

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

令和5年度～令和7年度 総合研究報告書

研究代表者 鷺見 幸彦

令和8（2026）年 3月

## 目 次

I. 総合研究報告	
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	
（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	
（資料2）若年性認知症支援ガイドブック	
（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～	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 21

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総合研究報告書

若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐ

プロセスの構築に資する研究

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。

**【研究方法】**医療提供については、主として若年性認知症の人の受診が最も多い認知症疾患医療センターを対象に調査を行った。支援体制については、全国の行政、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、就労継続支援事業所、企業、本人家族等に対して調査を行い、一部はヒアリングも行った。情報提供に関しては、本人、家族、若年性認知症支援コーディネーターに対して調査を行った。

**【研究結果】**医療提供では、認知症疾患医療センターにおける診療において、頭部 MRI 検査、脳血流シンチグラフィ、脳波検査、脳脊髄液アミロイドβ測定、脳脊髄液リン酸化タウ測定において高齢者と若年者において、実施率に差が認められた。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。成果物として「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド」を作成、公開した。支援体制については、地域包括支援センター、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がそれぞれ重要な役割を果たしている一方、制度や支援機関の認知不足、多職種間の連携不足等が課題となっていることが明らかとなった。特に、若年性認知症支援コーディネーターは本人・家族への相談支援や制度調整、多機関連携を担う中核的存在として機能していた。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。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。これらの成果物として「若年性認知症支援ガイドブック」、パンフレット「働きざかり世代の認知症－仕事と治療を両立するために－」が作成、公開された。情報提供に関しては、若年性認知症本人・家族の情報ニーズは高く、診断前後で求められる情報が異なることが示唆された。特に、診断直後は、病状の情報、診断後は生活支援に関する具体的な情報を必要としていた。成果物として、インフォーマルサービスマップを若年性認知症コールセンターホームページに公開した。

また、これらの結果を踏まえて提言を行った。

**【考察・結論】** 医療的課題については、本研究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。また、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。

支援に関しては、疾患の進行を見据えた段階的・柔軟な支援体制と多機関連携、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、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・啓発が重要であり、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。

若年性認知症と診断された従業員への支援体制は、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、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。情報提供に関しては、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、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を必要としていた。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。

#### <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

#### A. 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（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。

## B. 研究方法

(1) 若年性認知症における医療上の課題に対する調査

**研究分担者 武田**は、令和5年度で全国の認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の受診、診断、治療、診断後支援、継続診療等の状況を明らかにするための調査票を作成した。認知症疾患医療センターの医師、精神保健福祉士、研究者、行政職等とともに調査票案を作成し、一部地域の認知症疾患医療センターを対象として予備的な調査を行い、確定させた。(研究1)。この質問票を用いて全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った(研究2)。令和6年度には同様の手法を用いて、認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アルツハイマー病薬による治療の実態調査調査を行った。令和7年度には認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診療・抗アミロイドβ抗体薬の使用状況・診断度支援について調査し、その現状と課題を明らかにした。

**研究分担者粟田**は、2017～2019年度の日本医療研究開発機構(AMED)(研究開発代表者:粟田主一)においてわが国の若年性認知症

の有病率と生活実態を把握し、医療機関種別の分析で1施設あたりの若年性認知症把握数が最も多いのは認知症疾患医療センターであること、しかし、診断後支援の実践については施設間格差が大きいことを明らかにした。本研究では、2023年に全国の認知症疾患医療センターで実践されている若年性認知症の診断後支援の実態を明らかにするとともに、令和6年度は、令和5年度に全国の認知症疾患医療センターを対象に実施した実態調査の際に使用した6領域24項目のチェックリスト調査結果を踏まえて若年性認知症診断後支援の在り方に関する文献レビューを行い、「若年性認知症の診断後支援ガイド(仮称)」の骨子案を作成した。

研究方法: 2つのResearch Question(RQ):

「RQ1:年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2:若年性認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」を立てて、PubMedと医学中央雑誌(医中誌)を用いて文献検索を行い、RQに関係する論文を選定して、文献レビューを行った。令和7年度は令和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。

(2) 若年性認知症の介護支援での課題に対する調査

**研究分担者 齊藤**は、若年性認知症(YOD)の人のニーズに合わせた必要なサービスを明らかにするとともに、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して、令和5年度に【調査1】として47都道府県・20指定都市(県、市)の若年性認知症施策行政担当者、【調査2】として全国の地域包括支援センター(地域包括)の管理者5,375名(石川県56か所を除く)を対象にアンケート調査を実施した。各調査の分析対象は【調査1】は全都道府県・市(回収率100%)、【調査2】は2,249名(有効回収率41.8%)をとした。令和6年度は全国の就労継続支援事業所(事業所)、認知症地域支援推進員(推進員)、支援コーディネーターを対象にアンケート調査を実施した。各調査の分析対象は【調査1】事業所21,932か所から1次調査3,100名(有効回収率14.5%)および2次調査272名(有効回収率63.6%)、【調査2】推進員1,905名(石川県の6か所、推進員の配置のない19市を除く)から、718名(有効回収率37.7%)、【調査3】支援コーディネーター159名から82名(有効回収率51.6%)とした。

令和7年度は令和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。

**研究分担者 表**は、若年性認知症の人の就労支援・経済的支援の調査は、事業場の支援者、及び本人・家族を対象として、幅広く具体的な実態を捉えるために量的調査を実施する。従業員100人以上の全国約10,000事業所を対象に、若年性認知症の従業員の就労支援に関する事業場の支援体制、及び若年性認知症の従業員の就労支援を経験した事業場には具体的な支援の実態を調査する。また、雇用契約をもたない全国の若年性認知症の本人や家族約400人を対象に、診断前後からその後の対応や負担、支援体制等について調査する。調査票は郵送し、回収は郵送とオンラインを併用する。令和5年度は調査票の作成と倫理委員会への申請を行った。令和6年度は、企業へはWeb調査により、若年性認知症に関する企業の研修や支援体制、及び若年性認知症の従業員について、主治医との連携、職場内・外の支援、事業場内の支援体制や就労継続等を調査した。当事者家族へは、郵送調査により、診断からサービス利用までの期間に焦点をあて、受診に際しての相談、主治医からの説明や相談支援の実態等を調査した。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。

(3) 若年性認知症の人と家族を支える情報提供・登録システムの検討

**研究代表者 鷲見**は、研究の統括、倫理委員会への申請を行うとともに研究分担者及び研究協力者（令和6年度から分担研究者として申請）の李と共同して若年性認知症の人の情報登録・提供システムの検討を行った。長期の経過となる若年性認知症では病期に応じた様々な医療、介護支援システムを円滑に利用していく必要がある。この情報登録・提供システムは本人の基本情報を登録しておくことによって、認知症介護研究・研修大府センターの持つ若年性認知症コールセンターシステムとも連動して、若年性認知症の本人や家族が様々な相談や情報提供を受けることができ、一方、研究者の立場からは調査研究のデータベースとして利用できる情報登録システムとする。初年度に登録用アプリの開発を検討したが、開発研究は本研究の目的ではないためと令和6年度にはアプリの開発ではなく、患者家族からどのような情報を求めているか調査を行った。令和7年度は情報が不足している若年性認知症の本人家族が利用しているインフォマルサービスの現状を全国の若年性認知症支援コーディネーターに対して調査票を送り調査した。

**研究分担者 李**は、若年性認知症の人および家族への情報提供システムの検討を行った。認知症の症状や医療、介護等の社会資源に関する情報は増加しているものの、若年性認知症の人が必要とする情報に関しては知見が乏しい。本研究では、若年性認知症本人や家族が求める情報の種類、情報収集の

タイミングや方法を明らかにし、本人と家族等間における情報ニーズの比較を行った。研究方法：就労継続支援事業所や認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターの合計2,251か所に調査票を送付し、現在支援中の本人又は家族への配布を依頼した。調査項目は、先行研究を参考に、困ったことや、医療、介護、経済的支援、社会資源、健康等13種類の情報について、情報収集の時期（診断前・直後、進行後、時期に関係なく）、収集方法を尋ねた。収集方法は、若年性認知症支援コーディネーター、知人、医療、行政機関、チラシ、書籍、インターネットとした。令和7年度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、 $\chi^2$ 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。

#### (倫理面での配慮)

I. 研究の対象となる者（本人又は家族）の理解と同意  
本研究の調査対象者には調査票にこの研究への参加の意思を確認する項目を用意するとともに、調査の内容説明書を送付する。内容説明書には、次の内容を含むものとする：研究の目的および意義、研究期間、調査内容、選定された理由、本研究に参加する場合の費用、予測されるリスク及び利益、本研究への参加に対する自由、同意しないこと又は同意を撤回することによる不利益な取扱いを受けない旨、情報の公開方法、個人情報の取扱い、情報の保管および廃棄の方法、利益

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

## II. 研究によって生ずる個人への不利益並びに危険性と医学上の貢献の予測

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

研究代表者は、研究計画書を作成し各分担研究者の調査票の完成後、2023年12月1日に社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会に申請。同年12月13日に承認を受けた。

(承認番号0503) なお本研究においては上記委員会において中央一括審査とした。金沢大学のみ中央一括審査の場合においても個別審査が必要とのことであり、金沢大学

倫理・利益相反委員会においても審査を受けた。その後2024年8月30日に新しい調査票、研究者の追加、所属変更にあわせて、研究計画書を改訂し、倫理・利益相反委員会において審査を受けた。(承認番号0503-2)、また2024年11月24日に軽微な変更申請を行った。

## C. 研究結果

**研究代表者 鷲見:** 令和5年度は、5月22日に第1回班会議、9月27日に第2回班会議を2024年3月7日に第3回班会議を開催した。研究計画書を作成し、各分担研究者の調査票の完成後、12月1日に社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会に申請。12月13日に承認を受けた。また、研究協力者 李とともに、若年性認知症の人の登録・情報提供システムの検討を行った。IoT技術により、不特定多数の人への情報発信ができること、登録制にした場合は本人のニーズにあったお知らせや機能提供が可能等のメリットがある。

わが国におけるスマートフォン（スマホ）の保有率やインターネットの利用率は年々増加傾向である。総務省の報告によると、10～50代の場合、インターネット利用率は9割以上であり、60代でも73.9%とされる。使用端末としては10～50代の場合、7割以上がスマホ、60代では67%がPCとされ（総務省 <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/html/nd142110.html>）。YODにおける情報発信に、多様な端末に対応可能なIoT技術の活用は適切と考える。YOD本人や家族がサービスを調べるために利用できる情報源に関する研究では、YODに特化した情報源は少数かつ限定的であり、認知症の小項目で見つかりづらいこと、専

門の情報源が少ないことが指摘された (Jones B, Gage H et al. Patient Educ Couns. 2018, 101(1):159-165. Availability of information on young onset dementia for patients and carers in six European countries)。診断後のサービスに対する情報不足は、適切な時期に支援を受けられない可能性が生じる (Ducharme F, Kergoat M-J, et al. Early-onset dementia family caregiversのUnmet support needs: a mixed design study. BMC Nurs. 2014;13:49)。本人や家族が信頼して閲覧できる情報源、病態によって重要な医療、関連サービスの情報を集約した包括的な情報発信の仕組みが必要である。令和6年度は2024年5月31日に令和6年度(2024年)第1回班会議を、12月3日に第2回班会議を2025年3月7日に第3回班会議を開催した。この間、新しい調査票を追加した研究計画書を作成し2024年8月社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会に申請。8月30日に承認を受けた。令和7年度は、2025年6月5日に第1回班会議を、12月23日に第2回班会議を、2026年2月27日に第3回班会議を開催した。また若年性認知症の人が利用可能なインフォーマルサービスに関するアンケート調査を行った。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。

全国の若年性認知症支援コーディネーター179人に対して、調査票を郵送及びWebで送付し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。今回の情報をもとに「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した。

**研究分担者 武田**：認知症疾患医療センターの医師、精神保健福祉士、研究者、行政職等とともに調査票案を作成し、一部地域の認知症疾患医療センターを対象として予備的な調査を行い、確定させた。(研究1)。この質問票を用いて全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、若年性認知症の診療の現状を分析した(研究2) 頭部CT検査、頭部MRI検査、脳血流シンチグラフィ検査、脳波検査が自施設で実施可能であると回答した医療機関は、それぞれ92%、54%、30%、76%であり、他の施設と連携して可能と回答した医療機関も含めると、いずれも90%を超えていた。認知症の鑑別診断を目的として受診した65歳以上の高齢者と65歳未満の若年者の診療に関する質問で有意な差を認めたのは、頭部MRI検査、脳血流シンチグラフィ、脳波検査、脳脊髄液アミロイドβ測定、脳脊髄液リン酸化タウ測定であった。神経心理検査では有意な差を認めなかった。

令和4年度の鑑別診断目的での若年者の受診者数は1～10人が最も多く、11～20人、0人と続いた。紹介元としては診療所が38%、紹介なしが24%、病院が20%であり、産業医や地域包括等は少なかった。

令和6年度に実施した調査では、レカネマブによる治療が初回投与から可能と回答した医療機関は33%、継続投与のみ可能と回答した医療機関は25%であった。レカネマブ治療と経済支援制度の利用に関する方針としては「自立支援医療制度の利用を勧める」の回答が最多であり、「レカネマブ適応者は対象としていない」の回答が次に多かった。レカネマブ治療中の患者およびレカネマブの対象とならない患者への支援では、就労支援や福祉的就労、障害福祉サービスの利用に関する支援やリハビリテーションを行っているとは回答した医療機関が少なかった。

令和7年度に実施した調査では、では249カ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という回答であった。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は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。

**研究分担者 栗田：**若年性認知症医療の中核となる全国の認知症疾患医療センターに対する調査票を作成した。2024年1月に全国の疾患医療センターに送付、2月下旬に回収を終了した。2019年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」において実施した全国の認知症疾患医療センター相談員を対象とする「若年性認知症の診断後支援」の調査結果の質的分析によって生成されたカテゴリーとサブカテゴリーに基づいて、6カテゴリー24項目の「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援チェックリスト」を作成し、このチェックリストを含む質問票を作成した（研究1）。上記の質問票を用いて全国の認知症疾患医療センターを対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を行い、6カテゴリー24項目の若年性認知症の診断後支援の実施状況を分析した（研究2）。その結果カテゴリー別では、実施頻度が中等度の診断後支援が4カテゴリー（情緒的・情動的な支援、医療の受療に関する支援、経済的な支援、障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援）、実施頻度が低い診断後支援が2カテゴリー（就労に関する支援、ピア・サポートやインフォーマル・サポートの利用支援）であった。項目別では、実施頻度が高い診断後支援が8項目、実施頻度が中等度

の診断後支援が7項目、実施頻度が低い診断後支援が6項目、実施頻度が極めて低い診断後支援3項目あった。これらの情報をもとに、令和7年度は計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。

**研究分担者 齊藤**：令和5年度の【調査1】行政担当者の調査では支援コーディネーター設置事業は全県・9市で実施していた。県はネットワーク構築事業、支援ニーズの把握は7割以上が実施し、社会参加活動の支援は半数以上、実態調査は約半数が実施していなかった。事業実施は行政担当者と支援コーディネーターが定期的に情報共有し進めていた。【調査2】地域包括の調査では運営主体は委託が約8割で、委託先は社会福祉法人が約半数であった。支援コーディネーターの周知状況では言葉自体は9割以上、配置先及び役割や支援内容は、それぞれ7割以上が知っていた。支援コーディネーターとの連携からできたことは、個別支援以外ではインフォーマルな場の創出、個別支援では本人や家族の困り事の整理が多かった。

令和6年度の【調査1】就労継続支援事業所の調査では、B型事業所での受け入れが多かったが、実際にはYODの人の利用申し出自体が少なかった。また、支援コーディネーターの認知度は低い、連携している場合、本人や家族等へ具体的な成果があった。介護保

険サービスとの併用利用では基本的ADL低下が主要因であった。【調査2】推進員の調査では、支援コーディネーターの認知度は高いが、個別ケース以外での連携は少なく物理的距離が連携の障壁であった。個別支援では連携により本人や家族等へ具体的な成果があった。【調査3】支援コーディネーターの調査では、個別相談や周知・啓発などの多岐に渡る業務を担う一方で、産業医や企業への周知の難しさや、地域住民・関係機関への認知度の低さなどの課題があった。支援コーディネーターも併用利用に関与し、その理由は事業所と同様であった。調整先の専門職のYODの理解や対応が十分でない場合、支援の継続が求められた。

令和7年度のB型事業所を対象としたヒアリング調査では、【管理者】は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。

【若年性認知症の利用者本人】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。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。

【利用者の家族介護者】は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。また、研究代表者とともに、「若年性認知症支援ガイドブック」の改定を行った。

**研究分担者 表：**令和5年度は調査準備を行い、令和6年度に調査を行った。806名を分析対象とした。企業の回答者は、「人事担当者」80.5%が最も多く、業種は「製造業」が25.9%、「保健衛生業」18.2%の順に多かった。従業員が心身の変調をきたした場合に「人事部門と産業保健スタッフが連携して対応している」と回答した企業は64.1%、「企業内で若年性認知症に関する研修を実施」した経験のある企業は2.1%であった。38社が若年性認知症従業員の経験があった。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。また「働きざかり世代の認知症－仕事と治療を両立するために－」を大幅に増補改訂した。作成したパンフレットは別添資料として掲載した。

**研究分担者 李：**令和5年度は研究協力者と

して本研究に参加、令和6年度から研究分担者として参加した。令和6年度は本人家族からの回収数は219件で、有効回答数は148件であった。回答者は本人が26.1%、配偶者が50.7%であった。困ったこととしては、認知症の進行、経済状況への不安、社会参加の場の不足があげられた。情報収集の経験からは、全13種類の情報において6割以上が情報収集の経験があり、病気の進行、治療方法、初期症状は上位3位であった。情報収集のタイミングは、症状や疾患の情報は診断直後、初期症状や専門医の情報は診断前も3割以上を示した。介護サービス、経済的な支援、就労相談は、診断後や進行後の回答が多かった。収集方法は、症状・疾患は医療機関やweb、介護や社会的資源は行政機関、就労相談や地域資源は若年性認知症支援コーディネーターからも取得が多かった。健康情報はwebでお出かけ場所等の情報取得の傾向が見られた。本人と家族・その他の情報ニーズにおいて、初期症状、介護保険サービス、全般的な介護総合窓口、介護方法、家族会に関する情報は両群で有意な差が見られた。社会資源などの項目における両群の差は認められなかった。令和7年度は回収数は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。

#### D. 考察

**研究代表者 鷲見：**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。

**研究分担者 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Aβ抗体薬を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係る課題も示された。

**研究分担者 栗田：**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。

**研究分担者 齊藤：**3年間にわたる調査から若年性認知症の人への支援では、地域包括、就労継続支援事業所、推進員、支援コーディネーターがそれぞれ重要な役割を果たしている一方、制度や支援機関の認知不足、多職種間の連携不足が課題となっていることが明らかとなった。特に、支援コーディネーターは本人・家族への相談支援や制度調整、多機関連携を担う中核的存在として機能していた。また、症状進行に伴い就労継続支援事業所だけでは対応が難しくなるため、障害

福祉サービスと介護保険サービスを柔軟に組み合わせながら、切れ目なく支援を継続する体制が求められる。さらに、本人の社会参加や役割維持を支えるためには、就労支援だけでなく、地域におけるインフォーマルな居場所づくりや心理的支援も重要である。

ヒアリング調査では、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ことが明らかになった。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。

また、ガイドブックの改訂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。

**研究分担者 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

**研究分担者 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。

## E. 結論

**研究代表者 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。

**研究分担者 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。

**研究分担者 栗田：**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。

**研究分担者 齊藤**：若年性認知症支援では、  
本人の社会的アイデンティティを維持しな  
がら、症状進行に応じて生活を再編してい  
く、長期的な伴走支援が必要である。今後は、  
若年性認知症に関する社会的理解の向上、  
支援コーディネーターの周知と機能強化、  
多職種連携の推進、専門職への研修体制の  
整備などを通じて、本人の意思を尊重した  
包括的かつ柔軟な支援体制を地域全体で構  
築していく必要がある。

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。

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。

**研究分担者 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。

**研究分担者 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。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

#### 鷺見幸彦

- 1) Tomohiro Kogata, Chiaki Saito, Fukiko Kato, Jumpei Kudo, Yusuke Yamaguchi, Sangyoon Lee, Yukihiko Washimi. An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline: profiles of clients who consulted the helpline

themselves.

Psychogeriatrics. 24(3):617-626, 2024

- 2) 田中真弥, 鷺見幸彦. 認知症発症者の就労. 安全と健康. 75(7):645-649, 2024
- 3) 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
- 4) 齊藤千晶, 鷺見幸彦. 若年性認知症政策総合推進事業—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): 646-653, 2025

#### 武田章敬

- 1) 武田章敬. 認知症診断のポイント. 臨床画像. 39(8):854-861, 2023.
- 2) 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.
- 3) 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
- 4) 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.

#### 栗田圭一

- 1) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田圭

- 一：認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援. 老年精神医学雑誌, 34(5) : 477-486, 2023
- 2) Eda Hiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsumi K, Ota H, Kakuma T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyanaga K, Awata S. Initial symptoms of early-onset dementia in Japan: nationwide survey. *Psychogeriatrics*. 2023 May;23(3):422-433. doi: 10.1111/psyg.12949. Epub 2023 Feb 22. PMID: 36814116.
- 齊藤千晶
- 1) 齊藤千晶. 若年性認知症支援コーディネーターの配置状況と活動内容. 新情報 11(1) : 23-31, 2023
- 2) Tomohiro Kogata, Chiaki Saito, Fukiko Kato, Jumpei Kudo, Yusuke Yamaguchi, Sangyoon Lee, Yukihiro Washimi. An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline: profiles of clients who consulted the helpline themselves. *Psychogeriatrics* 24(3) : 617-626, 2024
- 3) 齊藤千晶 : 特集 認知症基本法と作業療法-共生社会において個性と能力が発揮できる支援-若年性認知症の人の就労に関する調査から. 作業療法ジャーナル58(11), 1065-1071, 2024
- 4) 齊藤千晶, 鷺見幸彦. 若年性認知症政策総合推進事業-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) : 646-653, 2025
- 5) 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
- 表 志津子
- 1) Omote S, Ikeuchi S, Okamoto R, Takahashi Y, Koyama Y. Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia: A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20(13), 6235; <https://doi.org/10.3390/ijerph20136235>
- 2) 濱田珠里、表志津子、岡本理恵、池内里美、高橋裕太郎 : 若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態. 看護実践学会誌, 35(2) : 8-17, 2023
- 3) 池内里美、岡本理恵、表志津子、田中浩二、高橋裕太郎、入谷敦、丸山美虹、濱田珠里 : 若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム開発における成果と課題-研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から、看護実践学会誌、35(2) : 18-28, 2023
- 4) 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

5) 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

### 鷺見幸彦

- 1) 齊藤千晶, 山口友佑, 小方智広, 鷺見幸彦: 若年性認知症支援コーディネーターと市町村の支援関係者との連携時の課題把握. 第24回日本認知症ケア学会, 2023. 6. 3-6. 4, 京都 (ポスター) .
- 2) 小方智広, 齊藤千晶, 加藤ふき子, 工藤純平, 山口友佑, 鷺見幸彦: 若年性認知症の相談窓口における初回相談の特徴: アソシエーションルール分析による相談者像の探索. 第24回日本認知症ケア学会, 2023. 6. 3-6. 4, 京都 (ポスター) ., 2025. 11. 21-11. 23, 新潟 (ポスター) .
- 3) 齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦: 市町村における若年性認知症の人の支援推進に必要な方策の検討-若年性認知症支援コーディネーターの視点から-. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6. 15-6. 16, 東京 (口頭) .
- 4) 齊藤千晶, 李相侖, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援-支援コーディネーターとの連携-. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 福島 (ポスター) .
- 5) 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) .

5) 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. 5. 31-6. 1, 福岡 (口頭) .

6) 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.

7) 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) .

8) 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回日本認知症学会学術集会 2025年11月21-23日

### 武田章敬

- 1) Akinori Takeda, Shuichi Awata, Shinya Ishii, Koichiro Sakoda, Akira Shindo, Hidekazu Tomimoto, Aiko Tomono, Yoshiki Niimi, Koichiro Mine, Yukihiro Washimi. Effects of Countermeasures to Minimize Unfavorable Influences of COVID-19 Prevention Measures on Residents with Dementia in Long-Term Care Settings in Japan. IAGG Asia/Oceania Regional Congress 2023, 2023. 6. 13. Yokohama Japan.
- 2) 武田章敬. 認知症の人と共に暮らす. 第31回日本医学会総会学術集会 市民向けセッション, 2023年4月22日, 東京.

- 3) 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.
- 4) 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

- 1) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 新田玲小, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一: 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援. 第24回日本認知症ケア学会, 2023. 6. 3-6. 4, 京都 (ポスター).
- 2) 古田光, 扇澤史子, 土屋大樹, 大森佑貴, 片岡宗子, 松井仁美, 岡本一枝, 今村陽子, 青島希, 上田那月, 加藤 真衣, 畠山啓, 齋藤久美子, 栗田主一: 大都市の認知症疾患医療センター10年間の初診患者の動向. 第38回日本老年精神医学会, 2023. 10. 13-10. 14. 東京 (ポスター).
- 3) 松井仁美, 齋藤久美子, 扇澤史子, 今村陽子, 畠山啓, 大森佑貴, 岡村毅, 古田光, 栗田主一: 診断後支援から診断前支援へ. 当院の若年性認知症に対する支援実態より. 第42回日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26. 奈良 (ポスター).
- 4) 栗田主一: 日本の認知症研究の方向性. 認知症の社会的研究の今後. 日本認知症学会, 2023. 11. 24-11. 26. 奈良 (シンポジウム).

5) 栗田主一: 認知症疾患医療センターの現状と今後の方向性. 日本認知症学会 2023. 11. 24-11. 26. 奈良 (教育講演).

6) 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

1) 齊藤千晶, 山口友佑, 小方智広, 鷺見幸彦: 若年性認知症支援コーディネーターと市町村の支援関係者との連携時の課題把握. 第24回日本認知症ケア学会, 2023. 6. 3-6. 4, 京都 (ポスター).

2) 小方智広, 齊藤千晶, 加藤ふき子, 工藤純平, 山口友佑, 鷺見幸彦: 若年性認知症の相談窓口における初回相談の特徴: アソシエーションルール分析による相談者像の探索. 第24回日本認知症ケア学会, 2023. 6. 3-6. 4, 京都 (ポスター).

3) 齊藤千晶, 李相倫, 山口友佑, 工藤純平, 鷺見幸彦: 市町村における若年性認知症の人の支援推進に必要な方策の検討-若年性認知症支援コーディネーターの視点から-. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6. 15-6. 16, 東京 (口頭).

4) 齊藤千晶, 李相倫, 山口友佑, 鷺見幸彦. 地域包括支援センターの若年性認知症者への支援-支援コーディネーターとの連携-. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 福島 (ポスター).

5) 齊藤千晶, 李相倫, 山口友佑, 鷺見幸彦: 地域包括支援センターの若年性認知症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）。

5) 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. 5. 31-6. 1, 福岡（口頭）。

6) 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。

7) 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）。

8) 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回日本認知症学会学術集会 2025年11月21-23日

#### 表 志津子

1) 池内里美, 岡本理恵, 表志津子, 高橋裕太郎：若年性認知症の人の就労や社会参加を支える支援者の経験, 第12回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2024. 1. 7 北九州

2) 高橋裕太郎, 表志津子, 岡本理恵, 池内里美：若年性認知症と診断された従業員の就労及び支援体制の実態, 第13回日本公衆衛生看護学会学術集会, 2025. 1. 4-5, 名古屋

3) 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

4) 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

5) 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

1) 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。

2) 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。

3) 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回日本認知症学会学術集会 2025年11月21-23日

#### **G. 知的所有権の取得状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

1) 研究成果の刊行：

- ① 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 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター

2026年3月

- ② 若年性認知症支援ガイドブック  
社会福祉法人仁至会 認知症介  
護研究・研修大府センター  
2026年3月
- 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－ 金  
沢大学医薬保健研究域保健学系  
2026年3月

## 2) 政策への提言

・抗Aβ抗体薬治療に関して、若年のアルツハイマー病に対しては就労との関係で通院の負担が大きく、また高齢者と比べて経済的負担も大きいことから何らかの支援が必要と思われる。

・毎年報告されている認知症疾患医療センター運営事業実績報告において、認知症疾患医療センターでは毎年約2000人の若年性認知症の人の診断が為されていることが明らかにされている。しかし、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内容は、認知症疾患医療センター間で違いが大きい。また、若年性認知症の本人や家族からも医療機関での診断後支援が不十分であるとの指摘が少なくない。本研究で作成した「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診断後支援の質の確保と均霑化を図る施策が必要である。

・診断後の相談支援は、医療機関の相談員が行えるような体制を作る、または地域の相談機関への丁寧なつなぎを行い、経済面で利用可能な制度の紹介等、家族と本人への切れ目のない伴走支援が必要である

・家族への精神的支援が必要である。特に、

診断後早期は担当する支援者がいない可能性があるため、支援が落ちる可能性がある。

・若年性認知症支援コーディネーターの支援体制の強化：個別相談以外の「ネットワーク構築・普及啓発・就労支援」等の業務を停滞させないため、実効性のある配置形態とする必要がある（専任配置の推進、アウトリーチ可能な体制）。地域格差を解消するため、全指定都市への支援コーディネーター配置を推進する。また、地域包括等が「就労支援」や「社会保障制度の活用」を必要とするケースにおいて、支援コーディネーターと円滑に連携できる体制を整備する。

・若年性認知症支援の基盤強化：市町村の相談経路を明確化し、認知症疾患医療センター等の認知症専門外来、支援コーディネーター、若年性認知症コールセンターへつなぐ体制を整備する。認知症疾患医療センター、行政窓口、地域包括等へ支援者向けガイドブックを配付し、本人・家族向けハンドブックを改訂するなど、初期接点における情報提供の質の向上を図る。各自治体が主導し、障害福祉分野を含む関係機関に対して、支援コーディネーターの具体的役割や活用のメリットを広く周知する必要がある。

・支援コーディネーターの専門性向上ため、全国規模の継続的な研修・交流機会を確保する。地域包括や推進員向けの若年性認知症特有の課題に関する研修を実施する。障害福祉サービス事業所向けに若年性認知症の基礎的研修を整備する。分野横断型のネットワーク研修を推進し、地域全体の支援力向上を図るため、若年性認知症自立支援ネットワーク NW 構築 事業を着実に実施する。

・若年性認知症における就労支援体制の強化：産業保健分野や両立支援コーディネーター等との連携した成功事例を収集・横展開を図るとともに、就労継続に必要な社会資源活用のノウハウを共有する仕組みが必要である。障害福祉サービス事業所に対して、若年性認知症の特性や支援コーディネーターの役割を周知し、受け入れ態勢を整備することが求められる。また、障害福祉サービスと介護保険サービスの併用利用に関する理解を促進し、情報共有や円滑な移行を支援する体制を整備する。

・制度的基盤の整備：「認知症基本法」および「基本計画」を踏まえ、支援コーディネーターの役割などを明確にし、若年性認知症施策総合推進事業に反映させることで、全

国一律の支援の質を担保することが求められる。

・制度的基盤の整備：「認知症基本法」および「基本計画」を踏まえ、支援の役割などを明確にし、若年性認知症施策総合推進事業に反映させることで、全国一律の支援の質を担保することが求められる。

### 3) ホームページでの情報公開

インフォーマルサービスマップを若年性認知症コールセンターホームページ

若年性認知症コールセンター：

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



# 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

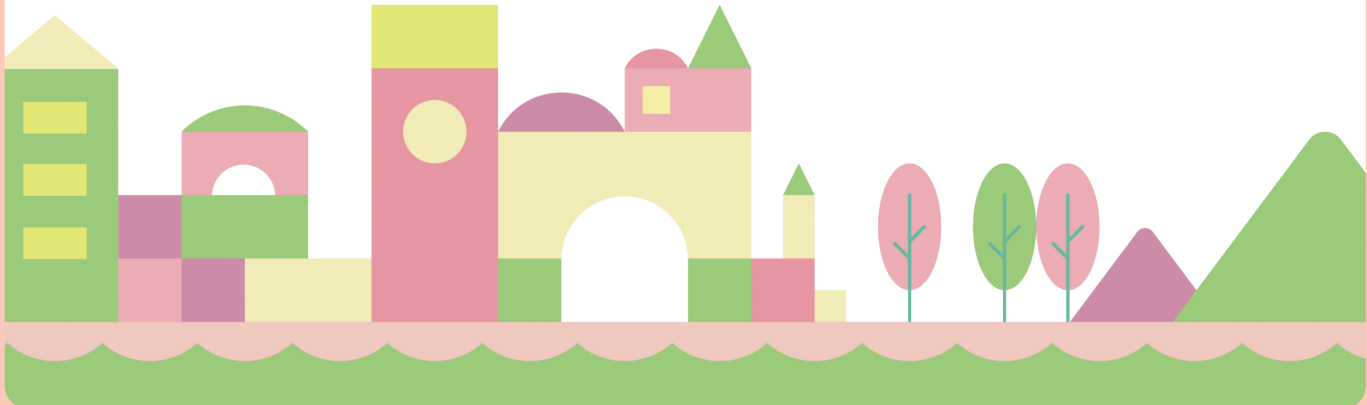
令和5～7年度厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）

「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）

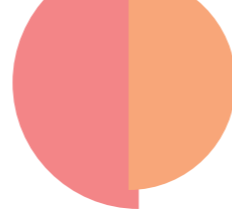
分担研究課題「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援」

（研究分担者：栗田圭一）



## 目次

<b>I</b>	はじめに	2
<b>II</b>	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
<b>III</b>	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
<b>IV</b>	利用できる諸制度	18
<b>V</b>	利用できる相談窓口、ガイドブック、支援団体など	23
<b>VI</b>	参考文献	24
<b>VII</b>	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）。

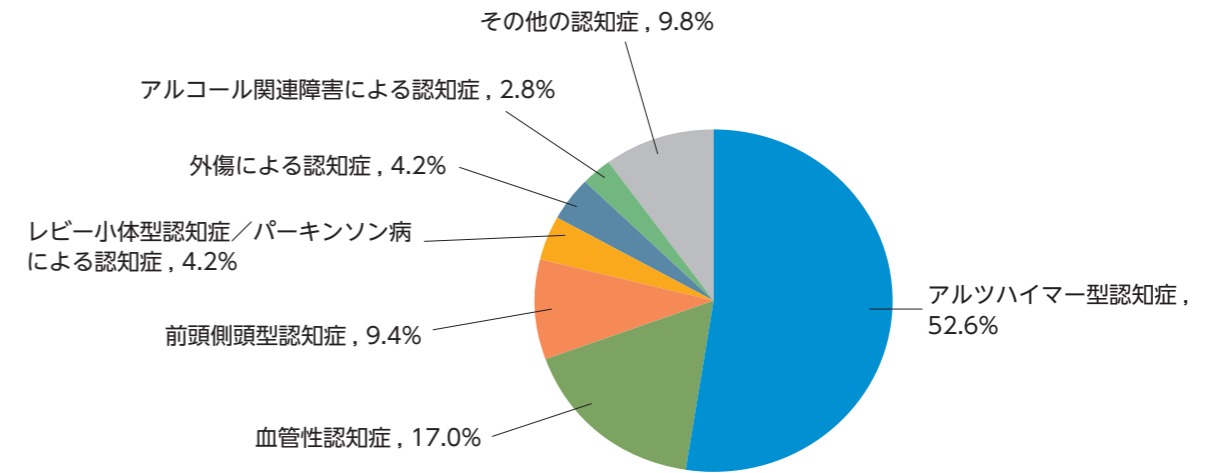


図 1. わが国の若年性認知症有病率調査に基づく原因疾患による診断名別割合

# 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<sup>1-5)</sup>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<sup>1-6)</sup>。

## 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<sup>1-5)</sup>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<sup>7)</sup>。

## 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」<sup>8)</sup>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<sup>9-18)</sup>がなされるようになりました。たとえば、Bamfordら<sup>12)</sup>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」<sup>19)</sup>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)

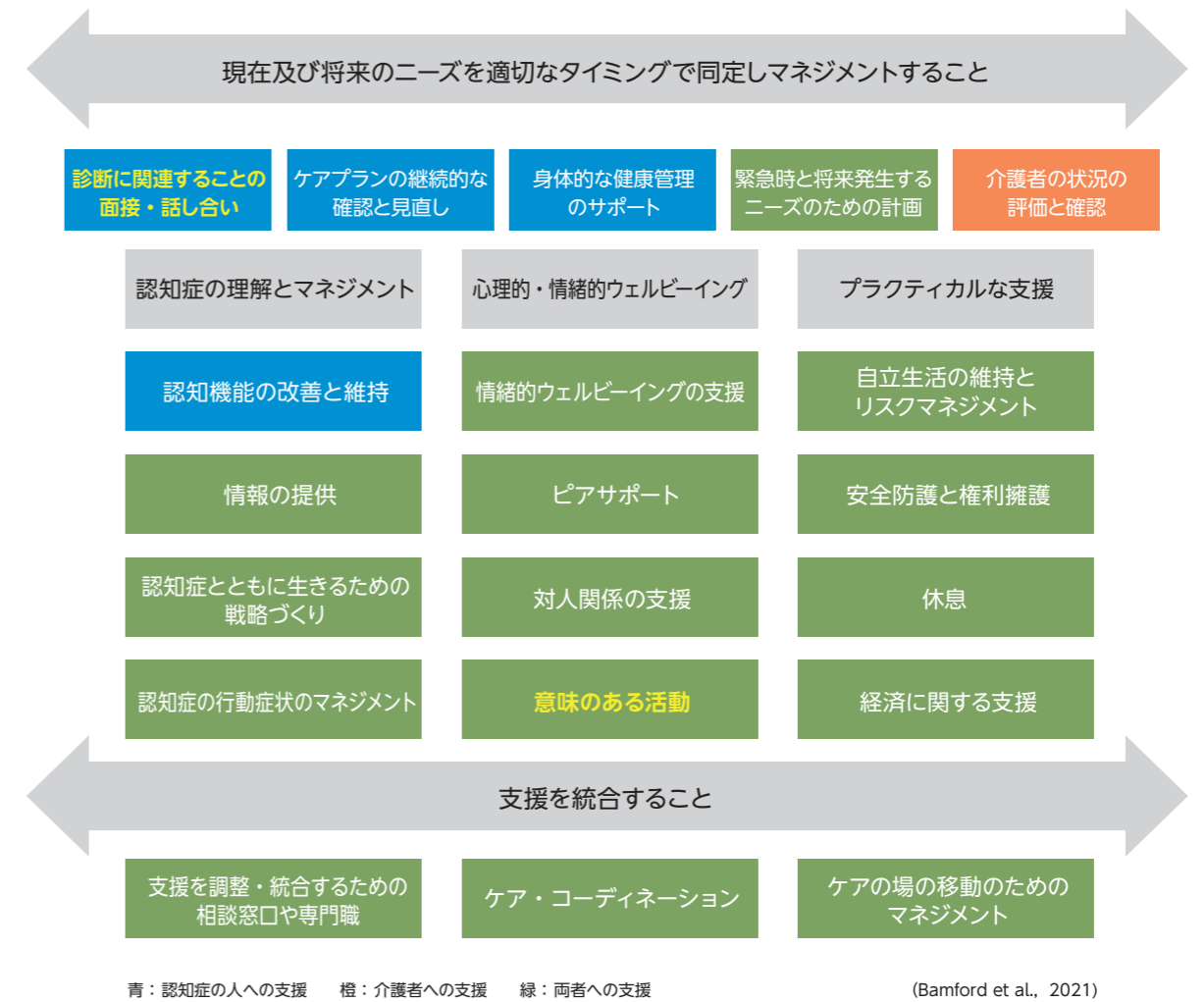


図3. 認知症の診断後支援の構造

# 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<sup>20-37)</sup>、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）

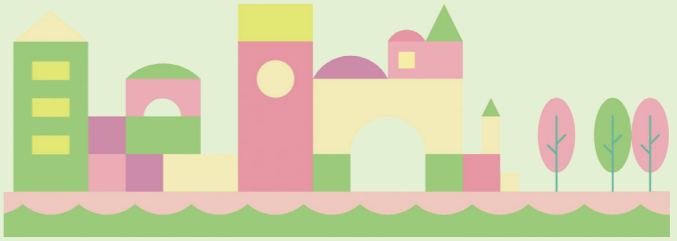
- 1) **本人への心理的支援**：診断を受けたことへの思い、これからの仕事のこと、社会の中での役割、家族に対する思い、経済のことなど、本人の思い・不安を積極的に傾聴し、受け止め、共感するように努めます。また、これからも継続的に、本人の必要に応じて相談にのることができることを伝えます。
- 2) **本人への情動的支援**：本人の不安とともに、認知機能の低下があることに十分配慮して、パンフレット等のツールも活用しながら、病気のことや今後の治療や暮らしのこと、利用できる社会的支援のことなどについてわかりやすく説明します。

- 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）」<sup>38)</sup>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。

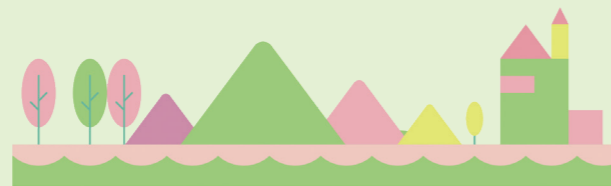
## 3. 就労に関する支援

- 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<sup>39)</sup>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<sup>39)</sup>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<sup>40)</sup>の担当者と連携したり、職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業<sup>41)</sup>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<sup>42)</sup>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<sup>43)</sup>、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<sup>1)</sup>、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 URL<sup>44)</sup> 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 URL<sup>43)</sup> 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）。

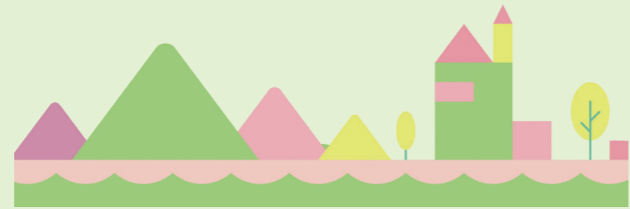
**23) 認知症カフェ・居場所の利用支援：**そのような活動の拠点となるのが、認知症カフェや地域の居場所などの地域の拠点です。そのような活動を行っている地域の拠点の情報を提供し、その利用を支援することが、さらなる社会参加や地域づくりの促進につながります。

**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

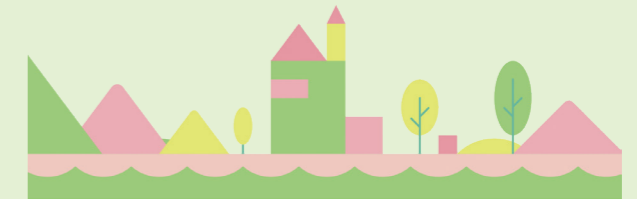
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(第2版)<sup>38)</sup>では、意思決定支援チームとは、「本人の意思を踏まえて、本人及び身近な信頼できる家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって日常的に見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制」と説明されています。「本人が意思を表明しやすくなるよう、チームの中に本人が意思決定をすることを支えるパートナーや伴走者を入れること」、「本人が自ら意思決定できる早期の段階で、今後の生活等について意思決定支援チームで話し合い、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われるようにする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

## V 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/](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](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](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](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](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](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](https://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





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
<b>第1章 基本事項の理解</b>	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
<b>第2章 相談があった場合の対応</b>	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
<b>第3章 医療機関の受診</b>	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
<b>第4章 日常生活上の留意点</b>	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

<b>第5章</b>	<b>就労支援</b> .....	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
<b>第6章</b>	<b>利用できるサービス・制度</b> .....	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
<b>第7章</b>	<b>その他</b> .....	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。

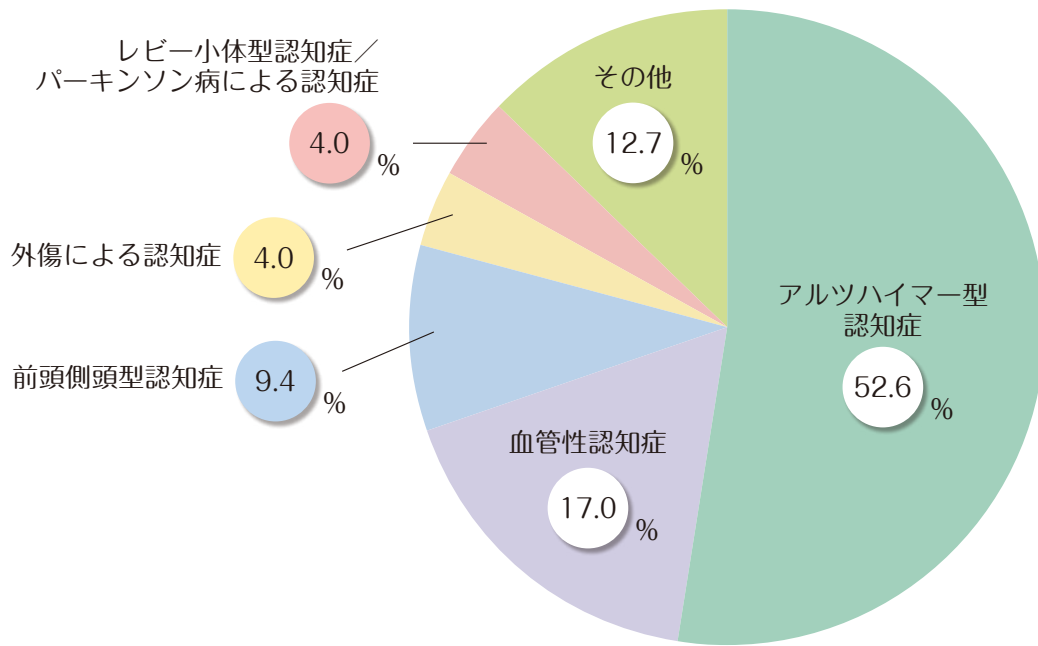
本人や配偶者の親の介護が重なる場合には、介護負担がさらに大きくなります。介護者が配偶者に限られることが多いので、配偶者も仕事が十分にできなくなり、身体的にも精神的にも、経済的にも大きな負担を強いられることになります。

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・生活実態把握と多面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か、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か」、「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、悩みを聞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して下さい。

##### 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](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されています。

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。

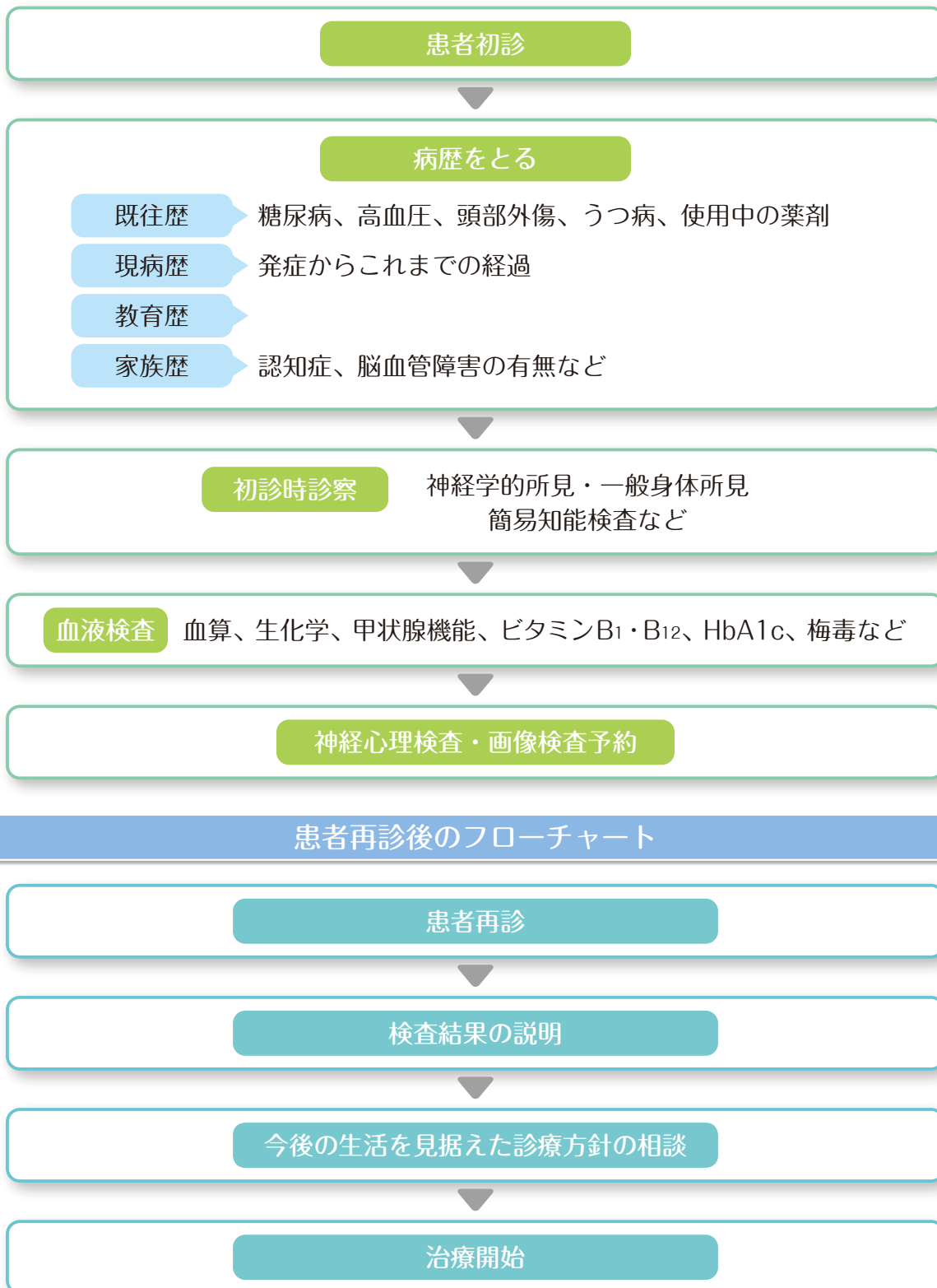
病名を告知する場合でも、本人の性格や、告知のタイミングを十分考慮し、決して安易に行ってはいけませんが、仕事や運転、家庭生活といった人生にかかわることがらを決定する上で、病名とともに考えられる予後等を説明することも重要です。また若年性認知症ではP.17～21で示したような特性があり、診断後の支援が極めて重要です。P.30に示した「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援のガイド」は、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、若年性認知症の診断にかかわるあらゆる専門医療施設で利用可能です。

#### 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う欠点もありますが、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	メマリー
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試みましょう。

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が、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。

#### ケアラズ（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。

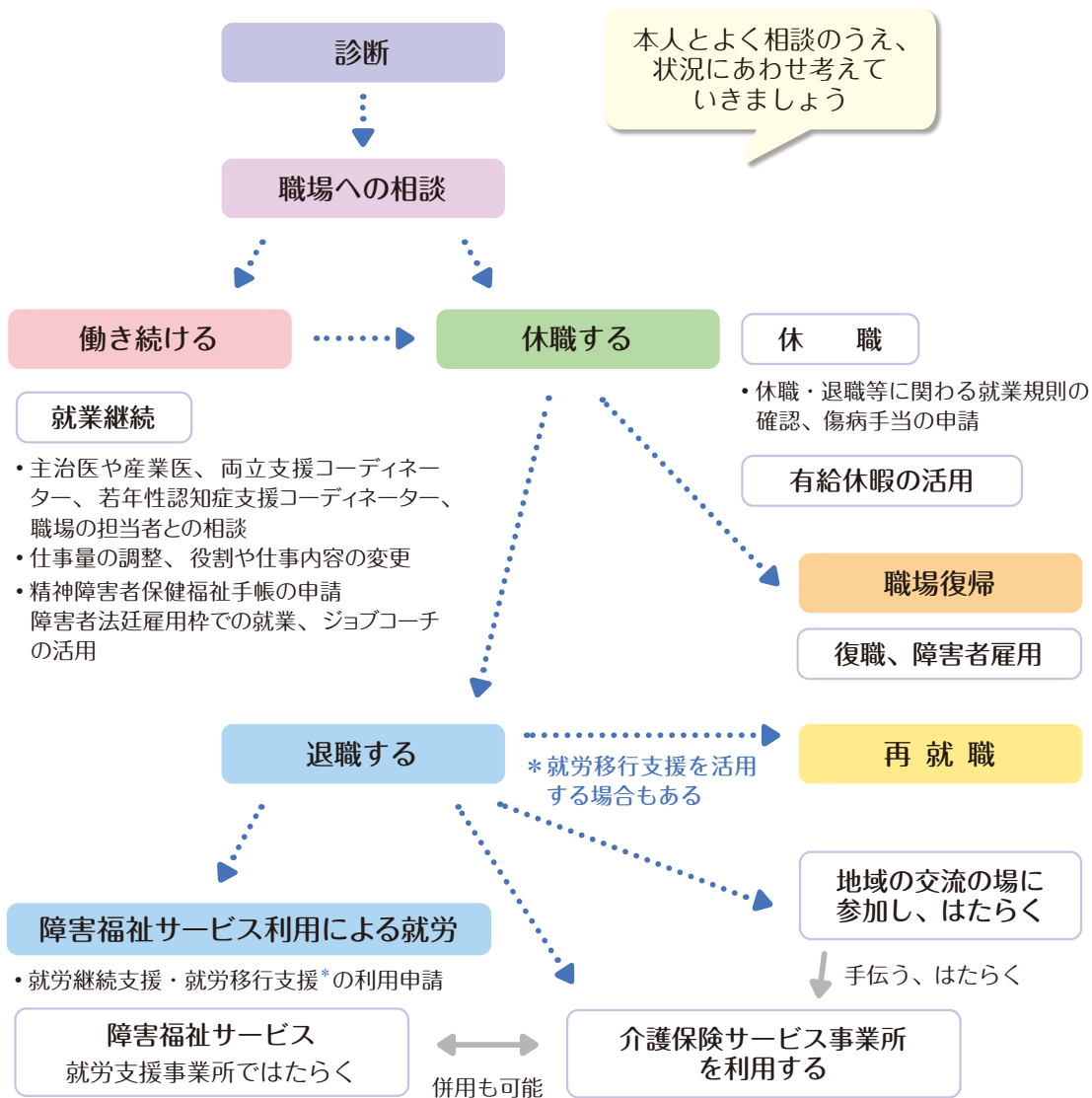
このように、求める情報は多面的であり、時期や立場によっても変化します。そのため、社会参加支援や家族支援を含め、時期や立場に応じた情報提供と地域での支援体制を整えることが重要です。

# 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った側面があります。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。

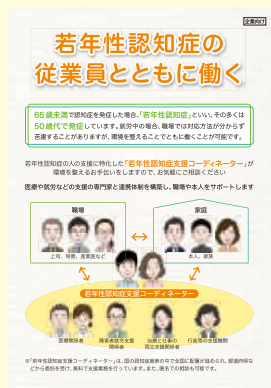
\* 認知症と診断され、一定の精神障害の状態にあることが認定された場合、「精神障害者保健福祉手帳」を取得できます。血管性認知症やレビー小体型認知症などで、身体症状がある場合は「身体障害者手帳」に該当することもあります。これらの手帳があれば、企業の障害者雇用枠として働き続けることが可能になる場合があります。

### 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](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。

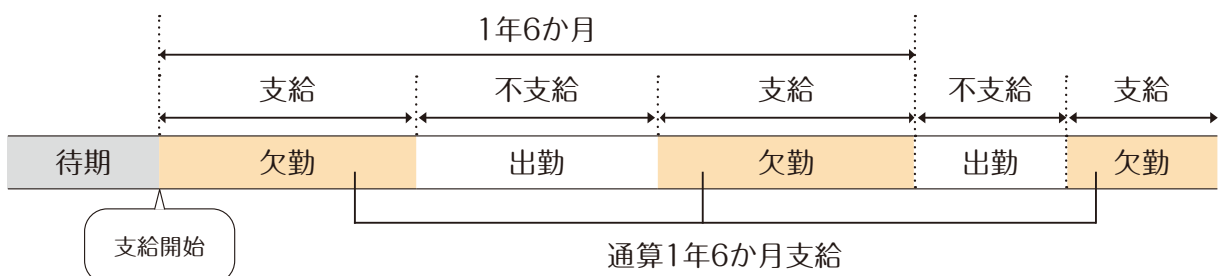
- ① 休 出 休 休 出 出 休 休 出 休

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。



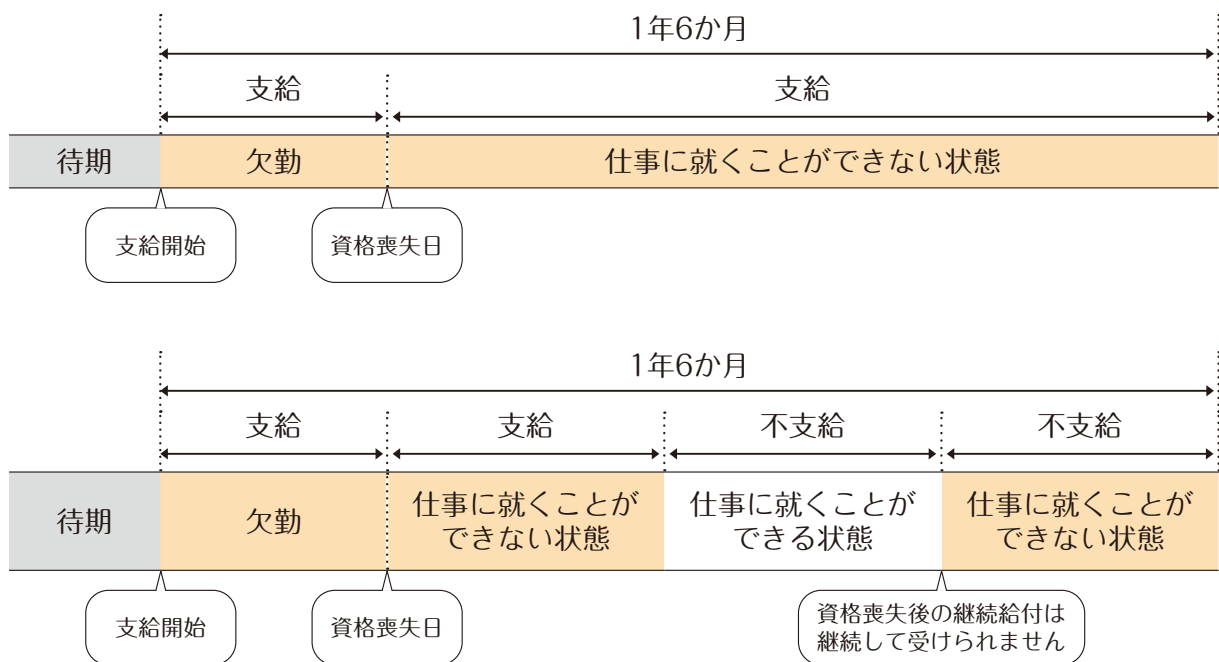
(協会けんぽ資料)

## 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](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、居宅で訪問介護を受けることもできます。

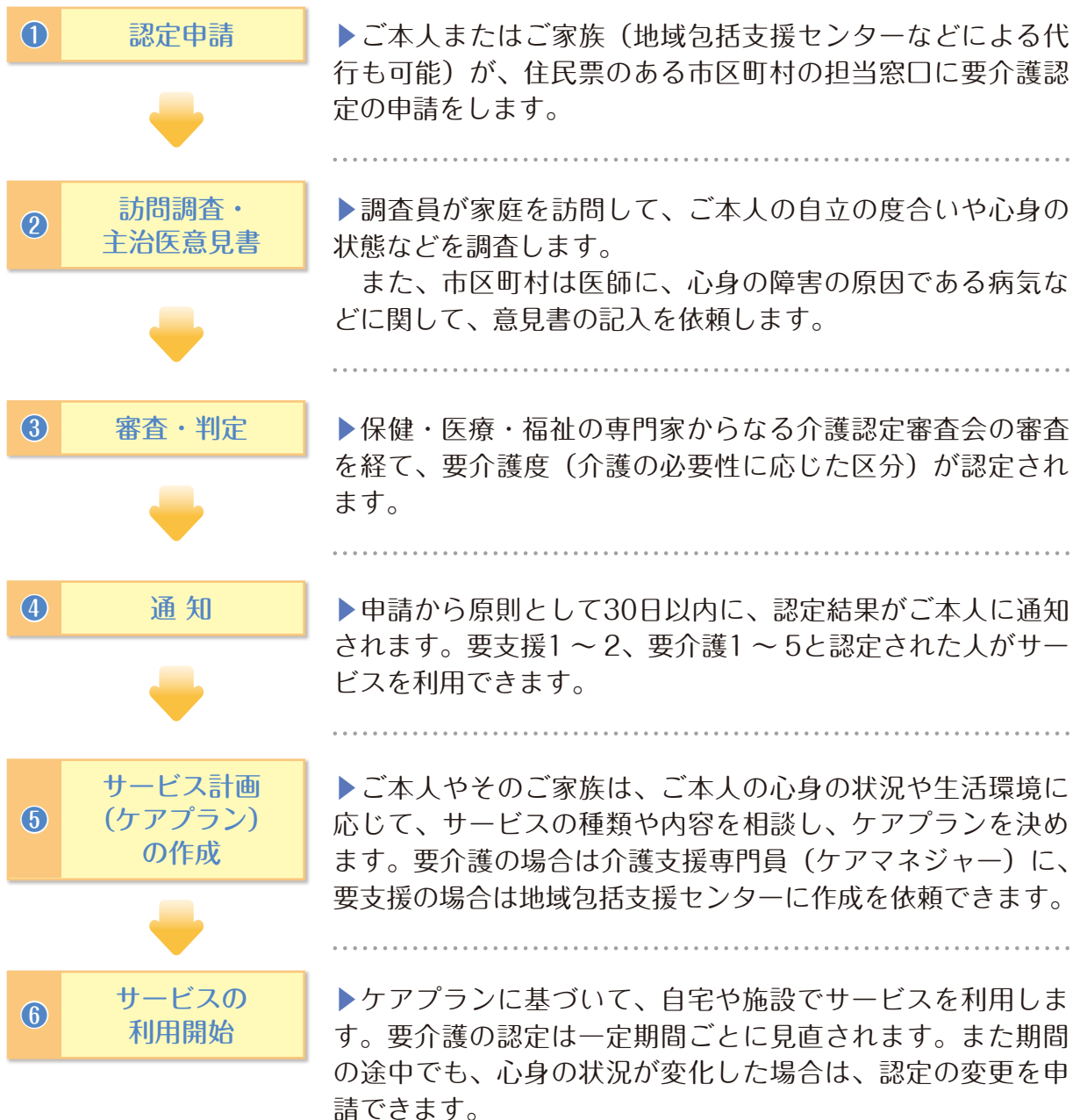
訪問系サービスとしては、**訪問介護（ホームヘルプ）**、**訪問看護**、**訪問入浴介護**、**訪問リハビリテーション**などがあります。

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>





# 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。

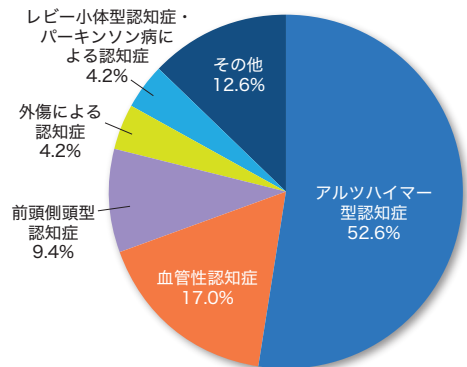


図1. 若年性認知症の原因疾患

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

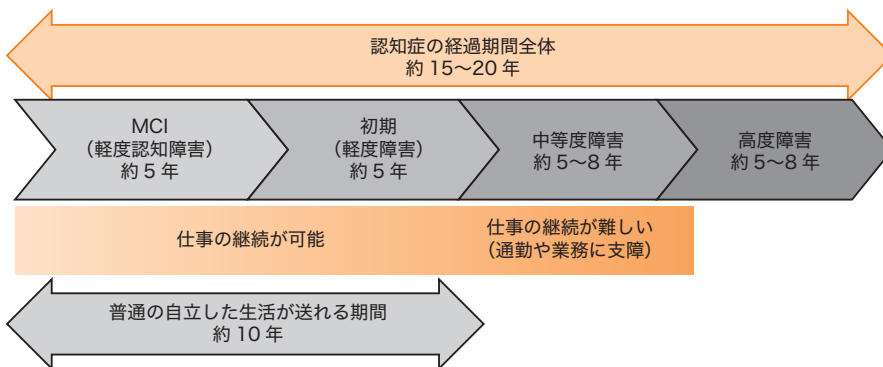


図2. 認知症の経過期間

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が送れる期間です。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><b>アルツハイマー型認知症</b>            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><b>血管性認知症</b>            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><b>前頭側頭型認知症、意味性認知症、緩徐進行性失語症</b>            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><b>レビー小体型認知症</b>            大脳皮質や運動系、自律神経系の神経細胞に<math>\alpha</math>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><b>頭部外傷</b>            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><b>アルコール性認知症</b>            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ている
- 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。

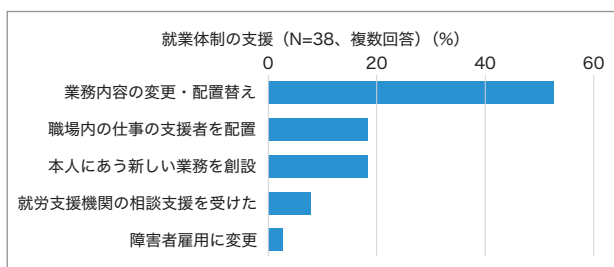
**連携のタイミング：**診断時に相談した事業場が最も多く13事業場(65.0%)、次いで仕事の対応に困ったときが5事業場(25.0%)でした。

**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。

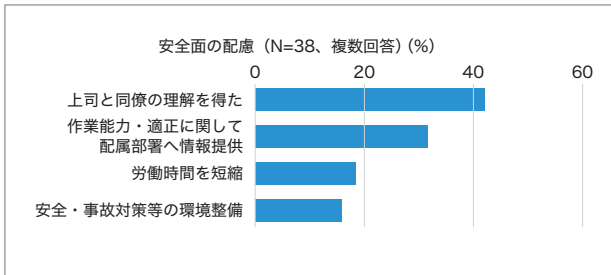
#### 3) 支援と配慮の実施状況

実際に企業が行った支援内容を紹介します。



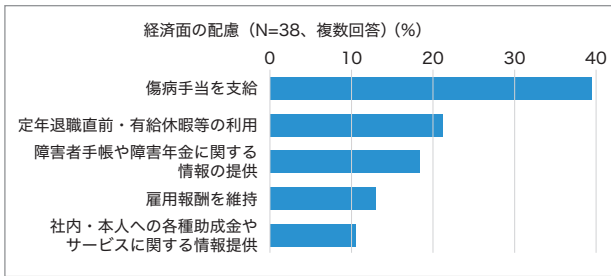
#### 【就業体制の支援】

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。



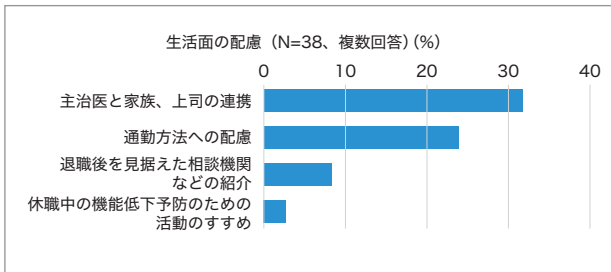
### 【安全面の配慮】

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。



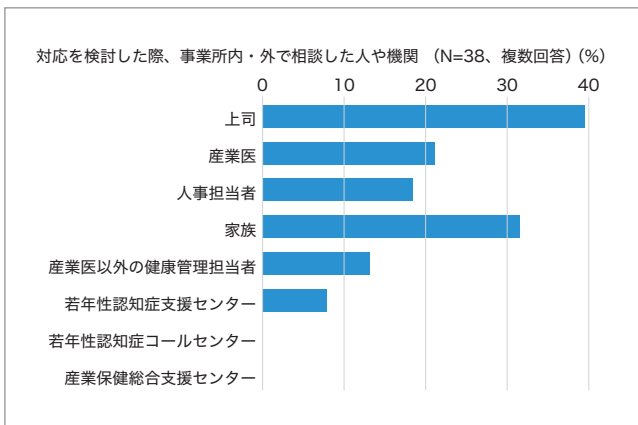
### 【経済面の支援】

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せん。

● 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](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](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](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。



## 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
Tomohiro Kogata, Chiaki Saito, Fuki ko Kato, Jumpei Kudo, Yusuke Yamaguchi, Sangyoon Lee, Yukihiro Washimi	An analysis of the contents of the young-onset dementia helpline: profiles of clients who consulted the helpline themselves	Psychogeriatrics	24(3)	617-626	2024
武田章敬	認知症診断のポイント	月刊 臨床画像	Vol.39 No.8	854-861	2023
畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤 康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田 圭一	認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援	老年精神医学雑誌	34(5)	477-486	2023
Eda Hiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsumi K, Ota H, Kakumura T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyanaga K, Awata S	Initial symptoms of early-onset dementia in Japan: nationwide survey	Psychogeriatrics	23(3)	422-433. doi: 10.1111/psyg.12949. Epub 2023 Feb 22. PMID: 36814116.	2023
齊藤千晶	若年性認知症支援コーディネーターの配置状況と活動内容	新情報	111	23-31	2023
Omote S, Ikeuchi S, Okamoto R, Takahashi Y, Koyama Y	Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia: A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia	Int.J.Environ.Res. Public Health	20(13)	6235	2023
濱田珠里, 表志津子, 岡本理恵, 池内里美, 高橋裕太郎	若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態	看護実践学会誌	35(2)	8-17	2023
池内里美, 岡本理恵, 表志津子, 田中浩二, 高橋裕太郎, 入谷敦, 丸山美虹, 濱田珠里	若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム開発における成果と課題・研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から	看護実践学会誌	35(2)	18-28	2023
田中真弥, 鷺見幸彦	認知症発症者の就労	安全と健康	75(7)	21-25	2024

鷺見幸彦	認知症に対する地域連携・多職種連携	脳神経内科	98(2)	234-239	2023
鷺見幸彦	若年性認知症の現状と課題	地域保健	54(2)	8-10	2023
Eda Hiro A, Okamura T, Arai T, Ikeuchi T, Ikeda M, Utsunomiya K, Ota H, Kakumizu T, Kawakatsu S, Konagaya Y, Suzuki K, Tanimukai S, Miyayama K, Awata S	What happens if your colleague was the first person to notice that you have young-onset dementia?	Geriatr Gerontol Int	21	doi: 10.1111/ggi.14733. Epub ahead of print. PMID: 37990422	2023
齊藤千晶	特集 認知症基本法と作業療法-共生社会において個性と能力が発揮できる支援-若年性認知症の人の就労に関する調査から	作業療法ジャーナル	58(11)	1065-1071	2024
Shizuko Omote, Satoshi Ikeuchi, Rie Okamoto, Yutaro Takahashi, Yoshiko Koyama	Experience with Support at Workplaces for People with Young Onset Dementia	A Qualitative Evaluation of Being Open about Dementia, Int. J. Environ. Res. Public Health	20(13)	6235	2023
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 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		