投稿

障害者福祉施設における若年性認知症の受け入れに関する調査研究

小長谷（コナガヤ）　陽子（ヨウコ）＊1　田中（タナカ）　千枝子（チエコ）＊2

目的　若年性認知症は65歳未満で発症する疾患であり，高齢者とは異なる様々な課題がある。障害者福祉施設における若年性認知症の受け入れ状況，支援の実態を把握し，分析する。

方法　愛知・岐阜・三重の指定障害福祉サービス事業所1,295カ所に対し，調査票を郵送して回答を求めた。内容は，事業所の属性（種別，運営主体），職員の職種と人数，若年性認知症の受け入れの有無，ある場合の人数，病名や，日常生活の自立度，認知症の程度，受け入れの決め手になったこと，支援方法，工夫していること，受け入れの課題，受け入れの条件などである。

結果　調査票の回収割合は59.7％であった。若年性認知症の受け入れ経験ありと回答した63事業所で受け入れた人数は131人で，性別と年齢が確認できた129人では男性は85人，年齢は50～59歳が最も多く，女性は44人，年齢は50～59歳が最も多かった。認知症の原因疾患の記載があった130人では，アルツハイマー病が最も多く45.4％であった。利用開始時の状態が記載された126名の日常生活自立度では，「屋内での生活はおおむね自立しているが，介助なしには外出しない」が最も多く47.6％，次いで「何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立し，隣近所なら外出する」が15.1％であった。認知症の程度では，「日常生活に支障をきたすような症状があり，介護を必要とする」が最も多く59.2％，次いで「日常生活に支障をきたす症状はあるが，見守りで自立できる」が24.8％であった。利用者に対する支援では，「他の利用者とほぼ同じプログラムで支援している」が最も多く46.7％，次いで「他の利用者とほぼ同じプログラムで支援をしながら，職員を常に配置している」「認知症の症状に合わせた支援をしている」がともに31.7％であった。受け入れの課題は「認知症の症状が進行すると継続して受け入れができなくなる可能性がある」が最も多く66.7％，次いで「認知症の症状のため，他の利用者に比べ作業やプログラムをこなすのが困難である」が40.0％であった。

結論　今回の調査では，障害者施設における若年性認知症の受け入れはまだ不十分ではあるが，前回の調査に比べ受け入れている事業所が増加しており，少しずつ理解が進んでいると考えられた。一方で，受け入れ申請がないとする事業所が多く，介護福祉関係者に対するさらなる情報提供が必要であり，就労を希望し，可能な若年性認知症の人に，有用な情報が適切に提供されることが必要である。

キーワード　若年性認知症，障害者福祉施設，受け入れ状況，福祉的就労

Ⅰ　は　じ　め　に

認知症は加齢とともに発症リスクが高まり，高齢者に多い疾患であるが，65歳未満で発症した場合，若年性認知症とされる。働き盛りの年代に発症するので，本人や家族だけでなく社会

＊１認知症介護研究・研修大府センター研究部研究部長　＊２日本福祉大学社会福祉学部教授

的影響も大きく，近年は多方面から注目されている。

平成20年７月の厚生労働省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」[1]において，若年性認知症対策は５つの大きな政策の一つとして位置づけられ，平成24年６月の厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによる，「今後の認知症施策の方向性について」[2]に基づいて策定された，平成25年度から29年度までの「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」[3]の中では，７つの大項目の１つとして「若年性認知症施策の強化」が挙げられている。

高齢者であれば，認知症と診断された場合，状態に応じて介護保険を利用することが可能であり，現役の仕事から退いている人も多い。しかし，65歳未満で発症した場合，まず，就労継続や経済的な面が問題となり，休職あるいは退職した後は，これらに加えて居場所の問題が挙げられる。すなわち，65歳未満でも介護保険の利用は可能であるが，認知症が軽度であり，本人の勤労意欲が高い場合には，就労の希望が強く，また，介護保険サービスは高齢者向けに作られているので，年齢が若い人にとってはなじまないことが多く，受け入れ側の介護職員にとっても経験が乏しいなど，仕事から離れた若年性認知症の人の行き場があまりないのが現状である。

認知症介護研究・研修大府センター（以下，大府センター）では，若年性認知症に対する効果的な支援体制を構築する事業を継続してきた。これまでに，愛知県における実態調査[4)-6)]，事業所（産業医）調査[7]，本人と家族の交流会の立ち上げやサポーターの養成およびこれらの継続的支援，障害者授産施設での福祉的就労の試みと評価[8]，若年性認知症専門デイケアにおける適切なプログラム開発と評価，地域包括支援センターにおける若年性認知症相談業務に関する調査など様々な取り組みを行ってきた。さらに，平成21年10月には，全国唯一の若年性認知症相談窓口として，大府センターに「若年性認知症コールセンター」が開設され，ここに寄せられた相談内容を集計・分析し，認知症高齢者とは異なった，若年性認知症の人や介護家族，関係者の実態やニーズを把握・収集・分析してきた[9)10)]。

地域包括支援センターに対する調査において，若年性認知症の就労支援事例などを集積すると，実際に就労している場合の就労先として，障害者施設が多く挙げられている[11]。大府センターでは，すでに平成19年度に，愛知・岐阜・三重３県の障害者施設において，若年性認知症の受け入れ状況や課題を調査している[12]が，その後，障害者福祉に携わる精神保健福祉士等に対して，若年性認知症に関する啓発セミナーを行ったり，若年性認知症相談窓口としてのコールセンターが設置されたことなどから，前回から5年が経過した障害者施設での現状を再度調査することとした。

Ⅱ 方　　法

（１） 対象

平成24年８月現在のWAMNETで検索した，愛知・岐阜・三重の障害者自立支援法による指定障害福祉サービス事業所1,295カ所に対し，調査票を郵送して回答を求めた。調査の内容は，事業所の属性（種別，運営主体），職員の職種と人数，若年性認知症の受け入れの有無，ある場合の人数，病名や，日常生活の自立度，認知症の程度，受け入れの決め手になったこと，支援方法，工夫していること，受け入れの課題，受け入れの条件などである。

（２） 倫理的配慮

調査票には，調査の主体，目的，方法，結果の取り扱い等に加え，返送をもって同意する旨を記載した。施設名は匿名とし，ID番号にて管理した。

Ⅲ 結　　果

（１） 障害者施設の種別，運営主体，職員について（表１）

1,295カ所に発送した中で，廃業やあて先不

明が92カ所あり，718カ所から回答を得た（対象数に対する回収割合：59.7％）。施設の種別については，障害者自立支援法による指定障害福祉サービス事業所の就労継続支援が最も多く53.9％，次いで生活介護が48.7％であった。

施設の運営主体は，社会福祉法人が最も多く53.1％，次いでNPO法人が19.6％であった。

職員に関しては，施設長（管理者）は非常勤を含めた合計人数で１人のところがほとんどであった。精神保健福祉士は37.9％ではおらず，１人いるのは9.9％であった。看護師（准看護師を含む）等の人数は１人が34.0％，17.3％ではいなかった。指導員は４人が9.9％，３人が8.9％であり，OT，PTなどリハビリ職員は36.9％ではおらず，１人が6.0％であった。その他は１人が24.9％であった。

施設の定員は11～20人が最も多く39.8％，次いで31～40人が20.2％であった。

（２） 若年性認知症の受け入れ，性別・年齢および原因疾患等について（表２，３，４）

若年性認知症の受け入れについては，90.0％の事業所で受け入れの申し出の経験がなく，現在受け入れているのは41事業所（5.7％），以前受け入れたことがあるのは19事業所（2.6％），検討中が３事業所（0.4％）であった。

「現在受け入れている」「以前に受け入れたことがある」「現在，利用の申し出があり，検討中である」と回答した63事業所において受け入れた若年性認知症は131人で，性別と年齢が確認できたのは129人であり，男性は85人，年齢は50～59歳が最も多く，女性は44人で年齢は50～59歳が最も多かった（表２）。施設の種別による性別と年齢では，男女とも生活介護が最も多く，次いで障害者支援施設であり，年齢は50～59歳が最も多かった。

認知症の原因疾患の記載があった130人の内訳は，アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）が最も多く45.4％，次いで血管性認知症が16.2％，前頭側頭型認知症（ピック病）が1.5％であった。就労移行支援を行う事業所では，就労継続支援にアルツハイマー病が多いのが目立った（表３）。

表１　障害者施設の種別，運営主体，職員数および定員（n＝718）

	実数	全対象に占める割合（％）
施設の種別（カ所）		
生活介護	350	48.7
障害者支援施設	109	15.2
就労移行支援	85	11.8
就労継続支援	387	53.9
自立支援	18	2.5
相談支援事業	48	6.7
共同生活援助	24	3.3
重度障害者包括支援	2	0.3
無回答	17	2.4
運営主体（カ所）		
市町村の直営	7	1.0
社会福祉法人	381	53.1
社会福祉協議会	62	8.6
医療法人	9	1.3
社団法人	4	0.6
財団法人	2	0.3
株式会社	91	12.7
NPO法人	141	19.6
その他	20	2.8
無回答	1	0.1
職員の数[1]（人）		
施設長（管理者）	1	96.0
	2	3.2
精神保健福祉士	0	37.9
	1	9.9
看護師（准看護師を含む）	0	17.3
	1	34.0
指導員	3	8.9
	4	9.9
リハビリ職員	0	36.9
	1	6.0
その他職員	0	13.0
	1	24.9
施設の定員（カ所）		
10人以下	47	6.5
11～ 20人	286	39.8
21～ 30	90	12.5
31～ 40	145	20.2
41～ 50	40	5.6
51～ 60	38	5.3
61～ 70	12	1.7
71～ 80	21	2.9
81～100	12	1.7
101人以上	18	2.5
無記入	9	1.3

注　1）職員数は，それぞれの職種の常勤と非常勤の合計が，全対象に占める割合が１，２番目のみを記載した。

利用者の利用開始時の状態について記載があった126人に関する日常生活自立度については，「屋内での生活はおおむね自立しているが，介助なしには外出しない」（自立度３）が最も多く47.6％，「何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立し，隣近所なら外出する」（自立度２）が15.1％，「何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立し，交通機関等を利用して外出する」（自立度１）が11.1％であっ

表２　障害者福祉施設の種別による若年性認知症の性別と年齢区分

	総数	男性					女性				
		総数	40歳未満	40~49歳	50~59	60~64	総数	40歳未満	40~49歳	50~59	60~64
総数	129	85	14	13	44	14	44	3	7	20	14
	(100.0)	(65.9)	(10.9)	(10.1)	(34.1)	(10.9)	(34.1)	(2.3)	(5.4)	(15.5)	(10.9)
生活介護	60	39	7	7	19	6	21	1	3	9	8
	(100.0)	(65.0)	(11.7)	(11.7)	(31.7)	(10.0)	(35.0)	(1.7)	(5.0)	(15.0)	(13.3)
障害者支援施設	49	29	4	4	18	3	20	1	4	8	7
	(100.0)	(59.2)	(8.2)	(8.2)	(36.7)	(6.1)	(40.8)	(2.0)	(8.2)	(16.3)	(14.3)
就労移行支援	7	7	1	−	5	1	−	−	−	−	−
	(100.0)	(100.0)	(14.3)	(−)	(71.4)	(14.3)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
就労継続支援	30	26	4	4	13	5	4	−	2	2	−
	(100.0)	(86.7)	(13.3)	(13.3)	(43.3)	(16.7)	(13.3)	(−)	(6.7)	(6.7)	(−)
自立訓練	1	−	−	−	−	−	1	−	−	1	−
	(100.0)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(100.0)	(−)	(−)	(100.0)	(−)
相談支援事業	13	9	−	2	6	1	4	−	−	1	3
	(100.0)	(69.2)	(−)	(15.4)	(46.2)	(7.7)	(30.8)	(−)	(−)	(7.7)	(23.1)
共同生活援助	1	1	−	−	1	−	−	−	−	−	−
	(100.0)	(100.0)	(−)	(−)	(100.0)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
重度障害者等包括支援	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
不明	24	11	2	3	5	1	13	1	1	7	4
	(100.0)	(45.8)	(8.3)	(12.5)	(20.8)	(4.2)	(54.2)	(4.2)	(4.2)	(29.2)	(16.7)

表３　障害者福祉施設の種別による若年性認知症の原因疾患

	総数	アルツハイマー病	血管性認知症	前頭側頭型認知症	レビー小体型認知症	その他の認知症	不明	無記入
総数	130	59	21	2	1	32	12	3
	(100.0)	(45.4)	(16.2)	(1.5)	(0.8)	(24.6)	(9.2)	(2.3)
生活介護	61	19	16	−	1	15	9	1
	(100.0)	(31.1)	(26.2)	(−)	(1.6)	(24.6)	(14.8)	(1.6)
障害者支援施設	49	17	9	−	−	15	7	1
	(100.0)	(34.7)	(18.4)	(−)	(−)	(30.6)	(14.3)	(2.0)
就労移行支援	7	1	1	−	−	3	2	−
	(100.0)	(14.3)	(14.3)	(−)	(−)	(42.9)	(28.6)	(−)
就労継続支援	30	15	4	1	−	7	2	1
	(100.0)	(50.0)	(13.3)	(3.3)	(−)	(23.3)	(6.7)	(3.3)
自立訓練	1	−	1	−	−	−	−	−
	(100.0)	(−)	(100.0)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
相談支援事業	13	3	3	−	−	5	2	−
	(100.0)	(23.1)	(23.1)	(−)	(−)	(38.5)	(15.4)	(−)
共同生活援助	1	−	1	−	−	−	−	−
	(100.0)	(−)	(100.0)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
重度障害者等包括支援	−	−	−	−	−	−	−	−
	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
不明	25	18	2	1	−	4	−	−
	(100.0)	(72.0)	(8.0)	(4.0)	(−)	(16.0)	(−)	(−)

た。認知症の程度について記載があった125人については，「日常生活に支障をきたすような症状があり，介護を必要とする」が最も多く59.2％，「日常生活に支障をきたす症状はあるが，見守りで自立できる」が24.8％であった（表４）。

（３） 若年性認知症の受け入れの決め手，支援方法，課題等について（図１，２，３，４）

若年性認知症を受け入れている事業所において，受け入れの決め手になったことは，「若年性認知症の家族からの強い要望」が最も多く45.0％，次いで「施設内の他の利用者との関係が保て，施設内のプログラムがこなせると判断した」が38.3％であった（図１）。

受け入れた利用者に対する支援では，「他の利用者とほぼ同じプログラムで支援をしている」が最も多く46.7％，次いで「他の利用者とほぼ同じプログラムで支援をしながら，職員を常に配置している」「認知症の症状に合わせた支援をしている」がともに31.7％であった（図２）。

表４　障害者福祉施設の種別による若年性認知症の生活機能自立度と認知症の程度

	総数	自立度１	自立度２	自立度３	自立度(その他)	総数	認知症の程度１	認知症の程度２	認知症の程度３	認知症の程度(その他)
総数	126	14	19	60	33	125	13	31	74	7
	(100.0)	(11.1)	(15.1)	(47.6)	(26.2)	(100.0)	(10.4)	(24.8)	(59.2)	(5.6)
生活介護	60	2	5	33	20	60	3	18	33	6
	(100.0)	(3.3)	(8.3)	(55.0)	(33.3)	(100.0)	(5.0)	(30.0)	(55.0)	(10.0)
障害者支援施設	47	−	2	21	24	49	1	8	36	4
	(100.0)	(−)	(4.3)	(44.7)	(51.1)	(100.0)	(2.0)	(16.3)	(73.5)	(8.2)
就労移行支援	7	2	4	1	−	7	1	4	1	1
	(100.0)	(28.6)	(57.1)	(14.3)	(−)	(100.0)	(14.3)	(57.1)	(14.3)	(14.3)
就労継続支援	30	10	13	4	3	29	9	14	5	1
	(100.0)	(33.3)	(43.3)	(13.3)	(10.0)	(100.0)	(31.0)	(48.3)	(17.2)	(3.4)
自立訓練	1	−	−	−	1	1	−	−	1	−
	(100.0)	(−)	(−)	(−)	(100.0)	(100.0)	(−)	(−)	(100.0)	(−)
相談支援事業	13	−	2	5	6	13	−	8	5	−
	(100.0)	(−)	(15.4)	(38.5)	(46.2)	(100.0)	(−)	(61.5)	(38.5)	(−)
共同生活援助	1	−	−	1	−	1	−	1	−	−
	(100.0)	(−)	(−)	(100.0)	(−)	(100.0)	(−)	(100.0)	(−)	(−)
重度障害者等包括支援	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)	(−)
不明	24	−	−	23	1	25	1	1	23	−
	(100.0)	(−)	(−)	(95.8)	(4.2)	(100.0)	(4.0)	(4.0)	(92.0)	(−)

注　1)　自立度１：何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立し，交通機関等を利用して外出する。
　　2)　自立度２：何らかの障害等を有するが，日常生活はほぼ自立し，隣近所なら外出する。
　　3)　自立度３：屋内での生活はおおむね自立しているが，介助なしには外出しない。
　　4)　認知症の程度１：何らかの認知症を有するが，日常生活は家庭内および社会的に自立している。
　　5)　認知症の程度２：日常生活に支障をきたす症状はあるが，見守りで自立できる。
　　6)　認知症の程度３：日常生活に支障をきたすような症状があり，介護を必要とする。
　　7)　無記入（自立度：４，認知症の程度：２）を除く。

若年性認知症の受け入れに当たっての課題は，「認知症の症状が進行すると継続して受け入れができなくなる可能性がある」が最も多く66.7%，次いで「認知症の症状のため，他の利用者に比べ作業やプログラムをこなすのが困難である」が40.0%であった（図３）。

若年性認知症の受け入れ経験がない事業所において受け入れなかった理由は，「利用申請がない」が最も多く89.0%，次いで「若年性認知症の知識やノウハウがない」が17.4%であった（図４）。5.2%の事業所で，今後，若年性認知症を受け入れる機会があれば，受け入れたいと考えており，受け入れの検討をしたいは46.8%であり，受け入れないは10.7%であった。受け入れの条件として，最も多かったのは家族との連携調整が80.4%であり，次いで病院との連携

図１　受け入れの決め手になった要因（n＝60）

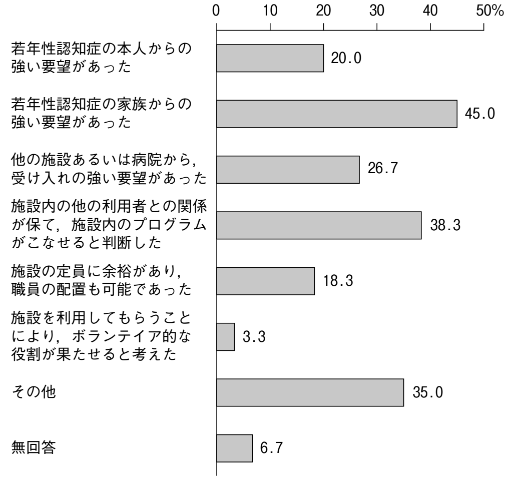


図２　利用者に対する支援（n＝60）

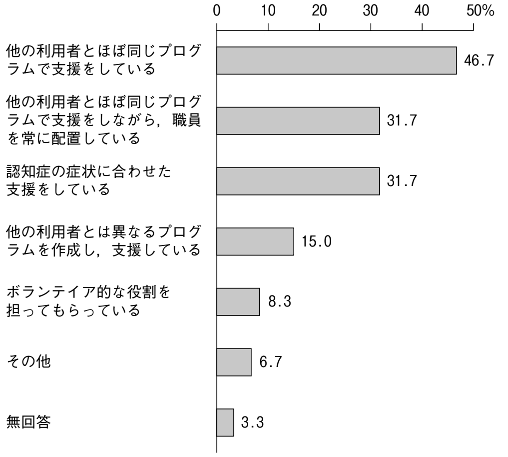


図３　受け入れに当たっての課題（ｎ＝60）

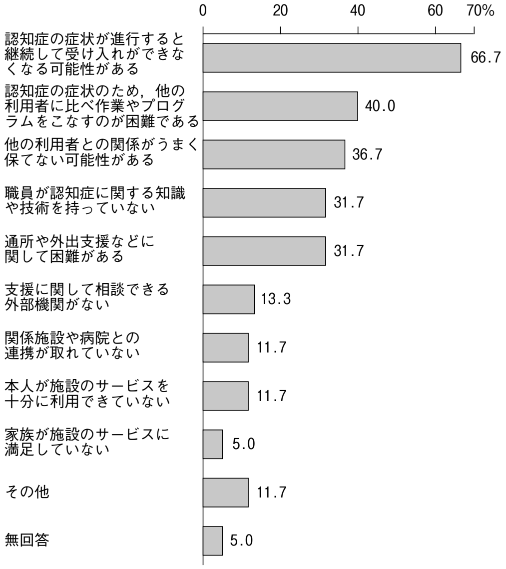
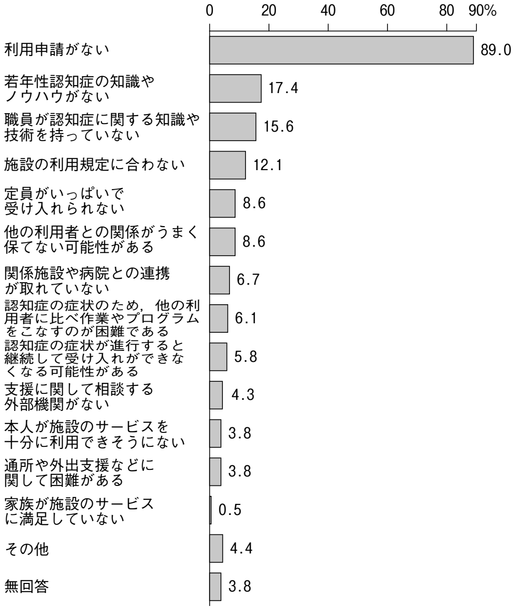


図４　受け入れていない理由（ｎ＝654）



調整が80.1％，若年性認知症に関する研修や支援マニュアル等が必要が75.9％，制度的な支援（補助金など）が46.9％であった。

Ⅳ　考　　察

国の調査によれば，若年性認知症の推計値は全国で約37,800人とされている[13]が，調査から数年が経過しており，また，受診していない人や別の疾患とされている人が存在する可能性もあり，実際にはさらに数が多いと考えられる。

平均年齢51歳で発症する若年性認知症は，現役で働いている場合が多く，女性が多い認知症高齢者と比較すると，男性に多い疾患であり，発症によって就労継続が困難になることは，本人や家族に経済的な問題をもたらすだけでなく，有能な人材を失う社会の側からみても影響は大きい。さらに，休職や退職をした後，すぐに介護保険サービスを利用するとは限らず，社会的な居場所をなくして閉じこもってしまう人も少なくない。

認知症の症状が軽度で，なおかつ働く意欲がある人の場合，ハローワークで職を求めたり，職業訓練を受けて再就職するという方法もあるが，認知機能低下が進行する疾患である認知症の場合は，雇用はなかなか困難な場合が多く，再就職しても長続きしない。このような人に対して，障害者自立支援法による障害者施設の利用が考えられる。障害者福祉施設における若年性認知症の人の受け入れに関する報告は著者らが報告したもの以外には見つからなかったが，高次脳機能障害者の受け入れに関する調査では，身体障害者療護施設が約半数を占め，精神障害者授産施設の利用者はごくわずかであった[14]。

大府センターでは，国立長寿医療研究センターのソーシャルワーカーと協働で，通院中の若年性認知症の人に対するソーシャルワークを行い，その一環として，精神障害者授産施設利用による就労支援も行ってきた[8]。精神障害者と若年性認知症の人を比較すると，共通点としては後天性の疾患であり，病気の受容や認識が困難であること，現時点の自分に自信が持てないことなどがあり，相違点としては精神障害者には自立を促すために意図的に責任を課すようにするのに対し，若年性認知症の人の場合は，認知機能低下によることに対しては責任を課すことができない点が挙げられる。

したがって，現時点の自分を受容し，自信を

回復するような共通の支援に加え，若年性認知症の人に対しては，繰り返し声をかけて確認することや，出勤簿の記入など，できないことは職員がサポートするなどの柔軟な個別対応が必要である。このため，家族や医療機関などとの連絡を密にし，連絡事項は本人だけでなく家族にも伝えたり，覚えることが必要な作業はさせないなどの配慮が重要である。

今回，回答があった718カ所のうち，若年性認知症を受け入れた経験があったのは，現在受け入れている41カ所と以前に受け入れた19カ所，検討中の３カ所を合わせて63カ所であり，前回の調査では合わせて11カ所であったのと比較すると格段に増加している。受け入れの決め手になったのは本人や家族の強い要望とともに，施設内の他の利用者との関係が保て，プログラムがこなせると判断した等の環境整備が挙げられており，障害者以外の利用者を受け入れる態勢が整ってきていると考えられた。このことは，他の利用者とほぼ同じ支援をしている事業所が半数近くを占め，他の利用者とほぼ同じプログラムで支援しながら，職員を常に配置している事業所が３分の１近くであったことからも裏付けられる。

これらの事業所で把握された若年性認知症の人は全部で131人であり，年齢と性別が確認できた129人では，男性が女性の約２倍と多かった。若年性認知症は，認知症高齢者が女性に多いのとは異なり，男性に多いとされる疾患であり，発病によって仕事から離れた男性が，障害者施設を利用する機会が増えてきたと考えられた。

著者らが行った通院中の若年性認知症の人のソーシャルワーク事例では15人中12人が男性であり，障害者施設における就労支援では，対象者４人はすべて男性であった[8]。今回の調査と並行して，全国の認知症対応型通所介護（認知症デイケア）に対する調査も行ったが，該当する若年性認知症の利用者のうち男性は半数以下であった。障害者施設を利用する若年性認知症の男性が女性の２倍であることは，男性の方が働く意欲とニーズが大きい可能性があると考えられた。

若年性認知症の原因疾患としては，血管性認知症が最も多いとされている[10]が，今回調査した障害者施設が受け入れている事例ではアルツハイマー病の人が多く，認知症の行動・心理症状（BPSD）などが多いとされる前頭側頭型認知症はわずかであった。脳血管障害と関連する障害として高次脳機能障害があるが，高次脳機能障害者の社会福祉施設利用に関する調査によれば，1,235人中800人（64.8％）が脳血管障害後遺症であった[14]。血管性認知症では，脳血管障害による半身麻痺や構音障害などの身体的障害を合併している可能性があり，前述したように身体障害者療護施設の利用が多くなる。しかし，著者らが経験した精神障害者授産施設における就労支援の４事例もすべてアルツハイマー病であり，今回の結果でも，就労継続支援で受け入れているアルツハイマー病は15人と多かった。身体的合併症のない比較的軽度のアルツハイマー病は，障害者施設における福祉的就労が適していると考えられる。

若年性認知症の利用者のうち半数以上が介護を必要とする人であり，自立していた人は３分の１にとどまった。外出時に介助が必要な程度の日常生活自立度の場合，施設への通所手段が利用可能かどうかの決め手になることが多い。日常生活で自立している人の利用が多くないのは，若年性認知症における日常生活動作が低下している人の割合が多いという既報告[6]と合わせて考えると，障害者施設に通所できる程度の人がさほど多くはない可能性がある。職場における早期発見・早期診断により，現役の職場での就労継続が図られるのが望ましいが，退職後も作業能力が保たれている間に，障害者施設の利用を進める仕組み作りが求められる。

一方で，今後の課題として，認知症は障害と異なり，症状が進行する疾患であるので，継続して受け入れができなくなることがあり，介護保険などのサービスにうまくつないでいくには，時期の見極めなど，他機関・多職種との緊密な連携が求められる。

Ⅴ　お　わ　り　に

今回の調査では，障害者施設における若年性認知症の受け入れはまだ不十分ではあるが，約４年半前の調査に比べ，受け入れている事業所が増加しており，人数も100人以上であり，少しずつ理解が進み，受け入れ可能な事業所が増加していると考えられた。一方で，受け入れ申請がないとする事業所が多く，若年性認知症の相談を受ける地域包括支援センターなどの相談窓口の職員が，障害者施設での福祉的就労を視野に入れておらず，紹介に至らない可能性がある。介護福祉関係者に対するさらなる情報提供が必要であり，就労を希望し，可能な若年性認知症の人に，有用な情報が適切に提供されることが必要である。

謝辞

本研究は平成24年度老人保健健康増進等事業によって行った。ご協力いただいたすべての方に感謝します。

文　　献

１）「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書．平成20年７月．(http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf) 2013.2.13.
２）「今後の認知症施策の方向性について」厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム．平成24年６月18日．(http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf) 2013.2.13.
３）「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）（平成25年度から29年度までの計画）」平成24年９月５日．(http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf) 2013.2.13.
４）小長谷陽子，渡邉智之，小長谷正明．若年認知症の発症年齢，原因疾患および有病率の検討－愛知県における調査から－．臨床神経　2009；49：335-41.
５）小長谷陽子，渡邉智之，小長谷正明．若年認知症の行動と心理症状（BPSD）の検討－愛知県における調査から－．神経内科　2009；71：313-9.
６）小長谷陽子，渡邉智之．愛知県における若年認知症の就業，日常生活動作および介護保険利用状況．厚生の指標　2010；57(５)：29-35.
７）小長谷陽子，柳務．企業（事業所）における若年性認知症の実態－愛知県医師会認定産業医へのアンケート調査から－．日本医事新報　2009；4456：56-60.
８）小長谷陽子，高見雅代，朝熊清花．若年性認知症に対する就労支援の実際．日本医事新報　2010；4494：60-4.
９）若年性認知症コールセンター　2010年報告書　社会福祉法人仁至会　認知症介護研究・研修大府センター　2011年３月.
10）若年性認知症コールセンター　2011年報告書　社会福祉法人仁至会　認知症介護研究・研修大府センター　2012年３月.
11）小長谷陽子．地域包括支援センターの若年性認知症に対する就労支援．平成23年度老人保健健康増進等事業による報告書「若年性認知症に対する効果的な支援に関する研究事業」2012；61-95.
12）田中千枝子，駒田雅己，山崎ゆかり，他．若年認知症者・家族に対するソーシャルサポートの研究．平成19年度老人保健健康増進等事業による報告書「若年性認知症の社会的支援策に関する研究事業」2008；42-70.
13）朝田隆．総括研究報告．厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究）「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」平成18年度～平成20年度総合研究報告書．2009；1-21.
14）進士恵実，中村孝一，寺島彰．高次脳機能障害と社会福祉施設の利用に関する研究．厚生の指標　2006；53(６)：34-9.