

## 厚生労働省要請研究

# 若年性認知症のある方の就労支援の現状に関する調査

## このアンケートについて

このアンケートは厚生労働省の要請により、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センターが取り組む「若年性認知症者の就労状況と支援の実態及び課題に関する調査研究」の一環として、**全国の障害者就業・生活支援センター**を対象として実施しています。

このアンケートでは、全国の障害者就業・生活支援センターにおける、**若年性認知症のある方に対する就労支援の状況を把握すること**を目的としており、結果は若年性認知症のある方の就労支援に役立つ情報提供や政策の検討に活用させていただきます。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、本調査にご協力くださるよう、お願い申し上げます。

## 回答をお願いする方

このアンケートは、若年性認知症のある方に対する**就労支援の状況と地域の関係機関との連携の状況**についてお尋ねしています。

回答者については、**主任就業支援担当者**など、貴センターにおける若年性認知症のある方に対する就労支援の取組をよくご存じの方にお願ひします。

## 調査への回答と返送について

- 1 このアンケートは、インターネット上のWEBアンケートへの回答を標準回答方法としています。
- 2 個別の事情で、紙の調査票が良いというご要望をいただいたセンターに、この紙の調査票を返信用封筒とともにお送りしています。
- 3 この調査票に回答を記入した後、返信用封筒にて返送してください。
- 4 すでにWEBアンケートで回答されている場合は、この回答用紙での回答は不要です。お手数ですがこのアンケート用紙等は廃棄してください。

## 回答にあたってのお願い

- 1 【人数をお尋ねする質問】
  - ・ 若年性認知症のある方の人数をお聞きする質問があります。質問文中にも記載しますが、人数をお聞きする場合は、**貴センターが支援の対象とする「若年性認知症のある方」**についてお尋ねしています。この際、**貴センターの登録がある方に加え、「現時点で相談等を行うもののまだ登録がない方」**も含めることとします。
- 2 【アンケートへのご協力】
  - ・ このアンケートへの協力は**義務ではありません**。
  - ・ 回答の内容や回答がないことによって、**貴センターの不利益になることはありません**。
  - ・ 回答が難しい場合は、空欄で差し支えありません。
- 3 【お問い合わせ】
  - ・ ご不明な点がございましたら、次ページの「**問い合わせ先**」までご連絡ください。

## 調査データの取扱い

- 調査データは「個人情報の保護に関する法律」及び当機構の規程等に基づき、障害者職業総合センター研究部門において厳重に管理し、定められた年限が経過したあとに、適切に廃棄します。
- 調査データは、若年性認知症のある方に対する配慮や就労支援の検討に役立てる目的以外に使用しません。
- 調査データは、個人情報のないデータセットに加工します。このデータセットは、本調査研究の要請元である厚生労働省に提供する場合があります。それ以外の第三者には提供しません。
- データセットは、統計的に集計・分析し、調査研究報告書として公表するとともに、調査研究成果を踏まえた周知・啓発等を目的としたパンフレットの作成に使用します。また、各種学会や論文、当機構のホームページや刊行物、国の研究会においても公表される場合があります。
- いずれの場合においても、法人名、事業所名、個人情報が特定されることはありません。
- 自由記述欄に、個人を特定しうる情報が記載されていた場合は、回答者の了解を得ずに匿名化します。ご了承ください。

## 返信用封筒による回答期限

2026(令和8)年 6月30日(火)

上記の日までに、このアンケート用紙を返信用封筒に入れて、ポストに投函してください。

## 問い合わせ先

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 **障害者職業総合センター(NIVR)**

研究部門（障害者支援部門） 担当者 渋谷・五十嵐

- お電話の場合 043-297-9032
- 電子メールの場合 [psdiv@jeed.go.jp](mailto:psdiv@jeed.go.jp)
- 「若年性認知症のある方の就労支援の現状に関する調査」（障害者就業・生活支援センター用）の回答者用ページ [https://www.nivr.jeed.go.jp/jakunen\\_2026c.html](https://www.nivr.jeed.go.jp/jakunen_2026c.html)



次のページからアンケートになります

## アンケートの同意について

これまでの説明を読まれて内容を理解されて、このアンケートにご協力いただける場合には、以下の □ に ✓ をつけてから、アンケートの回答にお進みください。  
不明な点がある場合には上記の「問い合わせ先」あて、ご連絡ください。

**アンケートの説明を読み、内容を理解しました。アンケートに協力します。** □

(注)上記の □ に ✓ をした場合であっても、アンケートの回答をしないこと、途中で中止することができます。

## 第1部 基本情報

ここでは、貴センターの所在する地域、就業支援担当者数、若年性認知症のある方の支援実績の有無についてお尋ねします。

Q1 貴センターが担当する地域についてお聞きます。

|       |           |
|-------|-----------|
| 都道府県名 | (都・道・府・県) |
|-------|-----------|

Q2 貴センターの就業支援員の数を教えてください。常勤・非常勤あるいは専任・兼任の別は問いません。回答日現在の状況を記載してください。

|          |   |
|----------|---|
| 就業支援担当者数 | 人 |
|----------|---|

Q3 貴センターでは、「若年性認知症」\*という呼称を聞いたことがありますか。

|   |       |   |                 |
|---|-------|---|-----------------|
| 1 | 知っている | 2 | 聞いたことはあるがよく知らない |
| 3 | 知らない  | 4 | その他 ( )         |

\*「若年性認知症」は疾患名でなく、65歳未満で発症した認知症の総称で、原因疾患は「アルツハイマー病」、「脳血管障害」、「レビー小体症」、「前頭側頭葉変性症」などがあります。

Q4 貴センターでは、これまでに「若年性認知症」のある方の支援を行ったことがありますか。

|   |                 |   |                    |
|---|-----------------|---|--------------------|
| 1 | 昨年度に実績がある       | 2 | 昨年度はないが、これまでに実績がある |
| 3 | 知っている限り一人も実績がない | 4 | すぐにはわからない          |
| 5 | その他 ( )         |   |                    |

次のページにつづきます





Q9 「調査対象となる者」の利用経路別内訳についてお聞きします。表の行末に該当する人数を記入してください。

|    |                                    |   |
|----|------------------------------------|---|
| 1  | ご本人あるいはご本人の家族・親戚から直接連絡             | 人 |
| 2  | 認知症疾患医療センター*の医師・相談員                | 人 |
| 3  | 2以外の医療機関の医師・相談員                    | 人 |
| 4  | ご本人が在籍する職場の上司・産業保健スタッフ(産業医・保健師等)など | 人 |
| 5  | 自治体が設置する若年性認知症専門相談窓口**の職員          | 人 |
| 6  | 自治体の高齢者福祉の窓口の職員                    | 人 |
| 7  | 包括支援センターのスタッフ                      | 人 |
| 8  | 自治体の障害者福祉の窓口の職員                    | 人 |
| 9  | 相談支援事業所(障害者)の相談員                   | 人 |
| 10 | 障害者就労移行支援事業所の職員                    | 人 |
| 11 | (若年性)認知症の当事者会・家族会の方                | 人 |
| 12 | ハローワークの職員                          | 人 |
| 13 | 地域障害者職業センターの職員                     | 人 |
| 14 | その他( )                             | 人 |

\*\_認知症疾患医療センター：都道府県・政令指定都市が指定する、認知症の専門医療機関

\*\*\_若年性認知症専門相談窓口：都道府県・政令指定都市が設置する。地域によって形態が異なり、「若年性認知症総合支援センター」などの専門相談機関が設置される場合もある。

Q10 「調査対象となる者」の、利用希望を受け付けた時点\*の仕事の状況と希望する支援(ご本人あるいはご家族の希望)の内訳(一人当たり1件)についてお聞きします。表の行末に該当する人数を記入してください。

|   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| 1 | 在職中であり、仕事を継続するための支援を希望     | 人 |
| 2 | 在職中であり、仕事を辞めて転職するための支援を希望  | 人 |
| 3 | 在職中であり、仕事を辞めて通所の訓練を希望      | 人 |
| 4 | 在職中であったが、ご本人の希望ははっきりとしなかった | 人 |
| 5 | 既に離職しており、仕事を探すための支援を希望     | 人 |
| 6 | 既に離職しており、通所の訓練を希望          | 人 |
| 7 | 既に離職しており、本人の希望ははっきりとしなかった  | 人 |
| 8 | これまで仕事はしておらず、仕事を探すための支援を希望 | 人 |
| 9 | その他( )                     | 人 |

\*\_「利用希望を受け付けた時点」：新規登録をした時点でも差し支えありません。

次のページに進みます

Q11 「調査対象となる者」のうち、利用希望を受け付けた時点で在職していた方(Q10で、1～4に該当する方)について、勤務を継続している/継続していた期間に関してお尋ねします。

Q11\_① 現在も勤務を継続している方

貴センターの利用開始から現在までの期間をお聞きします。人数を記入する欄に該当する人数を記入してください。

|   |          |   |
|---|----------|---|
| 1 | 3か月未満    | 人 |
| 3 | 6か月～1年未満 | 人 |
| 5 | 2年以上     | 人 |

|   |         |   |
|---|---------|---|
| 2 | 3～6か月未満 | 人 |
| 4 | 1年～2年未満 | 人 |

Q11\_② 利用開始後、退職している方

貴センターの利用開始から退職までの期間をお聞きします。人数を記入する欄に該当する人数を記入してください。

|   |          |   |
|---|----------|---|
| 1 | 3か月未満    | 人 |
| 3 | 6か月～1年未満 | 人 |
| 5 | 2年以上     | 人 |

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| 2 | 3～6か月未満      | 人 |
| 4 | 1年～2年未満      | 人 |
| 6 | 現在の状況がわからない* | 人 |

\*\_勤務を「継続している」が「退職している」がわからない場合は、上記の6に含めてください。

Q12 「調査対象となる者」に対する支援における、関係機関との連携等についてお聞きします。表の行末に該当する人数を記入してください。

|   |                         |   |
|---|-------------------------|---|
| 1 | 医療機関と連携をした/している         | 人 |
| 2 | 職場と連携した/している            | 人 |
| 3 | 他の就労支援機関と連携した/している      | 人 |
| 4 | 他の機関等との連携は行わなかった/行っていない | 人 |
| 5 | その他の機関と連携した/している( ) など) | 人 |

Q13 「調査対象となる者」に対する支援の実績についてお聞きします。表の行末に該当する人数を記入してください。

|   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| 1 | 支援により「勤務の継続」につながった | 人 |
| 2 | 支援により「復職」につながった    | 人 |
| 3 | 支援により「就職」につながった    | 人 |
| 4 | 障害福祉サービスの利用につながった  | 人 |
| 5 | 介護サービスの利用につながった    | 人 |
| 6 | その他( ) など)         | 人 |

次のページに進みます

### 第3部 若年性認知症のある方への支援ニーズと貴センターのお考えについて

第3部は、個々の若年性認知症のある方についての質問ではなく、貴センターの管轄する地域における「若年性認知症のある方に対する就労支援」のニーズの変化と、効果的な支援や配慮についてのお考えをお聞きます。

Q14 貴センターにおける**若年性認知症のある方への支援の実施状況の変化**についてお聞きます。当てはまるもの**1つ**に○をつけてください。

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| 1 | 増加の傾向がある | 2 | 大きな変化はない |
| 3 | 減少の傾向がある | 4 | その他（ ）   |

Q15 貴センターにおける**若年性認知症のある方への支援に関する問い合わせの状況の変化**についてお聞きます。当てはまるもの**1つ**に○をつけてください。

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| 1 | 増加の傾向がある | 2 | 大きな変化はない |
| 3 | 減少の傾向がある | 4 | その他（ ）   |

Q16 若年性認知症を発症した時に在職していた方の**雇用継続の期間を長くする可能性がある要因**について、貴センターのお考えをお聞きます。当てはまると思うもの**すべて**に○をつけてください。

|   |                     |   |                  |
|---|---------------------|---|------------------|
| 1 | 職場の若年性認知症の適切な理解と配慮  | 2 | ご本人の中核症状* の進行が遅い |
| 3 | ご本人のBPSD**の発現がない    | 4 | 職場の同僚への疾患等の開示    |
| 5 | ご本人の仕事や職業生活にストレスがない | 6 | ご家族のストレスがない      |
| 7 | 就労支援機関が介在している       | 8 | わからない            |
| 9 | その他（ ）              |   |                  |

\*\_中核症状：脳の機能低下により直接引き起こされる、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能障害、失語、失認、失行などの「認知機能の障害」全般を指す。

\*\*\_BPSD：認知症の人が示す「行動・心理症状」。認知症者の生活環境や人間関係、本人の性格などが影響して二次的に生じ、不安、抑うつ、幻覚、妄想、徘徊、攻撃性など、さまざまな症状がある。

次のページにつづきます

Q17 これまでに貴センターが実施した若年性認知症のある方への支援において連携した関係機関についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

|    |  |
|----|--|
| 1  | 認知症疾患医療センター*                                 |
| 2  | 1 以外の医療機関                                    |
| 3  | 会社の産業医等 産業保健スタッフ                             |
| 4  | 若年性認知症専門相談窓口**                               |
| 5  | 若年性認知症支援コーディネーター***                          |
| 6  | 地域包括支援センター                                   |
| 7  | 介護サービス事業所                                    |
| 8  | 相談支援事業所（障害者）                                 |
| 9  | 障害者就労移行支援事業所                                 |
| 10 | 就労継続支援 A 型・B 型事業所                            |
| 11 | 産業保健総合支援センター等****                            |
| 12 | 当事者会・家族会                                     |
| 13 | ハローワーク                                       |
| 14 | 地域障害者職業センター                                  |
| 15 | その他（ <span style="float: right;">など</span> ） |

\*\_認知症疾患医療センター：都道府県・政令指定都市が指定する、認知症の専門医療機関

\*\*\_若年性認知症専門相談窓口：都道府県・政令指定都市が設置する。地域によって形態が異なり、「若年性認知症総合支援センター」などの専門相談機関が設置される場合もある。

\*\*\*\_若年性認知症支援コーディネーター：都道府県・政令指定都市が配置する。地域によって配置先が異なる場合があるが、若年性認知症者の課題等に関する専門知識等を有する支援者。

\*\*\*\*\_産業保健総合支援センター等：治療と仕事の両立支援に関する相談窓口がある。労災病院も含む。

次のページにつづきます

Q18 これまでに貴センターが支援を実施した若年性認知症のある方に対して、実際に企業等が（貴センターが提案したものを含め）**配慮として取り組んで効果があったもの**についてお聞きします。当てはまるもの**すべて**に○をつけてください。

|    |  |
|----|--|
| 1  | 職場適応のための援助者（職場支援員、企業在籍型ジョブコーチ等）を配置する       |
| 2  | 業務指導や相談に関して担当者を決める                         |
| 3  | 上司や雇用管理担当者、あるいは支援者による定期的な面談を行う             |
| 4  | 本人の適性・能力に合った業務や配置部署を設定する                   |
| 5  | 体調に変化があり、職務遂行や勤怠に影響する場合に対応する               |
| 6  | 本人の状況に応じて勤務日数や労働時間の変更等の労働条件の調整を行う          |
| 7  | 通院時間の確保、服薬管理など雇用管理上の配慮をする                  |
| 8  | 本人の認知障害の特性に応じて作業内容や作業手順を見直す（変更する）          |
| 9  | 本人の認知障害の特性に応じてマニュアル・工程表等を作成する              |
| 10 | 業務を可能・容易にするための機器を提供する                      |
| 11 | 上司や同僚とのコミュニケーションに課題がある場合に対応する              |
| 12 | 他の社員・同僚等との距離を取るなど本人の就業環境を整備する              |
| 13 | できるだけ静かな場所で休憩できるようにする                      |
| 14 | 照明や室内の音などの物理的環境についての対応や機器の提供等を行う           |
| 15 | 本人のプライバシーに配慮した上で他の労働者に対し、障害の内容や必要な配慮等を説明する |
| 16 | 認知障害の特性に配慮した教育訓練を受けさせる                     |
| 17 | 業績や能力の評価を本人と共有し、状況に応じた次の目標を決める             |
| 18 | 体調面や生活面など職場以外に課題がある場合に対応する                 |
| 19 | 本人の就業状況について、管理者が直接または間接に医療機関と情報を共有する       |

Q19 Q18 であげた1から19の配慮等のほかに、「実際に実施されて効果があった」職場の配慮等、あるいは「あると良い」と思われる職場の配慮等について、教えてください。

次のページにつづきます

Q20 今後、若年性認知症のある方への支援が、今以上に求められた場合の、貴センターの支援の実施体制についてお聞きします。当てはまるもの**すべて**に○をつけてください。

|    |   |
|----|---|
| 1  | 若年性認知症の原因疾患ごとの <b>症状や障害特性に関する情報</b> が必要                 |
| 2  | 若年性認知症のある方の <b>就労上必要となる配慮事項等</b> について <b>具体的な情報</b> が必要 |
| 3  | 若年性認知症のある方の <b>就労継続や求職活動</b> について、 <b>参考となる事例</b> が必要   |
| 4  | 専門的な知識を有する <b>医療機関との連携強化</b> が必要                        |
| 5  | 相談の窓口となる <b>相談支援事業所との連携強化</b> が必要                       |
| 6  | 相談の窓口となる <b>包括支援センターとの連携の構築・強化</b> が必要                  |
| 7  | 支援経験が豊富な <b>若年性認知症支援コーディネーター</b> との <b>連携強化</b> が必要     |
| 8  | <b>企業等への周知・啓発</b> のための <b>取組強化</b> が必要                  |
| 9  | <b>当事者会・家族会などインフォーマルな団体</b> との <b>連携強化</b> が必要          |
| 10 | 特に充実を図る必要はない  |

Q21\_ Q20の選択肢にない取組で、貴センターが重要と考えるものがあれば、教えてください。

Q22 貴センターが考える若年性認知症のある方の就労上の課題について、教えてください。

Q23 会社で働いている方が若年性認知症を発症した場合、その会社で働き続ける期間、退職する時期、障害者福祉サービスを利用する時期、あるいは介護サービスを利用する時期などに関して、貴センターのお考えがあれば、教えてください。

次のページにつづきます

## 第4部 インタビュー調査について

第4部はインタビュー調査のお願いになります。

本調査研究では、アンケート調査では把握できない、若年性認知症の方に対する支援の現状や支援を行う際の具体的な課題や地域における連携の状況などを把握するため、インタビュー調査を実施することとしています。

このためこの第4部は、日々就労支援の現場で努力されている障害者就業・生活支援センターの皆様からお話をお聞きできないか、お尋ねするものです。お忙しいとは存じますが、ご協力くださるよう、お願いします。

Q24 貴センターで実施される支援に関して、インタビュー調査等でお考え等をお聞かせいただけますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

|   |        |   |             |
|---|--------|---|-------------|
| 1 | 協力可能   | 2 | 条件によっては協力可能 |
| 3 | 協力は難しい | 4 | その他 ( )     |

Q25 若年性認知症を発症した方の継続雇用や新たな雇用に実際に取り組まれている、あるいは取り組まれていた企業について、お聞きします。当てはまるもの1つに○をつけてください

|   |                  |   |                      |
|---|------------------|---|----------------------|
| 1 | 企業の情報があり、情報提供等可能 | 2 | 企業の情報はあがるが、詳細の確認を要する |
| 3 | そのような企業の情報はない    | 4 | その他 ( )              |

Q26 就労継続支援B型事業所で、若年性認知症のある方への支援に取り組まれているところがありますか。当てはまるもの1つに○をつけてください

|   |                  |   |                      |
|---|------------------|---|----------------------|
| 1 | B型の情報があり、情報提供等可能 | 2 | B型の情報はあがるが、詳細の確認を要する |
| 3 | そのようなB型の情報はない    | 4 | その他 ( )              |

- 上記 Q24～26 の回答にかかわらず、若年性認知症のある方への就労支援に関するインタビュー等情報提供にご協力の可能性がある場合には、下の欄に連絡先のご登録をお願いします。当方からご協力のお願ひ等ご連絡をさせていただきます場合があります。

なお、ご協力いただく内容等は、ご相談のうえ個別に調整させていただきます。

|            |   |
|------------|---|
| 連絡先となる方の氏名 |   |
| 施設等名称      |   |
| 電話番号       |   |
| メールアドレス    |   |
| 備考         | (こちらからご連絡をするのに、ご都合が良い時間帯などがあればお知らせください) |

以上でアンケートは終了です。

ありがとうございました。