

資料編

○一次調査 調査票

- ・医療機関……………資料 1
- ・市町村……………資料 5
- ・地域包括支援センター……………資料 9
- ・居宅介護支援事業所……………資料 13
- ・介護保険事業所……………資料 16
- ・障害福祉サービス事業所……………資料 19

○二次調査 調査票

- ・医療機関 診断可……………資料 22
 診断不可……………資料 26
- ・市町村……………資料 30
- ・地域包括支援センター……………資料 34
- ・事業所……………資料 38
- ・本人・家族……………資料 42

平成23年8月

各医療機関 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたびは奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。

この調査の一環として、医療機関の皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪府中央区今橋2-5-8 トレードピア流産橋

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、奈良県内の「内科」「神経内科」「精神科」「心療内科」「脳神経外科」を有する医療機関、対応できる疾患に「認知症」のある医療機関の全てに配布しています。（なら医療情報ネットより）

■なお、貴医療機関に「若年性認知症」（疑いを含む）の患者様がいらっしゃるとご回答された医療機関様には、後日、貴医療機関における若年性認知症者（疑いを含む）への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力賜りますようお願いいたします。

●記入に際してのお願い●

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折り返し同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です。）

★★ 平成23年9月7日（水）までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス : ryagi@mucrc.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
- (具体例)
- 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。疾患名にとらわれずにお答え下さい。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳スワングー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3・感染症	肺炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行麻痺
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞蹈病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳萎縮(栄養働作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～医療機関～

医療機関名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

医療機関名	連絡先 TEL
回答者氏名	回答者職種 (所属)

問1 貴医療機関では、認知症の診断や治療を行っていますか。(1つに○)

1. している 2. していない

問2 貴医療機関で、認知症の診断や治療をするのは、主にはどの診療科ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 内科 2. 精神科 3. 神経内科 4. 心療内科
5. 脳神経外科 6. 精神神経科 7. その他 ()

問3 貴医療機関では、認知症に関する専門外来を設置していますか。(1つに○)

1. している 2. していない

問4 貴医療機関では、どのような検査方法を通常行っていますか。(すべてに○)

1. 問診 2. 認知機能検査 3. 臨床心理士による知能検査
4. CT 5. MRI 6. MR 差動造影
7. 脳血流検査 (SPECT) 8. PET 9. その他 ()

問5 貴医療機関では、認知症患者の初診時の対応はどのようにしていますか。(すべてに○)

1. 直接来診可 2. 電話による予約が必要
3. 医師等の紹介状が必要 4. その他 ()

問6 前期で「2～4」と回答された医療機関におうかがいします。初診の診察時間までおおよそどれくらいの間隔がかりますか。(1つに○)

1. 2週間以内に診察可能 2. 1か月以内に診察可能
3. 1～3か月程度の順番待ちが必要 4. 3か月以上の順番待ちが必要
5. その他 ()

問7 貴医療機関には認知症専門医*はおられますか。(1つに○)

1. いる 2. いない

*認知症専門医「日本神経学会」が認定する「神経内科専門医」、「日本精神神経学会」が認定する「精神科専門医」、「日本老年医学会」が認定する「老年精神科専門医」、「日本老年精神医学会」が認定する「高齢者のこころの科と認知症に関する専門医」、「日本認知症学会」が認定する「認知症専門医」

問8 貴医療機関では認知症サポート医*との連携はどのようになっていますか。(1つに○)

1. 自身の医療機関にサポート医がいる 2. 自身の医療機関にサポート医と連携している
3. サポート医は知っているが連携していない
4. サポート医については、知らない
5. その他 ()

*認知症サポート医 認知について、かかりつけ医研修の講師及びキャリアカウンセラー養成研修の講師を兼ねると共に、かかりつけ医への助言を行う医師

問9 貴医療機関では認知症の対応で医師や看護師以外の専門職が関わっていますか。(すべてに○)

1. 臨床心理士 2. 理学療法士 3. 作業療法士
4. 言語聴覚士 5. 医療ソーシャルワーカー 6. 精神保健福祉士
7. その他 ()

問10 認知症の福祉的な相談はどのようにされていますか。(すべてに○)

1. 自院のSWに相談 2. 市町村の担当課へ相談 3. 地域包括支援センターへ相談
4. 相談支援事業所へ相談 5. 就業・生活支援センターへ相談
6. その他 ()

問11 貴医療機関では、認知症の患者への対応（病室や怪我の治療等）を行っていますか。(1つに○)

1. している 2. していない

問12 平成22年8月1日から7月31日までの1年間で、貴医療機関を受診/入院していた方の若年性認知症の方がおられましたか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問13 前期で「いる」と回答された医療機関におうかがいします。受診/入院されていた方の性別や年齢をお教えください。

性別	年齢						合計
	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	
受診(外来)	男 人	女 人	男 人	女 人	男 人	女 人	男 人
入院	男 人	女 人	男 人	女 人	男 人	女 人	男 人

問14 貴医療機関では、認知症患者のケアを行っていますか。(1つに○)

1. 行っている 2. 行っていない

問15 貴医療機関では認知症患者の介護支援を行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 訪問看護ステーションを選定/連携している
2. グループホーム(認知症対応型共同生活介護)を選定/連携している
3. デイサービス(通所介護事業)を選定/連携している
4. ショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護)を選定/連携している
5. 自院に家族会・患者会がある
6. その他()
7. どれも該当するものがない

問16 若年性認知症の診療等に関して、ご意見や提案などがあればご自由にお書きください。

--

平成23年8月

各市町村(介護保険・障害福祉・保健医療担当) 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございますとございます。

このたびは奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。

この調査の一環として、各市町村で介護保険・障害福祉・保健医療を担当されている部署の皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症(疑いを含む)の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(株)に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075

〒630-8501 奈良市豊大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243

〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア定置庫

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、奈良県内の市町村(介護保険担当、障害福祉担当、保健医療担当)に配布しています。

■なお、貴市町村に「若年性認知症」(疑いを含む)のご利用者様がいらっしゃるとご回答された市町村様には、後日、貴市町村における若年性認知症者(疑いを含む)への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力賜りますようお願いいたします。

●記入に際してのお願い●

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折り返し丁寧に同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年9月7日(水)までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

<電子データの問い合わせ先>

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

メールアドレス : r.yagi@muro.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
 (具体例)
 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、食糧の扱い、身辺整理、社人間関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳血管腫瘍
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病、ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病、進行梅毒
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエフト病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞蹈病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏、脳腫瘍(脳腫瘍作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～市町村(介護保険・障害福祉・保健医療関連窓口)～

貴市町村名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

市町村名	所属名
回答者氏名	連絡先 TEL

問1 貴市町村には、平成23年8月1日現在、若年性認知症(疑いを含む)の方がおられますか。
 (1つに○) *相談記録や主治医履歴等の資料を参考にして下さい。

1. いる →欄3へ
 2. いない →欄6へ

問1で、「いる」と回答された市町村におうかがいします。

問2 若年性認知症(疑いの方を含む)の方の性別や年齢をお教えください。

*疑いが専門医、保健医療関連窓口に関し調査票を配布しております。

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人

問3 貴部署では、平成22年4月1日から平成23年7月31日までの間で、若年性認知症(疑いを含む)の方、又はその御家族からの相談を受けたことがありますか。(1つに○)

1. ある →欄6へ
 2. ない →欄6へ

問3で、「ある」と回答された担当課におうかがいします。

問4 相談を受けた若年性認知症(疑いの方を含む)の性別や年齢をお教えください。(実人数をご記入ください)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	不明	合計
男	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人

問5 相談を受けた後どのような対応や助言をされましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談者のかかりつけ医への相談
2. 奈良県認知症実態把握センターや専門医療機関への相談
3. 精神保健福祉センターへの相談
4. 保健所や県の保健センターへの相談
5. 市町村の保健センターへの相談
6. 地域包括支援センターへの相談
7. 相談者の担当のケアマネへの相談
8. 介護保険サービス事業所への相談
9. その他 ()
10. その場で解決できた ()

全ての市町村におうかがいします。

問6 貴部署では、若年性認知症(疑いも含む)について相談があった場合に、相談・受診可能な近隣の医療機関を紹介することができますか。(1つに○)

1. できる →欄3へ
 2. できない →欄3へ

問7 貴市町村では、若年性認知症(疑いも含む)に関する相談があった場合、担当する部署を決めていますか。(1つに○)

1. 決めている ⇒担当する部署 ()
 2. 決めていない
 3. その他 ()

問8 貴部署では、若年性認知症(疑いも含む)について相談があった場合に、次の制度・事業についてどの程度説明等をされていますか。これまで相談がない場合は、相談があった場合にもどの程度説明することができますか。(それぞれ1つに○)

	1. 十分説明ができている	2. 多少は説明できている	3. 説明していない(担当部署を紹介する)
介護保険サービス(介護保険法)	1	2	3
障害福祉サービス(障害者自立支援法)	1	2	3
地域生活支援事業(障害者自立支援法)	1	2	3
職業リハビリテーション(障害者雇用促進法)	1	2	3
障害年金(国民年金法、厚生年金法、共済年金法)	1	2	3
傷病手当(健康保険法)	1	2	3
自立支援医療制度(精神通院医療)(障害者自立支援法)	1	2	3
精神障害者保健福祉手帳(精神保健福祉法)	1	2	3
成年後見制度(民法、任意後見契約に関する法律)	1	2	3
日常生活自立支援事業(社会福祉法)	1	2	3
生活保護制度(生活保護法)	1	2	3
認知症予防事業(介護保険法、健康増進法)	1	2	3
地域に特化したインフォーマルな社会資源	1	2	3

問9 貴市町村では、若年性認知症（疑いも含む）に関する相談への対応マニュアルなどを作成していますか。（1つに○）

1. 作成している 2. 作成していない

問10 若年性認知症（疑いも含む）の方への対応について、相談時やサービス紹介などを行う上で、工夫されていることがあればお答え下さい。

--

問11 若年性認知症（疑いも含む）の方への対応について、相談時やサービス紹介などを行う上で、課題（重要）であると考えておられることをお答え下さい。

--

問12 若年性認知症（疑いも含む）の方への対応について、あればよいと思われるサービスや、関係機関との連携のあり方など、ご意見やご提案があればご自由にお書き下さい。

--

平成23年8月

各地域包括支援センター 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。

この調査の一環として、地域包括支援センターの皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三遊UFJリサーチ&コンサルティング株式会社委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075

〒630-8501 奈良市倉太路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三遊UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243

〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア波屋橋

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、奈良県内の地域包括支援センターの全てに配布しています。

■なお、地域包括支援センターに「若年性認知症」(疑いを含む)のご利用者様がいらっしゃるご回答された地域包括支援センターには、後日、地域包括支援センターにおける若年性認知症者(疑いを含む)への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えっております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力願いますようお願いいたします。

●記入に際してお願ひ●

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく欄間もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折りたたんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年9月7日(水)までにご投函ください★★

○なお、電子データでの調査票をご回答をご希望の場合は、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその目をご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三遊UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

メールアドレス : ryagi@murc.jp (担当:八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。

《具体例》

- 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが暗黒に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症状態を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症状態を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、びんすワンガー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行性麻痺
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウイルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(傍腫瘍作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～地域包括支援センター～

貴地域包括支援センター名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

センター名	連絡先 TEL
回答者氏名	回答者職種

全てのセンターにおうかがいします。

問1 平成22年4月1日から平成23年7月31日までの間で、貴事業所でプランを作成した人のうち若年性認知症(疑いを含む)の方がおられましたか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問1で、「いる」と回答されたセンターにおうかがいします。

問2 前問のプランを作成した若年性認知症(疑いを含む)の方の性別や年齢をお教えください。

	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人

問3 貴センターでは、平成22年4月1日から平成23年7月31日までの間で、若年性認知症(疑いを含む)の方、又はその御家族からの相談を受けたことがありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない →問6へ

問3で、「ある」と回答されたセンターにおうかがいします。

問4 相談を受けた若年性認知症(疑いの方を含む)の性別や年齢をお教えください。(実人数をご記入ください)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	不明	合計
男	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人

問5 相談を受けた後どのような対応や助言をされましたか。(あてはまるものすべてに○)

- 相談者のかかりつけ医への相談
- 奈良県認知症実態調査センターや専門診療機関への相談
- 精神保健福祉センターへの相談
- 保健所への相談
- 市町村の保健センターへの相談
- 相談者の担当ケアマネへの相談
- 介護保険等サービス事業所への相談
- その他()
- その場で解決できた()

全てのセンターにおうかがいします。

問6 貴センターでは、若年性認知症(疑いも含む)について相談があった場合に、次の制度・事業についての程度説明等をされていますか。これまで相談がない場合は、相談があった場合にどの程度説明することができますか。(それぞれ1つに○)

	1. 十分説明ができるまたはしている	2. 尋ねられれば説明できるまたはしている	3. この制度をよく知らない
介護保険サービス(介護保険法)	1	2	3
障害福祉サービス(障害者自立支援法)	1	2	3
地域生活支援事業(障害者自立支援法)	1	2	3
職業リハビリテーション(障害者雇用促進法)	1	2	3
障害年金(国民年金法、厚生年金法、共済年金法)	1	2	3
傷病手当(健康保険法)	1	2	3
自立支援医療制度(精神通院医療)(障害者自立支援法)	1	2	3
精神障害者保健福祉手帳(精神保健福祉法)	1	2	3
成年後見制度(民法、任意後見契約に関する法律)	1	2	3
日常生活自立支援事業(社会福祉法)	1	2	3
生活保護制度(生活保護法)	1	2	3
認知症予防事業(介護保険法、健康増進法)	1	2	3
地域に特化したインフォーマルな社会資源	1	2	3

問7 ケアプランを作成されている方にお伺いします。若年性認知症(疑いも含む)の方のケアプランを作成するにあたり工夫されていることがあればお教えください。

--

問8 ケアプランを作成されている方にお伺いします。若年性認知症（疑いも含む）の方のケアプランを作成するにあたり困難だと思われることがあれば教えてください。

--

問9 若年性認知症（疑いを含む）の方の相談をご担当されている（いた）方、又は相談を受けたことがある方にお伺いします。若年性認知症（疑いを含む）の方への対応について、相談時やサービス紹介などを行う上で、工夫されていることがあれば教えてください。

--

問10 若年性認知症（疑いを含む）の方への対応について、相談時やサービス紹介などを行う上で、課題（重要）であると考えておられることを教えてください。

--

問11 若年性認知症（疑いを含む）の方への対応について、あればよいと思われるサービスや、関係機関との連携のあり方など、ご意見やご提案があれば自由に書き下さい。

--

平成23年 8月

各居宅介護支援事業所 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。この調査の一環として、居宅介護支援事業所の皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街通、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町 30 番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発課 1 部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪市中央区今橋 2-5-8 トレードピアタワー棟

●「若年性認知症実態調査」について●

- この調査は、奈良県内の居宅介護支援事業所に配布しています。
- なお、貴事業所で「若年性認知症」(疑いを含む)の方を対象にケアプラン作成をされているとご回答された事業所様には、後日、貴事業所における若年性認知症者(疑いを含む)への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えっております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力賜りますようお願いいたします。

●記入に際してのお願い●

- ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。
- 「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。
- 調査票にご回答いただきましたら、折り返し封筒の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年9月7日(水)までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票のご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス: ryagi@muro.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
(具体例)

1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。

2. 以前と比べて、日常生活(家事、食料の買い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。

3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。

4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳スワングー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、尊厳小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行麻痺
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエツト病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウイロソソ病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(検出後作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一層下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-6540(内線 2648) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～居宅介護支援事業所～

貴事業所名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

貴事業所名	連絡先 TEL
回答者氏名	回答者職種

問1 平成22年4月1日から平成23年7月31日までの間で、貴事業所でプランを作成した人の中に若年性認知症(疑いを含む)の方がおられましたか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問2 前問で「いる」と回答された事業所におうかがいします。前問のプランを作成した方の性別や年齢をお教えください。

	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人

問3 平成22年4月1日から平成23年7月31日までの間で、ケアプランの作成には至らなかったが、若年性認知症(疑いを含む)の方から相談を受けたことがありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない

問4 前問で「ある」と回答された事業所におうかがいします。前問のケアプランの作成には至らなかったが、若年性認知症(疑いを含む)の方から相談を受けた方の性別や年齢をお教えください。(実人数をご記入ください)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	不明	合計
男	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人

問5 貴事業所では若年性認知症(疑いを含む)の方のケアプランを作成することは可能ですか。(1つに○)

1. すべての方を受け入れることが可能 2. 利用者の状況によって受け入れることが可能
3. 受け入れることは難しい 4. その他()

問6 前問で「受け入れることは難しい」と回答された事業所におうかがいします。その理由についてお教えください。

問7 貴事業所では、若年性認知症の方やご家族などから相談を受けた場合に、貴事業所が相談する外部の機関はありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. 事業所内で解決できる

問8 前問で「ある」と回答された事業所におうかがいします。相談先はどのようなところですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者のかかりつけ医	2. 奈良県認知症疾患医療センター
3. 精神保健福祉センター	4. 保健所や県の担当課
5. 市町村の保健センターや担当課	6. 相模包括支援センター
7. サービス事業所	8. その他()

問9 若年性認知症の方への対応について、プラン作成や相談支援を行う上で、困難だと思われることがあればお教えください。

問10 若年性認知症の方への対応について、プラン作成や相談支援を行う上で、工夫されていることがあればお教えください。

平成23年8月

各介護保険サービス事業所 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。

この調査の一環として、介護保険サービスを提供されている事業所の皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア流産橋

●「若年性認知症実態調査」について●

- この調査は、奈良県内の介護保険サービス提供事業所に配布しています。
- なお、貴事業所で「若年性認知症」(疑いを含む)の方を対象にサービス提供をされているとご回答された事業所様には、後日、貴事業所における若年性認知症患者(疑いを含む)への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力願いますようお願いいたします。

●記入に際してのお願い●

- ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。
- 「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。
- 調査票にご回答いただきましたら、折り返しで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年9月7日(水)までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス : ryasji@mure.jp (担当:八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
 (具体例)
 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、食料の買い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳血管がん病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、寛鬆小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行梅毒
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金屬、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(傍腫瘍作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。何卒ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～介護保険事業所～

貴事業所名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

貴事業所名		
回答者氏名	回答者職種	
連絡先 TEL		

問1 平成23年4～7月の4か月間に、貴事業所を利用した人の中に、若年性認知症（疑いを含む）の方がおられましたか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問2 前問で「いる」と回答された事業所におうかがいします。利用された方の性別や年齢をお教えください。

	40歳未満	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人

問3 貴事業所では、若年性認知症利用者（入所者/患者）受入加算に該当する人がいますか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問4 平成23年4～7月の4か月間に受けた相談の中で、若年性認知症（疑いを含む）の方に關するもので、貴事業所のサービス利用を希望されたものの、利用に至らなかったことがありま
すか。(1つに○)

1. ある 2. ない

問5 前問で「ある」と回答された事業所におうかがいします。若年性認知症（疑いを含む）の方
に關する相談を受けたが、サービス利用には至らなかった方の性別や年齢をお教えください。
(家人数をご記入ください)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人

問6 問4で「ある」と回答された事業所におうかがいします。サービス利用に至らなかった主
な理由についてお教えください。

--

問7 貴事業所では、若年性認知症の方やご家族などから相談を受けた場合に、貴事業所が相談
する外部の機関はありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. 事業所内で解決できる

問8 前問で「ある」と回答された事業所におうかがいします。相談先はどのようなところで
か。(あてはまるものすべてに○)

1. 利用者のかかりつけ医 2. 奈良県認知症医療センターや専門医療機関
3. 精神保健福祉センター 4. 保健所や県の担当課
5. 市町村の保健センターや担当課 6. 地域包括支援センター
7. 利用者の担当のケアマネ 8. サービス事業所
9. その他()

問9 貴事業所では若年性認知症の方を受け入れることは可能でしょうか。(1つに○)

1. すべての方を受け入れることが可能 2. 40歳以上であれば受け入れることが可能
3. 利用者の状況によって受け入れることが可能 4. 受け入れることは難しい
5. その他()

問10 前問で「受け入れることは難しい」と回答された事業所におうかがいします。その理由
についてお教えください。

--

問11 若年性認知症の方への対応について、サービス提供を行う上で、困難だと思われること
があればお教えください。

--

問12 若年性認知症の方への対応について、サービス提供を行う上で、工夫されていることが
あればお教えください。

--

平成23年8月

各障害福祉サービス事業所 御中

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび奈良県では、若年性認知症の実態を正確に把握し、県の若年性認知症施策に反映させるため、「若年性認知症に関する実態調査」を実施することとしました。

この調査の一環として、障がい福祉サービスを提供されている事業所の皆様にもアンケート調査を実施し、県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方の状況やニーズなどを把握することで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社へ委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町 30 番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪府中央区今橋 2-5-8 トレードピア直撃棟

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、奈良県内の障害福祉サービス提供事業所に配布しています。

■なお、貴事業所で「若年性認知症」(疑いを含む)の方を対象にサービス提供をされているとご回答された事業所様には、後日、貴事業所における若年性認知症者(疑いを含む)への支援等の状況について、アンケート調査にご協力をお願いしたいと考えております。別途ご連絡させていただきますので、ご協力願いますようお願いいたします。

●記入に際してのお願い●

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく欄もありません。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折り返したんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年9月7日(水)までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

メールアドレス : ryagi@murco.jp (担当:八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
 (具体例)
 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 2) 聞いたことをすぐ忘れて、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。

2. 以前と比べて、日常生活(家事、食料の買い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。

3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。

4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳スワンガー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側葉性症、尊厳小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行梅毒
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(例腫瘍作用、術後を含む)、植物状態

◇ 該当される方々について、後日少し詳しい2次調査を計画しております。尚幸ご協力下さいますようお願いいたします。

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一層下さい。

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援課

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 一次調査票
～障害福祉サービス事業所～

貴事業所名、回答者氏名、連絡先をご記入ください。

事業所名	連絡先 TEL
回答者氏名	回答者職種

問1 平成23年4～7月の4か月間に、貴事業所を利用した人の中に、若年性認知症（疑いを含む）の方がおられましたか。(1つに○)

1. いる 2. いない

問2 前問で、「いる」と回答された事業所におうかがいします。利用されていた方の性別や年齢をお教えください。

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	合計
男	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人

問3 平成23年4～7月の4か月間に受けた相談の中で、若年性認知症（疑いを含む）の方に關するもので、貴事業所のサービス利用を希望されたものの、利用に至らなかったことがありま
すか。(1つに○)

1. ある 2. ない

問4 前問で「ある」と回答された事業所におうかがいします。若年性認知症（疑いを含む）の方
に關する相談を受けたが、サービス利用には至らなかった方の性別や年齢をお教えください。
(実人数をご記入ください)

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	不明	合計
男	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人

問5 問3で「ある」と回答された事業所におうかがいします。サービス利用に至らなかった主
な理由についてお教えください。

問6 貴事業所では、若年性認知症の方やご家族などから相談を受けた場合に、貴事業所が相談
する外部の機関はありますか。(1つに○)

1. ある 2. ない 3. 事業所内で解決できる

問7 前問で、「ある」と回答された事業所におうかがいします。相談先はどのようなところで
すか。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 利用者のかかりつけ医
- 2. 奈良県認知症疾患医療センターや専門医療機関
- 3. 精神保健福祉センター
- 4. 生活支援センター
- 5. 保健所や県の担当課
- 6. 市町村の保健センターや担当課
- 7. 地域包括支援センター
- 8. 利用者の担当のケアマネ
- 9. 他のサービス事業所
- 10. その他()

問8 貴事業所では若年性認知症の方を受け入れることは可能でしょうか。(1つに○)

- 1. すべての方を受け入れることが可能
- 2. 障害者認定を受けていれば受け入れることが可能
- 3. 利用者の状況によって受け入れることが可能
- 4. 受け入れることは難しい
- 5. その他()

問9 前問で、「受け入れることは難しい」と回答された事業所におうかがいします。その理由
についてお教えください。

問10 若年性認知症の方への対応について、利用の受け入れ時やサービス提供を行う上で、困
難だと思われることがあればお教えください。

問11 若年性認知症の方への対応について、利用の受け入れ時やサービス提供を行う上で、困
工夫されていることがあればお教えください。

平成23年11月

各位

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査（二次調査）への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

また、このたびの奈良県「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」にご協力いただきありがとうございます。この「一次調査」で患者様に「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいると回答された医療機関様を対象に、「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の患者様」の個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・医療機関情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社へ委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-0540 (直通) FAX : 0742-27-3075

〒630-8501 奈良市豊大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6209-1242、FAX : 06-6209-1243

〒541-8512 大阪府中央区今橋2-5-8 トレードピア芝屋様

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症」（疑いを含む）の患者様がいらっしゃると回答された医療機関様に対し、個々の「若年性認知症」（疑いを含む）の現状やニーズについてお聞きするため、
○医療機関で記入いただく調査票 → 貴医療機関でご記入ください

○患者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票
⇒患者様やご家族様にお渡しください

について、人数分の調査票をお送りしております。

■なお、「患者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票」につきましては、調査票と返信用封筒をセットにしております。セットにしたものを患者様が通院時にお渡しいただけないでしょうか。（10月～11月中旬の間に来院された患者様にお渡しください）

■10月～11月中旬に来院されない患者様がいらっしゃる場合は、余った調査票セットを同封の封筒にてお返しください。

●記入に際してのお願い●

■貴医療機関でそれぞれの患者様についてわかる範囲でご記入ください。

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、() 内に具体的に内容を記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折り返し封筒に入れての返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です。）

★★ 平成23年 月 日 () までにご投函ください ★★

○ なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス : r.yagi@mure.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
(具休例)
 - 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れてたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む)や精神疾患(躁鬱)や自閉症でない。
4. 55歳未満で発症している。

◇ 認知症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、ピンスワンガン病
2. 高性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、青年小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クローンツフェルト・ヤコブ病 進行梅毒
4. 頭部外傷	交通事後発症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 副薬毒(発腫毒作用、術後を含む)、薬物状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】
 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
 研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
 TEL : 06-6208-1242、FAX : 06-6208-1243
 〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア淀屋橋

【その他 問い合わせ】
 奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街瀬、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

医療機関【診断可】

奈良県 若年性認知症実態把握調査 二次調査票

～個別の対象者調査～

医療機関名	
回答者	連絡先

＊＊ 若年性認知症の方1名につき、調査票各1部をわかる範囲でご記入ください。 ＊＊

患者様の状況について

問1 性別、生年月日、居住地についてお答えください。

性別	1. 男性	2. 女性
生年月日	昭和・平成 () 年 () 月 () 日	
居住地	() 市 ・ 町 ・ 村	
現在の状況	1. 通院	2. 入院

問2 貴医療機関での初診時期はいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

問3 認知症の診断がされた時期を教えてください。

昭和・平成 () 年 () 月頃
もしくは () 歳頃

問4 診断を受けた医療機関はどこですか。

1. 自院 2. 他院 → 医療機関名 ()

問5 患者様が貴医療機関を受診されたきっかけは何ですか。

1. かかりつけ医の勧めで
2. 産直の勧めで
3. 1. 2以外の医療機関からの紹介で
4. 市町村などの相談窓口からの勧めで
5. ケアマネージャーからの勧めで
6. 施設や事業所の職員からの勧めで
7. 患者様が自分で調べられて
8. 近所、知人からの勧めで
9. その他 ()

問6 発症年齢はいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃
もしくは () 歳頃

問7 原因疾患についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 脳血管障害	2. アルツハイマー病	3. レビー小体型認知症
4. パーキンソン病	5. ビック病など前頭側頭葉変性症	6. 感染症
7. 頭部外傷後遺症	8. 内分泌疾患	9. 自己免疫疾患
10. 代謝疾患	11. 中毒疾患	12. 遺伝子疾患
13. その他 ()		

※上記区分は国の調査に基づき

問8 合併症の有無についてお答えください。

1. ダウン症など(知的障害)	a. はい	b. いいえ
2. うつ病または統合失調症などの精神疾患	a. はい	b. いいえ
3. 意識障害がありますか	a. はい	b. いいえ
4. 横断状態ですか	a. はい	b. いいえ

問9 認知症について家族歴はありますか。

1. なし 2. あり 3. わからない

問10 認知症についての患者様本人への告知はしていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. している 2. していない

問11 認知症についての患者様の家族への告知はしていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. している 2. していない

問12 貴医療機関が患者様の主治医ですか。

1. はい 2. いいえ
医療機関名 ()

問13 患者様の現在の就業状況についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 就労している 2. 就労していない 3. わからない

問14 認知症の程度についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 軽度：仕事や社会活動では確かに障害を認めるが、自立した生活をおこなうことは可能で、衛生面は保たれ判断力はほぼ正常である。
2. 中等度：自立した生活を営むことは危険であり、ある程度の指導が必要。
3. 重度：日常生活動作には障害がある(例えば最低限の衛生状態を保てない)ので、他者支援を要する。悪習を伴わず、強は支離滅裂かあるいは発語は聞かれない。
4. 判定困難：(理由：)

問15 現在の日常生活動作（ADL）についてお答えください。（それぞれあてはまるもの1つに○）

1. 歩行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
2. 食事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
3. 排泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
4. 入浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
5. 着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助

問16 認知症の行動と心理症状（BPSD）についてお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. なし	1. 妄想	2. 幻覚	3. 興奮
2. あり	4. うつ	5. 不安	6. 多幸
	7. 無関心	8. 脱抑制	9. 易刺激性
	10. 異常行動	11. その他（ ）	

問17 患者様が貴医療機関の通院時には付き添いの人がきていますか。（あてはまるもの1つに○）

1. なし	2. あり
-------	-------

問18 要介護認定を受けておられますか。（あてはまるもの1つに○）

1. 受けていない	1. 審査中	2. 要支援1	3. 要支援2
2. 受けている	4. 要介護1	5. 要介護2	6. 要介護3
	7. 要介護4	8. 要介護5	
3. わからない			

問19 障害者手帳をお持ちですか。持っておられる方は等級もお答えください。

1. 精神障害者保健福祉手帳()級	2. 身体障害者手帳()級
3. 療育手帳()	4. 申請中	
5. 持っていない		6. わからない	

問20 若年性認知症に関して患者様ご本人やご家族などからお聞きしているご意見があれば自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

平成23年11月

各位

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査（二次調査）への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございますとございます。

また、このたびの奈良県「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」にご協力いただきありがとうございますとございました。この「一次調査」で患者様に「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいらっしゃるご回答された医療機関様を対象に、「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の患者様」の個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・医療機関情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社へ委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街瀬、大山

TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075

〒630-8501 奈良市登大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6208-1242、FAX : 06-6208-1243

〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア淀屋橋

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症（疑いを含む）の患者様がいらっしゃるご回答された医療機関様に対し、個々の「若年性認知症（疑いを含む）の現状やニーズについておうかがいするため、○医療機関で記入いただいたご調査票 →貴医療機関でご記入ください

○患者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票
⇒患者様やご家族様にお渡しください
について、大部分の調査票をお送りしております。

■なお、「患者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票」につきましては、調査票と返信用封筒をセットにしてあります。セットにしたものを患者様が通院時にお渡しいただけでしょうか。（10月～11月中旬の間に来院された患者様にお渡しください）

■10月～11月中旬に来院されない患者様がいらっしゃる場合は、余った調査票セットを同封の封筒にてお返しく下さい。

●記入に際してのお願い●

■貴医療機関でそれぞれの患者様についてわかる範囲でご記入ください。

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきました場合は、折りたたんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です。）

★★ 平成23年 月 日 () までにご投函ください ★★

○なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合は、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

メールアドレス: ryagi@murco.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。

《具体例》

- 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れて、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前の生活（家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など）や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害（ダウン症を含む精神発達遅滞）や自閉症でない。
 4. 55歳未満で発症している。

◇ 認知症兆候を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症兆候を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳血管腫、脳動脈瘤
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病
3. 感染症	ビック病など前頭副葉変性症、脊髄小脳変性症
4. 頭部外傷	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病
5. 内分泌疾患	進行麻痺
6. 自己免疫疾患	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
7. 代謝疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
8. 中毒疾患	SLE、神経ペーチエット病
9. 遺伝疾患	肝性脳症、透析脳症
10. その他	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
	ハンチントン舞踏病、ウイルス病
	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏
	脳腫瘍（閉塞性作用、病後を含む）、種物状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一顧下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
 研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
 TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
 〒541-8512 大阪市中央区寺町2-5-8 トレードピア芝罘橋

【その他 問い合わせ】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

医療機関【診断不可】

奈良県 若年性認知症実態把握調査 二次調査票
～個別の対象者調査～

医療機関名	
回答者	連絡先

＊ ＊ 若年性認知症の方1名につき、調査票各1部をわかる範囲でご記入ください。 ＊ ＊

患者様の状況について

問1 性別、生年月日、居住地についてお答えください。

性別	1. 男性 2. 女性
生年月日	昭和・平成 ()年 ()月 ()日
居住地	()市・町・村
現在の状況	1. 通院 2. 入院

問2 真医療機関での初診時期はいつ頃ですか。

昭和・平成 ()年 ()月頃

問3 認知症の診断がされた時期をお答えください。

昭和・平成 ()年 ()月頃
もしくは ()歳頃

問4 患者様が認知症の診断を受けられた医療機関をお答えください。

医療機関名 ()

問5 患者様が真医療機関を受診されたきっかけは何ですか。

1. 認知症の診断前から受診していた (かかりつけ医、他の疾患の治療を受けていた等)
2. 認知症の診断を受けた医療機関から紹介された
3. その他 ()

問6 発症年齢はいつ頃ですか。

昭和・平成 ()年 ()月頃
もしくは ()歳頃

問7 原因疾患についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 脳血管障害	2. アルツハイマー病	3. レビ-小体型認知症
4. パーキンソン病	5. ビック病など前頭側頭葉変性症	6. 感染症
7. 頭部外傷後遺症	8. 内分泌疾患	9. 自己免疫疾患
10. 代謝疾患	11. 中毒疾患	12. 遺伝子疾患
13. その他 ()		

※上記区分は医の録書に準ず

問8 合併症の有無についてお答えください。

1. ダウン症など(知的障害)	a. はい	b. いいえ
2. うつ病または統合失調症などの精神疾患	a. はい	b. いいえ
3. 悪徳被害がありますか	a. はい	b. いいえ
4. 植物状態ですか	a. はい	b. いいえ

問9 認知症について家族歴はありますか。

1. なし
2. あり
3. わからない

問10 認知症についての患者様本人への告知はしていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. している
2. していない

問11 認知症についての患者様の家族への告知はしていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. している
2. していない

問12 真医療機関が患者様の主治医ですか。

1. はい
2. いいえ
医療機関名 ()

問13 患者様の現在の就業状況についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 就労している
2. 就労していない
3. わからない

問14 認知症の程度についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 軽度: 仕事や社会活動では確かに障害を認めるが、自立した生活を営むことは可能で、衛生面は保たれ判断力はほぼ正常である。
2. 中等度: 自立生活を営むことは危険であり、ある程度の指導が必要。
3. 重度: 日常生活動作には障害がある(例えば最低限の衛生状態で保てない)ので、絶えず観察を要する。警告を保持せず。話は支離滅裂かあるいは発語は聞かれない。
4. 判定困難: (理由:)

問15 現在の日常生活動作（ADL）についてお答えください。（それぞれあてはまるもの1つに○）

1. 歩行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
2. 食事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
3. 排泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
4. 入浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
5. 着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助

問16 認知症の行動と心理症状（BPSD）についてお答えください。（あてはまるものすべてに○）

1. なし	1. 妄想	2. 幻覚	3. 興奮
2. あり	4. うつ	5. 不安	6. 多幸
	7. 無関心	8. 脱抑制	9. 易刺激性
	10. 異常行動	11. その他（ ）	

問17 患者様が貴施設機関の通院時には付き添いの人がきていますか。（あてはまるもの1つに○）

1. なし	2. あり
-------	-------

問18 要介護認定を受けておられますか。（あてはまるもの1つに○）

1. 受けていない	1. 審査中	2. 要支援1	3. 要支援2
2. 受けている	4. 要介護1	5. 要介護2	6. 要介護3
	7. 要介護4	8. 要介護5	
3. わからない			

問19 障害者手帳をお持ちですか。持っておられる方は等級もお答えください。

1. 精神障害者保健福祉手帳	…▶()級	2. 身体障害者手帳	…▶()級
3. 療育手帳	…▶()	4. 申請中	
5. 持っていない		6. わからない	

問20 若年性認知症に関して患者様ご本人やご家族などからお聞きしているご意見があれば自由に記入ください。

ご協力ありがとうございました。

平成23年10月

各位

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査（二次調査）への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

また、このたびの奈良県「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」にご協力いただきありがとうございます。この「一次調査」で「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいると回答された市町村を対象に、「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」の個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242、FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア近隣

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症」（疑いを含む）の方がいらっしゃると回答された市町村に対し、個々の「若年性認知症」（疑いを含む）についてお声がけするため、人数分の調査票をお送りしております。

●記入に際してのお願い●

- わかる範囲でご記入ください。
- ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。
- 「その他」に○をつけた場合は、（ ）内に具体的に内容をご記入ください。
- 調査票にご回答いただきましたら、折り返して同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です）

★★平成 年 月 日（ ）までにご投函ください★★

○なお、電子データでの調査票のご回答をご希望の場合は、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス：r.yaegi@muro.jp（担当：八木）

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。

《具体例》

- 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れて、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳血管腫瘍
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3. 感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クローンツウエルト・ヤコブ病 進行梅毒
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経パーチエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞蹈症、ウイelson病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(悪腫瘍作用、術後を含む)、創傷状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
 研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
 TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
 〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア芝屋橋

【その他 問い合わせ】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 二次調査票

～個別の対象者調査～

市町村名	担当課
回答者	連絡先

＊＊ 若年性認知症の方1名につき、調査票各1部をわかる範囲でご記入ください。 ＊＊

問1 本人の性別、生年月日についてお答えください。

性別	1. 男性	2. 女性
生年月日	昭和・平成 () 年 () 月 () 日	

問2 本人の現在のお仕事についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 正社員・正職員	2. 非常勤・パート	3. アルバイト
4. 短期雇用 (派遣など)	5. 契約社員・嘱託	6. 自営業
7. 主婦	8. 無職	9. 学生
10. その他 ()		

問3 現在、同居されている方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 独居	2. 父	3. 母	4. 配偶者の父
5. 配偶者の母	6. 夫	7. 妻	8. 息子
9. 娘	10. 婿	11. 嫁	12. 兄弟姉妹
13. 親戚	14. その他 ()		

問4 障害者手帳の状況をお答えください。持っておられる方は等級も教えてください。

1. 精神障害者保健福祉手帳 () 級	2. 身体障害者手帳 () 級
3. 療育手帳 () 級	4. 申請中
5. 持っていない	

問5 障害者自立支援法における障害程度区分について、判定を受けておられますか。(いずれか1つに○)

1. 受けていない	2. 区分1	3. 区分2
2. 受けている	4. 区分3	5. 区分4
	6. 区分5	7. 区分6

問6 要介護認定の状況をお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 受けていない	2. 要介護1	3. 要介護2
2. 受けている	4. 要介護1	5. 要介護2
	6. 要介護3	7. 要介護4
	8. 要介護5	

問7 最初に当窓口に来られたのはいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

問8 窓口に来られた方はどなたですか。

1. 本人のみ	2. 本人と家族	3. 家族のみ
4. 本人と要介護	5. 要介護のみ	6. その他 ()
関係 ()	関係 ()	関係 ()
関係 ()	関係 ()	関係 ()

※関係者・・・ケアマネージャー、民生委員等

問9 相談の内容についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症の診断ができる医療機関を紹介してもらいたい
2. 要介護認定や障害者認定の手続きをしたい
3. 利用できるサービスや制度を教えてください
4. どうしたらよいかわからないので相談にのってほしい
5. その他 ()

問10 担当窓口に来られた後の対応はどのようにされましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談者がかりつけ医へ相談することを勧めた
2. 奈良県認知症連携センターや専門医療機関へ相談することを勧めた
3. 精神保健福祉センターへ相談することを勧めた
4. 保健所や居の居当課へ相談することを勧めた
5. 市町村の保健センターへ相談することを勧めた
6. 地域包括支援センターへ相談することを勧めた
7. 相談者の担当のケアマネへ相談することを勧めた
8. 介護保険サービス事業所へ相談することを勧めた
9. 要介護認定の手続きを行った
10. 障がい者認定の手続きを行った
11. その他 ()
12. その場で解決できた ()

問 1 1 対応時に課題と感じられたことは何ですか。(あてはまるもの1つに○)

- 1. 適切に紹介できる医療機関がない
- 2. 適切に紹介できるサービスがない
- 3. どうしてよいかわからない
- 4. その他()
- 5. 特になし

問 1 2 現在、利用されているサービスについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

【介護保険制度によるサービス・支援】

- 1. 訪問介護(ホームヘルプサービス)
- 2. 通所介護(デイサービス)
- 3. 短期入所生活介護(福祉系ショートステイ)
- 4. 小規模多機能型居宅介護
- 5. 夜間対応型訪問介護
- 6. 認知症対応型通所介護(デイサービス)
- 7. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 8. 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設など)
- 9. その他()

【障害者自立支援法によるサービス・支援】

- 10. 居宅介護(ホームヘルプ)
- 11. 行動援護
- 12. 短期入所(ショートステイ)
- 13. 生活介護
- 14. 自立訓練
- 15. 就労移行支援
- 16. 就労継続支援
- 17. 自立支援医療(通院費用の助成)
- 18. 精神科リハビリ
- 19. (精神科)訪問看護
- 20. その他()

【その他サービス・支援】

- 21. 成年後見制度
- 22. 日常生活自立支援事業(旧地域福祉権利擁護事業)
- 23. 特別障害者手当
- 24. その他()
- 25. 分からない

問 1 3 若年性認知症に関してご本人やご家族などからお聞きしているご意見があれば自由に記入ください。

平成23年10月

各位

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査（二次調査）への協力依頼について

押啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

また、このたびの奈良県「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」にご協力いただきありがとうございます。この「一次調査」で「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいると回答された地域包括支援センター様を対象に、「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」の個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症療養を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報等が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社へ委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、菊道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市書大路町 30 番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪中央区今橋 2-5-8 トレードビル7階

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症（疑いを含む）の方」がいらっしゃると回答された地域包括支援センター様に対し、個々の「若年性認知症（疑いを含む）」についておうかがいするため、人数分の調査票をお送りしております。

●記入に際してのお願い●

- わかる範囲でご記入ください。
- ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。
- 「その他」に○をつけた場合は、() 内に具体的に内容をご記入ください。
- 調査票にご回答いただきましたら、折り返して同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です。）

★★平成23年11月4日（金）までにご投函ください★★

- なお、電子データでの調査票のご回答をご希望の場合には、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス : ryagi@murc.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
《具体例》
1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
2) 聞いたことをすぐ忘れたり、物を置いた場所を忘れることが頻りにある。
3) 知人の名前、自分の年齢、自然わかってはいるはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身体整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、ビンスワンガー病
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3. 感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行麻痺
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーサエット病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウイルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(抗腫瘍作用、病後を含む)、植物状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】
三愛リハビリテーションセンター
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア流産樓

【その他 問い合わせ】
奈良県 長寿社会課、高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 二次調査票

～個別の対象者調査～

センター名	担当課
回答者	連絡先

＊＊ 若年性認知症の方1名につき、調査票各1部をわかる範囲でご記入ください。 ＊＊

問1 本人の性別、生年月日についてお答えください。

性別	1. 男性	2. 女性
生年月日	昭和・平成 () 年 () 月 () 日	

問2 本人の現在のお仕事についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 正社員・正職員	2. 非常勤・パート	3. アルバイト
4. 短期雇用(派遣など)	5. 契約社員・嘱託	6. 自営業
7. 主婦	8. 無職	9. 学生
10. その他 ()		

問3 現在、同居されている方はどなたですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 独居	2. 父	3. 母	4. 配偶者の父
5. 配偶者の母	6. 夫	7. 妻	8. 息子
9. 姉	10. 婿	11. 嫁	12. 兄弟姉妹
13. 親戚	14. その他 ()		

問4 障害者手帳の状況をお答えください。持っておられる方は等級も教えてください。

1. 精神障害者保健福祉手帳 () 級	2. 身体障害者手帳 () 級
3. 療育手帳 ()	4. 申請中
5. 持っていない	

問5 障害者自立支援法における障害程度区分について、判定を受けておられますか。(いずれか1つに○)

1. 受けていない	2. 区分1	3. 区分2
2. 受けている ()	4. 区分3	5. 区分4
	6. 区分5	7. 区分6

問6 要介護認定の状況をお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 受けていない	2. 要支援1	3. 要支援2
2. 受けている ()	4. 要介護1	5. 要介護2
	7. 要介護4	8. 要介護5

問7 最初に当窓口に来られたのはいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

問8 窓口に来られた方はどなたですか。

1. 本人のみ	2. 本人と家族	3. 家族のみ
4. 本人と関係者*	5. 関係者*のみ	6. その他 ()

*関係者・・・ケアマネージャー、民生委員等

問9 相談の内容についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症の診断ができる医療機関を紹介してもらいたい
2. 要介護認定や障害者認定の手続きをしたい
3. 利用できるサービスや制度を教えてください
4. どうしたらよいかわからないので相談にのってほしい
5. その他 ()

問10 担当窓口に来られた後の対応はどのようになされましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 相談者のかかりつけ医へ相談することを勧めた
2. 奈良県認知症疾患医療センターや専門医療機関へ相談することを勧めた
3. 精神保健福祉センターへ相談することを勧めた
4. 保健所や県の担当課へ相談することを勧めた
5. 市町村の保健センターへ相談することを勧めた
6. 相談者の担当のケアマネへ相談することを勧めた
7. 介護保険等サービス事業所へ相談することを勧めた
8. 要介護認定の手続きを行った
9. 障がい者認定の手続きを行った
10. その他 ()
11. その他で解決できた ()

地域包括支援センター

問1 対応時に課題と感じられたことは何ですか。(あてはまるもの1つに○)
 1. 適切に紹介できる医療機関がない
 2. 適切に紹介できるサービスがない
 3. どうしてもいいかわからない
 4. その他 ()
 5. 特になし

問12 現在、利用されているサービスについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- 【介護保険制度によるサービス・支援】
- 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス）
 - 2. 通所介護（デイサービス）
 - 3. 短期入所生活介護（福祉系ショートステイ）
 - 4. 小規模多機能型居宅介護
 - 5. 夜間対応型訪問介護
 - 6. 認知症対応型通所介護（デイサービス）
 - 7. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
 - 8. 介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設など）
 - 9. その他 ()
- 【障害者自立支援法によるサービス・支援】
- 10. 居宅介護（ホームヘルプ）
 - 11. 行動援護
 - 12. 短期入所（ショートステイ）
 - 13. 生活介護
 - 14. 自立訓練
 - 15. 就労移行支援
 - 16. 就労継続支援
 - 17. 自立支援医療（通院費用の助成）
 - 18. 精神科デイケア
 - 19. （精神科）訪問看護
 - 20. その他 ()
- 【その他サービス・支援】
- 21. 成年後見制度
 - 22. 日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）
 - 23. 特別障害者手当
 - 24. その他 ()
 - 25. 分からない

問13 若年性認知症に関してご本人やご家族などからお聞きしているご意見があれば自由に記入ください。

平成23年10月

各位

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査（二次調査）への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

また、このたびの奈良県「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」にご協力いただきありがとうございます。この「一次調査」で「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいると回答された事業所様を対象に「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」の個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社へ委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
担当 近藤、街道、大山
TEL : 0742-27-8540 (直通) FAX : 0742-27-3075
〒630-8501 奈良市登大路町 30 番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田
TEL : 06-6208-1242、FAX : 06-6208-1243
〒541-8512 大阪府中央区今橋 2-5-8 トレードピア25層樓

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症」(疑いを含む)の利用者様がいらっしゃると思われる事業所様に対し、度々の「若年性認知症」(疑いを含む)の現状やニーズについてお声がけいするため、○事業所で記入いただく調査票 → 貴事業所でご記入ください

(複数のサービスを利用されている利用者様は1部のみのご回答で結構です)

○利用者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票
→利用者様やご家族様にお渡しください
(複数のサービスを利用されている利用者様へは1セットのみお渡しください)

について、人数分の調査票をお送りしております。

■なお、「利用者様ご本人やご家族様にご記入いただく調査票」につきましては、調査票と返信用封筒をセットにしております。セットにしたものを利用者様がサービスを利用される際にお渡しいただいただけでしょうか。(10月～11月中旬に来所された利用者様にお渡しください)

■10月～11月中旬にサービスをご利用されない利用者様がいらっしゃる場合は、余った調査票セットを同封の封筒にてお返しください。

●記入に際してのお願い●

■貴事業所でそれぞれの利用者様についてわかる範囲でご記入ください。

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で囲んでください。また、一部、数字を記入いただく質問もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、()内に具体的に内容をご記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折り返したんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。(切手は不要です。)

★★ 平成23年10月28日(金)までにご投函ください ★★

○なお、電子データでの調査票でのご回答をご希望の場合は、調査票をメールにてお送りさせていただきますので、下記メールアドレスまでその旨ご連絡くださいませ。

＜電子データの問い合わせ先＞

調査委託会社 : 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
メールアドレス : ryagi@muro.jp (担当: 八木)

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。
《具体例》
 - 1) 今日の月日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れていたり、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、食料の買い、赴任整理、友人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症症状を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症症状を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、ビンスワンガー病
2. 毒性疾患	アルツハイマー病、レビ小体型認知症、パーキンソン病、ビック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クライフツフェルト・ヤコブ病、進行麻痺
4. 頭部外傷	交通事放後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチエフト病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞踏病、ウイルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(傍腫瘍作用、術後を含む)、播種状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一層下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】
 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)
 研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、和由
 TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243
 〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア芝罘橋

【その他 問い合わせ】
 奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係
 担当 近藤、街道、大山
 TEL : 0742-27-8540(直通) FAX : 0742-27-3075

病威候 若年性認知症実態把握調査 二次調査票(事業所記帳用)

～利用者個別調査票～

事業所名	サービス種別
担当者	連絡先

＊＊ 若年性認知症の方1名につき、調査票各1部をわかる範囲でご記入ください。 ＊＊

問1 利用者様の性別、現在の年齢、居住地についてお答えください。

性別	1. 男性	2. 女性
生年月日	昭和・平成 ()年 ()月 ()日	
居住地	()市 ()町 ()村	

問2 発症年齢はいつ頃ですか。

()歳頃

問3 利用者様が認知症の診断を受けた医療機関を教えてください。

医療機関名 ()

問4 認知症の診断がされた時期をお答えください。

昭和・平成 ()年 ()月頃
もしくは ()歳頃

問5 原因疾患についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- 1. 脳血管障害
- 2. アルツハイマー病
- 3. レビ-小体型認知症
- 4. パーキンソン病
- 5. ビック病など前頭側頭葉変性症
- 6. 感染症
- 7. 頭部外傷後遺症
- 8. 内分泌疾患
- 9. 自己免疫疾患
- 10. 代謝疾患
- 11. 中毒疾患
- 12. 遺伝子疾患
- 13. その他 ()

※上記区分は国の調査に準ず

問6 合併症の有無についてお答えください。

1. ダウン症など(知的障害)	a. はい	b. いいえ
2. うつ病または統合失調症などの精神疾患	a. はい	b. いいえ
3. 意識障害がありますか	a. はい	b. いいえ
4. 植物状態ですか	a. はい	b. いいえ

問7 認知症について医療機関から利用者本人への告知はされていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. されている 2. されていない 3. わからない

問8 認知症について医療機関から利用者の家族への告知はされていますか。(あてはまるもの1つに○)

1. されている 2. されていない 3. わからない

問9 利用者様の現在の就業状況についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

- 1. 正社員・正職員
- 2. 非常勤・パート
- 3. アルバイト
- 4. 短期雇用(派遣など)
- 5. 契約社員・嘱託
- 6. 自営業
- 7. 主婦
- 8. 無職
- 9. 学生
- 10. その他 ()

問10 認知症の程度についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

- 1. 軽度: 仕事や社会活動では確かに障害を認めるが、自立した生活を営むことは可能で、衛生面は保たれ判断力はほぼ正常である。
- 2. 中等度: 自立生活を営むことは危険であり、ある程度の指導が必要。
- 3. 重度: 日常生活動作には障害がある(例えば最低限の衛生状態で保てない)ので、絶えず観察を要する。監督を要せず、話は支離滅裂あるいは発語は聞かれない。
- 4. 判定困難: (理由:)

問11 現在の日常生活動作(ADL)についてお答えください。(それぞれあてはまるもの1つに○)

1. 歩行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
2. 食事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
3. 排泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
4. 入浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
5. 着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助

問12 認知症の行動と心理症状(BPSD)についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

- 1. なし
- 2. あり
 - 1. 妄想
 - 2. 幻覚
 - 3. 興奮
 - 4. うつ
 - 5. 不安
 - 6. 多幸
 - 7. 無関心
 - 8. 脱抑制
 - 9. 易刺激性
 - 10. 異常行動

問13 介護者の有無についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. なし 2. あり

2. あり 続柄 ()

問14 要介護認定を受けておられますか。(いずれか1つに○)

- 1. 受けていない
- 2. 受けている
 - 1. 審査中
 - 2. 要支援1
 - 3. 要支援2
 - 4. 要介護1
 - 5. 要介護2
 - 6. 要介護3
 - 7. 要介護4
 - 8. 要介護5

平成23年10月

若年性認知症 患者（サービス利用者）様

奈良県 健康福祉部 長寿社会課

若年性認知症実態調査への協力依頼について

拝啓 日頃より、奈良県政に対し、格別のご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび県内の医療機関を対象に「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」を実施しました。その際に医療機関や介護保険サービスや障害福祉サービス提供事業所等で「県内在住の若年性認知症（疑いを含む）の方」がいると回答された医療機関や事業所を通じて、患者・利用者様を対象に、個々の状況やニーズなどを把握させていただくことで、よりよい若年性認知症施策を展開していきたいと考えております。

ご回答いただきました内容は、この調査の目的にのみ使用するものであり、ご回答の内容を調査目的以外に使用したり、個人情報・事業所情報が他に漏れることなど、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。

なお、アンケートの調査票の配布・集計につきましては、奈良県より三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に委託して実施いたします。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、アンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

●「若年性認知症実態調査」について●

■この調査は、8月に実施しました「若年性認知症に関する実態調査（一次調査）」で「若年性認知症」（疑いを含む）の患者様・利用者様がいらっしゃると思われる医療機関や事業所様から直接調査票のセットをお渡ししております。

■ご本人様またはご家族様に、「若年性認知症」の状況や日常生活の状況についてご回答いただき、同封していただきます返信用封筒にてご本人様またはご家族様より奈良県の方に直接返信いただくようにしております。

■医療サービス、介護保険や障害サービスそれぞれの事業者向けに一次調査結果をもとにお送りをしました。そのため、複数のサービスを利用されている場合は、複数の調査票を受けとることがありますが、その場合は1部のみご記入ください。

●記入に際してのお願い●

■わかる範囲でご記入ください。

■ご回答にあたっては、質問をよくお読みいただき、あてはまる番号を○で選んでください。また、一部、数字を記入いただく欄もあります。

■「その他」に○をつけた場合は、（ ）内に具体的な内容を記入ください。

■調査票にご回答いただきましたら、折りたんで同封の返信用封筒に入れ、お近くのポストに投函してください。（切手は不要です。）

★★ 平成23年11月30日（水）までにご投函ください ★★

【問い合わせ先】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 笠原、影道、大山

TEL : 0742-27-8540（直通） FAX : 0742-27-3075

〒630-8501 奈良市登大路町30番地

【調査委託会社 連絡先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6208-1242、FAX : 06-6208-1243

〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア高屋橋

「本調査における若年性認知症の定義」

◇ 若年性認知症とは以下の4点を満たす方のこととします。

1. 記憶力の低下がある。

《具体例》

- 1) 今日の日や自分の居る場所がわからない。
 - 2) 聞いたことをすぐ忘れて、物を置いた場所を忘れることが頻繁にある。
 - 3) 知人の名前、自分の年齢、当然わかっているはずのことが容易に思い出せない。
2. 以前と比べて、日常生活(家事、金銭の扱い、身辺整理、対人関係など)や社会生活が困難となり、周囲からの援助が必要である。
3. 知的障害(ダウン症を含む精神発達遅滞)や自閉症でない。
4. 65歳未満で発症している。

◇ 認知症状態を呈する代表的な疾患や状態には以下のようなものがあります。この調査では対象となる疾患を限定しません。

<認知症状態を呈する代表的な疾患>

1. 脳血管障害	脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血、脳血管腫
2. 変性疾患	アルツハイマー病、レビー小体型認知症、パーキンソン病 ピック病など前頭側頭葉変性症、脊髄小脳変性症
3・感染症	脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病 進行肉腫
4. 頭部外傷	交通事故後遺症、慢性硬膜下血腫
5. 内分泌疾患	甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
6. 自己免疫疾患	SLE、神経ペーチャエツト病
7. 代謝疾患	肝性脳症、透析脳症
8. 中毒疾患	アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属、薬物
9. 遺伝疾患	ハンチントン舞蹈病、ウィルソン病
10. その他	多発性硬化症、正常圧水頭症、てんかん、ビタミン欠乏 脳腫瘍(傍腫瘍作用、前後を含む)、植物状態

◇ 本調査についてご不明な点がございましたら、下記の連絡先まで御一報下さい。

【配布、回収、集計に関する問い合わせ】

三愛UFJリサーチ&コンサルティング(株)

研究開発第1部 すこやかライフデザイングループ 山田、八木、仙田

TEL : 06-6208-1242, FAX : 06-6208-1243

〒541-8512 大阪市中央区今橋2-5-8 トレードピア定盤楼

【その他 問い合わせ】

奈良県 長寿社会課 高齢者地域生活支援係

担当 近藤、街道、大山

TEL : 0742-27-6540(直通) FAX : 0742-27-3075

奈良県 若年性認知症実態把握調査 調査票

～本人・家族調査～

** 各設問について、答えられる範囲でご記入ください。 **

ご本人以外の方が記入の場合は、ご本人との関係について下のあてはまるものに○をつけてください。

1. 本人の配偶者 2. 本人の子ども・子どもの家族 3. その他 ()

ご本人についておうかがいします

問1 ご本人の性別、生年月日についてお答えください。

性別	1. 男性	2. 女性
生年月日	昭和・平成 () 年 () 月 () 日	

問2 ご本人の現在のお仕事についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 正社員・正職員 2. 非常勤・パート 3. アルバイト
 4. 短期雇用(派遣など) 5. 契約社員・嘱託 6. 自営業
 7. 主婦 8. 無職 9. 学生
 10. その他 ()

問3 同居家族についてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

1. 同居していない 2. ご本人の父 3. ご本人の母 4. 配偶者の父
 5. 配偶者の母 6. 夫 7. 妻 8. 息子
 9. 娘 10. 弟 11. 姉 12. 兄弟姉妹
 13. 親戚 14. その他 ()

問3-1 ご本人を含めて同居者は合計何人ですか。

同居者合計 () 人

問4 未成年のお子さんはいらっしゃいますか。(あてはまるもの1つに○)

1. いる 2. いない

問5 現在のお住まいの種類はどれですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 持ち家(一戸建て)
 2. 持ち家(マンションなどの集合住宅)
 3. 賃貸住宅(一戸建て)
 4. 賃貸住宅(マンションなどの集合住宅)
 5. 有料老人ホーム、ケアハウス、軽費老人ホーム 6. その他 ()

問6 現在、世帯の生計を支えている主な収入源は何ですか。(あてはまるもの2つまで○)

1. ご本人の給与収入(パート等も含む)・自営収入 2. ご本人の老齢(退職)年金
 3. ご本人の障害基礎年金、障害厚生年金、障害手当金 4. ご本人の傷病手当金
 5. 受給している生活保護 6. ご本人の配偶者(または夫)の収入
 7. その他ご本人の家族の収入 8. その他の親族等の収入
 9. その他の収入 () 10. よくわからない

問7 認知症の程度についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 軽度: 仕事や社会活動では確かに障害を認めるが、自立した生活を営むことは可能で、衛生面は保たれ判断力はほぼ正常である。
 2. 中等度: 自立生活を営むことは困難であり、ある程度の指導が必要。
 3. 重度: 日常生活動作には障害がある(例えば義務程度の衛生状態で保てない)ので、絶えず観察を要する。整容を促す、顔は支離滅裂かあるいは発音は聞かれない。
 4. 判定困難:(理由:)

問8 現在の日常生活の動作についてお答えください。(それぞれあてはまるもの1つに○)

1. 歩行	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
2. 食事	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
3. 排泄	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
4. 入浴	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助
5. 着脱衣	a. 自立	b. 一部介助	c. 全介助

問9 外出の頻度はどのくらいですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ほぼ毎日外出している 2. 週に4, 5日外出している
 3. 週に2, 3日外出している 4. 週に1日外出している
 5. 月に1, 2日外出している 6. ほとんど外出しない(できない)

問10 外出の主な目的は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 仕事関係(通勤、業務など) 2. 病院、病院等の医療機関に行く
 3. 友達や知人に会いに行く 4. 趣味やスポーツなどをする
 5. 散歩 6. 買い物
 7. ボランティアなどの活動をする 8. 地域活動をする
 9. 介護保険サービスや障がい福祉サービスを利用する
 10. その他 ()

問11 外出の際は付き添いが必要ですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ほぼ付き添いが必要 2. 体調によって付き添いが必要
 3. ほとんど必要がない 4. その他 ()

問12 障害者手帳について、持っておられる方は等級もお答えください。

1. 精神障害者保健福祉手帳 ……()級 2. 身体障害者手帳 ……()級
 3. 療育手帳 ……()級 4. 申請中
 5. 持っていない

問13 障害者自立支援法における障害程度区分について、判定を受けておられますか。(いずれか1つに○)

1. 受けていない
 2. 受けている ……()
 1. 審査中 2. 区分1 3. 区分2
 4. 区分3 5. 区分4 6. 区分5
 7. 区分6

問14 要介護認定を受けておられますか。(いずれか1つに○)

1. 受けていない
 2. 受けている ……()
 1. 審査中 2. 要支援1 3. 要支援2
 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3
 7. 要介護4 8. 要介護5

問15 認知症の治療などのために医療機関へ通院する頻度をお答えください。

1. 定期的に通院している ……()月()回または()週()回
 2. 症状の悪いとき、介護保険の認定時など、必要に応じて通院している
 3. 以前は通院していたが、現在は通院していない

ご本人の認知症の可能性に気づき、受診された状況などについてお聞きします

問16 最初にご本人の認知症の可能性に気づいたのは、いつ・どなたでしたか。

いつ	昭和・平成 ()年 ()月頃 もしくは ()歳頃
だれが (あてはまる ものすべてに ○)	1. 本人 2. 配偶者 3. 子ども 4. 本人または配偶者の親 5. 兄弟姉妹 6. 親戚(身内) 7. 友人・知人 8. 職場の人 9. 健(横)診 10. かかりつけ医 11. その他 ()

問17 最初にご本人に認知症の可能性に気づかれたのは、ご本人のどのような変化でしたか。

(あてはまるものすべてに○)

【日常生活で】
 1. 新しいことを覚えられなかったり、少し前のことを忘れるようになった
 2. 電話の応対ができなくなった
 3. 同じ料理を作るようになった
 4. 同じものを買ってくるようになった
 5. 買い物で料金が払えなくなった
 6. 考えるスピードが遅くなったり、同時に2つ以上のことを考えられなくなった
 7. 通車など、車行動に異常がみられるようになった
 8. 悪言をはいたり、暴力行為がみられるようになった
 9. 親戚や友人などから、様子がおかしいと連絡があった
【趣味などで】
 10. 電話の応対ができなくなった
 11. 伝票など、書類の処理ができなくなった。計算ができなくなった。
 12. 打ち合わせなどに来ないことがあった
 13. 本人が応対して、取引先などから苦情がきた
 14. その他、勤務先から様子がおかしいと連絡があった
【その他】
 15. その他 ()

問18 最初にご本人に認知症の可能性に気づかれた時、どなたかに相談しましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 同居家族 2. 同居家族以外の親族
 3. 友人・知人 4. 近所の人
 5. 職場の人 6. 地域包括支援センター
 7. 民生委員 8. 行政の担当者
 9. 病院・診療所 10. ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの介
 11. その他(家族会など) 護従事者
 12. 誰にも相談していない

問19 最初に受診した医療機関についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. かかりつけ医 2. 勤務先の産業医
 3. もの忘れ外来などの専門の病院 4. 公立病院
 5. 大学病院 6. その他 ()

問20 最初に受診した医療機関はどのようにして選びましたか。(あてはまるものすべてに○)

1. もともとかかりつけ医だった 2. 近隣である 3. 友人・知人からの紹介
 4. 職場からの紹介 5. 医療機関からの紹介 6. 役所など行政機関からの紹介
 7. 専門外来があったから 8. その他 ()

問2-1 認知症の診断がなされた医療機関は最初に受診した医療機関でしたか。(いずれかに○)

1. はい

2. いいえ

診断された医療機関 ()

問2-2 認知症の診断がなされた診療科についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 一般内科

2. 神経内科

3. 脳神経科

4. 精神科/神経科

5. 老年科

6. もの忘れ外来

7. その他 ()

問2-3 認知症の診断がされた時期をお答えください。

昭和・平成 () 年 () 月頃

もしくは () 歳頃

問2-4 最初にご本人に認知症の可能性に気づかれてから、認知症の診断名がつくまでに受診した医療機関数をお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 1ヶ所

2. 2ヶ所

3. 3ヶ所

4. 4ヶ所以上

認知症を発症する前にお勤めをされていたことのある方におうかがいします
 一お勤めをされていない方の方は問26へ

問2-5 認知症を発症する前と現在では、就労形態に変化がありましたか。(いずれかに○)

1. はい

2. いいえ

問2-5-1 前問の就労形態の変化の有無で「1. はい」と回答された方におうかがいします。発症前の就労形態はどのようなものでしたか。(あてはまるもの1つに○)

1. 正社員・正職員

2. 非常勤・パート

3. アルバイト

4. 短期雇用 (派遣など)

5. 契約社員・嘱託

6. 自営業

7. その他 ()

問2-5-2 問2-5の就労形態の変化の有無で「1. はい」と回答された方におうかがいします。下記の問いにお答えください。(いずれか1つに○)

1. 上司や雇用主へ「認知症を発症している」ことを説明しましたか	a. した	b. していません
2. 職場に相談相手がいいますか (いま)	a. いる (いた)	b. いない (いなかった)
3. 職場で福利厚生制度を利用していますか	a. 利用している (していた)	b. 利用していない (していません)
4. 職場から専門医の紹介がありますか (ありましたか)	a. ある (あった)	b. ない (なかった)

問2-5-3 問2-5の就労形態の変化の有無で「1. はい」と回答された方におうかがいします。認知症を発症してから、あなたの職場では働き方への配慮がありましたか。(いずれかに○)

1. はい

2. いいえ

問2-5-4 前問の職場の働き方への配慮の有無で「1. はい」と回答された方におうかがいします。具体的にどのような配慮でしたか。(あてはまるものすべてに○)

1. 配置転換

2. 労働時間の短縮

3. 就業時間の変更

4. 業務内容の変更

5. 職場内の環境整備

6. 通勤・移動時間の配慮

7. その他 ()

問2-6 認知症を発症してから、解雇または退職しましたか。(あてはまるもの1つに○)

1. 解雇された

2. 退職した

3. 就労を続けている

問2-6-1 前問の解雇または退職経験の有無で「1. 解雇された」または「2. 退職した」と回答された方におうかがいします。解雇または退職された時期はいつですか。

昭和・平成 () 年 () 月

問2-6-2 問2-6の解雇または退職経験の有無で「1. 解雇された」または「2. 退職した」と回答された方におうかがいします。解雇または退職の理由は何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の希望

2. 業務が遂行できない

3. 休職期間の満了

4. わからない

5. その他 ()

すべての方におうかがいします

問2-7 認知症を発症をきっかけに、ご本人の年間収入 (障害年金収入を含む) に変化はありましたか。(あてはまるもの1つに○)

1. 減収になった

2. 変わらない

3. 増収になった

問2-8 認知症の発症前、世帯の生計を支えていた主な収入源は何ですか。(あてはまるもの2つまで○)

1. ご本人の給与収入 (パート等も含む)・自営収入	2. ご本人の老齢 (退職) 年金
3. ご本人の障害基礎年金・障害厚生年金・障害手当金	4. ご本人の傷病手当金
5. 受給している生活保護	6. ご本人の配偶者 (またはは未) の収入
7. その他ご本人の家族の収入	8. その他の親族等の収入
9. その他の収入 ()	10. よくわからない

医療・福祉サービスの利用状況やニーズについてお聞きします

問 2 9 現在利用されている医療・福祉サービスはありますか。(あてはまるものすべてに○)

【介護保険制度によるサービス・支援】

1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)
2. 通所介護 (デイサービス)
3. 短期入所生活介護 (福祉系ショートステイ)
4. 小規模多機能型居宅介護
5. 夜間対応型訪問介護
6. 認知症対応型通所介護(デイサービス)
7. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
8. 介護保険施設 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設など)
9. その他 ()

【障害者自立支援法によるサービス・支援】

10. 居宅介護 (ホームヘルプ)
11. 行動援護
12. 短期入所 (ショートステイ)
13. 生活介護
14. 自立訓練
15. 就労移行支援
16. 就労継続支援
17. 自立支援医療 (通院費用の助成)
18. 精神科デイケア ()
19. (精神科) 訪問看護
20. その他 ()

【その他サービス・支援】

21. 成年後見制度
22. 日常生活自立支援事業 (旧地域福祉権利擁護事業)
23. 特別障害者手当
24. その他 ()
25. 分からない

問 3 0 利用したいと思っているが、利用できるサービスがないものはありませんか。(あてはまるものすべてに○)

【介護保険制度によるサービス・支援】

1. 訪問介護 (ホームヘルプサービス)
2. 通所介護 (デイサービス)
3. 短期入所生活介護 (福祉系ショートステイ)
4. 小規模多機能型居宅介護
5. 夜間対応型訪問介護
6. 認知症対応型通所介護(デイサービス)
7. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
8. 介護保険施設 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設など)
9. その他 ()

【障害者自立支援法によるサービス・支援】

10. 居宅介護 (ホームヘルプ)
11. 行動援護
12. 短期入所 (ショートステイ)
13. 生活介護
14. 自立訓練
15. 就労移行支援
16. 就労継続支援
17. 自立支援医療 (通院費用の助成)
18. 精神科デイケア ()
19. (精神科) 訪問看護
20. その他 ()

【その他サービス・支援】

21. 成年後見制度
22. 日常生活自立支援事業 (旧地域福祉権利擁護事業)
23. 特別障害者手当
24. その他 ()
25. 分からない

日常生活の不安、地域での生活についてお聞きします

問 3 1 日常生活で不安を感じておられることについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)

【家の中の不安】

1. ガスや火をきちんと消しているか不安になる
2. 外出するときに、ドアや窓のかぎをきちんと閉めているか不安になる
3. 電話や押し売りなどで、だまされて何か買ってしまわないか不安になる
4. トイレの場所など、家の中の様子がわからなくなる
5. その他 ()
6. 特に不安に感じていることはない

【家の外での不安】

1. 人と接するのがおっくうに感じる
2. 小銭の計算などお金がうまく使えない
3. 買い物で何を買おうとしているか覚えられない
4. 途中でどこにいるか、どこに行こうとしていたのかわからなくなる
5. 切符を買うなど交通機関の利用方法がわからなくなる
6. 家まで帰ることができなくなる
7. その他 ()
8. 特に不安に感じていることはない

【将来の不安】

1. 自分の病気や介護について
2. 配偶者や家族の病気や介護について
3. 経済的なこと
4. 子ども、孫の将来
5. 何らかの被害にあったり、犯罪に巻き込まれたりすること
6. 借家の契約更新や持ち家の維持管理など、住宅に関すること
7. 買い物での困りことや交通手段など、外出に関すること
8. その他、不安に思っていること ()
9. 特に不安はない

問 3 2 このまま今のところでも住み続けることに不安はありませんか。(あてはまるものすべてに○)

1. 家賃や住宅ローンなど住宅に関する経済的負担が重い
2. 近所の人などの持理解や隣見がある
3. 生活するのに不便 (具体的に)
4. 福祉施策が充実していない
5. 親や子ども、親族、知人などの知り合いが近くにいない
6. その他 ()
7. 困っていることはない

問33 認知症であることをうちあげている人は誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 同居家族
2. 同居家族以外の親族
3. 友人・知人
4. 近所の人
5. 職場の人
6. 地域包括支援センター
7. 民生委員
8. 行政の担当者
9. 病院・診療所
10. ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの介護従事者
11. その他 ()
12. うち明けている人はいない

問34 近所の人とのつきあいはどの程度ですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 外出時に留守番をしてくれるなど、本人や家族を支援してくれたりしている
2. お互いに相談したり、家を行き来したりするなどの交流がある
3. 日常的に立ち降をする程度の付き合いはしている
4. あいさつ程度の最小限の付き合いのみ
5. 付き合いはまったくしていない

問35 現在住んでいる地域に住み続けたいですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ぜひ、住み続けたい ⇒ 問35-1へ
2. できれば、住み続けたい ⇒ 問35-1へ
3. 機会があれば、他の地域に住み替えたい
4. ぜひとも他の地域に住み替えたい

問35-1 前問で「1. ぜひ、住み続けたい」、「2. できれば、住み続けたい」と回答された方にうかがいます。住み続けたい理由は何か。(あてはまるものすべてに○)

1. 子どもの頃から、生まれ育ったところだから
2. 近所の人など、知り合いがいるから
3. 地域の様子をよく知っていて、慣れているから
4. 交通の便や買い物などが便利だから
5. サービスが整っているから
6. 医療機関が整っているから
7. よその地域での生活に慣れるのが大変で苦痛だから
8. その他 ()
9. よくわからない

すべての方におうかがいします。

現在の楽しみや今後やりたいことについておうかがいします

問36 現在の楽しみややりがいは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. スポーツや運動など、身体を動かすこと
2. 読書、美術鑑賞など、文化・教養に関すること
3. 旅行をすること
4. 友人や仲間と会うこと
5. 仕事をすること(地域や社会で役割を持って働くこと、報酬の有無は問わない)
6. 家でのんびり過ごす
7. その他 ()
8. 特に趣味や楽しみはない

問37 今後やりたいことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. スポーツや運動など、身体を動かすこと
2. 読書、美術鑑賞など、文化・教養に関すること
3. 旅行をすること
4. 友人や仲間と会うこと
5. 仕事をすること(地域や社会で役割を持って働くこと、報酬の有無は問わない)
6. 家でのんびり過ごす
7. その他 ()
8. 特になし

介護者についておうかがいします

問38 介護者がいますか。(いずれかに○)

1. いる
2. いない ⇒ 問49へ

介護者がいる方におうかがいします。

問39 主に介護されている方はどなたですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 父
2. 母
3. 配偶者の父
4. 配偶者の母
5. 夫
6. 妻
7. 息子
8. 娘
9. 婿
10. 孫
11. 兄弟姉妹
12. 親戚
13. その他 ()

問40 主に介護されている方の年齢についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 40歳未満
2. 40歳～50歳未満
3. 50歳～60歳未満
4. 60歳～70歳未満
5. 70歳以上

問4.1 介護者の性別についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 男性
2. 女性

問4.2 介護者の就業状況についてお答えください。(あてはまるもの1つに○)

1. 正社員・正職員
2. 非常勤・パート
3. アルバイト
4. 短期雇用(派遣など)
5. 契約社員・嘱託
6. 自営業
7. 主婦
8. 無職
9. 学生
10. その他()

問4.3 介護者を助けてくれる人はいますか。(あてはまるもの1つに○)

1. いる
2. いない

問4.4 介護者の健康状態はいかがですか。(あてはまるもの1つに○)

1. 健康(特に悪いところはない)
2. まあまあ健康
3. 医者にかかるほどでもないが体調はよくない
4. 体調が悪く医者にかかっている
5. その他()

問4.5 (介護されている方)外出する際の付き添いの程度はどれですか。(あてはまるもの1つに○)

1. ほとんど1人で外出
2. 本人の体調や外出先によっては付き添いが必要
3. ほとんど付き添いが必要

介護を行う上での相談相手や不安についてお聞きします

問4.6 (介護されている方)認知症の診断や治療を行うまでに困ったことは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 認知症の診断・治療する医療機関を見つけることが難しかった
2. 認知症の診断・治療する医療機関の予約を取ることが難しかった
3. 本人が受診を嫌がった
4. 家族が診てもらったことを嫌がった
5. その他()
6. 特に困ったことはない

問4.7 毎日の介護のことでよく相談している人は誰ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 同居家族
2. 同居家族以外の親族
3. 友人・知人
4. 近所の人
5. 職場の人
6. 地域包括支援センター
7. 民生委員
8. 行政の担当者
9. 病院・診療所
10. ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの介護従事者
11. その他(家族会など)
12. 相談している人はいない

問4.8 介護する上で不安に感じていることは何ですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 介護しているあなた自身の健康や体力が衰えてきた
2. 介護にかかる費用が大きい、家計が苦しくなった
3. 介護しているあなたが介護にかかりきりで、社会から孤立してきた
4. 介護生活がこれからのどのくらい続くのか、先が見えない
5. ご本人の認知症の進行が進んでくるのではないかと不安になってきた
6. 介護しているあなた自身の精神的なストレスや不安が強くなってきた
7. 家庭内の人間関係がうまくいかない
8. その他()
9. 不安に感じていることはない

問4.9 若年性認知症に関してご意見があれば自由に記入ください。

(Empty box for comments on young-onset dementia)

ご協力ありがとうございました。
同封しております返信用封筒(切手不要)にてご返信いただけますようお願いいたします。