

第4章 資料

1. 一次調査 調査票(調査票A)

令和元年度千葉県若年性認知症実態調査 (一次調査票)



Q1 平成30年9月1日から令和元年8月31日までの1年間に、貴機関・事業所・施設に受診・入院または、サービス利用・入所していた人の中に、

① 18歳以上65歳未満の認知症^{※1}の人はいましたか？

1 いた

2 いない^{※2}

② 65歳以上で、認知症の発症が65歳未満の人^{※3}はいましたか？

1 いた

2 いない^{※2}

※1 認知症の診断基準については裏面の「認知症診断の手引き」をご参照ください。

※2 該当する方がいない場合(「2 いない」の場合)でも調査票(回答)のご返送をお願いします。

※3 ②については、把握・確認できる範囲での回答で結構です。

Q2 上記で「1 いた」と回答された場合、①、②別に、人数(枠上)、性別、年齢、生年月日、発症年月(分かる範囲で)、また、貴機関・事業所・施設での主な処遇(利用形態)について、ご回答ください。

① 18歳以上65歳未満の認知症の人 [_____ 人]

	性別	年齢	生年月日(下段:発症年月)	主な処遇(1つに○を付けてください)
1	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
2	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
3	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
4	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
5	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所

② 65歳以上で若年発症(65歳未満で発症)の認知症の人 [_____ 人]

	性別	年齢	生年月日(下段:発症年月)	主な処遇(1つに○を付けてください)
1	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
2	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所
3	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成・令和 年 月 頃)	1 受診・通院 2 入院 3 サービス利用 4 入所

※ 該当する方が各欄を超える場合、お手数ですが本紙をコピーの上、ご記入・ご回答をお願いします。

認知症診断の手引き

認知症の診断は以下の3点を満たし、発症が65歳未満である方を対象としてください。確定診断されていない場合も含めてください。

1 記憶力の低下、または、その他の認知機能障害がある。

例えば、日時や自分のいる場所を大幅にまちがえる、聞いたこと・話したことをすぐ忘れる、少し前の出来事を忘れてしまうことが多い、知人の名前・自分の年齢・誰でも知っている常識的なことを思い出せない、よく知っている道でも迷うことがある、言葉の意味が理解できない、言葉がなかなか出てこないなど。

2 以前と比べて仕事、家事、金銭の管理、身辺整理、対人関係などの日常生活や社会生活などが困難になり、家族などの援助が必要である。

3 知的障害、自閉症などではない。

二次調査について

▶ 後日、ご本人やご家族の生活実態に関する調査（二次調査）にご協力頂きたいと考えています。

▶ 二次調査のご本人・ご家族用の調査票は、貴機関・事業所・施設からお渡し頂くことを想定しています。
(一次調査ご回答の対象者人数分の調査票を貴機関・事業所・施設に郵送致します。)

▶ ご本人・ご家族からの回答は、貴機関で取りまとめていただき、【委託先】宛てにお送り頂く予定としています。
(回答任意)

※ 回答ご協力、ありがとうございました。同封の返信用封筒にてご返送ください。

※ 二次調査に該当される場合、担当者の回答・本人票の配布等、引き続きご協力の程 宜しくお願い致します。

..... 《 回答者欄 》

貴機関・事業所・施設名 _____

所在地 _____

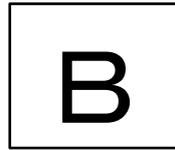
☎ _____ ☎ _____ @ _____

記入者 ご氏名 _____ (役職名) _____

2. 二次調査 調査票

(1) 関係施設調査 (調査票B)

令和元年度千葉県若年性認知症実態調査 (二次調査票 関係施設用)



- ◎ この調査票は、一次調査で「若年性認知症の方がいる」とお答えになった関係施設の方に、貴施設/事業所における若年性認知症に関する状況をお伺いするものです。
- ◎ 各設問の該当する項目や番号に○をつけて頂くとともに、具体的な事柄をご記入ください。
なお、このアンケートを複数お受け取りになられた場合でも1部のみご返信ください。

【調査対象期間】 平成30年9月1日～令和元年8月31日

記入者	ご氏名 _____	役職名 _____
貴施設/事業所名	_____	
記入年月日	令和 ____年 ____月 ____日	

問1 貴施設として若年性認知症に関する相談・連携先はありますか。

※貴施設が認知症疾患医療センターなどの場合は、「2.ない」を選択してください。

1. ある ⇒ 問2へ 2. ない ⇒ 問3へ

問2 問1で「1. ある」と回答された場合、具体的な相談・連携先はどこですか。

(あてはまるものに○を付けてください。)

1. 千葉県若年性認知症専用相談窓口 2. 認知症疾患医療センター
3. 認知症の人と家族の会 千葉県支部 4. 市町村役場
5. 地域包括支援センター 6. 中核地域生活支援センター
7. その他 (具体的に: _____)

問3 貴施設で若年性認知症の方の相談窓口は決まっていますか。

1. 決まっている 2. 決まっていない
(具体的に: _____) (どこで対応しているか: _____)

問4 本人・家族等から若年性認知症に関する相談を受けたことがありますか。

1. ある ⇒ 問5へ 2. ない ⇒ 問6へ

問5 問4で「1. ある」と回答された場合、相談を受けた内容等について記入してください。

①相談件数	() 件
②相談時の就業状況	一度も就業していない () 件 就業者 () 件、 休職後 () 件 離職後 () 件、 不明 () 件
③相談内容 (あてはまるものすべて)	1. 病気や治療に関すること () 件 2. 就労に関すること () 件 3. 今後の生活に関すること () 件 4. 社会保障制度等の情報・手続き () 件 5. その他 (具体的に: _____)
④相談後の支援	1. 医療機関の受診勧奨 () 件 2. 福祉サービスの情報提供 () 件 3. 家族会等の情報提供 () 件 4. 経済支援サービスの情報提供 () 件 5. 就労支援 () 件 6. その他 (具体的に: _____)
⑤相談内容からの課題	1. 対応の仕方がわからない 2. 相談(連携)機関がない・わからない 3. その他 (具体的に: _____)

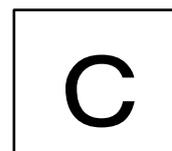
問6 本人が最初の相談先として最も適当と思われるところ、あるいは充実させた方がいいと思われるところはどこですか。(1つに○を付けてください。)

1. かかりつけ医
2. 千葉県若年性認知症専用相談窓口
3. 認知症疾患医療センター
4. 市町村役場
5. 地域包括支援センター
6. 産業医
7. 障害者就業・生活支援センター
8. 認知症の人と家族の会
9. その他 (具体的に: _____)

問7 若年性認知症の方への対応や支援に関して、ご意見・ご要望があればお書きください。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

(2) 本人・家族調査（調査票C）



令和元年度千葉県若年性認知症実態調査 ～ご本人・ご家族用～

現在、千葉県では「令和元年度千葉県若年性認知症実態調査」を実施しています。この調査票では若年性認知症の方・ご家族に、日常生活と身体の状態等についてお伺いします。お忙しいところ恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

なお、本調査票を複数部受け取った場合には、1部のみご記入ください。

(1) 調査の目的

若年性認知症は働き盛りの年代に発症し、ご本人・ご家族は、病気や障害に対する不安のみならず、就労、経済、子の養育などさまざまな生活課題に直面します。しかしながら、若年性認知症の人の有無と生活実態は今なお不明確な点が多く、社会的支援も十分とは言えません。そのため、千葉県では、若年性認知症の総合施策を推進するための基礎資料を得ることを目的に「若年性認知症実態調査」を実施することといたしました。

(2) 調査の方法について

本調査票は、若年性認知症の方が利用されている医療機関・事業所・施設から、調査に該当される方にお渡ししています。**病気や障害の状況、サービスの利用状況、ご本人やご家族の生活状況等について、可能な範囲でお答えください。ご本人がご記入できない場合、ご家族の方がご記入いただいても問題ありません。**

(3) 個人情報の保護について

本調査の結果は、千葉県の若年性認知症施策の企画・立案等の基礎資料として活用させていただきます。回答データは全て統計的に処理されます。本調査結果が個別に公表されることや、この調査以外の目的で使用されることはございません。ご回答いただいた内容は千葉県高齢者福祉課において厳重に管理します。なお、統計的に処理をした後の調査結果は、調査報告書として公表されます。

<調査票の返信方法>

ご記入いただいた調査票は、**令和元年12月27日までに、返信用封筒にてご返送いただくか、調査票を受け取った関係施設のご担当者にお渡しいただくようお願いいたします。**

なお本調査は千葉県が（株）東京商工リサーチに委託して実施しているため、返信用封筒の宛先が同社宛になっておりますことをご了承ください。本調査の内容や記入方法等についてご不明点がある場合、利用されている関係施設にご連絡のうえ、同社までお問い合わせいただくようお願いいたします。

次のページより質問が始まります。

I. 記入いただく方についてお答えください。

1. 本人 2. 配偶者 3. 子又は子の家族 4. 親
5. その他（具体的な関係： _____）

II. ご本人（若年性認知症または若年発症の認知症の方）について、お答えください。

問 1 性別と生年月日を教えてください。

性別： 1. 男 2. 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（年齢 _____ 歳）

問 2 現在の住まいを教えてください。（該当するものに○をつけてください。）

1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他（具体的に： _____）

問 3 同居している方はいますか。

1. いない（一人暮らし） 2. 同居している人がいる



「2.同居している人がいる」場合には、同居者すべての番号に○を付け、人数を記入してください。

1. 配偶者 2. 子ども（ ）人 3. 親（ ）人
4. その他（具体的に： _____）（ ）人

問 4 認知症に気づいたとき、ご本人は何歳でしたか。

（ ）歳 ➡ 認知症に気付いた時期 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃

問 5 最初に気づいたのはどなたですか。あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. ご本人 2. 配偶者 3. 子 4. 親 5. 兄弟姉妹 6. 知人・友人
7. 職場の仲間・上司 8. かかりつけ医 9. その他（ _____ ）

問 6 最初に気づいた症状は何ですか。あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. もの忘れが多くなった 2. 言葉がうまく出なくなった 3. 怒りっぽくなった
4. 何事にもやる気がなくなった 5. 職場や家事などでミスが多くなった
6. 上記以外の、今までにない行動・態度が出るようになった
7. その他（具体的に： _____）

問7 ご本人が最初に受診されたのはいつですか。

最初に受診した時期 昭和・平成・令和 _____年 _____月頃

また、受診された医療機関の診療科や外来ではまる番号1つに○をつけて下さい。

1. 一般内科 2. 精神科 3. 心療内科 4. 神経内科 5. 脳神経外科
6. もの忘れ外来 7. その他（具体的に： _____） 8. わからない

問8 問7で受診した医療機関を選んだ理由は何ですか。あてはまるすべての番号に○を付けて下さい。（複数回答）

1. かかりつけ医だから 2. 認知症の専門医療機関だから 3. 医療機関から紹介された
4. 医療機関以外の地域包括支援センター等から紹介された 5. テレビや新聞などで知った
6. インターネットや専門誌を検索した 7. 家族や知人に紹介された 8. 近隣だから
9. その他（具体的に： _____）

問9 最終的に「認知症」と診断された時期はいつですか。

診断された時期 昭和・平成・令和 _____年 _____月頃

また、その医療機関はどこでしたか。あてはまる番号1つに○をつけ、医療機関名を記載して下さい。

1. 最初に受診した医療機関 2. 別の医療機関 3. わからない

_____ 病院（ _____ ）科

問10 認知症の具体的な病名は何とされていますか。あてはまる番号1つに○を付けて下さい。

1. アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）
2. 血管性認知症（慢性硬膜下血腫、脳梗塞、くも膜下出血、ピンスワンガー病など）
3. レビー小体型認知症（レビー小体病） 4. 前頭側頭型認知症（ピック病など）
5. その他（具体的に： _____）
6. 病名は聞いていない 7. わからない

問11 ご本人に認知症以外の病気はありますか。

あてはまる番号1つに○をつけ、ある場合は具体的な病名についてもご記入ください。

1. ない 2. ある（具体的な病名： _____）

問 12 職場や地域の相談窓口を利用しましたか。

1. 利用した ⇒ 問 13 へ 2. 利用していない ⇒ 問 14 へ

問 13 問 12 で「1. 利用した」と回答された場合、利用した機関はどこですか。

(あてはまるものすべてに○を付けてください。)〈複数回答〉

1. かかりつけ医 2. 認知症疾患医療センター 3. 市町村役場
4. 地域包括支援センター 5. 産業医 6. 障害者就業・生活支援センター
7. 認知症の人と家族の会 8. その他 (具体的に: _____)

⇒問 15 へ進んでください。

問 14 問 12 で「2. 利用していない」と回答された場合、利用しなかった理由は何ですか。

(あてはまるものすべてに○を付けてください。)〈複数回答〉

1. どこに相談すればいいのかわからなかった
2. 認知症の診断・治療する病院を見つけることが難しかった
3. 本人は気付いていたが、言い出すことができなかった
4. 本人が医療機関を受診することを嫌がった
5. 家族は気付いていたが、言い出すことができなかった
6. 家族が医療機関を受診することを嫌がった
7. その他 (具体的に: _____)

問 15 相談はどのような場所で受けたいですか。(あてはまるものすべてに○を付けてください。)〈複数回答〉

1. 自宅に近いところ 2. 職場に近いところ 3. 自宅や職場と離れたところ
4. どこでも構わない 5. その他 (具体的に: _____)

介護保険の申請や利用の状況についてお伺いします。

問 16 ご本人は介護保険の申請をしていますか。あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 申請していない ⇒ 問 17へ 2. 申請中 ⇒問 20へ
3. 申請したかどうかわからない ⇒問 20 4. 申請した ⇒ 問 18、19へ

→ **問 17** 問 16 で「1.申請していない」と回答された場合、その理由は何ですか。

あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. サービスについて知らない 2. 家族や親族が反対 3. 周囲の目が気になる
4. 利用したいサービスがない 5. 必要を感じない 6. 家族がいるから大丈夫
7. 経済的負担が大きい 8. その他（具体的に：_____）

⇒問 20 へ進んでください。

→ **問 18** 問 16 で「4.申請した」と回答された場合、ご本人の要介護度は何ですか。

あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2
5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5 8. 非該当
9. わからない

→ **問 19** 問 16 で「4.申請した」と回答された場合、現在利用しているサービスは何ですか。

あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 通所介護（デイサービス） 2. 通所リハビリテーション（デイケア）
3. 短期入所生活介護（ショートステイ） 4. 訪問介護 5. 訪問看護
6. 訪問入浴介護 7. 訪問リハビリテーション 8. 福祉用具の貸与・購入
9. 住宅改修 10. 夜間対応型訪問介護 11. 小規模多機能型居宅介護
12. 認知症対応型共同生活介護 13. 介護老人保健施設
14. 居宅介護支援（ケアプラン作成等） 15. 訪問診療（往診や歯科診療等）
16. その他（具体的に：_____）
17. 利用していない（理由：_____）
18. 介護老人福祉施設（特養ホーム） 19. 介護療養型医療施設・介護医療院

➡利用している事業所の名前を教えてください。

現在利用している公的なサービスの利用状況についてお伺いします。

問 20 下記のサービスや支援について、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 利用していない
2. 精神障害者福祉手帳を利用
3. 身体障害者手帳を利用
4. 障害年金を利用
5. 自立支援医療を利用
6. 特別障害者手当を利用
7. 成年後見制度を利用
8. 地域福祉権利擁護事業
9. その他のサービス（具体的に：_____）

日中の過ごし方についてお伺いします。

問 21 現在の日中の過ごし方について、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 就労を継続している
2. 介護関係施設に入所もしくは通所している
3. 訪問サービスを利用している
4. 家族の見守りにより自宅で過ごしている
5. 日中は独居である
6. その他（具体的に：_____）

問 22 日中の過ごし方に関するご希望・ご意見をお願いします。

発症時のお仕事の状況についてお伺いします。

問 23 発症時、仕事に就いていましたか。あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. はい ⇒ 問 24 ~26 へ
2. いいえ ⇒ 問 27 へ

→ **問 24** 問 23 で「1. はい」と回答された場合、勤務形態は何でしたか。

あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 正社員・正職員
2. 非常勤・パート
3. 短期雇用（派遣など）
4. 契約社員・嘱託
5. 自営業
6. その他（具体的に：_____）

▷具体的な仕事内容についてもご記入ください。（例：教師、建設業、など）

具体的な仕事の内容→（ _____ ）

→ **問 25** 問 23 で「1. はい」と回答された場合、発症時の職場の対応や配慮について、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 産業医の診察を勧められた
2. 専門医を紹介された
3. 労働時間の短縮などの配慮があった
4. 職場内での配置転換などの配慮があった
5. 通勤に関して配慮があった
6. その他の配慮があった（具体的に：_____）
7. 上記配慮はいずれもなかった
8. 職場で福利厚生制度を利用していた（具体的に：_____）
9. 上司や雇用主に認知症であると説明した
10. 職場に相談相手がいた（具体的に：_____）
11. その他（_____）
12. わからない

→ **問 26** 問 23 で「1. はい」と回答された場合、現在の仕事の状況 について、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 発症前と同じ職場で働いている（雇用形態：常勤・非常勤・アルバイト・その他）
2. 発症前と同じ職場だが、部署が変更になった（雇用形態：常勤・非常勤・アルバイト・その他）
3. 転職した（雇用形態：常勤・非常勤・アルバイト・その他）
4. 休職・休業中
5. 退職した
6. 解雇された
7. 仕事は辞めたが、地域でボランティアなどをしている
8. その他（_____）

⇒問 28 へ進んでください。

→ **問 27** 問 23 で「2. いいえ」と回答された場合、発症時にしていたことについて、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 家事全般をしていた
2. 子育て中だった
3. 社会的な活動をしていた
4. 趣味活動をしていた
5. 失職中だった
6. 病気療養中だった（病名：_____）
7. その他（_____）

問 28 就労継続に際し、企業等への要望はありますか。

現在の暮らしについて伺います。

問 29 現在の自動車運転について伺います。

運転の状況として、以下のあてはまる番号と記号に○を付けてください。

1. 運転していない ⇒
- | |
|---------------------------------|
| A. 免許を取ったことがない |
| B. 免許証を返納した |
| C. 運転はしていないが、免許証は返納していない（持っている） |

2. 運転を制限している ⇒
- | |
|---------------------|
| A. やむを得ない場合のみ運転している |
| B. 常に同乗者を乗せて運転している |
| C. その他（ _____ ） |

3. 今までと同じように運転している

問 30 現在の経済状況について伺います。ご本人を含む世帯の主な収入は何ですか。

あてはまる番号すべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. ご本人の収入（傷病手当金等を含む） 2. ご家族の収入
3. ご本人の年金 4. ご本人の障害年金等 5. 生活保護費
6. その他の収入（具体的に： _____ ） 7. わからない

問 31 ご本人が、若年性認知症になってからの世帯の収入状況について、あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 変わらない 2. 減った 3. 増えた 4. わからない

問 32 現在、住宅等のローンはありますか。あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. ローンはない 2. 住宅のローンあり 3. 教育のローンあり 4. 車のローンあり
5. その他のローンあり（具体的に： _____ ） 6. わからない

問 33 現在の家計について、あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. とても苦しい 2. やや苦しい 3. 何とかまかなえている
4. 余裕がある 5. わからない

問 34 現在、養育を必要とする子供はいますか。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

1. いる ⇒ 問 35へ 2. いない ⇒ 問 36へ

→**問 35** 問 34 で「1. いる」と回答された場合、養育を必要とする子供の就学状況について、あ

てはまるすべての番号に○をつけ、その人数を記入してください。〈複数回答〉

1. 就学前 () 人 2. 小学校 () 人 3. 中学校 () 人
4. 高校 () 人 5. 大学・専門学校 () 人 6. その他 () 人

問 36 ご本人以外に、ケアや介護を必要とする人はいますか。

1. いる (具体的に: _____)
2. いない

ご本人やご家族が考える、必要な情報を教えてください。

問 37 診断から治療、介護などで必要と感じた情報について、

A から K の項目ごとに最もあてはまると思う番号に、それぞれ 1 つだけ○を付けてください。

	必要と感じ なかった	たまに必要 と感じた	時々必要 と感じた	いつも必要 と感じた
A 専門医や専門病院に関する情報	1	2	3	4
B 治療方法や薬に関する情報	1	2	3	4
C 病気の症状や進行に関する情報	1	2	3	4
D 介護保険サービスに関する情報	1	2	3	4
E 障害年金など経済的支援に関する情報	1	2	3	4
F 若年性認知症の相談窓口に関する情報	1	2	3	4
G その他の社会資源に関する情報	1	2	3	4
H 就労相談の窓口に関する情報	1	2	3	4
I 介護方法に関する情報	1	2	3	4
J 成年後見制度に関する情報	1	2	3	4
K 家族会などの情報	1	2	3	4

ご本人やご家族が考える、暮らしの中での困りごとを教えてください。

問38 現在、ご本人のことに關しての困っていることについて、

A から H の項目ごとに、最もあてはまると思う番号に、それぞれ 1 つだけ○を付けてください。

1. ご本人に關すること	思わない	たまに思う	時々思う	いつも思う
A 認知症の症状が進行している	1	2	3	4
B 認知症以外の病気が悪化している	1	2	3	4
C 気分が不安定、あるいは意味もなく不安になる	1	2	3	4
D 介護保険サービスを受けたくない	1	2	3	4
E 高齢者が多いデイサービス等に行きたくない	1	2	3	4
F 車の運転をやめられない	1	2	3	4
G 社会参加の場が少なく、社会とのつながりが薄い	1	2	3	4
H 介護サービスを受けたいが経済的に厳しい	1	2	3	4

次に、現在、家族等介護者のこと、あるいは家族全体のことに関する困っていることについて、

I から Q の項目ごとに、最もあてはまると思う番号に、それぞれ 1 つだけ○を付けてください。

2. 家族等介護者に關すること	思わない	たまに思う	時々思う	いつも思う
I 支援制度やサービスの情報が得られない	1	2	3	4
J 介護のため、介護者自身の仕事に支障が出る	1	2	3	4
K 介護を助けてくれたり、相談する人がいない	1	2	3	4
L 相談したり、気晴らしをする場所がない	1	2	3	4
M 介護保険・就労等、どこに相談するのかわからない	1	2	3	4
N 家族等介護者の健康状態が良好でない	1	2	3	4
3. 家族全体のこと	思わない	たまに思う	時々思う	いつも思う
O 本人と家族との関係がうまく保てない	1	2	3	4
P 今後の生活や将来的な経済状態に不安がある	1	2	3	4
Q 子どもの進学、就職、結婚について不安がある	1	2	3	4

問 39 若年性認知症の方の通いの場として、どのような場が必要と考えますか。

最もあてはまると思う番号 1 つに○を付けてください。（主に若年層が通う場所を想定します。）

1. 就労支援を受けられる通いの場
2. 軽作業に取り組むなど就労に近い内容の通いの場
3. 外出や趣味活動を楽しめる通いの場
4. ボランティアなどの地域活動に取り組む通いの場
5. その他（ _____ ）

問 40 若年性認知症の方への対応や支援に関して、ご意見・ご要望があればお書きください。

[]

アンケートはこれですべて終了です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

(3) 関係施設（担当者）調査（調査票D）

令和元年度千葉県若年性認知症実態調査
（二次調査票 関係施設（担当者）用）



この調査票は、若年性認知症の方ご本人（またはご家族）が「調査票C」に回答できない場合のみ、ご本人（ご家族）に代わって関係施設のご担当者様に回答いただくものです。
「調査票C」に回答いただける場合は本調査票への回答は必要ありません。

- ◎ 一次調査でお答えいただいた、若年性認知症で貴施設・事業所に受診・入院していた方または通所・入所していた方についてご回答ください。対象者が複数の場合は、調査票1枚につきお一人について回答してください。
- ◎ 若年性認知症の方について、本調査票では「ご本人」と表記します。
- ◎ ご本人の現状については、ご担当者様がお分かりになる範囲でお答えください。各設問の該当する項目や番号に○をつけていただくとともに、具体的な事柄をご記入ください。

記入者 氏名 _____ 役職名 _____

貴施設/事業所名 _____

記入年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

問1 ご本人（若年性認知症または若年発症の認知症の方）について、お答えください。

① 性別と生年月日を教えてください。

性別： 1. 男 2. 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（年齢 ____ 歳）

② 現在の住まいを教えてください。（該当するものに○をつけてください。）

1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他（具体的に： _____）

③ 同居している方はいますか。

1. いない（一人暮らし） 2. 同居している人がいる



「2.同居している人がいる」場合には、同居者すべての番号に○を付け、人数を記入してください。

1. 配偶者 2. 子ども（ ）人 3. 親（ ）人

4. その他（具体的に： _____）（ ）人

問 2 認知症の具体的な病名を教えてください。

1. アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）
2. 血管性認知症（慢性硬膜下血腫、脳梗塞、くも膜下出血、ビンスワンガー病など）
3. レビー小体型認知症（レビー小体病）
4. 前頭側頭型認知症（ピック病など）
5. 頭部外傷後遺症（交通事故など）
6. アルコール依存症
7. 脳腫瘍
8. 感染症（脳炎など）
9. その他（具体的に： _____)

問 3 認知症以外の病気はありますか。

1. ある（具体的に： _____)
2. ない

問 4 ご本人が最初に受診されたのはいつですか。

▶病院・診療所の場合：対象となる方が認知症のために貴機関を最初に受診したのはいつですか？

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月

▶上記以外の場合：対象となる方が貴施設を最初に利用し始めたのはいつですか？

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月

問 5 最終的に「認知症」と診断された時期はいつですか。

診断された時期	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃
---------	---------------------------

介護保険の申請や利用の状況についてお伺いします。

問 6 ご本人は介護保険の申請をしていますか。あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 申請していない ⇒ 問 9 へ
2. 申請中 ⇒ 問 9 へ
3. 申請したかどうかわからない ⇒ 問 9 へ
4. 申請した ⇒ 問 7,8 へ

→ **問 7** 問 6 で「4.申請した」と回答された場合、ご本人の要介護度は何ですか。

あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 要支援 1
2. 要支援 2
3. 要介護 1
4. 要介護 2
5. 要介護 3
6. 要介護 4
7. 要介護 5
8. 非該当
9. わからない

→ **問 8** 問 6 で「4.申請した」と回答された場合、現在利用しているサービスは何ですか。

あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 通所介護（デイサービス）
2. 通所リハビリテーション（デイケア）
3. 短期入所生活介護（ショートステイ）
4. 訪問介護
5. 訪問看護
6. 訪問入浴介護
7. 訪問リハビリテーション
8. 福祉用具の貸与・購入
9. 住宅改修
10. 夜間対応型訪問介護
11. 小規模多機能型居宅介護
12. 認知症対応型共同生活介護
13. 介護老人保健施設
14. 居宅介護支援（ケアプラン作成等）
15. 訪問診療（往診や歯科診療等）
16. その他（具体的に：_____）
17. 利用していない（理由：_____）
18. 介護老人福祉施設（特養ホーム）
19. 介護療養型医療施設・介護医療院

➡利用している事業所の名前を教えてください。

現在利用している公的なサービスの利用状況についてお伺いします。

問 9 下記のサービスや支援について、あてはまるすべての番号に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 利用していない
2. 精神障害者福祉手帳を利用
3. 身体障害者手帳を利用
4. 障害年金を利用
5. 自立支援医療を利用
6. 特別障害者手当を利用
7. 成年後見制度を利用
8. 地域福祉権利擁護事業
9. その他のサービス（具体的に：_____）

発症時のお仕事の状況についてお伺いします。

問 10 発症時、仕事に就いていましたか。あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. はい ⇒ 問 11,12 へ
2. いいえ ⇒ 問 13 へ

→ **問 11** 問 10 で「1. はい」と回答された場合、勤務形態は何でしたか。

あてはまる番号 1 つに○を付けてください。

1. 正社員・正職員
2. 非常勤・パート
3. 短期雇用（派遣など）
4. 契約社員・嘱託
5. 自営業
6. その他（具体的に：_____）

▷具体的な仕事内容についてもご記入ください。（例：教師、建設業、など）

具体的な仕事の内容→ （ _____ ）

→ **問12** 問10で「1. はい」と回答された場合、現在の仕事の状況について、あてはまるすべての番号及びその時期についてかっこ内の選択肢に○を付けてください。〈複数回答〉

1. 発症前と同じ職場で働いている
2. 発症前と同じ職場だが、部署が変更になった（配置転換）
3. 転職した（診断前・診断後）
4. 休職・休業中（診断前・診断後）
5. 退職した（診断前・診断後）
6. 解雇された（診断前・診断後）
7. 仕事は辞めたが、地域でボランティアなどをしている
8. その他（ _____ ）

問13 ご本人の通いの場として、どのような場が必要と考えますか。

最もあてはまると思う番号1つに○を付けてください。（主に若年層が通う場所を想定します）

1. 就労支援を受けられる通いの場
2. 軽作業に取り組むなど就労に近い内容の通いの場
3. 外出や趣味活動を楽しめる通いの場
4. ボランティアなどの地域活動に取り組む通いの場
5. その他（ _____ ）

問14 若年性認知症の方への対応や支援に関して、ご意見・ご要望があればお書きください。

[_____]

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

令和元年度千葉県若年性認知症実態調査報告書

令和2年（2020年）2月

発行 千葉県健康福祉部高齢者福祉課
〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1
TEL：043-223-2237 FAX：043-227-0050

禁無断転載
