

資料編

- ◆青森県若年性認知症に関する実態調査票
 - 一次調査票
(医療機関/介護保険サービス/障害福祉サービス/相談サービス)
 - 二次調査票
(若年性認知症本人・家族・介護者)

- ◆集計表

No	イニシャル (姓・名)	生年月日			市町村名	認知症疾患名
		年	月	日		
8	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
9	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
10	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
11	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
12	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
13	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					
14	1. 昭和					1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症 (前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()
	2. 平成					

※記入用紙が不足であれば、お手数をおかけしますが、本紙をコピーして症例すべてをご記入くださいますようお願い致します。

問3. 貴院では、認知症サポート医との連携はどのようになっていますか。(複数回答可)

1. 自身の医療機関に認知症サポート医がいる
2. 他の医療機関の認知症サポート医と連携している
3. 認知症サポート医は知っているが連携したことはない
4. 認知症サポート医については知らない
5. その他()

問4. 若年性認知症の方やご家族に対する支援等において、医療機関からみた課題や必要と思われる支援についてお答えください。(複数回答可)

1. 若年性認知症の診断や鑑別診断が難しい
2. 早期の段階で受診される方が少ない
3. 診断後、紹介できる支援機関が不明確
4. 診断後、定期的に受診される方が少ない
5. 症状が進行していることが多く、入院を希望される家族が多い
6. 退院後の受け入れ態勢が整わず、入院の長期化につながっている
7. 早期受診に対する支援が必要
8. 診断後、切れ目のない支援が必要
9. 経済的な課題に対する支援が必要
10. 就業中の本人・職場への支援が必要
11. 日中活動の場や、安心できる居場所が必要
12. 特性を踏まえた家族支援の場が必要
13. その他()

問5. 青森県では若年性認知症の相談窓口として、青森県若年性認知症総合支援センターを設置しています。

「青森県若年性認知症総合支援センター」を知っていますか。

1. 知っている → 問5-1ハ
2. 知らなかった → 問6ハ

問5-1. 問5で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。
どのようにして青森県若年性認知症総合支援センターを知りましたか。

1. パンフレット
2. テレビ 新聞 ラジオ
3. 地域の広報紙
4. 行政・地域包括支援センター
5. その他(具体的な)

問5-2. 問5で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。

青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。(複数回答可)

1. 受診者のごとでセンターに相談したことがある
2. 受診者にセンターを案内したことがある
3. 知っているが受診者のごとで相談したことはない
4. 知っているが受診者に案内したことはない/該当者がいない

提出締切：7月31日(土)

アンケート番号	
事業所名	
市町村名	
電話番号	
記入者氏名	

貴事業所で提供しているサービスに「1」チェック、もしくは記載してください。

<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 看護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 介護医療院
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他 ()

今回の調査において若年性認知症の定義は以下のとおりとします。
 若年性認知症とは「18歳から64歳までに発症した認知症」のこと。

お答えはボールペンや鉛筆などで該当する番号には「きり」と〇をつけてください。

問 1. 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴事業所を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいますか。
 (※上記の期間で貴事業所の利用時に65歳以上であっても認知症の発症が65歳未満であった方も含む。)

1. い た → 問 1-1 以降すべての質問にお答えください。
2. いない → 問 2 (4 ページ) 以降すべての質問にお答えください。

問 1-1. その方々はどちらから紹介されましたか。(複数回答可)

1. 医療機関(病院、診療所)から
2. 居宅介護支援事業所から
3. 2以外の事業所から(サービスの種類:)
4. 若年性認知症の本人からの申し出
5. 若年性認知症の家族からの申し出
6. その他 ()

問 1-2. 受け入れた若年性認知症の利用者に対する支援についてお答えください。
 (複数回答可)

1. 他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援している
2. 他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援しながら職員を常に配置している
3. 他の利用者とは異なるプログラムを作成し支援している
4. 認知症の症状に合わせた支援をしている
5. ボランティア的な役割を担ってもらっている
6. その他 ()

問 1-3. 貴事業所を利用されている若年性認知症の方について記入、または数字を〇で囲んでください。

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い 6. その他 ()	
男・女					
要介護認定区分		認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0 未申請	1 申請中	1. I	2. IIa	0 未申請	1 申請中
2 要介護1	3 要介護2	3. IIb	4. IIIa	2 区分1	3 区分2
4 要介護3	5 要介護4	5. IIIb	6. IV	3 身体(1 級・2 級・3 級)	4 区分3
6 要介護5	7 要支援1	7. M	8. 不明	4 級・5 級・6 級	5 区分4
8 要支援2	9 非該当			4 級・5 級・6 級	6 区分5
				4 級・5 級・6 級	7 区分6
				4 級・5 級・6 級	8 非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い 6. その他 ()	
男・女					
要介護認定区分		認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0 未申請	1 申請中	1. I	2. IIa	0 未申請	1 申請中
2 要介護1	3 要介護2	3. IIb	4. IIIa	2 区分1	3 区分2
4 要介護3	5 要介護4	5. IIIb	6. IV	3 身体(1 級・2 級・3 級)	4 区分3
6 要介護5	7 要支援1	7. M	8. 不明	4 級・5 級・6 級	5 区分4
8 要支援2	9 非該当			4 級・5 級・6 級	6 区分5
				4 級・5 級・6 級	7 区分6
				4 級・5 級・6 級	8 非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い 6. その他 ()	
男・女					
要介護認定区分		認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0 未申請	1 申請中	1. I	2. IIa	0 未申請	1 申請中
2 要介護1	3 要介護2	3. IIb	4. IIIa	2 区分1	3 区分2
4 要介護3	5 要介護4	5. IIIb	6. IV	3 身体(1 級・2 級・3 級)	4 区分3
6 要介護5	7 要支援1	7. M	8. 不明	4 級・5 級・6 級	5 区分4
8 要支援2	9 非該当			4 級・5 級・6 級	6 区分5
				4 級・5 級・6 級	7 区分6
				4 級・5 級・6 級	8 非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1.昭和			1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビ-小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()		
2.平成					
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
4	要介護認定区分		0.未申請	0.未申請	1.申請中
	1.申請中	1.I	2.IIa	2.区分1	3.区分2
	3.要介護2	3.IIb	4.IIIa	3.身体1	4.区分3
	5.要介護4	5.IIb	6.IV	4.区分4	5.区分4
	7.要支援1	7.M	8.不明	4.級・5.級・6.級	6.区分5
	9.非該当			4.愛護(A・B)	7.区分6
	8.要支援2				8.非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1.昭和			1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビ-小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()		
2.平成					
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
5	要介護認定区分		0.未申請	0.未申請	1.申請中
	1.申請中	1.I	2.IIa	2.区分1	3.区分2
	3.要介護2	3.IIb	4.IIIa	3.身体1	4.区分3
	5.要介護4	5.IIb	6.IV	4.区分4	5.区分4
	7.要支援1	7.M	8.不明	4.級・5.級・6.級	6.区分5
	9.非該当			4.愛護(A・B)	7.区分6
	8.要支援2				8.非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名	
	年	月 日			
1.昭和			1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症) 4. レビ-小体型認知症 5. 1から4に關係する認知症の疑い 6. その他()		
2.平成					
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
6	要介護認定区分		0.未申請	0.未申請	1.申請中
	1.申請中	1.I	2.IIa	2.区分1	3.区分2
	3.要介護2	3.IIb	4.IIIa	3.身体1	4.区分3
	5.要介護4	5.IIb	6.IV	4.区分4	5.区分4
	7.要支援1	7.M	8.不明	4.級・5.級・6.級	6.区分5
	9.非該当			4.愛護(A・B)	7.区分6
	8.要支援2				8.非該当

※記入用紙が不足であれば、お手数をおかけしますが、本紙をコピーして症例すべてをご記入
くださいますようお願い致します。

問2. 貴事業所では、若年性認知症の方を受け入れることが可能ですか。

- はい → 問2-1へ
- いいえ → 問2-3へ

問2-1. 問2で「1. はい」と回答した方にお伺いします。
貴事業所では若年性認知症の方へ次のような対応は可能ですか。

- 若年性認知症個別対応(特性やニーズに応じたサービス提供)を行うことが可能
- 若年性認知症個別対応は困難だが、できる範囲で症状等に合わせた支援を行うことが可能
- 他の利用者と同じような対応であれば可能
- その他(具体的に)

問2-2. 問2で「1. はい」と回答した方にお伺いします。

貴事業所では若年性認知症の方を受け入れる際、及びサービスを提供する際に困難さを感じることがありますか。(複数回答可)

- 特に困難さは感じない
- 若年性認知症に関する知識や、対応技術に不足を感じる
- 症状にあったサービスの提供が難しい(個別対応が難しい)
- 他の利用者との調和を保つのが難しい
- 特性を踏まえた家族支援が難しい
- 対応方法など、困った時の相談がない
- その他(具体的に)

問2-3. 問2で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。

貴事業所では若年性認知症の方を受け入れが困難な理由をお答えください。
(複数回答可)

- 職員が若年性認知症に関する知識や、対応技術を持っていない
- 環境設備が整っていない
- 他の利用者との調和がうまく保てない可能性がある
- 職員の手が不足している
- 見合ったプログラムがない
- その他(具体的に)

問2-4. 問2で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。
若年性認知症の方の今後の受け入れ方針についてお答えください。

- 受け入れるつもりはない
- 受け入れ困難な理由が改善されれば受け入れる
- わからない

「青森県若年性認知症に関する実態調査票」

介護保険サービス

問3. 青森県では若年性認知症の相談窓口として、青森県若年性認知症総合支援センターを設置しています。

「青森県若年性認知症総合支援センター」を知っていますか。

1. 知っている → 問3-1ハ
2. 知らなかった → 問4ハ

問3-1. 問3で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。
どのようにして青森県若年性認知症総合支援センターを知りましたか。

1. パンフレット
2. テレビ 新聞 ラジオ
3. 地域の広報誌
4. 行政・地域包括支援センター
5. その他（具体的に）

問3-2. 問3で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。
青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。（複数回答可）

1. 利用者のことでセンターに相談したことがある
2. 利用者にセンターを案内したことがある
3. 知っているが利用者のことで相談したことはない
4. 知っているが利用者に案内したことはない/該当者がいない

問4. 青森県若年性認知症総合支援センターに、どのような支援を求めますか。（複数回答可）

1. 社会制度の申請援助（年金申請、手帳申請等）
2. 本人の就労先との情報交換
3. 社会参加の場の提供
4. 本人の生活状況の把握
5. 本人・家族への心理的支援
6. 若年性認知症に関する普及・啓発活動
7. 若年性認知症に関する本人・家族向けの研修等の開催
8. 若年性認知症に関する支援者向けの研修等の開催
9. 若年性認知症に関する企業向けの研修等の開催
10. その他（

問5. 全国の自治体等において、若年性を含む認知症の人によるピアサポート活動^{注1}の取組みが始まっていることを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らなかった

注1：本調査におけるピアサポートとは、病気や障がいのある人生に直面し、同じ立場や課題を経験してきたことを活かして仲間として支えることをいいます。

「青森県若年性認知症に関する実態調査票」

介護保険サービス

問6. 貴事業所において、若年性を含む認知症の本人を対象とした（認知症高齢者が参加している場合も含む）、ピアサポート活動の実践例はありますか。

1. 活動をしている → 問6-1ハ
2. 現在活動はしていないが、今後取組を進めたいと考えている → 問7ハ
3. 現在活動しておらず、今後の取組予定もない → 問7ハ

問6-1. 問6で「1. 活動をしている」と回答した方にお伺いします。
どのようなピアサポート活動を行っていますか。（複数回答可）

1. 本人・家族の悩みを共有する相談支援
2. 認知症当事者との講演会開催
3. 当事者同士の交流会の開催
4. その他（

問7. 若年性認知症に関する社会的な課題や必要な支援についてお答えください。
（複数回答可）

1. 早期受診に対する支援
2. 診断後、切れない支援
3. 経済的な課題に対する支援
4. 専門の相談窓口の周知
5. 就業中の本人・職場への支援
6. 日中活動の場や、安心できる居場所
7. 特性を踏まえた家族支援の場
8. 支援技術を得るための研修
9. 利用できる制度等の知識を得るための研修
10. その他（

問8. 若年性認知症を含む認知症の支援や他機関との連携体制について等、地域の認知症支援に関するご意見や青森県若年性認知症総合支援センターに対してのご要望などがございましたらご記入ください。

※ご記入に際してご不明な点がございましたら、
青森県若年性認知症総合支援センター（0178-38-1360）までご連絡ください。

以上で調査終了です。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ますようお願い致します。

提出締切：7月31日(土)

アンケート番号	事業所名
	市町村名
	電話番号
	記入者氏名

事業所で提供しているサービスに「し」チェック、もしくは記載してください。

居宅介護 自立訓練(生活訓練) 生活介護
 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型
 行動援護 短期入所 共同生活援助
 その他()

今回の調査において若年性認知症の定義は以下のとおりとします。
 若年性認知症とは「18歳から64歳までに発症した認知症」のこと。

お答えはボールペンや鉛筆などで該当する番号にはざきりと○をつけてください。

問1. 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴事業所を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。
 (※上記の期間で貴事業所の利用時に65歳以上であっても認知症の発症が65歳未満であった方も含む。)

1. い た → 問1-1以降すべての質問にお答えください。
2. い ない → 問2(4ページ)以降すべての質問にお答えください。

問1-1. その方々はどちらから紹介されましたか。(複数回答可)

1. 医療機関(病院、診療所)から
2. 特定相談支援事業所から
3. 2以外の事業所から(サービスの種類:)
4. 若年性認知症の本人からの申し出
5. 若年性認知症の家族からの申し出
6. その他()

問1-2. 受け入れた若年性認知症の利用者に対する支援についてお答えください。
 (複数回答可)

1. 他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援している
2. 他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援しながら職員を常に配置している
3. 他の利用者とは異なるプログラムを作成し支援している
4. 認知症の症状に合わせた支援をしている
5. ボランティア的な役割を担ってもらっている
6. その他()

問1-3. 貴事業所を利用されている若年性認知症の方について記入、または数字を○で囲んでください。

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビー小体型認知症
				5. 1から4に關係する認知症の疑い
				6. その他()
要介護認定区分	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1. I	2. IIa	0.未申請	0.未申請
2.要介護1	3. IIb	4. IIIa	1.申請中	1.申請中
4.要介護3	5. IIIb	6. IV	2.精神(1級・2級・3級)	2.区分1
6.要介護5	7. M	8. 不明	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分2
8.要支援2	9.非該当		4.愛護(A・B)	5.区分3
				6.区分4
				7.区分5
				8.非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビー小体型認知症
				5. 1から4に關係する認知症の疑い
				6. その他()
要介護認定区分	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1. I	2. IIa	0.未申請	0.未申請
2.要介護1	3. IIb	4. IIIa	1.申請中	1.申請中
4.要介護3	5. IIIb	6. IV	2.精神(1級・2級・3級)	2.区分1
6.要介護5	7. M	8. 不明	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分2
8.要支援2	9.非該当		4.愛護(A・B)	5.区分3
				6.区分4
				7.区分5
				8.非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビー小体型認知症
				5. 1から4に關係する認知症の疑い
				6. その他()
要介護認定区分	認知症高齢者の日常生活自立度		障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1. I	2. IIa	0.未申請	0.未申請
2.要介護1	3. IIb	4. IIIa	1.申請中	1.申請中
4.要介護3	5. IIIb	6. IV	2.精神(1級・2級・3級)	2.区分1
6.要介護5	7. M	8. 不明	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分2
8.要支援2	9.非該当		4.愛護(A・B)	5.区分3
				6.区分4
				7.区分5
				8.非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビ-小体型認知症
				5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い
				6. その他 ()
4	要介護認定区分	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1.申請中	1.I	0.未申請	1.申請中
2.要介護1	3.要介護2	2.IIa	1.申請中	2.区分1
3.要介護3	5.要介護4	3.IIb	2.精神(1級・2級・3級)	3.区分2
4.要介護5	7.要支援1	4.IIIa	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分3
5.要介護6	9.非該当	5.IIIb	4.2級・5級・6級)	5.区分4
6.要介護7		6.IV	4.2級・5級・6級)	6.区分5
7.要介護8		7.M	4.2級・5級・6級)	7.区分6
8.要介護9		8.不明	4.2級・5級・6級)	8.非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビ-小体型認知症
				5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い
				6. その他 ()
5	要介護認定区分	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1.申請中	1.I	0.未申請	1.申請中
2.要介護1	3.要介護2	2.IIa	1.申請中	2.区分1
3.要介護3	5.要介護4	3.IIb	2.精神(1級・2級・3級)	3.区分2
4.要介護5	7.要支援1	4.IIIa	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分3
5.要介護6	9.非該当	5.IIIb	4.2級・5級・6級)	5.区分4
6.要介護7		6.IV	4.2級・5級・6級)	6.区分5
7.要介護8		7.M	4.2級・5級・6級)	7.区分6
8.要介護9		8.不明	4.2級・5級・6級)	8.非該当

インシヤル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和				1. アルツハイマー型認知症
2. 平成				2. 血管性認知症
男・女				3. 前頭頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
				4. レビ-小体型認知症
				5. 1 から 4 に関係する認知症の疑い
				6. その他 ()
6	要介護認定区分	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
0.未申請	1.申請中	1.I	0.未申請	1.申請中
2.要介護1	3.要介護2	2.IIa	1.申請中	2.区分1
3.要介護3	5.要介護4	3.IIb	2.精神(1級・2級・3級)	3.区分2
4.要介護5	7.要支援1	4.IIIa	3.身体(1級・2級・3級)	4.区分3
5.要介護6	9.非該当	5.IIIb	4.2級・5級・6級)	5.区分4
6.要介護7		6.IV	4.2級・5級・6級)	6.区分5
7.要介護8		7.M	4.2級・5級・6級)	7.区分6
8.要介護9		8.不明	4.2級・5級・6級)	8.非該当

※記入用紙が不足であれば、お手紙をおかけしますが、本紙をコピーして症例すべてをご記入
くださいますようお願い致します。

問2. 貴事業所では、若年性認知症の方を受け入れることが可能ですか。

- 1. はい → 問2-1ハ
- 2. いいえ → 問2-3ハ

問2-1. 問2で「1. はい」と回答した方にお伺いします。
貴事業所では若年性認知症の方へ次のような対応は可能ですか。

- 1. 若年性認知症個別対応 (特性やニーズに応じたサービス提供) を行うことが可能
- 2. 若年性認知症個別対応は困難だが、できる範囲で症状等に合わせた支援を行うことが可能
- 3. 他の利用者と同じような対応であれば可能
- 4. その他 (具体的に)

問2-2. 問2で「1. はい」と回答した方にお伺いします。

貴事業所では若年性認知症の方を受け入れる際、及びサービスを提供する際に困難を感じることはありませんか。(複数回答可)

- 1. 特に困難さは感じない
- 2. 若年性認知症に関する知識や、対応技術に不足を感じる
- 3. 症状にあったサービスの提供が難しい(個別対応が難しい)
- 4. ほかの利用者との調和を保つのが難しい
- 5. 特性を踏まえた家族支援が難しい
- 6. 対応方法など、困った時の相談先がない
- 7. その他 (具体的に)

問2-3. 問2で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。

貴事業所では若年性認知症の方の受け入れが困難な理由をお答えください。(複数回答可)

- 1. 職員が若年性認知症に関する知識や、対応技術を持っていない
- 2. 環境設備が整っていない
- 3. 他の利用者との調和がうまく保てない可能性がある
- 4. 職員の人手が不足している
- 5. 見合ったプログラムがない
- 6. その他 (具体的に)

問2-4. 問2で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。

若年性認知症の方の今後の受け入れ方針についてお答えください。

- 1. 受け入れるつもりはない
- 2. 受け入れ困難な理由が改善されれば受け入れる
- 3. わからない

「青森県若年性認知症に関する実態調査票」

相談サービス

提出締切：7月31日(土)

アンケート番号

事業所名
市町村名
電話番号
記入者氏名

貴事業所で提供しているサービスに「し」チェック、もしくは記載してください。

居宅介護支援

小規模多機能型居宅介護（ケアマネ用）

地域包括支援センター

障害者就業・生活支援センター

障害者相談支援（県や市町村の委託を含む）

その他（ ）

今回の調査において若年性認知症の定義は以下のとおりとします。
若年性認知症とは「18歳から64歳までに発症した認知症」のこと。

お答えはボールペンや鉛筆などで該当する番号にはきりと○をつけてください。

問1. 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴事業所を利用した

若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。

（※上記の期間で貴事業所の利用時に65歳以上であったも認知症の発症が65歳未満であった方も含む。）

1. いた → 問1-1以降すべての質問にお答えください。
2. いない → 問2（4ページ）以降すべての質問にお答えください。

問1-1. その方々はどちらから紹介されましたか。（複数回答可）

1. 医療機関（病院、診療所）から
2. 他の事業所から（サービスの種類： ）
3. 若年性認知症の本人からの申し出
4. 若年性認知症の家族からの申し出
5. その他（ ）

問1-2. その相談に対してどのような対応をしましたか。（複数回答可）

1. 事業所内で対応し、必要なサービスにつなげた → 問1-3へ
2. 受け持ち件数や定員等の関係により、相談を断った → 問1-4へ
3. 本人・家族の拒否により、サービス利用につながらなかった → 問1-4へ

「青森県若年性認知症に関する実態調査票」

相談サービス

問1-3. どのような機関につなげましたか。（複数回答可）

1. 通所系サービス 医療
障害
高齢
2. 訪問系サービス 医療
障害
高齢
3. 入所系サービス 医療
障害
高齢
4. 青森県若年性認知症総合支援センター
5. 家族会などの団体（ ）
6. その他（ ）

問1-4. 貴事業所を利用または相談されている若年性認知症の方について記入、または数字を○で囲んでください。

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1	1.昭和			1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側葉型症(前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に属する認知症の疑い 6. その他（ ）
	2.平成			
	要介護認定区分	認知症高齢者の日常生活自立度	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
	0.未申請 1.申請中 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5 7.要支援1 8.要支援2 9.非該当	1.Ⅰ 2.Ⅱa 3.Ⅱb 4.Ⅲa 5.Ⅲb 6.Ⅳ 7.Ⅴ 8.不明	0.未申請 1.申請中 2.精神1級・2級・3級 3.身体1級・2級・3級 4.4級・5級・6級 4.愛護(A・B)	0.未申請 1.申請中 2.区分1 3.区分2 4.区分3 5.区分4 6.区分5 7.区分6 8.非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
2	1.昭和			1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症 3. 前頭側葉型症(前頭側頭型認知症) 4. レビー小体型認知症 5. 1から4に属する認知症の疑い 6. その他（ ）
	2.平成			
	要介護認定区分	認知症高齢者の日常生活自立度	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分
	0.未申請 1.申請中 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5 7.要支援1 8.要支援2 9.非該当	1.Ⅰ 2.Ⅱa 3.Ⅱb 4.Ⅲa 5.Ⅲb 6.Ⅳ 7.Ⅴ 8.不明	0.未申請 1.申請中 2.精神1級・2級・3級 3.身体1級・2級・3級 4.4級・5級・6級 4.愛護(A・B)	0.未申請 1.申請中 2.区分1 3.区分2 4.区分3 5.区分4 6.区分5 7.区分6 8.非該当

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和			1. アルツハイマー型認知症	1. 申請中 2. 要介護1 3. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 要介護6 7. 要介護7 8. 要介護8 9. 要介護9 10. 非該当
2. 平成			2. 血管性認知症	
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		3. 前頭側頭葉変性性症(前頭側頭型認知症)	
	1. I	2. IIa	4. レビ-小体型認知症	
	3. IIb	4. IIIa	5. 1から4に關係する認知症の疑い	
	5. IIIb	6. IV	6. その他()	
7. M	8. 不明	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
8. 要支援2	9. 非該当	0. 未申請 1. 申請中 2. 精神(1級・2級・3級) 3. 身体(1級・2級・3級) 4. 4級・5級・6級 5. 愛護(A・B)	0. 未申請 1. 申請中 2. 区分1 3. 区分2 4. 区分3 5. 区分4 6. 区分5 7. 区分6 8. 非該当	

3

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和			1. アルツハイマー型認知症	1. 申請中 2. 要介護1 3. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 要介護6 7. 要介護7 8. 要介護8 9. 要介護9 10. 非該当
2. 平成			2. 血管性認知症	
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		3. 前頭側頭葉変性性症(前頭側頭型認知症)	
	1. I	2. IIa	4. レビ-小体型認知症	
	3. IIb	4. IIIa	5. 1から4に關係する認知症の疑い	
	5. IIIb	6. IV	6. その他()	
7. M	8. 不明	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
8. 要支援2	9. 非該当	0. 未申請 1. 申請中 2. 精神(1級・2級・3級) 3. 身体(1級・2級・3級) 4. 4級・5級・6級 5. 愛護(A・B)	0. 未申請 1. 申請中 2. 区分1 3. 区分2 4. 区分3 5. 区分4 6. 区分5 7. 区分6 8. 非該当	

4

イニシャル (姓・名)	生年月日		市町村名	認知症疾患名
	年	月 日		
1. 昭和			1. アルツハイマー型認知症	1. 申請中 2. 要介護1 3. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 要介護6 7. 要介護7 8. 要介護8 9. 要介護9 10. 非該当
2. 平成			2. 血管性認知症	
男・女	認知症高齢者の日常生活自立度		3. 前頭側頭葉変性性症(前頭側頭型認知症)	
	1. I	2. IIa	4. レビ-小体型認知症	
	3. IIb	4. IIIa	5. 1から4に關係する認知症の疑い	
	5. IIIb	6. IV	6. その他()	
7. M	8. 不明	障害者手帳種別及び等級	障害支援区分	
8. 要支援2	9. 非該当	0. 未申請 1. 申請中 2. 精神(1級・2級・3級) 3. 身体(1級・2級・3級) 4. 4級・5級・6級 5. 愛護(A・B)	0. 未申請 1. 申請中 2. 区分1 3. 区分2 4. 区分3 5. 区分4 6. 区分5 7. 区分6 8. 非該当	

5

※記入用紙が不足であれば、お手数をおかけしますが、本紙をコピーして症例すべてをご記入くださいますようお願い致します。

問2. 若年性認知症の方への支援をする際、他事業所との連携について課題等ありましたら、ご記入ください。(複数回答可)

1. 医療機関との連携(情報共有)に困難を感じる
2. 行政(市町村・保健所)との連携(情報共有)に困難を感じる
3. 状態にあったサービスの選択をする際、他の福祉サービス事業所との連携(情報共有)に困難を感じる
(例) 介護支援専門員が障害者訓練施設等と連携する場合 etc...
4. 高齢者福祉サービスまたは障害者福祉サービスと連携したことがない
5. その他

問3. 青森県では若年性認知症の相談窓口として、青森県若年性認知症総合支援センターを設置しています。
「青森県若年性認知症総合支援センター」を知っていますか。

1. 知っている → 問3-1^
2. 知らなかった → 問4^

問3-1. 問3で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。
どのようにして青森県若年性認知症総合支援センターを知りましたか。

1. パンフレット
2. テレビ 新聞 ラジオ
3. 地域の広報誌
4. 行政・地域包括支援センター
5. その他(具体的に)

問3-2. 青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。(複数回答可)

1. 利用者のことでセンターに相談したことがある
2. 利用者にセンターを案内したことがある
3. 知っているが利用者のことで相談したことはない
4. 知っているが利用者に案内したことはない/該当者がいない

青森県若年性認知症に関するアンケート調査

この調査は、若年性認知症のご本人とご家族が日常生活の中でお困りになっていることなどを把握し、今後の若年性認知症施策のあり方を検討するための基礎資料とすることを目的に実施しますので、率直なご意見を お聞かせください。
 ご回答いただいた内容はこの調査の目的のみに使用するものであり、調査目的以外には使用しません。また、ご回答の内容は適正に管理し、個人情報他に漏れる等でご迷惑をおかけすることは一切ありませんので、ご協力をお願いいたします。

ご本人との続柄 ()
年齢 () 歳 ※記入日時点
アンケートご記入者 あなたは認知症発症時に「65歳未満の方も認知症を発症するこ とがある」とご存じでしたか？ <input type="checkbox"/> 知っていた <input type="checkbox"/> 知らなかった

※この調査票は、若年性認知症の『ご本人』についてお尋ねします。下記の質問にご協力をお願いいたします。当てはまる数字にはマル、口にはチェックをしてください。

問1. 令和3年8月31日現在の若年性認知症の方についてご記入ください。

①生年月日		④現在の主な生活場所		④-1 同居家族の構成		④-2 主な介護者	
<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	1. 自宅	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 本人
年	月	*「自宅」の場合、 ④-1、④-2もお答 えください。	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子(息子・娘)	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
日		2. 入院	<input type="checkbox"/> 子(息子・娘)	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> 本人または配偶者の父母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他()
性別		3. 施設入居	(※55未満の子も)	<input type="checkbox"/> 孫()人	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他()
1. 男	2. 女		<input type="checkbox"/> 孫()人	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他()
③お住まいの市町村							
市・町・村							
⑤認知症の診断名							
<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症		<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症		<input type="checkbox"/> 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症)		<input type="checkbox"/> レビ-小体型認知症	
<input type="checkbox"/> その他()							
⑥要介護認定							
1. 受けている		⑦障害支援区分認定		1. 障害年金		2. 老齢年金繰上げ	
<input type="checkbox"/> 要介護(1,2,3,4,5)		□区分(1,2,3,4,5,6)		3. 障害手当金		4. 失業保険	
<input type="checkbox"/> 要支援(1,2)		□非該当		5. 生活保護		6. 特別障害者手当	
申請中		□非該当		7. 自立支援医療(精神通院医療)		8. その他()	
未申請		□非該当		8. その他()		9. なし	
理由		1. 必要性を感じない		2. 経済的理由		3. サービスについて知らない	
3. サービスについて知らない		4. 本人が拒否		5. その他()		9. なし	
⑧障害者手帳種別及び等級							
1. 所持している		⑨受給しているもの・利用しているサービス		1. 障害年金		2. 老齢年金繰上げ	
<input type="checkbox"/> 精神(1級,2級,3級)		□精神(1級,2級,3級)		3. 障害手当金		4. 失業保険	
<input type="checkbox"/> 身体(1級,2級,3級,4級,5級,6級)		□身体(1級,2級,3級,4級,5級,6級)		5. 生活保護		6. 特別障害者手当	
<input type="checkbox"/> 愛護(A,B)		□愛護(A,B)		7. 自立支援医療(精神通院医療)		8. その他()	
申請中		□申請中		8. その他()		9. なし	
未申請		□未申請		9. なし			
理由		1. 必要性を感じない		2. 経済的理由		3. サービスについて知らない	
4. 本人が拒否		5. その他()		9. なし			

問2. 「認知症かもしれない」という変化に気付いた頃の状況についてお伺いします。

- ▶問2-1. ご本人が何歳頃のことですか？
 () 歳頃 (または、昭和・平成・令和 年 月 頃)
- ▶問2-2. 最初に気付いたのはどなたですか？
 1. 本人 2. 配偶者 3. 父母 4. 子ども 5. 会社の上司、同僚
 6. かかりつけ医 7. 近隣住民 8. その他()
- ▶問2-3. 変化に気づくまで、症状はどのような行動・症状は何でしたか？(複数回答可)
 1. もの忘れが多くなった(しまい忘れ、置き忘れが多い・日時がわからない等)
 2. 性格が変わった(怒りっぽい・遠慮がなくなる・こだわりが強くなる等)
 3. 行動が変わった(同じことを何度も繰り返す・外出しなくなる等)
 4. 会話の内容が変わった(つじつまが合わない・忘れたことに対して言い訳が多い等)
 5. 言葉が出にくくなった(物の名前がでてこない・うまく話せない等)
 6. 幻覚・妄想がみられた(物を盗られた・壁に小さい虫がたくさんいる等)
 7. 脳に損傷を与えようとする(脳腫瘍・ケガをした(脳腫瘍・脳卒中・事故等))
 8. その他()
- ▶問2-4. どなたに相談されましたか？(複数回答可)
 1. 家族 2. 医療機関 3. 地域包括支援センター 4. 市町村役場
 5. 保健所 6. その他()
- 問3. 受診・診断の状況についてお伺いします。
- ▶問3-1. 最初に受診したのはご本人が何歳頃のことでしたか？
 () 歳頃 (または、昭和・平成・令和 年 月 頃)
- ▶問3-2. 受診のきっかけはどのようなことでしたか。(複数回答可)
 1. 本人の気づき 2. 家族、親族の気づき 3. 勤務先からの連絡
 4. かかりつけ医からの紹介 5. その他()
- ▶問3-3. 受診に至るまでの経緯についてお答えください。
 1. 気づいてすぐに受診した
 2. 受診しようとしたが、本人が拒否したため、すぐの受診に至らなかった
 3. 受診するほどではないと思っただけ、すぐの受診に至らなかった
 4. 何科を受診すればよいか迷い、すぐの受診に至らなかった
 5. まさか認知症とは思わなかったため、すぐに受診はしなかった
 6. その他()
- ▶問3-4. 最初の受診で、何科を受診しましたか？
 1. 一般内科 2. 精神科 3. 心療内科 4. 脳神経外科
 5. 神経内科 6. もの忘れ外来 7. 認知症疾患医療センター
 8. その他()
- ▶問3-5. その医療機関はどのような理由で選びましたか？(複数回答可)
 1. かかりつけ医だった 2. 家族や知人の紹介 3. 近所だから
 4. 医療機関からの紹介 5. 行政や地域包括支援センターからの紹介
 6. インターネットで調べた 7. その他()

▶問3-6. 最初に受診した医療機関で、受診の結果「認知症」と診断されましたか？

1. はい
 2. いいえ → ①最初の受診結果で医師からどのように言われましたか？
 1. 異常なし 2. 経過観察 3. 他の医療機関を紹介
 4. 別の病名と診断（病名：_____）
 5. その他（_____）
 ②最初の医療機関を含めて何か所目で「認知症」と診断されましたか？
 （_____）か所目

▶問3-7. 最終的に「認知症」と診断されたのはご本人が何歳頃のことでしたか？

（_____）歳頃（または、昭和・平成・令和 年 月 日頃）

▶問3-8. 認知症と診断された際、ご本人への告知はありましたか？

1. あった → 医師より 家族より
 2. なかった → 主治医の方針 家族の希望
 3. その他（_____）

▶問3-9. 「認知症」と診断されるまでに困ったことはありましたか？（複数回答可）

1. 特にない
 2. 本人が受診に対する抵抗があった
 3. 介護者が受診に対する抵抗があった
 4. 医療機関を昇つけるが大変だった
 5. 医療機関を受診したが、なかなか診断されなかった
 6. その他（_____）

▶問3-10. 診断後、医療機関からのアドバイスなどについてお答えください。
 各項目で最もあてはまる欄に○を付けてください。

	十分な説明が あった	少し説明が あった	全く説明が なかった
①治療方針について			
②薬について			
③今後起こりうる病状の変化について			
④障害年金の申請について			
⑤障害者手帳の申請について			
⑥障害福祉サービスの申請について			
⑦介護保険サービスの申請について			
⑧相談窓口の紹介【市町村役場】			
⑨相談窓口の紹介			
⑩相談窓口の紹介【地域包括支援センター】			
⑪相談窓口の紹介【家族会等の団体】			

▶問3-11. 現在の認知症治療に関する通院状況についてお答えください。

1. 定期的に通院している
 心療内科 脳神経外科
 一般内科 精神科 認知症疾患医療センター
 神経内科 もの忘れ外来
 その他（_____）
 2. 必要に応じて通院している
 心療内科 脳神経外科
 一般内科 精神科 認知症疾患医療センター
 神経内科 もの忘れ外来
 その他（_____）
 3. 通院していない
 4. その他（訪問診療等）（_____）

問4. サービスの利用状況についてお伺いします。

▶問4-1. 現在利用されているサービスがある方は、ア) からウ) についてお答えください。
 （複数回答可）

ア) 医療系

1. 入院中 2. 精神科デイケア 3. 訪問看護 4. 訪問診療
 5. 外来リハビリテーション 6. 訪問リハビリテーション 7. 利用していない

イ) 介護保険サービス

1. 通所リハビリ(デイケア) 2. 通所介護(デイサービス) 3. 訪問介護
 4. 認知症対応型通所介護 5. 地域密着型通所介護 6. 訪問入浴
 通い 泊り 訪問
 7. 小規模多機能型居宅介護 通い 泊り 訪問
 8. 看護小規模多機能型居宅介護 通い 泊り 訪問
 9. 訪問リハビリテーション 10. ショートステイ 11. 福祉用具のレンタル
 12. グループホーム入居 13. 特別養護老人ホーム入所 14. 住宅改修
 15. 介護老人保健施設入所 16. 利用していない
 17. その他（_____）

ウ) 障害福祉サービス

1. 居宅介護 2. 行動援護 3. ショートステイ 4. 自立訓練(生活訓練)施設
 5. 生活介護 6. 障害者共同生活援助(グループホーム) 7. 就労移行支援事業所
 8. 就労継続支援 A 型事業所 9. 就労継続支援 B 型事業所
 10. 地域生活支援センター 11. 利用していない
 12. その他（_____）

ア) ~ウ) のうち、事業所種別がご不明な場合、利用している施設名をご記入ください。

▶問4-2. 問4-1の(ア) からウ) のサービスについて、いずれのサービスも利用していない方はその理由をお答えください。

▶問4-3. 利用したいのに、利用できなかったサービスはありますか？

1. な い
2. あ る → ①利用できなかったサービスの種類
②利用できなかった理由

問5. ご本人の就労等の状況についてお伺いします。

▶問5-1. 認知症の発症時、お仕事をされていまいましたか？

1. は い → お仕事の形態
1. 自営業 2. 正社員・正職員 3. 契約社員・嘱託
4. 非常勤・パート・アルバイト 5. 短期雇用・派遣
6. その他 ()
2. いいえ → 問5-5へ

▶問5-2. 雇用主や上司に『若年性認知症』を発症していることを伝えましたか？

1. は い → 雇用主や上司へはどなたが伝えましたか
1. 本人 2. 配偶者 3. 子供 4. その他 ()
2. いいえ → 伝えていない理由 ()

▶問5-3. 現在の状況についてお答えください。

1. 発症前と同じ職場で働いている
2. 発症前と同じ職場で働いているが部署が変更になった
3. 転職して発症前とは違う職場で働いている
4. 休職・休業中
5. 退職した
6. 解雇された
7. 仕事は辞めたがボランティア活動などをしている
8. その他 ()

▶問5-4. ご本人は就労継続についてどのように考えています (考えていました) か？

1. 続けたい (続けたかった)
2. 辞めたい (辞めたかった)
3. 迷っている (迷っていた)
4. 不明
5. その他 ()

▶問5-5. 認知症の発症時、就労以外でご本人に役割などはありましたか？ (複数回答可)

1. 家事全般をしていた
2. 子育て中だった
3. 趣味活動をしていた
4. 町内会の活動等、社会的な活動をしていた
5. その他 ()

▶問5-6. 認知症の診断後、車の運転をされていますか？

1. していない
2. していた → 診断後 () ヶ月後に免許返納もしくは運転をやめた
3. している →
1. 今のところ運転に問題がない
2. 運転に不安はあるが、運転できないと生活に支障がある
3. 免許返納、運転できないことに抵抗・拒否がある
4. その他 ()
4. 免許証は持っていない/運転したことがない

問6. 現在の経済状況についてお伺いします。(複数回答可)

1. 本人の給与所得
2. 家族の給与所得
3. 本人の年金
4. 家族の年金
5. 預貯金の切り崩し
6. 生活資金の借入
7. 生活保護
8. 住宅ローン有
9. 教育ローン有
10. その他 ()

問7. 診断から治療、現在に至るまでに欲しいと感じた情報は何ですか？ (複数回答可)

1. 専門医や専門病院に関する情報
2. 治療方法や薬に関する情報
3. 障害福祉サービスに関する情報
4. 介護保険や介護施設に関する情報
5. 介護の仕方に関する情報
6. 住まいに関する情報
7. 成年後見制度に関する情報
8. 若年性認知症に関する専門的な相談窓口
9. 経済的支援に関する情報
10. その他 ()

問8. 介護者の状況についてお伺いします。(介護者がいない場合は問10へお進みください。)

▶問8-1. 主な介護者の性別と年齢をお答えください。

性別： 1. 男 2. 女 年齢： () 歳

▶問8-2. 介護者の外出時や緊急時、介護に疲れたときなどに介護を変わってくださいますか？

1. い え → その方は介護者からみて、どのような方ですか (複数回答可)

1. 同居家族 (続柄：)
2. 同居以外の家族 (続柄：)
3. その他 ()

2. い ない

▶問8-3. 認知症のことや、生活・介護等の困りごとについて相談できる人はいいますか？

1. い え → その方は介護者からみて、どのような方ですか (複数回答可)

1. 家族 (続柄：)
2. 友人
3. 家族の会
4. 主治医
5. ケアマネージャー
6. 介護職員
7. 市町村役場職員
8. 地域包括支援センター職員
9. その他 ()

2. い ない

▶問8-4. ご本人が認知症と診断された時の介護者の就労状況についてお伺いします。

1. 就労していない → 問8-6へ
2. 就労していた → 正規雇用 非正規雇用

▶問8-5. ご本人が認知症と診断されたことで、介護者の就労状況に変化はありましたか。

1. 働き方に変化はなかった
2. 同じ職場で雇用形態、働き方を変更した
(部署異動/正規雇用から非正規雇用/出勤日数、労働時間の短縮など)
3. 退職した (理由：)
4. 転職した (理由：)

▶問8-6. 介護するようになって、介護者の生活に変化はありましたか？（複数回答可）

1. 収入が減った
2. 出費が増えた
3. ストレスが増えた
4. 体調が悪くなった
5. 家事時間が増えた
6. 家族関係がうまくいかなくなったり
7. 親戚関係がうまくいかなくなったり
8. 近所との関係がうまくいかなくなったり
9. 自分が自由に使える時間がなくなったり
10. 睡眠時間が減った
11. その他（ ）

▶問8-7. 介護者の現在のお気持ち・状況についてお答えください。
各項目で最もあてはまる欄に○を付けてください。

	よくある	ときどきある	あまりない	ない
①よりよい対応方法（介護方法）を知りたいと思う				
②同じ立場の人（若年性認知症の介護者）と交流したいと思う				
③本人の行動が理解できるようになってきたと思う				
④本人から感謝の気持ちを受け取ることができた				
⑤いつまで介護が続くのが分からず、不安を感じる				
⑥経済的なことに不安を感じる				
⑦介護者自身の健康状態に不安を感じる				
⑧自分が今後仕事（家事）を続けられるか不安を感じる				
⑨意味もなく、泣く（泣きたくなる）ことがある				
⑩将来がとて不安になり、憂うつで眠れない				
⑪ストレスを発散する場がないと感じる				
⑫本人の症状が悪化していくのを見ているのがつらい				
⑬本人との意思疎通が困難でイライラする（大声を出したくなる・叩きたくなる）ことがある				
⑭本人を一人にすることが不安で外出できない				
⑮その他（ ）				

問9. ご本人の認知症の症状や行動で、現在介護者の方が困っていること・苦勞していることはありますか？（複数回答可）

1. 日時や場所がわからない
2. 判断力が低下している
3. 何もしたかららない
4. 同じ事を何度も言ったり聞いたりする
5. 幻視・幻聴の症状がある
6. 暴言・暴力がある
7. 家から出て行ってしまふ
8. 会話の理解が困難
9. 入浴を嫌がる
10. 料理の手順がわからない
11. 火の不始末
12. 衣類の着脱ができない
13. 車の運転をやめない
14. 特にない
15. その他（ ）

問10. ご本人の状況についてお伺いします。（介護者が記入する場合はご本人への聞き取りをお願いします。記載や聞き取りが困難な場合は問11へお進みください。）

▶問10-1. 認知症のことや、生活・介護等の困りごとについて相談できる人はいますか？（複数回答可）

1. いいる → その方は本人からみて、どのような方ですか（複数回答可）
1. 家族（続柄： ） 2. 友人 3. 家族の会
4. 主治医 5. ケアマネージャー 6. 介護職員
7. 市町村役場職員 8. 地域包括支援センター職員
9. その他（ ）

2. いない

▶問10-2. 認知症になって、ご本人の生活に変化はありましたか？（複数回答可）

1. 収入が減った
2. 出費が増えた
3. ストレスが増えた
4. 体調が悪くなった
5. 家事時間が増えた
6. 家族関係がうまくいかなくなったり
7. 親戚関係がうまくいかなくなったり
8. 近所との関係がうまくいかなくなったり
9. 外出する機会が減った
10. 何もしたなくなったり
11. 特にない
12. その他（ ）

▶問10-3. ご本人の現在の気持ち・状況についてお尋ねします。各項目で最もあてはまる欄に○を付けてください。

	よくある	ときどきある	あまりない	ない
①同じ立場の人（若年性認知症者）と交流したいと思う				
②ピアサポート活動 ¹⁾ をしたいと思う				
③社会との繋がり（就労、ボランティア、自治会など）を持ちたいと思う				
④今後自分の病気がどのように進行するのが不安を感じる				
⑤経済的なことに不安を感じる				
⑥自分が今後仕事（家事）を続けられるか不安を感じる				
⑦家族・周囲に迷惑をかけることに不安を感じる				
⑧1人でいると不安になる/誰かと一緒にいないと不安になる				
⑨周囲からどのように見られているか気になる				
⑩ストレスを発散する場がないと感じる				
⑪意思疎通が困難でイライラする（大声を出したくなる・叩きたくなる）ことがある				
⑫その他				

注1：本調査におけるピアサポートとは、病状や障がいのある人生に直面し、同じ立場や課題を経験してきたことを活かして仲間として支えることをいいます。

問11. 近所の方に認知症であることを伝えてありますか？

1. はい
2. いいえ

集計表

(1) 一次調査

■医療機関

対象医療機関：219 か所 有効回答数 149 か所

問 1 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴院を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。

いた	39	241人	→問2へ
いない	107	—	→問3へ
未回答	3	—	

問 2 貴院を利用されている若年性認知症の方についてお答えください。

《性別》

男性	128
女性	103
不明	10

《年齢階層》

18～39	1
40～44	2
45～49	5
50～54	12
55～59	38
60～64	89
65～	94

《認知症疾患名》

1 アルツハイマー型認知症	145
2 血管性認知症	49
3 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）	13
4 レビー小体型認知症	10
1から4に関係する認知症の疑い	5
その他	17
未回答	2

問 3 貴院では、認知症サポート医との連携はどのようになっていますか。（複数回答）

自身の医療機関に認知症サポート医がいる	46
他の医療機関の認知症サポート医と連携している	31
認知症サポート医は知っているが連携したことはない	45
認知症サポート医については知らない	23
その他	6
未回答	8

問 4 若年性認知症の方やご家族に対する支援等において、医療機関からみた課題や必要と思われる支援についてお答えください。(複数回答)

若年性認知症の診断や鑑別診断が難しい	63
早期の段階で受診される方が少ない	62
診断後、紹介できる支援機関が不明確	30
診断後、定期的に受診される方が少ない	10
症状が進行していることが多く、入院を希望される家族が多い	13
退院後の受け入れ態勢が整わず、入院の長期化につながっている	16
早期受診に対する支援が必要	47
診断後、切れ目のない支援が必要	57
経済的な課題に対する支援が必要	59
就業中の本人・職場への支援が必要	59
日中活動の場や、安心できる居場所が必要	52
特性を踏まえた家族支援の場が必要	53
その他	6
未回答	11

問 5 青森県若年性認知症総合支援センターを知っていますか。

知っている	50	→問 5-1、5-2 へ
知らなかった	91	→問 6 へ
未回答	8	

問 5-1 どのようにして「青森県若年性認知症総合支援センター」を知りましたか。

パンフレット	10
テレビ・新聞・ラジオ	1
地域の広報誌	2
行政・地域包括支援センター	13
その他	15
無効	9

問 5-2 青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。

(複数回答)

受診者のことでセンターに相談したことがある	2
受診者にセンターを案内したことがある	4
知っているが受診者のことで相談したことはない	23
知っているが受診者に案内したことはない/該当者がいない	31
未回答	1

問 6 青森県若年性認知症総合支援センターについて、どのような連携体制を求めますか。

(複数回答)

社会制度の申請援助(年金申請、手帳申請等)	85
本人の就労先との情報交換	63
社会参加の場の提供	58
本人の生活状況の把握	58
本人・家族への心理的支援	82
若年性認知症に関する普及・啓発活動	64
若年性認知症に関する本人・家族向けの研修等の開催	49
若年性認知症に関する支援者向けの研修等の開催	45
若年性認知症に関する企業向けの研修等の開催	43
その他	9
未回答	10

問 7 全国の自治体等において、若年性を含む認知症の人によるピアサポート活動の取り組みが始まっていることを知っていますか。

知っている	38
知らなかった	106
未回答	5

問 8 貴院において、若年性を含む認知症のご本人を対象とした（認知症高齢者が参加している場合を含む）、ピアサポート活動の実践例はありますか。

活動をしている	1	→問 8-1 へ
現在活動はしていないが、今後取組を進めたいと考えている	26	→問 9 へ
現在活動しておらず、今後の取組予定もない	116	
未回答	6	

問 8-1 どのようなピアサポート活動を行っていますか。（複数回答）

本人・家族の悩みを共有する相談支援	1
認知症当事者との講演会開催	0
当事者同士の交流会の開催	0
その他	0

問 9 若年性認知症を含む認知症の診療や専門医療機関との連携体制について等、地域の認知症に関するご意見や青森県若年性認知症総合支援センターに対しての要望などありましたらご記入ください。（ご意見等の詳細については第 2 章を参照）

医療について	8
関係機関連携について	7
支援者（職員）について	0
就労について	2
経済面について	0
社会資源について	5
本人・家族の支援について	0
認知症への理解について	2
若年性認知症の研修について	0
若年センターについて	11
ピアサポートについて	2

■介護保険サービス

対象事業所：1,732 か所 有効回答数：825 か所

問 1 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴事業所を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。

いた	83	104人	→問 1-1 以降すべての質問に回答
いない	742	—	→問 2 以降すべての質問に回答

問 1-1 その方々はどちらから紹介されましたか。(複数回答)

1.医療機関（病院、診療所）から	16
2.居宅介護支援事業所から	54
3.2 以外の事業所から	6
4.若年性認知症本人からの申し出	0
5.若年性認知症の家族からの申し出	11
6.その他	2
未回答	4

問 1-2 受け入れた若年性認知症の利用者に対する支援についてお答えください。
(複数回答)

他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援している	35
他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援しながら職員を常に配置している	13
他の利用者とは異なるプログラムを作成し支援している	13
認知症の症状に合わせた支援をしている	46
ボランティア的な役割を担ってもらっている	7
その他	6
未回答	5

問 1-3 貴事業所を利用されている若年性認知症の方についてお答えください。

《性別》

男性	49
女性	50
不明	5

《年齢階層》

18~39	0
40~44	1
45~49	0
50~54	8
55~59	12
60~64	43
65~	39
不明	1

《認知症疾患名》

1 アルツハイマー型認知症	65
2 血管性認知症	17
3 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）	7
4 レビー小体型認知症	1
1 から 4 に関する認知症の疑い	5
その他	9

《利用者の要介護度》

未申請	申請中	要介護					要支援		非該当	未回答
		1	2	3	4	5	1	2		
1	0	12	22	29	14	22	1	0	0	3

《利用者の日常生活自立度》

I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明	未回答
2	5	18	30	10	27	6	3	3

《利用者の障害者手帳種別及び等級》

精神	未申請	申請中	1級	2級	3級	未回答			
	45	0	12	6	0	41			
身体	未申請	申請中	1級	2級	3級	4級	5級	6級	未回答
	30	2	10	3	0	1	0	0	58
愛護	未申請	申請中	A	B	未回答				
	32	0	1	1	70				

《利用者の障害支援区分》

未申請	申請中	障害支援区分						非該当	未回答
		1	2	3	4	5	6		
55	2	0	0	3	1	2	2	2	37

問2 貴事業所では若年性認知症の方を受け入れることが可能ですか。

はい	599	→問2-1、問2-2を回答
いいえ	205	→問2-3、問2-4を回答
未回答	21	

問2-1 貴事業所では若年性認知症の方へ次のような対応は可能ですか。

若年性認知症個別対応（特性やニーズに応じたサービス提供）を行うことが可能	98
若年性認知症個別対応は困難だが、できる範囲で症状等に合わせた支援を行うことが可能	287
他の利用者と同じような対応であれば可能	182
その他	4
未回答	13
無効	15

問2-2 貴事業所で若年性認知症の方を受け入れる際、及びサービスを提供する際に困難さを感じることはありますか。（複数回答）

特に困難さは感じない	76
若年性認知症に関する知識や、対応技術に不安を感じる	303
症状にあったサービスの提供が難しい（個別対応が難しい）	268
他の利用者との調和を保つのが難しい	300
特性を踏まえた家族支援が難しい	92
対応方法など、困った時の相談先がない	60
その他	24
未回答	17

問2-3 貴事業所で若年性認知症の方の受け入れが困難な理由をお答えください。（複数回答）

職員が若年性認知症に関する知識や、対応技術を持っていない	107
環境設備が整っていない	90
他の利用者との調和がうまく保てない可能性がある	113
職員の人手が不足している	104
見合ったプログラムがない	63
その他	12
未回答	4

問 2-4 若年性認知症の方の今後の受け入れ方針についてお答えください。

受け入れるつもりはない	36
受け入れ困難な理由が改善されれば受け入れる	63
わからない	100
未回答	6

問 3 青森県若年性認知症総合支援センターを知っていますか。

知っている	216	→問 3-1 へ
知らなかった	592	→問 4 へ
未回答	17	

問 3-1 どのようにして「青森県若年性認知症総合支援センター」を知りましたか。

パンフレット	45
テレビ・新聞・ラジオ	13
地域の広報誌	20
行政・地域包括支援センター	81
その他	19
未回答	2
無効	36

問 3-2 青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。(複数回答)

利用者のことでセンターに相談したことがある	3
利用者にセンターを案内したことがある	5
知っているが利用者のことで相談したことはない	108
知っているが利用者に案内したことはない/該当者がいない	146
未回答	4

問 4 青森県若年性認知症総合支援センターについて、どのような連携体制を求めますか。
(複数回答)

社会制度の申請援助(年金申請、手帳申請等)	298
本人の就労先との情報交換	185
社会参加の場の提供	326
本人の生活状況の把握	290
本人・家族への心理的支援	440
若年性認知症に関する普及・啓発活動	293
若年性認知症に関する本人・家族向けの研修等の開催	277
若年性認知症に関する支援者向けの研修等の開催	451
若年性認知症に関する企業向けの研修等の開催	272
その他	11
未回答	29

問 5 全国の自治体等において、若年性を含む認知症の人によるピアサポート活動の取り組みが始まっていることを知っていますか。

知っている	131
知らなかった	678
未回答	16

問 6 貴事業所において、若年性を含む認知症のご本人を対象とした（認知症高齢者が参加している場合を含む）、ピアサポート活動の実践例はありますか。

活動をしている	10	→問 6-1 へ
現在活動はしていないが、今後取組を進めたいと考えている	140	→問 7 へ
現在活動しておらず、今後の取組予定もない	644	
未回答	31	

問 6-1 どのようなピアサポート活動を行っていますか。（複数回答）

本人・家族の悩みを共有する相談支援	6
認知症当事者との講演会開催	2
当事者同士の交流会の開催	9
その他	4

問 7 若年性認知症に関する社会的な課題や必要な支援についてお答えください。（複数回答）

早期受診に対する支援	502
診断後、切れ目のない支援	474
経済的な課題に対する支援	405
専門の相談窓口の周知	429
就業中の本人・職場への支援	314
日中活動の場や、安心できる居場所	413
特性を踏まえた家族支援の場	343
支援技術を得るための研修	387
利用できる制度等の知識を得るための研修	364
その他	10
未回答	21

問 8 若年性認知症を含む認知症の支援や他機関との連携体制について等、地域の認知症に関するご意見や青森県若年性認知症総合支援センターに対しての要望などありましたらご記入ください。（ご意見等の詳細については第 2 章を参照）

医療について	0
関係機関連携について	10
支援者（職員）について	6
就労について	1
経済面について	3
社会資源について	11
本人・家族の支援について	13
認知症への理解について	6
若年性認知症の研修について	19
若年センターについて	9
ピアサポートについて	0

■障害福祉サービス

対象事業所：1,164 か所 有効回答数：600 か所

問 1 令和 2 年 4 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日までの期間で、貴事業所を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。

いた	26	31 人	→問 1-1 以降すべての質問に回答
いない	571	—	→問 2 以降すべての質問に回答
未回答	3	—	

問 1-1 その方々はどちらから紹介されましたか。(複数回答)

1.医療機関（病院、診療所）から	6
2.特定相談支援事業所から	11
3.2 以外の事業所から	4
4.若年性認知症本人からの申し出	0
5.若年性認知症の家族からの申し出	0
6.その他	6
未回答	1

問 1-2 受け入れた若年性認知症の利用者に対する支援についてお答えください。
(複数回答)

他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援している	14
他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援しながら職員を常に配置している	6
他の利用者とは異なるプログラムを作成し支援している	2
認知症の症状に合わせた支援をしている	8
ボランティア的な役割を担ってもらっている	1
その他	0
未回答	1

問 1-3 貴事業所を利用されている若年性認知症の方についてお答えください。

《性別》

男性	25
女性	6
不明	0

《年齢階層》

18~39	0
40~44	0
45~49	1
50~54	2
55~59	6
60~64	14
65~	7
不明	1

《認知症疾患名》

1 アルツハイマー型認知症	22
2 血管性認知症	3
3 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）	0
4 レビー小体型認知症	0
1 から 4 に関する認知症の疑い	2
その他	3
未回答	1

《利用者の要介護度》

未申請	申請中	要介護					要支援		非該当	未回答
		1	2	3	4	5	1	2		
9	0	2	3	1	1	3	1	0	2	9

《利用者の日常生活自立度》

I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	未回答
1	1	6	1	0	1	1	9	11

《利用者の障害者手帳種別及び等級》

精神	未申請	申請中	1級	2級	3級	未回答			
	8	0	2	4	3	14			
身体	未申請	申請中	1級	2級	3級	4級	5級	6級	未回答
	8	0	0	2	0	0	0	0	21
愛護	未申請	申請中	A	B	未回答				
	8	0	0	5	18				

《利用者の障害支援区分》

未申請	申請中	障害支援区分						非該当	未回答
		1	2	3	4	5	6		
4	0	0	2	6	6	2	3	3	5

問2 貴事業所では若年性認知症の方を受け入れることが可能ですか。

はい	237	→問2-1、問2-2を回答
いいえ	353	→問2-3、問2-4を回答
未回答	10	

問2-1 貴事業所では若年性認知症の方へ次のような対応は可能ですか。

若年性認知症個別対応（特性やニーズに応じたサービス提供）を行うことが可能	26
若年性認知症個別対応は困難だが、できる範囲で症状等に合わせた支援を行うことが可能	115
他の利用者と同じような対応であれば可能	81
その他	1
未回答	1
無効	13

問2-2 貴事業所で若年性認知症の方を受け入れる際、及びサービスを提供する際に困難さを感じることはありませんか。（複数回答）

特に困難さは感じない	20
若年性認知症に関する知識や、対応技術に不安を感じる	153
症状にあったサービスの提供が難しい（個別対応が難しい）	128
他の利用者との調和を保つのが難しい	92
特性を踏まえた家族支援が難しい	45
対応方法など、困った時の相談先がない	40
その他	10
未回答	11

問2-3 貴事業所で若年性認知症の方の受け入れが困難な理由をお答えください。（複数回答）

職員が若年性認知症に関する知識や、対応技術を持っていない	267
環境設備が整っていない	214
他の利用者との調和がうまく保てない可能性がある	194
職員の人手が不足している	176
見合ったプログラムがない	170
その他	27
未回答	11

問 2-4 若年性認知症の方の今後の受け入れ方針についてお答えください。

受け入れるつもりはない	79
受け入れ困難な理由が改善されれば受け入れる	114
わからない	145
未回答	9
無効	6

問 3 青森県若年性認知症総合支援センターを知っていますか。

知っている	143	→問 3-1 へ
知らなかった	450	→問 4 へ
未回答	7	

問 3-1 どのようにして「青森県若年性認知症総合支援センター」を知りましたか。

パンフレット	32
テレビ・新聞・ラジオ	7
地域の広報誌	14
行政・地域包括支援センター	47
その他	14
未回答	1
無効	28

問 3-2 青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。

(複数回答)

利用者のことでセンターに相談したことがある	1
利用者にセンターを案内したことがある	2
知っているが利用者のことで相談したことはない	47
知っているが利用者に案内したことはない/該当者がいない	111
未回答	3

問 4 青森県若年性認知症総合支援センターについて、どのような連携体制を求めますか。

(複数回答)

社会制度の申請援助(年金申請、手帳申請等)	232
本人の就労先との情報交換	163
社会参加の場の提供	209
本人の生活状況の把握	233
本人・家族への心理的支援	296
若年性認知症に関する普及・啓発活動	212
若年性認知症に関する本人・家族向けの研修等の開催	189
若年性認知症に関する支援者向けの研修等の開催	356
若年性認知症に関する企業向けの研修等の開催	161
その他	23
未回答	18

問 5 全国の自治体等において、若年性を含む認知症の人によるピアサポート活動の取り組みが始まっていることを知っていますか。

知っている	137
知らなかった	456
未回答	7

問 6 貴事業所において、若年性を含む認知症のご本人を対象とした（認知症高齢者が参加している場合を含む）、ピアサポート活動の実践例はありますか。

活動をしている	1	→問 6-1 へ
現在活動はしていないが、今後取組を進めたいと考えている	76	→問 7 へ
現在活動しておらず、今後の取組予定もない	507	
未回答	16	

問 6-1 どのようなピアサポート活動を行っていますか。（複数回答）

本人・家族の悩みを共有する相談支援	0
認知症当事者との講演会開催	0
当事者同士の交流会の開催	1
その他	0

問 7 若年性認知症に関する社会的な課題や必要な支援についてお答えください。（複数回答）

早期受診に対する支援	309
診断後、切れ目のない支援	311
経済的な課題に対する支援	250
専門の相談窓口の周知	306
就業中の本人・職場への支援	209
日中活動の場や、安心できる居場所	293
特性を踏まえた家族支援の場	230
支援技術を得るための研修	301
利用できる制度等の知識を得るための研修	245
その他	9
未回答	15

問 8 若年性認知症を含む認知症の支援や他機関との連携体制について等、地域の認知症に関するご意見や青森県若年性認知症総合支援センターに対しての要望などありましたらご記入ください。（ご意見等の詳細については第 2 章を参照）

医療について	4
関係機関連携について	6
支援者（職員）について	3
就労について	1
経済面について	1
社会資源について	3
本人・家族の支援について	2
認知症への理解について	6
若年性認知症の研修について	13
若年センターについて	3
ピアサポートについて	0

■相談サービス

対象事業所：776 か所 有効回答数：427 か所

問 1 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間で、貴事業所を利用した若年性認知症の方はいらっしゃいましたか。

いた	67	76人	→問 1-1 以降すべての質問に回答
いない	358	—	→問 2 以降すべての質問に回答
未回答	2	—	

問 1-1 その方々はどちらから紹介されましたか。(複数回答)

1.医療機関（病院、診療所）から	10
2.他の事業所から	14
3.若年性認知症本人からの申し出	0
4.若年性認知症の家族からの申し出	25
5.その他	25

問 1-2 その相談に対してどのような対応をしましたか。(複数回答)

事業所内で対応し、必要なサービスにつなげた	64	→問 1-3 へ
受け持ち件数や定員等の関係により、相談を断った	0	→問 1-4 へ
本人・家族の拒否により、サービス利用につながらなかった	2	
未回答	1	

問 1-3 どのようなサービスにつなげましたか。(複数回答)

通所系サービス	40
訪問系サービス	24
入所系サービス	29
青森県若年性認知症総合支援センター	1
家族会などの団体	2
その他	13
未回答	3

問 1-4 貴事業所を利用されている若年性認知症の方についてお答えください。

《性別》

男性	43
女性	30
不明	3

《年齢階層》

18～39	0
40～44	2
45～49	2
50～54	1
55～59	19
60～64	26
65～	23
不明	3

《認知症疾患名》

1 アルツハイマー型認知症	50
2 血管性認知症	8
3 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）	2
4 レビー小体型認知症	2
1 から 4 に関係する認知症の疑い	6
その他	7
未回答	1

《利用者の要介護度》

未申請	申請中	要介護					要支援		非該当	未回答
		1	2	3	4	5	1	2		
13	1	11	15	16	5	7	1	1	1	5

《利用者の日常生活自立度》

I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	不明	未回答
1	9	17	10	7	9	3	7	13

《利用者の障害者手帳種別及び等級》

精神	未申請	申請中	1級	2級	3級	未回答			
	34	1	9	12	2	18			
身体	未申請	申請中	1級	2級	3級	4級	5級	6級	未回答
	28	0	3	2	0	0	0	0	43
愛護	未申請	申請中	A	B	未回答				
	28	0	3	0	45				

《利用者の障害支援区分》

未申請	申請中	障害支援区分						非該当	未回答
		1	2	3	4	5	6		
44	1	0	5	2	2	0	2	3	17

問2 若年性認知症の方への支援をする際、他事業所との連携について課題等ありましたら、ご記入ください。（複数回答）

医療機関との連携（情報共有）に困難を感じる	93
行政（市町村・保健所）との連携（情報共有）に困難を感じる	67
状態にあったサービスの選択をする際、他の福祉サービス事業所との連携（情報共有）に困難を感じる	155
高齢者福祉サービスまたは障害者福祉サービスと連携したことがない	71
その他	63
未回答	75

問 3 青森県若年性認知症総合支援センターを知っていますか。

知っている	243	→問 3-1 へ
知らなかった	175	→問 4 へ
未回答	9	

問 3-1 どのようにして「青森県若年性認知症総合支援センター」を知りましたか。

パンフレット	87
テレビ・新聞・ラジオ	5
地域の広報誌	3
行政・地域包括支援センター	75
その他	28
未回答	1
無効	44

問 3-2 青森県若年性認知症総合支援センターとの関わりはありましたか。(複数回答)

利用者のことでセンターに相談したことがある	9
利用者にセンターを案内したことがある	13
知っているが利用者のことで相談したことはない	114
知っているが利用者に案内したことはない/該当者がいない	141
未回答	2

問 4 青森県若年性認知症総合支援センターについて、どのような連携体制を求めますか。

(複数回答)

社会制度の申請援助(年金申請、手帳申請等)	230
本人の就労先との情報交換	167
社会参加の場の提供	233
本人の生活状況の把握	142
本人・家族への心理的支援	228
若年性認知症に関する普及・啓発活動	158
若年性認知症に関する本人・家族向けの研修等の開催	193
若年性認知症に関する支援者向けの研修等の開催	242
若年性認知症に関する企業向けの研修等の開催	138
その他	12
未回答	10

問 5 全国の自治体等において、若年性を含む認知症の人によるピアサポート活動の取り組みが始まっていることを知っていますか。

知っている	126
知らなかった	298
未回答	3

問 6 貴事業所において、若年性を含む認知症のご本人を対象とした（認知症高齢者が参加している場合を含む）、ピアサポート活動の実践例はありますか。

活動をしている	7	→問 6-1 へ
現在活動はしていないが、今後取組を進めたいと考えている	63	→問 7 へ
現在活動しておらず、今後の取組予定もない	347	
未回答	10	

問 6-1 どのようなピアサポート活動を行っていますか。（複数回答）

本人・家族の悩みを共有する相談支援	5
認知症当事者との講演会開催	0
当事者同士の交流会の開催	1
その他	2

問 7 若年性認知症に関する社会的な課題や必要な支援についてお答えください。（複数回答）

早期受診に対する支援	289
診断後、切れ目のない支援	262
経済的な課題に対する支援	290
専門の相談窓口の周知	245
就業中の本人・職場への支援	234
日中活動の場や、安心できる居場所	242
特性を踏まえた家族支援の場	201
支援技術を得るための研修	169
利用できる制度等の知識を得るための研修	226
その他	6
未回答	10

問 8 若年性認知症を含む認知症の支援と他機関との連携体制について等、地域の認知症に関するご意見や青森県若年性認知症総合支援センターに対しての要望などありましたらご記入ください。（ご意見等の詳細については第 2 章を参照）

医療について	9
関係機関連携について	11
支援者（職員）について	2
就労について	1
経済面について	2
社会資源について	13
本人・家族の支援について	6
認知症への理解について	10
若年性認知症の研修について	18
若年センターについて	20
ピアサポートについて	3

(2) 二次調査

■若年性認知症本人・家族・介護者調査

対象者数：362人 有効回答数：77人

問1 令和3年8月31日現在の若年性認知症の方についてご記入ください。

①年齢階層

18~39	0
40~44	0
45~49	2
50~54	6
55~59	14
60~64	25
65~	30

②性別

男性	32
女性	41
不明	4

③お住まいの地域

青森地域	18
津軽地域	18
八戸地域	16
西北五地域	12
上十三地域	4
下北地域	2
不明	7

④主な生活場所

1.自宅	33
2.入院	3
3.施設入居	39
未回答	2

→④-1、④-2へ

④-1 同居家族の構成（複数回答）

独居	4
配偶者	24
父	0
母	4
義父	2
義母	3
子ども	17
孫	4
兄弟姉妹	0
その他	2
未回答	5

→ 子どもと同居と回答のあった19人のうち人数の回答があったのは16人。そのうち未成年の子どもがいた世帯は2世帯。

④-2 主な介護者

なし	1
配偶者	24
子ども	7
本人または配偶者の父母	2
孫	0
兄弟姉妹	1
その他	3
未回答	5

⑤認知症疾患名

1 アルツハイマー型認知症	48
2 血管性認知症	10
3 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）	6
4 レビー小体型認知症	1
その他	8
未回答	4

⑥要介護度

未申請	申請中	要介護					要支援		非該当	未回答
		1	2	3	4	5	1	2		
14	2	11	12	12	7	14	0	1	0	4

→未申請の理由

必要性を感じない	5
経済的理由	0
サービスについて知らない	0
本人が拒否	3
その他	5
無効	1

⑦障害支援区分

未申請	申請中	障害支援区分							非該当	未回答	無効
		1	2	3	4	5	6	不明			
34	2	5	3	3	2	1	3	5	0	18	1

→未申請の理由

必要性を感じない	11
経済的理由	0
サービスについて知らない	10
本人が拒否	2
その他	5
未回答	6

⑧障害者手帳種別及び等級（複数所持者有）

所持している		45	
精神	29		
	1級	18	
	2級	11	
	3級	0	
	身体		11
	1級	8	
2級	1		
3級	1		
4級	0		
5級	0		
6級	1		
愛護		7	
A	3		
B	4		
申請中		0	
未申請		20	

未申請の理由（自由記載）

- ・必要性を感じない
- ・必要かどうかわからない
- ・メリットがわからない
- ・サービスについて知らない
- ・障害者手帳を知らなかった
- ・秘匿したいから
- ・申請できるの？ 等

⑨受給しているもの・利用しているサービス

障害年金	28
老齢年金繰上げ	6
傷病手当金	0
失業保険	0
生活保護	13
特別障害者手当	1
自立支援医療（精神通院医療）	16
その他	4
なし	14
未回答	9

問2 「認知症かもしれない」という変化に気づいた頃の状況についてお伺いします。

問2-1 ご本人が何歳頃のことですか。

18~39	1
40~44	4
45~49	6
50~54	11
55~59	23
60~64	19
未回答	7
無効	6

問2-2 最初に気づいたのはどなたですか。

本人	配偶者	父母	子ども	上司 同僚	かかり つけ医	近隣 住民	その他	未回答	無効
4	22	3	4	3	13	2	19	2	5

問 2-3 変化に気づくきっかけとなる行動・症状は何でしたか。(複数回答)

もの忘れが多くなった	42
性格が変わった	20
行動が変わった	31
会話の内容が変わった	20
言葉が出にくくなった	23
幻覚・妄想がみられた	6
脳に損傷を与えるような病気、ケガをした	7
その他	15
未回答	3

問 2-4 どなたに相談されましたか。(複数回答)

家族	医療機関	地域包括 支援センター	市町村役場	保健所	その他	未回答
17	51	14	5	0	9	5

問 3 受診・診断の状況についてお伺いします。

問 3-1 最初に受診したのは本人が何歳頃のことでしたか。

18~39	3
40~44	4
45~49	6
50~54	10
55~59	21
60~64	17
65~	6
不明	1
未回答	8
無効	1

問 3-2 受診のきっかけはどのようなことでしたか。(複数回答)

本人の気づき	4
家族、親族の気づき	42
勤務先からの連絡	9
かかりつけ医からの紹介	8
その他	17
未回答	8

問 3-3 受診に至るまでの経緯についてお答えください。

気づいてすぐ受診した	31
受診しようとしたが、本人が拒否したため、すぐの受診に至らなかった	11
受診するほどではないと思ったため、すぐの受診に至らなかった	4
何科を受診すればよいのか迷い、すぐの受診に至らなかった	1
まさか認知症とは思わなかったため、すぐに受診はしなかった	12
その他	9
未回答	8
無効	1

問 3-4 最初の受診で、何科を受診しましたか。

一般内科	10
精神科	23
心療内科	3
脳神経外科	18
神経内科	3
もの忘れ外来	2
認知症疾患医療センター	2
その他	4
未回答	9
無効	3

問 3-5 その医療機関はどのような理由で選びましたか。(複数回答)

かかりつけ医だった	17
家族や知人の紹介	22
近所だから	5
医療機関からの紹介	7
行政や地域包括支援センターからの紹介	4
インターネットで調べた	8
その他	9
未回答	9

問 3-6 最初に受診した医療機関で、受診の結果「認知症」と診断されましたか。

はい	39
いいえ	25
未回答	10
無効	3

→①、②へ

①最初の受診結果で医師からどのように言われましたか。

異常なし	2
経過観察	6
他の医療機関を紹介	8
別の病気と診断	5
その他	3
未回答	1

②最初の医療機関を含めて何か所目で「認知症」と診断されましたか。

2か所	3か所	4か所	5か所	10か所以上	未回答	無効
12	1	1	0	1	9	1

問 3-7 最終的に「認知症」と診断されたのはご本人が何歳頃のことでしたか。

18~39	1
40~44	1
45~49	5
50~54	11
55~59	25
60~64	18
65~	6
未回答	9
無効	1

問 3-8 認知症と診断された際、ご本人への告知はありましたか。

あった	医師より	44
	家族より	4
	未回答	2
	無効	1
なかった	主治医の方針	1
	家族の希望	4
	未回答	2
	無効	1
その他		8
未回答		10

問 3-9 「認知症」と診断されるまでに困ったことはありましたか。(複数回答)

特にない	36
本人が受診に対する抵抗があった	13
介護者が受診に対する抵抗があった	3
医療機関を見つけるのが大変だった	4
医療機関を受診したが、なかなか診断されなかった	5
その他	10
未回答	14

問 3-10 診断後、医療機関のアドバイスなどについてお答えください。

	十分な説明があった	少し説明があった	全く説明がなかった	未回答
治療方針について	34	23	3	17
薬について	35	18	6	18
今後起こりうる病状の変化について	29	20	9	19
障害年金の申請について	7	9	36	25
障害者手帳の申請について	15	9	29	24
障害福祉サービスの申請について	10	12	30	25
介護保険サービスの申請について	16	18	20	23
相談窓口の紹介【市町村役場】	22	11	22	22
相談窓口の紹介【若年性認知症総合支援センター】	10	9	35	23
相談窓口の紹介【地域包括支援センター】	15	12	26	24
相談窓口の紹介【家族会等の団体】	4	10	37	26

問 3-11 現在の認知症治療に関する通院状況についてお答えください。

	計	一般内科	精神科	心療内科	脳神経外科	神経内科	もの忘れ外来	疾患医療センター	その他
定期的に通院している	38	1	21	0	8	2	0	1	5
必要に応じて通院している	1	0	0	0	0	0	0	1	0
通院していない	11	/							
その他	5								
未回答	5								
無効	17								

問 4 サービスの利用状況についてお伺いします。

問 4-1 現在利用されているサービスがある方は、ア) からウ) についてお答えください。
(複数回答)

ア) 医療系

入院中	4
精神科デイケア	1
訪問看護	2
訪問診療	7
外来リハビリテーション	0
訪問リハビリテーション	0
利用していない	24

イ) 介護保険サービス

通所リハビリ (デイケア)	4		
通所介護 (デイサービス)	12		
訪問介護	8		
認知症対応型通所介護	3		
地域密着型通所介護	0		
訪問入浴	1		
小規模 多機能型 居宅介護	通い 2 泊り 0 訪問 2	3	
看護小規模 多機能型 居宅介護	通い 0 泊り 0 訪問 0		0
訪問リハビリテーション	1		
ショートステイ	3		
福祉用具のレンタル	4		
グループホーム入居	15		
特別養護老人ホーム入所	2		
住宅改修	1		
介護老人保健施設入所	9		
利用していない	11		
その他	3		

→通いと訪問のサービスを重複して利用する者あり

ウ) 障害福祉サービス

居宅介護	2
行動援護	0
ショートステイ	2
自立訓練 (生活訓練) 施設	2
生活介護	3
障害者共同生活援助 (グループホーム)	3
就労移行支援事業所	0
就労継続支援 A 型事業所	0
就労継続支援 B 型事業所	2
地域生活支援センター	0
利用していない	25
その他	3

問 4-2 問 4-1 のア) からウ) のサービスについて、いずれのサービスも利用していない方はその理由をお答えください。

- 本人が元気で、体の自由がきくうちはいらなと思うし、あっちこっちの病院へ通院しているため。
- まだ必要がないと思い、これからリハビリなど行かせたいと思う。
- 現状支援受けるまでの症状でなく、今後症状が進行すれば支援を受けます。
- 進行してきたら（手に負えなくなったら）病院で！金銭的に余裕がないのでできるだけ私が面倒みるつもりです。月々の入居費が私の年金額より多い！
- コロナ、経済的理由。
- 家族は利用を考えているが本人との話し合いで同意を得られずにいる。
- 本人が嫌う、拒否をする。身の回りのこと（トイレ、お風呂、着替え）は自分でまだできるから。
- 本人が行こうと思ってくれない。認めたくない。 等

問 4-3 利用したいのに利用できなかったサービスはありますか。

なかった	50
あった	5
未回答	22

①利用できなかったサービス
ショートステイ
②利用できなかった理由
認知症になったから

問 5 ご本人の就労等の状況についてお伺いします。

問 5-1 認知症の発症時、お仕事をされていましたか。

はい	30
いいえ	38
未回答	7
無効	2

→問 5-5 へ

お仕事の形態	
自営業	7
正社員・正職員	9
契約社員・嘱託	1
非常勤・パート・アルバイト	7
短期雇用・派遣	2
その他	4

問 5-2 雇用主や上司に『若年性認知症』を発症していることを伝えましたか。

はい	14
いいえ	12
未回答	4

→問 5-5 へ

雇用主や上司へはどなたが伝えましたか。			
本人	配偶者	子ども	その他
1	9	0	4

伝えていない理由

- プライバシーの問題
- まだ伝えるほどではないので聞かれるまでこのままで良いと医師から言われた

問 5-3 現在の状況についてお答えください。

発症前と同じ職場で働いている	0
発症前と同じ職場で働いているが部署が変更になった	0
転職して発症前とは違う職場で働いている	1
休職・休業中	0
退職した	17
解雇された	2
仕事は辞めたがボランティア活動などを行っている	1
その他	8
無効	1

問 5-4 ご本人は就労継続についてどのように考えています（考えていました）か。

続けたい（続けたかった）	7
辞めたい（辞めたかった）	5
迷っている（迷っていた）	2
不明	13
その他	3

問 5-5 認知症の発症時、就労以外でご本人に役割などはありましたか。（複数回答）

家事全般をしていた	20
子育て中だった	2
趣味活動をしていた	10
町内会の活動等、社会的な活動をしていた	3
その他	28
未回答	23

問 5-6 認知症の診断後、車の運転をされていますか。

していない	34
していた	15
している	3
免許証はもっていない 運転したことがない	15
未回答	7
無効	3

診断後免許返納もしくは運転をやめた。

1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	10ヶ月後	12ヶ月後	36ヶ月後	不明
2	1	2	3	2	1	1	3

今のところ運転に問題がない	2
運転に不安はあるが、運転できないと 生活に支障がある	0
免許返納、運転できないことに抵抗・ 拒否がある	1
その他	0

問 6 現在の経済状況についてお伺いします。（複数回答）

本人の給与所得	1
家族の給与所得	17
本人の年金	52
家族の年金	14
預貯金の切り崩し	13
生活資金の借金	2
生活保護	10
住宅ローン有	0
教育ローン有	0
その他	3
未回答	6

問7 診断から治療、現在に至るまでに欲しいと感じた情報は何ですか。(複数回答)

専門医や専門病院に関する情報	19
治療方法や薬に関する情報	24
障害福祉サービスに関する情報	15
介護保険や介護施設に関する情報	22
介護の仕方に関する情報	16
住まいに関する情報	3
成年後見制度に関する情報	10
若年性認知症に関する専門的な相談窓口	31
経済的支援に関する情報	26
その他	1
未回答	19

問8 介護者の状況についてお伺いします。

(介護者がいない場合は問10へお進みください。)

問8-1 主な介護者の性別と年齢をお答えください。

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	未回答	計
男性	2	1	0	1	7	2	0	0	2	15
女性	0	2	0	7	11	2	1	1	2	26
計	2	3	0	8	18	4	1	1	4	41

問8-2 介護者の外出時や緊急時、介護に疲れたときなどに介護を代わってくれる人はいますか。

いる	26
いない	16
未回答	35

その方は介護者からみてどのような方ですか。(複数回答)

同居家族	兄弟	1
	子・子の配偶者	2
	義母	1
同居以外の家族	兄弟姉妹	8
	義兄弟義姉妹	1
	子	9
	母	1
	叔母	1
その他	施設職員	5

問8-3 認知症のことや生活・介護の困りごとについて相談できる人はいますか。

いる	35
いない	6
未回答	35
無効	1

その方は介護者からみてどのような方ですか。(複数回答)

家族	子	10
	義姉妹/姉妹	5
	配偶者	1
	叔母	1
友人		2
家族の会		2
主治医		7
ケアマネジャー		22
介護職員		12
市町村役場職員		4
地域包括支援センター職員		4
その他		5
無効		1

問 8-4 ご本人が認知症と診断された時の介護者の就労状況についてお伺いします。

就労していない	20	→問 8-6 へ ————→	正規雇用	12
就労していた	24		非正規雇用	11
未回答	33		未回答	1

問 8-5 ご本人が認知症と診断されたことで、介護者の就労状況に変化はありましたか。

働き方に変化はなかった	17
同じ職場で雇用形態、働き方を変更した	3
退職した	3
転職した	1

問 8-6 介護するようになって、介護者の生活に変化はありましたか。(複数回答)

収入が減った	9
出費が増えた	18
ストレスが増えた	32
体調が悪くなった	8
家事時間が増えた	17
家族関係がうまくいかなくなった	7
親戚関係がうまくいかなくなった	3
近所との関係がうまくいかなくなった	2
自分が自由に使える時間がなくなった	22
睡眠時間が減った	13
その他	5
未回答	32

問 8-7 介護者の現在のお気持ち・状況についてお答えください。

	よくある	ときどきある	あまりない	ない	未回答無効
よりよい対応方法（介護方法）を知りたいと思う	13	17	6	3	38
同じ立場の人（若年性認知症の介護者）と交流したいと思う	4	13	13	8	39
本人の行動が理解できるようになってきたと思う	9	17	9	4	38
本人からの感謝の気持ちを受けることができた	6	12	13	10	36
いつまで介護が続くのか分からず、不安を感じる	23	9	8	2	35
経済的なことに不安を感じる	18	14	5	5	35
介護者自身の健康状態に不安を感じる	18	16	3	5	35
自分が今後も仕事（家事）を続けられるか不安を感じる	12	15	6	6	38
意味もなく、泣く（泣きたくなる）ことがある	5	5	8	22	37
将来がとても不安になり、憂うつで眠れない	5	7	12	16	37
ストレスを発散する場がないと感じる	9	12	7	12	37
本人の症状が悪化していくのを見ているのがつらい	15	13	7	6	36
本人との意思疎通が困難でイライラする（大声を出したくなる・叩きたくなる）ことがある	10	9	8	13	37
本人を一人にすることが不安で外出できない	11	10	4	16	36
その他					3

問 9 ご本人の認知症の症状や行動で、現在介護者の方が困っていること・苦労していることはありますか。(複数回答)

日時や場所がわからない	16
判断力が低下している	26
何もしたがない	14
同じことを何度も言ったり聞いたりする	18
幻視・幻聴の症状がある	6
暴言・暴力がある	10
家から出て行ってしまう	5
会話の理解が困難	18
入浴を嫌がる	4
料理の手順がわからない	6
火の不始末	3
衣類の着脱ができない	10
車の運転をやめない	0
特になし	7
その他	11
未回答	32

その他
 ・尿失禁便失禁をそのままにして汚れた所で生活している。
 ・本人の希望にそうすることができない。
 ・夜中に騒ぐ、踊りとか寝ないことが多くなってきた。
 ・何もわからずに書類にサインしてしまう。
 ・わからないことを言ってくれない。頼ってくれたらと思う。
 ・いい関係ではなかったため、私がやらなければと思う反面、すごく嫌だとも思う。 等

問 10 ご本人の状況についてお伺いします。(介護者が記入する場合はご本人への聞き取りをお願いいたします。記載や聞き取りが困難な場合は問 11 へお進みください。)

問 10-1 認知症のことや、生活・介護等の困りごとについて相談できる人はいますか。

いる	34
いない	5
未回答	37
無効	1

その方は本人からみてどのような方ですか。(複数回答)

家族	配偶者	7
	子	8
	父母	1
	兄弟姉妹	7
友人		2
家族の会		0
主治医		4
ケアマネジャー		11
介護職員		12
市町村役場職員		2
地域包括支援センター職員		1
その他		3

問 10-2 認知症になってご本人の生活に変化はありましたか。(複数回答)

収入が減った	10
出費が増えた	3
ストレスが増えた	11
体調が悪くなった	3
家事時間が増えた	0
家族関係がうまくいかなくなった	7
親戚関係がうまくいかなくなった	2
近所との関係がうまくいかなくなった	1
外出する機会が減った	9
何もしたくなくなった	13
特にない	7
その他 ・仕事がない 等	6

問 10-3 ご本人の現在のお気持ち・状況についてお尋ねします。

	よくある	ときどきある	あまりない	ない	未回答無効
同じ立場の人(若年性認知症者)と交流したいと思う	0	9	9	14	45
ピアサポート活動をしたいと思う	0	1	10	20	46
社会との繋がり(就労、ボランティア、自治会など)を持ちたいと思う	2	10	5	15	45
今後自分の病気がどのように進行するのか不安を感じる	8	10	6	9	44
経済的なことに不安を感じる	10	8	5	11	43
自分が今後も仕事(家事)を続けられるか不安を感じる	6	5	5	15	46
家族・周囲に迷惑をかけることに不安を感じる	9	7	5	11	45
1人でいると不安になる/誰かと一緒にいないと不安になる	4	11	5	13	44
周囲からどのように見られているか気になる	0	12	10	11	44
ストレスを発散する場がないと感じる	4	11	7	10	45
意思疎通が困難でイライラする(大声を出したくなる・叩きたくなる)ことがある	6	11	6	10	44
その他					2

問 11 近所の方に認知症であることを伝えてありますか。

はい	30
いいえ	34
未回答	13

問 12 今住んでいる地域で住み続けていくうえで困っていることはありますか。

ある	27
ない	29
わからない	11
未回答	9
無効	1



どのようなことですか。(複数回答)

近所の人への認知症への無理解や偏見	5
社会全体の認知症への無理解や偏見	6
いざというときに頼れる人が近くにいない	13
車の運転ができず、公共交通機関の便が悪く生活しづらい	6
若年性認知症者が利用できるサービスが少ない	14
その他	2
未回答	15

問 13 発症から現在に至るまでの経緯や、今までの過程で困ったこと、制度や行政・医療機関、事業所等に改善してほしいこと、要望があれば具体的に記入してください。(ご意見等の詳細については第 3 章を参照)

若年性認知症に関する正しい知識(普及・啓発)について	3
介護保険や障害福祉等の制度に対する要望など	2
制度に関する知識・情報や制度活用のための相談窓口に関すること	7
若年性認知症の特性に配慮した施設について	5
施設の対応について	5
医療機関の対応について	6
経済的なことについて	7
本人の就労継続について	3
生きがいづくり、居場所について	2
家族・介護者の負担、将来に対する不安など	13
その他	1

青森県若年性認知症実態把握事業報告書

2022年3月発行

編集発行 青森県 健康福祉部 高齢福祉保険課
〒030-8570 青森県青森市長島一丁目1-1
電話 017-734-9296

業務委託先 公益財団法人こころすこやか財団
〒039-1101 青森県八戸市尻内町島田14-1
電話 0178-27-7094
