



地ケ第223-2号
令和元年7月18日

一般社団法人埼玉県訪問看護ステーション協会 会長
一般社団法人埼玉県介護支援専門員協会 代表理事
一般社団法人埼玉県老人福祉施設協議会 会長
公益社団法人 埼玉県介護老人保健施設協会 会長
埼玉県認知症グループホーム・小規模多機能協議会 会長
公益社団法人日本認知症グループホーム協会埼玉県支部 支部長

様

埼玉県福祉部地域包括ケア課長
縄田 敬子(公印省略)

若年性認知症実態調査の実施及び協力について（依頼）

県の認知症施策の推進については、日頃格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

県では、若年性認知症施策の基礎資料とするため、若年性認知症の人の所在や生活実態に関する調査を下記のとおり実施することとしました。

本調査においては、県内の各関係機関に調査票をお送りし、回答いただく予定です。

つきましては、本調査の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願いいたします。

記

1 調査実施方法（7月下旬から）

- ・調査票の郵送によるアンケート調査（一次調査、二次調査を実施予定）。
- ・調査票送付対象機関：別紙、調査対象リストのとおり。
- ・調査票について：一次調査票を参考に添付します。各関係機関には、返信用封筒同封の上、直接、調査票を送付させていただきます。

2 留意事項

調査票の送付や集計業務は、合同会社HAM人・社会研究所（東京都板橋区大山町51-5-403）に委託して実施します。

調査の回答内容は、個別に公表されることはありません。また、回答いただいた内容は厳重に管理し、調査以外の目的で使用することはありません。

担当：認知症・虐待防止担当 新井 孝史
電話：048-830-3251
FAX：048-830-4781
E-mail：a3250-05@pref.saitama.lg.jp

【調査対象リスト】

病院（精神科、神経内科、心療内科、脳外科、神経科）
診療所（精神科、神経内科、心療内科、脳外科、神経科）
認知症サポート医の所属する医療機関

訪問看護ステーション
居宅介護支援事業所
小規模多機能型居宅介護
認知症グループホーム
看護小規模多機能型居宅介護
特別養護老人ホーム
介護老人保健施設
介護療養型医療施設

就労移行支援事業所
就労継続支援A型
就労継続支援B型

地域包括支援センター
保健所
保健センター

公共職業安定所（ハローワーク）
障害者職業センター
障害者就労支援センター
障害者就業・生活支援センター

若年性認知症実態調査(一次調査) 調査票

Q1 平成30年4月1日から平成31年3月31日までの1年間に、貴機関・事業所／施設を受診・入院 または、サービス利用・入所していた人の中に、平成31年4月1日時点で 埼玉県に在住 の、**若年性認知症**※1の人はいましたか？

1 **いた** (Q2も御回答ください)

2 **いない**※2

※1 若年性認知症とは、「満65歳未満で発症した認知症」をいい、現在の年齢は問いません。
認知症の判断(診断)基準は、下記の「認知症診断の考え方」を御参照ください。

※2 該当する方がいない(「2 いない」に回答)の場合でも、調査票(回答)の御返送をお願いします。

認知症診断の考え方

認知症の診断は以下の3点を満たし、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、よく知っている道でも迷うことがある、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。**

Q2 上記で「1 いた」と回答された場合、その人数(枠上)、また、それぞれの性別、年齢(H31.4.1現在)、生年月日、発症年月、また、認知症診断の状況について、お分かりになる範囲で御回答ください。

若年性認知症の人 [_____ 人]

(県使用欄)	性別	年齢	生年月日 (下段:発症年月)	認知症診断の状況 (いずれか1つに○を付けて下さい)
1	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
2	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
3	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
4	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
5	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない

▶ 回答枠は裏面にもあります。

▶ 裏面に回答者欄がありますので、御記入をお願いします。

(回答枠続き)

(県使用欄)	性別	年齢	生年月日 (下段:発症年月)	認知症診断の状況 (いずれか1つに○を付けて下さい)
6	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
7	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない
8	男・女	歳	昭和・平成 年 月 日 (昭和・平成 年 月 頃)	1 アルツハイマー型 2 血管性 3 レビー小体型 4 前頭側頭型 5 その他() 6 MCI 7 診断されていない 8 把握していない

▶回答枠が不足する場合、お手数ですが本紙をコピーの上、御回答をお願いします。

※ 一次調査への御協力をありがとうございました。同封の返信用封筒にて御返送ください。

(回答期日 令和元年8月19日(月))

※ 二次調査の対象となる若年性認知症の方がいらっしゃる場合、担当者票の御回答や本人・家族票の配布等、引き続き御協力の程、宜しくお願いいたします。

二次調査について

- 後日、ご本人・ご家族に「生活実態に関する調査(二次調査)」に御協力頂きたいと考えています。
(同封の一次調査ご協力依頼文書の裏面の《調査の全体概要》も御参照ください)
- 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。
(一次調査で御回答のあった対象者人数分の調査票セットを貴機関・事業所/施設に郵送致します)
- ご本人・ご家族からの回答は、専用の返信用封筒にて直接県宛てに御返送いただけます。(回答は任意)

.....《回答者欄》 後日、回答内容の確認等をさせて頂く場合のため、御記入をお願いします

(診療科の御記入もお願いします)

【貴機関・事業所/施設名】 _____

【所在地等】 埼玉県 _____

☎ _____ ☎ _____ @ _____

【回答記入者】 御氏名 _____ (役職名) _____