

若年性認知症の人のニーズに合わせたサービスの調査と検討

研究分担者 齊藤千晶 認知症介護研究・研修大府センター 主任研究主幹

研究要旨

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

調査1：就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

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

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

2次調査は基本属性、障害福祉サービス

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

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

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

調査3：若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

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

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

C. 倫理的配慮

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

D. 研究結果

1. 調査 1：就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

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

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

表 1 実施している事業（n=3100）

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

※複数の事を行う事業所は、それぞれの

事業で計上

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

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

表 2 若年性認知症の人の受け入れ状況（n=3100）

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

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

1) 基本属性

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

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

2) 若年性認知症支援コーディネーターの周知状況

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

表 3 若年性認知症支援コーディネーターの情報を得た経路 (n=272)

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

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

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

であった(表 4)。

表 4 支援コーディネーターとの連携による本人への成果 (n=59)

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

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

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

表 5 支援コーディネーターとの連携による介護家族への成果 (n=59)

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

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

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

表 6 支援コーディネーターとの連携による地域への成果（n=202）

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

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

3) 若年性認知症に関する取組や支援状況

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

表 7 若年性認知症の人の受け入れ状況（n=272）

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

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

表 8 受け入れた若年性認知症の人に対する支援（n=244）

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

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

表 9 併用利用した内容 (n=93)

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

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

表 10 併用利用時の課題 (抜粋)

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

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

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

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

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

表 11 若年性認知症の人の受け入れにあたっての課題（n=272）

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

その他	15	5.5
無回答	9	3.3

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

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

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

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

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

かった。

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

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

1) 基本属性

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

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

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

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

2) 若年性認知症支援コーディネーターの周知状況

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

表 12 若年性認知症支援コーディネーターの情報を得た経路 (n=718)

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

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

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

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

3) 若年性認知症に関する取組や支援状況

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

表 13 推進員として実施した支援内容 (n=345)

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

無回答	5	1.4
-----	---	-----

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

表 14 支援コーディネーターとの連携による本人への成果 (n=202)

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

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

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

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

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

表 16 支援コーディネーターとの連携による地域への成果 (n=202)

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

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

りにくかった」が 44.3%で最も多かった。

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

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

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

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

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

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

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

3. 調査 3: 若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

1) 基本属性

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

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

2) 若年性認知症支援コーディネーターとしての活動状況

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

【認知症疾患医療センターの診断後等支援機能】

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

【治療と仕事の両立】

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

【労働（就労支援）】

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

【障害福祉サービス】

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

【介護保険サービス】

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

【インフォーマルサービス】

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

【社会保障制度】

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

【子育てや教育関係】

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

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

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

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

表 19 併用利用した内容 (n=42)

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

表 20 併用利用時の良かった点と課題
(抜粋)

良かった点

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

課題

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

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

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

本人が住み慣れた地域の専門職(地域包

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

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

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

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

表 22 地域の専門職地域の専門職だけでは対応が難しかった主な理由（抜粋）

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

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

「知らない」と回答した。

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

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

表 23 支援コーディネーター業務の実施による本人への成果（n71）

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

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

定が図れた」が 77.5%で多かった(表 24)。

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

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

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

表 25 支援コーディネーター業務の実施による地域への成果 (n=202)

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

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

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

E. 考察

調査 1: 就労継続支援事業所における若年性認知症の人の支援に係る調査

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

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

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

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

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

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

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

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

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

する場合や、実際の支援事例においても退所の理由として多かった。

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

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

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

が、現場の不安や課題につながっていると考えられた。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

調査 3：若年性認知症支援コーディネーターの活動内容に関する調査

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

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

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

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

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

また、障害福祉サービスと介護保険サー

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

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

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

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

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

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

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

F. 結論と今後の課題

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

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

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

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

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

支援コーディネーターは、連携体制の構築、個別相談、知識普及・啓発など多岐に

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

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

① 【若年性認知症に関する社会的認知度向上と情報提供体制の強化】

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

② 【支援コーディネーターの更なる周知と機能強化】

支援コーディネーターの役割や配置先

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

③ 【多職種による早期からの連携体制の構築】

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

④ 【若年性認知症に関する専門知識・技術の普及】

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

⑤ 【インフォーマルな支援の場の充実】

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

⑥ 【制度の柔軟な活用と関係機関間の情報共有】

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

要がある。

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

G. 研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし