

北九州市認知症に関する意識及び実態調査

《平成24年9月調査》

在宅高齢者・家族用

* 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」か「ご本人をよく知る方(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でかまいません。

【ご記入者】

問1 これからの問(問17まで)について回答して下さる方をお答えください。
いずれか一つに○。

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 調査対象者ご本人 | |
| 2 ご家族(続柄) | |
| 3 調査対象者ご本人とご家族が相談して回答(続柄) | |
| 4 ケアマネジャー(介護支援専門員) | |
| 5 その他() | |

【調査対象者について】

問2 現在、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 同居人がいる →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、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 ご本人または配偶者の親 | 6 その他の親族() |
| 3 子 | 7 親族以外の人 |
| 4 子の配偶者 | |

問3 普段の生活で、認知症に関して何らかの不安を感じることはありますか。いずれか一つに○。

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 全く不安はない →副問へ | } 1~3と
回答した
方は副問へ |
| 2 将来的なこととして不安を感じることはあるが現在は不安はない
→副問へ | |
| 3 もの忘れが多くなったなど、多少不安を感じることもあるが、問題
なく生活をしている →副問へ | |
| 4 医師の診断は受けていないが、認知症ではないかと思われる症状があり、生
活に何らかの支障がでている →問10(4ページ)へ | |
| 5 医師から認知症であるとの診断を受けている →問4(3ページ)へ | |

副問 (1~3と答えた方のみ)認知症の予防等についてどのように考えていますか。複数回答可。

- | |
|-------------------------------|
| 1 自宅でもできる簡単な予防活動があれば取り組みたい |
| 2 近くの市民センター等で予防活動を行っていれば参加したい |
| 3 認知症を早期に発見できるテスト等があれば受けてみたい |
| 4 すでに認知症予防教室等の予防活動に参加している |
| 5 予防活動等に取り組む必要を感じない |
| 6 その他() |

*副問にお答えいただいた方は、問18(7ページ)へ

問4 (問3で5と答えた方のみ) 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5 (問3で5と答えた方のみ) 認知症の診断時に告知はありましたか。いずれか一つに○。

- 1 あった →副問へ 2 なかった

副問 (1と答えた方のみ) 告知はどなたにありましたか。いずれか一つに○。

- 1 本人のみ 2 家族のみ 3 本人と家族の両方

問6 (問3で5と答えた方のみ) 現在、病名は何とされていますか。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7 (問3で5と答えた方のみ) 現在の認知症に関する通院の状況を教えてください。いずれか一つに○。

- 1 定期的に通院 →副問へ
2 必要に応じて通院 →副問へ
3 通院していない

副問 (1または2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 ※注1 |
| 3 その他の医療機関 [診療科 例: 内科など] |

※注1

「ものわすれ外来」は、認知症の早期発見・早期対応を目的とした診療外来で、ものわすれ外来協力医療機関に設置されています。「ものわすれ外来」では、診断はもちろんのこと治療、その後の対応(認知症に対する対応や家族の対応など)、相談窓口のご紹介などにも応じています。

問8 (問3で5と答えた方のみ) 現在、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9 (問3で5と答えた方のみ) 現在、認知症以外に下記の疾患等がありますか。 複数回答可。

- 1 糖尿病
 - 2 高血圧
 - 3 高脂血症
 - 4 脳梗塞
 - 5 心臓病
 - 6 その他 ()
 - 7 特に無い
- 1～6と回答
した方は
副問へ

副問 (1～6と答えた方のみ) 問9の疾患等の治療はどのようにしていますか。

いずれか一つに○。

- 1 認知症の治療と同じ病院で治療している
- 2 認知症の治療とは別の病院で治療している
- 3 その他 ()

問10 (問3で4または5と答えた方のみ) 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)がきっかけでしたか。 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 11 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 問 9 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 かかりつけ医
- 5 ケアマネジャー (介護支援専門員)
- 6 ホームヘルパー、通所施設の職員など
- 7 その他 ()

問 12 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 問 9 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 民生委員、福祉協力員
- 5 区役所 (保健師、ケースワーカーなどを含む)
- 6 地域包括支援センター ※注 2
- 7 ケアマネジャー (介護支援専門員)
- 8 サービス事業者 (ホームヘルパー、訪問看護師、通所施設の職員など)
- 9 家族会などの介護に関係するボランティア団体
- 10 その他 ()

※注 2

「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カ所に設置されています。

問 13 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 現在利用している介護保険サービスは何ですか。複数回答可。

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

問 14 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 普段の生活で、次にあげるようなことをしていますか。している場合、どの程度介助が必要ですか。いずれか一つに○。

	一人でしている	一部介助を受けている	多くの介助を受けている	していない
掃除	1	2	3	4
新聞・雑誌を読む	1	2	3	4
バス・電車の利用	1	2	3	4
日用品の買い物	1	2	3	4
預金の出し入れ	1	2	3	4

問 15 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 次にあげる生活の場面で、現在どの程度介助が必要ですか。いずれか一つに○。

	一人でできる	一部介助が必要	多くの介助が必要	常に介助が必要
着替え	1	2	3	4
室内での移動	1	2	3	4
入浴・洗面	1	2	3	4
トイレの使用	1	2	3	4
食事	1	2	3	4

問 16 (問 3 で 4 または 5 と 答えた方のみ) 一人で長時間留守番をすることができますか。いずれか一つに○。

1 できる	3 できない
2 一時間程度ならできる	4 わからない

問 17 (問 3 で 3 または 4 と 答えた方のみ) 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) それはどのようなことですか。複数回答可。

1 デイサービスやデイケア	6 入浴
2 老人クラブ等の集まり	7 テレビをみること
3 運動(散歩含む)	8 家族・友人等との会話
4 外食・旅行など	9 その他()
5 食事	

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。主な介護者ご本人がお答え下さい。

【主な介護者について】

問 18 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 親または配偶者の親 |
| 2 子 | 6 その他の親族 () |
| 3 子の配偶者 | 7 親族以外の人 () |
| 4 孫 | |

問 19 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 20 あなたの年齢は、どれにあたりますか。いずれか一つに○。

- | | |
|-----------|-----------|
| 1 45歳未満 | 4 65歳～74歳 |
| 2 45歳～54歳 | 5 75歳～84歳 |
| 3 55歳～64歳 | 6 85歳以上 |

問 21 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 22 ご本人の介護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 23 あなたには、介護を手伝ってくれる人がいますか。(介護サービスのスタッフを除く)。いずれか一つに○。

- | | |
|-----------|-------|
| 1 いる →副問へ | 2 いない |
|-----------|-------|

副問 (1と答えた方のみ)その人はどのような人ですか。複数回答可。

- | |
|--------------|
| 1 同居の家族 |
| 2 同居の家族以外の親族 |
| 3 友人 |
| 4 近所・地域の人 |
| 5 その他 () |

※以下の問 30～33 は問 3 で「4 医師の診断は受けていないが、生活に支障のある症状があるなど、認知症ではないかとの不安がある」「5 医師から認知症であるとの診断を受けている」と回答された方の主な介護者のみお答え下さい。それ以外の方は問 34 へお進み下さい。

問 30 1日のうちで、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 31 ご近所の方に調査対象者の症状や状態について伝えてありますか。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 32 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3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	
----	--

問 33 ご本人が今までに、行方不明(戸外に出たまま行方が分からなくなった状態)になったことがありますか。いずれか一つに○。

1 ある(1～2回)	2 ある(3回以上)	2 ない
------------	------------	------

副問1 (1または2と答えた方のみ) その時どなたかに相談しましたか。複数回答可。

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1 警察 | 4 行政(区役所、地域包括支援センター等) |
| 2 家族 | 5 その他() |
| 3 近隣の人 | 6 相談していない |
| 4 ケアマネ等の関係者 | |

副問2 (1または2と答えた方のみ) ご本人はどなたを見つけましたか。複数回答可。

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1 警察 | 4 行政(区役所、地域包括支援センター等) |
| 2 家族 | 5 自力帰宅 |
| 3 近隣の人 | 6 その他() |
| 4 ケアマネ等の関係者 | |

副問3 (1または2と答えた方のみ) ご本人はどこで見つかりましたか。下の自由記載欄にご記入ください。

〔自由記載欄〕

問 34 今後、認知症対策を進めていくうえで、北九州市はどのようなことに重点を置くべきだと考えますか。下の記入欄に最も重点を置くべきと考えるものから順に、5つまで番号をあげてください。

- 1 認知症を早期に発見し、認知症予防教室などの予防活動や専門医療機関につながる取組み
- 2 専門医でなくてもある程度認知症のことがわかるようにする、あるいは、認知症専門医を養成するなど、医師の認知症対応力を上げる取組み
- 3 かかりつけ医から専門医療機関にスムーズに紹介・連携できる体制づくり
- 4 医療機関から介護サービス事業所や施設を紹介したり、行政のサービスにつながる(あるいはその逆)など、医療と介護・行政との連携強化
- 5 介護サービスにあたる専門職(ケアマネジャー・ヘルパーなど)の質の向上
- 6 認知症の人が活動する場づくり、社会参加の支援
- 7 認知症をテーマにした講演会の開催など、認知症への正しい理解を広める取組み
- 8 介護する家族同士の交流や、介護経験者による相談会など、家族の精神的な負担を緩和する取組み
- 9 介護する家族を対象とした、認知症の人の介護やコミュニケーションのとり方などを内容とした研修会の開催
- 10 在宅で一時的に認知症の人を見守るボランティアなど、在宅での生活を支える取組み
- 11 認知症グループホーム(認知症の人が共同生活を営む住居)の整備
- 12 成年後見制度など、認知症の人の権利や財産を守る制度の充実
- 13 虐待を防止する制度や取組みの充実
- 14 徘徊時に認知症の人を探す仕組みづくりなど、徘徊や緊急時への対応
- 15 64歳以下で発症する若年性認知症患者への支援
- 16 その他 ()

*番号を記入してください。

↓

--	--	--	--	--

問 35 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。 等

ご協力ありがとうございました。