

平成 18 年 度
三センター共同研究
「若年認知症のケアおよび
社会的支援に関する研究事業」
報告書

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

まえがき

若年認知症は働き盛りの人に起こり、生活や家族への影響が大きいにもかかわらず、高齢者の認知症に比べて、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、結婚などと介護との両立が必要となります。介護者が配偶者に限られ、介護のため仕事が十分にできなくなり、身体的負担に加え、精神面、経済面で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あり、企業や介護の分野でもまだ認識が不足しています。そこで平成18年度、認知症介護研究・研修センターでは三センター共同研究として「若年認知症のケアと社会的支援に関する研究事業」を取り上げました。

今年度は、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。生活を確保するための経済的な支援、本人と家族に対する心理的支援、特性にあった介護サービスの充実、介護に携わるひとへの知識の普及と適切なケア・対応の確立、その指導および研修、人材の育成などを目標として、研究を進めてきました。また、若年認知症の具体的な症状や問題点を知らせていただくため、「若年認知症事例集」を作成して、調査に協力していただいた関係者などに配布し、啓発の一環としました。

この報告書の成果が若年認知症の方や家族、介護者にとって少しでも役立つものになっていれば幸いです。

アンケートや調査にご協力いただいた関係者のみなさまに感謝いたします。

平成19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

- 1) 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究 研究事業概要…………… 1
- 2) 愛知県における若年認知症実態調査(作業部会 A)
若年認知症事例集(作業部会 B) …………… 13
 小長谷 陽子(認知症介護研究・研修大府センター)
- 3) 若年性認知症の本人と家族が必要とする支援と社会資源調査(作業部会 C)…………… 77
 沖田 裕子(大阪市社会福祉研修・情報センター)
 山下 真理子(大阪市立十三市民病院)
- 4) 若年認知症者および家族に対するソーシャルサポートの実態把握
と資源の開発(作業部会D) …………… 112
 田中 千枝子(日本福祉大学)
 柿本 誠(日本福祉大学)
 北村 育子(日本福祉大学)
 駒田 雅己(日本福祉大学)

 スーパーバイザー
 小長谷 陽子(認知症介護研究・研修大府センター)
 沖田 裕子(大阪市社会福祉研修・情報センター)
 尾之内 直美(認知症の人と家族の会愛知県支部)

若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究

1. 研究事業概要

<研究事業の目的>

若年性認知症は 64 歳以下にみられる認知症であり、働き盛りの人に起こり、生活や家族への影響が大きいにもかかわらず、高齢者の認知症に比べて、その実態が明らかでなく、また支援も十分ではない。

「呆け老人を抱える家族の会(当時、現在は認知症の人と家族の会)」が 1991 年におこなった調査ではその数は 83,000 人(40 歳以上 64 歳まで)と推計されており、厚生労働省が 1998 年におこなった調査では全国推計で 26,000 人(18 歳以上 64 歳まで)とされており、正確な数は把握されていない。また、原因となる疾患もアルツハイマー病が多いとするものや、血管性認知症が多いとするものがある。さらに前頭側頭型認知症は若年者に多く、頭部外傷、感染症、脳腫瘍、変性疾患など原因が多様であるという特徴がある。患者が若く、体力があることで、徘徊や暴力などの行動障害の対応に苦慮することもある。

本人や配偶者が現役世代であり、病気のため、仕事に支障が出たり、配置転換されたり、退職を余儀なくされることもある。自営業であれば、仕事が続けられなくなり失職して経済的に困難な状況に陥ることになる。子供が成人していない場合は親の病気が子供に与える心理的影響も無視できないうえに、教育、就職、結婚などと介護との両立が必要となる。介護者が配偶者に限られることが多く、介護により、仕事が十分にできなくなる場合があり、身体的負担に加え、精神面、経済面でも大きな負担を強いられる。

介護保険によるサービスは制度上利用できるが、40 歳以上の人に限られ、20～30 歳台発症の場合は対象外であり、また頭部外傷、脳腫瘍、エイズなどの感染症の対象外疾患もある。さらに実際にサービスを受けようとしても、受け入れる施設で若年性認知症の経験や知識が乏しく、対応ができないことがあり、現在の制度は高齢者中心となっているので、若年性認知症には必ずしも適していない。また、利用者も高齢者が多くを占めている施設に入るのをためらうことがあり、居場所がないという状況になっている。一部の地域では家族の会があり、啓発や支援をおこなっているが、十分とはいえない。海外ではアルツハイマー協会などを中心に若年性認知症とその家族に対するサービスガイドや将来の指針などが示されている。

このように働き盛りの人に起こる若年性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あり、企業や介護の分野でもまだ認識が不足している。そこで若年性認知症とその家族の実態を把握し、医療機関、介護福祉施設、行政機関、企業を含め、広く病気に対する知識と対応を普及させる必要がある。生活を確保するための経済的な支援、本人と家族に対する心理的支援、特性にあった介護サービスの充実、介護に携わるひとへの知識の普及と適切なケア・対応の確

立、その指導および研修、人材の育成が課題である。

<研究事業の計画>

本研究事業は、東京、仙台、大府の3つの認知症介護研究・研修センターの共同研究事業であり、平成18年度から、3年間の計画で実施している。

1) 研究事業に関する委員会を設置

認知症介護研究・研修大府センターおよび東京・仙台センターと、若年性認知症の専門研究者、福祉関係者、実際に若年性認知症に関わっている介護関係者、家族の会、行政担当者などで委員会を構成する。

平成18年度委員： 池田 学(愛媛大学医学部・現熊本大学医学部)

井下 英二(滋賀県健康福祉部 大津健康福祉センター)

柿本 誠一(日本福祉大学社会福祉学部)

加藤 伸司(認知症介護研究・研修仙台センター)

小長谷 陽子(認知症介護研究・研修大府センター)

境 美津枝(北九州市小倉区役所 生活支援課)

須貝 佑一(認知症介護研究・研修東京センター)

高見 国生(認知症の人と家族の会 代表理事)

藤井 滋樹(認知症介護研究・研修大府センター)

藤本 直規(医療法人藤本クリニック)

三宅 貴夫(京都保健会盛林診療所)

宮永 和夫(群馬県こころの健康センター)

鷺見 幸彦(長寿医療センター外来診療部)

作業部会委員： 大嶋 光子(認知症介護研究・研修大府センター)

沖田 裕子(大阪市社会福祉研修・情報センター)

鈴木 亮子(認知症介護研究・研修大府センター)

田中 千枝子(日本福祉大学社会福祉学部)

中村 裕子(認知症介護研究・研修大府センター)

山下 真理子(大阪市十三病院)

渡邊 智之(認知症介護研究・研修大府センター)

統括責任者： 小長谷 陽子

【第1回委員会】

日時:平成18年8月13日(日) 13:30~15:30

場所:安保ホール 702号室(名古屋市中村区名駅)

出席者(敬称略)

<委員>

井下 英二、柿本 誠、小長谷 陽子、境 美津枝、高見 国生、藤井 滋樹、藤本 直規、
三宅 貴夫、宮永 和夫、鷺見 幸彦、吉川 悠貴(加藤 伸司 委員代理)

<オブザーバー>

佐々木 健(厚生労働省老健局認知症対策推進室)、柴山 漠人(認知症介護研究・研修大府
センター)、祖父江 逸郎(社会福祉法人 仁至会)、山岡 朗子(国立長寿医療センタ
ー)、山下 真理子

<事務局>

相原 喜子、大嶋 光子、鈴木 亮子、中村 裕子、藤掛 和広、渡邊 智之(書記)

第1回委員会 議事録

1. 開会
2. 理事長挨拶
3. 委員会委員自己紹介
4. 研究事業の説明(会議資料:若年性認知症のケアおよび社会的支援に関する研究(平成18年度老人保健健康増進等事業))

小長谷:

- ・ 3センター共同研究の一つとして、大府センターは若年認知症のケア・社会的支援についての研究を担当することとなった。
- ・ 若年認知症の正確な数はわかっていない、全員を介護保険でカバーできない、家族がまだ若く、子供も小さい、経済的な問題などといった諸問題がある。
- ・ 本研究事業では、委員会を設置し、委員の意見を聞いた上で、作業部会(WG)としてそれぞれの研究を進める予定である。
- ・ WGとしては、A) 若年認知症の実態把握、B) 先行研究レビューおよび海外での取り組みの情報収集、C) 先駆的に取り組んでいる地域の事例や対応での困難な事例収集・課題の抽出、D) 原因疾患に合わせた適切な治療およびケアの開発・標準化、E) 経済的支援・子供の養育・心理的援助などを含む生活支援の提案、F) 医療・介護・福祉関係者・企業に対する教育

- ・研修および啓発活動があげられる。
 - ・ワークシート(会議資料)に考えられるテーマ・内容について書いてもらい、それをもとに議論していきたい。
5. 厚生労働省挨拶(会議資料:「若年性認知症のケアとおよび社会的支援に関する研究事業」事業実施目的・実施計画)
- 佐々木:
- ・ 3 センター共同研究として、高齢者虐待(仙台センター)、若年認知症のケア(大府センター)、地域での包括支援(東京センター)についての研究を計画している。
 - ・ その他の研究機関などにおける研究活動として、筑波大学の朝田教授らによる若年認知症の全国推計調査(今年度は全国推計の予定)、北海道では若年認知症を含むケアに関する委員会の立ち上げ、埼玉県立大学では若年認知症者の特性・支援方法についての調査(会議資料:初老期認知症者と介護家族の包括的な地域生活支援方法の開発事業報告書)などが行われている。
 - ・ 厚労省の意向としては、1) 分担研究ではなく、共同研究的に行う、2) 現場と積極的に関わり、ニーズなどの調査を行う、3) アンケート調査よりも質的アプローチによるデータ収集、4) 介護保険改正後の理念の意義を意識する、5) 本委員会だけではなく、各ワーキンググループ(WG)を中心に作業を行うことがあげられる。
 - ・ 本研究の課題としては、若年認知症へのケア方法論を重視したい。若年認知症者の実態把握は、朝田教授の研究班も行っているため、実数把握よりは全国調査の限界・問題点などを提起する方が良い。
 - ・ 文献レビューよりは現場へ足を運んで調査してもらいたい。
 - ・ ワークショップ形式で関係者が集まって作業・議論することが望ましい(今後の議論で決めていく)。
 - ・ 本日の検討課題は、研究テーマ、調査地域の候補、WGの構成員候補、現場・現状の課題など。
6. 講演:「もの忘れクリニック」および「ものわすれサポートセンターしが」における若年認知症患者・家族支援 ―診断、もの忘れカフェ、患者・家族会、相談活動、専門職研修について―
- 藤本クリニック 藤本 直規 先生

7. 討論

- ・ ワークシートに記入した研究テーマ・内容のリストアップ

1. 相談・受信の情報提供方法、相談場所
2. デイサービス・ケアの方法、受け皿
3. 経済的支援
4. 原因分類と頻度・鑑別
5. 医療介護の実態、社会資源の現状
6. 当事者と家族の立場からの問題点
7. 介護者のケアサポート、悩みへの対応
8. ICF によるソーシャルサポート
9. 行政の役割
10. 市民後見人の育成
11. 地域支援
12. 医師の認識とケアの認識との差
13. 子供の現状と支援、心理的サポート、カウンセリング
14. 原因別ケアのマニュアル作り
15. 用語と定義の統一
16. 働き続けられるようなジョブコーチ、福祉就労
17. ケアワーカーの普段の学習サポート

- ・ 用語は本委員会では「若年認知症」と統一する。

三宅:

- ・ まず支援のあり方などについて底辺を上げる必要がある。藤本先生のような病院が多くあると良いが、現状では難しい。
- ・ 全国規模で展開するには、たとえば若年認知症者のデイケアを作るのではなく、現行のデイケアでどう若年認知症者と関わるかというケア方法を確立した方が良い。
- ・ 認知症を診たことがない医師が、どこへ紹介してよいかを情報提供できると良い。
- ・ わかっている範囲で、原因疾患別の対応マニュアルを作る。
- ・ 若年認知症者は各地域に分散しているため、1 つの所でケアをするのは困難である。各地にケアが可能な所を作れると良い。

藤本:

- ・ 高齢、若年認知症者のケアは共通しているところはあるが、解決されていないことが多い。

- ・ 専門職が相談できるような窓口が欲しい(家族がケアの仕方について相談できるような窓口)
- ・ 底上げをするためにも、スタッフへの教育・研修をどこが担うのかを決める必要がある。

柿本:

- ・ 地域包括支援センターと3センターが連携できると良い。

境:

- ・ 年4回研修を行っているが、受講の競争率が高く、受講したくてもできない人がある。できるだけ多くの人に参加できるようにしたいが困難なのが現状。
- ・ 研修にも若年認知症をテーマに入れる必要がある。
- ・ もの忘れ外来があっても、若年認知症者は「高齢者が行く所」という意識が強く、なかなか受診しないため、どう受診に繋げていくかが課題である。受診しやすい窓口を作る必要があるのではないか。「もの忘れ外来」という名称も検討していく必要がある。
- ・ 現場の生の声を聞いて欲しい。

高見:

- ・ 家族は知識を持っている、持っていないに関わらず、介護という現実には直面している。
- ・ 家族会では若年認知症の家族の集いを行っている。若年認知症者は体は元気なため、本人を連れて行かざるを得ない。家族のみに分けられると本音が出るが、内容は経済的なことが多い。
- ・ 経済的な問題として、仕事・収入・生活などがあるが、たとえば住宅ローンでは認知症は考慮されていないのが現状である。
- ・ 専門職の方なら、家族よりも早くケアを習熟できるのではないか。
- ・ 9月に若年認知症者を親に持つ子の講演を開く。
- ・ ケアのあり方だけでなく、経済的な考慮も必要ではないか。

井下:

- ・ 滋賀県では県行政としての取り組みの優先順位が高い。
- ・ 政策決定者(行政など)に理解されるような成果が欲しい。

宮永:

- ・ 他人の家に入って警察に取り調べを受け、名前が答えられないことから精神科で検査し、精神病院に入院した若年認知症者の事例があるが、若い人に認知症はいないと思っている医師も

いるのが現状である。

- ・ 数は少ないが、介護保険に入れない人の対応をどうするかを検討する必要がある。

佐々木：

- ・ 介護保険の対象年齢制限の撤廃の提言を本研究の成果で示して欲しい。

祖父江：

- ・ 国に対してどう提言するかが重要である。
- ・ 認知症者の数は300万人に達することから、大きな問題となっている。国として個人レベルを超えた問題として考えるべきである。若年認知症の特徴を明らかにする必要がある。

8. 閉会

**会議資料：「若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究」第1回委員会
委員によるワークシートのまとめ**

受診前： 受診を促すサポート
相談（専門職が相談できる場所）、受診の情報提供方法
名称も含め、若年者が受診に抵抗がないような環境作り
初期症状の気づき

診断後： **医療** 原因分類と頻度、鑑別
医療介護の実態、社会資源の現状
当事者と家族の立場からの問題点
行政と地域包括支援センターの役割
BPSD の頻度
事例集作成
医師の認識とケアの認識の差

ケア デイサービスケアの方法、受け皿
原因別ケアのマニュアル作り
海外での治療やケアシステムの把握

支援： 経済支援
ICF によるソーシャルサポート整理開発
介護負担の分析
介護者へのケアサポート、悩みへの対応
相談するところ、地域支援
市民後見人の育成
子供の現状と支援、心理的サポート、カウンセラー

教育と啓発：用語と定義の統一
働き続けられるようにジョブコーチ、福祉就労
ケアワーカーの学習サポート
専門家の研修の中に若年認知症の内容を入れる

【第2回委員会】

日時：平成19年3月9日(金) 13:30～15:30

場所：安保ホール101号室(名古屋市中村区名駅)

出席者(敬称略)

<委員>

井下 英二、柿本 誠、加藤 伸司、小長谷 陽子、境 美津枝、高見 国生、宮永 和夫、
鷺見 幸彦

<作業部会委員>

沖田 裕子、田中 千枝子

<オブザーバー>

佐々木 健(厚生労働省老健局認知症対策推進室)、柴山 漠人(認知症介護研究・研修大府
センター)、祖父江 逸郎(社会福祉法人 仁至会)、山岡 朗子(国立長寿医療センタ
ー)

<事務局>

相原喜子、鈴木亮子、藤掛和広、渡邊智之(書記)

第2回委員会議事録

1. 開会

2. 平成18年度実施計画書(「若年性認知症のケアおよび社会的支援に関する研究」平成18年
度実施計画書)(小長谷)

3. 平成18年度研究事業経過報告および討論

A. 愛知県における若年認知症実態調査(後述:「愛知県における若年認知症実態調査(作業部
会A)」)(小長谷)

B. 「若年認知症事例集」(後述:「愛知県における若年認知症実態調査(作業部会A)」)(小長
谷)

- ・ (佐々木)若年認知症の方は、1つのグループホームで最大何人いたか?その分布は?
- ・ (小長谷)まだそこまでの調査はしていない。
- ・ (井下)メンタルクリニックの回答率が悪いのはなぜか?
- ・ (小長谷)理由はわからない。内科に受診する人が多いため、内科医にも認知症の知識は必

要である。

- (柿本)地域包括支援センターの回収率がよいが(93.9%)、若年認知症の方の人数は少ない(23人)のはなぜか？
 - (小長谷)地域包括支援センターもまだ若年認知症の方について把握しきれていないのではないか。
 - (佐々木)地域包括支援センターは介護予防事業に忙しいが、予想以上に関心を持っている。
 - (宮永)愛知県の人口は何人くらいか？
 - (小長谷)全体で730万人、18-64歳で468万人。
- C. 若年認知症の本人と家族の必要とする社会的支援に関するニーズ調査(後述:「若年認知症の本人と家族の必要とする社会的支援に関する研究:平成18年度報告会」-若年認知症の本人と家族の必要とする支援と社会資源調査-(作業部会B))(沖田)
- (沖田)回答待ちのものがあるため、今回は18症例で報告。
 - (池田)医療機関で介護保険の説明を受けていないところがあるか？それには精神科も含まれているか？
 - (沖田)説明を受けていない医療機関で、精神科もある。
 - (佐々木)精神科は多いか？
 - (沖田)そういうわけではない。
 - (佐々木)若年だから説明できていないのか？高齢者でもそうなのか？
 - (沖田)家族会を知らない医師もいる。若年の人は、医師からの説明がないと高齢福祉課には行かない。保険などを受ける適切な時期に説明を受けていない。
 - (小長谷)医療機関で差があるか？
 - (池田)精神科は障害者年金などと結びつきが強いが、それでも少ないのであればクリニックでも少ないのは当然ではないか。
 - (小長谷)愛知県の調査でも内科にかかっている人が多い。一般診療の医師が認知症にどれだけ知識があるかにもよる。どのような科にかかった人が多いかわかるか？
 - (沖田)内科にかかった人はほとんどいない。

- ・ (井下)滋賀県では認知症相談員の養成を行っている。医師(かかりつけ医)がどこまで理解できているかがポイント。
 - ・ (沖田)医師だけに任せるのではなく、どこに行けばよいかをアドバイスできるようになるとよい(地域の保健師など)。
 - ・ (祖父江)単なる講義だけの研修ではなく、地域特性に応じた対応の方法を考える必要がある。医師だけではなく、医療全体としてのシステムをどうするかを考えるうえで、症例ごとにどのような経路で知っていったのか、どのような情報がどのように得られたのかを収集していく必要がある。社会資源、サポートのあり方もみていく必要がある。
- D. 若年認知症を含む障害者の支援に必要な制度とサービスに関する調査(後述:「若年認知症者・家族に対するソーシャルサポートの実態把握と資源の開発」(作業部会 D))(田中)
- ・ (佐々木)「結果」の(1)は第一研究、(2)は第二・三研究からのものか? 考察は、結果(1)、(2)を統合したものか?
 - ・ (田中)その通り。
 - ・ (境)訪問サービスとは具体的にはどういうものか?
 - ・ (田中)まだ具体的ではないが、環境が変わると落ち着かない人もいるため、個々に対応する必要がある。
 - ・ (池田)訪問サービスは、あまりなされていないが、非常に有効である。デイなどを使うのもよいが、こういうサービスを行うことで他の情報が入るのでは。
 - ・ (池田)結果(2)のサービスのメゾレベルの問題点は臨床家としては悩むところである。若い人がどういうところで(高齢者デイに入る、通所の問題など)どういうサービスを受けているかを調べ、受け皿を提案し、政策とマッチした対応ができるとよい。
 - ・ (沖田)移送サービスなど同じサービスが市町村によって使えるところと使えないところがある。家族会で生命保険調査を実施しているが、若年特有なものはあったか?
 - ・ (川村)まだ集計できていないが、生命保険と住宅ローンの調査では、会社によって対応はまちまちである。全国的な統一を望む。研究として若年と家族の実態把握は社会的に関心を高めるうえで意味がある。100%正しくなくとも、今すぐに必要な課題に対してすぐ実行できるような対応策を打ち出して欲しい。
 - ・ (境)ピック病は介護でも苦勞している。ローンの返済があっても、生命保険会社から認定を受けるのに1年半もかかったケースがあり、早い対応が望まれる。

- (宮永)ジョブコーチを AD など進行していく疾患の人に対してどう行っていくか。障害者のジョブコーチとは異なる。
- (祖父江)すぐにでも社会資源のニーズを示さなければならない。そのためには成果と説得力がないといけない。若年認知症の方にとって、何が必要か(経済的なものなど)? 高齢認知症と何が異なるのか? を実態からこうあるべきというものを示して欲しい。

4. 閉会

愛知県における若年認知症実態調査(作業部会 A)

小長谷 陽子(認知症介護研究・研修大府センター)

調査の背景と目的:

認知症は加齢とともに発症するリスクが高まるが、高齢者以外で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う。若年認知症は働き盛り世代にも起こり、高齢発症の場合よりも、生活や家族への影響が大きいと考えられる。しかし、その実態はまだ詳しくはわかっておらず、支援を考えるうえでの基礎的な資料が不足している。そこで、愛知県における若年認知症者数、原因疾患、処遇および本人や家族のニーズなどを把握するため、実態調査を行った。

調査の基本事項:

1. 調査対象:

64歳以下で認知症を発症した者を捕捉するため、認知症の方が利用する可能性があると判断した愛知県内の医療機関、介護サービス施設・事業所等を調査対象とし、64歳以下で認知症を発症した方についての情報提供を求めた。若年認知症の方に関する情報をなるべく幅広く集める趣旨から、認知症の発症が64歳以下であれば、調査時点で65歳以上の場合であっても情報提供を求めた。

2. 診断:

認知症の診断は先行研究を参考とし、DSM-III-Rの診断基準に準拠した本調査用の基準を作成し、用いた。

3. 調査地域:

愛知県全域。

4. 調査方法:

調査は二段階で実施した。すなわち、第一次調査は愛知県の医療機関、介護福祉施設、行政機関等に調査用紙を送付し、若年認知症に該当する利用者の有無について回答を求めた。第二次調査は若年認知症に該当する利用者が「あり」と回答した施設に対して、本人の属性(年齢、性別)、認知症の原因疾患、合併症、家族歴、既往歴、重症度、就労状況、日常生活動作能力(歩行、食事、排泄、入浴、着脱衣)、認知症の行動と心理症状(BPSD)の有無と内容、介護認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況などの項目により構成される二次

調査用紙を送付し、回答を得た。

<第一次調査>

方法：

若年認知症の人が利用する可能性がある判断した愛知県内の医療機関、介護サービス施設・事業所、5,604 施設や機関を抽出し、調査用紙を郵送し、回答を求め、FAX による返信を依頼した。

調査内容：

若年認知症の人の有無、該当ありの場合、性別、生年月日、発症年月日、処遇(入院、入所、通院、通所、在宅、その他)について質問した。本調査における該当者を明確にするとともに、回答者が医師とは限らないことに配慮し、参考資料として、診断基準と診断の手引きを同封した。

調査期間：

平成 18 年 10 月 25 日から 12 月 12 日まで

第一次調査回収率：

第一次調査では、対象となった 5,604 施設や機関のうち、3,489 の施設や機関から回答を得た。施設を単位とした回収率は 62.3%であった。老人保健施設等で最も高く(79.4%)、知的障害者施設等では低かった(49.8%) (表 1 注)。若年認知症の利用者が「いる」と回答した施設は、447 であった。

第一次調査回収状況：

18 歳から 64 歳までの若年認知症の人数は総数で延べ 1,008 人であった。性別の内訳は男性 553 人、女性 452 人、無回答 3 人であった(表 2 注)。なお、ここで「延べ」としたのは、後述するとおり、この数値の一部には同一人物が重複してカウントされているからである。

現在の年齢については、全体では 60～64 歳が 501 人と最も多く、次いで 55～59 歳が 321 人であった。施設別にみても同様の結果であり、60～64 歳及び 55～59 歳の人数は、老人保健施設等では、それぞれ、156 人と 88 人、知的障害者施設等では、それぞれ 17 人と 14 人、病院・診療所等では、それぞれ 181 人と 122 人、保健所・福祉事務所等では、それぞれ 147 人と 97 人であった(表 3 注)。

発症年齢は、全体では 55～59 歳が最も多く、次いで 50～54 歳、60～64 歳の順であった。施設

別にみると、知的障害者施設等を除き、55~59歳の発症が最も多かったが、次いで多い年齢層は施設類型により異なっており、老人保健施設等と病院・診療所等では50~54歳、保健所・福祉事務所等では60~64歳であった(表4^注)。

(注) 表1から表4では、回答のあった該当者のうち、現在の年齢が64歳以下の人のみを集計したものである。

<第二次調査>

方法:

第一次調査で該当する若年認知症の利用者が「いる」と回答した施設や機関に二次調査用紙を郵送し、回答を得た。同一人物について、複数の施設や機関から回答があり、重複している対象者については調整を行なった。すなわち、各施設や機関からの回答があった該当者について、性および生年月日によりマッチングを行い、同一人物について複数の施設や機関から重複して回答があったと判断された対象者については集計の際に調整して「1人」として扱った。

調査内容:

本人の属性(年齢、性別)、認知症の原因疾患、合併症、家族歴、既往歴、重症度、就労状況、日常生活動作能力(歩行、食事、排泄、入浴、着脱衣)、認知症の行動と心理症状(BPSD)の有無と内容、介護保険認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況などである。

調査期間:

平成19年1月11日から平成19年2月28日まで

回収率:

若年認知症が「いる」と回答した447の施設や機関のうち396の施設や機関から回答を得た。二次調査の施設を単位とする回収率は88.6%であった(表5)。

調査結果:

1) 若年認知症の人数:

二次調査で重複を調整した後の、18歳から64歳までの若年認知症の人数は、796人で性別の内訳は、男性434人、女性361人、無回答が1人であった。調査においては認知症の発症が64歳以下であれば、調査時点で65歳以上の場合であっても情報提供を求めたことから、調査時点で65歳以上の人も含めた集計も行ったところ、総数は1,092

人(男性 569 人、女性 520 人)であった。

以下の集計・分析は、これら 65 歳以上の人も含めた総数 1,092 人を対象に行った。なお、分析に際しては、後述するように得られたデータがバイアスの影響を受けている可能性があることから、統計学的な検討は行っていないので留意されたい。

2) 原因疾患(主病名):

男性では血管性認知症が最も多く(42.2%)、次いでアルツハイマー病(24.8%)であった。女性ではアルツハイマー病が最も多く(45.8%)、次いで、血管性認知症(25.4%)であった(図 1、注:原因疾患は複数回答もあり、図は無回答を除いた回答総数を 100%とした構成比とした。)。全体では、アルツハイマー病(37.4%)、血管性認知症(36.5%)、前頭側頭型認知症(6.3%)の順であった(表 6)。

施設別では、老人保健施設等では血管性認知症が最も多く(51.3%)、次いでアルツハイマー病(29.2%)、パーキンソン病(4.7%)であった。知的障害者施設等では、アルツハイマー病が最も多く(44.6%)、次いで血管性認知症(17.9%)であった。病院・診療所等ではアルツハイマー病が最も多く(46.9%)、次いで血管性認知症(24.4%)、前頭側頭型認知症(9.8%)であった。このうち血管性認知症とアルツハイマー病は精神科のみの病院より一般病院利用者の原因疾患として多く、前頭側頭型認知症は精神科の病院の利用者の原因疾患として多かった。また、保健所・福祉事務所等(居宅介護支援事務所を含む)では血管性認知症が最も多く(38.0%)、次いでアルツハイマー病(34.0%)、パーキンソン病(5.9%)、前頭側頭型認知症(5.2%)であった(表 6)。

年齢別にみると、40 歳未満(12 人)では頭部外傷後遺症が多く(41.7%)、次いで血管性認知症(25.0%)であった。40 歳代では血管性認知症が最も多く(54.9%)、次いで頭部外傷後遺症(11.8%)、アルツハイマー病(9.8%)であり、50 歳代では、血管性認知症が最も多く(40.2%)、次いでアルツハイマー病(34.8%)、前頭側頭型認知症(7.7%)であった、60 歳代前半(「60~64 歳」)では、アルツハイマー病が最も多く(41.1%)、次いで血管性認知症(35.1%)、前頭側頭型認知症(6.3%)であった。65 歳以上では、アルツハイマー病が最も多く(41.5%)、次いで血管性認知症(31.6%)、パーキンソン病(6.8%)であった(表 7)。

原因疾患別に発症年齢を見ると、血管性認知症、前頭側頭型認知症、頭部外傷後遺症による認知症およびアルコール依存症による認知症の発症年齢は、60~64 歳が最も多く、アルツハイマー病、パーキンソン病による認知症では、55~59 歳が最も多かった(表 8)。発症年齢別に原因疾患をみると、男性では、30 歳以上のいずれの年代でも血管性認知症がもっとも多く、60~64 歳では、152 人中 73 人(48.0%)、55~59 歳では 149 人中

65人(43.6%)、50～54歳では90人中45人(50.0%)、45～49歳では49人中16人(32.7%)、40～44歳では21人中14人(66.7%)など、であった。また、45歳以上ではアルツハイマー病が次いで多かった。一方女性では、45歳以上では、アルツハイマー病がもっとも多く、60～64歳では143人中67人(46.9%)、55～59歳では133人中83人(62.4%)、50～54歳では90人中51人(56.7%)、45～49歳では41人中16人(39.0%)であった。また、同じ年齢層では、血管性認知症が次いで多かった(図2)。

3) 発症時の平均年齢:

発症時の平均年齢は全体では55.1±7.78歳、男性では55.0±7.71歳、女性では55.1±7.87歳であった。原因疾患別では、血管性認知症54.8±8.10歳、アルツハイマー病56.3±4.85歳、前頭側頭型認知症56.0±6.20歳、パーキンソン病55.0±5.91歳などであった(表9)。

4) 合併症について:

合併症が「あり」とされたのは、全体のうち41.8%であった(図3)。内容は、高血圧症(110人)、糖尿病(87人)、てんかん(54人)、麻痺(50人)など多かった(表10)。

施設別では、病院・診療所等で合併症ありの割合が最も高く(50.1%)、知的障害者施設等では最も低かった(17.9%)(表12)。

5) 家族歴について:

認知症の家族歴が「あり」とされたのは5.1%であった(図4)。

6) 既往歴について:

既往歴が「あり」とされたのは37.6%であった(図5)。

内容は、高血圧症(77人)、脳梗塞・脳出血(58人)、糖尿病(52人)、骨折(28人)、うつ病(26人)などであった(表11)。

施設別では、老人保健施設等で既往歴ありの人の割合が最も高く(51.6%)、病院・診療所等では最も低かった(26.6%)(表12)。

7) 認知症の程度:

全体では軽度が15.8%、中等度が35.1%、重度が41.4%、不明2.9%であった(図6)。

施設別では、老人保健施設等では重度が最も多く49.3%であり、知的障害者施設等、病院・診療所等、保健所・福祉事務所等では、中等度と重度がほぼ同程度であった(表

13)。

原因疾患別では、脳腫瘍、前頭側頭型認知症、アルツハイマー病などでは重度の割合が高く、血管性認知症とパーキンソン病では中等度の割合が高かった(表 14)。

8) 就業状況について:

現在(調査時点)の就業(職)に関しては、男性では、「就いている」が 3.3%、「就いていたが現在休職中」が 5.1%、「以前は就いていた」が 81.4%であり、女性では「就いている」が 1.9%、「就いていたが現在休職中」が 1.0%、「以前は就いていた」が 54.2%であり、「仕事に就いたことはない」が 29.0%であった(図 7)。

「就いている」又は「就いていたが現在休職中」の場合の雇用形態は、該当する 812 人のうち、男性では、「常時雇用されている一般従業員」が 48.4%と最も多く、次いで「自営業・自由業」12.2%であった。女性では、「常時雇用されている一般従業員」が 34.3%と多く、次いで「臨時雇い・パート・アルバイト」21.9%であった(図 8)。

9) 現在の日常生活動作(ADL)について:

ADL のうち歩行と食事に関しては、それぞれ全体の 42.9%、46.2%と約半数が自立していた。しかし、排泄(30.6%)、入浴(20.2%)、着脱衣(24.2%)の自立度はこれより低く、日常生活に何らかの介助が必要な人が多かった(図 9)。

施設別では、老人保健施設等では、食事は自立が多かったが、その他は全介助が多かった。知的障害者施設等では、歩行と食事は自立が多く、排泄、入浴、着脱衣は一部介助が多かった。病院・診療所では、どの項目も自立している人の割合が多かった(表 15、その 1、その 2)。

原因疾患別では、血管性認知症では、食事は自立している人が多いが、排泄、入浴、着脱衣は一部介助が多く、歩行は全介助が自立よりやや多かった。アルツハイマー病と前頭側頭型認知症では、歩行、食事は自立している人が多いが、排泄、入浴、着脱衣は全介助が多かった。パーキンソン病では、どの項目でも一部介助や全介助が自立より多く(歩行は一部介助と同数)、自立度が低かった(表 16、その 1、その 2)。

10) BPSD について:

BPSD については、全体での 3 分の 2 に当たる 66.2%があると答えた。ある場合の内容は、興奮が 28.8%と最も多く、次いで無関心が 23.0%、不安が 18.3%であった。男性では、興奮、無関心、異常行動の順であり、女性では、興奮、不安、無関心の順であった(図 10)。

施設別に BPSD がある人の割合をみると、知的障害者施設等の 76.8%がもっとも高く、次いで保健所・福祉事務所等の 68.5%であった(表 17)。内容は、病院・診療所等を除きすべての施設で興奮が最も多かったが、病院・診療所等では、無関心のほうが興奮よりやや多かった。

原因疾患別に BPSD がある人の割合をみると、前頭側頭型認知症では 85.5%と、血管性認知症 63.2%、とアルツハイマー病 68.4%など他の原因疾患に比べて高い割合であった。原因疾患別に BPSD の内容をみると、血管性認知症とアルツハイマー病では興奮、無関心、不安が多く、前頭側頭型認知症では興奮と無関心、異常行動が同率で多く、次いで脱抑制、易刺激性がほぼ同程度に見られた。パーキンソン病ではうつと無関心が多く、妄想、幻覚も見られた(表 18)。

11) 介護認定:

介護認定は対象となる 40 歳以上の 1,080 人の 79.0%が受けており、認定されている場合の要支援・要介護認定区分をみると、要介護 5 が 19.8%と最も多く、次いで要介護 4 の 17.3%であった(図 11)。

施設別では、老人保健施設等では、95.9%の人が認定を受けており、要介護 5 が 31.2%と最も多かった。病院・診療所等では認定を受けている人の割合は 50.4%と約半数であった(表 19)。

年齢別では、40 歳代では 54.9%、50 歳代では 74.4%、60 歳代前半(「60~64 歳」)では 79.9%、65 歳以上では 87.1%と、年齢が上がるとともに介護認定を受けている人の割合が高かった(表 20)。

12) サービス利用内容:

デイサービス、デイケア利用が 39.9%と最も多く、次いでショートステイ 15.8%の順であった(図 12)。

施設別では、老人保健施設等では、特別養護老人ホームが 34.7%と最も多く、次いでデイサービス・デイケアが 26.8%であった。病院・診療所等ではデイケア・デイサービス利用が最も多く 27.1%であった(表 21)。

年齢別では、40 歳未満では、訪問介護、ショートステイ、デイケアを利用しており、40 歳以上では、デイケア・デイサービス利用が最も多かったが、次いで多かったのは、40 歳から 64 歳までではショートステイであり、65 歳以上では特別養護老人ホームであった(表 22)。

ただし、この質問では、サービス内容の選択肢として「老人保健施設」がなかったた

め、老人保健施設の入所者は「その他」に含まれている可能性がある。

13) 障害者手帳:

障害者手帳は 35.8%と約 3 人に 1 人の割合で所得しており、取得している人の中では身体障害者手帳1級が最も多かった(図 13)。

施設別では、老人保健施設等では 45.2%、知的障害者施設等や病院・診療所等ではそれぞれ 23.2%、22.8%が取得していた。保健所・福祉事務所等では取得している人の割合が 42.9%と老人保健施設等とほぼ同じであった(表 23)。

14) 障害年金等:

障害年金等は、受給している人が 21.2%であった。受給している場合の種別は障害年金が多かった(図 14)。

障害年金等受給者を施設別にみると、老人保健施設等及び知的障害者施設等では受けている人の割合がそれぞれ 25.7%、28.6%と、病院・診療所等の 13.6%と比べて高かった(表 24)。

15) 現在直面している問題点:

現在直面している問題点としては、「家族の介護の負担が大きい」が 40.7%と最も多く、次いで、「認知症が進行している」が 38.2%、「BPSD がある」が 34.4%の順であった(図 15)。

施設別では、老人保健施設等では、「BPSD がある」が 38.5%と最も多く、次いで「認知症が進行している」34.1%であった。病院・診療所等では「認知症が進行している」が 40.4%と最も多く、次いで「家族の介護負担が大きい」35.8%であった。保健所・福祉事務所等では「家族の介護負担が大きい」が 54.0%と最も多かった(表 25)。

16) 記載者の自由意見:

多数の方から意見や要望があったが、まとめると次のようになる。実際の意見や要望はカテゴリー別に資料として添付した。

◆ 経済面について

患者本人が社会的役割を担っている年齢なので、夫婦のどちらかが認知症になっても、働いて収入を得る必要がある。しかし、実際は介護のために就労が制限されるので、経済的困難が生じる。また、子どもが介護を担う場合は、常勤での就労が困難になる場合が多く、

将来的にも経済的不安感が大きい。

◆ 介護保険制度・介護認定などについて

介護認定では ADL に目が行く傾向があり、目が離せないという状態は反映されないなど、実際の介護負担の状態が反映されていない。また、診断が明確になった際に、各種サービスへのスムーズな連携が難しい。

◆ 施設の整備・受け入れなどについて

BPSDがある場合、デイサービスやショートステイ利用の制限や拒否がある。本来、レスパイトとして家族が頼りたいが逆に制限される現状がある。

◆ 高齢者とのギャップ、若年用施設の整備などについて

高齢者との間には世代の差によるギャップ(生活感、会話、活動量、興味の対象など)があるため、若年専用のサービス・施設が必要。また、障害者の授産施設のように、離職せざるを得なかった人が利用でき、役割や生きがいを持てる施設があるとよい。

◆ 介護者・家族への支援などについて

若年認知症ならでは背景もあり、同じ立場で気持ち共有できるような家族会などの交流の場があるとよい。また、子どもが介護者である場合は、子育てと介護の両立、未婚のままでの介護、介護による離職などが生じており、この点への支援が必要である。

◆ 介護業者・スタッフへの情報提供、研修の実施などについて

若年認知症の持つ特徴や問題がサービス提供とも関わってくるが、現場スタッフの知識が、高齢者に関する知識に比べ不足している。若年認知症を対象にしたセミナー、研修及び情報の提供が必要である。

◆ 認知症の症状について

認知症を起こす疾患のなかでも頻度が低い原因疾患である場合や、複数の疾患に罹患していて症状が多様であるなど、専門的な知識が必要になることがある。また、精神症状も顕著な場合もあり対応が困難である。

◆ 認知症関連職種間の連携・相談窓口などの設置について

医療、保健、福祉などの関連職種の連携を強化し、チームケアの体制を整える必要があ

る。若年認知症に関しては、専門職であっても十分な情報を持っていないため、専門の相談窓口の設置が必要である。

◆ その他

考察：

1) 調査結果の解釈について：

今回の調査では、愛知県にある老人福祉法又は介護保険法に基づく施設・居住系サービス、すなわち特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホームのうち、平成18年4月の時点で開設されている全施設・事業所、また知的障害者施設の、更生施設、授産施設、通勤寮、デイサービス事業所、短期入所事業所、地域生活援助事業所、福祉ホーム、通所介護の全施設・事業所、病院は介護療養型医療施設を含めた全病院、診療所は、医師会名簿記載の診療科のうちで、精神科、神経内科、老年科、脳神経外科および内科を標榜している診療所、行政機関等としては、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、市町村保健センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事務所のすべてに対して一次調査用紙を送付した。その結果、回答率については、老人保健施設等 79.4%、知的障害者施設等 49.8%及び病院・診療所等 56.0%であった。

知的障害者施設等における回答率は、他の2つの施設類型より低く、50%に達していないが、回答があった知的障害者施設等からの若年認知症報告数から考えて、全体の結果への影響は少ないと考えられる。しかしながら、病院・診療所等からは半数近くが未回答である一方で、回答があった病院・診療所等からの若年認知症報告数は少なくないことから、今回の調査では、若年認知症のうち、主たる医療福祉サービスとして、病院・診療所等のみを利用している方々を相当数捕捉できていない可能性がある。二次調査に関しては、一次調査で若年認知症が「いる」と回答した施設や機関にのみ調査票を送付した。二次調査では複数の施設等を利用している若年認知症者の重複を把握し、調整を行うことも目的としていたことから、県内の若年認知症者数は、あくまでも二次調査をベースとして集計した。その結果、18歳から64歳までの若年認知症は796人で、男性434人、女性361人、性別無回答が1人であった。したがって、愛知県では調査時に少なくとも796人の若年認知症がいることが確認された。

ただし、二次調査では、88.6%という高い回答率が得られたものの、若年認知症が「いる」と回答した施設を対象としており、一次調査の結果では、現在の年齢が64歳以下の若年認知症者数は1,008人(男性553人、女性452人、性別無回答3人)であったことか

ら、10%強の未回答率の影響により、約 200 人程度を捕捉できなかったことになる。地域の若年認知症者数をできるだけ正確に把握するためには、利用している施設等を経由して調査する場合、かなり高い回収率が必要であることが明らかとなった。

2) 主な調査結果について:

二次調査により、認知症の原因疾患、合併症、家族歴、既往歴、重症度、就労状況、日常生活動作能力(歩行、食事、排泄、入浴、着脱衣)、認知症の行動と心理症状(BPSD)の有無と内容、介護認定状況、サービス利用状況、障害者手帳・年金受給状況等を把握したが、前述したとおり、今回の調査では、県内の若年認知症を十分に捕捉できていない状況にあることから、得られた結果はバイアスの影響を受けている可能性が高いと考えられる。以下、バイアスの影響を受けている可能性がある前提ではあるが、本調査から得られた主な結果について考察する。

性別に関しては、現在の年齢が 64 歳以下の 1,008 人、二次調査で重複を調整した後の 18 歳から 64 歳までの 796 人、現在の年齢が 65 歳以上の人を含めた 1,092 人のいずれの場合も男性は女性より多く、高齢者の認知症が女性に多いのに比べて、若年認知症の特徴と考えられた。

発症年齢に関する先行研究は多くない。宮永らの報告では、発症年齢の平均値は 50.3 歳と非常に若い¹⁾。全国の 5 地区で行った調査の回収率に 63.2%から 84.0%とばらつきがあったこと、精神薄弱やてんかんなどが含まれ、アルツハイマー病などの変性疾患の割合が低く、血管性認知症や頭部外傷の割合が高いことなどが影響した可能性がある。McMurtry らは 4 年間の外来患者のうち、64 歳以下で発症した 278 人の認知症において、発症平均年齢は 51.52 ± 10.75 歳であったとしている²⁾。彼らの患者は 98%が男性で、原因疾患は血管性認知症がアルツハイマー病より多い。また Fujihara らは、やはり 141 人の通院の若年認知症患者の発症年齢を 5 歳ごとに層化して分析し、男性では 55～59 歳、女性では 60～65 歳が最も多かったと報告している³⁾。Harvey らは、調査時の年齢が 65 歳以上の人を含めた、若年認知症 185 人を分析して、発症年齢は 60～64 歳が 32%と最も多く、次いで 55～59 歳の 27%であったと報告している⁴⁾。一般的に認知症の発症率は、高年齢になるほど高いので、発症年齢は多い順に、「60～64 歳」、「55～59 歳」、「50～54 歳」となると考えられる。本調査では、55～59 歳の発症が最も多い結果となったが、この理由については、発症年齢自体が家族や本人からの聞き取りであり誤差が生じやすいこと、施設や医療機関の利用者について職員や医師が回答した調査であるためのバイアスの影響の可能性があり、本調査の回収率が 100%ではなかったこと、回答者の中でも発症年齢について無回答が多かったことなどが考えられることから、全く

偶然の結果であることも十分に考えられる。

原因疾患は、全体ではアルツハイマー病、血管性認知症、前頭側頭型認知症の順に多かった。アルツハイマー病と血管性認知症はほぼ同率であり、両者を合わせると73.9%と約4分の3であった。男性では血管性認知症が最も多く、次いでアルツハイマー病であり、女性ではアルツハイマー病が最も多く、次いで血管性認知症と、男女による違いが見られた。宮永らの先行研究では、男性では血管性認知症が最も多く47%、次いで頭部外傷13%、アルツハイマー病12%、女性でも血管性認知症が最も多く41%、次いでアルツハイマー病26%であったと報告している¹⁾。Harveyらはアルツハイマー病34%、血管性認知症18%、前頭側頭型認知症12%としている⁴⁾。McMurtrayらの報告では血管性認知症29%、頭部外傷24%、アルツハイマー病17%であった²⁾。Fujiharaらの報告では、血管性認知症36.9%、アルツハイマー病(probable, possibleを合わせて)21.3%、頭部外傷9.2%であった³⁾。アルツハイマー病は高齢者の認知症の原因疾患として最も多いが、若年認知症の原因疾患としても、以前に指摘されているより多いことがわかった。しかし、年齢別に見ると、40歳未満ではアルツハイマー病はおらず、年齢が上がるにつれてアルツハイマー病の割合が増加した。血管性認知症は40歳代が最も多く、年齢が上がるにつれて割合は減少した。

若年認知症のBPSDについての報告は少ない。高齢者と同様に50~60%に見られ、意欲低下が最も多く39.0%、次いで尿便失禁35.2%、興奮25.6%、徘徊24.8%とされている⁵⁾。高齢者の場合は、不眠、せん妄、被害的念慮が比較的多い。海外でも高齢者認知症のBPSDの頻度は66.1%とされている⁶⁾。今回の調査では、全体の3分の2の人にBPSDがみられることが分かった。その内容は、興奮が最も多く、次いで無関心、不安の順であった。男性では、興奮、無関心、不安の順であり、女性では、興奮、不安、無関心の順であった。このようにBPSDは高い頻度でみられる上に、陽性症状である興奮が最も多いことから、家族や介護者の負担の大きな原因となっていると考えられる。64歳以下も含めた認知症全体の約90%にBPSDがみられたとするChiuらによれば、原因疾患による特徴は、アルツハイマー病では不安と恐怖、血管性認知症では感情障害、前頭側頭型認知症では行動障害が多かったことである⁷⁾。今回の調査で原因疾患別にみると、血管性認知症とアルツハイマー病では興奮、無関心、不安が多かった。前頭側頭型認知症では、BPSDのある割合が他の原因疾患に比べて高く、内容は興奮、無関心と異常行動が多かったが、脱抑制、易刺激性もほぼ同程度に見られ、疾患に固有の症状と考えられた。パーキンソン病ではうつと無関心が多く、やはり疾患の特徴であると考えられた。原因疾患により、BPSDの出現頻度や内容に違いがみられ、それぞれの疾患に合わせたケアや対応が必要である。

介護保険で利用しているサービス内容は、デイサービス、デイケアが最も多く、ついでその他、ショートステイの順であった。病院・診療所からは無回答が多く、医療機関では、対象者が利用しているサービス内容を十分には把握していない可能性が考えられた。39歳以下では、訪問介護、ショートステイ、デイケアを利用しており、40歳以上では、デイケア・デイサービスが多かった。ただし、今回の調査では、質問票のサービス内容の選択肢として「老人保健施設」がなかったため、老人保健施設の入所者はデイサービスを選択している可能性もあるが、その他に含まれている可能性も排除できない。しかし、その他を含めても、若年認知症では、デイサービス、デイケアが最も利用されており、若年の人に適した、サービス内容の充実が求められる。

社会福祉制度に関しては、障害者手帳は約半数が取得しておらず、年金の受給者は約2割と少なかった。精神障害者手帳に関しては1~3級を合わせても10.9%と、身体障害者手帳1~3級の取得者25.6%より少なかった。認知症であれば日常生活や社会生活が困難であるという条件にあてはまる場合が多いと考えられるが、医療機関や福祉関係者においてもこれらの制度が周知されていない可能性がある。認知症を専門としない医療機関や診療所には、ソーシャルワーカーがいない場合があり、診断後の社会支援の情報がうまく伝わっていないかもしれない。障害年金を含む何らかの年金を受給している人は、21.3%であり、就労の結果と合わせて考えると、若年認知症とその家族の経済状態は厳しいと考えられた。

参考文献:

- 1) 宮永和夫、米村公江、一之瀬尚道、大塚俊男、笠原洋勇、熊本俊秀、郡 暢茂、千葉 潜、長瀬輝誼、永井正規、西島英利、山崎、学. 日本における若年期および初老期の痴呆性疾患の実態について. 老年精神医学雑誌 8:1317-1331, 1997
- 2) McMurtray A, Clark DG, Christine D, Mendez MF: Early-onset dementia: Frequency and causes compared to late-onset dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2006; 21:59-64
- 3) Fujihara S, Brucki SMD, Rocha MSG, Carvalho AA, Piccolo AC: Prevalence of presenile dementia in a tertiary outpatient clinic. Arq Neuro-Psiquiatr 2004; 62(3-A):592-595

- 4) Harvey RJ: Young Onset Dementia: Epidemiology, clinical symptoms, family burden, support and outcome. Imperial College of Science Technology and Medicine London 1998 pp68-70
- 5) 若年期の脳機能障害介護マニュアル. 若年痴呆研究班編. 2000 東京 pp20-22
- 6) Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins PV: Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. Int J Geriatr Psychiatry 2003;18:174-182
- 7) Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY: Behavioral and psychological symptoms in different types of d

若年認知症事例集(作業部会 B)

事例集は別冊とした。

表 1: 一次調査 施設別の回収状況

施設種類	対象数	回収数	回収率 (%)	うち若年認知症対応施設数	対応率 (%;*4)	若年認知症人数
A. 老人保健施設など	790	627	79.4	136	21.7	273
1.特別養護老人ホーム	143	125	87.4	43	34.4	65
2.介護老人保健施設	133	99	74.4	49	49.5	157
3.養護老人ホーム	26	19	73.1	1	5.3	1
4.軽費老人ホーム	67	61	91.0	3	4.9	3
5.有料老人ホーム	126	96	76.2	7	7.3	11
6.認知症高齢者グループホーム	295	227	76.9	33	14.5	36
B. 知的障害者施設など	522	260	49.8	30	11.5	46
1.知的障害者更生施設	61	38	62.3	3	7.9	5
2.知的障害者授産施設	110	64	58.2	4	6.3	7
3.知的障害者通勤寮	3	2	66.7	0	0.0	0
4.知的障害者デイサービス事業所	44	18	40.9	2	11.1	3
5.短期入所事業所	28	15	53.6	1	6.7	2
6.知的障害者地域生活援助事業所等(*1)	214	77	36.0	1	1.3	1
7.知的障害者福祉ホーム	2	1	50.0	0	0.0	0
8.知的障害者通所介護等	60	45	75.0	19	42.2	28
C. 病院、診療所など	2551	1429	56.0	104	7.3	398
1.一般病院(勤務医師名簿より)(*2)	157	89	56.7	40	44.9	303
精神科のみの病院	39	20	51.3	10	50.0	104
一般病院、総合病院	118	69	58.5	30	43.5	199
2.診療所(医師会名簿より)(*3)	2348	1320	56.2	62	4.7	92
精神科、メンタルクリニック	89	30	33.7	1	3.3	3
内科	1782	1086	60.9	51	4.7	74
その他	477	204	42.8	10	4.9	15
3.介護療養型医療施設	21	14	66.7	1	7.1	1
4.その他の医療施設	25	6	24.0	1	16.7	2
D. 保健所、福祉事務所など	1741	1173	67.4	177	15.1	291
1.保健所	40	34	85.0	3	8.8	3
2.精神保健福祉センター	2	2	100.0	0	0.0	0
3.福祉事務所	36	28	77.8	7	25.0	45
4.市町村保健センター	66	61	92.4	9	14.8	21
5.地域包括支援センター	132	124	93.9	22	17.7	27
6.居宅介護支援事務所	1465	924	63.1	136	14.7	195
合計	5604	3489	62.3	447	12.8	1008

注：(*1) 認知症対応型共同生活介護を含む
 (*2) 精神科、神経内科、老年科、脳神経外科を対象とした
 (*3) *2に加え、内科を主としている診療所を対象とした
 (*4) 対応率(%)=(うち若年認知症対応施設数)/(回収数)×100

表 2: 一次調査 施設別の性別回収状況

施設種類	男性	女性	無回答	合計
A. 老人保健施設など	155	116	2	273
1.特別養護老人ホーム	34	31	0	65
2.介護老人保健施設	92	63	2	157
3.養護老人ホーム	1	0	0	1
4.軽費老人ホーム	3	0	0	3
5.有料老人ホーム	6	5	0	11
6.認知症高齢者グループホーム	19	17	0	36
B. 知的障害者施設など	20	26	0	46
1.知的障害者更生施設	3	2	0	5
2.知的障害者授産施設	3	4	0	7
3.知的障害者通勤寮	0	0	0	0
4.知的障害者デイサービス事業所	2	1	0	3
5.短期入所事業所	1	1	0	2
6.知的障害者地域生活援助事業所等	0	1	0	1
7.知的障害者福祉ホーム	0	0	0	0
8.知的障害者通所介護等	11	17	0	28
C. 病院、診療所など	224	173	1	398
1.一般病院(勤務医師名簿より)	171	131	1	303
精神科のみの病院	57	47	0	104
一般病院、総合病院	114	84	1	199
2.診療所(医師会名簿より)	51	41	0	92
精神科、メンタルクリニック	1	2	0	3
内科	40	34	0	74
その他	10	5	0	15
3.介護療養型医療施設	1	0	0	1
4.その他の医療施設	1	1	0	2
D. 保健所、福祉事務所など	154	137	0	291
1.保健所	3	0	0	3
2.精神保健福祉センター	0	0	0	0
3.福祉事務所	21	24	0	45
4.市町村保健センター	13	8	0	21
5.地域包括支援センター	16	11	0	27
6.居宅介護支援事務所	101	94	0	195
合計	553	452	3	1008

表3：施設別の性別・年齢別若年認知症人数

施設種別	性別										合計																			
	男性					女性					合計					合計														
	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	計	(参考) 65歳以上	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	計	(参考) 65歳以上										
A. 老人保健施設など	0	0	0	3	4	10	50	88	155	57	0	0	0	1	1	10	38	66	116	86	0	0	0	4	5	20	88	156	273	143
1. 特別養護老人ホーム	0	0	0	0	0	2	12	20	34	23	0	0	0	0	0	3	10	18	31	47	0	0	0	0	0	5	22	38	65	70
2. 介護老人保健施設	0	0	0	2	3	7	30	50	92	27	0	0	0	1	0	3	22	37	63	24	0	0	0	3	3	10	52	89	157	51
3. 養護老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4. 軽費老人ホーム	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
5. 有料老人ホーム	0	0	0	1	1	0	2	2	6	1	0	0	0	0	0	1	2	2	5	0	0	0	0	1	1	1	4	4	11	1
6. 認知症高齢者グループホーム	0	0	0	0	0	1	6	12	19	6	0	0	0	0	1	3	4	9	17	12	0	0	0	0	0	1	4	10	21	36
B. 知的障害者施設など	0	2	1	1	2	2	7	5	20	6	0	0	0	1	1	3	2	7	12	26	7	0	2	2	2	5	4	14	17	46
1. 知的障害者更生施設	0	0	0	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1
2. 知的障害者探検施設	0	1	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	0	0	0	1	2	0	2	1	1	0	7
3. 知的障害者運動費	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. 知的障害者サービス事業所	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
5. 短期入所事業所	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0
6. 知的障害者地域生活援助事業所等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7. 知的障害者福祉ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. 知的障害者通所介護等	0	0	0	0	0	1	6	4	11	6	0	0	0	0	0	1	5	11	17	7	0	0	0	0	0	2	11	15	28	13
C. 病院、診療所など	0	0	7	8	12	29	66	102	224	52	0	2	2	7	9	19	56	78	173	63	0	2	9	15	21	48	122	181	398	116
1. 一般病院(勤務医医師名簿より)	0	0	7	8	9	25	44	78	171	28	0	2	1	4	6	17	43	58	131	39	0	2	8	12	15	42	87	137	303	67
精神科のみの病院	0	0	1	1	3	8	19	25	57	7	0	0	0	2	5	6	14	20	47	8	0	0	1	3	8	14	33	45	104	15
一般病院、総合病院	0	0	6	7	6	17	25	53	114	21	0	2	1	2	1	11	29	38	84	31	0	2	7	9	7	28	54	92	199	52
2. 診療所(医師名簿より)	0	0	0	0	3	3	22	23	51	24	0	0	0	1	3	2	13	19	41	24	0	0	0	1	3	6	5	35	42	92
精神科、メンタルクリニック	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
内科	0	0	0	0	1	2	16	21	40	17	0	0	0	3	3	1	11	16	34	19	0	0	0	3	4	3	27	37	74	36
その他	0	0	0	0	2	1	5	2	10	5	0	0	0	1	0	0	2	2	5	4	0	0	1	0	2	1	7	4	15	10
3. 介護療養型医療施設	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4. その他の医療施設	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
D. 保健所、福祉事務所など	0	0	0	4	8	15	50	77	154	54	1	0	0	2	3	14	47	70	137	37	1	0	0	6	11	29	97	147	291	92
1. 保健所	0	0	0	0	0	0	1	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
2. 精神保健福祉センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. 福祉事務所(*)	0	0	0	0	0	2	7	12	21	0	0	0	0	0	0	3	5	16	24	3	0	0	0	0	0	0	5	12	28	45
4. 市町村保健センター	0	0	0	0	1	1	5	7	13	1	0	0	0	0	0	1	1	6	8	0	0	0	0	0	0	0	2	6	13	21
5. 地域包括支援センター	0	0	0	0	1	4	5	6	16	1	0	0	0	0	0	1	4	6	11	0	0	0	0	0	0	1	5	9	12	27
6. 居宅介護支援事務所	0	0	0	4	7	8	32	50	101	49	1	0	0	2	3	9	37	42	94	32	1	0	0	6	10	17	69	92	195	82
合計	0	2	8	16	26	56	173	272	553	189	1	2	3	11	16	45	148	226	452	193	1	4	11	27	42	101	321	501	1008	364

注：年齢は平成18年10月1日現在

表4：施設別の性別 発症年齢

施設種類	性別												合計																		
	男性						女性						合計						合計												
	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	無回答	合計	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	無回答	合計	19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	無回答	合計	
A. 老人保健施設など	0	0	3	7	15	36	49	24	21	155	0	1	1	3	18	25	40	9	19	116	0	2	4	10	33	61	90	33	40	273	
1.特別養護老人ホーム	0	0	1	1	4	13	9	4	2	34	0	0	0	0	7	8	11	2	3	31	0	0	1	1	11	21	20	6	5	65	
2.介護老人保健施設	0	0	2	5	9	19	30	11	16	92	0	1	0	1	9	15	20	6	11	63	0	2	2	6	18	34	50	18	27	157	
3.養護老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4.軽費老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5.有料老人ホーム	0	0	0	1	2	1	0	1	1	6	0	0	1	0	1	0	2	0	1	5	0	0	1	1	3	1	3	0	2	11	
6.認知症高齢者グループホーム	2	1	0	0	3	10	4	2	19	20	0	0	2	1	2	7	1	4	17	0	0	0	2	1	5	17	5	6	36		
B. 知的障害者施設など	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1	0	5	
1.知的障害者更生施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	
2.知的障害者授産施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3.知的障害者通所寮	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4.知的障害者デイサービス事業所	0	1	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3	
5.短期入所事業所	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
6.知的障害者地域生活援助事業所等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7.知的障害者福祉ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8.知的障害者通所介護等	0	0	0	1	2	1	4	1	2	11	0	0	0	1	1	6	3	3	3	17	0	0	0	2	3	7	7	4	5	28	
C. 病院、診療所など	2	1	13	7	20	44	66	36	35	224	2	1	8	5	9	33	45	35	35	173	4	2	21	12	29	77	112	71	70	398	
1.一般病院(勤務医医師名簿より)	2	1	11	7	17	33	44	30	26	171	2	0	4	5	7	27	37	24	25	131	4	1	15	12	24	60	82	54	51	393	
精神科のみ病院	0	0	2	1	8	12	19	6	9	57	0	0	3	3	4	5	12	6	14	47	0	0	5	4	12	17	31	12	23	104	
一般病院、総合病院	2	1	9	6	9	21	25	24	17	114	2	0	1	2	3	22	25	18	11	84	4	1	10	8	12	43	51	42	28	199	
2.診療所(医師名簿より)	0	0	2	0	2	11	22	6	8	51	0	1	4	0	2	6	8	10	10	41	0	1	6	0	4	17	30	16	18	92	
精神科、メンタルクリニック	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	
内科	0	0	0	0	2	8	19	6	5	40	0	1	3	0	1	5	6	9	9	34	0	1	3	0	3	13	25	15	14	74	
その他	0	0	2	0	0	2	3	0	3	10	0	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	3	0	0	3	4	1	4	15	
3.介護療養型医療施設	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4.その他の医療施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D. 保健所、福祉事務所など	1	0	5	8	19	25	37	31	28	154	1	0	1	3	6	14	25	32	22	34	137	1	1	8	14	33	50	69	53	62	291
1.保健所	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2.精神保健福祉センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3.福祉事務所等	0	0	0	0	3	4	3	5	6	21	0	0	0	0	0	2	6	4	8	4	24	0	0	0	0	0	5	10	7	13	45
4.市町村保健センター	0	0	0	0	1	3	3	4	2	13	0	0	0	0	0	0	2	2	2	8	0	0	0	0	0	1	5	5	6	4	
5.地域包括支援センター	0	0	0	0	1	4	5	0	2	16	0	0	0	1	1	2	2	2	2	3	11	0	0	0	0	2	5	7	2	4	21
6.居宅介護支援事務所	1	0	5	7	11	12	30	20	15	101	0	1	3	5	11	15	24	10	25	94	1	1	8	12	22	27	54	30	40	195	
合計	5	2	22	24	58	107	156	93	86	553	3	4	12	18	43	91	121	69	91	452	8	7	34	42	101	198	279	162	177	1008	

表5：二次調査 施設別の回収状況

施設種類	一次調査結果		調査協力回収数				有効集計対象数(*4)			
	対象施設数	若年認知症人数	調査協力施設数	回収率(%;*5)	若年認知症人数	回収率(%;*6)	集計有効施設数	回収率(%;*5)	若年認知症人数	回収率(%;*6)
A. 老人保健施設など	136	273	124	91.2	242	88.6	124	91.2	228	83.5
1.特別養護老人ホーム	43	65	38	88.4	58	89.2	38	88.4	57	87.7
2.介護老人保健施設	49	157	44	89.8	135	86.0	44	89.8	122	77.7
3.養護老人ホーム	1	1	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
4.軽費老人ホーム	3	3	3	100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0
5.有料老人ホーム	7	11	7	100.0	11	100.0	7	100.0	11	100.0
6.認知症高齢者グループホーム	33	36	31	93.9	34	94.4	31	93.9	34	94.4
B. 知的障害者施設など	30	46	28	93.3	43	93.5	28	93.3	43	93.5
1.知的障害者更生施設	3	5	3	100.0	5	100.0	3	100.0	5	100.0
2.知的障害者授産施設	4	7	4	100.0	7	100.0	4	100.0	7	100.0
4.知的障害者デイサービス事業所	2	3	1	50.0	1	33.3	1	50.0	1	33.3
5.短期入所事業所	1	2	1	100.0	2	100.0	1	100.0	2	100.0
6.知的障害者地域生活援助事業所等(*1)	1	1	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
8.知的障害者通所介護等	19	28	18	94.7	27	96.4	18	94.7	27	96.4
C. 病院、診療所など	104	398	83	79.8	282	70.9	83	79.8	281	70.6
1.一般病院(勤務医師名簿より)(*2)	40	303	30	75.0	206	68.0	30	75.0	205	67.7
精神科のみの病院	10	104	6	60.0	46	44.2	6	60.0	46	44.2
一般病院、総合病院	30	199	24	80.0	160	80.4	24	80.0	159	79.9
2.診療所(医師会名簿より)(*3)	62	92	51	82.3	73	79.3	51	82.3	73	79.3
精神科、メンタルクリニック	1	3	1	100.0	3	100.0	1	100.0	3	100.0
内科	51	74	42	82.4	59	79.7	42	82.4	59	79.7
その他	10	15	8	80.0	11	73.3	8	80.0	11	73.3
3.介護療養型医療施設	1	1	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0
4.その他の医療施設	1	2	1	100.0	2	100.0	1	100.0	2	100.0
D. 保健所、福祉事務所など	177	291	161	91.0	249	85.6	159	89.8	244	83.8
1.保健所	3	3	3	100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0
3.福祉事務所	7	45	6	85.7	22	48.9	6	85.7	21	46.7
4.市町村保健センター	9	21	7	77.8	19	90.5	7	77.8	19	90.5
5.地域包括支援センター	22	27	19	86.4	23	85.2	19	86.4	23	85.2
6.居宅介護支援事務所	136	195	126	92.6	182	93.3	124	91.2	178	91.3
合計	447	1008	396	88.6	816	81.0	394	88.1	796	79.0

注：一次調査で若年認知症の方との対応がなかった3施設種類は表から除いた
 ：(*1) 認知症対応型共同生活介護を含む
 ：(*2) 精神科、神経内科、老年科、脳神経外科を対象とした
 ：(*3) *2に加え、内科を主としている診療所を対象とした
 ：(*4) 有効集計対象数は、重複などを集計対象から除いた数
 ：(*5) 回収率(%) = (施設数) / (一次調査結果対象施設数) × 100
 ：(*6) 回収率(%) = (若年認知症人数) / (一次調査結果若年認知症人数) × 100

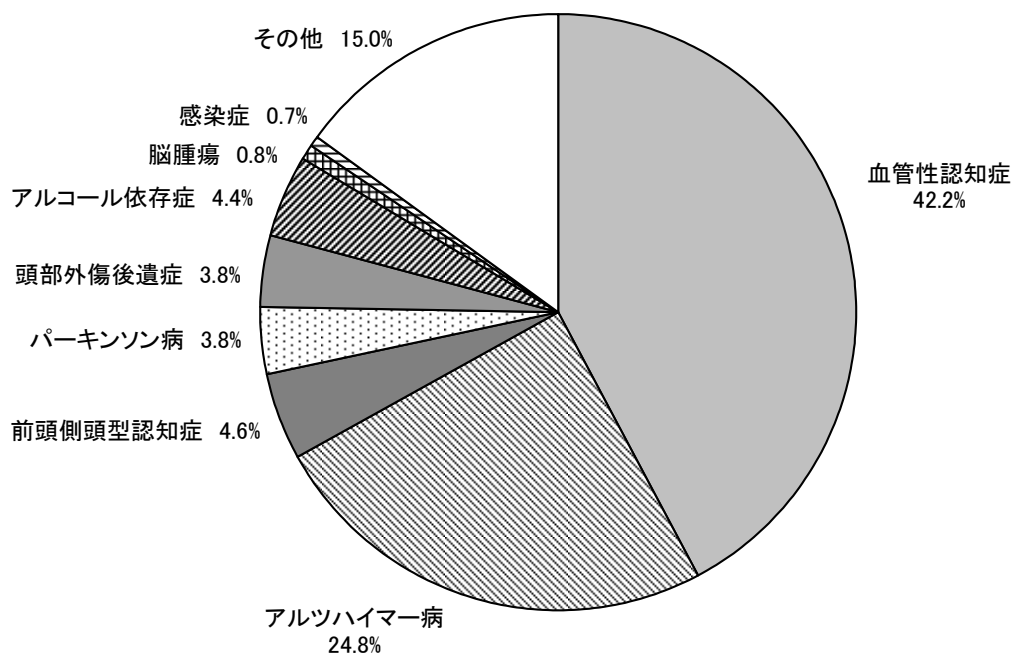


図 1: 原因疾患名構成比 男性 (N=564)

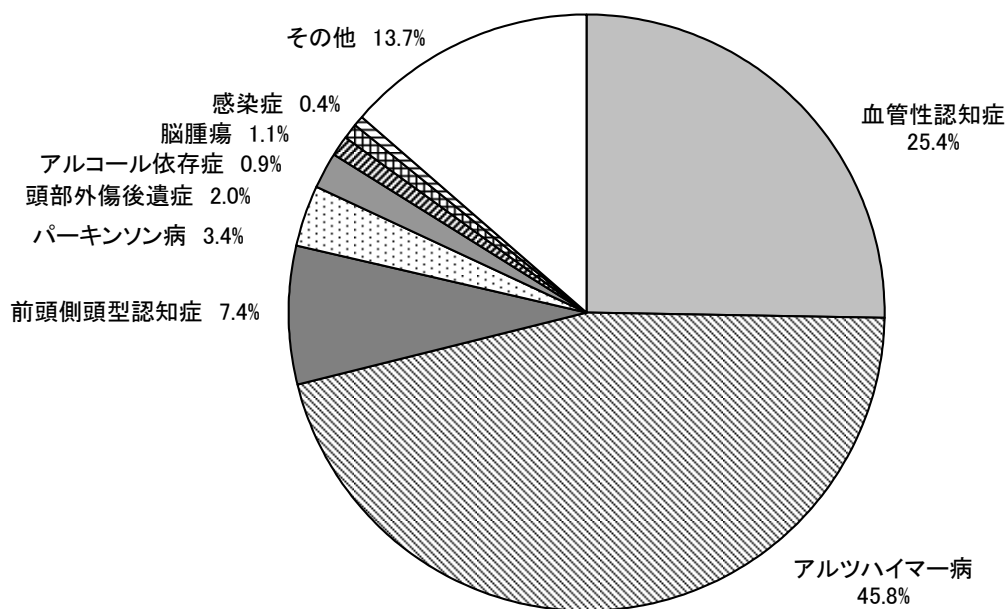


図 1: 原因疾患名構成比 女性 (N=512)

表 6：施設別の若年認知症患者の原因疾患

施設種類	血管性 認知症	アルツハ イマー病	前頭側 頭型認 知症	パーキン ソン病	頭部外 傷後遺 症	アルコー ル依存 症	脳腫瘍	感染症	その他	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	176 (51.3)	100 (29.2)	12 (3.5)	16 (4.7)	4 (1.2)	7 (2.0)	6 (1.7)	1 (0.3)	56 (16.3)	5 (1.5)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	46 (37.4)	53 (43.1)	5 (4.1)	9 (7.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	18 (14.6)	3 (2.4)
2.介護老人保健施設 (N=156)	97 (62.2)	30 (19.2)	4 (2.6)	3 (1.9)	2 (1.3)	4 (2.6)	5 (3.2)	1 (0.6)	29 (18.6)	1 (0.6)
3.養護老人ホーム (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (100.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	7 (58.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	23 (50.0)	14 (30.4)	3 (6.5)	1 (2.2)	1 (2.2)	1 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (17.4)	0 (0.0)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	10 (17.9)	25 (44.6)	4 (7.1)	3 (5.4)	2 (3.6)	1 (1.8)	0 (0.0)	3 (5.4)	10 (17.9)	1 (1.8)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	1 (20.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	3 (42.9)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	8 (20.0)	24 (60.0)	4 (10.0)	2 (5.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	0 (0.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	90 (24.4)	173 (46.9)	36 (9.8)	4 (1.1)	19 (5.1)	11 (3.0)	2 (0.5)	1 (0.3)	47 (12.7)	1 (0.3)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	59 (23.2)	111 (43.7)	35 (13.8)	2 (0.8)	12 (4.7)	10 (3.9)	2 (0.8)	0 (0.0)	33 (13.0)	1 (0.4)
精神科のみの病院 (N= 52)	6 (11.5)	16 (30.8)	20 (38.5)	1 (1.9)	1 (1.9)	5 (9.6)	1 (1.9)	0 (0.0)	7 (13.5)	1 (1.9)
一般病院、総合病院 (N=202)	53 (26.2)	95 (47.0)	15 (7.4)	1 (0.5)	11 (5.4)	5 (2.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	26 (12.9)	0 (0.0)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	30 (26.8)	61 (54.5)	1 (0.9)	2 (1.8)	6 (5.4)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)	14 (12.5)	0 (0.0)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	1 (16.7)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	23 (26.4)	49 (56.3)	1 (1.1)	1 (1.1)	4 (4.6)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (13.8)	0 (0.0)
その他 (N= 19)	6 (31.6)	7 (36.8)	0 (0.0)	1 (5.3)	2 (10.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	2 (10.5)	0 (0.0)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	123 (38.0)	110 (34.0)	17 (5.2)	19 (5.9)	10 (3.1)	13 (4.0)	3 (0.9)	1 (0.3)	55 (17.0)	6 (1.9)
1.保健所 (N= 7)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	5 (71.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
3.福祉事務所 (N= 24)	3 (12.5)	8 (33.3)	2 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	4 (16.7)	5 (20.8)
4.市町村保健センター (N= 20)	3 (15.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (40.0)	0 (0.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	8 (33.3)	9 (37.5)	1 (4.2)	0 (0.0)	1 (4.2)	3 (12.5)	0 (0.0)	1 (4.2)	2 (8.3)	0 (0.0)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	109 (43.8)	85 (34.1)	13 (5.2)	12 (4.8)	8 (3.2)	9 (3.6)	2 (0.8)	0 (0.0)	40 (16.1)	1 (0.4)
合 計 (N=1092)	399 (36.5)	408 (37.4)	69 (6.3)	42 (3.8)	35 (3.2)	32 (2.9)	11 (1.0)	6 (0.5)	168 (15.4)	13 (1.2)

注：一次調査で若年認知症の方との対応がなかった3施設種類は表から除いた

表 7: 性別・年齢別の若年認知症患者の原因疾患

性別・年齢		血管性 認知症	アルツ ハイマー 病	前頭側 頭型認 知症	パーキ ンソン病	頭部外 傷後遺 症	アルコー ル依存 症	脳腫瘍	感染症	その他	無回答
男	40歳未満小計 (N= 7)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)
	19歳以下 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	20～29歳 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 4)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	40～49歳 (N= 32)	18 (56.3)	1 (3.1)	1 (3.1)	0 (0.0)	6 (18.8)	1 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (15.6)	0 (0.0)
	50～59歳 (N=181)	81 (44.8)	50 (27.6)	12 (6.6)	6 (3.3)	7 (3.9)	8 (4.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	27 (14.9)	0 (0.0)
	60～64歳 (N=215)	97 (45.1)	67 (31.2)	9 (4.2)	7 (3.3)	3 (1.4)	11 (5.1)	2 (0.9)	2 (0.9)	35 (16.3)	3 (1.4)
	65歳以上 (N=134)	61 (45.5)	34 (25.4)	6 (4.5)	10 (7.5)	4 (3.0)	7 (5.2)	1 (0.7)	1 (0.7)	24 (17.9)	2 (1.5)
	合計 (N=569)	258 (45.3)	152 (26.7)	28 (4.9)	23 (4.0)	23 (4.0)	27 (4.7)	5 (0.9)	4 (0.7)	92 (16.2)	5 (0.9)
	女	40歳未満小計 (N= 5)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)
19歳以下 (N= 1)		1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
20～29歳 (N= 2)		1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
30～39歳 (N= 2)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
40～49歳 (N= 19)		10 (52.6)	4 (21.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (26.3)	0 (0.0)
50～59歳 (N=155)		54 (34.8)	67 (43.2)	14 (9.0)	3 (1.9)	4 (2.6)	2 (1.3)	2 (1.3)	1 (0.6)	24 (15.5)	3 (1.9)
60～64歳 (N=183)		43 (23.5)	96 (52.5)	16 (8.7)	6 (3.3)	3 (1.6)	2 (1.1)	4 (2.2)	1 (0.5)	22 (12.0)	3 (1.6)
65歳以上 (N=158)		32 (20.3)	87 (55.1)	11 (7.0)	10 (6.3)	2 (1.3)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (15.2)	2 (1.3)
合計 (N=520)		141 (27.1)	254 (48.8)	41 (7.9)	19 (3.7)	11 (2.1)	5 (1.0)	6 (1.2)	2 (0.4)	76 (14.6)	8 (1.5)
合 計		40歳未満小計 (N= 12)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (41.7)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	2 (16.7)
	19歳以下 (N= 2)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	20～29歳 (N= 4)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 6)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)
	40～49歳 (N= 51)	28 (54.9)	5 (9.8)	1 (2.0)	0 (0.0)	6 (11.8)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (19.6)	0 (0.0)
	50～59歳 (N=336)	135 (40.2)	117 (34.8)	26 (7.7)	9 (2.7)	11 (3.3)	10 (3.0)	3 (0.9)	1 (0.3)	51 (15.2)	3 (0.9)
	60～64歳 (N=399)	140 (35.1)	164 (41.1)	25 (6.3)	13 (3.3)	6 (1.5)	13 (3.3)	6 (1.5)	3 (0.8)	57 (14.3)	6 (1.5)
	65歳以上 (N=294)	93 (31.6)	122 (41.5)	17 (5.8)	20 (6.8)	7 (2.4)	8 (2.7)	1 (0.3)	1 (0.3)	48 (16.3)	4 (1.4)
	合計 (N=1092)	399 (36.5)	408 (37.4)	69 (6.3)	42 (3.8)	35 (3.2)	32 (2.9)	11 (1.0)	6 (0.5)	168 (15.4)	13 (1.2)

表 8: 原因疾患別 発症年齢

性別・原因疾患		40歳未満 小計	19歳 以下	20～ 24歳	25～ 29歳	30～ 34歳	35～ 39歳	40～ 44歳	45～ 49歳	50～ 54歳	55～ 59歳	60～ 64歳	無回答
男	血管性認知症 (N=258)	9 (3.5)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.8)	6 (2.3)	14 (5.4)	16 (6.2)	45 (17.4)	65 (25.2)	73 (28.3)	36 (14.0)
	アルツハイマー病 (N=152)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	15 (9.9)	28 (18.4)	45 (29.6)	38 (25.0)	25 (16.4)
	前頭側頭型認知症 (N= 28)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.6)	2 (7.1)	4 (14.3)	6 (21.4)	8 (28.6)	7 (25.0)
	パーキンソン病 (N= 23)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)	3 (13.0)	2 (8.7)	12 (52.2)	5 (21.7)	0 (0.0)
	頭部外傷後遺症 (N= 23)	7 (30.4)	1 (4.3)	1 (4.3)	0 (0.0)	2 (8.7)	3 (13.0)	3 (13.0)	4 (17.4)	2 (8.7)	2 (8.7)	4 (17.4)	1 (4.3)
	アルコール依存症 (N= 27)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	2 (7.4)	4 (14.8)	6 (22.2)	10 (37.0)	4 (14.8)
	脳腫瘍 (N= 5)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 4)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)
	その他 (N= 92)	3 (3.3)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.2)	2 (2.2)	7 (7.6)	7 (7.6)	27 (29.3)	29 (31.5)	17 (18.5)
	全 体 (N=569)	21 (3.7)	3 (0.5)	1 (0.2)	1 (0.2)	5 (0.9)	11 (1.9)	21 (3.7)	49 (8.6)	90 (15.8)	149 (26.2)	152 (26.7)	87 (15.3)
女	血管性認知症 (N=141)	5 (3.5)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	7 (5.0)	12 (8.5)	24 (17.0)	36 (25.5)	35 (24.8)	22 (15.6)
	アルツハイマー病 (N=254)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	3 (1.2)	16 (6.3)	51 (20.1)	83 (32.7)	67 (26.4)	33 (13.0)
	前頭側頭型認知症 (N= 41)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	3 (7.3)	6 (14.6)	4 (9.8)	9 (22.0)	18 (43.9)
	パーキンソン病 (N= 19)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)	4 (21.1)	4 (21.1)	5 (26.3)	1 (5.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 11)	3 (27.3)	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	1 (9.1)	4 (36.4)	2 (18.2)
	アルコール依存症 (N= 5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)
	脳腫瘍 (N= 6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (16.7)
	感染症 (N= 2)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 76)	4 (5.3)	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	4 (5.3)	4 (5.3)	10 (13.2)	18 (23.7)	23 (30.3)	13 (17.1)
	全 体 (N=520)	16 (3.1)	4 (0.8)	3 (0.6)	1 (0.2)	2 (0.4)	6 (1.2)	14 (2.7)	41 (7.9)	90 (17.3)	133 (25.6)	143 (27.5)	83 (16.0)
合 計	血管性認知症 (N=399)	14 (3.5)	3 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.3)	3 (0.8)	7 (1.8)	21 (5.3)	28 (7.0)	69 (17.3)	101 (25.3)	108 (27.1)	58 (14.5)
	アルツハイマー病 (N=408)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	4 (1.0)	31 (7.6)	80 (19.6)	129 (31.6)	105 (25.7)	58 (14.2)
	前頭側頭型認知症 (N= 69)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (1.4)	5 (7.2)	10 (14.5)	10 (14.5)	17 (24.6)	25 (36.2)
	パーキンソン病 (N= 42)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (2.4)	7 (16.7)	6 (14.3)	16 (38.1)	10 (23.8)	1 (2.4)
	頭部外傷後遺症 (N= 35)	10 (28.6)	2 (5.7)	2 (5.7)	0 (0.0)	2 (5.7)	4 (11.4)	3 (8.6)	4 (11.4)	3 (8.6)	3 (8.6)	9 (25.7)	3 (8.6)
	アルコール依存症 (N= 32)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	2 (6.3)	8 (25.0)	6 (18.8)	11 (34.4)	4 (12.5)
	脳腫瘍 (N= 11)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	1 (9.1)	3 (27.3)	2 (18.2)	1 (9.1)
	感染症 (N= 6)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)
	その他 (N=168)	7 (4.2)	1 (0.6)	2 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.6)	3 (1.8)	6 (3.6)	11 (6.5)	17 (10.1)	45 (26.8)	52 (31.0)	30 (17.9)
	全 体 (N=1092)	37 (3.4)	7 (0.6)	4 (0.4)	2 (0.2)	7 (0.6)	17 (1.6)	35 (3.2)	90 (8.2)	181 (16.6)	283 (25.9)	296 (27.1)	170 (15.6)

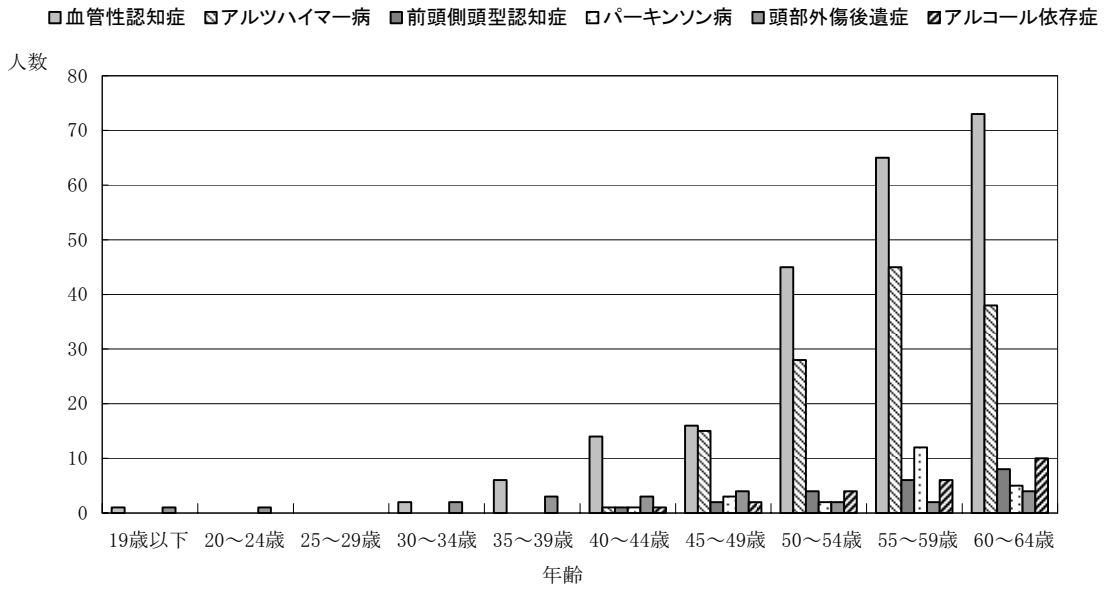


図 2: 発症年齢別の原因疾患 男性 (N=569)

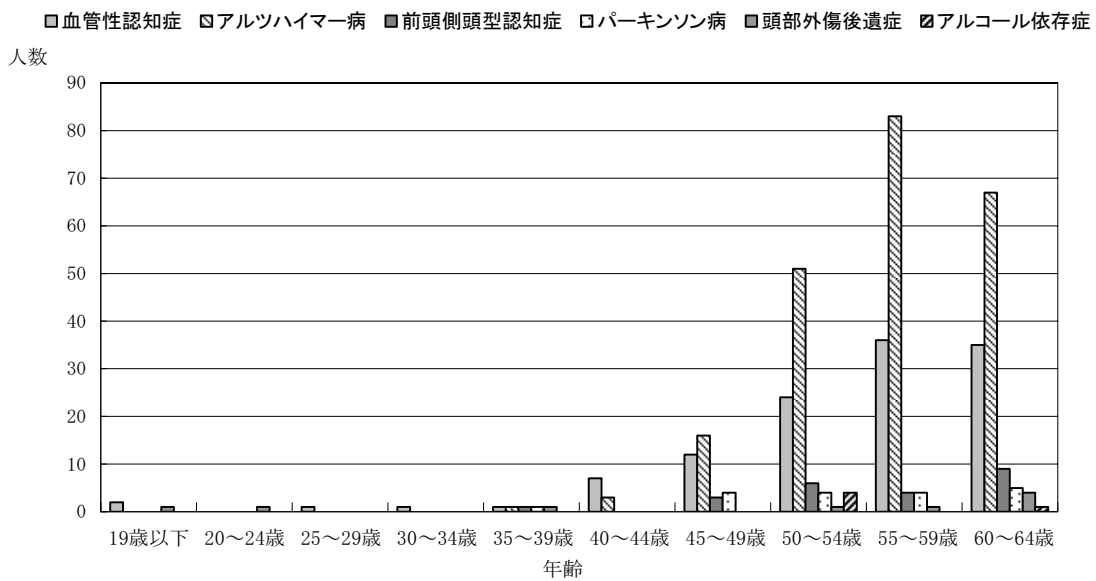


図 2: 発症年齢別の原因疾患 女性 (N=520)

表 9: 平均年齢、平均発症年齢

		年 齢			発 症 年 齢		
		男 性	女 性	合 計	男 性	女 性	合 計
二次調査 (N=1092)	平均	60.3歳	61.1歳	60.7歳	55.0歳	55.1歳	55.1歳
	標準偏差	7.19	7.03	7.12	7.71	7.87	7.78
血管性認知症 (N=399)	平均	60.5歳	59.3歳	60.1歳	55.1歳	54.2歳	54.8歳
	標準偏差	6.41	8.37	7.19	7.67	8.82	8.10
アルツハイマー病 (N=408)	平均	61.5歳	62.4歳	62.1歳	56.2歳	56.4歳	56.3歳
	標準偏差	4.73	5.22	5.06	4.89	4.84	4.85
前頭側頭型認知症 (N= 69)	平均	60.4歳	60.9歳	60.7歳	56.5歳	55.6歳	56.0歳
	標準偏差	5.82	5.47	5.62	5.43	6.81	6.20
パーキンソン病 (N= 42)	平均	63.6歳	64.7歳	64.1歳	55.9歳	54.0歳	55.0歳
	標準偏差	4.49	5.55	5.03	5.22	6.53	5.91
頭部外傷後遺症 (N= 35)	平均	51.9歳	57.4歳	54.0歳	45.1歳	48.0歳	46.5歳
	標準偏差	14.58	14.80	14.78	12.51	—	14.08
アルコール依存症 (N= 32)	平均	60.7歳	59.4歳	60.5歳	57.2歳	53.6歳	56.5歳
	標準偏差	6.05	—	6.06	5.75	—	5.65
脳腫瘍 (N= 11)	平均	56.6歳	60.0歳	58.5歳	49.8歳	53.6歳	51.7歳
	標準偏差	—	—	8.38	—	—	8.92
感染症 (N= 6)	平均	56.3歳	57.5歳	56.7歳	43.3歳	31.5歳	38.6歳
	標準偏差	—	—	—	—	—	—
その他 (N=168)	平均	60.1歳	60.3歳	60.2歳	56.1歳	54.7歳	55.5歳
	標準偏差	7.50	7.47	7.48	7.69	9.30	8.49

注: 標準偏差は有効回答数が10未満のものは — とした

表 10： 合併症の内容

症状	件数
高血圧(症)	105
糖尿病、DM	87
(症候性)てんかん	54
麻痺	50
高脂血症	32
失語症	27
高次機能障害	20
うつ病	18
水頭症	18
脳梗塞・脳出血	14
嚥下障害(胃瘻)	13
パーキンソン病	12
腎不全	11
言語障害	8
心房細動	6
前立腺肥大	6
構音障害	6
肝硬変	5
総合失調症	5
歩行障害	5
高コレステロール血症	5
褥瘡	4
不眠症	4
アルツハイマー	3
その他	186

表 11： 既往歴の内容

症状	件数
高血圧(症)	77
脳梗塞・脳出血	58
糖尿病、DM	52
骨折	28
うつ病	26
がん	20
子宮筋腫	17
胆石、胆のう(炎)	14
肝炎	13
(症候性)てんかん	12
潰瘍(胃、十二指腸)	11
心筋梗塞、心不全	10
高脂血症	9
肺炎	9
狭心症	8
硬膜下血腫	8
くも膜下出血	7
気管支喘息	7
虫垂炎	7
リウマチ	7
緑内障、白内障	6
水頭症	6
脳腫瘍	5
結核	5
心房細動	4
(大腸)ポリープ	4
統合失調症	4
その他	154

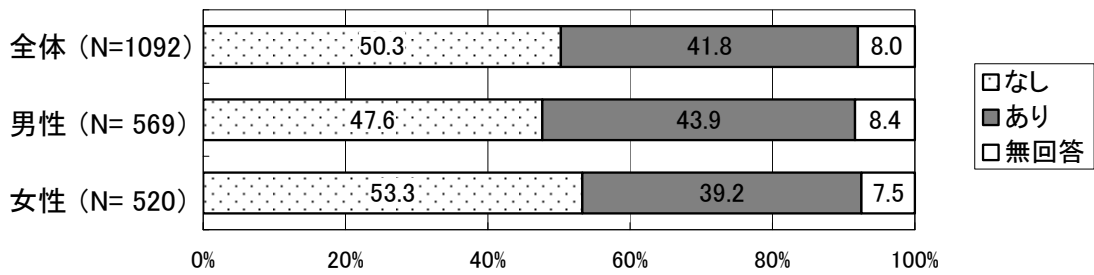


図 3: 合併症の有無

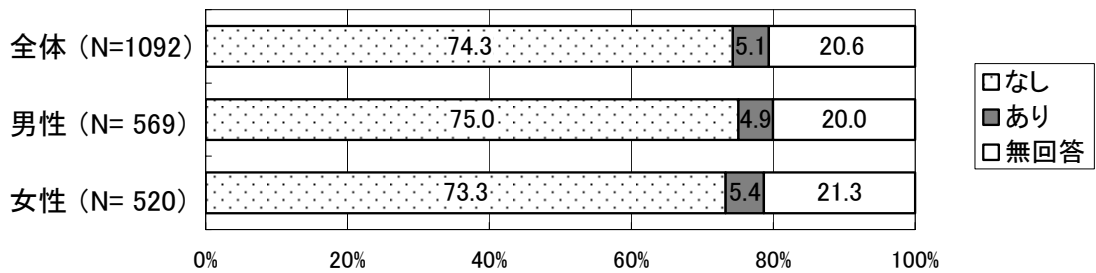


図 4: 認知症の家族歴の有無

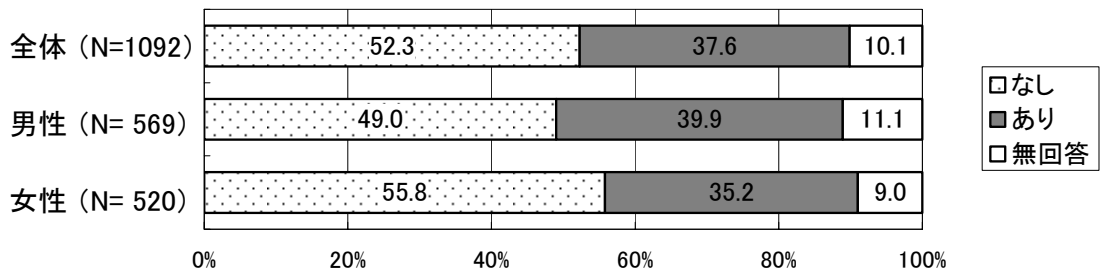


図 5: 既往歴の有無

表 12: 施設別の若年認知症患者の合併症など

施設種類	合併症の有・無			認知症の家族歴の有・無			既往歴の有・無		
	なし	あり	無回答	なし	あり	無回答	なし	あり	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	183 (53.4)	128 (37.3)	32 (9.3)	238 (69.4)	13 (3.8)	92 (26.8)	130 (37.9)	177 (51.6)	36 (10.5)
1. 特別養護老人ホーム (N=123)	82 (66.7)	30 (24.4)	11 (8.9)	78 (63.4)	5 (4.1)	40 (32.5)	47 (38.2)	61 (49.6)	15 (12.2)
2. 介護老人保健施設 (N=156)	66 (42.3)	75 (48.1)	15 (9.6)	115 (73.7)	5 (3.2)	36 (23.1)	54 (34.6)	87 (55.8)	15 (9.6)
3. 養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. 軽費老人ホーム (N= 5)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)
5. 有料老人ホーム (N= 12)	3 (25.0)	7 (58.3)	2 (16.7)	7 (58.3)	1 (8.3)	4 (33.3)	6 (50.0)	3 (25.0)	3 (25.0)
6. 認知症高齢者グループホーム (N= 46)	29 (63.0)	13 (28.3)	4 (8.7)	32 (69.6)	2 (4.3)	12 (26.1)	19 (41.3)	24 (52.2)	3 (6.5)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	40 (71.4)	10 (17.9)	6 (10.7)	44 (78.6)	4 (7.1)	8 (14.3)	34 (60.7)	16 (28.6)	6 (10.7)
1. 知的障害者更生施設 (N= 5)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)
2. 知的障害者授産施設 (N= 7)	3 (42.9)	3 (42.9)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14.3)	5 (71.4)	0 (0.0)	2 (28.6)
4. 知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. 短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
6. 知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. 知的障害者通所介護等 (N= 40)	32 (80.0)	5 (12.5)	3 (7.5)	33 (82.5)	1 (2.5)	6 (15.0)	24 (60.0)	14 (35.0)	2 (5.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	176 (47.7)	185 (50.1)	8 (2.2)	323 (87.5)	18 (4.9)	28 (7.6)	258 (69.9)	98 (26.6)	13 (3.5)
1. 一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	131 (51.6)	116 (45.7)	7 (2.8)	230 (90.6)	9 (3.5)	15 (5.9)	175 (68.9)	72 (28.3)	7 (2.8)
精神科のみの病院 (N= 52)	30 (57.7)	22 (42.3)	0 (0.0)	49 (94.2)	1 (1.9)	2 (3.8)	38 (73.1)	12 (23.1)	2 (3.8)
一般病院、総合病院 (N=202)	101 (50.0)	94 (46.5)	7 (3.5)	181 (89.6)	8 (4.0)	13 (6.4)	137 (67.8)	60 (29.7)	5 (2.5)
2. 診療所(医師会名簿より) (N=112)	45 (40.2)	66 (58.9)	1 (0.9)	90 (80.4)	9 (8.0)	13 (11.6)	83 (74.1)	23 (20.5)	6 (5.4)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	35 (40.2)	52 (59.8)	0 (0.0)	66 (75.9)	9 (10.3)	12 (13.8)	65 (74.7)	16 (18.4)	6 (6.9)
その他 (N= 19)	5 (26.3)	13 (68.4)	1 (5.3)	18 (94.7)	0 (0.0)	1 (5.3)	12 (63.2)	7 (36.8)	0 (0.0)
3. 介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
4. その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	150 (46.3)	133 (41.0)	41 (12.7)	206 (63.6)	21 (6.5)	97 (29.9)	149 (46.0)	120 (37.0)	55 (17.0)
1. 保健所 (N= 7)	4 (57.1)	1 (14.3)	2 (28.6)	2 (28.6)	0 (0.0)	5 (71.4)	3 (42.9)	1 (14.3)	3 (42.9)
3. 福祉事務所 (N= 24)	3 (12.5)	5 (20.8)	16 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (100.0)	3 (12.5)	9 (37.5)	12 (50.0)
4. 市町村保健センター (N= 20)	9 (45.0)	5 (25.0)	6 (30.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	14 (70.0)	4 (20.0)	4 (20.0)	12 (60.0)
5. 地域包括支援センター (N= 24)	7 (29.2)	14 (58.3)	3 (12.5)	14 (58.3)	2 (8.3)	8 (33.3)	8 (33.3)	10 (41.7)	6 (25.0)
6. 居宅介護支援事務所 (N=249)	127 (51.0)	108 (43.4)	14 (5.6)	185 (74.3)	18 (7.2)	46 (18.5)	131 (52.6)	96 (38.6)	22 (8.8)
合 計 (N=1092)	549 (50.3)	456 (41.8)	87 (8.0)	811 (74.3)	56 (5.1)	225 (20.6)	571 (52.3)	411 (37.6)	110 (10.1)

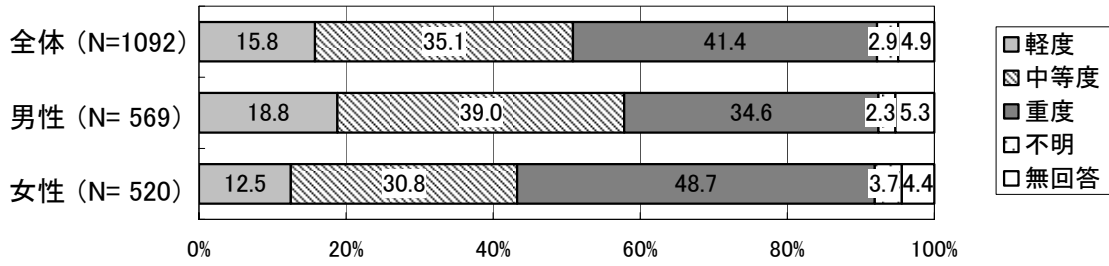


図 6: 認知症の程度

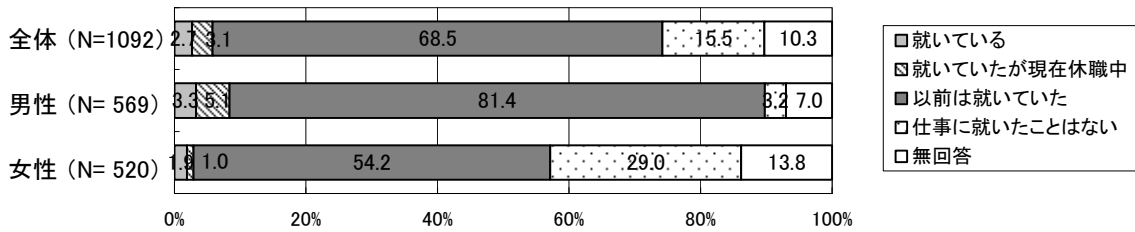


図 7: 現在(調査時点)の就業状況

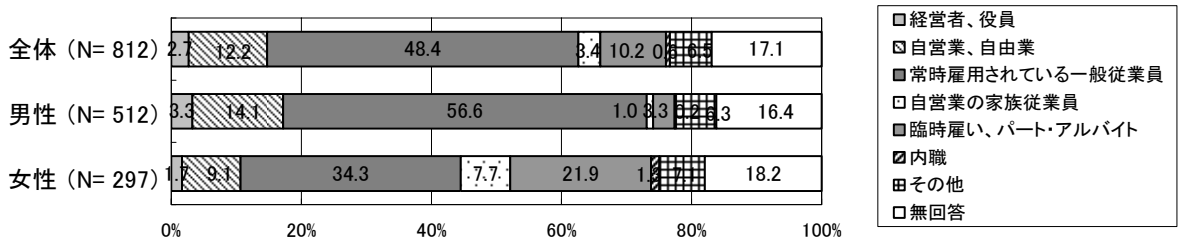


図 8: 現在又は過去の就労時における雇用形態

表 13: 施設別の若年認知症患者の認知症の程度

施設種類	軽度	中等度	重度	不明	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	34 (9.9)	112 (32.7)	169 (49.3)	13 (3.8)	15 (4.4)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	2 (1.6)	29 (23.6)	78 (63.4)	8 (6.5)	6 (4.9)
2.介護老人保健施設 (N=156)	21 (13.5)	57 (36.5)	71 (45.5)	3 (1.9)	4 (2.6)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	1 (8.3)	6 (50.0)	4 (33.3)	1 (8.3)	0 (0.0)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	9 (19.6)	17 (37.0)	14 (30.4)	1 (2.2)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	6 (10.7)	21 (37.5)	22 (39.3)	5 (8.9)	2 (3.6)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	0 (0.0)	3 (42.9)	2 (28.6)	2 (28.6)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	5 (12.5)	17 (42.5)	16 (40.0)	2 (5.0)	0 (0.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	87 (23.6)	119 (32.2)	134 (36.3)	8 (2.2)	21 (5.7)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	70 (27.6)	86 (33.9)	90 (35.4)	0 (0.0)	8 (3.1)
精神科のみの病院 (N= 52)	16 (30.8)	17 (32.7)	18 (34.6)	0 (0.0)	1 (1.9)
一般病院、総合病院 (N=202)	54 (26.7)	69 (34.2)	72 (35.6)	0 (0.0)	7 (3.5)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	17 (15.2)	32 (28.6)	44 (39.3)	8 (7.1)	11 (9.8)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	3 (50.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	9 (10.3)	25 (28.7)	37 (42.5)	8 (9.2)	8 (9.2)
その他 (N= 19)	5 (26.3)	6 (31.6)	5 (26.3)	0 (0.0)	3 (15.8)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	45 (13.9)	131 (40.4)	127 (39.2)	6 (1.9)	15 (4.6)
1.保健所 (N= 7)	1 (14.3)	3 (42.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
3.福祉事務所 (N= 24)	7 (29.2)	6 (25.0)	11 (45.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.市町村保健センター (N= 20)	3 (15.0)	6 (30.0)	9 (45.0)	0 (0.0)	2 (10.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	6 (25.0)	12 (50.0)	1 (4.2)	2 (8.3)	3 (12.5)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	28 (11.2)	104 (41.8)	105 (42.2)	3 (1.2)	9 (3.6)
合計 (N=1092)	172 (15.8)	383 (35.1)	452 (41.4)	32 (2.9)	53 (4.9)

表 14: 原因疾患別の若年認知症患者の認知症の程度

性別・主病名		軽度	中等度	重度	不明	無回答
男	血管性認知症 (N=258)	48 (18.6)	104 (40.3)	87 (33.7)	4 (1.6)	15 (5.8)
	アルツハイマー病 (N=152)	23 (15.1)	59 (38.8)	62 (40.8)	5 (3.3)	3 (2.0)
	前頭側頭型認知症 (N= 28)	7 (25.0)	3 (10.7)	16 (57.1)	0 (0.0)	2 (7.1)
	パーキンソン病 (N= 23)	4 (17.4)	9 (39.1)	7 (30.4)	2 (8.7)	1 (4.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 23)	7 (30.4)	8 (34.8)	6 (26.1)	0 (0.0)	2 (8.7)
	アルコール依存症 (N= 27)	9 (33.3)	10 (37.0)	4 (14.8)	0 (0.0)	4 (14.8)
	脳腫瘍 (N= 5)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 4)	2 (50.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 92)	15 (16.3)	40 (43.5)	27 (29.3)	4 (4.3)	6 (6.5)
	全 体 (N=569)	107 (18.8)	222 (39.0)	197 (34.6)	13 (2.3)	30 (5.3)
女	血管性認知症 (N=141)	20 (14.2)	58 (41.1)	54 (38.3)	3 (2.1)	6 (4.3)
	アルツハイマー病 (N=254)	29 (11.4)	64 (25.2)	145 (57.1)	8 (3.1)	8 (3.1)
	前頭側頭型認知症 (N= 41)	4 (9.8)	8 (19.5)	27 (65.9)	1 (2.4)	1 (2.4)
	パーキンソン病 (N= 19)	1 (5.3)	7 (36.8)	7 (36.8)	2 (10.5)	2 (10.5)
	頭部外傷後遺症 (N= 11)	1 (9.1)	3 (27.3)	6 (54.5)	0 (0.0)	1 (9.1)
	アルコール依存症 (N= 5)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	脳腫瘍 (N= 6)	1 (16.7)	1 (16.7)	4 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 76)	7 (9.2)	20 (26.3)	39 (51.3)	6 (7.9)	4 (5.3)
	全 体 (N=520)	65 (12.5)	160 (30.8)	253 (48.7)	19 (3.7)	23 (4.4)
合 計	血管性認知症 (N=399)	68 (17.0)	162 (40.6)	141 (35.3)	7 (1.8)	21 (5.3)
	アルツハイマー病 (N=408)	52 (12.7)	124 (30.4)	208 (51.0)	13 (3.2)	11 (2.7)
	前頭側頭型認知症 (N= 69)	11 (15.9)	11 (15.9)	43 (62.3)	1 (1.4)	3 (4.3)
	パーキンソン病 (N= 42)	5 (11.9)	16 (38.1)	14 (33.3)	4 (9.5)	3 (7.1)
	頭部外傷後遺症 (N= 35)	8 (22.9)	11 (31.4)	13 (37.1)	0 (0.0)	3 (8.6)
	アルコール依存症 (N= 32)	9 (28.1)	14 (43.8)	5 (15.6)	0 (0.0)	4 (12.5)
	脳腫瘍 (N= 11)	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 6)	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N=168)	22 (13.1)	60 (35.7)	66 (39.3)	10 (6.0)	10 (6.0)
	全 体 (N=1092)	172 (15.8)	383 (35.1)	452 (41.4)	32 (2.9)	53 (4.9)

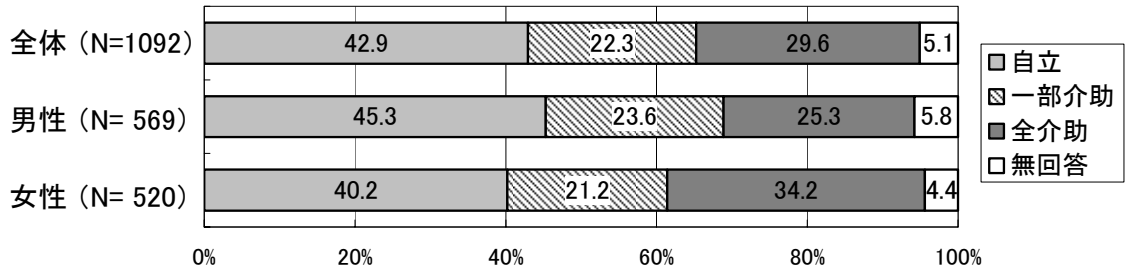


図 9： 日常生活動作 歩行

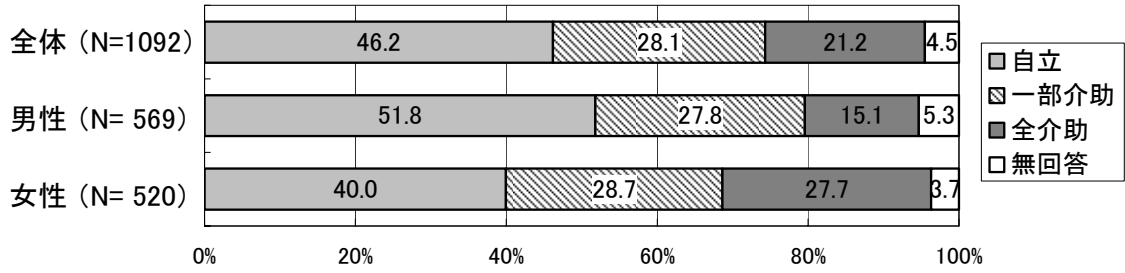


図 9： 日常生活動作 食事

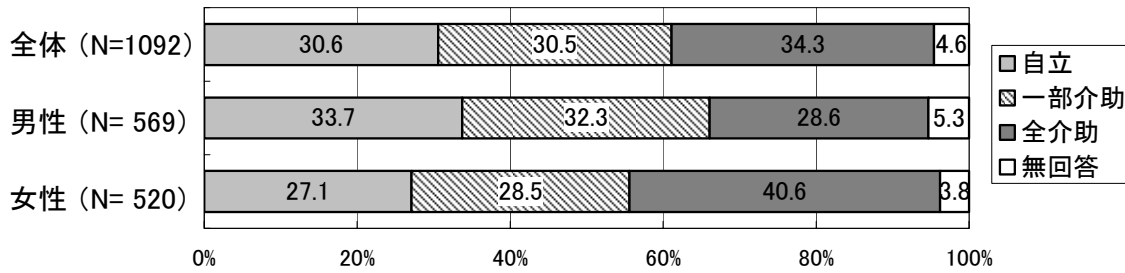


図 9： 日常生活動作 排泄

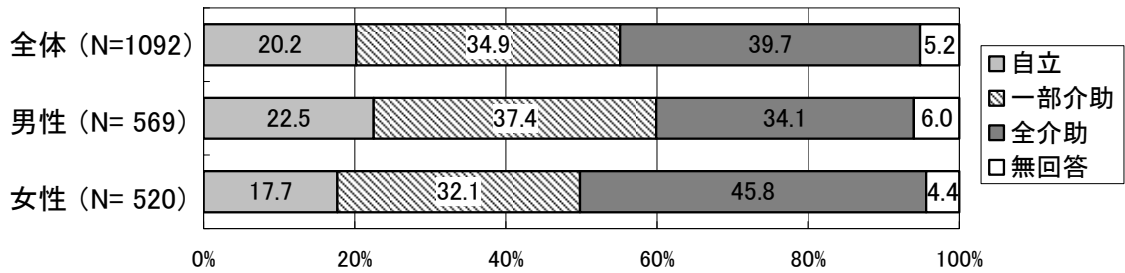


図 9： 日常生活動作 入浴

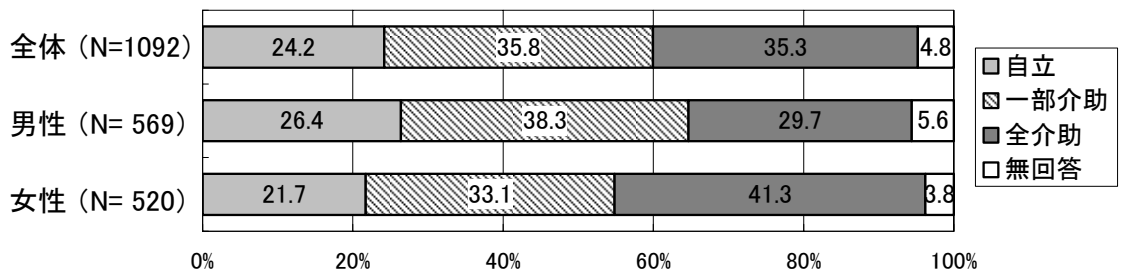


図 9： 日常生活動作 着脱衣

表 15(1)：施設別の若年認知症患者の日常生活動作(その1)

施設種類	歩行				食事				排泄			
	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	92 (26.8)	79 (23.0)	153 (44.6)	19 (5.5)	129 (37.6)	97 (28.3)	101 (29.4)	16 (4.7)	60 (17.5)	108 (31.5)	160 (46.6)	15 (4.4)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	19 (15.4)	21 (17.1)	77 (62.6)	6 (4.9)	27 (22.0)	30 (24.4)	61 (49.6)	5 (4.1)	6 (4.9)	24 (19.5)	88 (71.5)	5 (4.1)
2.介護老人保健施設 (N=156)	42 (26.9)	38 (24.4)	68 (43.6)	8 (5.1)	68 (43.6)	48 (30.8)	35 (22.4)	5 (3.2)	34 (21.8)	55 (35.3)	62 (39.7)	5 (3.2)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	2 (40.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	1 (8.3)	8 (66.7)	3 (25.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	6 (50.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	2 (16.7)	7 (58.3)	3 (25.0)	0 (0.0)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	27 (58.7)	10 (21.7)	4 (8.7)	5 (10.9)	27 (58.7)	10 (21.7)	3 (6.5)	6 (13.0)	15 (32.6)	19 (41.3)	7 (15.2)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	24 (42.9)	17 (30.4)	13 (23.2)	2 (3.6)	25 (44.6)	19 (33.9)	11 (19.6)	1 (1.8)	13 (23.2)	24 (42.9)	18 (32.1)	1 (1.8)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	5 (71.4)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	21 (52.5)	8 (20.0)	11 (27.5)	0 (0.0)	21 (52.5)	9 (22.5)	10 (25.0)	0 (0.0)	9 (22.5)	15 (37.5)	16 (40.0)	0 (0.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	214 (58.0)	57 (15.4)	76 (20.6)	22 (6.0)	198 (53.7)	92 (24.9)	59 (16.0)	20 (5.4)	153 (41.5)	105 (28.5)	89 (24.1)	22 (6.0)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	170 (66.9)	35 (13.8)	40 (15.7)	9 (3.5)	149 (58.7)	67 (26.4)	30 (11.8)	8 (3.1)	116 (45.7)	78 (30.7)	50 (19.7)	10 (3.9)
精神科のみの病院 (N= 52)	35 (67.3)	9 (17.3)	6 (11.5)	2 (3.8)	33 (63.5)	13 (25.0)	5 (9.6)	1 (1.9)	20 (38.5)	18 (34.6)	13 (25.0)	1 (1.9)
一般病院、総合病院 (N=202)	135 (66.8)	26 (12.9)	34 (16.8)	7 (3.5)	116 (57.4)	54 (26.7)	25 (12.4)	7 (3.5)	96 (47.5)	60 (29.7)	37 (18.3)	9 (4.5)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	44 (39.3)	21 (18.8)	34 (30.4)	13 (11.6)	48 (42.9)	25 (22.3)	27 (24.1)	12 (10.7)	36 (32.1)	27 (24.1)	37 (33.0)	12 (10.7)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	5 (83.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	34 (39.1)	13 (14.9)	29 (33.3)	11 (12.6)	33 (37.9)	18 (20.7)	26 (29.9)	10 (11.5)	28 (32.2)	16 (18.4)	34 (39.1)	9 (10.3)
その他 (N= 19)	5 (26.3)	8 (42.1)	4 (21.1)	2 (10.5)	12 (63.2)	4 (21.1)	1 (5.3)	2 (10.5)	5 (26.3)	9 (47.4)	2 (10.5)	3 (15.8)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	139 (42.9)	91 (28.1)	81 (25.0)	13 (4.0)	153 (47.2)	99 (30.6)	60 (18.5)	12 (3.7)	108 (33.3)	96 (29.6)	108 (33.3)	12 (3.7)
1.保健所 (N= 7)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	5 (71.4)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	2 (28.6)
3.福祉事務所 (N= 24)	12 (50.0)	5 (20.8)	7 (29.2)	0 (0.0)	14 (58.3)	2 (8.3)	8 (33.3)	0 (0.0)	10 (41.7)	2 (8.3)	12 (50.0)	0 (0.0)
4.市町村保健センター (N= 20)	13 (65.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	13 (65.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	5 (25.0)	6 (30.0)	9 (45.0)	0 (0.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	20 (83.3)	2 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	18 (75.0)	5 (20.8)	0 (0.0)	1 (4.2)	16 (66.7)	5 (20.8)	2 (8.3)	1 (4.2)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	94 (37.8)	78 (31.3)	67 (26.9)	10 (4.0)	108 (43.4)	85 (34.1)	47 (18.9)	9 (3.6)	77 (30.9)	79 (31.7)	84 (33.7)	9 (3.6)
合計 (N=1092)	469 (42.9)	244 (22.3)	323 (29.6)	56 (5.1)	505 (46.2)	307 (28.1)	231 (21.2)	49 (4.5)	334 (30.6)	333 (30.5)	375 (34.3)	50 (4.6)

表 15(2)：施設別の若年認知症患者の日常生活動作(その2)

施設種類	入浴				着脱衣			
	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	18 (5.2)	128 (37.3)	180 (52.5)	17 (5.0)	39 (11.4)	122 (35.6)	166 (48.4)	16 (4.7)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	0 (0.0)	26 (21.1)	92 (74.8)	5 (4.1)	3 (2.4)	29 (23.6)	85 (69.1)	6 (4.9)
2.介護老人保健施設 (N=156)	9 (5.8)	66 (42.3)	76 (48.7)	5 (3.2)	18 (11.5)	62 (39.7)	71 (45.5)	5 (3.2)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	1 (8.3)	8 (66.7)	3 (25.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	7 (58.3)	3 (25.0)	0 (0.0)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	6 (13.0)	25 (54.3)	8 (17.4)	7 (15.2)	13 (28.3)	22 (47.8)	6 (13.0)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	8 (14.3)	24 (42.9)	21 (37.5)	3 (5.4)	12 (21.4)	25 (44.6)	17 (30.4)	2 (3.6)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	2 (28.6)	3 (42.9)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	5 (12.5)	16 (40.0)	18 (45.0)	1 (2.5)	7 (17.5)	17 (42.5)	15 (37.5)	1 (2.5)
C. 病院、診療所など (N=369)	132 (35.8)	105 (28.5)	110 (29.8)	22 (6.0)	136 (36.9)	116 (31.4)	95 (25.7)	22 (6.0)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	100 (39.4)	81 (31.9)	63 (24.8)	10 (3.9)	105 (41.3)	87 (34.3)	52 (20.5)	10 (3.9)
精神科のみの病院 (N= 52)	17 (32.7)	19 (36.5)	15 (28.8)	1 (1.9)	19 (36.5)	22 (42.3)	10 (19.2)	1 (1.9)
一般病院、総合病院 (N=202)	83 (41.1)	62 (30.7)	48 (23.8)	9 (4.5)	86 (42.6)	65 (32.2)	42 (20.8)	9 (4.5)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	31 (27.7)	24 (21.4)	45 (40.2)	12 (10.7)	31 (27.7)	28 (25.0)	41 (36.6)	12 (10.7)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	22 (25.3)	18 (20.7)	37 (42.5)	10 (11.5)	22 (25.3)	21 (24.1)	34 (39.1)	10 (11.5)
その他 (N= 19)	6 (31.6)	4 (21.1)	7 (36.8)	2 (10.5)	6 (31.6)	4 (21.1)	7 (36.8)	2 (10.5)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	63 (19.4)	124 (38.3)	122 (37.7)	15 (4.6)	77 (23.8)	128 (39.5)	107 (33.0)	12 (3.7)
1.保健所 (N= 7)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	5 (71.4)	0 (0.0)	2 (28.6)
3.福祉事務所 (N= 24)	7 (29.2)	6 (25.0)	11 (45.8)	0 (0.0)	9 (37.5)	6 (25.0)	9 (37.5)	0 (0.0)
4.市町村保健センター (N= 20)	6 (30.0)	7 (35.0)	7 (35.0)	0 (0.0)	6 (30.0)	7 (35.0)	7 (35.0)	0 (0.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	14 (58.3)	5 (20.8)	3 (12.5)	2 (8.3)	15 (62.5)	6 (25.0)	2 (8.3)	1 (4.2)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	36 (14.5)	102 (41.0)	100 (40.2)	11 (4.4)	47 (18.9)	104 (41.8)	89 (35.7)	9 (3.6)
合計 (N=1092)	221 (20.2)	381 (34.9)	433 (39.7)	57 (5.2)	264 (24.2)	391 (35.8)	385 (35.3)	52 (4.8)

表 16(1)：原因疾患別の若年認知症患者の日常生活動作(その1)

性別・主病名	歩行				食事				排泄				
	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答	
男	血管性認知症 (N=258)	89 (34.5)	69 (26.7)	85 (32.9)	15 (5.8)	134 (51.9)	81 (31.4)	30 (11.6)	13 (5.0)	77 (29.8)	93 (36.0)	74 (28.7)	14 (5.4)
	アルツハイマー病 (N=152)	96 (63.2)	23 (15.1)	27 (17.8)	6 (3.9)	75 (49.3)	35 (23.0)	35 (23.0)	7 (4.6)	63 (41.4)	36 (23.7)	47 (30.9)	6 (3.9)
	前頭側頭型認知症 (N= 28)	16 (57.1)	5 (17.9)	5 (17.9)	2 (7.1)	15 (53.6)	6 (21.4)	5 (17.9)	2 (7.1)	8 (28.6)	8 (28.6)	10 (35.7)	2 (7.1)
	パーキンソン病 (N= 23)	1 (4.3)	12 (52.2)	9 (39.1)	1 (4.3)	8 (34.8)	6 (26.1)	8 (34.8)	1 (4.3)	2 (8.7)	11 (47.8)	9 (39.1)	1 (4.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 23)	12 (52.2)	9 (39.1)	0 (0.0)	2 (8.7)	13 (56.5)	8 (34.8)	0 (0.0)	2 (8.7)	9 (39.1)	11 (47.8)	1 (4.3)	2 (8.7)
	アルコール依存症 (N= 27)	19 (70.4)	2 (7.4)	3 (11.1)	3 (11.1)	20 (74.1)	2 (7.4)	2 (7.4)	3 (11.1)	17 (63.0)	4 (14.8)	3 (11.1)	3 (11.1)
	脳腫瘍 (N= 5)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 4)	2 (50.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 92)	42 (45.7)	21 (22.8)	22 (23.9)	7 (7.6)	48 (52.2)	29 (31.5)	9 (9.8)	6 (6.5)	28 (30.4)	33 (35.9)	25 (27.2)	6 (6.5)
	全 体 (N=569)	258 (45.3)	134 (23.6)	144 (25.3)	33 (5.8)	295 (51.8)	158 (27.8)	86 (15.1)	30 (5.3)	192 (33.7)	184 (32.3)	163 (28.6)	30 (5.3)
女	血管性認知症 (N=141)	40 (28.4)	46 (32.6)	48 (34.0)	7 (5.0)	68 (48.2)	51 (36.2)	17 (12.1)	5 (3.5)	38 (27.0)	57 (40.4)	41 (29.1)	5 (3.5)
	アルツハイマー病 (N=254)	124 (48.8)	36 (14.2)	85 (33.5)	9 (3.5)	93 (36.6)	64 (25.2)	89 (35.0)	8 (3.1)	73 (28.7)	58 (22.8)	114 (44.9)	9 (3.5)
	前頭側頭型認知症 (N= 41)	20 (48.8)	10 (24.4)	9 (22.0)	2 (4.9)	15 (36.6)	10 (24.4)	14 (34.1)	2 (4.9)	10 (24.4)	11 (26.8)	18 (43.9)	2 (4.9)
	パーキンソン病 (N= 19)	1 (5.3)	7 (36.8)	10 (52.6)	1 (5.3)	3 (15.8)	7 (36.8)	8 (42.1)	1 (5.3)	0 (0.0)	6 (31.6)	12 (63.2)	1 (5.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 11)	2 (18.2)	3 (27.3)	6 (54.5)	0 (0.0)	4 (36.4)	3 (27.3)	4 (36.4)	0 (0.0)	4 (36.4)	1 (9.1)	6 (54.5)	0 (0.0)
	アルコール依存症 (N= 5)	1 (20.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)
	脳腫瘍 (N= 6)	2 (33.3)	0 (0.0)	3 (50.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 2)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 76)	20 (26.3)	14 (18.4)	38 (50.0)	4 (5.3)	25 (32.9)	18 (23.7)	30 (39.5)	3 (3.9)	14 (18.4)	18 (23.7)	41 (53.9)	3 (3.9)
	全 体 (N=520)	209 (40.2)	110 (21.2)	178 (34.2)	23 (4.4)	208 (40.0)	149 (28.7)	144 (27.7)	19 (3.7)	141 (27.1)	148 (28.5)	211 (40.6)	20 (3.8)
合 計	血管性認知症 (N=399)	129 (32.3)	115 (28.8)	133 (33.3)	22 (5.5)	202 (50.6)	132 (33.1)	47 (11.8)	18 (4.5)	115 (28.8)	150 (37.6)	115 (28.8)	19 (4.8)
	アルツハイマー病 (N=408)	221 (54.2)	59 (14.5)	113 (27.7)	15 (3.7)	169 (41.4)	99 (24.3)	125 (30.6)	15 (3.7)	137 (33.6)	94 (23.0)	162 (39.7)	15 (3.7)
	前頭側頭型認知症 (N= 69)	36 (52.2)	15 (21.7)	14 (20.3)	4 (5.8)	30 (43.5)	16 (23.2)	19 (27.5)	4 (5.8)	18 (26.1)	19 (27.5)	28 (40.6)	4 (5.8)
	パーキンソン病 (N= 42)	2 (4.8)	19 (45.2)	19 (45.2)	2 (4.8)	11 (26.2)	13 (31.0)	16 (38.1)	2 (4.8)	2 (4.8)	17 (40.5)	21 (50.0)	2 (4.8)
	頭部外傷後遺症 (N= 35)	15 (42.9)	12 (34.3)	6 (17.1)	2 (5.7)	18 (51.4)	11 (31.4)	4 (11.4)	2 (5.7)	13 (37.1)	13 (37.1)	7 (20.0)	2 (5.7)
	アルコール依存症 (N= 32)	20 (62.5)	4 (12.5)	5 (15.6)	3 (9.4)	22 (68.8)	4 (12.5)	3 (9.4)	3 (9.4)	17 (53.1)	7 (21.9)	5 (15.6)	3 (9.4)
	脳腫瘍 (N= 11)	3 (27.3)	0 (0.0)	7 (63.6)	1 (9.1)	3 (27.3)	3 (27.3)	5 (45.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	0 (0.0)
	感染症 (N= 6)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N=168)	62 (36.9)	35 (20.8)	60 (35.7)	11 (6.5)	73 (43.5)	47 (28.0)	39 (23.2)	9 (5.4)	42 (25.0)	51 (30.4)	66 (39.3)	9 (5.4)
	全 体 (N=1092)	469 (42.9)	244 (22.3)	323 (29.6)	56 (5.1)	505 (46.2)	307 (28.1)	231 (21.2)	49 (4.5)	334 (30.6)	333 (30.5)	375 (34.3)	50 (4.6)

表 16(2)：原因疾患別の若年認知症患者の日常生活動作(その2)

性別・主病名	入浴				着脱衣				
	自立	一部介助	全介助	無回答	自立	一部介助	全介助	無回答	
男	血管性認知症 (N=258)	40 (15.5)	110 (42.6)	93 (36.0)	15 (5.8)	50 (19.4)	115 (44.6)	78 (30.2)	15 (5.8)
	アルツハイマー病 (N=152)	45 (29.6)	50 (32.9)	51 (33.6)	6 (3.9)	47 (30.9)	50 (32.9)	49 (32.2)	6 (3.9)
	前頭側頭型認知症 (N= 28)	6 (21.4)	9 (32.1)	10 (35.7)	3 (10.7)	8 (28.6)	7 (25.0)	10 (35.7)	3 (10.7)
	パーキンソン病 (N= 23)	2 (8.7)	10 (43.5)	10 (43.5)	1 (4.3)	2 (8.7)	12 (52.2)	8 (34.8)	1 (4.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 23)	7 (30.4)	11 (47.8)	3 (13.0)	2 (8.7)	6 (26.1)	12 (52.2)	3 (13.0)	2 (8.7)
	アルコール依存症 (N= 27)	15 (55.6)	6 (22.2)	3 (11.1)	3 (11.1)	16 (59.3)	4 (14.8)	4 (14.8)	3 (11.1)
	脳腫瘍 (N= 5)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 4)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 92)	17 (18.5)	36 (39.1)	32 (34.8)	7 (7.6)	25 (27.2)	36 (39.1)	25 (27.2)	6 (6.5)
	全 体 (N=569)	128 (22.5)	213 (37.4)	194 (34.1)	34 (6.0)	150 (26.4)	218 (38.3)	169 (29.7)	32 (5.6)
女	血管性認知症 (N=141)	19 (13.5)	64 (45.4)	52 (36.9)	6 (4.3)	28 (19.9)	59 (41.8)	48 (34.0)	6 (4.3)
	アルツハイマー病 (N=254)	52 (20.5)	68 (26.8)	125 (49.2)	9 (3.5)	57 (22.4)	76 (29.9)	113 (44.5)	8 (3.1)
	前頭側頭型認知症 (N= 41)	8 (19.5)	11 (26.8)	20 (48.8)	2 (4.9)	7 (17.1)	15 (36.6)	17 (41.5)	2 (4.9)
	パーキンソン病 (N= 19)	0 (0.0)	7 (36.8)	11 (57.9)	1 (5.3)	1 (5.3)	6 (31.6)	11 (57.9)	1 (5.3)
	頭部外傷後遺症 (N= 11)	2 (18.2)	1 (9.1)	7 (63.6)	1 (9.1)	3 (27.3)	1 (9.1)	7 (63.6)	0 (0.0)
	アルコール依存症 (N= 5)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)
	脳腫瘍 (N= 6)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	0 (0.0)
	感染症 (N= 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N= 76)	10 (13.2)	17 (22.4)	43 (56.6)	6 (7.9)	13 (17.1)	19 (25.0)	41 (53.9)	3 (3.9)
	全 体 (N=520)	92 (17.7)	167 (32.1)	238 (45.8)	23 (4.4)	113 (21.7)	172 (33.1)	215 (41.3)	20 (3.8)
合 計	血管性認知症 (N=399)	59 (14.8)	174 (43.6)	145 (36.3)	21 (5.3)	78 (19.5)	174 (43.6)	126 (31.6)	21 (5.3)
	アルツハイマー病 (N=408)	98 (24.0)	118 (28.9)	177 (43.4)	15 (3.7)	105 (25.7)	126 (30.9)	163 (40.0)	14 (3.4)
	前頭側頭型認知症 (N= 69)	14 (20.3)	20 (29.0)	30 (43.5)	5 (7.2)	15 (21.7)	22 (31.9)	27 (39.1)	5 (7.2)
	パーキンソン病 (N= 42)	2 (4.8)	17 (40.5)	21 (50.0)	2 (4.8)	3 (7.1)	18 (42.9)	19 (45.2)	2 (4.8)
	頭部外傷後遺症 (N= 35)	9 (25.7)	13 (37.1)	10 (28.6)	3 (8.6)	9 (25.7)	14 (40.0)	10 (28.6)	2 (5.7)
	アルコール依存症 (N= 32)	15 (46.9)	9 (28.1)	5 (15.6)	3 (9.4)	16 (50.0)	7 (21.9)	6 (18.8)	3 (9.4)
	脳腫瘍 (N= 11)	1 (9.1)	2 (18.2)	8 (72.7)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	0 (0.0)
	感染症 (N= 6)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	6 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他 (N=168)	27 (16.1)	53 (31.5)	75 (44.6)	13 (7.7)	38 (22.6)	55 (32.7)	66 (39.3)	9 (5.4)
	全 体 (N=1092)	221 (20.2)	381 (34.9)	433 (39.7)	57 (5.2)	264 (24.2)	391 (35.8)	385 (35.3)	52 (4.8)

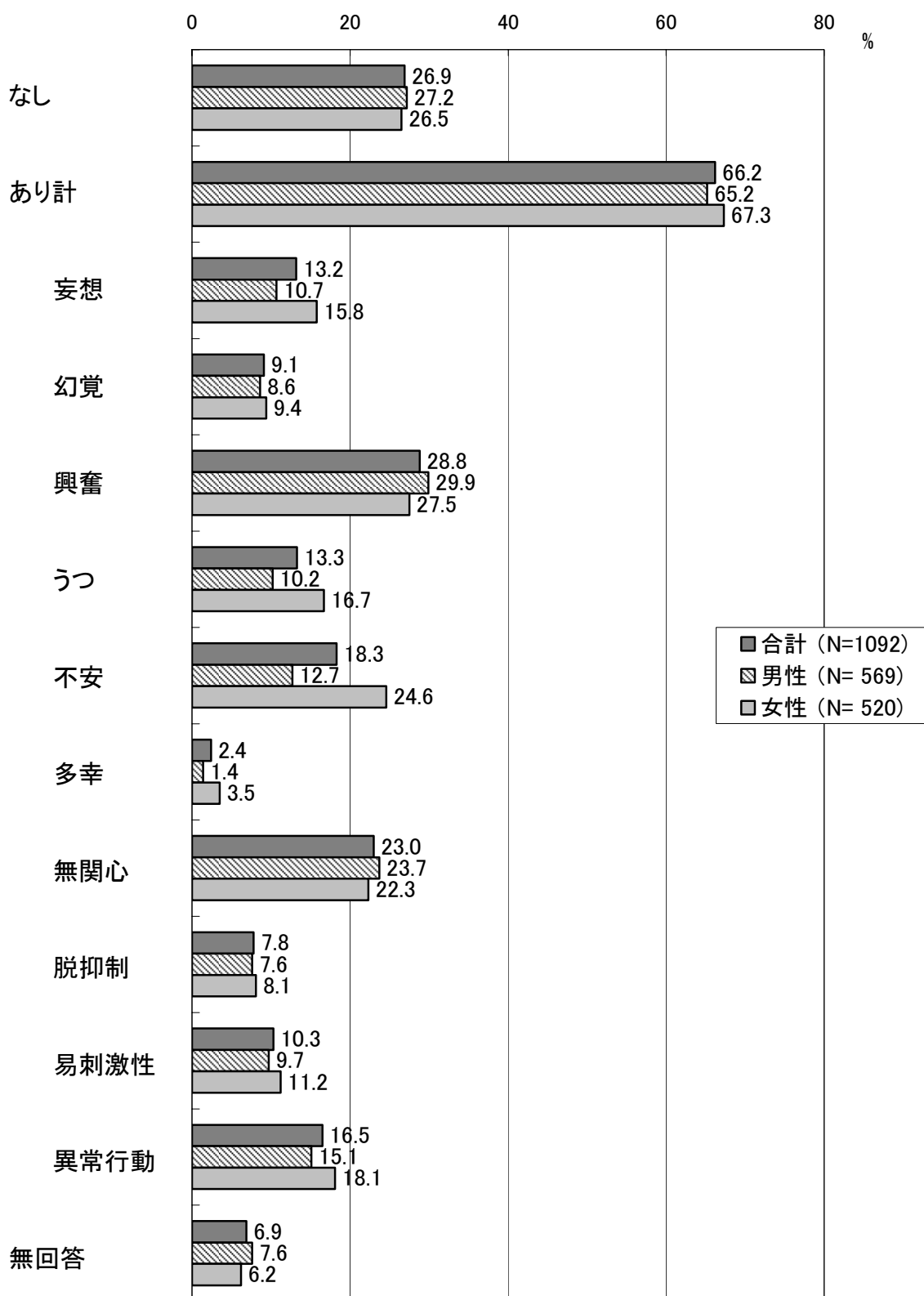


図 10: BPSD の有無と具体的症状

表 17: 施設別の若年認知症患者の BPSD

施設種類	なし	あり計												無回答
		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易刺激性	異常行動	無回答		
A. 老人保健施設など (N=343)	89 (25.9)	227 (66.2)	38 (11.1)	24 (7.0)	106 (30.9)	50 (14.6)	60 (17.5)	9 (2.6)	78 (22.7)	21 (6.1)	25 (7.3)	54 (15.7)	2 (0.6)	27 (7.9)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	36 (29.3)	78 (63.4)	13 (10.6)	10 (8.1)	38 (30.9)	14 (11.4)	16 (13.0)	4 (3.3)	32 (26.0)	4 (3.3)	8 (6.5)	16 (13.0)	1 (0.8)	9 (7.3)
2.介護老人保健施設 (N=156)	43 (27.6)	103 (66.0)	14 (9.0)	11 (7.1)	44 (28.2)	20 (12.8)	21 (13.5)	4 (2.6)	32 (20.5)	12 (7.7)	12 (7.7)	26 (16.7)	1 (0.6)	10 (6.4)
3.養護老人ホーム (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	2 (16.7)	8 (66.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	4 (33.3)	5 (41.7)	5 (41.7)	0 (0.0)	2 (16.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	0 (0.0)	2 (16.7)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	7 (15.2)	33 (71.7)	10 (21.7)	3 (6.5)	17 (37.0)	10 (21.7)	15 (32.6)	1 (2.2)	11 (23.9)	4 (8.7)	3 (6.5)	8 (17.4)	0 (0.0)	6 (13.0)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	10 (17.9)	43 (76.8)	14 (25.0)	10 (17.9)	21 (37.5)	11 (19.6)	21 (37.5)	0 (0.0)	14 (25.0)	5 (8.9)	7 (12.5)	7 (12.5)	0 (0.0)	3 (5.4)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	3 (60.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	0 (0.0)	6 (85.7)	2 (28.6)	0 (0.0)	2 (28.6)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	4 (42.9)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	7 (17.5)	32 (80.0)	10 (25.0)	9 (22.5)	15 (37.5)	8 (20.0)	16 (40.0)	0 (0.0)	12 (30.0)	3 (7.5)	3 (7.5)	6 (15.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
C. 病院、診療所など (N=369)	115 (31.2)	231 (62.6)	35 (9.5)	27 (7.3)	90 (24.4)	30 (8.1)	46 (12.5)	11 (3.0)	96 (26.0)	36 (9.8)	46 (12.5)	60 (16.3)	1 (0.3)	23 (6.2)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	77 (30.3)	166 (65.4)	29 (11.4)	20 (7.9)	59 (23.2)	17 (6.7)	33 (13.0)	6 (2.4)	73 (28.7)	32 (12.6)	33 (13.0)	38 (15.0)	1 (0.4)	11 (4.3)
精神科のみの病院 (N= 52)	15 (28.8)	35 (67.3)	5 (9.6)	3 (5.8)	14 (26.9)	3 (5.8)	5 (9.6)	0 (0.0)	14 (26.9)	9 (17.3)	6 (11.5)	8 (15.4)	0 (0.0)	2 (3.8)
一般病院、総合病院 (N=202)	62 (30.7)	131 (64.9)	24 (11.9)	17 (8.4)	45 (22.3)	14 (6.9)	28 (13.9)	6 (3.0)	59 (29.2)	23 (11.4)	27 (13.4)	30 (14.9)	1 (0.5)	9 (4.5)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	36 (32.1)	64 (57.1)	6 (5.4)	6 (5.4)	31 (27.7)	13 (11.6)	13 (11.6)	5 (4.5)	23 (20.5)	4 (3.6)	13 (11.6)	21 (18.8)	0 (0.0)	12 (10.7)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)
内科 (N= 87)	26 (29.9)	52 (59.8)	5 (5.7)	3 (3.4)	23 (26.4)	9 (10.3)	10 (11.5)	5 (5.7)	22 (25.3)	4 (4.6)	10 (11.5)	18 (20.7)	0 (0.0)	9 (10.3)
その他 (N= 19)	7 (36.8)	10 (52.6)	1 (5.3)	3 (15.8)	6 (31.6)	4 (21.1)	3 (15.8)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	2 (10.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	2 (10.5)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	80 (24.7)	222 (68.5)	57 (17.6)	38 (11.7)	98 (30.2)	54 (16.7)	73 (22.5)	6 (1.9)	63 (19.4)	23 (7.1)	35 (10.8)	54 (16.7)	1 (0.3)	22 (6.8)
1.保健所 (N= 7)	2 (28.6)	3 (42.9)	3 (42.9)	2 (28.6)	1 (14.3)	3 (42.9)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	2 (28.6)
3.福祉事務所 (N= 24)	8 (33.3)	13 (54.2)	5 (20.8)	3 (12.5)	2 (8.3)	3 (12.5)	2 (8.3)	1 (4.2)	2 (8.3)	0 (0.0)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0.0)	3 (12.5)
4.市町村保健センター (N= 20)	6 (30.0)	14 (70.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	6 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	7 (29.2)	16 (66.7)	4 (16.7)	2 (8.3)	6 (25.0)	6 (25.0)	8 (33.3)	0 (0.0)	4 (16.7)	0 (0.0)	1 (4.2)	2 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	57 (22.9)	176 (70.7)	43 (17.3)	26 (10.4)	82 (32.9)	40 (16.1)	60 (24.1)	5 (2.0)	53 (21.3)	20 (8.0)	27 (10.8)	43 (17.3)	0 (0.0)	16 (6.4)
合計 (N=1092)	294 (26.9)	723 (66.2)	144 (13.2)	99 (9.1)	315 (28.8)	145 (13.3)	200 (18.3)	26 (2.4)	251 (23.0)	85 (7.8)	113 (10.3)	180 (16.5)	4 (0.4)	75 (6.9)

表 18: 原因疾患別の若年認知症患者の BPSD

性別・主病名	なし	あり計											無回答	
		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易刺激性	異常行動	無回答		
血管性認知症 (N=258)	78 (30.2)	161 (62.4)	27 (10.5)	11 (4.3)	91 (35.3)	24 (9.3)	26 (10.1)	3 (1.2)	53 (20.5)	17 (6.6)	19 (7.4)	28 (10.9)	0 (0.0)	19 (7.4)
アルツハイマー病 (N=152)	35 (23.0)	110 (72.4)	15 (9.9)	20 (13.2)	45 (29.6)	16 (10.5)	21 (13.8)	2 (1.3)	49 (32.2)	10 (6.6)	20 (13.2)	28 (18.4)	0 (0.0)	7 (4.6)
前頭側頭型認知症 (N= 28)	3 (10.7)	22 (78.6)	1 (3.6)	1 (3.6)	5 (17.9)	0 (0.0)	3 (10.7)	1 (3.6)	10 (35.7)	5 (17.9)	5 (17.9)	8 (28.6)	0 (0.0)	3 (10.7)
パーキンソン病 (N= 23)	8 (34.8)	13 (56.5)	5 (21.7)	7 (30.4)	2 (8.7)	2 (8.7)	2 (8.7)	0 (0.0)	4 (17.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (17.4)	1 (4.3)	2 (8.7)
頭部外傷後遺症 (N= 23)	5 (21.7)	15 (65.2)	3 (13.0)	3 (13.0)	7 (30.4)	0 (0.0)	2 (8.7)	0 (0.0)	3 (13.0)	3 (13.0)	2 (8.7)	5 (21.7)	0 (0.0)	3 (13.0)
アルコール依存症 (N= 27)	6 (22.2)	19 (70.4)	4 (14.8)	2 (7.4)	7 (25.9)	6 (22.2)	5 (18.5)	1 (3.7)	3 (11.1)	2 (7.4)	4 (14.8)	3 (11.1)	0 (0.0)	2 (7.4)
脳腫瘍 (N= 5)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
感染症 (N= 4)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他 (N= 92)	29 (31.5)	56 (60.9)	8 (8.7)	8 (8.7)	26 (28.3)	11 (12.0)	17 (18.5)	1 (1.1)	21 (22.8)	11 (12.0)	10 (10.9)	14 (15.2)	0 (0.0)	7 (7.6)
全 体 (N=569)	155 (27.2)	371 (65.2)	61 (10.7)	49 (8.6)	170 (29.9)	58 (10.2)	72 (12.7)	8 (1.4)	135 (23.7)	43 (7.6)	55 (9.7)	86 (15.1)	1 (0.2)	43 (7.6)
血管性認知症 (N=141)	40 (28.4)	91 (64.5)	18 (12.8)	10 (7.1)	33 (23.4)	27 (19.1)	31 (22.0)	7 (5.0)	26 (18.4)	7 (5.0)	15 (10.6)	19 (13.5)	1 (0.7)	10 (7.1)
アルツハイマー病 (N=254)	73 (28.7)	168 (66.1)	39 (15.4)	28 (11.0)	75 (29.5)	37 (14.6)	65 (25.6)	9 (3.5)	62 (24.4)	13 (5.1)	24 (9.4)	53 (20.9)	3 (1.2)	13 (5.1)
前頭側頭型認知症 (N= 41)	3 (7.3)	37 (90.2)	6 (14.6)	3 (7.3)	17 (41.5)	3 (7.3)	9 (22.0)	2 (4.9)	12 (29.3)	14 (34.1)	13 (31.7)	14 (34.1)	0 (0.0)	1 (2.4)
パーキンソン病 (N= 19)	5 (26.3)	13 (68.4)	4 (21.1)	2 (10.5)	3 (15.8)	8 (42.1)	5 (26.3)	0 (0.0)	6 (31.6)	3 (15.8)	2 (10.5)	2 (10.5)	0 (0.0)	1 (5.3)
頭部外傷後遺症 (N= 11)	4 (36.4)	7 (63.6)	2 (18.2)	1 (9.1)	4 (36.4)	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0.0)	3 (27.3)	3 (27.3)	1 (9.1)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
アルコール依存症 (N= 5)	0 (0.0)	5 (100.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
脳腫瘍 (N= 6)	3 (50.0)	3 (50.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
感染症 (N= 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他 (N= 76)	17 (22.4)	52 (68.4)	15 (19.7)	11 (14.5)	23 (30.3)	15 (19.7)	18 (23.7)	2 (2.6)	12 (15.8)	7 (9.2)	7 (9.2)	10 (13.2)	0 (0.0)	7 (9.2)
全 体 (N=520)	138 (26.5)	350 (67.3)	82 (15.8)	49 (9.4)	143 (27.5)	87 (16.7)	128 (24.6)	18 (3.5)	116 (22.3)	42 (8.1)	58 (11.2)	94 (18.1)	3 (0.6)	32 (6.2)
血管性認知症 (N=399)	118 (29.6)	252 (63.2)	45 (11.3)	21 (5.3)	124 (31.1)	51 (12.8)	57 (14.3)	10 (2.5)	79 (19.8)	24 (6.0)	34 (8.5)	47 (11.8)	1 (0.3)	29 (7.3)
アルツハイマー病 (N=408)	109 (26.7)	279 (68.4)	55 (13.5)	48 (11.8)	121 (29.7)	53 (13.0)	86 (21.1)	11 (2.7)	111 (27.2)	23 (5.6)	44 (10.8)	81 (19.9)	3 (0.7)	20 (4.9)
前頭側頭型認知症 (N= 69)	6 (8.7)	59 (85.5)	7 (10.1)	4 (5.8)	22 (31.9)	3 (4.3)	12 (17.4)	3 (4.3)	22 (31.9)	19 (27.5)	18 (26.1)	22 (31.9)	0 (0.0)	4 (5.8)
パーキンソン病 (N= 42)	13 (31.0)	26 (61.9)	9 (21.4)	9 (21.4)	5 (11.9)	10 (23.8)	7 (16.7)	0 (0.0)	10 (23.8)	3 (7.1)	3 (7.1)	6 (14.3)	1 (2.4)	3 (7.1)
頭部外傷後遺症 (N= 35)	9 (25.7)	23 (65.7)	5 (14.3)	5 (14.3)	12 (34.3)	2 (5.7)	4 (11.4)	0 (0.0)	6 (17.1)	4 (11.4)	3 (8.6)	6 (17.1)	0 (0.0)	3 (8.6)
アルコール依存症 (N= 32)	6 (18.8)	24 (75.0)	5 (15.6)	2 (6.3)	9 (28.1)	9 (28.1)	7 (21.9)	1 (3.1)	6 (18.8)	2 (6.3)	4 (12.5)	3 (9.4)	0 (0.0)	2 (6.3)
脳腫瘍 (N= 11)	4 (36.4)	7 (63.6)	1 (9.1)	2 (18.2)	3 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	2 (18.2)	2 (18.2)	3 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
感染症 (N= 6)	1 (16.7)	5 (83.3)	3 (50.0)	1 (16.7)	4 (66.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他 (N=168)	46 (27.4)	108 (64.3)	23 (13.7)	19 (11.3)	49 (29.2)	26 (15.5)	35 (20.8)	3 (1.8)	33 (19.6)	18 (10.7)	17 (10.1)	24 (14.3)	0 (0.0)	14 (8.3)
全 体 (N=1092)	294 (26.9)	723 (66.2)	144 (13.2)	99 (9.1)	315 (28.8)	145 (13.3)	200 (18.3)	26 (2.4)	251 (23.0)	85 (7.8)	113 (10.3)	180 (16.5)	4 (0.4)	75 (6.9)

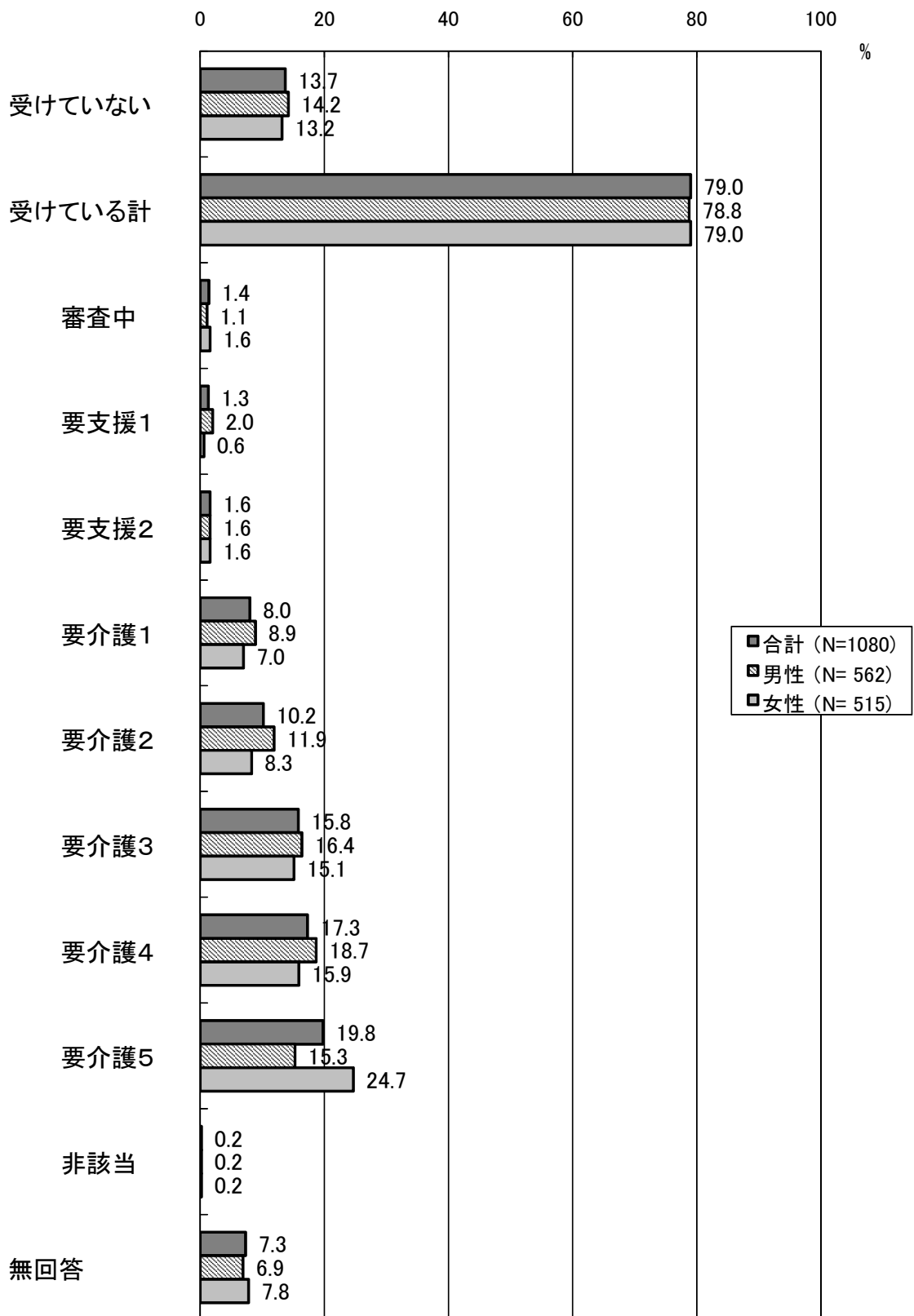


図 11: 介護認定の有無と要支援・要介護認定区分

表 19: 施設別の若年認知症患者の介護認定

施設種類	受けていない	受けている計										無回答	
		審査中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非該当	無回答		
A. 老人保健施設など (N=343)	1 (0.3)	329 (95.9)	1 (0.3)	2 (0.6)	3 (0.9)	26 (7.6)	39 (11.4)	57 (16.6)	89 (25.9)	107 (31.2)	0 (0.0)	5 (1.5)	13 (3.8)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	0 (0.0)	120 (97.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	3 (2.4)	4 (3.3)	17 (13.8)	31 (25.2)	63 (51.2)	0 (0.0)	1 (0.8)	3 (2.4)
2.介護老人保健施設 (N=156)	0 (0.0)	152 (97.4)	1 (0.6)	2 (1.3)	1 (0.6)	12 (7.7)	22 (14.1)	25 (16.0)	45 (28.8)	40 (25.6)	0 (0.0)	4 (2.6)	4 (2.6)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	0 (0.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	0 (0.0)	11 (91.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	0 (0.0)	41 (89.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)	9 (19.6)	10 (21.7)	10 (21.7)	8 (17.4)	3 (6.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 52)	9 (17.3)	42 (80.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (7.7)	5 (9.6)	11 (21.2)	14 (26.9)	8 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.9)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 4)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	1 (2.5)	39 (97.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (10.0)	5 (12.5)	10 (25.0)	12 (30.0)	8 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
C. 病院、診療所など (N=361)	123 (34.1)	182 (50.4)	10 (2.8)	6 (1.7)	4 (1.1)	18 (5.0)	18 (5.0)	31 (8.6)	24 (6.6)	41 (11.4)	1 (0.3)	29 (8.0)	56 (15.5)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=246)	89 (36.2)	112 (45.5)	10 (4.1)	4 (1.6)	3 (1.2)	9 (3.7)	14 (5.7)	15 (6.1)	15 (6.1)	18 (7.3)	0 (0.0)	24 (9.8)	45 (18.3)
精神科のみの病院 (N= 52)	15 (28.8)	23 (44.2)	5 (9.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (7.7)	1 (1.9)	2 (3.8)	5 (9.6)	2 (3.8)	0 (0.0)	4 (7.7)	14 (26.9)
一般病院、総合病院 (N=194)	74 (38.1)	89 (45.9)	5 (2.6)	4 (2.1)	3 (1.5)	5 (2.6)	13 (6.7)	13 (6.7)	10 (5.2)	16 (8.2)	0 (0.0)	20 (10.3)	31 (16.0)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	31 (27.7)	70 (62.5)	0 (0.0)	2 (1.8)	1 (0.9)	9 (8.0)	4 (3.6)	16 (14.3)	9 (8.0)	23 (20.5)	1 (0.9)	5 (4.5)	11 (9.8)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
内科 (N= 87)	21 (24.1)	57 (65.5)	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (1.1)	8 (9.2)	4 (4.6)	11 (12.6)	6 (6.9)	20 (23.0)	1 (1.1)	5 (5.7)	9 (10.3)
その他 (N= 19)	6 (31.6)	11 (57.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	5 (26.3)	2 (10.5)	3 (15.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.5)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	15 (4.6)	300 (92.6)	4 (1.2)	6 (1.9)	10 (3.1)	38 (11.7)	48 (14.8)	72 (22.2)	60 (18.5)	58 (17.9)	1 (0.3)	3 (0.9)	9 (2.8)
1.保健所 (N= 7)	1 (14.3)	4 (57.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (28.6)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)
3.福祉事務所 (N= 24)	2 (8.3)	22 (91.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (8.3)	4 (16.7)	4 (16.7)	3 (12.5)	2 (8.3)	7 (29.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.市町村保健センター (N= 20)	2 (10.0)	18 (90.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	6 (30.0)	2 (10.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	6 (25.0)	18 (75.0)	1 (4.2)	3 (12.5)	2 (8.3)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)	3 (12.5)	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0.0)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	4 (1.6)	238 (95.6)	3 (1.2)	3 (1.2)	5 (2.0)	28 (11.2)	40 (16.1)	59 (23.7)	52 (20.9)	46 (18.5)	0 (0.0)	2 (0.8)	7 (2.8)
合計 (N=1080)	148 (13.7)	853 (79.0)	15 (1.4)	14 (1.3)	17 (1.6)	86 (8.0)	110 (10.2)	171 (15.8)	187 (17.3)	214 (19.8)	2 (0.2)	37 (3.4)	79 (7.3)

表 20: 性別・年齢別の若年認知症患者の介護認定

性別・年齢	受けていない	受けている計											無回答	
		審査中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非該当	無回答			
男	19歳以下 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	20～29歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	40～49歳 (N= 32)	9 (28.1)	18 (56.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	2 (6.3)	7 (21.9)	4 (12.5)	3 (9.4)	1 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (15.6)
	50～59歳 (N=181)	31 (17.1)	134 (74.0)	1 (0.6)	3 (1.7)	1 (0.6)	17 (9.4)	21 (11.6)	21 (11.6)	40 (22.1)	25 (13.8)	0 (0.0)	5 (2.8)	16 (8.8)
	60～64歳 (N=215)	32 (14.9)	172 (80.0)	5 (2.3)	6 (2.8)	7 (3.3)	19 (8.8)	27 (12.6)	37 (17.2)	29 (13.5)	35 (16.3)	1 (0.5)	6 (2.8)	11 (5.1)
	65歳以上 (N=134)	8 (6.0)	119 (88.8)	0 (0.0)	2 (1.5)	0 (0.0)	12 (9.0)	12 (9.0)	30 (22.4)	33 (24.6)	25 (18.7)	0 (0.0)	5 (3.7)	7 (5.2)
	合計 (N=562)	80 (14.2)	443 (78.8)	6 (1.1)	11 (2.0)	9 (1.6)	50 (8.9)	67 (11.9)	92 (16.4)	105 (18.7)	86 (15.3)	1 (0.2)	16 (2.8)	39 (6.9)
女	19歳以下 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	20～29歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	40～49歳 (N= 19)	5 (26.3)	10 (52.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)	2 (10.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)
	50～59歳 (N=155)	25 (16.1)	116 (74.8)	4 (2.6)	0 (0.0)	3 (1.9)	7 (4.5)	14 (9.0)	20 (12.9)	30 (19.4)	30 (19.4)	0 (0.0)	8 (5.2)	14 (9.0)
	60～64歳 (N=183)	26 (14.2)	146 (79.8)	3 (1.6)	1 (0.5)	4 (2.2)	18 (9.8)	13 (7.1)	34 (18.6)	28 (15.3)	38 (20.8)	0 (0.0)	7 (3.8)	11 (6.0)
	65歳以上 (N=158)	12 (7.6)	135 (85.4)	1 (0.6)	2 (1.3)	0 (0.0)	10 (6.3)	16 (10.1)	20 (12.7)	22 (13.9)	58 (36.7)	0 (0.0)	6 (3.8)	11 (7.0)
	合計 (N=515)	68 (13.2)	407 (79.0)	8 (1.6)	3 (0.6)	8 (1.6)	36 (7.0)	43 (8.3)	78 (15.1)	82 (15.9)	127 (24.7)	1 (0.2)	21 (4.1)	40 (7.8)
合計	19歳以下 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	20～29歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	40～49歳 (N= 51)	14 (27.5)	28 (54.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.9)	3 (5.9)	7 (13.7)	8 (15.7)	5 (9.8)	2 (3.9)	1 (2.0)	0 (0.0)	9 (17.6)
	50～59歳 (N=336)	56 (16.7)	250 (74.4)	5 (1.5)	3 (0.9)	4 (1.2)	24 (7.1)	35 (10.4)	41 (12.2)	70 (20.8)	55 (16.4)	0 (0.0)	13 (3.9)	30 (8.9)
	60～64歳 (N=399)	58 (14.5)	319 (79.9)	9 (2.3)	7 (1.8)	11 (2.8)	37 (9.3)	40 (10.0)	71 (17.8)	57 (14.3)	73 (18.3)	1 (0.3)	13 (3.3)	22 (5.5)
	65歳以上 (N=294)	20 (6.8)	256 (87.1)	1 (0.3)	4 (1.4)	0 (0.0)	22 (7.5)	28 (9.5)	51 (17.3)	55 (18.7)	84 (28.6)	0 (0.0)	11 (3.7)	18 (6.1)
	合計 (N=1080)	148 (13.7)	853 (79.0)	15 (1.4)	14 (1.3)	17 (1.6)	86 (8.0)	110 (10.2)	171 (15.8)	187 (17.3)	214 (19.8)	2 (0.2)	37 (3.4)	79 (7.3)

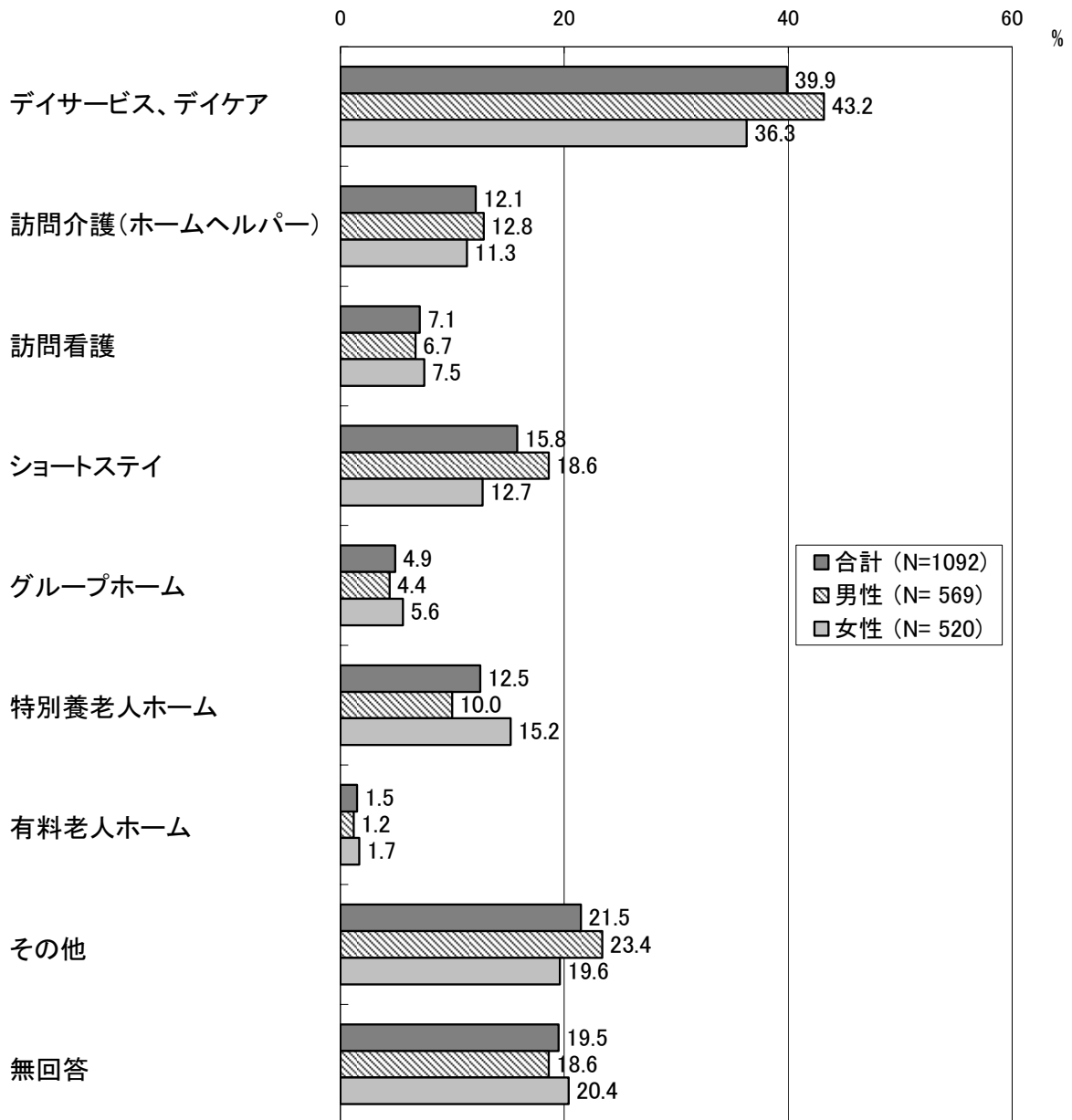


図 12: 現在利用しているサービス

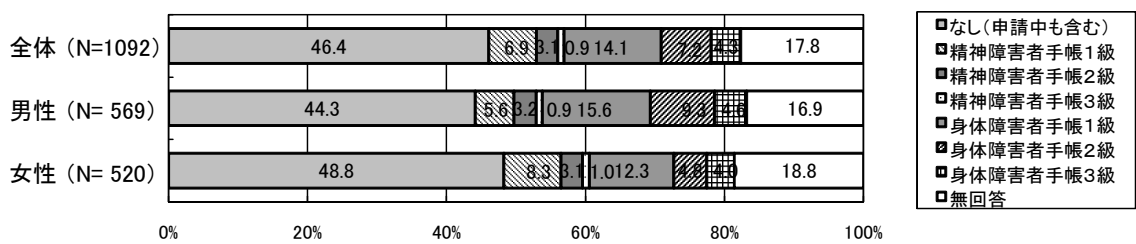


図 13: 障害者手帳の所有状況

表 21: 施設別の若年認知症患者の利用サービス

施設種類	デイサービス、デイケア	訪問介護 (ホームヘルパー)	訪問看護	ショートステイ	グループホーム	特別養老人ホーム	有料老人ホーム	その他	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	92 (26.8)	15 (4.4)	8 (2.3)	45 (13.1)	36 (10.5)	119 (34.7)	7 (2.0)	80 (23.3)	10 (2.9)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	5 (4.1)	1 (0.8)	0 (0.0)	4 (3.3)	0 (0.0)	113 (91.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (3.3)
2.介護老人保健施設 (N=156)	74 (47.4)	10 (6.4)	7 (4.5)	34 (21.8)	0 (0.0)	5 (3.2)	0 (0.0)	77 (49.4)	1 (0.6)
3.養護老人ホーム (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	5 (41.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (58.3)	1 (8.3)	0 (0.0)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	5 (10.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.3)	36 (78.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	38 (67.9)	10 (17.9)	2 (3.6)	15 (26.8)	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (23.2)	3 (5.4)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	1 (20.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	2 (28.6)	3 (42.9)	0 (0.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (50.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	35 (87.5)	6 (15.0)	2 (5.0)	11 (27.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	1 (2.5)
C. 病院、診療所など (N=369)	100 (27.1)	22 (6.0)	21 (5.7)	33 (8.9)	11 (3.0)	8 (2.2)	3 (0.8)	64 (17.3)	168 (45.5)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	69 (27.2)	14 (5.5)	13 (5.1)	22 (8.7)	5 (2.0)	5 (2.0)	3 (1.2)	33 (13.0)	127 (50.0)
精神科のみの病院 (N= 52)	11 (21.2)	4 (7.7)	3 (5.8)	1 (1.9)	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	16 (30.8)	21 (40.4)
一般病院、総合病院 (N=202)	58 (28.7)	10 (5.0)	10 (5.0)	21 (10.4)	5 (2.5)	4 (2.0)	3 (1.5)	17 (8.4)	106 (52.5)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	31 (27.7)	8 (7.1)	8 (7.1)	11 (9.8)	6 (5.4)	3 (2.7)	0 (0.0)	31 (27.7)	38 (33.9)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (66.7)
内科 (N= 87)	23 (26.4)	7 (8.0)	7 (8.0)	8 (9.2)	5 (5.7)	2 (2.3)	0 (0.0)	28 (32.2)	26 (29.9)
その他 (N= 19)	6 (31.6)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	3 (15.8)	8 (42.1)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	206 (63.6)	85 (26.2)	47 (14.5)	80 (24.7)	6 (1.9)	9 (2.8)	6 (1.9)	78 (24.1)	32 (9.9)
1.保健所 (N= 7)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)
3.福祉事務所 (N= 24)	5 (20.8)	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.2)	8 (33.3)	11 (45.8)
4.市町村保健センター (N= 20)	9 (45.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	2 (10.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	9 (37.5)	7 (29.2)	1 (4.2)	3 (12.5)	1 (4.2)	0 (0.0)	1 (4.2)	5 (20.8)	4 (16.7)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	180 (72.3)	76 (30.5)	45 (18.1)	72 (28.9)	4 (1.6)	6 (2.4)	3 (1.2)	57 (22.9)	14 (5.6)
合計 (N=1092)	436 (39.9)	132 (12.1)	78 (7.1)	173 (15.8)	54 (4.9)	136 (12.5)	16 (1.5)	235 (21.5)	213 (19.5)

表 22: 性別・年齢別の若年認知症患者の利用サービス

性別・年齢		デイサービス、 デイケア	訪問介護 (ホームヘルパー)	訪問看護	ショートステイ	グループホーム	特別養老人ホーム	有料老人ホーム	その他	無回答
男	40歳未満小計 (N= 7)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	3 (42.9)
	19歳以下 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
	20～29歳 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
	30～39歳 (N= 4)	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)
	40～49歳 (N= 32)	17 (53.1)	6 (18.8)	3 (9.4)	8 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	11 (34.4)	7 (21.9)
	50～59歳 (N=181)	72 (39.8)	23 (12.7)	12 (6.6)	30 (16.6)	9 (5.0)	15 (8.3)	2 (1.1)	37 (20.4)	43 (23.8)
	60～64歳 (N=215)	86 (40.0)	26 (12.1)	9 (4.2)	28 (13.0)	12 (5.6)	21 (9.8)	3 (1.4)	59 (27.4)	37 (17.2)
	65歳以上 (N=134)	70 (52.2)	16 (11.9)	14 (10.4)	38 (28.4)	4 (3.0)	21 (15.7)	1 (0.7)	24 (17.9)	16 (11.9)
	合計 (N=569)	246 (43.2)	73 (12.8)	38 (6.7)	106 (18.6)	25 (4.4)	57 (10.0)	7 (1.2)	133 (23.4)	106 (18.6)
女	40歳未満小計 (N= 5)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)
	19歳以下 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
	20～29歳 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
	30～39歳 (N= 2)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
	40～49歳 (N= 19)	4 (21.1)	2 (10.5)	2 (10.5)	2 (10.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (42.1)	5 (26.3)
	50～59歳 (N=155)	63 (40.6)	19 (12.3)	13 (8.4)	17 (11.0)	6 (3.9)	13 (8.4)	3 (1.9)	36 (23.2)	39 (25.2)
	60～64歳 (N=183)	75 (41.0)	17 (9.3)	13 (7.1)	23 (12.6)	14 (7.7)	17 (9.3)	3 (1.6)	33 (18.0)	37 (20.2)
	65歳以上 (N=158)	47 (29.7)	20 (12.7)	11 (7.0)	24 (15.2)	8 (5.1)	49 (31.0)	3 (1.9)	23 (14.6)	22 (13.9)
	合計 (N=520)	189 (36.3)	59 (11.3)	39 (7.5)	66 (12.7)	29 (5.6)	79 (15.2)	9 (1.7)	102 (19.6)	106 (20.4)
合計	40歳未満小計 (N= 12)	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	6 (50.0)
	19歳以下 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
	20～29歳 (N= 4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
	30～39歳 (N= 6)	1 (16.7)	3 (50.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	3 (50.0)
	40～49歳 (N= 51)	21 (41.2)	8 (15.7)	5 (9.8)	10 (19.6)	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (2.0)	19 (37.3)	12 (23.5)
	50～59歳 (N=336)	135 (40.2)	42 (12.5)	25 (7.4)	47 (14.0)	15 (4.5)	28 (8.3)	5 (1.5)	73 (21.7)	82 (24.4)
	60～64歳 (N=399)	161 (40.4)	43 (10.8)	22 (5.5)	51 (12.8)	26 (6.5)	38 (9.5)	6 (1.5)	92 (23.1)	75 (18.8)
	65歳以上 (N=294)	118 (40.1)	36 (12.2)	26 (8.8)	63 (21.4)	12 (4.1)	70 (23.8)	4 (1.4)	47 (16.0)	38 (12.9)
	合計 (N=1092)	436 (39.9)	132 (12.1)	78 (7.1)	173 (15.8)	54 (4.9)	136 (12.5)	16 (1.5)	235 (21.5)	213 (19.5)

表 23: 施設別の若年認知症患者の障害者手帳の所有

施設種類	なし(申請 中も含む)	受給している計						無回答	
		精神障害 者手帳1級	精神障害 者手帳2級	精神障害 者手帳3級	身体障害 者手帳1級	身体障害 者手帳2級	身体障害 者手帳3級		
A. 老人保健施設など (N=343)	136 (39.7)	155 (45.2)	30 (8.7)	8 (2.3)	3 (0.9)	64 (18.7)	34 (9.9)	17 (5.0)	52 (15.2)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	47 (38.2)	62 (50.4)	21 (17.1)	3 (2.4)	1 (0.8)	21 (17.1)	11 (8.9)	6 (4.9)	14 (11.4)
2.介護老人保健施設 (N=156)	54 (34.6)	74 (47.4)	6 (3.8)	3 (1.9)	1 (0.6)	37 (23.7)	18 (11.5)	9 (5.8)	28 (17.9)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	1 (8.3)	10 (83.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	1 (8.3)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	30 (65.2)	9 (19.6)	2 (4.3)	2 (4.3)	1 (2.2)	2 (4.3)	1 (2.2)	1 (2.2)	7 (15.2)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	36 (64.3)	13 (23.2)	4 (7.1)	1 (1.8)	0 (0.0)	4 (7.1)	4 (7.1)	1 (1.8)	7 (12.5)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	3 (42.9)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	29 (72.5)	7 (17.5)	3 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	2 (5.0)	0 (0.0)	4 (10.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	200 (54.2)	84 (22.8)	12 (3.3)	7 (1.9)	3 (0.8)	32 (8.7)	20 (5.4)	11 (3.0)	85 (23.0)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	142 (55.9)	49 (19.3)	8 (3.1)	4 (1.6)	3 (1.2)	12 (4.7)	13 (5.1)	10 (3.9)	63 (24.8)
精神科のみの病院 (N= 52)	28 (53.8)	9 (17.3)	2 (3.8)	2 (3.8)	2 (3.8)	0 (0.0)	2 (3.8)	1 (1.9)	15 (28.8)
一般病院、総合病院 (N=202)	114 (56.4)	40 (19.8)	6 (3.0)	2 (1.0)	1 (0.5)	12 (5.9)	11 (5.4)	9 (4.5)	48 (23.8)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	58 (51.8)	32 (28.6)	4 (3.6)	2 (1.8)	0 (0.0)	18 (16.1)	7 (6.3)	1 (0.9)	22 (19.6)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	4 (66.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)
内科 (N= 87)	44 (50.6)	25 (28.7)	4 (4.6)	1 (1.1)	0 (0.0)	16 (18.4)	4 (4.6)	0 (0.0)	18 (20.7)
その他 (N= 19)	10 (52.6)	6 (31.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.5)	3 (15.8)	1 (5.3)	3 (15.8)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	135 (41.7)	139 (42.9)	29 (9.0)	18 (5.6)	4 (1.2)	54 (16.7)	21 (6.5)	18 (5.6)	50 (15.4)
1.保健所 (N= 7)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
3.福祉事務所 (N= 24)	5 (20.8)	11 (45.8)	3 (12.5)	2 (8.3)	0 (0.0)	2 (8.3)	1 (4.2)	3 (12.5)	8 (33.3)
4.市町村保健センター (N= 20)	6 (30.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (40.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	16 (66.7)	8 (33.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	3 (12.5)	0 (0.0)	3 (12.5)	0 (0.0)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	106 (42.6)	110 (44.2)	21 (8.4)	13 (5.2)	4 (1.6)	47 (18.9)	19 (7.6)	11 (4.4)	33 (13.3)
合計 (N=1092)	507 (46.4)	391 (35.8)	75 (6.9)	34 (3.1)	10 (0.9)	154 (14.1)	79 (7.2)	47 (4.3)	194 (17.8)

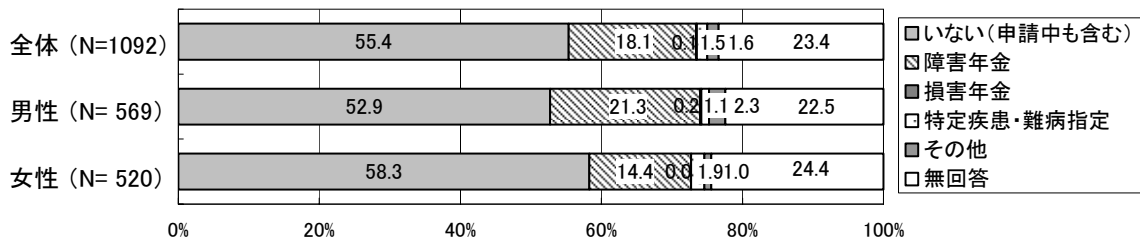


図 14: 障害年金等の受給状況

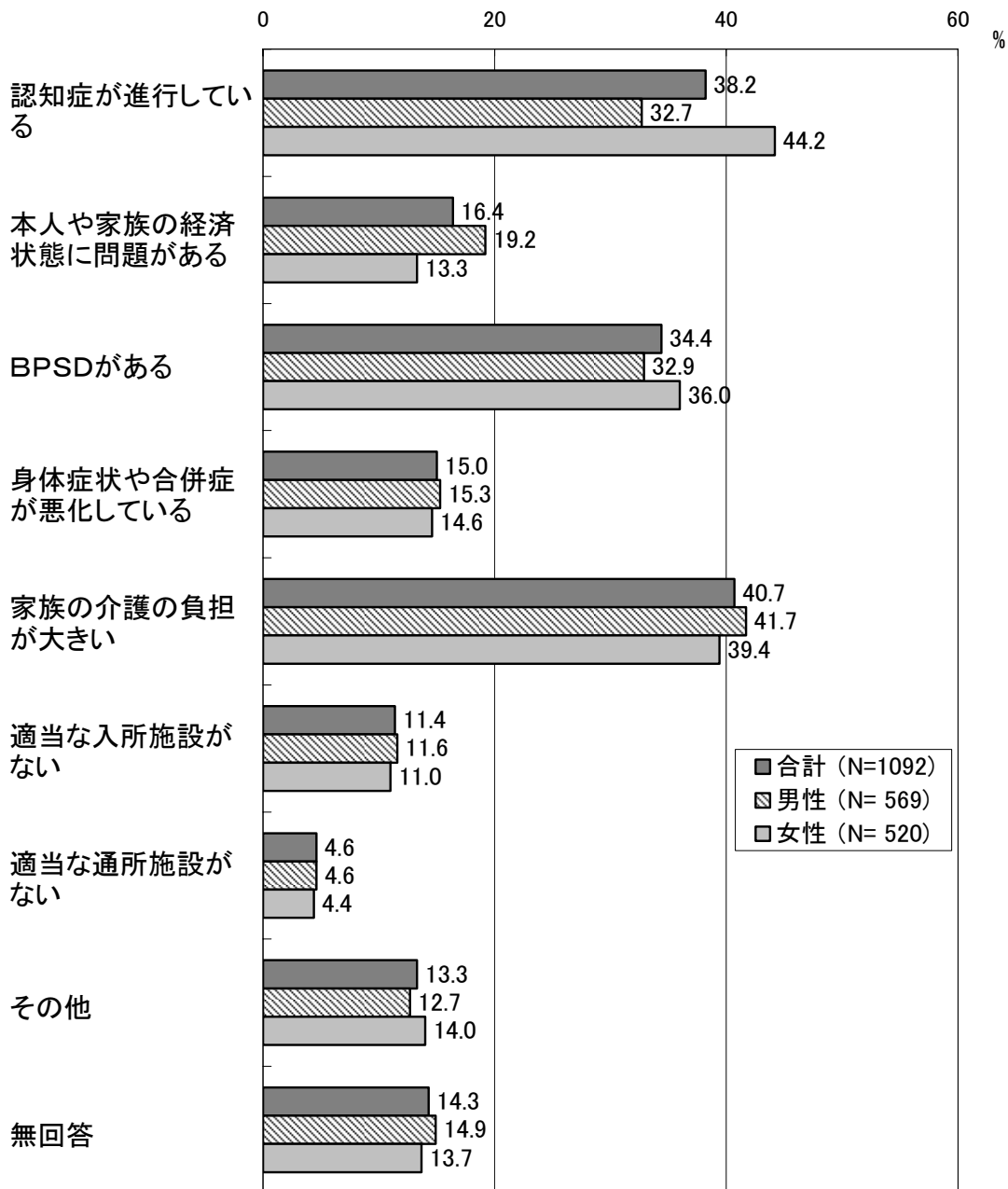


図 15: 現在直面している問題

表 24: 施設別の若年認知症患者の障害年金

施設種類	いない (申請中 も含む)	受給している計					無回答	無回答
		障害年 金	損害年 金	特定疾 患・難病 指定	その他	無回答		
A. 老人保健施設など (N=343)	161 (46.9)	88 (25.7)	79 (23.0)	0 (0.0)	3 (0.9)	6 (1.7)	0 (0.0)	94 (27.4)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	56 (45.5)	39 (31.7)	36 (29.3)	0 (0.0)	1 (0.8)	2 (1.6)	0 (0.0)	28 (22.8)
2.介護老人保健施設 (N=156)	59 (37.8)	37 (23.7)	34 (21.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.9)	0 (0.0)	60 (38.5)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	5 (41.7)	5 (41.7)	4 (33.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	37 (80.4)	6 (13.0)	4 (8.7)	0 (0.0)	1 (2.2)	1 (2.2)	0 (0.0)	3 (6.5)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	34 (60.7)	16 (28.6)	14 (25.0)	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	6 (10.7)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	2 (40.0)	3 (60.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	0 (0.0)	7 (100.0)	6 (85.7)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	32 (80.0)	4 (10.0)	4 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (10.0)
C. 病院、診療所など (N=369)	236 (64.0)	50 (13.6)	38 (10.3)	0 (0.0)	8 (2.2)	4 (1.1)	0 (0.0)	83 (22.5)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	166 (65.4)	27 (10.6)	23 (9.1)	0 (0.0)	2 (0.8)	2 (0.8)	0 (0.0)	61 (24.0)
精神科のみの病院 (N= 52)	27 (51.9)	5 (9.6)	4 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	20 (38.5)
一般病院、総合病院 (N=202)	139 (68.8)	22 (10.9)	19 (9.4)	0 (0.0)	2 (1.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	41 (20.3)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	68 (60.7)	22 (19.6)	14 (12.5)	0 (0.0)	6 (5.4)	2 (1.8)	0 (0.0)	22 (19.6)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)
内科 (N= 87)	51 (58.6)	18 (20.7)	10 (11.5)	0 (0.0)	6 (6.9)	2 (2.3)	0 (0.0)	18 (20.7)
その他 (N= 19)	12 (63.2)	4 (21.1)	4 (21.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (15.8)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	174 (53.7)	78 (24.1)	67 (20.7)	0 (0.0)	5 (1.5)	5 (1.5)	2 (0.6)	72 (22.2)
1.保健所 (N= 7)	1 (14.3)	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)
3.福祉事務所 (N= 24)	7 (29.2)	5 (20.8)	2 (8.3)	0 (0.0)	1 (4.2)	2 (8.3)	0 (0.0)	12 (50.0)
4.市町村保健センター (N= 20)	3 (15.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (80.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	20 (83.3)	4 (16.7)	4 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	143 (57.4)	64 (25.7)	57 (22.9)	0 (0.0)	3 (1.2)	3 (1.2)	2 (0.8)	42 (16.9)
合 計 (N=1092)	605 (55.4)	232 (21.2)	198 (18.1)	1 (0.1)	16 (1.5)	15 (1.4)	3 (0.3)	255 (23.4)

表 25: 施設別の若年認知症患者が直面している問題

施設種類	認知症が進行している	本人や家族の経済状態に問題がある	BPSDがある	身体症状や合併症が悪化している	家族の介護の負担が大きい	適当な入所施設がない	適当な通所施設がない	その他	無回答
A. 老人保健施設など (N=343)	117 (34.1)	57 (16.6)	132 (38.5)	59 (17.2)	103 (30.0)	26 (7.6)	5 (1.5)	33 (9.6)	59 (17.2)
1.特別養護老人ホーム (N=123)	44 (35.8)	8 (6.5)	42 (34.1)	29 (23.6)	6 (4.9)	4 (3.3)	1 (0.8)	20 (16.3)	25 (20.3)
2.介護老人保健施設 (N=156)	49 (31.4)	31 (19.9)	61 (39.1)	22 (14.1)	82 (52.6)	19 (12.2)	3 (1.9)	5 (3.2)	25 (16.0)
3.養護老人ホーム (N= 1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.軽費老人ホーム (N= 5)	2 (40.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)
5.有料老人ホーム (N= 12)	1 (8.3)	1 (8.3)	6 (50.0)	2 (16.7)	4 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	3 (25.0)
6.認知症高齢者グループホーム (N= 46)	20 (43.5)	16 (34.8)	20 (43.5)	6 (13.0)	9 (19.6)	3 (6.5)	1 (2.2)	7 (15.2)	5 (10.9)
B. 知的障害者施設など (N= 56)	24 (42.9)	8 (14.3)	25 (44.6)	8 (14.3)	34 (60.7)	7 (12.5)	2 (3.6)	6 (10.7)	9 (16.1)
1.知的障害者更生施設 (N= 5)	2 (40.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)
2.知的障害者授産施設 (N= 7)	1 (14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)
4.知的障害者デイサービス事業所 (N= 1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.短期入所事業所 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
6.知的障害者地域生活援助事業所 (N= 1)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8.知的障害者通所介護等 (N= 40)	20 (50.0)	5 (12.5)	17 (42.5)	4 (10.0)	28 (70.0)	7 (17.5)	1 (2.5)	4 (10.0)	5 (12.5)
C. 病院、診療所など (N=369)	149 (40.4)	48 (13.0)	103 (27.9)	38 (10.3)	132 (35.8)	53 (14.4)	22 (6.0)	40 (10.8)	51 (13.8)
1.一般病院(勤務医師名簿より) (N=254)	105 (41.3)	32 (12.6)	78 (30.7)	19 (7.5)	84 (33.1)	40 (15.7)	15 (5.9)	27 (10.6)	36 (14.2)
精神科のみの病院 (N= 52)	16 (30.8)	8 (15.4)	14 (26.9)	4 (7.7)	21 (40.4)	17 (32.7)	0 (0.0)	13 (25.0)	9 (17.3)
一般病院、総合病院 (N=202)	89 (44.1)	24 (11.9)	64 (31.7)	15 (7.4)	63 (31.2)	23 (11.4)	15 (7.4)	14 (6.9)	27 (13.4)
2.診療所(医師会名簿より) (N=112)	43 (38.4)	16 (14.3)	24 (21.4)	18 (16.1)	48 (42.9)	12 (10.7)	7 (6.3)	13 (11.6)	14 (12.5)
精神科、メンタルクリニック (N= 6)	2 (33.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)
内科 (N= 87)	36 (41.4)	9 (10.3)	19 (21.8)	15 (17.2)	36 (41.4)	11 (12.6)	6 (6.9)	12 (13.8)	10 (11.5)
その他 (N= 19)	5 (26.3)	5 (26.3)	5 (26.3)	3 (15.8)	10 (52.6)	1 (5.3)	1 (5.3)	0 (0.0)	3 (15.8)
3.介護療養型医療施設 (N= 1)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4.その他の医療施設 (N= 2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
D. 保健所、福祉事務所など (N=324)	127 (39.2)	66 (20.4)	116 (35.8)	59 (18.2)	175 (54.0)	38 (11.7)	21 (6.5)	66 (20.4)	37 (11.4)
1.保健所 (N= 7)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	3 (42.9)
3.福祉事務所 (N= 24)	6 (25.0)	1 (4.2)	9 (37.5)	1 (4.2)	5 (20.8)	3 (12.5)	0 (0.0)	1 (4.2)	10 (41.7)
4.市町村保健センター (N= 20)	8 (40.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	8 (40.0)	0 (0.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	9 (45.0)
5.地域包括支援センター (N= 24)	10 (41.7)	5 (20.8)	8 (33.3)	2 (8.3)	7 (29.2)	6 (25.0)	1 (4.2)	5 (20.8)	5 (20.8)
6.居宅介護支援事務所 (N=249)	102 (41.0)	57 (22.9)	96 (38.6)	53 (21.3)	154 (61.8)	29 (11.6)	18 (7.2)	59 (23.7)	10 (4.0)
合計 (N=1092)	417 (38.2)	179 (16.4)	376 (34.4)	164 (15.0)	444 (40.7)	124 (11.4)	50 (4.6)	145 (13.3)	156 (14.3)

資料

整理番号

若年認知症一次調査(保健所、福祉事務所、市町村保健センター、地域包括支援センター等用)

記載者 ご氏名 _____

貴施設名 _____

住所 愛知県 _____

記載年月日 平成18年 月 日

- * 平成18年4月1日から9月30日までの6ヶ月間に貴施設で対応された人の中に64歳以下の認知症の方はいましたか？(現在65歳以上でも発症が64歳以下のかたも含めてください。認知症に関しては同封の手引きをご参照ください)

いた いない

- * 「いた」と回答された場合、人数、性別、年齢、生年月日、発症年月日(わかれば)、処遇(自宅、入院・通所・入所先紹介)をお伺いします。対象者が5名以上の場合はお人数ですが、この紙をコピーして記載してください。

計()人

	性	年齢	生年月日 (発症年月日)	処遇(自宅、〇〇病院紹介、△△施設に紹介など具体的に)
1	男・女	歳	昭和 年 月 日 (昭和・平成 年 月頃)	
2	男・女	歳	昭和 年 月 日 (昭和・平成 年 月頃)	
3	男・女	歳	昭和 年 月 日 (昭和・平成 年 月頃)	
4	男・女	歳	昭和 年 月 日 (昭和・平成 年 月頃)	

- * 調査を正確にするため、該当者がいない場合も本紙をFAXしてくださるようお願いいたします。ご協力に感謝いたします。

FAX:0562-44-5831

認知症診断の手引き

* 若年認知症の診断は以下の3点を満たし、かつ現在64歳以下あるいは発症が64歳以下である方を対象としてください

1. 記憶力の低下がある。

例えば、日時や自分のいる場所を大幅に間違える、聞いたことをすぐ忘れてたり、持ち物を置き忘れることがよくある、知人の名前・自分の年齢・誰でも知っている常識的なことを思い出せないなど。

2. 精神遅滞、自閉症ではない。

3. 以前と比べて仕事、家事、金銭の管理、身辺整理、対人関係などの日常生活や、社会生活などが困難になり、家族などの援助が必要である。

* 代表的な疾患または状態は以下のようなものです。しかしこれ以外にも疑わしい場合や原因不明の場合も記載してください。

- 1) **脳血管障害**：脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、ビンスワンガー病
- 2) **変性遺伝疾患**：アルツハイマー病、前頭側頭型認知症（ピック病など）、
脊髄小脳変性症、パーキンソン病、ハンチントン病、
ウイルソン病、筋強直性ジストロフィー
- 3) **感染症**：脳炎、髄膜炎、エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病、進行麻痺
- 4) **頭部外傷**：交通事故後遺症など、慢性硬膜下血腫など
- 5) **内分泌疾患**：甲状腺機能低下症、糖尿病、アジソン病
- 6) **自己免疫疾患**：SLE, 神経ベーチェット病
- 7) **代謝疾患**：肝性脳症、透析脳症
- 8) **中毒**：アルコール依存、一酸化炭素中毒、重金属・薬物中毒
- 9) **その他**：多発性硬化症、正常圧水頭症、ビタミン欠乏症、脳腫瘍

若年認知症二次調査

記載者 ご氏名 _____

貴施設名 _____

記載年月日 平成19年 月 日

対象者： 性別（男 女） 年齢 _____ 歳

生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

先の一次調査でご回答をいただいた上記対象者の、最近1ヶ月の状態について以下の設問にご回答ください。お分かりになる設問だけで結構です。

1) 診断についてお伺いします。主病名の番号に○をつけてください。

1. 血管性認知症（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、ビンスワンガー病）
2. アルツハイマー病
3. 前頭側頭型認知症（ピック病など）
4. パーキンソン病
5. 頭部外傷後遺症（交通事故など）
6. アルコール依存症
7. 脳腫瘍
8. 感染症（脳炎など）
9. その他（具体的に _____)

合併症の有・無 あればいくつでもご記入ください。

なし あり _____

認知症の家族歴の有・無

なし あり（具体的に _____)

既往歴の有・無

なし あり（具体的に _____)

2) 認知症の程度についてお伺いします。(以下の重症度の判定基準の該当する番号に○をつけてください)

- 1. 軽度： 職業あるいは社会活動が明らかに障害されているが、自立生活能は保持し、身の清潔を保ち、比較的正常な判断ができる
- 2. 中等度： 自立した生活は困難で、ある程度の監督が必要
- 3. 重度： 日常生活動作（ADL）が障害され、常に監督が必要。例えば清潔が保てず、言葉は支離滅裂か、しゃべらない
- 4. 不明： わからない場合

3) 対象者ご本人の職業についてお伺いします。現在、収入を伴う仕事についていますか。

- 1. ついている
- 2. ついていたが休職中
- 3. 今はついていないが以前はついていた
- 4. 仕事についたことはない

3-1) 上記で1, 2に○をつけた場合は現在の職業、3に○をつけた場合は以前の職業について下記のどれにあたりますか。該当する番号に○をつけてください。

- 1. 経営者、役員
- 2. 自営業、自由業
- 3. 常時雇用されている一般従業員
- 4. 自営業の家族従業員
- 5. 臨時雇い、パート・アルバイト
- 6. 内職
- 7. 派遣社員
- 8. その他（具体的に ）

4) 現在の日常生活動作（ADL）について、該当するところに○をつけてください。

- | | | | |
|------|-------|---------|--------|
| 歩行： | 1. 自立 | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
| 食事： | 1. 自立 | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
| 排泄： | 1. 自立 | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
| 入浴： | 1. 自立 | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
| 着脱衣： | 1. 自立 | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |

- 5) 以下のような**BPSD**（認知症の行動と心理症状）はありますか。
ある場合は、あてはまるものすべてに○をつけてください。

なし

- あり 1. 妄想 2. 幻覚 3. 興奮 4. うつ 5. 不安 6. 多幸
7. 無関心 8. 脱抑制 9. 易刺激性 10. 異常行動

- 6) 対象者は要介護認定を受けていますか。
受けている場合は、介護認定の該当する番号に○をつけてください。

受けていない

- 受けている： 1. 審査中 2. 要支援1 3. 要支援2
4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3
7. 要介護4 8. 要介護5 9. 非該当

- 7) 対象者が現在利用しているサービスはどれですか。貴所も含め利用しているものすべてに○をつけてください。

1. デイサービス、デイケア 2. 訪問介護（ホームヘルパー）
3. 訪問看護 4. ショートステイ
5. グループホーム 6. 特別養老人ホーム
7. 有料老人ホーム
8. その他（具体的に ）

- 8) 対象者は障害者手帳を持っていますか。該当する番号に○をつけてください。

1. なし（申請中も含む）
2. 精神障害手帳1級 3. 精神障害手帳2級 4. 精神障害手帳3級
5. 身体障害手帳1級 6. 身体障害手帳2級 7. 身体障害手帳3級

- 9) 対象者は障害年金などを受給していますか。
受給している場合は、該当する番号に○をつけてください。

いない (申請中も含む)

受給している 1. 障害年金 2. 損害年金 3. 特定疾患・難病指定 4. その他 (_____)

- 10) 現在、対象者が直面している問題や困っていることは何ですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 認知症が進行している 2. 本人や家族の経済状態に問題がある
3. BPSD (妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、
易刺激性、異常行動) がある
4. 身体症状や合併症が悪化している 5. 家族の介護の負担が大きい
6. 適当な入所施設がない 7. 適当な通所施設がない
8. その他 (具体的に _____)

* 若年認知症の対応や支援に関してご意見・ご要望があればお書きください。

* 可能であれば、対象者ご本人やご家族の方に直接インタビューをさせていただきたいと思っています。ご協力いただける方がいらっしゃるかどうかお伺いします。

いる → それはどなたですか。本人、配偶者、子ども、その他(_____)

いない

最後に、ご記入内容を再度確認のうえ、同封の封筒で返送してください。
ご協力、たいへん有難うございました。

資料：意見・要望

経済面について(9件)

- ・ 50歳で発症され仕事ができなくなった方ですが、その分奥様が働かなければ生活できなくなっています。奥様も高齢になってきており負担も大きいです。こういった方々に対して何かもっと支援できないでしょうか。
- ・ 夫と二人暮らしであり、生活全般に介助が必要。仕事にも行っているため、仕事中はデイサービスにて対応しているが、休みの日は家族介護。認知症型デイの単価が下がれば利用しやすくなるのでは。
- ・ 介護者が子どもひとりのみであり、若年認知症の場合その子どもも未だ30代と若く仕事、家族と奪われてしまう。そのため経済的な問題が生じ、付っきりの介護となり社会性に欠けていく不安が生じる。元倒れにならないかと危惧。
- ・ 経済的に負担が大きい。
- ・ 結婚した娘の経済まで影響を及ぼしているため、介護保険や年金だけではなく何らかの支援を即利用できるものがほしい。6ヶ月も待てない。
- ・ 現在は家族介護で生活できているが、今後の進行を考えると介護の負担もさることながら、入所費用など経済的問題が大きくなることが予想される。また適当な入所施設もないため、家族の苦悩が大きい。年金なども高齢者の受給額とは程遠く、公費補助などがなければ生活は厳しい。
- ・ 認知症が障害者扱いにしてもらえない。このことで年金によって生涯受け取る額が違ってくる。現在、国民年金を受給している4万/月が、お金に余裕がないので施設入所もできない。当尾張地方はシンポジウムなど関係者の動きや活発な動きがないので残念に思っている。
- ・ 若いため今後の進行具合により入所となった時、本人の収入だけでは限界がある事に不安がある。
- ・ 本症例はご主人の介護があまりできていない状況の上に、経済的問題もあり病院に入院することができないため、清潔も保持できず荒廃した生活が続いている。

介護保険制度・介護認定などについて(12件)

- ・65歳未満の脳障害者に対しアルツハイマー型認知症の所見が見られないにも関わらず、アルツハイマー型認知症の診断がつき介護保険の認定がおりている実情があると思います。ADであれば特養ホームなど介護施設で対応できるが、他の疾病の場合高齢者と一緒ではケアが難しいと感じることがあります。この方も当初はAD疑いで認定がついています。
- ・衣食住足りて生活が安定してからは認知症の症状は薄れたものの、アルコール依存傾向が復活。宅老所との間で利用可能かどうか議論が始まるケース。若年のアルコール性の認知症の方は介護保険の適用も受けられず、家族の支援が期待できないと身の置き場がなく、今回は苦慮している。制度の谷間を埋めてほしい。
- ・介護保険、障害年金などの支援体制の充実。
- ・行動の障害が顕著であるが、神経心理学的検査の評点は良好で、実際の状態が介護保険に反映されない。
- ・この方は現在、軽費老人ホームに入所中。身寄りがなく介護サービスの契約など保証人の問題が出てきます。今のところ特定非営利活動法人「きずなの会」のお世話になっていますが、今後他の施設入所も含め、保証人、身元引受人など問題に対する支援が必要になると思います。この問題において、利用しやすい制度ができればと思います。
- ・最近まで要介護3でしたが、介護負担を考えると寝たきりの5の方がよいのでは。今の介護認定では身体に関する項目（歩けること）などが優先されているが、歩ける重度の認知症を重視するべきではないでしょうか。
- ・若年性認知症に対して、社会的資源にどのようなものがあるのかもわからない。介護保険が使えないので治療者も家族もたいへん困っている。
- ・対象者については、生活保護から市より問い合わせがあり入居に至ったが、そうでなければ一人暮らしのこの方については介護サービスに至るまでなかったと思われる。若年層の認知症について診断がくだった際、サービスの案内、介護認定などを早い段階で行えるとよいと思う。
- ・徘徊、妄想などがあり家人が目を見せない状況。認知症が重度であっても介護が低いので適切な要介護認定の必要性を感じます。
- ・発生当時は徘徊多く、常時見守り必要で妻も仕事につくことは難しく、経済的に困難。若年認知症の方への特定疾患認定など支援は必要と思われる。
- ・介護保険サービス利用にいたっても手間がかかるため大変な状況が想定される。サービス利用にいたるまでの心理的支援のサービスがないため、その点を充実させてほしい。
- ・老親が子どもを見ることになる場合が多い。ある程度の活動ができて（動けて）しまうと、介護認定の問題行動に反映されなければ、設定が軽くなってしまい親の負担が増大。

施設の整備・受け入れなどについて(21件)

- ・BPSDが増すほど受け入れてくれる通所施設が難しくなり、主治医に相談し症状を服薬で抑えれば介護負担が大きくなる。入院もできず、施設入所の順番もかなり待たなければならず、在宅での支援も困難な状況。重度の認知症の通所施設を増やしてほしい。
- ・介護者負担が増大したため、ショートステイを利用しようと手続きを取ったが、利用日・利用日数など施設から制限された(異常行動に対する対応のため)。入所や入院施設からの拒否も強かった。家族の方の頼る場所がどんどん狭くなっていくのを目の当たりにし、支援者として無力感を痛感しました。
- ・介護負担が大きいため施設サービスを受けたいが、短期入所など断りが多く重度認知の受け入れ施設が少ない。
- ・介護保険、医療保険でもどちらでもよいので治療を目的とした通所施設が必要。現在のデイサービスでは家族が物足りないと感じている。
- ・家族も生活のため仕事をしなければならず、在宅での介護は難しい。
- ・家族を含め各サービス事業所と何度も会議を開催した。本人の暴言暴力行為があり、通所介護やショートステイ利用に問題が多く、みんなで検討した。実際、家族だけでは介護ができないから介護サービスを利用したいのに、受け入れ困難と言われて困った。
- ・行動や意思疎通が困難で全介助している状況ですが、なかなか適当な入所施設がなく、グループホームとしての役割を果たしているのかわからなくなる。要介護度が低下した場合は他施設に移動できようシステムがあれば本人にとってもいいのではと思っています。
- ・この対象者は他市に住んでいるが、夫が毎朝実家(小牧市)に預けに来て(夫は仕事へ)、そこからデイサービスへ出かけている。身体障害者施設での受け入れがなく介護保険サービスで高齢者とともに過ごしている。介保デイサービスも断わられて受け入れ先も少ない状態。しかし当施設も要望に対してすべては受けられず申し訳なく思う。
- ・今後在宅生活が無理な状態になった時、施設利用を考えている人が多くなっています。施設費が払えない人の中で異常行動が出てきた場合に支援してもらえれば施設があれば安心です。
- ・若年ため入所できる施設がほとんどなく、入院を余儀なくされている。
- ・若年認知症の方はその本人と同じぐらい家族のサポートも必要で、まだまだ先のある介護になってくると思います。また年々若年性の認知症の方が増加するであろうと思われ、若い人たちが利用できる適切な施設が欲しいと思います。
- ・若年認知症の人が入所する適当な施設が少ない。
- ・周辺の地域では若年認知症の方が利用できる施設が少ないように思います。近くに老人疾患センターがあるのですが、受診につなげるまで時間がかかります。
- ・精神症状(BPSDを主として)を緩和するプログラムや受け入れる施設があればいい。
- ・早期にstageIIになった場合に、適当な介護施設がなく、現在やむなく老人病院へ入院とした。生命的予後があまり危機的ではないが、ほぼ無言無動となった症例に関し適当な施設が不足している。
- ・相談し合ったり、悩みを話し合ったり、受け入れてくれる場所(専門の通所)がない。
- ・認知症で重度となると入る施設もなければすぐ病院になってしまう。
- ・認知症のためのデイサービスやショートステイの施設を充実してほしい。
- ・年齢が若いだけにこれから長い介護をしていかなければならないご家族のことを思うと胸が痛みます。安心に任せることのできる施設があればと思います。
- ・地域密着型のサービスが充実してくると本人家族を含め安心感があり、精神的負担が軽くなると思います。地域のサポートグループ(ボランティア)があるといい。経済面での支援があるとよい。
- ・本ケースでは夫(69歳)が長期にわたり一人で介護しています。ご自身も体力的に負担を感じているが、レスパイトのため対象者を施設などに預けたいと思っても、すぐに対応してくれる所はほとんどなく(他に利用者も多いためあらかじめショートまたは入所などの申し込みが必要)、常に不安を抱えている。介護サービスの利用についても金銭的な負担から限界がある。若年認知症の方の経過は長く、入所施設などの充足や公的なサポート体制の整備がもっと必要だと思います。

高齢者とのギャップ、若年用施設の整備などについて(23件)

- ・65歳未満の方に対してのサービスに適切な施設がないこと。65歳以上だとしても介護保険サービス内ではかなりお若く、サービスになかなか馴染めない印象があります。介護保険で対応することにやや困難さを感じます。
- ・今、認知症対応のデイサービスへ行くようになってやっとな人も家族も精神面で落ち着きました。若い方の受け入れの専門施設、特にショートステイとデイサービスが併設された施設があると、不安を増幅させることなく一貫した支援が受けられれば家族も安心します。
- ・穏やかな性格の認知症の方であればよいが、興奮したり多動の方は若くて力があるため介護スタッフが一人では対応しきれない。また現状の高齢者中心の施設では浮いてしまうため、入所、通所施設ともに手厚い人員配置で若年認知症を対象とした施設が必要なのではないでしょうか。
- ・介護保険のサービス（特に通所や入所のサービス）は内容が高齢者向けであり、利用しにくい。
- ・活動、認知状態が常に変化するため対応も一定に行うことは困難である。家族も姉妹のみであり関わりが薄く本人の入所前の状態などの情報もあいまいな点が多い。今の対応と今後の対応の判断ができない。医療的なサポートも受ける対象にならない。高齢者の方と同様の対応が適切であるとは考えにくい。若年の方のための施設が必要ではないか。
- ・現在、グループホームに入居しているが、他の入居者は80歳代90歳代の中で50歳代ということで他者との関わりなど生活感の中にギャップがある。
- ・高齢者が多いデイサービスなので若年の方へのサービスは十分とはいえない。若年性痴呆症ケア加算が取れるようなサービスプログラムや、職員が認知症高齢者の研修を受けているなど。5～6人の小規模デイがあればと思う。
- ・高齢者の多いデイサービスでは違和感があり、特別な存在としてみられてしまう。若年者を対象としたデイサービスがあればいいと思う。
- ・高齢者のデイケアになじめない。個別ケアをお願いしている。
- ・高齢認知症の方と比較して若年認知症の方への対応は家族の気持ちもより強く、質の高い介護を求めていると思われるので、そのような期待に応える質の高い介護施設がほしい。障害者の授産施設のように離職せざるをえなかった患者が利用し、役割をもって生活できる介護付き施設。
- ・若年者向けデイサービス施設など
- ・若年認知症専用の通所介護施設などがないので、家族の方は「お年寄りと一緒に」という抵抗感が強い。
- ・若年の方は職員と同世代になるため、介護する側される側にも抵抗があるように感じます。また入所しても同世代の方が少なく、共通の話題が少なく援助に難しさを感じます。
- ・体力的には十分に何事も参加できることが、かえって自分は若いのに、という感情が先に出ると高齢者と一緒に活動することが辛いそうです。
- ・デイサービスを利用して一年経つが、やはり年齢が若いために最初は高齢者の多いデイサービスの利用は抵抗があった。若い方へのデイの内容を考える必要があると思います。自分でやりたい事、興味のある事を選び、生きがいを持てる内容のデイサービスが必要に思います。
- ・当グループホームの場合、69歳（アンケート対象者）と90歳代の方が同じフロアに生活することで、行動会話が合わない場合が多々あるため若年認知症のグループホームがあると理想的と思う。
- ・当施設は9割の方が70～90代のため50代の方には物足りないような気がします。40～60代、年齢に分けた施設がたくさんできたらいいと思います。
- ・どこかグループホームとか施設を選ぶにあたって、やはり高齢者の方が多く、考えてしまいます。長い目で見れば早期に入所してそこの生活を確立したほうがよいと思うが、実際いざ入所となると二の足を踏んでしまいます。
- ・認知症高齢者の方と生活しているため話が合わず一人で過ごすことが多い。レクリエーションなどもやってもらいたいが、高齢者の方に合わせているのでやりたくない嫌がってしまいます。どのようにすればいいのか困っています。
- ・認知症の症状はあまりない方でリハビリ目的にデイケアに通っている。けれども周りがお年を召した方ばかりで本人も個別リハビリ中はよいものの、それ以外の時間は居心地の悪さも感じているようです。若い方が多い（あるいは専門の）施設があってもよいと思います。
- ・本人のプライドを傷つせず、興味をもったことに取り組むことができ、継続して支えるような支援が公にあると、老人の多いデイサービスやデイケアでは物足りないこの世代の方に対応できると思います。
- ・本人の若さに合う通所施設がなく（老人デイは本人が嫌がるため）、家族の負担が大きい。
- ・若い人に適した通所施設がなかなか見つからない。若年者にとっては現状利用できないものがほとんどのため、保険外のサービスの整備も必要性を感じます。

介護者・家族への支援などについて(18件)

- ・嚥下障害へのアプローチとして、食前の嚥下体操、アイスマッサージの実施。それにより誤嚥予防実施につながっていると思われませんが、失認、失行により摂食ペースにも問題がうかがえます。同席しての見守り、介助実施が必要であり、家族負担が多いと思います。本人の生活意欲や社会性への今後を、家人、居宅と共に模索中です。
- ・夫と二人暮らし、夜間夫が見るだけでもとても大変と感じます。しかし日中は仕事をしなくてはならないため、毎日のようにデイに通いますが役所は生活保護の人は生保は限度額内でサービスを受けるべきとの事。すべての流れがそうですが、入所の方へ世の中進んでいます。もっと在宅に力が入らないのでしょうか。
- ・介護されている長男夫婦には第二子が誕生したばかりで育児にまだ手がかかる。本人は指示や誘導によって行動ができるが、自発的に安全な行動ができないため、常時見守りおよび指示が必要な状態。
- ・介護者の友の会がほしいと思っている。
- ・また介護者の愚痴などはけ口がない。
- ・家族介護者が認知症の理解を深めるとともに、介護者支援のために家族会などの交流の場があるとよい。
- ・家族支援が重要。
- ・家族の精神的負担が大きい。家族への支援が必要である。
- ・車の運転に関して。家族の心理サポートに関して。
- ・また家族もなかなか受け入れができず悩みが深い。同じ立場の家族が交流できる場の提供ができればいいと思う。
- ・ここ一年で急激に進行し歩行できなくなりました。家族が入所を決断し手続きをしていくうちに現状となってしまいました。自宅には要介護3の実父もおり、家族の負担が大きい。家族の支援が追いつかないのが現状です。
- ・この方の場合夫が全面的に介助しているので心配ないが、家族の介護の負担が大きいと思われる。
- ・正常圧水頭症の診断はについてもシャントのope適応がないため治療の見込みがなく、奥さんの精神的な負担が大きいようで、医師やケアマネージャーへの相談がありますが、精神的な負担軽減のための相談窓口があるといいと思われます。
- ・認知症のケアを手厚く受けられる機会を持ち、病気をもちながらも楽しみの持てる生活を送れるとよいと思う。また家族の精神的な介護の負担が大きいので、家族の心のケアの必要も感じます。
- ・発症が早かったため娘さんが結婚しないで介護している。特に不満をもらすわけではないが、家族介護は負担が大きすぎるように感じ入所を勧めました。現在入所予約中です。
- ・定期的にショートステイを利用しているが認知症ということで介護に手抜きがあるので、と思われる(若年型に限られませんが)。若年認知症の家族の会はあるのでしょうか。突然、一家の大黒柱が病に倒れ当初は男性のため力もあり暴言もあり、一変した夫(患者)を看る家族の精神的ストレスは相当なものです。
- ・本人が興奮しやすく受診拒否の場合、治療が困難となりやすい。家族関係も不良となりやすく、家族調整を要する場合が多いため、家族への支援が不可欠である。
- ・介護保険の対象者の方はいろいろとサービスがあるが、親族で本人が相談する人がいない人たちや家族のいる人でも介護負担が大きい人に対しては相談に乗ってもらえる所が近くにないとよい。訪問して下さる方がないとよいと思う。

若年認知症の周知・当事者の認識などについて(20件)

- ・介護認定を若いからという利用で家族も受けようとせず、家族のみでの介護となっており負担が大きい(特定疾患の説明は済)。
- ・最近マスコミでも取り上げられるようになり、若年認知症の理解が進んできつつあると思います。もっともっと理解が深まり対応や支援方法が具体的にアドバイスできると本人、家族、職員も気持ちを楽しんであげられるのではないかと。
- ・若年認知症に限らず認知症の理解をもっと幅広く広めていく必要性を感じます。
- ・若年の方の病気、障害に対しての受容が難しく、病気になった自分を責めたり薬に対しての不満が強いこと。
- ・若年ゆえに家族の介護負担が大きい。施設入所などへの戸惑いがある。本ケースにおいては視力障害が合併し、身体機能は保たれているにもかかわらず、生活は全介助となっている。家族(夫)は施設入所をためらっていたが、自分の体力不安から施設入所を考えるようになり、これから受入れてくれる施設を探すところである。
- ・若年認知症の方に対する理解をもっともらえるよう啓蒙活動が必要だと思えます。ご家族の方の苦勞、負担が軽くなるピアカウンセリングの場ができてくることを望みます。
- ・主介護者(妻)が認知症であることを受け入れられず、サービス利用にも抵抗(近所の人にデイサービスに行くことが恥ずかしいため家族が送迎)あり。本人への対応も、なぜできていたことができないのか、という姿勢。こちらがある程度説明するも時間がかかりそうです。
- ・障害についての本人の受容が難しいこと。励ますことによる落ち込みなど強く感じることもある。
- ・初期の段階で診断ができない(つかない)状況が長く続き、家族が混乱され病気を受け入れるまでにたいへん時間がかかった。
- ・専門科に受診を勧めてくださる地域医ばかりではないと思えます。問題行動があると老健入所が難しいのが現状。家族の認知症に対する理解が難しい。
- ・早期発見できるような支援体制の確立が望まれる。同居家族がいる場合、家族への認知症の理解や対応について周知する手立てや支援が必要だと思われる。
- ・病気が精神病にとらえられて、内科より精神科を受診することが多い。
- ・本人が受領するまでの苦しさを理解し、また家族や関わる人々の知識が必要だと思えます。彼女の子どもは二人とも成人していますが、今後の不安で一杯でした。今はグループホームに入所しヘルパーと変わらぬほど家事をしています。子ども二人も安心して生活しています。相談窓口があれば、今も苦しんでいる方が減るのではないかと考えます。
- ・本人のことを理解してくれる人を増やす方向で利用施設の職員の方の意思疎通を図っているが、一見すると正常に話すので周囲の理解を得にくい。マニュアルがあるとよいと思う。
- ・まだ若いということで、周りの理解を得にくいと思う。子どものように身近な方には特に難しいように感じる。嘘をついている、やれるのにやらないなど病気についての理解ができていく点を感じる。
- ・医療機関への受診を拒否しているため専門医への紹介ができない場合の対応が困難。
- ・老健併設の通所リハに1名のみ通っているが、周り方の理解が得られない。見た目が若いだけに各行動障害に対して、特に指摘される。グループ分けが必要と感じますが、人数がおりませんので厳しい状況です。家族も子を思う気持ちが強く、苦しんでいる。定期的に家族には「できること」を共感できるような話をさせてもらっている。
- ・外に出る行為に拒否あり。通所介護に行き、半年ほどで中止になることを繰り返しているようです。
- ・本人は働いている頃からの延長でカーっとくると暴言暴力があった経緯もあり、介護をしている妻は本人の異常行動を受け入れていない。デイサービスなど外出してほしいと願っているにもかかわらず、妻は専門医に受診しようとしないので行動を起こすまでの家庭内の心理的葛藤後の判断を待つしかない状況。
- ・若いので家族もケアマネも対応が難しい。家族は若いから良くなる希望を持って相談される。夫が若いので介護の理解がまったく得られない。相談専門の窓口がほしい。

介護業者・スタッフへの情報提供、研修の実施などについて(11件)

- ・一般的に若年認知症は進行が早いと言われています。そんな本人、家族に対する早期ケアが必要だと思います。そのためには私たち現場スタッフもいろいろな情報を集め、提供していかなければいけないと思う。
- ・家族構成が良くもあり悪くもあるケースと思われます。本人は夫の母の介護を責任を持ってやろうとしますが、無理なことが多いです。ヘルパーは夫の母のためにのみ来ていると思われ、ご自身にデイサービスを勧めても受け入れられません。本人の生きがい夫の母の介護、でも危険を伴いプラン作成に悩みます。勉強する機会を持ちたいです。
- ・興味の集中時間が短く、飽きてくるとトイレに行く回数が増えて連続してトイレに往復することになる。余暇時間の過ごし方についても短時間で飽きてしまうため、どんな活動が向いているのか事例を教えてもらいたい。
- ・居宅のケアマネージャーでも認知症に対する理解、知識がない場合があり、遠回りしている間に認知症が進行していくケースもあります。
- ・介護サービスは進行に対応しようと努力しているが進行が早く、経験などによる対処方法などの情報がほしい。
- ・高次機能障害と認知症の違いなどを知りたい（この方の場合、高次機能障害と言われている）。若年の方の場合、通常の介護施設では限界がある。
- ・若年認知症の進行がどの程度かわからないから不安である。何か支援があれば知りたい。
- ・定期的にパンフレットなど送ってもらえればありがたいです。
- ・認知症に関しての資料、マニュアルなどで勉強会はしているが、現実として入所者の対応に追われ1対1のケアは不可能となり、排泄食介に追われてしまう。個別にその人に合わせてケアができるとよい。
- ・高齢者対象の認知症のセミナーなどはたくさんあるが、若年認知症の方を対象にしたセミナーなどが少ないため開催し、学ばせていただきたい。
- ・平成18年12月頃から急激に認知症の症状が進みました。怯えているように見受けられ、鏡に反応するようにも思います。介護者の中でも年配の人やお年寄りの声には良好な反応を示され、時に声をあげて笑います。若い声には睨みつける態度をとります。介護者としてもっと勉強がしたいです。研修を受け、目の前にいる進行が顕著な女性に適切な介護がしたいです。このまま見ているだけではよくないと思います。どこか勉強できる場があれば教えてください。研修の場があれば教えてください。ケアマネとして現場従事者としてこのままでは辛いです。

認知症の症状について(10件)

- ・ 57歳時、ビンスワンガー病発症して6年目になり、今では家事はほとんどできない状態。衣類の着替えもスムーズにできなくなってきた。車のドアの開け閉め、電子ジャーのフタの開閉の仕方など、日常的にいろいろな問題行動が起きている。平成17年11月16日AM11時頃自宅を出てから行方がわからなくなり、警察に捜索願を出す。PM6時に新城市の設楽ヶ原の古戦場で保護される。理由を聞くと夫を散歩に誘ったが居眠りして起きていないため、頭にきて一人で歩いていたら自宅に帰れなくなってしまったとのこと。趣味は夫の散歩。夫も介護疲れのストレスから現在、神経内科に通院し薬を服用している。最近異常行動が多い。靴、靴下、スリッパが履けないなど、日常生活の中で着替えなどできないことが多くあり、またトイレで排便排尿行為ができなくなっている。常に見守りや付き添いがないと心配なことが多いため夫も困惑している。本人は社交的でなく対人関係が苦手で、週に一度のデイサービスもすすんでは行けない状況。
- ・ 意思疎通が困難。こちら側の意志が伝わっているか理解しているのかがわからず、また本人の発話がほとんどなく、本人の意志が伝わらない。
- ・ この方の場合、認知症というよりも薬の副作用からくる幻覚などではないかと思われる。人と関わるのを好まない方なので、どのように接していけばいいのかわからず困る時がある。
- ・ 担当している方は精神疾患、糖尿病（インスリン投与）、視覚障害などの多疾患の上、独居のため食生活の管理がしにくい状況です。介護認定を受けるまで娘一家と同居でしたが、娘婿を泥棒呼ばわりするなどあり別居となりました。視覚障害者とはいえまだ見えるため一人で外出し買い物などをするため、食生活の管理が難しい状況です。電話も掛けられるため、一日に何度も事業所に同じ事でかかってくる（多い時は10～11回）。家族の協力は得られない状況です。良い援助方法などがあればと思っています。
- ・ 知的障害者援護施設に現在入所しているが、認知症が進行しているため、ここでの生活が難しくなっている。家族は暮らした現在の施設での生活を希望しているが、今後どこまで対応できるか不安を抱えている。
- ・ 統合失調症もあり、本人の行動が精神的なものなのか認知症によるものなのか判断が困難なことがある。本人も戸惑いがあるようである。本人の希望を聞くことも困難であり、今後どのようなサービスを提供すればよいか悩むところである。
- ・ 発病当初、就寝中(夜間、昼寝)に麻痺発作が数回あり、狂暴行動もあったのでリスパダールを処方したおり、次第に回数は軽減したので減量(1/2)したおり、ふたたび麻痺発作が少し強度化している。麻痺発作が軽減したと同時に生活意欲がやや低下、行動も鈍化していたが、1/2錠にしてからは意欲は少し戻っているようです。もの忘れは進行しているとの家族の言です。自動車の運転は止められず、したがって車の自損は多くっているよし。単独運転は禁止しています。リスパダールについては保険適応なく苦慮しています。
- ・ 暴力的行為があり受け入れ施設がない。日によってよい日もある。精神科に受診したがあまり熱心に診てくれなかった。
- ・ 妄想、幻覚、興奮、エスケープなどの症状が見られる時には興奮して精神安定が図れず、フロアーの利用者にも影響を与える。ケアの方向性が定まりにくく困難である。
- ・ 夜間の症状の発現のため周囲に迷惑をかけるという理由で入所できない。

認知症関連職種間の連携、相談窓口の設置について(9件)

- ・医療、保健、福祉各々の部署が連携をとってケアすることが必要な状況ですが、2号被保険者として要介護認定を受けてしまえばケアマネ任せ、医療が関われば一定期間の入院後は早急に在宅へ…いずれにしてもタテ割りになってしまいがちで、本人家族のみならず、ケア担当者までが孤立したり抱え込みになりがちです。チームケアを早急に進める視点が必要だと感じています。
- ・認知症が若年化していく中で、自分の父母よりも若い方が認知症と診断され、本人や家族の心痛は計り知れないものがあると思います。その中でケアマネージャーとして自分ができる事は何か、地域としてどういう協力してサポート体制をとっていけばいいのかを考える日々です。体制の整ったデイサービスやデイケアが増え、気軽に利用できる環境の中で認知症の方がのびのびと生活していくために、自分たちのできることを探していけるよう精進していきたいと思っています。
- ・認知症の専門職が不足
- ・発症してから年月が過ぎ、徐々に受容され努力して自己の方向性への努力実施していますが、そのたびにてんかん発作に見舞われ、心身ともに萎えた思いをしています。メンタル面での援助実施をしていますが、健康で日々過ごしてもらえるようにチームアプローチの必要性を感じています。
- ・デイサービスとショートステイ、レスパイト入院の利用時、各施設で対応が大きく違わない支援ができるとよい。
- ・本人の支援も必要ですが、それ以上に家族の支援（認知症の受け入れ）の必要性を強く感じます。また諸機関、他の事業所との連携なしではよりよい支援を進めていくことはできないと思います。
- ・近くに気軽に相談できる精神科などがなく、若年ではないが認知症の疑いで総合病院に通院しても「うちでは認知症の診断ができない」と断われている。すぐに診てもらえれば進行が抑えられたかもしれない利用者もどんどん重度化していってしまうか、もしくは向精神薬で著しくレベル低下していく。
- ・一人暮らしで身寄りがない場合など家族の協力が得られない場合に、相談にのってもらえればと思います。
- ・本人、家族が気軽に相談できる専門機関が必要です。

その他(10件)

- ・介護保険サービスをいろいろ利用される割に、介護負担が減っていない印象がぬぐえないのが、なんとかならないものかと思えます。
- ・学生で脳出血となり短期記憶障害のため学業についていけずに退学。通信教育を受けることにした。現在アルバイトで生活しているが身内の家業の手伝いをしている。
- ・家族が遠方で単身生活をしているため、昼食サービスなどの介護保険を使い、なんとか生活できている。
- ・この方に関しては若年にあたる年齢だが、高齢者の他利用者と問題なく過ごしている。今後、他のケースで若年認知症の方がいらした時、手法や対処方法など未検討です。
- ・このケースについて、アリセプト（5mg）を使用中、認知症の進行はない。
- ・デイサービスは住み慣れた地域にあり、本人も安心して行っている。初めは本人の気持ちに合わせての利用で時間もまちまちだったが、他の利用者の面倒を見たり職員の手伝いをしたりして慣れてきて、今のところ終わりまでデイサービスで過ごしている。家族も本人の状況状態をありのままの受入れての対応で、本人も穏やかに生活を送れるようになっている。
- ・年齢が若く体幹障害は改善されているので軽度作業の取り組みが可能であり、今後の本人のQOLへの支援を考えていかなければならないと思っています（行動をルーチン化してくなど）。家族の障害問題への取り組みがとて積極的で、家庭の問題のみでなく広く多くの方々のためへと努力活動しています。そちらへもささやかですが支援させていただけるよう努めています。
- ・病院、施設を転々としての生活が今後も続くのかと、考えると本人にとってこれでよいのかと思えます。
- ・本人の意欲や通所での他の利用者との交流が良好で疾病改善への意欲があり、とくに言語では歌を通じ改善できる可能性もうかがえます。また自身で用意したブック類を活用しての記憶、失語症への努力がもっと効果的に支援できるようにと努力しています。
- ・若くして認知症になり、その気持ちは大きく不安だったと思います。本人は何らかの意志を少しながら訴えてくれるが、それが何を意味するのか理解されずに私たちのペースで処理してしまっているのが現実です。本当に少しでも本人の要望に近づくようにしていくことが今後の課題と思われまます。

若年性認知症の本人と家族が必要とする支援と社会資源調査(作業部会 C)

沖田 裕子(大阪市社会福祉研修・情報センター)

山下 真理子(大阪市立十三市民病院)

概要

研究の背景

若年認知症の本人と家族が必要とする支援(ニーズ)は、認知症の人と家族の会の本部(2002、2005)、および支部の調査(広島県支部、2006)、6人の若年性認知症の家族への面接を基にした研究(沖田、2006)がある。いずれも、若年性認知症の本人や家族を取り巻く現状の厳しさと特別な支援を必要としていることを明らかにしている。

これら「i 若年認知症の本人と家族が必要とする支援」は、介護保険など「ii 高齢者の認知症の人と家族が使える社会資源」および「iii 高次脳機能障害や精神障害などのための社会資源」が活用されていたり、活用できる可能性があると考えられる。若年性認知症の人のためのサービスは、高齢者のためのサービスと全く異なるものではないことは示唆されている(Alzheimer's Society、2005)。

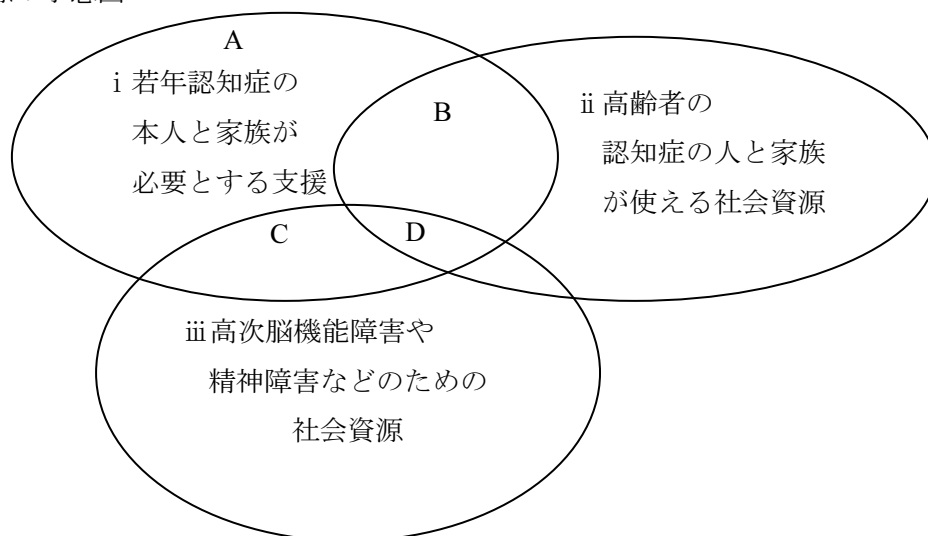
しかし、ニーズに適した現実的な支援策を導き出すために、これまでの研究や調査で不十分な点は、

- ① 原因疾患や介護家族の属性によってニーズの相違がないか、②既存の社会資源の利用の可能性、問題点が明らかでないことである。

研究の目的

そこで、本研究の目的は、まず① i のニーズが、原因疾患や介護家族の属性などによって相違があるか明らかにし、特徴別に必要な支援を明確にすること、次に② ii や iii の社会資源で満たされると部分 BCD を明らかにするとともに、満たされない部分 A を明確にすることとする。

図1 社会資源の予想図



- A 若年認知症の人や家族が必要とする支援でいずれの社会資源でも満たされないニーズ
- B 高齢者の認知症のための社会資源で満たされるニーズ
- C 高次脳機能障害や精神障害などのための社会資源で満たされるニーズ
- D BやCの社会資源で満たされるニーズ

研究の方向性

1年度は、若年認知症の家族や本人のニーズ調査の中で同時にどのような社会資源を利用して
いるか聞き取るとともに、その中から先駆的な取り組みを調査し、情報を集積する。この課程の中で
図1の i (ニーズ)、B、C、D がほぼ明らかになり、A を考案するアイデアが集積できる予定である。

2年度は、A のモデルを計画し、実施をおこない、3年度には A の実施とともに効果検証をおこ
ない、これらの3年の経験を基に支援策普及のためのハンドブックを作成し、取り組みの発表をお
こなう予定である。

表1 研究の年次計画

1年度 (2006年度)

- ・ 若年認知症の家族や本人のニーズと使用している社会資源利用状況の明確化
- ・ 既存の社会資源の活用の可能性と具体的支援策の明確化
- ・ 先駆的取り組みの情報集積

↓

2年度 (2007年度)

- ・ モデル的支援策の計画、実施 (全国数カ所)、普及のためのハンドブック作成

↓

3年度 (2008年度)

- ・ モデル的支援策の効果検証と、普及のためのハンドブック作成、発表

本年度の研究方法

本年度は、若年認知症の本人と家族の必要とする支援(全般的なニーズ)の明確化をおこなうとともに、社会資源の利用状況を明らかにする。先行研究では、社会資源の中でも医療機関の要望があり重要であると考えられたことから、医療の支援状況に関する現状と必要な支援(医療ニーズ)を分析することとする。医療以外の使用している社会資源(経済的支援、子供の養育等を含めソーシャルサポートニーズ)については、調査の中で先駆的な取り組みを明らかにし次年度のモデル的支援策の計画につなげていく。

1. 若年認知症の本人と家族が必要とする支援と社会資源調査

① 若年認知症の本人と家族の必要とする支援(全般的なニーズ)の明確化

対象、対象の選定方法、方法、内容は表2の通りである。

資料1:質問紙、資料2:家族および本人への説明書、資料3:同意書参照。

分析は、ニーズの抽出および属性や介護負担感、本人のQOLとの関連についておこなう。

② 医療の支援状況に関する現状と必要とする支援(医療ニーズ)の分析

1より医療の支援状況に関する現状の課題と必要な支援について分析をおこなう。

2. 若年認知症者及び家族に対するソーシャルサポートの実態把握と資源の開発

(第一研究)独自に家族会に属していない若年認知症の介護家族にインタビュー及び1.2と同様の質問紙を用いて調査を行う、(第二研究)若年認知症や隣接領域に対するサービスの実際を供給者からヒヤリングを行う、(第三研究)若年認知症者と家族の勉強相談会を家族会と共催する。

調査の対象

1. 個人インタビューおよび質問紙調査

関西を中心に30家族(愛都の会、日々草の会、認知症の人と家族の会支部)

2. 集団インタビューおよび質問紙調査あるいは質問紙のみの調査

家族の会支部のうち若年認知症のつどいを年2回以上おこなっている支部への訪問(富山、京都、兵庫、広島支部)

3. 先駆的取り組みのヒヤリング

家族会から生まれた社会資源(認知症の人と家族の会 北海道支部釧路地域、愛都の会)

介護保険のサービス

若年認知症専用の利用日をもつデイサービス

高齢者のデイサービスの利用中に若年認知症者が参加しているデイサービス
高次脳機能障害などのサービス
名古屋リハビリテーションセンター

表2 2006年度研究のインタビュー及び質問紙調査の概要

対象

若年認知症の家族と本人

対象選定の方法

若年認知症の家族のつどいなどを行っている家族会、医療機関からの紹介

方法

インタビュー（個人、集団）および質問紙

内容

- ① 属性
- ② 必要とする支援（全般的なニーズ）
- ③ 医療の支援状況に関する現状と必要な支援（医療ニーズ）
- ④ 使用している社会資源（経済的支援、子供の養育等を含めソーシャルサポートニーズ）
- ⑤ 介護負担感、本人のQOL

目的:

若年認知症の本人と家族の必要とする支援（全般的なニーズ）の明確化をおこなうとともに、社会資源の利用状況を明らかにし、若年認知症の人と家族が必要とする支援と社会資源を明らかにする。また、先行研究では、社会資源の中でも医療機関の要望があり重要であると考えられたことから、医療の支援状況に関する現状と必要な支援（医療ニーズ）を明らかにする。

方法:

対象

若年認知症の家族と本人

対象選定の方法

若年認知症の家族のつどいなどを行っている家族会、医療機関からの紹介

調査方法

インタビュー（個人、集団）および質問紙

内容

- ① 属性
- ② 必要とする支援(全般的なニーズ)
- ③ 医療の支援状況に関する現状と必要な支援(医療ニーズ)
- ④ 使用している社会資源(経済的支援、子供の養育等を含めソーシャルサポートニーズ)
- ⑤ 介護負担感、本人の QOL

結果:

本人の性別、年齢、原疾患、主な介護家族の性別、年齢、本人との続柄などは、表1-1～3に示すとおりである。

本人の症状に気づいた年齢、診断時の年齢、また診断に至るまでの受診経過とその後の医療的対応は表1-4～5に示すとおりである。

結果を概略すると、原疾患はアルツハイマー型認知症(AD)24例、前頭側頭型認知症(FTD)5例、ADと血管性認知症(VaD)の混合1例である。

現在、診断を受けたが介護サービスを利用していない9例(このうち就労している2例)、在宅サービスを利用しようとしている1例、在宅サービスを利用している13例、施設や療養型に入所、入院している4例、グループホームに入居している1例、死亡2例であった。

初発症状の発現時期は43歳～64歳であり、診断時期は44歳～65歳であり、初期症状の発現から診断までの時期は、1年未満～6年であった。診断後からの経過は1年未満～15年で、診断後から2年の者が8例と最も多かった。初発症状は記憶威力低下による仕事上のミス(AD例、ADとVaDの混合例)、言語障害(FTD例)、注意力低下や無頓着などの性格変化(FTD例)であった。

<全般的ニーズ>

1. 本人の状況別のニーズ

① 診断を受けたが介護サービスを利用していない

まだ介護サービスを受けていない段階でのニーズは、2つに分けられた。現在も就労している2例は就労をどのようにして継続するか、またどの時点で就労をやめるべきかについて支援と判断の補助が求められていた。就労していない6例は、「地域でもっと本人の才能を生かして役に立てる場がほしい」と介護サービス以外の本人の能力を活かす場を求めていたり、本人に医療機関から告知されていないために介護者がすべてを背負い込んで「心のセルフコントロールが大変」と家族の精神的サポートを求めていた。

② 在宅サービスを利用しようとしている

在宅サービスを利用しようとしている1例は、「本人が困ったこと、不満、不安、嬉しいことなど今の思いを聞いて活かせる関係を築けるホームヘルパーの存在」を求めていた。

③ 在宅サービスを利用している

在宅サービスを利用している段階での例は、要介護 1 が 3 例、要介護 2 が 3 例、要介護 3 が 2 例、要介護 5 が 4 例であった。

要介護 1～3 の例では、要介護認定で状態像に合った認定がでないので「言わないとわからないので、家族が本当に大変」と要介護認定が適切に行われることが求められていた。また、障害年金、介護保険等の手続きが、福祉、医療の窓口がばらばらである上に、窓口の人が若年認知症の理解不足のために苦勞したことがあげられ、窓口対応の改善が求められていた。介護保険サービスを利用しているが、事業所を決めるまでの苦勞(事業所の選択、適切かどうかの見極め等)、「高齢者と一緒にサービスを受けることの抵抗など」その継続に苦勞しており、体力や個人のニーズに合わせた支援が受けられる若年認知症専用のサービスが求められていた。

要介護 5 の例では、身体的な介護が必要となっており、若年認知症専用のサービスと長時間利用や緊急時の対応の可能なサービスが求められていた。また、「本人が声を出すので一般の音楽会には連れて行けないが、サポーターがたくさんいてくれたら連れていけるのではないかと音楽会等への参加を支援してくれるサポーターが求められていた。加えて、「本人が何事にでも、まだ感動できる間に、色々な所(公共施設)の割引をしてほしい」とあった。若年認知症の場合、要介護5となり排泄などの介護が必要になってきても体力がある人もあり、音楽会の参加や公共施設が利用の便宜が求められていた。

④ 施設や療養型に入所、入院している

入所や入院をしている段階の例では、要介護 4 が 2 例、要介護 5 が 2 例で、診断からの年数は、2 年が 1 例、9 年が 1 例、10 年が 2 例であった。特別養護老人ホームに入所している例が 2 例、療養型に入院している例が 2 例であった。

いずれも、入所や入院で完結ではなく、本人が施設や病院の外とのつながりや個別性を重視した支援、体力の低下防止を求めていた。高齢者の施設に入所や入院させることへの抵抗感も強かった。そして、療養型がなくなることや、吸引が必要になった時に吸引できない施設にいつまでいることができるのかといった、住み替えの不安があった。安心して若年認知症の人が終末まで迎えられる施設や病院が求められていた。

⑤ グループホームに入居している

グループホームに入所していた例は 1 例だった。グループホームは、「見るのと利用するのでは大きく違った」と選択の難しさと、利用料の負担が高いことが上げられ、若年認知症の人が利用する時の補助等が求められていた。

⑥ 死亡

1 例は平成 17 年 5 月、もう 1 例は平成 18 年 3 月に亡くなった例であった。亡くなる前には、

胃ろうなどの医療が必要になっており、医療的な補助が求められていた。

2. 診断名別のニーズ

前頭側頭型認知症の5例のうち、診断から2年で入院している1例、3年で死亡している1例があった。他の3例は、診断から10年目で特別養護老人ホームに入所している1例、診断から9年目で在宅介護を継続している1例、現在働いている1例であった。

前頭側頭型認知症では、治療効果がなかったと2例が答えており、病気についての治療法やケア方法がアルツハイマー以上に確立されていないので、治療法やケア方法の確立と、家族が理解できる病気についての知識が聞ける場所が求められていた。また、初期の1例のみ行動障害が激しく、他の4例は行動障害が少なかったが、初期の激しい行動障害のために子供たちが本人の症状が進行した後も関われないことが挙げられていた。行動障害への対応と共に、子供を含めた家族の支援が特に必要と考えられた。

アルツハイマー型認知症のニーズは、前述の本人の状況別のニーズに準じるが、アルツハイマー型認知症でも初期に怒りっぽく孫にも暴力が出てしまう例があり、告知後怒りっぽくなるのが少なくなったということであった。早期の診断、適切な告知、本人の葛藤を受け止める体制が求められていた。

また、「若年のアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、ピック病それぞれに分けたグループで、毎日本人の意思で通って、その日の機能維持メニューを皆で考えて参加するデイケア施設などの場が地域毎にあるとよい」と、原因疾患別の対応も求められていた。

3. 介護者の属性別のニーズ

1) 配偶者

妻が回答した19例では、自分の体調が悪いことへの不安が4例で挙げられていた。

2) 子供

子供が回答した5例では、経済的余裕について「時々生活に困ることがある」が2例あった。この2例は認知症の本人の配偶者がおらず、本人の年金と自分が働くしかない状態で、介護のためにフルタイムで働けなかったり、自分自身も病気で働けない状態で経済的支援が求められていた。

子供の年齢は、20歳代後半から40歳代前半であったが、介護のためにフルタイムで働いていない例では、「独身でフリーター、自分自身の事を考えると将来の不安が非常に大きくなる」とあり、就労や結婚という介護が終わった後の人生にも影響を与えていることがわかった。

また、働いているために諸手続きが進まなかったり、家族のつどいに参加する機会が少ないために情報が得られないために、インターネット等を利用して手続きや情報が得られるように改善が求められていた。彼らの中には、障害年金の申請書類を医師に書いてもらうことが、医師が忙しいために何ヶ月もかかると知って、自分で必要事項を書いて医師に渡した例もあった。

4. 介護負担感

介護負担感の高い家族の状況は、行動障害の頻度や要介護度と関係なく、家族が先行きがわからない状況と関係があると考えられた。ひとつは、在宅サービスを利用しているが、いつまで在宅を続けられるかという不安がある場合であった。もうひとつは、施設や病院に入所、入院しているが本人の状態の変化に伴って、現在の施設や病院を変わらないといけないかもしれないという不安がある場合であった。

前者の不安は、在宅サービスが若年認知症について不十分であることと、変化に応じた対応ができる体制にないということが原因として考えられた。後者の不安は、入所、入院できたとしても、それで家族が安心というわけではなく、やはり本人の状況によって、あるいは制度の変化によって療養型から移らなければならないなど本人の住まいを変えなければならないことが原因と考えられた。

5. 経済的負担感

経済的余裕について「時々生活に困ることがある」5例のうち2例は、前述のように子供が介護者であった。もう1例は、介護者は働いているが本人が療養型に入院しており、月に30万円の負担があるのに高額医療費での還付金がほとんどなく、就学している子供がいる例であった。もう1例は、配偶者が現在は働けない状況で、認知症以外の病気での入院治療、子供の世話などが必要な状況であった。

「常時、生活に困っている」1例は、40歳代で発症しており、「反抗期の男の子が3人おり、本人を受けれることが難しい状況。介護者は一人で4人の面倒を見ながら、本人の機嫌をそこなわないよう、反抗期の息子たちとの間で毎日ピリピリと神経をすり減らしています。本人がデイサービスに行っている時間に仕事に行こうと思いますが、今は私も体調が悪く出られる状況ではないのです。病名のこともあり、近所にも気を使うこともあります。」「経済的に一番子供の教育費にお金のいる時期、障害年金以外に、18歳以下の子供への保証があればと痛切に感じています。私(妻)も正社員での仕事は無理ですし、親もかなりの年齢。家族も体調を崩して病院の医療費もかかることも考えると障害年金ではまかなっていけないと思います。」と緊迫した状態であった。

若年認知症の発症は、本人の経済状況だけでなく、配偶者や子、孫といった家族の就労、就学、病気の療養に影響を与えていた。経済的不安のために、本人も家族も精神的に不安になり、そのことが病気にも悪影響を与え、介護負担感も高くしていた。個々の家庭の状況に合わせた経済的な支援策が急務の状況であった。

6. 就労に関するニーズ

現在就労している2例は、就労の継続や辞める時期についての支援が求められていた。現在就労していない22例でも、何らかの就労支援が求められていた。就労支援としては、簡単な仕事への変更が19例、職場の理解が12例であった。しかし、仕事ができないのに仕事に

いかなければならないと混乱した 2 例では、就労の支援というより就労しなくても安心できる経済的支援が求められていた。

7. 治療へのニーズ

治療薬の開発、外国で使用されている薬が早期に利用できるようになることが求められていた。医療ニーズについては、後述する。

8. 心の支え

家族会が心の支えになっていた。「家族の会の世話人や集いに参加して認知症に関する情報が得られること。」「家族の会の方が家族の気持ちを一番わかってくれる。」「同じ仲間やサポーターに相談できること。」などの意見があり、若年認知症の家族会の継続、普及支援が求められていた。

診断についても、「本人の意見が聞けるうちに診断を受け、病気と共に歩む道を進みはじめてくれたこと。」「家族が“病気”だと認識し、本人と接することができるようになった。」などがあり、告知や家族全体の病気の理解が重要であり、これらの支援が求められていた。

<医療ニーズについて>

本人と家族が医療機関に関わる経過は 4 段階に分けて整理した。

1. 症状発現から医療機関を受診するまでの期間: 症状が出ているものの受診にはあまり葛藤はなかったという例が 9 例、葛藤を感じたという例が 17 例あった。葛藤を感じたという例は、症状よりも仕事ができなくなることの不安が大きかったのが 1 例、漠然とした不安があり、姓名判断などを受けていたという例が 1 例あった。また、確定診断を受けられる病院までに職場の健康管理室や脳ドッグを受けている例が 1 例ずつあった。問題点として、どの時点で、どこにかかればよいのかがわからず困ったこと、様々な症状が出現しているにもかかわらず、それが認知症による症状であることに気づけなかったことが挙げられた。年齢が若いことから、まさか認知症であるとは考えもしなかったという例もあった。
2. いくつかの医療機関を受診し、確定診断が下されるまでの期間: 平均して 3 つの医療機関を受診しており、最終的に大学病院や基幹病院で確定診断が付いていた。ただ、最初は心配で医療機関を受診したものの、「うつ」と診断されて認知症であることが見過ごされた例もあった。また、大学病院や基幹病院では、本人が入院に抵抗したり、受診が難しい(待てない、大勢の中でじっとしてられないなど)という問題点も指摘された。さらに、確定診断が付けられた医療機関でも、ほとんどの場合、介護支援に関する説明や情報提供を受けていなかった。家族は、医療機関とは別のルートから、さまざまな介護支援に関する情報を提供されていた。

3. 特定の医療機関で継続的・定期的に治療を受けている期間: 本人や家族が特定の医療機関で経過観察を受ける期間である。認知症と診断された後、最終的に本人や家族が信頼できる医療機関にたどり着くことになる。この期間中に、本人の認知症は進行し、医療的対応はアリセプト®や抗血小板薬の投与や BPSD に対する向精神薬の投与が中心になっていた。家族の印象では、向精神薬以外の投薬治療では、認知症に対する効果は感じられなかったということであった。また家族の身体的・精神的介護負担も大きくなっていく。そこで、家族にとっては家族カウンセリングが受けられてよかったという意見や医療機関のケースワーカーが社会資源の情報を提供してくれて役立ったという意見があった。また、認知症センターで疾患について学べたことがよかったという意見もあった。一方、大病院での受診がますます困難になることや診察時間が短くて十分な相談ができないという問題点も指摘された。
4. 在宅介護が困難になり、施設入所や身体合併症のために非専門医の医療機関で治療を受けるようになる段階: この段階に至ったのは 7 例であった(内 2 例は死亡)。胃瘻や身体合併症で入退院を繰り返して死亡した例では、専門医が最期まで相談にのり、関わってくれたことが支えになったという意見であった。また、現在、施設(グループホーム)入所中の例では、今後、重症化していくので、どこまで介護が受けられるのか不安という意見もあった。また、様々な疾患で検査や入院に至った時に、認知症であることを理解してもらえない不安や不満も述べられた。

考察

<全般的ニーズ>

1. 各時期毎に必要な支援を行っていくことの重要性

医療的ニーズとは異なる時期が、全般的ニーズにもあり、在宅サービスを利用する前後、施設や病院を利用するニーズが多少異なっていた。このため、その時期にあった生活を支援することが必要とされていた。

① 診断を受けたが介護サービスを利用していない段階

この段階では、告知が重要となってくると考えられる。本人が病気と共に生きていく生き方を見つけれられるかどうかによって、支援の積極性が変わってくる。

まだ、就労をしているケースに対しては、仕事を継続するための支援やどの時点で辞めるかについての判断を助けることが必要である。職場の理解が得られるように、一般の人たちにも若年認知症の正しい知識を持ってもらうことや、雇用促進する機関がジョブコーチのような援助する方法を持つことが必要である。

就労していないケースについては、地域での社会参加できる場が必要になる。これには、地域住民の理解が欠かせない。

② 在宅サービスを利用している

認知症の要介護認定は、本人の状態像が適切に反映されないと言われ続けているが、若年認知症の場合、初期から中期には身体障害がほとんどないので、要介護認定が適切になされにくいと考えられる。要介護認定の調査内容に若年認知症の状態を考慮した内容が必要である。

また、障害年金、介護保険等の手続きの窓口をわかりやすくし、窓口の人が若年認知症の支援の知識を持つことが必要である。これは、医療機関でも若年認知症に必要な支援の案内ができることに加え、高齢福祉など窓口の名前を変更し、若年認知症の人や家族がわかりやすい名称とすることが必要である。

また、若年認知症の人が利用できるようにサービス提供者に研修を行い、若年認知症の人が利用できるサービスを増やすことや、若年認知症の人が利用できる介護保険サービスのリスト作り、事業所を決めるためのポイントを家族に示せるようにすることが必要である。そして最も重要なことは、体力や個人のニーズに合わせた支援が受けられる若年認知症専用のサービスが必要である。

③ 施設や療養型に入所、入院している

入所や入院の後も、本人が施設や病院の外とのつながりや個別性を重視した支援が必要で、入所しても訪問介護が使えるなどが必要である。また、体力の低下防止のためのリハビリや、若年認知症の人が終末まで迎えられる施設や病院が必要である。

④ グループホームに入居している

若年認知症の人がグループホームを利用する時の料金の補助と、若年認知症専門のグループホームが必要であった。

⑤ 死亡

吸引や胃ろうなどの医療的な補助が受けられるように、癌のターミナルと同様の医療保険の適用や、支援医療で訪問看護が受けられることを介護者が知ることができるようにすることが必要である。

2. 疾患別のケア方法の確立、特に前頭側頭型認知症のケア方法の確立が必要である

前頭側頭型認知症の治療法やケア方法の確立と、家族が理解できる病気についての知識が得られるようにすることが必要である。行動障害への対応と共に、子供を含めた家族のカウンセリングが必要である。

3. 介護者の属性別のニーズ

配偶者が介護者の場合は、心身の安定が図れるように、健康診断が受けられるようにしたり、早期に若年認知症の家族会に参加できるようにすることである。若年認知症の家族会が、各地域で

作られることや、医療機関や役所などの窓口で家族会の案内ができるようにすることが必要である。

子供が介護者の場合は、個々の過程に応じた経済的支援が必要であり、就学、就労や結婚に影響を与えないようにするために経済的支援に加えて、啓発が必要である。

インターネット等を利用して手続きや情報が取得が可能となる必要がある。

4. 介護負担感の軽減が必要である

在宅サービスが若年認知症について十分対応できるように研修などを行ったり、最期まで援助が受けられる体制作りや施設が必要である。

5. 経済的負担感

個々の家庭の状況に合わせた経済的な支援策が急務であると考えられた。世帯全体の収入額、育児や介護を必要とする家族の有無、病気治療の必要性、就学する子供の有無などによって、公的な経済的支援策や就学基金などの設立が必要ではないか。

6. 家族の支えとして若年認知症の家族会や相談体制の整備が必要である

家族会が心の支えになっていたことから、若年認知症の家族会の継続、普及支援が必要である。

また、告知や家族全体の病気の理解が本人の精神的安定につながるように、告知後のフォローできる相談体制を病院の内外に作ることで、家族会や勉強会などで本人や家族が病気の知識をわかりやすく知ることが出来るようすることが必要である。

<医療ニーズ>

今回の調査では、若年性認知症の本人と家族が医療機関に関わる場合、その期間を4段階に分けて分析した。そして、それぞれの期間での問題点や課題として、以下のような点が挙げられた。

1. 症状発現から医療機関を受診するまでの期間:この時期の課題は、若年性認知症に関する情報提供や啓蒙をさらに進めていく必要性が感じられる。それも一般人だけでなく、職場の健康管理室や脳ドッグにおいても、早期発見につなげる啓蒙が必要である。

2. いくつかの医療機関を受診し、確定診断がされる時期:認知症であると確定診断が付くまでにいくつかの医療機関を受診している。また、認知症と診断されたものの本人や家族が納得できる説明を得られるまで、医療機関をいくつか受診する例もある。そして最終的に、本人や家族が信頼できる医療機関にたどり着くことになる。この段階での問題点は、複数の医療機関の受診という特徴とともに、診断を受ける病院が大きな大学病院や基幹病院である場合、本人が入院に抵抗したり、受診が難しい(待てない、大勢の中でじっとしてられないなど)という問題点もある。

もうひとつの問題点は、医療機関では、ほとんどの場合、介護支援に関する説明を受けていないことである。家族は、医療機関とは別のルートから、さまざまな介護支援に関する情報を提供されている。そういったサービスについては、他の機関から説明され、受けるようになったというのがほとんどであった。今後は、こういった確定診断を付ける病院でも、医師が積極的に介護支援や家族会の情報を提供していくことが求められる。

3. 特定の医療機関で継続的・定期的に治療を受けている期間：本人や家族と医師の信頼関係が築かれた医療機関での継続的な経過観察の期間である。この期間中、本人の認知症は徐々に重症化し、さまざまな BPSD も出現して介護は困難を極めてくる。そこで、家族にとって信頼でき、支援的である医療機関としての条件は、医師が介護支援の重要性を理解し、積極的に介護支援に関する情報提供を行えること、家族カウンセリングのような形で家族への対応がなされること、また介護支援サービスのスタッフと医師が連携して対応してくる体制があることが挙げられる。このように医師あるいは医療機関と様々なサービス提供機関との連携が問題になる。中には、医療機関とは全く別のルートからサービス提供機関が関わっていく場合があり、その場合にも、その後、医療機関とどのように連携を図りながら本人や家族を支援していけるかが重要な点になってくる。
4. 在宅介護が困難になり、施設入所や身体合併症のために非専門医の医療機関で治療を受けるようになる段階：この期間は、嚥下障害への対応が考慮され、身体合併症（感染症など）で入院を繰り返して最終的に最期を迎える時期でもある。その場合、入所した施設と連携している病院に入院することが多くなり、非専門医が治療に関わることが多くなる。また、最期にどのような治療的対応を受けていくのかという難しい選択に家族は直面することになる。そこで、家族が本人の治療的方針を決める際の相談にのるという形で最期まで専門医が関わることの必要性が指摘される。また、問題点として、非専門医に認知症であることを理解してもらいにくいことが挙げられる。今後、非専門医との連携も考えていく必要がある。

以上、まとめると、医療面での課題として

- ・ 一般の医師にも、若年認知症に関する理解がまだ十分ではなく、特に初期症状についての啓蒙が求められる。
- ・ 確定診断を行う医療機関の医師が介護支援の重要性をもっと認識する必要があり、医療機関でも積極的に介護支援に関する情報を提供していく必要がある。
- ・ 継続的に経過観察を行う医療機関と介護支援サービスとの連携を図っていくことが求められる。
- ・ 非専門医への啓蒙と、専門医との連携を図ることが必要である。

残されている課題:

今回の調査は、介護家族が存在する若年認知症の人とその家族に行った調査である。独居の若年認知症の人に対する支援については、更に調査が必要である。

来年度の事業計画:

本年度の研究を基に

- ・ 今年度で明らかになったニーズを専門職等で具体案を考え具体的な政策提言をさらに明らかにする。
- ・ 医療機関や役所、ケアマネジャーなどの相談機関が若年認知症の人を支援できるように、ハンドブックを作成する。
- ・ 介護保険を利用する前や要支援2～要介護2くらいまでの間に利用できる社会資源のモデルを実施し効果を判定する。

表 3-1 本人の状況

項目	人	%
本人性別		
男性	21	70.0
女性	9	30.0
年齢		
40歳代	4	13.3
50歳代	7	23.3
60歳代	18	60.0
70歳代	1	3.3
要介護度		
自立	1	3.3
要支援1	2	6.7
要介護1	4	13.3
要介護2	3	10.0
要介護3	4	13.3
要介護4	2	6.7
要介護5	8	26.7
申請中	1	3.3
未申請	5	16.7
診断名		
アルツハイマー型認知症	24	80.0
前頭側頭型認知症	5	16.7
混合型認知症	1	3.3
現在の状況		
診断を受けたが介護サービスを利用していない	9	30.0
在宅介護サービスを利用しようとしている	1	3.3
在宅サービスを利用している	13	43.3
施設や療養型に入所、入院している	4	13.3
グループホームに入居している	1	3.3
死亡	2	6.7
合計	30	100.0
利用しているサービス(複数回答)		
利用していない	10	
デイサービス	10	
デイケア	2	
訪問介護(ホームヘルパー)	7	
訪問リハビリ	0	
訪問看護	7	
訪問診療	1	
ショートステイ	6	
福祉用具貸与	5	
グループホーム入居	2	
特別養護老人ホーム入所	1	
療養型病床入院	1	
その他	1	
社会参加の場(複数回答)		
仕事	3	
仕事と思えること(ボランティアなど)	5	
地域活動(スポーツクラブ、地域清掃など)	4	
家族の会の参加、本人の会	18	
趣味の会、サークル	4	
参加する場や機会がない	1	
認知症の進行により、本人の状態が社会参加を望む状態ではない	4	
その他	2	
不明	4	

表 3-2 本人の状況

項目	人	%
本人の仕事状況		
している	2	6.7
していたが休職中	2	6.7
今はしていないが、過去にしていた	22	73.3
していなかった	4	13.3
合計	30	100.0
本人の仕事内容		
経営者、役員	7	26.9
常時雇用されている一般従業員	11	42.3
自営業、自由業	3	11.5
臨時雇いパート・アルバイト	3	11.5
派遣社員	1	3.8
不明	1	3.8
合計	26	100.0
仕事を続ける支援として必要なこと(複数回答)		
職場の理解	12	
通勤の付添い	1	
簡単な仕事への変更	19	
就労時間の短縮	3	
その他	5	
障害手帳		
持っていない	8	26.7
精神1級	13	43.3
精神1級、身体1級	4	13.3
精神1級、身体2級	1	3.3
精神2級	3	10.0
精神3級	1	3.3
年金手当		
受けていない	8	26.7
障害年金	10	33.3
障害年金、企業年金	1	3.3
企業年金	6	20.0
国民年金	2	6.7
共済年金	2	6.7
不明	1	3.3
合計	30	100.0

表 3-3 介護者の状況

項目	人	%
介護者性別		
男性	8	26.7
女性	22	73.3
年齢		
20歳代	1	3.3
30歳代	3	10.0
40歳代	5	16.7
50歳代	9	30.0
60歳代	12	40.0
本人との関係		
夫	6	20.0
妻	19	63.3
娘	4	13.3
息子	1	3.3
同居		
同居している	24	80.0
別居している	1	3.3
本人入所あるいは入院	5	16.7
他に介護を手伝ってくれる家族		
		0.0
いない	11	36.7
兄弟姉妹	3	10.0
子供	10	33.3
親	5	16.7
その他	1	3.3
介護・育児の必要な家族が他にいるか		
育児や就学している子供の世話	5	16.7
他の家族の介護や世話	3	10.0
いない	19	63.3
その他	2	6.7
不明	1	3.3
経済的な余裕		
余裕がある	1	3.3
生活に困らない程度	20	66.7
時々、生活に困ることがある	5	16.7
常時、生活に困ることがある	1	3.3
その他	2	6.7
未回答	1	3.3
介護負担		
全く負担でない	1	3.3
少し負担に思う	10	33.3
かなり負担に思う	11	36.7
非常に負担に思う	8	26.7
合計	30	100.0
介護者の仕事状況		
		0.0
している	12	40.0
していたが休職中	1	3.3
今はしていないが、過去にしていた	13	43.3
していなかった	4	13.3
合計	30	100.0
介護者の仕事の内容		
経営者、役員	3	11.5
常時雇用されている一般従業員	10	38.5
自営業、自由業	2	7.7
自営業の家族従業員	2	7.7
臨時雇いパート・アルバイト	8	30.8
不明	1	3.8
合計	26	100.0

表 3-4 受診状況

項目	人	%
症状に気がついた年齢		
45歳未満	2	6.7
45歳～50歳未満	3	10.0
50歳～55歳未満	8	26.7
55歳～60歳未満	11	36.7
60歳～65歳未満	5	16.7
不明	1	3.3
診断を受けた年齢		
45歳未満	3	10.0
45歳～50歳未満	2	6.7
50歳～55歳未満	5	16.7
55歳～60歳未満	13	43.3
60歳以降	6	20.0
不明	1	3.3
診断までの年数		
1年未満	5	16.7
1年	11	36.7
2年	6	20.0
3年	2	6.7
4年	2	6.7
5年	1	3.3
6年	1	3.3
不明	2	6.7
診断後経過年数		
1年未満	1	3.3
1年	4	13.3
2年	8	26.7
3年	4	13.3
4年	2	6.7
5年	2	6.7
7年	1	3.3
9年	2	6.7
10年	3	10.0
11年	1	3.3
15年	1	3.3
不明	1	3.3
合計	30	100.0

表 3-5 受診状況

診断の勧めたのは誰か	人	医療機関で治療以外の支援があったか (複数回答)	
本人から受診した	1	介護保険の説明	13 人
本人・家族	5	かかりつけ医の意見書の作成	8
家族	16	家族会の紹介	6
会社の上司	1	相談機関の紹介	4
かかりつけ医	2	その他	6
その他	2		
不明	3	その他:障害年金、手帳の申請手続き 支援医療の手続き	
医療機関はどのように見つけたか		主治医でなく病院の医療相談員からの支援	
医師からの紹介	10		
インターネット	1		
役所、保健センター	1		
直接病院に行った	7		
その他	10		
不明	1		
本人の受診時の葛藤			
感じなかった	9		
感じた	17		
不明	4		
診断後、症状の進行について説明があったか			
説明を受けなかった	16		
説明を受けなかった受けた	12		
不明	2		
本人は告知をうけているか			
受けている	18		
受けていない	9		
不明	3		
治療効果があったと思うか			
なかった	3		
あった	16		
わからない	7		
不明	4		
医療機関で家族支援について説明があったか			
なかった	13		
あった	10		
不明	7		
仕事についての説明があったか			
仕事をしていなかった	12		
仕事について説明がなかった	8		
仕事について説明があった	7		
不明	3		
運転についての説明があったか			
運転をしていなかった	8		
運転について説明がなかった	8		
運転について説明があった	10		
不明	4		
認知症以外の病気の治療をどこで受けているか			
同じ病院	8		
他の病院や医師	14		
受けていない	5		
不明	3		
合計	30		

若年性認知症の本人と家族が必要とする支援についての調査

資料1

【記入上のお願ひ】

- ・この調査票は、認知症の方を主に介護している家族の方がご記入ください。
- ・（ ）には該当する内容をご記入ください。
- ・選択肢がある場合は、最も近いと思われる数字に○をつけてください。

問1. 若年認知症のご本人についておたずねします。

問1-1. 現在の状況をお答えください。

ア. 性別	1. 男性	2. 女性
イ. 年齢	() 歳	
ウ. 要介護度	1. 自立（認定非該当） 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3	7. 要介護4 8. 要介護5 9. 経過的要介護 10. 申請中 11. 未申請 12. わからない
エ. 診断名	1. 特に診断を受けていない 2. アルツハイマー型認知症 3. 血管性認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. レビー小体型認知症 6. その他	
オ. 現在の状況	1. 診断を受けたが介護サービスは利用していない。 2. 在宅介護サービスを利用しようとしている。 3. 在宅サービス（ショートステイを含む）を利用している。 4. 認知症の治療のために入院している。 5. 認知症以外の治療のために入院している。 6. 施設や療養型に入所、入院している。 7. わからない 8. その他 ()	

問1-2. 現在、ご本人は収入をとまなう仕事をしていますか。していましたか。

1. している。あるいは、していた。	} 問1-3へ	4. していなかった
2. していたが休職中		5. わからない
3. 今はしていないが、過去にしていた		→ 問1-5へ

問1-3. その仕事は次のどれにあたりますか

1. 経営者、役員	5. 臨時雇いパート・アルバイト
2. 常時雇用されている一般従業員	6. 内職
3. 自営業、自由業	7. 派遣社員
4. 自営業の家族従業員	8. わからない

問1-4. 仕事を続けるためにほしい支援、ほしかった支援はどのようなことでしたか。

1. 職場の理解	5. その他
2. 通勤の付添い	
3. 簡単な仕事への変更	
4. 就労時間の短縮	

問 1-5. 障害手帳を取得していますか。持っている場合は、種類は何ですか。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 持っていない | 3. 精神障害手帳 2 級 | 4. 精神障害手帳 3 級 |
| 2. 精神障害手帳 1 級 | 6. 身体障害手帳 2 級 | 7. 身体障害手帳 3 級 |
| 5. 身体障害手帳 1 級 | | |

問 1-6. 年金、手当などを受けていますか。

- | | | |
|------------|----------|---------|
| 1. 受けていない | 3. 企業年金 | 4. 国民年金 |
| 2. 障害年金 | 6. 雇用保険 | 7. 休職手当 |
| 5. 共済年金 | 9. わからない | |
| 8. 生活保護 | | |
| 10. その他() | | |

問 1-7. 現在、介護保険サービスを利用していますか。すべてお答えください。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. 利用していない | 10. グループホーム入居 |
| 2. デイサービス | 11. 特別養護老人ホーム入所 |
| 3. デイケア | 12. 老人保健施設入所 |
| 4. 訪問介護 (ホームヘルパー) | 13. 有料老人ホーム入所 |
| 5. 訪問リハビリ | 14. 療養型病床入院 |
| 6. 訪問看護 | 15. 介護予防サービス |
| 7. 訪問診療 | 16. その他 () |
| 8. ショートステイ | |
| 9. 福祉用具貸与 | |

問 1-8. 利用してよかったと思われる事業所 (デイサービス、施設など) ありましたらご紹介ください。

- *名称 () 電話番号 ()
住所 ()
- *名称 () 電話番号 ()
住所 ()

問 1-9. 介護保険のサービスについて、どのような点を改善してほしいですか

問 1-10. 介護保険に限らず、どのようなサービスがあったらよいと思いますか。

問 1-11. ご本人が、次のような社会参加できる場を持っていますか。

- | |
|----------------------------------|
| 1. 仕事 |
| 2. 仕事と思えること (ボランティアなど) の参加 |
| 3. 地域活動 (スポーツクラブ、地域清掃など) の参加 |
| 4. 家族の会の参加、本人の会の参加 |
| 5. 趣味の会、サークル |
| 6. 参加する場や機会がない |
| 7. 認知症の進行により、本人の状態が社会参加を望む状態ではない |
| 8. その他 |

問 1-12. ご本人への支援としてほしいものがあれば書いてください。

問1-13. ご本人の**現在**の状況で該当するものを選んでください。

No	質問項目	よく当てはまる	どちらかという当てはまる	どちらかという当てはまらない	全く当てはまらない
	1~8周囲とのいきいきとした交流について 9~17自分らしさの表現について 18~24対応困難行動のコントロールについて				
1	微笑みや笑いがあり、明るく楽しそうに見える	3	2	1	0
2	表情がいきいきとしている	3	2	1	0
3	レクリエーション活動などに参加したとき、喜んだり、楽しんだりしているように見える	3	2	1	0
4	満足しているか、満たされているように見える	3	2	1	0
5	他の人といると安心して	3	2	1	0
6	ペットや小さい子供たちに対してうれしそうにする(例えば、顔が明るくなり、しゃべりかけたり、触ろうとして手を伸ばしたりする)	3	2	1	0
7	ユーモアがある	3	2	1	0
8	他人との接触を求める(例えば、挨拶をする、話しかける、会話に加わるなど)	3	2	1	0
9	日常生活で意思表示をしたり、好みのものを選択したりする(例えば、何を期待、何を食べたい、どこに座りたいなど)	3	2	1	0
10	家族と自分の関係(続柄など)を認識している	3	2	1	0
11	これまでしてきた仕事や毎日してきた活動について話をしたり、今でもやり続けている	3	2	1	0
12	身だしなみに気を使う	3	2	1	0
13	その人の過去の出来事、住んでいた場所、習慣に興味を示す(例えば、昔ながらの友達、住んでいた場所、お経など)	3	2	1	0
14	他の人に気配りを見せる(例えば、席を譲る、お菓子を勧めるなど)	3	2	1	0
15	これまでの価値観や意見を表明しない	3	2	1	0
16	音楽を聴いたり、テレビを見たりして自発的に楽しむ	3	2	1	0
17	関心を示す物事がある	3	2	1	0
18	危険を感じると言ったり、持ち物が盗まれると言ったりする	3	2	1	0
19	いらいらしてすぐ怒ったりする	3	2	1	0
20	物を投げられたり、たたいたり、蹴ったり、殴りつけたりする	3	2	1	0
21	大声で叫んだり、わめいたり、ののしったり、非難したりする	3	2	1	0
22	介助に抵抗する(例えば、動くことを拒む、スプーンをはねのける、着替えの介助を拒むなど)	3	2	1	0
23	身体を揺すったり、歩き回ったり、壁をたたいたりというような行動を休みなく繰り返し、落ちつき無く緊張している	3	2	1	0
24	繰り返し外に出ていく	3	2	1	0

問 2. 介護しているあなた自身のことをおうかがいします。

問 2 - 1. 現在の状況をお答えください。

ア. 性別	1. 男性	2. 女性
イ. 年齢	() 歳	
ウ. あなたと認知症の人との関係	1. 配偶者 2. 娘（長女、次女ほか） 3. 息子（長男、次男ほか） 4. 息子の配偶者	5. 兄弟姉妹 6. 親 7. 孫 8. その他 ()
エ. 同居の有無	1. 同居している 2. 同じ敷地内で別棟 3. 別居している 4. 本人入所あるいは入院のため別居している	
オ. 介護を助けてくれる家族の有無	1. いない 2. 兄弟姉妹 3. 子供 4. 親	5. 友人 6. 近所の人 7. その他 ()

問 2-2. 現在、あなたは収入をとまなう仕事をしていますか。していましたか。

1. している	} 問 2 - 3 へ	4. していなかった
2. していたが休職中		5. わからない
3. 今はしていないが、過去にしていた		→問 2 - 4 へ

問 2-3. その仕事は次のどれにあたりますか

1. 経営者、役員	5. 臨時雇いパート・アルバイト
2. 常時雇用されている一般従業員	6. 内職
3. 自営業、自由業	7. 派遣社員
4. 自営業の家族従業員	8. わからない

問 2-4. あなたが介護や育児をしなければいけない人が他にいますか。

1. 育児や就学している子供の世話をしなければならない
2. 他に介護や世話を必要とする家族がいる
3. いない
4. その他 ()

問 2-5. 経済的に余裕がありますか

1. 余裕がある
2. 生活に困らない程度
3. 時々、生活に困ることがある
4. 常時、生活に困っている
5. その他 ()

問 2-6. サービス利用に関して相談した人は誰ですか。

1. 家族（本人を含まない）	4. ケアマネジャー
2. 本人	5. 区役所の職員
3. 主治医	6. その他 ()

問 2 - 7. 心の支えになっていることや、よかったと思うことは、なんですか。

問2-8. 若年認知症の家族会に参加していますか。

1. 参加している。 2. 参加していない 3. その他 ()
--

問2-9. あなたは、日ごろお世話や介護をしていることについて、次のように感じるがありますか。該当する箇所には○をつけてください。

	非常に そう思う	少しそう 思う	あまりそう 思わない	全くそう思 わない
1. 世話はとても重荷である	1	2	3	4
2. 趣味・学習・その他の社会的活動などのために使える自分の自由な時間が持たなくて困る	1	2	3	4
3. 世話の苦労があっても、前向きに考えていこうと思う	1	2	3	4
4. 世話で家事や子育てなどに手が回らなくて困る	1	2	3	4
5. 介護サービスの利用は、親族や近所に気兼ねがある	1	2	3	4
6. 世話で精神的には、もう精一杯である	1	2	3	4
7. 自分が最後までみてあげたいと思う	1	2	3	4
8. 世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	1	2	3	4
9. 世話のために、経済的負担が大きくて困る	1	2	3	4
10. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	1	2	3	4
11. 世話のために、夜眠れなくて困る	1	2	3	4
12. 介護を受けている方本人の希望や反応を、言葉で確認できなくて困る	1	2	3	4
13. 家族や親族がもう少し介護の大変さを理解してくれるといいのと思う	1	2	3	4
14. この先どうなるのか分からず不安になることがある	1	2	3	4
	全く負担 でない	少し負担 に思う	かなり負 担に思う	非常に負 担に思う
15. 全体を通してみると、介護するということは、どれくらい自分の負担になっていると思いますか	1	2	3	4

問2-10. ご意見、感想を自由にお書きください。

問3. 診断を受けているご家族におたずねします。

問3-1. 診断の状況についてお答えください。

ア. 症状に気づいた年齢	() 歳	
イ. 診断を受けた年齢	() 歳	
ウ. 診断を勧めた方は いましたか	1. 本人から受診した 2. 家族 (誰ですか)	3. 会社の上司など 4. かかりつけ医 5. その他 ()
エ. 医療機関はどのようにみつけ ましたか	1. 医師からの紹介 2. インターネット 3. 役所、保健センター	4. 直接病院に行った 5. その他 ()
オ. 診断のために受けた検査 (受けたものすべて)	1. CT 2. MRI 3. PET や SPECT	4. 心理テスト 5. 脳波 6. その他 ()

問3-2. 受診までにご本人の葛藤を感じましたか。

1. 感じなかった 2. 感じた → どのようなことでしたか

問3-3. 診断を受けるために受診した医療機関はどこですか

(いくつかありましたら、受診した順に書いてください)

1. () 病院 () 科
2. () 病院 () 科
3. () 病院 () 科

問3-4. 結果はどのように説明されましたか

問3-5. 病気が進行した時の説明を受けましたか

1. 説明を受けなかった 2. 説明を受けた → どのような内容でしたか
--

問3-6. 診断を受けたときはどのような気持ちでしたか

問3-7. 本人への告知を受けていますか

(ア) 受けている →告知の時の本人に気持ちはどのようでしたか

(イ) 受けていない→その理由は

問3-8. 告知を受けたときのご家族の気持ちはいかがでしたか

問3-9. 治療については、どのように説明されましたか

問4. 現在、医療機関で治療を受けている方におたずねします

問4-1. 現在、どのような治療を受けていますか

問4-2. 受診の頻度はどれくらいですか () ヶ月に () 回

問4-3. 治療の効果はあったと思えますか

1. なかった

2. あった

↓それぞれ、どのようなことからそう感じますか

問4-4. 受診してよかったことはどのようなことですか

問4-5. 受診してよくなかったことはどのようなことでしたか

問4-6. 医療機関で、治療以外の支援は、どのようなものを受けましたか

1. 介護保険についての説明 2. かかりつけ医の意見書の作成

3. 家族会の紹介 4. 相談機関の紹介

5. その他

問 4-7. 医療機関で家族の支援について説明がありましたか

1. なかった
2. あった → どのような内容でしたか

問 4-8. 受診されたときに、仕事を続けておられたら、それについて説明がありましたか

1. 仕事をしていなかった
2. 仕事についての説明がなかった
3. 仕事についての説明があった
→ どのような内容でしたか

問 4-9. 車の運転について説明がありましたか

1. 運転をしていなかった
2. 運転についての説明がなかった
3. 運転についての説明があった
→ どのような内容でしたか

問 4-10. 認知症以外の病気の治療をどこで受けていますか

1. 同じ病院
2. 他の病院や医師
3. 受けていない

問 4-11. 医療面での対応についてご意見、ご要望などがありましたらお書きください

問 4-12. 今の治療や支援で一番役に立っているのは何ですか

問 4-13. ご意見、ご感想を自由にお書きください

研究協力についてのお願い

若年認知症は老年認知症に比べ、症状の出現状況やライフステージの違いから、専門的で特別な支援を必要とすると考えられますが、どのような支援が必要であるかについて、この度研究を行うことになりました。

本研究は、厚生労働省の老人保健健康増進等事業のひとつとして、認知症介護研究・研修大府センターから委託を受けたものです。専門的な支援方法や諸制度の整備への提言を行うことを目的に家族への面接調査を行いたいと考え、ご協力をご依頼申し上げます。

調査の目的やご協力いただきたい内容は以下の通りです。

つきましては、研究の主旨をご理解いただきご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

<研究目的>

研究の目的は、若年認知症の本人や家族が必要としている支援を明らかにし、専門的支援方法と諸制度の整備課題を明らかにすることです。

<ご協力いただきたいこと>

1. 調査用紙の記入できるところをご記入ください。
2. 他にご家族やご本人が必要とされていることがありましたら別紙でもかまいませんのでご記入ください。
3. ご記入が終わりましたら、同封の封筒に入れ 月 日までにポストにご投函ください。

お手数をおかけしますが、何卒よろしくお願いいたします。

ご不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。

研究者 連絡先 沖田 裕子

大阪市東成区東小橋1-1-6 2階

電話 06-6972-6490

同意書

私は、研究者より調査の目的・方法及び以下の内容について説明を受け、十分に理解し納得しましたので、若年認知症の家族に必要な支援の時期と方法の明確化の調査に協力することを同意いたします。

1. 調査への参加は自由であること
2. 調査内容は学術資料以外の目的で使用されないこと
3. 研究協力者及び面接調査で話された若年認知症の本人と家族のプライバシー保護が厳守されること
4. 調査への参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと
5. 調査への参加に同意した場合でも随時これを撤回できること
6. 個人が特定できないよう配慮した上で、研究成果を発表すること
7. 研究協力者の希望があれば、実施計画書の閲覧が可能であること

<同意者>

同意日 平成 年 月 日

氏名（署名） _____

連絡先 住所 〒 _____

電話番号 _____

<研究者>

説明日 平成 年 月 日

所属 _____

氏名（署名） _____

診断を受けたが在宅サービスを利用していない

介護保険サービスの改善点	どのようなサービスを利用していないか	本人の支援としてほしい	心の支えやよかったこと	医療面での意見、要望	今の治療や支援で一番役立っているもの	感想
介護認定調査の内容が高齢者のイメージしかないと感じた。調査員がピック病の知識がない。	困った時に相談できる人、家族が腰がパンクになった時に関わる人がほしい。利用できるサービスがよくなるようにしてほしい。	本人の買い物に同行してくれる人がほしい。	家族会。	告知の時、これからどうしたらよいか聞きたかった。本人は主治医に正直に話すこと病気が悪化しているのではない。医師から別を出して言わない。手帳、年金、医療費のことを病院や家族会で早く聞けたからよかった。	家族会。家族は情報を得ることができ、これからのことを家内でする。楽しんでる。	
若年認知症の人も行きやすいサービスを増やしてほしい。	地域でもっと本人の才能を生かして役に立てる場所がほしい。	もっと人と話をする場所がほしく思います(家族や親戚以外で)	早くに家族の会へ参加でき、同じ仲間の人やサポーターと相談できること。本人に興味があること、今はまだ続けてできていること。	欧米などに新薬の対応などもっと積極的に早く開発や服用の許可を出してほしい。	家族の会への参加。	この病気について、より一層一般的に(対応を含め)知らせしてほしい。
		本人と家族が一緒にに行ける場所があることよい。	家族の会。自分自身が相談業務に関わっていること。	もっと親切に家族の気持ちを受け止めてほしい。		私のセルフコントロールが大変です。全部引き受けるからです。私のことを信頼している夫を大切にしたいと思う気持ちから、燃え尽きて自分が先に壊れれまいという感じがします。
			家族の会。同じ悩みをもつ方と知り合い連絡し、毎日苦悶の日が繰り返すことが嫌しい。この症状のこれからのこと、介護サービス等、不安だらけのとき、教えていただいた事。	いつまでたってもほっきりないような気がする。ひどくなったら、その時判断するのだから。その時までほっておかれるような気がする。セカンドオピニオンで他の受診したらと思うが、どこへ行けばよいのかかわからないし、医者も教えてくれない。		自分の体や精神が安定している時は一緒にいることも嫌ではないが、そうでない時は苦痛に感じる。主治医からは誰か中心になってくれる人がいれば仕事はできると言われたが、実際はいない。自害したために、失業保険、退職金も手当てもなく、突然収入がなくなった。症状が進まないのはよいのだが、進まない障害者にあてはならないらしい。取入がきんどししないと生活できず、精神も安定しない。矛盾していると思う。
		家に閉じこもりがちなので、いつでもも行ける場所、話し合える場所があればと思う。	家族の会であった。同年代の家族の方達。お互い分かっている場所があるので。	私の場合、本人への告知を医師にしてもらわなかったのですが、家族の了解なしで、本人に直接告知するのはどうかと思います。	家族の会でサポーターの方たちと、同じ悩みを持つ家族の話ができること	薬の治療が全員受けられるようにしてほしい。認知症が病気でいるという認識を持つていいる方が増えてほしいと思います。認知症イコール、物忘れと思っている人が多いので、それ以外の夫の症状があり出かけることが少なくなっていく病気が多いことをわかってほしいと思います。進行防止のドリルなどが逆効果である人もいるとわかってほしいとおもいます。
			家族会の交流		家族会の交流、健康補助食品	
			家族の会			
	主人が仕事と思えてできるボランティアがあれば参加させたいが、あるかないかをどこで調べればよいかかわからない。				主人の両親、妹	

在宅サービスを利用しようとしているあるいは、利用している

介護保険サービスの改善点	どのようサービスを利用しているか	本人の支えやよくなったこと	医療面での意見、要望	今の治療や支援で一番役立っているもの	感想
	困ったこと、不満、不安、嬉しいことなど今の思いを聞いて話を聞けるヘルパーの存在。	主治医、ケアマネなどが本人の状況を把握し、理解していたこと。今後の相談について心強く思った。	主治医、ケアマネなどが本人の状況を把握し、理解していたこと。今後の相談について心強く思った。	アフレコト、主治医のアフレコトや本人の状況を把握していることによる自身の気持ちの負担の軽減。	
	本人が何事にもまだ感動できる間に、色々な所(公共施設)の割引をしてほしい	宗教活動、友人、周囲の方々の情報、家族の会	家族が本人に対してどんなふうに対応した方が本人にとって気分がよいかアフレコトとしてほしいか	デイサービス	
	長時間のヘルパー。王日の利用料が高くなること。	ボランティア、家族の会。	医師の重が切り替わってほしい。	本人がリソースでできるようなケアマネ、訪問介護の人が心がけてくれること。	サポートの人が若年の人だと専門的な診察を委ねてくれないのでよくしてほしい。家族の会にさんかすために、送迎サポートがあるといい。若い子供だと家族会の役員が支払えないで取り残される。介護者の健康管理できるようにしてほしい。
若年専用のサービス、送迎車に名前を書かないで普通の車でほしい。		外出支援。			
小規模多機能施設は究極の施設と思うが、現実には法の整備ができていない。問題点を洗い出して現実的な設置を検討してほしい。介護職員の研修を充実させてほしい。		若年対応の画一的なカリキュラムでなく、若年性の特性を理解し、個性に合った対応を求めている。現在、手回りがかからないからといって使わせないで、定期的なケアが頻るもので徐々に歩行支援をしてほしい。	早期に正しい診断をする。早急に治療を受けること。早期に正しい診断をする。早急に治療を受けること。早期に正しい診断をする。早急に治療を受けること。	自立支援により1割負担で動いている。	根本的な治療法を早く実用化してほしい。治療法、治療薬、介護法の情報窓口(公費のもの)一本化してほしい。
認定委員会によって判断が分かれる。アルツハイマーの診断を受けていることをもっと重くとらえてほしい。言わないとわからないことが家族は本当に大変。		家族の会の方々、家族の気持ちを一歩わかってくれる。	家族の会の方々、家族の気持ちを一歩わかってくれる。	インターネット(情報の収集)、家族の会、同じ立場の方々のサポート	とにかく一人で抱え込まないことが大事。早く治療を受けること。早く治療を受けること。早く治療を受けること。
わかりづらい。申請が平日に限定されているので土日曜日も対応してほしい。		家族が「病気が」ということを認識し、本人と接する事ができるようにになった。		デイサービス、家族会	
若年専門子ケア、夜間利用の料金を安く、本人側々に合わせたい。		本人が病気になるまで、家族診断だけでなく、治療やその後の生活のサポートもしてほしい。本人が病気になるまで、家族診断だけでなく、治療やその後の生活のサポートもしてほしい。	本人が病気になるまで、家族診断だけでなく、治療やその後の生活のサポートもしてほしい。	介護保険サービス、行政からの補助、近所の人の助けたらいい。何をやるというわけではない。何をやるというわけではない。	現在、病状がかなり悪化した直後なので大変です。ただ、病院や施設の現状をみると、質が良いところはみつからない。病院や施設の質の改善を望みます。もっと経済的支援をあつてほしい。
認知機能の低下防止や維持を目的としたリハビリを訪問、通所で若年の個々に応じて行えるサービス。		10年かかったが、本人の意欲で進んでいく。本人の意欲で進んでいく。本人の意欲で進んでいく。	通所で進んでいく。本人の意欲で進んでいく。本人の意欲で進んでいく。	訪問看護2回で本人と時間的に余裕ができたこと。2年前は余裕がなかったが、今は余裕ができたこと。2年前は余裕がなかったが、今は余裕ができたこと。	経済的不安、介護に必要な費用と生活費が収入が少なく、近頃(1-2年)で働けなくなる。障害者、加齢が本人、介護者の負担が大きい。介護者の負担が大きい。介護者の負担が大きい。

資料4

<p>後代別の支援プログラム、終末期の支援プログラム。</p>	<p>終期的がんケア(非薬物)に対する精神的安定をわたらすような支援</p>	<p>自己尊重感に対する安心感の付与サポート</p>	<p>家族の会の世話人や月例の集いに参加して認知症に関する情報が得られること</p>	<p>病気が進行してくるにつれ、診察時、待ち時間が少ないこと、ゆったりと対応してもらえる事は有り難い。</p>	<p>デイサービス</p>	<p>新薬の開発を国の政策として取り組んでほしい。</p>
<p>遠方のデイサービスの送迎、交通費の補助。スポーツセンター(クラブ)利用の際ヘルパーの介助。ガイドヘルパーを介護保険でよりよく活用できるようにしてほしい。</p>	<p>若年の初期の人を対象にしたデイサービスや集い。</p>	<p>若年のデイサービス、ショートサービス。当事者同士のスポーツクラブ、日帰り旅行、ハイキング。</p>	<p>主治医、ソーシャルワーカー、介護スタッフの方々の適切なアドバイスでいつも例に即していただき心強さに支えられています。介護者のケア、家族の仲間意識が持てる家族会への参加できたことは、先の長い介護する家族にとって大変嬉しいになりました。</p>	<p>現在は、本人の症状を悪化させない薬も増えてくれています。短い時間で受診で診察の多い時などは助かります。</p>	<p>自立支援医療、障害者年金</p>	<p>できるだけ在宅介護と思っておりますが、やはり本人の生活が豊かになります。一人でいるという事ができません。まだ、私の心に沁み切らないです。年齢の多い方が通所しているデイサービスに抵抗をします。一日も早く若年のデイサービス、ショートステイ、作業所などが1ヶ所の中でできる場所が欲しいです。</p>
<p>今利用しているところが遠いので自分で送迎しているのですが、とても疲れるので月に何回かでも送迎のサービスが受けられたらと思います。</p>	<p>若年のデイサービス、デイケアももっとたくさんあってほしいと思う。</p>	<p>まだやれることが多いので、仕事として若年認知症でも働ける場所があればよいと思います。</p>	<p>今、通っている病院では先生、相談を受けてくれる方がおられ、4月よりデイケアが全国にできればよいと思います。</p>	<p>今、通っている病院では先生、相談を受けてくれる方がおられ、4月よりデイケアが全国にできればよいと思います。</p>	<p>デイサービス(自立支援法での活動として、苦いのは仕事中に行っているという形でもらっています。)</p>	<p>仮病期間の要の子が3人おり、本人を助けられることが難しい状況、介護者は一人でも多くの面影を見ながら、本人の機嫌をそこなわないよう、及病期の息子たちとの間で毎日デイサービスに行っている間に仕事に行こうと思いが、今は私も体調が悪く出られる状況ではないです。病名のこともあり、近所にも気を使うこともあります。経済的に一番子供の教育費にお金のある時期、障害年金以外に、18歳以下の子供への保証があればと痛切に感じています。私(妻)も正社員で仕事は無理ですし、頼もかなりの年齢</p>
<p>家族会</p>	<p>家族会</p>	<p>胆石の手術を受ける時、血腫値が高いことがわかり、血腫値を下げてからでないと手術できないとか、同じ病院なのに一度退院したいといけなとか大変でした。本人は環境がかわったことで混乱し、個室に入らなければいけなくなり、1ヶ月目の入院はお金も介護も大変で本職もかなり減らしてしまいい、皆から羨ましく見られるけれどもいいやいやでした(特にお嫁さんから)</p>	<p>介護保険</p>	<p>疲れがたまってくると、たええ一日でもよいから一人になりたいたいと思う時がある。食事制限がすごい負担になった。食べ物を噛むことに罪悪感。何か食べたいのではと寂しい、目が離せない。</p>		

施設、療養型、グループホームに入所、入院している

介護保険サービスの改善点	どのようなサービスを求めるか	本人の支援としてほしい	心の支えやよかったこと	医療面での意見、要望	今の治療や支援で一番役立っているもの	今後の感想
施設に中だけで暮らしているのではなく、外との関係が持てるようにしてほしい	スタッフと違う人の関わりがある	入所しても日常にメリハリが付き生活が送れるようにしてほしい。車で出かけるとか	自分が心療内科に通うこと。友人にさそわれてはじめてたダンスを習いにいくこと。夫に会いに施設に行くこと。子供。	入院時に徘徊した時の対応。病院でも認知症のことを知らない所がまだある。	入所できたこと	長期をどうするか。病気のことが正しく伝えられること。家族が癌とおなじように言えるようになること。雑病としての医療費の免除。障害の段階のつけかたも認知症独自のものがほしい。診断の基準を明確にしてほしい。本人の居場所が転々としてほしい。
高齢者ばかりのデイサービスは行きなかつたので若年専用のデイサービスがほしい		声が出なくなる、嚥下困難になるので言語療法士のかかわりがふえてほしい。胃ろうをする前に相談できるようにしてほしい。	発病以前に続けていた活動。	若年専用の病院。	言語療法士のかかわり。嚥下の訓練。言葉や笑顔を引き出してもらえた。	早く診断に来ることができそうな情報提供。費用の軽減。医療と施設のはさまにあるような人が行けること。
特別養護老人ホームに入所してもデイサービスを利用できるようなしてほしい	本人の話し相手	療養型が同じ服、同じ髪型でなければもつとよい。	家族会の参加。夫の前では言えなかつたことが言えつた。えがとれた。	胃ろうなどをしななければいけないようになった時に、どう判断していったらよいか。痙攣が始まったなら、その時、症状についての判断、薬を飲む飲み方。		療養型がなくなることが不安。残してほしい。療養型も刑事的にどれくらいの期間になるかわからないので、経済的に不安。特別養護老人ホームは、待ちが多いとされている。見学に行つたが本人を入れるには、本人はシヨックだろうと思つた。申し込みのや選択の基準はどうしたらよいか。
事前の情報がほしい。見ると入るとでは違う。本人の体力に合わせて対応してほしい。	本人の話し相手	小中学校の授業の一環として啓蒙の意味で本人をみてもらえること。社会参加になるかもしない。本人のADLの低下の防止。年齢の近い者同士が集える場所が毎日利用できると良いと思う。	家族の会との出会い。同じ境遇の方々と出会えたこと。母が病気になることであれほど嫌いだつた母がいとよく思えるようになったこと。	以前、胆石で入院した時に、母の認知症への理解があまりないことに驚いた。		「40歳代、独身、フリーター」と自分自身のことを考えると将来の不安が非常に大きく感じる。考えても仕方がないが先の見えない介護が負担。
事前の情報がほしい。見ると入るとでは違う。本人の体力に合わせて対応してほしい。	スタッフにもつと認知症の研修をしてほしい。		家族会。他の家族と出会う機会がある。本音が理解できる	入院や検査の時に混乱しないようにしてほしい。認知症があると入院が必要になつた時に入院が難しい。看護師が対応に慣れていない。		グループホームで入院が3ヶ月以上になると退去しなければいけないことが不安。特別養護老人ホームがグループホームほど対応してくれないのではないかと思う。

資料4

死亡している

介護保険サービスの改善点	どのようなサービスを求めるか	本人の支援としてほしい	心の支えやよかったこと	医療面での意見、要望	今の治療や支援で一番役立っているもの	今後の感想
若年初期に対応できる施設(ショートステイを含む)	若年初期の動ける人に対応できるようにしてほしい。怪我に気をつけられる。		相田みつを、チャップリン、石川達三、五木寛之氏の言葉。		訪問介護での入浴、シャワー、ケア、体調管理のための往診	自分の心身の健康のために時間をもち、それが継続できるように心がけてきて、結果的に在宅介護を達成できたと思う。

資料4

具体的な支援策の提案

緊急の課題

○ 世帯の状況に応じた経済的支援策を

若年認知症の発症は、本人ばかりでなく、世帯全体に経済的な影響があります。介護のために家族が働けない、あるいは正職員になれない、本人家族の療養の必要性、子育てや介護の必要性、就学する子供の有無など、世帯の状況に応じた経済支援策の必要があります。障害年金だけでは、世帯全体の経済的支援はまかなえません。

現在の社会資源をより使いやすくするために

○ 障害の認定に1年半必要という期間を短縮して

精神障害の認定に1年半必要という基準は、統合失調症などの基準です。若年認知症は1年半の間に適切な支援が得られないために進行してしまう場合も考えられます。若年認知症に適した認定に必要な期間を設けることが必要です。

○ 認知症のサポート医研修の中に若年認知症の内容も

若年認知症の早期発見につながるようにサポート医研修の中に若年認知症の内容も含めてください。

そして、各都道府県ごとに、専門の所在、MRIやSPECTの所在を医師が検索できるようにする必要があります。

○ 「高齢福祉」「老人性認知症疾患センター」などの名称の変更を

「高齢」「老人」とあると、若年認知症の人や家族は、自分たちが該当する窓口ではないように思います。認知症は「高齢者だけではない」ことを理解し、窓口の名称を変更し、若年者がアクセスしやすくすることが必要です。

○ 支援費の移動サービスの適用をどの市町村でも実施できるように

元気があっても自分ひとりで外出すると帰り道がわからなくなる可能性があります。限られた若年認知症のサービス機関までの移動や、社会参加の場に行くために、支援費の移動サービスがどこの市町村でも利用できるようにすることが必要です。

○ 若年認知症のデイサービス加算だけでなく技術支援を

若年認知症のデイサービス加算だけでは、若年認知症の人が安心して利用できるサービスは増えていません。若年認知症の人への支援の方法（疾患別、ステージ別など）を明らかにすることが必要です。現在の能力を維持したり、補っていく取り組みを考案していくことが必要です。そして、若年認知症のデイサービスなどには、グループ

ホームのように研修を義務付け技術を身につけられるようにする必要があります。若年者への支援は、高齢の認知症の人にとってもよいサービス提供となるはずです。

新しい社会資源を

○ 働き続ける支援、社会参加の場の提供を

勤めていた職場で働き続けるための支援や、仕事をやめて介護保険を受けるまでの間に社会参加の場の提供が必要です。

○ 若年認知症のためのコーディネーターの配置に報酬を

若年認知症の人と家族は、高齢の認知症とは異なり、診断を受けると同時に社会的支援（精神保健福祉制度、介護保険、家族会など）の情報を得られ、手続きを手伝ってもらえることが、本人と家族の生活の質の向上に必要です。このため、適切で継続的なコーディネートが行われるように、若年認知症についてよく理解をしたコーディネーターが必要です。

HIV の患者支援のために、病院に社会福祉士の配置が保険点数化されたように、若年認知症のためのコーディネーターの配置に報酬が必要です。

すぐに活用してほしいこと

○ 「若年認知症の人と家族支援のためのチラシ」の活用

支援者が何をしたらよいかわかるためのヒントとしてチラシを作成しました。ケアマネジャーなどに渡して必要な支援が受けられるように手伝ってもらいましょう。また、若年認知症への理解者を増やしましょう。

相談できる場所（家族の会など）や、つどいの案内がある場合は、アピール文の下に記入できるようにしていますのでご活用ください。

若年認知症者および家族に対するソーシャルサポートの 実態把握と資源の開発(作業部会D)

田中 千枝子(日本福祉大学)

柿本 誠(日本福祉大学)

北村 育子(日本福祉大学)

駒田 雅己(日本福祉大学)

スーパーバイザー 小長谷陽子(認知症介護研究・研修大府センター)

沖田裕子(大阪市社会福祉研修・情報センター)

尾之内直美(認知症の人と家族の会愛知県支部)

概要

第1研究として若年認知症者および家族の社会生活上の問題を10事例にわたって整理し分析した。第2研究として支援のために現在行われている隣接障害を含めたソーシャルサポートの実際とその運営上の問題点を、4つの地域実践についてヒヤリングを行い把握した。そして第3研究として新たな社会資源の開発を考えるにあたって、ワーキング・グループを立ち上げ4回の会議を行った。(議事録参照)

さらに次年度のサービス実施に向け、準備活動として、愛知地区において、「若年認知症」に関する啓発・相談会を家族会と共催した。また若年認知症者および家族のニーズを、地域関係機関やサービス事業者に伝えやすくするためのパンフレットを作成し、各地の家族会を通じて当事者・家族に配布した。

目的

若年認知症者・家族が直面している社会生活上の問題構造を多面的多層的に解明し、支援のために現在実施されているソーシャルサポートの実態とその問題点を把握する。その上であらたに有効なサービスを当事者・家族・地域関係機関・団体とともに協働しながら開発し、実施する。そのことによって当事者主体のサービス創出のあり方を探る。

方法

上記の目的を達成するために、3つの研究を行った。

(第1研究) 若年認知症者および家族の多面的多層的な生活問題を把握するために、介護支援員協議会、MSW(医療ソーシャルワーカー)協会、PSW(精神科ソーシャルワーカー)協会、老人ホーム協会等に依頼し、既存の各サービス供給局面で把握されている対象者10事例を抽出し、若年認知症者および家族のインタビューを行った。

インタビューの内容は、①発病以前の生活状況 ②発病以降の経過と生じ

た問題 ③問題に対してたてた対策（とくにサービス利用に関連して） ④必要としたサービスの内容 ⑤サービス評価 ⑥制度やサービスの今後について言いたいことなどである。

そして得られたデータを、発症からの経過（診断前 診断時 支援体制決定まで 進行：悪化時 支援リアセスメント時 安定期 終末期）と、ケースマネジメントの7つの生活ニーズ（健康 安全 家族関係、その他人間関係 経済 職業・学業 文化・社会活動）のマトリックスに整理し、その問題構造を分析した。

（第2研究） 若年認知症当事者のみならず、高次脳機能障害者や障害高齢者など隣接領域に対応するサービスの実際を、とくにデイサービス中心に、サービス供給者・団体からヒヤリングした。それによって、現行サービスの実態を把握し、とくに組織・法的成り立ちとその運営・管理に関するメゾレベルの問題点を把握し、若年認知症者・家族のニーズと制度・サービスの適合と不適合について検討した。（11月10日 12月26日 1月10日 2月16日 3月13日）ヒヤリングの対象とした団体は、①愛都の会 デイサービスなにわ ②釧路地区障害老人を支える会「たんぼぼの会」 ③大阪デイサービスセンターバリューライフ、デイサービスセンター喜樹 ④名古屋市リハビリテーションセンター高次脳機能障害者地域支援課である。

（第3研究） 第2研究で検討された問題点に留意しつつ、サービス開発を検討する作業を認知症の人と家族の会愛知県支部とともに行った。来年度のサービス実施に向けて、テーマや対象、方法等の検討を行った。検討した事例は、パソコン教室、アート作業クラス、既存リハビリテーション施設利用アクションである。なお今年度の協働作業の試行として、平成19年3月17日若年認知症者と家族の勉強相談会を家族会と共催した。

またニーズとサービスの不適合の原因のひとつに、当事者・家族からサービス事業者に対して、若年認知症の障害内容やサービス供給上の留意点が伝わらないことがあることが判明した。そこで、若年認知症者および家族のニーズを、地域関係機関やサービス事業者に伝えやすくするためのパンフレットを作成し、各地の家族会を通じて当事者に配布した。

結果

（1）第1研究 問題の整理

10事例の内訳は男：女＝6：4 現在の生活の場と受けているサービスで分類すると ①特別養護老人ホーム入所中2名 ②グループホーム入所中1名 ④更生施設

入所者2名 ⑤自宅生活で家族介護 ホームヘルプサービス2名 ⑥自宅生活 デイ利用2名(うち中断中1名) ⑧(試み出勤含む)就労中、サービス利用なし1名 であつた。なお全員家族会とのつながりはない。

また原因疾患名では アルツハイマー病7名 ピック病1名 血管性認知症1名 頭部外傷後てんかん発作1名である。当研究事業の実施目的にあるように、研究対象範囲は広くとつた。頭部外傷後後遺症等の介護保険対象外の事例も集めた。

発症からの経過(診断前 診断時 支援体制決定時期 進行:悪化時 支援リアセスメント時期 安定期 終末期)と、ケースマネジメントの7つの生活ニーズ(健康安全 家族関係、その他人間関係 経済 職業・学業 文化・社会活動)のマトリックスで、若齢認知症に特徴的と考えられる問題を整理した。この分析軸の特徴は、当事者・家族から聴取したニーズ以外にも、専門職がサービスマネジメントのための介入すべき節目にうまく介入が出来ていないのではないかという仮説を設定し、支援体制決定期というアセスメント期、支援リアセスメント期というステージをつくつたことにある。

また生活ニーズの充足の観点から、7つの生活ニーズを分類した。

1) 診断前

若年であることで「まさか」という思いから、診断がつくまでの時間が長くかかり、診療科のたらいまわしやドクターショッピングが行われるなど、病気がわからないことからさまざまな不適切な受療行動が行われることがある。また精神科受診に心理的抵抗があることで治療が遅くなる場合もあつた。

障害によって仕事や人間関係に悪影響がある。それが社会からは本人の不注意やミス、犯罪行為として捉えられ、仕事に自信をなくす、失業する、近所の噂になる、警察沙汰になるなど、家族関係も友人・近隣関係も悪化することがある。また仕事への支障は即経済的に困窮することでもあつた。

2) 診断時

突然病名と治療方針だけが告げられて、今後の自分の生活の見通し等が立たない情報しか得られなかつたので、インターネットで自分なりに調べるしかなかつた。しかし情報が多すぎて何が正しくて何が正しくないのかについて、かえつてわからなかつたという訴えがあつた。また診断が信じられず病院を変えて、そのたびにいわれることが違つてどうしたらいいのか迷つたとか、病名は当事者に3年間告げられないまま、書類を盗み見てわかつたなど、医療の対応の不適切さが語られた。

また自営業の人は診断によって、自分の事業の先行きを自分の責任で判断しなければならず、そのことが即、家族関係や経済にむすびついているために、また障害の影

響もあり判断を下すことが難しかった。その際の医療側の人生に対するアドバイスが欲しかったが得られなかった。

またある配偶者は「5年で死亡に至る」といわれて、その間は仕事を自宅勤務に切り替えて自分で見ていこうと決意した。しかし途中で「診断違いで長く生きるだろう」といわれて、13年間経済的に困難を抱えたまま自宅介護が続いている事例があった。また別の事例では息子が大学卒業時に診断が出て、そのまま配偶者とともに介護者として生活することとなり、就労経験のないまますでに30代半ばを過ぎて、就労意欲が高まらずにいる場合もあった。いったん人生のハンドルをきくと、その後の多難な介護生活に流される中で、修正がききにくい事情もあった。

家族関係では、受験を控えた子どもたちを動揺させたくなくて、配偶者だけが診断名を知っているという事例があった。子どもは知らないまま過ごしてほしいという当事者の希望であった。その家族の特殊性を十分に判断してからの告知が望まれる。

また近隣関係で診断名が打ち明けられずに、本人が出歩くのに神経をつかっている事例もあれば、徘徊して店でものをとっていってしまうのを、前もってお店の人に説明し、お金を渡しておく様にした事例もあった。いずれにしても発病前の人間関係が発病後の関係に影響すること、また介護者の考え方で大きく社会的対処の仕方が変わることになるために、告知の時に介護者の認識や従前の人間関係を考慮した介入が必要であろう。

3) 支援体制決定期

また支援体制決定までの経済のステージでは、「生命保険」「住宅ローン」の扱いでかなりの問題が多くの人から寄せられた。例えば生命保険の疾病や障害特約が、アルツハイマー病ででるのかどうか知るにはどうしたらいいのかといった単純な話から、診断時点で保険の受取人になっているのを変更するように主治医に言われて変更はしたが、本人の保険料はその後も支払っていた。しかし5年たってから支払わなくて良かったということが判明し、請求したがその分の返却は叶わなかったなど、生命保険の様々な局面を総合的にサポートされることがなく、途方に暮れている当事者家族があった。

また精神保健手帳や身体障害者手帳、介護保険、年金制度について、説明を受けた時期は事例によってまちまちであり、医療費や交通費など日常経費をはじめとした経済的にも、復職や職業維持のための職業サポートサービスのニーズがあるにも関わらず、必要な情報を必要な時期に得られていない状況があった。

4) 進行・悪化期

若齢で体力があることから、徘徊や暴力、介護への抵抗などの問題行動は多彩で凄惨を極めることがある。たとえば徘徊が激しく家中に鍵をつけて出さないようにして

も、介護者のトイレの間に窓を破って、割れたガラスで足を血だらけにしながらもなお外に出ようとしたとか、便を食べているのを発見し、介護者が自分の口で吸い出したとかといった事例が述べられた。またいったん怒り出すと暴力が執拗になり、家族と本人とどちらかが死ぬしかないと思いつめ、精神科病院に入れなければ、殺人がおこったのではないかと述べられた事例もあった。

進行・悪化の時期はその症状が激しいだけに、事態の收拾に家族の意識が集中するために、新たな外からのサポート資源を参入させる心の余裕がなく、却ってサービスが入りにくい特徴があった。「みるみるうちに事態が深刻化して、医者をはじめとして誰にもどうにもならなくて、神様に祈るしかなかった」といった無力感と、しかしかえって介護者も若く体力がある分、家族身内内部で頑張ってしまう傾向もあった。この時期は介護者自身に精神的に余裕がなくなることで、長期的展望がたたなくなり、目先の一つ一つの事件に必死に対応するだけでいっぱいになりがちであった。

5) 支援体制リアセスメント期

進行する疾患であることから、支援体制として、十分なモニタリングと再アセスメントがなされねばならない。介護保険が導入されている事例では、ケアマネジャーが相談相手として、またサービスを利用していない事例では、主に主治医を中心に病院の職員を相談相手にしていた。またとくに入所・入院している事例については、相談相手にあたる専門職はないと言う場合もあった。若齢だけに高齢者や知的障害や精神障害と自分とは異なるという違和感をもったままであることが多く、人間関係の持ち方やサービスのプログラムに不満が述べられた。またそのためにサービスを断った事例もあった。しかしサービスの開始から変更が検討されない事例もあり、家族が積極的に相談するのは入院・入所の場合に、その後の行き先については心配で相談しているという事例はあった。一旦サービスが開始されると、とくに家族の関心はサービスの吟味と言うよりは、受給しているサービスを生活に定着させることに熱心になる傾向があった。

また病状の悪化によって、特別養護老人ホームの入所の決意をした家族が激しい悪化期に支援が十分に得られないまま、活動性の低下によって介護しやすくなった時に施設入所が決まり、入所を断ろうと家族でかなり迷ったという事例もあり、リアセスメント時期に家族と相談できる専門家がモニタリングされた状況で設置されていない、いても十分な相談ができていない状況があった。また「何を相談すれば、この状況から助かるのかわからない」という声も聞いた。

6) 安定期

また安定期では、職業や社会的活動についてのニーズが話された。仕事に復帰したいがどのように話をしていけば復帰が可能なのか、家族だけではどうにもならないの

で専門家に入ってもらいたいが、思ったような人が探せない。仕事の問題は進行・悪化期においても、悪化しながらもなお仕事をしていきたい本人を支えてくれる技術や知恵をもつ相談相手や支援の資源がないことが表明された。

職業安定所に直接相談に行った人もいたが、職業訓練の資格やプログラムやジョブコーチの制度も認知症には使えないなどもあげられた。その際、若年認知症という病名では、訓練しても低下するばかりのために、訓練の適応がないのではないかと担当者から言われた経験を持つ事例もあった。ジョブコーチというシステムを探して相談したという家族もあったが、ジョブコーチ自体が新しい制度で人数も少なく、知的障害や精神障害に専門分化している状況であることが分かった。障害として認知症への専門的アプローチには資源がないことも問題である。

ただし、たいいていの人のニーズは「仕事」といっても、高度な生産性の高いことを求めているわけではない。職業人として、役割を得て振る舞うことで、生き甲斐を持ち、精神的に安定することが主な目的である。そこであるデイサービスでは、日々のデイでの作業に対して、認知症者自身の年金をお金の出所にして、有給の仕事をしていることにするような工夫をしていた。こうしたことからサービス供給には疾病や傷害の十分な知識と技術が必要であることが分かる。

家族会や本人会議に参加している事例はなく、安定期にいる人たちは介護しているので留守にできない、認知症としても事情がいろいろで会おうとは思わない、近所や子どもたちには認知症であることを隠しているので表に出るわけにはいかないなどの考えがあった。また機会があればでたいという希望者もいた。

7) 終末期

終末期を迎えている事例は1例であった。長らく施設入所をしていたが、今や年齢も周囲のお年寄りとはほぼ同じになっていた。介護者も年齢を重ね、このまま施設でみとりを行いたいと考えていた。しかし疾病によって病院に転院しなければならない、長らくいる施設を出ることになるのが困るという悩みがあった。しかしこれはすべての利用者に該当する問題である。この期に関しては若年の特異性は見出せなかった。

(2) 第2研究 先駆的サービスの組織的・地域的管理・運営的（メゾレベル）問題点

4 カ所の先駆的デイサービスやその他隣接領域の事業を行っている実践家を招いて、ヒヤリングを行った。事業の法的性格や目的、財政的基盤等個別のグループ運営というよりも、組織管理・運営および法・行政財政的なメゾレベルの課題を探る研究を行った。

1) サービス供給の根拠制度により、サービス運営の方法が異なる。財政的支援が弱い。

① 介護保険高齢者デイに特化せず、何人か若齢を受け入れる場合

独自プログラムが組みにくい。高齢者と同じプログラムではよくない。

② 若齢者のデイとして特化して開設する場合

集まれる参加メンバーが不足しがち サービスの維持が困難な場合もある。

③ NPO やボランティアの形で制度によらずに設定する場合

「健康教室」など独自のユニークなメニューを作りやすい。

しかし財政的人的継続性に難あり 回数も月1回でよいかどうか助成金頼みで、来年存続するかどうかを心配し、単年度運営しか考えられない状況でよいのか。

④ 精神科のデイケアとして設定する場合

医療費内で精神科のケアとして服薬とセットで しかし来年度以降存続は未定。

精神障害者と同じプログラムがよいのか グループ内力働を考える必要あり。

⑤ 知的障害者のデイサービスとして設定する場合

知的障害者と同じプログラムでいいのか グループ内力働を考える必要あり。

自立支援法内援助として、自閉症児ケアでの実績あり。

2) 地域によって医療診断のシステムが不十分であり、

専門医療が少なく遠く、地域によって診断までに3ヶ月待たされるような実態がある。

3) 広域通所になる

移動の手段がもっぱら家族に依存、その結果家族の時間の拘束が大きい。そのために家族が仕事を変更せざるを得ないこともある。

家族同士の交流の場になったり、当事者のケアの仕方を学ぶ場になったりといった長所にもあり得る。

しかし送迎を家族が行うか否かの判断を家族自身が主体的に行えない状況は変える必要があると考える。

また居住の地がその自治体外の場合は利用できない、ないしは利用に制限がある。隣の市なのに使えないという地域格差が存在する。

情報が浸透せず、ケアマネジャーたちが知らないために、潜在的利用希望者が知らないままであることも多いのではないかという指摘もある。

4) 経済的負担が大きい

送迎が自前、子どものことなど家族に経済的にかかるためにサービス利用料が出せない。

メニューが多彩な分、自費分が多くなる。とくにタクシー代のほうが、利用料より高くなるようなことも珍しくない。

5) ケアに伴う職員の知識技術の不足と定着率の悪さ 専門職の疲弊

デイサービス施設におけるケア技術・方法の蓄積にならない。

ボランティアで毎月定期に参加することの大変さが語られ、家族会のサポーターシステムなど、自己循環型のサービス供給方法を検討する必要がある。

6) リハビリテーション概念の再検討

高次脳機能障害との比較において、進行性である若年認知症は回復・改善と制度上つながっていない。介護保険には医学的回復リハビリテーションは盛り込まれていない。しかし診断が早期に行われるようになった現在、若年認知症のリハビリテーションの意味と目的、方法論を再度検討することが必要ではないか。

また高次脳機能障害も若年認知症も福祉的サポートの源泉は精神保健福祉手帳にある。しかし高次脳機能障害のリハビリテーションは、身体的リハビリテーションでのアプローチが主流である。精神と身体のリハビリテーションの融合が課題となっている。

(3) 第3研究 資源の開発

家族会と協働し、新たな社会資源の開発や地域市民の啓発の機会を設定し、若年認知症者・家族のソーシャルサポートのあり方を検討していく。

1) 来年度の協働事業の候補の検討

診断早期にある若年認知症者に対して、パソコン教室、アートクラブなど職業訓練に関わるもの、既存リハビリテーション・システム利用のアクション計画などを通じて、生活向上、就労や職業維持ないしは疑似就労に関わる事業を考えている。またジョブコーチシステム等を開発する企画がある。そのための資料を収集し検討した。

(資料1～3)

2) 若年認知症者および家族の勉強相談会集会の実施 (資料4)

3月17日(土) 10:00～15:00 ウィルあいち 3階大会議室

家族会と共催し、150名の参加者を持ち、情報交換を行った。

今後の家族会の活動や来年度の本事業にサービスにも参加しようとする新たな当

事者も集まった。

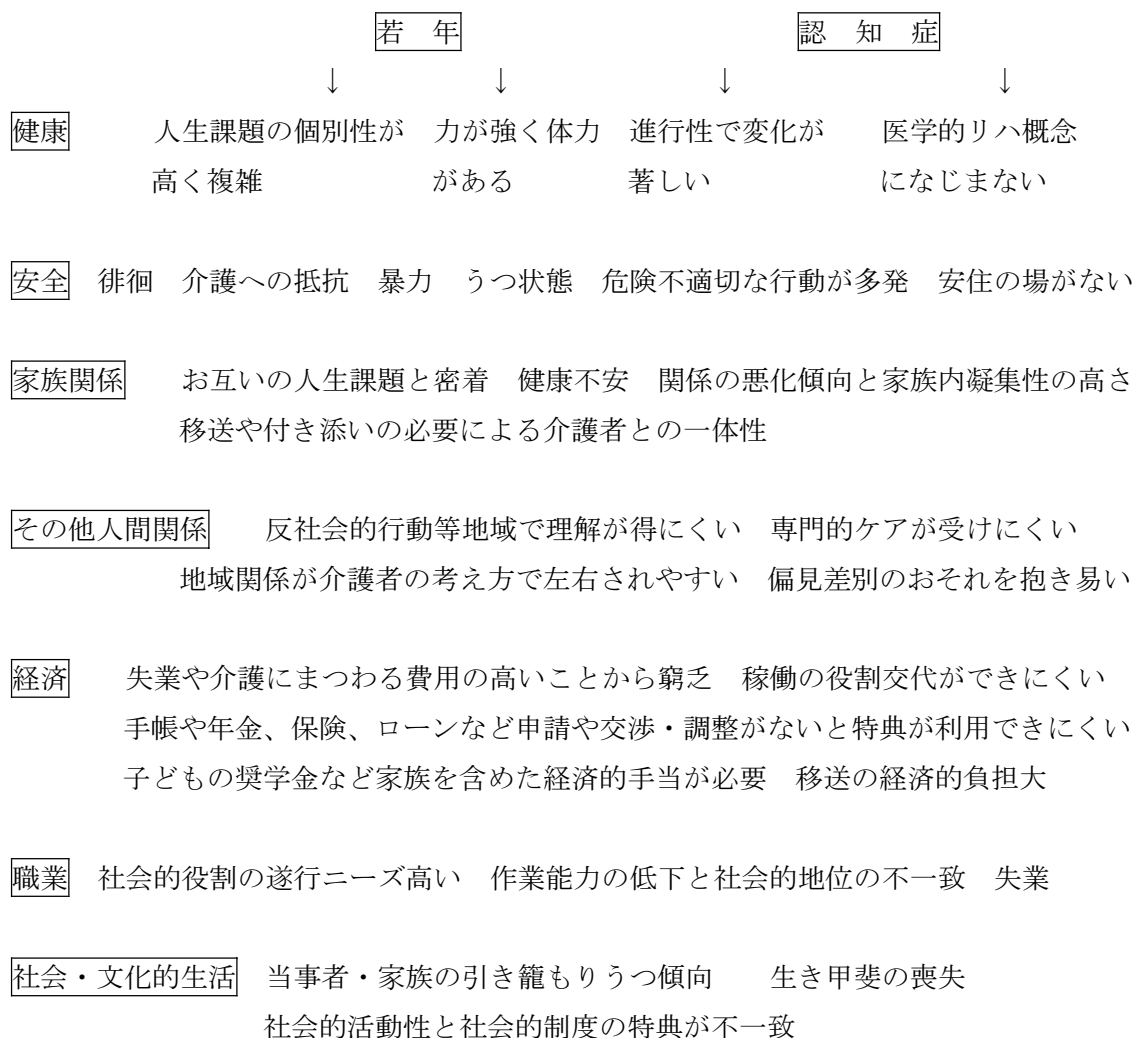
3) 当事者家族がサービス事業者に示す説明書（資料5）

若年認知症者および家族のニーズを、地域関係機関やサービス事業者に伝えやすくするためのパンフレットを作成し6,000部を印刷した。それを各地の42家族会を通じて当事者に配布した。

考察

（第1研究）若年認知症者・家族の「問題」の構造

インタビューの発言を整理し分析することによって、若年認知症者・家族の抱える問題の構造は以下のようになった。



（第2研究 第3研究）

若年認知症者および家族に対するソーシャルサポートには、以下のような特徴が要求さ

れる。

1) 生活/人生への配慮を含めた総合的処遇性

生命保険の話などでも病気そのもの以上に、社会生活に必要な情報が届いていない。そのために総合的処遇の仕組みを考える必要がある。そのために告知後のネットワークの起点となる医療機関におけるケアマネジメントシステムの構築が考えられる。H I V 拠点病院では、社会福祉士の配属が保険点数上必要となっている。がん専門病院や高齢者退院支援でもチームに社会福祉の専門家をいれてプランニングすることが診療報酬上に上げられている。こうしたことがこの分野でも必要と考える。

2) ケアの個別性と独自性、体力や社会参加への意欲など若齢への配慮

若年認知症のケアは脳の損傷部位によって、また個々人の生活環境や人生体験によっても大きく変わることの特徴がある。若齢故に現役であり、社会的役割の果たし方、役割期待も個々によって大きく異なるし、その意欲や必要性も高い。高いが故にかなわぬために自己評価が低くなりがちであり、うつ状態にもなり得る。そのため家族も当事者も個々の従来の人生に合わせた生活設計の変更をともに考えていく必要がある。また若齢故に体力があり、介護への抵抗なども暴力になることもある。それらの問題を支える専門的支援には、高い知識と技術が求められる。

3) 当事者・家族の一体性

発病時大学卒業を控えて親の介護に専従してしまった息子が、以後 10 年間介護のみに携わって 30 代半ばになっている例があった。現在も家族のケアだけで生活をしており、家族は経済的に困窮しており、今後の自分の人生への展望も現実的ではない。発病以降公的資源の導入を図ることを考える介入があれば、別の人生設計があったかもしれない、とかく一体化しやすい家族に専門的介入の必要性がある。

4) サービス供給の即時・即応性

徘徊の激しいときにはデイサービスにも家族が付き添いを要求され、ショートに預けても行方不明になれば家族が呼び出され、再入所は拒否される。また特養は入所までに時間がかかり、皮肉にも入所できた時点では徘徊は納まり、ケアしやすくなっている。その状況で入れなくてもいいかと思っただが、こんどいつ入れるか分からないので入れたといった、即時の対応がないために、ニーズに合わないサービスとなっている状況もある。医療機関における一時保護など病状悪化のスピードにあった資源側の対応が臨まれる。

5) 病状の進行・悪化に伴う専門的モニタリングの継続性

若年認知症の社会資源の特徴は、発症から診断、初期アセスメントの時期が特異で重要

であることがあげられる。サポートの内容は病状の進行に伴って、高齢者の対策と同じになってくるのである。しかし皮肉にも身体が動く時期には資源が少なく、動かなくなると資源が多く提示できる。その点資源を創出するために病状の丹念なモニタリングが重要である。

6) 制度間の縦横性・補完性

介護保険 精神保健手帳 自立支援法 高次脳機能障害サービス等 隣接領域を含めた様々なサービスが一長一短で存在し、またいまだ存在していないサービスもある。これらの制度・サービスは、地域や当事者の状態によって様々に使われていたりいなかったりする。そうした複雑な制度をマネジメント可能な専門職や、手引き書が必要である。また存在しないサービスを作り出す作業も大切である。

7) 移動手段の必要性

移動手段が奪われている状況は経済的にも家族的にも大きな問題である。地域によっても移送のサービスには大きな格差がある。そうした移動サービス付きのサービス供給システムを考慮したり、当事者の個別性の高さから、自宅だけではなく職場などへサービスを出前するような発想も必要であろう。

8) 専門家と家族間、また当事者やサポート集団との円滑な連携

今回の調査を通じて当事者や家族、そしてサポート集団の力を大きく感じた。お互いの相互交流を通じて学び、サポートの手だてを考えていくような、今後の研究行動計画を考えていきたい。

次年度研究計画

以上の研究をもとに、次年度は以下のように展開していくことを計画している。

- 1) 若年認知症者・家族のためのサービス便利帳（愛知または知多版）を、日本福祉大学の人材に協力してもらい、研究会を組織の上作成する。
- 2) ケアマネジャーなど地域連携の要にある専門職のために、若年認知症のためのソーシャルサポートとらの巻を、勉強会を組織の上作成する。
- 3) 生活および職業に関わるリハビリテーション・アクション・プランを特定の当事者に対してたて、既存機関に働きかけていく。そのことによって、若年認知症者用生活リハビリテーションプログラムの作成を行う。
- 4) パソコン教室やアートセラピーなどサービスを行うことによって、社会資源の開発を行

う。

資料

- (1) ワーキング・グループ議事録
- (2) 事例による問題状況マトリックス（表 1 から 10）
- (3) 家族会との協働事業プラン（若年認知症の人と家族のためのアートワーク企画案、若年認知症の人と家族のためのパソコン教室企画案）
- (4) 若年認知症者・家族のための講演会のお知らせと開催報告（資料 1）
- (5) 若齢認知症者・家族のニーズをサービス事業者に伝えるパンフレット（資料 2）

**2006年度 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究
第1回作業部会議事録**

1 日時 2006（平成18）年11月10日（金） 18:00～20:00

2 場所 日本福祉大学 名古屋キャンパス 北館 8D

3 出席者

沖田 裕子（大阪市社会福祉研修・情報センター）、尾之内 直美（認知証の人と家族の会 愛知県支部代表）、小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター 研究部長）、田中 千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授）、柿本 誠（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 教授）（順不同）

4 議事録

(1) アンケート項目について

→各項目の説明。

○ 医療に関する質問項目（p6以降）は、アンケートよりもヒアリングで行う。

(2) 研究計画について

○ フォーカスグループインタビューの実施は難しいのではないかな？

○ 来年度の調査に繋げられるような（足がかり的な）内容を実施していく。

○ 家族の会へは会員にインタビューを考えている。その中で、社会資源（既存の）についてお聞きする（実際に会員に同行して見学に行く）。

○ 家族の会（各支部）への依頼は、本部から依頼して頂くことになった。

→家族の会に、調査結果を含め、何を情報としてお返しできるかな？

○ 本年度は、アイデアを出す段階。2年次にモデル的な支援策の計画・実施を行う。2・3年次に効果検証と普及のためのハンドブックを作成・発表。

○ 愛知県支部の取り組みと平行して、告知以降の支援プロセスを明確していく。

○ 仙台センター・東京センターとの共催で何か考えるべきではないかな？

(3) その他

① 日本福祉大学の役割

○ 就労について重点を置いて欲しい。

→他の就労支援で当てはまるかな？それとも他の支援体制が必要かな？JOB コーチの活用など。

○ 愛知県内に調査協力者がいれば、そちらの方を行う。

- アクティビティ面についても調査できないか？
- インタビューと質問紙の分析は日本福祉大学側も含めて行う。
- 病院などから、日本福祉大学側で対象者を探す。その場合の質問紙調査も同様の調査票で行う。

2006 年度 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究 第2回作業部会 議事録

1 日時 2006（平成18）年12月26日(火) 15:00～18:00

2 場所 日本福祉大学 名古屋キャンパス 北館 8D

3 出席者

沖田 裕子（大阪市社会福祉研修・情報センター）、尾之内 直美（認知症の人と家族の会 愛知県支部代表）、小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター 研究部長）、田中 千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授）、柿本 誠（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 教授）、山本 芳恵（阪南病院、リハビリテーション課 課長・愛都の会）、梅原 早苗（大阪府社会福祉協議会 社会貢献推進室 社会貢献支援員、愛都の会）（順不同）

4 議事録

(1) ゲスト講師からの発題(当日配布資料参照)

- ① 梅原早苗「愛都の会の概要説明（大阪府社協の社会貢献支援員についても若干説明あり）」
- ② 山本芳恵「『デイなにわ』の概要」（添付ファイル PP 参照）

(2)意見交換(主な意見)

- 若年期認知症を支援していくセンター(拠点)が必要だと思う。
→社会貢献支援員だからこそできることがある。しかし、一般化できない部分が多いと思う。そのために組織作りの一貫として「センター」のような公的機関が必要ではないか。
- 地域開発も含めた、地域での横のつながりも若年期認知症の支援には必要ではないか。
- 既存のサービスでまかなえる部分とそうでない部分がある。後者に対応していくものが必要ではないか。

- ① 家族が主体になる組織づくり、② 配偶者へのサポート体制づくり、③ 情報提供、④ 子どもに対する支援（ニート支援）、が今後の若年期支援で重要になるのではないか。

(2) 沖田先生の企画案「若年認知症の人と華族のためのパソコン教室」

→(当日配布資料参照) 今後は、就労支援についての企画も出してほしい。就労支援については、① 今続けている仕事をどのようにギリギリまで続けていけるのか、② 一旦、退職した方への支援、の2側面から考えて欲しい。

2006年度 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究 第3回作業部会議事録

1 日時 2007（平成19）年1月19日(金) 15:30～18:00

2 場所 日本福祉大学 名古屋キャンパス 北館 8D

3 出席者

沖田 裕子（大阪市社会福祉研修・情報センター）、尾之内 直美（認知症の人と家族の会 愛知県支部代表）、小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター 研究部長）、田中 千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授）、柿本 誠（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 教授）、岩淵 雅子（釧路地区障害老人を支える会「たんぼぼの会」）（順不同）

4 議事録

(1) ゲスト講師からの発題(当日配布資料参照)

① たんぼぼの会の成り立ち

会員 240 名（3分の2が賛助会員、3分の1が家族）
事業体、地域との繋がりが多く持っている。

② ビデオ「徘徊老人 SOS ネットワークについて(一声かけよう)」概要

このネットワークは、94年から始まっている。FMを使用し、行方不明高齢者の情報を送る。タクシー会社にも情報が送られ、検索が行われる。一般市民からの発見・通報が多くなっている。市民の関心度が高くなっていることがわかる。

たんぼぼの会が、このネットワークにつくりだした。ただ、いくつかの間

題点もある。ただ、発見・通報のシステムではなく、その家族に対して保健所などが家庭訪問をして日常の困り事に対応していくことが必要。たんぽぽの会もそういった訪問活動を行っている。

たんぽぽの会では、新しい介護の仕組みを模索している。それは、地域ぐるみで介護をしていくという仕組み。具体的な実践としては、ボランティアで運営している介護家族を対象とした健康体操教室など。こういった実践から、家族同士が励ましあい、支えあう仕組みが地域にできてきた。また、街頭でのチラシ配りや演劇なども行っている。

③ たんぽぽの会の活動概要(事例紹介も交えて)

その人の生活とリズムを大切に当事者に寄り添うようにしている。平成15年には、サポーター養成のため、講座を開いた。そのサポーターを活用して市で「やすらぎ支援事業」をやってもらうように要望しにいった(ボランティアをご家族に対して派遣して見守りなどを行う事業。全国の自治体で半分以下しか実施していないヘルパー2級以上の人を条件とした)。ボランティアには、1,500円(交通費込み)を支払っている。

たんぽぽの会では、何とか自宅で暮らし続けられる支援をしていくことを目的としている。ある方に対するサービス担当者会議も何度か開いたが、適切な在宅サービスは中々難しい。本人、家族のペースに合わせることできるサービスが必要。

ご本人の居場所づくり、家族支援のあり方が本当にいいのだろうか(活動が助成金頼みになってしまっている)? 釧路のように合併し広域になっているため、地域密着型サービスのような市内での支援が難しい状況にある。

また、地域特性もあるが、産業が乏しいため、失業者が多い。それは当事者家族も同じ状況にある。

(2) 意見交換

- 継続的に会の活動が続いていくようなシステムを作る必要があるのではないか。
→ 財政的に持ち出しとなると難しい面もある。
- 家族会から始まっている活動なので、家族支援も多様なメニューでされている。しかし、在宅での生活が無理になってきた場合、在宅以外の受け入れ先や在宅生活を継続していけるサービスが少ないのではないかと。
- 疾患別のケアの仕方を知っている専門職は少ないと思う。
→ 情報がたくさんないと、正確な診断が難しい場合もある。
- サービスごとのネットワークがないと支援は難しいのではないかと？

→地域ごとにサービス量のばらつきがある時に資源の開発をどうしていくか？

- 認知症指導者研修を終了した方の活用は、どのように考えているのか？
→若年の知識が少ないのは実情。やはり、若年認知症の特徴を知ってもらうためには、研修が必要だと思う。個別性の高いケアが必要とされているので、そういったサービスを組み合わせられるように、または制度利用の知識などを研修内で情報提供していけるのではないかな？
- 若年認知症に対する保険の部分での支援が必要ではないかな？

2006 年度 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究 第4回作業部会議事録

1 日時 2007（平成 19）年 2 月 16 日（金） 18:30～21:00

2 場所 大阪ガーデンパレス 会議室 405

3 出席者

沖田裕子（大阪市社会福祉研修・情報センター）、尾之内直美（認知症の人と家族の会 愛知県支部代表）、田中千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授）、柿本誠（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 教授）、金本沙也佳（デイサービスセンター喜樹）、住田淳子・上久保有子（デイサービスセンター バリュールライフ）（順不同）

4 議事録

（1）ゲスト講師からの発題

① デイサービスセンター喜樹 金本沙也佳(施設パンフレットあり)

以下、報告概要。

デイサービスセンター喜樹は、若年性認知症に特化したデイサービスではないが、利用者の中で若干名受入をしている（施設概要はパンフレット参照）。

○ 利用者

利用者は、40 代の女性でピック病を持っている。家族はご主人、子ども 2 人（女性）。ご主人は、うつ病をもっている。利用者は、最初は力が強く、ものをなげる力が強く、徘徊も多く、自転車を使うこともあった。高齢者よりも持久力もあり苦慮した。また、最初の家は、月経などもあり非常に職員が驚いて

しまった。最初のうちは、排泄介助も嫌がったが、ジェスチャーなどを使ってなんとかいってもらったようにした。

まず、受け入れにあたっては、他の利用者（高齢者）との関係に気を使った。また、職員から利用者に「何かさせてあげたい」という思いも出てきたが、若年の利用者にあうような音楽や雑誌、レクなどがなかった。そのため、色々やってみてはみたが、職員の若年性認知症への理解が乏しかった。そういった知識をつけるための研修事業などがあれば良かったと思う。

○ ご家族について

ケアの中では「なるべく落ち着いてすごせるように」ということを心がけた。また、若年性認知症は病状の進行がはやく、その都度ケア側は対応を変えていかなければならなかった。そういった中で、ご家族にはしつこいほど本人の情報をききだし、ケアに繋げていった。

ご家族には、デイサービス以外のサービス利用を勧めた。しかし、ご家族は「高齢者ばかりのところだから入れたくない」という心情と、お子さんにもまだお金がかかることもあって、利用しにくい状態になっていた。そのためご主人が抱え込む状態になっていた。また、最終的に食事が取れなくなってきた時に、「胃ろう」もすすめたが、ご主人はなかなか踏み切れなかったこともあった。

○ 若年認知症のケアの課題

ただ、これは、ご家族の問題だけでなく、介護保険制度上にも問題があると感じる。今の介護保険は、それぞれのサービスがそれぞれ単独で完結してしまっていて、「ケアの連続性」がないことが問題だと思う。

今回の事例では、ホームヘルパーがご本人やご主人と同世代であり、本人も家族のケアも柔軟に行えたり、デイで対応が苦慮されたこともヘルパーに聞くことで解決できたこともあった。デイサービスとヘルパーとの協力といった連続性が重要であることがわかった。

最後に、この事例を通じて感じたことは、「若年性認知症専門のデイサービス」が必要だと思う。そうすることで初期の家に早期対応ができるのではないか？また、個別性が強いので、専門のデイサービスでないと対応が難しいと思うし、ご本人も落ち着かないのではないか。

② デイサービスセンター バリュールライフ 住田淳子・上久保有子（メール添付資料参照）

報告概要は、メール添付資料を参考にしてください。

以下、質疑応答部分。

- 若年性認知症のケアのマニュアル(ガイドライン)などは、あるのか？
→特にない。特定の職員の動きを真似て周りの職員も対応している状況にある。
- 若年性認知症のデイサービスについては、もっとPRしていく必要がある。
例えば、家族が入った交流会があるのなら、新聞などにその交流会について掲載してもらってもできる。そういった中で、少しずつ利用者も増えてくるのではないか？
- 家族と職員とのやりとり（連絡帳）の効果について
→直接では話しにくいことも書けるので、非常に役立っている。送迎までに書く時間の確保は大変だが、現在の利用者数（6名程度）なら可能。また、ご家族も若い方が多いので、メールでのやりとりも多い。

2006 年度 若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究 第 5 回作業部会 議事録

1 日時 2007（平成 19）年 3 月 13 日(火) 18:30～21:00

2 場所 日本福祉大学 名古屋キャンパス 8D

3 出席者

沖田 裕子（大阪市社会福祉研修・情報センター）、田中 千枝子（日本福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科 教授）、柿本 誠（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 教授）、長谷川 真也（名古屋市総合リハビリテーションセンター）（順不同）

4 検討事項

(1) ゲスト講師からの発題と意見交換

→長谷川真也(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

(2) WG 打合せ(報告書・チラシ・来年度計画について)

5 議事録

(1) ゲスト講師からの発題と意見交換(当日資料参照)

表題：高次脳機能障害支援モデル事業について

ゲスト講師：長谷川真也(名古屋市総合リハビリテーションセンター)

高次脳機能障害は脳外傷、くも膜下出血、低酸素脳症などの疾患が多い。広範な脳損傷を生じやすい疾患。

① 高次脳機能障害のモデル事業について（当日資料参照）

サービスを使えない人たちをなんとかするために行った。424 事例、3 年間で集めた。12 地域で行っている。医学的訓練だけでなく、生活訓練にも力を入れている。全国レベルだと、どこに相談に行ってもよいかわからないので、支援センターを立ち上げた。その必要性がモデル事業でわかってきた。また、啓発事業なども行っている。

モデル事業の成果を普及していくための支援普及事業が昨年度の 10 月にできた。これは、国からの支援を受けている。

認知症の違いは、進行するかしないか？高次脳の場合は、ステップアップして社会復帰に持っていくようにする。ただ、生活訓練に行く方は 3 割、職労訓練は、その内の 3 割。過半数は、何の訓練も受けられずに社会復帰する人が多い。

② 診断基準について（当日資料参照）

パンフレットに書いてある。主要症状、検査所見、除外項目、診断の順で掲載している。

除外項目で、認知症を省いている。こういった診断基準を啓発して、診断してもらおうように働きかけている。

《意見交換》

○ 認知症の場合、訓練について考えるとよくはないという前提があるのだと思うが・・・。

→確かにそうだが、何らかの訓練で、2～3 年で維持ができるという可能性もある。また、症状の違いは個々であるので、人に合わせた訓練の方法、支援の方法が必要になる。たとえば、くも膜下出血の場合は、知識はなかなか身につかないが、IQ が高い。共通している部分としては、それまでの生活暦が継続しているということ。きることができない部分は、認知症と同じだと思う。もう少し、生活訓練レベルのことから、考えていく必要があると思う。

○ リハビリテーションセンターという、専門性があるところでこれらの事業は行われている。ただ、認知症の場合は、そういった中でやっていけるかどうか

か？

→時間をかけて、利用者の人数が増えてくる中で、検証が色々できる。脳外傷の人は毎年新患で100人くらいいる。また、支援メニューについても、脳血管障害の人だった。ただ、観点について脳外傷の方々にあわせていった。たとえば、できないことの原因把握については、しっかりとするようにしている。ただ、支援メニューは、少ししかない。あとは、入所生活から捉えている。

- 初期の認知症の場合、入所して訓練する施設のような場所がない。やはり、あまり訓練という部分が充実していない。
- モデル事業のプロセス（①診断・評価→②医学的訓練→③生活訓練・職能訓練→社会復帰・生活・介護支援）は一貫している。この場合、逆からのプロセスというものも、あるのではないか？
→それは、ありえる。現在のところは、いったんもどる（やり直す）ということとは可能。
- 簡単な仕事の場合、高次脳はある程度の手順書（マニュアル）を作って、その順番でやってもらう。そうするとできるというのはある。ライブで見て作業するということが多い。
- 高次脳の場合でも、職労支援をしているところは少ない？
→授産施設などはある。積極的にやっている部分もある。
- 当事者の作業所は、ご家族の方が中心になって継続されている？
→補助金等をもらいながら、続けている。
専門職(専門職員)も、雇っているが、最初のうちは家族が口を出して大変だったという経験もある。
- 若年認知症の場合、訓練という捉え方か、補うという考え方か？

(2)WG打合せ

来年度計画案

- 独居の若年期の方にヒアリングをしていきたい。
- モデル事業(どんな事業をおこなっていくべきか?)
→介護保険でやっているようなことは必要ないのでは？
- ハンドブック・便利帳作り。
 - ・ 本人版と専門職版を作成。
 - ・ WGで雛形をつくり、専門職に検討してもらう。

(文責：日本福祉大学 実習教育講師 駒田)

1 76才 男性 アルツハイマー 63才発症 63才診断 介護者妻と息子 現在特別養護老人ホーム

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	身体は丈夫 引退してこれからというときまさかと 気づくのが遅れた思い	カニの殻など食べられないものまで食べてしまう		近所の神経内科医が相談相手		ADL低下で車いす	もし病気が出たらこの施設を出なくてはいけないかが心配
安全	家に帰れない	方向が分からない 警察の保護	妻の介護 息子のサポート サービス不要と専門家には相談はしていない	行方不明で警察に相談頻回 冷たい態度 本人の外に出たい気持ち強い	施設申請6ヶ月で入所	徘徊はなくなる	自宅は考えられない
家族関係	妻と結婚し 独立した息子・嫁	おかしいと気づき心配 精神科受診進める	診断時点で自宅介護に賛成 サポートする	施設入所申請を進め、手続き	自分たちで希望・選択した施設に入れた	週1回以上の面会 ちようどよい	妻も高齢となり、息子が、向方をケアするのは大変と心配
人間関係	良好	親戚や隣近所では、気づき心配	家族だけで世話をしたいと	サービスは利用しなかったが、民生委員等がサポート		病気になるって穏和になる おむつたためみなど独自メニューを楽しむ	
経済	年金生活		息子の援助も可能		当時は介護保険前入所の費用負担大 息子の負担も大	介護保険になって楽になる。食費居住費を支払っても平気	介護保険だから大丈夫だが、病院となるとかかるのではないか
職業・学業	定年退職後						
文化社会活動	元々活動的ではなかった					入所生活を楽しんでる様子	

2 73才女性 アルツハイマー 57才発症 60才診断 介護者は夫 現在は特養

発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
近所の指摘から受診するも異常なしと、その後数年別の病院でも診断されず	主治医は「頑張ってください」とのみ	屋夜なくなり、保健所で相談 精神科紹介されるも、本人受診拒否	脳梗塞で入院	ケアマネジャーがショートステイから入所を手配	反応が少なくなっているが、安定	
安全	外から自宅に戻れなくなり、保護 財布を何度も、給料1ヶ月分なくす	力が強いため制御が効かない お互いけが(内出血や気づかない骨折など)をする	介護に抵抗のため、夫が硬膜下血腫 入院 退院後も再度血腫手術	ショートステイを1年間継続し、自宅に戻さずその後施設入所		
家族関係	夫は勤めがあり日中1人 様子が不明なまま	夫1人で介護を決定 寝られず力が必要で 大変な看護 子どもには頼れない	それまで自分1人で看ていこうとしていたが、どうしようもなく なった	夫は退院して自宅に	食事介助に毎日施設へ通う	今後夫が弱ってきたら子どもに頼まなければならぬが、子どもはまだ子育て中で忙しい
人間関係	隣近所からおかしいのではないかと、指摘多数		退院するときに病院の看護師さんや在宅担当の専門家が支援	特養の介護には、いろいろ注文はあったが言わず、感謝する	本人も施設の人には遠慮があり、却ってわがままがでず、介護がうまくいくように思う	
経済	効かない薬が高いために受診中断	夫が定年前に介護のため退職 退職金がない代わりに80才まで勤められるはずだった。収入がない状態	医療費が高くやりくりが大変だったが、助成制度等病院で教えてもらった	月半分は介護保険 外で自費支払いで大変だった	介護保険で食事代が必要でも安く薬	
職業・学業	夫の姉と一緒に美容院経営	仕事を辞めて一気にほげが進んだ感じがする				
文化社会活動						

3 69才 女性 アルツハイマー 63才 発症 66才 診断 介護は嫁に行った娘夫は日常自立 現在はグループホーム

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	物忘れ 同じことを忘れて繰り返し人に聞くと本人に自覚なし	病院にだまして連れて行く。診断名は3年間言ってもらえず。書類から盗み見て分かる	不機嫌で人格が変わり周囲と摩擦大その調整が大変	ADLの低下	夫の死亡で、グループホーム入所	ホームのケアが心配で毎日通う	車いすになると、グループホームにいられなくなると心配
安全		たびたび行方不明になるが、本人は付き添われるのを嫌うので、隠れてついて行く。	ココソムの利用	ADLの低下で活動性が落ちるために徘徊がなくなるが、危険な行動は残る			グループホームから自宅は無理。特養に申し込んでおこうかと
家族関係	娘がいろいろ配慮したが、同居の夫が一番理解するのに時間がかかり、きつくしかるなどした	娘は別世帯なので、自分の家族の面倒をみながら、世話をしていた。大変だった。	主婦業ができなくなってもやっつけてしまうので、その後始末が大変	娘夫婦の自宅を近所に買い換えて、引き取ろうとした時に夫の死亡	娘の夫の両親の理解がある。グループホームの入所を決断を支える。	娘は不妊治療を再開、子どもがほしいが子どもができると母親の面倒がみれないと悩む	本人のことが心配で毎日通ってきた。子供が生まれたら、通えない遠くの特養に申し込もうかと考える
人間関係	親戚はよく理解してくれた。	近隣の人が協力徘徊を戻してくれる。	デイサービスの利用が始まり家族は楽になる	デイサービスだけでなく情報収集 インターネット多用	友人ができるまで不応続く	それなりに落ち着いてきた	
経済	夫の年金あり	病院が遠くタクシー代が嵩む	デイサービスの負担は少なくありがたい	娘がパートをやめて実家の近くに引っ越し、家の買い換え、娘夫婦の経済的困難	亡夫の遺族年金で入所費用はまかなえる。生きていたら2世帯は難しかった。		
職業・学業	学校の賄い婦をしていた。時間を減らさたりしており、学校も扱いに困っていた。	年だからもう働かなくていいという事で退職					
文化社会活動							

4 50才 男性 アルツハイマー 48才発症 49才診断 現在在宅就業中

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	数年前より病気がち	るい瘦と食欲不振で入院検査で診断病名が分かるまで、同じ病院で8ヶ月必要だった	月2回受診 アリセプトは効いていないようで不安	今後進行すると言われたが、どうすることもできないあせりがある	今後認知症の進行について、説明がなされたしていない。漠然とした不安		
安全	記憶違いが続き、おかしい感じはした	外出している、自分のいる場所が分からなくなる不安がある	車の運転を主治医に止められ、妻の運転で移動妻の負担大電車で移動は迷いそう	通い慣れた道でも、必死に探しながら歩いている恐怖			
家族関係	妻と子ども2人両親と3世代家族 本人の稼働で皆が生活	妻と本人に告知 高校と大学受験の2人の子どもには秘密に	子どもたちは受験を控えており、ペンだとは思われているが、打ち明けることができない	すべて家の大事なことは本人が決めた。妻の役割交代がうまく進まない			
人間関係	自宅自営で家族以外の接触はあまりなかった	隣近所にはまだ知られていない 同業者の友人には打ち明けている	もともと折衝がなかったもので、そのまま隣近所に知られるようになってきたらなどは考えられない。	相談できる友人はいないが、このまま病名が漏れないで暮らしたいのだが			
経済	製造業自営で、納期を守る限り安定	納期を守れないことが続き、自営を中止し貯金をおろすしかない	生命保険・住宅ローンを何とかしないと	精神保健手帳や自立支援法について聞いたことがない			
職業・学業	何度か契約内容を間違っても、朝から夜まで籠もって、1人の作業で仕上げていた	取引先に迷惑がかかるので、自営を中止	同業者の友人の会社でリハビリテーションを兼ねたパート仕事をしているが、仕事事が苦痛	妻は仕事を続けてリハビリテーションとして維持していきたいが、本人は拒否			
文化社会活動	地域の世話役をしていた	地域の役員など責任のあるものは極力断って整理したが、理由をいえないために困る	地域の責任の重い役が残り、それを妻の手を借りながら、近所の人に気づかれずにやらねばならぬ	早く気づかれる前に役を降りたいが			

5 36才 男性 18才時頭部外傷後てんかん発作 知的低下進行 28才診断 現在知的障害者更生施設入所

発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	交通事故の頭部外傷	てんかん発作繰り返す	救急車で何度も運ばれて入院を繰り返すも、退院時は相談先がないまま	精神症状悪化で、介護しきれなくなり精神科入院させる	知的障害者更生施設入所で服薬管理	
安全	身体の障害が残ったので、かえって安全であった	行方不明になり、窃盗で捕まること多いてんかん発作がどこで起こるか不明で危険だが出て行ってしまっ	閉鎖病棟からの脱院などがあり、退院勧告される	在宅で窃盗・不法侵入など繰り返す	入浴などに対しても身体介護をあつめた	
家族関係	父親と2人暮らし	再婚してできた母親が受診させて世話	母親が主に本人に関わる 本人の症状に悩みながら指導の仕方を会得していく	本人の了解が悪くなっていることから、言い聞かせる家族が疲労	終末に外泊する関係で親の疲労も回復	
人間関係	友人以外つきあいはあまりない	隣近所から苦情が相次ぐ、それに母親が反論して孤立ざみ	地域の子サイービスについても問題行動から親がついてこないという駄目だとか出入り禁止となる場合も	本人の友人関係が途絶	施設内の利用者間の人間関係に満足	
経済	仕事のお金は遊びに使い貯蓄なし 自賠責での保障	身体障害者手帳取得も3級のため経済的支援にたらず	母親が役所で相談し、精神障害で年金申請をし、受理される	父親の再就職あり 生活は厳しい	知的障害者認定で手当金	
職業・学業	建築工をしながら夜間高校生だったが、退職退学	無職のまま、身障子サイービスへ				
文化社会活動		サイービスは好きだが、不適応行動で出入り禁止に	精神科デイケアへ集団から浮いてやめる		施設生活で役割も見つけ落ち着くしかし在宅は難しいだろうという施設の判断	

6 53才 男性 脳血管性認知症 50才発病 介護者妻 身体障害者更生施設入所中

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	脳出血にて手術	2ヶ月目で認知機能の低下あり	リハビリ病院に転院が断られる	認知障害が悪化する中で、リハビリテーション適用がないと判断され、入院できず。在宅勧められる	リハビリ院でのリハは障害受容への働きかけのみ「訓練」はしてもらえなかった。回復のための訓練をしようと欲しいのに	病状としては落ちつき、ADLも上昇するも、意欲の低下、うつ状態に見える	
安全		入院中に徘徊 転倒	頭蓋骨に入れられないためにペルメット着用	身体障害の改善がある中で、認知が問題での転倒やその他の行動障害多発 監視が必要になる	常に妻が付き添う必要があるので、	新しい場所に地図ではいけない。忘れっぽい	
家族関係	妻と大学生2人の子どもと両親	妻が中心で看病 子どもの入試と重なり、祖父母も動員		妻がパートをやめて介護 子どもの受験と重なり厳しかった	子どもは大学の推薦入試がきまっておリ、学費の心配 妻が付き添って外出するしかなかく妻の負担大	若くても子どもの将来に影響しないように頑張る。病気のことを子どもも理解しきれていない	
人間関係					相談できる人はいはいるが、この障害を理解してもらおうのが難しい	字が書けない、読めないことを人に気づかせるのが心配	
経済			2人の子どもが大学生で外に出るので、奨学金や生命保険のことが知りたいたいがどこに相談するのか不明		傷病手当金があと3ヶ月で切れる。その後復職を希望しているが、駄目ならどうなるのだから心配	妻のパートを再開したいが、移動や手続き等一人ではできないので目処がたたない	
職業・学業	公務員	休職中 職場からは励ましをもらっているが、どうなるのか不安	職場からは治して戻ってほしいと言われている。しかしこの障害は説明しても分かってくれないうちに不安	職場の人のお見舞い断った。本人はおかしいと思っていないで人とトンチンカンな会話をするので。	字が書けない計算ができない	職業リハビリターに通所が決まりそうだったが、通所が遠くて妻の付き添いも難しいために、入所予定となる	
文化社会活動			役所に相談 しかし若年で回復を求めてリハビリテーションをしてくれるような施設がないことが分かる。	医学的リハビリテーションの回数制限にかかってしまう	日常生活のためのリハビリテーションをやってくれるところがない また地域が違くとサービスがあっても、その利用に制限がある。		

7 62才 女性 47才発症 49才診断 ピック病 介護夫 在宅 ホームヘルプのみ

	発症期	診断時	支体制限期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	主婦としての家事が難しくなっていた。しかし夫が気づかず未受診	日常行動や精神活動	受診時に「認知症で5年の命」と診断され、夫は自宅介護を決める	ものの取り違えや便こねなど年間で一気に悪化	医師より診断が間違っていて、余命3年ではないかと告げられた	脳腫瘍による肺炎や体温や血圧の急低下など内科的に落ちつかないため、医師のアドバイスが欲しいが難しい	このまま在宅でターミナルまで見ていきたいために、地域医療と緊急時医療の充実を望む
安全	自宅に戻れなくなることもあったが、夫には内緒にしていた	徘徊が激しく、毎日夕方不明にお金を持たずスパーや喫茶店に入る	夫が徘徊をさせない方法をいろいろ工夫したが、近所の近所の人々に協力依頼	徘徊激しく鍵がかかった窓を壊して血だらけの外を歩く。家の中で何をやるか分からず一瞬たりとも目を離せなくなる	センターをつけたり工夫をしたが、本人の暴力に悩まされ、他人の介助が難しくなる	身体状況が低下することで徘徊など劇的行動は減少。ただし腰痛など介護負担は増加	なじみのヘルパーさんに任せようと思いたい
家族関係	夫と2人暮らし。夫はコンピューター関係の会社を営む。本人は専業主婦	本人の不機嫌さについて行けず、夫が慣れない家事もあり疲弊	夫なりの介護の工夫を実施すると、夫が慣れない内容となっていく	睡眠がとれず極限の状態。神に祈るのみだった	介護負担が重く夫が入院する必要があると言われたが、代わりがないため入院しなかった	夫が目を離して大丈夫になる	本人を看取ってからは死にたいと思っているが、先に急に自分が逝ってしまうという恐怖
人間関係	隣近所の世話役をしていた。しかし頼まれなくなった。近所の人もへんに思っていた	近所の助けがないと在宅が不可能と判断、説明に何度も出向く。近所の人も参考になる意見あり。	億の相談相手として親戚や地域の人がいる	人には助けられず、病状の悪化がすべてで、余裕がなかった	隣近所で声をかけてもらったことで、精神的にはよくなったが、他の人に頼めない分、自分が頑張るしかないと思っていた	友人親戚の支援を受け手、なんとかやれるようになった。	本人のよいように介護を受けてあげたいので、人には任せられない。自宅の家事をヘルパーさんに依頼
経済	夫の収入で日常生活。生命保険の受け取りを本人から変更するよう指示された。しかしその後保険料を支払い続けた	事業を縮小することで経済的に困難になる	介護保険前からの、自費で知人に家事を頼んでいる。その分経費がかかった	急激な悪化の間は仕事をせず。介護に専念。経済的には貯金を崩して年金のことは知らなかった	3年分の集中力で介護に専念と思っていたが、10年と言われて途方に暮れた	介護保険でかたりをカバーできたことで、自給がつか	
職業・学業	専業主婦。冷蔵庫に同じものがたくさんあり、買ったままにあり、冷蔵庫にあり、冷蔵庫にあり	夫は在宅介護が可能になるように、在宅での請負仕事に絞ったが、収入2分1になる。	自宅就労にしても本人が生き残っている間は中止する	介護で仕事を中断しても、後で戻れることを周囲が了解してくれている思いがある	増悪期が1年すぎ、仕事を再開した	仕事が再開できるよになり。在宅の仕事もITの発達でさらにやりやすくなった	
文化・社会活動	趣味も多く、地域の人間関係を楽しんでいて、困った人に手助けするなど地域のリーダー役		本人が他人を入れるのを拒否するため、ホームヘルパーが入られなかった	本人の気に入ったヘルパーさんを入れた	気に入ったヘルパーさんに列して、介護保険で算定できるようにケアマネに相談した	家事を主にヘルパーにしてもらい、本人の世話は夫が自分で行う役割分担が固まっている	

8 58才 男性 アルツハイマー 53才 発症 54才 診断 現在在宅デザイナー・バス利用中断

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	うつ病を疑い精神科治療を1年間行った	精神科でアルツハイマーであると説明を受ける。それとどのような病気か娘がインターネットで調べてピックリする	病気が今後どうなるのか、個人差があるから分らないと言われ、書物の知識では悲観的でありどう考えよいか	食欲不振、いそいで入院	体力が無くなったため、食事や運動に気をつけるように病院から言われ退院する	食事はよくなるようになるが、とんちんかんなことを逆ったり、失禁したりで年寄りの様になっている	
安全	自殺するのではないかと周囲は心配	うつで「何が何だか」と言っている割に会社を辞めてしまうなど、独断で動くので困る	引き籠もり状態で散歩にもでないため、デザイナー・バスに生かされた	病院のトイレが分からなくなりびっくり。このころから不機嫌になり、ますます言葉が言わなくなる	散歩には妻がついて行っており、車も妻が運転		
家族関係	妻と大学生の娘、もともと明るい人だったのが心配	娘が結婚するのに支障が出ないか心配して娘におこられる	アルツハイマーであることを強く隠したい妻が、いろいろ心配をして疲れている。本人との関係も緊張状態	入院で夫婦の間の緊張が解けてよかつたと妻は評価	妻との閉鎖的な生活で、妻ばかりが本人のストレスが高いことが予想される	妻が癌のため入院手術。その間娘が会社を休んで介護。身体に自信を失う妻	
人間関係	明るい人だったので、ヘンに思われていると思うが、あまり説明していない	病気のことは家族内の秘密、うつ病とすることにする	引き籠もりの状態	娘の就労で身近な人にこの病気のことを告白できた	近所の人たちとも接触せず		
経済	傷病手当と妻のパート代で生活はなんとかやりくり可。住宅ローンが心配	精神保健手帳と自立支援医療を勧められたが、断って負担している。	障害年金を勧められ、精神で書くため妻は保留している。しかし背に腹は替えられないかとも思う	入院中はパートもできてよかつた	パートをやめて年金生活	住宅ローンを生命保険の診断を受け0とする	
職業・学業	会社員。うつ病ということで病休。復職を医師に勧められたが自分で退職してしまう	今までの仕事は駄目だと思いが、何かできる仕事を戻して欲しいと訓練の場所を探すがない		精神で年金を書いてもらう決心をする	パートをやめたことで、妻の精神的閉塞感から、言葉がきつくなるのが分かる		
文化社会活動		精神科デイケアを勧められたが、他の病気の人がいやがって駄目になる	日常生活の向上、仕事に代わる作業訓練を望んでいるがそうしたりハビリはない	入院してもきちんとしたリハビリテーションをしてもえられないのは何故か腹立たしい	介護保険の痴呆高齢者のデイケアに通っているが、メニューが若年と合わない	高齢者の認知症患者と一緒のメニューは本人もいやでやめていく	

9 63才 男性 アルツハイマー 58才発症 59才診断 介護者娘 在宅 デイサービス

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リアセメント期	安定維持期	終末期
健康	健康であり、もともとおとなしい人	うつ病的になり、自殺の危険も言われ家族緊張	家族のサポートとして役所が介入 しかしいい間、病院に入院	娘が面倒をみられない間、病院に入院	娘の子どもの死亡によって、ADLの低下した本人のリハビリテーションを考えるようになった	食べ物の丸呑みや誤嚥、食事をしたことを忘れてまた食べるといったことがあり、食事の監視が必要となる	
安全	電話でおかしさを娘に訴える 自覚あり 計算や機械の操作ができな	近所より一人暮らしで火の始末、お金の管理等でたひたび苦情あり	一人暮らしは心配と娘が引き取る	院内徘徊 家族がつけないため、病院内で問題になる またベットではなく量の用意をする	精神科病院でよいのか検討		
家族関係	一人暮らし 遠方に暮らす娘が発症を確認受診させる	診断がでた時点で、一人娘が遠方の自分の家に引き取る	引き取るに当たって娘の夫と娘が意向の違いを確認 離婚へ	娘の子どもが難病に入院 付き添いの必要	娘が子どもの死という痛手を整理した上で、父親の闘病を支えることを目標にする	娘が施設入所を申請	
人間関係	発症時町会の仕事で会計をやっており、計算ができなくなったことを隣近所が皆知るようになった	新しい土地でゆかりのない人たちだけ 娘も離婚して新しい道へ	人脈のないところいきで苦慮 行政も相談できず	病院を通じて行政に相談	娘を支える人的ネットワークの整理アセスメントの必要	相談相手である専門家が、距離をとりながら長らくケアしていくことを目標にする	
経済	持ち家 無き	当時精神保健手帳が無く、サポート資源がなかった	障害年金の申請を病院より指導される。在職中の申請の方が高くもらえたと言われがっかり	入院の費用の捻出は実家の売却費用 蓄えが無くなる	年金で可能な生活のプランニングを専門家へ依頼	年金で支払える範囲の生活へ 娘は入所まで介護中心の生活へ	
職業・学業	仕事を休職して治療使用とするも頭の体操のようなことしかないことで落胆	会社より辞職を暗に求められ悩む 探索は続く	デイサービスに通い出し、高齢者ばかりで気になったが、本人は楽しそうに	ホームのショートステイを利用したら、本人がショートを受けられなくなつた、それ以降ショートをするときは病院にお願いしている	入院施設に適切なものがない	入所まで、新しくできた若年性用のデイサービスに通う	
文化社会活動	リハビリの資源なし						

10 70才 女性 アルツハイマー 57才 発症 57才 診断 介護は夫と息子 在宅ヘルパー利用

	発症期	診断時	支援体制期	悪化期	リソースメント期	安定維持期	終末期
健康	専業主婦 つじつまの合わないことが多い、診断給料1ヶ月分まるまる不明に	いやがる本人をだまして受診させる。診断がでるまで同じ病院の中の診療科の運いで8ヶ月かかった	今と違ってアリセプトもなく、治療方針がなくなりがゆかった。本人は家族に不安を強く訴えた	朱葉や厘ろうが激しく、便を食べている。薬の口から吸い出したこともある	誤嚥や異食など頻繁に起こるので、気が抜けない	車いす生活 言葉を失い、声の調子でコミュニケーション	今後宅生活を続けたいと思うと、医療のサポートがきちんとならぬと困る
安全	言葉に屈れなくなる。切符が買えないという本人訴え 不安共	病院も1人では行かせられないため、夫が仕事を休んで送り迎え	しばらくは1人で病院受診をしていたが、帰れなくなってきたため、夫が車で送り迎え	鍵を壊しても外に行くので、名札を縫いつけた	入浴で介護に抵抗が強く、男2人がかりでクタクタになる。入浴サービスを検討		
家族関係	夫は会社員 一人息子は大学4年生で家を出ていた	夫が家事から本人の世話から一手に引き受けた	家を出ていた息子が卒業を機に自宅に戻り、仕事をせず介護に	息子と夫が交互に介護	夫が腰を壊し、身体介護が自信なくなる。施設入所を考えたが、死ねまじで見てやりたいと考える	言葉を失い、ますます夫と息子しか医師を確認できなくなり、他の人には任せられないと考える	息子が30代になって、就労の経験もなく、介護のみで暮らすことの問題あり
人間関係	友人は何人もいて、合唱のサークルも楽しんでいた	友人も心配して見舞いも来てくれたが、本人が会うのをいやがる	近所の人が夕食のおかずなどを届けてくれ、妻の人脈があった	近所の人が施設を紹介してくれたが、高齢者や精神障害者などかわいそうで入れられなかった	新しい環境では本人の意向をくんでもらえないと考えるため、入所申請はやめたいと思つ	近所の人たちが声をかけてくれるのでありがたいと考える	
経済	夫の給料のみ	会社を辞めて自営に切り替え。しかし営業活動ができなかったため、ほとんど収入にならず	自営が軌道に乗るまで貯金を崩していき、かかった	仕事ができず、借金を作った	息子が働くことを考え、通信教育を始めたが、途中で介護に支障がおき止まる相変わらずの困難	安定すると少し仕事を取れるが、貯金を取り崩している状態	
職業・学業	主婦の仕事は発症時からみるみる間にできなくなっていた	会社を夫がやめてつきそう。当時介護休暇が無く、辞めるしかなかった	自営業を軌道に乗せるため、息子に妻を看てもらっているときに営業をした	仕事ができず、借金を作り、自営の仕事内容を変更しようとしたができなかった	息子が社会人にならず、引きこもっていることに父は不安		
文化社会活動			デイサービスは介護保険前ではなかった	役所では医療機関の紹介はできないと言われ、どこに相談したらいいのか分からなかった	入浴をさせるためにデイサービス利用するようになる	入浴サービスを利用してみたが、職員の手癖な対応が気に入り、やめる	

若年認知症の人と家族のためのアートワーク企画案

1. 目的

若年認知症の人とその家族が、アートワークを通して自己表現を行うことにより、自信の回復、新しい能力の発見、社会との交流につながるよう支援することを目的とする。

絵を描くという行為は、ほとんどの人が苦手であると答える。しかし、このような苦手意識は学校教育の過程で、絵を描くことを成果主義に基づく評価の対象としてきたからであると言われている。本来、自己表現の欲求はすべての人々にあり、絵を描くということは、幼いころ誰もが経験した原始的な表現方法のひとつである。そこには何一つ間違った答えは無く、自由に自己表現できる世界がある。

このアートワークは① だれもが表情豊かな表現ができるよう制作過程を工夫しているため失敗が無い、② 制作過程（どう感じているか）、完成後のコミュニケーションを重視している、③ 作品を残すことができ、認知症の当事者がその成果を振り返ることができる、④ 作品展などにより社会への発表の場が作れる。このようなことから認知症の人が自己表現する為の有効な手段の一つに成りうると考える。また、日頃、介護に多くの自分の時間を費やしている家族にとっても、日常から離れ、制作に集中することによって、ストレスを緩和させることができると考える。以上のことから、若年認知症の人と家族に対するアートワークを開催することが必要である。

2. 実施内容

アートワークにおける具体的な内容

- ① アート作品の制作（観察画、立体工作、その他様々な手法による造形物の作成）
- ② 制作を通して感じたことを言葉にしていく。茶話会を兼ねた合評を行い、互いの作品を鑑賞する。
- ③ 制作を通して家族、仲間との交流を行う。

3. 経過

既存の絵画教室などは、認知症の人、家族への配慮を十分にすることが難しく、気軽に参加できないことや、デイサービスなどで行われる創作活動は若年認知症の人が物足りないと感じることも少なくなく、当事者の積極的な参加につながらないことがある。そこで、若年認知症の人が家族と共に気軽に始められる趣味のひとつとして、美術経験のあるケアワーカーによるアートワークの提供ができないかと考えた。

4. 実施により予想される効果

- ・ 制作のモチーフを観察することで、様々なことを回想する機会が作られ、よい刺激を受けられる。残存能力の保持につながる。
- ・ 一定の作業工程が決められているため、必ず作品を完成させることができる。このことにより、すべての人が達成感を味わえる。
- ・ 作品を残すことで、自分の成果を振り返り楽しむことができる。認知症が進行した時や、初めてのスタッフが関わる時、その人を知る手がかりの一つとなる。
- ・ 当事者の「できること」に注目する気持ちが家族に芽生える。
- ・ 作品を通して互いを認め合い共感する気持ちが生まれ、リラックスした空間が作られることにより、それぞれの存在価値を確認できる交流の場となる。

5. サポーターの役割

- ・ リーダー（進行役）前に立ち制作の説明、実演を行う。
- ・ サブ（補助役）進行に合わせて道具を配布したり、必要時は当事者に代わって質問を行い、スムーズに進行できるよう配慮したりする。当事者が自分で制作をスムーズに行えるようアドバイスする。
- ・ モチーフの準備等。

6. 開催時期と場所

- ・ 2007年3月～2007年2月
- ・ 月2回 1クール6回 年3回実施
- ・ 場所 ぱーくす倶楽部 デイサービス事業所などを予定

7. スタッフ

サポーター2名

8. 対象と定員

当事者、家族、3家族くらい

若年認知症の人と家族のためのパソコン教室企画案

1. 目的

本企画の目的は、若年認知症の当事者と家族がパソコンの作業を見につけることにより残存能力の向上をはかること、必要な情報収集ができるようになること、社会との交流をはかることである。

若年認知症の当事者の中には、発症以前にパソコンを使用して仕事に従事していた方が多い。パソコンは、若年認知症の人のなじみのある作業のひとつと言える。第三者の支援によってパソコンを再び使用できるようになったり、今より使えるようになるのではないかと考えられる。

認知症の当事者にとってパソコン操作は、①自分のペースでできる、②漢字が思い出せなくても文章が作れる、③忘れてもパソコン上に作業跡が残るなどのメリットがあり、彼らの自己表現を助ける有効な手段である。また IT を活用した情報活動であり、社会生活参加の一環にもなり、インターネットやメールのやりとりを通じて、広範な社会とつながるきっかけとなる。すでにインターネット上において認知症の人のブログが存在していることから、今後、パソコン講座は若年認知症の自己表現の場として有効である。

また家族にとっては、介護・福祉・障害・医療に関する情報収集や交流などが期待できることから、家族のパソコン習得に資することも重要である。認知症の家族は、いずれはどこかでパソコンを習得したいと考えても、当事者を居宅に残してパソコン教室に通えないという現実がある。これらのことから、若年認知症の人と家族に対する特別なパソコン講座を開催することが必要である。

2. 実施内容

パソコン教室の具体的な内容は以下のとおりである。

- ①パソコン操作習得(メール、HP、ワード、エクセル、名刺作成など)
- ②パソコンを使って自分の思いを表現する、メール交換・ブログなどで当事者同士の交流を行う
- ③パソコンを媒介にして当事者、家族同士の交流

3. 経過

かつてパソコンを使用して仕事に従事していた当事者の方の生活歴に着目し、パソコン教室を開催できないかと考えた。2006年7月、若年認知症支援の会「愛都の会」で「若年認知症の当事者と家族のパソコン講座を開催するためのハードウェアの整備事業」を、太陽生命ひまわり厚生財団に助成金を申請し、2006年11月、助成金が降りることとなった。2006年12月、助成金でパソコン機器を購入できたので、以下の企画を立案した。またパソコンに詳しく、障害者・高齢者にパソコン教室を開催しているボランティアグループ「ぼこあぼこ」のスタッフに協力を求めることとした。

4. 実施により予想される効果

- ・当事者が、一人でパソコン操作ができなくてもサポートがあれば、パソコンの操作が可能となる。

- ・ 家族にもパソコン操作を習得していただき、自宅で家族がサポーターのかわりとなり、当事者のパソコン操作のサポートをしていただくことができる。
- ・ かつてパソコンを使用していた人への残存機能の保持につながる。
- ・ パソコンのネットワークを通じて社会参加のきっかけを作ることができる。
- ・ パソコンの操作により、当事者が自分の思いを表現でき、またサポーターがその場で当事者の語ることをパソコンで文章化していくことができ、彼らの自己表現を支援することができる。
- ・ 若年認知症の人や家族に配慮した環境でリラックスした気分でパソコンを楽しみ、集った当事者、家族同士の交流の場となる。

5. サポーターの役割

- ・ 当事者が、自分でできるように、サポーターがパソコン操作(メール、HP、ワード、エクセル、名刺作成など)を支援する。
- ・ 当事者にパソコンで日記や自分の今の思いを入力してもらい、サポーターはその手助けをする(自分でパソコン操作が可能な方)
- ・ 当事者同士のメール交換、ブログなどを行う。サポーターはその手助け、代行入力を行う
- ・ 当事者に自分の思いを話してもらい、サポーターはその聞き取りをしながら文章をまとめる

6. 開催時期と会場

- ・ 2007年7月～2008年1月
- ・ 週1回の集まりで1クール5回を年に3回行う。
- ・ 場所 ぱーくす倶楽部2階会議室、デイサービス事業所などを予定

7. スタッフ

サポーター2名(1名はパソコンボランティア「ぼこあぼこ」から専門スタッフを派遣してもらう)

8. 対象と定員

当事者、家族 2家族または4人ぐらい。(他にパソコン持参の人を受け入れることは可能)

1. 報告者

1) 「若年期認知症—外来の様子から—」

講師：片山 禎夫 氏（国立病院機構柳井病院 神経内科 医師）

2) 「若年期実態調査報告」

講師：小長谷 陽子 氏（認知症介護研究・研修大府センター）

3) 「若年認知症の現状と取り組み」

講師：沖田 裕子 氏（大阪市社会福祉研修情報センター）

4) ディスカッション

コーディネーター：沖田裕子 氏

コメンテーター：片山 貞夫氏

パネリスト：

① 芦田 豊実 氏（介護家族）

② 税所 幸子 氏（芦屋喜楽苑居宅介護事業所 ケアマネジャー）

③ 尾之内 直美 氏（認知症の人と家族の会 愛知県支部 代表）

2. 各講師の講演概要

1) 「若年期認知症—外来の様子から—」

講師：片山 禎夫 氏（国立病院機構柳井病院 神経内科 医師）

片山氏は、主に、①若年期認知症の特徴について、②若年期認知症の家族会「ひだまりの会」の活動についての2点を中心に報告された。

若年期認知症の諸症状については、その原因により多岐にわたっており、支援の仕方も個別性が高くなる。専門職や家族が認知症を抱える本人に対して、気を使いすぎて対応しすぎる場合が多いという。そうではなく、「気を使いすぎない」「忘れることに固執しないように」というかかわり方について事例を交えて具体的に報告していただいた。

「ひだまりの会」の実践報告では、ご家族だけでなく、認知症を抱えた本人同士の交流が大切であるということをお話いただく。

若年期認知症の場合の、支援する側のご本人への関わり方について、本人の思いに着目した報告内容であった。

2) 「若年期実態調査報告」

講師：小長谷 陽子 氏（認知症介護研究・研修大府センター）

小長谷氏が行っている若年期実態調査の調査報告を行っていただいた。現在、第二次調査のアンケート回収の時期であったため、詳細な分析結果ではなく、調査結果の概要が報告の中心であった。

アンケート調査で、病院・診療所だけでなく、障害者施設などへのアンケート調査を行うなど、幅広い調査対象を設定している。調査対象ごとの回収率とアンケートであげられた男女別、年齢別の割合が報告され、幅広い年代で若年期認知症の発症があることがあげられた。

3)「若年認知症の現状と取り組み」

講師：沖田 裕子 氏（大阪市社会福祉研修情報センター）

沖田氏からは、若年期認知症の現状について、その問題点と求められる支援策の2点を中心に報告された。

診断に結びつくまで時間がかかり、適切な相談機関を家族が探せないという現状がある。今後は、若年期認知症に対する理解を広げていき、診断できる医師や相談機関の充実を図る必要があると報告された。

診断後には、適切なサービスが少なく、家族が介護に関して相談できる場がないことがあげられていた。加えて、家族の経済的負担に対する支援策が急務であることも、実際の制度の紹介や問題点から訴えられた。

また、本人や家族が出会える場づくり、専門職の研修・養成の設定など、若年期認知症に対する正しい理解を踏と支援の場作りの必要性を強調した報告内容であった。

4)ディスカッション

まず、介護家族の芦田氏より、現在の介護の中での困りごとや疑問について報告していただく。サービス利用については、利用している方に高齢者が多くなじみにくく本人の要望に沿いにくい、症状の急激な進行など、介護の現状について詳細に報告いただく。

それをうけ、税所氏からは、ケアマネジャーの立場から、専門職としてどのように関わっているのかについて、現場での事例を踏まえた報告を受けた。本人とサービスの相性や、ご家族(特に子ども)の戸惑いなどに対する支援の難しさについての報告であった。

尾之内氏からは、若年期認知症の介護者の交流会などの活動を中心に報告をしていた。家族の会での関わりとしては、同じ立場の家族や専門職など様々な立場の方々との交流を持っていることを特徴としてあげられていた。また、若年期認知症の早期診断が行われる中で、サービスに結びつくまでの間が長いという問題点も報告いただいた。

片山氏からも、介護に対してのアドバイスなどのコメントをいただいた。

参加者からも多くの質問が出されて、充実したディスカッションとなった。

3. 講演会のまとめ

適切なサービスの必要性や、サービスにつなげるための支援、またご家族に対する支援など、若年期認知症の特徴を踏まえた幅広い支援の検討が行われた講演会であった。

また、若年期認知症の正しい理解が広く参加者に啓発できた内容であったと思う。

若年認知症の人や家族の支援をお願いします

資料 2

若年認知症とは

18 歳以上 64 歳までに認知症を発症した場合、若年認知症と言います。

認知症は物忘れなどを中核症状とする症状群で、原因となる病気が必ずあります。

症状は一人ひとり違います。認知症のために何が起きているか、どんな気持ちで暮らしているのか知ろうとしてください。

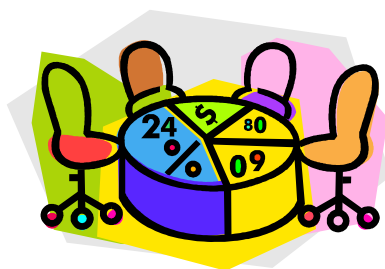


高齢者と違う支援が必要です

- 体力がありますので、動ける間は座っているだけのサービス提供だけでなく、本人のやりたいこと、できることをみつけて“ちょっと支援”してください。
- 好きな歌も高齢者とは違います。本人の年代に合わせた歌などプログラムを考えてください。
- 介護保険だけでなく、本人が望む、本人に適したサービスを見つけてください。
- 認知症は高齢者になる病気と・・・若年認知症の本人も家族も思っていました。ですから、認知症と診断を受けた時のショックは大きなものです。診断までに何年もいろんな病院にいった人も少なくありません。

精神保健福祉の制度を利用できるようにしてください

- 障害年金、障害手帳が利用できるように案内してください。
- 支援費で利用できる支援医療、訪問看護、移動サービスなどを利用できるように手伝ってください。
- あなたがこの制度をよく知らない場合、病院の相談員や精神保健福祉士を紹介してください。
- 障害年金や障害手帳の申請の時期によって、金額やサービスを受けられる時期が異なることを知ってください。



経済的な支援について一緒に探してください

- 水道費、NHK の受信料などの減免。
- 映画、交通機関の割引。
- 高額医療費の給付、貸付。
- 生命保険、住宅ローンについて。
- 子供の就学支援（助成金）など。

家族が休めるように手伝ってください

- 若年でもはじめから無理と思わないで、デイサービス、ショートステイなど受け入れてください。
- 家族や本人は、デイサービス、ショートステイなど高齢者ばかりの中に参加することに戸惑いがあることを理解してください。
- 少しでも本人が参加しやすい場づくり、スタッフとのなじみの関係を作ってください。
- できたら若年専用のサービスや時間を作って若年の人同士が交流できるようにしてください。
- リフレッシュ旅行、介護教室、家族の会に行けるようにしてください。最初は、一緒に行ってください。

親の状況に関係なく、子どもが望む進学、仕事や結婚などできるように支援してください

- 若年認知症の親を持つ子供の中には、親の介護のために就学、就職などをあきらめてしまう場合があります。
- しかし、親の介護が一段落ついた10年後、十数年後の自分のことを考えるように促してください。

家族が介護方法を学べるようにしてください

- 家族は自分の介護方法で頑張ってきています。その方法や決定を尊重してください。
- その上で、介護方法を学べる機会を案内してください。介護教室、家族の会などです。
- 家族が孤立しないように他の若年認知症の家族と出会えることが大切です。

若 年 期 認 知 症 サ ミ ッ ト ア ピ ー ル

2007.2.12 参加者一同・認知症の人と家族の会

- 1 若年期認知症の人の多くは、現役の勤労者であり家庭の大黒柱です。未成年の子どもの養育中である人も多くいます。
- 2 この病気は、本人の苦しみだけでなく、家庭生活にも重大な困難をもたらします。
- 3 それは何よりも働けなくなることによる経済的困難と子どもへの社会的悪影響がないかという不安です。
- 4 この困難と不安を解消するための本人の最大の願いは、「治りたい」「働きつづけたい」ということです。
 - 5 それとともに、病を持って生きざるをえないとしても、家族が経済的に困窮しないこと、子どもを安心して育てられること、適切なケアが受けられることです。
 - 6 以上の状況から、わたしたちは次のことが社会的に実現される必要があると考えます。
 - (1) 製薬企業、国が、「抗認知症薬」の研究・開発を促進し、早期に認可、使用できるように取組むこと。
 - (2) すべての企業が、企業の社会的責任を認識して、認知症を理由にする解雇等を行わず、本人の能力に応じた職種、職場への配置換えなどにより定年までは雇用を継続すること。国はそのための実効性のある就労支援施策を実施すること。
 - (3) 国及び地方自治体が、介護保険制度をはじめ社会福祉制度において、若年期認知症にたいする適切なサービスを拡充すること。また、税、医療費、年金などにおいて本人と家族を支援する経済的対策を講じること。子どもの養育、就労などにも支援策を講じること。
 - (4) 保険会社、住宅ローン会社等が、若年期認知症について「高度障害」と認定し、保険金の支払い、返済金の免除などの措置をとること。
 - (5) すべての人々が、昨年10月に発表された「本人会議アピール」を理解し、若年期認知症の人を支える気もちを持ち、広島『陽溜まりの会』のような取組みを各地に広げること。

若年期認知症サミット —本人と家族の困難と生きる道—

本人と家族の困難を明らかにし、生きる道を探るため開催。専門医の講演、認知症の本人の訴え、家族からの報告やシンポジウムを行い、上記のアピールを発表しました。

開催日：2007年2月12日 11:00~16:00 開催地：広島県民文化センター ホール(広島市)

参加者：全国から600名 主催：社団法人 認知症の人と家族の会 後援：厚生労働省他

若年認知症の相談は

家族や本人のつどいは



～平成 18 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
「若年認知症のケアおよび社会的支援に関する研究事業」
報告書

発 行：平成 19 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) 914-7933

