※貴施設の現況をご記入のうえ、　**FAX　（０３－３４３２－４１７７）**宛にご返送ください

**介護老人保健施設における認知症リハビリテーションの効果に関する調査　事前調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 都道府県 | 貴施設名  電話番号：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以下の問1～問4について、該当する番号に○、またはチェックボックスに☑チェックを記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 問1 | 2019年4月時点で、貴施設が算定している入所サービスの類型は何ですか？ | 1．超強化型 2．在宅強化型 3．加算型  4．基本型 5．その他型 6．療養型 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 問2 | 貴施設では現在、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（入所）を算定していますか？  また、2019年4月中に当該リハビリを**開始**  （加算算定を**開始**）した方は何名ですか？  （再入所を含む） | 1．算定している  2．算定していない | ⇒ | 2019年4月中に認知症短期集中リハを  **開始**した人数 |
| 人 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 問3 | 問2で算定していると回答した施設にお伺いいたします。認知症のリハビリにおいて、提供しているプログラム※は何ですか？  提供しているもの**全て**にチェックをしてください | □(1)回想法  □(2)見当識訓練  □(3)記憶訓練  □(4)音楽療法  □(5)運動療法 | □(6)手工芸、アート  □(7)言語・コミュニケーション訓練  □(8)認知機能賦活訓練  □(9)料理・園芸  □(10)学習療法（R) |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 問4 | **本調査への協力の可否**入所利用者を対象とした、本調査（2019年7～8月頃から3ヵ月間程度）と在宅復帰状況を聞く　フォローアップ調査にご協力いただくことは可能ですか？  （認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定有無は  問いません。また、現時点のご意向で結構です。） | 1．協力できる  2．協力できない |

※問３の選択肢（プログラム）のうち、(2)～(8)には以下のような内容が含まれます。

(2)見当識訓練： 時の見当識確認、場の見当識確認、名前確認、新聞を読む、カレンダー作成、季節の話をする

(3)記憶訓練： 人の名前を覚える、パズル、過去を思い出す、神経衰弱、趣味活動、家事を行う（手順を思い出す）

(4)音楽療法： 歌う、カラオケ、音楽を聴く、楽器の演奏、作詞作曲、浪曲、詩吟、民謡

(5)運動療法： 有酸素運動、コグニサイズ、散歩、体操、踊り、ゲーム、スポーツ

(6)手工芸、アート： 編み物、塗り絵・絵画、なぞり書き、ちぎり絵、刺し子、折り紙・箱作り

(7)言語・コミュニケーション訓練： 語想起、俳句、昔話をする、しりとり、ことわざ、歌、書字

(8)認知機能賦活訓練： 読み、書き、数字探し、絵カード、かるた、そろばん

出典：「日々のくらしにつなげる認知症リハビリテーション実践ガイド」（全国老人保健施設協会　編）

|  |
| --- |
| **＜ご協力ありがとうございました＞**  全国老人保健施設協会　**FAX：０３－３４３２－４１７７**までご返信くださいますようお願い申し上げます。  回答締切：**2019年5月20日（月）**問合先：全国老人保健施設協会　業務第一課　TEL：03‐3432‐4165 |