

平成 21 年 度
老人保健健康増進等事業
による 研究 報告 書

平成 21 年度

認知症介護研究報告書

＜若年性認知症に対する効果的な支援に関する研究事業＞

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

目 次

平成 21 年度研究成果

- 1) 若年性認知症の社会的支援……………1
—就労に焦点を当てた支援の実際—
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
高見雅代（国立長寿医療センター在宅支援室）
朝熊清花（ワーキングスペースおおぶ）
- 2) 企業内での若年性認知症に関する研修……………5
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
鈴木亮子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
- 3) 若年性認知症ネットワークとしての交流会……………21
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
鈴木亮子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
尾之内直美（認知症の人と家族の会・愛知県支部）
- 4) 「若年性認知症を知るセミナー」の開催とアンケート結果……………26
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
- 5) 若年性認知症に対するデイケアプログラム（達成感療法）の効果に関する研究…66
長屋政博（老人保健施設ルミナス大府施設長）
- 6) 認知症の人と家族を地域で支えるための買い物支援プログラム開発……………70
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
鈴木亮子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
伊藤美智予（日本福祉大学大学院）
尾之内直美（認知症の人と家族の会・愛知県支部）
旭多貴子（名古屋大学大学院）

若年性認知症の社会的支援 —就労に焦点を当てた支援の実際—

主任研究者 小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

研究協力者 高見 雅代（国立長寿医療センター）

研究協力者 朝熊 清花（ワーキングスペースおおぶ）

はじめに

若年性認知症は働き盛りの年代に発症し、男性が女性より多く罹患するとされている。発病によって仕事に支障をきたした場合は、退職せざるを得なくなることが多い。また、女性の場合も仕事を失ったり、家事ができなくなるなどして配偶者や家族に対する影響が大きい。本人や配偶者が仕事ができなくなれば、その家庭の経済状態は困難になると推測される。

認知症介護研究・研修大府センター（大府センター）では平成18年度から若年性認知症の社会的支援に関する事業としてさまざまな取り組みを継続して行ってきた。若年性認知症の診断を受けてから介護保険を利用するようになるまで、個人差はあるが、数年間、行き場所がないのが現状である。働く意欲や能力がある人、経済的な理由で働く必要がある人の場合でもいったん退職すると再就職は困難である。

認知症の専門医療機関である国立長寿医療センターにおける、若年性認知症に対するソーシャルワーク事例のうち、特に就労に関する事例と、精神障害者授産施設における福祉的就労の事例を紹介する。

1) 国立長寿医療センターにおけるソーシャルワーク

平成18年から平成21年末までに扱ったのは15事例であった（表1,2）。男性12人、女性3人で、発症年齢は50歳から64歳、現年齢は51歳から66歳であった。診断は1人が前頭側頭型認知症である以外、14人はアルツハイマー病であった。

職業は上場企業の幹部、製造業勤務、教師、自営業などさまざまであるが、1人が在職中である以外は退職している。発症から退職するまでの年数は0年から5年であるが、3年以内に退職した人が多い。退職の理由は、忘れることが多くなり、仕事にミスが出たり、仕事ができなくなったというのが最も多いが、それに加えて景気の悪化の影響もみられた。退職後の経過は、後述する精神障害者授産施設で福祉的就労をしている人が3人、大府センターと老人保健施設ルミナス大府が研究事業として取り組んでいる、若年性認知症デイケア利用者が5人いる。デイケアに関しては別項で詳しく述べる。その他の7人のうち、公立学校の教員は職場の理解があり、出勤して生徒との交流があるが、6人は自宅で過ごし、家族以外との交流は乏しい。

精神障害者手帳は6人が保有し、2級 5人、3級 1人である。障害年金は7人が受給しており、他の2人は傷病手当金を受給している。経済状態は問題なしや、収入減だが困窮はなしとした家族が大部分であるが、住宅ローンの返済が負担で、結婚した娘夫婦の同居により、経済的に助けてもらっている人や、退職金で生活しているので娘の大学進学に影響が出るという人もいる。

これらの若年性認知症に対して、長寿医療センターでは、診断後できるだけ早期から医療ソーシャルワーカーによるサポートが行われている。1) 経済的不安を取り除く、2) 情報提供と助言により、本人と家族が社会的に孤立するのを防ぐ、3) 本人の能力をきちんと把握し、それに応じたサービスにつなげて、生活の道筋をつけることを目標としている。

1) に関しては就業中であれば、精神障害者手帳の取得を勧め、就業先に対して、配置換えや部署転換で対応してもらい、休職になれば傷病手当金を申請できること、年金の情報を知らせるなど、既存の制度をできるだけ活用する支援を行う、2) に関しては、家族会、デイケアなどの交流会の情報、若年性認知症に関する知識を盛り込んだ資料などを提供する。3) に関しては、作業療法士との共同によるアセスメントを行い、能力と勤労意欲を確認後、精神障害者授産施設での福祉的就労を紹介したり、デイケアへの参加を促したりした。

2) ワーキングスペースおおぶ（精神障害者授産施設）での福祉的就労

平成19年6月に、国立長寿医療センターから紹介された若年性認知症の1人が精神障害者授産施設“ワーキングスペースおおぶ”の利用を開始した。この施設では認知症の人を受け入れるのは初めてであったため、利用者だけでなく施設側の職員も試行錯誤であった。

精神障害者と若年性認知症者を比較すると、共通点としては、後天性の疾患であり、病気の受容や認識が困難であること、現時点の自分に自信が持てないことなどがあり、相違点としては、精神障害者には自立を促すために意図的に責任を課すようにするのに対し、若年性認知症者の場合は認知機能低下によることに対しては責任を課すことができない点が挙げられる。従って、現時点の自分を受容し、自信を回復するような共通の支援に加え、若年性認知症者に対しては、繰り返し声をかけて確認することや、出勤簿の記入など、できないことは職員がサポートするなどの柔軟な個別対応が必要となる。このため、施設では、家族や医療機関との連絡を密にし、連絡事項は本人だけでなく、家族にも伝えたり、覚えることが必要な作業はさせないなどの配慮をしている。

最初の1人に続いて、平成20年5月から1人、平成21年からは2人が加わり、現在は4人が働いている（表3）。作業内容はさまざまで、授産施設の主な作業であるリネン（タオルや病衣）の洗濯作業のうち、タオルたたみや納品などを行っている。最初に利用を始めた人は力仕事が向いていることもあり、屋外の作業が中心である。他の精神障害の利用者との関係は、仕事ができないときに教えてくれることもあるが、理解はしても受け入れられないという人もいてさまざまである。しかし、利用料がかかるうえに、工賃が低いので、経済的な面よりは、本人の社会的役割を果たすという満足感、自己効力感、家族の安心に大きく貢献していると考えられる。

この施設での利用を可能にした要因としては、比較的初期の段階で支援を開始したこと、本人に就労の意欲・希望があったこと、家族（配偶者）の本人に寄り添った支援が得られたこと、作業能力の評価が可能であったこと、医療機関と施設の密接な連携などが挙げられる。長い人では、利用期間はほぼ 3 年間になるが、今後の課題としては、家族に依存している通勤手段の確保、症状の進行による利用の限界の見極め、介護保険へのスムーズな移行などが考えられ、本人、家族、施設および医療機関の間の共通の認識と理解において行う必要がある。

考察

働く意欲や能力がある人、経済的な理由で働く必要がある人の場合、収入や社会的役割を求めてなどの理由で再就職を希望しても困難なことが多い。しかし、認知症は労働（労作）により、悪化する疾患ではないので、適切な環境整備をすれば仕事をすることは可能である。また、これまでの生活を保障するという観点からも退職後の所得保障制度では不十分な場合が多い。さらに退職してしまうと社会参加する場が失われてしまう。

大府センターで平成 18 年度に行った愛知県の若年性認知症実態調査では、把握できた 1,092 人のうち、以前は仕事に就いていたが、調査時点では就いていないとした人が、男性では 81.4%、女性では 54.2%であった。多くの人が何らかの理由で退職していたことになる。また、平成 20 年度に愛知県の認定産業医に対して行った調査では、889 人の回答者の事業所において把握された若年性認知症の数は 57 人であった。そのうち、そのまま元の職場で勤務を継続している人は 26.3%、職場を替えて勤務を継続している人は 33.3%であったが、一方、休職となった人も 29.8%いた。企業の産業医や保健師からは、うつ病との鑑別、病識のない人への受診の勧め方、早期発見のポイント、家族支援のためのネットワークなどの情報、診断後も出勤している場合の対応などについてもっと知りたいという要望が寄せられた。

若年性認知症の人が利用できる制度として、1. 自立支援医療（精神通院）、2. 精神障害者福祉手帳、3. 障害年金（精神の障害）、4. 自立支援法（精神障害）、5. 介護保険（初老期における認知症）がある。平成 18 年度に行った愛知県の若年性認知症実態調査では、障害者手帳の取得者の割合は、精神障害者手帳 1 級、2 級、3 級がそれぞれ 6.9%、3.1%、0.9%、身体障害者手帳 1 級、2 級、3 級がそれぞれ 14.1%、7.2%、4.3%であり、合計 36.5%と約 3 人に 1 人であった。精神障害者手帳は 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%より少ない。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当てはまる場合が多いと考えられ、精神障害者手帳の申請が可能であるが、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、診断後の社会支援制度の情報がうまく伝わっていないと考えられる。また、同調査では、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、就労の現状と合わせて考えると若年性認知症とその家族の経済状態は不安定であると考えられた。

今回のソーシャルワーク 15 事例では、申請中を除いた精神障害者手帳取得者は 6 人 (40.0%) であり、年金受給者は 7 人 (46.7%) であった。認知症の専門医療機関であり、ソーシャルワーカーが常駐しているという条件もあり、比較的高い割合であるが、それでも家族の援助を受けたり、子供の進学に影響がみられる事例もあった。

若年性認知症者は、適切な環境で生活することで安定した状態を維持でき、家族の不安や負担も軽減される。そのためには、医療機関、介護保険制度だけでなく、雇用、障害者福祉などのさまざまな既存の制度の活用とそれらの間の密な連携が必要である。特に診断直後の支援は重要であり、必要な情報の提供と適切な助言、本人や家族の不安の軽減、今後の生活の方向性を示すなどが求められる。そのことにより、本人と家族の生活を再構築することが求められる。

企業内での若年性認知症に関する研修

主任研究者 小長谷 陽子 (認知症介護研究・研修大府センター研究部)
分担研究者 鈴木 亮子 (認知症介護研究・研修大府センター研究部)

A. 背景と目的

平成 20 年度に小長谷¹⁾が実施した愛知県医師会認定産業医へのアンケート調査結果(2009)によれば、3093 人のうち 889 人から回答を得て、57 人の若年性認知症による認知機能低下者が確認された。そのうち、59.6% (34 人) が元の職場で仕事を継続、あるいは職場を変えて継続するなどの工夫をして、何らかの方法で仕事を継続していたが、29.8% (17 人) は休職となっており、仕事の継続が必ずしも容易ではないことがうかがえた。企業においては産業医に相談する前に保健師に相談することも多く、診断後の対応についても保健師に相談することもあるので、今回は保健師を対象に企業での若年性認知症に関する研修を行った。

B. 実施方法

1. 日時

2009年8月

2. 対象

全国規模の企業の東海地区健康管理センター所属の保健師 24名

(当日は上記以外に、医師、検査技師などの関連職種20名ほどが参加)

3. 講師

認知症介護研究・研修大府センター 研究部 小長谷陽子・鈴木亮子

4. 内容

企業側からの要望と、実際の事例について保健師同士が共有するために、事例検討を含めて構成した。

(1)企業側からの要望

- ・若年性認知症の発症初期とうつ病との違い
- ・病識のない人を受診に結びつけるための方法
- ・若年性認知症を看護職でも見分けられるコツやツールについて。また、それらのツール(改訂長谷川式簡易知能評価スケールなど)を用いても良いのかどうか
- ・家族へのフォローのため、東海地域での支援に関するネットワークを知りたい
- ・認知症と診断され、出勤を許可されている場合、会社としてどのような対応をとっていいか

(2)研修の内容 (詳細は添付資料)

I 若年性認知症とは

若年性認知症の特徴／認知症の知識

II 若年性認知症の実態

全国疫学／愛知県の実態(人数，発症年齢，原因疾患など)

III うつ病と認知症との鑑別

うつ病の症状／認知症との差異

IV 認知症のアセスメント

各種スケール／評価実施上の注意

V 認知症と診断されたら

就労と制度／退職後の生活／地域でのインフォーマルなサポート

(3)事例検討

事例検討については、事前に研修参加者である保健師から事例を収集した。事例紹介の後に、その事例で検討されたことを記載する。

【事例1：本人と会社の意向にズレがある事例（男性:50代半ば，既婚）】

X年1月より業務の遅延、ミスの顕在化により、上司より保健師に相談がある。産業医と面談したところ、専門の医療機関で脳血管性とアルツハイマー病の混合型の認知症と診断されていることが判明。

業務遂行能力は徐々に低下し、X+2年3月ころより失禁も出現し、職場では対応に苦慮するようになる。上司は、産業医から本人への休養の働きかけを再三求めるが、産業医は「専門医療機関から就労不可との判断が無い」と、会社の判断に委ねる意向を示す。

保健師が本人と面談の結果、本人は回復すると考えており、金銭面からも就労を希望している。

就労を続けることは、実は本人も辛いかもしれない。しかし、経済的なことから就労しなくてはという思いが推測された。若年性認知症の交流会などで聞いた「仕事でミスが目だち、できなくなっていくときはとてもつらく、金銭面の心配がないのなら、今までの会社を辞めるということで、ほっとした。」という本人の言葉が講師から紹介された。また、本人は何らかの形で働きたいという希望を持っているので、違う形で仕事に関わるといことは大切なことであることも合わせて指摘した。

この事例では、事例検討の前に紹介した金銭面をサポートする各種制度を利用しても、経済的に難しく、会社に残る必要があるのか、本人は実際どういう気持ちでいるのかということ把握する必要がある。また、会社を続けることについては、家族は金銭面のことでなく、会社をやめて家にずっといることになることを心配し、仕事を続けて欲しいと希望する場合もある。そのため、本人と家族の意向がずれる場合もあることも留意する必要がある。

【事例2：性格が関与して認知症レベルが不明な事例（男性：50代前半、独身）】

Y年～Y+7年 糖尿病要管理とされ、服薬治療中（両親ともに糖尿病で同居）。この間、糖尿病の自己管理ができず体重は増加。

Y+7年に、顧客への対応のまずさからクレームに発展する出来事がおこる。しかし、本人はその経緯を理解できていない様子うかがえた。上司が産業医に相談すると「糖尿病から若年性認知症になる可能性」の指摘があり、上司は本人に主治医と相談することを勧める。

主治医による頭部CT、MRIで異常なし。改訂長谷川式簡易知能評価スケールでは境界域という結果であった。以前から会話が不明瞭でとぼける対応が見けられた。本人は記銘力低下の認識はある。周囲によると興味のあることの知識は豊富とのことである。

現在は、顧客対応の仕事はやめ、簡単な業務に従事している。

担当の保健師によると、入社当時から会話が不明瞭で、とぼけるような対応であったり、興味のあることの知識は豊富だが、仕事覚えは悪い、ということであった。その他の行動の様子を聞くと、認知症による認知機能の低下というよりは、知能レベルの問題も含んだ発達障害がベースにある可能性もうかがえた。このように、認知症なのかどうかという鑑別が難しいという場合が、多く存在するようであった。

【事例3：若年性認知症を疑ったがうつ病であった事例（男性:50代半、既婚）】

Z年7月より70名の部下の課長職となる。

Z+1年8月に人間ドックを受診し、物忘れの自覚、気がめいるなどの自覚症状を訴える。この時期に部下によるトラブルの対応で多忙であった。厚生課長より保健師に「行動がおかしい」と情報が伝えられた。

Z+2年2月に、日常のことで失敗（火の不始末、施錠忘れ、記憶が飛ぶなど）が多発するようになる。同時に不眠の訴えもあった。

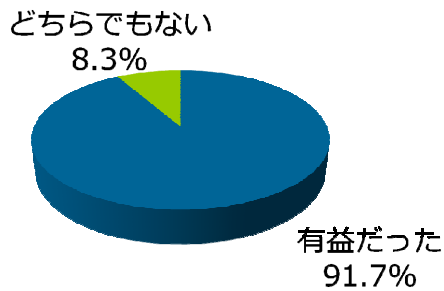
Z+2年3月に、部下のトラブルが一段落し、気分が少し楽になる。余裕がでてきたが落ち込むときあり、日曜日の夕方になると気分が沈むため、保健師が精神科クリニックを紹介。

Z+2年5月に、精神科クリニックを受診し、軽いうつと診断された。服薬による治療で徐々に軽快した。

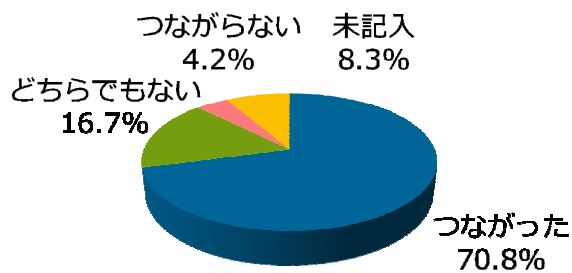
うつ病の際の集中力の低下、記憶力の低下、抑うつ状態により性格が変わったように感じる点が、認知症による認知機能の低下や人格変化の様子と似ている。企業ではうつ病が増加傾向にあるため、うつとの鑑別は必要となる。

C. 若年性認知症に関する研修後の参加者へのアンケート結果（対象：保健師24名）

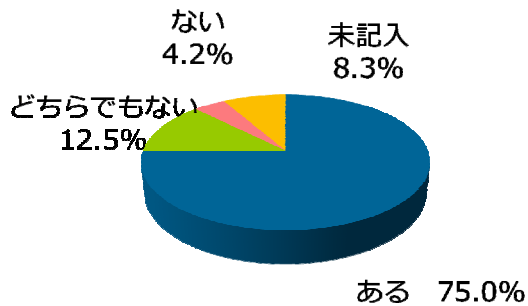
1. 業務遂行上有益だったか



2. 「保健指導技術力アップ」につながったか



3. 研修を受けて、若年性認知症に対するイメージが変化した点があるか



4. 研修を受けてイメージが変化した点（自由記述より抜粋）

- ・他の疾患と同じように、自分も周囲の人も発症する可能性があるということ
- ・思ったより有病率が高いこと
- ・早期発見・治療で認知症も緩やかな経過をたどる病気になってきたということ
- ・認知症をアセスメントするための各種のスケールがあったこと
- ・就労を継続させることが、必ずしも本人のQOLを高めるものではないということ
- ・認知症であっても、その人の思いを確認していくことが大事ということ
- ・退職後の支援について新しいものを知ることができてとてもよかった
- ・精神障害者授産施設での受け入れが可能だということ
- ・経済的支援、家族会などの支援があること

5. これまでに若年性認知症に関わった経験がない人 (n=18) に対し、今後対応が必要になった場合、どの点に苦慮しそうか

①本人への対応

- ・本人が若年性認知症を受け入れるまでの支援や精神的フォロー
- ・本人の苦悩、経過をどう見守ったらよいか
- ・診断が難しいので、どこに紹介し、どうやって受診させたらよいか
- ・各種テストに協力いただく場合、どのようにすれば納得していただけるか
- ・就労の継続や、退職後のケアについて

②家族への対応

- ・家族への直接的な支援について
- ・経済的、介護面でどう対処していったらよいか

③職場への対応

- ・認知症だからといって解雇できない
- ・本人と会社の意向を調整するなどのマネジメント
- ・本人と職場との思いにギャップがあった場合の対応
- ・周囲の理解が得られるか

6. 若年性認知症に関わった経験がある人(n=6)に対し、研修の中で具体的に役立ちそうな情報は何か

- ・早期に専門医を受診し、検査を受け、早期診断から治療へとつなげることが大事であること
- ・各種評価スケール
- ・経済的理由で、会社に「居続けたい人」に対するフォロー
- ・本人・家族・周囲の方々への支援の大事さと難しさ
- ・様々なサポートが受けられることや支援施設・団体・家族会などの情報

D. まとめ

若年性認知症患者が企業で仕事を続けることは必ずしも容易ではなく、そのような状況の中で、本人と関わりのある職種である保健師を対象に研修を実施した。保健師は本人や家族に対して“支援”という対応を求められる。退職するしかないという状況であっても、その際に、いかに様々な角度からの支援について情報提供できるかということが、保健師を支えることになる。アンケート結果から、今回のような内容構成の研修は、有益であることがわかった。しかし、具体的対応となったときに不安を抱いていることがうかがえた。この点については、企業の大きさ、業種や仕事内容などにより、具体的対応は異なる。よって、それぞれの企業において、具体例を蓄積していくことが、まずは必要である。今回実施した研修は、若年性認知症に対する知識や問題意識を共有し、事例を積みかさねてい

く点で、その導入となると考える。

E. 引用文献

- 1) 小長谷陽子:事業所における若年認知症の実態調査 ―愛知県医師会認定産業医へのアンケート調査から― 平成20年度老人保健健康増進等事業による研究報告書 三センター共同研究「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」報告書. pp.32-48, 2008

2009.8.4

**第5回看護研修会
若年認知症について**

認知症介護研究・研修大府センター
鈴木 亮子

p.1

I 若年認知症とは

64歳以下にみられる認知症

●若年認知症者の生活のしづらさ

- ・ どんな病気が理解されにくい
- ・ 家族関係に大きな影響がでる
- ・ 経済的に困窮する
- ・ 適切な社会資源がない

p.2

若年性認知症の人が抱える問題
の特徴についての説明

認知症とは

- 原因が脳の病的な変化である。
例えは…
▶ 脳の萎縮 (脳が萎縮し小さくなる)
▶ 脳卒中・脳血管の障害 (血管の詰まりなど)
- 記憶などの知的な働き (認知機能) が低下していく。
- 日常生活や、仕事といった
社会生活を営むのに支障がある。
- 意識ははっきりしている。

p.3

実際に接するときイメージが
わくように、職場でみられる状態
について、具体例をあげて説明

原因となる病気は

▶ **アルツハイマー病とは…**
脳の神経細胞が徐々に減って、正常に働かなくなる病気です。

▶ **脳血管性認知症とは…**
脳卒中(脳梗塞や脳出血)などに引き続いておこります。

▶ **レビー小体型認知症とは…**
脳の中に、レビー小体というものができます。ふるえや、ゆっくりした動作などパーキンソン病のような症状があります。

▶ **前頭側頭型認知症とは…**
脳の前方部分(前頭葉や側頭葉)が縮小することによりおこります。

▶ **「その他」に分類される慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症などは、原因となっている病気を治療すれば、症状が改善することもあります。**

p.4

原因疾患についての確認。「その
他」の部分については知られてい
ないことも多いことを説明。

II 若年認知症の実態

1. 全国疫学調査

- ❖ 全国の若年認知症の推計値： 37,800人
- ❖ 18歳から64歳人口における、人口10万人当たりの若年認知症の推計値（有病率）： 47.6人
- ❖ 原因疾患：血管性認知症： 39.8%
 アルツハイマー病： 25.4%
 頭部外傷後遺症： 7.7%
 前頭側頭型認知症： 3.7%
 アルコール性認知症： 3.5%
 レビー小体型認知症： 3.0%
- ❖ 推計発症年齢： 51.3±9.8歳
- ❖ 調査期間： 平成 18～20 年度
- ❖ 調査地域： 熊本県、愛媛県、富山県、群馬県、茨城県、横浜市港北区、徳島市

p.5

p.5～p.12 は、若年性認知症の実態について、全国的疫学や、愛知県での実態調査の結果を提示

2. 愛知県における若年認知症実態調査

- ❖ 調査対象： 64歳以下で発症した認知症
- ❖ 診断： DSM-Ⅲ-Rの診断基準
- ❖ 調査地域： 愛知県全域
- ❖ 調査方法： 二段階調査
 一次調査： H18.10.25～12.12まで
 二次調査： H19.1.11～2.28まで

小長谷 陽子ら：

若年認知症の発症年齢、原因疾患および有病率の検討 ―愛知県における調査から―
 臨床神経 49：335-341:2009

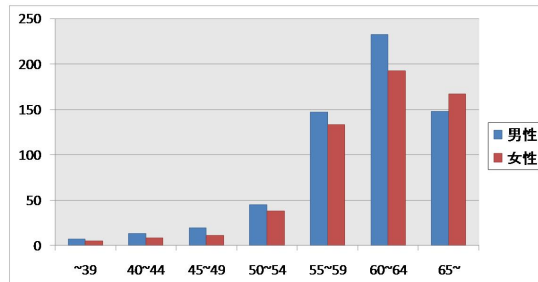
p.6

◆ 二次調査 施設別回収状況

施設種類	対象施設数	回収施設数	回収率 (%)	若年認知症人数	有効若年認知症人数
老人保健施設等	178	161	90.4	364	342
知的障害者施設等	34	33	97.1	57	56
病院、診療所等	127	103	81.1	372	369
保健所、福祉施設等	226	212	93.8	340	325
合計	565	509	90.1	1,133	1,092

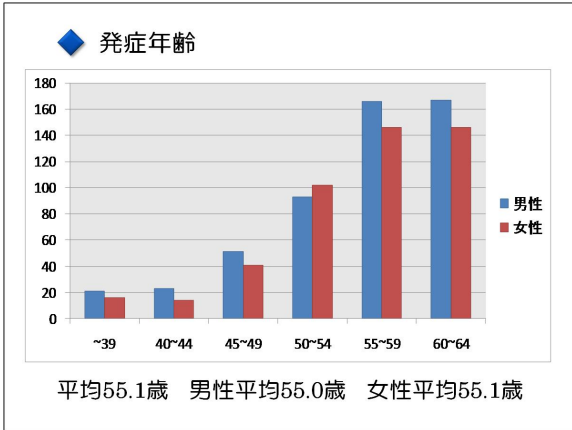
p.7

◆ 調査時年齢

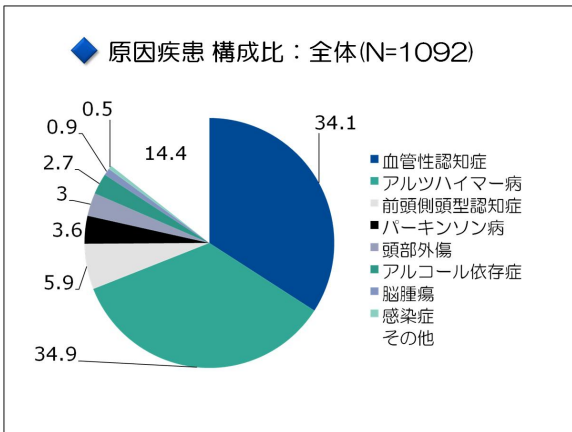


平均60.7歳 男性平均60.3歳 女性平均61.1歳

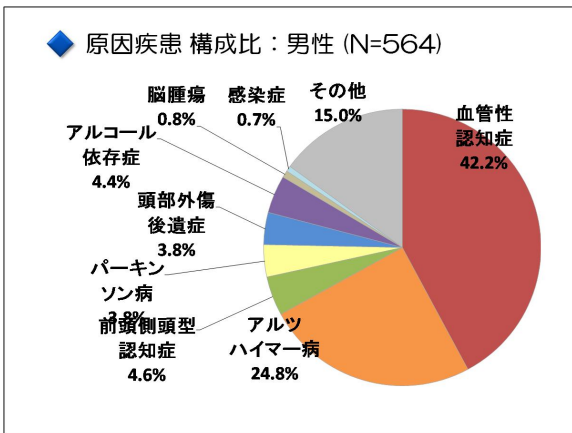
p.8



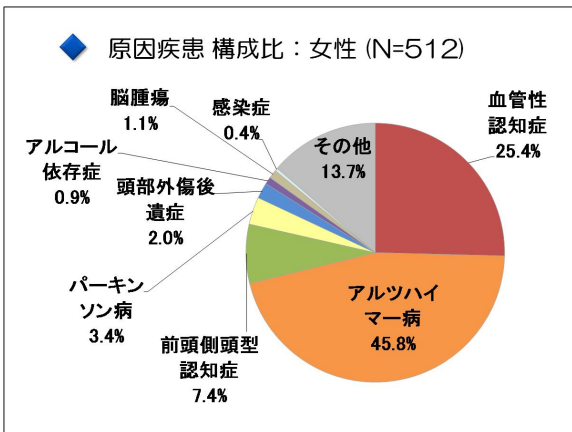
p.9



p.10



p.11



p.12

Ⅲ うつ病と認知症との鑑別

1. うつ病でよくみられる9つの症状

「抑うつ気分」か「興味や楽しさの喪失」を含む5つ以上の症状が2週間以上に続くとうつ病と診断される

- ①抑うつ気分
- ②興味や楽しさの喪失
- ③食欲の減退（ときに増加）
- ④睡眠障害（不眠、ときに過眠）
- ⑤精神運動の障害（制止、焦燥）
- ⑥疲れやすい、気力が落ちる
- ⑦無価値観、強い罪責感
- ⑧思考力、集中力の低下
- ⑨死を考える

企業ではうつ病が増加傾向にあるため、認知症との鑑別についてとりあげた。まずは、現在医療機関で用いられているうつ病の診断基準について確認

p.13

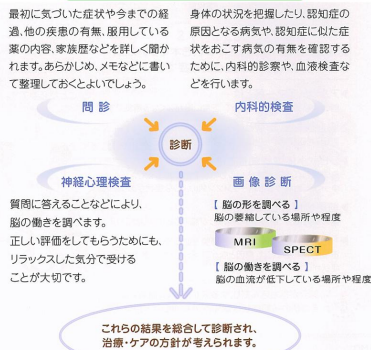
2. うつ病の認知症とは異なる部分

- ・日内変動（午前中がつかなく、夕方が軽い）
- ・うつ病は周囲の状況は正確に認識している
- ・患者は症状について自分から訴えなくても、聞かれるとうつに伴う症状を話し始める
- ・知能テストでのスコアが低いにも関わらず、実際の生活での行動や反応は比較的保たれている
- ・身の回りの整理や、対人関係に配慮できる

認知症の初期とうつとは似ているところがあるが、ここでは異なる点を取りあげて、鑑別に重点をおいて説明

p.14

診断はどうするの？



若年性認知症の場合、本人の変化が職場で気付かれることも多い。そのため、どのような医療機関を受診するとよいのかという点が、事前の質問事項にもあげられていた。若年性については、できれば専門の医療機関、より初期であれば SPECT を検査で行う医療機関が望ましいことを補足

p.15

Ⅳ 認知症のアセスメント

1. 各種スケール

- ◆ 神経心理検査
 - MMSE
 - HDS-R
 - 立方体
 - CDT（時計描画テスト）
- ◆ 日常生活での記憶障害評価のアセスメント
 - EMC（日本版日常記憶チェックリスト）
- ◆ 抑うつのアセスメント
 - SDS（自己評価式抑うつ尺度）

認知症のアセスメントのための各種スケールで、保健師が実施可能なものを提示。実施時の留意点として、点数の独り歩きを避けること、点数よりも中身を吟味すること、本人の生活に役立つような情報提供や関わりをすることなどを説明

p.16

◆ MMSEとHDS-Rの測定内容

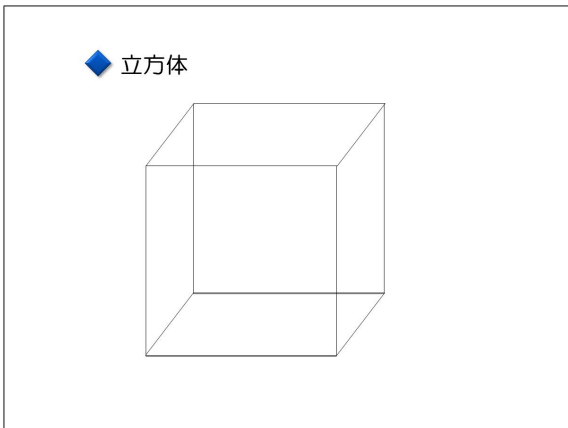
能力	検査内容	MMSE	HDS-R
見当識	自己認識		1(1点)
	時間	1(5点)	2(4点)
	場所	2(5点)	3(2点)
記銘力	3単語即時記憶	3(3点)	4(3点)
	3単語遅延再生	5(3点)	7(3点)
	5物品記銘再生		8(5点)
言語	物品呼称	6(2点)	
	文章復唱	7(1点)	
	書字(概念化)	10(1点)	
	言語流暢性 (発散性思考)		9(5点)
	行為・ 観念運動	聴覚的指示の理解 (動作遂行障害<失行> の要素を含む)	8(3点)
注意	連続減算	4(5点)	5(2点)
	逆唱		6(2点)
視覚構成	図形模写(2次元)	11(1点)	

●MMSE(30点)
カットオフポイント
23/24

●HDS-R
カットオフポイント
20/21

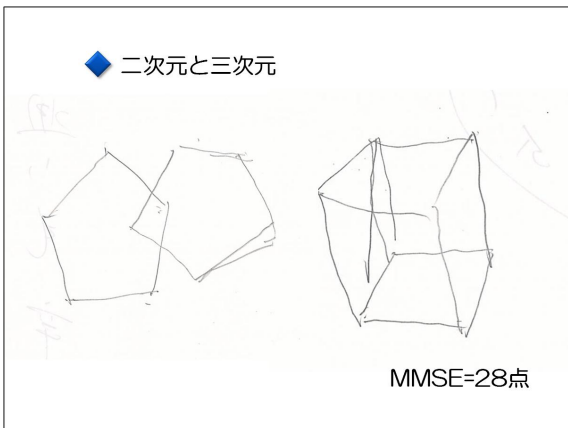
MMSE と HDS-R の測定内容を提示。両者はスクリーニング目的ではあるが、中身を吟味することで、そこから多くの情報が得られることを説明

p.17



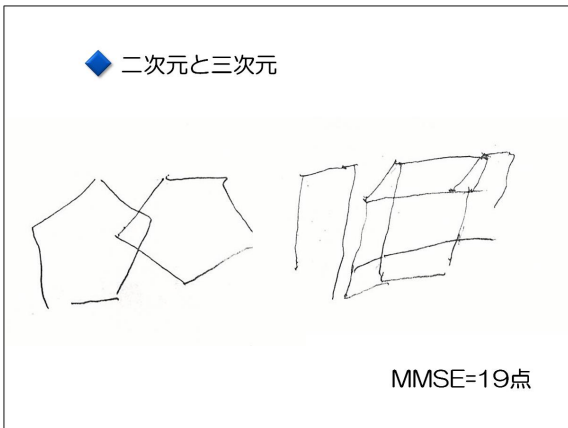
立方体描写のテストの説明。実施は簡便であるが、図形描写でも2次元と3次元と両方描く事で、その違いが明らかになる点を説明

p.18

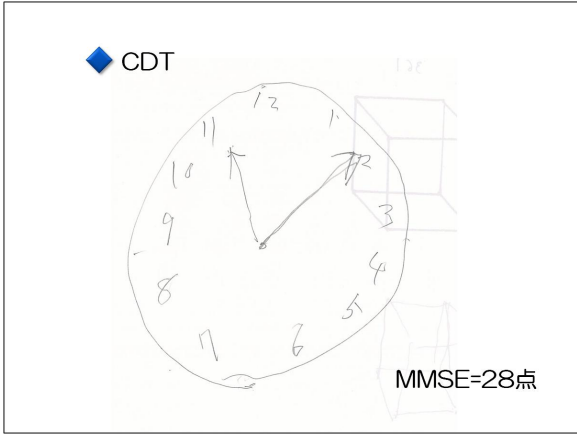


p.19 と p.20 では、前述の2次元と3次元の図形描写からわかることを、MMSEの点数と合わせて具体例を提示。

p.19

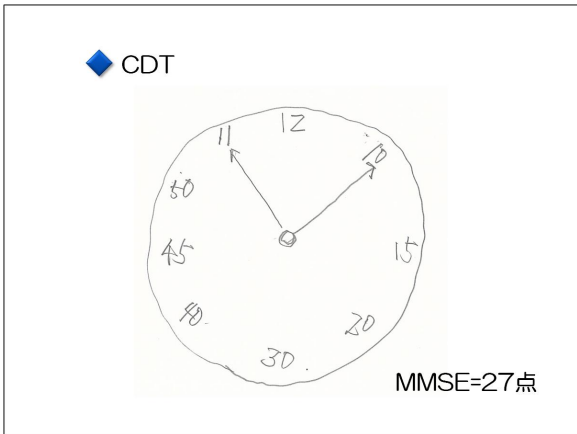


p.20



p.21

p.21、p.22 では時計描画テストについて説明。実施そのものは簡便であるが、MMSE ではわからない認知機能の状態が把握できることの実例を提示。また、プランニングなどの業務遂行能力を把握する際の情報となる部分についても説明



p.22

◆ EMC

記入法：最近1ヶ月間の生活の中で、以下の13の項目がどのくらいの頻度であったかと思えますが、右のまっ（全くない、時々ある、よくある、常にある）の中から最も近いものを選択して、その数字を○で囲んで下さい。

	全くない	時々ある	よくある	常にある
1 昨日あるいは数日前に言われたことを忘れており、再度言われないと思えないことがありますか？	0	1	2	3
2 つい、その辺りに物を置き、置いた場所を忘れてしまったり、物を探したりすることがありますか？	0	1	2	3
3 物かいつもしまっている場所を忘れて、全く関係のない場所を探したりすることがありますか？	0	1	2	3
4 ある出来事や出来事があったのがいつだったかを忘れていたりありますか？（例：昨日だったのか、先週だったのか）	0	1	2	3
5 必要な物を持たずに出かけたり、どこかに置き忘れて帰ってきたりすることがありますか？	0	1	2	3
6 自分で「する」と言ったことを、し忘れることがありますか？	0	1	2	3
7 昨日の出来事の中で、重要と思われることの内容を忘れていたりすることがありますか？	0	1	2	3
8 以前に会ったことのある人たちの名前を忘れていたりすることがありますか？	0	1	2	3
9 誰かが言ったことの内容を忘れていたり、混乱して理解していることがありますか？	0	1	2	3
10 一度、読んだ話や記録をまた言うことがありますか？	0	1	2	3
11 直前に言ったことを繰り返し話し戻したり、「何を話してしましたっけ」などと言うことがありますか？	0	1	2	3
12 以前、行ったことのある場所への行き方を忘れていたり、よく知っている建物の中で迷うことがありますか？	0	1	2	3
13 何かしている最中に注意をそらす出来事があった後、自分が何をしていったか忘れることがありますか？	0	1	2	3

●カット
オフポイント
59歳以下
14/15
60歳以上
16/17

p.23

EMC（日本版日常記憶チェックリスト）について説明

◆ SDS

	全くない	ときどき	かなりのあいだ	ほとんどいつも	詳細点
1. 気が散って集中できない	1	2	3	4	4
2. 朝がなは、いちばん気分がよい	4	3	2	1	4
3. さいり、活きだくなる	1	2	3	4	3
4. 何となく寝れない	1	2	3	4	3
5. 気分は、よつうだ	4	3	2	1	3
6. まだ性根がある（相手の感情、相手の感情がわかる）	4	3	2	1	2
7. やせてきたことに、気がつく	1	2	3	4	2
8. 寝転んでいる	1	2	3	4	4
9. ふだんよりも、動作が速い	1	2	3	4	3
10. 何となく、寝れる	1	2	3	4	3
11. 気分は、いつもまったり					
12. いつもとちがって、仕事					
13. 手を動かす、じつとして					
14. 目標に、希望がある					
15. いつもより、いらいらす					
16. たやすく、決断できる					
17. 役に立つ、働ける人間だ					
18. 生活は、かなり充実して					
19. 自分がやらなければならないことに、満足					
20. 自覚していることに、満足					

3群組の平均値と標準偏差

群	平均値	標準偏差
正常	23	35
神経症	39	49
うつ病	53	60

p.24

医療機関で使用される SDS（ツェン自評価式抑うつ性尺度）について説明

2. 評価を行うにあたって

- ◆ 事前情報の重要性
病前の機能水準に関する情報（教育歴や職歴など）
本人の主訴や現在の心況
- ◆ 説明と同意
本人にテストの目的を説明して同意を得ること
本人が理解して、テストに取り組めることが前提
- ◆ カタストロフ（破局反応）
不安や困惑、緊張や怒りなどで混乱すると、本来ならば容易にできる課題にも答えられなくなる
- ◆ 検査中の行動観察
課題への取り組み（積極性、協調性、意欲など）の観察も重要
- ◆ 検査後の不安を取り除く
- ◆ 検査結果の解釈
点数のみに着目するのではなく、中身を吟味する

検査を実施されることは本人には心理的にも負担であり、企業の方は評価されることに敏感であるため、評価を行うにあたっての留意点について説明

p.25

3. 問診の仕方

- ◆ 導入
まずは日常生活の様子から聞く
- ◆ 確認する点
感情や意欲、人格の変化や、実行機能障害による生活の変化(日常生活の情報が必要)
- ◆ 行動観察での留意点
入室時の様子、全体的概観、人との関係、視線を合わせて話すか、落ち着いているか、活動性、動作のスムーズさ、表情、関心の持ち方、気分、言葉の使い方、会話の流れ、会話の内容、思考の流れ、病識の有無

問診の仕方についての説明。いきなり核心に入るのではなく、まずは日常生活の様子など、話しやすいところから聞いていくなどのこつも合わせて説明

p.26

V 若年認知症と診断されたら

1. 就労と制度

雇用継続の検討

- ◆ 仕事内容の見直しや配置換え
何ができなくて、何ならできののか
本人及び職場に負担のないように
給料が下がる場合は、障害年金で補填（ただし、年金は1年半後）
- 障害者職業センター(ハトアツ) p.44
⇒ 職業評価の実施
- 障害者就業・生活支援センター事業
⇒ 生活面を含めた支援
- ◆ 自立支援医療（精神通院）
外来医療費の助成
- ◆ 精神障害者保健福祉手帳の申請の検討
初診時の6カ月後から申請可
雇用継続が可能ならば、障害者雇用のカウントに入れられる
早期受診の重要性

保健師は若年性認知症の本人や家族と関わる際、支援という関わりを期待される。そのため、p.27、p.28 では若年性認知症に関係する就労と制度についての説明。保健師が、利用できる各種制度の案内と関連機関との橋渡しの役割をすることが可能であることを説明

p.27

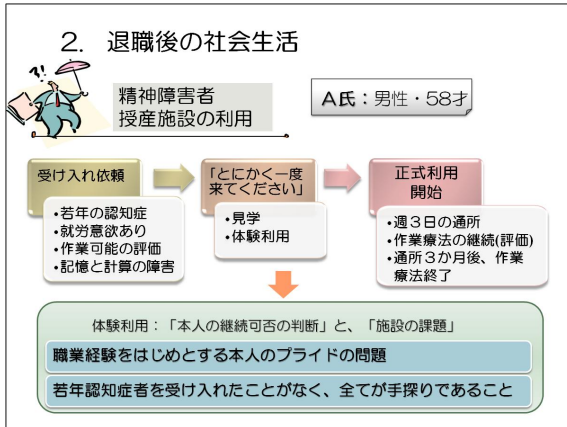
休 職

- ◆ 給与
- ◆ 傷病手当金
- ◆ 障害基礎年金・障害厚生年金
退職するにしても、4日以上休めば1年6カ月までもらえる
初診から1年半の経過必要

退 職

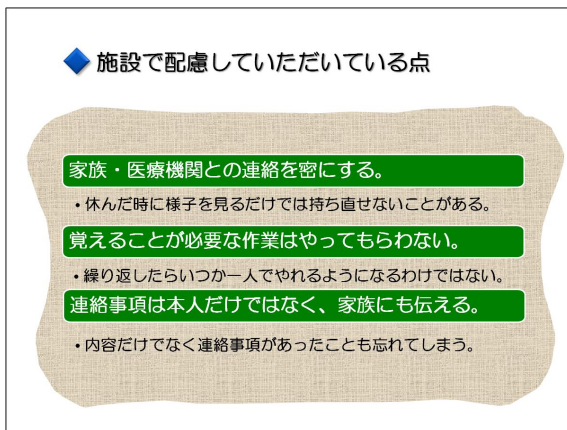
- ◆ 退職金
- ◆ 失業保険
自己都合がほとんどで、3ヶ月後から支給給付の条件は「働ける状況」であるが、ADと診断あっても働けると言えばよい、傷病手当金との併給可能

p.28

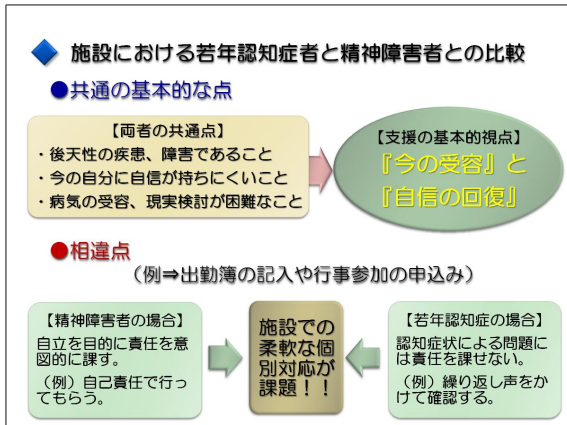


p.29

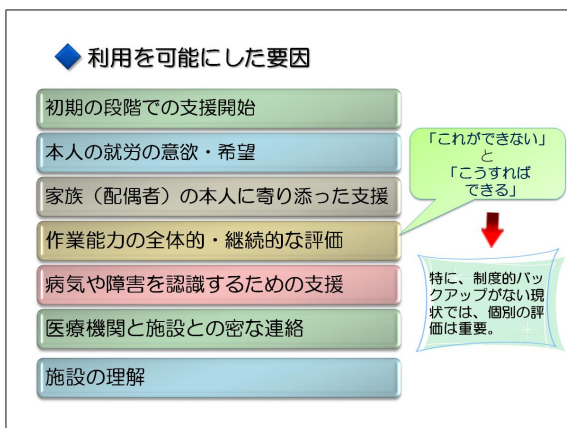
p.29～32 では、退職後の若年性認知症の人の社会生活について、先進的な取り組みの具体例を紹介。精神障害者授産施設で働くことで、働きたいという希望と、本人の状態に合わせた働き方ができるという福祉的就労の可能性について提示



p.30



p.31



p.32

3. インフォーマルなサポート

◆ 認知症の人と家族の会 各県連絡先

静岡

代表者 佐野三四子
連絡先 〒416-0909富士市松岡912-2
電話：0545-63-3130
FAX：0545-62-9390
電話相談 毎週土曜日午前10～午後3時
電話：0545-64-9042
面接相談：フィランセ（富士市）

岐阜

代表者 松岡 孝宏
連絡先 〒500-8381
岐阜市市橋6丁目2-22-102
電話 058-278-7160
FAX 058-278-7161
E-mail gifu-kazoku@wine.ocn.ne.jp

三重

代表者 泉美幸
連絡先 〒518-0833
伊賀市緑ヶ丘東町1017-7
電話：0595-24-4545
FAX：0595-24-4545
●三重県認知症コールセンター
月～金9:30～17:30
TEL059-235-4165

愛知

代表者 尾之内直美
連絡先 〒477-0034
東海市善父町北堀畑58-1
電話：0562-33-7048
FAX：0562-33-7102
認知症介護相談：
毎週月～金曜日10：00～16：00
電話：0562-31-1911
E-mail rara@ma.medias.ne.jp
ホームページ www.medias.co.jp/rara/

p.33

p.33～35 では、インフォーマルなサポートとして、家族会の連絡先、取り組み状況などを紹介

◆ 各地域の家族会の介護者の集い

支部名	実施頻度	1回あたりの参加人数	本人への対応	医師の参加	個別相談
静岡	年6回	家族10人(若年0)		時々参加	世話人が応じる
岐阜	年7回	家族25人(内若年2人)、本人4人(若年0)		時々参加	世話人が応じる
三重	年6回	家族5.6人(内若年1.2人)、本人1.2人(内若年1.2人)	家族が話しやすいように、本人には別室を用意し、世話人が対応		
愛知	通常	年30回 家族30人	世話人が対応	時々参加	医師、世話人が応じる
	若年	年6回 家族30人、本人2人	長時間になるとボランティアがトイレスに誘導したり、気分転換で外に行ったりしている	医師が常時参加	医師、世話人が応じる

p.34

◆ 家族会・愛知県支部の家族支援プログラム

回	テーマ	内容
1	作ろうネットワーク	・全体交流会(含む昼食会)
2	学びましょう、認知症のこと	・介護者交流会(統括別) ・認知症の基本的な知識習得<講師:医師>
3	上手に使おうサービス利用	・介護者交流会(統括別) ・介護保険などの社会資源について学ぶ <講師:ケアマネージャー>
4	みつめましょう、あなたの心	・全体交流会/介護の仕方と介護者の心 <講師:家族会>
5	寄り添って みましょ、相手の心	・介護者交流会(統括混合) ・認知症の方へのリハビリ <講師:作業療法士・施設職員など>
6	医師と上手に付き合う	・介護者交流会(統括混合) ・医師との関わり方、薬について<講師:医師>

*特別講師として弁護士が加わる回もある

H21年度実施地域：名古屋市・東海市・刈谷市・一宮市
尾張旭市・春日井市・津島市・岩倉市・東郷町・小牧市

p.35

◆ 若年認知症のご本人と家族の交流会（H20年度実施）



p.36

p.36、37 では、インフォーマルなサポートとして、平成20年度に大府センターが実施した若年性認知症の人と家族の交流会について紹介。この取り組みが、本人と家族の希望により、「元気かい」として活動を継続していることもあわせて紹介

◆ 若年認知症のご本人と家族の交流会（H20年度実施）



若年性認知症ネットワークとしての交流会

主任研究者 小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
分担研究者 鈴木 亮子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
研究協力者 尾之内 直美（認知症の人と家族の会・愛知県支部）

A. はじめに

若年性認知症は、行動障害や精神症状が現れた場合には、年齢が若く体力があるだけに対応が難しく介護者の負担も高い。また働きざかりや、家庭での役割が大きい年代の人におこり、生活や家族への影響が大きい。このように高齢者の認知症とは異なる様々な問題がありながら、高齢者の認知症に比べ支援が十分とは言えない。社会の一員としての役割を維持したいという本人の希望を実現することは困難であり、介護保険制度からも社会福祉制度からも抜けおちて、受け皿のない状態に置かれることも少なくない。

そのため、昨年度は若年性認知症の人と家族の居場所づくりの一環として、「若年性認知症の本人および家族の交流会」を実施した。この交流会は当初の予定は回数が限定したものであったが、家族及び本人が継続を希望し、“元気かい”という名称で、活動が継続されることになった。“元気かい”が発足したことにより、若年性認知症の本人と家族のネットワークが形成されたことはもとより、多職種のネットワーク形成にも波及している。本報告では、若年性認知症ネットワークとしての交流会と、それに関連した活動について報告する。

B. 活動内容

1. “元気かい”の活動内容と参加者

基本的には毎月第2土曜日、13:30～16:00、東海市しあわせ村で活動を実施している。季節によっては通常とは異なる形式で行った月もあった。4月はお花見にでかけ、1月は新年会でボーリングを行った。10月は「認知症の人と家族の会」本部からの依頼で、東海地域の合同本人交流会を実施した。若年性認知症の本人交流会を既に実施している愛知県で、若年性認知症とは限らず本人の交流会を実施するというものである。通常の“元気かい”を核として、近隣の県から本人と家族も参加した。

表1に各月の交流会の参加者数を示す。

表1 “元気かい”の参加者人数

実施月	参加者(人数)			合計 (人数)
	本人	家族	スタッフ	
2009年 4月(花見)	10	17	12	39
5月	内訳不明			15
6月	8	11	7	26
7月	5	7	10	22
8月	夏休み			
9月	7	15	11	33
10月(合同本人交流会)	14(9)*	16(12)*	22	52
11月	休 み			
12月	8	15	13	36
2010年 1月(新年会)	5	7	11	23

*:()内は、参加者のうちの”元気かい”メンバーの数

①4月のお花見の様子

孫世代も含めた三世代家族での参加も多かった。体を動かすことが好きな人もあり、輪になってのバレーボールといった運動量の多い活動は、若年性認知症ならではの。



②合同本人交流会の様子

昼食を挟んでのスケジュールで行われた。午前中は、本人は複数のテーブルに分かれ、そこにスタッフが加わり交流し、家族は家族同士での交流をはかった。今回初めて本人同士の交流会に参加し、なおかつ病識を保持している人は、「同じ病気の話が聞けてよかった」と感想を述べていた。午後からはカラオケ、押し花を使用したしおりづくり、散歩などのメニューの中で、本人が参加したいものに参加した。家族は前述のメニューに参加したり、午前に引き続き交流会に参加するなどした。



2. 若年性認知症勉強会の活動

“元気かい”に関わるスタッフや、介護に関わる職種で若年性認知症に関心のある人が参加する勉強会を月1回のペースで実施した。各月で話題提供者を依頼し、“元気かい”の活動につなげていくために、多様な角度から若年性認知症について考える機会を持った。

10月には、“元気かい”スタッフによる認知症ケア学会での発表予行を実施した。若年性認知症に関する取り組みを広く知ってもらうという啓発の観点と、スタッフが発表を行っていくことで、スタッフ自身の問題意識を高めることを目的とした。

月	内 容
4月	自己紹介と今後の予定の計画
5月	ご本人や家族の思いを知る:VTR観賞と意見交換会 「記憶結んで共に歩く・若年アルツハイマーを生きる」 (坂田記念ジャーナリズム賞受賞ドキュメント作品)
6月	「若年認知症の知識」 話題提供:国立長寿医療センター行動・心理療法科医長・服部英幸
7月	「事例検討・紹介」 話題提供:認知症の人と家族の会 愛知県支部代表・尾之内直美
8月	夏休み
9月	「障害者自立支援施設・憩の郷での実践」 話題提供:憩の郷ワーキングスペースおおぶ 精神保健福祉士 社会福祉士・朝熊清花 :佐藤病院 精神保健福祉士・杉原直樹 「介護施設や訪問での実践」 話題提供:老人保健施設知多 作業療法士・伊藤篤史 :鈴木真枝, 櫻井みち子, 中村艶子
10月	「認知症ケア学会予行」 話題提供:グループホームあさひ鳴海 介護支援専門員・神谷明美 :老人保健施設知多 作業療法士・伊藤篤史
11月	忘年会
12月	冬休み
1月	ご本人や家族の思いを知る 話題提供:認知症介護研究・研修大府センター 臨床心理士・鈴木亮子

C. 活動の総括

“元気かい”が発足して間もなく1年になり、活動としてはほぼ定着し、本人・家族ともに月1回の交流会を居場所としてとらえている。交流会以外でも、本人を交えて家族同士で出かけることもあり、本人・家族間のネットワーク形成の役割を果たしている。“元気かい”として継続して活動していることも徐々に認知されつつあり、そのことが愛知県での合同本人交流会開催につながった。地域間でのネットワーク形成の核の役割を果たしていると考えられる。

また“元気かい”の活動がベースとなり、他の活動にも広がりが見られる。若年性認知症勉強会は、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理士、ケアマネジャーなどの多職種が関わっており、それぞれの立場から若年性認知症への関わりの視点を提供している。勉強

会だけにとどまらず、参加者の中から認知症ケア学会でのポスター発表を行った。発表の予行では、発表内容にアドバイスをするとことを通して、これまで“元気かい”に携わってきた人たちが、自分自身の経験を含めてのディスカッションとなった。本人・家族と関わっている中で生じてくる問題意識などを、関わり場以外で共有する機会をもつことは、支援者のネットワーク形成に必要である。

若年性認知症に関しては、支援する制度が十分に整ってはおらず、現時点ではこのようなネットワーク形成が、既存の資源を活用しての若年性認知症への支援として有効と考えられる。本人・家族同士のネットワーク、本人・家族と支援者との間でのネットワーク、支援者同士でのネットワークと、多面的なネットワーク形成がこの取り組みの特徴である。このようなネットワークの中で、若年性認知症に関する課題をとらえていくこと、課題を通して考えられた支援が適正なものであるかの評価を行っていくことが重要と考えられる。

「若年性認知症を知るセミナー」の開催とアンケート結果

主任研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

A. 研究目的

働き盛りの世代に発症する若年性認知症では、現役の働き手であるため、経済的な面において、本人や家族の生活が困難になることが多い。従って、医療・介護・福祉関係者だけでなく、行政や企業の関係者等が理解を深め、支援をすることが重要となってくる。しかし、これら関係者だけでなく、一般市民においても若年性認知症に対する認識がまだ不足している。そこで、若年性認知症に対する理解を促進し、雇用継続、就労の支援、活用できる社会資源の周知などを徹底し、本人や家族が地域で安心して働き、暮らせるような環境づくりを目指すことを目的とする。

B. 研究方法

若年性認知症に関わる機会が多いと考えられる職種に焦点を当てて、理解を深めるための啓発事業を行う。昨年度は、若年性認知症や家族に関わることを想定される介護保険や障害者福祉関係などの自治体担当者、雇用に関連する行政担当者、地域障害者職業センター、障害福祉施設職員や精神科病院で認知症の対応に当たる担当者などを対象とし、「若年性認知症を知るセミナー」を開催した。今回は、上記に加え、就労支援に関係するハローワーク関係者などを含め、愛知労働局の協力を得て、参加を呼びかけるチラシを配布して、参加を募った。

セミナーの内容は、若年性認知症の医学的知識、企業内での若年性認知症の実態と支援、医療現場における就労支援、若年性認知症デイケアの試みなどである。

セミナーに際しては、講演等に対する感想や要望など、今後の啓発のための参考資料とするための事後アンケートを行った（資料1）。

C. 研究結果

1) 「若年性認知症を知るセミナー」の開催

・開催日時と場所：

第1回 平成21年11月27日（金） 愛知県産業労働センター

第2回 平成21年11月28日（土） 愛知県産業労働センター

・プログラム：

(1) 若年性認知症の医学的知識：

講師：鷲見幸彦（国立長寿医療センター外来診療部長）

(2) 企業内での若年性認知症の実態と支援：

講師：鈴木亮子（認知症介護研究・研修大府センター研究員）

(3) 医療現場における就労支援：

講師：高見雅代（国立長寿医療センター ソーシャルワーカー）

(4) 若年性認知症デイケアの試み：

講師：長屋政博（介護老人保健施設ルミナス大府施設長）

・各講師の当日資料（パワーポイント）は資料 2 として添付。

・出席者の所属：第 1 回との比較

	第 1 回（2009 2）（人）	第 2 回（2009 11）（人）
行政、保健所	79	47
地域包括支援センター	40	83
介護保険施設等	30	38
医療機関等	45	14
障害者福祉関係	4	2
ハローワーク	0	1
その他	29	26
合計	227	211

昨年度に行った第 1 回セミナーでは、行政（保健所を含む）、地域包括支援センター、介護保険施設、医療機関からの参加者が多数を占め、特に愛知県と名古屋市の協力により、行政の参加者が目立った。今回は同様に県と市の協力を得て、地域包括支援センターの参加者が増加した。これは地域包括支援センターにおいても高齢者だけでなく、若年性認知症の相談に応じる可能性が出てきたことにより、関心が高まったためと考えられる。

一方、昨年度と同様に愛知県精神保健福祉士協会にも周知し、さらに今回は愛知労働局を通じてハローワークなど就労支援の関係者にも周知したが、医療機関等の参加者は第 2 回目には減少し、ハローワークからの参加者も 1 名にとどまった。実際の現場で若年性認知症に関わる機会がなく、まだ十分な関心と理解が得られていないと考えられる。

2) セミナー参加者への事後アンケートの結果

質問 1. 今日のセミナーの内容についてあてはまるものに、○をつけてください。

	よく理解 できた	ほぼ理解 できた	あまりよく理解で きなかった	無記入
若年性認知症の 医学的知識 (%)	128 (65.0)	66 (33.7)	1 (0.5)	1 (0.5)
企業内での若年性 認知症の実態と支援 (%)	55 (28.1)	119 (60.7)	22 (11.2)	0 (0.0)
医療現場における 就労支援 (%)	83 (42.3)	107 (54.6)	6 (3.1)	0 (0.0)
若年性認知症デイケアの 試み (%)	114 (58.2)	77 (39.3)	5 (2.6)	0 (0.0)

(N=196)

今回のセミナーの内容についての理解はおおむねできており、良く理解できたのは 28.1~65.0%、ほぼ理解できたと合わせると、いずれの内容も 90%ちかくであった。

質問 2. 貴施設（部署）で今後、若年認知症に関わりが持てると感じられましたか？

	対象数	(%)
何らかの関わりが持てる	106	(54.1)
条件がそろえば、関わりが持てる	46	(23.5)
現状では、関わるのは困難である	17	(8.7)
その他	12	(6.1)
無記入	15	(7.7)

(N=196)

今後、若年認知症に関わりが持てると感じたのは、106人（54.1%）と第1回に比べて多かった。関わりが可能になる条件としては（自由回答）、1) 制度、サービスの整備、2) 施設、人員の拡充、3) 職員の若年性認知症に対する知識や理解、4) バックアップ体制、連携があることなどが挙げられた。

関わりが困難である理由としては（自由回答）、1) 連携不足、体制不備、2) 職員の人数が不足、3) 対象が異なる、関わりがないなどが挙げられた。

セミナーに参加してよかったこととしては（自由回答）、1）医学的知識が得られた、2）企業と就労支援、デイケアの試みなど具体的な事例が解った3）高齢者と若年の違いが理解できた、4）今後に生かせる知識が得られたなどが挙げられた。

若年認知症についてさらに知りたいと思うことについては（自由回答）、1）具体的な就労支援について、2）デイケアについて、3）対応や支援の方法について、受け入れ、連携について、4）具体的な事例について、5）制度、若年性認知症に対応する医療機関についてなどであった。

なお、以上の自由回答に関しては、資料3として添付した。

D. 考察

第1回に引き続き、若年性認知症に関わる機会が多いと考えられる職種に焦点を当てて、理解を深めるための啓発事業を行った。前回の対象者に加えて、就労に関連する行政職にも周知を行ったが、実際の参加者は少なく、介護福祉関連の行政職、地域包括支援センターの職員が多かった。

今回行った「若年性認知症を知るセミナー」では、内容として、医学的知識、企業内での若年性認知症の実態と支援、医療現場における就労支援、若年性認知症デイケアの試みなど、前回よりさらに具体的で幅広い知識と実践例を示した。また、参加者に配慮して、同じ内容で2回行い、平日1日と休日1日にして参加しやすい日程とした。

当日のアンケートからは、ほぼ90%の人が内容を理解できたと回答しており、啓発の役割を果たしていた。さらに、今後、何らかの関わりが持てる、条件がそろえば関わりが持てるとした人は合わせて77%以上に上った。関わりが可能になる条件として、制度、サービスの整備、施設、人員の拡充、職員の若年性認知症に対する知識や理解、バックアップ体制、連携があることなどが挙げられ、今後の課題と考えられる。

E. 結論

若年性認知症に関しては認知症高齢者に比べてまだ認識が不足しており、行政の窓口や、障害者福祉施設、精神科病院等においても実態を知らないことで対応が不十分になり、本人や家族が困難を感じている。関係者に対する啓発や研修で若年性認知症についての理解を深めることで、本人や家族が安心して生活できる地域づくりに貢献できる。

若年性認知症の医学的理解 — 認知症の基礎知識 —

国立長寿医療センター
外来診療部 鷲見幸彦



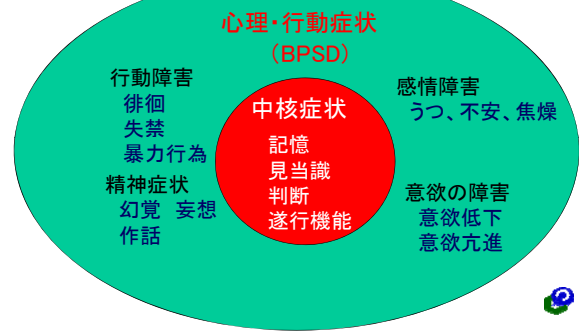
2009. 11月27日、28日

1. 認知症とは
2. 認知症の病型
3. 認知症の治療

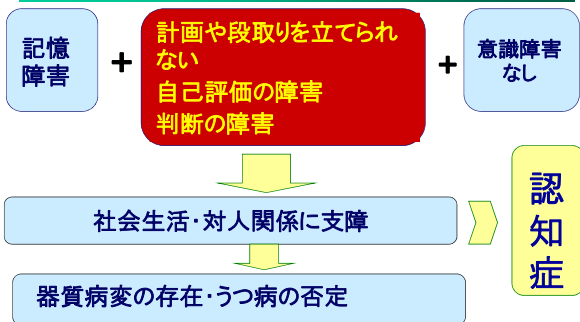
なぜ認知症はみんなに
わかってもらえないのだろうか



認知症の症状



認知症の考え方 (DSMによる)



実行・遂行障害の例

1. 買い物ができない
2. 料理ができない
3. 入浴ができない
4. 小銭がうまく使えない
5. どこへ行くかはわかるがどのようにしていかかわからない

認知症の心理行動症状(BPSD)

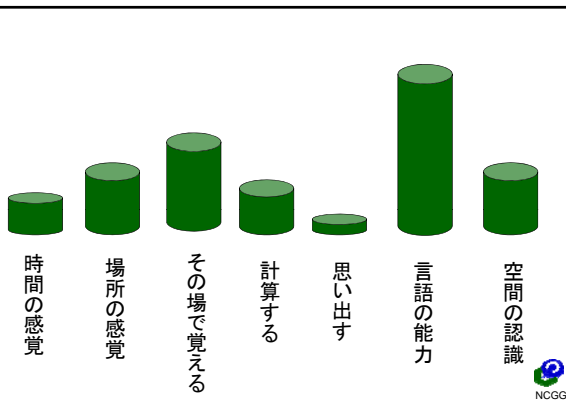
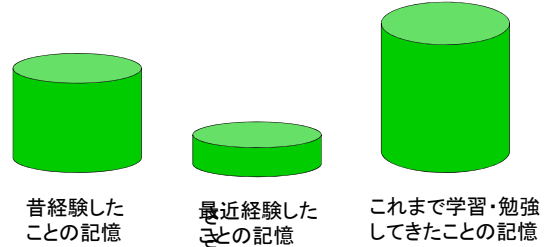
心理症状

- 1) 妄想 2) 幻覚 3) 誤認
4) 抑うつ状態 5) アパシー 6) 不安

行動症状

- 1) 徘徊 2) 焦燥 3) 破局反応(怒り)
4) 不平 5) 脱抑制 6) 介護への抵抗

ひとことでもの忘れというけれど・・・



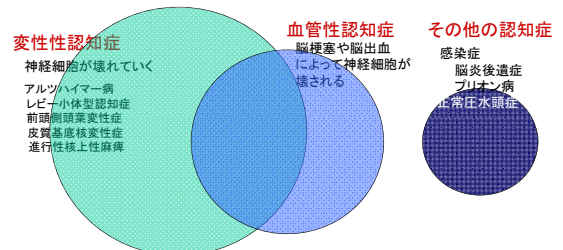
認知症をよく理解するための法則

1. 症状の出現強度に関する法則 杉山による
より身近な者に対して認知症の症状がより強くでる
2. 自分にとって不利なことは認めない
3. 正常な部分と認知症として理解すべき部分が混在する初期から末期までとおしてみられる。
4. 感情は残る。言ったり、聞いたり、行ったことはすぐ忘れるが感情的にはむしろ鋭敏
5. 1つのことにいつまでもこだわり続ける。説得や否定はこだわりを深めるのみ。本人が安心できるように配慮することが大切
6. 認知症の症状が理解・説明できる



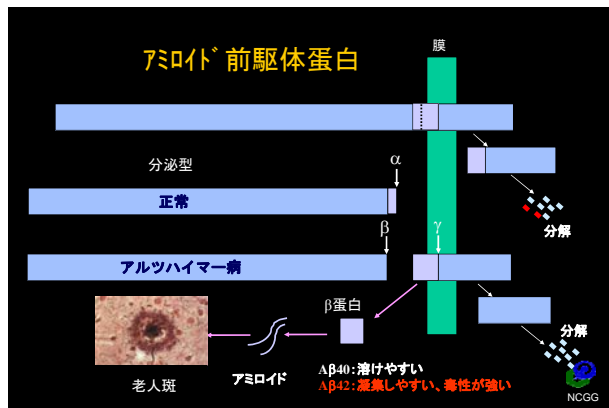
1. 認知症とは
2. 認知症の病型
3. 認知症の治療

認知症をきたす疾患の分類



アルツハイマー病

1. 頻度: 家族例 日本に100家系
孤発例 約130万人
2. 発症: 40-50代の初老期
多くは65歳以降
3. 予後: 8-12年
4. 病理: 側頭葉、前頭葉に強い脳萎縮
老人斑と神経原線維変化(NFT)が
大脳皮質に広範かつ大量に出現
老人斑にはβアミロイドが蓄積
NFTはタウとユビキチンからなる。



アルツハイマー病の症例 女性

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののみ忘れがめだつようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。買い物へは行くが、同じものを大量に買ってきてしまい冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り3日続けて同じ料理を作った。最近好きで通っていた書道教室へいろいろ理由をつけてはいかなくなった。



アルツハイマー病の症例 女性

MMSE:23/30 (時間の見当識 1/5 場所の見当識 5/5
記銘 3/3 集中・計算 5/5 再生 0/3 言語 8/8 構成 1/1
診察場面では
今日は何月の何日ですか？
えーっと何月でしたっけ。夫のほうを振り返って尋ねる
今日は新聞もテレビも見てこなかったものですからと
いい分けする



アルツハイマー病と診断した後 何をしなければいけないか

1. 病気であることをしっかり話す。
ここをあいまいにすると後が大変
ご家族には必ず理解してもらうことが重要
2. どのような病気かをお話する
認知症のなかではいちばんおだやかであることを示す
3. どのように治療していくかをお話する。
アリセプトについて
4. 社会資源(介護保険のうけかた)について説明する

レビー小体型認知症

1. 歴史 1978年小阪らが報告
1990年代になって欧米でも注目
1995年統一された病名と診断基準が提唱
2. 頻度 正確な頻度は不明。変性性の認知症では
アルツハイマー病の次に多いといわれている。
3. 病理 大脳皮質(前頭葉、側頭葉前部、帯状回、島回)
にLewy小体が多数出現。脳幹(黒質、青斑核、
縫線核、迷走神経背側核)や
間脳(視床下部、Meynert核)にも出現する。



レビー小体型認知症の症例

主訴: 意欲低下. 動きが遅くなり眠ってばかりいる
 家族歴: 特記すべきことなし
 現病歴: 平成x年頃か夜中に夢をみて、大声を出すことがあった。平成xx年10月頃から会話が筋道をたててできない、洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもかかわらずカメラが使えない。
 目覚まし時計があわせられない。
 1日中うとうと眠っているかと思うと**易怒性**あり。
 平成〇年1月大学病院の神経内科に入院。
 パーキンソン病といわれたが抗パーキンソン病薬の効果は明らかでなく、**幻覚**が出現した。



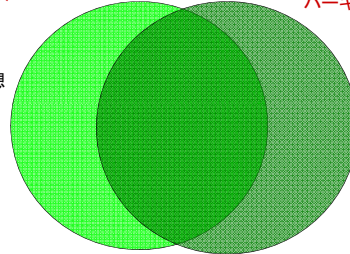
レビー小体型認知症の特徴

認知症の症状

記憶障害
 行動異常
 精神症状
 幻視・妄想

パーキンソン病の症状

動きが遅い
 ころびやすい
 自律神経症状
 失神発作
 睡眠障害



Lewy小体



レビー小体を伴う認知症(DLB)の診断基準

1. 社会生活に支障がある程度の**進行性の認知症**の存在
 初期は**記憶障害は目立たず**、進行とともに明らかになる。
 注意力、前頭葉皮質下機能、視空間認知が冒されやすい。
2. 以下の3項目の中核症状のうちprobable DLBでは2項目、possible DLBでは1項目が認められること。
 - 1) **注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺**
 - 2) 現実的で詳細な内容の**幻視**が繰り返し現れる
 - 3) **パーキンソニズム**の出現
3. DLBの診断を支持する症状
 - 1) 繰り返す**転倒**
 - 2) **失神**
 - 3) 一過性の**意識障害**
 - 4) **向精神薬に対する感受性の亢進**
 - 5) 系統的な**妄想**
 - 6) 幻視以外のタイプの**幻覚**

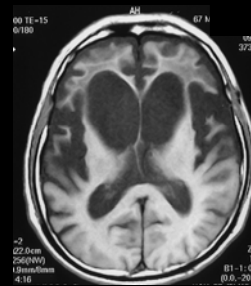


前頭側頭葉変性症



1. 定義:
 臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群
2. 分類:
 前頭側頭型認知症(ピック病)
 進行性非流暢性失語症
 意味性認知症
3. 疫学
 頻度: ADとの比は1:10 性差はない
 65歳以下の発症が多く家族歴を有することあり

前頭側頭型認知症のMRI画像



前頭側頭型認知症 女性

主訴: 異常行動 家族歴: 姉が認知症

現病歴: 平成x年4月頃から不眠、7月ごろから無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが家族とも口をきかなくかった。平成xx年6月頃から異常行動出現

- 1) 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- 2) スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す
- 3) 全裸で洗濯物をかわかす
- 4) ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 5) 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる



前頭側頭型認知症 (2)

現病歴:

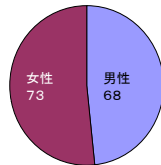
これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。平成xx年10月銀行から大金をおろしてしまいでこへしまったかわからない。部屋のなかは泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

平成〇年1月当科初診

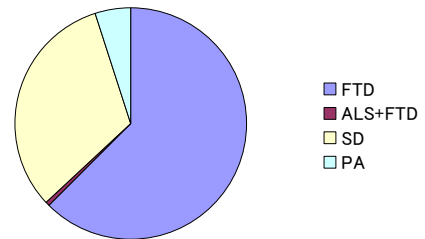
神経学的に特記すべき所見なし。MMSE19/30
病識は全くなく、夫のいっていることはすべて嘘であるといいきる。



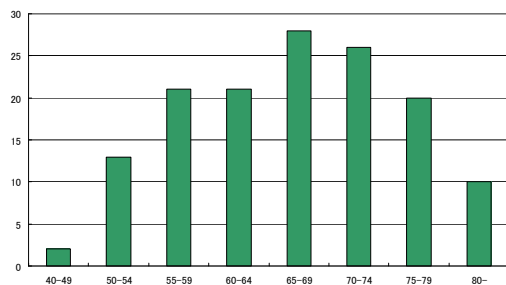
国立長寿医療センター	23
東北大学	4
大阪大学	12
高知大学	37
愛媛大学	62
熊本大学	3
	141



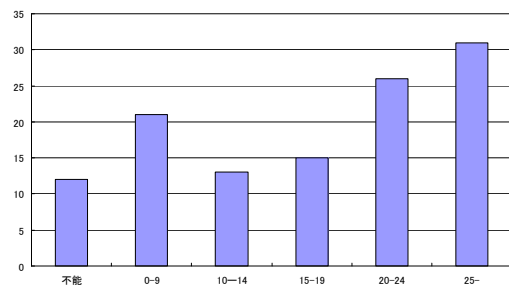
病型



年齢分布




MMSE分布



	初発症状	件数
抑制症状	自発性低下	25
	人格変化	14
	社会的関心の低下	9
	自己への関心低下	5
言語の症状	換語困難	37
	語義失語	11
	理解力障害	8
	意味性錯語	7
過活動症状	自発語減少	4
	脱抑制	28
	常同行動	24
	妄想	5
その他	易伝導性(おちつきがない)	4
	易刺激性	4
	記憶力障害	28
	拙劣化	5
	遂行障害(料理ができない)	4
	交通事故	4
相貌失認	2	
食行動変化	2	


血管性認知症の診断基準

- 1) 認知症が存在する
- 2) 病歴、臨床所見、脳の画像診断から脳血管障害があること
- 3) 1)と2)の関連があること
認知症の発症が脳卒中発作から3ヶ月以内
認知機能障害が突然発症であったり
認知機能障害が変動し階段状に増悪

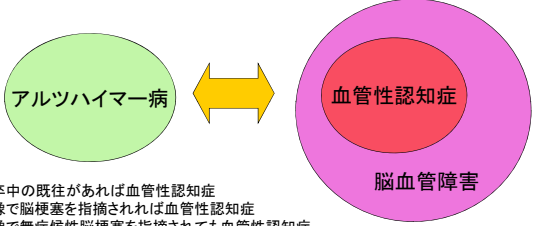


血管性認知症

2. 疫学: 1990年までは日本ではVaD > AD
血管性認知症が2倍多いといわれてきた。
1996年東京都の調査
VaD 30.1% AD 43.1%
3. 危険因子: 高血圧、心疾患、
4. 臨床症状:
初期からの歩行障害、歩行時の動揺や転倒
排尿障害、仮性球麻痺、人格変化、感情の変化
認知機能障害の動揺や階段状の増悪



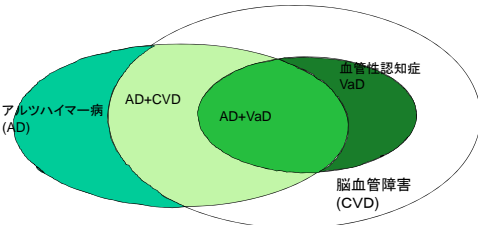
血管性認知症とアルツハイマー病 従来の考え方



脳卒中の既往があれば血管性認知症
画像で脳梗塞を指摘されれば血管性認知症
画像で無症候性脳梗塞を指摘されても血管性認知症
運動麻痺や構音障害があれば血管性認知症

長田の図を改変

血管性認知症とアルツハイマー病 現在の考え方



長田の図を改変

若年認知症とは

若年認知症という病気があるわけ
ではありません

若年認知症とは

一定義

若年認知症とは、
40歳から64歳に発症 初老期認知症
18歳から39歳までに発症 若年期認知症
認知症の総称
若年認知症という独立した病気があるわけではなく、
発症年齢で区分した概念であるため、
認知症を引き起こしている原因はさまざま
病理学的にもいろいろな疾患を含む。

若年認知症とは

一頻度

調査された国、どの年代までを含めるかによって異なる
10万人あたり50-60人
これは高齢発症の認知症の1000分の1以下

若年認知症とは

一原因となる疾患

調査対象によって異なるが、アルツハイマー型認知症が最多。
高齢者と比較すると前頭側頭葉変性症や、脳血管性認知症、
あるいはアルコール性認知症などの比率が高い。
またこの年代では男性が女性より多い。

若年認知症とは

一問題点

- 1) 初発症状が認知症特有でなく初期診断が難しい
- 2) 異常そのものは気がつかれやすいが、受診が遅れる
- 3) 病名告知の困難
- 4) 経済的な問題

若年認知症診療の注意点

- 若年性ADでは海馬よりも頭頂葉の萎縮が目立つ
- 疑ったら 神経心理検査とSPECT
- 有意な所見がなくとも
「念のため(半年～)1年後には再検査しましょう！」

(順天堂大学 新井平伊先生提供)

- 精神障害者保健福祉手帳は初診後6ヶ月経過してから申請するため、できるだけ早期の受診をすすめる。
(雇用継続にも役立つ)

1. 認知症とは
2. 認知症の病型
3. 認知症の治療

認知症の治療

1. 薬物療法
 - 1) 中核症状に対する治療
 - 2) 精神行動症状に対する治療
2. 非薬物療法
 - 1) 芸術療法
 - 2) リアリティオリエンテーション
 - 3) 回想法
 - 4) 確認療法
 - 5) 介護者に対する治療



アルツハイマー病の中核症状に対する薬物療法

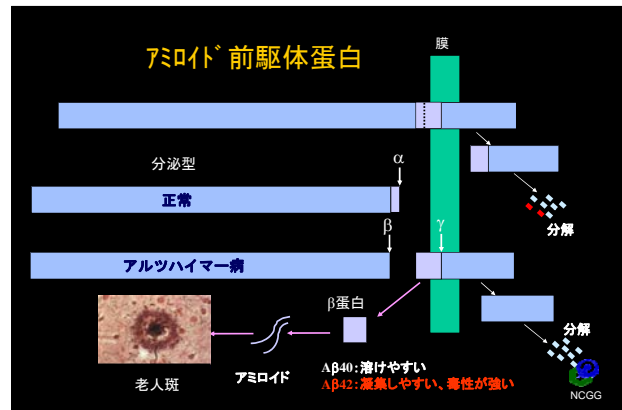
1. アセチルコリン系賦活薬
 - 1) タクリン
 - 2) ドネペジル (アリセプト)
 - 3) ガランタミン
 - 4) リバスタチグミン
2. 女性ホルモン
 - 1) エストロジェン
3. 抗炎症薬
 - 1) 非ステロイド系消炎鎮痛薬
4. MAO-B阻害薬
 - 1) セレジリン (エフピー)
5. 塩酸メマンチン
6. 抗ヒスタミン薬 (ディメボン)



現在試みられている治療法

現在米国では89の治験が進行中
15はPhase III

1. 免疫療法 (抗体投与、ワクチン)
2. γ セクレターゼ療法

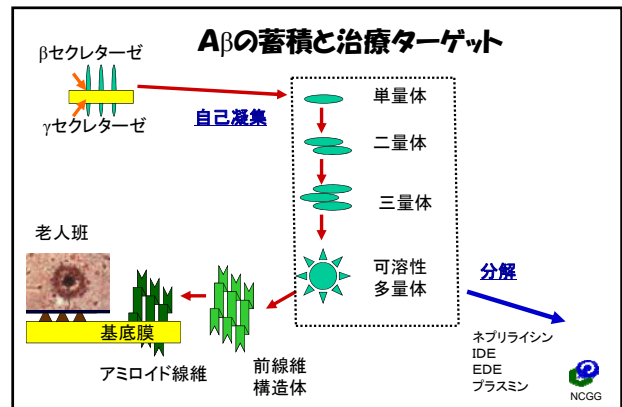
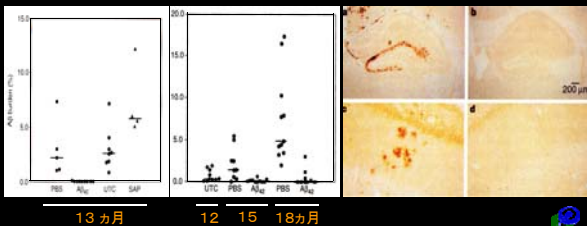


アルツハイマー病のワクチン療法

(Schenk D et al: Nature 400:173-177, 1999)

生後6週より治療開始

生後12ヵ月より治療開始



アルツハイマー病患者施設入所の目安

1. 攻撃性、徘徊、暴力、妄想などによって患者さんに身体的な危険を伴うとき
 2. 暴力行為によって介護者に身体的危険が迫るとき
 3. 介護者がいない、あるいはいなくなった場合
 4. 主介護者が身体的に介護ができなくなった場合
 5. 主介護者が精神的に介護ができなくなった場合
 6. 身体合併症により入院 ADLが低下し自宅への帰宅困難な場合
1. 2については認知症疾患治療病棟が必要なことも

川畑信也先生の表を改変

家族への指導と共感

認知症治療の50%は家族への治療



認知症の介護はなぜ大変なのか

1. 同じことを何度も聞く
2. 目を離せない
3. 介護者のペースでできない
4. ありがとうといってくれない

高知医大 真田による



認知症の人への支援

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 認知症患者の前での家族に対する病状説明は、慎重に行う
- 家庭の役割分担、社会参加やデイサービスの利用をすすめる
- 身体疾患を早めに見つけて治療をする



患者さんへの対応の指針

1. 異常な言動を正常化することを焦らない。その背景にある情動の不安定さをまず軽減
2. 間違った言動を頭から否定しない
3. 失敗行為をいちいち指摘したり叱ったりしない
4. 理屈で問いつめたり説明や説得しても効果はない
5. 命令調、権威的、高圧的な態度にならない
6. 不用意な言動で患者さんの気持ちを傷つけない
7. よい点についてははっきりと評価する
8. 原則として受容的、保護的な接し方。ただし子供扱いしてはいけない
9. 残存能力への働きかけが重要
10. 日常のケアには専門性が必要



レビー小体型認知症への対応

1. アリセプトは有効といわれている。(現在治験中)
2. パーキンソニズムに対しては少量のL-DOPAを。幻覚や心理行動症状がでることもあり
3. 心理行動症状に対して抗精神病薬が使いづらい。作用が強くやすい。パーキンソニズムを悪化させる。抗てんかん薬や抑肝散の代替的使用
4. 易転倒性に対する注意が必要
5. 睡眠障害への対応。安易な眠剤使用は危険
6. 認知機能が変動しやすい。状態をみながらリハビリテーション等を行う。
7. 血圧の変動も大きいので注意を要する。
8. 幻覚は完全に抑制しなくても良い場合がある。

前頭側頭葉変性症の治療

1. 心理行動症状に対して
SSRI、非定型抗精神病薬
常同行動に対しては、SSRI
ルーチン化療法
2. 言語症状に対して
言語リハ
3. 在宅での生活が困難になりやすい
早めに社会資源の活用が必要

血管性認知症の治療

1. 心理行動症状に対して
塩酸チアプリド
非定型的抗精神病薬
2. 脳血管障害の再発を防ぐことがきわめて重要
高血圧、糖尿病のコントロールを
抗血小板薬の併用
3. 軽度の麻痺やパーキンソニズムが存在することもあり
転倒に関しては常に注意が必要

心理行動症状の治療のポイント

1. 症状が出るのは一時期のみ
2. 症状が出現したらまずチェックするのは身体合併症と薬剤
小さな脳血管障害は意外に多い
体の痛みが不穏につながる
3. 注意すべき薬剤は ベンゾジアゼピン、抗バ剤、抗うつ剤、
H₂ブロッカー、抗ヒスタミン剤、抗コリン剤、市販の風邪薬
4. プロの介護者の力を借りる。プロの介護者はほめ上手
5. 生活状況をつかんだ上で投与する。
転倒の危険性や本当に薬をのめる状況にあるのか。
6. だれのために治療するのかという視点

もの盗られ妄想について

- アルツハイマー病の半数弱に、経過中何らかの妄想が出現し、そのうち約75%がもの盗られ妄想
- 初期に出現しやすい
- 最も身近なひと、介護してくれる人に対して出現しやすい
- 前もってご家族に説明しておけば(介護者教育)、約3割は治療が不要
- デイサービス・デイケアの十分な利用により家族と離すことで約3割が解決
- 残りは薬物療法が必要

(熊本大学 池田 学先生)

夜間の徘徊

- 昼夜逆転によるものが多い
- ショートステイや短期入院でリズムを作る
(昼間に起きているように指示を出す)

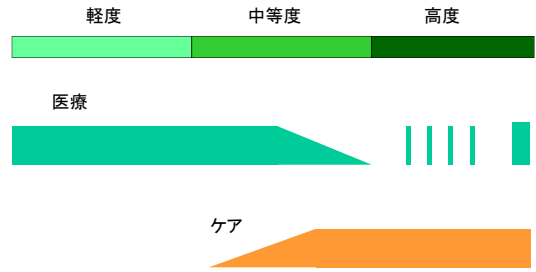
(熊本大学 池田 学先生)

臨床徴候	せん妄	認知症
発症様式	急激(数時間～数日)	潜在性(数ヶ月～年)
初発症状	意識障害	記憶障害
経過と持続	動揺性(数日～数週)	慢性進行性
注意	障害される	通常正常
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	通常豊か(しかし無秩序)	不毛
脳波	異常(広範徐波化)	正常～軽度異常

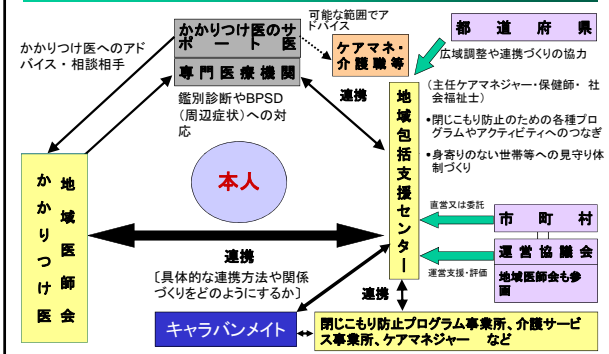
せん妄を来す可能性のある主要な薬剤

- 抗パーキンソン病薬、抗コリン剤
- 抗不安薬
- 抗うつ剤
- 循環器用剤: ジギタリス、βブロッカー、利尿剤
- H₂-ブロッカー
- 抗癌剤
- ステロイド
- 感冒薬

認知症の進行と医療・ケアの関わり



かかりつけ医、サポート医と地域包括新センターの連携



若年性認知症を知るセミナー

2009年11月

企業内での若年性認知症の 実態と支援

認知症介護研究・研修大府センター
研究部研究員 鈴木 亮子

2. 研修内容

- I 若年性認知症とは
若年性認知症の特徴／認知症の知識
- II 若年認知症の実態
全国疫学／愛知県の実態(人数, 発症年齢, 原因疾患など)
- III うつ病と認知症との鑑別
うつ病の症状／認知症との差異
- IV 認知症のアセスメント
各種スケール／評価実施上の注意
- V 認知症と診断されたら
就労と制度／退職後の生活／地域での
インフォーマルなサポート

研修内容抜粋

III うつ病と認知症との鑑別

1. うつ病でよくみられる9つの症状

「抑うつ気分」か「興味や楽しさの喪失」を含む
5つ以上の症状が2週間以上に続くとうつ病と診断される

- ①抑うつ気分
- ②興味や楽しさの喪失
- ③食欲の減退(ときに増加)
- ④睡眠障害(不眠, ときに過眠)
- ⑤精神運動の障害(制止, 焦燥)
- ⑥疲れやすい, 気力が落ちる
- ⑦無価値観, 強い罪責感
- ⑧思考力, 集中力の低下
- ⑨死を考える

2. うつ病の認知症とは異なる部分

- 日内変動(午前中がつらく, 夕方が軽い)
- うつ病は周囲の状況は正確に認識している
- 患者は症状について自分から訴えなくても, 聞かれるとうつに伴う症状を話し始める
- 知能テストでのスコアが低いにも関わらず, 実際の生活での行動や反応は比較的保たれている
- 身の回りの整理や, 対人関係に配慮できる

IV 認知症のアセスメント

1. 各種スケール

◆ 神経心理検査

MMSE
HDS-R
立方体
CDT(時計描画テスト)

◆ 日常生活での記憶障害評価のアセスメント EMC(日本版日常記憶チェックリスト)

◆ 抑うつのアセスメント SDS(自己評価式抑うつ尺度)

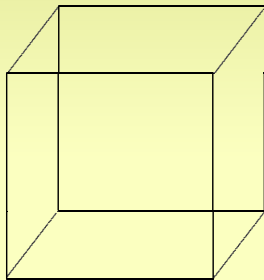
◆ MMSEとHDS-Rの測定内容

能力	検査内容	MMSE	HDS-R
見当識	自己認識	1(1点)	1(1点)
	時間	1(5点)	2(4点)
	場所	2(5点)	3(2点)
記憶力	3単語即時記憶	3(3点)	4(3点)
	3単語遅延再生	5(3点)	7(3点)
	5物品記憶再生	5(5点)	8(5点)
言語	物品呼称	6(2点)	
	文章復唱	7(1点)	
	数字(概念化)	10(1点)	
	言語流暢性 (発散性思考)		9(5点)
行為・ 観念運動	聴覚的指示の理解 (動作遂行障害<失行> の要素を含む)	8(3点)	
	視覚的指示の理解	9(1点)	
注意	連続減算	4(5点)	5(2点)
	逆唱		6(2点)
視覚構成	図形模写(2次元)	11(1点)	

●MMSE(30点)
カットオフポイント
23/24

●HDS-R
カットオフポイント
20/21

◆ 立方体



2. 評価を行うにあたって

- ◆ 事前情報の重要性
病前の機能水準に関する情報（教育歴や職歴など）
本人の主訴や現在の心況
- ◆ 説明と同意
本人にテストの目的を説明して同意を得ること
本人が理解して、テストに取り組めることが前提
- ◆ カタストロフ（破局反応）
不安や困惑、緊張や怒りなどで混乱すると、本来ならば容易にできる課題にも答えられなくなる
- ◆ 検査中の行動観察
課題への取り組み（積極性、協調性、意欲など）の観察も重要
- ◆ 検査後の不安を取り除く
- ◆ 検査結果の解釈
点数のみに着目するのではなく、中身を吟味する

3. 問診の仕方

- ◆ 導入
まずは日常生活の様子から聞く
- ◆ 確認する点
感情や意欲、人格の変化や、実行機能障害による生活の変化(日常生活の情報が必要)
- ◆ 行動観察での留意点
入室時の様子、全体的概観、人との関係、視線を合わせて話すか、落ち着いているか、活動性、動作のスムーズさ、表情、関心の持ち方、気分、言葉の使い方、会話の流れ、会話の内容、思考の流れ、病識の有無

V 若年認知症と診断されたら

1. 就労と制度

雇用継続の検討

- ◆ 仕事内容の見直しや配置換え
何ができなくて、何ならでいいのか
●障害者職業センター(ハドブツ) p.44 ●障害者就業・生活支援センタ事業
→職業評価の実施 →生活面を含めた支援
- ◆ 自立支援医療（精神通院）
外来医療費の助成
- ◆ 精神障害者保健福祉手帳の申請の検討
初診時の6カ月後から申請可
雇用継続が可能ならば、障害者雇用のカウントに入れられる

本人及び職場に負担のないように

給料が下がる場合は、障害年金で補填(ただし、年金は1年半後)

早期受診の重要性

休 職

- ◆ 給与
- ◆ 傷病手当金
- ◆ 障害基礎年金・障害厚生年金

退職するにしても、4日以上休めば1年6カ月までもらえる

初診から1年半の経過必要

退 職

- ◆ 退職金
- ◆ 失業保険

自己都合がほとんどで、3ヶ月後から支給給付の条件は「働ける状況」であるが、ADと診断あっても働けると言えばよい、傷病手当金との併給可能

3. インフォーマルなサポート

◆ 認知症の人と家族の会 各県連絡先

静岡

代表者 佐野三四子
連絡先 〒416-0909富士市松岡912-2
電話：0545-63-3130
FAX：0545-62-9390
電話相談 毎週土曜日午前10～午後3時
電話：0545-64-9042
面接相談：フィランセ（富士市）

岐阜

代表者 松岡 孝宏
連絡先 〒500-8381
岐阜市市橋6丁目2-22-102
電話 058-278-7160
FAX058-278-7161
E-mail gifu-kazoku@wine.ocn.ne.jp

三重

代表者 泉美幸
連絡先 〒518-0833
伊賀市緑ヶ丘東町1017-7
電話：0595-24-4545
FAX：0595-24-4545
●三重県認知症コールセンター
月～金9:30～17:30
TEL059-235-4165

愛知

代表者 尾之内直美
連絡先 〒477-0034
東海市善父町北堀畑58-1
電話：0562-33-7048
FAX：0562-33-7102
認知症介護相談：
毎週月～金曜日10:00～16:00
電話：0562-31-1911
E-mail rara@ma.medias.ne.jp
ホームページ www.medias.co.jp/~rara/

◆ 各地域の家族会の介護者の集い

支部名	実施頻度	1回あたりの参加人数	本人への対応	医師の参加	個別相談
静岡	年6回	家族10人(若年0)		時々参加	世話人が応じる
岐阜	年7回	家族25人(内若年2人)、本人4人(若年0)		時々参加	世話人が応じる
三重	年6回	家族5,6人(内若年1,2人)、本人1,2人(内若年1,2人)	家族が話しやすいように、本人には別室を用意し、世話人が対応		
愛知: 若年	通常	年30回 家族30人		時々参加	医師、世話人が応じる
	若年	年6回 家族30人、本人2人	長時間になるとボランティアがトイレに誘導したり、気分転換で外に行ったりしている	医師が常時参加	医師、世話人が応じる

◆ 若年認知症のご本人と家族の交流会 (H20年度実施)



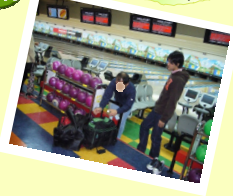
元気かい!



毎月 第2土曜日
13:30~16:00
東海市しあわせ村

新年会

お花見



若年性認知症勉強会

ケアサポーター養成講座の卒業生と
スタッフによる勉強会

毎月1回 第3金曜日 19:00~21:00
大府市公民館

次回: 2010.1.15(金)

テーマ「ご本人・ご家族の思い」

話題提供者: 認知症介護研究・研修大府センター
研究部 鈴木亮子(臨床心理士)

医療現場における就労支援

国立長寿医療センター
ソーシャルワーカー 高見雅代

若年性認知症者の支援

- 「認知症」は介護の対象となる疾患
- しかし、「介護」を考える前に、生活・家族全体の在り方を考えざるを得ない時期がある。
- その段階における支援がとても重要である。

医療機関の受診

若年性認知症の人が受診に至るまで

- 50代男性: 30年間していた**仕事**が「**なぜか**」うまくできなくなり、不安になり誰にも相談せず退職。退職後、妻の説得で受診。
- 60代男性: 部下に「**同じことを何度も言う**」と指摘され、自覚はないが不安になり自ら受診。
- 50代女性: 結婚して他出していた娘が、たまたま実家に帰った際、**家事がうまくできなくなっている**ことに気づき受診。同居の夫と息子は気づいていなかった。

↓

「生活のしづらさ」が顕著に現れる

↓

「**病気かもしれない**」「**病気に違いない**」と認識されやすく、受診につながりやすい

病院の概要

国立長寿医療センター
National Hospital for Geriatric Medicine, NCGG

所在地: 愛知県大府市森岡町源吾36-3
電話: 0562-46-2311

高齢者医療に関する国立高度専門医療センター。全診療科が横断的に連携してチーム医療を行うとともに、症状や目的等で表現する「**もの忘れ**」「**骨粗鬆症**」「**心の元気**」などの特殊外来を設けている。

病床数: 320床 (一般)
診療科: 内・精・神内・呼・消・循・外・整・脳・心臓・皮・泌・眼・耳・リハ・放・麻・歯

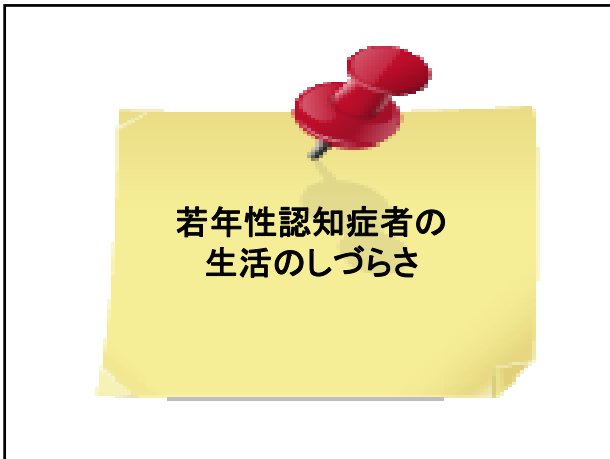
もの忘れ外来は、神経内科・精神科・高齢総合診療科の医師が担当

認知症と診断されたその後

- 50代男性: アルツハイマーと診断されたが、家族は告知により本人が自殺することを恐れ、**本当の病名を言えず**「**動脈硬化症**」と伝えている。
- 50代男性: 「先生は薬を出して『様子を見ましょう』というが、**病気も良くなりません**、**具体的な指示をくれない**。」と、治療に対する不安を訴える。
- 50代女性: 主婦で日中家に一人いると、**どうしたらよいかわからなくなり**、**家族が帰ってくるまで泣いている**。
- 50代女性: 大学を卒業して帰ってきた息子が、**以前と変わってしまった母を受け入れられず**、「**病気に負けている!**」と責める。
- 50代男性: 高校の理科の教師であったが、**計算ができなくなり休職中**。身分や収入は保障されているが、**することがなく一日中ごろごろしている**。

↓

心理社会的問題の顕在化



若年性認知症者の生活のしづらさ

どんな病気か理解されにくい

- 認知症＝高齢者の病気、「呆け」との認識
- 高齢者と異なる生活のしづらさ

家族関係に大きな影響が出る

- 夫婦関係の変化
- 子どもの葛藤や遺伝の不安

経済的に困窮する

- 働き盛りの発症
- 家事の代行

適切な社会資源がない

- 介護保険、障害者制度のはざま

本人の心理的葛藤

- やる気はある
- でもうまくいかないし、やらせてもらえない

仕事にかかわる問題

解雇 自己退職

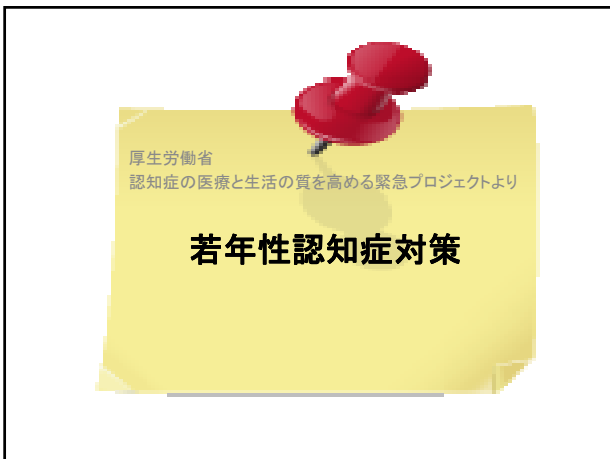
- スケジュール管理困難
- 約束や連絡を忘れる
- 他者・他部門・取引先からのクレーム

• 複数の作業が同時にできない。
• 作業の手順が理解できない。覚えられない。
• 考えがまとまらない。
• 言われていることがわからない。

- 社会資源が不適切・不十分
- 就労継続のサポートの欠如
- 退職後の社会参加の在り方の多様さと困難。

若年性認知症者が利用できる制度

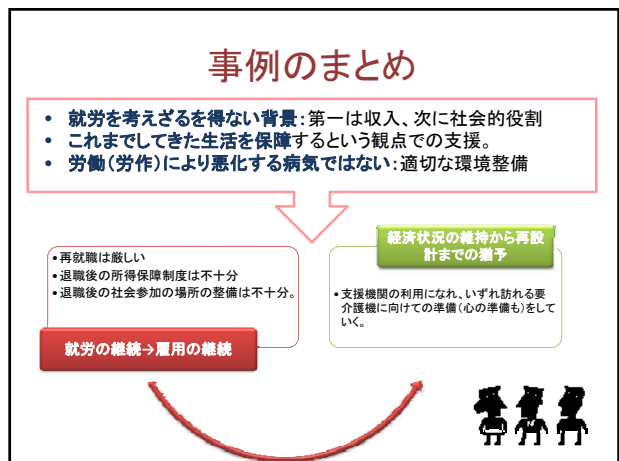
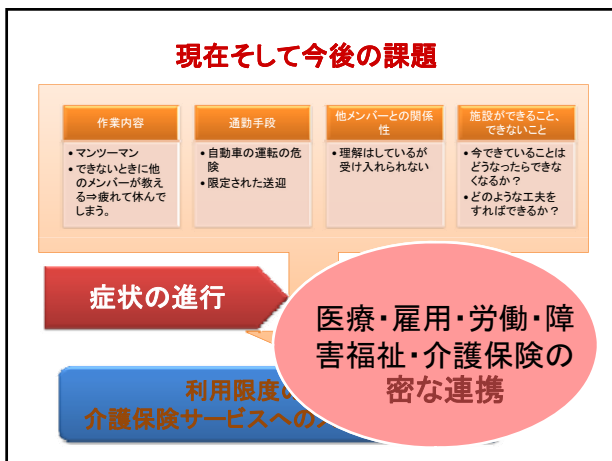
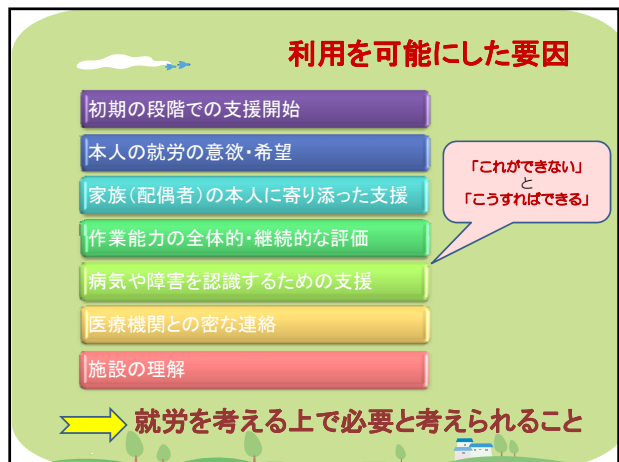
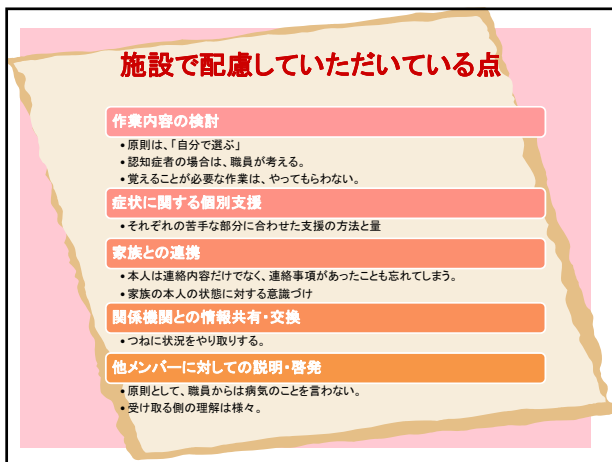
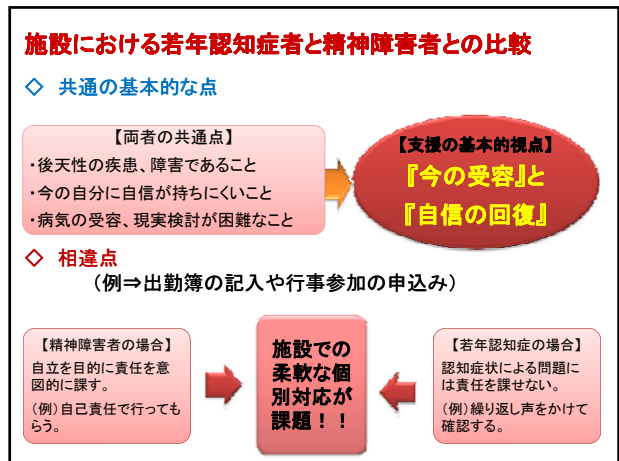
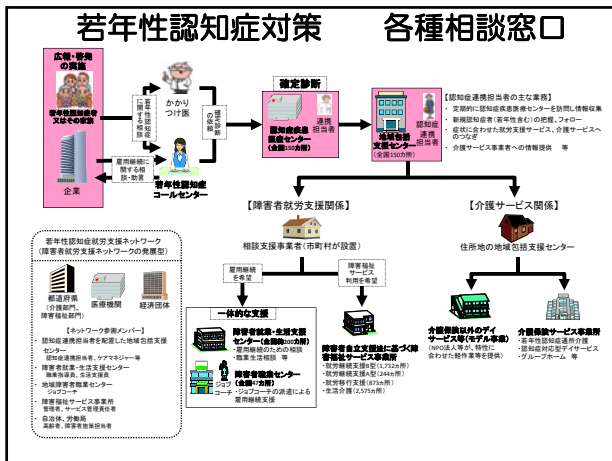
自立支援医療	ICD10 精神および行動の障害 • F00: アルツハイマー病の認知症 • F01: 血管性認知症 • F02: 他に分類されるその他の疾患の認知症 • F03: 詳細不明の認知症
• 精神通院	
障害者手帳	
• 精神障害者保健福祉手帳	
障害年金	
• 精神の障害	
自立支援法	
• 精神障害	
介護保険	• 初老期における認知症



厚生労働省 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」(抜粋)

若年性認知症対策

ア 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置	イ 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成	ウ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築
• 全国に1か所設置	• 認知症連携担当官(地域包括支援センターに配置) • 雇用・就労サービスや障害者福祉、介護サービスにつなぐ	• 医療・福祉と雇用・就労の連携
エ 若年性認知症ケアの研究・普及	オ 若年性認知症に関する国民への広報啓発	
• 若年性認知症ケアのモデル事業の実施による研究・普及	• 国民、企業等への広報啓発 • 医師に対する周知	



医療機関で行うことが必要な支援



初期支援

- ・病気の正確な知識を獲得するための支援
- ・病気を受けとめ生活を考えていくための支援
- ・今後必要となることを提示し、自ら解決に取り組むことへの支援



医療機関での支援の限界

- ・より詳しい作業能力評価がルーティーンできない
- ・雇用の情勢等の社会状況が十分に把握できない。
- ・…就労の可否についての見極めができない。
- ・就労・社会参加後の直接的支援ができない。

専門機関に
支援依頼・
連携



若年性認知症者の支援

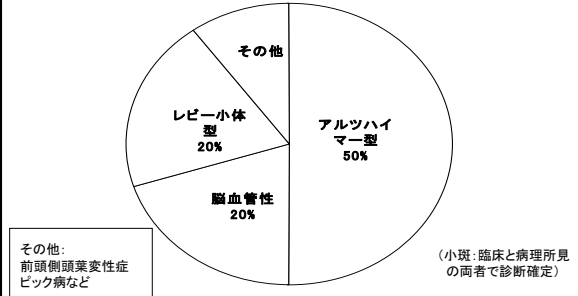
- ・本人・家族の生活、葛藤は深刻。
- ・抱えている問題と気持ちは決して特別なものではない。
- ・適切な環境で生活することで、安定した状態を維持することができる場合もある。
- ・現在の資源や技術・組織でも、十分に支援は可能。
- ・支援の目標は、本人と家族が、生活を再構築できること。

若年性認知症デいの試み

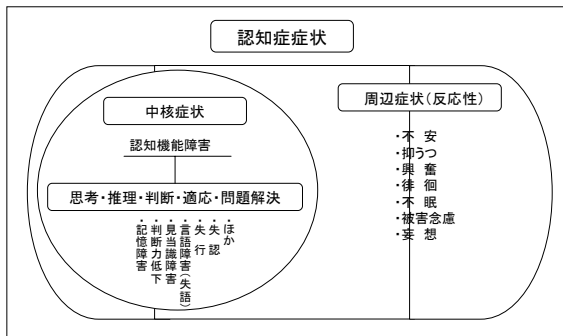


介護老人保健施設ルミナス大府
長屋政博
中澤整形・リハビリクリニック
中澤 信

認知症の原因疾患は？



認知症の中核症状と周辺症状



認知症に対するリスクファクター

医学的リスクファクター

- 1) メタボリック・シンドローム (高血圧、高脂血症、肥満、糖尿病)
- 2) 脳梗塞、脳血管障害(高血圧が関与)
- 3) うつ病
- 4) 頭部外傷、感染症(脳炎)、代謝異常

アルツハイマーも血管を若々しく保つ

環境的リスクファクター

- 1) 知的・社会的活動、無趣味、ひきこもり
- 2) 食習慣:高カロリー食、高脂肪食
- 3) 運動不足
- 4) 睡眠不足
- 5) ストレス:死別(配偶者、ペット)、苦惱、落胆、悲哀
- 6) 喫煙
- 7) 転居

認知症の予防となる因子

医学的因子

1. 疾患(高血圧、脳血管障害、生活習慣病など)の予防とコントロール

環境的因子

1. 知的社会的環境 : 積極的なライフスタイルを目指す (趣味、コミュニケーション、ボランティアに参加)
2. 食習慣(認知症では、食事に偏りができる) サプリメントの効果は、示されていない ビタミンC、魚、高蛋白質、緑黄色野菜、果物
3. 適度の運動 週2日で効果、やり過ぎは有害 有酸素運動がよい
4. 睡眠リズム、長さより規則的な睡眠
5. 笑い

規則正しい生活
適度の運動
社会参加
高血圧予防
肥満予防
高脂血症予防

運動習慣とアルツハイマー型認知症の危険度

Laurin 前向き疫学研究

4615名の65歳以上の地域高齢者を5年間経過観察

週3回以上歩行より負荷の高い運動を行った群
週3回以上の歩行と同程度の運動を行った群
それ以下の運動をしない群

高運動群
オッズ比0.58 (95%CI 0.41-0.83) 認知機能障害
オッズ比0.50 (95%CI 0.28-0.90) アルツハイマー病
オッズ比0.63 (95%CI 0.40-0.98) その他の病型の認知症
以上の発症が有意に少ない
定期的な運動が高齢者の認知症の発症リスクを減少

疫学的な気研究では、運動もしくは身体活動が認知症の発症リスクが低い

認知症予防として運動の効果

認知症リスクが高い成人を対象に、運動による介入が認知機能の低下を軽減するか否かを調べた。

対象は認知症の診断基準は満たしていないが記憶障害を報告している30歳以上の男女138例で、患者教育を含む通常ケア群と、自宅で24週間の運動プログラムを行う介入群のいずれかにランダムに割り付けた。

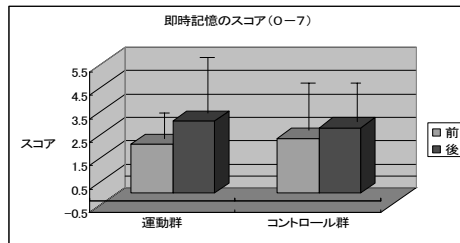
介入群では、中等度の運動を1週間あたり最低150分行うことを目標とし、50分間ずつ3回に分けて実施することが奨励された。特に奨励された運動はウォーキングであった。

初めての認知症を対象に無作為試験でエビデンス証明

知的社会的活動とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Verghese Jr(2003)	チェスなどのゲーム	ほとんどしない	1
		よくする	0.26
	ダンス	ほとんどしない	1
		よくする	0.24

前向き調査でエビデンス証明



45分間イス座位での運動を行う

Diefeeldt HFA, et al
Age and Ageing 1:58-64,1977

認知症性疾患の非薬物療法

1. 身体活動を行うもの
 - 散歩
 - 運動療法(筋力強化、バランス訓練、関節可動域訓練、歩行訓練)
 - 作業療法(家事・家庭内役割作業、手工芸・工作)
 - レクリエーション(ボーリング、ダンス、お手玉、ハンドゲーム)
 - 体操(ラジオ体操、リズム体操、民謡体操、ストレッチ体操)
 - 演芸療法
 - 園芸療法
 - 絵画療法
2. 感覚に対する療法
 - 音楽療法(音楽鑑賞、楽団演奏)
 - マッサージ
 - アロマセラピー
 - 光源療法
3. 環境の改善
 - 静かな環境
 - 自宅に近い環境にする
4. 介護方法の改善
 - 介護者への教育・指導
 - 拘束の除去
5. 行動療法
 - 回想法
 - リアリティオリエンテーション
6. Social contact
 - ペット療法
 - ビデオテープで家族などの映像、声を表示する

若年性認知症のプログラムの特徴

身体機能がまだ保持されていると、まだ認知症を受容できず、簡単なプログラムでは満足しない。レクリエーション的プログラムは、満足しない。

職歴により、好む作業と嫌いな作業とがみられる。

新しいルールを覚えることは、やはり困難なことが多い。

手続きが少ない作業が望ましい。

達成感のある作業が望ましい。

若年性認知症デイプログラムのポリシー

1. 楽しく、かつ達成感のある作業を通して、療法として脳賦活をめざす。認知機能よりも感情をのばす、引き出す。
2. けっしてお預かり目的のプログラムではない。
3. 個人の職歴、趣味などを考慮して、個性性を重んじたプログラムである。
4. 研究目的である。プログラムの有効性を検討する。

陶芸

出来る限り達成感を得るため、
形になるものを製作する。



フラワーアレンジメント



女性陣には、非常に人気
御家族からも喜ばれる。

造花づくり



障子貼り作業



男性陣では、自信につながりました。

車椅子の修理・整備



割と不人気

紙飛行機をつくりました



みなさん、童心に戻りました

トールペインティング

出来る限り作品をつくる
達成感を追求する



若年性認知症プログラム(女性)

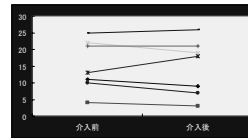
- 塗り絵
- 七夕飾り作り
- フラワーアレンジメント
- 小箱作り
- 陶芸
- 陶芸作品ニス塗り
- ビーズでパッチワーク
- トールペインティング下絵練習、下塗り
- トールペインティングの台に貼り絵
- トールペインティングの板に穴あけ
- プローチ作り
- カラオケ
- スタンプ使用でメモ帳作り
- ストレッチ

若年性認知症プログラム(男性)

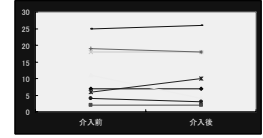
- 障子はり
- 陶芸
- うちわ作り
- 車イス整備
- 棚作り
- 陶芸作品のニス塗り
- カラーボックスの作成
- 飛行機作り
- 飛行機飛ばし
- トールペインティングの下地作り
- トールペインティングの紙貼り

若年性認知症

認知評価結果



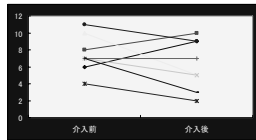
MMSE(介入前後で差なし)



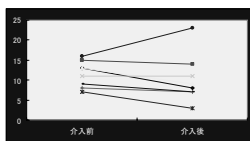
HDS-R(介入前後で差なし)

若年性認知症

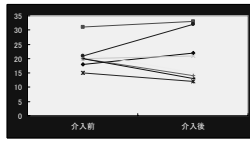
心理的評価結果



GDS(介入前後で差なし)



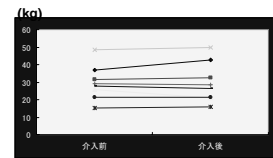
MADRS-J(介入前後で差なし)



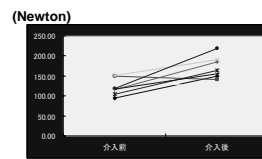
やる気スコア(介入前後で差なし)

若年性認知症

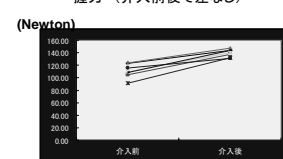
身体的評価結果



握力(介入前後で差なし)



大腿四頭筋力(介入後有意に改善)



腸腰筋筋力(介入後有意に改善)

●資料 3. セミナー後のアンケート自由回答

質問 3. どのような条件があれば関わりが可能になりますか？

<制度、サービスを整える>

- 制度と環境整備。
- 包括支援センターで主任ケアマネ業務についています。キャラバンメイトとして地域でもサポート養成講座を開くこともしています。包括センターが若年性認知症に関わりが持てるセンターになるには、制度改正、行政の理解が必要だと考えます。
- 若年性認知症の型を受けいれてくれるデイやデイケアがあること。一人一人の状況に柔軟に対応できる場所など社会資源。
- サービスの充実。周囲の理解。
- 周囲の理解、経済的負担軽減の施策。
- 介護保険下で紹介できるサービス機関内の内容では年齢的なもの、能力的なものを含め、適切なものがほとんどありません。活動を引き出すためにも若年者を対象とするサービスが必要と思います。
- 利用できる制度、サービス体制の充実を図る。
- まだまだ若年性認知症の対応のデイサービスがあつたり、人々の理解があるわけではないので、それらがそろえば。かかりつけ医や専門医（認知症の）が増えてくれば。
- 講演の中でもありましたが、市町村による整備が必要だと思われます。
- 介護保険利用可能なこと。

<施設、賢人の拡充>

- 人材がそろえば、人数がそろえば。
- 人員、仕事量。
- 地域包括支援センター内での認知症担当者設置の整備が進めば可能。
- 人材と場所。
- スタッフ体制を整えば可能。
- 支援側の行動。
- 職員体制の充実。
- 地域包括支援センターに在職しております。現状、支援すべき業務が多く、人数を増やすなどの体制を整えてほしいと思っています。
- 整備、備品などハード面の充実。スタッフの教育と増員。

<職員の若年性認知症に対する知識や理解>

- 援助側のスキルアップ。
- 職員同士はもう少し若年性認知症について理解を深めていく必要があると思います。

- より深い知識。
- 専門知識を持った人材の確保。必要な情報がすぐにわかる（まとめてある）。
- 対応職員全員のスキルアップ（ある専門、担当者だけでは限界があるので）。
- スタッフの知識と理解力。
- スタッフの理解。
- 現場職員の若年性認知症に対する理解。

<バックアップ、連携があること>

- 認知症専門病棟は当院にないので、医師など積極的な方がみえれば可能かなと思います。
- 現状に精神、障害担当などとの連携を若年性認知症に向けて行う体制を整える。
- 指導してくれる方いれば。
- 知識が乏しいため、何かあった時の相談窓口やバックアップがあれば可能だと思います。
- スーパーバイザーがいることや収入（働くことができる場所）など連携するネットワークがあればやりやすい。
- 情報（若年性認知症の治療、就労（維持）、生活（維持）の方法や事例）や取り組みのヒントを見つけられれば。

<その他>

- 障害者就業・生活支援センターでワーカーをしています。手帳の有無は関係なく支援対象となり、障害ある方の支援をしています。将来、地域包括から当センターへ地域内にて繋がってくることも出てくるのかなと感じて聞いておりました。
- 本人、家族が支援を望めば可能。
- 現在、包括支援センターで業務をしているが、包括の仕事がもう少し整理されたら余裕があれば、ぜひ取り組みたいと考えている。
- 包括支援センターに勤務しています。相談に来られる場合もあり関わることもありますが、主が高齢者相談窓口なので、介護保険を利用希望されていればある程度お話できますが、実際の就労や金銭面の相談など関わりをもっていても解決にならない場合が多いです。

質問 4. 困難である理由は何でしょうか？

<連携捕捉、体制不備など>

- 地域資源がほとんどなく紹介できない。特に Dr で相談できる人が少ない。包括と医療との連携が厳しい。
- 医療機関であるため、就労支援などの個別支援する体制がない。

- 就労についてのサポートが難しいため。
- まだまだ社会資源や知識の理解が少ない。
- 現状ではやっと認知症の普及啓発が一般市民、行政、医療などに浸透し始めたばかりです。若年性認知症は医療や介護、福祉の中では全然理解されていない。住民の方も若年性認知症にならないと考えていたり、捉えている方が多い。線で結ぶ前に、点のものが形成されていない。福祉課とかの連携がとれにくい。

<職員の人数が不足、人材不足>

- ニーズがあまり発掘されておらず、充てられる職員がない。
- 職員マンパワー（2人）の限界。NPOの小規模作業所ではこのような病状が進行するメンバーさんへのきめ細かいサポートは難しいと感じました。マンパワーが強化されれば可能だと思います（財源不足）。

<対象が異なる、関わりがない>

- 高齢者を対象にした医療機関に勤めているため
- 地域の包括支援センターという職場の性格上、高齢者の支援が中心となっているため。
- 地域包括なので若年性に関わらないことが多い。

質問 5. 本日参加してよかったことはどのような点でしたか？

<医学的知識>

- 認知症について医学的治療（新薬）の情報。
- 認知症の病型と症状の違いについて理解できた点。普段事務職で現場に出る機会がないので、参考になった。
- 認知症についての最新の医学的知識を得ることができた。
- 若年性認知症の医学的知識を得ることができたから。
- うつ病との違いなどを教えてもらえたところなどがよかった。
- 医学的観点から改めて認知症を学ぶことができました。
- 医学的知識がわかりやすく理解できた。ありがとうございました。
- 医学的知識については大変勉強になりました。ありがとうございました。
- 医療的知識が少し理解できたこと。
- 医学的なことが大変参考になりました。また、医療現場での就労やそれに準ずる支援は参考になりました。障害者の就労に以前関わっていたことがあり、国もかなり力を入れ制度が整いつつあると感じたので、若年性認知症の方々も就労のチャンスがあれば、リハビリにもつながるのではないかと思います。
- 医学的診断基準を理解できました。相談を受けた場合の相談先がわかった。
- 認知症に対する薬など、最新のことがわかったこと。認知症デイサービスについても

結果まで教えてくださったこと。

- 最新の治療や支援など勉強ができた点。とても有意義でした。
- 若年性認知症の持つ問題がよくわかった。医学的な面では高齢者にも通じる。

<企業と就労支援>

- 若年性認知症の就労についての困難さを改めて知りました。
- 就労支援、デイケアでの取り組み基礎知識など、とてもわかりやすく、今後参考にしていきたいです。
- 若年性認知症についての就労やデイの試みを知ることができた。
- 若年性認知症の方が医療現場にいるが、なかなか就労支援までは考えなかったが、事例を伺って参考になりました。
- 就業支援の事例をあげて話を聞いたこと。企業の方がどのように考えておられるか知れたこと。
- 若年性認知症の方の職場復帰や本人、家族の苦悩がわかったこと。
- 企業向けセミナーのカリキュラムは事業を実施する上でのヒントになりました。
- 若年性認知症についての正しい認識を得られた。企業内での支援についてが興味深かった。
- 働き盛りの若年性認知症の発症により、社会や家族への影響についてよく理解できた。
- 勤務先で若年性認知症の方を受け入れていますが、まだまだやるべきことがあるということを実感しました（精神科 DC に通ってみえる方に老健 DC ではどうケアしているのか）。
- 就労支援について参考になりました。認知症について再確認ができました。
- 企業における支援やすすんでいる地域のことを知ることができた。
- 就労支援、若年性認知症デイについては、お聞きすることがあまりなかったのも、よかった。関わり方についても勉強になった。

<若年性認知症デイケアの試み>

- 若年性認知症について理解が深まった。デイケアでの試みの実際を知ることができた。
- デイケアの効果がよく理解できました。
- 病気そのものの理解ができたこと。デイでの取り組みが聞いたこと。
- 「若年性認知症デイの試み」より若年性認知症のプログラムの特徴、ポリシーなど参考になりました。げんき会での参考にしてみます。
- デイケアでの試みを知ることができた。今後も継続し、プログラムも各種検討していただきたい。
- 実際に試みされている現場の状況（認知症デイ）が知れたこと。
- デイケアの試みが聞いてよかった。
- 若年性認知症デイの取り組みについて聞いたこと。

- 現在の制度やデイの取り組みなどがわかった。

<若年性認知症への支援や取り組み>

- 今後、若年性認知症の方と関わりを持つ機会ができた場合、身近に相談できる場があると知ることができた。
- 若年性認知症の方への取り組みがいろいろな方面で広がってきていることがわかった。
- 若年性認知症の方に対する全般的な生活支援に関して考えさせられた。
- とてもわかりやすいセミナーであった。若年性の認知症への取り組みが本格的に稼働し始めていることがわかった。
- 各機関で対応している現状を知ることができた。
- 若年性認知症についての知識をつけることができた。他機関との連携の方法などを知ることができた。
- 精神保健福祉手帳が取得できると知った点など。
- 家族へのサポートが重要である点が理解できた。
- 認知症の基礎知識がわかったこと。家族のフォローが重要だと知ることができたこと。
- 若年性認知症の実態と支援について、最新の情報を知ることができた点。
- 若年性認知症の社会支援についてよくわかりました。
- 若年性認知症の問題が多いことを理解でき、サポートの大変さがわかる。今後も完全なサポートができないが、できることからしていきたい。
- 若年性認知症支援について。
- 若年性認知症の取り組みも増してきていることを学びました。
- 若年性認知症に関する今の取り組み状況を知ることができた。
- 若年性認知症の人が受けられる制度、社会資源についてよくわかりました。
- 若年性の認知症の方で関わっている方は退職後、サービス利用の際に関わっているのので、サービス利用までの流れの話があったことはよかったです。
- 高齢者の認知症の相談には対応しているが、若年性にはうまく相談にのれていなかった。社会（制度）の仕組みがよくわかってよかった。

<高齢者と若年の違いに関する知識>

- 高齢者の認知症との対応の仕方の違いがわかった。
- 若年において認知症を発症した場合の、高齢者とは異なる固有の問題点がよくわかりました。
- 今後、若年性認知症は増えてくると思いますので、高齢者と違い対応の難しさを感じました。
- 若年性も高齢者の認知症も同じ病気であること。早く発症したかどうかの違いである。
- 高齢者と若年性認知症をいっしょに支援（家族教室など）することは困難なことがわかった。包括の家族教室で若年性を対象に今はしていない理由が理解できた。特に働

き手となっている人の若年性については強く感じました。

- 若年性認知症に関する知識はあまりなかったもので、高齢者の症状との違いや対応方法の違いは参考になりました。
- 今まで、若年性認知症の方と関わりを持ったことがなかったもので、高齢者の方と同じような対応でよいのかと思っていましたが、今日のお話を聞き、より個別的な支援、就労への意欲をどのように支えていったらよいか、少しわかったように思います。

<今後に活かせる、参考になる>

- 包括支援センターに勤務しています。今年度から若年性認知症の相談窓口ともなりましたが（まだ相談はありませんが）、自分のスキルアップ、自信につながりました。いろいろな専門機関が機能していることを知り、各関連機関と連携をとりながら、患者様やご家族を支援していきたいです。
- 若年性の取り組みがわかったので今後に活かしたい。
- 若年性認知症について、病状（症状）などがよくわかり、今後のアプローチに活用したい。
- 知識が深められた。初期の対応（見立て）の参考にしたい。
- 保健所で相談員をしていますが、意欲や集中力の低下を聞くと「うつ」を疑い、精神科など勧めていました。今後は認知症も頭に置きつつ、関連するエピソードを意識して聞く必要を感じました。
- 認知症サポーター養成講座を開く上で、参考になった。
- 認知症サポート養成講座を担当していますが、どんな言葉が的確に伝えることができるか、どこを強調すべきかを聞くことができた。
- 若年性認知症の方の問題になっていることを、少し自分の力で消せたこと。今後の自分の行動に役立つ。
- 今後の認知症の対応について参考になる。
- 入院されている若年性認知症の患者さんの今後について考えていたところだったので、とても参考になりました。
- 現在、関わっている方が若年性認知症の方はいらっしゃいませんが、認知症の方と重なるところが多く、症状や行動など大変勉強になりました。認知症の方を介護されている家族の方との関わりで、本日の講義の内容を少しでもお伝えできればよいと思いました。
- 今日得た知識を何かの時に活かせればと思います。
- 若年性認知症へ取り組むんだと思えたこと。
- 若年性認知症の方を社会の普通の現象として認識できる気持ちが以前よりもっと強くなったこと。
- 関わり方に迷いがありましたが、今日いろいろとヒントをいただきました。
- 若年性認知症への理解が深まった。仕事につなげていきたい。

- 認知症の基本的なことを改めて学ぶことができた。若年性認知症の方の支援に参考になった。
- 若年性認知症についての実態などが理解でき、今後の対応などに関心を持つことができました。
- 今までに学んだことを整理することができた。新しい情報を得ることができた。仕事への意欲が向上した。

<事例、具体的な話が聞けたこと>

- 普段は精神の相談業務に従事していますが、若年性認知症の相談も少しずつ出てきています。今後のためにも改めて知識をもてたこと、実際のケースについて聞いたことがよかったと思います。
- 事例などがあり、わかりやすかった。
- 実際に若年性認知症の方と関わっている方の話が聞けてよかったです。
- 認知症の症状をとってもよい事例で具体的にわかりやすく話していただけてよかったです。
- 若年性認知症に対しての問題が具体的に理解できた。すべての先生がわかりやすいお話の仕方でした。
- 実際の報告を含めて少し身近に感じられた。わかりやすかった。
- 具体的に事例をお聞きできたこと、特に収入給料 1、8000 円ぐらいと障害年金 (8、5000 円) 月額が 10 万円ぐらいの生活になることがわかって生活状態がわかった。
- 若年性認知症の現在の状況などがわかりよかったです。
- 若年性であるがゆえのさまざまな部分での難しさがあることが少し具体的に聞けたこと。
- 最新の情報と試験的な試みが聞けてよかったです。

<全般的な知識、理解>

- 若年性認知症についての理解を深めることができた。
- 若年性認知症についての理解が深まった。
- 認知症高齢者に対する研修はよくあるが、若年性に特化したものは今回初めて参加でき、多くの情報が得られた。
- 自分、家族にもいつ発症するかわからない病気。今でも物忘れはあるのでとてもためになりました。
- 知識。
- 若年性認知症のことがよくわかった。
- 若年性認知症の症状特徴がわかった。
- 最新の情報が知れた。
- 若年性認知症についてた方面のお話を聞くことができたこと。

- さまざまな情報を知ることができた。
- 若年性認知症の人たちの現状についての理解ができたこと。今後の課題について知ることができたと思います。
- 若年性認知症の対応について広く理解することができた。
- たいへん勉強になりました。
- 研究などの最新の情報が得られた点。
- 専門的知識を得た。
- 詳しく密に話が聞けたこと。無料だったこと。
- 若年性認知症について、少しは知識を得ることができた。
- 若年性認知症はケースがまだ少なく、イメージがなかったが、セミナーを通じてイメージがわいた。
- 若年性認知症について理解することができた。
- 情報を手に入れたこと。
- 若年性認知症の知識が習得できた。
- 確かな知識を得られたと思います。
- 認知症についての再確認。
- 認知症に関して、今までもっていた知識とは違った面がわかりました。
- 認知症の理解が得られた。
- 若年性認知症に対する漠然としたものが具体的に理解できた。
- 再確認。
- 若年性認知症について理解が深まった。
- 認知症が理解できた。
- 若年性認知症についての理解ができたこと。
- 若年性認知症についての知識や問題を知ることができて、よかったと思いました。
- 認知症についてより理解できました。
- 若年性認知症について理解できた。
- いろいろなことがわかりました。
- 若年性認知症の方にとって、必要なことが見えた気がする。
- 認知症についてよく理解できた。
- 認知症の人に対する対応の仕方、見方を今までと変えることができそう。
- 病態、制度、社会資源など相対的に知ることができた。
- まずは周知していくことから始めて、少しでもよい地域づくりをしたいと思った。今日参加して、初めて知った内容がたくさんあった。
- いろいろな角度からの若年性認知症の理解ができた点。「個別性」という言葉も単にその人の性格などによるものだけでなく、認知症のタイプによっても考えなくてはならないことと気づいたこと。
- 若年性認知症についての知識が深まるとともに、他の疾患（統合失調症など）への支

援に共通するところも改めて感じることができました。

- 仕事で認知症の高齢者との関わりはあるが、若年性認知症の方の相談にのることはなく知識も乏しかったが、今回の研修で若年性認知症の方をとりまく状況を知れたこと。
- 若年性認知症の知識が系統だって知ることができた。高齢認知との違い、支援ネットワークづくりが具体的にあることを望む。
- 若年性認知症の人の関わり方が少しわかった気がした。
- 若年性認知症の違い、症状、介護の大切さ。支援後 pt が安心して暮らせるようにすることが必要であること。
- 若年性認知症についての知識が増えました。相談窓口として相談にのるのですが、Dr とのやりとりがあまりできず、またネットワークが未発達で単に心療内科などを紹介する程度です。介護保険での認知症デイと違いが知りたい。

<話が解り易かった>

- より深く理解できました。鷲見先生の説明はとてもわかりやすかった。
- 先生の講義がとてもわかりやすかったです。
- いろいろな職種の講師から話が聞けたこと。
- 長屋先生のご講演がユニークでおもしろかった。
- セミナーの内容がわかりやすかった。また資料も見やすかった。
- 全部よかった。
- わかりやすい講義でした。身近には若年性認知症の人がいないため、知識として大変勉強になりました。

<今後も参加したい>

- 認知症をよく知らないため、入門できたというところです。今後、何回でも同じ内容でも機会があれば参加したいと思います。
- 理解しやすく、もっと時間をいただき他の認知症、精神疾患との関係性も学びたい。

質問 6. 若年性認知症についてさらに知りたいと思うことがあればお書き下さい。

<就労支援について>

- 就労について紹介できる場所は、具体的にどこがあるか知りたいと思いました。
- 雇用の保障などの部分について。
- 福祉的就労は生計を支えるほどの賃金は得られないことが多く、相談を受けるとハローワークで障害者雇用枠での雇用を目指すのが、重度者には生活保護を勧めることになってしまう。就労の現場での実情をもっと知りたい。
- 就労支援、また地域の施設利用など。
- 当事者からの相談が多いと思われる。就労（経済面など）などの社会資源などを詳しく

く知りたい。

- 就労支援、働き続けるための支援について。
- 社会的支援の実態。就労の状況。
- 就業方法、就業可の施設など。
- 企業内での方と接することが多いのですが、もっと取り組みに内容を具体的に知りたい。
- 就労施設について、経済支援について。
- 就労サポート。企業への説明会など行われているのか。

<デイケアについて>

- デイケアやデイサービスがもっと増えてほしい。
- 若年性認知症のデイの試みでは、今後保険が使えないとのことであるがなぜか。
- デイ、サロンなど具体的な実践例を知りたい。
- 予後について、デイなど通所施設について、どこにあるのかなど教えてほしい。
- デイサービスは近隣にあるのでしょうか。預かるだけでない所がよい。
- 若年性認知症の方が安定して過ごせる居場所、サロンのような場所があったら知りたい。デイサービスはとても高齢者の方が多いため合わない。

<対応、支援の仕方>

- 高齢者の認知症症状と差はないように思いましたが、対応の仕方は差はあるのでしょうか。高齢者と違い長い年月、家族は介護しなければならず、家族支援は高齢者と一緒ですか。
- 若いので暴力行為が激しいケースの場合、精神 HP 入院を処遇紹介した。自傷他害、医療保護入院という形でしか対応できなかった。今も若年性認知症のケースを困難ケースとして抱えている行政職員です。
- 受診に結びつけるための説得方法などの具体例、暴力行為のあるケースでの対処法など。
- ピック病の脱抑制や社会への反感など対応の仕方。
- 受診を拒否する場合の支援、介護を拒否する場合の支援の具体策。
- 若年性認知症のケアについて。
- 実際に現在の老健で若年性認知症の方の受け入れに戸惑いを感じます。どこまでも試行錯誤だと思うのですが。高齢者の場合と違う、注意すべきことなど。
- 実際の対応について。
- 併発している認知症の対応の困難。若年者の受け施設の充実。
- 具体的な対応方法。支援方法。若年性の方、家族への心のケア。
- ケアをする立場としての意識。
- 専門職として具体的な関わり方など。

- 机上の問題と現実の関与での問題にはかなりギャップがあると思うので、実際のケアマネの援助法を教わりたい。

<受け入れ、サポート、連携>

- 若年性認知症の方を受け入れたり、リハビリプログラムをしている所（施設など）があれば知りたいと思います。
- 在宅生活を送る上で、既存のフォーマル、インフォーマルサービスのつながりや現状と課題。
- セミナー内で上げられた事例のように、発達障害、うつが関連する場合があります。そうした時の他機関との連携について教えていただければと思います。
- 地域との連携のとり方（手段、方法）について、詳しく学びたいと思う。
- 地域包括での相談の運び方について。
- 若年性認知症と地域との連携（他機関など）について。
- 若年性認知症の方を介護する方へのネットワークづくりについて。
- まだまだ地域での相談機関（特に医療的）が少なくどう連携をとっていくのか。
- 実際、実動しているサービスなどについて、勉強会。
- 若年性認知症の方と一緒にプログラム（作業）をできる人たちはいないか。いるならどんな人たちとどんな作業か。
- 若年性認知症のケアについてはデイのプログラムだけではないと思いますし、もう少し深い内容を。コールセンターの状況をもう少し詳しく教えてほしい。

<具体的な事例>

- 家族の方の声。
- 日本以外ではどんな取り組みなどしているか知りたい。
- 原因のわかっていない面が多いが、予防についてエビデンスのある研究結果などについて、情報があれば知りたい。
- 実態。制度。取り組み。医療に関してまたは病院。
- 具体的な事例はいろいろ聞きたいと思う。利用できる社会資源などももっと詳しく知りたい。
- 実際に成功事例を見てみたい。
- リハビリ治療の実践例、（個別性が多いと思うので）効果的に積み重ねてメニューを豊富にしてほしい。
- これから事例を積み重ねていくことが大切、というのはまさにその通りだと思います。そういった事例から学ぶ機会がさらにあればと思っています。また他地域での取り組みや実態なども知りたいです。
- 当事者（本人、家族）の気持ち受容までの道のりなど。
- 事例での問題点を知りたい。

- ご家族のお気持ち、現実となった時、どのようなことを考えたか。
- 事例をもう少し具体的に経過と結果を知りたかった。

<制度について>

- 介護保険制度の中でサービス利用について。
- 包括支援センターとして、資源が少ない中でできることを知っておきたい。
- 年金、金銭面の制度。
- 社会資源、制度について。自分自身もっと理解しなければと思っています。経験したことないことは難しい。
- 障害者の制度は本当に利用できるのか（手帳や年金は申請すれば認められるのか）。企業の中で取り組み体制。
- 今後の国としての対応などをまた教えていただきたいです。
- 介護保険が利用できない若年性認知症の人が利用できる施設や制度。

<若年性認知症の症状について>

- 統合失調症などの妄想などがある精神疾患と、認知症の区別の仕方を事例を含め具体的に聞いてみたいです。
- 若年性認知症とうつとの関係について。
- ケアなどの面で第三者の介入がどのような効果を出すことができるのか、検査以外の点で何か測定できる基準があればよいのに。
- 若年性認知症になりやすい人を知りたい。
- 発症後の経過。地域でできるリハビリの取り組み。

<若年性認知症に対応した医療機関>

- 鑑別診断のできる医療機関がどのような手段、方法で周知されているのか知りたい。
- 若年性認知症について専門的な医療を行っている医療機関を詳しく知りたい。地域での家族会の作り方（気軽に行けるような会づくり）。認知症は認知症サポーター養成講座で少しずつ市民に周知されてきているが、若年性認知症の周知方法。
- 若年性認知症をよく診ていただける病院は県内だとどこの病院かなど。

<その他>

- 経済的なこと。
- どのセミナーもとても勉強になりました。特に長屋先生の講義の中での「若年性認知症のプログラムの特徴」。私どものデイケアのお客様で 64 歳前頭側頭葉認知症の方 1 名おられますが、字の読み書き、ぬり絵などのレクリエーションにまったく参加できず、何か楽しんでいただけることが何かないか思考しております。歌などは自分の知っている歌だとイントロが流れたとたんに完璧に全部歌われます。ある日、他のお客

様方の作品を壁に貼ろうとしたところ、目が合い「手伝ってくださる？」の一言に「うん」と約 30 人分の作品を見事にお一人で飾っていただきました。これが達成感ということでしょうか。

- 専門機関として包括支援センター内に担当者を置く予定ということ、具体的に教えていただきたいと思います。

若年性認知症に対するデイケアプログラム（達成感療法）の効果に関する研究

主任研究者 小長谷 陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

分担研究者 長屋 政博（介護老人保健施設ルミナス大府）

A. 研究目的

若年性認知症の支援に関しては、医療・福祉・就労の連携が欠かせないが、まだ十分とはいえない。介護保険サービスの利用はある程度されているがその内容は満足できるものではない。その上、若年性認知症に対する確立したデイケアプログラムはなく、かつ高齢者に対するプログラムとは異なるプログラムが必要であるにもかかわらず、従来の介護保険サービスではほとんど提供されていないのが現状である。また、医療・福祉関係者においても若年認知症に関しては、十分な理解を得られているとは言い難く、本人や家族が利用できる既存のデイケアプログラムはまだ少ないといえる。本人や家族の要望に沿ったデイケアプログラムを開発し、生活の質の向上を図るとともに、地域で安心して働き、社会の一員として生活を営むことができるような体制作りを支援すべきである。

本研究では、介護老人保健施設で少人数の若年性認知症に対して、高齢者に対する通常のデイケアとは別に、若年性認知症の要望に添い、達成感を重視し、何らかの仕事もしくは作品を完成することを目標とした達成感療法というデイケアプログラムを試みた。3ヶ月プログラムを施行し、認知機能、心理機能および身体機能により、介入の有効性を評価した。

B. 研究方法

対象は下記の選択基準を満たした若年性認知症の方とした。1)年齢 65 歳未満、2)性別は男女を問わない、3)医療機関で若年性認知症と診断されている、認知症のタイプは問わない、4)身体機能は、軽作業などの運動ができるもの、5)健康状態が安定していると研究責任医師が判断したもの、6)本研究への参加について文書による同意が得られているものである。除外基準としては、1)行動異常、興奮によりデイケアプログラムを行えないと判断されるもの、2)その他、研究責任医師の判断により適切でないと考えられるものである。最終的に、本研究の対象者は、男性 4 名、女性 4 名の 8 名である。認知症のタイプは、アルツハイマー型認知症が 4 名、レビー小体型認知症 2 名、脳血管性認知症 2 名である。

若年性認知症に対して行ったデイケアプログラムの内容は以下の通りである。デイケアプログラムは、4 人を 1 クラスとして、原則週 1 回、1 回あたり 3 時間程度のデイケアプロ

プログラムを3ヶ月施行し、介入前後でデイケアプログラムの有効性の評価を行った。若年性認知症に対する達成感療法は、1)楽しく、かつ達成感のある作業を通して、療法として脳賦活をめざす。認知機能よりも感情面を刺激し、感情表現を引き出す、2)決してお預かり目的のプログラムではない、3)個人の職歴、趣味などを考慮して、個別性を重んじたプログラムである、4)研究目的である、ということを中心としたプログラムとした。

具体的なプログラム内容は、ウォーキング、塗り絵、七夕飾り作り、フラワーアレンジメント、小箱作り、陶芸、陶芸作品ニス塗り、ビーズを使ったパッチワーク、トールペインティング下絵練習、下塗り、トールペインティングの台に貼り絵、トールペインティングの板に穴あけ、ブローチ作り、カラオケ、スタンプを使用したメモ帳作り、ストレッチ、うちわ作り、車イス整備、棚作り、カラーボックスの作成、飛行機作り、飛行機飛ばしなど、多種類のプログラムを施行した。

デイケアプログラムの有効性を評価する項目として、認知機能はMMSEおよび長谷川式スケール(HDS-R)、気分はGDS-15、MADRS-J、意欲はやる気スコア、日常生活動作能力はBarthel Index、運動機能としては、握力、大腿四頭筋および腸腰筋筋力を測定し、介護負担感、主たる介護者にZaritの介護負担感のアンケートを行い評価した。デイケアプログラムの介入の前後に2回評価を行った。解析方法は、各評価項目のデイケアプログラムの介入前後で、対応のあるt検定および対応のあるWilcoxonの符号付順位検定で比較検討した。

(倫理面への配慮) 倫理面への配慮として、1) 認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の認定を受けて調査した。2) 調査結果については秘密を厳守し、対象者本人から要請があった場合にのみ直接本人に知らせる。3) 対象者のプライバシーを尊重し、いかなる個人情報も外部に漏れないように細心の配慮を行う。4) 専門学会あるいは学会誌に発表する場合は対象者個人の情報としてではなく、結果全体のまとめとして発表を行うこととした。

C. 結果

認知機能としてMMSEは、介入前 14.5 ± 7.3 、介入後 13.7 ± 8.3 であった。またHDS-Rは、介入前 11.5 ± 8.3 、介入後 11.0 ± 8.7 であった。いずれにおいてもデイケアプログラムで有意な変化はみられなかった。今回のデイケアプログラムでは、認知機能の改善はできなかったが維持することはできた。心理評価としてGDS-15は介入前 7.5 ± 2.2 、介入後 6.2 ± 2.9 であり、MADRS-Jは介入前 11.5 ± 3.3 、介入後 10.3 ± 6.1 と有意な変化はみられなかった。やる気スコアは介入前 20.9 ± 4.6 、介入後 20.3 ± 8.4 であり、有意な変化は認められなかった。身体機能の評価では、介入前の右握力は $29.5\pm 10.0\text{Kg}$ 、介入後は $29.7\pm 11.5\text{Kg}$ と、有意な変化は認められなかった。また介入前の右大腿四頭筋筋力 $123.6\pm 20.3\text{N(Newtons:N)}$ 、介入後の右大腿四頭筋筋力 $165.9\pm 30.8\text{N}$ とデイケアプログラムで有意に大腿四頭筋の筋力は増強した($P=0.017$)。介入前の右腸腰筋筋力は $111.9\pm 11.0\text{N}$ であり、介入後の右腸腰筋筋力

139.3±5.7 N で、腸腰筋筋力は有意に増強された。介護者における Zarit の介護負担感の評価では、介入前は、52.6±14.7 であり、介入後は、53.1±16.9 で、有意な変化はみられなかった。

D. 考察

男性 4 名、女性 4 名の若年性認知症においてデイケアプログラムを試みた。このデイケアでは、達成感を重視し、何らかの仕事もしくは作品を完成させることを目標とした達成感療法というプログラムを試みた。このデイケアプログラムを行った担当のスタッフの意見を集約すると、若年性認知症のプログラムの特徴として、1)対象者の身体機能がまだ保持されており、認知症であることを受容できず、簡単なプログラムでは本人が満足しない。2)レクリエーション的プログラムでは、本人が満足しない。3)特に男性の場合、職歴により、好む作業と嫌いな作業とがみられる。4)新しいルールを覚えることは、やはり困難なことが多い。5)手続きが少ない作業が望ましい。6)達成感のある作業が望ましいなどが挙げられた。これらは、今後のデイケアプログラムの立案に有効な情報となると考えられた。

3 ヶ月間のデイケアプログラムの介入による有効性の評価では、身体機能の評価として、大腿四頭筋筋力と腸腰筋筋力が有意に改善したが、MMSE、HDS-R、GDS15、やる気スコア、MADRS-J、Zarit 介護負担感に関しては、介入前後で有意な差は認められなかった。今回のデイケアプログラムでは、若年性認知症の患者における認知機能やうつ状態ややる気などの心理的機能にも有意な改善は認められなかった。また、家族の介護負担感の軽減も図れなかった。しかしながら、職業の経験や患者自身の持っている能力を活かした、より活動的で仕事に近いプログラムでは、対象者本人と家族の満足度は非常に高く、受け入れはよかったと考えている。今回の評価では、身体機能においてのみ改善はみられたのは、社会参加が閉ざされている中で、1 週間に 1 回とはいえ、外出する機会も得られ、身体機能の向上がみられたと考える。また、認知機能や日常生活能力の維持、心理機能の低下を防いだ可能性もあり、本人や家族の生活の QOL の向上や満足感、幸福度を高め、安心感をもたらすものである可能性が考えられた。今後は、ある程度長期間施行してプログラムの有効性を判定し、また多種目にわたるプログラム内容を整理するなどして、効率的なプログラムを作成していきたいと考える。

E. 結論

男性 4 名、女性 4 名の若年性認知症においてデイケアプログラムを試みた。このデイケアでは、達成感を重視し、何らかの仕事もしくは作品を完成させることを目標とした達成感療法というプログラムを試みた。3 ヶ月間の介入による有効性の評価では、身体機能の評

価として、大腿四頭筋筋力と腸腰筋筋力が有意に改善したが、MMSE、HDS-R、GDS-15、やる気スコア、MADRS-J、Zarit 介護負担感に関しては、介入前後で有意な差は認められなかった。今回のデイケアプログラムは、社会参加を促し、身体機能の改善が一定得られることが認められた。

認知症の人と家族を地域で支えるための買い物支援プログラム開発

主任研究者	小長谷 陽子	(認知症介護研究・研修大府センター研究部)
分担研究者	鈴木 亮子	(認知症介護研究・研修大府センター研究部)
分担研究者	伊藤美智予	(日本福祉大学大学院)
研究協力者	尾之内 直美	(認知症の人と家族の会・愛知県支部)
研究協力者	旭 多貴子	(名古屋大学大学院)

研究Ⅰ「認知症買い物セーフティネット」構築の試み

A. 背景と目的

認知症ケアのあり方が社会的に大きな課題となっている。中でも、日常生活を送る上で重要な行為である「買い物」では、認知症になると様々な困りごとが発生すると考えられるが、支援体制が十分に確立されているとは言い難い。そこで本研究では、認知症の人や家族を地域で支えるため、「認知症買い物セーフティネットプログラム」(以下、買い物見守り支援プログラム)を開発することを目的とする。

B. 方法

「買い物見守り支援プログラム」は、以下の5つの方法で推進する(図1)。

- ①買い物に関する実態調査 ←研究Ⅱ・Ⅲで報告
- ②「認知症買い物安心マーク」の制定
- ③DVD・冊子の作成
- ④愛知県A市でのモデル事業の実施
- ⑤買い物出前講座の開催

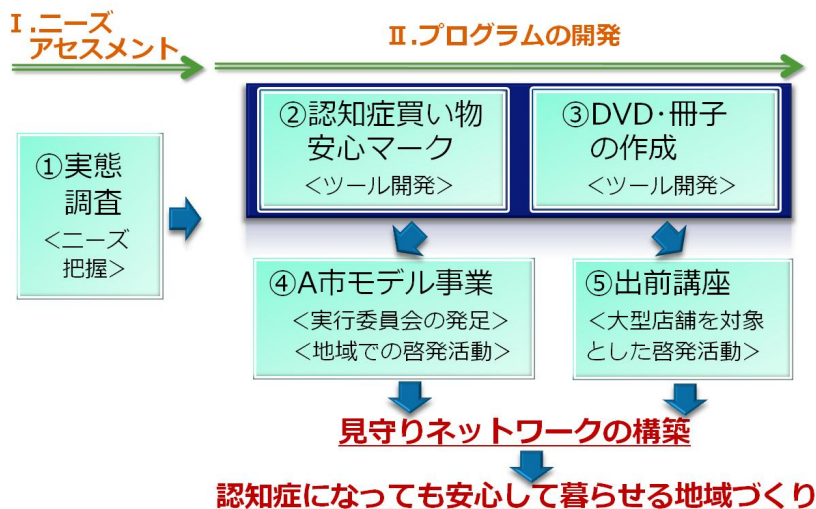


図1 取り組みの全体像

C. 特徴と意義

このプログラムの最も大きな特徴は、家族介護者の「ナマの声」をもとに発案されたものであり、家族介護者の実際の体験を通しての問題意識がベースとなっていることである。また、地域でのセーフティネットとしての機能を目指し、①買い物という身近な行為を通して、②既存の社会資源を活用しながら、③認知症に対する啓発活動を主たる活動とする取り組みである。そのため、認知症の本人・家族など当事者、地域住民、商店、行政などとの協働でプログラム開発を行っていく。

セーフティネットとして高齢者虐待や徘徊ネットワークのシステムづくりは各地で取り組まれているが、買物を通しての見守り支援システムは全国的にも例がない。この点が、買物見守り支援プログラムの意義といえる。

D. 実施状況

1. 認知症買い物安心マーク（図2）

認知症の人にやさしい店舗のしるしとして、使用することを目的としており、取り組みに賛同する店舗に掲示する予定である。

このマークのデザインについては、全国からマークを募集し、別に組織された選定委員会によって検討のうえ決定された。普及方法は現在検討中である。



図2 認知症買い物安心マーク

2. DVD・冊子の作成

買い物トラブルの実際と、それを通して認知症の理解を深めることを目的としている。冊子は子どもたちにもわかりやすいように全ページをマンガで作成した(図3)。DVDではトラブルを経験した家族の声を収録した。他に、場面設定した事例を収録し完成予定である。



図3 マンガ冊子「マンガで学ぼう認知症」

3. A市におけるモデル事業の実施

モデル地域のA市で買い物見守り支援プログラムを実施するため、実行委員会を組織し、定期的に打ち合わせを行い、具体的な展開方法などについて検討を継続中である。実行委員会のメンバーは、地域住民、老人会、商工会議所、社会福祉協議会、行政、学識経験者、家族の会メンバーなどで構成されている。

4. 大型店舗を対象とした出前講座

安心マークの普及や、買い物を通しての地域社会でのネットワーク構築には店舗側の協力が不可欠である。また、大型店舗がこのような取り組みを行うことのインパクトは大きい。よって、大型スーパー、商工会議所、行政、介護家族など、実際に買い物に関わる当事者同士で意見交換会を実施し、情報交換を行った。出前講座を希望する大型店舗はすでにあり、出前講座の内容を具体的に検討し実施予定である。

E. まとめ

認知症の人と家族を地域で支えるため、開発途中の本プログラムを更に推進し、プログラムとして有効に機能しているかのチェックも含めて取り組む必要がある。本プログラムは、地域ケアにおいて、認知症の本人・家族などの当事者、地域住民、店舗、行政との協働という新しいスタイルを提示している。全国的にも例がないスタイルの「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」を実現することで、買い物という行為を通して、地域支援の拡大を図る試みとなる。

II 認知症の人の買い物に関する実態調査

－認知症の人と家族の会・A県支部の会員（家族及び専門職）を対象に－

A. 背景と目的

買い物は日常生活に密着した行為であり、認知症の人にとっても同様である。認知症の人では、買い物に関するトラブルがあることは認識されているが、その実態は明らかではない。認知症の人に対する地域でのセーフティネットとして、徘徊ネットワークなどがあるが、本研究では買い物を通して認知症の人と家族を地域で支えるという視点のもと、認知症の人の買物の実態を把握することを目的とした。

B. 方法

1. 調査方法

2008年8月に「認知症の人と家族の会」A県支部会員624名に、郵送法で実施した（有効回答152、回答率24.4%）。

2. 調査項目

回答者は家族と専門職であり、調査表は別に作成した。

①家族への質問項目

- ・基本属性
- ・認知症の人が買い物にでかけるか否か
- ・認知症の人の買物の頻度、所持金
- ・認知症の人が買い物する際の同行者の有無
- ・認知症の人が買物をする店舗
- ・認知症の人の買い物時の店舗でのトラブルの有無
- ・認知症の人の店舗でのトラブル以外の買い物に関する困り事 等

②専門職への質問項目

- ・基本属性
- ・認知所の人の買い物のトラブルに関する経験、相談経験の有無

3. 倫理的配慮

調査目的及び倫理的事項についての説明書を調査表に同封し、同意を得て実施した。

C. 結果

1. 家族からの回答 (n=106)

①家族から得た本人の基本属性

項目	カテゴリー	N (%)	
総数		106	(100.0)
性別	男性	26	(24.5)
	女性	80	(75.5)
年齢	40代	1	(0.9)
	50代	4	(3.8)
	60代	13	(12.3)
	70代	29	(27.4)
	80代	48	(45.3)
	90代以上	11	(10.4)

項目	カテゴリー	N (%)	
総数		106	(100.0)
介護 保険 状況	未認定	10	(9.4)
	申請中	2	(1.9)
	要支援	6	(5.7)
	要支援2	2	(1.9)
	介護度1	17	(16.0)
	介護度2	19	(17.9)
	介護度3	17	(16.0)
	介護度4	19	(17.9)
	介護度5	13	(12.3)
	不明	1	(0.9)

②認知症の人が買い物に出かけるか否かと属性のクロス集計

	~70歳代	80歳代~	合計	
	N(%)	N(%)	N(%)	
でかけない	16 (34.0)	30 (50.8)	46 (43.4)	
でかける	29 (61.7)	22 (37.3)	51 (48.1)	
不明	2 (4.3)	7 (11.9)	9 (8.5)	
合計	47(100.0)	59(100.0)	106(100.0)	6.727*
*p<0.05				

	男性	女性	合計	
	N(%)	N(%)	N(%)	
でかけない	8 (30.8)	38 (47.5)	46 (43.4)	
でかける	16 (61.5)	35 (43.7)	51 (48.1)	
不明	2 (7.7)	7 (8.8)	9 (8.5)	
合計	26(100.0)	80(100.0)	106(100.0)	2.582

	～介護度3	介護度4・5	不明	合計	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
でかけない	24 (32.9)	21 (65.6)	1(100.0)	46 (43.4)	
でかける	41 (56.1)	10 (31.3)	0	51 (48.1)	
不明	8 (11.0)	1 (3.1)	0	9 (8.5)	
合計	73(100.0)	32(100.0)	1(100.0)	106(100.0)	11.293*
*p<0.05					

約半数の人が買い物に出かけ、70歳代までの人のほうが、80歳代以上の人より買い物にでかけており、介護度が軽い(～介護度 3)人のほうが、重い人(介護度 4・5)より買い物にでかけていた。

③認知症の人の買い物の頻度

買い物頻度	N (%)
毎日	4 (7.8)
週に5,6回	4 (7.8)
週に3,4回	6 (11.8)
週に1,2回	18 (35.3)
月に2,3回	12 (23.5)
まれに	7 (13.7)
合計	51 (100.0)

買い物にでかける人のうち、約60%以上が週に1回は買い物にでかけていた。

④認知症の人の普段の所持金

所持金	N (%)
0～1000円	15 (29.4)
1000～3000円	5 (9.8)
3000～5000円	10 (19.6)
5000円～10000円	9 (17.7)
10000円以上	11 (21.6)
不明	1 (2.0)
合計	51 (100.0)

所持金は、千円までの人が約30%と一番多い半面、一万円以上の人が20%いた。

⑤認知症の人が買い物する際の同行者の有無

買い物の同行者の有無	N (%)
ほとんどひとり	8 (15.7)
一人と同伴が半々	15 (29.4)
ほとんど同伴	16 (31.4)
その他	12 (23.5)
合計	51 (100.0)

「一人と同伴が半々」を含めると、認知症の人が一人で買い物に出かける可能性は45%あった。

⑥認知症の人が一人で買い物に出かける可能性があるとき(n=23)のよく行く店舗

店舗	N (%)
スーパー	13 (56.5)
コンビニ	4 (17.4)
個人商店	4 (17.4)
大型商業施設	1 (4.3)
不明	1 (4.3)
合計	23 (100.0)

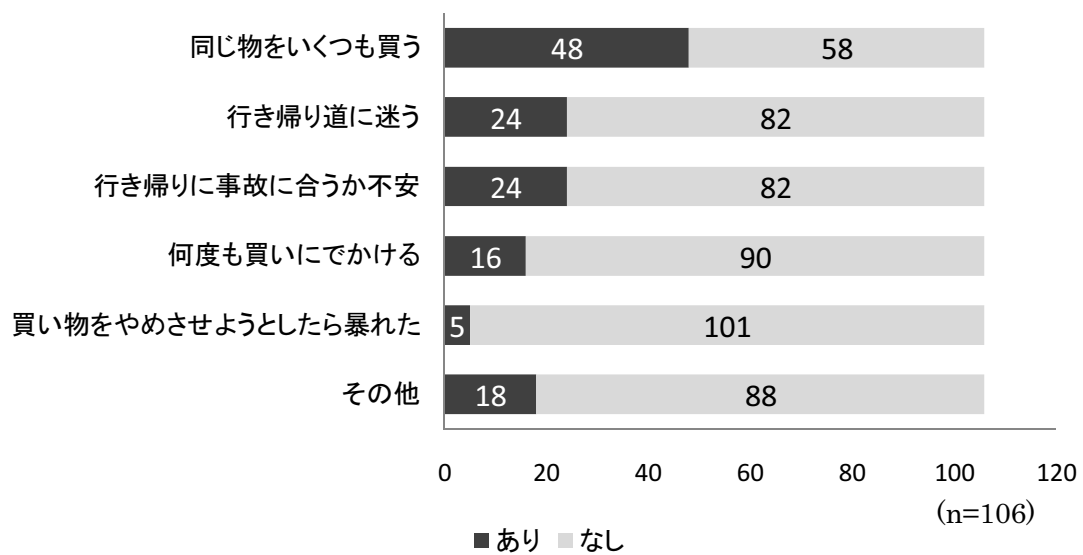
買い物をする店舗は、徒歩圏内の地域の店舗が多かった。

⑦認知症の人の買い物時の店舗でのトラブルの有無

トラブル有無	N (%)
ある	41 (38.7)
ない	60 (56.6)
不明	5 (4.7)
合計	106 (100.0)

買い物でのトラブル経験は、約 40%の家族が経験している。

⑧認知症の人の買い物の際、店舗でのトラブル以外の買い物に関する困り事（複数回答）



家族の約 20%は、認知症の人の一人での買い物の行き帰りに不安を抱いている。

1. 専門職からの回答 (n=46)

①基本属性

項目	カテゴリー	N (%)
総数		46 (100.0)
性別	男性	7 (15.2)
	女性	26 (80.4)
	不明	2 (4.3)
職種	ケアマネ	13 (28.3)
	施設職員	14 (30.4)
	病院職員	4 (8.7)
	ヘルパー	6 (13.0)
	地域包括	2 (4.3)
	その他	5 (10.9)
	不明	2 (4.3)

②買い物のトラブルに関する経験、相談経験の有無

経験・相談の有無	N (%)
ある	36 (78.3)
ない	8 (17.4)
不明	2 (4.3)
合計	46 (100.0)

買い物でのトラブル経験は、トラブル経験と相談を含め約 80%であった。

D. 考察

買い物は認知症の人にとっても、日常生活と切り離すことができないと推測されたが、本調査によって、そのことが改めて浮き彫りにされた。買い物に関するトラブルは、家族だけではなく、専門職にとっても大きな問題であることが明らかになった。

約半数の人が買い物に出かけており、そのうち約 60%以上が週に 1 回は買い物にでかけていることを考えると、店舗が認知症の人を支える社会資源となる可能性がある。また、買い物をする店舗は徒歩圏内の地域の店舗が多く、それらの店舗が、セーフティーネットとして機能することが期待される。

買い物でのトラブル経験は、家族は約 40%、専門職ではトラブル経験と相談を含め約 80%と、多くの家族や専門職がトラブルを経験しており、そのトラブルの内容や、家族や専門職の買い物へのサポートに関する要望などから、具体的なサポート内容を検討する必要がある。

研究Ⅲ 認知症の人の買い物に関する実態調査 —自由記述に基づく分析—

A. 背景と目的

買い物は日常生活に密着した行為であり、認知症の人にとっても同様と推測される。認知症の人の買い物に関するトラブルがあることは認識されているが、支援体制が十分に確立されているとは言い難い。今後、店舗や地域社会への啓発を促進していくにあたり、家族と専門職を対象としたアンケート調査を実施し、買い物トラブルの具体例や要望を検討し、今後のサポートにつなげていくことを目的とした。

B. 方法

1. 調査方法

2008年8月に「認知症の人と家族の会」A県支部会員624名に、郵送法で実施した（有効回答152、回答率24.4%）。

2. 調査項目

回答者は家族と専門職であり、調査表は別に作成した。

①家族への質問項目

- ・認知症の人の買い物のトラブルの具体的内容や対応方法
- ・認知症の人の買い物のトラブル時の家族や本人の気持ち
- ・認知症の人の買い物の際、店員の対応で嬉しかった事
- ・認知症の人の買い物について、店舗や行政への要望

②専門職への質問項目

- ・認知症の人の買い物のトラブルの体験や相談の内容
- ・認知症の人の買い物について、店舗や行政への要望

3. 倫理的配慮

調査目的及び倫理的事項についての説明書を調査表に同封し、同意を得て実施した。

C. 結果

以下、各項目の記述はアンケートの自由記述の中から代表的なものを抜粋。

1. 家族からの回答（n=106）

①認知症の人の買い物のトラブルの具体的内容

- ・店内を歩いているときはよいが、レジで並んで待ってられず困った。
- ・1人でレジを通過して支払いをしたのに、レシートを失くしたため、なかなか品物を渡して

もらえなかった。

- ・近所の店で、赤飯 10 パック、魚の煮つけ 10 人前を買ってきた。

②認知症の人の買い物のトラブルの対応方法

- ・店内で目を離したすきに行方不明になったので、その後は手をつないだり、目を離さないようにしている。
- ・スーパーの店長さんと相談の上、本人がお金を払わないでも買い物ができるようお願いし、後日支払いに行くようにした。

③認知症の人の買い物のトラブル時の本人の気持ち

- ・不安そうで今にも泣きそうな顔だった。
- ・「お客に対する店員の態度が悪い」と怒っていた。
- ・優しく言えば納得してくれた。

④認知症の人の買い物のトラブル時の家族の気持ち

- ・店内中の注目を浴びてしまい、恥ずかしかった。
- ・店員さんの冷たい態度が辛い。
- ・生活の一部だから、買い物は続けさせてやりたい。

⑤認知症の人の買い物の際、店員の対応で助かった事・嬉しかった事

- ・前もって話していた薬局では「開封前のは返品 OK」と言ってくれた。
- ・店舗側も「家族にははっきり言ってもらったことで、家族の人と連絡できるし、トラブルにならないよう店員にも伝えられる」と言ってもらえた。

⑥認知症の人の買い物について、店舗に対する要望

- ・大きなスーパー等では、銀行の「お客様係」の立場の人がいてくれると助かる。
- ・宅配サービスなど、買い物サービスの方法をいろいろ作ってほしい。
- ・店舗の人より、他のお客さんの苛立ちや理解のなさを感じる。

⑦認知症の人の買い物について、行政に対する要望

- ・認知症への理解と協力をより広く呼びかけてほしい。
- ・認知症であればクーリングオフの延長をお願いしたい。
- ・民政委員さんを中心に、地域で見守る組織体制作りをしてもらいたい。

2. 専門職からの回答 (n=106)

①認知症の人の買い物のトラブルの体験や相談の内容

- ・レジでの支払いに時間がかかり、後ろのお客さんに申し訳ないと思うが、ご自分で支払

いをしてもらいたいので待ちます。

- ・独居の方ですが、同じものをいくつか買ってきてしまい、冷蔵庫の中で腐らせてしまう。
- ・家族から「買い物はさせないでほしい」と言われた利用者さんはスーパーに行っても楽しくない。そのため、留守番になってしまい、お気の毒な気がする。

②認知症の人の買い物について、店舗に対する要望

- ・「病氣」を理解して、レジ場面で強い説得をしないでほしい。本人が増々困惑する。
- ・買い物を楽しみにしている人にとっては、生活する上で大切なことだと理解してほしい。

③認知症の人の買い物について、行政に対する要望

- ・独居の方にも障害者の方と同様に、ガイドヘルパーが利用できたらよいと思う。
- ・認知症対応マニュアル有りのお店の認定制度。

④その他

- ・買い物に出かけるという行為そのものが、認知症の方を生き生きとさせるということこそばにいるものとして何度も経験しています。

D. 考察

①認知症の人の買い物時のトラブルに関連する事柄から

家族がレジで支払い中に本人がいなくなったり、本人がレジでの支払いの際、困難や誤解が生じたりと、レジでの対応が重要なポイントと考えられる。また、本人は状況が理解できないため、それが不安や怒りにつながっており、店舗店員や他の買い物客からのサポートは不可欠である。

トラブル時の家族の気持ちは、自分自身の気持ち、本人への気持ち、店舗への気持ちと、複雑であり、心理的負担が高いことがうかがえる。店舗店員や買い物客からのサポートは、本人だけでなく、家族も安心して買い物できることにつながる。

②店舗や行政への要望から

認知症への理解という点で、店舗に対しては買い物場面に即した認知症への理解と対応を求める声が多く、行政に対しては認知症の啓発、地域での見守りの組織づくりや、買い物に関連した認知症への対応・制度を求めている。

③その他

“買い物は生活の一部”“買い物によって生き生きする”などの意見もあり、買い物は認知症の人がその人らしく生きるための行為であると捉えられていた。

E. まとめ

家族や専門職の買い物に関するトラブルの経験や、店舗や行政への要望などから、認知症の人の買い物は、サポートがあれば可能な時期もあることが示唆された。サポートとして、対応マニュアルなど具体的ツールの整備や、対応している店舗を明示する工夫などが考えられる。これらのサポートを実現することで、それぞれの立場の人が安心して店舗を利用することができる。

買い物という視点で、店舗だけでなく一般住民へ認知症を啓発していくことは新しい試みであり、安心して生活できる地域づくりにも貢献する。

平成 21 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書

平成 21 年度認知症介護研究報告書
＜若年性認知症に対する効果的な支援に関する研究事業＞

発 行：平成 22 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

〒474-0037 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：若葉印刷有限会社

〒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