

Ⅳ．若年性認知症における雇用維持・支援

勤医協中央病院

伊古田俊夫

「自分は働きたい、まだやれることがあると思う、だけどどうしたらいいかわからない、考え出すともうわからなくなり具合悪くなる。これからどうやって生きていけばいいんだ」（札幌市・若年性認知症実態調査 2007、本人インタビューから）。

若年性認知症の方々の心の奥底には「働きたい」という渴望があります。その希望を何とか叶えたいと家族、支援者、医療関係者が努力をされています。しかしなかなかうまく行かない現実があります。その「現実」を一緒に見つめながら、どう打開できるかを考えてみましょう。

【若年性認知症の人と仕事、私の考え】

私は若年性認知症の人でも仕事をできるだけ続けて欲しいと願っています。突然仕事を失うと生活が乱れ、精神状態、体調を崩すきっかけとなってしまうでしょう。退職するにしても時間をかけできるだけ本人の納得を得て辞めていけるよう配慮が必要です。現代の社会の雇用環境は厳しいものがあり、若年性認知症の人が働く環境は整ってはいません。社会制度の速い変化、競争社会、不況と経営環境の悪化など…。しかしどこかに解決の糸口があるはずです。

一方で、ストレスの多い仕事の場合、その継続は認知症を悪化させることもあり、注意が必要です。ストレス過多と判断された場合、仕事から離れることも必要です。仕事とは二面的なもので、継続した方が良い場合とやめた方が良い場合とがあります。ご本人、ご家族としっかり向き合い話合って決めていくことが必要です。

【これまでに診療を担当した患者さんの概況】

これまでに診療させていただいた若年性認知症の患者さんは 47 名（2007.4－2014.3）です。病型別内訳は表 1 のとおりです。

47 名のうち初診時に就労していた方は 8 名（表 2）です。8 名中 7 名がアルツハイマー型認知症、1 名がアルツハイマー型＋血管性の混合型認知症でした。8 名の方々の現在（2014 年 7 月 31 日現在）の状況は表 2 の通りです。この 8 名の方々の診療経験を基に若年性認知症の雇用支援について考えてみたいと思います。

雇用維持最長期間は 4 年、最短 11 ヶ月です。最長 4 年の方は施設管理業務（ボイラー管理）の方で、定年退職後も嘱託職員制度で働きつづけられました。ただし最後の一年間は仕事の遂行は困難で事実上仲間のご好意で「在職」していたといえます。いわゆる転職に成功した事例はありません。

表 1 病型別内訳

病型別疾患	数
血管性認知症	16
血管性＋アルツハイマー混合型	1
アルツハイマー型認知症	14
アルツハイマー型＋アルコール性	1
レビー小体型認知症	2
前頭側頭型認知症	4
アルコール性	6
その他（低酸素脳症 外傷性認知症 舞蹈病性）	3

表 2 初診時就労していた人

その後	数
就労継続（休職中を含む。公務、会社）	2
医師から退職を助言し退職（公務）	1
定年（早期を含む）まで働き退職（公務、医療など）	3
解雇	1
事実上仕事ができなくなった（自営、*悪性疾患発症）	1

若年性認知症の人が仕事を継続するうえでその障害となりうる下記の問題（1～3）にそって考察し、対策（4）を検討してみましょう。

- 1 仕事能力の低下、
- 2 社会的認知の能力の低下
- 3 過大なストレス、避難の大切さ
- 4 療養支援と就労訓練、リハビリ

【仕事能力の低下】

若年性認知症の人がうまく働くことができない理由の第一は記憶力や判断力、計算力など能力の低下あるためです。計算や事務作業には一定の知的能力が必要で、若年性認知症ではその低下のためにミスをしやすい状況にあります。仕事遂行上の「能力の低下」を補うには職場内での仕事内容のフォロー、ミスのチェック、修正が必要です。

物忘れに基づく失敗の回避には工夫が必要です。メモを取り見えるところに貼っておく、時刻を知らせるアラームを使用する、リマインダー（スマホなどについている装置、予定時刻が来ると予定を知らせてくれる）を使用するなどです。認知症になる前から使っている方法で対処します。職場の机の周りが「メモでいっぱい」になるかもしれません。

若年性認知症の人が長期間の雇用継続に成功している例は「単調で変化の少ない仕事」にしている場合です。農業や物づくり、施設管理などの仕事では仕事内容が変化しない場合、持っている知識で仕事が継続できます。持っていた知識で仕事を継続できると相当長期にわたり仕事ができます。一般に転職は困難です。新しい仕事内容を新規に覚えることは単純な労働でも難しいと思われます。私の患者さんで成功した方はいません。

【社会的認知の能力低下】

若年性認知症の方々が仕事に行き詰まり、職場での支援が得られにくくなる第二の問題は「職場の周りの人々とうまくやっていく能力」の低下という問題があります。周りの人々の苦

労も理解し、自分のことも分かってもらい上手に仲間と仕事や人間関係をこなして行く能力、これを「社会的認知」の能力と呼びます。若年性認知症では「社会的認知」の力が落ちてしまい、周りの人々とうまくやっていけなくなる現象（症状）があり、それが若年性認知症の人が職場になじめない大きな原因となっています。

若年性認知症の人が職場に発生した場合、職場の同僚は支援・援助を惜しみません。診察の機会に「職場の同僚からは良くしてもらっている」などの言葉が多くの方から聞かれます。しかしやがて職場の支援体制は徐々に失われていきます。なぜでしょうか？

認知症の人が周りの人の気持ちを理解できない、職場の方たちの支援を理解できない、認知症の人自身の言動が周りを混乱させてしまうことがある、などの事態が発生してくるためです。自分の作った書類を同僚がダブルチェックしているのを見つけると「何余計なことやっているのか」などと攻撃的な態度をとる、自分のミスをあげつらわれていると勘違いしているのです。周りの人がいろいろ苦勞し配慮してくれている、周囲の配慮で仕事を継続できている現実を当人は理解できていない、そのギャップが立場を決定的に悪化させてしまいます。

私は若年性認知症の人が働く職場の管理者と話合いを持ったことがあります。仕事上のミスの問題とは異なる次のような指摘を受けました。お伝えしにくい内容ですが、大切な問題ですのでリアルに書かせていただきます。

「仕事で私語が多い（飼っている犬のことなど）、そのため職場全体が仕事に集中できない、予定された休み以外にもしばしば休む、注意すると「何か問題ですか」と言い返される、仕事への意欲はあまり感じられない、職場として相当に配慮しているがそれを分かってもらえない…。」

人の気持ちを分からなければ良い人間関係は作れません。自分の周りの人々の気持ち・感情を理解することは良い人間関係を作る基礎です。その能力を「社会的認知」と呼び、社会性、協調性を生み出す認知的能力です。先に述べた若年性認知症の人の職場における言動は社会的認知の力が落ち、社会性・協調性が低下し、周りの人々うまくやっていけなくなったのです。

【社会的認知の障害を直視し支えよう】

「自分のことや周りの人の気持ちが分からなくなる」という症状、社会性、協調性の低下（社会的認知の力の低下）は何故うまれるのでしょうか？

その原因は社会脳と呼ばれる脳の障害で発生します。認知症医学の歴史の中で「社会脳」「社会的認知」という問題はあまり関心を持たれませんでした。しかし2013年5月、米国精神医学会で正式に「社会的認知の障害」が認知症の基本症状と認められ、診断基準の1項目として採択されました。今後は認知症を語る時には「社会的認知」「社会脳」という言葉がどんどん登場するでしょう。多くの方がそれを理解してくれるようになるでしょう。若年性認知症の人の社会的活動を支える時、社会性や協調性が落ちている（社会脳の働きが低下している）という視点から若年性認知症の方々の問題を考える必要があります。

職場での障害の一般的なサポートは能力が低下した部分を支援すればうまく行きます。若年性認知症では能力低下部分のサポートに加え、社会性・協調性の低下のフォロー、サポートが大切となります。

【過大なストレス、過酷な仕事からの避難】

世の中には特別ストレスの大きな仕事があります。いつでも周囲の目にさらされ監視され休む暇の無い職業などです（例 タレントやアナウンサー、首長や議員など）。私が診療を担当した方を紹介します。50代の地方議会議員さんです。数年前物忘れがあると受診されました。診察室では長谷川スケール、ミニメンタル検査などでほぼ満点に近い状態で推移しました。周りの方々からは物忘れが目立つと心配の声が寄せられました。演説や講演は可能でしたが質疑応答で多数の質問を同時にされると対応困難となります。

記憶テストでは軽度認知障害（MCI）レベルでしたが、脳血流SPECTではアルツハイマー型認知症の所見を示しました。過大なストレスを鑑み私はご本人に引退を助言しました。引退後この方は大変明るくなり、長谷川スケールも一時期改善しました。退職を助言することは医師にとっても苦しいことですがしなければならぬことがあることをご理解いただきたいと思います。

【療養支援、就業訓練、リハビリ】

若年性認知症の皆様が認知症の療養と仕事の継続を目指している時、どうしても療養のことは通院して服薬を続ける程度で片手間になりかねません。しかしこの時期こそしっかり病気と向かい合うことが大切です。

雇用継続支援の中心は働いている職場での仕事を継続するよう支援することです。職場に病名を伝えることは必要ですが、家族からの説明という形がよいと思われます。また「疑い病名」段階で慌ててはなりません。認知症といううわさが立つだけで解雇への動きがでることもあります。

各種の認知症予防策を実践しましょう。運動と食事などが中心です。内容についてはここには字数の関係で書けませんがぜひ書籍などを参考にされてください。認知症予防策とは生活の改善策でもあります。きちんと取り組むよう廻りの方々にはぜひ支援しましょう。

若年性認知症の方のための就業訓練は未だ行われていません。研究と創意・工夫の必要な分野であり、家族会やサポートセンターとしても研究課題です。転職、復職に挑戦するためには軽度認知症の方々のための“就業訓練”などの整備が望まれます。

介護保険では最近、機能訓練専門デイサービス、リハビリ特化型デイケアなどが普及しています。これらの内容は若年性認知症の皆様に十分役立つと思われます。また仕事の内容（家屋の修理、公園の清掃・遊具修理など）を取り入れたデイケア、デイサービスも注目されています。ぜひ事業者の方々取り組んでいただきたく思います。

医療機関での認知症のリハビリテーションは冷遇されており、認知症、アルツハイマー病などという病名はリハビリの対象になっていません。高次脳機能障害という病名で細々とリハをしています。病院医療で「認知症をリハビリテーションの対象とする」ことを強く求めるものです。

注：本稿はひまわり塾（2014年3月15日、北海道若年性認知症の人と家族の会主催）でお話しした内容をまとめたものです。

V. 就労時から退職前後までの主な支援制度

	経 過	利用可能な制度 相談窓口
気づき		
受 診	認知症を専門とする医師のいる医療機関、もの忘れ外来を標榜している医療機関に受診をして診断を受ける。 ①自立支援医療（精神通院医療） ②精神障害者保健福祉手帳申請	自立支援医療(精神通院医療) →市町村窓口 精神障害者保健福祉手帳 →市町村窓口
就業継続	就業について主治医や産業医、職場の担当者との相談 ①現在の就業を継続 ②仕事内容の変更、職位や役割の変更、就業時間の変更やサポートによる就業を継続	
休 職	休職に関する職場の就業規則を確認 ①有給休暇の利用の検討 ②傷病手当金利用の検討	傷病手当金 →健康保険組合
職場復帰		
退職の検討	退職に関する職場の就業規則を確認 退職後に加入する健康保険の選択 ①健康保険任意継続 ②国民健康保険（保険料は退職前年の収入により決定されるため、1年間は①の任意継続をすることが多い） ③家族の健康保険被扶養者 退職後の年金受給について検討（障害年金受給、老齢基礎年金の繰り上げ支給など、受給者にとっての有利な選択） ・介護保険制度についての情報収集 ・雇用保険の手続き（離職が解雇なのか自己都合なのかによって受給内容に違いがあるため、ハローワークで状況を説明する）	障害年金制度 →年金事務所 市町村障害年金窓口 介護保険制度 →市町村介護保険窓口 雇用保険制度 →ハローワーク
退 職	年金の切り替え（60歳前に厚生年金・共済年金から退職した場合、国民年金への切り替えをする） 健康保険の切り替え 失業給付を受けながら再就職を検討	
再就職活動	障害者総合支援法による障害者就労支援事業 介護保険認定申請（デイサービス／デイケアの利用） 地域活動支援センター等での作業や活動	→就業・生活相談事業所 →市町村障がい者支援窓口
在宅での社会参加		

利用可能な制度の一口メモ

月日	制 度	説 明
／	精神障害者保健福祉手帳	症状や生活状況によって、1～3級の各種優遇措置を受けられる。この手帳は若年認知症の診断を受けた後に申請し、税金の控除・免除やNHK受信料の減免などが受けられる。
／	自立支援医療費（精神通院医療）助成制度	精神医療に係る医療費のうち、医療保険の本人負担分の一部を公費負担する。総医療費のうち、原則として本人負担は1割に軽減される。病院以外に薬局、デイケア、訪問看護ステーションも該当する。
／	傷病手当金	職場の健保組合・共済組合に加入している本人が、病気やけがなどで休業する場合、療養中の生活保障として支給される。国民健康保険には適用されない。
／	雇用保険制度	離職し就職する意志はあるが職につけず、求職活動を行っている状態にある場合、失業給付（基本手当）が支給される。
／	障害年金制度	公的年金に加入中、障害の程度と一定の要件によって支給される。障害年金には①国民年金の障害基礎年金②厚生年金の障害厚生年金③共済年金の障害共済年金があり、申請の要件は障害の原因となった傷病の初診日から、1年6カ月経過していることが原則。
／	障害者総合支援法による就労支援	通常の就業は困難だが働きたい人のための障害者の就労支援制度。就労継続支援として雇用型と非雇用型があり、就労移行に必要な訓練として就労移行支援がある。
／	所得税・住民税の障害者控除	「精神保健福祉障害者手帳」を取得することで税金の控除等が受けられる。介護認定を受けている場合、「障害者控除認定証明書」にて申告する。
／	介護保険制度	「初老期における認知症」の場合、40歳から64歳までは介護保険の第2号被保険者に該当し、介護保険サービスを利用できる。
その他	国民健康保険料の減免、国民年金保険料の法定免除、生命保険の高度障害認定、住宅ローン免除、介護休業制度（介護する家族のための制度）、身体障害者手帳、修学援助制度	
	企業の障害者雇用納付金制度	障害者の雇用促進を図るために、法定雇用率を超えて雇用している事業所に対して、各種調整金、助成金等が支給される。

▶手続きなどの予定日を記入ください。

Ⅵ．若年性認知症の理解と治療

北海道医療大学 心理科学部

中 野 倫 仁

(1) はじめに

認知症とは、18歳以降の時期に何らかの原因で脳の機能が持続的に障害されて低下した状態をいいます。一般的には、少なくとも6ヵ月間は続くことが想定されています。その原因としては、①脳に異常なたんぱく質などが沈着しておこる場合、②血管障害のために脳の機能が障害される場合、③感染症のために脳の機能が障害される場合、④頭部の外傷による場合、⑤脳以外の臓器（甲状腺など）の障害のために脳の機能が障害される場合などに分けられます。多くは記憶力の障害を認め、加えて判断力や思考力などの減退を認めるとされています。このうち、18歳から64歳までの間に発症した認知症を若年性認知症といっています。65歳以降発症の老年期認知症と区別する理由としては、認知症のタイプによっては、若年期に発症すると進行が早く症状も老年期発症のそれと異なることがあるということや、職業や家庭での役割が相対的に重い時期に相当することなどがあります。

若年性認知症の原因疾患の順位としては、我が国には正確な統計はありませんが、専門家間の間では、第1位はアルツハイマー型認知症、第2位は血管性認知症（脳血管性認知症ともいう）、第3位以降にレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症（前頭側頭型変性症ともいう）が続くと考えられています。

(2) アルツハイマー型認知症

1906年にA. アルツハイマーが報告し、当時非常に珍しい認知症とされていたものですが、今日では最も多い認知症となっています。その原因としては、脳内にアミロイドたんぱくという異常な物質が沈着するために、神経細胞が死んでしまい、脳が萎縮するためと考えられています。沈着する理由はまだ不明なため、根本的な治療法は分かっていません。症状は徐々に進行性に出現することが多く、ある日突然に発症するということは基本的にはありません。病初期には、最近の物事を忘れる近時記憶障害や近所で道に迷う道順障害などが生じますが、程度の軽い場合は見過ごされることが多いです。中期になると、過去の出来事が思い出せない、簡単な字が書けなくなる、日常的に使用する物品を正確に用いることができないなどの症状が生じてきます。具体的には、ネクタイの結び方が分からなくなる、針仕事が不正確になる、炊飯器の操作ができなくなる、鏡に映った自分の姿に話しかけ続けるなどの事例があります。末期になると、高度な知的低下を示し、寝たきりになります。

原因が不明ですので予防法は確立していませんが、調査研究により相対的になりやすい人が分かっている、女性であることや年齢を問わず糖尿病、喫煙、高脂肪摂取などが危険因子であり、若年期については高血圧や肥満もリスクを高めます。一方、発症を抑制する因子として

は、適度な運動、知的刺激を伴う余暇活動、魚の高摂取などが知られています。しかし、これらの生活習慣の管理によって発症を完全に防止できるわけではなく、もちろん発症した人の自己責任であるというようなことではありません。

アルツハイマー型認知症を確実に診断できる方法がまだないため、記憶力検査などの心理検査、CTやMRIなどの脳形態検査、SPECTなどの脳血流検査などを用いながら、症状を総合的に判定して診断します。若年期では典型的な症状が揃うことが多く、専門家であれば比較的正確に診断できるとされています。

治療法としては、脳で不足している物質を補うような薬物（コリンエステラーゼ阻害薬）や神経細胞が減少するのを遅らせる薬物が使用されており、進行を遅らせることが期待できます。

(3) 血管性認知症

脳梗塞や脳出血などのいわゆる脳卒中の結果として起こる認知症です。19世紀には存在が知られていました。嘗ては、認知症の原因第1位でしたが、1980年代から1990年代にかけて減少してアルツハイマー型認知症と順位が入れ替わりました。これには降圧薬の服用の必要性が認知され、高血圧の管理が改善したことが関係しています。ただ、我が国では最近になり糖尿病の増加によって低下傾向に歯止めがかかり、現在の発生率は横ばいであるとする報告があります。

生活習慣病（高血圧症、糖尿病、高脂血症）による動脈硬化が原因であることが多く、突然の発症や階段状の発症、またはアルツハイマー型認知症のように進行性の発症する場合など様々なタイプがあります。血管障害が必ずしも脳の部位で均一に生じるわけではないことから、症状はまだら状であることが多く、記憶障害が高度であっても、一般常識や判断力の障害が軽いことがあるとされています。身体症状としては、初期からの歩行障害や泌尿器科疾患によらない排尿障害などを示す場合があります。画像診断では、CTやMRIで血管病変を確認することが必要ですが、画像所見の存在＋認知症＝血管性認知症とは限りません。血管病変に対応する症状がない場合などは、血管病変を持つアルツハイマー型認知症の可能性があることが、専門家の間では知られるようになってきました。この場合は、アルツハイマー型認知症としての治療が必要です。

血管性認知症では、生活習慣病の予防により進行抑制や改善が期待できるため、日頃からの内科的管理が重要となっています。また、血管障害を生じてからも、再発防止のための薬物投与に効果があるとの報告も増えています。

(4) レビー小体型認知症

運動障害や姿勢障害を生じるパーキンソン病という難病にはレビー小体というものが脳の一部に沈着することが知られています。最近、これが脳全体に沈着して認知症を生じることがあることが分かってきて、レビー小体型認知症といえます。症状としては、進行する記憶障害に加えて、短時間の間に注意や意識が変動する、リアリティのある幻視が出現する、パーキンソン病と同じような運動障害や姿勢障害がみられる、などの特徴があります。また、睡眠中に大声や著しい体動を呈することなども特徴的とされています。従来、アルツハイマー型認知症と診断されていた人の中に本症が多く含まれていたことが分かってきました。

画像診断では、脳の SPECT や心臓の核医学検査（¹²³I-MIBG 心筋シンチ）で特徴的な所見がある場合の診断精度が高いことが知られています。他の認知症に比べて、診断に特殊な検査が必要なため、より専門家への受診が必要とされる疾患であるといえます。

薬物治療としては、アルツハイマー型認知症に用いられるコリンエステラーゼ阻害薬の有効性が知られています。また、興奮やせん妄に対して用いられる抗精神病薬により副作用が出やすいため、専門家でも慎重な対応が必要とされています。

(5) 前頭側頭型認知症

脳の前方部である前頭葉や側頭葉が限局的に萎縮して特徴的な行動異常を生じる認知症のことをいいます。類縁の症状を示す認知症があと2つあり、合わせて前頭側頭型変性症という場合もあります。

症状としては、記憶障害より行動障害が目立つのが特徴です。自分の要求や他からの刺激に反応して反社会的行動を起こしたり、他人を小馬鹿にしたりしますが、反対に自発性が低下し無関心になることもあります。また、同じ文章を繰り返し話し、毎日同じ行動を時刻表のように正確に繰り返すなどの常同行動をとることもあります。人格変化が目立ちますので、認知症ではなく他の精神障害と間違われることもあります。若年期において、セクハラや万引きなどの非行行為が出現した場合などに本症の可能性を考えてみるべきとされています。画像診断で前頭側頭葉の障害が明らかでない場合でもそれだけでは本症を否定することはできないと考えられます。

薬物療法として、抗うつ薬が常同行動に効果があったという報告がありますが効果は限定的です。介護者を含めたケアがより重要になってくる認知症であると言えるでしょう。

(6) うつ病と認知症の鑑別

従来は中高年期以降のうつ病が、あたかも認知症のように見える「仮性認知症」の存在が指摘され、両者を区別する必要性が強調されてきました。ただ、うつ病と認知症は同時期に存在することも多く、必ずしも「認知症かうつ病か」という議論にはならないことが分かってきました。また、認知症に見られる「抑うつ」は、うつ病に認められる自責感、希死念慮、抑うつ気分などが明らかでなく、自発性や興味・関心の低下が目立つものが多いという特徴があります。したがって、意欲低下が前景に立ち、症状に深刻味が欠く場合は、一見うつ病のように見えても、認知症の可能性を考えなければならず、注意が必要です。

(7) BPSD とその対応

認知症には、従来から中核的症状と考えられてきた記憶障害、実行機能障害などに加えて、妄想・幻覚などの精神症状や攻撃性・徘徊などの行動症状（両者を合わせて BPSD という）が存在します。多くは進行した時期に出現しますが、全例に見られるわけではありません。適切なケアがなされれば軽快することも多く、周囲の対応が重要です。ただ、向精神薬を短期間（おおむね3ヵ月以内）使用しなければならない場合もあります。



就労における支援の原則と対応のキーワード —若年認知症社会参加支援センターでの支援から—



認知機能障害のある人が作業を行う上で困難なこと

1. 作業目的の維持とその照合機能(点検・検証)の両方を同時的に行うことができない
2. 常に緊張・不安があり、小さなパニックがおきている
3. 行動を言語概念でまとめることが難しく、頭の中で未整理になっている、従ってすぐには答えられず、自分は「これでいい」とする同定がゆらいでいる。

認知機能障害のある人の作業設定の原則

- 原則 1. 作業の動作はできるだけシンプルにし、一度に複雑な動作を入れ込まない
原則 2. 見本やモデルを見せて目的（行動）をわかりやすく伝える
原則 3. 準備の段階から参加し作業の流れがわかり、乗れるようにする
原則 4. 本人なりに試行錯誤をしている時は自己整理の機会として尊重する
原則 5. 一緒に振り返る、努力と達成の経過を味わえるようにする

対応のキーワード—惑わないようにするためにできること—

作業の説明、メモや物、動作などの手がかりの提示、誘導、声かけ、動作援助、見守り、同行、賞賛

比留間ちづ子、若年性認知症の実態と地域生活への支援より抜粋
—特集 若年性認知症の地域生活—地域リハビリテーション 2013.2 三輪書店



職場における若年性認知症の人の“支援のポイント”

自立と支援は別ものと考えている人もいますが、障害者や病気の人の場合は、“支援があって自立の力が出る”ものです。認知症の場合もどんなに軽くてもサポートは必要です。

- 認知症であっても人や社会と繋がっていることで生きる力、能力を発揮する力になっています。
できるだけ、孤立、孤独にさせない対人関係づくりの配慮が必要です。
- 本人の状態は体調により波があり、作業が進まない時やできていたことが一時的にできないこともあります。せかさず様子をみてください。
- 集中力が続かない時は休憩の時間を短時間とって再開すると良いでしょう。
- “安易”に手伝うのは良くありませんが、失敗しそうな作業、戸惑いが起きそうな作業はできるだけ先回りに準備をしたり、声かけをし失敗体験をしないように配慮しましょう。
- 本人の仕事は「できること」が前提です。仕事が無理となっているかどうか、他の仕事が可能かどうか「見極め」が大切です。無理になってきた時の判断や対応について話し合っておきましょう。
- 状態により出勤・帰宅時間、就業時間、就労日数なども変更可能な選択肢を検討しておくことも大切でしょう。

職場の中で対応に戸惑う場合は、主治医にまたは産業医に相談してみましょう。



就労している若年性認知症の人との コミュニケーション



若年性認知症の人は

- 職場では何とか自分を保とうとして四苦八苦しています。
- 言葉が出ずらいため、疑問や不明な点を人に聞くことができない人もいます。
- 失敗をしないよう必死に頑張る人、失敗は自分ではないと防衛する人もいます。
- 周囲の人の自分に対する感情や表情は敏感にキャッチしています。

ポイント

- ・ 本人に対応する時、本人に集中して接しましょう
- ・ 本人の言葉の一部を使って話を続けることもよいでしょう。
例：本人の「これ、わからない…」に、「わからないって？ 大丈夫ですよ、〇〇してみ
ましょうか」
- ・ 本人と目線を合わせて話しましょう
- ・ 本人の感情や感覚にあわせましょう

接し方

役割を持つ

- ・ 今まで仕事をしてきた人にとって、人から必要とされ、人に役立つことは重要なことで
す。人とのつながりを保ちながら何らかの役割、達成感が得られる環境が望ましいです。

行動を共にする

- ・ 戸惑いや失敗体験をできるだけしないよう声かけをし、行動を促す時は強制せず、一緒に
行動しましょう。

簡潔に伝える

- ・ 一度にいくつもの事を話したり指示をすると混乱しやすいです。簡単な短い言葉で話しま
しょう。

感情に働きかける

- ・ 認知症の人は脳で理解して行動することは苦手でも感情や感覚は敏感です。
- ・ 本人は孤独感、自信喪失感、など不安と緊張で仕事をしています。
うまくいった時は笑顔で不安を和らげ、リラックスするように接しましょう。

思いやりを持ち接する

- ・ 認知症は病気です。部分しか見えない月でも丸い月であるように人格はあるのです。
- ・ 周囲から怒られたり、冷たくされたり、無視されたり、指示命令されたりすると、不安で
怒りや興奮が起きやすくなります。周りから受け入れられ、支えられているという思いや
りが感じられるように接しましょう。

言葉だけでなくジェスチャーもつける

話をする時、言葉だけでなくジェスチャーなども添えるとわかりやすいです。

「コミュニケーションのとり方、接し方」：もしも若年性認知症になっても、北海道、2011.3より抜粋・改編

相談窓口

若年性認知症に関して

若年性認知症コールセンター（全国どこからでも通話無料）

TEL 0800-100-2707 月曜日～土曜日（祝日、年末年始を除く）10:00～15:00

▶ 厚生労働省の委託を受け「認知症介護研究・研修大府センター（愛知県）」が実施しています。

北海道認知症コールセンター

TEL 011-204-6006 月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く）10:00～15:00

▶ 「北海道認知症の人を支える家族会」が運営し介護を経験している家族の会が、相談に応じます。

NPO 法人 北海道若年認知症の人と家族の会（通称：北海道ひまわりの会）

TEL 090-8270-2010 毎週火・水・木曜日 10:00～15:00

札幌市認知症コールセンター

TEL 011-206-7837 月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く）10:00～15:00

地域包括支援センター

▶ お住まいの市町村の地域包括支援センターが保健・医療・福祉・介護の相談窓口です。

就労に関する相談先について

○市町村の就労を支援する障がい福祉サービス事業所に相談ください。

インターネットのホームページで各種情報

- **NPO 法人北海道若年認知症の人と家族の会**（通称：NPO法人 北海道ひまわりの会）

<http://h-himawari.sakura.ne.jp>

- **若年性認知症コールセンター**

<http://y-nintisyotel.net./index.html>

- **認知症を知るホームページ**

www.e-65.net（イーローゴ・ネット）

- **認知症なんでもサイト**

<http://www2f.biglobe.ne.jp/boke/boke2.htm>

北海道若年認知症の人と家族の会

(通称 NPO 法人北海道ひまわりの会)

★家族会は、本人（原則入会時、若年認知症の人）とその家族以外に、
若年認知症と家族会に関心と支援のご希望のある方なら、どなたでも会員になります。

★会員数 現在 100 家族、支援者含め約 250 名

家族会の主な活動

■相談を受けています

電話や来所相談
相談日 週 3 日 火、水、木
10:00～15:00(ひまわりサロン)

■「つどい」を開催

2 ヶ月に 1 度、奇数月の第 4 日曜日に開催。
その他、「本人のつどい」「ランチの会」など
ミニのつどいを開催し、交流・情報交換しています。

■会報「ひまわり通信」の発行

2 ヶ月に 1 度、偶数月に発行しています。「つどい」
など会の活動の報告や、家族からのお便り、制度
利用の情報などを、会員、医療機関やサービス事
業所・行政などの関係機関に送付しています。

■ひまわり塾を開催

サポーター会員と家族がつどい、学習、交流をし
ています。
月 1 回第 2 木曜日 18:30
会場はその都度案内

■関係機関と連携

行政や医療や介護事業所等、情報交換や話し合い
をしています

■各種、会員のための冊子発行・協力

- ・「もしも若年性認知症になっても」
北海道発行 2011 年 作成に協力
- ・「若年認知症の人と家族への支援の手引き」
2013 年発行 札幌市助成
- ・「若年認知症の人ための受診手帳」
2012 年発行 北海道共同募金助成

■職場や地域に若年認知症の方がいましたら

家族会のこともお伝えください。

■ホームページで家族会の

活動を紹介しています。

設 立 平成 18 年 9 月 24 日
入会方法 所定の入会申し込み用紙に記載の上、会費を払う
年 会 費 ・正 会 員 会 費 3,000 円
・賛助会員 個人一口 5,000 円
法人など二口 10,000 円
振り込み 郵便振替の場合 口座番号 02790-1-66740
加入者名 NPO 法人北海道ひまわりの会

事務所（ひまわりサロン）

活動日 火、水、木 10:00～15:00
〒060-0003 札幌市中央区北 3 条西 7 丁目 緑苑ビル 608
電話 & FAX 011-205-0804 携帯 090-8270-2010

気軽にご相談、
お立ち寄り
ください

- ・障害者自立支援法 厚生労働省 www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html
- ・障害者自立支援法のサービス利用について 厚生労働省 www.mhlw.go.jp (PDF)
- ・若年性認知症支援ハンドブック社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター
- ・若年認知症ハンドブックー職場における若年性認知症の人への支援のために 東京都 2013.3
- ・若年認知症の人の仕事の場づくり 藤本直規・奥村典子 フリエイツかもがわ 2014.3
- ・若年期認知症の就労支援に関する調査報告書 2009.3 社団法人 認知症の人と家族の会
- ・若年性認知症者の就労問題 伊藤信子・田谷勝夫 特集 若年性認知症をめぐる諸問題 精神医学 vol.51 No.10 2009
- ・若年性認知症者の就労継続に関する研究 2010.4 独立行政法人高齢・障害者・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター
- ・荒井稔・田谷勝夫 若年性認知症への産業医としての対応とリハビリテーション 特集 若年性認知症に対する精神科の役割 精神科治療学 Vol.25 No.10 2010
- ・宮永和田 若年認知症に対する社会資源・制度の積極利用 特集 若年性認知症に対する精神科の役割 精神科治療学 Vol.25 No.10 2010
- ・特集：若年性認知症者の就労継続をめぐる課題 職リハネットワーク No68 2011.3
- ・認知症の非薬物療法および若年性認知症の就労リハビリテーション 小長谷陽子 森 明子 総合リハ Vol.35 No.5 2011.5
- ・若年性認知症者の就労継続に関する研究Ⅱ—事業所における対応の現状と支援のあり方の検討— 独立行政法人高齢・障害者・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター 2012.4
- ・若年認知症に関するアンケート—県下企業に対するアンケート結果とりまとめ— 2013.12 医療法人藤本クリニック・滋賀県ホームページ参照
- ・若年性認知症の実態と地域生活への支援 比留間ちづ子 特集若年性認知症の地域生活 地域リハビリテーション 三輪書店 2013.2
- ・若年認知症患者の就労支援と同僚のストレスケア 斉藤正彦 宮本典子 老年精神医学雑誌 Vol.24 No.6 2013.6

〈編集委員〉

中野 倫仁	北海道医療大学心理科学部教授
伊古田俊夫	北海道勤労者医療協会勤医協中央病院名誉院長 札幌市認知症支援事業推進委員会委員長
田中 千春	ちはる神経内科クリニック院長
平野 雅宣	NPO 法人北海道若年認知症の人と家族の会理事長
平野 憲子	同 事務局長
牧 敏博	同 運営委員
渡辺真知子	同 運営委員