令　和　4　年　度
老人保健健康増進等事業
に よ る 研 究 報 告 書

令和４年度認知症介護研究報告書
市町村における若年性認知症支援施策の促進に関する調査研究事業

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

目次

はじめに 1

要旨 2

1. 事業目的 2
2. 主な事業内容（Ⅰ）. 2
3. 事業結果の概要（Ⅱ～Ⅵ）. 2
4. 手引書の作成（Ⅶ）. 2

I. 研究事業の概要 3

1. 背景と目的 3
2. 実施体制 3
3. 調査の全体像 6
4. 結果の概要 7
5. 倫理的配慮 14

II. 市町村の既存施策における若年性認知症支援コーディネーターとの連携構築に関する調査 15

1. 調査の目的 15
2. 対象と方法 15
3. 調査結果【市町村（特別区を含む）】 15
   - 3.1 結果の概要 15
   - 3.2 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 17
4. 調査結果【地域包括支援センター】 34
   - 4.1 結果の概要 34
   - 4.2 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 36
5. 調査結果【認知症地域支援推進員】 52
   - 5.1 結果の概要 52
   - 5.2 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 54

III. 若年性認知症支援コーディネーターと市町村の既存施策の連携に係る実態調査 71

1. 調査の目的 71
2. 対象と方法 71
3. 結果の概要 71
4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 74

IV. 若年性認知症支援コーディネーターの配置に関する調査（都道府県・指定都市） 101

1. 調査目的 101
2. 対象と方法 101
3. 結果の概要 101
4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 106

V. 若年性認知症支援コーディネーターを対象としたアンケート調査 164

1. 調査目的 164
2. 対象と方法 164
3. 結果の概要 164

4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋） 167
VI. 若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のためのヒアリングおよび座談会の実施 196
1. 目的 196
2. 対象と方法 196
3. ヒアリング調査および座談会の結果のまとめ 197
VII. 市町村における若年性認知症施策の推進のための手引書の作成 214
1. 目的 214
2. 作成方法 214
3. 結果 214
VIII.考察とまとめ 215
1. 考察 215
2. まとめ 219
IX. 参考資料 220
1. 「市町村における若年性認知症支援施策の促進に関する調査研究事業　検討委員会」次第 220
2. 「市町村における若年性認知症施策の推進のための手引書作成　作業部会」次第 223
3. 各調査票 227
4. ヒアリングのまとめと座談会の議事録 266

はじめに

平成 28 年度から都道府県・指定都市（以下、都道府県等）において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）の配置が進められ、その活動や関係機関等との連携方策に関する手引きの作成や研修も行われている。また、働き盛りでの発症が多い若年性認知症の人において就労継続支援は重要であり、一般就労や福祉的就労に係る労働関係機関等との連携についての研究等もなされてきた。

今後、認知症の症状が重度化しても、地域においてきめ細かな支援が行われるようにするためには、市町村レベルでの対応が必要である。しかしながら、令和 3 年度の老人保健健康増進等事業の結果から、各市町村での若年性認知症施策は既存の認知症施策の取組みの中で行っている場合が多く、若年性認知症の人の把握や支援の体制は十分とは言えなかった。これは、現状、市町村施策においては若年性認知症施策の位置付けは明確ではないこともあり、関係者の問題意識も十分ではないことが要因の一つとして考えられた。

このような状況の中で、都道府県等に配置された支援コーディネーターが、市町村の認知症地域支援推進員や地域包括支援センターとの連携体制を構築していくにあたり、どのようなことを心がけるかを整理する必要がある。また、市町村等の行政職員も、若年性認知症支援の必要性を認識し、既存施策（ネットワーク）との連携を推し進めることが求められている。

本事業では、地域においてきめ細かな若年性認知症施策を促進するため、支援コーディネーターが市町村（特別区を含む）の各種既存の施策とどのように連携できるか、その際の市町村、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターの留意事項にはどのようなことがあるか（基本方針、高齢の認知症の人とは異なる点、就労支援に関する機関との連携等） といった視点でポイントを整理し、手引きを作成した。また、これらの取組みも踏まえ、若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等について、有識者等の意見も聴取した上で考察し、報告書としてまとめた。

要旨

1. 事業目的

若年性認知症の人とその家族が、住み慣れた地域の中で生活していくためには、市町村レベルでの対応が必要である。各市町村での若年性認知症施策は既存の認知症施策の取組みの中で行っている場合が多く、若年性認知症の人の把握や支援体制は十分とは言えなかった。本事業は市町村における若年性認知症施策の促進を図ることを主な目的とした。

2. 主な事業内容（Ⅰ）

本研究事業は3つの実施内容で構成した。1つ目は市町村における若年性認知症施策の促進を図ることを目的に、各種既存の施策の活用方法や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）との具体的な連携内容等について明らかにするため、市町村の行政担当者、地域包括支援センター管理者、認知症地域支援推進員、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。また、その内容を踏まえ手引書を作成した。2つ目は支援コーディネーター設置事業の効果と課題の経年変化を把握し、可視化することを目的に、都道府県・指定都市の若年性認知症施策行政担当者と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。3つ目は我が国の若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性について検討することを目的に、若年性認知症の本人や家族介護者、有識者、支援者から意見を聴取し、整理した。

3. 事業結果の概要（Ⅱ～Ⅵ）

- 市町村における若年性認知症の人の支援推進のために取組みやすい事業は、介護保険制度の認知症総合支援事業における「認知症サポーター養成講座（ステップアップ講座を含む）」と「認知症カフェ」であった。
- 支援コーディネーターは個別支援をとおして、障害者総合支援法の訓練等給付の「就労継続支援B型事業所」と介護保険制度の家族介護支援事業の「介護者交流会の開催」、在宅医療・介護連携推進事業の「医療・介護関係者のための研修」に多く関与していた。
- 市町村の半数が若年性認知症の人や家族を支援できる仕組みがあると回答し、そのうち、「支援のスキームやフローがある」は約1割にとどまった。
- 若年性認知症の人の支援推進のため、行政担当者等からは支援コーディネーターと連携の希望が多かった。一方で、その実施には支援コーディネーターの配置のあり方を検討する必要性があった。
- 我が国の若年性認知症施策における課題や取組むべき重点的な内容について、医療体制や地域連携体制、啓発活動等の側面から整理した。

4. 手引書の作成（Ⅶ）

地域における若年性認知症の人のきめ細かな支援を実現するため、市町村の各種既存の施策やネットワークの利活用の方法、地域における支援の要である市町村、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターの具体的な役割、支援コーディネーターの支援内容等をまとめた手引書を作成した。

I. 研究事業の概要

1. 背景と目的

平成 28 年度から都道府県・指定都市（以下、都道府県等）において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）の配置が進められ、その活動や関係機関等との連携方策に関する手引きの作成や研修も行われている。また、働き盛りでの発症が多い若年性認知症の人において就労継続支援は重要であり、一般就労や福祉的就労に係る労働関係機関等との連携についての研究等もなされてきた。

今後、認知症の症状が重度化しても、地域においてきめ細かな支援が行われるようにするためには、市町村レベルでの対応が必要である。しかしながら、令和 3 年度の老人保健健康増進等事業の結果から、各市町村での若年性認知症施策は既存の認知症施策の取組みの中で行っている場合が多く、若年性認知症の人の把握や支援の体制は十分とは言えなかった。これは、現状、市町村施策においては若年性認知症施策の位置付けは明確ではないこともあり、関係者の問題意識も十分ではないことが要因の一つとして考えられた。

このような状況の中で、都道府県等に配置された支援コーディネーターが、市町村の認知症地域支援推進員（以下、推進員）や地域包括支援センター（以下、地域包括）との連携体制を構築していくにあたり、どのようなことに心がけるかを整理する必要がある。また、市町村等の行政職員も、若年性認知症支援の必要性を認識し、既存施策（ネットワーク）との連携を推し進めることが求められている。

本事業では、地域においてきめ細かな若年性認知症施策を促進するため、支援コーディネーターが市町村（特別区を含む）の各種既存の施策とどのように連携できるか、その際の市町村、地域包括、推進員の留意事項にはどのようなことがあるか（基本方針、高齢の認知症の人とは異なる点､就労支援に関する機関との連携等）といった視点でポイントを整理し､手引きを作成する。また、これらの取組みも踏まえ、若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等について、有識者等の意見も聴取した上で考察し、報告書としてまとめる。

2. 実施体制

本事業では検討委員会を立ち上げ、開催した。また、手引書を作成するにあたり、作業部会を設置した。

1　検討委員会

検討委員会は、若年性認知症の人への支援に関する知識を有する研究者や支援コーディネーター、若年性認知症施策に関わる行政担当者、地域包括職員、推進員から成る外部委員 9 名、認知症介護研究・研修大府センター所属の内部委員 4 名のほか、オブザーバー3 名、事務局 2 名の計 18 名で構成し、計 3 回開催した（詳細な内容は「IX.参考資料」を参照）。

【検討委員会　委員名簿（敬称略・順不同、○は委員長）】

	氏名	所属・役職
外部委員	○森　　啓	長岡崇徳大学　学長
	伊藤美智予	日本福祉大学　社会福祉学部　社会福祉学科　准教授
	進藤　由美	国立研究開発法人　国立長寿医療研究センター 企画戦略局　リサーチコーディネーター
	吉川　　証	埼玉県　福祉部 地域包括ケア課　主幹
	畦地　美幸	愛知県豊田市　福祉部　高齢福祉課　認知症保健担当長
	駒井由起子	特定非営利活動法人 いきいき福祉ネットワークセンター　理事長 東京都若年性認知症支援コーディネーター
	伊藤　美知	有限会社イトーファーマシー　取締役 三重県若年性認知症支援コーディネーター
	作田　直人	医療法人資生会　千歳病院　認知症疾患医療センター　主任 北海道若年性認知症支援コーディネーター、 認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム員
	福井　梨恵	社会福祉法人恭生会　五領・上牧地域包括支援センター 認知症地域支援推進員
内部委員	鷲見　幸彦	認知症介護研究・研修大府センター　センター長
	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
	山口　友佑	認知症介護研究・研修大府センター　研究員・研修企画係長
	小方　智広	認知症介護研究・研修大府センター　研究員
オブザーバー	谷内　一夫	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
	村上　　優	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 認知症施策推進係長
	竹藤　昇香	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 認知症施策推進係
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

【検討委員会の開催状況】

	日時	参加者数	場所
第 1 回	令和 4 年 8 月 22 日（月）10：00～12：00	17 名	オンライン
第 2 回	令和 4 年 12 月 13 日（火）15：00～17：00	18 名	オンライン
第 3 回	令和 5 年 2 月 21 日（火）13：30～15：30	18 名	オンライン

2　手引書作成に係る作業部会

作業部会は認知症施策（若年性認知症も含む）に関わる行政担当者や地域包括職員、推進員、支援コーディネーターから成る外部委員 5 名、認知症介護研究・研修大府センター所属の内部委員 3 名、オブザーバー1 名、事務局 2 名の計 11 名で構成し、計 4 回開催した（詳細な内容は「IX. 参考資料」を参照)。

【作業部会　委員名簿（敬称略・順不同)】

	氏名	所属・役職
外部委員	島田喜代美	神奈川県横浜市　健康福祉局　高齢在宅支援課 認知症地域支援推進員
	畦地　美幸	愛知県豊田市　福祉部　高齢福祉課　認知症保健担当長
	松本由美子	埼玉県・さいたま市若年性認知症サポートセンター 埼玉県若年性認知症支援コーディネーター
	作田　直人	医療法人資生会　千歳病院　認知症疾患医療センター　主任 北海道若年性認知症支援コーディネーター、 認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム員
	福井　梨恵	社会福祉法人恭生会　五領・上牧地域包括支援センター 認知症地域支援推進員
内部委員	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
	山口　友佑	認知症介護研究・研修大府センター　研究員・研修企画係長
	小方　智広	認知症介護研究・研修大府センター　研究員
オブザーバー	鷲見　幸彦	認知症介護研究・研修大府センター　センター長
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

【作業部会の開催状況】

	日時	参加者数	場所
第 1 回	令和 4 年 8 月 5 日（金）　13：30～15：30	11 名	オンライン
第 2 回	令和 4 年 11 月 4 日（金）　10：00～12：00	11 名	オンライン
第 3 回	令和 4 年 11 月 29 日（火）　10：00～12：00	11 名	オンライン
第 4 回	令和 5 年 1 月 27 日（金）　10：00～12：30	11 名	オンライン

3. 調査の全体像

本事業は市町村における若年性認知症施策の促進のため、2 つの方法（調査、手引書作成）で取組んだ（図 1)。また、支援コーディネーター設置事業の効果と課題の経年変化を把握し、可視化するため調査 4 を実施した。そして、若年性認知症施策に関する今後の方向性の検討のため、有識者等との座談会を開催した。

調査 1 では市町村の既存施策を活用し、若年性認知症施策を推進するにあたり、支援コーディネーターに期待する役割等を把握するため、全国の市町村の認知症施策担当者（以下、行政担当者)、地域包括、推進員を対象にアンケート調査を実施した。調査 2 は支援コーディネーターが関与している市町村の既存施策との連携実態等を調査した。調査 3 は調査 1 や調査 2 等を参考にして手引書に記載する好事例について、支援コーディネーターからヒアリング調査を行った。

調査 1～3 の実施から、地域においてきめ細かな若年性認知症施策を促進するため、支援コーディネーターが市町村の各種既存の施策とどのように連携できるか、その際の市町村、地域包括、推進員の留意事項にはどのようなことがあるか（基本方針、高齢の認知症の人とは異なる点、就労支援に関する機関との連携等） といった視点でポイントを整理した手引きを作成した。

調査 4 は支援コーディネーター設置事業の効果と課題の経年変化を把握するため、都道府県等の行政担当者および全国の支援コーディネーターに対して、アンケート調査を実施した。

また、これらの取組みも踏まえ、若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等について、有識者等の意見を聴取するためヒアリングおよび座談会を実施した。

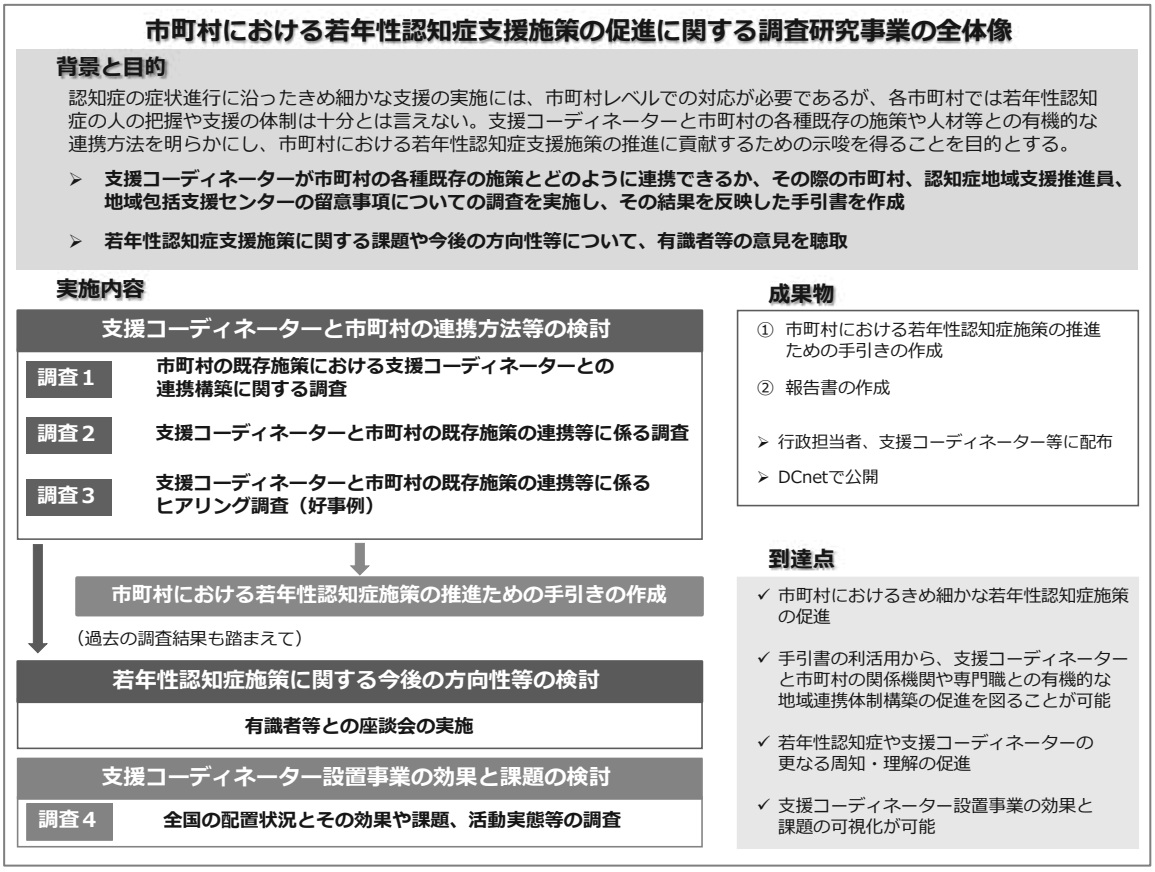

図 1　本事業の全体像

4. 結果の概要

【若年性認知症支援コーディネーターと市町村の連携方法等の検討】

＜調査 1：市町村の既存施策における若年性認知症支援コーディネーターとの連携構築に関するアンケート調査＞

市町村における若年性認知症施策を推進する上で中心的な役割を担う市町村（特別区を含む）の行政担当者 1,741 名、地域包括管理者 5,286 名、推進員 1,741 名に対して、市町村の既存施策を活用した若年性認知症の人の支援の推進方策について検討するため、その実態を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

また、今回は既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、各対象者について事業毎の実施または関与の有無を把握した。

○ 市町村の認知症施策行政担当者

行政担当者は 804 名（回収率 46.2%）から回答を得た。回答した市町村の約 7 割が若年性認知症の人を把握できる仕組みがなく、実人数が分からない状況であった。

若年性認知症の人に関する既存施策の事業内容のうち、市町村では地域支援事業の「認知症ケアパス」を最も多く実施しており、次いで、「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」であった。また、各事業内容で、「実施なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人を把握できていない」が 6 割台前半で最も多かった。

また、市町村における具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、5 割の市町村が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」が 9 割台後半で多かった。その連携体制先では、「地域包括支援センター」が 8 割台後半で最も多く、次いで、「認知症初期集中支援チーム」が 8 割台半ば、「行政機関（高齢、福祉分野）」が 7 割台後半で続き、支援コーディネーターは 4 割以上が回答した。また、具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が 8 割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、その内容は認知症初期集中支援チームに関連することが多かった。

市町村の既存施策内での支援コーディネーターとの連携状況は、2 割台後半で実績があった。さらに地域支援事業等を推進するにあたり、6 割を超える行政担当者が支援コーディネーターと連携したいと回答し、その具体的な内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が約 9 割で最も多く、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」、「若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動」が 6 割台後半で続いた。

○ 地域包括支援センター管理者

地域包括は 2,249 名（回収率 42.1%）から回答を得た。回答した地域包括において、令和 3 年度に若年性認知症（疑いを含む）の人に対する支援を 3 割台半ばが行っており、その支援対象者

は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 8 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割、「関係機関や専門職」が 4 割台半ばで続いた。

若年性認知症の人に関する既存施策の事業内容のうち、地域包括では地域支援事業の「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」が最も多く関与しており、次いで、「認知症カフェ」であった。また、各事業内容で、「実施なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 7 割台前半で最も多かった。

また、地域包括における具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、4 割台後半が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」が 9 割を超えていた。その連携体制先では、「認知症初期集中支援チーム」が約 8 割で最も多く、次いで、「行政機関（高齢、福祉分野）」が 7 割台後半、「認知症疾患医療センター」が 6 割台後半で続き、支援コーディネーターは 3 割台後半であった。また、具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が約 8 割で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、その内容は支援コーディネーター（若年性認知症の専用相談窓口を含む）に関連することが最も多かった。

市町村の既存施策内での支援コーディネーターとの連携状況は、約 2 割で実績があった。さらに地域支援事業等を推進するにあたり、5 割台前半の地域包括が支援コーディネーターと連携したいと回答し、その具体的な内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が 8 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が 7 割台半ばで続いた。

○　認知症地域支援推進員

推進員は 736 名（回収率 42.3%）から回答を得た。回答した推進員において、令和 3 年度に若年性認知症（疑いを含む）の人に対する支援を 3 割台前半ばが行っており、その支援対象者は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 9 割で最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割台前半、「関係機関や専門職」が 5 割で続いた。

若年性認知症の人に関する既存施策の事業内容のうち、推進員では地域支援事業の「認知症地域支援推進員」事業で最も多く関与しており、次いで、「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」であった。また、各事業内容で、「実施なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 6 割台後半で最も多かった。

また、推進員における具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、4 割台前半が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」が 9 割を超えていた。その連携体制先では、「行政機関（高齢、福祉分野）」、「認知症初期集中支援チーム」、「地域包括支援センター」が 8 割を超え、支援コーディネーターは 4 割台半ばが回答した。また、具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が 8 割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、その内容は認知症初期集中支援チーム事業に関連することが最も多かった。

市町村の既存施策内での支援コーディネーターとの連携状況は、2 割台後半で実績があった。さらに地域支援事業等を推進するにあたり、6 割を超える推進員が支援コーディネーターと連携したいとし、その具体的な内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が約 9 割で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が 7 割台半ばで続いた。

＜調査 2：若年性認知症支援コーディネーターと市町村の既存施策の連携等に係るアンケート調査＞

支援コーディネーターが市町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）の既存施策とどのように連携できるか検討するため、その実態を把握することを目的に、全国の若年性認知症に係る相談窓口の代表者の支援コーディネーター1 名（合計 91 名）に対して、アンケート調査を実施した。また、今回は既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、個別支援と事業推進から各事業内容への関与の有無を把握した。

支援コーディネーターの 59 名（回収率 64.8%）から回答を得た。配置地域は 8 割台半ばが都道府県で、9 割台前半が委託であった。配置先は「認知症疾患医療センターを含む医療機関」が 5 割台半ばで最も多く、1 人配置が 7 割台前半で平均人数は 1.5 人であった。また、兼務かつ 1 人で配置している回答者が 4 割台前半で最も多かった。

市町村の既存施策における支援コーディネーターの関与状況は、個別支援では障害者総合支援法に基づく事業の「就労継続支援 B 型事業所」が最も多く、次いで、地域支援事業の認知症総合支援事業の「認知症カフェ」が 6 割台後半で続いた。また、事業推進では地域支援事業の認知症総合支援事業の「認知症カフェ」が最も多かった。

さらに、自県の市町村において、支援コーディネーター設置事業（個別相談業務、支援ネットワークの構築、若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動、就労・社会参加支援）を進めるにあたり、現在の支援コーディネーター配置状況下での実行性について、「個別相談業務」は約 6 割が可能であったが、それ以外の設置事業は可能よりも困難の方が上回っていた。その困難理由として「配置人数が不足」と「時間確保が困難」が多かった。今回の回答者の多くは兼務かつ 1 人配置のため物理的な制約があると推測され、支援コーディネーターによるきめ細やかな支援の実現には、支援コーディネーターの配置のあり方について検討の余地があると考えられる。

また、自県の市町村（配置先が指定都市の場合は各区を想定）における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために、行政担当者、地域包括、推進員に求めることを自由記述にて回答を求め、カテゴリ分類した。その結果、行政担当者は「支援体制の整備に関すること」、地域包括は「若年性認知症の人の支援技術に関すること」、推進員は「連携体制に関すること」が最も多かった。さらに、自県の市町村における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために必要な支援コーディネーターの支援内容および行政担当者、地域包括、推進員と連携する際に配慮している点についても自由記述にて回答を求め、カテゴリ分類した。その結果、必要な支援コーディネーターの支援内容は「若年性認知症の人の支援に関すること」が最も多かった。また、連携時の配慮点として、行政担当者に対しては「若年性認知症やその支援への理解の促進に関すること」、地域包括に対しては「対応内容に関すること」、推進員に対しては「情報共有に関すること」が最も多く、支援コーディネーターは各関係者の役割や専門性を考慮し、調整を行っていることが推測された。

一方で、多くの者が各関係者と連携時に課題や困り事があると回答し、行政担当者は「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない」、地域包括は「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」、推進員は「若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない」および「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」ことが最も多く挙がった。この点は若年性認知症の人の支援において抑えるべき基本的な知識に関する内容でもある。課題解決に向けて、都道府県等の後方支援のもと、若年性認知症の人の支援に関する周知・啓発により一層の強化が望まれる。

＜調査 3：若年性認知症支援コーディネーターと市町村の既存施策の連携等に係るヒアリング調査（好事例の収集）＞

手引書（本報告書Ⅶ）の作成にあたり、事例を掲載するためヒアリングを実施した。調査 1 および調査 2 の結果から、重層的支援体制整備事業が支援コーディネーター、市町村、地域包括、推進員がともに実施や関与が少ない事業内容であることが明らかになった。若年性認知症の人の支援において、労働や障害に係る分野以外にも、子どもがいる際、教育分野との連携も必要な場合があり、若年性認知症の人の支援においても、重層的支援体制整備事業のような仕組みとの連携から円滑な支援推進に結びつくと考えられる。そこで、子育て中の母親が若年性認知症を発症し、支援した事例を取り上げることとした。また、認知症カフェは市町村の既存施策の中で取組みやすい事業の枠組みであることが明らかとなったため、認知症カフェや本人交流会を活用し、若年性認知症の人の居場所づくりを行った事例も取り上げることとした。これらについて、実際に支援コーディネーターが関与した事例を基にヒアリングを行い、事例提供者とともに個人情報に配慮しながら、加筆修正を何度か繰り返し完成した。

【支援コーディネーター設置事業の効果と課題の検討】

＜調査 4：都道府県等の行政担当者へのアンケート調査＞

47 都道府県・20 指定都市の若年性認知症施策行政担当者にアンケート調査を依頼し、全ての対象者から回答を得た（回収率 100.0%）。

若年性認知症の人や家族のための相談窓口は、無回答を除くすべての県と市に設置され、窓口数は 1 か所が最も多かった。その中で、若年性認知症専用の相談窓口を設置している県は 8 割を超えているが、市は専用の相談窓口の設置が 3 割程度にとどまり、設置状況が異なっていた。また、設置先としては、県は認知症疾患医療センターが 4 割以上と最も多かった。市はその他（地域包括支援センターや行政機関、保健所等）が約 6 割を占め、相談窓口の設置先は多様であった。

支援コーディネーターはすべての県と 10 市に配置され、設置事業を実施している市は前年度より 2 市増加した。配置された支援コーディネーターは合計で 146 人であり、前年度の 136 人より 10 人増加した（県が 3 名、市が 7 名の増加）。また、4 割以上の県市では支援コーディネーターが 1 人配置であり、支援コーディネーターの配置機関は、1 か所の県市が 8 割を占め最も多かった。配置機関の運営主体は県市ともに委託が 8 割以上を占め、最も多かった。委託先では認知症疾患医療センターが最も多く、県は 4 割以上、市は 5 割程度であった。

支援コーディネーターの保有資格では、社会福祉士が最も多く、次いで介護支援専門員、精神

保健福祉士が多かった。また、勤務体制では常勤が 6 割程度で、県市ともに兼任が多かった。また、前年度と比べ、市において兼任の支援コーディネーターが増加しており、兼務時の支援コーディネーター業務の割合は 3 割以下が半数を超えていた。また、支援コーディネーターの配置開始以来、これまでに支援コーディネーターを変更したことがある県市は半分を占め、その理由は支援コーディネーターの自己都合が約 7 割と最も多かった。

若年性認知症自立支援ネットワーク会議は、会議を設置あるいは設置する予定があるのは 38 県であり、前年度よりも 1 県増加したが、9 県は設置されていなかった。また、若年性認知症自立支援ネットワーク研修の実施状況では、予定を含め 30 県と 4 市が実施していた。ネットワーク研修を実施していない県市は 3 割程度にのぼり、今後も若年性認知症や支援コーディネーターの広域的な周知・啓発や支援ネットワーク構築のために開催を促進していく必要がある。

行政担当者と支援コーディネーターの連携について、ネットワーク会議やネットワーク研修以外の連携内容は、支援実績の報告が県市ともに 8 割以上、支援コーディネーターの要望や課題の聞き取りが県市ともに 7 割以上と多く、前年度と同様の傾向であった。反対に個別支援に関する相談は行政担当者と支援コーディネーターの連携において最も頻度が低かった。行政担当者が支援コーディネーターに対して行っている支援として、支援コーディネーター配置についての住民への周知および支援コーディネーター配置についての関係機関への周知が 8 割程度の県市で実施されており、次いで若年性認知症施策の方向性や基本方針の説明や共有、研修機会の提供が 7 割程度の県市で実施されていた。一方で、困難事例を抱えた場合のバックアップ体制の整備が最も実施されておらず、前年度と同様であった。

支援コーディネーターの配置による効果として、若年性認知症に関する周知・啓発が進んだことが最も多く、次いで、住民から若年性認知症に関する相談が増えたこと、専門職からの若年性認知症についての相談が増えたことが多く挙げられた。課題として、支援コーディネーターの資質向上のための仕組みを独自で整備することが最も多く挙げられ、前年度と同様の傾向であった。

支援コーディネーターの自己研鑽と資質向上の体制では、大府センターが主催している支援コーディネーター研修以外に、支援コーディネーターの自己研鑽等の機会について、4 割以上の県市ではその機会がなかった。機会があると回答した県市において、その具体的な内容は研修会やセミナーへの参加が最も多かった。支援コーディネーターの資質向上に必要な具体的な研修会や体制等について自由記述で求めたところ、大府センターが実施している支援コーディネーター研修の継続的な実施などが挙げられた。また、支援コーディネーターの資質向上に必要な研修については、具体的な事例に関する研修や支援コーディネーターや様々な支援者同士で意見交換や情報共有を積極的に行った方が良いという意見などが挙げられた。

＜調査 4：支援コーディネーターへのアンケート調査＞

47 都道府県・7 指定都市の支援コーディネーター142 名にアンケート調査を依頼し、41 都道府県・6 指定都市の支援コーディネーター93 名から回答を得た（有効回収率 65.5%）。

支援コーディネーターが配置されている相談窓口の約 9 割が都道府県・指定都市からの委託による運営であった。配置先の約半数が「認知症疾患医療センターを含む医療機関」であり、配置人数は一人配置と複数配置がほぼ同数であり、配置先での回答者の働き方は正規職員が約 6 割で多く、支援コーディネーター業務は兼務が 4 割台半ばで専任よりも多かった。

支援コーディネーターが配属先等から求められている業務内容は、「個別相談業務」、「市町村や関係機関との連携体制の構築」、「若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発」は 9 割以上であった。一方で、「インフォーマルサービスを含む社会資源の発掘や開発」は 6 割、「インフォーマルサービスの運営や参加」は 5 割台後半にとどまり、必ずしも求められている業務ではなく、前年度と同様であった。

「個別相談業務」の詳細な区分では、「電話相談」と「来所相談」は 9 割以上、「訪問相談」は約 8 割、メール相談（LINE 等も含む）も 6 割台後半が行っており、相談対応のため多様な体制が整備されていた。「市町村や関係機関との連携体制の構築」の「個別のケースカンファレンス」が 8 割台半ばで最も多かった。一方で、「地域両立支援推進チーム」への参加は約 3 割で、前年度は 2 割であったため、その割合は増加したが全体としては少なかった。「若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発」の中で、「地域や関係機関に対する講演や研修会」は 8 割台後半で最も多く行われていた。

実施可能な業務では、個別相談業務に係る内容において、「本人や家族との悩みの共有」や「相談内容の確認と整理」、「利用できる制度、サービスの紹介」は 9 割以上、「適切な専門医療へのアクセスと継続の支援」は 8 割台後半で可能であった。一方で、「受診同行」や「本人、家族が交流できる居場所づくり」はできないという回答が前年度と同様に多かった。支援ネットワークづくりに係る内容では、「ネットワークにおける情報共有」が 8 割で多かった。「労働関係者との支援体制の構築」は約 6 割ができないと回答した。若年性認知症の普及・啓発に係る内容では、「支援者・関係者への研修会の開催」は 6 割台半ばが可能とした。就労・社会参加支援に係る内容では、「インフォーマルサービスの運営や参加」は 6 割以上が可能としたが、「産業医や事業主、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターへの周知・啓発」、「両立支援の取組みの促進」等の就労継続に係る内容は「できない」が「できる」よりも上回っていた。特に、「産業医、事業主への周知・啓発」は前年度 5 割台後半であり、できない割合が増加した。一方で、前年度と比べて、「業務ではない」の回答が全体的に減少したことで、「できない」割合の増加へ影響を与えた可能性も考えられた。

支援コーディネーター業務実施に影響を与えている要因において、配置先に若年性認知症の人への支援に対する理解があることが業務可能な理由として最も多かった。また、業務ができない要因では、関係機関や専門職とのネットワークの構築が十分でないことが多かった。

令和 3 年度の個別相談業務の相談件数の合計（新規・継続）では、100 件以上が 5 割台後半で最も多かった。新規相談者の平均人数は診断前よりも診断後の方が多く、前年度と同様であった。また、令和 3 年度の普及・啓発活動をとおして、若年性認知症の人の支援に結び付いた事例があると 6 割以上が回答した。支援に結び付いた普及・啓発活動の内容は、「研修会の講師」、「研修会の開催」が 5 割台後半で多かった。特に、研修会の講師や開催、イベントへの参加は前年度と比べて 2 倍近く増加した。

支援コーディネーターと関係機関等との連携状況では、「地域包括支援センター」が約 9 割で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」が約 8 割、「行政機関（高齢、福祉分野）」が 7 割台前半で連携していた。連携は十分でないところは、「行政機関（労働分野）」が約 7 割で最も多く、次いで、「産業保健総合支援センター」、「ハローワーク」、「産業医」等のといった主に一般就労に関わる機関であり、前年度と同様であった。また、前年度よりも全体的に「該当しない」が減少

した。

支援コーディネーター業務実施から得られた成果は、相談窓口全体として「専門職からの若年性認知症についての相談が増えた」や「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」が多かった。一方で、「若年性認知症の人の有償ボランティアまたは無償ボランティアなどの社会参加の場が増えた」は1割以下で最も少なく、これは前年度と同様の傾向であった。また、支援コーディネーター自身の成果は、「若年性認知症の本人に対する支援方法の理解が深まった」、「若年性認知症の家族に対する支援方法の理解が深まった」等の項目が多く挙げられた。しかしながら、「企業や雇用主に対する支援方法の理解が深まった」は最も少なく、前年度と同様に実施可能な業務等からも就労支援に係る内容については十分とは言えない結果であった。

さらに、支援コーディネーター業務で9割以上が課題があると回答し、「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6割で前年度と同様に最も多かった。

所属先等において支援コーディネーターの資質向上に向けた体制は、7 割台後半が「ある」と回答し、「研修会やセミナーへの参加」が7割台後半で最も多く実施されていた。2割台前半は体制が「ない」と回答し、前年度よりも減少した。また、資質向上に向けて、「社会制度やサービスの活用、心理的支援等の内容に特化した研修」への要望が約7割で多かった。また、支援コーディネーター業務をさらに推進するにあたり、若年性認知症施策行政担当者に求める支援内容では、「支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の周知・啓発のための支援」が6割台前半、「支援コーディネーターの資質向上に向けた取組みへの支援」が約5割で続き、前年度と同様の傾向であった。

【若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のためのヒアリンおよび座談会の実施】

若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性を考察するため、若年性認知症の支援に関わる専門職や当事者の立場から、現行の若年性認知症施策の良い点や課題と感じていること、今後の若年性認知症施策への意見等を得ることを目的に、ヒアリングと座談会を開催し、若年性認知症施策等に関する課題や今後の方向性について広く意見を聴取した。

ヒアリング調査の対象者は若年性認知症の本人、家族介護者、支援者として若年性認知症支援コーディネーター、医師（精神科医）の4名とした。オンライン会議ツールZoomを使用し、各対象者には主に現行の若年性認知症施策等で課題と感じていることや今後の必要な支援等について、それぞれの立場から意見を聴取した。

座談会は、外部委員の6名、厚生労働省の担当者3名、内部委員の大府センター職員2名の計11名が参加し、対面方式で開催した。司会の進行のもとに各参加者にはテーマ（①早期支援、②診断後支援に係る認知症疾患医療センターとの連携強化、③就労継続支援・社会参加活動支援の強化、④地域連携体制構築の推進、⑤啓発活動の強化、⑥意思決定支援に係る課題と対応の検討、⑦支援コーディネーター配置事業の課題検討、⑧その他）を参考に、それぞれの立場から課題や必要な支援等の意見を伺い、その後、参加者間でディスカッションを行った。

①早期支援では、診断へのアクセシビリティーの課題が挙げられた。②診断後支援に係る認知症疾患医療センターとの連携強化では、若年性認知症の人や家族からは配慮のある病名の説明、情緒的・情報的サポート等が求められているが、十分でないことが課題として指摘された。③就

労継続支援・社会参加活動支援の強化では、保健医療福祉分野との連携による就労継続支援の更なる促進の必要性や地域共生社会という視点から既存の総合支援事業や社会福祉法人等の地域貢献事業により、空白の期間を解消する社会参加の場づくりが提案された。④地域連携体制構築の推進では、診断後から長期間に渡り継続して支えることができる仕組みの重要性が指摘された。⑤啓発活動の強化では、中小企業への啓発や企業に対する周知方法、認知症サポーター養成講座の活用の今後、更なる推進が望まれた。⑥意思決定支援に係る課題と対応の検討では、その方法や体制が十分とは言えなかった。若年性認知症の本人が参画できるように、その機会や環境を整備する必要性が挙がった。⑦支援コーディネーター配置事業の課題検討では、アウトリーチができるような配置とそれに対応できる委託費が必要であることが指摘された。⑧その他では、インフォーマルサポート、ニーズに合ったサービス開発に関すること、家族支援（特に子ども）に関すること等が挙げられた。

【市町村における若年性認知症施策の推進のための手引き】

地域における若年性認知症の人のきめ細かな支援を実現するため、市町村の各種既存の施策やネットワークの利活用の方法、地域における支援の要である市町村、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターの具体的な役割、支援コーディネーターの支援内容等をまとめた手引書を作成した。

作成方法は作業部会を設置し、その作成過程では検討委員会の委員からも意見を聴取し、完成した。また、内容においては市町村の認知症施策に関わる行政担当者や地域包括支援センター管理者、認知症地域支援推進員、支援コーディネーターを対象とした調査結果（本報告書Ⅱ・Ⅲ）も参考とした。

手引書は 4 章から構成され、第 1 章は若年性認知症の基本的な理解や若年性認知症支援コーディネーターの役割を整理した。第 2 章は市町村が若年性認知症の人の支援を推進する意義を明記した。第 3 章は「若年性認知症の人の支援に資する取組みを進める上でのポイント」として、市町村が取組みやすい既存施策等を本事業の調査結果を基に提示した。また、若年性認知症の人の支援において、支援コーディネーターや関係機関との連携を図式化し、多職種連携の見える化を図った。第 4 章は市町村の既存施策の枠組みの中で、支援コーディネーターが調整役として関与することで、関係する機関や人と連携体制の構築を図りながら、症状進行等に応じて緩やかに支援を行うソフトランディングの視点を持ち、若年性認知症の人へシームレスな支援を推進している 3 事例を掲載した。

5. 倫理的配慮

本研究は認知症介護研究・研修大府センターの倫理委員会の承認を得て、依頼文に個人情報保護、結果の取扱等を記載の上、実施した。

II. 市町村の既存施策における若年性認知症支援コーディネーターとの連携構築に関する調査

1. 調査の目的

市町村における若年性認知症施策を推進する上で中心的な役割を担う市町村（特別区を含む）の認知症施策担当者（以下、行政担当者）、地域包括支援センター管理者（以下、地域包括）、認知症地域支援推進員（以下、推進員）に対して、市町村の既存施策を活用した若年性認知症の人の支援の推進方策について検討するため、その実態を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

2. 対象と方法

1） アンケート調査対象者

- 全国の市町村（特別区を含む）の認知症施策の行政担当者　1,741 名
- 全国の地域包括支援センターの管理者者　5,286 名
- 全国の各市町村の認知症地域支援推進員の代表者　1,741 名

2） 方法

上記対象者に令和 4 年 9 月 14 日に調査票を発送し、締切日は令和 4 年 10 月 7 日とした。また、葉書による再依頼を 1 回行った。行政担当者は 804 名（回収率 46.2%）、地域包括は 2,249 名（回収率 42.1%）、推進員 736 名（回収率 42.3%）から回答を得た。

3） 調査内容

「IX.参考資料」を参照。

3. 調査結果【市町村（特別区を含む）】

3.1 結果の概要

【回答した市町村の行政担当者の属性】（表 1～表 5）

今回、回答した市町村の総人口は 5 万人未満が約 6 割であり、高齢化率は 30～40%未満の市町村が 4 割台半ばで最も多かった。令和 4 年 9 月 1 日時点で市町村が把握している若年性認知症の人数について、把握する仕組みがあるが対象者がいない場合は「0」、分からない場合は「不明」として尋ねた。その結果、「不明」が約 7 割であり、多くの市町村は若年性認知症の人を把握できる仕組みがなく、分からない状況であった。また、把握できた市町村の実数は 5 人未満が約 2 割を占め、平均は 12.0 人であった。

【市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状】（表 1～表 33）

市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状について、今回は既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、若年性認知症の人に関する事業内容の実施の有無（若年性認知症に特化は問わず）から状況を把握した（実施しているは「現在、実施している」と「以前、実施していたが現在は

なし」を合計)。その結果、市町村において、地域支援事業の「認知症ケアパス」が最も多く実施している事業であった。また、①から③の事業内容で、「実施なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人を把握できていない」が 6 割台前半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 5 割台後半で続いた。

＜①介護保険制度の地域支援事業での実施状況＞

・ 介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業は、すべての事業で実施ありよりも実施なしの回答が上回った。「訪問型サービス」、「介護予防支援事業（ケアマネジメント)」、「通所型サービス」、は 4 割台後半で実施していた。

・ 包括的支援事業の地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業は、すべての事業で実施ありよりも実施なしの回答が上回った。認知症総合支援事業の「認知症ケアパス」、「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む)」が 6 割台前半、「認知症地域支援推進員」、「認知症カフェ」、「認知症初期集中支援チーム員会議」に関する事業は 5 割台後半で実施しており、地域支援事業全体の中で多い事業として挙げられた。また、家族介護支援事業の「認知症高齢者見守り事業」は 5 割台半ばで実施していた。

＜②障害者総合支援法に基づく事業での実施状況＞

・ 介護給付、訓練等給付、自立支援協議会は、すべての事業で実施ありよりも実施なしの回答が上回った。「就労継続支援 B 型事業所」、「居宅介護」、「生活介護」は 3 割以上で実施していた。

＜③重層的支援体制整備事業での実施状況＞

・ 重層的支援体制整備事業は、8 割台後半が実施なしと回答した。

また、市町村における具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、5 割の市町村が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」が 9 割台後半で多かった。連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「地域包括支援センター」が 8 割台後半で最も多く、次いで、「認知症初期集中支援チーム」が 8 割台半ば、「行政機関（高齢、福祉分野)」が 7 割台後半で続き、支援コーディネーターは 4 割以上が回答した。若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が 8 割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、その内容は認知症初期集中支援チームに関連することが多かった。

さらに、市町村の既存施策（①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業）の中での支援コーディネーターとの連携状況は、2 割台後半で連携実績があった。連携した具体的な事業内容は、包括的支援事業の「認知症総合支援事業」での「認知症地域支援推進員」が約 3 割で最も多く、次いで、「認知症カフェ」、「本人ミーティング」が 2 割台後半で続いた。

また、市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、6 割を超え

る行政担当者が支援コーディネーターと連携したいと回答した。その具体的な内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が約 9 割で最も多く、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」、「若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動」が 6 割台後半で続いた。一方で、支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由では、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が 4 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が 2 割台後半で続いた。

【市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際に必要なこと】（表 34）

市区町村単位で若年性認知症の人の支援を推進していく際、必要だと考える内容とその対策内容について自由記述で回答を求めたところ 350 名から回答を得られ、若年性認知症の人の支援体制、理解促進のための普及・啓発、多職種連携の必要性を挙げる回答が多かった。具体的には、「生活支援体制整備第 2 層協議体を整備し、生活圏の中で、若年性認知症の人やその家族で困っている状況等を拾い上げ、必要とする支援へとつなぐ体制作りを構築する」、「人口規模が小さい自治体では、必然的に若年性認知症の事例が少なく、若年性認知症者に特化した社会資源を整えることが困難であるため、広域的な取組み体制の整備が必要である」、「福祉関係者や医療関係者などの支援者間の連携が円滑となるような顔の見える関係の構築のため、介護分野や障害分野を中心とした関係者のネットワークの構築、若年性認知症の人の特性や支援方法などの研修会の開催などを通じた普及・啓発（市民向け、関係機関向けなどに分けて複数回開催する）をする」等であった。

3.2　各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

1）　回答した市町村の基本情報

表 1　　総人口（n=804）

区分	実数	%
10,000 人未満	146	18.2
10,000～20,000 人未満	131	16.3
20,000～30,000 人未満	73	9.1
30,000～40,000 人未満	63	7.8
40,000～50,000 人未満	63	7.8
50,000～60,000 人未満	47	5.8
60,000～70,000 人未満	28	3.5
70,000～80,000 人未満	36	4.5
80,000～90,000 人未満	22	2.7
90,000～100,000 人未満	23	2.9
100,000 人以上	170	21.1
無回答	2	0.2

総人口は、50,000 人未満の市町村が約 6 割であった。100,000 人以上の市町村は 2 割台前半であった。

表２　18 歳～64 歳人口（n=804）

区分	実数	%
5,000 人未満	138	17.2
5,000 ～10,000 人未満	107	13.3
10,000～15,000 人未満	67	8.3
15,000～20,000 人未満	53	6.6
20,000～25,000 人未満	42	5.2
25,000～30,000 人未満	32	4.0
30,000～35,000 人未満	44	5.5
35,000～40,000 人未満	27	3.4
40,000～45,000 人未満	19	2.4
45,000～50,000 人未満	17	2.1
50,000 人以上	196	24.4
無回答	62	7.7

18 歳～64 歳人口は、25,000 人未満の市町村が 5 割であった。

表３　高齢者人口（n=804）

区分	実数	%
5,000 人未満	194	24.1
5,000 ～10,000 人未満	151	18.8
10,000～15,000 人未満	106	13.2
15,000～20,000 人未満	85	10.6
20,000～25,000 人未満	50	6.2
25,000～30,000 人未満	40	5.0
30,000～35,000 人未満	22	2.7
35,000～40,000 人未満	16	2.0
40,000～45,000 人未満	22	2.7
45,000～50,000 人未満	13	1.6
50,000 人以上	99	12.3
無回答	6	0.7

高齢者人口は、15,000 人未満の市町村が 5 割台後半であった。

表４　　高齢化率（n=804）

区分	実数	%
20%未満	13	1.6
20～30%未満	244	30.3
30～40%未満	359	44.7
40～50%未満	167	20.8
50%以上	14	1.7
無回答	7	0.9

高齢化率は、30～40%未満の市町村が４割台半ばで最も多く、次いで、20～30%未満が３割で続いた。

表５　　把握している若年性認知症の人の実数（令和４年９月１日時点、n=804）
※把握する仕組みがあるが、いない場合は「0」、分からない場合は「不明」

区分	実数	%
０人	42	5.2
１～５人未満	109	13.5
５～10 人未満	18	2.2
10～15 人未満	7	0.9
15～20 人未満	5	0.6
20～25 人未満	8	1.0
25～30 人未満	7	0.9
30 人以上	17	2.1
不明	567	70.5
無回答	24	3.0
平均（人）	2553	12.0

「不明」が７割で最も多く、把握している若年性認知症の人の実数は平均 12.0 人であった。

２）　市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状

2-1）自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、若年性認知症の人に関する事業の実施状況

※実施している：「現在、実施している」「以前、実施していたが現在はなし」を合計

表６　　A. 介護予防・日常生活支援総合事業（n=804）　　※上段：実数、下段：%

介護予防・生活支援サービス事業	現在、実施している	以前、実施現在はなし	実施なし	無回答
１．訪問型サービスに関すること	312	14	476	2
	38.8	1.7	59.2	0.2
２．通所型サービスに関すること	324	13	465	2
	40.3	1.6	57.8	0.2

３．生活支援サービスに関すること（配食等）	167	9	622	6
	20.8	1.1	77.4	0.7
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	320	19	464	1
	39.8	2.4	57.7	0.1
一般介護予防事業に関すること	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
５．介護予防把握事業	163	10	622	9
	20.3	1.2	77.4	1.1
６．介護予防普及啓発事業	254	11	531	8
	31.6	1.4	66.0	1.0
７．地域介護予防活動支援事業	227	3	565	9
	28.2	0.4	70.3	1.1
８．一般介護予防事業評価事業	116	5	669	14
	14.4	0.6	83.2	1.7
９．地域リハビリテーション活動支援事業	187	2	607	8
	23.3	0.2	75.5	1.0

介護予防・日常生活支援総合事業は、すべての事業で実施なしが多数を占めた。

表７　A.介護予防・日常生活支援総合事業の具体的な事業内容

（n=267　自由記述を一部抜粋）

【介護予防・生活支援サービス事業】

- 第二号被保険者として、対象となった場合にサービス利用が可能となる
- 若年生認知症の人に特化したサービスではないが、利用者の中に若年性認知症の人はいる
- 訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントは介護保険二号保険者である場合に実施し、配食サービスは障害者手帳がある場合に利用可能である

【一般介護予防事業】

- サロン活動や出前の介護予防教室、介護予防ボランティアの養成、マシンを利用したパワーリハビリ等で、事業への参加が可能であれば除外してはいない
- 介護予防普及啓発事業として、一般市民を対象に講演会を開催し、若年性認知症の理解と支援についての内容とした
- 作業療法士が自宅に訪問し、リハビリや福祉用具の選定等の助言している

表８　B.包括的支援事業（n=804）　※上段：実数、下段：%

地域包括支援センターの運営	現在、実施している	以前、実施現在はなし	実施なし	無回答
10. 地域ケア個別会議	345	34	419	6
	42.9	4.2	52.1	0.7
11. 地域ケア推進会議	239	19	538	8
	29.7	2.4	66.9	1.0
12. その他	28	2	563	211
	3.5	0.2	70.0	26.2
在宅医療・介護連携推進事業	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	260	13	526	5
	32.3	1.6	65.4	0.6
14. 医療・介護関係者のための研修	237	25	537	5
	29.5	3.1	66.8	0.6
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	245	9	543	7
	30.5	1.1	67.5	0.9
認知症総合支援事業	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	324	27	448	5
	40.3	3.4	55.7	0.6
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	408	46	346	4
	50.7	5.7	43.0	0.5
18. 認知症地域支援推進員に関すること	457	14	329	4
	56.8	1.7	40.9	0.5
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	206	7	587	4
	25.6	0.9	73.0	0.5
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること	486	10	304	4
	60.4	1.2	37.8	0.5
21. チームオレンジに関すること	194	2	601	7
	24.1	0.2	74.8	0.9
22. 認知症カフェに関すること	458	23	318	5
	57.0	2.9	39.6	0.6
23. 本人ミーティングに関すること	133	16	647	8
	16.5	2.0	80.5	1.0
24. 認知症ケアパスに関すること	495	11	290	8
	61.6	1.4	36.1	1.0

生活支援体制整備事業	現在、実施している	以前、実施現在はなし	実施なし	無回答
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手の養成研修	169	16	615	4
	21.0	2.0	76.5	0.5
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	209	10	580	5
	26.0	1.2	72.1	0.6
27. 就労的活動支援に関すること	43	－	755	6
	5.3	－	93.9	0.7
家族介護支援事業	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
28. 介護教室の開催に関すること	202	39	557	6
	25.1	4.9	69.3	0.7
29. 介護者交流会の開催に関すること	262	32	504	6
	32.6	4.0	62.7	0.7
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	407	2	387	8
	50.6	0.2	48.1	1.0

包括的支援事業は、多くの事業で実施なしが多数を占めた。実施している事業では、「24. 認知症ケアパスに関すること」、「20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること」が 6 割を超えた。

表９　B. 包括的支援事業の具体的な事業内容　（n=696　自由記述を一部抜粋）

【地域包括支援センターの運営】
・　地域ケア会議内で個別的に支援策を検討する
・　地域ケア個別会議で事例検討、地域ケア推進会議では若年性認知症の人に対する社会資源の検討を行った
【在宅医療・介護連携推進事業】
・　認知症の研修会を開催した際に若年性認知症についても触れている
・　若年性認知症家族の会の代表者を講師に招き、講演会を開催した
・　連携拠点において、若年性認知症を含む認知症の相談等を実施した
【認知症総合支援事業】
・　認知症ケアパスに若年性認知症に関するページがある
・　若年性認知症の人でも使える認知症ケアパスになっている
・　認知症サポーター養成講座の中で若年性認知症についても説明する
・　認知症疾患医療センターと認知症地域支援推進員を対象に、若年性認知症の人の支援について情報交換を実施した
・　若年性認知症に特化した事業ではないが、認知症の人を対象に、コンビニでの手伝いや認知症カフェ及び本人ミーティングを開催している

【生活支援体制整備事業】

- 若年性認知症を含む、多様な生活上の支援体制の充実・強化の推進を目的として事業を実施している
- 若年性認知症の人の社会参加支援について、協議体でも検討を随時している

【家族介護支援事業】

- 認知症家族介護教室のテーマの１つに若年性認知症を取り入れている
- 家族家族の集いに若年性認知症の人の家族の参加がある
- 見守りネットワークを町内で作り、若年性認知症の人も対象としている

表10　C.障害者総合支援法に基づく事業（n=804）　※上段：実数、下段：%

介護給付	現在、実施している	以前、実施現在はなし	実施なし	無回答
31. 居宅介護	258	12	525	9
	32.1	1.5	65.3	1.1
32. 生活介護	253	8	533	10
	31.5	1.0	66.3	1.2
33. 施設入所	224	3	556	21
	27.9	0.4	69.2	2.6
34. その他	23	2	593	186
	2.9	0.2	73.8	23.1
訓練等給付	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
35. 就労移行支援	224	3	563	14
	27.9	0.4	70.0	1.7
36. 就労定着支援	215	－	575	14
	26.7	－	71.5	1.7
37. 就労継続支援 A 型事業所	226	2	561	15
	28.1	0.2	69.8	1.9
38. 就労継続支援 B 型事業所	264	18	506	16
	32.8	2.2	62.9	2.0
39. その他	28	3	623	150
	3.5	0.4	77.5	18.7
その他	**現在、実施している**	**以前、実施現在はなし**	**実施なし**	**無回答**
40. 自立支援協議会	222	7	561	14
	27.6	0.9	69.8	1.7

障害者総合支援法に基づく事業は、すべての事業で実施なしが多数を占めた。

表11　C.障害者総合支援法に基づく事業の具体的な事業内容

（n=224　自由記述を一部抜粋）

【介護給付】 ・　余暇活動等の外出をする際の移動支援を行う ・　障害者福祉センターにて機能訓練事業を実施し、軽度の認知症の人を対象として、専門のスタッフがグループで訓練を行う
【訓練等給付】 ・　障害者グループホームに入所しながら、日中はB型事業所に通所したケースがいた ・　障害に理解のある環境で、就労や訓練を受けられる
【自立支援協議会】 ・　若年性認知症を含む障害者の地域における自立した生活の支援に関する事業を調査審議している ・　個々のケースでは対応し、認知症については介護保険でも対応しているので協力しながら実施している ・　自立支援協議会にて認知症サポーター養成講座を行った

表12　D.重層的支援体制整備事業（n=804）　※上段：実数、下段：%

	現在、実施している	以前、実施現在はなし	実施なし	無回答
41. 重層的支援体制整備事業	84	－	712	8
	10.4	－	88.6	1.0

重層的支援体制整備事業は、8割台後半が実施なしと回答した。

表13　D.重層的支援体制整備事業の具体的な事業内容（n=35　自由記述を一部抜粋）

・　圏域毎の相談支援機関等のネットワークを整備し、個別ケースの検討を実施している ・　障害者総合基本法の対象となった場合に実施している ・　重層的支援チーム員会議にて、福祉各課で把握しているケースのうち多重課題を抱える困難事例についての協議や必要な支援を共同で実施する

2-2）2-1）A～Dのうち、1つでも「実施なし」と回答した主な理由(n=803、複数回答)

表14

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できていない	500	62.3
若年性認知症の人からの相談自体がない	459	57.2
事業の優先順位が低い	78	9.7
取組み方法が分からない	115	14.3
事業に必要な予算が不足している	31	3.9

その他	83	10.3
無回答	99	12.3
回答計	1365	170.0

実施なしと回答した主な理由は、「若年性認知症の人を把握できていない」が 6 割台前半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 5 割台後半で続いた。

2-3）若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援できる仕組みの構築

表15　仕組みの有無（n=804）

区分	仕組みがある	仕組みはない	無回答
実数	408	394	2
%	50.7	49.0	0.2

5 割の市町村が支援できる仕組みがあると回答した。

表16　具体的な仕組み（仕組みがあると回答した市町村の複数回答、n=408）

区分	実数	%
支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている	398	97.5
会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある	400	98.0
支援のスキームやフローがある	28	6.9
その他	18	4.4
無回答	－	－
回答計	844	206.9

具体的な仕組みは、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」がどちらも 9 割台後半であった。

○　**支援のスキームやフローの具体的な内容**（n=26　自由記述を一部抜粋）

- 支援コーディネーターへつなぐ
- 認知症初期集中支援チームによる支援スキームの活用
- 若年性認知症に関する相談を受けた後の支援体制、フロー図等があり、それを基に支援コーディネーターが支援を行っている。連携体制がとれている関係機関があるが、同じ関係機関（認知症疾患医療センター等）でも市内全ての十分連携がとれているとは言えない
- 直営包括支援センター職員でもある認知症地域支援推進員が中心となり、本人・家族の状態や状況のアセスメントを実施し、医療や各種サービス・家族会の紹介をして支援者と共同で支援を実施する
- 相談から認知症初期集中支援チーム利用への実施フロー、総合相談から重層的支援会議に繋がるまでのフロー
- 認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員が窓口となり、具体的な仕組みにつなげていく。介護保険関係のみならず、他施策（障がい）、チームオレンジなどを活用

する

・　年 2 回、認知症ネットワーク会議を実施している

・　認知症地域支援推進員（包括に委託）が、個別に対応する

認知症初期集中支援チームに関連することが 14 名と最も多かった。

表17　連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人（n=398、複数回答）

区分	実数	%
認知症疾患医療センター	267	67.1
認知症疾患医療センター以外の医療機関	165	41.5
産業保健総合支援センター	6	1.5
地域障害者職業センター	5	1.3
ハローワーク	27	6.8
障害者相談支援センター（基幹も含む）	129	32.4
障害福祉サービス事業所	96	24.1
障害者就業・生活支援センター	38	9.5
行政機関（障害分野）	291	73.1
行政機関（労働分野）	37	9.3
行政機関（高齢、福祉分野）	314	78.9
社会福祉協議会	235	59.0
地域包括支援センター	352	88.4
認知症初期集中支援チーム	337	84.7
介護保険サービス事業所	205	51.5
年金事務所	9	2.3
かかりつけ医（主治医）	192	48.2
サポート医	182	45.7
産業医	3	0.8
医療ソーシャルワーカー	109	27.4
産業保健師・看護師	6	1.5
障害者職業カウンセラー	3	0.8
ジョブコーチ	4	1.0
障害者相談支援専門員	107	26.9
認知症地域支援推進員	310	77.9
介護支援専門員	239	60.1
社会保険労務士	4	1.0
若年性認知症支援コーディネーター	166	41.7
その他	9	2.3
無回答	－	－

回答計	3847	966.6

連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「地域包括支援センター」が８割台後半で最も多く、次いで、「認知症初期集中支援チーム」が８割台半ば、「行政機関（高齢、福祉分野）」が７割台後半で続いた。

表18　検討できる具体的な会議や協議会（n=400、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に特化したネットワーク会議	16	4.0
認知症全般のネットワーク会議	74	18.5
障害者自立支援協議会	51	12.8
在宅医療・介護連携推進協議会	67	16.8
地域ケア推進会議	97	24.3
地域ケア会議	290	72.5
認知症初期集中支援チーム員会議	331	82.8
認知症疾患医療センターに関する会議	55	13.8
重層型支援体制整備事業に関する会議	31	7.8
その他	24	6.0
無回答	2	0.5
回答計	1038	259.5

若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が８割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が７割台前半で続いた。

2-4）若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことがある事業

表19　連携の有無（n=804）

区分	ある	ない	無回答
実数	208	595	1
%	25.9	74.0	0.1

２割台後半が若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことがあると回答した。

A.介護予防・日常生活支援総合事業（n=208、複数回答）

表20　介護予防・生活支援サービス事業

区分	実数	%
１．訪問型サービスに関すること	13	6.3
２．通所型サービスに関すること	25	12.0
３．生活支援サービスに関すること（配食等）	8	3.8
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	18	8.7
無回答	174	83.7
回答計	238	114.4

連携を図ったことのある介護予防・生活支援サービス事業は、「２．通所型サービスに関すること」が１割台前半で最も多かった。

表21　一般介護予防事業に関すること

区分	実数	%
５．介護予防把握事業	4	1.9
６．介護予防普及啓発事業	12	5.8
７．地域介護予防活動支援事業	3	1.4
８．一般介護予防事業評価事業	1	0.5
９．地域リハビリテーション活動支援事業	1	0.5
無回答	191	91.8
回答計	212	101.9

連携を図ったことのある一般介護予防事業は、すべての事業で１割に満たなかった。

B. 包括的支援事業（n=208、複数回答）

表22　地域包括支援センターの運営

区分	実数	%
10. 地域ケア個別会議	32	15.4
11. 地域ケア推進会議	4	1.9
12. その他	13	6.3
無回答	165	79.3
回答計	214	102.9

連携を図ったことのある地域包括支援センターの運営は、「10. 地域ケア個別会議」が１割台半ばであった。

表23　在宅医療・介護連携推進事業

区分	実数	%
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	5	2.4
14. 医療・介護関係者のための研修	32	15.4
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	3	1.4
無回答	172	82.7
回答計	212	101.9

連携を図ったことのある在宅医療・介護連携推進事業は、「14. 医療・介護関係者のための研修」が１割台半ばで最も多かった。

表24　認知症総合支援事業

区分	実数	%
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	16	7.7

17. 認知症初期集中支援チーム員会議	26	12.5
18. 認知症地域支援推進員に関すること	61	29.3
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	35	16.8
20. 認知症サポーター養成(ステップアップ講座を含む)に関すること	38	18.3
21. チームオレンジに関すること	15	7.2
22. 認知症カフェに関すること	54	26.0
23. 本人ミーティングに関すること	53	25.5
24. 認知症ケアパスに関すること	34	16.3
無回答	68	32.7
回答計	400	192.3

連携を図ったことのある認知症総合支援事業は、「18. 認知症地域支援推進員に関すること」が約 3 割で最も多く、次いで、「22. 認知症カフェに関すること」、「23. 本人ミーティングに関すること」が 2 割台後半で続いた。

表25　　生活支援体制整備事業

区分	実数	%
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	3	1.4
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	2	1.0
27. 就労的活動支援に関すること	8	3.8
無回答	199	95.7
回答計	212	101.9

連携を図ったことのある生活支援体制整備事業は、すべての事業で 1 割に満たなかった。

表26　　家族介護支援事業

区分	実数	%
28. 介護教室の開催に関すること	12	5.8
29. 介護者交流会の開催に関すること	32	15.4
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	7	3.4
無回答	165	79.3
回答計	216	103.8

連携を図ったことのある家族介護支援事業は、「29. 介護者交流会の開催に関すること」が 1 割台半ばで最も多かった。

C.障害者総合支援法に基づく事業（n=208、複数回答）

表27　　介護給付

区分	実数	%
31. 居宅介護	8	3.8
32. 生活介護	7	3.4

33. 施設入所	4	1.9
34. その他	2	1.0
無回答	198	95.2
回答計	219	105.3

連携を図ったことのある介護給付は、すべての事業で１割に満たなかった。

表28　訓練等給付

区分	実数	%
35. 就労移行支援	14	6.7
36. 就労定着支援	8	3.8
37. 就労継続支援Ａ型事業所	9	4.3
38. 就労継続支援Ｂ型事業所	26	12.5
39. その他	3	1.4
無回答	175	84.1
回答計	235	113.0

連携を図ったことのある訓練等給付は、「38. 就労継続支援Ｂ型事業所」が１割台前半で最も多かった。

表29　自立支援協議会

区分	実数	%
40. 自立支援協議会	4	1.9
無回答	204	98.1

連携を図ったことのある自立支援協議会は、１割に満たなかった。

D. 重層的支援体制整備事業（n=208、複数回答）

表30　重層的支援体制整備事業

区分	実数	%
41. 重層的支援体制整備事業	2	1.0
無回答	206	99.0

連携を図ったことのある重層的支援体制整備事業は、１割に満たなかった。

2-5）自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容

表31　連携したい内容の有無（n=804）

区分	ある	ない	分からない	無回答
実数	511	94	196	3
%	63.6	11.7	24.4	0.4

６割を超える市町村が支援コーディネーターと連携したい内容があると回答した。

表32　連携したい内容（n=511、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人の支援に関する相談や助言	455	89.0
若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動	345	67.5
関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築	323	63.2
若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出	346	67.7
その他	19	3.7
無回答	1	0.2
回答計	1489	291.4

連携したい内容は、すべての内容で 6 割を超え、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が約 9 割で最も多かった。

2-6）若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由（n=290、複数回答）

表33

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから	139	47.9
若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから	137	47.2
事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから	28	9.7
若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから	83	28.6
若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから	26	9.0
その他	39	13.4
無回答	8	2.8
回答計	460	158.6

連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由は、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が 4 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が 2 割台後半で続いた。

３）　市区町村単位できめ細やかな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えるか（自由記述）

表34　必要だと考える内容とその対策　（n=350　自由記述を一部抜粋）

必要だと考える内容	その対策内容
①　支援等に関する若年性認知症の人やその家族への情報提供、②若年性認知症に対応した居場所づくりが必要である	若年性認知症は現役世代に発症するため、特に初期においては就労や社会参加等の推進に向けた医療・福祉・就労の各関係機関が連携し総合的な支援を実施しなければならないことから、①の回答は若年性認知症支援コーディネーターと関係機関の連携、適切な助言につなぐ体制づくり、②の回答は家族会、認知症カフェや介護・障害福祉事業所等における受入れを促進し、居場所を拡大する
高齢者の認知症と異なり、若年性認知症の人は働き盛りの年代の方が多い。そのため、認知症の初期段階で病状が軽度の場合は、介護保険法に基づく通所サービス等よりも障害者総合支援法に基づく福祉的就労（就労継続支援など）の利用を選択される方が一定数いると認識している。実際に支援にあたる相談支援専門員が若年性認知症の方を担当する事例自体が多くないため、実際の支援の現場で困難となる場合もある。これらの状況で若年性認知症の人の支援を推進するために「多くの方に若年性認知症のことを知ってもらう」ことと併せて「実際に支援する際の関係機関の円滑な連携」が必要と考える	福祉関係者や医療関係者などの支援者間の連携が円滑となるような「顔の見える関係」の構築のため、介護分野や障害分野を中心とした関係者のネットワークの構築を図る。若年性認知症の人の特性や支援方法などの研修会の開催などを通じた普及啓発を行う（市民向け、関係機関向けなどに分けて複数回開催する）
人口規模が小さい自治体では、必然的に若年性認知症の事例が少なく、若年性認知症の人に特化した社会資源を整えることが困難であるため、広域的な取組み体制の整備が必要と考える	都道府県レベルでの広域的な対策を充実させて欲しい
小規模自治体のため、良くも悪くも住民同士の顔が見える関係にあり、若年性認知症になった場合、役場も含めて世間に知られたくないと思う方々も少なからず居ると思われる。	都道府県に配置された若年性認知症支援コーディネーターが最初の相談受付等の対応する方が本人・家族が相談しやすくなると考えられる。都道府県、市町村含め、支援コーディネーターの相談先等を広く住民に周知していく必要があると思われる。また、小規模な町の場合、支援コーディネーターと支援の目処がつくま

	で一緒に介入した方がよりよい支援になると思われる
介護保険以外のサービスや機関につなぐノウハウが不足している。また、支援件数が少なく、市町村も関係機関も経験不足であり、若年性認知症の人を把握する仕組みがない（相談がないと把握できない）	支援コーディネーターが対象者への訪問同行やケース会議への参加など積極的にアウトリーチできるしくみがあると良い。また、医療圏単位など市区町村より広い範囲での支援事例やノウハウを共有・検討できる機会をつくる
若年性認知症の人の把握、困りごとの把握、早期発見できるように住民への知識の普及が必要である	企業や若い年代の住民に認知症サポーター養成講座を行う。若年性認知症の人が利用できる支援等をまとめておく
若年性認知症の人や家族の方が相談しやすくなるように市、包括、社協、地域の方との連携を強くすることが必要である。連携することで、早期に対応することもできると思う	自治会や民生委員の集まりに参加し、若年性認知症の勉強会を行う（相談窓口の案内も同時に行う）。 勉強会の後に、地域で気になる方がいないかアンケートや質問を行い、結果などを確認する。この結果から市、包括、社協などがそれぞれの立場で問題点、改善点、対応の会議を行い、支援に繋げていければと思う
生活支援体制整備第２層協議体の整備が必要である	生活支援体制整備第２層協議体を整備し、生活圏の中で、若年性認知症の人やその家族で困っている状況等を拾い上げ、必要とする支援へとつなぐ体制作りを構築する

4. 調査結果【地域包括支援センター】

4.1 結果の概要

【回答した地域包括支援センターの属性】（表 35～表 37）

今回、回答した地域包括の運営主体は「委託」が 7 割台後半で、委託先は「社会福祉法人」が約半数で最も多かった。認知症地域支援推進員として兼務している職員がいるところが 6 割であった。令和 3 年度に若年性認知症（疑いを含む）の人に対する支援を 3 割台半ばが行っており、事例数の平均は 2.1 件であった。支援対象者は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 8 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割、「関係機関や専門職」が 4 割台半ばで続いた。

【市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状】（表 38～表 68）

市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状について、既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、事業内での若年性認知症の人の支援に係る地域包括での関与の有無から状況を把握した（関与しているは「現在、関与している」と「以前、関与していたが現在はなし」を合計）。その結果、地域包括において、地域支援事業の「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」が最も多く関与している事業であった。また、①から③の事業内容で、「関与なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 7 割台前半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できていない」が 5 割台後半で続いた。

＜①介護保険制度の地域支援事業での実施状況＞

- 介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。
- 包括的支援事業の地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、家族介護支援事業は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。認知症総合支援事業の「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」は約 5 割で最も多く、次いで「認知症カフェ」が 4 割台半ば、「認知症地域支援推進員」が 4 割で続き、地域支援事業全体の中で多い事業として挙げられた。

＜②障害者総合支援法に基づく事業での実施状況＞

- すべての事業で関与なしが 8 割以上であった。

＜③重層的支援体制整備事業での実施状況＞

- 重層的支援体制整備事業は、約 9 割が関与なしと回答した。

また、地域包括における具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、4 割台後半が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」が 9 割を超えていた。連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「認知症初期集中支援チーム」が約 8 割で最も

多く、次いで、「行政機関（高齢、福祉分野）」が 7 割台後半、「認知症疾患医療センター」が 6 割台後半で続き、支援コーディネーターは 3 割台後半が回答した。若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が約 8 割で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、その内容は支援コーディネーター（若年性認知症の専用相談窓口を含む）に関連することが最も多かった。

さらに、市町村の既存施策（①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業）の中での支援コーディネーターとの連携状況は、約 2 割で連携実績があり、多数が連携したことはなかった。連携した具体的な事業内容は、包括的支援事業の認知症総合支援事業での「認知症カフェ」が 3 割台後半で最も多く、次いで、「認知症地域支援推進員」が 2 割台後半で多かった。

また、市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、5 割台前半が支援コーディネーターと連携したい内容があると回答し、その具体的な内容として、若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が 8 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が 7 割台半ばで続いた。一方で、支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由では、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が 5 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」が 4 割、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が 2 割台後半で続いた。

【市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際に必要なこと】（表 69）

市区町村単位で若年性認知症の人の支援を推進していく際、必要だと考える内容とその対策内容について自由記述で回答を求めたところ 1,006 名から回答を得られ、市町村としての若年性認知症施策の方向性、多職種連携のためのネットワークづくりや研修等の必要性を挙げる回答が多かった。具体的には、「市町村としてどのように取組んでいくかを明確にする。また、多くの事業は、国で定めたため、市町村が事業を実施しており、市町村としてしっかりとビジョンを作り取組む姿勢が必要である」、「各関係機関が同じ方向性を向けるような研修や勉強会、各関係機関の役割が分かる情報交換会等を行う。その後は、その方と関わりをもつ現場職員との情報交換会を行う」、「認知症疾患医療センターとの情報共有や研修会を開催する。地域包括として、若年性認知症の人が利用できる制度や福祉就労などの情報収集を行う。若年性認知症の人が必要時に繋がれるような支援体制やネットワークを構築する」、「市町村区域を越えて、当事者が参加できる就労および情報共有の場のつなぎ先を増やす」等であった。

4.2　各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

１）　回答した地域包括支援センター（以下、地域包括）の基本情報

表35　　運営主体（n=2249）

区分	自治体の直営	委託	無回答
実数	474	1771	4
%	21.1	78.7	0.2

運営は７割台後半が委託であった。

表36　　委託先(n=1771)

区分	実数	%
社会福祉協議会	369	20.8
社会福祉法人	880	49.7
医療法人	337	19.0
民間企業	51	2.9
ＮＰＯ法人	16	0.9
その他	46	2.6
社団法人	35	2.0
財団法人	21	1.2
無回答	16	0.9

委託先は「社会福祉法人」が約５割で最も多く、次いで、「社会福祉協議会」、「医療法人」が約２割で続いた。

表37　　地域包括支援センター内の「認知症地域支援推進員」配置の有無（n=2249）

区分	専任で配置	兼務で配置	配置なし	無回答
実数	298	1367	580	4
%	13.3	60.8	25.8	0.2

認知症地域支援推進員を専任で配置している地域包括は１割台前半であった。兼務での配置は約６割であった。

２）　　市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状

2-1）地域包括支援センターにおける、令和３年度、若年性認知症（疑いを含む）の人に対する支援について（n=2249）

表38　　実施の有無

区分	行った	行っていない	無回答
実数	802	1438	9
%	35.7	63.9	0.4

支援を行ったセンターは３割台半ばであった。

表39　事例数(支援を行ったと回答した地域包括の回答、n=802)

区分	１件	２件	３件	４件	５件以上	無回答	平均（件）
実数	490	163	68	23	25	33	1579
%	61.1	20.3	8.5	2.9	3.1	4.1	2.1

支援の事例数の平均は 2.1 件であった。

表40　支援した対象者(支援を行ったと回答した地域包括の複数回答、n=802)

区分	実数	%
若年性認知症の本人	640	79.8
若年性認知症の人の介護家族や親族	681	84.9
企業関係者	39	4.9
関係機関や専門職	354	44.1
民生児童委員	64	8.0
地域住民	86	10.7
その他	5	0.6
無回答	9	1.1
回答計	1878	234.2

支援した対象者は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 8 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割、「関係機関や専門職」が 4 割台半ばで続いた。

2-2) 自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、若年性認知症の人の支援に係る地域包括支援センターでの関与状況

※関与している：「現在、関わっている」「以前、関わっていたが現在はなし」を合計

表41　A.介護予防・日常生活支援総合事業（n=2249）　※上段：実数、下段：%

介護予防・生活支援サービス事業	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
１．訪問型サービスに関すること	165	136	1903	45
	7.3	6.0	84.6	2.0
２．通所型サービスに関すること	193	226	1795	35
	8.6	10.0	79.8	1.6
３．生活支援サービスに関すること（配食等）	135	112	1949	53
	6.0	5.0	86.7	2.4
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	200	179	1828	42
	8.9	8.0	81.3	1.9
一般介護予防事業に関すること	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**

5．介護予防把握事業	167	62	1986	34
	7.4	2.8	88.3	1.5
6．介護予防普及啓発事業	232	61	1924	32
	10.3	2.7	85.5	1.4
7．地域介護予防活動支援事業	181	46	1986	36
	8.0	2.0	88.3	1.6
8．一般介護予防事業評価事業	92	31	2086	40
	4.1	1.4	92.8	1.8
9．地域リハビリテーション活動支援事業	97	38	2079	35
	4.3	1.7	92.4	1.6

介護予防・日常生活支援総合事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表42　A.介護予防・日常生活支援総合事業の具体的な事業内容

（n=395　自由記述を一部抜粋）

【介護予防・生活支援サービス事業】 ・　要支援1の認定時にケアマネジメントを実施し、訪問型サービスの利用につなげた ・　独居で食事の準備が不安であったため、配食サービスを利用した
【一般介護予防事業】 ・　地域活動に参加してもらい、アセスメントと見守りをしている ・　介護予防教室のサポートスタッフとして関わっている ・　基本チェックリストをあらゆる把握ルートから実施し、若年性認知症の人についても同時に把握する

表43　B.包括的支援事業（n=2249）　※上段：実数、下段：%

地域包括支援センターの運営	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
10．地域ケア個別会議	323	222	1682	22
	14.4	9.9	74.8	1.0
11．地域ケア推進会議	191	63	1953	42
	8.5	2.8	86.8	1.9
12．その他	51	40	1667	491
	2.3	1.8	74.1	21.8
在宅医療・介護連携推進事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
13．在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	389	100	1716	44
	17.3	4.4	76.3	2.0

14. 医療・介護関係者のための研修	357	115	1736	41
	15.9	5.1	77.2	1.8
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	343	78	1785	43
	15.3	3.5	79.4	1.9
認知症総合支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	306	156	1736	51
	13.6	6.9	77.2	2.3
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	542	237	1436	34
	24.1	10.5	63.9	1.5
18. 認知症地域支援推進員に関すること	768	132	1307	42
	34.1	5.9	58.1	1.9
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	459	92	1644	54
	20.4	4.1	73.1	2.4
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること	996	120	1102	31
	44.3	5.3	49.0	1.4
21. チームオレンジに関すること	557	61	1578	53
	24.8	2.7	70.2	2.4
22. 認知症カフェに関すること	795	201	1220	33
	35.3	8.9	54.2	1.5
23. 本人ミーティングに関すること	278	96	1818	57
	12.4	4.3	80.8	2.5
24. 認知症ケアパスに関すること	646	186	1367	50
	28.7	8.3	60.8	2.2
生活支援体制整備事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手の養成研修	194	60	1963	32
	8.6	2.7	87.3	1.4
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	396	39	1781	33
	17.6	1.7	79.2	1.5
27. 就労的活動支援に関すること	77	90	2044	38
	3.4	4.0	90.9	1.7
家族介護支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
28. 介護教室の開催に関すること	372	139	1698	40
	16.5	6.2	75.5	1.8

29. 介護者交流会の開催に関すること	433	169	1608	39
	19.3	7.5	71.5	1.7
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	621	109	1480	39
	27.6	4.8	65.8	1.7

包括的支援事業は、多くの事業で関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること」が5割で最も多く、次いで「22. 認知症カフェに関すること」が4割台半ば「18. 認知症地域支援推進員に関すること」が4割で続いた。

表44　B.包括的支援事業の具体的な事業内容　（n=1402　自由記述を一部抜粋）

【地域包括支援センターの運営】
- 個別地域ケア会議に若年性認知症に対するケースについて検討を図る
- 地域ケア推進会議で若年性認知症の人の支援体制がないことが地域課題で挙がった

【在宅医療・介護連携推進事業】
- 居宅介護支援事業所の介護支援専門員向けの研修会で、若年性認知症の人の支援を扱っている
- 若年性認知症の本人、若年性認知症支援コーディネーターを招き、研修と交流会を実施した
- 認知症ケアパス配布して普及している

【認知症総合支援事業】
- 認知症初期集中支援チームの検討において、若年性認知症の実態を医療機関へヒアリングを行い、圏域のニーズや支援について話し合った
- 認知症サポーター養成講座内で若年性認知症についての周知・啓発を行っている
- 圏域内での認知症カフェの運営支援、ミニ講話を担当し、その中で若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症当事者の話を聞く機会を設けた
- 本人ミーティングを開催した
- チームオレンジのチーム員として会議に参加。その際チーム員に移動支援をうけている
- チームオレンジと共に認知症カフェを運営し、若年性認知症の本人と家族が参加している

【生活支援体制整備事業】
- 生活支援コーディネーターと連携を図り、地域の不足している資源について創出を意識した関わりを行っている。
- 第二層協議体にて支え合い見守りマップ作りに取組んでいる

【家族介護支援事業】
- 家族会主催で管内地域包括支援センター共催のもと、若年性認知症の人と家族の集いを開催している
- 認知症見守りネットワーク事業で、若年性認知症の人も申し込みできる案内をしている
- 若年性認知症に関する介護教室の開催を行った

表45　C.障害者総合支援法に基づく事業（n=2249）　※上段：実数、下段：%

介護給付	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
31. 居宅介護	96	110	2009	34
	4.3	4.9	89.3	1.5
32. 生活介護	69	79	2060	41
	3.1	3.5	91.6	1.8
33. 施設入所	53	70	2079	47
	2.4	3.1	92.4	2.1
34. その他	13	15	1843	378
	0.6	0.7	81.9	16.8
訓練等給付	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
35. 就労移行支援	34	44	2137	34
	1.5	2.0	95.0	1.5
36. 就労定着支援	20	24	2169	36
	0.9	1.1	96.4	1.6
37. 就労継続支援 A 型事業所	24	33	2155	37
	1.1	1.5	95.8	1.6
38. 就労継続支援 B 型事業所	67	113	2035	34
	3.0	5.0	90.5	1.6
39. その他	4	4	1885	356
	0.2	0.2	83.8	15.8
その他	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
40. 自立支援協議会	76	36	2094	43
	3.4	1.6	93.1	1.9

障害者総合支援法に基づく事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表46　C.障害者総合支援法に基づく事業の具体的な事業内容

（n=182　自由記述を一部抜粋）

【介護給付】

- 介護保険サービスと障害福祉サービスを併用利用しているケースの情報共有を行った
- 障害者グループホーム入所から介護施設への入所が必要なケースに対して、関係者会議に参加し、施設の情報提供等で介入した

【訓練等給付】

- B 型事業所を利用している若年性認知症の人に関する相談を対応し、認知症サポーター養成講座を開催した
- 若年性認知症の人の居場所の１つとして関わることができないか連絡、調整、相談を行った

【自立支援協議会】

- 精神障がい者にも関与した地域包括ケアシステム検討会への参画し、その中で、若年性認知症のケースについても検討した
- 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所との情報交換会に参加した

表47　D.重層的支援体制整備事業（n=2249）　※上段：実数、下段：%

	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
41. 重層的支援体制整備事業	156	22	2021	50
	6.9	1.0	89.9	2.2

重層的支援体制整備事業は、9 割が関与なしと回答した。

表48　D.重層的支援体制整備事業の具体的な事業内容（n=55　自由記述を一部抜粋）

- 自治会、民生委員児童委員協議会にも参加し、包括的相談窓口の普及・啓発を行い、各機関と連携している
- 市が事務局となり、地域包括のケースの中から重層的な支援が必要なケースについて関係部署が横断的に支援を検討し始めている
- 定期的に障がい者施設、障がい相談支援事業所、生活支援コーディネーター、引きこもり支援などの相談員と定期的に会議を実施している

2-3）Ａ～Ｄのうち、１つでも「関与なし」と回答した主な理由

表49　「関与なし」と回答した主な理由（n=2234、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できていない	1295	58.0
若年性認知症の人からの相談自体がない	1623	72.6
事業の優先順位が低い	146	6.5
取組み方法が分からない	231	10.3
事業に必要な予算が不足している	57	2.6
その他	195	8.7
無回答	209	9.4
回答計	3756	168.1

関与なしと回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 7 割台前半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できていない」が 5 割台後半で続いた。

2-4）若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援できる仕組みの構築

表50　仕組みの有無（n=2249）

区分	仕組みがある	仕組みはない	無回答
実数	944	1269	36
%	42.0	56.4	1.6

4割台前半の地域包括が支援できる仕組みがあると回答した。

表51　具体的な仕組み（仕組みがあると回答したn=944、複数回答）

区分	実数	%
支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている	918	97.2
会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある	884	93.6
支援のスキームやフローがある	86	9.1
その他	35	3.7
無回答	1	0.1
回答計	1924	203.8

具体的な仕組みは、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」がどちらも9割を超える回答であった。

○　支援のスキームやフローの具体的な内容（n=72　自由記述を一部抜粋）

- 自治体作成の若年性認知症支援の手引きがある
- 若年性認知症ハンドブック（専門職用）を職員に配付し、活用方法の研修を実施している
- 支援に必要とされる制度のパンフレットがあり、それに沿って情報提供ができる
- 若年性認知症支援コーディネーターに相談する。地域包括支援センターとして、総合相談・権利擁護業務として対応する。認知症初期集中支援チームとして対応する。必要に応じて個別ケース会議（地域ケア個別会議）を開催し関係機関等と役割分担を協議する
- 基幹型地域包括支援センターに連絡し、基幹型から支援コーディネーターに繋ぐ
- 医療機関の医師と相談、会議参加をしてアドバイスを受けている
- 若年性認知症の人への実態把握する仕組みを作成している
- 市認知症かかりつけ医制度、地域包括支援センター地区担当から認知症初期集中支援チーム連携のフローチャート
- 当地域包括で協議体（認知症支援部会）があり行政や病院（認知症疾患医療センター）、地域住民、地域のケアマネ事業所との定期的な研修や会議を行っている
- 相談の情報を推進員に集約し、認知症地域支援推進員より相談者から詳細な聞き取りを行う。包括・市担当課の推進員間で情報共有し支援方向を検討。支援内容によって各関係機関と連携を図る
- 認知症地域支援推進員を中心とし、本人・家族の状態や状況のアセスメントを実施し、医療や各種サービス・家族会の紹介をして支援者と共同で支援を実施する

若年性認知症支援コーディネーター（若年性認知症の専用相談窓口を含む）に関連することが20名で最も多く、次いで、認知症初期集中支援事業に関連することが16名であった。

表52　連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人（n=918、複数回答）

区分	実数	%
認知症疾患医療センター	630	68.6
認知症疾患医療センター以外の医療機関	375	40.8
産業保健総合支援センター	4	0.4
地域障害者職業センター	25	2.7
ハローワーク	56	6.1
障害者相談支援センター（基幹も含む）	345	37.6
障害福祉サービス事業所	204	22.2
障害者就業・生活支援センター	87	9.5
行政機関（障害分野）	547	59.6
行政機関（労働分野）	38	4.1
行政機関（高齢、福祉分野）	698	76.0
社会福祉協議会	491	53.5
他の地域包括支援センター	343	37.4
認知症初期集中支援チーム	731	79.6
介護保険サービス事業所	510	55.6
年金事務所	34	3.7
かかりつけ医（主治医）	493	53.7
サポート医	291	31.7
産業医	10	1.1
医療ソーシャルワーカー	359	39.1
産業保健師・看護師	11	1.2
障害者職業カウンセラー	14	1.5
ジョブコーチ	7	0.8
障害者相談支援専門員	215	23.4
認知症地域支援推進員	606	66.0
介護支援専門員	590	64.3
社会保険労務士	21	2.3
若年性認知症支援コーディネーター	353	38.5
その他	37	4.0
無回答	－	－
回答計	8125	885.1

連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「認知症初期集中支援チーム」が約8割で最も多く、次いで、「行政機関（高齢、福祉分野）」が7割台後半、「認知症疾患医療センター」

が 6 割台後半で続いた。

表53　検討できる具体的な会議や協議会（n=884、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に特化したネットワーク会議	54	6.1
認知症全般のネットワーク会議	181	20.5
障害者自立支援協議会	68	7.7
在宅医療・介護連携推進協議会	182	20.6
地域ケア推進会議	176	19.9
地域ケア会議	644	72.9
認知症初期集中支援チーム員会議	699	79.1
認知症疾患医療センターに関する会議	167	18.9
重層型支援体制整備事業に関する会議	108	12.2
その他	26	2.9
無回答	6	0.7
回答計	2311	261.4

若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が約 8 割で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。

2-5）若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことのある事業

表54　連携の有無（n=2249）

区分	ある	ない	無回答
実数	429	1810	10
%	19.1	80.5	0.4

8 割が支援コーディネーターと連携を図ったことがないと回答した。

A. 介護予防・日常生活支援総合事業（n=429、複数回答）

表55　介護予防・生活支援サービス事業

区分	実数	%
１．訪問型サービスに関すること	55	12.8
２．通所型サービスに関すること	126	29.4
３．生活支援サービスに関すること（配食等）	48	11.2
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	83	19.3
無回答	239	55.7
回答計	551	128.4

連携を図ったことのある介護予防・生活支援サービス事業は、「２．通所型サービスに関すること」が約 3 割で最も多かった。

表56　一般介護予防事業に関すること

区分	実数	%
5．介護予防把握事業	32	7.5
6．介護予防普及啓発事業	35	8.2
7．地域介護予防活動支援事業	34	7.9
8．一般介護予防事業評価事業	6	1.4
9．地域リハビリテーション活動支援事業	17	4.0
無回答	347	80.9
回答計	471	109.8

連携を図ったことのある一般介護予防事業は、すべての事業で1割に満たなかった。

B. 包括的支援事業（n=429、複数回答）

表57　地域包括支援センターの運営

区分	実数	%
10. 地域ケア個別会議	121	28.2
11. 地域ケア推進会議	29	6.8
12. その他	28	6.5
無回答	273	63.6
回答計	451	105.1

連携を図ったことのある地域包括支援センターの運営は、「10. 地域ケア個別会議」が約3割であった。

表58　在宅医療・介護連携推進事業

区分	実数	%
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	61	14.2
14. 医療・介護関係者のための研修	78	18.2
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	35	8.2
無回答	317	73.9
回答計	491	114.5

連携を図ったことのある在宅医療・介護連携推進事業は、「14. 医療・介護関係者のための研修」が約2割で最も多かった。

表59　認知症総合支援事業

区分	実数	%
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	49	11.4
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	86	20.0
18. 認知症地域支援推進員に関すること	123	28.7
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	92	21.4

20. 認知症サポーター養成(ステップアップ講座を含む)に関すること	103	24.0
21. チームオレンジに関すること	69	16.1
22. 認知症カフェに関すること	155	36.1
23. 本人ミーティングに関すること	86	20.0
24. 認知症ケアパスに関すること	73	17.0
無回答	136	31.7
回答計	972	226.6

連携を図ったことのある認知症総合支援事業は、「22. 認知症カフェに関すること」が 3 割台後半で最も多く、次いで、「18. 認知症地域支援推進員に関すること」が約 3 割、「20. 認知症サポーター養成(ステップアップ講座を含む)に関すること」が 2 割台半ばで続いた。

表60　生活支援体制整備事業

区分	実数	%
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	19	4.4
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	26	6.1
27. 就労的活動支援に関すること	55	12.8
無回答	345	80.4
回答計	445	103.7

連携を図ったことのある生活支援体制整備事業は、「27. 就労的活動支援に関すること」が 1 割台前半で最も多かった。

表61　家族介護支援事業

区分	実数	%
28. 介護教室の開催に関すること	54	12.6
29. 介護者交流会の開催に関すること	107	24.9
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	51	11.9
無回答	290	67.6
回答計	502	117.0

連携を図ったことのある家族介護支援事業は、「29. 介護者交流会の開催に関すること」が 2 割台半ばで最も多かった。

C.障害者総合支援法に基づく事業（n=429、複数回答）

表62　介護給付

区分	実数	%
31. 居宅介護	41	9.6
32. 生活介護	20	4.7
33. 施設入所	19	4.4
34. その他	3	0.7

無回答	373	86.9
回答計	456	106.3

連携を図ったことのある介護給付は、すべての事業で１割に満たなかった。

表63　訓練等給付

区分	実数	%
35. 就労移行支援	27	6.3
36. 就労定着支援	5	1.2
37. 就労継続支援Ａ型事業所	15	3.5
38. 就労継続支援Ｂ型事業所	63	14.7
39. その他	5	1.2
無回答	344	80.2
回答計	459	107.0

連携を図ったことのある訓練等給付は、「38. 就労継続支援Ｂ型事業所」が１割台半ばで最も多かった。

表64　自立支援協議会

区分	実数	%
40. 自立支援協議会	11	2.6
無回答	418	97.4

連携を図ったことのある自立支援協議会は、１割に満たなかった。

D.重層的支援体制整備事業（n=429、複数回答）

表65　重層的支援体制整備事業

区分	実数	%
41. 重層的支援体制整備事業	21	4.9
無回答	408	95.1

連携を図ったことのある重層的支援体制整備事業は、１割に満たなかった。

2-6）自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容

表66　連携したい内容の有無（n=2249）

区分	ある	ない	分からない	無回答
実数	1156	442	648	3
%	51.4	19.7	28.8	0.1

５割台前半が支援コーディネーターと連携したい内容があると回答した。

表67　連携したい内容（あると回答したセンターの複数回答、n=1156）

区分	実数	%
若年性認知症の人の支援に関する相談や助言	1001	86.6
若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動	716	61.9
関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築	820	70.9
若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出	868	75.1
その他	33	2.9
無回答	－	－
回答計	3438	297.4

支援コーディネーターと連携したい内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が8割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が7割台半ばで続いた。

2-7）若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由

表68　連携したい内容が「ない」または「分からない」理由（n=1090、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから	441	40.5
若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから	608	55.8
事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから	98	9.0
若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから	314	28.8
若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから	104	9.5
その他	138	12.7
無回答	44	4.0
回答計	1747	160.3

支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由は、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が5割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」が4割、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が2割台後で続いた。

３）　市区町村単位できめ細やかな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えるか（自由記述）

表69　必要だと考える内容とその対策　（n=1006　自由記述を一部抜粋）

必要だと考える内容	その対策内容
現在、地域包括へ第２層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム員等が業務委託されており、すべて兼務している状態である。積極的に事業を進めるのであれば、専任の職員を配置して取組む必要があると思う。また、市町村の担当者が事務的に関わるのでなく、専任職員と具体的に取組む体制や予算が使用できる体制が必要である	市町村としてどのように取組んでいくかを明確にする。また、多くの事業は、国で定めたため、市町村が事業を実施しており、市町村としてしっかりとビジョンを作り、取組む姿勢が必要である（今のままでは、なんとなくやっている感じで取組んでいる）
本人が活躍できる場、機会の創出が必要である	企業や商店、福祉施設等と連携して、人出を必要としていることはないか、ボランティア可能な機会を探す。また、協議体等での地区個別課題の整理し、手伝いできるところがあれば協力してもらう
潜在的に若年性認知症の人がいると思われるため、把握していくことが必要である。診断を受けたあとの雇用の問題や経済的な課題、必要時に相談ができる支援体制などの構築を図ることが必要である	認知症疾患医療センターとの情報共有や研修会を開催する。地域包括として、若年性認知症の人が利用できる制度や福祉就労などの情報収集を行う。若年性認知症の人が必要時に繋がれるような支援体制やネットワークを構築する
潜在化しやすい若年性認知症の人の実態把握に向けた調査方法の検討と調査の実施、および若年性認知症ならではの課題と解決に向けた取組みを検討することが必要である	若年性認知症支援コーディネーターと定期的に会議を行い、左記内容について検討や実施、意見交換などを行う
サポート医のみならず、産業医との連携が必要である	産業医の協力を得るため、サポート医に働きかける
①若年性認知症の人が違和感なく利用できる通所サービス、②企業への啓発活動が必要である	①加算の拡充や単位数の見直し(若年性認知症の人はマンツーマンの対応を求められる場合が多く、そういった体制が取れない場合に受入を断られてしまうことが多い)。②病気が正しく理解されず、”仕事の出来ない人”といった認識で収入減が無くなってしまうことを予防するための啓発活動を行う
介護者や本人同士で話しができる場が身近にあること	交流の場に関しては対象者が少ないので近隣市町村単位であれば良いと考える

若年性認知症の人の支援は、様々な機関が関わらなければいけないが、各関係機関がバラバラな方向を向いていると考える。また、各関係機関の役割が不明瞭な部分も多々ある	各関係機関が同じ方向性を向けるような研修や勉強会、各関係機関の役割がわかる情報交換会等を行う。その後は、その方と関わりをもつ現場職員との情報交換会を行う
企業、産業保健との連携、協会けんぽ等に属していて単一の健康保険組合を持たない中小企業の安全衛生推進者・安全衛生管理者等への普及・啓発が必要である	若年性認知症を発症した後、企業側から就業継続を断わられたり、産業保健と地域保健・地域障害福祉の連携が上手くいかずに制度の狭間に落ちてしまいやすい状況を改善する。 産業保健のリソースガイド等を活用していってはどうか。 また、単一の健康保険組合を持ち、産業医や産業保健師と接触しやすい企業以外で就業している労働者が若年性認知症を発症した際に、職場でどの様に働き続けていくか本人を含めた検討等が当たり前に行われるようになると良いと思う。
市町村区域を越えて、当事者が参加できる就労および情報共有の場のつなぎ先を増やす（当事者が独力で参加できる程度のブロックごとに設置）。診断先の病院から相談機関へつないでもらえる仕組み作り（日頃関わりのない遠方の医療機関からもつないでもらえる）	都道府県と認知症疾患医療センター等が主導する形で、ブロックごとに設置や仕組み作りのためのプロジェクトチーム等設置を検討する。自町内に関しては、重層的支援体制整備事業など介護分野以外の機関が多く参加する場を利用して若年性認知症の方のつなぎや連携について検討する

5. 調査結果【認知症地域支援推進員】

5.1 結果の概要

【回答した認知症地域支援推進員の属性】（表 70～表 74）

今回、回答した推進員の保有資格は「介護支援専門員」が最も多く、次いで、「社会福祉士」、「保健師」と続き、いずれも 3 割を超える回答であった。運営主体は「市区町村」が 6 割台後半で最も多く、勤務形態は、「兼務」が 7 割台前半で、推進員としての通算経験年数は、5 年未満が 6 割以上を占めていた。

また、令和 3 年度に若年性認知症（疑いを含む）の人に対する支援を 3 割台前半が行っており、事例数の平均は 2.8 件であった。支援対象者は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 9 割で最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割台前半、「関係機関や専門職」が 5 割で続いた。

【市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状】（表 75～表 105）

市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状について、今回は既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、事業内での若年性認知症の人の支援に係る推進員としての関与の有無から状況を把握した（関与しているは「現在、関与している」と「以前、関与していたが現在はなし」を合計）。その結果、市町村において、地域支援事業の「認知症地域支援推進員」が最も多く関与している事業であった。また、①から③の事業内容で、「関与なし」と回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できていない」が約 6 割で続いた。

＜①介護保険制度の地域支援事業での実施状況＞

- 介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。
- 包括的支援事業の地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、家族介護支援事業はすべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。認知症総合支援事業の「認知症地域支援推進員」、「認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）」、「認知症カフェ」、「認知症ケアパス」は 5 割を超え、関与している地域支援事業全体の中で多い事業として挙げられた。

＜②障害者総合支援法に基づく事業での実施状況＞

- 介護給付、訓練等給付、自立支援協議会は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。

＜③重層的支援体制整備事業での実施状況＞

- 重層的支援体制整備事業は、9 割台後半が関与なしと回答した。

また、推進員による具体的な支援の仕組みを把握するため、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援状況について尋ねたところ、4 割台前半が支援できる仕組みがあると回答した。その具体的な内容は、「支援で想定される関係する機

関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会がある」がどちらとも 9 割を超えていた。連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「行政機関（高齢、福祉分野）」、「認知症初期集中支援チーム」、「地域包括支援センター」が 8 割を超える回答であった。また、支援コーディネーターは 4 割台半ばが回答した。若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が 8 割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が 7 割台前半で続いた。一方で、「支援のスキームやフローがある」との回答は約 1 割にとどまり、認知症初期集中支援チーム事業に関連することが多かった。

さらに、市町村の既存施策（①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業）の中での支援コーディネーターとの連携状況は、2 割台後半で連携実績があった。連携した具体的な事業内容は、包括的支援事業の「認知症総合支援事業」での「認知症カフェ」が 3 割台半ばで最も多かった。

また、市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、6 割を超える推進員が支援コーディネーターと連携したい内容があると回答した。その具体的な内容として、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が約 9 割で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が 7 割台半ばで続いた。一方で、支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由では、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が 5 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」が 4 割台前半、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が 2 割台後半で続いた。

【市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際に必要なこと】（表 106）

市区町村単位で若年性認知症の人の支援を推進していく際、必要だと考える内容とその対策内容について自由記述で回答を求めたところ 371 名から回答が得られ、若年性認知症の人の把握方法やその仕組み、若年性認知症の人のニーズに沿ったサービス提供、多職種連携の構築等についての回答が多かった。具体的には、「自治体としてどこが若年性認知症の人の相談先なのか明確にする。そこから関係機関につながる仕組み構築をする。ニーズ把握に関して、来所や訪問相談以外にも SNS 活用など、若年層が接しやすいツールを活用する」、「交流の場は対象者が少ないため、近隣市町村単位であれば良いと考える。医療機関につながっていても、制度利用がない場合は、支援が難しい場合もあるので、医療機関との連携がとれ、一緒に支援できる体制づくりをする」、「診断時に相談場所として周知してもらう、本人や家族の同意があれば、相談場所に情報提供する。年齢により障害福祉サービス、障害の程度においては介護保険サービスとの併用のパターンがあるので、適宜協力し、該当する人には必要な情報を提供していく必要がある。発症時に 65 歳以下であっても、年数が経てば障害サービスから介護サービスに移行していくこともあるので、タイミングを見て、関係機関が情報共有に努める」、「個人情報保護に配慮し、当事者のニーズに添った資源の開発や活躍の場を提供する。行政からの委託先の地域包括内で推進員をしているが、もっと地域課題やニーズの把握を行い、その結果どんな支援や資源が必要か、そのためにはどのような内容の計画（人員、施設、対象）が必要かを行政担当者や地域の方と話し合いながら、資源開発をしていくことが必要と感じている（今は、事業ありき、行政主導になっており、当事者や地域の方のニーズや意見があまり反映されていないように感じるため）」等であった。

5.2　各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

１）　回答者の基本情報

表70　保有資格（複数回答、n=736）

区分	実数	%
保健師	254	34.5
看護師	203	27.6
社会福祉士	257	34.9
精神保健福祉士	56	7.6
介護支援専門員	262	35.6
その他	54	7.3
介護福祉士（新設）	48	6.5
無回答	5	0.7
回答計	1139	154.8

保有資格は、「介護支援専門員」が 3 割台半ばで最も多く、次いで、「社会福祉士」、「保健師」と続き、いずれも 3 割を超える回答であった。

表71　運営主体（n=736）

区分	実数	%
市区町村	491	66.7
社会福祉法人	82	11.1
社会福祉協議会	96	13.0
民間企業	11	1.5
その他	19	2.6
医療法人（新設）	33	4.5
無回答	4	0.5

運営主体は、「市区町村」が 6 割台後半で最も多かった。

表72　勤務形態（n=736）

区分	総数	専任	兼務	無回答
実数	736	204	524	8
%	100.0	27.7	71.2	1.1

勤務形態は、「兼務」が 7 割以上であった。

表73　推進員としての通算経験年数（n=736）

区分	実数	%
１年未満	111	15.1
１年以上２年未満	127	17.3
２年以上３年未満	76	10.3

３年以上４年未満	75	10.2
４年以上５年未満	109	14.8
５年以上 10 年未満	212	28.8
10 年以上	9	1.2
無回答	17	2.3
平均（月）	30957	43.1

推進員としての通算経験年数は、5 年未満が 6 割以上を占めた。

表74　医療または福祉分野での通算経験年数（n=736）

区分	実数	%
10 年未満	150	20.4
10～14 年	132	17.9
15～19 年	124	16.8
20～24 年	132	17.9
25～29 年	61	8.3
30 年以上	84	11.4
無回答	53	7.2
平均（月）	145901	213.6

医療または福祉分野での通算経験年数は、10 年未満が 2 割で多かった。

２）　市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状

2-1）令和３年度、若年性認知症（疑いを含む）の人に関する支援について

表75　実施の有無（n=736）

区分	行った	行っていない	無回答
実数	250	485	1
%	34.0	65.9	0.1

支援を行った推進員は 3 割台半ばであった。

表76　事例数（支援を行ったと回答した推進員の回答、n=250）

区分	１件	２件	３件	４件	５件以上	無回答	平均（件）
実数	137	50	26	9	22	6	688
%	54.8	20.0	10.4	3.6	8.8	2.4	2.8

1 件が 5 割台半ばで最も多く、支援の事例数の平均は 2.8 件であった。

表77　支援した対象者（支援を行ったと回答した推進員の複数回答、n=250）

区分	実数	%
若年性認知症の本人	204	81.6
若年性認知症の人の介護家族や親族	226	90.4

企業関係者	15	6.0
関係機関や専門職	125	50.0
民生児童委員	12	4.8
地域住民	27	10.8
その他	10	4.0
無回答	2	0.8
回答計	621	248.4

支援した対象者は、「若年性認知症の人の介護家族や親族」が 9 割台前半で最も多く、次いで、「若年性認知症の本人」が 8 割台前半、「関係機関や専門職」が 5 割で続いた。

2-2）自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、認知症地域支援推進員として若年性認知症の人の支援に係る関与状況

※関与している：「現在、関わっている」「以前、関わっていたが現在はなし」を合計

表78　A. 介護予防・日常生活支援総合事業（n=736）　※上段：実数、下段：%

介護予防・ 生活支援サービス事業	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
1．訪問型サービスに関すること	60	41	621	14
	8.2	5.6	84.4	1.9
2．通所型サービスに関すること	68	58	600	10
	9.2	7.9	81.5	1.4
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	37	33	652	14
	5.0	4.5	88.6	1.9
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	60	36	626	14
	8.2	4.9	85.1	1.9
一般介護予防事業に関すること	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
5．介護予防把握事業	57	20	648	11
	7.7	2.7	88.0	1.5
6．介護予防普及啓発事業	103	9	616	8
	14.0	1.2	83.7	1.1
7．地域介護予防活動支援事業	72	10	646	8
	9.8	1.4	87.8	1.1
8．一般介護予防事業評価事業	32	10	684	10
	4.3	1.4	92.9	1.4
9．地域リハビリテーション活動支援事業	36	8	682	10
	4.9	1.1	92.7	1.4

介護予防・日常生活支援総合事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表79　A.介護予防・日常生活支援総合事業の具体的な事業内容

（n=137　自由記述を一部抜粋）

【介護予防・生活支援サービス事業】

- 通所、訪問サービス利用の相談を受け、要介護となり介護支援専門員に引き継いだ。 美容院に行きたい、ジムに行きたいなどの要望があり、介護保険外の利用方法等について支援した
- 教室や介護者の集いのサポートとして参加してもらった
- １人暮らしで日常生活を送ることに支障が生じ、配食サービスの調整を行った
- 若年性認知症の人の居場所づくり、活躍の場づくりとして通所サービスＢでの有償ボランティア活動につなげた

【一般介護予防事業】

- 住民向け出前講座等に推進員として参加し、若年性認知症も含む認知症の知識や対応方法などについて普及・啓発を行った
- 若年性認知症支援コーディネーターと連携して講演会を企画している
- 若年性認知症に関するパンフレット作成

表80　B.包括的支援事業（n=736）　※上段：実数、下段：%

地域包括支援センターの運営	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
10. 地域ケア個別会議	120	62	546	8
	16.3	8.4	74.2	1.1
11. 地域ケア推進会議	70	17	634	15
	9.5	2.3	86.1	2.0
12. その他	22	7	575	132
	3.0	1.0	78.1	17.9
在宅医療・介護連携推進事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	115	21	583	17
	15.6	2.9	79.2	2.3
14. 医療・介護関係者のための研修	101	32	587	16
	13.7	4.3	79.8	2.2
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	79	19	619	19
	10.7	2.6	84.1	2.6
認知症総合支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	155	34	527	20
	21.1	4.6	71.6	2.7

17. 認知症初期集中支援チーム員会議	229	67	423	17
	31.1	9.1	57.5	2.3
18. 認知症地域支援推進員に関すること	349	29	347	11
	47.4	3.9	47.1	1.5
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	195	21	503	17
	26.5	2.9	68.3	2.3
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること	349	28	343	16
	47.4	3.8	46.6	2.2
21. チームオレンジに関すること	222	11	485	18
	30.2	1.5	65.9	2.4
22. 認知症カフェに関すること	328	51	344	13
	44.6	6.9	46.7	1.8
23. 本人ミーティングに関すること	139	28	553	16
	18.9	3.8	75.1	2.2
24. 認知症ケアパスに関すること	329	40	354	13
	44.7	5.4	48.1	1.8
生活支援体制整備事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手の養成研修	67	16	643	10
	9.1	2.2	87.4	1.4
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	80	20	625	11
	10.9	2.7	84.9	1.5
27. 就労的活動支援に関すること	28	20	675	13
	3.8	2.7	91.7	1.8
家族介護支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
28. 介護教室の開催に関すること	102	35	588	11
	13.9	4.8	79.9	1.5
29. 介護者交流会の開催に関すること	177	40	509	10
	24.0	5.4	69.2	1.4
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	236	25	464	11
	32.1	3.4	63.0	1.5

包括的支援事業は、多くの事業で関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「18. 認知症地域支援推進員に関すること」、「20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること」、「22. 認知症カフェに関すること」、「24. 認知症ケアパスに関すること」が 5 割を超えた。

表81　B.包括的支援事業の具体的な事業内容　（n=488　自由記述を一部抜粋）

【地域包括支援センターの運営】

- 当事者支援としてサービス事業所職員や担当介護支援専門員を参集し、定期的に検討する場を設けている
- 地域個別ケア会議へ参加し、アセスメントや課題整理、対応に関する助言等を行っている。区内各地域包括の地域ケアまとめの会議に参加し、地域課題の提言、意見交換を行っている。生活支援コーディネーターによる第１層協議体会議に参加し、認知症の人の社会参加、集いの場等の必要性に関する意見提言を行っている

【在宅医療・介護連携推進事業】

- 若年性認知症の人の支援方法や居場所についての研修会を実施した
- 若年性認知症に関する多職種連携のための研修会を開催している

【認知症総合支援事業】

- 認知症サポーター養成講座、認知症ケアパスともに若年性認知症の説明がある
- 認知症初期集中支援チームのサポート医に若年性認知症の人の受診があるか確認している
- 9月の世界アルツハイマー月間に市役所で若年性認知症の啓発展示を行った
- 認知症サポーター養成講座のステップアップ研修での本人へ講師依頼、チームオレンジ活動への参加、本人の活躍の場として認知症カフェへ参加している
- 認知症カフェの中で若年性認知症に関するパンフレット配布した

【生活支援体制整備事業】

- 地域のボランティア養成講座を行い、そこへ若年性認知症本人の参加支援も行った
- 若年性認知症の人の就労支援にむけて、障害者就労支援センター主催のワーキングに参加した。また、地元企業や青年会議所を対象に障害理解のセミナーを行い、就労のマッチングを図る

【家族介護支援事業】

- 町内会や老人クラブ向けに介護教室や出前講座を開催し、講座内容に若年性認知症について周知・啓発する。介護者交流会を開催し、若年性認知症者の本人や家族を対象としている。地域包括のネットワークを用いた独自の見守りネットワークを実施しており、これも若年性認知症の人も対象としている
- 若年性認知症の本人・家族のつどいを開催している
- 家族支援プログラムやつどいへの参加および参加への勧奨をしている。また、行方不明高齢者等見守り・あんしんネットワーク事業等に関する訪問および登録事務手続きの支援を行っている

表82　C.障害者総合支援法に基づく事業（n=736）　※上段：実数、下段：%

介護給付	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
31. 居宅介護	28	26	671	11
	3.8	3.5	91.2	1.5

32. 生活介護	23	16	686	11
	3.1	2.2	93.2	1.5
33. 施設入所	19	17	689	11
	2.6	2.3	93.6	1.5
34. その他	6	8	638	84
	0.8	1.1	86.7	11.4
訓練等給付	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
35. 就労移行支援	19	12	694	11
	2.6	1.6	94.3	1.5
36. 就労定着支援	11	7	707	11
	1.5	1.0	96.1	1.5
37. 就労継続支援 A 型事業所	14	14	694	14
	1.9	1.9	94.3	1.9
38. 就労継続支援 B 型事業所	31	41	654	10
	4.2	5.6	88.9	1.4
39. その他	4	1	646	85
	0.5	0.1	87.8	11.5
その他	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
40. 自立支援協議会	18	11	692	15
	2.4	1.5	94.0	2.0

障害者総合支援法に基づく事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表83　C.障害者総合支援法に基づく事業の具体的な事業内容

（n=65　自由記述を一部抜粋）

【介護給付】
・　地域活動支援センターに相談している
・　移動支援事業（ガイドヘルパー）の利用ができるようにつないだ
【訓練等給付】
・　ハローワークを通して支援した
・　障害者枠での就労や就労継続支援 B 型事業所に繋いだ
・　基幹障害者相談支援センターと連携を行い、環境整備を行う
【自立支援協議会】
・　精神障害者を含めた包括支援および事例検討を行った
・　圏域内の事業所と市とで定例会を開催し、課題を出して話し合う
・　重層的支援体制整備事業の委託を受け、定期的に会合へ出会している

表84　D.重層的支援体制整備事業（n=736）　※上段：実数、下段：%

	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
41. 重層的支援体制整備事業	18	4	708	6
	2.4	0.5	96.2	0.8

重層的支援体制整備事業は、9割台後半が関与なしと回答した。

表85　D.重層的支援体制整備事業の具体的な事業内容（n=9　自由記述を一部抜粋）

・　経済的に厳しいことがわかり、生活福祉課への連絡や子ども家庭支援センターなどとの連携をしたことがある

2-2）2-1）A～Dのうち、1つでも「関与なし」と回答した主な理由(n=733、複数回答)

表86

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できていない	435	59.3
若年性認知症の人からの相談自体がない	489	66.7
事業の優先順位が低い	58	7.9
取組み方法が分からない	104	14.2
事業に必要な予算が不足している	20	2.7
その他	76	10.4
無回答	85	11.6
回答計	1267	172.9

関与なしと回答した主な理由は、「若年性認知症の人からの相談自体がない」が6割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できていない」が約6割で続いた。

2-4）若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際の支援できる仕組みの構築

表87　仕組みの有無（n=736）

区分	仕組みがある	仕組みはない	無回答
実数	318	410	8
%	43.2	55.7	1.1

4割台前半の推進員が支援できる仕組みがあると回答した。

表88　具体的な仕組み（仕組みがあると回答したセンターの複数回答、n=318）

区分	実数	%
支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている	314	98.7
会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある	294	92.5

支援のスキームやフローがある	26	8.2
その他	15	4.7
無回答	−	−
回答計	649	204.1

具体的な仕組みは、「支援で想定される関係する機関や人と連携体制が構築されている」、「会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある」がどちらも 9 割を超える回答であった。

○ **支援のスキームやフローの具体的な内容**（n=25　自由記述を一部抜粋）

- 地域包括支援センターで総合相談として受け、認知症初期集中支援チームで訪問し、医療や介護サービス等につなげていく
- 認知症地域支援推進員は地域包括支援センター職員（市直営）の兼務のため、相談があった際には他推進員や認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員のアドバイスや助言のもと、相談対応できるよう連携がとれている。普段から市内医療機関の MSW とも連携がとれている
- 認知症初期集中支援チームのスキーム、総合相談から支援チーム会議までのフロー図
- ケース相談があった場合、若年性認知症支援コーディネーターに相談する
- 若年性認知症支援の手引き（市・地域包括で作成）に基づき、支援シートを記入し、地域包括支援センター職員でフォローできるスキームを作った

認知症初期集中支援事業に関連することが 11 名で最も多く、次いで支援コーディネーター（若年性認知症の専用相談窓口を含む）に関連することが 6 名であった。

表89　連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人（n=314、複数回答）

区分	実数	%
認知症疾患医療センター	213	67.8
認知症疾患医療センター以外の医療機関	129	41.1
産業保健総合支援センター	3	1.0
地域障害者職業センター	9	2.9
ハローワーク	22	7.0
障害者相談支援センター（基幹も含む）	101	32.2
障害福祉サービス事業所	68	21.7
障害者就業・生活支援センター	36	11.5
行政機関（障害分野）	212	67.5
行政機関（労働分野）	18	5.7
行政機関（高齢、福祉分野）	262	83.4
社会福祉協議会	171	54.5
地域包括支援センター	259	82.5
認知症初期集中支援チーム	257	81.8

介護保険サービス事業所	175	55.7
年金事務所	6	1.9
かかりつけ医（主治医）	165	52.5
サポート医	141	44.9
産業医	3	1.0
医療ソーシャルワーカー	85	27.1
産業保健師・看護師	6	1.9
障害者職業カウンセラー	4	1.3
ジョブコーチ	7	2.2
障害者相談支援専門員	83	26.4
認知症地域支援推進員	144	45.9
介護支援専門員	199	63.4
社会保険労務士	8	2.5
若年性認知症支援コーディネーター	142	45.2
その他	13	4.1
無回答	－	－
回答計	2941	936.6

連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人は、「行政機関（高齢、福祉分野）」、「認知症初期集中支援チーム」、「地域包括支援センター」が８割を超える回答であった。

表90　検討できる具体的な会議や協議会（n=294、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に特化したネットワーク会議	25	8.5
認知症全般のネットワーク会議	61	20.7
障害者自立支援協議会	19	6.5
在宅医療・介護連携推進協議会	49	16.7
地域ケア推進会議	61	20.7
地域ケア会議	213	72.4
認知症初期集中支援チーム員会議	242	82.3
認知症疾患医療センターに関する会議	55	18.7
重層型支援体制整備事業に関する会議	18	6.1
その他	17	5.8
無回答	2	0.7
回答計	762	259.2

若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会は、「認知症初期集中支援チーム員会議」が８割台前半で最も多く、次いで、「地域ケア会議」が７割台前半で続いた。

2-5）若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことのある事業

表91　　連携の有無（n=736）

区分	ある	ない	無回答
実数	199	534	3
%	27.0	72.6	0.4

2割台後半が支援コーディネーターと連携を図ったことがあると回答した。

A.介護予防・日常生活支援総合事業（n=199、複数回答）

表92　介護予防・生活支援サービス事業

区分	実数	%
1．訪問型サービスに関すること	23	11.6
2．通所型サービスに関すること	45	22.6
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	18	9.0
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	28	14.1
無回答	136	68.3
回答計	250	125.6

連携を図ったことのある介護予防・生活支援サービス事業は、「2．通所型サービスに関すること」が2割台前半で最も多かった。

表93　一般介護予防事業に関すること

区分	実数	%
5．介護予防把握事業	7	3.5
6．介護予防普及啓発事業	18	9.0
7．地域介護予防活動支援事業	9	4.5
8．一般介護予防事業評価事業	1	0.5
9．地域リハビリテーション活動支援事業	5	2.5
無回答	173	86.9
回答計	213	107.0

連携を図ったことのある一般介護予防事業は、すべての事業で1割に満たなかった。

B. 包括的支援事業（n=199、複数回答）

表94　地域包括支援センターの運営

区分	実数	%
10. 地域ケア個別会議	35	17.6
11. 地域ケア推進会議	7	3.5
12. その他	9	4.5
無回答	155	77.9
回答計	206	103.5

連携を図ったことのある地域包括支援センターの運営は、「10. 地域ケア個別会議」が 1 割台後半であった。

表95　在宅医療・介護連携推進事業

区分	実数	%
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	25	12.6
14. 医療・介護関係者のための研修	42	21.1
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	10	5.0
無回答	145	72.9
回答計	222	111.6

連携を図ったことのある在宅医療・介護連携推進事業は、「14. 医療・介護関係者のための研修」が 2 割台前半で最も多かった。

表96　認知症総合支援事業

区分	実数	%
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	18	9.0
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	37	18.6
18. 認知症地域支援推進員に関すること	64	32.2
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	47	23.6
20. 認知症サポーター養成(ステップアップ講座を含む)に関すること	43	21.6
21. チームオレンジに関すること	31	15.6
22. 認知症カフェに関すること	70	35.2
23. 本人ミーティングに関すること	57	28.6
24. 認知症ケアパスに関すること	38	19.1
無回答	61	30.7
回答計	466	234.2

連携を図ったことのある認知症総合支援事業は、「22. 認知症カフェに関すること」が 3 割台半ばで最も多く、次いで、「18. 認知症地域支援推進員に関すること」が 3 割台前半、「23. 本人ミーティングに関すること」が 2 割台後半で続いた。

表97　生活支援体制整備事業

区分	実数	%
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	7	3.5
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	5	2.5
27. 就労的活動支援に関すること	21	10.6
無回答	171	85.9
回答計	204	102.5

連携を図ったことのある生活支援体制整備事業は、「27. 就労的活動支援に関すること」が 1

割以上で最も多かった。

表98　家族介護支援事業

区分	実数	%
28. 介護教室の開催に関すること	18	9.0
29. 介護者交流会の開催に関すること	50	25.1
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	18	9.0
無回答	137	68.8
回答計	223	112.1

連携を図ったことのある家族介護支援事業は、「29. 介護者交流会の開催に関すること」が 2 割台半ばで最も多かった。

C.障害者総合支援法に基づく事業（n=199、複数回答）

表99　介護給付

区分	実数	%
31. 居宅介護	13	6.5
32. 生活介護	10	5.0
33. 施設入所	9	4.5
34. その他	3	1.5
無回答	179	89.9
回答計	214	107.5

連携を図ったことのある介護給付は、すべての事業で 1 割に満たなかった。

表100　訓練等給付

区分	実数	%
35. 就労移行支援	12	6.0
36. 就労定着支援	5	2.5
37. 就労継続支援Ａ型事業所	9	4.5
38. 就労継続支援Ｂ型事業所	30	15.1
39. その他	2	1.0
無回答	163	81.9
回答計	221	111.1

連携を図ったことのある訓練等給付は、「38. 就労継続支援Ｂ型事業所」が 1 割台半ばで最も多かった。

表101　自立支援協議会

区分	実数	%
40. 自立支援協議会	4	2.0
無回答	195	98.0

連携を図ったことのある自立支援協議会は、1割に満たなかった。

D.重層的支援体制整備事業（n=199、複数回答）

表102　　重層的支援体制整備事業

区分	実数	%
41. 重層的支援体制整備事業	2	1.0
無回答	197	99.0

連携を図ったことのある重層的支援体制整備事業は、1割に満たなかった。

2-6）自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容

表103　連携したい内容の有無（n=736）

区分	ある	ない	分からない	無回答
実数	464	93	177	2
%	63.0	12.6	24.0	0.3

6割台前半が支援コーディネーターと連携したい内容があると回答した。

表104　　連携したい内容（n=464、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人の支援に関する相談や助言	416	89.7
若年性認知症に関する研修会などを通じた普及･啓発活動	316	68.1
関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築	311	67.0
若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出	348	75.0
その他	6	1.3
無回答	3	0.6
回答計	1400	301.7

連携したい内容は、「若年性認知症の人の支援に関する相談や助言」が8割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出」が7割台半ばで続いた。

2-7）若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由（n=270、複数回答）

表105

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから	113	41.9
若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから	146	54.1
事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから	28	10.4
若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから	79	29.3
若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから	25	9.3
その他	45	16.7
無回答	14	5.2
回答計	450	166.7

若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容が「ない」または「分からない」と回答した理由は、「若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから」が 5 割台半ばで最も多く、次いで、「若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから」が 4 割台前半、「若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから」が 2 割台後半で続いた。

3）　市区町村単位できめ細やかな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えるか（自由記述）

表106　必要だと考える内容とその対策　（n=371　自由記述を一部抜粋）

必要だと考える内容	その対策内容
専門医への受診、受診の継続が必要である	高齢化率の高い過疎地域では、若年性認知症のみでの単独事業を実施することは難しい。継続した受診により、主治医、PSW と連携し状況の確認、専門職や関係者と連携し必要な時に支援できるよう調整する役割を、推進員や地域包括の職員が果たしていく
就労や経済面の課題に関する支援方法の研修や地域全体の若年性認知症の理解が深まること、若年性認知症支援コーディネーターとの連携が必要である	若年性認知症の人の支援体制構築を含め、推進員が業務に時間を充てられる体制を強化する
介護者や本人同士で話しができる場が身近にあることや適切な助言をしてくれる医療機関	交流の場は対象者が少ないため、近隣市町村単位であれば良いと考える。医療機関につながっ

と連携がとれること、制度につながらない間の継続的な支援が必要である	ていても、制度利用がない場合は、支援が難しい場合もあるので、医療機関との連携がとれ、一緒に支援できる体制づくりをする
①医療機関との連絡、②障害者支援センター等との連携が必要である	診断時に相談場所として周知してもらう、本人や家族の同意があれば、相談場所に情報提供する ②年齢により障害福祉サービス、障害の程度においては介護保険サービスとの併用のパターンがあるので、適宜協力し、該当する人には必要な情報を提供していく必要がある。 発症時に 65 歳以下であっても、年数が経てば障害サービスから介護サービスに移行していくこともあるので、タイミングを見て、関係機関が情報共有に努める。
住民や企業等地域が若年性認知症について理解していくことが必要である	認知症サポーター養成講座により、若い働き盛り、子育て世代、企業の経営者等が若年性認知症について学ぶ機会を作る
各自治体のニーズに添った支援を行うこと、当事者が意欲的、主体的に参加できるような場や活動をつくること、地域資源の見直しや地域課題、ニーズを把握した上での支援等をする必要がある	個人情報保護に配慮し、当事者のニーズに添った資源の開発や活躍の場を提供する。行政からの委託先の地域包括内で推進員をしているが、もっと地域課題やニーズの把握を行い、その結果どんな支援や資源が必要か、そのためにはどのような内容の計画（人員、施設、対象）が必要かを行政担当者や地域の方と話し合いながら、資源開発をしていくことが必要と感じている（今は、事業ありき、行政主導になっており、当事者や地域の方のニーズや意見があまり反映されていないように感じるため）
若年性認知症本人や家族、とりまく関係者（医療関係者も含め）への相談先の周知、徹底。かかりつけ医より、診断告知と合わせて、相談先の案内がされる連携支援体制。若年性認知症に関する相談件数が少なく、支援に必要な情報やスキルの蓄積が難しいため、支援コーディネーターとの連携が必須であるが、関わる機会もなく、支援コーディネーターの役割についても活用できるほど、理解が深められていない。	若年性認知症に対する相談支援体制の見える化や医療、保健、福祉での連携支援体制の整備、支援コーディネーターの機能や役割を理解し、連携体制がとれるための定期的な研修会（事業説明会）を開催する
当自治体では若年性認知症の相談先が保健センターなのか地域包括なのか定まっていない。	自治体としてどこが若年性認知症の人の相談先なのか明確にする。そこから関係機関につな

それぞれ相談があれば対応しているが共有する機会はない。職員間の意識の差もあり、制度のはざまで当事者が困ることが想定される。また、若年性認知症の人を把握する仕組みもなく、ニーズを知る機会が少ないので今はない資源の開発が後回しになっている。 若年性認知症の人の相談先がどこかはっきりとわかること、求められているニーズを把握することがまず必要だと考える。	がる仕組み構築をする。ニーズ把握に関して、来所や訪問相談以外にも SNS 活用など、若年層が接しやすいツールを活用する。
若年性認知症の方を支援のため専門的知識、当事者の思いを聞き市町村での支援体制の構築が必要である。また、当事者が安心して通えるデイや作業所、それ以外の通いの場が利用できる範囲内にあって欲しい。同じように家族が参加できるカフェや家族会などが地域で必要である。	若年性認知症の当事者や家族の思いを聞き市町村でどう支援するのか計画が必要である。支援をするため支援コーディネーター作成の手引きを参照し、漏れがないよう確認しながら助言を得ているが、支援コーディネーターが減り多忙となった。市町村で支援を行うためには、支援途中であっても確認や指導が得られる環境作りがあると助かる。

III. 若年性認知症支援コーディネーターと市町村の既存施策の連携に係る実態調査

1. 調査の目的

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）が市町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）の各種既存の施策とどのように連携できるか検討するため、その実態を把握することを目的に、全国の若年性認知症に係る相談窓口の代表者の支援コーディネーター1 名に対して、アンケート調査を実施した。

2. 対象と方法

1） アンケート調査対象者

全国の若年性認知症に係る相談窓口の代表者の支援コーディネーター　91 名

2） 方法

上記対象者に令和 4 年 9 月 14 日に調査票を発送し、締切日は令和 4 年 10 月 7 日とした。また、葉書による再依頼を 1 回行った。59 名（回収率 64.8%）から回答を得た。

3） 調査内容

「IX.参考資料」を参照。

3. 結果の概要

【回答した若年性認知症支援コーディネーターの属性】（表 1～表 8）

今回、回答した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）の配置地域は 8 割台半ばが都道府県で、9 割台前半が委託であった。配置先は「認知症疾患医療センターを含む医療機関」が 5 割台半ばで最も多く、2017 年までに約 6 割の支援コーディネーターが配置され、1 人配置が 7 割台前半で平均人数は 1.5 人であった。また、兼務かつ 1 人で配置している回答者が 4 割台前半で最も多かった。また、地域との支援体制に関わる兼務内容では、「認知症初期集中支援チーム員」が 2 割台前半で多かった。

【若年性認知症支援コーディネーター業務と市町村の既存施策との関与状況】（表 9～表 24）

市町村の既存施策における支援コーディネーターの関与状況について、今回は既存施策を主に①介護保険制度の地域支援事業、②障害者総合支援法に基づく事業、③重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、個別支援と事業推進から若年性認知症の人に関する事業内容の関与の有無を把握した（関与しているは「現在、関与している」と「以前、関与していたが現在はなし」を合計）。その結果、個別支援では、障害者総合支援法に基づく事業の「就労継続支援 B 型事業所」が最も多く関与している事業であった。

＜①介護保険制度の地域支援事業での関与状況（個別支援での関与状況）＞

・ 介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。関与している事業では、「通所型サービス」が 4 割台半ばで最も多かった。

・　包括的支援事業の生活支援体制整備事業は関与ありより関与なしの回答が上回った。地域包括支援センターの運営の「地域ケア個別会議」では約 5 割、在宅医療・介護連携推進事業の「医療・介護関係者のための研修」は 5 割台後半、認知症総合支援事業の「認知症カフェ」は 6 割台後半、「本人ミーティング」は約 5 割、家族介護支援事業の「介護者交流会」は 5 割台後半が関与していた。

＜②障害者総合支援法に基づく事業での実施状況（個別支援での関与状況）＞

・　介護給付と自立支援協議会は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。訓練等給付の「就労継続支援 B 型事業所」が 7 割を超え、既存施策の中で最も多く、次いで、「就労継続支援 A 型事業所」が 3 割台前半、「就労移行支援」は 2 割台前半で続いた。

＜③重層的支援体制整備事業での実施状況（個別支援での関与状況）＞

・　重層的支援体制整備事業は、9 割以上が実関与なしと回答した。

また、各事業推進における支援コーディネーターの関与状況については、地域支援事業の「認知症総合支援事業」の「認知症カフェ」が最も多く関与している事業であった。

＜①介護保険制度の地域支援事業での実施状況（事業推進での関与状況）＞

・　介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業は、すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。
・　包括的支援事業の地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、家族介護支援事業はすべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。認知症総合支援事業の「認知症カフェ」は約 5 割が関与しており、地域支援事業全体の中で多い事業として挙げられた。

＜②障害者総合支援法に基づく事業での実施状況（事業推進での関与状況）＞

・　すべての事業で関与ありより関与なしの回答が上回った。

＜③重層的支援体制整備事業での実施状況（事業推進での関与状況）＞

・　重層的支援体制整備事業は、9 割以上が関与なしと回答した。

【市町村での若年性認知症支援コーディネーター設置事業の実施の状況】（表 25～表 45）

自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）において、支援コーディネーター設置事業（個別相談業務、支援ネットワークの構築、若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動、就労・社会参加支援）を進めるにあたり、現在（令和 4 年度 9 月 1 日時点）の相談窓口の支援コーディネーターの配置状況で実施が可能であるかどうか把握した。その結果、「個別相談業務」は約 6 割が可能であるとし、「支援ネットワークの構築」、「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」、「就労・社会参加支援」は可能よりも困難の方が多かった。事業実施が困難な理由では、「個別相談業務」と「支援ネットワークの構築」は「配置人数が不足」（それぞれ 7 割台前半、6 割台前半）、「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」と「就労・社会参加

支援」は「時間確保が困難」（それぞれ 6 割台前半、約 7 割）が最も多く挙げられた。

また、自県の市町村（配置先が指定都市の場合は各区を想定）における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために、市町村担当者（以下、行政担当者）、地域包括支援センター職員（以下、地域包括）、認知症地域支援推進員（以下、推進員）に求めることについて自由記述にて回答を求め、カテゴリ分類した。その結果、行政担当者に対しては 44 名から回答を得て、“若年性認知症の人の相談窓口を明確にして、担当をつけて欲しい”や“行政関連が横の連携を円滑に行える体制を整えていただきたい”等の「支援体制の整備に関すること」が最も多かった。地域包括に対しては 43 名から回答を得て、“サービスにつながらず、介護支援専門員や相談支援専門員が不在の個別ケースへの継続的な支援のサポート”や“相談者への介護保険以外の情報提供、社会資源の確保”等の「若年性認知症の人の支援技術に関すること」が最も多かった。推進員に対しては 43 名から回答を得て、“支援コーディネーターと市町村の関係機関等と連携する際、その窓口の中心役割を担って欲しい”、“地域の若年性認知症の人の把握や地域での居場所づくり等の協働といった”等の「連携体制に関すること」が最も多かった。

さらに、自県の市町村における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために必要な支援コーディネーターの支援内容および行政担当者、地域包括、推進員と連携する際に配慮している点について、自由記述にて回答を求め、カテゴリ分類した。その結果、必要な支援コーディネーターの支援内容では 44 名から回答を得て、“問題の抽出や整理、支援の優先順位のサポート”や“認知症の初期段階からサービスや支援が定着するまでの伴走”等の「若年性認知症の人の支援に関すること」が最も多かった。また、行政担当者と連携時の配慮点では 40 名から回答を得て、“支援コーディネーターの活動や考え方等を伝えるようにしている”や“高齢者とは違うニーズがあることを伝える”等の「若年性認知症やその支援への理解の促進に関すること」が最も多かった。地域包括と連携時の配慮点では 31 名から回答を得て、“障害福祉サービスや制度など介護保険や高齢者向けのサービスや制度以外のサービスや制度の利用について助言や支援を行っている”や“効率的に支援を進めるための分担と協働する”等の「対応内容に関すること」が最も多かった。推進員と連携時の配慮点では 38 名から回答を得て、“こまめに連絡を取り、情報を共有する”や“支援コーディネーターが主に関わっているケースであっても、定期的に情報共有し自身の地域のこととして把握してもらっている”等の「情報共有に関すること」が最も多かった。

一方で、連携時の課題や困り事は自県の行政担当者と地域包括では 6 割台後半、推進員では約 5 割があると回答した。具体的な内容では、行政担当者は「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない」が 7 割、地域包括は「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」が 6 割台半ば、推進員は「若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない」、「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」が 6 割台半ばで最も多かった。

【市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際に必要なこと】（表 46）

市区町村単位で若年性認知症の人の支援を推進していく際、必要だと考える内容とその対策内容について自由記述で回答を求めたところ 45 名から回答が得られ、若年性認知症の人の把握方法のための周知方法や若年性認知症の人のニーズに沿ったサービス提供や社会資源の開発（障害福祉サービスの活用）、支援ネットワーク構築のための研修等についての回答が多かった。具体的に

は、「市町村においての相談窓口、担当者の明確化を図る。県の拠点機関だけでなく、地域単位においても若年性認知症の本人や家族のニーズ把握や情報共有を行う」、「福祉的就労をはじめ障害福祉サービスの利用が不可欠なため、障害支援事業所や相談支援専門員との連携を図ることで支援がかなり円滑に進むと感じている。介護担当者より初期の若年性認知症の人では障害担当者との連携が多い。普及・啓発事業にも市の障害福祉担当者に参加を促す」、「理解を得るためには研修の実施やこまめな訪問（支援機関へも出向く等）又市町村連絡協議会への参加が必要である。そのため社会福祉協議会との連携の強化や個別ピアサポートの展開をさらに拡充する」等であった。

4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

1） 相談窓口の体制

表１　配置地域（n=59）

区分	都道府県	指定都市	無回答
実数	50	8	1
%	84.7	13.6	1.7

配置地域は８割台半ばが都道府県であった。

表２　運営主体（n=59）

区分	直轄	委託	無回答
実数	4	54	1
%	6.8	91.5	1.7

運営は９割台前半が委託であった。

表３　配置先（n=59）

区分	実数	%
認知症疾患医療センターを含む医療機関	32	54.2
社会福祉法人	4	6.8
公益社団法人認知症の人と家族の会	10	16.9
上記を除く公益社団、公益財団法人、NPO 法人、一般社団法人	9	15.3
その他	4	6.8
無回答	－	－

配置先は「認知症疾患医療センターを含む医療機関」が最も多く、５割台半ばであった。

表４　配置先に支援コーディネーターが配置された時期(n=59)

区分	2015 年以前	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	無回答
実数	3	14	18	8	3	4	4	3	2
%	5.1	23.7	30.5	13.6	5.1	6.8	6.8	5.1	3.4

2017 年までに約 6 割が配置されていた。

表５　配置先での支援コーディネーターの配置人数(n=59)

区分	１人	２人	３人	４人	５人	６人	７人	８人	９人
実数	42	10	3	2	－	－	1	－	－
%	71.2	16.9	5.1	3.4	－	－	1.7	－	－

10 人以上	無回答	平均(人)
－	1	86
－	1.7	1.5

配置人数の一人配置が 7 割台前半で、平均は 1.5 人であった。

表６　勤務形態別人数　専任（n=59）

区分	０人	１人	２人	３人	４人	５人	６人	７人	８人
実数	22	22	1	4	1	－	－	－	－
%	37.3	37.3	1.7	6.8	1.7	－	－	－	－

９人	10 人以上	無回答	総数平均(人)
－	－	9	40
－	－	15.3	0.8

専任で配置されている支援コーディネーターの平均は 1 人に満たなかった。

表７　勤務形態別人数　兼務（n=59）

区分	０人	１人	２人	３人	４人	５人	６人	７人	８人
実数	16	25	7	－	－	－	－	1	－
%	27.1	42.4	11.9	－	－	－	－	1.7	－

９人	10 人以上	無回答	総数平均(人)
－	－	10	46
－	－	16.9	0.9

他の業務と兼務している支援コーディネーターの平均は 1 人に満たなかった。

表８　地域との支援体制に関わる兼務内容（複数回答、n=59）

区分	実数	%
認知症地域支援推進員	7	11.9
認知症初期集中支援チーム員	13	22.0
認知症介護指導者	2	3.4
その他	26	44.1
無回答	20	33.9

回答計	68	115.3

地域との支援体制に関わる兼務内容は「認知症初期集中支援チーム員」が 2 割台前半、「認知症地域支援推進員」が 1 割台前半であった。

2） 支援コーディネーターが行った個別支援における市町村の既存施策との関与状況

※関与している：「現在、関わっている」「以前、関わっていたが現在はなし」を合計

表９ A.介護予防・日常生活支援総合事業（n=59） ※上段：実数、下段：%

介護予防・生活支援サービス事業	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
１．訪問型サービスに関すること	11	11	36	1
	18.6	18.6	61.0	1.7
２．通所型サービスに関すること	19	8	31	1
	32.2	13.6	52.5	1.7
３．生活支援サービスに関すること（配食等）	10	6	43	－
	16.9	10.2	72.9	－
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	9	7	43	－
	15.3	11.9	72.9	－
一般介護予防事業に関すること	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
５．介護予防把握事業	－	1	57	1
	－	1.7	96.6	1.7
６．介護予防普及啓発事業	4	－	54	1
	6.8	－	91.5	1.7
７．地域介護予防活動支援事業	1	1	56	1
	1.7	1.7	94.9	1.7
８．一般介護予防事業評価事業	－	－	58	1
	－	－	98.3	1.7
９．地域リハビリテーション活動支援事業	－	－	58	1

介護予防・日常生活支援総合事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「２．通所型サービスに関すること」が 4 割台半ばで最も多かった。

表10　A.介護予防・日常生活支援総合事業の具体的な関与内容

（n=25　自由記述を一部抜粋）

【介護予防・生活支援サービス事業】

- 在宅生活中の主に日中独居（家族が仕事で不在等）の方を中心に、訪問リハビリ、通所デイサービス、配色サービスを利用している
- 地域である体操教室や交流会へ参加を勧め、受け入れてもらった。一人暮しの人のゴミの分別のお手伝い等日常生活での見守り、声かけをお願いした
- 高齢者対象の通所に馴染めない方は訪問系サービス利用を行いサービスの拡充を図る。通所に関しては運動を主とする半日型の利用が多い

【一般介護予防事業】

- 市と図書館主催のアルツハイマー月間の普及・啓発事業に共催し、若年性認知症の普及・啓発を行った
- 講演依頼を受け、講師として登壇した。また、その講演にて若年性認知症の人とトークセッションも行った

表11　B.包括的支援事業（n=59）　※上段：実数、下段：%

地域包括支援センターの運営	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
10. 地域ケア個別会議	15	14	30	－
	25.4	23.7	50.8	－
11. 地域ケア推進会議	5	4	49	1
	8.5	6.8	83.1	1.7
12. その他	3	1	44	11
	5.1	1.7	74.6	18.6
在宅医療・介護連携推進事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	15	3	41	－
	25.4	5.1	69.5	－
14. 医療・介護関係者のための研修	27	6	26	－
	45.8	10.2	44.1	－
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	11	4	43	1
	18.6	6.8	72.9	1.7
認知症総合支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	9	4	46	－
	15.3	6.8	78.0	－

17. 認知症初期集中支援チーム員会議	16	8	35	－
	27.1	13.6	59.3	－
18. 認知症地域支援推進員に関すること	23	－	35	1
	39.0	－	59.3	1.7
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	17	3	39	－
	28.8	5.1	66.1	－
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること	18	8	33	－
	30.5	13.6	55.9	－
21. チームオレンジに関すること	16	5	36	2
	27.1	8.5	61.0	3.4
22. 認知症カフェに関すること	29	10	20	－
	49.2	16.9	33.9	－
23. 本人ミーティングに関すること	25	4	29	1
	42.4	6.8	49.2	1.7
24. 認知症ケアパスに関すること	13	8	36	2
	22.0	13.6	61.0	3.4
生活支援体制整備事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手の養成研修	4	2	53	－
	6.8	3.4	89.8	－
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	4	1	54	－
	6.8	1.7	91.5	－
27. 就労的活動支援に関すること	16	4	38	1
	27.1	6.8	64.4	1.7
家族介護支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
28. 介護教室の開催に関すること	11	4	44	－
	18.6	6.8	74.6	－
29. 介護者交流会の開催に関すること	31	3	25	－
	52.5	5.1	42.4	－
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	6	1	52	－
	10.2	1.7	88.1	－

包括的支援事業は、多くの事業で関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「22. 認知症カフェに関すること」が 6 割台半ばで最も多く、次いで、「29. 介護者交流会の開催に関すること」が 5 割台後半、「14. 医療・介護関係者のための研修」が 5 割台半ばで続いた。

表12　B.包括的支援事業の具体的な関与内容　（n=113　自由記述を一部抜粋）

【地域包括支援センターの運営】 ・　地域ケア個別会議にて、本人への支援や利用できる制度について説明した ・　地域ケア推進会議へは若年性認知症支援コーディネーターの周知ができたため、出席を取りやめた
【在宅医療・介護連携推進事業】 ・　市主催による地域包括支援センター職員、障害関係者向けの若年性認知症に関わる研修で登壇した ・　認知症疾患医療センターの地域連携協議会へ参加した
【認知症総合支援事業】 ・　チームオレンジの活動として展開する方向で調整したことある ・　配置先の認知症疾患医療センターが認知症カフェを開催しており、参加している ・　認知症初期集中支援チームが関わる若年性認知症の個別ケースで、チーム員会議に出席した ・　ケアパス等については市町村から相談（作成、更新）時に、一緒に考えさせてもらっている。認知症サポーター養成については、行政職員や企業等のキャラバン・メイトとしての講座を受け持っている。ステップアップ研修は市町村等の要請時講話を持っている
【生活支援体制整備事業】 ・　行政からの要請時に参加して、意見を述べたり、資源開発をお願いする ・　個別支援のあり方を検討した
【家族介護支援事業】 ・　介護教室での講師登壇と若年性認知症の人とのトークセッションを行った ・　認知症行方不明高齢者事前登録制度の対象者を紹介、利用手続きの支援をした ・　介護者交流会を市の認知症初期集中支援チームと連携し、企画した

表13　C.障害者総合支援法に基づく事業（n=59）　※上段：実数、下段：%

介護給付	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
31. 居宅介護	8	5	45	1
	13.6	8.5	76.3	1.7
32. 生活介護	4	9	46	－
	6.8	15.3	78.0	－
33. 施設入所	7	6	46	－
	11.9	10.2	78.0	－
34. その他	1	1	42	15
	1.7	1.7	71.2	25.4
訓練等給付	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**

35. 就労移行支援	9	5	44	1
	15.3	8.5	74.6	1.7
36. 就労定着支援	5	4	49	1
	8.5	6.8	83.1	1.7
37. 就労継続支援 A 型事業所	9	10	39	1
	15.3	16.9	66.1	1.7
38. 就労継続支援 B 型事業所	28	14	16	1
	47.5	23.7	27.1	1.7
39. その他	2	2	41	14
	3.4	3.4	69.5	23.7
その他	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
40. 自立支援協議会	3	2	54	－
	5.1	3.4	91.5	－

障害者総合支援法に基づく事業は、介護給付と自立支援協議会の事業は関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「38. 就労継続支援 B 型事業所」が 7 割以上で最も多かった。

表14　C.障害者総合支援法に基づく事業の具体的な関与内容

（n=53　自由記述を一部抜粋）

【介護給付】 ・　症状進行するまでは障害福祉サービスでショートステイやグループホーム入所をしていた ・　介護保険利用とならない年齢の方のサポートで活用した。計画相談員や介護保険併用の方は介護支援専門員を通して調整をしている。障害者グループホームに入所された事例を過去に支援した
【訓練等給付】 ・　再就職に向けて支援していた方が就労移行支援を利用し、再就職できた。現在は定着支援を利用している ・　サービス利用中の若年性認知症の人への対応について助言、支援会議への参加、訓練等給付の利用が困難になった場合の介護保険サービスへの移行支援を行う ・　支援者向けの研修会へ出講した
【自立支援協議会】 ・　自立支援協議会へ出向き、若年性認知症の支援について講演した ・　ケース発表、事例検討を行った

表15　D.重層的支援体制整備事業（n=59）　※上段：実数、下段：%

	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
41. 重層的支援体制整備事業	3	1	55	－
	5.1	1.7	93.2	－

重層的支援体制整備事業は、9割以上が関与なしと回答した。

表16　D.重層的支援体制整備事業の具体的な関与内容（n=4　自由記述を一部抜粋）

・　先方より案内される研修へ参加した
・　個別相談・支援を通しての課題抽出や多職種連携が必要な事例や支援の抽出を行った

3）　支援コーディネーターが行った事業推進における市町村の既存施策との関与状況

※関与している：「現在、関わっている」「以前、関わっていたが現在はなし」を合計

表17　A.介護予防・日常生活支援総合事業（n=59）　※上段：実数、下段：%

介護予防・生活支援サービス事業	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
1．訪問型サービスに関すること	3	3	53	－
	5.1	5.1	89.8	－
2．通所型サービスに関すること	4	3	52	－
	6.8	5.1	88.1	－
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	3	2	54	－
	5.1	3.4	91.5	－
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	3	－	56	－
	5.1	－	94.9	－
一般介護予防事業に関すること	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
5．介護予防把握事業	1	1	57	－
	1.7	1.7	96.6	－
6．介護予防普及啓発事業	2	2	54	1
	3.4	3.4	91.5	1.7
7．地域介護予防活動支援事業	－	－	59	－
	－	－	100.0	－
8．一般介護予防事業評価事業	－	1	58	－
	－	1.7	98.3	－
9．地域リハビリテーション活動支援事業	1	－	58	－
	1.7	－	98.3	－

介護予防・日常生活支援総合事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表18　A.介護予防・日常生活支援総合事業の具体的な関与内容

（n=15　自由記述を一部抜粋）

【介護予防・生活支援サービス事業】
・　通所施設の職員対象に若年性認知症への対応力向上のための研修会を開催した
・　市町村からの依頼で関与している
【一般介護予防事業】
・　県内全ての市町で関わったことはないが、啓発的な事業に関わりがある
・　若年性認知症の方のオレンジカフェに地域リハビリテーション活動支援事業から、作業療法士を派遣してもらっている

表19　B.包括的支援事業（n=59）　　**※上段：実数、下段：%**

地域包括支援センターの運営	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
10. 地域ケア個別会議	9	－	48	2
	15.3	－	81.4	3.4
11. 地域ケア推進会議	6	1	50	2
	10.2	1.7	84.7	3.4
12. その他	2	1	42	14
	3.4	1.7	71.2	23.7
在宅医療・介護連携推進事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	10	4	44	1
	16.9	6.8	74.6	1.7
14. 医療・介護関係者のための研修	21	5	33	－
	35.6	8.5	55.9	－
15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	8	1	50	－
	13.6	1.7	84.7	－
認知症総合支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	8	－	50	1
	13.6	－	84.7	1.7
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	13	1	45	－
	22.0	1.7	76.3	－
18. 認知症地域支援推進員に関すること	16	1	42	－
	27.1	1.7	71.2	－

19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	17	2	40	－
	28.8	3.4	67.8	－
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）に関すること	16	11	32	－
	27.1	18.6	54.2	－
21. チームオレンジに関すること	15	3	41	－
	25.4	5.1	69.5	－
22. 認知症カフェに関すること	26	3	30	－
	44.1	5.1	50.8	－
23. 本人ミーティングに関すること	22	2	35	－
	37.3	3.4	59.3	－
24. 認知症ケアパスに関すること	10	12	37	－
	16.9	20.3	62.7	－
生活支援体制整備事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手の養成研修	1	1	57	－
	1.7	1.7	96.6	－
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	2	－	57	－
	3.4	－	96.6	－
27. 就労的活動支援に関すること	7	－	52	－
	11.9	－	88.1	－
家族介護支援事業	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
28. 介護教室の開催に関すること	9	4	46	－
	15.3	6.8	78.0	－
29. 介護者交流会の開催に関すること	23	2	33	1
	39.0	3.4	55.9	1.7
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	5	1	52	1
	8.5	1.7	88.1	1.7

包括的支援事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。関与している事業では、「22. 認知症カフェに関すること」が約5割で最も多かった。

表20　B.包括的支援事業の具体的な関与内容　（n=78　自由記述を一部抜粋）

【地域包括支援センターの運営】

- 認知症を対象としたまちづくりワークショップに参加し、若年性認知症の人の居場所やその他の課題を話し合い、情報共有し、今後の必要な事業・施策に繋げた
- 委員として会議に出席した

【在宅医療・介護連携推進事業】 ・　在宅医療多職種連携研修会での講演、会議へ参加した
【認知症総合支援事業】 ・　認知症初期集中支援チーム員として訪問や会議等に出席し活動した。また、市の推進員と情報交換や連携した ・　認知症地域支援推進員との意見交換のための会議を開催した ・　市と共同して本人ミーティングを開催した ・　認知症地域支援推進員の取組みに対してのサポート、カフェ企画、本人ミーティングの開催へのサポート
【生活支援体制整備事業】 ・　関係機関が主体となっているところに関わる ・　ボランティアだがマッサージを通して就労的活動支援の展開を実施した
【家族介護支援事業】 ・　企画立案などに関与している ・　介護教室・介護交流会へのアドバイザーとして参加している ・　家族の交流会（勉強会含）運営へ協働している

表21　C.障害者総合支援法に基づく事業（n=59）　※上段：実数、下段：%

介護給付	現在、関与している	以前、関与現在はなし	関与なし	無回答
31. 居宅介護	2	2	55	－
	3.4	3.4	93.2	－
32. 生活介護	2	1	56	－
	3.4	1.7	94.9	－
33. 施設入所	2	－	57	－
	3.4	－	96.6	－
34. その他	3	－	47	9
	5.1	－	79.7	15.3
訓練等給付	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
35. 就労移行支援	4	2	53	－
	6.8	3.4	89.8	－
36. 就労定着支援	2	－	57	－
	3.4	－	96.6	－
37. 就労継続支援 A 型事業所	7	2	50	－
	11.9	3.4	84.7	－

38. 就労継続支援 B 型事業所	10	3	46	－
	16.9	5.1	78.0	－
39. その他	3	－	49	7
	5.1	－	83.1	11.9
その他	**現在、関与している**	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
40. 自立支援協議会	2	1	56	－
	3.4	1.7	94.9	－

障害者総合支援法に基づく事業は、すべての事業で関与なしが多数を占めた。

表22　C.障害者総合支援法に基づく事業の具体的な関与内容

（n=30　自由記述を一部抜粋）

【介護給付】 ・　若年性認知症自立支援ネットワーク協議会への参加依頼をした ・　地域相談支援事業が関連する会議へ参加した
【訓練等給付】 ・　若年性認知症の方が利用できる資源の一つとして、自施設内の事業所に若年性認知症の受け入れ促しをしている ・　若年性認知症自立支援ネットワーク協議会への参加依頼をした
【自立支援協議会】 ・　会議に定期的に参加している

表23　D.重層的支援体制整備事業（n=59）　　※上段：実数、下段：%

	現在、関与している	**以前、関与現在はなし**	**関与なし**	**無回答**
41. 重層的支援体制整備事業	2	－	54	3
	3.4	－	91.5	5.1

重層的支援体制整備事業は、9 割以上が関与なしと回答した。

表24　D.重層的支援体制整備事業の具体的な関与内容（n=4　自由記述を一部抜粋）

・　個別支援から課題の抽出⇒ネットワーク会議による関係機関との課題の情報共有・解決に向けた話し合い

4）　市区町村での若年性認知症支援コーディネーター設置事業の実施について

4-1）市区町村において、支援コーディネーター設置事業を進めるにあたり、令和 4 年 9 月 1 日時点の支援コーディネーターの配置状況で円滑に行うことは可能か

※可能：「可能」「だいたい可能」を合計

表25　A.「個別相談業務」の実施状況（n=59）

区分	可能	だいたい可能	やや困難	困難	無回答
実数	11	24	21	2	1
%	18.6	40.7	35.6	3.4	1.7

個別相談業務の実施状況は、約 6 割が可能と回答した。

表26　A.「個別相談業務」の実施が困難な理由（n=23、複数回答）

区分	実数	%
配置人数が不足	17	73.9
配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分	5	21.7
配置先の兼務業務が多忙	11	47.8
時間確保が困難	14	60.9
都道府県・指定都市の行政担当者からの後方支援が不十分	7	30.4
自身の支援方法への理解が不十分	7	30.4
その他	3	13
無回答	－	－
回答計	64	278.3

個別相談業務の実施が困難な理由は、「配置人数が不足」が 7 割台前半で最も多かった。次いで、「時間確保が困難」が 6 割、「配置先の兼務業務が多忙」は 4 割台後半で続いた。

表27　B.「支援ネットワークの構築」の実施状況（n=59）

区分	可能	だいたい可能	やや困難	困難	無回答
実数	5	16	33	3	2
%	8.5	27.1	55.9	5.1	3.4

支援ネットワークの構築の実施状況は、6 割台後半が実施困難と回答した。

表28　B.「支援ネットワークの構築」の実施が困難な理由（n=36、複数回答）

区分	実数	%
配置人数が不足	22	61.1
配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分	7	19.4
配置先の兼務業務が多忙	15	41.7
時間確保が困難	19	52.8
都道府県・指定都市の行政担当者からの後方支援が不十分	12	33.3
自身の支援方法への理解が不十分	11	30.6
その他	4	11.1
無回答	－	－

回答計	90	250.0

支援ネットワークの構築の実施が困難な理由は、「配置人数が不足」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「時間確保が困難」が 5 割台前半、「配置先の兼務業務が多忙」が 4 割台前半であった。

表29　C.「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」の実施状況（n=59）

区分	可能	だいたい可能	やや困難	困難	無回答
実数	4	22	27	3	3
%	6.8	37.3	45.8	5.1	5.1

若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動の実施状況は、5 割が実施困難と回答した。

表30　C.「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」の実施が困難な理由（n=30、複数回答）

区分	実数	%
配置人数が不足	16	53.3
配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分	5	16.7
配置先の兼務業務が多忙	17	56.7
時間確保が困難	19	63.3
都道府県・指定都市の行政担当者からの後方支援が不十分	13	43.3
自身の支援方法への理解が不十分	6	20.0
その他	2	6.7
無回答	－	－
回答計	78	260.0

普及・啓発活動の実施が困難な理由は、「時間確保が困難」が 6 割台前半で最も多く、次いで「配置先の兼務業務が多忙」が 5 割台後半、「配置人数が不足」が 5 割台前半で続いた。

表31　D.「就労・社会参加支援」の実施状況（n=59）

区分	可能	だいたい可能	やや困難	困難	無回答
実数	3	22	26	7	1
%	5.1	37.3	44.1	11.9	1.7

就労・社会参加支援の実施状況は、5 割台後半が実施困難と回答した。

表32　D.「就労・社会参加支援」の実施が困難な理由（n=33、複数回答）

区分	実数	%
配置人数が不足	20	60.6
配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分	6	18.2
配置先の兼務業務が多忙	15	45.5

時間確保が困難	23	69.7
都道府県・指定都市の行政担当者からの後方支援が不十分	10	30.3
自身の支援方法への理解が不十分	14	42.4
その他	6	18.2
無回答	－	－
回答計	94	284.8

就労・社会参加支援の実施が困難な理由は、「時間確保が困難」が約 7 割で最も多く、次いで「配置人数が不足」が 6 割、「配置先の兼務業務が多忙」が 4 割台半ばであった。

4-2）自市町村における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために、市町村担当者、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員に求めること（自由記述、一部抜粋）

表33　【市町村担当者　n=44】

支援体制の整備に関すること（18 件）
・　「うちの部署の仕事ではない」と拒否しないで欲しい ・　若年性認知症の人の相談窓口を明確にして、きちんと担当をつけて欲しい ・　支援コーディネーターと連携をするための市区町村の窓口を明確にするなど、若年性認知症に関する施策を整備して欲しい ・　若年性認知症の相談があった場合、支援コーディネーターに紹介していただきたい ・　行政関連が横の連携を円滑に行える体制を整えていただきたい。このような体制があることで、若年性認知症以外にも汎用性のある体制になると考える。 ・　サービスが円滑に支援できるよう、高齢担当と障害担当の連携を図る。 ・　介護保険と障害サービスの利用への柔軟な対応をして欲しい ・　異動による、引き継ぎも確実にやってもらいたい ・　利用できる社会資源については、窓口で案内して欲しい ・　生活困窮では、失業等による生活環境の変化（収入減、ローン残高対応）による家計相談への対応をして欲しい ・　地域包括支援センターが若年性認知症の人の支援が出来るよう、対策して欲しい
若年性認知症やその支援への知識面に関すること（16 件）
・　若年性認知症の人の基本的な知識は得て欲しい ・　高齢者との要求の違いを理解して欲しい ・　障害者としての視点で考えて欲しい ・　若年性認知症の人のサービス＝介護保険の固定概念を取り払って欲しい ・　支援コーディネーターに丸投げでなく、当事者を理解しようとする姿勢が欲しい ・　障害福祉担当窓口で若年性認知症の相談を蔑ろにしないで欲しい

情報共有に関すること（10 件）
・　相談者の了承が得られるなら情報共有をしたい ・　担当者が把握している資源を教えて貰う ・　お互い情報を共有しながら、一緒に支援していきたい ・　何かあれば（連絡を）取り合っていくようにしたいと伝える
普及・啓発に関すること（10 件）
・　若年性認知症に関する専門職向けの研修会等の開催協力、普及・啓発活動への協力 ・　高齢担当には、個別支援ケースでの連携はもとより支援コーディネーターが行う啓発活動への協力を希望したい ・　障害担当には、市町村内の就労継続支援 B 型事業所のネットワークを通じた啓発活動実施への協力をお願いしたい ・　市民向けセミナー、企業向けセミナー、関係機関での研修会の活用や周知・啓発の場の検討をして欲しい ・　企業への若年性認知症啓発を積極的に行って欲しい。相談が入った時点で退職されていたり、進行されている人も多いので、早期発見のためにも啓発は、必要と考える。
連携体制に関すること（6 件）
・　諸課題について細やかな連携を図りたい ・　地域包括ケアシステムに関する会議等があれば声をかけて欲しい ・　若年性認知症の人を把握した際に一報入れて連携を図っていただきたい ・　介護保険相談・申請窓口対応の方が、ケースに応じて支援コーディネーターに適切につなぐこと
事業の方向性に関すること（5 件）
・　当市における地域の状況を分析し、若年性認知症支援に関する事業の方向性を示して欲しい ・　具体的なビジョンの提示して欲しい ・　「認知症カフェ」「ケアパス」「本人ミーティング」など事業実績を求めるのではなく、その人への支援を考え、そこからそれらの事業を運営して欲しい
実態把握に関すること（3 件）
・　地域の若年性認知症の人の把握して欲しい ・　地域における実態を把握して欲しい
社会資源に関すること（3 件）
・　地域での居場所づくりを進めて欲しい ・　就労先の確保、新たな資源の開拓に協力して欲しい
その他（3 件）
・　居場所づくりのケース相談をした際「若年性認知症の人が利用できそうな事業所はない」と言われただけだった。ないならば作っていこうという前向きな発言がなく、自市で起きている課題ではあるのに残念に思った。支援コーディネーターの働き掛けが不十分かもしれないが、協力していこうという前向きな姿勢がほしい

・　若年性認知症の当事者が居ないと言われることが多いが、実態把握をされていない市町村への県担当課からの支援が必要と思う ・　各地域包括支援センターや認知症地域支援推進員の育成が必要であると思う

表34　【地域包括支援センター職員　n=43】

若年性認知症の人の支援技術に関すること（22 件）
・　個別支援においてのサービス調整に協力して欲しい ・　支援コーディネーターの数に限りがあるため、全県の全ケースに関わることは困難であるため、適宜情報共有を行いながら、継続的な支援をお願いしたい ・　関わったことがなくても、まずはその人に寄り添って欲しい ・　サービスにつながらず、介護支援専門員や相談支援専門員が不在の個別ケースへの継続的な支援をお願いしたい ・　相談者への介護保険以外の情報提供、資源確保等を率先してお願いしたい ・　本人が望む暮らしを地域で継続するために、どのような支援や社会の環境整備が必要かを考え実践して欲しい ・　若年性認知症の人の支援が地域包括支援センターの担当業務であることを知り、積極的に関わって欲しい。高齢の対象者と同様に、相談に乗ってもらえないことも少なくない ・　対応すればすぐに介護保険の申請につなげがちだが、結局使えるサービスがなく宙に浮いてしまうこともあるため、本当に必要な支援は何かを良く見極めてから対応してもらいたい ・　若年性認知症の当事者の話をまずはしっかり聴くこと。たとえ、一般就労中の状況、社会保障の相談等介護保険サービス以外の相談であっても、耳を傾けて欲しい
連携体制に関すること（19 件）
・　地域包括で支援することが不安であれば、支援コーディネーターを紹介して欲しい ・　支援コーディネーターから紹介等することはあるが地域包括から相談はほとんどない。地域包括で解決できているのであろうが、若年性認知症の人の悩みは高齢者と異なるので紹介して欲しい ・　地域包括支援センターが地域で身近な窓口であり続けてくれることが、支援にあたっても大変心強い。そのため、若年性認知症の情報など共有化できるように連携を図って欲しい ・　既にあるネットワークを提示して欲しい ・　お互い情報を共有しながら、一緒に支援していきたい ・　障害福祉の支援者とも顔見知りになり、横のつながりを持って欲しい
若年性認知症やその支援への知識面に関すること（12 件）
・　若年性認知症支援コーディネーターがいることを知ってほしい ・　若年性認知症の理解や支援コーディネーターの役割の理解を深めて欲しい
支援体制に関すること（5 件）
・　若年性認知症の人の症状が進行し、介護保険へ移行の際、サービスへ繋がらないケースでも定期訪問や地域での見守りを継続していただきたい。介護支援専門員がついた後でも、状況安定するまでは引き続き対応をお願いしたい

・　担当者が異動や退職をする際に、ケースを引き継いで欲しい
・　若年性認知症の人の受け入れや支援体制などに、各センターで差がでないようにして欲しい
・　子育て支援など事例特有の問題も包括的に支援していく体制を整備して欲しい
社会資源に関すること（2 件）
・　地域内の制度外資源の開拓にも協力して欲しい
・　若年性認知症の本人の居場所の支援をして欲しい
情報共有に関すること（2 件）
・　事例の共有、訪問の同席、地域交流の場への同行等、支援を共有する

表35　【認知症地域支援推進員　n=43】

連携体制に関すること（20 件）
・　地域の若年性認知症の人の把握や地域での居場所づくり等、協働をお願いしたい
・　お互い情報を共有しながら、一緒に支援していきたい
・　個別支援での連携を引き続き行っていきたい
・　実際の若年性認知症の人の集まりに参加し実情を知った上で、一緒に動いてほしい
・　いつも連携をしていただけることに感謝しているが、人事異動となると担当が変わってしまうため、顔の見える関係を維持するのが難しい。顔が見え、有機的連携が維持できるような関係性を共に考えていただきたい
・　対象が少ないこともあり、支援に慣れていない場合が多い。市区町村全体として相談を受けるなど、支援コーディネーターと現場連携の中心役割を担って欲しい
・　障害福祉の支援者とも顔見知りになり、横のつながりをもつこと
・　若年性認知症の方の相談窓口としての役割分担を担って欲しい
若年性認知症の人の支援技術に関すること（11 件）
・　地域により差異はあるが、ケースワークの展開力を伸ばして欲しい
・　本当の困り事が何であるか相談者の課題を整理し、必要な情報を提供して欲しい
・　支援コーディネーターの数に限りがあるため、全県の全ケースに関わることは困難であるため、情報共有を行いながら、継続的な支援をお願いしたい
・　若年性認知症の当事者の話をまずはしっかり聞いていただき、例え、一般就労中の状況、社会保障の相談等介護保険サービス以外の相談であっても、耳を傾けて欲しい
・　必ずしも「認知症」と「若年性認知症」を分けた活動をしなくてもよい。高齢者の認知症カフェであっても、若年性認知症の人が過ごせる工夫を考えて欲しい
若年性認知症やその支援への知識面に関すること（11 件）
・　推進員が若年性認知症の人を支援する役割があることを分かっていて欲しい
・　若年性認知症や支援コーディネーターの役割の理解を深めて欲しい
・　若年性認知症の疾患や対応について理解を深め、進行状況に応じた支援をしてほしい
・　推進員に若年性認知症を知ってもらう場を設けることも必要と考え、具体的な支援の事例検討もあれば良いと思う。ただ、推進員の業務の内容がどこまでなのか、また、そのことを推

進員がどう考えておられるのか、わかりにくいので難しい
社会資源に関すること（4 件）
・ 認知症カフェについて、当事者・家族より「若年性認知症に特化したものが欲しい」との意見が聞かれているため、二次医療圏域に若年性認知症専門カフェの設立をして欲しい ・ 居場所や就労先の新たな開拓に協力して欲しい ・ 地域における社会資源を把握して欲しい
普及・啓発に関すること（4 件）
・ 若年性認知症についての普及・啓発事業への協力 ・ 若年性認知症の人と家族の理解とサポートについて啓発する活動を、支援コーディネーターとともに展開して欲しい
情報共有に関すること（2 件）
・ 情報を共有して欲しい ・ 認知症の進行、本人家族への支援、地域の利用できる社会資源など支援コーディネーターと情報共有し、支援を図っていければと思う
その他（3 件）
・ 市町村やそれぞれの推進員によって活動内容が異なる。熱心な場合は若年性認知症についての研修や個別支援までしているが、逆に全く認知されていないこともある。それぞれの地域に特化した形で地域版支援コーディネーターとして活躍して欲しい ・ とても狭い観測ですが、推進員に個人差があり過ぎるように思う。密に連携をとる人と、全く顔も見ない人もいて、担当地区によって差が生じてくる。同市町村において平準化を求めたい

4-3）自市町村における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために必要な支援コーディネーターの支援内容と、市町村担当者、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員と連携する際に、配慮している点（自由記述）

表36　【必要な支援コーディネーターの支援内容　n=44】

若年性認知症の人の支援に関すること（30 件）
・ 問題の抽出、整理、優先順位をつける ・ 様々な地域での社会資源創出にあたり、助言等の協力をする ・ 若年性認知症の人の支援について、専門的な助言をしている ・ 支援に迷ったときのスーパービジョンを実施している ・ ワンストップの相談窓口として包括的に俯瞰したケース把握につとめ、本人の希望と現状をふまえ必要な制度サービスの担当窓口につなぐこと ・ 身近な生活支援を市町村ができるように、研修や支援サマリー（シート）などを活用して、市町村の認知症地域支援推進員や地域包括支援センターをバックアップしている。就労や経済面の保障などは支援コーディネーターが担当していることが多い ・ 傾聴している ・ 初期段階からサービスや支援に定着するまでの伴走をしている

- 若年性認知症は特別ではなく、ニーズを握握し、本人、家族両方への心理的サポートも含めて共にサポートしていって欲しいと伝えて一緒にまきこむように支援している
- 本人、家族からの相談に対し必要な時期に適切な支援が図れるよう信頼関係の構築を図っている
- ケース会議を開催している
- 受診同行をしている
- 就労継続支援を行っている
- 認知症の特徴として、家族介護者の支援は必須だと思っている。介護する人が身も心も元気である事がご本人の支援につながるといつも考えての支援を心がけている

連携体制の構築に関すること（15 件）

- 活動への協力に関する連携を図る
- 他機関との連携を構築する
- 顔が見え、活かせる連携構築と維持を図る
- 支援体制のコーディネートを行っている
- 本人を中心に据えた関係者、関係機関との連絡調整をしている
- 連携体制の構築をする際の市区町村の積極的な関与を図っている

普及・啓発に関すること（13 件）

- 若年性認知症への理解推進を図っている
- 早期発見、対応のための啓発(医療、行政、市民、企業等)を行っている
- 若年性認知症や支援コーディネーターの支援に関する啓発活動を行っている
- 支援コーディネーターの活動の見える化を図っている

情報提供に関すること（9 件）

- 将来にそなえての資源を提示している
- 制度やサービスを円滑に利用できるように紹介している
- 社会資源の情報を伝え、必要があれば一緒に出向く
- 地域では対応が難しいと思われる就労継続支援や就労に伴う制度サービスの情報提供や手続支援（傷病手当金や雇用保険等）を行っている

社会資源の開発に関すること（6 件）

- 社会資源を開拓している
- 就労先を確保している
- 市町村と共に、若年認知症の利用可能なサービスの検討を行う
- 本人・家族の会をたち上げ、運営をサポートしている

その他（5 件）

- 支援コーディネーターの数に限りがあるため、全市町村における当事者支援を行うことは困難な状況にある。地域での居場所づくり、社会参加に繋げるためには各市町村に支援コーディネーターもしくはそれに準ずる専門職や相談窓口を配置し、地域の実情に応じた普及・啓発や連携を行うことが必要と考える

・　地域の特徴を把握する。 都市型か農村型かを念頭におく。農村型では若年性認知症の受診や市町村への相談もはばかられる地域がある

表37　【市町村担当者と連携時に配慮している点　n=40】

若年性認知症やその支援への理解の促進に関すること（15 件）
・　高齢者とは違うニーズがあることを伝える ・　認知症という一言で片づけられないように説明する ・　若年性認知症ならではの特有の課題等の周知を図る ・　支援コーディネーターの活動や考え方等を伝えるようにしている ・　何度か足を運び、理解を求めている ・　共に支援することの説明する
情報共有に関すること（14 件）
・　若年性認知症の相談状況やニーズの共有を行っている ・　相談者が困っていることやニーズを情報提供するようにしている ・　当事者が何を必要としているかを前もって、明確に伝えるようにしている ・　当事者の状況と必要としている支援内容を可能な限り具体的に伝える ・　つなぐ前に必要に応じて担当者と情報共有し、本人との対応がスムーズにできるような体制づくりを心がけている ・　お互いの情報を共有し、支援方向を統一して関わる ・　支援コーディネーターが把握した状況を本人の了解があれば、情報提供していく。動きがあった際もこまめに報告している
対応内容に関すること（13 件）
・　市町村によっての特徴があるため、その状況にあった関わりをするようにしている ・　交流会を協働するなどし、当事者や家族の声を直接聞いてもらっている ・　高齢や障害など提供できるサービスの可能性を検討する ・　支援コーディネーターから積極的に声をかける ・　どの課に繋ぐとしても、支援連携シートの作成を行い、各関係機関の役割を明確にし、顔つなぎで当事者・家族を紹介するように調整している
連携体制構築に関すること（6 件）
・　本人や家族に同意を得ながら連携を図っている ・　対象者の身近な支援窓口として、丁寧につなぐこと ・　本人の同意を得て連携する
支援体制に関すること（3 件）
・　担当窓口が誰かを確認している ・　福祉、介護、障害分野の担当者の介入協力を依頼する ・　解決に向けた会議の開催と参加を促す

担当者の能力等に関すること（3 件）
・　担当部署の位置づけ、個人のおかれた状況はそれぞれ違うことに配慮している。
・　個人の知識・経験・熱心さ・能力もそれぞれ違うことに配慮している
・　市町村担当者がどの程度、若年性認知症支援の課題を認識しているか、情報収集する
その他（3 件）
・　支援コーディネーター自身のスキルアップや経験値の向上を図る
・　一緒に企画できる事業を検討している

表38　【地域包括支援センター職員と連携時に配慮している点　n=31】

対応内容に関すること（17 件）
・　若年性認知症の人の支援を一緒に協力していく姿勢を提示している
・　効率的に支援を進めるための分担と協働する
・　連携時、地域特性を考慮している
・　支援の方向性を確認している
・　他の業務で忙しいので、負担にならないようにしている
・　個別支援事例をつないだ後も後方支援を継続している
・　障害福祉サービスや制度など介護保険や高齢者向けのサービスや制度以外のサービスや制度について、利用についての助言や支援を実施している
・　現状と将来的に必要となる可能性を伝え、早期(介護保険適用の前から)の連携を依頼する
・　支援をお願いするときに一緒に動いていきたいことを伝え、役割分担する
情報共有に関すること（17 件）
・　本人（相談者）同意の元、情報共有に努めている
・　社会資源につなぐだけにならないように、本人や家族の様子を細かく連絡し合って情報共有をして、それぞれに役割分担をしながら支援できるよう配慮している
・　当事者だけでなく、家族などの困りごとを支援してもらえるようにニーズを伝える
支援体制に関すること（11 件）
・　介護保険に関することなどは、市町村と連携を取って頂くようにお願いする
・　推進員や認知症初期集中支援チームが地域包括支援センター内に配置されているため、ケースを通して連携するようにしている
・　介護サービスは地域包括支援センター、障害サービスは支援コーディネーターが調整するようにしている
・　認知症＝介護保険サービスとの方程式からの脱却に向け、障害福祉サービスや本人・家族の活動の場の紹介など、多様な支援方法の模索に向けて配慮している
若年性認知症やその支援への理解の促進に関すること（9 件）
・　地域包括支援センターは、地域の身近な窓口である。周知のチラシ等を配布して認識していただく取組みをしている
・　若年性認知症ならではの特有の課題等を周知する
・　支援コーディネーターの役割を説明する

・　ケース会議の中で、若年性認知症の特性について話す
担当者の能力等に関すること（4 件）
・　支援可能な範囲に配慮している ・　意見の押し付けにならないように、相手の立場や考えをまずは聞くようにしている ・　対応範囲がどこまでか確認をしている
社会資源に関すること（1 件）
・　地域での受け皿、居場所つくりをする
その他（5 件）
・　所属先の自治体では大きな問題はないが、他自治体とはまだ連携を図れていないところが多いため、推進員、認知症初期集中支援チーム等と連携するといった工夫をしている ・　他の地域の実施方法等も提示しながら助言する

表39　【認知症地域支援推進員と連携時に配慮している点　n=38】

情報共有に関すること（16 件）
・　こまめに情報共有や相談を行なっている ・　個別支援事例について、相談後はできるだけ早期から地域支援推進員と情報共有し、一緒に関わることで事例を知ってもらい、地域の資源を活用できるようにしている ・　支援コーディネーターが主に関わっているケースであっても、定期的に情報共有し自身の地域のこととして把握してもらっている。その場合、全体像の伝えることはもとより、認知症施策に関わる部分とその他の施策（障害福祉サービス等）に関わる部分を整理して伝えるようにしている
対応内容に関すること（15 件）
・　支援の方向性の確認する ・　地域の実情や資源を伺い、方向性をどのように考えているかよく話をする ・　役割分担を明確にする ・　依頼に応じてその地域に出向くようにしている ・　若年性認知症の人が活用できる地域の社会資源が少ないこともあり、その人に合うものを探すことが難しいことが多い。現状のあるものにつないだだけでなく、継続利用ができたり、制度の利用も視野に入れていきながら、地域生活が安定できるようにお願いしている ・　地域資源の中で使えそうなものを一緒に考えること、身近で使えるサービス、居場所づくりを行う ・　地域ごとの状況を把握しながら可能性を一緒に考えるようにしている
若年性認知症やその支援への理解の促進に関すること（6 件）
・　推進員がいないと、支援コーディネーターの仕事が成り立たないと考えている。そのため、年に一度は、県が主催となっての研修を兼ねた情報交換を実施している ・　若年性認知症ならではの特有の課題等を周知する ・　支援コーディネーターの役割を説明する ・　共に支援することを説明する

支援体制に関すること（5 件）
・　支援チームの作成を共に行う ・　本人が住む地域の中で本人が望む暮らしを実現する必要があることを前提に、その人が住む地域の推進員と一緒に事例に取組み、サポートチームを作るようにしている
担当者の能力等に関すること（3 件）
・　支援可能な範囲に配慮している ・　意見の押し付けにならないように、相手の立場や考えをまずは聞くようにしている
その他（4 件）
・　自治体（所属先）は自身が兼務しており、他自治体も連携は比較的円滑と思われる

4-4）市区町村の行政担当者と連携する際の課題や困っていること

表40　課題や困りごとの有無（n=59）

区分	ある	ない	無回答
実数	40	18	1
%	67.8	30.5	1.7

約 7 割が「ある」と回答した。

表41　課題や困りごとの内容（「ある」と回答した n=40、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない	19	47.5
若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない	22	55.0
若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない	21	52.5
若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない	18	45.0
若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない	24	60.0
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない	27	67.5
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない	28	70.0
その他	11	27.5
無回答	－	－
回答計	170	425.0

課題や困りごとの内容は、「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない」が 7 割で最も多く、次いで「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘

や開発の必要性の理解が十分でない」、「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」が 6 割台で続いた。

4-5）市区町村の地域包括支援センター職員と連携する際の課題や困っていること

表42　課題や困りごとの有無（n=59）

区分	ある	ない	無回答
実数	40	19	－
%	67.8	32.2	－

約 7 割が「ある」と回答した。

表43　課題や困りごとの内容（「ある」と回答した n=40、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない	22	55.0
若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない	24	60.0
若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない	25	62.5
若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない	22	55.0
若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない	26	65.0
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない	22	55.0
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない	22	55.0
その他	10	25.0
無回答	－	－
回答計	173	432.5

課題や困りごとの内容は、「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」が 6 割台半ばで最も多く、次いで「若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない」、「若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない」が 6 割で続いた。他の項目もすべて半数以上が回答した。

4-6）市区町村の認知症地域支援推進員と連携する際の課題や困っていること

表44　課題や困りごとの有無（n=59）

区分	ある	ない	無回答
実数	29	30	－
%	49.2	50.8	－

約5割が「ある」と回答した。

表45　課題や困りごとの内容（「ある」と回答したn=29、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない	16	55.2
若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない	19	65.5
若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない	18	62.1
若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない	16	55.2
若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない	19	65.5
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない	17	58.6
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない	17	58.6
その他	5	17.2
無回答	－	－
回答計	127	437.9

課題や困りごとの内容は、「若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない」、「若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない」が6割台半ばで最も多く、次いで「若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない」が6割台前半、「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない」、「インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない」が5割台後半で続いた。

５）　市区町村単位できめ細やかな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えるか（自由記述）

表46　必要だと考える内容とその対策　（n=45　自由記述を一部抜粋）

必要だと考える内容	その対策内容
行政の障害福祉担当者の理解が必要である。日中活動で介護保険制度のデイサービスではな	福祉的就労をはじめ障害福祉サービスの利用が不可欠なため、障害支援事業所や相談支援専

く、働きたいニーズ、福祉的就労の受け入れが必要である	門員との連携を図ることで支援がかなり円滑に進むと感じている。介護担当者より初期の若年性認知症の人では障害担当者との連携が多い。普及・啓発事業にも市の障害福祉担当者に参加を促す
若年性認知症の本人やその家族がアクセスしやすいよう、身近な地域において顔の見える相談窓口の設置が必要である	市町村においての相談窓口、担当者の明確化を図る。県の拠点機関だけでなく、地域単位においても若年性認知症の本人や家族のニーズ把握や情報共有を行うこと。（地域の社会資源等の実情や当事者の生活状況を踏まえて）
診断直後にコーディネーターに繋がるような仕組みづくり	医療機関、地域包括、市の窓口など、どの窓口でも良いが、若年性認知症の人の相談があったら支援コーディネーターを紹介してもらうよう、引き続き周知をしていく
自治体等支援機関の職員は定期的に異動で担当者が変わるため、常に初めて担当される方向けの研修会等で理解や協働を求める必要がある。また、支援対象者の暮らす地域内で、当事者の居場所づくりや家族へのピアサポートの場が必要となる	理解を得るためには研修の実施やこまめな訪問（支援機関へも出向く等）又市町村連絡協議会への参加が必要である。そのため社協との連携の強化、個別ピアサポートの展開をさらに拡充する。
市町村の内部事情によって利用可能なサービスが異なる。市の内部の情報（交流の場や、利用可能な就労支援事業所、デイサービス等）があまりにも行政に集まっていないので、整理、登録するシステムが必要である	電子連絡帳のようなシステムをより幅広く活用できないか検討する。また、その場合は情報の更新をこまめにするよう働きかける必要がある。
市町村人口の少ない当県では、市・郡単位で、若年性認知症支援を展開できる機関や人を配置または委託し、地域に根ざした支援を推進する。支援コーディネーターは、それらの活動をスーパーバイズするとともに、都道府県と連携して、広域での支援や広報啓発を行う重層的支援体制の構築が重要となる	予算の確保が必然となる。国・都道府県レベルでの議論が必要となる。都道府県・市町村の首長クラスや議員に訴える機会を増やしていくなど、支援コーディネーターとしては業務を超えているとも思われる活動に取組んでみる必要があると、個人的には考える。しかし、現時点では支援コーディネーターが、都道府県と連携して、地道に機関と人を養成して行くことが近道だと考える

Ⅳ. 若年性認知症支援コーディネーターの配置に関する調査（都道府県・指定都市）

1. 調査目的

都道府県および指定都市の若年性認知症施策行政担当者へのアンケート調査を継続して実施し、相談窓口への相談内容の分析や、支援コーディネーターの配置による効果や課題の経年変化を分析した。

2. 対象と方法

1) アンケート調査対象

47 都道府県および 20 指定都市の若年性認知症施策行政担当者

2) 方法

若年性認知症支援コーディネーターの配置状況等について、令和 4 年 10 月 1 日現在の状況について回答を求めた。令和 4 年 11 月 25 日に調査票を発送し、締切日は令和 4 年 12 月 16 日とした。また、メールによる督促や個別での対応を行った。全ての都道府県・指定都市の行政担当者から回答を得た（回収率 100%）。

3) 調査内容

「Ⅸ.参考資料」を参照。

3. 結果の概要

ここでは、「都道府県」を「県」、「指定都市」を「市」と表記する。また、本調査結果は、令和 3 年度老人保健健康増進等事業「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」の「若年性認知症支援コーディネーターの配置に関する調査（都道府県・指定都市）」において行った前年度の調査結果と比較した。

【若年性認知症施策総合推進事業の実施状況】（表 1～表 3）

「若年性認知症支援コーディネーター設置事業」では、支援コーディネーターはすべての県および 10 市に配置され、設置事業を実施している市は前年度より 2 市増加した。10 市が「実施していない」と回答しており、指定都市における本事業の促進がさらに求められる。設置事業に関する課題や工夫としては、周知、情報共有や連携、人材の確保や配置などについて挙げられた。

「若年性認知症支援ネットワーク構築事業」では、県は 7 割以上が実施しているが、市は 1 割にとどまり、実施していない割合が高いため、今後も取組みを促進していく必要がある。ネットワーク構築事業の工夫や課題としては、開催方法、課題の整理、研修内容、参加者などについて挙げられた。

「若年性認知症の人の社会参加活動の支援」は、前年度に引き続き、県市ともに 5 割以下となった。県では約半数、市では 6 割程度が社会参加活動の支援に取組むことができておらず、より一層の取組みが求められる。社会参加活動の支援における工夫や課題としては、具体的な取組み、紹介や同行支援、ニーズ、連携などについて挙げられた。

「若年性認知症の実態調査」は、前年度と同様に実施していない県市が多く、全体としては 6 割以上が実施しておらず、県では 3 割、市では 1 割ほどの実施にとどまった。実態調査の課題と工夫については、調査方法などに関する内容が挙げられた。

「若年性認知症の人やその家族の支援ニーズの把握」は、県では 7 割以上、市では 4 割程度が実施しており、支援コーディネーター設置事業に次いで、高い割合で実施されていた。支援ニーズの把握に関する工夫や課題については、ニーズ把握に関する方法やその取組み内容などについて挙げられた。

「若年性認知症に係る独自の事業」は、実施している県市は 2 割程度であり、前年度と比較すると実施している県市は 1 県と 1 市増加した。独自事業の工夫として、参加しやすさ、周知・啓発、事業内容、資料の作成などの工夫が挙げられた。独自事業の効果として、相談や支援につながる、新たなニーズの把握、支援者や支援施設のレベルアップ、本人や家族への影響、就労支援の充実化、若年性認知症に関する周知・啓発などの効果が挙げられた。また、独自事業の課題として、周知・啓発、取組みの拡大、ピアサポーターの確保、ネットワーク構築などの課題が挙げられた。

「若年性認知症施策総合推進事業に係る予算」は、全体として 1 割程度が増額と回答したが、前年度と同様に例年通りの予算を計上予定である県市が最も多かった。回答した予算見込みの主な理由は、例年よりも増額した理由として、支援コーディネーターの増員や人件費の見直し、自立支援ネットワーク会議の開催等が挙げられた。また、例年通りの理由として、前年度と事業内容に大きな変更がないことや財政上、増額することが困難である等が挙げられた。減額の理由では、経費削減の方針や実施しない事業があること等がであった。

【若年性認知症窓口の設置状況】（表 4～表 10）

若年性認知症の人や家族のための相談窓口は、無回答を除くすべての県と市に設置され、窓口数は 1 か所が最も多かった。その中で、若年性認知症専用の相談窓口を設置している県は 8 割を超えているが、市は専用の相談窓口の設置が 3 割程度にとどまり、設置状況が異なっていた。また、設置先としては、県は認知症疾患医療センターが 4 割以上と最も多かった。市はその他（地域包括支援センターや行政機関、保健所等）が約 6 割を占め、相談窓口の設置先は多様であった。

相談形態では、前年度と同様に電話相談および来所相談は 9 割以上の県および市で行われており、訪問相談の頻度も高かった。また、メール相談は県では 6 割程度、市では 3 割程度が行っていた。また、その他の形態としては、書面やオンライン、認知症カフェや集い等での相談が挙げられ、多様な相談により対応していることが確認できた。

相談窓口の委託先変更は 8 県と 4 市で行われていた。令和 3 年度の変更は、2 県と 2 市、令和 4 年度の変更は 3 県と 2 市であった。変更の理由として、委託先の都合やプロポーザル、公募による変更等が挙げられた。

【若年性認知症支援コーディネーターの配置状況】（表 11～表 15）

支援コーディネーターはすべての県と 10 市に配置され、前年度より配置されている県市が 2 市増加した。配置された支援コーディネーターは合計で 146 人であり、前年度の 136 人より 10 人増加した（県が 3 名、市が 7 名の増加）。また、4 割以上の県市では支援コーディネーターが 1

人配置であり、支援コーディネーターの配置機関は、1 か所の県市が 8 割を占め最も多かった。配置機関の運営主体は県市ともに委託が 8 割以上を占め、最も多かった。委託先では認知症疾患医療センターが最も多く、県は 4 割以上、市は 5 割程度であった。

支援コーディネーターの保有資格は、社会福祉士が最も多く、次いで介護支援専門員、精神保健福祉士が多かった。また、勤務体制では常勤が 6 割程度で、県市ともに兼任が多かった。また、前年度と比べ、市において兼任の支援コーディネーターが増加しており、兼務している場合の支援コーディネーター業務の割合は 3 割以下が半数を超えていた。

支援コーディネーターの若年性認知症支援の経験年数は、5 年以下が約半数を占めた。認知症介護研究・研修大府センターが実施する若年性認知症支援コーディネーター研修を受講した支援コーディネーターは 9 割以上を占め、市はすべての支援コーディネーターが研修を受講していた。

支援コーディネーターの配置状況に応じた事業展開の工夫としては、関係機関との連携（認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム等）、支援コーディネーター間の連携、支援コーディネーターとの情報共有、周知・啓発、ネットワーク構築、配置そのものの工夫などの多様な工夫が挙げられた。支援コーディネーターの配置開始以来、これまでに支援コーディネーターが変更したことがある県市は半分を占め、その理由は支援コーディネーターの自己都合が約 7 割と最も多かった。

【若年性認知症施策総合推進事業の実施状況と課題】（表 16-1～表 32）

○　若年性認知症自立支援ネットワーク会議

認知症総合戦略推進事業実施要綱（以下、実施要綱）の若年性認知症施策総合推進事業（以下、推進事業）に定める若年性認知症自立支援ネットワークを構築するための会議（以下、ネットワーク会議）について、会議を設置あるいは設置する予定があるのは 38 県であり、前年度よりも 1 県増加したが、9 県は設置されていなかった。また、設置済あるいは予定している市は合計で 4 市であり、5 市は設置されていなかった。会議を設置していない理由として、認知症全般の会議を実施しているから、必要性は認識しているが予算の確保が難しいから、業務多忙等が挙げられた。前年度と同様に、会議回数は 1 回が最も多く、構成員は認知症施策にかかる行政担当者や認知症疾患医療センターが多く、経済団体やハローワークといった労働分野や障害福祉サービス事業所の構成員が少なかった。また、実施要綱に記載されているネットワーク会議の取組み内容は、情報共有の仕組みづくりが最も多く、次いで取組み状況の把握や先進的な事例の収集が多かった。

実施要綱に、ネットワーク会議は障害者就労支援ネットワーク等の既存のネットワークとの連携を図るものと明記されているが、前年度と同様に 7 割以上の県市に連携あるいは連携予定がなく、連携強化に向けた取組みがより一層求められる。連携がある場合、具体的な連携先として、障害者就業・生活支援センター等担当者連絡会議、障害保健福祉圏域会議、障害者雇用・就業支援ネットワーク会議、中小企業同友会、障害者労働問題委員会との連携が挙げられた。

○　若年性認知症自立支援ネットワーク研修

推進事業に定める若年性認知症自立支援ネットワーク研修（以下、ネットワーク研修）の実施状況では、予定を含め 30 県と 4 市が実施していた。ネットワーク研修を実施していない県市は 3 割程度にのぼり、今後も若年性認知症や支援コーディネーターの広域的な周知・啓発や支援ネッ

トワーク構築のために開催を促進していく必要がある。

ネットワーク研修の実施回数は、県市ともに 1 回が最も多く、6 割以上を占めていた。ネットワーク研修の具体的な内容としては、若年性認知症に関する基本的な理解が最も多く、本人・家族の思い、利用できるサービスや制度等、具体的な支援方法、支援事例に関する内容はいずれも 6 割以上を占め、幅広い内容の研修を実施していた。

ネットワーク研修の参加者は、認知症施策にかかる行政担当者が最も多く、次いで介護サービス事業所、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターの参加者が多かったが、経済団体、ハローワーク、企業関係者などの労働関係の参加者は少なかった。

○　治療と仕事の両立支援のための地域両立支援推進チーム

都道府県労働局が設置する治療と仕事の両立支援のための地域両立支援推進チーム（以下、両立支援推進チーム）について、41 県と 6 市が両立支援推進チームのことを知っており、前年度よりも 1 県と 1 市増加した。両立支援推進チームには、21 県と 1 市において支援コーディネーターが参加しており、前年度と比べ 3 県増加していた。支援コーディネーターが参加していない理由では、支援コーディネーターに案内がないこと等が最も多い理由として挙げられた。案内はあったものの参加していない理由としては業務の繁忙などが理由として挙げられ、若年性認知症が対象疾患ではない両立支援推進チームもあった。両立支援推進チームに参加した支援コーディネーターは 7 割以上が構成員として参加しており、参加して得られた成果として、周知・啓発、関係機関との連携、情報収集などが挙げられた。

令和 3 年度に「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」が作成されており、令和 4 年度の診療報酬改定において、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」が追加された。今後も、若年性認知症の人の就労継続を支えるため、都道府県労働局との情報共有と更なる連携強化が望まれる。

○　行政担当者と支援コーディネーターの連携

行政担当者と支援コーディネーターの連携について、ネットワーク会議やネットワーク研修以外の連携内容は、支援実績の報告が県市ともに 8 割以上、支援コーディネーターの要望や課題の聞き取りが県市ともに 7 割以上と多く、前年度と同様の傾向であった。反対に個別支援に関する相談は行政担当者と支援コーディネーターの連携において最も頻度が低かった。

支援コーディネーターと連携した若年性認知症施策総合事業に取組みについては、できている（「とてもできている」あるいは「まあできている」）と回答した者が 9 割近くを占めた。一方で、連携に課題があると回答した行政担当者は 5 割以上おり、行政側の体制、支援コーディネーターとの情報共有、支援コーディネーターの配置、圏域の影響、支援体制の構築などの課題が挙げられた。

○　支援コーディネーターの業務内容と支援

行政担当者は、手引書等に記載された業務内容の中で、個別相談の対応に関する項目、関係機関との連絡調整、若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発に関しては、9 割程度の県市で支援コーディネーターに業務を依頼していた。

支援コーディネーターが実際に行っている業務内容においても、個別相談の対応に関する項目、関係機関との連絡調整、若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発は実際に実施できていた。治療と仕事の両立支援の取組み促進は、実施できている割合が最も低く、これらは前年度と同様の傾向であったが、前年度比較して、実際に取組んでいる県市が 2 県と 3 市増加しており、取組みが進んでいる。

支援コーディネーターに期待する業務（上位 3 つ）としては、若年性認知症の人や家族が交流できる居場所づくりが最も多く、次いで、ワンストップの相談窓口の役割を果たすためのネットワーク構築、個別相談の対応に関する項目が多く挙げられた。

支援コーディネーターに対して県市から行っている支援として、支援コーディネーター配置についての住民への周知および支援コーディネーター配置についての関係機関への周知が 8 割程度の県市で実施されており、次いで若年性認知症施策の方向性や基本方針の説明や共有、研修機会の提供が 7 割程度の県市で実施されていた。一方で、困難事例を抱えた場合のバックアップ体制の整備が最も実施されておらず、前年度と同様であった。

支援コーディネーターを支えていくなかで、課題があると回答した行政担当者は 6 割を超えていた。課題として、支援コーディネーターの人材育成、支援コーディネーターの負担、行政側の知識や経験の不足、支援の充実、バックアップ体制、実態把握、周知・啓発の不足、関係機関との連携、圏域や地域の影響、予算などが挙げられた。これらの課題に対する解決方法や施策として行って欲しいことについては、委託事業の明確化、関係機関との連携強化、支援コーディネーターの資質向上、支援コーディネーターの配置、周知・啓発、情報共有の推進、バックアップ体制の整備、予算の拡充などが挙げられた。

○　支援コーディネーターの配置による効果と課題

支援コーディネーターの配置による効果として、若年性認知症に関する周知・啓発が進んだことが最も多く、次いで、住民から若年性認知症に関する相談が増えたこと、専門職からの若年性認知症についての相談が増えたことが多く挙げられた。一方で、課題として、支援コーディネーターの資質向上のための仕組みを独自で整備することが最も多く挙げられ、次いで、設置事業に係る予算確保、困難事例に関して支援コーディネーターが相談できる仕組みがないことが多く挙げられ、これらは前年度と同様の傾向であった。

【支援コーディネーターの資質向上に向けた対策等】（表 33～表 35）

○　支援コーディネーターの自己研鑽と資質向上に必要な体制

大府センターが主催している支援コーディネーター研修以外に、支援コーディネーターの自己研鑽等の機会について、4 割以上の県市ではその機会がなかった。機会があると回答した県市において、その具体的な内容は研修会やセミナーへの参加が最も多かった。

支援コーディネーターの資質向上に必要な体制については、大府センターが実施している支援コーディネーター研修の継続的な実施などが挙げられた。また、支援コーディネーターの資質向上に必要な研修については、具体的な事例に関する研修や支援コーディネーターや様々な支援者同士で意見交換や情報共有を積極的に行った方が良いという意見などが挙げられた。

【若年性認知症施策への意見・要望】（表 36）

若年性認知症施策への意見や要望としては、施策、制度、補助金、周知・啓発、支援コーディネーターの配置、研修、情報提供、支援などに関する意見があった。

4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

若年性認知症施策総合推進事業の実施状況（設問 1～3）

表 1-1　支援コーディネーター設置事業

区分	実施している	実施していない	実施予定
全体 （n=67）	57 （85.1）	10 （14.9）	0 （0.0）
都道府県 （n=47）	47 （100.0）	0 （0.0）	0 （0.0）
指定都市 （n=20）	10 （50.0）	10 （50.0）	0 （0.0）

表 1-2　支援コーディネーター設置事業の工夫と課題（抜粋）

周知について
・　若年性認知症の特性及び県内配置の支援コーディネーター周知のためのリーフレット配布している。 ・　支援コーディネーター配置の周知が不足している。 ・　支援コーディネーターの知名度向上のため、より一層の普及・啓発が必要と考えている。 ・　委託事業として支援コーディネーターを設置し、個別支援、ネットワークの構築、講演会や研修会を実施している。行政担当は会議や講演会における関係機関への周知や調整、会場の調整等を行い、運営をサポートしている。
情報共有や連携について
・　県事業や市町村の情報、課題の共有をできるだけ行うようにしている。 ・　支援コーディネーターと行政で連絡を取りながら事業を進めている。 ・　複数の支援コーディネーターが交代で相談対応しており、共通認識を持つため事例検討会を実施している。 ・　月 1 で報告兼打合せの機会を持ち、連携を取れるようにしている。 ・　基幹型認知症疾患医療センターの運営機関に設置することにより、関係機関とのスムーズな連携が取れている。 ・　月に 1 回程度、支援事例や事業進捗等を共有する時間を設け、支援コーディネーターとの連携を図っている。支援コーディネーターを現在 1 名配置しているが、周知が進んだことなどから業務負担が大きくなっていることが課題である。 ・　市町村への伴走支援を行っている。
人材の確保や配置
・　県全体をカバーするためには配置人数の増員が必要だが、予算の都合上難しい。

・　配置先から遠方の若年性認知症に対する支援が十分に行き届かない。 ・　若年性認知症特有の課題への対応は、様々な分野の知識が必要とされるため、人員計画をしても確保した予算に対して新たに適切な人材を採用することが難しい。 ・　県東部２名と県西部１名とバランス良く配置（計３名）。 ・　認知症コールセンターに支援コーディネーター1 名を配置。県と合同で実施しているため、県内で１名のみの配置であり、相談対応等において物理的な制約等も多い。

表 1-3　若年性認知症支援ネットワーク構築事業

区分	実施している	実施していない	実施予定
全体 **(n=67)**	38 (56.7)	25 (37.3)	4 (6.0)
都道府県 **(n=47)**	36 (76.6)	9 (19.1)	2 (4.3)
指定都市 **(n=20)**	2 (10.0)	16 (80.0)	2 (10.0)

【実施予定】令和５年１月、令和５年２月、令和５年 10 月、令和５年度中

表 1-4　若年性認知症支援ネットワーク構築事業の工夫や課題（抜粋）

開催方法について
・　オンラインの活用により会議に参加しやすい体制としている。 ・　身近な地域で若年性認知症の支援が進むよう、多職種（介護・障害・就労等）の関係者のネットワーク構築のための地域版若年性認知症多職種連携会議の実施を検討している。 ・　コロナ禍はリモート対応にせざるを得なくやり辛さがある。 ・　ネットワーク構成員の選定が難しい。
課題の整理について
・　２年間未実施につき、現状と課題の把握・焦点化が不十分である。 ・　会議に関しては、若年性認知症が抱えている課題が認知症疾患医療センターにどこまで共有できているのか把握する必要がある。 ・　関係機関との連携が難しく、特に働く場の確保や資源の情報が必要である。
研修内容について
・　圏域ごとに意見交換会を実施し、グループワークにより若年性認知症の取組みについて関係者間で情報共有を行っている。 ・　若年性認知症支援自立支援ネットワーク研修でアンケートを実施することで、研修の内容を毎回見直している。 ・　会議の委員が 2～3 年ごとに変わってしまうため、議論が深まりにくい印象。毎年同じ内容になりがち。
参加者について
・　医療・障害・介護・就労等の多くの分野の方に参加してもらうことで若年性認知症の支援体

制構築を図っている。
・ 年2回程度開催している。作業部会の性質が持てるような委員構成とし、活発な情報交換や意見聴取ができるように工夫している。
・ ネットワーク会議開催に向け、構成員の選出が課題である。

その他

・ 支援コーディネーターの活動の様子や連携事例等の紹介を取り入れ、参加者に若年性認知症の支援に向けた具体的な取組みを考えてもらえるようにしている。就労支援に向け企業団体等に参加してもらいたいが、理解が進んでいないことが課題である。
・ 地域活動支援のために基幹型センターを設置したが、配置した支援コーディネーターには委託した事業が担えない現状が続いている。
・ 市町村、地域包括等によっては関係構築にばらつきがある。
・ ネットワーク会議を令和元年度以降に開催できていない。
・ 自立支援ネットワーク会議を実施していない。

表 1-5　若年性認知症の人の社会参加活動の支援

区分	実施している	実施していない	実施予定
全体 (n=67)	29 (43.3)	36 (53.7)	2 (3.0)
都道府県 (n=47)	22 (46.8)	24 (51.1)	1 (2.1)
指定都市 (n=20)	7 (35.0)	12 (60.0)	1 (5.0)

【実施予定】令和5年度、令和6年4月

表 1-6　若年性認知症の人の社会参加活動の支援における工夫や課題（抜粋）

具体的な取組み

・ 市町村と連携し社会参加支援に資する先進的な取組みのモデル事業を実施している。
・ 認知症の人と家族の会及び認知症当事者ネットワークへの委託事業にて実施している。
・ チームオレンジを活用している。
・ 認知症カフェの参加（ピアサポート活動）の支援している。
・ 当事者と一緒にイベントを開催している。
・ 個別支援を行っている。
・ 若年性認知症支援センター主催の当事者グループ支援を通じて支援している。
・ 認知症当事者によるピアサポート活動をしている。
・ 既存の認知症本人家族交流会のメンバーを起点に活動の輪を広げていく予定である。
・ 勤務先のデイケアで若年性認知症特有のプログラムを考えて実施している。

紹介や同行支援

・ 支援コーディネーターが若年性認知症のつどい等に参加し、相談者につどいを紹介したり、

就労継続支援のための同行支援等を行っている。 ・ 社会参加できる場へ繋いでいる。
ニーズ
・ ニーズに合わせて社会参加できる居場所や社会との繋がりを見つけていく。 ・ 認知症ご本人のニーズ把握や利用できる地域資源の把握（創出）が難しい。 ・ 本人の生活歴や本人がやりたいことに応じて、社会参加できるよう配慮している。
連携
・ 市町や障害者支援の関係者等と連携している。 ・ 若年性認知症に限定していないが、県内 11 地域（19 市町村）で農福連携支援会議を設置し、農業分野での障害者就労支援を実施している。
その他
・ 実施にあたって、若年性認知症の人の把握が難しいことが課題である。 ・ 認知症当事者も地域を支える一員として活躍できるよう支援している。 ・ ピアサポート活動に焦点を当てた事業を実施しているが、ピアサポーターとして活動する人材があまりいない。早期発見、早期治療、認知症であることを発信しやすい環境づくりが課題である。 ・ 今後、本人交流会等を通じてニーズがあれば実施を検討する。 ・ 本人ミーティング等の場で居場所や、本人発信についての情報提供をしている。

表 1-7　若年性認知症の実態調査

区分	実施している	実施していない	実施予定
全体 **(n=67)**	21 (31.3)	43 (64.2)	3 (4.5)
都道府県 **(n=47)**	18 (38.3)	26 (55.3)	3 (6.4)
指定都市 **(n=20)**	3 (15.0)	17 (85.0)	0 (0.0)

【実施年度】平成 24 年、平成 26 年、平成 27 年、平成 28 年、平成 29 年、平成 30 年、令和元年、令和 2 年、令和 3 年、令和 4 年

【実施予定】令和 5 年 1 月、令和 5 年 2 月、令和 5 年

表 1-8　若年性認知症の実態調査における工夫や課題（抜粋）

調査方法
・ 市町村の認知症高齢者等支援取組み状況調査の一項目として把握している。数値以上の実態把握が難しい。 ・ 「認知症に関する意識及び実態調査（第 4 回目）」に併せて、若年性認知症の実態調査を実施した。 ・ 医療機関等を対象とした一次調査、一次調査の結果把握した当事者等を対象とした二次調査

を実施し、実態調査を行った。2021 年度、2022 年度は未実施である。 ・ 若年性認知症の方の受診状況を府内医療機関へ実施した。 ・ 医療機関事業所等で網羅的に実施した。 ・ ネットワーク会議において、内容を検討することで充実させ、実施した。令和 2 年度は新型コロナの影響もあったが、回答率をどう高めるかが課題である。 ・ 電子申請システムを活用して web 上で回答してもらった。また、調査依頼を病院、本人、企業、一般市民のそれぞれ質問項目を変えて送付した。
その他
・ 令和 3 年度に実施し、今後は抽出された課題を検討し、施策に反映させていく。 ・ 実施後年数が経過しており、現状の把握はできていない。 ・ 第 9 期介護保険事業（支援）計画の策定にあたり、実態調査の実施を検討中である。

表 1-9　若年性認知症の人やその家族の支援ニーズの把握

区分	実施している	実施していない	実施予定
全体 **(n=67)**	44 (65.7)	22 (32.8)	1 (1.5)
都道府県 **(n=47)**	36 (76.6)	11 (23.4)	0 (0.0)
指定都市 **(n=20)**	8 (40.0)	11 (55.0)	1 (5.0)

【実施予定】令和 5 年度

表 1-10　若年性認知症の人やその家族の支援ニーズの把握における工夫や課題（抜粋）

方法
個別支援、本人ミーティング、つどい、交流会、家族会、意見交換会、ネットワーク会議
取組み内容
・ 個別相談にて実施している。 ・ 診察に同席、傾聴による課題を抽出している。 ・ 認知症疾患医療センターの評価と併せて実施した。 ・ 県下で実施されている本人ミーティングやつどいに出向き、聞き取りを行っている。 ・ 認知症の人と家族の会にも委員として入ってもらい、意見を聴取している。 ・ 行政担当者や認知症地域支援推進員と連携してニーズ把握の機会を設定している。 ・ 支援コーディネーターが若年性認知症のつどいや家族会等に参加したり、相談の中でニーズを把握している。 ・ 若年性認知症当事者やそのご家族を対象に交流会を開催し、ニーズ把握を行っている。 ・ 本人に認知症施策推進会議に出席してもらっている。本人家族の声を意見交換会、自立支援ネットワーク会議で聞かせてもらっている。

その他
・　交流会を通じて支援ニーズを把握しているが、家族が送迎できない人の移動手段が課題となっている。 ・　本人交流会等に参加した人の反応等を把握できていない。 ・　相談の中には経済面等踏み込んだ内容をすぐ話してもらえない場合がある。 ・　地域包括や保健師と連携し把握するよう努力しているが、各機関に相談に行くことはハードルが高い。 ・　本人と家族を分けて話をしてもらう方法をとっている。 ・　本人や家族から必要な社会資源を情報収集するとともに、企業へアンケート調査を行い、認知症への理解、協力を求めていく。 ・　当事者家族の抱えている課題ニーズを共有、聴き取る場を設け、支援に向けた学びにつなげる事例集の作成等をしている。

表 1-11　若年性認知症に係る独自の事業

区分	実施している	実施予定	無記入
全体 **(n=67)**	18 (26.9)	0 (0.0)	49 (73.1)
都道府県 **(n=47)**	12 (25.5)	0 (0.0)	35 (74.5)
指定都市 **(n=20)**	6 (30.0)	0 (0.0)	14 (70.0)

【具体的な事業内容（抜粋)】

・　普及・啓発イベント
・　相談会の開催
・　支援コーディネーター周知パンフレットの作成及び配布
・　若年性認知症就労支援モデル事業
・　若年性認知症従事者向け研修会の実施
・　介護従事者研修（若年性認知症者を受け入れる介護事業所を対象に講義・実習を実施）
・　若年性認知症の方の受入意向のある介護事業所、就労支援事業所への研修や相談対応の実施
・　ピアサポーターによる本人支援の実施（若年性認知症家族教室、若年性認知症サテライト相談会、中小企業への出前講座）
・　本人と家族の交流会
・　市町村への伴走支援
・　認知症神戸モデル

表 2　若年性認知症に関する独自の事業について、得られた効果や課題等の自由記述（抜粋）

独自事業を実施するうえでの工夫
＜参加しやすさ＞

・　市町村実施の認知症事業に対する認知症当事者（若年性認知症のピアサポーター）の支援回数を増やす（ピアサポート活動支援事業)。
・　地域包括等福祉機関のほか、産業保健センターを通じて企業等にも配布することで一般への周知と受診勧奨を図った。
・　専門職からのレクチャーの後に、近況報告や思いの共有の時間を設けている。保健所・市に後援を依頼し、若年性認知症支援の協力を得たり、課題共有の場としている。
・　所管保健所と共催することで、医師会や各地域包括への案内が円滑に行える。また、当日は地域拠点の総合病院の１室を借り、神経内科の診察日に合わせて実施している。そうすることで、検査目的で初診する方や通院治療しているが支援コーディネーターに繋がっていない方が相談会へ来やすいようにしている。
・　県内 2 か所のショッピングセンターにて認知症の啓発イベントを開催し、若年性認知症相談・支援センターブースを設置した。
・　病院に併設した常設のカフェを主な会場として借りつつ、希望があれば別会場へ行くことやオンラインでの開催も視野に入れて計画している。

＜周知・啓発＞
・　啓発効果が高くなるよう、掲載情報の充実を図った。
・　講義は、医師より疾病の理解、行政からの施策説明、支援コーディネーター活動報告、当事者家族からの意見、といった内容である。受け入れ事業所、介護職員にまず理解を深めてもらう。
・　例年実施している研修であり、介護職に限らず、認知症カフェ等で活動する認知症サポーターや障害保健福祉サービス事業所の職員にも広く周知し、テーマの一つである医学的理解に加え、実例に基づいた支援の流れや、多職種連携の重要性について理解を深め、ノウハウを共有する場として実施している。

＜事業内容の工夫＞
・　ピアサポーターを務める人には、事前に簡易な研修を受講してもらい、適切かつ効果的にピアサポートを実施できるようにしている。
・　県が協定を結んでいる企業で、若年性認知症の方１名を雇用し、企業や支援コーディネーター、地域関係機関と連携しながら就労支援を実施するとともに、就労継続に向けたミーティングや支援の在り方検討会を開催している。
・　相談対応だけではなく、特定の市町村に対し、研修会を実施するなどの伴走支援を実施することで、市町村の認知症施策へ寄与している。
・　64 歳以下の方で物忘れが気になり身近な医療機関を受診した場合、若年性認知症の鑑別診断は高度な専門性が必要であるため、認知症疾患医療センターを紹介されるシステムとなっている。診断結果が認知症であった場合には、検査費用を助成しており、事故救済制度の利用も可能としている。併せて、認知症疾患医療センターの診断後相談から必要な支援に繋げている。

・　若年性認知症の人およびその家族を対象とした予約制の個別相談会を実施していたが、相談実績が伸びず、効果的な事業実施ができていなかった。また、市民の間では若年性認知症についての知識や理解も高齢者の認知症と比較して進んでいないため、個別相談会と併せて若年性認知症の普及・啓発イベントを開催することとし、より多くの市民が来場する大型の商業施設にて実施した。

＜資料の作成＞
・　支援者への支援のため、情報を整理しアセスメント、カンファレンスに活用できるシートを作成している。

＜その他＞
・　市町村への事業説明は個別に連絡し訪問して行っている。
・　県内を 3 地域に分け、地域ごとに多数の若年性認知症の人の受入実績のある事業所へ委託を行うことで、地域の実情に合わせた研修の開催が可能である。

独自事業の効果

＜相談や支援につながる＞
・　リーフレットを見て、支援コーディネーターへ相談に来るケースが増加した。
・　支援コーディネーターの相談窓口の周知が進み、相談件数が増加した。また、内訳では企業経由の相談件数が増加した。
・　若年性認知症の方を、地域包括や認知症疾患医療センターなど適切な機関につなげられた。
・　若年性認知症の疑いのある人を、速やかに医療やその後の適切なサービスに繋げる。
・　潜在的な当事者を把握する。

＜新たなニーズの把握＞
・　参加者からは、「次回も参加したい」など前向きな感想を多くもらっている。「男性（女性）のみで集まって話す場がほしい」など、支援コーディネーターによる個別支援の中では出てこなかった新たなニーズの把握にもつながっている。
・　家族は、同じ立場の家族と話し合えることで共感や励まし合え、またケアの仕方、社会資源の情報を得る場となる。支援者は直接家族の話を聴かせてもらうので、ニーズ把握の一助になる。

＜支援者や支援施設のレベルアップ＞
・　実際に若年性認知症の人を受け入れている事業所で、実習を受講する。ケアで重視すること等を学んで実践してもらう。
・　若年性認知症本人を支える立場にある様々な職種の方が受講し、昨年度の研修ではアンケート回答者の約 9 割が今後の業務に活かせる内容であったと回答していた。
・　若年性認知症の人を受入れたことのない事業所も受講可能とし、受入れた後のフォローアップ体制を整えたことから、若年性認知症の人の受入可能となる事業所の増加が見込まれる。

＜本人や家族への影響＞

- ピアサポート活動支援事業の依頼件数について、昨年度は 3 市町村だったが、今年度は 6 市町村 7 件に増加した。対応できるピアサポーターが増えてきている。
- 1 回目は周知を徹底して行ったため新規の若年性認知症の人が支援コーディネーターに繋がった。2 回目は当事者にピア活動を依頼したことで当事者のエンパワメントや謝礼金を得ることができた。
- ピアサポーターだからこそできる当事者同士の話が出来る。
- 個別で対応するため集団の交流会では話しづらいことも話せる。
- 先頭に立つピアサポーターを見て、自分も活動をしたいと思う当事者がでてくる。
- 介護経験者の傾聴アドバイスが介護初心者には心の支えになっている方もいる。

＜就労支援の充実化＞

- モデル事業を通じて、就労支援のノウハウの蓄積や、就労支援の在り方等の検討を行っており、その結果を県内の企業や地域関係機関へ周知することで、県内全体での就労支援の充実につながることが期待される。
- 就労支援を行うことで、スムーズな職場復帰が図れた。

＜若年性認知症に関する周知・啓発＞

- 若年性認知症に関する知識やその相談先などを周知することができた。また、個別相談に関しても相談に来られ、継続的な支援へとつなげることができた。
- 研修を重ねるうちに、アンケート等において、今後取り上げてほしいテーマ（事例に基づいた支援方法や就労支援等）を求める声が多くなっており、若年性認知症の支援の重要性の理解が深まっている。
- 若年性認知症の相談窓口の存在自体や、可能な支援等の周知ができる。

＜その他＞

- 市町村の認知症施策に貢献できた。

独自事業の課題

＜周知・啓発＞

- 毎年継続して参加する家族はいるが、新規の家族参加が少ない。さらなる周知や開催の工夫が必要である。
- アナウンス不足のためまだ具体的な出前講座依頼はなく、市の講演会の場面で話したのみで、リーフレットやチラシ作成などの検討が必要である。
- 医療や若年性認知症の専用窓口へつながっていない、若年性認知症の人の把握や情報を必要としている方への周知が難しい。
- 事業の周知がまだ十分でなく、認知度が低い。
- 県内には 1500 人の若年性認知症の方がいると推定されることから、相談件数を見る限り、更なる周知の工夫が必要である。

・ 就労支援事業所からの応募が少ないため、より多くの参加を働きかける必要がある。
・ 基本的には専門職向けに開催している研修であるが、周知等の工夫を行い、出席者の増員を目指す（特に、障害分野の支援センター等）とともに、早期診断・早期発見のためにかかりつけ医への周知・啓発も検討する必要がある。
・ 新規参加者が少ない。
・ 若年層は認知症に関する関心が薄いため、より効果的に普及・啓発を行う必要があり、イベント以外の周知方法も検討していく必要がある。

＜取組みの拡大＞
・ 他所管の保健所でも同様の取組みを検討しているが実施には至っていない。
・ 開催拠点がまだ少なく、面談場所の選択肢が少ない。

＜ピアサポーターの確保＞
・ ピアサポーターを務められる病状かつ意欲のある人は限られており、ピアサポーターの担い手の確保が課題になると考えている。

＜ネットワーク構築＞
・ 若年性認知症支援ネットワークの構築がまだできていない。

＜その他＞
・ 普及・啓発イベントと併せて、個別相談会を実施していたため、プライバシーが守れる相談コーナーを用意する必要があり、会場を選定する際に留意する必要がある。
・ 特定の団体以外からの若年性認知症の方の把握やニーズの把握が難しい。
・ オンライン面談に対応できる方が少ない。
・ 予算の確保が難しい。

表 3　若年性認知症施策総合推進事業に係る予算

区分	例年より増額	例年通り	例年より減額	未定
全体 (n=67)	11 (16.4)	44 (65.7)	5 (7.5)	7 (10.4)
都道府県 (n=47)	7 (14.9)	31 (66.0)	4 (8.5)	5 (10.6)
指定都市 (n=20)	4 (20.0)	13 (65.0)	1 (5.0)	2 (10.0)

【予算見込みの主な理由（抜粋）】
＜例年より増額＞
若年性認知症支援コーディネーターを増員する予定のため、普及・啓発用パンフレットの印刷料が値上げとなったため、人件費の単価見直しによる増額のため、自立支援ネットワーク会議の開

催及びネットワークの構築に向けて、業務委託契約期間が 6 か月から 12 か月になったため

＜例年通り＞
今年度と同様の事業内容を予定しているため、前年度から変動要素がないため、コーディネーター増員のための人件費を増やしたいとは思っているものの、再来年度以降で検討

＜例年より減額＞
事業の見直しを行ったため、若年性認知症に関するガイドブックの作成経費の皆減、基幹型センターを廃止とするため、調査事業やリーフレット・パンフレット制作経費の一時的な増嵩があったため

＜未定＞
若年性認知症の当事者及び家族のニーズ把握に努めている段階であり、具体的な事業の企画には至っていないため調整中、他施策に優先して若年性認知症を重点的に支援することの政策的必要性について、財政当局からの理解が得られにくい

若年性認知症相談窓口の設置状況（設問 4～10）

表 4-1　若年性認知症の人や家族のための相談窓口の設置推移【都道府県】

区分	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
若年性認知症専用の相談窓口を設置	20 (42.6)	28 (59.6)	41 (87.2)	42 (89.4)	42 (89.4)	38 (80.9)	38 (80.9)
認知症全般の相談窓口で対応	23 (48.9)	17 (36.2)	6 (12.8)	5 (10.6)	5 (10.6)	9 (19.1)	8 (17.0)
若年性認知症の相談を受ける窓口はない	4 (8.5)	2 (4.3)	-	-	-	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	1 (2.1)

表 4-2　若年性認知症の人や家族のための相談窓口の設置推移【指定都市】

区分	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
若年性認知症専用の相談窓口を設置	4 (20.0)	5 (25.0)	5 (26.3)	6 (30.0)	7 (35.0)
認知症全般の相談窓口で対応	14 (70.0)	11 (55.0)	10 (52.6)	13 (65.0)	13 (65.0)
若年性認知症の相談を受ける窓口はない	2 (10.0)	4 (20.0)	4 (21.1)	1 (5.0)	-

表 5-1　相談窓口数

区分	1か所	2か所	3か所	7か所	8か所	9か所	10か所	15か所	16か所以上*
全体 (n=67)	48 (71.6)	4 (6.0)	2 (3.0)	1 (1.5)	3 (4.5)	1 (1.5)	1 (1.5)	1 (1.5)	6 (9.0)
都道府県 (n=47)	40 (85.1)	3 (6.4)	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)
指定都市 (n=20)	8 (40.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	6 (30.0)

*16か所以上：24、28、30、33、36、64か所

表 6-1　相談窓口の設置先

区分	認知症疾患医療センター	左記以外の医療機関	公益社団法人認知症の人と家族の会	社会福祉法人	その他*
全体 (n=115)	42 (36.5)	0 (0.0)	17 (14.8)	8 (7.0)	48 (41.7)
都道府県 (n=68)	31 (45.6)	0 (0.0)	13 (19.1)	5 (7.4)	19 (27.9)
指定都市 (n=47)	11 (23.4)	0 (0.0)	4 (8.5)	3 (6.4)	29 (61.7)

※回答があった窓口のみ集計

*その他：地域包括支援センター、行政機関（市・区役所）、保健所、保健センター、職能・職域団体、特定非営利活動法人、医療機関、民間事業所など

表 6-2　相談窓口の相談形態

区分	電話相談	来所相談	訪問相談	メール相談	その他の形態
全体 (n=114)	113 (99.1)	109 (95.6)	90 (78.9)	63 (55.3)	19 (16.7)
都道府県 (n=67)	66 (98.5)	65 (97.0)	54 (80.6)	45 (67.2)	17 (25.4)
指定都市 (n=47)	47 (100.0)	44 (93.6)	36 (76.6)	18 (38.3)	2 (4.3)

※回答があった窓口のみ集計

*その他の形態：文書等でのやりとり、相談会、専門医相談、オンライン相談（Zoom 等）、同行受診、外来時の院内面接、出張相談、職場訪問、つどい、認知症カフェなど

表 6-3　相談可能な曜日【電話相談】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
全体 (n=113)	109 (96.5)	108 (95.6)	107 (94.7)	109 (96.5)	109 (96.5)	24 (21.2)	5 (4.4)
都道府県 (n=66)	63 (95.5)	61 (92.4)	62 (93.9)	62 (93.9)	63 (95.5)	15 (22.7)	2 (3.0)
指定都市 (n=47)	46 (97.9)	47 (100.0)	45 (95.7)	47 (100.0)	46 (97.9)	9 (19.1)	3 (6.4)

表 6-4　相談の受付開始時刻【電話相談】

区分	8 時台	9 時台	10 時台	12 時以降
全体 (n=113)	26 (23.0)	62 (54.9)	22 (19.5)	3 (2.7)
都道府県 (n=66)	6 (9.1)	38 (57.6)	19 (28.8)	3 (4.5)
指定都市 (n=47)	20 (42.6)	24 (51.1)	3 (6.4)	0 (0.0)

表 6-5　相談の受付終了時刻【電話相談】

区分	13 時台	15 時台	16 時台	17 時台	18 時台	19 時以降
全体 (n=113)	0 (0.0)	13 (11.5)	32 (28.3)	62 (54.9)	4 (3.5)	2 (1.8)
都道府県 (n=66)	0 (0.0)	12 (18.2)	22 (33.3)	29 (43.9)	2 (3.0)	1 (1.5)
指定都市 (n=47)	0 (0.0)	1 (2.1)	10 (21.3)	33 (70.2)	2 (4.3)	1 (2.1)

表 6-6　祝祭日等の対応状況【電話相談】

区分	祝祭日			年末年始		
	相談可	相談不可	無記入	相談可	相談不可	無記入
全体 (n=113)	8 (7.1)	103 (91.2)	2 (1.8)	2 (1.8)	109 (96.5)	2 (1.8)
都道府県 (n=66)	6 (9.1)	58 (87.9)	2 (3.0)	2 (3.0)	62 (93.9)	2 (3.0)
指定都市 (n=47)	2 (4.3)	45 (95.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (100.0)	0 (0.0)

表 6-7　相談可能な曜日【来所相談】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	無記入
全体 (n=109)	98 (89.9)	95 (87.2)	95 (87.2)	98 (89.9)	97 (89.0)	22 (20.2)	6 (5.5)	9 (8.3)
都道府県 (n=65)	55 (84.6)	51 (78.5)	53 (81.5)	54 (83.1)	54 (83.1)	12 (18.5)	2 (3.1)	9 (13.8)
指定都市 (n=44)	43 (97.7)	44 (100.0)	42 (95.5)	44 (100.0)	43 (97.7)	10 (22.7)	4 (9.1)	0 (0.0)

表 6-8　相談の受付開始時刻【来所相談】

区分	8 時台	9 時台	10 時台	12 時以降	無記入
全体 (n=109)	27 (24.8)	60 (55.0)	12 (11.0)	1 (0.9)	9 (8.3)
都道府県 (n=65)	7 (10.8)	36 (55.4)	12 (18.5)	1 (1.5)	9 (13.8)
指定都市 (n=44)	20 (45.5)	24 (54.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 6-9　相談の受付終了時刻【来所相談】

区分	13 時台	15 時台	16 時台	17 時台	18 時台	19 時以降	無記入
全体 (n=109)	0 (0.0)	7 (6.4)	27 (24.8)	62 (56.9)	3 (2.8)	1 (0.9)	9 (8.3)
都道府県 (n=65)	0 (0.0)	7 (10.8)	19 (29.2)	29 (44.6)	1 (1.5)	0 (0.0)	9 (13.8)
指定都市 (n=44)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (18.2)	33 (75.0)	2 (4.5)	1 (2.3)	0 (0.0)

表 6-10　祝祭日等の対応状況【来所相談】

区分	祝祭日			年末年始		
	相談可	相談不可	無記入	相談可	相談不可	無記入
全体 (n=109)	9 (8.3)	92 (84.4)	8 (7.3)	3 (2.8)	97 (89.0)	9 (8.3)
都道府県 (n=65)	6 (9.2)	51 (78.5)	8 (12.3)	2 (3.1)	54 (83.1)	9 (13.8)
指定都市 (n=44)	3 (6.8)	41 (93.2)	0 (0.0)	1 (2.3)	43 (97.7)	0 (0.0)

表 6-11　相談可能な曜日【訪問相談】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	無記入
全体 (n=90)	75 (83.3)	73 (81.1)	73 (81.1)	75 (83.3)	75 (83.3)	14 (15.6)	5 (5.6)	13 (14.4)
都道府県 (n=54)	41 (75.9)	38 (70.4)	40 (74.1)	40 (74.1)	40 (74.1)	5 (9.3)	2 (3.7)	12 (22.2)
指定都市 (n=36)	34 (94.4)	35 (97.2)	33 (91.7)	35 (97.2)	35 (97.2)	9 (25.0)	3 (8.3)	1 (2.8)

表 6-12　相談の受付開始時刻【訪問相談】

区分	8 時台	9 時台	10 時台	12 時以降	無記入
全体 (n=90)	25 (27.8)	39 (43.3)	8 (8.9)	1 (1.1)	17 (18.9)
都道府県 (n=54)	5 (9.3)	24 (44.4)	8 (14.8)	1 (1.9)	16 (29.6)
指定都市 (n=36)	20 (55.6)	15 (41.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.8)

表 6-13　相談の受付終了時刻【訪問相談】

区分	13 時台	15 時台	16 時台	17 時台	18 時台	無記入
全体 (n=90)	0 (0.0)	6 (6.7)	16 (17.8)	48 (53.3)	2 (2.2)	18 (20.0)
都道府県 (n=54)	0 (0.0)	6 (11.1)	10 (18.5)	21 (38.9)	1 (1.9)	16 (29.6)
指定都市 (n=36)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (16.7)	27 (75.0)	1 (2.8)	2 (5.6)

表 6-14　祝祭日等の対応状況【訪問相談】

区分	祝祭日			年末年始		
	相談可	相談不可	無記入	相談可	相談不可	無記入
全体 (n=90)	7 (7.8)	71 (78.9)	12 (13.3)	4 (4.4)	73 (81.1)	13 (14.4)
都道府県 (n=54)	5 (9.3)	40 (74.1)	9 (16.7)	3 (5.6)	42 (77.8)	9 (16.7)
指定都市 (n=36)	2 (5.6)	31 (86.1)	3 (8.3)	1 (2.8)	31 (86.1)	4 (11.1)

表 6-15　相談可能な曜日【メール相談】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	無記入
全体 (n=63)	47 (74.6)	44 (69.8)	46 (73.0)	46 (73.0)	46 (73.0)	10 (15.9)	5 (7.9)	15 (23.8)
都道府県 (n=45)	32 (71.1)	29 (64.4)	32 (71.1)	31 (68.9)	31 (68.9)	6 (13.3)	2 (4.4)	12 (26.7)
指定都市 (n=18)	15 (83.3)	15 (83.3)	14 (77.8)	15 (83.3)	15 (83.3)	4 (22.2)	3 (16.7)	3 (16.7)

表 6-16　相談の受付開始時刻【メール相談】

区分	8 時台	9 時台	10 時台	12 時以降	特に制限なし	無記入
全体 (n=63)	4 (6.3)	21 (33.3)	6 (9.5)	1 (1.6)	15 (23.8)	16 (25.4)
都道府県 (n=45)	4 (8.9)	14 (31.1)	6 (13.3)	1 (2.2)	9 (20.0)	11 (24.4)
指定都市 (n=18)	0 (0.0)	7 (38.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (33.3)	5 (27.8)

表 6-17　相談の受付終了時刻【メール相談】

区分	15 時台	16 時台	17 時台	18 時台	特に制限なし	無記入
全体 (n=63)	6 (9.5)	7 (11.1)	18 (28.6)	1 (1.6)	15 (23.8)	16 (25.4)
都道府県 (n=45)	6 (13.3)	4 (8.9)	15 (33.3)	0 (0.0)	9 (20.0)	11 (24.4)
指定都市 (n=18)	0 (0.0)	3 (16.7)	3 (16.7)	1 (5.6)	6 (33.3)	5 (27.8)

表 6-18　祝祭日等の対応状況【メール相談】

区分	祝祭日			年末年始		
	相談可	相談不可	無記入	相談可	相談不可	無記入
全体 (n=63)	8 (12.7)	44 (69.8)	11 (17.5)	4 (6.3)	48 (76.2)	11 (17.5)
都道府県 (n=45)	6 (13.3)	31 (68.9)	8 (17.8)	3 (6.7)	34 (75.6)	8 (17.8)
指定都市 (n=18)	2 (11.1)	13 (72.2)	3 (16.7)	1 (5.6)	14 (77.8)	3 (16.7)

表 6-19　相談可能な曜日【その他の相談形態】

区分	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	無記入
全体 (n=19)	9 (47.4)	11 (57.9)	10 (52.6)	11 (57.9)	11 (57.9)	2 (10.5)	0 (0.0)	6 (31.6)
都道府県 (n=17)	8 (47.1)	9 (52.9)	9 (52.9)	9 (52.9)	9 (52.9)	2 (11.8)	0 (0.0)	6 (35.3)
指定都市 (n=2)	1 (50.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 6-20　相談の受付開始時刻【その他の相談形態】

区分	8 時台	9 時台	10 時台	11 時台	12 時以降	特に制限なし	その他	無記入
全体 (n=19)	1 (5.3)	4 (21.1)	2 (10.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	1 (5.3)	7 (36.8)
都道府県 (n=17)	1 (5.9)	4 (23.5)	2 (11.8)	1 (5.9)	1 (5.9)	1 (5.9)	1 (5.9)	6 (35.3)
指定都市 (n=2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)

表 6-21　相談の受付終了時刻【その他の相談形態】

区分	13 時台	15 時台	16 時台	17 時台	特に制限なし	その他	無記入
全体 (n=19)	0 (0.0)	3 (15.8)	2 (10.5)	4 (21.1)	2 (10.5)	1 (5.3)	7 (36.8)
都道府県 (n=17)	0 (0.0)	3 (17.6)	2 (11.8)	4 (23.5)	1 (5.9)	1 (5.9)	6 (35.3)
指定都市 (n=2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50)

表 6-22　祝祭日等の対応状況【その他の相談形態】

区分	祝祭日			年末年始		
	相談可	相談不可	無記入	相談可	相談不可	無記入
全体 (n=19)	2 (10.5)	12 (63.2)	5 (26.3)	0 (0.0)	14 (73.7)	5 (26.3)
都道府県 (n=17)	2 (11.8)	10 (58.8)	5 (29.4)	0 (0.0)	12 (70.6)	5 (29.4)
指定都市 (n=2)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)

表 7-1　相談窓口の開設時期

区分	全体 (n=67)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=20)	
	実数	%	実数	%	実数	%
平成 15 年	2	3.0	1	2.1	1	5.0
平成 21 年	1	1.5	0	0.0	1	5.0
平成 22 年	2	3.0	1	2.1	1	5.0
平成 23 年	1	1.5	0	0.0	1	5.0
平成 24 年	2	3.0	1	2.1	1	5.0
平成 25 年	2	3.0	1	2.1	1	5.0
平成 26 年	2	3.0	2	4.3	0	0.0
平成 28 年	15	22.4	15	31.9	0	0.0
平成 29 年	18	26.9	17	36.2	1	5.0
平成 30 年	5	7.5	4	8.5	1	5.0
平成 31 年（令和元年）	4	6.0	2	4.3	2	10.0
令和 2 年	2	3.0	1	2.1	1	5.0
令和 3 年	1	1.5	0	0.0	1	5.0
令和 4 年	3	4.5	1	2.1	2	10.0
無記入	7	10.4	1	2.1	6	30.0

表 7-2　相談件数【令和 2 年度】

区分	件数	合計		うち新規		うち継続	
		実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	0	0.0	1	2.1	1	2.1
（n=47）	10～19 件	0	0.0	4	8.5	4	8.5
	20～49 件	4	8.5	15	31.9	4	8.5
	50～99 件	5	10.6	9	19.1	1	2.1
	100～199 件	7	14.9	2	4.3	5	10.6
	200 件以上	27	57.4	0	0.0	16	34.0
	該当なし	2	4.3	4	8.5	4	8.5
	不明	2	4.3	12	25.5	12	25.5
	平均（件）	518.3		46.3		369.3	
指定都市	0～9 件	0	0.0	1	5.0	0	0.0
（n=20）	10～19 件	1	5.0	1	5.0	4	20.0
	20～49 件	6	30.0	6	30.0	0	0.0
	50～99 件	0	0.0	1	5.0	1	5.0
	100～199 件	1	5.0	0	0.0	0	0.0
	200 件以上	4	20.0	1	5.0	3	15.0
	該当なし	4	20.0	3	15.0	4	20.0
	不明	4	20.0	7	35.0	8	40.0
	平均（件）	218.5		59.5		212.9	

表 7-3　相談件数【令和 3 年度】

区分	件数	合計		うち新規		うち継続	
		実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	0	0.0	2	4.3	1	2.1
（n=47）	10～19 件	0	0.0	2	4.3	2	4.3
	20～49 件	3	6.4	18	38.3	4	8.5
	50～99 件	4	8.5	5	10.6	1	2.1
	100～199 件	9	19.1	5	10.6	9	19.1
	200 件以上	26	55.3	0	0.0	15	31.9
	該当なし	1	2.1	3	6.4	3	6.4
	不明	4	8.5	12	25.5	12	25.5
	平均（件）	574.4		47.7		370.9	

指定都市	0～9 件	2	10.0	2	10.0	1	5.0
（n=20）	10～19 件	2	10.0	1	5.0	1	5.0
	20～49 件	1	5.0	5	25.0	1	5.0
	50～99 件	2	10.0	1	5.0	2	10.0
	100～199 件	2	10.0	0	0.0	0	0.0
	200 件以上	4	20.0	1	5.0	3	15.0
	該当なし	2	10.0	3	15.0	4	20.0
	不明	5	25.0	7	35.0	8	40.0
	平均（件）	225.1		59.2		239.5	

表 7-4　相談件数【令和 4 年度】

区分	件数	合計		うち新規		うち継続	
		実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	0	0.0	2	4.3	2	4.3
（n=47）	10～19 件	1	2.1	12	25.5	2	4.3
	20～49 件	3	6.4	9	19.1	2	4.3
	50～99 件	7	14.9	3	6.4	7	14.9
	100～199 件	9	19.1	1	2.1	4	8.5
	200 件以上	16	34.0	0	0.0	10	21.3
	該当なし	3	6.4	4	8.5	4	8.5
	不明	8	17.0	16	34.0	16	34.0
	平均（件）	233.6		30.2		188.3	
指定都市	0～9 件	2	10.0	2	10.0	3	15.0
（n=20）	10～19 件	4	20.0	5	25.0	1	5.0
	20～49 件	0	0.0	1	5.0	0	0.0
	50～99 件	1	5.0	1	5.0	2	10.0
	100～199 件	2	10.0	1	5.0	2	10.0
	200 件以上	3	15.0	0	0.0	1	5.0
	該当なし	1	5.0	2	10.0	2	10.0
	不明	7	35	8	40.0	9	45.0
	平均（件）	123.6		32.4		101.7	

表 7-5　相談形態別相談件数【令和 2 年度】

区分	件数	電話		来所		訪問		メール		その他	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	1	2.1	4	8.5	12	25.5	6	12.8	7	14.9
(n=47)	10～19 件	1	2.1	7	14.9	5	10.6	3	6.4	4	8.5
	20～49 件	7	14.9	5	10.6	3	6.4	3	6.4	4	8.5
	50～99 件	4	8.5	11	23.4	10	21.3	5	10.6	0	0.0
	100～199 件	9	19.1	7	14.9	4	8.5	3	6.4	2	4.3
	200 件以上	20	42.6	3	6.4	1	2.1	3	6.4	2	4.3
	該当なし	2	4.3	5	10.6	6	12.8	13	27.7	5	10.6
	不明	3	6.4	5	10.6	6	12.8	11	23.4	23	48.9
	平均（件）	257.4		96.8		49.7		72.3		61.8	
指定都市	0～9 件	0	0.0	3	15.0	3	15.0	2	10.0	1	5.0
(n=20)	10～19 件	1	5.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0	1	5.0
	20～49 件	3	15.0	2	10.0	2	10.0	1	5.0	1	5.0
	50～99 件	1	5.0	2	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	100～199 件	1	5.0	1	5.0	1	5.0	2	10.0	0	0.0
	200 件以上	4	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	該当なし	4	20.0	5	25.0	5	25.0	7	35.0	3	15.0
	不明	6	30.0	7	35.0	8	40.0	8	40.0	14	70.0
	平均（件）	193.2		42.0		31.4		62.4		14.0	

表 7-6　相談形態別件数【令和 3 年度】

区分	件数	電話		来所		訪問		メール		その他	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	1	2.1	6	12.8	7	14.9	8	17.0	7	14.9
(n=47)	10～19 件	1	2.1	6	12.8	2	4.3	4	8.5	3	6.4
	20～49 件	5	10.6	7	14.9	10	21.3	6	12.8	4	8.5
	50～99 件	2	4.3	10	21.3	5	10.6	2	4.3	3	6.4
	100～199 件	12	25.5	3	6.4	7	14.9	5	10.6	4	8.5
	200 件以上	20	42.6	4	8.5	1	2.1	3	6.4	0	0.0
	該当なし	2	4.3	5	10.6	7	14.9	10	21.3	4	8.5
	不明	4	8.5	6	12.8	8	17.0	9	19.1	22	46.8
	平均（件）	278.3		80.4		63.2		130.3		47.4	
指定都市	0～9 件	1	5.0	4	20.0	3	15.0	1	5.0	1	5.0
(n=20)	10～19 件	1	5.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0

	20～49 件	0	0.0	1	5.0	1	5.0	2	10.0	1	5.0
	50～99 件	2	10.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0
	100～199 件	1	5.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0
	200 件以上	4	20.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0
	該当なし	4	20.0	4	20.0	5	25.0	6	30.0	3	15.0
	不明	7	35.0	8	40.0	8	40.0	9	45.0	14	70.0
	平均（件）	298.7		41.6		34.0		99.0		45.0	

表 7-7　相談形態別件数【令和 4 年度】

区分	件数	電話		来所		訪問		メール		その他	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
都道府県	0～9 件	1	2.1	9	19.1	12	25.5	9	19.1	12	25.5
（n=47）	10～19 件	0	0.0	6	12.8	4	8.5	6	12.8	2	4.3
	20～49 件	7	14.9	7	14.9	11	23.4	4	8.5	4	8.5
	50～99 件	8	17.0	6	12.8	3	6.4	5	10.6	1	2.1
	100～199 件	14	29.8	4	8.5	1	2.1	2	4.3	1	2.1
	200 件以上	6	12.8	0	0.0	0	0.0	2	4.3	0	0.0
	該当なし	3	6.4	4	8.5	5	10.6	7	14.9	5	10.6
	不明	8	17.0	11	23.4	11	23.4	12	25.5	22	46.8
	平均（件）	147.0		37.8		26.5		50.5		21.1	
指定都市	0～9 件	2	10.0	3	15.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0
（n=20）	10～19 件	2	10.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0	0	0.0
	20～49 件	1	5.0	1	5.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0
	50～99 件	2	10.0	2	10.0	1	5.0	2	10.0	0	0.0
	100～199 件	0	0.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0
	200 件以上	3	15.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	該当なし	2	10.0	3	15.0	3	15.0	4	20.0	2	10.0
	不明	8	40.0	10	50.0	11	55.0	11	55.0	17	85.0
	平均（件）	157.7		29.3		40.0		33.2		8.0	

表 8　認知症に関する相談窓口の委託先の変更

区分	委託先の変更なし	委託先の変更あり
全体 （n=67）	55 （82.1）	12 （17.9）
都道府県 （n=47）	39 （83.0）	8 （17.0）
指定都市 （n=20）	16 （80.0）	4 （20.0）

表 9　認知症に関する相談窓口の委託先の変更の時期

区分	令和 3 年度	令和 4 年度	無記入
全体 （n=12）	4 （33.3）	5 （41.7）	3 （25.0）
都道府県 （n=8）	2 （25.0）	3 （37.5）	3 （37.5）
指定都市 （n=4）	2 （50.0）	2 （50.0）	0 （0.0）

【委託先の変更理由（令和 3 年度）】

＜委託先の都合（都道府県：2 件）＞

委託中止の申し出があったため、認知症疾患医療センター事業委託に若年性認知症相談業務を追加したため

＜その他（指定都市：2 件）＞

地域包括支援センターの委託法人のプロポーザルにより委託先の一部変更があったため、公募による委託法人の変更があったため

【委託先の変更理由（令和 4 年度）】

＜委託先の都合（都道府県：2 件、指定都市：1 件）＞

委託中止の申し出があったため（2）、委託先である認知症疾患医療センターが移転したため

＜その他（都道府県：1 件、指定都市：1 件）＞

委託先を追加したため、活動実績等を踏まえ地域包括支援センターへ職員および業務の集約を行ったため

表 10　若年性認知症の相談を受ける窓口を設置していない理由

内容	都道府県 （n=0）		指定都市 （n=0）	
	実数	%	実数	%
適切な委託先が見つからない	-	-	-	-
適切な人材が見つからない	-	-	-	-
担当職員の不足等で手が回らない	-	-	-	-

若年性認知症支援コーディネーター未配置のため	-	-	-	-
窓口設置に要する予算が確保できない	-	-	-	-
他の相談窓口で対応が可能	-	-	-	-
その他	-	-	-	-

若年性認知症支援コーディネーターの配置状況（設問 11-15）

表 11-1　支援コーディネーターの配置の有無【都道府県】

区分	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
配置している	21 (48.8)	41 (91.1)	46 (97.9)	47 (100.0)	47 (100.0)	47 (100.0)	47 (100.0)
配置予定	17 (39.5)	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
配置していない	5 (11.6)	3 (6.7)	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 11-2　支援コーディネーターの配置の有無【指定都市】

区分	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度
配置している	3 (16.7)	6 (37.5)	6 (40.0)	8 (42.1)	10 (50.0)
配置予定	3 (16.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
配置していない	12 (66.7)	10 (62.5)	8 (53.3)	11 (57.9)	10 (50.0)

【配置していない理由】都道府県に配置された支援コーディネーターと連携が図れているから、各区の認知症地域支援推進員が役割を担っているため、検討は実施したが、委託先がないことと支援が多岐に渡るため 1 か所での対応ではなく関係機関で協力して対応していくことが重要という結果になったため

表 11-3　支援コーディネーターの配置人数

区分	1 人	2 人	3 人	4 人	6 人	7 人以上*	合計（人）	平均（人）
全体 (n=56)	24 (42.9)	15 (26.8)	8 (14.3)	2 (3.6)	2 (3.6)	5 (8.9)	146	2.6
都道府県 (n=47)	20 (42.6)	12 (25.5)	7 (14.9)	2 (4.3)	1 (2.1)	5 (10.6)	127	2.7
指定都市 (n=9)	4 (44.4)	3 (33.3)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	19	2.1

※回答があった窓口のみ集計

*7 人以上：7 人、8 人、9 人、11 人、13 人

※合計 146 人

表 12-1　支援コーディネーターの配置機関数

区分	1 か所	2 か所	3 か所	9 か所	合計（か所）	平均（か所）
全体 (n=56)	47 (83.9)	5 (8.9)	2 (3.6)	2 (3.6)	81	1.5
都道府県 (n=47)	40 (85.1)	4 (8.5)	1 (2.1)	2 (4.3)	69	1.5
指定都市 (n=9)	7 (77.8)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	12	1.3

※回答があった窓口のみ集計

表 12-2　支援コーディネーターの配置機関の運営主体

区分	直轄	委託	その他*
全体 (n=81)	4 (4.9)	69 (85.2)	8 (9.9)
都道府県 (n=69)	2 (2.9)	59 (85.5)	8 (11.6)
指定都市 (n=12)	2 (16.7)	10 (83.3)	0 (0.0)

*その他：認知症コールセンターの受託機関、認知症疾患医療センター

表 12-3　支援コーディネーターの配置機関の委託先

区分	認知症疾患医療センター	左記以外の医療機関	公益社団法人認知症の人と家族の会	社会福祉法人	その他*
全体 (n=69)	29 (42.0)	0 (0.0)	16 (23.2)	7 (10.1)	18 (26.1)
都道府県 (n=59)	24 (40.7)	0 (0.0)	14 (23.7)	5 (8.5)	17 (28.8)
指定都市 (n=10)	5 (50.0)	0 (0.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	1 (10.0)

*その他：特定非営利活動法人、一般社団法人、公益社団法人、民間事業所等

表 12-4　支援コーディネーターの保有資格

区分	全体 (n=146)		都道府県 (n=127)		指定都市 (n=19)	
	実数	%	実数	%	実数	%
医師	2	1.4	2	1.6	0	0.0
保健師	18	12.3	15	11.8	3	15.8
看護師	26	17.8	21	16.5	5	26.3
精神保健福祉士	44	30.1	39	30.7	5	26.3
社会福祉士	54	37.0	49	38.6	5	26.3
介護福祉士	23	15.8	21	16.5	2	10.5
作業療法士	5	3.4	4	3.1	1	5.3
介護支援専門員	47	32.2	42	33.1	5	26.3
その他*	22	15.1	18	14.2	4	21.1
無記入	1	0.7	1	0.8	0	0.0

*その他：助産師、養護教諭、臨床検査技師、理学療法士、言語聴覚士、公認心理師、社会福祉主事、認知症ケア専門士、認知症ケア上級専門士、認知症介護指導者など

表 12-5　支援コーディネーターの勤務体制

区分	常勤	非常勤	無記入	専任	兼任	無記入
全体 (n=146)	89 (61.0)	54 (37.0)	3 (2.1)	63 (43.2)	80 (54.8)	3 (2.1)
都道府県 (n=127)	74 (58.3)	50 (39.4)	3 (2.4)	55 (43.3)	69 (54.3)	3 (2.4)
指定都市 (n=19)	15 (78.9)	4 (21.1)	0 (0.0)	8 (42.1)	11 (57.9)	0 (0.0)

【兼任先】認知症疾患医療センター、病院、介護サービス事業所、認知症の人と家族の会、特定非営利活動法人、社会福祉法人など

表 12-6　兼務の場合における支援コーディネーター業務の割合

区分	全体 (n=80)		都道府県 (n=69)		指定都市 (n=11)	
	実数	%	実数	%	実数	%
5 分	2	2.5	1	1.4	1	9.1
1 割	21	26.3	21	30.4	0	0.0
2 割	14	17.5	11	15.9	3	27.3
3 割	11	13.8	10	14.5	1	9.1
4 割	2	2.5	2	2.9	0	0.0

5 割	10	12.5	10	14.5	0	0.0
6 割	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7 割	2	2.5	2	2.9	0	0.0
8 割	2	2.5	2	2.9	0	0.0
9 割	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無記入	16	20.0	10	14.5	6	54.5

表 12-7　支援コーディネーターの若年性認知症支援の経験年数

区分	全体 (n=146)		都道府県 (n=127)		指定都市 (n=19)	
	実数	%	実数	%	実数	%
6 か月以下	11	7.5	10	7.9	1	5.3
～2 年以下	30	20.5	27	21.3	3	15.8
～3 年以下	12	8.2	8	6.3	4	21.1
～5 年以下	37	25.3	32	25.2	5	26.3
～10 年以下	25	17.1	22	17.3	3	15.8
それ以上	18	12.3	15	11.8	3	15.8
無記入	13	8.9	13	10.2	0	0.0

表 12-8　支援コーディネーター研修の受講

研修受講	受講している	受講していない
全体 (n=146)	143 (97.9)	3 (2.1)
都道府県 (n=127)	124 (97.6)	3 (2.4)
指定都市 (n=19)	19 (100.0)	0 (0.0)

【受講していない理由】

令和 4 年 9 月の採用のため、国の制度化に先立って支援コーディネーター業務に携わり知識・経験を積んでいるため、類似の研修を受講しているため

表 12-9　支援コーディネーターの配置時期

区分	全体 (n=146)		都道府県 (n=127)		指定都市 (n=19)	
	実数	%	実数	%	実数	%
平成 22 年	1	0.7	1	0.8	0	0.0
平成 24 年	1	0.7	1	0.8	0	0.0

平成 25 年	1	0.7	1	0.8	0	0.0
平成 26 年	2	1.4	1	0.8	1	5.3
平成 28 年	13	8.9	13	10.2	0	0.0
平成 29 年	22	15.1	19	15.0	3	15.8
平成 30 年	19	13.0	17	13.4	2	10.5
平成 31 年（令和元年）	25	17.1	20	15.8	5	26.3
令和 2 年	16	11.0	15	11.8	1	5.3
令和 3 年	19	13.0	19	15.0	0	0.0
令和 4 年	25	17.1	18	14.2	7	36.8
無記入	2	1.4	2	1.6	0	0.0

表 13　支援コーディネーターの配置状況に応じた事業展開の工夫（抜粋）

関係機関との連携
＜連携する機関＞ ・　認知症疾患医療センター、保健所、地域包括支援センター ・　認知症地域支援推進員、市町担当者（相談窓口、障害部門） ・　事業所、家族会、若年性認知症グループ ＜連携の方法＞ ・　各地域の認知症疾患医療センター長が参加する会議において、若年性認知症への取組みを紹介することで認知症疾患医療センターから問合せや患者支援への協力依頼をするなど連携が進みつつある。 ・　若年性認知症自立支援ネットワーク会議、認知症疾患医療センター連絡協議会、月 1 回の報告会、事例検討など。
支援コーディネーター間の連携
・　各年、コーディネーターを中心としたネットワーク会議と研修会及び 3 回の事例検討会を開催し、全員が一同に会しての情報共有や学びの機会を設けている。 ・　複数の支援コーディネーターが交代で相談対応しており、共通認識を持つため事例検討会を実施している。 ・　県域 3 名の支援コーディネーター間で、支援や質の差が生じないように、県主催の連絡会議を実施している。
支援コーディネーターとの情報共有
・　障がい分野や労働分野に係る情報、専門知識の習得及び関係機関とのつながりを継続することが課題であることから、研修等の学びの機会や各種情報について積極的に情報共有するようにしている。 ・　若年性認知症本人、家族への支援のため、できるだけ関係者間で情報共有を図るようにしている。 ・　県担当者とも適宜情報共有しながら進めている。

- 年度初めや年度末、事業企画時に打ち合わせ（Zoom）を行うようにしている。その際に支援コーディネーターの役割について確認している。
- 支援コーディネーターから実際の相談支援の現状について意見を聞き、相談者の身近な圏域で相談対応できるよう体制を検討しているところ。
- 県内すべての認知症疾患医療センター間で若年性認知症相談実績と事例を共有し、県内の相談支援体制について情報交換している。
- 毎月１回、市内支援コーディネーターと行政担当者で定例会を実施し、支援ケースや個々の活動、居場所支援などの情報交換や連携を図っている。

周知・啓発

- 現在、市としては若年性認知症の数は少ないので、若年性認知症についての周知活動を強化し事業を展開している。
- 地域によってセンターの認知度や活用状況に偏りがある状況。そのため、遠方の自治体の認知症関連イベントに赴き、出張相談会を開催したり、各種研修会において、センターを紹介している。
- 支援コーディネーターの配置について広く周知をするため、本人発信を含めた講演等の活動を積極的に行っている。
- 支援コーディネーターの活動を地域包括支援センター等に周知し、事例検討会等にも参加することでネットワークが構築され、各市町のなかに若年性認知症の方を支える協力者を多く作っている。
- 若年性認知症の理解を深めるため、市職員や地域包括支援センター等向けの研修や専門職の若年性認知症に対する正しい理解を促す場としての若年性認知症スポーツイベントの企画といった事業を通して、関係機関と顔の見える関係を構築するよう努めている。
- 令和４年には、県が運営する認知症情報ポータルサイトに相談用フォームを設置し、医療機関等に周知を図るなどして、相談・連携がしやすい体制整備を目指している。

ネットワーク構築

- 関係機関とのネットワーク構築のため、両立支援に係る会議、研修に支援コーディネーターとともに参加し、若年性認知症及び支援コーディネーターの周知を図っている。
- 離島を含み、非常に広域であるため、遠方の地域との連携が難しい面がある。そのため、県内全障害福祉サービス事業所が年１回出席する「指定障害福祉サービス事業者等集団指導説明会（県開催）」で若年性認知症についての支援依頼を行い、就労継続支援事業所への周知を実施するなどの機会を設け連携を行っている。
- 若年性認知症自立支援ネットワーク会議開催を通じより広域的な連携を支援する。
- 委託事業としており、相談窓口だけではなく、実際の相談支援、多機関連携を全県的に実施してもらっている。
- 連携が必要な関係機関との連携ネットワーク構築の強化に取組んでもらっている。
- 認知症疾患医療センターに支援コーディネーターを配置しており、県内の他の認知症疾患医療センターと連携を密に図りながら、相談支援や圏域ごとのネットワークの推進に取組んでいる。

・　個別相談件数が増加しているなか、当該相談対応を優先しながら、可能な限り、認知症関係団体等との会議などの場に積極的に参加してもらい、ネットワークづくりを行っている。
・　支援コーディネーターは、認知症の人と家族の会に配置しており、家族の会が実施する取組みの場を活かし業務を行っている。また、ネットワークの構築においては、各団体の会議等に参加し、若年性認知症の啓発とともに支援コーディネーターの紹介や支援事例の報告を行う等して協力をお願いし、連携体制の強化を図っている。
・　相談のあった方に対するサポート会議を、支援コーディネーターが市町村に出向いて開催し支援ネットワークの構築を図るほか、講話等を行い、関係機関との連携強化を図っている。
・　支援コーディネーターと初期集中支援チームや地域支援推進員が連携した支援を実施することで、ネットワークの構築や切れ目のない支援ができるようにしている。
・　令和元年度からは支援コーディネーターを２名配置とし、ネットワーク会議を新規設置し、医療・介護・雇用・福祉等関係者が連携する仕組みを構築するための取組みを行っている。

配置そのものの工夫

＜配置する人数について＞
・　複数対応となったため、県内の広い範囲で動くことが出来るようになった。
・　県内１か所の指定のため、少しずつ対応範囲を広めていける。
・　県の地理的な条件を考慮し、3 名配置している。
・　支援コーディネーターは個別支援も行っているが、県内 1 箇所のみ・2 名体制であり、県内すべてのケースに関わることは不可能であるため、各地域での支援体制が強化されるよう、後方支援を主な役割としている。

＜支援について＞
・　県内に２名しか支援コーディネーターがおらず、また専任は１名のため、相談窓口を固定電話にすると行動範囲が限られることから、相談窓口を携帯電話としている。
・　相談窓口設置場所が県の北端に位置していることから、来所が難しい相談者も多いため、Web を積極的に用いて相談に応じている。
・　支援コーディネーターを４人（常時３人）配置していることから、相談への対応だけではなく、市町村への伴走支援も実施し、認知症施策に係る市町村への支援を実施している。
・　認知症ピアサポート事業や、認知症カフェ事業といった事業も同じ委託先とすることで若年性認知症に係るものだけではなく、その他の事業との相乗効果を図っている。
・　認知症コールセンターに配置することで、直に支援コーディネーターに相談できる体制となっている。
・　令和４年、県より事務移管後もこれまで通り県主催の所管する支援コーディネーター支援の研修に市所管の支援コーディネーターも対象としてもらい継続支援をお願いしている。

＜役割について＞
・　担当圏域を決め、圏域ごとにネットワーク構築のための意見交換会を実施している。
・　県内の圏域ごとに担当者を配置し全県に対して均等な支援を行っている。

- 県内の二次医療圏域に配分できるよう配置し、支援コーディネーターと地域振興局の認知症担当者との連携を進めやすい環境にしている。
- 地域特性の異なる 2 か所に相談窓口を設置し、それぞれに支援コーディネーターを配置している。各相談窓口において、それぞれの地域で連携を強化すべき医療機関や事業所を選定し連絡会を開催するなどしている。
- 認知症コールセンターで若年性認知症に関する相談を受け付けているため、相談窓口を一本化することができている。
- 保有資格の違う複数名の支援コーディネーターを配置することで、それぞれの得意分野を生かしながら活動することができる。
- 医療機関等の関係機関や公共交通機関が比較的少ない地域を所管している窓口では、訪問・同行支援を強化するなど、地域の特性を踏まえた相談支援や連携体制の構築に取組んでいる。
- 支援コーディネーター業務（個別支援）と、若年性認知症自立支援ネットワーク会議及び研修を同一法人に委託することで、支援コーディネーターが個別支援の中で県内の状況把握や課題分析等を行い、ネットワーク会議に持ち込み、会議の中で課題に対応した今後の県の取組み方針等の検討を行ったり、市町村・関係機関等向けの若年性認知症自立支援ネットワーク研修の企画を行うことができている。

その他

- 広域な自治体であるため、研修受講者多数の場合は支援コーディネーターの配置のない地域を優先的に配置している。
- 病院内での多職種連携を密にし、スムーズな対応を心がけている（相談内容に応じて適切な職種につなぐ、相談内容の共有など）。
- 本人・家族交流会の設置・運営を行っており、個別継続支援においてもケースに応じた支援できるようにしている。
- 昨年度から、各地域の支援コーディネーターの活動支援や横の繋がり支援等の役割を担う基幹型センターを設置したが、委託した事業は一向に実施されなかった。

表 14　配置開始から調査時までに辞めた支援コーディネーター変更の有無

区分	いる	いない	分からない
全体 (n=56)	29 (51.8)	26 (46.4)	1 (1.8)
都道府県 (n=47)	24 (51.1%)	22 (46.8%)	1 (2.1)
指定都市 (n=9)	5 (55.6)	4 (44.4)	0 (0.0)

表 15-1　変更した人数

区分	1 人	2 人	3 人	4 人	7 人	13 人	不明	合計（人）	平均（人）
全体 (n=29)	14 (48.3)	4 (13.8)	4 (13.8)	3 (10.3)	2 (6.9)	1 (3.4)	1 (3.4)	73	2.6
都道府県 (n=24)	10 (41.7)	4 (16.7)	4 (16.7)	2 (8.3)	2 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	65	2.8
指定都市 (n=5)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8	1.6

表 15-2　変更した理由

区分	委託先の都合	支援コーディネーターの自己都合	その他*
全体 (n=29)	12 (41.4)	20 (69.0)	4 (13.8)
都道府県 (n=24)	9 (37.5)	18 (75.0)	3 (12.5)
指定都市 (n=5)	3 (60.0)	2 (40.0)	1 (20.0)

※複数回答あり

*その他：定年、契約期間満了、理由までは把握していない

若年性認知症施策総合推進事業の実施状況と課題（設問 16-32）

表 16-1　ネットワーク会議設置の有無

区分	設置されている	設置する具体的予定あり	設置されていない
全体 (n=56)	39 (69.6)	3 (5.4)	14 (25.0)
都道府県 (n=47)	36 (76.6)	2 (4.3)	9 (19.1)
指定都市 (n=9)	3 (33.3)	1 (11.1)	5 (55.6)

【実施の具体的予定】

時期：令和 4 年 1 月（1 回）、令和 4 年 8 月（1 回）、令和 5 年 2 月（1 回）

【設置されていない理由】

- 認知症全般に関して検討する会議を設けているため。
- 予算措置がされていないため。
- 令和 2 年 4 月に就任し、支援コーディネーターとして行う活動等の理解が不足している。

・ 前任者から交代。大府センターの研修を終了したばかり。
・ 設置の必要性及び体制について検討が不十分であるため。
・ 現状では若年性認知症の方が少なく、また、会議体の数も多いため、新たにネットワーク会議の必要性を感じていない。
・ 個別に関連機関に相談しており、ネットワーク会議を設置するまでに至っていない。
・ 県で実施しているため。
・ 認知症施策ネットワーク会議と、その下に若年性認知症を専門とする分科会を設置していたが、平成 29 年度末の委員の任期満了に伴い、両方の会議を再編して、柔軟な対応が可能となるアドバイザリーボード制度を設置することとした。
・ 圏域ごとの人材育成の取組みに併せて、圏域内のネットワーク構築に向けた取組みを行っているため。
・ 県担当者含め関係機関と都度協議しているため。
・ ネットワーク会議構成員の選定に時間を要している。
・ 市内の関連機関等へのコーディネーターの配置について、周知を行う機会が少なかったこと、また、他の会議とのメンバーの重複等考慮し、検討中である。

表 16-2　ネットワーク会議の開催回数

区分	0 回	1 回	2 回	3 回	4 回	合計（回）	平均（回）
全体（n=39）	1 (2.6)	27 (69.2)	7 (17.9)	2 (5.1)	2 (5.1)	55	1.4
都道府県（n=36）	1 (2.8)	25 (69.4)	6 (16.7)	2 (5.6)	2 (5.6)	51	1.4
指定都市（n=3）	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4	1.3

表 17-1　ネットワーク会議の構成員の平均人数（開催予定も含む）

区分	全体（n=42）	都道府県（n=38）	指定都市（n=4）
認知症疾患医療センター	3.8	4.1	1.3
上記以外の医療機関	1.8	2.0	1.0
介護サービス事業者	1.5	1.7	0.0
指定障害福祉サービス事業者	0.9	1.0	0.5
認知症初期集中支援チーム	1.0	1.1	0.3
認知症施策にかかる行政担当者	5.6	5.5	6.5
認知症の人や家族等の意見を代表する者	1.7	1.8	0.8
認知症ケアに関する有識者	1.3	1.5	0.3

経済団体	0.7	0.9	0.0
ハローワーク	0.7	0.9	0.0
認知症地域支援推進員	1.2	1.2	1.5
その他*	5.3	5.5	3.8

*その他：保健所、障害者就業・生活支援センター、権利擁護センター、基幹相談支援事業所、高次脳機能障害支援センター、労働局、行政担当者（障害、福祉、高齢、労働関係）、県警、教育庁、介護保険事業所、民間企業、各種障害福祉関係団体（介護支援専門員協会、相談支援専門員協会、精神障がい者福祉協会、精神科病院協会、障害福祉事業所マネジメント協会、病院協会など）、各種職能・職域団体（医師会、弁護士会、精神保健福祉士会、看護協会、作業療法士会、社会福祉士会など）、認知症の人と家族の会、地域包括支援センター、社会福祉士、認知症介護指導者、キャラバン・メイト、本人、家族など

【出席者の職種】若年性認知症支援コーディネーター、医師、歯科医師、看護師、保健師、歯科衛生士、公認心理師、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、認知症介護指導者、相談支援専門員、両立支援促進員、障害者職業カウンセラー、大学教員など

表 18　ネットワーク会議における取組み

実施内容	全体 (n=42)		都道府県 (n=38)		指定都市 (n=4)	
	実数	%	実数	%	実数	%
管内市区町村における若年性認知症施策の取組状況の把握や課題の分析、先進的な事例の収集	29	69.0	26	68.4	3	75.0
若年性認知症の人への支援に関わる人や機関等が情報を共有できる仕組みづくりの検討	33	78.6	29	76.3	4	100.0
若年性認知症の人への支援に係るケース会議、事例研究等の実施	16	38.1	14	36.8	2	50.0
若年性認知症の人への支援に資する福祉サービス等の資源の開発の検討	11	26.2	8	21.1	3	75.0
若年性認知症の人への支援に資する各種助成金等に係る情報発信	10	23.8	9	23.7	1	25.0
企業や福祉施設等に対し、若年性認知症の理解促進を図るためのパンフレット等の作成	15	35.7	14	36.8	1	25.0
その他若年性認知症の人への支援に資する事業	11	26.2	11	28.9	0	0.0
無記入	1	2.4	1	2.6	0	0.0

【その他、若年性認知症の人への支援に資する事業】

- 就労支援（委員間の業務内容の理解、就労支援の現状把握）
- 若年性認知症支援コーディネーターの活動実績報告、活動内容の紹介
- 若年性認知症の調査結果、当県の状況報告、情報提供等
- 専門職向けや県民向けの研修会の開催
- 若年性認知症の人の居場所づくりの検討
- 若年性認知症の人への早期相談支援体制の検討
- 若年性認知症総合支援センター事業計画・事業実績の報告とそれに対する助言等
- 若年性認知症の人の受入や社会参加支援に関する実態調査
- 県の若年性認知症事業に関する意見収集

表 19　ネットワーク会議と障害者就労支援ネットワーク等の既存の支援ネットワークとの連携

区分	ある（具体的予定がある場合を含む）	ない	無記入
全体 (n=42)	10 (23.8)	30 (71.4)	2 (4.8)
都道府県 (n=38)	9 (23.7)	27 (71.1)	2 (5.3)
指定都市 (n=4)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)

【具体的な内容】

- 障害者就業・生活支援センター等担当者連絡会議に出席し、若年性認知症支援に関する現状を伝え、連携への協力を依頼している。
- ネットワーク会議に障害者就業・生活支援センターやハローワークを招集している。
- 県内の障害保健福祉圏域会議にて若年性認知症総合支援センターの取組みを紹介する。
- 障害者雇用関係機関の事業に支援コーディネーターに参加要請、講義依頼等があり、雇用関係機関に対して普及・啓発活動を広げてもらえている。
- 令和 3 年度に県の障害者雇用・就業支援ネットワーク会議にて、若年性認知症に関する情報提供を行った。また、今年度から、障害者雇用・就業支援ネットワーク会議の構成員でもある就労関係機関からも若年性認知症自立支援ネットワーク会議に出席してもらっている。

表 20　ネットワーク研修の実施状況

区分	実施している	今後実施を予定している	実施していない	無記入
全体 (n=56)	33 (58.9)	1 (1.8)	21 (37.5)	1 (1.8)
都道府県 (n=47)	29 (61.7)	1 (2.1)	16 (34.0)	1 (2.1)

指定都市 (n=9)	4 (44.4)	0 (0.0)	5 (55.6)	0 (0.0)

実施予定時期：令和5年度から

表 20-1　ネットワーク研修の実施回数

区分	1回	2回	3回	5回	7回	合計 (回)	平均 (回)
全体 (n=33)	21 (63.6)	6 (18.2)	4 (12.1)	1 (3.0)	1 (3.0)	57	1.7
都道府県 (n=29)	18 (62.1)	5 (17.2)	4 (13.8)	1 (3.4)	1 (3.4)	52	1.8
指定都市 (n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5	1.3

※予定も含む

表 21　ネットワーク研修の内容

内容	全体 (n=33)		都道府県 (n=29)		指定都市 (n=4)	
	実数	%	実数	%	実数	%
若年性認知症に関する基本的な理解	29	87.9	26	89.7	3	75.0
本人や家族の心理状態、本人・家族の思い	24	72.7	21	72.4	3	75.0
若年性認知症の人が利用できるサービスや制度	25	75.8	22	75.9	3	75.0
若年性認知症の人への具体的な支援方法	24	72.7	20	69.0	4	100.0
若年性認知症への支援事例	27	81.8	23	79.3	4	100.0
その他*	5	15.2	5	17.2	0	0.0

*その他：他県の地域版認知症希望大使による講演、リーフレットの作成、若年性認知症支援コーディネーター事業の紹介、若年性認知症の人の利用施設において実習など

表 22-1　ネットワーク研修の実施総回数

内容	全体 (n=51)		都道府県 (n=46)		指定都市 (n=5)	
	実数	%	実数	%	実数	%
若年性認知症に関する基本的な理解	38	74.5	35	76.1	3	60.0
本人や家族の心理状態、本人・家族の思い	33	64.7	31	67.4	2	40.0
若年性認知症の人が利用できるサービスや制度	34	66.7	31	67.4	3	60.0
若年性認知症の人への具体的な支援方法	31	60.8	27	58.7	4	80.0
若年性認知症への支援事例	33	64.7	29	63.0	4	80.0

その他*	8	15.7	8	17.4	0	0.0
無記入	1	2.0	0	0.0	1	20.0

※回答があった内容のみ集計

*その他：若年性認知症の診断を受けた方への就労支援、若年性認知症の診断を受けた方への支援

表 22-2　ネットワーク研修の所属別の平均参加人数

区分	全体 (n=51)	都道府県 (n=46)	指定都市 (n=5)
認知症疾患医療センター	4.6	4.7	4.5
上記以外の医療機関	2.2	2.6	0.0
介護サービス事業者	12.1	13.0	6.7
指定障害福祉サービス事業者	4.4	5.3	1.0
認知症初期集中支援チーム	1.3	0.4	6.5
認知症施策にかかる行政担当者	18.0	20.0	6.3
認知症の人や家族等の意見を代表する者	0.8	1.0	0.0
認知症ケアに関する有識者	0.3	0.2	0.7
経済団体	0.0	0.0	0.0
ハローワーク	0.4	0.5	0.0
企業関係者	0.8	1.0	0.0
認知症地域支援推進員	5.6	6.0	3.5
その他*	14.0	15.2	10.3

*その他：産業医、薬剤師、介護支援専門員、ジョブコーチ、生活支援コーディネーター、両立支援コーディネーター、チームオレンジコーディネーター、当事者とその家族、一般住民、相談支援事業所、地域包括支援センター、基幹相談支援センター、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、社会福祉協議会、社会福祉士会、新聞社など

表 23　治療と仕事の両立支援のための地域両立支援推進チームの認知度

区分	知っている	知らない	無記入
全体 (n=56)	47 (83.9)	8 (14.3)	1 (1.8)
都道府県 (n=47)	41 (87.2)	5 (10.6)	1 (2.1)
指定都市 (n=9)	6 (66.7)	3 (33.3)	0 (0.0)

表 24-1　支援コーディネーターの地域両立支援推進チームへの参加の有無

区分	全体（n=47）		都道府県（n=41）		指定都市（n=6）	
	実数	%	実数	%	実数	%
参加している	22	46.8	21	51.2	1	16.7
案内はあったが、参加していない*	2	4.3	2	4.9	0	0.0
案内がなく、また、若年性認知症以外の疾患が対象となっているため、参加していない*	4	8.5	4	9.8	0	0.0
対象疾患は限定されていないが、案内がないため参加していない	19	40.4	14	34.1	5	83.3

*案内はあったが参加していない理由：コロナ業務兼務のため、業務負担が大きく時間が取れない
*案内がなく、若年性認知症以外の疾患が対象となっている場合の対象疾患：がん、メンタルヘルス全般、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病

表 24-2　支援コーディネーターの両立支援推進チームへの参加形態

区分	構成員	オブザーバー	その他*
全体（n=22）	17（77.3）	4（18.2）	1（4.5）
都道府県（n=21）	16（76.2）	4（19.0）	1（4.8）
指定都市（n=1）	1（100.0）	0（0.0）	0（0.0）

*その他：推進チームである県に同行

【推進チームの対象疾患】
認知症、がん、脳卒中、糖尿病、精神疾患、高次脳機能障害、心疾患、肝炎、難病など、産業保健総合支援センターの支援対象の疾患、反復・継続して治療が必要となる疾患、対象疾患については明文化されていない

【推進チームに参加して得られた成果（抜粋）】
＜周知・啓発＞
- がん以外に長期療養を伴う疾病として若年性認知症があり、治療と仕事の両立に支援が必要なことについて周知を図ることができている。
- 推進チームのパンフレット、リーフレットに若年性認知症に関する内容を記載してもらい、関係先へ周知等を行うことができた。
- 若年性認知症支援総合支援センターの周知。
- 若年性認知症について取り上げてもらっている。
- 構成員に対し、若年性認知症に関する知識及びコーディネーターの周知ができる。

＜関係機関との連携＞

- 他のチーム員との関係性構築。
- 参加関係機関と情報共有や連携を図ることができた。
- 参加をきっかけに関係機関との連携に繋げていけたらと思う。
- 両立支援コーディネーターとの連携が出来れば、地域格差のない広範囲での両立支援の可能性を感じた。

＜情報収集＞

- 多様な専門職の方と意見交換ができた。
- 他の構成員の活動内容などを知ることができ、企業での会議などに役立っている。
- チームを構成する他機関が設置する相談窓口等の取組み情報について知ることができ、コーディネーターの業務に役立っている。
- 各構成員からの提出のあった資料等の共有がある。

＜その他＞

- 機会があれば、若年性認知症について詳しく話を聴きたいと出席者の中から言われた。
- その他疾患との比較ができた。
- コロナ禍で書面開催となり、議論が進んでいない。
- 新型コロナウイルス感染症のため、直近での会議開催はなされておらず、成果として把握しているものは特にない。

表 25　行政担当者と支援コーディネーターの連携内容

内容	全体 (n=56)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=9)	
	実数	%	実数	%	実数	%
年間の事業計画の立案	36	64.3	32	68.1	4	44.4
若年性認知症の普及・啓発のための成果物の作成	33	58.9	28	59.6	5	55.6
支援実績の報告	53	94.6	45	95.7	8	88.9
個別支援内容の把握	26	46.4	22	46.8	4	44.4
個別支援に関する相談	13	23.2	10	21.3	3	33.3
支援コーディネーターの要望や課題の聞き取り	43	76.8	36	76.6	7	77.8
その他*	10	17.9	8	17.0	2	22.2
無記入	1	1.8	1	2.1	0	0.0

*その他：若年性認知症自立支援ネットワーク会議の企画立案に関する相談、事業内容の検討、毎年度の若年性認知症支援コーディネーター研修の参加、支援コーディネーターを各研修で講師とするための調整、毎月 1 回の報告会、研修事業等の企画立案、社会資源の立ち上げ等の検討など

表 26　行政担当者と支援コーディネーターの連携状況

状況	全体（n=56）		都道府県（n=47）		指定都市（n=9）	
	実数	%	実数	%	実数	%
とてもできている	13	23.2	11	23.4	2	22.2
まあできている	38	67.9	33	70.2	5	55.6
あまりできていない	3	5.4	2	4.3	1	11.1
全くできていない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無記入	2	3.6	1	2.1	1	11.1

表 27　行政担当者と支援コーディネーターとの連携における課題の有無

区分	ある	ない	無記入
全体（n=56）	29（51.8）	22（39.3）	5（8.9）
都道府県（n=47）	25（53.2）	18（38.3）	4（8.5）
指定都市（n=9）	4（44.4）	4（44.4）	1（11.1）

表 27-1　行政担当者と支援コーディネーターとの連携における課題の具体的内容（抜粋）

行政側の体制
・ 行政担当者の若年性認知症に対する知識やノウハウ不足。経験を積んでも数年で人事異動となり、知識やノウハウがリセットしてしまう。 ・ 実務を行わないため、支援に係る知識が不十分である。 ・ 支援コーディネーターが必要とする専門的な支援に対し、行政側から積極的なアプローチができていない。 ・ 事業を委託しているため、詳細な支援について把握できていない。 ・ 若年性認知症本人及び家族からの相談内容が専門的であるため、支援コーディネーターに任せっきりになっている部分が多い。
支援コーディネーターとの情報共有
・ 情報共有しているが、現場の状況を把握しきれてない。 ・ 実際の支援場面を共有する機会が少ない。 ・ 行政担当、支援コーディネーターとも他業務との兼務や多忙を理由として、本事業に割く時間が少なく、連絡調整が不足している。行政課題や業務内容を共有する作業を行っていない。 ・ 支援コーディネーターと情報共有を密にして、県内における支援状況や課題に対し、県として何が出来るかを、意見を聞いて考えていく必要があると感じている。 ・ 支援コーディネーターと毎日顔を合わせて業務を行うわけではないため、日々の相談業務の課題までは把握できていない。

・ 支援コーディネーターが複数であるほど多様な考えや意見があるため、共通認識を持って支援を進めることが大切。
支援コーディネーターの配置
・ 支援コーディネーターの配置人数が少ないため、マンパワー不足である。 ・ 支援コーディネーターの保有資格によって、対応方針が異なり、質の同一性が保てない。 ・ 支援コーディネーターが大学病院内に配置されているため、気軽に相談がしづらい。 ・ 精神科病院の相談員で個別の支援は行えるが、支援を取りまとめて評価したり、関係者間の連携や研修講師、企画等は慣れておらず、行政のサポートが必要である。 ・ 支援コーディネーターが 1 人で負担が大きい。相談件数の抑制等にも影響がある。相談件数の増加、相談内容の多様化・複雑化している。
圏域の影響
・ 各支援コーディネーターの活動地域によって、市町村との連携方法に差があること。 ・ 連携を密に取り合ってはいるが、行政と支援コーディネーターの勤務地が離れている。
支援体制の構築
・ 若年性認知症の当事者の早期支援（掘り起こしや就労支援及び生活支援等）に必要な地域との連携（地域のネットワーク作り）が進まない。 ・ 若年性認知症支援者の横つながりの展開をどのようにしていくかを話し合っているが、特別解決方法がみつからない。事例が少ない等が原因として考えられる。 ・ 支援コーディネーターが抱える課題に対して、随時関係機関と情報共有を図り、専門的な助言等を行う仕組みの構築。 ・ ネットワーク構築に向けた積極的な活動までなかなかつながらない。市担当者としても全体業務の優先度からも積極的な支援体制が取れていない。
その他
・ 新型コロナウイルス感染症の影響により、支援コーディネーターが講師を務める研修や支援者連絡会等に行政担当者が参加できていないため、支援コーディネーターの活動や地域での支援の情報を具体的に得にくい。 ・ 若年性認知症の人が参加できる社会資源が少ないため、認知症地域支援推進員を中心に、地域の社会資源の把握を強化しているが、なかなか参加できる場所がない。 ・ 支援コーディネーターのモチベーションを保ちづらい。 ・ 現在の支援コーディネーターの後継者がいない。 ・ 委託先の人間関係から波及した調整が必要である。

表 28-1　支援コーディネーターに依頼している業務内容

内容	全体 (n=56)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=9)	
	実数	%	実数	%	実数	%
個別相談の対応（相談内容の確認と整理）	55	98.2	46	97.9	9	100.0

個別相談の対応(適切な専門医療へのアクセスと継続の支援)	55	98.2	46	97.9	9	100.0
個別相談の対応（利用できる制度・サービスの情報提供）	55	98.2	46	97.9	9	100.0
関係機関との連絡調整	51	91.1	42	89.4	9	100.0
ワンストップ相談窓口の役割を果たすための関係支援機関とのネットワークの構築	44	78.6	36	76.6	8	88.9
関係機関との課題の共有、ケース会議の開催	41	73.2	33	70.2	8	88.9
就労継続のための企業・産業医との連絡調整	46	82.1	38	80.9	8	88.9
産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知	41	73.2	35	74.5	6	66.7
企業における就業上の措置等の適切な実施など、治療と仕事の両立支援の取組みの促進	37	66.1	32	68.1	5	55.6
若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知	38	67.9	32	68.1	6	66.7
本人・家族が交流できる居場所づくり	49	87.5	40	85.1	9	100.0
相談担当職員向け研修	38	67.9	30	63.8	8	88.9
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発（チラシ、パンフレット、ハンドブック等の資料作成）	44	78.6	37	78.7	7	77.8
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発	52	92.9	44	93.6	8	88.9
本人が住み慣れた地域の専門職への支援コーディネーターの役割のつなぎ	45	80.4	38	80.9	7	77.8
若年性認知症の人との意見交換会等を通した本人・家族のニーズの把握	47	83.9	40	85.1	7	77.8
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無記入	1	1.8	1	2.1	0	0.0

【連絡調整する関係機関】認知症疾患医療センター、医療機関、かかりつけ医、保健所、介護支援専門員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域密着ケア協議会、認知症初期集中支援チーム、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、商工団体、雇用・労働機関、企業、行政担当者、家族会、当事者会、認知症カフェなど

【課題の共有やケース会議を行う関係機関】認知症疾患医療センター、医療機関、保健所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域密着ケア協議会、認知症初期集中支援チーム、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、就労支援事業所、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、企業、行政担当者、家族会、当事者会、認知症カフェ、若年性認知症研修会など

【その他】地域ごとの支援ネットワーク構築へのバックアップ

表 28-2　支援コーディネーターが実際に行っている業務内容

内容	全体（n=56）		都道府県（n=47）		指定都市（n=9）	
	実数	%	実数	%	実数	%
個別相談の対応（相談内容の確認と整理）	55	98.2	46	97.9	9	100.0
個別相談の対応(適切な専門医療へのアクセスと継続の支援）	54	96.4	45	95.7	9	100.0
個別相談の対応（利用できる制度・サービスの情報提供）	54	96.4	45	95.7	9	100.0
関係機関との連絡調整	52	92.9	43	91.5	9	100.0
ワンストップ相談窓口の役割を果たすための関係支援機関とのネットワークの構築	42	75.0	35	74.5	7	77.8
関係機関との課題の共有、ケース会議の開催	42	75.0	35	74.5	7	77.8
就労継続のための企業・産業医との連絡調整	45	80.4	37	78.7	8	88.9
産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知	38	67.9	34	72.3	4	44.4
企業における就業上の措置等の適切な実施など、治療と仕事の両立支援の取組みの促進	34	60.7	29	61.7	5	55.6
若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知	42	75.0	36	76.6	6	66.7
本人・家族が交流できる居場所づくり	48	85.7	39	83.0	9	100.0
相談担当職員向け研修	37	66.1	32	68.1	5	55.6
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発（チラシ、パンフレット、ハンドブック等の資料作成）	44	78.6	37	78.7	7	77.8
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発	53	94.6	45	95.7	8	88.9
本人が住み慣れた地域の専門職への支援コーディネーターの役割のつなぎ	49	87.5	41	87.2	8	88.9
若年性認知症の人との意見交換会等を通した本人・家族のニーズの把握	49	87.5	41	87.2	8	88.9
その他	1	1.8	1	2.1	0	0.0
無記入	1	1.8	1	2.1	0	0.0

【連絡調整する関係機関】認知症疾患医療センター、医療機関、かかりつけ医、保健所、介護支援専門員、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域密着ケア協議会、認知症初期集中支援チーム、障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、商工団体、雇用・労働機関、企業、行政担当者、家族会、当事者会、認知症カフェなど

【課題の共有やケース会議を行う関係機関】認知症疾患医療センター、医療機関、保健所、地域活動支援センター、社会福祉協議会、地域密着ケア協議会、認知症初期集中支援チーム、障害者

就業・生活支援センター、障害者職業センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、就労支援事業所、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所、企業、行政担当者、家族会、当事者会、認知症カフェ、若年性認知症研修会など

【その他】

- 若年性認知症の人をパンフレット作製委員として謝礼ありで任命し、本人の声を発信する場を設ける
- 若年性認知症の診断に関わる医師に対して、精神障害者保健福祉手帳の効用などを周知することで、診療の場でタイムリーに制度につながるよう支援する
- ヤングケアラーや子ども世代の相談も受けることを周知する

表 28-3　支援コーディネーターに期待する業務内容（上位 3 つ）

内容	全体 (n=56)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=9)	
	実数	%	実数	%	実数	%
個別相談の対応（相談内容の確認と整理）	16	28.6	13	27.7	3	33.3
個別相談の対応(適切な専門医療へのアクセスと継続の支援)	18	32.1	17	36.2	1	11.1
個別相談の対応（利用できる制度・サービスの情報提供）	18	32.1	17	36.2	1	11.1
関係機関との連絡調整	7	12.5	6	12.8	1	11.1
ワンストップ相談窓口の役割を果たすための関係支援機関とのネットワークの構築	20	35.7	18	38.3	2	22.2
関係機関との課題の共有、ケース会議の開催	4	7.1	3	6.4	1	11.1
就労継続のための企業・産業医との連絡調整	7	12.5	5	10.6	2	22.2
産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知	6	10.7	5	10.6	1	11.1
企業における就業上の措置等の適切な実施など、治療と仕事の両立支援の取組みの促進	1	1.8	1	2.1	0	0.0
若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知	1	1.8	0	0.0	1	11.1
本人・家族が交流できる居場所づくり	26	46.4	20	42.6	6	66.7
相談担当職員向け研修	3	5.4	3	6.4	0	0.0
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発（チラシ、パンフレット、ハンドブック等の資料作成）	2	3.6	1	2.1	1	11.1
若年性認知症にかかる正しい知識の普及･啓発	15	26.8	11	23.4	4	44.4
本人が住み慣れた地域の専門職への支援コーディネーターの役割のつなぎ	8	14.3	8	17.0	0	0.0

若年性認知症の人との意見交換会等を通した本人・家族のニーズの把握	12	21.4	9	19.1	3	33.3
その他	1	1.8	1	2.1	0	0.0
無記入	1	1.8	1	2.1	0	0.0

【連絡調整する関係機関】市町村、認知症疾患医療センター、かかりつけ医、地域包括支援センター、障害福祉サービス事業所、商工団体、雇用・労働機関、家族会など

【課題の共有やケース会議を行う関係機関】特に指定なし

【その他】地域ごとの支援ネットワーク構築へのバックアップ

表 29　配置された支援コーディネーターへの支援内容

内容	全体 (n=56)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=9)	
	実数	%	実数	%	実数	%
都道府県･指定都市としての若年性認知症施策の方向性や基本方針の説明・共有	44	78.6	37	78.7	7	77.8
都道府県･指定都市内の住民に対する支援コーディネーター配置についての周知	49	87.5	42	89.4	7	77.8
関係機関に対する支援コーディネーター配置についての周知	47	83.9	41	87.2	6	66.7
課題共有等のための定期的な会議や打ち合わせの実施	39	69.6	32	68.1	7	77.8
関係機関とのネットワークづくりや顔つなぎ等への支援	36	64.3	30	63.8	6	66.7
研修機会の提供	40	71.4	35	74.5	5	55.6
困難事例を抱えた場合のバックアップ体制の整備	8	14.3	5	10.6	3	33.3
支援コーディネーターが研修会等を開催する際の運営面の協力	38	67.9	31	66.0	7	77.8
無記入	2	3.6	1	2.1	1	11.1

表 30-1　行政担当者としての支援コーディネーター支援における課題の有無

区分	ある	ない	無記入
全体 (n=56)	41 (73.2)	11 (19.6)	4 (7.1)
都道府県 (n=47)	35 (74.5)	9 (19.1)	3 (6.4)
指定都市 (n=9)	6 (66.7)	2 (22.2)	1 (11.1)

表 30-2　課題の具体的な内容（抜粋）

支援コーディネーターの人材育成
・ 支援コーディネーターのレベルアップの仕組みを独自で整備するのは困難である。 ・ 支援コーディネーターの情報収集、資質向上の場の提供が難しい。
支援コーディネーターの負担
・ 支援コーディネーター1 名配置のため負担が大きい。また、増員を考えても財源の問題や役割分担、適切な人材確保の面で懸念があり、どのようにすれば若年性認知症の人への支援が上手くいき渡り、支援コーディネーターの負担も減らせるのかが課題である。 ・ 認知症疾患医療センターに兼務で設置のため、相談員が支援コーディネーター業務にすべての時間を割けない。 ・ ケースの終結基準を定めるのが難しく、一つのケースを長期間抱えることにより、支援コーディネーターの負担が大きくなっていた。
行政側の知識や経験の不足
・ 個別事案への対応での悩みに対して、知識がないため答えることができない（特に社会保障制度関係)。
支援の充実
・ 支援コーディネーターの相談対応件数の増加している。 ・ 本人の状況に応じた就労支援が必要である。 ・ 若年性認知症本人を就労・社会参加にどのようにつなげていくか。 ・ 実際に若年性認知症の当事者に係る機会が少なく、支援コーディネーターの支援につなぐまでに時間がかかっている。 ・ 安心して相談できる場や患者同士で悩みを語りあえる居場所づくりについて相談を受けているが、常設の居場所の確保には設置場所の検討や予算等の見通しがない状況である。 ・ 兼務という状況からか、常に所属先業務が優先され地域との関わりも広がらず深まらずの状態が続いている。 ・ 個別事例の積み重ねや、ネットワーク会議を通じて得てきた実態把握から、県の若年性認知症支援の課題を整理し、今後の取組みを検討していく必要がある。
バックアップ体制
・ 行政側から支援コーディネーターに対し積極的に支援・バックアップができていない。 ・ 若年性認知症については、数少なく、潜在している方々も多い。どうバックアップしたらよいかが課題である。 ・ 困難事例へのバックアップ体制の整備ができていない。 ・ 互いに多忙を極める中で情報や課題の共有は都度電話等で行っているが十分とは言えない。 ・ 支援コーディネーター業務を、配置機関において支援しバックアップする内容と、行政が支援しバックアップする内容の分担（個別支援の進捗管理も含め、どこまで行えばいいのか判断をすること)。
実態把握
・ 若年性認知症の方の人数がわからず、実態把握がしにくい。

周知・啓発の不足
・ 多職種連携が必要とされるにもかかわらず、若年性認知症及び支援コーディネーターの認知度が低いために支援がなかなか進まない。 ・ 就労先、就労関係機関等の若年性認知症への理解が難しい。 ・ 産業医や民間企業向けに若年性認知症になっても就労の継続及び新規就労が可能になるよう、若年性認知症に係る普及・啓発が必要である。 ・ 「若年性認知症支援コーディネーター」という支援者がいるということが周知できていないため、就労継続支援等で企業の人事担当と折衝する際に不信感を持たれてしまう。 ・ 同じ障害者就業・生活支援センターでも圏域や、ハローワークでは窓口の担当者によって対応が異なることもあり、理解促進に向けた取組みが必要である。 ・ 令和 3 年度ネットワーク研修時のアンケートにおいて、若年性認知症相談窓口の周知不足が明らかになったことから、今後周知に力を入れていく必要がある。 ・ 担当部署以外の行政職員への周知も課題である。
関係機関との連携
・ 障害福祉分野との連携が必要である。 ・ 地域によっては関係機関との調整やつなぎに困るケースもある。 ・ ネットワーク構築に向けた積極的な活動までなかなかつながらない。市担当者としても全体業務の優先度からも積極的な支援体制が取れていない。 ・ 高齢福祉や障害福祉、就労など様々な問題があり、多様な関係機関との連携が重要であると考えるが、若年性認知症の理解が不足しており、連携体制を構築することが難しい。
圏域や地域の影響
・ 現在、支援コーディネーターは 2 名体制であり、県内のすべてのケースに対して個別支援を実施することはできないため、地域ごとの支援体制の構築が求められている。 ・ 全県から相談があっても支援コーディネーターの圏域外のケースである場合、具体的な助言がしづらく結局圏域内の相談機関を案内しており、各圏域で相談対応ができる事が望ましいという支援コーディネーターからの声がある。 ・ 支援コーディネーターの活用が特定の市町村に偏る。 ・ 指定都市と府の若年性支援事業の内容に重複があり、現状では指定都市を含めた支援コーディネーターを配置するが、指定都市に偏重している。このため指定都市以外の市町村に支援が行き届いていない状況がある。指定都市と府の若年性認知症支援事業のすみわけ、役割分担が必要である。
予算について
・ 毎年予算の確保が難しくなっている。 ・ 人員配置に係る予算の確保が難しい。 ・ 事業内容や人員体制を拡充していきたいところであるが、認知症施策として他事業が重要施策となっていたり、予算の拡充まで行うことが困難である。
その他
・ 支援コーディネーターの支援経験が少ないため、支援スキルの向上や自分事としてのモチベ

ーション向上につながりにくい。
- 支援コーディネーター増設に向けた関係機関との調整が必要である。
- 特定の病院への出張相談を訪問件数として計上しているため、活動内容が見えにくい。
- 支援コーディネーターの離職に伴う交代が多く、ネットワークを活用した支援等のノウハウの蓄積が難しい。

表 30-3　課題内容に対する解決方法や施策として行って欲しいこと（抜粋）

委託事業の明確化
・ 委託事業の内容を詳細に渡り規定していないので、より具体的に事業内容を規定する。
関係機関との連携強化
・ ハローワーク等の就労支援に関わる機関との連携強化を図る。 ・ 関係機関と支援コーディネーターとのつなぎを積極的に行っている。若年性認知症をテーマにした各地域での研修会では、支援コーディネーターを講師とするよう調整をしている。 ・ 市町人材（地域支援推進員や初期集中支援チーム）との協力関係を強め、支援コーディネーターの介入が少なくて済むような体制の構築ができるとよいと考えており、そのための研修会の開催も検討している。 ・ 支援コーディネーターがネットワークを活用した支援等が行える体制の在り方を検討している。 ・ 地域ごとに若年性認知症の支援機関を参集した、ネットワーク会議や研修を実施することで、地域ごとの若年性認知症支援ネットワークを構築、充実させ、支援コーディネーターはその後方支援に重心を置くような体制を整備していくことを検討している。
支援コーディネーターの資質向上
・ 定期的な研修を行う。 ・ 支援コーディネーターの資格継続に必要なスキル（知識・技術）を設定し、定期の研修プログラム等を作って国の施策として実施して欲しい（毎年度の現任者研修の受講と課題の提出、多職種連携のための地域活動習得、普及活動や地域講演会等の出前講座の実施、就労支援事例の提出等の、資格維持のための義務として幾つかの課題に取組む）。
支援コーディネーターの配置
・ 支援コーディネーターは、全国多種多様な配置形態があると思われるが、都道府県が委託する際に標準業務内容を提示できるよう、一定の類型化をした上で、人的配置や設備等の標準的な配置要件を提示して欲しい。 ・ 配置基準の提示して欲しい。 ・ 指定都市における支援コーディネーター設置を推進して欲しい。 ・ 支援コーディネーター増設根拠となる配置基準を設定して欲しい。 ・ 他の都道府県と設置状況の比較を行って欲しい。
周知・啓発
・ 企業や事業所等への若年性認知症に関する理解の周知を図る。 ・ 行政や支援コーディネーター以外に協力機関との繋がりをもつよう、ネットワーク会議の開

催や研修を通じ、若年性認知症及び支援コーディネーターを広く周知したい。
- 希望大使が認知症についての正しい理解の促進のため、「本人」による発信をしているように、それを支援する人（地域の人、チームオレンジ、支援コーディネーター等）についてももっと周知してもらいたい。
- 若年性認知症や支援コーディネーターについて普及・啓発する機会を増やす。
- 支援コーディネーターおよび相談窓口の周知を図る。
- 医療機関との連携による周知活動をすすめる（医師に相談窓口を紹介してもらうことで、診断後の空白の期間を減らしたい)。
- 認知症の本人の思いや生き方を軸に普及・啓発されることは多いが、支援機関（支援コーディネーター、疾患医療センター、地域包括支援センター等）にもフォーカスした普及・啓発を国でも行って欲しい。
- 今後障害福祉サービス事業所等向けのリーフレット等を作成し周知を図り、支援コーディネーターとより一層連携を図り、若年性認知症の方への支援の強化につなげる。
- 支援コーディネーターの配置状況や実態から支援コーディネーターの活動だけで周知・啓発を行うには限界がある。支援先となる関係機関や関係者に向けに広く若年性認知症への理解が進むよう周知・啓発等の環境整備を望む。

情報共有の推進

- 定期情報交換を 4 半期に 1 回程度実施する。
- 定期的な会議や打合せの実施の必要性を感じている。
- 関係課や関係機関との情報共有・連携が必要である。
- 認知症疾患医療センター相談員の情報交換会を実施し、相談実績や支援事例の振返りを行う。
- 他県の支援コーディネーターとの交流の機会が必要である。
- 居場所づくりを行っている他自治体の先行事例について、情報提供が欲しい。

バックアップ体制の整備

- 困難事例を抱えた場合のバックアップを継続して欲しい。
- 人員、予算が限られる中での支援コーディネーターへの支援・バックアップの好事例の共有をして欲しい。
- 行政担当者を増やす。そのために予算要求でいかに重要な施策なのかということをアピールする。

予算の拡充

- 国庫負担による補助金等の拡充を望む。
- 恒久的で活用しやすい十分な財源の措置をして欲しい。

その他

- 国には、若年性認知症の実態把握を行って欲しい。介護サービス・障害サービスに繋がっていない人は把握ができない。
- 支援コーディネーターの質・スキル向上には、在籍する認知症疾患医療センター全体の底上げも重要な課題である。センター機能を高める策としても支援コーディネーターの存在価値

を高めることも有効なのではないかと思う。
- 個別支援として、本人・家族への積極的な継続支援の実施が必要である。
- 個別事例の分析と今まで把握してきた地域の実態から、県の若年性認知症支援の課題を考察する必要がある。
- 課題に基づいた事業の実施（ネットワーク会議や研修会の組み立て、普及・啓発活動等）。
- 効果的な取組みについて、関係者等の意見を伺い検討していくことを予定している。
- ピアサポート活動はじめ、若年性認知症の人のことをもっと知ってもらうために、本人大使となってもらえる人を支援コーディネーターとも連携して探したい。国の施策として、全県に取組み状況や現状（結果の共有ではなく、任命までの経過、活動継続にあたって生じてくる課題等）を情報共有してもらいたい。
- 県内すべての認知症疾患医療センターで相談対応を行いつつ、支援コーディネーター設置病院は輪番制とする方向で、設置病院の担当へは研修講師への協力を要請し、相談対応へ意識づけを行う（研修講師を実施することでコーディネーター自身の知識の習得にもなる）。
- 支援者のスーパーバイザーとしての支援コーディネーターの役割を明確化し、あらかじめ地域の支援者に伝える事で、地域の支援者へのスムーズなつなぎができるようにしている。
- 「訪問」の定義を明確にして欲しい。個別支援と集団支援、出張相談（事業や交流会）が混ざり合って計上され活動内容がわかりにくい。患者（家族）への個別支援を「訪問」として計上すべきと考える。
- 訪問先としての場所を定義づけしてほしい（例えば、自宅、勤務先、入院先、入所先、通所先への訪問は個別支援として計上し、医療機関、検査機関、相談機関への付き添いは、個別支援としての訪問ではなく、同行支援という別枠とすべきではないか）。
- 情報共有システムが複数いる支援コーディネーターの連携（引継ぎ）に使えない。市全体での集計しかできず、区などの単位での集計ができないなどがあるため、改良を考えてほしい。
- 支援コーディネーターと連携した取組みの社会資源の収集や支援の質の向上が必要である。

表 31　支援コーディネーターの配置による効果

内容	全体 (n=56)		都道府県 (n=47)		指定都市 (n=9)	
	実数	%	実数	%	実数	%
都道府県・指定都市内の住民からの若年性認知症についての相談が増えた	42	75.0	36	76.6	6	66.7
専門職からの若年性認知症についての相談が増えた	39	69.6	33	70.2	6	66.7
企業や雇用主などからの若年性認知症についての相談が増えた	24	42.9	21	44.7	3	33.3
介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者において、若年性認知症のサービス利用が増えた	19	33.9	15	31.9	4	44.4
若年性認知症に関する周知・啓発が進んだ	46	82.1	40	85.1	6	66.7

都道府県・指定都市内の若年性認知症の人向けの社会資源の把握が進んだ	21	37.5	16	34.0	5	55.6
都道府県・指定都市内の若年性認知症の人の実態の把握が進んだ	30	53.6	26	55.3	4	44.4
都道府県・指定都市として、若年性認知症施策をより推進できるようになった	37	66.1	30	63.8	7	77.8
若年性認知症の人や家族の集まり（若年性認知症カフェ・交流会など）が増えた	34	60.7	28	59.6	6	66.7
都道府県・指定都市内の市区町村・地域包括支援センター等の若年性認知症の人への支援が進んだ	26	46.4	22	46.8	4	44.4
その他	4	7.1	2	4.3	2	22.2
無記入	2	3.6	2	4.3	0	0.0

【その他】

- 対象者やその家族に対して相談先、窓口として周知ができる。
- 医師に支援コーディネーターの認識が広がり、医師間で支援コーディネーターの紹介が行われるようになった。
- 支援コーディネーターの活動により、若年性認知症に詳しい医師の情報が得られるようになった。
- 県内認知症疾患医療センターにおいて若年性認知症の相談支援を実施するという意識が以前より高くなったように思う。
- 本人発信の機会が増えた。

表 32　支援コーディネーターの配置に伴う課題

内容	全体（n=56）		都道府県（n=47）		指定都市（n=9）	
	実数	%	実数	%	実数	%
居場所づくりや就労支援の実践例がなく、ノウハウが分からない	11	19.6	8	17.0	3	33.3
相談事例が少なく、経験の積み重ねができない	8	14.3	5	10.6	3	33.3
困難な相談事例に関して、支援コーディネーターが相談できる仕組みがない	19	33.9	17	36.2	2	22.2
新しい情報、全国的な情報を得る仕組みがない	4	7.1	3	6.4	1	11.1
支援コーディネーターのレベルアップのための仕組みを独自で整備するのは困難である	38	67.9	34	72.3	4	44.4
啓発や研修のための具体的な方法がわからない	2	3.6	1	2.1	1	11.1
地域や関係機関に対する普及啓発のための研修会を開催したいが、適切な人材が不足している	4	7.1	3	6.4	1	11.1

支援コーディネーター設置事業にかかる予算確保が困難である	22	39.3	21	44.7	1	11.1
その他	13	23.2	11	23.4	2	22.2
無記入	3	5.4	3	6.4	0	0.0

【その他】

- やればやるほど1人の負担が増える。複数配置が望ましいが予算確保が難しい。
- 基幹型センターを設置してもそこで任を果たせる能力のある人材確保が難しい。
- 現支援コーディネーターの後任の人材確保。
- マンパワーに限りがある中、認知度が低いために支援コーディネーターが動かざるを得ない場面が多い。
- 認知症地域支援推進員との兼務であり事例によっては業務負担が多くなる。
- 支援コーディネーターは兼務であることを理由に、地域に向けた工夫や必要な活動に消極的。配置人数を増やしても成果が得られ難い。
- 雇用・就労分野の機関とのパイプが少なく、連携が難しい。
- 会社を辞めてから若年性認知症支援コーディネーターに繋がるケースが多く、支援が手遅れになってしまうことが多い。
- 若年性認知症支援に関し市町格差がある。
- 政令指定都市と都道府県の役割分担が不明瞭。明確な基準があった方がよい。集計方法や評価方法に課題があると感じる。地域の実情が明らかになるように府内市町村においても、若年性認知症相談・支援の実態把握ができるよう、わかりやすく統一された集計方法や評価方法の開発を検討して欲しい。
- 施設においても1人配置であることやそもそもの対象者が少ないといった現状から、院内の理解、バックアップ体制も不十分。若年性患者の支援実績の経験値も少なく、ノウハウも少ないため十分な役割も発揮できていないと感じる。

若年性認知症支援コーディネーターの資質向上に向けた対策（設問 33-35）

表 33　大府センターが実施している若年性認知症支援コーディネーター研修以外の自己研鑽の取組み

区分	ある	ない	わからない	無記入
全体 (n=56)	21 (37.5)	27 (48.2)	7 (12.5)	1 (1.8)
都道府県 (n=47)	16 (34.0)	23 (48.9)	7 (14.9)	1 (2.1)
指定都市 (n=9)	5 (55.6)	4 (44.4)	0 (0.0)	0 (0.0)

表 34　若年性認知症支援コーディネーター研修以外の自己研鑽の具体的内容

区分	研修会やセミナーへの参加	事例検討会の設置	支援コーディネーター同士で情報共有ができる場の設置（公に認められたもの）	その他
全体 （n=21）	19 （90.5）	7 （33.3）	5 （23.8）	2 （9.5）
都道府県 （n=16）	14 （87.5）	4 （25.0）	4 （25.0）	1 （6.3）
指定都市 （n=5）	5 （100.0）	3 （60.0）	1 （20.0）	1 （20.0）

*その他：若年性認知症支援の組織に参加、県域のコーディネーター定例会を自主的に実施している、他県の進め方について紹介、厚生局主催の支援コーディネーター連絡会議

表 35　支援コーディネーターの資質向上に向け必要な研修会や体制（抜粋）

必要な体制について
・　既に実施している支援コーディネーター研修は、実際に活動している支援コーディネーターの事例報告も含めた、若年性認知症支援のために必要な情報が詰まった充実した内容であるため、引き続き、初任者とフォローアップ研修を実施して欲しい。 ・　今後も支援コーディネーター研修（初任者、フォローアップ）を継続し、支援コーディネーター同士が交流できるグループワークを設けて欲しい。今年度、研修会に参加し、実際に支援している支援コーディネーターが抱えている疑問や課題は似ていることも多く、共有し、支援コーディネーターの今後の支援に生かしていく機会を継続して提供していく必要性があると感じた。 ・　日々の相談業務の中での相談を気軽に相談し合える体制が必要である。 ・　支援コーディネーター１名配置のため、関係機関との連携を図り負担が大きくなりすぎないような体制づくりが必要だと考えている。若年性認知症のケースは少ないため、今までの支援の中で培ったノウハウを広めていくための市町人材への情報共有研修会も積極的に開催することが理想であり、それが支援コーディネーター自身の資質向上にもつながると思う。また、定期的に他県の支援コーディネーターと情報交換できる環境があるとよい。 ・　就労面において、雇用側との連携やネットワークを構築し雇用側の悩みや課題を共有し、支援コーディネーターの更なる資質向上を図る。 ・　最近の事例では、症状の進行が早く迅速な対応が求められるようなケースもあり、スピード感を持って適切な情報提供や支援を実施することができるよう、支援制度に係る更なる知識習得とスムーズな連携に向けた関係機関との関係作り、またそれに取組むための人的・時間的な余裕が必要である。 ・　圏域内の支援者同士の連携体制が必要である。 ・　先進事例の紹介や支援コーディネーターだけでは解決できない事例を相談できる体制（医療機関との連携等）の整備構築等が必要である。

- 個別支援だけではなく、地域ごとの自立した支援が継続していくための関係機関への関わり方やネットワーク構築の事例等を学ぶ機会があると良い。
- 居場所づくりや就労支援の実践例、関係者とのネットワーク構築に資する横展開。
- 相談内容の複雑なケースも増えてきたことから、適切な支援を検討するため、引き続き他県の支援コーディネーターと事例共有ができる体制が必要である。
- 支援した実例や活動状況を共有できる場が研修会以外にも必要だと思う。

必要な研修について

＜対象や地域＞

- 支援コーディネーター同士で学び合える機会。
- 地域ブロックごとで支援コーディネーターや行政担当者が集まる研修会等が必要である。

＜内容＞

- 支援コーディネーター活動の実践活動を支援する（活動紹介等）研修が必要である。
- 事例を通して支援コーディネーターの役割と必要な知識や支援について考えるような研修が効率的である。
- 就労継続支援の事例や経験の蓄積と共有が必要である。
- 実際の支援の仕方を学ぶ。「ジョブコーチ」を現地に派遣した指導が必要である。
- 支援コーディネーターの働きかけで若年性認知症の社会資源が開設された、若年性認知症者に適するサービスが拡充された等の事例を紹介して欲しい。
- 就労支援や就労中の相談者への個別支援等が必要である。
- 企業への啓発や企業への介入の実践等が必要である。
- 若年性認知症の人がピアサポートやサロンなどで「支える側」として活躍できる仕組みなど、伴走型支援についての視点を学ぶ研修があると参考になる。
- 関係者とのつながりづくりを深めていく内容で研修を実施するとよい。
- Zoom などを活用して気軽に参加できる研修があるとよい。

意見交換や情報共有

- 各地域での支援コーディネーター同士の意見交換会があるとよいと思う。
- 支援コーディネーターが連携する他職種、他機関等との意見や情報交換の機会が必要である。
- 若年性認知症の人の家族の問題等がある複合的な支援事例や、社会参加の事例等の情報共有ができるとよい。
- 近県との情報共有の場や、認知症疾患医療センターと家族の会等、委託先の種別によって、支援方法や対応にどのような違い（長所も短所も）があるのか、共有できるといい。
- 若年性認知症については、医療的支援だけでなく、経済的支援に関する知識も求められることから、国等の経済的支援メニューや、実際の支援事例について把握できる研修会や情報提供があると良い。

その他

- 相談支援の現場を多く体験することが必要だと思う。

・　支援コーディネーターの増員を検討しているが、初任者の学びの場となる「若年性認知症支援コーディネーター研修（初任者）」が年度途中に行われているため、年度当初に着任した際に学びの場がないことから、初任者研修を年度の初めに開催することが必要だと感じる。

若年性認知症施策への意見・要望（設問 36）

表 36　若年性認知症施策への要望・提案（抜粋）

施策
・　若年性認知症が特別なものではなく、認知症施策の中で自然に支援されるべきものとして捉えられる施策体系になっていけばよい。 ・　認知症事業全体のバランスを考えて推進していけるとよい。 ・　認知症施策の中だけで考えていくのは限界があると思うので、障害者施策の中にしっかり位置付けることが重要ではないか。 ・　若年性認知症に限らず、障害者就労も大きな壁がある。認知症だけを特化するのではなく、障害や難病支援も同様の延長の中にあると感じるので、まずは認知症の正しい理解と相談（周囲へ頼る）をすることのマイナスイメージが取り除かれるようなことに、若年性認知症施策を含む認知症施策全体が進んでほしい。 ・　支援コーディネーターや行政の福祉施策所管だけでは、雇用就労機関からの協力を引き出すのが難しい。国からも積極的に働きかけてもらえると良い。 ・　若年性認知症実態調査について、全国一律に実施することを希望します。設問や調査時期、対象等を統一することにより、他地域との比較等容易となるのではないか。 ・　都道府県が取組むべき政策課題として、若年性認知症の人への支援が特に必要であることが客観的に理解できるような統計資料や調査研究データ等を提供して欲しい。 ・　高次脳機能障害施策との施策調整をして欲しい。 ・　若年性認知症の当事者や家族の現状把握が十分にできておらず、今後、家族会等と連携をする中で現状を把握し、施策に結び付けたい。
制度
・　ハローワークに認知症の人の就労支援について聞いてみると、症状が固定した障害者への施策以外はないとの回答であったため、若年性認知症になっても可能な限り、働いている職場で働き続けることができるよう、事業所側の認知症に対する支援が必要になってくると思う。まず厚生労働省内部で労働所管への働きかけをお願いしたい。 ・　若年性認知症の当事者が利用しやすいサービスを検討して欲しい（例えば、若年性認知症を受け入れているデイサービスやＢ型事業所等への加算など）。 ・　若年性認知症の施策については都道府県事業であり、チームオレンジ等の認知症施策については市町村事業と実施主体が異なるため連携がしづらい。若年性認知症の支援を受けていた方が年齢を重ね、65 歳を過ぎた後にも適切な支援が継続して行われるように、高齢者の認知症に対する支援との連携ができるような仕組みづくりや、生活支援コーディネーターとの連携が必要ではないかと思う。 ・　支援コーディネーターを設置し専門的な相談支援を行うこともちろん大切だが、認知症の

全体の人数を考えると若年性認知症のみの把握や支援に対して、1 人であっても設置が難しい市町村も多くあるかと思う。あえて支援コーディネーターとして専門配置をしなくても、相談支援の中でできることはたくさんある。相談窓口を増やすという意味では、認知症地域支援推進員の役割に入れることや若年性認知症の支援制度に際しての研修をオンラインや無料もしくは安価にすることで多くの職員が受けられるようになり知識を得ることができると考える。
・ 若年性認知症実態調査から、若年性認知症の人は高齢者の集まりの場に行くことに抵抗があることや、就労できる場所を必要としている事が分かった。今後は、若年性認知症の人が希望を持って生活できるように、社会参加の場を運営する事業所を増やし若年性認知症の人が、参加しやすい環境を整えるため、そのような場所を運営する事業所に対し、その事業所に利益が出るような支援を行うような施策を考えている。
・ 報酬のもらえるデイサービスや生活支援の事業所が増えれば、社会参加の機会や選択肢も増えるのではないか。
・ 健康診断の項目にもの忘れの項目を追加し早期発見や若い世代への意識付けをする。
補助金
・ 今後掘り起しが進んだ場合、支援コーディネーターの配置も検討したいが、若年性認知症施策総合事業は、市町村負担が 1/2 と大きいため、補助率を上げるまたは地域支援事業の中で実施できるようにしてもらいたい。
・ 中小企業等など業務の配置転換が困難な事業所へ就労継続に対する補助金など。
周知・啓発
・ 横断的に関係機関との連携体制づくりを進めるため、関係部署等にも広く周知する等し、若年性認知症に対する理解を深める取組みが広まるとよい。
・ 若年性認知症当事者の掘り起しが進むよう、医療機関や企業への周知・啓発が重要であり、国や都道府県にイニシアチブを取ってもらいたい。
・ 障害分野や企業への普及・啓発などは実際のケースを通してであればやりやすいが、そうではない場合、個々の支援コーディネーターからの発信では関心を持ってもらいづらい。また兼務にて、そういった業務になかなか時間を割けず負担に感じる。そのため障害分野や企業への全体的な普及・啓発、情報交換等の機会などを県や大きなエリアで行ってもらえるとよいと思う。
支援コーディネーターの配置
・ 当事者や家族が身近に相談できるように、支援コーディネーターが都道府県レベルから身近な地域レベルに設置されるべき。もしくは増員が必要である。
研修について
・ 研修参加に係る負担金について、行政担当者は無料としてほしい。
・ 支援コーディネーターのフォローアップ研修は今後も継続して開催して欲しい。
・ 認知症の鑑別診断を行う病院の相談員に支援コーディネーターの研修を受けてもらい、診断後、シームレスに支援が行えるよう対策を作ってほしい。
・ 大府センターの初任者研修、フォローアップ研修の参加対象者を、市町単独で設置した相談

窓口の相談員まで、対象を広げて欲しい。 ・ 支援コーディネーターを設置していない自治体であっても、認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員が若年性認知症の人の支援を実施していることから、研修等の受講に際して、支援コーディネーターと同様の対応をして欲しい。 ・ 若年性認知症の人がピアサポートやサロンなどで「支える側」として活躍できる仕組みなど、伴走型支援についての視点を学ぶ研修があると参考になる。事例を通して支援コーディネーターの役割と必要な知識や支援を考えるような研修が効率的である。
情報提供
・ 若年性認知症施策総合推進事業を可能な範囲でもう少し活発にしていきたい。短期間で異動がある公務員としては、成果の維持蓄積が難しく、今年度のような他県との意見交換がまず必要である。 ・ 支援コーディネーターが関わったことで例えば社会参加が促進された等の好事例を発信する場をつくることも必要である。 ・ 若年性認知症については、医療的支援だけでなく、経済的支援に関する知識も求められることから、国等の経済的支援メニューや、実際の支援事例について把握できる研修会や情報提供があると良い。 ・ 若年性認知症施策に係る自治体の先進的取組みの情報共有が必要である。 ・ 若年性認知症施策に関しては、高齢者福祉部門だけではなく、障害者部門との情報共有連携が必須であるかと思うが、連携を含めて先進的に活動されている市町の取組みについて情報提供して欲しい。 ・ 支援コーディネーターが個別事例に深く関わらずとも、若年性認知症支援ネットワークが構築されている地域ごと（市町や圏域レベル）の支援ネットワークづくりについて全国的な取組み状況、先駆事例について情報を得たり、学びを深める機会が欲しい。 ・ 若年性認知症と診断された方の居場所づくりをどのようにして行っているのか知りたい（他の分野の行政担当者と連携して行っているのか等）。 ・ 若年性認知症の方の企業における就労継続がうまくいっているケースや、試行錯誤して進めていっている過程が分かるケースについて。
支援について
・ 就労に関する支援、情報の取りまとめや、若年性認知症の方が発症後も本人の力を最大限に生かせる環境整備を推進して欲しい。 ・ 当事者の活動の場（市町村の線引きを超えた広範囲で）を作ってほしい。 ・ 企業等産業団体との関係性構築に向けた取組みを推進して欲しい。 ・ 障害者福祉制度や介護保険制度を利用した若年性認知症の人が通所できる場が拡充して欲しい。 ・ 若年性認知症の人の支援として、通える場の選択肢が少ない。地域活動が縮小されてきた中で、新しい場を探すことが難しくなっていると感じる。 ・ 相談時にすぐに支援コーディネーターに繋がるツールがあればありがたく、支援者を増やしていけるツールづくりが必要である。

・　外出時の支援体制など。
その他
・　若年性認知症の人を積極的に雇用している企業や、支援している施設事業所のデータベース化（取組み内容も含めて）して欲しい。 ・　政令指定都市と都道府県の役割分担が不明瞭。明確な基準があった方がよい。集計方法や評価方法に課題があると感じる。地域の実情が明らかになるようにわかりやすく統一された集計方法や評価方法の開発を検討して欲しい。 ・　支援コーディネーターによる支援の出口想定はどこか知りたい。一度支援を開始すると長期間の支援となることが多く、支援数が累積していき業務負担になっている。支援コーディネーターから他の支援機関へ主な支援がうつるタイミングなど、想定される支援フローがあれば示して欲しい。 ・　コロナウイルス感染症が流行してから、様々な活動が実施されていない現状がある。地域のカフェはほぼ活動できていない状況。認知症の方や本人が気軽に出かける場が無くなっている。コロナウイルスの感染状況をご家族が気にされあまり外に出ない、そういった状況で本人のストレスがご家族に向いてしまう。ストレスの発散の場があればありがたい。地域の現状としては、何を行っても参加者が少ない状況が続いている。 ・　近年、本人の声を反映していくことから大使などが増えてきているが、本人の中にはカミングアウトや本人が活動する上での家族の負担心配がある方もたくさんいる。お話してくださる方がいれば、もちろんご本人の声を反映したいと考えているが、請け負ってくれる方を見つけるのに苦労している。 ・　アンケート等に「ご本人の声を反映してますか」とよく目にするが、各市町村でできる限りの努力はしているかと思うため、重複するようなアンケートや紙に記載するような調査に際しては極力 WEB 回答にするなど、市町村に対しての調査の手間に関しても配慮して欲しい。

V.　若年性認知症支援コーディネーターを対象としたアンケート調査

1.　調査目的

本調査では、支援コーディネーターの配置状況や活動内容、成果、課題等について明らかにし、今後の支援コーディネーター設置事業をより良くする方策を検討するための示唆を得ることを目的とする。

2.　対象と方法

1)　アンケート調査対象

全国の若年性認知症支援コーディネーター　142 名

2)　方法

令和 4 年 11 月 25 日に調査票を発送し、締切日は令和 4 年 12 月 16 日とした。また、葉書による再依頼を 1 回行った。93 名（回収率 65.5%、41/47 都道府県、6/7 指定都市）から回答を得た。

3)　調査内容

「IX.参考資料」を参照。

3.　結果の概要

ここで言う前年度とは「令和 3 年度認知症介護研究報告書　若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」の p.113-157 の結果を指す。紙面の関係上、本調査の詳細は DC-net（https://www.dcnet.gr.jp/）により参照とする。

【支援コーディネーターの属性】（表 1-13）

今回、回答した支援コーディネーターが配置されている相談窓口の 9 割が都道府県・指定都市からの委託で運営されている。配置先の約半数が「認知症疾患医療センターを含む医療機関」であり、配置人数は一人配置と複数配置がほぼ同数で、配置時期は 2019 年までに 5 割以上が配置されていた。

配置先での回答者の働き方は正規職員が約 6 割で多く、支援コーディネーター業務は兼務が 4 割台半ばで専任よりも多かった。主業務と支援コーディネーター業務の兼務割合は、支援コーディネーター業務は 1 割が 2 割台前半で最も多く、3 割以下が 6 割台前半であった。

回答者の保有資格は、社会福祉士が 4 割台半ば最も多く、次いで、「精神保健福祉士」が 3 割台半ば、「介護支援専門員」が 3 割台前半で続いた。支援コーディネーターとしての通算経験年数は 3 年未満が 4 割台半ばであり、支援コーディネーターに就く前の主な職域は医療関係が 3 割台後半で最も多かった。支援コーディネーターになった経緯は、所属先（職場）の管理職からの任命が 4 割台後半であった。属性の傾向は概ね前年度と同様であった。

【支援コーディネーターの活動内容】（表 14-32）

支援コーディネーターが配属先等から求められている業務内容は、「個別相談業務」はほぼ全員

が求められており、「市町村や関係機関との連携体制の構築」、「若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発」においても 9 割以上であった。一方で、「インフォーマルサービスを含む社会資源の発掘や開発」は 6 割、「インフォーマルサービスの運営や参加」は 5 割台後半にとどまっており、必ずしも求められている業務ではなく、前年度と同様であった。

「個別相談業務」の詳細な区分では、「電話相談」と「来所相談」は 9 割以上であった。「訪問相談」は約 8 割、メール相談（LINE 等も含む）も 6 割台後半が行っており、相談対応のため多様な体制が整備されていた。「市町村や関係機関との連携体制の構築」の「個別のケースカンファレンス」が 8 割台半ばで最も多く、次いで、「ネットワーク会議」への参加は 8 割で続いた。一方で、「地域両立支援推進チーム」への参加は約 3 割にとどまっており、前年度は 2 割であったため、その割合は増加したが全体としては少なかった。「若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発」の中で、「地域や関係機関に対する講演や研修会」は 8 割台後半で最も多く行われていた。

実施可能な業務では、個別相談業務に係る内容において、「本人や家族との悩みの共有」や「相談内容の確認と整理」、利用できる制度、サービスの紹介」は 9 割以上、「適切な専門医療へのアクセスと継続の支援」は 8 割台後半で可能であった。一方で、これらと比べて「受診同行」や「本人、家族が交流できる居場所づくり」はできない回答が前年度と同様に多かった。

支援ネットワークづくりに係る内容では、「ネットワークにおける情報共有」が 8 割で多かった。一方で、「労働関係者との支援体制の構築」は約 6 割ができないと回答した。

若年性認知症の普及・啓発に係る内容では、「支援者・関係者への研修会の開催」は 6 割台半ばができるとした。

就労・社会参加支援に係る内容では、「インフォーマルサービスの運営や参加」は 6 割以上ができるとした。一方で、「産業医や事業主、ハローワーク、地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターへの周知・啓発」、「両立支援の取組みの促進」、「社会資源の発掘や開発」、「就労継続のための企業・産業医との連絡調整」といった就労継続に係る内容は「できない」が「できる」よりも上回っていた。特に、「産業医、事業主への周知・啓発」は前年度 5 割台後半であり、できない割合が増加した。一方で、前年度と比べて、「業務ではない」の回答が全体的に減少したことで、「できない」割合の増加へ影響を与えた可能性も考えられた。

支援コーディネーター業務実施に影響を与えている要因において、配置先に若年性認知症の人への支援に対する理解があることが業務可能な理由として最も多かった。また、業務ができない要因では、関係機関や専門職とのネットワークの構築が十分でないことが多かった。

令和 3 年度の個別相談業務の相談件数の合計（新規・継続）では、100 件以上が 5 割台後半で最も多かった。新規相談者の平均人数は診断前よりも診断後の方が多く、前年度と同様であった。また、相談形態では「電話」が最も多く、個別支援の主な繋ぎ先では、「地域包括支援センター」が 7 割台前半、「認知症疾患医療センター」が 5 割台後半と続いた。また、個別相談業務で多い相談内容では、個別相談業務で多い相談内容は、「医療に関すること」、「社会制度・サービスに関すること」、「日常生活に関すること」が 9 割を超える回答であった。また、昨年度よりも「就労に関すること」が 7 割台半ばから 8 割台後半に増加した。

令和 3 年度の普及・啓発活動をとおして、若年性認知症の人の支援に結び付いた事例があると 6 割以上が回答した。支援に結び付いた普及・啓発活動の内容は、「研修会の講師」、「研修会の開催」が 5 割台後半で多かった。特に、研修会の講師や開催、イベントへの参加は前年度と比べて

2 倍近く増加した。

支援コーディネーターと関係機関等との連携状況では、「地域包括支援センター」が約 9 割で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」が約 8 割、「行政機関（高齢、福祉分野）」が 7 割台前半で連携していた。十分連携していないところでは、「行政機関（労働分野）」が約 7 割で最も多く、次いで、「産業保健総合支援センター」、「ハローワーク」、「産業医」、「産業保健師・看護師」が 6 割台後半で続いた。前年度よりも全体的に「該当しない」が減少した。

【支援コーディネーター業務による効果と課題】（表 33-47）

支援コーディネーター業務実施から得られた成果は 8 割台後半が「ある」と回答した。相談窓口全体の成果は、「専門職からの若年性認知症についての相談が増えた」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「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 6 割台前半、「診断前や診断直後からの支援が増えた」が 5 割台半ばで続いた。一方で、「若年性認知症の人の有償ボランティアまたは無償ボランティアなどの社会参加の場が増えた」については 1 割以下で最も少なく、これは前年度と同様の傾向であった。

また、支援コーディネーター自身の成果は、自身の成果は、「若年性認知症の本人に対する支援の方法の理解が深まった」が約 8 割で最も多く、次いで、「支援経験の積み重ねができた」が 7 割台後半、「若年性認知症の家族に対する支援の方法の理解が深まった」が 7 割台半ばで続いた。しかしながら、「企業や雇用主に対する支援方法の理解が深まった」は 3 割台前半と少なく、前年度と同様に実施可能な業務等からも就労支援に係る内容については十分とは言えない結果であった。

さらに、支援コーディネーター業務上での課題は 9 割台半ばが「ある」と回答し、「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 6 割で前年度と同様に最も多かった。また、「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」が約 5 割で回答しており、周知・啓発に関する課題が多かった。また、「兼務で主業務が多忙のため余裕ない」について、前年度は 3 割台前半であったが、今回は 4 割台半ばと増加した。さらに、支援コーディネーターとして今後も活動したいかどうかについては、前年度は「活動したい」が 6 割以上であったが、今回は約半数に減少し、「どちらともいえない」が、4 割台後半に増加した。

令和 3 年度の若年性認知症の人の就労支援（福祉的就労）や社会参加に係る支援では、約 7 割が行っており、前年度より増加した。その中で、9 割台前半が一般就労、次いで、福祉的就労に係る支援を 6 割台後半が行った。一般就労に係る支援では、7 割台半ばが「就労中からの支援」であり、就労継続や休職や退職の時期や方法に関する支援内容が多かった。また、福祉的就労では、8 割台後半が就労継続支援 B 型事業所に係る支援であった。また、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に至らなかった理由は、「令和 3 年度は支援コーディネーターではなかった」が 5 割台後半で最も多かった。

【支援コーディネーターの資質向上に向けた取組み】（表 48-63）

大府センターが行っている「若年性認知症支援コーディネーター研修」は「一度も参加したことがない」と回答したのは 1 名のみであった。また、「若年性認知症支援ガイドブック」は 7 割台後半で最も多く活用されており、次いで、「若年性認知症ハンドブック」、「若年性認知症支援コー

ディネーターのためのサポートブック」の順に多かった。

所属先等において支援コーディネーターの資質向上に向けた体制は、7 割台後半が「ある」と回答し、「研修会やセミナーへの参加」が 7 割台後半で最も多く実施されていた。2 割台前半は体制が「ない」と回答し、前年度よりも減少した。

また、資質向上に向けて、「社会制度やサービスの活用、心理的支援等の内容に特化した研修」への要望が約 7 割で多かった。支援コーディネーターや行政担当者の後方支援として、大府センター内に全国若年性認知症支援センター（支援センター）がある。支援センターを利用した 3 割台後半の回答者は、その用件として「若年性認知症の人や家族等への個別の支援内容に関すること」が 6 割台半ばで最も多く、次いで、「情報共有システムに関すること」が 5 割台前半で利用していた。また、支援コーディネーター業務をさらに推進するにあたり、若年性認知症施策行政担当者に求める支援内容では、「支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の周知・啓発のための支援」が 6 割台前半、「支援コーディネーターの資質向上に向けた取組みへの支援」が約 5 割で続き、前年度と同様の傾向であった。

4. 各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

1） 回答者の基本属性

表 1　性別（n=93）

区分	男性	女性	無回答
実数	21	72	-
%	22.6	77.4	-

女性が 7 割台後半で、男性に比べ多かった。

表 2　年齢（n=93）

区分	40 歳未満	40 歳代	50 歳代	60 歳以上	無回答	平均（歳）
実数	19	24	25	24	1	4691
%	20.4	25.8	26.9	25.8	1.1	51.0

年齢の平均は 51 歳であった。

表 3　配置地域（n=93）

区分	都道府県	指定都市	無回答
実数	82	11	-
%	88.2	11.8	-

配置地域は 8 割以上が都道府県であった。

表４　運営主体（n=93）

区分	直轄	委託	無回答
実数	9	84	－
%	9.7	90.3	－

運営は９割以上が委託であった。

表５　配置先（n=93）

区分	実数	%
認知症疾患医療センターを含む医療機関	45	48.4
社会福祉法人	10	10.8
公益社団法人認知症の人と家族の会	17	18.3
上記を除く公益社団、公益財団法人、NPO 法人、一般社団法人	18	19.4
その他	3	3.2
無回答	－	－

配置先は「認知症疾患医療センターを含む医療機関」が最も多く、約５割で多かった。

表６　支援コーディネーターとして配置された時期(n=93)

区分	総数	2015 年以前	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	無回答
実数	93	4	10	14	11	10	14	7	22	1
%	100.0	4.3	10.8	15.1	11.8	10.8	15.1	7.5	23.7	1.1

2019 年までに５割以上が配置されていた。

表７　配置先での支援コーディネーターの配置人数(n=93)

区分	１人	２人	３人	４人	５人以上	無回答	平均（人）
実数	44	27	12	4	5	1	189
%	47.3	29.0	12.9	4.3	5.4	1.1	2.1

一人配置が約半数で最も多く、配置人数の平均は 2.1 人であった。

表８-a　勤務形態（n=93）

区分	専任	兼務	無回答
実数	35	41	17
%	37.6	44.1	18.3

他の業務と兼務している支援コーディネーターが４割台半ばであった。

表８-b　兼務業務と支援コーディネーター業務の割合

（支援コーディネーター業務の割合、n=41）

区分	１割	２割	３割	４割	５割	６割	７割	８割	９割	無回答
実数	10	8	8	1	4	2	－	－	1	7
%	24.4	19.5	19.5	2.4	9.8	4.9	－	－	2.4	17.1

6 割台前半が支援コーディネーター業務の割合は 3 割以下と回答した。

表９　　配置先での働き方（n=93）

区分	パート	フルタイムの非正規職員	正規職員	その他	無回答
実数	20	11	56	－	6
%	21.5	11.8	60.2	－	6.5

正規職員が 6 割であった。

表10　　保有資格（n=93、複数回答）

区分	実数	%
医師	－	－
保健師	12	12.9
看護師	26	28.0
作業療法士	6	6.5
社会福祉士	41	44.1
精神保健福祉士	33	35.5
介護福祉士	14	15.1
介護支援専門員	31	33.3
その他	13	14.0
無回答	2	2.2
回答計	178	191.4

保有資格は、「社会福祉士」が 4 割台半ばで最も多く、次いで、「精神保健福祉士」が 3 割台半ば、「介護支援専門員」が 3 割台前半で続いた。

表 11-a　医療または介護・福祉分野での通算経験年数（n=93）

区分	実数	%
10 年未満	15	16.1
10～15 年未満	12	12.9
15～20 年未満	9	9.7
20～25 年未満	18	19.4
25～30 年未満	11	11.8
30 年以上	22	23.7

無回答	6	6.5
平均（月）	22884	263.0

医療または介護・福祉分野での通算経験年数は、30 年以上が 2 割台前半で最も多かった。

表 11-b　若年性認知症支援の通算経験年数（n=93）

区分	実数	%
１年未満	11	11.8
１年以上２年未満	5	5.4
２年以上３年未満	6	6.5
３年以上４年未満	10	10.8
４年以上５年未満	9	9.7
５年以上 10 年未満	24	25.8
10 年以上	22	23.7
無回答	6	6.5
平均（月）	7056	81.1

若年性認知症支援の通算経験年数は、5 年以下が 4 割台半ばであった。

表 11-c　支援コーディネーターとしての通算経験年数（n=93）

区分	実数	%
１年未満	22	23.7
１年以上２年未満	7	7.5
２年以上３年未満	13	14.0
３年以上４年未満	10	10.8
４年以上５年未満	13	14.0
５年以上 10 年未満	21	22.6
10 年以上	2	2.2
無回答	5	5.4
平均（月）	3539	40.2

支援コーディネーターとしての通算経験年数は、3 年未満が 4 割台半ばであった。

表12　　支援コーディネーターに就く前の主な職域（n=93）

区分	医療関係	介護関係	相談援助関係	その他	無回答
実数	34	14	31	14	－
%	36.6	15.1	33.3	15.1	－

支援コーディネーターに就く前の主な職域は、「医療関係」が 3 割台後半で最も多かった。

表13　支援コーディネーターになった経緯（n=93）

区分	実数	%
自ら志願	16	17.2
都道府県・指定都市からの任命	18	19.4
所属先（職場）の管理者からの任命	44	47.3
その他	14	15.1
無回答	1	1.1

支援コーディネーターになった経緯は、「所属先（職場）の管理者からの任命」が 4 割台後半で最も多かった。

2）　支援コーディネーターとしての活動内容

表14　配属先等から求められている業務内容

（令和４年 10 月１日時点、n=93、複数回答）

区分	実数	%
個別相談業務	91	97.8
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)	88	94.6
若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発	87	93.5
インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）を含めた社会資源の発掘や開発	56	60.2
インフォーマルサービスの運営や参加	54	58.1
その他	13	14.0
無回答	－	－
回答計	389	418.3

配属先等から求められている業務内容は、「個別相談業務」、「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)」、「若年性認知症の知識の普及・啓発」が 9 割以上であった。

表15　個別相談業務の詳細（「個別相談業務」を回答した n=91、複数回答）

区分	実数	%
電話相談	88	96.7
来所相談	86	94.5
訪問相談	71	78.0
メール相談（LINE 等も含む）	61	67.0
その他	10	11.0
無回答	－	－
回答計	316	347.3

個別相談業務の詳細は、「電話相談」、「来所相談」が 9 割を超える回答であった。

表16　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）の詳細（「市町村や関係機関との連携体制の構築」を回答した n=88、複数回答）

区分	実数	%
ネットワーク会議への参加	71	80.7
地域両立支援推進チームへの参加	25	28.4
地域ケア会議への参加	49	55.7
個別のケースカンファレンスへの参加	75	85.2
その他	11	12.5
無回答	－	－
回答計	231	262.5

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）の詳細は、「個別のケースカンファレンスへの参加」が 8 割台半ばで最も多く、次いで、「ネットワーク会議への参加」が 8 割で続いた。

表17　若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発の詳細（n=87、複数回答）

区分	実数	%
ネットワーク研修の実施	53	60.9
地域や関係機関に対する講演や研修会	75	86.2
認知症サポーター養成講座への参加	34	39.1
その他	16	18.4
無回答	1	1.1
回答計	179	205.7

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 8 割台後半で最も多かった。

表18　実施可能な業務内容とその程度（n＝93）

※支援コーディネーターとして、令和 4 年 10 月 1 日時点の体制で実施可能な業務内容

※できる　;「十分できる」・「まあできる」を合算

※できない ;「全くできない」・「あまりできない」を合算

※上段：実数、下段：%

個別相談業務に係る内容	できる	できない	業務ではない	無回答
本人や家族との悩みの共有	88	3	2	－
	94.6	3.2	2.2	－
相談内容の確認と整理	86	5	2	－
	92.5	5.4	2.2	－
適切な専門医療へのアクセスと継続の支援	80	11	2	－
	86.0	11.8	2.2	－

受診勧奨	75	15	2	1
	80.6	16.1	2.2	1.1
受診同行	50	35	7	1
	53.8	37.6	7.5	1.1
利用できる制度、サービスの紹介	85	6	2	－
	91.4	6.5	2.2	－
利用できる制度、サービスの手続き支援	75	14	4	－
	80.6	15.1	4.3	－
本人、家族が交流できる居場所づくり	52	38	3	－
	55.9	40.9	3.2	－

支援ネットワークづくりに係る内容	できる	できない	業務ではない	無回答
医療関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	66	23	3	1
	71.0	24.7	3.2	1.1
介護関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	71	19	3	－
	76.3	20.4	3.2	－
福祉関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	69	21	3	－
	74.2	22.6	3.2	－
労働関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	35	54	4	－
	37.6	58.1	4.3	－
ネットワークにおける情報共有	75	16	2	－
	80.6	17.2	2.2	－
関係機関との課題の共有	74	16	3	－
	79.6	17.2	3.2	－
ケース会議の開催	49	38	6	－
	52.7	40.9	6.5	－
ケース会議への参加	65	24	4	－
	69.9	25.8	4.3	－
本人が住み慣れた地域の専門職への支援コーディネーターの役割のつなぎ	74	13	4	2
	79.6	14.0	4.3	2.2

若年性認知症の普及・啓発に係る内容	できる	できない	業務ではない	無回答
理解促進のためのパンフレット等の作成	52	30	11	－
	55.9	32.3	11.8	－
支援者・関係者への研修会の開催	61	29	3	－
	65.6	31.2	3.2	－

就労・社会参加支援に係る内容	できる	できない	業務ではない	無回答
意見交換会を開催し、若年性認知症の人のニーズ把握	42	47	4	－
	45.2	50.5	4.3	－
産業医への周知・啓発	20	66	7	－
	21.5	71.0	7.5	－
事業主への周知・啓発	19	67	6	1
	20.4	72.0	6.5	1.1
就労継続のための企業・産業医との連絡調整	33	54	5	1
	35.5	58.1	5.4	1.1
ハローワークへの周知・啓発	25	59	9	－
	26.9	63.4	9.7	－
地域障害者職業センターへの周知・啓発	34	52	7	－
	36.6	55.9	7.5	－
障害者就業・生活支援センターへの周知・啓発	33	53	7	－
	35.5	57.0	7.5	－
両立支援の取組みの促進	30	56	7	－
	32.3	60.2	7.5	－
福祉的就労の促進	53	35	4	1
	57.0	37.6	4.3	1.1
介護サービス事業所における社会参加活動の促進	42	45	6	－
	45.2	48.4	6.5	－
社会資源の発掘や開発	26	63	4	－
	28.0	67.7	4.3	－
インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）の運営や参加	58	33	2	－
	62.4	35.5	2.2	－

実施ができる業務は、「本人や家族との悩みの共有」、「相談内容の確認と整理」、「利用できる制度、サービスの紹介」が 9 割以上であった。実施ができない業務は、「産業医への周知・啓発」、「事業主への周知・啓発」が 7 割を超える回答であった。業務ではないとの回答は、「理解促進のためのパンフレット等の作成」を除き 1 割未満であった。

表19　業務実施に対して、全体的に影響を与えている要因（業務が「十分にできる」、「まあできる」ことに影響を与えている要因、n=93、複数回答）

区分	実数	%
配置先の方針で若年性認知症の支援に理解があるから	57	61.3
配置先の専門性により既に実施している業務内容だから	51	54.8
関係機関や専門職とのネットワークの構築があるから	53	57.0
これまでの自身のスキル（経験、知識等）の蓄積あるから	53	57.0
行政担当者の協力があるから	36	38.7
その他	2	2.2
無回答	7	7.5
回答計	259	278.5

業務実施に対して、全体的に影響を与えている要因は、「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 6 割以上で最も多く、次いで、「関係機関や専門職とのネットワークの構築があるから」、「これまでの自身のスキル（経験、知識等）の蓄積あるから」が 5 割台後半で続いた。

表20　業務実施に対して、全体的に影響を与えている要因（業務が「あまりできない」、「全くできない」ことに影響を与えている要因、n=93、複数回答）

区分	実数	%
兼務業務のため、時間がとれないから	37	39.8
若年性認知症の人への支援経験が不足しているから	29	31.2
関係機関や専門職とのネットワークの構築が十分でないから	45	48.4
行政担当者の協力が十分にないから	20	21.5
配置先や業務委託の契約上の条件があるから	3	3.2
その他	18	19.4
無回答	11	11.8
回答計	163	175.3

業務実施に対して、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十分でないから」が約 5 割で最も多く、次いで、「兼務業務のため時間がとれないから」が約 4 割、「若年性認知症の人への支援経験が不足しているから」が 3 割以上で続いた。

表21　社会資源の発掘や開発の具体的な内容（n=20　自由記述を一部抜粋）

- 相談事例を通して、就労支援の事業所関係に直に相談し、本人、家族と見学する経験が増えてきた。その経験からまた次のところを、紹介してもらったり訪問して、A 型事業者や B 型事業所の実態を聞いたり、家族のつどいのアドバイザーになってもらったり関係づくりをしていくように努めている
- 県内の A 型・B 型事業所の見学に行き、事業内容を知る。私が把握していない事業所でも相談支援事業所とつながることで、様々な情報を得ることができる
- 産業保健総合支援センター、県相談支援員協会、県作業療法士会、障害者職業センター等々

の連携により、認知症ケア専門士会、認知症指導者の会を紹介してもらう。
- 市の担当者に働きかけ、若年性認知症のカフェと本人ミーティングの開催支援をすることで、継続的に開催できるよう、予算の確保、事業計画に入れてもらうようにしている
- 他の支援機関と連携することで若年性認知症の人が利用できそうな社会資源の情報を収集している。企業等と連携し社会活動の場を創出し、そこでの就労を支援することを通して当事者を支援することを実施している

表 22-a　相談窓口全体の個別相談業務の実績（令和３年度の相談件数の合計、n=62）

区分	0～19 件	20～49 件	50～99 件	100 件以上	無回答	総数 平均（件）
実数	8	3	7	36	8	26720
%	12.9	4.8	11.3	58.1	12.9	494.8

相談件数の合計は、100 件以上が 5 割台後半で最も多かった。

表 22-b-1　相談窓口全体の個別相談業務の実績
（令和３年度の新規相談者の診断状況が「診断前」であった件数、n=62）

区分	0～9 件	10～19 件	20～29 件	30～39 件	40～49 件	50 件以上	無回答	総数 平均（件）
実数	27	8	7	－	2	1	17	582
%	43.5	12.9	11.3	－	3.2	1.6	27.4	12.9

新規相談者の診断状況が「診断前」の件数は０～９件が 4 割台前半で最も多かった。

表 22-b-2　相談窓口全体の個別相談業務の実績
（令和３年度の新規相談者の診断状況が「診断後」であった件数、n=62）

区分	0～9 件	10～19 件	20～29 件	30～39 件	40～49 件	50 件以上	無回答	総数 平均（件）
実数	21	13	5	3	1	6	13	930
%	33.9	21.0	8.1	4.8	1.6	9.7	21.0	19.0

新規相談者の診断状況が「診断後」の件数は、０～９件が 3 割以上で最も多かった。

表 22-b-3　相談窓口全体の個別相談業務の実績
（令和３年度の新規相談者の診断状況が「わからない」件数、n=62）

区分	0～9 件	10～19 件	20～29 件	30～39 件	40～49 件	50 件以上	無回答	総数 平均（件）
実数	25	6	2	1	－	－	28	204
%	40.3	9.7	3.2	1.6	－	－	45.2	6.0

新規相談者の診断状況が「わからない」件数は、０～９件が 4 割で最も多かった。

表 22-c　相談窓口全体の個別相談業務の実績（令和３年度の相談形態別件数、n=62）

※上段：実数、下段：%

	電話		来所		訪問		メール		その他	
	実人数	延べ件数	実人数	延べ件数	実人数	延べ件数	実人数	延べ件数	実人数	延べ件数
0件	1	－	3	4	5	8	7	8	3	2
	1.6	－	4.8	6.5	8.1	12.9	11.3	12.9	4.8	3.2
1～9件	5	4	10	8	6	4	5	9	5	8
	8.1	6.5	16.1	12.9	9.7	6.5	8.1	14.5	8.1	12.9
10～19件	6	1	3	5	3	5	1	3	3	2
	9.7	1.6	4.8	8.1	4.8	8.1	1.6	4.8	4.8	3.2
20～29件	1	3	2	4	1	5	1	7	－	3
	1.6	4.8	3.2	6.5	1.6	8.1	1.6	11.3	－	4.8
30～39件	3	2	－	3	－	4	－	2	－	2
	4.8	3.2	－	4.8	－	6.5	－	3.2	－	3.2
40～49件	2	3	－	3	－	4	－	－	－	－
	3.2	4.8	－	4.8	－	6.5	－	－	－	－
50件以上	3	35	1	19	－	13	－	12	－	6
	4.8	56.5	1.6	30.6	－	21.0	－	19.4	－	9.7
無回答	41	14	43	16	47	19	48	21	51	39
	66.1	22.6	69.4	25.8	75.8	30.6	77.4	33.9	82.3	62.9
平均（件）	505	14767	195	2977	88	2488	55	4380	48	952
	24.0	307.6	10.3	64.7	5.9	57.9	3.9	106.8	4.4	41.4

相談形態別件数は、「電話」が最も多かった。「来所」で 50 件以上の実績があったとの回答も見受けられた。

表 22-d　相談窓口全体の個別相談業務の実績（令和３年度の主な繋ぎ先、n=62）

区分	実数	%
認知症疾患医療センター	36	58.1
上記を除く医療機関	16	25.8
障害者就業・生活支援センター	22	35.5
障害福祉サービス事業所	25	40.3
地域包括支援センター	44	71.0
介護保険サービス事業所	27	43.5
認知症の人と家族の会	19	30.6
介護支援専門員	30	48.4

認知症地域支援推進員	22	35.5
民生児童委員	－	－
地域住民	1	1.6
その他	12	19.4
無回答	9	14.5
回答計	263	424.2

個別支援の主な繋ぎ先は、「地域包括支援センター」が 7 割台前半で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」が 5 割台後半、「介護支援専門員」が 4 割台後半で続いた。

表23　個別相談業務で多い相談内容（令和４件 10 月１日時点、n=93、複数回答）

区分	実数	%
医療に関すること	89	95.7
就労に関すること	80	86.0
社会制度・サービスに関すること	87	93.5
日常生活に関すること	88	94.6
家族支援に関すること	68	73.1
その他	7	7.5
無回答	3	3.2
回答計	422	453.8

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

表24　個別相談業務の内容：医療に関すること（n=89、複数回答）

区分	実数	%
病院の紹介	60	67.4
受診方法	57	64.0
受診同行	33	37.1
検査方法や内容	26	29.2
服薬	30	33.7
認知症の症状	80	89.9
その他の病気	22	24.7
その他	6	6.7
無回答	1	1.1
回答計	315	353.9

医療に関することは、「認知症の症状」が約 9 割で最も多く、次いで、「病院の紹介」が 6 割台後半、「受診方法」が 6 割台半ばで続いた。

表25　個別相談業務の内容：就労に関すること（n=80、複数回答）

区分	実数	%
業務内容	47	58.8
配置転換	35	43.8
通勤方法	29	36.3
出退勤時間	7	8.8
労働時間	15	18.8
給与等の金銭面	29	36.3
休職後の復職	18	22.5
障害者雇用	41	51.3
別会社での再就職	20	25.0
職場の人間関係	20	25.0
休職や退職の時期や方法	56	70.0
その他	9	11.3
無回答	1	1.3
回答計	327	408.8

就労に関することは、「休職や退職の時期や方法」が 7 割で最も多く、次いで、「業務内容」が 5 割台後半、「障害者雇用」が 5 割以上で続いた。

表26　個別相談業務の内容：社会制度・サービスに関すること（n=87、複数回答）

区分	実数	%
傷病手当金	69	79.3
自立支援医療制度	78	89.7
障害年金	76	87.4
障害者手帳	79	90.8
障害福祉制度	55	63.2
介護保険制度	73	83.9
成年後見制度	28	32.2
ジョブコーチ	19	21.8
障害福祉サービス事業所	45	51.7
介護保険サービス事業所	52	59.8
インフォーマルサービス	40	46.0
その他	3	3.4
無回答	－	－
回答計	617	709.2

社会制度・サービスに関することは、「障害者手帳」が 9 割で最も多く、次いで、「自立支援医療制度」、「障害年金」が 8 割台後半で続いた。

表27　個別相談業務の内容：日常生活に関すること（n=88、複数回答）

区分	実数	%
ＡＤＬ上の工夫や配慮	51	58.0
ＩＡＤＬ上の工夫や配慮	42	47.7
自動車の運転関連	61	69.3
今後の生活の見通し	74	84.1
友人や近隣等との人間関係	29	33.0
認知症について周囲への公表	38	43.2
新たな役割や生きがいづくり	55	62.5
心理的なサポート	68	77.3
その他	－	－
無回答	－	－
回答計	418	475.0

日常生活に関することは、「今後の生活の見通し」が８割台半ばで最も多く、次いで、「心理的なサポート」が７割台後半、「自動車の運転関連」が約７割で続いた。

表28　個別相談業務の内容：家族支援に関すること（n=6　自由記述を一部抜粋）

- 診断後支援
- 医療に係る費用
- 自立支援医療

表29　個別相談業務の内容：その他（n=9　自由記述を一部抜粋）

- 本人の職場の方と家族としての相談のしかたについて
- 具体的に社内で対応するのではなく口頭や文書での説明をしている
- ハローワークへの相談の方法等や病気のことを職場に伝える内容や方法、雇用に関する助成金などについて

表30　令和３年度の普及・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事例の有無（n=93）

区分	実数	%
ある	57	61.3
ない	28	30.1
コロナの影響で普及・啓発活動ができなかった	1	1.1
無回答	7	7.5

令和３年度の普及・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事例の有無は、６割以上が「ある」と回答した。

表31　支援に結び付いた普及・啓発活動の内容（n=57、複数回答）

区分	実数	%
ホームページ上での啓発	27	47.4
研修会の開催	32	56.1
研修会の講師	33	57.9
チラシ等の配布	25	43.9
イベントへの参加	16	28.1
その他	7	12.3
無回答	－	－
回答計	140	245.6

支援に結び付いた普及・啓発活動の内容は、「研修会の講師」、「研修会の開催」が５割台後半であった。

表32　令和４年10月１日時点での支援コーディネーター業務を行う際の各専門職や関係機関との連携状況（n=93）

※連携している　;「とても連携している」・「まあ連携している」を合算

※連携していない;「全く連携していない」・「あまり連携していない」を合算

※上段：実数、下段：%

区分	連携している	連携していない	該当しない	無回答
認知症疾患医療センター	74	14	5	－
	79.6	15.1	5.4	－
認知症疾患医療センター以外の医療機関	55	33	5	－
	59.1	35.5	5.4	－
産業保健総合支援センター	15	61	17	－
	16.1	65.6	18.3	－
地域障害者職業センター	27	49	17	－
	29.0	52.7	18.3	－
ハローワーク	18	62	13	－
	19.4	66.7	14.0	－
障害者相談支援センター（基幹も含む）	47	34	12	－
	50.5	36.6	12.9	－
障害福祉サービス事業所	44	41	8	－
	47.3	44.1	8.6	－
障害者就業・生活支援センター	30	51	12	－
	32.3	54.8	12.9	－

行政機関（障害分野）	37	47	9	－
	39.8	50.5	9.7	－
行政機関（労働分野）	13	65	15	－
	14.0	69.9	16.1	－
行政機関（高齢、福祉分野）	67	19	6	1
	72.0	20.4	6.5	1.1
社会福祉協議会	35	47	10	1
	37.6	50.5	10.8	1.1
地域包括支援センター	83	6	4	－
	89.2	6.5	4.3	－
認知症初期集中支援チーム	49	35	9	－
	52.7	37.6	9.7	－
介護保険サービス事業所	56	27	10	－
	60.2	29.0	10.8	－
年金事務所	29	53	11	－
	31.2	57.0	11.8	－
かかりつけ医（主治医）	62	23	8	－
	66.7	24.7	8.6	－
医療ソーシャルワーカー	61	22	10	－
	65.6	23.7	10.8	－
サポート医	25	55	13	－
	26.9	59.1	14.0	－
産業医	16	61	16	－
	17.2	65.6	17.2	－
産業保健師・看護師	15	61	17	－
	16.1	65.6	18.3	－
障害者職業カウンセラー	18	56	19	－
	19.4	60.2	20.4	－
ジョブコーチ	11	60	22	－
	11.8	64.5	23.7	－
障害者相談支援専門員	35	48	10	－
	37.6	51.6	10.8	－
認知症地域支援推進員	63	22	8	－
	67.7	23.7	8.6	－
介護支援専門員	62	27	4	－
	66.7	29.0	4.3	－

社会保険労務士	17	58	18	－
	18.3	62.4	19.4	－
他の若年性認知症支援コーディネーター	56	30	7	－
	60.2	32.3	7.5	－

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」が約９割で最も多く、次いで、「認知症疾患医療センター」が約８割、「行政機関（高齢、福祉分野）」が７割以上で続いた。連携していない専門職や関係機関は、「行政機関（労働分野）」が約７割で最も多く、次いで、「産業保健総合支援センター」、「ハローワーク」、「産業医」、「産業保健師・看護師」が６割台後半で続いた。

３）　支援コーディネーター業務による成果と課題

表33　支援コーディネーター業務の実施から得られた成果の有無（n=93）

区分	ある	ない	無回答
実数	81	12	－
%	87.1	12.9	－

支援コーディネーター業務の実施から得られた成果は、８割台後半が「ある」と回答した。

表33-a　相談窓口全体の成果（成果があるn=56、複数回答）

区分	実数	%
住民からの若年性認知症についての相談が増えた	17	30.4
専門職からの若年性認知症についての相談が増えた	38	67.9
企業や雇用主などからの若年性認知症についての相談が増えた	15	26.8
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	35	62.5
支援ネットワークが構築され、必要なサービスが円滑に提供できるようになった	19	33.9
診断前や診断直後からの支援が増えた	31	55.4
配置地域全体の若年性認知症に関する理解が深まった	17	30.4
若年性認知症の人や家族の交流の場（認知症カフェ・交流会など）が増えた	15	26.8
若年性認知症の人の有償ボランティアまたは無償ボランティアなどの社会参加の場が増えた	5	8.9
若年性認知症の人の一般就労に関する支援が増えた	14	25.0
若年性認知症の人の福祉的就労に関する支援が増えた	26	46.4
その他	2	3.6
無回答	7	12.5

回答計	241	430.4

相談窓口全体の成果は、「専門職からの若年性認知症についての相談が増えた」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「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 6 割台前半、「診断前や診断直後からの支援が増えた」が 5 割台半ばで続いた。

表33-b　自身の成果（成果があるn=81、複数回答）

区分	実数	%
配置地域や市区町村の若年性認知症施策に関して提言する機会が増えた	40	49.4
社会制度やサービスに関する知識が増えた	60	74.1
若年性認知症に関する周知・啓発方法の理解が深まった	55	67.9
若年性認知症の本人に対する支援の方法の理解が深まった	64	79.0
若年性認知症の家族に対する支援の方法の理解が深まった	61	75.3
支援経験の積み重ねができた	63	77.8
企業や雇用主に対する支援方法の理解が深まった	27	33.3
行政関係者との連携が強化された	40	49.4
医療関係者との連携が強化された	42	51.9
介護サービス事業者との連携が強化された	41	50.6
障害福祉サービス事業者との連携が強化された	38	46.9
その他	3	3.7
無回答	2	2.5
回答計	536	661.7

自身の成果は、「若年性認知症の本人に対する支援の方法の理解が深まった」が約 8 割で最も多く、次いで、「支援経験の積み重ねができた」が 7 割台後半、「若年性認知症の家族に対する支援の方法の理解が深まった」が 7 割台半ばで続いた。

表34　成果が得られていない理由（成果がない n=12、複数回答）

区分	実数	%
支援コーディネーターとしての経験が浅いため	6	50.0
相談が少ないため	7	58.3
その他	2	16.7
無回答	－	－
回答計	15	125.0

成果が得られていない理由は、「相談が少ないため」が約 6 割であった。

表35　支援コーディネーター業務を実施する際、課題と感じていることや困っていることの有無（n=93）

区分	ある	ない	無回答
実数	89	3	1
%	95.7	3.2	1.1

課題と感じていることや困っていることは、9割台半ばが「ある」と回答した。

表36　課題と感じていることや困っている内容（「ある」との回答者 n=89、複数回答）

区分	実数	%
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	21	23.6
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	44	49.4
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	54	60.7
若年性認知症の本人が支援を希望しない	27	30.3
家族や親族が支援を希望しない	20	22.5
若年性認知症施策行政担当者の協力が十分に得られない	24	27.0
啓発や研修のための具体的な方法がわからない	11	12.4
居場所づくりや就労支援の実践例がなく、ノウハウが分からない	20	22.5
兼務で主業務が多忙のため余裕ない	40	44.9
配置人数が少なく余裕がない	27	30.3
十分な予算がない	17	19.1
その他	13	14.6
無回答	－	－
回答計	318	357.3

課題と感じていることや困っていることの内容は、「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6割で最も多く、次いで、「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」が約 5 割、「兼務で主業務が多忙のため余裕ない」が 4 割台半ばで続いた。

表37　課題と感じていることや困っていることを解決するためにどうあるべきかの具体的な内容（課題や困っていることがある n=52　自由記述を一部抜粋）

- 自立支援ネットワークの組織は構築されていない。個別相談の中で就労、障害サービス、企業、産業医の理解という点でネットワークがあることが望まれる
- 2 名体制での支援には限界がある。また兼務のため支援に十分な時間を割けない。市町村あるいは医療圏毎に対応可能な窓口を設けることが必要である。また、それを統括する行政の支援も必要である
- 県の若年性認知症施策担当者に対し、厚労省（または厚生支局）として研修の受講を

強制してほしい。支援コーディネーターの意見を厚労省または厚生支局が取りあげて県に報告してほしい ・ 対象者が少ないので関係機関の方々が経験を積み重ねることができない。各市で情報を集約できるように、担当者を決め、関係機関の横のつながりを作るとよい。 ・ 取組みたいことはあっても、１人ではできないこともあり、増員とそのための予算を確保して欲しい

表38　支援コーディネーターとして今後も活動したいか（n=93）

区分	活動したい	活動したくない	どちらともいえない	無回答
実数	47	2	43	1
%	50.5	2.2	46.2	1.1

5割が支援コーディネーターとして今後も活動したいと回答した。

表39　支援コーディネーターとして今後も活動したい（または活動したくない、どちらともいえない）と考える理由（n=73　自由記述を一部抜粋）

活動したい
・ 現在、若年性認知症にかかわらず認知症に関した相談・個別支援・地域づくりを行っている。そこに若年性認知症の人への支援に携わることで、より、本人たち、地域づくりを広がることが出来る ・ 支援コーディネーター業務は多岐にわたり、兼務で大変だが本人や家族等の個別支援で良い方向に向かうと大変嬉しくやりがいを感じる。良くも悪くもその人の人生に関わり、“人間として”など深く考えさせられることもあり、自分自身の考えに深みが出たと思う。ケースを通して、地域や関係機関とのやりとりが増え、新たなネットワークも少しずつでき専門職としての知識が増えた。 ・ 個別支援をしっかり行うことで、その人の残りの人生を再建することも可能で、やりがいを感じている
活動したくない
・ 仕事にはやりがいを感じるしやるべきことがあると思うが、パート勤務でいいように使われている感がぬぐえないため、他の職場で力を発揮しようと思う
どちらともいえない
・ 高齢化しているため若い人に担ってもらいたい ・ 金銭的な問題、就労の問題と、課題が大きすぎて、一人でかかえるには負担が大きい。精神的苦痛がある ・ 認知度の低さ、公的資格、国家資格の保有状況によっても力量差が大きい。都道府県によっても資格保有者のメリットに大きな差があると感じる

表40　令和３年度の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の有無（n=93）

区分	行った	行っていない	無回答
実数	65	27	1
%	69.9	29.0	1.1

支援の実施は、約７割が「行った」と回答した。

表41　令和３年度の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を行った人数（n=65）

区分	１名	２名	３名	４名	５名以上	無回答	平均(名)
実数	10	12	7	4	26	6	403
%	15.4	18.5	10.8	6.2	40.0	9.2	6.8

支援を行った人数は、５名以上が４割で最も多かった。

表42　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内容（n=65、複数回答）

区分	実数	%
一般就労に係る支援	60	92.3
福祉的就労に係る支援	43	66.2
有償ボランティアに係る支援	11	16.9
無償ボランティアに係る支援	12	18.5
介護保険サービス事業所の利用に係る支援（上記、有償ボランティアに係る支援、無償ボランティアに係る支援を除く）	32	49.2
インフォーマルサービスの参加に係る支援（上記、有償ボランティアに係る支援、無償ボランティアに係る支援を除く）	23	35.4
その他	4	6.2
無回答	－	－

支援の内容は、「一般就労に係る支援」が９割台前半で最も多く、次いで、「福祉的就労に係る支援」が６割台後半、「介護保険サービス事業所の利用に係る支援」が約５割で続いた。

表43　一般就労に係る支援開始の時期（一般就労に係る支援を行ったn=60、複数回答）

区分	実数	%
就労中からの支援	45	75.0
休職中からの支援	25	41.7
休職後、復職中からの支援	11	18.3
退職後からの支援	40	66.7
無回答	－	－

回答計	121	201.7

一般就労に係る支援開始の時期は、「就労中からの支援」が 7 割台半ばで最も多く、次いで、「退職後からの支援」が 6 割台後半で続いた。

表44　一般就労に係る支援内容（一般就労に係る支援を行った n=60、複数回答）

区分	実数	%
就労継続	39	65.0
その内、障害者雇用	3	5.0
別会社での再就職	9	15.0
その内、障害者雇用	4	6.7
休職や退職の時期や方法	36	60.0
その他	4	6.7
無回答	4	6.7
回答計	99	165.0

一般就労に係る支援内容は、「就労継続」が 6 割台半ばであった。

表45　福祉的就労に係る支援内容（福祉的就労に係る支援を行った n=43、複数回答）

区分	実数	%
就労移行支援	5	11.6
就労継続支援Ａ型事業所	6	14.0
就労継続支援Ｂ型事業所	38	88.4
生活介護	－	－
無回答	2	4.7
回答計	51	118.6

福祉的就労に係る支援内容は、「就労継続支援Ｂ型事業所」が約 9 割で最も多かった。

表46　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に至らなかった理由（n=27、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人を把握する仕組みが十分でない	1	3.7
若年性認知症の人を支援するための連携先が十分でない	1	3.7
若年性認知症の人や家族等から相談自体がない	1	3.7
本人が支援を希望しない	3	11.1
家族を含む親族が支援を希望しない	2	7.4
本人等が希望する仕事内容や社会資源がない	－	－
他の支援コーディネーターが行っている	3	11.1
令和３年度は支援コーディネーターではなかった	15	55.6
その他	4	14.8

無回答	1	3.7
回答計	31	114.8

支援に至らなかった理由は、「令和３年度は支援コーディネーターではなかった」が５割台後半で最も多かった。

表47　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に至らなかったことを解決するために検討していること、必要だと思うこと（支援を行っていない n=8　自由記述を一部抜粋）

- 早期に受診、相談につながるようにする
- 潜在的な若年認知症の方の実態把握や早期介入をする
- 主業務と支援コーディネーター業務との従事割合を変更する調整を所属先で検討する

４）　支援コーディネーターとしての資質向上に向けた体制状況

表48　「若年性認知症支援コーディネーター研修（初任者またはフォローアップ）」（大府センター主催）への参加の有無（n=93）

区分	実数	%
参加したことがある	92	98.9
一度も参加したことがない	1	1.1
無回答	－	－

研修への参加は、「一度も参加したことがない」と回答したのは１名のみであった。

表49　参加したことがある研修（研修に参加した n=92、複数回答）

区分	実数	%
初任者研修	83	90.2
フォローアップ研修	73	79.3
無回答	2	2.2
回答計	158	171.7

「初任者研修」は９割、「フォローアップ研修」は約８割の参加経験があった。

表50　初任者研修への参加年度（初任者研修に参加した n=83、複数回答）

区分	平成 28	平成 29	平成 30	令和 1	令和 2	令和 3	令和 4	無回答	回答計
実数	6	14	12	13	17	12	24	－	98
%	7.2	16.9	14.5	15.7	20.5	14.5	28.9	－	118.1

初任者研修への参加年度は、R4 年が約３割で最も多かった。

表51　フォローアップ研修への参加年度

（フォローアップ研修に参加した n=73、複数回答）

区分	平成 29	平成 30	令和 1	令和 2	令和 3	令和 4	無回答	回答計
実数	9	21	20	23	35	45	－	153
%	12.3	28.8	27.4	31.5	47.9	61.6	－	209.6

フォローアップ研修への参加年度は、R4 年が 6 割以上で最も多かった。

表52　参加したことがない理由（参加したことがない n=1、複数回答）

区分	実数	%
勤務の関係で参加できなかった	－	－
他の支援コーディネーターが参加した	－	－
予算の関係で参加できなかった	－	－
必要性を感じなかった	－	－
研修会が開催された時期は支援コーディネーターでなかった	－	－
その他	1	100.0
無回答	－	－
回答計	1	100.0

表53　支援コーディネーター事業バックアップのためのパンフレットやテキスト教材（大府センター作成）の活用状況（n=93）

※活用している ;「とても活用している」・「まあ活用している」を合算

※活用していない ;「全く活用していない」・「あまり活用していない」を合算

※上段：実数、下段：%

内容	活用している	活用していない	知らない	無回答
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	47	40	5	1
	50.5	43.0	5.4	1.1
若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック	57	31	4	1
	61.3	33.3	4.3	1.1
若年性認知症支援ガイドブック	72	19	1	1
	77.4	20.4	1.1	1.1
若年性認知症ハンドブック	69	22	1	1
	74.2	23.7	1.1	1.1
若年性認知症支援コーディネーターのチラシ	49	42	1	1
	52.7	45.2	1.1	1.1
若年性認知症支援コーディネーター用研修 DVD	35	50	7	1
	37.6	53.8	7.5	1.1

企業等を対象とした若年性認知症の理解促進に向けた研修会テキスト	37	45	7	4
	39.8	48.4	7.5	4.3
若年性認知症支援コーディネーター就労支援事例集	41	46	3	3
	44.1	49.5	3.2	3.2
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	48	36	5	4
	51.6	38.7	5.4	4.3
若年性認知症の従業員とともに働く（企業向けリーフレット）	40	40	8	5
	43.0	43.0	8.6	5.4
ご存知ですか？若年性認知症のこと（企業向けリーフレット）	39	44	7	3
	41.9	47.3	7.5	3.2
効果的な若年性認知症自立支援ネットワーク会議および研修実施のための手引き	40	45	5	3
	43.0	48.4	5.4	3.2

パンフレットやテキスト教材は、「若年性認知症支援ガイドブック」が 7 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症ハンドブック」が 7 割台半ば、「若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック」が 6 割以上で続いた。

表54　所属地域や所属先における支援コーディネーターとしての資質向上に向けた研修会への参加や教育体制等の有無（n=93）

区分	ある	ない	無回答
実数	73	20	－
%	78.5	21.5	－

研修会への参加や教育体制等は、約 8 割が「ある」と回答した。

表55　研修会への参加や教育体制等の内容（「ある」n=73、複数回答）

※上段：実数、下段：%

	該当数	実施	未実施	無回答	参加率
研修会やセミナーへの参加	73	57	12	4	52
	100.0	78.1	16.4	5.5	91.2
事例検討会の参加	73	44	25	4	42
	100.0	60.3	34.2	5.5	95.5
配属先での日々の支援等について相談できる体制	73	50	15	8	46
	100.0	68.5	20.5	11.0	92.0
配属先での支援コーディネーターとしてスキルアップするための教育体制	73	18	45	10	15
	100.0	24.7	61.6	13.7	83.3
支援コーディネーター同士での情報共有や意見交換の場（公に認められたもの）	73	48	18	7	46
	100.0	65.8	24.7	9.6	95.8

支援コーディネーター同士での情報共有や意見交換の場（私的なもの）	73	44	26	3	40
	100.0	60.3	35.6	4.1	90.9
その他	73	－	7	66	－
	100.0	－	9.6	90.4	－

研修会への参加や教育体制等の内容は、「研修会やセミナーへの参加」が７割台後半で最も多く実施されていた。

表56　支援コーディネーターとしての資質向上のために必要な研修会や体制等
（n=93、複数回答）

区分	実数	%
社会制度やサービスの活用、心理的支援等の内容に特化した研修	65	69.9
それぞれの地域（人口規模等）の特性に合わせた研修	42	45.2
事例検討会	53	57.0
近隣の支援コーディネーターとの交流の機会	47	50.5
連絡会のような定期的な意見交換等の機会	49	52.7
支援事例集の作成や配付	33	35.5
その他	4	4.3
無回答	1	1.1
回答計	294	316.1

支援コーディネーターとしての資質向上のために必要な研修会や体制等は、「社会制度やサービスの活用、心理的支援等の内容に特化した研修」が約７割で最も多く、次いで、「事例検討会」が５割台後半、「連絡会のような定期的な意見交換等の機会」が５割台前半で続いた。

表57　全国若年性認知症支援センターの利用状況（令和４年 10 月１日時点、n=93）

区分	利用した	一度も利用しなかった	無回答
実数	34	58	1
%	36.6	62.4	1.1

全国若年性認知症支援センターの利用状況は、３割台後半が「利用した」と回答した。

表58　全国若年性認知症支援センターを利用した用件（利用した n=34、複数回答）

区分	実数	%
若年性認知症の人や家族等への個別の支援内容に関すること	22	64.7
市町村や関係機関との連携体制の構築に関すること	6	17.6
若年性認知症に係る正しい知識の普及に関すること	6	17.6
インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発に関すること	2	5.9
インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）の運営や参加に	4	11.8

関すること		
情報共有システムに関すること	18	52.9
その他	1	2.9
無回答	−	−
回答計	59	173.5

利用した用件は、「若年性認知症の人や家族等への個別の支援内容に関すること」が 6 割台半ばで最も多く、次いで、「情報共有システムに関すること」が 5 割台前半で続いた。

表59　全国若年性認知症支援センターを利用しなかった理由
（利用しなかった n=58、複数回答）

区分	あることを知らなかった	役割を知らなかった	利用する用件がなかった	その他	無回答	回答計
実数	-	3	54	2	-	59
%	-	5.2	93.1	3.4	-	101.7

全国若年性認知症支援センターを利用しなかった理由は、「利用する用件がなかった」が 9 割を超える回答であった。

5）　今後、支援コーディネーターとして活動する際に必要なこと、希望すること

表60　若年性認知症施策行政担当者の協力の程度（n=93）

区分	とても協力的である	まあ協力的である	あまり協力的でない	全く協力的でない	無回答
実数	24	47	11	6	5
%	25.8	50.5	11.8	6.5	5.4

支援コーディネーター業務の実施に際し、若年性認知症施策行政担当者の協力の程度は、7 割台後半が「協力的である」と回答した。

表61　若年性認知症施策行政担当者の協力の程度について回答した理由
（n=67　自由記述を一部抜粋）

協力的である
・　施策、予算等で現場の意見を聞いて下さる ・　現場での活動や要望を受けとめてもらい予算などに反映してもらっている。お互いにコミュニケーションもとりやすく協力関係は良好だと感じている ・　支援コーディネーターが主体的に相談をすれば協力はしてくれる ・　ネットワーク会議やネットワーク研修の開催に協力的である
協力的でない
・　研修会に行政と共同で行う課題に行政は参加不要との返事だった。地域別の若年性認知症啓発パンフレットの制作予定はないとの返事があった

- 業務の「委託」なので協力を拒否される事が多いが、他県の状況を聞くと行政担当者が協力してくださると聞く。協力を拒否するが、支援コーディネーターが行政担当者の意にそわないと判断すると、委託先に苦情を入れ、時には事業を中止させられた。また。担当者によって方針が大きく違うので大変困る
- 各種研修の案内等の情報提供はいただけるが、事業予算を検討するための相談件数を把握するのみに留まっている印象がある。初任者／フォローアップ研修にも行政担当者に参加いただけていない。
- こちらにおまかせ、こちらが動いたら行政の実績にしている印象がある

表62　支援コーディネーター業務をさらに推進するにあたり、若年性認知症施策行政担当者に求める支援内容（n=93）

区分	実数	%
兼務ではなく、専従として従事できるための調整	23	24.7
配置先との支援コーディネーター業務の調整	19	20.4
支援コーディネーターの配置人数の増加	38	40.9
支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整	62	66.7
若年性認知症の周知・啓発のための支援	59	63.4
支援コーディネーターの資質向上に向けた取組みへの支援	46	49.5
その他	7	7.5
特になし	4	4.3
無回答	3	3.2
回答計	261	280.6

若年性認知症施策行政担当者に求める支援内容は、「支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整」が 6 割台後半で最も多く、次いで、「若年性認知症の周知・啓発のための支援」が 6 割台前半、「支援コーディネーターの資質向上に向けた取組みへの支援」が 5 割弱で続いた。

表63　今後、支援コーディネーターとして活動する際に必要なこと等

（n=34　自由記述を一部抜粋）

- 各市に相談窓口設置は無理だとしても、情報を集約する役割をどこかに明確にしてほしい。市によって各地域包括、認知症初期集中支援チーム、保健センター等とバラバラである。市内の相談がどの位あるのか、まとめて欲しい
- 普段から顔の見える関係の中で支援体制が構築できるよう、兼務でも良いので、自治体ごとに支援コーディネーターを配置すると良いと考える
- 認知症を鑑別診断する病院等の相談員に若年性認知症支援コーディネーター研修を受けてもらい、その病院で支援が簡潔できるような対制がとれるとよいと思う
- 本県は支援コーディネーターが専任かつ複数人で対応できているが、兼務や 1 人体制のところでは支援コーディネーターの本来業務ができていないところもあると聞いている。若年性認知症の数自体は少ないとは言え、1 人対応するとなると労力を要することになるため、各

	都道府県１人は専任でコーディネーターを設置する必要があると感じている。また、支援コーディネーター研修も毎年ほぼ同じ内容であるため、支援コーディネーターの資質向上を目指すべく内容の見直しかつ研修参加費ももう少し手頃になってほしい。実際に支援する際に困る障害と介護の連携や制度サービスのより具体的な手続きなどについて研修を行って欲しい
・	支援コーディネーターは孤独になりやすい。メンタル面のフォローが必要である。ネットワーク構築の橋渡し役をお願いしたい。認知症疾患医療センターや家族の会への委託の方が、連絡とりやすく思う。この２つとのネットワークの弱さが課題と思う。色々な面で限界を感じ、行政もそこは理解して欲しい

VI. 若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のためのヒアリングおよび座談会の実施

1. 目的

若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性について考察するため、若年性認知症の支援に関わる専門職や当事者等の立場から、現行の若年性認知症施策の良い点や課題と感じていること、今後の若年性認知症施策への意見等を得ることを目的とする。今回、ヒアリングと対面方式の座談会を開催し、若年性認知症施策等に関する課題や今後の方向性について広く意見を聴取した。

2. 対象と方法

1) ヒアリング対象者と実施日（敬称略・順不同）

	氏名	所属・役職	調査日
本　人	藤田　和子	日本認知症本人ワーキンググループ　代表理事	令和 4 年 12 月 6 日 10：00 - 11：00
介護者	三橋　良博	認知症の人と家族の会・神奈川県支部　世話人 若年認知症家族会・彩星の会　世話人	令和 4 年 12 月 8 日 13：00 - 14：30
支援者	松本由美子	埼玉県・さいたま市若年性認知症サポートセンター 埼玉県若年性認知症支援コーディネーター	令和 4 年 12 月 20 日 10：00 - 11：00
支援者	松本　一生	松本診療所ものわすれクリニック 理事長・院長（精神科医）	令和 5 年 1 月 11 日 13：45 - 14：45

2) ヒアリング調査の実施方法

認知症介護研究・研修大府センターの研究員 3 名が、オンライン会議ツール Zoom を使用して実施した。各対象者のヒアリング時間は 1 時間程度であった。支援者 2 名のヒアリングには、認知症介護研究・研修大府センターのセンター長や厚生労働省の認知症施策・地域介護推進課の担当者が同席した。各対象者には主に現行の若年性認知症施策等で課題と感じていることや今後の必要な支援等について、それぞれの立場から意見を聴取した。

3) 座談会の委員と開催日（敬称略・順不同）

座談会は、外部委員の 6 名、厚生労働省の担当者 3 名、内部委員の認知症介護研究・研修大府センター職員 2 名の計 11 名が参加した。日時は令和 5 年 1 月 15 日（日）13：50～16：05 で、場所はステーションコンファレンス東京で開催し、司会の進行のもとに各参加者には主に現行の若年性認知症施策等で課題と感じていることや今後の必要な支援等について、それぞれの立場から意見を伺い、その後、参加者間でディスカッションを行った。

「若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のための座談会」委員名簿

（敬称略・順不同）

	氏名	所属・役職
外部委員	森　　啓	長岡崇徳大学　学長
	粟田　主一	東京都健康長寿医療センター研究所　社会科学系副所長
	藤本　直規	医療法人 藤本クリニック　院長
	高瀬　健一	独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 宮崎障害者職業センター　センター長
	若野　達也	一社　SPS ラボ若年認知症サポートセンターきずなや 代表理事
	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 代表 大阪府若年性認知症支援コーディネーター
オブザーバー	和田　幸典	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 認知症総合戦略企画官
	中西　亜紀	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
	谷内　一夫	厚生労働省　老健局　認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
内部委員	○鷲見　幸彦	認知症介護研究・研修大府センター　センター長
	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

○：司会進行

3.　ヒアリング調査および座談会の結果のまとめ

逐語録から以下のテーマ毎に各委員の意見を抜粋して記載した。テーマは先行研究等も踏まえ、今後の若年性認知症施策の検討や若年性認知症の人の支援において重要と考えられる内容から整理し、決定した。

また、各ヒアリング調査のまとめと座談会の議事録は「IX.参考資料」を参照とする。

＜テーマ＞

① 早期支援（気づき時点～）
② 診断後支援に係る認知症疾患医療センターとの連携強化
③ 就労継続支援・社会参加活動支援の強化
④ 地域連携体制構築の推進（シームレスな支援体制）
⑤ 啓発活動の強化（一般住民、企業、関係機関、支援者）

⑥　意思決定支援に係る課題と対応の検討
⑦　若年性認知症支援コーディネーター配置事業の課題検討
⑧　その他

①　早期支援（気づき時点～）

早期支援のためには専門医療機関への早期受診が重要であるが、診断へのアクセシビリティーの課題が挙げられた。さらに、就労している人よりも就労していない人（専業主婦等）の方が診断までの期間が長く、症状が相当進行してから受診し、直ぐに介護保険サービスを利用することが多いことが指摘された。若年性認知症の人に対する医療提供体制の確保・整備だけでなく、その周知も同時に推進していくことが重要である。

発言内容
診断へのアクセシビリティーがまだ非常に悪いということである。たしか最初に受診した医療機関で若年性認知症という診断がされている割合は半分強で、40 何%の方はそこで診断されない。しかも、多くの方は専門医療機関だと思って受診しているけれども、診断されない。深掘り調査の中でも、専門医療機関がどこなのか、どこで診断してくれるのかという情報が欲しいという回答が非常に多いということで、まずは若年性認知症の医療提供体制というものを都道府県でちゃんと確保して、市町村レベルでそれぞれ周知していくことが必要だろう。
AMED の調査では、62%の方が発症時に就労していたということで、38%の人は就労していないが、明らかに性差があって、就労していない方は女性が圧倒的に多くて、恐らく家庭の主婦の方が多いだろうということである。私は女性の若年性認知症の方をたくさん診ているので、経験的なところもあるが、まずは診断が非常に遅い。遅れがちです。家庭内にいるので、あまり支障が生じていないのか見えていないのかよく分からないけれども、家にいるということで、なかなか診断につながらない。
空白の期間という意味では、ひょっとしたら女性のほうが深刻かもしれない。男性は結構 BPSD がいっぱい出てくるので、逆に支援につながりやすいというところがあるのかなという感じがしている。確かに実態がよく分からない。
受診のしやすさを求めて開業した。県立病院でのもの忘れ外来でもそうだが、それでも受診できない人がいた。アウトリーチしないと医療にアクセスできない人がいっぱいいて、そのかなりの部分が若年であった。
平成 24 年のモデル事業をやった頃は、受診にもためらいがあり、診断されてもイエローカード的な受け止め方、企業に伝えてもらっては困るという雰囲気があった。最近は企業に伝えてほしいという依頼が多くなっている。
高次脳機能障害の方は、例えば事故であったり、脳血管障害という受障の原因がはっきりしているので、そこから医療リハ、そして職業リハにつなぐという道筋がつきやすいが、若年認知症の方の場合は確定診断まで、診断後の道筋が曖昧と感じる。ここがやはり一番課題ではないか。要するに、うまく支援にアクセスできない方が沢山いらっしゃるというところが、職業リハビリテーションを進める際に感じているところである。実際に「若年性認知症かな」から始まって、それを受け止めていくに当たっては時間がかかって、地域障害者職業センターに相談にいらっしゃ

ってからジョブコーチ支援するまでに 1 年以上かかったという事例もあると聞いたことがある。
早期支援に関しては、就労の方に比べて、就労していない人のほうが介入してからすぐに介護保険になってしまいやすい。ということは、就労していない方の早期発見はあまりできていないのではないかと感じている。そういう話の中で、検診で早めに見つかることができたらいいのにという話が出たりする。
奥さんが旦那さんを連れてくるケースは多いが、旦那さんが奥さんを連れてくるケースは、月に 1 回とか数か月に 1 回が旦那さんも限界みたいで、家で何もないし、子どもも見ているし、置いておいたら大丈夫かという感覚で、そこが放置にされているという状況がうちの団体のほうでもある。
診察して診断をきちんとつけてくださる先生は本当に名前が言えるぐらい限られている。それは一つの課題なのではないかなと思う。認知症疾患医療センターが主にはなっているけれども、認知症疾患医療センターを標榜していても全く診られないというところもある。
認知症になって、病と闘っているけれど、「助けてもらいながら、自分の暮らしを守る」という気力を保つことを、支援者は支えて欲しい。初期段階の人にはこうした支援ができると思う。
妻が認知症と診断された頃、若年性認知症や認知症自体があまり知られておらず、制度や居場所が何もないときだったため、不安ばかりの時期がすごく長かった。
医療機関で診断されたときのフォローはなかった。50 歳ちょっと手前ぐらいだと、うつ病か更年期障害と言われていて、4 か所の心療内科に受診したが、全部うつ病や更年期障害だった。
今は初期の段階で発信する本人たちがたくさんいる。その時代に生きていたら元気に発信できて、病気の認識もできて、いろいろなことができたと思う。
専業主婦の女性は、症状がかなり進行してから受診している。本人が 50 歳代の家庭では、子どもが独立していき、夫も仕事で忙しく、家にいないことが多いため、（家族が）変化に全く気付かない。かなり進行して、家族が困るような症状が出てから受診し、すぐに介護保険を利用するということが多い。掃除ができなくなったり、ご飯は作らなくても今は大丈夫なので、食事を作らなくなってきた初期の認知症の人は多くいると思う。

② 診断後支援に係る認知症疾患医療センターとの連携強化

若年性認知症の人に対する医療提供体制として、認知症疾患医療センターは重要な役割を果たしている。一方で、若年性認知症の人や家族からは配慮のある病名の説明、情緒的・情報的サポート等が求められているが、十分でないことが課題として指摘された。また、告知前から支援コーディネーターが関与することで、その後の支援が円滑に進むとの意見もあった。今後、若年性認知症の人の診断後支援のあり方や体制について、さらに検討する必要がある。

発言内容
若年性認知症の方の把握数が事業所類型別で一番多かったのは、全国の認知症疾患医療センターであった。ところが、これもヒアリング調査だが、診断された医療機関で配慮のある病名告知がなかったとか、いろいろな情報を提供してくれなかったとか、そういう自由回答が結構出てきている。まずは、認知症疾患医療センターが若年性認知症の質の高い診断と診断後支援を担う地域の拠点として機能できるようにしていかなくてはいけないだろう。

診断されようがされまいが、若年性認知症の方は、発症した後、長期にわたって何もない状況が続いていて、社会的に孤立して、その間にすっかり絶望してしまう。この本質的問題は今も同じである。
私はこれから認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の方の診断直後の支援というものをきちんと可視化させて、ある意味標準化していくようなことを考えなければいけないと思っているが、そのときの第 1 として、配慮のある病名の説明、情緒的・情報的サポートということを言っている。これをしてから色々な支援につなげていくということが原則だろうと考えている。
多分多くの医療機関で、若年性認知症の診断をした後に何もないということが起こっているだろうなというふうに予測される。
認知症疾患医療センターとの連携強化は、センターによって告知前から若年性認知症支援コーディネーターが呼ばれるところと告知後に呼ばれるところがあり、どちらがいいということではないが、現時点では告知前のほうが関係性などでスムーズにいっているかなと感じている。
認知症疾患医療センターに関しても、PSW が軸になっていると、その方が辞めたときにがくんと動きが遅くなる。もともとは 10 数名でやっていたのに、ワーカーさんが変わった時点でゼロになるということもある。

③　就労継続支援・社会参加活動支援の強化

若年性認知症の人にとって、就労継続は重要であるが、職域での若年性認知症に関する理解や職場での合理的な配慮は十分ではなく、退職せざるを得ない人が多いことやジョブコーチ支援の地域差が課題として指摘された。保健医療福祉分野との連携による就労継続支援の更なる促進が必要である。また、若年性認知症の人は退職直後、障害者雇用や福祉的就労に関心がなく、再就職も難しいため、その人の状態やニーズにあった働く場がなく、空白の期間が生じやすいことも指摘された。若年性認知症の人に特化するというよりも、地域共生社会という視点で、既存の総合支援事業や社会福祉法人等の地域貢献事業から、空白の期間を解消する社会参加の場づくりが提案された。

発言内容
発症年齢が若いがゆえに、男性、女性それぞれの問題点がある。要するに、仕事ができなくなることで一家の収入源が激減する、家事・育児ができないことで家庭が崩壊する、家庭にお父さんがいると非常に困るなど、いわゆる居場所の問題も出てくる。これは家における場合だけではなく、会社における居場所の問題も出てくる。そういうことで、大きな問題が出てくる。また、逆に、若年性であるので、お年寄りの発症と違い、体力がある、元気があることに伴う問題点も出てくる。ある意味で非常に難しい症状が出る場合があり、うつ状態、やる気が出てこないこともある。そういうことで、非常に難しい側面が出てくる。
本人、家族が孤立していることが意外と見過ごされているのではないかと思う。普通の孤発性、晩発性、お年寄りの認知症の場合は、社会的認知度がこの 10 年、20 年でかなり進み、受け入れる体制もあり、社会的な受容性と寛容性が醸成されてきた。一方、この若年性認知症に関しては、その認知度が低いがゆえに、社会から特別視されてしまう。それどころか、例外的と言う点で、特別視されることがある。

調査時 65 歳未満の方に限定すると、発症時に就労されていた方は 62%いるが、そのうち、調査時点においても就労を継続されていた方は 1 割であり、7 割の方が退職ないし解雇されていた。2 割の方は、職場で何ら配慮がなかったという回答をしている。職域における労働安全衛生の取組みとして、若年性認知症の理解であるとか、合理的配慮のある環境づくり、それから保健医療福祉分野との連携による就労継続支援をちゃんと促進していく必要があるだろう。
ジョブコーチの連携の体制は地域によってそれぞれなのが現状である。
現場の工夫という形にはなるが、若年性認知症に限らず、障害のある方で、中高年齢になり加齢に伴う様々な影響が出る方がいたときに、ジョブコーチによる支援を改めて行う、再支援という方法で対応することがある。ジョブコーチによる支援はナチュラルサポートへの移行というのが一つ基本的な考えである。外部からの支援から雇用している企業自体がうまく雇用管理できるように持っていくのがナチュラルサポートということになる。ただ、今、私が現場でやっている感覚としては、ナチュラルサポートという形になったとしても、継続的に状況を把握していく必要があるだろうと思っている。その際は様々な支援機関が連携して、障害者就業・生活支援センターが長期的に状況把握する場合が多いですが、当初のジョブコーチによる支援により職場定着につながった様々な工夫を踏まえて対応できるためジョブコーチが状況確認を行うメリットがあると思っている。
ジョブコーチ一つ取っても、職場環境の変化や加齢に伴う新たな課題の発生への対応にも力点をおいた、若年性認知症の方もその中に入ってくるような、ジョブコーチによる支援の新たな形の打ち出しもあってもいいのかなと個人的には感じている。
就労の方に関しては、検診等をされることによって不利な扱いを受けないかという不安のほうが強く、そちらのほうに関して、そういう不利な扱いをされないような仕組みをつくった上で考えてほしいというご意見があった。
就労継続に関しては、会社の規模によって継続のあり方というのはすごく違うと思っている。産業保健師さんがいる場合はスムーズにいくケースが多いが、やはり中小企業になると非常に関与しづらいという状況がある。規模が大きい場合は仕事の継続のためのミーティングになるが、中小企業等になると退職ありきのミーティングからスタートするので、その辺りの違いはあるかなと思っている。
これは企業さんからの話であるが、データが欲しいのではなくて、職場内でデータを生かした作業内容の工夫等を教えてほしいと言われることが多い。企業側からすると、ジョブコーチに対してあまり効果的と思っていなくて、実際に進行するという状況で、前半部分に入られても後半はどうするんだというような話があったり、逆に作業療法士など近隣の人を使いながらやれないかというご意見がある。
社会参加活動支援の強化に関しては、退職直後の部分に関して、当事者が能力を生かせる場を必要としているが、例えばハローワークに行かれて、ハローワークのほうは実数的に認知症の把握はゼロだけれども、若年性認知症支援コーディネーターとしてはハローワークに 5 人行っているのを知っていますと。その差は、本人が就職に不利になるようなことを言うわけがないでしょうということで、病名を伝えていないということもある。実際に、障害者雇用、あるいは福祉就労みたいな話をその時点でしても、そういうところには関心がないので家でゆっくりしますという

ことで、ここで一回空白が起きる。1～2 年後、家でたくさん過ごすことによって、社会との距離もでて、本人の居場所がどこかにないですかとご家族が相談に来て、ここから再度活動的な場のニーズのところに入る。そのときに福祉的就労につなぐということはあるのですが、その直後にすぐに使える資源がないので、地域共生社会をつくる上で、認知症だけではなくて、ひきこもりの子たちや若者たちの一体的なものをつくらない限り、この直後の居場所を増やすことは、若年性認知症の人の数からも難しいのではないかと思っている。昨年の 10 月に労働者協同組合法等もできたため、新たな取組みの中で、直後の体制、能力を生かせる場を今からつくる必要があるのかなと思っている。
活動的な場に関してはかなり増えてきたとは思っている。その中で、重層支援の対策もここにはまってくると思うので、これから数は増えていくのかなというイメージはしている。少しケアが必要、あるいは要支援という方たちが地域で居場所を必要としたときに、現在総合支援事業でほぼ利用者がいないという環境があり、ケアが必要なのに、地域側でその方を見続けなければいけないという負担が大きくなっているので、ある程度要支援になったときの居場所づくりは、総合支援事業の中、あるいは社会福祉法人等の地域貢献事業に対して、子ども、若者、障害等に対しての偏りが強く、なかなか若年性に対しての体制というものがないので、その辺り、啓発みたいなものがあったらいいなと思っている。
いろいろなサービスを診断後に紹介しても 2 年後ぐらい家にいると言われていたように、すぐに使えるサービスや使いたいサービスがない。
就労継続や就労支援が難しいところが一番の課題である。就労継続に関しても、両立支援の一つに入れてもらっているが、なかなか難しいと思っている。仕事と治療の両立となっているが、仕事ができなくなってくるため、そこをどう理解してもらうのかが難しい。
在宅ワークの人がジョブコーチをどうやって使うのかを障害者職業センターや会社の人と話をし、うちに行ってくれるのかを聞いたら、「そこはまだ」と言われた。今は在宅ワークが多いので、どうするんだろうというのは、現実に直面した課題だった。大体の仕事は職場に行くので、職場での働き方を考えてくれるということになるが、在宅ワークで、一人で仕事を自分の家でしていた人のジョブコーチはどうすればいいのか、扱いづらいと思った。
中核症状が進んだ人がどこまで仕事を続けることがいいのかどうか迷う。逆の立場で、職場に中核症状が進行してきた人たちがいたとしたら、どこまでフォローできるのかと考えると、マンツーマンで必要になる、常に誰かが見ていないといけなくなったときに難しく、どんな支援といってもすごく難しいと思う。
若年性認知症の人が必要としているのは居場所兼仕事。仕事だけとか居場所だけのサポートではなく、居場所となり、働く場でもあるという中間のものが必要とされている。A 型や B 型もしっくりこないところがあるが、若年性認知症の人に特化したものを作るのかというと難しいと思っている。
希望しているのはノルマのない仕事。仕事は難しいが、毎日行ける居場所がある、社会とのつながりがあるという場所が必要なので、居場所と仕事の中間が欲しい。

④　地域連携体制構築の推進（シームレスな支援体制）

若年性認知症の人の支援における喫緊の課題は早期診断や早期支援であるが、診断後から長期間に渡り継続して支えることができる仕組みも重要であることが指摘された。しかしながら、長期間に渡る診療は医療機関の経営を圧迫すること、各種制度の狭間に陥りやすいこと、同じ制度であっても各組織の解釈の違いから連携が円滑に図れないこと、市町村で若年性認知症の人を把握する仕組みが不十分であることが課題であった。

発言内容
サービスへのバトンタッチ、介護保険に至るまでの数年もしくは 10 年ぐらいのバトンタッチはどうするかということも踏まえて、今後対応していかなければならないのかなと考えている。
制度間のはざまに陥るという話は実は近年出てきている問題で、なぜかというと制度ができたからである。制度というのは排除の構造と一緒にやってくるのであって、ある制度を使うと、ある人たちは使えなくなるということが起こってくる。地域にはコーディネーターが山ほどいるとお話しされていて、これはまさに制度のはざまの一つの象徴であって、地域には若年性認知症支援コーディネーターや生活支援コーディネーター、何とかコーディネーターが山ほどいて、その人たちはある制度の中でつくられているので、その制度を超えるともう動けない、何も知らないということが起こってしまう。これが今日のまさに地域共生社会と非常に深く関係した大問題であって、この制度のはざまをどうやって乗り越えるのかということは、実は我々が直面している今世紀の最初の壁なのではないかと思っている。
介護保険との連続性ですよね。58 歳で受診しても、15 年たてばもう 70 代半ばである。これを若年性認知症と言うかどうか。発症は若年ですが。そうすると、70 代の人がいる場所に交じっていくわけであるが、若年の認知症の人を連続してずっと支えられるような仕組みをつくらないといけない。若年の支援の喫緊の課題は、早期診断や初期支援ですけれども、同じように大切なのが、診断後継続して 10 何年支えられるような仕組みだと思う。
インフォーマルなサービスが必要、それから介護保険のサービスがある。うちはそのつなぎを含めてやっているが、今最大の問題は、インフォーマルな居場所から介護保険サービスに移るときに、移りにくい。うちで言えば、仕事の場にしても、心理教育にしても、Hej にしても、仲間がいて居心地がよい場所になっているので、症状が悪くなってもうそろそろ家庭でも支援が要るだろうというときに介護保険サービスなどの次の場所に移行しづらい。居心地がよくて。現場のスタッフはそれを分かっているので、移行の必要性を随分言ってくる。でも、外来で診ていますから、「あそこがいいからやめさせないで」と言われると、自分自身が甘くて、「そうだね」と言ってしまっているケースがいくつかある。そのうち BPSD がものすごく出てくる。現状と実態が乖離してくる。
若年だけをみますというのは駄目だと思う。そんなに数が多くないので。高齢者が元気で活動できているデイサービスには若年の人も参加できるように思う。元気だから。そういう事業所を増やせばいい。
治療と仕事の両立支援のための制度が始まったので、ちょっと今困っているケースは、さっきの居場所の移行期の問題と一緒ですが、就労継続が始まったときに、最終にその終了の時期を見極めるのが難しいと思う。本人は職場に行けているし、家族もホッするのですが、ただ、同僚など

周りが大変だったりする。継続的に情報を把握して、「もう無理ですよ」というのをいつ伝えるか。一旦仕事の継続をしているので、最終の退職の時期を見誤ると、またいろいろなトラブルが起こる。
最近の産業医や産業保健の領域では、私たち同様に厚生労働省の独立行政法人であります産業保健総合支援センターは、両立支援の中に若年性認知症が組み込まれたということもあり、地域ではそういったところとも連携しながら支援をしているというのが現状である。ただ、私が感じている課題は、地域差というものがとても大きいということである。ほかの地域ではスムーズにいっていることが、なかなかスムーズにいかずに苦労しているところもあるかなと。地域ごとにしっかり問題を見て、現在の支援の到達度というものを検証していって、地域の中で共有していく。そういったことが重要であろうと考えている。
地域の連携体制に関しては、同じ制度であるが、どうしても現場の各組織の解釈が違うので、連携が取れない。点と点はあるけれども、なかなかつながらないというのが現状である。なので、結局はすごく負担を背負っている事業所があったり、逆に利用者をある程度放置するような状況、はざまを生むような状況ができたりというふうになっていると感じている。
もう一つは、もう少し地域共生社会のほうで考えていったほうが、やはり場のシェアや共存共栄の考え方、他分野や世代を超えたつながりの仕組みから行かないと、若年性認知症の人の数から考えると単独でつくるのは難しいので、そういうことを考えたほうがいいのかなと思っている。
診断前後の支援がない空白の時間をどうするかというのは、私が若年性認知症に関わったときからずっと課題だと思っている。NPO をつくったときの大きな目標は居場所づくりであった。15 年の中で少しずつつくってきたわけだが、私たちみたいな NPO でそういう目的を持っている人たちが、全国でも少しずつ家族の人が中心という形でできていると思うが、それを制度化するとまた制度の狭間に落ちてしまうみたいなことが起きてしまう。
若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員、他の支援者たちも、家族からの困ったコールに対応していくのは慣れているが、本人からのこれからどう仕事をしていったらいいかという相談に対しては、いろいろ試行錯誤していると思う。
若年性認知症の人は、仕事や子育て、場合によってはローンの返済のことを考え、絶望に陥ったり、自分や家族等の将来についての不安で恐ろしいという気持ちになり、生きる気力を失うことが多い。何もできなくなる人ばかりではないという現実を教えてあげたり、本人たちに出会わせてあげたりということをすればいいのではないか。専門職だけで何とかしようとするのではなく、今は認知症とともに生きる先輩が全国各地にいる。Zoom で話をすることもできる。
支援コーディネーターや認知症地域支援推進員の人たちがそれぞれの人たちだけでやるのではなく、チームを組んで連携し合い、本人を中心に支え合う。少人数で支えるより、たくさんの人と一緒に支えるという考え方で、それぞれの知識を活かし合いながら、本人の生きる気力や力を付けてもらう支援になったら良いと思う。本人は何もしないでいいから私たち（支援者）がやりますではなく、本人の思いや考えを共有しながら、本人も一緒に動く、動かすことが大事。
新オレンジプランの多職種協働によるチームケアは、私の周りでは策定される前から既に出来上がっていた。自分たちで伝えることによって、地域に人の見守りがあったり、悩みがあって相談があると家族会に行き助けてもらったり、制度のことも専門職に支援してもらった。

市町村ごとに相談に繋がった若年性認知症の人を把握して欲しい。若年性認知症の人が相談してきても、縦割り行政で、障害分野への相談は障害分野で把握し、介護保険分野は介護保険分野で把握していて、それが横で全く繋がっておらず、数が把握できていない現状であるため、まずはそこをやってほしい。
できれば、市町村ごとに若年性認知症の人の相談を受ける担当の人を作って欲しい。認知症地域支援推進員の中に 1 人でよいので、若年性認知症を担当する人を作れば、そこに情報が集まると思う。認知症地域支援推進員は多くいるがために、情報が散乱していてまとまらない。1 人でいいから「この人に若年性認知症の相談を集める」というふうに市町村が決めてくれれば、若年性認知症の担当となった人に情報が集まる。各地域包括支援センターにいる認知症地域支援推進員が相談を受けているが、そこで終わってしまい、まとまらず、蓄積もしないので施策としてやってほしいと思う。
相談があると、デイサービスでも近くに若年性認知症の人を見てくれるところはあるかと言われてしまうが、それは各市町村で把握してほしいことで、県に聞かれても難しいとなってくる。各市町村で若年性認知症に関しての情報を集約して欲しい。
一人の人に関わると 10 年以上になる。伴走というか人生を共にすごすようなもので、同居人みたいなつもりで外来をしているが、医療機関として維持していくとき、経済的に難しい。新患がどんどん来て、ある程度になったときに「かかりつけ医」に戻ってもらい、新しい人を診るというなら、経済的に大丈夫であるが、抱え込むかたちは医療機関として疲弊していく。
医師として、その人の状況が変わっていくときには、「この次にはこの施設を使いましょう」と伝えて、社会福祉士と共に次の段階を見つけて、一緒に考えていくことが役割だと思う。ただし、次のところを見つけるときには、知っている全ての情報を使って、連携するように働きかけないと、若年性認知症の人の次がなかなかつながらない現状もある。
地域包括支援センターに相談にかけると精神疾患と思われてしまい、「地域包括支援センターは制度が違うから」と門前払いになったりする。制度上、どうしてもテリトリーはここまでということが、まだ大きな垣根になっているような気がする。そこを縦断できるようなかたちで、網羅できるようなかたちで、サポートのネットワークが広がるといいと思う。

⑤　啓発活動の強化（一般住民、企業、関係機関、支援者）

若年性認知症に関する周知・啓発は十分とは言えなかった。特に、中小企業への啓発や企業に対する周知方法、認知症サポーター養成講座の活用について指摘があり、今後、更なる推進が望まれる。

発言内容
認知症としての若年性の存在というか、認知度が非常に低いことを強調しておきたい。これがいろいろな意味で社会活動の妨げになっている。診断が遅れるのも深刻な例である。
認知度が非常に低いというところが一番問題で、施策がオレンジプラン、新オレンジプラン、大綱と進化してきた中で、若年性認知症はどこに行ったんだろうと思っている。特に、大綱になってレベルアップしなければいけないのに、新オレンジプランでせっかく差し始めた光が大綱では、ごっそり言葉が抜けている。言葉がないがゆえに非常に対応されにくくなっている。この結

果、行政の指導が悪い意味で現場に生きてきているのではないか。それが非常に大きな課題かなと私は常々考えている。それがゆえに、診断のところ、社会的支援のところも脆弱になってきているのではないかなと思う。
啓発活動に関しては、実際に情報提供は進んでいる部分は進んでいると感じているが、中小企業への啓発が弱いという声は多い。もう一つは、一般の企業の方々が認知症の研修を受けるときに、認知症の理解という話はとても遠くて、参加してもあまり聞いていないという声を聞いている。もう少し認知症になったときのお金や経済的問題、その方々の生活に近い部分から認知症の話をしたほうがいいのではないかという声もある。
人口の１割ぐらいがサポーターになっているのに、なぜ偏見と誤解があるかというと、まだ浸透していないところがあると思う。意欲があって、やろうと思っている人たちが支える側になって浸透していけば、その地域は暮らしやすくなると思う。認知症サポーターやキャラバン・メイトを受けた人が点線、そして面になっていないと思う。行政やいろんなところでサポーター養成講座をやっているが、その場だけで終わってしまう。一般の人たちが育っていくことが大事である。
サポーター養成講座を小学生や若い世代にやっている。若い世代が家族の声を聞いてもらえる機会を多く持ってくれるといいなと思う。

⑥　意思決定支援に係る課題と対応の検討

若年性認知症の人の意思決定支援では、その方法や体制が十分とは言えなかった。若年性認知症の本人が参画できるように、その機会や環境を整備する必要性がある。

発言内容
意思決定の支援に関しては、ケアマネジメントについて、本人さんたちからは、医師の判断で本人の意思が可能というときは、家族に同意を得ないでほしいというような声がある。あとは、都道府県等の市町村もそうであるが、若年性認知症のネットワーク会議、行政計画の策定などをする場合には、必ず本人らが参加するということを決めてほしいというふうに言っている。
意思決定支援は、意思決定ができないときでは既に遅いので、初期から関われる場というか、社会参加の居場所が地域の中にできていくことが大事で、認知症疾患医療センターでやっているところももちろんあるが、疾患センターだけにそれを任せるとなかなか難しい状況があるのではないかと思う。地域でいろいろな形の居場所、地域共生社会の中でいろいろな課題を持っている人たちと一緒になれるような場所というのがもっと生まれていったらいいなと思う。

⑦　若年性認知症支援コーディネーター配置事業の課題検討

若年性認知症の人の支援において、支援コーディネーターは重要な役割を担っている。支援コーディネーター業務を充実するためには電話相談だけでなく、アウトリーチができるような配置とそれに対応できる委託費が必要であることが指摘された。また、地域包括支援センターといった地域の専門職への支援コーディネーターの役割の周知についても、引き続き推進していく必要がある。

発言内容
地域包括支援センターの業務の体制によって、若年性認知症コーディネーターがしなくてもいい

役割をしなければいけないということになり、とても業務範囲が広がってしまって、負担が大きいという現状がある。
都道府県でも委託費の格差が非常に大きいと思っており、何か国のほうでも基準額みたいなものを決めることができないのだろうかということも話の中では出ている。
地域に本当にたくさんのコーディネーターがいすぎて、一体どこに誰がいて、どんな仕事をしているのかが全く分からなくなってきているので、地域の中で全コーディネーターによる交流会、共同勉強会みたいなことを実施していったほうがいいのではないかというふうに話をしている。
担当者に理解してもらうのが難しかったが、支援コーディネーターがずっと電話に張りついているわけにはいかない。でも、それぐらいの予算しかついていない。支援コーディネーターというのは、非常にこれからの若年支援のキーになると思う。その人が電話の前でずっと待っていなければいけないと、結局訪問には行けないということになる。私が一番必要としているのは、その人が初めて相談支援の人と会うときには必ず同席する。それでうまくつながっていくので、やはりつながるための仕組みのためには、支援コーディネーターが動けるような配置である。病院にいて病院から出られないということではないような配置とお金の支援が必要なのではないかと思う。
若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員が十分な人数が配置されているのだろうか。それぞれが地域とうまく連携できているか、も気になる。
若年性認知症支援コーディネーターは、相談されたら、自分が思っていることに当てはめるのではなく、その人の話を聞きながら、自分の知っている人や知識や制度で助けられるのか、助けられないのか、現状どこにつなげたらいいのかを柔軟に考えることが必要である。就労継続を望んでいる人であれば、直接職場に一緒に話をしに行ったりすることが必要だったりするかもしれない。
企業や社会の状況についても支援コーディネーターがアンテナを張ると良いと思う。若い方で働いている認知症の人がいるか、退職した人がいるかといった情報から何が問題なのかを知り、問題のところをコーディネーターの人たちと話し合ってどこにアプローチしたらいいかということもやっていければいいと思う。
（連携が）スムーズにいく市町村と、「若年性認知症の人はうちではない」みたいな感じで言われてしまう地域包括支援センターがある市町村は、すごくあると思う。そこは若年性認知症支援コーディネーターという立場や役割が認識されていないからなのか、役割分担がうまくできていないからなのか、難しいところだと思う。
介護保険につながるとなったときに、地域包括支援センターとケアマネージャーでやってもらえば良いと思うが、連携の難しさがあるように感じる。どこまでコーディネーターが関わればいいのか難しい。若年性認知症支援コーディネーターは、一緒にやっていくことはやっていくが、指導する立場ではないと思っていて、そこの難しさがある。上下の関係では全然なく、対等なフラットな立場だと思っている。
（若年性認知症支援コーディネーターの）広報活動が進み、分かってもらえてきたのかなとは思うが、地域包括支援センターは人が変わりやすく、事例のことで連絡すると、「退職しました」ということがすごくあり、大変残念である。研修を地域包括支援センター向けにするとしても、

ステップアップの研修がなかなかできず、毎回同じ内容をやっていかないと、底上げができない。地域包括支援センターも委託事業だと思うので、委託されている法人によっては、異動などがあるため、そういうところで難しさを感じる。市町村や県も担当者が代わってしまうというところでは、しょうがない部分はある。
いろいろな認知症施策があると思うが、若年性認知症に関する施策は、若年性認知症支援コーディネーターの配置、認知症介護研究・研修大府センターの事業くらいしかない。若年性認知症支援コーディネーターが繋げる何かがあるかというと、若年性認知症に特有の施策がなく、各市町村に割り当てられたものがなく、任せられているところがすごくある。相談は受けるけどその次がないというジレンマをずっと持っていて、つなげにくい、使いづらいということになっていると思うが、次がない。

⑧-1　その他　インフォーマルサポートに関すること

若年性認知症の人の支援において、各種制度の狭間に陥りやすいことが課題としてあり、その隙間を埋めるものの一つとして、インフォーマルサービスがある。しかしながら、インフォーマルサービスの役割の理解は十分とは言えず、理解促進が必要であった。

発言内容
家族会やピアサポートから非常に大きなサポートを得られている、あるいはこういうところから非常に有効な情報が得られているという意見がある。家族会等のインフォーマルサポートやピアサポートの普及など、これも政策的にサポートしていく必要がある。
制度の穴を埋めているものがインフォーマルな多様な活動で、そこに多分知恵があるのだろうなと。ただ、このインフォーマルな活動を制度化すると、また使えなくなるという大問題がある。制度がないとお金が流れないが、どうやって制度の狭間に排除の構造をつくらない活動を支援していくかということが大問題だなと感じる。
いろいろな知恵を「家族会」の方では共有して、本当に先輩のご家族は新しく入ってきた家族をサポートしていらっしゃる。全国各地域で、家族間同士の助け合いというすばらしい活動をされていると思う。同時に、若年性の家族の方が家族会に行ったときに、なじめないという問題がある。「私の旦那は」と 60、70、80 歳ぐらいの方が言われる場合はいいが、40 歳ぐらいの奥さんが来られて「うちの旦那は」と言っても、全く異次元の世界になっているということから、ほとんどの場合、なかなか家族会のメンバーには定着しないのではないかと私の経験で感じている。家族会にも入れないということで、ますます孤立化してしまうということがある。
家族会で介護のことを話すと、周りの人のうなずき方が違う。今まで友人や親戚に介護のことを話しても、大変さを分かってもらえないと思っていたが、家族会で話すと、自分のことを認めてもらえ、弱音を吐いてもいいと思えた。自分が一番大変で自分ほど不幸な人はいないと思っていたが、もっと大変な人が明るく振る舞っていた。
家族会はインターネットを通じて知り、すぐに入会申し込みをして、それから本を買ったり、講演会に行ったりした。ただ本人が行くのを拒否していたので会報を送ってもらうだけだったが、すぐに役に立った。
認知症カフェでいいなと思うところは、本人の居場所があるのと、相談場所がありゆっくり過ご

せることができるところ。そういったところにボランティアやサポーターが来ると、地域に戻って同じようにすると思う。そういうのが広がっていくといいなと思う。
週一回カフェをやっているが、週 1 回が限界。県内にあれば、今日はあっちへいくというのがあるかもしれないが、なかなか難しい。支援コーディネーターが 3 人なので電話を受けたり、訪問に行くとなったら、週 1 回だけでも固定して 2 人を確保というのは難しいところである。
移動支援は、(チームオレンジが)、「一緒にここに行きましょう」とやってくれると、きっと良いと思うが、お世話になるのは嫌だろうなとか、自分より年上の人と一緒に行くことになることを思うと、すごく難しいところと感じたりする。地域に、若年性認知症の人が生き生きできるように受ける仕組みがなく、今後はチームオレンジなどで出来たらいいなと思うし、今後期待したいところでもある。

⑧-2　その他　ニーズに合ったサービス開発に関すること

若年性認知症の人が利用するフォーマルサービスには、障害福祉サービスと介護保険サービスがあるが、障害福祉サービスの多くは進行性の病気の人のことを想定していないことや介護保険サービスは主に高齢者を対象にしているという点で、ともに使いづらさが指摘された。

特に、傷病手当金の受給期間後（1 年半)、再就職に向けて調整しようとしても、症状進行により就労継続支援 A 型事業所の利用は困難で、結果的に B 型事業所を利用することが多い。また、今まで会社で働いていた人が急に障害者の人たちと一緒に働くことには抵抗があり、何か今までの働き方とは違うことを経験し、自身の病気を受け入れ、人生を再構築する必要性も指摘された。

中間的就労のような場や若年性認知症以外にも他の病気等で働くことが難しい方を対象とした協働の場について提案があった。若年性認知症の人は多様な課題を抱えており、ニーズに合ったサービス開発だけでなく、現行制度において柔軟な対応やあり方の見直しが求められる。

発言内容
ニーズに合ったサービスの開発、これは介護保険サービス、障害福祉サービスのプログラムの改良を考えていかなくてはいけないのではないか。
今実際にやっているのは、障害者福祉の中でも、知的障害の事業はかなり大きい事業をされているイメージがある。知的障害者の方々だけではできない余剰の部分があったりするので、そういうところとインフォーマルが組み合わさってやっていくことは可能ではないかなと思っている。これをフォーマルに持っていくというより、インフォーマルで、ある程度資金を稼げるような仕組みの一つとしてそういう形を考えている。
これは難しいとは思うが、困窮者の対策などでも福祉的就労から中間的就労、そして一般へと行くが、若年性認知症の方の場合は逆になる。そうすると使えない部分もあったりするので、その辺りは何かいい方法がないのかと考えている。
地域の中には、若年性の方以外にも制度上なくて困っているような他分野の人たちもたくさんいらっしゃるので、何か一つ協働的な場をつくって、その人たちの能力を生かした仕組みの働き方ができないか。そういう場所に、例えば企業が投資みたいな形で対応できないのだろうかというふうに思っている。例えば、今うちに非常に有名なところの営業マンがいるとした場合、その方が営業として働ける仕組み、例えばそれが出版会社であれば、うまくコラボして出版会社さんか

らそういう場に投資していただきながら、SIB に近いかもしれないが、そのような仕組みを今後地域共生の中でつくっていける、そういうチャレンジをしていくことが大事なのではないか。
今まで会社で働いていた人が急に障害者の人たちと一緒には働けないというのを何回も経験しているので、何か今までの働き方とは違うことを挟む必要があると思う。
病気があってやりにくさを感じても、仕事をしていかないといけない、子育てもしないといけない、地域とのつながりも続けていかないといけない。そうした本人に対してどうしたらいいか。介護保険をすすめること以外の支援や、暮らしをどうサポートしていくかあまり得意ではないかもしれない。
介護保険サービスを紹介することは、これまで経験があると思うが、地域で同じ病気を持って暮らしている人と出会うことの大切さをまず知ってほしい。同じ病をもつ、元気に暮らしていると出会うことで、影響し合い、自分たちの生活について感じているしんどいことやできる事を情報交換して、自分の暮らしをつくっていこうという姿勢が生まれる。こうしたことを知ってほしいし、そのための情報のアンテナを張ってほしい。
希望大使の人も、診断されて一時期落ち込んだり、こもったりしていた時があったと思うが、周りからいろいろなことを教わったり、支援を受けたり、人と会ったりして前向きになれたと思う。うち(妻)はその時期は過ぎてできなくなっていたときだったのでデイサービスに行っていない。デイサービスとかは高齢者の行くところと拒否して、デイサービスに行かず一人で抱え込んでしまった。
若年性認知症の人が行けるデイサービスや居場所を増やして欲しい。県外には数か所あるが、運営していくテクニックや人員配置など、何をすればいいかわからないということもあり、若年性認知症ということをうたっているデイサービスは横浜市内では 1 か所しかない。
障害福祉サービスの移動支援を使ってデイサービスまで通っている人がいる。移動支援は介護保険ではなく障害福祉サービスになるので、障害福祉サービスと介護保険を一体化してほしい。介護保険の中で障害福祉サービスの移動支援を使えるようにしてもらえると、不便な人もデイサービスに行くことができる。サービスを一体化する、もしくは、介護保険の中で（障害福祉サービスの移動支援の利用）が認められるようになって欲しい。
介護保険と障害福祉サービスで同じものがあれば介護保険が優先される。デイサービスは、両方は使えず介護保険の方で使える。介護保険では寄り道みたいなのは認められないが、移動支援を使うことによって、認知症の人が、レクリエーションやスポーツ、お茶を飲んだり、余暇を楽しめると、進行が緩やかになると思う。どうしても仕事を辞めなくてはならなくて、辞めてしまう人もいるが、離職しないためにもサービスを併用できるようになれば、少しでも抑えられると思う。
仕事ができなくなり、行けなくなると、基本的には居場所がなくなる。居場所をどうするのかというところで、障害福祉サービス、介護保険サービスが使えることになっているが、両方とも若年性認知症の人を中心としたサービスではなく、ミスマッチがあり、両方とも使いづらいというところが難しい。
傷病手当金が 1 年半もらえるので、その間は再就職ができない、しないという選択をする家族が多い。そうすると、その間に症状が進行するので。1 年半が経ったあとに、どこかに就職しまし

ょうといったときには、もう A 型には行けなくなっているということが多く、そこが悩ましい。
就労 A 型と B 型を休職中に使うのは難しいかもしれないが、うまく使えるようになるといいと思う。
障害福祉サービスに関しては進行性の病気の人のことを想定していないので、障害固定している人の就労継続や就労支援、もしくは回復するためのリワークとなっており、若年性認知症の人にとっては全てミスマッチである。介護保険は高齢者対象なので、若年性認知症の人はミスマッチというところで使いづらさがあり、課題だと思っている。
訓練をして若年性認知症の人が良くなるかと思うと少し違うと思う。就労移行支援もそうだが、訓練するというのは社会的なことを身に着けるということで、若年性認知症の人は社会的なことがもともと身に付いている。社会に適応するためのものを身に着けるところなので、就職していた人は、就労移行支援を使わなくてもいいだろうなと思う。そこのあたりの使い勝手が悪いように感じる。
介護保険は高齢者に向けたサービスなので、50 歳代の人が使うには難しいと思う。個別の支援などをきちんとやってくれるのであれば、いけるかとは思うが、まだまだそうはなっておらず、集団の対応になってしまっているので、ミスマッチだと思う。
移動支援の課題は本当に大きい。移動支援を障害福祉サービスで使おうと思っても、サービス提供事業者がなく、使えない。市が障害福祉サービスにおける移動支援の利用を許可しても、実際に実施する事業所が見つからず使えないという課題があって難しいところだと思う。（介護保険サービスと障害福祉サービスの）併用については、市町村の理解はあり、ケアマネージャーとかも「使いましょう」という感じになるが、実際にそれを提供する事業所がない。
認知症施策と精神疾患の人に対するサポートはこれまでの流れが違うため、高齢者施策と精神の政策との間のスムーズな行き来ができにくかった部分があったと思う。若年性認知症の人は最たるもので、最初のうちは介護保険が使えず、障害福祉サービスだけを使っておいて、今後は介護保険も、といったときに、ぎくしゃくしている。何か施策として、その両者がスムーズに連動するようなものがあると良いと思う。
病院の中とか医療機関の中でのサポートから少し離れ、社会全体の中で、社会福祉事務所や精神保健福祉士の単独事務所が独立した機関として働いてくれるといいと思う。
介護保険サービスで、第 2 号被保険者の適用範囲を広げることだけを考えると、若年性認知症の人の場合には、介護保険の制度自体がたとえ使えたとしても、その制度を使うまでの空白の期間がとても長い。
介護保険の制度が使えないから、障害福祉サービスの制度を使うとか、自費を使いながら臨床心理の先生に心のサポートを一緒にやってもらうみたいなことを考えると、介護保険の制度がいくら拡大されたとしても、そこに行きたくないという人も結構いる。そこを配慮してもらえると、とても良い中継ぎができるのかなと思う。

⑧-3　その他　家族支援に関すること

若年性認知症の人の場合、家族関係が破綻してしまうことが多いと指摘された。特に、子どもたちへの心理的な面も含めて影響は大きく、それを支える制度や体制が十分ではない。今後、更

なる検討が必要な状況であった。

発言内容
ヤングケアラーの問題も絡んでくる。家事を子どもたちがやらなければいけなくなるということで、ヤングケアラーの問題が顕在化しやすいのも女性の若年性認知症の方が多いのではないかなという印象がある。
本当に若年性認知症の人の育児の問題から見える子ども支援の貧しさということは非常に感じている。小学校に行けば学校の先生が関わってくれたり、子どもたち自身で子ども食堂に行ったりできるが、まだ小学校に行かない子どもたちの支援というのは本当に貧しいなと感じる。
私の場合、家事を代行する支援があると自分にしかできないことに専念できるので助かる。あれもこれもできないので家事には苦労する。当時は、家族がいても子育て世代だったので、家事自体が複雑だった。助けに来てくれる人がいれば落ち着いたと思うが、そういう制度がなかった。私の経験から感じているが、認知症の人だけでなく、家族も同時に支えることを考えてほしい。他に高齢の家族がいると、その人にも支援が必要になり、いろいろな場合がある。
若年性認知症の人で子どもを手放さないといけないと考えて追い詰められている人もいる。子どもを手放す方向で進めるのではなく、まずは本人が自分で育てることを続けられる手立てを考えてあげてほしい。
家族に対しても、本人は何もできなくなってくるわけではないことを説明したり、日々の生活を丁寧にしていくことで、現状維持はできる可能性があるので、励ましや伴走する気持ちを伝えるだけでも、本人は頑張ろうと思えるかもしれない。
妻の診察で大学病院に行っていたときに、自分でおかしいことに気づき、相談したら自分自身のことも診てもらうことになった。精神的に調子が悪くなり、社交不安障害になって、外に出られなくなることもあった。認知症の介護家族は、4 人に 1 人がうつ状態になり、その中で何割かは重症化するといわれているが、それぐらい大変で、自分も介護うつになった。
地域の人や家族が認知症の理解を深めるということが 1 番だと思う。また本人を中心にして、家族が認知症の理解を深めることによって対応の仕方も本当に違ってくる。
家族が自分の時間をつくることができるのは大事だと思う。デイサービスやショートステイは、本人の居場所であり、本人のためではあるが、家族がその時間は休むことができたり、仕事をしたり、自分の中でレクリエーションをしたりできるのはすごく大事。家族は 24 時間見ないといけないため、頑張ろうかなというリフレッシュはすごく大事と思う。
家族の立場からすると、なかなか外に助けを求めなかったり、信じられなかったり、言っても無駄と思ったり、面倒くさいと思って、できるうちは「いいです」と言うと思う。無理に入っていかなくても、こういった存在があることを伝えればいいと思う。泣き言を言える人は最初からつながるが、言えない人がほとんどだと思う。
認知症の人を初期、中期、人生の最終段階、そこまで全部まとめてみているのは家族である。今は初期の方がいろいろと発信や講演をしており、見守られながら、いろいろな活動をしている。認知症の理解を深めるのにとても大切と思う。できているうちはいいが、徐々にできなくなっていくと、そこからは家族になる。
若年性認知症の人達の中で、家族の関係が破綻しないケースの方が少ない。社会制度を使って、

何とか家族が破綻しないように、経済面や社会のサポートをしている。本人の主張と家族の思いがうまくいかないことがあり、高齢者と比べても若年性認知症の人の場合は、家族の破綻というのが多い。
男性が若年性認知症になったとき、そのパートナーである女性が経済的なことを担っていかないといけないし、子育ても、その最中であればかかってくる。課題の中で一番感じたのは、子どもが高校生から大学生ぐらいのときに、両親が認知症になると、家族の中で善意や親を思う気持ち、それから子どもたちの揺れ動く（気持ち）が一緒になったりすると、家族が破綻してしまうことが多い。幼稚園くらいの子どもを育てている家族の課題より、むしろ実は大人になりきっていない子どもたちを支えないといけない世代の親御さんたちの課題として出たときにどうかというのを一番感じている。
ヤングケアラーに対しての社会の認識は、随分高まってきたと思うが、医師からきちんと、「こういう疾患（認知症）のためにこういうふうになっている」ということをしっかりと子どもたちが聞かなければ、「気持ちはわかるよ」と心理職が一生懸命に寄り添ったとしても、今、起きている課題について受容することは難しいと思う。それは精神科医の役割であり、精神科医が子どもを支える立場になってくれると良い。

VII. 市町村における若年性認知症施策の推進のための手引書の作成

1. 目的

地域における若年性認知症の人のきめ細かな支援を実現するため、市町村の各種既存の施策やネットワークの利活用の方法、地域における支援の要である市町村、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員の具体的な役割、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）の支援内容等をまとめた手引書を作成した。

2. 作成方法

作業部会を設置し、その作成過程では検討委員会の委員からも意見を聴取し、完成した。内容においては市町村の認知症施策に関わる行政担当者や地域包括支援センター管理者、認知症地域支援推進員、支援コーディネーターを対象とした調査結果（本報告書Ⅱ・Ⅲ）も参考にした。また、第 4 章では、実際に支援コーディネーターが関与した事例を基にヒアリングを行い、事例提供者とともに個人情報に配慮しながら、加筆修正を何度か繰り返し完成した。

3. 結果

手引書は 4 章から構成されている。第 1 章は「若年性認知症と若年性認知症施策の流れ」として、若年性認知症の基本的な理解や支援コーディネーターの役割を整理した。

第 2 章は「市町村が若年性認知症の人の支援を推進する意義」を、認知症施策全体への波及効果や 2040 年問題から捉え、市町村によっては、若年性認知症施策は取組む事業として優先順位が低いといった声等に配慮した。

第 3 章は「若年性認知症の人の支援に資する取組みを進める上でのポイント」として、市町村が取組みやすい既存施策等を本事業の調査結果を基に提示した。特に、介護保険制度の地域支援事業の認知症総合支援事業における「認知症サポーター養成講座（ステップアップ講座を含む）」や「認知症カフェ」は、若年性認知症の人の支援に係る事業で、支援コーディネーターや地域包括支援センター、認知症地域支援推進員が多く関与しており、若年性認知症の人の支援を推進するための方策を検討する際、取組みやすい事業の枠組みであると考えられ、具体的な内容を記載した。また、若年性認知症の人の支援において、支援コーディネーターや関係機関との連携を図式化し、多職種連携の見える化を図った。さらに、若年性認知症の人の支援で押さえておきたいポイントや市町村担当者等の役割を整理し、明文化した。

第 4 章では「市町村における若年性認知症施策の推進の実際」として、市町村の既存施策の枠組みの中で、支援コーディネーターが調整役として関与し、関係する機関や人と連携体制の構築を図りながら、症状進行等に応じて緩やかに支援を行うソフトランディングの視点を持ち、若年性認知症の人へシームレスな支援を推進した 3 事例を紹介した。事例 1 は認知症初期集中支援チームの介入から関係者との連携体制を構築し、事例のニーズや状態に沿って、介護保険制度と障害者総合支援法の併用によるシームレスな支援を実施した。事例 2 は子育て中の母親が若年性認知症を発症し、地域の子育て支援サービスを利用しながら、配偶者の就労、本人の家事や育児の継続だけでなく、子どもの心理的面への支援も実施した。事例 3 は認知症カフェや本人交流会を活用し、若年性認知症の人の居場所づくりを行った。

VIII.　考察とまとめ

1.　考察

若年性認知症の人とその家族が、住み慣れた地域の中で生活していくためには、市町村レベルでの対応が必要である。しかしながら、令和 3 年度の老人保健健康増進等事業「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」の結果から、各市町村での若年性認知症施策は既存の認知症施策の取組みの中で行っている場合が多く、若年性認知症の人の把握や支援体制は十分とは言えなかった。

これらの現状を踏まえ、本研究事業は 3 つの実施内容から構成した。1 つ目は市町村における若年性認知症施策の促進を図ることを目的に、各種既存の施策の活用方法や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）との具体的な連携内容等について明らかにするため、市町村の行政担当者、地域包括支援センター（以下、地域包括）、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アンケート調査を実施した。また、その内容を踏まえた手引書を作成した。2 つ目は支援コーディネーター設置事業の効果と課題の経年変化を把握し、可視化することを目的に、都道府県・指定都市（以下、都道府県等）の若年性認知症施策行政担当者と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。3 つ目は我が国の若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性について検討することを目的に、若年性認知症の本人や家族介護者、有識者、支援者から意見を聴取し整理した。

市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状について、今回は既存施策を主に介護保険制度の地域支援事業、障害者総合支援法に基づく事業、重層的支援体制整備事業の 3 事業とし、若年性認知症の人に関する事業内容の実施や関与の有無から状況を把握した。その結果、介護保険制度の認知症総合支援事業における「認知症サポーター養成講座（ステップアップ講座を含む）」と「認知症カフェ」は、多くの市町村で実施されており、支援コーディネーターや地域包括、推進員がともに関与している割合が高かった（表 1）。具体的には認知症サポーター養成講座では、“若年性認知症に関する事柄にも触れる”、“相談窓口を紹介する”、“若年性認知症の本人や家族の講話を取り入れる”取組みが挙げられた。また、認知症カフェでは、“健康に関する講話の中に若年性認知症を含め周知・啓発の機会とする”、“若年性認知症の本人が認知症カフェの運営スタッフとして活動すること”であった。若年性認知症は高齢者の認知症と比べて社会的な認知度が低く、必要とする支援が本人や家族に届いていないこと、ニーズに合ったサービスが十分にないこと等が課題である。これらの事業の役割には認知症に関する正しい理解の促進や居場所づくりがある。よって、多くの市町村で若年性認知症も含めた事業が推進されることで、若年性認知症の人が抱える課題解決の一手段となり得ると考えられた。また、若年性認知症の人の把握の難しさは市町村の共通した課題である。これらの事業対象者は一般住民や時に企業関係者と層が広いため、把握の契機にも結びつくと考えられた。実際に、支援コーディネーターが行った普及・啓発活動をとおし若年性認知症の人の支援に結び付いており、その内容では、ホームページやチラシ等の配布よりも「研修会の講師」、「研修会の開催」の方が多かった。

また、支援コーディネーターが個別支援をとおして多く関与していたのは、障害者総合支援法の訓練等給付の「就労継続支援 B 型事業所」と介護保険制度の家族介護支援事業の「介護者交流会の開催」、在宅医療・介護連携推進事業の「医療・介護関係者のための研修」であった（表 1）。

若年性認知症の人は在職中に発症することが多いが、職場での支援体制は十分ではなく、退職せざるを得ないのが現状である。一方で、次に働く場の選択肢として、福祉的就労がある。若年性認知症の人の“働きたい”等のニーズに応じた支援コーディネーターの特徴的な関わりであると考えられた。しかしながら、障害福祉サービス事業所は若年性認知症の人の支援が未経験であることが多く、事業所側が受入れに戸惑うことも少なくない。支援コーディネーターは、本人だけでなく事業所の職員に対しても助言等の支援が可能であるため、積極的に連携を図ることが望ましいと考えられる。また、若年性認知症の主介護者は配偶者が多い。若年性認知症の人は認知症高齢者と比べて、身体機能面は保たれている場合が多く、一見して認知症の症状が軽度にみられる場合がある。しかし、ADL がほぼ自立している人は、食事以外では半数以下であり、ADL 上において介護を要する人が多いとの報告もある（小長谷、2017）。また、介護者も社会や家庭で中心的な役割を担っており、仕事や育児、時に親の介護と重なる場合もある。よって、介護者の負担は大きく、その多くが抑うつ状態であるとの報告もあり、支援の対象となる（朝田、2009）。そのため、介護者交流会の開催に積極的に参画していると考えられた。さらに、上述の令和 3 年度の老人保健健康増進等事業の結果から、市町村の多くは専門職を対象とした若年性認知症に関する研修会を開催していなかった。また、地域福祉の要である地域包括の若年性認知症に関する知識や支援コーディネーター業務への理解は十分ではなかった。支援コーディネーターの役割に、地域や関係機関に対する若年性認知症に係る正しい知識の普及がある。市町村が主体的に開催する専門職を対象とした研修（認知症対応力向上研修や在宅・医療介護連携に関する研修等）を活用することは、若年性認知症の理解促進だけでなく、支援コーディネーターと地域の専門職と顔の見える関係づくりにもつながり、連携体制の強化が期待できると考えられた。

表１　各対象者における既存施策の中で実施や関与が多い 5 事業

市町村

事業内容	実数	%
認知症ケアパス	506	63.0
認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）	496	61.6
認知症カフェ	481	59.9
認知症地域支援推進員	471	58.5
認知症初期集中支援チーム員会議	454	56.4

若年性認知症支援コーディネーター（個別支援）

事業内容	実数	%
就労継続支援B型事業所	42	71.2
認知症カフェ	39	66.1
介護者交流会の開催	34	57.6
医療・介護関係者のための研修	33	56.0
地域ケア個別会議	29	49.1

地域包括支援センター

事業内容	実数	%
認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）	1116	49.6
認知症カフェ	996	44.2
認知症地域支援推進員	900	40.0
認知症ケアパス	832	37.0
認知症初期集中支援チーム員会議	779	34.6

若年性認知症支援コーディネーター（事業推進）

事業内容	実数	%
認知症カフェ	29	49.2
認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）	27	45.7
医療・介護関係者のための研修	26	44.1
介護者交流会の開催	25	42.4
本人ミーティング	24	40.7

認知症地域支援推進員

事業内容	実数	%
認知症カフェ	379	51.5
認知症地域支援推進員	378	51.3
認知症サポーター養成（ステップアップ講座を含む）	377	51.2
認知症ケアパス	369	50.1
認知症初期集中支援チーム員会議	296	40.2

市町村、支援コーディネーター、地域包括、推進員の多くが実施や関与していない事業内容は「重層的支援体制整備事業」であった。若年性認知症の人の支援では、医療や介護に係る分野以

外にも、労働や障害、子どもがいる際、教育分野との連携が必要な場合もある。若年性認知症の人の支援においても、重層的支援体制整備事業のような仕組みとの連携から円滑な支援推進に結びつくと考えられ、本事業の更なる展開が望まれる。以上から、市町村の若年性認知症の人の支援を推進するための方策を検討する際、取組みやすい事業内容が明らかとなった。

市町村の既存施策の中での支援コーディネーターとの連携実績は、市町村、地域包括、推進員ともに 3 割未満であった。若年性認知症の人の支援推進のため、支援コーディネーターとの連携希望は多くあり、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」が最も多かった。支援コーディネーターが市町村において行っている具体的な支援内容は、“問題の抽出や整理”、“支援の優先順位のサポート”、“認知症の初期段階からサービスや支援が定着するまでの伴走”等の「若年性認知症の人の支援に関すること」で最も多く関与していた。そのため、希望内容に沿った対応が可能であると考えられた。

一方で、支援コーディネーター業務は個別相談業務以外にも、支援ネットワークの構築、若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動、就労・社会参加支援がある。現在（令和 4 年度 9 月 1 日時点）の支援コーディネーターの配置状況で、市町村においてこれらの業務が実施可能であるかどうか把握した。その結果、個別相談業務以外は可能よりも困難の方が多く、その主な理由は「配置人数の不足」や「時間確保が困難」であった。現在、支援コーディネーターは、認知症疾患医療センターを含む医療機関に兼務で一人配置されている場合が多い。また、兼務している場合の支援コーディネーター業務の割合は 3 割以下が多く、主業務との兼合いから業務実施が難しい状況であると推測された。また、支援コーディネーターの市町村の既存施策における関与は、個別支援の枠組みの中が多く、事業推進に係る内容までは十分に関与できていない。地域における若年性認知症施策の促進には、支援コーディネーターの関与は欠かせない。そのためには、今後、支援コーディネーターの配置についても検討する必要があることが明らかとなった。

支援コーディネーター設置事業の効果と課題の経年変化を把握し、可視化することを目的に、都道府県等の若年性認知症施策行政担当者と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。その結果、都道府県等の若年性認知症施策総合推進事業の実施状況では、「若年性認知症支援コーディネーター設置事業」は、支援コーディネーターはすべての都道府県および 10 指定都市に配置され、設置事業を実施している指定都市は前年度より 2 市増加した。また、「若年性認知症支援ネットワーク構築事業」では、都道府県は 7 割以上が実施しているが、指定都市は 1 割にとどまり、実施していない割合が高い。さらに、「若年性認知症の人の社会参加活動の支援」は、前年度に引き続き、都道府県等ともに 5 割以下となった。支援コーディネーターの多くは、就労継続に関わる労働関係機関と連携や周知・啓発に困難さを抱えている。業務を円滑に進めるためには、都道府県等の後方支援が必須であるため、「若年性認知症支援ネットワーク構築事業」をはじめ、今後も取組みを促進していく必要があると考えられた。

都道府県等の行政担当者からの支援コーディネーターの配置による成果として、若年性認知症に関する周知・啓発が進んだこと、次いで、住民から若年性認知症に関する相談が増えたこと、専門職からの若年性認知症についての相談が増えたことが多く挙げられた。また、支援コーディネーターからも専門職や本人、家族を含む親族からの若年性認知症についての相談増加の成果が多く挙げられ、支援コーディネーター設置事業の成果が明らかとなった。しかし、支援コーディネーターが抱える課題では、若年性認知症に関する支援への地域住民や関係機関の関心の低さを

6 割が挙げており最も多いことから、成果はあるが引き続き周知・啓発は必要な状況であった。さらに、兼務で主業務が多忙のため余裕のない支援コーディネーターが、前年度よりも増加しており、配置に関して検討する必要があると考えられた。また、多くの都道府県等が支援コーディネーターの資質向上のための仕組みを独自で整備することが困難であった。支援コーディネーターの資質向上に必要な体制として、大府センターが主催している支援コーディネーター研修の継続的な実施が挙げられる。支援コーディネーターの 9 割は支援コーディネーター研修の「初任者研修」、約 8 割は「フォローアップ研修」の参加経験があり、支援コーディネーター研修が果たす役割は大きい。都道府県等や支援コーディネーターの状況を考慮して、より一層の研修内容の充実が求められる。

我が国の若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性について検討することを目的に、若年性認知症の本人や家族介護者、有識者、支援者から意見を聴取した。それを今後の若年性認知症施策の検討や若年性認知症の人の支援において重要と考えられる以下①～⑩の視点で整理した。

①「早期支援（気づき時点～）」では、専門医療機関への早期受診が重要であるが、診断へのアクセシビリティーの課題が挙げられた。さらに、就労している人よりも就労していない人（専業主婦等）の方が診断までの期間が長く、症状が相当進行してから受診し、直ぐに介護保険サービスを利用することが多いことが指摘された。若年性認知症の人に対する医療提供体制の確保・整備だけでなく、その周知も同時に推進していくことが重要とされた。

②「診断後支援に係る認知症疾患医療センターとの連携強化」では、若年性認知症の人に対する医療提供体制として、認知症疾患医療センターは重要な役割を果たしている。一方で、若年性認知症の人や家族からは配慮のある病名の説明､情緒的･情報的サポート等が求められているが、十分でないことが課題として指摘された。また、告知前から支援コーディネーターが関与することで、その後の支援が円滑に進むとの意見もあった。今後、若年性認知症の人の診断後支援のあり方や体制について、さらに検討する必要があることが明らかとなった。

③「就労継続支援・社会参加活動支援の強化」では、若年性認知症の人にとって、就労継続は重要であるが、職場での若年性認知症に関する理解や合理的な配慮は十分ではなく、退職せざるを得ない人が多いことやジョブコーチ支援の地域差が課題として指摘された。保健医療福祉分野との連携による就労継続支援の更なる促進が必要であることは明らかである。また、若年性認知症の人は退職直後、障害者雇用や福祉的就労に関心がなく、再就職も難しいため、その人の状態やニーズにあった働く場がなく、空白の期間が生じやすいことも指摘された。若年性認知症の人に特化するというよりも、地域共生社会という視点で、既存の総合支援事業や社会福祉法人等の地域貢献事業から、空白の期間を解消する社会参加の場づくりを考える必要がある。

④「地域連携体制構築の推進（シームレスな支援体制)」では、若年性認知症の人の支援における喫緊の課題は早期診断や早期支援であるが、診断後から長期間に渡り継続して支えることができる仕組みも重要であることが指摘された。一方で、長期間に渡る診療は医療機関の経営を圧迫すること、各種制度の狭間に陥りやすいこと、同じ制度であっても各組織の解釈の違いから連携が円滑に図れないこと、市町村で若年性認知症の人を把握する仕組みが不十分であることが課題であり、今後、解決に向けた検討が求められた。

⑤「啓発活動の強化（一般住民、企業、関係機関、支援者)」では、特に、中小企業への啓発や企業に対する周知方法、認知症サポーター養成講座の活用について指摘があり、今後、更なる推

進が望まれた。

⑥「意思決定支援に係る課題と対応の検討」では、その方法や体制が十分とは言えなかった。若年性認知症の本人が参画できるように、その機会や環境を整備する必要性が求められていた。

⑦「支援コーディネーター配置事業の課題検討」では、支援コーディネーター業務を充実するためには電話相談だけでなく、アウトリーチができるような配置とそれに対応できる委託費が必要であることが指摘された。また、地域包括支援センターといった地域の専門職への支援コーディネーターの役割の周知についても、引き続き推進していく必要性が明らかとなった。

⑧「インフォーマルサポートに関すること」では、若年性認知症の人の支援において、各種制度の狭間に陥りやすいことが課題としてあり、その隙間を埋めるものの一つとして、インフォーマルサービスがある。しかしながら、インフォーマルサービスの役割の理解は十分とは言えず、理解促進が必要であった。

⑨「ニーズに合ったサービス開発に関すること」では、若年性認知症の人が利用するフォーマルサービスには、障害福祉サービスと介護保険サービスがあるが、障害福祉サービスの多くは進行性の病気の人のことを想定していないことや介護保険サービスは主に高齢者を対象にしているという点で、ともに使いづらさが指摘された。特に、傷病手当金の受給期間後（1 年半)、再就職に向けて調整しようとしても、症状進行により就労継続支援 A 型事業所の利用は困難で、結果的に B 型事業所を利用することが多い。また、今まで会社で働いていた人が急に障害者の人たちと一緒に働くことには抵抗があり、今までの働き方とは違うことを経験し、自身の病気を受け入れ、人生を再構築する必要性も指摘された。中間的就労のような場や若年性認知症以外にも他の病気等で働くことが難しい方を対象とした協働の場について提案があった。若年性認知症の人は多様な課題を抱えており、ニーズに合ったサービス開発だけでなく、現行制度において柔軟な対応やあり方の見直しが求められた。

⑩「家族支援に関すること」では、若年性認知症の人の場合、家族関係が破綻してしまうことが多いと指摘された。特に、子どもたちへの心理的な面も含めて影響は大きく、それを支える制度や体制が十分ではない。今後、更なる検討が必要な状況とされた。

2. まとめ

本事業の実施から、市町村の若年性認知症の人の支援を推進するための方策を検討する際、取組みやすい事業内容等を明らかにした。また、調査結果を踏まえ、市町村が若年性認知症の人の支援を推進する意義やその取組みを行う上でのポイントをまとめた手引書を作成した。手引書を活用することで、市町村におけるきめ細かな若年性認知症施策の促進とともに、支援コーディネーターと市町村の関係機関や専門職との有機的な地域連携体制の構築に結びつくことが期待できる。さらに、我が国の若年性認知症施策における課題や取組むべき重点的な内容を整理した。これらを推進することで若年性認知症の人とその家族が、住み慣れた地域の中で、自分らしい生活の維持や再構築に寄与すると考える。

IX. 参考資料

1. 「市町村における若年性認知症支援施策の促進に関する調査研究事業　検討委員会」次第

【第１回　次第】

日時：令和 4 年 8 月 22 日（月）　10:00～12:00

会場：web 会議形式（Zoom）

1. 開会
   1) 開会挨拶
   2) 厚生労働省挨拶
   3) 委員等紹介
   4) 委員長選出

2. 討議事項
   1) 調査 1、2、4　調査票（案）について
   2) 第 1 回作業部会の結果および手引書（たたき台）について

3. 配付資料
   - 各討議事項の資料
   - 参考資料
     - R3 年度研究報告書　概要版

4. 今後の予定

＜出席者委員等：17 名＞

外部委員　：森委員・伊藤美智予委員・進藤委員・吉川委員・畦地委員・駒井委員
　　伊藤美知委員・作田委員
内部委員　：鷲見・齊藤・山口・小方
オブザーバー：谷内補佐・村上係長・竹藤係
事務局　：下中・花井

＜議事概要＞

アンケート調査項目や内容について議論し、決定した。また、手引書の作成について提案内容で承認を得た。

【第２回　次第】

日時：令和 4 年 12 月 13 日（火）15：00～17：00

会場：web 会議形式（Zoom）

1.　開会挨拶

2.　討議事項

1）　調査 1・2 の調査結果について

2）　第 2 回および第 3 回作業部会の検討結果について

3）　手引書（案）について

3.　配付資料

・　各討議事項の資料

4.　今後の予定

＜出席者委員等：18 名＞

外部委員　　：森委員・伊藤美智予委員・進藤委員・吉川委員・畦地委員・駒井委員
伊藤美知委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：鷲見・齊藤・山口・小方

オブザーバー：谷内補佐・村上係長・竹藤係

事務局　　：下中・花井

＜議事概要＞

作業部会で得られた意見を反映し、加筆修正した手引書の内容について議論した。得られた意見を反映し、手引書の完成版に向けて、作業を進めていくこととした。

【第３回　次第】

日時：令和 5 年 2 月 21 日（火）　13:30～15:30

会場：web 会議形式（Zoom）

1.　開会挨拶

2.　討議事項

1）　調査 4 の調査結果について

2）　若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のための座談会およびヒアリング調査の実施報告について

3）　第 4 回作業部会の検討結果について

4）　手引書（完成版案）および報告書案について

3.　配付資料

・　各討議事項の資料

＜出席者委員等：18 名＞

外部委員　　：森委員・伊藤美智予委員・進藤委員・吉川委員・畦地委員・駒井委員
伊藤美知委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：鷲見・齊藤・山口・小方

オブザーバー：谷内補佐・村上係長・竹藤係

事務局　　：下中・花井

＜議事概要＞

作業部会で得られた意見を反映し、加筆修正した手引書の内容について議論した。また、報告書案についても意見を得た。

2. 「市町村における若年性認知症施策の推進のための手引書作成　作業部会」次第

【第１回　次第】

日時：令和 4 年 8 月 5 日（金）13:30～15:30

会場：web 会議形式（Zoom）

1. 開会
   1) 挨拶
   2) 委員紹介

2. 討議事項
- 手引書（たたき台）の検討
- 手引書に係る調査 1・2 の項目の検討

3. 配付資料
- 各討議事項の資料

4. 今後の予定

＜出席者委員等：11 名＞

外部委員　　：島田委員・畦地委員・松本委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：齊藤・山口・小方

オブザーバー：鷲見

事務局　　：花井・下中

＜議事概要＞

手引書（たたき台）について、概ね現行内容で了承を得た。また、手引書に係る調査項目を検討した。

【第２回　次第】

日時：令和 4 年 11 月 4 日（金）10:00～12:00

場所：web 会議形式（Zoom）

1. 開会挨拶

2. 討議事項

・ 第 1 回作業部会および第 1 回検討委員会について

・ 調査 1・2 の中間報告について

・ 手引書（案）について

3. 配付資料

・ 各討議事項の資料

＜出席者委員等：11 名＞

外部委員　　：島田委員・畦地委員・松本委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：齊藤・山口・小方

オブザーバー：鷲見

事務局　　：花井・下中

＜議事概要＞

調査結果の中間報告から手引書の内容について検討した。

【第３回　次第】

日時：令和 4 年 11 月 29 日（火）10:00～12:00

場所：web 会議形式（Zoom）

1. 開会挨拶

2. 討議事項

・ 第 2 回作業部会について

・ 手引書（案）について

3. 配付資料

・ 各討議事項の資料

＜出席者委員等：11 名＞

外部委員　　：島田委員・畦地委員・松本委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：齊藤・山口・小方

オブザーバー：鷲見

事務局　　：花井・下中

＜議事概要＞

手引書について第 2 回作業部会にて得られた意見から加筆修正した内容について検討した。

【第４回　次第】

日時：令和 5 年 1 月 27 日（金）10:00～12:00

場所：web 会議形式（Zoom）

1. 開会挨拶

2. 討議事項

・　第 3 回作業部会および第 2 回検討委員会について

・　手引書（完成版案）の内容について

3. 配付資料

・　各討議事項の資料

＜出席者委員等：11 名＞

外部委員　　：島田委員・畦地委員・松本委員・作田委員・福井委員

内部委員　　：齊藤・山口・小方

オブザーバー：鷲見

事務局　　：花井・下中

＜議事概要＞

手引書について第 3 回作業部会および第 2 回検討委員会にて得られた意見から加筆修正した完成版案を説明し、内容を検討した。

3. 各調査票

「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」

市町村　認知症施策担当者様

若年性認知症とは、65歳未満で認知症を発症した場合をいいます。そのため、調査時に65歳以上であっても、65歳未満で発症されておりましたら若年性認知症としてお考えください。

Ⅰ. 基本情報をお伺いします。

直近の貴市町村の総人口、18歳～64歳人口、高齢者人口、高齢化率をご記入ください。また、現在（令和４年9月1日時点）で把握している若年性認知症の人の実数をご記入ください。

（1）貴市町村の総人口	（　　）人
（2）18歳～64歳人口	（　　）人
（3）高齢者人口	（　　）人
（4）高齢化率	（　　）％ ※小数点第二位四捨五入
（5）把握している若年性認知症の人の実数（令和４年度9月1日時点）	（　　）人 **把握する仕組みはあるが、いない場合は「0」** **分からない場合は、「不明」とご記入ください**

Ⅱ. 市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状についてお伺いします。（令和４年9月1日時点）

2-1.
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、若年性認知症の人に関する事業の実施状況を伺います。事業内容毎に当てはまる番号に１つ○を付けてください。
なお、実施の程度は問わず、有無で判断し、お答えください。

A. 介護予防･日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防･生活支援サービス事業	**1．現在、実施している**	**2．以前、実施していたが現在は実施していない**	**3．実施なし**
1．訪問型サービスに関すること	1	2	3
2．通所型サービスに関すること	1	2	3
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	1	2	3
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	1	2	3

A1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

A2-1. 一般介護予防事業に関すること	**1．現在、実施している**	**2．以前、実施していたが現在は実施していない**	**3．実施なし**
5．介護予防把握事業	1	2	3
6．介護予防普及啓発事業	1	2	3
7．地域介護予防活動支援事業	1	2	3
8．一般介護予防事業評価事業	1	2	3
9．地域リハビリテーション活動支援事業	1	2	3

A2-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B. 包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営	**1．現在、実施している**	**2．以前、実施していたが現在は実施していない**	**3．実施なし**
10. 地域ケア個別会議	1	2	3
11. 地域ケア推進会議	1	2	3
12. その他（　　）	1	2	3

B1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B2-1. 在宅医療･介護連携推進事業	**1．現在、実施している**	**2．以前、実施していたが現在は実施していない**	**3．実施なし**
13. 在宅医療･介護連携に関する地域住民への普及啓発	1	2	3
14. 医療･介護関係者のための研修	1	2	3
15. 在宅医療･介護連携推進事業に関する会議	1	2	3

B2-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B3-1. 認知症総合支援事業	**1．現在、実施している**	**2．以前、実施していたが現在は実施していない**	**3．実施なし**
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	1	2	3
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	1	2	3
18. 認知症地域支援推進員に関すること	1	2	3
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	1	2	3

20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	1	2	3
21. チームオレンジに関すること	1	2	3
22. 認知症カフェに関すること	1	2	3
23. 本人ミーティングに関すること	1	2	3
24. 認知症ケアパスに関すること	1	2	3

B3-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B4-1. 生活支援体制整備事業	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	1	2	3
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	1	2	3
27. 就労的活動支援に関すること	1	2	3

B4-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B5-1. 家族介護支援事業	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
28. 介護教室の開催に関すること	1	2	3
29. 介護者交流会の開催に関すること	1	2	3
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	1	2	3

B5-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

C. 障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
31. 居宅介護	1	2	3
32. 生活介護	1	2	3

33. 施設入所	1	2	3
34. その他（　　）	1	2	3

C1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

C2-1. 訓練等給付	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
35. 就労移行支援	1	2	3
36. 就労定着支援	1	2	3
37. 就労継続支援A型事業所	1	2	3
38. 就労継続支援B型事業所	1	2	3
39. その他（　　）	1	2	3

C2-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

C3-1. その他	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
40. 自立支援協議会	1	2	3

C3-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

D. 重層的支援体制整備事業

D1-1.	1．現在、実施している	2．以前、実施していたが現在は実施していない	3．実施なし
41. 重層的支援体制整備事業	1	2	3

D1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

E. 上記以外で若年性認知症の人の支援に関わっている（いた）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-2. 2-1. のA-Dで、1つでも「実施なし」と回答した方にお伺いします。
2-1. のA-Dで「実施なし」と回答した主な理由について、該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できていない
2. 若年性認知症の人からの相談自体がない
3. 事業の優先順位が低い
4. 取組み方法が分からない
5. 事業に必要な予算が不足している
6. その他（　　）

2-3. 全員にお伺いします。
今、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際、支援できる仕組みが構築されていますか。「ある」場合は該当する内容すべての番号に○を付けてください（複数回答）

1．仕組みがある　⇩　　**2．仕組みはない** →次のページの2-4. へ

A．具体的な仕組み（複数回答）

1. 支援で想定される関係する機関や人と連携体制※1が構築されている
2. 会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある
3. 支援のスキームやフローがある（具体的な内容を下記にご記入ください）

4. その他（　　）

※1 ここでいう"連携"とは、「異なる専門職や機関、もしくは組織が、若年性認知症の人の支援においてより良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義します。

B. 連携体制※1が構築できている具体的な関係する機関や人（複数回答）
（例）地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーと連携し、就労継続支援を行った場合、"4"と"22"の両方に○を付けてください。

1．認知症疾患医療センター	2．認知症疾患医療センター以外の医療機関
3．産業保健総合支援センター	4．地域障害者職業センター
5．ハローワーク	6．障害者相談支援センター（基幹も含む）
7．障害福祉サービス事業所	8．障害者就業・生活支援センター

B．連携体制が構築できている具体的な関係する機関や人（つづき、複数回答）

9．行政機関（障害分野）	10. 行政機関（労働分野）
11. 行政機関（高齢、福祉分野）	12. 社会福祉協議会
13. 地域包括支援センター	14. 認知症初期集中支援チーム
15. 介護保険サービス事業所	16. 年金事務所
17. かかりつけ医（主治医）	18. サポート医
19. 産業医	20. 医療ソーシャルワーカー
21. 産業保健師・看護師	22. 障害者職業カウンセラー
23. ジョブコーチ	24. 障害者相談支援専門員
25. 認知症地域支援推進員	26. 介護支援専門員
27. 社会保険労務士	28. 若年性認知症支援コーディネーター
29. その他（　　）	

C．若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会（複数回答）

1．若年性認知症に特化したネットワーク会議	2．認知症全般のネットワーク会議
3．障害者自立支援協議会	4．在宅医療・介護連携推進協議会
5．地域ケア推進会議	6．地域ケア会議
7．認知症初期集中支援チーム員会議	8．認知症疾患医療センターに関する会議
9．重層型支援体制整備事業に関する会議	10. その他（　　）

2-4. 全員にお伺いします。
下記事業の中で、若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことはありますか。「ある」場合は該当する事業すべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある　⇩　　**2．ない** →8ページの2-5. へ

A．介護予防・日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防・生活支援サービス事業

1．訪問型サービスに関すること	2．通所型サービスに関すること
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）

A2-1. 一般介護予防事業に関すること

5．介護予防把握事業	6．介護予防普及啓発事業
7．地域介護予防活動支援事業	8．一般介護予防事業評価事業
9．地域リハビリテーション活動支援事業	

B. 包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営

10. 地域ケア個別会議　　11. 地域ケア推進会議
12. その他（　　）

B2-1. 在宅医療・介護連携推進事業

13. 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発
14. 医療・介護関係者のための研修　　15. 在宅医療・介護連携推進事業に関する会議

B3-1. 認知症総合支援事業

16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会　　17. 認知症初期集中支援チーム員会議
18. 認知症地域支援推進員に関すること
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること
21. チームオレンジに関すること　　22. 認知症カフェに関すること
23. 本人ミーティングに関すること　　24. 認知症ケアパスに関すること

B4-1. 生活支援体制整備事業

25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加
27. 就労的活動支援に関すること

B5-1. 家族介護支援事業

28. 介護教室の開催に関すること　　29. 介護者交流会の開催に関すること
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること

C. 障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付

31. 居宅介護　　32. 生活介護　　33. 施設入所
34. その他（　　）

C2-1. 訓練等給付

35. 就労移行支援　　36. 就労定着支援　　37. 就労継続支援A型事業所
38. 就労継続支援B型事業所　　39. その他（　　）

C3-1. その他

40. 自立支援協議会

D. 重層的支援体制整備事業

41. 重層的支援体制整備事業

E. 上記以外で若年性認知症支援コーディネーターと連携している（した）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-5. 全員にお伺いします。
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容はありますか。「ある」場合は該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある ⇩ Aへ　　**2．ない**　　**3．分からない** → 2-6. へ

A．連携したい内容（複数回答）

1. 若年性認知症の人の支援に関する相談や助言
2. 若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動
3. 関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築
4. 若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出
5. その他（　　）

2-6.
2-5. で「ない」または「分からない」と回答した方に伺います。
その理由について、当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから
2. 若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから
3. 事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから
4. 若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから
5. 若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから
6. その他（具体的に：　　）

Ⅲ．市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えますか。具体的な内容をご記入ください。

A．必要だと考える内容

B．A.に対する必要な対策内容

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました

「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」

地域包括支援センター　管理者様

若年性認知症とは、65歳未満で認知症を発症した場合をいいます。そのため、調査時に65歳以上であっても、65歳未満で発症されておりましたら若年性認知症としてお考えください。

Ⅰ．基本情報についてお伺いします。（令和４年９月１日時点）

（１）あなたが所属している地域包括支援センターの運営主体について、当てはまる番号に○を付けてください。

１．自治体の直営

２．委託　（委託先）　1．社会福祉協議会　2．社会福祉法人　3．医療法人　4．民間企業　5．NPO法人　6．その他（　　）

（２）あなたが所属している地域包括支援センター内に、「認知症地域支援推進員」は配置されていますか。当てはまる番号に○を付けてください。

１．専任で配置　**２．兼務で配置**　**３．配置なし**

Ⅱ．市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状についてお伺いします。

2-1.
あなたが所属する地域包括支援センターでは、令和３年度、若年性認知症（疑いも含む）の人に関する支援を行いましたか。 行った場合は、事例数を記入して、支援したすべての対象者に○を付けてください。

１．行った　（事例数　　件）　　**２．行っていない** →次のページ2-2．へ

→「行った」と回答した方は、支援した**すべての対象者**に○を付けてください（複数回答）

1．若年性認知症の本人	2．若年性認知症の人の介護家族や親族
3．企業関係者	4．関係機関や専門職
5．民生児童委員	6．地域住民
7．その他（　　）	

2-2.
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、若年性認知症の人の支援に係る貴地域包括支援センターでの関与状況を伺います。 事業内容毎に当てはまる番号に１つ○を付けてください。（令和４年9月1日時点） なお、関与の程度は問わず、有無で判断し、お答えください。

A．介護予防・日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防・生活支援サービス事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
1．訪問型サービスに関すること	1	2	3
2．通所型サービスに関すること	1	2	3
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	1	2	3
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	1	2	3

A1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

A2-1. 一般介護予防事業に関すること	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
5．介護予防把握事業	1	2	3
6．介護予防普及啓発事業	1	2	3
7．地域介護予防活動支援事業	1	2	3
8．一般介護予防事業評価事業	1	2	3
9．地域リハビリテーション活動支援事業	1	2	3

A2-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B．包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
10．地域ケア個別会議	1	2	3
11．地域ケア推進会議	1	2	3
12．その他（　　）	1	2	3

B1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B2-1. 在宅医療・介護連携推進事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
13．在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	1	2	3
14．医療・介護関係者のための研修	1	2	3
15．在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	1	2	3

B2-2．具体的な事業内容をご記入ください。

B3-1. 認知症総合支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
16．認知症初期集中支援チーム検討委員会	1	2	3
17．認知症初期集中支援チーム員会議	1	2	3
18．認知症地域支援推進員に関すること	1	2	3
19．高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	1	2	3
20．認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	1	2	3
21．チームオレンジに関すること	1	2	3
22．認知症カフェに関すること	1	2	3
23．本人ミーティングに関すること	1	2	3
24．認知症ケアパスに関すること	1	2	3

B3-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B4-1. 生活支援体制整備事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
25．生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	1	2	3
26．生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	1	2	3
27．就労的活動支援に関すること	1	2	3

B4-2．具体的な事業内容をご記入ください。

B5-1. 家族介護支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
28．介護教室の開催に関すること	1	2	3
29．介護者交流会の開催に関すること	1	2	3
30．認知症高齢者見守り事業に関すること	1	2	3

B5-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

C．障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
31．居宅介護	1	2	3
32．生活介護	1	2	3
33．施設入所	1	2	3
34．その他（　　）	1	2	3

C1-2．具体的な事業内容をご記入ください。

C2-1. 訓練等給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
35．就労移行支援	1	2	3
36．就労定着支援	1	2	3
37．就労継続支援A型事業所	1	2	3
38．就労継続支援B型事業所	1	2	3
39．その他（　　）	1	2	3

C2-2．具体的な事業内容をご記入ください。

C3-1. その他	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
40．自立支援協議会	1	2	3

C3-2．具体的な事業内容をご記入ください。

D．重層的支援体制整備事業

D1-1.	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
41．重層的支援体制整備事業	1	2	3

D1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

E．上記以外で若年性認知症の人の支援に関わっている（いた）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-3．2-2．のA-Dで、１つでも「関与なし」と回答した方にお伺いします。
2-2．のA-Dで「関与なし」と回答した主な理由について、該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できていない
2. 若年性認知症の人からの相談自体がない
3. 事業の優先順位が低い
4. 取組み方法が分からない
5. 事業に必要な予算が不足している
6. その他（　　）

2-4．全員にお伺いします。
今、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際、支援できる仕組みが構築されていますか。「ある」場合は該当する内容すべての番号に○を付けてください。

１．仕組みがある
⇩
次のページA～Cへ

２．仕組みはない →７ページの2-5．へ

A．具体的な仕組み（複数回答）

1. 支援で想定される関係する機関や人と連携体制※1が構築されている
2. 会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある
3. 支援のスキームやフローがある（具体的な内容を下記にご記入ください）

（　　）

4. その他（　　）

※1 ここでいう"連携"とは、「異なる専門職や機関、もしくは組織が、若年性認知症の人の支援においてより良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義します。

B．連携体制※1が構築できている具体的な関係する機関や人（複数回答）
（例）地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーと連携し、就労継続支援を行った場合、"4"と"22"の両方に○を付けてください。

1．認知症疾患医療センター	2．認知症疾患医療センター以外の医療機関
3．産業保健総合支援センター	4．地域障害者職業センター
5．ハローワーク	6．障害者相談支援センター（基幹も含む）
7．障害福祉サービス事業所	8．障害者就業・生活支援センター
9．行政機関（障害分野）	10. 行政機関（労働分野）
11. 行政機関（高齢、福祉分野）	12. 社会福祉協議会
13. 他の地域包括支援センター	14. 認知症初期集中支援チーム
15. 介護保険サービス事業所	16. 年金事務所
17. かかりつけ医（主治医）	18. サポート医
19. 産業医	20. 医療ソーシャルワーカー
21. 産業保健師・看護師	22. 障害者職業カウンセラー
23. ジョブコーチ	24. 障害者相談支援専門員
25. 認知症地域支援推進員	26. 介護支援専門員
27. 社会保険労務士	28. 若年性認知症支援コーディネーター
29. その他（　　）	

C. 若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会（複数回答）

1．若年性認知症に特化したネットワーク会議	2．認知症全般のネットワーク会議
3．障害者自立支援協議会	4．在宅医療・介護連携推進協議会
5．地域ケア推進会議	6．地域ケア会議
7．認知症初期集中支援チーム員会議	8．認知症疾患医療センターに関する会議
9．重層型支援体制整備事業に関する会議	10. その他（　　）

2-5. 全員にお伺いします。
下記事業の中で、若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことはありますか。「ある」場合は該当する事業すべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある
⇩

2．ない →9ページの2-6. へ

A. 介護予防・日常生活支援総合事業（複数回答）

A1-1. 介護予防・生活支援サービス事業

1．訪問型サービスに関すること	2．通所型サービスに関すること
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）

A2-1. 一般介護予防事業に関すること

5．介護予防把握事業	6．介護予防普及啓発事業	
7．地域介護予防活動支援事業	8．一般介護予防事業評価事業	
9．地域リハビリテーション活動支援事業		

B. 包括的支援事業（複数回答）

B1-1. 地域包括支援センターの運営

10. 地域ケア個別会議	11．地域ケア推進会議
12. その他（　　）	

B2-1. 在宅医療・介護連携推進事業

13．在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	
14．医療・介護関係者のための研修	15．在宅医療・介護連携推進事業に関する会議

B3-1. 認知症総合支援事業

16．認知症初期集中支援チーム検討委員会	17．認知症初期集中支援チーム員会議
18．認知症地域支援推進員に関すること	
19．高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	
20．認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	
21．チームオレンジに関すること	22．認知症カフェに関すること
23．本人ミーティングに関すること	24．認知症ケアパスに関すること

B4-1. 生活支援体制整備事業

25．生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修
26．生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加
27．就労的活動支援に関すること

B5-1. 家族介護支援事業

28．介護教室の開催に関すること	29．介護者交流会の開催に関すること
30．認知症高齢者見守り事業に関すること	

C. 障害者総合支援法に基づく事業（複数回答）

C1-1. 介護給付

31．居宅介護	32．生活介護	33．施設入所
34．その他（　　）		

C2-1. 訓練等給付

35．就労移行支援	36．就労定着支援	37．就労継続支援A型事業所
38．就労継続支援B型事業所		39．その他（　　）

C3-1. その他

40．自立支援協議会

D. 重層的支援体制整備事業

41．重層的支援体制整備事業

E. 上記以外で若年性認知症支援コーディネーターと連携している（した）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-6. 全員にお伺いします。
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容はありますか。「ある」場合は該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある ⇩ Aへ

2．ない **3．分からない** → 2-7．へ

A．連携したい内容（複数回答）

1. 若年性認知症の人の支援に関する相談や助言
2. 若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動
3. 関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築
4. 若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出
5. その他（ ）

2-7. 2-6. で「ない」または「分からない」と回答した方に伺います。
その理由について、当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから
2. 若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから
3. 事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから
4. 若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから
5. 若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから
6. その他（具体的に： ）

Ⅲ. 市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えますか。具体的な内容をご記入ください。

A．必要だと考える内容

B．A.に対する必要な対策内容

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました

「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」

認知症地域支援推進員　担当者様

若年性認知症とは、65歳未満で認知症を発症した場合をいいます。そのため、調査時に65歳以上であっても、65歳未満で発症されておりましたら若年性認知症としてお考えください。

Ⅰ．あなたご自身についてお伺いします。（令和４年９月１日時点）

（1） 保有資格 （複数回答）	1．保健師　2．看護師　3．社会福祉士　4．精神保健福祉士 5．介護支援専門員　6．その他（　　）
（2）運営主体	1．市区町村　2．社会福祉法人　3．社会福祉協議会 4．民間企業　5．その他（　　）
（3）勤務形態	1．専任　2．兼務
（4） 通算経験年数	推進員としての通算経験年数　　年　　か月
	医療または福祉分野での通算経験年数　　年　　か月

Ⅱ． 市町村の既存施策における若年性認知症の人の支援の現状についてお伺いします。

2-1.
あなたは、令和３年度、若年性認知症（疑いも含む）の人に関する支援を行いましたか。 行った場合は、事例数を記入して、支援したすべての対象者に○を付けてください。

1．行った　（事例数　　件）　　**2．行っていない** →次のページ2-2．へ

→「行った」と回答した方は、支援した**すべての対象者**に○を付けてください（複数回答）

1．若年性認知症の本人	2．若年性認知症の人の介護家族や親族
3．企業関係者	4．関係機関や専門職
5．民生児童委員	6．地域住民
7．その他（　　）	

2-2.
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等において、認知症地域支援推進員として若年性認知症の人の支援に係る関与状況を伺います。 事業内容毎に当てはまる番号に１つ○を付けてください。
（令和４年9月1日時点） なお、関与の程度は問わず、有無で判断し、お答えください。

A．介護予防・日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防・生活支援サービス事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
1．訪問型サービスに関すること	1	2	3
2．通所型サービスに関すること	1	2	3
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	1	2	3
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	1	2	3

A1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

A2-1. 一般介護予防事業に関すること	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
5．介護予防把握事業	1	2	3
6．介護予防普及啓発事業	1	2	3
7．地域介護予防活動支援事業	1	2	3
8．一般介護予防事業評価事業	1	2	3
9．地域リハビリテーション活動支援事業	1	2	3

A2-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B．包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
10．地域ケア個別会議	1	2	3
11．地域ケア推進会議	1	2	3
12．その他（　　）	1	2	3

B1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B2-1. 在宅医療・介護連携推進事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
13．在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	1	2	3
14．医療・介護関係者のための研修	1	2	3
15．在宅医療・介護連携推進事業に関する会議	1	2	3

B2-2．具体的な事業内容をご記入ください。

B3-1. 認知症総合支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
16．認知症初期集中支援チーム検討委員会	1	2	3
17．認知症初期集中支援チーム員会議	1	2	3
18．認知症地域支援推進員に関すること	1	2	3
19．高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	1	2	3
20．認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	1	2	3
21．チームオレンジに関すること	1	2	3
22．認知症カフェに関すること	1	2	3
23．本人ミーティングに関すること	1	2	3
24．認知症ケアパスに関すること	1	2	3

B3-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

B4-1. 生活支援体制整備事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
25．生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	1	2	3
26．生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	1	2	3
27．就労的活動支援に関すること	1	2	3

B4-2．具体的な事業内容をご記入ください。

B5-1. 家族介護支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
28．介護教室の開催に関すること	1	2	3
29．介護者交流会の開催に関すること	1	2	3
30．認知症高齢者見守り事業に関すること	1	2	3

B5-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

C．障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
31．居宅介護	1	2	3
32．生活介護	1	2	3
33．施設入所	1	2	3
34．その他（　　）	1	2	3

C1-2．具体的な事業内容をご記入ください。

C2-1. 訓練等給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
35．就労移行支援	1	2	3
36．就労定着支援	1	2	3
37．就労継続支援A型事業所	1	2	3
38．就労継続支援B型事業所	1	2	3
39．その他（　　）	1	2	3

C2-2．具体的な事業内容をご記入ください。

C3-1. その他	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
40．自立支援協議会	1	2	3

C3-2．具体的な事業内容をご記入ください。

D．重層的支援体制整備事業

D1-1.	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
41．重層的支援体制整備事業	1	2	3

D1-2. 具体的な事業内容をご記入ください。

E．上記以外で若年性認知症の人の支援に関わっている（いた）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-3．2-2．のA-Dで、１つでも「関与なし」と回答した方にお伺いします。
2-2．のA-Dで「関与なし」と回答した主な理由について、該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できていない
2. 若年性認知症の人からの相談自体がない
3. 事業の優先順位が低い
4. 取組み方法が分からない
5. 事業に必要な予算が不足している
6. その他（ ）

2-4．全員にお伺いします。
今、若年性認知症の人（疑いを含む）や家族、企業関係者等から相談を受けたと想定した際、支援できる仕組みが構築されていますか。「ある」場合は該当する内容すべての番号に○を付けてください。

１．仕組みがある
⇩
次のページA～Cへ

２．仕組みはない →7ページの2-5．へ

A．具体的な仕組み（複数回答）

1. 支援で想定される関係する機関や人と連携体制※1が構築されている
2. 会議や協議会（関係機関が連携体制を強化するための合議体）がある
3. 支援のスキームやフローがある（具体的な内容を下記にご記入ください）

（ ）

4. その他（ ）

※1 ここでいう"連携"とは、「異なる専門職や機関、もしくは組織が、若年性認知症の人の支援においてより良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義します。

B．連携体制※1が構築できている具体的な関係する機関や人（複数回答）
（例）地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーと連携し、就労継続支援を行った場合、"4"と"22"の両方に○を付けてください。

1．認知症疾患医療センター	2．認知症疾患医療センター以外の医療機関
3．産業保健総合支援センター	4．地域障害者職業センター
5．ハローワーク	6．障害者相談支援センター（基幹も含む）
7．障害福祉サービス事業所	8．障害者就業・生活支援センター
9．行政機関（障害分野）	10. 行政機関（労働分野）
11. 行政機関（高齢、福祉分野）	12. 社会福祉協議会
13. 地域包括支援センター	14. 認知症初期集中支援チーム
15. 介護保険サービス事業所	16. 年金事務所
17. かかりつけ医（主治医）	18. サポート医
19. 産業医	20. 医療ソーシャルワーカー
21. 産業保健師・看護師	22. 障害者職業カウンセラー
23. ジョブコーチ	24. 障害者相談支援専門員
25. 他の認知症地域支援推進員	26. 介護支援専門員
27. 社会保険労務士	28. 若年性認知症支援コーディネーター
29. その他（ ）	

C. 若年性認知症の人の支援等を検討できる具体的な会議や協議会（複数回答）

1．若年性認知症に特化したネットワーク会議	2．認知症全般のネットワーク会議
3．障害者自立支援協議会	4．在宅医療・介護連携推進協議会
5．地域ケア推進会議	6．地域ケア会議
7．認知症初期集中支援チーム員会議	8．認知症疾患医療センターに関する会議
9．重層型支援体制整備事業に関する会議	10. その他（　　）

2-5. 全員にお伺いします。
下記事業の中で、若年性認知症支援コーディネーターと連携を図ったことはありますか。「ある」場合は該当する事業すべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある ⇩　　**2．ない** →9ページの2-6．へ

A. 介護予防・日常生活支援総合事業（複数回答）

A1-1. 介護予防・生活支援サービス事業

1．訪問型サービスに関すること	2．通所型サービスに関すること
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）

A2-1. 一般介護予防事業に関すること

5．介護予防把握事業	6．介護予防普及啓発事業	
7．地域介護予防活動支援事業	8．一般介護予防事業評価事業	
9．地域リハビリテーション活動支援事業		

B. 包括的支援事業（複数回答）

B1-1. 地域包括支援センターの運営

10．地域ケア個別会議	11．地域ケア推進会議
12．その他（　　）	

B2-1. 在宅医療・介護連携推進事業

13．在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発	
14．医療・介護関係者のための研修	15．在宅医療・介護連携推進事業に関する会議

B3-1. 認知症総合支援事業

16．認知症初期集中支援チーム検討委員会	17．認知症初期集中支援チーム員会議
18．認知症地域支援推進員に関すること	
19．高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	
20．認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	
21．チームオレンジに関すること	22．認知症カフェに関すること
23．本人ミーティングに関すること	24．認知症ケアパスに関すること

B4-1. 生活支援体制整備事業

25．生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修
26．生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加
27．就労的活動支援に関すること

B5-1. 家族介護支援事業

28．介護教室の開催に関すること	29．介護者交流会の開催に関すること
30．認知症高齢者見守り事業に関すること	

C. 障害者総合支援法に基づく事業（複数回答）

C1-1. 介護給付

31．居宅介護	32．生活介護	33．施設入所
34．その他（　　）		

C2-1. 訓練等給付

35．就労移行支援	36．就労定着支援	37．就労継続支援A型事業所
38．就労継続支援B型事業所		39．その他（　　）

C3-1. その他

40．自立支援協議会

D. 重層的支援体制整備事業

41．重層的支援体制整備事業

E. 上記以外で若年性認知症支援コーディネーターと連携している（した）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

2-6. 全員にお伺いします。
自市町村が実施している介護保険制度の地域支援事業等を推進するにあたり、若年性認知症支援コーディネーターと連携したい内容はありますか。「ある」場合は該当する内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある ⇩ Aへ　　**2．ない**　　**3．分からない** → 2-7. へ

A．連携したい内容（複数回答）

1. 若年性認知症の人の支援に関する相談や助言
2. 若年性認知症に関する研修会などを通じた普及・啓発活動
3. 関係機関や専門職等の支援ネットワークの構築
4. 若年性認知症の人が活用できる社会資源の創出
5. その他（　　）

2-7. 2-6. で「ない」または「分からない」と回答した方に伺います。
その理由について、当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握できておらず、事業を推進する必要がないから
2. 若年性認知症の人からの相談がないため、事業を推進する必要がないから
3. 事業の優先順位が低く、事業を推進する必要がないから
4. 若年性認知症支援コーディネーターの役割や支援内容が分からないから
5. 若年性認知症支援コーディネーターの支援がなくても、事業の推進は可能であるから
6. その他（具体的に：　　）

Ⅲ. 市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えますか。具体的な内容をご記入ください。

A．必要だと考える内容

B．A.に対する必要な対策内容

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました

若年性認知症支援コーディネーターと市町村の既存施策の連携に係る実態調査

Ⅰ. 相談窓口の体制についてお伺いします。（令和４年９月１日時点）

（1）配置地域	1．都道府県　2．指定都市	（2）相談窓口の運営主体	1．直轄　2．委託
（3）配置先	1．認知症疾患医療センターを含む医療機関 2．社会福祉法人 3．公益社団法人認知症の人と家族の会 4．3．を除く公益社団法人、公益財団法人 NPO法人、一般社団法人 5．その他（具体的に：　　）		
（4）配置時期	相談窓口に支援コーディネーターが配置された時期　西暦　２０　　年度		
（5）配置人数	配置先での支援コーディネーターの配置人数　：　（　　）人		
（6）勤務形態別人数	1．専任　（　　）人　2．兼務　（　　）人　※5)と合計数が一致		
（7）地域との支援体制に関わる兼務内容（複数回答）	1．認知症地域支援推進員 2．認知症初期集中支援チーム員 3．認知症介護指導者 4．その他（具体的に：　　）		

Ⅱ．個別支援における市町村の既存施策との関与状況についてお伺いします。（令和４年9月1日時点）

自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）における介護保険制度の地域支援事業等の関与状況を伺います。支援コーディネーターが行った個別支援において、関与している事業内容毎に当てはまる番号に1つ○をつけてください。※指定都市の場合は各区の状況
「２．以前、関わっていたが現在は関わっていない」は、相談窓口に支援コーディネーターが配置されてからの期間を指します。 また、関与の程度は問わず、有無で判断し、お答えください。

A. 介護予防･日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防･生活支援サービス事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
1．訪問型サービスに関すること	1	2	3
2．通所型サービスに関すること	1	2	3
3．生活支援サービスに関すること（配食等）	1	2	3
4．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	1	2	3

A1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

A2-1. 一般介護予防事業に関すること	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
5．介護予防把握事業	1	2	3
6．介護予防普及啓発事業	1	2	3
7．地域介護予防活動支援事業	1	2	3
8．一般介護予防事業評価事業	1	2	3
9．地域リハビリテーション活動支援事業	1	2	3

A2-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B. 包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
10. 地域ケア個別会議	1	2	3
11. 地域ケア推進会議	1	2	3
12. その他（　　）	1	2	3

B1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B2-1. 在宅医療･介護連携推進事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
13. 在宅医療･介護連携に関する地域住民への普及啓発	1	2	3
14. 医療･介護関係者のための研修	1	2	3
15. 在宅医療･介護連携推進事業に関する会議	1	2	3

B2-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B3-1. 認知症総合支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	1	2	3
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	1	2	3
18. 認知症地域支援推進員に関すること	1	2	3
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	1	2	3

20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	1	2	3
21. チームオレンジに関すること	1	2	3
22. 認知症カフェに関すること	1	2	3
23. 本人ミーティングに関すること	1	2	3
24. 認知症ケアパスに関すること	1	2	3

B3-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B4-1. 生活支援体制整備事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	1	2	3
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	1	2	3
27. 就労的活動支援に関すること	1	2	3

B4-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B5-1. 家族介護支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
28. 介護教室の開催に関すること	1	2	3
29. 介護者交流会の開催に関すること	1	2	3
30. 認知症高齢者見守り事業に関すること	1	2	3

B5-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

C. 障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
31. 居宅介護	1	2	3
32. 生活介護	1	2	3

33. 施設入所	1	2	3
34. その他（　　）	1	2	3

C1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

C2-1. 訓練等給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
35. 就労移行支援	1	2	3
36. 就労定着支援	1	2	3
37. 就労継続支援A型事業所	1	2	3
38. 就労継続支援B型事業所	1	2	3
39. その他（　　）	1	2	3

C2-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

C3-1. その他	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
40. 自立支援協議会	1	2	3

C3-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

D. 重層的支援体制整備事業

D1-1.	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
41. 重層的支援体制整備事業	1	2	3

D1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

E. 上記以外で若年性認知症の人の支援に関わっている（いた）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

Ⅲ． 事業推進における市町村の既存施策との関与状況についてお伺いします。
（令和４年9月1日時点）

自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）における介護保険制度の地域支援事業等の関与状況を伺います。支援コーディネーターが行った事業推進において、関与している事業内容毎に当てはまる番号に1つ○をつけてください。※指定都市の場合は各区の状況
「２．以前、関わっていたが現在は関わっていない」は、相談窓口に支援コーディネーターが配置されてからの期間を指します。 また、関与の程度は問わず、有無で判断し、お答えください。

A. 介護予防･日常生活支援総合事業

A1-1. 介護予防･生活支援サービス事業	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
１．訪問型サービスに関すること	1	2	3
２．通所型サービスに関すること	1	2	3
３．生活支援サービスに関すること（配食等）	1	2	3
４．介護予防支援事業（ケアマネジメント）	1	2	3

A1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

A2-1. 一般介護予防事業に関すること	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
５．介護予防把握事業	1	2	3
６．介護予防普及啓発事業	1	2	3
７．地域介護予防活動支援事業	1	2	3
８．一般介護予防事業評価事業	1	2	3
９．地域リハビリテーション活動支援事業	1	2	3

A2-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B. 包括的支援事業

B1-1. 地域包括支援センターの運営	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
10. 地域ケア個別会議	1	2	3
11. 地域ケア推進会議	1	2	3
12. その他（　　）	1	2	3

B1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B2-1. 在宅医療･介護連携推進事業	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
13. 在宅医療･介護連携に関する地域住民への普及啓発	1	2	3
14. 医療･介護関係者のための研修	1	2	3
15. 在宅医療･介護連携推進事業に関する会議	1	2	3

B2-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B3-1. 認知症総合支援事業	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
16. 認知症初期集中支援チーム検討委員会	1	2	3
17. 認知症初期集中支援チーム員会議	1	2	3
18. 認知症地域支援推進員に関すること	1	2	3
19. 高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備に関すること	1	2	3
20. 認知症サポーター養成（ステップアップ講座も含む）に関すること	1	2	3
21. チームオレンジに関すること	1	2	3
22. 認知症カフェに関すること	1	2	3
23. 本人ミーティングに関すること	1	2	3
24. 認知症ケアパスに関すること	1	2	3

B3-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B4-1. 生活支援体制整備事業	１．現在、関わっている	２．以前、関わっていたが現在は関わっていない	３．関与なし
25. 生活支援等サービスに係るボランティア等の担い手を養成するための研修	1	2	3
26. 生活支援等サービスの体制整備のための協議体への参加	1	2	3
27. 就労的活動支援に関すること	1	2	3

B4-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

B5-1. 家族介護支援事業	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
28．介護教室の開催に関すること	1	2	3
29．介護者交流会の開催に関すること	1	2	3
30．認知症高齢者見守り事業に関すること	1	2	3

B5-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

C．障害者総合支援法に基づく事業

C1-1. 介護給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
31．居宅介護	1	2	3
32．生活介護	1	2	3
33．施設入所	1	2	3
34．その他（　　）	1	2	3

C1-2．具体的な関与内容をご記入ください。

C2-1. 訓練等給付	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
35．就労移行支援	1	2	3
36．就労定着支援	1	2	3
37．就労継続支援A型事業所	1	2	3
38．就労継続支援B型事業所	1	2	3
39．その他（　　）	1	2	3

C2-2．具体的な関与内容をご記入ください。

C3-1. その他	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
40．自立支援協議会	1	2	3

C3-2．具体的な関与内容をご記入ください。

D．重層的支援体制整備事業

D1-1.	1．現在、関わっている	2．以前、関わっていたが現在は関わっていない	3．関与なし
41．重層的支援体制整備事業	1	2	3

D1-2. 具体的な関与内容をご記入ください。

E．上記以外で若年性認知症の人の支援に関わっている（いた）事業や補助事業

事業名	財源名	内容

次のページへお進みください。

Ⅳ. 市区町村での若年性認知症支援コーディネーター設置事業の実施についてお伺いします。

4-1.
自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）において、支援コーディネーター設置事業を進めるにあたり、現在（令和４年度9月1日時点）の貴相談窓口の支援コーディネーターの配置状況で円滑に行うことは可能ですか。 項目ごとに当てはまる番号に○を付けてください。

A-1.「個別相談業務」の実施状況

1．可能　　2．だいたい可能　→ 以下、B-1へ
3．やや困難　　4．困難　→ 以下、A-2へ

A-2.「個別相談業務」の実施が困難な理由について、すべてに○を付けてください（複数回答）

1．配置人数が不足	2．配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分
3．配置先の兼務業務が多忙	4．時間確保が困難
5．都道府県・指定都市の行政担当者からの後方支援が不十分	6．自身の支援方法への理解が不十分
7．その他（具体的に：　　）	

B-1.「支援ネットワークの構築」の実施状況

1．可能　　2．だいたい可能　→ 以下、C-1へ
3．やや困難　　4．困難　→ 以下、B-2へ

B-2.「支援ネットワークの構築」の実施が困難な理由について、すべてに○を付けてください（複数回答）

1．配置人数が不足	2．配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分
3．配置先の兼務業務が多忙	4．時間確保が困難
5．都道府県・指定都市の行政担当者から後方支援が不十分	6．自身の支援方法への理解が不十分
7．その他（具体的に：　　）	

C-1.「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」の実施状況

1．可能　　2．だいたい可能　→ 以下、D-1へ
3．やや困難　　4．困難　→ 以下、C-2へ

C-2.「若年性認知症や支援に係る普及・啓発活動」の実施が困難な理由について、すべてに○を付けてください（複数回答）

1．配置人数が不足	2．配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分
3．配置先の兼務業務が多忙	4．時間確保が困難
5．都道府県・指定都市の行政担当者から後方支援が不十分	6．自身の支援方法への理解が不十分
7．その他（具体的に：　　）	

D-1.「就労・社会参加支援」の実施状況

1．可能　　2．だいたい可能　→ 以下、4-2へ
3．やや困難　　4．困難　→ 以下、D-2へ

D-2.「就労・社会参加支援」の実施が困難な理由について、すべてに○を付けてください（複数回答）

1．配置人数が不足	2．配置先の支援コーディネーター業務への理解が不十分
3．配置先の兼務業務が多忙	4．時間確保が困難
5．都道府県・指定都市の行政担当者から後方支援が不十分	6．自身の支援方法への理解が不十分
7．その他（具体的に：　　）	

4-2. 全員にお伺いします。
自県の市町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために、市町村担当者、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員に求めることをそれぞれご記入ください。　※配置先が指定都市の場合は各区を想定

A．市町村担当者

B．認知症地域支援推進員

C．地域包括支援センター職員

次のページへお進みください。

4-3.

自県の市町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）における若年性認知症の人の支援を円滑に進めるために必要な支援コーディネーターの支援内容をご記入ください。また、市町村担当者、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員と連携する際に 配慮している点をそれぞれご記入ください。　※配置先が指定都市の場合は各区を想定

A．必要な支援コーディネーターの支援内容

B．市町村担当者と連携する際に配慮している点

C．認知症地域支援推進員と連携する際に配慮している点

D．地域包括支援センター職員と連携する際に配慮している点

次のページへお進みください。

4-4.

自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）の行政担当者と連携する際、課題や困っていることはありますか。 当てはまる番号に１つ○を付けてください。
※指定都市の場合は各区の状況

A．課題や困りごとの有無

１．ある　　**２．ない** ➡ 4-5．へお進みください。

⬇ 「ある」と回答した方は、その内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）

B．課題や困りごとの主な内容

1. 若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない
2. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない
3. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない
4. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない
5. 若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない
6. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない
7. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない
8. その他（具体的に：　　）

4-5.

自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）の地域包括支援センター職員と連携する際、課題や困っていることはありますか。 当てはまる番号に１つ○を付けてください。
※指定都市の場合は各区の状況

A．課題や困りごとの有無

１．ある　　**２．ない** ➡ 4-6．へお進みください。

⬇ 「ある」と回答した方は、その内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）

B．課題や困りごとの主な内容

1. 若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない
2. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない
3. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない
4. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない
5. 若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない
6. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない
7. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない
8. その他（具体的に：　　）

4-6.
自県の市区町村（支援コーディネーターが配置されている指定都市は除く）の認知症地域支援推進員と連携する際、課題や困っていることはありますか。 当てはまる番号に１つ○を付けてください。
※指定都市の場合は各区の状況

A．課題や困りごとの有無

１．ある　　**２．ない** ➡ Ⅴ）へお進みください。

⬇ 「ある」と回答した方は、その内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）

B．課題や困りごとの主な内容

1. 若年性認知症に関する基本的な理解（認知症の主な原因疾患、症状の特徴、治療方法、家庭や社会での課題等）が十分でない
2. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（一般就労や障害者雇用）の理解が十分でない
3. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（福祉的就労）の理解が十分でない
4. 若年性認知症の人への具体的な支援方法（日常生活）の理解が十分でない
5. 若年性認知症の人が利用できるサービスや制度の理解が十分でない
6. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の必要性の理解が十分でない
7. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発の方法の理解が十分でない
8. その他（具体的に：　　）

Ⅴ．市区町村単位できめ細かな若年性認知症の人の支援を推進していく際、どのようなことが必要だと考えますか。具体的な内容をご記入ください。

A．必要だと考える内容

B．A.に対する必要な対策内容

お忙しい中、ご協力いただき誠にありがとうございました

若年性認知症支援コーディネーターの配置に関する調査

◎　時期等を指定していない設問は、**令和４年１０月１日**現在の状況について記入してください。

I.　若年性認知症施策総合推進事業の実施について伺います

問1.　認知症総合戦略推進事業実施要綱（令和２年３月３０日一部改正）の（3）若年性認知症施策総合推進事業の実施状況について、 内容ごとに当てはまる番号に１つ〇を付けてください。また、「３．実施予定」の場合は時期をご記入ください。さらに、各事業について、実施する上での工夫や課題だと思う内容をご記入ください。

①　若年性認知症支援コーディネーター設置事業	１．実施している	２．実施していない	３．実施予定 時期：　年　月頃
	【実施する上での工夫内容や課題】		
②　若年性認知症支援ネットワーク構築事業	１．実施している	２．実施していない	３．実施予定 時期：　年　月頃
	【実施する上での工夫内容や課題】		
③　若年性認知症の人の社会参加活動の支援	１．実施している	２．実施していない	３．実施予定 時期：　年　月頃
	【実施する上での工夫内容や課題】		
④　若年性認知症実態調査	１．実施している 実施年度：　　年	２．実施していない	３．実施予定 時期：　年　月頃
	【実施する上での工夫内容や課題】		
⑤　若年性認知症の人やその家族の支援ニーズの把握	１．実施している	２．実施していない	３．実施予定 時期：　年　月頃
	【実施する上での工夫内容や課題】		
⑥　上記以外の若年性認知症に係る独自の事業 ※具体的な事業内容 （　　）	１．実施している		３．実施予定 時期：　年　月頃

問2.　問 1.　⑥で「1. 実施している」と 回答した方に伺います。
独自の事業の実施から得られた効果や期待されること、課題等を具体的にご記入ください。

実施する上での工夫内容
効果（事業実施により得られたことや期待されること）
課題

問3.　若年性認知症施策総合推進事業に係る予算（人件費、研修費用、啓発・広報に係る費用、実態把握にかかる費用等）について伺います。

①　来年度の予算は例年通りの金額を見込んでいますか。　当てはまる番号に１つ〇を付けてください。

1.　例年より増額
2.　例年通り
3.　例年より減額
4.　未定

②　上記の予算見込みの主な理由について、下記にご記入ください。

（　　）

II. 若年性認知症相談窓口（若年性認知症支援センター等）の設置状況について伺います

問4. 若年性認知症の人や家族のための総合相談窓口（相談窓口）を設置していますか。 当てはまる番号に１つ〇を付けてください。

1. 若年性認知症専用相談窓口を設置している → **問５へ**
2. 若年性認知症専用相談窓口は設置していないが、認知症全般の相談窓口で対応している → **問５へ**
3. 若年性認知症の相談を受ける窓口はない → **問 10 へ**

問5. 問 4.「1.若年性認知症専用相談窓口を設置している」または「2.認知症全般の相談窓口で対応している」と 回答した方に伺います。
設置している相談窓口の数について、当てはまる番号に１つ〇を付けてください。複数の場合は合計数を記入してください。

1. １か所
2. 複数か所（具体的に： か所）

問6. 問 4.「1.若年性認知症専用相談窓口を設置している」または「2.認知症全般の相談窓口で対応している」と 回答した方に伺います。
問４の相談窓口が実施している「個別相談事業」について伺います。当てはまるものに〇を付け、数字を記入してください。なお、相談窓口が複数で、窓口によって相談日等が異なる場合は、コピーして記入してください。

設置先	1. 認知症疾患医療センター 3. 公益社団法人認知症の人と家族の会 5. その他（ ）	2. １.以外の医療機関 4. 社会福祉法人

電話相談	相談日	a. 週（ ）日 b. 不定期 c. その他（ ）		
	相談可能な曜日	※当てはまるものすべてに〇を付けてください。 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日・ 土曜日 ・ 日曜日		
	受付時間帯	時から 時まで		
	祝祭日	相談可 / 相談不可	年末年始	相談可 / 相談不可

来所相談	相談日	a. 週（ ）日 b. 不定期 c. その他（ ）		
	相談可能な曜日	※当てはまるものすべてに〇を付けてください。 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日・ 土曜日 ・ 日曜日		
	受付時間帯	時から 時まで		
	祝祭日	相談可 / 相談不可	年末年始	相談可 / 相談不可

訪問相談	相談日	a. 週（ ）日 b. 不定期 c. その他（ ）		
	相談可能な曜日	※当てはまるものすべてに〇を付けてください。 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日・ 土曜日 ・ 日曜日		
	受付時間帯	時から 時まで		
	祝祭日	相談可 / 相談不可	年末年始	相談可 / 相談不可

メール相談 ※ LINE等も含む	相談日	a. 週（ ）日 b. 不定期 c. その他（ ）		
	相談可能な曜日	※当てはまるものすべてに〇を付けてください。 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日・ 土曜日 ・ 日曜日		
	受付時間帯	a. 時から 時まで b. 特に制限なし		
	祝祭日	相談可 / 相談不可	年末年始	相談可 / 相談不可

※メール相談は返信等の対応している日・曜日等をご記入ください

その他の形態	形態内容			
	相談日	a. 週（ ）日 b. 不定期 c. その他（ ）		
	相談可能な曜日	※当てはまるものすべてに〇を付けてください。 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日・ 土曜日 ・ 日曜日		
	受付時間帯	時から 時まで		
	祝祭日	相談可 / 相談不可	年末年始	相談可 / 相談不可

問7. 問 4.「1.若年性認知症専用相談窓口を設置している」または「2.認知症全般の相談窓口で対応している」と 回答した方に伺います。
令和２年度～令和４年度（令和４年度は９月末分まで）の若年性認知症に関する相談について、新規・継続別の件数及び相談形態別の件数を記入してください（把握している範囲で差し支えありません）。相談窓口を複数設置している場合は、各窓口の合計の件数を記入してください。

開設年月日；平成・令和 年 月 日

年度	相談件数			相談形態別件数				
	計	新規	継続	電話	来所	訪問	メール	その他※具体的に［ ］
R２年度								
R３年度								
R４年度								

※該当なしの場合は「－」と記載

問8.　問 4.「1. 若年性認知症専用相談窓口を設置している」または「2. 認知症全般の相談窓口で対応している」と 回答した方に伺います。
これまでに相談窓口を設置後、委託先等の変更はありましたか？

1. ない　→ **問 11 へ**
2. あった　→ **令和３年度・令和４年度に変更があった場合、問９へ**
それより以前は、問 11 へ

問9.　問 8.「2. 委託先等の変更があった」と回答した方に伺います。
変更があった年度とその理由は何ですか？　変更があった年度ごとに、当てはまる番号に１つ〇を付けてください。「1. 委託先の都合」は、A～C についても１つ〇を付けてください。

○ **変更年度：令和３年度**

1. 委託先の都合
A. 職員の退職　B. 委託中止の申し出　C. その他（　　）
2. その他（　　）

○ **変更年度：令和４年度**

1. 委託先の都合
A. 職員の退職　B. 委託中止の申し出　C. その他（　　）
2. その他（　　）

→　問 9. 回答後、問 11 へお進みください

問10.　問 4.「3. 若年性認知症の相談を受ける窓口はない」と 回答した方に伺います。
若年性認知症の相談窓口を設置していない理由は何ですか？　当てはまる番号すべてに〇を付けてください。

1. 適切な委託先が見つからない
2. 適切な人材が見つからない
3. 担当職員の不足等で手が回らない
4. 若年性認知症支援コーディネーター未配置のため
5. 窓口設置に要する予算が確保できない
6. 他の相談窓口で対応が可能（具体的な窓口：　　）
7. その他（　　）

→　問 10. 回答後、問 36 へお進みください

III. 若年性認知症支援コーディネーターの設置状況について伺います

問11.　相談窓口に「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」）」を配置していますか？当てはまる番号に１つ〇を付け、（　　）に具体的に記入してください。

1. 配置している（　　）人　→　**問 12 へ**
2. 配置予定である（配置予定時期：令和　　年　　月）　→　**問 16 へ**
3. 配置していない（理由：　　）　→　**問 36 へ**

問12.　問 11.「1. 配置している」と回答された方に伺います。
令和４年１０月１日現在の支援コーディネーターの配置機関及び支援コーディネーターについて、下記の表の当てはまるものに〇を付け、あるいは数字等を記入してください。（支援コーディネーターが５人以上いる場合、あるいは配置機関が２か所以上ある場合はお手数ですが表をコピーしてご記入ください）。なお、資格等については、「脚注 1)」の番号を記入してください。

支援コーディネーターの配置機関	名称	
	所在地	
	運営主体	直轄 ・ 委託 ・ その他（具体的：　　）
	委託先	1. 認知症疾患医療センター　2. 1. 以外の医療機関 3. 公益社団法人認知症の人と家族の会　4. 社会福祉法人 5. その他（　　）

支援コーディネーター	1	2	3	4
資格等 脚注 1) ①-⑨から選択				
常勤・非常勤	常勤・非常勤	常勤・非常勤	常勤・非常勤	常勤・非常勤
配置の時期	平成 ・ 令和 年　月	平成 ・ 令和 年　月	平成 ・ 令和 年　月	平成 ・ 令和 年　月
専任・兼任	専任 ・ 兼任	専任 ・ 兼任	専任 ・ 兼任	専任 ・ 兼任
※兼任の場合；兼任先名称				
※業務割合（例） 兼務業務：支援コ＝７：３	兼　：支援コ	兼　：支援コ	兼　：支援コ	兼　：支援コ
若年性認知症支援の経験年数	年　月	年　月	年　月	年　月
研修受講 脚注 2)	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
「いいえ」の場合 受講していない理由				

脚注（重複可）：

1）① 医師　② 保健師　③ 看護師　④ 精神保健福祉士　⑤ 社会福祉士
⑥ 介護福祉士　⑦ 作業療法士　⑧ 介護支援専門員　⑨ その他（具体的に）

2）大府センターが行った「若年性認知症支援コーディネーター研修」（平成 28 年～令和 4 年 11 月開催のいずれか）

問13. 問 11.「1. 配置している」と回答された方に伺います。
現在の支援コーディネーターの配置の場所や人数を踏まえて、どのような工夫（特にネットワークの構築、連携方法）をしながら事業を展開していますか。 具体的な内容をご記入ください。

（　　）

問14. 問 11.「1. 配置している」と回答された方に伺います。
支援コーディネーターの配置が始まってから、令和４年１０月までに支援コーディネーターの変更はありましたか。当てはまる番号に１つ〇を付けてください。

1. ある　→ **問 15 へ**
2. ない　→ **問 16 へ**
3. 分からない　→ **問 16 へ**

問15. 問 14.「1. 支援コーディネーターの配置が始まってから、令和４年１０月までに変更がある」と回答した方に伺います。
人数とその理由は何ですか？　当てはまる番号すべてに〇を付けてください。

A. 人数：＿＿＿人

B. 変更理由（複数回答）

1. 委託先の都合
2. 支援コーディネーターの自己都合
3. その他（　　）

IV. 若年性認知症施策総合事業（主に若年性認知症支援コーディネーターに係る）の実施状況と課題について伺います

問16. 認知症総合戦略推進事業実施要綱（令和２年３月３０日一部改正）の（3）若年性認知症施策総合推進事業（以下「推進事業」）に定める若年性認知症自立支援ネットワークを構築するための会議（以下「ネットワーク会議」）が設置されていますか？

1. 設置されている　→　**以下に令和３年度の会議回数をご記入後、問 17 へ**
令和３年度の会議の回数；（　　）回

2. 設置する具体的予定あり　→　**以下に開始予定時期と会議回数をご記入後、問 17 へ**
開始予定時期；　年　月　、予定回数（　　）回

3. 設置されていない　→　**以下にその理由をご記入後、問 20 へ**

（　　）

問17. 問 16.「1. 設置されている」または「2. 設置する具体的予定あり」と回答された方に伺います。
ネットワーク会議の構成員について伺います。構成員の人数（予定を含む）を該当欄に記入してください。該当する構成員がいない場合は「０」としてください。なお、職種が分かる場合は、職種欄に記入してください。

構成員	人数（人）	職種
認知症疾患医療センター		
上記以外の医療機関		
介護サービス事業者		
指定障害福祉サービス事業者		
認知症初期集中支援チーム		
認知症施策にかかる行政担当者		
認知症の人や家族等の意見を代表する者		
認知症ケアに関する有識者		
経済団体（商工会議所等）		
ハローワーク		
認知症地域支援推進員		
その他（具体的に　　）		

問18. 問 16.「1.設置されている」または「2. 設置する具体的予定あり」と回答された方に伺います。

ネットワーク会議が行っている取り組みについて、当てはまる番号すべてに○を付けてください（複数回答）

1. 管内市区町村における若年性認知症施策の取組状況の把握や課題の分析、先進的な事例の収集
2. 若年性認知症の人への支援に関わる人や機関等が情報を共有できる仕組みづくりの検討
3. 若年性認知症の人への支援に係るケース会議、事例研究等の実施
4. 若年性認知症の人への支援に資する福祉サービス等の資源の開発の検討
5. 若年性認知症の人への支援に資する各種助成金等に係る情報発信
6. 企業や福祉施設等に対し、若年性認知症の理解促進を図るためのパンフレット等の作成
7. その他若年性認知症の人への支援に資する事業

（具体的に　　）

問19. 問 16.「1.設置されている」または「2. 設置する具体的予定あり」と回答された方に伺います。

ネットワーク会議と障害者就労支援ネットワーク等の既存のネットワークとの連携はありますか。 当てはまる番号に○を付けてください。

1. ある（具体的予定がある場合を含む）

→ 「ある」と回答した方は、以下に具体的な内容をご記入ください

（　　）

2. ない

問20. 推進事業に定める若年性認知症自立支援ネットワーク研修（以下「ネットワーク研修」）を実施していますか。 当てはまる番号に１つ○を付けてください。

1. 実施している → **以下に開催回数をご記入後、問 21 へ**

① 令和４年度開催回数：　　回（予定含む）

2. 今後実施を予定している → **以下に実施予定年度をご記入後、問 23 へ**

① 令和　　年度から

3. 実施していない → **問 23 へ**

問21. 問 20.「1.実施している」と回答された方に伺います。

ネットワーク研修の内容について伺います。 当てはまる番号すべてに○を付けてください（複数回答）

1. 若年性認知症に関する基本的な理解
2. 本人や家族の心理状態、本人・家族の思い
3. 若年性認知症の人が利用できるサービスや制度
4. 若年性認知症の人への具体的な支援方法
5. 若年性認知症への支援事例
6. その他（具体的に　　）

問22. 問 20「1.実施している」と回答された方に伺います。

ネットワーク研修の内容と参加者について伺います。下の表に参加者の人数を記入してください。参加していない場合は「0」としてください。令和４年度中に予定している場合は、各参加者の人数の欄に○を付けてください。

また、「主な内容」は問 21. の選択肢「1」～「6」の数字を記入（重複可）してください。

開催回数	第１回	第２回	第３回
主な内容 問 21.1～6 から選択	主な内容	主な内容	主な内容
参加者	人数	人数	人数
若年性認知症自立支援ネットワークを構成する関係機関の者	－	－	－
・認知症疾患医療センター			
・上記以外の医療機関			
・介護サービス事業者			
・指定障害福祉サービス事業者			
・認知症初期集中支援チーム			
・認知症施策に係る行政担当者			
・認知症の人や家族の意見を代表する者			
・認知症ケアに関する有識者			
・経済団体（商工会議所等）			
ハローワーク			
企業関係者			
認知症地域支援推進員			
その他（　　）			

問23.　支援コーディネーターは、都道府県労働局が設置する「治療と仕事の両立支援のための地域両立支援推進チーム」（平成２９年５月１９日付基発０５１９第１１号厚生労働省労働基準局長通知、以下「推進チーム」）について知っていますか。　当てはまる番号に１つ○を付けてください。

1. 知っている　→　**問 24 へ**
2. 知らない　→　**問 25 へ**

問24.　問 23.「1. 知っている」と回答された方に伺います。
支援コーディネーターは推進チームに参加していますか。 当てはまる番号に１つ○を付けてください。

1. 参加している

→　**「参加している」と回答した方は、以下の内容をご記入ください**

① 推進チームの対象疾患：〔　　〕

② １．構成員　　２．オブザーバー　　３．その他（具体的に：　　）

③ 参加して得られた成果を以下に具体的にご記入ください。

（　　）

2. 案内はあったが、参加していない

→　**「案内はあったが、参加していない」と回答した方は、以下にその理由をご記入ください**

（　　）

3. 案内がなく、また、若年性認知症以外の疾患が対象となっているため、参加していない

→　**「案内がなく、また、若年性認知症以外の疾患が対象」と回答した方は、その対象疾患をご記入ください**

（対象疾患名　　）

4. 対象疾患は限定されていないが、案内がないため参加していない

問25.　行政担当者と支援コーディネーターとの連携状況について伺います。
ネットワーク会議やネットワーク研修以外に、どのような内容で支援コーディネーターと連携を図っていますか。　当てはまる番号すべてに○を付けてください。

1. 年間の事業計画の立案
2. 若年性認知症の普及・啓発のための成果物の作成
3. 支援実績の報告
4. 個別支援内容の把握
5. 個別支援に関する相談
6. 支援コーディネーターの要望や課題の聞き取り
7. その他（　　）

問26.　行政担当者と支援コーディネーターとの連携状況について伺います。
支援コーディネーターと連携し、貴都道府県・指定都市の若年性認知症施策総合事業に取り組むことができていますか。　当てはまる番号に１つ○を付けてください。

1. とてもできている　　2. まあできている　　3. あまりできていない　4. 全くできていない

問27.　行政担当者と支援コーディネーターとの連携状況について伺います。
支援コーディネーターとの連携に際して、行政担当者として課題はありますか。　当てはまる番号に１つ○を付けてください。また、「ある」場合は、その内容を具体的にご記入ください。

1. ある

→　**「ある」と回答した方は、以下にその課題内容をご記入ください**

【課題として挙げられる内容】

（　　）

2. ない

問28.　下記は「手引書」等に記載されている支援コーディネーターが行う業務内容です。貴都道府県・指定都市が配置された支援コーディネーターに依頼している業務、実際に支援コーディネーターが取り組んでいる業務について、内容ごとに当てはまるものすべてに○を付けてください（複数回答）。また、貴都道府県・指定都市が支援コーディネーターの業務として、期待することは何ですか。上位３つに○を付けてください。

	依頼内容 該当するすべて○	実施内容 該当するすべて○	期待する業務 該当する上位３つに○
個別相談の対応（相談内容の確認と整理）			
個別相談の対応（適切な専門医療へのアクセスと継続の支援）			
個別相談の対応（利用できる制度・サービスの情報提供）			
関係機関との連絡調整 （具体的な機関名：　　）			
ワンストップ相談窓口の役割を果たすための関係支援機関とのネットワークの構築			
関係機関との課題の共有、ケース会議の開催 （具体的な機関名：　　）			
就労継続のための企業・産業医との連絡調整			
産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知			
企業における就業上の措置等の適切な実施など、治療と仕事の両立支援の取り組みの促進			
若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知			
本人・家族が交流できる居場所づくり			
相談担当職員向け研修			
若年性認知症にかかる正しい知識の普及・啓発（チラシ、パンフレット、ハンドブック等の資料作成）			
若年性認知症にかかる正しい知識の普及・啓発			
本人が住み慣れた地域の専門職への支援コーディネーターの役割のつなぎ			
若年性認知症の人との意見交換会等を通した本人・家族のニーズの把握			
その他 （具体的に　　）			

問29.　配置された支援コーディネーターに対して、どのような支援を行っていますか。　当てはまる番号すべてに○を付けてください（複数回答）

1. 都道府県・指定都市としての若年性認知症施策の方向性や基本方針の説明・共有
2. 都道府県・指定都市内の住民に対する支援コーディネーター配置についての周知（HP や広報誌等）
3. 関係機関（医療、介護、障害、労働、市町村、年金事務所、家族会等）に対する支援コーディネーター配置についての周知
4. 課題共有等のための定期的な会議や打ち合わせの実施
5. 関係機関とのネットワークづくりや顔つなぎ等への支援
6. 研修機会の提供
7. 困難事例を抱えた場合のバックアップ体制の整備
8. 支援コーディネーターが研修会等を開催する際の運営面の協力

問30.　貴都道府県・指定都市、行政担当者として、支援コーディネーターを支援・バックアップしている中で、課題はありますか。　当てはまる番号に１つ○を付けてください。
「ある」場合は、その内容と検討している解決方法、国の施策として行って欲しいこと等についてご記入ください。

1. ある

→　「ある」と回答した方は、以下にその課題内容をご記入ください

【課題として挙げられる内容】
【解決方法や施策として行って欲しいこと等】

2. ない

問31. 支援コーディネーターを配置してどのような効果がありましたか。 当てはまる番号すべてに〇を付けてください（複数回答）

1. 都道府県・指定都市内の住民からの若年性認知症についての相談が増えた
2. 専門職からの若年性認知症についての相談が増えた
3. 企業や雇用主などからの若年性認知症についての相談が増えた
4. 介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者において、若年性認知症のサービス利用が増えた
5. 若年性認知症に関する周知・啓発が進んだ
6. 都道府県・指定都市内の若年性認知症の人向けの社会資源の把握が進んだ
7. 都道府県・指定都市内の若年性認知症の人の実態の把握が進んだ
8. 都道府県・指定都市として、若年性認知症施策をより推進できるようになった
9. 若年性認知症の人や家族の集まり（若年性認知症カフェ・交流会など）が増えた
10. 都道府県・指定都市内の市区町村・地域包括支援センター等の若年性認知症の人への支援が進んだ
11. その他（具体的に　　）

問32. 支援コーディネーターの配置に伴う課題は何ですか。 当てはまる番号すべてに〇を付けてください（複数回答）

1. 居場所づくりや就労支援の実践例がなく、ノウハウが分からない
2. 相談事例が少なく、経験の積み重ねができない
3. 困難な相談事例に関して、支援コーディネーターが相談できる仕組みがない
4. 新しい情報、全国的な情報を得る仕組みがない
5. 支援コーディネーターのレベルアップのための仕組みを独自で整備するのは困難である
6. 啓発や研修のための具体的な方法がわからない
7. 地域や関係機関に対する普及啓発のための研修会を開催したいが、適切な人材が不足している
8. 支援コーディネーター設置事業にかかる予算確保が困難である
9. その他（具体的に　　）

V. 若年性認知症支援コーディネーターの資質向上に向けた対策等について伺います

問33. 貴都道府県・指定都市では、大府センターが行っている「若年性認知症認知症支援コーディネーター研修（初任者・フォローアップ）」以外に、支援コーディネーターとしての資質向上に向けた研修会や教育、自己研鑽の機会はありますか。当てはまる番号に１つ〇を付けてください。

1. ある　→ **問 34 へ**
2. ない　→ **問 35 へ**
3. わからない　→ **問 35 へ**

問34. 問 33「1. ある」と回答された方に伺います。
該当する内容のすべての番号に〇を付けてください（複数回答）

1. 研修会やセミナーへの参加
2. 事例検討会の設置
3. 支援コーディネーター同士で情報共有ができる場の設置（公に認められたもの）
4. その他（　　）

問35. 今後、支援コーディネーターとしての資質向上に向け、どのような研修会や体制等が必要だと思いますか。具体的な内容をご記入ください。

VI. 若年性認知症施策への意見・要望等について伺います

問36. 全員に伺います。
今後の若年性認知症施策への要望・提案があれば、ご記入ください

都道府県名 指定都市名		所属部署名	
記入者氏名			

（調査票送付先）
E-mail　：　m.hanai.o-dcrc@dcnet.gr.jp
担当者　：　事務部　総務課長補佐　花井　真季

質問は、以上です。
ご協力ありがとうございました。

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に関する調査

Ⅰ.　あなたご自身についてお伺いします。（令和4年10月１日時点）

1）性別	1．男性　2．女性	2）年齢	歳
3）配置地域	1．都道府県　2．指定都市	4）相談窓口の運営主体	1．直轄　2．委託
5）配置先	1．認知症疾患医療センターを含む医療機関　2．社会福祉法人 3．公益社団法人認知症の人と家族の会　4．3．を除く公益社団法人、公益財団法人 NPO法人、一般社団法人 5．その他（具体的に：　）		
6）配置時期	支援コーディネーターとして配置された時期　西暦 20　年度		
7）配置人数	配置先での支援コーディネーターの配置人数　：　（　）人		
8）勤務形態	1. 専任　2. 兼務（兼務業務と業務割合※例：社会福祉士で相談業務、兼務業務：支援コ＝７：３） A. 兼務業務：　、B. 兼務業務：支援コ ＝　：		
9）配置先での働き方	1. パート　2. フルタイムの非正規職員　3. 正規職員 4. その他（具体的に：　）		
10）保有資格 **※すべて**	1．医師　2．保健師　3．看護師　4．作業療法士 5．社会福祉士　6．精神保健福祉士　7．介護福祉士　8．介護支援専門員 9．その他（具体的に：　）		
11）通算経験年数	医療または介護・福祉分野での通算経験年数　年　か月 若年性認知症支援の通算経験年数　年　か月 支援コーディネーターとしての通算経験年数　年　か月		
12）支援コーディネーターに就く前の主な職域　**※１つに○**	1．医療関係　2．介護関係　3．相談援助関係 4．その他（具体的に：　）		
13）支援コーディネーターになった経緯　**※１つに○**	1．自ら志願　2．都道府県・指定都市からの任命 3．所属先（職場）の管理者からの任命 4．その他（具体的に：　）		

Ⅱ．あなたご自身の支援コーディネーターとしての活動内容についてお伺いします。

14）**あなたが支援コーディネーターとして、令和4年10月1日時点で、配置先等から求められている業務内容**について該当する項目のすべての□にレ点を付けて、当てはまる全ての番号に○を付けてください。

□ 個別相談業務
1．電話相談　2．来所相談　3．訪問相談　4．メール相談（LINE等も含む）
5．その他（具体的に：　）

□ 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）
1．ネットワーク会議への参加　2．地域両立支援推進チームへの参加
3．地域ケア会議への参加　4．個別のケースカンファレンスへの参加
5．その他（具体的に：　）

□ 若年性認知症に係る正しい知識の普及・啓発
1．ネットワーク研修の実施　2．地域や関係機関に対する講演や研修会
3．認知症サポーター養成講座への参加
4．その他（具体的に：　）

□ インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）を含めた社会資源の発掘や開発

□ インフォーマルサービスの運営や参加

□ その他（具体的に：　）

15）**あなたが支援コーディネーターとして、令和4年10月1日時点の体制で実施可能な業務内容とその程度**についてお伺いします。 実施の程度について以下の基準を参考にして、内容ごとに、当てはまる番号に一つ○を付けてください。また、求められていない業務の場合は、「業務ではない」を選択してください。

「十分できる」（例）10回機会があった際、8回以上はできる
「まあできる」（例）10回機会があった際、5～7回程度はできる
「あまりできない」（例）10回機会があった際、3～4回程度はできる
「全くできない」（例）10回機会があった際、2回以下しかできない

個別相談業務に係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
本人や家族との悩みの共有	4	3	2	1	0
相談内容の確認と整理	4	3	2	1	0
適切な専門医療へのアクセスと継続の支援	4	3	2	1	0
受診勧奨	4	3	2	1	0

次ページに続きます

個別相談業務に係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
受診同行	4	3	2	1	0
利用できる制度、サービスの紹介	4	3	2	1	0
利用できる制度、サービスの手続き支援	4	3	2	1	0
本人、家族が交流できる居場所づくり	4	3	2	1	0

支援ネットワークづくりに係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
医療関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	4	3	2	1	0
介護関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	4	3	2	1	0
福祉関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	4	3	2	1	0
労働関係者との支援体制（ネットワーク）の構築	4	3	2	1	0
ネットワークにおける情報共有	4	3	2	1	0
関係機関との課題の共有	4	3	2	1	0
ケース会議の開催	4	3	2	1	0
ケース会議への参加	4	3	2	1	0
本人が住み慣れた地域の専門職（地域包括やケアマネ等）への支援コーディネーターの役割のつなぎ	4	3	2	1	0

若年性認知症の普及・啓発に係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
理解促進のためのパンフレット等の作成	4	3	2	1	0
支援者・関係者への研修会の開催	4	3	2	1	0

就労・社会参加支援に係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
意見交換会を開催し、若年性認知症の人のニーズ把握	4	3	2	1	0
産業医への周知・啓発	4	3	2	1	0
事業主への周知・啓発	4	3	2	1	0
就労継続のための企業・産業医との連絡調整	4	3	2	1	0

次ページに続きます

就労・社会参加支援に係る内容	十分できる	まあできる	あまりできない	全くできない	業務ではない
ハローワークへの周知・啓発	4	3	2	1	0
地域障害者職業センターへの周知・啓発	4	3	2	1	0
障害者就業・生活支援センターへの周知・啓発	4	3	2	1	0
両立支援の取組の促進	4	3	2	1	0
福祉的就労の促進	4	3	2	1	0
介護サービス事業所における社会参加活動の促進	4	3	2	1	0
社会資源の発掘や開発	4	3	2	1	0
インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）の運営や参加	4	3	2	1	0

16）**全員にお伺いします。**
15）の業務実施（「十分できる」・「まあできる」、「あまりできない」・「全くできない」）に対して
全体的に影響を与えている要因について、A-1およびA-2それぞれ当てはまる全ての番号に○を付けてください。

A-1：業務ができる（「十分できる」・「まあできる」）ことに影響を与えていると考えられる要因（複数回答）

1. 配置先の方針で若年性認知症の支援に理解があるから
2. 配置先の専門性により既に実施している業務内容だから　（例）医療機関で相談援助業務を行っている
3. 関係機関や専門職とのネットワークの構築があるから
4. これまでの自身のスキル（経験、知識等）の蓄積があるから
5. 行政担当者の協力があるから
6. その他（具体的に：　　）

A-2：業務ができない（「あまりできない」・「全くできない」）ことに影響を与えていると考えられる要因（複数回答）

1. 兼務業務のため、時間がとれないから
2. 若年性認知症の人への支援経験が不足しているから
3. 関係機関や専門職とのネットワークの構築が十分でないから
4. 行政担当者の協力が十分にないから
5. 配置先や業務委託の契約上の条件があるから
6. その他（具体的に：　　）

17）**15）前ページの「就労・社会参加支援に係る内容」の中の【社会資源の発掘や開発】で「十分できる」「まあできる」を選択した方にお伺いします。**
その具体的な内容をご記入ください。

（　　）

18）**全員にお伺いします。**
相談窓口全体の【個別相談業務】の実績についてお伺いします（令和3年度）。
配置先に支援コーディネーターが複数いる場合は、代表を決め、お一人がご記入ください。
A～Cは具体的な数字をご記入し、Dは当てはまる番号にすべて○を付けてください（複数回答）。
また、記入しない方は□にレ点を付けて、19）へお進みください。

□ **自分は回答しない** → レ点をご記入後、19）へお進みください

A. 相談件数　※令和3年度

新規	継続（延べ件数）	合計
件	件	件

新規：初めての相談の件数
継続：2回目以降の相談の件数
令和2年度以前からの相談者も含む

↓

B. 新規の相談者の診断状況（A.新規の合計数と同数）　※令和3年度

診断前	診断後	わからない
件	件	件

C. 相談形態別件数（実人数、延べ件数どちらかの記入でも構いません）　※令和3年度

記入例：Aさんからの相談対応を電話5回、来所1回、訪問2回、Bさんは電話2回、来所3回した場合

	電話	来所	訪問	メール	その他（具体的に：　　）
実人数	2件	2件	1件	0件	0件
延べ件数	7件	4件	2件	0件	0件

	電話	来所	訪問	メール	その他（具体的に：　　）
実人数	件	件	件	件	件
延べ件数	件	件	件	件	件

D. 個別支援の主な繋ぎ先（複数回答）　※令和3年度

1. 認知症疾患医療センター	2. 1．を除く医療機関	3. 障害者就業・生活支援センター
4. 障害福祉サービス事業所	5. 地域包括支援センター	6. 介護保険サービス事業所
7. 認知症の人と家族の会	8. 介護支援専門員	9. 認知症地域支援推進員
10. 民生児童委員	11. 地域住民	12. その他（具体的に：　　）

19）**全員にお伺いします。**
あなたが行う個別相談業務はどのような内容が多いですか（令和4年10月1日時点）。
当てはまるすべての項目の□にレ点を付けて、それぞれの具体的な内容の番号に○を付けてください（複数回答）。

□ **医療に関すること**

1．病院の紹介	2．受診方法	3．受診同行	4．検査方法や内容	5．服薬
6．認知症の症状	7．その他の病気	8．その他（具体的に：　　）		

□ **就労に関すること**

1．業務内容	2．配置転換	3．通勤方法	4．出退勤時間	5．労働時間
6．給与等の金銭面	7．休職後の復職	8．障害者雇用	9．別会社での再就職	10．職場の人間関係
11．休職や退職の時期や方法		12．その他（具体的に：　　）		

□ **社会制度・サービスに関すること**

1．傷病手当金	2．自立支援医療制度	3．障害年金	4．障害者手帳	5．障害福祉制度
6．介護保険制度	7．成年後見制度	8．ジョブコーチ	9．障害福祉サービス事業所	
10．介護保険サービス事業所	11．インフォーマルサービス	12．その他（具体的に：　　）		

□ **日常生活に関すること**

1．ADL上の工夫や配慮	2．IADL上の工夫や配慮	3．自動車の運転関連
4．今後の生活の見通し	5．友人や近隣等との人間関係	6．認知症について周囲への公表
7．新たな役割や生きがいづくり	8．心理的なサポート	9．その他（具体的に：　　）

□ **家族支援に関すること（　　）**

□ **その他（具体的に：　　）**

20）令和3年度の普及・啓発活動（ご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事例はありましたか。ある場合は、結び付いた活動で当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある　　**2．ない**　　**3．コロナの影響で普及・啓発活動ができなかった**

次ページの21）へお進みください。

「ある」と回答した方は、結び付いた活動内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）

【支援に結び付いた普及・啓発活動の内容】 ※複数回答

1. ホームページ上での啓発	2. 研修会の開催	3. 研修会の講師	4. チラシ等の配布
5. イベントへの参加	6. その他（具体的に：　　）		

※ 5.イベント例：地域の福祉フェア等

21）**全員にお伺いします。**

【支援ネットワークづくり】に関連し、各専門職や関係機関との連携状況についてお伺いします。
あなたが支援コーディネーター業務を行う際、各専門職や関係機関と連携できている程度について
以下の基準を参考にして、当てはまる番号に一つ○を付けてください（令和4年10月1日時点）
また、連携に至る事例等がなかった場合は、「該当しない」に○を付けてください。

※（例）地域障害者職業センターの障害者職業カウンセラーと連携し、就労継続支援を行った場合、"４"と"22"の両方に○

「とても連携している」
（例）10回機会があった際、8回以上はできている

「まあ連携している」
（例）10回機会があった際、5～7回程度はできている

「あまり連携していない」
（例）10回機会があった際、3～4回程度はできている

「全く連携していない」
（例）10回機会があった際、2回以下しかできていない

ここでいう"連携"とは、「異なる専門職や機関、もしくは組織が、若年性認知症の人の支援において
より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」と定義します。

各専門職や関係機関	とても連携している	まあ連携している	あまり連携していない	全く連携していない	該当しない
1.認知症疾患医療センター	4	3	2	1	0
2.認知症疾患医療センター以外の医療機関	4	3	2	1	0
3.産業保健総合支援センター	4	3	2	1	0
4.地域障害者職業センター	4	3	2	1	0
5.ハローワーク	4	3	2	1	0
6.障害者相談支援センター（基幹も含む）	4	3	2	1	0
7.障害福祉サービス事業所	4	3	2	1	0
8.障害者就業・生活支援センター	4	3	2	1	0
9.行政機関（障害分野）	4	3	2	1	0
10.行政機関（労働分野）	4	3	2	1	0
11.行政機関（高齢、福祉分野）	4	3	2	1	0
12.社会福祉協議会	4	3	2	1	0
13.地域包括支援センター	4	3	2	1	0
14.認知症初期集中支援チーム	4	3	2	1	0
15.介護保険サービス事業所	4	3	2	1	0
16.年金事務所	4	3	2	1	0
17.かかりつけ医（主治医）	4	3	2	1	0
18.医療ソーシャルワーカー	4	3	2	1	0
19.サポート医	4	3	2	1	0
20.産業医	4	3	2	1	0
21.産業保健師・看護師	4	3	2	1	0
22.障害者職業カウンセラー	4	3	2	1	0
23.ジョブコーチ	4	3	2	1	0
24.障害者相談支援専門員	4	3	2	1	0
25.認知症地域支援推進員	4	3	2	1	0
26.介護支援専門員	4	3	2	1	0
27.社会保険労務士	4	3	2	1	0
28.他の若年性認知症支援コーディネーター	4	3	2	1	0

22）**全員にお伺いします。**

あなたは支援コーディネーター業務の実施から得られた成果はありましたか。
「ある」場合は、当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1．ある　　**2．ない** → 23）へ

→「ある」と回答した方は、以下の成果内容から当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）

A．18）を回答した方：相談窓口全体の成果 ※複数回答

1. 住民からの若年性認知症についての相談が増えた
2. 専門職からの若年性認知症についての相談が増えた
3. 企業や雇用主などからの若年性認知症についての相談が増えた
4. 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
5. 支援ネットワークが構築され、必要なサービスが円滑に提供できるようになった
6. 診断前や診断直後からの支援が増えた
7. 配置地域全体の若年性認知症に関する理解が深まった
8. 若年性認知症の人や家族の交流の場（認知症カフェ・交流会など）が増えた
9. 若年性認知症の人の有償ボランティアまたは無償ボランティアなどの社会参加の場が増えた
10. 若年性認知症の人の一般就労に関する支援が増えた
11. 若年性認知症の人の福祉的就労に関する支援が増えた
12. その他（具体的に：　　）

B．22）で「ある」と回答した全員：あなた自身の成果 ※複数回答

13. 配置地域や市区町村の若年性認知症施策に関して提言する機会が増えた
14. 社会制度やサービスに関する知識が増えた
15. 若年性認知症に関する周知・啓発方法の理解が深まった
16. 若年性認知症の本人に対する支援方法の理解が深まった
17. 若年性認知症の家族に対する支援方法の理解が深まった
18. 支援経験の積み重ねができた
19. 企業や雇用主に対する支援方法の理解が深まった
20. 行政関係者との連携が強化された
21. 医療関係者との連携が強化された
22. 介護サービス事業者との連携が強化された
23. 障害福祉サービス事業者との連携が強化された
24. その他（具体的に：　　）

23）**22）で「ない」と回答した方にお伺いします。**

成果が得られていないと思う理由について、当てはまるすべての番号に○を付けてをください（複数回答）。

1. 支援コーディネーターとしての経験が浅いため
2. 相談が少ないため
3. その他（具体的に：　　）

24）**全員にお伺いします。**
あなたが支援コーディネーター業務を実施する際、課題と感じていることや困っていることはありますか。
「ある」場合は、当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

１．ある　　**２．ない**　→ 26）へ

→「ある」と回答した方は、以下の課題や困っている内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）

1. 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
2. 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
3. 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
4. 若年性認知症の本人が支援を希望しない
5. 家族や親族が支援を希望しない
6. 若年性認知症施策行政担当者の協力が十分に得られない
7. 啓発や研修のための具体的な方法がわからない
8. 居場所づくりや就労支援の実践例がなく、ノウハウが分からない
9. 兼務で主業務が多忙のため余裕がない
10. 配置人数が少なく余裕がない
11. 十分な予算がない
12. その他（具体的に：　　）

25）上記の課題や困っていることを解決するためにどうあるべきか、施策として行って欲しいこと、
どのようなネットワークがあることが望ましいか等について、具体的にご記入ください。

26）**全員にお伺いします。**
あなたは支援コーディネーターとして、今後も活動したいですか？　当てはまる番号に１つ○を付けてください。

１．活動したい　　**２．活動したくない**　　**３．どちらともいえない**

27）26）のように考える理由を具体的にご記入ください

28）**全員にお伺いします。**
令和3年度にあなたは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を行いましたか。
当てはまる番号に○をつけてください。行った場合は、人数（実数）をご記入ください。

１．行った　（　　名）　　**２．行っていない**　→ 29）へ

「行った」と回答した方は、該当する支援内容のすべての番号に○を付けてください（複数回答）。
また、「１．一般就労に係る支援」および「２．福祉的就労に係る支援」の設問は下記項目について当てはまる
すべての番号に○を付けてください。同一の事例があった場合、それぞれの支援別にカウントしてください。

１．一般就労に係る支援

【支援開始の時期】
１：就労中からの支援　　２：休職中からの支援
３：休職後、復職中からの支援　　４：退職後からの支援

【支援内容】
１：就労継続 → ２：その内、障害者雇用
３：別会社での再就職 → ４：その内、障害者雇用
５：休職や退職の時期や方法　　６：その他（具体的に：　　）

２．福祉的就労に係る支援
１：就労移行支援　　２：就労継続支援A型事業所
３：就労継続支援B型事業所　　４：生活介護

３．有償ボランティアに係る支援
４．無償ボランティアに係る支援
５．介護保険サービス事業所の利用に係る支援（上記3.および4.を除く）
６．インフォーマルサービスの参加に係る支援（上記3.および4.を除く）
７．その他（具体的に：　　）

29）**28）「行っていない」と回答した方にお伺いします。**
支援に至らなかったのはなぜですか。当てはまるすべての番号に○を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人を把握する仕組みが十分でない
2. 若年性認知症の人を支援するための連携先が十分でない
3. 若年性認知症の人や家族等から相談自体がない
4. 本人が支援を希望しない
5. 家族を含む親族が支援を希望しない
6. 本人等が希望する仕事内容や社会資源がない
7. 他の支援コーディネーターが行っている
8. 令和2年度は支援コーディネーターではなかった
9. その他（具体的に：　　）

30）**28）「行っていない」と回答した方にお伺いします。**
支援に至らなかったことを解決するために検討していること、必要だと思うことがあれば具体的にご記入ください。

（　　）

Ⅲ．あなたご自身の支援コーディネーターとしての資質向上に向けた体制状況についてお伺いします。

31）あなたはこれまでに大府センターが主催する「若年性認知症支援コーディネーター研修（初任者またはフォローアップ）」に参加したことがありますか。当てはまる番号に○を付けてください。

1．参加したことがある　　**2．一度も参加したことがない**　→ 以下の 32）へ

→「ある」と回答した方は、参加年度に○を付けてください（複数回答）

1.	初任者研修	（H28 ・ H29 ・ H30 ・ R1 ・ R2 ・ R3 ・ R4 ）
2.	フォローアップ研修	（H29 ・ H30 ・ R1 ・ R2 ・ R3 ・ R4）

32）**31）「一度も参加したことがない」と回答した方にお伺いします。**
参加したことがない理由について、当てはまる番号すべてに○を付けてください（複数回答）。

1. 勤務の関係で参加できなかった
2. 他の支援コーディネーターが参加した
3. 予算の関係で参加できなかった
4. 必要性を感じなかった
5. 研修会が開催された時期は支援コーディネーターでなかった
6. その他（具体的に：　　）

33）**全員にお伺いします。**
大府センターでは支援コーディネーター事業のバックアップのため、パンフレットやテキスト教材等を作成しています。
それぞれの活用状況について、内容ごとに当てはまる番号に１つ○を付けてください。
※各資料はDCネットまたは若年性認知症コールセンターHPのパンフレット・報告書からダウンロード可能です。

内容	とても活用している	まあ活用している	あまり活用していない	全く活用していない	知らない
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	4	3	2	1	0
若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック	4	3	2	1	0
若年性認知症支援ガイドブック	4	3	2	1	0
若年性認知症ハンドブック	4	3	2	1	0
若年性認知症支援コーディネーターのチラシ	4	3	2	1	0
若年性認知症支援コーディネーター用研修DVD	4	3	2	1	0
企業等を対象とした若年性認知症の理解促進に向けた研修会テキスト	4	3	2	1	0
若年性認知症支援コーディネーター就労支援事例集	4	3	2	1	0
障害者施設向け手引書 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	4	3	2	1	0
若年性認知症の従業員とともに働く（企業向けリーフレット）	4	3	2	1	0
ご存知ですか？若年性認知症のこと（企業向けリーフレット）	4	3	2	1	0
効果的な若年性認知症官立支援ネットワーク会議および研修実施のための手引き	4	3	2	1	0

34）あなたの所属地域や所属先では、支援コーディネーターとしての資質向上に向けた研修会への参加や教育体制等はありますか。当てはまる番号に○を付けてください。

1．ある　　**2．ない**　→ 35）へ

→「ある」と回答した方は、該当する内容に○を付けてください（複数回答）

	実施状況		実施しているもので参加の有無		不参加の理由
A. 研修会やセミナーへの参加	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
B. 事例検討会の参加	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
C. 配属先での日々の支援等について相談できる体制	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
D. 配属先での支援コーディネーターとしてスキルアップするための教育体制	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
E. 支援コーディネーター同士での情報共有や意見交換の場（公に認められたもの）	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
F. 支援コーディネーター同士での情報共有や意見交換の場（私的なもの）	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	
G. その他（具体的に：　　）	1．実施	2．未実施	1．参加	2．不参加	

35）**全員にお伺いします。**
今後、支援コーディネーターとしての資質向上に向け、どのような研修会や体制等が必要だと思いますか。
当てはまる全ての番号に○をつけてください（複数回答）。

1. 社会制度やサービスの活用、心理的支援等の内容に特化した研修
2. それぞれの地域（人口規模等）の特性に合わせた研修
3. 事例検討会
4. 近隣の支援コーディネーターとの交流の機会
5. 連絡会のような定期的な意見交換等の機会
6. 支援事例集の作成や配付
7. その他（具体的に：　　）

36）大府センターでは平成30年度から全国若年性認知症支援センターを運営しています。
あなたは**令和4年10月1日までに全国若年性認知症支援センターを利用しましたか？**

1．利用した → 以下の 37）へ　　**2．一度も利用しなかった** → 以下の 38）へ

37）**36）「利用した」と回答した方にお伺いします。**
利用した用件について、当てはまるすべての番号に〇を付けてください（複数回答）。

1. 若年性認知症の人や家族等への個別の支援内容に関すること
2. 市町村や関係機関との連携体制の構築に関すること
3. 若年性認知症に係る正しい知識の普及に関すること
4. インフォーマルサービスを含めた社会資源の発掘や開発に関すること
5. インフォーマルサービス（認知症カフェや交流会等）の運営や参加に関すること
6. 情報共有システムに関すること
7. その他（具体的に：　　）

38）**36）「一度も利用しなかった」と回答した方にお伺いします。**
利用しなかった理由について、当てはまるすべての番号に〇を付けてください（複数回答）。

1. 全国若年性認知症支援センターがあることを知らなかった
2. 全国若年性認知症支援センターの役割を知らなかった
3. 利用する用件がなかった
4. その他（具体的に：　　）

Ⅳ．今後、支援コーディネーターとして活動する際に必要なこと、希望すること等についてお伺いします。

39）**全員にお伺いします。**
現在、支援コーディネーター業務の実施に際して、若年性認知症施策行政担当者の 協力の程度はいかがですか。
当てはまる番号に１つ〇を付けてください。

1．とても協力的である　　2．まあ協力的である　　3．あまり協力的でない　　4．全く協力的でない

40）39）のように思う理由を具体的にご記入ください。

41）**全員にお伺いします。**
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の
どのような支援が必要であると思いますか。 当てはまるすべての番号に〇を付けてください（複数回答）。

1. 兼務ではなく、専従として従事できるための調整
2. 配置先との支援コーディネーター業務の調整
3. 支援コーディネーターの配置人数の増加
4. 支援ネットワークづくり強化のため、関係機関との調整
5. 若年性認知症の周知・啓発のための支援
6. 支援コーディネーターの資質向上に向けた取組みへの支援
7. その他（具体的に：　　）
8. 特になし

42）今後、支援コーディネーターとして活動する際に必要なこと、希望すること、施策として
取り組んで欲しいこと等がありましたら、ご自由にご記入ください。

お忙しい中、ご協力くださり誠にありがとうございました

4. ヒアリングのまとめと座談会の議事録

1) ヒアリングのまとめ

【藤田和子氏】

○ **日時**：令和 4 年 12 月 6 日（火） 10:00-11:00

○ **開催方法**：Zoom

○ **ヒアリング**

話し手：一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ　藤田和子

実施者：齊藤千晶、山口友佑、小方智広

○ **内容**

【認知症施策について】

- 若年性認知症施策については、まだまだ十分でないと感じている。
- 高齢者問題においては、認知症のことが大きいが認知症施策の対象者は、高齢者だけでなく若年の方が含まれる。これまでは、高齢者問題から認知症のことが考えられていたが、これからは、年齢で区切るのではなく認知症施策を考えることが大事ではないかと思う。
- 若年期の人たちや初期の認知症の人がどのように生き生き暮らしているか、前向きになったきっかけとかが大事になる。
- 高齢者問題からスタートするため、認知症のことで相談があると、介護保険を使ってどうしましょうとなるのではないか。病気や障害がある人の「暮らし」のための工夫が必要で、いい制度があればその制度を使いながら暮らすというのが当たり前と思うが、暮らしを支えるための知恵をくれる人や場がまだ十分育っていないと思う。
- 若年性認知症の施策は診断前後、つまり最初が肝心だと思う。施策をつくる人たちの「認知症は高齢者問題」という意識が変わらないといけない。
- 高齢者施策の中に認知症の人もいるとなっておりややこしく感じる。高齢者施策ではなく認知症施策であれば、若年性認知症の人も高齢の認知症の人もとなるが、そこはなかなか伝わらない。
- 仮に 50 歳代から（認知症が）始まっていると考えると、若年性認知症施策の強化は大切。働きながら、子育てしながら認知症とともに生きている人たちに目を向けていき、高齢になっても元気だよねと言って生きるという社会を作っていけるといいと思う。
- 認知症施策は高齢者施策ではなく、初期や早期の（関わり）が大事だと思う。高齢で認知症だと分かった人でも若年期で四苦八苦しながら自分の生活を何とかしてきている。できなくなってから（関わる）では駄目だと思う。
- 若年性認知症施策を重視すると、「認知症になったかも」という不安などをみんなが言いやすくなり、相談できる人がいるから相談しにいけばいいになる。そういう人が増えてくれば、国が言っている「認知症とともに生きられる社会」が身の回りに実感としてあれば、もっと世の中が変わっていくかもしれない。隠さずに言える、躊躇なく頼れる空気を社会の中につくり出していけたらいい。
- 私の場合、家事を代行する支援があると自分にしかできないことに専念できるので助かる。あれもこれもできないので家事には苦労する。当時は、家族がいても子育て世代だったので、

家事自体が複雑だった。助けに来てくれる人がいれば落ち着いたと思うが、そういう制度がなかった。私の経験から感じているが、認知症の人だけでなく、家族も同時に支えることを考えてほしい。他に高齢の家族がいると、その人にも支援が必要になり、いろいろな場合がある。

- 若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員が十分な人数が配置されているのだろうか。それぞれが地域とうまく連携できているか、も気になる。
- 共生社会を作り出すためには、そういう人たちは若年性認知症の方たちだけでなく、すべての認知症の人たちの頼りになる存在であり、仲間であり、核になるという思いを持って欲しい。

【連携について】

- 若年性認知症支援コーディネーターや認知症地域支援推進員、他の支援者たちも、家族からの困ったコールに対応していくのは慣れているが、本人からのこれからどう仕事をしていったらいいかという相談に対しては、いろいろ試行錯誤していると思う。
- 病気があってやりにくさを感じても、仕事をしていかないといけない、子育てもしないといけない、地域とのつながりも続けていかないといけない。そうした本人に対してどうしたらいいか。介護保険をすすめること以外の支援や、暮らしをどうサポートしていくかあまり得意ではないかもしれない。
- 介護保険サービスを紹介することは、これまで経験があると思うが、地域で同じ病気を持って暮らしている人と出会うことの大切さをまず知ってほしい。同じ病をもつ、元気に暮らしていると出会うことで、影響し合い、自分たちの生活について感じているしんどいことやできる事を情報交換して、自分の暮らしをつくっていこうという姿勢が生まれる。こうしたことを知ってほしいし、そのための情報のアンテナを張ってほしい。
- 若年性認知症支援コーディネーターは、相談されたら、自分が思っていることに当てはめるのではなく、その人の話を聞きながら、自分の知っている人や知識や制度で助けられるのか、助けられないのか、現状どこにつなげたらいいのかを柔軟に考えることが必要である。就労継続を望んでいる人であれば、直接職場に一緒に話をしに行ったりすることが必要だったりするかもしれない。
- 若年性認知症の人で子どもを手放さないといけないと考えて追い詰められている人もいる。子どもを手放す方向で進めるのではなく、まずは本人が自分で育てることを続けられる手立てを考えてあげてほしい。
- 家族に対しても、本人は何もできなくなってくるわけではないことを説明したり、日々の生活を丁寧にしていくことで、現状維持はできる可能性があるので、励ましや伴走する気持ちを伝えるだけでも、本人は頑張ろうと思えるかもしれない。
- 若年性認知症の人は、仕事や子育て、場合によってはローンの返済のことを考え、絶望に陥ったり、自分や家族等の将来についての不安で恐ろしいという気持ちになり、生きる気力を失うことが多い。何もできなくなる人ばかりではないという現実を教えてあげたり、本人たちに出会わせてあげたりということをすればいいのではないか。専門職だけで何とかしようとするのではなく、今は認知症とともに生きる先輩が全国各地にいる。Zoom で話をするこ

ともできる。

- 専門職だけで解決しようというのは自分を苦しめているだけだと思う。本人たちが活躍している現状があるのに力を借りようとしない。私たち本人も力になりたいと思っているし、なれると思う。地域を探してみると、実は働いている認知症の人もいるかもしれない。その人たちから励まされ元気になった人が、地域の核となって、他の人たちを励ましていくことができる。そういう考え方を専門職が持たないといけない。自分たち（支援者）が支援するだけでなく、本人たちとも連携して支えていくという考え方を持ったほうが良いと思う。
- 支援コーディネーターや認知症地域支援推進員の人たちがそれぞれの人たちだけでやるのではなく、チームを組んで連携し合い、本人を中心に支え合う。少人数で支えるより、たくさんの人と一緒に支えるという考え方で、それぞれの知識を活かし合いながら、本人の生きる気力や力を付けてもらう支援になったら良いと思う。本人は何もしないでいいから私たち（支援者）がやりますではなく、本人の思いや考えを共有しながら、本人も一緒に動く、動かすことが大事。

【支援について】

- 共生社会とは、共に考えつくり出す社会であり、一方的な支援の社会ではない。全国で地域版希望大使が任命されているが、希望大使になっても役割がないと大使本人の力は落ちていく。誰かの力になれていると思うと頑張ろうと思える。本人と一緒に相談に乗る、認知症の本人同士が出会う機会等をつくるという考えを持って支援を進めていくことが大事である。本人ミーティングやチームオレンジの仕組みもあるので、本人たちの力を借りながら、自分たちの仕事を進めていくという考えを持っていれば、あちこちで本人ミーティングもできていくと思う。
- 本人が喋れないとよく言われるが、本当は思いがあり、言葉以外でも発信していると思う。まずは１人の人として、普通の会話をしていくことから始めて欲しい。認知症のことを探るという姿勢ではなくて、お互いのことを知る会話からすると話してくれる。
- 同じことを何回も言ったりすることもあるが、そこがその人にとって、大事なこと。そこから楽しいことにつながっていくという情報をキャッチするといい。
- 若年性認知症支援コーディネーターが、本人に聞きたいことと、家族等に聞きたいことをちゃんと分けることも大事である。家族が喋りだすと本人は家族に任せてしまうかもしれない。自分に語りかけてもらえないと、喋ってはいけないと思ってしまう。
- 本人が元気になれるような話術を身に付けることも大切である。若年性認知症支援コーディネーターの在り方や存在意義も見直して欲しい。本人を元気にするような取組みができれば、もっと本人たちが活発に出会うこともできる。支援者には認知症の知識も必要だが、どちらかというと、あなたがどういう人なのかということをみる人になって欲しいと思う。
- 本人たちには、自分で考えることを諦めている人がいる。自分に聞かれているのに、家族ばかり見て、「次はどうしたらいい」と尋ねる人もいる。あなたが思っていることを言えばいいと伝えると、自分の思っていることを自分で喋りだすことがある。
- 本当に助けて欲しいときに応えてくれることは大切だが、常に周りの人に頼った生活をしていたら自分で考えなくなる。自分で考えたり、頑張ったりすることの大切さを知ってほしい。

- 認知症になって、病と闘っているけれど、「助けてもらいながら、自分の暮らしを守る」という気力を保つことを、支援者は支えて欲しい。初期段階の人にはこうした支援ができると思う。
- 専門職のところに相談していなくても、周囲の仲間たち、家族、職場の人たちに支えられながら働いている人もいる。本人自身が相談しなくても、周囲の人たちが専門機関に相談しているケースもあるときいている。そういう情報を持っておけば、働いている人のことやその情報を教えたり、出会わせてあげることができるのではないかと思う。
- 自分のところに来るのはみんな困っている大変な人ばかりだから、「若年性認知症の人はみんな大変」という考えに偏るのも、よくないかもしれない。
- 企業や社会の状況についても支援コーディネーターがアンテナを張ると良いと思う。若い方で働いている認知症の人がいるか、退職した人がいるかといった情報から何が問題なのかを知り、問題のところをコーディネーターの人たちと話し合ってどこにアプローチしたらいいかということもやっていければいいと思う。
- 若年性認知症の人にとっても、認知症の高齢者の人が前向きに暮らしている、頑張っているという話をきくと、同じ認知症があるという共通項で自分も頑張ろうと思える。
- 80 歳になっても元気に生活している先輩がいる。悪くなっていくばかりだけではなく、暮らせる可能性があるのなら、それを追求しようと思える。
- 支援が何に対するどういう支援なのかという考え方を広げて欲しい。症状を中心としてそれに対してどう支援するかという困りごと支援、何かが起きたことに対する支援ではなく、何を支援してほしいのかというと、認知症があることで落ち込んだり、諦めそうになる私たちが生きていこうと思えるように力を引き出してくれる支援が欲しい。
- 気力や意欲が損なわれないような支援は欲しい。何が起きようと、落ち込んで何もしたくない、しても無駄、誰も聞いてくれないと思っている本人たちが結構いる。話を聞くよとか、買い物に一緒に行ってみようか、一緒に行ってくれる人がいないとか、そこをつなげてくれる支援が欲しい。
- 専門職として考えながら、一人の人の話を次の人に活かしてみたり、いいアドバイスをするということは大切だと思う。
- 人として信頼できる、話していて楽しいと思える関係性をつくらないと、その人が本当に必要とすることが拾えないし、本人は言えない。
- 忘れることや失敗することは気にならないが、人との関係性でしんどくなることもある。認知症の人は症状のことだけでしか困らないというわけではない。
- 人材育成も病気に関する知識は必要だと思うが、本人とのコミュニケーションをどう取っていったか、こういう声が上がっているということを知ってもらうことで育成していくほうがいい。

【調査・研究に関して】

- 今は本人発信が広まって、医療の研究がなされ、早期が大切ということが分かっている。認知症が 30 歳代、40 歳代から始まっているということも言われ始めている。そういった人たちがどういう感覚で暮らしているのかという研究が進んでいない。

・　若年性認知症の人の中には進行が早い人もいる。進行してしまい状況が悪くなった感じの人だったら介護保険を使う、ケアが必要になるということは納得できると思う。しかし、実際は、働きながら人に言えない人もいる。何もかもできなくないわけではなく、精神を張り詰め、気を使いながら、一生懸命に暮らしている認知症の人たちも結構いる。その中には、認知症があるということを知っている人もいれば、病院にも行かず頑張って、うつ病や別の病気かのように薬を与えられ、自分の生活が崩れていく状況がまだあるのではないかと思う。
・　「認知症になるとはこういうことだ」という一点張りではなく、活躍している人や、まだ表に出ていないが若くて認知症がありながら暮らしている人もいる。認知症の始まりとはどういう感覚なのか、どのように向き合いながら、工夫して暮らしをつくっているのかという研究を進めて欲しい。

【その他】

・　私が 16 年前に診断された当時、若年性認知症のことを調べると、怖い情報しか出てこないため、落ち込んでしまった。それは今もあまり変わらないのではないか。若年の方たちは、認知症のことを知らない世代なため、本人の情報に行き着かなくて、症状などのネガティブな情報ですごく落ち込んでしまうことが考えられる。それでも、本人が書いた本や情報を知って立ち直ったという話も聞いた。情報の検索がうまくいくとよいが、病気の「症状」を気にして検索してしまうと、本人をがっかりさせる情報ばかりが出てきてしまったという話も聞いた。
・　今はかなりの人がスマホやパソコンを使っていて、これから認知症になる人たちはスマホやパソコンを経験した人たちがなっていく。相談に行かなくても、自分で検索することもあるかもしれない。正しい情報が何かはわからないが元気になる情報にたどり着けるといい。

【三橋良博氏】

○　**日時**：令和 4 年 12 月 8 日（木）　13:00-14:30

○　**開催方法**：Zoom

○　**ヒアリング**

話し手：認知症の人と家族の会神奈川県支部、若年性認知症家族会彩星の会　三橋良博

実施者：齊藤千晶、山口友佑、小方智広

○　**内容**

【医療について】

・　妻が認知症と診断された頃、若年性認知症や認知症自体があまり知られておらず、制度や居場所が何もないときだったため、不安ばかりの時期がすごく長かった。

・　医療機関で診断されたときのフォローはなかった。50 歳ちょっと手前ぐらいだと、うつ病か更年期障害と言われていて、4 か所の心療内科に受診したが、全部うつ病や更年期障害だった。

・　当時は多剤処方が当たり前みたいなときで 1 日に 28 錠飲んでいた。薬の副作用から拒食症になったりしたが、当時の心療内科はそれしか方法がなかったので何もできなかった。あまりにもおかしいと思って、4・5 軒目の心療内科の先生から大学病院を紹介された。（病院に行く）前に MRI を撮ったときは何も異常がないといわれたが、MRI を持っていったら、わずかに海馬の萎縮があり中度まで進行している若年性アルツハイマー病と診断された。もっと前に大学病院に行き着いていたら、もっと早く見つけられたと思う。

・　今は初期の段階で発信する本人たちがたくさんいる。その時代に生きていたら元気に発信できて、病気の認識もできて、いろいろなことができたと思う。

【介護について】

・　現在、発信している人たちはしゃべれたり、行動したり、一人で旅行出来たりいろいろなことができる段階であるが、妻が診断されたときには中度と言われた。（診断）前から料理もできなくなり、全部自分がやっていた。いろんな点で初期診断や早期発見が遅れてしまった。

・　当時（診断時）は早期発見なんてなかった。それが遅れたことで中度まで進行してしまい、混乱の中で行動・心理症状もたくさん出て、大変な時期から介護がはじまった。

・　希望大使の人も、診断されて一時期落ち込んだり、こもったりしていた時があったと思うが、周りからいろいろなことを教わったり、支援を受けたり、人と会ったりして前向きになれたと思う。うち（妻）はその時期は過ぎてできなくなっていたときだったのでデイサービスに行っていない。デイサービスとかは高齢者の行くところと拒否して、デイサービスに行かず一人で抱え込んでしまった。

・　一番救いになったのは家族会。男性介護者は、会社で「絶対に人に頼るな」、「目標を達成しろ」と言われて生きてきたから、弱みを見せてはいけない、泣き言は言ってはいけない、周りに頼らない、全部自分でやり遂げようとする人が多いと思う。それを介護でも同じようにしてしまう。

・　男性介護者の場合、みんな抱え込んでしまう。自分でデータを取って調べたり、一生懸命や

りすぎてしまい、その反動で思い通りにいかないと暴言や暴力が出てしまったりする。自分も最初は抱え込んでしまってどこへも行かれなかったが、勇気を振り絞って家族会に行った。

- 家族会で介護のことを話すと、周りの人のうなずき方が違う。今まで友人や親戚に介護のことを話しても、大変さを分かってもらえないと思っていたが、家族会で話すと、自分のことを認めてもらえ、弱音を吐いてもいいと思えた。自分が一番大変で自分ほど不幸な人はいないと思っていたが、もっと大変な人が明るく振る舞っていた。
- 制度なんかは、教えてくれないし、自分から言わないといろんな制度が使えない。家族会にいって、精神障害者保健福祉手帳、障害年金、特別障害者手当などの制度について教えてもらい、制度に結びついた。今は相談を受ける立場で、自立支援医療制度のことを伝えて 1 割負担で済むと伝えるとびっくりする人がいる。病院でさえも教えてくれず、ソーシャルワーカーに相談してくださいと書いてあっても、そこにたどり着かない。そういった人がすごく多いと思う。
- 介護は薬とかではなく理解だと思う。認知症を理解することで対応が違ってくる。家族会の活動を通して、介護の仕方を教わり、いろんな話を直接聞き、理解を深めることができた。理解を深めることで認知症の介護は変わってくると思う。
- 家族会はインターネットを通じて知り、すぐに入会申し込みをして、それから本を買ったり、講演会に行ったりした。ただ本人が行くのを拒否していたので会報を送ってもらうだけだったが、すぐに役に立った。
- 父が社長で自分が従業員で会社を経営していたが、両親の介護も同時期に始まり、毎日のように病院、介護施設やケアマネジャーとの調整が重なった。自営業のため自分でスケジュール管理ができたが、3 人の介護を全部ひとりでやっていたため、仕事よりも介護優先で仕事ができないことが続いた。介護の時期が少しずつずれていたが、ケアプランをどうするか、ヘルパーを入れるかといった調整を一人でしていた。
- 妻の診察で大学病院に行っていたときに、自分でおかしいことに気づき、相談したら自分自身のことも診てもらうことになった。精神的に調子が悪くなり、社交不安障害になって、外に出られなくなることもあった。認知症の介護家族は、4 人に 1 人がうつ状態になり、その中で何割かは重症化するといわれているが、それぐらい大変で、自分も介護うつになった。
- 妻が胃ろうを選択するか延命するかというときは抱えきれなくなり、抑うつ状態と診断された。9 年後に再発。2 回目の精神科への通院が始まった。
- 家族会の世話人たちが自分達のことを心配してくれた。また高校時代からの親友たちがいつも支えてくれた。周りに理解者がいたことで（介護することが）できた。
- 地域の人や家族が認知症の理解を深めるということが 1 番だと思う。また本人を中心にして、家族が認知症の理解を深めることによって対応の仕方も本当に違ってくる。
- 怒っては駄目といわれてもついつい怒ってしまう。認知症という病気がさせていることで、本人の性格が変わったのではないということを理解することで、考え方も変わってくる。
- 認知症の本人は怒られ過ぎてしまい、自信がなくなる病気でもあると思う。認知症という病気がさせていることで、本人にとっては事実なんだということを分かることで、本人も変わり家族も変わり、そんなに怒らない生活になると思う。
- 家族が自分の時間をつくることができるのは大事だと思う。デイサービスやショートステイ

は、本人の居場所であり、本人のためではあるが、家族がその時間は休むことができたり、仕事をしたり、自分の中でレクリエーションをしたりできるのはすごく大事。家族は 24 時間見ないといけないため、頑張ろうかなというリフレッシュはすごく大事と思う。

【施策について】

- 病気が進行し、できないことが増えてきたときに、町内会の人に、妻が若年性認知症であること、今は変化がないが、何かあったら見守って欲しいことを伝えたら、理解をしてくれた。きちんと伝えることで、受け止めてくれる。一人ではなく、周りの人が見守ってくれたり、支援してくれたりする。気づいてはいるが、言わないと分からないので遠巻きで見てるだけになる。伝えることでいろんな人に見守ってもらえる。
- 認知症の介護は一人では絶対できず、地域、行政、医療、専門職の力を借りないと介護はできないから、介護する人には伝えるべきと必ず言っている。伝えて分かってもらって、見守ってもらうことが大事だと思う。
- 新オレンジプランの多職種協働によるチームケアは、私の周りでは策定される前から既に出来上がっていた。自分たちで伝えることによって、地域に人の見守りがあったり、悩みがあって相談があると家族会に行き助けてもらったり、制度のことも専門職に支援してもらった。
- 行政も包括の中でチームオレンジを立ち上げているところもあるが、何をしていいか模索しているところもたくさんある。自分たちで作り上げる、自然にわき上げってくるものという話をすると包括で持ち帰って、もう一度考えてみるという話をもらうことがある。
- オレンジプランが出たとき、若年性認知症支援と書いてあったが、それだけの気がしてすごくよくなったという印象はない。若年性認知症というのが表に出て、ようやく知ってもらえる、若年性認知症の人がいる、介護をしている人がいるということが分かってきて、理解が増えてくるぐらいのところだった。
- 認知症施策推進大綱では、「予防と共生」が「共生と予防」になって、予防が防ぐためじゃないということをまろやかにさせたことはよかった。大綱で認知症疾患医療センター、若年性認知症支援コーディネーターなどいろいろなものをどんどん出してきて行政が引っ張られるようにやり始めたので、動いているという実感はある。やることを打ちあげて、現場の行政がようやく追いついてきた。行政からチームオレンジ、地域包括支援センターや民間の企業までの段階には来ていないような気がするが、やるという目標ができてきたことにより、少しずつ進んでいくのかと思う。
- 認知症サポーター講座の充実とあるが、専門職が名札にオレンジリングをつけているぐらいで、町中でオレンジリングをつけている人を見たことがない。自分はいつもオレンジリングをつけており、こどもから声をかけられたとき、小学生もわかるようになってきたかなとちょっと嬉しかった。
- 認知症サポーターは支援するか見守るかというところで積極的に何かをやろうというのではない。認知症の偏見と誤解をなくそうとやっていると思うが偏見と誤解はまだある。認知症カフェへ来た人の中に「認知症と思われてしまう。もうちょっと遠くなら来る」という人がいたりする。
- 人口の 1 割ぐらいがサポーターになっているのに、なぜ偏見と誤解があるかというと、まだ

浸透していないところがあると思う。意欲があって、やろうと思っている人たちが支える側になって浸透していけば、その地域は暮らしやすくなると思う。認知症サポーターやキャラバン・メイトを受けた人が点線、そして面になっていないと思う。行政やいろんなところでサポーター養成講座をやっているが、その場だけで終わってしまう。一般の人たちが育っていくことが大事である。

- キャラバン・メイトやオレンジパートナーになった人に活躍の場を与え、やってもらうことで理解すると思う。キャラバン・メイトになってもやる場がなく、それで終わってしまう人が多い。
- 認知症カフェなどの手伝いや見学をしたい人に活動を知ってもらい、次は手伝ってもらうことを勧めている。キャラバン・メイトの人達が、そこで終わってしまっているのがもったいない。育てる方法と活躍の場、外に出て行ける場を知ってもらうといいと思う。
- 家族会でカフェをやっており、本人、家族が一緒にいて、地域の人も専門職も一緒に入って、平らな場所でいろんな話をする。認知症に偏見のある地域の人が、本人が活躍したりお茶をだしたりすると、「こんなこともできるんだね」と口にしている。
- 認知症カフェでいいなと思うところは、本人の居場所があるのと、相談場所がありゆっくり過ごせることができるところ。そういったところにボランティアやサポーターが来ると、地域に戻って同じようにすると思う。そういうのが広がっていくといいなと思う。
- サポーター養成講座を小学生や若い世代にやっている。若い世代が家族の声を聞いてもらえる機会を多く持ってくれるといいなと思う。

【若年性認知症の人への支援について】

＜制度について＞

- 若年性認知症の人の居場所が大事だと思う。10 年前は若年性認知症に対応できるデイサービスが全くなく、高齢者の方と一緒のサービスをしていた。そうすると座っていることができず、動き回るとそこまでの人が対応できないと言って断ってきたり、いろんなことがあると思う。
- 若年性認知症の人が行けるデイサービスや居場所を増やして欲しい。県外には数か所あるが、運営していくテクニックや人員配置など、何をすればいいかわからないということもあり、若年性認知症ということをうたっているデイサービスは横浜市内では 1 か所しかない。
- 知り合いが若年性認知症のデイサービスを作ったが、利用者が高齢者ばかりになり、若年性認知症を専門に対応するのが難しくなり、結局、普通のデイサービスになってしまった。
- 昔は介護保険の中でサポートがなかったため、若年性認知症のデイサービスができなかったが、今は支援のことや報酬を上げてもいいなど、少しずつ認められてきているため、できやすいと思う。しかし、横浜市内には 1 か所しかなく、行きたくてもいけない人がたくさんいる。
- 障害福祉サービスの移動支援を使ってデイサービスまで通っている人がいる。移動支援は介護保険ではなく障害福祉サービスになるので、障害福祉サービスと介護保険を一体化してほしい。介護保険の中で障害福祉サービスの移動支援を使えるようにしてもらえると、不便な人もデイサービスに行くことができる。サービスを一体化する、もしくは、介護保険の中で

（障害福祉サービスの移動支援の利用）が認められるようになって欲しい。

・　介護保険と障害福祉サービスで同じものがあれば介護保険が優先される。デイサービスは、両方は使えず介護保険の方で使える。介護保険では寄り道みたいなのは認められないが、移動支援を使うことによって、認知症の人が、レクリエーションやスポーツ、お茶を飲んだり、余暇を楽しめると、進行が緩やかになると思う。どうしても仕事を辞めなくてはならなくて、辞めてしまう人もいるが、離職しないためにもサービスを併用できるようになれば、少しでも抑えられると思う。

＜支援について＞

・　家族の立場からすると、なかなか外に助けを求めなかったり、信じられなかったり、言っても無駄と思ったり、面倒くさいと思って、できるうちは「いいです」と言うと思う。無理に入っていかなくても、こういった存在があることを伝えればいいと思う。泣き言を言える人は最初からつながるが、言えない人がほとんどだと思う。

・　認知症は進行する病気だから、そのときは大丈夫だが、一歩あった（進んだ）ときに困ってしまい、どうしようというときに、ああいう人がいたなと、つながってくると思う。最初は拒否されるときに「何かあったら言ってください」という気持ちがすごく大事だと思うので伝えてほしい。

・　介護家族は自分で一生懸命頑張っていて、誰にも認められないが、「大変でしたね」と認めてもらえたり褒められたりすると嬉しい。（支援者には）そういった対応してもらえるとありがたい。

・　地域に認知症を理解してもらうことが大事であり、どんどん入ってくるような支援は嫌だが、自然な見守りをしてもらえるというのは、地域が一緒になって助け合うようなことだと思う。

・　家族会でいろんな人の話を聞いていて、本当にそうだよなと思うことがたくさんある。一人ひとり困っている人がいて、その声をちゃんと受け止めてほしい。ピアサポートもあるが、家族支援のピアサポートも大事。本人支援も大事だが、家族支援も大事である。家族が気持ちにゆとりをもって本人に対応すると、本人も良くなる。鏡のようで、家族がイライラすると本人もイライラするし、家族が笑顔だと本人も笑顔になってくるのはよく見る。いろいろな物事が良い方向に進んでいくと良い。

【調査・研究に関する意見】

・　介護のなかで家族は、胃ろう、身体拘束、施設の入所などの出来事や選択を経験しており、背景には様々な考えや思いがある。一緒の生活だからこそ分かることがあり、その都度、悩んだり、混乱することがある。

・　亡くなるまで在宅で見ている人もたくさんいるが、若年性認知症の進行が早いということと急激に変わってきてしまうということ、住宅環境や仕事のことがあり、在宅介護が難しくなり特養、施設入所を選ぶ人もたくさんいる。

【その他】

・　最初から、認知症でも何でも恥ずかしい病気なんて絶対ないと思っており、認知症になって

も全然恥ずかしいと思っていない。

・　認知症の人を初期、中期、人生の最終段階、そこまで全部まとめてみているのは家族である。今は初期の方がいろいろと発信や講演をしており、見守られながら、いろいろな活動をしている。認知症の理解を深めるのにとても大切と思う。できているうちはいいが、徐々にできなくなっていくと、そこからは家族になる。

・　マスコミや周りは、その人が活動できなくなったら、また、次にできる人に移っていく。それを見ているから、みんなが（いろいろなことを）できる、初期の人は何でもできると思われてしまう。「あんなにできる人もいるのに、何でこんなになっちゃうんだ」と思う人もいる。認知症というのは百人いれば百通りで、全ての人ができるのではなく、できないところもあって、だんだん出来なくなっていくというのがあると思う。

【松本由美子氏】

○　**日時**：令和 4 年 12 月 20 日（火）　10:00-11:00

○　**開催方法**：Zoom

○　**ヒアリング**

話し手：認知症の人と家族の会埼玉県支部、埼玉県若年性認知症支援コーディネーター　松本由美子

オブザーバー：厚生労働省

認知症介護研究・研修大府センター　下中直実

実施者：齊藤千晶、山口友佑、小方智広

○　**内容**

【就労支援について】

＜一般就労＞

- 就労継続や就労支援が難しいところが一番の課題である。就労継続に関しても、両立支援の一つに入れてもらっているが、なかなか難しいと思っている。仕事と治療の両立となっているが、仕事ができなくなってくるため、そこをどう理解してもらうのかが難しい。
- 就労継続を企業の方に理解してもらうのはすごく難しい。期待しているところではあるが、なかなか進まないところは難しいと思っている。
- 仕事ができなくなり、行けなくなると、基本的には居場所がなくなる。居場所をどうするのかというところで、障害福祉サービス、介護保険サービスが使えることになっているが、両方とも若年性認知症の人を中心としたサービスではなく、ミスマッチがあり、両方とも使いづらいというところが難しい。
- 在宅ワークの人がジョブコーチをどうやって使うのかを障害者職業センターや会社の人と話をし、うちに行ってくれるのかを聞いたら、「そこはまだ」と言われた。今は在宅ワークが多いので、どうするんだろうというのは、現実に直面した課題だった。大体の仕事は職場に行くので、職場での働き方を考えてくれるということになるが、在宅ワークで、一人で仕事を自分の家でしていた人のジョブコーチはどうすればいいのか、扱いづらいと思った。
- 症状が進行するため、期間限定で、その場でこういう工夫をしましょうとやったとしても、半年後、1 年後には症状が変わってくるというところでのやりづらさや使い勝手の悪さはあるのかと思う。
- 仕事ができなくなるのと同時に、自分の席に戻って来れない、トイレに行った後に部屋が分からなくなる、一人でランチを食べに行った後に会社のビルに戻って来れないなど、仕事の能力プラス、違うところに中核症状が出てくると難しくなる。仕事の支援ではなくなってしまうところが、他の病気とは違うだろうというところはある。
- 単純作業の仕事はできるかもしれないが、通勤などできて当たり前のことができなくなったら仕事は難しくなる。職場の人たちは、そこまで支援しないといけないのか、となると思うので、仕事以前の問題となってしまう。
- 中核症状が進んだ人がどこまで仕事を続けることがいいのかどうか迷う。逆の立場で、職場

に中核症状が進行してきた人たちがいたとしたら、どこまでフォローできるのかと考えると、マンツーマンで必要になる、常に誰かが見ていないといけなくなったときに難しく、どんな支援といってもすごく難しいと思う。

- どんな支援があれば続けられるかはケース・バイ・ケースであり、本人の中核症状がどこに一番メインで出てくるかによって違ってくるので難しい。
- 誰かがその人に固定して付くことも難しい。本人の環境だけ整えればできるかというと、指示、見守りが必要な状態な人だと思う。中核症状が進行しているけど働けるとなると、指示や見守りが必要になり、手は出さなくても口は誰かが出すことになる。その指示を誰がやるかが本当に難しいと思う。どういうサービスがあればというより、指示をする担当の人が必要になり、余裕がある会社でしかできない。
- 早めに連絡をもらっても、一緒に話し合いをするなかで、続いているところは、余裕がある会社だけである。それまでやっていた仕事が 10 だとして、相談を受けたときが半分くらいになっていて、どんどん少なくなっていても雇い続けてくれるところは、基本余裕のあるところ、大きな会社だけ。
- 給料に見合った仕事ができなくても、雇い続けることができるのは余裕がある大手の会社だけで、そうでないところはやはり難しいと思う。同じ企業といっても、町工場とかは難しいので一緒に考えられない。
- 大企業で、来てくれれば給料を払うという会社と、町工場の 30 人、40 人でやっているようなところで、1 人がやらなければいけない仕事の比重が大きいところでは全く違う。それを一緒には考えられないので、どんなサービスがあればいいかというのは難しい。
- 30 人、40 人というところは、目は届くが、その人の給料を払うのであれば、できる人を雇ったほうがいいとなってしまうため、お願いしづらいし難しい。

＜就労支援サービスを利用した就労＞

- 働きたかったから早期に診断を受けて、すぐに退職、休職になると相談があったときに、退職はやめて、休職にしてくださいと言って傷病手当金をもらう。傷病手当金をもらっているということは、休職・退職をしたとしても、病気で働けないからもらうとなっているので、就労継続支援 A 型事業所（A 型）には行けない。A 型で働くと、傷病手当金が受給できなくなる。
- A 型は最低賃金で 1 日 8 時間とかはなかなかなく、手取りで 8 万円ほどと少ない。傷病手当金の方が全然多いので、本人が生活する上でも家族も、経済面を考えると、傷病手当金を取りたい。
- 傷病手当金が 1 年半もらえるので、その間は再就職ができない、しないという選択をする家族が多い。そうすると、その間に症状が進行するので。1 年半が経ったあとに、どこかに就職しましょうといったときには、もう A 型には行けなくなっているということが多く、そこが悩ましい。
- 傷病手当金を諦めて A 型に就職した人もいたが、経済的にすごくゆとりがあり、傷病手当金をもらわなくても大丈夫という人だった。（傷病手当金）を捨ててでも、今の居場所が欲しい、毎日、行く場所があったほうがいいということで、A 型を取った人が一人いたが、普通はで

きない。

- 基本、養う人がいたり、ローンがあったりとかで、とにかく多くのお金をもらいたいとなると、傷病手当金を取るので、家族も悩むところ。本当は本人の居場所、行きたい場所につなげてあげたいが、傷病手当金をもらった方が、今後のためにもいいからといって、傷病手当金を選ぶ。障害年金と障害手当は、併給できず、どちらかになってしまうので難しいところでもある。若年性認知症を想定していない制度で、進行することは考えてないので、難しい。
- （傷病手当金）の 1 年半の間に使えるのは、介護保険になってしまう。就労継続支援 B 型事業所（B 型）も条件がすごく厳しいので、B 型さえいける人はなかなかいなくて、難しいというところである。若年性認知症の人が使おうとすると矛盾していると感じる。
- 週一回カフェをやっているが、週 1 回が限界。県内にあれば、今日はあっちへいくというのがあるかもしれないが、なかなか難しい。コーディネーターが 3 人なので電話を受けたり、訪問に行くとなったら、週1回だけでも固定して2人を確保というのは難しいところである。
- 障害年金を受給しながら働いている人が多く、それで何とか一人で生活できる感じである。障害年金が本人のもともとの収入に応じて違うが、（A 型の収入）両方を合わせると一人暮らしで何とか一人暮らしができるという感じで、B 型では無理だと思う。

【若年性認知症の人が利用するサービスについて】

- 障害福祉サービスに関しては進行性の病気の人のことを想定していないので、障害固定している人の就労継続や就労支援、もしくは回復するためのリワークとなっており、若年性認知症の人にとっては全てミスマッチである。介護保険は高齢者対象なので、若年性認知症の人はミスマッチというところで使いづらさがあり、課題だと思っている。
- 障害の施策は、基本的に障害が固定された人を対象にしていると思う。A 型も B 型も固定する、もしくは訓練することで、もう少し良くなる、改善する可能性があることを前提としている。若年性認知症の人も使えるが、もともとのサービスの成り立ちが全然違うため、どうしてもミスマッチになってくる。
- A 型は雇用契約で通勤できるのが当たり前になっているが、そこが難しくなっている人は通勤が難しいと思う。B 型も県内で送迎があるところは少なく、自分で来るとなるとそこは厳しい。
- 訓練をして若年性認知症の人が良くなるかと思うと少し違うと思う。就労移行支援もそうだが、訓練するというのは社会的なことを身に着けるということで、若年性認知症の人は社会的なことがもともと身に付いている。社会に適応するためのものを身に着けるところなので、就職していた人は、就労移行支援を使わなくてもいいだろうなと思う。そこのあたりの使い勝手が悪いように感じる。
- 介護保険は高齢者に向けたサービスなので、50 歳代の人が使うには難しいと思う。個別の支援などをきちんとやってくれるのであれば、いけるかとは思うが、まだまだそうはなっておらず、集団の対応になってしまっているので、ミスマッチだと思う。
- スタッフの頭の中が認知症イコール高齢者となっていて、ケアをしないといけない、何かしないといけないとなっているので、そこを変えないと難しいと思う。何十年も変えようと思ってやってきているが、変わっていないので難しい。

・　好事例の横展開を考えても、（施設の）数が多く、難しい。若年性認知症の人の数が少なく、会ったことがない人も多い。実際に会わないと、ストンと落ちないし難しい。できているところは、頭の転換ができていると思うが、本当に一部のところであって、数あるデイサービスが全部できるかというと難しいと思う。
・　県内では、本人がデイサービスに通っているが、スタッフとして位置付けて対応してくれているところがあり、スタッフと同じ制服を着て、スタッフの手伝いをするという感覚でいけている。事業主と働いているスタッフは頭の転換ができており、本人がやりたいこと、来て楽しめる、よかったと思えるような雰囲気や場所づくりをデイサービスの中でやってくれ、本人たちは生き生きと楽しそうに通えているため、できるところはできるのだなと思う。こんなことをやっているところがあると他のところでいっても、「それは無理ですよ」と簡単に言われてしまったり、「そう言われても、それはちょっと難しいです」と言われてしまうため、想像もつかないことなのだと思う。
・　（若年性認知症の人の）受け皿があるところをケアマネージャーが見つけてきてくれて、一緒に訪問して、こんなふうにやったらいいですと提案したら、それに順応して対応してくれた。それをやったことにより、スタッフがそれまでの自分たちの固定概念から変わっていく。「できないだろうと思っていたが、そんなことはなかった」と（考え方）が変わっていっているのはすごいと思うが、全部のところに望めるかというと難しいところはある。
・　無理をして若年性認知症の人を受け入れても、事業所としては少しの加算はついたとしても、良いところはないため、あえてやろうとしない。高齢の利用者が多くいるため、若年性認知症の人を無理して受け入れなくても何とかなると思ったら、やらないだろうと思う。何かプラスアルファはあったほうが、やりやすいのかもしれない。
・　デイサービスだって稼げないと難しいが、やれば職員の認知症に対する理解も深まるし、個別ケアが楽しいと思うと思う。だだ、そこはケアマネージャーの範疇で、依頼があればいけるが、こちらから入り込んでいくものではないと思っている。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割について】

・　（若年性認知症支援コーディネーターに）相談があって地域に帰していく、つないでいく、コーディネートしていくときに連携のしづらさがあり、うまくいかない。
・　（連携が）スムーズにいく市町村と、「若年性認知症の人はうちではない」みたいな感じで言われてしまう地域包括支援センターがある市町村は、すごくあると思う。そこは若年性認知症支援コーディネーターという立場や役割が認識されていないからなのか、役割分担がうまくできていないからなのか、難しいところだと思う。
・　介護保険につながるとなったときに、地域包括支援センターとケアマネージャーでやってもらえば良いと思うが、連携の難しさがあるように感じる。どこまでコーディネーターが関わればいいのか難しい。若年性認知症支援コーディネーターは、一緒にやっていくことはやっていくが、指導する立場ではないと思っていて、そこの難しさがある。上下の関係では全然なく、対等なフラットな立場だと思っている。
・　（若年性認知症支援コーディネーターの）広報活動が進み、分かってもらえてきたのかなとは思うが、地域包括支援センターは人が変わりやすく、事例のことで連絡すると、「退職しま

した」ということがすごくあり、大変残念である。研修を地域包括支援センター向けにするとしても、ステップアップの研修がなかなかできず、毎回同じ内容をやっていかないと、底上げができない。地域包括支援センターも委託事業だと思うので、委託されている法人によっては、異動などがあるため、そういうところで難しさを感じる。市町村や県も担当者が代わってしまうというところでは、しょうがない部分はある。

- （研修の内容が）これでいいのかと思うところはあるが、基本的な内容、プラスアルファになる部分を毎年変えていくというところかと思う。あとは別立てで、進んでいる市町村などは事例検討ができると良いかと思う。
- いろいろな認知症施策があると思うが、若年性認知症に関する施策は、若年性認知症支援コーディネーターの配置、認知症介護研究・研修大府センターの事業くらいしかない。若年性認知症支援コーディネーターが繋げる何かがあるかというと、若年性認知症に特有の施策がなく、各市町村に割り当てられたものがなく、任せられているところがすごくある。相談は受けるけどその次がないというジレンマをずっと持っていて、つなげにくい、使いづらいということになっていると思うが、次がない。
- 「チームオレンジ」とかをやっていると思うが、そこを若年性認知症の人がうまく使えるようにと思っても、なかなかそこは難しい。介護の専門職でさえ頭の転換がなかなか難しいなか、地域でサポーター養成講座を受けた人たちが、転換ができるのかと思うとつなぎづらい。そこうまくつながれば、きっとうまくいくとは思う。
- 移動支援は、（チームオレンジが）、「一緒にここに行きましょう」とやってくれると、きっと良いと思うが、お世話になるのは嫌だろうなとか、自分より年上の人と一緒に行くことになることを思うと、すごく難しいところと感じたりする。地域に、若年性認知症の人が生き生きできるように受ける仕組みがなく、今後はチームオレンジなどで出来たらいいなと思うし、今後期待したいところでもある。
- 県内で一番若年性認知症の人を診断している先生は、「すぐにここに行きな」と、若年性認知症支援コーディネーターに繋いでくれる。言われてすぐに来る家族は少なく、言われて考えてから、やっと来る家族になってしまうことはあるが、繋いでくれる医師がいる。
- 認定看護師などがいる病院だと、認知症と診断されたら繋げてくれたり、精神科やもの忘れ外来を挙げているところにはダイレクトに送ってくれたり、それを見て、繋げてくれる医師もいた。産業医の研修に呼んでもらい、話をする機会があったため、医師会との連携は少しずつできていると思う。一方で、県からは都内の病院にすぐ行けるので、そこで診断を受ける方も結構いる。都内で働いている人も都内の病院に行く人が多いので、連携が難しい。

【必要だと考える仕組み】

＜移動支援の充実化＞

- 移動支援の課題は本当に大きい。移動支援を障害福祉サービスで使おうと思っても、サービス提供事業者がなく、使えない。市が障害福祉サービスにおける移動支援の利用を許可しても、実際に実施する事業所が見つからず使えないという課題があって難しいところだと思う。（介護保険サービスと障害福祉サービスの）併用については、市町村の理解はあり、ケアマネージャーとかも「使いましょう」という感じになるが、実際にそれを提供する事業所がな

い。
・ 移動支援は時間がかかるので、利益が出にくいと思う。介護保険に移行していると思うので、障害福祉サービスでやるところは少なくなっていると思う。
・ 移動支援がもう少し使えるようになるといいと思う。

＜就労支援サービスの制度＞
・ 就労 A 型と B 型を休職中に使うのは難しいかもしれないが、うまく使えるようになるといいと思う。

＜必要とされている支援＞
・ 若年性認知症の人が必要としているのは居場所兼仕事。仕事だけとか居場所だけのサポートではなく、居場所となり、働く場でもあるという中間のものが必要とされている。A 型や B 型もしっくりこないところがあるが、若年性認知症の人に特化したものを作るのかというと難しいと思っている。
・ 希望しているのはノルマのない仕事。仕事は難しいが、毎日行ける居場所がある、社会とのつながりがあるという場所が必要なので、居場所と仕事の中間が欲しい。

＜市町村の体制整備＞
・ 市町村ごとに相談に繋がった若年性認知症の人を把握して欲しい。若年性認知症の人が相談してきても、縦割り行政で、障害分野への相談は障害分野で把握し、介護保険分野は介護保険分野で把握していて、それが横で全く繋がっておらず、数が把握できていない現状であるため、まずはそこをやってほしい。
・ できれば、市町村ごとに若年性認知症の人の相談を受ける担当の人を作って欲しい。認知症地域支援推進員の中に 1 人でよいので、若年性認知症を担当する人を作れば、そこに情報が集まると思う。認知症地域支援推進員は多くいるがために、情報が散乱していてまとまらない。1 人でいいから「この人に若年性認知症の相談を集める」というふうに市町村が決めてくれれば、若年性認知症の担当となった人に情報が集まる。各地域包括支援センターにいる認知症地域支援推進員が相談を受けているが、そこで終わってしまい、まとまらず、蓄積もしないので施策としてやってほしいと思う。
・ 各市町村に分けて、情報を集めてほしい。そこから出てくる情報はたくさんあると思うので、市町村ごとに経験が積み重なっていけば、何かやらないといけないと思ってくれると思う。「若年性認知症の人はいない」という話も聞くことがあるが、それは把握できていないだけであると考えている。
・ 市町村ごとに、担当を決めることはして欲しい。兼務になってもいいと思うが、情報を集約する場所が欲しいとは思う。市町村のことはここに聞けば分かるみたいなところ（が欲しい）。
・ 相談があると、デイサービスでも近くに若年性認知症の人を見てくれるところはあるかと言われてしまうが、それは各市町村で把握してほしいことで、県に聞かれても難しいとなってくる。各市町村で若年性認知症に関しての情報を集約して欲しい。

【その他】

- 男性で働いている人は見つかりやすいというのはあると思うが、うつ病と誤診されて、退職して、そのままになっている人は多くいると思われる。企業訪問で人事課の人に（若年性認知症のことを）説明した後に、「あの人はうつ病ではなく認知症だったかもしれないが、何のサービスも使わず退職した。今思うとそういう人は何人か思い浮かぶ」という声もあった。大手の会社であったが、人事としてはそういう感覚であり、知らないとそうなるのだと思った。
- 専業主婦の女性は、症状がかなり進行してから受診している。本人が 50 歳代の家庭では、子どもが独立していき、夫も仕事で忙しく、家にいないことが多いため、（家族が）変化に全く気付かない。かなり進行して、家族が困るような症状が出てから受診し、すぐに介護保険を利用するということが多い。掃除ができなくなったり、ご飯は作らなくても今は大丈夫なので、食事を作らなくなってきた初期の認知症の人は多くいると思う。
- 若年性認知症支援コーディネーターが（うつ病で退職した人の退職後を）追うことはなく、企業も退職した後を追わないと思うので（どうやって生活しているかは分からない)。相談に来る人の中では、家族がいる場合は、ほかの家族が抱えて何とか生活していると思う。独身の人だと、貯金が無くなるころに相談に来る人がいる。50 代で役職に就いていて、経済的なゆとりがあった人は、辞めた後もそれなりに生活をしていた人や退職金をもらって、それなりの生活をしていたという人もおり、様々である。
- うつ病という診断が正しく認知症ではない人と、認知症であるがうつ病と誤診された人では経過が全く違うように思うが、そういった人たちが退職後にどうなっているかまでは分からない。

【松本一生氏】

○　**日時**：令和 5 年 1 月 11 日（水）　13:45-14:45

○　**開催方法**：Zoom

○　**ヒアリング**

話し手：医療法人圓生会　松本診療所ものわすれクリニック　理事長・院長　松本一生

オブザーバー：厚生労働省

認知症介護研究・研修大府センター　鷲見幸彦、下中直実

実施者：齊藤千晶、山口友佑、小方智広

○　**内容**

【医療機関の現状と課題】

・　現場で最初に患者さんと出会うことが大事であるが、若年性認知症の人達は、本人や家族が疑いを持っていても、なかなか医療機関にかかることができない。かかりつけ医を持っている人であっても、かかりつけ医の先生の中に若年性認知症の認識がなければ、その次の専門医療機関を受診する動機につながっていかない、という大きな問題がある。

・　もの忘れのことや認知症と思うような兆しが本人や家族になかったのかというと全くそうではなく、早くから気分が沈んで、気分がふさいで、もの忘れもするから、（私は）若年性認知症とうつ病の合併もしくは、レビー小体型認知症かもしれないと感じている人もいた。家族が認知症かもしれないと思ったにもかかわらず、かかりつけ医の先生に相談をしたとき、多くの場合、「大丈夫」と言われてしまう。

・　認知症かもしれないといってかかっていったら、「あなたが認知症だったらみんな認知症になる」、「まだまだそんなこと（認知症）気にしなくていい」と言われ、（他の医療機関に）かかれない人もいる。（そういう経緯がある中で）、若年性認知症の人が最初に来たとき、ほとんどの人がきちんと診てもらえるかどうか疑心暗鬼になっている。家族は、本人がせっかく自分の気持ちを吐露したにもかかわらず、あまり相手にしてもらえない場合や、先生の認識がなかったことにより「この医者にかかって本当に診てもらえるのかな」という気持ちを持って受診している。

・　日々の臨床の中で課題としては、本人の心の傷つきや心の迷いみたいなものを、どれだけ専門医として受け止められるかということを一番大事にしている。本人も家族も、診断を通じてまず心に傷を受けた存在と考えていく必要があるのかもしれないと思っている。

・　診療では、病気が分かったら、その病名を聞きたいかどうかを必ず本人に聞くようにしている。臨床の中でも、病名を聞きたくない人に対して、知る権利といって、一方的に病名を通告してしまうことによってうつになる場合や、状態が悪くなる人を多く経験している。逆に、一人住まいだから、ちょっとでもその（病気）兆しがみえたら、しっかりと聞いて自分の人生をこれから考えてみたいという人に対しては、早期の告知がむしろその人の気持ちを安定させるため、より落ちつくことがある。まずは本人が、社会の中枢で仕事をしているさなかに、課題が出たときに、若年性認知症ということを本当に知りたいかどうか、という確認は必要と考えている。

・　10 年ぐらい前までは、心理の先生に来てもらい、精神科医と心理の先生で A-T スプリットと

いうかたちで、医師が診療して、心理の先生がフォローするサポートをしていた。あまり心理的なサポートをやり過ぎると、今度は本人や家族がともに、何か重大なことが起きているのではないかと考えるようになった。「それなら」と思い、自身は精神科医でもあるので、診察の中で心理面のサポートを行い、カウンセリングをしながら、本人や家族を支えている。

- うまく連携できれば A-T スプリットをして、医師と心理士が組み合うということもあると思うが、いくら心理士が一緒にいても、別の心理センターでも作っていない限り、診療点数は一定であり、限られた点数の中で完全な A-T スプリットをすることに疑問を感じて、今は一人で行っている。
- 精神症状があれば、精神療法は（診療点数として）上げられるが、心理の先生が一緒にいても、点数は倍になることはない。多くの医療機関では、別のところに心理センターを作って連携するとなっている。本人も家族も安心できるように、医師自らが心理面のサポートすることを考えて対応するようにしている。
- 一人の人に関わると 10 年以上になる。伴走というか人生を共にすごすようなもので、同居人みたいなつもりで外来をしているが、医療機関として維持していくとき、経済的に難しい。新患がどんどん来て、ある程度になったときに「かかりつけ医」に戻ってもらい、新しい人を診るというなら、経済的に大丈夫であるが、抱え込むかたちは医療機関として疲弊していく。
- 新患の時点で検査もさせてもらい、検査中に診療点数も上がっていく中で、若年性認知症の人も診ることができたらよいが、若年性認知症の人はどちらかというと身体的な課題が多くない分、検査の度合いが少なくなり、付き合う時間は長いということになる。そうなると、病院、診療所の経営の点からは難しいケースになる。（若年性認知症の診療は）手間暇がかかって診療点数が取れないという課題があると思う。

【診断後支援の課題】

＜ソーシャルサポート＞

- 医学的な診断名を伝えた上で、心理面のサポートをする。若年性認知症はソーシャルサポートが非常に大切で、同時に続けていくとなると、その人にかかる時間がとても長くなる。一つのところだけで対応することが難しくなってくるというところがある。
- 診断を受けながらソーシャルワークもすることを志しており、医師とソーシャルワーカーが一緒に組みながら、かかりつけ医にいる看護職や訪問看護ステーションと組んでフォローし、外にいる心理の先生とも連携するというやり方を取っている。
- 診療所では、診断名とソーシャルサポートを重点的に考えた診療体系を取っている。その理由は、心理面を支える必要性は早期からいわれているが、特に若年性認知症は、ソーシャルサポートをしないまま、心理サポート、診断あるいは診療をいくら継続したとしても、その人も家族も救われないということがある。高齢の人のソーシャルワークよりも、最初にソーシャルサポートをして、その人の枠をしっかりと支えてあげることから医療が始まると考えている。
- （若年性認知症の人の）経済的な不安は明らかである。一番、活動していないといけないときに、男性でも女性であっても、その現場から去らないといけなくなってしまう経済的負担

は大きい。

＜心理的な支援＞

- 社会から見捨てられてしまう不安のようなものが経済面以上に若年性認知症の人たちには大きい。若年性認知症であることで理解されなかっただけではなく、若年性認知症といっただけで、会社の中では浮いてしまうし、腫れ物に触るようなかたちで、過剰に反応されてしまう。その人たちが今まで持ってきた、人間としての自分自身の自己みたいなものを、もう一回、再構築してあげないと、崩れてしまうのではないかなと思っている。
- 認知症は、その時々によって症状が出て、また次に重なってくる。本人も家族も何度も繰り返される対象喪失に対して、何度も繰り返し、その中から自分を取り戻していくという意味で、ほかの疾病、疾患、事故と比べ、対象喪失に対するサポートが大事という感じがする。
- 若年性認知症は、自らの実存的危機となるように思う。中途で疾病を経験し、メンタル面にも影響するため、本人は、「自分が何かとんでもない存在になるのではないか」という恐怖感を感じることもある。社会的な立場、経済的な立場と並んで、その人自身が、「これからも生きていっていいのか」というあたりまで含めた実存をサポートする施策が展開していくと嬉しい。

【家族支援の課題】

- 若年性認知症の人達の中で、家族の関係が破綻しないケースの方が少ない。社会制度を使って、何とか家族が破綻しないように、経済面や社会のサポートをしている。本人の主張と家族の思いがうまくいかないことがあり、高齢者と比べても若年性認知症の人の場合は、家族の破綻というのが多い。
- 男性が若年性認知症になったとき、そのパートナーである女性が経済的なことを担っていかないといけないし、子育ても、その最中であればかかってくる。課題の中で一番感じたのは、子どもが高校生から大学生ぐらいのときに、両親が認知症になると、家族の中で善意や親を思う気持ち、それから子どもたちの揺れ動く（気持ち）が一緒になったりすると、家族が破綻してしまうことが多い。幼稚園くらいの子どもを育てている家族の課題より、むしろ実は大人になりきっていない子どもたちを支えないといけない世代の親御さんたちの課題として出たときにどうかというのを一番感じている。
- 介護をする両親の姿を見て、背中を見ながら子どもは育つこともあるが、そういう場面だけでなく、むしろその時にこそ傷ついてしまい、親との関係がうまくいかない、あるいは子ども自身が思春期の自己同一性の揺らぎみたいなものから、社会との接点がうまく取れなくなるというケースも看過できないと思う。
- 傷ついた子どもとは必ず話をする機会を持つようにしている。両親が一緒に来ると、その子たちは一様に黙り込み、両親と一緒に来てくれることすら珍しい。そのため、思春期の子どもには、「今、高校受験や大学でのサークルを一生懸命にやっているかもしれないが、時間があったら会いに来て欲しい」と伝え、子どもに何が起きているかという現状を知ってもらうことを積極的にやっている。
- ヤングケアラーに対しての社会の認識は、随分高まってきたと思うが、医師からきちんと、

「こういう疾患（認知症）のためにこういうふうになっている」ということをしっかりと子どもたちが聞かなければ、「気持ちはわかるよ」と心理職が一生懸命に寄り添ったとしても、今、起きている課題について受容することは難しいと思う。それは精神科医の役割であり、精神科医が子どもを支える立場になってくれると良い。

【シームレスな支援体制の必要性】

＜長期的な視点を見据えた支援＞

- 本来は医療機関がそれ（継続的な支援）をするのではなく、社会的な立場として、若年性認知症の人達を初期から重度に至るまで継続的に見ていくケアマネジャーのような人が、もっと気軽に相談できる相手としていたらいいと思う。
- 若年性認知症の人を救いたい人は多くいて、いろいろな施設や場所を利用できるが、施設で対応できるレベルから重症化する場合や、BPSD が出て、精神・行動症状が出てきたりしたときに、次に行くところがない。そのため、せっかく若年性認知症の人を支えようとして、いろいろな人の善意や意思が働いたのに、段階を経るに従って、だんだん放り出されてしまう状況になってしまうことが多い。
- 医師として、その人の状況が変わっていくときには、「この次にはこの施設を使いましょう」と伝えて、社会福祉士と共に次の段階を見つけて、一緒に考えていくことが役割だと思う。ただし、次のところを見つけるときには、知っている全ての情報を使って、連携するように働きかけないと、若年性認知症の人の次がなかなかつながらない現状もある。
- 認知症施策と精神疾患の人に対するサポートはこれまでの流れが違うため、高齢者施策と精神の政策との間のスムーズな行き来ができにくかった部分があったと思う。若年性認知症の人は最たるもので、最初のうちは介護保険が使えず、障害福祉サービスだけを使っておいて、今後は介護保険も、といったときに、ぎくしゃくしている。何か施策として、その両者がスムーズに連動するようなものがあると良いと思う。

＜支援機関＞

- 病院の中とか医療機関の中でのサポートから少し離れ、社会全体の中で、社会福祉事務所や精神保健福祉士の単独事務所が独立した機関として働いてくれるといいと思う。
- 若年性認知症の人は、自負心も非常に強く、なかなか相談しないという実際上の課題もある。それを乗り越えて、誰もが自分自身に起きたときには相談できるところがあればいいかと思う。
- 地域包括支援センターに相談にかけると精神疾患と思われてしまい、「地域包括支援センターは制度が違うから」と門前払いになったりする。制度上、どうしてもテリトリーはここまでということが、まだ大きな垣根になっているような気がする。そこを縦断できるようなかたちで、網羅できるようなかたちで、サポートのネットワークが広がるといいと思う。

【ニーズに応じたサービス開発の必要性】

- 介護保険サービスで、第 2 号被保険者の適用範囲を広げることだけを考えると、若年性認知症の人の場合には、介護保険の制度自体がたとえ使えたとしても、その制度を使うまでの空

白の期間がとても長い。

- 家族会や当事者、専門職が感じているのは、介護保険で使える制度が、これから先はだんだん狭まっていくこと。若年性認知症は適用を広げていき、空白の期間がなくなる、傷ついた心を支えるようなことが、介護保険や別の制度でカバーできるようにしていくことで、すくい上げられると思う。
- 介護保険の制度が使えないから、障害福祉サービスの制度を使うとか、自費を使いながら臨床心理の先生に心のサポートを一緒にやってもらうみたいなことを考えると、介護保険の制度がいくら拡大されたとしても、そこに行きたくないという人も結構いる。そこを配慮してもらえると、とても良い中継ぎができるのかなと思う。

2)　座談会の議事録

日時：令和 5 年 1 月 15 日（日）13：50～16：05

場所：ステーションコンファレンス東京　602A

下中　それでは、少し早いのですが、皆さんお集まりになられましたので、まず資料の確認からさせていただきたいと思います。

私は大府センターの下中と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

資料は、まず次第がございまして、その後委員名簿、それから資料 1 として概要、それから、その参考資料として 1、参考資料として 2 というふうになってございます。事前に送らせていただきました資料と同じものでございます。委員名簿につきましては、若干変更がございます。差し替えをさせていただいておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、ただいまから「令和 4 年度老人保健健康増進等事業（97）　市町村における若年性認知症支援施策の促進に関する調査研究」のうち、「若年性認知症施策に関する課題や今後の方向性等検討のための座談会」を開催いたします。

それでは、センター長、よろしくお願いします。

鷲見　皆さん、休日にもかかわらず、今日はお集まりいただきありがとうございます。コロナもまだ落ち着かないところはあるのですが、できるだけ換気には努めていきますので、よろしくお願いします。

今ご案内があったように、これは令和 4 年度の老健事業の中で行われるものではあるのですが、少し老健事業の内容そのものと離れて、もちろん「若年性認知症」というキーワードは変わらないのですが、ぜひ皆さん方の若年性認知症の課題を挙げていただく。それから、もう一つは、今後一体どのように若年性認知症に対して取組んでいくのかということも含めてご意見をいただければと思っています。

前半はできるだけお一人ずつに自由に話していただき、後半は少しフリーにディスカッションしていければと考えています。司会がうまくいくかどうか分かりませんが、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

それでは、まず先に委員等の紹介を事務局のほうからお願いします。

下中　はい。それでは、座談会の委員から名簿の順に沿って紹介いたします。

長岡崇徳大学、森学長でございます。

森　森でございます。よろしくお願いします。

下中　続きまして、東京都健康長寿医療センター研究所、栗田副所長でございます。

栗田　栗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

下中　続きまして、藤本クリニック、藤本院長でございます。

藤本　よろしくお願いします。

下中　続きまして、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構宮崎障害者職業センター、高瀬センター長でございます。

高瀬　高瀬でございます。よろしくお願いいたします。

下中　続きまして、一般社団法人 SPS ラボ若年認知症サポートセンターきずなや、若野代表理事でございます。

若野　若野です。よろしくお願いします。

下中　続きまして、NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター、沖田代表でございます。

沖田　沖田です。よろしくお願いします。

下中　続きまして、オブザーバーで参加いただいております厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課、和田認知症総合戦略企画官でございます。

和田　和田でございます。よろしくお願いします。

下中　田中補佐は急遽欠席となっております。

続きまして、同じく中西課長補佐でございます。

中西　中西です。よろしくお願い申し上げます。

下中　続きまして、同じく谷内課長補佐でございます。

谷内　谷内です。よろしくお願いします。

下中　最後に、当センター、鷲見センター長でございます。

鷲見　鷲見です。どうぞよろしくお願いいたします。今日は一応司会をさせていただくことになっていますので、よろしくお願いします。

下中　同じく、齊藤主任研究主幹でございます。

齊藤　齊藤です。よろしくお願いします。

下中　以上でございます。

鷲見　それでは、早速始めたいと思います。

皆さんのほうに、課題といいますか、今日のテーマとなり得る内容の候補みたいな形で、主なテーマを資料 1 のところにいくつか挙げさせていただいて、お送りしていると思います。必ずしもこれにこだわらなくても構いませんので、先生方が日頃から感じておられる課題を含めて、お一人 10 分ぐらいずつ、これもあまりこだわりませんので、ご発言いただければと思っております。

それでは、司会が勝手に指名しますが、粟田先生、先頭を切っていただいてよろしいでしょうか。

粟田　一応話すことは考えてきたのですが、割と短いんです。話させていただきます。

ご存じの方も多いかと思いますが、私ども、2017 年から 2019 年に AMED の研究で、全国の 12 都道府県において若年性認知症の有病率と生活実態調査を行いました。そのときに、調査時 65 歳未満の若年性認知症者の有病率が 18 歳～64 歳人口の 10 万人当たり 50.9 人で、2018 年時点ですが、有病者数は 3.57 万人と推定いたしました。原因疾患はアルツハイマー病が一番多いということで、示させていただきました。

そのときに同時に生活実態調査をしまして、いろいろとデータが出ています。その要約を話してもいいのですが、そこから出てきた今後の課題を先にお話しさせていただきます。

この調査は、まず事業所単位の質問紙調査と、そこから拾い出された 7,000 人強の若年性認知症の人と家族に対する質問紙調査をやって、さらにそこで回答してくれた人のうち、71 人に実際にヒアリングをして深掘り調査をしております。それらを総合して、どういったことが今後の政策課題なのかということで、7 つの視点を出させていただきました。

第 1 点は、診断へのアクセシビリティーがまだ非常に悪いということです。たしか最初に受診した医療機関で若年性認知症という診断がされている割合は半分強で、40 何%の方はそこで診断されない。しかも、多くの方は専門医療機関だと思って受診しているけれども、診断されない。深掘り調査の中でも、専門医療機関がどこなのか、どこで診断してくれるのかという情報が欲しい

という回答が非常に多いということで、まずは若年性認知症の医療提供体制というものを都道府県でちゃんと確保して、市町村レベルでそれぞれ周知していくことが必要だろうということを提言させていただきました。
それから、第 2 の視点は、このときの調査で、若年性認知症の方の把握数が事業所類型別で一番多かったのは、全国の認知症疾患医療センターでありました。ところが、これもヒアリング調査ですが、診断された医療機関で配慮のある病名告知がなかったとか、いろいろな情報を提供してくれなかったとか、そういう自由回答が結構出てきております。まずは、認知症疾患医療センターが若年性認知症の質の高い診断と診断後支援を担う地域の拠点として機能できるようにしていかなくてはいけないだろうということでございます。
それから、第 3 の視点は、職域と保健医療福祉分野との連携による就労継続支援でございます。調査時 65 歳未満の方に限定しますと、発症時に就労されていた方は 62%いらっしゃるのですが、その 62%のうち、調査時点においても就労を継続されていた方は 1 割でございまして、7 割の方が退職ないし解雇されておりました。2 割の方は、職場で何ら配慮がなかったという回答をしているということもございます。職域における労働安全衛生の取組みとして、若年性認知症の理解でありますとか、合理的配慮のある環境づくり、それから保健医療福祉分野との連携による就労継続支援をちゃんと促進していく必要があるだろうと。
第 4 の視点は、経済的な問題がやはり非常に大きく、発症後に世帯の収入が減ったと回答している人が 60%以上ございました。調査時点での主な収入は家族の収入になっていて、それに次ぐのが障害年金等の年金で、1 割の方は生活保護ということでした。たしか 6 割以上の方が家計が苦しいと回答しているということでございました。
一方、社会保障制度のほうを見てみますと、障害年金でありますとか、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療制度等々ありますが、押しなべて利用している割合は大体 4 割ということであります。まだまだ診断直後からの経済状況のアセスメントと社会保障制度の利用支援というのが十分ではないだろうということで、経済状況のアセスメントと社会保障制度の利用支援を若年性認知症の診断直後の支援として標準化させていく必要があるだろうということでございます。
第 5 の視点は、若年性認知症の方はいろいろなところに相談に行くわけですけれども、地域包括支援センターに行ったり、障害福祉相談窓口に行ったり、あるいは介護保険を使う居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談するのですが、いつも制度の一部しか教えてもらえないということがございまして、使える制度全体についての情報をなかなか提供してもらえないということがあります。ですので、第 5 の視点は、専門職の人材育成ということで、例えば認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、それから障害福祉相談窓口などの職員の制度横断的な人材育成を考えなければいけないだろうと。
第 6 の視点は、ニーズに合ったサービスの開発が必要ということです。実は調査時 65 歳未満の方でも、7 割ぐらいの方が介護保険サービスを利用していて、最もよく使われているのが通所介護です。しかし、介護保険サービスを使っていない人を見ると、使いたいサービスがないとか、高齢者ばかりなので本人が嫌々行っているという意見が結構ございました。実際に求められる通いのサービスとしては、就労に関するサポートをしてくれたり、社会参加の支援をしてくれるようなもの、具体的には趣味やいろいろなレジャーもありましたが、そういうことを考えてくれる通いのサービスが欲しいというご意見が自由回答で出ておりました。ニーズに合ったサービスの開

発、これは介護保険サービス、障害福祉サービスのプログラムの改良を考えていかなくてはいけないのではないか。
第 7 の視点は、実は家族会やピアサポートから非常に大きなサポートを得られている、あるいはこういうところから非常に有効な情報が得られているという意見がございました。家族会等のインフォーマルサポートやピアサポートの普及など、これも政策的にサポートしていく必要があるだろうと。
これが 7 つの視点でございます。この 7 つの視点は 2019 年段階で出させてもらったので、その後の今日に至る 3 年間の中で、少しずついろいろ進展はしてきているところでございます。これについては時間があったらまたお話しさせていただければと思います。
以上でございます。
鷲見　どうもありがとうございました。先生には貴重な研究をやっていただいていて、その時点でいろいろな視点が出てきているだろうと思ったので最初にお話しいただきました。ありがとうございました。
それでは、続いて藤本先生にご発言いただけますでしょうか。
藤本　うちはもの忘れクリニックで 23 年間認知症診療をやっていて、その前に 10 年間県立病院でもの忘れ外来をやっていました。
開業した理由は 2 つあって、1 つは受診のしやすさを求めて開業しました。県立病院でのもの忘れ外来でもそうなのですが、それでも受診できない人がいました。アウトリーチしないと医療にアクセスできない人がいっぱいいて、そのかなりの部分が若年でした。50 代でひきこもっている人たちの家族の声が家族会から上がってくると、県立病院時代に往診していました。なかなか悲惨な状況で、新聞紙で目張りをして真っ暗な部屋の中に夫婦で住んでいる事例が 4、5 例ありました。その家の中でご本人が大声を出して暮らしていて、ご主人が全ての面倒を見ている状況でした。介護保険制度がなかったですから、ご主人が走り回っていろいろなことをしているというのを見たので、これは若年の人と受診困難な人を何とかしなければというのが開業の一つの理由です。
もう 1 つの理由は、介護保険がなかったときですので、若年は全くサービスがなかったものですから、開業して精神科デイケアで若年の診断後の受け皿を作りました
受診に関しては、今、年間 400～500 人の新患があります。この 1 年で、65 歳未満の若年者は 70 名の受診がありました。
受診の継続が 6～7 割で、外来をすると同時に、若年認知症の人の行き先として、一つは精神科デイケア（これは今はやっていません）、それから外来の心理教育、本人・家族の交流会、これも開業時からやりました。あとは、もの忘れカフェという、本人たちが活動内容を決めて、デイの部屋のしつらえから什器を買うところから、買いに行って出納帳をつけてという、そこから始めたデイサービスをやりました。それがうちのデイサービスのベースになっています。それは 2004 年から始めました。
だんだん受診が軽度化していますよ。開業時は、ざくっと言えばミニメンタル 20 点前後で受診、もの忘れカフェの時代は 22～24 点、退職直後がほとんどです。2011 年は就労中に来る人がたくさん増えてきました。ミニメンタルは 24～25 点です。そうすると、診断後の受け皿は、もの忘れカフェでもないし、求職したり就労中に行き場所がないので、仕事の場という内職仕事をする

場所をつくりました。それがコロナの前まで続いていました。本人たちは 30 人ぐらいで、電車に乗って来られる時期なので、全県下から来ました。そこに発達障害の人や精神障害の人、それからいわゆる行き場所のない若者たちを入れて、総勢 40～50 人、家族ボランティアがサポートしながら、一つのミニ社会みたいな場所でした。老人会の人が来たり、かかりつけ医の先生方がサポートに入ってくれました。だから、その場は色々な人たちにオープンにする形でやりました。
最近は、去年始めたのですが、40～50 代の女性はあまり就労にこだわらないように思います。居場所というか社会交流をしたがっている女性たちがいるので、名前は「ハイ」、デンマーク語で「こんにちは」という意味なのですが、そんな名前の居場所をつくりました。ついこの間もお正月なのでお祭りをして、地域の子どもたちが出入りするようにしました。夏は夏祭りをして、若年の女性数人がそこにいて、ヨーヨー釣りとか駄菓子などを用意してあって、若いお母さんが子ども連れで出入りするという、ついこの間まで子育てした女性が興味を持ってくださるような場所をつくりました。このようにして、様々な居場所を 6 か所つくりました。
居場所ができると受診がしやすくなるようです。「あそこに行くと何かやってもらえるよ」という安心感で受診が早くなると思います。受診を早く進めてもらうためには、診断後の支援が見える化されていること、その中でも、居場所があることです。
制度に則ったものはもの忘れカフェしかないです。あとはインフォーマルなものですが、そんな居場所を作ると、来やすいのかなと思います。
就労に関しては、2004 年くらいから就労継続支援をやっています。平成 24 年～26 年まで県の委託事業である“若年性認知症地域ケアモデル”を受けていたので、その間 10 人の就労継続支援をしました。そうすると、平均で約 2 年ぐらい就労が延びます。その間に就労継続支援をしながら、1 年半たてば障害者年金、終われば傷病手当。よかったなと思うのは、子どもたちが全員就学継続できました。
26 年、27 年以降、１５人ぐらいの就労継続支援をしました。また、2012 年から産業医との勉強会をやっています。産業医の人たちと勉強会をしたり、時々、事例検討会をしていると、産業医からの紹介の連絡もあります。
研修に関しては、平成 28 年は疾患センターのドクターと保健所、29 年は疾患センターの相談員と各市町の包括に集まってもらって、事例検討会をしました。
最近の動きとしては、若年のサポートセンターはしていたのですが、それが全疾患センターに広がりました。それから、うちの看護師が制度の始まりからコーディネーターをずっとやっていたのですが、他の疾患センターに広がりました。
また、企業アンケートを１１００社に対して行いました。その後、企業研修を委託で受けたのですが、そこで研修の講師をするのは開業医です。連携の会には地元のドクターたちがたくさん出てくれるので、その人たちに連携の会の事例検討会のコーディネートを任せています。認知症の疾患別ケアなどの講義もしてもらっています。そうすると、その人たちが中心になって地域づくりをやってくれるので、55 か所の企業、3,000 人ぐらいの企業の職員に対し、かかりつけ医に若年の啓発の講義をしてもらいました。かかりつけ医は地域に根づいているので、地域づくりという意味で、知っている先生とか、企業に産業医で入っていて、その先生が来てくれるので、すごくフレンドリーな研修会です。我々専門医療機関が講師をするのではなくて、かかりつけ医に広げていくと地域づくりになるのかなと。そんな感じです。

取りあえずそこまでで。またやり取りの中で。

鷲見　そうですね。どうもありがとうございました。

それでは、続いて高瀬先生、お願いできますでしょうか。

高瀬　よろしくお願いいたします。

私は、職業リハビリテーションの分野の支援者になります。私が勤めている地域障害者職業センターというところは全国にありまして、ハローワークや障害者就業・生活支援センター、通称なかぽつセンターといいますが、そういったところと連携しながら、それぞれの地域の職業リハビリテーションを進めています。

私が地域障害者職業センターの職員として若年性認知症の方と深く関わるきっかけは、2007 年頃になります。その頃は東京におりまして、家族会の方や当事者の方を支援する支援者の方、例えば病院の作業療法士の方などが支援施設をつくられていて、私もそこで仕事のことについてお話をさせていただいたり、活動する場として職場体験や職場実習ができるような事業所を一緒に探したりする活動をしていました。当時は、まだ私たちの職業リハビリテーションの分野に若年性認知症の方がいらっしゃるということは少なく、あくまでも個別の対応が中心であったのではないかと思います。

その後、2015 年に新オレンジプランが始まり、コーディネーターの設置が全国でどんどん進んでいったタイミングに、私がそのときにいた地域では、コーディネーターの方と一緒に支援させていただいて、若年性認知症の診断後に、元の職場で仕事を変えて働き続けるという支援が 1 件、60 代前半の方の再就職の支援が 2 件、そういったことを具体的に進める中で若年性認知症の方への職業リハビリテーションを進めてきたところです。

その後、2016 年に私どもの研究部門では、若年性認知症の皆様の就労継続に関する研究に取組んで、その研究成果としてパンフレットを作成しております。このパンフレットの作成に当たりましては、大府センター様が作成されたハンドブックやガイドブックを学ばせていただいて、事例紹介とあわせて仕事を続けていくための要点をまとめています。

このパンフレットも参考にしていただいて、厚生労働省では、企業向けに若年性認知症の方が利用できるいろいろなサービス、在職中の方の支援や助成制度、再就職者の雇い入れにかかる支援や制度等をコンパクトにまとめたリーフレットを作成されています。

ちょうどこの頃に、私は地域障害者職業センターから研究部門に異動してきて、そこから大府センター様との関わりが続いています。

リーフレットに取りあげられている当時の事例をみると、受障後の自身の得意・不得意の理解を促し対策を検討することとともに、受け入れる企業に対する土台づくりというのでしょうか、正確な情報提供を進めてきたことから職業リハビリテーションにおける若年性認知症の皆様に対する支援が少しずつ拡がってきたと思います。

当時から現在までの支援は、基本的に個別対応ですが、職業リハビリテーションにおいて、復職・再就職の支援の核になっているのが、ジョブコーチによる支援になるのではないかと捉えています。ジョブコーチという専門スタッフが職場に出向いていって、企業の方、職場の方と当事者の方、両者とも支援しながら橋渡しをしていくジョブコーチによる支援は、障害のある方の就職の支援としてとても効果があり、現在、全国の地域障害者職業センターにはジョブコーチが 300 人ぐらいいます。加えて様々な障害者福祉サービスや医療機関にもジョブコーチはいらっしゃいま

して、制度としましては、訪問型職場適応援助者、訪問型のジョブコーチというのですが、助成金制度を活用したジョブコーチが全国に 600 人ぐらいいらっしゃいます。企業にもジョブコーチがいらっしゃいまして、実際に助成金を活用して動いている方が 250 人ぐらいで、養成研修によりジョブコーチの資格をお持ちの方はもっとたくさん企業にはいらっしゃいます。
ちなみに、私が今勤めている宮崎の場合ですが、私たちの職場に 6 人のジョブコーチがいて、訪問型として障害者福祉サービスをしている事業所に 5 人います。これで 11 人です。そして、企業にも、特例子会社と言われる障害のある方を主に採用するために設置した子会社には、障害者雇用の雇用管理をする専門スタッフを配置する場合が多いのですが、そういった方でジョブコーチの資格を持っている方が複数名いらっしゃいます。地域において、これらのジョブコーチが定期的に学びやケースカンファレンスの場を共有しつつ連携しながらやっています。
ただ、こういったジョブコーチの連携の体制は地域によってそれぞれなのが現状です。宮崎の場合は、皆さん積極的に活動していただけている状況なのですが、ジョブコーチをどんどん増やしていこうという中で、地域の障害者福祉サービスなど支援機関や企業にジョブコーチを増やしていきたいのですが、更なる活性化に向けて厚生労働省でも様々な側面で検討していただいているというところではないかと思います。
では、そのジョブコーチは実際に若年性認知症の方の場合にどういった支援をするのかといいますと、以前から取組んでいる高次脳機能障害の方への支援の方法が主に使われていると捉えています。具体的には、記憶や注意の課題に対する補完手段の支援をしたり、疲労のコントロールの支援をしたり、それによって気分の安定やモチベーションの維持、そういったことを焦点化してジョブコーチが職場で支援をするということが行われています。
ただ、高次脳機能障害の方と大きく違うのは、今回のテーマの中にも「気づき」とありますが、周囲がどうやって若年性認知症の方を支援につなげていくのか。高次脳機能障害の方は、例えば事故であったり、脳血管障害という受障の原因がはっきりしているので、そこから医療リハ、そして職業リハにつなぐという道筋がつきやすいですが、若年認知症の方の場合は確定診断まで、診断後の道筋が曖昧と感じています。ここがやはり一番課題ではないか。要するに、うまく支援にアクセスできない方がたくさんいらっしゃるというところが、職業リハビリテーションを進める際に感じているところでございます。実際に「若年性認知症かな」から始まって、それを受け止めていくに当たっては時間がかかって、地域障害者職業センターに相談にいらっしゃってからジョブコーチ支援するまでに 1 年以上かかったという事例もあると聞いたことがあります。
このジョブコーチというのは研修を受けて資格を取るわけですが、現在は研修の中で必ず若年性認知症の方の障害特性を学ぶことになっています。時間としてはごく短い時間なのですが、私が研修を担当しているときに強調していたのは、やはりコーディネーターの方へのアクセスがまずはファーストステップであるということです。
また、企業は、一定数の障害者を雇った場合に障害者職業生活相談員というスタッフを置かなければいけないということがありますので、その認定講習の中でも若年性認知症について学ぶ機会を設定して、一歩ずつですが、進んできているのかなと捉えているところです。
先ほど藤本先生のお話にもありましたけれども、最近の産業医や産業保健の領域では、私たち同様に厚生労働省の独立行政法人であります産業保健総合支援センターは、両立支援の中に若年性認知症が組み込まれたということもありますので、地域ではそういったところとも連携しながら

支援をしているというのが現状です。
ただ、私が感じている課題は、地域差というものがとても大きいということです。ほかの地域ではスムーズにいっていることが、なかなかスムーズにいかずに苦労しているところもあるかなと。地域ごとにしっかり問題を見て、現在の支援の到達度というものを検証していって、地域の中で共有していく。そういったことが重要であろうと考えているところです。
雑駁ではございますが、以上で私の話を終わります。
鷲見　どうもありがとうございました。
一通り先生方のご意見をまず伺いたいと思いますので、若野先生、よろしくお願いいたします。
若野　僕は、インフォーマルの地域生活のほうの視点で、奈良を中心にやっていることをお話しさせていただきます。
早期支援に関しましては、就労の方に比べて、就労していない人のほうが介入してからすぐに介護保険になってしまいやすい。ということは、就労していない方の早期発見はあまりできていないのではないかと感じています。そういう話の中で、検診で早めに見つかることができたらいいのにという話が出たりしますが、逆に就労の方に関しては、検診等をされることによって不利な扱いを受けないかという不安のほうが強く、そちらのほうに関して、そういう不利な扱いをされないような仕組みをつくった上で考えてほしいというご意見がありました。
実際に初期集中支援という形ではあるのですが、医療機関でやられている、あるいは行政でやられているケースに関しては、今のところうまくいっているような感じで動いているのですが、包括の方に兼務という形で渡されている場合、初期集中という形のケースで受け取ってしまうと、事務量が増えてしまって、通常業務の処理のほうが早いということもあって、初期集中として上げてこないということもあります。いまだに相談も丸投げにされる事業所もあり、対象外として相談を受け付けていないというようなところも実際にあります。包括の業務の体制によって、若年性認知症コーディネーターがしなくてもいい役割をしなければいけないということになり、とても業務範囲が広がってしまって、負担が大きいという現状があります。
疾患医療センターとの連携強化につきましては、センターによって告知前からコーディネーターが呼ばれるところと告知後に呼ばれるところがあり、どちらがいいということではないのですが、現時点では告知前のほうが関係性などでスムーズにいっているかなと感じています。
もう一つは、医療センターに関しても、PSW が軸になっていますと、その方が辞めたときにがくんと動きが遅くなる。もともとは 10 数名でやっていたのに、ワーカーさんが変わった時点でゼロになるということもあります。
奈良の場合は、大阪、京都というふうに働いているところが奈良ではなかったりするので、受診先が大阪、京都になってしまうと、コーディネーターがかなりの距離を行かなければいけないので、その辺の負担も出ています。
病院によっては、担当医やワーカーさんは理解されているのですが、院長、副院長等がコーディネーターと連携する意味が分からないと言われたこともありました。ただ、ピアサポーター等々からの説明を受けることによって、少し理解は深まってきたかなと思っています。
就労継続に関しては、会社の規模によって継続のあり方というのはすごく違うと思っています。産業保健師さんがいる場合はスムーズにいくケースが多いのですが、やはり中小企業になると非常に関与しづらいという状況があります。規模が大きい場合は仕事の継続のためのミーティング

になるのですが、中小企業等になると退職ありきのミーティングからスタートするので、その辺りの違いはあるかなと思っています。
あとは、これは企業さんからの話ですが、データが欲しいのではなくて、職場内でデータを生かした作業内容の工夫等を教えてほしいと言われることが多いです。これは僕も高瀬さんに教わらないといけないのですが、企業側からすると、ジョブコーチに対してあまり効果的と思っていなくて、実際に進行するという状況で、前半部分に入られても後半はどうするんだというような話があったり、逆に作業療法士など近隣の人を使いながらやれないかというご意見があったりします。
社会参加活動支援の強化に関しては、退職直後の部分に関して、当事者が能力を生かせる場を必要としているのですが、例えばハローワークに行かれて、ハローワークのほうは実数的に認知症の把握はゼロだけれども、コーディネーターとしてはハローワークに 5 人行っているのを知っていますと。その差は、本人が就職に不利になるようなことを言うわけがないでしょうということで、病名を伝えていないということもあります。実際に、障害者雇用、あるいは福祉就労みたいな話をその時点でしても、そういうところには関心がないので家でゆっくりしますということで、ここで一回空白が起きます。1～2 年後、家でたくさん過ごすことによって、社会との距離もでて、本人の居場所がどこかにないですかとご家族が相談に来て、ここから再度活動的な場のニーズのところに入ります。そのときに福祉的就労につなぐということはあるのですが、その直後にすぐに使える資源がないので、地域共生社会をつくる上で、認知症だけではなくて、ひきこもりの子たちや若者たちの一体的なものをつくらない限り、この直後の居場所を増やすことは、若年認知症の人の数からも難しいのではないかと思っています。昨年の 10 月に労働者協同組合法等もできましたから、新たな取組みの中で、直後の体制、能力を生かせる場を今からつくる必要があるのかなと思っています。
活動的な場に関してはかなり増えてきたとは思っています。その中で、重層支援の対策もここにはまってくると思うので、これから数は増えていくのかなというイメージはしています。少しケアが必要、あるいは要支援という方たちが地域で居場所を必要としたときに、現在総合支援事業でほぼ利用者がいないという環境がありますから、ケアが必要なのに、地域側でその方を見続けなければいけないという負担が大きくなっているので、ある程度要支援になったときの居場所づくりは、総合支援事業の中、あるいは社会福祉法人等の地域貢献事業に対して、子ども、若者、障害等に対しての偏りが強く、なかなか若年性に対しての体制というものがないので、その辺り、啓発みたいなものがあったらいいなと思っています。
地域の連携体制に関しては、同じ制度ですが、どうしても現場の各組織の解釈が違いますので、連携が取れない。点と点はあるけれども、なかなかつながらないというのが現状あります。なので、結局はすごく負担を背負っている事業所があったり、逆に利用者をある程度放置するような状況、はざまを生むような状況ができたりというふうになっていると感じています。
もう一つは、もう少し地域共生社会のほうで考えていったほうが、やはり場のシェアや共存共栄の考え方、他分野や世代を超えたつながりの仕組みから行かないと、若年認知症の人の数から考えると単独でつくるのは難しいので、そういうことを考えたほうがいいのかなと思っております。
啓発活動に関しては、実際に情報提供は進んでいる部分は進んでいると感じていますが、中小企業への啓発が弱いという声は多いです。

もう一つは、一般の企業の方々が認知症の研修を受けるときに、認知症の理解という話はとても遠くて、参加してもあまり聞いていないという声を聞いています。もう少し認知症になったときのお金や経済的問題、その方々の生活に近い部分から認知症の話をしたほうがいいのではないかという声もあります。
意思決定の支援に関しましては、ケアマネジメントについて、本人さんたちからは、医師の判断で本人の意思が可能というときは、家族に同意を得ないでほしいというような声があったりします。
あとは、都道府県等の市町村もそうですが、若年性認知症のネットワーク会議、行政計画の策定などをする場合には、必ず本人らが参加するということを決めてほしいというふうに言っております。
コーディネーターに関しましては、先ほどのように、初期集中支援のあり方や包括支援センターで、すばらしいところはすばらしいのですが、全く関与しないところも現実にあります。そういうところの整理がしっかりできていけば、もしかしたら今の予算内でもできるかもしれないですが、よそのところまで業務が広がっていくような状況では、やはり職員がもたない状況があります。都道府県でも委託費の格差が非常に大きいと思っていますので、何か国のほうでも基準額みたいなものを決めることができないのだろうかということも話の中では出ています。
あとは、地域に本当にたくさんのコーディネーターがいすぎて、一体どこに誰がいて、どんな仕事をしているのかが全く分からなくなってきているので、地域の中で全コーディネーターによる交流会、共同勉強会みたいなことを実施していったほうがいいのではないかというふうに話をしております。
以上です。
鷲見　ありがとうございました。
それでは、続いて沖田先生、よろしくお願いいたします。
沖田　私たちの NPO は、2006 年に若年性認知症を支援していた家族の交流会が 2 つありまして、そこが合同で始めた NPO です。ですので、コーディネーターも、ずっと若年性を支援してきて受けたという経緯があります。
2016 年から大阪府のほうから若年性認知症コーディネーターの委託を受けているというのが一番大きな 1 つ目の仕事です。去年度は、新規のケースが 95 件、コロナになってからメールとかがとても増えたのですが、総数は 1,000 件ぐらいあります。今年も同じぐらいの傾向で終わるのではないかなと思っています。
事業としては 5 つの柱があります。
1 番目に若年性認知症支援コーディネーターの中では、もちろん相談の仕事を、訪問から面談等もしていますし、医療との連携は、中西先生がいらっしゃった疾患センターの一つである弘済院附属病院にはコーディネーターの委託を受ける前から本人支援で行かせていただいていたので、コロナの後も個別相談という形で定期的に病院に行かせてもらって相談を受けています。大阪市内のもう一つの疾患センターからは、相談員の方からメールで相談があるという状況です。
あとは、企業等と連携したり、高瀬さんのいらっしゃる地域障害者職業センターと連携して就労支援も行っています。
ただ、大阪府の場合は、はっきりと「企業にまだ籍がある方だけを（支援の対象と）します」と

言われているので、先ほど言われていた再就職の支援というのが望めない状況にあります。また、いろいろなサービスを利用するための支援というのも必要なので、そういう支援も行っています。2 番目の大きな柱としては、藤本先生のところにも勉強に行かせていただいて、生きがいとしての仕事の場「タック」というのを 2015 年ぐらいから継続してやっています。大体 10 名前後の方が今も週 3 回通ってこられるという状況です。

先ほど若野さんが、いろいろなサービスを診断後に紹介しても 2 年後ぐらい家にいると言われていたように、すぐに使えるサービスや使いたいサービスがないんです。タックという活動は、「明日からでも来てください」と。介護保険にも位置づけていないので、本当に NPO 独自で資金を調達してやっているサービスです。仕事の場と言うから来られているのだと思います。ただ、お金は分配できるほど儲かっていないし、失業保険を受けている方や傷病手当中の方が来られているのでお金の分配はしていないのです。例えば今は車椅子の掃除を始めていて、それの交通費など、そういうものに使っています。また、今日は 1 個しかしてきていませんが、こういうクルミボタンをこつこつつくって売っています。コロナでこれも売れなくなってクラウドファンディングしたりしているのですが、そういう彼らのボランティア活動による資金を主にして活動しています。

ここはずっと来てもらうということではなくて、ほかに就労再開できる方はもう一度会社に戻っていただいたり、福祉的就労につながる方は地域の福祉的就労につなげていったりというのがあります。

私たちの大きな柱の 3 番目は、本人や家族の交流会です。これは月に 1 回やっていて、2 つのグループは NPO になってからも別々に活動していたのですが、コロナで全く単独ではできないということになり、財力的にも人力的にも難しくなったので、ファイザーさんとかの助成金を受けて、今、オンラインを隔月に、リアルを隔月にという形で継続しています。

また、私たちの仕事の中から見えてきた研修や、何かつくりたいというような就労のためのアセスメント表、意味性認知症の人のための言葉のサポートブックを、中西先生などにも助けていただいてつくってきています。

うちの大きな柱の 5 番目は、2022 年の 10 月から大阪市が若年性認知症支援強化事業というのをはじめまして、それを受託しました。大阪市内の 24 区全てに初期集中支援と推進員が配置されて、推進員の人たちは若年性認知症の担当と言われているのですが、若年性の相談がゼロの区もありますし、大変相談がある区もあります。それはかなり推進員の資質にもよるのではないかなと思います。この事業があったから、今は推進員に積極的に働きかけていけているのですが、府内の状況は、例えば包括さんと推進員がどこにいるのか分からないとか、コーディネーターという人が若年性の支援で特別にいるなんて知らなかったとか、府内のある市から言われることもあります。私たちも積極的な推進員には関わっているのですが、今回大阪市の事業が位置づけられたので、知らん顔できないような状況になっています。どちらかというと、推進員からケースが上がってくるより、私たちのほうが相談でケースを知っていて、紹介して一緒に連携して歩むという形になります。

コーディネーターは、大阪は 2 人しかおらず、あとは事務員を雇わせてくれと言って、事務員の人が何人かいらっしゃるという形です。先日岩手に行ったときに、疾患センターにコーディネーターさんがいらっしゃるのですが、結局外にはあまり出ていけない状況のようで、各県にたくさ

んコーディネーターを置いたからといって解決する問題ではないと思いました。
推進員さんや初期集中さんともうちょっと連携できるような位置づけを大阪市の事業ができたので、こちらも積極的に人を雇い、働きかけにも行き、研修もするというような形になっているので、やはり単独の事業ができて私はよかったなと思っています。
テーマの中で、意思決定支援を 6 番目に挙げていただいていますけれども、これも個別に関わるタックみたいな、定期的に来ているような居場所で一人一人に関わりを持ち、その中からライフストーリーを聞き取ることで、それぞれサービスを使わないことを選んでいる理由というのもあるのだなとすごく感じます。意思決定支援は、意思決定ができないときでは既に遅いので、初期から関われる場というか、社会参加の居場所が地域の中にできていくことが大事で、疾患センターでやっているところももちろんあるのですが、疾患センターだけにそれを任せるとなかなか難しい状況があるのではないかと思います。
先ほど若野さんも言われたように、地域でいろいろな形の居場所、地域共生社会の中でいろいろな課題を持っている人たちと一緒になれるような場所というのがもっと生まれていったらいいなと思います。
どうもありがとうございました。
鷲見　ありがとうございました。
お二人どちらもそうだと思いますが、いろいろな資源がある程度できているのですが、それぞれが完全に機能していない上に、さらに連携がうまくいっていない、「連携」という言葉はあまりいい言葉ではないかもしれませんが、うまく線としてつながらないところがあるというご指摘だと思います。ありがとうございます。
それでは、この老健事業の事業そのものの委員会の委員長を務めていただいている森先生に一言ご意見いただければと思います。
森　長岡崇徳大学の森です。
栗田先生の若年性の調査の結果を 7 項目にまとめられて、非常に実態を浮かび上がらせていただいたというのが、私どもにとっては一番大きな根拠になろうかと思います。実際大きな問題点が残っておりますけれども、7 つによく整理していただいたということで、大変勉強になりました。
私個人も、40 年間以上ずっとアルツハイマー一筋で取組んで参りました。その結果、若年性疾患に焦点を絞ってきたことには、それなりの理由がございます。この中で研究をどのように推進してきたかというと、孤発性が今は 700 万人～800 万人ぐらいになっていると思うのですが、認知症全体のごく一部が若年性認知症というわけですが、この若年性には、孤発性、晩発性を含めて認知症全体の問題をぎゅーっと無駄なぜい肉を取った問題が集約しているのが若年性認知症だというように考えております。
さらに、若年性の問題をさらに結晶化させた状態が遺伝性疾患となっております。世界での認知症の基礎研究は、ほぼすべて遺伝性研究を中心に展開してきております。例えば、モデル動物はいうまでもなく、モデル細胞でも遺伝変異情報を駆使することで、問題解決が加速化されています。遺伝性アルツハイマー病というと、極めて特殊な例ではありますけれども、孤発性全体を見渡す非常に有益な情報が詰まっております。この世界最先端の臨床研究が DIAN 研究というのですが、そこまで行きますと皆さんからはほど遠い存在になりますので、若年性に絞って、私の立場からと、老健事業のこの若年性の対応についてコメントさせていただきたいと思います。

まず、栗田先生のご発表にもございましたように、若年性発症は、認知症全体の１％以下と人数が圧倒的に少ない。それがゆえに、認知症としての若年性の存在といいますか、認知度が非常に低いことを強調しておきたいと思います。これがいろいろな意味で社会活動の妨げになっています。診断が遅れるのも深刻な例です。若年性の患者さんが、ノイローゼやうつと診断されたりして、正しい認知症の診断に結びつかない。また、慣れない診療科におきましては、認知症というところまでたどりつかないという場合も聞いております。これは栗田先生のご発表にもありましたね。

要するに、認知度が非常に低いというところが一番問題で、今日は厚生労働省の先生方がいらっしゃるので言いにくいのですが、施策がオレンジプラン、新オレンジプラン、大綱と進化してきた中で、若年性認知症はどこに行ったんだろうと思っております。特に、大綱になってレベルアップしなければいけないのに、新オレンジプランでせっかく指し始めた光が大綱では、ごっそり言葉が抜けている。言葉がないがゆえに非常に対応されにくくなっている。この結果、行政の指導が悪い意味で現場に生きてきているのではないか。それが非常に大きな課題かなと私は常々考えてございます。それがゆえに、診断のところ、社会的支援のところも脆弱になってきているのではないかなと思っております。

今は、お話がございましたように、発症年齢が若いがゆえに、男性、女性それぞれの問題点がある。要するに、仕事ができなくなることで一家の収入源が激減する、家事・育児ができないことで家庭が崩壊する、家庭にお父さんがいると非常に困るなど、いわゆる居場所の問題も出てきます。これは家における場合だけではなく、会社における居場所の問題も出てきます。そういうことで、大きな問題が出てきます。

また、逆に、若年性でございますので、お年寄りの発症と違いまして、体力がある、元気があることに伴います問題点も出てきます。ある意味で非常に難しい症状が出る場合がありまして、うつ状態、やる気が出てこないこともあります。そういうことで、非常に難しい側面が出てきます。

今迄ご議論いただいた中で一つ抜けておりましたのは、ご本人、家族が孤立化していることが意外と見過ごされているのではないかと思います。普通の孤発性、晩発性、お年寄りの認知症の場合は、社会的認知度がこの 10 年、20 年でかなり進みましたので、受け入れる体制もありますし、社会的な受容性と寛容性が醸成されてまいりましたけれども、一方、この若年性認知症に関しましては、その認知度が低いがゆえに、社会から特別視されてしまう。それどころか、例外的と言う点で、特別視されることがあります。

例えば、今、栗田先生から、家族会の情報提供が非常に大きなファクターだとご紹介頂きました。確かにそうなんですよね。いろいろな知恵を「家族会」の方では共有して、本当に先輩のご家族は新しく入ってきた家族をサポートしていらっしゃいます。全国各地域で、家族間同士の助け合いというすばらしい活動をされていると思います。

同時に、若年性の家族の方が家族会に行ったときに、なじめないという問題があります。「私の旦那は」と 60、70、80 歳ぐらいの方が言われる場合はいいのですが、40 歳ぐらいの奥さんが来られて「うちの旦那は」と言っても、全く異次元の世界になっているということから、ほとんどの場合、なかなか家族会のメンバーには定着しないのではないかと私の経験で感じました。大阪と新潟での経験でございますが。家族会にも入れないということで、ますます孤立化してしまうということがございます。

その辺のところ、サービスへのバトンタッチ、介護保険に至るまでの数年もしくは10年ぐらいのバトンタッチはどうするかということも踏まえまして、今後対応していかなければならないのかなと考えてございます。
若年性認知症の問題は、若年期だけの問題という観点で取り上げるのは不完全であり、将来の高齢日本社会が抱える社会ダメージをより少なくするリスクマネージメントという視点からも取り上げられるべき課題と考えております。その例として提案させて頂きますと、軽度認知症の患者さんがより重度の認知症患者さんのケアをして頂くようなドミノケアのシステムを社会的に構築できれば、若年性認知症当事者にとっての居場所にもなるし、仕事にもなるはずです。これは労働力不足の深刻化する明日の日本にとって、一つの解決策の模索のヒント、ノウハウともなると信じて疑いません。このように若年性認知症への理解、対策を進めることは、認知症だけの問題に留まらない先進的な取組みとなる事を申し上げておくことをお許し下さい。
一旦ここで置かせていただいてよろしいでしょうか。
鷲見　もちろん結構です。どうもありがとうございました。
少し時間を限ってしまったので、申し訳ありません、皆さん方十分に発言し切れなかったかもしれないのですが、今、一通りご発言いただきました。
実は僕も質問がいっぱい出てきてしまったのですが、この後、今のそれぞれの先生方のご発言に対しての質問でもよろしいですし、今日は厚労省の方にせっかく入っていただいているので、ぜひ厚労省の方からも質問していただければと思います。メンバー同士での討論、それから厚労省からのご質問をお受けしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いします。
いかがでしょう。まずどなたか口火を切っていただかなければいけないのですが。では、どうぞ。
和田　ありがとうございます。大変貴重なご意見をたくさんいただきました。
改めまして、今回大綱の中間評価を終えたところでありますが、大綱施策のさらなる推進と新しい動きの中で、今日いただいたご意見をどう入れていくかを考えながら聞いておりました。
私から質問が2点あります。若年の方は昔からいらっしゃる中、粟田先生のところで有病率を出していただいて、それによって施策の対象を区切ったということですが、最近の動きとして、改めて有病率を取り直してくれというわけではないのですが、若年の方の何らかの事情変更があるのか、それとも昔からある問題が顕在化しているだけなのか、という質問がまず1点。
2点目、若年性の方に対しては、福祉的アプローチ、就労的アプローチ、医療的アプローチの3つが連関していかなければならないと思うのですが、いろいろなサービスが、まさに皆様のお話にあったように、それぞれ単発でぱらぱらとある。それがつながっていないということがまずは一番の問題だと思います。そこをつなげていくために、どのような仕掛けがあり得るのかということを質問させていただきます。
鷲見　ありがとうございます。これは2つの質問のどちらかに答えていただく形でも結構ですし、両方答えていただく形もあるかもしれません。
藤本先生、何か。
藤本　33年ずっと若年を診ていますが、社会的に周知されるようになってきているのは確かだと思います。平成24年のモデル事業をやった頃は、受診にもためらいがあり、診断されてもイエローカード的な受け止め方、企業に伝えてもらっては困るという雰囲気がありました。最近は企業に伝えてほしいという依頼が多くなっていますから、受診への門戸は開かれてはきていると思

います。
ただ、有病率がどうかは分かりません。受診の数で言うと、うちのクリニックへの受診自体は減っています。若年者の初診が年間 100 人ぐらい来ていたのですが、今は 40～50 人です。それは恐らく受診先が広がってきているからなのかなと思います。なので、後の質問にも関わるのですが、一つは支援は面として広げなければいけないと思います。受診先とコーディネーターは今広がりつつあって、若年性認知症の人の居場所も県内で今 13 か所あり、仕事の場的なものが広がっています。
それから、もう一つは、介護保険との連続性ですよね。58 歳で受診しても、15 年たてばもう 70 代半ばです。これを若年性認知症と言うかどうか。発症は若年ですが。そうすると、70 代の人がいる場所に交じっていくわけですから、若年の認知症の人を連続してずっと支えられるような仕組みをつくらないといけない。若年の支援の喫緊の課題は、早期診断や初期支援ですけれども、同じように大切なのが、診断後継続して 10 何年支えられるような仕組みだと思います。
それから、「若年認知症支援者見える化事業」というのを滋賀県がやっていて、研修を受けた介護事業所が若年認知症の支援をしますということを表明しています。今約３０か所手挙げでホームページに載せるんです。「若年認知症、受け入れます」みたいな。そうすると、初期支援の後がつながりますよね。
将来的には、若年性認知症という冠をつけなくても、その人たちが支えられる支援制度になるといいなと思います。少し先の将来かもしれませんけれども。
鷲見　ありがとうございます。
ほかに今のことに関して。はい、どうぞ。
沖田　私はちょうど介護保険ができるときに病院を辞めたのですが、そこは今、疾患センターになっている精神科の病院で、医療の認知症デイケアがあったんです。その頃から若年性の方が来られていました。だから、若年性の方がいらっしゃるというのは、私もコーディネーターになる随分前から具体的に存じ上げていました。
数としては、年々新規ケースが増えてきているのですが、それはコーディネーターが知られるようになったからだと思います。
診察して診断をきちんとつけてくださる先生は本当に名前が言えるぐらい限られている。それは一つの課題なのではないかなと思います。疾患センターが主にはなっているけれども、疾患センターを標榜していても全く診られないというところもあります。
もう一つのご質問で、サービスの 3 つをつなげていくための仕組みというのは、年単位で考えないということですね。短い時間ではなくて。私はおかげさまでずっと何年もその方と付き合って、ずっと付き合うといってもスポットスポットで付き合う時期があり、そのときに必要なことを支援していくのですが、私だけでも介護保険を使えるようにはならないので、ケアマネジャーさんにお願いしたり、障害の相談支援の方にお願いしたり、疾患センターで一緒に連携できる人や地域でケアマネさんをつくっていくことが大事だと思います。
私も府の担当者に理解してもらうのが難しかったのですが、コーディネーターがずっと電話に張りついているわけにはいかないんですよね。でも、それぐらいの予算しかついていないんですよ。コーディネーターというのは、非常にこれからの若年支援のキーになると思います。その人が電話の前でずっと待っていなければいけないと、結局訪問には行けないということになりますよね。

私が一番必要としているのは、その人が初めて相談支援の人と会うときには必ず同席する。それでうまくつながっていくので、やはりつながるための仕組みのためには、コーディネーターが動けるような配置ですよね。病院にいて病院から出られないということではないような配置とお金の支援が必要なのではないかと思います。コーディネーターの研修でも本当にかわいそうで、事務員もいないのかというようなことがあるのです。その状況をもうちょっと知っていただけるといいかなと思います。

鷲見　ありがとうございます。

栗田先生、どうぞ。

栗田　和田さんのご質問に対して、2 点要約してお話ししようと思います。

私もかれこれ 38 年ぐらい医者をやっているのですが、研修医の第一例がたしか若年性認知症、アルツハイマーの方で、その頃に比べると本当に世の中の状況はとても変わったというのは藤本先生が感じているとおりだと思います。

ただ、抱えている問題の本質は、僕は同じだなと。一言で言うと、藤田和子さんがおっしゃった言葉に集約されると思うのですが、まさに「空白の期間」でございまして、診断されようがされまいが、若年性認知症の方は、発症した後、長期にわたって何もない状況が続いていて、先ほど森先生がおっしゃったように、社会的に孤立して、その間にすっかり絶望してしまう。この本質的問題は今も同じであると。

新たな問題が出てきたかということをあえて言うならば、2 番目の制度間のはざまに陥るという話は実は近年出てきている問題で、なぜかというと制度ができたからです。制度ができると、制度というのは排除の構造と一緒にやってくるのであって、ある制度を使うと、ある人たちは使えなくなるということが起こってくる。先ほど若野さんが地域にはコーディネーターが山ほどいるとお話しされていて、これはまさに制度のはざまの一つの象徴であって、地域には若年性認知症支援コーディネーターや生活支援コーディネーター、何とかコーディネーターが山ほどいて、その人たちはある制度の中でつくられているので、その制度を超えるともう動けない、何も知らないということが起こってしまう。これが今日のまさに地域共生社会と非常に深く関係した大問題であって、この制度のはざまをどうやって乗り越えるのかということは、実は我々が直面している今世紀の最初の壁なのではないかと思っているところであります。

今、何となくそれを超えられているのが、さっき言ったインフォーマルな仕組みであって、制度の穴を埋めているものがインフォーマルな多様な活動で、そこに多分知恵があるのだろうなと。ただ、このインフォーマルな活動を制度化すると、また使えなくなるという大問題があります。制度がないとお金が流れないのですが、どうやって制度のはざまに排除の構造をつくらない活動を支援していくかということが大問題だなと感じるところでございます。

今のところ答えなしでございます。

鷲見　大事な点だと思いますし、恐らく厚生労働省も同じ問題を意識しておられるのではないかと思います。というのは、先日企画官が来られたときだったかと思いますが、いろいろなものを縦につくってきたけれども、それを横につなぐ仕組みがそろそろ要るのではないかと。例えば研修もそうですよね。我々ずっと職種ごとの研修をやってきたわけですが、一つ一つの職種だけの研修をやっていると横につながらないんですよね。そういうことがそろそろ必要ではないかということを発言されていたので、そういうことを考える時期かなと。確かにいろいろなものがつ

くられたので、それをどうつなげるのかというのはこれから重要なポイントになるかもしれないと思います。
今のご質問に関してどうですか。どうぞ。
若野　皆様のおっしゃるとおりの部分と、僕がもう一個別に考えているのは、やはり代表や社長の考え方かなというのがあって、現場の人たちがつながりたくても、その組織がつながらせないような状況がある。この辺りの方々に意味を分かっていただくやり方がないのかというのと、もう一つは、例えばいろいろな代表の方にこういう話をさせてもらうと、「いや、これからの社会、良貨は悪貨に勝てないよ」みたいな話をやはりされるわけです。もう少しビジネスで考えないと、「効率の悪い採算性のないようなことなんてやめなさいよ」ということを僕らは言われやすい。実際のいい事例ではなく、なぜご家族、ご本人が放置されているのかというのは、僕らはご本人やご家族から聞いているのですが、そういうお話は多分こういう場には出てこないので、逆にそういう声が集まりやすいような仕組みはないのかなと思っています。
言うとよく怒られるのですが、僕らは普通に相談員でもどんな企業でも、お客様の声を聞きますよね。ご飯を食べに行っても。僕はそういう声を聞いてもいいのかなと。それは批判ではなくて、僕はこういうことができていなかったということに気づくことにもなるので、もう少し本音の部分が見えてくると、取組むポイントというのが明確になるのかなと思っております。
鷲見　ありがとうございます。これもいろいろなところで上がっているかもしれません。そういう組織を運営する人の理解がどのくらいあるのかというのは、当然現場にはめちゃめちゃ影響が大きいので、これはどんな組織でも多分そうではないかと思います。
あとは、どうしても医療や介護の世界というのは利益率がめちゃめちゃ低いので、一般の企業の方から見たら全く信じられないような利益率でやっているんですよね。僕らも企業の方と話すとびっくりされます。「そんなに利益率が低いのをどうやってやるんですか」と言われることがあるのですが、僕たちはそういう世界に生きているので、逆にあまり利益率のことを言われるとついていけなくなるんですけどね。
ありがとうございます。大事なご指摘だと思います。
森　行政サイドへの無理な御願いとなるかもしれませんが、手帳等の柔軟な活用あるいは、医療面と福祉面の融合を探って頂けないでしょうか。患者、家族にとっては、これら社会サービスの区別はないわけであり、若年であってもサービス適用における年齢の壁を撤廃して介護サービスを年齢に関係なく充分無理なく受けられるように変更するなど、不可能ではないように願っております。
鷲見　ほかにご意見がありましたら。どうぞ。
高瀬　2 つ目の連携のことに関して、地域で行ったちょっとした工夫をご紹介します。先ほどのお話にもありましたように、いろいろなコーディネーターがいるとか、いろいろ縦割りになっているところとか、当然私が今いる地域でもそういうことは多々あります。
その中で、一つの解決策として考えたのは、ハローワークや私たち、産業保健や障害者福祉サービス、そして若年性認知症支援コーディネーターの方など、いろいろな支援者が医療に対してどのようにアプローチをかけるのか。それぞれがいろいろなアプローチをかけているのですが、アプローチを担当するコーディネーターや私を含めて、それぞれにどういう役割があるのか、まずはアプローチをかける側が共有することが第一歩、次は一体的にいわゆる営業活動をしていくの

はどうだろうかということについて、昨年は地域のネットワークに関する会議の中で議論しました。発達障害の支援でも同様の話があったし、高次脳機能障害や若年性認知症の支援の中でもそういうことがあって、ここから始めていこうという話になったところです。少しずつ流れがスムーズになるように地域で知恵を寄せ合って考えていくことは大切かと思いました。本当にちょっとした取組みなのですが、そういうことを経験しました。

鷲見　ありがとうございます。一つの解決策としてですね。

ほかはいかがでしょうか。もちろん厚労省の側から改めて別のご質問でも結構です。

和田　ありがとうございます。後ほどもう少し雇用面と福祉面で突っ込んだ質問をさせていただきたいと思っております。

鷲見　分かりました。では、それは別途後でまた質問ということで、ほかにどうでしょうか。栗田先生、どうぞ。

栗田　若野さんにお教えいただきたい。非常に考えさせられる話がいっぱいあったのでいろいろ聞きたいのですが、まず一つは、認知症疾患医療センターがコーディネーターにつなげるタイミングが、病名告知の前のほうがいいだろうというお話ですが、これはなるほどと僕も思いました。しかしながら、医療機関というのは、診断をして、その情報をご本人、ご家族に伝えるというのが基本であって、それをしないで何かをするということはある意味ではあり得ないことなんですね。だけれども、それでも病名告知の前にコーディネーターにつなげたほうがいいと言ったのは、多分病名告知に配慮がないんだろうなと僕は感じました。そういう経験が僕もありますので。そういうことなのかどうか、お教えいただきたいなと思いました。

若野　そこまで僕も考えが至っていなかったのですが、疾患センターから「こういう段階だけれども、来ていただけないか」という形で行かせていただいているだけです。ただ、そこでご家族と「こういう仕事です」という話を事前にしておくと、その後の支援がすごくスムーズというか、途切れない形でやれることのほうが今のところ多いかなと。告知をされた後の支援で入ったときは、一時的に介入しないでほしいという形のほうが多いなと。まだケース的な事例も少ないのですが。感覚的な部分ですみません。

栗田　これは結構重大かなと思っています。というのは、私はこれから認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の方の診断直後の支援というものをきちんと可視化させて、ある意味標準化していくようなことを考えなければいけないと思っているのですが、そのときの第１として、配慮のある病名の説明、情緒的・情報的サポートということを言っています。これをしてからいろいろな支援につなげていくということが原則だろうと考えているところなので、そこのところをどのように考えていかなければいけないのかということで、今は答えがないのですが、非常に考えさせられました。ありがとうございます。

鷲見　ありがとうございます。そこがうまくいかないと、医療から離れてしまう一つのきっかけにもなりますよね。

また別の視点でも結構ですので、何か質問、ご意見ありましたら。はい、どうぞ。

若野　逆に僕が栗田先生にお聞きしたいのですが、僕らがすごくしんどい告知後のところは、心理支援的な部分がセンターの中ではあまりなくて、そのままご自宅にという部分なのですが、その辺り、何か。

栗田　全くそのとおりでございまして、多分多くの医療機関で、若年性認知症の診断をした後

に何もないということが起こっているだろうなというふうに予測されます。
実は、全国の認知症疾患医療センターの若年性認知症の診断後支援の実態調査をしています。その実態調査で行われていることを全部まとめると、とてもいい診断後支援になるということが分かったのですが、全部やっているところはほとんどないだろうという結論です。それをちゃんと書いてくれている認知症疾患医療センターもごく一部なんですね。
ですから、多くのところは診断後支援という考え方が非常に希薄なのだろうなと。診断して病名をつけて、最悪の場合には配慮のない情報提供をする。何もやることはありませんと言って帰すみたいな、そういう配慮のない診断後支援をしている可能性もあります。そこが大きな問題です。
要するに、診断後支援のない診断はすべきではない。これは 2022 年でしたでしょうか、ADI が「診断後支援」というレポートを出して、その冒頭に書いてあります。まさにそのとおりで、診断後支援がなければ診断すべきではないと。そういうことが、今はまだまだ広く行われているのだろうと。だから、若野さんみたいにそういう印象があるのだろうなという気がしています。
若野　ありがとうございます。どうしてもその後相談員さんも疾患医療センターから出られなくて、僕らコーディネーターが突然行っても相手にしてもらえないというか、関係性が全然できていないので、その辺のもやもやがありました。
粟田　それから、あともう一点、院長の理解がなければ何もよくできないということがたくさんあるという話があったのですが、こんなことを言うと不穏当ですが、院長は大体理解がないです。大きな病院の院長は何も知らない。これは確かにそのとおりです。
鷲見　なので、研修会参加を義務づけたりしています。病院の中に認知症対応多職種チームをつくるということをやっていて、これはまさに病院の中にそういう対応のチームをつくらなければいけないものですから、上の理解がないとできないんですよ。例えば看護部長が理解していなかったらできない。そういう病院幹部は、立ち上げのときの勉強会に必ず参加することを義務づけたりしています。効果があるかどうかは分かりませんけれども。
はい、どうぞ。
沖田　藤田さんが言われている診断前後の支援がない空白の時間をどうするかというのは、私が若年性認知症に関わったときからずっと課題だと思っています。
NPO をつくったときの大きな目標は居場所づくりでした。15 年の中で少しずつつくってきたわけですが、私たちみたいな NPO でそういう目的を持っている人たちが、全国でも少しずつ家族の人が中心という形でできていると思うのですが、それを制度化するとまた制度のはざまに落ちてしまうみたいなことが起きてしまう。
相談に来られて、「明日からどうぞ来てください」と言えるのが私たちのすごく気軽なところです。ただ、うちもずっと通ってきてもらうことはできないので、自分で通えてこられる間で、またお仕事に行けるようになったら、そちらに行きましょうとしているのですが、その間に自分の病気との付き合い方というのを非常に学ばれていくと思います。新宿のセンターさんもそれの先駆けだったと思いますが、やはりそういうところは必要だなと思います。
うちは、利用者さんからお金を全然もらっていなくて、プログラムによって材料費が要るものはもらっていることもありますが、そんなにたくさんの料金をもらわずにできています。そのやりくりは、聞かれたときにはいろいろ教えています。どうやったら NPO ができるのか、社団のほうがいいのか、そうやってやりたいというグループの人たちもいらっしゃいます。すぐに制度化

というよりは、当事者の中でやりたい人たちが地域でつくっていく。
全国的に広がっていくには、それの核になるのは本当は推進員さんたちではないかなと私は思っています。でも、推進員さんたちの中で経験が積まれるということは、都道府県の意識とも関係があるのではないでしょうか。大阪府では研修がされていません。やはり都道府県の意識を、若年性認知症のコーディネーターを置いたらそれで終わりではないという形で、もう一回若年性認知症のコーディネーターと連携するという推進員さんたちの位置づけを明確化してもらったほうがいいのではないかなと思います。
鷲見　ありがとうございます。
どうでしょう。ほかに何か。相互の質問でも構いません。まだ少し時間はあります。
はい、どうぞ。
藤本　インフォーマルなサービスが必要、それから介護保険のサービスがありますよね。うちはそのつなぎを含めてやっていますが、今最大の問題は、インフォーマルな居場所から介護保険サービスに移るときに、移りにくい。うちで言えば、仕事の場にしても、心理教育にしても、Hejにしても、仲間がいて居心地がよい場所になっているので、症状が悪くなってもうそろそろ家庭でも支援が要るだろうというときに介護保険サービスなどの次の場所に移行しづらいのです。居心地がよくて。現場のスタッフはそれを分かっているので、移行の必要性を随分言ってきます。でも、外来で診ていますから、「あそこがいいからやめさせないで」と言われると、自分自身が甘くて、「そうだね」と言ってしまっているケースがいくつかある。そのうち BPSD がものすごく出てくるんですよ。現状と実態が乖離してくる。どこかで病態を受け入れてもらわないといけないのに、僕が見通しが甘くて、何人か大変なことになってしまったというのが一つ。
もう一つは、つなげる先のデイサービスの受入れ態勢です。見える化事業で今３０ か所が手を挙げていますけれども、最初見える化事業をやったときは、事例検討の事例を出してもらって勉強して、そしてそこをホームページに載せようかという話をしていたけれども、なかなか参加事業所が来ないのです。「興味があれば来てください」「事例がなくてもいいから、取組む気持ちがあれば頑張って一緒にやろう」と言うと参加事業所が増えたんですよ。そこの敷居も下げないといけないと思います。
それから、もう一つは、若年だけをみますというのは駄目だと思うんですね。そんなに数が多くないので。高齢者が元気で活動できているデイサービスには若年の人も参加できるように思います。元気だから。そういう事業所を増やせばいい。外来でたくさんの若年の人を診ていて、他の地域の人のデイサービスへの参加でも最近困ったことはないんですよ。大体受けてくれますし、行ってくれます。だから、これは滋賀県のいろいろな研修や施策のおかげだと思うのですが、制度を使いながら制度のケアの内容が上がっていくといいのかなと思います。
我々が思っているのは、居心地の良さにあまり甘えない。時期が来れば、きびいしいことを伝えても、より適切な場所をお勧めしないとダメかなと思います。
鷲見　でも、そこは難しいですよね、そうは言っても。
粟田　介護保険の通所介護の中でも、若年性認知症の取組みをものすごく一生懸命やっているところがあるんですね。例えば BLG というデイサービスがあって、ここは若年性認知症の人が有償で働ける場を確保したり、非常に先進的です。ここでも先生と同じようなことが確かにあって、進んできたときに、ケアの移行が問題になったときが大きな一つの壁になる。通所介護だと限界

があるので。
東京都で、「若年性認知症の本人の通いの場をつくるガイドブック」というのを私どもでつくりました。先生にもご協力いただいて、そこで通いの場をつくるためのポイントをいくつか挙げさせていただきました。その中に、「ケアの場の移行について考える」という項目をつくったんです。若年性認知症は多くが進行しますので、通いの場に通えなくなるという段階がやがてやってきます。そのときのための準備を通いの場をつくる段階で考えて、通えなくなってから相談するのではなくて、早くから将来のケアの計画を当事者と一緒にやっていくことを進めるということを一応書いておきました。そういうことが、やはり若年性認知症のニーズに合ったサービスを開発するときには必要なのだろうと思います。

鷲見　なるほど。ほかはいかがでしょうか。森先生、どうぞ。

森　一服の清涼剤ぐらいのレベルの話で恐縮ですが、先ほどのご質問をちょっと蒸し返しさせてもらいます。若年の事情変更はあるのかということですが、あるとしたら、社会的な普及が一番大きいと思います。
それと同時に、ドクターの診断力の向上、これが大きいと思います。私は 70 歳過ぎていますけれども、大体私ぐらいの年齢かジェネレーションが上の人は、認知症、アルツハイマーの教育というのは、医学部で恐らく 6 年間のうち 30 分も受けていない。どんな内容かというと、名称だけの疾患分類どまりですね。アルツハイマー、老年期痴呆とか、恐らくそういう言葉だけの 10 分ぐらいの講義があっただけで、それで卒業して医師国家試験をクリアしている。もちろん患者さんも少なかった。これだけ普及してきたのは、孤発性の、高齢化に伴って普通の病気のポピュレーションが多くなったからということです。
ただ、沖田さんの話は 30 年ぐらいの話でしょうか、若年性の問題は昔からずっとあるんですね。僕が着手したときも、アメリカではアルツハイマーの論文がばんばん出るのですが、日本の医療界では「アルツハイマーなんてそんな珍しい病気、めったにないよ」というような時代だったんです。わずか数十年ですけれども。だから、診断名が「老年痴呆」になっていたはずなんですよね。それが、今は普通に 80 歳でもアルツハイマーという診断名に変わってきた。高齢者のアルツハイマーの発症のポピュレーションが大きくなったということは変わりましたが、若年性認知症に関しては昔からずっと変わらずあって、それが正しくキャッチできないということだと私は思っております。
それと、2 番目の連携の話ですが、これはちょっと言いにくいことですが、粟田先生がおっしゃったように、医療のところでの診断、告知、相談、説明、治療、その次にいわゆる社会制度のサポートやケアなど、ケアマネさんの世界に入りますよね。医療と福祉の連携というのは点数が全然違います。また基金のソースも変わります。そこでの切り替えがなかなか難しい。うまくいっているところに聞きますと、大体福祉のほうが犠牲になっている。そういうところはうまくいくんです。どうしてかというと、医療のほうが点数が高いから、同じことをやっても、例えば患者さんの送迎をやっても、医療のほうで欠点を回収する。同じことをしてもそのほうが点数が高い。でも、福祉のほうでは点数でカバーできない。特に、理事長などのトップ、経営者が医療と福祉の両組織を経営しているばあいは、まだ無理がききます。その場合は、全体のマスが大事ですので、そういうふうに医療のほうでカバーをするかと。藤本先生はすごく苦労されていると思いますが、実際にはどうでしょうか。

藤本　経営の面でも、医療と介護の両方で協力体制を取る必要があります。デイでケアしている人に認知症に関連するいろいろなことが起こったら、専門医療機関として、薬物治療やケアや家族支援などで支援します。また、デイサービスの間は、数時間、生活場面での様子がわかるので、症状の変動を見つけられます。レビー小体型の症状の変動がデイサービス中にわかることがあります。地域のかかりつけ医と連携していますから、最終的には看取りまで連携しているかかりつけ医が診るという流れをつくっていくことで、初期から、進行期まで、その時々で医療と介護が役割分担をしながら、全部の経過を支えていくことができる仕組みができます。医療と介護の取組みを少しでも信頼していただけるかなと思っています。

森　安い福祉の報酬をちゃんと手当てしようとすると、今度は医療のほうがなくなってしまう。これは結果的にはうまく回らない。だから、非常にアンバランスな状態が今の現実ですが、これで何とか動いている。一言で言うと、医療と介護の連携モデルの構築が欲しい処だと思います。現実には、きれいなことでやってしまうと、そっぽを向いてしまって動かなくなってしまうんですよね。これはどうしたらいいのか、僕も回答が出ておらず、和田先生の答えになっていなくて申し訳ないのですが。現実には、連携に関してはお金の話があるというのが大きなポイントの一つかなと、ちょっとコメントさせていただきます。

鷲見　ありがとうございます。

では、そろそろ新しい質問はありますか。中西先生、振ってしまって申し訳ない。

中西　今は厚労省の中西です。ご存じの方も多いと思いますが、私も何十年か認知症の外来をやってきて、若年性の外来もやっていました。2002 年から家族会、2004 年から本人の会、2011 年から教室をつくって、2014 年に初期集中が立ち上がった後、兼務の大阪市で 2016 年にチームに推進員を併置して若年性認知症の支援を強化する、先ほど沖田さんがおっしゃったように、その推進員たちをコーディネーターたちに指導していただくという事業を去年立ち上げた状態で厚労省のほうに今来ています。

私自身、１臨床医として、先生方皆さんがお話しされたこと、コーディネーターさんたちがおっしゃったことは、本当に身につまされる思いだったことだなと思って伺っていました。

今日はまだ議論に出ていない家事・育児支援についてお話したいと思います。最近就労支援は、まだ会社による差や地域の差は大きいのですが、ぐっと進んできて、一定、表に見えだしました。一方、私の大阪での経験ですが、本当に涙ものなのですが、お母さんが発症して、まだ小学生、中学生の子どもさんがいて、要するに「役に立たない嫁」という状況になって、田舎の老親の元に引き取られていくという、江戸時代か明治時代の感じがするようなお話がありました。引き取った親御さんも介護し切れなくなられて、多くは精神科の療養病床みたいなところに入られて亡くなるというような話があるんですね。全国で知っている先生でこの先生ならという方にご紹介するようにはしていたのですが、非常につらいことだなと思っていました。

その家事支援や育児支援という問題をどうしていくのか、特に介護保険サービスを使えない若年の方においては、大きな問題ではないかなと常々思ってきました。今日ここで何かご意見や、制度の整理が少しできたらいいなと思っておりました。よろしくお願いします。

鷲見　ありがとうございます。本当に家事も大事な仕事ではあるのですが、いわゆる就労というところから外れてしまうことがあるんですよね。実際には家庭に対する影響というか破壊力はめちゃめちゃ強くて、やはり主婦であったり、家事をやっている人がいなくなるというのは大変

な出来事なわけです。
この部分に関して、確かに今まであまり光が当たっていないなと思いますので、何かこの辺で先生方ご意見ございますでしょうか。
藤本　これは実際にあった事例ですが、高齢のお母さんが自分の娘を連れてこられて、「この子は荷物のように送り返されてきた」とおっしゃった。勝手に離婚させられた事例です。高齢のお母さんが、仕事につかざるを得なかったし、遠くから、クリニックに通院を続けました。もう一つは、もめている家族で、ご主人が離婚届を出そうとしました。これは出せるんですよね。本人の同意がなくても。市に情報提供していたので、市が止めたんです。それでも、何度か離婚届を出そうとするんですよ。最終はみんなで集まってもらって話し合って何とか解決しました。最近は、流石にそんなことはないでしょうが。
鷲見　それは行政の側でないと止められないわけですよね。
藤本　たまたまそれは情報提供していたので、「あれ」と思って行政が関わってくださいました。
鷲見　これは全然違うタイプの支援といいますか、違うことをやらなければいけないのかなとも思えます。
藤本　就労支援をしているこっちにこんなに山ほど家族の問題があって、そこも同時にやらないといけないんですよね。
鷲見　そうですよね。これに関連してヒアリングもさせていただいているのですが、そこでもそれが出ていました。その場合は、子どもへの影響も相当あるということが話題になっていました。一家の大黒柱で企業に勤めている方が辞めても子どもに対する影響はもちろん大きいわけですが。いずれにしても、若年性認知症の人の家族の問題というのはやはり非常に問題かなと思います。
藤本　見本になるべき姿が見えないですよね。思春期のときに見本にすべき両親、いわゆる親殺しをする世代が親殺しできないというのがたくさんありますよね。
鷲見　心理的にはそういうことですよね。
はい、どうぞ。
沖田　私は今まで主に介護保険や高齢者ケアでずっと経験を積んできているわけですけれども、そこで特に小学生未満のお子さんがいらっしゃる方の支援を児童相談所と連携してやることがありますが、高齢者に比べてとても支援が貧しいという感じです。
保育所に行っている 2 人が、違う保育所に行っているんですよ。今年の 4 月から一緒になって、お父さんが一度に送迎できるようになったと言っています。認知症の奥さんに子どもさんを見させるのは危険という状態の中で、それでも何とか今在宅をやっています。この間の交流会で言われていたのは、今、それでもご主人の会社に理解があって、自分が子どもを送迎していると。育児に対するサービスはほとんど使っていないというか、ほとんどない。いろいろ聞いたけれども結局使えなくて、奥さんにグループホームに入ってもらったほうが自分が働くには適しているかもしれないけれども、実は奥さんに今入っている介護保険や障害のヘルパーさんが来なくなったら家の中は回らなくなる。洗濯してくれる人、ご飯を子どもにつくってくれる人、奥さんが作っているのを助けるということで、ヘルパーさんたちが一緒に今ご飯をつくってくれているので。本当に若年性認知症の人の育児の問題から見える子ども支援の貧しさということは非常に感じます。小学校に行けば学校の先生が関わってくれたり、子どもたち自身で子ども食堂に行ったりで

きるのですが、まだ小学校に行かない子どもたちの支援というのは本当に貧しいなと感じます。

鷲見　その辺りの現状も必ずしもよくつかんでいないかなとは思います。先生方はもちろん経験豊富なので、いろいろ経験しておられるとは思いますが。

粟田　先ほどの AMED の調査では、62%の方が発症時に就労していたということで、38%の人は就労していないのですが、明らかに性差があって、就労していない方は女性が圧倒的に多くて、恐らく家庭の主婦の方が多いだろうということです。

私は女性の若年性認知症の方をたくさん診ているので、経験的なところもあるのですが、先ほど若野さんがおっしゃったように、まずは診断が非常に遅い。遅れがちです。家庭内にいるので、あまり支障が生じていないのか見えていないのかよく分からないけれども、家にいるということで、なかなか診断につながらない。中には、FTD の患者さんで、同じものばかりを食事につくるようになったのですが、たまたまお寿司とか高いものをつくってくれるので、3 年間それを食べていたという家族がいましたが、あまり支障がないということで、なかなか診断につながらない。それから、診断につながった後も、家庭内で閉じ籠もって過ごすのは、あまり社会的な問題が起こらない。もともと家庭内で過ごしていたので、そのまま社会とのつながりがなく、ただずっと家の中で過ごしている。そして、それなりに家事をやってくれるから、結構頼っているんですよね。それなりに家事をしてくれるので、家事をしてくれればいいだろうということで、かなりいろいろできなくはなっているけれども、そのままにされているという方が確かにたくさんいらっしゃいます。

空白の期間という意味では、ひょっとしたら女性のほうが深刻かもしれない。男性は結構 BPSD がいっぱい出てくるので、逆に支援につながりやすいというところがあるのかなという感じがしております。確かに実態がよく分からない。

それからもう一つは、ヤングケアラーの問題も絡んできます。家事を子どもたちがやらなければいけなくなるということで、ヤングケアラーの問題が顕在化しやすいのも女性の若年性認知症の方が多いのではないかなという印象があります。

鷲見　ありがとうございます。ここは本当に一つ課題になるところかなと思います。

沖田　コロナで認知症カフェができなくなったので、今まで私たちがすごく気になっていた人たちを集めて、カフェに代わるものをしようということで、女性の会というものをやりました。そうしたら、タックのほうには割と男性が来て、仕事というと男性が多いのですが、女性の会というとやはり来られる人が増えました。

何でタックに比べると女性が遅くなるのかなと思うと、連れてこられないということがある。一人では来られない人が結構いらっしゃる。なので、連れてきてもらうためにご主人の勉強会をしました。そうしたら、連れてこられるようになりました。その間自分もただ買い物に行ったりではなくて、制度の勉強とかができるから来られるようになって、先輩の男性介護者の経験談とかを話してもらったりして、去年結構早く就労 B につながったケースが 2 つありました。

女性の方は、おっしゃるように家庭内で困らなくて、男性は会社に行っていたのが家にいるというのは世間体も悪いみたいで、奥さんたちはすぐ連れてくるのですが、女性はすごく遅くなるなと思って、併せてご主人の勉強会をしたら、サービスがつながるのが早かったように思います。去年から始めたばかりなのでそれほどたくさんデータは取れていないのですが、そういうケースはあると思います。

鷲見　ありがとうございます。それも一つの解決策としてあり得るということですね。
何かほかにございますか。はい、どうぞ。
若野　もう一つ、経済力の問題があると思っています。きずなやは毎週 10 名ぐらいの当事者の方が来られるのですが、大体退職金をしっかりもらっているか、奥さんがそれほど経済的に困っていないような状況の方がたくさん来られています。本当に生活が精いっぱいだという方々はうちに来られていない。把握はしているのですが、僕らが送迎できないので、そういう部分はすごく不安には思っています。
奥さんが旦那さんを連れてくるケースは多いのですが、旦那さんが奥さんを連れてくるケースは、月に 1 回とか数か月に 1 回が旦那さんも限界みたいで、粟田先生がおっしゃるとおり、家で何もないし、子どもも見ているし、置いておいたら大丈夫かという感覚で、そこが放置になっているという状況がうちの団体のほうでもあります。
鷲見　ということで、やはり少し違うアプローチが必要だろうということだと思います。
どうぞ。
谷内　谷内でございます。どうもありがとうございました。大変勉強になりました。
感想なりますが、若年の方の空白の話がございました。現行制度を見ますと、介護は、介護の手間や保険事故なりに立脚してつくられていますので、どうしてもそういう状態像と違う。病気やけがを治す医療とも違うというところで、インフォーマルサービスが重要というのはそのとおりだと思うのですが、沖田さんの話にありましたコーディネーターの位置づけ、地位を高めたりすればするほど制度化になってしまう。本来、そこを自由にできるのがコーディネーターであって、インフォーマルさをなくしていくと、また誰がやるのか、ということになってきて、非常に難しい。コーディネーターのうまい動き方や連携は必要だと思うのですが、そこを制度化していくというのは逆のバイアスになってくるのかな、という感想を持ちました。
この点で、やはり就労や障害でやってこられたような長いサポートのノウハウといったものが介護保険や医療保険にはないのかなと思いますので、現行の施策のミックスで何かできるのかというのはまだ思い浮かばないところであります。若年だけの看板を掲げて新しい制度や補助事業をつくればつくるほど、また、、、という話になりますし、粟田先生がおっしゃる地域共生、地域で支えるとなると、人材も限られている中、新しい人や制度で動かしていくのは、数から見てもなかなか政策の点では難しいのかなと思います。本当に答えがないというのが感想でございます。しっかりと考えていきたいと思いました。
鷲見　ありがとうございます。どうぞ。
和田　追加質問をお許しください。まずは雇用に関して、若年の方、まさに正規雇用と福祉的就労のそれぞれのはざまにおちてしまって非常に困るという話をよく聞きます。それに関して、高瀬様から、まさにその人次第と言ってしまえばそれまでなのですが、もう少し制度的に、障害者就労の側の制度から見たときに何らかできることはないのかなと思っていて、その質問が 1 点目です。
2 点目は、まさに若野様、沖田様に聞いてみたいのですが、障害者福祉の側から何かできる点がないかと思っていて、そこについてご示唆いただければありがたいというのが 2 点目。
3 点目はコメントで、実は私はまだまだうつなどの中に若年性認知症の方が紛れているのではないかと思っていて、そういう方を見つけ出して、若年性と診断をしてこちらの世界に連れてくる

のが本当に正しいのかまだ迷っているところがあって、まさに空白があるということでは、まだまだ厳しいだろうなと。
他方、高齢の方はこれだけ認知度があって、認知症に優しい社会が大分浸透してきて、医学的アプローチよりむしろ社会的、共生的アプローチが増えてきたと思っているのですが、若年の方に関しては、やはり医学アプローチからその方の診断をして適切なところにつないでいくというところがスタートにならざるを得ないと思っているので、高齢の認知症の方とはまだステージが違うかなと思っています。ただ、今日は空白期間という言葉が出たので、すごくいいポイントだと思いますが、もう少しそういった点について何かご示唆をいただければありがたいです。
また 3 問増やして申し訳ないのですが、それぞれ、雇用、福祉、医療と順番に行ってみたいと思います。すみません。
鷲見　これはご指名があったので、高瀬先生からお願いします。
高瀬　私が雇用の分野を代表してお話しするのはなかなか難しいのですが、現場の経験を踏まえてお話しさせていただければと思います。
先ほど若野様からご指摘があったように、ジョブコーチによる支援と若年性認知症の障害特性との相性の悪さを指摘された企業の方がいらっしゃるのはよくわかります。ジョブコーチによる支援というのは、就職するときに集中的に支援して職場や仕事への適応に持っていくというイメージでは、徐々に症状が悪化する可能性がある若年性認知症の方に同じ流れでは単なる一過性の取組みですからちょっとずれている、効果的ではない感じはあると思います。
ただ、現場の工夫という形にはなるのですが、若年性認知症に限らず、障害のある方で、中高年齢になり加齢に伴う様々な影響が出る方がいたときに、ジョブコーチによる支援を改めて行う、再支援という方法で対応することがあります。ジョブコーチによる支援はナチュラルサポートへの移行というのが一つ基本的な考えです。外部からの支援から雇用している企業自体がうまく雇用管理できるように持っていくのがナチュラルサポートということになります。ただ、今、私が現場でやっている感覚としては、ナチュラルサポートという形になったとしても、継続的に状況を把握していく必要があるだろうと思っています。その際は様々な支援機関が連携して、例えば冒頭にお話ししたなかぽつセンターが長期的に状況把握する場合が多いですが、当初のジョブコーチによる支援により職場定着につながった様々な工夫を踏まえて対応できるためジョブコーチが状況確認を行うメリットがあると思っています。実際に、企業の方が課題の発生に気づいていないとか、課題をあまり取り上げない状況になっていた場合、対応のタイミングを逸しないようにフォローアップを継続することがとても大切になっていると捉えています。よって最近は過去にジョブコーチによる支援を利用された方ほぼ全員に、定期的な状況確認を始めています。その中でジョブコーチの視点から確認した変化に応じて関係機関と連携して生活支援を含めて検討することは、症状が悪化する可能性のある若年性認知症の方への支援にも有効ではないかと思っているところです。
先ほどの話ではないですが、まだそういったイメージを持っていただけないところもあるので、例えばジョブコーチ一つ取っても、職場環境の変化や加齢に伴う新たな課題の発生への対応にも力点をおいた、若年性認知症の方もその中に入ってくるような、ジョブコーチによる支援の新たな形の打ち出しもあってもいいのかなと個人的には感じているところです。
鷲見　ありがとうございました。2 番目の障害福祉の観点から、これは若野先生でも沖田さん

でもどちらでも。

若野　今実際にやっているのは、障害者福祉の中でも、知的障害の事業はかなり大きい事業をされているイメージがあります。知的障害者の方々だけではできない余剰の部分があったりするので、そういうところとインフォーマルが組み合わさってやっていくことは可能ではないかなと思っています。谷内さんがおっしゃったように、これをフォーマルに持っていくというより、インフォーマルで、ある程度資金を稼げるような仕組みの一つとしてそういう形を考えています。

もう一つは、これは難しいとは思うのですが、困窮者の対策などでも福祉的就労から中間的就労、そして一般にと行くのですが、若年性認知症の方の場合は逆になります。そうすると使えない部分もあったりするので、その辺りは何かいい方法がないのかと考えたりはしております。

また、そういう地域の中には、若年性の方以外にも制度上なくて困っているような他分野の人たちもたくさんいらっしゃいますので、何か一つ協働的な場をつくって、その人たちの能力を生かした仕組みの働き方ができないか。そういう場所に、例えば企業が投資みたいな形で対応できないのだろうかというふうに思っています。

例えば、今うちに非常に有名なところの営業マンがいるとした場合、その方が営業として働ける仕組み、例えばそれが出版会社であれば、うまくコラボして出版会社さんからそういう場に投資していただきながら、SIB に近いかもしれないですが、そのような仕組みを今後地域共生の中でつくっていける、そういうチャレンジをしていくことが大事なのではないかと思っています。

沖田　私たちの居場所は、ずっと来てもらうということは最初から言っていません。一人で来て一人で帰れるというのを基本にしています。送迎も捜索もしませんと最初から言っています。ボランティア保険をかけて、ここはボランティアの場ですということをまずご家族とご本人にご説明して、ピアサポートの時間や、やることのカレンダーみたいなものをつくっています。

本人たちに、めちゃめちゃ寒いから車椅子の掃除に行くのはやめようと言ったのですが、「行く」と言う。また、「今月は自分たちが行くと言ったから、今日行くよね」と言ったら、「そんなことは言っていない」というので、めちゃめちゃ流動的なのですが、そこも個性かと思って、毎度「行きますか」ということを聞きながらやっています。

そういう車椅子の掃除や地域の公園の掃除を始めたのも、今まで会社で働いていた人が急に障害者の人たちと一緒には働けないというのを何回も経験しているので、何か今までの働き方とは違うことを挟む必要があると思うんですね。この人は多分次に就労 B に行くなと思ったら、そこに通うわけではないのですが、事前に近所の就労 B さんに 2 時間ぐらい 1 週間行かせてくれないかと言って、うちのスタッフもつけて何人かで行っています。すごく手厚いケアになっているかと思いますが、今までの会社とは違う経験を挟むことによって、そういう障害福祉サービスにつながっているように思います。

私たちのところは大阪でも環状線からすぐそばなので、結構府内のどこからでも割と通いやすいところにあるのですが、それでも 1 時間、2 時間かけて通ってきたり、往復 1,000 円というお金をかけて来ていますが、お金も何も渡すものがない。そういうインフォーマルなサービスです。BLG さんはデイサービスでやっていて謝礼金を渡すという形ですけれども、うちは何も渡していないという中でも、「行きたい」「来たい」「ずっと通いたい」という人がいるようなところですが、いつかは地域のところに移行していこうと。

そのときに、繰り返しになりますけれども、推進員さんに、あなたたちは若年性認知症も担当な

んだということを、大綱の中でぼんやりしてしまったので、もう一度言っていただく必要はあると思います。地域のサービスは私たちはそれほど詳しくは知らないから、介護保険につなぐときにどんな特徴のあるサービスがあるのか、就労継続につながるときにもどんなサービスがあるのか、推進員さんと連携するのが一番現実的なんですよね。そこで経験を増やしていく中で地域に必要な社会資源ができていくと思うし、本当にいろいろなサービスからこぼれ落ちている人たちの協働の場というのがあるといいと思うのですが、なかなかそこも難しい。

うちもうつの方を受け入れたことがあるのですが、なぜかうまくいかない。同じアルツハイマーと前頭側頭型の方は何となくうまくいくのですが、うつの人が入ると何かうまくいかない。私は精神科に関わっているので、若年性認知症じゃないかしらという方から結構電話がかかってくるのですが、必ず、あなたの主治医がいらっしゃるなら主治医と相談してくださいと返さないと、今までの経験では精神障害の人が交じるとうまくいかない。認知症の軽い高齢者の人とはうまくいったりするんです。その人がリーダーになって率先してみんなを引っ張っていってくださったりするので。私たちもいろいろなことを試していって、その中でほかの方と連携していく方法がまた見つかったらいいなと思います。

鷲見　ありがとうございました。

では、最後の初期診断に関するところ、粟田先生からコメントいただけますか。

粟田　いい質問だなと思いました。実際うつ病と診断して、しばらくしてから若年性アルツハイマーと診断する人もいるし、統合失調症から FTD と診断する人もいるし、進行性核上性麻痺という診断になったりすることもあります。いろいろあるし、いろいろ経験します。

私は精神科医だから、連続線上にあるので、全然違和感なく支援できるのですが、とはいえ、先ほど沖田さんがおっしゃったように、うつ病の支援のあり方と若年性アルツハイマーの支援のあり方は私の中ではもちろん変えています。使う制度もそれぞれ変えてやっています。ただ、それは私の仕事が連続線上にあるから問題なくできるということなので、そうではないということになると、現実にはなかなか大変なんだろう、沖田さんがおっしゃったとおりなんだろうなと思いました。

先ほど谷内さんがおっしゃった話が結構本質的で極めて重要で大問題なのですが、本当はコーディネーションやケアコーディネーションという言葉は制度横断的であるという意味合いがあります。ケアコーディネーションというのは、英語圏ではケアマネジメントとかケースマネジメントとほぼ同じ意味で使われているのですが、全て制度横断的であるというニュアンスのある言葉なので、制度を横断できないケアマネジャーやケアコーディネーターはあまりよろしくないということになりますけれども、ただこれは難しいですよね。制度を横断するということはものすごい勉強とものすごい経験値が必要なので、言うは易しだけれども、なかなかできないのが現実なのだろうと思います。

だから、完璧なケアコーディネーターをつくることは不可能だと思っているけれども、考え方はそういうものなんだという思想というか理念は、ケアマネジャーやコーディネーターは常に持っていなければいけないのだろうなと思います。これはインタープロフェッショナリティと言いますけれども、専門職は他の専門職のことを知っていないと本当の専門職になれないという意味です。

そういうことを常に学んでいく、経験を重ねていくことをポリシーとして持っているのがコーデ

ィネーター、ケアマネジメントであるという、そういった人材育成が必要であって、それを踏まえた配置が必要ではないか。だけれども、さっき若野さんがおっしゃったように、地域に特定領域のコーディネーターがはびこっているので、大変困っている状況ということかと思います。

鷲見　ありがとうございます。支援コーディネーターを育成する我々の立場としては、本当に肝に銘じておきたいと思います。

それから、司会者として最後に一言ですが、栗田先生のように精神科医で今のような状況におられる先生方は非常にいい支援ができると思うのですが、我々のように内科医が初診で見ている場合は、なかなかそこは難しい。ではどうしているかというと、若年性認知症を疑った人が来たときには、必ず半年後とか 1 年後に再診をお願いしています。予約してもらう場合も中にはあります。つまり、ある一点で診断することが難しいんですね。もちろんそういう段階ではまだ軽いので、認知機能テストなんかは満点を取ったりします。「全然認知症ではないですよね」と言ってしまうことも可能なのですが、若年の方の場合は簡単に認知症ではないということもあまり言わないようにして、必ず半年後、1 年後に来てくれと言うようには心がけています。実際にそうでないと、だんだん症状が出てくる人は難しいんですよね。点で診断するのは難しいと常々感じているところであります。ですから、診断までに時間がかかってしまうのは病気の特性でもあるかなと思います。

皆さん方、ありがとうございました。そろそろ時間ではあるのですが、ここで何かもう一言ございますでしょうか。

藤本　治療と仕事の両立支援のための制度が始まったので、ちょっと今困っているケースは、さっきの居場所の移行期の問題と一緒ですが、就労継続が始まったときに、最終にその終了の時期を見極めるのが難しいと思います。本人は職場に行けているし、家族もホッするのですが、ただ、同僚など周りが大変だったりする。継続的に情報を把握して、「もう無理ですよ」というのをいつ伝えるかですよね。一旦仕事の継続をしているので、最終の退職の時期を見誤ると、またいろいろなトラブルが起こります。

鷲見　ありがとうございます。どうしても早期の診断のほうに目が行くのですが、今回いろいろと考えていて、終わりのほう、若年性認知症が進んでしまったときにもあまり焦点が当たっていない。例えば、その人が 70 歳になっていると、高齢者と一緒と考えていいのかどうなのかに関しても、実はまだあまり焦点が当たっていないという感じを持っています。ここも今後は考えていきたいと思います。

ありがとうございました。本当に貴重なご意見をいただけたと思います。今日は休みの日にもかかわらず長時間参加いただきまして本当に感謝申し上げます。また今後もぜひ皆様方のお知恵をお借りできればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、会を閉じたいと思いますが、何か事務局からありますか。

下中　ございません。

鷲見　それでは、本当にありがとうございました。

令和 4 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

令和 4 年度 認知症介護研究報告書

市町村における若年性認知症支援施策の促進に関する調査研究事業

発　行：令和 5 年 3 月
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

発行所：株式会社　一誠社
〒466-0025　名古屋市昭和区下構町 2-22
TEL(052)851-1171　　FAX(052)842-2824