

若年認知症に関する実態調査 【居宅介護支援事業所票】

Q1 平成 18 年 10 月中 の貴事業所の利用者について、以下の設問別に 人数を記入して下さい。

Q1-1 年齢(被保険者種類)別の人数を記入して下さい。

65 歳以上 (第 1 号被保険者)	人
40 ~ 65 歳未満 (第 2 号被保険者)	人
40 歳未満	人

Q1-2 認知症の方(日常生活自立度 以上)の人数を記入して下さい。

事業所で日常生活自立度を把握していない場合は、担当の介護支援専門員のご判断で結構です。

65 歳以上 (第 1 号被保険者)	人
40 ~ 65 歳未満 (第 2 号被保険者)	人
40 歳未満	人

Q1-3 現在は利用していないが、サービス利用希望(本人または家族)のある若年認知症の方の人数を記入して下さい。

40 ~ 65 歳未満 (第 2 号被保険者)	人
40 歳未満	人

サービス利用に至っていない場合の主な理由について記入して下さい。

--

Q2 満 65 歳未満 の若年認知症の方に関する 過去 1 年間(平成 17 年 11 月 ~ 平成 18 年 10 月末)の貴事業所の対応等について、以下の設問別に件数を記入して下さい。

Q2-1 若年認知症 担当利用者数 について 人数を記入して下さい。

(Q1 との違い:平成 18 年 10 月の利用はないが、過去 1 年をさかのぼって利用があった方が含まれます)

利用者数	人
------	---

Q2-2 その利用者への最初の対応で利用したサービス等について、サービス等の項目ごとに その利用人数を記入して下さい。

(1 人が「通所介護」と「短期入所」を利用した場合には、通所介護にも短期入所にもカウントして下さい)

通所介護	人	グループホーム	人
訪問介護	人	小規模多機能居宅介護	人
短期入所(生活・療養)	人	居宅療養管理指導	人
福祉用具貸与	人	医療機関に相談	人
その他	人		

(次ページに続きます)

(Q2-2の続き)

「その他」の場合の具体的な内容を記入して下さい。

--

Q2-3 家族等から相談を受けた場合等に、ご自身(居宅介護支援事業所)が相談する先はありますか。
(あてはまるもの全てに を入れて下さい)

相談先あり		なし	
-------	--	----	--

「あり」の場合 (複数回答)	利用者のかかりつけ医		認知症センター等 1 または 専門医療機関	
	地域包括支援センター		市町村の担当課・者	
	他のサービス事業所		その他 2	

1 「もの忘れサポートセンターしが」は、認知症センター等に含みます。

2 「その他」の場合の具体的な対応を記入して下さい。

--

Q3 若年認知症の方への対応全般について、以下の設問に従って記入して下さい。

Q3-1 ケアプラン作成上、困難な点は どのような点ですか。

--

Q3-2 不足している支援や仕組みは どのようなものとお考えですか。

--

Q3-3 どのような機関や人とネットワークを持っていますか。あるいは、今後 どのようなネットワークが必要だと思いますか。

Q4 若年認知症の方に対応するため、介護支援専門員として必要な知識や技術とはどのようなものだとお考えですか。

事業所名: _____ 居宅介護支援事業所