

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ
プロセスの構築に資する研究（23GB1002）

令和 6 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鷺見 幸彦

令和 7（2025）年 5 月

目 次

I. 総括研究報告	
若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐプロセスの構築に資する研究	1
認知症介護研究・研修大府センター／鷺見 幸彦	
II. 分担研究報告	
1. 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援に関する研究	26
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会創造センター／栗田 圭一	
2. 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診療に関する研究	45
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 病院 もの忘れセンター／武田 章敬	
(資料) 別添資料：抗アミロイドβ抗体療法への対応の現状	50
3. 若年性認知症の人のニーズに合わせたサービスの調査と検討	51
認知症介護研究・研修大府センター／齊藤 千晶	
4. 若年性認知症の人の就労支援・経済的支援に関する調査	75
金沢大学医薬保健研究域保健学系／表 志津子	
(資料) 別添資料1：企業における若年性認知症と診断された従業員への就労支援の実態	81
(資料) 別添資料2：当事者及び家族の診断からサービス利用までの生活・相談支援利用の実態	83
5. 若年性認知症本人および家族への情報提供支援に関する研究	85
認知症介護研究・研修大府センター／李 相侖	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	96
IV. 倫理審査等報告書の写し	97

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総括研究報告書

若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ
プロセスの構築に資する研究（23GB1002）

研究代表者 鷲見 幸彦 認知症介護研究・研修大府センター センター長

【研究要旨】

若年性認知症（YOD）は65歳以上の高齢者認知症に比べ実数は少ないが、この年代で発症することによる医療上、介護上の特性や課題が存在する。医療上の課題について昨年度から継続して認知症疾患医療センターへの調査を行った。検査・診療体制に関しては令和5年度とほぼ同様であった。令和6年度はレカネマブによる治療についても調査を行った。診断後支援に関しては多くの認知症疾患医療センターで就労支援や障害福祉サービスに関する支援は少ないものの、多様な支援が行われていることが明らかとなった。YOD診断後支援の在り方に関する文献レビューを行い、「若年性認知症の診断後支援ガイド（仮称）」の骨子案を作成した。支援の課題については全国の就労継続支援事業所、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター（支援C）を対象にアンケート調査を行った。YODの人が自分らしく地域で生活し続けるためには、社会全体でのYODの認知度向上とともに、ワンストップの相談窓口（＝支援C）を明確にし、支援Cと医療・福祉・労働など多職種による連携体制の強化と、支援の継続性・専門性の確保が求められる。就労については従業員にYODが疑われる状況が生じた場合、企業内では対応経験がないことが想定されるため、普段から相談できる体制等連携した取り組みが望まれる。また、人事管理者及び衛生管理者を対象とした具体的な事例の提示が、研修の拡大につながると考える。当事者・家族に対する診断時の主治医からの説明においては、診断・治療に加えて日常生活についての説明を希望していた。当事者家族の状況を理解し支援することが望まれる。情報提供に関する検討では若年性認知症本人・家族の情報ニーズは高く、診断前後で求められる情報が異なることが示唆された。特に、診断直後は病状の情報、診断後は生活支援に関する具体的な情報が必要とされていた。本人、家族の情報ニーズからは、両群とも医療や介護、社会的資源に関する情報ニーズが高く、情報提供支援の必要性が示唆された。

【研究分担者】

栗田主一 東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会創造センター センター長
武田章敬 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長
齊藤千晶 認知症介護研究・研修大府センター 研究主幹
表 志津子 金沢大学医薬保健研究域保健学系 教授
李 相侖 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

A. 目的

若年性認知症は 65 歳未満で発症する認知症の総称で、2017 年の調査では全国における若年性認知症者数は、3.57 万人と推計されている。65 歳以上の高齢者認知症に比べ実数は少ないが、この年代で発症することによる医療上、介護上の特性や課題が存在する。医療上は発見、診断の遅れ、初診後の支援体制の不備があげられる。異常には気が付くが認知症としての特徴に乏しく、初期には認知症と診断されにくい。さらに発見・診断の遅れや社会資源の利用が進まない背景には本人家族の診断への不安や受け入れの困難さ、就労や家事育児の継続が困難になることによる生活の破綻があり、経済的、心理的な負担が大きい。認知症施策推進大綱においてはワンストップで相談ができる、若年性認知症支援コーディネーター（以下支援コーディネーター）を全都道府県、指定都市に設置し支援を進めており、若年性認知症のステージに対応した診断治療及び支援が適時適切に行われていると考えられるが、その実態調査は十分でない。本研究では若年性認知症のステージに応じた医療提供、支援体制に関する実態調査を行い、切れ目のない支援体制の構築につながるデータを提供する。またそのためには継続的に患者の状況を把握し、一方では患者・家族の情報源となるような登録・情報提供システムの構築が必要となる。

B. 研究方法

（１）若年性認知症における医療上の課題に対する調査

研究分担者 武田は 1 年目で全国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症

の受診、診断、治療、診断後支援、継続診療等の状況を明らかにするための調査票を作成認知症疾患医療センターの医師、精神保健福祉士、研究者、行政職等とともに調査票案を作成し、一部地域の認知症疾患医療センターを対象として予備的な調査を行い、確定させた。（研究 1）。この質問票を用いて全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った（研究 2）。

研究分担者 栗田は令和 6 年度は、令和 5 年度に全国の認知症疾患医療センターを対象に実施した実態調査の際に使用した 6 領域 24 項目のチェックリスト調査結果を踏まえて若年性認知症診断後支援の在り方に関する文献レビューを行い、「若年性認知症の診断後支援ガイド（仮称）」の骨子案を作成した。

研究方法：2 つの Research Question(RQ): 「RQ1: 年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2: 若年性認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」を立てて、PubMed と医学中央雑誌（医中誌）を用いて文献検索を行い、RQ に関する論文を選定して、文献レビューを行った。

（２）若年性認知症の介護支援での課題に対する調査

研究分担者 齊藤は、若年性認知症（YOD）の人のニーズに合わせた必要なサービスを明らかにするとともに、若年性認知症支援コーディネーター（支援 C）を含む既存サービスの有効な調整方法を提示することを目的とする。今回は全国の就労継続支援事業所（事業所）、認知症地域支援推

進員（推進員）、支援 C を対象にアンケート調査を実施した。各調査の分析対象は【調査 1】事業所 21,932 か所から 1 次調査 3,100 名（有効回収率 14.5%）および 2 次調査 272 名（有効回収率 63.6%）、【調査 2】推進員 1,905 名（石川県の 6 か所、推進員の配置のない 19 市を除く）から、718 名（有効回収率 37.7%）、【調査 3】支援 C 159 名から 82 名（有効回収率 51.6%）とした。

研究分担者 表は企業における若年性認知症の就労支援に関する支援体制の実態、及び当事者・家族における診断前後からその後の相談支援や経済的負担の実態について明らかにすることを目的とした。令和 6 年度、企業へは Web 調査により、若年性認知症に関する企業の研修や支援体制、及び若年性認知症の従業員について、主治医との連携、職場内・外の支援、事業場内の支援体制や就労継続等を調査した。当事者家族へは、郵送調査により、診断からサービス利用までの期間に焦点をあて、受診に際しての相談、主治医からの説明や相談支援の実態等を調査した。

（3）若年性認知症の人と家族を支える情報提供・登録システムの検討

研究代表者の驚見は研究の統括、倫理委員会への申請を行うとともに**研究分担者の李**と共同して若年性認知症の人および家族への情報提供システムの検討を行った。認知症の症状や医療、介護等の社会資源に関する情報は増加しているものの、若年性認知症の人が必要とする情報に関しては知見が乏しい。本研究では、若年性認知症本人や家族が求める情報の種類、情報収集のタイミングや方法を明らかにし、本人と家族等間における情報ニーズの比較を行った。研

究方法：就労継続支援事業所や認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターの合計 2,251 か所に調査票を送付し、現在支援中の本人又は家族への配布を依頼した。調査項目は、先行研究を参考に、困ったことや、医療、介護、経済的支援、社会資源、健康等 13 種類の情報について、情報収集の時期（診断前・直後、進行後、時期に関係なく）、収集方法を尋ねた。収集方法は、若年性認知症支援コーディネーター、知人、医療、行政機関、チラシ、書籍、インターネットとした。

（倫理面での配慮）

I. 研究の対象とする個人の人權擁護

本研究の実施にあたっては、ヘルシンキ宣言（2008 年 10 月）の精神を遵守し、かつ本研究実施計画書並びに「人を対象とする生命科学、臨床研究に関する倫理指針」（令和 3 年 3 月 23 日）に遵守して実施する。

II. 研究の対象となる者（本人又は家族）の理解と同意

本研究の調査対象者には調査票にこの研究への参加の意思を確認する項目を用意するとともに、調査の内容説明書を送付する。内容説明書には、次の内容を含むものとする：研究の目的および意義、研究期間、調査内容、選定された理由、本研究に参加する場合の費用、予測されるリスク及び利益、本研究への参加に対する自由、同意しないこと又は同意を撤回することによる不利益な取扱いを受けない旨、情報の公開方法、個人情報の取扱い、情報の保管および廃棄の方法、利益相反、連絡先と相談窓口、将来の研究のためのデータ活用の可能性について。同意の取得にあたっては、

事前に社会福祉法人仁至会の倫理・利益相反委員会で承認の得られたアンケート調査用紙と内容説明書を対象者に郵送し、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針ガイダンスに基づき、確認欄へのチェックおよび回答と返送をもって適切な同意を得たものとする。対象者の同意に影響を及ぼすと考えられる情報が新たに得られた場合や、対象者の同意に影響を及ぼすような実施計画等の変更が行われる場合は、速やかに対象者に情報提供する。またヒアリング調査の際には本研究で新しく取得する情報に要配慮個人情報が含まれる。そのため、インフォームド・コンセントのもとに、協力に同意した者のみを対象に行い、口頭及び書面にて同意を得る。また、同意はいつでも任意に撤回できる旨を伝える。

Ⅲ. 研究によって生ずる個人への不利益並びに危険性と医学上の貢献の予測

調査研究が中心であり、個人への不利益はなく侵襲もないため大きな不利益、危険性はないと考えられるが、研究に参加することにより本人、家族に参加するための時間をとっていただくことが負担となる。

研究結果

研究代表者 鷲見：2024年3月7日に令和5年（2023年）度第3回班会議、2024年5月31日に令和6年度（2024年）第1回班会議を、12月3日に第2回班会議を2025年3月7日に第3回班会議を開催した。この間、新しい調査票を追加した研究計画書を作成し2024年8月社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会に申請。8月30日に承認を受けた。研究分担者李 相倫

とともに、若年性認知症の人の情報提供システムの検討を行った。

研究分担者 武田：レカネマブによる治療が初回投与から可能と回答した医療機関は33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関は25%であった。令和6年9月30日までにレカネマブによる治療を開始した患者数は0人が最も多く、次いで1-5人、6-10人の順であった。そのうち65歳未満の患者数も0人が最も多く、1-5人、6-10人と続いた。レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況については「レカネマブ治療可能な医療機関への紹介」が最も多く、「レカネマブ治療を行う他の医療機関と連携している」の回答が次に多かった。レカネマブ治療と経済支援制度の利用に関する方針としては「自立支援医療制度の利用を勧める」の回答が最多であり、「レカネマブ適応者は対象としていない」の回答が次に多かった。レカネマブ治療中の患者およびレカネマブの対象とならない患者への支援では、就労支援や福祉的就労、障害福祉サービスの利用に関する支援やリハビリテーションを行っていると回答した医療機関が少なかった。

研究分担者 栗田：RQ1については、PubMedで17件、医中誌で5件（原著論文）の文献がヒットした。これらのうち、認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行い、RQに対する回答を文書化した。RQ2については、PubMedでは24件がヒットし、このうち20件を採用した。医中誌で12件がヒットし、このうち7件を採用した。PubMed検索で採用された論文の内容は、1) 今日の若年性認知症診断後支援の問題点を指摘するもの、2) 診断後支援全般の在り方

に関するもの、3) 家族の情動的サポートと心理的サポートに関するもの、4) 就労支援と経済的支援に関するもの、5) 本人の心理的サポートに関するものに大別された。また、医中誌検索で採用された論文の内容は、1) 全国レベルの実態調査から得られた若年性認知症の本人・家族のニーズに関するもの、2) 全国の認知症疾患医療センターで実施されている若年性認知症診断後支援の内容を把握したもの、3) 若年性認知症の本人・家族のヒアリング調査から得られた本人・家族の支援ニーズに関するもの、4) 一医療機関での経験から把握された必要とされる診断後支援に内容に関するものに大別された。

研究分担者 齊藤：結果：【調査1】B型事業所での受け入れが多かったが、実際にはYODの人の利用申し出自体が少なかった。また、支援Cの認知度は低いが、連携している場合、本人や家族等へ具体的な成果があった。介護保険サービスとの併用利用では基本的ADL低下が主要因であった。【調査2】支援Cの認知度は高いが、個別ケース以外での連携は少なく物理的距離が連携の障壁であった。個別支援では連携により本人や家族等へ具体的な成果があった。【調査3】個別相談や周知・啓発などの多岐に渡る業務を担う一方で、産業医や企業への周知の難しさや、地域住民・関係機関への認知度の低さなどの課題があった。支援Cも併用利用に関与し、その理由は事業所と同様であった。調整先の専門職のYODの理解や対応が十分でない場合、支援の継続が求められた。**研究分担者 表：**企業への調査は806名を分析対象とした。回答者は、「人事担当者」80.5%が最も多く、業種は「製造業」が25.9%、

「保健衛生業」18.2%の順に多かった。従業員が心身の変調をきたした場合に「人事部門と産業保健スタッフが連携して対応している」と回答した企業は64.1%、「企業内で若年性認知症に関する研修を実施」した経験のある企業は2.1%であった。38社が若年性認知症従業員の経験があった。当事者家族への調査は、144名を分析対象とした。診断時の主治医からの説明においては、「診断・治療に関する説明」は8割以上の者があったと回答した。一方、「日常生活上の留意点」では5割、「利用可能な制度に関して」は3割であった。説明に対して、【診断以外に説明がなく見通しがもてない】【診断後の生活への提案がほしい】、【今後どうしてよいかわからない】という意見があった。

研究分担者 李：回収数は219件で、有効回答数は148件であった。回答者は本人が26.1%、配偶者が50.7%であった。困ったこととしては、認知症の進行、経済状況への不安、社会参加の場の不足があげられた。情報収集の経験からは、全13種類の情報において6割以上が情報収集の経験があり、病気の進行、治療方法、初期症状は上位3位であった。情報収集のタイミングは、症状や疾患の情報は診断直後、初期症状や専門医の情報は診断前も3割以上を示した。介護サービス、経済的な支援、就労相談は、診断後や進行後の回答が多かった。収集方法は、症状・疾患は医療機関やweb、介護や社会的資源は行政機関、就労相談や地域資源は若年性認知症支援コーディネーターからも取得が多かった。健康情報はwebでお出かけ場所等の情報取得の傾向が見られた。本人と家族・その他の情報ニーズにおいて、初期症状、介護保険サービス、全般的な介護総合窓

口、介護方法、家族会に関する情報は両群で有意な差が見られた。社会資源などの項目における両群の差は認められなかった。

C. 考察

研究分担者 武田：認知症疾患医療センターにおける検査・診療体制に関しては令和5年度とほぼ同様であった。令和6年度はレカネマブによる治療についても調査を行ったが、初回投与から可能と答えた医療機関が33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関が25%であった。診断後支援に関しては多くの認知症疾患医療センターで就労支援や障害福祉サービスに関する支援は少ないものの、多様な支援が行われていることが明らかとなった。

研究分担者栗田：わが国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の実態調査、個別事例の分析、国内外の文献レビューの結果を踏まえて、「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド」の骨子案を作成した。この骨子案を踏まえて、令和7年度は、コンセンサス・パネルを設置し、この領域の専門家や関係者の意見を聴取しながら、エキスパート・コンセンサス・ガイドとしての手引きの最終版を完成させる予定である。

研究分担者 齊藤：結果を踏まえ、今後必要なことを整理すると【調査1】①若年性認知症に関する正確な情報の周知および相談機関の認知度の向上、②支援コーディネーターの役割・配置先・連携方法の理解促進、③研修機会の提供を通じた職員の対応力強化、④障害福祉と介護保険制度の円滑な連携体制の構築があり、YODの人が安心して就労継続支援事業所を利用できるよう、情報提供、支援体制の整備、制度間の連携強化が

求められた。【調査2】①地理的要因による連携の困難さへの対応として、支援Cの配置や連携方法の検討、②医療・介護に限らず、労働・障害などの他分野を含めた包括的な連携体制の整備、③早期からの制度・サービスの活用促進できるよう、都道府県・指定都市の後方支援のあり方も検討【調査3】①関係機関との連携強化、②地域社会への啓発活動の推進、③業務負担の軽減と支援体制の整備。

研究分担者 表：症状に応じた適切な職場環境の調整や業務内容の見直しが必要となるが、多くの事業所では具体的な対応策の知識や経験が不足していることが本研究から示唆された。早期発見・適切な対応のための予備的知識を得る必要性を周知すること、具体的な事例の提示が、研修実施につながると考える。また、診断時の支援については、主治医から、診断・治療への説明に加えて、今後の見通しが持てるような生活への具体的な提案の必要性が示唆された。

研究分担者 李：診断前後を通じて医療に関する情報、診断後は介護や経済的支援に関する情報を必要としていることが明らかになった。情報の収集方法は、webが幅広く活用されている一方で、専門家や行政機関からの情報提供も求められていた。本人、家族等で情報ニーズの違いはあるものの、社会資源等においては両群ともニーズが高かった。若年性認知症の人に対する支援において、多様な情報を整備し、ニーズに合わせた適切な時期の情報提供体制の重要性が示唆された。

E. 結論

(1) 若年性認知症における医療上の課題に対する調査では、現在、認知症疾患医療

センターで実施されている若年性認知症の診療および新たな抗アルツハイマー病薬による治療の現状が明らかになった。抗アルツハイマー病薬の使用が可能となつてからまだ1年の経過のため、今後も調査を継続して行う必要があると思われる。またわが国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の実態調査、個別事例の分析、国内外の文献レビューの結果を踏まえて、「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド」の骨子案を作成した。この骨子案を踏まえて、令和7年度は、コンセンサス・パネルを設置し、この領域の専門家や関係者の意見を聴取しながら、エキスパート・コンセンサス・ガイドとしての手引きの最終版を完成させる予定である。

(2) 若年性認知症の介護支援での課題に対する調査では、YODの人が自分らしく地域で生活し続けるためには、社会全体でのYODの認知度向上とともに、ワンストップとした相談窓口(=支援C)を明確にし、支援Cと医療・福祉・労働など多職種による連携体制の強化と、支援の継続性・専門性の確保が求められる。また従業員に若年性認知症が疑われる状況が生じた場合、企業内では対応経験がないことが想定されるため、普段から相談できる体制等連携した取り組みが望まれる。また、人事管理者及び衛生管理者を対象とした具体的な事例の提示が、研修の拡大につながると考える。当事者・家族に対する診断時の主治医からの説明においては、診断・治療に加えて日常生活についての説明を希望していた。説明があった内容については8割以上の者が理解できたと回答していること

から、当事者家族の状況を理解し支援することが望まれる。

今後は結果を詳細に分析し、企業・家族の現状に基づいた支援について提言する。

(3) 若年性認知症の人と家族を支える情報提供に関する検討では若年性認知症本人・家族の情報ニーズは高く、診断前後で求められる情報が異なることが示唆された。特に、診断直後は病状の情報、診断後は生活支援に関する具体的な情報が必要とされていた。本人、家族の情報ニーズからは、両群とも医療や介護、社会的資源に関する情報ニーズが高く、情報提供支援の必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

鷲見幸彦

【鷲見幸彦】

- 1) Hiraga K, Hattori M, Satake Y, Tamakoshi D, Fukushima T, Uematsu T, Tsuboi T, Sato M, Yokoi K, Suzuki K, Arahata Y, Washimi Y, Hori A, Yamamoto M, Shimizu H, Wakai M, Tatebe H, Tokuda T, Nakamura A, Niida S, Katsuno M Plasma biomarkers of neurodegeneration in patients and high risk subjects with Lewy body disease. NPJ Parkinsons Dis. 2024 Jul 31;10(1):135. doi:10.1038/s41531-024-00745-8.
- 2) 田中真弥, 鷲見幸彦. 認知症発症者の就労. 安全と健康. 2024; 75(7):21-25
- 3) Ikuko Aiba, Yuichi Hayashi,

++++Takayoshi Shimohata, Mari
Yoshida, Yuko Saito, Koichi
Wakabayashi, Takashi Komori, Masato
Hasegawa, Takeshi Ikeuchi, Aya M.
Tokumaru, Keita Sakurai, Shigeo
Murayama, Kazuko Hasegawa, Toshiki
Uchihara, Yasuko Toyoshima, Yufuko
Saito, Ichiro Yabe, Satoshi Tanikawa,
Keizo Sugaya, Kentaro Hayashi,
Terunori Sano, Masaki Takao, Motoko
Sakai, Harutoshi Fujimura, Hiroshi
Takigawa, Tadashi Adachi, Ritsuko
Hanajima, Osamu Yokota, Tomoko Miki,
Yasushi Iwasaki, Michio Kobayashi,
Nobutaka Arai, Takuya Ohkubo, Takanori
Yokota, Keiko Mori, Masumi Ito, Chiho
Ishida, Masaharu Tanaka, Jiro Idezuka,
Masato Kanazawa, Kenju Aoki, Masashi
Aoki, Takafumi Hasegawa, Hirohisa
Watanabe, Atsushi Hashizume, Hisayoshi
Niwa, Keizo Yasui, Keita Ito, O
Yukihiko Washimi, Eiichiro Mukai,
Akatsuki Kubota, Tatsushi Toda and
Kenji Nakashima; J-VAC study group
Clinical course of pathologically
confirmed corticobasal degeneration
and corticobasal Syndrome. BRAIN
COMMUNICATIONS 2023: 1-19
<https://doi.org/10.1093/braincomms/fca0296>

- 4) O驚見幸彦. 認知症に対する地域連携・多職種連携. 脳神経内科 98(2), 234-239, 2023
- 5) O驚見幸彦. 若年性認知症の現状と課題. 地域保健 54(2), 8-10, 2023
- 6) O驚見幸彦, 進藤由美. 認知症の地域

包括ケア—認知症ケアパスの活用—. 医学のあゆみ 287(13), 1106-1110, 2023

- 7) Kuratsubo I, Nagata R, Murotani K, Ito K, Washimi Y. A new educational tool for neuropsychological test raters in the dementia field: A Delphi study. Psychogeriatrics. 2022, 22(11):802-808. <https://doi.org/10.1111/psyg.12886>
- 8) Nihashi T, Sakurai K, Kato T, Iwata K, Kimura Y, Ikenuma H, Suzuki K, Yamaoka A, Takeda A, Arahata OY, Washimi Y, Bundo M, Sakurai T, Okamura N, Yanai K, Ito K, Nakamura A, MULNIAD STUDY GROUP. Patterns of distribution of 18F-THK5351 positron emission tomography in Alzheimer's Disease continuum. J Alzheimers Dis. 2022;85(1):223-234. doi: 10.3233/JAD-215024.
- 9) Hirashiki A, Shimizu A, Suzuki N, Nomoto K, Kokubo M, Sugimoto T, Hashimoto K, Sato K, Sakurai T, Murohara T, Washimi Y, Arai H. Exercise Capacity and Frailty Are Associated with Cerebral White Matter Hyperintensity in Older Adults with Cardiovascular Disease. Int Heart J. 2022, 63(1):77-84

【栗田主一】

- 1) Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, Ito K, Awata S. Current status and issues of missing older persons with dementia living alone in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2022

- Aug;22(8):684–686. doi: 10.1111/ggi.14434. Epub 2022 Jul 13. PMID:35830971.
- 2)Miyamae F, Taga T, Okamura T, ○Awata S. Toward a society where people with dementia 'living alone' or 'being a minority group' can live well. *Psychogeriatrics*. 2022 Jul;22(4):586–587. doi: 10.1111/psyg.12836. Epub 2022 Apr 21. PMID: 35451143.
- 3)Suzuki H, Sakuma N, Kobayashi M, Ogawa S, Inagaki H, Eda Hiro A, Ura C, Sugiyama M, Miyamae F, Watanabe Y, Shinkai S, ○Awata S. Normative Data of the Trail Making Test Among Urban Community-Dwelling Older Adults in Japan. *Front Aging Neurosci*. 2022 May 25;14:832158. doi: 10.3389/fnagi.2022.832158. PMID: 35693348; PMCID: PMC9175082.
- 4)Uchida S, Shimada C, Sakuma N, Kagitani F, Kan A, ○Awata S. Olfactory function and discrimination ability in the elderly: a pilot study. *J Physiol Sci*. 2022 Apr 1;72(1):8. doi: 10.1186/s12576-022-00832-6. PMID: 35365090.
- 5)Ito K, Okamura T, Tsuda S, ○Awata S. Diogenes syndrome in a 10-year retrospective observational study: An elderly case series in Tokyo. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022 Jan;37(1). doi: 10.1002/gps.5635. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34601744.
- 6)Okamura T, Ura C, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Sugiyama M, Inagaki H, Miyamae F, Eda Hiro A, Taga T, Ito K, ○Awata S. After 5 years, half of people with cognitive impairment were no longer living in the community: A community observational survey. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Dec;36(12):1970–1971. doi: 10.1002/gps.5608. Epub 2021 Aug 14. PMID: 34392564.
- 7)Iwasaki M, Motokawa K, Watanabe Y, Hayakawa M, Mikami Y, Shirobe M, Inagaki H, Eda Hiro A, Ohara Y, Hirano H, Shinkai S, ○Awata S. Nutritional status and body composition in cognitively impaired older persons living alone: The Takashimadaira study. *PLoS One*. 2021 Nov 23;16(11):e0260412. doi: 10.1371/journal.pone.0260412. PMID: 34813604; PMCID: PMC8610283.
- 8)Eda Hiro A, Okamura T, Motohashi Y, Takahashi C, Meguro A, Sugiyama M, Miyamae F, Taga T, Ura C, Nakayama R, Yamashita M, ○Awata S. Severity of Dementia Is Associated with Increased Periodontal Inflamed Surface Area: Home Visit Survey of People with Cognitive Decline Living in the Community. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 14;18(22):11961. doi: 10.3390/ijerph182211961. PMID:34831719; PMCID: PMC8618461.
- 9)Ito K, Ogisawa F, Furuta K, ○Awata S, Toba K. Development of a five-item short-form version of the Dementia Behavior Disturbance Scale. *Geriatr*

- Gerontol Int. 2021 Sep;21(9):870-871. doi: 10.1111/ggi.14234. Epub 2021 Jul 14. PMID:34263527.
- 10) Nakayama R, Sugiyama M, Ura C, Taga T, Tsuda S, Yamashita M, Miyamae F, Eda Hiro A, Inagaki H, Ogawa M, Okamura T, ○Awata S. The relationship between cognitive decline and well-being: investigation in older community-dwelling people with moderately impaired cognition. *Psychogeriatrics*. 2021 Sep;21(5):841-843. doi: 10.1111/psyg.12742. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34258824.
- 11) Sakurai R, Kim Y, Inagaki H, Tokumaru AM, Sakurai K, Shimoji K, Kitamura A, Watanabe Y, Shinkai S, ○Awata S. MMSE Cutoff Discriminates Hippocampal Atrophy: Neural Evidence for the Cutoff of 24 Points. *J Am Geriatr Soc*. 2021 Mar;69(3):839-841. doi: 10.1111/jgs.17010. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33417718.
- 12) Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Miyamae F, Yamashita M, Nakayama R, Eda Hiro A, Taga T, Inagaki H, Ogawa M, ○Awata S. Living on the edge of the community: factors associated with discontinuation of community living among people with cognitive impairment. *BMC Geriatr*. 2021 Feb 19;21(1):131. doi:10.1186/s12877-021-02084-2. PMID: 33607947; PMCID: PMC7893898.
- 13) Deguchi N, Osuka Y, Kojima N, Motokawa K, Iwasaki M, Inagaki H, Miyamae F, Okamura T, Hirano H, ○Awata S. Questionnaire for Medical Checkup of Old-Old is non-inferior to the Kihon Checklist in screening frailty among independent older adults aged 75 years and older: The Itabashi Longitudinal Study on Aging. *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Dec 12. doi: 10.1111/ggi.14759. Epub ahead of print. PMID: 38084382.
- 14) Ura C, Inagaki H, Sugiyama M, Miyamae F, Eda Hiro A, Ito K, Iwasaki M, Sasai H, Okamura T, Hirano H, ○Awata S. A neighbour to consult with is important in dementia-friendly communities: associated factors of self-efficacy allowing older adults to continue living alone in community settings. *Psychogeriatrics*. 2023 Dec 5. doi: 10.1111/psyg.13054. Epub ahead of print. PMID: 38050759.
- 15) Eda Hiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsumi K, Ota H, Kakuma T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyanaga K, ○Awata S. What happens if your colleague was the first person to notice that you have young-onset dementia? *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Nov 21. doi: 10.1111/ggi.14733. Epub ahead of print. PMID: 37990422.
- 16) Yamazaki S, Ura C, Inagaki H, Sugiyama M, Miyamae F, Eda Hiro A, Ito K, Iwasaki M, Sasai H, Okamura T, Hirano H, ○Awata S. Social isolation and well-being among families of

- middle-aged and older hikikomori people. *Psychogeriatrics*. 2023 Nov 6. doi: 10.1111/psyg.13042. Epub ahead of print. PMID: 37932240.
- 17) Katsumata Y, Toyoshima K, Tamura Y, Murao Y, Sato M, Watanabe S, Koderu R, Oba K, Ishikawa J, Chiba Y, OAwata S, Araki A. Categorization using the Dementia Assessment Sheet for Community-Based Integrated Care System 8-items (DASC-8) based on cognitive function and activities of daily living predicts frailty, disability and mortality in older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Oct 23. doi: 10.1111/ggi.14715. Epub ahead of print. PMID: 37872859.
- 18) Kikuchi K, Ikeuchi T, OAwata S. A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba prefecture, Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Nov;23(11):890-891. doi: 10.1111/ggi.14695. Epub 2023 Oct 12. PMID: 37823231.
- 19) Abe T, Yamashiro D, Yamashita M, Ueda T, Suzuki H, Fujiwara Y, OAwata S, Toba K; IRIDE Cohort Study investigators. Assessments of cognitive function of older adults in community general support centers: The IRIDE cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Nov;23(11):887-888. doi: 10.1111/ggi.14677. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37735093.
- 20) Ito K, Tsuda S, Yamashita M, Kikuchi K, Hatakeyama A, Ogisawa F, Furuta K, OAwata S. [The expected role of Dementia Support Doctors in dealing with complex cases of older people with dementia]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*. 2023;60(3):251-260. Japanese. doi: 10.3143/geriatrics.60.251. PMID: 37730326.
- 21) Murayama H, Sugiyama M, Inagaki H, Ura C, Miyamae F, Eda Hiro A, Motokawa K, Okamura T, OAwata S. The Relationship Between Cognitive Decline and All-Cause Mortality Is Modified by Living Alone and a Small Social Network: A Paradox of Isolation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2023 Nov 14;78(11):1927-1934. doi: 10.1093/geronb/gbad134. PMID: 37725961.
- 22) Okamura T, Taga T, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sugiyama M, Eda Hiro A, Shirobe M, Motokawa K, Kojima N, Osuka Y, Iwasaki M, Sasai H, Hirano H, OAwata S. Barrier to sharing a dementia diagnosis with neighbors in Tokyo. *Geriatr Gerontol Int*. 2023 Oct;23(10):761-763. doi: 10.1111/ggi.14662. Epub 2023 Sep 11. PMID: 37691496.
- 23) Mitsutake S, Yano S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama A, Sugiyama M, OAwata S, Ito H, Toba K. Association of functional and cognitive impairment severity with discharge to long-term care facilities in older patients admitted to a general acute care

- hospital from home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2023 Dec;115:105111. doi: 10.1016/j.archger.2023.105111. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37421690.
- 24)Ohta T, Sasai H, Osuka Y, Kojima N, Abe T, Yamashita M, Obuchi SP, Ishizaki T, Fujiwara Y, ○Awata S, Toba K; IRIDE Cohort Study Investigators. Age- and sex-specific associations between sarcopenia severity and poor cognitive function among community-dwelling older adults in Japan: The IRIDE Cohort Study. *Front Public Health.* 2023 Apr 4;11:1148404. doi: 10.3389/fpubh.2023.1148404. PMID: 37081953; PMCID: PMC10110951.
- 25)Kikuchi K, Ooguchi T, Ikeuchi T, ○Awata S. Exploratory study on the factors related with the early detection of missing older persons with dementia living alone in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 May;23(5):362-365. doi: 10.1111/ggi.14580. Epub 2023 Apr 11. PMID: 37039040.
- 26)Edahiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsumi K, Ota H, Kakuma T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyanaga K, ○Awata S. Initial symptoms of early-onset dementia in Japan: nationwide survey. *Psychogeriatrics.* 2023 May;23(3):422-433. doi: 10.1111/psyg.12949. Epub 2023 Feb 22. PMID: 36814116.
- 27)Okamura T, Taga T, Inagaki H, Miyamae F, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Shirobe M, Motokawa K, Kojima N, Osuka Y, Iwasaki M, Sasai H, Hirano H, ○Awata S. Barrier to sharing a dementia diagnosis with neighbors in Tokyo. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Oct;23(10):761-763. doi: 10.1111/ggi.14662. Epub 2023 Sep 11. PMID: 37691496.
- 28)Abe T, Yamashiro D, Yamashita M, Ueda T, Suzuki H, Fujiwara Y, ○Awata S, Toba K; IRIDE Cohort Study investigators. Assessments of cognitive function of older adults in community general support centers: The IRIDE cohort study. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Nov;23(11):887-888. doi: 10.1111/ggi.14677. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37735093.
- 29)Kikuchi K, Ikeuchi T, ○Awata S. A study on the incidence rate of missing persons with dementia living alone in Chiba prefecture, Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2023 Nov;23(11):890-891. doi: 10.1111/ggi.14695. Epub 2023 Oct 12. PMID: 37823231.
- 30)Murayama H, Sugiyama M, Inagaki H, Ura C, Miyamae F, Edahiro A, Motokawa K, Okamura T, ○Awata S. The Relationship Between Cognitive Decline and All-Cause Mortality Is Modified by Living Alone and a Small Social Network: A Paradox of Isolation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2023 Nov 14;78(11):1927-1934. doi:

- 10.1093/geronb/gbad134. PMID: 37725961.
- 31)Mitsutake S, Yano S, Ishizaki T, Furuta K, Hatakeyama A, Sugiyama M, ○ Awata S, Ito H, Toba K. Association of functional and cognitive impairment severity with discharge to long-term care facilities in older patients admitted to a general acute care hospital from home. Arch Gerontol Geriatr. 2023 Dec;115:105111. doi: 10.1016/j.archger.2023.105111. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37421690.
- 32)Edahiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsumi K, Ota H, Kakuma T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyanaga K, ○ Awata S. What happens if your colleague was the first person to notice that you have young-onset dementia? Geriatr Gerontol Int. 2024 Jan;24(1):176-178. doi: 10.1111/ggi.14733. Epub 2023 Nov 21. PMID: 37990422; PMCID: PMC11503593.
- 33)Katsumata Y, Toyoshima K, Tamura Y, Murao Y, Sato M, Watanabe S, Koderu R, Oba K, Ishikawa J, Chiba Y, ○ Awata S, Araki A. Categorization using the Dementia Assessment Sheet for Community-Based Integrated Care System 8-items (DASC-8) based on cognitive function and activities of daily living predicts frailty, disability and mortality in older adults. Geriatr Gerontol Int. 2024 Mar;24 Suppl 1:150-155. doi: 10.1111/ggi.14715. Epub 2023 Oct 23. PMID: 37872859.
- 34)Ura C, Inagaki H, Sugiyama M, Miyamae F, Edahiro A, Ito K, Iwasaki M, Sasai H, Okamura T, Hirano H, ○ Awata S. A neighbour to consult with is important in dementia-friendly communities: associated factors of self-efficacy allowing older adults to continue living alone in community settings. Psychogeriatrics. 2024 Mar;24(2):518-520. doi: 10.1111/psyg.13054. Epub 2023 Dec 5. PMID: 38050759; PMCID: PMC11578028.
- 35)Hatanaka S, Sasai H, Shida T, Osuka Y, Kojima N, Ohta T, Abe T, Yamashita M, Obuchi SP, Ishizaki T, Fujiwara Y, ○Awata S, Toba K; IRIDE Cohort Study investigators. Association between dynapenia and cognitive decline in community-dwelling older Japanese adults: The IRIDE Cohort Study. Geriatr Gerontol Int. 2024 Mar;24 Suppl 1:123-129. doi:10.1111/ggi.14749. Epub 2023 Dec 20. PMID: 38116709.
- 36)Matsui H, Tamura T, Okamura T, Sugihara G, Furuta K, Omori Y, Kameyama M, ○Awata S, Takeuchi T, Takahashi H. Indicative biomarkers of Lewy body disease with oral sensory hallucinations in the older people. PCN Rep. 2024 Jan 31;3(1):e171. doi: 10.1002/pcn5.171. PMID: 38868468; PMCID: PMC11114429.
- 37)Kikuchi K, Ikeuchi T, ○Awata S. Estimation of the number of missing

older persons with dementia in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2024 May;24(5):499-501. doi: 10.1111/ggi.14863. Epub 2024 Apr 10. PMID: 38597071.

38) Shimizu R, Ishikawa J, Jyubishi C, Futami S, Morozumi A, Saito Y, Komatsu S, Toba A, Ishiyama T, Fujimoto H, Usui S, Tuboko Y, OAwata S, Harada K. DASC-21 score and the risk of in-hospital death in elderly patients with heart failure. *Geriatr Gerontol Int.* 2024 Jun;24(6):546-553. doi: 10.1111/ggi.14880. Epub 2024 May 4. PMID: 38703082.

39) Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, OAwata S, Okamura T. Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story. *Psychogeriatrics.* 2024 Sep;24(5):1173-1175. doi: 10.1111/psyg.13159. Epub 2024 Jul 1. PMID: 38951714.

40) Sato K, Niimi Y, Ihara R, Iwata A, Suzuki K, Nemoto K, Arai T, Higashi S, Igarashi A, Kasuga K, OAwata S, Iwatsubo T. Public perceptions related to healthcare preparedness to anti-amyloid therapies for Alzheimer's Disease in Japan. *Alzheimers Res Ther.* 2024 Oct 3;16(1):205. doi: 10.1186/s13195-024-01568-8. PMID: 39358780; PMCID: PMC11448067.

41) Shimizu R, Ishikawa J, Jyubishi C, Toba A, Futami S, Morozumi A, Saito Y, Komatsu S, Fujimoto H, Ishiyama T, Usui S, Tuboko Y, OAwata S, Akishita M, Harada K. DASC-21 score and risk of rehospitalization and all-cause mortality after discharge in older patients with heart failure. *Geriatr Gerontol Int.* 2024 Nov;24(11):1130-1136. doi: 10.1111/ggi.14975. Epub 2024 Oct 1. PMID: 39353571.

42) Imamura K, Kawai H, Ejiri M, Abe T, Yamashita M, Sasai H, Obuchi S, Suzuki H, Fujiwara Y, OAwata S, Toba K; IRIDE Cohort Investigators. Association of the combination of social isolation and living alone with cognitive impairment in community-dwelling older adults: The IRIDE Cohort Study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024 Dec;127:105571. doi: 10.1016/j.archger.2024.105571. Epub 2024 Jul 9. PMID: 39002518.

【武田章敬】

1) Kinjo Y, Saji N, Murotani K, Sakima H, OTakeda A, Sakurai T, Ohya Y, Kusunose K, Enlarged Perivascular Spaces Are Independently Associated with High Pulse Wave Velocity: A Cross-Sectional Study, *J Alzheimers Dis*, 2024 Aug 24, 101(2), 627-636.
2) Saji N, Kinjo Y, Murotani K, Niida S, OTakeda A, Sakurai T, High pulse wave velocity is associated with

- enlarged perivascular spaces in dementia with Lewy bodies, *Sci Rep*, 2024 Jun 17, 14(1), 13911.
- 3) Yasuno F, Kimura Y, Ogata A, Ikenuma H, Abe J, Minami H, Nihashi T, Yokoi K, Hattori S, Shimoda N, Watanabe A, Kasuga K, Ikeuchi T, ○ Takeda A, Sakurai T, Ito K, Kato T, Trait-anxiety and glial-related neuroinflammation of the amygdala and its associated regions in Alzheimer's disease: A significant correlation, *Brain Behav Immun Health*, 2024 May 14, 38, 100795.
- 4) Saji N, Ishihara Y, Murotani K, Uchiyama A, ○Takeda A, Sakurai T, Matsushita K, Cross-sectional analysis of periodontal disease and cognitive impairment conducted in a memory clinic: the Pearl study, *J Alzheimers Dis*, 2023, 96(1), 369-380.
- 5) Yasuno F, Kimura Y, Ogata A, Ikenuma H, Abe J, Minami H, Nihashi T, Yokoi K, Hattori S, Shimoda N, Watanabe A, Kasuga K, Ikeuchi T, ○ Takeda A, Sakurai T, Ito K, Kato T, Neuroimaging biomarkers of glial activation for predicting the annual cognitive function decline in patients with Alzheimer's disease, *Brain Behav Immun*, 2023 Nov, 114, 214-220.
- 6) Yasuno F, Kimura Y, Ogata A, Ikenuma H, Abe J, Minami H, Nihashi T, Yokoi K, Hattori S, Shimoda N, Watanabe A, Kasuga K, Ikeuchi T, ○ Takeda A, Sakurai T, Ito K, Kato T, Involvement of inflammation in the medial temporal region in the development of agitation in Alzheimer's disease: an in vivo positron emission tomography study, *Psychogeriatrics*, 2023 Jan, 23(1), 126-135.
- 7) ○武田章敬, 認知症の包括的診療のポイント, 名古屋内科医会会誌, 2023, 163, 3-20.
- 8) ○武田章敬, 認知症診断のポイント, 月刊 臨床画像, 2023, 39 (8), 854-861.
- 9) Yasuno F, Watanabe A, Kimura Y, Yamauchi Y, Ogata A, Ikenuma H, Abe J, Minami H, Nihashi T, Yokoi K, Hattori S, Shimoda N, Kasuga K, Ikeuchi T, ○ Takeda A, Sakurai T, Ito K, Kato T, Estimation of blood-based biomarkers of glial activation related to neuroinflammation, *Brain Behav Immun Health*, 2022 Nov 5, 26, 100549.
- 10) Fujisawa C, Saji N, ○Takeda A, Kato T, Nakamura A, Sakurai K, Asanomi Y, Ozaki K, Takada K, Umegaki H, Kuzuya M, Sakurai T, Early-onset Alzheimer's Disease Associated with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder, *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2022 Jul 18. doi: 10.1097/WAD.0000000000000517.
- 11) Nihashi T, Sakurai K, Kato T, Iwata K, Kimura Y, Ikenuma H, Yamaoka A, ○Takeda A, Arahata Y, Washimi Y, Suzuki K, Bundo M, Sakurai T, Okamura N, Yanai K, Ito K, Nakamura A, Mulniad Study Group, Patterns of Distribution

of 18F-THK5351 Positron Emission Tomography in Alzheimer's Disease Continuum, J Alzheimers Dis, 2022, 85(1), 223-34.

12) ○武田章敬, 多職種連携による認知症初期集中支援—その効果と課題—, 公衆衛生, 2022, 86 (10), 870-878.

13) ○武田章敬, 地域包括ケア, 臨床雑誌内科, 2022, 129 (6), 1295-1297.

<研究課題に関連した実務活動>

1) ○武田章敬 ナショナルセンターにおける“もの忘れ外来” 第41回日本認知症学会学術集会・第37回日本老年精神医学会 シンポジウム32 もの忘れ外来の今, 2022年11月26日, 東京.

2) ○武田章敬 国立長寿医療研究センターにおける若年性認知症への取り組み. 2022年度 第1回かかりつけ医及び医療・福祉・介護関係従事者研修会, 2022年7月9日, 犬山市.

3) ○武田章敬 令和4・5年度愛知県若年性認知症自立支援ネットワーク会議およびワーキンググループ 委員長.

4) ○武田章敬 認知症の最新治療とこれからの認知症介護について.

(ア)大府市 認知症サポーターフォローアップ講座, 2023年11月15日, 大府市.

5) ○武田章敬 認知症とともに生きる.

(ア)健康フェスタ(岐阜県立多治見病院), 2023年9月16日, 多治見市/Web.

6) ○武田章敬 認知症診療におけるかかりつけ医と専門医の役割.

(ア)令和5年度認知症サポート医・認知症相談医フォローアップ研修会(滋賀県健康医療福祉部主催), 2023年9月14日, 草

津市.

7) ○Akinori Takeda, Shuichi Awata, Shinya Ishii, Koichiro Sakoda, Akira Shindo, Hidekazu Tomimoto, Aiko Tomono, Yoshiki Niimi, Koichiro Mine, Yukihiro Washimi.

(ア)Effects of Countermeasures to Minimize Unfavorable Influences of COVID-19 Prevention Measures on Residents with Dementia in Long-Term Care Settings in Japan.

(イ)IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023.6.13.Yokohama Japan.

8) 武田章敬 認知症の人と共に暮らす.

(ア)第31回日本医学会総会学術集会 市民向けセッション, 2023年4月22日, 東京.

9) 武田章敬 認知症の包括的診療のポイント.

(ア)名古屋内科医会第593回例会 学術講演, 2023年4月15日, 名古屋市.

【齊藤 千晶】

1) ○齊藤千晶:特集 認知症基本法と作業療法-共生社会において個性と能力が発揮できる支援-若年性認知症の人の就労に関する調査から. 作業療法ジャーナル 58(11), 1065-1071, 2024

2) ○齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援-支援コーディネーターとの連携-. 日本認知症学会誌, vol. 38, 165, 2024

3) ○齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦:市町村における若年性認

知症の人の支援推進に必要な方策の検討－若年性認知症支援コーディネーターの視点から－. 日本認知症ケア学会誌, vol. 23-1, 240, 2024

4) 李相倫, ○齊藤千晶, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦: 地域包括支援センターにおける若年性認知症を有する者の社会参加の支援状況－困難や他施設連携との関連－. 日本認知症ケア学会誌, vol. 23-1, 241, 2024

5) Tomohiro Kogata, ○Chiaki Saito, Fukiko Kato, Jumpei Kudo, Yusuke Yamaguchi, Sangyoon Lee, Yukihiro Washimi.: An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline: profiles of clients who consulted the helpline themselves. Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 2024

6) ○齊藤千晶: 令和6年度版障害者職業生活相談員資格認定講習会テキスト 第3章 第8節 3 若年性認知症. 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用機構, 207-213, 2024

7) ○齊藤千晶: 若年性認知症支援コーディネーターの配置状況と活動内容. 一般社団法人新情報センター機関誌, 2023, vol. 111, 23-31

8) ○齊藤千晶, 山口友佑, 小方智広, 鷺見幸彦: 若年性認知症支援コーディネーターと市町村の支援関係者との連携時の課題把握. 日本認知症ケア学会誌, 2023, vol. 22-1, 221

9) 小方智広, ○齊藤千晶, 加藤ふき子, 工藤純平, 山口友佑, 鷺見幸彦: 若年性認

知症の相談窓口における初回相談の特徴－アソシエーションルール分析による相談者像の探索－. 日本認知症ケア学会誌, 2023, vol. 22-1, 181

10) 工藤純平, ○齊藤千晶, 山口友佑: 認知症の人の社会参加を促進するための周囲の環境や職員個人的要因の探索－介護老人保健施設で働く作業療法士へのアンケート調査－. 日本認知症ケア学会誌, 2023, vol. 22-1, 232

11) 山口友佑, ○齊藤千晶, 青木裕未, 朝倉寛史, 片山清貴, 形山健次, 福井梨恵, 松浦慎介, 吉野英樹, 分見民雄: ケア現場における研究活動実施のための支援ツール手引書の効果検証に関する研究. 日本認知症ケア学会誌, 2023, vol. 22-1, 176

12) ○齊藤千晶、小長谷陽子. 企業における若年性認知症の従業員への対応と課題. 厚生指針, 2022, 69 (5) 7-14.

(ア)小長谷陽子, ○齊藤千晶. 就労継続支援事業所を利用する若年性認知症の人の実態. 厚生指針, 2021, 68 (5) 20-27

13) 水野純平, 西浦裕子, ○齊藤千晶, 小長谷陽子, 井上剛伸. 認知機能の低下した高齢者に対するタブレット版「いきいきリハビリ」の有効性の検討. 作業療法, 2021, 40(3) 311-318

【表 志津子】

1) 横山美千代, ○表志津子, 岡本理絵, 高橋裕太郎: 保健師による発達障害児の行動特性の捉えと支援の実態, 小児保健研究, 2023, 82(2):154-164.

2) 坂本幸恵, ○表志津子, 岡本理絵, 高橋裕太郎, 池内里美: 高齢者の退院支援における地域包括ケア病棟看護師と介護支援専

- 門員の連携活動の実態と認識の特徴, 日本在宅医療連合学会誌, 2023, 4(2), 22-31.
- 3)○Shizuko Omote, Satomi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi, Yoshiko Koyama: Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia: A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2023, 20(13), 6235;
<https://doi.org/10.3390/ijerph20136235>
- 4)濱田珠里, ○表志津子, 岡本理絵, 池内里美, 高橋裕太郎: 若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態, *看護実践学会誌*, 2023, 35(2), 8-17.
- 5)池内里美, 岡本理絵, ○表志津子, 田中浩二, 高橋裕太郎, 入谷敦, 丸山美虹, 濱田珠里: 若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム開発における成果と課題研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から, 2023, *看護実践学会誌*, 2023, 35(2), 18-28.
- 6)Kimi Sugiyama, ○Shizuko Omote, Rie Okamoto: Experiences of Japanese women simultaneously caring for children and older people: An ethnographic study, *Heliyon* 9, 2023, e20375,
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20375>
- 7)斉藤恵美子, 神崎由紀, ○表志津子, 村田加奈子: 地域包括支援センター看護職の倫理的ジレンマと倫理的行動の特徴, *日本公衆衛生雑誌*, 2023, 70(12), 836-851.
<https://doi.org/10.11236/jph.22-130>
- 8)Satomi Ikeuchi, ○Shizuko Omote, Koji Tanaka, et al. Work-related Experiences of People With Young Onset Dementia in Japan. *Health & Social Care in the Community*. 2022; 30(2):548-557
- 9)Mayumi Hirota, ○Shizuko Omote, Rie Okamoto. Practical Wisdom of Discharge Planning Nurses in Consensus Building of Advanced Cancer Patients and Their Families: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Wellness and Health Care*. 2022;46(2):13-23
- 10)○表志津子. 若年性認知症と診断された従業員の就労継続に関わる現状と課題 職域での若年性認知症への対応. *産業医学ジャーナル*. 2022;45(3):8-13
- 11)Chikako Michibayashi, Masakazu Nakamura, ○Shizuko Omote: Identifying Training Needs for Tobacco Control: A Cross-sectional Study of Local Public Health Nurses in Japan, *Medical Science and Educational Research*, 18, 41-46, 2024.
- 12)Kaori Nishimura, Rie Okamoto, ○Shizuko Omote, Yuka Kitajima, Hiromi Matsui :Pregnant women of concern as identified by proficient and expert midwives and public health nurses in Japan: A qualitative descriptive study, *Journal of Wellness and Health Care*. 48 (2), 2024
- 13)Yuko Noguchi Rie Okamoto, ○Shizuko Omote, Satomi Ikeuchi, Noriko Hirasawa: Factors associated with disaster preparedness among caregivers of infants and toddlers: a cross-

sectional study, *Journal of Wellness and Health Care*. 48(2)2024

<研究課題に関連した実務活動>

1)第22回 大府センター 認知症ケアセミナー, 若年性認知症の人と家族への支援～一般就労継続を支える～, 2024.7.23, 名古屋

2)若年性認知症の方の就労支援について; 平成6年度若年性認知症セミナー, 2025.2.3～ Onlone、埼玉県

3)高橋裕太郎、表志津子、岡本理恵、池内里美: 若年性認知症と診断された従業員の就労及び支援体制の実態, 日本公衆衛生看護学会、2025.1.4-5、Online

【李相命】

1) Kogata T, Saito C, Kato F, Kudo J, Yamaguchi Y, ○Lee S, Washimi Y. An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline: profiles of clients who consulted the helpline themselves. *Psychogeriatrics*, 24(3):617-626, 2024.

2)Tomida K, ○Lee S, Makino K, Katayama O, Harada K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Association between Hearing Aid Use and Cognitive Function in Persons with Hearing Impairment Stratified by Cardiovascular Risk. *J Pers Med*, 14(5): 479, 2024.

3)Katayama O, Stern Y, Habeck C, Coors A, ○Lee S, Harada K, Makino K, Tomida K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Misu Y, Fujii K, Kodama T, Shimada H. Detection of

neurophysiological markers of cognitive reserve: an EEG study. *Front Aging Neurosci*, 16: 1401818, 2024.

4)Makino K, Raina P, Griffith LE, ○Lee S, Harada K, Katayama O, Tomida K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Lifetime Physical Activity and Late-Life Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*, 25(3): 488-493 e3, 2024.

5)Nishijima C, Katayama O, ○Lee S, Makino K, Harada K, Morikawa M, Tomida K, Yamaguchi R, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Association between the perceived value of adopting new behaviors and depressive symptoms among older adults. *Sci Rep*, 14(1): 4569, 2024.

6)Makino K, Raina P, Griffith LE, ○Lee S, Harada K, Chiba I, Katayama O, Tomida K, Morikawa M, Makizako H, Shimada H. Physical frailty and survival time after the onset of functional disability: Is there a sex difference? *J Am Geriatr Soc*, 72(2): 399-409, 2024.

7)Katayama O, Stern Y, Habeck C, ○Lee S, Harada K, Makino K, Tomida K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Misu Y, Fujii K, Kodama T, Shimada H. Neurophysiological markers in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: an EEG study. *Alzheimers Res Ther*, 15(1): 217, 2023.

- 8) Morikawa M, Lee S, Makino K, Harada K, Katayama O, Tomida K, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Social isolation and risk of disability in older adults: Effect modification of metabolic syndrome. *Arch Gerontol Geriatr*, 116: 105209, 2024.
- 9) Bae S, Shimada H, Lee S, Makino K, Chiba I, Katayama O, Harada K, Park H, Toba K. Subjective Cognitive Decline and Frailty Trajectories and Influencing Factors in Japanese Community-Dwelling Older Adults: A Longitudinal Study. *J Clin Med*, 12(18): 5803, 2023.
- 10) Sugimoto T, Sakurai T, Noguchi T, Komatsu A, Nakagawa T, Ueda I, Osawa A, Lee S, Shimada H, Kuroda Y, Fujita K, Matsumoto N, Uchida K, Kishino Y, Ono R, Arai H, Saito T. Developing a predictive model for mortality in patients with cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*, 38(11): e6020, 2023.
- 11) Misu Y, Katayama O, Lee S, Makino K, Harada K, Tomida K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Shimada H. Reciprocal relationship between physical and social frailty among community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 114: 105066, 2023.
- 12) Fujii K, Lee S, Katayama O, Makino K, Harada K, Tomida K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Misu Y, Shimada H. Difference in employment status and onset of disability among Japanese community-dwelling older adults: a prospective cohort study. *Int Arch Occup Environ Health*, 96(9): 1225-1234, 2023.
- 13) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Shinkai Y, Shimada H. Differential effects of lifestyle activities on disability incidence based on neighborhood amenities. *BMC Geriatr*, 23(1): 483, 2023.
- 14) Morikawa M, Lee S, Makino K, Harada K, Katayama O, Tomida K, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Information and Communication Technology Use for Alleviation of Disability Onset in Socially Isolated Older Adults: A Longitudinal Cohort Study. *Gerontology*, 69(5): 641-649, 2023.
- 15) Tomida K, Lee S, Makino K, Katayama O, Harada K, Morikawa M, Yamaguchi R, Nishijima C, Fujii K, Misu Y, Shimada H. Association of Loneliness With the Incidence of Disability in Older Adults With Hearing Impairment in Japan. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 149(5): 439-446, 2023.
- 16) Shimada H, Suzuki T, Doi T, Lee S, Nakakubo S, Makino K, Arai H. Impact of osteosarcopenia on disability and mortality among Japanese older adults. *J Cachexia*

- Sarcopenia Muscle, 14(2): 1107–1116, 2023.
- 17) Lee S, Harada K, Bae S, Harada K, Makino K, Anan Y, Suzuki T, Shimada H. A non-pharmacological multidomain intervention of dual-task exercise and social activity affects the cognitive function in community-dwelling older adults with mild to moderate cognitive decline: A randomized controlled trial. *Front Aging Neurosci*, 15: 1005410, 2023.
- 18) Miyano I, Bae S, Lee S, Shimada H, Kitaoka H. Association between simple test assessing hand dexterity and mild cognitive impairment in independent older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 38(1): e5862, 2023.
- 19) Seo K, Takayanagi N, Sudo M, Yamashiro Y, Chiba I, Makino K, Lee S, Niki Y, Shimada H. Association between daily gait speed patterns and cognitive impairment in community-dwelling older adults. *Sci Rep*, 13(1): 2783, 2023.
- 20) Shimada H, Bae S, Harada K, Makino K, Chiba I, Katayama O, Lee S. Association between driving a car and retention of brain volume in Japanese older adults. *Exp Gerontol*, 171: 112010, 2022.
- 21) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Morikawa M, Tomida K, Shimada H. A simple algorithm to predict disability in community-dwelling older Japanese adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 103: 104778, Nov-Dec, 2022.
- 22) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Morikawa M, Tomida K, Shimada H. Differences in Subjective and Objective Cognitive Decline Outcomes Are Associated with Modifiable Protective Factors: A 4-Year Longitudinal Study. *J Clin Med*, 11(24): 7441, 2022.
- 23) Shiratsuchi D, Makizako H, Nakai Y, Bae S, Lee S, Kim H, Matsuzaki-Kihara Y, Miyano I, Ota H, Shimada H. Associations of fall history and fear of falling with multidimensional cognitive function in independent community-dwelling older adults: findings from ORANGE study. *Aging Clin Exp Res*, 34(12): 2985–2992, 2022.
- 24) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Shinkai Y, Shimada H. The association between social activity and physical frailty among community-dwelling older adults in Japan. *BMC Geriatr*, 22(1): 870, 2022.
- 25) Tomida K, Lee S, Bae S, Harada K, Katayama O, Makino K, Chiba I, Morikawa M, Shimada H. Association of Dual Sensory Impairment with Cognitive Decline in Older Adults. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 51(4): 322–330, 2022.
- 26) Makino K, Lee S, Bae S, Harada K, Chiba I, Katayama O, Tomida K,

- Morikawa M, Yamashiro Y, Sudo M, Takayanagi N, Shimada H. Light intensity physical activity is beneficially associated with brain volume in older adults with high cardiovascular risk. *Front Cardiovasc Med*, 9: 882562, 2022.
- 27) Morikawa M, Lee S, Makino K, Bae S, Chiba I, Harada K, Tomida K, Katayama O, Shimada H. Association of social isolation and smartphone use on cognitive functions. *Arch Gerontol Geriatr*, 101: 104706, 2022.
- 28) Shimada H, Doi T, Lee S, Tsutsumimoto K, Bae S, Makino K, Nakakubo S, Arai H. Identification of Disability Risk in Addition to Slow Walking Speed in Older Adults. *Gerontology*, 68(6): 625–634, 2022.
- 29) Shimada H, Lee S, Harada K, Bae S, Makino K, Chiba I, Katayama O, Arai H. Study Protocol of a Comprehensive Activity Promotion Program for the Prevention of Dementia: A Randomized Controlled Trial Protocol. *J Prev Alzheimers Dis*, 9(2): 376–384, 2022.
- 30) Song Z, Park H-J, Thapa N, Yang J-G, Harada K, Lee S, Shimada H, Park H, Park B-K. Carrying Position-Independent Ensemble Machine Learning Step-Counting Algorithm for Smartphones. *Sensors*, 22(10): 3736, 2022.
- 31) Chiba I, Lee S, Bae S, Makino K, Shinkai Y, Katayama O, Harada K, Yamashiro Y, Takayanagi N, Shimada H. Isotemporal Substitution of Sedentary Behavior With Moderate to Vigorous Physical Activity Is Associated With Lower Risk of Disability: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Phys Ther*, 102(5): pzac002, 2022.
- 32) Kume Y, Kodama A, Takahashi T, Lee S, Makizako H, Ono T, Shimada H, Ota H. Social frailty is independently associated with geriatric depression among older adults living in northern Japan: A cross-sectional study of ORANGE registry. *Geriatr Gerontol Int*, 22(2): 145–151, 2022.
- 33) Makino K, Lee S, Bae S, Chiba I, Harada K, Katayama O, Shinkai Y, Shimada H. Absolute Cardiovascular Disease Risk Assessed in Old Age Predicts Disability and Mortality: A Retrospective Cohort Study of Community-Dwelling Older Adults. *J Am Heart Assoc*, 10(24): e022004, 2021.
- 34) Chiba I, Lee S, Bae S, Makino K, Shinkai Y, Katayama O, Harada K, Takayanagi N, Shimada H. Difference in sarcopenia characteristics associated with physical activity and disability incidences in older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, 12(6): 1983–1994, 2021.
- 35) Kume Y, Bae S, Lee S, Makizako H, Matsuzaki-Kihara Y, Miyano I, Kim H, Shimada H, Ota H. Association between Kihon check list score and geriatric depression among older adults from ORANGE registry. *PLoS One*, 16(6):

e0252723, 2021.

36) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Morikawa M, Tomida K, Shimada H. Association between Non-Face-to-Face Interactions and Incident Disability in Older Adults. *J Nutr Health Aging*, 26(2): 147-152, 2022.

37) Kodama A, Kume Y, Lee S, Makizako H, Shimada H, Takahashi T, Ono T, Ota H. Impact of COVID-19 Pandemic Exacerbation of Depressive Symptoms for Social Frailty from the ORANGE Registry. *Int J Environ Res Public Health*, 19(2): 986, 2022.

38) Katayama O, Lee S, Bae S, Makino K, Chiba I, Harada K, Morikawa M, Tomida K, Shimada H. Are non-face-to-face interactions an effective strategy for maintaining mental and physical health?. *Arch Gerontol Geriatr*, 98: 104560, 2022.

学会発表

1) 〇李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターにおける若年性認知症を有する者の社会参加の支援状況: 困難や他施設連携との関連. 第25回日本認知症ケア学会大会, 東京都, 2024年6月16日. 口述発表.

2) 齊藤千晶, 〇李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援: 支援コーディネーターとの連携. 第25回日本認知症ケア学会大会, 東京都, 2024年6月16日. 口述発表.

3) 福永一雄, 浦上幸久, 沖友香, 齊藤千

晶, 山口友佑, 〇李相侖, 鷺見幸彦. 通所介護施設の有償ボランティアプログラム実施に向けての課題: いずみテラスの活動.

第25回日本認知症ケア学会大会, 東京都, 2024年6月16日. 口述発表.

4) 山口友佑, 齊藤千晶, 工藤純平, 〇李相侖, 鷺見幸彦. 認知症介護指導者養成研修におけるアウトカム評価を目的とした指導者活動実態調査. 第25回日本認知症ケア学会大会, 東京都, 2024年6月16日. 口述発表.

5) 工藤純平, 〇李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦. 認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーション介入実施に対する影響要因の探索的検討: 作業療法士及び施設環境による影響の探索. 第25回日本認知症ケア学会大会, 東京都, 2024年6月15日. 口述発表.

6) 〇李相侖, 牧野圭太郎, 原田健次, 富田浩輝, 片山脩, 森川将徳, 藤井一弥, 島田裕之. 地域高齢者のライフイベントの発生率とフレイルの関連. 第66回日本老年医学会学術集会, 名古屋市, 2024年6月14日. ポスター発表.

7) 牧野圭太郎, 〇李相侖, 片山脩, 富田浩輝, 山口亨, 山際大樹, 島田裕之. 地域高齢者の認知症発症に対するNCGG-IADLスケールの予測妥当性の検証. 第3回日本老年療法学会学術集会, 札幌市, 2024年8月3日. ポスター発表.

8) 牧野圭太郎, 〇李相侖, 富田浩輝, 片山脩, 山口亨, Georg von Fingerhut, 山際大樹, 島田裕之. 高齢期の認知機能とヘルスリテラシーが認知症発症リスクに及ぼす影響. 第66回日本老年医学会学術集会, 名古屋市, 2024年6月14日. 口述発表.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援に関する研究

研究分担者 栗田主一 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会
創造センター センター長

研究要旨

研究目的：本研究の目的は、認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の手引きを作成することにある。この目的を達成するために、令和6年度は、令和5年度に全国の認知症疾患医療センターを対象に実施した実態調査の際に使用した6領域24項目のチェックリスト調査結果を踏まえて若年性認知症診断後支援の在り方に関する文献レビューを行い、「若年性認知症の診断後支援ガイド（仮称）」の骨子案を作成した。

研究方法：2つのResearch Question(RQ)：「RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2：若年性認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」を立てて、PubMedと医学中央雑誌（医中誌）を用いて文献検索を行い、RQに関係する論文を選定して、文献レビューを行った。

研究結果：RQ1については、PubMedで17件、医中誌で5件（原著論文）の文献がヒットした。これらのうち、認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行い、RQに対する回答を文書化した。RQ2については、PubMedでは24件がヒットし、このうち20件を採用した、医中誌で12件がヒットし、このうち7件を採用した。PubMed検索で採用された論文の内容は、1)今日の若年性認知症診断後支援の問題点を指摘するもの、2)診断後支援全般の在り方に関するもの、3)家族の情動的サポートと心理的サポートに関するもの、4)就労支援と経済的支援に関するもの、5)本人の心理的サポートに関するものに大別された。また、医中誌検索で採用された論文の内容は、1)全国レベルの実態調査から得られた若年性認知症の本人・家族のニーズに関するもの、2)全国の認知症疾患医療センターで実施されている若年性認知症診断後支援の内容を把握したもの、3)若年性認知症の本人・家族のヒアリング調査から得られた本人・家族の支援ニーズに関するもの、4)一医療機関での経験から把握された必要とされる診断後支援に内容に関するものに大別された。

考察と結論：わが国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の実態調査、個別事例の分析、国内外の文献レビューの結果を踏まえて、「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド」の骨子案を作成した。この骨子案を踏まえて、令和7年度は、コンセンサス・パネルを設置し、この領域の専門家や関係者の意見を聴取しながら、エキスパート・コンセンサス・ガイドとしての手引きの最終版を完成させる予定である。

A. 研究目的

本研究の目的は、認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援のモデルを示し、認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の手引きを作成することにある。この目的を達成するために、令和6年度は、令和5年度に全国の認知症疾患医療センターを対象に実施した「若年性認知症診断後支援の実態調査」の際に使用した6領域24項目のチェックリストと実態調査の結果を踏まえて、若年性認知症診断後支援のモデルや在り方に関する国内外の文献レビューを行い、「若年性認知症の診断後支援ガイド（仮称）」の骨子案を作成した。

B. 研究方法

以下の2つの Research Question(RQ)の下で文献レビューを行った。

RQ1: 年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMed と医学中央雑誌を用いて以下の検索式で文献検索を行い、タイトル及び抄録から RQ1 に関連する論文を選定した。文献スタイルから、ケースレポートと会議録は除外し、和文論文は原著論文に限定した。論文の出版期間は限定しなかった。

- `((("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementias"[All Fields]) AND "post-diagnostic support"[All Fields]) AND ((classicalarticle[Filter] OR clinicalstudy[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-`

`analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))`（最終検索日：2025年3月31日）

- 医学中央雑誌：((((認知症/TH or 認知症/AL) and (診断後支援/AL)) and (PT=会議録除く))) and (PT=原著論文))（最終検索日：2025年3月31日）

RQ2: 若年性認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMed と医学中央雑誌を用いて以下の検索式で文献検索を行い、タイトル及び抄録から RQ2 に関連する論文を選定した。文献スタイルから、会議録は除外した。論文の出版期間は限定しなかった。

- PubMed: `((("young-onset"[All Fields] OR "early-onset"[All Fields]) AND ((("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementias"[All Fields]) AND "post-diagnostic"[All Fields] AND ("support"[All Fields] OR "support s"[All Fields] OR "supported"[All Fields] OR "supporter"[All Fields] OR "supporter s"[All Fields] OR "supporters"[All Fields] OR "supporting"[All Fields] OR "supportive"[All Fields] OR "supportiveness"[All Fields] OR "supports"[All Fields])))`（最終検索日：2025年3月31日）
- 医学中央雑誌：(若年性認知症 and 診断後支援) and (PT=会議録除く)（最

終検索日：2025年3月31日)

(倫理面への配慮)

本研究全体の実施にあたっては社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の承認(0503)を得るとともに地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認(R23-105)を得た。

C. 研究結果

RQ1:年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMedで17件、医中誌で5件の文献がヒットした。これらのうち、認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行った。採用論文から得られたRQに対する回答は以下のとおりである。

「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語である。その嚆矢は、スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5つの柱の支援モデル」であろう¹⁾。このモデルは、認知症と診断された直後から少なくとも1年間、リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピアサポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供するものである。スコットランド政府は2013年よりその実施率をスコットランド認知症国家戦略のアウトカム指標として採用している。

その後、「認知症の診断後支援」のあり方は、診断後の本人・家族の不安・抑うつ・社会的孤立・絶望等への支援^{2,3)}を含むよ

り統合的で包括的な支援に発展した⁴⁻⁶⁾。Bamfordら⁵⁾は、英国のイングランドとウェールズの認知症者、介護者、事業所管理者、支援スタッフを対象にインタビュー調査を実施し、認知症の診断後支援のgood practiceの構造を図1のように整理している。すなわち、認知症とともに生きる道のりは疾患や生活状況によって多様であることから、認知症者及び家族の両者に対して、「現在及び将来のニーズを適切なタイミングで同定しマネジメントすること」を前提に、「認知症の理解とマネジメント」(認知症者と家族の両者に、病気についての情報、今後起こり得ることに関する情報、できる限り良い状態で暮らすための方法に関する情報を提供すること)、「心理的・情緒的ウェルビーイング」(不安や抑うつなどの心理的症状に対する支援を行うとともに、ピア・サポート、社会的活動、レジャー、対人関係の支援を通して、その人のアイデンティティや生きがいを維持すること)、「プラクティカルな支援」(認知症者及びケアラーが可能な限り自立的にかつ安全に暮らせるようにすること)に関する支援を、疾病の全経過にわたって統合的に提供すること(「支援の統合」：そのためのメカニズムとして「相談窓口や専門職の設置」「ケア・コーディネーション」「ケアの場の移動のためのマネジメント」がある)であるとしている。2022年に国際アルツハイマー病協会⁷⁾は、「認知症の診断後支援とは、認知症と診断された後の、認知症者と家族の身体的・社会的・心理的なウェルビーイングの促進を目的とする、さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情

報提供を含む包括的な用語である」と定義している。

認知症者を対象に「認知症の診断後支援」の効果を検証した研究は少ない。英文誌では RCT が 1 件報告されており、それによれば、リカバリーにフォーカスをあてた 6 か月間の精神医学的介入が WHO 精神健康状態表 (WHO-5) で評価されたウェルビーイングを有意に改善させたと報告している⁸⁾。和文誌では、認知症の診断後支援に関する原著論文が 5 件⁹⁻¹³⁾ 抽出されたが、いずれも認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する調査であった。

RQ2：若年性認知症の診断後支援はどのようなになされるべきか

<PubMed による検索>

PubMed では 24 件の論文がヒットした。このうち、RQ に直接関連しない 4 件を除外した残る 20 件の論文についてレビューした。最も古いものは 2018 年の論文であった。国別の内訳は、英国の研究が 12 件、オランダとオーストラリアの研究がそれぞれ 2 件、イタリア、アイルランド、スウェーデン、日本の研究がそれぞれ 1 件であった。研究の手法は、質的研究が 13 件、量的研究が 3 件、混合研究法による研究が 2 件、文献レビューが 3 件であった。診断後支援に関するテーマから見ると、各論文は、1) 今日の若年性認知症診断後支援の問題点を指摘するもの、2) 診断後支援全般の在り方に関するもの、3) 家族の情動的サポートと心理的サポートに関するもの、4) 就労支援と経済的支援に関するもの、5) 本人の心理的サポートに関するものに大別された。以下、主要な所見

を要約する。

1) 今日の若年性認知症診断後支援の問題点

○ 短期的なプロジェクトが多く、継続性に課題がある。

Mayrhofer (2018)¹⁴⁾は、若年性認知症の診断後支援をその年齢に合ったものとするべきであるということはすでに合意が得られているところであるが、どのようなサービスの設計や提供方法が「役に立つか」については十分なエビデンスは存在しないということから、若年性認知症の介入に関連するあらゆるタイプの研究を含めた系統的文献レビュー (20 論文) を行っている。その結果、サービスは若年性認知症患者をより長く自宅で過ごせるようにすることを目指しているが、短期的プロジェクトや付加的サービスが多く、サービスの継続性には欠陥があると指摘している。

○ ピア・サポートや「意味のある活動」が不足している。

Giebel ら(2020)¹⁵⁾は、イングランド北西部のメモリークリニックのスタッフを対象にフォーカスグループを実施するとともに、若年性認知症患者のその介護者を対象に半構造化インタビューを実施している。その結果、診断プロセスは比較的適切に実施されているが、診断後のサービスには多くの欠陥がある。具体的には、診断後のサポートが限られており、ピア・サポートや意味のある活動の提供が不十分であると指摘している。

○ 若年性認知症の診断と診断後支援のケアパスウェイはばらばらである。

Stamou ら(2020)¹⁶⁾は、全国調査によっ

て、英国の若年性認知症のサービス提供の実態を明らかにした。診断は最も一般的にはメモリークリニックまたは神経内科で為されているが、診断と診断後支援のケアパスウェイはばらばらであること、若年性認知症の専門サービスは継続性・質・満足度の高さと関連しているが、若年性認知症のすべての人が年齢に合ったケアにアクセスできるようにするには、さらなる専門サービスの整備が必要であると指摘している。

2) 診断後支援全般の在り方

○ 本人・家族ともに悲しみ、孤立、偏見を体験している。

Spreadbury ら(2019)¹⁷⁾は、若年性認知症の本人と家族の「生の体験」が記述されている質的研究の論文23件の文献レビューを行い、①診断前には、患者は認知機能と生活機能における変化を体験しているが、変化とその意味については確信していないこと、家族は変化を観察し、その説明について考え、医学的介入を勧めることが重要であると考えていること、②診断後には、本人は責任ある仕事から撤退し、家族はそれを補償する役割を負うようになると考えていること、を可視化させている。患者は自己同一性の変化を感じ、家族は本人・家族の関係の変化を感じており、両者ともに悲しみ、孤立、偏見を体験していると指摘している。

○ 本人・家族ともに「良い」と感じているサービスには、「パーソンセンタードネス」「機能的一貫性」「組織一貫性」という特性がある。

Stamou ら(2021)¹⁸⁾は、英国で実施された全国調査のデータの質的分析によって、

若年性認知症の本人と家族が良いと感じているサービスの特性は、「若年性認知症に関する専門家の助言と情報」、「年齢に合ったサービスへのアクセス」、「社会参加の機会」、「声を発信する機会」、「リスクマネジメントとともに自立を可能にすること」、「経済的安定性を可能にすること」、「家族関係のサポート介入」とであると報告している。また、彼ら (Stamou 2022)¹⁹⁾ は別の分析で、有益だと感じているサービスには以下の3つの上位カテゴリーに類型化される特性があると指摘している：①「パーソンセンタードネス」(ミクロレベルの特性：前向きな姿勢、柔軟性、協調性、使いやすい教材、対面)、②「機能的一貫性」(メソレベルの特性：サービスがニーズに合っていること／年齢相応、包括的、対応力があり、アクセスしやすい)、③「組織の一貫性」(マクロレベルの特性：サービスの統合性、専門性、継続性)。

3) 家族の情動的サポートと心理的サポート

○ 家族向けの web ページでは、診断プロセスに関するページが最もよく閲覧されている。

Daemen ら(2022)²⁰⁾は、利用者のインタビューの質的分析によって、若年性認知症の家族向けに開発された Web ベースの情報支援プログラムが、日常生活の中で受け入れられ、使用可能であると認識されていること、コンテンツの質にも満足していること、大多数がプログラムを再度利用し、若年性認知症の内容を説明するページが最も多く閲覧され、診断プロセスに関するページが最も長く費やされ

ていることを明らかにした。

○ **家族は、本人とともに生きること、
家族の役割や関係性の変化への適応
という問題に直面している。**

Chirico ら(2022)²¹⁾は、イタリアの若年性認知症の家族に対する半構造化面接を行い、1) 診断に関連する問題、2) 診断後の支援の不足に関する問題、3) 家族として若年性認知症の本人と共に生きることに関する問題を体験していることを明らかにした。全体として、認知症の経過全体を通してさまざまな問題が発生しており、適切な支援がなければ、家族は本人とともに生きること、そしてそれに伴う家族の役割や関係性の変化に適応することが困難であること。最適なケアは良好な家族関係にかかっているため、病状に適応するための家族への支援を強化する必要があること、それは本人のケアに有益であると同時に、社会的包摂と脆弱な集団の健康に関する公平性を確保することにもつながると指摘している。

○ **行動変化を適切にマネジメントする
ためのフォーマルサービスの整備と
ケアパスウェイのガイドが必要であ
る。**

Cadwallader ら(2023)²²⁾ 若年性認知症の行動変化の適切にマネジメントするためには、それについての知識が必要であり、年齢に合ったサポートサービスが必要であると、そのために利用されているフォーマルサービスと、サポートを求めている人の体験の類型を明らかにするための横断的オンライン質問調査を実施している。その結果、83%がサポートを必要とする若年性認知症関連の行動変化を報告

し、最も多い行動変化が「食欲／食行動の変化」で、「焦燥／攻撃性」、「無為／無欲」がこれに次ぐことを示した。これらの人々の 66% が Dementia Australia、Dementia Support Australia、GP などのフォーマルサービスからサポートを得ようとしていたが、それはサポートにアクセスするパスウェイが不十分であり、どのサポートにアプローチすべきかの明確性が欠如しており、待機時間が長いことを示唆している。さらに対象者の 28% が非薬物的戦略を用いたサポートにアクセスしていなかったことも明らかにされている。効率的にサポートが提供できるようにフォーマルサービスを整備するとともに、それらにアクセスするパスウェイに関する明確で利用可能なガイドが必要であると指摘している。

○ **家族介護者は診断後初期に偏見や周囲への影響など若年性認知症で生じる特有の迷いの中で葛藤し、診断の過程で抱く負の感情を緩和したいと思ひ、支援を求めている。**

Tomura(2025)²³⁾若年性認知症者の家族介護者が、診断後初期に支えを求める際の心情を明らかにすることを目的に、若年性認知症者の在宅介護経験がある家族介護者 8 人に半構造化面接を実施し質的分析を行った。その結果、若年性認知症者の家族介護者は、診断後初期に【若年で認知症を発症することへの恐れや不安】、【若年性認知症に関する如何なる情報でも知りたい】、【将来のために可能な限り『今』を継続したい】、【本人の社会の一員としての尊厳を守りたい】、【若年で認知症になったことを伝えることへの迷い】、

【まだ人生半ばの自分の生活や心身を守りたい】と思い、周囲に支えを求めていることを明らかにした。若年性認知症者の家族介護者は診断後初期に認知症者本人や介護者自身に対する切実な願いを抱き、偏見や周囲への影響など若年性認知症で生じる特有の迷いの中で葛藤し、診断の過程で抱く負の感情を緩和したいと思い、支援を求めている。若年性認知症者の家族支援では、本人に関することには主体的に支援を求める家族介護者の特徴を活かし、本人に対する支援をきっかけに家族介護者への支援も提供できると考えられる。また、診断時を含め早期に支援者から日常生活での困難を予測して声をかける姿勢が、支援の求めやすさに重要だと指摘している。

4) 就労支援と経済的支援

- 保健医療専門職は、就労の権利、収入の支援と生活保護・障害年金等に関する情報や助言を提供すること、自己負担のあるサービス利用について助言する場合には、本人や家族がさらなる費用負担に直面することを認識していなければならない。

Kilty ら(2022)²⁴⁾は、若年性認知症が就労の継続と家計に及ぼす影響を探索し、この問題に対する診断後支援的なアプローチを最適化する方法を同定することを目的に、アイルランドに暮らす若年性認知症者に対して深掘した半構造面接を行った。その結果、若年性認知症の診断が就労生活に及ぼす破壊的な効果と、それによる経済的・社会的・心理的帰結が可視化された。参加者らは、「収入のある仕事から早期に離れなければならなかったこ

と」、「雇用契約を喪失したこと」、「医学的理由によって退職したこと」、「収入の喪失によって引き起こされる経済問題に加え、認知症によって多くの追加費用がかかったこと」、「家族の中には収入の喪失を補填するために介護の役割と同時に仕事につかねばならなくなった配偶者がいること」、「就労と経済のことで不安・緊張が高まる子供がいること」などを報告した。保健医療専門職は、就労の権利、収入の支援と生活保護・障害年金等に関する情報や助言を提供すること、自己負担のあるサービス利用について助言する場合には、本人や家族がさらなる費用負担に直面することを認識していなければならない。

5) 本人の心理的サポート

- 若年性認知症の本人の自我同一性・自律性・関係性を維持できるように支援することが重要である。

Stamou ら(2024)²⁵⁾は、若年性認知症の診断後支援において、本人と支援者らが「役にたつ」と感じているものが何かを明らかにするために、全国調査で得れた自由記述回答の帰納的主題分析を行い肯定的サービスのテーマを生成した。その結果、856 例の肯定的サポートの例から、3 つの上位テーマの 16 の下位テーマが生成された。3 つの上位テーマは、①自律性を維持すること、②自分自身であること、③連帯感であり、若年性認知症の人々が体験している「主体感」「自分らしさ」「意味のある関係」の破綻の問題を取り扱っていることを見出した。これは、若年性認知症に対する年齢特異的な支援のガイドラインに情報を与えるものであり、若年

性認知症の人々の自我同一性・自律性・関係性を維持できるように支援することの重要性を示唆している。

○ **オンライン・ピア・サポートは、対面でのサポートにつながっていない人に対するピア・サポートへのアクセシビリティを高める。**

Gerritzen ら(2023)²⁶⁾は、関係機関より若年性認知症の人を募り、混合研究法で、(1)若年性認知症の人々はオンライン・ピア・サポートのためにどのプラットフォームを利用しているか、(2)オンライン・ピア・サポートを利用する理由・利用しない理由は何か、(3)どのようにしてその有用性とアクセシビリティを最適化するか、を探索した。その結果、最も一般的なオンライン・ピア・サポートは Zoom で、肯定的な理由としては、社会的支援の共有、自宅で参加できること、好きなプラットフォームを利用できることであった。しかし、会話をフォローすることや他者を理解することが困難になる可能性も指摘された。多くの人はオンライン・ピア・サポートのことを知らない。見知らぬ人とオンラインで話すことに不快を感じる人もいた。オンラインプラットフォームは社会的支援を促進し、対面でのサポートにアクセスしていない人に対するピア・サポートをよりアクセシブルなものにする。将来はオンライン・ピア・サポートについての周知にフォーカスをあてた研究と実践が行われるべきである。

○ **ピア・サポートやアドボカシー活動が認知症の本人の知症診断の自己開示を支援する**

Kohl ら(2024)²⁷⁾は、認知症の診断を他

者と共有することは、社会的・認知的・身体的活動の支援にアクセスするための前提であるが、認知症に対する偏見のために自分の診断を開示することに躊躇するかもしれない。若年性認知症の人が自分の診断をどのようにして自己開示するかを明らかにするために、英国に暮らす9人の若年性認知症の本人を対象に半構造化面接を用いて探索的質的分析を行った。その結果、参加者は自分のアイデンティティとは認められない病気としてそれを受け入れていたが、何人かは偏見に直面し、何らかの社会的ネットワークの縮小を生じたこと、一方、ピアサポートグループ、アドボカシー活動、戦略的隠蔽が自己開示のサポートに用いられていたことが示された。若年性認知症の政策は、エンパワメントに向けた介入とピアサポートを診断後支援に組み込むことを推奨するとともに、認知症フレンドリーコミュニティの創出を優先すべきである。これらの努力が、自己開示の旅路にある個人を支援し、社会への関わりを促進し、偏見を減じるであろう。

○ **若年性認知症の本人との共創による情報ツールの開発・普及は、本人のレジリエンスを高めることに役立つ**

Roberts ら(2023)²⁸⁾は、診断後の暮らしのピアガイドを開発・普及するために若年性認知症当事者らが用いたプロセスを記述した。そこでは、当事者のレジリエンスを支援するという新たな文脈の中で、人間中心(human-centered)の設計の4段階の基盤が適用されていた。(1) 発見：グループは、認知症と共に生きる上でレジリエンスを持つために必要なこと、そして

それをどのように維持できるかについて、それぞれの視点から深く議論した。(2) 決定：グループは、認知症と診断された他の人々のレジリエンスを支援するために、自身の経験に基づく実用的な情報と知識を小冊子にまとめることを決定した。(3) 開発：この小冊子は、著者の支援の下、他の認知症患者からの意見を取り入れながら、共同で設計・開発された。(4) 提供：グループは、小冊子「知識は力」の専門的な制作指導を受け、ウェールズ全土のメモリークリニック、診断後支援団体、そして認知症患者に 8、000 部以上を配布した。その後、英語とスコットランド・ゲール語のバイリンガル版とイングランド在住者向けの版が開発された。「知識は力なり」の成功は、認知症の人たちと共に知識を共有し、彼らの回復力を支えることの重要性を浮き彫りにしている。

<医中誌による検索>

医中誌では 12 件の論文がヒットした。このうち、RQ に直接関連しない 5 件を除外した 7 件の論文についてレビューした。論文種類では原著が一報であり、その他はすべて解説であった。診断後支援に関しては、全国レベルの実態調査、若年性認知症の本人と家族のヒアリング調査、一医療機関での実践的経験から、必要とされる診断後支援の内容が記述されている。以下に、主要な所見を要約する。

栗田（2020、2021、2022、2022）²⁹⁻³²⁾ は、若年性認知症の有病率調査と並行して実施した生活実態調査の結果を踏まえて、若年性認知症者の、(1)診断へのアクセシビリティの確保とともに、(2)認知症疾患医療センターにおける質の高い診

断と診断後支援、(3)職域と保健福祉分野との連携による就労継続支援、(4)診断直後からの経済状況のアセスメントと社会保障制度の利用支援、(5)専門職の人材育成、(6)ニーズにあったサービスの開発と普及、(7)家族会等のインフォーマル・サポートやピア・サポートの普及が今後の政策的課題であると指摘している。

畠山ら(2023)³³⁾は、認知症疾患医療センターで実施されている若年性認知症の診断後支援の自由記述回答（全国調査）の質的分析にて、現在行われている診断後支援は、「情緒的・情動的支援」、「医療の受療に関する支援」、「就労に関する支援」、「経済的な支援」、「障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援」、「ピア・サポートやインフォーマル・サポートの利用支援」にカテゴリー化されるとしている。

山下ら（2023）³⁴⁾は、若年性認知症の本人と家族を対象としたインタビュー調査から、支援ニーズとして、①情報提供とコーディネート、②交流の場、③理解と配慮、④自立支援、⑤⑤活動の場、⑥心理ケアの 6 つの要素が抽出されること、本人のつどいや家族のつどいは、とくに「交流の場」にこたえる支援として、個別相談等では代替不可能な必須の支援であると報告している。

岡田ら（2023）³⁵⁾は、一医療機関（認知症疾患医療センター）での若年性認知症診断後支援の経験から、当事者と家族のニーズは疾患としての進行に合わせて変遷していくこと、より長期にわたる安定した支援体制の構築が重要であることを指摘し、進行期も見据えて「人生の木」と

いう手法を取り入れ、支援体制のキーパーソンをつくることで、診断後から進行期まで当事者の人生のあり方を踏まえたサポートができるよう実践してきたと述べている。

D. 考察

令和5年度及び令和6年度の研究結果を踏まえて、「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド（仮称）」の骨子案を考案した。以下にその概要を示す。

I. 序論

1. 若年性認知症の定義

- ・ 若年性認知症は65歳未満で発症する認知症と定義されています。働き盛りの年代に発症することから、ご本人・ご家族は病気や障害に対する不安だけではなく、就労、経済、子の養育などさまざまな日々の暮らしの課題に直面します。

2. 若年性認知症の有病者数と原因疾患

- ・ 2017年～2019年に実施した全国調査によれば、わが国の若年性認知症（調査時点で65歳未満の認知症）の有病率は人口10万対50.9人、有病者数は3.57万人と推定されています。
- ・ 原因疾患による診断名別では、アルツハイマー型認知症が最も多く、血管性認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症またはパーキンソン病による認知症、外傷による認知症、アルコール関連障害による認知症がそれに続きます。

3. 若年性認知症の本人と家族のニーズ

- ・ 有病率調査と並行して実施された本人及び家族を対象とするインタビュー調査からは、①配慮のある病名告知、②本人・家族への心理社会的ケア、③医療機関における診断後支援、④本人家族に知識がなくても必要なサービスにつながる支援、⑤若年性認知症のニーズに即した制度横断的なサービス利用、地域や職域における若年性認知症の理解の促進、が本人・家族に求められているニーズとして浮彫にされています。

4. 認知症疾患医療センターに求められている役割

- ・ また、この有病率調査では、若年性認知症の方が最も高い頻度で把握されるのは認知症疾患医療センターであり、1年間に把握されている若年性認知症の人の数は1センターあたり17.6人であったと報告されています。
- ・ このことから、若年性認知症の方が最も多く診断されている医療機関は認知症疾患医療センターであると考えられます。
- ・ 2019年度より、認知症疾患医療センターの事業内容に診断後等支援機能が追加され、診断後支援は認知症疾患医療センターの必須業務に位置づけられました。

II. 認知症の診断後支援とは何か

- ・ 「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語であり、そのはじまりは、スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5つの柱の支援モデル」

とされています。このモデルでは、認知症と診断された直後から少なくとも1年間、リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピサポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供することとされています。

- ・その後、診断後支援のあり方やモデルについての報告も数多くなされるようになり、2022年に国際アルツハイマー病協会が、「認知症の診断後支援とは、認知症と診断された後の、認知症者と家族の身体的・社会的・心理的なウェルビーイングの促進を目的とする、さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情報提供を含む包括的な用語である」と定義しています。

III. 若年性認知症の診断後支援に求められていることは何か

- ・若年性認知症の特性に応じた診断後支援のあり方やモデルについても、2018年頃から英国を中心にして、世界各国から報告されるようになってきました。
- ・ここでは、これまでの研究成果と実際の事例経験を踏まえて、7つの観点から若年性認知症の診断後支援に求められていることを整理します。

1. 本人と家族への情緒的・情報支援

若年性認知症の診断を受ける前に、すでに本人と家族は認知機能と生活機能における変化を体験しており、なぜそのような変化が起こっているのかについて不安を感じ、当惑しているかもしれません。

また、診断後には、病気に対する不安とともに、本人は役割の変化に起因するアイデンティティの危機を感じ、家族も本人を支える役割という関係性の変化に直面し当惑しているかもしれません。このようなことには配慮して、本人と家族の両者に、病気についての情報、今後起こり得ることに関する情報、できる限り良い状態で暮らすための方法に関する情報をわかりやすく、丁寧に伝えることが、診断後支援の入り口になります。

- 1) **本人への情緒的支援**：診断を受けたことへの思い、これからの仕事のこと、社会の中での役割、家族への思いなど、本人の思い・不安を積極的に傾聴し、受け止めます。また、これからも必要に応じて相談にのることができることを伝えます。
- 2) **本人への情報的支援**：本人の不安とともに、認知機能の低下があることに十分配慮して、パンフレット等も活用しながら、病気のことや今後の治療や暮らしのこと、利用できる社会的支援のことなどについてわかりやすく説明します。
- 3) **家族への情緒的支援**：大切な家族の一人が診断されたことへの思い、これからの暮らしのこと、本人との関係のこと、子の養育のこと、経済のことなど、家族の思い・不安を積極的に傾聴し、受け止めます。また、これからも必要に応じては相談にのることができることを伝えます。
- 4) **家族への情報的支援**：家族の思い・不安・当惑に十分配慮して。パンフレット等も活用しながら病気のことや今

後の治療や生活、利用できる社会的支援のことなどについてわかりやすく説明します。

2. 医療の受療に関する支援

若年性認知症と診断された後も、原因疾患によっては、あるいは併存する身体疾患や精神疾患によっては、さらなる検査が必要になる場合があります。また、治療を行うにあたっては、治療の導入・継続に関する支援を行う必要があります。その際には、先に述べた本人・家族への丁寧な情動的支援を前提に、本人の（共同）意思決定を支援する必要があります。

- 5) **検査のための受療支援：**認知症疾患をさらに精査したり、抗 A β 抗体薬治療の適応を検討したりする場合には、そのための検査にアクセスできるように支援します。自院または自診療科では実施できない検査が必要な場合には、それに必要な適切な医療機関や診療科にアクセスできるように支援します。
- 6) **精神科医療への受療支援：**認知症の行動・心理症状（BPSD）が顕著な場合や認知症以外の精神疾患の併存が疑われる場合には必要に応じて精神科医療につなぎます（自診療科が精神科の場合には自診療科での継続医療も検討します）。
- 7) **かかりつけ医への情報提供：**すでにかかりつけ医等がいて、かかりつけ医等に継続医療を依頼する場合には、本人の同意の下で、かかりつけ医等に医学的評価の結果、生活状況、治療方針などについて情報提供します。

- 8) **かかりつけ医への治療経過についての情報提供：**認知症疾患医療センターで継続医療を行う場合、すでにかかりつけ医がいる場合には、本人の同意を得て、かかりつけ医に対して随時治療経過について情報提供を行います。

3. 就労に関する支援

就労には、若年性認知症の本人・家族にとっては世帯の経済を維持するという意味とともに、本人にとっては社会とのつながりや役割を保持し、生き甲斐や尊厳ある自立生活を継続するという大切な意味があります。若年性認知症の診断時には、本人が就労を継続されている場合が多いので、認知症疾患医療センターでは診断直後からの支援の一環で就労に関する支援を開始することが重要です。しかし、医療機関の専門職だけではこの支援が十分に行えない場合も少なくありません。そのような場合は、若年性認知症支援コーディネーターと連携しながら支援することを考慮します。

- 9) **就労状況の把握：**まずは、本人の現在の就労状況を把握します。その際には、本人が現在の職場でどのような業務を行っているか、どのような困りごとを体験しているか、それに対して職場ではどのような支援を受けているか、職場の中に気軽に相談できる人はいるか等についても確認しておきます。
- 10) **職場との連携：**本人が就労中の場合には、本人や家族の同意を得て、職場の人事担当者や労働安全衛生担当者、産業医等と情報を共有しながら、本

人の希望に応じて就労継続に向けた支援を行います。

- 11) **再就職に向けた支援**：再就職を希望する場合には、若年性認知症の人の就労のためのリソースに関する情報をもった若年性認知症支援コーディネーターや障害者職業総合センターの担当者と連携して、本人ができる仕事を検討しながら、再就職に向けた支援につなぎます。
- 12) **福祉的就労の利用支援**：一般就労が難しい場合には、本人の希望に応じて、障害者福祉サービスに関する情報を提供し、福祉的就労が可能なサービス（例：就労継続支援事業所）つながることができるように支援します。

4. 経済的な支援

若年性認知症の本人が世帯の経済を担っている場合には、若年性認知症の診断が世帯の経済に重大な影響を及ぼす場合が少なくありません。また、本人を支援している家族が介護のために仕事を継続できなくなるなどの状況が生じた場合には、経済的問題がさらに深刻になります。さらに、認知症疾患の診断のための検査や治療によって経済的負担がさらに高まる可能性があることについても配慮する必要があります。

- 13) **経済状況の把握**：まずは、世帯の経済を担っている人は誰か、主な収入源は何かを含め、現在の本人および世帯の経済状況、本人・家族が感じている経済面での心配ごとを把握します。
- 14) **将来の家計に及ぼす影響の検討**：本人が世帯の経済を担っており、これ

までどおりの就労の継続が難しいなど、収入が減じると判断された場合には、それが将来の家計にどのように影響を与えるかについても検討しておく必要があります。たとえば、借入金があるか、養育する必要がある子がいるか、医療費や介護費を負担している親がいるかといったことも把握する必要があるかもしれません。本人が受ける検査や治療の費用についても考慮する必要があります。

- 15) **経済支援の諸制度に関する情報提供**：上記のアセスメントを行った上で、障害者手帳取得による税金控除、自立支援医療制度、難病の医療費助成制度、傷病手当、障害者手当、障害年金、生活保護等の経済支援に関する制度の適応の有無を確認し、該当する制度がある場合にはその情報を本人・家族に提供します。

- 16) **経済的な支援制度の申請支援**：上記の諸制度等については、ただ情報を提供するだけでなく、申請・請求の希望がある場合には、必要に応じて関係機関と連携しながら、申請手続きについての伴奏的な支援を行います。

5. 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援

若年性認知症の本人の生活支援については、障害者福祉法による障害福祉サービスと介護保険サービスによる介護保険サービスという二つの制度的サービスを利用することができます。しかし、障害福祉サービスの多くはアルツハイマー型認知症のような進行性の認知症を想定せず、また、介護保険サービスは主として高

齢者を想定したサービスなので、若年性認知症の本人のニーズに合ったものが少ないといった問題があります。さらに、両サービスを管轄している行政の担当部署が異なるために、相談機関によっては両サービスの情報が十分に提供されないという問題も生じています。認知症疾患医療センターでは、こうした問題を乗り越えて、若年性認知症支援コーディネーターとも連携しながら、本人の状況に応じて、両サービスをバランスよく利用できるように支援する必要があります。

- 17) **障害福祉サービスの利用支援：**障害福祉サービスの情報を提供し、その利用を支援します。例えば、一般就労の継続は難しいけれど、本人には仕事を続けたいという希望がある場合には、福祉的就労に関する障害福祉サービス（例：就労継続支援事業所）の利用を支援します。
- 18) **介護保険サービスの利用支援：**介護保険サービスの情報を提供し、その利用を支援します。若年性認知症の人の介護保険サービスの利用については、通所サービスの利用が最も多いことが明らかにされていますが、例えば、通いながら社会参加のための支援を受けることができるなど、若年性認知症の本人のニーズを踏まえて設計されたサービスもあります。本人のニーズに応えることができるようなサービスを検討しながらサービスの利用を支援します。
- 19) **若年性認知症に関する相談機関の利用支援：**若年性認知症に関する専門的な相談機関の情報を提供し、その

利用を支援します。若年性認知症の本人や家族の相談に専門的に対応し、かつ、関係機関と連携しながら継続的に必要な支援を受けられるようにする機関として、若年性認知症総合支援センターや相談センターが設置されている自治体もあります。また、都道府県の事業として、若年性認知症支援コーディネーターがすべての都道府県に配置されております。本人や家族がそれらの資源を利用できるように支援します。

- 20) **地域包括支援センターの利用支援：**地域包括支援センターの情報を提供し、その利用を支援します。介護保険サービスを利用する場合には、まずは要介護認定を受けるための申請が必要なので、そのための窓口である地域包括支援センターにつながります。また、地域包括支援センターは、その地域にあるフォーマルやインフォーマルな多様な資源についての情報がありますので、介護保険サービス以外のさまざまな地域サービスの利用を支援してもらえます。

6. ピア・サポートやインフォーマル・サポートによる社会参加支援

- 21) **社会参加に関する地域活動の利用支援：**本人の社会参加を支援する利用可能な地域活動について情報を提供し参加を支援します。共生社会の実現を推進する認知症基本法の下で、都道府県や市町村を単位とする本人の声の発信支援（例：認知症希望大使）やチームオレンジによって社会参加を支援する多様な活動が展開されて

います。社会参加を促進する活動は、若年性認知症の本人を力づけ、希望を生み出す効果をもたらすことから、「意味のある活動」とも呼ばれることもあります。そのアクセスを支援することは、認知症とともに生きる本人にとって、とても重要な意味をもっています。

- 22) **本人ミーティングやピア・サポートの利用支援**：そのような活動の一つとして、本人ミーティングや当事者の会、ピア・サポートなどがあります。これらは当事者活動とも呼ばれておりますが、それは本人の社会参加を促進するだけではなく、認知症の本人とともに、認知症とともに尊厳と希望をもって暮らせる地域社会（認知症フレンドリー社会）を共創する活動としての意義もあります。
- 23) **認知症カフェ・居場所の利用支援**：そのような活動の拠点となるのが、認知症カフェや地域の居場所などの地域拠点です。そのような活動を行っている地域の拠点の情報を提供し、その利用を支援することが、さらなる社会参加や地域づくりの促進につながります。
- 24) **家族会・ケアラーズカフェの利用支援**：若年性認知症の家族もまた、本人と同じように社会の中で孤立し、不安や孤独を感じられている方は少なくありません。家族にも、地域の家族会やケアラーズカフェなど、家族を支援する社会資源について情報を提供し、その利用を支援することが重要です。

E. 結論と今後の課題

わが国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援の実態調査、個別事例の分析、国内外の文献レビューの結果を踏まえて、「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド」の骨子案を作成した。この骨子案を踏まえて、令和7年度は、コンセンサス・パネルを設置し、この領域の専門家や関係者の意見を聴取しながら、エキスパート・コンセンサス・ガイドとしての手引きの最終版を完成させる予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

References

- 1) Alzheimer's Scotland. The 5 Pillars Model of Post Diagnostic Dementia Support 2011. Available from: <http://www.alzscot.org/campaigning/fivepillars>.
- 2) Low LF, Swaffer K, McGrath M, Brodaty H. Do people with early stage dementia experience Prescribed Disengagement®? A systematic review of qualitative studies. Int Psychogeriatr. 2018 Jun;30(6):807-831.

- 3) Morgan A. A review of policy and provision of emotional support for people living with early-stage dementia in the Republic of Ireland and call for specialist counselling and psychotherapy services. *Dementia* (London). 2021 Aug;20(6):1958-1970.
- 4) Alzheimer's Scotland. Delivering Integrated Dementia Care: the 8 Pillars of Community Support 2015. Available from:
http://www.alzscot.org/campaigning/eight_pillars_model_of_community_support.
- 5) Bamford C, Wheatley A, Brunskill G, Booi L, Allan L, Banerjee S, Harrison Denning K, Manthorpe J, Robinson L; PriDem study team. Key components of post-diagnostic support for people with dementia and their carers: A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Dec 20;16(12):e0260506.
- 6) Low LF, Gresham M, Phillipson L. Further development needed: models of post-diagnostic support for people with dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2023 Mar 1;36(2):104-111.
- 7) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2022. Life after diagnosis, Navigating treatment, care and support.
<https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>
- 8) Jha A, Jan F, Gale T, Newman C. Effectiveness of a recovery-orientated psychiatric intervention package on the wellbeing of people with early dementia: a preliminary randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Jun;28(6):589-96. doi: 10.1002/gps.3863. Epub 2012 Jul 30. PMID: 22847712.
- 9) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤 佳恵, 栗田主一: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援. 老年精神医学雑誌(0915-6305)34巻5号 Page477-486(2023.05)
- 10) 山口智晴, 河合晶子, 村井千賀, 遠藤千冬, 村島久美子, 北村立: 認知症疾患医療センター併設医療機関における作業療法実態調査. 老年精神医学雑誌(0915-6305)33巻6号 Page595-601(2022.06)
- 11) 齊藤千晶, 朝岡義博, 太田崇, 伊藤篤史, 岩丸陽彦: 認知症疾患医療センターにおける作業療法士の関与の実態 愛知県作業療法士会会員へのアンケート調査から. 愛知作業療法(1342-274X)30巻 Page67-72(2022.03)
- 12) 柳渡彩香, 内海久美子, 福田智子, 大辻誠司, 姫野大作, 石田智隆, 江本雄泰, 藤本純, 野呂孝徳, 安村 修一: 軽度認知障害(MCI)および認知症の診断告知直後における本人・家族の心理的变化と満足度調査. 老年精神医学雑誌,31(11): 1211-1224, 2020.
- 13) 吉武亜紀, 保野孝弘: もの忘れ外来における診断後支援の探索的検討 DASC-21を用いた患者とその家族の

- 評価の違いを活かして.川崎医療福祉学会誌,32(2) : 375-383, 2023.
- 14) Mayrhofer A et al: Age-appropriate services for people diagnosed with young onset dementia (YOD): a systematic review. *Aging Ment Health*. 2018 Aug;22(8):927-935. doi: 10.1080/13607863.2017.1334038. Epub 2017 Jun 16.
 - 15) Giebel C, et al: Evaluating a young-onset dementia service from two sides of the coin: staff and service user perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2020 Mar 6;20(1):187. doi: 10.1186/s12913-020-5027-8.
 - 16) Stamou V : Services for people with young onset dementia: The 'Angela' project national UK survey of service use and satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Mar;36(3):411-422. doi: 10.1002/gps.5437. Epub 2020 Oct 7.
 - 17) Spreadbury JH, et al: Clinical nurse specialist's role in young-onset dementia care. *Br J Community Nurs*. 2020 Dec 2;25(12):604-609. doi:10.12968/bjcn.2020.25.12.60.
 - 18) Stamou V: The nature of positive post-diagnostic support as experienced by people with young onset dementia. *Aging Ment Health*. 2021 Jun;25(6):1125-1133. doi: 10.1080/13607863.2020.1727854. Epub 2020 Feb 18.
 - 19) Stamou V, et al: Helpful post-diagnostic services for young onset dementia: Findings and recommendations from the Angela project. *Health Soc Care Community*. 2022 Jan;30(1):142-153. doi: 10.1111/hsc.13383. Epub 2021 May 5.
 - 20) Daemen M, et al: A cross-sectional evaluation of the Dutch RHAPSODY program: online information and support for caregivers of persons with young-onset dementia. *Internet Interv*. 2022 Mar 26;28:100530. doi: 10.1016/j.invent.2022.100530. eCollection 2022 Apr.
 - 21) Chirico I, et al: Family experience of young-onset dementia: the perspectives of spouses and children. *Aging Ment Health*. 2022 Nov;26(11):2243-2251. doi: 10.1080/13607863.2021.2008871. Epub 2021 Nov 28.
 - 22) Cadwallader CJ, et al: Post-Diagnostic Support for Behaviour Changes in Young-Onset Dementia in Australia. *Brain Sci*. 2023 Oct 30;13(11):1529. doi: 10.3390/brainsci13111529.
 - 23) Tomura Y, et al: Emotions of family caregivers of individuals with young-onset dementia when seeking support in the early stages after diagnosis *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2025 Jan 24. doi: 10.11236/jph.24-062. Online ahead of print.
 - 24) Kilty C, et al: Young onset dementia: implications for employment and finances. *Dementia (London)*. 2023 Jan;22(1):68-84. doi: 10.1177/14713012221132374. Epub

- 2022 Oct 18.
- 25) Stamou V, et al: Good Practice in Needs-based Post-diagnostic Support for People with Young Onset Dementia: Findings from the Angela Project. Ageing Soc. 2024 Oct;44(10):2240-2263. doi: 10.1017/S0144686X22001362. Epub 2023 Jan 12.
 - 26) Gerritzen EV, et al: Online peer support: views and experiences of people with young onset dementia (YOD). Aging Ment Health. 2023 Nov-Dec;27(12):2386-2394. doi: 10.1080/13607863.2023.2205833. Epub 2023 May 10. PMID: 37162440.
 - 27) Kohl G, et al: "It's just getting the word out there": Self-disclosure by people with young-onset dementia. PLoS One. 2024 Sep 30;19(9):e0310983. doi: 10.1371/journal.pone.0310983. PMID: 39348358; PMCID: PMC11441687.
 - 28) Roberts JR, et al: Knowledge Is Power: Utilizing Human-Centered Design Principles with People Living with Dementia to Co-Design a Resource and Share Knowledge with Peers. Int J Environ Res Public Health. 2023 Oct 18;20(20):6937. doi: 10.3390/ijerph20206937. PMID: 37887675; PMCID: PMC10606225.
 - 29) 栗田主一：【若年性認知症の疫学・臨床・社会支援】わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査.精神医学(0488-1281)62巻11号 Page1429-1444(2020.11).
 - 30) 栗田主一：【若年性認知症-臨床・基礎・社会的支援のstate of arts】若年性認知症の疫学と社会政策.医学のあゆみ(0039-2359)278巻12号 Page1016-1022(2021.09).
 - 31) 栗田主一：【認知症に対する全国規模のレジストリ研究・多施設共同研究・調査Up to Date】若年性認知症調査研究.老年精神医学雑誌(0915-6305)33巻2号 Page156-166(2022.02).
 - 32) 栗田主一：【認知症施策up to date】若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性.公衆衛生(0368-5187)86巻10号 Page852-859(2022.10).
 - 33) 畠山啓ほか：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援.老年精神医学雑誌(0915-6305)34巻5号 Page477-486(2023.05).
 - 34) 山下真理ほか：新時代の診断後支援を考える】若年性認知症の本人と家族のつどい.認知症ケア事例ジャーナル(1882-7993)16巻2号 Page104-109(2023.09).
 - 35) 岡田真理ほか：認知症フレンドリー社会の創成に向けた多様なイニシアチブの活動 精神科病院を背景にした認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援 診断直後から進行期まで継続する支援を目指して.Source：老年精神医学雑誌(0915-6305)34巻9号 Page898-902(2023.09).

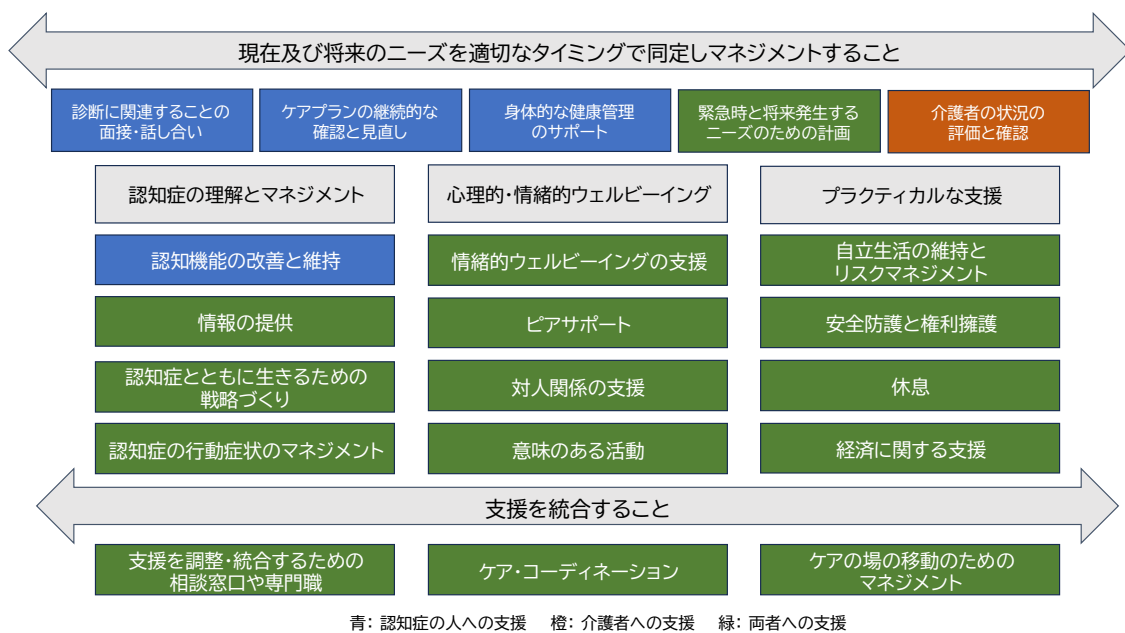


図 1. 認知症の診断後支援の構造

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診療に関する研究

研究分担者 武田章敬 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター病院

もの忘れセンター センター長

研究要旨

研究目的：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診療と抗アルツハイマー病薬による治療の現状を明らかにすることで、我が国における若年性認知症診療および支援の標準化と質の均てん化、より良い制度設計に資することを目的とした。**研究方法：**認知症疾患医療センターの医師、精神保健福祉士、研究者、行政職等とともに調査票案を作成し、一部地域の認知症疾患医療センターを対象として予備的な調査を行い、確定させた。（研究1）。この質問票を用いて全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った（研究2）。**結果：**レカネマブによる治療が初回投与から可能と回答した医療機関は33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関は25%であった。令和6年9月30日までにレカネマブによる治療を開始した患者数は0人が最も多く、次いで1-5人、6-10人の順であった。そのうち65歳未満の患者数も0人が最も多く、1-5人、6-10人と続いた。レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況については「レカネマブ治療可能な医療機関への紹介」が最も多く、「レカネマブ治療を行う他の医療機関と連携している」の回答が次に多かった。レカネマブ治療と経済支援制度の利用に関する方針としては「自立支援医療制度の利用を勧める」の回答が最多であり、「レカネマブ適応者は対象としていない」の回答が次に多かった。レカネマブ治療中の患者およびレカネマブの対象とならない患者への支援では、就労支援や福祉的就労、障害福祉サービスの利用に関する支援やリハビリテーションを行っているとは回答した医療機関が少なかった。**考察：**認知症疾患医療センターにおける検査・診療体制に関しては令和5年度とほぼ同様であった。令和6年度はレカネマブによる治療についても調査を行ったが、初回投与から可能と答えた医療機関が33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関が25%であった。診断後支援に関しては多くの認知症疾患医療センターで就労支援や障害福祉サービスに関する支援は少ないものの、多様な支援が行われていることが明らかとなった。**結論：**本調査研究によって、現在、認知症疾患医療センターで実施されている若年性認知症の診療および新たな抗アルツハイマー病薬による治療の現状が明らかになった。抗アルツハイマー病薬の使用が可能となってからまだ1年の経過のため、今後も調査を継続して行う必要があると思われる。

A. 研究目的

令和 5 年 12 月から新たな抗アルツハイマー病薬による治療が可能となった。その最適使用推進ガイドラインにおいて、投与施設の要件として認知症疾患医療センターまたは認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であることが求められている。本研究において認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診療と抗アルツハイマー病薬による治療の現状を明らかにすることとした。これにより我が国における若年性認知症診療および支援の標準化と質の均てん化、より良い制度設計に資することが期待できる。

B. 研究方法

研究 1: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アルツハイマー病薬による治療の実態調査票の作成

調査票を作成するにあたり、認知症疾患医療センターの医師、精神保健福祉士、研究者、行政職等と検討を行い、一部地域の認知症疾患医療センターを対象として予備的な調査を行い、確定させた。

研究 2: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アルツハイマー病薬による治療の実態調査

研究 1 で作成した調査票を用いて、令和 6 年 10 月現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の 506 施設（悉皆）を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は令和 6 年 11 月 22 日～12 月 12 日である。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては社会福祉法

人仁至会認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の承認（0503-2）を得た。

C. 研究結果

研究 1: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アルツハイマー病薬による治療の実態調査票の作成

調査票では以下の項目に関して質問項目を設定した。

① 基本情報

設置されている都道府県・指定都市、認知症疾患医療センターの類型、医療機関の種別、所有する病床

② 検査・診療体制

頭部 CT、頭部 MRI、脳血流シンチグラフィ、脳波、アミロイド PET、脳脊髄液中のアミロイド β 、脳脊髄液中のリン酸化タウ、家族性アルツハイマー病の遺伝子検査、アポリポ蛋白 E の遺伝子型または蛋白表現型、遺伝カウンセリング、臨床試験の実施、レカネマブによる治療

③ 令和 5 年度に認知症を疑い鑑別診断を目的として受診した患者の人数およびそのうち 65 歳未満の患者の人数

④ 令和 6 年 9 月 30 日までにレカネマブによる治療を開始した患者の人数およびそのうち 65 歳未満の患者の人数、レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況、CDR(Clinical Dementia Rating)を実施困難な場合の方針、レカネマブ治療実施時のアポリポ蛋白 E の遺伝子型または蛋白表現型の解析の方針、レカネマブによる副作用（ARIA 等）が疑われた場合の

救急対応、レカネマブ治療と経済支援制度の利用に関する方針

- ⑤ レカネマブによる治療を行っている患者に対する診断後支援や非薬物療法の実施、レカネマブ治療の対象に該当しないと判断した場合の対応
- ⑥ 自由記述
若年性認知症診療や抗アルツハイマー病薬への関わり、取り組みや課題等

研究 2；認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アルツハイマー病薬による治療の実態調査

253 施設（回答率 50.0%）より回答を得た。253 施設の認知症疾患医療センターの類型別および医療機関種別の内訳を表 1 に示す。

表1. 認知症疾患医療センターの類型別・医療機関種別内訳			
		施設数	割合（%）
認知症疾患医療センター類型			
	基幹型Ⅰ	13	5.1
	基幹型Ⅱ	3	1.2
	地域型	192	75.9
	連携型	43	17.0
	不明	2	0.8
計		253	100.0
医療機関種別			
	大学病院	28	11.1
	一般病院	77	30.4
	精神科病院	126	49.8
	診療所	18	7.1
	その他	3	1.2
	不明	1	0.4
計		253	100.0

検査体制等に関する質問に対して、頭部 CT 検査、頭部 MRI 検査、脳血流シンチグラフィ検査、脳波検査が自施設で実施可能であると回答した医療機関は、それぞれ 93%、52%、28%、80%であり、他の施設と連携して可能と回答した医療機関も含めると、いずれも 90%を超えていた。アミロイド PET、脳脊髄液中のアミ

ロイド β 測定、脳脊髄液中のリン酸化タウ測定が自施設で可能な医療機関は、それぞれ 16%、31%、31%であったが、他施設と連携して可能な医療機関を含めると半数以上で可能であった。一方で家族性アルツハイマー病の遺伝子検査、アポリポ蛋白 E の遺伝子型または蛋白表現型の解析、遺伝カウンセリングが自施設または他施設と連携して可能な医療機関は 1/4 程度にとどまった。

レカネマブによる治療が初回投与から可能と回答した医療機関は 33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関は 25%であった。

令和 5 年度の認知症の鑑別診断目的での受診者数は 101～200 人が最も多く、そのうち 65 歳未満の受診者数は 1～10 人が最も多かった。

令和 6 年 9 月 30 日までにレカネマブによる治療を開始した患者数は 0 人が最も多く、次いで 1-5 人、6-10 人の順であった。そのうち 65 歳未満の患者数も 0 人が最も多く、1-5 人、6-10 人と続いた。

レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況については「レカネマブ治療可能な医療機関への紹介」が最も多く、「レカネマブ治療を行う他の医療機関と連携している」の回答が次に多かった。CDR 実施困難時の対応としては「本人を知る人からの情報を得る」の回答が最多であり、「レカネマブによる治療を勧めない」「本人の話や振る舞い等から類推」が続いた。アポリポ蛋白 E 遺伝子型または蛋白表現型の解析については「検査を行わない」が最も多かった。レカネマブによる副作用が疑われた場合の救急

対応については「自施設のみで対応」「他施設と連携して対応」「初回投与施設に依頼」の順に回答が多かった。レカネマブ治療と経済支援制度の利用に関する方針としては「自立支援医療制度の利用を勧める」の回答が最多であり、「レカネマブ適応者は対象としていない」の回答が次に多かった。自由記述として「申請しても行政判断で対象外となることが多く、申請を勧めていない」「障害者手帳取得は趣旨と合致しないと考えるが、自立支援医療は本人・家族の希望に応じて申請を考慮する」「本人の負担を考えると制度利用を勧めたいが、国の社会保障費（医療費）の観点からは安易に答えられない」等がみられた。

レカネマブ治療中の患者およびレカネマブの対象とならない患者への支援では、就労支援や福祉的就労、障害福祉サービスの利用に関する支援やリハビリテーションを行っているとは回答した医療機関が少なかった。

自由記述として「当センターではレカネマブに関する相談は少なく若年性認知症やMCIの患者への情報提供が中心です。治療や紹介は本人の同意よりも家族の希望に基づいて行われることが多いです。本人の自己決定を支援することが課題となっています」「他機関で不適応とされた方に対し、情動的支援、生活指導、他社会資源、介護保険サービス利用を勧奨している」等の回答がみられた。

D. 考察

認知症疾患医療センターにおける検査・診療体制に関しては令和5年度とほ

ぼ同様であった。令和6年度はレカネマブによる治療についても調査を行ったが、初回投与から可能と答えた医療機関が33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関が25%であった。レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況に関して「治療の対象となる患者を治療可能な医療機関へ紹介している」と回答した医療機関が150ヶ所あった。また、65歳未満の対象者へのレカネマブ使用に関しては191ヶ所の医療機関は実施経験がないとの回答であった。一方で、1年間で65歳未満の若年者の鑑別診断が0件であった医療機関は23ヶ所と少なかった。

レカネマブ治療の経済支援制度に関しては自治体間の対応の差が大きいことが示唆される結果となり、医療機関の間でも方針は大きく分かれた。

診断後支援に関しては多くの認知症疾患医療センターで就労支援や障害福祉サービスに関する支援は少ないものの、多様な支援が行われていることが明らかとなった。

E. 結論と今後の課題

本調査研究によって、現在、認知症疾患医療センターで実施されている若年性認知症の診療および新たな抗アルツハイマー病薬による治療の現状が明らかになった。抗アルツハイマー病薬の使用が可能となつてからまだ1年の経過のため、今後も調査を継続して行う必要があると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 武田章敬. 抗 A β 抗体薬レカネマブの使用経験；診療現場の実際と課題
もの忘れ外来診療における抗アミロイド β 抗体療法. 老年精神医学雑誌
36 (2) : 156-160, 2025.

2. 学会発表

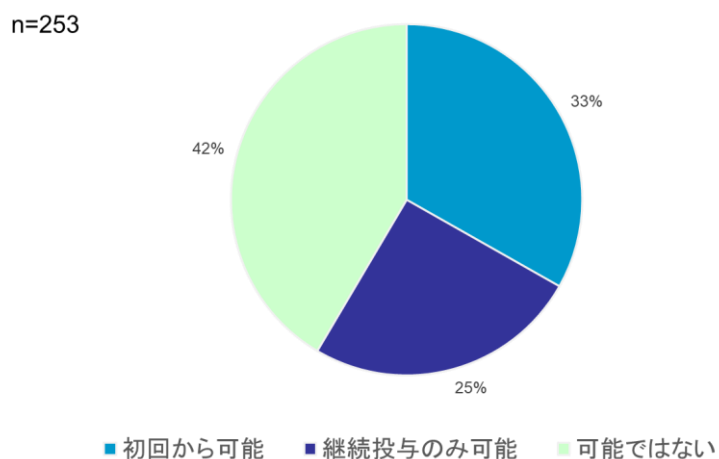
- 1) 武田章敬. 認知症の包括的診療-認知障害・BPSD・本人及び家族支援-. 第65回日本神経学会, ランチョンセミナー, 2024年5月30日, 東京.
- 2) 武田章敬. 新薬の登場で何が変わり、何が変わらないか. 第66回日本老年医学会学術集会, シンポジウム12 疾患修飾薬の登場による包括的認知症診療の新潮流, 2024年6月14日, 名古屋市.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

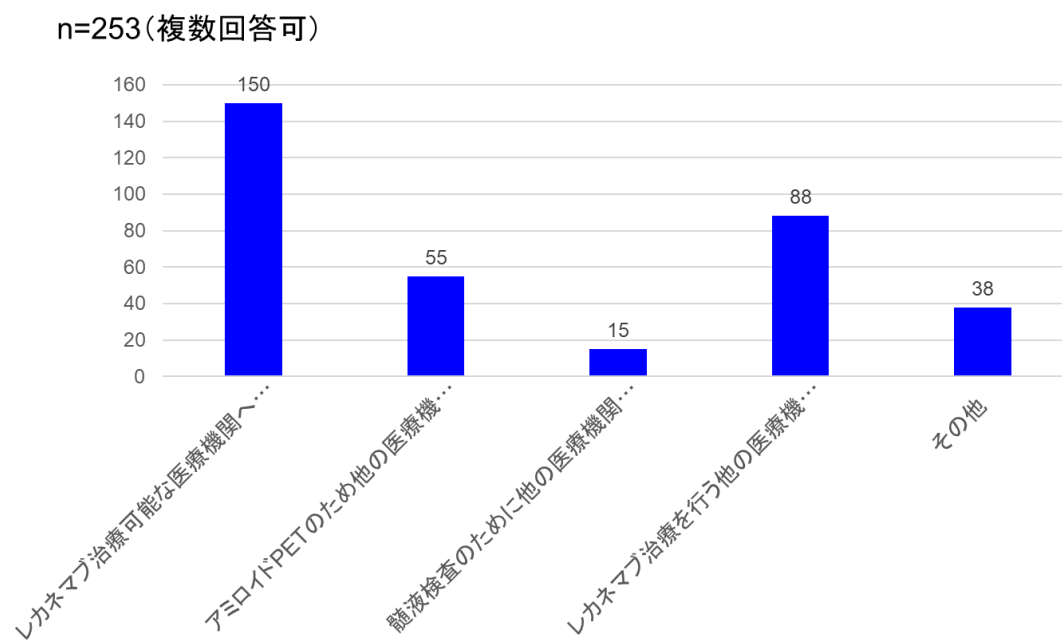
1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

別添資料：抗アミロイドβ抗体療法への対応の現状

貴センターではレカネマブ（レケンビ®）による治療が可能ですか。

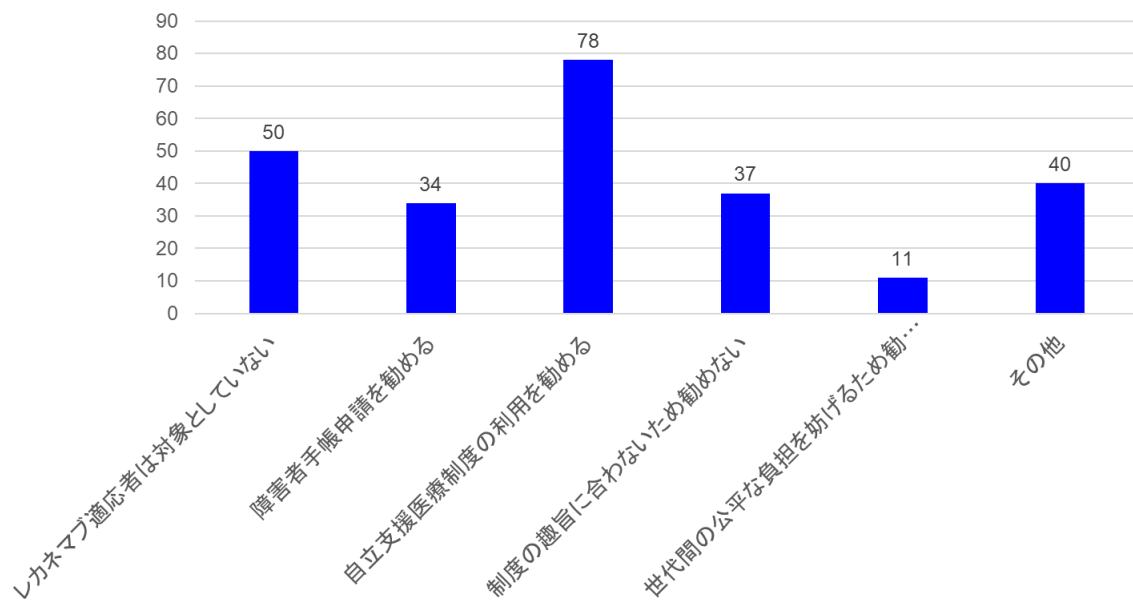


レカネマブ治療に関わる他の医療機関との連携状況についてあてはまるもの全てに○を付けてください。



レカネマブ治療と経済支援制度の利用につき貴センターの方針にあてはまるもの全てに○を付けてください

n=253(複数回答可)



若年性認知症の人のニーズに合わせたサービスの調査と検討

研究分担者 齊藤千晶 認知症介護研究・研修大府センター 主任研究主幹

研究要旨

研究目的：本研究では若年性認知症（YOD）の人のニーズに合わせた必要なサービスを明らかにするとともに、若年性認知症支援コーディネーター（支援 Co）を含む既存サービスの有効な調整方法を提示することを目的とする。今回は全国の就労継続支援事業所（事業所）、認知症地域支援推進員（推進員）、支援 Co を対象にアンケート調査を実施した。**研究方法：**各調査の分析対象は【調査 1】事業所 21,932 か所から 1 次調査 3,100 名（有効回収率 14.5%）および 2 次調査 272 名（有効回収率 63.6%）、【調査 2】推進員 1,905 名（石川県の 6 か所、推進員の配置のない 19 市を除く）から、718 名（有効回収率 37.7%）、【調査 3】支援 Co 159 名から 82 名（有効回収率 51.6%）とした。**結果：**【調査 1】B 型事業所での受け入れが多かったが、実際には YOD の人の利用申し出自体が少なかった。また、支援 Co の認知度は低い、連携している場合、本人や家族等へ具体的な成果があった。介護保険サービスとの併用利用では基本的 ADL 低下が主要因であった。【調査 2】支援 Co の認知度は高いが、個別ケース以外での連携は少なく物理的距離が連携の障壁であった。個別支援では連携により本人や家族等へ具体的な成果があった。【調査 3】個別相談や周知・啓発などの多岐に渡る業務を担う一方で、産業医や企業への周知の難しさや、地域住民・関係機関への認知度の低さなどの課題があった。支援 Co も併用利用に関与し、その理由は事業所と同様であった。調整先の専門職の YOD の理解や対応が十分でない場合、支援の継続が求められた。**考察：**結果を踏まえ、今後必要なことを整理すると【調査 1】①若年性認知症に関する正確な情報の周知および相談機関の認知度の向上、②支援コーディネーターの役割・配置先・連携方法の理解促進、③研修機会の提供を通じた職員の対応力強化、④障害福祉と介護保険制度の円滑な連携体制の構築があり、YOD の人が安心して就労継続支援事業所を利用できるよう、情報提供、支援体制の整備、制度間の連携強化が求められた。【調査 2】①地理的要因による連携の困難さへの対応として、支援 Co の配置や連携方法の検討、②医療・介護に限らず、労働・障害などの他分野を含めた包括的な連携体制の整備、③早期からの制度・サービスの活用促進できるよう、都道府県・指定都市の後方支援のあり方も検討【調査 3】①関係機関との連携強化、②地域社会への啓発活動の推進、③業務負担の軽減と支援体制の整備。**結論：**YOD の人が自分らしく地域で生活し続けるためには、社会全体での YOD の認知度向上とともに、ワンストップとした相談窓口（＝支援 Co）を明確にし、支援 Co と医療・福祉・労働など多職種による連携体制の強化と、支援の継続性・専門性の確保が求められる。

A. 研究目的

本研究では若年性認知症の人のステージに応じた切れ目のない支援体制の構築のため、実態調査から若年性認知症の人のニーズに合わせた必要なサービスを明らかにするとともに、若年性認知症支援コーディネーター（以下、支援コーディネーター）を含む既存サービスの有効な調整方法を提示することを目的とする。そこで、令和6年度は全国の就労継続支援事業所（A・B型、移行）、認知症地域支援推進員（以下、推進員）、支援コーディネーターを対象に調査を実施した。

B. 研究方法

調査1：就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

全国の就労継続支援事業所（以下、事業所）21,932か所を対象とし、1次調査および2次調査を実施した。

1次調査は若年性認知症の人の受け入れ状況や若年性認知症に係る相談機関等の周知状況についてアンケート調査票を作成した。それを対象事業所に圧着ハガキで郵送し、回答はwebまたはFAXとした。なお、発送日は令和6年9月5日、締切日は令和6年9月27日とした。488か所から宛名不明で返送され、3,143名から回答を得たが、重複18名と同意欄が未記入等25名を除き、3,100名（有効回収率14.5%）を分析対象とした。また、若年性認知症の利用者が「現在いる」「過去にいた」「利用検討中」と回答した428名を2次調査の対象とした。

2次調査は基本属性、障害福祉サービス

と介護保険サービスの併用利用時の支援体制や課題、支援コーディネーターとの連携状況等について無記名直筆のアンケート調査票を作成し、対象事業所に郵送した。なお、発送日は令和6年10月11日、締切日は令和6年10月31日とした。273名から回答を得たが、同意欄が未記入の1名を除いた272名（有効回収率63.6%）を分析対象とした。

調査2：認知症地域支援推進員における若年性認知症の人への支援と支援コーディネーターとの連携に係る実態調査

全市区町村の認知症地域支援推進員1,905名（石川県の6か所、推進員の配置のない19市を除く）を対象とした。若年性認知症の人への支援と支援コーディネーターとの連携に係る無記名直筆のアンケート調査票を作成した。それを市区町村の認知症行政担当者宛てに郵送し、各自治体の中で回答者となる推進員の選出と調査票の配付を依頼した。なお、発送日は令和6年10月3日、締切日は令和6年10月31日とした。また、葉書による再依頼を1回行った。726名から回答を得たが、同意欄にチェックがない8名の回答を除いた718名（有効回収率37.7%）を分析対象とした。

調査3：若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

全国の支援コーディネーターのうち、令和6年11月1日時点で、研究同意が得られている159名を対象とした。支援コーディネーターの活動に係る無記名直筆の

アンケート調査票を作成し、郵送した。なお、発送日は令和 6 年 12 月 10 日、締切日は令和 6 年 12 月 25 日とした。また、葉書による再依頼を 1 回行った。82 名（有効回収率 51.6%）からの回答を分析対象とした。

C. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て、依頼文と個人情報保護、結果の取扱等が記述された説明書を同封し、同意を書面にて得た上で実施した（承認番号 0503-3）。

D. 研究結果

1. 調査 1：就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

1.1 【1 次調査】回答者の属性と若年性認知症の人の受け入れ状況、若年性認知症に係る相談機関等の周知状況

今回、回答した 3,100 名の事業所が実施している事業の内訳は、B 型事業所が 79.4%で最も多かった（表 1）。

表 1 実施している事業（n=3100）

区分	実数	%
A 型事業所	573	18.5
B 型事業所	2460	79.4
就労移行	400	12.9
生活介護	431	13.9
他の事業	385	12.4
休止中・閉鎖中	9	0.3

※複数の事を行う事業所は、それぞれの

事業で計上

若年性認知症の人の受け入れ状況では、「今までに利用の申し出はない」が 84.2%で最も多かった（表 2）。2 次調査の対象である「現在受け入れている」・「以前に受け入れたことがある」・「現在、利用の申し出があり検討中である」との回答者は重複回答を除くと、428 名であった。また、「以前に利用の申し出があったが、受け入れなかった」や「今までに利用の申し出はない」と回答した理由の 94.1%が、「申し出や利用申請がない」であった。

若年性認知症に係る相談機関等の周知状況は、「地域包括支援センター」が 57.2%、「市区町村の相談窓口」が 53.5%で多く、「若年性認知症支援コーディネーター」は 10.0%であった。また、「知っているものはない」との回答は 20.7%であった。

表 2 若年性認知症の人の受け入れ状況（n=3100）

区分	実数	%
現在受け入れている	207	6.7
以前に受け入れたことがある	217	7.0
現在、利用の申し出があり検討中である	24	0.8
以前に利用の申し出があったが、受け入れなかった	49	1.6
今までに利用の申し出はない	2610	84.2

1.2 【2 次調査】若年性認知症相談窓口（若年性認知症支援センター等）の設置状況

1) 基本属性

回答した 272 名の事業所の運営主体は「株式会社（合同・有限会社を含む）」が

40.1%であり、実施事業は「B 型事業所」が 90.8%で最も多く、利用者の送迎は 80.5%が「ある」と回答した。利用者は知的障害者が 85.3%、精神障害者 84.2%、身体障害者が 67.3%であった。

2) 若年性認知症支援コーディネーターの周知状況

支援コーディネーターという言葉が 61.8%が「聞いたことがある」と回答し、配置先は 27.9%、役割および支援内容については 30.5%が「知っている」と回答し、「知らない」方が多かった。また、支援コーディネーターに関する情報は、23.9%が「個別支援」から得ていた(表 3)。

表 3 若年性認知症支援コーディネーターの情報を得た経路 (n=272)

区分	実数	%
ホームページ	32	11.8
チラシ等の配布物	40	14.7
講演会や研修会	48	17.6
個別支援	65	23.9
その他	13	4.8
得ていない	97	35.7
無回答	15	5.5

個別ケースの支援で支援コーディネーターとの連携状況では、「連携していない」で 78.3%が回答した。連携経験がある場合は、支援コーディネーターから直接連絡があり、連携した回答者が 62.7%で最も多かった。

支援コーディネーターと連携することでできたことでは、「本人」に対して、「福祉的就労ができた」が 61.0%、次いで、「本人の悩みや困り事を整理できた」が 42.4%、「心理的な安定が図れた」が 40.7%

であった(表 4)。

表 4 支援コーディネーターとの連携による本人への成果 (n=59)

区分	実数	%
本人の悩みや困り事の整理	25	42.4
心理的な安定	24	40.7
専門医療へ受診	4	6.8
制度・サービスの手続き	19	32.2
フォーマルサービスの利用	17	28.8
インフォーマルサービスの利用	13	22.0
一般就労	2	3.4
福祉的就労	36	61.0
上記以外の社会参加活動	5	8.5
家庭生活の役割維持や継続	20	33.9
その他	4	6.8
特になし	4	6.8
無回答	1	1.7

「家族介護者」に対して、「家族の悩みや困り事を整理できた」が 54.2%、「心理的な安定が図れた」が 44.1%であった。

「特になし」は本人と家族ともに 1 割未満であった(それぞれ 6.8%、8.5%)(表 4、5)。

表 5 支援コーディネーターとの連携による介護家族への成果 (n=59)

区分	実数	%
家族の悩みや困り事の整理	32	54.2
心理的な安定	26	44.1
本人の認知症症状への理解	18	30.5
制度・サービスの理解	15	25.4
フォーマルサービスの利用	13	22.0
インフォーマルサービスの利用	9	15.3
自由時間の増加	16	27.1

介護負担（感）の軽減	24	40.7
家庭生活の役割維持や継続	11	18.6
社会生活の役割維持や継続	17	28.8
その他	2	3.4
特になし	5	8.5
無回答	1	1.7

「地域」に対しては、「支援できるフォーマルな場ができた」が 55.9%で最も多く、次いで、「特になし」が 27.1%で続いた（表 6）。

表 6 支援コーディネーターとの連携による地域への成果（n=202）

区分	実数	%
若年性認知症の人を支援可能なフォーマルな場	33	55.9
若年性認知症の人を支援可能なインフォーマルな場	10	16.9
自治体内の課題が顕在化	9	15.3
近隣自治体間でサービスの利用	4	6.8
その他	3	5.1
特になし	16	27.1
無回答	1	1.7

また、支援コーディネーターと連携しなかった理由では、52.6%が「支援コーディネーター自体を知らなかった」と回答した。

3) 若年性認知症に関する取組や支援状況

若年性認知症の人の受け入れ状況では、「現在受け入れている」が 46.3%、「以前に受け入れたことがある」が 51.1%、「現在、利用の申し出があり検討中である」が 4.8%であった（表 7）。紹介元は障害者相談支援センター（基幹も含）が 36.5%、次いで、支援コーディネーターと介護家族や親族が 12.7%と続いた。

表 7 若年性認知症の人の受け入れ状況（n=272）

区分	実数	%
現在受け入れている	126	46.3
以前に受け入れたことがある	139	51.1
現在、利用の申し出があり検討中である	13	4.8

受け入れた若年性認知症の人に対する支援について、「他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援をしながら、常時、職員の目の届くところでサービスを提供している」が 63.5%で最も多く、「認知症の症状の進行に合わせて工夫した支援をしている」は 27.0%であった（表 8）。

表 8 受け入れた若年性認知症の人に対する支援（n=244）

区分	実数	%
他の利用者とはほぼ同じプログラムで支援	75	30.7
ほぼ同じプログラム、目の届くところで支援	155	63.5
進行に合わせて工夫した支援	66	27.0
その他	3	1.2
無回答	8	3.3

また、受け入れ経験がある回答者のうち、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用利用された若年性認知症の利用者が「いる」と 38.1%が回答した。その併用利用の主な理由として、「認知症の症状進行によるもの」で 55.9%が回答した。特に、食事や排せつ等を含む「ADL 低下」が 61.5%で最も多く、「指示理解の低下」が 48.1%で続いた（表 9）。

表 9 併用利用した内容 (n=93)

区分	実数	%
認知症の症状進行	52	55.9
(食事に介助)	3	5.8
(排せつに介助)	8	15.4
(上記以外の ADL 低下)	21	40.4
(公共交通機関 利用困難)	15	28.8
(上記以外の IADL 低下)	16	30.8
(作業遂行が低下)	19	36.5
(指示理解の低下)	25	48.1
(就労や作業の意欲低下)	16	30.8
(作業への集中力低下)	19	36.5
(その他)	5	9.6
(無回答)	1	1.9
BPSD で対応困難	1	1.1
家族の支援の確保困難	2	2.2
家族のレスパイト	9	9.7
経済的負担の軽減	-	-
その他	10	10.8
無回答	19	20.4

併用利用の調整者は「障害者相談支援センターの相談員」が 24.7%、利用した障害福祉サービスは「B 型事業所」が 83.9%、介護保険サービスは「デイサービス」が 55.9%であった。併用利用時の課題は表 10 のとおりである。特に課題はなかったという意見も少なからずあった。

表 10 併用利用時の課題 (抜粋)

・ 職員や施設内の配置などの違いで混乱があった ・ 本人から正確な情報を得るのが難しかったため、介護支援専門員に確認する必要がある ・ 本人の納得によるサービス利用の受入ができるか ・ 介護支援専門員が障害福祉サービス
--

への知識のなさによる、調整の不具合が生じた

- ・ 障害福祉サービスから介護サービスのみの利用にシフトするための見極め。本人の希望、状態の確認が難しい時がある
- ・ 急な介護保険サービス利用が決まり、施設間の連絡調整がうまくいかなかった
- ・ 介護支援専門員からの情報共有が少ない
- ・ ショートステイ利用後に認知機能と ADL の低下が見られた。認知症が進んだ
- ・ 作業に対する意欲低下が見られた際、(うつ病の疾病も有る方) デイサービスの過ごし方と就 B (就労支援事業所) とは差がある。工賃が発生するため、周囲の状況、他の利用者への影響も考えると過ごし方は何らかの作業に携るため毎回工賃の発生する作業の用意、本人の出来ることの中でやりたい意欲の向く作業の提供を用意していく必要がある。他者(利用者)の理解においては難しい場面があると滞ってしまう
- ・ 多職種連携でのお互いの理解が難しい
- ・ 続けて利用出来るよう、1 人の時間をなるべく作らないようにする。
- ・ 障害福祉サービスと介護サービスのリスクマネジメントの価値観の違い(例転倒した時の対応など)
- ・ 行政(障害福祉サービスの支給決定)が併用に対して協力的でない、ときに併用利用不可なことがある
- ・ 費用(自己負担額)が異なることに利用者家族の不満がある(就 B とデイサービスなど)
- ・ 家族の中の抵抗がある程度取り除くことができないと、介護サービスの利用が難しい
- ・ 移行要件を最初に明確にしておく必要がある。当初は本人の年齢から介護施設は難色を示されるが、認知症の進行により、その状態に適切なサービスを提供すべき。介護側のアセスメントと適切なサービス提案が適切なタイミングで行われて欲しい
- ・ 市役所に問い合わせた時、福祉サービスと介護保険サービスと連携ができておらず、手続きが大変だった。本人が制度の理解が困難だったため、どのサービスを受けられるか等説明

が難しかった。市役所の職員の異動で、制度の捉え方が違う ・ 担当者会議や本人の情報共有する場があまりなく、それぞれの事業所での対応のみ。本人の残されている強みや得意なことを活かせる（障害福祉）場だったと思うが、介護保険のグループホームに入居になり、終了になったこと、併用ができないこと ・ 制度の違いがあり、家族に対し十分な理解が得る事が難しいと感じた。家族が混乱してしまった ・ 今日どちらに通うのかがわからなくなるため、送迎時間をほぼ同じにした

併用利用した利用者がいない理由では、「併用利用の検討前に、利用者の状態が変わり退所」が 29.2%で多かった。また、「併用利用できることを知らなかった」と 15.3%が回答した。

若年性認知症の人の受け入れにあたっての課題では、「職員が若年性認知症に関する知識や対応の技術などのノウハウがない」と 60.3%が回答し、最も多かった（表 11）。

表 11 若年性認知症の人の受け入れにあたっての課題（n=272）

区分	実数	%
職員が若年性認知症の知識や対応の技術などのノウハウがない	164	60.3
医療機関との連携が取れていない	63	23.2
医療機関以外の支援機関と連携ない	38	14.0
支援の相談できる外部機関がない	39	14.3
進行すると受入できない可能性ある	108	39.7
他の利用者との関係うまく保てない	86	31.6
通所が困難であり個別の送迎が必要	51	18.8
他利用者に比べ作業をこなすの困難	96	35.3
家族に対する支援のノウハウがない	30	11.0

その他	15	5.5
無回答	9	3.3

さらに、利用される若年性認知症の人の退所を検討する場合に、最も判断に影響することは、「基本的な日常生活動作（食事や排せつ等）が困難」で 37.5%が回答し、最も多かった。

若年性認知症の人の支援事例は 244 名（男性 161 名、女性 70 名、無回答 13 名）を把握した。診断名ではアルツハイマー型認知症が 55.7%、支援開始時の年齢は、50 歳代が 37.7%で最も多く、送迎は 68.9%が必要であった。活動内容は軽作業のうち、タオルたたみや部品の組み立て、包装関連が多かった（それぞれ、28.7%、23.0%、21.3%）。

支援開始時において、「認知症の症状に関して外部の支援者の利用」は 34.0%が「ある」と回答した。その支援者として「相談支援事業所」が 61.4%で最も多く、支援コーディネーターが 31.3%と続いた。

支援開始時の制度・サービスの利用状況は、介護保険は 79.6%、医療保険でのサービスは 13.5%、社会保障制度（自立支援医療や傷病手当金、障害年金等）は「利用あり」が 42.6%であった。さらに、インフォーマルなサービスにおいては、「利用なし」が 41.0%で最も多かった。また、事例の支援にあたり、支援コーディネーターと 15.6%が連携し、55.6%は連携していなかった。連携内容では、「支援に関する相談や助言」が 76.3%、「関係機関や専門職等とのカンファレンス等の連携に関する調整」が 39.5%で多かった。

支援終了時の退所理由では、「基本的な日常生活動作が困難」が 26.7%で最も多

かった。

支援終了時の制度・サービスの利用状況は、介護保険は 80.2%、医療保険でのサービスは 11.5%、社会保障制度は 36.9%が「利用あり」であった。さらに、インフォーマルなサービスにおいては、「不明」が 33.6%、「利用なし」が 30.7%であった。

2 調査 2: 認知症地域支援推進員における若年性認知症の人への支援と支援コーディネーターとの連携に係る実態調査

1) 基本属性

回答した推進員の配置先は「市区町村の直営の地域包括支援センター」が 41.6%、勤務形態は「兼務」が 62.8%、推進員としての通算経験年数は「5 年以上 10 年未満」が 28.8%で最も多かった。

推進員として関与業務(若年性認知症は問わず)は、「認知症総合支援事業」が 96.9%、「任意事業」が 92.2%であった。その中で「認知症サポーター養成講座」が 95.3%、「認知症ケアパスの作成・普及」が 82.6%、「認知症カフェの開催や運営支援」が 81.3%、「認知症初期集中支援推進事業」が 78.3%で多く関与していた。

他の関係機関や専門職との現在の連携状況では、「地域包括支援センター」が 88.9%、「行政機関(高齢、福祉分野)」が 87.7%、「介護支援専門員」が 87.0%、「介護保険サービス事業所」が 84.7%、「認知症初期集中支援チーム」が 81.9%、「社会福祉協議会」が 80.8%で多く連携していた。一方で、「年金事務所」が 1.5%、「社会労務士」が 1.8%「地域障害者職業セン

ター」が 1.9%、「ハローワーク」が 2.2%、「障害者就業・生活支援センター」が 7.5%でほぼ連携していなかった。

2) 若年性認知症支援コーディネーターの周知状況

支援コーディネーターという言葉を知っている人が 96.0%が「聞いたことがある」と回答し、配置先は 83.8%、役割および支援内容は 81.2%が「知っている」と回答した。また、支援コーディネーターに関する情報は、67.5%が「講演会や研修会」から得ていた(表 12)。

表 12 若年性認知症支援コーディネーターの情報を得た経路 (n=718)

区分	実数	%
ホームページ	212	29.5
チラシ等の配布物	324	45.1
講演会や研修会	485	67.5
個別支援	167	23.3
その他	79	11.0
得ていない	25	3.5
無回答	5	0.7

令和 6 年度の認知症総合支援事業において、推進員が支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の人の対応を行った場合に、その事務に要する経費の補助に関しては、82.6%が「知らない」と回答した。

個別ケースの支援以外で支援コーディネーターに参加や協力依頼が「ある」又は「予定している」回答者は 24.0%で、75.9%は「ない」と回答した。「ある」又は「予定している」事業では「認知症総合支援事業」が 69.2%で最も多かった。支援コーディネーターと事業にて連携することで、「支援できるインフォーマルな場が

できた」が 36.3%、「自治体内の課題が顕在化できた」が 32.2%で成果として多く挙げた。また、「ない」理由では、「本人や家族から相談がない」が 58.9%、「事業や企画を実施していない」が 47.9%で多かった。

3) 若年性認知症に関する取組や支援状況

推進員として若年性認知症（MCI や疑いも含む）の個別ケースへの支援経験は、「現在、行っている」と「現在はいないが、過去に行った」を合わせると 48.1%、「行ったことはない」は 51.7%であった。個別ケースの紹介や紹介先として、「介護家族や親族」が 52.8%、次いで「若年性認知症支援コーディネーター」が 22.6%と続いた。推進員として実施した支援内容では、「認知症の人とその家族を支援する相談支援」が 87.5%、「必要なサービス提供されるため調整」が 68.7%、「支援する関係者の連携体制の構築」が 60.3%で多かった（表 13）。

表 13 推進員として実施した支援内容 (n=345)

区分	実数	%
関係者の連携体制の構築	208	60.3
認知症の人とその家族を支援する相談支援	302	87.5
必要なサービスの調整	237	68.7
認知症カフェや介護教室等の開設や開催	102	29.6
多職種協働のための研修	37	10.7
社会参加活動のための体制整備	69	20.0
認知症の人と家族への一体的支援	81	23.5
その他	18	5.2

無回答	5	1.4
-----	---	-----

個別ケースの支援にあたり、支援コーディネーターと 58.6%が連携していた。支援コーディネーターと連携することでできたことでは、「本人」に対して、「フォーマルサービスの利用ができた」が 49.0%、「制度・サービスの手続きができた」が 44.1%、「本人の悩みや困り事を整理できた」が 43.1%で多かった（表 14）。

表 14 支援コーディネーターとの連携による本人への成果 (n=202)

区分	実数	%
本人の悩みや困り事を整理	87	43.1
心理的な安定	70	34.7
専門医療へ受診	42	20.8
制度・サービスの手続き	89	44.1
フォーマルサービスの利用	99	49.0
インフォーマルサービスの利用	55	27.2
一般就労	6	3.0
福祉的就労	21	10.4
上記以外の社会参加活動	34	16.8
家庭生活の役割維持や継続	37	18.3
その他	17	8.4
特になし	11	5.4
無回答	7	3.5

「家族介護者」に対して、「家族の悩みや困り事を整理できた」が 63.9%、「心理的な安定が図れた」が 48.0%、「フォーマルサービスの利用が進んだ」が 45.0%で多かった。「特になし」は本人と家族ともに 1 割以下であった（表 14、15）。

表 15 支援コーディネーターとの連携による介護家族への成果 (n=202)

区分	実数	%
家族の悩みや困り事を整理	129	63.9
心理的な安定	97	48.0
本人の認知症症状への理解	69	34.2
制度・サービスの理解	81	40.1
フォーマルサービスの利用	91	45.0
インフォーマルサービスの利用	56	27.7
自由時間の増加	15	7.4
介護負担（感）の軽減	64	31.7
家庭生活の役割維持や継続	28	13.9
社会生活の役割維持や継続	30	14.9
その他	1	0.5
特になし	16	7.9
無回答	8	4.0

「地域」に対しては、「特になし」が 32.3%で最も多く、次いで、「自治体内の課題が顕在化」が 31.2%で多かった（表 16）。

表 16 支援コーディネーターとの連携による地域への成果 (n=202)

区分	実数	%
若年性認知症の人を支援可能なフォーマルな場	26	12.9
若年性認知症の人を支援可能なインフォーマルな場	54	26.7
自治体内の課題が顕在化	63	31.2
近隣自治体間でサービスの利用	9	4.5
その他	11	5.4
特になし	65	32.2
無回答	13	6.4

支援コーディネーターと連携しなかった理由では、「支援コーディネーターが遠方に配置されている等、物理的に連携がと

りにくかった」が 44.3%で最も多かった。

推進員として若年性認知症の本人、家族や親族の支援をする（または支援を想定した）際、課題や困難と考えることでは、「特に課題や困難と考えることはない」は 2.6%に留まり、把握する仕組みが十分でない」が 75.5%、次いで、「支援に関わる各関係機関等（労働や障害分野）との連携体制が十分でない」が 60.7%で多かった（表 17）。

表 17 若年性認知症の本人、家族や親族の支援をする（または支援を想定した）際、課題や困難と考えること (n=718)

区分	実数	%
病気の特性が分からない	31	4.3
本人の支援方法が分からない	138	19.2
家族等への支援方法が分からない	145	20.2
把握の仕組みが十分でない	542	75.5
活用できる社会制度やサービスが分からない	308	42.9
医療や介護分野との連携体制が十分でない	281	39.1
労働や障害分野との連携体制が十分でない	436	60.7
企業関係者との連携体制の構築方法が分からない	341	47.5
その他	62	8.6
特に課題や困難と考えることはない	19	2.6
無回答	5	0.7

若年性認知症の人の支援事例は 345 名（男性 180 名、女性 149 名、無回答 16 名）を把握した。診断名ではアルツハイマー型認知症が 64.6%、支援開始時の年齢は 50 歳代が 40.6%、本人の受診状況では診断後が 51.9%（その内、診断後 1 から 2 年未満が 26.8%）で最も多かった。本人の状況では、「無職」が 27.0%、「一般就労退職」が 24.1%と続いた。

支援開始時の制度・サービスの利用状況は、障害者手帳は「取得なし」が 55.4%、介護保険および障害福祉サービス、医療保険でのサービス（精神科デイ等）の「利用なし」はそれぞれ 60.6%、78.0%、77.4%であった。また、社会保障制度（自立支援医療や傷病手当金、障害年金等）、インフォーマルなサービスにおいても「利用なし」がそれぞれ 45.8%、58.8%で最も多かった。

事例の支援にあたり、支援コーディネーターと 47.5%が連携し、44.3%は連携していなかった。連携内容では、「支援に関する相談や助言」が 93.9%、「関係機関や専門職等とのカンファレンス等の連携に関する調整」が 23.8%で多かった。

支援終了時の制度・サービスの利用状況は、障害者手帳は「取得あり」が 38.6%、「取得なし」が 34.8%、介護保険は「利用あり」が 78.2%であった。障害福祉サービスと医療保険でのサービスは「利用なし」がそれぞれ 65.5%、67.0%で多かった。また、社会保障制度、インフォーマルなサービスにおいても「利用なし」がそれぞれ 25.5%、42.0%であり、支援開始時と比較して、制度・サービスの利用が増加していた。

3. 調査 3: 若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

1) 基本属性

回答した支援コーディネーターの配置地域は都道府県が 68 名、指定都市が 14 名であった。配置先は「認知症疾患医療センターを含む医療機関」が 56.1%、支援コ

ーディネーターが配置された時期は「2017 年以前」が 53.7%、回答者の配置時期は「2017 年以前」が 18.3%、配置人数は、複数配置が 56.1%で平均の配置人数は 2.9 名であった。勤務形態は「兼務」が 57.3%で、その内、支援コーディネーター業務の割合は「1 割」が 23.4%、「2 割」が 25.5%で多く、5 割以上は 23.4%に留まった。また、保有資格は「社会福祉士」が 51.2%であった。

2) 若年性認知症支援コーディネーターとしての活動状況

支援コーディネーターとして、配置先等から求められている業務内容は、「市町村や関係機関との連携体制の構築（支援ネットワークづくり）」は 100.0%、「個別相談業務」は 98.8%、「若年性認知症の知識の普及・啓発」97.6%でほぼ全員の回答者が求められていた。

個別相談業務のうち「電話相談」は 98.8%、「来所相談」は 95.1%であった。市町村や関係機関との連携体制の構築（支援ネットワークづくり）のうち、「個別のケースカンファレンスへの参加」が 84.1%で最も多く、次いで、「ネットワーク会議への参加」が 80.5%で続いた。若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発の詳細は、「地域や関係機関に対する講演や研修会」が 86.3%で最も多かった。

支援コーディネーターとして、実施可能な業務内容は、「本人や家族との悩みの共有」が 98.8%、「相談内容の確認と整理」が 97.6%、「利用できる制度、サービスの紹介」が 93.9%、「受診勧奨」が 92.7%でほぼ全員の回答者が実施可能であった。実

施ができない業務は、「産業医への周知・啓発」で78.0%、「事業主への周知・啓発」で75.6%ができないと回答した。業務が実施可能に対して、全体的に影響を与えている要因は、「関係機関や専門職とのネットワークの構築があるから」が73.2%、「配置先の方針で若年性認知症の支援に理解があるから」が68.3%で多かった。また、実施が困難な要因では、「関係機関等とのネットワークが十分でない」が51.2%で最も多かった。

相談窓口全体の【個別相談業務】の実績では、相談件数の合計は、100件以上が39.3%で最も多かった。新規相談者の診断状況が「診断前」の件数は0～9件が約5割で最も多かった。新規相談者の診断状況が「診断後」の件数は、0～9件が49.2%で最も多かった。個別支援の主な繋ぎ先は、「地域包括支援センター」が62.3%で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」が50.8%、「障害福祉サービス事業所」が42.6%で続いた。

個別相談業務で多い相談内容は、「医療に関すること」で95.1%、「社会制度・サービスに関すること」と「日常生活に関すること」が92.7%で9割を超える回答であった。

普及・啓発活動（自身や相談窓口全体）をとおして、若年性認知症の人の支援に結び付いたことが「ある」と72.0%が回答し、その内容では、「チラシ等の配布」が62.7%で多く、次いで、「研修会の講師」が55.9%であった。

連携している専門職や関係機関は、「地域包括支援センター」が89.0%で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」

が81.7%で続いた。連携していない専門職や関係機関は、「行政機関（労働分野）」が73.2%で最も多く、次いで、「ジョブコーチ」が69.5%で続いた。

支援コーディネーターとして、若年性認知症の人の就労支援（福祉的就労も含む）や社会参加に係る支援の実施は、72.0%が「行った」と回答した。支援の内容は、「一般就労に係る支援」が86.4%で最も多く、次いで、「福祉的就労に係る支援」が76.3%、「介護保険サービス事業所の利用に係る支援」が54.2%で続いた。就労支援等の支援を行わなかった理由では、「令和5年度は支援コーディネーターではなかった」が40.0%で最も多かった。

支援コーディネーターとしてこれまでに現行の制度やサービス、関係機関等の調整や支援した経験の有無では、認知症疾患医療センターの診断後等支援機能の「診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援」は90.2%で最も多く経験があった。また、「自立支援医療」は87.8%、「家族会等の集いや交流会」は86.6%、「障害者手帳」は82.9%、「障害年金」は80.5%と8割以上が調整等の経験があった。一方で、「治療と仕事の両立」や「子育てや教育関係」に関する項目は支援経験がない方が多かった（表18）。

表 18 支援コーディネーターとしての各制度等の調整や支援の有無 (n=82、無回答を除く、上段：実数、下段：%)

【認知症疾患医療センターの診断後等支援機能】

区分	あり	なし
診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援	74 90.2	5 6.1
当事者等によるピア活動や交流会の開催	50 61.0	27 32.9

【治療と仕事の両立】

区分	あり	なし
療養・就労 両立支援指導料	12 14.6	67 81.7
両立支援コーディネーターとの連携	11 13.4	68 82.9

【労働（就労支援）】

区分	あり	なし
地域障害者職業センターとの連携	37 45.1	42 51.2
ジョブコーチ支援	15 18.3	64 78.0
障害者就業・生活支援センターとの連携	33 40.2	45 54.9
ハローワークとの連携	38 46.3	41 50.0

【障害福祉サービス】

区分	あり	なし
就労移行	16 19.5	62 75.6
A型事業所	26 31.7	53 64.6
B型事業所	59 72.0	20 24.4
生活介護	22 26.8	54 65.9
移動支援	21 25.6	57 69.5

【介護保険サービス】

区分	あり	なし
通所系	60 73.2	19 23.2
入所系	47 57.3	32 39.0
訪問系	43 52.4	36 43.9

【インフォーマルサービス】

区分	あり	なし
認知症カフェ	60 73.2	19 23.2
家族会等の集いや交流会	71 86.6	8 9.8
本人ミーティング	51 62.2	27 32.9

【社会保障制度】

区分	あり	なし
傷病手当金	61 74.4	18 22.0
障害年金	66 80.5	13 15.9
成年後見制度	40 48.8	38 46.3
障害者手帳	68 82.9	11 13.4
自立支援医療	72 87.8	7 8.5

【子育てや教育関係】

区分	あり	なし
スクールカウンセラー	10 12.2	68 82.9
教育関係者	15 18.3	63 76.8
子育て関連の行政担当者	17 20.7	61 74.4

また、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用して利用された人の有無では、「いる」が 51.2%、「いない」が 48.8%であった。「いる」との回答者の中で併用利

用した主な理由では、「認知症の症状進行」が 85.7%、次いで、「家族のレスパイト」が 33.3%で続いた。「症状進行」の具体的な内容では特に、食事や排せつ等を含む「ADL 低下」が 72.2%で最も多く、「指示理解の低下」が 52.8%で続いた（表 19）。

併用利用の主な調整者は「若年性認知症支援コーディネーター」が 33.3%で最も多く、利用したサービス内容では、障害者福祉サービスは B 型事業所が 76.2%、介護保険サービスが通所介護で 52.4%と多かった。併用利用時の良かった点と課題では、表 20 のとおりである。

表 19 併用利用した内容 (n=42)

区分	実数	%
認知症の症状進行	36	85.7
（食事に介助）	11.1	11.1
（排せつに介助）	27.8	27.8
（上記以外の ADL 低下）	33.3	33.3
（公共交通機関 利用困難）	22.2	22.2
（上記以外の IADL 低下）	30.6	30.6
（作業遂行が低下）	50.0	50.0
（指示理解の低下）	52.8	52.8
（就労や作業の意欲低下）	30.6	30.6
（作業への集中力低下）	36.1	36.1
（その他）	8.3	8.3
BPSD で対応困難	6	14.3
家族の支援の確保困難	4	9.5
家族のレスパイト	14	33.3
経済的負担の軽減	7	16.7
その他	7	16.7

表 20 併用利用時の良かった点と課題
(抜粋)

良かった点

- ・ 介護度が低く、使えない分のサービスを障害サービスで補うことができた
- ・ 家族が就労しており、本人が不安なく過せる場を提供できる
- ・ 介護支援専門員と計画相談の担当者が連携し、それぞれの制度にないものを補う形（就 A＋訪看）（就 B＋グループホーム）で利用でき、相互の理解が深まった
- ・ 進行しても円滑に介護サービスを増やすことができる
- ・ ニーズに柔軟に対応できる
- ・ 当事者は新しい施設を利用することに抵抗のある方が多いが、併用することにより不安が軽減され、スムーズに介護保険サービスへ移行できた
- ・ 独居のため、生活状況や栄養状態がかなり心配な状況だったため、B 型事業所に週 5 日通所され、昼食を摂れたことで、栄養状態も改善された。介護保険サービスの訪問看護により健康管理と生活状況で気になる部分の声掛け（室温や洗濯など）により生活の質も向上した
- ・ 介護保険でヘルパーに送出しをしてもらうことで、B 型を継続できている
- ・ 入所せず在宅生活や就 B が継続できた
- ・ 本人の力を活かしながら、家族の負担を減らすことができた
- ・ 本人は就労 B の工賃で子供たちへ、おやつなど、購入し渡すことで親としての役割を得ている

課題

- ・ 日中活動（通所先）は障害の就労系か介護保険のデイサービスなどのどちらかしか当地では利用できず、障害の就労系で軽作業できるが入浴のサービスを受けたい場合、介護保険のデイサービス併用できなくて困る
- ・ サービスの併用がスムーズではなく、何度も役所や関係機関との相談を要した
- ・ 介護保険サービス利用者は高齢者が多く、活動内容も高齢者に合わせたものになっている。
- ・ 曜日によって行く場所、やる事が変わるので混乱が生じることがあった。混乱する事が増えれば一方のみとする方向である
- ・ 支援コーディネーター介入当初、ADL 低下し就 B 継続が既に困難でか

つ、独居生活継続希望もハイリスクだが、ケアチームの合意形成に支障があり、独居継続中である。意思決定支援が間に合っていない

- ・ 障害と介護の双方をつなぐ役割が必要であり、行政担当者の理解不足もある。介護保険を申請したことにより、利用できなくなる障害のサービスもあるため、申請のタイミングが難しい
- ・ 相談支援専門員が認知症に詳しくないことが多いため、介護保険への移行が滞ることがある
- ・ 自治体によっては、介護保険が優先と言われてしまい、障害福祉サービスが利用しづらい時もある
- ・ 当事者の進行が早かったり、介護サービス事業所が見つからなかったりと、タイムリーに併用を開始できないケースもある
- ・ 複数の事業所に通うと混乱する人も多く、綿密な連携が必要であるが、未だに併用できることを知らない支援者がいる
- ・ 今回のケースは地域包括へつなぎ、地域包括から連携の輪が広がったが、地域差があるため、まとまらず支援コーディネーターが主軸で動かないと進まないこともある
- ・ 就B利用中に症状進行した場合、どのタイミングで介護保険の事業所に移行するのか、また、タイミングを誰がはかるのかが不明瞭で、B型事業所の利用開始時に、本人（家族）・事業所と一同で、決めておくべきと考える
- ・ 市町村によって解釈が違い、使えない、使えるがある
- ・ 介護につないだタイミングが遅く、障害福祉の事業所の負担が大きかった
- ・ 障害福祉から介護保険へ移行することに抵抗感を示し、家族の気持ちの受け入れに時間を要した
- ・ 本人の状況に合う場を選択し、情報を丁寧に共有していくための時間や手間がかかる。若年性認知症の人は、休職している人も多く、障害サービスの利用が先に進められないこともある。障害サービス職員の若年性認知症への理解不足や行政の抵抗感がある

本人が住み慣れた地域の専門職(地域包

括やケアマネ等)へ支援コーディネーターの役割をつなぐ際、主なつなぎ先は「地域包括支援センター」が 76.8%で最も多かった。一方で、役割をつないだ後、地域の専門職だけでは対応が難しく、再度、調整や支援した経験が「ある」と 62.2%が回答した。その内容は「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が 100.0%で、特に、「社会制度やサービスに関すること」が 70.6%、「医療に関すること」58.8%が多かった。また、「関係機関や専門職等とのカンファレンス等の連携に関する調整」は 49.0%が行っていた（表 21）。

表 21 地域の専門職だけでは対応が難しく、再度、調整や支援した内容 (n=51)

区分	実数	%
若年性認知症の支援の相談や助言	51	100.0
（医療関係）	30	58.8
（就労関係）	25	49.0
（社会制度等の関係）	36	70.6
（日常生活関係）	22	43.1
（家族支援関係）	26	51.0
（その他）	1	2.0
関係機関等との連携に関する調整	25	49.0
認知症に関する研修会の開催	10	19.6
フォーマルサービスの発掘や開発	6	11.8
インフォーマルサービスの発掘や開発	13	25.5
インフォーマルサービスの運営の協力や参加	10	19.6
その他	1	2.0

役割をつないだ後、地域の専門職だけでは対応が難しかった主な理由では、表 22 のとおりである。

表 22 地域の専門職地域の専門職だけでは対応が難しかった主な理由（抜粋）

【専門職の知識や支援経験の不足】
・ 介護支援専門員は障害福祉サービスの就労支援や障害者施設に関して苦手であり、障害の相談支援専門員はその逆である。両方のサービスを組み合わせる事が多いので苦手分野をお手伝いする
・ 就労支援や障害の知識、支援経験がなかった。一番は、「介護保険の対象、介護保険サービス利用の希望があったら対応する」というスタンスのため、早期から介入してもらえないことも多い
・ 障害年金、自立支援医療、手帳、傷病手当金等の社会制度面を苦手とされる方が多く、サポートさせてもらうことがあった
・ 若年性認知症と聞くと、対応が困難と思う
【本人の状態変化】
・ 認知症の進行に伴い、支援がたりなくなり、協力機関を増やし、再調整する必要があった
・ 状態の変化により医療的対応等が必要となり再相談がある
【マネジメントする専門職の不在】
・ 制度利用につながらなかった場合、誰も関わりを継続していないことがあり、つないだ後もどこまで確認すればいいのか難しかった
【本人や家族との関係性の構築】
・ 本人との信頼関係をまずつくること
・ 家族のニーズが高齢者より多様である
・ 家族が制度やサービスについて十分理解されなかったり、当事者の現状を受け入れることができず、不安が大きかったりしたため

令和 6 年度の認知症総合支援事業（地域支援事業）において、推進員が支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の人の対応を行った場合に、その事務に要する経費を補助すること周知状況は、70.7%が

「知らない」と回答した。

支援コーディネーター業務の実施から得られた成果では、86.6%が「ある」とし、相談窓口全体では「専門職からの若年性認知症についての相談が増えた」が 80.8%、「本人や家族を含む親族からの若年性認知症についての相談が増えた」が 69.2%、「診断前や診断直後からの支援が増えた」が 57.7%で多かった。支援コーディネーター自身の成果では、「支援経験の積み重ねができた」が 87.3%、「本人に対する支援方法の理解が深まった」が 78.9%、「社会制度やサービスに関する知識が増えた」が 77.5%、「家族に対する支援方法の理解が深まった」が 71.8%で多かった。

また、支援対象者別での成果では、本人に対しては「制度・サービスの手続きができた」が 84.5%、「フォーマルサービスの利用が進んだ」が 80.3%で多かった（表 23）。

表 23 支援コーディネーター業務の実施による本人への成果（n71）

区分	実数	%
本人の悩みや困り事を整理	49	69.0
心理的な安定	43	60.6
専門医療へ受診	43	60.6
制度・サービスの手続き	60	84.5
フォーマルサービスの利用	57	80.3
インフォーマルサービスの利用	47	66.2
就労や社会参加活動	47	66.2
家庭生活の役割維持や継続	24	33.8
その他	1	1.4
無回答	1	1.4

家族介護者に対しては「家族の悩みや困り事を整理できた」が 83.1%「心理的な安

定が図れた」が 77.5%で多かった(表 24)。

表 24 支援コーディネーター業務の実施による介護家族への成果 (n=202)

区分	実数	%
家族の悩みや困り事を整理	59	83.1
心理的な安定	55	77.5
本人の認知症症状への理解	40	56.3
制度・サービスの理解	51	71.8
フォーマルサービスの利用	56	78.9
インフォーマルサービスの利用	41	57.7
自由時間の増加	22	31.0
介護負担(感)の軽減	34	47.9
家庭生活の役割維持や継続	27	38.0
社会生活の役割維持や継続	23	32.4
その他	1	1.4
無回答	1	1.4

地域に対しては「支援できるインフォーマルな場ができた」が 46.5%、「自治体内の課題が顕在化できた」が 39.4%で多かった(表 25)。

表 25 支援コーディネーター業務の実施による地域への成果 (n=202)

区分	実数	%
若年性認知症の人を支援可能なフォーマルな場	19	26.8
若年性認知症の人を支援可能なインフォーマルな場	33	46.5
自治体内の課題が顕在化	28	39.4
近隣自治体間でサービス利用	11	15.5
その他	3	4.2
無回答	13	18.3

成果が得られていない理由では「相談が少ないため」が 54.4%、次いで「支援コーディネーターとしての経験が浅いため」が 45.5%で多かった。

支援コーディネーター業務を実施する際、課題や困っていることについて、97.6%が「ある」と回答し、その内容では「支援コーディネーターについて地域住民や関係機関の認知度や理解度が低い」が 53.8%、「若年性認知症に関する支援について地域住民や関係機関の関心が低い」が 46.3%で、「兼務で主業務が多忙のため余裕ない」が 42.5%で多かった。また、今後、支援コーディネーター業務をさらに推進していくにあたり、若年性認知症施策行政担当者に対して、63.4%が「支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整」、59.8%が「若年性認知症の周知・啓発のための支援」を必要であると回答した。

E. 考察

調査 1: 就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

本調査により、就労継続支援事業所において若年性認知症の人の受け入れが進んでいない現状が明らかとなった。

1 次調査では全国の事業所を対象に、若年性認知症の人の受け入れ状況を調査した。その結果、8 割以上の事業所が若年性認知症の人の利用申し出がないと回答し、利用の申し出があっても受け入れに至らなかった回答も一部存在した。これは先行研究とも一致しており、依然として若年性認知症の人が事業所を利用するハードルが高いことを示している。

若年性認知症は他の疾患と比較して有病率が低いため、利用希望者が少ないという構造的要因もあるが、それに加えて若年性認知症とともに働くことへの理解不足や、「若年性認知症支援コーディネーター」

や「若年性認知症コールセンター」などの相談機関の認知度が低いことも、利用促進の妨げとなっていると考えられる。若年性認知症に関する情報が本人や家族、支援者に十分に届いていないため、事業所という選択肢がそもそも知られていない、または適切に結びついていない可能性がある。若年性認知症の人は適切なサポートがあれば働くことができること、利用できるサービスとして障害福祉サービスがあることの周知や理解促進が求められる。

2 次調査からは、支援コーディネーターとの連携が進んでいない実態も浮き彫りとなった。支援コーディネーターという言葉自体は聞いたことがある事業所が多かったものの、その配置先や役割、支援内容については知らない事業所が多く、認知度が低いことが示された。また、個別ケースの支援で支援コーディネーターと連携していない事業所が 8 割近くに上り、その理由としては、「支援コーディネーター自体を知らなかった」という回答が最も多い結果となった。

支援コーディネーターは認知症総合推進事業の柱の一つである若年性認知症施策総合推進事業として、2016 年から都道府県・指定都市（指定都市は 2018 年）に設置が進められた比較的新しい事業である。医療・介護領域を主とする認知症施策と障害福祉分野とは制度的な隔たりがあり、連携が進みにくい現状があるのではないだろうか。また、支援コーディネーターの認知度の低さに加え、言葉は聞いたことがあっても、その配置先や役割、支援内容を知らない事業所が多いことが、連携が進まない一要因と考えられた。情報提供の経

路も個別支援が多く、十分ではない可能性が考えられた。障害分野における支援コーディネーターの役割と支援内容、その成果を明確にし、周知・啓発を強化していくことが必要である。

一方で、支援コーディネーターと連携した事業所においては、福祉的就労の実現や家族の悩みの整理、地域における支援体制の整備といった具体的な成果が見られた。支援コーディネーターは、若年性認知症に関する専門的な知識と社会資源への理解を有し、本人と家族を適切な制度やサービスへとつなげる役割を果たしていることを示している。また、若年性認知症の主介護者は配偶者が多い。介護者自身も家庭や社会の中で重要な役割を果たしているが、本人の見守りや介助に多くの時間を費やし、定期的な休息がなかったり、相談相手もおらず孤立していたりと、介護者の多くが抑うつ状態であるとの報告もある。介護家族も支援の対象であり、支援コーディネーターが第三者として客観的に状況を整理し、相談に乗ることで、心理的な安定にもつながった可能性が考えられる。支援コーディネーターが本人だけでなく、家族支援にも寄与している点も重要である。

加えて、若年性認知症の人の症状進行に伴う支援の必要性の変化に対応するためには、障害福祉サービスと介護保険サービスの切れ目ない連携が求められる。そこで、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用について調査したところ、併用利用の理由では、認知症の症状進行によるものが多く、特に、食事や排せつ等を含む基本的 ADL 低下が最も多かった。これは、利用する若年性認知症の人の退所を検討

する場合や、実際の支援事例においても退所の理由として多かった。

就労継続支援事業所は、病気やケガ、障害などが原因で就労が困難な人に向けて、知識や能力を向上させるために必要な就労の機会や生産活動の機会を提供する福祉サービスである。そのため、作業遂行の困難さよりも、基本的 ADL への介助が中心となる段階に入ると、事業所のサービス提供の範囲を超え、より介護ニーズの高い介護保険サービスへの移行が求められていた。この点は併用利用を検討する目安の一つになると考えられた。

また、併用利用した利用者がいない理由では、併用利用の検討前に、利用者の状態が変わり退所したことが多かった。認知症の症状は多様で、時に急速に悪化することもある。そのため、関係者と密に連携を図りながら、支援を進めていくことが望ましいが、併用利用時に状態の見極めや情報共有の難しさ、家族への理解を得ることが課題として多かった。具体的かつ有用な調整方法については、さらなる調査が必要である。また、併用利用できることを知らない回答者が一定数おり、基本的な制度の利用についても、理解促進が必要である。

若年性認知症の人の受け入れにあたっての課題としては、職員が若年性認知症に関する知識や対応の技術などのノウハウがないという点が最も多く指摘された。若年性認知症の人や家族に対して、一般的な障害福祉サービスの知識や経験だけでは十分に対応できない場合が多く、現場職員が不安を抱えていることが想定される。専門的な知識や具体的な支援方法に関する研修機会や情報提供が不足していること

が、現場の不安や課題につながっていると考えられた。

これらの結果から、今後、必要なこととして以下①から⑤が挙げられる。①若年性認知症に関する正確な情報の周知および相談機関の認知度の向上、②支援コーディネーターの役割や配置先、連携方法の理解促進、③研修機会の提供を通じた職員の対応力強化、④障害福祉と介護保険制度の円滑な連携体制の構築があり、若年性認知症の人が安心して就労継続支援事業所を利用できるよう、情報提供、支援体制の整備、そして制度間の連携強化が不可欠である。

調査 2: 認知症地域支援推進員における若年性認知症の人への支援と支援コーディネーターとの連携に係る実態調査

この調査では、推進員による若年性認知症の人への支援状況と、支援コーディネーターとの連携の実態が明らかになった。

推進員は支援コーディネーターという言葉やその役割について高い認知度を持っていた。一方で、令和 6 年度より新たに開始された認知症総合支援事業における地域支援事業の一環として、推進員が支援コーディネーターと連携して若年性認知症の人に対応した際、その事務に要する経費の補助制度については、認知度が低いという結果が得られた。この背景には、制度が新規事業として導入されたばかりであることが影響していると考えられる。

また、個別支援にとどまらず、一部の推進員は支援コーディネーターと連携し、認知症総合支援事業などの事業を実施しており、特にインフォーマルな支援の場作りに貢献していた。支援コーディネーターは

若年性認知症に関する専門的な知識を持ち、推進員は自自治体の実情や資源に関する知見を有している。両者がそれぞれの専門性を活かして連携することで、より効果的かつ持続可能な地域支援体制の構築が可能となると考えられる。また、若年性認知症の人が利用するサービスの多くは高齢者向けに設計されており、当事者の実情やライフステージに即した支援ニーズに必ずしも対応していない。認知症カフェや交流会などのインフォーマルな場は、若年性認知症の本人や家族の情報交換、ピアサポート、社会参加の機会として重要である。また、フォーマルサービスよりも柔軟にニーズを反映できるという点で有用な手段である。このような背景から、支援コーディネーターと推進員の連携が活発に進められている可能性が考えられる。

個別支援においては、約半数の推進員が支援コーディネーターと連携しており、それにより、本人や家族の悩み整理、心理的な安定、制度・サービスの手続き、フォーマルサービスの利用促進などに成果があった。推進員として本人や家族の相談支援やサービス調整、連携体制の構築に多く関与していたが、支援コーディネーターも相談や調整の役割を担う重要な存在として機能していた。加えて、就労継続支援事業所での連携と同様に、家族支援にも一定の効果をもたらしていた。

支援コーディネーターと連携しなかった理由としては、「支援コーディネーターが遠方に配置されている等、物理的に連携がとりにくかった」という回答が最も多かった。支援コーディネーターは都道府県や指定都市に数名程度しか配置されてい

い場合が多く、広い担当範囲を抱えている地域では、必要なときに速やかな連携を取ることが困難な状況があると考えられる。こうした課題から、今後は支援体制の円滑な構築に向けて、支援コーディネーターの配置や連携の手法についての再検討が求められる。

さらに、推進員が若年性認知症の本人や家族の支援をする上での直面する課題としては、「把握する仕組みが十分でない」ことや「支援に関わる各関係機関等（労働や障害分野）との連携体制が十分でない」ことが指摘された。若年性認知症は高齢者の認知症と比較して人数が少ないため、早期に発見し、支援につなげるための仕組みがまだ十分整備されていない可能性がある。また、若年性認知症の人は就労や子育てなど、高齢者の認知症とは異なる特有の課題を抱えている。推進員に係る業務は、認知症総合支援事業の中に位置付けられている。就労継続支援事業所と同様に、医療・介護領域を主とする認知症施策と労働・障害分野とは制度的な隔たりがあり、横断的な支援体制の構築が十分ではない現状がある。早期からの支援体制構築や他分野の狭間に対して、若年性認知症に関する情報をワンストップで提供する相談窓口の周知や機能強化、支援コーディネーターの調整役としての関与が期待され、そのためには都道府県・指定都市が運営主体の若年性認知症施策総合推進事業の一層の推進が求められる。

これらの結果から、推進員と支援コーディネーターとの連携は一定程度進んでいるものの、今後、必要なこととして以下3点が挙げられる。①地理的要因による連携の

困難さへの対応として、支援コーディネーターの配置や連携方法の検討、②医療・介護に限らず、労働・障害などの他分野を含めた包括的な連携体制の整備、③早期からの制度・サービスの活用促進できるよう、都道府県・指定都市の後方支援のあり方も検討を深めることが望まれる。

調査 3：若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

この調査では、支援コーディネーターの活動内容やその成果、直面している課題などが明らかになった。

支援コーディネーターは、市町村や関係機関との連携体制の構築、個別相談業務、若年性認知症の知識普及・啓発といった多岐に渡る業務を担っており、配置先等からもこれらの業務が求められていることが明らかとなった。若年性認知症の人のニーズは多様で、医療、介護、福祉、労働など様々な分野の支援が必要となるため、支援コーディネーターがハブとなり、関係機関をつなぎ、包括的な支援体制を構築する役割が求められている。また、社会全体の理解促進に向けた啓発活動も、重要な役割の一つとして位置づけられており、実際にその役割が果たされていることも明らかとなった。

実施可能な業務としては、本人や家族との悩みの共有、相談内容の整理、制度・サービスの紹介、受診勧奨などがほぼ全ての支援コーディネーターによって挙げられた。一方で、産業医や事業主への周知・啓発は困難さを多く感じていることが示された。これは、企業の人事担当者や産業医の多くが認知症に関する専門的な知識を

持ち合わせていないことに加え、情報提供や連携のノウハウが不足していること、さらに企業側の理解や協力体制を得ることの難しさも影響していると考えられる。

個別相談業務においては、医療、社会制度・サービス、日常生活に関する相談が多く実施しており、就労支援や社会参加に関する支援も広く実施されていた。具体的には、一般就労・福祉的就労の支援や、介護保険サービスの利用支援などが行われ、若年性認知症の人のニーズに即した支援が展開されていることが伺えた。また、支援コーディネーターとしてこれまでに現行の制度やサービス、関係機関等の調整や支援した経験の有無では、「診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援」は最も多く経験があったが、「治療と仕事の両立」や「子育てや教育関係」に関する項目は経験が少ない傾向であった。令和 6 年から施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の認知症施策推進基本計画では、支援コーディネーターが専門家として若年性認知症の人に対する就労支援を推進することや、支援コーディネーター等と企業の産業医や両立支援コーディネーター等による連携した対応を行うことが明記されている。このため、今後は就労支援や社会参加の支援がより一層求められることが予想される。その実現に向けては、知識や技術の共有を進め、支援コーディネーターが円滑に対応できるよう、研修機会の提供やマニュアル整備が不可欠である。さらに、どのような支援が有効であるかについても、継続的な調査と検討が求められる。

また、障害福祉サービスと介護保険サー

ビスの併用については、半数以上の支援コーディネーターが経験しており、その主な理由として、認知症の進行に伴う基本的ADL（食事・排泄等）の低下が最も多く挙げられた。この傾向は、就労継続支援事業所の調査結果とも一致しており、作業遂行能力の低下よりも、基本的ADLへの支援ニーズの高まりが、併用利用を判断する一つの指標となっていることが示唆された。

併用調整は多くの場合、支援コーディネーターが主導しているが、制度間の連携の難しさや、高齢者向けサービスとのミスマッチといった課題も指摘されている。

地域の専門職（地域包括支援センター職員やケアマネジャー等）への橋渡し後にも、再調整が必要となるケースが多く、特に社会制度やサービス、医療に関する相談や助言が求められている。認知症高齢者に関する支援経験が豊富な地域専門職であっても、若年性認知症特有の課題への対応には十分な知識がなく、調査ではその支援経験不足が複数の回答者から指摘された。そのため、支援コーディネーターが引き続き専門的な助言や関係機関の連携を担う「伴走支援」ができる体制の整備が求められる。

支援コーディネーターの業務を通じて、専門職や本人・家族からの相談件数の増加や、診断前・診断直後からの早期支援の実施といった成果も見られた。支援コーディネーターの存在が地域で認知されるようになったことで、それまで相談先が不明だった専門職や家族が、安心して相談できる窓口として活用するようになったことが要因と考えられる。一方で、地域住民や一部の関係機関における認知度・関心の低さや、支援コーディネーターが他業務と兼務

していることによる多忙さも課題として挙げられた。支援コーディネーターの役割や活動内容が十分に周知されていないことで、関係機関との連携や支援の広がりが制限されている状況もあった。

今後の業務推進にあたっては、関係機関との調整機能の強化、若年性認知症に対する周知・啓発の継続的な実施が求められる。こうした課題を解決し、より効果的な支援体制を構築するためには、地域社会全体での理解促進とともに、都道府県・指定都市、市区町村の行政担当者による継続的な支援も不可欠である。

以上の結果から、支援コーディネーターは、若年性認知症のある人やその家族にとって、不可欠な存在であることが示唆された。その活動を今後さらに充実させるためには、以下の3点が特に重要であると考えられる。①関係機関との連携強化、②地域社会への啓発活動の推進、③業務負担の軽減と支援体制の整備が挙げられる。

F. 結論と今後の課題

今回の調査結果から、若年性認知症の人への支援においては、就労継続支援事業所、推進員、支援コーディネーターのそれぞれが重要な役割を担っている一方で、連携や情報共有に関する課題が依然として大きいことが明らかになった。

就労継続支援事業所に関しては、B型事業所での受け入れが多く見られたが、実際には若年性認知症の人の利用申し出自体が少ないという現状があった。これは、本人や家族、さらには専門職側においても、就労継続支援事業所という選択肢が十分に認知されていない可能性を示唆してい

る。また、支援コーディネーターの認知度が低いことや、個別ケースでの連携が進んでいない背景には、支援コーディネーターの存在や役割が十分に周知されていないという根本的な課題があった。

一方で、支援コーディネーターと連携した事業所では、本人に対して福祉的就労の実現や悩み事の整理、家族に対しては悩み事の整理や心理的な安定といった成果が見られていることから、支援コーディネーターの専門性と調整力の有用性が裏付けられた。しかし、受け入れにあたっては、職員の知識や対応技術の不足が課題となっており、進行に伴う基本的ADLの困難さが退所の理由の多くを占めていることから就労と介護のシームレスな連携の必要性が示唆された。

推進員は支援コーディネーターの役割や配置先について認知度は高いものの、個別ケース以外での連携はまだ十分とは言えない。連携によってインフォーマルな支援の場作りといった成果も出ているが、連携しない理由として物理的距離が連携の障壁となることも明らかになった。個別ケースの支援では、支援コーディネーターとの連携により、本人や家族の悩み整理、制度・サービスの手続きなどが促進されており、支援コーディネーターとの連携が支援の質を高める鍵であることが分かった。しかし、推進員の若年性認知症の本人や家族の支援における課題として、把握する仕組みや労働・障害分野との連携体制の不十分さが指摘されており、より早期からの包括的な支援体制の構築が求められる。

支援コーディネーターは、連携体制の構築、個別相談、知識普及・啓発など多岐に

わたる業務を担っており、その必要性は明らかである。しかし、産業医や企業への周知の難しさや、地域住民・関係機関への認知度の低さといった課題は依然として残る。また、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用においては、認知症の症状進行が主な理由であり、支援コーディネーターがその調整において重要な役割を果たしている。さらに、役割をつないだ調整先の専門職の理解や対応が十分でない場合、支援の継続的なフォローアップが必要となる現状も確認された。

これらの調査結果を総合的に見ると、若年性認知症の人々の支援には、制度の狭間に落ち込むリスクや理解されにくい特性への対応という困難さがある。したがって、より包括的で柔軟な支援体制の構築と、社会的な理解・認知度の向上が急務である。そこで、若年性認知症の人のニーズに合わせた切れ目のない支援体制を構築するためには、以下の点が重要であると考えられる。

① 【若年性認知症に関する社会的認知度向上と情報提供体制の強化】

就労継続支援事業所など、利用可能な社会資源に関する情報を、本人や家族が早期に確実に得られる体制の整備が必要である。行政や医療機関による積極的な情報提供や若年性認知症の情報をワンストップで提供する相談窓口(＝支援コーディネーター)の明確化が求められる。

② 【支援コーディネーターの更なる周知と機能強化】

支援コーディネーターの役割や配置先

を広く周知し、関係機関や企業、市民へ周知を進めることが重要である。加えて、専門性の維持・向上のために定期的な研修機会や実務交流の場を確保する必要がある。

③ 【多職種による早期からの連携体制の構築】

医療、介護、福祉、労働などの各分野が垣根を超えて連携するための地域横断的な協議体の設置やケース会議を進めることが求められる。特に、就労と介護領域の円滑な連携は喫緊の課題である。

④ 【若年性認知症に関する専門知識・技術の普及】

就労継続支援事業所や地域の専門職が、若年性認知症の特性と支援技術を習得できるよう、eラーニングや集合研修、事例検討会などの支援ツールの開発と導入を検討すべきである。質の高い支援を提供できる人材育成が必要である。

⑤ 【インフォーマルな支援の場の充実】

本人や家族が気軽に集まり、情報交換やピアサポートを得られるようなインフォーマルな場の整備を、支援コーディネーター、地域包括支援センター、推進員が連携して積極的に展開する必要がある。

⑥ 【制度の柔軟な活用と関係機関間の情報共有】

障害福祉サービスと介護保険サービスの併用に関する知識や手続きが関係機関間で統一されるよう、研修やガイドライン等の整備を通じて制度運用の精度向上を図るとともに、情報共有体制を構築する必

要がある。

令和6年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」は、「認知症の人の社会参加」を基本理念に掲げている。この理念を体現するためにも、若年性認知症の人が就労をはじめとする社会参加を可能とする支援体制のさらなる充実が急がれる。今後は、行政・関係機関・地域住民が一体となって、本人の意思に沿った、切れ目のない柔軟な支援体制の構築に向けた具体的な検討と実践を進めていくことが求められる。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 齊藤千晶：特集 認知症基本法と作業療法-共生社会において個性と能力が発揮できる支援-若年性認知症の人の就労に関する調査から-作業療法ジャーナル 58(11),1065-1071,2024

2. 学会発表

- 1) 齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦：市町村における若年性認知症の人の支援推進に必要な方策の検討-若年性認知症支援コーディネーターの視点から-．第25回日本認知症ケア学会, 2024.6.15-6.16, 東京(口頭)．
- 2) 李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦：地域包括支援センターにおける若年性認知症を有する者の社会参加の支援状況-一困難や他施設連携との関連-．第25回日本認知症ケア学会, 2024.6.15-6.16, 東京(口頭)．

- 3) 齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援-支援コーディネーターとの連携-. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 福島 (ポスター).

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

若年性認知症の人の就労支援・経済的支援に関する調査

研究分担者 表志津子 金沢大学医薬保健研究域保健学系 教授

研究要旨

研究目的：本研究では、企業における若年性認知症の就労支援に関する支援体制の実態、及び当事者・家族における診断前後からその後の相談支援や経済的負担の実態について明らかにすることを目的とした。**研究方法：**令和6年度は、企業と当事者家族を対象とした調査を実施した。企業に対してはWeb調査にて、若年性認知症に関する企業の研修や支援体制、若年性認知症の従業員への対応（主治医との連携、職場内・外の支援、企業内の支援体制や就労継続等）を調査した。当事者家族へは郵送調査にて、診断からサービス利用までの期間に焦点をあて、受診に際しての相談、主治医からの説明や相談支援の実態等を調査した。**結果：**企業への調査は806名を分析対象とした。回答者は、「人事担当者」80.5%が最も多く、業種は「製造業」が25.9%、「保健衛生業」18.2%の順に多かった。従業員が心身の変調をきたした場合に「人事部門と産業保健スタッフが連携して対応している」と回答した企業は64.1%、「企業内で若年性認知症に関する研修を実施」した経験のある企業は2.1%であった。38社が若年性認知症従業員の経験があった。当事者家族への調査は、144名を分析対象とした。診断時の主治医からの説明においては、「診断・治療に関する説明」は8割以上の者があったと回答した。一方、「日常生活上の留意点」では5割、「利用可能な制度に関して」は3割であった。説明に対して、【診断以外に説明がなく見通しがもてない】【診断後の生活への提案がほしい】、【今後どうしてよいかわからない】という意見があった。

考察：症状に応じた適切な職場環境の調整や業務内容の見直しが必要となるが、多くの事業所では具体的な対応策の知識や経験が不足していることが本研究から示唆された。早期発見・適切な対応のための予備的知識を得る必要性を周知すること、具体的な事例の提示が、研修実施につながると考える。また、診断時の支援については、主治医から、診断・治療への説明に加えて、今後の見通しが持てるような生活への具体的な提案の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、若年性認知症の人が症状に気付いてから公的なサービス(介護保険)を利用するまでにおいて、事業場では若年性認知症の就労支援に関する支援体

制の実態を、家族には診断前後からその後の負担や支援利用の実態について明らかにし、途切れない支援を検討することにある。

B. 研究方法

1) 企業における若年性認知症と診断された従業員への就労支援の実態

対象及び調査方法：

対象企業は、東北・北海道、関東、中部、関西、中国・四国、九州地方、各1県に本社を有する、労働者100人以上の企業とし、帝国データバンクから10,074社の企業の住所等のデータ提供を受けた。対象者は社員の就労支援に関わる担当者である。調査方法は、郵送による依頼、WEBによる回答とし、2024年5月～7月に実施した。

調査項目：

a.基本属性；回答者の職種、事業所の業種、事業所の規模、雇用障害者の有無、産業スタッフの有無

b.従業員が利用できる制度と職場内の連携について；治療中の従業員または雇用障害者が利用できる制度、職場内の連携

c.若年性認知症者に関する体制について；若年性認知症の認知、研修の実施・きっかけ、今後の研修予定、若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き、利用できる公的制度の認知

d.若年性認知症と診断された従業員について；従業員の有無、性別、年代、疾患名、現在の雇用形態、診断を把握した経緯と受診への対応、主治医との連携、雇用について

e.支援内容（就業体制、安全面、経済面、生活面）、対応に考慮したこと、対応時の困難点

分析:各項目について単純集計を行った。

2) 当事者及び家族の診断からサービス利用までの生活・相談支援利用の実態

対象及び調査方法：

対象者は全国の若年性認知症の当事者家族であり、若年性認知症支援者協議会の支援団体、家族の会及び若年性認知症支援コーディネーター計37箇所に協力を得て、当事者ご家族に郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査期間は2024年7月～12月であった。

調査項目：

a.基本属性；回答者の属性、当事者の診断前の状況

b.診断時の状況について；診断名、主治医から受けた説明と理解の程度、説明への意見、受診した病院の看護師や相談員からの説明と理解の程度、説明への意見

c.診断後の相談；病院以外の創さん先と内容、意見

d.診断後の生活；就労の有無と生活状況、介護者自身の生活の変化、収入の変化と家計へのサポート対応

e.介護保険利用までの制度の利用状況

3) 倫理的配慮

1)、2) いずれも社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認（0503）と、金沢大学医学倫理審査委員会の実施許可（811136-1）を得た。

C. 研究結果

1) 企業における若年性認知症と診断された従業員への就労支援の実態

905名から回答があり、回収率は9.0%であった。そのうち884名の同意が得られ、806名を分析対象とした。

回答者は、「人事担当者」80.5%が最も多く、次いで「衛生管理者」19.9%であった。業種は「製造業」が25.9%、「保健衛生業」18.2%の順に多かった。「障害者雇用あり」と回答した企業は9.3%、「産業医がいる」と回答した企業は85.1%であった。

従業員が心身の変調をきたした場合に、「人事部門と産業保健スタッフが連携して対応している」と回答した企業は64.1%、「企業内で若年性認知症に関する研修を実施」した経験のある企業は2.1%、「若年性認知症における仕事と両立の手引き」を知っていると回答した企業は11.9%であった。若年性認知症と診断された従業員の「雇用継続可能性が高い」と回答した企業は67.0%であった（別添資料1）。

若年性認知症と診断された従業員への対応については、経験があったと回答したのは38社（4.7%）であった。従業員への対応に関して、職場への支援と配慮について「業務内容の変更・配置替えを行った」が52.6%と最も多かったが、「対応はしなかった」が23.7%であり、「職場適応支援者（ジョブコーチ）などを配置した」企業はなかった。対応を検討する際に考慮した事項としては、「病気の症状」が63.2%と最も多く、続いて「職務内容」が57.9%であった。対応に際して難しいと感じた点は、「作業内容の選定」が52.6%と最も多く、「安全・事故対策」と「他の従業員への負担」がともに50.0%、「人員調整・フォロー体制」と「業務への支障」がともに44.7%、「職場同僚の理解」と「処遇・給与の維持」がともに34.2%であった。

2) 当事者及び家族の診断からサービス

利用までの生活・相談支援利用の実態

306名に配布し、159名から回答があった。回答率は52.0%（有効回答率90.6%）で144名を分析対象とした。

回答者の属性では、配偶者が最も多く94.4%、平均年齢は63.3±7.7歳であった。「診断を受けた当事者の診断時の年齢」は53.2±7.2歳、性別は「男性」70.1%、診断名は「アルツハイマー型認知症」75.4%、「前頭側頭型認知症」19.7%の順に多かった。

受診に際しての相談に関して、「相談しなかった」者は30.1%であった。相談した者の相談先（複数回答）は、「家族」41.3%、「友人・知人」19.6%、「かかりつけ医」16.1%、「職場」10.5%であった。受診時に主治医から受けた説明の状況では、内容別に割合の高かったのは「診断名について」92.9%、「治療薬について」83.6%、「今後の通院治療について」87.9%であった。「日常生活上の留意点」、「今後予想される症状や留意点について」は約5割、「職場で配慮すること」、「医療費軽減」、「当事者や家族などピアサポート」に関する説明については、約3割であった。説明を受けたと回答した者のうち約8割は理解できたと回答した。説明に関する自由記載では、【診断以外に説明がなく見通しがもてない】、【本人や家族の気持ちに寄り添ってほしい】、【診断後の生活への提案がほしい】、【受診先によって検査や治療が異なる】、【今後どうしてよいかわからない】といった意見があった（別添資料2）。

診断後の相談先については、「家族」89.3%、次いで「当事者・家族の会」

69.9%、「地域包括支援センター」
68.3%、「若年性認知症コーディネーター」62.3%であり、相談先に関する自由記載では、【専門職による介護者のサポート体制が必要】、【相談窓口につながる事が重要】、【適切な時期の具体的な提案の不足】などの意見があった。

D. 考察

1) 企業における若年性認知症と診断された従業員への就労支援の実態

全国6都道府県の従業員100名以上の企業を対象として調査を行った。回収率は低かったが、全国の若年性認知症に関する企業の支援体制、及び若年性認知症と診断された従業員への対応を初めて明らかにすることが出来た。回答者は若年性認知症について関心のある企業が一定程度含まれていると考える。

回答のあった企業の約9割で障害者雇用が行われていた。一方、従業員の心身の変調に際して人事部門と産業保健スタッフの連携が行われていたのは64.1%であった。従業員に若年性認知症が疑われる状況が生じた場合、企業内では対応経験がないことが想定されるため、普段から相談できる体制等企業内での連携した取り組みが望まれる。

若年性認知症に関する職場内研修の実施率は極めて低い現状であり、「若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き」の認知は11.9%であった。雇用主は一般的な認知症の知識は持っているものの、それを職場環境に効果的に応用できていないという報告がある。これらの結果は、認知症の知識はあっても自社

の従業員が診断を受けることを想定していない状況であると考えられる。若年性認知症を持つ従業員の就労において、安全配慮義務を果たすためには、症状の進行に応じた適切な職場環境の調整や業務内容の見直しが必要となるが、多くの事業所では具体的な対応策の知識や経験が不足していることが本研究から示唆された。

両立支援の対象となるメンタルヘルスにおいては、ストレスチェックは義務化され研修が行われているが、罹患率が低い若年性認知症の研修には至っていない。本調査では研修の内容や対象者までは言及出来ないが、高年齢者雇用安定法の改正をうけ、定年が65歳に引き上げられる企業が増えることが想定されることから、対象疾患を若年性認知症に限らず認知症として、人事管理者及び衛生管理者を対象とした早期発見・適切な対応のための予備的知識を得る必要性を周知すること、具体的な事例の提示が、研修の実施につながると考える。

2) 当事者及び家族の診断からサービス利用までの生活・相談支援利用の実態

若年性認知症の当事者及び家族における、診断時の相談支援の状況を明らかにすることが出来た。調査票の配布は、若年性認知症支援者団体や支援コーディネーターを通して行ったことから、回答時点で支援者に繋がり何らかの相談ができる状況にあった者であったと考える。

診断時の受診においては、3割は誰にも相談することなく受診したと回答しており、かかりつけ医への相談割合も低い

ことから、気になる症状があっても相談しにくい心理状況・体制である可能性が示唆された。

診断時の主治医からの説明においては、診断・治療に関する説明は8割以上の者があったと回答があったが、日常生活上の留意点では5割、利用可能な制度に関しては3割であった。自由記載ではこの結果に対応するように【診断以外に説明がなく見通しがもてない】、【診断後の生活への提案がほしい】という状況が示された。説明があった内容については8割以上の者が理解できたと回答していることから、診断により混乱する当事者家族に対して、このような状況を理解した説明の実施及び支援を行うことが望まれる。

診断後の相談先においては、【専門職による介護者のサポート体制が必要】、【相談窓口につながることが重要】といった意見があった。本調査の回答者は支援者等のサポートを受けている状況であることからこのような意見があったと考える。一方、【適切な時期の具体的な提案の不足】という意見もあった。若年性認知症は進行性の疾患であり、病状の変化に応じて、受けられる制度やサービスが異なる。支援者は、当事者家族に伴走し、病状の進行に応じた提案が求められることが示唆された。

その他、経済的な状況については、今後とりまとめる予定である。

E. 結論と今後の課題

従業員に若年性認知症が疑われる状況が生じた場合、企業内では対応経験がない

ことが想定されるため、普段から相談できる体制等連携した取り組みが望まれる。また、人事管理者及び衛生管理者を対象とした具体的な事例の提示が、研修の拡大につながると考える。当事者・家族に対する診断時の主治医からの説明においては、診断・治療に加えて日常生活についての説明を希望していた。説明があった内容については8割以上の者が理解できたと回答していることから、当事者家族の状況を理解し支援することが望まれる。

今後は結果を詳細に分析し、企業・家族の現状に基づいた支援について提言する。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Omote S, Ikeuchi S, Okamoto R, Takahashi Y, Koyama Y. Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia: A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20(13), 6235; <https://doi.org/10.3390/ijerph20136235>
- 2) 濱田珠里, 表志津子, 岡本理恵, 池内里美, 高橋裕太郎: 若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態, *看護実践学会誌*, 35(2): 8-17 (2023)
- 3) 池内里美, 岡本理恵, 表志津子, 田中浩二, 高橋裕太郎, 入谷敦, 丸山美虹, 濱田珠里: 若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム開発における成果と課題-研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から, *看護実践学会誌*, 35(2): 18-28 (2023)

2. 学会発表

- 1) 池内里美, 岡本理恵, 表志津子, 高橋裕太朗: 若年性認知症の人の就労や社会参加を支える支援者の経験, 第 12 回日本公衆衛生看護学会学集会, 2024.1.7 北九州
- 2) 高橋裕太朗, 表志津子, 岡本理恵, 池内里美: 若年性認知症と診断された従業員の就労及び支援体制の実態, 第 13 回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2025.1.4-5, 名古屋

その他

- 1) 表志津子: 若年性認知症の人と家族への支援～一般就労継続を支える～, 第 22 回大府センター認知症ケアセミナー, 2024.7.23, 名古屋
- 2) 表志津子: 若年性認知症と診断された方の就労支援について; 令和 6 年度企業向け若年性認知症セミナー, 2025.2.3～3.10, 埼玉県

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定含む)

1. 特許取得: なし
2. 実用新案登録: なし
3. その他: なし

別添資料 1. 企業における若年性認知症と診断された従業員への就労支援の実態

回答者の概要		N=806	
		n	%
回答者の概要（複数回答）			
	人事担当者	649	80.5
	衛生管理者	160	19.9
	産業医	3	0.4
	看護師・保健師	43	5.3
	その他	55	6.8
事業所の規模			
	本社	733	90.9
	本社工場	51	6.3
	その他	22	2.7
	欠損値	0	0.0
事業所の業種			
	製造業	209	25.9
	保健衛生業	147	18.2
	商業	97	12.0
	運輸交通業	65	8.1
	建設業	46	5.7
	教育・研究業	42	5.2
	通信業	28	3.5
	接客娯楽業	27	3.3
	貨物取扱業	20	2.5
	清掃・と畜業	19	2.4
	金融・広告業	10	1.2
	映画・演劇業	0	0.0
	農業	2	0.2
	鉱業	1	0.1
	水産業	0	0.0
	畜産業	0	0.0
	その他	93	11.5
	欠損値	0	0.0
従業員数			
	100 人未満	39	4.8

	100 人以上 1000 人未満	703	87.2
	1000 人以上	64	7.9
	欠損値	0	0.0
障害者雇用の有無			
	あり	720	89.3
	なし	70	8.7
	欠損値	16	2.0
従業員が心身の変調をきたした場合に、人事部門と産業保健スタッフが連携して対応しているか			
	連携して対応している	517	64.1
	連携して対応していない	137	17.0
	どちらともいえない	151	18.7
	欠損値	1	0.1
若年性認知症に関する研修や支援			
		n	%
若年性認知症に関する研修経験の有無（複数回答可）			
	企業内研修	17	2.1
	外部研修	16	2.0
	行っていない	769	95.4
	その他	5	0.6
若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引きを知っているかどうか			
	知っている	96	11.9
	知らない	707	87.7
	欠損値	3	0.4
雇用を継続する可能性			
	可能性が高い	540	67.0
	可能性が低い	239	29.7
	欠損値	27	3.3

別添資料 2. 当事者及び家族の診断からサービス利用までの生活・相談支援利用の実態

回答者の属性		N=144	
	n	%	
当事者との関係			
配偶者	136	94.4	
子ども	5	3.5	
実親	1	0.7	
義親	0	0.0	
兄弟姉妹	0	0.0	
その他	2	1.4	
性別			
男性	39	27.1	
女性	105	72.9	

受診に際して、相談した人や機関		N=144	
		n	%
相談しなかった		43	30.1
	家族	59	41.3
	友人・知人	28	19.6
	職場	15	10.5
	かかりつけ医	23	16.1
	地域包括支援センター	14	9.8
相談した	ソーシャルワーカー/相談員	1	0.7
	市町村窓口	5	3.5
	若年性認知症コールセンター	2	1.4
	若年性認知症支援コーディネーター	7	4.9
	保健所	0	0.0
	その他	18	12.6
覚えていない		2	1.4

診断時の主治医からの説明の状況

内容		説明があった		説明はなかった		覚えていない	
		n	%	n	%	n	%
診断名	n=140	130	92.9	7	5.0	3	2.1
治療薬	n=140	117	83.6	18	12.9	5	3.6
今後予想される症状や留意点	n=140	71	50.7	48	34.3	21	15.0
日常生活上の留意点	n=141	73	51.8	40	28.4	28	19.9
職場で配慮すること	n=121	33	27.3	69	57.0	19	15.7
今後の通院医療	n=141	124	87.9	11	7.8	6	4.3
自動車の運転	n=134	73	54.5	48	35.8	13	9.7
相談員（病院内）の紹介	n=141	53	37.6	82	58.2	6	4.3
障害者手帳の申請	n=139	46	33.1	85	61.2	8	5.8
医療費軽減について	n=139	54	38.8	73	52.5	12	8.6
当事者や家族会などピアサポートの紹介	n=141	47	33.3	85	60.3	9	6.4
病院外の相談窓口	n=140	44	31.4	81	57.9	15	10.7
その他	n= 12	2	16.7	4	33.3	6	50.0

説明があったと回答した者の理解の状況

内容		理解できた		できなかった		覚えていない	
		n	%	n	%	n	%
診断名	n=130	114	88.4	14	10.9	1	0.8
治療薬	n=117	97	85.8	10	8.8	6	5.3
今後予想される症状や留意点	n= 71	58	85.9	8	12.7	5	1.4
日常生活上の留意点	n= 73	61	85.9	9	12.7	1	1.4
職場で配慮すること	n= 33	27	84.4	4	12.5	1	3.1
今後の通院医療	n=124	107	90.7	10	8.5	1	0.8
自動車の運転	n= 73	60	87.0	9	13.0	0	
相談員（病院内）の紹介	n= 53	46	90.2	3	5.9	2	3.9
障害者手帳の申請	n= 46	44	95.7	2	4.3	0	
医療費軽減について	n= 54	50	96.2	2	3.8	0	
当事者や家族会などピアサポートの紹介	n= 47	47	100.0	0		0	
病院外の相談窓口	n= 44	18	72.0	6	24.0	1	4.0
その他	n= 2	1	50.0	1	50.0	0	

若年性認知症本人および家族への情報提供支援に関する研究

研究分担者 李相侖 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究要旨

研究目的：認知症の症状や医療、介護等の社会資源に関する情報は増加しているものの、若年性認知症の人が必要とする情報に関しては知見が乏しい。本研究では、若年性認知症本人や家族が求める情報の種類、情報収集のタイミングや方法を明らかにし、本人と家族等間における情報ニーズの比較を行った。**研究方法：**就労継続支援事業所や認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターの合計 2,251 か所に調査票を送付し、現在支援中の本人又は家族への配布を依頼した。調査項目は、先行研究を参考に、困ったことや、医療、介護、経済的支援、社会資源、健康等 13 種類の情報について、情報収集の時期（診断前・直後、進行後、時期に関係なく）、収集方法を尋ねた。収集方法は、若年性認知症支援コーディネーター、知人、医療、行政機関、チラシ、書籍、インターネットとした。**結果：**回収数は 219 件で、有効回答数は 148 件であった。回答者は本人が 26.1%、配偶者が 50.7%であった。困ったこととしては、認知症の進行、経済状況への不安、社会参加の場の不足があげられた。情報収集の経験からは、全 13 種類の情報において 6 割以上が情報収集の経験があり、病気の進行、治療方法、初期症状は上位3位であった。情報収集のタイミングは、症状や疾患の情報は診断直後、初期症状や専門医の情報は診断前も 3 割以上を示した。介護サービス、経済的な支援、就労相談は、診断後や進行後の回答が多かった。収集方法は、症状・疾患は医療機関や web、介護や社会的資源は行政機関、就労相談や地域資源は若年性認知症支援コーディネーターからも取得が多かった。健康は web でお出かけ場所等の情報取得の傾向が見られた。本人と家族・その他の情報ニーズにおいて、初期症状、介護保険サービス、全般的な介護総合窓口、介護方法、家族会に関する情報は両群で有意な差が見られた。社会資源などの項目における両群の差は認められなかった。**考察：**診断前後を通じて医療に関する情報、診断後は介護や経済的支援に関する情報を必要としていることが明らかになった。情報の収集方法は、web が幅広く活用されている一方で、専門家や行政機関からの情報提供も求められていた。本人、家族等で情報ニーズの違いはあるものの、社会資源等においては両群ともニーズが高かった。若年性認知症の人に対する支援において、多様な情報を整備し、ニーズに合わせた適切な時期の情報提供体制の重要性が示唆された。**結論：**本研究の結果から若年性認知症本人・家族の情報ニーズは高く、診断前後で求められる情報が異なることが示唆された。特に、診断直後は病状の情報、診断後は生活支援に関する具体的な情報が必要とされていた。本人、家族の情報ニーズからは、両群とも医療や介護、社会的資源に関する情報ニーズが高く、情報提供支援の必要性が示唆された。

A. 研究目的

近年、高齢者人口の増加に伴い、認知症への社会的関心が高まる中、認知症を有する本人にとっての身体的・社会的環境のアクセシビリティ向上、社会参加や活動に関するアクセス可能な情報の提供は重要な課題とされている(WHO, 2017)。

若年性認知症(Young-Onset Dementia: YOD)は、高齢期認知症に比べて患者数は少ないものの、生産年齢人口であり、ライフステージが異なることから、高齢期認知症患者向けの支援策とは異なる特性やニーズを有することが指摘されている(Giebel et al., 2020)。また、最初の症状に気づいてから診断までの期間の場合、高齢期の認知症に比べて2倍長く(Sansoni et al., 2016)、症状から施設入所までの期間においても、高齢期認知症者が平均約4年であることに對し、YOD者は約9年と報告されている(Bakker et al., 2013)。これらの背景により、若年性認知症の人の場合、介護に入る前に必要とするサービスやニーズが長期にわたり、多様である可能性がある。

若年性認知症と診断された人々に対する年齢に応じたサービスの必要性は、多くの研究、報告書で指摘されている(Aspö, Visser, Kivipelto, Boström, & Cronfalk, 2023; Baptista et al., 2016; Mayrhofer, Mathie, McKeown, Bunn, & Goodman, 2018; Millenaar et al., 2016)。若年発症認知症と診断された人に対する年齢に応じたサービスとその効果に関する研究によると(Mayrhofer et al., 2018)、サービス提供・利用により、本人の自宅での生活が長く維持できることが明らかにな

った。本人や家族への支援におけるサービスの種類は多様で、紹介の仕組みは多岐にわたり、生活の質への効果が示された。適切な情報を適切な時期に提供することは、若年性認知症の人と家族支援に重要と考えられる。しかし、若年性認知症の本人やその家族が必要とする情報に関する知見は乏しい。

そこで本研究では、若年性認知症を有する人と家族が求める情報の種類、情報収集のタイミングや取得方法(情報源)を明らかにすることを目的とした。また、若年性認知症の人と家族の情報ニーズを比較し、共通、相違点について検討した。

B. 研究方法

1. 対象者

調査対象は、全国の就労継続支援事業所、認知症地域支援推進員の1,887か所、若年性認知症支援コーディネーター159名とした。就労継続支援事業所の場合、本研究事業の2次調査から現在支援している若年性認知症の人数(266名)を対象とした。

就労継続支援事業所、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターに調査票を郵送し、本人および家族に手渡しを依頼した。

調査は2025年10月～2026年2月まで実施した。回収数は219件であり、そのうち、有効回答数は148件であった。有効回答数の内訳として、就労継続支援事務所から本人および家族による回答は33件、認知症地域支援推進員の場合92件、若年性認知症支援コーディネーターの場合は23件であった【図1】。

診断年齢、疾患に気づいた時期等について質問した。

表 1 医療・介護に関する情報の種類と情報収集の時期、方法に関する調査内容

情報	探したことある	方法	いつ
1 初期症状	ある	インターネット	診断目
2 病気の症状や進行	ない	チラシ、本	診断直後
3 治療方法や薬		役場や包括	診断から症状が進行した後
4 専門医、専門病院		病院	時期関わらず今も
5 介護保険サービス		知人、友人	その他
6 障害年金など経済的支援		若年性認知症支援C	
7 全般的な医療相談窓口		その他	
8 就労相談窓口			
9 全般的な介護相談窓口			
10 介護方法			
11 家族会			
12 認知症カフェ等社会資源			
13 健康維持*			

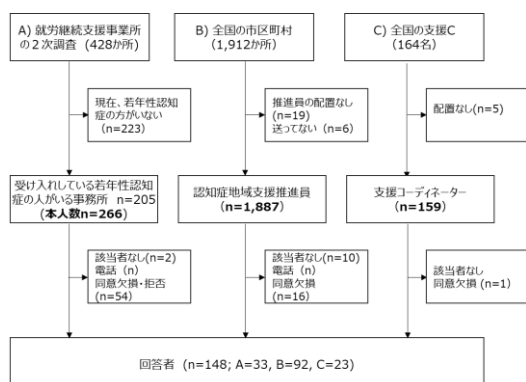


図 1 調査対象者のフロー

2. 調査項目

本人や家族が使用している支援について、どのように情報を得られたか、どのような情報を希望されているかを先行研究から検討し、調査票を作成した。

調査票は、診断後、受けられたサービスについて、相談できる相談先の有無、困っていること、医療・介護等に関する情報の検索経験、診断直後の有効情報や情報取得における困難点、基本属性等で構成された。

困っていることに関しては、先行研究を参考にし、認知症やその他の疾患の進行、気分、ディサービス等のサービスへの不参加を質問した。また、社会参加の場や外出する場所の不足、今後の生活への不安、相談先への不安について質問した。

情報の種類に関しては、先行研究 (Mayrhofer et al., 2018; 栗田主一, 2020) を参考に、医療、介護、健康や社会資源における 13 項目を設定した。各項目において、探した経験 (あり・なし)、情報の取得時期と方法について質問した【表 1】。

基本属性としては、回答者の性、年齢、

3. 解析方法

本研究では、回答の単純集計に加え、回答者別の解析として、名義変数間の関連性の検討には χ^2 検定 (独立性の検定) を、連続変数における 2 群間の平均値の有意差の検討には独立した 2 群の t 検定を実施した。統計解析には、IBM SPSS Statistics 27 (IBM Corp.) を用いた。

C. 倫理的配慮

本研究は社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した。郵送の際には、依頼文と研究の目的、個人情報および結果の取扱等が記述された説明書、調査票を同封し、回答者への同意を書面上に取得した (承認番号 0503-3)。

D. 研究結果

1. 回答者の特性

回答者は本人が 26.1%、配偶者が 50.7%、子どもや親、その他が 18.5%であった。回答者の年齢は本人 58.4 歳 (±9.4 歳)、配

偶者 60.6 歳（±6.7 歳）、子供や親等含む
その他 59.1 歳（±16.5 歳）であった。同
居人数は 2.6 名で、1 人暮らしは 15.3%を
占めた（表 2）。若年性認知症に関する情
報をみると、診断推定年齢は 55.7 歳（±
6.4 歳）であり、診断名としてはアルツハ
イマー型認知症が 73.8%と最も多かった
【表 2】。

表 2 回答者の特性

		n	%
協力先か らの回答	認知症地域	90	61.6
	支援推進員		
	就労継続支	33	22.6
	援事業所		
回答者	若年性認知	23	15.8
	症支援コー		
	ディネータ		
	ー		
回答者の 年齢	本人	37	26.1
	配偶者	72	50.7
	子ども、親	33	23.2
	等		
同居人数 <i>m, SD</i>	本人	58.4	9.4
	配偶者	60.6	6.7
	その他	59.1	16.5
	(1-7 名)	2.6	1.2
一人暮らし		22	15.3
診断時推 定年齢	<i>m, SD</i>	55.7	6.4
診断名	アルツハイ	107	73.8
	マー型		

2. 現在困っていること、探したことのあ る情報について

現在、困っていることについて、回答の
割合を示す。上位 4 位をみると、「認知症
の進行」が 71.4%で最も多く、次いで「今
後の生活、経済状況への不安」が 60.7%、
「社会参加の場が不足」が 37.1%、「外出
できる場がない」が 24.3%であげられた
【図 2】。

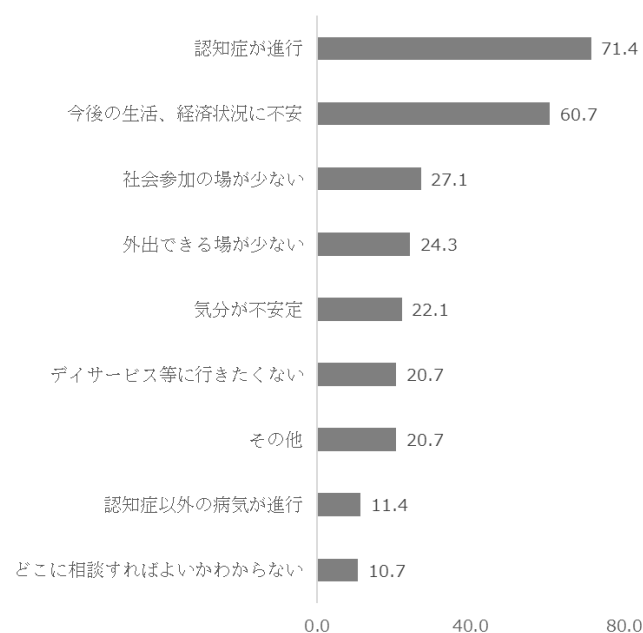


図 2 困っていることに関する回答の割合

必要な情報として、探したことのある
情報については、13 項目すべてにおいて、
6 割以上の人が探したことがあると答え
た。回答のうち、上位 4 位をみると、「病
気の症状や進行」に関する情報が 89.6%と
最も多かった。次いで「初期症状に対する
情報」が 86.7%、「治療方法や薬」に関す
る情報が 86.2%、「障害年金などの経済的
支援」に関する情報が 85.3%であり、8 割
以上を占めた【図 3】。



図3 情報収集の経験に関する回答の割合

3. 探したことのある情報の検索方法、検索時期について

探した経験のある情報別に、どのように、いつ頃検索したかを調べた。情報の種類から「医療・疾患関連」、「介護・経済的支援」、「社会的支援・健康」に関する情報に分け、結果をまとめた。情報の検索時期に関しては、上位2位までを示した。

【医療、疾患関連の情報】

初期症状に関する情報の検索時期に関しては、診断直後(49.4%)、診断前(34.2%)が多かった。取得方法としては、web、病院、役場や地域包括支援センターからの情報取得が多くみられた【図4-1】。

症状や進行に関する情報の検索時期に関しては、診断前(42.7%)が多く、次いで、診断から症状が進行した後も診断時期に関わらず今も時々検索していた。治

療方法や薬に関する情報は診断直後(46.8%)が多く、診断から症状が進行した後も診断時期に関わらず今も時々検索していた。専門家や病院に関する情報は診断直後(40.9%)、診断前(31.8%)が多かった。上記3つの情報に関しては、web、病院が多く、役場や地域包括支援センターからの情報取得も多かった【図4-2~4】。

全般的な医療相談窓口に関する情報は、診断直後(47.5%)で多く、診断から症状が進行した後も情報収集が多かった。取得方法としては、役場や地域包括支援センター、web からが多かった【図4-5】。

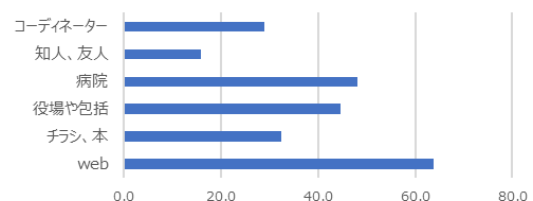


図4-1 初期症状に関する情報の取得方法

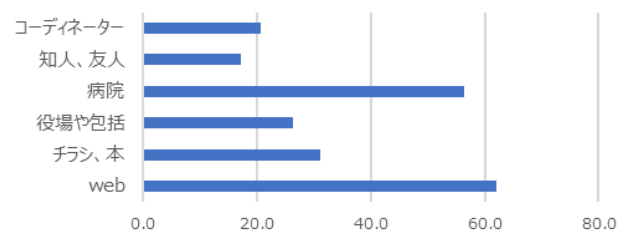


図4-2 病気の症状や進行に関する情報の取得方法

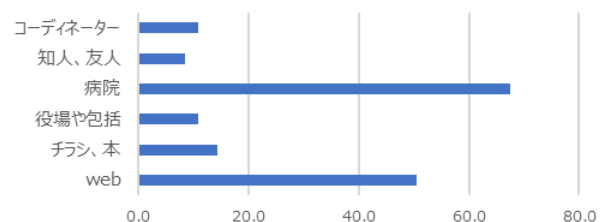


図4-3 治療方法や薬に関する情報の取得方法

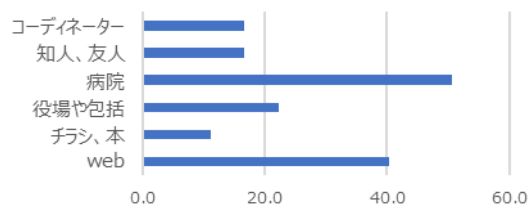


図 4-4 専門医や病院に関する情報の取得方法

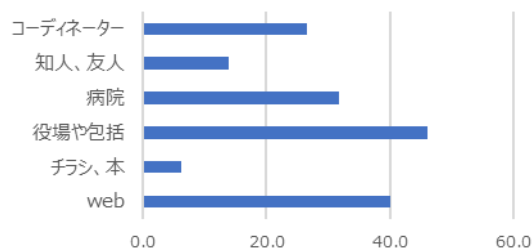


図 4-5 全般的な医療相談窓口に関する情報の取得方法

【介護、経済的支援関連の情報】

介護保険サービスに関する情報は、診断から症状が進行した後（37.0%）、診断直後（30.1%）が多かった。全般的な介護相談窓口に関する情報は、診断直後（39.9%）、診断から症状が進行した後（37.3%）であった。介護方法は、診断から症状が進行した後（36.4%）、診断後の時期に関わらず、今も時々検索を行っていた（34.5%）。

介護に関する情報は役場や地域包括支援センターからの情報取得が多く、病院、web からも多い傾向があった【図 5-1～3】。

障害年金などの経済的支援に関する序不応は診断直後（51.4%）が多く、次いで診断から症状の進行した後（26.4%）であった。就労相談窓口においても同様であり、診断直後（56.6%）、診断から症状の進行した後（30.2%）であった。

経済的支援に関する情報は役場や地域包括支援センター、若年性認知症支援コーディネーター、web からの情報取得が多い傾向があった【図 5-4～5】。

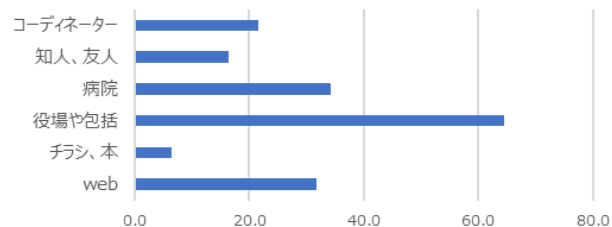


図 5-1 介護保険サービスに関する情報の取得方法

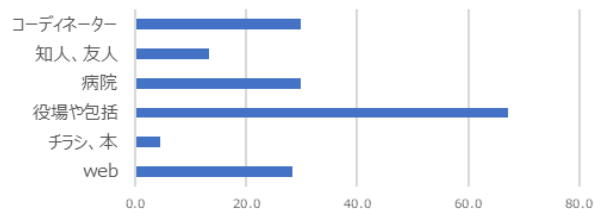


図 5-2 全般的な介護相談窓口に関する情報の取得方法

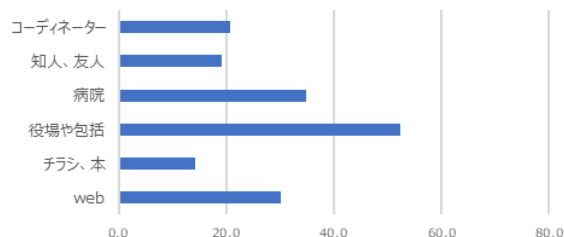


図 5-3 介護方法に関する情報の取得方法

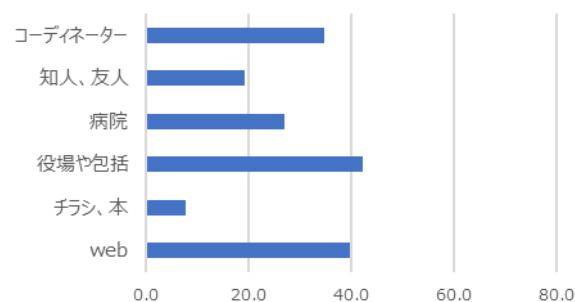


図 5-4 経済的支援情報に関する取得方法

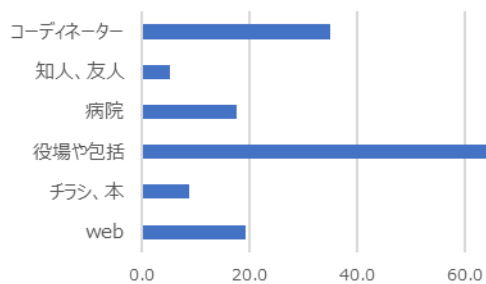


図 5-5 就労相談窓口に関する取得方法

【社会的資源、健康関連の情報】

家族会に関する情報は診断直後 (50.8%) が多く、診断から症状が進行した後も多かった (30.5%)。認知症カフェ等の社会資源に関する情報も同様であり、診断直後 (46.0%)、診断から症状が進行した後が多くみられた (33.3%)。

社会的資源に関する情報は役場や地域包括支援センター、若年性認知症支援コーディネーターから情報を取得していた【図 6-1～2】。

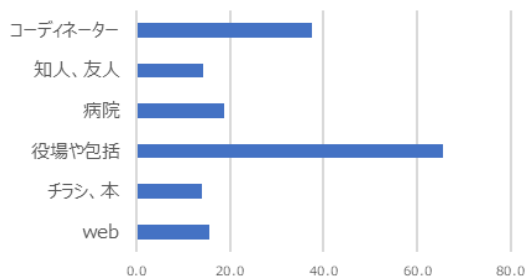


図 6-1 家族会に関する情報の取得方法

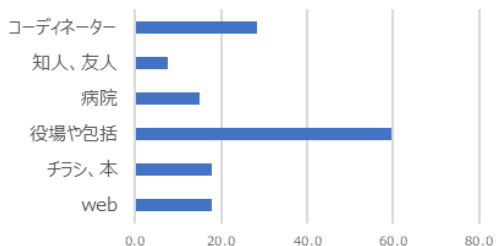


図 6-2 認知症カフェ等の社会資源に関する情報の取得方法

健康に関する情報では、情報取得の方法と取得する内容についてまとめた。情報取得は web、病院、役場や地域包括支援センターが多かった【図 6-3】。情報の種類に関しては、栄養、趣味活動のできる場所認知症にやさしいお出掛けできる場所が多かった【図 6-4】。

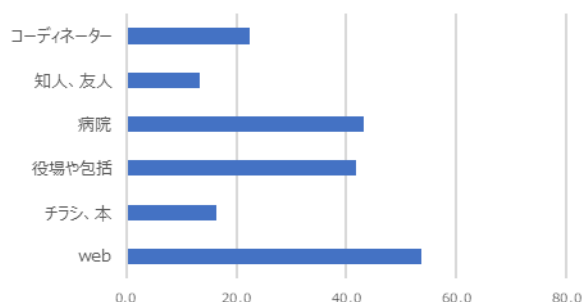


図 6-3 健康維持に関する情報の取得方法

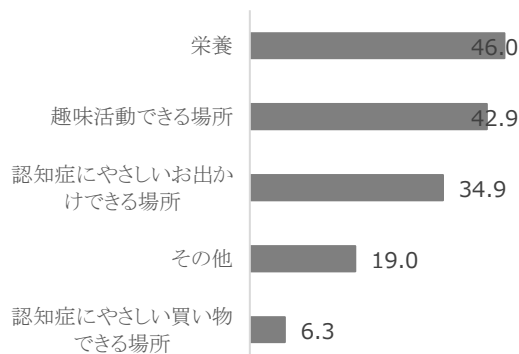


図 6-4 健康維持に関する検索内容

4. 本人、家族（その他を含む）の情報ニーズに関する共通、相違点について

若年性認知症の本人や家族等が必要としている情報について、本人と家族（その他）に分けて検定を行った。

本人と家族・その他の情報ニーズにおいて、初期症状 ($p=0.001$)、介護保険サー

ビス ($p<0.001$)、全般的な介護総合窓口 ($p<0.001$)、介護方法 ($p<0.001$)、家族会 ($p=0.002$) に関する情報で有意な差が認められた。そのほかの項目に関しては有意な差が認められなかった【表 3】。

表 3 本人と家族・その他における情報ニーズの比較

	本人	家族、 その他	p
初期症状	68.6	92.3	0.001
病気の症状や進行	80.0	92.4	0.083
治療方法や薬	77.8	89.5	0.134
専門医や病院	69.4	75.2	0.644
介護保険サービス	48.6	86.5	<0.001
障害年金等の経済的支援	74.3	88.5	0.080
全般的な医療相談窓口	62.9	74.3	0.280
就労相談窓口	57.1	61.5	0.795
全般的な介護相談窓口	41.2	78.8	<0.001
介護方法	35.3	74.5	<0.001
家族会	45.7	76.2	0.002
認知症カフェ等の社会資源	62.9	72.4	0.394
健康維持	57.1	76.2	0.052

E. 考察

本研究では、若年性認知症の人とその

家族等が必要とする情報および、その情報収集の時期・方法を明らかにした。また、本人や家族・その他における情報ニーズを比較し、相違・共通点を示した。

若年性認知症の困っていることについては、認知症の進行、今後の生活への不安、社会参加の場の不足が多かった。必要な情報では、13 項目のすべての情報において、6 割以上の人が見た経験があると答えた。この結果は先行研究と同様であり、若年性認知症の本人、家族が必要としている情報は多面的であることが明らかになった。

情報収集の時期では、医療・疾患に関する情報は、診断直後が多かった。一方、初期症状や専門医や病院に関する情報収集の経験は診断前も 3 割以上であった。若年性認知症の場合、高齢期の認知症に比べて最初の症状に気づいてから診断までの期間が長いことが報告されている (Sanson et al., 2016)。先行研究によると、若年性認知症と疑われていた人の最も一般的な初期診断名は精神疾患である (Panegyres & Frencham, 2007)。また、若年性認知症の人にうつ症状の発症率は高く、これにより診断の遅延が生じる可能性が指摘されている (Rosness, Barca, & Engedal, 2010)。本研究では検証が難しいものの、複数の医療機関における受診の必要性が生じる可能性があり、診断前に医療・疾患、病院に関する情報収集は多いことが推測される。

介護保険サービスや経済的支援、就労相談は診断直後、症状が進行した後で多く、社会的資源や健康維持に関する情報は診断直後から継続的に情報収集してい

る傾向が確認された。

情報の収集方法としては、医療、介護、経済的支援、社会的資源のすべての情報において、web（インターネット）からの情報収集が幅広く活用されていた。症状・疾患の情報は医療機関、介護や社会的資源は役場や地域包括支援センター、就労相談や社会的資源は若年性認知症支援コーディネーターからも取得していた。情報を検索する方法として、インターネットは幅広く活用されており、インターネットを用いた情報発信は幅広い情報の発信に有用である可能性が示された。若年性認知症の家族に対し、オンライン情報提供とサポートプログラムによる介入研究では、受け入れやすさが報告されており、既存のサービスを補完するものとして活用できる可能性が示された(Metcalf et al., 2019)。インターネットを用いた情報発信およびサポートは、アクセスを容易にし、地理的バリアーの軽減により、従来の支援形態の代替案になる可能性がある。

一方で、専門家や行政機関からの情報提供も求められており、情報の種類別に発信方法の工夫の必要性が示された。

健康に関する情報は、インターネットからの収集が多く、栄養、趣味活動に関する情報、お出かけの場所等における情報収集が多かった。外出できる場所におけるニーズの高さが示された。

各情報別で本人、家族・その他間の比較を行った結果、初期症状、介護保険サービス、介護相談窓口、家族会に関する情報では、家族等回答者の方が本人より探したことの割合が有意に高かった。疾患の進行や治療、専門医や病院に関する情

報、経済的支援に関する情報は本人と家族・その他で有意な差はみられなかった。また、認知症カフェなどの社会資源や健康維持に関しても有意な差は認められなかった。本人や家族における社会心理的介入における先行研究では、例えば、職場・職業を用いた介入は目的意識の向上のみならず、地域社会とのつながり、ネットワークづくりの手段であることが指摘された(Richardson et al., 2016)。非薬理的介入に関するレビューでは、介入実施は家族間のコミュニケーションの促進や、介護の自己効力感の改善からの負担感軽減などが示唆された(Cui et al., 2024)。これらの先行研究から、社会資源などの情報提供により、社会参加の支援・実現が可能と考えられる。さらに、社会参加の支援は本人と家族のQOL増進に寄与する可能性があり、情報支援の重要性が示された。

F. 結論

若年性認知症の人とその家族等が必要とする情報と、情報別の収集時期・収集方法における結果により、若年性認知症の本人、家族が必要としている情報は多面的であることが明らかになった。また、全般的に情報ニーズは高いものの、診断前後で異なる情報ニーズを持っていることが示唆された。特に、診断直後は病状に関する情報、診断後は生活支援に関する具体的な情報が必要とされていることが明らかになった。情報の収集方法としては、インターネットが幅広く使用されており、インターネットを活用した情報発信の重要性が示される一方、情報の種類によっては、専門家や行政機関からの

提供が求められていることが確認できた。

本人、家族の情報ニーズからは、両群で必要としている情報が明らかになった。また、両群とも医療や介護、社会的資源に関する情報ニーズが高く、情報支援の必要性が示唆された。

G. 研究発表

学会発表

李相倫, 齊藤千晶, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦：地域包括支援センターにおける若年性認知症を有する者の社会参加の支援状況－困難や他施設連携との関連－. 第25回日本認知症ケア学会, 2024.6.15-6.16, 東京(口頭).

齊藤千晶, 李相倫, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦：市町村における若年性認知症の人の支援推進に必要な方策の検討-若年性認知症支援コーディネーターの視点から-. 第25回日本認知症ケア学会, 2024.6.15-6.16, 東京(口頭).

齊藤千晶, 李相倫, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援-支援コーディネーターとの連携-. 第43回日本認知症学会, 2024.11.21-11.23, 福島(ポスター).

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定含む) なし

参考文献

Aspö, M., Visser, L., Kivipelto, M., Boström, A. M., & Cronfalk, B. S. (2023). Transitions: Experiences of younger persons recently diagnosed with

Alzheimer-type dementia. *Dementia (London)*, 22(3), 610-627.

doi:10.1177/14713012231155516

Bakker, C., de Vugt, M. E., van Vliet, D., Verhey, F. R., Pijnenburg, Y. A., Vernooij-Dassen, M. J., & Koopmans, R. T. (2013). Predictors of the time to institutionalization in young- versus late-onset dementia: results from the Needs in Young Onset Dementia (NeedYD) study. *J Am Med Dir Assoc*, 14(4), 248-253. doi:10.1016/j.jamda.2012.09.011

Baptista, M. A., Santos, R. L., Kimura, N., Lacerda, I. B., Johannenssen, A., Barca, M. L., . . . Dourado, M. C. (2016). Quality of life in young onset dementia: an updated systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(1), 6-13. doi:10.1590/2237-6089-2015-0049

Cui, X., Wang, J., Wu, B., Zhao, Q., Tang, X., & Wang, J. (2024). Interventions for Persons with Young-Onset Dementia and Their Families: A Scoping Review. *J Alzheimers Dis*, 97(4), 1519-1531. doi:10.3233/jad-231006

Giebel, C., Eastham, C., Cannon, J., Wilson, J., Wilson, J., & Pearson, A. (2020). Evaluating a young-onset dementia service from two sides of the coin: staff and service user perspectives. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 187. doi:10.1186/s12913-020-5027-8

- Mayrhofer, A., Mathie, E., McKeown, J., Bunn, F., & Goodman, C. (2018). Age-appropriate services for people diagnosed with young onset dementia (YOD): a systematic review. *Aging Ment Health*, 22(8), 927-935. doi:10.1080/13607863.2017.1334038
- Metcalfe, A., Jones, B., Mayer, J., Gage, H., Oyebode, J., Boucault, S., . . . Kurz, A. (2019). Online information and support for carers of people with young-onset dementia: A multi-site randomised controlled pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(10), 1455-1464. doi:10.1002/gps.5154
- Millenaar, J. K., Bakker, C., Koopmans, R. T., Verhey, F. R., Kurz, A., & de Vugt, M. E. (2016). The care needs and experiences with the use of services of people with young-onset dementia and their caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(12), 1261-1276. doi:10.1002/gps.4502
- Panegyres, P. K., & Frencham, K. (2007). Course and causes of suspected dementia in young adults: a longitudinal study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 22(1), 48-56. doi:10.1177/1533317506295887
- Richardson, A., Pedley, G., Pelone, F., Akhtar, F., Chang, J., Muleya, W., & Greenwood, N. (2016). Psychosocial interventions for people with young onset dementia and their carers: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 28(9), 1441-1454. doi:10.1017/s1041610216000132
- Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(7), 704-711. doi:10.1002/gps.2411
- Sansoni, J., Duncan, C., Grootemaat, P., Capell, J., Samsa, P., & Westera, A. (2016). Younger Onset Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 693-705. doi:10.1177/1533317515619481
- WHO. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>
- 栗田主一. (2020). 若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システム. Retrieved from https://www.tmghig.jp/research/cms_upload/20170401_20200331.pdf

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
田中真弥, 鷺見幸彦	認知症発症者の就労	安全と健康	75(7)	21-25	2024
鷺見幸彦	認知症に対する地域連携・多職種連携	脳神経内科	98(2)	234-239	2023
鷺見幸彦	若年性認知症の現状と課題	地域保健	54(2)	8-10	2023
Edahiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsunomiya K, Ota H, Kakumizu T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyayama K, Awata S	What happens if your colleague was the first person to notice that you have young-onset dementia?	Geriatr Gerontol Int	21	doi: 10.1111/ggi.14733. Epub ahead of print. PMID: 37990422	2023
齊藤千晶	特集 認知症基本法と作業療法-共生社会において個性と能力が発揮できる支援-若年性認知症の人の就労に関する調査から	作業療法ジャーナル	58(11)	1065-1071	2024
Shizuko Omote, Satoshi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi, Yoshiko Koyama	Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia	A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia, Int. J. Environ. Res. Public Health	20(13)	6235	2023
濱田珠里, 表志津子, 岡本理絵, 池内里美, 高橋裕太郎	若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態	看護実践学会誌	35(2)	8-17	2023
Kogata T, Saito C, Kato F, Kudo J, Yamaguchi Y, Lee S, Washimi Y	An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline	profiles of clients who consulted the helpline themselves. Psychogeriatrics	24(3)	617-626	2024

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和7年 5月 14日				
厚生労働大臣 殿				
機関名 社会福祉法人 仁至会				
所属研究機関長 職 名 理事長				
氏 名 加知 輝彦				
次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。				
1. 研究事業名 認知症政策研究事業				
2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ プロセスの構築に資する研究(23GB1002)				
3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症介護研究・研修大府センター センター長 (氏名・フリガナ) 鷲見 幸彦 (ワシミ ユキヒコ)				
4. 倫理審査の状況				
	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ □	■	社会福祉法人 仁至会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□
(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。				
その他(特記事項)				
(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。				
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。				
5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について				
研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □			
6. 利益相反の管理				
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □(無の場合は委託先機関:)			
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■(有の場合はその内容:)			
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。				

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和7年5月13日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐプロセスの構築に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症未来社会創造センター・センター長
(氏名・フリガナ) 栗田 主一 (アワタ シュイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒ ☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について

令和 7 年 5 月 1 6 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ
プロセスの構築に資する研究 (23GB1002)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院 もの忘れセンター・センター長
(氏名・フリガナ) 武田 章敬 (タケダ アキノリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	認知症介護研究・研修大府センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和7年 5月 14日				
厚生労働大臣 殿				
機関名 社会福祉法人 仁至会				
所属研究機関長 職 名 理事長				
氏 名 加知 輝彦				
次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。				
1. 研究事業名 認知症政策研究事業				
2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ プロセスの構築に資する研究(23GB1002)				
3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症介護研究・研修大府センター 研究部 主任研究主幹 (氏名・フリガナ) 齊藤 千晶 (サイトウ チアキ)				
4. 倫理審査の状況				
	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ □	■	社会福祉法人 仁至会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□
(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。				
その他(特記事項)				
(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。				
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。				
5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について				
研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □			
6. 利益相反の管理				
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □(無の場合は委託先機関:)			
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■(有の場合はその内容:)			
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。				

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 和田 隆志

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐプロセス
の構築に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医薬保健研究域保健学系 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 表 志津子 ・ オモテ シズコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	社会福祉法人仁至会、金沢大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和7年 5月 14日				
厚生労働大臣 殿				
機関名 社会福祉法人 仁至会				
所属研究機関長 職 名 理事長				
氏 名 加知 輝彦				
次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。				
1. 研究事業名 認知症政策研究事業				
2. 研究課題名 若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ プロセスの構築に資する研究(23GB1002)				
3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症介護研究・研修大府センター 研究部 部長 (氏名・フリガナ) 李 相倫 (イ サンユン)				
4. 倫理審査の状況				
	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ □	■	社会福祉法人 仁至会	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□
(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。				
その他(特記事項)				
(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。				
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。				
5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について				
研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □			
6. 利益相反の管理				
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □(無の場合は委託先機関:)			
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)			
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■(有の場合はその内容:)			
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。				