



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、もっと多くの人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ください。相談対応時には、相談者の状況やニーズに応じて、5、6ページを参考に適切な制度やサービスの情報をわかりやすく説明します。一度に説明すると混乱する場合もあるので、必要な事柄から順に説明し、場合によっては継続して支援しましょう。

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

第5章 就労支援 37

- 1 就労支援の流れ 37
- 2 一般就労継続 38
- 3 福祉的就労 40
- 4 認知症とともにいたらくこと 41

第6章 利用できるサービス・制度 42

- 1 最初の相談先 42
- 2 会社等に勤務している場合 45
 - ① 企業の障害者雇用 ② 企業の介護休業制度 45
 - 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） 48
 - 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 50
- 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 ③ 雇用保険 51
 - ④ 住宅ローン ⑤ 生命保険 52
 - 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 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）
 - 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 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 61
- 7 成年後見制度 62

第7章 その他 63

- ▶ 相談窓口 63
 - ① 専門の医師に相談したいとき 63
 - ② 若年性認知症について相談したいとき 63
 - ③ 介護全般について相談したいとき 64
 - ④ 様々な情報が欲しいとき 64
 - ⑤ 本人に関する様々な活動や情報が欲しいとき 64
- ▶ サービス等の申請先 65

若年性認知症の人の利用が想定される 社会保障制度やサービスの全体像

症状の進行▷▷▷

*イメージ図

医療サービス：認知症専門外来、精神科デイケア等

雇用・労働に関する制度：
一般就労、障害者雇用等

若年性認知症であっても、周囲のサポートや環境調整によって就労を継続できる

障害福祉サービス：福祉的就労等

暮らしやすい環境や自分らしく過ごせる場があり、社会とのつながりを続けられる

介護保険サービス：
デイサービス等

インフォーマルサービス：当事者・家族の会、認知症カフェ等

支援を進めるうえでのポイント

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

・・・・・・・・・・ソフトランディングの視点とは・・・・・・・・・・

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

症状進行等を考慮し、それぞれの時期に応じた切れ目のない支援をすすめる

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



相談・対応支援時の制度・サービスのキーワード

～本人の意思を尊重し、生活状態に配慮した

制度やサービスに関する情報提供および利用支援を行いましょう～

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。

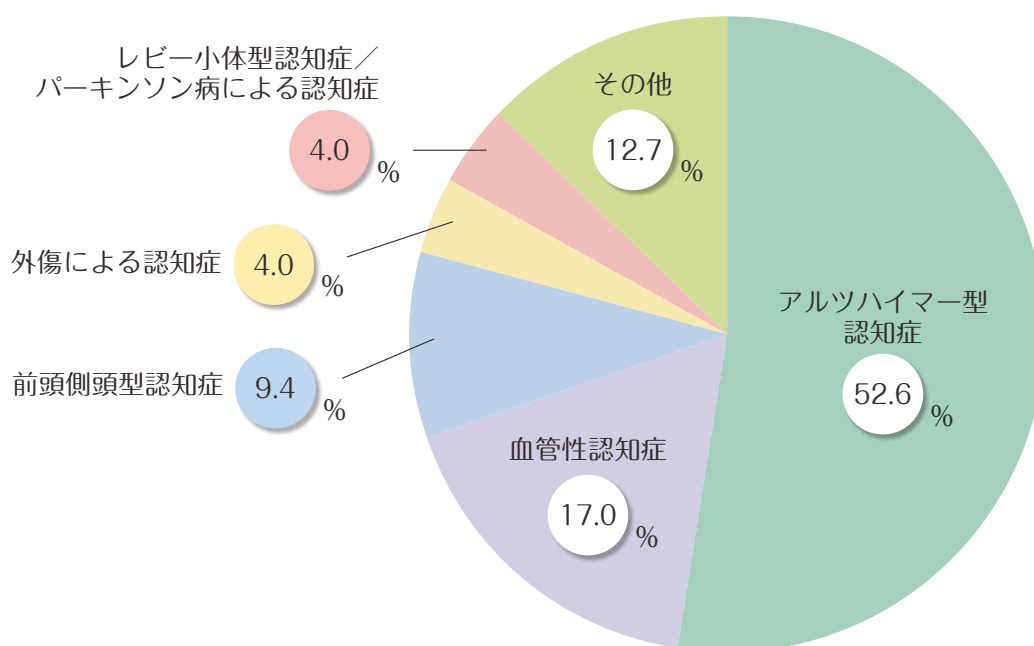
本人や配偶者の親の介護が重なる場合には、介護負担がさらに大きくなります。介護者が配偶者に限られることが多いので、配偶者も仕事が十分にできなくなり、身体的にも精神的にも、経済的にも大きな負担を強いられることになります。

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つかないことがあります。疲れや、更年期障害、あるいはうつ状態など他の病気と思い、医療機関を受診して、正しい診断がつかないまま時間が過ぎ、認知症の症状が目立つようになってからようやく診断された例も少なくありません。

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

2 若年性認知症の原因疾患



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

◆若年性認知症の有病率

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

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

<https://www.tmg Hig.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、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ことがあります。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、片麻痺やしびれにくさなど、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

手足の麻痺やしびれ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して散歩する、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るので、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。これから自分はように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。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事が期待されます。(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。

- ・「これから自分はように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あります。このようにさまざまな反応があったとしても、介護という現実はどの家族にとっても同じように存在します。

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

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

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

<相談を受ける際のポイント>

【現象】介護者は、次のような心理状態が起こりやすくなります。

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

【対応】

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

介護者を支援するうえで、介護者の心理状況を理解することが大切です。

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

第1ステージ

認知症の診断を受けたときや、不可解な行動に気づいたとき

驚き
とまどい
否認

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

第2ステージ

ゆとりがなくなり、追いつめられる

混乱

精神的・身体的に疲弊し、わかってはいるけれど辛くあたってしまう。

怒り
拒絶
抑うつ

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

第3ステージ

なるようにしかならない

あきらめ

怒ったり、いらいらしても仕方がないと気づく。

開き直り

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

適応

認知症の人をありのままに受け入れた対応ができるようになる。

第4ステージ

認知症の人の世界を認めることができる

理解

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

第5ステージ

自己の成長、新たな価値観を見出す

受容

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

「認知症の人と家族の会愛知県支部著 介護家族をささえる」より一部改変

3 親が認知症である子どものこと

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

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

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

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

年代による差

■若い子どもの場合…

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

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

若い子どもがいる場合

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

【対応】

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

■思春期の子どもの場合…

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

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

思春期の子どもの場合

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

【対応】

- ・スクールカウンセラーなど、悩みを聞いてくれる人が必要。

■成人した子どもの場合…

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

<相談を受ける際のポイント>

【現象】

成人した子どもの場合

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

【対応】

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

■親の立場から子どもたちへ伝えたいこと

子どもをもつ本人からは「認知症になっても家族がいちばん大切で、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
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ー（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になります。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し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告げておくともよいでしょう。

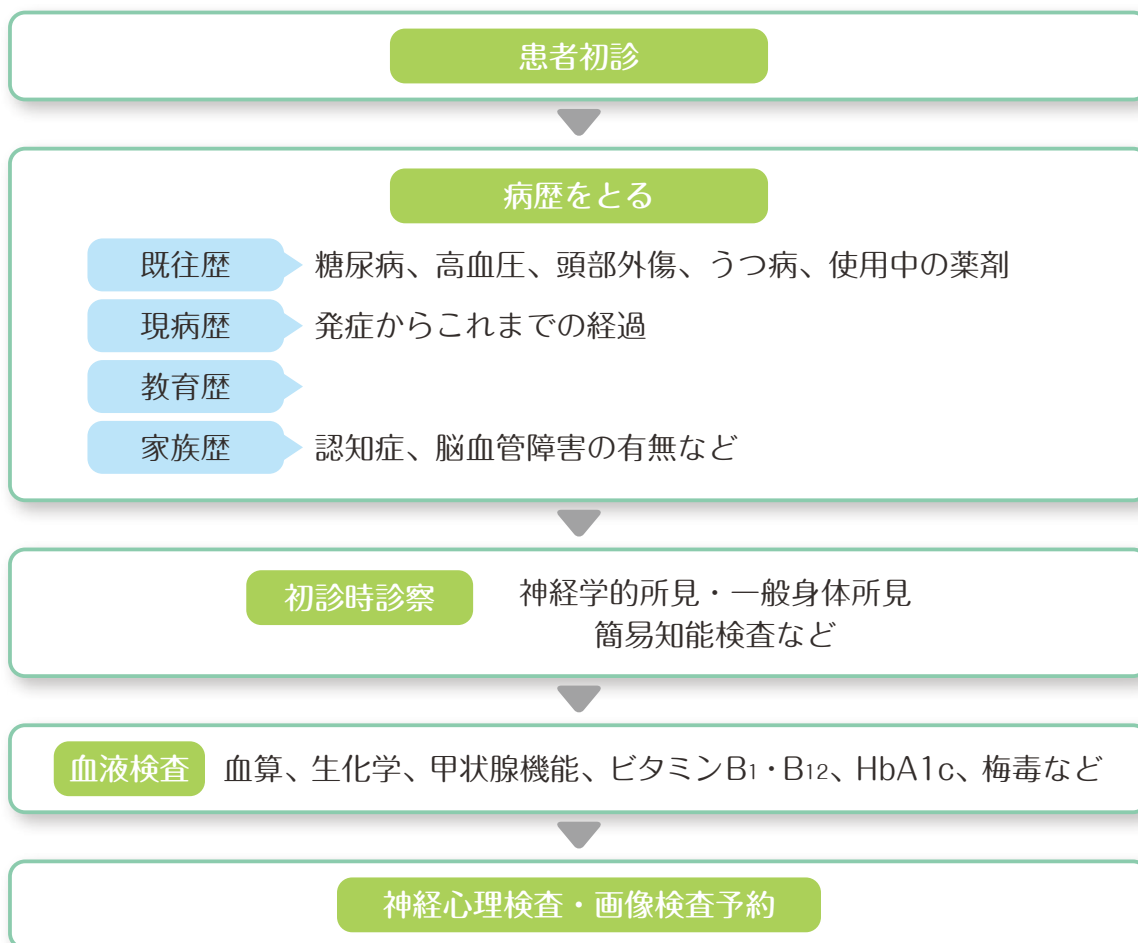
病名を告知する場合でも、本人の性格や、告知のタイミングを十分考慮し、決して安易に行ってはいけませんが、仕事や運転、家庭生活といった人生にかかわることがらを決定する上で、病名とともに考えられる予後等を説明することも重要です。また若年性認知症ではP.17～21で示したような特性があり、診断後の支援が極めて重要です。P.30に示した「認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援のガイド」は、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、若年性認知症の診断にかかわるあらゆる専門医療施設で利用可能です。

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



患者再診後のフローチャート



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

6 認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する治療・対応

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

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

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

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

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

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

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

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

7 非薬物療法

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

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

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

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

遺伝について

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

8 診断後の支援

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

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

- 1 本人や家族の心情に配慮した説明
- 2 本人・家族への心理社会的ケア
- 3 診断された医療機関の場での診断後支援
- 4 本人・家族に知識がなくても必要なサービスにつながる支援
- 5 若年性認知症のニーズに即した制度の横断的なサービス利用
- 6 地域や職域における若年性認知症の理解の促進

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

認知症疾患医療センターにおける若年性認知症診断後支援ガイド

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

令和5～7年度厚生労働科学研究（認知症政策研究事業）「若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療及び支援につなぐプロセスの構築に資する研究」（研究代表者：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）

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

- | | |
|---|--|
| ☐ 同じことを何度も聞く | ☐ 家電製品の使い方がわからない |
| ☐ 伝言したことがうまく伝わらない | ☐ テレビや新聞を見なくなる、関心がなくなる |
| ☐ 電車・バスで乗る駅や降りる駅がわからない | ☐ 風呂に入りたいがらない |
| ☐ よく知っている道なのに迷ってしまう | ☐ 好きだった趣味の活動をしなくなる |
| ☐ 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 | ☐ 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 |
| ☐ いつも同じ服を着て着替えたがらない | ☐ 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、あまりたくさんのこと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える手がかり、**タイマーの音**など耳で聞く手がかりがあると思い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てもらう
- 4 自動車販売・修理店に協力してもらう

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

代りになる身分証明について

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

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

4 本人支援・家族支援

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

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

本人支援の取り組み

本人ミーティング

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

チームオレンジ

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

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

家族支援の取り組み

公益社団法人 認知症の人と家族の会

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

ケアラース（介護者）・カフェ

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

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

一般社団法人 全国若年認知症連絡協議会

若年性認知症の家族会や支援機関の団体です。

- 連絡先：電話 03-6380-0166
HP <https://jeodc.jimdofree.com>

本人と家族の支援の取り組み

本人・家族の交流会

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

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

認知症カフェなどの交流会

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

ピアサポート活動

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

5 本人・家族等が必要とする情報

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

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

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

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

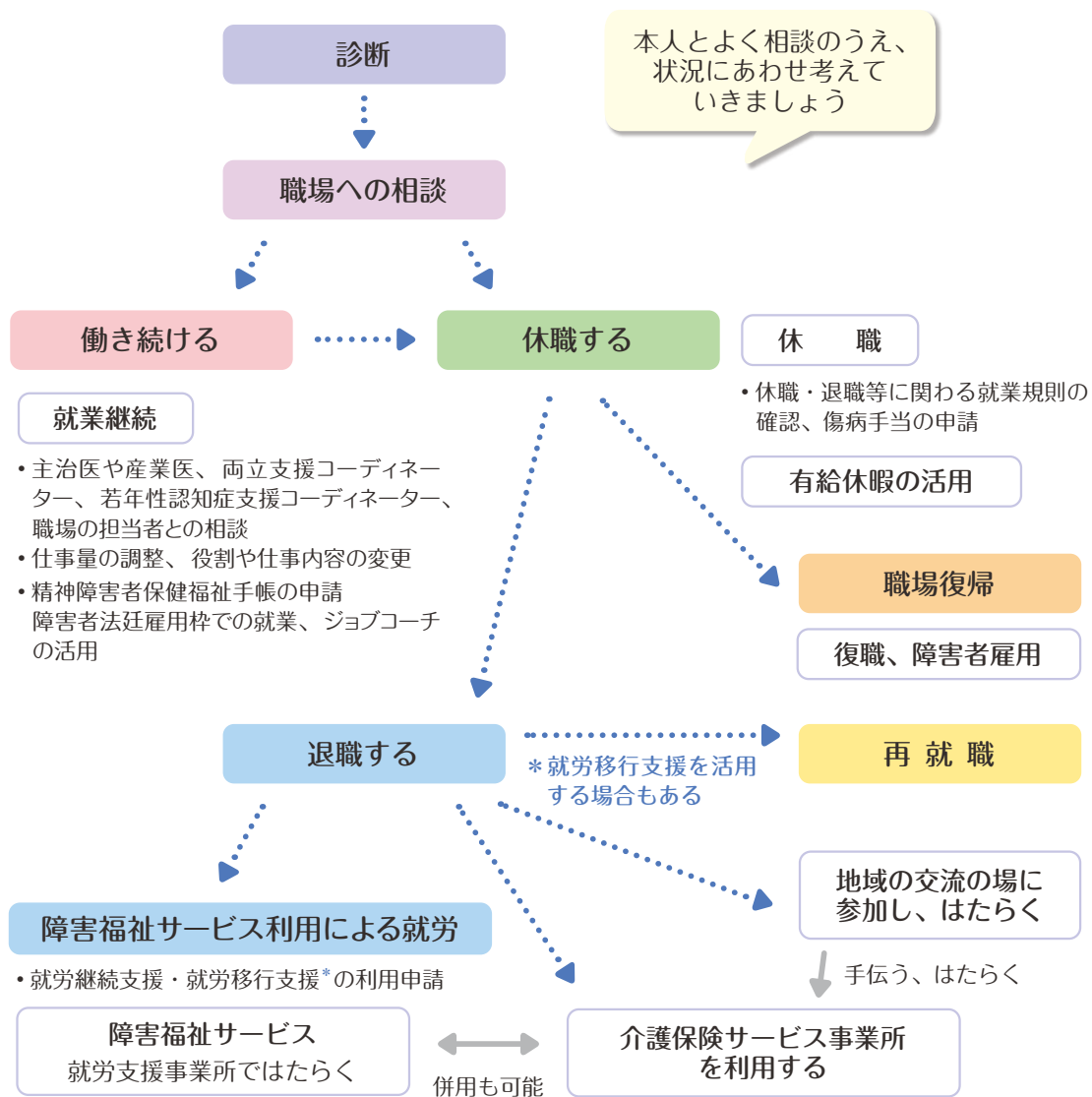
このように、求める情報は多面的であり、時期や立場によっても変化します。そのため、社会参加支援や家族支援を含め、時期や立場に応じた情報提供と地域での支援体制を整えることが重要です。

第5章 就労支援

1 就労支援の流れ

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

就労の流れ



2 一般就労継続

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

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

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

「若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き」

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

両立支援コーディネーターとは

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

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

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

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

●本人の以下のような状態は病状として理解する

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

●本人の感情やプライドを尊重したコミュニケーションを心がける

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

●本人の仕事の見直しと家族の理解を得る説明

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

●通勤の手段、安全確保の検討をする

- ・公共交通機関の利用方法の確認、送迎の可否を検討する

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

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

3 福祉的就労

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

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

「ソフトランディングの視点と若年性認知症支援コーディネーターの役割」



障害福祉サービス事業所での若年性認知症の人に対する支援のポイントなどを記載

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

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

介護保険サービスへ移行していくことが望めます。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う側面があります。これは認知症基本法が掲げる「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる社会」の実現にもつながります。

厚生労働省通知（令和6年8月8日、vol.1302）

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

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

第6章 利用できるサービス・制度

ねらい

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

1 最初の相談先

若年性認知症に特化した相談先

若年性認知症支援コーディネーター

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

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

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

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



若年性認知症コールセンター

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

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

●フリーコール：0800-100-2707（通話料無料）

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

月～土曜日 10:00～15:00（水曜日 10:00～19:00）

その他の相談先

医療機関のソーシャルワーカー

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

地域包括支援センター

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

基幹相談支援センター

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

社会福祉協議会

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

認知症地域支援推進員

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

2 会社等に勤務している場合

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

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

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

① ▶ 企業の障害者雇用

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

② ▶ 企業の介護休業制度

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



就労継続を支援するために知っておきたいことは

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

- ▶ DC ネット
https://www.dcnets.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 ① 休 出 休 休 出 出 休 休 出 休

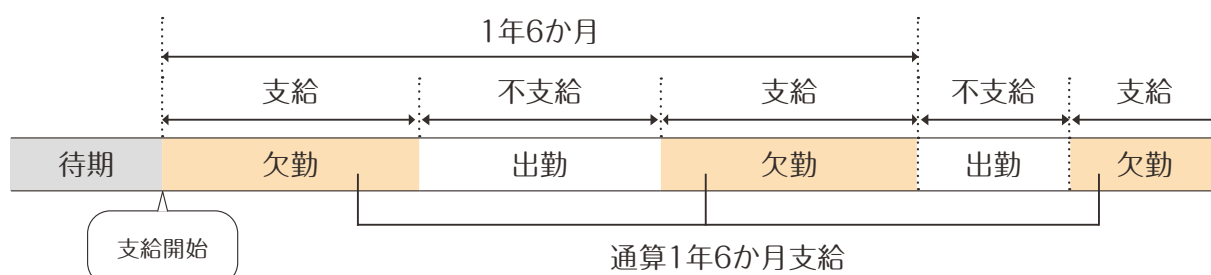
連続して3日間休んでいないため、「待期期間」になりません

② ② 休 休 休 休 休 休 休 休 休 休

待期期間 傷病手当金受給

【傷病手当金の支給期間】

⇒支給期間を通算して、1年6か月まで支給。



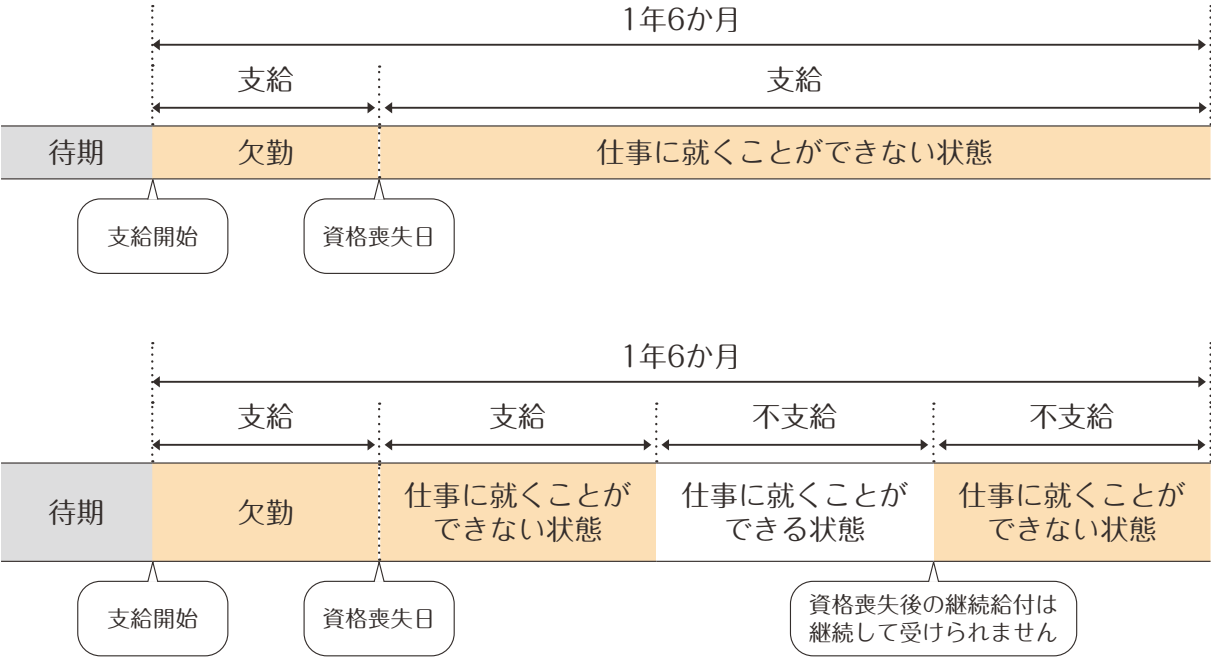
（協会けんぽ資料）

退職後、引き続き傷病手当金は受けられますか？

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

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

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



(協会けんぽ資料)

④ ▶ 障害者手帳

身体障害者手帳

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

精神障害者保健福祉手帳

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

申請手続き

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

受けられるサービス

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

⑤ ▶ 自立支援医療（精神通院医療）

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

申請手続き

申請書、主治医の診断書、健康保険証等を市区町村の福祉課等に提出

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

医療費の自己負担は1割となります。

6 ▶ 障害年金

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

各障害年金とその該当者	
障害基礎年金* 国民年金加入者 (自営業など、20歳以上60歳未満のすべての人)	障害厚生年金 厚生年金保険加入者 (会社員、公務員など)
請求先	
市区町村役場 年金事務所	年金事務所 公務員は各共済組合
いつから請求できるか	
1年6か月目*に障害の程度を認定 * 障害基礎年金が受けられるかどうかは、障害認定日に障害等級に該当するかどうかによって決まります。この障害認定日は、その障害の原因となった傷病の初診日から1年6か月たった日か、それ以前に病状が固まったときはその日になっています。 * 1年6か月たった日に軽くて障害等級に該当しなくても、その後65歳までは重くなれば請求して年金が受けられます。	

7 ▶ 給料が支払われないとき

社会保険料

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

雇用保険料

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

8 ▶ 医療費や介護費が高額になったとき

高額療養費

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

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

高額介護サービス費

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

➡ 市区町村介護保険担当課

高額医療、高額介護合算療養費制度

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

➡ 加入している医療保険の担当課、市区町村の介護保険担当課

3 退職後に受けられるサービスや制度

① ▶ 年金

60歳未満の方 ➡ 60歳になるまで「国民年金」に加入します。

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

問い合わせ：日本年金機構ホームページ（全国の相談・手続き窓口）

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

② ▶ 健康保険

1 現在の保険を一定の条件で任意継続する（最長2年まで）

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

問い合わせ：「全国健康保険協会」都道府県支部または「健康保険組合」

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

2 国民健康保険に切り替える

保険料は、年収や家族の人数によって異なります。

問い合わせ：市区町村役場

3 家族の健康保険に加入し、被扶養者になる

保険料の負担はありません。

問い合わせ：家族が勤務する会社

●医療機関にかかったときは、上記いずれの場合も、医療費は3割負担です。

③ ▶ 雇用保険

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

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

問い合わせ：住居所を管轄するハローワーク

4 ▶ 住宅ローン

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

5 ▶ 生命保険

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

生命保険会社の介護保険

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

高度障害保険金*

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

高度障害状態

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

* 若年性認知症では、3の要件に当てはまる場合があります。

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

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

* 高度障害の認定は、加入する生命保険会社が、障害診断書を基に判断します。

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

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

* 保険会社によって「高度障害状態」の認定条件は異なります。

⑥ ▶ 障害者総合支援法

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

障害福祉サービスの利用について

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

障害福祉サービス申請と利用までの流れ

サービス利用料の自己負担は原則として1割です。

(ただし、所得に応じた負担上限月額があります)



※大阪市若年性認知症支援ハンドブックより引用・改変

障害福祉サービスの内容

介護給付

●介護に関するサービス

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

訓練等給付

●訓練に関するサービス

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

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

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

地域生活支援事業

地域生活支援事業

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

相談支援事業

計画相談支援

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

地域相談支援

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

7 ▶ 国民年金保険料の免除制度

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

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

詳しくは市区町村の国民年金担当窓口にお問い合わせください。

保険料の免除制度

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

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

問合せ窓口：市区町村の国民年金担当課

8 ▶ 生活福祉資金貸付制度

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

問合せ窓口：市区町村の社会福祉協議会

9 ▶ 子どもの就学資金

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

教育ローンコールセンター：0570-008656（ハローコール）

日本学生支援機構：0570-666-301

4 復職・再就職を考える

●退職した後も働きたい、あるいは経済的な理由で働かなければならない場合

① ▶ 医療機関のソーシャルワーカー

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

② ▶ ハローワーク（障害者専門窓口）

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

- 各種支援サービスの活用
- 障害者向け求人の確保
- 関係機関との連携

③ ▶ 地域障害者職業センター

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

雇用促進支援・雇用継続支援

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

ジョブコーチ

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

④ ▶ 障害者就業・生活支援センター

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

5 介護保険

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

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

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

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

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

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

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

- ① **地域の相談窓口へ相談**
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

ー相談を受ける人が知っておきたいことー

■ 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



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.dcnnet.gr.jp>

