

# 多様な症状の理解から始まる 若年性認知症の臨床

鐘本 英輝

大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター

# ⚠ 利益相反 (COI) 開示

講演料: エーザイ株式会社

原稿料: なし

コンサルティング料: エーザイ株式会社、テオリアテクノロジーズ

研究費: なし

その他: なし

# ✓ 本日のお話

若年性認知症の特徴

若年発症のアルツハイマー病の特徴

前頭側頭型認知症（FTD）の特徴

精神疾患・精神症状と若年性認知症

認知症基本法と若年性認知症

若年性認知症の人への職場支援

# 若年性認知症の特徴

# 若年性認知症の定義と現状

## 定義 (Definition)

- 65歳未満で発症する認知症の総称
- 平均発症年齢：51.3歳  
(働き盛りの世代)

## データ (Data)

**推計有病者数：約3.57万人**

高齢者の認知症に比べて圧倒的に数が少ない「希少疾患」

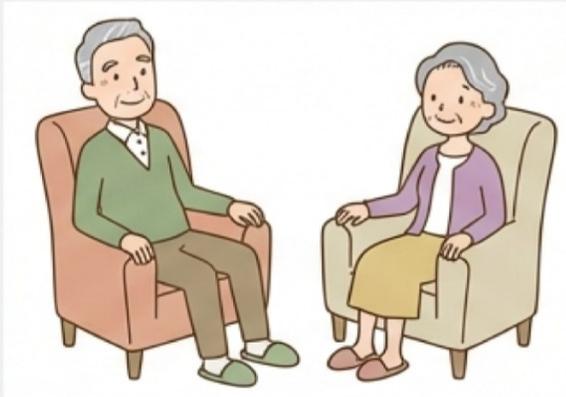
**有病率：人口10万人あたり 50.9人**

※30代・40代での発症も全体の約1割を占める

高齢者の認知症とは異なり、社会の認知度が低く、  
支援体制も十分とは言えない現状がある。

# ライフステージの違い

## 高齢発症（65歳以上）



リタイア後 年金生活  
孫の世話

## 若年性（18～64歳）

現役就労中

住宅ローン



子育て・  
学費

「親の介護」「子育て」「仕事」が重なる  
ダブルケア・トリプルケアの時期に直撃する。

# 経済面でのインパクトの違い

## 高齢者 (Elderly)

収入源：年金 + 医療・介護保険

収入は一定。  
支出（介護費用）の管理が主。

## 若年性 (Early-Onset)

収入源：給与所得  
(主たる家計の支え手)

診断後の退職率 約70%

世帯収入の減少  
約60% の家庭で発生

- ・住宅ローン残債
- ・子供の教育費

# 家庭への影響の違い

## 配偶者の状況

- 高齢者：老老介護（配偶者もリタイア済）
- 若年性：配偶者も現役。  
「仕事」と「介護」の両立が必須。

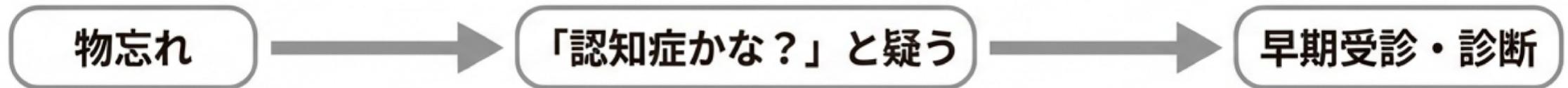
## 子供の状況

- 高齢者：子供は独立した大人
- 若年性：子供が未成年・学生。「ヤングケアラー」の問題が生じ、進学や就職など将来設計に影響が出る。

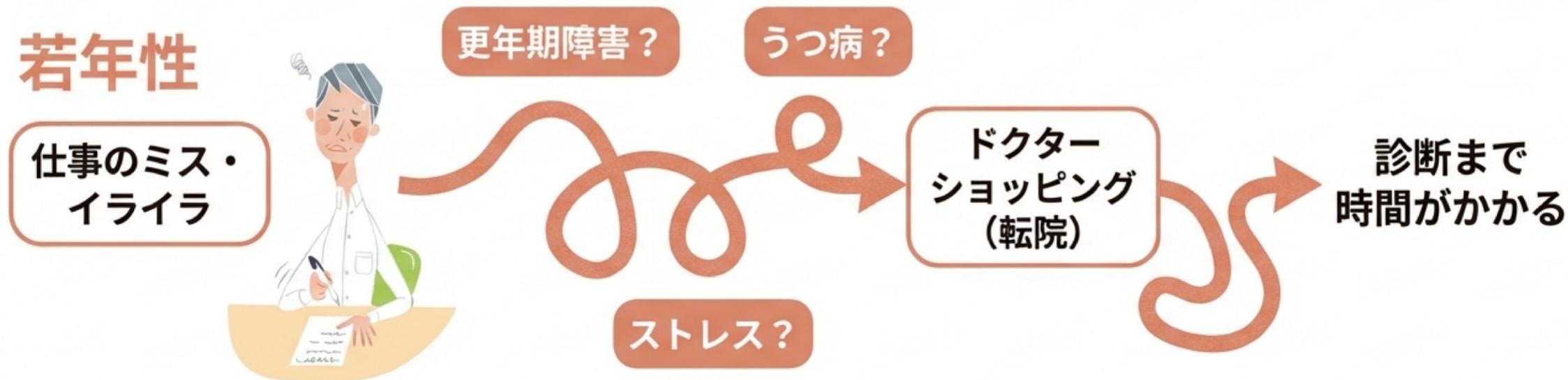


# 診断までの期間の違い

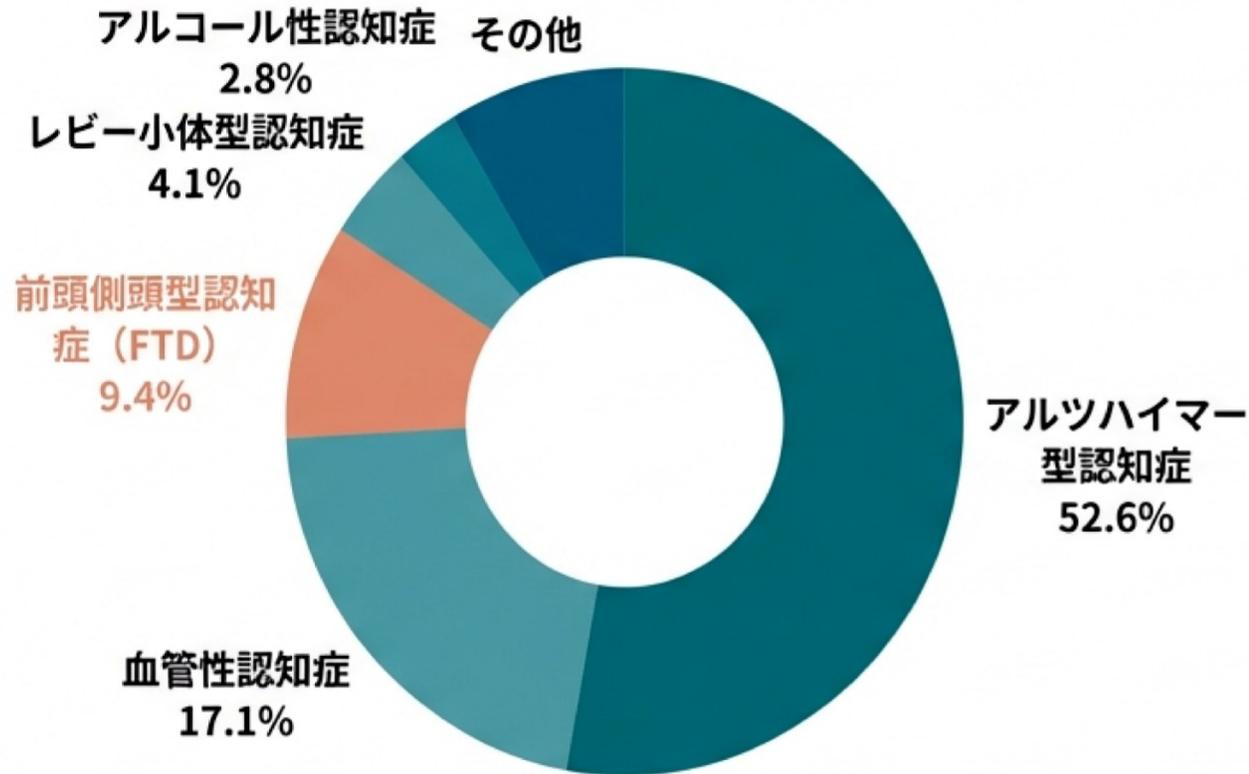
## 高齢発症



## 若年性



# 認知症の原因疾患



- **アルツハイマー型**：最も多いが高齢者より割合はやや低い。
- **血管性認知症**：脳梗塞などの後遺症。働き盛りの男性に多い。
- **前頭側頭型 (FTD)**：高齢者に比べ割合が高い。記憶障害より「行動の変化」が目立つ。

# 背景疾患によって異なる初発症状

診断名によって最初に現れる症状が異なる（770名の調査データより）



**もの忘れが多くなった（69.6%）**

若年性アルツハイマー型（EO-AD）で顕著（75.7%）。女性に多い。



**言葉がうまく出なくなった**

血管性（EO-VaD）（41.3%）や前頭側頭型（FTD）（31.3%）で多い。



**職場や家事などでミスが多くなった**

前頭側頭型（FTD）（49.4%）で最も多いサイン。

# 属性別・初期症状の傾向

女性

「もの忘れ」が目立つ



➔ 若年性アルツハイマー型  
(EO-AD) の可能性

一人暮らし

「言葉が出にくい」



➔ 血管性 (EO-VaD) /  
前頭側頭型 (EO-FTD) の可能性

男性

「怒りっぽくなった」



➔ 血管性 (EO-VaD)  
の可能性

就労中

「仕事のミス」



➔ アルツハイマー型 /  
前頭側頭型 の可能性

性別や生活状況によって、現れやすい「最初のサイン」には傾向がある。

# 若年性認知症の特徴



## 定義 (Definition)



65歳未満で発症する認知症の総称。

## 規模 (Scale)



全国推計患者数は約3.57万人  
(有病率は人口10万人あたり50.9人)。

## 二重の苦悩 (The Double Burden)



- 仕事：現役世代であり、管理職や熟練工として責任ある立場が多い。
- 家庭：親の介護と子どもの教育・養育が重なる時期。
- 経済：退職による収入減が家計を直撃する（診断後、本人の約7割が退職）。

# 若年発症の アルツハイマー病の特徴

# アルツハイマー病の初期像の多様性

## 最も多いのは記憶障害初発

- 健忘型MCIから認知症に進展

## 非健忘型の認知障害初発のタイプも

- 言語障害優位型
- 視空間認知障害優位型
- 遂行機能障害優位型

McKhann et al. *Alzheimers Dement* 2011

若年発症ADでは高齢発症ADに比べて、非健忘型初発のタイプの割合が高い

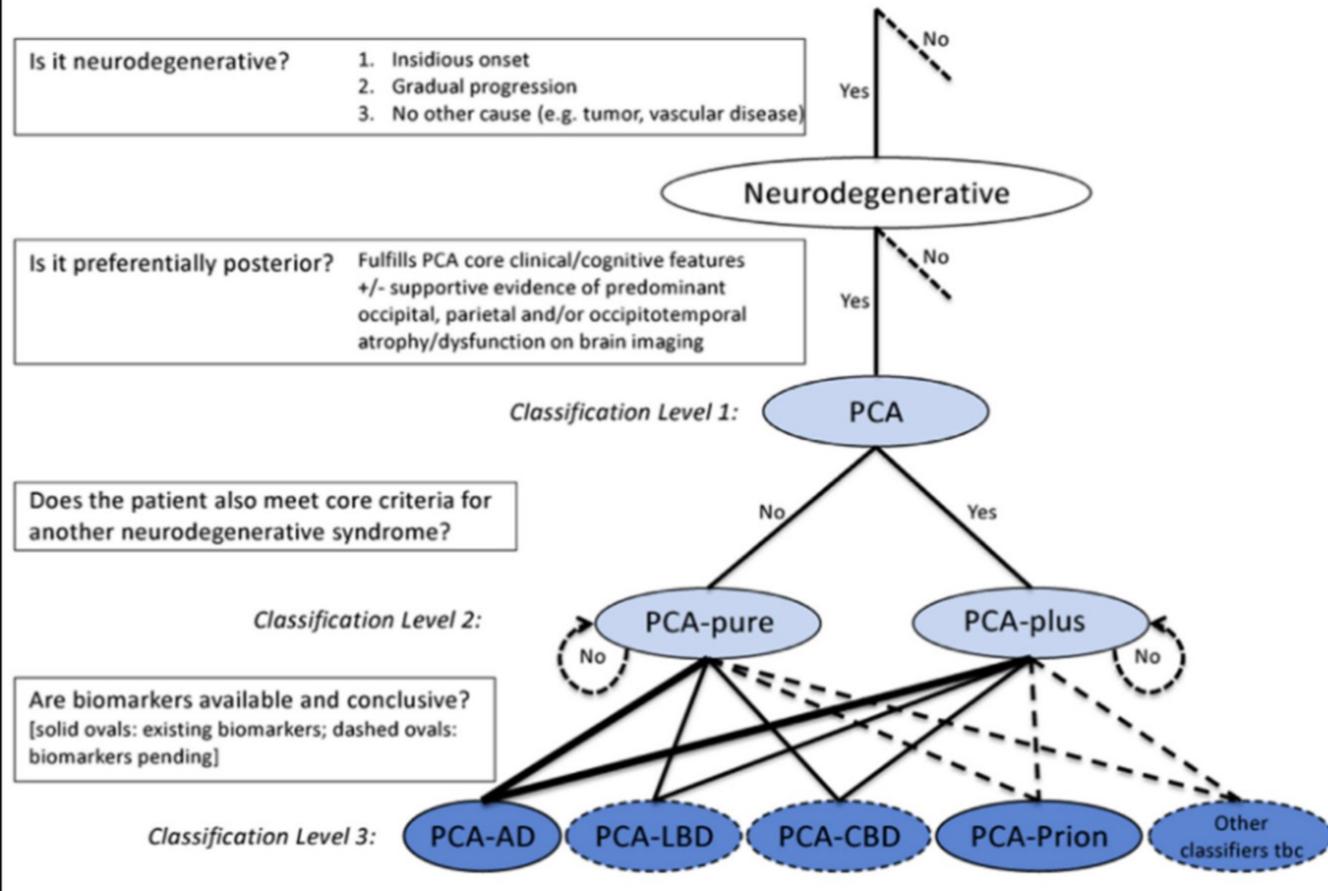
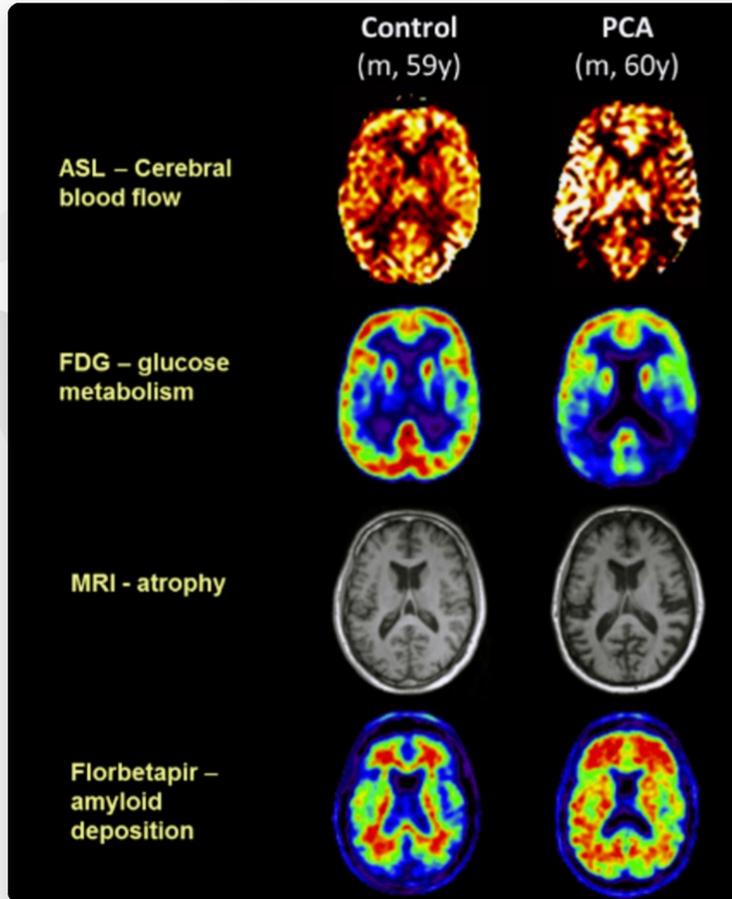
#### 4. Probable AD dementia: Core clinical criteria

##### 4.1. Probable AD dementia is diagnosed when the patient

1. Meets criteria for dementia described earlier in the text, and in addition, has the following characteristics:
  - A. Insidious onset. Symptoms have a gradual onset over months to years, not sudden over hours or days;
  - B. Clear-cut history of worsening of cognition by report or observation; and
  - C. The initial and most prominent cognitive deficits are evident on history and examination in one of the following categories.
    - a. Amnestic presentation: It is the most common syndromic presentation of AD dementia. The deficits should include impairment in learning and recall of recently learned information. There should also be evidence of cognitive dysfunction in at least one other cognitive domain, as defined earlier in the text.
    - b. Nonamnestic presentations:
      - Language presentation: The most prominent deficits are in word-finding, but deficits in other cognitive domains should be present.
      - Visuospatial presentation: The most prominent deficits are in spatial cognition, including object agnosia, impaired face recognition, simultanagnosia, and alexia. Deficits in other cognitive domains should be present.
      - Executive dysfunction: The most prominent deficits are impaired reasoning, judgment, and problem solving. Deficits in other cognitive domains should be present.



# 後部皮質萎縮症 (PCA)



# 視空間認知障害優位型ADを疑うポイント

## 「目が見えにくい」という主訴

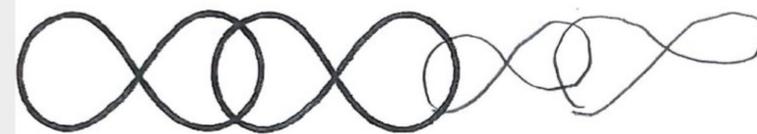
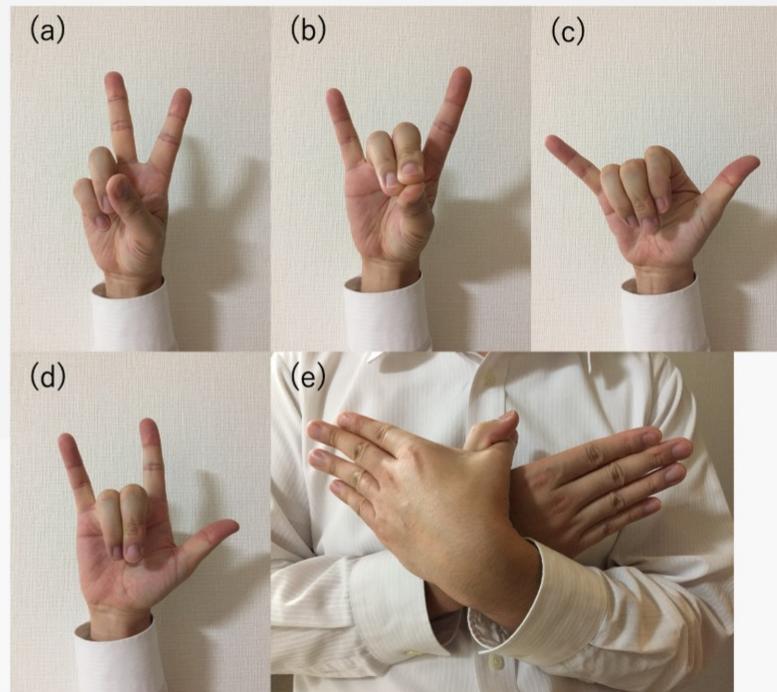
- 眼科に受診し、検査上眼科的な問題はないと診断
- 目の前にあるものに気づかない
- ものをうまく掴めない
- 歩いている体をぶつけることが増えた
- 知人の顔がわからなくなった
- 道に迷うようになった

## 奇妙な視覚体験の訴えがあることも

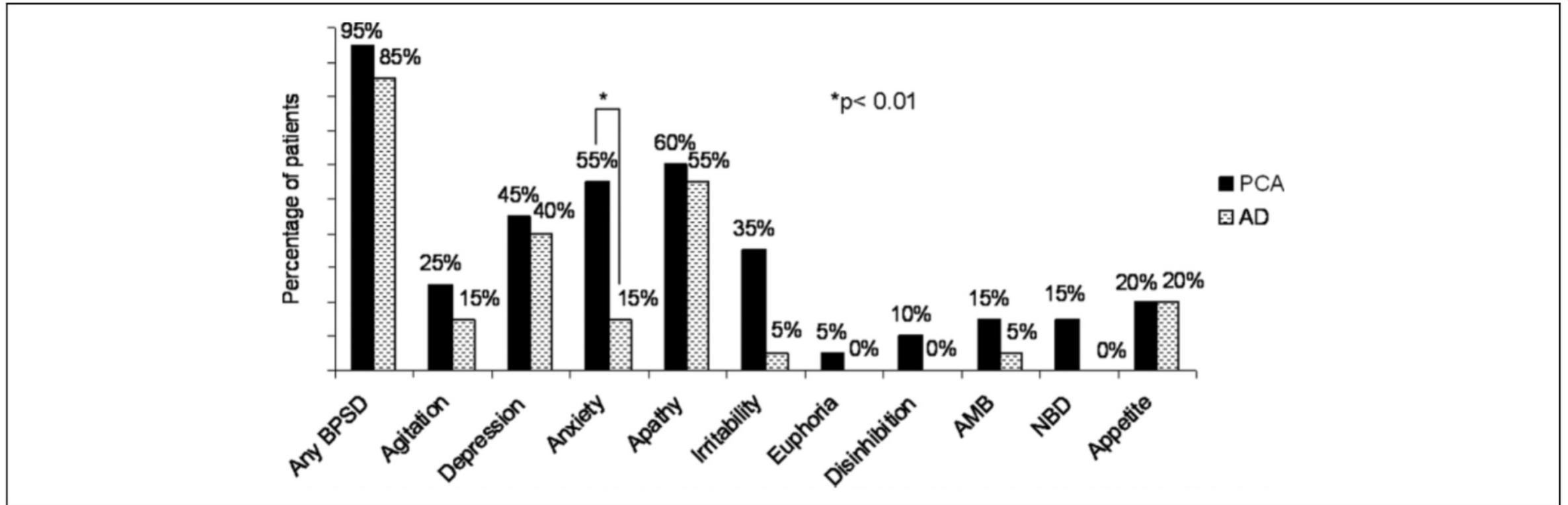
- 地面にあるものが迫ってくる
- 車のライトがとにかく眩しい

### 視空間認知の簡単な評価

小林俊輔監修「実践高次脳機能障害の見方」中外医学社



# PCAでは不安が生じやすい?



**Figure 2.** Prevalence of neuropsychiatric symptoms in patients with posterior cortical atrophy or Alzheimer disease. BPSD indicates Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; AMB, Aberrant Motor Behavior; NBD, Nighttime Behavioral Disturbance; PCA, Posterior Cortical Atrophy; AD, Alzheimer disease.

# 前頭側頭型認知症（FTD） の特徴

# FTDの3タイプ：主な障害部位と症状の違い

## 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

脱抑制、常同行動、無為無関心などの行動異常が初期からの主症状

## 意味性認知症 (SD)

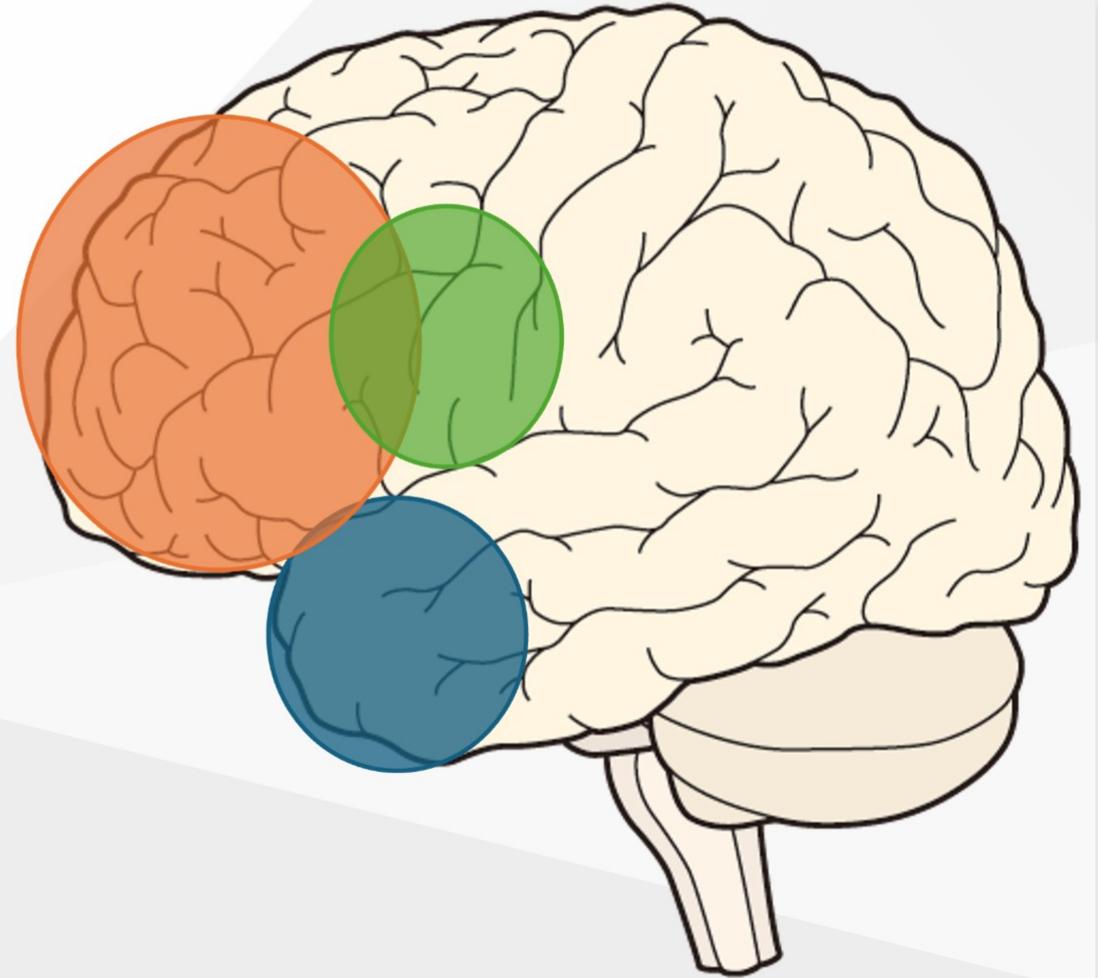
意味記憶障害が主症状

「利き手って何？」

「えんぴって言うんですか！」

## 進行性非流暢性失語 (PNFA)

発語失行や失文法による非流暢な発話が目立つ



# 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

## 主要症候は行動障害

- **脱抑制**：社会的なルール・マナーを無視
- **無関心・無気力**：やる気が見られない
- **共感や感情移入の欠如**
- **常同行動**：同じことを繰り返す
- **食習慣の変化**：食べ物の好みが変わる

## 認知障害は主に前頭葉機能障害

- 記憶は比較的保たれるが、**遂行機能障害**が目立つ

## 病気と認識されず、

「性格が悪くなった」「怠けている」と誤解

表 1 | 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD) の診断基準

- I. 神経変性疾患  
(1) bvFTD の診断基準を満たすためには以下の症候を認めないといけない。
  - A. 進行性の異常行動と認知機能障害の両方またはいずれか一方を認める、もしくは病歴(よく知っている人からの情報提供)から確認できる。
- II. Possible bvFTD 基準を満たすためには次の行動/認知症症状(A~F)の3項目以上を認めなければならない。これらの症状は持続もしくは繰り返しており、単一もしくはまれなイベントではないことを確認する必要がある。
  - A. 早期の脱抑制行動 [以下の症状(A.1~A.3)のうちのいずれか1つを満たす]
    - A.1. 社会的に不適切な行動
    - A.2. 礼儀やマナーの欠如
    - A.3. 衝動的で無分別や無頓着な行動
  - B. 早期の無関心または無気力 [以下の症状(B.1~B.2)のうちのいずれか1つを満たす]
    - B.1. 無関心
    - B.2. 無気力
  - C. 共感や感情移入の欠如 [以下の症状(C.1~C.2)のうちのいずれか1つを満たす]
    - C.1. 他者の要求や感情に対する反応欠如
    - C.2. 社会的な興味や他者との交流、または人間的な温かさの低下や喪失
  - D. 固執・常同性 [以下の症状(D.1~D.3)のうちのいずれか1つを満たす]
    - D.1. 単純動作の反復
    - D.2. 強迫的または儀式的な行動
    - D.3. 常同言語
  - E. 口唇傾向と食習慣の変化 [以下の症状(E.1~E.3)のうちのいずれか1つを満たす]
    - E.1. 食事嗜好の変化
    - E.2. 過食、飲酒、喫煙行動の増加
    - E.3. 口唇的探求または異食症
  - F. 神経心理学的検査：記憶や視空間認知能力は比較的保持されているにもかかわらず、遂行機能障害がみられる [以下の症状(F.1~F.3)の全てを満たす]
    - F.1. 遂行課題の障害
    - F.2. エピソード記憶の相対的な保持
    - F.3. 視空間技能の相対的な保持
- III. Probable bvFTD 基準を満たすためには次のすべての項目(A~C)を認めなければならない。
  - A. possible bvFTD の基準を満たす
  - B. 有意な機能的低下を呈する [介護者の記録、Clinical Dementia Rating (CDR)による根拠、機能的行動質問スコア]
  - C. bvFTD に一致する画像結果 [以下の症状(C.1~C.2)のうちのいずれか1つを満たす]
    - C.1. 前頭葉や側頭葉前部に MRI/CT での萎縮
    - C.2. PET/SPECT での代謝や血流の低下

認知症疾患診療ガイドライン2017より

# 50代男性、性格変化

**主訴** (本人) 何も困っていない

(兄) 性格が変わった、自宅がゴミ屋敷になっている

## 現病歴

元々内向的で人付き合いは得意ではなかったが、真面目な性格。精神科既往歴なし。高校卒業後長年電車の運転士として勤務。結婚し、子供はいないが、妻と二人暮らしだった。

X-3年、「電車を所定の位置より手前で停止させる」といった運転ミスや、「運転中に携帯電話の操作をする」といった業務上の問題行動が出現。上司から指導を受けた後から欠勤が増加。

X-2年、「自宅の浴槽内で排便する」という行動が出現。職場での逸脱行動が改善しないことを理由に運転士から駅員への配置転換を提案されたが、従わずに退職。

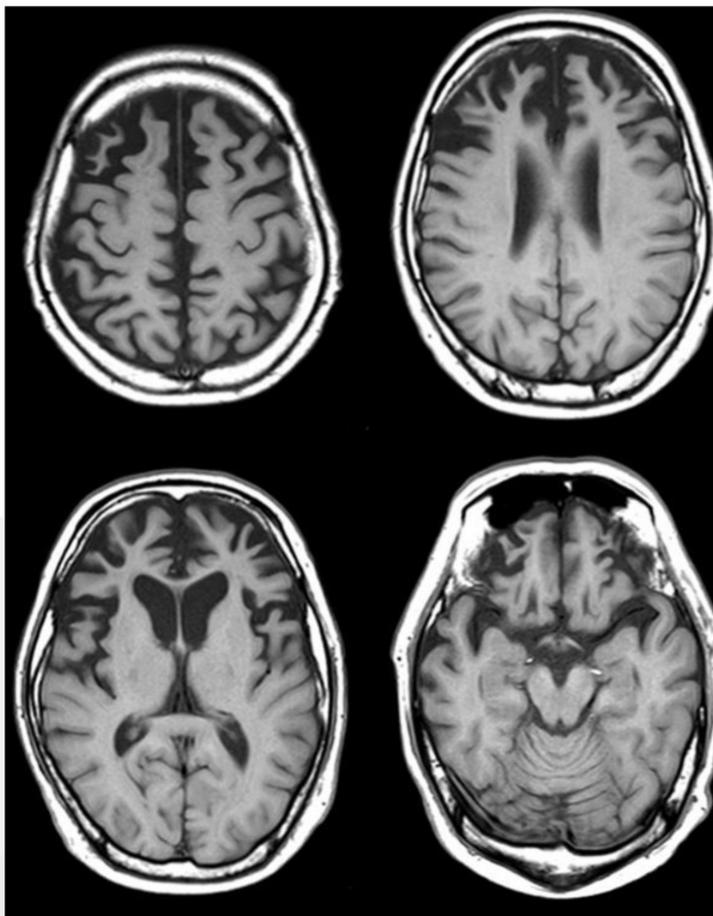
X-1年、些細な出来事で妻と口論、別居期間を経て離婚。以降、食事は早朝5時と昼頃にコンビニで購入（エナジードリンクやナポリタン、特定の弁当などに偏りあり）。ゴミ出しや整理をまったく行わず、自宅はゴミであふれ、本人はまったく気にとめることなく生活。電気・ガスの料金を滞納し、止められたまま真冬を過ごす。

X年、浪費による借金を作り、さらに自動車事故後に高級車を購入しようとするなどの行動があり、兄が保健所へ相談、当院へ紹介。MMSE 30点、FAB 6点。

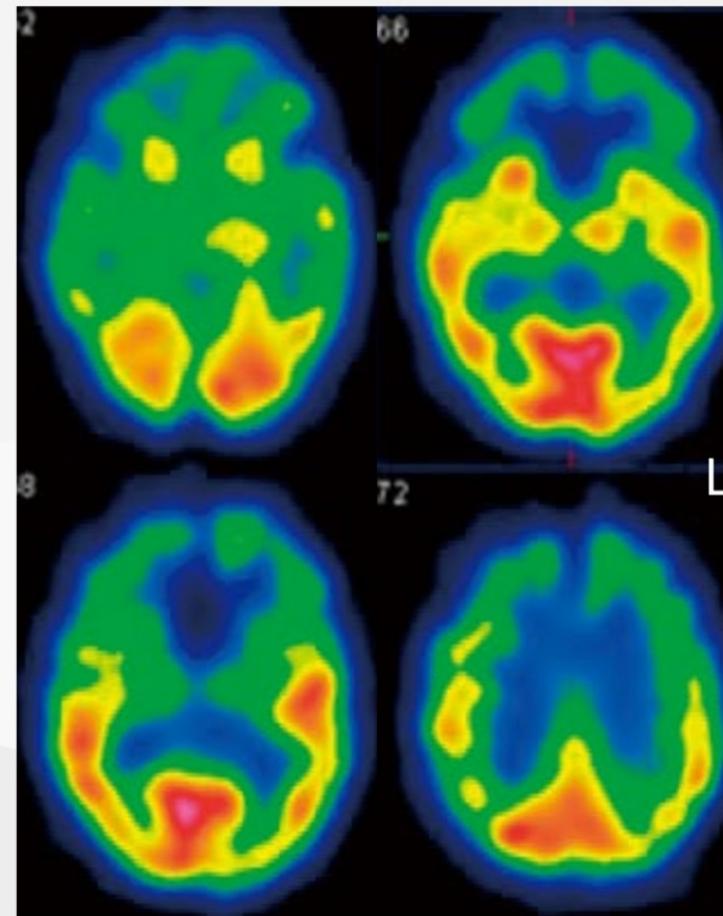
# 画像検査 (50代男性)



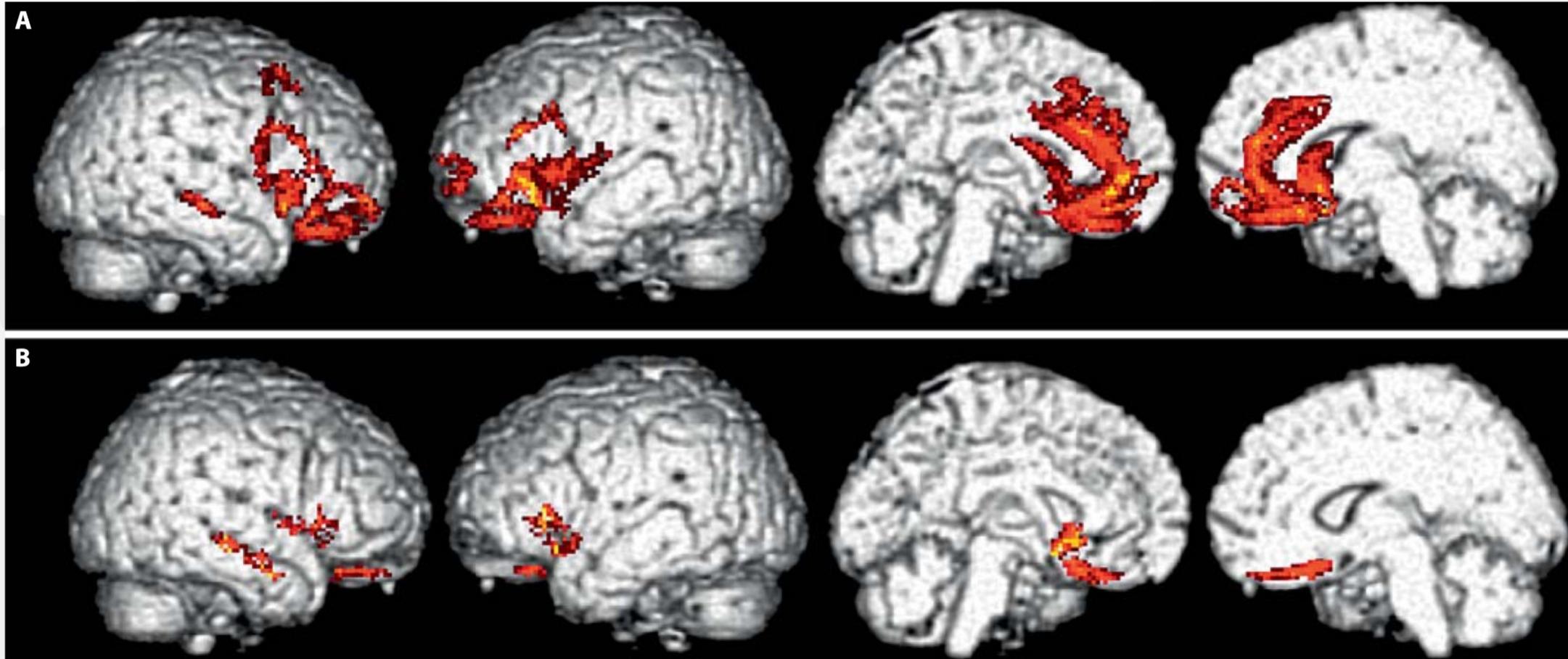
頭部MRI



脳血流SPECT



# bvFTDの症状と脳萎縮



40例のFTLD患者で、A)NPIアパシー、B)NPI脱抑制と脳容積に負の相関を認めた部位

Massimo et al. Dement Geriatr Cogn Disord 2009

# 意味性認知症 (SD)

## 二方向性失名辞が特徴

- 物の名前が出てこない
- 名前を言われても何のことかわからない
  - 「利き手ってなんですか？」
  - 「えんぴっていうんですか！」

## 本質は「意味記憶障害」

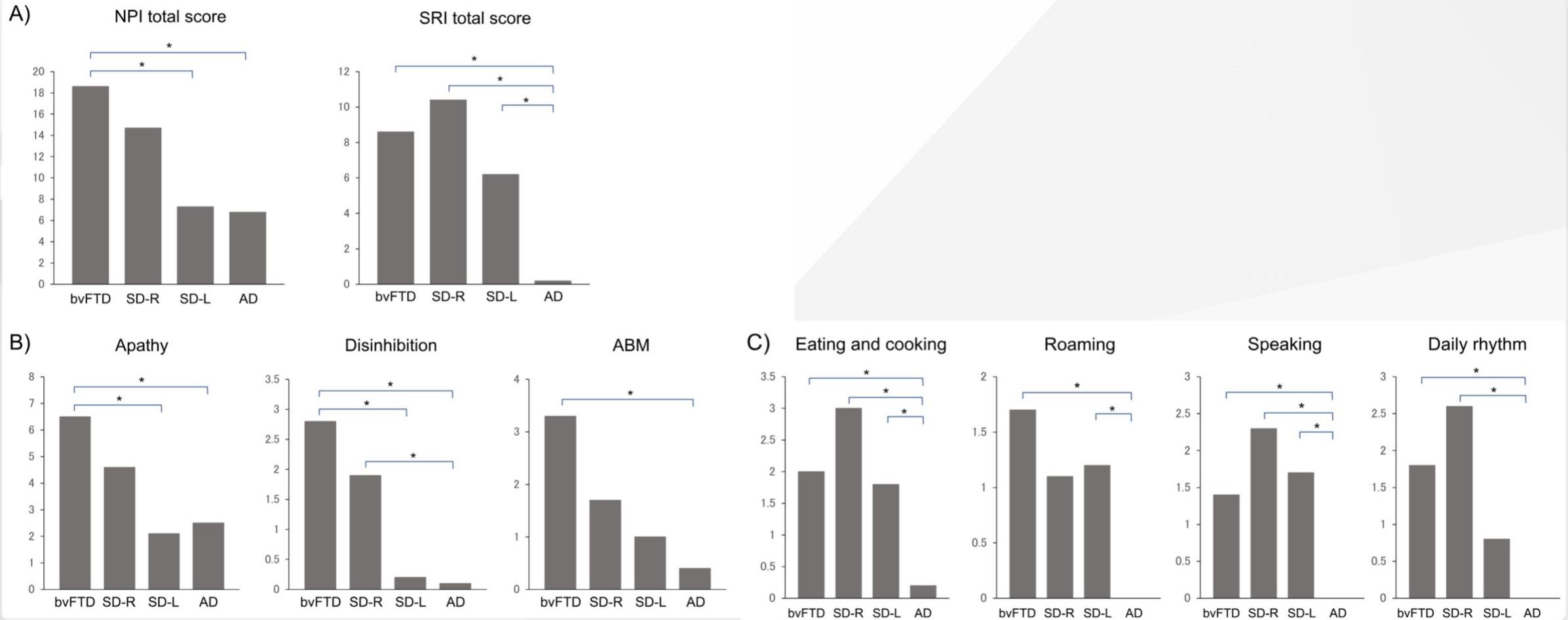
- 言語とその意味（概念）、知覚対象の意味、対象間の関係、社会的約束など、世の中に関する組織化された記憶
- ことわざ・慣用句の意味（腹黒い）  
熟字訓の読み（海老、煙草など）  
環境音の理解（踏切の音）  
視覚同定（鳥居、有名人、道路標識）

## 表 2 | 意味性認知症の診断基準

- (1) 必須項目<sup>a)</sup>：次の 2 つの中核症状の両者を満たし、それらにより日常生活が阻害されている。
  - A. 物品呼称の障害
  - B. 単語理解の障害
- (2) 以下の 4 つのうち少なくとも 3 つを認める。
  - ① 対象物に対する知識の障害<sup>b)</sup> (特に低頻度/低親密性のもので顕著)
  - ② 表層性失読・失書<sup>c)</sup>
  - ③ 復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する。
  - ④ 発話 (文法や自発語) は保たれる。
- (3) 高齢で発症する例も存在するが、70 歳以上で発症する例はまれである。
- (4) 画像検査：前方優位の側頭葉に MRI/CT での萎縮がみられる。
- (5) 除外診断：以下の疾患を鑑別できる。
  - 1) Alzheimer 病
  - 2) Lewy 小体型認知症
  - 3) 血管性認知症
  - 4) 進行性核上性麻痺
  - 5) 大脳皮質基底核変性症
  - 6) うつ病などの精神疾患
- (6) 臨床診断：(1)(2)(3)(4)(5)のすべてを満たすもの。

認知症疾患診療ガイドライン2017より

# bvFTD、SDでの行動障害



# 進行性非流暢性失語 (PNFA)

## 主症状は「喋りにくさ」

- 音韻の誤りや歪み（発語失行）  
⇒ 努力性で滞りのある発話
- 発話における失文法  
⇒ 助詞が抜ける、文にならない、単語のみ

## 「話す量が減った」ことで気づかれる

- 喋りにくさを自覚するケース
- 併存するアパシーのせいで症状を本人が訴えず、家族が「話す量が減った」と気づくケースも

表3 | 非流暢性/失文法型失語の診断基準

以下の3つすべてを認める。

1. 言語の障害が最も顕著である
2. 言語障害は日常生活の障害の主要原因である
3. 失語は初発症状で、罹病早期は主症状である

以下の4つを認めない。

1. 症状の様式は他の非神経変性疾患もしくは内科的疾患でよく説明できる
2. 認知障害は精神疾患でよく説明できる
3. 顕著なエピソード記憶、視覚性記憶、視空間認知障害
4. 顕著な初期の行動障害

### I. 臨床診断

中核症状；以下の1つ以上を認める。

1. 発話における失文法
2. 努力性で滞りのみられる発話、不規則な音韻の誤りや歪み（発語失行）を伴う

その他の症状；以下の2つ以上を認める。

1. 文法的に複雑な文の理解障害
2. 個々の単語理解は保たれる
3. ものについての知識は保たれる

### II. 画像を含めた診断

以下の2つを認める。

1. 臨床診断が非流暢性/失文法型失語である
2. 画像は、以下の結果の1つもしくはそれ以上を認める
  - a. MRIにて左前頭葉後部から島優位の萎縮
  - b. SPECTもしくはPETにて左前頭葉後部から島優位の血流低下もしくは代謝低下

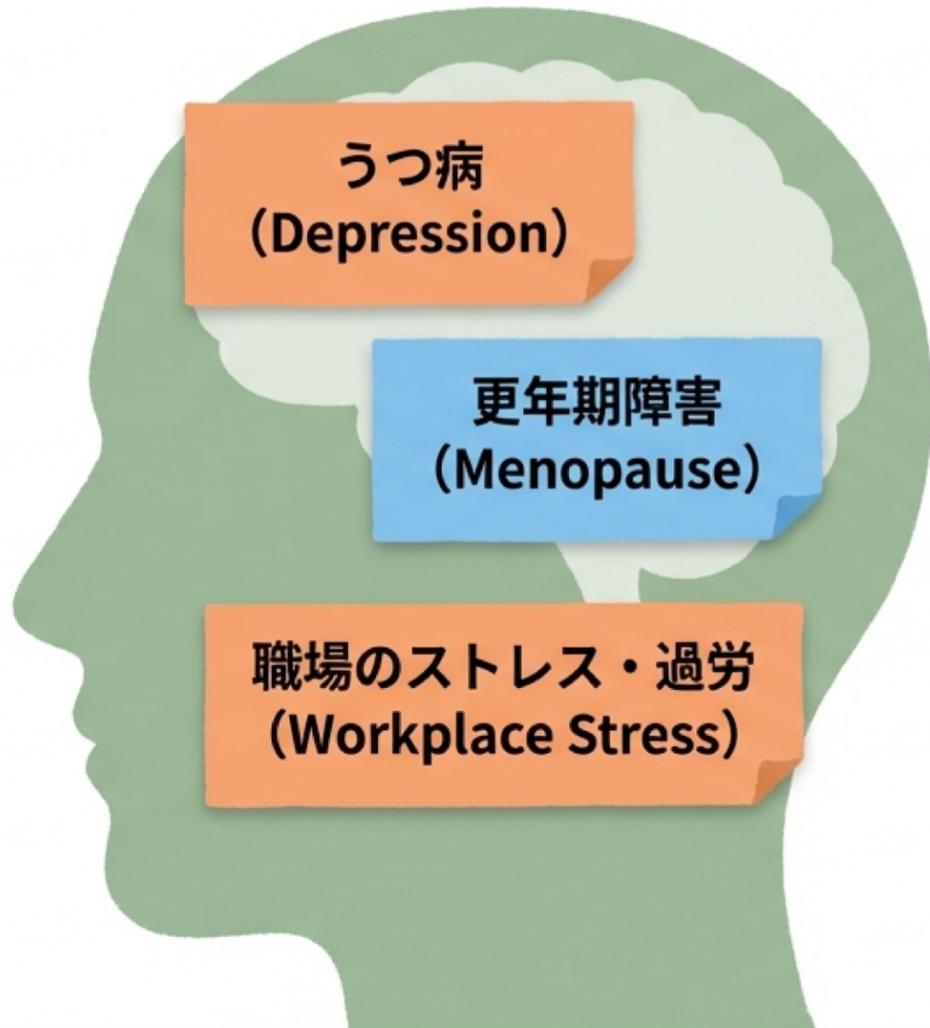
認知症疾患診療ガイドライン2017より

# 原発性進行性失語 (PPA) の3タイプ

	非流暢・失文法型 (nfvPPA) ≒PNFA	意味型 (svPPA) ≒SD	ロゴペニック型 (lvPPA) ≒言語障害型ADの代表例
中核症状	少なくとも1つ満たす 1. 発話における失文法 2. 発語失行	両方を満たす 1. 呼称障害 2. 単語理解障害	両方を満たす 1. 自発話と呼称における喚語困難 2. 句・文の復唱障害
支持的項目	少なくとも2つ満たす 1. 文法的に複雑な文における理解障害 2. 単語理解の保存 3. 対象知識の保存	少なくとも3つ満たす 1. 対象知識の障害 2. 表層性失読・失書 3. 復唱能力の保存 4. 発話面の保存	少なくとも3つ満たす 1. 自発話と呼称における音韻の誤り 2. 単語理解・対象知識の保存 3. 発話運動面の保存 4. 明らかな失文法の欠如
背景病理	FTLDが多い (CBD, PSP含む)	FTLD-TDPが多い	ADが多い

# 精神疾患・精神症状と 若年性認知症

# 若年性認知症と鑑別が必要な状態



## 診断の壁 (The Diagnostic Gap)

「若いから認知症ではない」という思い込みにより、受診まで時間を要するケースが多い。

## リスク (The Risk)

「怠けている」「やる気がない」と誤解され、懲戒解雇や人間関係の悪化を招く恐れがある。

# 認知症による物忘れとそのほかの物忘れ

## 加齢によるもの忘れ (Normal Aging)

- ✓ ・体験の「一部」を忘れる（例：朝食のおかず）
- ✓ ・ヒントがあれば思い出せる
- ✓ ・「忘れたこと」自体の自覚がある
- ✓ ・日常生活への支障は少ない

## 認知症によるもの忘れ (Dementia)

- ✓ ・体験の「全体」を忘れる（例：食べたこと自体）
- ✓ ・ヒントがあっても思い出せない
- ✓ ・「忘れたこと」の自覚がない
- ✓ ・進行性であり、生活に支障が出る

# 認知症診断の早期化と「病識」の捉え方

## AD continuumの臨床病期

### Stage 1: 認知機能検査が正常

認知機能の経時変化もなし  
行動心理症状もなし

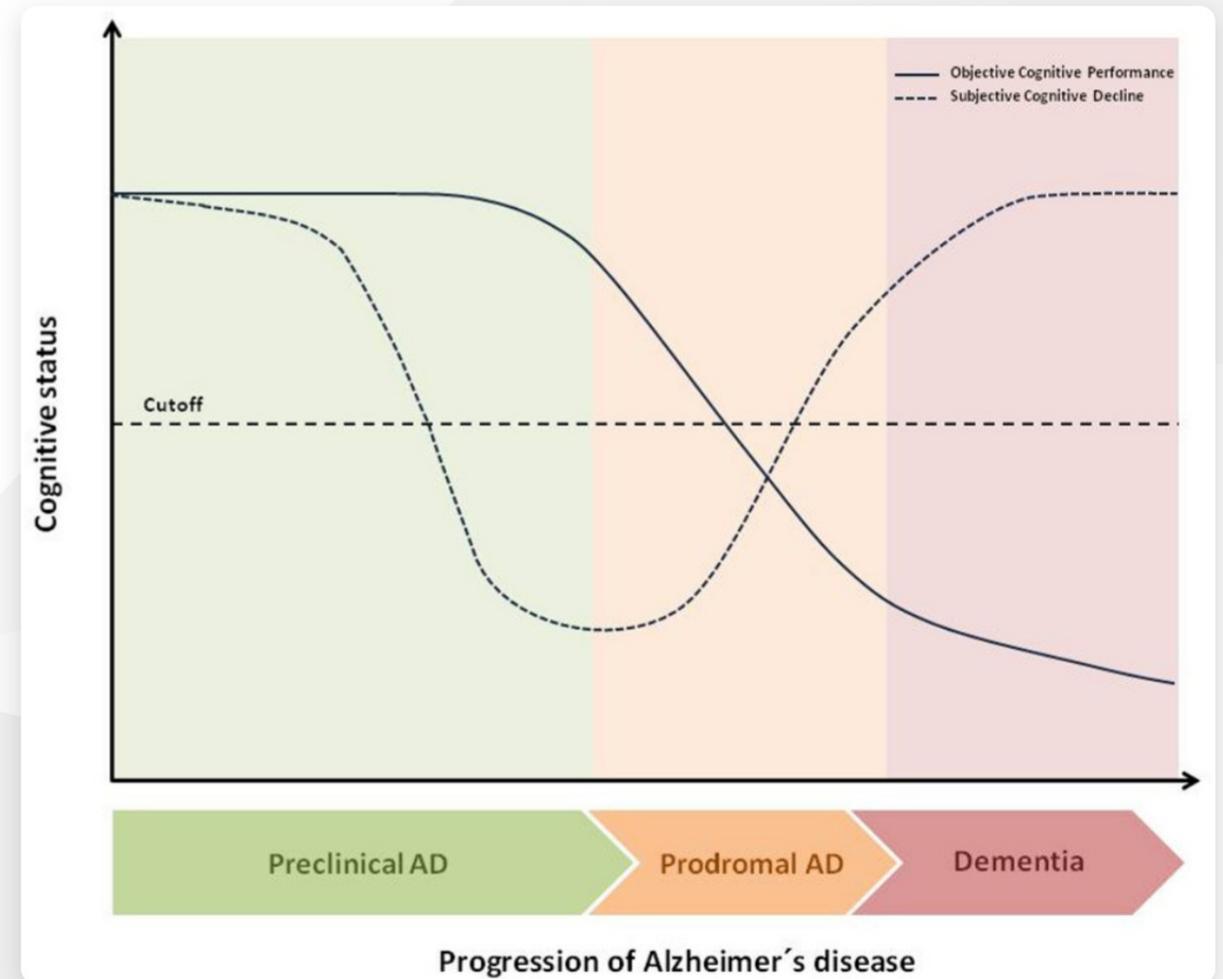
### Stage 2: 認知機能検査は正常

以前よりは認知機能が低下しているが正常  
主観的認知機能低下？（いわゆるSCD）  
軽度行動障害あり？（いわゆるMBI）

### Stage 3: 認知機能検査で異常

日常生活は自立（いわゆるMCI）

### Stage 4-6: 軽度/中等度/重度認知症



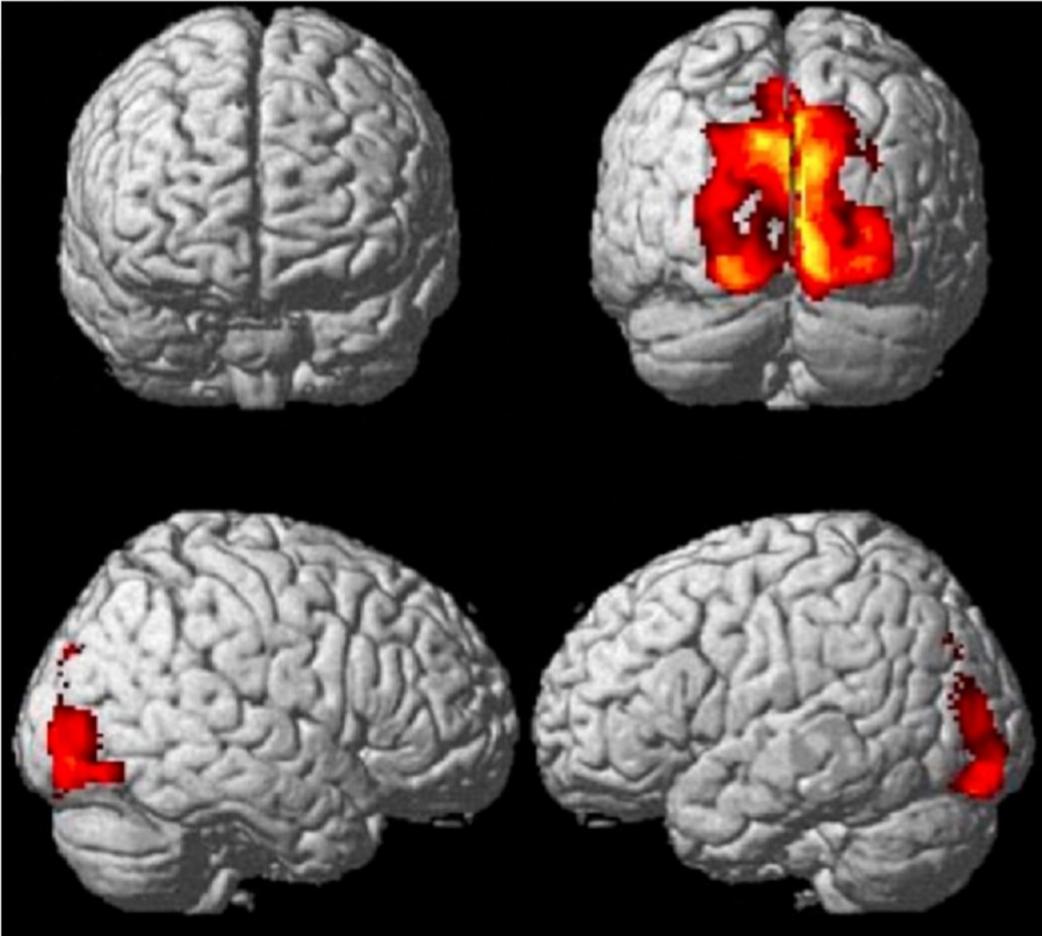
Jack et al. Alzheimer Dement 2018, Ávila-Villanueva et al. Front Aging Neurosci 2017

# MCIにおけるNPSの因子構造

	MCI			
	Factor 1:psychosis	Factor 2:anxiety	Factor 3:agitation	Factor 4:apathy
Agitation	0.019	0.163	<b>0.546</b>	-0.107
Irritability	0.013	-0.149	<b>0.796</b>	0.135
Disinhibition	0.234	-0.031	-0.015	0.118
Anxiety	0.103	<b>0.390</b>	-0.169	0.257
Appetite	0.049	0.130	0.232	<b>0.310</b>
Depression	-0.004	-0.100	0.010	<b>0.358</b>
Apathy	-0.047	0.180	0.013	<b>0.721</b>
NTB	0.224	<b>0.451</b>	-0.051	0.194
AMB	-0.128	<b>1.034</b>	0.105	-0.186
Hallucinations	<b>1.034</b>	0.031	0.031	-0.112
Delusions	<b>0.671</b>	-0.007	0.013	0.028

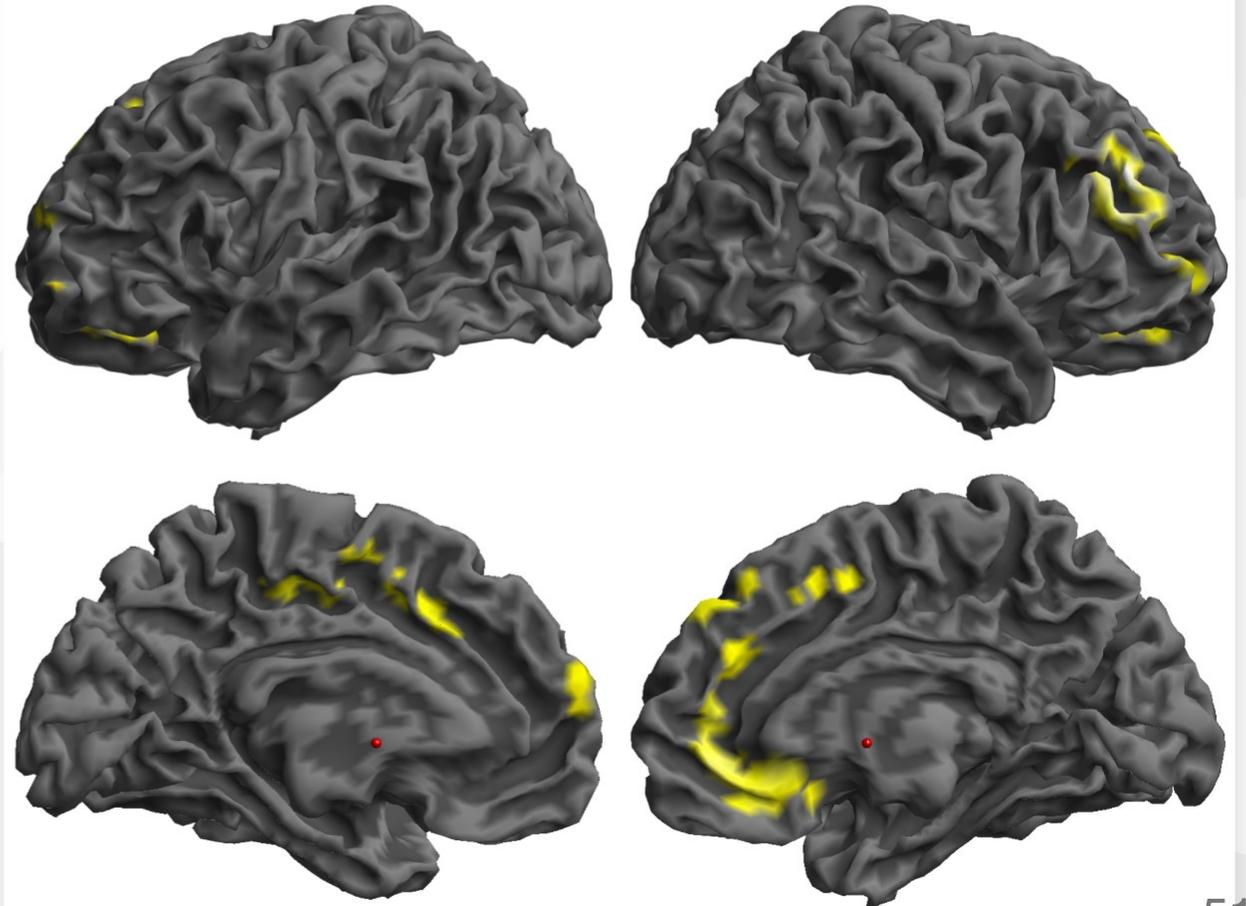
# MCIでのNPSの各因子と脳画像

Negative correlation between  
Psychosis factor and cerebral perfusion



TFCE  $p < 0.05$  with FWE correction

Negative correlation between  
Apathy factor and cerebral volume



Kanemoto et al. Int Psychogeriatrics 2025

# 軽度行動障害: MBIとは？

- **50歳以降で以下の症状が出現、6ヶ月以上持続**
  - 意欲低下（アパシー、自発性低下、無関心）
  - 感情調節障害（不安、気分変調、多幸、易怒性）
  - 衝動制御障害（興奮、脱抑制、賭博、強迫観念、保続行動、）
  - 社会的不適合（共感の欠如、洞察の欠如、柔軟性の無さ）
  - 感覚や思考内容の異常（妄想、幻覚）
- **上記の症状のために、対人関係や社会機能、就労能力の少なくとも1つの領域で最小限の障害**
- **日常生活は一般的に自立（最小限の助けはあるかも）**
- **全般性不安障害、大うつ病、躁病、精神病などの精神疾患、外傷や身体疾患、物質使用の影響ではない**
- **認知症ではない、MCIであっても良い**

# MBIの認知症へのコンバートリスク

Table 2

Results of the cox proportional hazards regression models with a forced entry method. Hazard ratio of dementia in MBI, MCI without MBI, SCD without MBI, sleep disorder, and depressive episode were estimated compared to other diagnoses excluded these diagnoses

Variable	Hazard ratio	95% confidence interval	<i>p</i> value
MBI	8.07	4.34–15.03	<0.001
MCI without MBI	7.05	3.50–14.21	<0.001
SCD without MBI	6.81	1.99–23.27	0.002
Sleep disorder	0.71	0.09–5.41	0.744
Depressive episode	1.40	0.63–3.13	0.407
Age	1.10	1.07–1.13	<0.001
Male	0.84	0.48–1.46	0.536

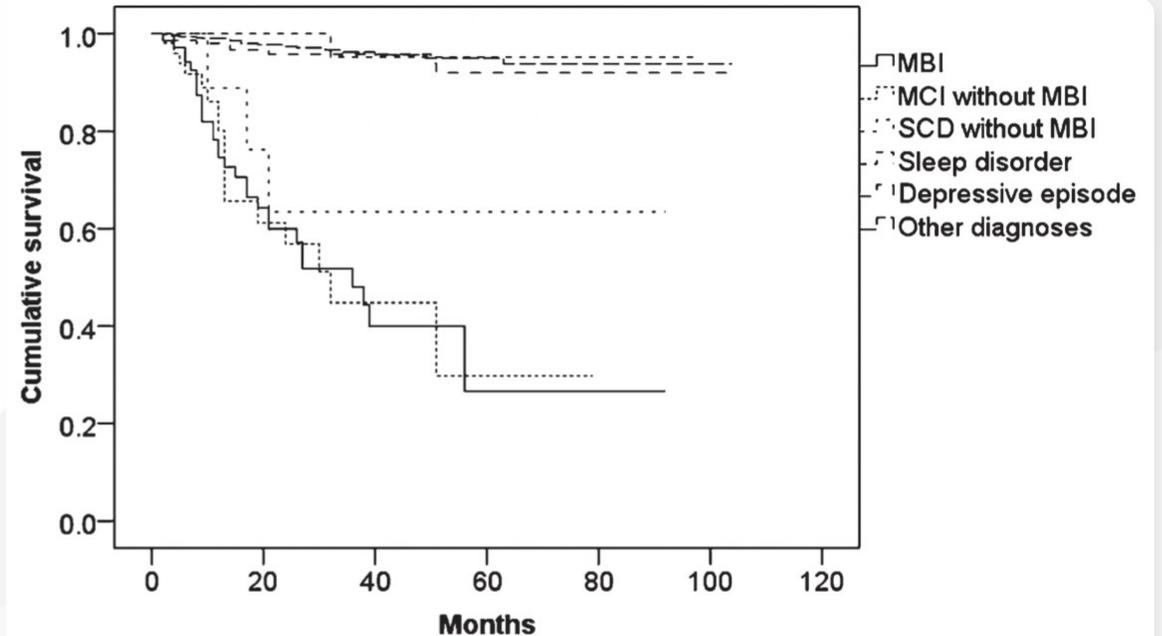
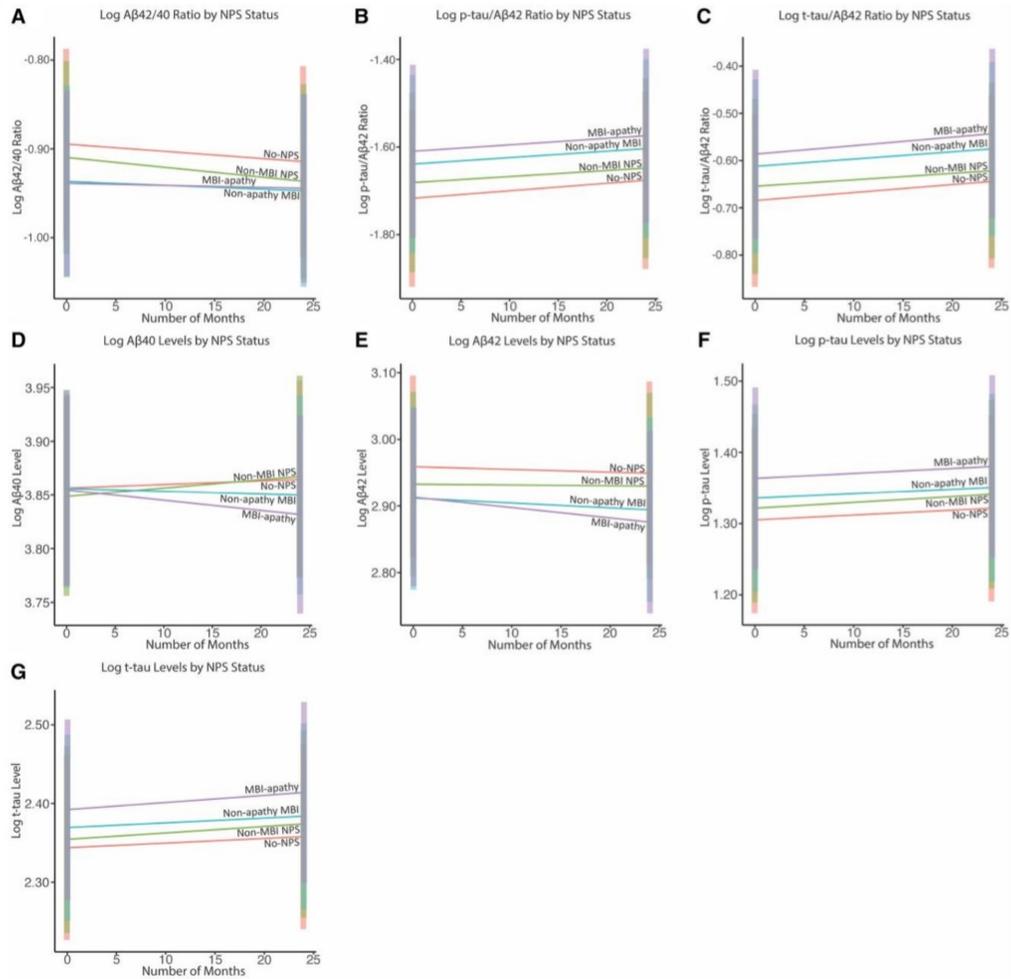
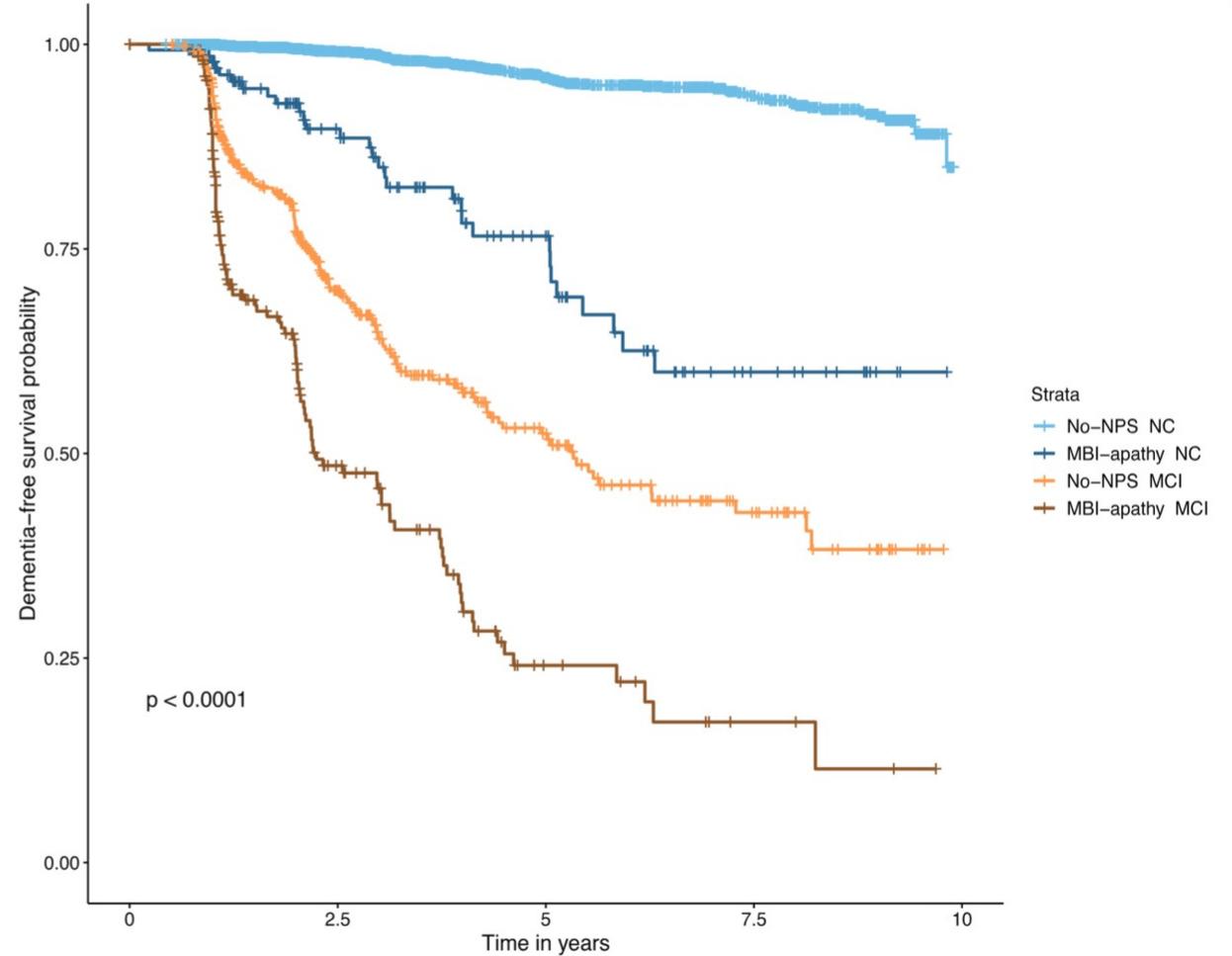


Fig. 1. The results of Kaplan-Meier survival analysis in MBI, MCI without MBI, SCD without MBI, nonorganic sleep disorder, depressive episode, and other diagnoses excluded these diagnoses.

# どのようなMBIが認知症にコンバート？



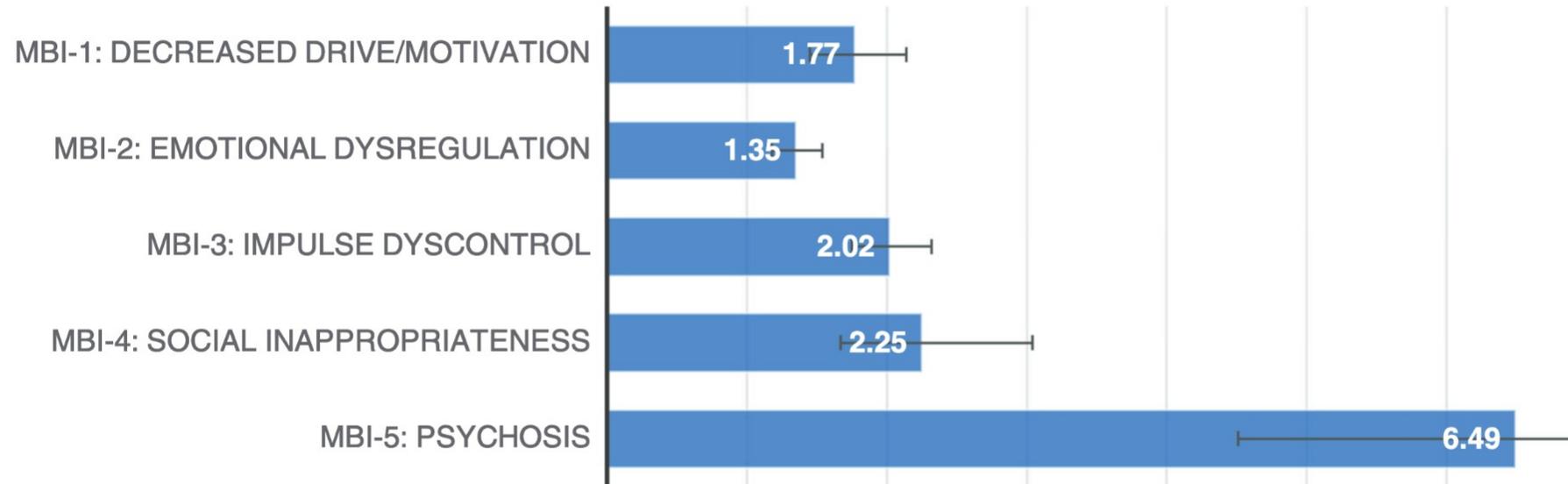
Vellone et al. Brain 2025



Vellone et al. Alzheimers Dement 2022

# どのようなMBIが最もADにコンバート？

## Hazard ratios for progression to AD



**FIGURE 2** Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (Cis) for progression to Alzheimer's disease (AD) for each mild behavioral impairment (MBI) domain, after adjusting for covariates. For MBI-1 (Decreased Drive/Motivation), HR = 1.77 (95% CI: 1.47 to 2.14, Wald  $X^2 = 35.22$ ,  $P = .001$ ); 14% (N = 59) of those positive for MBI-1 progressed to AD. For MBI-2 (Emotional dysregulation), HR = 1.35 (95% CI: 1.18 to 1.54, Wald  $X^2 = 18.45$ ,  $P < .001$ ); 8% (N = 144) progressed to AD. For MBI-3 (Impulse dyscontrol), HR = 2.01 (95% CI 1.75 to 2.32, Wald  $X^2 = 97.07$ ,  $P < .001$ ); 9% (N = 124) progressed to AD. For MBI-4 (Social inappropriateness), HR = 2.25 (95% CI: 1.67 to 3.03, Wald  $X^2 = 28.60$ ,  $P < .001$ ); 11% (N = 25) progressed to AD. For MBI-5 (Psychosis), HR = 6.49 (95% CI: 4.51 to 9.34, Wald  $X^2 = 101.47$ ,  $P < .001$ ); 17% (N = 14) progressed to AD

# 早期発見のために

「ただの疲れ」で見逃していませんか？

- 同じことを何度も聞く・言うようになった
- 仕事や家事の段取りが悪くなり、時間がかかるようになった
- 些細なことで怒りっぽくなったり、疑い深くなった
- 趣味や好きなことへの関心がなくなった（おっくうになった）
- 以前はできていた機械の操作や運転が下手になった
- 「あれ」「それ」などの指示語が増え、名前が出てこない

複数当てはまる場合は、専門医療機関や「地域包括支援センター」へ相談を。

# 認知症基本法と 若年性認知症

# 認知症基本法と若年性認知症の人への支援

共生社会の実現を  
推進するための  
認知症基本法  
(令和5年施行)

第16条 第2項 (若年性認知症の人への支援)  
国及び地方公共団体は...若年性認知症の人その他の  
認知症の人の意欲及び能力に応じた「雇用の継続」、  
円滑な就職等に資するよう...必要な施策を講ずる  
ものとする。

「認知症＝退職」から「就労継続・社会参加」へ



# 認知症基本法の基本理念

**法の目的（第1条）：** 認知症の人が尊厳を保持し、希望を持って暮らせる「共生社会」の実現。

1

## 1. 尊厳と意思の尊重 (Dignity)



全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活・社会生活を営めるようにする。

2

## 2. バリアの除去と社会参加 (No Barriers)



生活の障壁（物理的・心理的）を取り除き、社会の対等な構成員として参画する機会を確保する。

3

## 3. 家族への支援 (Family Support)



本人だけでなく、「家族等」も支援の対象として明記。共倒れを防ぐ。

4

## 4. 切れ目のないサービス (Seamless)



医療・福祉サービスが、発症初期から終末期まで地域格差なく提供されること。

# 就労継続と社会参加の支援（法第16条）



働く世代の切実な課題

## 【法第16条 第2項：若年性認知症の人への特化事項】

国及び地方公共団体は、若年性認知症の人の意欲及び能力に応じた「雇用の継続」や「円滑な就職」等に資する施策を講ずるものとする。

## 具体的なサポート資源とアクション

-  合理的配慮（Reasonable Accommodation）：ミスが増えた等の初期症状に対し、解雇ではなく業務調整や短時間勤務を検討する。
-  事業主への啓発：上司や同僚が変化に気づいた際、産業医へ繋ぐルートの確立。
-  社会参加の機会：本人が経験や能力を活かせる場の確保。

# 切れ目ない医療・福祉サービス（法第18条）

診断前からケアまで、  
地域格差なくアクセスできる体制が  
義務付けられています。



## 専門的医療体制の整備（第18条1項）



居住地にかかわらず、適切な医療（鑑別診断・治療）を受けられる環境。



資源：【**認知症疾患医療センター**】へのアクセスがカギ。

## 地域包括ケアシステムの構築（第18条2項）



医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制。



連携：「**65歳未満でも特定疾病であれば40歳から介護保険（第2号被保険者）が適用**」等の情報連携。

# 相談体制と家族支援（法第19条）

「どこに相談していいかわからない」という不安に対し、総合的な窓口と家族支援が法制化されています。



## 相談体制の整備（第19条1項）



### • 【ワンストップ相談窓口】

地域包括支援センター：若年性の初期相談も可能。



若年性認知症支援コーディネーター：就労・経済・医療を横断的にサポート。

## 孤立防止と家族支援（第19条2項）



### • 【ピアサポート（当事者交流）】

本人・家族同士が情報を共有する「家族会」等への支援。

### • 【家族へのレスパイト（休息）】

家族も支援対象。介護離職防止や心理的ケアを受ける権利。

# バリアフリーと権利擁護（法第15・17条）

日常生活の物理的・心理的な障壁を取り除き、本人の意思決定を守る資源です。

## バリアフリー化と合理的配慮 （法第15条）

- 事業者による**合理的配慮**  
（努力義務）
- 交通・金融・小売業者は、認知症の人に対し必要かつ合理的な配慮を行う。
- 例：ATM操作のサポート、分かりやすい表示。



## 意思決定支援と権利擁護 （法第17条）

- **意思決定の尊重**：認知機能が低下しても、本人の「選好」を最大限尊重する。
- **消費者被害の防止**：悪質商法からの保護。
- 成年後見制度へのアクセス。

# 認知症基本法と若年性認知症サポート体系

悩み・課題	法的根拠	具体的な支援リソース・アクション
仕事・お金 	第16条	就労継続支援、障害年金、傷病手当金、若年性認知症支援コーディネーター 
医療・ケア 	第18条	もの忘れ外来、認知症疾患医療センター、介護保険（40歳～特定疾病） 
相談・家族 	第19条	地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、家族会 
暮らし 	第15条	交通・金融機関のサポート、ヘルプマーク、見守りシール 
権利・契約 	第17条	成年後見制度、日常生活自立支援事業、消費生活センター 



まずは「地域包括支援センター」や自治体の「若年性認知症相談窓口」へご連絡ください。

# 若年性認知症の人への 職場支援

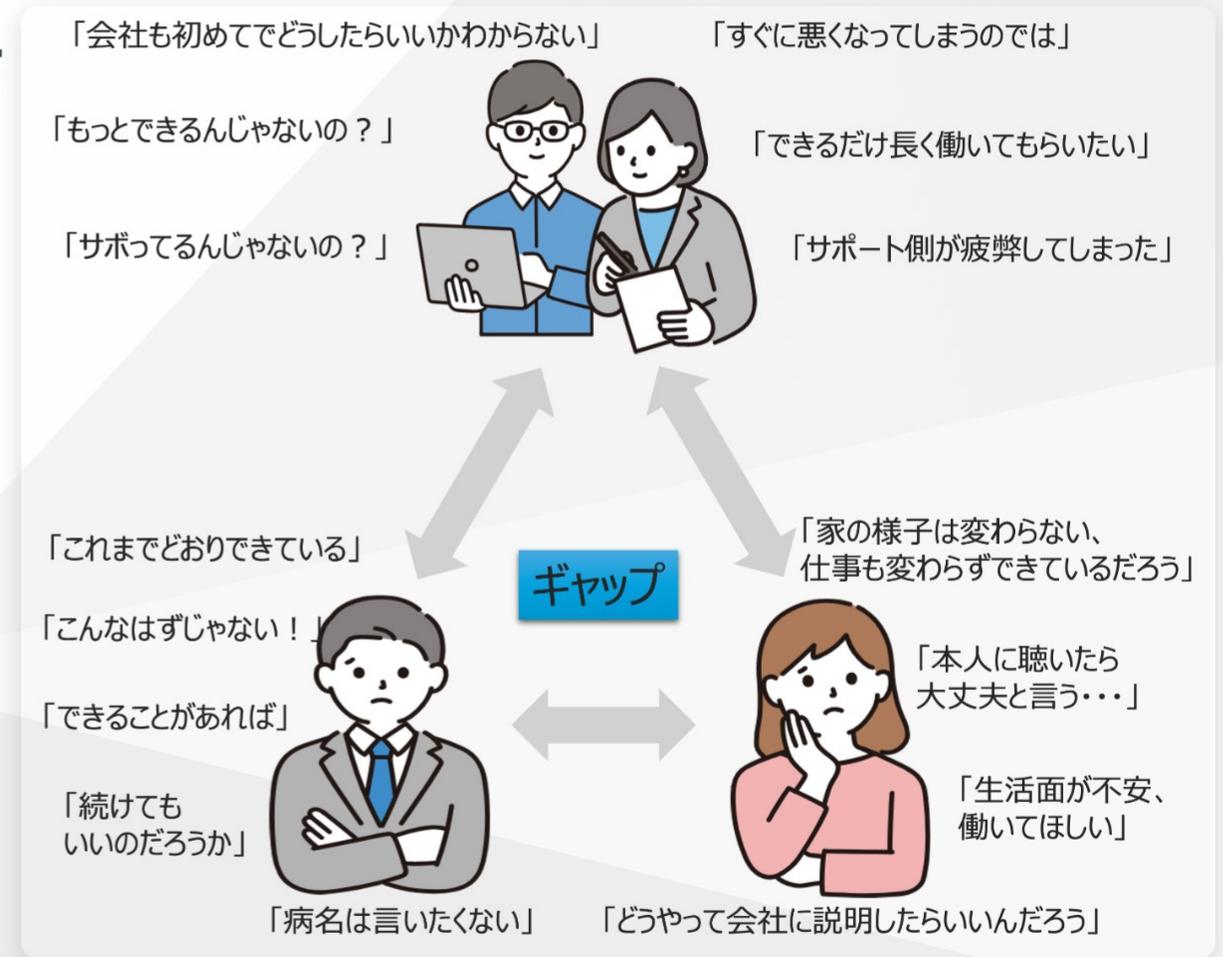
# 若年性認知症における職場支援

## 認知症に伴う職場でのパフォーマンス低下

- パフォーマンス低下に**本人が悩む**
- パフォーマンス低下に**本人は気づかず**、同僚は気づいているものの**対応に苦慮**
- 家庭生活は自立しているため**家族は気づかない**
- **周囲の理解やサポートがあれば就業可能な時期**に状況がわからないまま、**不適応が生じ、不本意な突然の退職**に

## 「治療と仕事の両立支援」

- **可能な限り就労を継続**できるように早期から支援
- **退職後の暮らしに備える時間**を可能な限り確保



# 若年性認知症の治療と仕事の両立支援

---

## 本人と職場の双方に無理のない雇用継続の方法を調整

- 本人・家族それぞれの「働き続けたいか」という意思
- 職場、上司や同僚への病名開示をどうするか？
- 職場の相談窓口は？（産業医？）
- 本人・家族と職場が適切に丁寧なコミュニケーションを図れるようサポート
- 異動や業務調整、時短、休業補償などの就業規則や障害者雇用枠の有無

## 原因疾患別、症状別に対応（職場訪問は必須）

- 疾患に関する情報提供（得意なこと、苦手なことの理解）
- 環境や業務の調整を提案
- 通勤を支援する方法を検討

# 「主治医」「会社・産業医」「両立支援コーディネーター」のトライアングル型のサポート体制の構築



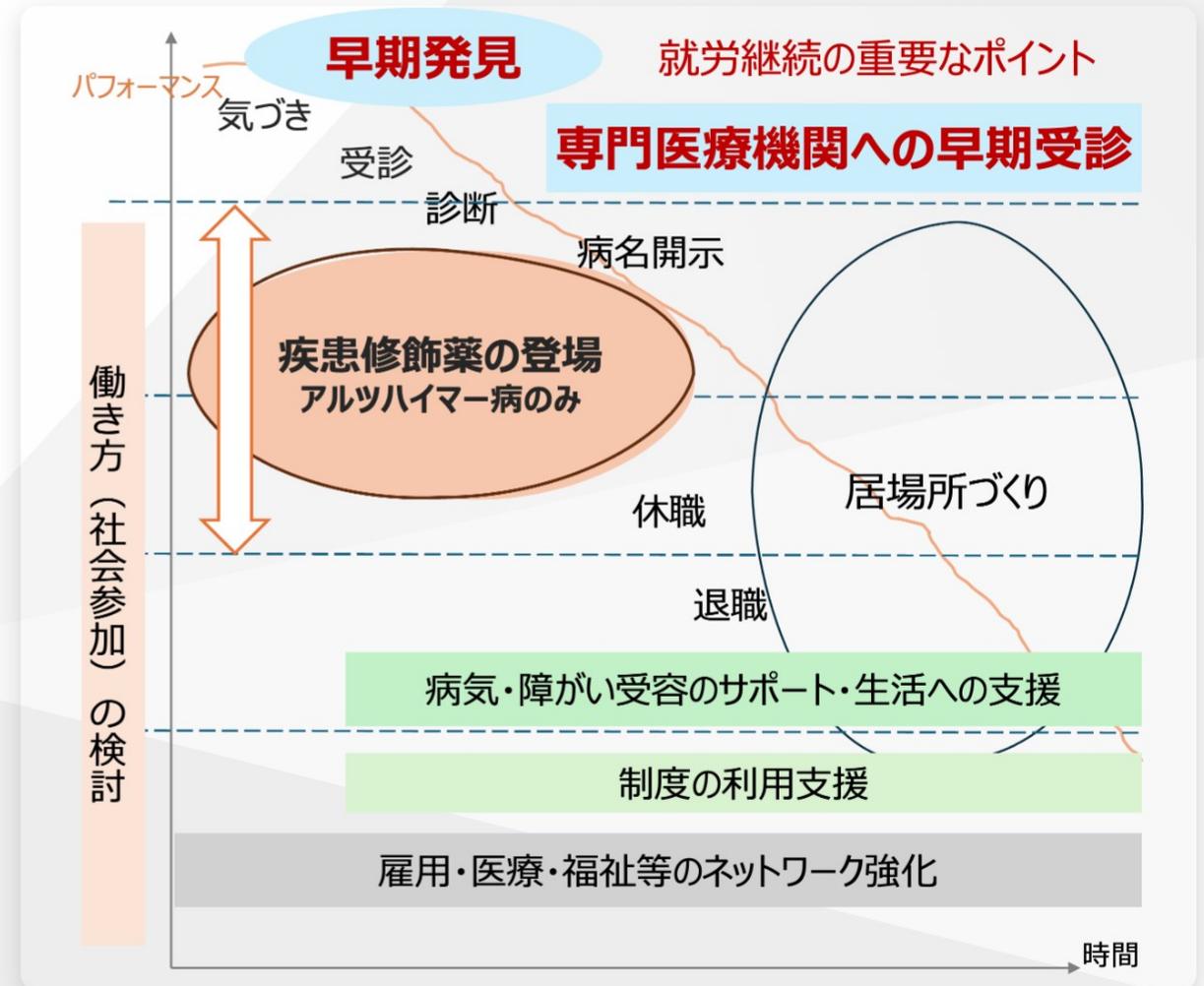
厚生労働省HP 「治療と仕事の両立支援ナビ」 (<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp>) より

# 一般の障害における職場支援との違い

## 進行性疾患＝パフォーマンスが低下

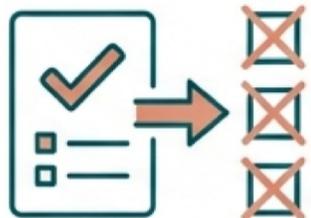
- 状態の変化に伴い、職場での対応方法を変更
- 制度をタイムリーに活用できるようサポート
- 本人・家族・職場との面談を適宜繰り返し、どちらかが過度な負担を負うことがないように調整
- 定年まで働き続けられるよう支援するだけでなく、休職や退職の時期、さらには退職後の暮らしを見据えて切れ目なく支援を継続すること
- 現状と向き合い病気と折り合いをつけていく過程に寄り添い、少しずつ将来についての備えができるように支援

## 本人、職場の双方に無理のない雇用継続



# 職場での共生：「合理的配慮」とは？

障害のある人が働く上で障壁となるものを取り除くための、個別の調整や工夫。



## 業務の単純化

複数のタスクを同時に行わせず、一つずつ依頼する。



## マニュアル化

口頭ではなく、図や写真を使った手順書を用意する。



## 配置転換

本人の得意なこと、できることが活かせる部署や業務へ変更する。



## 短時間勤務

疲れやすさに配慮し、勤務時間を調整する。

企業側の理解と工夫があれば、診断後も働き続けられる可能性がある。

# 若年性認知症の人が利用できる制度

- 介護保険制度
- 障がい者総合支援制度
- 障がい年金
- 精神障害者保健福祉手帳
- 成年後見制度
- 日常生活自立支援事業（大阪府社会福祉協議会）
- 本人・家族の交流会
- 若年性認知症支援コーディネーター



大阪府HP「若年性認知症について」 <https://www.pref.osaka.lg.jp/o090090/kaigoshien/ninnshishou-gyakutai/jakunen2.html>



# 若年性認知症への対応

## 高齢発症の認知症と異なる複雑な課題

典型的な健忘型ADは最多だが、その他の認知症（FTD、VaD）や非健忘型ADの割合が高い  
若年ゆえの診断へのつながりにくさ、経済的な課題

## 若年性認知症の特徴の啓発が重要

医療従事者レベルでは、臨床的な特徴の把握  
一般レベルでは、気づきのポイント

## 支援をどう進めていくかという課題

就労支援、各種制度の利用