

秘 富山県高齢者実態調査 第二次調査票 (精神科医・随行調査員用)

調査年月日 (平成 26 年 月 日)

調査の実施にあたっては、次の点にご注意ください。

- ※問 1～4 は精神科医、問 5～15 は随行調査員が記入してください。
- ※ご本人及びご家族等に聞き取りをしてください。
- ※回答は、該当する答えのチェックボックスに☑し、数字記入欄は数字を記入してください。

市 町 村 名 (左詰めで市・町・村まで記入)

番 号 - (1マスに1文字を記入)

| | |
|-------|----------------|
| 面接医師名 | 随行調査員 所属・氏名 |
|-------|----------------|

調査状況 (該当するチェックボックスに☑、1マスには1文字を記入、カッコ内に記入)

- 実施
- ①本人在宅 → 自宅の電話番号 (左詰めで1マスに1文字を記入)
- -
- ②入院中 } 入院・入所の時期 平成 年 月頃から
- ③入所中 } 施設・病院名 ()
- 診 療 科 ()
- 電 話 番 号
- -
- 調査担当者名 ()
- 不能
- ④死亡
- ⑤転出
- ⑥拒否 → 訪問して依頼した 電話での依頼のみ
- ⑦その他 → 内容 ()

| | | | | |
|-------|----|---------|-----|---------|
| 情報提供者 | 家族 | 氏名 | 家族外 | 氏名 |
| | | 対象者との続柄 | | 対象者との続柄 |

問 1 ～ 4 は、面接医師による記入をお願いします。

問 1 対象者の身体所見

(1) 当日の血圧（数字は1マスに1文字）

最高 mmHg 最低 mmHg

(2) 障害（あてはまるものすべてにチェック☑）

- ①構音障害 ②嚥下障害 ③右麻痺 ④左麻痺
⑤両麻痺 ⑥失語 ⑦失認 ⑧失行
⑨その他（ ） ⑩なし

問 2 対象者の現在の精神状況

(1) ～ (3) : チェック☑は各々1つずつ (4) あてはまるものすべてにチェック☑

| 項目 | 回答欄 | | | |
|---------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1) 意思表示 | <input type="checkbox"/> ①普通 | <input type="checkbox"/> ②不完全 | <input type="checkbox"/> ③乏しい | <input type="checkbox"/> ④ほとんどなし |
| 2) 会話理解 | <input type="checkbox"/> ①普通 | <input type="checkbox"/> ②不完全 | <input type="checkbox"/> ③乏しい | <input type="checkbox"/> ④ほとんどなし |
| 3) 情緒的表出 | <input type="checkbox"/> ①普通 | <input type="checkbox"/> ②不完全 | <input type="checkbox"/> ③乏しい | <input type="checkbox"/> ④ほとんどなし |
| 4) 主要精神症状 (複数回答) | <input type="checkbox"/> ①健忘 <input type="checkbox"/> ②せん妄 <input type="checkbox"/> ③幻覚(幻視・幻聴・その他) <input type="checkbox"/> ④妄想 <input type="checkbox"/> ⑤被害的念慮 <input type="checkbox"/> ⑥不安 <input type="checkbox"/> ⑦焦燥 <input type="checkbox"/> ⑧抑うつ <input type="checkbox"/> ⑨興奮 <input type="checkbox"/> ⑩強迫 <input type="checkbox"/> ⑪心気 <input type="checkbox"/> ⑫意識障害 <input type="checkbox"/> ⑬睡眠障害 <input type="checkbox"/> ⑭その他() | | | |

上記に含まれない場合、下の回答欄に記載してください。

問3 対象者や家族が自覚している中核症状や周辺症状の有無（チェック☑は1つ）

- ①ある ②ない →次頁問4へ

「①ある」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(1) 中核症状や周辺症状に気づいた時期（チェック☑は1つ）

- ①50～54歳 ②55～59歳 ③60～64歳 ④65～69歳
 ⑤70～74歳 ⑥75～79歳 ⑦80～84歳 ⑧85歳以上

(2) 中核症状や周辺症状に気づいた理由（あてはまるものすべてにチェック☑）

- ①物忘れ ②記憶力低下 ③理解力・判断力低下
 ④脳卒中発作 ⑤意欲・関心の低下 ⑥幻覚・妄想
 ⑦迷子 ⑧徘徊 ⑨失禁
 ⑩歩行障害 ⑪その他（ ）

(3) 中核症状や周辺症状がおこったきっかけ（あてはまるものすべてにチェック☑）

- ①脳卒中発作 ②脳卒中発作を除く病変 ③環境変化
 ④その他（ ） ⑤なし

(4) 中核症状や周辺症状に気づいてからの受診の有無（チェック☑は1つ）

- ①受診した ②受診していない →次頁問4へ

「①受診した」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(5) 受診までの期間（チェック☑は1つ）

- ①7ヶ月未満 ②7ヶ月～1年未満 ③1～2年未満
 ④2～3年未満 ⑤3～5年未満 ⑥5年以上

(6) 受診科（あてはまるものすべてにチェック☑）

- ①精神科 ②脳神経外科 ③内科
 ④神経内科 ⑤心療内科
 ⑥その他（ ）

(7) 現在の受診状況（チェック☑は1つ）

- ①通院 ②往診 ③入院 ④治療の必要なし ⑤治療中断

次頁問4へ

「①通院」「②往診」「③入院」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(8) 認知症に関する現在の主治医（チェック☑は1つ）

- ①精神科 ②脳神経外科 ③内科
 ④神経内科 ⑤心療内科
 ⑥その他（ ）

(9) 診断名 (チェック☑は1つ)

- ①アルツハイマー型認知症 ②脳血管性認知症
 ③混合型 (アルツハイマー型と脳血管性の合併) ④レビー小体型
 ⑤鑑別不能の認知症 ⑥その他 ()
 ⑦不明 (認知症ではあるが、①～⑥のいずれか不明) ⑧認知症の診断なし

問4 対象者の精神医学的診断

(1) MMSEの合計点数 (数字は1マスに1文字)

点 (6頁の合計点数)

(2) Hachinski 虚血点数表の合計点数 (数字は1マスに1文字)

点

<Hachinski 参考>

| 項目 | 点数 | 判定 |
|---------------|----|--|
| 急激な発症 | 2 | 左の合計点数で判定する 1. 7点以上→脳血管性認知症 2. 4点以下→アルツハイマー型認知症 3. 5～6点→鑑別困難な認知症 4. その他 (原因が明らかなもの 例 アルコール、頭部外傷等) |
| 階段状悪化 | 1 | |
| 経過の動揺 | 2 | |
| 夜間せん妄 | 1 | |
| 人格の比較的保持 | 1 | |
| 抑うつ状態 | 1 | |
| 身体的愁訴 | 1 | |
| 情動失禁 | 1 | |
| 高血圧 | 1 | |
| 卒中発作の既往 | 2 | |
| 随伴したあきらかな動脈硬化 | 1 | |
| 局所神経学的症状 | 2 | |
| 局所神経学的徴候 | 2 | |

(3) 認知症の有無 (チェック☑は1つ)

- ①認知症あり ②認知症なし → 次頁 (5)へ

「①認知症あり」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(4) 認知症の種類・程度 (チェック☑は各々1つずつ)

| 項目 | 回答欄 |
|-------|--|
| 1) 種類 | <input type="checkbox"/> ①アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> ②脳血管性 <input type="checkbox"/> ③混合型 (アルツハイマー型と脳血管性の合併) <input type="checkbox"/> ④レビー小体型 <input type="checkbox"/> ⑤頭部外傷 <input type="checkbox"/> ⑥アルコール <input type="checkbox"/> ⑦前頭側頭型 <input type="checkbox"/> ⑧その他 () <input type="checkbox"/> ⑨鑑別困難な認知症 |
| 2) 程度 | <input type="checkbox"/> ①軽度 <input type="checkbox"/> ②中等度 <input type="checkbox"/> ③やや高度 <input type="checkbox"/> ④非常に高度 (柄澤昭秀による Senility の程度の臨床的判断基準) |

「②認知症なし」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(5) 精神的健康状態 (チェック☑は1つ)

①精神医学的問題なし

精神的不健康状態あり

②対人関係の問題

③不安状態

④抑うつ状態

⑤心気状態

⑥その他 ()

精神医学的疾患あり

⑦神経症

⑧うつ病

⑨その他 ()

面接医師の意見

| 項目 | 回答欄 |
|----------------|--|
| 面接医師の 総合的所見 | |
| 身体的状況 | <input type="checkbox"/> ①要治療 <input type="checkbox"/> ②要精密検査 <input type="checkbox"/> ③要観察 <input type="checkbox"/> ④特記事項なし |
| 精神的状況 | <input type="checkbox"/> ①要治療 <input type="checkbox"/> ②要精密検査 <input type="checkbox"/> ③要観察 <input type="checkbox"/> ④特記事項なし |
| その他 | |

問5～15は、随行調査員による記入をお願いします。

問5 対象者の現在の症状や行動

すべての症状や行動について（1）に回答し、（1）で「②」「③」にチェック☑をつけた症状や行動について、（2）を記入してください。（チェック☑は各々1つずつ）

| 症状や行動 | （1）頻度 | （2）介護者の悩みの程度と具体的内容 | |
|----------|--|---|----|
| 1) 攻撃 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 2) 不潔 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 3) 徘徊 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 4) 興奮 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 5) 火の不始末 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 6) 濫集 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 7) 乱費 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 8) 過食 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 9) 異食 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |
| 10) 虚言 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに | 内容 |

<11 頁につづく>

■ <問5のつづき> ■

| 症状や行動 | (1) 頻度 | (2) 介護者の悩みの程度と具体的内容 |
|----------------|--|---|
| 11) 弄便 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 12) 盗み | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 13) 性的異常行動 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 14) 外出して迷う | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 15) 大声をあげる | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 16) 夜、家族を起こす | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 17) 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 18) 介護への抵抗 | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 19) 家族を離さない | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |
| 20) その他 () | <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ときどきある → <input type="checkbox"/> ③よくある → | <input type="checkbox"/> ①少し <input type="checkbox"/> ②大いに 内容 |

問6 対象者の日常生活動作に関する現在の状態 (チェック☑は各々1つずつ)

注) 1)～3) は第一次調査 (問10) の回答結果を転記

| 項目 | 回答欄 | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 1) 食事 〈第一次調査 (問10)〉 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 2) 更衣 〈第一次調査 (問10)〉 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 3) 排泄 〈第一次調査 (問10)〉 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 4) 電話の対応 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 5) 買い物 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 6) 服薬管理 | <input type="checkbox"/> ①自立 | <input type="checkbox"/> ②見守り | <input type="checkbox"/> ③一部介助 | <input type="checkbox"/> ④全面介助 |
| 7) 意思の伝達 | <input type="checkbox"/> ①できる | <input type="checkbox"/> ②時々できる | <input type="checkbox"/> ③ほとんどできない | <input type="checkbox"/> ④できない |
| 8) 日課の理解 | <input type="checkbox"/> ①できる | <input type="checkbox"/> ②時々できる | <input type="checkbox"/> ③ほとんどできない | <input type="checkbox"/> ④できない |

問7 対象者の認知症高齢者の日常生活自立度 (チェック☑は1つ)

- ①自立 ②I ③IIa ④IIb
 ⑤IIIa ⑥IIIb ⑦IV ⑧M

問8 対象者の要介護認定と受けている介護保険サービス (チェック☑は各々1つずつ)

注) 1) は第一次調査 (問12) の回答結果を転記

| 項目 | 回答欄 | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1) 要介護認定 〈第一次調査 (問12)〉 | <input type="checkbox"/> ①要介護1 | <input type="checkbox"/> ②要介護2 | <input type="checkbox"/> ③要介護3 | <input type="checkbox"/> ④要介護4 |
| | <input type="checkbox"/> ⑤要介護5 | <input type="checkbox"/> ⑥要支援1 | <input type="checkbox"/> ⑦要支援2 | <input type="checkbox"/> ⑧申請中 |
| | <input type="checkbox"/> ⑨認定を受けていない | | | |
| 2) 受けている 介護保険 サービス | <input type="checkbox"/> ①居宅介護サービス | <input type="checkbox"/> ②施設介護サービス | | |
| | <input type="checkbox"/> ③介護予防サービス | <input type="checkbox"/> ④サービスを受けていない | | |

「④サービスを受けていない」場合、その理由を具体的に記入してください。

注) 「④サービスを受けていない」場合は15頁問10へお進みください。

問9 対象者が受けている介護保険サービス

すべての介護保険サービスについて(1)に回答し、(1)で「②」「③」「④」にチェック☑をつけたサービスについて、(2)と(3)を回答してください。(チェック☑は各々1つずつ)

【先月1ヶ月間】

| サービス内容 | (1) 利用状況 | | | | (2) 利用回数の満足度 | | | (3) 今後の利用意向 | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | すべてのサービスに チェック☑は1つ | | | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | |
| (1)で「①利用したことはない」にチェック☑した場合、 (2)(3)の回答は不要です。 | ① 利用したことはない ↑ | ② 週2回以内の利用 | ③ 週3〜5回以内の利用 | ④ 週6回以上の利用 | ① 満足 | ② 普通 | ③ 不満 | ① 利用回数を増やしたい | ② 利用回数を減らしたい | ③ 現状のまま | ④ 未定・分からない |
| 1) 訪問介護 ※小規模多機能型居宅介護を含む | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 訪問入浴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 訪問看護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 通所介護 ※小規模多機能型居宅介護を含む | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) 認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) 夜間対応型訪問介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 【過去6ヶ月】 | | | | | | | | | | | |
| 10) 短期入所生活介護 ※小規模多機能型居宅介護を含む | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<14 頁につづく>

■ ■

<問9のつづき>

1)~11)のサービスについて

利用回数以外で不満に思われることがあれば、その内容を具体的に記入してください。

【過去6ヶ月】

| サービス内容 | (1)利用状況 | | (2)利用満足度 | | | (3)(2)で「③不満」の場合 その内容 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | すべてのサービスに チェック☑は1つ | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | |
| | ① 利用したことはない ↑ | ② 利用したことがある | ① 満足 | ② 普通 | ③ 不満 | |
| (1)で「①利用したことはない」にチェック☑した場合、 (2)(3)の回答は不要です。 | | | | | | |
| 12) 特定施設入居者生活介護※ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 13) グループホーム | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |

【1年間】

| | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 14) 福祉用具の貸与 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 15) 住宅改修 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |

※特定施設入居者生活介護とは：有料老人ホームや軽費老人ホーム（ケアハウス）等のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けているものに入居し、自宅と同様に、介護保険を使って、入浴・排泄・食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けられるサービス

問10 対象者が受けている介護保険以外（介護予防・生活支援事業や保健に関する事業）のサービス
 すべての介護保険以外のサービスについて（1）に回答し、（1）で「②」「③」「④」にチェック☑をつけたサービスについて、（2）と（3）を回答してください。

（チェック☑は各々1つずつ）

| サービス内容 | （1）利用状況 | | | | （2）利用回数の満足度 | | | （3）今後の利用意向 | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | すべてのサービスに チェック☑は1つ | | | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | |
| | ① 利用したことはない ↑ | ② 週2回以内の利用 | ③ 週3～5回以内の利用 | ④ 週6回以上の利用 | ① 満足 | ② 普通 | ③ 不満 | ① 利用回数を増やしたい | ② 利用回数を減らしたい | ③ 現状のまま | ④ 未定・分からない |
| 1) 配食サービス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 外出支援サービス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 軽度家事援助 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 家族介護教室交流会 | <input type="checkbox"/> | 頻度 () | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 寝具類乾燥・消毒 | <input type="checkbox"/> | 頻度 () | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 介護用品の支給 | <input type="checkbox"/> | 頻度 () | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) その他 | <input type="checkbox"/> | 頻度 () | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1)～7)のサービスについて
 利用回数以外で不満に思われることがあれば、その内容を具体的に記入してください。

<16 頁につづく>

■ ■
 <問 10 のつづき>

| サービス内容 | (1) 利用状況 | | (2) 利用満足度 | | | (3) (2) で「③不満」の場合 その内容 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | すべてのサービスに チェック☑は1つ | | 利用サービス毎に チェック☑は1つ | | | |
| | ① 利用したことは ない ↑ | ② 利用したことが ある | ① 満足 | ② 普通 | ③ 不満 | |
| (1)で「①利用したことは ない」にチェック☑した場合、 (2)(3)の回答は不要です。 | | | | | | |
| 8) 徘徊高齢者探索 ・ 早期発見サービス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 9) 緊急時通報システム | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 10) 福祉用具 ・ 住宅改修支援事業 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 11) 保健所や市町村の 相談・家族訪問 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |
| 12) 特定健康診査 後期高齢者健康診査等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内容 |

今後、どのようなサービスがあればよいと思われますか。

問 11 (介護者が) 対象者の認知症に気づいてからの相談相手の有無 (チェック☑は1つ)

- ①相談する相手はいた ②いない → (2)へ

「①相談する相手はいた」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(1) 介護者から見た相談相手の続柄 (あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①配偶者 ②子ども ③兄弟姉妹 ④父母
 ⑤友人・知人 ⑥その他 ()

「②いない」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(2) 相談しなかった理由 (チェック☑は1つ)

- ①相談したかったが、相談できる人がいなかった
 ②相談する必要がなかった

問 12 (介護者が) 対象者の認知症に気づいてからの相談機関の利用の有無 (チェック☑は1つ)

①相談機関を利用した ②利用していない → (3)へ

「①相談機関を利用した」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(1)に回答し、(1)でチェック☑をつけた相談機関について、(2)を回答してください。

(チェック☑は1つ)

| 相談機関名 | (1)利用した 相談機関に☑ | (2)利用の満足度 各々1つにチェック☑ |
|--------------------|--------------------------|--|
| 1) 市町村・保健センター | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 2) 地域包括・在宅介護支援センター | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 3) 厚生センター・保健所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 4) 心の健康センター | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 5) 認知症疾患医療センター | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 6) 居宅介護支援事業所 (在介外) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 7) 病院・診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 8) 特別養護老人ホーム | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 9) 介護老人保健施設 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 10) シルバー110番の相談 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 11) 認知症の人と家族の会 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |
| 12) その他 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ①満足 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③不満 |

(2) 相談内容はなんですか。(あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①認知症に関する知識 (症状・治療方法など)
- ②医療機関・専門機関の紹介 ③具体的な対応・介護方法について
- ④介護保険に関する手続き・サービスについて
- ⑤介護保険以外の利用可能な福祉サービスについて
- ⑥その他 ()
- 例：認知症カフェ等の本人・家族の集い、就業など

不満に思われることがあれば、その内容を具体的に記入してください。

「②利用していない」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

(3) 相談していない理由 (チェック☑は1つ)

- ①相談する必要性を感じていなかった
- ②相談する必要性を感じていたが、相談はしなかった
- ③相談する必要性を感じていたが、相談機関があることを知らなかった
- ④その他 ()

問 13 対象者が在宅の方にお伺いします。

注) 対象者が在宅でない場合は 23 頁問 14 へお進みください。

(1) 主な介護者について (チェック☑は各々1つずつ、数字は1マスに1文字)

| 項目 | 回答欄 |
|--------------------------|---|
| 1) 性別 | <input type="checkbox"/> ①男性 <input type="checkbox"/> ②女性 |
| 2) 年齢 | 年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 (平成 26 年 4 月 1 日現在の満年齢) |
| 3) 対象者からみた 続柄 | <input type="checkbox"/> ①配偶者 <input type="checkbox"/> ②息子 <input type="checkbox"/> ③娘 <input type="checkbox"/> ④息子の配偶者 <input type="checkbox"/> ⑤孫 <input type="checkbox"/> ⑥その他 () |
| 4) 雇用形態 | <input type="checkbox"/> ①常勤 (フルタイム) <input type="checkbox"/> ②非常勤 <input type="checkbox"/> ③自営業 <input type="checkbox"/> ④無職 |
| 5) 介護による 仕事の変更 | <input type="checkbox"/> ①変わらない <input type="checkbox"/> ②職場を変えた <input type="checkbox"/> ③勤務時間を減らした <input type="checkbox"/> ④辞めた |
| 6) 介護の年数 | 通算 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> ヶ月 (平成 26 年 10 月 1 日までの期間) |
| 7) 対象者との 人間関係 | <input type="checkbox"/> ①良好 <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③悪い |
| 8) 要介護認定 | <input type="checkbox"/> ①要介護 1 <input type="checkbox"/> ②要介護 2 <input type="checkbox"/> ③要介護 3 <input type="checkbox"/> ④要介護 4 <input type="checkbox"/> ⑤要介護 5 <input type="checkbox"/> ⑥要支援 1 <input type="checkbox"/> ⑦要支援 2 <input type="checkbox"/> ⑧申請中 <input type="checkbox"/> ⑨認定を受けていない |
| 9) 受けている 介護保険 サービス | <input type="checkbox"/> ①居宅介護サービス <input type="checkbox"/> ②施設介護サービス <input type="checkbox"/> ③介護予防サービス <input type="checkbox"/> ④サービスを受けていない |
| 10) 介護保険以外の サービス | <input type="checkbox"/> ①介護保険以外のサービスを受けている <input type="checkbox"/> ②サービスを受けていない |

<20 頁につづく>

問 13 対象者が在宅の方 の続き

(2) 介護者の同居家族内の介護代替者の有無 (チェック☑は1つ)

- ①同居家族内に介護代替者がいる ②いない → (3)へ

「①同居家族内に介護代替者がいる」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

同居家族内の介護代替者 (対象者からみた続柄) (チェック☑は1つ)

- ①配偶者 ②息子 ③娘 ④息子の配偶者
 ⑤孫 ⑥その他 ()

(3) 介護者の同居家族以外の介護代替者の有無 (チェック☑は1つ)

- ①同居家族以外に介護代替者がいる ②いない → (4)へ

「①同居家族以外に介護代替者がいる」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

同居家族以外の介護代替者 (チェック☑は1つ)

- ①親族 ②友人・知人 ③ボランティア
 ④その他 ()

同居家族以外の介護代替者に援助してもらっていること

| 援助内容 (具体的な内容) | 頻度 (1ヶ月間) |
|------------------|---|
| 直接的な身体介護 () | 約 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |
| 家事 () | 約 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |
| 見守り等 () | 約 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |

(4) 介護者の介護の困難さへの認識 (チェック☑は1つ)

- ①非常に困難である ②やや困難である
 ③どちらとも言えない ④困難ではない

(5) 介護者の精神面の不調 (あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①眠れない ②いらいらする ③憂うつ、気分がふさぎこむ
 ④その他 () ⑤なし

(6) 介護者の身体面の不調 (あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①睡眠不足 ②腰背部痛 ③体がだるい ④肩こり
 ⑤手足の関節痛 ⑥頭痛 ⑦めまい ⑧体重減少
 ⑨食欲がない ⑩動悸 ⑪その他 ()
 ⑫なし

<21 頁につづく>

■ **<問 13 対象者が在宅の方 の続き>** ■

(7) 介護者の受診の状況 (チェック☑は1つ)

- ①治療中 (疾病名)
 ②治療が必要であるが、治療していない (疾病名)
 ③通院を必要としない

(8) 介護者の介護上の困りごと (あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①他の介護者がいない ②留守中みてる人がいない
 ③気が休まらない ④自分自身が病弱である
 ⑤各種サービスを受けることに本人が同意しない
 ⑥各種サービスを受けることに他の家族、親族が同意しない
 ⑦他の家族や親族が、認知症が発症していることを理解しない
 ⑧近所の人に認知症のことを隠している
 ⑨近所の人、何かとうるさい ⑩その他 ()
 ⑪なし

(9) 介護者への生活上の影響 (あてはまるものすべてにチェック☑)

- ①家事ができない ②仕事 (家業含む) ができない
 ③育児ができない ④外出できない
 ⑤家庭内がうまくいかない ⑥親族とうまくいかない
 ⑦近隣とのトラブル ⑧自分の時間がない ⑨経済的負担が大きい
 ⑩その他 () ⑪なし

(10) 介護者の介護のための夜間の睡眠の中断 (チェック☑は1つ、数字は1マスに1文字)

- ①ある → 起きる回数 一晩で 回 ②ない

(11) 介護者のストレス解消方法 (チェック☑は1つ)

- ①ストレス解消法がある ②ない

↓
ストレス解消法があれば、その内容を具体的に記入してください。

<22 頁につづく>

■ ■
〈問 13 対象者が在宅の方 の続き〉

(12) 今後の施設介護サービス等の利用意向

1) 対象者の意向 (チェック☑は1つ)

注) 対象者ご本人に確認できない場合は、2) へお進みください。

- ①今すぐ利用したい ②将来利用したい ③利用したくない ④わからない



「①今すぐ利用したい」「②将来利用したい」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

どのような施設を希望しますか。(チェック☑は1つ)

- ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム
 ④認知症疾患治療病棟、介護療養型医療施設 ⑤有料老人ホーム
 ⑥サービス付高齢者住宅 ⑦一般病院 ⑧精神科病院

上記の施設を希望した理由を具体的に記入してください。

2) ご家族の意向 (チェック☑は1つ)

- ①今すぐ利用したい ②将来利用したい ③利用したくない ④わからない



「①今すぐ利用したい」「②将来利用したい」にチェック☑をつけた方にお伺いします。

どのような施設を希望しますか。(チェック☑は1つ)

- ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム
 ④認知症疾患治療病棟、介護療養型医療施設 ⑤有料老人ホーム
 ⑥サービス付高齢者住宅 ⑦一般病院 ⑧精神科病院

上記の施設を希望した理由を具体的に記入してください。

問 14 今後の高齢者保健・福祉施策に対する主な希望（チェック☑は3つ）

- ①訪問介護や訪問リハビリなど居宅介護サービスの充実
- ②特別養護老人ホームやグループホームなど介護を受けられる入居施設の充実
- ③在宅医療や訪問看護など在宅療養に必要なサービスの充実
- ④早朝や夜間に対応可能な訪問介護などの充実
- ⑤通所介護や通所リハビリテーションなど通所サービスの充実
- ⑥介護している家族の教室や相談体制の充実
- ⑦一人暮らし高齢者等に対する見守りや安否確認ができる体制の充実
- ⑧外出支援や家事支援、買物支援など介護保険対象外の日常生活支援サービスの充実
- ⑨介護予防や健康づくり施策の充実
- ⑩高齢者向け住宅の充実やバリアフリーなど高齢者に配慮した住環境づくり
- ⑪ボランティアなど社会参加や余暇活動に対する施策の充実
- ⑫その他（ ）
- ⑬特になし

問 15 その他、現在困っていることなど

■

保健師の意見

今後の方針

- ①主治医への連絡
- ②専門医療機関の紹介
- ③ケアマネジャーへの連絡
- ④市町村への連絡
- ⑤保健所・厚生センターによる保健指導
- ⑥その他 ()

自由記載欄



4 判定基準等

認知能 柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」

| 判定 | | 日常生活能力 | 日常会話・意思疎通 | 具体的例示 |
|------|-------------|--|---|--|
| 正常 | (-) | 社会的、家庭的に自立 | 普通 | 活発な知的活動持続(優秀老人) |
| | (±) | 同上 | 同上 | 通常 of 社会活動と家庭内活動可能 |
| 異常衰退 | 軽度 (+1) | <ul style="list-style-type: none"> • 通常 of 家庭内での行動はほぼ自立 • 日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度 | <ul style="list-style-type: none"> • ほぼ普通 | <ul style="list-style-type: none"> • 社会的な出来事への興味や関心が乏しい • 話題が乏しく、限られている • 同じことを繰り返し話す、たずねる • いままでできた作業(事務、家事、買物など)にミスまたは能力低下が目立つ |
| | 中等度 (+2) | <ul style="list-style-type: none"> • 知能低下のため、日常生活が1人ではちょっとおぼつかない • 助言や介助が必要 | <ul style="list-style-type: none"> • 簡単な日常会話はどうやら可能 • 意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる | <ul style="list-style-type: none"> • なれない状況で場所を間違えたり道に迷う • 同じ物を何回も買い込む • 金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要 |
| | 高度 (+3) | <ul style="list-style-type: none"> • 日常生活が1人ではとても無理 • 日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない | <ul style="list-style-type: none"> • 簡単な日常会話すらおぼつかない • 意思疎通が乏しく困難 | <ul style="list-style-type: none"> • なれた状況でも場所を間違え道に迷う • さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる |
| | 最高度 (+4) | 同上 | 同上 | <ul style="list-style-type: none"> • 自分の名前や出生地すら忘れる • 身近な家族と他人の区別もつかない |

(柄澤昭秀：行動評価による老人知能の臨床的判定基準、老年期痴呆 1989)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日 厚労働老人保健福祉局長通知）

| ランク | 判定基準 | 見られる症状・行動の例 |
|-------|---|--|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| II a | 家庭外で上記IIの状態が見られる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| II b | 家庭内で上記IIの状態が見られる。 | 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等 |
| III | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | |
| III a | 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| III b | 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。 | ランクIII aに同じ |
| IV | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクIIIに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

平成 26 年度 富山県認知症高齢者実態調査報告書

平成 27 年 3 月発行

発 行 富山県厚生部高齢福祉課

〒930-8501 富山市新総曲輪 1-7

TEL 076-444-3205 FAX 076-444-3492