

ご家族が認知症の診断を受けた方へ

認知症の人の家族支援に関する調査 ご協力をお願い

日ごろより認知症の人と家族の会（以下「家族の会」）の活動にご理解、ご協力いただきありがとうございます。「家族の会」は、今年度ご自身の家族が認知症と診断を受けた方へのアンケートを実施いたします（厚生労働省令和3年度老人保健健康増進等事業）。

回答は10分程です。介護中のお忙しい時間の中で回答時間を割いていただくのは大変なこととは思いますが、認知症の人の家族支援をより充実するためにご協力をお願いいたします。

認知症の診断を受けた後、よりよく暮らすために各自治体で認知症の状態にあった地域資源などを紹介する認知症ケアパス（地域によっては認知症ケアガイドなどの名前がついているところもあります）が冊子などで紹介されています。

しかし、認知症ケアパスの冊子を手にしただけでは、1）具体的にどこでどのように相談することができるのか、2）診断を受けた際の戸惑いを誰と分かち合ったり、相談したりするのが良いのか、3）家族や親戚の間での認知症の人への接し方の違いにどう対応するのがよいのか、などがわかりにくいことも少なくないと思われます。

また、診断や支援を受けるまでの戸惑いもあるかと思われませんが、そのような時、どうすればよいのでしょうか。

更に、家族が、ご自身の趣味や興味・関心を持つ活動を続け、介護を行っていても生活の質を高めるのに必要な手助けなどを受ける方法などが見つけにくい場合もあるかと思われま

そこで、この調査では、そのような実態がどのようなものであるかを調べ、認知症ケアパスの有効活用にも通じるような家族支援ガイドの作成につなげたいと考えています。

認知症の人の家族が、相談相手を見つけたり、自分らしい生活をできるだけ続けたりする余裕が持てるようになることで、家族としてよりよく認知症の人をささえることにつながると考えられています。この調査も参考に、家族支援ガイドブックを作成する予定です。ご協力のほど、よろしくお願

いします。アンケートは無記名ですので、個人が特定されることはありません。調査・分析結果は、「家族の会」において慎重に取り扱い、まとまった時点で「家族の会」ホームページで紹介するとともに、報告書の作成や学会・論文報告などを行ってまいります。開示後、データ、回収したアンケート用紙については、一定期間保管したのち、破棄いたします。

なお、アンケートの回答は、強制ではありません。回答の提出をもって調査へのご同意をいただいたものとさせていただきます。ご回答のご意思がない場合には、そのまま破棄していただきますよう、お願いいたします。

お手数をおかけしますが、ぜひご協力くださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

2021年10月吉日

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

■アンケートの回答の締め切り：11月30日（火）

■同封の返信用封筒（切手は不要）でお送りください。

なお、右記のURL <https://bit.ly/3CTil80> や、QRコードから回答していただくこともできます。



問
合
せ
先

公益社団法人認知症の人と家族の会

調査研究専門委員会 委員長 原 等子

事務局担当：鎌田、辻村

〒602-8222 京都市上京区晴明町811-3 岡部ビル2F

TEL：050-5358-6580 FAX：075-205-5104

メール：office@alzheimer.or.jp

認知症の人の家族支援に関する調査

該当する () 《 》内、または番号に○印をつけるか適当な数値・文字を記入してください。また、[]には具体的なご意見等を記入してください。
 認知症と診断された家族が複数おられる場合は、主な人お一人に絞ってお答えください。

Q1 あなたのご家族は以下のどれに当てはまりますか？

- () 1. 認知症と診断を受けてから6か月以内
- () 2. 認知症と診断を受けてから6か月以上経過
- () 3. 認知症の疑いがあると思っているが、まだ診断は受けていない
- () 4. はっきりと診断を受けたわけではないが、認知症だといわれている
- () 5. 既に看取りを終えた

Q2 この調査用紙はどのように受け取りましたか？

(受け取った場所・方法について教えてください)

- () 1. 認知症の人と家族の会の会報に入っていた
- () 2. 認知症の人と家族の会のつどいや認知症カフェなどの交流・活動の際に受け取った
- () 3. 認知症の人と家族の会以外の交流組織を通じて受け取った
 - 《 》3-1. 全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会
 - 《 》3-2. レビー小体型認知症サポートネットワーク
 - 《 》3-3. 男性介護者と支援者の全国ネットワーク
 - 《 》3-4. 日本認知症本人ワーキンググループ
 - 《 》3-5. その他 []
- () 4. 市役所・保健所・地域包括支援センターなどの公的機関
- () 5. 医療機関
 - 《 》5-1. かかりつけ医
 - 《 》5-2. 認知症疾患医療センター
 - 《 》5-3. その他の専門医療機関
- () 6. 介護福祉関係の施設
- () 7. その他 []

Q3 回答いただくあなたご自身について教えてください

- ① お住まいの都道府県 () 都・道・府・県
- ② 年齢 () 歳
- ③ 性別 1. 男性 2. 女性 3. その他
- ④ 介護の状況
 - 1. 介護中である ⇒ 誰を
 - a. 認知症と診断された人
 - b. 認知症以外の人
 ⇒ 状態 1 a. 主に介護をしている b. 介護を手伝っている
 ⇒ 状態 2 a. 手伝ってくれる人がいる b. 手伝ってくれる人はいない
 - 2. まだ介護をするという状態ではない
 - 3. 看取りを終えた

⑤ あなたの仕事の状況

- 1. 働いている ⇒ 雇用形態
 - a. 常勤
 - b. 常勤時短勤務
 - c. 非常勤 (パート・アルバイト)
 - d. 自営業
- 2. 働いていない ⇒ 現在の状況
 - a. 休暇 (休業) 中・休職中
 - ⇒ 理由 ア. 介護休暇 (休業)
 - イ. 育児休暇 (休業)
 - ウ. その他 []
 - b. 退職後
 - c. 主婦・主夫
- 3. その他 [具体的に]

Q4 認知症の人の年齢や家族構成、診断名、介護保険申請の有無などについて教えてください

(既に介護を終えた方は、最も介護に力を尽くした時のことを記載してください)

- ① 認知症の人の年齢 () 歳
- ② 認知症の人の居住形態 () 独居 () 夫婦世帯 () 二世帯・三世帯世帯 () その他
- ③ あなたとの居住関係について () 同居 () 近居 (日常的な往来ができる範囲) () 遠距離
- ④ あなたから見た認知症の人の続柄 () 夫 () 妻 () 実父 () 実母 () 義父 () 義母 () きょうだい () 祖父母 () 子ども () その他 []
- ⑤ 認知症あるいは認知機能低下の診断名 () アルツハイマー型認知症 () 脳血管性認知症 () レビー小体型認知症 () 前頭側頭型認知症 () 混合型認知症 () 認知症 (診断名は不明) () 軽度認知障害 (MCI) () その他 []
- ⑥ 診断を受けた医療機関 () かかりつけ医 () 認知症疾患医療センター () その他の専門医療機関 () その他 []
- ⑦ 診断を受けた時期 今から () 年前 もしくは () か月前
 ※ 軽度認知障害 (MCI) が認知症に進行した場合でも、MCIの診断時期を記載ください
- ⑧ 介護保険の申請について (要支援・要介護については、わかる場合は要介護度などを []に記入してください)
 () 未申請 () 申請中 () 自立 () 要支援 [] () 要介護 []

Q5 ご家族の認知症の診断時およびその後に医療機関(診断を受けた医療機関以外でも構いません)で受けた説明や提供されたことがある情報について、あてはまるもの、すべてに○をつけてください

- 認知症の病名について
- 認知症の時期(病期)・程度(重症度)について
- 認知症の治療薬について
- 認知症の今後の見通しについて
- 認知症にかかわる日常生活の注意点について
- 緊急時の連絡先について(介護家族の体調不良、本人の行方不明で困った時など)
- 自動車の運転について
- 認知症に関する情報冊子の手渡しを受けた
- 介護保険サービスについて
- 認知症という病気への向き合い方や気持ちの持ち方、受けとめ方の助言などについて
- 家族会など同じ立場の家族同士の話し合いの機会のお知らせについて
- 認知症相談電話などがあることの案内について
- 認知症カフェについて
- その他 []

Q6 ご家族が認知症の診断を受けたときに、戸惑いがありましたか?

- とても戸惑った 少し戸惑った
- 戸惑いはあまりなかった ⇒ Q7へ
- 戸惑いは全くなかった ⇒ Q7へ

Q6-2. それはどのような戸惑いでしたか?あてはまるものすべてに○をつけてください

- どう感じていかわからず戸惑った
- どう対応していかわからず困った
- まさか家族がと思い悲しかった
- この先、自分自身がどうなるかわからず不安になった
- この先、家族の認知症がどう進行するか不安になった
- 認知症ということで特にショックだった
- その他 []

Q6-3. 戸惑いや不安以外に感じたことがありましたか?あてはまるものすべてに○をつけてください

- 診断がはっきりしてよかった
- 薬をもらったり、対応方法を教えてもらえたりしたのでよかった
- 今後のことを考えやすくなった
- 他の病気と同じ受け止め方だった
- よく覚えていない
- その他 []

Q7 ご家族の認知症の診断を、あなたは今の程度受けとめていますか?

- まだ受けとめられない 徐々に受けとめつつある
- 概ね受けとめられた 受けとめることができた/できていた

Q7-2. 認知症の人につらく当たってしまうことがありますか?

- 頻繁にある ときどきある たまにある まったくない

Q7-3. 7-2で「ある」と答えた方、優しくできない自分に嫌悪感を抱いたことがありますか?

- 頻繁にある ときどきある たまにある まったくない

Q7-4. 受けとめられない部分はどのようなことですか

[]

Q7-5. 受けとめられたのはどうしてですか

[]

Q8 認知症の診断時やその後、認知症のことや生活のことなどについて相談する人がいましたか? 相談した相手(複数可)に○をつけてください。また、最も相談した人一人に◎をつけてください

- 自分以外の家族 かかりつけ医 認知症の専門医
- 介護施設スタッフ ケアマネジャー(介護支援専門員)
- 地域包括支援センター職員 医療機関の看護師等(認知症相談外来等)
- 認知症支援相談員等(認知症に関する地域の支援コーディネーターなど)
- 本人(認知症の人)の職場の上司や同僚、専門職(産業医・保健師・看護師)等
- ご自身(ご家族)の職場の上司や同僚、専門職等
- 介護経験のある友人・知人 介護経験のない友人・知人
- 他の介護家族(家族会等の電話相談やつどい含む)
- 認知症カフェのスタッフ その他 []
- 相談しなかった/できなかった

Q8-2. 相談しなかった(できなかった)場合、それはどうしてですか?

[]

Q16 介護をしていく上で、周りの人（親族・医療職・専門職・知人等）にお願いしたいことがあれば、ご自由にお書きください

Q17 その他、認知症の人の家族への支援について、あなたのご意見をご自由にお書きください

以上です。ご協力ありがとうございました。

付録

興味・関心チェックリスト

ご家族の興味・関心についての質問です。

回答は必須ではありません。

お時間等、余力がありご協力いただけるようでしたら、次ページ以降の回答をお願いいたします。

ご家族の興味・関心についての質問

1. 下に記載している活動について

①現在しているものには「している」の列に○を、それ以外は、②の「したことはないが興味がある」、「やっていたが、今はしていない」のどちらかに○をつけてください。興味がなく、していない活動は空欄のままです。

また、②に○をつけた方は「やっていない理由」のA・Bのどちらかに○をつけてください。

※興味のない活動は空欄で結構です。 記載されていない活動がありましたら「その他」にご記入ください。		① している	② ⇒		②やっていない理由	
			したことはないが興味がある	やっていたが、今はしていない	A 介護のため	B 体力・興味がなくなった等ご自身の理由
スポーツ	体操・運動					
	ゴルフ					
	ゲートボール					
	グラウンドゴルフ					
	テニスなどのスポーツ []					
	ダンス					
	武道（太極拳、空手、剣道など）					
	舞踊					
	フィットネス					
	水泳					
アウトドア	散歩・ジョギング					
	山登り（登山）					
	キャンプ					
農園	釣り					
	園芸活動・庭いじり 作物の栽培（畑仕事）					
家庭科	料理					
	編み物					
	裁縫					
	掃除・整理整頓					
造形・工芸	絵画・絵手紙					
	陶芸					
	組紐					
	造花クラフト					
	竹・木細工					
	ビーズ手芸					
	染め物					
習い事	書字・書道					
	お花（華道）					
	お茶（茶道）					
	着付け					

※興味のない活動は空欄で結構です。 記載されていない活動がありましたら「その他」にご記入ください。		① している	② ⇒		②やっていない理由	
			したことはないが興味がある	やっていたが、今はしていない	A 介護のため	B 体力・興味がなくなった等ご自身の理由
自己研鑽 情報	オシャレ（ファッション）					
	生涯学習（市民大学など）					
	図書館での勉強、学習					
	パソコン・ワープロの活用					
	インターネットの閲覧・遊ぶ					
文芸	読書					
	俳句・短歌・詩など					
	写真撮影					
遊び	将棋・囲碁					
	麻雀					
	ジグソーパズル					
	ゲーム・クイズ					
音楽	カラオケ					
	音楽を聴く（クラシック、歌謡曲、その他）					
	コーラス・民謡					
	楽器演奏（ギター、ピアノなど）					
鑑賞	映画					
	観劇					
	演奏会					
	芸術鑑賞（美術館、博物館など）					
	野球・相撲などスポーツ観戦					
コミュニケーション	テレビ・ラジオ視聴					
	孫の世話					
	友人とおしゃべり、食事					
	動物（ペットの世話）					
外出・旅行	パソコン・スマートフォンでの遠隔コミュニケーション					
	買い物					
	自動車・自転車に乗る					
	旅行・温泉					
	神社・仏閣巡り					
勝負事	お遍路					
	パチンコ					
	投資・株					
仕事等	競馬・競輪・競艇					
	仕事（就労）					
	仕事（内職など在宅でできるもの）					
その他	ボランティア					
	その他1 []					
	その他2 []					

II. Iで「①している活動」として回答したものについて、何か工夫して行っていることや認知症ご本人と一緒にするために始めたなど、始めた動機があればご記入ください。

種目：	理由：
種目：	理由：
種目：	理由：

III. Iで「②していない活動」で、やりたいが諦めている活動について、やっていない具体的な理由がありましたらご記入ください。また、もし始めるにあたって必要だと思うサポートがあればご記入ください。

種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	
種目：	理由：
開始・再開するため必要なサポートは：	

※足りない場合は、余白や別紙に記載していただいて構いません。

以上です。ご協力ありがとうございました。