

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 7 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鷺見 幸彦

令和 8 (2026) 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／鷲見 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	-----	11
社会福祉法人浴風会・認知症介護研究・研修東京センター センター長／栗田 圭一 (資料1) 認知症疾患医療センターにおける若年認知症診断後支援ガイド		
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	-----	21
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		
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	-----	24
認知症介護研究・研修大府センター／齊藤 千晶 (資料2) 若年性認知症支援ガイドブック		
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	-----	62
金沢大学医薬保健研究域保健学系／表 志津子 (資料3) 働きざかり世代の認知症～仕事と治療を両立するために～		
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	-----	73
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	-----	82
IV. 倫理審査等報告書の写し	-----	83

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がる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】

研究目的：

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。これらのデータに基づく提言を行い、患者・家族のステージとニーズに応じた情報を提供する。

研究結果：医療面においては研究分担者の武田は全国の認知症疾患医療センターを中心に調査と診断後支援に関する調査を行った。抗アミロイドβ抗体治療に関しては進みつつあるものの、いくつかの阻害因子も指摘された。また適用でなかった対象への支援が不十分であった。研究分担者の栗田は過去の調査、武田の調査の結果も踏まえ、「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」を作成公開した。研究分担者の齊藤は全国の10事業所を3次調査の対象として、管理者、支援Co)、本人、介護家族に対しヒアリング調査を行った。管理者から他の資源との連携強化が、本人からは認知機能が低下しても「社会の役に立ちたい」「働きたい」という強い意欲が確認された。また介護者からは将来の生活に対する強い不安と、早期からの情報共有と先を見据えた支援体制が強く求められていた。また研究代表者と協働して若年性認知症支援ガイドブックの改訂：作成をおこなった。主な改訂点として、診断後支援や就労支援、相談窓口の役割等を新たに章立てし、統計データも最新版へ更新している。研究分担者表は企業、本人家族に対して調査を行い、企業の規模別の支援体制、及び就労継続が可能と回答した企業の理由について分析を行った。また、本人及び家族の経済状況に関する分析を行った。若年性認知症の症状に関しては中小企業の40-50%が大企業では70%が知っていると回答していた。就労継続が可能と考える企業は、人事管理が可能で、就労は企業にとって有益であると考えていた。本人家族の調査では本人が「就労していた」のは66.0%、「家計が減った」75.9%のうち家計が苦しいと回答した者は63.6%であった。研究分担者李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を通じて本人・家族の情報収集に関する質問紙調査を実施した。情報検索は全項目で6割以上に認められ、特に症状・進行や治療に関する情報が多かった。医療に関する情報は診断前後に多く収集され、介護や経済支援、就労関連の情報は診断後から進行後に多く求められていた。多変量解析では、経済的不安は就労関連情報の検索、社会参加の不足は社会資源に関する情報検索と有意に関連していた。質的分析では、診断初期には制度や相談先に関する基礎的情報の不足がみられ、現在は生活支援やケア方法に関する具体的ニーズが中心で

あった。

考察と結論：抗 A β 抗体療法を受けている者や適応とならなかった者に対して、特に若年性認知症に必要と考えられる就労支援や福祉的就労に関する支援はあまり行われていなかった。若年者に経済的負担が大きいこと、遺伝カウンセリングを実施する医療機関が分からないといった若年性認知症に係る課題も示された。

栗田：わが国最初の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ガイドを作成した。本ガイドの目的は、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすること」を目的とした。

齊藤：診断初期からの専門職による作業内容のマッチングと段階的な導入が、本人・家族の混乱を防ぐ緩衝材として機能している。若年性認知症支援ガイドブック令和 7 年度版は HP 掲載や各自治体への配付を通じ、地域全体への周知と活用を図った。

表：就労継続が可能と考える企業は、人事管理が可能で、就労は企業にとって有益であると考えていた。従業員に症状がみられた際に適切な支援が可能となるよう、予備的知識を得る研修実施が課題である。また、本人及び家族については、各機関・専門職が連携し、患者とその家族が壮年期の生活を可能な限り持続できるよう、総合的な支援体制の構築が必要であると考えている。

李：若年性認知症の情報ニーズは医療や経済的支援を中心に多岐にわたり、家族は介護や支援体制に関する情報をより求める傾向がみられた。情報ニーズは診断初期の基礎的情報の不足から、生活支援やケアに関する具体的ニーズへと段階的に変化していた。また、経済的不安や社会参加の制約が強いほど関連情報を求める傾向があり、個別状況に応じた情報提供の必要性が示唆された。

鷺見：インフォーマルサービスマップを作成し若年性認知症コールセンターHP にアップした。インフォーマルサービスマップは今回完成ではなく今後も新たな情報の追加が必須である。

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 もの忘れセンター長
栗田圭一 社会福祉法人浴風会・認知症介護研究・研修東京センター センター長
齊藤千晶 社会福祉法人仁至会・認知症介護研究・研修大府センター 主任研究主幹
表 志津子 国立大学法人 金沢大学医薬保健研究域保健学系 教授
李 相侖 社会福祉法人仁至会・認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究目的

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。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。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。これらのデータに基づく提言を行い、患者・家族のステージとニーズに応じた情報を提供する。

（研究代表者の分担研究）若年性認知症の人は、高齢者向けのサービスが利用しにくく、またご本人も参加をのぞまないといわれ、フォーマル、インフォーマルを問わずサービス利用に困難を感じる 경우가少なくないといわれている。高齢者対象のインフォーマルサービスに関しては、情報を公開している地方自治体もあり、比較的情報が得られやすくなってきているが、若年性

認知症ご本人が利用できるインフォーマルサービスに関する情報は少ないのが実情である。そこで全国の若年性認知症の人やご家族が利用しやすいインフォーマルサービスの情報を集め、それを全国若年性認知症コールセンターホームページで公開することを目的に調査を実施した。

研究方法

驚見：研究全体としては令和7年6月に新しい調査票、研究分担者の所属変更等研究計画書を修正し、社会福祉法人仁至会倫理利益相反委員会に提出し承認を得た。また班会議を令和7年6月5日、12月23日、令和8年2月27日に開催した。分担研究では調査対象を若年性認知症支援コーディネーターとし、調査票を郵送及びWebで送付した。調査時期は令和7年9月に行った。調査項目としては過去に利用したことのあるインフォーマルサービス(①認知症カフェ②ふれあいサロン③配食サービス④見守りサービス⑤緊急時の支援サービス⑥SOS ネットワーク⑦服薬確認電話サービス⑧認知症サポーターやチームオレンジによる⑨若年性認知症の集いを主催している家族会⑩生活支援整備事業⑪通いの場⑫その他)及びそのサービスを利用した目的①情緒的支援②日常生活支援③社会参加支援④情報提供・相談支援⑤緊急時支援・安全確保⑥役割創出・自己実現支援⑦関係づくり支援を選択しあわせてそのインフォーマルサービスを選んだ理由を記載した。

武田：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗Aβ抗体薬による治療・診断後支援に関する調査票を作成し、全国の認知症疾患医療センター509ヶ所

に送付し調査を行った。

栗田：令和6年度に作成した「診断後支援ガイド骨子案」を叩き台にして「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案」（以下、ガイド案）を作成し、厚生労働科学研究班、若年性認知症支援の専門家、若年性認知症の本人及び家族に供覧し意見聴取を行った。また、認知症疾患医療センターの相談員を対象にフォーカス・グループ・インタビュー(FGI)を行った。以上の内容を分析し、整理した上で、ガイド案にその内容を反映させた「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ガイド」（以下、ガイド）を作成した。

齊藤：令和6年度に実施した二次調査の回答者272名のうち、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用経験がある等の条件を満たす36事業所を抽出し、ヒアリング調査への協力を依頼した。その結果、10事業所を3次調査の対象として、管理者9名、支援者（支援Co）1名、若年性認知症の利用者本人6名および利用者の介護家族2名に対し、令和7年8月5日から9月24日までにWebまたは対面により聞き取りを実施した。

表：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。本人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、診断後の経済状況の実態等を調査した。令和7年度は、企業の規模別の支援体制、及び就

労継続が可能と回答した企業の理由について分析を行った。また、本人及び家族の経済状況に関する分析を行った。

李：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を通じて質問紙調査を実施した。調査内容は、困難、医療・介護・経済的支援・社会資源等に関する情報検索経験、収集時期、基本属性等とした。分析は記述統計、 χ^2 検定、ロジスティック回帰分析および自由記述の質的分析を行った。

（倫理面への配慮）

令和7年6月に新しい調査票、研究分担者の所属変更等研究計画書を修正し、社会福祉法人仁至会倫理利益相反委員会に提出し承認を得た。アンケート調査においては同意欄を設け、同意のあるデータのみを使用した。

研究結果

鷺見：回答数：全国の若年性認知症支援コーディネーター179人に送付し、108件の回答を得た。（回答率60.3%）インフォーマルサービスの利用率は95/103件で92.2%が何らかの形で利用していた。利用率の高い（70%以上と定義）インフォーマルサービスは認知症カフェと若年性認知症の集いを主催する家族会の紹介であり、利用率の低い（10%以下と定義）インフォーマルサービスは服薬確認電話サービス運営事業所の紹介であった。

武田：249ヶ所の認知症疾患医療センターから有効回答を得た。認知症疾患医療センターの33%で抗A β 抗体薬の初回投与可能、35%で継続投与のみ可能という回答であった。実際に抗A β 抗体薬の投与を行った認知症疾患医療センターは146ヶ所

(59%)、65歳未満に投与したのは82ヶ所(33%)であった。抗Aβ抗体薬治療に対応しない理由としては副作用への対応が困難、実施している医療機関の利益が少ない、MRIやPETなどの実施が困難、外来点滴が困難等であった。抗Aβ抗体治療を行ってみての課題としては、通院の負担や経済的負担が大きい、自施設の利益が少ない、説明に時間と労力を要する、効果がわかりにくい等であった。抗Aβ抗体薬による治療を行っている患者および抗Aβ抗体療法の対象とならない患者への支援としては、本人・家族への情緒的支援や情動的支援、介護保険サービスに関する支援を行っていると感じた医療機関は多かった一方で、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感じた医療機関は少なかった。

粟田：計17名の若年性認知症支援の専門家（若年性認知症支援コーディネーター、認知症疾患医療センター相談員等）、若年性認知症の当事者（本人・家族等）から個別に意見聴取を行った。また、そのうち、認知症疾患医療センター相談員5名を対象にFGIを実施した。聴取された内容は表1,2を参照されたい。尚、意見聴取を行った17名の名簿はガイドの巻末に掲載した。作成したガイドは別添資料として掲載した。

齊藤：【管理者】疾患の進行に伴う作業内容の再編や視覚化など、状態変化に応じた動的な調整が通所継続に寄与している。一方で、介助負担増や送迎、制度移行の壁など事業所単独の支援には限界があり、専門職間の連携強化が不可欠である。【本人】

認知機能が低下しても「社会の役に立ちたい」「働きたい」という強い意欲が確認された。自身の強みや職歴を活かした役割を得ることが自己肯定感の維持に直結しており、就労を通じた交流が喪失感を補う基盤となっている。【家族】本人の急激な環境変化や将来の生活に対する強い不安が確認された。事業所への通所は家族のレスパイトを保障し、介護負担を軽減する鍵となっており、早期からの情報共有と先を見据えた支援体制が強く求められている。

表：企業については806名を分析対象とした。企業の規模別割合は、小企業4.8%、中企業87.2%、大企業8.0%であった。若年性認知症の症状は、小企業41.0%、中企業49.2%、大企業70.3%が知っていると感じた。研修の実施予定は企業の規模に関わらず5%未満であった。就労継続が可能と感じた企業は、就労継続について、【人事管理可能】で【企業にとって有益】、

【解雇理由にならない】、【多様性のある職場づくり】になる、【本人の生活維持を考慮】、【就労継続の尊重】と思考していた。本人及び家族の調査では、141名を分析対象とした。診断時の当事者の平均年齢は58.3±5.2歳、本人が「就労していた」のは66.0%であった。「家計が減った」75.9%のうち家計が苦しいと感じた者は63.6%であった。家計が減った理由は、診断を受けた者の収入の減少64.5%、次いで医療費の増加42.1%、通院費31.8%であった。主な収入は、配偶者の収入71.0%、本人の障害年金50.5%、本人の収入32.7%であった。

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。困難として「認知症の進行」「生活・経済的不安」「社会参加の場の不足」が多く挙げられた。情報検索は全項目で6割以上に認められ、特に症状・進行や治療に関する情報が多かった。医療に関する情報は診断前後に多く収集され、介護や経済支援、就労関連の情報は診断後から進行後に多く求められていた。多変量解析では、経済的不安は就労関連情報の検索、社会参加の不足は社会資源に関する情報検索と有意に関連していた。質的分析では、診断初期には制度や相談先に関する基礎的情報の不足がみられ、現在は生活支援やケア方法に関する具体的なニーズが中心であった。

考察

鷺見：今回期間内に回答をえられなかった地域は2県であったが、インフォーマルサービスが存在しない、まったく利用していないとは考えにくく、今後別途収集する必要がある。今回の結果は「若年性認知症の人が利用できるインフォーマルサービス」として認知症介護研究・研修大府センターの若年性認知症コールセンターホームページにアップするが、現時点ではインフォーマルサービスについては個々の情報を開示するのではなく、各都道府県、指定都市にどのようなサービスがあるかを列挙する形で公表しているため、ご本人、ご家族はあらためて支援コーディネーターに問い合わせる必要がある。今後具体的なサービス名、所在地、連絡先などの情報を得て、情報を増やしていく。またインフォーマルサービスはその存在が流動的な面があり、常に新しい情報に更新される必要がある。今回コーディネーターの側から情報

収集する仕組みを考えている。

武田：認知症疾患医療センターを対象としたアンケート調査の結果、65歳未満に抗A β 抗体薬を投与した医療機関は33%であった。抗A β 抗体療法を受けている者や適応とならなかった者に対して、特に若年性認知症に必要と考えられる就労支援や福祉的就労に関する支援はあまり行われていなかった。自由記述の回答では抗A β 抗体薬による治療ができる医療機関が偏在していること、継続投与医療機関がみづかりにくいこと、初回導入医療機関と継続投与医療機関との連携が困難であることなどがみられ、若年者に経済的負担が大きいこと、遺伝カウンセリングを実施する医療機関が分からないといった若年性認知症に関係する課題も示された。

粟田：3年間にわたる厚生労働科学研究において、全国の認知症疾患医療センターの実態調査、国内外の文献レビュー、若年性認知症診断後支援の専門家及び若年性認知症当事者（本人、家族）からの意見聴取を行い、わが国最初の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ガイドを作成した。本ガイドの目的は、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすること」を目的としている。

齊藤：若年性認知症支援では、診断初期か

らの専門職による作業内容のマッチングと段階的な導入が、本人・家族の混乱を防ぐ緩衝材として機能している。本人の職歴や強みを活かした役割付与は、自己肯定感の維持と社会的アイデンティティの再定義に直結する。一方で、疾患の進行に伴う介助負担の増大に対し、事業所が支援を抱え込まず、外部機関と連携し「ケア」を分散・共有することが、就労継続と家族のレスパイトを両立させる鍵となる。ガイドブックの改訂：作成にあたっては専門職や当事者、家族等から広く意見を聴取し、専門職の対応力向上を目指した。主な改訂点として、診断後支援や就労支援、相談窓口の役割等を新たに章立てし、統計データも最新版へ更新している。完成した令和7年度版はHP掲載や各自治体への配付を通じ、地域全体への周知と活用を図った。

表：就労継続が可能と考える企業は、人事管理が可能で、就労は企業にとって有益であると考えていた。従業員に症状がみられた際に適切な支援が可能となるよう、予備的知識を得る研修実施が課題である。また、本人及び家族については、各機関・専門職が連携し、患者とその家族が壮年期の生活を可能な限り持続できるよう、総合的な支援体制の構築が必要であると考えている。

李：若年性認知症の情報ニーズは医療や経済的支援を中心に多岐にわたり、家族は介護や支援体制に関する情報をより求める傾向がみられた。情報ニーズは診断初期の基礎的情報の不足から、生活支援やケアに関する具体的ニーズへと段階的に変化していた。また、経済的不安や社会参加の制約が強いほど関連情報を求める傾向があり、個別状況に応じた情報提供の必要性が

示唆された。

結論と今後の課題

鷲見：倫理面に対応しつつ、3回の班会議を行い、成果物が得られた。

インフォーマルサービスマップは今回完成ではなく今後も新たな情報の追加が必須である。

武田：本調査によって認知症疾患医療センターにおける抗Aβ抗体薬による治療の実施状況や課題、若年性認知症への対応状況や課題が明らかとなった。

粟田：3年間にわたる厚生労働科学研究において、全国の認知症疾患医療センターの実態調査、国内外の文献レビュー、若年性認知症診断後支援の専門家及び若年性認知症当事者（本人、家族）からの意見聴取を行い、わが国最初の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ガイドを作成した。

本ガイドの目的は、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすること」を目的としている。本ガイドを活用して、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質をいかにして高め、均霑化させていくかが今後の課題である。

齊藤：疾患の進行性を見据えた段階的・柔軟な支援体制と多機関連携

若年性認知症は進行性疾患であるため、あ

あらかじめ変化を予測し、導入時の支援内容を固定せず、状態変化を前提とした段階的で柔軟な支援が求められる。本人の能力低下に合わせた作業内容の再編や代償手段の導入といった専門性を高めるとともに、支援の限界（送迎支援、提供可能なケアの範囲）やその内容、また制度移行に伴う利用料の違いなどを本人・家族・事業所であらかじめ共有しておくことが、混乱を防ぎ円滑な支援を行う上で重要である。さらに、早期から地域包括支援センター等の協力を仰ぎ、介護保険サービスの併用や移行が円滑に進むよう、地域全体で支援体制を構築することが求められる。

本人の意思決定に基づいた移行期における環境調整と継続的支援

退職や転職、あるいはサービスの切り替えといった「人生の転換期」において、本人が抱く強い喪失感や不安を低減させるための心理的支援が不可欠である。単なる事務的な手続きにとどまらず、本人が職業人生で培ってきたスキルや強みを情報として整理し、新たな活動の場において再定義・活用できる体制を構築する必要がある。本人のこれまでのキャリアを尊重し、環境変化後も役割を持ち続けられるよう、診断直後から一貫して寄り添う伴走型の支援体制を地域全体で強化することが求められる。

持続可能な生活継続に資する多層的支援ネットワークの構築と周知・啓発

社会参加を物理的に支えるインフラとして、移動支援や送迎サービスの拡充、ITを活用した見守りシステムの普及が急務である。また、家族が抱く将来的な生活の場への不安に対し、支援コーディネーター等

が早期から介入し、制度の隙間を埋める包括的なプランニングを行う体制が必要である。加えて、障害福祉と介護保険の円滑な併用や世帯の経済的負担を考慮した制度設計の検討とともに、これら支援策の周知徹底と、専門職の対応力を底上げするための継続的な研修体制の整備など、政策的なアプローチによる持続可能な支援基盤の構築が求められる。

本研究を通じて B 型事業所は、若年性認知症の人にとって単なる「福祉サービス」ではなく、社会的なアイデンティティを維持するための重要な拠点であることが再確認された。今後は、支援コーディネーターをハブとした関係機関が、本人の就労意欲を尊重しつつ、進行を見据えた「切れ目のない支援」をいかに提供できるかが問われている。地域の連携網を、単なる制度・支援の手続きとしてではなく、一人の人生に伴走する「継続的な意思決定支援のプラットフォーム」へと進化させていくことが、支援の質を決定づける鍵となる。

表：若年性認知症と診断された従業員への支援体制は、企業の規模による違いはなかった。就労継続が可能と考える企業は、人事管理が可能で、就労は企業にとって有益であると考えていた。実際に適切な支援が可能となるよう、予備的知識を得る研修の機会が必要である。

経済状況において、家計が減った理由は、診断を受けた者の収入の減少、次いで通院医療費なのであった。家計が苦しいと回答した世帯の主な収入は配偶者の収入や本人の障害年金であった。

各機関・専門職が連携し、患者とその家族が壮年期の生活を可能な限り持続できる

よう、総合的な支援体制が必要である
李：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して

A. 研究発表

1. 論文発表

鷲見幸彦. 認知症政策推進基本計画 保健
医療サービスおよび福祉サービスの提供体
制の整備. 老年精神医学雑誌 36(8): 722-
730, 2025

武田章敬. セミナー 抗 A β 抗体薬の登場
によって変わるもの・変わらないもの「抗 A
 β 抗体療法時代の専門外来の診療フローと
かかりつけ医の役割」. 内科総合誌 Medical
Practice 42(5): 689-693, 2025.

武田章敬. 連載 今から準備 長く働く心身
づくりのヒケツ, 第 9 回「認知症とは～症
状や原因, 治療などの基礎知識」. 安全衛生
のひろば 66(9):36-37, 2025, 中央労働災害
防止協会.

武田章敬. 「新しい認知症観」に立った保健
医療・福祉サービス提供体制の普及. 公益財
団法人長寿科学振興財団 WEB 版機関誌
「Aging & Health」 2025 年 115 号 10 月配
信 (第 34 巻第 3 号) 秋号, p 16-20

武田章敬. これからの認知症医療の方向性.
The Curator of Neurocognitive Disorders
3(1):30-35, 2026.

齊藤千晶：若年性認知症支援コーディネー
ターの活動の現状と今後の展望. 認知症ケ
ア事例ジャーナル 18(3), 228-235, 2025

齊藤千晶, 鷲見幸彦：老年精神科医のため
に知っておきたい社会資源と法令の知識若

いた。今後は、継続的にアクセス可能な情
報提供体制の整備とともに、時期および立
場に応じた包括的支援の構築が求められる。

年性認知症施策総合推進事業：若年性認知
症支援コーディネーター、コールセンタ
ー、両立支援. 老年精神医学雑誌 36(7), 246-
253, 2025

Satomi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi,
Kimi Sugiyama, Shizuko Omote, Service
providers supporting the employment and social
participation of people living with young-onset
dementia in Japan, Journal of Wellness and
Health Care, 49(2), 66-77, 2026

高橋裕太郎, 表志津子, 岡本理恵, 池内里
美：日本における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, 老年
精神医学雑誌, in press.

2. 学会発表

武田章敬他. 当センターもの忘れ外来受
診から抗アミロイド β 抗体薬治療まで
の流れ. 第 44 回日本認知症学会学術集
会, 2025 年 11 月 21 日, 新潟市.

武田章敬：シンポジウム 23, 認知症の
ための保健医療サービス提供体制の整
備. 第 44 回日本認知症学会学術集会,
2025 年 11 月 22 日, 新潟市.

武田章敬：長寿研特別シンポジウム, 認
知症の人と家族をどう支えるか. 第 49
回日本高次脳機能学会学術総会, 2025
年 11 月 15 日, 名古屋市.

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. 第44回日本認知症学会. 2025年11月22日, 新潟 (シンポジウム).

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の人への支援の実態 - 若年性認知症支援コーディネーターとの連携による有用性 -. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (口演).

齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 若年性認知症支援コーディネーターの支援内容に関する全国調査. 第44回日本認知症学会, 2025.11.21-11.23, 新潟 (ポスター).

余 詩華, 表志津子, 高橋裕太郎, 岡本理恵, 池内里美: 若年性認知症と診断された人とその家族の診断前後の相談支援及び受診の現状, 第26回日本認知症ケア学会大会, 2025.5.30, 福岡

余 詩華, 表志津子, 高橋裕太郎, 岡本理恵, 池内里美: 若年性認知症と診断された人と家族の生活の変化および経済状況, 第14回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2025.12.13, 金沢

池内里美, 表志津子, 岡本理恵, 高橋裕太郎: 若年性認知症の従業員支援における企業向け包括支援プログラムの構成要素の探索, 第14回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2025.12.14, 金沢

李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦: 若年性認知症を有する人とその家族が困っていること、最も希望される情報は: 情報源と探索時期. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (口演).

李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦. 若年性認知症本人およびその家族の情報ニーズに関する調査研究. 日本老年社会科学会 第67回大会 2025年6月28-29日.

李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦. 若年性認知症の本人および家族が求める情報ニーズと時期的変化: 自由回答の質的検討. 第44回日本認知症学会, 2025.11.21-11.23, 新潟 (ポスター).

B. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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 社会福祉法人浴風会・認知症介護研究・研修東京センター 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。

研究方法：令和6年度に作成した「診断後支援ガイド骨子案」を叩き台にして「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案」（以下、ガイド案）を作成し、厚生労働科学研究班、若年性認知症支援の専門家、若年性認知症の本人及び家族に供覧し意見聴取を行った。また、認知症疾患医療センターの相談員を対象にフォーカス・グループ・インタビュー(FGI)を行った。以上の内容を分析し、整理した上で、ガイド案にその内容を反映させた「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ガイド」（以下、ガイド）を作成した。

研究結果：計17名の若年性認知症支援の専門家（若年性認知症支援コーディネーター、認知症疾患医療センター相談員等）、若年性認知症の当事者（本人・家族等）から個別に意見聴取を行った。また、そのうち、認知症疾患医療センター相談員5名を対象にFGIを実施した。聴取された内容は表1,2を参照されたい。尚、意見聴取を行った17名の名簿はガイドの巻末に掲載した。作成したガイドは別添資料として掲載した。

考察と結論：3年間にわたる厚生労働科学研究において、全国の認知症疾患医療センターの実態調査、国内外の文献レビュー、若年性認知症診断後支援の専門家及び若年性認知症当事者（本人、家族）からの意見聴取を行い、わが国最初の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ガイドを作成した。本ガイドの目的は、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすること」を目的としている。本ガイドを活用して、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質をいかにして高め、均霑化させていくかが今後の課題である。

A. 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診断後支援の手引きを作成する

ために、令和5年度に全国の認知症疾患医療センターを対象に若年性認知症診断後支援の実態調査を行い、令和6年度に

若年性認知症診断後支援に関する国内外の文献調査を行い「診断後支援ガイド骨子案」を作成した。令和7年度の目的は、こうした経緯を踏まえ、さらにエキスパート及び当事者からの意見聴取を行った上で、それらを反映した「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ガイド」を作成することにある。

B. 研究方法

令和6年度に作成した「診断後支援ガイド骨子案」を叩き台にして「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案」（以下、ガイド案）を作成し、厚生労働科学研究班、若年性認知症支援の専門家、若年性認知症の本人及び家族に供覧した上で、意見聴取を行い記述した。また、認知症疾患医療センターの相談員5名を対象にフォーカス・グループ・インタビュー（FGI）を行い、インタビューの内容の逐語録を作成した。以上の内容を分析し、整理した上で、ガイド案にその内容を反映させた「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ガイド」（以下、ガイド）を作成した。

（倫理面への配慮）

本研究は、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2025-5）。FGI参加者には文書と口頭で研究目的・方法・個人情報保護に関する事項を説明し、文書で同意を得た。

C. 研究結果

計17名の若年性認知症支援の専門家

（若年性認知症支援コーディネーター、認知症疾患医療センター相談員等）、若年性認知症の当事者（本人・家族等）から個別に意見聴取を行った（表1）。また、そのうち、認知症疾患医療センター相談員5名を対象にFGIを実施し、発言された内容を分析し整理した（表2）。尚、意見聴取を行った17名の名簿はガイドの巻末に掲載した。作成したガイドは別添資料として掲載した。

D. 考察

3年間にわたる厚生労働科学研究において、全国の認知症疾患医療センターの実態調査、文献レビュー、若年性認知症診断後支援の専門家及び若年性認知症当事者（本人、家族）からの意見聴取の手続きを経て、わが国最初の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ガイドを作成した。

しかし、本ガイドの作成にあたっては、いくつかの限界があることを指摘しておかなければならない。

第一に、本年度の意見聴取では、若年性認知症支援の専門家から、ガイド作成にあたって示唆に富む重要な意見を複数得ることができたが、それらのすべてを現在のガイドに網羅することができなかった点である。たとえば、若年性認知症支援コーディネーターの意見では、認知症疾患医療センターと若年性認知症支援コーディネーターの連携が不十分であることが繰り返し指摘され、「専門機関やコーディネーター等との連携の流れを明確化させる」（表1）といった意見もあった。しかし、認知症疾患医療センター

と若年性認知症支援コーディネーターの役割分担や連携の在り方は、現状では地域による違いが大きく、統一的な流れ図の作成は困難であると考えられた。また、FGI でも指摘されているように、若年性認知症支援コーディネーターが認知症疾患医療センターに配置されている場合と地域の関係機関に配置されている場合ではその活動範囲に差があり、配置場所の違いによる役割の検討も今後の課題として残されている状況にあると考えられた。

第2に認知症の本人からも数多くの要望が提示されているが、これらの要望を現在のガイドには網羅しきれていない点である。たとえば、本人からは、「診断後支援の目的」が「これからの自分らしい暮らしを営めるようにすること」（表1）であることを示すことを要望された。しかし、このたびのガイドでは、認知症の診断後支援に関する国際的な定義を周知することに主眼を置き、国際アルツハイマー病協会の定義を掲載することに留めた。また、「本人ミーティングやピアサポートが地域で広がっていることを周知し」「本人をそこにつなぐことに努めること」（表1）診断後支援の重要な役割として冒頭に示すことが要望された。この件については、診断後支援の第6の柱である「ピアサポート、ピア活動やインフォーマルサポートの社会参加支援」に係る記載の中に集約して記載した。さらに、診断後支援にあたって、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、心理士など他領域の専門職による支援の重要性が指摘された。これについては、

FGI での作業療法士からの指摘もあり

（表2）、コラムにおいて作業療法士による診断後支援の重要性を示した。しかし、その他の領域の専門職の関わりの重要性については記載できなかった。その理由としては、ガイドの紙数と作成にあたる時間が確保できなかったことが大きい。エビデンスが不足しているという問題もあった。ただし、この領域は確かに重要であり、今後の診断後支援研究の中でその役割を明確化させながらガイドの改訂版に反映することを検討すべきであろう。

第3に、家族からは、本人や家族も理解できるように「表現方法および使用される用語については出来るだけ平易な言葉と構成をお願いしたい」（表1）という要望があった。これについては、なるべく平易な言葉を使用するように工夫はしたが、しかし、わかりにくい用語に関する具体的な意見聴取とそれに基づく十分な検討がなされたとは言えない。

Patient and Public Involvement (PPI) についての方法論の検討が今後の課題として残されている。

第4に、本研究では、ガイドの作成にあたって、専門家と当事者（本人、家族）の意見を反映することに配慮したが、合意形成のプロセスは万全であったとは言えない。本来は、多領域のエキスパートによって構成されるコンセンサス・パネルにおいて複数回の討議を重ねて合意を得るプロセスが必要であるが、このたびの合意形成のプロセスは認知症疾患医療センター相談員による1回のFGI とその後のメールでの意見聴取を行

うことに留まった。このたび作成したガイドを叩き台にして、十分な合意形成のプロセスを基盤とする改訂版の作成作業を継続しておこなっていく必要があるだろう。

上記のような限界はあるものの、本ガイドは、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを簡便に知ることができるようにすること」を目的に作成された点に大きな特徴がある。全28頁のガイドで、字の大きさ、フォント、デザインにも工夫がなされており、実用性は高いものと考えている。また、認知症介護研究・研修大府センターで作成された「若年性認知症支援ガイドブック（令和7年度版）」との整合性も考慮し、両ガイドを補完的に利用できるように設計されている。すでに、ガイドは全国の認知症疾患医療センターに配布するとともに、先に述べた「若年性認知症支援ガイドブック」と同じURLに掲載した（<https://y-ninchisyotel.net/information/>）。

E. 結論と今後の課題

3年間にわたる厚生労働科学研究において、全国の認知症疾患医療センターの実態調査、国内外の文献レビュー、若年性認知症診断後支援の専門家及び若年性認知症当事者（本人、家族）からの意見聴取

を行い、わが国最初の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ガイドを作成した。

本ガイドの目的は、「認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすること」を目的としている。本ガイドを活用して、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質をいかにして高め、均霑化させていくかが今後の課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表
- 1) 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. 第44回日本認知症学会. 2025年11月22日, 新潟（シンポジウム）.

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

表 1. エキスパート及び当事者からの主な意見

<p>若年性認知症支援コーディネーター</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 進行が早く、就労や経済保障などの対応が早急にされるべき若年性認知症にとっては、認知症疾患医療センター（医療機関）・若年性認知症支援コーディネーター・地域包括支援センター（認知症地域支援推進員等）の3者が、このガイドにあるすべての項目について理解し、重なる部分がありながらも診断後から各機関がおおよそ役割分担をする連携を構築して支援をする仕組みができるとよいと常々思っている。したがって、診断を受けたら「<u>若年性認知症支援コーディネーターへまず情報提供をして、助言をもらったり、共に協力して役割分担しながら支援する</u>」などの記載があるとよい。「就労に関する支援」、「障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援」、「コラム1」に若年性認知症支援コーディネーターの記載があるが、上記下線をどこかに明確に示すと、認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーが主体的に支援ができるようになるのではないかと。 ○ 日常当センターへ寄せられる相談経験からの私見だが、認知症疾患医療センターの医療ソーシャルワーカーも、地域包括支援センターの職員も若年性認知症の診断後支援をできる範囲が限られていると思う。このガイドにあるように認知症疾患医療センターで診断される場合が多いと思うが、高齢者の認知症の方が圧倒的に多く、アウトリーチはできないなど医療ソーシャルワーカーがすべての支援に携われるとは限らない。また例えば、大学病院や地域の専門医の先生が診断をされることも多く、認知症疾患医療センターだけに患者が集まるわけではない事情もある。 ○ 地域包括支援センターについては、当センター主催で若年性認知症相談支援研修を毎年実施しているが、一つの地域包括支援センターで取り扱う件数は圧倒的に少なく、対応経験が蓄積されない、すなわち職員のスキルアップがはかれないことが課題である。 ○ このような現状を考えると、若年性認知症の人だけを支援している若年性認知症支援コーディネーターとの連携は必須ではないかと考える。もっと医療機関から頼っていただけると診断後閉じこもってあつという間に進行してしまう人も少なくなるのではと思う。私共もアピール不足の感がある。 ○ それぞれの認知症疾患医療センター内でできる支援と、難しい支援を分けて、できない部分を若年性認知症支援コーディネーターに依頼するとか、診断を受けたら両者でとにかく情報共有して一緒に支援するなど、円滑な支援につながる。 ○ 地域包括支援センターへ直接連絡するのもよいが、上記で申し上げたように地域包括支援センターの若年性認知症の人に対する評価や方針立案が、必ずしも慣れているわけでないかと考えると、一旦間に若年性認知症支援コーディネーターを挟んだ方が適切な支援になると思う。 ○ 7つの支援をどこまで行うのか、終結をどこにされるのかご検討いただければと思う。 ○ 専門機関やコーディネーター等との連携の流れを明確化されると分かりやすいように思う。 ○ 継続診療のすすめについて：若年性認知症の経済的支援のためにも障害者手帳や障害者年金などの利用のためには、診療を継続し診断書などの書類を医師に書いてもらう必要がある。内服薬がない人もおり、診療が途切れることがないように継続診療をすすめた方がよい。 ○ 両立支援コーディネーターについて：両立支援の手引きもどこかでご紹介いただきたい。https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001594454.pdf 加算についてもふれられないか。 ○ 「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」を企業に書いてもらい、主治医と共有することから支援が以前よりやりやすくなっている。診断書も両立支援の手引きのp13の診断書の様式を主治医に利用してもらっている。企業の反応が違う。 <p>認知症疾患医療センター相談員及び関係者</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用できる制度の一覧があると相談員としては助かる。認知症疾患医療センターの相談員は、PSWやMSW、看護師、心理士と多職種であるため、制度に詳しくないものもいる。日本の制度
--

は、自ら求めないと利用できないものがほとんどであるため、相談対応の際に情報提供ができると患者・家族のニーズを満たすことにつながる。

- 遺伝に関すること：一部の方にはなるかもしれないが、遺伝するのではないかと心配になられる方がいる。本人も子供に遺伝させてしまうのではないかと、子供たちも私たちが親のようになってしまわないかとあまり大きな声として訴えることはないが、長く心配されることの一つのように感じている。（当院の相談員も若年性認知症の親を持つヤングケアラーであった方がいる。親の年を超えるまでとても怖かった、どこにも相談できなかったと当時のことを話されている）これを今回のガイドに表記するのは難しいと思うが、どのようにケアをするのか、そういう心配もされているということがどこかにあってもよいかと思う。
- 最近、若年性認知症のある方への対応として特に気を付けていることは、本人・家族の環境アセスメントである。少し踏み込んだ内容になるが、認知症疾患医療センターを対象としたガイドであれば、触れて頂けたら有難い。本人と家族への心理的・情動的な支援の前段として、『支援にあたっては、世帯構成や本人・家族の心理状況を多角的にアセスメントすることが不可欠です。特に「身近に支援できる家族がいるか、あるいは単身世帯や家族がいても支援が困難な状況か」という環境的背景は、支援の優先順位を大きく左右します。』といった内容になるが、いかがか。
- 経験的考察だが、「孤軍奮闘している方」「情報不足等により諦めている方」「本人の心配が強く家族が振り回されている方」「家族の方が不安が強く本人はあっけらかんとしている方」のいずれか、またはこのようなことが重なる方にお会いするように感じている。「孤軍奮闘している方」に対しては、頑張りの承認と、社会資源の早期導入による「孤立の解消」、「情報不足等により諦めている方」に対しては、信頼関係の構築と、生活の基盤となる課題（経済・健康）からのアプローチ。「本人の心配が強く家族が振り回されている方」に対しては、家族は本人の感情的な波に対応することに疲弊し、自身の不安を押し込めていることがあるので、本人の情緒安定とレスパイト（休息）支援による家族の負担軽減。「家族の方が不安が強く本人はあっけらかんとしている方」に対しては、配偶者や子どもが、病気の進行、経済的な責任、将来の見通しについて強い不安や葛藤を抱えていることが多いので、家族の心理的サポートと、ライフプランを見据えた情報提供、経済的支援の検討。
- その方々の「認知症観」を傾聴しながら、頭の中ではアセスメントしながら、介入の糸口とその後のイメージをするようにしている。
- 「自立支援医療の所得制限」について「年収約 833 万円以上」と具体的な数値が挙げられているが、これは今後の税制改正等で変動する可能性があるため、「一定の所得以上」に留めるか、参照日を明記するなどの配慮があると良い。

若年性認知症の当事者（本人）

- 全体を通じて、診断された自分たちにとって大事な、「日々の暮らしのために」という視点をもうすこしいれるとよいのではないかと。（修正提案） P.2 はじめに、の一つめの○の修正（「」を追加）。このガイドは、認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症と診断された「方がこれから自分らしい日々をすごしていけるように」、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援が行われるべきかを簡便に確認できるようにすることを目的に作成。
- 自分たち本人がのぞむ、自分らしい日々のためには、医療だけでなく、そのほかの情報も必要としており、診断をうける疾患医療センターのほかのさまざまな専門の方たちにつないでもらえることも大事で疾患医療センターの職員の方にも、そうした視点をもってもらえたらいい。（修正提案） p.4 「5. 認知症の診断後支援とは何か」のところに次の内容を追加「診断前後から、一足先に認知症になった本人との出会いによって、これからのよりよい日々に向き合

歩みだせるような後押しとなる、本人ミーティングやピアサポートの取り組みが、本人の声を起点に増えてきています。「地元でのこうした動き・情報を本人が必要としていることを理解し、職員も、地元での動き・情報をつかみ、本人へつなぐことに努めることが求められる」。

若年性認知症の当事者（本人）

- 診断（私の場合 MCI もしくはアルツハイマー型認知症の初期段階という早期かつ微妙な診断）の翌年より若年性認知症サポートセンターのスタッフとともに活動して今年で8年経過。その中で若年性認知症当事者・家族と繋がり、私も支援する側の立場として活動してきた中で気付いたことを感じていることを纏めた。
- 背景病理：アルツハイマー型が多い中、実際にサポートセンターにコンタクトのあった方の中では、後部皮質萎縮症（PCA）や、指定難病の進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症が想像以上に多い印象である。これらの方の特徴として、視空間認知・身体機能の顕著な低下により、早い段階から身体的な介護負担が生じていること、確定診断までに年単位で時間がかかっている、診断が下るころにはかなり進行してしまっているケースが多いこと、他の認知症と診断されていて途中で診断名が変わるケースがあること、比較的進行が早く、御家族の気持ちの整理がつかないまま介護負担がどんどん増えてしまうということがみられている。早い段階から作業療法士等による日常動作の機能維持が必要と感じている。前頭側頭葉型では意味性認知症が多い傾向があり、言語聴覚士による言語リハで言語機能の低下をできるだけ遅らせることが求められる。こういう背景より、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士などの専門職との連携が重要であると考えます。
- 早期の気付きに対する支援：診断直後に一旦落ち込んだ、閉じた気持ちを早く回復させるうえで、臨床心理士・公認心理士等の心理カウンセリングも有効ではと考えます。特に、本人以上に家族の心理サポートでは重要と感じます。また、職場や日常生活での環境調整（工夫）が、大きな比重を占めていて、これによって、あたかも認知機能の低下が改善したかのような形で推移できると感じています。これら環境調整がやり易くて効果も高いのが早期の段階であり、その意識を持つことによって症状が進行しても自らそれに応じた対応をしていくことで、自身の生活能力の低下を緩やかにできると考えます。
- 就労について：職場での対応以前に、職場への通勤が問題なくできるかどうか大きなポイントです。特に地方を中心に自動車でない通勤不可能なケースが多いため、手段を変えてでも毎日通勤できるかという検証が必要です。通勤（通学も）に対しては公的な支援を付けることができないため、自己解決が求められます。まだまだ企業の理解は進んでいません。若年性認知症支援コーディネーターの企業への接触自体が断られるケースもあります。企業経営者・人事担当者等への研修と、がん患者等で先行しているような両立支援の枠組みも必要です。企業では60歳定年がまだまだ多数の状況下、定年まであと数年という年齢層の方が多く、ほとんどが定年退職で仕事に区切りをつけるという状況です。定年退職後の方も含め、老齢年金の開始年齢65歳まで（退職～65歳までの空白期間）どのように生計を立てていくのかという観点で、障害年金制度が極めて重要なセーフティーネットであると感じています。この年齢層の当事者には、企業の役員・管理職など重責を担ってきた方が結構いらっしゃいます。これらの方が、認知症になったということで役職を離れ、さらには、仕事内容も単純作業、肉体労働に追いやられてしまうということに抵抗感を感じるのは当たり前のことです。たとえ認知機能・身体機能が低下しても、この人たちがこれまで培ってきた経験とスキルは社会にとっても貴重な財産です。これらを生かして負担が少ない形で働き（活動し）報酬を得られる場所、しくみが出来ていくことを願っています。若年性認知症だけでなく、他の障害・病気と共に生きている若い年代の方にも共通する課題と思えます。
- 障害福祉サービス：外出の支援で使える移動支援での課題は、サービス事業所側に認知症の方へ

の対応の経験・知識がないため受けてもらえないケースが多いこと（ほとんどがこのケース）、通勤・通学・通院の移動に対しては原則使えない（単発・緊急的な対応は認められても継続的な利用は不可）。自宅から、徒歩・公共交通機関を使つての移動の付き添いは出来るが、事業所の車に個別対応で乗せて目的地へ移動することはできないことです。したがって、都市部では使えても、交通機関が無い地域での移動では使いづらいという状況です。制度上の限界もあって、案外使えないというのも現実です。これとは別の話になりますが、近年、就労継続支援B型の事業所、生活介護事業所が他に比べ増加する傾向にあると聞いています。就労の選択肢の増加という観点では望ましい一方、これらの事業所では、最低賃金にもはるかに届かない極めて安い工賃での作業がほとんどです。低賃金・低コストでの労働力の提供の隠れ蓑になっていかないか非常に危惧す

○ その他経済的支援：若年性認知症の方の生きていく力を支える経済的支援として、傷病手当金、失業給付、障害年金、自立支援医療、精神障害者医療費給付（自治体ごとに異なる）などの制度を有効に横断的に使っていくために、個々の当事者にどの制度をどのタイミングで使って行ったらいいのか的確にアドバイスできること、また、すべての制度が申請主義に基づくものですので、どこに、いつ、どう申請したらいいのか、どう書いたらいいのか、どういう書類・証明を入手しないといけないかを丁寧に正しくわかり易く伝えられるスキルが求められます。精神障害者保健福祉手帳の取得は、本人の自立を援助していくうえで大変有効なものですが、障害者というレッテルを貼られたくない、精神障害（昔の精神病と言われていたものに繋がる感覚）という言葉への拒否感で取得を断る方も一定数おられます。そのため使える制度に繋がれないというジレンマも抱えています。また、身体障害者、知的障害者（療育手帳）、精神障害者（保健福祉手帳）それぞれが別々の法体系でバラバラに運用されてきたことで、交通機関の割引を中心にまだまだ精神障害だけ別とか、適用されないというケースが多いです。障害福祉サービスの提供というところでは一体化されてきているのですがまだまだ残念なところ。本人の生活の自立を維持していくうえで、自動車の運転がいつまでできるかということは大変重要なことです。これが、早期受診・早期診断を阻む最大の要因の1つと考えます。超早期・早期～初期の方の運転技能は、私の経験でもほぼ、健常と言われる方とオーバーラップしています。認知症と診断されたら単純に運転は出来ないというのは、完全に時代遅れの認識であると感じています。問題なく運転ができる間はそれを続けることこそ認知症症状の進行を遅らせることに繋がります。その人の能力を正しく評価し、能力変化に応じてフェードアウトしていけるような制度設計が、特に、これから早い段階での気付き診断が増えていく、また、高齢者にとっても社会活動を維持していくうえで強く求められると感じていますと

若年性認知症の当事者（家族）

- 貴ガイドは疾患医療センターの職員と認知症の人と家族が活用できるものと承知いたしました。文面や構成からは、職員、医療介護従事者に向けて作成されたように映りますが、もし、本人や家族を対象にしておられるのでありましたら、表現方法および使用される用語につきまして出来るだけ平易な言葉と構成をお願い出来ましたら幸いです。また、支援の重要性、必要性が各項目で強調されていると感じますが、具体的に本人と家族がどのように対処すれば支援を受けることができるのかについては情報が少ないように感じています。
- 例えば相談先につきまして、書類の提出先は明記されていますが、書類を入手し、制度について相談する窓口は提出先と同一で良いのか、など本人家族にとってはやや分かりにくい表現になっているように感じます。可能であれば、診断後の本人と家族が治療、ケア、制度利用をおこなうためのフローチャートのような図式を提示していただき、本人家族が置かれている状況で活用できる医療介護資源、制度や資材などが視覚的に理解しやすいようにして戴けますと幸いです。

- また、介護者が就労している場合に利用出来る制度として介護休暇、介護休業制度があること、学生が介護者になりうるため、介護のための休学制度について配慮している大学があることやヤングケアラーの相談先などがあるとより良いかと存じます。
- その他に、疾患医療センターを受診される方は認知症の診断を受ける場合だけでなく、認知症疾患を背景にした軽度認知障害の状態を受診、診断を受ける場合が少なくないと思われます。その際にも診断後支援が必要ですが、ご承知のように医療・介護の課題、利用出来る制度等が認知症と診断された場合と比較して共通点と相違点とがあるため、今後、軽度認知障害の人と家族に対する支援ガイドについても必要になるうかと考えています。

<各項目についてのコメント>

- II 図3の橙色の介護者への支援について：介護者の状況には家族全体のアセスメントも含めて評価することが必要ではないかと考えます
- III-3. 就労に関する支援：若年性認知症コーディネーターからの助言や支援だけでなく、価値観や立場、生活水準にあわせて、ハローワークや法人会や商工会、税理士会、社労士会といった財界、労働業界に理解を広める対応も必要かと思ひます。
- III-5. 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援：移動外出支援を利用している方・ご家族もいます。この手の情報は自分たちで調べないとわからず、行政やケアマネからの情報は少ないため掲載についてご検討いただければ幸いです。
- IV 経済支援の制度：下記のご検討をいただければ幸いです。特別障害者手当、生命保険加入者であれば高度障害者認定が可能な場合があります。また、住宅ローンの免除が可能な場合があります
- V 利用出来る相談窓口：ピアサポートを含めた支援団体として弊会をはじめとした団体を加えていただきたく存じます。単一団体では難しければ（一社）全国若年認知症協議会等の他団体と一緒に追記して戴けますと幸いです。
- 全国若年性認知症支援センター（認知症介護研究・研修大府センター内設置）で様々なパンフレットを作っていてとてもわかりやすいです。

表 2. フォーカス・グループ・インタビューの要旨

現在の実践活動

A 県／事例：診断直後に絶望していた夫婦を 3 年間支援。本人は現在「希望大使」として活動し、51 歳で一般企業への転職（継続雇用）に成功。／体制： 県が主導し、全センターに若年性認知症支援コーディネーターを配置する方針。／課題： 面積が広いため、当事者が集まることが物理的に困難。「サテライト・オレンジドア」として、大使が各地へ出向く仕組みを構築中。

B 県／実践： 当事者を雇用した「ピアサポート」を毎週実施。／ピア活動： 単なる相談（サポート）に留まらず、料理や外出（金比羅参りなど）を行う「ピア活動」を重視。／効果： 診断後の落ち込みが早い段階で回復し、家事への意欲が戻るなどのポジティブな変化が見られる。

C 県／視点： センター相談員の経験を経て、現在は障害福祉の現場から支援。／連携： 若年性認知症を「高齢者施策」ではなく「障害福祉サービス」の枠組みで捉え直すことで、本人・家族が早期にサービスを受け入れやすくなるケースがある。／地域性： 医療・福祉・インフォーマルサービス（宅配事業等）が一体となったワンストップ支援の重要性を強調。

D 県／実践： 診断後、専門職（OT、心理士等）が即座に家庭訪問し、生活状況を把握する「伴走型支援」を徹底。／グループ活動： 毎週 1 回、当事者と家族が分かれて話すセルフヘルプグループを開催。外来リハビリテーション（作業療法）の点数を活用し、持続可能な仕組みとしている。／成功事例： 言語障害がある当事者が、適切な環境調整と心理的支援により、再び料理ができるようになった。

ガイド案への主な意見と反映案

① 「ピアサポート」から「ピア活動」への拡張／意見： 語り合うだけでなく、共に何かを行う（料理、外出等）プロセスが、アイデンティティの回復に大きく寄与する。／反映案： カテゴリー 6（ピア・サポート）において、共同作業を通じた「ピア活動」の重要性を明記する。

② 診療報酬等の制度活用による持続可能性／意見： ボランティアベースでは継続が難しい。外来作業療法などの点数を活用し、医療機関の業務として位置づける工夫が必要。／反映案： 支援の継続性を担保するため、既存の診療報酬（OT 等）の活用事例をコラム等で紹介する→財源の課題は別の研究事業で検討中のため、このガイドには記載しない。

③ プロアクティブ（先取的）な生活支援の追加（第 8 の柱）／意見： 進行を見越し、まだ「できる」段階から調理器具の簡素化や散歩コースの固定化など、生活習慣を整える支援が極めて重要。／反映案： 心理・情動的支援の中に、将来を見越した具体的な生活工夫（プロアクティブな支援）の項目を追加する→コラムとして記載する。

④ 支援コーディネーターとの連携のあり方／意見： 都道府県によってコーディネーターの配置場所やセンターとの距離感が異なる。／反映案： センター内部に配置されている場合と、外部機関と連携する場合の両方のモデルを想定した記載にする→若年性認知症支援コーディネーターの配置に関する課題は別の分担研究で検討されているため、現時点のガイドでの記載は控える。



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



2026年3月31日

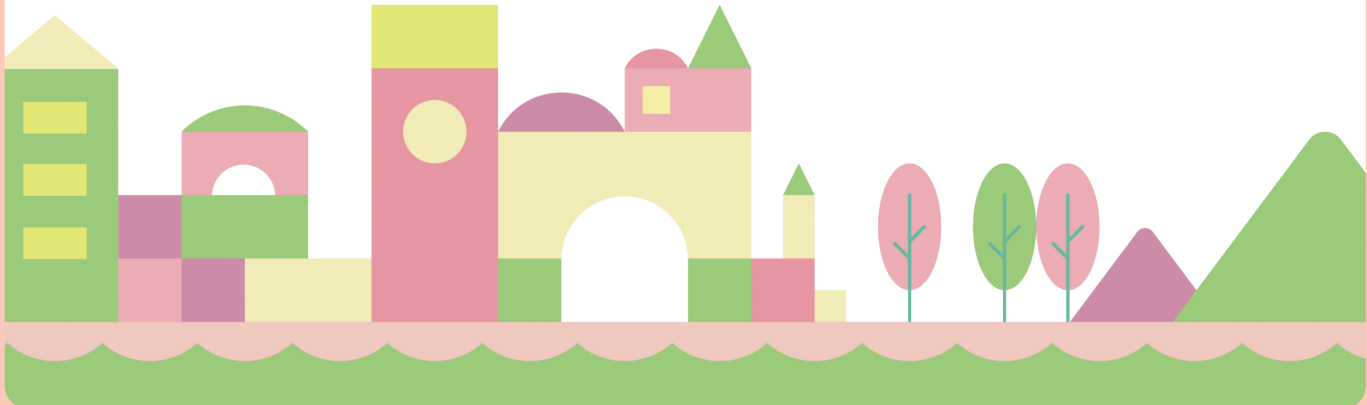
令和5～7年度厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）

「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」

（研究代表者：鷲見幸彦）

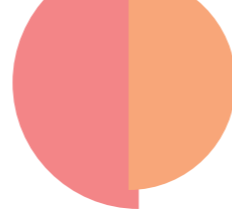
分担研究課題「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援」

（研究分担者：栗田圭一）



目次

I	はじめに	2
II	総論	2
	1. 若年性認知症の定義	2
	2. 若年性認知症の有病者数と原因疾患	2
	3. 若年性認知症の本人と家族が求める支援	3
	4. 認知症疾患医療センターに求められている役割	3
	5. 認知症の診断後支援とは何か	4
III	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	6
	1. 本人と家族への心理的・情動的な支援	6
	2. 必要な医療の受療に関する支援	8
	3. 就労に関する支援	9
	4. 経済に関する支援	11
	5. 障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援	12
	6. ピアサポート、ピア活動やインフォーマルサポートによる社会参加支援	13
	7. 権利擁護に関する支援	15
IV	利用できる諸制度	18
V	利用できる相談窓口、ガイドブック、支援団体など	23
VI	参考文献	24
VII	研究組織	27
◆コラム1	遺伝に関する不安について	7
◆コラム2	若年性認知症支援コーディネーターについて	10
◆コラム3	認知症の当事者によるピアサポートについて	14
◆コラム4	意思決定支援チームについて	16
◆コラム5	より良い暮らしを継続していくための“先を見据えた”個別支援 ～作業療法士のかかわりについて～	17



I はじめに

- このガイドは、認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師、看護師、相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、また、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを、簡便に知ることができるようにすることを目的に作成しました。
- 作成にあたっては、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の診断後支援の実施状況に関する実態調査、国内外の先行研究の文献、実際の支援事例の分析、若年性認知症の支援に取り組んでいる専門職、若年性認知症の本人及び家族の意見等を参考にしています。
- 内容はなるべくコンパクトにし、短時間で一気に読み通せるようにすることをめざしました。また、より詳しい情報を入手することができるように、本文中にいくつかのコラムを設けるとともに、「IV. 利用できる諸制度」、「V. 利用できる相談窓口、ガイドブックなど」、「VI. 参考文献」の一覧表を掲載しました（閲覧できる URL がある場合にはそれも掲載しています）。

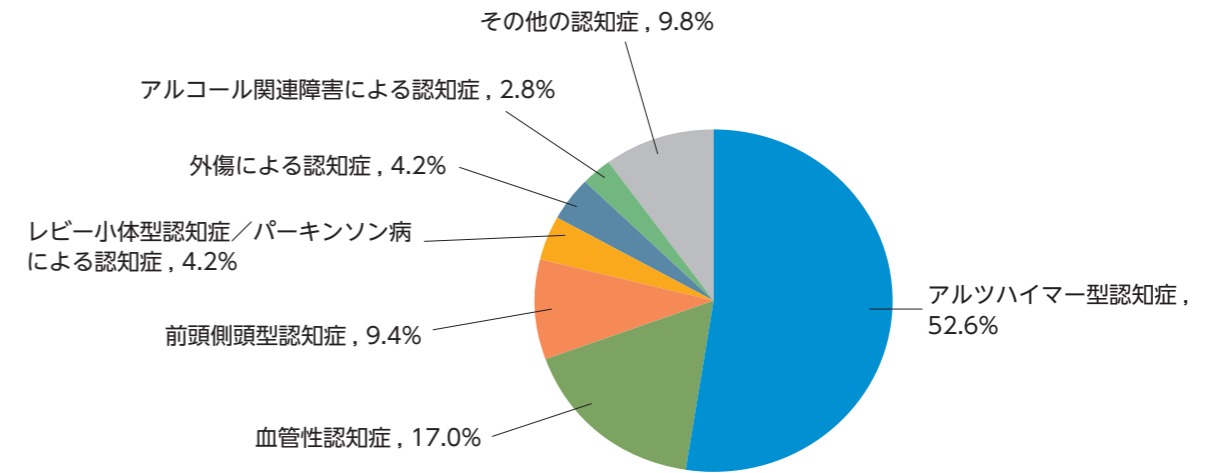


図 1. わが国の若年性認知症有病率調査に基づく原因疾患による診断名別割合

II 総論

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することが少なくありません。

2. 若年性認知症の有病者数と原因疾患

- 2017 年～ 2019 年に実施された全国調査¹⁻⁵⁾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（図 1）。

3. 若年性認知症の本人と家族が求める支援

- 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、認知症と診断された後、若年性認知症の本人や家族は、①本人や家族の心情に配慮した説明、②本人・家族への心理社会的ケア、③診断された医療機関の場での診断後支援、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、⑥地域や職域における若年性認知症の理解の促進、を強く求めていることが明らかにされています¹⁻⁶⁾。

4. 認知症疾患医療センターに求められている役割

- また、この調査¹⁻⁵⁾では、若年性認知症の方が最も高い頻度で把握された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 人と報告されています。
- このことから、認知症疾患医療センターでは、毎年数多くの若年性認知症の方が診断されていることがわかります。
- 一方、2019 年度から、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、認知症の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るようになりました⁷⁾。

5. 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す。そのはじまりは、スコットランド・アルツハイマー病協会が政府に提案した「診断後支援の5本柱モデル」⁸⁾かと思われます(図2)。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こととされています。
- その後、認知症の診断後支援のあり方やモデルについては国内外を通じて数多くの報告⁹⁻¹⁸⁾がなされるようになりました。たとえば、Bamfordら¹²⁾は、英国のイングランドとウェールズの認知症の本人や関係者のインタビュー調査を踏まえて、認知症の診断後支援の全体像を図3のように構造化して示しています。
- 2022年に国際アルツハイマー病協会は、「認知症の診断後支援とは、認知症と診断された後の、認知症の本人と家族の身体的・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」¹⁹⁾と定義しています。



5 Pillar Model of Post Diagnostic Support by Alzheimer Scotland (2011)
<https://www.alzscot.org/our-work/campaigning-for-change/current-campaigns/5-pillar-model-of-post-diagnostic-support>

図2. 診断後支援の5本柱モデル(スコットランド・アルツハイマー病協会)

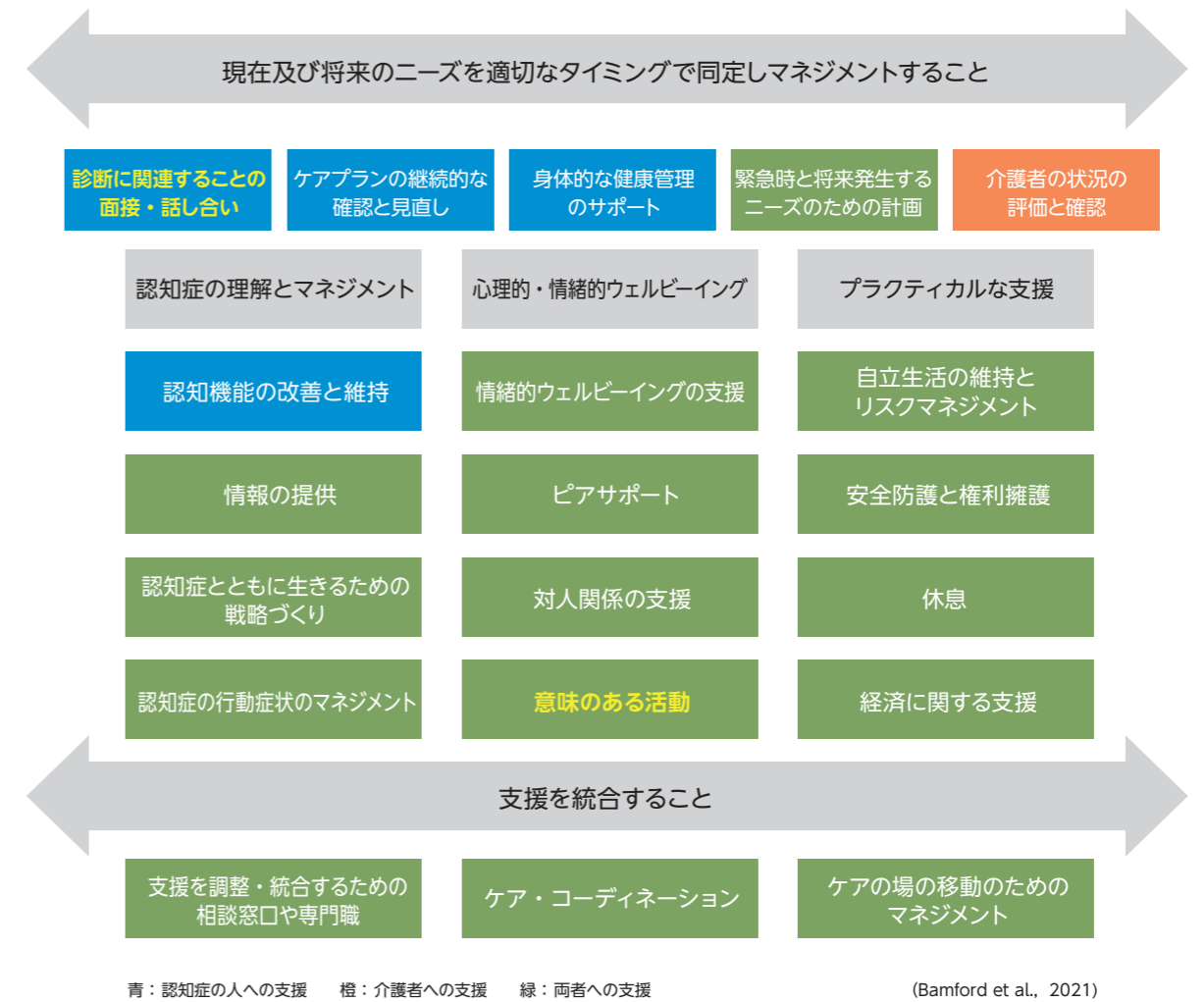
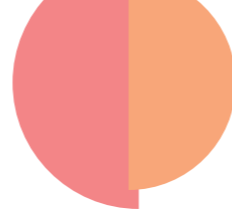


図3. 認知症の診断後支援の構造



Ⅲ 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

- 若年性認知症については、若い世代に発症するというその特性に応じた診断後支援のあり方やモデルが、2018年頃から英国を中心に世界各国から報告されるようになってきています。
- ここでは、これまでの研究報告²⁰⁻³⁷⁾、実際の事例経験、エキスパートの意見等を踏まえて、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した。
- 尚、若年性認知症であるか否かに関わらず、支援をはじめるとあっては、世帯構成や本人・家族の心理状況、社会的支援へのアクセシビリティの状況等を含め、本人及び家族全体を多角的にアセスメントすることが不可欠です。特に、身近に支援できる家族がいるか、単身世帯か、家族がいても支援が困難な状況か、という環境的背景は、支援の優先順位を大きく左右するので特に留意する必要があります。

1. 本人と家族への心理的・情動的な支援

- 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さまざまな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ことが少なくありません。
- また、診断後には、病気に対する不安とともに、本人は役割の変化等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ことがあります。
- このようなことに配慮して、本人と家族の両者の思いや経験を積極的に傾聴し、本人や家族の立場に立って、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。
- また、診断後支援の入り口では、認知症に対するネガティブなイメージを払拭し、「認知症になっても、さまざまなサポートを利用しながら、希望をもって暮らしていくことができる」というポジティブなイメージを伝えていくことが重要です。（「6. ピアサポート、ピア活動やインフォーマルサポートによる社会参加支援」も参照）

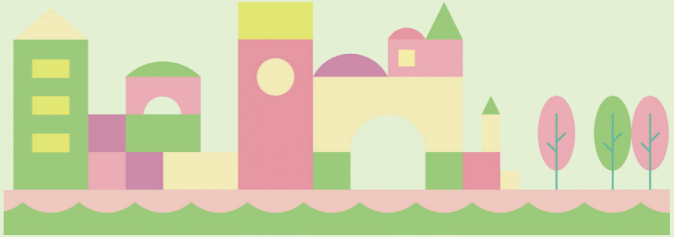
- 1) **本人への心理的支援**：診断を受けたことへの思い、これからの仕事のこと、社会の中での役割、家族に対する思い、経済のことなど、本人の思い・不安を積極的に傾聴し、受け止め、共感するように努めます。また、これからも継続的に、本人の必要に応じて相談にのることができることを伝えます。
- 2) **本人への情動的支援**：本人の不安とともに、認知機能の低下があることに十分配慮して、パンフレット等のツールも活用しながら、病気のことや今後の治療や暮らしのこと、利用できる社会的支援のことなどについてわかりやすく説明します。

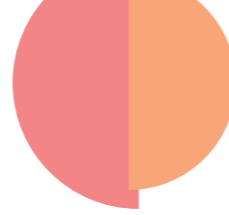
- 3) **家族への心理的支援**：大切な家族の一人が診断されたことへの思い、これからの暮らしのこと、本人との関係のこと、子の養育のこと、経済のことなど、家族の思い・不安を積極的に傾聴し、受け止めます。また、これからも継続的に、必要に応じて相談にのることができることを伝えます。
- 4) **家族への情動的支援**：家族の思い・不安・当惑に十分配慮して、パンフレット等のツールも活用しながら病気のことや今後の治療や生活、利用できる社会的支援のことなどについてわかりやすく説明します。

Column 1

遺伝に関する不安について

若年性認知症のご本人やご家族の中には、遺伝のことを心配されている方も少なくありません。若年性のアルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、血管性認知症の中には、特定の遺伝子変異によって常染色体顕性（優性）または潜性（劣性）の遺伝形式をとる家族性認知症もあります。しかし、その頻度は稀であり、一般的には遺伝について過度な心配をする必要がないことを丁寧に伝える必要があります。ただ、家族内に若年性認知症の方が複数いる場合は、ご本人やご家族の同意の下で遺伝子検査を行い、家族性のものか否かを調べることができます。また、そのような場合には、必要に応じて遺伝カウンセリングを利用できるようにしておく必要があります。





2. 必要な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、さらなる検査や治療が必要になる場合があります。
 - 実際に検査や治療を行うにあたっては、その導入・継続に関する支援を行う必要がありますが、その際には、本人・家族への丁寧な情動的支援を前提にして、本人の（共同）意思決定が促進されるように支援する必要があります（「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）」³⁸⁾を参照）。
 - 尚、薬の処方がない方の中には診療が中断されてしまう方もおりますので、障害の特性に応じたさまざまな支援を受けるためにも診療を継続することが大切であることを伝えておく必要があります。
- 5) 検査のための受療支援：**認知症疾患の病態をさらに精査したり、抗Aβ抗体薬治療の適応を検討したりする場合には、それに必要な検査につながれ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を行う必要がある場合には、それができる適切な医療機関や診療科につながれるように支援します。
- 6) 専門的な医療を受けるための受療支援：**認知症の原因疾患に対する治療を自診療科では実施することが困難な場合には、実施が可能な適切な医療機関や診療科への受診を支援します。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）。また、専門的医療が必要な身体疾患の併存が疑われ、かつ自診療科での対応が困難な場合には、必要に応じてそれに対応できる医療機関や診療科への受診を支援します。
- 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。自診療科とかかりつけ医の両方で継続医療を行う場合にはそれについての情報提供を行います。
- 8) かかりつけ医への治療経過についての情報提供：**自診療科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。

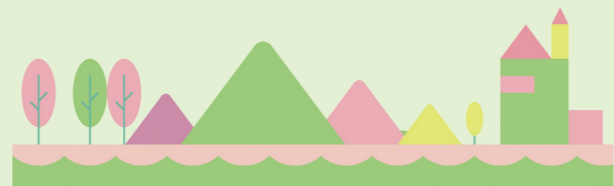
3. 就労に関する支援

- 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をもつとともに、本人にとっては社会とのつながりや役割を保持すること、生き甲斐や希望をもつこと、尊厳ある自立生活を継続することという大切な意味をもっています。
 - 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就労に関する支援を開始することが重要です。
 - 一度離職すると再就職は容易ではなく、前職と同等の収入を維持することが難しくなる場合があります。そのため、可能な限り現職での就労継続を優先し、必要な支援策を検討します。
 - 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（コラム2参照）と連携しながら支援する必要があります。
 - 就労支援に関する諸制度について「Ⅳ．利用できる諸制度」を参照してください。
- 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。尚、治療と仕事が両立できるように関係者との調整を図る両立支援コーディネーター³⁹⁾を企業、医療機関、産業保健総合センターなどに配置する制度があります。また、両立支援の手引き³⁹⁾には、両立支援の進め方や「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」等も示されており、職場と主治医の協働による両立支援に役立てることができます。
- 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地域障害者職業センター⁴⁰⁾の担当者や連携したり、職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業⁴¹⁾を活用したりしながら、本人ができる仕事を検討して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）につなぐことができるように支援します。（「Ⅳ．利用できる諸制度」を参照）

Column 2

若年性認知症支援コーディネーターについて

若年性認知症支援コーディネーター⁴²⁾は、①若年性認知症の人やその家族、企業等からの相談支援、②市町村や関係機関のネットワーク構築、③地域住民も含めた若年性認知症の理解の普及・啓発などの役割を担う専門職です。2015に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、若年性認知症施策を強化することを目的に、都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談に対応する窓口を設置し⁴³⁾、そこに配置されることになりました。これによって、若年性認知症の人の視点に立った施策を進めるとともに、各都道府県における若年性認知症の人や家族の支援体制を構築することが期待されています。



4. 経済に関する支援

- 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なければならない障害者や老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、自立支援医療制度、障害者手帳取得による税金控除、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。（「Ⅳ．利用できる諸制度」を参照）

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走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関する制度的なサービスには、障害者福祉法による障害福祉サービスと介護保険法による介護保険サービスがあります。
- 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して、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。
- また、サービス利用にあたっては、移動外出支援の確保が必要な方もいます。
- 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（コラム2参照）とも連携しながら、本人の状況やニーズに応じて、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くとも、本人に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）の利用を支援することができます。

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¹⁾、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（東京都福祉局のURL⁴⁴⁾などから具体例を見ることもできます）。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などの若年性認知症のための相談機関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（コラム2参照）がすべての都道府県に配置されています。さらに、全国どこからでも気軽に相談できる窓口として若年性認知症コールセンター（p.23）も設置されており、本人や家族がそれらの資源を利用できるように支援することが推奨されます。認知症介護研究・研修大府センターのURL⁴³⁾から全国各地の若年性認知症に関する相談窓口の情報を入手することができます。

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及び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、ピア活動やインフォーマルサポートによる社会参加支援

- 同じ経験を共有できる当事者同士によるピアサポートやピア活動は、認知症の本人にとっても家族にとっても心理的な支えになるとともに、互いが力づけられる重要なサポートです。
- また、インフォーマルサービスは、先に述べた制度的なサービスよりも、若年性認知症の本人や家族のニーズに合ったサービスを柔軟に提供することを可能にしています。
- 例えば、若年性認知症の会、家族会、認知症カフェ、地域の居場所、本人ミーティングなどの多様な活動は、支援・被支援の関係を越えて、意味のある人間関係、信頼できる仲間、社会的ネットワークを創り出すことを可能にし、本人や家族の希望の源泉になる場合が少なくありません。

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ための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」と呼ばれることもあります。その利用を支援することは、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) ピアサポートやピア活動の利用支援：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、地域や医療機関などで実施されているピアサポートやピア活動などがあります。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なく、認知症の本人とともに、認知症の人を含むすべての人が相互に尊重され支え合うことができる共生社会をつくる活動（地域づくり）としての意義もあります（コラム3参照）。

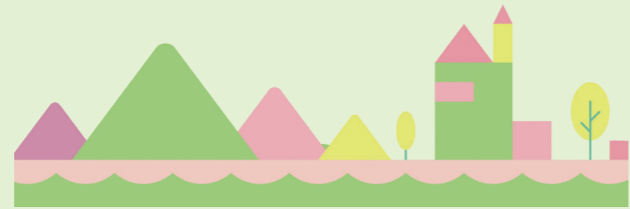
23) 認知症カフェ・居場所の利用支援：そのような活動の拠点となるのが、認知症カフェや地域の居場所などの地域の拠点です。そのような活動を行っている地域の拠点の情報を提供し、その利用を支援することが、さらなる社会参加や地域づくりの促進につながります。

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。（「V. 利用できる相談窓口、ガイドブック、支援団体など」を参照）

Column 3

認知症の当事者によるピアサポートについて

認知症施策推進基本計画では、「今後の生活の見通しなどに不安を抱えている認知症の人に対し、精神的な負担の軽減と認知症の人の社会参加の促進を図るため、認知症の当事者による相談支援を実施すること」をピアサポート活動と呼んでいます。これまでの実践的な経験からも、ピアサポートが認知症の本人の不安の軽減や社会参加の促進に寄与していること、本人を笑顔にすること、正当な権利を行使できるように本人を力づける効果をもたらしていることが明らかにされています。認知症の人が診断後早い段階で認知症の当事者に出会い、その経験に触れられるよう、医療機関の中でピアサポート活動を実施したり、医療機関が認知症の本人を地域の多様なピアサポート活動につなげていくことが強く推奨されています。認知症疾患医療センター運営事業実施要綱においても、必須の事業内容の一つである診断後等支援機能の一項目としてピアサポート活動が掲げられています。



7. 権利擁護に関する支援

- 若年性認知症に限らず、認知症などに起因する認知機能の低下があると、日常生活や社会生活の中でさまざまな権利侵害に直面するリスクが高まります。
- そのようなリスクに対処するためには、日々の生活の中に意思決定支援の仕組みを確保しておくとともに、必要に応じて日常生活自立支援事業や成年後見制度などの権利擁護のための諸制度の活用を支援します。
- さらに、消費者被害などのさまざまな権利侵害に関する事案に対しても、地域の相談機関やネットワークを活用して対応していただけるように備えます。

25) 意思決定支援チームの形成：本人を含め、家族、友人、知人、保健医療福祉の専門職、成年後見人など、本人が信頼できる身近な人々でチームをつくり、本人の立場に立って、本人の意思決定を支援できるように話し合える体制をつくります。（コラム4参照）

26) 日常生活自立支援事業の利用支援：日常的な金銭管理等に支障があり、かつ日常生活を支援してくれる親族がない場合には、社会福祉協議会の事業である日常生活自立支援事業の利用を検討します。

27) 成年後見制度の利用支援：判断力が低下しており、財産管理や契約などの法的行為に支障が生じている場合には、地域包括支援センターや権利擁護支援センターと連携して、成年後見制度の利用を検討します。

28) 消費者被害などの対策に向けた支援：強引な訪問販売やリフォーム詐欺、特殊詐欺などの被害を受けていたり、被害を受ける危険性が高まっている場合には、消費者相談センターや、必要に応じて警察と情報共有して対応します。また、消費者安全確保地域協議会（見守りネットワーク）の活用なども考慮します。

Column 4

意思決定支援チームについて

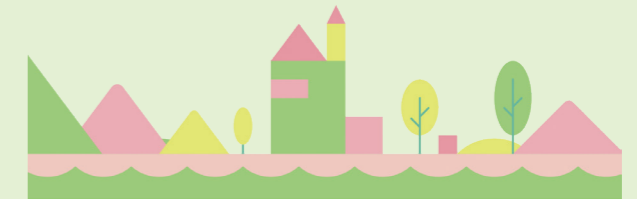
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(第2版)³⁸⁾では、意思決定支援チームとは、「本人の意思を踏まえて、本人及び身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制」と説明されています。「本人が意思を表明しやすくなるよう、チームの中に本人が意思決定をすることを支えるパートナーや伴走者を入れること」、「本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後の生活等について意思決定支援チームで話し合い、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われるようにすること」などの重要性も指摘されています。



Column 5

より良い暮らしを継続していくための “先を見据えた” 個別支援 ～作業療法士のかかわりについて～

認知症施策推進基本計画には、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがある」という新しい認知症観の視点や、「居宅、介護事業所・施設、医療機関における基本的・手段的日常生活動作の向上と社会参加及びウェルビーイングの向上を図る」という認知症のリハビリテーションへの取り組みが言及されています。認知症の診断後から「どうすれば自分らしい生活を続けられるか」「やりたいことをどう継続・実現できるか」について、個別の金銭・時間管理や料理、買い物、趣味の継続などの困りごとに対し、生活の工夫やAIなどの活用による環境調整などを行うことによって、認知機能に合わせ、前向きに暮らしが継続できることが分かってきています。具体的には、海外では認知症診断後から、作業療法士がかかわり、これまでの生活が継続できるよう、職場での業務工程の工夫や環境調整、在宅では料理などの工程の簡素化や道具の工夫など支援が行われており、日本においても作業療法士による訪問活動が取り組まれています。



IV 利用できる諸制度

以下に利用できる諸制度「A. 経済支援に関する諸制度」と「B. 就労支援に関する諸制度」をリストアップしました。認知症の本人や家族に対して、認知症疾患医療センターの相談員は、利用できる制度の情報を伝えるとともに、利用の際に必要な手続きについても併せてわかりやすく説明し制度の利用につなげていく支援が必要です。

A 経済支援に関する諸制度▶▶▶▶▶▶

1. 一般的な制度

1) 自立支援医療（精神通院医療）の給付

- 申請の時期：通院による継続した治療が必要になったとき（初診日でも可）
- 対象：精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患（若年性認知症を含む）を有する者で、通院による精神医療を継続的に利用する者。
- 概要：所得に応じて1か月あたりの医療費の自己負担が原則1割となる。但し、一定所得以上（下記URLを参照）は対象外。低所得（市町村民税非課税）では上限額を設定。
- 申請手続き：申請書、主治医意見書、健康保険証等を市区町村の福祉課等に提出。都道府県（または指定都市）が支給認定。 ※自治体により提出書類が異なることがあります。

<参考>

厚生労働省：自立支援医療制度の概要

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/jiritsu/gaiyo.html

2) 障害者手帳（身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳）の交付

- 申請の時期：初診日から6か月経過した日から
- 対象：一定程度以上の障害があると認められる者
- 概要：税金の優遇措置、公営住宅の優先入居、公共交通料金や施設の利用料の割引などが利用できる。
- 申請手続き：障害者手帳申請書、診断書等を市区町村の障害福祉担当課に提出。都道府県（または指定都市）が認定して交付。

<参考>

厚生労働省：障害者手帳

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/techou.html

3) 障害年金の申請

- 申請の時期：初診日から1年6か月経過した日以降
- 対象：初診日に国民年金または厚生年金の被保険者であり、保険料の納付要件を満たしている者で、障害によって生活や仕事が制限されている者。
- 概要：国民年金加入者は「障害基礎年金」、厚生年金加入者は「障害厚生年金」を請求することができる。尚、障害厚生年金に該当する状態よりも軽い障害が残った場合は「障害手当金（一時金）」を受け取ることができる制度もある。障害等級1級または2級の場合は国民年金保険料が免除される。
- 申請手続き：障害基礎年金は市町村の年金担当課、障害厚生年金は年金事務所（共済組合に加入している者は各共済組合）。

<参考>

日本年金機構：障害年金

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/seido/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-01.html>

2. 状況に応じて利用できる制度

1) 指定難病医療費助成制度

- 申請の時期：指定難病の診断を受けた日以降
- 対象：指定難病の診断を受けた者（若年性認知症の原因となる指定難病の例：前頭側頭葉変性症、進行性核上性麻痺、パーキンソン病、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病、ミトコンドリア病、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん、ウイルソン病、進行性白質脳症など）
- 概要：指定難病の治療のために難病指定医療機関を受診した者は「医療費受給者証」を提示することによって医療費の助成を受けることができる。
- 申請手続き：難病指定医が作成した診断書（臨床調査個人票）等の必要書類を都道府県・指定都市の担当窓口へ提出。都道府県・指定都市が支給認定を行い、「医療費受給者証」を交付。

<参考>

難病情報センター：指定難病患者への医療費助成制度のご案内

<https://www.nanbyou.or.jp/entry/5460>

厚生労働省：指定難病

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

2) 傷病手当金

- 申請の時期：休職4日目～最長1年6か月
- 対象：全国健康保険協会または健康保険組合に加入している事業所に在職中であり、病気やけがのために仕事を休み、給料がもらえない者（国民健康保険の被保険者は対象外）。
- 概要：病気やけがで仕事を休み、給料がもらえないときにその間の生活保障をするための現金給付制度。最長で1年6か月間支給される。
- 申請手続き：「健康保険法傷病手当金申請書」などを加入している全国健康保険協会または健康保険組合に提出。

<参考>

全国健康保険協会：病気やケガで会社を休んだとき（傷病手当金）

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3040/r139/>

3) 雇用保険（失業給付、または失業給付受給期間延長申請）

- 概要：労働する能力と意思がある場合は失業給付を受けられる可能性がある。退職後に勤務先から離職票を受け取り、ハローワークに相談する。求職申込時において精神障害者保健福祉手帳を所持している場合は、就職困難者として所定給付日数が延長される。退職後も健康保険組合の傷病手当金を受給する者は失業給付を受け取ることができない。その場合はハローワークに届けることによって雇用保険の受給期間を離職の翌日から最長4年以内（原則として離職日の翌日から1年間に加えて最大3年間）まで延長できる。

<参考>

厚生労働省：雇用保険制度

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/koyouhoken/index_00003.html

4) 特別障害者手当

■概要：精神または身体に著しく重度の障害を有し、日常生活において常時特別の介護を必要とする特別障害者に対して、重度の障害のため必要となる精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給するものです。

■相談／申請：住所地の市区長村窓口

<参考>

厚生労働省：特別障害者手当について

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jidou/tokubetsu.html>

5) 生命保険の保険料減額、高度障害保険金

■概要：生命保険加入者では、保険料が経済的負担になる場合には、掛け金を減らしたり、保険料の支払いを終了して、契約のみを残す方法がある。また、高度障害状態と認定された場合には高度障害保険金を受け取ることができる場合がある。

■相談／申請：加入している生命保険会社の担当者

<参考>

公益財団法人生命保険文化センター

https://www.jili.or.jp/knows_learns/q_a/life_insurance/166.html

6) 高額療養費支給制度

■概要：医療機関や薬局で支払う自己負担額が1か月単位で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度。事前に「限度額適用認定証」を入手し、医療機関や薬局の窓口に出せば、自己負担限度額を超えた分を支払う必要がない。

■申請：加入している健康保険組合、全国健康保険協会（協会けんぽ）または市区町村に、「限度額適用認定証」の交付を申請する。

<参考>

全国健康保険協会

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3030/r150/>

7) 高額介護サービス費支給制度

■概要：同じ世帯の利用者が1か月に支払った介護サービス費の自己負担額の合計額が、一定金額を超えた場合は、その超えた分が支給される。但し、自己負担上限額は世帯の状況によって異なる。

■申請：市区町村介護保険担当課

<参考>

介護総合情報サイト MY介護の広場

<https://www.my-kaigo.com/pub/individual/money/kokyo-seido/0010.html>

8) 高額医療、高額介護合算療養費制度

■概要：同じ世帯内で同一の医療保険に加入している人で、毎年8月から翌年7月までの1年間に「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その合計が一定の額を超えた場合に、その超えた分が支給される。

■申請：加入している医療保険の担当課、市区町村の介護保険担当課

<参考>

厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/dl/tp0724-1b.pdf>

9) 国民年金保険料の免除制度

■概要：収入の減少や失業等により、経済的に保険料の支払いが困難な場合には、申請により、国民年金の保険料が全額または一部免除される。このほか、学生納付特例、失業による特例免除がある。また、障害年金の1級・2級を受けているとき、生活保護法による生活扶助を受けているときは「法定免除」となる。

■申請：市区町村国民年金課

<参考>

日本年金機構

<https://www.nenkin.go.jp/service/kokunen/menjo/20150428.html>

10) 生活福祉資金貸付制度

■概要：所得が低い世帯に対して、低利あるいは無利子で資金を貸し付けたり、必要な援助指導を行ったりして、経済的自立や生活意欲の助長促進、在宅福祉や社会参加を促し、世帯の安定した生活を確保するための制度。

■申請：市区町村の社会福祉協議会

<参考>

厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsufukushi-shikin1/index.html

11) 子どもの就学資金援助制度

■概要：世帯の経済状況により、子どもの就学に関する費用の支援が必要な場合は、国の制度として、日本政策金融公庫が行っている「教育ローン」、日本学生支援機構奨学金などがあり、各都道府県や学校でも奨学金や学資免除を受けられる場合がある。

■申請：教育ローンコールセンター（0570-008656）、日本学生支援機構（0570-666-301）

<参考>

文部科学省

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/career/05010502/017.htm

12) 生活保護制度

■概要：生活に困窮する者に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的とする制度。世帯全体の資産・能力を活用してもなお生活が困窮している場合に保護費（生活扶助、住宅扶助、教育扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助）が支給される。

■申請の手続き：福祉事務所の生活保護担当で制度についての事前説明を受け、保護の決定に係る調査が行われた上で、保護費の支給が決定される。

<参考>

厚生労働省：生活保護制度

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsuhogo/index.html

B 就労支援に関する諸制度▶▶▶▶▶

1. 治療と仕事の両立支援

概要：労働安全衛生法では、事業者による労働者の健康確保対策に関する規定として、健康診断の実施及び医師の意見を勘案し、必要があると認めるときは就業上の措置（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等）の実施を義務づけるとともに、日常生活での指導、受診勧奨等を行うように努めるものとされている。若年性認知症については、さらに、若年性認知症の特性に応じた就労支援を推進するという観点から、事業所向けの「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」が策定されている。

www.mhlw.go.jp/content/12300000/001594454.pdf

2. 障害者総合支援法による就労支援

障害者総合支援法における就労系障害福祉サービスには以下のような5つのサービスがある。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40524.html

1) 就労選択支援

■概要：障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する。

2) 就労移行支援

■概要：就労を希望する障害者であって、一般企業に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、一定期間就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。

3) 就労継続支援 A 型

■概要：一般企業に雇用されることが困難であって、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等によって就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供を行う。

4) 就労継続支援 B 型

■概要：一般企業に雇用されることが困難であって、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供を行う。

5) 就労定着支援

■概要：就労移行支援等を利用して、一般企業に新たに雇用された障害者に対し、雇用に伴って生じる日常生活・社会生活を営む上でのさまざまな問題について、相談、指導及び助言などの必要な支援を行う。

3. 介護保険サービス事業所における社会参加支援

概要：介護サービス事業所では、若年性認知症の人を中心に、介護サービス利用者が介護サービスの提供時間中に地域住民と交流したり、外部企業等と連携した有償ボランティア活動などを行うことが可能である（平成30年7月27日付け老健局総務課認知症施策推進室・振興課・老人保健課事務連絡）。そのような取組は、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにするという「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に照らしても重要な取組であることから、令和6年8月8日付け老健局総務課認知症施策・地域介護推進課・老人保健課・高齢者支援課事務連絡において、それを推進することが推奨されている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/001285833.pdf>



利用できる相談窓口、ガイドブック、支援団体など

■若年性認知症コールセンター

<https://y-ninchisyotel.net/>

■全国各地の若年性認知症に関する相談窓口

<https://y-ninchisyotel.net/contact/>

■全国若年性認知症支援センター

https://y-ninchisyotel.net/call_center/

■若年性認知症支援ガイドブック

https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/guidebook_2023.pdf

■一般社団法人 全国若年性認知症連絡協議会

<https://jeodc.jimdofree.com/>

■公益社団法人 認知症の人と家族の会

<https://www.alzheimer.or.jp/>

■一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ

<https://www.jdwg.org/>

VI 参考文献

- 1) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：「わが国における若年性認知症有病率・生活実態把握」に関する調査研究報告書。 Available from: <https://www.tmgig.jp/research/AMED-research/>
- 2) 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).
- 3) 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).
- 4) 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).
- 5) 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).
- 6) 多賀努：若年性認知症の本人・家族の視点を政策に反映することの重要性と本人発意の政策形成の課題。精神医学 62(11):405-416, 2020.
- 7) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱 (令和 6 年 3 月 19 日)。 <https://www.nisseikyoo.or.jp/gyousei/tsuuchi/images/2023/240325/240325-03.pdf>
- 8) Alzheimer's Scotland. The 5 Pillars Model of Post Diagnostic Dementia Support 2011. Available from: http://www.alzscot.org/campaigning/five_pillars.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) Bamford C, Wheatley A, Brunskill G, Booi L, Allan L, Banerjee S, Harrison Dening 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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)
- 16) 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)
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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>
- 20) 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.
- 21) 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.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) 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.
- 29) 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.
- 30) 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.
- 31) 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.
- 32) 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.

- 33) 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.
- 34) 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.
- 35) 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).
- 36) 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).
- 37) 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).
- 38) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (第 2 版)。 Available from: https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/250407/o_r6_guide02_20250320.pdf
- 39) 厚生労働省：治療と仕事の両立支援。 Available from: <https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/formanagers/#sec06>
- 40) 障害者職業総合センター。 Available from: <https://www.nivr.jeed.go.jp/index.html>
- 41) 厚生労働省：職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業について。 Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaisakoyou/06a.html
- 42) 厚生労働省：若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書。 Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001324259.pdf>
- 43) 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター。全国各地の専門相談窓口。若年性認知症に関する相談窓口。 Available from: <https://y-ninchisyotel.net/contact/>
- 44) 東京都福祉局：若年性認知症の本人の通いの場をつくるガイドブック。 Available from: ninchishounavi.g.kuroco-img.app/files/user//torikumi/manual_text/jakunen_guidebook/pdf/jakunen_guidebook.pdf
- 45) 沖田裕子, 杉原久仁子：制度や就労支援のことがわかる 若年性認知症の人や家族への支援の基本, 中央法規出版, 2022 年

VII 研究組織

研究代表者

- 鷺見幸彦 (社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター センター長)

研究分担者

- 粟田圭一 (社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター センター長)
- 武田章敬 (国立研究開発法人国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長)
- 表志津子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 教授)
- 李相命 (社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター 研究部長)
- 齊藤千晶 (社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター 主任研究主幹)

オブザーバー

- 中西亜紀 (大阪公立大学大学院 特任教授)
- 江川齊宏 (厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 課長)
- 吉松直樹 (厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 主査)

事務局

- 下中直実 (認知症介護研究・研修大府センター 事務部長)
- 花井真季 (認知症介護研究・研修大府センター 総務課長補佐)
- 山口友佑 (認知症介護研究・研修大府センター 研究員)

ガイドの作成にあたってご意見いただいた方々

(あいうえお順／敬称略)

- 伊藤美知 (三重県若年性認知症支援コーディネーター)
- 大辻誠司 (砂川市立病院・認知症疾患医療センター)
- 沖田裕子 (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)
- 小原明美 (社会福祉法人久仁会みんなのための障がい支援センター)
- 川上元晴 (認知症の人と家族の会)
- 来島みのり (東京都多摩若年性認知症総合支援センター)
- 駒井由紀子 (東京都若年性認知症総合支援センター)
- 白川美昭 (三豊市立西香川病院・認知症疾患医療センター)
- 高橋智哉 (社会福祉法人浴風会・浴風会病院・認知症疾患医療センター)
- 谷向知 (愛媛大学医学系研究科地域健康システム看護学講座老年精神地域包括ケア学)
- 野崎和美 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター・認知症疾患医療センター)
- 畠山啓 (東京都健康長寿医療センター・認知症支援推進センター)
- 平井正明 (認知症の当事者, 認知症の人と家族の会)
- 藤田和子 (認知症の当事者, 日本認知症本人ワーキンググループ)
- 村井千賀 (石川県立こころの病院・認知症疾患医療センター)
- 山中しのぶ (認知症の当事者, 日本認知症本人ワーキンググループ)
- 和田誠 (認知症の人と家族の会)

発行 : 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL (代表) 03-3334-2173 <https://www.dcnnet.gr.jp>



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



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 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長

研究要旨

研究目的：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抗A β 抗体薬による治療の現状を明らかに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における若年性認知症診療・抗A β 抗体薬による治療・診断後支援に関する調査票を作成し、全国の認知症疾患医療センター509ヶ所に送付し調査を行った。

結果：249ヶ所の認知症疾患医療センターから有効回答を得た。認知症疾患医療センターの33%で抗A β 抗体薬の初回投与可能、35%で継続投与のみ可能という回答であった。実際に抗A β 抗体薬の投与を行った認知症疾患医療センターは146ヶ所（59%）、65歳未満に投与したのは82ヶ所（33%）であった。抗A β 抗体薬治療に対応しない理由としては副作用への対応が困難、実施している医療機関の利益が少ない、MRIやPETなどの実施が困難、外来点滴が困難等であった。抗A β 抗体薬治療を行ってみたいの課題としては、通院の負担や経済的負担が大きい、自施設の利益が少ない、説明に時間と労力を要する、効果がわかりにくい等であった。抗A β 抗体薬による治療を行っている患者および抗A β 抗体療法の対象とならない患者への支援としては、本人・家族への情緒的支援や情動的支援、介護保険サービスに関する支援を行っている回答した医療機関は多かった一方で、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回答した医療機関は少なかった。

考察：認知症疾患医療センターを対象としたアンケート調査の結果、65歳未満に抗A β 抗体薬を投与した医療機関は33%であった。抗A β 抗体薬療法を受けている者や適応とならなかった者に対して、特に若年性認知症に必要と考えられる就労支援や福祉的就労に関する支援はあまり行われていなかった。自由記述の回答では抗A β 抗体薬による治療ができる医療機関が偏在していること、継続投与医療機関がみつけにくいこと、初回導入医療機関と継続投与医療機関との連携が困難であることなどがみられ、若年者に経済的負担が大きいこと、遺伝カウンセリングを実施する医療機関が分からないといった若年性認知症に関係する課題も示された。

結論：本調査によって認知症疾患医療センターにおける抗A β 抗体薬による治療の実施状況や課題、若年性認知症への対応状況や課題が明らかとなった。

A. 研究目的

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ミロイドβ (Aβ) 抗体薬による治療の現状を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

先行研究および調査を参考として認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗 Aβ 抗体薬による治療・診断後支援に関する調査票を作成し、全国の認知症疾患医療センター509ヶ所に送付し調査を行った(令和7年12月4日~12月22日)。

(倫理面への配慮)

本調査研究に関して、認知症介護研究・研修大府センター 倫理・利益相反委員会での承認を得た(0503-0701)。

C. 研究結果

249ヶ所の認知症疾患医療センターから有効回答を得た。認知症疾患医療センターの33%で抗 Aβ 抗体薬の初回投与可能、35%で継続投与のみ可能であった。実際に抗 Aβ 抗体薬の投与を行った認知症疾患医療センターは146ヶ所(59%)、65歳未満に投与したのは82ヶ所(33%)であった。抗 Aβ 抗体薬治療に対応しない理由としては副作用への対応が困難、実施している医療機関の利益が少ない、MRI や PET などの実施が困難、外来点滴が困難等であった。抗 Aβ 抗体治療を行ってみたいの課題としては、通院の負担や経済的負担が大きい、自施設の利益が少ない、説明に時間と労力を要する、効果がわかりにくい等であった。

抗 Aβ 抗体薬による治療を行っている患者および抗 Aβ 抗体薬療法の対象とならない

患者への支援としては、本人・家族への情緒的支援や情動的支援、介護保険サービスに関する支援を行っていると回答した医療機関は多かった一方で、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は少なかった。

自由記述の回答としては「希望されるご家族と本人は受け身であり難しい」「治療対象者が単身生活で支援家族が近所にいない場合など意思決定支援・通院サポートが課題である」「若年性認知症の方は就労継続が難しくなるケースが多く治療費の捻出に高額療養費を活用しても苦勞をしている状況があります」「近くに初回投与できる病院がなし。通院の負担がとて大きい」「レケンビ導入後の継続投与を行っていただける医療機関が増えると初回導入施設側も患者様にとっても負担軽減になると思いますなかなか手助けをしてくれる医療機関が少ないのが現状です」「紹介先初回投与医療機関責任医師などに導入に至ったか否かの情報提供を再三要求しているが叶えられていない、継続投与を依頼された時に初めて導入されていたことが判る状況である」「スケジュールを立てることに非常に時間と労力を要しており限られたスタッフ・場所で行うことに限界を感じているが必要とする人には届けていく使命感もある」「遺伝カウンセリングの実施医療機関が分からない」等の記述がみられた。

D. 考察

認知症疾患医療センターを対象としたアンケート調査の結果、抗 Aβ 抗体薬の投与を行った認知症疾患医療センターは59%

であり、65歳未満に投与した医療機関は33%であった。抗Aβ抗体療法を受けている者や適応とならなかった者に対して、特に若年性認知症に必要と考えられる就労支援や福祉的就労に関する支援はあまり行われていなかった。自由記述の回答では抗Aβ抗体薬による治療ができる医療機関が偏在していること、継続投与医療機関がみつかりにくいこと、初回導入医療機関と継続投与医療機関との連携が困難であることなどがみられ、若年者に経済的負担が大きいこと、遺伝カウンセリングを実施する医療機関が分からないといった若年性認知症に関係する課題も示された。

E. 結論

本調査によって認知症疾患医療センターにおける抗Aβ抗体薬による治療の実施状況や課題、若年性認知症への対応状況や課題が明らかとなった。

F. 研究発表

1. 論文発表

武田章敬. セミナー 抗Aβ抗体薬の登場によって変わるもの・変わらないもの「抗Aβ抗体療法時代の専門外来の診療フローとかかりつけ医の役割」. 内科総合誌 *Medical Practice* 42(5): 689-693, 2025.

武田章敬. 連載 今から準備 長く働く心身づくりのヒケツ, 第9回「認知症とは～症状や原因, 治療などの基礎知識」. 安全衛生のひろば 66(9):36-37, 2025, 中央労働災害防止協会.

武田章敬. 「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及.

公益財団法人長寿科学振興財団 WEB版機関誌「*Aging & Health*」 2025年115号10月配信(第34巻第3号)秋号, p16-20

武田章敬. これからの認知症医療の方向性. *The Curator of Neurocognitive Disorders* 3(1):30-35, 2026.

2. 学会発表

武田章敬他. 当センターもの忘れ外来受診から抗アミロイドβ抗体薬治療までの流れ. 第44回日本認知症学会学術集会, 2025年11月21日, 新潟市.

武田章敬: シンポジウム 23, 認知症のための保健医療サービス提供体制の整備. 第44回日本認知症学会学術集会, 2025年11月22日, 新潟市.

武田章敬: 長寿研特別シンポジウム, 認知症の人と家族をどう支えるか. 第49回日本高次脳機能学会学術総会, 2025年11月15日, 名古屋市.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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。今年度は就労継続支援 B 型事業所（事業所）を対象にヒアリング調査を実施した。また、これまでの研究成果および「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」等を踏まえ、「若年性認知症支援ガイドブック（改訂 5 版）」の改訂を行った。**研究方法：**令和 6 年度に実施した二次調査の回答者 272 名のうち、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用経験がある等の条件を満たす 36 事業所を抽出し、ヒアリング調査への協力を依頼した。その結果、10 事業所を 3 次調査の対象として、管理者 9 名、若年性認知症の利用者本人 6 名および利用者の介護家族 2 名に対し、令和 7 年 8 月 5 日から 9 月 24 日までに Web または対面により聞き取りを実施した。**結果：【管理者】**疾患の進行に伴う作業内容の再編や視覚化など、状態変化に応じた動的な調整が通所継続に寄与している。一方で、介助負担増加や送迎、制度移行の壁など事業所単独の支援には限界があり、専門職間の連携強化が不可欠である。**【本人】**認知機能の低下を自覚しながらも「社会の役に立ちたい」、「働きたい」という強い意欲が確認された。自身の強みや職歴を活かした役割を得ることが自己肯定感の維持に直結しており、就労を通じた交流が喪失感を補う基盤となっていた。**【家族】**本人の急激な環境変化や将来の生活に対する強い不安が確認された。事業所への通所は家族のレスパイトを保障し、介護負担を軽減する鍵となっており、早期からの情報共有と先を見据えた支援体制が強く求められていた。**考察：**事業所における YOD 支援では、診断初期からの専門職による作業内容のマッチングと段階的な導入が、本人および家族の不安や混乱の緩和につながっている。また、本人の職歴や強みを活かした役割は、自己肯定感の維持と社会的アイデンティティの再定義に直結する。一方で、疾患の進行に伴う介助負担の増大に対し、事業所が支援を抱え込まず、外部機関と連携し、ケアを分散・共有することが、就労継続と家族のレスパイトを両立させる鍵となる。**ガイドブックの改訂：**作成にあたっては専門職や当事者、家族等から広く意見を聴取し、専門職の対応力向上を目指した。主な改訂点として、診断後支援や就労支援、相談窓口の役割等を新たに章立てし、統計データも最新版へ更新している。完成した令和 7 年度版は HP 掲載や各自治体への配付を通じ、地域全体への周知と活用を図った。

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7年度は若年性認知症の人の支援に係る障害福祉や介護保険サービスの有効な調整方法等を明らかにし、切れ目のない支援体制の構築のための示唆を得るため、就労継続支援事業所の管理者および利用している若年性認知症の本人とその介護家族を対象にヒアリング調査を実施した。

さらに、令和5年度から今年度までの研究成果および「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」等を踏まえ、当センターが平成28年度に作成した「若年性認知症支援ガイドブック（改訂5版）」の改訂作業を行い、相談援助等に従事する専門職の対応力向上に資する内容として取りまとめた。

B. 研究方法

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（3次調査）

令和6年度に全国の就労継続支援事業所（以下、事業所）21,932か所を対象として、1次調査および2次調査を実施した。2次調査に回答した272事業所のうち、①障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用経験があり、②調査時点で若年性認知症の利用者を受け入れており、③支援コーディネーターとの連携について「ある」

または「なし」と回答した就労継続支援B型事業所の36事業所を抽出した。これらに対して、ヒアリング調査への協力依頼を郵送にて行い、19事業所（回収率52.8%）から回答を得た。さらに協力への同意が得られた10事業所を3次調査の対象として、管理者9名、若年性認知症の利用者本人6名および利用者の介護家族2名に対し、令和7年8月5日から9月24日までにWebまたは対面により聞き取りを実施した（表1）。ヒアリング内容はStamouら（2022）を参考に作成し、その概要を表2に示す。

表1 ヒアリング対象の概要

事業所	対象者	方法	実施日	支援 Co 連携
A	管理者	Web	8/5	無
B	管理者	Web	8/12	無
C	管理者 本人3	対面	8/26	有
D	管理者	Web	8/28	無
E	管理者	Web	9/3	無
F	管理者	Web	9/3	有
G	管理者 本人1 家族1	対面	9/5	無
H	管理者 本人2	対面	9/19	有
I	家族1	Web	9/22	有
J	管理者	Web	9/24	無

表2 ヒアリング内容

障害福祉サービスや介護保険サービスの利用または紹介に至るまでの出来事や経験について、以下の観点から聴取した。

- ① サービス紹介のきっかけ
- ② その時に感じていたことおよび必要としていたこと
- ③ サービス利用に至るまでのプロセス
- ④ 当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化（支援 Co の関与を含む）
- ⑤ 良かったと感じた点や役に立った理由
- ⑥ 支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったか立った（支援 Co の関与も含む）
- ⑦ その時の感情や以前との変化
- ⑧ 今後、必要と考えるサービス（ある場合はその理由）

C. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、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. 対象者ごとによる結果の概要

管理者・本人・家族に分け、インタビュー項目ごとに回答の概要をまとめ、表 3～26 に示す。

1.1 管理者

【サービス紹介のきっかけ 表 3】

① 症状変化を契機とした利用

サービス利用中に認知機能低下がみられ、再受診や診断を契機として、支援内

容の見直し等につながるケース（A・B）。

② 専門職・関係機関からの紹介

介護支援専門員、障害者相談支援センター、地域包括支援センター、市役所、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム等からの紹介により利用につながるケース（D・E・G・J）。また、主治医からの助言により社会参加や就労的活動の必要性が示され、利用検討に至るケース（C）。

③ 支援コーディネーターの関与によるマッチングおよび調整

支援コーディネーターが関与し、本人の職歴やニーズと事業所の特性を踏まえた調整や紹介により利用につながるケース（C・F・H）。

④ 既存の人的ネットワーク・経験に基づく紹介

管理者の過去の勤務経験からのネットワークから紹介につながるケース（E）。

表 3 サービス紹介のきっかけの概要

事業所	内容
A 事業所	一般企業をうつ病により退職後、経済的ニーズから A 事業所の利用を開始した。利用の過程で認知機能低下を契機に再受診し、若年性アルツハイマー型認知症と診断された。
B 事業所	統合失調症により B 事業所の利用を開始した。利用中に認知機能低下が認められ、若年性認知症と診断された。診断後、同一法人内の障害福

	社サービスのグループホームから介護保険サービスのグループホームへ移行した。診断されたことで一旦は利用を断ったが、本人の希望を踏まえ、事業所の利用を継続するに至った。
C 事業所	支援コーディネーターが関与している若年性認知症の家族・本人の交流の場へ定期的に参加していた。その中で、支援コーディネーターや既利用者からC事業所の情報を得た。また、担当医から「引きこもりによる体力低下を防ぐため、ボランティア的な活動や就労的な取り組みを行うことが望ましい」との助言を受けたことも、本人や家族のサービス利用の検討につながった。
D 事業所	もともと訪問介護（服薬管理および夕食準備）の支援を利用していたが、本人に就労への意欲および能力が認められたことから、認知症初期集中支援チームの紹介により、自宅近隣のD事業所へとつながった。
E 事業所	管理者が以前勤務していた地域包括支援センターでの関係を通じて、居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの紹介により、事業所利用につながった。
F 事業所	支援コーディネーターが、F事業所の作業内容と本人の職歴が適合すると判断し、障害者相談支援センターに相談した結果、同事業所が候補として挙がり、利用につながった。
G 事業所	障害者相談支援センターおよび地域包括支援センターの職員からの紹介でつながった。

H 事業所	支援コーディネーターからの直接連絡があり、利用に関する相談が行われ、H事業所利用につながった。
J 事業所	市役所の高齢福祉課と障害福祉課、認知症疾患医療センターの相談員からそれぞれ事業所へ直接連絡があり、受け入れに関する相談があった。

【その時に感じていたことおよび必要としていたこと 表4】

① 受け入れ自体に対する不安や抵抗感の少なさ

過去に若年性認知症の利用者の受け入れ経験や管理者が認知症に関する知識、医療・介護分野での実務経験を有する事業所では、受け入れに対する戸惑いや抵抗は少なかった（A・C・D・G・J）。

② 同事業所内における知識や経験の差による若年性認知症への不安や認識の違い

同一事業所内でも、管理者と職員間で若年性認知症に対する理解や受け止め方に差があり、不安や抵抗感が生じていた（E）。また、過去に受け入れ経験があっても、ケースの症状の違いにより、対応への戸惑いがあった（F）。

③ 受け入れ継続のための個別的調整の検討

受け入れ経験が少ない事業所では、進行性の症状への対応や、B型事業所としての役割との適合、安全面（移動・事故リスク）に対する不安がみられた（H）。また、作業内容の選定や本人との関係構

築に対する戸惑いも確認された (D)。さらに、認知症の症状特性により通常の利用が困難と判断され、利用時間の制限等の個別的な調整が行われるケースもあった (B)。

表 4 その時に感じていたことおよび必要としていたことの概要

事業所	内容
A 事業所	症状の進行が緩やかで、温和な性格特性とも重なっていたため、認知機能の変化は違和感として職員間で認識されていたが、診断に対する戸惑い、偏見はなかった。
B 事業所	障害福祉のグループホームでは認知症対応が困難と判断され、介護保険のグループホームへ移行したが、同一法人内であったため連携は円滑で混乱はみられなかった。一方、B事業所では若年性認知症の特性から対応への負担が懸念され、利用時間を1時間に限定する等の調整が行われた。
C 事業所	過去に複数の若年性認知症の利用者を受け入れた経験があり、管理者および職員に受け入れに対する不安はなかった。また、これまでの経験を基盤に、管理者が有するネットワークを活用することで、事業所主体で支援体制を構築できる状況にあった。さらに、支援コーディネーターとの関係性も良好であり、中立的な立場から後方支援を担う存在として連携していた。
D 事業所	管理者および職員は介護経験と認知症の知識を有していたため、受け入

	れに大きな戸惑いはなかった。一方で、関係づくりや作業内容の設定には不安がみられた。
E 事業所	管理者はこれまでの経験から受け入れに対する戸惑いはなかった。一方で、職員の若年性認知症に関する知識は十分ではなく、特に、サービス管理責任者は受け入れに強い抵抗感を示し、支援方針の相違が退職に至る一因となった。
F 事業所	支援コーディネーターを介した受け入れは2例目であったが、症状の違いから業務内容が異なり、職員や他の利用者に戸惑いがみられた。
G 事業所	管理者が病院や介護老人保健施設にてソーシャルワーカーとしての勤務経験を有していたことから、若年性認知症の利用者の受け入れに対する不安はなかった。
H 事業所	支援コーディネーターが調整に入り、説明を受けた上で受け入れを検討した。管理者は当初、どのような形で支援が可能であるかが分からず、受け入れ経験がないことに加え、進行性の症状への対応方法や、B型事業所として求められる役割が明確でない点に不安があった。さらに、通所継続の可否に加え、施設内での単独移動など、安全面に関する懸念もあった。他の職員は漠然とした不安がみられたが、明確な反対意見はなく、受け入れに対する抵抗は限定的であった。実践を通じて支援方法を検討していく姿勢がみられた。
J	受け入れに対する不安は特になかっ

事業所	た。また、見学時には本人が自身の実家と同じ地域に居住していたこともあり会話が弾み、もともとおしゃべりを好む性格であったことから、良好なコミュニケーションが図れた。
-----	---

【サービス利用に至るまでのプロセス表 5】

- ① 既存サービス利用からの継続利用
精神疾患を契機に既に事業所を利用していたケースでは、認知機能低下や診断後も、利用継続または調整が行われた (A・B)。
- ② 見学・体験利用を経た段階的導入
多くの事業所では、見学や体験利用を通じて本人の適応や意向を確認した上で、家族の同意を得て利用開始に至っていた (D・E・F・G・H)。また、一日体験 (D)、複数日実習 (H) など、事業所ごとに異なる評価プロセスが設けられていた。
- ③ 関係機関や専門職の同席、支援を伴う導入
見学や導入の過程には、介護支援専門員や認知症初期集中支援チーム、相談支援専門員、支援コーディネーター等が関与し、本人・家族への支援や調整が行われていた (D・F・G)。これにより、利用可否の判断や意思決定が円滑に進められていた。
- ④ 本人の意向を重視した柔軟な導入
作業への意欲や適性が高い場合には、

体験利用を省略し、そのまま利用開始に至るケースもみられた (J)。また、見学時の様子から抵抗感が少ないことを確認し、利用につながった (G)。

⑤ サービス等利用計画の作成や利用手続きでの支援体制の違い

サービス等利用計画については、セルフプランを管理者が担うケース (C)、相談支援専門員や関係職種が作成するケース (F・J) 等の違いがみられた。また、介護保険への移行も含め、複数制度にまたがる手続きが円滑に進められる体制が自治体として、既に構築されている場合もあった (G)。

表 5 サービス利用に至るまでのプロセスの概要

事業所	内容
A 事業所	もともとうつ病により事業所を利用していた。
B 事業所	もともと統合失調症により事業所を利用していた。
C 事業所	配偶者等の家族とともに見学し、その後利用に至った。C事業所の地域では、B型事業所においてサービス等利用計画をセルフプランで作成する運用となっており、管理者がその作成を担った。
D 事業所	本人と介護支援専門員および認知症初期集中支援チーム員が一緒に見学し、作業内容に問題がないことを確認した。別日に一日体験利用を経て本人の肯定的な意向が確認され、家族(夫)の同意のもと利用開始に至った。

E 事業所	居宅介護支援事業所の介護支援専門員から紹介を受け、体験利用等を経て事業所利用に至った。
F 事業所	支援コーディネーターから F 事業所に連絡が入り、本人とともに見学や体験利用を行い、手続きの支援を経て、事業所利用に至った。
G 事業所	本人や家族の就労や外出機会への希望から、当初、A 型事業を見学したが作業の難易度等から利用には至らなかった。障害者相談支援センターと地域包括支援センターの職員が、管理者と日頃から連携が構築されており、本人・家族とともに見学にきた。本人が嫌がらない様子を確認し、利用に至った。計画書相談の担当者が介護保険の介護支援専門員の資格も持ち、途中から介護認定を受け、円滑に利用支援が進んだ。
H 事業所	どの利用者に対しても利用開始前に、5 日間の実習（フルタイム想定）を実施し、作業体験を通じて本人の様子や作業適性を把握している。今回も同様に、その結果に基づき受け入れの可否を判断するとともに、支援内容の検討が行われた。
J 事業所	配偶者（妻）および父親と本人の 3 名で見学にきた。本来は体験利用の機会が設けているが、本人は作業内容に対して意欲的であり、そのまま通所利用が可能と判断されたため、体験を経ずに受け入れに至った。また、日頃から連携している相談員にサービス等利用計画の作成を依頼したところ、対応可能との返答があり、手続きは円滑に進んだ。

【当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化（支援 Co の関与を含む） 表 6】

① 症状進行に伴う作業遂行能力の変化と段階的調整

利用開始後、症状の進行に伴い作業遂行能力の低下がみられ、多くの事業所で工程の簡略化や作業内容の見直しが行われていた（A・B・D・F・G）。複数工程から単一工程への調整（A）、作業自体が困難となるケース（B・D）、状態変化に応じた継続的な作業調整（G）などが確認された。

② 本人の職歴や好みを活かした支援

利用開始時には、本人の職歴や興味関心を踏まえた支援が行われ、適応や意欲の向上につながっていた（C・D・F）。調理や製菓などの職歴を活かした活動（C・F）、音楽など嗜好を取り入れた環境調整（D）、施設外就労や自力通所への移行などもあった（C）。

③ 環境変化に伴う不安と関係構築の重要性

新たな環境に対する不安や戸惑いがみられる一方で、管理者や他利用者との関係性の構築により安心感が形成されていた（J）。共通の話題を用いた関係づくりや職員の自然な関わりによる場の調整、また、視覚的なスケジュール提示などの工夫により、認知機能低下への配慮が図られていた。

④ 支援負担の増大と個別対応の必要性
症状進行に伴い、見守りやマンツーマ

ン対応が必要となるケースがみられ、職員の負担の増大が課題となっていた

(E・F)。また、排泄への対応など基本的ADLにケアが必要となる場面では、介護経験のない職員にとって困難が生じた(A)。

⑤ 支援コーディネーターによる見通しの提示と支援の構造化

若年性認知症の症状が進行性であることに対して不安感が認められた。支援コーディネーターが関与することで、支援の終結時期や次の段階への移行について、関係者間で共通認識が形成され、支援の見通しが整理されていた(H)。

表 6 当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化の概要

事業所	内容
A 事業所	診断後も利用継続していたが、進行に伴い作業遂行能力は低下し、複数工程のうち一部工程のみを担う形へと調整された。また、各工程を一つずつ区切り、完了ごとに次の工程へと段階的に作業が提供された。一方、尿失禁への対応は、介護未経験の職員にとって対応が難しかった。
B 事業所	診断後も条件付きで利用は継続されたが、症状の進行に伴い作業遂行能力は低下し、ほぼ困難な状態となった。一方で、B事業所は納期に厳密に縛られる業務は少なく、作業ペースに柔軟性があることから、利用者の作業遂行能力に応じた対応が可能であった。そのため、作業が困難な

	場合であっても、無理強いすることなく、本人の状態を尊重した関わりが行われていた。また、B事業所では作業成果のみを重視するのではなく、利用者同士や職員とのコミュニケーションの機会を重視する支援方針であった。
C 事業所	女性利用者は、手工芸等への関心があったが、作業遂行能力から実施は困難であると判断された。そのため、ヘルパーとしての職歴を踏まえ、利用開始当初は環境への適応と居場所感の形成を重視し、得意な調理を中心に作業内容を選定した。また、C事業所は施設外就労（駄菓子屋運営）も展開している。男性利用者は通所開始当初はお店まで同行による通所練習を行い、次第に自力通所へ移行した。その後は、本事業所および施設外就労先のいずれも、安定して自力通所が可能となった。
D 事業所	利用開始当初は缶バッジ製作に従事しており、作業は円滑に遂行され、本人も楽しみながら取り組んでいた。また、本人の好みの楽曲をBGMとして活用することで、意欲的に作業に参加する様子が見られた。一方で、症状の進行に伴い、作業遂行は徐々に困難となっていた。
E 事業所	事業所は働く場として重要な意義があり、本人も意欲的に取り組まれていた。一方で、症状進行により常時見守りが必要となる場合には、対応が難しくなった。
F	調理師としての経験を活かし、製菓

事業所	作業は円滑に取り組んでいた。しかし、症状進行が速く、それに伴う作業内容の調整に職員の負担が大きかった。また、マンツーマンでの対応が求められる場合もあった。
G 事業所	利用開始当初、2工程程度の指示理解が可能であった。その後、約1年半の経過の中で、数カ月単位で状態の変化がみられ、それに応じて作業や指示の内容を適宜調整しながら対応した。
H 事業所	進行性の疾患で個人差が大きいことから、利用継続の判断には不確実性が伴い不安があった。支援コーディネーターから「通所が困難となった時点」を一つの目安とする基準が提示された。特に、自力での通所が難しくなった段階を指標とすることで、支援の見通しが立てやすくなった。また、利用期間についても、短い場合は3か月程度、長くても1年程度が目安となる可能性が示され、支援の終結時期に関し参考にしていった。
J 事業所	本人は会話を好む一方で、新しい環境には不安がみられた。そのため、居住地域や過去の経験に関する話題を用いながら関わりを行い、不安の軽減と安心感の形成に努めた。また、新規利用者の受け入れ時には既存利用者に緊張が生じることがあり、職員の自然な関わりにより場の雰囲気が和らぎ、円滑な受け入れが可能となった。 職員は初めて若年性認知症の利用者

	を支援したが、記憶障害への対応として、口頭での説明に加え、作業時間や休憩時間などのスケジュールを紙に記載し、机上に掲示するなどの視覚的な情報提示を活用した工夫を行い、本人が理解しやすい環境づくりが行われていた。職員は手探りの中で試行錯誤しながら支援していた。
--	---

【良かったと感じた点や役に立った理由表 7】

- ① 働き手としての役割の再獲得
作業内容や工賃への関心が低下した場合でも、「仕事をする」という意識は維持されており、通所継続の重要な要因となっていた (E・J)。特に、軽作業であっても拒否はみられず、主体的に取り組む様子が確認された。
- ② 柔軟な対応や運営方針による通所継続の実現
作業能力の低下に対して、無理強いせず、柔軟な対応や運営方針が、利用継続を可能としていた (B・G)。また、作業ペースの柔軟な調整 (B)、工賃制度の工夫による公平性の担保 (G) により、本人だけでなく他利用者への配慮も両立されていた。
- ③ 本人の強みや好みに基づく活動設定
慣れた作業や好みに合った活動を取り入れることで、本人の負担軽減と意欲向上が図られていた (C・D・F)。調理や軽作業など馴染みのある活動 (C)、音楽

など嗜好を活かした環境調整 (D)、好みに合致した作業により「楽しさ」につながっていた (F)。

④ 環境調整による安心感・所属感の形成

同年代の利用者がいる環境や、視覚的な支援 (スケジュール提示等) により、不安軽減と安心感の確保が図られていた (C・J)。また、固定的な職員配置により関係性が構築されやすく、継続的な通所につながっていた (A)。

⑤ 家族支援および外部支援の効果

通所により家族のレスパイトが確保されるとともに (D)、支援コーディネーターの関与が受け入れや支援の円滑化に寄与していた (H)。

表 7 良かったと感じた点や役に立った理由の概要

事業所	内容
A 事業所	給与への関心は次第に薄れていったが、黙々と作業する環境の中で、本人の「仕事をする」という意識は維持されていたと考える。また、固定的な職員配置により関係性の構築やコミュニケーションが取りやすい環境であった。これらが継続的な通所を支えることにつながった。
B 事業所	柔軟な方針は作業能力の低下がみられる利用者に対しても、通所継続を可能とする環境づくりにつながった。
C 事業所	慣れた作業内容に取り組むことで負担が軽減され、楽しみながら活動に

	参加できていた。また、調理はデイサービスでも実施していたが、高齢者が中心の環境では孤立感や抵抗感を感じているようであった。一方で、同年代の利用者がいる C 事業所においては、積極的に会話に参加しなくとも同一空間に身を置くことで所属感が得られていた。さらに、作業の種類が豊富なこと (軽作業、ポスティング等) や施設外就労を活用することで、本人の能力や好みに応じた働き方の提供が可能となっていた。
D 事業所	同居する配偶者のレスパイトおよび就労継続につながった。また、作業は本人の楽しみにつながっていた。症状進行に対して手順書の作成などにより理解しやすい工夫が行われた。また、音楽の活用により、安心して参加できる環境が整えられた。
E 事業所	女性利用者の家族は事業所の利用を喜び、肯定的に受け止めていた。また、男性利用者は有料老人ホームに入所していたが、事業所に通所することで作業に従事し、工賃を得られることが生活の一助となり、利用に対して前向きな反応がみられた。こうした肯定的な経験は職員間でも共有されていたが、実務上、職員の負担が大きかった。
F 事業所	作業内容が本人の好みと合致しており、「楽しい」と発言するなど、肯定的な反応がみられた。また、本人の人柄もあり、職員との関係性は良好で、職員側も前向きに関わることができていた。

G 事業所	<p>工賃について10分単位の時給制を導入し、「本人が作業を中断している時間の除外」を運用している。これにより、他の利用者から「あの人の人だけやっていないのに工賃をもらっている」等の不満が生じないように配慮し、症状の進行等に応じた柔軟な対応を可能としている。また、本制度は、他の疾患を有する利用者にも適応し、事業所全体において工賃へのクレームが減少した。</p>
H 事業所	<p>介護支援専門員が関与している場合であっても、実習への同行は現実的に難しいことが多い。支援コーディネーターが同行することで、本人の状況把握や調整が円滑に行われた。また、専門的知識を有する支援コーディネーターが介在し、継続的に支援を行う体制が示されたことは、事業所全体の安心感につながり、受け入れ判断において大きな要因となった。</p>
J 事業所	<p>本人は次の予定を繰り返し確認する傾向があったため、スケジュールを視覚的に提示し安心感の確保を図った。作業には意欲的であり、タオル畳み等に積極的に取り組み「楽しい」との発言もみられた。本人は以前、管理職業務に従事していたが、軽作業の作業内容に特段の抵抗や拒否はみられなかった。むしろ作業に対して前向きであり、生き生きとした様子で、意欲的に取り組む姿がみられた。</p>

【支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったか（支援 Co の関与も含む） 表 8】

① 制度横断的な連携による生活全体の安定化

障害福祉サービスと介護保険サービスを横断した連携により、生活全体を支える支援が可能となった（A・D・F・G）。介護支援専門員を中心とした担当者会議の開催（D）、制度併用やサービス調整（F・G）在宅生活の限界に応じた介護保険導入（A）により、包括的支援が実現していた。

② 状態変化に応じた柔軟な支援調整

症状進行や生活状況の変化に応じて、支援内容やサービス構成を見直すことで、通所継続や生活維持につながっていた（B・D・E・H）。ノルマを設けない作業設定（D）、通所頻度やサービスの組み合わせ調整（H）ショートステイやデイサービス導入（E）が行われた。

③ 本人の尊厳・意向を重視した支援

本人の拒否の有無や意向を確認しながら支援を進めることで、重度化した後も通所継続が可能となっていた（B）。また、尊厳を重視した対応や個別的配慮が、安心感の維持に寄与していた（A・C）。

④ 家族支援・負担軽減への寄与

支援は本人だけでなく家族のレスパイトなどに寄与していた（C・G・J）。家族の介護負担を踏まえたサービス調整（G）や将来を見据えた家族内の準備支

援（C）が促進された一方で、家族の疲弊や支援不足が顕在化するケースもみられた（J）。

⑤ 支援コーディネーターの中核的役割

支援コーディネーターは、複数の側面でも有用に機能していた。主に関係機関間の調整・連携の促進（F・H）、ケース会議の運営・参加（C・F・H）、制度横断的なサービス設計（F）、生活課題（手続き・制度利用）の補完（H）、将来の支援移行に関する見通しの提示（C）により、支援の継続性と一貫性が担保されていた。

全体として以下の課題も確認された。介護保険移行時の連携体制構築の難しさや各役割の曖昧さ（J）、サービス増加による環境変化と本人の混乱（J）、事業所単独では対応困難な生活課題（H）があることが明らかになった。

表 8 支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったかの概要

事業所	内容
A 事業所	管理者が介護資格を有していたことにより、若年性認知症の症状に配慮した支援や尿失禁への対応が可能であった。また、同居する高齢の母親が介護していたが、本人が入浴中に転倒し、救急搬送されたことを契機に在宅生活の限界が顕在化し、介護保険サービスの導入が進められた。障害分野の相談員と介護保険担当者との連携により、制度間を横断した円滑なサービス利用が実現した。

B 事業所	本人の拒否がないことを確認しながら、事業所の特性を踏まえた柔軟な対応により、コミュニケーション困難およびADL全介助、作業不能の状態に至るまで通所が継続された。
C 事業所	<p>男性利用者は体力があり、屋外での活動を好まれた。畑作業やポスティングなどの屋外活動には意欲的に取り組み、丁寧に作業を行う様子があった。また、駄菓子屋での活動においては、子どもたちとの交流が意欲の向上につながっていた。</p> <p>当初は事業所内の環境にも馴染み、本人の居場所が形成されていた。症状の進行に伴い、他利用者とのコミュニケーションは徐々に減少し、職員との個別的な関わりが中心となった。職員は専門性を活かし適切に対応することで、本人の安心感の維持や通所継続につながった。一方で、個別的な関わりは、事業所内の集団関係に影響を及ぼす可能性があり、配慮しながら支援が行われていた。</p> <p>支援コーディネーターがケース会議等に参加し、中立的な立場から次の支援段階に関する情報提供や今後の方向性を関係者ととも検討を行うことで、支援は円滑に進められていた。特に、C事業所を退所後の生活や支援のあり方について、これまでの支援事例や知見を踏まえた助言が有用であった。また、管理者の立場上、家族支援には限界があるが、支援コーディネーターの関与により、</p>

	将来を見据えた家族内での準備を進めることができた。		援コーディネーターとは、定期的に面談や電話により、日常生活の様子を含めた情報共有を行っていた。また、支援コーディネーターが中心となり、介護保険サービスと障害福祉サービスの内容や併用、インフォーマルサービスの活用等の調整を行った。必要に応じてケア会議を開催し、症状の進行に応じた支援移行が円滑に進められていた。さらに、ヘルパーに対して、F事業所の利用日の送り出し支援が行われるよう調整された。事業所内では、主に同一の職員（精神保健福祉士）が継続して対応した。
D 事業所	症状進行により、通所時の更衣や服薬準備が困難となった。この課題に対し、介護支援専門員の調整のもと、本人を含めた担当者会議が開催され、送迎時にD事業所の職員が服薬状況等を確認する体制が構築された。また、作業はノルマを設けず、本人が遂行可能な活動を重視した支援が行われたことにより、無理のない形で通所継続が可能となった。さらに、介護支援専門員を介した情報共有により、関係機関間の連携が円滑に図られていた。加えて、他の利用者に対しては認知症であることの説明を行い、理解を促す配慮がなされていた。	G 事業所	車の運転免許証の返納に伴い、通院支援として、介護保険における通院等乗降介助を導入した。相談員が介護保険と障害福祉の双方の制度に精通していたため、制度の狭間に落ちることなく支援を行うことができた。また、事業所での様子を介護支援専門員と共有し、母親の持病や介護負担を踏まえ、ヘルパー等の介護保険サービスの調整を行う体制が構築されており、生活面における円滑な支援が可能であった。さらに、母親の持病が悪化した場合には、本人への支援を介護保険サービスで対応する方針について、担当者会議を通じ本人・家族・支援者間で合意形成が図られていた。
E 事業所	女性利用者は、年齢的背景からデイサービスの利用に抵抗感があった。しかし、家族の希望や症状進行からショートステイや認知症対応型デイサービスを利用することで、本人の不安感が増大した。従来は玄関先での見送りであったが、次第に居室まで付き添う必要が生じた。これらの状況を踏まえ、介護支援専門員により担当者会議が開催され、支援体制の見直しが図られた。 男性利用者は症状の進行により日常生活上の困難が増大し、管理者を通して、有料老人ホームの職員と情報共有を行い、対応が進められた。	H 事業所	事業所内の支援内容は、職員間でのケース会議を通じて検討された。身体状況や認知機能の変化、生活面の課題等は支援コーディネーターへ共
F 事業所	症状進行に応じた作業内容の変更は、事業所内の職員間で行った。支		

	<p>有され、必要に応じて介護支援専門員との連携が図られた。また、担当者会議を事業所内で開催する場合は、情報発信は主に事業所から行われ、全体の調整および連携は支援コーディネーターが中心的役割を担った。また、本人の退職後の各種手続きや健康保険、関係機関からの通知への対応など、生活面における手続きは、事業所や介護支援専門員のみでは対応が難しい場合が多い。支援コーディネーターが補完的役割を担うことで円滑な対応が可能となった。</p> <p>女性利用者は最寄駅から徒歩で通所しているが、夏季の暑熱により体調不良が生じ、通所頻度の見直しが行われた。支援コーディネーターを中心に、送迎のあるデイサービスの利用を増やし、事業所利用を一時的に調整する対応が取られ、介護支援専門員とも連携しながらサービス調整が進められた。これらの対応により、本人の生活リズムを維持しながら継続的な利用が可能となった。</p>
<p>J 事業所</p>	<p>以前は訪問看護を利用していたが、家族の判断で中止した。そのため、自宅での内服管理が困難となり、家族も対応に混乱していた。介護支援専門員に相談したが、十分な協力を得られなかった。そこで、事業所が調整に入り、通所時に事業所内で服薬対応を実施した。また、介護負担の増大により、妻は本人への関わりに疲労感を抱いており、「面倒を見</p>

	<p>たくない」といった発言や、入浴の頻度低下、同じ衣類の反復使用など、セルフケアの低下がみられた。妻からショートステイ利用の希望があった。障害福祉サービスの短期入所の利用を提案したが、年齢要件等により介護保険サービスの利用になり、相談支援専門員による支援は終了し、以降は介護支援専門員が中心となり支援を担う形となった。介護支援専門員と相談支援専門員は連携体制が十分に構築されず、役割分担が曖昧なまま移行が進んだ。その後、ショートステイ利用開始を契機に、事業所内で本人の混乱がみられるようになった。</p>
--	---

【その時の感情や以前との変化 表 9】

各事業所における支援の経過を通じて、本人・家族・支援者それぞれにおいて、状況の変化に伴う多様な感情の揺れがみられた。

① 本人

利用開始当初は「働くこと」や「役割を持つこと」に対する意欲や喜びが共通してみられ、通所継続の動機となっていた。一方で、症状の進行に伴い、作業遂行能力の低下や失敗体験の増加により、戸惑いや落胆、不安が生じるようになっていた。また、環境変化（介護保険サービスの導入や生活の場の変化等）に対して混乱や抵抗感がみられるケースもあった。

② 家族

当初は利用開始に対する期待や安心感

がみられる一方で、症状の進行に伴い介護負担が増大し、不安や疲労感が顕在化していた。特に、サービスの併用や移行の場面では、制度の違いや費用負担に対する戸惑い、今後の生活への不安が強まる傾向があった。一方で、ヘルパー導入やデイサービス利用などによりレスパイトにつながり、心理的負担の軽減や家族関係の改善がみられる場合もあった。

③ 支援者

受け入れ当初は不安や戸惑いを感じつつも、実践を通じて対応方法を模索し、支援の蓄積により一定の自信や安心感が形成されていた。しかしながら、症状進行に伴う対応の難しさや、制度間による連携体制の構築の不十分さへの課題認識も強まっていた。特に、介護保険と障害福祉の併用場面では、役割分担の不明確さや情報共有の不足により、支援の分断や困難が生じ、それに対する葛藤や問題意識がみられた。

全体として、利用初期における前向きな感情から、症状進行や環境変化に伴う不安・負担・葛藤へと変化していく過程が共通して確認された。一方で、支援コーディネーター等を介した適切な支援や連携が図られた場合には、安心感の維持や負担軽減につながるなど、感情や支援の安定化が図られる側面も認められた。

表 9 その時の感情や以前との変化の概要

事業所	内容
A	介護支援専門員と面会や会議の機会

事業所	<p>がなく、書類によるやり取りにとどまっていたため、情報共有の不足が生じ、連携に課題や障壁を感じていた。本人はA事業所の通所継続を希望しており、支援者としてはその意向を尊重し受け入れている。今後、症状進行に伴いデイサービス利用が想定されるが、本人は高齢者中心の場というイメージから心理的抵抗がみられる。また、本人と家族の意向の不一致を調整する機能が不十分であり、加えて費用負担の観点から介護保険サービスへの全面移行には課題がある。</p> <p>ヘルパーの導入は、本人のニーズというよりも家族のレスパイトを主目的としており、家族の負担軽減が図られるとともに、家族関係の改善にもつながった。</p>
B 事業所	<p>機能低下が短期間で進行し、できていたことが次々と困難となる状況が認められた。一方、B型事業所は介護を主目的としないため、事業所によっては対応に限界がある。</p>
C 事業所	<p>家族は介護保険サービスを利用することで症状が進行することを懸念し、不安を抱えていた。そのため、支援コーディネーター、介護保険のデイサービス、C事業所、介護支援専門員等を交えたカンファレンスが実施された。介護保険サービスは、ADL面のケアや送迎体制の充実、利用時間が長い等の特徴、本人の負担に配慮した利用回数の調整について共有された。介護保険の併用は家</p>

	<p>族のレスパイトにもつながっていた。</p> <p>本人は「働くこと」や「役割を持つこと」に対する意欲が高く、何らかの活動に従事できること自体に喜びを感じていた。</p>
D 事業所	<p>症状進行により作業遂行が困難となり、食事等のADL場面でも介助を要する状態となった。工賃の支払いがあったが、他の利用者に対して工賃支給は行っていない旨を説明することでし、トラブルはなかった。</p>
E 事業所	<p>女性利用者に対して、送迎時に関わりの時間を確保するなどの工夫が行われ、徐々に環境変化に適応し、介護施設も新たな居場所として受け入れられるようになった。一方、男性利用者については、比較的安定した状態で利用が継続された。</p>
F 事業所	<p>症状進行により、自転車での通所や作業着への更衣が困難となった際に、迅速にケア会議が開催されるとともに、ヘルパーによる送り出し支援の調整が行われ、円滑な通所継続につながった。</p> <p>職員は症状進行への対応に戸惑いを抱えつつも、支援に対する学習意欲を持ち、課題の共有と対応策の検討をチームとして行うなど、組織的に支えていこうとする姿勢であった。</p> <p>さらに、管理者は地域包括支援センターや特別養護老人ホームでの相談員経験を有し、理事は認知症ケア専門士の資格を有していた。これらの</p>

	<p>専門性を背景に、事業所内で若年性認知症に関する学習機会が設けられるとともに、自治体主催の研修会への参加や資料共有が行われ、職員全体の対応力向上が図られていた。</p>
G 事業所	<p>介護者である高齢者の母親は、自身の身体的制約（足腰の不安）に加え、本人の迷子等を危惧しており、移動に対する不安が強い状況にあった。通院支援の体制が整備されたことで、経済的負担が軽減されるとともに、本人と家族が安心して通院できる環境が確保された。また、管理者が相談員や介護支援専門員に相談できる体制が整っていたことにより、支援に対する安心感の向上にもつながっていた。</p>
H 事業所	<p>症状の影響により生産性のある作業は困難であったため、訓練的な作業を中心に提供していた。本人は失敗体験から落胆する様子がみられたことから、自己効力感の回復や役割意識を支える関わりが重視されていた。また、モチベーション低下を防ぐ観点から、訓練的作業であることの説明には配慮がなされていた。こうした関わりにより、本人は意欲的に通所継続できた。作業遂行には限界がある一方で、事業所が社会参加や居場所としての意義があると感じていた。</p> <p>支援コーディネーターは制度間の狭間にある支援ニーズに対応する存在として、管理者としても意義を感じていた。</p>

J 事業所	<p>家族の介護負担が大きく、レスパイトの観点からショートステイの利用が開始された。介護保険とJ事業所の併用利用となり、本人の混乱や支援の困難さが生じた。しかし、関係者間で十分な協議の機会が持たれず、支援は断片的に進められていた。本人は作業能力があったが、家族の意向によりグループホームへの入所が急ぎょ決定され、本人の意思決定の関与は限定的であった。その背景には、配偶者側の両親に介護が必要で複数介護の状況にあった。</p>
----------	--

【今後、必要と考えるサービス（ある場合はその理由） 表 10】

① 制度横断的な連携・調整機能の強化

障害福祉サービスと介護保険サービスの連携は十分とは言えず、制度間の分断が支援の継続性を阻害している。特に、認知症＝介護保険という認識により、障害福祉サービスの併用や継続利用の可能性が十分に検討されないまま移行が進むケースがあった。そのため、両制度を柔軟に組み合わせるための調整機能の強化が求められる。これらには支援コーディネーター等の中立的立場から制度間をつなぐ役割の拡充が重要である。

② 診断初期からの支援および情報提供の充実

若年性認知症の人は、支援につながる時期が遅く、症状進行後に利用に至る傾向がみられるとの意見があった。その背景には、医療機関において「認知症になっても働く」という視点が十分に共有さ

れていないと指摘された。そのため、診断初期の段階から、一般就労継続やB型事業所等の福祉的就労の選択肢の提示、制度間の併用、将来のサービス移行の見通し等を本人・家族へ情報提供する体制の整備が求められる。

③ 人材育成および研修機会の充実

認知症に関する知識や支援経験の不足は、職員の不安や支援の質に影響を与えていた。そのため、障害福祉分野の職員に対しても、認知症ケアに関する実践的な研修機会の確保が必要である。また、介護支援専門員においても、障害福祉サービスの活用に関する理解を深める必要があり、制度横断的な学習機会の整備が求められる。

④ 就労継続を支える支援体制の整備

若年性認知症の人にとって、就労機会の維持や獲得は、役割意識や生活の質の維持に加え、経済的側面においても重要である。一方で、事業所内での見守りに必要な人員確保が課題であり、経営上の制約、ボランティア活用への心理的ハードルといった点も指摘された。そのため、人的資源の確保や柔軟な支援体制の構築が求められる。

⑤ 生活支援・居住支援の充実

特に独居のケースは、生活全般を支える基盤的支援の必要性が高い。そのため、グループホーム等の居住支援、ヘルパー等による生活支援の充実が求められる。

⑥ 移動・送迎支援の強化

通所継続において、移動手段の確保は大きな課題である。障害福祉サービスによる移動支援制度は利用条件や人員確保の面で制約があり、実際の活用は限定的である。そのため、日常的な通所を支える柔軟な移動支援サービスの整備が必要である。

⑦ 制度理解の促進と周知の強化

認知症の人も障害福祉サービスを利用可能であること、障害福祉と介護保険の併用が可能であることについて、行政・支援者・医療機関を含めた理解が十分とは言えない。そのため、制度の周知および具体的な活用事例の共有、研修機会の充実が求められる。

⑧ 家族支援および意思決定支援の強化

家族の介護負担の増大により、本人の意思決定への関与が限定されるケースがみられた。また、症状進行後では家族・支援者ともに余裕を持った対応が難しくなる。そのため、早期からの家族支援、将来を見据えた意思決定支援、レスパイト支援の充実が重要である。

表 10 今後、必要と考えるサービスの概要

事業所	内容
A 事業所	相談支援専門員と介護保険分野との連携は十分とはいえず、市役所の障害福祉担当部署に頼ることになる。 しかし、障害福祉担当部署では認知症への理解が十分とは言えず、認知症＝介護保険、介護保険サービスへ

	<p>の移行が優先され、障害福祉サービスとの併用や継続的な利用の可能性について十分に検討されないまま、制度間で分断される事例もみられる。本来は両制度を組み合わせた柔軟な支援が求められるが、その調整機能が十分に働いていない。認知症の人に対しても障害福祉サービスが利用可能であることの周知が求められる。</p> <p>就労機会の維持は、本人の残存機能の維持、役割意識や生活の質の維持に加え、経済的負担軽減にもつながる。また、自己負担額の違いは、サービス選択に大きな影響を及ぼす。こうした制度特性も踏まえ、両制度の適切な併用を図ることが重要である。</p>
B 事業所	<p>認知症の人はB型事業所で就労の可能性はあるが、見守り等のための人員配置が必要であり、経営上の制約からその確保が課題となる。また、外部ボランティアの活用にも事業所側の心理的抵抗があり、導入は容易ではないと考える。これらは管理者の判断にも左右されるが、見守り体制を整備することで、若年性認知症の人の就労機会は拡大すると考えられる。</p>
C 事業所	<p>若年性認知症の利用者の多くは、支援につながる時期が相対的に遅く、症状がある程度進行した段階で事業所利用に至る傾向がみられる。医療機関における診断後支援は十分とは言えず、医師を含め「認知症になっ</p>

	<p>でも働く」という選択肢が十分に認識されていない現状があることから、その周知を図る必要性がある。さらに、診断初期の段階から B 型事業所等の社会参加の機会を提示することで、本人の生活の質の維持や症状進行の緩和に資する可能性がある。</p> <p>利用開始に至る過程では、障害福祉サービスでは自己負担が生じない一方で、介護保険サービスでは 1 割負担が発生することに対する抵抗感が利用の障壁となる場合があり、十分な説明が求められる。また、事業所運営の観点からは、送迎体制の制約が利用継続に影響を及ぼす。送迎ニーズの高まりに対し、事業所内で対応可能な回数や範囲には限界があり、通所手段の確保が困難となることで利用終了に至るケースもみられ、対応の必要性がある。</p>	<p>ることの周知が十分とはいえず、情報提供の充実が必要である。介護保険サービスと障害福祉サービスが相互に連携し、状況に応じて柔軟に併用できる仕組みの構築が求められる。</p>
<p>D 事業所</p>	<p>夫の性格的特性も影響し、認知症に関する理解が十分に進まず、加えて経済的要因も相まって、介護保険サービスのデイサービス利用には至らなかった。これにより D 事業所は本来の就労支援に加え、日中の生活支援機能を補完する役割が強まり、実質的にデイサービスの機能を担う側面がみられた。将来的な状態変化を見据えた支援が円滑に進むよう、早期から関係機関が関与し、段階的なサービス移行を支援できる体制の整備が求められる。また、認知症の人においても事業所を利用でき</p>	<p>認知症ケアの知識や経験が十分でない場合には、支援に対する戸惑いが生じやすいため、実践的な研修機会の充実が求められる。特に、現場での対応力向上に資する研修として、認知症介護者実践者研修等を障害福祉分野の職員にも受講できるようにすることが望まれる。</p> <p>E 事業所</p> <p>介護支援専門員は、若年性認知症の人に対する障害福祉サービスの利用の可能性や具体的な活用方法への理解を深めるための学習機会が必要であり、制度横断的な支援を円滑に進めるための基盤整備が求められる。さらに、サービスがより利用しやすくなるよう、制度運用の柔軟性向上も必要である。加えて、事業所側においても受け入れに対する理解の促進が必要である。受け入れ意向はあるものの、利用者数の調整や見守りに対応する人員配置の確保といった体制面の課題があり、適切な支援体制の整備が求められる。</p>
		<p>F 事業所</p> <p>一人暮らしの若年性認知症の人に対しては、生活面を支える基盤的支援の必要性が高く、グループホーム等の居住支援の充実が求められる。また、B 型事業所以外の受け入れ先の拡充に加え、認知症サポーター等の</p>

	ボランティア活用による支援体制の強化により、サービス利用の幅が広がると考えられる。
G 事業所	<p>若年性認知症に限らず、障害福祉サービス利用者の中にも、認知症を発症する人は増えていると思う。障害福祉分野の職員の職員に対しても、認知症に関する知識や対応方法を学ぶ機会があると良い。</p> <p>介護保険は一部負担が生じる一方で、障害福祉サービスにおいては、本人に収入がない場合には負担上限額がゼロとなることがある。また、本人がケアを受ける場としてではなく、仕事に行くような意識を持てている段階においては、柔軟に対応可能な事業所であれば、作業が難しくなっても通所を継続することが可能である。このような場や支援のあり方が広がると良い。</p>
H 事業所	<p>受け入れ当初は、支援内容に関する漠然とした不安がみられたが、実際に受け入れた後は、支援の基本的枠組みに大きな違いはない。認知症は進行性であるものの、一つの障害として捉えることで、他の利用者と同様の支援が可能であると考えられる。その際、支援コーディネーターの存在は極めて大きい。継続的な支援や制度間の調整において重要な役割を担っており、その配置の拡充が望まれる。</p> <p>通所に関しては移動手段の確保が課題である。移動支援制度はあるが、</p>

	通所時間帯の集中により人員確保が難しいこと、制度上、実際の利用は限定的である。そのため、日常的な通所を支える移動支援サービスの整備を進めることができれば、より長期的な通所継続が可能になると考える。
J 事業所	<p>診断初期の段階において家族支援や制度に関する情報提供を行うことが重要であり、症状が進行した後では対応が後手に回りやすく、家族・支援者ともに余裕をもった対応が困難となる。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関する理解が行政側においても十分でない場合があり、制度の活用可能性について共有する機会の必要性がある。さらに、制度の具体的な活用方法や移行の実例を学ぶ研修の機会が整備されることで、関係者の理解が深まり、円滑な支援につながると考えられる。加えて、介護保険への移行時における具体的な手続きや支援の切り替えに関する指針が明確化されることで、より円滑な制度移行が可能になると考えられる。さらに、若年性認知症に関する研修機会の充実、事業所側の受け入れ意向の向上にも寄与すると考えられ、適切な知識と理解があれば受け入れの拡大につながる可能性がある。</p>

1.2 若年性認知症の本人

C・G・H 事業所に利用中の若年性認知症の本人へ対面にて聞き取りをおこなった。

1) 基本属性

【C 事業所】

① 50 歳代の女性

アルツハイマー型認知症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
調理	1 か月	デイサービス 集い

② 60 歳代の男性

アルツハイマー型認知症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
軽作業 チラシ折り 施設外就労 駄菓子屋	2 年	移動支援

③ 60 歳代の男性

アルツハイマー型認知症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
軽作業 チラシ折り 封筒づくり	2 年	本人交流会

【G 事業所】

④ 60 歳代の女性

アルツハイマー型認知症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
軽作業 チラシ折り	1 年 6 か月	通院等乗降介助 家族の会 認知症カフェ

【H 事業所】

⑤ 60 歳代の女性

若年性認知症、原発性進行性失語症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
軽作業 チラシ折り	1 年	デイサービス※ 家族の会 本人ミーティング

※若年性認知症に対応

⑥ 60 歳代の男性

アルツハイマー型認知症

仕事内容	利用期間	併用の介護保険サービス等
軽作業 チラシ折り	3 年	家族の会 交流会や集い 本人ミーティング

2) ヒアリング内容の回答概要

【サービス紹介のきっかけ 表 11】

① 家族による情報収集および紹介

家族が支援コーディネーター等からの情報収集を通じて事業所利用につながった (C 事業所①②③)。

② 医療機関・医療職からの情報提供を契機とした利用

医療機関受診時の助言や情報提供を契機につながった (H 事業所⑤)

③ 本人による相談からの利用

本人の不安や生活状況を背景に、主体的な相談行動から利用につながった (H 事業所⑥)

表 11 サービス紹介のきっかけの概要

事業所	内容
C 事業所 ①	ヘルパーとして就労していたが、退職に至った。その後は自宅で過ごすことが多く、外出機会はほとんどなかった。こうした状況の中で、義母が支援コーディネーター等から情報を得て、C 事業所の利用を勧めた。
C 事業所 ②	自営業を廃業後、同居している妹が情報収集を行い、C 事業所を把握し、利用に至った。
C	大手企業の管理職として勤務してい

事業所 ③	たが、病気を契機に退職に至った。その後は自宅で過ごす時間が多かった。医師より「自宅で無為に過ごすよりも、軽作業やアルバイトなどで外出し、身体を動かすことが望ましい」との助言を受けた。妻がC事業所を把握し、利用を勧めた。
G 事業所 ④	※明確な発言なし
H 事業所 ④	数年前から仕事のやりづらさや言葉の出にくさ等の違和感を自覚しており、職場からも同様の指摘を受けた。これらを契機として大学病院の脳神経内科を受診した。受診時に看護師より、支援コーディネーターが配置されている若年性認知症相談窓口に関する冊子が提供され、相談先として利用を勧められた。
H 事業所 ⑤	退職後、失業給付を受けながら就職活動を行っていたが、再就職には至らなかった。何もすることがない状況に不安を感じ、以前から把握していた居住地の若年性認知症相談窓口（支援コーディネーター）に相談するに至った。

【その時に感じていたことおよび必要としていたこと 表 12】

- ① 生活の再構築と社会参加への意欲
外出機会の少なさや生活の単調さから、通所や活動の場を前向きに捉えていた（C事業所①、H事業所⑥）。
- ② 自己決定のための情報の探索
サービス内容の具体的な内容を把握し

たうえで利用を検討した（C事業所②）。

③ 持続可能な社会参加の模索
負担の少ない就労や活動を求めている（C事業所③）。

④ 喪失感と将来への切迫した不安
就労継続の困難さや生活面の不安を背景に支援を求めている（H事業所⑤）。

表 12 その時に感じていたことおよび必要としていたことの概要

事業所	内容
C 事業所 ①	外出は買い物程度に限られており、通所を「よい機会」として前向きに捉えられていた。
C 事業所 ②	どのような感じでやるのか具体的な内容を確認した。
C 事業所 ⑥	医師から過去の職務と異なり、アルバイトのような比較的簡易な業務であれば、多少のもの忘れがあっても支障は少なく、指示された作業を行うことで問題はないと説明を受けた。無理のない範囲で身体を動かすことが健康維持によいとの考えに至った。
G 事業所 ④	※明確な発言なし
H 事業所 ⑤	本人は長年従事してきた業務を継続したい意向であったが、上司から配慮等も示されることもなく、就労継続は困難である旨が伝えられ、対応に苦慮していた。また、一人暮らし

	であり、経済面への不安が大きかった。
H 事業所 ⑥	妻の意向もあり、自宅に閉じこもらず、通所できる場があることで生活リズムの維持に役立つのではないかと考えていた。

【サービス利用に至るまでのプロセス
表 13】

① 家族主導による見学・利用決定プロセス

家族が中心となって情報収集・調整を行い、見学を経て利用に至った（C事業所①・②・③）。

② 支援コーディネーターを介した利用決定プロセス

本人や家族の相談を起点に、支援コーディネーターが調整し、利用に至った（H事業所⑤・⑥）。

表 13 サービス利用に至るまでのプロセスの概要

事業所	内容
C 事業所 ①	義母とともに見学し、利用に至った。
C 事業所 ③	妹が中心に進め、利用に至った。
C 事業所 ③	妻が中心に進め、利用に至った。
G 事業所 ④	※明確な発言なし

H 事業所 ⑤	看護師の勧めにより支援コーディネーターへ相談に行った。相談の過程で生活状況や就労に関するニーズが共有され、それを踏まえてH事業所が紹介された。本人は工賃水準の高さにも関心を示し、支援コーディネーター同行のもと見学を行った。その後、傷病手当金を受給しながら事業所利用を開始した。
H 事業所 ⑥	妻とともに支援コーディネーターへ相談した。自宅から比較的近く、生活リズムの維持にも資する場としてH事業所が紹介された。支援コーディネーターからの説明を受け、妻も「行ってみたらよいのではないかと肯定的に受け止めていた。また、若年者から高齢者まで多様な利用者が在籍し、活動内容も幅広いことが確認された。これらの要因を踏まえ、利用に至った。

【当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化 表 14】

① 活動参加による意欲・役割意識の向上

活動への参加を通じて、楽しさや役割意識の高まりがみられた（C事業所①）。

② 通所・移動面の適応と安定化

通所開始当初は施設までの移動に不安があったが、徐々に安定した通所が可能となった（C事業所②）。

③ 活動を通じた身体・認知面への肯定

的な認識

軽作業や座位中心の活動であっても、身体活動や思考の活性化につながっていると認識された（C事業所③）。

④ 支援者との関係性の構築により相談機能の拡充

支援者との信頼関係の構築により、相談の幅が広がった（H事業所⑤）。

⑤ 生活リズム・心理的安定への寄与

就労的活動や環境要因が生活リズムや安心感につながった（H事業所⑥）。

表 14 当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化の概要

事業所	内容
C事業所①	現在は調理活動に取り組んでおり、「楽しい」との発言もみられた。C事業所は、他の利用者がそれぞれできることに応じて主体的に取り組める環境であると認識されていた。また、年齢層が近い環境の中で、他利用者の活動が刺激となっていた。
C事業所②	通所は徒歩で行っている。開始当初は多少の不安があったが、現在は問題なく一人で通所できている。
C事業所③	身体を多く使う作業ではなく、座位中心ではあるが、作業をすることで、適度に身体を動かし、思考を働かせる機会となっていると認識していた。
G事業所④	※明確な発言なし

H事業所⑤	支援コーディネーターの気さくで話しやすい人柄により、信頼関係が構築され、就労や経済面を含む幅広い相談ができた。
H事業所⑥	「仕事をしている」という感覚が生活リズムの維持につながっていると感じていた。また、欠席した場合でも特段の制約や不利益がないこと、事業所では弁当が食べられることも肯定的に捉えていた。

【良かったと感じた点や役に立った理由表 15】

① 心理的レジリエンスの回復

作業活動への参加自体に楽しさを感じ、肯定的に受け止めていた（C事業所①、G事業所④）。また、相談のしやすさやアクセスの良さが「いつでも頼れる」という安心感につながっていた（H事業所⑤）。

② 生活基盤や健康の維持

通所が生活リズムにつながっていた（H事業所⑥）。また、医師の助言等を踏まえ、活動が健康維持につながると実感していた（C事業所③）

③ 自己の再定義と受容

自身の能力や年齢的制約を踏まえ、現在の就労環境を肯定的に受け止めていた（C事業所②）、また、作業活動から就労的意味（仕事としての誇り）を見出していた（H事業所⑥）。

表 15 良かったと感じた点や役に立った理由の概要

事業所	内容
C 事業所 ①	現在は調理活動に取り組んでおり、「楽しい」
C 事業所 ②	前職が加工業であり、現在の業務内容とは大きく異なるものの、業務に対する抵抗感は特になかった。その背景として、「自分には限られたことしかできない」という認識があった。また、通勤して働く場があるだけでもありがたいとの認識もあった。一方で、年齢面等を踏まえると、他企業への転職は容易ではなく、特に前職と関連する分野においては、再就職の可能性は低いと考えていた。
C 事業所 ③	医師から「身体を動かし、頭を使うことが健康維持に有効である」との助言を受けており、そのような生活を送ることができていると感じていた。
G 事業所 ④	利用者の年齢層は比較的若く、本人は「若い方がよい」と感じていた。また、仕事については「楽しい」との発言がみられた。
H 事業所 ⑤	居住自治体が設置する相談窓口であったため、アクセスしやすく、迅速な相談行動と、信頼感や安心感にもつながっていた。 本人は、本来ならばもっとお金を稼ぎたい気持ちがあったが、症状進行により、これまでのように働くことができなくなり、収入面への不安や無力感を抱いていた。一方で、「何もしないで家にいること」への抵抗

	感もあり、社会とのつながりや役割を求める思いがあった。事業所は「少しでも収入を得られる場」とあると同時に「人と関わる社会参加の場」として前向きに捉えられていた。
H 事業所 ⑥	事業所を「仕事に来ている場」として捉えており、通所は生活リズムの維持に加え、「働くこと」そのものに意味を感じていた。また、手作業に取り組むことが認知機能の維持にもつながるのではないかとこの認識もみられた。一方で、事業所内で企画されるイベント等については必ずしも全てに参加するのではなく、本人の意向に基づき選択的に関与していた。

【支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったか 表 16】

- ① 多様な利用者構成による居場所の確保
年齢層や特性の異なる利用者構成が、居心地の改善や社会的適応に寄与した（C事業所①）。
- ② 個別性に応じた活動内容や支援による安心感や活動意欲の向上
作業内容の調整や支援者の関わりにより、安心して業務に取り組める環境が形成され、活動意欲が向上した（C事業所②・③、G事業所④、H事業所⑥）。
- ③ 受容的関わりによる心理的安定と支援調整の連携効果
受容的な職員対応および多職種連携に

より、心理的安定とサービス調整が図られた（H事業所⑤）。

表 16 支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったかの概要

事業所	内容
C事業所	週1回利用しているデイサービスにおいても調理活動を実施していた。そこでは利用者の年齢層が高く、80代以上が中心であった。そのため、本人は「ポツンとしている」と感じるなど、居心地の違いを認識していた。また、他利用者との会話も少なく、コミュニケーションの取りづらさがうかがえた。一方、C事業所においては、若年層から高齢者まで幅広い年齢層の利用者が在籍しており、同年代の利用者もいることから、居心地の良さや過ごしやすさが感じられていた。
C事業所	軽作業は、特段の支障なく対応できている。業務上、不明点が生じた場合には、周囲に確認することで適切な支援を受けられていると感じていた。また、駄菓子屋での業務については、本人は「面白い」と感じている一方で、これまで接客業の経験がないことから、対人対応、とりわけ営業的なやり取りには難しさを感じていた。ただし、主な利用者が子どもであるため、比較的対応しやすく、現時点では大きな問題なくできていると認識していた。
C事業所	自宅ではテレビ視聴などに終始しがちで、活動量が低下する傾向がある。通所して作業に取り組むこと

	で、達成感を得られ、自身の意欲向上にもつながっていると認識していた。また、作業手順を忘れた場合でも、周囲の様子を参考にしながら対応していた。
G事業所④	「分からない時は教えてもらえる」との発言があり、周囲からの支援を受けながら活動に取り組める環境であった。
H事業所⑤	本人は事業所内で、「何もできない」と感じているが、職員が優しく受け止め、否定や叱責をしない関わりにより、安心感を得ていた。 暑さによる体調不良を契機に、従来の通所が難しくなったが、送迎のあるデイサービスの利用回数を増やすなど、状況に応じた支援調整が行われた。この過程において、事業所管理者、介護支援専門員、支援コーディネーター等が連携して対応しており、その調整過程を本人自身も理解していた。
H事業所⑥	印刷物の折り作業は、内容が一定ではなく変化がある点を肯定的に受け止めていた。また「仕事」として責任感を取り組み、手順や仕様を確認しながら、不明点は職員に繰り返し質問するなど、失敗を回避する工夫がみられた。作業中に忙しさや判断に迷う場面を感じていたが、支援員の到着を待つなど慎重に対応していた。また、支援員からは丁寧な説明や指導があると認識されていた。

【その時の感情や以前との変化 表 17】

① 心理的・情緒的安定

事業所での活動を通じて、楽しさや対人交流の心地よさが感じられるようになった（C事業所①）。また、受容的な支援や多職種連携、社会参加機会の拡大により安心感と前向きな自己認識が形成された（H事業所⑤）。さらに、相談できる相手の存在により、安心して関われる関係性が構築されていた（G事業所④）。

② 生活の安定化と社会参加の継続

就労の継続そのものが生活の張り合いとなり、安定感や前向きな認識につながっていた（C事業所②）。作業参加を通じて役割意識や達成感が生まれ、生活リズムや行動にも変化がみられた（C事業所③）。

③ 職業的アイデンティティと就労の意味づけ

作業の緊張感と責任感が、単なる作業ではなく「仕事」としての意味づけにつながり、職業的なアイデンティティの形成がみられた（H事業所⑥）。

表 17 その時の感情や以前との変化の概要

事業所	内容
C事業所①	デイサービスと比較して、事業所の雰囲気や活動内容は大きく異なると認識されており、「来ていて楽しい」「話していても楽しい」との発言がみられた。
C事業所	現在就労できている状況そのものに意義を感じており、「現状が維持で

②	きていれば十分である」との認識を示していた。また、日々取り組むべき活動があることで生活に張り合いが生まれ、全体として良い方向に向かっていていると感じていた。さらに、休日には外出を計画するなど、余暇活動にも前向きな様子が見られた。
C事業所③	本人は、もの忘れの自覚があるものの、身体を動かしながら多様な作業に取り組むことに意義を感じていた。職場において他の利用者と協力しながら作業を行い、周囲が喜ぶ様子を見ることで、自身も達成感や満足感を得ていた。一方で、自宅で過ごす場合はテレビ視聴が中心となり、活動が限定的になる傾向があると認識していた。そのため、就労を通じて何らかの役割を担い、周囲の役に立つことに価値を感じていた。
G事業所④	相談できる相手として、事業所の管理者の存在が挙げられ、信頼関係が構築されていることがうかがえた。
H事業所⑤	作業の難しさを感じる場面はあるが、職員が否定せず受容的に関わる姿勢から、本人は安心感を得ていた。また、自身のために複数の専門職が関与し調整を行っていることに対して、驚きとともに、本人にとって大きな安心感につながっていた。さらに、事業所以外の活動として、支援コーディネーターとともに当事者として講演会に初めて登壇する機会を得て、自身の経験を語ることに對して前向きな姿勢がみられた。
H事業所	作業内容は一定ではなく変化があることに加え、一定の緊張感を伴いな

⑥	がら正確性を意識して取り組んでいた。こうした作業特性は、仕事としての責任感や、やりがいの形成につながっていた。
---	---

「今後、必要と考えるサービス 表 18」

① 就労継続・社会参加の維持支援

C 事業所における就労継続の希望があり、安定した就労継続のための支援が必要とされている。また、作業中心だけでなく、レクリエーション等を通じた交流機会の充実も求められている。

② 移行・適応に伴う心理的支援

長年勤務した職場を離れる際に強い心理的負担（涙など）がみられており、退職・転職時の情緒面の支援や、新たな環境への適応支援が必要とされている。

③ 移動・通所を支える生活支援

通所や外出における交通手段の確保が課題であり、送迎サービスの充実が求められている。また、外出時の道迷いリスクへの対応として、同行支援や見守り、GPS 等による位置確認支援が必要とされている。

表 18 今後、必要と考えるサービスの概要

事業所	内容
C 事業所 ①	「特に何もない」との発言があり、現状に対する満足感が示された。
C 事業所 ②	発言として明確に表出されることはなかったが、C 事業所での就労継続を希望していた。

C 事業所 ③	※明確な発言なし
G 事業所 ④	発言として明確に表出されることはなかったが、20 歳代から長年勤めてきた職場を不本意ながら退職することとなり、その際には涙を流す様子がみられた。
H 事業所 ⑤	移動手段の確保が求められ、送迎サービスの充実が意見としてあがった。また、事業所における活動内容の充実として、作業のみならずレクリエーション等とおして、利用者同士の交流機会やで楽しむ時間もあると良いとの意見もあった。
H 事業所 ⑦	不慣れな環境において道順や位置関係の把握が困難となり、移動や帰路に支障が生じることから、外出時の安全確保に資する支援を求めている。具体的には、外出や旅行時の同行支援、見守り体制の整備、GPS 機能等を活用した位置確認支援など、道迷いのリスクを軽減する仕組みが必要との意見があった。

1.3 介護家族

1) 基本属性

G 事業所の対象者の続柄は母親（80 歳代、夫とは死別、夫は認知症の診断有り）であり、本人と二人暮らしである。I 事業所の対象者は娘（40 歳代、既婚、幼い子ども 3 人）であり、本人とは別居している。なお、本人は支援当初、夫の単身赴任により一人暮らしであったが、現在は二人暮らしである。

2) ヒアリング内容の回答概要

【サービス紹介のきっかけ 表 19】

当初は情報の乏しさや相談相手の不在に対する不安がみられたが、地域包括支援センターや介護支援専門員、知人等の人的ネットワークを介して支援につながっていた。家族会での交流や専門職からの助言を通じて、本人の就労可能性や特化型サービスの存在が認識され、具体的な事業所選定および利用につながった。

表 19 サービス紹介のきっかけの概要

事業所	内容
G 事業所	地域包括支援センターの職員に相談し、家族の会を紹介され、参加した。そこで本人および家族4名と出会い、それぞれの状況を把握する中で、就労が可能であることを認識した。その後、A型事業などを複数見学する中で、G事業所の利用に至った。
I 事業所	当初、支援サービスに関する情報が乏しく、どこから相談や利用を開始すべきか分からない状況にあった。また、周囲に同様の状況にある人もおらず、インターネットによる情報収集も十分にできなかったことから、不安が大きい状態であった。その渦中で、知人から介護支援専門員の紹介を受け、若年性認知症に特化したデイサービスの存在を知り、見学に行った。

【その時に感じていたことおよび必要としていたこと 表 20】

単に「利用可能なサービス」を求めて

いるのではなく、本人の年齢や心理状況に適合する環境（年齢構成や雰囲気）へのニーズは共通していた。また、本人の「役割や活動への意向」と、家族の「レスパイト」の双方を満たすためには、安全性の確保や情報提供に加え、制度の枠組みにとらわれない柔軟な支援体制が求められていた。

表 20 その時に感じていたことおよび必要としていたことの概要

事業所	内容
G 事業所	見学した所の多くは高齢者の利用者が中心であり、その環境に対して本人の拒否感が強くみられたことから、年齢構成への配慮の必要性があった。一方、A型事業所は雰囲気が良好であったものの、作業難易度や送迎体制が十分でなかったことから、利用には至らなかった。作業内容への配慮や安全な移動手段の確保が求められた。
I 事業所	早期に支援へつながることへの強い希望と、利用可能なサービスに関する情報提供が求められていた。また、短時間であっても母親を一時的に預けることができる支援が求められた。

【サービス利用に至るまでのプロセス 表 21】

サービス利用に至る過程においては、単にサービスを紹介するだけでなく、本人や家族が重視する条件（距離、送迎、作業内容等）について、専門職が事前に調整を行い、本人の心理的抵抗を軽減す

るプロセスが重要であった。また、本人の拒否により即時の利用が困難な場合であっても、あらかじめ支援体制を整備しておくことで、家族の負担増大等の状況変化が生じた際に、迅速かつ円滑にサービス利用へと接続できる可能性が示唆された。

表 21 サービス利用に至るまでのプロセスの概要

事業所	内容
G 事業所	A 型事業所の利用に至らなかった後、障害者相談支援センターおよび地域包括支援センターの職員から、自宅からの近接性や送迎への配慮について事前に説明を受けた上で、本人とともに G 事業所の見学に行った。見学の結果、作業内容が本人に適していると考えられ、本人からの拒否的な反応もみられなかったため、利用開始に至った。
I 事業所	本人と妹と 3 人で、現在利用している事業所を見学した。当該事業所は、1 階が若年性認知症専用のデイサービス、2 階が I 事業所となっている。介護負担の軽減を目的として、知人の介護支援専門員からは 1 階のデイサービスのみが紹介されており、B 型事業所は見学しなかった。本人はもともと「認知症にはならない」との認識と、施設に対して否定的なイメージを持っていた。さらに、見学時には認知症の症状が進行している利用者が多く、同年代の利用者が少なかったことから、利用に対する拒否がみられ、自宅での介

<p>護が継続されることとなった。その後、曜日によって若年性認知症利用者の状態や構成に差があることが判明し、見学日は症状が進行した利用者が多い日であった。約 2 年が経過し、自身の妊娠や出産、介護負担の増大から限界を感じ、再度妹とともに相談に至った。ただ、最初の見学時に名乗らなかったことから、関係機関で対象者の把握が十分にできず、空白期間が生じていた。約 2 年前から、支援コーディネーターを中心に、いつ相談があっても対応できるよう支援体制があらかじめ整えられていた。これにより、手続きに多くの時間を要することなく、円滑にサービス利用に至った。</p>

【当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化（支援 Co の関与を含む） 表 22】

サービス導入後の経過は一様ではなく、初期には円滑であってもその後に通所の困難さが生じるケース（G 事業所）や、導入初期に不安定な様子がみられたものの、関係性の構築や作業内容への適応を通じて安定に至るケース（I 事業所）がみられた。また、いずれの場合においても、本人の状態変化は家族の不安に影響を及ぼす一方で、サービス利用により介護から離れる時間が確保されることは、家族の負担軽減に寄与していた。

表 22 当事者（または支援者等）に会ったとき、またはサービス利用開始時に生じた変化の概要

事業所	内容
G 事業所	利用開始当初、約束した時間・場所に自ら向かうなど通所は順調であった。最近では外出準備に時間を要するようになり、通所をためらうことが多くなった。こうした状況に母親の不安や焦燥感も増大している。一方で、本人の事業所の活動内容への拒否はない。
I 事業所	利用開始当初、本人は送迎職員に対する選好が強く、通所時や帰宅時に不安定な様子がみられた。また、午前中で帰宅することも多く、家族の不安や心配は大きかった。事業所による柔軟な対応により、次第に状態は安定し、「早く行きたい」といった発言が見られるようになった。加えて、家族は介護から離れる時間が確保されたことで、安堵感も認められた。 作業内容は長年習い事として取り組んでいた内容と共通しており、馴染みやすいものであった。

【良かったと感じた点や役に立った理由
表 23】

良かった点として共通していることは、本人の体調や意向に応じた柔軟な通所調整が行われていたことである。特に、利用頻度の調整や状態に応じた早期帰宅など、無理のない通所環境により、安定した利用が可能となっていた。また、職員との関係性や安心感の形成に加え、活動状況を写真等で家族と共有するなどの可視化の工夫が行われており、家

族の不安軽減にも寄与していた。これらの取り組みは、本人の意欲の維持と家族の心理的負担軽減の双方に影響を及ぼしていた。

表 23 良かったと感じた点や役に立った理由の概要

事業所	内容
G 事業所	本人の体調に配慮し、週3日から利用を開始したことで、無理のない通所が可能となった。また、本人の働きたい意向が尊重され、実現できたことで、母親の心理的・身体的な負担軽減につながった。
I 事業所	送迎時に本人の状態に配慮し、受け入れやすい職員が対応するなどの工夫がみられた。また、施設での様子は、LINEを活用し写真付きで共有されており、活動中の安定した様子が確認できることで、家族の安心感、介護不安の軽減にもつながっていた。また、状態が不安定な際には、無理な通所を促さず、早期帰宅早などの状態に応じた個別的な対応が行われた。こうした柔軟な支援が家族の安心感の形成につながった。また、本人の不安やストレスの軽減にもつながった。

【支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったか（支援 Co の関与も含む） 表 24】

本人の状態変化に応じた柔軟な支援調整が中心であり、通所困難さに配慮した送迎範囲の拡大や利用環境の調整が行われていた（G 事業所）。また、症状進行に

に伴い、障害福祉サービス、介護保険サービス、医療的デイケア等を組み合わせた多機関連携によるサービス調整が行われ、段階的な移行が円滑に進められていた（I事業所）。さらに、支援コーディネーターは関係者間の調整のみならず、協議内容を文書化し、家族へ情報を還元することで、意思決定や障害年金等を含む中長期的な生活設計の支援にも寄与していた。

表 24 支援者やサービスのアプローチはどのように役に立ったかの概要

事業所	内容
G 事業所	利用開始当初は自宅近隣の店舗前での送迎であったが、通所をためらう状況に配慮し、現在は自宅付近まで迎えに来る体制へと変更された。また、事業所内での様子についても連絡帳や電話を通じて共有されており、母親にとって有用な情報提供となっている。
I 事業所	症状の進行から作業遂行が難しくなり、支援コーディネーターを中心に、I事業所、1階のデイサービス、介護支援専門員等の関係者が連携し、サービスの併用について調整が行われた。段階的な移行を見据え、併用開始の時期や利用頻度、上限額との調整等について本人と家族も含めて協議が重ねられた。関係者が迅速に集まり意思決定を行うことが可能であり、家族の同意もその場で得られるなど、円滑なサービス移行が実現した。また、I事業所を退所後は、金銭的な面等も配慮し、医

療機関が提供する医療デイも組合せ等の調整が、支援コーディネーターを中心に行われた。
支援コーディネーターは面談や協議内容を文書化し、家族へ共有している。これにより、家族間での伝達や意思決定に活用されていた。また、障害年金の申請時期など、中長期的な生活設計に関わる検討においても、日々の生活に追われる中で重要な情報を見失わないための手段として、重要な役割を果たしていた。

【その時の感情や以前との変化 表 25】

支援の導入により、家族は当初抱えていた不安や介護負担感が軽減され、本人が事業所で安心して過ごす様子を確認できることが、介護を前向きに捉えることにもつながっていた。また、通所により介護から一時的に離れる時間が確保されることで、心理的余裕が生まれ、就労再開など生活再構築につながっていた。さらに、入浴支援やサービス併用（障害福祉・医療デイ等）によって身体的・経済的負担が軽減され、継続的な在宅生活の維持が可能となっていた。加えて、障害年金や自立支援医療等の制度は家族単独では把握・調整が困難であるため、支援コーディネーターが情報整理と制度調整を担うことで、円滑な支援利用と意思決定支援が可能となっていた。

表 25 その時の感情や以前との変化の概要

事業所	内容
-----	----

G 事業所	<p>症状の進行等に応じた柔軟な通所支援は、母親の安心感に寄与していた。また、母親自身の体調や日常生活における本人の状況、生活上の困り事等についても相談しやすい関係性が構築されていた。一方で、事業所への負担を懸念し、利用継続に対して遠慮がみられ、必要に応じて利用を中止してもよいとの認識もあった。これに対しては、主治医が、自宅にて二人で過ごすよりも外出し、他者と関わることの重要性を説明するとともに、母親の健康面への配慮について助言を行っている。こうした関わりにより、利用継続につながっていた。</p>
I 事業所	<p>本人が安心して通所できることで、家族の安心感の向上や介護に対して前向きな気持ちの変化がみられた。認知症に伴う不安や生活上の制約がある中でも、事業所にて笑顔で過ごす様子が確認され、活動を通じて楽しみや刺激を得ていると感じ、さらに安心感が増した。本人らしく生活できている様子が把握できたことは、家族にとって本人の存在を肯定的に受け止められ、喜びにつながっていた。また通所により家族が介護から一時的に離れる時間が確保されたことで、精神的負担軽減につながっていた。また、入浴介助の負担が大きかったが、入浴支援により負担軽減につながった。時間的余裕が生じたことにより、娘自身の就労再開が可能となった。また、認知症の進行により就労支援サービスの利用継</p>

	<p>続が困難となり、デイサービス単独利用では費用負担が課題となっていたが、障害福祉サービスや医療デイとの併用により経済的負担の軽減と通所継続が可能となった。</p> <p>本人は工賃を給料として受け取り、少額であっても喜びを示し、家族とともに外出や買い物を楽しんでいった。症状の進行に伴い、後半はその理解は難しくなっていたが、生活の楽しみの一つとなっていた。</p> <p>家族のみで障害年金や自立支援医療等の制度について調べ、理解することは困難であるため、支援コーディネーターが相談対応や調整を担うことで、円滑な制度利用につながった。</p>
--	---

【今後、必要と考えるサービス（ある場合はその理由） 表 26】

共通してみられる課題は、若年性認知症の支援において、家族が「将来の生活像」と「現在の介護負担」の双方を同時に抱えながらも、それを十分に言語化・共有できない点にある。特に、介護者の死後の生活や施設入所といった長期的課題については心理的負担から本人との十分な意思確認が進みにくく、将来設計が曖昧なまま支援が進行している現状がみられた。また、経済的負担やサービス利用における自己負担の問題に加え、レスパイトケアや夜間支援など生活を支える基盤的サービスの不足も指摘された。さらに、健康管理や医療受診の場面におい

でも、認知機能低下に伴う支援の必要性が高く、医療機関との連携を含めた支援体制の整備が求められる。加えて、若年性認知症は外見上分かりにくく、相談の遅れや孤立を招きやすいことから、相談時点を「支援の開始点」として捉え、本人の明確な利用意向の有無にかかわらず、情報提供と関係機関の連携を通じて支援基盤を早期に構築することが求められた。

表 26 今後、必要と考えるサービスの概要

事業所	内容
G 事業所	<p>母親は、自身の死後に妹（次女）へ負担をかけたくないという思いが強く、本人が安心して終生過ごすことのできる生活の場の確保を望んでいる。自身が不在となった場合の生活については、相談員や主治医との間で一定の共有はなされているものの、施設入所の意向について本人に直接確認することには心理的負担が大きく、十分に話し合うことができていない状況にある。</p> <p>高齢者の認知症を対象とした支援が中心となる中で、若年性認知症に特化した相談が気軽に行える体制の充実が求められた。</p>
I 事業所	<p>現在、父親の収入により世帯全体が課税世帯と判定されていることから、介護サービス利用における自己負担が相対的に高い状況となっている。介護が必要な家族の実情を踏まえ、課税世帯であっても一定の条件</p>

<p>下で負担軽減を可能とする制度設計があれば、継続的なサービス利用の促進につながる可能性がある。</p> <p>今後、認知症の進行に伴い生活全般における支援ニーズの増大が見込まれることから、次の段階で利用可能な施設やサービス、制度に関する具体的な選択肢について、早期から情報提供がなされる支援体制の整備が求められる。状態に応じた移行を家族が計画的に準備できる仕組みの構築が望まれる。</p> <p>家族の介護負担軽減のため、短期入所などのレスパイトケアの充実や柔軟な利用体制の整備が重要と考えられる。また、夜間の不安や徘徊等への対応として、夜間対応サービスや緊急時支援体制の整備が求められる。</p> <p>認知症のある人は、体調不良や症状を適切に訴えることが困難な場合があり、健康診断時においても指示理解の難しさから検査が円滑に進まないことがある。こうした場面において、付き添い支援やゆっくりとした声かけ、反復した説明などの支援を行うことにより、本人の負担軽減が図られるとともに、より正確な健康状態の把握につながる可能性がある。医療機関と連携しながら、これらの支援を可能とする体制整備が必要であると考えられる。</p>

	<p>若年性認知症は外見上分かりにくく、社会的理解も十分ではないことから、家族が相談しにくく孤立しやすい状況にある。また、若年期特有の生活背景により介護に専念できないケースも多い。そのため、相談があった時点で「SOS」であると捉え、本人の明確な利用意向がない場合でも、情報提供や関係機関との連携を通じた支援基盤の形成を進めることが重要である。これにより、必要時に円滑に支援へ接続できる体制の構築が可能となり、本人および家族の安心感の向上につながると考えられる。加えて、本人への支援にとどまらず、家族支援や子育て支援を含め、利用可能な制度やサービスについて具体的な情報提供がなされることが求められる。</p>
--	---

2 若年性認知症支援ガイドブックの改訂

1) 目的

令和5年度から今年度までの研究成果および「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」等を踏まえ、当センターが平成28年度に作成した「若年性認知症支援ガイドブック（改訂第5版）」の改訂を行った。あわせて、相談援助等に従事する専門職の対応力向上に資する内容として取りまとめることを目的とした。

2) 作成方法

主任研究者および分担研究者を中心に、

改訂内容について複数回にわたり検討を行い、改訂作業を進めた。作成過程においては、他の分担研究者に加え、厚生労働省担当者、若年性認知症支援コーディネーター、当事者、介護家族、全国若年性認知症支援センター職員等から意見を聴取した。これらの意見を踏まえ、加筆・修正を重ね、最終的に完成に至った。

3) 結果

ガイドブックは全7章で構成されている。本研究事業の成果を踏まえ、主に以下の点について加筆・修正および内容の追加を行った。

- ・ 第3章「診断後の支援」の項目を新たに追記し、「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ガイド」を掲載した。
- ・ 第4章「本人・家族等が必要とする情報」について、追記した。
- ・ 第5章「就労支援」については新たに章立てし、一般就労および福祉的就労等の内容を追記した。
- ・ 第6章「最初の相談先」の項目を新たに追記し、若年性認知症支援コーディネーターおよび全国若年性認知症コールセンターの役割等について詳細に記載した。
- ・ 第7章「本人に関する様々な活動や情報が欲しいとき」の項目を新たに追記し、日本認知症本人ワーキンググループに関する記述を追加した。

上記以外にも各種統計データ等について最新の情報へ更新し、令和7年度版とし

て取りまとめた。本ガイドブックは、若年性認知症コールセンターのホームページに掲載するとともに、全都道府県・市区町村および若年性認知症支援コーディネーター等へ配付し、広く周知を図った。

E. 考察

今回、B型事業所の管理者および利用している若年性認知症の本人とその介護家族を対象にヒアリング調査を実施した。その結果に基づき、B型事業所における若年性認知症の人への支援のあり方についてまとめた。

1. 支援導入期における多機関連携と適応過程の意義

本調査の結果から、サービス利用の契機は本人の症状変化や専門職からの紹介など多岐にわたった。一方で、支援導入期における支援コーディネーターや認知症初期集中支援チーム等の専門職の関与が重要な役割を果たしていることが明らかになった。特に、本人の職歴やニーズを事業所の特性と照らし合わせるような戦略的なマッチングは、利用開始後の安定した通所に直結していた。また、事業所の見学や体験利用を通じて、本人の適応状況を慎重に見極める段階的な導入プロセスは、本人や家族の急激な環境変化による心理的混乱や拒絶を防ぎ、新たな居場所へと円滑に適応するための緩衝材として機能している。また、同時に事業所にとっても、若年性認知症という未知の疾患に対する過度な不安を払拭し、本人の特性を深く理解しながら受け入れ体制を整えるための「猶予と準備の期間」となっており、双方にとっ

て無理のない関係構築に寄与している。

2. 「働く人」としての自尊心の維持とアイデンティティの再定義

本人へのヒアリングからは、認知機能の低下を自覚しながらも、「社会の役に立ちたい」、「仕事を通じて評価されたい」という就労に対する強い意欲が確認された。これに対し、事業所側が本人の過去の職歴や強みに着目し、適切な役割が得られることは、単なる日中活動の提供を超え、本人の自己肯定感を高める中核的な支援となっている。また、作業を通じた楽しさや心地よい対人交流は、病気に伴う喪失感を補い、前向きな自己認識を形成する心理的基盤となっている。さらに、就労の継続そのものが生活の張り合いとなり、安定した生活リズムの維持に寄与している点は、B型事業所が若年性認知症支援において果たすべき重要な役割であると言える。

3. 進行性疾患に伴う支援の柔軟性と限界への対応

今回ヒアリングを行ったケースではアルツハイマー型認知症が多く、進行性疾患により、導入時に構築した支援体制を維持するだけでは不十分であり、状態変化に応じた動的な調整が求められる。管理者は症状の進行に伴い、作業工程の簡略化や視覚的支援の導入、利用時間の制限といった個別調整を随時行っていたが、介護負担が増大するにつれて、就労支援を主目的とする事業所内では職員間の認識差や対応への戸惑いも生じていた。

こうした場面では、介護保険サービスとの併用や多職種連携を強化し、事業所が支

援を抱え込みすぎない体制を構築することが極めて重要である。事業所が「ケア」の負担を適切に外部と分散・共有することは、事業所自身が「就労を通じた社会参加支援」という独自の役割に注力し続けるゆとりを生む。この体制構築は、結果として家族にとっては、日中の安定した利用先の継続につながり、持続可能なレスパイトを保障する。また、本人も段階的に環境調整を図ることで、混乱を防ぎ、長期的な利用継続や状態に合った支援の場への移行を支える鍵となる。その際、制度の狭間に陥らないよう、支援コーディネーターが中立的な立場で調整を行い、円滑に支援体制を再構築できている点は、支援の持続可能性を担保する上で極めて重要な役割を果たしている。

F. 結論と今後の課題

今後の課題として 3 つの視点から整理する。

1. 疾患の進行性を見据えた段階的・柔軟な支援体制と多機関連携

若年性認知症は進行性疾患であるため、あらかじめ変化を予測し、導入時の支援内容を固定せず、状態変化を前提とした段階的で柔軟な支援が求められる。本人の能力低下に合わせた作業内容の再編や代償手段の導入といった専門性を高めるとともに、支援の限界（送迎支援、提供可能なケアの範囲）やその内容、また制度移行に伴う利用料の違いなどを本人・家族・事業所であらかじめ共有しておくことが、混乱を防ぎ円滑な支援を行う上で重要である。さらに、早期から地域包括支援センター等の

協力を仰ぎ、介護保険サービスの併用や移行が円滑に進むよう、地域全体で支援体制を構築することが求められる。

2. 本人の意思決定に基づいた移行期における環境調整と継続的支援

退職や転職、あるいはサービスの切り替えといった「人生の転換期」において、本人が抱く強い喪失感や不安を低減させるための心理的支援が不可欠である。単なる事務的な手続きにとどまらず、本人が職業人生で培ってきたスキルや強みを情報として整理し、新たな活動の場において再定義・活用できる体制を構築する必要がある。本人のこれまでのキャリアを尊重し、環境変化後も役割を持ち続けられるよう、診断直後から一貫して寄り添う伴走型の支援体制を地域全体で強化することが求められる。

3. 持続可能な生活継続に資する重層的支援ネットワークの構築と周知・啓発

社会参加を物理的に支えるインフラとして、移動支援や送迎サービスの拡充、ITを活用した見守りシステムの普及が急務である。また、家族が抱く将来的な生活の場への不安に対し、支援コーディネーター等が早期から介入し、制度の隙間を埋める包括的なプランニングを行う体制が必要である。加えて、障害福祉と介護保険の円滑な併用や世帯の経済的負担を考慮した制度設計の検討とともに、これら支援策の周知徹底と、専門職の対応力を底上げするための継続的な研修体制の整備など、政策的なアプローチによる持続可能な支援基盤の構築が求められる。

本研究を通じて、B型事業所は若年性認知症の人にとって単なる障害福祉サービスの提供拠点ではなく、社会的なアイデンティティを維持するための重要な場であることが再確認された。今後は、支援コーディネーターを中心とした関係機関が、本人の就労意欲を尊重しつつ、症状進行を見据えた「切れ目のない支援」をいかに構築するかが問われる。地域における支援の連携体制を、制度的枠組みの運用にとどめず、本人の選択を長期的に支える協働的基盤へと再構築し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：若年性認知症支援コーディネーターの活動の現状と今後の展望.認知症ケア事例ジャーナル 18(3),228-235,2025
- 2) 齊藤千晶, 鷺見幸彦：老年精神科医のために知っておきたい社会資源と法令の知識 (16) 若年性認知症施策総合推進事業：若年性認知症支援コーディネーター、コールセンター、両立支援.老年精神医学雑誌 36(7),246-253,2025

2. 学会発表

- 1) 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の人への支援の実態 - 若年性認知症支援コーディネーターとの連携による有用性 - . 第26回日本認

知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (口頭).

- 2) 李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦：若年性認知症を有する人とその家族が困っていること、最も希望される情報は：情報源と探索時期. 第26回日本認知症ケア学会, 2025.5.31-6.1, 福岡 (口頭).
- 3) 齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 若年性認知症支援コーディネーターの支援内容に関する全国調査. 第44回日本認知症学会, 2025.11.21-11.23, 新潟 (ポスター).
- 4) 李相侖, 齊藤千晶, 山口友佑, 鷺見幸彦. 若年性認知症の本人および家族が求める情報ニーズと時期的変化: 自由回答の質的検討. 第44回日本認知症学会, 2025.11.21-11.23, 新潟 (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



相談を受ける人が知っておきたいこと

若年性認知症支援 ガイドブック

令和 7 年度版

はじめに

65歳未満で発症する若年性認知症の人は全国で4万人近くいると言われて
います。

その家族である配偶者や子どもを含めれば、もっと多くの方が不安の中
で暮らしていることになります。

若年性認知症は、働き盛りや子育ての時期に発症することが多く、本人だ
けでなく、家族の暮らしにも大きな影響を及ぼします。仕事を続けられる
のか、収入はどうなるのか、子どもの将来はどうなるのか……。こうし
た不安を抱えながらも、若年性認知症に対する社会の理解は十分とは言え
ず、支援につながらないまま、本人や家族が孤立してしまうことも少なく
ありません。

本冊子は、若年性認知症の本人や家族から相談を受ける立場の方に、ぜひ
手に取っていただきたい一冊です。

国では、2024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」（認知症基本法）において、認知症の人の意思の尊重、社会
参画、権利保障を重視し、社会の一員として参加し続けられる社会の実現
を目指しています。さらに、2024年12月に策定された認知症施策推進基
本計画では、若年性認知症の人の支援において、若年性認知症支援コーデ
ィネーターを中心に、地域包括支援センターや認知症地域支援推進員など、
地域の関係機関が連携し、切れ目のない支援体制を築くことが示されまし
た。また基本計画の前文の中で「認知症になったら何もできなくなるので
はなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やり
たいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもっ
て自分らしく暮らし続けることができるという考え方」新しい認知症観が
強くうたわれています。

私たちの毎日の生活は、「どうしたいか」「何を大切にしたいか」を考え、選び、実現していくことの連続です。それは、若年性認知症の人にとっても変わりありません。2025年に認知症基本法を踏まえ、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）」が改訂され、本人の意思を尊重した支援の指針が示されました。

こうした動きを受け、相談を受ける立場の人に求められる役割や支援内容も変化してきていますが、制度やサービスを一律に当てはめるのではなく、まずは本人や家族の不安に耳を傾け、想いを受け止めることが大切です。いま何に困っているのか、いま何ができるのか。これからどのように過ごしていきたいか、本人と一緒に歩調を合わせながら考えていくことが、支援の第一歩です。そこから最も大切な「認知症の人を主体とした支援」が始まるのではないのでしょうか。

このガイドブックの使い方

1. 相談者の話をよく聴きましょう。
2. 本人の意思や想いを確認しましょう。
3. 相談者の置かれた状況を把握しましょう。
～認知症と診断されているか、まだ受診していないかなど～
4. 相談者の困りごとの内容を理解しましょう。
～心配なので受診したい、経済的なことで将来が心配など～
5. 相談を受ける方は予め、このガイドブックに目を通しておいてください。相談対応時には、相談者の状況やニーズに応じて、5、6ページを参考に適切な制度やサービスの情報をわかりやすく説明します。一度に説明すると混乱する場合もあるので、必要な事柄から順に説明し、場合によっては継続して支援しましょう。

はじめに	1
若年性認知症の人の利用が想定される社会保障制度やサービスの全体像	5
相談・対応支援時の制度・サービスのキーワード	6
第1章 基本事項の理解	7
1 若年性認知症の実態	7
2 若年性認知症の原因疾患	8
3 若年性認知症とうつ病（状態）との違い	9
4 軽度認知障害（MCI）	10
5 アルツハイマー型認知症	11
6 血管性認知症	12
7 前頭側頭型認知症	13
8 レビー小体型認知症	14
9 若年性認知症のその他の原因疾患	15
10 高齢者の認知症との違い	16
第2章 相談があった場合の対応	17
1 認知症と診断された人の心理状態	17
2 認知症の人の家族の心理状態	18
3 親が認知症である子どものこと	20
第3章 医療機関の受診	22
1 医療機関の情報	22
2 診療科	23
3 受診時の心得、注意	24
4 もの忘れ外来の診察の流れ	25
5 薬物療法	26
6 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する治療・対応	28
7 非薬物療法	29
8 診断後の支援	30
第4章 日常生活上の留意点	31
1 “気づき”のポイントとチェック項目	31
2 日常生活の工夫	32
3 車の運転	33
4 本人支援・家族支援	34
5 本人・家族等が必要とする情報	36

第5章	就労支援	37
1	就労支援の流れ	37
2	一般就労継続	38
3	福祉的就労	40
4	認知症とともに はたらくこと	41
第6章	利用できるサービス・制度	42
1	最初の相談先	42
2	会社等に勤務している場合	45
①	企業の障害者雇用	②企業の介護休業制度
②	企業の介護休業制度	
③	傷病手当金	46
④	障害者手帳	⑤自立支援医療（精神通院医療）
⑤	自立支援医療（精神通院医療）	
⑥	障害年金	49
⑦	給料が支払われないとき	⑧医療費や介護費が高額になったとき
⑧	医療費や介護費が高額になったとき	
3	退職後に受けられるサービスや制度	51
①	年金	②健康保険
②	健康保険	
③	雇用保険	51
④	住宅ローン	⑤生命保険
⑤	生命保険	
⑥	障害者総合支援法	54
⑦	国民年金保険料の免除制度	⑧生活福祉資金貸付制度
⑧	生活福祉資金貸付制度	
⑨	子どもの就学資金	57
4	復職・再就職を考える	58
①	医療機関のソーシャルワーカー	②ハローワーク（障害者専門窓口）
②	ハローワーク（障害者専門窓口）	
③	地域障害者職業センター	④障害者就業・生活支援センター
④	障害者就業・生活支援センター	
⑤	介護保険	58
5	介護保険	59
6	生活に困った場合	61
①	日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）	②生活保護制度
②	生活保護制度	
③	成年後見制度	62
第7章	その他	63
▶	相談窓口	63
①	専門の医師に相談したいとき	63
②	若年性認知症について相談したいとき	63
③	介護全般について相談したいとき	64
④	様々な情報が欲しいとき	64
⑤	本人に関する様々な活動や情報が欲しいとき	64
▶	サービス等の申請先	65

若年性認知症の人の利用が想定される 社会保障制度やサービスの全体像

症状の進行▶▶▶

*イメージ図

医療サービス：認知症専門外来、精神科デイケア等

雇用・労働に関する制度：
一般就労、障害者雇用等

若年性認知症であっても、周囲のサポートや環境調整によって就労を継続できる

障害福祉サービス：福祉的就労等

暮らしやすい環境や自分らしく過ごせる場があり、社会とのつながりを続けられる

介護保険サービス：
デイサービス等

インフォーマルサービス：当事者・家族の会、認知症カフェ等

支援を進めるうえでのポイント

- ・症状の進行や生活状態に応じて、医療・労働・障害・介護など、多分野にわたる制度・サービスを柔軟に利活用する
- ・制度の多くは初診日や退職時期、保険加入状況等により影響を受けるため、十分留意する
- ・年齢や制度区分、所管部局の違いによる「制度の狭間」を解消するため、関係機関が密に連携し、包括的かつ切れ目のない支援体制を構築する
- ・生活支援は「制度」だけでなく、「相談先」や「居場所」も含めて考えることが重要である
- ・本人および家族の負担や喪失感を最小限にするため、「ソフトランディングの視点」をもって支援を進める

・・・・・・・・・・ソフトランディングの視点とは・・・・・・・・・・

急激な環境変化による混乱を避け、段階的に生活を再編していくことを「ソフトランディング」といいます。認知症の症状進行に伴い、「できること」や「苦手なこと」が少しずつ変化していきます。こうした変化を考慮し、本人や家族の意向を尊重しながら、将来を見据えた継続的かつ段階的な支援を行う「ソフトランディング」の視点が求められます。

症状進行等を考慮し、それぞれの時期に応じた切れ目のない支援をすすめる

- 能力に応じた業務の遂行と同時に離職への備え
- 退職後の障害福祉サービスの利用、さらに介護保険サービスの併用や移行
- それと同時に、インフォーマルサービス等を活用した居場所・生きがいづくり



相談・対応支援時の制度・サービスのキーワード

～本人の意思を尊重し、生活状態に配慮した
制度やサービスに関する情報提供および利用支援を行いましょ～

気づき

認知症を疑ったら【不安や迷いの段階、受診前から相談可能】

■相談窓口

- ・全国若年性認知症コールセンター (P.43、63)
- ・若年性認知症の専門相談窓口(若年性認知症支援コーディネーター) (P.42、63)
- ・これまでかかっているかかりつけ医 (P.22)

受信・診断

専門医への受診

■相談窓口

- ・認知症疾患医療センター(P.30) ・認知症専門外来



★制度利用においては「初診日」が重要

★可逆的な認知症の見極め、就労継続や今後の生活の再構築を図る観点からも、早期診断・早期治療が不可欠

経済的な支援

■医療費・介護費の負担軽減

- 自立支援医療 (P.48)
- 特定医療費(指定難病)助成制度 (P.13)
- 高額療養費制度 (P.50)
- 高額介護サービス費 (P.50)
- 高額医療、高額介護合算療養費制度 (P.50)

■障害者手帳による支援 (P.48)

- 初診から6か月経過後に申請可能
- 手帳交付による医療費・交通機関・税制等の優遇措置

■障害年金 (P.49)

- 初診から1年6か月経過後に申請可能

就労している場合に受けられる支援

■就労継続・再就職に関する支援

- 両立支援コーディネーター (P.38)
- 障害者職業センター (P.58)
- 障害者就業・生活支援センター (P.58)
- ハローワーク (P.58)
- 就労継続支援 A・B 型事業所 (P.55)

■生活費・収入に関する支援

- 傷病手当金(健康保険) (P.46~47)
- 雇用保険(基本手当【失業給付】) (P.51)

■退職後の経済的負担を軽減する制度

- 健康保険の加入 (P.51)
- 国民年金保険料の免除・猶予申請 (P.57)

生活の支援

■暮らし全般

- 障害福祉サービス (P.54~55)
- 介護保険サービス (P.64)
- 生活保護制度 (P.61)

■お金に関する支援

- 生活福祉資金貸付制度 (P.57)
- 子どもの就学資金 (P.57)
- 住宅ローン・生命保険の負担軽減 (P.52)

■権利擁護

- 日常生活自立支援事業 (P.61)
- 成年後見制度 (P.62)

■身近な居場所・つながり

- 家族(交流)会・本人(交流)会 (P.35)
- 認知症カフェ (P.35)

■身近な相談窓口

- 若年性認知症の専門相談窓口(若年性認知症支援コーディネーター) (P.42、63)
- 地域包括支援センター (P.43)

第1章 基本事項の理解

ねらい

認知症は、原因となる疾病によって特徴が異なります。若年性認知症の実態と原因疾病による特徴を理解しましょう。

1 若年性認知症の実態

認知症は、一般的には高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症した場合、「若年性認知症」とされます。

本人や配偶者が現役世代なので、認知症になって職を失うと、経済的に困ることになります。また、親の病気が子どもに与える心理的影響も大きく、教育、就職、結婚などの子どもの人生設計が変わる場合もあります。

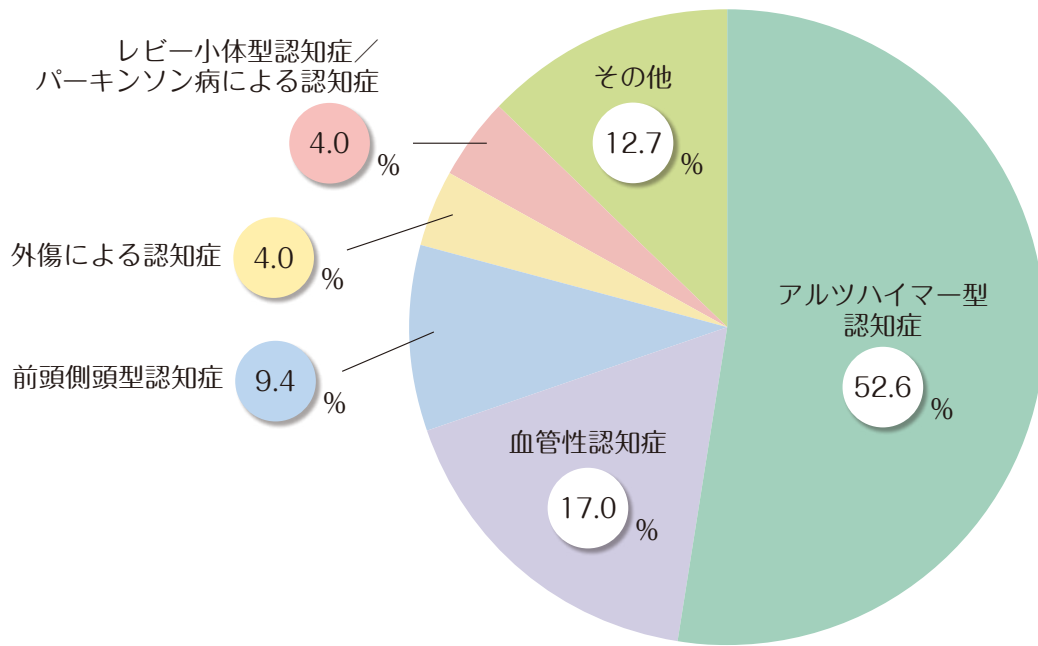
本人や配偶者の親の介護が重なる場合には、介護負担がさらに大きくなります。介護者が配偶者に限られることが多いので、配偶者も仕事が十分にできなくなり、身体的にも精神的にも、経済的にも大きな負担を強いられることになります。

全国の若年性認知症の人数の推計値は35,700人であり、前回調査（平成21年3月）より若干減少しました。これは18歳から64歳の人口が減少しているためと考えられます。人口10万人当たりの有病率は50.9人であり、これは前回の47.6人よりやや増加しています。また、男性に多い傾向は同様でした。発症年齢は平均で54.4歳であり、前回の51.3歳より3歳ほど上がっていますが、働き盛りの年齢であることには変わりありません。【日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「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の開発」（令和2年3月）】

若年性認知症の場合、多くの人が現役で仕事や家事をしているので、認知機能が低下すれば、支障が出て気づかれやすいと考えられます。しかし、実際には、仕事でミスが重なったり、家事がおっくうになっても、それが認知症のせいとは思いたらないことがあります。疲れや、更年期障害、あるいはうつ状態など他の病気と思い、医療機関を受診して、正しい診断がつかないまま時間が過ぎ、認知症の症状が目立つようになってからようやく診断された例も少なくありません。

原因疾患で最も多かったのはアルツハイマー型認知症で52.6%、次いで血管性認知症が17.0%でした。前回は血管性認知症が最多でしたが、今回はアルツハイマー型認知症や3番目に多い前頭側頭型認知症（9.4%）などの変性疾患の割合が高くなりました。これは医療機関の診断精度向上が関係していると考えられます。

2 若年性認知症の原因疾患



図表は、日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システムの開発」（令和2年3月）により作成

◆若年性認知症の有病率

年齢	人口10万人当たり有病率（人）		
	男性	女性	総数
18 - 29	4.8	1.9	3.4
30 - 34	5.7	1.5	3.7
35 - 39	7.3	3.7	5.5
40 - 44	10.9	5.7	8.3
45 - 49	17.4	17.3	17.4
50 - 54	51.3	35.0	43.2
55 - 59	123.9	97.0	110.3
60 - 64	325.3	226.3	274.9
18 - 64			50.9

図表は、令和2年7月27日 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所「わが国の若年性認知症の有病率と有病者数」により作成

<https://www.tmgig.jp/resarch/releasel/2020/0727-2.html>

(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

3 若年性認知症とうつ病（状態）との違い

うつ病やうつ状態は、高齢者に多くみられますが、働き盛りの世代にも多い疾患です。また、認知症とうつ状態が同じ人に現れたり、認知症と診断されたことによって、うつ的になったりもします。両者は、はっきりと区別できないこともあるので、医療機関（精神科、心療内科、認知症疾患医療センターなど）を受診するとよいでしょう。

4 軽度認知障害 (MCI)

認知症はいつとはなしに発症する病気です。症状が出る前にすでに病気が始まっているといわれます。以前の水準と比べると認知機能の低下がみられるが、認知症とは言えない状態を、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) といいます。

MCI の定義は次のようなものです。

1 以前の水準と比べて認知機能の低下がみられる。

記憶の低下がみられることが多いのですが、記憶以外の認知機能が低下することもあります。

2 年齢や教育歴を考慮しても明らかな1つ以上の認知機能の低下が客観的に認められる。

3 日常生活動作は自立している。

身の回りのことは自分で行え、日常生活には支障がない。

4 認知症ではない。

MCI の人は、そうでない健常な人に比べて、認知症になる確率が高いとされていますが、そのままの状態が続く人もおり、中には、正常に戻る人もいます。MCI といわれても過剰に心配する必要はありませんが、専門医療機関で経過をみてもらうことも大切です。

◆診断が遅れる理由

若年性認知症の場合、多くの人が現役で仕事や家事をしているので、認知機能が低下すると、支障が出て気づかれやすいと考えられます。しかし、実際には、仕事でミスが重なったり、家事がおっくうになっても、それが認知症のせいとは思いません。疲れや、更年期障害、あるいはうつ状態など、他の病気と思って医療機関を受診します。正しい診断がつかないまま時間が過ぎ、認知症の症状が目立つようになってからようやく診断された例も少なくありません。

年齢が若い人にも認知症を発症する可能性があることを理解しましょう。

5 アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は、大脳の広い範囲の神経細胞に変化が起こり、働きを失うことにより（これを変性といいます）、もの忘れなどの様々な症状が出てきて、次第に進行していく神経変性疾患の1つです。アルツハイマー型認知症では神経細胞の中にタウというタンパクが、神経細胞の周辺や血管にアミロイドというタンパクが異常にたまることによっておこることがわかってきました。その結果特にアセチルコリンという神経の情報を伝える役目を持った物質を伝える経路が障害されます。このため、治療ではアセチルコリンを補う薬物が使われます。また最近ではアミロイドそのものを取り除く治療が行えるようになってきました。

最初に起こる症状は、記憶障害、いわゆるもの忘れのことが多く、同じことを何度も聞く、大事な物の置き忘れ、しまった場所を忘れるなどで気がつきます。次第に、人や物の名前が出てこないようになり、物事を計画的に段取りよく進められなくなる症状（実行機能・遂行機能障害）が現れます。たとえば、これまで上手にできていた料理ができなくなったり、仕事の手順がわからなくなります。さらに、日付や時間、自分がいる場所がわからなくなる（見当識障害）、言葉が出てこないで「あれ」「それ」などの代名詞が増える、お金の計算ができないなど様々な症状が現れます。ただし、若年性認知症では、特に初期段階において、もの忘れが目立たず失語や失行が前景にたつことがあります。

また、以前好きだったことや興味を持っていたことに無関心になったり、嫌がるようになる、怒りっぽくなるなど性格の変化がみられる場合もあります。

このような症状がいつとはなしに始まり、少しずつ進行していきますが、初期であれば、手足の麻痺や、ろれつが回らない、手が震えるなど、他の認知症の原因疾患で見られるような体の症状はありません。しかし、疾患が進行すると、発声や嚥下が困難になったり、歩行困難になることもあります。

アルツハイマー型認知症への対応

アルツハイマー型認知症では、治療とともに、家族の対応が本人の気分や症状に大きな影響を及ぼします。もの忘れなどの主な症状に対しては、薬が使われますが、認知症の行動・心理症状（詳しい説明はP.17に記載）に対しては、家族や周りの人の対応、暮らしの環境、身体疾患の有無などが大きく影響します。

たとえば、アルツハイマー型認知症では「取り繕い」といわれる症状が見られ、何か質問されて答えられない場合に、事実でないことをうまく取り繕って返事をする場合があります。聞かれたことに「知らない」とは言いたくない、あるいは、相手によく思われたいといった心理状態の表れかもしれません。このような場合に、家族が「それは間違っているでしょう」という反応をすると、本人は理解ができず、非難されたという不快感だけが印象付けられます。しかし、本人に合わせて「そうだね」と共感することで、気持ちを落ち着かせることができます。

6 血管性認知症

血管性認知症は、脳梗塞、脳出血など脳卒中が原因となる認知症です。これまでの調査では、若年性認知症の原因疾患の中で最多とされていましたが、今回の調査では、2番目に多く、17.0%です。

高血圧や糖尿病などの生活習慣病が大きく関連するとされ、片麻痺やししゃべりにくさなど、身体症状がみられることが多く、感情、意欲が乏しくなる場合もあります。

血管性認知症では、脳卒中の再発予防が最も重要であり、糖尿病、高血圧症、高脂血症などいわゆる生活習慣病にならないよう予防すること、すでにかかっている場合は、それらの病気の適切な治療が大切です。

血管性認知症への対応

手足の麻痺やししゃべりにくいなどの症状がある場合は、適切な環境でリハビリテーションを行い、日常生活でも、転倒しないよう注意をします。

血管性認知症では麻痺や言語の障害があるために、認知機能が低く判断されがちです。実際には記憶の障害が軽度であったり、理解力には問題がない場合も多く、何気ない言葉が、本人のプライドを傷つけ、介護者との間に溝ができてしまうこともあるので、本人の人格を尊重し、ていねいに対応することが大切です。

7 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症や意味性認知症は、脳の前頭葉や側頭葉の障害で起こり、特徴的な症状がみられます。病気であるという自覚がなく（他の認知症では何らかの形で自覚は保たれることが多い）、身なりや周囲のことに対しても無関心になったり、日常生活では同じことを繰り返し行う「常同行動*」が起こりやすくなります。また、万引きや暴力などがみられることもあります。言葉の意味が分からなくなり、物の名前が出てこない、文字の読み違いといった症状が目立つタイプもあり、「意味性認知症*」と呼ばれます。

*「常同行動」は、「繰り返し行動」とも言われ、たとえば、毎日同じ時間に同じ道を通って散歩する、同じ物ばかり食べる、同じ言葉を話し続けるといった症状です。

*「意味性認知症」は、言葉の意味が分からなくなり、物の名前が出てこなくなります。「海老」という漢字を見せると「えび」ではなく「かいろう」と読んだりします。

前頭側頭型認知症への対応

初期には記憶が比較的保たれており、デイケアなどの決まったプログラムを覚えることができます。運動や知覚能力も保たれているので、ゲーム、カラオケ、絵画など体で覚える記憶を使うことで、認知症の行動・心理症状が少なくなる場合もあります。

「常同行動」を、生活に適した方向に向けなおすことが可能な場合もあります。デイケアの利用などで、今までの困った「常同行動」をいったん断ち切り、より良い「常同行動」へ移行します。単純な作業から始め、段階的に複雑な作業へアプローチします。

また、「常同行動」を途中でさえぎったりすると興奮する場合がありますので、そうならないよう注意することが大切です。

本人の性格や、就いていた職業、趣味などを事前に知っておくことも大切です。

平成27年7月より、「前頭側頭葉変性症*」が指定難病に加わりました。前頭側頭型認知症あるいは意味性認知症と臨床診断され、一定程度以上の重症度分類に該当した場合、難病医療費助成制度の対象となります。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

*前頭側頭葉変性症は前頭側頭型認知症、意味性認知症、緩徐進行性失語症の総称です。

8 レビー小体型認知症

レビー小体型認知症では、初期には、もの忘れや判断力の低下といった認知機能障害は目立ちませんが、幻視、パーキンソン症状、睡眠時の異常行動などの特徴的な症状がみられます。パーキンソン病と認知症が合わさったような症状です。

認知症の症状

記憶障害
行動異常
精神症状
幻視・妄想など

パーキンソン病の症状

動きが遅い
転びやすい
自律神経症状（起立性低血圧など）
失神発作、睡眠障害など

またレビー小体型認知症では、脳内の運動に関連する部位にドパミンという物質が取り込まれているかどうかをみる検査（ドパミントランスポーターシンチグラフィ：DAT スキャン）や心臓の自律神経の働きを見る検査（MIBG 心筋シンチグラフィ）が早期から異常を示すことが知られており、これらは他の認知症ではおきない異常であることから診断に有用です。これらの検査はどこの病院でもできるわけではありませんが、保険診療でおこなうことができます。

レビー小体型認知症への対応

幻視とは、「知らない人が家にいる」「壁に水が流れている」といった実際にはないものが見える症状で、それに対しては否定せず、まずは本人の話をよく聴きます。「何も見えない」などと強く否定すると、状態が悪くなることがあります。本人が怖がったり、嫌がったりしていない場合はそのまま様子を見るのも1つの方法です。

睡眠中に大声をあげ手足を激しく動かしたり、急に起き上がることもあります。ベッドから落ちて本人がけがをする場合もあり、毎晩続くと家族も睡眠不足になってしまいます。これはレム睡眠行動異常症と呼ばれ、睡眠の障害の一つで、特にレビー小体型認知症の初期によく見られます。有効な薬もありますから、早めに専門医に相談しましょう。

転びやすい、血圧の変動が大きい、起立時や食後に血圧が下がる（起立性低血圧、食事性低血圧）、薬剤に対する過敏性があるなどの症状が他の認知症に比べて多く見られます。かかりつけ医などに相談しながら日常生活上の注意を払ってあげてください。

9 若年性認知症のその他の原因疾患

若年性認知症の原因疾患として、比較的多いとされているものに、頭部外傷とアルコール性認知症があります。

頭部外傷

交通外傷を始めとする、急性の脳損傷後におこる認知機能障害は認知症としてでなく「高次脳機能障害」として扱われることが多いと思われます。一方ボクシング、アメリカンフットボールのような反復して脳震盪をきたす慢性外傷によって、細胞内にタウたんぱくが蓄積されることが明らかになってきています。

アルコール性認知症

アルコール依存症に見られる低栄養やビタミン欠乏、あるいはアルコールの直接的作用によると考えられています。特にビタミンB1欠乏が重要で、典型的な症状は、意識障害、眼球運動障害、失調であり、ウェルニッケ脳症と呼ばれています。ウェルニッケ脳症後に、一部の人で健忘、見当識障害、作話などが見られ、コルサコフ症候群といわれます。また、合併する肝硬変、頭部外傷、低栄養など様々な要素が関連していると考えられています。

これまでに述べた、主な原因疾患以外にも、多くの原因疾患がありますが、その頻度はずっと少なくなります。

10 高齢者の認知症との違い

若年性認知症において最も重要なことは、高齢者の認知症との違いを知ることです。それによって理解や対応の仕方も異なってくるからです。

現役世代に発症する

発症年齢は平均54歳くらいで、多くは働きざかりです。

男性に多い

女性が多い高齢者の認知症と違い、男性が女性より多いです。

初期症状が認知症特有のものではなく、診断しにくい異常であることには気がつくが、受診が遅れる

このような理由で診断が遅れたり、他の病気として治療されたりして、認知症の診断・治療開始が遅れてしまう場合があります。

経済的な問題が大きく、就労支援を必要とすることがある

働き盛りで一家の生計を支えている人が多く、休職や退職により、経済的に困窮する可能性があります。また、できる限り今の職場で仕事を続けることを検討します。

主介護者が配偶者に集中する

高齢者の場合は、配偶者とともに子ども世代も介護を担うことが多いのですが、若年性認知症の世代では、子どもはまだ若く、場合によっては未成年のこともあり、介護者は配偶者に集中しがちです。

時に複数介護となる

若年性認知症の人やその配偶者の親は、要介護状態になるリスクが高い世代であり、また、家庭内に障害者を抱えている場合もあり、複数介護になることもあります。

介護者が高齢の親である

子どもが若年性認知症になった場合、高齢の親が介護者になることもあります。

家庭内での課題が多い

夫婦間の問題、子どもの養育、教育、結婚など、親が最も必要とされる時期に、認知症になり、あるいは介護者になることは、家庭内に大きな問題を引き起こします。

心理的に不安定になりやすい

社会や家庭で中心的役割を担っていますが、その継続が難しくなるため、心理的に不安定な状態になりやすくなります。

第2章 相談があった場合の対応

ねらい

若年性認知症は、高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なる対応が必要になります。また、若年性認知症の人は年齢が若いことから家族の心理状態にも配慮が必要となります。相談時の留意する事項について理解しましょう。

1 認知症と診断された人の心理状態

本人の認知機能の低下の程度によって、診断をどのように理解し、受け止めているかには個人差がありますが、大きな不安を抱えていることは誰でも同じです。

自分に何かが起こっている、これまでの自分とは何かが変わっている、と感じています。これから自分はどうなっていくのだろう、これまでと同じような生活は無理なのだろうか、家族に迷惑をかけてしまうのだろうか…という様々な不安を抱えています。

認知機能の低下により、さまざまな困難が生じますが、これまでの自分を何とか保とうとして、本人は四苦八苦し、それがストレスになっていきます。

これまでとは違う本人の言葉や行動に対して、家族の言葉もつい強くなってしまうと、そのことで本人は自信を失ったり、怒りを感じることもあります。

いろいろなことができなくなっていく本人を受け止めることは、家族にとっても大変なことですが、病気を理解し、本人の思いに寄り添って接することで、本人の不安も徐々に和らいでいきます。また、本人同士の交流は心理的な支えとなり、安心感や前向きな生活につながることを期待されます。(P.34 4 本人支援・家族支援)

不安などから来るさまざまな思いが、徘徊*や暴言などの**認知症の行動・心理症状(BPSD*)**につながる場合があります。

これまでの自分とは変わってってしまう、今までできたことができなくなってしまうという不安は、時に自分が自分であることも不確かに感じさせる不安なのです。

* 徘徊：目的もなく歩き回るように見えますが、本人なりの目的はあると考えられています。

* BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

認知症の行動・心理症状を英語で表した言葉です。徘徊、暴言のほか、妄想、無関心などが含まれます。

<相談を受ける際のポイント>

【現象】 認知症と診断された人は、次のような心理状態が起こりやすくなります。

- ・「これから自分はどうなっていくのだろう」、「これまでと同じような生活は無理なのだろうか」、「家族に迷惑をかけてしまうのでは」と不安を抱いている。
- ・様々な困難が生じ、これまでの自分を何とか保とうとして、本人は四苦八苦し、ストレスを感じている。
- ・家族の言葉が強くと感じられると、本人は自信を失ったり、怒りを感じる。

【対応】

- ・家族が病気を理解し、温かく受け止めてくれたり、本人の思いに寄り添って接すると、本人の不安も徐々に和らいでいく。

2 認知症の人の家族の心理状態

家族は、本人の行動の変化に困惑する時期を経て受診に至ります。受診して認知症と診断されるとショックを受けたり、認めたくないと感じる家族もいれば、病気だとわかったことでほっとしたり、真っ先に義務や責任を感じる家族もいます。このようにさまざまな反応があったとしても、介護という現実はこの家族にとっても同じように存在します。

介護をしていると、気分が沈んだり、「なぜ自分が介護をしなければならないのか」と怒りがわいたり、周囲と疎遠になって孤立感を感じたりと、否定的感情もわいてきます。このようなときに介護者が孤立していると、本人の失敗や何度も同じことを聞くといったことに対し、怒りが生じ、言葉が強くなったり、時には手が出たりなどの虐待に至る場合があります。介護者の悩みに共感し、傾聴したり、介護者どうして話し合ったりすることで、心が軽くなることもあります。(P.34 4 本人支援・家族支援)

家族は、介護者としての役割を受け入れる努力を重ねながら、やがては認知症となった本人を受け入れることもできるようになります。しかし、病気になる前までの本人との関係によっては、本人を受け入れることが難しいこともあります。

介護が必要でなくなった際には、つらかった介護経験を通して変化した自分を振り返り、「介護は大変だったが無駄ではなかった」と感じるようにもなります。介護の過程には多くの困難があり、苦しい気持ちを抱くことも多いので、介護者の気持ちを、できるだけよく聴きましょう。

<相談を受ける際のポイント>

【現象】 介護者は、次のような心理状態が起こりやすくなります。

- ・気分が沈む。
- ・なぜ介護しなければならないのか怒りがわく。
- ・孤立感を感じる。
- ・否定的感情がわく。

【対応】

- ・介護者の悩みに共感し、傾聴する。
- ・介護者どうして話し合ったりすることを勧める。

介護者を支援するうえで、介護者の心理状況を理解することが大切です。

心理学で、ステージ理論といわれているものがあります。必ずしもすべての介護者に当てはまるわけではなく、このとおりの順に進むわけでもありませんが、最終的に認知症を受容し、前向きに介護を行うための参考になるものです。

第1ステージ

認知症の診断を受けたときや、不可解な行動に気づいたとき

驚き
とまどい
否認

いつもと違う行動に気がつき、驚き、とまどう。
病気だということを認めたくない、他人には知られたくない。

第2ステージ

ゆとりがなくなり、追いつめられる

混乱

精神的・身体的に疲弊し、わかってはいるけれど辛くあたってしまう。

怒り
拒絶
抑うつ

「なぜ自分が…」 「こんなに頑張っているのに…」 と理解してもらえないことに怒りを感じる。認知症の人を拒絶するようになり、そのことで自己嫌悪に陥ったり、うつ状態になったりする。

第3ステージ

なるようにしかならない

あきらめ

怒ったり、いらいらしても仕方がないと気づく。

開き直り

なるようにしかならないと思う、自分を「よくやっている」と認められるようになる。

適応

認知症の人をありのままに受け入れた対応ができるようになる。

第4ステージ

認知症の人の世界を認めることができる

理解

認知症の人の症状を問題としてとらえることがなくなり、相手の気持ちを深く理解しようとする。

第5ステージ

自己の成長、新たな価値観を見出す

受容

介護の経験を自分の人生で意味あるものとして、位置付ける。
自分の経験を社会に生かそうとする。

「認知症の人と家族の会愛知県支部著 介護家族をささえる」より一部改変

3 親が認知症である子どものこと

若年性認知症の親を持つ子どもたちは、様々な悩みや問題を抱えます。認知症によって親の様子が徐々に変わっていくことは、子どもに不安をもたらします。

子どもたちへの援助は、年代によって異なります。しかし、親の病気について、子どもの理解力に合わせて説明し、子どもが親との時間を悔いなく過ごせるようにすることが大切です。

子どもの世代は、受験や進学、結婚、出産、子育てなど、人生の大きな節目を迎える時期になります。介護をしている親は、助けてほしいと思う反面、子どもには子どもなりの人生を歩んでほしいと願っています。

介護を理由に人生の選択をあきらめることがないように、子どもへの支援は精神的・経済的なことを含め幅広く考えることが大切です。

年代による差

■若い子どもの場合…

病気について理解するのは容易ではありません。変化していく親を怖がったり、敬遠したりするかもしれません。また、この時期の子どもは発達していく上で親に甘えることも必要な時期です。しかし、認知症の本人を支えなければならない親（介護者）も余裕がなくなりがちです。このような場合、祖父母など身近な大人が親の代わりとして、子どもの“甘えたい”という気持ちを受け止める役割を果たすことも必要です。

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

若い子どもがいる場合

- ・変化していく親を怖がったり、敬遠したりする。
- ・親に甘えることも必要な時期。
- ・認知症の本人を支えなければならない親（介護者）も余裕がなくなる。

【対応】

- ・身近な大人が親の代わりとして、子どもの気持ちを受け止める役割を果たす。

■思春期の子どもの場合…

親が自分の生き方のモデルになる時期であり、今までと違う言動をする親に対しては、反発したり、悩んだりすることになります。また、友人の親と自分の親を比較する時期でもあり、悩みを友人に打ち明けることは難しくなります。スクールカウンセラーなど、悩みを聴いてくれる人が必要になります。

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

思春期の子どもの場合

- ・今までと違う言動をする親に対して、反発したり、悩んだりする。
- ・友人の親と自分の親を比較する時期。

【対応】

- ・スクールカウンセラーなど、悩みを聞いてくれる人が必要。

■成人した子どもの場合…

就職、仕事と介護の両立、結婚、出産など、人生の節目で、親の病気が何らかの影響を与えることになり、親との関係や自分の立ち位置などで、悩みが多くなります。成人となれば、周囲の人も介護者としての役割を子どもに期待しがちになります。しかし、介護者でない子ども自身の人生の側面もあることを意識しながらのサポートが必要です。

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

成人した子どもの場合

- ・就職、仕事と介護の両立、結婚、出産など、人生の節目で、親の病気が何らかの影響を与える。
- ・親との関係や自分の立ち位置などで、悩みが多い。
- ・周囲の人から介護者としての役割を期待される。

【対応】

- ・介護者でない子ども自身の人生の側面もあることを意識しながらのサポートが必要。

■親の立場から子どもたちへ伝えたいこと

子どもをもつ本人からは「認知症になっても家族がいちばん大切に、心配する気持ちは変わらない」、「これまで通り接してくれたことが嬉しかった」といった声が寄せられています。また、長年親の介護経験のある方からは、「制度や周囲を頼り、自分の将来を諦めないでほしい」という切実な願いも聞かれます。

こうした声を踏まえ、子どもたちには「無理をしてまで介護を抱え込まなくていい」、「たとえ病気になっても、親が子を想う気持ちは変わらない」という事実を伝えていくことも重要です。

特定非営利活動法人 認知症の人とみんなのサポートセンター「若年性認知症の親を持つ子どもたちへ」から一部引用

第3章 医療機関の受診

ねらい

認知症は早期診断を行い早期対応が基本となります。そのためには、相談に応じて受診勧奨が必要な場合が想定されます。また、認知症に効果がある薬もありますので、医療に関する必要な情報を理解しましょう。

1 医療機関の情報

認知症が疑われる人で、受診していない場合は医療機関を紹介しましょう。

かかりつけ医

認知症の治療は長く続くうえに、日常生活での困りごとが起こってくる場合もあります。身近に、日頃かかりつけの医療機関があれば、安心できます。確定診断や、症状の変化などで専門医を受診する場合も、紹介状を書いてもらうとスムーズに受診できます。

専門医療機関

認知症サポート医

国が進める「認知症サポート医養成研修」を受け、認知症に関する知識・技術をもって、かかりつけ医や専門医療施設との連携や、認知症初期集中支援チームのチーム員医師をはじめとする地域の認知症医療の中心的役割を担う医師です。

認知症疾患医療センター

認知症を専門とする医師がおり、診断、治療方針の選定、一部入院も可能な医療機関で、全国に514か所設置されており（令和7年11月現在）、お住まいの都道府県・指定都市に1か所はあります。一覧はこちら⇒ <https://www.mhlw.go.jp/content/001603900.pdf>
認知症についての医療福祉相談も行っており、地域の保健・医療・福祉関係者の支援も行います。各都道府県庁に問い合わせてください。

認知症専門医

認知症を専門とする医師でそれぞれの学会が認定した専門医です。

- 日本老年精神医学会：https://world-pl.com/rounen/H_sisetsu/r-H.htm
日本老年精神医学会認定「こころと認知症を診断できる病院&施設」
- 日本認知症学会：<https://dementia-japan.org/doctors/>

2 診療科

専門医を受診

認知症の初期には確定診断は難しい場合もあり、できるだけ、認知症の専門医を受診します。ここでは、

- 1 最初に気づいた症状や今までの経過
- 2 他の疾患の有無
- 3 服用している薬の内容
- 4 家族歴

などを聞かれます。あらかじめ、メモなどに書いて準備しておくとい良いでしょう。

病院では、身体の状態を把握したり、原因疾患や、似た症状を起こす病気を調べるため、内科的診察、血液検査が行われ、さらに、認知症の原因疾患を診断するために、神経心理検査、頭部のMRIや脳血流シンチグラフィ（SPECT）などが行われます。

受診する科は、「もの忘れ外来」など、認知症を専門に診ている科が適切です。脳神経内科、精神科、脳神経外科、老年科でも診てもらえますが、前もって病院に確認すると良いでしょう。

早期受診・早期診断が重要

アルツハイマー型認知症であれば、進行を遅らせる薬があり、本人の日常生活動作（ADL）や生活の質（QOL）の維持につながります。また、介護負担を減らすこともでき、早期であれば、理解力や判断力が保たれているので、病気であることを受け入れ、今後の人生を設計する時間が得られることとなります。また、将来のことや財産管理など、家庭内の重要なことを家族と話し合ったり決めたりできますし、社会的にも、医療費や介護費用を減らすことができるので、早期診断は重要です。

スクリーニング検査 認知症のスクリーニングは大きく3つに分類されます。

- 1 初診時に認知症かどうかの判別
- 2 認知症の鑑別診断の補助検査
- 3 診断確定後に、進行度、治療薬の効果を判定

Mini-Mental State Examination（MMSE）は、世界中で広く使われており、優れたスクリーニング法です。日本では、改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）がよく使われています。MMSEとHDS-Rは一部の項目が共通しています。

3 受診時の心得、注意

本人の普段の様子をよく知っている人が付き添って受診しましょう。

病院へは、今までにかかった病気やけが、いつ頃からどのような変化があったかなどを、医師にわかりやすく伝えるため、**具体的に記したメモ**などを持参していくとよいでしょう。また医師から聞いた話もメモしておくともよいでしょう。本人が行きたがらない場合、かかりつけの医師がいれば、その医師に相談し、本人に働きかけてもらいます。あるいは、**本人が信頼している上司や同僚、同居していない子どもやお孫さん**が勧めると、わかってもらえることもあります。

「**健康診断**」として、認知症の診断ができる医師がいる病院を受診し、その延長として脳の検査に誘います。家族が心配しているからと、家族のために病院へ行ってほしいと頼むのも一つの方法です。

本人が病院に行きたがらないのは、認知症は治らない病気、あるいは怖い病気と思って**不安になっている**ためかもしれません。そのような気持ちを十分に受け止めて、受診を勧めましょう。

◆告知について

診療を行う場合、病名の告知を行うのが原則であり、認知症も例外ではありません。ただ、本人が病名告知を望まない場合や病名告知が本人に不利益を与える場合にはこの限りでないとしています。

受診にあたっては、告知に対する本人の希望について医師に伝えておくともよいでしょう。

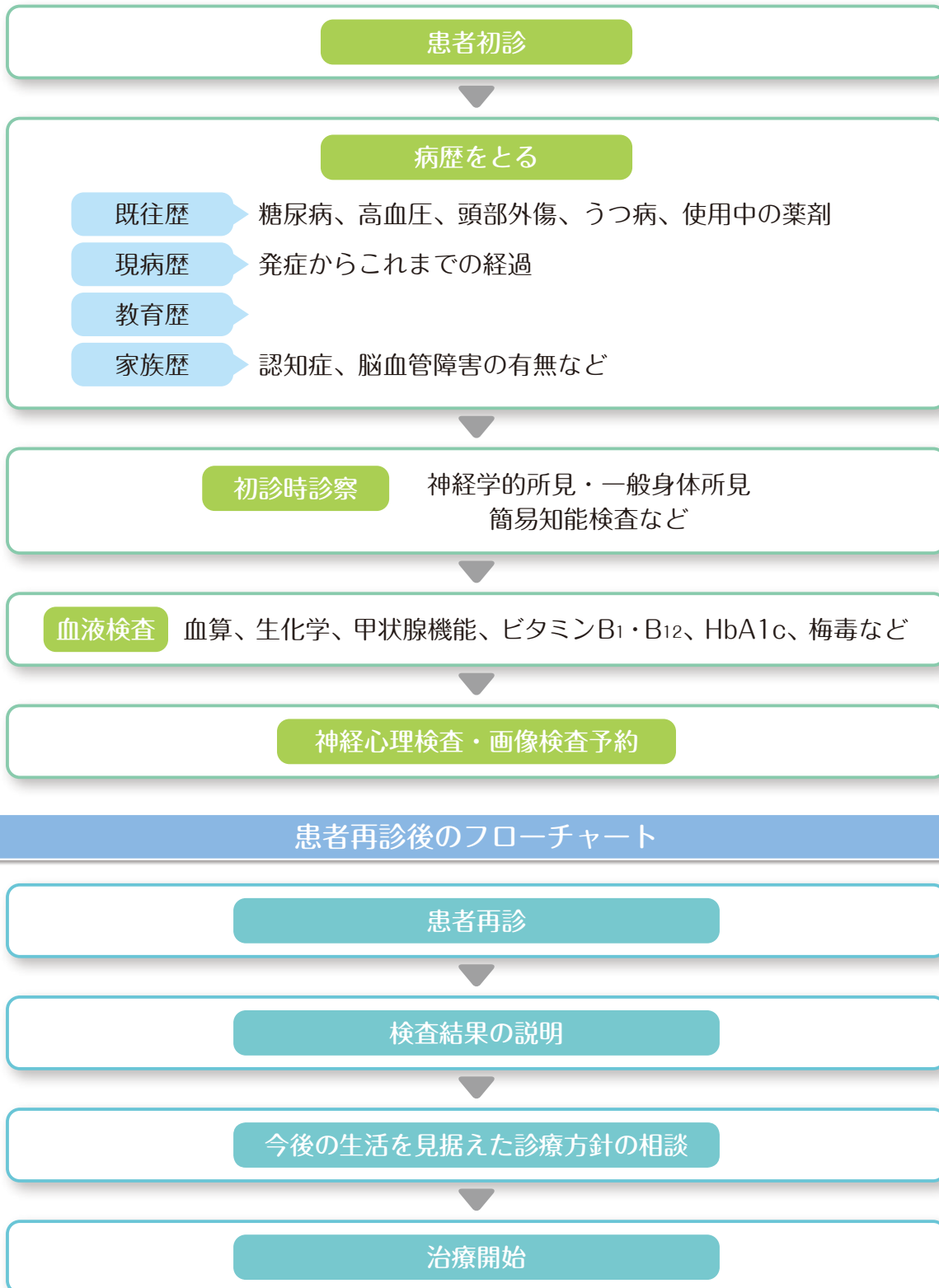
病名を告知する場合でも、本人の性格や、告知のタイミングを十分考慮し、決して安易に行ってはいけませんが、仕事や運転、家庭生活といった人生にかかわることがらを決定する上で、病名とともに考えられる予後等を説明することも重要です。また若年性認知症ではP.17～21で示したような特性があり、診断後の支援が極めて重要です。P.30に示した「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援のガイド」は、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、若年性認知症の診断にかかわるあらゆる専門医療施設で利用可能です。

認知症初期集中支援チーム

介護や医療の専門職による多職種チームで、全国の各市町村に1チーム以上存在しています。家族や周囲の人からの訴えを受けて、認知症が疑われる人を訪問し、次のような支援をします。

- ・ 認知症の可能性を評価し、適切な医療機関の受診を促す
- ・ 介護サービス情報を提供しながら適切な介護サービスにつなぐ
- ・ 生活環境を改善し、ケアについて助言する
- ・ 介護者と情報を共有し、介護者の負担を軽減する

4 もの忘れ外来の診察の流れ



病院によっては、予約が必要な場合があります。事前に確認しましょう。
また、初診から検査が終了して、診断がつくまでにもある程度の日数がかかることがあります。

5 薬物療法

アルツハイマー型認知症に対しては、アセチルコリン伝達を改善する薬剤、塩酸ドネペジル、リバスチグミンとガランタミンが使われてきました。これらはアセチルコリン伝達を改善する薬剤ですが、メマンチンはこれらとは作用が異なり、中等度の段階からドネペジルなど前記3種類との併用も可能です。2014年9月からは、ドネペジルの一商品であるアリセプトがレビー小体型認知症に対しても使えるようになりました。また近年貼付薬の進歩がみられ、ドネペジルの貼付薬、週2回投与が可能なリバスチグミンの貼付薬が発売になりました。貼付薬は皮膚症状がでるといふ欠点もありますが、消化器系の副作用が少なく、薬剤の体内移行も経口薬よりもよいことが分かっています。

これらの薬は病気の進行を緩やかにするものであり、根本的な治療ではありませんが、なるべく軽いうちに治療を始めることが勧められています。

一般名	ドネペジル塩酸塩	ガランタミン	リバスチグミン	塩酸メマンチン
商品名	アリセプト アリドネパッチ	レミニール	リバスタッチ イクセロンパッチ リバルエン LA	メモリー
作用機序	アセチルコリンエステラーゼ阻害	AChE 阻害 / ニコチン性 Ach 受容体刺激作用	AchE 阻害 / BuChE 阻害	グルタミン酸受容体の阻害薬
薬効	認知機能の低下をある程度遅らせる。AChE 阻害薬では意欲の低下に効果 メマンチンでは興奮や攻撃性に効果			
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～高度
剤型	錠剤 OD 錠* 細粒 ゼリー状 貼付薬	錠剤 OD 錠 液剤	貼付薬	錠剤 OD 錠
用法	1	2	1 リバルエンは週2回貼付	1
主な副作用	食欲不振、下痢、徐脈、貼付薬では皮膚の炎症 長期使用では興奮			眠気 めまい感
推奨度	グレード A 強く勧められる	グレード A 強く勧められる	グレード A 強く勧められる	グレード A 強く勧められる

* OD 錠：水なしでも飲めるように、口の中で溶けるようになっている剤型。

これらの薬剤と異なり、脳内のアミロイドを除去することによって、認知機能の悪化を遅らせるという、抗アミロイドβ抗体薬が発売になりました。2023年に発売されたレカネマブ（商品名レケンビ）と2024年に発売されたドナネマブ（商品名ケサンラ）です。アミロイドがたまっていることが確認されれば軽度認知障害（MCI）の段階から使用できる点が大きな特徴で、認知機能の悪化や日常生活動作の悪化を遅らせることが明らかになっています。アルツハイマー型認知症の原因の一つと考えられているアミロイドを取り除く治療ですので他のタイプの認知症には使えないこと、使用できる認知機能の範囲が決められていること、レカネマブでは2週に一度ドナネマブでは4週に一度受診して点滴で投与する必要があること、副作用としてあげられる小さな出血を確認するため頻回のMRI検査が必要なこと、など投与するための条件がいくつか設けられています。そのため投与の条件を満たせず、希望されても投与できない方も一定数おられます。投与施設は治療の適用とならなかった方に対する支援も必要となります。投与施設についてはいくつかの条件が定められており、投与できる施設が限られています。投与可能な施設についてはそれぞれの地域でご確認ください。

6 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する治療・対応

BPSD に対する対応としては、薬物は第1選択ではないという考え方が一般的です。できるだけ、薬物以外の対応を試みます。しかし、状況によっては薬物療法で落ち着く場合もあるので、かかりつけの医師に相談します。薬物を使う場合も副作用などに十分配慮し、慎重に使いましょう。2025年3月に「かかりつけ医・認知症サポート医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第3版)」が公表されました。新しく使用可能になった薬剤も含め具体的な治療指針が示されています。

認知症の夫は家族が目を離すと外へ出て行ってしまいます。
どのように対応したらよいでしょう？

外に出ていく原因や目的がある場合は、止めたり慌てたりせず、できるだけ一緒に付き添うことも大切です。迷子になってしまうような場合は、近所の人や、地元の警察に事情を話し、写真を見せるなどして、本人を見かけたら連絡してもらうように、お願いしておきましょう。また、衣服や靴などに名前、住所、連絡先をつけておくことも一つの手段です。

地域によっては徘徊している人を見つけたら通報する仕組みとしての「みまもりネットワークシステム」等、居場所の確認用の携帯端末機の貸し出し、徘徊する人の安全を確保し早期発見するための「メール配信システム」などを導入している場合もあります。お住まいの市区町村に確認してみてください。

家庭では、ドアを開けるとチャイムが鳴るセンサーをつけ、外に出たことがわかる工夫をしてみましょう。

物盗られ妄想があり、とてもお金に執着しています。
どのように対応したらよいでしょう？

認知症の症状の一つとして、お金や財布、預金通帳など金銭へのこだわりが強くなる場合があります。もの忘れや置き忘れも増えて、探しているものが見つからないと、家族が盗ったという「物盗られ妄想」につながることもあります。このような場合には強く否定したり、理屈で説得しても通用しません。本人がなぜそう思うのかを考え、気持ちにゆとりを持って接することが大切です。

日頃から物をしまう場所を観察しておき、一緒に探したり、本人に見つけてもらうような工夫をすることも良いでしょう。

7 非薬物療法

認知症の治療の中で薬物を使わないいわゆる「非薬物療法」があります。リハビリテーションとされることもあり、回想法、音楽療法など様々で、有効であったという報告もあります。しかし、薬の治験のように組織的にまた科学的に大規模な調査研究をして、効果が明らかにされたものはほとんどありません。

現在薬物療法で使われているアルツハイマー型認知症の治療薬に加えて薬物以外の働きかけ、家族や介護者の対応が、本人の生活の質や病気の進行に影響を与える可能性があります。2012年にフィンランドの研究者によって公表された、FINGER 研究では栄養カウンセリング、運動習慣、認知トレーニング、生活習慣病の管理といった複合的な介入を行うことで、注意力や記憶力の改善、認知発症リスクの低下といった結果が得られています。この研究は世界中で追試が行われており、日本においても複合的介入ことに運動習慣のある人で有意に認知機能の改善が得られています。

デイケアプログラムの中で、さまざまな「非薬物療法」を取り入れているところもあります。効果には個人差があり、同じプログラムが他の人にも同じように効果があるとは限りませんが、その人に合ったものを楽しく行えるようであれば、よい結果をもたらすこともあります。

いずれにしても、薬だけに頼るのではなく、それ以外のことも大切であり、本人の生活の質を高め、介護負担を減らすことができます。

遺伝について

アルツハイマー型認知症の中には、家族性アルツハイマー病と呼ばれるタイプがあります。極めて稀な病気ですが、50歳未満の年齢で発症する場合があります。他の遺伝性疾患と同様にご本人だけでなく血縁のご家族にも関連する疾患ですので、遺伝カウンセリングをはじめとした、特別な配慮が必要です。

8 診断後の支援

若年性認知症の診断前、本人や家族は原因がよく分からないまま、様々な生活変化に直面し、強い不安や当惑の中にあります。診断後も病気への不安に加え、本人は役割の変化などによるアイデンティティの揺らぎを感じることがあり、家族も本人を支える立場へと関係性の変化に戸惑うことが少なくありません。

こうした状況に配慮し、まずは本人と家族それぞれの思いや経験を丁寧に傾聴することが不可欠です。その上で、本人や家族の立場に立ち、病態や今後の見通し、より良い生活を維持するための具体的な方法を、分かりやすく丁寧に伝えていくことが重要です。診断後、本人や家族からは認知症と診断された後に、次のような点が求められています。

- 1 本人や家族の心情に配慮した説明
- 2 本人・家族への心理社会的ケア
- 3 診断された医療機関の場での診断後支援
- 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の横断的なサービス利用
- 6 地域や職域における若年性認知症の理解の促進

特に、認知症疾患医療センターでは、若年性認知症の人が診断されるケースが多く、診断後の関わり方がその後の生活に大きな影響を及ぼします。以下のガイドを参考に、適切な診断後の支援の実現に努めることが重要です。

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

このガイドは、認知症疾患医療センターに勤務する職員（医師，看護師，相談員等）が、若年性認知症の診断後に認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を行うべきか、また、認知症疾患医療センターを利用する認知症の本人や家族等が、認知症疾患医療センターにおいてどのような診断後支援を受けることができるかを簡便に知ることができるように作成されています。

令和5～7年度厚生労働科学研究（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」（研究代表者：鷺見幸彦）

分担研究課題「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」（研究分担者：栗田圭一）

①若年性認知症コールセンター HP



②認知症介護情報ネットワーク (Dcnet) HP



第4章 日常生活上の留意点

ねらい

日常生活において、認知症と気づくポイントや留意すべき点を理解しましょう。また、家族支援の重要性も理解しましょう。

1 “気づき”のポイントとチェック項目

日常生活の中で、行動や話すことがいつもと違うという“気づき”が認知症の発見につながります。

最初は物を置き忘れたり、約束を忘れてしまったり、失敗を取り繕って言い訳をすることがあります。本人も、忘れていたり、失敗したことはわかりますが、どうしていいのかわからずに怒りっぽくなったり、イライラするようになります。また、不安になったり、物事に無関心になり、意欲がなくなることもあります。気分が落ち込んで、人格が変わってしまったように見えることもあります。

車の運転をする人では、事故を起こしたり、目的地に着けないこともあります。主婦の場合は、家事が今までのようにきちんとできなくなったり、買い物に行って同じものを何度も買う、冷蔵庫にあるものをまた買う、おつりの計算が出来ず、毎回お札を出し財布に小銭がたまっているなどということもあります。料理の味付けが変わったり、手順を忘れて完成できなくなります。

このような日常の行動や発言は、できればメモしておく、受診した時に役に立ちます。認知症の症状は、他の脳の病気やうつ病のような気分障害などの精神疾患と似ている部分があり、診断は専門の医療機関でなされます。家族から見た、以前とは違う様子や行動は、医師の問診の参考になり、診断する上でも重要なポイントになります。

<受診時のポイント>

家族から見た、以前とは違う様子や行動は、医師の問診の参考になり、診断する上でも重要なポイントです。

具体的なチェックポイント

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞く | <input type="checkbox"/> 家電製品の使い方がわからない |
| <input type="checkbox"/> 伝言したことがうまく伝わらない | <input type="checkbox"/> テレビや新聞を見なくなる、関心なくなる |
| <input type="checkbox"/> 電車・バスで乗る駅や降りる駅がわからない | <input type="checkbox"/> 風呂に入りがたがらない |
| <input type="checkbox"/> よく知っている道なのに迷ってしまう | <input type="checkbox"/> 好きだった趣味の活動をしなくなる |
| <input type="checkbox"/> 通帳、印鑑、財布、携帯、鍵、電話などをよく失くし、家族が盗ったという | <input type="checkbox"/> 鍋を焦がす、ガスの火を消し忘れる、水道の水を出しっぱなしにする |
| <input type="checkbox"/> いつも同じ服を着て着替えたがらない | <input type="checkbox"/> 外出したがらない |

2 日常生活の工夫

日常生活上での困りごとは、少し工夫をすることで改善できる場合があります。相談者の状況に応じて助言しましょう。

- 眼鏡やスケジュール帳など、**ふだんよく使う物**は、決まった場所に置くようにしましょう。
- 服や小物が入っている引き出しには、入っている物を書いた**ラベル**を貼っておきます。日頃から身の回りの物を整理・整頓して置くことも大切です。
- 外出するときには、鍵、財布、携帯電話など、**必要な物を1つの袋や箱**にまとめておいたり、**持っていく物のリスト**を見やすいところに貼っておくとわかりやすいでしょう。
- **IC乗車券**はケースに入れて、かばんにひもをつけて入れておくと、置き忘れを防ぐことができます。
- **家族の電話番号**なども、見やすい場所にメモを貼り、まとめておくと便利です。
- **メモ**をするのは、もの忘れを防ぐよい方法です。本人がメモをすることが難しい場合は、家族や周りの人がメモを取り、その都度メモを見ながら確認します。この時、あまりたくさんの方が書いてあるとわかりにくいので、大事な情報だけ書くようにしましょう。
- 用事を忘れてしまうことを防ぐには、**カレンダー、卓上の日めくり、スケジュール帳、ホワイトボード、小さいメモ用紙ではなくできるだけ大きな紙を壁に貼って**活用します。家の中の見やすいところにカレンダーや日めくりを貼り、日にちや曜日を確認しやすくします。
- 1か月ごとのカレンダーでわかりにくい場合は、1日ごとの**日めくり**が使いやすいかもしれません。
- 薬の飲み忘れもよくある症状です。1週間分の薬を、朝、昼、晩、寝る前、と分けて入れられる容器を使います。飲む時間を忘れる場合は、薬を飲む時間に**タイマーをセット**しておき、音が鳴ったら飲むという方法もあります。
- また、1回に飲む薬が複数の場合は、薬局でひとまとめにする「**一包化**」という方法があります。
- 薬を1日1回の投与になるように主治医に相談する。
- 料理など家事に関することで、毎日同じようなメニューになってしまうときは、あらかじめ大まかな献立を、**カレンダーや日めくり**に書いておく方法もあります。
- ゴミ出しは、指定された日を忘れないように、**カレンダーや日めくり**にゴミを出す日と種類（燃えるゴミ、燃えないゴミ、資源ゴミ、ビンや缶など）をわかりやすく書いておきます。
- このようにメモ、カレンダーなど目で見ると手がかり、**タイマーの音**など耳で聞く手がかりがあると思出しやすくなります。

3 車の運転

車を運転するには同時に複数の判断を必要とし、そこに運転動作を結びつけなくてはなりません。認知症になると、それまでには考えられなかった操作ミスなど、危険を伴う場合があるため運転をやめてもらうようにしましょう。

また警察に相談してみるのもよいでしょう。運転免許証の更新を希望する75歳以上の高齢運転者に対しては、講習予備検査（通称「認知機能検査」と呼ばれます）をおこなうことが義務づけられています。運転者が「認知症」の場合、年齢に関係なく「公安委員会により『運転免許を取り消す』、または、『免許の効力を停止する』ことができる」と道路交通法では定められています。ご本人が納得し、返納していただくことが望ましいのですが、本人の思いやプライドもあると思いますので、十分な配慮の上、主治医から話してもらうこともよい方法です。

警察署や運転免許センター（試験場）には、運転技能や運転免許についてなど、運転にかかわる全般的な、安全運転相談窓口があり、認知症やその他の病気のために運転に不安がある場合などに、免許の更新や運転の継続について相談できます。

認知症の人の運転に対する家族の対応例

- 1 家族が運転する車に乗ってもらう
- 2 子どもや孫が運転中止を勧める
- 3 友人や近所の人に中止を勧めってもらう
- 4 自動車販売・修理店に協力してもらう

運転できない人のため、地域によっては、通院や買い物の際に有料で送迎してくれる「福祉有償運送サービス」があります。NPO 法人などで「助け合い事業」として行われているもので、会員であれば、要介護認定や障害者手帳所有などを条件に利用できます。

代りになる身分証明について

一般的には、健康保険証やパスポートなどがあります。運転免許証を自主返納した方や運転免許証の更新を受けずに失効した方は、返納や失効から5年未満であれば運転経歴証明書の交付を受けることができます。運転免許証と同じ様式で顔写真付きです。平成24年4月1日以降に交付された運転経歴証明書は、運転免許証に代わる公的な本人確認書類として、利用することができます。

また個人番号カード（マイナンバーカード）も公的な身分証明書として利用できます。

4 本人支援・家族支援

同じ立場にある本人や家族同士が集い、経験を分かち合う場合は、自分らしい暮らしを続けていくための原動力となります。

本人は仲間との対話を通じて「自分だけではない」という安心感を得て、前向きに生きる意欲や生活の工夫を見出すことができます。家族もまた、悩みや介護の体験を共有することで、孤立を防ぎ、役立つ情報や互いに励まし合う力を得ることができます。こうしたつながりが、明日への希望を育む契機となります。

本人支援の取り組み

本人ミーティング

認知症の本人が集い、本人同士が主役となり、体験や希望を語り合いながら、自分たちのより良い暮らしと地域づくりをともに考える場です。

チームオレンジ

認知症の初期段階から当事者と支援者（認知症サポーター等）をコーディネーターがつなぎ、地域全体で支え合う仕組みです。

本人ミーティングやチームオレンジについては、行政窓口（福祉課等）や地域包括支援センターに問合せください。

家族支援の取り組み

公益社団法人 認知症の人と家族の会

- 本部連絡先：電話 050-5358-6578（通話有料）
HP <https://www.alzheimer.or.jp>
各都道府県に支部があります。

ケアラース（介護者）・カフェ

介護者支援総合相談センターとして、若年に限らず認知症の介護家族のための支援の場、レスパイトの場、さらに地域に開かれた場として学びの場、就労の場となりうるものです。

認知症疾患医療センターなど専門医療機関でも、介護家族を対象に、認知症に対する理解を深め、介護や日常の対応を学ぶ「家族教室」を開いているところがあります。

一般社団法人 全国若年認知症連絡協議会

- 若年性認知症の家族会や支援機関の団体です。
- 連絡先：電話 03-6380-0166
HP <https://jeodc.jimdofree.com>

本人と家族の支援の取り組み

本人・家族の交流会

行政やNPO、ボランティア団体などにより様々な取り組みがされています。本人の交流会を行っている機関や団体もあります。

電話や面接による相談に対応したり、会報や冊子の発行で情報を伝えたり、講演会を開催したりする取り組みもあります。

認知症カフェなどの交流会

認知症カフェは、認知症の本人だけでなく、家族、地域の人や専門家が気軽に集まれる場所です。デイサービスなどへは、“認知症の人”として行くのに対し、カフェには、“1人のひと”として行きたいときに行けて、本人や家族、地域の人、専門家と交流することができ、相互に情報を共有し、お互いを理解し合うことができます。

ピアサポート活動

同じ経験を共有する当事者同士による「ピアサポート」や「ピア活動」は、本人と家族双方にとって心理的支えであり、互いを力づけ合う重要な機会となります。こうした活動は、本人の社会参加を促進するだけでなく、認知症の人を含むすべての人が互いに尊重し、支え合う共生社会の実現に向けた地域づくりとしても重要な意義があります。

5 本人・家族等が必要とする情報

診断後のサービスに対する情報が不足すると、適切な時期に支援を受けられない可能性があります。若年性認知症の本人や家族等が必要とする情報を調査した結果、医療、介護、経済的支援、健康、社会資源のいずれの分野でも、6割以上が情報を検索した経験がありました。

情報の入手先としては、医療機関や地域包括支援センター、行政窓口、若年性認知症支援コーディネーター等の専門職による信頼性の高い情報が求められていました。同時に、インターネットによる情報収集も幅広く活用されていました。

検索時期による傾向では、症状や病気の進行に関する情報は診断直後に集中する一方で、医療相談窓口、経済的支援、介護方法、社会資源に関する情報は、診断直後から症状の変化に応じて、継続的に調べられていました。特に、介護方法や社会資源、医療相談窓口に関する情報については、時期に関わらず継続的に調べている人が多く見られました。

本人や家族が求める情報は、発症初期の「情報不足による混乱」から「生活支援やケア負担の軽減」へと段階的に変化します。また、本人は「社会参加」、家族等は「接し方や生活支援」など、立場によって重視する情報が異なる傾向が見られました。

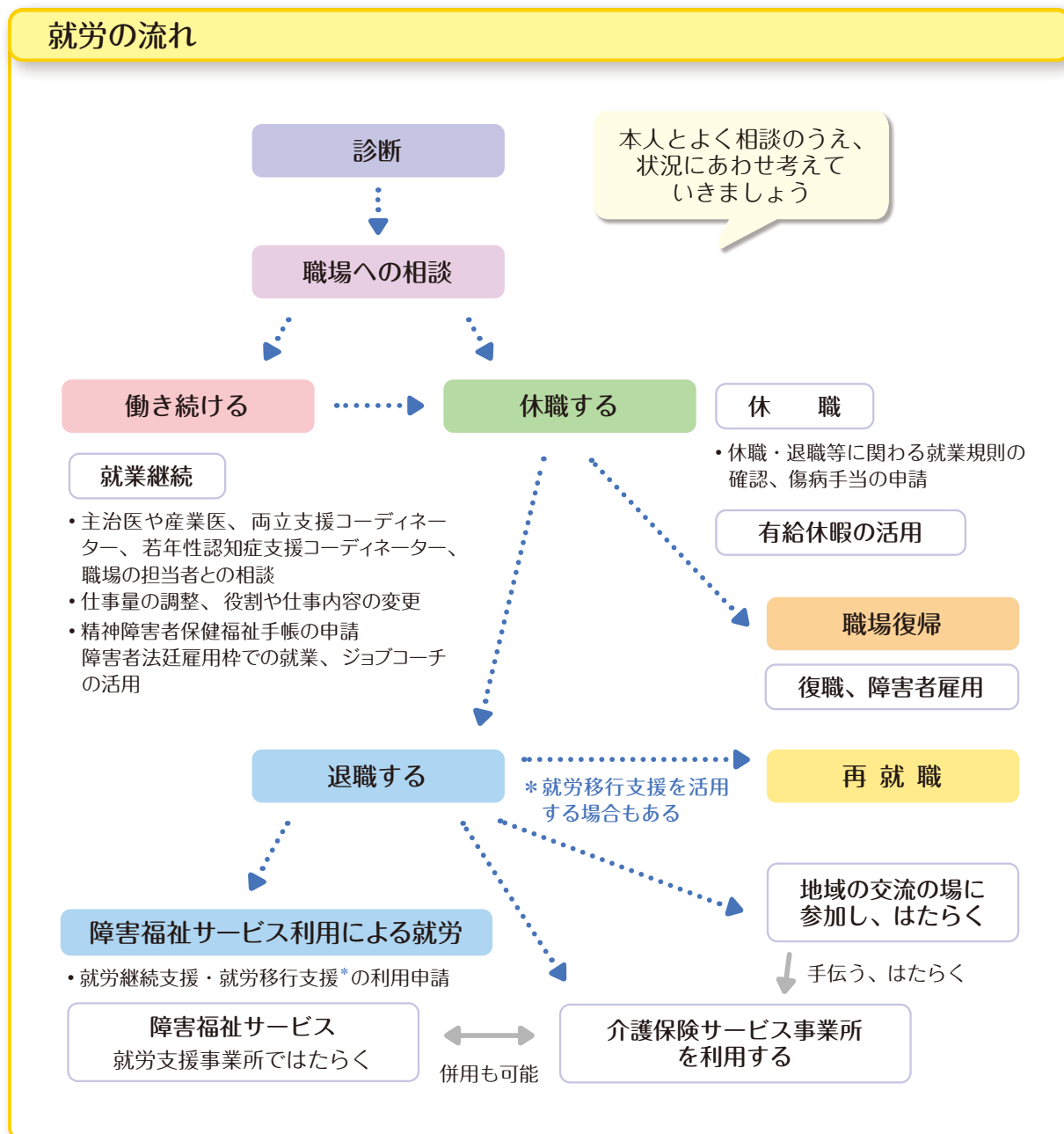
このように、求める情報は多面的であり、時期や立場によっても変化します。そのため、社会参加支援や家族支援を含め、時期や立場に応じた情報提供と地域での支援体制を整えることが重要です。

第5章 就労支援

1 就労支援の流れ

若年性認知症の人は働き盛りの年代で発症することが多く、仕事への影響も大きいいため、就労支援を検討することが重要です。認知症と診断された後も、職場で適切な配慮や支援があれば、就労を継続できる場合があります。また、一般就労の継続が難しい場合には、障害者雇用による就労、障害福祉サービス事業所を利用した福祉的就労、有償・無償のボランティア活動など、本人の状態や意向に応じた多様な社会参加の形を検討することが求められます。

就労の流れ



2 一般就労継続

若年性認知症の人は発症時には仕事に就いている場合が多い一方で、他の疾患をもつ人と比べて、就労の継続が難しく、結果として離職に至る割合が高いことが指摘されています。なかには、職場から十分な配慮や支援が得られないまま、退職を選ばざるを得ない人も少なくありません。

退職は経済的な問題にとどまらず、居場所や社会的役割の喪失にもつながり、本人のQOLや身体的・精神的・社会的に、すべてが満たされた状態にも大きな影響を及ぼします。また、一度退職すると再就職は容易ではなく、前職と同等の収入を維持することも難しくなります。そのため、まずは可能な限り現在の職場で就労を継続できるよう支援することが重要です。

国では疾病を抱える人が適切な就業上の措置や治療への配慮を受けながら、治療と仕事の両立が図れるよう、両立支援の取り組みが進められています。2021年には「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」が作成され、さらに2022年度の診療報酬改定では、治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の対象疾患に「若年性認知症」が追加されました。また、両立支援の現場では、治療と仕事の調整役として「両立支援コーディネーター」の育成も進められています。両立支援の相談については、各都道府県の産業保健総合支援センターに問合せください。

「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」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001594454.pdf> (令和8年1月時点)

両立支援コーディネーターとは

両立支援コーディネーターは、支援対象者が治療と仕事を両立できるよう、それぞれの立場に応じた支援の実施、両立支援に関わる関係者との調整を行います。具体的には、継続的な相談支援を行いつつ、支援対象者の同意を前提として、治療に関する情報や業務に関する情報などを得て、支援対象者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮等の情報を整理して本人に提供します。

厚生労働省「治療と仕事の両立支援ナビ」<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/> より引用 (令和8年1月時点)

若年性認知症の人は、職場内の環境整備や支援体制の枠組みが整うことで、働き続けることが可能な場合があります。こうした支援を実現するためには、企業外の専門機関と連携することが有効です。例えば、若年性認知症支援コーディネーター (P.42、63) や地域障害者職業センターとの連携 (P.58)、職場適応援助者 (ジョブコーチ) 支援事業 (P.58) の活用を検討するとよいでしょう。また、復職に向けて、就労移行支援事業所を活用する場合もあります。

さらに、企業関係者に対して、認知症の症状や残された能力や経験に配慮した業務内容の工夫、職場環境の調整方法等を共に検討することが重要です。また、認知症があっても働き続けられることは可能であるという認識を高めていくことも求められます。そのため、企業関係者を対象に認知症サポーター養成講座等の研修機会を設け、認知症や本人への対応に関する理解促進を図ることが重要です。さらに、以下に示す内容を参考に、企業関係者へ具体的な配慮の一例として提案していくことが大切です。

●本人の以下のような状態は病状として理解する

- ・聞きたいことが言えず、言葉がすぐ出てこないことがある
- ・新しいことは覚えられない、何度も同じことを聞く
- ・複数の作業が同時にできない、作業の手順が理解できない
- ・一度にたくさんのことを言われるとわからない
- ・メモをとることが苦手、字がきちんと書けず誤字が多くなる

●本人の感情やプライドを尊重したコミュニケーションを心がける

- ・話しかけていることがわかるように、目を見て話す
- ・作業は簡潔にひとつひとつ分けてゆっくり話し、一度にたくさん言わない
- ・混乱しそうな時には早めに声をかける、言葉だけでなく表情や動作で示しながら説明をする
- ・できるだけ、発病の前と同じように接する

●本人の仕事の見直しと家族の理解を得る説明

- ・業務内容や業務量、労働時間や労働の細分化、単純化が図れるか検討する
- ・業務による本人の身体的リスク、顧客への対応のリスクの有無を検討する
- ・業務を見守る体制づくりをし、見守りサポーター役はチームで行う
- ・業務内容を、わかりやすいメモや図で本人に示す
- ・本人が迷わないよう、机、ロッカーに名前をつける
- ・休憩時間や退社時間がわかるように声をかける
- ・家族に本人の就業状況や職場の対応について丁寧に説明をする

●通勤の手段、安全確保の検討をする

- ・公共交通機関の利用方法の確認、送迎の可否を検討する

特定非営利活動法人 北海道若年認知症の人と家族の会<通称 NPO 法人北海道ひまわりの会>「-就労中に若年性認知症の診断をうけたら-若年性認知症の人の「はたらく」と「社会参加」を支えるために」から引用

なお、本人のなかには、現在の職場で働き続けることを必ずしも希望していない場合があります。職場内の人間関係の変化や家族の思いなど、様々な要因から周囲に気を配りながら心身の負担を抱えて働いていることも少なくありません。実際に、休職や退職に向けた準備を進めることで、気持ちや体調が落ち着き、今後の生活を前向きに考えられるようになったという声も聞かれます。そのため、就労継続だけにとらわれることなく、本人の状態や意向を尊重した支援が求められます。

3 福祉的就労

若年性認知症の本人や家族が必要と考える通いの場では、「外出や趣味活動を楽しめる通いの場」以外にも、「軽作業に取り組むなど就労に近い内容の通いの場」や「就労支援を受けられる通いの場」といった、働くことへの希望も多いことがわかっています。こうした希望に応える選択肢の一つとして、障害者総合支援法に基づく就労継続支援といった障害福祉サービスを活用した福祉的就労により、就労が可能となる場合もあります（障害者総合支援法に基づく各サービスの詳細についてはP.54～56を参照）。

一方で、若年性認知症の人の受け入れ経験がある障害福祉サービス事業所は多くはなく、若年性認知症に関する周知と理解が十分に進んでいないことから、事業所内で支援経験が蓄積されにくい状況にあります。そのため、若年性認知症の人への支援を充実させていくには、障害福祉サービス事業所職員に対して、若年性認知症に関する理解を深めるための取り組みを併せて進めていくことが求められます。

「ソフトランディングの視点と若年性認知症支援コーディネーターの役割」



障害福祉サービス事業所での若年性認知症の人に対する支援のポイントなどを記載

<https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/softlanding2020.pdf> (令和8年1月時点)

また、福祉的就労を続ける中で、認知症の症状が進行すると、食事や排せつ等のADLの低下から、退所に至るケースも少なくありません。急な環境の変化は本人に大きな負担となるため、本人の状態や意向に応じて、介護保険サービスを併用しながら、段階的に介

介護保険サービスへ移行していくことが望まれます。一方で、制度を横断してサービスを利用する際には、支援の進め方に迷うことがあります。そのような場合には、若年性認知症支援コーディネーターが中立的な立場から、本人や家族の多面的なニーズを踏まえつつ、多分野にわたる支援体制の構築や制度間の連携調整を担うため、相談先の一つとして活用するとよいでしょう。

障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用が可能な根拠

厚生労働省通知（令和5年6月30日）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項及び運用の具体例等について

<https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf>（令和8年1月時点）

4 認知症とともににはたらくこと

認知症の人は「何もできない人」という偏った見方から、本来持っている力を発揮できる環境が十分に整わない状況に置かれやすい面があります。また、若年性認知症の人のニーズに合った地域資源の開発も求められています。一般就労や福祉的就労に加え、介護保険サービス事業所での有償・無償ボランティアなどの社会参加活動について、厚生労働省から通知が発出され、取り組みが進められています。こうした支援のあり方も、選択肢の一つとして検討するとよいでしょう。

はたらくことは社会とのつながりを保ち、自分の役割を果たし、生きがいを感じることができるとい側面があります。これは認知症基本法が掲げる「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる社会」の実現にもつながります。

厚生労働省通知（令和6年8月8日、vol.1302）

若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について（再周知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001285833.pdf>（令和8年1月時点）

第6章 利用できるサービス・制度

ねらい

若年性認知症の人が置かれている状態や環境に応じて、利用できるサービスや制度が異なりますので、各サービスや制度の内容を理解しましょう。

1 最初の相談先

若年性認知症に特化した相談先

若年性認知症支援コーディネーター

若年性認知症の人への支援には、医療・介護・福祉・労働など多分野にわたる関係機関・専門職が連携した支援体制の構築が不可欠です。このため国では、支援の窓口をワンストップ化して、若年性認知症の人が発症初期から切れ目のない支援を受けられるよう相談窓口を設置し、若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役として、全国の都道府県および一部の指定都市に若年性認知症支援コーディネーターが配置されています。

若年性認知症支援コーディネーターは、本人の視点に立ち、本人が自分らしい生活を継続できるよう生活状況に応じた総合的なコーディネートを行うことを目的としています。認知症が疑われる段階から相談可能であり、本人や家族だけでなく、専門職や行政担当者等からの相談にも対応しています。

具体的な支援内容として、本人や家族の悩みの共有や整理、利用できる制度・サービスの紹介や手続き支援などの個別相談に加え、職場や福祉サービス事業所等と連携した就労継続支援や居場所づくりの推進、研修会等を通じた若年性認知症に関する正しい知識の普及・啓発活動など、多岐にわたります。ただし、配置先の方針等によって、実施する支援内容が異なります。

最新の相談窓口や若年性認知症支援コーディネーターの配置先については、認知症介護研究・研修大府センター内に設置された全国若年性認知症支援センターが運営する若年性認知症コールセンターの公式ウェブサイト（URL：<https://y-ninchisyotel.net>）にて確認できます。



若年性認知症コールセンター

若年性認知症コールセンターは、2009年10月1日に認知症介護研究・研修大府センターに設置され、2018年4月からは同施設内に設置された全国若年性認知症支援センターにより運営されています。

専門的な教育を受けた相談員が、若年性認知症の本人やその家族に加え、医療・福祉関係者等の専門職からの相談に、電話やメールを通じて匿名で対応しています。また、相談内容に応じて、全国の若年性認知症支援コーディネーターへつなぐ役割も担っています。受診前からでも、全国どこからでも気軽に相談できる窓口です。

●フリーコール：0800-100-2707（通話料無料）

<https://y-ninchisyotel.net/>

月～土曜日 10:00～15:00（水曜日 10:00～19:00）

その他の相談先

医療機関のソーシャルワーカー

病気と今後の経過、生活上の注意点などを主治医に確認したうえで、これからの生活については、その医療機関のソーシャルワーカーに相談します。相談は困ったことができてからでもいいのですが、診断がついてすぐに相談を始めることで、知らなかった情報が得られたり、不安な気持ちを受け止めてもらえたりして、安心につながります。

地域包括支援センター

全国に5,487か所あり（令和7年4月末現在）、主任介護支援専門員（ケアマネジャー）、保健師、社会福祉士の3職種が、チームとして地域包括ネットワークを構築し、高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を送るための様々なサービスを提供します。高齢者だけでなく、若年性認知症の場合も専門職の人が相談に対応します。

基幹相談支援センター

市町村に設置され、障害者等の地域における生活を支援するため、福祉サービスの利用や各種制度の活用に関することなど、様々な相談に対応します。

社会福祉協議会

社会福祉法に基づき、市区町村ごとに設置される地域福祉推進の中核組織です。生活福祉資金貸付制度の運営をはじめとする多角的な地域福祉活動を展開しています。

認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員は、地域の実情に応じた認知症施策を推進する中核的な役割を担う存在として、各市区町村に配置されています。その配置先は地域包括支援センターをはじめ、市町村本庁や認知症疾患医療センターなどです。主な役割としては、「医療・介護等の支援ネットワークの構築」や「関係機関と連携した事業の企画・調整」、「相談支援体制の構築」等が挙げられます。特に、認知症の人の社会参加を推進するにあたっては、認知症地域支援推進員と連携しながら取り組むことが望ましいとされています。

2 会社等に勤務している場合

いったん退職してしまうと再就職するのは難しい場合が多いので、できれば今いる職場で続けて働くことを考えましょう。上司や人事担当者、産業医等と話し合い、職場の理解を得られるようにします。仕事の内容にもよりますが、配置転換をしてもらったり、障害者雇用*の枠に入れてもらうなどの方法もあります。

いずれにしても早期診断がポイントで、症状が軽度であれば、仕事を続けられる可能性があります。

* 認知症と診断され、一定の精神障害の状態にあることが認定された場合、「精神障害者保健福祉手帳」を取得できます。血管性認知症やレビー小体型認知症などで、身体症状がある場合は「身体障害者手帳」に該当することもあります。これらの手帳があれば、企業の障害者雇用枠として働き続けることが可能になる場合があります。

① ▶ 企業の障害者雇用

障害者雇用率制度により企業においては、一般企業では常時雇用している労働者の2.5%以上、特殊法人と国・地方公共団体では2.8%、都道府県等の教育委員会では2.7%以上の障害者を雇用することが義務付けられています（令和6年4月1日改正）。現在就労中で障害者手帳を取得している場合は、会社に相談します。退職後、障害者雇用を希望する場合はハローワークに相談します。

② ▶ 企業の介護休業制度

家族を介護する人は、会社に申し出ることにより、介護休業、介護休暇、短時間勤務、時間外労働の制限、深夜労働の制限を利用することができます。



就労継続を支援するために知っておきたいことは

認知症介護研究・研修大府センターが作成した 「若年性認知症の従業員とともに働く」

- ▶ DC ネット
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/330/o_2019_kigyoleaflet_jyakunensei.pdf
- ▶ コールセンター
<https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/coordinator2020.pdf>

③ 傷病手当金

「傷病手当金」は、全国健康保険協会（協会けんぽ）又は健康保険組合に加入している本人（被保険者）が、若年性認知症などの病気や業務外のけがで仕事を休み、給料がもらえないときにその間の生活保障をするための「現金給付制度」です。

※健康保険に加入していない事業所へお勤めの人、自営業の人、退職後に健康保険に任意加入している「任意継続被保険者」は、傷病手当金を受けることができません。

傷病手当金の支給条件（協会けんぽの場合）

- ① 病気やケガで療養中であること
- ② 仕事に就けないこと（労務不能である医師の証明が必要です）
- ③ 連続して4日以上仕事を休んでいること
- ④ 給料が支払われていないこと

待期期間の考え方

働けなくなった日から起算して、連続して休んだ3日間を「待期期間」といいます。

療養のために労務不能であれば、欠勤・公休・有給休暇など、いずれも「待期期間」に算入することができますが、「待期期間」は傷病手当金は支給されません。

① 休 出 休 休 出 出 休 休 出 休

連続して3日間休んでいないため、「待期期間」になりません

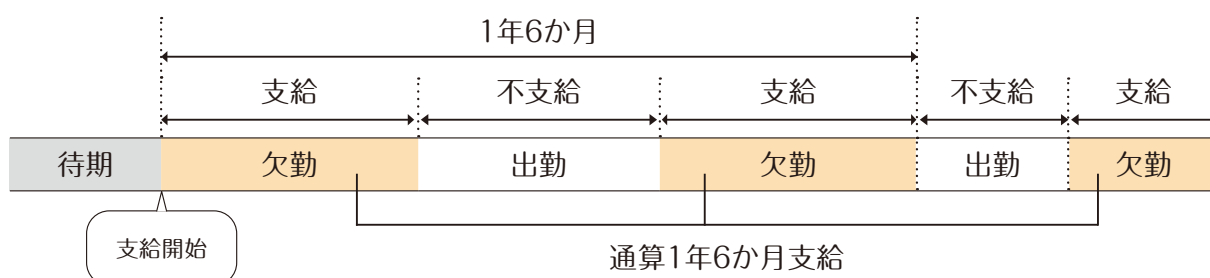
② 休 休 休 休 休 休 休 休 休 休

待期期間

傷病手当金受給

【傷病手当金の支給期間】

⇒支給期間を通算して、1年6か月まで支給。



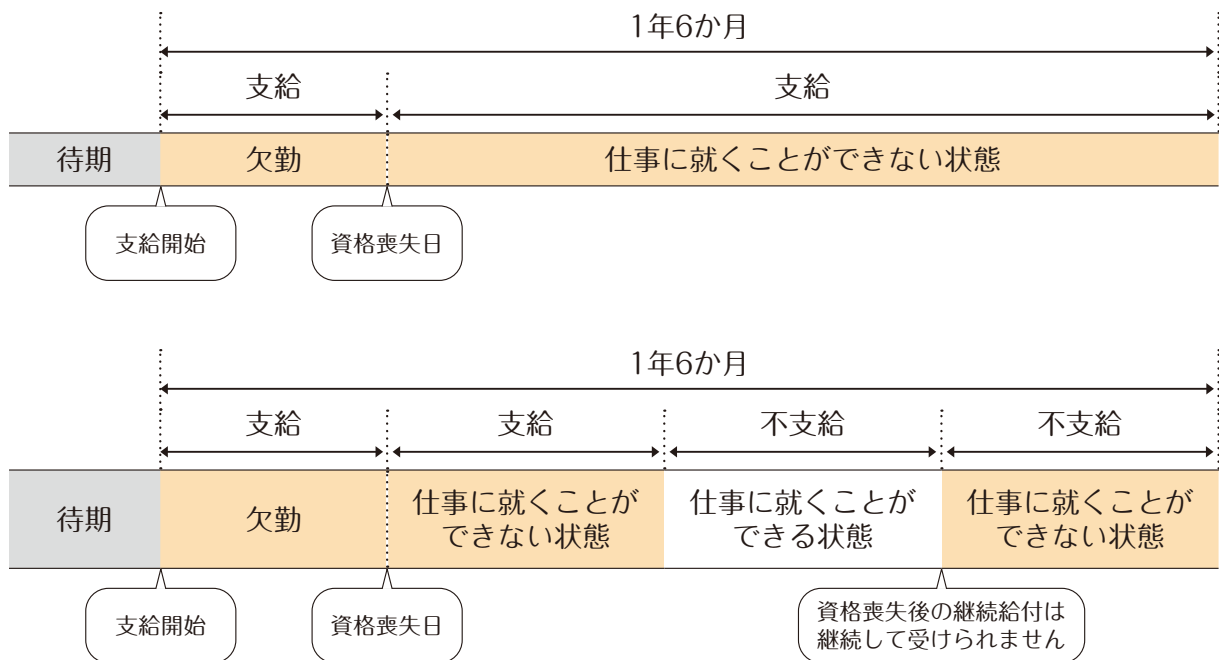
(協会けんぽ資料)

退職後、引き続き傷病手当金は受けられますか？

退職日（資格喪失の前日）まで、被保険者期間が継続して1年以上あり、退職日に傷病手当金を受けているか、受けられる状態であれば、退職後も引き続き傷病手当金を受けられます（資格喪失後の継続給付といいます）。

老齢厚生年金を受給しているときは、傷病手当金は受給できません。ただし、年金額が低いときは、その差額が支給されることがあります。また、障害年金を同時に受給される場合も、調整される場合があります。

一旦仕事に就くことができる状態になった場合は、その後さらに仕事に就くことができない状態になっても、傷病手当金は支給されません。



(協会けんぽ資料)

4 ▶ 障害者手帳

身体障害者手帳

「視覚障害」「肢体不自由」などの身体の障害があり、生活に支障を来す場合に申請することができます。障害の程度によって1級から7級まであり、1級から6級まで手帳が交付されます。一定以上の障害があり、永続すると考えられる場合に申請できます。

精神障害者保健福祉手帳

認知症などの精神疾患があり、日常生活に支障を来す場合に申請できます。医療機関に該当する疾患で初めてかかった日（初診日）から6か月経過した以後での障害の程度で決められます。

申請手続き

お住まいの市区町村の障害福祉担当課等、保健所
障害者手帳申請書、診断書等が必要です。

受けられるサービス

税制の優遇措置、公共交通料金や施設の利用料の割引等があり、詳細は窓口でお尋ねください。

5 ▶ 自立支援医療（精神通院医療）

認知症で通院治療している場合、登録した医療機関や薬局で支払う医療費の自己負担が1割に軽減される場合があります。なお、世帯の所得や疾病等に応じて自己負担額の上限が定められています。

申請手続き

申請書、主治医の診断書、健康保険証等を市区町村の福祉課等に提出

- ➔ 都道府県（または指定都市）が支給認定
- ➔ 原則として、1か所の医療機関、薬局、訪問看護事業所での利用が可能（場合によっては、医療機関の追加申請も可能）

医療費の自己負担は1割となります。

⑥ ▶ 障害年金

病気やけがをして、障害の状態になってしまったときに受け取ることができます。初診日に加入している年金により、受給できる年金が異なります。初診日とは、障害の原因になった傷病について、初めて医師の診療を受けた日をいいます。

各障害年金とその該当者

障害基礎年金*

国民年金加入者
(自営業など、20歳以上60歳未満のすべての人)

障害厚生年金

厚生年金保険加入者
(会社員、公務員など)

請求先

市区町村役場
年金事務所

年金事務所
公務員は各共済組合

いつから請求できるか

1年6か月目*に障害の程度を認定

*障害基礎年金が受けられるかどうかは、障害認定日に障害等級に該当するかどうかによって決まります。この障害認定日は、その障害の原因となった傷病の初診日から1年6か月たった日か、それ以前に病状が固まったときはその日になっています。

*1年6か月たった日に軽くて障害等級に該当しなくても、その後65歳までは重くなれば請求して年金が受けられます。

7 ▶ 給料が支払われないとき

社会保険料

社会保険に加入している事業所に勤務している人は、給与・賞与から社会保険料が天引きされています。病気やけがで会社を休み、給料が支払われなくても社会保険料（健康保険料+厚生年金保険料）は払わなければなりません。

雇用保険料

雇用保険料は、支払われた給料（総額）に一定の保険料率を乗じて計算するので、給料が0であれば、保険料は支払う必要はありません。休職中でも、雇用保険の被保険者であることには変わりありません。

8 ▶ 医療費や介護費が高額になったとき

高額療養費

医療機関や薬局で支払う自己負担額が1か月単位で一定額を超えた場合には、その超えた金額を支給する制度です。事前に「限度額適用認定証」を入手し、窓口に出せば、自己負担限度額を超えた分を支払う必要はありません。

➔ 「限度額適用認定証」手続き：加入している健康保険組合、全国健康保険協会（協会けんぽ）、または市区町村

高額介護サービス費

同じ世帯の利用者が1か月に支払った介護サービス費の自己負担額の合計額が、一定金額を超えた場合は、その超えた分が支給されます。自己負担上限額は世帯の状況によって異なります。

➔ 市区町村介護保険担当課

高額医療、高額介護合算療養費制度

同じ世帯内で同一の医療保険に加入している人で、毎年8月から翌年7月までの1年間に「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その合計が一定の額を超えた場合に、その超えた分が支給されます。

➔ 加入している医療保険の担当課、市区町村の介護保険担当課

3 退職後に受けられるサービスや制度

① ▶ 年金

60歳未満の方 → 60歳になるまで「国民年金」に加入します。

60歳以上の方 → 老齢年金の受給条件を満たしている場合は、最寄りの「年金事務所」または「街角の年金相談センター」で、年金の請求手続きをします。

問い合わせ：日本年金機構ホームページ（全国の相談・手続き窓口）

<http://www.nenkin.go.jp/>

② ▶ 健康保険

1 現在の保険を一定の条件で任意継続する（最長2年まで）

「任意継続被保険者」といって、保険料は全額自己負担（上限はある）となります。退職して20日以内に手続きをする必要があります。

問い合わせ：「全国健康保険協会」都道府県支部または「健康保険組合」

「全国健康保険協会」ホームページ <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

2 国民健康保険に切り替える

保険料は、年収や家族の人数によって異なります。

問い合わせ：市区町村役場

3 家族の健康保険に加入し、被扶養者になる

保険料の負担はありません。

問い合わせ：家族が勤務する会社

●医療機関にかかったときは、上記いずれの場合も、医療費は3割負担です。

③ ▶ 雇用保険

会社を退職したあと、失業給付（基本手当）を受けるには、ハローワークに「求職の申し込み」を行い、受給資格の決定を受けた後、「失業の認定」等を受ける必要があります。失業給付（基本手当）の日数は、雇用保険の被保険者であった期間および離職の理由などで決定されます。

病気などで職業に就くことができない場合は、失業給付（基本手当）を受けることはできませんが、ハローワークに受給期間延長の申請をすることにより、失業給付の受給期間（原則1年）を最大3年間延長することができます（最長で離職の翌日から4年間）。

問い合わせ：住居所を管轄するハローワーク

4 ▶ 住宅ローン

金融機関で住宅ローンを契約する場合の多くは、団体信用生命保険への加入が借入れの条件となっています。団体信用生命保険は、住宅ローンの返済途中で、死亡・高度障害になった場合に、本人に代わって生命保険会社が住宅ローン残高を支払うというものです。例えば、住宅金融支援機構（旧住宅金融公庫）の団体信用生命保険では、「加入者が死亡または高度障害状態（中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するものを含む）になった場合、残りの住宅ローンは全額返済を免除する」としています。住宅ローンの融資を受けた金融機関によって、契約内容が異なるので、ローン契約をした金融機関の担当者に尋ね、契約内容を確認してください。

5 ▶ 生命保険

一度解約すると、病気になってからの再加入は難しいので、保険料が経済的に負担になる場合は、掛け金を減らしたり、保険料の支払いは終了して、契約のみ残す方法もあります。

生命保険会社の介護保険

公的介護保険以外に、生命保険会社によるもので、保険会社の定める所定の要介護状態に該当する場合、契約時に定めた金額を受取人が受け取ることのできる「現金給付」です。年齢制限はないことが多い。

高度障害保険金*

高度障害になった時に受け取れるもので、死亡保険金と同額です。この保険金を受け取ると、契約は解除され、以後の保障はなくなります。

高度障害状態

- 1 両目の視力を全く、永久に失ったもの
- 2 言語または咀嚼機能を全く、永久に失ったもの
- 3 中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身、常に介護を要するもの
- 4 両上肢とも、手関節以上で失ったか、またはその用を全く、永久に失ったもの
- 5 両下肢とも、足関節以上で失ったか、またはその用を全く、永久に失ったもの
- 6 1上肢を、手関節以上で失い、かつ1下肢を足関節以上で失ったか、またはその用を全く、永久に失ったもの
- 7 1上肢の用を全く、永久に失い、かつ1下肢を足関節以上で失ったもの

*若年性認知症では、3の要件に当てはまる場合があります。

*高度障害保険金は、加入する生命保険会社に保険対象者本人が請求する必要があります。指定代理人による保険金請求が可能な場合もあります。

*少なくとも、6か月間、症状が継続し、回復の見込みがないなど、その他の条件が必要な場合もあります。

*高度障害の認定は、加入する生命保険会社が、障害診断書を基に判断します。

*障害年金の1級、2級に該当している場合は、高度障害保険金を受け取ることができる可能性があるため、保険会社に問い合わせてください。

*加入している生命保険に「介護特約」がついている場合は、高度障害に該当しない場合でも、一定の条件を満たしていれば、保険金を請求できることがあります。

*保険会社によって「高度障害状態」の認定条件は異なります。

6 ▶ 障害者総合支援法

障害者総合支援法に基づく福祉サービスは、個々の障害のある人々の障害の支援の度合いや勘案すべき事項を踏まえ、個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」と、市区町村の創意工夫により、利用者の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」、利用者に合ったサービスが提供できるよう個別支援計画等を作成する「相談支援事業」があります。

障害福祉サービスの利用について

https://www.shakyo.or.jp/download/shougai_pamph/date.pdf (2024年4月版)

障害福祉サービス申請と利用までの流れ

サービス利用料の自己負担は原則として1割です。
(ただし、所得に応じた負担上限月額があります)



※大阪市若年性認知症支援ハンドブックより引用・改変

障害福祉サービスの内容

介護給付

●介護に関するサービス

- 居宅介護（ホームヘルプ）▶自宅で入浴、食事、家事等の介護を行います。
- 重度訪問介護▶重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする者に対し、自宅で入浴、排せつ、食事等の介護、外出時に移動支援などを総合的に行います。
- 同行援護▶視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。
- 行動援護▶自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
- 重度障害者等包括支援▶介護の必要性がとても高い人に居宅介護などの複数サービスを包括的に行います。
- 短期入所（ショートステイ）▶自宅で介護する人が病気などの場合、短期間、夜間も含めて施設に入所して介護します。
- 療養介護▶医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養管理、看護、介護等を行います。
- 生活介護▶常に介護を必要とする人に、日中、入浴・食事等の介護を行うとともに創作的活動や生産活動の機会を提供します。
- 障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援）
 - ▶施設に入所している人に、夜間や休日、入浴・食事等の介護を行います。

訓練等給付

●訓練に関するサービス

- 自立訓練（機能訓練・生活訓練）▶自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定期間、身体機能または生活能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 就労移行支援▶一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 就労継続支援（A型*、B型*）▶一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 共同生活援助（グループホーム）▶主に夜間において、共同生活を行う住居で、相談や食事等の介護、その他の日常生活上の援助を行います。

*就労継続支援 A 型（雇用型）：利用開始時、65歳未満で特別支援学校を卒業した人や離職した人を対象に、雇用契約に基づいて働きながら、一般就労も目指します。就労を希望する65歳未満の障害者で、一般の事業所に雇用されることが可能と見込まれる人が対象です。

*就労継続支援 B 型（非雇用型）：一般企業就労が難しい人等を対象に、雇用契約は結ばずに仕事をすることで働く場を提供し、社会的自立を目指して、知識および能力の向上のために必要な訓練を行います。どちらも窓口は、市区町村の障害福祉担当課等

地域生活支援事業

地域生活支援事業

- 移動支援 ▶ 障害のある人が円滑に外出できるよう、移動を支援するガイドヘルパーを利用できます。
- 地域活動支援センター ▶ 創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流を行います。
- 福祉ホーム ▶ 住居を必要としている人に、低額で居室等を提供し、日常生活に必要な支援を行います。

相談支援事業

計画相談支援

- サービス利用支援 ▶ 障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行います。
- 継続サービス利用支援 ▶ 支給決定されたサービス等の利用状況の検証(モニタリング)を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。

地域相談支援

- 地域移行支援 ▶ 障害者支援施設等を利用している障害者に対し、住居の確保や相談、外出の際の同行等の支援を行います。
- 地域定着支援 ▶ 居宅で単身生活する障害者等を対象に、常時連絡できるようにし、緊急時の支援も行います。

7 ▶ 国民年金保険料の免除制度

60歳未満の自営業の人や会社を退職した人や、会社を退職した人の配偶者で、60歳未満の人は、国民年金の第1号被保険者となり、保険料を支払います。

病気や退職等で収入が減って、保険料の支払いが困難となった場合には、保険料の免除制度があります。

詳しくは市区町村の国民年金担当窓口にお問い合わせください。

保険料の免除制度

国民年金の第1号被保険者は、60歳になるまで国民年金に加入して保険料を納めなければなりません。しかし、収入の減少や失業等により、経済的に保険料の支払いが困難な場合には、申請により、国民年金の保険料が全額または一部免除されます。このほか、学生納付特例、失業による特例免除があります。

また、障害年金の1級・2級を受けているとき、生活保護法による生活扶助を受けているときは「法定免除」となります。

問合せ窓口：市区町村の国民年金担当課

8 ▶ 生活福祉資金貸付制度

所得が低い世帯に対して、低利あるいは無利子で資金を貸し付けたり、必要な援助指導を行ったりして、経済的自立や生活意欲の助長促進、在宅福祉や社会参加を促し、世帯の安定した生活を確保するための制度です。

問合せ窓口：市区町村の社会福祉協議会

9 ▶ 子どもの就学資金

世帯の経済状況により、子どもの就学に関する費用の支援が必要な場合は、国の制度として、日本政策金融公庫が行っている「教育ローン」、日本学生支援機構奨学金などがあり、各都道府県や学校でも奨学金や学資免除を受けられる場合があります。

教育ローンコールセンター：0570-008656（ハローコール）

日本学生支援機構：0570-666-301

4 復職・再就職を考える

●退職した後も働きたい、あるいは経済的な理由で働かなければならない場合

① ▶ 医療機関のソーシャルワーカー

病気の状態や生活上の悩み事を相談するだけでなく、就労についての助言、会社等との連絡・調整などをしてもらえる場合もあります。

② ▶ ハローワーク（障害者専門窓口）

就職を希望する障害者の求職登録を行い、障害の状態や適性、希望職種に応じ、きめ細かな職業相談、職業紹介、職場適応指導をします。

- 各種支援サービスの活用
- 障害者向け求人の確保
- 関係機関との連携

③ ▶ 地域障害者職業センター

障害者の雇用促進と職業の安定を図るため、障害者や事業主に対し、ハローワーク（公共職業安定所）や関係機関と連携し、就労のための相談からアフターケアまで一連の支援を行います。全国47都道府県にあり、北海道・東京・愛知・大阪・福岡には支所も設置されています。

雇用促進支援・雇用継続支援

- 1 職業評価
- 2 職業指導
- 3 職業準備支援
- 4 事業主に対する相談・援助

ジョブコーチ

職場適応援助者とも言われ、障害者が職場に適応できるよう、障害者職業カウンセラーが策定した支援計画に基づき、職場に出向いて直接支援を行います。

④ ▶ 障害者就業・生活支援センター

就業及びそれに伴う日常生活上の支援を必要とする障害者に対し、就業支援担当者と生活支援担当者が協力して、相談や職場あるいは家庭訪問等により一体的な指導・相談を行います。

5 介護保険

認知症の場合、65歳未満であっても40歳以上であれば、特定疾病*として介護保険が利用できます。若年性認知症の人が最も多く利用しているのが、**通所介護サービス（デイサービス）**や**通所リハビリテーション（デイケア）**です。

*ただし、外傷性認知症やアルコール性認知症のような、老化によらない原因疾患の場合は適用されないことがあります。

デイサービスや**デイケア**は、もともと高齢者を対象としたサービスであるため、若年性認知症の人を受け入れるところは多くありませんでしたが、最近は徐々に増えてきています。若年性認知症の人は体力があり、また高齢者とは価値観が違うので、高齢者向けのデイサービスやデイケアのプログラムでは、満足できない場合もあります。

今までの仕事内容や環境によって、その人に向いているプログラムと、そうでないものがあります。

家族の病気やレスパイトなどのため、短期間入所して、日常生活の介護や機能訓練を受けるサービスとして**ショートステイ（短期入所生活介護、短期療養介護）**があります。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は、少人数の共同生活で、食事、入浴など日常生活上の介護や機能訓練を行い、本人の能力に応じた自立した生活を営めるようにします。

小規模多機能型居宅介護は通いを中心として、状況に応じて泊まりや訪問介護も利用できます。身近な地域の施設に通所または短期入所して、介護や機能訓練を受けたり、自宅で訪問介護を受けることもできます。

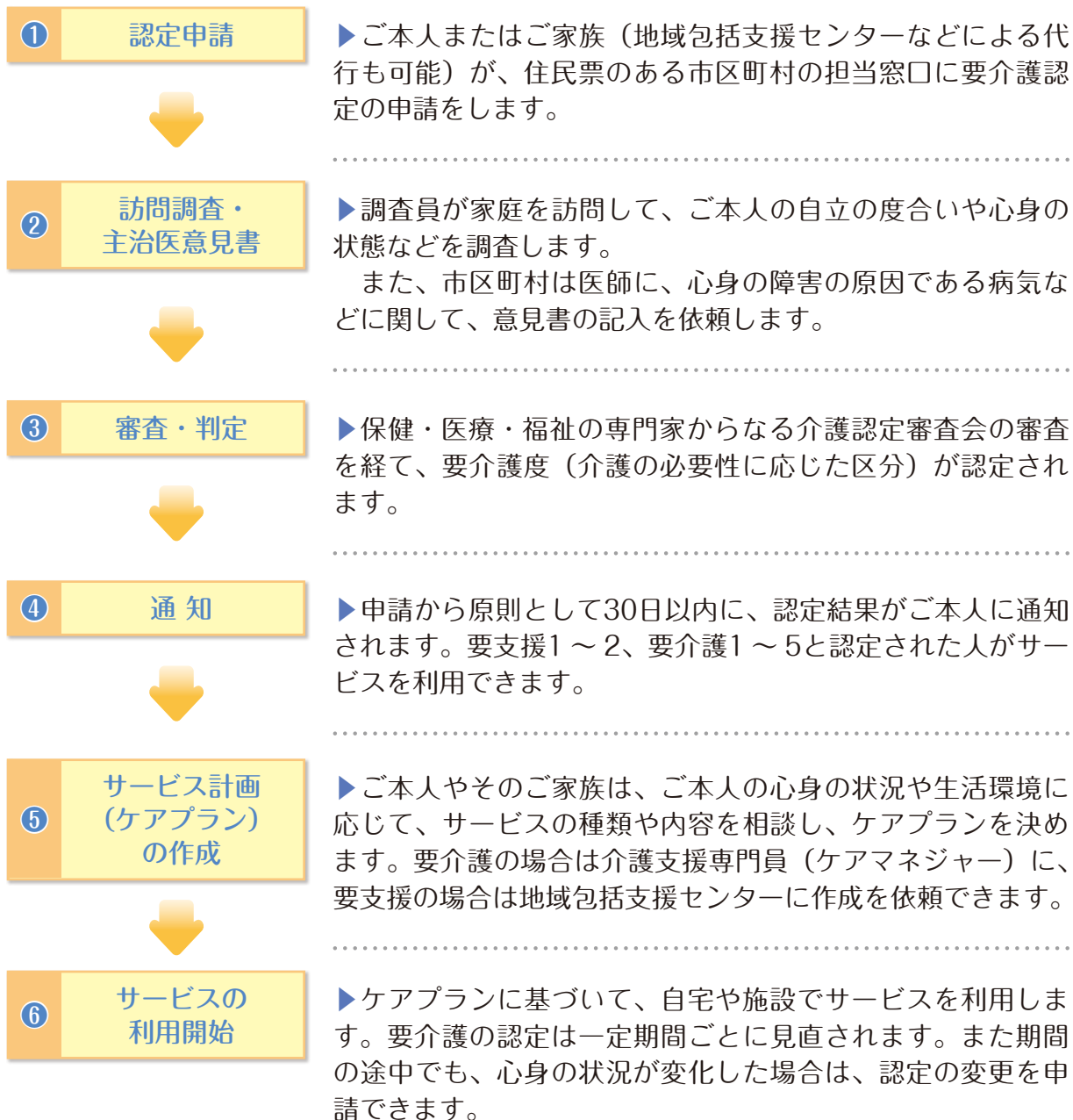
訪問系サービスとしては、**訪問介護（ホームヘルプ）**、**訪問看護**、**訪問入浴介護**、**訪問リハビリテーション**などがあります。

施設サービスとしては、**介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）**、**介護老人保健施設**、**介護医療院**があります。

福祉用具のレンタル、**住宅改修費の支給**も利用できます。

申請からサービスを利用するまでの流れ

介護保険は、どの程度サービスが必要かを市区町村が認定し、必要度が高い人ほどたくさんのサービスを利用できる仕組みです。



介護サービス事業所における社会参加活動

若年性認知症の人が利用する介護サービスの提供時間中に、地域住民と交流したり、企業と連携した有償ボランティアなどの社会参加活動が行われるようになりました。

（P.41 4 認知症とともににはたらくこと）

6 生活に困った場合

① ▶ 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）

認知症や障害者等のうち、判断能力が不十分な人が、地域において自立した生活を送れるように、契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行います。

サービス内容

- 1 福祉サービスの利用援助
- 2 日常的金銭管理サービス
- 3 書類等の預かりサービス（保管できる書類）

申請窓口

- 市区町村の社会福祉協議会
- 最寄りの権利擁護センター

② ▶ 生活保護制度

生活に困窮している人に、困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としています。

要件

- 1 世帯全体が、持っている資産や能力を活用しても、なお生活が困窮している。
- 2 親族から援助を受けることができる場合は、そちらが優先される。

扶助内容

- 1 生活
- 2 住宅
- 3 教育
- 4 介護
- 5 医療
- 6 出産
- 7 生業
- 8 葬祭

窓口

市区町村の生活保護担当課等

7 成年後見制度

認知症など、判断能力が不十分な人を法的に保護し、意思決定を支援する制度です。財産管理や契約等の支援をします。成年後見制度には「**法定後見制度**」と任意後見制度があります。このうち、法定後見制度については、本人の判断能力の程度により3つ（後見、保佐、補助）に分類されます。

- ①**後見**…本人の判断能力を欠く場合
- ②**保佐**…判断能力が著しく不十分の場合
- ③**補助**…判断能力が不十分の場合

(2026年2月時点)

成年後見人の仕事

本人の意思を尊重し、心身の状態や生活状況に配慮しながら、本人に代わって財産の管理や介護サービス等に関する必要な契約を行い、本人を保護・支援します。後見人は、最も適任と考えられる人を家庭裁判所が選び、支援内容を定期的に家庭裁判所に報告します。なお、後見人には報酬として、月額を基準とした額を家庭裁判所が定め、本人の財産から支払われます。

↓ 成年後見制度の手続き

地域の相談窓口へ相談

- ① 地域包括支援センター、社会福祉協議会、権利擁護センター
日本司法支援センター（法テラス）、弁護士会、司法書士会、家庭裁判所など

- ② ▶「**法定後見人**」申し立て窓口は、お住まいの地域の家庭裁判所です。

- ③ ▶「**申立書**」に加えて、戸籍謄本、住民票、医師の診断書、財産目録とその資料（預貯金・不動産の登記事項証明書等）等の書類が必要です（具体的な必要書類は家庭裁判所ごとに異なる場合があります）。

- ④ ▶申し立てから審判までは**4か月**くらいかかり、費用は戸籍謄本発行手数料や収入印紙代など（**15,000円**～）と鑑定が必要な場合は、**鑑定料（5～10万円）**がかかります。

「**法定後見制度**」とは別に、現在は判断能力に問題がないものの、将来、判断能力が不十分になった場合に備えて、あらかじめ支援者を定めておく制度が「**任意後見制度**」です。任意後見制度では、委任契約に基づく**公正証書**の作成費用（15,000円～）が必要となり、任意後見が開始された後は、任意後見監督人への報酬が発生します。

なお、任意後見契約は、開始前であれば本人の意思で解除できますが、開始後は正当な理由があり、家庭裁判所の許可が必要となります（令和7年時点）

第7章 その他

ねらい

適切な相談先や申請先が紹介できるようにしましょう。

相談窓口

① 専門の医師に相談したいとき

専門の医師がいる病院や「もの忘れ外来」がある施設を知りたい場合は、公的機関では次のところに電話してお聞きください。

- ▶ お住まいの都道府県の高齢者福祉相談窓口、保健所、精神保健福祉センター、認知症疾患医療センター
- ▶ お住まいの市区町村の高齢者福祉相談窓口、保健センター

② 若年性認知症について相談したいとき

▶ 若年性認知症コールセンター

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

フリーコール：0800-100-2707（通話料無料） <https://y-ninchisyotel.net/>

月～土曜日 10:00～15:00
ただし水曜日 10:00～19:00（年末年始・祝日を除く）

▶ 若年性認知症支援コーディネーター*

*若年性認知症支援コーディネーターは、若年性認知症の人やその家族を支援するために若年性認知症の人の自立支援に関わる関係機関やサービス担当者との「調整役」として、必要に応じて職場や福祉サービス事業所等と連携し、就労継続や居場所づくりに働きかけるなど、若年性認知症の人が自分らしい生活を維持できるよう、総合的なコーディネートを行います。

*各都道府県においては、若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口*を設置し、そこに若年性認知症支援コーディネーターを配置しています（指定都市でも配置しているところがあります）。

※全国の「若年性認知症に関する相談窓口」については、若年性認知症コールセンターホームページ（P.64参照）に掲載しています。

上記以外について相談したいとき

▶ NPO法人 若年認知症サポートセンター

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-9-4 中公ビル御苑グリーンハイツ605

電話：03-5919-4186

ファックス：03-6380-5100 <http://www.jn-support.com/>

③介護全般について相談したいとき

お住まいの市区町村の介護保険の担当窓口で、お近くの次の機関を紹介してもらってください。

▶ 地域包括支援センター

他にも、電話での相談を受けつける団体があります。

▶ 公益社団法人 認知症の人と家族の会

電話相談専用：0120-294-456（月～金 10：00～15：00 祝日を除く）

※携帯：050-5358-6578（通話有料） <https://www.alzheimer.or.jp>

④様々な情報が欲しいとき

▶ 若年性認知症コールセンターホームページ

【 <https://y-ninchisyotel.net/> 】

若年性認知症に関する知識や情報を掲載しています。

▶ 認知症介護情報ネットワーク（DC ネット）

【 <https://www.dcnet.gr.jp/> 】

認知症介護研究・研修センターが運営するホームページで介護に関する様々な知識が得られます。

▶ WAM NET（ワムネット）【 <http://www.wam.go.jp/> 】

全国の介護保険サービスを提供する事業者などを検索できます。

⑤本人に関する様々な活動や情報が欲しいとき

▶ 一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ

【 <https://www.jdwg.org/> 】

認知症とともに生きる人が希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、社会の一員としてさまざまな社会領域に参画・活動することを通じて、よりよい社会をつくりだしていくことを目的に、認知症の本人が、目的に賛同する仲間たちとともに、様々な活動にとりこんでいます。

サービス等の申請先

- ▶ **精神障害者保健福祉手帳
身体障害者手帳** 市区町村の障害福祉担当課
- ▶ **自立支援医療** お住まいの市区町村の障害福祉担当課
- ▶ **傷病手当金** 職場の人事部など
協会けんぽ・健康保険組合
- ▶ **障害年金** お住まいの市区町村の年金相談窓口（国民年金）
年金事務所・共済組合（厚生年金）
- ▶ **特別障害者手当** お住まいの市区町村の障害福祉担当課
精神または身体に著しく重度の障害がある在宅の20歳以上の方が対象です。日常生活に常時特別の介護が必要な方に支給されます。
- ▶ **雇用保険** ハローワーク
- ▶ **健康保険** 職場の総務部など
市区町村の保険担当窓口
- ▶ **生命保険、住宅ローン** 生命保険会社、金融機関の担当課
- ▶ **介護保険** お住まいの市区町村の介護保険担当課
- ▶ **障害福祉サービス** お住まいの市区町村の障害福祉担当課
- ▶ **成年後見制度** 家庭裁判所

研究組織

■ 研究代表者

鷺見 幸彦（社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター センター長）

■ 研究分担者

栗田 圭一（社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター センター長）

武田 章敬（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター もの忘れセンター長）

表 志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 教授）

李 相侖（社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター 研究部長）

齊藤 千晶（社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター 主任研究主幹）

■ オブザーバー

中西 亜紀（大阪公立大学大学院 特任教授）

江川 斉宏（厚生労働省老健局認知症施策・地域推進課 課長補佐）

吉松 直樹（厚生労働省老健局認知症施策・地域推進課 主査）

■ 事務局

下中 直実（認知症介護研究・研修大府センター 事務部長）

花井 真季（認知症介護研究・研修大府センター 総務課長補佐）

山口 友佑（認知症介護研究・研修大府センター 研究員）

■ ガイドブックの作成にあたってご意見いただいた方々（あいうえお順／敬称略）

稲垣 一子（介護家族、若年性認知症の人の本人・家族交流会あゆみの会）

加藤ふき子（全国若年性認知症支援センター）

木滝 真利（茨城県若年性認知症支援コーディネーター）

駒井由起子（東京都若年性認知症支援コーディネーター）

近藤 葉子（認知症の当事者、愛知県認知症希望大使、日本認知症本人ワーキンググループ）

田中 真弥（愛知県若年性認知症支援コーディネーター）

若年性認知症支援ガイドブック

－相談を受ける人が知っておきたいこと－

■ 編集 社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

TEL：0562-44-5551 FAX：0562-44-5831

ホームページ：https://www.dcnnet.gr.jp

■ 印刷 株式会社 一誠社

〒466-0025 名古屋市昭和区下横町二丁目 22 番地

■ 発行 令和8年3月

令和5～7年度厚生労働科学研究（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機構に関する研究」（研究代表者：鷺見幸彦）

分担研究課題「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）



社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0037 愛知県大府市半月町 3 丁目 294 番地
TEL: 0562-44-5551 FAX: 0562-44-5831
ホームページ: <https://www.dcnet.gr.jp>



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

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、及び本人・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：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。本人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、診断後の経済状況の実態等を調査した。令和7年度は、企業の規模別の支援体制、及び就労継続が可能と回答した企業の理由について分析を行った。また、本人及び家族の経済状況に関する分析を行った。

結果：企業については806名を分析対象とした。企業の規模別割合は、小企業4.8%、中企業87.2%、大企業8.0%であった。若年性認知症の症状は、小企業41.0%、中企業49.2%、大企業70.3%が知っていると回答した。研修の実施予定は企業の規模に関わらず5%未満であった。就労継続が可能と回答した企業は、就労継続について、【人事管理可能】で【企業にとって有益】、【解雇理由にならない】、【多様性のある職場づくり】になる、【本人の生活維持を考慮】、【就労継続の尊重】と思考していた。本人及び家族の調査では、141名を分析対象とした。診断時の当時者の平均年齢は58.3±5.2歳、本人が「就労していた」のは66.0%であった。「家計が減った」75.9%のうち家計が苦しいと回答した者は63.6%であった。家計が減った理由は、診断を受けた者の収入の減少64.5%、次いで医療費の増加42.1%、通院費31.8%であった。主な収入は、配偶者の収入71.0%、本人の障害年金50.5%、本人の収入32.7%であった。

考察：就労継続が可能と考える企業は、人事管理が可能で、就労は企業にとって有益であると考えていた。従業員に症状がみられた際に適切な支援が可能となるよう、予備的知識を得る研修実施が課題である。また、本人及び家族については、各機関・専門職が連携し、患者とその家族が壮年期の生活を可能な限り持続できるよう、総合的な支援体制の構築が必要であると考えている。

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

f.就労継続について；継続が可能かどうか，その理由

分析：調査結果を，企業の規模別（小企業；100人以上500人未満（従業員数100人未満と回答した企業を含む），中企業；500人以上1000人未満，大企業；1000人以上）に分類し，回答割合を比較した。また，就労継続が可能と回答した企業の自由記載について，帰納的分析を行い，就労継続が可能ととらえる企業の思考を抽出した。

2) 本人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本人家族であり，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，本人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，本人の診断前の状況

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；病院以外の相談先と内容，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

分析：調査結果のうち、生活の変化および経済状況に関する項目について基本統計を行った。

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)を得て実施した。

C. 研究結果

1) 企業規模別の若年性認知症への対応状況(表1)

806名を分析対象とした。回答企業の規模別割合は、小企業4.8%、中企業87.2%、大企業8.0%であった。障害者雇用割合は、中企業が最も多く91.3%であった。「産業医がいる」と回答した企業は、中企業85.3%、大企業93.8%であった。「若年性認知症の症状について知っている」と回答した企業の規模別割合は、小企業41.0%、中企業49.2%、大企業70.3%であった。

「若年性認知症に関する研修を実施」した経験がないと回答した95.4%の企業では、小企業92.3%、中企業95.4%、大企業98.4%であった。「若年性認知症に関する研修を実施する予定がある」と回答した4.7%の企業では、小企業は2.6%、中企業4.8%、大企業4.7%であった。「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11.9%の企業では、小企業5.1%、中企業10.8%、大企業28.1%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66.7%の企業における規模別割合は、小企業53.8%、中企業67.1%、大企業73.4%であった。

「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4.7%の企業では、小企業0%、中企業4.8%、大企業4.7%であった。

2) 雇用継続を可能ととらえる企業の思考

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、自由記載に回答があったのは379名であった。記載が多かった順に、製造業108、保健衛生業76、商業44、運輸交通業26、建設業22、教育研究15であり、これらの業種の回答を分析した。カテゴリ6、サブカテゴリ18が抽出された(表2)。カテゴリを【】、サブカテゴリを斜体で示す。

若年性認知症と診断された従業員の継続雇用について、*他疾患・障害者と同様の対応、状況や能力に応じた配置転換で対応、就労継続の意思があるなら対応、前例がある等から*、企業では【人事管理可能】であり、*労働力としての人材確保、能力への信頼、有資格者の人材確保等から*、診断を受けた若年性認知症の従業員の継続雇用は【企業にとって有益】と考えていた。*ダイバーシティ&インクルージョン経営の推進から【多様性のある職場づくり】を*考えていた。また、*会社の方針・義務として解雇しない、可能な限り継続雇用、当該理由による解雇は不可能などから*、【解雇理由にならない】と捉えていた。*雇用保障、本人の生活維持の観点から*、【本人の生活維持を考慮】していること、*職業的に理解している、社会参加としての就労継続を重視*

から、【就労継続を尊重】が抽出された。
【就労継続を尊重】について記載があったのは、保健衛生業のみであった。

3) 本人及び家族の診断からサービス利用までの生活・家計の変化の実態

141名を分析対象とした。診断時の当
時者の平均年齢は58.3±5.2歳、本人が
「就労していた」のは93名、66.0%であ
った(表3)。「家計が減った」と回答し
た者は107名、75.9%であり、そのうち
家計が苦しいと回答した者は68名、
63.6%であった。

家計が減ったと回答した者の回答にお
いて、減った理由は、診断を受けた者の
収入の減少64.5%が最も多く、次いで医
療費の増加42.1%、通院費31.8%、介護
者の離職27.1%、ローンの返済は15.9%
であった。世帯の主な収入は、割合の多
い順に、配偶者の収入71.0%、次いで本
人の障害年金50.5%、本人の収入
32.7%、本人の老齢年金30.8%であっ
た。家計をサポートするために行ったこ
との中で最も多かったのは、生命保険の
解約17.8%、次いで、家族が仕事につ
いた9.3%、雇用体系を変えた9.3%、仕事
を掛けもちした7.5%であった。生活の変
化では、自由に使える時間の減少が
68.2%で最も多く、次いで、同じような
立場の仲間ができた56.1%、家事時間が
増加した46.7%、睡眠時間が減った
44.9%、仕事の時間を減らした29.0%、
体調を崩した29.0%、仕事を退職した
28.0%であった(表4)。

D. 考察

1) 企業における就労支援と継続の可能性

企業の規模別に若年性認知症に関する
認識や支援体制について確認した。疾患
や制度に関する認識は大企業では小・中
企業より割合が高かった。しかし、「若年
性認知症に関する研修」経験は、企業の
規模に関わらず90%以上においてなし、
「若年性認知症に関する研修を実施する
予定」についても、規模に関わらず5%
未満であり、認識や支援体制は企業の規
模によらないことが明らかとなった。

一方で、若年性認知症と診断された従
業員について、就労継続の可能性がある
と回答した企業は、雇用の継続が【企業
にとって有益】であり、【多様性のある職
場づくり】につながるという前向きな継
続理由が抽出された。企業の業種など一
律に言及することは出来ないが、認知症
に罹患しても、がん患者や難病患者への
対応を参考にして、本人の力に応じた両
立支援が出来ることは企業の強みとら
えられる可能性が示唆された。

若年性認知症の診断を受けた従業員へ
の対応を経験している企業は5%に満た
ない。「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」の認知割合も高
くはなかった。【人事管理可能】と回答
した就労継続に前向きな企業においても、
具体的な認知症の症状や対応のイメージ
がどの程度あるのかは不明である。

若年性認知症においても、治療を受け
ながら安心して働き続けられる職場環境
づくりの可能性が示唆されたが、企業で
の対応事例が少ない為、若年性認知症の
症状が疑われる時期からの、早期発見・

適切な対応等，予備的知識を得る機会を作ることが必要である。

2) 本人及び家族の診断からサービス利用までの生活・家計の変化の実態

世帯の主な収入が「配偶者の収入」や「本人の障害年金」の割合が高く，本人の退職は世帯全体の経済的な困窮に直結する可能性がある。家計の状況が「減った」と回答した者は全体の4分の3に及び，その6割以上が「苦しい」と感じている実態は，診断後の生活維持が危ういことを浮き彫りにしている。

養育の必要な子どもがいる世帯においては，本人が「患者」としての苦痛だけではなく，「親」や「家計支持者」としての社会的役割を果たせないという心理的葛藤を抱えていることが示唆される。家族においては，収入の減少がありながらも離職や仕事時間の減少に迫られる状況が推察された。さらに，生活時間の変化や体調不良など心身の健康への影響が懸念される状況であった。

若年性認知症は，医学的対応のみならず，就労，経済，子育て，配偶者の介護という複合的な生活課題を抱える，極めて「生活疾患」的な側面が強い。医療機関や地域の支援機関は，家族の生活の変化に配慮し，本人と家族両方の生活の質を維持するための支援が求められる。

E. 結論

若年性認知症と診断された従業員への支援体制は，企業の規模による違いはなかった。就労継続が可能と考える企業は，人事管理が可能で，就労は企業にとって有益

であると考えていた。実際に適切な支援が可能となるよう，予備的知識を得る研修の機会が必要である。

経済状況において，家計が減った理由は，診断を受けた者の収入の減少，次いで通院医療費なのであった。家計が苦しいと回答した世帯の主な収入は配偶者の収入や本人の障害年金であった。

各機関・専門職が連携し，患者とその家族が壮年期の生活を可能な限り持続できるよう，総合的な支援体制が必要である

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Satomi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi, Kimi Sugiyama, Shizuko Omote, Service providers supporting the employment and social participation of people living with young-onset dementia in Japan, *Journal of Wellness and Health Care*, 49(2), 66-77, 2026
- 2) 高橋裕太郎，表志津子，岡本理恵，池内里美：日本における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，*老年精神医学雑誌*，in press.

2. 学会発表

- 1) 余 詩華，表志津子，高橋裕太郎，岡本理恵，池内里美：若年性認知症と診断された人とその家族の診断前後の相談支援及び受診の現状，第26回日本認知症ケア学会大会，2025.5.30，福岡
- 2) 余 詩華，表志津子，高橋裕太郎，岡本理恵，池内里美：若年性認知症と診断された人と家族の生活の変化および経済状況，第14回日本公衆衛生看護学会学

術集会, 2025.12.13, 金沢

- 3) 池内里美, 表志津子, 岡本理恵, 高橋裕太朗: 若年性認知症の従業員支援における企業向け包括支援プログラムの構成要素の探索, 第14回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2025.12.14, 金沢

その他

- 1) 表志津子: 若年性認知症を抱える労働者に対する支援, 心と社会, 203号, 2026
- 2) 表志津子: 働き盛り世代の認知症 仕事と治療を両立するために 改訂版, 2026

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

表 1. 企業規模別の若年性認知症への対応状況

	全体 (N=806)		小企業 (N=39)		中企業 (N=703)		大企業 (N=64)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
回答者の概要 (複数回答)								
人事担当者	649	80.5	32	82.1	575	81.8	42	65.6
衛生管理者	160	19.9	8	20.5	141	20.1	11	17.2
産業医	3	0.4	0	0.0	0	0.0	3	4.7
看護師・保健師	43	5.3	0	0.0	25	3.6	18	28.1
その他	55	6.8	3	7.7	51	7.3	1	1.6
事業所の業種								
運輸交通業	65	8.1	5	12.8	58	8.3	2	3.1
映画・演劇業	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
貨物取扱業	20	2.5	1	2.6	17	2.4	2	3.1
教育・研究業	42	5.2	4	10.3	35	5.0	3	4.7
金融・広告業	10	1.2	0	0.0	10	1.4	0	0.0
建設業	46	5.7	2	5.1	44	6.3	0	0.0
鉱業	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
商業	97	12.0	6	15.4	79	11.2	12	18.8
水産業	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
農業	2	0.2	0	0.0	2	0.3	0	0.0
製造業	209	25.9	5	12.8	180	25.6	24	37.5
畜産業	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
清掃・と畜業	19	2.4	1	2.6	15	2.1	3	4.7
通信業	28	3.5	2	5.1	25	3.6	1	1.6
接客娯楽業	27	3.3	0	0.0	25	3.6	2	3.1
保健衛生業	147	18.2	8	20.5	135	19.2	4	6.3
その他	93	11.5	5	12.8	77	11.0	11	17.2
欠損値	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
障害者雇用の有無								
あり	720	89.3	20	51.3	642	91.3	58	90.6
なし	70	8.7	19	48.7	51	7.3	0	0.0
欠損値	16	2.0	0	0.0	10	1.4	6	9.4
産業保健スタッフの有無								
産業医								
あり	686	85.1	26	66.7	600	85.3	60	93.8
なし	67	8.3	8	20.5	58	8.3	1	1.6
欠損値	53	6.6	5	12.8	45	6.4	3	4.7
保健師								
あり	128	15.9	1	2.6	96	13.7	31	48.4
なし	203	25.2	17	43.6	177	25.2	9	14.1
欠損値	475	58.9	21	53.8	430	61.2	24	37.5
看護師								
あり	111	13.8	6	15.4	85	12.1	20	31.3
なし	204	25.3	15	38.5	177	25.2	12	18.8
欠損値	491	60.9	18	46.2	441	62.7	32	50.0
臨床心理士								
あり	43	5.3	1	2.6	39	5.5	3	4.7
なし	223	27.7	16	41.0	190	27.0	17	26.6
欠損値	540	67.0	22	56.4	474	67.4	44	68.8
その他								
あり	82	10.2	1	2.6	70	10.0	11	17.2
なし	175	21.7	15	38.5	149	21.2	11	17.2
欠損値	549	68.1	23	59.0	484	68.8	42	65.6
病気治療中の従業員が利用できる制度 (複数回答可)								
療養休暇制度	409	50.7	13	33.3	358	50.9	38	59.4
短時間勤務	384	47.6	13	33.3	345	49.1	26	40.6
時間単位の有給休暇	295	36.6	10	25.6	257	36.6	28	43.8
時差出勤制度	191	23.7	8	20.5	163	23.2	20	31.3
フレックスタイム制	127	15.8	5	12.8	105	14.9	17	26.6
リハビリ出勤制度	118	14.6	4	10.3	91	12.9	23	35.9
なし	109	13.5	8	20.5	95	13.5	6	9.4
その他	63	7.8	3	7.7	51	7.3	9	14.1

従業員が心身の変調をきたした場合に、人事部門と直属の上司が連携して対応しているか								
連携して対応している	708	87.8	33	84.6	618	87.9	57	89.1
連携して対応していない	21	2.6	2	5.1	17	2.4	2	3.1
どちらともいえない	75	9.3	4	10.3	66	9.4	5	7.8
欠損値	2	0.2	0	0.0	2	0.3	0	0.0
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	20	51.3	443	63.0	54	84.4
連携して対応していない	137	17.0	7	17.9	126	17.9	4	6.3
どちらともいえない	151	18.7	12	30.8	133	18.9	6	9.4
欠損値	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0
若年性認知症の症状について知っているか								
知っている	407	50.5	16	41.0	346	49.2	45	70.3
知らない	45	5.6	2	5.1	41	5.8	2	3.1
聞いたことはあるが理解していない	354	43.9	21	53.8	316	45.0	17	26.6
欠損値	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
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	2	5.1	14	2.0	1	1.6
外部研修	16	2.0	1	2.6	14	2.0	1	1.6
行っていない	769	95.4	36	92.3	670	95.3	63	98.4
その他	5	0.6	0	0.0	5	0.7	0	0.0
研修を実施したきっかけ（複数回答可）								
若年性認知症の従業員がいる/いた	4	0.5	0	0.0	4	0.6	0	0.0
若年性認知症に関する啓発資料をみて必要だと考えた	16	2.0	0	0.0	16	2.3	0	0.0
若年性認知症の支援機関からの提案があった	3	0.4	0	0.0	2	0.3	1	1.6
産業保健支援センターなどの研修があった	5	0.6	1	2.6	4	0.6	0	0.0
その他	64	7.9	4	10.3	57	8.1	3	4.7
今後若年性認知症に関する研修を実施する予定の有無								
あり	38	4.7	1	2.6	34	4.8	3	4.7
なし	766	95.0	38	97.4	667	94.9	61	95.3
欠損値	2	0.2	0	0.0	2	0.3	0	0.0
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	2	5.1	76	10.8	18	28.1
知らない	707	87.7	37	94.9	624	88.8	46	71.9
欠損値	3	0.4	0	0.0	3	0.4	0	0.0
若年性認知症と診断された従業員の相談に利用可能な施設の認知状況（複数回答可）								
認知症疾患医療センター	90	11.2	3	7.7	75	10.7	12	18.8
産業保健総合支援センター	181	22.5	8	20.5	150	21.3	23	35.9
精神保健福祉センター	148	18.4	7	17.9	117	16.6	24	37.5
地域包括支援センター	242	30.0	7	17.9	205	29.2	30	46.9
保健所・保健センター	284	35.2	12	30.8	240	34.1	32	50.0
若年性認知症コールセンター	57	7.1	0	0.0	46	6.5	11	17.2
地域障害者職業センター	79	9.8	4	10.3	69	9.8	6	9.4
障害者就業・生活支援センター	179	22.2	9	23.1	157	22.3	13	20.3
ジョブコーチ	105	13.0	4	10.3	92	13.1	9	14.1
若年性認知症支援コーディネーター	26	3.2	0	0.0	21	3.0	5	7.8
その他	24	3.0	1	2.6	20	2.8	3	4.7
これまでに若年性認知症と診断された従業員の有無								
あり	38	4.7	0	0.0	26	3.7	12	18.8
なし	768	95.3	39	100.0	677	96.3	52	81.3
雇用を継続する可能性								
可能性が高い	540	67.0	21	53.8	472	67.1	47	73.4
可能性が低い	239	29.7	17	43.6	208	29.6	14	21.9
欠損値	27	3.3	1	2.6	23	3.3	3	4.7

表 2. 雇用継続を可能ととらえる企業の思考

カテゴリー	サブカテゴリー
人事管理可能	状況や能力に応じた業務選択で対応 他疾患・障害者への対応経験 状況判断し対応を検討 前例がある
会社にとって有益	業務改善につながる期待 労働力としての人材確保 経験やスキルを活かす働きに期待 能力への信頼 人は財産
多様性ある職場づくり	D&Iの推進 (ダイバーシティ&インクルージョン経営)
解雇理由にならない	会社の方針・義務として解雇しない 解雇理由が発生するまでは雇用継続 できる業務があるなら雇用継続 当該理由による解雇はしない 当事者の就労継続の意思があれば雇用を継続
当事者の生活維持を考慮	当事者の生活維持を考慮
就労継続を尊重	認知症への理解がある職場環境 社会参加としての就労継続を重視

表 3.回答者及び若年性認知症と診断された人の属性

N=141

		n	%
性別	男性	100	(70.9)
	女性	41	(29.1)
発症時の年齢	49歳未満	8	(5.7)
	50歳～59歳	72	(51.1)
	60歳以上	61	(43.3)
世帯状況	家族と同居	134	(95.0)
	一人暮らし	7	(5.0)
診断名	アルツハイマー型認知症	104	(73.8)
	前頭側頭型認知症	28	(19.9)
	レビー小体型認知症	6	(4.3)
	その他	5	(3.5)
	血管性認知症	3	(2.1)
	わからない	1	(0.7)
	無回答	2	(1.4)
就労	していた	93	(66.0)
	していなかった	48	(34.0)
勤務形態		n=93	
	正社員・正職員	50	(53.8)
	非常勤・パート	15	(16.1)
	契約社員・委託	10	(10.8)
	自営業	10	(10.8)
	その他	7	(7.5)
	短期雇用（派遣など）	0	(0.0)
	無回答	1	(1.1)
養育を必要とする子	いない	109	(77.3)
	いる（いた）	32	(22.7)

表 4.家計が減ったと回答した者の生活の状況（複数回答） N=107

	n	%
家計が減った理由		
本人の収入減少	69	(64.5)
医療費の増加	45	(42.1)
通院費	34	(31.8)
介護者の離職	29	(27.1)
ローンの返済	17	(15.9)
子どもの就学・進学	11	(10.3)
介護者の転職	6	(5.6)
世帯の主な収入		
配偶者の収入	76	(71.0)
本人の障害年金	54	(50.5)
本人の収入	35	(32.7)
本人の老齢年金	33	(30.8)
親の収入	3	(2.8)
子どもの収入	2	(1.9)
その他の収入	13	(12.1)
家族が家計をサポートするために行ったこと		
生命保険の解約	19	(17.8)
家族が仕事について	10	(9.3)
雇用体系を変えた	10	(9.3)
仕事をかけもちした	8	(7.5)
お金を借りた	6	(5.6)
勤務時間を増やした	5	(4.7)
別居家族から経済的支援を受けた	4	(3.7)
家を売却した(不動産)	3	(2.8)
住宅ローンの免除	3	(2.8)
子どもが進学をやめた	1	(0.9)
その他	24	(22.4)
生活の変化		
自由に使える時間が減った	73	(68.2)
同じような立場の仲間ができた	60	(56.1)
家事時間が増加した	50	(46.7)
睡眠時間が減った	48	(44.9)
仕事の時間を減らした	31	(29.0)
体調を崩した	31	(29.0)
仕事を退職した	30	(28.0)
家族の結束が強くなった	24	(22.4)
病気になった	13	(12.1)
周囲から孤立した	11	(10.3)
入院した	7	(6.5)
親族との関係がうまくいかなかった	7	(6.5)
家族との関係がうまくいかなかった	7	(6.5)
子どものことに手がかけられなくなった	7	(6.5)
仕事を転職した	6	(5.6)
在宅ワークに切り替えた	3	(2.8)
その他	9	(8.4)



働きざかり世代の

認知症

—仕事と治療を両立するために—

はじめに

認知症は高齢者だけの病気ではありません。年齢が若くても認知症になることがあり、65歳未満で発症した場合には若年性認知症と診断されます。日本では、18歳～64歳人口10万人あたり約50.9人、全国で約35,700人と推計されています。この世代は働き盛りで、社会や家庭で重要な役割を担っており、認知症と診断されることは、ご本人だけでなくご家族の暮らしに大きな影響を及ぼします。職場での仕事の継続、ご家族の収入、子どもの修学等、様々な不安を抱えることとなります。

令和6年に施行された認知症基本法、同年に策定された認知症施策推進基本計画には、企業が若年性認知症の人の意欲と能力に応じた雇用継続に向けて取り組むことが示されています。令和3年に厚生労働省により策定された「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」では、企業が産業医や保健師と、連携して治療と仕事の両立を支援することが推奨されています。

現役世代の認知症については、認知症と診断された従業員や同僚に対しての対応がわからないという声を聞きます。このパンフレットが、身近な従業員や同僚の方が認知症のような症状がみられる、あるいは認知症と診断を受けた場合に、早期からの支援を検討する際に手に取り、参考にさせていただけますと幸いです。

このパンフレットの使い方

あなたは認知症についてどの程度ご存知ですか？認知症と診断された方と病気について話し合い、仕事や家族に対する本人の思いを詳しく聞く機会は少ないのが現状です。

- 以下の項目について、知っている項目の□にチェックをつけてください。
- 知らない項目については、該当ページで確認をしてみましょう。

1. 若年性認知症と仕事

- 若年性認知症とは ⇒ 1 P
- 治療と仕事の両立支援 ⇒ 1 P
- 若年性認知症の種類と特徴 ⇒ 2 P
- 若年性認知症に早く気づくには ⇒ 3 P
- 早期受診のメリット ⇒ 4 P

2. 会社の支援と本人の経験

- 若年性認知症に関する職場の状況 ⇒ 5 P～6 P
- 職場や同僚たちはどんな体験を体験をしているのでしょうか
本人はどの様な体験をしているのでしょうか ⇒ 7 P

3. 仕事を継続するための相談先や制度

- 相談先や制度 ⇒ 9 P～11 P
- 本人・家族への支援 ⇒ 12 P

1

若年性認知症と仕事

若年性認知症とは

65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」といいます。発症年齢は平均54.4歳であり、働き盛りの年代で発症するために、本人を含めて家族、友人、仕事仲間が受けるショックは大きいのが現実です。また、高齢者の認知症とは異なり、男性の方が女性よりも2倍近く多いことも特徴的です。

重要な予定を忘れてしまう、これまでできていたことができなくなったりすることがあります。その結果、仕事でミスが重なっても、それが認知症のせいとは思わず、仕事による「疲労」、「うつ」や「更年期障害」などと思って医療機関を受診して、誤った診断のまま時間が過ぎ、認知症専門医療機関への受診が遅れることがあります。

若年性認知症の原因疾患で最も多いのは、アルツハイマー型認知症で52.6%、次いで血管性認知症が17.0%、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症又はパーキンソン病による認知症が続きます。高齢者の認知症と比べて前頭側頭型認知症が多いのが特徴です。

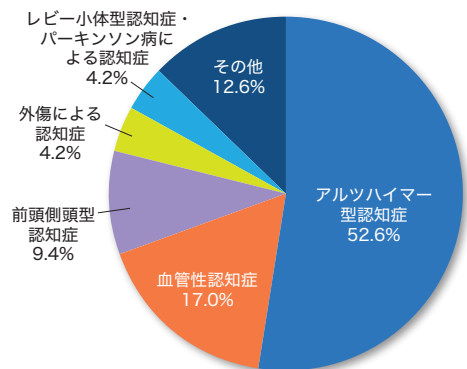


図1. 若年性認知症の原因疾患

引用)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システムの開発」(令和2年3月)により作成

治療と仕事の両立支援

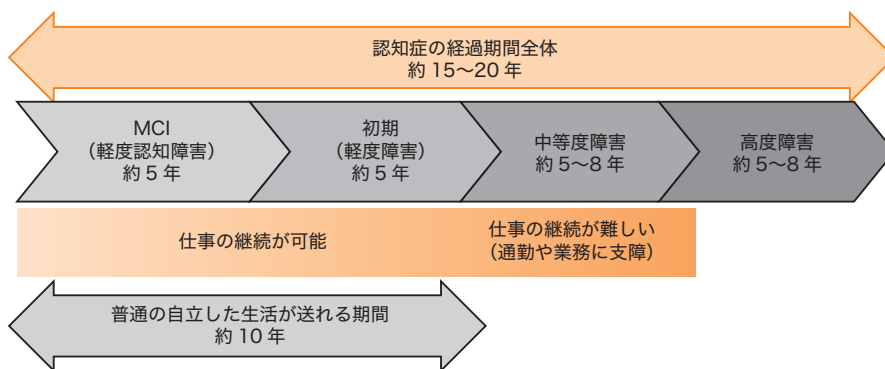


図2. 認知症の経過期間

引用) 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もとに作成

認知症の経過には個人差がありますが、一般的には、図のような経過をたどるといわれています。MCI(軽度認知障害)から初期の軽度障害の時期は、普通の自立した生活を送れる期間です。この時期は、本人や周囲が変化に気づき、診断・治療を開始する時期ですが、仕事の継続は可能です。気になる症状がみられた場合、必要に応じて家族、産業医を交えて、受診及び受診後の就業について相談し、就労を継続できるような工夫の検討が必要になります。中等度以上になると仕事の継続が難しくなり、雇用契約の見直しや休職、さらには退職を念頭に置いた対応が必要となります。

若年性認知症の種類と特徴

認知症の原因疾患は複数あります。それぞれの特徴を理解し、若年性認知症の人を支援することが大切です。

種類と特徴	おもな症状
<p>アルツハイマー型認知症 脳の神経細胞に異常なタンパクがたまり、神経細胞が働きを失うこと(これを変性といいます)により、もの忘れなどの様々な症状が出てきて、次第に進行していく神経変性疾患の1つです。アルツハイマー型認知症では神経細胞の中にタウというタンパクが、神経細胞の周辺や血管にアミロイドというタンパクが異常にたまることによっておこることがわかってきました。</p>	<p>最初に起こる症状は、記憶障害、いわゆるもの忘れのことが多く、同じことを何度も聞く、大事な物の置き忘れ、会議の約束を忘れるなどで気がつきます。次第に、物事を計画的に段取りよく進められなくなる、時間や場所の感覚が悪くなるといった症状が現れます。</p>
<p>血管性認知症 脳梗塞、脳出血など脳血管障害が原因となる認知症です。血管性認知症では、脳卒中の再発予防が最も重要であり、糖尿病、高血圧症、高脂血症などいわゆる生活習慣病にならないよう予防すること、すでにかかっている場合は、それらの病気の適切な治療が大切です。</p>	<p>片麻痺やしやべりにくさなど、身体症状がみられることが多く、感情、意欲が乏しくなる場合もあります。</p>
<p>前頭側頭型認知症、意味性認知症、緩徐進行性失語症 前頭葉や側頭葉の神経細胞に異常なたんぱくがたまることによっておこります。これらの疾患の総称である前頭側頭葉変性症は指定難病に認定されています。</p>	<p>病気であるという自覚に乏しく、身なりや周囲のことに対して無関心になったり、日常生活では同じことを繰り返し行う「常同行動」が起こりやすくなります。「意味性認知症」では、言葉の意味が分からなくなり、物の名前が出てこない、文字の読み違いといった症状が目立ちます。</p>
<p>レビー小体型認知症 大脳皮質や運動系、自律神経系の神経細胞にαシヌクレインとよばれるタンパクがたまることによっておこります。脳神経細胞に損傷を与えることで脳の神経伝達に支障をきたし、認知機能が低下するといわれています。</p>	<p>初期には、もの忘れや判断力の低下といった認知機能障害は目立ちませんが、幻視、パーキンソン症状、睡眠時の異常行動などの特徴的な症状がみられることがあります。</p>
<p>頭部外傷 交通外傷を始めとする、急性の脳損傷後におこる認知機能障害は認知症としてではなく「高次脳機能障害」として扱われることが多いと思われます。近年、反復する脳損傷が認知症をひき起こす可能性が注目されています。</p>	<p>認知機能に関係する症状として、記憶障害、注意力の低下、失語症などがあります。</p>
<p>アルコール性認知症 慢性アルコール依存症に見られる低栄養やビタミン欠乏、あるいはアルコールの直接的作用によると考えられています。特にビタミンB1欠乏が重要で、また、合併する肝硬変、頭部外傷、低栄養など様々な要素が関連していると考えられています。</p>	<p>典型的な症状は、意識障害、眼球運動障害、失調があります。一部の人で健忘、見当識障害、作話などが見られます。</p>

参照)若年性認知症支援ガイドブック改訂6版

若年性認知症に早く気づくには

認知症が進行すると、認知領域(複雑性注意、実行機能、学習及び記憶、言語、知覚—運動、社会的認知)の機能低下によって徐々に日常生活に支障をきたすようになります。

年齢が若いので本人も周囲も症状が出ていても認知症と気づかず、職場のストレスで疲れているせいだろうとか、うつ病でないかなどと思い込んで発見が遅れてしまうことがあります。不安を感じる場合は、通常の間ドックの際に必ず脳ドックも一緒に受けて、現状の脳の状態を把握することが大切です。現在では、薬物療法により、病気の進行や症状を緩やかにする効果もあることから、若年性認知症はより一層の早期発見・受診・診断・治療が大切です。日常生活や会社の中での行動や話すことがいつもと違っているといった変化に気づくことが、病気の発見につながります。また、働いている場合は、家庭生活の中よりも職場で気づくことが多いです。

そのためには、日ごろから職場でのコミュニケーションを大切に、互いの様子を気にかける関係づくりが重要です。また、変化に気づいた際には、本人を責めたり決めつけたりせず、体調や気分を気遣いながら、さりげなく声をかけることが大切です。

さらに、職場においては、従業員の変化について一人で抱え込まず、産業医や保健師、地域の相談窓口(P9 相談先参照)などに相談できる体制を整えておくことも重要です。

○ 職場で気づかれる症状

※原因疾患により症状は異なります

<記憶力の変化>

- 物忘れが目立つ
- 誤字脱字が目立つ
- 時間を間違える
- 会議や打ち合わせの日時や約束を忘れる
- パソコンのIDを忘れる
- 同じことを繰り返し話す、尋ねる
- 新しいことが覚えられない

<作業力の変化>

- パソコンの操作ができない
- 書類が書けない、資料作成が不十分
- 電話の対応ができない
- 説明・報告が要領を得ない
- 伝票に誤りが目立つ、計算を間違える
- 仕事の効率の低下
- 計画・段取りがつけられない
- 作業に時間がかかっている

<性格や行動の変化>

- ぼんやりしている
- なにか悩んでいる様子
- ゴルフに誘ってもことわる
- 落ち着かない
- 人につっけんどんな態度をとる
- 愛想がなくなってきた
- 性格が変わった、おこりっぽくなった



早期受診のメリット

症状としてはちょっとしたもの忘れから始まり、初期には頭痛やめまい、不眠、不安感、自発性(みずから進んで物事を行うこと)や意欲の低下、抑うつなどがみられます。これらは治療可能な認知症であり、うつ病や脳炎、甲状腺機能低下症などがいないかどうかを鑑別することが重要です。そのためにも専門医療機関への早期受診が望ましいです。

認知症は高齢者だけの病気ではないということを、頭のどこかで知識としておきましょう。自身だけでは受診に踏み切ることが難しいようですので、職場で受診のきっかけを作ることが大切です。

職場であれば部署内で報告し上司とともに対応や方針を検討したり、家族には今までのことをふりかえりつつ、現状で何かが起こっていることを認識していただき、その上で、受診は「職場のためだけではなく本人のためである」ことを伝え、本人の決断を促すことも重要です。

また、受診を促す際には本人の不安や戸惑いに配慮し、気持ちを尊重しながら、今後の方針について一緒に話し合っていくことが大切です。

そのために、職場や家庭を含めた周囲が、若年性認知症に対する正しい知識をもつことが大切です。



早期受診のメリット

医療機関、主治医との連携が重要です。

職場のメリット

①早期に治療を開始できます。

- 服薬により症状の進行が緩やかになり、仕事ができる期間が長くなる可能性があります。
- 専門医の受診に職場の上司が同行すれば、詳しい様子が伝わり診断の手がかりになります。

②主治医や産業医、本人と相談ができます。

- 本人の能力に合った仕事や配置を考えることができます。

③職場・本人が安心して働く環境を作ることができます。

- 症状に応じた具体的な対応、サポートを考えることができます。

本人のメリット

①在職中に受診することが大切です。

- 初診日から6か月が経過すると、精神保健福祉手帳が申請できます。
- 初診日から1年6か月が経過すると、障害年金が申請できます。
- 厚生年金加入中に「初診日」があることが大切です。「初診日」に加入している年金により、受給できる年金が異なります。

②今後の生活の設計を立てることが出来ます。

- 早期であれば、理解力や判断力が保たれていますので、病気であることを受け入れ、今後の人生を設計する時間が持てます。

③進行を遅らせる治療ができます。

- 早期の治療やリハビリ、生活習慣の改善によって進行を遅らせることができます。また、家族の介護負担を減らすこともできます。

2

会社の支援と本人の経験

若年性認知症に関する職場の状況

2024年5月から7月に、全国の従業員100人以上の企業10,074社に調査を実施し、767事業場から回答を得ました(有効回答率7.6%)。このうち、38事業場(5.0%)がこれまでに若年性認知症または認知機能低下に伴う病気と診断された従業員を雇用した経験があり、貴重な回答を得ることができました。

以下では、企業が実際に行った具体的な工夫について紹介します。

1) 診断の把握方法

若年性認知症の診断をどのように把握したかについて、以下の結果が得られました：

診断の把握方法と初期対応(N=38, 複数回答)

把握方法	N	%
本人の様子の変化を受けて会社から本人に受診勧奨し診断を受けた	21	55.3
本人からの相談・申し出により把握した	6	15.8
本人の様子の変化を受けて会社が本人と面談し診断を把握した	5	13.2
家族からの相談・申し出により把握した	2	5.3
欠損値	4	10.5

会社からの受診勧奨が過半数(55.3%)を占めており、職場での気づきが早期診断につながる可能性を示しています。

2) 主治医との連携

若年性認知症と診断された従業員の主治医と連絡を取った事業場は20(52.6%)でした。

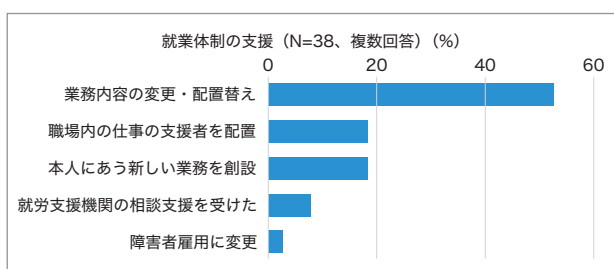
連携のタイミング: 診断時に相談した事業場が最も多く13事業場(65.0%)、次いで仕事の対応に困ったときが5事業場(25.0%)でした。

主治医との相談の目的(複数回答可): 病状の把握が最も多く16事業場(80.0%)、次いで就業上の配慮14事業場(70.0%)、就業内容への助言11事業場(55.0%)でした。一方、勤務情報提供書の提示は3事業場(15.0%)にとどまり、両立支援プランの作成を目的とした連携を行った事業場はありませんでした。診断後できるだけ早く主治医と連携することが、その後の支援をスムーズに進めるポイントとなります。

担当者与方法: 産業医が窓口となり相談したが8事業場(40.0%)、人事担当者が窓口となったが6事業場(30.0%)、受診同行時に直接相談したが5事業場(25.0%)でした。

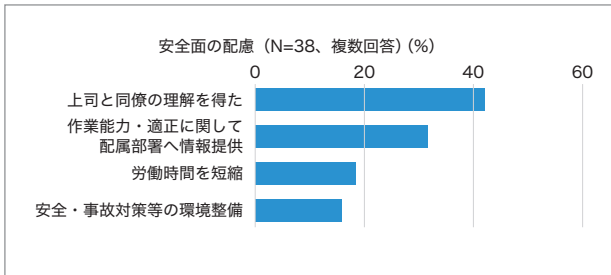
3) 支援と配慮の実施状況

実際に企業が行った支援内容を紹介します。



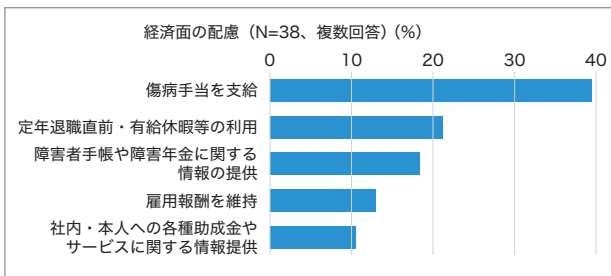
【就業体制の支援】

業務内容の変更・配置替えが最も多く52.6%の事業場で実施されていました。職場内の仕事の支援者を配置(18.4%)、本人にあう新しい業務を創設(18.4%)といった工夫も行われています。本人の能力に合った仕事を見つけることが就労継続の鍵となります。



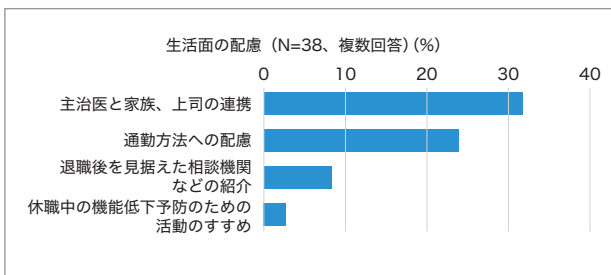
【安全面の配慮】

上司と同僚の理解を得ることが最も多く42.1%でした。次いで、作業能力・適性に関して配属部署へ情報提供(31.6%)、労働時間を短縮(18.4%)などが行われています。職場全体の理解を促進することが、安心して働ける環境づくりにつながります。



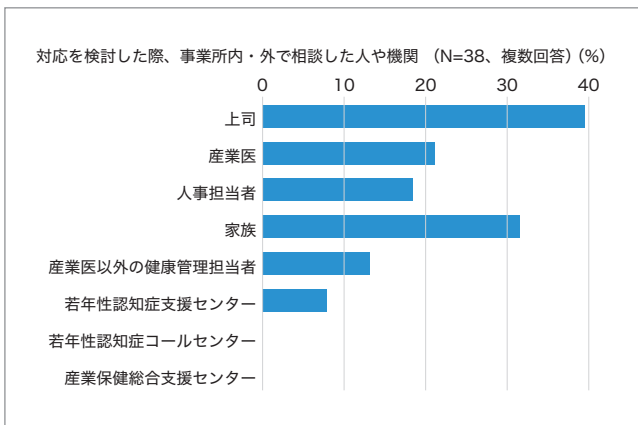
【経済面の支援】

傷病手当の支給が39.5%と最も多く、定年退職直前・有給休暇等の利用(21.1%)、障害者手帳や障害年金に関する情報の提供(18.4%)が続きました。経済的な不安を軽減するため、利用可能な制度の情報提供が重要です。



【生活面の支援】

主治医と家族、上司の連携が55.3%と過半数を占めました。通勤方法への配慮(23.7%)、退職後を見据えた相談機関などの紹介(7.9%)、休職中の機能低下予防のための活動のすすめ(2.6%)なども行われています。医療と職場、家族が連携することで、仕事と生活の両面を支えることができます。



【対応を検討した際、事業所内・外で相談した人や機関】

上司(63.2%)、産業医(60.5%)、人事担当者(52.6%)、家族(36.8%)など、事業所内での相談が中心となっており、専門支援機関の活用は極めて限定的でした。若年性認知症支援センター(若年性認知症の人や家族への相談支援、関係機関との連携を行う全国的な支援拠点)への相談も7.9%にとどまりました。また、若年性認知症コールセンター(全国電話相談窓口)、産業保健総合支援センター(都道府県の産業保健支援機関)の利用はありませんでした。これらの外部支援資源に関する情報不足が示唆されており、9ページ以降で紹介する相談先や制度をぜひご活用ください。

業保健支援機関)の利用はありませんでした。これらの外部支援資源に関する情報不足が示唆されており、9ページ以降で紹介する相談先や制度をぜひご活用ください。



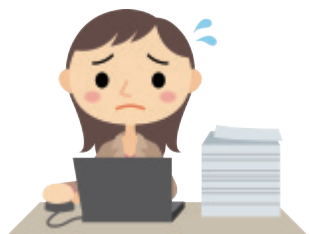
職場や同僚たちはどんな体験をしているのでしょうか

若年性認知症と診断された従業員への対応を経験した職場の人たちは、どのような体験をしているのか、6県の8事業場(教育・研究, 保健衛生業, 清掃, 通信業, 製造業)の管理職, 産業保健師の方々にお聞きしました。同僚や上司は、若年性認知症と診断された従業員との関わり方にとまどいながらも、安心と安全を考慮した体制を整備し、本人のプライドを壊さないようにして対応し、仕事が継続できるよう工夫していました。一方で、病名が公表されていない場合にはどう対応していいかわからず困惑している同僚の様子がありました。

以前とは様子が違うことに気づいても、 認知症とは思えない

事業所A:

実際の労働時間を記載する報告書などの、例えば何年とか月日に、突拍子もないものを書いてしまったりとか。そういったちょっとしたところから「あれ?」と思うようなところが、徐々に増えてきました。それでも認知症とは思わなかった。現場名も全然違うものを書いたり、いろいろなものを総合していく中で「何かちょっと違うのかな?」というように思うようになりました。



同僚は病状しか伝えられない中で、 病気を推測して関わるしかない

事業所B:

見るからに様子が以前とは違うので、ある程度は分かりました。ただ、はっきり病名の話をしたのもそんなにすぐではなく、ちょっと間が空いてからだったと思います。周りの人は、今までとは違うということは分かっている。きっと何も言わないけど、こういうことなんじゃないかなと思うと、周りの人から聞いたことも何回かあったりしました。

本人のプライドや経験を尊重する

事業所C:

本人はリーダーまでやった人で、今は自分で考えて指導する立場ではないのですが、そういうことをやりたいと言われる。やはり普通に他の人がやっている仕事と同じことがやりたいというふうに思っていますね。「今の仕事はとても大事だと思う。Aさんにしかできない仕事だと思うよ」と言っても、本人はどう言っても納得していません。

受診後のサポートのために 受診に同行する

事業所D:

こちらの仕事のあり方を先生と相談をしたりとか…。実際、本当に仕事を続けていても大丈夫なのかどうかという、そういったことも聞きながらでした。病気やかかわり方いろいろなことを、私自身も知りたかったのもあったので、何回か受診について行きました。

利用可能な制度を紹介する

事業所E:

病気が判明して、障害者手帳が出て年金が確定するまでは、そのままの雇用を続けて、確定してから障害者雇用に移り替えさせてもらいました。それまでちょっと待ち、本人の状況に合わせて雇用形態を変えていくということをしてしました。

本人はどのような体験をしているのでしょうか

若年性認知症を持ちながらも、お仕事を続けている方々に体験談を伺いました。ご本人は、これまで積み上げたキャリアを失ってでも働かなければならないという強い思いから、職場に病気を公表して支援を求めることにより、仕事を続けることができていました。そして自らも、認知症の進行と不安に対処しながら、同じ認知症を持つ当事者の力になりたいと尽力されていました。

認知症状に対処しながら 仕事をしているAさんの体験

みんなに認めてもらって働くためにはどうしようかって考えた時に、まあ記憶が悪いんだからノートに書いて、何度も何度も聞くんじゃなくてとにかく自分ができる範囲で一生懸命やってみようと思って、聞いたことを全部ノートに書き始めたんですよ。認知症の人は不安との戦いだと思うんですよ。だから何でも書いときますよ。朝は調子いいけど二時間半くらいたつと頭がいっぱいになって、思うように仕事ができなくなってしまいます。頭がもう重いなあって思ったらすぐ簡単な仕事をして、お昼休みに少し寝たらまた少し難しい仕事してっていうように自分で調節するようにしています。

社会資源の活用と家族の支えにより 再就職したCさんの体験

当時、働いていた会社で同僚から色々と言われたり、社長に病院に行くように勧められた時期が一番辛かった。病院に行ったら若年性認知症と言われて、会社にも迷惑をかけられないと思い仕事を辞めて、一年間何にもしなくて、昼と夜が逆転した生活をしていました。その時に病院から職業能力開発センターを紹介してもらいました。そこで色んな作業をすることが面白くて、どんどん仕事をしたいなと思えて、再就職することができました。嫁さんとか娘も『あれ忘れてるよ』とか、実際忘れてることがあるかしらんけど、もし忘れていてもそれを指摘したりしないので、それがいいんかなって思います。



家族会の支援により会社と 円滑な話し合いができたBさんの体験

診断後、会社が私のことを理解してくれるのか、もう私の中では病気がイコール解雇されるとしか考えられなかった。最初はすぐに会社に伝えることができずに苦しい思いをしました。誰かに助けて欲しいという一心で、家族会の人に話し合いに同席してもらいました。私自身病気のことを理解できていないのは何となくわかったから、絶対一人でうまく説明できないなと思って。悪い方に話が流れたらもうこれは怖いな一と思って。最初から家族会の会の人に助けてもらっていたら、ここまで苦しい思いをせずに良かったらうな。今、私が言えることは、サポートしてもらえる人の力を借りて、会社と話し合うようにした方が良ということです。今だから言えることですが、こうして働くことができることがほんとに嬉しいです。

認知症の当事者の活動によって 生きる力を取り戻したDさんの体験

家で泣いてばかりいて自宅に引きこもっていた私を家族が心配してくれ、コーディネーターに電話をしてくれました。当事者を支える活動に誘ってもらえ、参加しました。認知症になってしまったことは仕方がないし、これは受けとめるしかない。だったら楽しく第二の人生をエンジョイしていつ自分達で役立つことがあるんだったら喜んで活動していきたい。同士がいてくれるから、私一人とは違うからみんなでない知恵絞ったら新しい認知症者としての生き方がねえ、生きてくぞっていうね、覚悟みたいな…。

3

仕事を継続するための相談先や制度

どこに相談すればいいの？利用できる制度は？

働き盛りの年齢で若年性認知症と診断されることは、本人や家族にとって、仕事や病気の治療、経済面など、これからの生活について様々な不安が伴います。職場が相談窓口や制度を理解していることは、若年性認知症の従業員の方の大きな助けと成り得ます。

1. 相談先

●若年性認知症支援コーディネーター

若年性認知症支援コーディネーターは、①本人や家族、職場からの相談支援、②利用できる制度・サービスの紹介や手続き支援、③職場や福祉サービス事業所等と連携した就労継続支援、④地域住民を含めた若年性認知症に関する正しい知識の普及・啓発活動、などを担う専門職です。都道府県ごとに相談窓口が設置され、配置されています。

●両立支援コーディネーター

両立支援コーディネーターは、がん等の治療と仕事の両立を目指す社員と企業・医療機関の橋渡し役を担う専門人材です。2022年度の診療報酬改定では、治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の対象疾患に「若年性認知症」が追加されました。

支援対象者が治療と仕事を両立できるよう、それぞれの立場に応じた支援の実施、両立支援に関わる関係者との調整を行います。若年性認知症の人は、職場内の環境整備や支援体制の枠組みが整うことで、働き続けることが可能な場合があります。労働者健康安全機構(JOHAS)の研修を受講・修了した者が、主に企業(人事・産業保健スタッフ)や病院に配置され、円滑なコミュニケーションと職場環境整備を支援します。

引用) 厚生労働省「治療と仕事の両立支援ナビ」<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>

●医療機関のソーシャルワーカー

診断がついてすぐに相談を始めることで、生活に必要な情報が得られたり、不安な気持ちを受け止めてもらえたりして、安心につながります。

●地域包括支援センター

介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者や若年性認知症の人を支える相談窓口です。各市町村が設置主体で、自治体から委託された社会福祉法人や民間企業などが運営していることが多く、人口2～3万人の日常生活圏域を1つの地域包括支援センターが担当しています。

●若年性認知症コールセンター TEL：0800-100-2707(フリーコール) 月～土曜日10:00～15:00

若年性認知症に関する様々な相談に対して、専門の教育を受けた相談員が対応します。厚生労働省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中の若年性認知症対策の一環として、平成21年10月1日に認知症介護研究・研修大府センターに設置されました。

● 基幹相談支援センター

市町村に設置され、障害者等の地域における生活を支援するため、福祉サービスの利用や各種制度の活用に関することなど、様々な相談に応じます。

2. 利用できる制度

● 医療費に関する制度

制度	内容	相談・申請窓口
医療費の助成 (自立支援医療： 精神通院医療)	認知症で通院治療している場合、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費の自己負担が1割に軽減される場合があります。ただし、世帯の所得や疾病等に応じて自己負担額の上限が定められています。	通院中の医療機関 お住まいの市区町村担当課 (障害福祉課など)
医療費控除	1年間(1月から12月まで)に負担した医療費の総額が一定額を超えている場合には、「医療費控除」が受けられ、確定申告を行うと税金が還付される場合があります。	税務署 お住まいの市区町村担当課 (税務課など)
高額療養費	医療機関や薬局で支払う自己負担額が1か月単位で一定額を超えた場合には、その超えた金額を支給する制度です。事前に「限度額適用認定証」を入手し、窓口に出せば、自己負担限度額を超えた分を支払う必要はありません。	加入している健康保険組合、協会けんぽ お住まいの市区町村担当課 (医療保険課など)
高額医療、高額介護 合算療養費制度	同じ世帯内で同一の医療保険に加入している人で、毎年8月から翌年7月までの1年間に「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その合計が一定の額を超えた場合に、その超えた分が支給されます。	加入している医療保険の担当課 お住まいの市区町村担当課 (介護保険課、国民健康保険課など)

● 障害者手帳

制度	内容	相談・申請窓口
精神障害者 保健福祉手帳	認知症と診断され、一定の精神障害の状態にあることが認定された場合、「精神障害者保健福祉手帳」を取得できます。	お住まいの市区町村担当課 (障害福祉課など)
身体障害者手帳	血管性認知症やレビー小体型認知症などで、身体症状がある場合は「身体障害者手帳」に該当することもあります。これらの手帳があれば、企業の障害者雇用枠として働き続けることが可能になる場合があります。*該当する疾患で、医療機関に初めて受診した初診日から6か月経過した以降での障害の程度で決められます。	税制の優遇措置、公共交通料金や施設の利用料の割引等があり、詳細は窓口でお尋ねください。

● 傷病手当金・障害年金

制度	内容	相談・申請窓口
傷病手当金	全国健康保険協会(協会けんぽ)又は健康保険組合に加入しているご本人(被保険者)が若年性認知症などの病気や業務外のけがで仕事を休み、給料がもらえないときに、その間の生活保障をするための「現金給付制度」です。連続する3日間を含み4日以上休業した場合に4日目から支給されます。	在職の場合は勤務先の担当者 退職後は、勤務先であった担当者または都道府県の全国健康保険協会 ※健康保険に加入していない事業所で勤務している人、自営業の人、退職後に健康保険に任意加入している「任意継続被保険者」は、傷病手当金を受けることができません。
障害年金	障害や病気によって生活や仕事に支障が出た場合に受け取ることができる公的年金です。初診日(障害の原因になった傷病について、初めて医師の診断を受けた日)に加入している年金により、受給できる年金が異なります。※障害基礎年金が受けられるかどうかは、障害の原因となった傷病の初診日から1年6か月たった日か、それ以前に病状が固まったときはその日になっています。	障害基礎年金(国民年金加入者：自営業など、20歳以上60歳未満のすべての人)→市区町村役場年金事務所 障害厚生年金(厚生年金保険加入者：(会社員、公務員など)→年金事務所公務員は各共済組合

※傷病手当金を受給している間に障害年金を請求することは可能ですが、障害年金が受給できるようになれば傷病手当金は受給できません(障害年金の受給が優先されます)。ただし、傷病手当金より障害年金を含めた各種年金の額が傷病手当金より少額の場合のみ、その差額を受給することはできます。

● 主な就労・社会参加の継続に関する支援

制度	内容
公共職業安定所(ハローワーク)	障害者を対象とした求人の申込みを受け付けています。専門の職員・相談員(精神障害者雇用トータルサポーター)が就職を希望する障害者にきめ細かな職業相談を行い、就職後には業務に適應できるよう職場定着指導も行っています。
地域障害者職業センター(独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構)	障害者職業カウンセラー等を配置し、ハローワーク(公共職業安定所)、障害者就業・生活支援センターとの密接な連携のもと、就職や職場復帰を目指す障害のある方、障害者雇用を検討している或いは雇用している事業主の方、障害のある方の就労を支援する関係機関の方に対して、支援・サービスを提供しています。また、職場にジョブコーチ(職場適應援助者)が出向いて、対象者に対して、作業能力の向上に向けた支援を行うと共に、職場に対して対象者との関わり方や作業方法の指導の仕方について助言を行います。
福祉的就労	若年性認知症の発症により、一般雇用での働き方が困難になった場合、就労継続支援A型事業所(雇用契約があり、最低賃金が保障される)、就労継続支援B型事業所(雇用契約がなく、工賃が支給される)、就労移行支援事業所(再就職を目標に一定期間の訓練を受ける)などが利用できます。

本人・家族への支援

● 診断の前後の本人や家族の気持ちの受け止め

本人やご家族は、いつもと違う様子に気づいてから病院を受診するまでにかかなりの時間を要しています。認知症と診断された場合に仕事の継続が出来るのか、解雇されてしまうのではないかとといった不安や恐怖を抱え、絶望を口にする方もいます。一方で、告知によってやっと病気がわかったと安堵する方もいます。いずれにしても、診断後は産業医や家族を交えて本人・家族の話をよく聞き、今後の働き方について話し合い、お互いに納得した働き方を考えるとよいでしょう。

● 退職後の居場所作り

診断を受けたからといって、すぐに仕事が出来なくなるわけではありません。ご本人の意識はそれまでとなんら変わりはありません。将来の休職や退職後の生活を考えるために、在職中から社会とのつながりが持てるような、職場以外の専門機関と連携した支援が望ましいです。

治療を続けるうえで、当事者の交流会などに参加して、診断後の様々な悩みについて認知症の本人同士で話し合う場などに参加できるよう、配慮することも必要です。同じ立場の人と話をすることによって、生きる気力がわいたり、生活や仕事上の工夫やヒントももらえたりしているようです。

● 本人や家族の交流会

交流会とは、認知症の本人・家族同士が知り合い、自由に病気のこと、困っていることの工夫など、お互いの経験を共有することが出来る場です。基本的に、個人情報に配慮された空間です。他の人に話していいのかと参加を迷う方もいますが、参加して「仲間に出会えてよかった」、「一歩踏み出せた」、「仲間と話をして今後の仕事について考えることができた」という声を聞きます。専門職が参加している場合は制度などの相談ができます。

交流会の開催日や時間は場所により異なります。

行政やNPO、ボランティア団体など様々な取り組みがされています。本人の交流会を行っている機関や団体もあります。電話や面接による相談に対応したり、会報や冊子の発行で情報を伝えたり、講演会を開催したりする取り組みもあります。

認知症疾患医療センターなど専門医療機関でも、介護家族を対象に、認知症に対する理解を深め、介護や日常の対応を学ぶ「家族教室」を開いているところがあります。

若年性認知症の家族会や支援機関の団体です。

一般社団法人若年性認知症協議会

● 連絡先：電話 03-6380-0166

HP <https://jeodc.jimdofree.com>

全国の「若年性認知症に関する相談窓口」については、

若年性認知症コールセンターホームページ

(<https://y-ninchisyotel.net/>)に掲載しています。



参考文献

- 1) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：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, https://www.tmgig.jp/research/cms_upload/20170401_20200331.pdf
- 2) 栗田圭一：若年性認知症の疫学・臨床・社会支援，我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，62(11)，1429-1444，2020.
- 3) 新井平伊：若年性認知症の人の治療と仕事の両立を目指して，専門医から見た若年性認知症に対する治療と仕事の両立支援の現状，老年精神医学，34(1)，7-12，2023.
- 4) 新井平伊，明石祐二，江口尚，他：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.令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「若年性認知症疾者の就労支援のための調査研究事業」，2022.
- 5) 社会福祉法人 仁至会認知症介護研究・研修大府センター：若年性認知症思案ガイドブック(令和7年度版)https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/guidebook_2026.pdf
- 6) 社会福祉法人 仁至会認知症介護研究・研修大府センター：若年性認知症コールセンター.生活を支える制度や支援;<http://y-ninchisyotel.net/support/fukushi.html>
- 7) 社会福祉法人 仁至会認知症介護研究・研修大府センター：若年性認知症コールセンター.若年性認知症に関する相談窓口;<http://y-ninchisyotel.net/callcenter/linkbanner.html>
- 8) 中辻優監修，社会福祉法人兵庫県社会福祉協議会ひょうご若年性認知症生活相談支援センター：「若年性認知症の方が使える社会保険ガイド」-傷病手当金・障害年金・失業給付編-(改訂版)，2016；https://www.hyogo-wel.or.jp/dl/jakunen_guidebook201602.pdf
- 9) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター：認知症を発症した人の就労継続のために;<http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai50.pdf>
- 10) 表志津子，石渡文子，岡本理恵，他：若年性認知症を有する従業員の就労継続に関する事業場の認識，産業衛生学雑誌，62(3)，127-135，2020.
- 11) S, Omote et al. : E 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;
- 12) S, Ikeuchi, et al. :Work-related Experiences of People With Young Onset Dementia in Japan. Health & Social Care in the Community, 30(2):548-557, 2022.
- 13) 独立行政法人労働者健康安全機構：治療と仕事の両立支援コーディネーターマニュアル，<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1047/Default.aspx>
- 14) 厚生労働省：共生社会の実現を推進するための認知症基本法について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>
- 15) Sakata N, Okumura Y. Job loss after diagnosis of early-onset dementia: A matched cohort study. J Alzheimers Dis. 60(4):1231-1235(2017).
- 16) 高橋裕太郎，表志津子，岡本理恵，他：日本における若年認知症と診断された従業員の就労及び支援体制の実態，in press, 老年精神医学雑誌.
- 17) 厚生労働省：認知症施策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

発行責任者：表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

作成協力者：岡本理恵，高橋裕太郎（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
池内里美（三重大学大学院医学系研究科看護学専攻）

監 修：鷺見幸彦（社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター）

連 絡 先：表志津子 金沢大学医薬保健研究域保健学系
920-0942 石川県金沢市小立野 5-11-80

謝辞

このパンフレットは，2020年初版（日本学術振興会科学研究費補助金16K12352）を改訂し，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）」（代表：鷺見幸彦）の調査結果を加え，改訂版を作成しました。

初版の作成にご尽力賜りました，小山善子先生，入谷敦先生，森河裕子先生，奥野敬生先生，石渡文子様へ深謝申し上げます。

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：若年性認知症は就労や家庭生活など社会的役割を担う時期に発症することから、高齢期認知症とは異なる支援ニーズを有する可能性があるが、本人および家族の情報ニーズに関する知見は十分ではない。本研究は、若年性認知症の本人および家族の情報ニーズと困難の実態を明らかにし、両者の共通点と相違点を検討するとともに、情報収集行動に関連する要因を明らかにすることを目的とした。**研究方法：**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を通じて質問紙調査を実施した。調査内容は、困難、医療・介護・経済的支援・社会資源等に関する情報検索経験、収集時期、基本属性等とした。分析は記述統計、 χ^2 検定、ロジスティック回帰分析および自由記述の質的分析を行った。**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。困難として「認知症の進行」「生活・経済的不安」「社会参加の場の不足」が多く挙げられた。情報検索は全項目で6割以上に認められ、特に症状・進行や治療に関する情報が多かった。医療に関する情報は診断前後に多く収集され、介護や経済支援、就労関連の情報は診断後から進行後に多く求められていた。多変量解析では、経済的不安は就労関連情報の検索、社会参加の不足は社会資源に関する情報検索と有意に関連していた。質的分析では、診断初期には制度や相談先に関する基礎的情報の不足がみられ、現在は生活支援やケア方法に関する具体的なニーズが中心であった。**考察：**若年性認知症の情報ニーズは医療や経済的支援を中心に多岐にわたり、家族は介護や支援体制に関する情報をより求める傾向がみられた。情報ニーズは診断初期の基礎的情報の不足から、生活支援やケアに関する具体的なニーズへと段階的に変化していた。また、経済的不安や社会参加の制約が強いほど関連情報を求める傾向があり、個別状況に応じた情報提供の必要性が示唆された。**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。今後は、継続的にアクセス可能な情報提供体制の整備とともに、時期および立場に応じた包括的支援の構築が求められる。

A. 研究目的

若年性認知症 (Young-Onset Dementia: YOD) は、65 歳未満で発症する認知症を指す。近年のメタ解析によると、世界の有病者数は約 390 万人と推定された (Hendriks et al., 2021)。一方で、診断の遅

れが多く、多くの研究で指摘されているほか、低所得国・若年年齢帯におけるデータの不足および質のばらつきにより、有病率が過小評価されている可能性が指摘されている。

若年性認知症では、診断に至るまでの期間が長いことが報告されている。全認知症における診断までの平均期間は 3.5 年に対し、若年性認知症では 4.1 年であり、特に若年での発症と前頭側頭型認知症で診断までの期間が長い傾向が示唆された (Kusoro, Roche, Del-Pino-Casado, Leung, & Orgeta, 2025)。また、発症から施設入所までの期間においても、高齢期認知症では平均約 4 年に対し、若年性認知症は約 9 年と報告されている (Bakker et al., 2013)。このように、若年性認知症では診断前及び介護開始前の期間が長期にわたり、多様かつ長期的な支援ニーズが存在すると考えられる。

若年性認知症は就労や家族生活など社会的役割を担う時期に発症するため、高齢期認知症とは異なる特性や支援ニーズを有することが指摘されている (Sansoni et al., 2016)。若年性認知症と診断された人に対する年齢に応じたサービス設計の必要性については多くの研究で議論されており (Baptista et al., 2016; Millenaar et al., 2016; Richardson et al., 2016)、このようなサービスは在宅生活の継続に寄与する可能性も示されている (Mayrhofer, Mathie, McKeown, Bunn, & Goodman, 2018)。

若年性認知症の人や家族が必要とされる情報は医療、介護、就労など多領域にわたり、包括的な対応が求められる (栗田, 2020)。診断後に必要な情報が十分に提供されない場合、適切な支援の利用機会を逸する可能性がある (Ducharme et al.,

2014)。このように、情報提供の重要性は指摘されているものの、どのような本人および家族がどのような情報を求めているかについては、体系的な知見が乏しい。また、両者間の情報ニーズの違いに関しても、十分に検討されていない。

以上を踏まえ、本研究では若年性認知症の本人および家族が抱える困難と情報ニーズの実態を明らかにし、内容の時期的変化および両者の共通点および相違点を検討することを目的とした。さらに、情報収集行動に影響を及ぼす関連要因を検討し、今後の情報提供体制および支援方策の構築に資する基礎的知見を得ることを目指す。

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、本人および家族への配布を依頼した。

調査期間は 2024 年 10 月～2026 年 2 月までとした。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、就労継続支援事業所からの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は 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】。

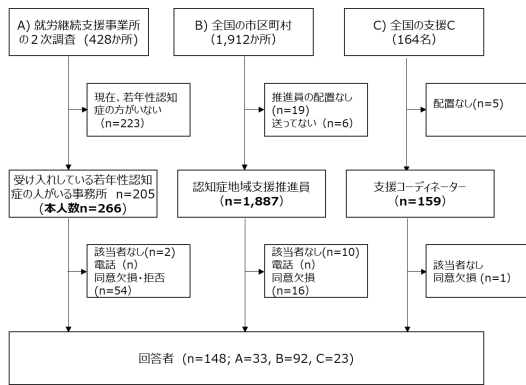


図1 調査対象者のフロー

2. 調査項目

研究1) 先行研究を参考に、本人や家族が利用している支援に関する情報の入手方法および必要とする情報内容を検討し、調査票を作成した。調査票は、診断後に利用したサービス、相談先の有無、日常生活における困難、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、基本属性等で構成された。

困っていることに関しては、認知症やその他の疾患の進行、気分、サービス等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、情報検索経験の有無、情報の取得時期と方法について質問した【表1】。

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	探したことがある	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*			

研究2) 若年性認知症の本人や家族に「欲しかった情報」および「現在欲しい情報」

に関し、自由記述で回答をもとめた。

3. 解析方法

研究1) 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。多変量解析は、困っていることの上位3の項目を説明変数とし、情報検索経験を従属変数としたロジスティック回帰解析を行った。統計解析には、IBM SPSS Statistics 27 (IBM Corp.)を用いた。研究2) 「欲しかった情報」および「現在欲しい情報」に関する自由記述の回答274件を対象に、テキストマイニングとキーワード分析等によりカテゴリー化し、属性との関連を記述的に分析した。

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で取得した(承認番号0503-3)。

D. 研究結果

研究1) 量的研究の結果

1. 回答者の特性

有効回答者は148名であった。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	認知症地域支援推進員	90	61.6
	就労継続支援事業所	33	22.6
	若年性認知症支援コーディネーター	23	15.8
	その他	7	4.8
回答者	本人	37	26.1
	配偶者	72	50.7
	子ども、親等	33	23.2
回答者の年齢	本人	58.4	9.4
	配偶者	60.6	6.7
m, SD	その他	59.1	16.5
同居人数	(1-7 名)	2.6	1.2
m, SD			
一人暮らし		22	15.3
診断時推定年齢	m, SD	55.7	6.4
診断名	アルツハイマー型	107	73.8

現在、若年性認知症の本人および家族が困っていることとしては、「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 27.1%であった【図 2】。全ての項目において本人・家族等で回答を比較した結果、「認知症の進行」と「社会参加の場の不足」、「外出先の少なさ」において、有意な差が認められた【表 3】。

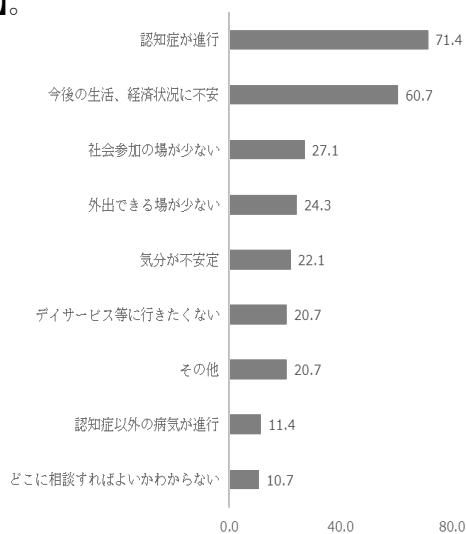


図 2 困っていることに関する回答の割合

表 3 現在、困っていることの回答者別の比較

	本人	家族、他	p
認知症が進行	50.0%	80.8%	0.001
今後の生活、経済状況に不安	68.8%	57.7%	0.362
社会参加の場が少ない	9.4%	33.7%	0.014
外出できる場が少ない	6.3%	29.8%	0.013
気分が不安定	21.9%	23.1%	1.000
デイサービス等に行きたくない	12.5%	23.1%	0.296
その他	25.0%	19.2%	0.649
認知症以外の病気が進行	9.4%	12.5%	0.868
どこに相談すればよいかわからない	6.3%	10.6%	0.701

情報収集の経験については、13 項目すべてにおいて、6 割以上の方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%と最も多く、「初期症状に対する情報」が 86.7%、「治療方法や薬」が 86.2%、「障害年金などの経済的支援」が 85.3%であり、8 割以上を占めた【図 3】。

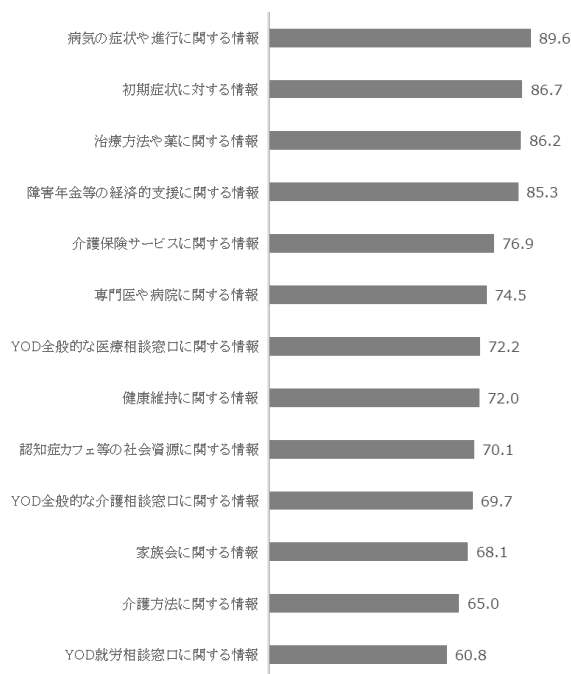


図 3 情報収集の経験に関する回答の割合

多変量解析の結果、就労相談窓口の場合、診断推定年齢が若い、経済的不安が高いほど、就労相談の情報検索と関連があった。また、社会参加の場が少ないと感じるほど、社会資源に関する情報検索と有意な関連を示した。医療相談窓口における情報検索では有意な差が見られなかった【表4】。

表4 上位3の項目を説明変数とし、情報検索経験を従属変数とした多変量解析

	オッズ比	95% 信頼区間		p
		下限	上限	
性(ref.女性)	1.83	0.72	4.65	0.201
回答者(ref.家族)	1.39	0.50	3.87	0.526
診断推定年齢	1.03	0.96	1.11	0.376
世帯人員	0.76	0.53	1.09	0.137
困っていること:認知症が進行	2.61	0.98	6.93	0.055
従属変数:医療相談窓口に関する情報検索の経験				
	オッズ比	95% 信頼区間		p
		下限	上限	
性(ref.女性)	0.89	0.39	2.03	0.782
回答者(ref.家族)	1.35	0.52	3.45	0.537
診断推定年齢	0.93	0.86	1.00	0.046
世帯人員	1.22	0.85	1.77	0.286
困っていること:今後の生活、経済状況に不安	2.67	1.17	6.10	0.020
従属変数:就労相談窓口に関する情報検索の経験				
	オッズ比	95% 信頼区間		p
		下限	上限	
性(ref.女性)	2.34	0.94	5.81	0.067
回答者(ref.家族)	1.13	0.43	2.97	0.796
診断推定年齢	1.02	0.94	1.09	0.674
世帯人員	1.34	0.91	1.97	0.141
困っていること:社会参加の場が少ない	3.82	1.16	12.51	0.027
従属変数:社会資源に関する情報検索の経験				

研究2) 質的研究の結果

自由記述欄に一つでも回答した人は108名であった。回答者と非回答者の比較では、自由回答者は女性が53%、非回答者は男性が66%と高かった。回答者は配偶者が56.7%と最も多く、非回答者では本人が39.5%と多かった。回答時年齢および発症推定年齢の平均は両群でほぼ同等で、大きな差は認められなかった【表5】。

表5 自由記述回答者と非回答者の属性比較

	自由記述あり (n=108)	自由記述なし (n=38)
女性	53%(57)	34%(13)
本人	21.2%(22)	39.5%(15)
配偶者	56.7%(59)	31.6%(12)
子ども・親等	22.1%(23)	28.9%(11)
回答時年齢 (平均)	59.0 歳	59.6 歳
発症推定年齢 (平均)	55.9 歳	55.4 歳

情報ニーズに関する分析では9カテゴリーに分類された。初期段階(Before)では、制度や医療に関する基本的情報が不足し、どこに相談すべきかがわからないといった「入口の情報欠如」が中心であった。一方、現在のニーズ(After)は日常生活の継続や家族負担の軽減に関する具体的な支援が求められていた【表6】。本人・家族別の出現数を比較してみると、本人では「働く・役割を持ち続ける」ことが一貫して重視していた。また、家族等では「接し方」や「生活支援」など日常ケアに関わる実践的ニーズが多かった。

表6 ニーズの時期的変化分析

1. 診断直後に欲しかった情報 (Before)

カテゴリー	件数	代表例(自由記述より抜粋)
B1 制度・サービス利用	28	「介護保険サービスについての利用の流れがわかりやすいものが欲しかった」
基礎情報		「受ける権利のあるサービスの詳細を知りたかった」
		「障害年金の申請について年齢制限を早く知りたかった」

B2 診断・病理解解に関する情報	39	「性格なのか認知症なのか理解できず、病院の情報がほしかった」 「若年性認知症の情報が少なかった」 「近所で受診できる病院がわからなかった」
B3 相談先・支援窓口の不明確さ	44	「どこに相談してよいのか全く分からなかった」 「役所に問い合わせても若年性向けの対応がなかった」 「相談窓口がわかりづらかった」
B4 社会参加・外出・活動に関する情報	18	「外の空気に触れられる観光がしたかった」 「認知症でもできる就労の場がほしかった」 「働ける場所の情報がほしかった」
その他	52	複合的・抽象的な記述(例:「もっと情報がほしかった」「いろいろ困った」)

A5 生活支援・QOL向上のための場	25	「運動ができる施設がほしい」 「認知症でも入りやすい歯医者を知りたい」 「生活が続けられる通える場所が必要」
その他	76	内容が複合的・抽象的(例:「支援がほしい」「困っている」)

E. 考察

本研究の結果から、若年性認知症の本人および家族の情報ニーズは多岐にわたり、その内容は時期および立場によって異なることが明らかになった。

困難として「認知症の進行」「経済的不安」「社会参加の不足」が上位に挙げられた。先行研究によると、若年性認知症は高齢期認知症と比較して心理的・社会的影響が異なり(Hoppe, 2019)、社会的役割の喪失や経済的問題を伴いやすいと報告している(Kilty, Cahill, Foley, & Fox, 2023)。特に本研究では、家族がこれらの困難をより強く認識していることが示され、介護責任の集中や将来設計への不安が影響している可能性が推察される。

情報ニーズに関しては、医療・介護・経済・社会資源といった多領域にわたる情報探索が広く行われており、先行研究(栗田, 2020)と一致する結果であった。また、医療情報や経済的支援に関する情報への高いニーズが示され、就労継続や収入維持が重要な課題であることが示された。多変量解析の結果からは、経済的不安や社会参加の不足といった生活上の課題が情報探索行動と関連することが明らかになった。情報検索は生活状況や課題に応じて生じる行動であり、一律の情報提供よりは、ニーズに応じた個別化が必要と考えられる。

情報の時期的変化における分析からは、情報ニーズが「診断直後」と「現在」で変化することが確認された。診断直後は「相談先がわからない」「制度がわからない」

2. 現在、欲しい情報 (After)

カテゴリー	件数	代表例(自由記述より抜粋)
A1 症状に応じた接し方・ケア方法	23	「病気の進行に合わせた声掛けやサポート方法を知りたい」 「家族としての接し方が知りたい」
A2 就労・社会参加の場	12	「認知症でも働ける場がほしい」 「同じ認知症の方と働ける場所があれば安心」
A3 安心できる滞在・レスパイト支援	2	「夜間、家族が安心して預けられる宿泊サービスがほしい」
A4 専門医療・専門機関の情報	2	「専門医・専門病院の情報」 「認知症を診られるクリニックを知りたい」

のような情報アクセスの困難が中心であった一方、現在では「接し方」「生活支援」など具体的支援へのニーズが高まっていた。若年性認知症への情報提供を行う際には、一時的な情報提供ではなく、時間経過に応じて継続的かつ段階的に提供する必要性が示された。

本人と家族のニーズの差異としては、本人は社会参加や役割の維持を継続的に重視し、家族は生活支援やケア負担軽減を重視していた。若年性認知症の本人および家族等の未充足ニーズは生活の質 (Quality of Life) と関連する可能性が指摘されている (Baptista et al., 2016)。また、家族介護者における調査では介護期間の長期化に伴いウェルビーイングが低下することが報告されている (Williams T, 2001)。両者の関係性や生活状況を考慮した支援は、本人および家族双方の生活の質の向上に寄与する可能性が示唆される。

F. 結論と今後の課題

1. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界が存在する。

第一に、本研究は就労継続支援事業所や認知症地域支援推進員等を通じて調査票が配布されており、すでに何らかの支援につながっている対象者が多く含まれている可能性がある。そのため、支援にアクセスできていない層の実態を十分に反映していない可能性がある。

第二に、本研究は横断的調査であり、情報ニーズの時間的変化については質的データに基づいて解析している。今後は縦断的研究による検証が求められる。

第三に、情報収集行動やニーズに関するデータは自己申告に基づいており、記憶バイアスや主観的評価の影響を受ける可能性がある。

第四に、自由記述の分析においてはカテゴリ化を行っているものの、解釈の過程において研究者の主観が一定程度含まれる可能性がある。

2. 結論

本研究により、若年性認知症の本人お

よび家族は多様かつ高い情報ニーズを有し、診断前後および生活段階に応じて変化することが明らかになった。特に、診断直後には病気理解や相談先、制度に関する基礎的情報が求められる一方、診断後の生活期においては、接し方や生活支援、社会参加など、より具体的かつ実践的な情報ニーズへと移行していた。また、本人と家族での情報ニーズに相違がある可能性がみられた。さらに、経済的不安や社会参加の制約のような生活上の課題は情報探索行動と関連しており、生活状況に応じた情報ニーズが確認された。

以上より、若年性認知症に対する支援においては、診断初期から生活期に至るまでの継続的な情報提供体制の構築が必要と考えられる。また、社会参加支援・家族支援を含め、時期・立場を考慮した地域包括的支援の構築が、若年性認知症を含む共生社会の実現に向けた重要な検討課題と考えられる。

3. 今後の課題

本研究の結果および限界を踏まえ、今後の課題として以下の点が挙げられる。

第一に、診断直後から継続的に利用可能な情報提供体制の構築である。特に、初期段階の情報アクセスに関する課題に対応するため、相談窓口の紹介や情報集約の仕組みが求められる。

第二に、本人および家族それぞれのニーズに応じた個別化された情報提供および支援プログラムの開発である。特に本人の就労継続や社会参加を支援する取り組みと、家族のケア負担軽減を支える支援の両立が重要と考える。

第三に、情報提供の内容だけでなく、その提供方法の検討である。本研究においても web の活用が示唆されている一方で、専門職や行政機関による支援も重要であり、多様な方法を組み合わせた情報提供体制の整備が必要である。

第四に、情報提供が実際のサービス利用や生活の質 (QOL) に与える影響を検証する研究の推進である。情報提供の効果を評価することで、より実効性の高い支援

モデルの構築が期待される。

第五に、支援につながっていない未把握層を対象とした調査の実施可能性の検討が必要と考えられる。

G. 発表

1. 論文発表：なし

2. 学会発表

李相兪、齊藤千晶、山口友佑、鷺見幸彦.
若年性認知症本人および家族の情報ニーズに関する調査：診断前後に求める情報と必要とする時期、情報源の検討. 第 26 回 日本認知症ケア学会 2025 年 5 月 30 日-6 月 1 日.

李相兪、齊藤千晶、山口友佑、鷺見幸彦.
若年性認知症本人およびその家族の情報ニーズに関する調査研究. 日本老年社会科学会 第 67 回大会 2025 年 6 月 28-29 日.

李相兪、齊藤千晶、山口友佑、鷺見幸彦.
若年性認知症の本人および家族が求める情報ニーズと時期的変化：自由回答の質的検討. 第 44 回日本認知症学会学術集会 2025 年 11 月 21-23 日

李相兪、齊藤千晶、山口友佑、鷺見幸彦.
若年性認知症における情報ニーズの共通点と乖離：本人・家族および過去・現在の情報の差に着目した質的検討. 第 27 回 日本認知症ケア学会発表予定.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

I. なし

参考文献

- 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., Johannessen, 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
- Ducharme, F., Kergoat, M. J., Coulombe, R., Lévesque, L., Antoine, P., & Pasquier, F. (2014). Unmet support needs of early-onset dementia family caregivers: a mixed-design study. *BMC Nurs*, *13*(1), 49. doi:10.1186/s12912-014-0049-3
- Hendriks, S., Peetoom, K., Bakker, C., van der Flier, W. M., Papma, J. M., Koopmans, R., . . . Ruano, L. (2021). Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*, *78*(9), 1080–1090. doi:10.1001/jamaneurol.2021.2161
- Hoppe, S. (2019). Shifting uncertainties in

- the pre-diagnostic trajectory of early-onset dementia. *Dementia (London)*, 18(2), 613–629. doi:10.1177/1471301216687436
- Kilty, C., Cahill, S., Foley, T., & Fox, S. (2023). Young onset dementia: implications for employment and finances. *Dementia (London)*, 22(1), 68–84. doi:10.1177/14713012221132374
- Kusoro, O., Roche, M., Del-Pino-Casado, R., Leung, P., & Orgeta, V. (2025). Time to Diagnosis in Dementia: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 40(7), e70129. doi:10.1002/gps.70129
- 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
- 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
- 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
- Sansoni, J., Duncan, C., Grootemaat, P., Capell, J., Samsa, P., & Westera, A. (2016). Younger Onset Dementia: A Review of the Literature to Inform Service Development. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 693–705. doi:10.1177/1533317515619481
- Williams T, D. A., Cameron IH. (2001). From pillar to post - a study of younger people with dementia. *Psychiatric Bulletin*, 25, 384–387.
- 栗田, 主. (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 国立研究開発法人日本医療研究開発機構: https://www.tmg Hig.jp/research/cms_upload/20170401_20200331.pdf
- 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.tmg Hig.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
鷺見幸彦	認知症政策推進基本計画 保健医療サービスおよび福祉サービスの提供体制の整備	老年精神医学雑誌	36(8)	722-730	2025
武田章敬	セミナー 抗Aβ抗体薬の登場によって変わるもの・変わらないもの「抗Aβ抗体療法時代の専門外来の診療フローとかかりつけ医の役割」	内科総合誌 Medical Practice	42(5)	689-693	2025
武田章敬	連載 今から準備 長く働く心身づくりのヒケツ, 第9回「認知症とは～症状や原因, 治療などの基礎知識」	安全衛生のひろば	66(9)	36-37	2025
武田章敬	「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及	公益財団法人長寿科学振興財団 WEB版機関誌「Aging & Health」	2025年11月15号10月配信 (第34巻第3号) 秋号	16-20	2025
武田章敬	これからの認知症医療の方向性	The Curator of Neurocognitive Disorders	3(1)	30-35	2026
齊藤千晶	若年性認知症支援コーディネーターの活動の現状と今後の展望	認知症ケア事例ジャーナル	18(3)	228-235	2025
齊藤千晶, 鷺見幸彦	老年精神科医のために知っておきたい社会資源と法令の知識若年性認知症施策総合推進事業: 若年性認知症支援コーディネーター、コールセンター、両立支援	老年精神医学雑誌	36(7)	246-253	2025
Satomi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi, Kimi Sugiyama, Shizuko Omote	Service providers supporting the employment and social participation of people living with young-onset dementia in Japan	Journal of Wellbeing and Health Care	49(2)	66-77	2026
高橋裕太郎, 表志津子, 岡本理恵, 池内里美	日本における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	老年精神医学雑誌	in press		

「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8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(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(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		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	社会福祉法人 仁至会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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 8年 4月 12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 認知症介護研究・研修東京センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 栗田 主一

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) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター 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		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症介護研究・研修東京センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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 8年 4月10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7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。

- 研究事業名 認知症政策研究事業
- 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)
- 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		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症介護研究・研修大府センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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8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(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(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		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	社会福祉法人 仁至会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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

所属研究機関長 機関名 国立大学法人金沢大学
職名 学長
氏名 和田 隆志

次の職員の令和 7 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 ・ 研究協力員
(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		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	社会福祉法人仁至会 金沢大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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) 未審査に場合は、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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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8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(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(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		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	社会福祉法人 仁至会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
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:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※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 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (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。