

若年認知症に関する実態調査 【通所介護事業所票】

Q1 平成 18 年 10 月中 に利用実績のある方について、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、担当者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

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 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 その利用者の最初の利用頻度(ケアプラン上の)として あてはまる人数を記入して下さい。

週 3 回以上の利用	人	週 1 回程度の利用	人
2 週に 1 回程度の利用	人	月 1 回程度の利用	人
その他	人		

「その他」の場合の具体的な内容を記入して下さい。

Q2-3 サービス利用に至らなかったケースがありましたか。

あった	人	うち、利用契約はあったが、利用に至らなかった場合	人
-----	---	--------------------------	---

「あった」場合、その主な理由はどのようなものでしたか。(任意回答)

Q2-4 家族等からの相談内容で困った場合に、ご自身(通所介護事業所)が相談する先はありますか。
(あてはまるものに 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 利用受入のときや支援・サービス提供する上で、困難な点は どのような点ですか。

Q3-2 支援する上で 工夫・努力していることは何ですか。

事業所名: _____ 通所介護事業所