

## 若年認知症に関する実態調査 【ご家族票】

現在のご年齢が満65歳以上の場合でも、診断や受診の時点が“満65歳未満(若年)”である方は、本調査のご回答をお願い致します。

Q1 ご本人の状況 について お尋ねします。

Q1-1 現在の ご年齢と性別 についてお尋ねします。 \_\_\_\_\_歳 ( 男性・女性 )

Q1-2 現在の ご住所 について下記の7圏域から選んで を付けて下さい。

の中に を付けて下さい。なお、市町村名に を付ける必要はありません。

1.  大津圏域 (大津市)
2.  湖南圏域 (草津市、守山市、栗東市、野洲市)
3.  甲賀圏域 (甲賀市、湖南市)
4.  東近江圏域 (近江八幡市、東近江市、安土町、日野町、竜王町)
5.  湖東圏域 (彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町)
6.  湖北圏域 (長浜市、米原市、虎姫町、湖北町、高月町、木之本町、余呉町、西浅井町)
7.  高島圏域 (高島市)

Q1-3 診断名 について下記から選んで を付けて下さい。

- |                     |                |
|---------------------|----------------|
| 1. アルツハイマー型認知症      | 4. レビー小体病      |
| 2. 前頭側頭型変性症(ピック病含む) | 5. その他 ( )     |
| 3. 脳血管性認知症          | 6. まだ診断を受けていない |

Q1-4 診断を受けている場合、診断名が最初誰に伝えられたか あてはまるもの全てに を付けて下さい。

1. 本人      2. 家族 ( 続柄 )      3. 他の親族 ( 続柄 )

Q1-5 診断を受けている場合、その時期と診断までの期間 についてお尋ねします。

診断の時期                      昭和・平成 \_\_\_\_\_年      そのときのご年齢 \_\_\_\_\_歳  
医療機関にかかってから 診断までの期間                      \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_か月

Q1-6 認知症についての 現在の通院等の状況 について あてはまるものを選んで を付けて下さい。

- 入院      1. 入院している (入院してから \_\_\_\_\_ か月)                      3. 入院したことはない  
            2. 以前、入院していた (入院期間 \_\_\_\_\_ か月くらい)
- 通院      1. 定期的に通院している ( \_\_\_\_\_ か月に \_\_\_\_\_ 回)                      3. 通院していない  
            2. 調子の悪いときや介護保険の認定時など 必要に応じて通院している

介護保険サービスを利用して 1. いる 2. いない

利用して「いる」場合、あてはまるサービス全てに を付けて下さい。

通所 ・ 訪問 ・ 短期入所 ・ 特別養護老人ホーム(特養)

介護老人保健施設(老健) ・ グループホーム ・ その他 ( )

他の支援サービスを利用して 1. いる 2. いない

利用して「いる」場合、サービスについて具体的に記入して下さい。

( 例; サロン、家族会の集まり など )

Q1-7 お仕事(職業として) について あてはまるものを選んで を付けて下さい。

1. 従来からの仕事を継続している
2. 業務内容や部署等が変わった
3. 職場が変わった・転職した
4. 休職・休業している
5. 辞めた(現在は就業していない)
6. もともと就業していない
7. その他 ( )

Q2 ご家族 について お尋ね致します。

Q2-1 介護者(介護する側)についてお尋ねします。あてはまるものを選んで を付けて下さい。

主な介護者 配偶者 ・ 娘 ・ 息子 ・ 息子の配偶者(嫁) ・ 娘の配偶者(婿)

兄弟姉妹 ・ 孫 ・ その他 ( )

その方のご年齢 ( 歳代)

主な介護者に家族や親戚で協力してくれる人がいますか。

1. 介護に協力してくれる人がいる
2. 相談相手はいるが実際の介護に協力してくれる人はいない
3. 相談相手も介護に協力してくれる人もいない
4. その他 具体的な内容を記入して下さい。

お子様がいらっしゃる場合 その人数を 性別・年齢(代)別にご記入下さい。(任意回答)

	10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代
男性	人	人	人	人	人
女性	人	人	人	人	人

Q2-2 相談(または受診)のきっかけとなった事から(最初におかしいなと思った点)について あてはまるもの全てに を付けて下さい。

- |                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| 1. 家族が気が付いたから    | 5. 民生委員に(相談等を)勧められたから |
| 2. ご本人の訴えから      | 6. ケアマネや保健師に勧められたから   |
| 3. 同居していない親族の話から | 7. 職場での様子から           |
| 4. 近隣の方との話から     | 8. その他 ( )            |

(そのときの状況・経過について詳しくお聞かせ下さい)

Q2-3 ご家族、親戚、知人以外での最初の相談(または受診)先について あてはまるもの 1つ に を付けて下さい。

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. かかりつけ医 ( 病院 ・ 診療所 )                         | 5. 市町村など行政機関 |
| 2. 精神科・もの忘れ外来等の専門医療機関<br>(「もの忘れサポートセンターしが」を含む) | 6. 家族会       |
| 3. 民生委員  | 7. その他 ( )   |
| 4. 介護サービス事業所<br>(居宅介護支援事業所を含む)                 |              |

Q2-2 の時点から 実際に相談(または受診)までにかかった期間 約 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_か月

Q2-4 現在の相談(または受診)先について あてはまるもの 全て に を付けて下さい。

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. かかりつけ医 ( 病院 ・ 診療所 )                         | 4. 介護サービス事業所<br>(居宅介護支援事業所を含む) |
| 2. 精神科・もの忘れ外来等の専門医療機関<br>(「もの忘れサポートセンターしが」を含む) | 5. 市町村など行政機関                   |
| 3. 民生委員  | 6. その他 ( )                     |

Q2-5 ご家族(お子様を含みます)の健康状態等について お尋ねします。  
ご家族の日常生活(健康、お仕事など)に変化はありましたか(日常の介護等のために)。

その他 変化はありましたか(日常会話・様子等)。

Q2-6 日常の介護に関して、困難な点や必要な支援などについて 自由にお書き下さい。

(生活全般、サービス利用、経済面など 自由に記入して下さい)

最後に、ご記入頂いた方についてお尋ねします。

ご本人との続柄について \_\_\_\_\_ (同居・別居)

質問はここまでです。 ご協力 ありがとうございました。