたことがありましたか？あてはまるものすべてに○をつけてください

- 診断がはっきりしてよかった
- 薬をもらったり、対応方法を教えてもらえたりしたのでよかった
- 今後のことを考えやすくなった
- 他の病気と同じ受け止め方だった
- よく覚えていない
- その他 []

Q 7 ご家族の認知症の診断を、あなたは今どの程度受けとめていますか？

- まだ受けとめられない 徐々に受けとめつつある
 概ね受けとめられた 受けとめることができた／できていた

Q 7-2. 認知症の人につらく当たってしまうことがありますか？

- 頻繁にある ときどきある たまにある まったくない

Q 7-3. 7-2で「ある」と答えた方、優しくできない自分に嫌悪感を抱いたことがありますか？

- 頻繁にある ときどきある たまにある まったくない

Q 7-4. 受けとめられない部分はどのようなことですか

[]

Q 7-5. 受けとめられたのはどうしてですか

[]

Q 8 認知症の診断時やその後、認知症のことや生活のことなどについて相談する人がいましたか？ 相談した相手（複数可）に○をつけてください。また、最も相談した一人に◎をつけてください

- 自分以外の家族 かかりつけ医 認知症の専門医
 介護施設スタッフ ケアマネジャー（介護支援専門員）
 地域包括支援センター職員 医療機関の看護師等（認知症相談外来等）
 認知症支援相談員等（認知症に関する地域の支援コーディネーターなど）
 本人（認知症の人）の職場の上司や同僚、専門職（産業医・保健師・看護師）等
 ご自身（ご家族）の職場の上司や同僚、専門職等
 介護経験のある友人・知人 介護経験のない友人・知人
 他の介護家族（家族会等の電話相談やつどい含む）
 認知症カフェのスタッフ その他 []
 相談しなかった／できなかった

Q 8-2. 相談しなかった（できなかった）場合、それはどうしてですか？

[]

Q12 認知症の診断を受けるまでに、相談したいと思いましたがありましたか？

必要なかった

必要だった

⇒どのようなことを相談したいと思いましたか？

[]

Q13 家族や親戚の間で認知症の人との接し方や介護の方法などで意見の食い違いなどがありますか？（ありましたか？）

特になかった

食い違いがあった

⇒どのような食い違いでしたか？

[]

Q13-2. 本人を含め家族や親戚の間で事前に話し合っておいたほうがいいと思うことはありますか？

[]

Q13-3. 本人、家族、親戚間の意見の食い違いについて、支援が必要なことはありますか？（ありましたか？）

[]

Q14 家族が認知症の診断を受けて、あなたご自身の社会活動や趣味活動、興味・関心に影響・変化はありましたか？

大きな影響（変化）があった

影響（変化）があった

あまり影響（変化）はなかった

影響（変化）はなかった

⇒もし、お時間があれば、この調査票付録（9頁以降）の「興味・関心チェックリスト」に変化の状況を記載してください。

Q15 あなたご自身の社会活動や趣味活動、興味・関心を継続するために、どのような工夫が必要とされますか？（複数回答可）

自分の気持ちの持ち方

自分のためだけにつかえる時間の作り方

見守りなどを手伝ってくれる人（家族・友人など公的サービス以外）を頼る

地域のボランティアによるサービス（非公的）や介護保険サービス（公的）などの利用

その他 []

Q16 介護をしていく上で、周りの人（親族・医療職・専門職・知人等）にお願いしたいことがあれば、ご自由にお書きください

Q17 その他、認知症の人の家族への支援について、あなたのご意見をご自由にお書きください

以上です。ご協力ありがとうございました。

付録

興味・関心チェックリスト

ご家族の興味・関心についての質問です。

回答は必須ではありません。

お時間等、余力がありご協力いただけるようでしたら、

次ページ以降の回答をお願いいたします。

ご家族の興味・関心についての質問

1. 下に記載している活動について

①現在しているものには「している」の列に○を、それ以外は、②の「したことはないが興味がある」、「やっていたが、今はしていない」のどちらかに○をつけてください。興味がなく、していない活動は空欄のままです。

また、②に○をつけた方は「やっていない理由」のA・Bのどちらかに○をつけてください。

※興味のない活動は空欄で結構です。 記載されていない活動がありましたら 「その他」にご記入ください。	①	② ⇒		②やっていない理由	
	して いる	したことは ないが興味 がある	やっていた が、今はし ていない	A 介護の ため	B 体力・興味 がなくなった等 ご自身の理由
スポーツ	体操・運動				
	ゴルフ				
	ゲートボール				
	グラウンドゴルフ				
	テニスなどのスポーツ []				
	ダンス				
	武道（太極拳、空手、剣道など）				
	舞踊				
	フィットネス				
	水泳				
散歩・ジョギング					
アウトドア	山登り（登山）				
	キャンプ				
	釣り				
農園	園芸活動・庭いじり				
	作物の栽培（畑仕事）				
家庭科	料理				
	編み物				
	裁縫				
	掃除・整理整頓				
	絵画・絵手紙				
造形・工芸	陶芸				
	組紐				
	造花クラフト				
	竹・木細工				
	ビーズ手芸				
習い事	染め物				
	書字・書道				
	お花（華道）				
	お茶（茶道）				
	着付け				

II. Iで「①している活動」として回答したものについて、何か工夫して行っていることや認知症ご本人と一緒にするために始めたなど、始めた動機があればご記入ください。

種目：	理由：
種目：	理由：
種目：	理由：

III. Iで「②していない活動」で、やりたいが諦めている活動について、やっていない具体的な理由がありましたらご記入ください。また、もし始めるにあたって必要だと思うサポートがあればご記入ください。

種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	

※足りない場合は、余白や別紙に記載していただいても構いません。

以上です。ご協力ありがとうございました。