

平成 19 年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

若年認知症支援ハンドブック

認知症介護研究・研修大府センター

認知症介護研究・研修東京センター

認知症介護研究・研修仙台センター

はじめに

認知症は加齢とともに発症するリスクが高くなる疾患ですが、高齢者でなくても発症することがあり、64歳以下で発症した認知症を若年認知症といいます。若年認知症は働き盛りの世代にも起こり、本人だけでなく、家族の生活への影響が高齢者に比べて大きいにもかかわらず、その実態が明らかでなく、また支援も十分ではありません。

本人や配偶者が現役世代であり、病気のために仕事に支障が出たり、失職して経済的に困難な状況に陥ることになります。また、子供が成人していない場合には親の病気が与える心理的影響が大きく、教育、就職、結婚などの人生設計が変わることにもなりかねません。さらに、本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。介護者が配偶者に限られて、介護者も仕事が十分にできなくなり、身体的にも、精神的にもまた経済的にも大きな負担を強いられることになります。

このように働き盛りの人に起こる若年認知症は、本人や家族だけでなく社会的にも重大な問題ですが、企業や医療・介護の分野でもまだ認識が不足しているのが現実です。そこで、認知症介護研究・研修センターでは平成18年度から、三センター共同研究として「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」に取り組んでいます。

平成18年度は愛知県において若年認知症とその家族の実態を把握し、基礎的なデータを得るとともに、ご本人や家族、介護者などからの要望や意見を収集しました。それらを元にして、平成19年度は、この「若年認知症支援ハンドブック」を作成しました。

疾患の医学的理解、心理的な側面はもとより、生活に密着した情報、すなわち公的な支援やサービスの種類やその受け方、医療機関へのかかり方、自動車運転に関する情報、財産管理、家族への援助、さらに亡くなられた場合のグリーフケアまで、幅広く、実際に役立つ知識や情報をそれぞれの専門家や、現場で若年認知症に関わっている方々にわかりやすく書いていただきました。

若年認知症のご本人や家族だけでなく、かかわりのある医療・介護福祉の関係者、企業の関係者にも参考にしていただきたいと考えます。この「若年認知症支援ハンドブック」の活用によって、若年認知症の人や家族の生活がよりよいものになっていけば幸いです。

ご協力いただいたすべての皆様に感謝いたします。

平成20年3月末日

認知症介護研究・研修大府センター
研究部長 小長谷 陽子

目次

第1章 若年認知症とは？	1
第2章 原因疾患	3
第3章 診断	7
第4章 症状	11
第5章 治療	19
第6章 経過中に遭遇する課題と対応	21
第7章 本人と家族の心理的側面の理解と配慮	31
第8章 「仕事」への支援	35
第9章 車の運転について	49
第10章 生活を支える社会福祉制度 - 経済的問題解決を中心に -	65
第11章 社会参加への援助	81
第12章 介護保険	107
第13章 家族への援助	113
第14章 財産管理・身上監護（生活支援）	117
第15章 グリーフケア	123
執筆担当	131
参考文献及び引用文献	133

第 1 1 章 社会参加への援助

1) 家族会

(1) 家族の支援

認知症を題材にした映画・ドラマの放映やマスコミの報道の影響もあり、認知症に関する情報がある程度社会に浸透しはじめている。しかし多くの場合それは、高齢者介護を通じた認知症であって、若年認知症となると「若いのに認知症になるんですか?」「寝たきりなんですか?」などと理解に乏しい声が圧倒的である。このため若年認知症の人を抱えた家族は、地域の人々や親類にも症状を言えずに誰にも相談できないまま、対応方法もわからず、一人で悩み続けているケースが多い。

年若くして発症する認知症は、若年であるが故に高齢者の認知症とは違った問題をはらんでいる。40 歳代、50 歳代の配偶者を中心とした介護は、老親に対するそれと比べてまず期間が長い。しかしより良い介護もしくはより良い医療をめざすべき社会保障制度は、若年認知症に対しては充実しておらず自治体の機能も脆弱である。一方で就業の困難が続きまとい、生活の糧が確保できない結果、世帯は経済的に追いつめられる。さらに多くの場合、若年認知症の発症は子どもの多感な時期に重なる。子どもは親の症状の進行を目のあたりにし、「今までお父(母)さんだったのに、お父(母)さんでなくなる」と涙ながらに語る。

このように、生きていくための深刻な課題が日々目前に突きつけられている家族にとって、一人で悩むには問題が大きすぎ、同じ境遇で連帯でき、耳より情報がキャッチできる組織が必要不可欠であることは明らかである。

平成 11 年ごろから、全国各地で若年認知症の「家族会」や「支援をする会」が設立されはじめた。同じ悩みを持つもの同士が手を取りあって支えあい、情報の交換を行おうとする取り組みは草の根から始まったのである。

若年認知症の会の設立には大きく分けると 2 つのパターンがある。ひとつは、家族が自発的に呼びかけあって設立した「家族会」、いまひとつは、医師や専門職が第三者の立場から支援組織として立ち上げた「支援の会」である。ここではその支援組織の一つである若年認知症支援の会「愛都(アート)の会」(大阪)を取りあげ、その定例会の中で取り組まれている「家族交流会」について紹介する。

愛都の会の実践例

「愛都の会」は、2005 年 2 月に、代表の梅原早苗氏が、若年認知症の支援は緊急を要するという思いで、作業療法士など専門職に呼びかけ設立したボランティア団体で

ある。

梅原氏は当時、大阪府社会福祉協議会で社会貢献支援員として従事する中で、若年認知症の本人と家族が社会保障の制度の狭間に置かれていることに強い危機感を抱いていた。「彩星の会」(東京)や「朱雀の会」(奈良)など、各地で若年認知症の家族会を結成した経験に学びながら、大阪府でサポーター数名と家族1組の参加でスタートさせた。当初の主眼は、若年認知症の本人に居場所を提供するということに置くものだった。介護サービスの受給が困難なうえに家に閉じこもりがちの人が多かったためである。そのため介護保険のデイサービスに似せた自前の取り組みである「デイサービスなにわ」を毎月1回実施し始めた。ところが、本人とともに介護する家族が徐々に増え始めると、家族同士の交流の必要性も意識されるようになり、現在のような本人と家族が集まる会となった。設立から3年を経て、現在は本人と家族、及び専門職からなるサポーター総勢70名が集まる団体になっている。定例会は毎月第2日曜日に開催している。

定例会は、初めに「全体会」に全員が参加して顔合わせの自己紹介を毎行なう。その後、本人とサポーターが参加するグループ「なにわくらぶ(以前は“デザインセンターなにわ”と称していたが、介護保険のデイサービスと混同するので名称変更した)」と、家族とサポーターが参加するグループ「家族交流会」のふた手に分かれる。

「家族交流会」は、家族同士でお互いの近況報告や介護者としての苦労を話し合う場である。また若年認知症に関する情報交換の場でもある。本人が同じ時刻に部屋を隔てた「なにわくらぶ」に参加しているので、家族たちはお互い気兼ねなく語ることができる。サポーターは1名ないし2名が担当してアドバイスを行なう。通常は明るく談笑しながら、介護の経験の浅い人に対しては、慣れた人がアドバイスを行ない、各種制度や医療機関の情報交換を行なう。中には近所や親戚などにもひた隠しにしている介護の状況を一気に話し、心を落ち着ける人もある。時には、涙で言葉にならない人もいる。このような経験の交流は、本人への対応方法のものさしともなり、対応が間違っていなければ自信を深め、参考意見を聞けば、家庭で実践するための意欲を高める契機ともなっている。「家族交流会」に通うことで家族が平常心を取り戻すにつれて、本人の症状が落ち着いてくることもある。介護者の口から「本人に笑顔がみられるようになった」という言葉がこぼれる時は、介護者自身の笑顔がとり戻せた時なのである。まさに本人と介護者の心は合わせ鏡である。

一方、初期症状の段階の介護を行なう家族は、中期や後期症状の家族の話聞いて「大変な状況になる」と暗たんたる気持ちを告白している。将来を悲観して大きなショックを受けてしまうのである。この意識の反映として、初期の頃に1度参加したきりでその後全く音沙汰がなく、後日あらためて参加する人もいる。その間は本人の症状を受け入れる準備を行なっているのであろうが、その期間が1年の人もいれば、数年に及ぶ人もいる。例えば、60歳代で介護家族になる場合に比べ、30歳代で介護家

族となる場合、社会成員としての人生経験の量（世間との付き合い）において不足している。障害に対する家族の受けとめが、年代や介護環境にとどまらず、個々の性格や考え方にも左右され、動揺せざるを得ない。障害の受け入れまでに多くの期間を要するゆえんである。

「愛都の会」は、2006年10月に、会の活動についての要望等を把握するために家族に対してアンケートを実施した。

< アンケートの自由記述の一部 >

「他では気を遣いながら自分の本当の思いを打ち明ける場所がなかったが、同じ病を持った家族同士なら安心して気兼ねなく話せる」

「不安がいっぱいでも、仲間から力、元気を与えてもらうことができる」

「奈落の底に突き落とされた気持ちから少しずつ這い上がることができた。そして少しずつ平常心にもどることができ、支援してくれる方々のおかげで前向きに考えられた」

このように、自由記述の欄には自身の率直な思いが綴られていた。「家族交流会」の果たす役割として、単に家族が悩みを語り合うだけでなく、自身が前向きに生きていく気概を養う場として機能している。

また「家族交流会」は、本人と一緒に楽しいひと時を過ごすための方法を学ぶ場でもある。「外出」の項で紹介する例のように、「愛都の会」は本人も家族もサポーターもみんなで楽しむことを重視している。行事の原案作成、本人を交えた企画立案、行事決定後の下準備、当日の運営管理、後日のまとめ等々、一連の作業にみんなが知恵を出し合い作業に参加することで達成感を共有しあえる。その中で本人や家族の主体性の向上が期待されている。「愛都の会」で本人の笑顔を見ることも、家族にとっては大きな楽しみの1つでもある。

ところで、「愛都の会」はこれまで、サポーターがイニシアティブを発揮して運営してきた。それは発足自体が専門職によるサポーターが立ち上げたという理由からである。定例会はすべてサポーターにより準備され、本人や家族は迎え入れられるという立場であった。若年認知症の人をもつ家族にとって、自らの要望を全面に出して、真に自立した家族会の運営をめざすことは、組織原則からもとても大切な視点である。支援者としての各専門職は、サポートとコーディネートには全力を傾けるが、一緒に暮らしてはいない。同じ生活者すなわち家族の手による自治的組織づくりの必要に迫られつつも、悩ましい現実も横たわる。

「本人を抱えていると家をあけられない」

「症状の変化などいつ何があるかわからない。外での約束ができないから会の運営に専念できない」

「自分が話を聞いてほしいうちは、家族会の運営はできない。家族会を運営する立

場にまわるときは、自分の悩みはまず置いといて、人の話を先に聞いてあげなければいけないからだ。それには心のゆとりがないとできない」

このように、家族は日々苦しみぬいているからこそ無責任な運営はできないと言っているものであり、毎日の介護で疲れている家族は月1回の家族交流会に参加することで精一杯で、組織の維持のための活動は身に余るのである。

わらをもすがる思いで家族会を訪ねてくる人は後を絶たない。この現実を前に、引き続きサポーター主導の運営を必要とする。サポーターの下支えは今後さらにボリュームアップせざるを得ないことになる。このため「愛都の会」は、(1)本人や家族の自主性を大切にする、(2)サポーターの養成、教育、(3)地域や諸団体との連携をはかる、という3つの問題意識を鮮明にし、打開の方向を探ろうとしている。

<若年認知症の家族や本人のつどいを実施している団体> (順不同)

詳しい活動内容、予定などは各団体にお問い合わせ下さい。

* 彩星の会(ほしのかい)

定例会: 第4日曜日

連絡先: 〒160-0022 東京都新宿区1-29-5

グランドメゾン新宿東801号

電話 03-5919-4185

* 愛都の会(あーとのかい)

定例会: 毎月第2日曜日

連絡先: 〒537-0024 大阪市東成区東小橋1-1-6 ぱーくす倶楽部内

電話 06-6972-6491

* 日々草の会(にちにちそうのかい)

定例会: 偶数月の第三土曜日

連絡先: 〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20

大阪市社会福祉研修・情報センター 相談支援課内

大阪市介護家族の会連絡会事務局

電話 06-4392-8188

* 朱雀の会(すじゃくのかい)

連絡先: 奈良市中山町西3-218-6

電話・FAX 0742-47-4432

* 天神オアシスクラブ虹の会(福岡市)

連絡先: 電話 092-712-6500

* 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)

連絡先:電話 011 204 6006

* 柏・若年認知症家族会(千葉県柏市)

連絡先:NPO 法人デイサービスホーム ほがらか

電話・FAX 04 - 7176 - 1700

* 「認知症の人と家族の会」でもつどいがはじまっていますので支部にお問い合わせください。

* 社団法人 認知症の人と家族の会

連絡先:〒602 - 8143 京都府京都市上京区堀川丸太町下ル 京都社会福祉会館内

電話 075 - 811 - 8195 FAX 075 - 811 - 8188

E-mail:office@alzheimer.or.jp

* 特定非営利活動法人 若年認知症サポートセンター

連絡先:〒160 - 0022 東京都新宿区新宿1 - 29 - 5 グランドメゾン新宿東801号

電話 03 - 5919 - 4186 FAX 03 - 5368 - 1956

E-mail:supportcenter@star2003.jp

HP:http://www.star2003.jp/sc/

* 特定非営利活動法人 認知症の人とみんなのサポートセンター

連絡先:〒537 - 0024 大阪市東成区東小橋1 - 1 - 6 ぱーくす倶楽部内

電話・FAX 06 - 6972 - 6490

(2) 本人の支援(プログラムやサポーターの養成)

家族とは離れた本人だけの場の設定

家族会の中で家族たちが話す場と違う場所で、本人同志で楽しめる場をつくる必要がある。家族が話し合いたいのは、ほとんど本人の失敗や介護の大変さという、本人が耳にしたくない話題である。家族がこれらのことを話す事は、家族が介護、そして生活を続けていく上で重要なことであるが、それを聞いた本人は、「すまない」「情けない」という気持ちが生じ、本人の能力を本来のもの以下にしてしまう。特に、若年認知症の場合は、自分が介護をうけると思っていない時期の発症である。自責の念は、高齢者以上のものがあると思う。

また、家族会は若年認知症の人の貴重な外出の機会である。それも家族だけの関係の中での外出でなく、病気のことを隠す必要のない場での家族以外の人と接することができる場なのである。そこで、家族とは離れて本人同志で楽しめる場をつくる必要がある。

自分の思いを語り、共有することの重要性

若年認知症の人は、初期のまだ自分の思いを話せる段階に診断を受ける場合が多い。「病気がどうなっていくのか」「家族の生活はどうなるのか」などの心配は、他の病気と同様に認知症の人たちの中にあり、そのことを誰かに相談したり、同じ病気の人はどうなのだろうと話したい気持ちがある。しかし、「病気の話をすると周囲の人が不愉快に思うのではないかと気がかりです」(認知症の人と家族の会：あなたがアルツハイマー病と言われたら、アメリカのアルツハイマー病協会の翻訳、<http://www.alzheimer.or.jp/jp/tokubetu/anataga.htm> より)とあるように、家族や親しい人にも話せない。反対に病気が受け入れられず、病気のことに関心しすぎる人もいるが、いつでも話したくなったら話せる場であると知らせることは必要である。認知症の本人がネットワークを作ること支援する本人ネットワーク支援委員会がある。その支援事業の中で、認知症の人が話し合う意味は次のようにまとめられた。

認知症介護研究・研修東京センター：

平成 18 年度本人ネットワーク支援事業報告書より

図 本人同士で話をすることによる変化

新しい生き方への希望	<ul style="list-style-type: none">・ みんなで力を合わせれば今までより前進・ 自分たちで何かしよう・ もっとできることがあるのではないかと
仲間との語り	<ul style="list-style-type: none">・ 楽になる気晴らしになる・ 本当は、仕事をやりたい・ 認知症による変化を感じていることや、しんどさを語る
ひとりの世界	<ul style="list-style-type: none">・ 忘れること、できなくなることの自覚 自己評価が低くなる・ こんなもんかなと思う。狭い世界・ いらいら、怒り

若年認知症の本人自身が、同じ病気の友が参加できる工夫を実行した例

若年認知症のAさんは、家族会と一緒に参加している他の認知症のBさんが空間認知障害が強いために、卓球や絵手紙に参加できないことから、Bさんが楽しめることはないかと考えたそうです。Aさんは、同世代のBさんが同じフォークソング・グループを好きなことから、そのグループが歌っている音楽やビデオを流して楽しむことを思いつきました。Aさん、Bさんは青春時代をそのグループの音楽と一緒に過したのです。音楽を聞く事で、いろいろな思い出がBさんの脳裏によぎったようで、いつもよりたくさんお話が出てきました。これは、同世代の同じ病気の仲間だからこそそのアイデアだったと思います。何をするかは、本人からしてほしいことをきくだけでなく、仲間にしてあげたいことや、家族にしてあげたいことたずねることもよいのではないかと思います。

プログラム

家族会と、本人の交流会を別々に行うためには、場所や人材の確保が必要である。プログラムは、前述の話をする場や、体を動かすプログラムなどをサポーター主導でなく、本人も参加して、本人が行いたいものを実施することが重要である。

話し合いの場で、どのようなことをしたいか、昔どんなことをしていたかを聞きとり、その中からプログラムを考えて行く。この時、決してサポーターがやりたいことだけを実施するのでなく、もし本人たちが何をやりないのかわからず、サポーターの考えではじめてとしても、本人の参加状態をみてつづけていくかどうかを決めるようにする。できるだけ色々なステージの人が参加できる内容を取り揃える。

プログラム例

* 卓球

室内で行うことができ、卓球台がなくても机を利用でき、運動量もある。話し合う場では、言葉が出ないために参加できなかった人が、卓球を黙々と行った。実施する場合の留意点としては、疲労度合いを見て適宜休憩をとるように促したり、発汗状態に合わせて、汗を拭いたり着替え、水分補給を促す。点数版などで、点数などをわかりやすくする。

* カラオケ

カラオケをただ順番に歌ってだけでなく、本人の得意な歌や参加者が共有できる歌を繰り返してもよい。全員が、「自分が歌えた」と思えるような工夫が必要である。

* 絵手紙

季節のものをハガキや、紙に描く。絵の素材は、季節のものを用意する。描きなくなった時に描けるように、ハガキ、紙、筆、絵の具を用意しておく。描かれた作

品をみんなでみて感想を述べ合う。

サポーターの養成

家族が話している間に、本人同士の話し合いや様々なプログラムを実施するためには、本人のサポートをする人材が必要になる。サポーターは、介護家族や専門職など様々な立場の人がその役割を担っているが、重要なのは若年認知症の特徴を知り、デイサービスでのサービス提供のように、「介護される側」「介護する側」に分かれてしまわないことである。認知症と戦う同志としての意識を持って必要なところだけの支援を行っていくことである。初期から中期では、高齢者のように身体の機能低下の割合が少ないので、身体的な介護はほとんど必要がない人も多い。若年認知症の人をお客さんにして、「そこに座っててください」というのではなく、一緒にお茶を入れたり、お菓子をくばったりと本人ができることを増やせるようにする。

サポーターは、若年認知症の人や家族への支援を行いたい人ならば誰でもかまわないだろう。ある介護支援専門員は、自分がはじめて若年認知症の人を担当したのだけけれど、高齢者の支援と何が違うのかわからないので勉強したいと、家族や本人と一緒に参加するようになった。

サポーターは、家族会に参加したり、本人の支援を行うこと自体が勉強であるが、できれば、若年認知症について知識を習得するための研修の機会があるとよい。若年認知症の人を支援したい人を集めるためにも、研修という手段は有効である。そして、集まったサポーターは、固定されたメンバーで支援を行って行くことも重要である。

サポーター養成研修プログラムの例

- ・若年認知症の病気の特徴
- ・生活を支えるための制度利用
- ・本人と家族の気持ち
- ・若年認知症の人のためのアクティビティの実際と支援の方法

(2) 旅行や外出

若年認知症の障害は一見してわかるものではないため、外出はさほど困難に感じないという誤解が生じやすい。しかし現実には外出に対して、本人はもとより家族も大きな不安を抱いている。

本人は、家族の同行がないときは外出をあきらめたり、外出してもどこにどのように行けばよいのかわからないのでためらったりする。家族は、外出先でのトイレの対処をはじめとして、その場で対応しにくいトラブルをできるだけ避けようとするため、外出することに対して、消極的にならざるを得ない。たまの外出は病院のみという家庭もある。

外出をすることで生活にメリハリをつけ、社会とのつながりを持ち続けることを誰しも望んでいる。若年認知症の人にはとても大切なことであることは間違いない。特

にほんの少しのサポートがあればできるということがたくさんあるうちは、積極的に外出の機会を作ることが重要である。

外出にあたっては、計画から帰宅まで、すべてをサポートするのではなく、行動を導き出すという視点でサポートをすることが求められる。

ここでは、外出にあたってのサポートのポイントをまとめてみる。若年認知症の病状のステージごとにサポートの方法が様々に異なるので、個別の対応が必要なことは言うまでもない。車いすの外出例などはまた別の機会に紹介するとして、ここでは主に歩行可能な人のサポート例を中心に気をつけるポイントを紹介する。

歩くこと

認知症の初期においては一般的に歩行障害はほとんどない。若年認知症の人はむしろ健脚な人が多いため、サポーターがその歩行速度についていけないこともよくある。

サポーターは本人と並んで歩き、本人がどこにどう行けばよいのかわからなくなった時のみに支援する。本人より前を歩くと本人を見失う可能性が高くなる。また歩道を歩く場合も予期しない危険に十分な注意を払い、アクシデントを回避することが必要である。自動車の往来があるところでは、サポーターは車側を歩くように努める。また認知症には空間認識に障害がある場合があり、階段などの段差に気付かないことがある。また、路面の色が変わると段差があるように見えたり、横断歩道のような縞模様がスムーズに歩けないと感じる人もいる。市松模様の床では、黒い部分が「落とし穴」の様に見えるという人もいる。

音に対しては、大きい音が苦手であったり、人が多いところでの混乱する場面がある。例えば青信号で流れる音楽が交差点の雑多な音にまぎれて不協和音のように感じたりする。耳からの情報がことさら不快に感じるが続くと、疲労をつのらせ、パニックになることもあるので、適切にサポートすることが必要である。

外出先から無事帰宅しても、自分の家だという認識がないために、自宅に入るのを拒む人もいる。その場合は、自宅付近を散歩しながら認識のきっかけを作るようにする。少し時間を置くとうまくいく場合がある。

トイレ

自宅のトイレは慣れているので一人でできる人でも、外出先では不安感が先立って混乱しがちである。またサポーターが促さないと排泄できない場合、逆に緊張して頻繁にトイレを使用する場合もある。介護者が配偶者の場合、異性のトイレに入りにくいという問題もある。

事前に外出先が判明している場合は、障害者用トイレ（男女共用）の有無をチェックしておき、できれば30分間隔でトイレが確保できるよう行程を組むことが望ましい。最近はコンビニエンスストアのトイレ使用が期待できるので、公共の施設などと合わせて把握しておくとうまい。障害者用トイレの場所については、ホームページで調べる

のも一方法である。(例えば、<http://www.toilet-map.com/>など)

尿意や便意を感じていても排泄と結びつかない人はトイレに行こうとしないので、適宜さりげなく「トイレはどうですか?」「一緒に行きませんか?」などの声かけが大切な場合がある。緊張すると失禁することもあるので、必要に応じて着替え、紙パンツ、パッドなどを用意しておく。自分でできることは自分ですよう適切に誘導すべきであるが、本人のメンタル面に注意を払い、排泄に失敗しないようにサポーターが万全な準備をしておくことが必要である。

男性の小便については立位と座位の別を、本人の習慣から把握しておくことも案外大切である。ただし、便器の種類や手すりの位置によっては、座位を薦める場合もある。

また、自分で排泄ができる人でも便器まで誘導することが必要な場合もある。トイレ内の壁と扉の色が同系色であると、扉の見分けがつかないことがあるからである。

電車、駅

割引運賃が適用できる場合に備えて障害者手帳を携帯しておくが良い。

駅名と運賃表示の確認、切符の購入、自動改札機の通過という一連の機械操作を苦手とする人にはサポートが必要だ。一方、プリペイドカードを準備している時は、機械のプレッシャーなく自動改札機を通過することができるので便利である。

エスカレーターや階段の昇降、ホームの立ち位置などは危険の回避のためのサポートが重要である。空間認知に障害があるため、歩行障害はなくても階段の昇り降りの段差に不安を感じたり、ホームとレールの大きな段差に注意が向けられない場合がある。駅構内ではエレベーターを使う方がスムーズに移動しやすい。

電車内では、席が空いていれば座ることを薦める。サポーターは横に並んで座るか、もしくは前に立ち、本人がリラックスできるように話しかけるようにする。できるだけ会話を楽しむという姿勢を保つ必要がある。賑やかな車内では車掌のアナウンスが他人の会話と混じって聞こえてしまう場合があり、関心が他の乗客に向いているときは途中の駅で他人に続いて下車してしまうこともあるので、適宜「次の駅ですよ」「さあ降りましょう」とサポートする。

【エスカレーターのサポート例】

Aさんはエスカレーターの手前で立ち止まってしまい、乗ることができない。後ろにいたサポーターは横に並び、自分の足に注意をうながして「乗ります」と声かけを行なう。介護者の足を見ていたAさんはタイミングをはかって乗ることができた。手すりを持っていなかったので「手すりを持ってください」と声かけをする。本人が嫌がらない限りは手すりとは反対側の手を介護者が支持する。降りる際には「降ります」と声かけを行なう。

Bさんはせり出してくる段差に視線をとられ、どうしてもサポーターと一緒に足が

踏み出せない。「先の方を見ましょう」と足元を見ないように声をかけ、サポーターが手をひいて乗ることができた。

行き先（外出目的）

本人は、散歩をしたい、ショッピングに行きたい、花見がしたい、他にも好きなことをやりたいことなどと、人としての当たり前の生活を望んでおり、少しのサポートがあればできる（実現する）ことの喜びを知っている。

本人の外出を家族が好まないケースがあるが、世間体をはばかって家から出られないのか、物理的にサポートが不能なのか、その要因をよく探って解決を図る。サポーター自身が「何もわからない、何も決められない、できるはずがない」と決めつけて行動範囲を狭くしたり、本人に良かれと思って行き先を押し付けたりすることのないようにする。

大事なことは、若年認知症の人であったとしてもその人の意向に添いながら、よく相談して行き先と計画を練ることである。本人が考えあぐねる時は、趣味や好みからヒントを得たり、かつて行ったことのある場所などから候補を選ぶようにする。

疲労

若年認知症の人は、大きな音や光、人ごみなど混乱を招くような過剰な刺激に疲れを感じることが多い。自分から「疲れた」と言えない場合もあり、気分が悪くなったり、イライラ感として表現されることもある。表情や動作に注意し、疲れが出てないかさりげなくチェックすることが大切である。

外出先が、人ごみの多い場所やコンサートなどの大音響のホールであった場合、その場を離れて一息入れることができるようなスペースに行くことと落ち着くこともある。

食事・水分

認知症の初期・中期は食事に関する機能障害はほぼないが、関連するいくつかのポイントをあげる。

定期処方薬がある場合は、携帯することを忘れていたり、飲み忘れに注意する。また食物アレルギーがある人は事前に把握しておく。脱水に注意し、積極的に水分を摂取すると良い。食欲のコントロールが難しい人の場合は、大皿でとりわけの料理は避け、1人分の食事量が決まったメニューを選択する。一方、お膳にいくつかの料理が並ぶと、視野障害がある場合は見えない料理には手を付けないことがあるので、「こちらのお皿はどうですか」など声をかけて本人に気付かせる。

透明のふたが付いた弁当では、ふたを認識できずにそのまま箸を持っていってしまう場合がある。食べるまでに時間を要してしまうこともあるので、観察しながらさりげなく声をかける。袋に入った菓子を食べる時は、袋の開け方がわからない場合もあるので、本人の気持ちを傷つけないように少しの声かけ支援を心がける。

【若年認知症の会 愛都の会での定例会での外出例】

会の活動そのものを参加者全員（本人・家族・サポーター）がいかに楽しむかということに焦点に当て、何ができるかを話し合った。どんな取り組みにもみんなが参加するということが心の支えとなっており、当然のように外出に論議が集中した。味覚狩りや温泉などたくさんの意見交換を経て、次のような外出先を決めた。

これまでの外出先

ルミナリエ（神戸市）、花見（宇治市）、商店街ウォッチング（大阪市の天神橋筋）、ハーベストの丘（堺市）、プロ野球観戦、ボウリング、デパート・ショッピング、焼肉屋、居酒屋

集団行動となるので、家族とともに下見作業を重視し、ゆったりとした行程と安全の確認、サポーターの配置、昼食場所やトイレの確保などの準備を経て、それぞれの取り組みを実現させた。

【Cさんの外出例】

Cさん夫婦は、サポーターとともにピアノと声楽のコンサートに出かけた。初めは舞台寄りの席に座ったが、冷房の風がきつく、ピアノの音の大きさも心配になったので、開演前に後方の席に移った。しかしコンサートが始まったとたん本人は席を立ててしまった。家族にはコンサートに集中していただき、サポーターが本人に付き添った。「座っていないといけないことはわかっているが、座ってられないんだ」と、終演までの間ホールとロビーを行ったり来たりしながら時間を過ごした。コンサート終盤に客席のみんなで「遠くへ行きたい」を歌ったとき、Cさんも後方で立ったまま歌った。青春時代によく歌ったので歌詞を見なくても歌えたという。

コンサート終了後に喫茶店に立ち寄った。Cさんはサンドイッチを自ら注文し、食べ終わったあとは、座っていることができず店内でも歩き回った。

ところが、サポーターの心配とは裏腹にCさんは「またこういう集まりをやりたい。土曜日会というのはどうかな？」と話した。その日が土曜日だったから、また集まるうというCさんの提案である。そして店を後にしても「なんや、もう帰るんか。もう1軒行こか」と語った。Cさんにとって楽しむことができる一時であったことが伺えた。

2) 家族会以外の活動（地域）の進め方

家族会以外に若年認知症の人が、家族以外の人たちと接する場は必要である。診断を受け、仕事を辞め、介護保険を受けるまでの間、ほとんどの人は、家族会の場だけが他の人たちとの交流の場になっている。地域の作業所などでの社会参加も少しずつ進められており、地域にあるグループ活動に参加する形や、新しい活動を作る形でもはじめられている。家族や本人から相談を受けた場合は、家族会や介護サービスだけでなく、本人の生活をより豊かにし、閉じこもりを防ぐように、地域の活動について

もこれまでの活動が継続できるように、また参加できる活動を家族や本人と共に探すことが必要である。

(1) 既存のグループに参加する

地域にすでにある趣味活動などに参加する場合は、病気前の活動を継続したり、退職後これまでの趣味を活かして参加する場合などがある。これらは地域の人たち、同世代の人たち、同じ趣味の仲間との交流が図れるメリットがある。病気があっても普通の生活を送るという充実感が得られる反面、病気について参加者全員に理解してもらうことが難しく、同じことを繰り返したり、手順を間違える、約束を忘れてしまうなどによってトラブルが起こる恐れがある。トラブルをさけるためのひとつの方法としては、グループのリーダー格の人にだけ病気について話しておき、トラブルが生じないように協力を求めることである。またスポーツなど着替えを必要とする場合は、配偶者は異性の更衣室、トイレに同行できないことから、同性の協力者を仲間の中に作っておくことも必要である。

活動例

- * 地域のテニス同好会に参加する。
- * 卓球場に通い、そこに来ている人たちと卓球をする。
- * カラオケの集まりに参加し、のど自慢大会に出場する。
- * 地域の人が参加している老人ホームのボランティアと一緒に行く。
- * 学生時代のバンド仲間が集まり、音楽活動を再開する。

(2) 新しい活動を作る

新しい活動を作るメリットは、認知症を理解した人をサポーターにすることが可能で、本人の状態に合わせた内容を提供できることである。前述の既存の活動には、それらの活動が行える間は参加できるが、認知症の進行に伴い次第に参加がむずかしくなる。それでも、介護保険の利用では満たされないニーズも多く、本人のニーズに合わせた様々な活動が必要である。ここでは、本事業で新しく取り組んだ「アートワーク」「パソコン」「歌声」の活動について簡単に紹介する。

アートワーク

単なる塗り絵ではなく、絵をかく、色を塗るという作業を認知症の症状に合わせた様々な手法を用いて、ひとりひとり独創的な作品を完成させる。これらの作業を認知症の症状に配慮しながらサポートしていく中で、支援方法、評価方法を明らかにし、介護保険サービスを利用する際に活かす。

パソコン

パソコンを使って若年認知症の本人が、したいことをサポートしていく。パソコンの使い方を訓練するのではなく、パソコンを使って本人が他の人に伝えたいことを文

章にするなど、パソコンを生活の中で役立てられるようにする。

歌声

若年認知症の世代の人たちがなつかしい「歌声喫茶」の雰囲気ピアノに合わせて、なつかしい歌を歌い、昔していた楽器を演奏する。

これらの活動を続けていくための課題と今後求められる方向性

第一の課題は、家族に活動の必要性を理解してもらうことである。若年認知症と診断を受けると、本人は介護が必要な存在と判断される。家族の中には介護以外の社会的な活動への参加の必要性が理解されない場合がある。家族会には家族自身が参加の意思を明確に持って参加するため、それに同行してもらうことは支障がないが、本人のためだけの活動には、家族の理解が得られないと参加できない。

第二の課題は、活動の場所まで行く方法と距離である。若年認知症の人は、認知症高齢者に比べて人数が少ないために、広域から集まることになる。近所なら単独で移動が可能な人も、遠くでは一人の移動が難しく支援が必要となり、家族の付き添いが必要で、家族負担を増すことになる。

第三の課題は、認知症の障害に合わせたサポートの方法や、本人のニーズに合わせたメニューをどのように用意するかである。認知症の症状に合わせたサポート方法は、現在確立されていない。

第四の課題は、継続していく基盤の確立である。

これらのことを解決していくための今後の方向性として、いくつかの既存の制度の利用と新しい試みが必要となる。ひとつは、移動の支援を行うことである。ガイドヘルパーを利用できるように、手続きを支援したり、ガイドヘルパーが本人を適切にガイドできるように、移動支援の具体的な方法をアドバイスする。あるいは、DFサポーター（認知症フレンドシップサポーター）のように新しいサポーター養成を行うという試みもある。

次に、本人の活動の効果を家族が理解できるようにすることである。それには、本人の活動と一緒に参加して支援をするだけでなく、家族自身が楽しむことである。効果を継続的に家族に伝えたり、活動の中で家族へのねぎらいなど、本人から家族へのメッセージを送れるようにする。DFサポーターのように個人をサポートする、認知症の知識を持った“友達”としてのサポーターや、アートワークのような作業を行う方法を学んだサポーターを育てることなど、活動内容の開発と共にサポーターを養成していくことが必要である。

DFサポーターとは

- * DFサポーターは、『認知症フレッドシップクラブ』の活動の一部です。
- * 『認知症フレッドシップクラブ』とは、認知症の本人や家族の方々が、地域の中で安心した生活を営むことができるよう、その暮らしを様々なかたちで応援する独立した非営利組織です。その活動と理念、目的に賛同するクラブメンバーによって構成され、クラブメンバーからの年会費、および個人、企業などの諸団体からの寄付金によって活動を行っています。
- * 活動には、DFサポーターと認知症フレンドシップストアーがあります。
- * DFサポーターは、認知症の方々の趣味活動をサポートする、認知症に関するプロフェッショナルな友人でとしてそばに寄り添う、一緒にその活動を“楽しむ”という支援をします。例えば、一緒に買い物に出かける、レストランへ食事にてかける、コンサートに行く、家で碁をうつなどです。基本的に3時間を1つの単位とし、500円/1時間の料金です。
- * 認知症フレンドシップストアーとは、認知症の人や家族の方々が、気兼ねなく安心して利用できる、認知症バリアフリーを目指す店舗のことで、このような店舗を増やし、協賛企業・店舗を増やす活動をしています。

【ご利用の申し込み・お問い合わせ】

北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学看護福祉学部 看護学科内

認知症フレッドシップクラブ事務局 代表：井出 訓（いでさとし）

電話・FAX 0133-23-1462

E-mail：df-club@hotmail.co.jp

HP：http://www.hoku-iryu-u.ac.jp/^chikiboo/friendshiptop.html

詳しい内容や最新の情報は各社にお問い合わせ下さい。

各地域でも同じように調べて下さい。

関西近辺障害割引・無料制度

私鉄

関西の主な私鉄交通機関は次の通りである。

近鉄	問合せ先	旅客案内テレホンセンター（9:00～19:00 / 年中無休） 大阪：06(6771)3105 名古屋：052(561)1604	
	内容	身体障害者・知的障害者には運賃の割引がある。発売の際は、身体障害者手帳・療育手帳と、手帳の「旅客運賃減額欄」の種別（1種または2種）を確認。	1種の人が介護者と乗車の場合 本人と介護者の普通券・普通回数券・定期券（おとな）を割引
			子どもの2種の人が介護者と定期券で乗車の場合 介護者（大人）の定期券を割引
			1種または2種の人がひとりで101km以上ご乗車の場合 普通券を割引
阪急	問合せ先	16駅19箇所にサービスセンター	
	内容	第1種身体障害者・知的障害者割引など	介護者付きの乗車の場合 介護者とともに5割引 単独で乗車の場合は割引はなし。（ただし片道101km以上の場合は5割引）
		第2種	割引なし
南海	問合せ先	南海テレホンセンター 06-6643-1005 受付時間 8時30分～18時30分（年中無休 ただし年末年始を除く）	
	内容	身体障害者・知的障害者運賃の割引がある。身体障害者手帳・療育手帳（旅客鉄道株式会社旅客運賃減額欄に第1種または第2種の記載のあるもの）を窓口で呈示	割引率は5割で、10円未満の端数は切り上げ。第1種の人が単独又は介護者とともに乗車する場合及び第2種の人が単独で乗車する場合に発売。ただし、単独で普通乗車券によって乗車する場合は、乗車距離が100キロをこえる区間を乗車される場合のみ発売。
京阪	問合せ先	京阪電車お客さまセンター 06-6945-4560 [平日] 9:00～19:00 / [土休日] 9:00～17:00	
	内容	身体障害者（第1種）または知的障害者（第1種）の割引がある。各自治体で発行する障害者手帳・療育手帳（「旅客鉄道株式会社運賃減額欄」に「第1種」「第2種」の記載のあるもの）が必要となる。係員に提示	身体障害者（第1種）または知的障害者（第1種）の人が介護者と同時に同区間の乗車券を購入する場合、5割引になる。

バス

バス会社によって精神障害者も対象になるところがある。

例えば、金剛バス、大阪狭山市循環バス、高槻市営バスなど。

大阪市営バス・地下鉄

制度	市営交通料金等の福祉措置
内容	大阪市の精神障害者保健福祉手帳を持っている人に市営交通機関(地下鉄・バス・ニュートラム)の無料または割引乗車証を発行している。 1級：無料(同乗する介護者1名も無料) 2級：無料 3級：半額
問い合わせ先	各区の保健福祉センター地域保健福祉担当(保健福祉)

タクシー(割引のある会社)

会社名	日進交通(株)
内容	乗車時に手帳を提示すれば運賃が1割引になる。
問い合わせ先	〒547-0004 大阪市平野区加美鞍作 2-3-2 電話(06)6791-7422

駐車禁止除外指定車標章

歩行障害があれば精神障害者福祉手帳も申請できる。

問い合わせ先は、住所地を管轄する警察署の交通総務係もしくは大阪府警察本部駐車対策課

駐車場

大阪市道路公社駐車場などいくつか精神障害者手帳提示で割引できるところがある。
(詳しくは <http://www.road.osaka-city.or.jp/orc/park.html>)

精神障害者福祉手帳で利用できる施設

大阪市長居障害者スポーツセンター

場所	大阪市東住吉区长居公園 1-32
内容	プール、卓球、ボウリング、トレーニングなど
利用時間	9:30～21:00
休日	毎週水曜日及び国民の祝日休日の翌日(その日が日曜日に当たる場合は除く) 12月29日から翌年1月3日まで
料金	大阪市及び大阪府下に住所を有する障害者及びその介護人は無料
申込方法	・個人利用の場合 当日障害者手帳等を持参し申請すること。 ・団体利用の場合 使用予定日の3ヶ月前から7日前までに必要書類を添えて申請すること。
問合せ先	大阪市長居障害者スポーツセンター TEL 6697-8681 FAX 6697-8613
最寄り駅	地下鉄御堂筋線長居駅1番出口北へ100m JR 阪和線長居駅東北へ100m
駐車場	有り

自然史博物館

場所	大阪市東住吉区长居公園
内容	「身近な自然」「地球と生命の歴史」「生命の進化」「自然のめぐみ」と題した常設展示など
利用時間	9時30分～16時30分(入館は16時まで)
休日	月曜日(祝日の場合は翌日)、年末年始、毎月末日(土・日を除く)
料金	大人300円、高校生・大学生200円(特別展期間中は料金を変更) 中学生以下、市内在住の65歳以上、大阪市及び大阪府下に住所を有する障害者及びその介護人は無料
問合せ先	TEL 06-6697-6221 FAX 06-6697-6225
最寄り駅	地下鉄御堂筋線長居駅、 JR 阪和線鶴ヶ丘・長居駅下車
駐車場	有り

大阪市舞洲障害者スポーツセンター アミティ舞洲

場所	大阪市此花区北港白津 2-1-46
内容	プール、卓球、ボウリング、トレーニング、宿泊施設など
利用時間	平日・土曜日 9:00～21:00 日曜日・祝日 9:00～18:00
休日	毎週火曜日、毎月第3月曜日。(ただし、その日が休日の場合を除く) 12月29日～翌年1月3日
料金	大阪府内に住所を有する障害者は無料。また、その介護者(原則1人)は、使用料を免除。
問合せ先	スポーツ施設 TEL 06-6465-8200 FAX 06-6465-8207 宿泊研修施設 TEL 06-6465-8210 FAX 06-6465-8213
最寄り駅	JR「桜島」駅より、シャトルバス 地下鉄千日前線「野田阪神」駅より市バス「舞洲スポーツアイランド」行き(系統81)で「アミティ舞洲」下車
駐車場	有り

大阪府立の体育施設の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	あらかじめ所定の利用申込書及び使用料減額・免除申請書を提出すると、団体利用者は半額、個人利用者は全額免除される。	
施設名と 連絡先	府立体育会館	電話 06-6631-0121
	府立臨海スポーツセンター	電話 072-268-8351
	府立門真スポーツセンター(なみはやドーム)	電話 072-881-3715
	府立漕艇(そうてい)センター	電話 072-268-3100

大阪府立博物館等の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	下記の施設については、入館料が免除となる。ただし、弥生文化博物館・近つ飛鳥博物館、花の文化園、大阪府民牧場では、手帳の提示が必要。	
施設名と 連絡先	弥生文化博物館	電話 0725-46-2162
	近つ飛鳥博物館	電話 0721-93-8321
	泉北考古資料館	電話 072-291-0230
	大阪人権博物館（リバティおおさか）	電話 06-6561-5891
	府立花の文化園	電話 0721-63-8739
	大阪府民牧場	電話 072-734-0220

大阪府営公園有料施設等の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	あらかじめ所定の使用料減額・免除申請書を提出すると、半額又は全額免除される。	
施設名と 連絡先	北部公園事務所（服部緑地・箕面公園・寝屋川公園・山田池公園・深北緑地）	電話 072-822-3801
	南部公園事務所（大泉緑地・久宝寺緑地・枚岡公園・長野公園・錦織公園・石川河川公園）	電話 072-259-8631
	臨海公園事務所（浜寺公園・住之江公園・住吉公園・二色の浜公園・蜻蛉（とんぼ）池公園・りんくう公園・せんなん里海公園）	電話 072-261-3735

その他府内の施設の使用料の減免・免除

対象者	精神障害者及びその介助者	
内容	窓口で手帳を提示すれば、利用料が減額もしくは無料となる。	
施設名と 連絡先	堺・緑のミュージアム ハーベストの丘	電話 072-296-9911
	海遊館	電話 06-6576-5501
	大阪くらしの今昔館	電話 06-6242-1170
	国立国際美術館	電話 06-6447-4680
	国立民族学博物館	電話 06-6876-2151
	ピースおおさか 大阪国際平和センター	電話 06-6947-7208
	大阪歴史博物館	電話 06-6946-5728
	大阪城西の丸庭園	電話 06-6941-1717
	天王寺動物園	電話 06-6771-8401
	大阪市立美術館	電話 06-6771-4874
	ひらかたパーク	電話 072-844-3475
	咲くやこの花館	電話 06-6912-0055
	ユニサールスタジオジャパン	電話 06-6465-3000
	堺市博物館	電話 072-245-6201
	大仙公園内日本庭園	電話 072-247-3670
	自転車博物館	電話 072-243-3196
	ソフィア・堺プラネタリウム	電話 072- 270-5250
	与謝野晶子文芸館、アルフォンス・ミュシャ館	電話 072- 222-5533
	のびやか健康館	電話 072-246-5051
	ワールド牧場	電話 0721-93-6655
	鶴見緑地展望塔	電話 06-6915-2551
	神戸市立フルーツ・フラワーパーク	電話 078-954-1000
	神戸市立王子動物園	電話 078-861-5624
神戸市立六甲山牧場	電話 078-891-0280	
神戸市立青少年科学館	電話 078-302-5177	

名古屋市・愛知県障害割引・無料制度

私鉄

名鉄	問合せ先	名鉄お客様センター（電話：052-582-5151） （月曜日～金曜日 8時～19時・土日祝（年末年始含む）8時～18時）	
	内容	身体障害者・知的障害者には運賃の割引がある。発売の際は、身体障害者手帳・療育手帳と、手帳の「旅客運賃減額欄」の種別（1種または2種）を確認。	1種の人が介護者と乗車の場合 本人と介護者の普通券・普通回数券・定期券（おとな）を5割引
			子どもの2種の人が介護者と定期券で乗車の場合 介護者（大人）の定期券を5割引
			1種または2種の人がひとりで101km以上ご乗車の場合 普通券を5割引
愛知環状鉄道	問合せ先	本社：0564-32-3911	
	内容	第1種身体障害者・知的障害者割引など	介護者付きの乗車の場合 介護者とともに5割引 単独で乗車の場合は割引はなし。
		第2種	100km超の場合は5割引

バス

バス会社によって精神障害者手帳でも写真があれば対象になるところがある（豊橋鉄道バスなど）。

名古屋市営バス・地下鉄

身体障害者手帳・愛護手帳（療育手帳）所有者は、運賃5割引

タクシー

身体障害者手帳・愛護手帳（療育手帳）所有者は、運賃1割引

自治体による助成制度

名古屋市：市営交通機関及びガイドウェイバスシステム志段味線（大曾根～中志段味間）、西名古屋港線（あおなみ線）の全区間を無料乗車できる福祉特別乗車券を交付。

対象者：精神障害者手帳所有者（介助者は1・2級所有者のみ）

愛知県：市町村ごとに、タクシーや循環バスの料金助成制度を設けている。

（詳しくは、愛知県精神保健福祉センターホームページ

http://www.pref.aichi.jp/seishin-c/andante/a_03_01.html

精神障害者福祉手帳で利用できる施設

公共施設等の利用料全額免除（無料）

市町村	内容	問合せ先
愛知県	大高緑地、小幡緑地、熱田神宮公園、朝宮公園、新城総合公園、木曾川祖父江緑地、尾張広域緑道、あいち健康の森公園の有料施設	建設部公園緑地課
	県美術館(常設展示)、陶磁器資料館(常設展示)、和紙のふるさと(展示館)の観覧料、あいち健康プラザ健康科学館	
一宮市	エコハウス138の温水プール	各施設
稲沢市	萩須記念美術館	
	平和らくらくプラザ(温浴交流健康区域)、祖父江ふれあいの郷(温浴健康区域)	
瀬戸市	民族資料館、瀬戸蔵ミュージアム入館料	
春日井市	サンフロッグ春日井(温水プール)	
	福祉の里(レインボープラザの浴室・トレーニング室)()	
日進市	市スポーツセンター利用料	
大口町	温水プール・トレーニングジム	
北名古屋市	総合体育館個人使用料	
七宝町	七宝町アートビレッジ(常設展示室)	
大治町	スポーツセンター(温水プール・トレーニング室)()	
飛島村	すこやかセンター(温水プール・トレーニングルーム)()	
東海市	しあわせ村温水プール・トレーニングルーム()	
碧南市	海浜水族館・青少年海の科学館	
刈谷市	刈谷市美術館	
高浜市	いきいき広場(マシンスタジオ利用)	
豊川市	ふれあいセンター「ぬくぬく湯」	

蒲郡市	竹島水族館・生命の科学館	各施設
豊橋市	総合動植物公園（のんほいパーク）	
	自然史博物館大型映像及び特別企画展示室、美術博物館、二川宿本陣資料館、地下資源館観覧料（電話：0532-41-2833）	
	豊橋市障害者福祉会館（さくらピア）（ ）	
	豊橋駅自転車等駐車場（東口・西口）の定期減免（6ヶ月毎更新）	
岡崎市	岡崎城、三河武士のやかた家康館、世界子ども美術博物館、岡崎市美術館、岡崎市美術博物館	
名古屋市	東山公園（動植物園、展望塔）、日光川公園プール、白鳥庭園、ランの館、農業文化園（農業科学館展示室、フラワーセンター）、東谷山フルーツパーク（世界の熱帯果樹温室）、徳川園庭園	
	名古屋城、科学館（常設展、プラネタリウム）、博物館（常設展）、美術館（常設展）、障害者スポーツセンター、市営プール（南陽プールのトレーニング室を含む）、総合体育館（プール、トレーニング室）、各スポーツセンター（プール、トレーニング室）、瑞穂運動場（プール、トレーニング室）、志段味スポーツランド（プール、トレーニング室）、黒川スポーツトレーニングセンター（トレーニングサウナ室）、サン笠寺（トレーニングルーム）蓬左文庫（通常展）	
	総合リハビリテーションセンター（福祉スポーツセンター）、有料自転車駐車場、市民会館、文化小劇場、音楽プラザ、市民ギャラリー矢田の有料駐車場	
	名古屋海洋博物館、ポートビル展望室、南極観測船ふじ、名古屋港水族館	
	総合体育館、各スポーツセンター、瑞穂運動場、市体育館の有料駐車場、博物館駐車場	

（ ）市町村在住者のみ

公共施設の利用料軽減（一部割引）

市町村	内容	問合せ先
愛知県	南知多老人福祉館（ピラ・マリーン南知多 電話：0569-63-1175）、湯谷老人福祉館（電話：05363-2-1243）、 老人休養ホーム永和荘（電話：0567-32-1888）（利用料割引）	各施設
一宮市	ツインアーチ 138（半額）	
	一宮温水プール（半額）	
	エコハウス 138 の温水プール（割引）	
	ゆうゆうのやかた（半額）	
尾張旭市	尾張あさひ苑（宿泊料割引）	福祉課
春日井市	勝川駅前地下駐車場（割引）	(株)アーバン・ ルネサンス勝川 (電話：34-6800)
小牧市	パークアリーナ小牧（トレーニングジム、フィットネススタジオ）（割引） 温水プール（割引）	各施設
半田市	半田福祉ふれあいプール	
常滑市	温水プール（障害者料金で入場可）	
東部知多 衛生組合	温水プール（割引）	
高浜市	かわら美術館（半額）	
刈谷市	ウォーターパレスKC温水プール（半額）	
知立市		
安城市	歴史博物館、デンパーク、丈山苑、マーメイドパレス、スポーツセンター（半額）	
西尾幡豆 広域連合	ホワイトウェーブ 21（プール、入浴、トレーニングルーム）	西尾幡豆広域 連合総務課
幸田町	幸田町民プール	

新城市	ゆうゆうアリーナ(半額)	各施設
新城市	やまびこの丘(申請すると半額) サイクリングターミナル(申請すると割引)	
豊川市	総合体育館(トレーニングルーム及びエアロビクス教室)(半額)	各施設
	ジオスペース館(プラネタリウム)(半額)	
小坂井町	B & G 財団小坂井町海洋センター(割引)	
蒲郡市	ラグナシア	
名古屋市	博物館(特別展)、美術館(特別展)、科学館(特別展)	
	名古屋ポストン美術館	
	久屋・大須・古沢公園・吹上・池下駐車場	
	有料公園駐車場、東谷山フルーツパークの駐車場(市長の指定する行事の開催期間)、御岳休暇村	
	休養温泉ホーム松ヶ島	

(愛知県精神保健センターホームページより)

102頁から106頁の執筆は、高見雅代(国立長寿医療センター ソーシャルワーカー)による。

第 1 2 章 介護保険

1) 介護保険と障害福祉サービスの併用

介護保険は、高齢者をイメージして作られているサービスであり、サービス内容は身体介護が中心である。若年認知症の初期には、いかに活動的に過ごし認知症の進行を遅らせるかが重要であり、排泄の介助や、食事の介助といった身体介護は必要ない。このような時期には、介護保険よりも精神障害福祉サービスの利用の方が有効で、前述の社会活動に参加したり、これまでの生活で普通に行ってきたこと - 本屋に行く、映画を見るなど - ができるように、移動支援事業（ガイドヘルパー）を利用するとよい。

移動支援事業の窓口は、市町村区役所の介護保険課とは別で、障害福祉課の窓口である。現在の制度は、介護保険優先であるから、介護保険を既に利用していると、障害福祉サービスは受けられないといわれることがある。しかし移動支援事業は、介護保険にないサービスであるから、本来は受けられるはずなのである。若年認知症のことや移動支援の必要性について認識が不十分な担当者がいるためである。このような場合は、何故必要であるかを窓口担当者が理解できるように説明することが必要になる。これは、家族だけでは困難なので、包括支援センターの職員などが家族をサポートする。

しかし、時期や場合によっては、障害福祉サービスと介護保険の両立が必要であり、本人の状態が変わって寝たきりに近くなっていけば、身体障害福祉サービスと介護保険の両方を利用することになる。

2) 介護保険サービスの利用方法

(1) 要介護認定を受け介護度が決定するまで

介護保険を利用するためには、要介護認定という調査を受けなければならない。役所の介護保険課に申し込むと、調査員が自宅や施設、病院にも出向いて面接が行われる。審査結果が出るのに1ヶ月ほど時間が必要となる。入院している場合は退院してからと思わないで、入院しているうちに調査を受けるようにする。

認定には、かかりつけ医の意見書が必要なので、できれば現在認知症の治療を行っている医師に書いてもらう。

若年認知症の場合は、40歳から64歳までは、「第2号被保険者」に該当した場合のみ、介護保険が利用できる。「第2号被保険者」に該当する疾患名は次に示すとおりである。残念ながら現行では、39歳以下の人は介護保険の対象とならない。

第2号被保険者に該当する「老化が原因とされる16種の病気」

がん

関節リウマチ

筋萎縮性側索硬化症

後縦靭帯硬化症

骨折を伴う骨粗しょう症

初老期における認知症*

進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病*

脊髄小脳変性症*

脊柱管狭窄症

早老症

多系統萎縮症

糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、及び糖尿病性網膜症

脳血管疾患*

閉塞性動脈硬化症

慢性閉塞性肺疾患

両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(*は若年認知症の原因となる疾患)

家族の中には、要介護度が高くなると利用料があがるので、それを避けたいという人もいます。しかし、本人の状態像と介護の手間を的確に表した要介護度であれば、必要なサービスを受けるために、保険でまかなわれる範囲が広がったと理解してもらおう。

(2) ケアプランの作成

介護支援専門員(ケアマネジャー)が、サービスの調整を行うためにケアプランを作成する。家族や本人が、自分でケアプランをたてること(マイケアプラン)もできるが、サービスの調整やサービス事業所との連絡など煩雑なので、介護支援専門員に依頼する方がよい。介護支援専門員は、月1回利用者を訪問しなければならず、ケアプランは、家族が定期的にもらうことによって、本人や家族の希望とサービス内容が一致しているか確認することができる。

介護支援専門員の選び方

家族会などで他の家族から紹介してもらう

できれば、これまで若年認知症の人と家族を支援してきた経験のある人を選ぶ

必ず近所の事業所を選ぶ

認知症以外の合併症を持っている場合は、いつも治療を受けている病院の関連する事業所を選ぶ

家族だけでなく、本人の意見も聴こうとする人を選ぶ

自分が今若年認知症になったらと自分のこととして考えてくれる人を選ぶ

(3) 在宅サービスの選び方、利用

デイサービス、デイケア

高齢者ばかりの中に、若年認知症の人が参加するのは、抵抗感がある。できれば若年認知症の人専用のデイサービスや、専用のスペースを持っているところを選ぶ。認知症のケアに慣れていないデイサービスでの受け入れは難しいため、若年認知症専用のサービスがなければ、認知症専門のデイサービスを紹介する。初期の頃は、出来ることも多いので、本人に仕事の場として参加してもらい、その場に慣れてもらうという方法をとることもある。若年認知症の人は、他の利用者との関係というより年齢が似ている職員との関係が築けることが重要である。

若年認知症の人が、高齢の認知症の人に支えられていた例

Aさん(アルツハイマー病)が、デイケアの利用するようになったのは54歳の時でした。180センチ以上ある体格のよい男性のAさんは、女性スタッフが重い物を持っていると、代わりに持ってくれようとするやさしいところがありました。また、デイケアを利用しなくても十分自宅で過ごせる状態でしたが、Aさんが働けなくなった分Aさんの妻が仕事に出るため、デイケアを利用しはじめたのでした。デイケアでAさんは、スタッフの手伝いをする以外の時間は、タバコを吸い手持ち無沙汰なようでした。そんなある日、90歳のBさんという女性が新しくデイケアを利用されるようになりました。Bさんは、穏やかで社交的な人でしたが、何度も同じことを話し、また一日に何度も杖をついてトイレに行きました。Aさんは、いつごろからかBさんのトイレに行く道をエスコートするようになりました。Bさんは、身長140センチに満たなかったため、Aさんとの身長差は40センチくらいありました。Aさんは母親を見守る息子のようにBさんに寄り添っていました。ところが、1年ほどして、Bさんが娘と同居することになり、デイケアに来ないようになりました。AさんはBさんがいなくなると、認知症が急に進行したかのようになり、家で食事をしなくなりました。次第に、妻だけで家でみることができなくなり、施設入所となりました。人には、支えられるだけでなく、自分が支えよう支えていると思える存在が必要なかもしれません。通所系サービスは家族とはまた違った人間関係を作れる場でもあります。

(4) グループホームや施設などのサービスの選び方、利用を考える

在宅で介護することが、本人にとって一番よいとはかぎらない。若年認知症の人は、体力があり、症状も様々で、家族の介護負担も大きい。家族の介護負担が過剰で十分な介護ができなかったり、介護のために経済的に不安定な生活になると、症状が進行したり、共倒れになることも少なくない。認知症の初期からグループホームや施設を色々と見学や、家族会などで利用している家族の話聞くような機会を作ることが必要である。

(5) モニタリング、サービス担当者会議

介護支援専門員は1カ月に一度、モニタリングのために訪問し家族と本人に会わなければならない。また、サービス提供が適切に行われているか確認するために、サービス担当者会議を行わなければならない、これには家族や本人が参加できる。

どうやったら上手く使ってもらえるか

家族や本人は、家族会などの本人の活動に参加することで、集団の中での過ごし方のイメージを持ちやすくなる。初期からこのような活動に参加すると、介護保険サービスへの移行はスムーズにいく傾向にある。家族会などの本人の活動になじまない人は、集団の活動自体が苦手である。この場合、無理にデイサービスなどを勧めず、訪問介護など訪問系のサービスから始め、本人の状態に合わせてサービスを変更していく。訪問系のサービス実施時は、家族はなるべく外出し、本人が他の人に慣れるようにする。

介護保険サービス導入が上手くいった例

事例；Cさん、55歳、女性、アルツハイマー病

Cさんは夫と二人暮らしで3年前に診断を受けてから、家の中でほとんどの時間をすごしている。家事は従来はCさんが行っており、大変几帳面で料理上手だったという。訪問介護のヘルパーが訪問し挨拶すると、「帰れ！」とすごい剣幕で怒っていた。2回目からは、夫にさりげなくヘルパーと入れ違いに外出してもらい、ヘルパーは何もせずにしばらく家の中に座り、頃合を見てヘルパーが「申し訳ありませんが、トイレを貸していただけませんか」と言うと、「どうぞ」と言い、怒る様子がないのでトイレに行き、トイレ掃除をした。洗濯物のとりこみも「雨が降りそうなので取り入れますが、受け取っていただけませんか」と、介護されているということを感じさせないように言葉がけしていくと介護を拒否することがなくなった。

介護保険導入が上手くいかなかった例

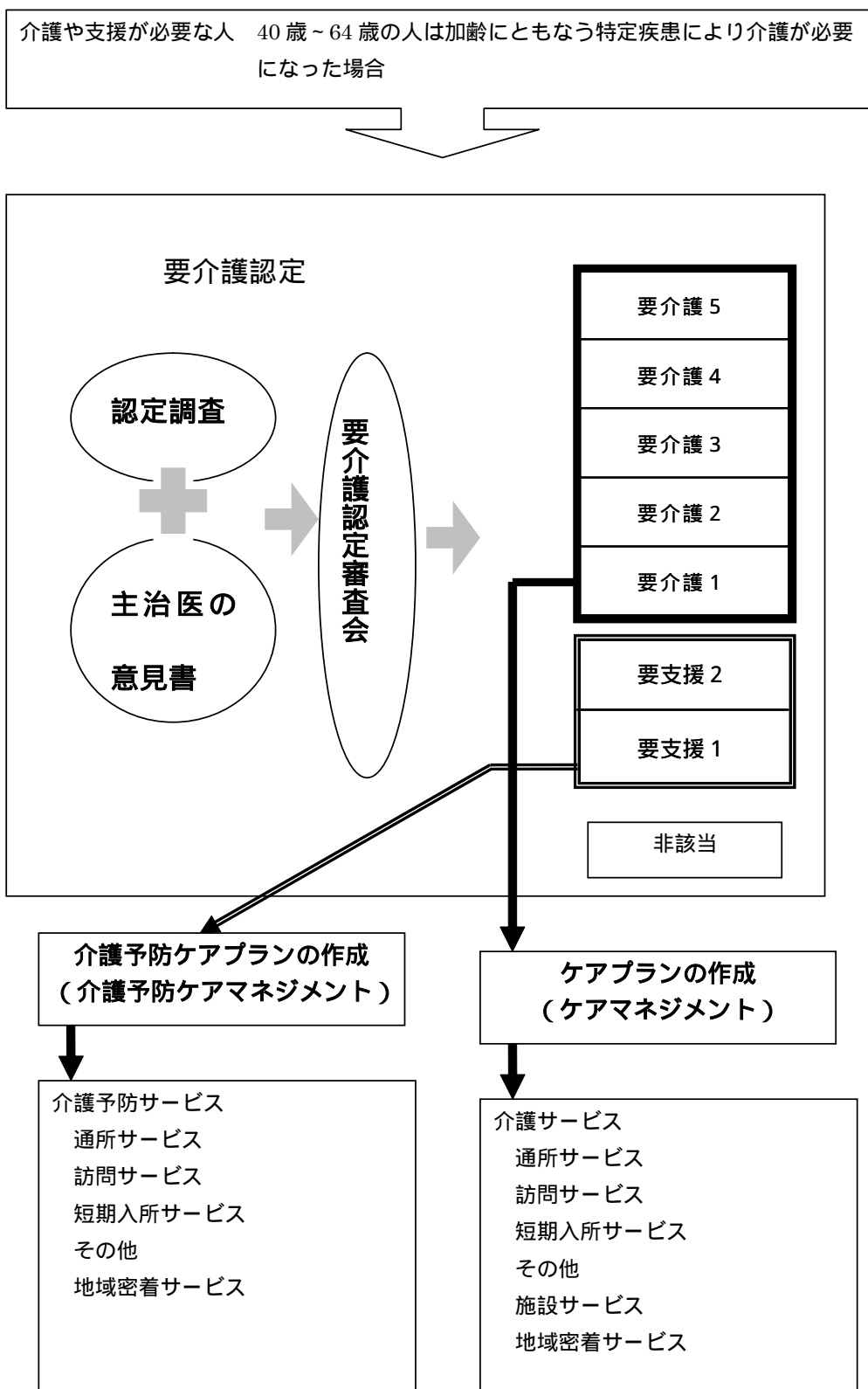
事例；Dさん、58歳、女性、アルツハイマー病

Dさんは夫と二人暮らし。近所に息子が住んでおり、時々息子が母親の様子を見に来ていた。夫は仕事をしており家事も不得意だったため、Dさんが家事ができなくなってからは、大変負担が大きかったようだが、息子や介護支援専門員のアドバイスはほとんど聞き入れなかった。訪問系のサービスは、家に誰も入ってほしくない拒否し、デイサービスは送り出しが上手くできず欠席することが多かった。ショートステイも利用日に準備が遅くなり、夕方から翌日昼までの利用とほとんど夫のレスパイトになっていなかった。本人のやせがめだち姿勢が悪くなり、1年ほどで全く話ができなくなり、施設でのロングステイを利用することになった。

Cさんは、介護拒否があったケースだが、本人のペースを重視したサービス提供を行うことで、サービス利用を可能にしたケースである。Dさんは、介護者である夫が介護をうまく行えない状況であるのに援助を求めなかったことが原因でケアが不十分になり、認知症そのものが進行してしまったのではないかと考えられる例である。若年認知症の場合、Dさんの夫のようなケースは、夫自身がうつ傾向にあり、考えたり決断することができない、あるいは介護サービスに対して異なる考えを持っていて利用できないなどの理由が考えられる。

介護支援専門員は、介護者が何故サービス利用できないのか原因や背景を考え、それらに合わせた対応が求められる。その時に重要なのが、若年認知症の人やその家族は、高齢者とは異なるライフステージにあることを忘れないことである。

介護保険のしくみ



第 1 3 章 家族への援助

1) 配偶者への援助

若年認知症の場合は、配偶者が主たる介護者であることが、ほとんどである。定年になったら夫婦で何かをしようと思っていた人も少なくない。診断後のショックは、本人と同様である。

仕事で経済的に家庭を支えていた人が認知症になった場合には、配偶者や誰かが代わりに働かなければならなくなることもある。家事で家庭を支えていた人が認知症になった場合は、やはりその役割を誰かが担わなければならなくなる。配偶者同士で支えあっていた分を、一方の配偶者がすべて担わなければならなくなる。慣れないことをしなければいけないことも多い。診断のショックと、生活の中での苦勞、そこに介護、育児、教育なども加わることもある。

このような重なる苦痛に、抑うつ症状などが生じ、やる気が出ない、決断できない、物事がうまくいかないと他人を攻撃するなどの症状が生じることがある。症状によっては、精神科や心療内科の受診を勧める必要がある。何よりも癒しになるのは、同じ立場の家族と出会い体験を共有しあうことである。若年認知症の家族会では、同年代の同じような症状を持つ家族に出会える機会がある。

また若年認知症は、介護者である配偶者も若く一見元気であるように見えるが、自分自身の健康管理が不十分になることも少なくないので、健康管理に気をつけるようにはたらきかける必要がある。

2) 子供への援助

子供への援助は、年代によって異なる。しかし、例え小学生以下であっても、親の病気について説明を受けることは重要である。認知症によって親が変わった存在になってしまうことは、子供たちにとって不安につながる。親に頼りたいのに、頼れない、自分の人生が変化したことに怒りや、現実を直視したくないといった感情も生じる。親の病気のことを理解力に合わせて説明し、親との残された時間を子供たちが悔いのないように過ごせることが重要である。

同時に子供世代の人たちと話し合えるような場が必要だが、配偶者と異なり子供世代の人たちは、集いに実際参加しても、同じ立場の子供と出会えない、勉強や仕事で時間がないなどの理由で参加することが難しい。このため、インターネットを利用した交流が試みられているので案内してほしい。

若年認知症の介護は、20年近くに及ぶ場合もあれば、窒息・誤嚥などにより数年で突然終わってしまう場合もあり、子供として親の介護に無関心であってほしくないが、

自分の人生の計画を介護のために変更して、後悔するようなことがないようにしてほしい。何故なら多くは、親がそれを望んでいるわけではないからである。親は、助けてほしいと思う反面、子供は子供の人生を歩んでほしいと願っている。若年認知症の親を持つ子供世代は、受験や進学、恋愛、結婚、出産、子育てと人生の大きなライフイベントを迎える時期にある。介護を理由に進学や結婚をあきらめないように、数年後、十数年後を見据えた人生選択が行えるように支援する。就学資金など経済的な支援制度もある。兄弟が複数の場合は、役割が分担できるようにする。

さらに、遺伝の問題は大きな不安であるが、その確率は一般的には高くないので、不安になった時に相談するように伝えることも必要である。

3) 親への援助

介護者が親である場合は、自分の老後をどう乗り越えるかという課題を抱えながら介護することになる。配偶者や子供世代が介護するよりも体力的に負担が多い場合もあるので、本人が必要時に入院できる病院や、入所できる施設の情報が早い段階から必要である。

また、親が主たる介護者でない場合は、本人の配偶者などが介護することに過干渉になる場合もある。家族会などで同じ世代の人と交流し、妻の立場で介護している人、してきた人（高齢でもよい）に、息子の妻の立場からの意見も聞いてもらう。

4) 兄弟への援助

兄弟姉妹の場合も、遺伝の心配がある場合が多いが、その確率は高くない。兄弟の介護に多少なりとも関わることで認知症への理解を深めてもらう。

5) 息子の妻への援助

息子の妻の立場で主たる介護者となる場合、高齢者介護と異なるのは、子供世代と同様に出産や子育ての時期にあることである。必要時にショートステイが使えるようにしておく。息子の介護の協力も得られるように支援する。

6) 独居者の場合

症状の進行に応じて生活を支える工夫が必要である。ある人は、携帯電話のナビゲーターを使って移動を行ったり、アラームを使って服薬をしている。このような現在の生活をおくるための工夫と同時に、自分で必要時に入所を決断できるように、施設の見学を早期から行ったり、意思決定が不確かになった時のために後見人を選んでおくなどの手助けを行う。

7) 継続的な相談

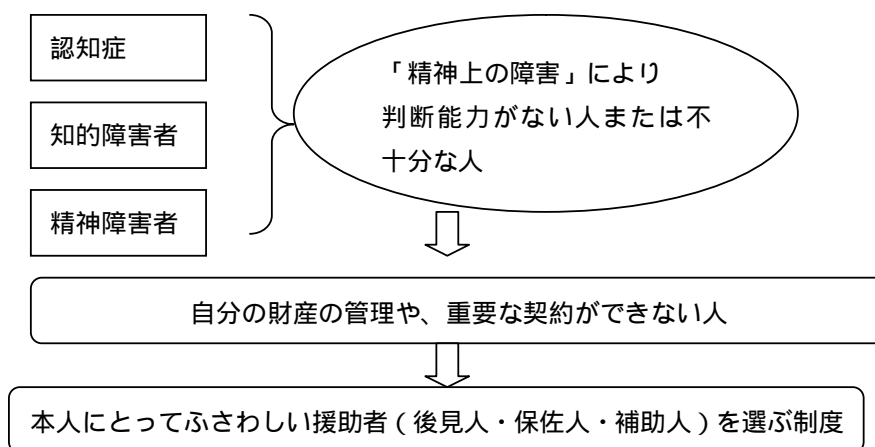
家族は、一度にいろいろな情報を得ても混乱し、必要な時に情報を活かさないこともある。症状の変化や、困ったとき、家族が心の葛藤をどうしようもない時に継続的に相談できる場所が必要である。支援者は、若年認知症の支援の経験がなくても、自分がもし今認知症になったらどういうことがおこるか想像して、家族の相談にあたってほしい。症状についても質問に即答できない場合は、専門家にたずね後で答えるようにする。支援者も一度の相談で解決しようとせず、あせらずに継続的にかかわり、若年認知症の知識や家族・本人の声を聞ける研修などを受講しよりよい支援ができるように見識も深めてほしい。

第 1 4 章 財産管理・身上監護 (生活支援)

日本成年後見法学会は、平成 18 年に「交通事故を原因として高次脳機能障害となった人の成年後見制度の活用」の調査結果を公表した。高次脳機能障害は男性が 8 割、年齢は、20 歳～30 歳代が 7 割を占めた。また家族との同居が 9 割である。その家族の困りごとは、財産管理が不安(親亡き後)・就労不安・消費者被害の 3 点が上位を占めた¹⁾。このような現実をふまえ、この章では、若年認知症の財産管理や身上監護の支援について、成年後見制度を中心に紹介する。

1 成年後見制度の理念

成年後見制度は、民法の一部改正、民法の一部改正の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律、任意後見契約に関する法律、後見登記等に関する法律、以上 4 つの法律の総称として、平成 12 年 4 月 1 日に施行された。この制度設計の理念は、自己決定の尊重、残存能力の活用、身上監護の重視、ノーマライゼーションから構成されている。特に、自己決定の尊重と身上監護の重視は基本理念とされている。成年後見人等は、本人(被後見人等)の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当っては、成年被後見人等の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活に配慮しなければならない(民法第 858 条)。これまでの自立と依存の関係の自立(平等)支援はもとより、自律と他律の自律つまり、尊厳を尊重する支援の考え方である。併せて、生活支援という身上監護が重視されている。



資料 名古屋家庭裁判所後見センター

図 1 成年後見制度

表 1 若年認知症の財産管理や生活支援の制度

	種類	本人の判断能力	サポートの内容	手続機関	
小 ↑ サ ポ ー ト の 必 要 性 ↓ 大	日常生活自立支援事業	日常生活に手助けは必要だが、一人で契約などの判断をする事が不安、金銭等の管理に不安な人	生活支援(福祉サービスの利用援助、情報提供等)金銭管理(預貯金の出し入れ、現金渡し)財産保全(権利証、通帳、印鑑等貸し金庫に保管)	地域の社会福祉協議会等。社会福祉協議会と本人契約、相談機関：市町村地域包括支援センター	大 ↑ 本 人 の 権 利 行 使 ↓ 小
	任意後見制度	現在は判断能力があるが将来判断能力が不十分になった場合に備えたい人	財産の管理や介護サービス等生活支援に関する支援を自分で委任範囲を決める。監督は任意後見監督人、法律行為の取消権はない	公証人役場で任意後見人を決め後見内容の公正証書を作成、家庭裁判所が任意監督人を選定	
	法定後見制度	補助類型	判断能力が不十分(日常生活可能、しかし契約や預貯金管理が一人では不安な人)	本人の同意のある項目について、契約行為を代行したり、取り消しを行う範囲を裁判所が決定	
保佐類型		判断能力が特に不十分(日常的な買い物可能しかし重要な財産行為は一人では不可能な人)	一定の重要な行為に同意・取り消しを行う。預金の管理など代理権に関しては本人の同意があるものから裁判所が決定	本人、四親等内の親族、市町村長等が家庭裁判所に申立て、家裁保佐人選定 相談機関：市町村地域包括支援センター	
後見類型		判断能力まったくない(一人で日常買い物不可能な人)	本人の財産に関する法律行為についての全般的な代理権を持つ。本人が日常行為以外の行為に関して取り消しができる	本人、四親等内の親族、市町村長等が家庭裁判所に申立て、家裁成年後見人選定 相談機関：市町村地域包括支援センター	

最高裁判所「成年後見制度」、愛知県社会福祉協議会「福祉サービス利用援助事業」、平成18年7月23日「日本経済新聞朝刊」を参考に柿本作成

2 成年後見制度の内容

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害等によって物事を判断する能力が十分でない人について（以下「本人」として使用）本人の権利を護る援助者（以下「成年後見人等」等として使用）を選ぶ事で、本人を法律的に支援する制度である（図1参照）。さらに後見制度は、表1のように、法定後見制度と任意後見制度に大別される。

法定後見制度

法定後見制度は、本人の判断能力が不十分になってから利用する制度である。家庭裁判所はさらに、本人の判断力に応じて後見人等三つの類型にて選任する。本人の判断能力がまったくない場合は後見人、本人の判断能力が著しく不十分な場合保佐人、判断能力が不十分の場合は補助人を選任する。サポートの内容として、後見人の場合、本人の財産に関する法律行為についての全般的な代理権を持ち、本人の日常行為以外の行為に関して取り消しができる。保佐人の場合、一定の重要な行為の同意・取り消しを行う。預金の管理など代理権に関しては本人の同意があるものから裁判所が決定する。補助人の場合、本人の同意のある項目について、契約行為を代行する。取り消しを行う範囲を裁判所が決定する。一方、制度を利用した場合には資格などの制限がある。後見型の本人は選挙権を喪失する。また、後見類型と保佐類型の本人は医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失うことになる。

任意後見制度

任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来、判断能力が不十分になった場合に備えて、あらかじめ自らが選んだ代理人（任意後見人）に自分の生活、身上監護（生活支援）に関する事務について、代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって結んでおく制度である。さらに、本人の判断能力が低下した場合、家庭裁判所で、本人の任意後見監督人が選任されて初めて、任意後見契約の効力が生じる。任意後見契約には、将来型、移行型、即効型の3種類がある。サポートの内容として、財産の管理や生活支援に関する支援を自分で委任範囲を決める。任意後見人に、法律行為の取り消し権はない。一方、任意後見監督人は、破産者や家庭裁判所で免ぜられた、法定代理人、保佐人、補助人、それと、本人に対して訴訟をし、またはした者及びその配偶者並びに直系血族は、選任されない。

後見人等の仕事

後見人、保佐人、補助人及び任意後見監督人は家庭裁判所が選任する。後見人等の開始件数は平成19年3月現在約12万件である（最高裁判所）。後見人等と本人の関係では、親などの親族が約80%、職業後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士等）が約14%、法人後見が約1%である。後見人の仕事は、身上監護（生活支援）と財産管理に大別される。身上監護の主な業務は、介護サービスの利用契約や、施設への入所契約、治療・入院の手続き等である。財産管理の業務は、財産内容の把握、年金・

不動産収入等の受領、預貯金通帳・不動産登記済証・保険証書等の保管、家庭裁判所へ定期的な財産状況報告等である。但し事実行為（契約締結に代表される行為が法律行為である。その反対が事実行為である。例えば施設入所契約は法律行為である。これに対して、施設での現実の介護は事実行為である。施設探しや定期訪問は、法律行為に付随する事実行為といわれている）や医療行為の代諾、一身専属権（権利者個人だけが行使できる権利。他人による行使が許されず、他人による譲渡または相続されない権利。つまり、後見人等が代理して行なうことが許されない行為）はできない。また、施設職員が施設入居者の成年後見人等になることは、利益相反行為となるため、できない。万が一成年後見人等が財産管理等不適切な行為があった場合、成年後見人を解約されるほか、民事責任や刑事責任を問われることもある。近年、2つの特筆すべき傾向がある。その一つは NPO 法人、社会福祉協議会等の法人が成年後見人等になり、個人の成年後見人等と同様に後見事務を行う法人後見支援センターの設立が活発化している。二つ目は、自治体等が中心となって、市民後見人の育成が盛んである。地域の住民同士で守り合う仕組みを整えることが期待されている。なお、後見人等の報酬は本人の資産等を考慮して家庭裁判所が決定する（職業後見人の費用は月額平均3万円程度といわれている）。

3 成年後見制度の利用方法

成年後見制度の手続き機関は、家庭裁判所である。また、成年後見制度の主な相談窓口として、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、公証人会等が専門の相談センターを開設している。平成18年4月からは、市町村の地域包括支援センターが成年後見制度の相談窓口としての役割を担っている。

家庭裁判所

図2は法定後見の申立て手続きの流れである。先ず申立ての準備をする（書類はインターネットで入手可能）。費用は、申立て手数料印紙800円、登記印紙4,000円、鑑定料予納金（5万円から10万円位）、郵便切手代等である。家庭裁判所は、申立て書を受付（申立て人・後見人候補者に面談、鑑定料納付）。その後、本人と面談、親族に対する調査、医師による精神鑑定、そして審判。後見人等が選任された場合、第1回後見事務報告、家庭裁判所による後見監督を開始。後見人等の仕事は、本人が死亡するか、判断能力が回復するまで続く。なお、審判に不服がある場合、申立て人は、2週間以内に不服申し立て（即時抗告）をすることができる。但し誰を成年後見人に選任するかという家庭裁判所の判断については、不服申し立てはできない。

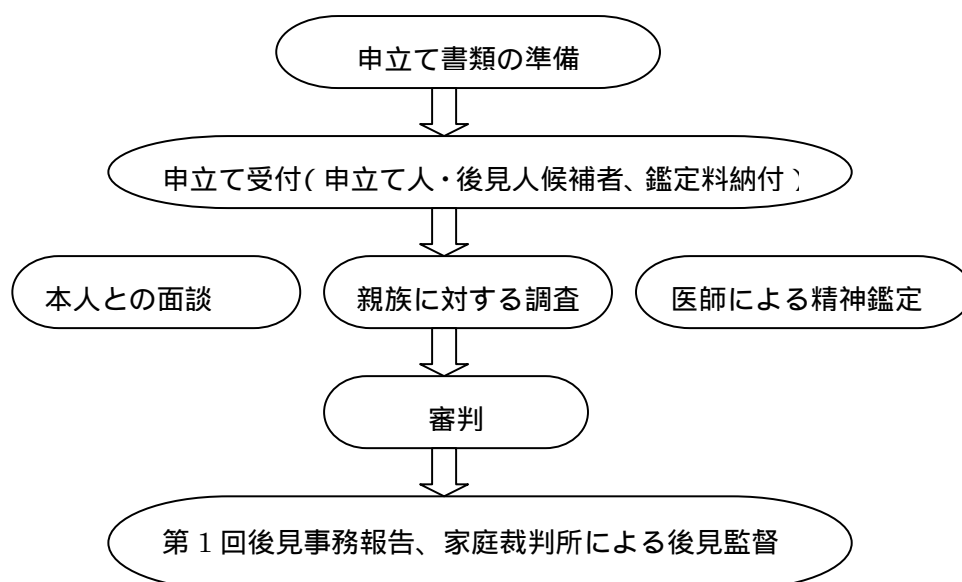
地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者人口3千人から6千人の割合で、各市町村に設置されている（社会福祉協議会等への委託を含む）。地域包括支援センターの基本機能の

一つに権利擁護業務がある。その権利擁護の視点から、成年後見制度の相談に応じ適切なサービスにつなぐ役割が求められている。また、成年後見制度の広報活動や地域の医療機関との連携を確保する役割もある。なお、地域包括支援センターの職員である社会福祉士等が成年後見人となることは想定されていない。

成年後見制度利用支援事業

成年後見制度は、私的自治の原則（私人間の権利義務の関係を成立させることは、個人の意思に任せるのが最も合理的である。国家がこれに干渉すべきではない。つまり本人が自己決定を行い、本人が自己責任をとることである）が貫かれている。しかし、介護保険の契約等に際して、本人の判断能力や意思能力が不十分で契約当事者や審判の申立てを行う親族がいない場合、あるいは、本人の資力から後見申立て費用や後見報酬の支払いが困難な場合、成年後見制度利用支援事業（国庫補助事業）がある。但し、予算化していない市町村もある。



資料 名古屋家庭裁判所後見センター

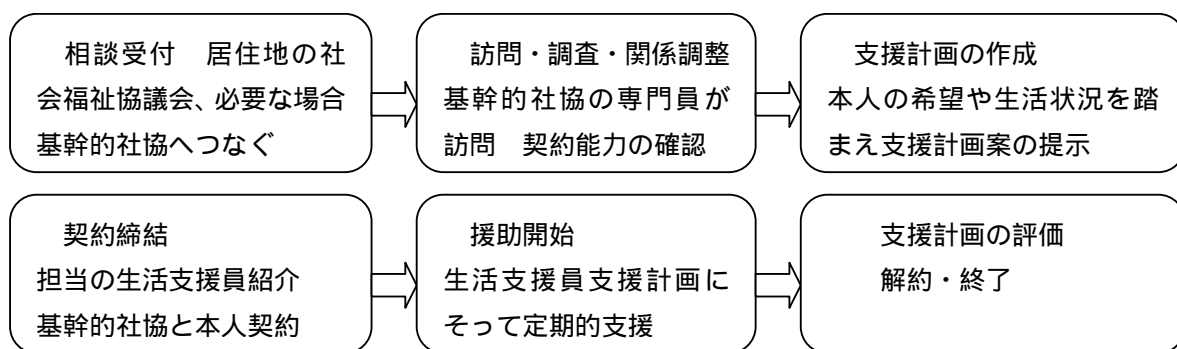
図2 成年後見人等の手続きの流れ

4 日常生活自立支援事業の内容と利用方法

日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）は、判断能力が十分でない人を対象に、利用者との契約に基づき、福祉サービスの相談に応じ、助言や情報提供などにより、地域で自立した生活が送れるようにすることが目的である。平成11年10月に介護保険制度の要介護認定の時期に合わせ、厚生労働省の補助事業として開始された。補助対象は都道府県社会福祉協議会である。手続き機関は、都道府県社会福祉協議会から市町村社会福祉協議会等へ委託されている。利用対象者は、認知症、知的障

害者、精神障害者等判断能力や意思能力が不十分なため日常生活が困難な人である。認知症の診断がなくても若年認知症の人も対象になる（東京都社会福祉協議会）。しかし、契約締結能力が求められている。サポートの内容は、表 10 のとおり、生活支援、金銭管理、財産保全のサービスである。利用者の判断能力の低下に応じて、成年後見制度との連携が必要である。

利用方法は、図 3 のとおり、相談受付は社会福祉協議会である。利用が必要と判断された場合、基幹的社会福祉協議会の専門員が、同事業の契約締結ガイドラインに基づき訪問調査。支援計画案が作成され、契約締結となる。その後、支援計画に沿って生活支援員が配置され、サービス開始となる。基幹的社会福祉協議会の専門員は定期的に利用者を訪問、支援計画を確認する。利用者からの解約申し出等があった場合解約・終了となる。なお、相談料は無料であるが、契約締結後の援助は有料である。例えば金銭管理サービスの場合、1 回 1 時間まで 1,000 円から 2,500 円程度である。



資料 東京都社会福祉協議会

図 3 日常生活自立支援事業の手続きの流れ

第15章 グリーフケア

はじめに

若年認知症の人が終末期を迎える際に、その人の自己決定に基づくケアや医療が行われ、意思を尊重することが大切であることは今さら述べるまでもないが、その人を見送った後の介護者や介護家族（以下、遺族）の心は、本人の自己決定にもとづく終末期ケアが成し遂げられれば悲嘆の期間からすぐに立ち上げられるものではない。大切な人を若年認知症で失った家族の心はまるで「心的なトラウマ」を受けたかのように傷つき、その回復には時間をかけて適切なケアを経た後にはじめて達成できる。

本稿では若年認知症の人を見送った遺族が、その心の傷から立ち直るための「グリーフケア」の際に、周囲の人や支援者が心がけるべきポイントについて論じる。

トラウマとなる死別を体験した遺族とは

一般的な高齢者の場合でも家族の一員を亡くした遺族には悲しみと向き合う時間が必要であるが、さらに若年認知症という心理的にも経済的にも負担の大きい疾患を支えた遺族の場合、ケアの体験はある種のトラウマに似た衝撃を受けていることがある。遺族の心身の状況を考えるとき、大別するとその症状には死後直後（急性期）、慢性期、再適応期に分けて考えられる。

1：死別直後（急性期）

ショックと否認

本人が亡くなってから数週間ないし数カ月続く。この時期の遺族の心は計り知れないほどの衝撃を受けている。特に若年認知症では高齢発症の認知症の経過と比べても一般的に進行が早いのが特徴である。必ずしもすべての例の経過が早いとは言い切れないとしても、若年発症では急激な状態像の変化が多く、介護している者が思ってもいないほど、「あっという間に」亡くなる例もある。

大切な人を亡くす場合にも、ケアを通してゆっくりと時間をかけて本人との別れができる場合と、そうではない場合には、当然ながら遺族の心には違いがある。若年認知症は後者の場合が多く、ショックの時期とその直後から始まる否認の時期を、遺族が安堵できる雰囲気の中で支えられることが不可欠といえる。

悲嘆の苦悶

その後を訪れるのが悲嘆の苦悶の時期である。本人との死別が現実にしたことで、あると実感する段階になると、遺族は激しい感情の揺さぶりに直面する。

2：慢性期

本人の死後数カ月からは慢性期の症状がみられる。大きく分けると心理的症状、身体的症状、社会的な症状があるが、経過の中で悪条件が重なる場合には精神障害が出ることに細心の注意を払わなければならない。

慢性期の心理的症状には次のようなものがあげられる。

：憂うつ、悲哀感

悲しみが長く続くだけでなく、気分がふさいで陰鬱になることは最も多い精神症状である。精神障害まで至っていないが気分がすぐれない状況が長く継続する。平均的な場合でもそのような気分は6か月程度続くが、その長さは遺族の個人差が大きく、最長の場合には7年続いた例がある。この反応は遺族となった直後の介護者が、その後の生活を孤独の中で送るか、周囲との交流の中で送るかによって大きく異なる。一般的な傾向としては、遺族となったあとも社会から孤立することなく、他者との関係を保ちながら自らの内面を自然な形で周囲の人に「言語化」できるの方が、自分の中の悲嘆感情を受け入れていくことができ、結果的には回復が早いと考えられる。

：怒り

大切な人を失った事実は形を変えて遺族の怒りとなり周囲に向けられることがあるが、筆者はむしろこの「怒り」の時期こそ介護を成し遂げた者の再生に向けて大切な時期になると考えている。この時期に怒りを受け止めて、そのやり場のないエネルギーを受け止めるサポートができれば、その後の罪悪感や精神障害への移行を抑えることができることを根拠としている。

その際に最も基本となるのは「傾聴」を基本とした姿勢である。その際には怒りに向けられる支援者にかかるストレスも多大なものになるので、支援者の自己ストレスコントロールが必要になるといえる。

：罪悪感

本人を失ったことを介護者が「自分のせいである」と自責的になることも若年認知症の遺族には多く見られる感情である。進行の早さ、突然の死により怒りの感情を持った遺族がその怒りを外に向けず自分の内部に向ける場合がある。その抑圧された内向きの怒りが形を変えると、遺族は大きな罪悪感を持ってしまう。

自分たちのせいではないことが明らかであっても、まるで本人が若年認知症という困難な病気になったこと自体が、介護者のせいであるかのように自責的になることがある。

：亡き人へのとらわれ

本人へのとらわれは、その人がまだ生きているかのように遺族がふるまうことに象徴される。若年認知症の妻を看取った後に何年にもわたって、毎朝、自分と妻のため

の朝食を作り続ける夫の例がある。「ほほえましいその人との思い出」などをはるかに超えたとらわれが見られ、亡くした人への過剰な美化が起きることもある。家族がなく、その人との思い出に生きる遺族であるほどその傾向は強くなり、時には真実とは全く異なる人物像を遺族が作り上げる場合さえありえる。

：精神障害

できるならば激しい衝撃を受けた遺族のだれも、心が一般的な経過を経て再起していくことを目指して支援したいと感じてはいるが、PTSD（心的外傷後ストレス障害）うつ病、パニック障害を含む不安障害、依存症などの精神障害が出る場合がある。周囲の者はグリーフケアを誰にでもある「心の問題」としてとらえるだけでなく、必要を感じた時には早い段階で「医療」につなぐことが重要といえる。

慢性期の身体的症状には以下のような症状がある。体に訴えてくる症状であるほど恐怖心が大きくなる傾向があることから、周囲の者、支援者は遺族が安心感を持つように配慮してサポートしなければならない。

：睡眠障害、夢

大きな心の揺さぶりを受けた遺族は何度もその介護の一場面を夢でくり返し見ること、いざ寝ようと思っても介護の日々などが頭をよぎって寝付けない状態になることがある。遺族の心がうつ状態に近づけば、就眠できていたのに一晩に4回も5回も中途に睡眠が妨げられる状態（これを中途覚醒という）になる場合や、夜中にぱっちり目が覚めてからは再度寝ようとしても寝られない状態（早朝覚醒）が見られる。早朝と言っても朝5時や6時に目が覚めて健康的な熟眠感じを感じるものではなく、夜中に突然目が覚めて、それ以降は再び眠ることができずに朝を迎えるため、とても苦痛を感じる事となる。

：呼吸器症状

突然、呼吸が苦しくなる、息が吸えなくなるような体験や、過呼吸発作がくり返されることがある。若年認知症の介護に献身的に尽くしてきた介護者が、ほっとして緊張感を解放した時などに、「胸苦しさ」や「息が吸えない状態」など、呼吸器の症状が出やすくなる。

：動悸、不整脈

突然に胸の動悸を訴え、まるで「もう自分が死んでしまうのではないか」といった恐怖感にとらわれてしまうパニック障害や、介護を続けることが日々の負担の積み重ねとなって介護者の身体表現になることがある。

このような身体症状を出しやすい人は、一部の依存的傾向が強い人を除けば、むしろ一般的な人に比べて「がんばり屋」が多いのも特徴である。介護者として過剰適応

する傾向があった人が本人を見送った後、動悸や不整脈をひとたび感じると、そのことが気になって何度も遺族は自分の体の症状を確認しようとする傾向が出るが、測れば測るほど脈は乱れていく。

: 消化器症状

「何となく胃腸の調子が悪い」と言った程度のもから、頑固な慢性の腹痛や吐気など心血管系と並んで最も多い身体症状のひとつである。便秘や下痢なども関係している場合もある。

: 頭痛、脱力感

若年認知症の介護の際、介護者は仕事や子育て、そして本人の介護とあわただしく毎日を過ごしている。そのため介護最中にはほとんど自覚することがなかった頭痛や脱力感が、むしろ介護をし終えたのちに表面化しやすくなる。

グリーフケアを行う際にもっとも注意しなければならないのが社会的症状である。若年認知症で本人を失った後、遺族には子どもの独立や自らの病気と向き合うことなど、その先の人生をまだまだ生き抜いていかなければならない。しかし、多くの遺族に見られるのが（一時的にもせよ）社会から引きこもりがちになる傾向がみられる。本人を見送った時の悲嘆が激しいほどその傾向は強くみられる。

本来なら本人を失った遺族は周囲から「守られている」と安堵感を持てるほどサポートされ、暖かな「まなざし」の中で自分の傷ついた心を癒していくプロセスが必要である。しかし遺族の多くは周囲からサポートされることなく、「自分のせいで若年の家族を失った」と自分を責めていることが多い。社会とのつながりを断ち、まるで自分を罰するかのような毎日を送る人もみられる。このような時、われわれ周囲の者は遺族の心がいつでもどこでも救いを求めてくる際には地域ネットワークを使って支援することが求められる。決してこちらから無理に乗り込んでいくのではなく、必要な際にはそっと傍らに寄り添うことができる見守りが大きな力となると考えられる。

3：再適応期

一度は悲嘆にくれた遺族も時間的な経過とともに少しずつその事実を受容する変化がみられる。若年認知症をケアした遺族は「不十分な医療しか受けられなかった」と思いがちで、それに加えて、自らのケアがどれほど熱心であったとしても「介護が不十分だった」と思う傾向にある。しかもその悲嘆がまるで未来永劫にわたって続くような考えに捕らわれてしまう。安易に「大丈夫ですよ」と声をかけることは避けなければならないが、われわれ支援者は常に遺族に対してこれまでの介護を評価するとともに、この先の遺族の悲嘆がいつかは軽減できる日が来ることをさりげなく表現しながら、遺族の心が再び光を見出すまで傍らから支援することが求められる。

悲嘆の回復を妨げる要因

ではここでこれまで述べたようなプロセスが進んでいくことを阻害する要因について考えてみる。

* 突然の死を迎えた場合

若年認知症は進行が早く、急激な症状の変化の後に本人が亡くなる可能性があることから、遺族が本人との別れを十分にすることができないケースも多くみられる。

筆者がかかわった例でも、若年アルツハイマー型認知症の妻を介護している夫が、一見すると安定していたかに見えたために嚔下性肺炎に気づかず、数日の発熱の後、あっという間に亡くなったことがある。そのような場合、普段の落ち着いた状態の時には「私はいつでも妻を見送る準備ができています」と言っていた夫であっても、あまりに急激な別れを受容することができず、悲嘆から回復する前に何年も時間がかかってしまった。

このようなことは何も珍しいことではなく、どの介護者にも見られるあたりまえの反応である。介護者が本当の意味で別れを覚悟する時間があれば、悲嘆の反応は比較的短くなる。

* 遺族に責任がある場合

これまで熱心に努力してきた介護者であるほど、本人を亡くした際に自分のミスや考え違いから本人をなくしてしまうことについて自責感が残り、悲嘆反応から回復しにくくなる。筆者が支援していたケースでも若年性アルツハイマー病の母親をケアしていた娘が、入浴直後の風邪から肺炎になった母を見てショックを受けてしまったことがあった。「責任がある」と表現するのがためらわれるほどいつも熱心に介護していた娘であることから、決して母親の肺炎が「娘のせいである」とは周囲のだれもが思わなかった。しかし娘は「自分のせいで母が死んだ」と悲嘆にくれてしまった。

われわれ支援者は常に「介護者がどのような気持ちになっているか」という視点でサポートしなければならない。このケースでも娘に本当の責任があったかどうかではなく、娘が「自分のせいだ」と感じていることに配慮して、あくまでも支持的なサポートを続けることが求められる。たとえ客観的に「責任などない」と衆目が一致する状況であっても、遺族の感覚に沿った支援が求められる。若年認知症の介護者はそれほどまでに自責的になっているためである。中には「この人が若年認知症になったのは私のせいだ」とまで考えて介護していた遺族の心を支えていくことがわれわれの基本的なスタンスなのだと思う。

* 本人との依存的な関係

一方、介護者のパーソナリティに視点を移して考えないといけない場合もある。本人と介護者があまりにもお互いに依存的な関係になっていたとすれば、本人を亡くすことによって介護者は自分の人生の目標すら失ったように感じると想像できる。お互

いに支えあってきた家族関係であるほど、その人を失った時には喪失感が大きくなる。さらに介護者のパーソナリティに課題があるとすれば、その状況変化に介護者が耐えられない場合すらあることを支援者は考慮しなければならない。

遺族が不安定な性格であった場合や精神障害の急性症状が出ている場合など、介護者にも配慮すべきさまざまな状態があることを念頭に置いた支援が求められる。

*** 遺族の社会的孤立**

ケアの際に「孤立した介護」を防ぐことが大切であるのと同じように、遺族が孤立することも避けられねばならない。ただでさえ自分を責め、社会から引きこもる傾向がある若年認知症の遺族であるから、もっとも細心の配慮をしながらできるだけ地域や知人との孤立を防ぎながらサポートする必要がある。

遺族ケアの実際

実際の遺族ケアの際に配慮すべき点についての考慮。

遺族の話をさえぎらない。話をそらさない。

もっとも基本的なスタンスといえる。若年認知症を見送った後の遺族の心には数多くの痛恨と自責の念、そして怒りが満ちている。まずはそのことを支援者が十分に受け止めることから全てが始まる。時間をかけてじっくりと遺族の言葉に耳を傾けるには多大な労力と時間が必要であるが、その労を惜しんでいると遺族ケアは成り立たない。かといってわれわれ支援者には有り余るほどの時間も十分とはいえない。効率化を求められる現状にあって、それでも遺族ケアのために割くことができる時間には限りがある。だからこそ遺族の話をさえぎらないこと、話をそらさないことには留意したい。

限られた時間内でもこの2つの点に配慮した傾聴があれば、何度かの面接の後には遺族の悲嘆が軽減して行く。

自分が正しいと思っても解決法を強制しない。

たとえ周りから見ても遺族の考え方がおかしいと思っても、その場で方向を変えるような意見や支援者の考えを強制しないことが大切である。若年認知症の治療方針やケアについて、遺族はずいぶん支援者の考えを強制されてきたと考えられる。これは今現在、この領域に対する確固とした方針が確立していないため、治療でもケアでも多くの支援者の多くの意見があるためである。遺族は多くの意見の中で振りまわされ、遺族として悲嘆に暮れている、今がある。遺族の考えが間違っていた時には少しずつ面接の回数を重ねるごとに遺族自らが考え方の方向転換ができるように面接を展開していかなければならない。

自分の経験を率先して語らない。

「私もそんなとき、こんなふうに解決した」といった発言は、若年認知症を介護し

た遺族には「聞きたくもない説教」にすら感じられる。ほかの介護者とは異なり、「特別な病気」と言われて家族をケアしてきた歴史は、誰にも言えないことも含まれている場合が多い。そんな気持ちを受け止めるときに、支援者自らが自分の経験を述べたところで、悲嘆にくれる介護者の気持ちを分け取りしたことはない。「介護者の物語」を大切に面接を展開し、支援者は聞き役に徹するように心がけることが大切である。

遺族の感情を否定しない。

たとえどのような感情を表出されても、その場で遺族の感情を否定することは避けなければならない。感情を表出できるまでに遺族はずいぶんと逡巡したと予想される。「こんなことを言ったらダメなのではないか」と迷った末に出した感情が、とめどなくあふれてしまうこともある。そのような遺族の言葉がたとえ理にかなっていなかったとしても、その場で否定することなく面接をすすめて、少しずつ遺族自らの「気づき」で修正できるようにしなければならない。

安易に同調しない。

「わかる、わかる」と安易に同調することが、他人には経験がないであろうケアの体験を過ごしてきた遺族の怒りにつながることもある。あくまでも自らの体験と悲嘆を語っている遺族の立場に身を置いた傾聴が求められる。

誰が遺族支援をするか

これまでに述べた数々のポイントに留意しながら遺族ケアは行われるが、そのケアを行うのは誰が良いのかという問題がある。大きく考えると家族、友人による支援、自助的なグループによる支援、専門家による支援などが考えられる。若年認知症という、まだまだ少数派に属する病気と立ち向かった本人と、その人を支え続けた介護者のことは、同じ経験を持つ人との分かち合いでこそ理解され、遺族もまた支援される。

数多くの専門家、支援職は自らが若年認知症の介護者や遺族になった経験を持ってはいない。それならば遺族ケアの担い手として適していないのかも感じられる。しかし、筆者はそうではないと考えている。大切なことは「適切な情報」と「共感による癒し」である。介護者としての経験はなくても専門的な情報を持つ支援職が、あくまでも遺族の立場に共感したサポートを行えば、遺族と全く同じ立場になることはなくても、限りなく共感に満ちた支援をすることが可能といえる。あくまでも遺族の立場を考えて、遺族の心により添うことができるなら、遺族と支援職の心がともに同じ方向を向いて歩いていくことになる。遺族のことを考える伴走者になるためには、われわれ支援者が本人や遺族の「まなざし」を持ち続けることこそ、遺族ケアにつながる最も大切な姿勢といえる。

執筆担当

第1章 ~ 第7章

山下真理子
宝塚リハビリテーション病院 神経内科

第8章

田中千枝子・駒田雅己
日本福祉大学

第9章

渡邊智之
認知症介護研究・研修大府センター

第10章

山田美智子
わたなベクリニックソーシャルワーカー

第11章

沖田祐子・杉原久仁子
NPO 認知症の人とみんなのサポートセンター 代表・事務局

第12章 ~ 第13章

沖田祐子
NPO 認知症の人とみんなのサポートセンター 代表

第14章

柿本誠
日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科 教授

第15章

松本一生
松本診療所 / 大阪人間科学大学人間科学部社会福祉学科 教授

参考文献及び引用文献

第1章 ~ 第7章

1. 宮永和夫: 若年認知症とはなにか, 「隠す」認知症から「共に生きる」認知症へ. 筒井書房, 2005, 18-37, 176-196
2. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN: The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003; 74; 1206-1209
3. Sampson EL, Warren JD, Rossor MN: Young onset dementia. *Postgrad Med J*, 2004; 80; 125-139
4. 宮永和夫, 米村公江, 一ノ瀬尚道ほか: 日本における若年性および初老期の痴呆性疾患の実態について. *老年精神医学*, 1997; 8; 1317-1331
5. 高橋正彦: 若年認知症の基礎知識. *臨床老年看護*, 2007; 14; 34-41
6. Harvey RJ: *Young Onset Dementia: Epidemiology, clinical symptoms, family burden, support and outcome*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, 1998, 17-25
7. 朝田隆: 若年性認知症という残された課題. *分子精神医学*, 2007; 7; 104-105
8. 沖田裕子, 小長谷陽子, 田中千枝子, 柿本誠, 山下真理子, 尾之内直美: 若年認知症の人と家族が必要とする支援. *日本認知症ケア学会誌*, 2007; 6, 221
9. Braak H, Braak E: Pathology of Alzheimer disease, Liebson E, Albert MC: Cognitive changes in dementia of Alzheimer type. In Calne DB ed., *Neurodegenerative Diseases*, WB Saunders Company, 1994, 585-645
10. Esiri MM, Hyman BT, Beyreuther K, et al: Aging and dementia, In Graham DI, Lantos PL ed., *Greenfield's Neuropathology*, 6th ed., Arnold, 1997, 175-188
11. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al: Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, 2007; 6; 734-746
12. The Lund and Manchester Group: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1994; 57; 416-418
13. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 1998; 51; 1546-1554
14. Neary D, Snowden JS, Mann D: Frontotemporal dementia. *Lancet Neurol*, 2005; 4; 771-780
15. Tolnay M, Frank S: Pathology and genetics of frontotemporal lobar

- degeneration: an update. *Clin Neuropathol*, 2007; 26; 143-156
16. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al: Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop, *Neurology*, 1996; 47; 1113-1124
 17. McKeith I, Mintzer J, Aarsland D, et al: Dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurol*, 2004; 3; 19-28
 18. Lippa CF, Duta JE, Grossman M, et al: DLB and PDD boundary issues; diagnosis, treatment, molecular pathology, and biomarkers. *Neurology*, 2007; 68, 812-819
 19. Merdes AR, Hansen LA, Jeste DV, et al: Influence of Alzheimer pathology on clinical diagnostic accuracy in dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 2003; 60; 1586-1590
 20. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al: Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop, *Neurology*, 1993; 43; 250-260
 21. Kaye JA: Diagnostic challenges in dementia. *Neurology*, 1998; 51(Suppl 1); S45-S52
 22. Erkinjuntti T: Vascular cognitive impairment and dementia, In Mohr JP, Choi DW, Grotta JC, et al ed., *Stroke, pathophysiology, diagnosis, and management*, 5th ed., Churchill Livingstone, 2004, 648-660
 23. 石合純夫: 高次脳機能障害学. 医歯薬出版, 2006, 159-214
 24. Barber R, Ballard C, McKeith IG, et al: MRI volumetric study of dementia with Lewy bodies: a comparison with AD and vascular dementia. *Neurology*, 2000; 54; 1304-1409
 25. Minoshima S, Giordani B, Berent S, et al: Metabolic reduction in the posterior cingulate cortex in very early Alzheimer's disease. *Ann Neurol*, 1997; 42; 85-94
 26. Miller BI, Ikonte C, Ponton M, et al: A study of the Lund-Manchester research criteria for frontotemporal dementia: clinical and single-photon emission CT correlations, *Neurology*, 1997; 48; 937-942
 27. McNeill R, Sare GM, Manoharen M, et al: Accuracy of single-photon emission computed tomography in differentiating frontotemporal dementia from Alzheimer disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2007; 78; 350-355
 28. Lobotesis K, Fenwick JD, Phipps A, et al: Occipital hypoperfusion on SPECT in dementia with Lewy bodies but not AD. *Neurology*, 2001; 56; 643-649
 29. 今井幸充, 下垣光: 抗認知薬評価のための検査 - ADAS, MMSE, HDS-R, GBS, MENFIS - , 老年期痴呆, 1994; 8; 61-70

30. 森悦朗, 三谷洋子, 山鳥重: 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学, 1985; 1; 82-90
31. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR: "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975; 12; 189-198
32. Andreasen N, Minthon L, Davidsson P, et al: Evaluation of CSF-tau and CSF-A beta 42 as diagnostic markers for Alzheimer disease in clinical practice. Arch Neurol, 2001; 58; 373-379
33. Agostini JV, Inouye SK: Delirium. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB et al ed., Principle of Geriatric Medicine and Gerontology, McGraw Hill, 2003, 1503-1516
34. 鹿島晴雄, 種村純編: よくわかる失語症と高次脳機能障害. 永井書店, 2004, 295-296, 387-389, 412-414, 428-432
35. 本間昭: 痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学, 1998; 9: 1019-1024
36. McKhann G, Drachman DA, Folstein M, et al: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease - report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 1984; 34; 939-944
37. 羽生春夫: 抗アセチルコリンエステラーゼ薬の現状. 神経進歩, 2005; 49; 461-468
38. Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, et al: Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med, 2005, 352; 2379-2388
39. Black SE, Doody R, Li H, et al: Donepezil preserves cognition and global function in patient with severe Alzheimer disease. Neurology, 2007; 69; 459-469
40. 木村武実: 前頭側頭型痴呆の強迫・常同行動に対するパロキセチンの効果. Phama Medica, 2003; 21; 73-77
41. 斎藤正彦: 認知症における非薬物療法研究の課題と展望. 老年精神医学, 2006; 17; 711-717
42. 山下真理子, 小林敏子, 松本一生ほか: アルツハイマー病の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査. 老年精神医学, 2004; 15; 434-445
43. 今井幸充: 認知症の告知 - 積極的立場から -. 老年精神医学, 2004; 15; 139-146
44. 長濱康弘, 松田実: 認知症の告知 - 慎重な立場から -. 老年精神医学, 2004; 15; 147-153
45. Pietro MJS, Ostuni E: Successful Communication with Persons with Alzheimer's Disease (小林敏子監訳, 山下真理子翻訳: 痴呆を生きる人とのコミュニケーション・マニュアル), じほう, 2004, 141-155

46. 山下真理子: 認知症の治療とケアの新しい風 - 一般病院の果たす役割. 臨床看護, 2005; 31; 1171-1175
47. Hellen C: Alzheimer's disease: Activity-focused care. Butterworth Heinemann, 1998, 19-42, 127-150
48. Volicer L, Hurley A (村井淳志監訳): 重度痴呆性老人のケア . 終末期をどう支えるか. 医学書院, 2004, 49-68, 117-134
49. 原 健 二 : 認 知 症 患 者 の QOL と タ ー ミ ナ ル ケ ア の あ り 方 . Medicina, 2007; 44; 1158-1160
50. Ahronheim JC: Nutrition and hydration in the terminal patient. Clinics in Geriatric Medicine, 1996; 12; 379-391
51. 藤島一郎: 脳卒中の摂食・嚥下障害. 医歯薬出版, 1995, 43-47, 75-108
52. 橋本肇: 高齢者医療の倫理. 中央法規, 2000, 148-190, 206-207
53. 山下真理子, 小林敏子, 松本一生ほか: 介護家族の視点からみた認知症高齢者の終末期医療 - その現状と課題-. 日本認知症ケア学会誌, 2007; 6; 69-77
54. Cheston R, Bender M: Understanding dementia. Jessica Kingsley Publisher, 2004, 147-167
55. Clare L: Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. Social Science & Medicine, 2003; 57; 1017-1029
56. 奥村典子, 藤本直規: 「もの忘れカフェ」における若年認知症ケアの実際. 臨床老年看護, 2007; 14; 54-60

第8章

1. 独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構, <http://www.jeed.or.jp>
2. 小澤温: よくわかる障害者福祉, 第3版, ミネルヴァ書房, 2007; 42
3. 小澤温: よくわかる障害者福祉, 第3版, ミネルヴァ書房, 2007; 118
4. 独立行政法人 高齢・障害者雇用支援機構, <http://www.jeed.or.jp>

第9章

1. 警視庁編. 平成17年版 警察白書. 東京, 株式会社ぎょうせい, 2005
2. 池田学, 豊田泰孝, 繁信和恵: 痴呆症患者の自動車運転中止に関するコンセンサスと医師の役割について. 精神神経学雑誌. 2005; 107(12); 1348-1352
3. 上村直人, 掛田恭子, 岩崎美穂他: 痴呆介護における新しい問題 - 痴呆性ドライバーと家族の介護負担について -. 老年精神医学雑誌. 2004; 15; 102-110
4. 荒井由美子, 新井明日奈: 高齢者への交通安全対策 - 認知症高齢者の運転を中心として -. 精神神経学雑誌. 2005; 107(12); 1335-1343

5. 新開省二, 溝端光男: 後期高齢者の安全. 保健の科学. 1999: 41; 336-342
6. 吉村匡史, 吉田常孝, 木下利彦: 免許更新における問題 - 法的なことも含めて -. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 802-808
7. 松本光央, 豊田泰孝, 池田学: 高齢者の運転の実態と今後の展望について. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 815-821
8. 渡邊智之, 小長谷陽子, 尾之内直美, 向井希宏, 宮尾克, 長谷川聡, 藤掛和広, 柴山漠人: 都市部における認知症高齢者の運転能力評価に関する研究. 老人保健健康増進等事業による研究報告書 平成18年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケアの質の向上に関する研究事業-, 2007: 101-180
9. 豊田泰孝, 池田学, 田辺敬貴: 地方都市における高齢者の自動車運転と公共交通機関に関する意識 - 痴呆と自動車運転の問題を中心に -. 日本医師会雑誌. 2005: 134; 450-453
10. 渡邊智之, 藤掛和広, 宮尾克他: 高齢者の運転状況と認知症ドライバーに関する研究. 日本医事新報. 2006: 4295; 81-84
11. 深津亮: 高齢者と交通安全. 老年精神医学雑誌. 2002: 13(3); 252-253
12. 池田学: 痴呆性高齢者と自動車運転. 老年精神医学雑誌. 2003: 14(4); 404-405
13. 上村直人, 掛田恭子, 下寺信次他: 痴呆性老人と自動車運転; 我が国における痴呆性老人の運転問題への対応. 臨床精神医学. 2002: 31(3); 313-321
14. 上村直人, 掛田恭子, 北村ゆり: 痴呆性疾患と自動車運転; 日本における痴呆患者の自動車運転と家族の対応の実態について. 脳神経. 2005: 57(5); 409-414
15. 野村美千江, 柴珠実, 豊田ゆかり他: 痴呆高齢者が自動車運転を断念する家庭~家族対処とジレンマ~. 精神神経学雑誌. 2005: 107(12); 1344-1347
16. 三村將, 三品誠, 風間秀夫: 高齢者の運転能力と事故. 老年精神医学雑誌. 2003: 14(4); 413-423
17. 松本光央, 池田学, 豊田泰孝他: ドライビングシミュレータを用いたアルツハイマー病患者の運転能力評価の試み. 老年精神医学雑誌. 2005: 16; 132
18. Rizzo M, Reinach S, McGhee D, et al.: Simulated car crashes and crash predictors in drivers with Alzheimer disease. Arch Neurol 1997; 54 (5); 545-551
19. Hunt LA, Murphy CF, Carr D, et al.: Reliability of the Washington University road test -A performance-based assessment for drivers with dementia of the Alzheimer type-. Arch Neurol 1997; 54 (6); 707-712
20. Rizzo M, McGehee DV, Dawson JD, et al.: Simulated Car Crashes at Intersections in Drivers With Alzheimer Disease. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001; 15 (1); 10-20
21. Ott BR, Heindel WC, Whelihan WM, et al.: Maze test performance and reported driving ability in early dementia. J Geriatr Psychiatry

- Neurol 2003; 16(3); 151-155
22. Wild K, Cotrell V.: Identifying driving impairment in Alzheimer disease: A comparison of self and observer reports versus driving evaluation. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2003; 17(1); 27-34
 23. Duchek JM, Carr DB, Hunt L, et al.: Longitudinal driving performance in early-stage dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10); 1342-1347
 24. Uc EY, Rizzo M, Anderson SW, et al.: Driver route-following and safety errors in early Alzheimer disease. *Neurology* 2004; 63 (5); 832-837
 25. 池田学, 豊田泰孝, 松本光央他: ドライビングシミュレーターを用いた痴呆症患者の運転能力の評価. 長寿科学総合研究事業 - 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究 - 平成 16 年度総括研究報告書. 2005; 37-41
 26. 松本光央, 池田学, 豊田泰孝他: アルツハイマー病の運転能力低下に関するスクリーニング検査 - ドライビングシミュレーターを用いた運転能力評価について - . 老年精神医学雑誌. 2006; 17; 977-985

第 10 章

1. 道中隆: これが最後のセーフティネットだ! 図解 生活保護ってなに. 小林出版, 2007
2. おちとよこ: 改訂新版 介護保険 上手に使うカンどころ. 創元社, 2006
3. 社会保障の手引き 施策の概要と基礎資料: 中央法規出版, 2007
4. 財団法人全国精神障害者家族会連合会 年金問題研究会編: 障害年金の請求の仕方と解説 - 精神障害者・知的障害者のために - . 中央法規出版, 2004
5. 池末亨, 池末美穂子, 池谷秀登, 金井恵美子, 佐藤孝子, 根本真理子, 服部森彦, 福富律, 松原玲子, 山口多希代: 精神障害者が使える福祉制度の手引き 2007. 財団法人全国精神障害者家族会連合会, 2007
6. 身体障害・知的障害・精神障害のある方のための福祉の手引き - 平成 19 年度版 - : 大阪府健康福祉部障害保健福祉室, 2007
7. 中島隆信: 障害者の経済学. 東洋経済新報社, 2006

第14章

1. 田中和代：高次脳機能障害と成年後見制度に関するアンケート調査報告．成年後見法研究，第4号；2007；111～112
2. 最高裁判所：成年後見制度～詳しく知っていただくために～．2007
3. 厚生労働省：地域包括支援センター業務マニュアル．2006
4. 愛知県社会福祉協議会：地域福祉権利擁護事業活動報告書．2006
5. 東京都社会福祉協議会：地域福祉権利擁護事業を知ろう．2003
6. 田中亮一：成年後見実務ハンドブック．セルバ出版；2006
7. 日本経済新聞：平成18年7月23日

第15章

1. 厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班(主任研究者 金吉晴)編：心的トラウマの理解とケア．じほう，2001
2. 松本一生：家族と学ぶ認知症．金剛出版，2006

～平成19年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書～
三センター合同研究
「若年認知症支援ハンドブック」

発行：平成20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

〒474-0031 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：若葉印刷有限公司

〒462-0852 愛知県名古屋市北区猿投町26番地

TEL (052)991-5537 FAX (052)991-7933