

アンケート調査にご協力ください

《平成24年9月調査》

北九州市認知症に関する意識及び実態調査 若年性認知症の人用

対象者用に送付するものには印刷しません

* 調査票の記入にあたって(注意事項)

- ①氏名を記入する必要はありません。
- ②記入にあたっては、黒又は青のインクのペン又はボールペンを使用してください。
- ③各設問の当てはまる番号に、○をつけてください。
- ④各設問において、「いずれか一つに○。」には、選択肢の中から一つにだけ○を、「複数回答可。」には、選択肢の中で当てはまるものすべてに○をつけてください。

※この調査の分析をするために、北九州市が保有する下記の介護保険に関する情報と重ね合わせて集計を行うことがありますので、予めご了承ください。

- | | |
|---------|------------|
| ① 年齢 | ⑤ 要支援・要介護度 |
| ② 性別 | ⑥ 身体状況 |
| ③ 住所区 | ⑦ 認知症自立度 |
| ④ 保険料段階 | |

以下の質問は、「調査対象者(あて名の方)ご本人」についての質問です。
「ご本人を普段介助している方(ご家族など)」が回答してください。
ケアマネジャー(介護支援専門員)の方と相談して回答してもかまいません。
また、ご記入もご家族やケアマネジャーの方が行ってください。

【ご記入者】

問1 これからの問(問18まで)について主に回答して下さる方をお答えください。
いずれか一つに○。

- | | |
|---|------------------|
| 1 | ご家族(続柄) |
| 2 | ケアマネジャー(介護支援専門員) |
| 3 | その他() |

【調査対象者について】

問2 現在、ご本人と同居されている方がいらっしゃいますか。いずれか一つに○。

- 1 同居人がある →副問へ 2 同居人はいない(一人暮らし)

副問 (1と答えた方のみ)同居している方は、ご本人からみてどのような方ですか。複数回答可。

- 1 配偶者(夫または妻) 5 孫
2 親または配偶者の親 6 その他の親族()
3 子 7 親族以外の人
4 子の配偶者

問3 ご本人が認知症であるとの診断を受けるまでにいくつの医療機関を受診しましたか。

医療機関 (受診した医療機関の数を記入してください)

問4 認知症の告知をご本人にしていますか。いずれか一つに○。

- 1 告知している 2 告知していない

問5 ご本人の病名は何と言われていましたか。いずれか一つに○。

- 1 アルツハイマー型認知症 5 病名の告知はない
2 血管性認知症 6 わからない
3 レビー小体型認知症 7 その他()
4 前頭側頭型認知症(ピック病含む)

問6 認知症に関して、現在のご本人の通院状況を教えてください。いずれか一つに○。

- 1 通院している →副問へ
2 通院していない

副問1 (1と答えた方のみ)通院状況をお答えください。

- 1 1ヶ月に 回、定期的に通院
2 1ヶ月に 回程度、不定期に通院

副問2 (1と答えた方のみ)通院しているのはどのような医療機関ですか。複数回答可。

- 1 かかりつけ医〔診療科 例：内科など〕
2 ものわすれ外来
3 その他の医療機関〔診療科 例：内科など〕

問7 現在、ご本人は認知症の薬を服用していますか。いずれか一つに○。

- 1 服用している
- 2 服用していたが、現在は服用していない
- 3 服用していない
- 4 その他 ()

問8 ご本人が認知症ではないかと気付いた、あるいは不安に思うきっかけとなったのは、どのようなこと(変化)でしたか。複数回答可。

- 1 置き忘れ、しまい忘れが多くなった
- 2 同じ事を何度も言ったり、聞いたりするようになった
- 3 物事への興味や関心が失われた
- 4 計算の間違いが多くなった
- 5 物の名前が出てこなくなった
- 6 慣れた道で迷うようになった
- 7 言葉の意味が分からず、会話がうまくできなくなった
- 8 仕事上のミスが多くなった
- 9 家事が以前のようにできなくなった
- 10 道具や電化製品の扱いが分からなくなった
- 11 ささいなことで怒りっぽくなった
- 12 お金や物が盗まれたと言うようになった
- 13 人に会うのを避けるようになった
- 14 その他 ()

問9 問8の変化に最初に気づいたのはどなたでしたか。いずれか一つに○。

- 1 ご本人
- 2 ご家族(続柄)
- 3 職場・近所の人・友人など周囲の人
- 4 その他 ()

問 10 問 8 の変化に気づいたときに、家族、親戚、知人以外で最初に相談(または受診)したのはどこですか。 いずれか一つに○。

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | かかりつけ医 |
| 2 | ものわすれ外来 |
| 3 | ものわすれ外来以外の専門医療機関(精神科など) |
| 4 | 家族会などの介護に関係するボランティア団体 |
| 5 | 区役所、地域包括支援センター ※注1 |
| 6 | 民生委員、福祉協力員 |
| 7 | その他() |

※注1

「地域包括支援センター」は、高齢者の保健・医療・福祉に関する幅広い相談に応じる総合相談窓口です。区役所出張所や市民センターなど、市内24ヵ所に設置されています。

問 11 ご本人が現在利用している介護保険サービスがありますか。 複数回答可。

- | | | | |
|---|--------------------|----|---------------|
| 1 | デイサービス：週()回 | 10 | 訪問看護 |
| 2 | デイケア：週()回 | 11 | 夜間対応型訪問介護 |
| 3 | 短期入所・短期療養(ショートステイ) | 12 | 認知症対応型通所介護 |
| 4 | 訪問介護(ホームヘルプ) | 13 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 5 | 訪問入浴 | 14 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 6 | 福祉用具 | 15 | 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 7 | 住宅改修 | 16 | その他() |
| 8 | 居宅療養管理(往診や歯科診療等) | | |
| 9 | 訪問リハビリテーション | 17 | 利用していない →副問へ |

副問 (17と答えた方のみ) その理由をお答えください。

問 12 普段の生活で、ご本人が次にあげるようなことをしていますか。している場合、介助が必要ですか。 いずれか一つに○。

	一人でしている	介助を受けてしている	していない
掃除	1	2	3
新聞・雑誌を読む	1	2	3
バス・電車の利用	1	2	3
日用品の買い物	1	2	3
預貯金のおし入れ	1	2	3

問 13 次にあげる生活の場面で、現在ご本人にどの程度介助が必要ですか。いずれか一つに○。

	一人できる	ある程度介助が必要	常に介助が必要
着替え	1	2	3
室内での移動	1	2	3
入浴・洗面	1	2	3
トイレの使用	1	2	3
食事	1	2	3

問 14 ご本人が日頃から意欲を持って行っている活動、または、楽しみにしていることはありますか。いずれか一つに○。

1 ある →副問へ 2 ない 3 どちらとも言えない

副問 (1と答えた方のみ) 利用しているサービスをお答えください。

問 15 今後、家族の集まりが開催されることがあれば参加されますか。

1 参加する 2 参加しない 3 その他 ()

問 16 現在、ご本人は障害福祉サービスを利用されていますか。

1 利用している 2 利用していない

副問 (1と答えた方のみ) その内容をお答えください。

例：居宅介護（ホームヘルプ）、短期入所（ショートステイ） 等

問 17 現在、ご本人は障害基礎年金を受給されていますか。

1 受給している 2 受給していない

問 18 現在、ご本人は自立支援医療（精神通院医療）を利用されていますか。

- 1 利用している 2 利用していない

※自立支援医療（精神通院医療）とは

障害者自立支援法による、精神疾患の治療のために医療機関に通院する場合に、医療費の自己負担分の一部を公費で負担する制度です。（入院医療費は対象になりません）

以下の質問は、調査対象者を主に介護されているご家族等（以下、「主な介護者」という）についての質問です。主な介護者がお答え下さい。

【主な介護者について】

問 19 あなたとご本人はどのような関係ですか。いずれか一つに○。

調査対象者の

- | | |
|--------------|----------------------------------|
| 1 配偶者（夫または妻） | 5 孫 |
| 2 親または配偶者の親 | 6 その他の親族（ ） |
| 3 子 | 7 親族以外の人（ ） |
| 4 子の配偶者 | |

問 20 あなたの性別はどちらですか。いずれか一つに○。

- 1 男 2 女

問 21 あなたの年齢は、どれにあたりますか。いずれか一つに○。

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 35歳未満 | 4 55歳～64歳 |
| 2 35歳～44歳 | 5 65歳～74歳 |
| 3 45歳～54歳 | 6 75歳以上 |

問 22 あなたは、ご本人と同居されていますか。いずれか一つに○。

- 1 同居している 2 同居していない

問 23 ご本人の介助を始めてからどれくらいになりますか。いずれか一つに○。

- | | |
|---------|----------|
| 1 1年未満 | 4 5年～10年 |
| 2 1年～3年 | 5 10年以上 |
| 3 3年～5年 | |

問 29 1日のうちで、ご本人の見守りや介助はどのくらい必要ですか。いずれか一つに○。

・見守り 1 時々 2 常時 3 特になし

・介助 1 時々 2 常時 3 特になし

問 30 ご近所の方にご本人の症状や状態について伝えていますか。いずれか一つに○。

1 伝えている 2 伝えていない 3 わからない

問 31 現在、ご本人に見られる症状や状態で、あなたが負担に感じることはどのようなことですか。下の記入欄に最も負担に感じることから順に5つ番号をあげてください。

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1 不眠(昼夜の区別がつかない) | 9 尿・便失禁 |
| 2 一人で外に出て行こうとする | 10 日時や場所がわからない |
| 3 家の中を歩き回る | 11 お金が盗まれたなどの妄想 |
| 4 興奮・大声・暴言 | 12 落ち着きがない |
| 5 もの忘れ | 13 言葉がはっきりしない |
| 6 幻覚(幻視や幻聴など) | 14 会話を理解できない |
| 7 便をさわる等の不潔行為 | 15 物事への意欲や関心がない |
| 8 同じことを何度も聞く・言う | 16 その他() |

*番号を記入してください。

↓

1番		2番		3番	
4番		5番			

問 32 北九州市における認知症対策の現状や問題点、及び経済的な面で困難に感じていること、認知症を取り巻く環境等について、ご意見やご感想を、下の自由記載欄にご自由にご記入ください。

〔自由記載欄〕

例：周囲の認知症の理解が足りず、肩身の狭い思いをすることがある。

：既存の社会保障制度だけでは、金銭的に厳しい。

：若年性認知症の人を受け入れる施設が少ない。 等

ご協力ありがとうございました。