

平成 20 年 度  
老人保健健康増進等事業  
による 研究 報告 書

平成 20 年 度

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

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

# 目 次

平成 20 年度研究成果

- 1) 若年認知症の人と家族の居場所づくりの試み……………1  
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）  
森 明子（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）
  
- 2) 若年認知症交流会参加者の生活状況に関する調査……………18  
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）  
森 明子（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）
  
- 3) 事業所における若年認知症の実態調査……………32  
－愛知県医師会認定産業医へのアンケート調査から－  
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
  
- 4) 若年認知症者と家族のソーシャルサポートに関する研究……………49  
田中千枝子（日本福祉大学若年認知症研究会）  
柿本 誠（日本福祉大学若年認知症研究会）  
駒田 正巳（日本福祉大学若年認知症研究会）  
山崎ゆかり（日本福祉大学若年認知症研究会）
  
- 5) 若年認知症の人の社会活動の場づくり……………114  
沖田 裕子(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
杉原久仁子(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
住田 淳子(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
竹内さをり(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
平井 美穂(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
梅原さなえ(NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)



## 若年認知症の人と家族の居場所づくりの試み

|       |        |                       |
|-------|--------|-----------------------|
| 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) |
|       | 森 明子   | (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 | (認知症の人と家族会愛知県支部)      |

若年認知症は、高齢発症の認知症と比べて進行の早い例が多く、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現実のものとするのは困難であり、介護保険制度からも社会福祉制度から抜けおちて、受け皿のない状態に置かれることも少なくない。

よって本取り組みでは、若年認知症の人と家族の居場所づくりの一環として、「Ⅰ 若年認知症の本人および家族の交流会実施」と、それを支える「Ⅱ 若年認知症ケアサポーターの育成」、及び一般向けの講演会の中で、若年認知症に関する啓発として「Ⅲ 一般向け講演会での若年認知症の本人と家族の座談会」を試みた。以下、取り組みごとに報告する。

### Ⅰ 本人及び家族交流会の実施

#### A. 問題と目的

若年認知症の本人にとって、認知症の高齢者と同じデイサービスに通うことには抵抗があることが多く、若年認知症の人の社会的な居場所は高齢者の認知症の人ほど整っていない。また、どのような環境が居場所として適切かも明らかではない。一方、家族は同様の悩みを抱えた他の家族と交流する機会はほとんどなく、孤立感を深めることになるのが現状である。

よって、若年認知症の本人と家族の交流会を実施し、本人の居場所作りの試みと、家族同士の交流をはかる。それにより、若年認知症の本人の居場所としての適切な環境を検討する。また、同じ立場にある家族が集うことにより、家族ならではの日常的な対応についての経験の共有により、負担感や孤立感の軽減をはかることを目的とする。

#### B. 方法

##### 1. 参加対象者

64歳以下の初期の認知症の人とその家族

表1 認知症本人の一覧

| ID | 性別 | 年齢 | 介護度 | ID | 性別 | 年齢 | 介護度 |
|----|----|----|-----|----|----|----|-----|
| 1  | 男  | 58 | 未認定 | 8  | 男  | 51 | 介護4 |
| 2  | 女  | 61 | 未認定 | 9  | 男  | 62 | 介護3 |
| 3  | 女  | 53 | 未認定 | 10 | 男  | 63 | 未認定 |
| 4  | 女  | 52 | 未認定 | 11 | 女  | 不明 | 介護3 |
| 5  | 男  | 53 | 未認定 | 12 | 男  | 61 | 未認定 |
| 6  | 男  | 61 | 介護2 | 13 | 女  | 61 | 介護4 |
| 7  | 女  | 60 | 介護3 |    |    |    |     |

## 2. スタッフ

医師：2名／作業療法士：2名／医療ソーシャルワーカー：1名／精神保健福祉士：2名／介護福祉士：1名／臨床心理士：1名／家族会：1名

その他に、後述する若年認知症ケアサポーター17名

## 3. 場所

愛知県東海市しあわせ村

## 4.実施日及び内容

2008.9.23 (火・祝) 10:00～15:00

交流会／散策／お抹茶体験／カラオケ／クラフト作り

2008.10.12 (日) 10:00～15:00

交流会／リラックスヨガ／散策／お抹茶体験／カラオケ／クラフト作り

2008.11.8 (土) 10:00～15:00

交流会／散策／お抹茶体験／カラオケ／クラフト作り／アルバム作り

2008.11.29 (土) 10:00～14:00

医師による講習及び質疑／散策／お抹茶体験／立食パーティー

## 5. 参加者へのアンケート

- ・各回終了時に参加してみてよかった点の自由記述
- ・全日程終了時の交流会全体に対する満足度の評定

## C. 結果

### 1. 参加者

家族の人数は特に制限を設けなかったため、子ども世代、孫世代まで参加する家族もあった。

## 2. 交流会

家族交流会に関しては、「時間が短く感じられた」「もっと時間を取ってほしかった」との意見が寄せられた。家族交流会では本人も交えての全体交流会では話すことのできなかつた家族が困っている点などが、専門職であるスタッフも交えながら話されていった。

## 3. 各種プログラム

高齢者に比べ体力があるため、会場内のコースを散策する人が多かつた。また、幾つかのプログラムが並行して行えるようになっていたため、本人がそのとき行いたいことを選択することが可能であつた。

## 4. 「元気かい」の結成

今回の取り組みは、回数が限定されたものであつたが、家族及び本人が継続を希望し、若年認知症の本人と家族の交流会が“元気かい”という名称で、活動が継続されることになった。

## 5. アンケート結果

### ①各回終了時の「参加してみてよかつた点」の自由記述（抜粋）

- ・同じ境遇の方達と会えたこと
- ・たくさん笑いました
- ・同じ病気でそれも家族で来てみえるのをみて、本人も安心したようです。明るい顔でいたので私も安心しました。
- ・いろいろな話が聞けて、これからの参考になりました。
- ・皆様との会話がとても楽しかつたです。
- ・細かい幾つかの具体的な注意点もきけましたし、とにかく家族以外の方との集まりはどれだけ振りかと思うとよい時間でした。
- ・ドクターや介護福祉士、ソーシャルワーカーなど専門の方々の意見が聞けたこと、介護者としての悩みや経験などを身近で聞けたこと、本人がまた来たいと言つたこと。
- ・（本人が）落ち着いて穏やかにいられる時間が長かつた
- ・家族交流会で皆さまのいろいろな意見を聞けたこと

②全日程終了時の交流会全体に対する満足度の評定

表2 全日程終了時の交流会全体に対する満足度の評定

|    | 性別 | 年齢 | 介護度 | ① スタッフ・サポーターの対応に関する満足度 | ② 集い全体に関して、家族の立場としての満足度 | ③ 集い全体に対して本人の満足度※ |
|----|----|----|-----|------------------------|-------------------------|-------------------|
| 1  | 男  | 58 | 未認定 | 1                      | 1                       | 1                 |
| 2  | 女  | 61 | 未認定 | 1                      | 1                       | 2                 |
| 3  | 女  | 53 | 未認定 | 1                      | 1                       | 1                 |
| 4  | 女  | 52 | 未認定 | 1                      | 1                       | 2                 |
| 5  | 男  | 53 | 未認定 | 1                      | 1                       | 2                 |
| 6  | 男  | 61 | 介護2 | 1                      | 1                       | 2                 |
| 7  | 女  | 60 | 介護3 | 1                      | 1                       | 1                 |
| 8  | 男  | 51 | 介護4 | 1                      | 1                       | 2                 |
| 9  | 男  | 62 | 介護3 | 3                      | 1                       | 2                 |
| 10 | 男  | 63 | 未認定 | 無記入                    | 無記入                     | 4                 |
| 11 | 女  | 不明 | 介護3 | 1                      | 2                       | 2                 |
| 12 | 男  | 61 | 未認定 | 1                      | 無記入                     | 2                 |
| 13 | 女  | 61 | 介護4 |                        |                         |                   |

1. とても満足している
2. まあまあ満足している
3. あまり満足していない
4. 全く満足していない

※本人に直接確認可能な場合はご本人に確認し、そうでない場合は、本人の様子から、家族が推測する本人の満足度

D. 考察

家族交流会は、午前・午後と合わせると2時間以上の時間がとられていたが、「時間が短く感じられた」「もっと時間を取ってほしかった」という声が寄せられた。「各回終了時の『参加してみてよかった点』の自由記述のアンケートの「同じ境遇の方達と会えたこと」「いろいろな話が聞けて、これからの参考になりました」などの記述とあわせて考えると、若年認知症の介護家族が、同じ立場の者同士の交流を望んでいることや、それにより孤立感が和らいでいることがうかがえる。また、家族交流会には専門職のスタッフも同席しており、家族から具体的な質問も多く投げかけられていた。高齢者の認知症に比べ、情報が少ないこともあり、専門職との関わりは、家族の不安の軽減につながっていた。

また、「とにかく家族以外の方との集まりはどれだけ振りかと思うとよい時間でした。」という記述もあり、普段は家族以外の人達との交流も少なくなる現状が感じられた。若年認知症の場合は、年齢的にも活動性が保たれているため、本来は本人のみ、あるいは本人と家族で様々なところででかけたいという希望がある。しかし、若年認知症に対して理解のない場では、かえって本人、家族に負担がかかる場合もある。今回のプログラム内容のリラックスヨガは特に人気があったが、日常ではスポーツジムなどのヨガに参加したいと思っても、本人の行動が周囲と添わないときは、本人や家族は周囲からの目を気にすることになる。そのため、一緒に運動したいと思っても行動に移せないことが生じてくる。しかし、若年認知症に理解のある場であれば、本人、家族も安心して楽しむことができる。

このような活動は、本人、家族のリフレッシュにつながり、QOLの維持にもつながる。今回のプログラムは、本人のみ、家族のみ、家族と本人と一緒に参加できるものといった、プログラムの多様性も特色であった。

次に、「全日程終了時の交流会全体に対する満足度の評定」についてであるが、「スタッフ・サポーターの対応に関する満足度」「交流会全体に関して、家族立場としての満足度」は「とても満足している」がほとんどであった。「交流会全体に対して本人の満足度」は「とても満足している」「まあまあ満足している」がほとんどであり、これらから今回の交流会は高い評価を得たと言える。

「スタッフ・サポーターの対応に関する満足度」で「あまり満足していない」と評定した家族が1件あった。今回の交流会は、認知症の初期の段階の本人・家族を対象としていた。認知症の進行の度合いによっては、本人、家族の状態も異なってくる。そのため、介護度が高い場合は、介護度が高い高齢者の認知症の家族との交流も参考になる。そのため、高齢者の認知症の家族の集いも紹介している。しかし、家族にとっては若年認知症を介護している家族であるという意識があるため、そのことが、「あまり満足していない」という評定につながった。介護保険制度を利用していない状態と、介護度が高い状態では、家族が求めている援助も異なっており、継続が決まった交流会が徐々に拡大し、経年していくなかで、若年認知症という枠組みの中で、どのようにその点に対応していくかは今後の課題である。

「交流会全体に対して本人の満足度」で「全く満足していない」と評価してした家族が1件あった。本人と一緒に参加していたものの、本人自身は参加を希望していなかったことから、前述の評定となった。今回の交流会は、ご本人と家族が対象者となっていたため、家族が参加したいという希望に、本人があわせざるを得なかったものと思われる。今後、継続する交流会では、家族のみでも参加可能であるため、このような場合は生じないと思われる。

参加者については、若年認知症本人の子ども世代が参加しようとする際、孫世代にあたる幼い子どもを預ける必要があると参加が難しくなる。一家族についての人数に制限を与えなかったことが、各世代が参加できる要因となった。また、そのことで幼い子ども（本人からみた孫世代）の育児も行っている子ども世代同士の交流が生まれていた。子ども世代は夫婦で参加している場合もあり、義理の親が若年認知症になった子どもにとっては、若年認知症の本人・家族の状況や心理状態を理解する良い機会となった。そのことは、実の親が若年認知症となった子どもに対する情緒的援助につながる。一方、同じく子ども世代でも、就学中の年齢層の子ども世代がいる家族もあったが参加には至っていない。若年認知症の親をもつ若年層の子ども世代へのアプローチは今後の課題である。

今後は、この取り組みが発展し「元気かい」として、若年認知症の本人・家族の交流会として継続されることになった。今回の交流会は、その評価も高く、今後は若年認知症の本人と家族にとっての居場所としての機能を果たすことが期待される。



## Ⅱ 若年認知症ケアサポーターの育成

### A. 問題と目的

「本人と家族の交流会」を実施するにあたり、その中で家族交流会を行っている時間帯は、家族と若年認知症の本人とは別行動になる。その際、本人の不安が高まることも予想され、本人それぞれに対応できるだけの人員が必要となる。また、認知症のケアは、高齢者を中心に行われてきており、若年認知症のケアに携わった経験のある人の数は少ない。よって、「本人と家族の交流会」のサポーターの確保と、若年認知症本人との触れ合いを通して、若年認知症への理解が広がることを目的として、若年認知症ケアサポーターの育成を実施した。

### B. 方法

#### 1.参加対象者

認知症に関わりのある専門職及び認知症の介護経験者の17人

#### 2.養成講座の内容

2008.9.13 (土) 10:00～17:00

- ・講師（医師）による若年認知症の基本的知識に関する講習
- ・認知症の人と家族の会・広島県支部「陽だまりの会」スタッフによる、若年認知症の本人及び家族への取り組みを紹介

2008.9.23 (火・祝) 10:00～15:00

2008.10.12 (日) 10:00～15:00

2008.11.8 (土) 10:00～15:00

} 「本人と家族の交流会」にサポーターとして参加

2008.11.29 (土) 10:00～14:00

- ・講師（医師）の講習及び質疑
- ・講師（看護師）による、サポーターとしての活動のフォローアップ

#### 3. 参加者へのアンケート

全日程終了後の若年認知症に対するイメージの変化の有無について

### C. 結果

参加者へのアンケート結果は以下（表3）のようである。

表3 全日程終了後の若年認知症に対するイメージの変化の有無（最終日に出席が可能であった参加者に実施）

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1.とても変化した<br>2.少し変化した<br>3.あまり変化しなかった<br>4.全く変化しなかった | } | } | } |
|--|---|---|---|

| ID | 性別 | ①サポーターとして参加した事で若年認知症に対するイメージに変化があったか | ②どのように変化したか  | ③何故変化しなかったのか、その理由 |
|----|----|--------------------------------------|--|-------------------|
| 1  | 女  | 1                                    | 大変と思う気持ちは変わらないが、こちらの気持ち次第で毎日をどう過ごして行けばいいのかが見えるようになった。                              |                   |
| 2  | 女  | 1                                    | 家族の明るさと支える態度。これから症状が進む3年後、5年後、10年後も踏まえての明るさと支えなのか、家族・地域の支援を見守りたい。                  |                   |
| 3  | 女  | 1                                    | 高齢者は介助してもらおう事を喜ばれるが、若年の方は自立している事を喜ばれる。家族に囲まれている事が多いので家族支援が大切な要素のひとつとなっている。         |                   |
| 4  | 女  | 3                                    |  | 仕事で接しているから        |
| 5  | 女  | 1                                    | 実際に声を交わしたり、顔を見ることにより、人としての具体的な姿が浮かび上がってくる。若年認知症という病名の下に生身の血の通った人がいると言う事を実感する。      |                   |
| 6  | 女  | 1                                    | 若年認知症と高齢者認知症の対応の違いを実感しました。ここで学んだ事をサポートに取り入れて行きたいと思います。                             |                   |
| 7  | 女  | 2                                    | 家庭の中と交流会では少し違うのかもしれないが、本人、家族と一緒にになって認知症と付き合い合っている関係が保たれている感じがした。                   |                   |
| 8  | 女  | 2                                    | 初めは普通の人と思っていたが、接するうちに状態がわかってきた。現在介護している人は車椅子を使用している方が殆どなので、今回の状態を見て、接し方を考えさせられました。 |                   |
| 9  | 女  | 1                                    | 自分自身の問題として捉えるようになりました。大変さばかりではなく楽しみも見つけながら生活を続けている様子が印象的でした。                       |                   |

#### D. 考察

アンケート結果から「仕事で接している」と答えた参加者以外は、「1. とても変化した」「2. 少し変化した」を選択しており、サポーター養成講座に参加したことで、若年認知症に対するイメージが変化していた。また、アンケート記述からは、サポーターを養成する際に何を感じとってもらう必要があるのか、ということが見て取れた。

養成講座の参加者は、家族交流会へは参加していない。そのため、本人の前では語られない気持ちや、家族の直面している問題について接する機会はなく、全体交流会などでの家族の明るい様子にしか触れていない。よって、ID No.2の「家族の明るさと支える態度。これから症状が進む3年後、5年後、10年後も踏まえての明るさと支えなのか」という記述につながっている。ID No.2が家族の様子に対して感じたことは、サポーターを養成する際に留意する点である。家族交流会では明るいだけでなく、negativeな気持ちや将来に対する不安も語られている。ID No.2が感じたように、家族は明るいだけではない。初期の若年認知症の本人と家族の、活動的な部分だけに目が行くことは避けなければならない。

参加者は、介護関係の専門職や介護経験者であるため、認知症の高齢者との関わりは経験がある。認知症への対応は慣れているが、高齢者に対応するようにサポートをしてしまい、その違いに戸惑ったことが挙げられている。この点をID No.3は「高齢者は介助してもらう事を喜ばれるが、若年の方は自立している事を喜ばれる」、また、ID No.6は「若年認知症と高齢者認知症の対応の違いを実感しました」と述べている。今回の交流会への参加者は、初期の段階の人が多くを占めていた。社会性を保っていたい年代でありながら、普段の生活では家族以外の人と過ごすことが少なくなっている。よって、自立を見守りながら、共に楽しむというような時間を共有する関わりが必要であることを、サポーターに認識してもらう必要がある。

ID No.5の「実際に声を交わしたり、顔を見ることにより、人としての具体的な姿が浮かび上がってくる。若年認知症という病名の下に生身の血の通った人がいると言う事を実感する」、ID No.9の「自分自身の問題として捉えるようになりました」という記述から、実際に若年認知症の本人や家族と接したことにより、若年認知症へのとらえ方が変化したことがうかがえる。通常は、本やメディアなどにより触れるだけであるが、実際に接する機会を持つと、“若年認知症”というひとくくりの枠の中にあっただけのものが、若年認知症とともに生きる〇〇さん、というように一個人として感じられるようになっている。若年認知症というまれな疾患というイメージを離れ、本人を一個人としてサポーターに感じてもらうことが必要である。そのことが自分自身の身近な問題として捉えることにつながる。

ID No.3の「家族に囲まれている事が多いので家族支援が大切な要素のひとつとなっている」、ID No.7の「本人、家族が一緒になって認知症と付き合っているいい関係が保たれている感じがした」という記述から、高齢者の認知症より、家族との関係が密接であることがうかがえる。若年認知症の初期の場合は、介護保険を利用するほどではなかったり、認定がおりたとしても、デイサービスなどを利用している人達との年齢差から、利用に踏み切れない場合も多い。そのため、認知症の高齢者に比べ、サポート源が家族中心ということに

なる。この点から、家族への支援は高齢者の認知症を介護する家族より、さらに重要であると言える。しかし、若年認知症の家族同士が交流する機会そのものが少ないため、家族は孤立しやすい。サポーターが本人と過ごしているということは、家族同士が安心して交流することを支えることになる。若年認知症の家族支援は、高齢者の認知症の家族支援よりさらに重要であることをサポーターが認識し、サポーターが間接的に家族支援をしていることを認識してもらうことは重要である。

最後に、サポーター養成講座の全体的な流れについて述べる。若年認知症の本人や家族に接する前に、最低限の知識は必要である。まず、最初に知識的な部分の講習を受け、その後実践、実践を通じて感じたことなどを共有するフォローアップという一連の流れも、若年認知症に対する理解が深まる構成になっていた。

サポーター養成講座の参加者のアンケート結果からは、若年認知症の人と家族と本人をサポートする際の視点が含まれていた。つまり、実際に若年認知症の本人と家族と接する機会を持ち、そのことで生じた疑問や気持ちを共有していくことで、サポートに必要な視点や姿勢というものが形成されていくきっかけになることが示された。若年認知症の場合、介護保険を利用するまでの期間、何らかの受け皿が必要であり、サポーター養成はその一助になると思われる。

### Ⅲ 一般向け講演会での若年認知症の本人と家族の座談会

#### A. 問題と目的

若年認知症に関しては、若年認知症がテーマとなっている2006年の渡辺謙主演の「明日の記憶」によって、世間一般に以前より知られるようになった。マスコミにも徐々にとりあげられるようになってきているが、認知症＝高齢者というイメージは根強いものがある。認知症そのものは、介護保険制度の実施以降、世間一般に浸透しつつあるが、若年認知症に関しては、社会における理解は進んでいない。そのため、若年認知症が抱える固有の問題も一般にはあまり知られておらず、本人も家族も若年認知症であることを周囲に伝えるのは、認知症高齢者の本人や家族以上に心理的な抵抗がある。

2003年に、若年認知症の本人であるクリスティーン・ブライデンが来日し、2ヶ所で講演を行ったことが、多くの人にインパクトを与えた。当事者が語るということの意味は大きく、その後、若年認知症の本人が語るということがみられるようになってきた。

よって、前述の若年認知症をとりまく現状をふまえ、若年認知症に対する社会的な理解が広がることを目的とし、若年認知症の本人と家族の座談会を実施した。

#### B. 方法

##### 1. 座談会参加者

若年認知症の場合、子ども世代の多くは、就学中や働き始めたばかりであったり、結婚

して新しい家族との生活が始まっている。そのため、介護は配偶者が行っていることが多い。このような背景を受け、今回の座談会では若年認知症を介護する家族としては、配偶者を対象者とすることにした。

若年認知症の本人と家族の交流会の参加者の中から、日程的に可能であること、本人がある程度話せること、同意が得られることなどを考慮し、3組の本人とその配偶者（表4）を決定した。

表4 座談会参加の認知症本人の一覧（IDは表1、2と共通）

| ID | 性別 | 年齢 | 介護度 |
|----|----|----|-----|
| 1  | 男  | 58 | 未認定 |
| 3  | 女  | 53 | 未認定 |
| 12 | 男  | 61 | 未認定 |

## 2. 日程及び進行や内容

①日程：3月6日（金）に実施された認知症介護研究・研修大府センターと家族会との共催で行われた一般向けの認知症の講演会の中の一部として実施した。

②進行：座談会の時間は40分で、進行役（認知症介護研究・研修大府センター：鈴木）が、テーマを設定し、そのテーマに即した質問を参加者に投げかけ、それに応答する形で座談会を進行した。

### ③座談会の内容

座談会でとりあげたテーマは以下のようなものである。

- ・自己紹介を兼ねた結婚の馴れ初め
- ・診断までの経緯とそのときの気持ち
- ・診断後の生活の様子について
- ・配偶者への一言（本人⇒配偶者及び配偶者⇒本人）

## C. 結果

講演会には200人以上が参加しており、多くの人前に出ることが、本人にとっては心理的負担になることも心配されたが、座談会の前後ともに不安定になるなど変調はなかった。ID No.12の男性は「時間が短かったな」という感想を述べるほどであった。以下、各テーマごとに発言の順に記述する。

### 【自己紹介を兼ねた結婚の馴れ初め】

**ID No.12** 社内結婚

本人が結婚のなれそめを詳細に話そうとするところを、妻が制して会場の笑いを誘う場面もあった。

**ID No.1** 親戚の紹介

本人が「口下手なので…」というところを妻がフォローして以下のように述べた。「真面目そうな人と結婚できてよかったなあと。今までがむしゃらに4人の子育てをしてきて、一番下の子が高校生になり、今は夫婦関係ということを感じています。病気にはなりましたが、4人の子を育てあげ、皆さんに支えられて、そしてこのような場にも出させていただいて幸せだと思っています。」

**ID No.3** 洋菓子の修行中に知り合った

本人は緊張しているようで、夫が馴れ初めを紹介

**【診断までの経緯とそのときの気持ち】**

限られた時間の中で進行するために、診断の経緯については、進行役が紹介し、それに対してコメントをもらう形で進行した。

**ID No.12**

ー進行役からの紹介内容ー

現在 61 歳、59 歳のときに診断される。60 歳まで企業の管理職として勤務し、定年退職後、関連会社に出向した。定年前に勤めていた会社で、複数の部下から「何度も同じことを聞きますね」と言われ、病院を受診した。その際は、はっきりとした異常はみつからなかった。しかし、出向先の会社でも、同様のことを言われ、1 年後に同じ病院を再受診した。その際は、若年認知症の疑いがあると言われ、現在通院している病院を紹介され若年認知症と診断された。

ー本人ー

「ある日電車に乗って、営業の途中で帰れなくなりました。右が名古屋駅なのか左が金山なのか、わからなくなって名鉄電車で迷ってびっくりした。あまりにびっくりして、会社の重要な書類をその場に落として会社に戻って、大変なことになった。ああ、これは病気かなと認識して…。どうしたらいいのかと友人に尋ねたり、困ったなあと思いました。」

ー妻ー

「日にちがわからなくなったり、友達の約束を忘れてたりとかしていた。最初の医療機関ではうつ病だと言われ、それから1年の間に状態が変わるわけでもなく、すごく不安でした。」

**ID No.1**

ー進行役からの紹介内容ー

現在 58 歳、56 歳のときに診断される。家族構成は夫婦と子ども 4 人で、診断された当時は一番下の子どもは中学生であった。ガス工事の仕事をしていたが、工事現場から帰宅できないことや、仕事に困ることが生じ、自分でも「どうしていいからわからない」と戸惑い仕事をやめた。退職後受診し、初めに受診した大学病院では軽い脳梗塞と言われた。その後、知り合いから現在も通院している病院のことを聞き、神経内科を受診し、若年認知症と診断された。

ー本人ー

「おかしいと思って、変な風になったもんで仕事をやめようと…。(病気になったことは)

とんでもないことになったなあ。」

—妻—

「仕事をやめるときはおかしいと思わなかったが、仕事をかわったときに、新しいことが覚えられないということがあって。(現在通院している病院での)検査で、物を見せて隠したあと、何があったかを言うというのがあって、そのとき言えなくて、そういう状態を目の前で見て驚いたんです。症状があっただろうに、まわりに合わせたり、我慢していただろうと…。(診断時の病気についての説明は)医学的な言葉とか、ほんとに真っ白になってしまって。その後はソーシャルワーカーの人にいろいろ聞くことはできたけど、そのときに同席してもらえてたらもっと助かったと思います。」

#### **ID No.1**

—進行役からの紹介内容—

現在 54 歳、52 歳のときに診断される。ケーキ店を営んでおり、本人も手伝っていた。50 歳のころ、今までと少し様子が違うと家族が感じ、近くの市民病院の脳外科を受診した。その際は、特に異常はないと言われた。2 年ほど経過した頃、日常の様子がやはりおかしいということから、今度は神経内科を受診した。そこで、若年認知症である可能性が高いと指摘され、現在通院している病院を紹介され診断が確定した。

—夫—

「病名がはっきりしたときに、本人も含めてすごくショックで、そのときに何かしらの精神的なフォローがあると助かるなど。病院から帰ってきた後は、しばらくの間は2人ともすごく落ち込んで、家内は夜なかなか寝付かれずに、なんでこんなふうになっちゃったのと…。」

—本人—

(コメントするのが難しそうな様子)

#### **【診断後の生活の様子について】**

ID No.1、12の男性は、授産施設で福祉的就労をしており、進行役からその点を紹介し、それに対するコメントを、ID No.3の女性は日常の生活について夫から話してもらうことで進行した。

—進行役からの紹介内容—

ID No.1、12の2人は同じ授産施設を利用している。その授産施設は、障害者の方が社会参加することに重きをおいて仕事をしているところである。ID No.1のほうが先に利用するようになった。病院のソーシャルワーカーがいろいろさがしたうえで、紹介したところである。ID No.1は、現在週3回、授産施設を利用し、1年7か月ほど経過、ID No.12は、現在は週4日利用し、約9か月が経過している。

#### **ID No.12**

—本人—

「憩いの郷(授産施設の名称)は働くだけでなく、楽しいプランを作ってくれます。劇

をやりたい人を集ってやってくれたりします。何より情緒があって、いいところです」

**ID No.1**

—本人—

「一人一人いいひとばかりで楽しくやっています。働くようになっていいふうになっているので助かっている」

—妻—

「働くようになって変わりました。体を動かすことが好きなので、草刈りなどの仕事はいいようです。疲れは残るから休養をとるようにはしています。働く前は家のことをやってくれていましたが、できないと言ったり、常に頭がもやもやすると言っていました。憩いの郷に行くようになって、サポートがいいので、できることをやらせてくれるので、頭もすっきりしているようです。」

**ID No.3**

—夫—

「娘が2人近くに住んでいるので、平日は毎日、私の仕事が終わるまでは孫を連れてきてくれています。朝は一緒に散歩をしますが、私は仕事なので、家内はその後も一人で散歩にでかけることが多いです。たまに帰り道がわからなくなってしまうのですが、携帯を持っているのでそれで場所をだいたい特定して迎えに行きます。日曜日だと娘も来れないので、やることなく、5、6回散歩にでかけることもあります。なので近くに（若年認知症の人に適した）施設があるといいなと思います。」

—本人—

（ID No.3は、元気かいのスタッフである医師と話している際、「寂しい」と何度か述べた。娘たちが日中一緒にいてくれるものの、寂しさを感じていたようである。医師から夫と一緒に散歩することを勧め、仕事前に一緒に散歩をすることになったという経緯がある。その点を進行役から「ご主人と散歩するのはどうですか？」という問いかけ、それに対する返答）

「一人での散歩では絶対いや」

**【配偶者への一言（本人⇒配偶者及び配偶者⇒本人）】**

**ID No.3**

—夫—

「病気になったのは仕方がないと思って、前向きにどんどんいろんなことをやってもらいたいなあと。なるべく今の状態を長く保ってほしいなと思います。」

—本人—

（自ら答えるのが難しそうなので、進行役から「今までのように優しいご主人でいてくれればいいですか？」と問いかけ、それに対して笑顔でうなづく）

**ID No.1**

—妻—



「今、いい状態なんです。本人が忘れたときに私が注意するとあんたはえらいと言ってくれます。優しい言葉で言ってないですよ。きつい言葉で言っているのに、あんたは偉い、お前が正しいと言ってくるので、反省して...ごめんね(ご主人の顔をみて)。これからは深呼吸を3回くらいしてから教えようかなと思っています。ありがとうね。」

—本人— (配偶者の言葉を受けて)

「ありがとうございます」

#### **ID No.12**

—妻—

「2人で旅行に行くこともあるし、テニスも一緒にやることもあるし、2人の時間が前よりも長いもんですから、前より親しくなっているという言い方は変だけど、今は充実しているという気持ちです。このままこの状態が長く続いてくれればなと思っています。」

—本人—

「バレエが好きで、中学の頃から始めて実業団でもやっていたんですけど、好きなことをやると帰り道、非常に気分がいいです。スポーツと絵画と、この前も家内と旅行に行ってきたんですけど、おもしろいことをやっていきたいと思っています。私は一人息子で育って、弟が一人いたんですけど、電車にはねられて即死をして、寂しくて寂しくて号泣しました。今、お陰さまで4人の子どもが育っていますので、家族が賑やかなんで非常にいいです。息子たちや娘から、アドバイスを、アドバイスどころかおしかりをうけてるんですけど、やることが間違っているようで、お父さん何もやらんどいてくれ、と賑やかにやらせてもらっています。」

#### **D. 考察**

最初に、自己紹介を兼ねた結婚の馴れ初めをテーマに取り上げたのは、本人・家族の緊張感を和らげるということもあるが、「Ⅱ 若年認知症ケアサポーターの育成」の考察でも述べたように、まずは若年認知症とういことを離れて、3組の夫婦として捉えてもらうという目的があった。3組の夫婦はユーモアを交えながら馴れ初めを紹介し、会場に何度か笑いが起こった。若年認知症の本人が多くの人前で語ることは、まだまれなことであるが、今回の3組の夫婦はすんなりと了承した。また、ID No.1の妻は「こんな場に出させてもらって」と自己紹介の中で述べた。本人と家族の交流会の中で関係性ができていたので、抵抗なく座談会に臨んでいたと思われる。また、ID No.1の妻は「今は夫婦関係ということを感じています。」と、夫が若年認知症となったことで、夫婦が改めて向き合うことになったことにも触れている。

自己紹介では明るく語った3組であるが、最初からそのような状態だったわけではない。診断までの経緯とそのときの気持ちのテーマの中では、短い時間ではあるが、本人の戸惑いも語られた。認知機能の問題もあり、詳細にそのときのことを思い出して語ることは困難であるが、当事者から語られる言葉は、それが短いものであっても会場で聞いていた人々には伝わる。ID No.3はこのテーマでは話すことができなかったが、そのこともまた、そこ

に本人がいれば伝わるものがある。

それぞれの配偶者からは、診断前後の苦悩が語られた。若年認知症の診断を的確に行える医療機関は多くないこと、診断を聞く際、そしてその後については、本人と家族はサポートを必要としていることがうかがえた。

診断後の生活の様子については、ID No.1、12は授産施設で働くことについて述べている。本人が現在できることに合わせて、行うことを設定するなどのきめ細かい対応もあり、2人ともそこで働くことが生活の張りになっている。また、働くだけでなく「何より情緒があって」や「いい人ばかりで楽しくやっている」というように、授産施設での人間関係も2人にとっては大きい。この点は、ID No.1の妻も「働くようになって変わりました」と語っている。社会の中で働いている年代であるだけに、社会の関係性の中で生活することは、QOLの維持向上に大きなウェイトを占める。一方、ID No.3の場合は、近くに適切な利用できる施設がないことを夫が述べており、若年認知症の人が利用しやすい施設が、増加することが望まれる。

配偶者への一言のテーマでは、少しでもこのままの状態が長く続けば、という願いが配偶者側から述べられた。現在、3人がある程度安定した生活を送っているので述べられた言葉である。それは、サポートがあり、環境が整えられれば、安定した生活が送れることを意味している。

配偶者が若年認知症になったことを、簡単に受け止められるものではない。また、夫婦の関係は、本人の様子に合わせて徐々に変化していく。配偶者が若年認知症になった事実は変えられないが、捉え方によって感じ方は異なる。進行役が「配偶者への一言」のテーマを設定した理由は、夫婦の関係の質的な変化について、意識化し言語化するという過程があれば、家族の中に生じた出来事を、改めて捉えなおす機会になるのではないかと考えたからである。ID No.1の妻は、自己紹介ですでに「今は夫婦関係」と触れており、「ありがとう」のやり取りで締めくくられたこのテーマでの夫婦のやり取りの際は、会場から暖かい笑いが起きた。ID No.12の妻は「前より親しくなっている」とその変化を述べた。ID No.12は弟が事故死した自身の生い立ちに触れ、4人の子どもに囲まれた家族生活の幸せを述べた。本人のそのような気持ちを聞くことは、妻にとっても自分たちにとっての家族の意味を再確認することにつながる。

若年認知症の社会的な理解が広がることを目的とし、若年認知症の本人と家族の座談会を実施した。会場で聞いていた200人以上の人は、3組の夫婦の話を、夫婦という枠組みで自分のことに引き寄せて、より身近な問題として捉える機会になったと思われる。その意味では一般向けへの若年認知症の啓発としては、十分な役割を果たしていた。

また、座談会の参加を了承してくれた3組の夫婦にとっても、少しでも意味のあるものになるよう意識して進行した。普段は周囲からサポートを受けていることを感じている本人が、会場からの大きな拍手に何らかの達成感を感じてもらうことができれば、そして配偶者にとっては、今までの出来事を捉えなおす機会として寄与できていればと考える。

# ～若年認知症交流会～ 2008年・秋



ご本人・ご家族

大府市にあります認知症介護研究・研修大府センターでは、認知症の人と家族の会・愛知県支部との共催で、若年認知症のご本人とご家族の交流会を行いました。東海市にある「しあわせ村」を会場にして、全3回の日程でした。

十数組のご本人とご家族が参加していただき、この交流会を実施するにあたり行ったサポート養成講座に参加していただいたサポーターのかたや、スタッフも含め、とてもにぎやかな集いとなりました。



第1回

9月23日  
(火・祝)  
10:00～15:00  
交流会  
散策  
お抹茶体験  
カラオケ  
クラフト作り

初回で最初は緊張していましたが、自己紹介を兼ねた家族自慢、夫婦自慢で、和やかな雰囲気となりました。

小さなお孫さんも参加したご家族もあり、かわいい声が毎回会場に響いていました。



お弁当は、毎回季節感を感じさせる、おいしいお弁当でした

午後からの家族交流会では、ご家族同士で、これまでの経緯や、現在の状況や心境を語って交流をはかりました。



しあわせ村の中には、総工費“1億円”のお茶室があり、参加した多くのかた、お抹茶を楽しみました。



第2回

10月12日  
(日)  
10:00~15:00  
交流会  
リラックスヨガ  
散歩・お抹茶体験  
クラフト作り  
カラオケ

ヨガ

ヨガの先生をお招きし、  
ヨガを楽しみました。  
アロマオイルの良い  
香りがする中、最後は  
横になってぐっすり…



家族交流会では、回を重ねるごとに、  
率直な気持ちが語られ、ご家族同士の  
つながりも深まっていきました。  
オブザーバーとして参加して下さった  
ドクターにも、様々な質問が投げかけ  
られました。

第3回

11月8日  
(土)  
10:00~15:00  
交流会  
散歩・お抹茶体験  
カラオケ  
クラフト作り  
アルバム作り



広い敷地には散歩コース  
もあり、多くのかたが散  
策を楽しみました。  
リラックスして散歩をす  
る中で、日常生活の中で  
道がわからなくなる不  
安を話された方も  
いらっしゃいました。

カラオケでは「最近歌詞  
を忘れるから…」とため  
らっておられたご本人が、  
いざマイクを持つと、美声  
を披露してくださり、久々  
に歌うことを楽しんでい  
らっしゃいました。



集いの様子を収め  
た記念のアルバム  
に貼る写真選びを  
しています。



“元気かい！”

この集いに“元気かい！”という名前がつ  
きました。元気かい！の“かい”は“会”とも  
かかっていて、なかなか良い名前です  
皆さまの希望もあり、若年認知症のご本人と  
ご家族の集いとして、活動していく予定です！



## 若年認知症交流会参加者の生活状況に関する調査

|       |        |                    |
|-------|--------|--------------------|
| 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 | 森 明子   | (認知症介護研究・研修大府センター) |
|       | 鈴木 亮子  | (認知症介護研究・研修大府センター) |
| 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. 目的

愛知県内では初めてとなる若年認知症の本人と家族の交流会を、平成 20 年 9 月から 3 回行った。そこへ参加した若年認知症の本人と介護者の生活状況、受けている支援、支援に対する要望などを明らかにすることを目的とした。

### B. 方法

若年認知症交流会に参加し、書面で調査に対する同意を得ることができた 13 組の本人と家族を対象とした。

本人の性別や年齢、疾患名、介護認定の有無などは、参加申し込み用紙の記載事項から情報を収集した。

本人の状態を把握するため、生活機能評価として、日常生活動作能力 (ADL) の観察尺度である Disability Assessment for Dementia (以下 DAD) <sup>1)</sup> および日常記憶チェックリスト (Everyday Memory Checklist, 以下 EMC) <sup>2)</sup> を用い、介護者に記入してもらった。DAD は、在宅のアルツハイマー病の人を対象とした ADL の状態を測定するための測度である。着衣、排泄などのセルフケアに重要な行為、食事の用意、電話、金銭の取り扱いと通信などの手段的 ADL、レクリエーションを目的とした活動について評価できる。各質問項目への回答は、過去 2 週間の間に助けや指示なしで行為・行動することが 1 度以上あった場合は「はい (1 点)」、助けや指示なしで行為・行動できなかった場合は「いいえ (0 点)」となり、その行為 (例えば料理など) を日常で行っていない場合は「該当しない」とする。質問は 40 項目あり、得点は合計の 40 項目から、「該当しない」とされた項目数を引き、これを 100 として合計得点の割合で示す。得点、つまりパーセンテージが高ければ ADL の障害が軽度であり、低ければ障害が高度になる <sup>3)</sup>。

EMC は、Wilson らの Memory Checklist を日本の実状に合わせ一部改変したものである <sup>2)</sup>。日常記憶の障害のために実生活で起こりうる問題点、例えば「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、物を失くしたりすることがありますか？」など 13 項目を設定している、それぞれの項目について 0 (全くない)、1 (時々ある)、2 (よくある)、3 (常にある) の 4 段階で評価し、それらの合計をスコアとする。得点は 0~39 点の範囲で、高いほど障害が強い。Cut-off 値は 59 歳以下では 14/15 点、60 歳以上では 16/17 点である <sup>4)</sup>。

次に、本人と家族の生活状況、受けている支援、支援に対する介護者の要望について尋

ねるアンケートを作成した。アンケートは3部構成（I部からIII部）とした（資料参照）。

I部では、回答者の基本属性、介護状況、回答者の健康状態、介護の負担感、相談相手などについて回答を求めた。

II部では、介護認定を受けていない群と、受けている群で異なる質問内容とした。介護認定を受けていない人には、介護認定を受けていない理由、利用につながるために必要なこと、介護保険以外で利用したいサービスについて質問した。介護認定を受けている人には、介護認定を受ける際の相談相手、サービス利用内容、サービス利用の満足、サービスで改善してほしい点を尋ねた。

III部では、本人の社会参加、楽しみ、支援があったらしてみたい事、リハビリテーションの希望、リハビリテーションを受ける方法、希望する内容を質問した。

DAD、EMC、アンケートは交流会開催中に介護者へ渡し、後に返信用封筒にて郵送で回収した。

調査期間は平成20年10月から12月で、DADとEMCの有効回答は12名（92.3%）、アンケートの有効回答は13名（100%）であった。

## C. 結果

### 1. 本人の基本属性

性別は男性7名、女性6名であった。年齢は58.5±4.7歳（平均±標準偏差）で51～64歳だった。年齢別では、60～64歳が8名（61.9%）と最も多く、次いで50～54歳が4名（30.3%）、55～59歳が1名（7.8%）であった。（表1）

表1 本人の年齢

|        | 人数 | %    |
|--------|----|------|
| 50～54歳 | 4  | 30.3 |
| 55～59歳 | 1  | 7.8  |
| 60～64歳 | 8  | 61.9 |
| 合計     | 13 | 100  |

疾患名は、アルツハイマー病が9名（69.2%）と最も多く、若年認知症、多発性認知症が各1名、検査中や診断がついていない人が2名であった。（表2）

表2 疾患名

| 疾患名      | 人数 | %    |
|----------|----|------|
| アルツハイマー病 | 9  | 69.2 |
| 若年認知症    | 1  | 7.7  |
| 多発性認知症   | 1  | 7.7  |
| 検査中・不明   | 2  | 15.4 |
| 合計       | 13 | 100  |

介護保険の認定を受けていたのは、13名中6名（46.2%）で、介護度Ⅱが2名、Ⅲが1名、Ⅳが2名、不明が1名であった。

精神障害手帳は 6 名 (46.2%) が取得しており、2 級が 5 名、3 級が 1 名であった。

## 2. 生活機能評価

DAD の結果は、 $56.0 \pm 36.2\%$  (平均 $\pm$ 標準偏差、範囲 5~100%) であった。

EMC の結果は、 $22.7 \pm 11.8$  点 (平均 $\pm$ 標準偏差、範囲 4~39 点) であった。平均年齢は  $58.5 \pm 4.7$  歳であったため、59 歳以下の Cut-off 値 (14/15 点) で分類したところ、4 名 (33.4%) が Cut-off 値未満、8 名 (66.6%) が Cut-off 値以上であった (表 3)。

表 3 EMC (n=12)

| 点数    | 人数 | %    |
|-------|----|------|
| 0~14  | 4  | 33.4 |
| 15~39 | 8  | 66.6 |

## 3. アンケート回答結果 (第 I 部、第 II 部、第 III 部)

第 I 部は、回答者の基本属性や相談希望に関する内容とした。第 II 部は、介護保険制度に関する内容で、介護認定を受けている群と受けていない 2 群で、違う質問内容であったため、分けて記載した。第 III 部は、本人の生活状況などを質問した。

### 第 I 部 回答者の基本属性や相談希望に関する内容

#### 1) アンケートの回答者の続柄

配偶者が 11 名 (84.6%)、子ども (娘) が 2 名 (15.4%) であった。

#### 主介護者か否か

主介護者は 12 名 (92.3%)、副介護者は 1 名 (7.7%) であった。

#### 2) 同居の有無

同居が 11 名 (すべて配偶者) (84.6%)、別居が 2 名 (娘) (15.4%) であった。

#### 3) 回答者の職業

常勤勤務が 4 名 (30.8%)、パート勤務が 1 名 (7.7%)、無職が 8 名 (61.5%) であった。

#### 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るか

「いる」が 6 名 (46.2%) であり、内訳は「介護が必要な人がいる」1 名、「子どもや孫の育児」が 5 名であった。「いない」と答えたのは 7 名 (53.8%) であった。

#### 5) 回答者の健康状態について

「まあ健康なほうだと思う」と答えたのが 11 名 (84.6%)、「あまり健康でない」が 2 名 (15.4%) であった。

6) 介護の負担に感じることもあるか

「たまに負担を感じる」と答えた人が6名(46.2%)、「あまり負担に感じない」が4名(30.8%)、「負担を感じることはない」が2名(15.4%)、無回答が1名であった。

7) 若年認知症に関することで、回答者の心配事や愚痴をきいてくれる人がいるか

13名(100%)が「いる」と答えた。その内訳は、子ども(同居、別居)、配偶者・親戚、ケアマネージャー、友人、医師、デイサービスのスタッフであった。

8) 専門職(ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、地域包括支援センター職員など)による若年認知症に関する相談業務の必要性を感じるか

13名(100%)が「必要」と回答した。

9) 心理的な不安について、話をきいてもらったり、相談する場所(臨床心理士等によるカウンセリング)があれば、利用してみたいと思うか

8名(61.5%)が「利用してみたい」と答え、2名(15.4%)が「利用したくない」、3名(23.1%)が「よくわからない」と答えた。

**第Ⅱ部 介護保険制度に関する内容—介護認定を受けていない(n=7)**

1) 介護保険制度について知っているか

「だいたい理解している」が6名、「名前だけ知っている」が1名、「よく理解している」、「全く知らない」と答えた人はいなかった。

どのように介護保険制度について知ったか

「病院の医師やソーシャルワーカーから」が1名、「市町村のパンフレットから」が1名、「他の家族の介護経験があった」が2名、「仕事関係から知った」が2名であった。1名は未回答であった。

2) 介護認定を受けていない理由(自由記載)

- ・今は認定を受けても使うことないが、受けてもいいと思っている。
- ・今後認定を受けた方が良いのかどうかは早めに医師に確認をとりたい。必要であればすぐにでも認定を受けたい。
- ・現在受けようかどうか検討中である。
- ・デイサービス等利用したいが、年齢的に合う施設がないのでは・・・との思いがある。家族で何とか介護できている為、先延ばしになっている。
- ・まだ軽いと認識している。
- ・現在切実にその必要性を感じていない、本人にも抵抗があると思う。
- ・まだ初期だから必要ないと思う。



3) どのような援助があれば介護認定やサービス利用につながると思うか（自由記載）

- ・ 家族の不安を受け入れてもらえるサービスがあれば嬉しい。
- ・ 若年認知症専門のデイサービス、ヘルパーがあれば利用すると思う。

4) 現在の介護保険サービスについてどのような点を改善してほしいか（自由記載）

- ・ 若年認知のデイサービスの数を増やしてほしい。
- ・ 年齢、疾患（アルツハイマーの段階）に合った施設の提供があるといい。本人が病気だ、と意識しすぎずに楽しく過ごせる場が欲しい。
- ・ 個人によって認知度がちがうので、個人の好きな事や楽しく遊べること、仕事などをみつけてあげる、本人が楽しいと思えることがあれば又行ってみたいと感じると思う。
- ・ 自宅以外で楽しめる場所、安心できる場所を作してほしい。たとえば犬の好きな人がヘルパーさんと一緒に散歩するなどよいと思う。

5) 介護保険以外で利用したいサービス（自由記載）

- ・ 地域包括支援センターへの相談、家族のみの病院での先生、ソーシャルワーカーの相談できるサービス。
- ・ 作業所、授産施設では仕事の要素が強く、デイサービスでは年齢に若干差があり、孤立してしまいそうなので、日中ゆったりと過ごせる場が自宅近くにあると良い。

**第Ⅱ部 介護保険制度に関する内容—介護認定を受けている（n=6）**

1) 介護認定を受ける際の相談先

区役所や保健所、役場、社会福祉協議会などの自治体関連が 4 名、ケアマネージャーが 1 名、相談していないのは 1 名であった。

2) 介護保険のサービスを利用しているか

「利用している」が 5 名、「利用していない」が 1 名であった。

「利用している」と答えた人（5 名）のサービス利用の際の相談先

5 名とも全員ケアマネージャーに相談していた。

「利用していない人」と答えた人（1 名）のサービスを利用していない理由

今回の様な若年の人のための集まり（交流会）があれば利用できるかもしれない。

3) サービス利用内容

サービスを利用していると答えた 5 名全員が、デイサービス（通所介護）を利用していた（週 2～5 回）。

4) 現在のサービスに満足しているか

3 名が「満足している」と回答し、2 名が「満足していない」と回答した。

＜満足している理由＞

- ・どんな様子で一日行ってくるのかわからないが、連絡帳を見る限り、施設で友達もできた様で、リラックスしているみたいだから。
- ・私一人になる時間が取れるので、気分転換になっている。

＜満足していない理由＞

- ・他を知らないが、ケアマネージャーさんに今回の集いでの様子を見てもらい、他のサービスの方が合っているようで、見学に行こうと思う。
- ・夕刻以降面倒を見てもらう所がない。ショートステイは若年認知症の人の突然の受け入れは不可（歩き回るため）。出張、残業、宴会等実行できない。

5) 現在の介護保険サービスについて改善してほしい点（自由記載）

- ・介護保険の点数制度が良くわからず、ケアマネージャーさんに頼っている。
- ・通所介護の時間延長（せめて午後 8 時頃まで）
- ・ショートステイの施設はほとんど若年認知症の人の対応に慣れていない。

**第Ⅲ部 本人に関する内容**

1) 本人の社会参加の場（複数回答）

「仕事」が 4 名(30.8%)と多く、内訳は自営業が 2 名、福祉的就労が 2 名だった。

次いで「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」が 3 名(23.1%)、「参加する場や機会がない」が 3 名(23.1%)であった。「趣味の会やサークル」が 1 名、「配偶者の行くところへ常に一緒に行く」が 1 名、無記入が 1 名であった。(表 4)

表 4 本人の社会参加の場（複数回答）

| 社会参加の場                           | 人数 |
|----------------------------------|----|
| 仕事                               | 4  |
| 認知症の進行により本人の状態が<br>社会参加を望む状態ではない | 3  |
| 参加する場や機会がない                      | 3  |
| 趣味の会やサークル                        | 1  |
| 配偶者の行くところへ常に一緒に行く                | 1  |
| 無記入                              | 1  |

2) 本人の日ごろの楽しみ、レジャー、趣味（自由記載）

- ・犬の散歩、ボーリング。
- ・散歩、庭いじり、飼い猫との時間、山登り。
- ・家族旅行、ドライブ、映画鑑賞。
- ・以前は車で買い物をしてしていたが車の運転を止めたので今は無い。

- ・散歩、お茶。
- ・散歩、庭の手入れ（植木の刈り込み）。
- ・絵画鑑賞、散歩（犬と一緒に）、買い物、孫たちとの食事会。
- ・お寺参り（仏像が好き）、骨董品を見ること。
- ・ドライブにて美しい花、紅葉などを見る事、その場だけは楽しい。
- ・絵画、テニス、旅行、バレーボール、カラオケ、ジョギング、電子オルガン演奏。

### 3) 支援や機会があったら、やってみたい事、レジャーや趣味（自由記載）

- ・カラオケ、ボーリング。
- ・地域活動のように、ボランティアで庭をきれいにしたり、掃除をしたりする機会があればと思う。
- ・最近間食が多いので、今回の交流会で行ったヨガのように、皆で関わりながら体を動かすことをしたい。
- ・ドライブが好きなのでなるべく連れて行く。
- ・趣味は何もない。（今まで会社一筋）、何か好きな事が見つかりたいと思う。
- ・テニス、刺繍（元気なころ楽しんでしていたこと）。
- ・温泉に行く、別々に入らないといけなくて連れて行けない。
- ・団体行動はあまり好きではないので、半日でも車で景色のきれいな所に連れ出したりしていただけるサービスがあると、私も息抜きができる。ずっと写真撮影を趣味にしていたので季節には敏感である。
- ・私以外との第三者で理解がある方との会話。

### 4) 本人はリハビリテーションを受けたことがあるか

「利用していた」が2名（15.4%）、「利用してみたい」が8名（61.5%）、無記入が3名であった。

### 5) 受けていたリハビリの内容

計算や手を動かすことという内容で、又やりたいという意見があった。

### 6) 利用してみたい人の希望する利用方法

- ・「通い」が5名、「わからない」や無記入が6名であった。「通い」では送迎の希望があり、現在利用しているデイサービスでリハビリができればいい。

#### リハビリとして希望する内容（自由記載）

- ・手工芸、字を書くこと、絵を描くこと。
- ・音楽療法など音楽を使ったもの、体力づくり的なこと、回想法（人との関わりは楽しいようなので）。

- ・漢字の書き読み等。
- ・主人のやりたいことを見つけて頂けたらよい。
- ・手工芸、音読、歌。
- ・音読、写経。
- ・現在言葉がなかなか出にくいのでそれにつながるリハビリがあれば受けさせたい。
- ・音楽、計算、絵画（絵手紙）創造画。

#### D. 考察

今回の参加者の本人の平均年齢は 58.5 歳で、疾患はアルツハイマー病が最も多かった。生活機能評価である DAD、EMC の結果から、今回の交流会は、軽度から重度までさまざまなステージの人が参加したことが明らかとなった。

アンケートの回答者は配偶者が多く、常勤勤務している人が 3 割を占めた。専門職による若年認知症に関する相談は、全員が必要であると回答し、また不安などを話すことができる相談の場は 6 割以上が利用してみたいと回答した。以上から、相談できる場や相談窓口の必要性が高いことが明らかとなった。新井らは若年性アルツハイマー病専門外来での実践から、医療福祉相談室（ソーシャルワーカー）が重要な役割を果たすと述べている<sup>5)</sup>。今後、社会福祉士、精神保健福祉士など相談業務の専門家が、さらに若年認知症に関する知識を持つことが求められていると考える。また平成 21 年度には若年認知症のコールセンターの設置が予定されており、相談窓口の充実が図られる<sup>6)</sup>。

介護認定を受けていない群では、介護認定を受けることに対する抵抗感や、若年認知症の人が利用できるサービスがあるかわからないことが指摘された。また介護保険以外で希望するサービスとして、「本人がゆったり過ごせる場が自宅近くにあること」が指摘され、現存する地域の社会資源の中で、若年認知症の人が安心して過ごすことができる場を見つけ、利用につなげる支援が必要であると考えた。

介護認定を受けていた人は、認定の際に区役所など自治体窓口で相談していた。したがって認定の相談を受ける自治体職員が、若年認知症について理解していることが重要である。認定後のサービス利用の相談は、ケアマネジャーが多かったことから、自治体職員やケアマネジャーにも若年認知症のケアマネジメントに関する知識や研修が必要であろう。介護認定を受けていた人が利用しているサービスは、通所介護（デイサービス）が最も多かったが、常勤勤務をしている介護者からは、残業や出張などできる時間延長の要望があった。また認定を受けている群、受けていない群の両群とも、若年認知症専門のサービスが不足していること、専門のデイサービスの設置の要望が強かった。若年認知症の人には、高齢者認知症のケア方法とは異なったアプローチが必要と指摘されており<sup>7)</sup>、介護保険報酬では、若年認知症の人に適したケアを提供すると、通所介護・通所リハビリテーションでは若年性認知症ケア加算60単位/日が算定できる<sup>8)</sup>。これは平成21年度で見直しが行われ、入所ケアにも拡大する予定である<sup>9)</sup>。若年認知症専門のデイサービスとして、全国には「いきいき学芸大学センター」<sup>10)</sup>、「おりづる工房」<sup>11)</sup>などがあるが、まだ数が少なく、

今後介護スタッフへの研修やケアの実践の蓄積が重要であろう。

次に、本人の参加の場として、「仕事」が4名いたが、自営業で家族からの支援を受けることができる、または授産所での仕事であった。その他の回答からは、社会参加の機会が少ないことが明らかとなった。日ごろの楽しみについては、家族と一緒にいる活動が多かった。さらに「支援があったらやってみたい事」として、家族以外の第三者の支援を得て、今までしていた楽しみ、趣味を行うことができたり、ボランティアとして参加するという希望があった。家族以外の支援者による参加支援の拡大が望ましいと考えられた。今回の若年交流会は、その1つの場となることができると思われる。

リハビリテーションについては、13名中2名が経験しており、半数以上の8名がリハビリテーションを利用してみたいという回答であった。若年認知症の人へのリハビリテーションは、医療保険による病院での外来リハビリテーションや<sup>12)</sup>、若年認知症専門デイサービス<sup>10)</sup>で行われているが数が少ない。各地域で若年認知症の人がリハビリテーションを受けることが可能になるために、実施施設の拡大が必要であると考えられた。

## E. 結論

愛知県内で行われた若年交流会に参加した家族に、本人と家族の生活状況、受けている支援、支援に対する介護者の要望について調査した。3割の配偶者が常勤勤務しており、残業や出張が困難であることが指摘された。また専門職による相談や、若年認知症専門の介護サービスの充実への要望が強かった。本人の社会参加や趣味は、家族の支援によって行われていたが、家族以外の支援者による参加支援の拡大が必要であると考えられた。

## F. 文献

- 1) 本間昭：日常生活動作（ADL）を評価するための測度（2）.老年精神医学雑誌 7：205-209,1996.
- 2) 綿森淑子，原寛美，宮森孝史，江藤文夫，日本版リバーミード行動記憶検査 解説と資料 .2002.
- 3) 磯辺千明，阿部隆志：Disability Assessment for Dementia .日本臨床 61， 146-153，2003.
- 4) 数井裕光，綿森淑子，本多留美，森 悦郎：日本版日常記憶チェックリストの有用性の検討，脳と神経，55：317-325，2003.
- 5) 新井平伊，他：“もの忘れ外来”の名をめぐって：若年性アルツハイマー病専門外来.精神科治療学17：347-350，2002.
- 6) 厚生労働省老健局.認知症・虐待防止対策主管課長会議資料(平成20年10月7日)，2008.
- 7) 斎藤正彦：認知症医療.老年精神医学会誌19:1059-1061，2008.
- 8) 厚生労働省老健局：平成18年度介護報酬等の改正について—概要—.老健16：54-69，2006.
- 9) 平成21年度介護報酬改定で答申：日本医事新報 4420:27-29，2009.

- 10) 駒井由紀子:若年認知症に対するリハビリテーションの基本と進行レベル・原疾患別にみた介入方法～若年認知症専門デイサービスでの取り組みから～.作業療法23: 224-232, 2008.
- 11) 認知症介護研究・研修センター:「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン,平成 19 年老人保健健康増進等事業による報告書, 86-97, 2008.
- 12) 松田修:若年性アルツハイマー病に対する心理教育的配慮に基づく認知リハビリテーションの事例.心理臨床研究 24:559-570, 2006.

## アンケート資料

### ご家族とご本人に関するアンケート

#### I ご記入いただいているご家族ご自身のことについておうかがい致します

- 1) あなたは主介護者ですか？それとも主介護者を助ける立場ですか？
    1. 主介護者
    2. 主介護者を助ける立場
    3. その他( )
  
  - 2) ご本人との同居の有無についておうかがい致します
    1. 同居している
    2. 同じ敷地内で別棟
    3. 別居している
    5. その他( )
  
  - 3) 現在のあなたの職業についておうかがい致します
    1. 常勤職員
    2. 派遣社員
    3. パート・アルバイト勤務
    4. 自営業
    5. 無職
    6. その他
  
  - 4) あなたが介護や育児をする必要のある人がいますか？
    1. 育児や就学している子どもの世話をする必要があり
    3. いない
    2. 他に介護や世話を必要とする家族がいる
    4. その他( )
  
  - 5) あなたの健康状態はどれにあてはまりますか？
    1. 非常に健康だと思う
    2. まあ健康なほうだと思う
    3. あまり健康ではない
    4. 健康ではない
  
  - 6) あなたは介護を負担に感じることはありますか？
    1. 負担に感じることはない
    2. あまり負担に感じない
    3. 少し負担に感じる
    4. いつも負担に感じる
  
  - 7) 若年認知症に関することで、あなたの心配事や愚痴をきいてくれる人はいますか？
    1. いる
    2. いない

↓ 上記質問に「いる」と答えたかた
- ◆それは以下のどの人たちですか？ あてはまる番号にすべてに○をつけてください
1. 配偶者
  2. 同居の子供
  3. 別居の子供
  4. 親
  5. 親戚
  6. 近隣の人
  7. 友人
  8. ケアマネジャー
  9. 医師(主治医を含む)
  10. 地域包括支援センター職員
  11. 保健師
  12. ソーシャルワーカー
  13. 行政の担当者
  14. その他( )
- 
- 8) 専門職(ケアマネジャー, ソーシャルワーカー, 地域包括支援センター職員など)による若年認知症に関する相談業務の必要性を感じますか？
    1. 感じる
    2. 感じない
    3. よくわからない
  
  - 9) 心理的な不安について、話をきいてもらったり、相談する場所(臨床心理士等によるカウンセリング)があれば、利用してみたいと思いますか？
    1. 利用してみたい
    2. 利用したいとは思わない
    3. よくわからない

## Ⅱ 介護保険制度や各種サービスについておうかがいします

1) 介護保険制度についてご存じですか？

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. よく理解している  | 2. だいたい理解している |
| 3. 名前だけ知っている | 4. 全く知らない     |

↓上記質問に「1. よく理解している」「2. だいたい理解している」と答えた方  
どのように介護保険制度についてお知りになりましたか？

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 病院の医師やソーシャルワーカーから | 2. 市町村の広報やパンフレットから |
| 3. 市町村の職員から          | 4. 新聞・ニュースから       |
| 5. その他(              | )                  |

2) 介護認定を受けていない理由を教えてください

3) どのような援助があれば介護認定やサービス利用につながるとおもいますか？

4) 現在の介護保険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？自由に記入してください

5) 介護保険以外で利用してみたいサービス、支援してほしいことについて自由に記入してください

例) 病院でのソーシャルワーカーへの相談、市町村窓口での福祉手帳や手当の相談、  
地域包括支援センターへの相談、地域活動支援センターの利用についてなど



## Ⅱ 介護保険制度についておうかがいします

1) 介護保険の認定を受ける際に、誰かに、あるいは相談機関などに相談しましたか？

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 家族・親戚(誰ですか ) | 2. ソーシャルワーカー    |
| 3. かかりつけ医       | 4. 相談機関(どこですか ) |
| 5. ケアマネージャー     | 6. その他( )       |

2) 介護保険のサービスを利用していますか？

1. 利用している
2. 利用していない

↓

<1. 利用している方> サービスを利用する際、だれかにまたは相談機関などに相談しましたか？

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. 家族・親戚(誰ですか ) | 2. ソーシャルワーカー    |
| 3. かかりつけ医       | 4. 相談機関(どこですか ) |
| 5. ケアマネージャー     | 6. その他( )       |

↓

<2. 利用していない方>

⇒その理由を教えてください

⇒どのような支援があればサービス利用につながりますか？

3) 現在利用している介護サービスで該当するものすべて○をつけ、週(月)に何回か記入してください

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1. デイサービス(通所介護) 週( )回  | 2. デイケア(通所リハビリ) 週( )回 |
| 3. 訪問介護(ホームヘルパー) 週( )回 | 4. 訪問リハビリ 週( )回       |
| 5. 訪問看護 週( )回          | 6. ショートステイ 月( )日      |
| 7. その他( )週( )回         |                       |

4) 現在のサービス利用に満足していますか？

1. 満足している
2. 満足していない

⇒満足している、または満足していない理由をご記入ください

5) 現在の介護保険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？自由に記入してください。

### Ⅲ ご本人のことについておうかがいします

1) 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. ボランティア活動への参加
3. 趣味の会, サークル
4. 地域活動(地域清掃, 祭りやスポーツの会, 子ども会の世話など)の参加
5. 家族会への参加, 本人の会への参加(今回の集まりを除く)
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( )

2) ご本人の日ごろの楽しみ, レジャー, 趣味を教えてください(例: 買い物, 散歩など)

3) 2)のこと以外で, 支援や機会があったら, やってみたい事, レジャーや趣味などを教えてください

4) ご本人へのリハビリテーション(運動ではなく, 認知機能のリハビリや手工芸, 楽しみを見つける, :理学療法・作業療法・言語療法)を利用したことがありますか？

1. 利用している ⇒5)へ
2. 以前利用していた ⇒5)へ
3. 利用してみたい ⇒6)へ
4. 利用したくない

5) 4)で「1.利用している」, 「2. 以前利用していた」と答えた方は, リハビリの内容を教えてください

(例: 記憶トレーニング, 計算, 音楽, 手工芸など)

6) 4)で「3. 利用してみたい」と答えた方

★利用するにはどのような方法がよいですか？

1. 病院や施設へ通う
2. 自宅にリハビリテーションスタッフが訪問する(訪問リハビリ)
3. その他( )

★どのようなリハビリテーションを希望されますか？

(例: 記憶トレーニング, 計算, 音読, 手工芸など)

ご協力, 誠にありがとうございました.

# 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—

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

若年認知症は 50 歳半ば頃に発症することが多く、働き盛りの年代であることから、本人や家族の問題であるだけでなく、勤労者や社会人としても影響が大きい。しかし、企業や就労問題を担当する行政の職員等においても、若年認知症に関する認識は十分であるとはいえない。

そこで、企業における健康管理のキーパーソンである産業医の、若年認知症に関する認識や経験を調べることにした。

## B. 研究方法

愛知県の医師会認定産業医で、平成 20 年 10 月現在の名簿に記載されている 3,463 名に調査票を郵送した。宛先不明や退職により返送された 370 名を除く 3,093 名のうち、889 名から回答を得た（回収率 28.7%）。

質問の内容は、手引き（付表）を読む前に若年認知症について知っていたか、事業所における知的障害者の有無、いる場合の人数、事業所での手引きに書かれた疾患の有無、いる場合の人数と病名、事業所での認知機能低下者の有無、いる場合の人数、業務形態、診断後の対応など、若年認知症に対する国の支援策への周知、産業医として勤務状況、事業所の属性、産業医の属性等である。

## C. 研究結果

問 1. 若年認知症についてご存知でしたか？

|     | 知っていた  | 知らない   | 聞いたことはある | 無記入   |
|-----|--------|--------|----------|-------|
| 対象数 | 480    | 117    | 285      | 7     |
| (%) | (54.0) | (13.2) | (32.1)   | (0.8) |

(N=889)

若年認知症について知っていたのは 480 人（54.0%）、聞いたことがあるのは 285 人（32.1%）であり、知らないと答えたのは 117 人（13.2%）であった。

問 2. 産業医として勤務されている事業所で、現在までに知的障害の方はいましたか？

|     | 経験なし   | 以前にいた | 現在もいる | 無記入   |
|-----|--------|-------|-------|-------|
| 対象数 | 794    | 22    | 32    | 46    |
| (%) | (89.3) | (2.5) | (3.6) | (5.2) |

(N=889)

事業所での知的障害者の経験は 794 か所 (89.3%) で経験がなく、以前にいたと現在もいる、はそれぞれ 22 か所 (2.5%)、32 か所 (3.6%) であった。その人数は 1 人が最も多く (11 および 19 か所)、次いで 2 人 (6 および 6 か所) であったが、5 人あるいは 6 人以上とした事業所もみられた。

問 3. 産業医として勤務されている事業所で、現在までのご経験で「手引き」に挙げた疾患にかかられた方はいましたか？

|     | 経験なし   | 以前にいた | 現在もいる | 無記入   |
|-----|--------|-------|-------|-------|
| 対象数 | 753    | 37    | 45    | 61    |
| (%) | (84.7) | (4.2) | (5.1) | (6.9) |

(N=889)

手引きに示した認知症の原因疾患となる疾患の経験については、753 か所 (84.7%) で経験がなく、以前にいたのは 37 か所 (4.2%)、現在もいるは 45 か所 (5.1%) であった。その人数は、1 人が最も多く、31 か所、次いで 2 人 (16 か所)、3 人 (8 か所) であった。

内容は人数不記載や多数と書かれたものを除いて、脳血管障害 94 人、変性性遺伝疾患 36 人、感染症 6 人、頭部外傷 7 人、内分泌疾患 222 人、自己免疫疾患 10 人、代謝疾患 1 人、中毒 9 人、その他 10 人であった。

問 4. 産業医として勤務されている事業所で、現在までのご経験で「手引き」に挙げた疾患により、認知機能が低下したと考えられる方はいましたか？

|     | 経験なし   | 以前にいた | 現在もいる | 無記入   |
|-----|--------|-------|-------|-------|
| 対象数 | 801    | 25    | 13    | 50    |
| (%) | (90.1) | (2.8) | (1.5) | (5.6) |

(N=889)

認知機能低下者の経験については、801 か所 (90.1%) で経験がなく、以前に経験したのは 25 か所 (2.8%)、現在もいるのは 13 か所 (1.5%) であった。人数は 1 人が最も多く、23 か所、次いで 2 人が 5 か所であった。全体では、57 人の認知機能低下者を経験していた。

問 4-2 その方の業務形態についてあてはまる項目に人数を記入してください。

|     | 自社の<br>社員 | 関連会社<br>(出向) | 派遣<br>社員 | 臨時<br>職員 | 非常勤<br>職員 | その他    |
|-----|-----------|--------------|----------|----------|-----------|--------|
| 人数  | 46        | 5            | 0        | 0        | 0         | 6      |
| (%) | (80.7)    | (8.8)        | (0.0)    | (0.0)    | (0.0)     | (10.5) |

業務形態構成比 (人数加重計算) (N=57)

これらの対象者の業務形態は、自社の社員が最も多く 46 人 (80.7%) で、関連会社が 5 人 (8.8%) であった。

問 4-3 その方の診断はどのようにされましたか？

|     | 自社の医療機関<br>で診断した | 自社の医療機関で診察<br>後、専門医療機関に紹<br>介 | 相談を受けた段階で専<br>門医療機関に紹介 | その他    |
|-----|------------------|-------------------------------|------------------------|--------|
| 人数  | 4                | 16                            | 20                     | 17     |
| (%) | (7.0)            | (28.1)                        | (35.1)                 | (29.8) |

(N=57)

診断に関しては、「相談を受けた段階で、専門機関に紹介」が 20 人 (35.1%)、「自社の医療機関で診察後、専門医療機関に紹介」が 16 人 (28.1%) であり、「自社の医療機関で診断した」の 4 人 (7.0%) を上回っていた。その他、既に診断がついていた、他院で診断を受けた人は 14 人などであった。

問 4-4 誰からの相談あるいは申し出でしたか？

|     | 本人から   | 同僚から   | 上司から   | 家族から   | その他   |
|-----|--------|--------|--------|--------|-------|
| 人数  | 7      | 6      | 31     | 11     | 4     |
| (%) | (11.9) | (10.2) | (52.5) | (18.6) | (6.8) |

(N=59 複数回答があったため)

対象者に関する相談や申し出 (複数回答) は上司からが最も多く 31 人 (52.5%)、次いで家族からが 11 人 (18.6%) であった。本人からという回答も 7 人 (11.9%) にみられた。

問 4-5 診断後の対応はどうされましたか？

|     | そのまま元の職<br>場で勤務を継続 | 職場を代えて勤<br>務を継続 | ジョブコーチな<br>ど外部の支援を<br>要請 | 休職と<br>した | その他   |
|-----|--------------------|-----------------|--------------------------|-----------|-------|
| 人数  | 15                 | 19              | 1                        | 17        | 5     |
| (%) | (26.3)             | (33.3)          | (1.8)                    | (29.8)    | (8.8) |

(N=57)

診断後の対応（複数回答）は、「職場を代えて勤務を継続」が19人（33.3%）と最も多く、次いで、「休職した」が17人（29.8%）、「そのまま元の職場で勤務を継続」が15人（26.3%）であった。

経過の自由記載では、脳血管障害の場合はリハビリ後復職した事例があるが、ハンチントン病やピック病、アルツハイマー病といった神経変性疾患では、休職後（定年）退職となるケースが目立った。パーキンソン病の例では、進行に合わせて業務を配慮したが、無動が目立つようになり、本人、家族、上司と繰り返し相談した結果、休職から退社となった。また、単身赴任で、周囲の勧めで受診したが本人に自覚がなく、上司から人事担当者への相談で再び受診し、確定診断された例や、大学病院へ通院しながら勤務を継続しており、配偶者も同じ職場であって通勤の支援が可能であった例が挙げられた。

対応で困ったこととしては、本人の病識がなく、家族も理解しないので受診に至らなかった、部長職の人で以前とまったく変わってしまい、周囲がどう関わればいいのか困惑した、休職になることに関しての本人への説明の仕方、休職満了後への対応、周囲・同僚の理解が得られない、障害者認定の希望があったが手続きが不明であった、仕事の内容がどの程度可能かの評価が困難、通勤の安全確保、業務上のケガの危険性などが挙げられた。

問5. 若年認知症に適応される国の支援策についてご存知の事柄にいくつでも○をつけてください。

| 国の支援策   | 対象数 | (%)    |
|---|-----|--------|
| 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者による支援 | 134 | (15.1) |
| 精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウント                    | 67  | (7.5)  |
| 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備              | 44  | (4.9)  |
| 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホームなどの障害福祉支援        | 72  | (8.1)  |
| 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど            | 37  | (4.2)  |
| 若年認知症対応型デイサービス                                | 96  | (10.8) |
| 無記入   | 646 | (72.7) |

(N=889)

若年認知症に関する国の支援に対する認識については、1. 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援、2. 精神障害者保健福祉手帳所得後の法定雇用率へのカウント、3. 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備、4. 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホーム等の障害者福祉支援、5. 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど、6. 若年認知症対応型デイサービス、の6つの選択肢から、知っていること、活用していることをすべて選んでもらったところ、1. は134か所（15.1%）、2. は67か所（7.6%）、3. は44か所（5.0%）、4. は72か所（8.1%）、5. は37か所（4.2%）、6. は96か所（10.8%）といずれも認知度は低く、無記入が644か所（72.6%）と最も多かった。

問6. 先生の産業医としての勤務状態についてお伺いします。

| 勤務状態                     | 対象数 | (%)    |
|--------------------------|-----|--------|
| 常勤の産業医として事業所に勤務          | 71  | (8.0)  |
| 非常勤の産業医として事業所に勤務         | 90  | (10.1) |
| 嘱託として1か所以上の事業所の産業医となっている | 404 | (45.4) |
| 産業医としては働いていない            | 280 | (31.5) |
| その他                      | 30  | (3.4)  |
| 無記入                      | 32  | (3.6)  |

(N=889)

回答者の勤務状態は、「嘱託として1か所以上の事業所の産業医となっている」が404人（45.4%）と最も多く、次いで「産業医としては働いていない」が280人（31.5%）であった。常勤あるいは非常勤として事業所に勤務しているのはそれぞれ71人（8.0%）、90人（10.1%）であった。

問6-1. 従業員数はどのくらいですか？

|     | 50人未満  | 50人以上<br>100人未満 | 100人以上<br>300人未満 | 300人以上<br>500人未満 | 500人以上<br>1,000人未満 | 1,000人以上 | 無記入   |
|-----|--------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|----------|-------|
| 対象数 | 76     | 197             | 127              | 39               | 37                 | 66       | 30    |
| (%) | (13.3) | (34.4)          | (22.2)           | (6.8)            | (6.5)              | (11.5)   | (5.2) |

(N=572)

産業医として勤務している場合の事業所（対象：572か所）の規模は、50人以上100人未満が197か所（34.4%）と最も多く、次いで100人以上300人未満が127か所（22.2%）、50人未満が76か所（13.3%）であり、1,000人以上の事業所は66か所（11.5%）であった。

問 6-2. 産業医は何人おられますか？

|     | 0人     | 1人     | 2人    | 3人    | 4人    | 5人    | 6人<br>以上 | 無記入    |
|-----|--------|--------|-------|-------|-------|-------|----------|--------|
| 常勤  | 173    | 97     | 17    | 4     | 6     | 1     | 2        | 272    |
| (%) | (30.2) | (17.0) | (3.0) | (0.7) | (1.0) | (0.2) | (0.3)    | (47.6) |
| 非常勤 | 70     | 329    | 19    | 13    | 6     | 5     | 6        | 124    |
| (%) | (12.2) | (57.5) | (3.3) | (2.3) | (1.0) | (0.9) | (1.0)    | (21.7) |
| 総数  | 50     | 381    | 44    | 15    | 15    | 4     | 12       | 51     |
| (%) | (8.7)  | (66.6) | (7.7) | (2.6) | (2.6) | (0.7) | (2.1)    | (8.9)  |

(N=572)

常勤の産業医は1人が97か所(17.0%)と最も多く、次いで2人が17か所(3.0%)であった。非常勤の産業医も1人が329か所(57.5%)と最も多く、次いで2人が19か所(3.3%)であった。産業医の合計人数は、1人が381か所(66.6%)、2人が44か所(7.7%)であり、0人と回答した事業所は50か所であった。

問 6-3. 保健師は何人いますか？

|     | 0人     | 1人     | 2人    | 3人    | 4人    | 5人<br>以上 | 無記入    |
|-----|--------|--------|-------|-------|-------|----------|--------|
| 常勤  | 304    | 79     | 20    | 12    | 1     | 12       | 144    |
| (%) | (53.1) | (13.8) | (3.5) | (2.1) | (0.2) | (2.1)    | (25.2) |
| 非常勤 | 321    | 52     | 6     | 2     | 0     | 2        | 189    |
| (%) | (56.1) | (9.1)  | (1.0) | (0.3) | (0.0) | (0.3)    | (33.0) |
| 総数  | 315    | 109    | 29    | 13    | 4     | 14       | 88     |
| (%) | (55.1) | (19.1) | (5.1) | (2.3) | (0.7) | (2.4)    | (15.4) |

(N=572)

常勤の保健師がいる事業所のうち、1人が最も多く79か所(13.8%)、次いで2人が20か所(3.5%)であり、非常勤の保健師は、やはり、1人がもっとも多く52か所(9.1%)、2人は6か所(1.0%)であった。保健師の合計人数は、1人が109か所(19.1%)、2人が29か所(5.1%)であり、0人と回答したのは315か所(55.1%)であった。6人以上いる事業所は10か所であった。



問 6-4. 医師、保健師以外の職種はいますか？

|     | いる     | いない    | 無記入   |
|-----|--------|--------|-------|
| 対象数 | 77     | 466    | 29    |
| (%) | (13.5) | (81.5) | (5.1) |

(N=572)

医師、保健師以外の職種は 77 か所 (13.5%) で「いる」、466 か所 (81.4%) ではないなかった。人数は 1 人が 31 か所 (40.3%) と最も多く、次いで 2 人が 13 か所 (16.9%) であった。いる場合の職種は精神保健福祉士が最も多く 20 人、次いで准看護師 15 人、放射線技師 13 人であった。

回答者の性別は男性 735 人 (82.7%)、女性 145 人 (16.3%) であった。

問 7-2 回答者（産業医）の年齢

|     | 20 歳代 | 30 歳代 | 40 歳代  | 50 歳代  | 60 歳代  | 70 歳代  | 80 歳以上 | 無記入   |
|-----|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 対象数 | 1     | 68    | 229    | 293    | 154    | 100    | 26     | 18    |
| (%) | (0.1) | (7.6) | (25.8) | (33.0) | (17.3) | (11.2) | (2.9)  | (2.0) |

(N=889)

年齢は 50 歳代が 293 人 (33.0%) と最も多く、次いで 40 歳代の 229 人 (25.8%)、60 歳代の 154 人 (17.3%) であった。

問 7-3 回答者（産業医）の専門診療科

|     | 内科     | 呼吸器科  | 消化器科   | 循環器科   | 外科     | 整形外科   | 小児科    | 産婦人科  |
|-----|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 対象数 | 589    | 57    | 172    | 90     | 153    | 65     | 93     | 26    |
| (%) | (66.3) | (6.4) | (19.3) | (10.1) | (17.2) | (7.3)  | (10.5) | (2.9) |
|     | 精神科    | 皮膚科   | 泌尿器科   | 眼科     | 耳鼻咽喉科  | その他    | 無記入    |       |
| 対象数 | 31     | 50    | 26     | 13     | 11     | 97     | 11     |       |
| %   | (3.5)  | (5.6) | (2.9)  | (1.5)  | (1.2)  | (10.9) | (1.2)  |       |

(N=889)

専門の診療科（複数回答）では、内科が 589 人 (66.3%) と最も多く、次いで消化器科の 172 人 (19.3%)、外科の 153 人 (17.2%) であった。

問 7-4 産業医としての経験年数

|     | 5年未満   | 5~9年   | 10~14年 | 15~19年 | 20年以上  | 無記入   |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 対象数 | 313    | 221    | 167    | 64     | 95     | 29    |
| (%) | (35.2) | (24.9) | (18.8) | (7.2)  | (10.7) | (3.3) |

(N=889)

産業医としての経験年数は5年未満が313人(35.2%)と最も多く、次いで5~9年が221人(24.9%)、10~14年が167人(18.8%)であった。

次に認知機能低下者の経験の有無と国の支援策の認識、事業所の規模、産業医、保健師の数、それ以外の職種の有無との関連を検討した。

1) 認知機能低下者の有無と国の支援策の認識

|   | 全体<br>(N=572) | (%)    | 認知機能低下者<br>あり<br>(N=34) | (%)    | 経験なし<br>(N=536) | (%)    |
|---|---------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者による支援 | 134           | (15.1) | 12                      | (30.8) | 119             | (14.9) |
| 精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウント                    | 67            | (7.5)  | 8                       | (20.5) | 58              | (7.2)  |
| 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備              | 44            | (4.9)  | 2                       | (5.1)  | 40              | (5.0)  |
| 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホームへ等の障害福祉支援        | 72            | (8.1)  | 2                       | (5.1)  | 68              | (8.5)  |
| 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど            | 37            | (4.2)  | 7                       | (17.9) | 27              | (3.4)  |
| 若年認知症対応型デイサービス                                | 96            | (10.8) | 7                       | (17.9) | 88              | (11.0) |
| 無記入   | 646           | (72.7) | 21                      | (53.8) | 581             | (72.5) |

1, 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者による支援、2, 精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウントと 5, 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど 6, 若年認知症対応型デイサービスの項目に関しては認知機能低下者の経験ありの回答者のほうが、国の支援策に対する認識度が高かったが、3, 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備、4, 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホームへ等の障害福祉支援に関しては差がなかった。

## 2) 認知機能低下者の有無と事業所の規模

|                               | 50 人<br>未満   | 50 人以<br>上 100<br>人未満 | 100 人<br>以 上<br>300 人<br>未満 | 300 人<br>以 上<br>500 人<br>未満 | 500 人<br>以 上<br>1,000 人<br>未満 | 1,000 人<br>以上 | 無記入         |
|-------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-------------|
| 全体 (N=572)<br>(%)             | 76<br>(13.3) | 197<br>(34.4)         | 127<br>(22.2)               | 39<br>(6.8)                 | 37<br>(6.5)                   | 66<br>(11.5)  | 30<br>(5.2) |
| 認知機能低下者経験<br>あり (N=34)<br>(%) | 2<br>(5.9)   | 5<br>(14.7)           | 3<br>(8.8)                  | 3<br>(8.8)                  | 2<br>(5.9)                    | 19<br>(55.9)  | 0<br>(0.0)  |
| 経験なし (N=536)<br>(%)           | 74<br>(13.8) | 191<br>(35.6)         | 124<br>(23.1)               | 36<br>(6.7)                 | 35<br>(6.5)                   | 47<br>(8.8)   | 29<br>(5.4) |

認知機能低下者の経験がある事業所のうち 55.9%が従業員 1,000 以上の事業所であり、次いで 50 人以上 100 人未満の 14.7%であった。一方、従業員 300 人未満の事業所では、経験なしと回答したところが多かった (計 72.5%)。

## 3) 認知機能低下者の有無と産業医 (常勤と非常勤の総計) の数

|                               | 0 人         | 1 人           | 2 人         | 3 人         | 4 人         | 5 人        | 6 人以上       | 無記入         |
|-------------------------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| 全体 (N=572)<br>(%)             | 50<br>(8.7) | 381<br>(66.6) | 44<br>(7.7) | 15<br>(2.6) | 15<br>(2.6) | 4<br>(0.7) | 12<br>(2.1) | 51<br>(8.9) |
| 認知機能低下者経<br>験あり (N=34)<br>(%) | 0<br>(0.0)  | 18<br>(52.9)  | 7<br>(20.6) | 2<br>(5.9)  | 2<br>(5.9)  | 0<br>(0.0) | 3<br>(8.8)  | 2<br>(5.9)  |
| 経験なし (N=536)<br>(%)           | 50<br>(9.3) | 362<br>(67.5) | 37<br>(6.9) | 13<br>(2.4) | 13<br>(2.4) | 4<br>(0.7) | 9<br>(1.7)  | 48<br>(9.0) |

産業医の数と認知機能低下者の有無との関連は明らかではなかったが、認知機能低下者ありと回答した事業所では、産業医が0人という回答はなかった。

#### 4) 認知機能低下者の有無と保健師（常勤と非常勤の総計）の数

|                                  | 0人            | 1人            | 2人          | 3人          | 4人         | 5人<br>以上    | 無記入          |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| 全体 (N=572)<br>(%)                | 315<br>(55.1) | 109<br>(19.1) | 29<br>(5.1) | 13<br>(2.3) | 4<br>(0.7) | 14<br>(2.4) | 88<br>(15.4) |
| 認知機能低下者<br>経験あり<br>(N=34)<br>(%) | 11<br>(32.4)  | 8<br>(23.5)   | 5<br>(14.7) | 3<br>(8.8)  | 2<br>(5.9) | 2<br>(5.9)  | 3<br>(8.8)   |
| 経験なし<br>(N=536)<br>(%)           | 304<br>(56.7) | 101<br>(18.8) | 24<br>(4.5) | 10<br>(1.9) | 2<br>(0.4) | 12<br>(2.2) | 83<br>(15.5) |

保健師の数と認知機能低下者の有無についても、保健師がいる場合は関連が少なかったが、経験なしの場合は保健師が0人という回答が56.7%であったのに比べ、経験ありの場合は32.4%と少なかった。

#### 5) 認知機能低下者の有無とその他の職種の有無

|                               | いる            | いない           | 無記入         |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| 全体 (N=572)<br>(%)             | 77<br>(13.5)  | 466<br>(81.5) | 29<br>(5.1) |
| 認知機能低下者<br>経験あり (N=34)<br>(%) | 12<br>(35.3)  | 22<br>(64.7)  | 0<br>(0.09) |
| 経験なし (N=536)<br>(%)           | 65<br>(12.19) | 443<br>(82.6) | 28<br>(5.2) |

その他の職種に関しては、認知機能低下者の経験ありでは、いる割合が35.3%であり、いない場合は82.6%が経験なしと回答した。

#### D. 考察

平成 18 年度に行なった愛知県における若年認知症の実態調査では、把握し得た 1,092 人のうち、調査時点で職業に就いていたのは男性の 3.3%、女性の 1.9%であり、「就いていたが休職中」は男性の 5.1%、女性は 1.0%であった。一方、「以前は就いていた」は男性で 81.4%、女性では 54.2%であり、何らかの理由で多くの人が退職したと考えられ、経済的に厳しい状況が推察された<sup>1)</sup>。

若年認知症の就労に関する報告は少ないが、認知症の人と家族の会が、2001 年に行なった調査では、発症時に仕事に就いていた人の割合は 62.1%とされており、そのうち調査時も仕事を続けていたのは 6.6%であった<sup>2)</sup>。

若年認知症は認知症高齢者に比べ、男性の割合が高いため、一家の働き手である場合が多いと考えられる。また、愛知県の調査では、雇用形態は男女とも、「常時雇用されている一般従業員」がそれぞれ 48.4%、34.3%と最も多く、男性の自営業 (12.2%)、女性の「臨時雇い等」 (21.9%) を上回っていた<sup>1)</sup>。したがって一般企業において従業員が認知症になった場合は、産業医などによる早期発見とその後の対応が重要となる。

今回のアンケートの回収率は 28.7%と高くはなかった。しかし、医師会の認定産業医は資格を持っていても産業医として活動している人はそれほど多くない。平成 15 年度に愛知県産業推進センターにより行われた愛知県の認定産業医の産業医活動の実態調査でも、3,134 名に送付し、宛先不明、死亡等を除いた 2,661 名のうち、870 名から回答があったとしている (回収率 32.7%)<sup>3)</sup>。このうち、調査時に実際に産業医として活動していたのは 489 人 (56.2%) であった。今回の調査では、回答した 889 人のうち、595 人 (67.6%) が産業医として活動しており、その回答は参考になると考えられる。

今回の調査では、事業所に勤務する産業医が認知機能低下者を認めた件数は少なく、認知症の人がいると回答があったのは 889 か所中、38 か所であった。いっぽう知的障害者については、54 か所で経験があった。これは知的障害者が障害者雇用促進法による法定雇用率にカウントされることが周知されてきているためであろう。

認知機能低下者の業務形態では、自社の社員が多く、産業医などにより十分に把握されていると考えられる。診断に関しては全体の 6 割以上が専門の医療機関に紹介されている。このことは産業医自身の診療科目では内科が最も多く、認知症の専門医である神経内科や精神科の医師が少ないことと対応している。相談や申し出は上司からが最も多かったが、家族からの相談も少なからずみられ、また本人からというのもみられた。本人や家族が気付く場合には、仕事上の悩みや不具合を相談できる仕組みの整備が重要である。しかし、本人に病識がなかったり、家族が理解しなかったり、あるいは単身赴任である場合には受診が遅れる可能性がある。診断後の対応では、34 人 (59.6%) が元の職場あるいは職場を代えるなど工夫をして、何らかの方法で仕事を継続していたが、17 人 (29.8%) 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示唆された。障害者認定の手続きが周知されていないことや、仕事上の能力評価の方法がわからないなどの意見があり、今後の課題といえる。

若年認知症に関する国の支援についてはいずれの項目も周知度は低く、企業においてこれらの制度が十分には認知されておらず、活用も不十分であることが明らかとなった。特に障害者に関わる制度についての認知度が低い傾向がみられた。

認知機能低下者の有無との関連を見ると、経験がある場合には国の支援策のうち、1. 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援については、比較的周知されていたが、2. 精神障害者保健福祉手帳所得後の法定雇用率へのカウント、5. 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど、6. 若年認知症対応型デイサービスに関してはこれより周知度は低く、20%前後であった。また、3. 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備、4. 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホーム等の障害者福祉支援に関する周知度は、経験の有無にかかわらず低かった。

今回の調査では、認知機能低下者全体の半分以上が従業員 1,000 人以上の事業所で把握されており、このような事業所では健康管理の手厚さ、産業医や保健師の数が多くことも影響していると考えられる。しかし、産業医の数と認知機能低下者の数は直接の関連はなく、むしろ、保健師の有無や数、他職種の有無との関連がみられた。企業においては近年うつ病の対策としてメンタルヘルスに力を入れるところが増えてきており、産業医の研修でもこれらの内容が学ばれている。認知機能低下者の場合も保健師だけでなく、精神保健福祉士や臨床心理士等、相談やカウンセリングができる職種が重要な鍵となる可能性がある。

E. 結論：一般企業の従業員において若年認知症の人数は必ずしも多くはなかったが、診断やその後の対応はある程度なされていた。しかし、支援制度についてはまだ周知が十分ではなく、啓発が必要と考えられる。

## F. 参考文献

1) 小長谷陽子：愛知県における若年認知症実態調査. 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. p p 13-76, 2006

2) 若年期痴呆介護の実態報告書 アンケート調査報告. 社団法人 認知症の人と家族の会 編集・発行、京都、2002

3) 平成 15 年度 愛知県における認定産業医の産業医活動の実態についての調査研究 調査報告書 愛知研産業保健推進センター 2004

## 若年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、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（知的障害）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含めてください。

- 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）、  
レビー小体型認知症、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





- 1 自社の医療機関で診断した ( 人)
- 2 自社の医療機関で診察後、専門医療機関に紹介 ( 人)
- 3 相談を受けた段階で、専門医療機関に紹介 ( 人)
- 4 その他 (具体的に : 人)

4-4 誰からの相談あるいは申し出でしたか？ それぞれの患者にあてはまる項目に○をつけ、人数もご記入ください。(複数回答可)

- 1 本人から ( 人)
- 2 同僚から ( 人)
- 3 上司から ( 人)
- 4 家族から ( 人)
- 5 その他 (具体的に : 人)

4-5 診断後の対応はどうされましたか？ それぞれの患者にあてはまる項目に○をつけ、人数もご記入ください。(複数回答可)

- 1 そのまま元の職場で勤務を継続 ( 人)
- 2 職場を代えて、勤務を継続 ( 人)
- 3 ジョブコーチなど、外部の支援を要請 ( 人)
- 4 休職とした ( 人)
- 5 その他 (具体的に : 人)

4-6 その方の対応でお困りになったことは何ですか？

4-7 該当者がある場合、差支えない範囲で病歴や、診断後の経過を教えてくださいませんか？

問5. 若年認知症に適応される国の支援策として、以下のようなものがあります。

ご存知か、すでに活用されている項目にいくつでも○をつけてください。

- 1 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、  
職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援
- 2 精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウント
- 3 障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備
- 4 在職中、必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホーム等の  
障害者福祉支援
- 5 退職後、就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプなど
- 6 若年認知症対応型デイサービス

問6. 先生の産業医としての勤務状況をお伺いします。あてはまる番号に○をつけてください。

- 1 常勤の産業医として事業所に勤務
- 2 非常勤の産業医として事業所に勤務
- 3 嘱託として1か所以上の事業所の産業医となっている
- 4 産業医としては働いていない
- 5 その他（ ）

4、5とお答えになった方は問7. に進んでください。

1、2、3とお答えになった方に産業医として勤務されている事業所についてお伺いします。複数の事業所を担当しておられる場合は、従業員数が最も多い事業所についてお答えください。

6-1 従業員数はどのくらいですか？

- 1 50人未満
- 2 50人以上100人未満
- 3 100人以上300人未満
- 4 300人以上500人未満
- 5 500人以上1,000人未満
- 6 1,000人以上

6-2 産業医は何人おられますか？

常勤（       人）           非常勤（       人）

6-3 保健師は何人いますか？

常勤（       人）           非常勤（       人）

6-4 臨床心理士など、医師、保健師以外の職種の方はいますか？

1  いない

2  いる

  いる場合は職種と人数をお書きください。

  （                                :       人）

  （                                :       人）

問7. 先生ご自身のことをうかがいます。

7-1 性別を教えてください。

1  男性

2  女性

7-2 年齢を教えてください。

  （        歳）

7-3 先生のご専門の診療科はどれですか？ あてはまるものはいくつでも○をつけてください。

1  内科           2  呼吸器科       3  消化器科       4  循環器科

5  外科           6  整形外科       7  小児科           8  産婦人科

9  精神科       10 皮膚科       11 泌尿器科       12 眼科

13 耳鼻咽喉科 14 その他（                                ）

7-4 産業医としてのご経験年数はどのくらいですか？

1  5年未満                   2  5～9年                   3  10～14年

4  15～19年               5  20年以上

## 若年認知症者と家族のソーシャルサポートに関する研究

田中 千枝子（日本福祉大学若年認知症者研究会）

柿本 誠（日本福祉大学若年認知症者研究会）

駒田 正巳（日本福祉大学若年認知症者研究会）

山崎 ゆかり（日本福祉大学若年認知症者研究会）

### はじめに

本研究は以下の5つの調査研究で構成されている。

- ①若年認知症とマクロレベルの法制度の変遷と問題点の整理
- ②当事者とその家族の社会活動のニーズと実態に関するインタビューをもとにミクロレベルの質的研究
- ③事例に対するミクロレベルの介入研究
- ④地域のメゾレベル支援活動の発生因子と促進因子の研究
- ⑤地域の職業・福祉サポート資源の実態と受け入れ意向に関する調査

以上、従来の制度から障害者自立支援法への移行期に、現状をマクロからメゾ、ミクロの局面に至るまで包括的に整理し、把握することは、今後の制度および資源、介入方法等の改善の方向性を考える意味で重要である。

### 目次

- |     |   |
|-----|---|
| 第1章 | 若年認知症者の社会活動支援に対応する法制度の歴史的変遷と問題点                 |
| 第2章 | 若年認知症者と家族の社会参加のニーズの発生機序の仕組みの研究                  |
| 第3章 | 社会活動のニーズを持つ若年認知症者と家族事例に対する介入研究                  |
| 第4章 | 若年認知症の社会活動のニーズをくみ上げたデイサービス等の資源の形成<br>および促進因子の研究 |
| 第5章 | 地域のソーシャルサポート資源の実態と受け入れ意向に関する調査研究                |

## 第1章 若年認知症者の社会活動支援に対応する法制度の歴史的変遷と問題点

### 1-1 目的と方法

若年認知症者は就労している時期に発病することが多く、その時期に仕事や社会からリタイアすることがストレスを大きくしていることがわかってきた。休職や退職しても、その人に見合った役割や社会参加が準備されるシステムが必要である。そのためまず制度の面から考察を加える。高齢者施策から介護保険、障害者施策を確認し、若年認知症者支援

制度の成立と変遷の時系列の流れを概観する。

社会福祉の法制度をその背景となる社会経済の動きなどを基準に、今日までの半世紀以上にわたる過程として便宜的に整理すると、5段階の区分として把握される<sup>1)</sup>。(〇〇に表を添付)

国の社会福祉行政は、第2次世界大戦終了より今日までの半世紀の間、[第1段階]福祉三法体制の整備、[第2段階]福祉六法体制の拡充、[第3段階]福祉見直し、[第4段階]平成の福祉改革の4段階をたどっている。さらに、介護保険制度全面施行、社会福祉法改正、障害者福祉への支援費制度導入、地域福祉計画策定、そして障害者自立支援法を指標にして、[第5段階]新しい社会福祉の展開へ移行した。

若年認知症者の施策を、この5段階の区分を軸にみていくこととする。

## 1-2 制度の変遷

### ①福祉三法体制と社会福祉基礎構造の確立（1946年～1959年）

社会福祉の法制度形成の第1段階は、第2次世界大戦直後の生活保護法（1946年）、児童福祉法（1947年）及び身体障害者福祉法（1949年）の三法と、その共通する社会福祉行政の実施体制を定めた社会福祉事業法（1951年）が制定された段階であり、時期としては1950年代あたりをさす。この段階は連合国による占領期にあたり、国の社会経済制度の枠組みを形成するとともに、社会福祉行財政の基礎構造を形成する時期になり、1950年には新しい生活保護法が制定された。高齢者に対する福祉施策は、生活保護法に基づく一般的な救貧政策の一環として実施されている。

この第1段階は、貧困対策と障害者・児童が支援対象の中心であったため、認知症・若年認知症に対する施策は行われていない。

### ②社会福祉拡充期における福祉六法体制への移行（1960年～1973年）

高度経済成長を背景にした社会福祉の拡充期であり、この段階では社会保障全般の基礎整備が進められるとともに、社会福祉関係法は三法から六法へと対象を拡大していった。

高度経済成長の前段では、社会保障制度の整備が行われ、1961年には国民皆保険、皆年金制度が構築される。

1963年には老人福祉法が成立する。この老人福祉法には、社会的活動の機会を与えるという記述があり、老人の社会的参加を保障するよう要請している。高齢者福祉施策が固有の法的根拠を得て始動したのは、この老人福祉法の制定からである。養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホームなどの施設福祉体系が整備され、家庭奉仕員制度（後のホームヘルパー）等の在宅福祉施策、高齢者の社会参加に関する諸施策の基本的な枠組みができあがった。

精神疾患に対する支援の制度は、1965年の精神衛生法が最初である。この法律は、精神病患者の医療と保護を目的に創設されている。1970年には、心身障害者対策基本法が成立したが、精神疾患は除外されていた。

この時期の認知症の支援は、高齢者の支援に含まれる形で推移している。しかし、若年認知症に対する施策は認められない。

### ③福祉見直しの視点と新しい社会福祉のあり方の模索（1974年～1988年）

この段階は第2次世界大戦終了直後に原型がつくられ、高度経済成長で基盤整備を果たしてきた社会福祉を大幅に見直して、次の福祉改革といわれる第4段階の見取り図を準備する過程であった。

社会福祉に係わる領域では、高齢化の進行とともに増加してきた老人人口の中で、介護を主たるニーズとして長期に入院している社会的入院の問題が生じ始めた。この状態を改善するため、老人保健法による老人保健施設が1983年に創設された。さらに、生活の質の見地から、可能な限り住み慣れた地域で生活できることと、大都市において困難な施設増設にも変わるものとして、在宅生活を支援する施策を重視するようになった。

老人福祉においては、ショートステイ事業（1978年）やデイサービス事業（1979年）が開始された。障害者福祉においては、1981年の「国際障害者年」の理念であるノーマライゼーションに基づき、地域の相談活動の中心である身体障害者福祉センター、職業の場を提供する通所授産施設、精神障害者の精神病院からの社会復帰を支援する施設の整備が進められた。1977年には、老人精神病棟の施設・設備整備事業を実施し、精神症状が強く入院治療を必要とする痴呆性老人の受け入れ拡大が要望された。1982年の「老人精神保健対策に関する意見について」（公衆衛生審議会）では、老人の痴呆性疾患の患者に対する通院医療の充実、訪問指導の推進、相談窓口の設置、介護者への教育等、在宅ケア支援のための対策の推進、福祉関係機関等の密接な連携を求めている。

1984年には、痴呆性老人処遇技術研修事業が開始され、痴呆性老人の処遇に対する実践的研修が行われた。1987年厚生省痴呆性老人対策推進本部報告では、痴呆性老人対策についての調査研究の推進、発生予防対策の充実、在宅保健福祉対策、施設整備、その他の基盤整備を総合的に実施していくことが必要と指摘された。その中には、アルツハイマー病を含む初老期に発生する痴呆については、年齢制限のため、現行の在宅保健福祉対策の対象とならない場合があり、必要に応じその対象に追加することを引き続き検討することとなった。1988年には、老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイケアの創設や、老人保健施設痴呆性老人加算承認施設が創設された。

この時期の高齢者対策は、在宅生活を重視する方向で施策が開始されている。認知症分野では、痴呆性老人の実践的研修が明示され、老人性痴呆疾患治療病棟やデイケア、老人保健施設痴呆性老人加算承認施設が具体的に創設されるに至った。

さらに、在宅では困難な認知症高齢者については、症状・状況に応じて老人性認知症治療病棟・老人性認知症療養病棟・療養病床などの入院、介護老人保健施設・介護老人福祉施設等への入所などの、施設処遇の方法を取ることになった。

そして、1987年の推進報告書では、初老期痴呆認知症に対して在宅保健福祉対策の対象について検討することがもりこまれている。

つまりこの時期は、在宅生活を支援する施策を重視する時期である。しかし、認知症に関しては、老人精神病棟の施設・設備整備事業等の精神症状が強く入院治療を必要とする痴呆性老人の受け入れ拡大と、痴呆老人の処遇についての研修・相談事業の拡大という2つの方向の施策が打ち出された。

若年認知症に対しては、必要に応じ対象に追加することを引き続き検討するという目標に留まった。

#### ④平成福祉改革と社会福祉基礎構造改革（1989年～2000年）

第4段階は第3段階の福祉見直しの検討結果を引き継いで、半世紀にわたる国の社会福祉基礎構造改革を再編成し、さらに少子高齢社会に対応するための施策を整備していく、福祉改革の時期としてとらえられる。老人福祉の分野では、1989年に高齢者保健推進十カ年戦略が策定され、施設サービス・在宅サービスに関する10年間の大幅な整備目標が設定された。その後、1994年の新ゴールドプランで整備目標が引き上げられた。認知症に関しては、1991年に老人性痴呆疾患センターや老人保健施設痴呆専門棟の創設がなされた。

1991年の老人保健の改正により、1992年には、65歳未満の初老期痴呆患者が老人保健施設に入所可能となり、毎日でも受け入れが可能な痴呆性老人専用のデイサービスが実施された。

1993年の改正障害者基本法では、国及び地方公共団体における障害者基本計画等の策定が法制化され、1995年の「障害者プラン—ノーマライゼーション7カ年戦略」で数値目標を明記した。

障害者基本法は、「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」として、社会参加の機会を保障することを定めている。

この法律で、精神障害者は障害者として位置づけられ、法律が心身障害者から「障害者」に改めたことにあわせ、精神障害者が初めて障害者福祉施策の対象となった。障害者福祉施策は、この障害者基本法に基づいて、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、及び精神保健福祉法（1995年）の4法律を中心に行われていくことになった。

1995年には、「精神保健法」が、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）に改正された。ここで、精神障害者保健福祉手帳制度が創設された。また、その目的には、従来の「医療及び保護」「社会復帰の促進」に、「自立と社会経済活動への参加の促進」が加えられた。

1997年制定の介護保険は、社会保険方式で介護サービスを給付する制度として創設された。

この中で、若年認知症者は、40歳以上の第2号被保険者で、要介護や要支援の原因が加齢に伴って生じる特定疾患（初老期認知症や脳血管障害等の16種類の疾病）である場合に限って対応される。しかし、39歳以下や加齢に伴わない疾患に関しては、救済されなかった。

この第4段階の前半では、高齢者保健推進十ヵ年戦略により施設サービス・在宅サービスに関する10年間の大幅な整備目標の設定、さらに新ゴールドプランで整備目標が引き上げられるなど、具体的な施策として在宅介護が大きく推進された時期であった。

その中で認知症では、老人性痴呆疾患センターの相談支援や老人保健施設痴呆専門棟の創設に見られる具体化が始まった。さらに若年認知症に関しては、65歳未満の初老期痴呆患者が老人保健施設に入所可能となったことが特記される。

後半では、精神障害者保健福祉手帳や介護保険の創設の中で、若年認知症は、両者ともに適応されることになったが、当事者特有のニーズの支援ではなく、高齢者・障害者に含まれる制度運用であった。

#### ⑤新たな社会福祉への移行（2001年～現在まで）

この新しい段階は、介護保険法の全面施行、さらに2003年には身体障害者福祉法・知的障害者福祉法改正にともない、それぞれのサービスについて措置制度から利用者の申請に基づく市町村の支援費制度に改められることになった。

2003年には、報告書「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」が提出された。2015年は戦後の「団魂の世代」が大量に高齢者の仲間入りをし終える年である。報告が重視したことは、高齢者がたとえ要介護状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能にすることである。そのために、①介護予防・リハビリテーション、②生活の継続性を維持するための新しいサービス、③認知症ケアを重視した新しいケアモデルの確立、④サービスの質の確保と向上等を提唱した。この報告書が検討材料のひとつとなり、社会保障審議会介護保険部会で制度見直しに向けた論議が開始された。

そして2006年4月に改正介護保険法が施行され、介護予防の重視、地域密着型サービスの増設などが盛り込まれた。この段階で、介護予防サービスにおいて、認知症予防が重点目標としてあげられている。2006年には、若年認知症における通所施設に関連するサービスに、若年認知症ケア加算が新設されるようになる。

社会福祉基礎構造改革のひとつとして、2003年から障害者福祉サービスは措置制度から支援費制度に移行したが、制度開始後の急激なサービス利用の拡大が、財源不足に直結する事態を招いた。この財政的な問題と地域間の格差、障害種ごとの縦割りの弊害などの課題が、障害者自立支援法につながった。

障害者自立支援法は、2006年から施行された。この法律で、3障害の利用手続き・経費負担・施設事業に関する条文が改定され、障害者福祉は統一された。そして支援費制度以来の障害者とサービスを提供する事業者との利用契約制度が、法的に強化された。

施設事業体系は、障害種ごとの対象枠が解消され、33種あった施設事業が10数種に整理された。統合されたことにより、複雑さは減り、質の高いサービスに引き上げられる可能性が期待される。一方では、むしろ逆に、障害種別ごとに必要な配慮が確保されるか等の懸念も指摘されている。また、地域での働く場所や住まい、人の支えなどの基本的なサービス基盤が無い中での支給決定にならざるを得ないという峰島<sup>2)</sup>らの指摘もある。



この時期は、介護保険の改正と、障害者自立支援法の施行が中心となった。介護保険の改正では、認知症予防が重点目標としてあげられるに至った。厚生労働省は、高齢化により2035年には65歳以上の高齢者の8人に1人が認知症になると試算し、2008年7月に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を打ち出して、地域で暮らせる社会づくりを目指すとしている。また、若年認知症に関しては、相談コールセンターを全国に1ヵ所設置し、就労についても支援するとしている。

認知症に関しては、高齢者の増加に伴う問題として国が対策を打ち出し始めている。しかし若年認知症に関する固有の施策は、若年認知症ケア加算以外、行われていないのが現状である。

### 1-3 小括

以上5段階の時期における若年認知症の制度を整理してきた。

概観を通じて判明したことは、認知症は高齢者の疾患であるという視点で、若年認知症が高齢者の施策に含まれて経過してきた点である。そのため、若年認知症者の固有の生活問題やニーズを支援する視点が、育ちにくい経過であったことが示唆された。

現在の制度が若年認知症者のニーズに不適合な現状も、支援が高齢者に含まれて、介護中心に生まれ、社会活動支援として捉えられずに進行してきた経過と関連していると考えられる。今後は就労を含めた社会活動支援として、障害者支援の施策の充実が望まれる。

### 引用文献

- 1) 蟻塚昌克 (2007) 『入門 社会福祉の法制度』(ミネルヴァ書房)
- 2) 峰島厚他 (2006) 『障害者自立支援法の基本と活用』 p3.p15 (全国障害者問題研究会出版部)

### 参考文献

- 大島侑 (2006) 『社会福祉概論』(ミネルヴァ書房)
- 壮村多加志 (1994) 『痴呆性老人対策推進の今後の方向』(中央法規出版)
- 河野正輝 (2006) 『社会福祉法の新展開』(有斐閣)
- 宮永和夫 (2007) 『若年認知症者の臨床』(新興医学出版社)
- 山田耕造 (2007) 『テキストブック現代社会福祉法制』(法律文化社)
- 西下彰俊 (2005) 『高齢者福祉論』(川島書店)
- 日本認知症ケア学会 (2007) 『改訂・認知症ケアにおける社会資源』(ワールドプランニング)
- 西下彰俊 (2005) 『高齢者福祉論』(川島書店)
- 日比野清他 (2007) 『臨床に必要な障害者福祉』(弘文堂)

社会福祉法制度と認知症等施策

出典 蟻塚昌克 (2007)『入門 社会福祉の法制度』p16 (ミネルヴァ書房) の社会福祉の法制度の発展過程について図表 1-1 その図に筆者が認知症施策を加筆して作成

|                       | 社会福祉   | 認知症   |
|-----------------------|--|---|
| <b>1 戦後社会福祉制度の確立期</b> |  |   |
|                       | 福祉三法体制   |   |
| 1946年                 | 旧生活保護法   |   |
| 1947年                 | 児童福祉法  |   |
| 1949年                 | 身体障害者福祉法   |   |
| 1950年                 | 生活保護法  |   |
| 1951年                 | 社会福祉事業法  |   |
| <b>2 拡充期</b>          |  |   |
|                       | 福祉六法体制   |   |
| 1960年                 | 精神薄弱者福祉法   |   |
| 1963年                 | 老人福祉法  |   |
| 1964年                 | 母子福祉法  |   |
| 1971年                 | 児童手当法  |   |
| 1973年                 | 老人医療無料化  |   |
| <b>3 見直し期</b>         |  |   |
|                       | 第2次臨調に基づく福祉の見直し  |   |
| 1980年                 | 第2次臨調設置・社会福祉を含む行財政改革を提言  |   |
| 1982年                 | 老人保健法  | (1984) 痴呆性老人研修事業                              |
| 1987年                 | 社会福祉及び介護福祉士法   | 厚生省痴呆性老人対策推進本部の設置                             |
| <b>4 改革期</b>          |  |   |
| 1989年                 | 福祉関係三審議会合同分科会意見具申<br>福祉サービスの供給主体の在り方・在宅福祉の充実と施設福祉との連携強化・市町村の役割重視・ゴールドプラン策定 | 痴呆性老人疾患センターの創設                                |
| 1990年                 | 福祉八法改正 在宅福祉サービスの積極的推進・福祉サービスを市町村に一元化                                       |   |
| 1994年                 | 高齢者介護・自立支援システム研究会報告・エンゼルプラン策定  | (1991) 老人保健法の改正・老人性痴呆疾患療養病棟の創設・老人保健施設痴呆専門棟の創設 |
| 1995年                 | 障害者プラン策定   |   |
| 1997年                 | 介護保険法成立 児童福祉法改正法成立   |   |
| 2000年                 | 社会福祉事業法改正  |   |
| <b>5 現在の段階</b>        |  |   |
| 2003年                 | 支援費制度・地域福祉計画   | 2015年の高齢者介護                                   |
| 2005年                 | 障害者自立支援法   | 認知症を知り地域をつくるキャンペーン開始                          |
| 2006年                 |  | 介護保険法改正・通所施設に関連するサービスに若年認知症ケア加算が新設            |

## 第2章 若年認知症者と家族の社会参加のニーズの発生機序の仕組みの研究

### 2-1 目的と方法

若年認知症者の家族の社会活動・社会参加への動機づけやニーズに対する実態把握は、近年いくつかの調査がおこなわれている。しかしそのニーズの発生する機序を解明するモデルの作成に関する研究はいまだおこなわれていない。発生機序が解明できれば、介入のための切り口や時期等について多くの示唆が得られるものと考ええる。本研究ではその発生機序を当事者・家族へのインタビューからモデル化をおこなうことを試みた。

データの分析は、質的研究とし、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下 GT 法）を採用する。GT 法は、一連の系統的手順を用い質的データから帰納的に理論を開発するための質的研究方法論であると同時に、この方法で開発された理論の種類を示す名称である。

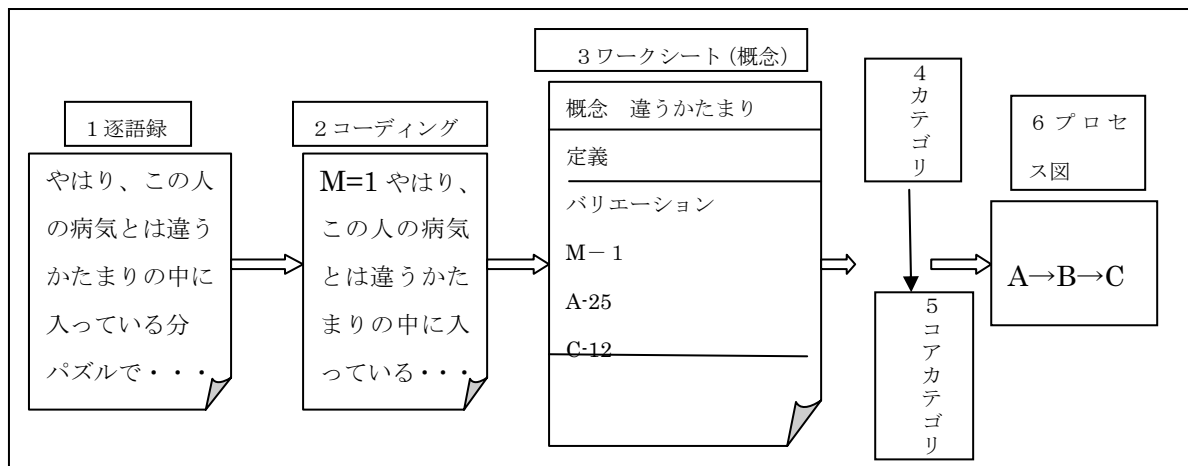
この方法を選択した理由は、「GT法がデータから理論を生成する帰納的な手法であるから」<sup>1)</sup> である。本研究はその発生のプロセス性を概念化することを目指した。

その中でも本研究では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下 M-GT 法）を選択した。M-GT 法は、データの切片化を否定し、データの提供者（調査対象者）のまとまりとしての理解を重視し、データは区切りのいいところで区切って見ることに特徴がある。「日常の仕事でも、私たちは対象の背景や状況などあらゆる文脈を汲み取って対象のニーズに添って援助を実行していると考えられるため、切片化によってデータを 1 語 1 句ばらばらにしていくことは、それらの文脈を壊すことであると考えた。」<sup>2)</sup>

本研究の具体的な手順については、図 1 に分析の流れを作成した。

1 でインタビューの逐語録を起こす。2 で意味のまとまりを単位として記号化し整理した。例えば M1 であれば、M さんの逐語記録を意味のまとまりで整理した 1 番目のデータということになる。このデータをテーマに関連がありそうな箇所に着目し、その着目箇所を対象者の行為や認識に照らして解釈・定義し、意味概念を抽出し、さらに上位概念を抽出していく分析手法をとった。さらに抽出した概念から、3 の概念名、定義、ヴァリエーション（生データ）からなるワークシートを作成した。4 で生データと概念を切り離しつつ、概念間の関係を考え、概念間のまとまりであるカテゴリーを抽出した。5 で最終的に包括的な全体概念であるコアカテゴリー（中核概念）を抽出した。それを 6 のプロセスの構成図に表し、概念間の関係について分析を加えた。

図1 分析の流れ



対象者は、若年認知症と診断をうけ、在宅で生活している本人及び家族とした。

最終的に9名にインタビューを実施したが、その中に当事者が2名含まれる。当事者のうち、1名は本人と妻との合同のインタビュー、もう1名は妻と別々にインタビューをおこなった。他の7名はすべて介護者で、妻が6名、夫が1名である。表1が対象者を表にしたものである。

表1 研究対象者一覧

インタビュー対象者を○と記した

| 性別  | 調査時年齢 | 介護者 | 介護者の年齢 | 発症時の年齢 | 発症時の介護度 | 現在の介護度 | 相談先        |
|-----|-------|-----|--------|--------|---------|--------|------------|
| ○男性 | 60    | ○妻  | 51     | 58     | なし      | なし     | MSW        |
| ○男性 | 57    | ○妻  | 52     | 55     | なし      | なし     | MSW        |
| 男性  | 71    | ○妻  | 66     | 69     | 介護3     | 要介護5   | CM         |
| 男性  | 57    | ○妻  | 57     | 54     | なし      | 申請中    | 地域包括       |
| 男性  | 64    | ○妻  | 59     | 60     | 介護1     | 要介護3   | 地域包括<br>CM |
| 女性  | 63    | ○夫  | 65     | 59     | 介護1     | 要介護4   | CM         |
| 男性  | 61    | ○妻  | 51     | 56     | なし      | 要介護3   | CM         |

調査は、2006年12月から2007年5月までの6ヶ月間に8回実施（内本人と家族合同1回含む）した。対象者の選定は、現在若年認知症の支援をしている医療ソーシャルワーカー（MSW）やケアマネージャー（CM）からの紹介で行い、趣旨を了解した対象に対し、対象者の希望の場所に出向いて実施した。

インタビュー形態は、対象者と筆者の対面とし、対象者によっては、本人・家族の話しやすさを考え、紹介者と同席する形をとった。インタビューは対象者の同意を得て、ICレコーダにて録音した。倫理的配慮については、プライバシーの保護、データの使用目的、個人情報の管理、調査の中止や質問への拒否は対象者への自由意思であることなどを説明

し、文章化した同意書を交わした。また、分析方法は、文脈を切り取って分析する M-GT 法であり、より個人情報を保護することができる旨の説明も加えた。対象者の居住地は、東海地方 3 名、近畿地方 4 名であった。

## 2-2 情報収集と分析 プロセス図の作成過程

コアカテゴリーは**太字**で、カテゴリーは、「カギカッコ」で、概念は（カッコ）で表わしていく。カテゴリーを構成する概念の表を作成し、文中に入れている。各概念は、端的に内容を表している概念の定義解釈を入れた。

コアカテゴリーは 2 つ抽出し、1 は居場所のある生活へのプロセス、2 は不健康へのプロセスとした。コアカテゴリーの**居場所がある生活のプロセス**（図 2）と**不健康へのプロセス**（図 3）のプロセス図を下記に表す。

図 2 コアカテゴリー：「居場所がある生活へのプロセス」

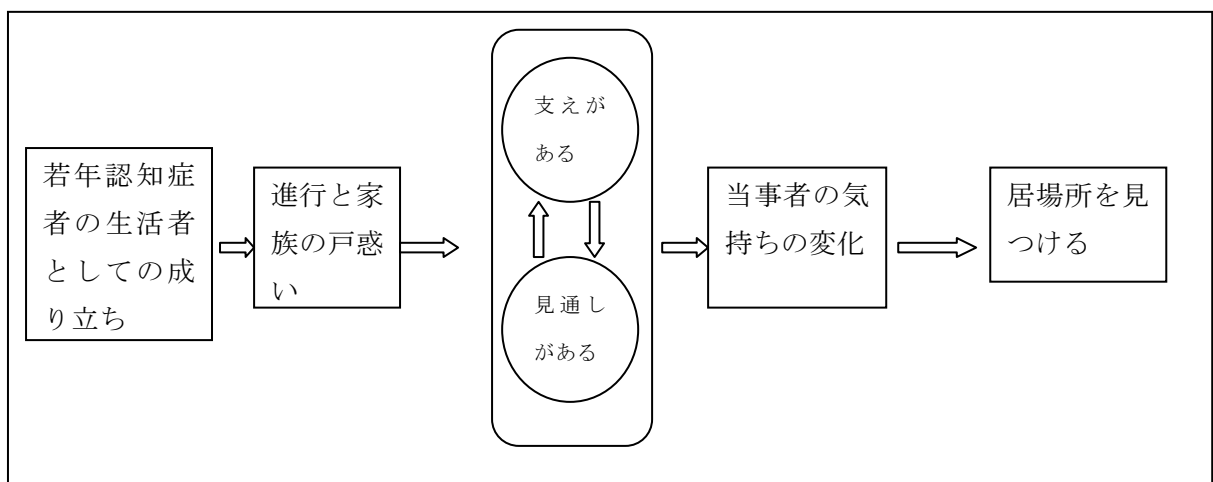
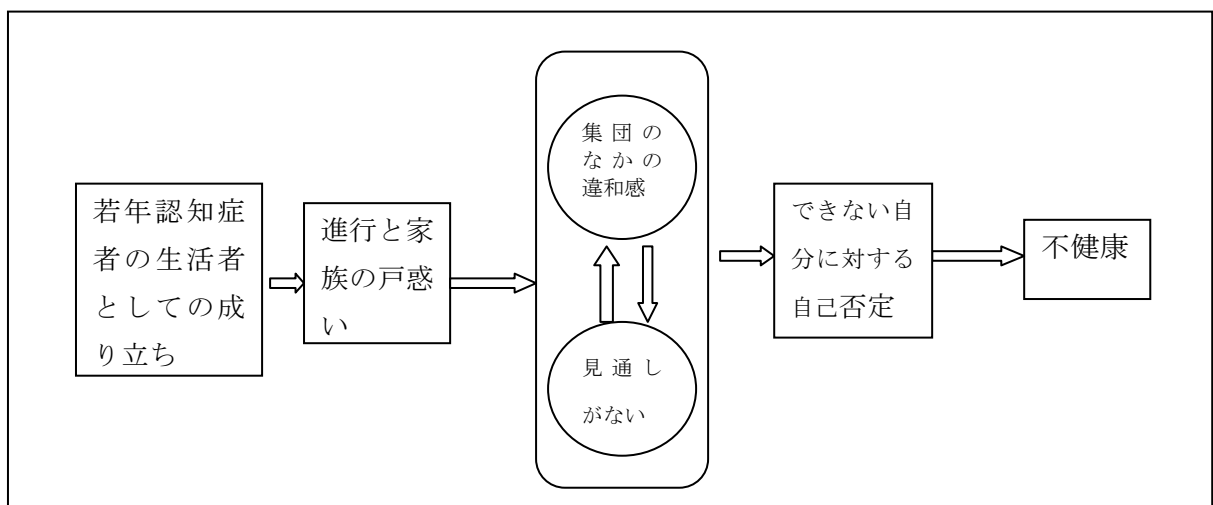


図 3 コアカテゴリー：「不健康へのプロセス」



### 2-3 共通の経過

共通項である「若年認知症者の生活者としての成り立ち」と「進行と家族の戸惑い」についてはコアカテゴリー、1. **居場所がある生活へのプロセス**、2. **不健康へのプロセス**両方ともに、「若年認知症者の生活者としての成り立ち」がまず存在し、若年認知症の発症をきっかけに「進行と家族の戸惑い」が発生する。その地点から新たに加わるカテゴリーの違いによって、「居場所をみつける」方向と、「不健康」の方向に分かれていく。

両プロセスの共通項である「若年認知症者の発症以前の生活者としての成り立ち」(表2・図4)は、概念(一家の大黒柱)(現役の父親)(仕事に生きがい)(生き方の反映した仕事観)によって構成される。若年認知症者は、家庭の中での大黒柱であり、現役の父親である。子供が小さい場合には子育てを手伝う親の立場であり、加えて自分の親の世代の介護問題も抱えている年代である。

その壮年の世代を支えるものは仕事であり、それまでの生活や生き方を反映した仕事観を持って存在している。このそれぞれが若年認知症者を構成する要素であり、これからのプロセスを考える上で重要な要素となる。

図4 若年認知症者の発症以前の生活者としての成り立ち

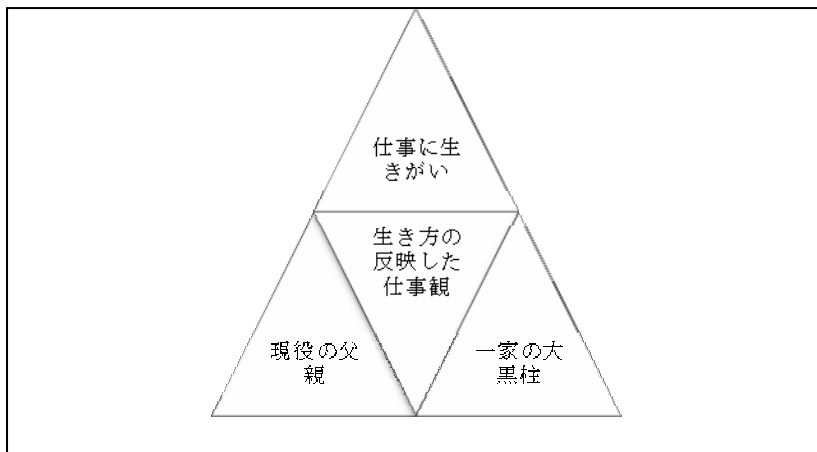


表2 カテゴリー:「若年認知症者の発症以前の生活者としての成り立ち」の構成概念

| 概念          | 定義・解釈   |
|-------------|---|
| 一家の大黒柱      | 若年認知症者の年代は、家庭の中でも、経済面や生活一般の一家の大黒柱であり、生活の中心を支えている年代である。  |
| 現役の父親       | 当事者は、継続された生活の中にいる。子どもは、まだ学生であったり、子育てをしている娘であったりする。もう一代上には当事者の親がいて、その介護問題を抱えている。この若年認知症者の現役である世代を表わす概念を、「現役の父親」という言葉で表わした。 |
| 仕事に生きがい     | 壮年の男性にとっては、仕事をする事自体が生きがいであるという概念定義である。  |
| 生き方の反映した仕事観 | その人がそれまで生活してきた歴史の中で培われた仕事観があるということ。   |

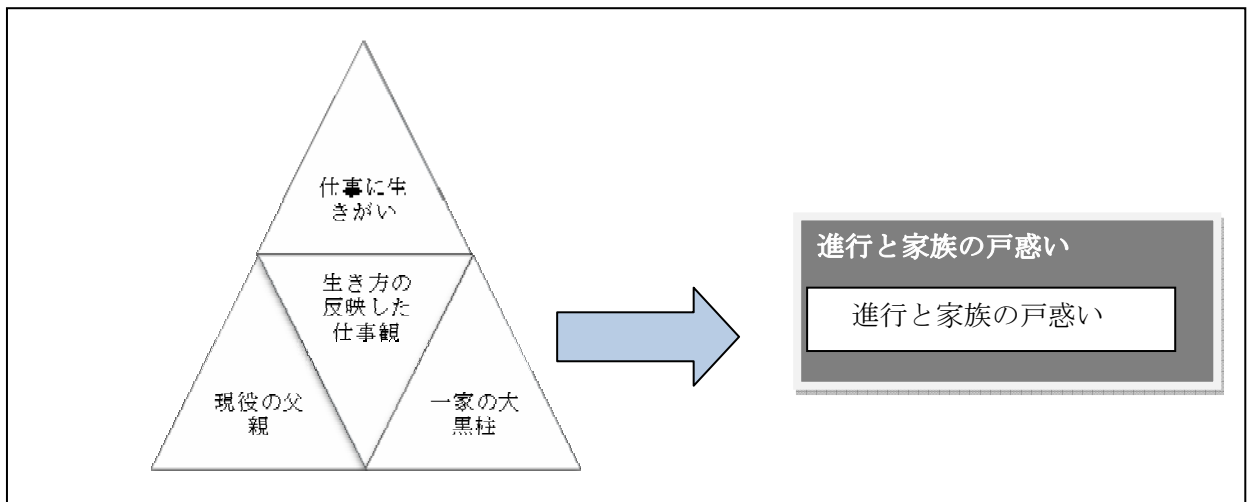
次のプロセスの「進行と家族の戸惑い」（表 3）は、概念（進行と家族の戸惑い）をそのまま上位概念であるカテゴリーとした。

表 3 カテゴリー：「進行と家族の戸惑い」の構成概念

| 概念        | 定義・解釈  |
|-----------|--|
| 進行と家族の戸惑い | 毎日の生活上色々な事象がおこる。若年認知症の症状は仕事や生活上の困難な状況を伴うことが多い。夫の変化で生じる生活上の不具合を、配偶者として支援しながらも戸惑いを感じている家族の概念として定義。 |

この 2 つのプロセスに共通の「若年認知症者の生活者としての成り立ち」から、疾患をきっかけにした進行と家族の戸惑いに向かう部分を表す。（図 5）

図 5 2 つのコアカテゴリーに共通のプロセス



#### 2-4 居場所がある生活へのプロセス

「進行と家族の戸惑い」をきっかけに、カテゴリー「支えがある」（表 4）と「見通しがある」（表 5）の要因によって 2 つの道に分かれていくと考える。上記の 2 つのカテゴリーが、1 の居場所がある生活へのプロセスに向かう源である。「支えがある」は（同病者とのつながり）（友人の支え）（肉親の物心の助け）で構成されている。「見通しがある」は、（困った時に相談できる）（知れば怖くない）（何とかいける）で構成されている。「進行と家族の戸惑い」を生じた後、同病者とのつながりや友人、肉親の支援を得ることで、少しずつ落ち着いていく。

一方、困った時に相談できる体制があり、若年認知症の知識や社会資源、病状の今後の情報を正確に知ることによって、（知れば怖くないと）（何とかいける）という思いが芽生える。

この「支えがある」「見通しがある」のカテゴリーは相互に影響し合っている。その相互関係の 2 つのカテゴリーを行き来することで、当事者の気持ちの変化が現れる。

表4 カテゴリー：「支えがある」の構成概念

| 概念        | 定義・解釈  |
|-----------|--|
| 同病者とのつながり | この疾患の家族や本人同士で話しをすることで、不安が軽減できることも多い。若年認知症者や家族として、同じ疾患同士で集まり、繋がりをもつことを概念とした。                                    |
| 友人の支え     | 若年認知症の診断を受けた直後から、信頼をおいている友人に診断の事実を伝えて、協力を得ている。物理的な協力を得ているだけでなく、精神的な支えになっている。                                   |
| 肉親の物心の助け  | 特に介護者としての家族の支援にまわり、必要なときは手伝いに駆けつけたり、介護者が疲れすぎないように助言して、精神的に支えている。公的な支援が少ない中、肉親の支援は不可欠であるが、近親者も含めて疲労が蓄積されることもある。 |

表5 カテゴリー：「見通しがある」の構成概念

| 概念         | 定義・解釈   |
|------------|---|
| 困った時に相談できる | 自分の困った時に連絡するとすぐに相談できて、専門家として対応してくれる人がいる。患者としてみている医師だけでは無理であり、相談を受けてくれる人の支援がなければ何もわからない。困ったときに相談できる専門家と即応できる体制を念頭に入れた概念。 |
| 何とかいける     | 先の目途があるため、「何とかいける」と思える。公共の制度や疾患の症状の流れを知ったことで、見通しができる。何とかなる、何とかいけるというプラスの思考を表わす概念  |
| 知れば怖くない    | 薬等の知識を得ることや先の目途を学習することで、現実を正確に理解し精神的に安心を得る。知っていくことが、今後の不安を軽減する一助になること。  |

「当事者の気持ちの変化」(表6)は、(仕事の潮時)(会社以外の生き方)(意欲ある外向きの生活)で構成されている。仕事での問題を減らそうと必死で努力を行ったが、これ以上難しいと感じ、仕事の潮時と覚えてくる。当事者には、支援による知識や見通しから、仕事一辺倒の生活を見直し、地域や生活に視点を移す変化が起こる。

表6 カテゴリー：「当事者の気持ちの変化」の構成概念

| 概念          | 定義・解釈   |
|-------------|---|
| 仕事の潮時       | 病状の進行に伴う実際の生活や仕事の不具合について、本人・家族ともども困惑する。現在の仕事をそのまま続けていけるよう懸命な努力を行うが、自分で思ったよりできない。その後それぞれの時間の経過や、あきらめや気持ちの変化とともに、「仕事の潮時」と考える時期が訪れる。 |
| 会社以外の生き方    | 会社の退職はつらいことであったが、会社以外の地域や家族に目を向けて、会社以外の生き方を模索するという意味。   |
| 意欲のある外向きの生活 | 疾患の進行は自らの努力だけでは解決できない問題であり、退職に至ることとなる。しかしそこから地域に目を向けて、趣味を広げ、楽しみを見つけて意欲のある生活を送る。その現状を「意欲のある外向きの生活」という概念で表わした。                      |

その結果、地域でのデイサービス利用も含めた地域での生き方として「居場所を見つけ



る」(表 7) 生活にシフトしていくきっかけとなる。「当事者の気持ちの変化」は、「支えがある」「見通しがある」カテゴリーを通して生じてくるもので、「居場所を見つける」方向へと向かう条件と考える。「居場所を見つける」カテゴリーは、(居場所がある)と(安心感)で構成されている。

居場所がある生活とは、自分の身の置き所があり、能力にあった役割が与えられた、安心感のある生活である。社会に参加するという意味に置き換えて考えられる。それを得ることができるプロセスとして、第 1 のコアカテゴリー**居場所がある生活へのプロセス**を抽出した。

表 7 カテゴリー：「居場所をみつける」の構成概念

| 概念     | 定義・解釈   |
|--------|---|
| 居場所がある | 自分のいる場所があり、居場所が持てる生活という意味。若年認知症という疾患の病態と、その人自身の個性や能力を見極め、できることを行い、できないことは補助してもらえることで、本人が安心できるスペースである。 |
| 安心感    | 自分の身の置き所があり、その場所にいることで安定を得る。集団の中での自分という位置が心地よく、安心であるとする気持ち。   |

## 2-5 不健康へのプロセス

**不健康へのプロセス**では、**居場所がある生活へのプロセス**と同様に「若年認知症者の生活者としての成り立ち」がまず存在し、若年認知症の発症をきっかけに「進行と家族の戸惑い」が発生する。しかし、その地点から新たに加わるカテゴリーの違いによって、「不健康」の方向に進んでいく。

次のカテゴリーは、「見通しが見つからない」(表 8)と「集団の中の違和感」(表 9)の2つのカテゴリーである。「見通しが見つからない」は、(世間との壁)(未知の世界)(窓口がわからない)で構成される。(世間との壁)は、若年認知症に対する世間の偏見や誤解から、気軽に相談することもできず、当事者や家族が閉じこもる状態である。(未知の世界)は、当事者・家族も若年認知症についての知識がないことから戸惑い悲観し、今後の見通しが見つからない状態を表している。(窓口がわからない)は、若年認知症の専門的な知識をもっている相談機関がわからないため、情報を得られないという意味である。調べてたどりついても他の機関に回された結果、支援を得られないという状況を指している。

「集団の中に違和感」(表 9)は、(違うかたまり)(年寄りばかり)(つきっきりはできない)で構成される。(違うかたまり)は、若年認知症が高齢者や他の障害者の中で過ごすことで、違うかたまりの中にいるように感じる。(年寄りばかり)は、壮年である当事者が、介護保険の利用に際し抱く率直な感想である。その上、実際の利用に際しては、若年認知症者の対応が難しいとして、施設側から(つきっきりはできない)と断られる現状も表わしている。この「見通しが見つからない」と「集団の中の違和感」が相互に影響し合った結果、「できない自分に対する自己否定」(表 10)が生じる。

表 8 カテゴリー：「見通しが見つからない」の構成概念

| 概念       | 定義・解釈  |
|----------|--|
| 未知の世界    | 寝たきりになるのか、変なことを言い出すのかということばかりを考えて、今後の見通しが全くつかない状態。   |
| 世間との壁    | 自分の疾患について、世間の人には若年認知症に関してマイナスのイメージしかないため「伝えようにも伝えられない」状態である。偏見のある若年認知症という疾患を他人に伝えるべく、閉じこもる状態を表わす概念として生成した。                             |
| 窓口がわからない | 連絡先を調べて出向いても、一般的な説明を受けるだけ。窓口にたどり着いたとしても、専門的な知識を持っている人につながらない。主治医には、夫と一緒に受診するため、詳細な内容を話すことができない。このような状況にいる若年認知症者、家族の現状を「窓口がわからない」と定義した。 |

表 9 カテゴリー：「集団の中での違和感」の構成概念

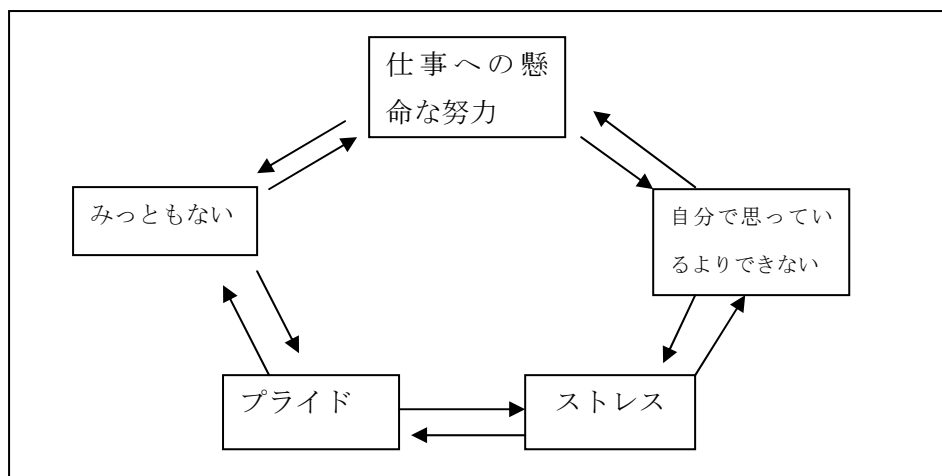
| 概念         | 定義・解釈   |
|------------|---|
| 違うかたまり     | 同じような病気の集団の中に入らないことから、違うかたまりの中に入っているという意味である。   |
| 年寄りばかり     | 若年認知症者の年齢は、働き盛りが退職した前後である。そのため、現在の施設利用者の多くは、自分の父親や母親の年代にあたる。年寄りばかりという言葉が、その思いを代弁している。                       |
| つきっきりはできない | 介護保険のサービスの通所型において若年認知症者の対応が難しく、断られることもある。特に職員の手が少ないときは、手がかかるので迎えにきて欲しいといわれることもある。それを、「つきっきりはできない」という概念で表わす。 |

「できない自分に対する自己否定」は、表 10 の様に（仕事への懸命な努力）（自分で思っているよりできない）（ストレス）（プライド）（みっともない）という概念が下位概念として存在する。仕事をうまくやろうとして毎日紙に書いて記憶する等の努力をするが、（自分で思っているよりできない）と感じる。そして頭が真っ白になり、体重が減っていく等の（ストレス）を生じていく。しかし、一家の中心で仕事を行ってきた（プライド）から、自分の今の状態を（みっともない）とマイナスに評価していく。この下位概念は、概念間で循環していると考えられる（図 7）。この概念間を回っている間に自己否定が強化されていく。この状態を「自分ができないという自己否定」というカテゴリーで表した。

表 10 カテゴリー：「できない自分に対する自己否定」の概念構成

| 概念             | 定義・解釈   |
|----------------|---|
| 仕事への懸命な努力      | 疾患の進行とともに仕事もうまく捗らない状態になるが、必死に間違いを少なくするよう努力を行っている。仕事で迷惑をかけないようにしたいという思いと、それまでの自分の経験値からありえないと否定する気持ちが入り混じり、仕事を滞りなく行うための懸命な努力が毎日続く。  |
| 自分で思っているよりできない | ミスをすることが自分でも信じられない。それがショックである。できると思った仕事や役割がうまく進められないことで、現実を突きつけられる。   |
| ストレス           | 屋上を歩いたり、頭が真っ白になったりする症状や、体重が減って痩せてくる体調の変化も出現している。仕事をしてきたプライドが傷つき、ストレスがたまってくる。体の変化に影響する兆しがある。                                       |
| プライド           | 家族の生活を担ってきた当事者が、特に大切にしていた仕事の面でうまくいかず、周りから指摘され始めると、それまで培ってきた自身とプライドが傷つく。ここでいうプライドは、生活や仕事を継続する中で形成される概念であるが、疾患をきっかけとしてマイナス要因にも変化する。 |
| みっともない         | 気持ちが嫌になる、リタイアしたい、さすがに参った、というのは、当事者の言葉である。仕事を通して、うまくいかないことが増え、周りからの指摘にストレスを感じる。「みっともない」（かっこ悪い）という言葉が当事者の気持ちを表わしている。                |

図 7 カテゴリー「できない自分に対する自己否定」のを構成する概念間の関係



この自己否定の強化の結果、「不健康」（表 11）が生じてしまう。「不健康」は、（興味や語彙が減る）（家にいても仕方ない）（本当の病人になってしまった）で構成されている。（興味や語彙が減る）は、病気の発症をきっかけに自宅での生活に切り替えたが、会話をする機会が減り言葉を忘れ、語彙が減っていくと共に、他のことへの興味も薄れている状態を表している。（家にいても仕方ない）は、自宅での生活を当事者が示した言葉であり、退屈な毎日を概念として表した。（本当の病人になってしまった）は、思ったようにうまくできず、失意の思いで自宅に閉じこもる形になることから、体調が悪化し本当の病人のようになってしまった状態を表している。

**不健康へのプロセスでは**、2つのプロセス共通の「若年認知症の生活者としての成り立ち」「進行と家族の戸惑い」の後で、1のプロセスとの違いが生じる。「見通しが見つからない」「集団の中の違和感」が相互に作用する中で、「できない自分に対する自己否定」が生じる。その結果が「不健康」につながることから、第2の**不健康へのプロセス**になると考える。

表 11 カテゴリー：「不健康」の構成概念

| 概念            | 定義・解釈   |
|---------------|---|
| 興味や語彙が減る      | 家の中にいる毎日は、配偶者との会話ばかりだが、妻とは長年の生活感で言葉を発しなくても指示は通じる。会話をする機会が減り、言葉を忘れ、語彙が減っていく。目的なくドライブを試みるが、行った先でも全く興味を示さない。退職や求職して家の中で過ごしていた結果の身体状態のひとつを表わした。 |
| 家にいても仕方がない    | 本人自らが発せられた「家にいても仕方がない」という言葉。若年認知症の診断をうけてから休職し自宅で過ごす。しかし何もすることがない、退屈な毎日が続く。介護者の妻も、夫が自宅にいる事を重たいと感じ始めるという現実を概念とした。                             |
| 本当の病人になってしまった | 仕事への復帰の努力をしても、思ったようにうまくできず結局失意の思いで自宅に閉じこもる形となる。結果、体の内臓や身体が痛む患者のようになっていく。「本当の病人みたいになってしまった」という意味で概念を定義した。                                    |

## 2-6 結果とまとめ

当事者のインタビューから抽出したコアカテゴリーでは、**居場所がある生活へのプロセス**（以下1のプロセス）と**不健康へのプロセス**（以下2のプロセス）の2方向があったとした。1のプロセスは、「支えがある」「見通しがある」を得て「当事者の気持ちの変化」が生じ、「居場所をみつける」ことができる。

一方、2のプロセスは、「見通しが見つからない」「集団の中の違和感」が相互に影響しあい「できない自分に対する自己否定」が生じ、「不健康」へと移行していく。「できない自分に対する自己否定」は、（仕事への懸命な努力）（自分で思っているよりできない）（ストレス）（プライド）（みっともない）を循環して自己否定を強化していく。「不健康」は、（興味や語彙が減る）（家にいても仕方がない）（本当の病人になってしまった）という概念の集まりであり、2のプロセスの最終地点とした。

このことから明らかになるのは、**居場所がある生活へのプロセス**の起点には、「支えがある」「見通しがある」という公私の支援があり、**不健康へのプロセス**には、「集団の中に違和感」「見通しが見つからない」という公私共の支援のなさが根底にあるということである。

1のプロセスにおける「当事者の気持ちの変化」の為には、当事者にとって必要な支援と先の目途が起点であるとした。2のプロセスにおいては、当事者のニーズとあわない社会資源や見通しの無さが起点となって、「できない自分に対する自己否定」につながり、健康状態にまで影響が及んでしまうという内容を抽出した。

## 2-7 課題

当事者の調査対象者の認知症の進行度のばらつきや、当事者自身のインタビューが2例と少ないことからプロセスの一般化が課題として残っている。

加えて当事者の性別がほとんど男性であったため、男性を中心とした視点で分析したことも課題である。

## 引用文献

- 1) 野口美和子 (2006) 『ナースのための質的研究入門』 p151 (医学書院)
- 2) 木下康仁 (2005) 『分野別実践編 グランデッド・セオリー・アプローチ』 p98 (弘文堂)

## 参考文献

- 舟島なをみ 『質的研究への挑戦』 p101 (医学書院)
- 木下康仁 (2003) 『グランデッド・セオリー・アプローチの実践』 (弘文堂)
- 山内哲也 (2006) 「知的障害者入所施設生活支援員のメンタルヘルスに関する研究」 『修士学位請求論文』
- 定藤丈弘他 (2003) 『現代の障害者福祉』 (有斐閣)
- 野中猛 (2006) 『精神障害リハビリテーション論』 (岩崎学術出版社)
- 森明子 (2008) 「若年認知症のニーズについて インタビュー調査から」 『愛知作業療法』 16巻
- 沖田裕子 (2005) 「認知症の本人を中心に考えたケアのあり方」 『臨床看護』
- 三毛美代子 (2003) 『生活再生にむけての支援と支援インフラ開発』 (相川書房)

## 第3章 社会活動のニーズを持つ若年認知症者と家族支援に対する事例研究

### 3-1 目的と方法

若年認知症者に対する就業・生活支援は、制度政策面でも、地域資源面でも、個別技術としても不十分な状況である。制度の不十分さに対しては、NPO などによる新たな社会資源が個別に試行錯誤を繰り返しながら対応している状況である（4章参照）。しかし若年認知症者の生活障害は多彩であり、対応する関係者や専門職にも、必ずしも対応について、専門的な視点に基づく知識・技術が備わっているとはいえない。そのことにより、当事者にとって思うような社会活動や社会参加が可能にならず、満足に至らない事例が多い。そこでは若年認知症の制度的問題解決に必要な体系的な知識・技術が不足しており、具体的な職場環境や家族関係、本人の能力と社会活動ニーズ等の分析と知見の蓄積が、研究として十分におこなわれていない。

そこで高次脳機能障害者に対する相談支援の専門ソーシャルワーカーを当研究会に招き、高次脳機能障害者への社会活動支援の枠組みと方法論を教示してもらった。そして若年認知症者への援用の可能性の検討をおこなった。（添付資料）

さらにそれにもとづき実際の1事例に落としこんで、若年認知症者への相談支援のポイントを明確にすべく事例検討を行った。その際当事者と配偶者にも同席してもらいながら、匿名性を保障しつつ、実際の職場環境や社会関係上の問題を自ら事例として提示してもらい、解決に向けて必要な知識・技術をまとめた。

なお研究倫理および個人情報保護の観点から、当該当事者および家族には報告書掲載についての同意をとり、聴取に必要な事実の項目についての説明を行い、了解の上、当事者・家族と研究会会員との面談形式で事例を分析しつつ検討していった。

### 3-2 事例提示

A氏 48歳 男性 歯科技工の専門職 元自営

《社会生活》

義歯製作業を自営し、1年前の発症まで従業員2名を使って病院の歯科や歯科医院から大口の注文を受けていた。事業としては順調であったが、事業の運営自体を技術者でもあるA氏がおこなっていたため、発症早期より納期や数値の誤りが多発し、妻の勧めで受診し疾病が発見された。「腕はよい」ために自分の事業所は早期に閉めた後、古くからの友人の経営する同じ義歯製作所に、リハビリを目的に手伝いに来てくれということで、週3回通い始めて6ヶ月がたつ。しかし10人の技工士仲間のいる中で、彼の地位は経営者の友人という特別なものであり、うまく対応できずに浮いているようだとの情報があり、奥さんのBさんは心配している。また方向が分からなくなっているために、車で通勤であったが、目的地の会社に着くことができない日もあった。妻のBさんは自身が送り迎えをすることでなんとか継続させたいと考えている。しかし声をかけてくれた友人の社長や職場からは、もう勤めはやめてもいいのではということも言われ始めている。しかし自宅にいても何をすることもなく、鬱々としているAさんを見ている妻のBさんは、何らかの通勤の手立てと、仕事上のよい指導があればと考えている。

#### 《家族関係》

家族は45歳の専業主婦である妻のBさんと、17歳と14歳の男子2人の4人家族。Bさんは働いた経験がほとんどなく、子供も大学と高校の受験を控えており、それを考えると今後もパート勤め等は考えていない。BさんがAさんに代わって仕事を得るよりは、Aさんが今の仕事を続ける上での手助けをしたいと考えている。当面事業所を畳んで権利を売ったことにより、経済的心配はない。しかし長期的に見れば行き先が見えないだけに、不安は尽きない。

若年認知症の症状としては、記憶、注意、遂行機能、知的能力の低下、情報処理の低下が見られた。外面はよいが家庭内ではうつ症状と易怒性あり、最近では子供たちの前でも爆発するために、子供たちも奇異に思うようになってきている。しかしBさんは思春期の子供たちの気持ちを測りかねて、Aさんの病気については具体的に伝えていない。伝え方が難しいと悩んでいる。

#### 《人間関係》

社会生活上の人間関係としても、Bさんが病名を他者に告げたのは、夫をパートに呼んでくれた友人で社長のCさんと、高校時代の親友のみである。隣近所のひとたちにも内密にしてある。そのために、Aさんが外出先で迷って自宅に帰れなくなった時に、近所の人に世話になったが、うまく説明とお礼ができなくて困った経験をもっている。そのこともBさんの悩みになっている。Aさん本人は、自分が職場で浮いていることの違和感をもっているが、職場に通うこと自体は習慣となり生きがいにもなっているようで拒否はない。しかし職場の雰囲気になんとなく気になり始めている。現在通勤は、妻のBさんが運転し送り迎えをしているが、毎回のことでは負担となってきている。

### 3-3 支援の柱と評価

#### 高次脳機能障害

##### 就業支援

Aさんは信頼できる理解者によって、残された技術が発揮できる仕事をする機会を提供してもらった。時間や仕事内容も、余裕をもって考えられる恵まれた環境での職業復帰ができたことで、この半年間は専門的支援がなくてもなんとか仕事をおこなうことができた。しかし障害が周囲に分かってくることによって、安定的な職場環境ではなくなっている。さらに今後は、症状が多様に進行する「認知症」であることから、さらにその職場での困難度は深まると考えられる。

一方、症状や障害は、長く付き合ってくると、周囲が理解し工夫をすることで適切な対応ができることもある。また病状の進行に合わせて、その対応も変化させる必要があることから、安定的な職場の環境整備・調整を目的に、ジョブコーチなどの雇用に関する専門職の派遣を考える必要がある。その際、症状の変化や環境の影響が大きいため、常時モニタリングをおこなう担当者を決め、手順に則ったアセスメントを繰り返し、それにもとづく介入を考える必要がある。そしてさらにうまく、職場の仕事から自宅周辺の社会活動・社会参加へ着地するソフトランディングをおこなうことが次の目標となる。

また就業・生活支援の専門職として、就業・生活支援センターや各種障害者施設にジョブコーチ等が位置づけられている。しかし若年認知症に関する知識や対応技術の教授については研修で

はおこなわれていない。(第5章参照) これらに対しても今後対策が必要である。

### 家族支援

Aさん自身は病気による困りごとをあまり感じておらず、Bさんが孤軍奮闘をしている。またBさんが病名や状態を家族や親族・近隣に隠しているために、人的協力が得られにくい状況があり、Aさん、Bさんにとって社会参加のネックとなっている。地域の協力を得る必要性を説明し、関係者の協力を得る方法論等まで個別事例に沿ってコーチできる指導力が必要である。そのためには具体的にどのように説明していくべきか、説明のマニュアルなり指針があるとよい。高次脳機能障害者に対する対応については、「手引き」が存在する。これは専門職と当事者・家族との協働によって作成されたものである。若年認知症者についても、家族に対する日常生活上の対応の手引きはいく通りも存在している。その上で社会参加や社会活動上の対応マニュアルについて、当事者と専門家が両方で使用できるように、さらに作成を考える必要がある。

また息子たちや隣近所への今後の対応に悩んでいるBさんにとっては、家族会への参加ができればよいと考える。同じような悩みを家族会の交流で話し合うことで軽減していくこと、具体的な対処行動を検討しあうことができることなど、理解の深まりが期待できる。ただし家族会も若年認知症は人数も少なく、単独では組織できないところが多い。地域によっては行政が患者会などの組織化に積極的に取り組んでいるところもある。保健福祉行政による家族会の組織化の推進も必要である。

### 制度利用

Aさんの場合、利用できる制度は自立支援法（精神保健手帳）と介護保険であるが、妻のBさんがとくに精神科の名称で二の足を踏んでいる。その点、手帳の意義と社会的特典、そして個人情報流出など心配や不都合な点をきちんと説明して選んでいけるように、その人に合った具体的な情報を提供していくことが必要である。また精神保健手帳をとれば、就労・生活支援センターや障害者施設のジョブコーチによる相談支援が可能となることを情報として提供すること、さらにだれがどのように具体的に力になれるのかについて説明できることが必要である。現状が福祉的就労ではないためもあり、いまのところ何ができるかについて、Bさんがその必要性を納得できていない。障害者雇用促進法に基づいて、手帳取得者が会社として必要であるような形で、会社からの要請が出せれば制度利用の可能性が増すと考えられる。しかし精神障害者の枠での利用は職場に誤解や差別を引き起こす可能性が考えられるところから、職場の受け取り方や扱い方の指導など、環境調査および介入にも専門職が必要と考える。

またAさんは介護保険では現在のところ利用したいサービスはない。自立支援法で地域ごとにバリエーションのある移送サービスを検討できる可能性もある。しかしタクシー券などは精神保健では支給されない。身体障害でなければならぬのは条例等で再検討していく必要があろう。



## リハビリテーション

自閉症や高次脳機能障害者のように、作業療法士（OT）や心理療法士などは、TEACCH（自閉症および近縁のコミュニケーション障害の子どものための治療と教育）などの改善に向けてのOTプログラムが組めない。そのために、治療者の意欲が削がれると言った意見もある。（第5研究にて）そのためリハビリテーションの専門職がかかわることが少ないのかもしれない。NPOなどによるデイサービス活動にOTの関与が幾例も見られる程度である。そのためリハビリテーションの意味合いをきちんと定義しなおして、その目的設定を専門職と話していく必要がある。そうした意味で認知症に対するリハビリテーション理論と方法論を、その目標の考え方から検討していくことが必要である。さらに職業評価と医学的評価、生活評価の間にはギャップが存在している。1人の人の生活や人生上の総合的な評価として、連携した評価となっていかなければならない。

## 生活支援

生活費に当面困っているわけではないが、従来定期的に入ってきたお金が貯金を引き出すことに代わってきたことで、Bさんの不安は強い。2人の男の子を大学までやること、できれば歯科医師にしたいことを考えれば、お金はいくらあっても足りない。病気の進行があった場合の障害年金や子供の各種奨学金など収入の道について説明をしておく必要がある。またAさんの認知症の進行具合によって、成年後見制度などの検討をおこなう必要があるかもしれない。

### 3-4 就労支援相談・訓練機関

本事例において就労支援で相談と訓練をおこなう拠点機関とそのサポート機関について検討した。就労支援の機関にはハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、障害者就労援助センター、障害者職業能力開発校、各地リハビリテーションセンター職業能力科、各障害者施設などがある。就労支援システムの特徴は、各施設が自立支援法の設置によっても従来の法制度によっても障害がまたがっており、改善につながらず、病状の変化のため医療と連携をとらねばならないことである。そこでそのサービス供給体制の整備がなかなか困難であることが予想される。

本事例の場合、地域の各機関にとって珍しい対象であるために、管轄居住地域によって、話が分かり有効な専門職スタッフはどこにいるのか、また許容範囲の広い施設がどこにあるのかについて、地域の資源アセスメントが必要である。研究5でみるように、地域の相談機関である障害者就業・生活支援センターの内容のばらつき、そして障害者施設の多様な可能性がある。そこで地域を良く知って、そこから資源をコーディネートできる相談機関と力のある相談者が「どこにいて、それは誰なのか」を深く知ることができる仕組みが必要である。

### 3-5 環境調整や代償手段の採用

ジョブコーチなどが本事例の職場定着を改善するために使う、ミクロレベルの技術・技法についても検討をおこなった。

### **通勤の足の確保**

高次脳障害者の場合は通常、自力通勤の可否が就労を分けるといわれている。それは永続的就労を前提にしているためと考えられる。しかし限定的な就労期間を前提とする認知症の場合は、ほかの基準が必要だと考える。進行により、仕事ができなくなるまでの期間であることにより、就労や就労継続の目標自体が異なることが理由と考えられる。むしろ家族を含めて、地域のサービスの中で通勤の足の確保を考える必要がある。

### **職場の理解**

本事例の場合はお互い専門職であるので、この部分を大きく広げて検討していく必要がある。またどうしたら可能かという工夫をスタッフ間で話し合い、職場の理解自体を促進していくような、グループワークの手法をとり入れた話し合いを、適切な認知症の知識を入れながらリードしていくことが必要である。

### **プライドの保持**

本事例では、Aさんの専門職でかつ事業家であったプライドとキャリアを、尊重できやすい友人の会社であるにもかかわらず、同僚・スタッフの関心が薄れ、かつ頼らなくなった雰囲気やAさん自身が感じてうまくいかなくなっていることが問題になっていると考えられた。そこでAさんが現状で可能な範囲でできる仕事、またそれをやり続けるための周囲の協力を、経営者を通じて得るような環境への働きかけが必要である。その際自分のペースででき、共同作業を極力省く形で仕事内容や手順を組み立てることを、専門職が上司や同僚と協議しながらプログラムする必要がある。

### **記憶の問題**

Aさんは記憶がないことをメモをとることで代償しようとしてきたが、メモをどこに書いたのか、また書いたこと自体を忘れてたり、いつのメモか分からなくなったりと、メモをとる意味がなくなってきた。そのため記憶そのものが結果に左右しない仕事を検討するか、変化の少ないシンプルなメモで作業が進めるような仕掛けを、ジョブコーチなどの作業の専門職を交えて、職場スタッフとともに検討して作ってもらうことが必要である。その際には、医学的な知識と生活上の知識を共有するために、専門の異なる多職種連携の形で、当事者や家族も含めて学習し検討しあうことが重要である。

## **3-6 まとめと課題**

高次脳機能障害に関する地域と個別支援の専門家を招き、実際事例をもとに必要な支援の内容について、当事者を交えて検討会をおこなった。結果事例の問題点の指摘と対応課題までは抽出ができた。若年認知症者への支援には、認知症そのものがもつ医学的かつ生活上の支障を十分に理解した上で、対象者および家族の参加を促しながら、特有な心理社会的な個別課題を見据え、職業的リハビリテーションの細かな支援技術を発揮することが必要であることがわかった。

そのためには医療だけではなく、職業的また福祉的知識と技術を発揮するチームアプローチの認識とカンファレンスなどのその発揮の場と、制度やサービスなど、発揮できる資源を作っていくことが課題である。

### **3-7 講演資料 (P.73~77)**

神奈川リハビリテーション病院 高次脳機能障害相談支援コーディネーター 瀧澤学氏講演

## 高次脳機能障害の就労支援 ～相談支援の立場から～

神奈川リハビリテーション病院  
高次脳機能障害相談支援コーディネーター  
瀧澤 学


## 高次脳機能障害とは

- ◆ 頭部外傷、脳卒中、低酸素脳症、脳炎などによる脳損傷に伴う認知面での障害
- ◆ 身体面に麻痺がない場合、外見からは判断しづらい。また、本人や家族も生活に不全感を抱きつつも、障害に気づかない場合がある。そこで、時期や状態に応じた支援や関わりが必要。
- ◆ 受傷・発症以前のイメージで生活することが多く、失敗体験を重ねることでの二次的不適応が危惧される。



- ◆ 現状を理解して対応方法を検討する、将来の方向性を描くことが重要となる。

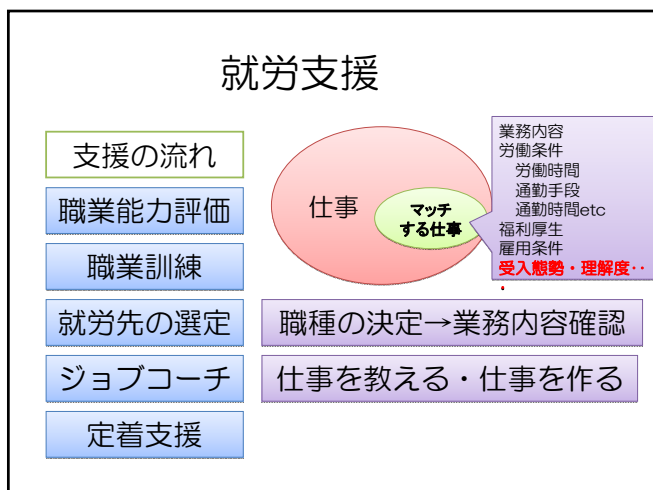
## いろいろな症状

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| 覚えられない<br>=記憶障害           | 話言葉や文字が理解しにくい<br>=失語  | 気持ちがふさいでいる<br>=抑うつ                                 |
| 気が散りやすい<br>=注意障害          | 道具などが使えない<br>=失行  | 行動が場当たりの<br>=遂行機能障害                                |
| 自覚がない<br>=病識欠如            |  | 欲しい気持ちを抑えられない<br>=欲求コントロール低下                       |
| 子供っぽくなった<br>=依存性・退行       |   | すぐに怒る<br>=感情コントロール低下                               |
| 他者の状況や気持ちを読めない<br>=対人技能拙劣 | こだわると<br>=固執性   | その他にもいろいろ<br>・学習能力低下<br>・論理的思考力低下<br>・情報処理効率低 などなど |

## 就労支援 訓練機関



## 就労支援



## 就労するための基本的な条件

- ① 医学的に安定していること（身体機能、発作、服薬管理など）
- ② 生活が安定していること（生活リズムができていること）
- ③ 通勤ができること（単独で通えること）
- ④ 体力があること（神経疲労を含め）
- ⑤ 就労する意欲があること
- ⑥ 仕事ができること
- ⑦ 人間関係が適切にとれること

※新規就労と復職では違いがある

## 代償手段

- ・ 認知機能の問題を他の得意な機能で補う方策
- ・ 例えば
  - 記憶の問題
    - メモを取ることで忘れないようにする
    - 作業工程の手順書を使う
    - 携帯電話のアラームで予定を知らせる
    - パソコンの手順書を使う
  - 地誌の問題
    - 地図を使う（手書き地図、文章地図）

## 環境調整

- ・ 認知機能の問題を、環境（物理的、人的）を整えたり、何らかの装置を用いて代行させること
- ・ 例えば
  - 記憶の問題
    - 指示書やスケジュール表が壁に貼ってある
    - 通勤を覚えるまで（思い出するまで）付き添う
  - 高次脳機能障害全般の問題
    - 職場の上司、同僚などに高次脳機能障害を理解してもらう
    - 記憶の問題があっても遂行できる仕事を準備してもらう

## 代償手段と環境調整

- ・ 自閉症へのTEACCHの援用 構造化  
「自閉症は視覚認知が優位」
- ・ 環境を物理的、人的に調整して代償手段を用いる
- ・ 高次脳機能障害への応用の注意点
  - 高次脳機能障害を「知る」「気づく」がないと代償手段の獲得は難しい
  - 慣れると代償手段を使わなくなる傾向（道具の問題ではなく認識）
  - 代償手段を使う時に忘れて使わない
  - ⇒ 使用するタイミングのスイッチを入れる必要性
  - 日常生活の中で無理なく使える代償手段の提案
  - プライドに十分配慮する

## 職業準備支援（職業センターの場合）

- ・ 就職又は復職を希望する障害のある方を対象として下記の支援を行う。

| 区 分            | 対 象 者  | 期 間   | 内 容                      |
|----------------|--------|-------|--------------------------|
| 作業支援           | すべての障害 | 個別に設定 | 簡易事務作業・ピッキング作業・清掃作業等     |
| 職業準備講習カリキュラム   | すべての障害 | 個別に設定 | 面接の受け方・履歴書の書き方・事業所見学     |
| 精神障害者自支援カリキュラム | 精神障害   | 個別に設定 | 対人技能訓練・簡易作業体験・グループミーティング |

## 職業準備支援の内容（職業センターの場合）

| 作業支援   | 職業準備講習カリキュラム   | 自立支援カリキュラム  | SST  |
|--|--|---|--|
| <センター内><br>・ボールペン組立<br>・ワッシャー袋詰め<br>・受注作業<br><職場実習><br>・老健施設清掃<br>・店舗カート整理<br>・印刷補助<br>・簡易事務<br>・遊具洗浄<br>・商品袋詰め など | ・いろいろな仕事<br>・挨拶・言葉遣い<br>・Iガット・ルール<br>・健康管理<br>・求人票の見方<br>・履歴書の書き方<br>・面接実践<br>・身だしなみ<br>・労働安全 など | ・業の種類と副作用<br>・精神保健福祉手帳と利用できる社会資源<br>・就職での病名開示<br>・ハローワーク利用<br>・SST<br>・（対人技能訓練） | ・会社連絡の方法<br>・ミスしたときの対応<br>・忙しい上司への声のかけ方<br>・事業初体験で困ったこと<br>・ゴーサイン<br>・ノーゴーサインを見極める<br>・職場で上手に断る<br>・休憩時に談笑する<br>・面接の受け方<br>・悩んだときに相談する |

## ジョブコーチ支援事業

- ・ ジョブコーチは実際の職場において、障害のある方の特性や現場の状況に合わせて、まさに必要とされる内容について、具体的・直接的に支援を行います。

| 障害者に対する支援   | 企業に対する支援  | 家族に対する支援                         |
|---|---|----------------------------------|
| ①作業遂行支援<br>作業手順・要領の理解、支援ツール作成<br>②人間関係の形成・職場でのコミュニケーション<br>③精神的フォロー<br>④通勤指導 など | ①障害の理解促進<br>特性と対応に対する説明<br>②職務内容の設定<br>職務分析・課題分析<br>③作業指導<br>④企業・家庭間の連絡調整 | ①就労に当たっての障害の理解促進<br>②企業・家庭間の連絡調整 |

## 職務創出の基本的考え方

### ◇ 基本的な考え方

- ・「障害者」向けの適職は選定するものから開発、創出する。
- ・複数人でチームを組む業務体制を対象にした分析を行い、職務設計を行う際に必要な情報を収集、分析を行う。
- ・各職場、各人が主要業務の合間に行っていた「隙間」的な職務、作業分担を整理し、一つの職務を作り出す。

## 障害者の職務設計

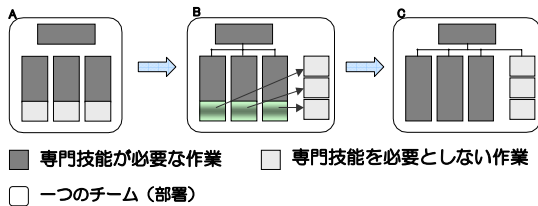
### ◇ 隙間的な作業について

- 専門職における職務分析（自動車整備工場の例）  
約1～2割は専門職以外の者ができる作業がある
- 事務職における職務分析（システム会社事務職の例）  
どの部署にも1日1時間程度は誰にでもできる仕事がある  
→部署間で連携し、各部署を巡回することで職務の創出

### メリット

職務創出という目的に加え、一般社員がより付加価値の高い作業に取り組みやすいというメリットがある

## 障害者の職務設計の方法

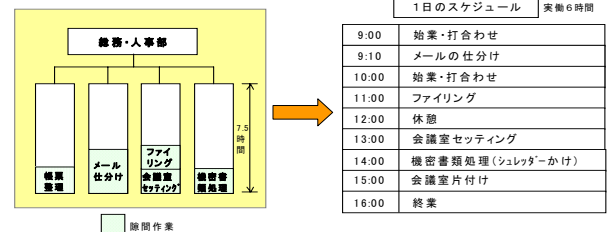


- A：従来の職務分担（本来業務の合間に行っていた作業）  
B：職務分析・整理の実施（合間にやっていた作業を一つの職務とした）  
C：新しい職務（チームでは本来の業務に集中できるようになる）

## 障害者の職務設計

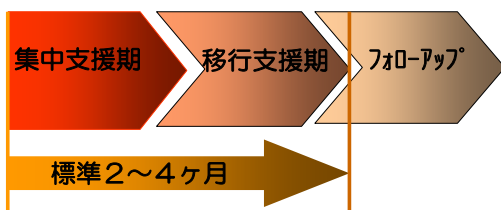
### 知的障害者の職務設計に向けた取り組み

- ①部署内のスタッフへ専門技能を必要としない職務についてアンケート
- ②各人が行っている隙間作業を抽出
- ③障害者のための1月の作業スケジュールを組み立てる



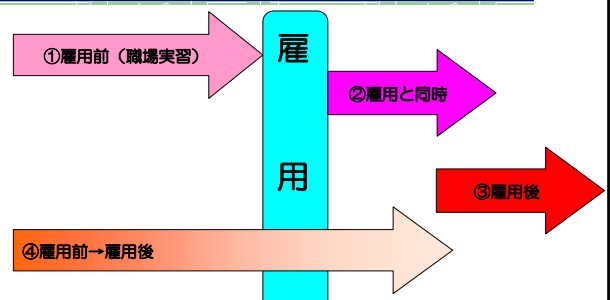
## 支援期間

- ・1～7ヶ月。標準的には2～4ヶ月の範囲内で課題の内容により別に設定。



※集中支援期：課題に対する支援を集中的に行う期間  
移行支援期：事業所内での支援体制へ移行していく期間

## 支援の開始契機

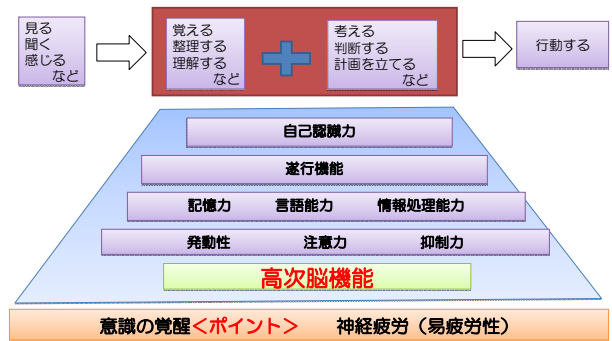


開始のタイミングは、①～④のいずれの時期からも設定可能。

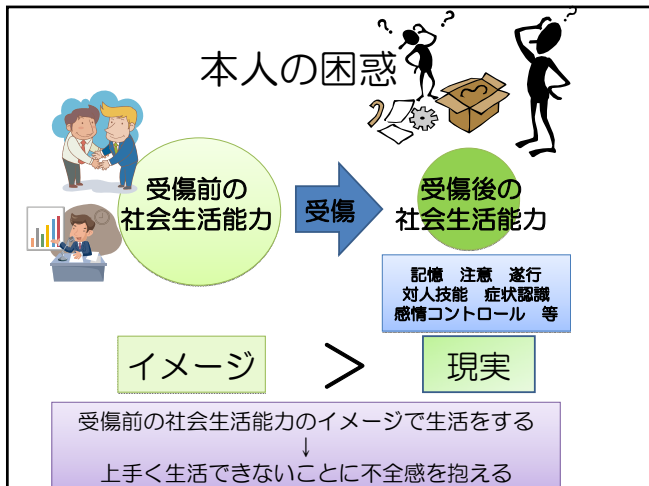
## 症状の個人差

- ◆ 損傷部位による違い
- ◆ 受傷前の性格 生活様式
- ◆ 年齢
- ◆ 重症度
- ◆ 受傷からの時間
- ◆ 回復への気持ち
- ◆ 周囲の協力 理解

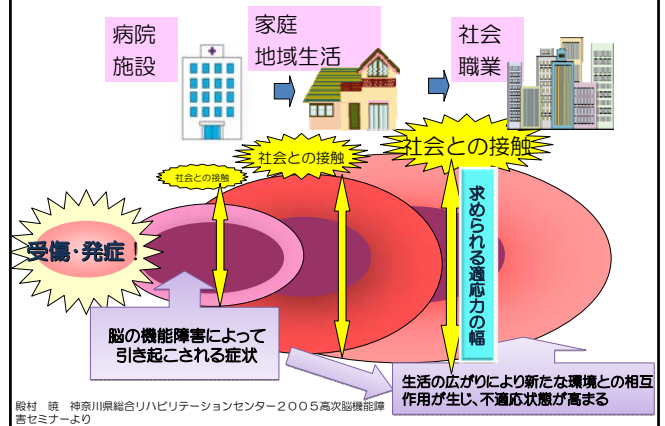
## 支援上の配慮



## 本人の困惑



## 社会生活のレベルにより求められる適応力



## 相談支援のポイント ☆できづらいことを顕在化する

- 友達の名前を覚えていない
- 会話が成立しない（ポーッとしている）
- 電車・バスでの移動方法を覚えられない
- 小学5年生の計算が出来ない
- 料理の手順が分からない
- 火を使っていることを忘れる
- 調理中、卵が気になってしまい、袖に火が引火

## 相談支援のポイント ☆できづらいことを説明する

- 友達の名前を覚えていない 記憶障害
- 会話が成立しない 覚醒レベル低下 意欲低下
- 電車 遂行機能障害 記憶障害 見当識障害
- 小学5年生の計算が出来ない 知的能力低下
- 料理の手順が分からない 遂行機能障害 記憶障害
- 火を使っていることを忘れる 記憶障害
- 調理中、卵が気になってしま 注意障害  
が引火

## 相談支援のポイント ☆対応方法を共に考える

- ◆ 友達の名前を覚えていない **メモをとる**
  - ◆ 会話が成立しない **工程表・手順書を作成する**
  - ◆ 電車・バスでの移動が苦手 **分かりやすいレシピを作る**
  - ◆ 小学5年生の計算が苦手 **料理はしない(誰かが替わる)**
  - ◆ 料理の手順が分からない
  - ◆ 火を使っていることを忘れる
  - ◆ 調理中、卵が気になる **山が神に引出**
- 診断・評価によって **得手不得手** を指標で **理解**  
出来る様に、使いこなせるように **トレーニング** を行う

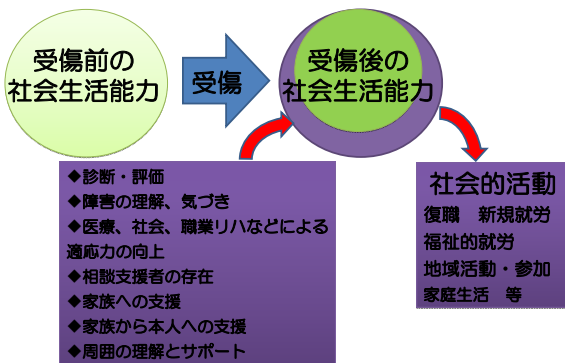
## それでも対応が難しい人

実社会で生活しづらさ  
を経験をしていただく

ただし、困ったときや大変  
な時には相談しよう！

**信頼関係の構築**  
失敗を繰り返す事からの二次的不適応防止  
(本人とコンタクトが難しい場合は**家族**など  
と連絡が取れるようにする)

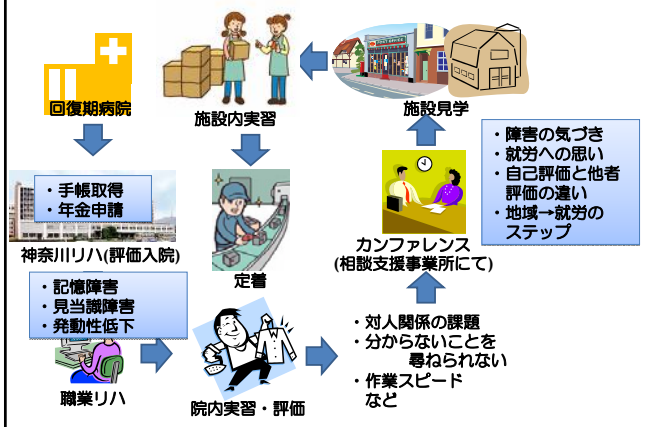
## 本人への支援



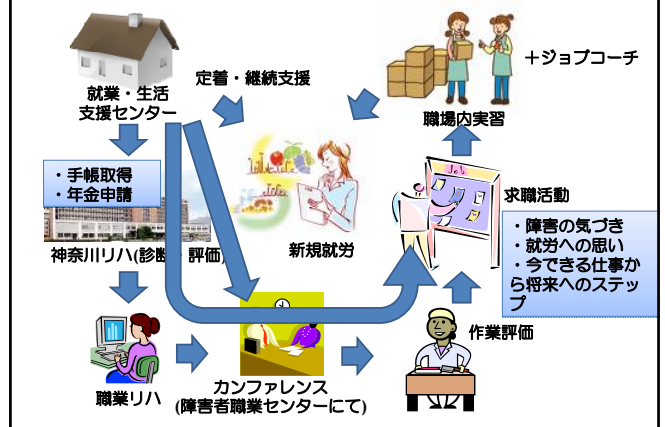
## 関係機関とのカンファレンス



## 地域での福祉サービス活用の例 (1)



## 地域での福祉サービス活用の例 (2)





## 第4章 地域活動の調査と考察

### 4-1 目的と方法

若年認知症者の社会参加へのニーズに十分に対応できていない実態を踏まえて、現在地域でおこなわれている先駆的な活動を調査することで、どのようにすれば、若年認知症者のニーズを充足できる活動を作り出せるのか、その成功要因を抽出するヒヤリング調査と情報収集をおこなった。

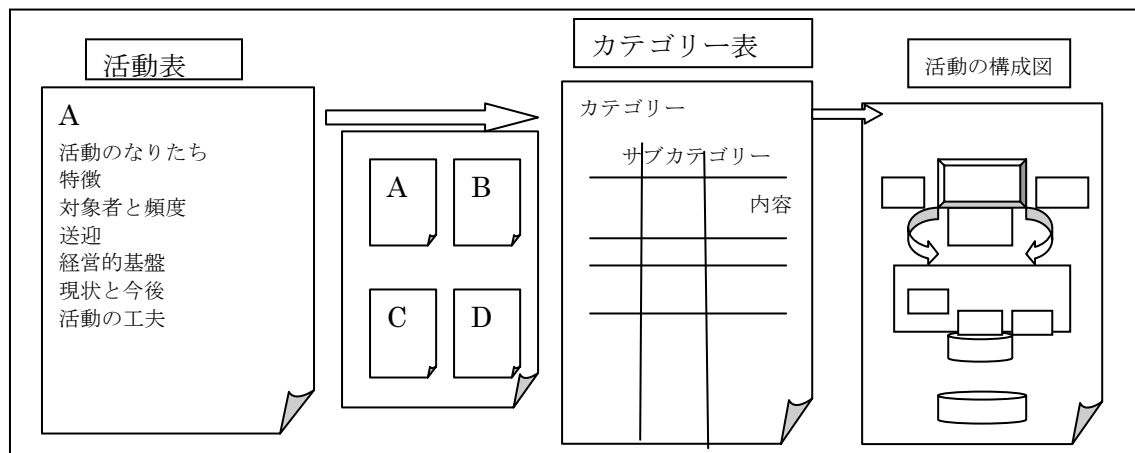
研究方法は、①インタビュー調査、②現地で実際の活動を見学、③インタビュー対象者から提供された実践の論文や活動を紹介するパンフレット・資料、④公開されている論文やインターネット上の情報収集である。

インタビューの対象者は、医院との併設のデイサービス (A)、家族の会が母体のミニデイサービス (B)、NPO 法人デイサービス (C)、厚生労働省補助事業からスタートした就労支援に絞った活動 (D) の4箇所で、現在運営に関わっている代表者にインタビューを実施した。調査は、2008年6月から8月にかけて4回実施し、1回のインタビューは、1時間から2時間程度であった。また、実施の際は、各対象者の所在地に出向いて行った。

インタビューを逐語化したデータと前述の②～④のデータを、7項目（活動の成り立ち、特徴、対象者と頻度、送迎、経済的基盤、現状と今後、活動の工夫）に分け、対象者ごとにA～Dの活動表を作成し、質的に分析を加えた。

「若年認知症者のニーズにあった社会参加の機会が、この活動で実現できているか」については、A～Dそれぞれの活動表から社会参加に関する項目を抜き出して、表に整理し考察を加えた。「どのようにすれば、その若年認知症者の地域活動の支援を継続することができるのか」については、A～Dの活動表から、サブカテゴリーとして名前を付け整理し、その上でさらに大きなまとまりとしてのカテゴリーに分ける手法で質的に分析し、カテゴリー表を作成した。次にそれぞれのグループでの共通点、相違点を分類し、活動の構成図に表した。具体的な分析手順を、図1に示す。

図1 分析手順図



## 4-2 社会参加

本研究で対象とする社会参加の定義は、「個人が自発的で主体的な動機付けに基づき団体・組織や社会関係の網に継続的に参加」<sup>1)</sup>とする。

社会参加についての考察は、A～Dの活動表から社会参加に関する項目を抜き出して、表を作成し質的に分析した。(表1)

A～Dの社会参加の表から明らかなのは、どの活動も若年認知症者の閉じこもりを防止する為に社会参加をする場が必要であるとする理念である。

従来のデイサービスは高齢者や重度の認知症高齢者向けで、軽度や若年の人は行きにくく家に閉じこもりがちであるのに対し、これらの地域活動は社会的な孤立による症状進行を予防し、現状の能力を発揮できることを表している。実践面でも、若年者を対象としたサービスに限定し、社会参加の視点での活動やリハビリを主体とした内容を行っている。

表1 社会参加に対する項目

| 目的  | 実践方法   | 対象と回数  | 利用者への工夫  |
|---|--|--|--|
| A 従来のデイサービスは高齢者や重度の認知症向けで軽度や若年の人は行きづらく家に閉じこもりがち。症状を悪化させる前に、同じ境遇の仲間と社会参加する場が必要   | 3ユニット 12人×3ユニットどのユニットに属するかは自分で選べる。2ユニットは従来の認知症デイ、しかし、もともと利用者の選択の自由度を高くしている。あとの1ユニットは若年、軽度認知症のための施設である            | 若年認知症者及び軽度認知症者・月曜日から金曜日の毎日(デイサービスの範囲での送迎あり)        | 家族の会が組織されており、家族との連携を密にしていること・利用のスタイルが当事者で選べる   |
| B 若年認知症の人に交流の場を提供すると共に、その家族に休息と情報交換の場を提供することを目的とデイ活動として本人の過ごす場を提供する   | 定例会と合同交流会を交互に行っている   | 若年認知症者・月一回 送迎なし                                    | 行う施設を毎回変えていること(地域を変えることで、対象者が来所しやすい状況を作っている)。ミニデイサービスの支援はサポーターが原則マンツーマン  |
| C リハビリテーションケアによって病気の進行を予防し、再び社会生活に参加することを旨とする   | 10人以下の集団に密に係わるスタイル。社会参加の場と認知リハビリテーションの提供が特徴  | 認知症または高次脳機能障害のある40から65才。月曜日から金曜日(デイサービスの範囲での送迎あり)  | リハビリテーションサポート・少人数・社会へのサポート(病気や障害があっても排除されない社会を目指す)プログラム→自主性の尊重(利用者の意志や意見によって毎日の活動を定める)社会との繋がり(自宅にも施設にも閉じこもらない壮年期にあった社会生活を取り戻す) |
| D 働き盛りの時期にやむを得ず離職した若年認知症の方の社会的な孤立による症状進行を予防し持っている能力を発揮して、地域貢献活動や就労型活動によって社会参加を維持し、本人・家族が生き生きと生活していける活動の方式や地域支援のあり方を実践的に試行 | 10人以下の集団で、出勤と同じようにタイムカードを打って作業療法・リハビリを開始する形をとる。OTの個別リハビリの視点がどのスタッフや対象者にも徹底されており、利用者との対等な意見交換を中心にリハビリの観点もどの作業にも徹底 | 社会参加と就労型活動に意欲のある若年認知症の人・火曜日と木曜日・継続的な通勤が可能(家族送迎でも可) | OTの個別リハビリの視点がどのスタッフや対象者にも徹底されており、利用者との対等な意見交換を中心にリハビリの視点がどの作業にも徹底されている活動   |

### 4-3 活動の工夫

次に、実践の工夫について、それぞれの活動表から特徴をサブカテゴリーとしてまとめ、それを大きなまとまり（カテゴリー）として共通な部分を表とした。（表2）

表2 カテゴリーの共通項目

| カテゴリー             | サブカテゴリー            | 内容   |   |
|-------------------|--------------------|--|---|
| 実践の目的の明確化         | 社会参加する場            | 従来のデイサービスは高齢者や重度の認知症向けで軽度や若年の人は行きにくく家に閉じこもりがち。症状を悪化させる前に、同じ境遇の仲間と社会参加する場が必要。               | A |
|                   | 社会参加活動と交流          | 若年認知症のある人の安息と交流および社会参加活動を支援し心豊かな生活の維持を共有していくこと、併せて家族への援助を行い、若年認知症の専門的な治療と福祉の充実を図るための活動を行う。 | B |
|                   | 社会生活に参加            | リハビリテーションケアによって病気の進行を予防し、再び社会生活に参加することを目指す。  | C |
|                   | 離職後の地域支援のあり方の実践的試行 | 目的は、働き盛りの時期にやむを得ず離職（主婦も含む）した若年認知症の本人・家族が、生き生きと生活していける活動の方式や地域支援のあり方を実践的に試行すること。            | D |
| 行政や地域・他機関・家族会との連携 | 県の委託での相談活動と家族会     | 県認知症高齢者・家族支援センターを開設。家族の会が組織されており、家族との連携を密にしている。  | A |
|                   | 利用施設の移動と他の家族会との連携  | 活動を行う施設を毎回変えていることで、受け入れる施設への若年認知症に対する周知を行っている。他の家族の会等との積極的な連携。                             | B |
|                   | 対象者を中心とした地域との連携    | 相談を受けマネジメントすることを重視することで地域との連携が深められ、対象者の生活の質を高めることに繋がっている。                                  | C |
|                   | 地域への積極的な助言         | 症状が進み利用が困難になった時は、他の地域のサービスにつなぎ、アドバイスをするところまで支援。地域の中核となる認知症の支援やケアの相談機能をもつ施設を目指している。         | D |
| 専門的な技量と裏づけ        | 専門性とケア経験の蓄積        | 創設者と現場責任者の専門性の高さ。精神科デイサービスからの開設は多くの経験が生かされている。   | A |
|                   | それぞれの専門職           | 代表者、事務局、運営委員はそれぞれ専門職で、若年認知症者の支援経験が深く、総合的な視野で運営にあたることができる。                                  | B |
|                   | 専門性の確立             | スタッフの所属していた職場等で若年認知症者の支援やケアを経験しており、「どう接していいか、どのようなケアが適切か」という初期の迷いが無い。                      | C |
|                   | リハビリ視点の統一          | 経験の深い OT の個別リハビリの視点がどのスタッフにも徹底され、利用者との対等な意見交換を中心にリハビリの観点が統一。                               | D |

|           |              |  |   |
|-----------|--------------|--|---|
| 情報の発信・開示  | 学会発表や専門職への啓蒙 | 学会への発表やホームページでの情報発信。認知症・家族支援センターの活動で、専門職や家族への専門的な学習や支援の活動。                         | A |
|           | 開かれた外への情報提供  | ホームページの開設や広報誌の発行、報道関係の取材対応や各種雑誌・書籍への執筆・講演活動を通しての啓蒙を行っている。                          | B |
|           | 成果の発表と研究の継続  | 若年認知症デイサービスの活動について成果や問題点を発表し、若年認知症の社会問題の周知と研究の継続を行っている。                            | C |
|           | 実践の記録化とシステム  | 現在の実践を記録に残し、この取り組みの有効性を実証していくシステムと体制を作っている。  | D |
| 優秀な人材と育成  | 創設者と別の責任者    | 創設者ととともに職種の違うデイサービスの責任者が連携して動いていることで、バランスのとれた支援活動になっている。                           | A |
|           | サポーター定着の工夫   | 新規サポーターの定着のため、毎回サポーターの振り返り会を行い、サポーターの不安解消と確保に努めている。クローズにせず意欲のある学生をサポーターとして受け入れている。 | B |
|           | チームでの活動      | 創設者だけでなく周りのスタッフの専門職が活かされ、バランスの良い構成になっている。  | C |
|           | 創設者と他の専門家の連携 | OTを中心に専任スタッフ2名、ソーシャルワーカーと、各専門職がそろった集団。   | D |
| 相談支援体制の確立 | 相談事業や研修会     | 県から委託を受け認知症高齢者・家族支援センターを開設し、現地相談を含めた相談事業や研修会を主催している。                               | A |
|           | 事務局の相談支援体制   | 会則に相談や情報交換を明示し、定期の相談日を設定。  | B |
|           | 相談支援を重視      | 活動の中で相談を受け、マネジメントすることを重要視している。   | C |
|           | 相談支援の専門家     | 相談窓口としてソーシャルワーカーが勤務している。   | D |
| 経営的な基盤の確保 | 介護保険と委託事業    | 介護保険下で運営し、県認知症・家族支援センターを併設。  | A |
|           | 事務局体制の工夫     | 事務局がNPO法人と兼務することで、体制が維持でき、運営を安定させている。  | B |
|           | 介護保険とNPO     | NPOが運営。介護保険下のデイサービス。   | C |
|           | 補助事業とNPO     | 厚生労働省の研究補助事業からNPO法人の事業として継続。   | D |

手順に従い分析した結果、若年認知症者の地域活動に共通のカテゴリーは、1. 実践の目的の明確化、2. 行政や地域・他機関・家族会との連携、3. 専門的な技量と裏付け、4. 情報の発信・開示、5. 優秀な人材の育成、6. 相談支援体制の確立、7. 経営的な基盤の確保、であった。

#### 4-4 活動の構成図

活動の構成図（図2）は、活動の工夫の考察を、カテゴリーの共通項を用いて表したもの

である。まず共通しているのは、「実践の目的の明確化」である。それを出発点として活動は構成されているため、中心に置いている。

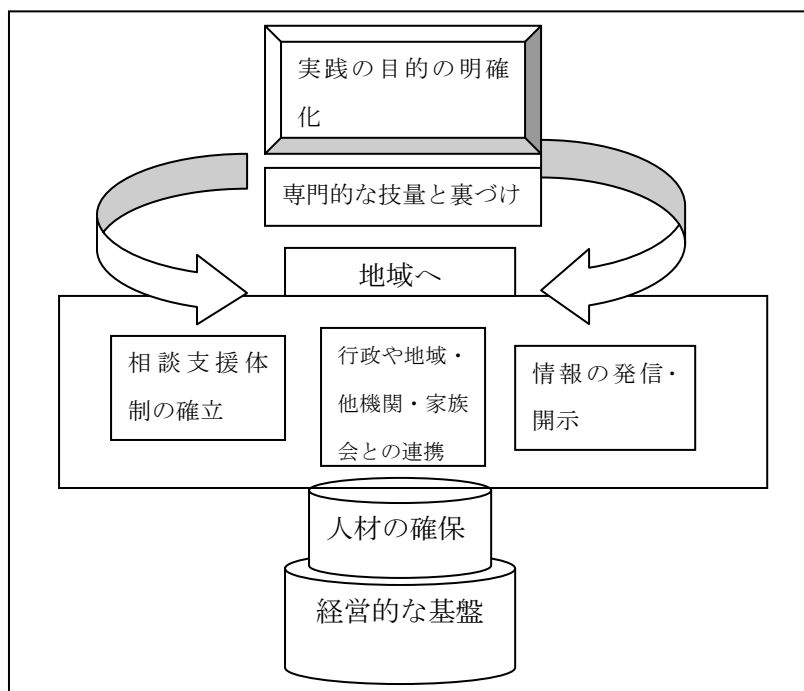
直下にあるのは、「専門的な技量と裏付け」である。どの活動も経験と専門性に裏付けられた若年認知症者への支援への自負が際立っていた。

もうひとつの特徴は、地域へ向かっている活動である。「相談支援体制の確立」「行政地域・他機関・家族会との連携」「情報の発信・開示」は、活動内だけでなく広く地域へ開かれた活動を示す大きな流れである。若年認知症についての市民への広報と関係機関との連携、そして、若年認知症の本人・家族・地域の専門家への相談機関として、中核的に機能している形が確認できた。

一方、「経営的な基盤」「人材の確保」は、その活動を支える土台の部分である。構成図では、下部の基礎部分にその概念を置いた。

しかし、その活動の組織を支えるには小さな土台である。介護保険の報酬だけで、安定した運営に繋がりにくい現状がある。これらのことから、「経営的な基盤」と「人材の確保」については、下部の不安定な土台として表している。

図2 活動の構成図



#### 4-5 考察とまとめ

地域活動の分析から、これらの活動は、若年認知症者の社会参加のニーズにあったサービスを行っており、現行の制度にない部分をカバーしていることが確認できた。活動は、高齢者や障害者のサービスに違和感を抱く若年認知症者が閉じこもり、症状が進んでしまうという問題を解消したいという専門家の思いから出発していた。そのため活動の目的には社会参加の実現が必ず入っている。組織運営は、高い専門性と地域への開かれた情報開

示や相談活動が含まれていることが質的分析によって明らかになった。このような形で、専門家が行う地域活動が、現行制度の不十分さを支援している構造がある。本研究で取り上げた4箇所の活動は、若年認知症者に対する専門的な知識や経験が豊富であり、「どう接していいか、どのようなケアが適切か」という迷いが無いという点が、重要な柱のひとつである。そのためこれらの活動では、地域の若年認知症者の相談機関として、当事者・家族のみならず、地域の専門職や施設運営のスタッフへの相談助言も行っている。代表者や相談員は、若年認知症者に対する支援の中で、サービスの利用が終了しても病状の進行度に関連して時期を見極めて地域のサービスにつないでいる。中には、県の委託で積極的な相談活動や専門家に対する講義等を行い、地域での若年認知症者の理解や専門知識の底上げを図っている活動もあり、行政がバックアップする運営モデルの1つとして考えられる。

以上のことから、若年認知症者の在宅サービスを考えるとき、若年認知症者の受け入れ施設としての機能と、専門の相談機関として地域の中核になる機能をあわせもった地域密着型のサービスシステムが、ひとつの方向ではないかと考える。

当事者からみた課題としては、若年認知症者に限った活動が、全校でも地域に限られているため、すべてのニーズに対応できていないという点がある。

#### 4-6 課題

若年認知症者に対応する地域活動は、抽出の4箇所以外にも少しずつ増えている。特に当事者・家族が主体となった活動は、認知症の人と家族の会を中心に支援を広げている。今後はそれらの活動を含めた、多様な活動形態に対して調査対象を広げて分析していくことが重要である。

#### 引用文献

1) 浅野仁・西下章俊(1997)『改訂版 老人福祉論』p19(川島書店)

#### 参考文献

奥村典子、藤本直規(2007)「物忘れカフェ」における若年認知症ケアの実際 臨床老年看護 Vol.14 No.2

千場 功(2006)「若年認知症家族の会 彩星の会」『家族看護』

本人ネットワーク委員会(2008)「認知症を知り地域を作るキャンペーン：本人ネットワーク支援事業報告書」認知症の人と家族の会

若年認知症支援の会・愛都の会(2008)『若年認知症者のサポーター養成事業報告書』

駒井由起子(2006)「若年認知症者に必要な社会資源は何か」『臨床福祉ジャーナル』

比留間ちづ子(2005)「生活の言葉で語ろう」『作業療法』24巻4号

中原早苗他(2007)「若年認知症の家族への支援」『臨床老年看護』Vol.14 No.2

## 第5章 地域のソーシャルサポート資源の実態と受け入れ意向に関する調査研究

### 5-1 目的と方法

若年認知症者の社会活動を支えるソーシャルサポートのあり方を考えると、とくに発症初期で仕事をいったんやめざるを得なくても、その後に社会参加としての「仕事」を求めている集団への介入が重要である。彼（彼女）らはとくに社会との接点としての仕事、そしてその後の心身の低下に備えた社会生活にかかわる支援のための家族を含めた相談サービスを必要としている。このような相談をどこで誰がどのように担うべきかについて検討が必要であり、また現在それをどこで担っているのかについて、現状の把握と課題の追求も必要である。

そこで第一調査として、自立支援法で生活と職業との支援機関として指定された全国の就業・生活支援センター202箇所（平成20年4月現在）に対して、若年認知症者の就業・生活支援の相談の経験の有無や、必要な制度や技術について尋ねる全数アンケート調査をおこなった。また一方で社会活動を希望する若年認知症者が相談すると考えられる障害者施設（対象：肢体不自由、知的障害者、精神障害）（活動の場：生活介護、就労移行支援（一般）、就労移行支援（資格取得）、就労継続支援（A型 B型）、更生施設（通所）、授産施設（通所）で、地域は東海地方の岐阜県（167箇所）、三重県（140箇所）、静岡県（285箇所）、愛知県（418箇所）の4県合計1,010箇所のうち、多層抽出法によって抽出した800箇所に対して、若年認知症者の受け入れの経験の有無と必要と考えられる施策やサービスについて基礎的調査をおこなった。

### 5-2 調査結果

調査の実施は2009年1月から2月にかけておこなわれた。有効回収率は就業・生活センター（以下センター）86箇所（42.6%）、障害者施設（以下施設）では306箇所（38.3%）であった。またセンターでの若年認知症者の受け入れ実績は9箇所（10.5%）があり、出会い実績については、センターで過去に相談の経験あるが6箇所、現在相談中が2箇所の合計8箇所（9.3%）、施設では受け入れ実績が25箇所（8.2%）、出会い実績については過去に相談の経験が34箇所（11.1%）、現在相談中および支援検討中の事例があるのは20箇所（6.5%）であった。

#### 第1節 障害者就業・生活支援センター

就業や生活支援に関する相談支援の振り分け機関として、本センターは設置された。以下調査表に基づいて、その相談支援の実態を提示する。

**貴センターのことをお聞きします。**

**問1 貴センターの運営主体を教えてください。**

(以下、当てはまる種別に○をつけてください。)

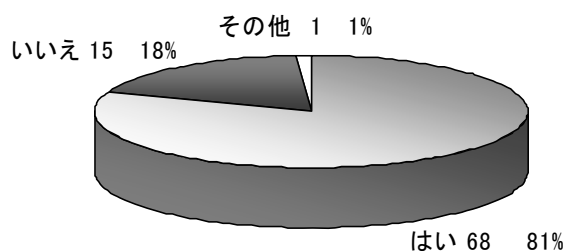
①社会福祉法人 ②NPO法人 ③医療法人 ④その他( )

|        | 度数 | 割合(%) |
|--------|----|-------|
| 社会福祉法人 | 78 | 90.7  |
| NPO法人  | 5  | 5.8   |
| 医療法人   | 3  | 3.5   |
| 合計     | 86 | 100   |

運営主体は、社会福祉法人が約8割を占めていることがわかった。続いてNPO法人、医療法人となっている。

**問2 貴センターは就業・生活支援センターとなる前に、組織として就労支援の役割を担っていましたか。**

①はい ②いいえ ③その他



就業・生活支援センターとなる前に、就労支援の役割を担っていたセンターは8割を越えていた。就業・生活支援センターとなる前から、就労支援に携わっていた割合が高かったことが窺える。しかし2割弱は新たに設置された場合と就労支援の経験がない施設であった可能性が高い。

**問3 貴センターが主に対象としてきた障害の範囲はどこにあるのでしょうか。(複数回答可)**

①肢体不自由 ②脳性マヒなど脳原生 ③視覚しょうがい ④聴覚言語しょうがい  
⑤内部しょうがい ⑥知的しょうがい ⑦精神しょうがい ⑧発達しょうがい  
⑨高次脳機能しょうがい ⑩その他( )



|            | 度数 | 割合(%) |
|------------|----|-------|
| 肢体不自由      | 43 | 50.0  |
| 脳性マヒなど脳原性  | 30 | 34.9  |
| 視覚しょうがい    | 35 | 40.7  |
| 聴覚言語しょうがい  | 36 | 41.9  |
| 内部しょうがい    | 32 | 37.2  |
| 知的しょうがい    | 83 | 96.5  |
| 精神しょうがい    | 61 | 70.9  |
| 発達しょうがい    | 50 | 58.1  |
| 高次脳機能しょうがい | 38 | 44.2  |
| その他        | 9  | 10.5  |

センターが対象にしてきた障害の範囲で、最も多かったのは知的しょうがい（96.5%）であった。次に、精神しょうがい（70.9%）、発達しょうがい（58.1%）と続いている。また、最も少なかったのは脳性マヒなどの脳現性（34.9%）であった。

**問4 貴センターでの月平均相談人数を実数でお書きください。（法人全体でなく貴センターのみ）。なお、情報照会程度のもは除いて、具体的な事例として現れた相談件数をお願いします。**

| 月平均相談人数      |    |       |
|--------------|----|-------|
|              | 度数 | 割合(%) |
| 10名未満        | 7  | 8.1   |
| 10名以上20名未満   | 6  | 7.0   |
| 20名以上30名未満   | 8  | 9.3   |
| 30名以上40名未満   | 7  | 8.1   |
| 40名以上50名未満   | 5  | 5.8   |
| 50名以上100名未満  | 12 | 14.0  |
| 100名以上200名未満 | 13 | 15.1  |
| 200名以上300名未満 | 7  | 8.1   |
| 300名以上400名未満 | 4  | 4.7   |
| 400名以上       | 6  | 7.0   |
| 合計           | 86 | 100.0 |

月平均相談人数について、割合が最も高かったのは100名以上200名未満（15.1%）であった。次に50名以上100名未満（14.0%）、20名以上30名未満（9.3%）となった。

**問5 貴センターで、相談業務やジョブコーチ等の処遇を行っている職員数を教えてください。（生活も就労を含めて）**

### 職員数

|      | 度数 | 有効パーセント |
|------|----|---------|
| 2名   | 7  | 8.1     |
| 3名   | 47 | 54.7    |
| 4名   | 11 | 12.8    |
| 5名   | 11 | 12.8    |
| 6名以上 | 10 | 11.6    |

### 常勤数(相談業務やジョブコーチ)

|      | 度数 | 有効パーセント |
|------|----|---------|
| 1名   | 1  | 1.2     |
| 2名   | 7  | 8.1     |
| 3名   | 47 | 54.7    |
| 4名   | 11 | 12.8    |
| 5名   | 11 | 12.8    |
| 6名以上 | 9  | 10.5    |

### 非常勤数(相談業務やジョブコーチ)

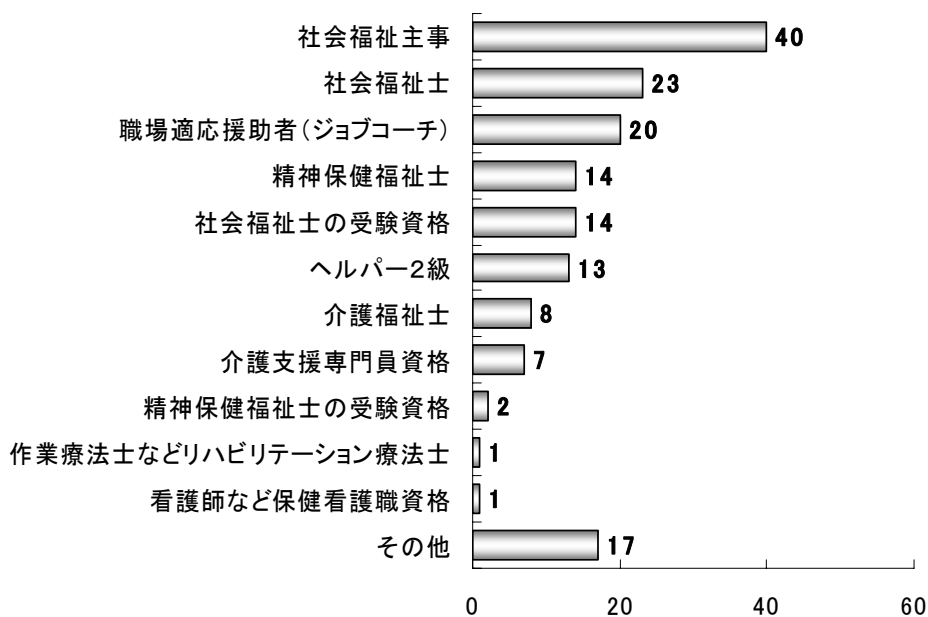
|      | 度数 | 有効パーセント |
|------|----|---------|
| 0名   | 56 | 65.1    |
| 1名   | 13 | 15.1    |
| 2名   | 11 | 12.8    |
| 3名以上 | 6  | 7.0     |

相談業務やジョブコーチ等の処遇を行っている職員数で、割合が最も高かったのは3名(54.7%)であった。そのうち、常勤数で割合が最も高かったのは3名(54.7%)、非常勤数は0名(65.1%)であった。

**回答者ご自身のことをお聞きします。**

**問6 あなたのをお持ちの資格は次のうちどれですか。(複数回答可)**

- ①社会福祉士    ②精神保健福祉士    ③①の受験資格    ④②の受験資格  
⑤社会福祉主事    ⑥看護師など保健・看護職    ⑦介護支援専門員  
⑧介護福祉士    ⑨ヘルパー2級以上    ⑩作業療法士などのリハビリテーション療法士  
⑪職場適応援助者(ジョブコーチ)    ⑫その他( )



所有している資格について、最も割合が高かったのは、社会福祉主事（40名）であった。次いで、社会福祉士（23名）、職場適応援助者（ジョブコーチ）（20名）となっており、福祉系の資格を所有している割合が高いことが分かった。また、最も割合が低かったのは、看護師など保健看護職資格（1名）であった。

**問7 あなたの就業支援およびジョブコーチ等の処遇専門員（センター以外の経験を含む）としての経験年数をお書き下さい。（通算で結構です。）**

（小数点以下5ヶ月捨6ヶ月入）

#### 就業支援およびジョブコーチ等の処遇専門員経験年数

|            | 度数 | 有効パーセント |
|------------|----|---------|
| 1年未満       | 1  | 1.3     |
| 1年以上2年未満   | 6  | 7.8     |
| 2年以上3年未満   | 7  | 9.1     |
| 3年以上4年未満   | 13 | 16.9    |
| 4年以上5年未満   | 10 | 13.0    |
| 5年以上10年未満  | 13 | 16.9    |
| 10年以上20年未満 | 22 | 28.6    |
| 20年以上      | 4  | 5.2     |

就業支援およびジョブコーチ等の処遇専門員経験年数について、最も割合が高かったのは10年以上20年未満（22名）となった。次いで5年以上10年未満（13名）、3年以上4年未満（13名）と続いており、半数以上が5年以上の経験を持っていることが明らかとなった。

受講された研修についてお聞きいたします

問8 就業・生活支援センター就業支援担当者の養成研修は受講されましたか。

- ①修了した ②都合で修了できていない ③その他 ( )

就業・生活支援センター就業支援担当者の養成研修

|             | 度数 | 有効パーセント |
|-------------|----|---------|
| 修了した        | 66 | 76.7    |
| 都合で修了できていない | 6  | 7.0     |
| その他         | 10 | 11.6    |

就業・生活支援センター就業支援担当者養成研修について最も割合が高かったのは、受講していない66名(76.7%)で、7割を超えていた。受講率が高いことが窺える。

問9 就業・生活支援センター主任就業支援担当者研修は受講されましたか。

- ①修了した ②都合で修了できていない ③受講要件が満たない ④その他 ( )

就業・生活支援センター主任就業支援担当者研修

|             | 度数 | 有効パーセント |
|-------------|----|---------|
| 修了した        | 45 | 52.3    |
| 都合で修了できていない | 14 | 16.3    |
| 受講要件が満たない   | 19 | 22.1    |
| その他         | 6  | 7.0     |

就業・生活支援センター主任就業支援担当者研修について最も割合が高かったのは受講していない45名(52.3%)で、半数以上が修了している。

問10 ジョブコーチの養成研修(配置型・第1号および第2号含む)は受講されましたか。

- ①受講した ②受講していない ③受講要件が満たない ④その他 ( )

ジョブコーチの養成研修

|           | 度数 | 有効パーセント |
|-----------|----|---------|
| 受講した      | 25 | 29.1    |
| 受講していない   | 51 | 59.3    |
| 受講要件が満たない | 2  | 2.3     |
| その他       | 4  | 4.7     |

ジョブコーチの養成研修(配置型・第1号および第2号含む)について最も割合が高かったのは受講していない51名(59.3%)であった。また、受講しているのは24名(29.1%)で約3割を占めていることがわかる。

問 1 1 就業支援スキルアップ研修は受講されましたか。

- ①受講した ②受講していない ③受講要件が満たない ④その他 ( )

| 就業支援スキルアップ研修 |    |         |
|--------------|----|---------|
|              | 度数 | 有効パーセント |
| 受講した         | 25 | 29.1    |
| 受講していない      | 48 | 55.8    |
| 受講要件が満たない    | 9  | 10.5    |
| その他          | 3  | 3.5     |

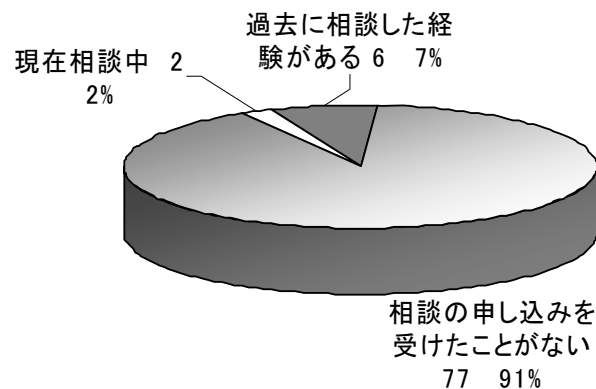
就業支援スキルアップ研修について、最も割合が高かったのは受講していない 48 名 (55.8%) で、半数を超えていた。次いで、受講した 25 名 (29.1%) で約 3 割であった。

若年認知症・家族への相談についてお伺いします。

問 1 2 現在、若年認知症・家族の相談を受け入れていますか？

(該当するものにすべて○をつけて下さい。)

- ①現在相談中 ②現在相談の申し出があり、支援を検討中  
 ③過去に相談した経験がある ④過去相談受入ができなかった経験がある  
 ⑤相談の申し込みを受けたことがない



若年認知症・家族の相談について、もっとも割合が高かったのは、相談の申し込みを受けなかったことがない (91%) で、9 割を超えていた。次いで過去に相談した経験がある (7%) となった。

\*問 12 で①②③を回答された方は、「問 13」へお進みください。

\*問 12 で④⑤を回答された方は、「問 14」へお進みください。

問 1 3 問 12 で①②③を選択された方のみお聞きします。

① 支援中、あるいは過去に受けたことのある若年認知症者の人数を実数でお書き下さい。

過去の相談人数

|    | 度数 | 有効パーセント |
|----|----|---------|
| 1名 | 6  | 7.0     |
| 2名 | 2  | 2.3     |
| 3名 | 1  | 1.2     |

②続けてお聞きします。受け入れている、あるいは過去に受け入れていた若年認知症者の診断名を教えてください。あわせて、診断を受けた実習を右のカッコ内に記入してください。(該当するものすべてに○を付けてください)

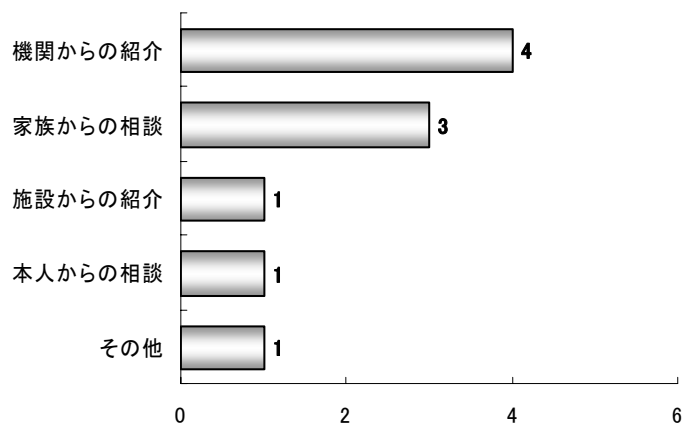
|                | 度数 | 診断を受けた人数 |
|----------------|----|----------|
| 診断名を聞いていない     | 9  | -        |
| アルツハイマー型認知症    | 8  | 12       |
| 脳血管性認知症        | 0  | -        |
| 前頭側頭型認知症(ピック病) | 0  | -        |
| レビー小体型認知症      | 0  | -        |
| その他            | 1  | -        |

現在もしくは過去に受け入れていた若年認知症者の診断名について、最も割合が高かったのは、アルツハイマー型認知症であった。その他の診断名についてはほとんど症例がなかったことが伺える。また、診断を受けたアルツハイマー型認知症の人数は12名であった。

③続けてお聞きします。どちらから、相談の依頼や紹介がありましたか？

(該当するものすべてに○を付けてください)

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | かかわりのある施設からの紹介        |
| 2 | かかわりのある機関(病院を含む)からの紹介 |
| 3 | 若年認知症者本人から相談があった      |
| 4 | 若年認知症者の家族から相談があった     |
| 5 | その他( )                |

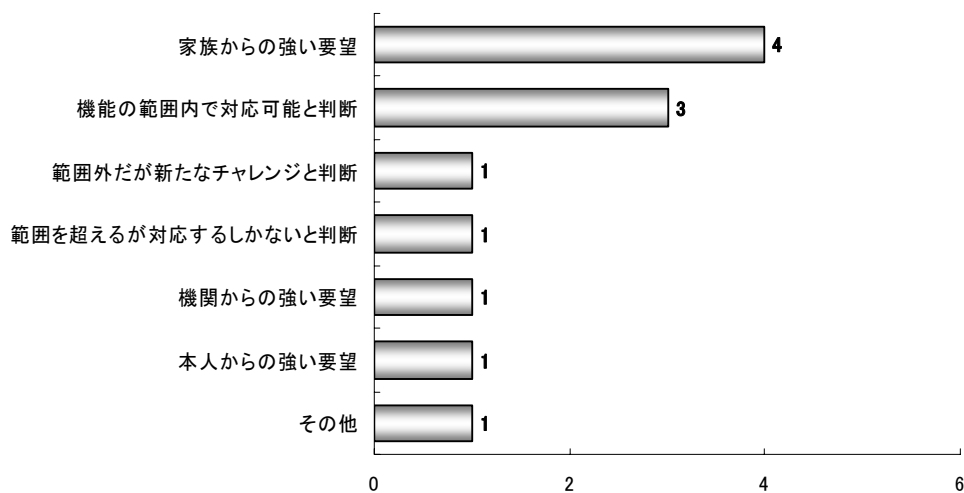


若年認知症者の相談の依頼について、もっとも割合が高かったのは、かかわりのある機関からの紹介、次いで家族からの相談となった。かかわりのある施設からの紹介や本人からの相談は割合が低かった。また家族からや本人からといった当事者からの申し出が4件と半分を占め、若年認知症者が通常の依頼システムに載っていないことも窺われる。

**④続けてお聞きします。相談の受入を決定した要因は何ですか？**

(該当するものすべてに○を付けてください)

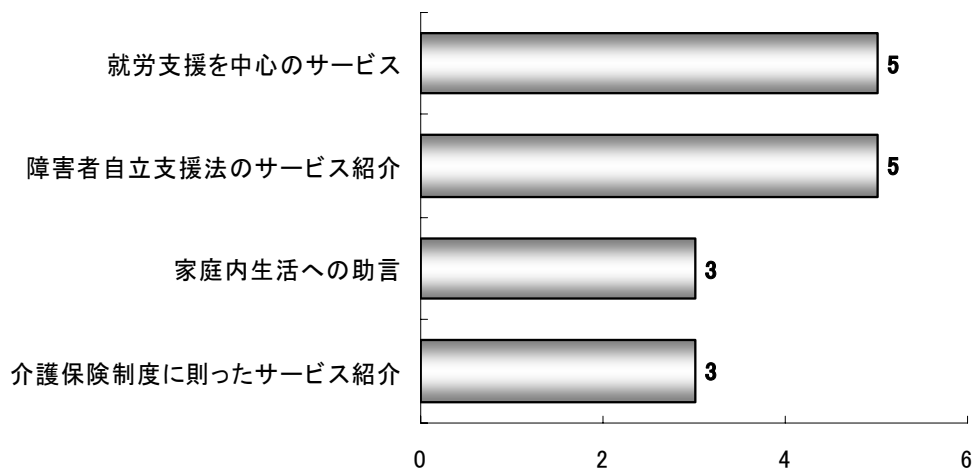
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1 | 若年認知症者本人から受け入れへの強い要望があったため           |
| 2 | 若年認知症者の家族から受け入れへの強い要望があったため          |
| 3 | かかわりのある施設から受け入れへの強い要望があったため          |
| 4 | かかわりのある機関（病院を含む）から受け入れへの強い要望があったため   |
| 5 | センターの相談機能の範囲内であり、十分対応可能と判断したため       |
| 6 | センターの相談の範囲をやや超えると判断したが、対応するしかないと判断した |
| 7 | センターの相談範囲外とは思ったが、新たなチャレンジとして考えた      |
| 8 | その他（ ）                               |



若年認知症者の相談受入を受け入れた要因として、最も割合が高かったのは家族からの強い要望であった。次いで割合が高かったのは、センターの相談機能の範囲内であり、十分対応可能と判断したためであった。この点で家族や当事者の強い希望が第一要因と答えたのが5件と約半数を占めることは、若年認知症の特徴ではないかと考えられる。

**⑤続けてお聞きします。若年認知症者に対して、どのような支援を行っています（いました）か？** (該当するものすべてに○を付けてください)

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1 | 障害者自立支援法上のサービス（作業所など通所施設含む）紹介 |
| 2 | 介護保険制度に則ったサービス紹介              |
| 3 | 就労支援の中心サービス                   |
| 4 | 家庭内生活への助言                     |
| 5 | その他（ ）                        |



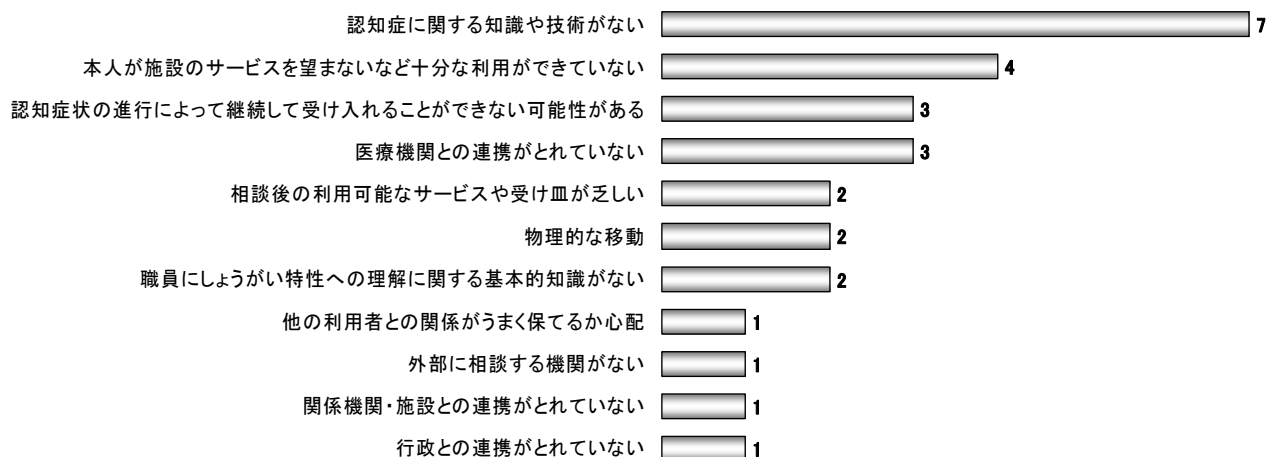
若年認知症者に対する支援のうち、最も割合が高かったのは就業支援中心のサービスであった。次いで、障害者自立支援法上のサービス（作業所など通所施設含む）紹介となっている。これはセンターの機能として就業支援にかかわる専門性を示していると考えられる。

⑥続けてお聞きします。支援に当たって、あるいは過去の支援されていた中で、問題はありますか（ありましたか）？

（該当するものすべてに○を付けてください）

- |    |   |
|----|---|
| 1  | 職員にしょうがい特性への理解に関する基本的知識がない                |
| 2  | 若年性に限らず認知症そのものに関する知識や技術が少ない               |
| 3  | 行政との連携がとれていない                             |
| 4  | 関係機関・施設との連携がとれていない                        |
| 5  | 医療機関との連携がとれていない                           |
| 6  | 外部に支援に関して相談する機関がない                        |
| 7  | 本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていない             |
| 8  | 家族が施設のサービスに満足していない                        |
| 9  | 認知症状の進行によって、継続して受け入れることができない可能性がある        |
| 10 | 他の利用者との関係がうまく保てるかどうか心配がある                 |
| 11 | 物理的な移動（施設への行き帰りや外出支援など）に困難がある             |
| 12 | 相談後の利用可能なサービスや受け皿が乏しい                     |
| 13 | 社会的認知が浅いため、周囲の人間からの差別・偏見により晒されやすい         |
| 14 | 本人のかかわり方にリハビリなどの専門職の支援が必要であったが利用不可        |
| 15 | その他（ <span style="float: right;">）</span> |





支援にあたって、あるいは過去の支援における問題について、最も割合が高かったのは認知症に関する知識や技術が少ないであった。次いで本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていないとなっている。ここに若年認知症者の固有なニーズが充足されにくい状況が現れている。

**問 1 4 問 12 で④ ⑤を選択された方にのみお聞きします。**

受入をされていない、あるいは過去に受け入れなかった理由を以下からお選び下さい。

(該当するものすべてに○をつけて下さい)

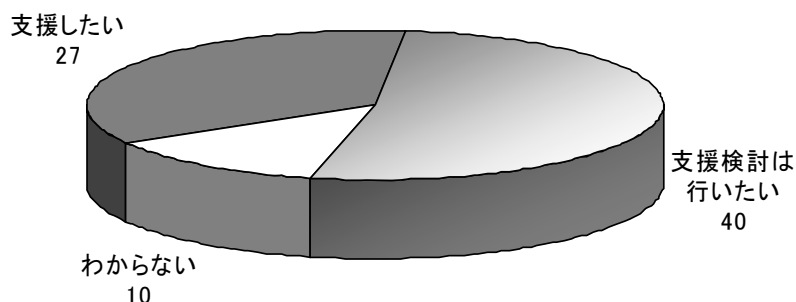
- |    |                                    |
|----|------------------------------------|
| 1  | 利用相談自体がない                          |
| 2  | 相談のマンパワー不足のため受け入れられない              |
| 3  | 施設の機能・特性にあわないため受け入れられない            |
| 4  | センター自体に若年認知症の知識やノウハウがないため受け入れられない  |
| 5  | 職員個々人の認知症に関する知識や技術が少ない             |
| 6  | 行政との連携に問題がある                       |
| 7  | 関係機関・施設の連携に問題がある                   |
| 8  | 医療機関との連携に問題がある                     |
| 9  | 外部に支援に関して相談する機関がない                 |
| 10 | 本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていない      |
| 11 | 家族が施設のサービスに満足していない                 |
| 12 | 認知症状の進行によって、継続して受け入れることができない可能性がある |
| 13 | 他の利用者との関係がうまく保てるかどうか心配がある          |
| 14 | 物理的な移動（施設への行き帰りや外出支援など）に困難がある      |
| 15 | 障害特性により、他の利用者よりも作業やプログラムをこなしにくい    |
| 16 | その他（ <input type="text"/> ）        |

|                               | 度数 |
|-------------------------------|----|
| 利用相談がない                       | 74 |
| 職員の認知症に関する知識や技術が少ない           | 8  |
| 若年性認知症の知識やノウハウがない             | 4  |
| マンパワー不足                       | 2  |
| 施設の機能・特性に合わない                 | 2  |
| 障がい特性により他利用者より作業やプログラムをこなしにくい | 1  |
| その他                           | 1  |

相談を受け入れなかった理由として、最も多かったのは利用相談がない（74 箇所）であった。次いで、職員の認知症に関する知識や技術が少ない（8 箇所）、若年性認知症の知識やノウハウがない（4 箇所）となっている。

問 1 5 今後、若年認知症者の相談を受ける機会があれば支援したいと考えていますか？  
（該当するもの一つに○をつけて下さい）

1 支援したい    2 支援検討は行いたい    3 支援できない    4 わからない



若年認知症者の今後の相談について、最も割合が高かったのは、支援検討は行いたい（40）であった。次いで支援したい（27）となっており、支援に向けて検討している割合が高いことが伺える。

#### 地域連携についておたずねします

問 1 6 若年認知症者の相談を受け入れる場合、どのような地域連携体制の構築が特に必要だと考えますか。従来の地域連携の実績との比較で以下の設問にお答え下さい。

①傷病を問わず、従来からの地域連携体制（地域連携会議）についてお聞きします。

- 1 困難事例などによるカンファレンス会議
- 2 市町村行政レベルの関係機関会議
- 3 都道府県域レベルの関係機関会議
- 4 自立支援協議会としての会議

|             | カンファレンス | 市町村会議 | 都道府県会議 | 自立支援協議会会議 |
|-------------|---------|-------|--------|-----------|
| 10回未満       | 32      | 51    | 69     | 51        |
| 10回以上20回未満  | 20      | 18    | 8      | 19        |
| 20回以上30回未満  | 6       | 7     | 0      | 5         |
| 30回以上40回未満  | 3       | 3     | 1      | 2         |
| 40回以上50回未満  | 5       | 0     | 1      | 2         |
| 50回以上100回未満 | 6       | 2     | 0      | 2         |
| 100回以上      | 14      | 5     | 0      | 0         |

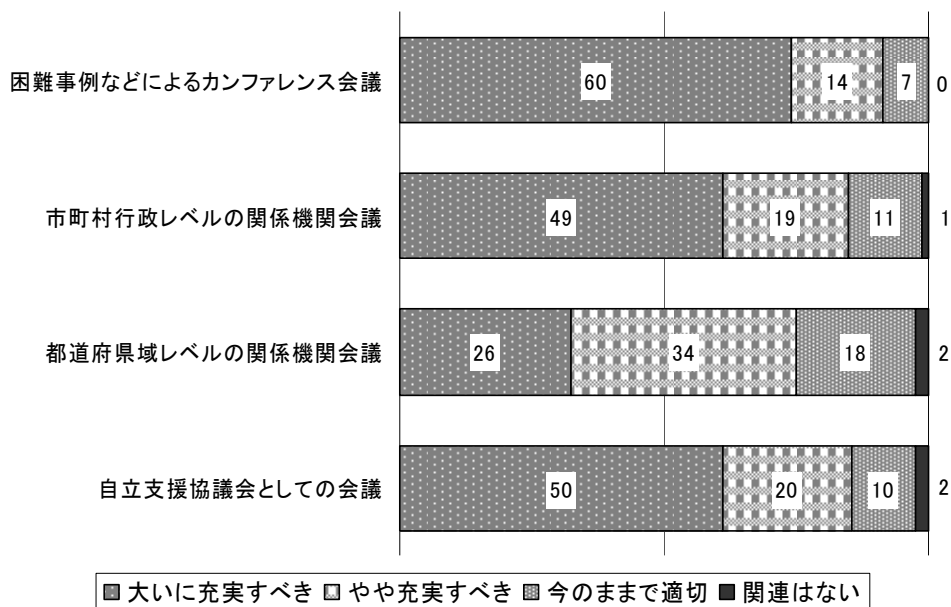
地域連携会議については、すべての会議において最も割合が高いのは、10回未満であり、次いで10回以上20回未満となっている。

カンファレンスが10回未満と100回以上の両極に分かれ、市町村会議には、回数のばらつきが多い。

②若年認知症に対する支援を考えた場合、下記の1～4の連携の種類のうち、どこを充実させると、よい支援が出来ると思いますか。

- 1 困難事例などによるカンファレンス
- 2 市町村行政レベルの関係機関会議
- 3 都道府県レベルの関係機関会議
- 4 自立支援協議会としての会議

1 大いに充実すべき    2 やや充実すべき    3 今のままで適切    4 関連はない

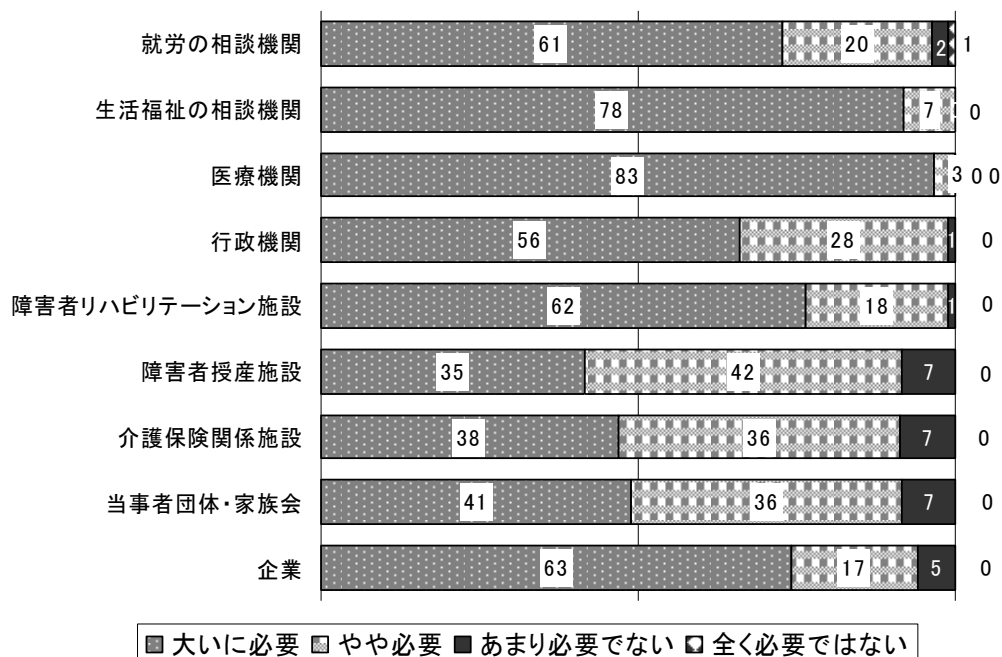


若年認知症の支援のための地域連携について、すべての会議において大いに充実すべき、やや充実すべきと回答している割合が7割を超えており、よりよい連携が求められていることがうかがえる。そのなかで自立支援協議会としての連携会議の開催が実際の実施の割りに強く主張されているのが目立つ。

問17 若年認知症など、従来の支援対象と異なる疾患・しょうがい者への就業・生活支援を考える場合、どのような社会資源との連携が特に必要と考えますか。

- 1 就労の相談機関
- 2 生活福祉の相談機関
- 3 医療機関
- 4 行政機関
- 5 障害者リハビリテーション施設
- 6 障害者授産施設
- 7 介護保険関係施設
- 8 当事者団体・家族会
- 9 企業

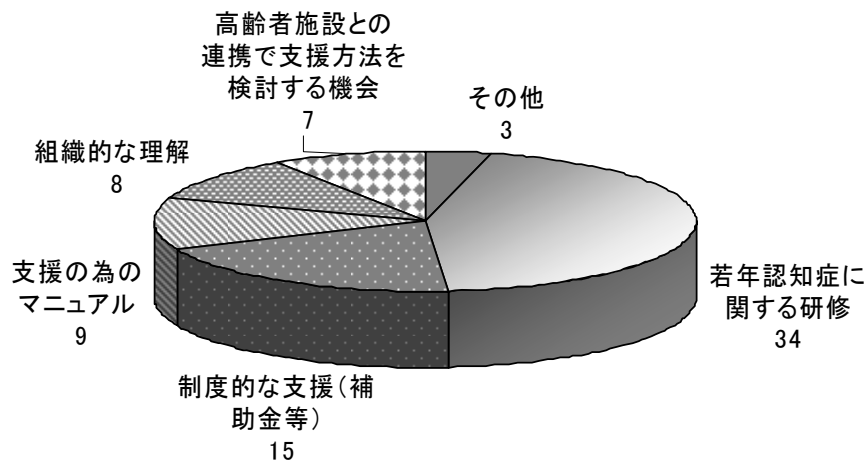
1 大いに必要    2 やや必要    3 あまり必要でない    4 全く必要でない



若年認知症の支援のための社会資源との連携について、すべての社会資源においても大いに充実すべき、やや充実すべきと回答している割合が7割を超えており、よりよい連携が求められていることがうかがえる。特に、生活福祉の相談機関と医療機関については、すべての人が“大いに必要”“やや必要”と応えており、より強い連携体制が求められる。

問18 若年認知症者と家族の社会的支援を就業・生活支援としてみていくと、貴センターでの支援を考える上で、特に必要と考えるものを1つ選んでください。

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | 組織的な理解が必要                 |
| 2 | 支援の為のマニュアルが必要             |
| 3 | 制度的な支援（補助金等）が必要           |
| 4 | 高齢者施設との連携で、支援方法を検討する機会が必要 |
| 5 | 若年認知症に関する研修が必要            |
| 6 | 特になし                      |
| 7 | その他（                      |



若年認知症者と家族の社会的支援のためにセンターで必要なものとして、最も割合が高かったのは、若年認知症に関する研修（34）であった。次いで、制度的な支援（補助金等）（15）、支援の為のマニュアル（9）となっている。

## 第2節 障害者施設

次に若年認知症者の就労と生活にかかわる社会活動の維持増進に直接かかわる施設である各種の障害者通所施設に対する調査結果を提示する。

貴施設のことをお聞きします。（以下、当てはまる種別に○をつけてください）

問1 施設種別を教えてください

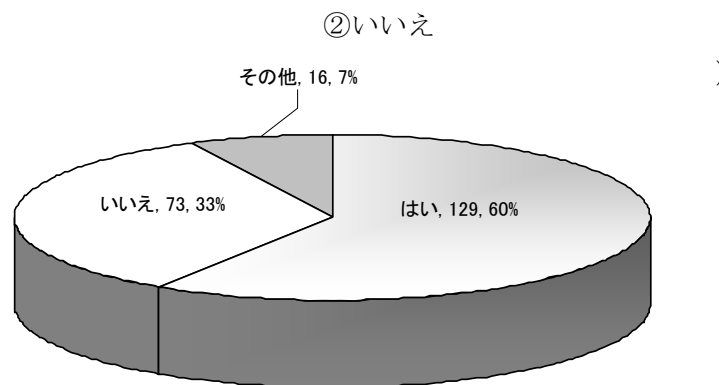
- |            |       |            |
|------------|-------|------------|
| ①生活介護      | ②就労移行 | ③就労継続支援（A） |
| ④就労継続支援（B） | ⑤授産施設 | ⑥更生施設（通所）  |
| ⑦その他（      |       | ）          |

| 施設種別      | 度数 | 割合(%) |
|-----------|----|-------|
| 生活介護      | 92 | 30.1% |
| 就労移行      | 40 | 13.1% |
| 就労継続支援(A) | 12 | 3.9%  |
| 就労継続支援(B) | 85 | 27.8% |
| 授産施設      | 36 | 11.8% |
| 更生施設(通所)  | 12 | 3.9%  |
| その他       | 29 | 9.5%  |

合計 303 箇所のうち、施設種別は、最も多いのが生活介護で 92 箇所 (30.1%) が回答している。次が、就労継続支援 (B) 85 箇所 (27.8%)、就労移行 40 箇所 (13.1%) となっている。総数の割合からも回答率の高いのが生活介護施設で、次に就労継続支援 (B) である。

**問 2 貴施設は自立支援法施行以前から、就労支援の役割を担っていると考えてきましたか。**

- ①はい  
②いいえ  
③その他 ( )



自立支援法施行以前から就労支援の役割を担ってきたと考えている施設は、129 名で 6 割である。その他は、その他を選択した理由としては、主に自立支援法施行後に開所した施設であることがあがっている。

**問 3 貴施設が主に対象としてきたしょうがいの範囲はどこにあるのでしょうか。(複数回答可)**

- ①肢体不自由      ②脳性マヒなど脳原性      ③視覚しょうがい      ④聴覚言語しょうがい  
⑤内部しょうがい      ⑥知的しょうがい      ⑦精神しょうがい      ⑧発達しょうがい  
⑨高次脳機能しょうがい      ⑩その他 ( )

| しょうがい種別    | 度数  | 割合(%) |
|------------|-----|-------|
| 肢体不自由      | 93  | 15.4% |
| 脳性マヒなど脳原性  | 65  | 10.8% |
| 視覚しょうがい    | 37  | 6.1%  |
| 聴覚言語しょうがい  | 37  | 6.1%  |
| 内部しょうがい    | 25  | 4.1%  |
| 知的しょうがい    | 187 | 31.0% |
| 精神しょうがい    | 67  | 11.1% |
| 発達しょうがい    | 47  | 7.8%  |
| 高次脳機能しょうがい | 33  | 5.5%  |
| その他        | 12  | 2.0%  |

対象としている障害の種別は、知的障害が最も多く、187箇所（31%）で全体の約3割を占めている。次いで、肢体不自由であり、93箇所（15.4%）となっている。精神障害67箇所（11.1%）と脳性マヒなどの脳原性の障害65箇所（10.8%）が1割程度となっている。全数からの割合でも知的障害者施設がやや高い回収率を示した。

**問4 貴施設での月平均受け入れ人数を実数でお書きください。（法人全体でなく貴施設のみ）なお情報提供での窓口相談を除いて、具体的な事例として、受け入れた相談件数をお願いします。**

|          | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|----------|-----|-------|---------|---------|
| 25人以下    | 107 | 48.0  | 48.0    | 48.0    |
| 26人～50人  | 46  | 20.6  | 20.6    | 68.6    |
| 51人～75人  | 10  | 4.5   | 4.5     | 73.1    |
| 76人～100人 | 7   | 3.1   | 3.1     | 76.2    |
| 101人以上   | 26  | 11.7  | 11.7    | 87.9    |
| 無回答      | 27  | 12.1  | 12.1    | 100.0   |
| 合計       | 223 | 100.0 | 100.0   |         |

施設での利用者受け入れは、月に25人以下と回答している人が107箇所（48%）で約半数となっている。次いで26人～50人と回答している施設が、46箇所（20.6%）となっている。

**問5 貴施設で相談支援業務やジョブコーチ等の処遇を行っている職員数を教えてください。（生活も就労も含めて）**

| 統計量  |     |       |       |       |
|------|-----|-------|-------|-------|
|      |     | 職員数   | 常勤数   | 非常勤数  |
| 度数   | 有効  | 201   | 199   | 199   |
|      | 欠損値 | 22    | 24    | 24    |
| 平均値  |     | 2.97  | 2.30  | .67   |
| 標準偏差 |     | 4.381 | 3.295 | 1.858 |
| 最小値  |     | 0     | 0     | 0     |
| 最大値  |     | 30    | 24    | 16    |

**常勤数**

|      | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|------|-----|-------|---------|---------|
| 0人   | 48  | 21.5  | 21.5    | 21.5    |
| 1人   | 54  | 24.2  | 24.2    | 45.7    |
| 2人   | 34  | 15.2  | 15.2    | 61.0    |
| 3人   | 16  | 7.2   | 7.2     | 68.2    |
| 4人以上 | 71  | 31.8  | 31.8    | 100.0   |
| 合計   | 223 | 100.0 | 100.0   |         |

**非常勤数**

|       | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-------|-----|-------|---------|---------|
| 0人    | 48  | 21.5  | 21.5    | 21.5    |
| 1人    | 54  | 24.2  | 24.2    | 45.7    |
| 2人～3人 | 50  | 22.4  | 22.4    | 68.2    |
| 4人以上  | 71  | 31.8  | 31.8    | 100.0   |
| 合計    | 223 | 100.0 | 100.0   |         |

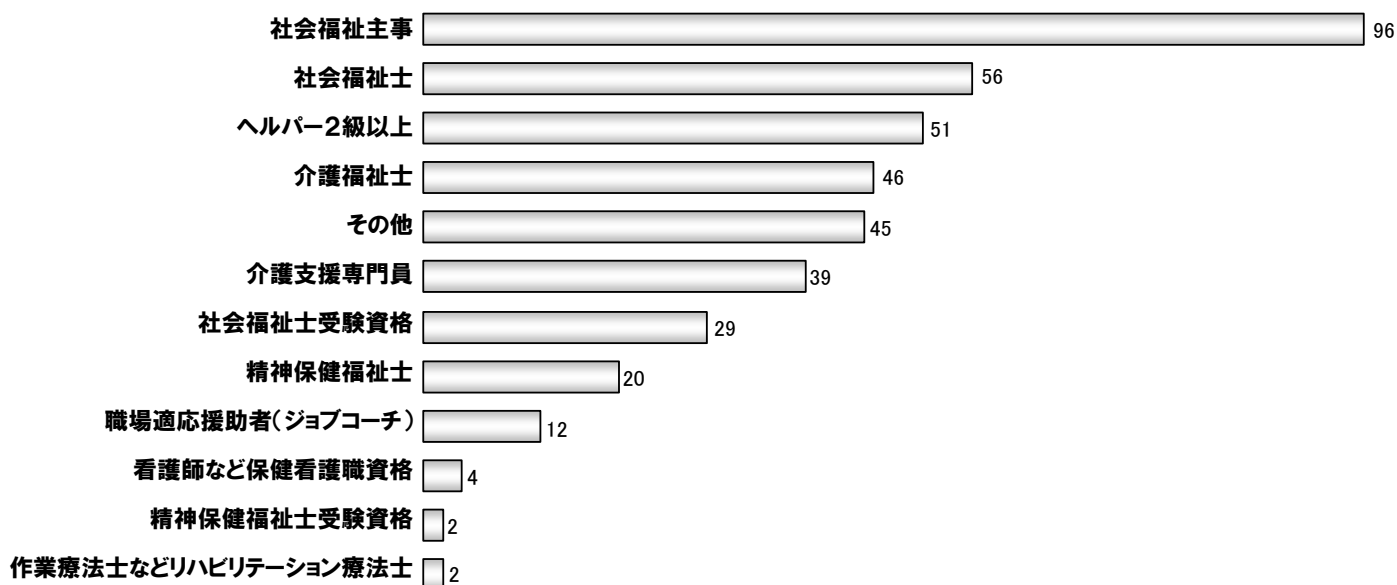
相談支援業務やジョブコーチ等の処遇を行っている職員数が、5人以上いると回答している人は59名（26.5%）と最も多い。しかし、0名と回答している人が48名（21.5%）、1名と回答している人が54名（24.2%）となっており、多い施設と少ない施設に2極化している。

**回答者ご自身のことをお聞きします。**

**問6 あなたのお持ちの資格は次のうちどれですか。（複数回答可）**

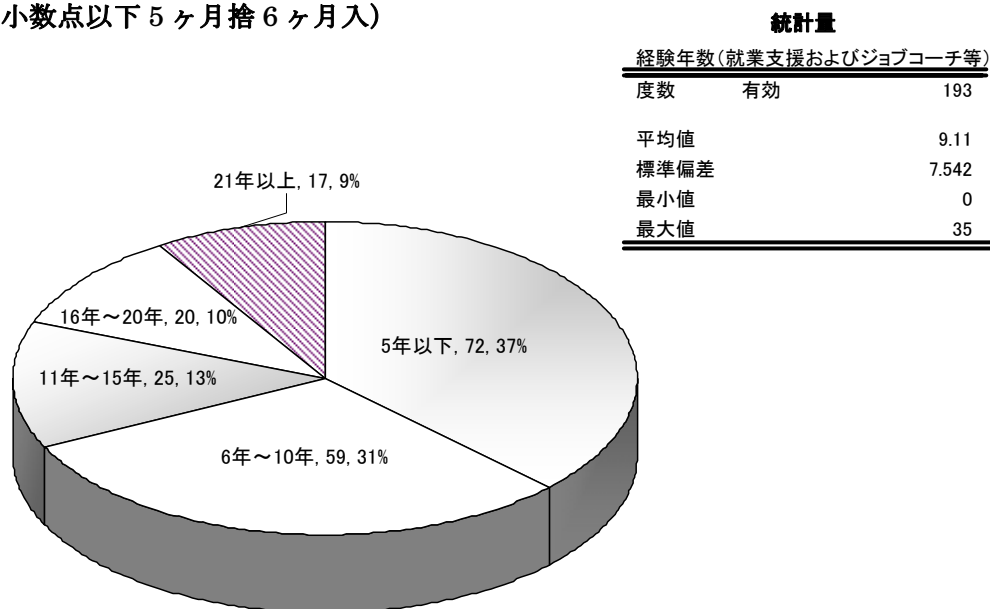
- ①社会福祉士    ②精神保健福祉士    ③①の受験資格    ⑤②の受験資格
- ⑤社会福祉主事    ⑥看護師など保健看護職資格    ⑦介護支援専門員
- ⑧介護福祉士    ⑨ヘルパー2級以上    ⑩作業療法士などリハビリテーション療法士
- ⑪職場適応援助者（ジョブコーチ）    ⑫その他（                      ）





所持資格は、最も多いのが社会福祉主事で、96名である。次いで、社会福祉士56名（受験資格保持者29名）、ヘルパー2級以上51名である。ジョブコーチは12名とかなりの少数になっている。相対的に資格がない割合が多い。

問7 あなたの福祉相談員としての経験年数（転職等を含む）をお書きください。（通算で結構です）（小数点以下5ヶ月捨6ヶ月入）



資格の所持はないものの相談員としての経験年数は、平均が9.11年で、最大35年となっている。5年以下が72名（37%）で最も多い。次に6年～10年の人が59名（31%）となっている。

受講された研修についてお聞きします。

問8 ジョブコーチ職場適応援助者の養成研修（第1号および第2号含む）を受講されましたか。

- ①修了した                      ②都合で修了できていない                      ③その他（                      ）

|             | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-------------|-----|-------|---------|---------|
| 修了した        | 12  | 5.4   | 6.3     | 6.3     |
| 都合で修了できていない | 131 | 58.7  | 69.3    | 75.7    |
| その他         | 46  | 20.6  | 24.3    | 100.0   |
| 合計          | 189 | 84.8  | 100.0   |         |
| 無回答         | 34  | 15.2  |         |         |
| 合計          | 223 | 100.0 |         |         |

問9 職業リハビリテーション実践セミナー（発達障害者支援セミナー含む）を受講されましたか。

- ①受講した                      ②受講していない                      ③受講したい研修がない                      ④その他（                      ）

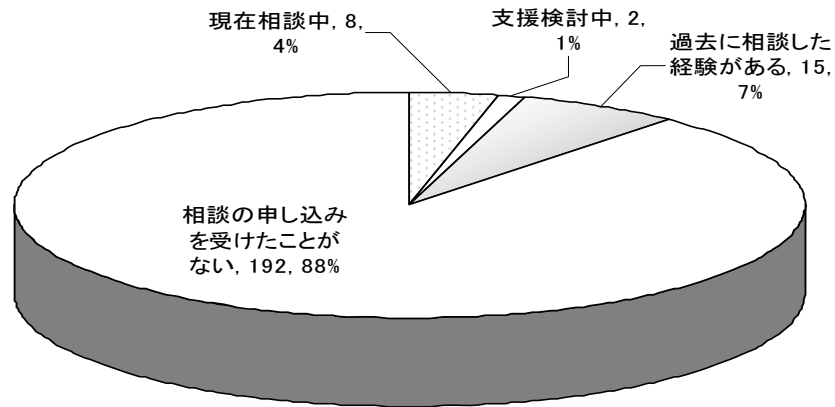
|            | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|------------|-----|-------|---------|---------|
| 受講した       | 23  | 10.3  | 11.0    | 11.0    |
| 受講していない    | 177 | 79.4  | 84.7    | 95.7    |
| 受講したい研修がない | 2   | .9    | 1.0     | 96.7    |
| その他        | 7   | 3.1   | 3.3     | 100.0   |
| 合計         | 209 | 93.7  | 100.0   |         |
| 無回答        | 14  | 6.3   |         |         |
| 合計         | 223 | 100.0 |         |         |

研修については、ジョブコーチ職場適応援助者の養成研修と職業リハビリテーション実践セミナーの受講の現状を聞いた。ジョブコーチ職場適応援助者の養成研修は、「都合で修了できていない」と回答した人が131名（69.3%）であり、職業リハビリテーション実践セミナーは、「受講していない」と回答した人が177名（84.7%）と最も多く、どちらも6割以上の方が講習未修了という結果となった。障害者施設になると、職業の観点からの研修受講者はいまだ少ない現状であることが分かった。

若年認知症者・家族への相談についてお伺いします。

問10 現在、若年認知症・家族への相談を受け入れていますか？（該当するものすべてに○をつけてください。）

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| ①現在相談中            | ②現在相談の申し出があり、支援を検討中   |
| ③過去に相談を受けた経験がある   | ④過去相談受け入れができなかった経験がある |
| ⑤相談の申し込みを受けたことがない |                       |



若年認知症者や家族の相談受け入れ状況については、192名（88%）の人が、相談の申し込みを受けたことがないと回答しており、実際に若年認知症者に現時点で関わりを持っている施設は、1割程度であることがわかった。

**問 11 問 10 で ① ② ③ を選択された方にのみお聞きします。**

① 支援中、あるいは過去に相談を受けたことのある若年認知症者の人数を実数でお書きください。

|     | 度数  | パーセント | 有効パーセント | 累積パーセント |
|-----|-----|-------|---------|---------|
| 1人  | 18  | 8.1   | 72.0    | 72.0    |
| 2人  | 5   | 2.2   | 20.0    | 92.0    |
| 3人  | 1   | .4    | 4.0     | 96.0    |
| 5人  | 1   | .4    | 4.0     | 100.0   |
| 合計  | 25  | 11.2  | 100.0   |         |
| 非該当 | 194 | 87.0  |         |         |
| 無回答 | 4   | 1.8   |         |         |
| 合計  | 198 | 88.8  |         |         |
| 合計  | 223 | 100.0 |         |         |

相談を受け入れた若年認知症者の人数も 1 人が最も多く、一番多く受け入れた経験がある施設でも 5 人と少人数であることがわかった。

② 続けてお聞きします。受け入れている、あるいは過去に受け入れていた若年認知症者の診断名を教えてください。あわせて、診断を受けた実数を右のカッコ内に記入して下さい。

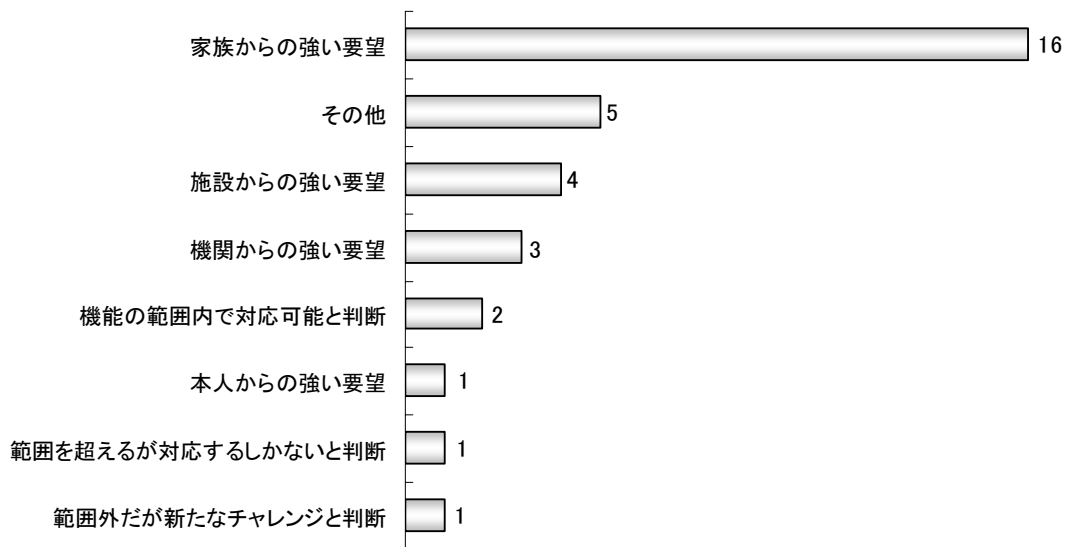
(該当するものすべてに○をつけて下さい)

|   |                |
|---|----------------|
| 1 | 特に診断名を聞いていない   |
| 2 | アルツハイマー型認知症    |
| 3 | 脳血管性認知症        |
| 4 | 前頭側頭型認知症（ピック病） |
| 5 | レビー小体型認知症      |
| 6 | その他 ( )        |



④続けてお聞きします。相談の受け入れを決定した要因は何ですか？（該当するものすべてに○をつけて下さい）

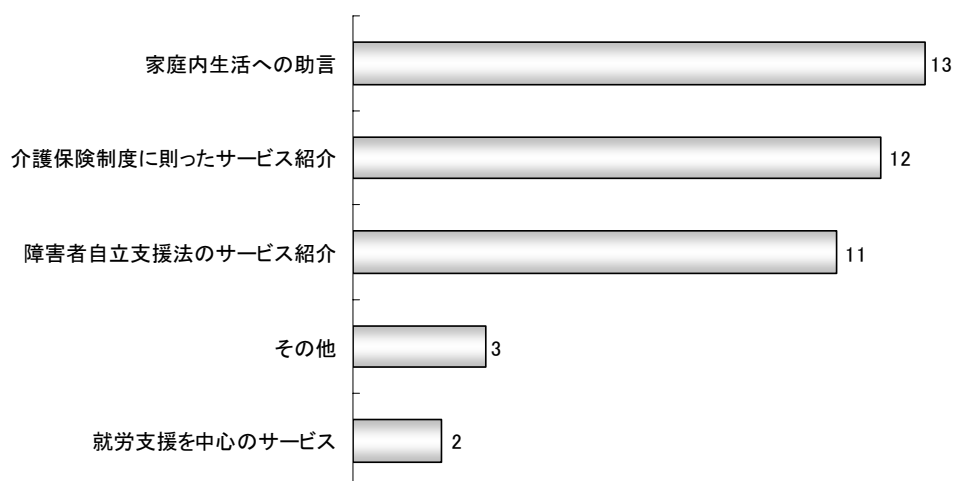
- 1 若年認知症者本人から受け入れへの強い要望があったため
- 2 若年認知症者の家族から受け入れへの強い要望があったため
- 3 かかわりのある施設から受け入れへの強い要望があったため
- 4 かかわりのある機関（病院含む）から受け入れへの強い要望があったため
- 5 センターの相談機能の範囲内であり、十分対応可能と判断したため
- 6 センターの相談の範囲をやや超えると判断したが、対応するしかないと判断した
- 7 センターの相談範囲外とは思ったが、新たなチャレンジとして考えた
- 8 その他（ ）



相談の受け入れの決定には、家族からの強い要望が最も多く関係しており、16名となっている。続いてその他5名、施設からの強い希望4名となっている。ここでも利用の決定には家族の強い希望によることが伺われ、専門家どうしの話し合いによって、進路やケア内容が相談されていないことが伺われる。

⑤続けてお聞きします。若年認知症に対して、どのような支援を行っています（いました）か？（該当するものすべてに○をつけて下さい）

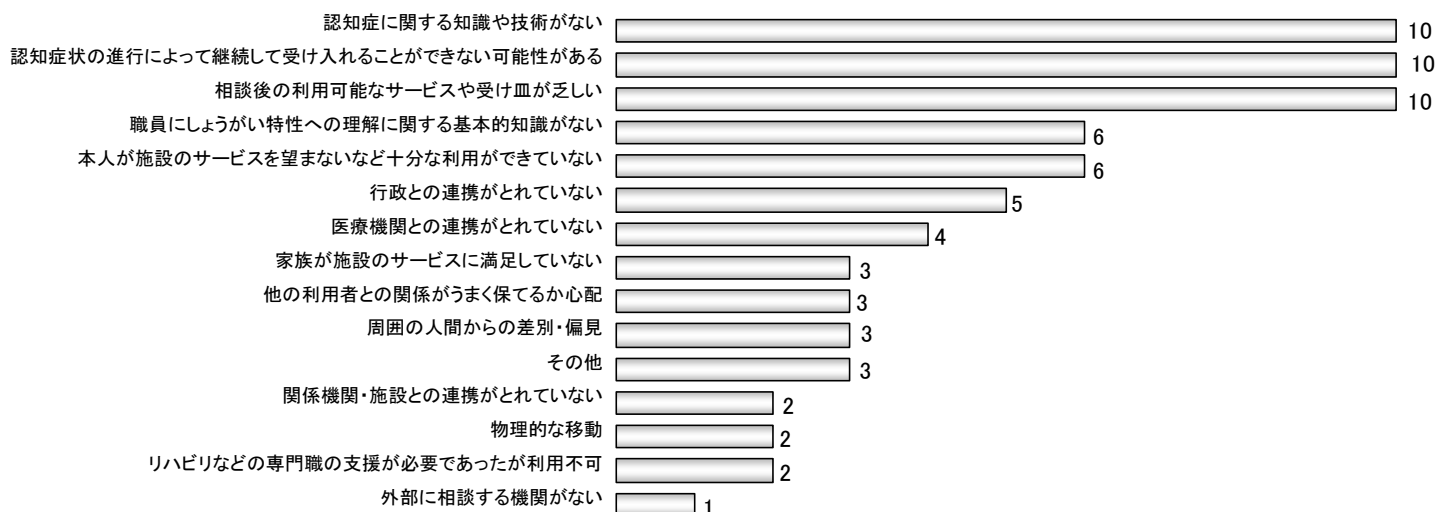
- 1 障害者自立支援法のサービス紹介
- 2 介護保険制度に則ったサービス紹介
- 3 就労支援を中心のサービス
- 4 家庭内生活への助言
- 5 その他（ ）



若年認知症者に対する支援内容は、家庭内生活への助言 13 名、介護保険制度のサービス紹介 12 名、障害者自立支援法のサービス紹介 11 名とほぼ横並びであり、就労支援中心のサービスについては、2 名と少なかった。若年認知症者の支援が就労よりも社会生活を保つことによる社会参加に向かっている可能性がある。

**⑥続けてお聞きします。支援にあたって、あるいは過去に支援されていた中で、問題はあ**

- 1 職員にしょうがい特性への理解に関する基本的知識がない
- 2 若年性に限らず認知症そのものに関する知識や技術がない
- 3 行政との連携がとれていない
- 4 関係機関・施設との連携がとれていない
- 5 医療機関との連携がとれていない
- 6 外部に支援に関して相談する機関がない
- 7 本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていない
- 8 家族が施設のサービスに満足していない
- 9 認知症状の進行によって、継続して受け入れることができない可能性がある
- 10 他の利用者との関係が上手く保てるかどうか心配がある
- 11 物理的な異動（施設への行き帰りや外出支援など）に困難がある
- 12 相談後の利用可能なサービスや受け皿に乏しい
- 13 社会的認知が浅いために、周囲の人間からの差別・偏見により晒されやすい
- 14 本人のかかわり方にリハビリなどの専門職の支援が必要であったが利用不可
- 15 その他（ ）



若年性認知症者を支援する上で感じた問題は、「若年性に限らず認知症そのものに関する知識や技術がない」、「認知症状の進行によって継続して受け入れることが出来ない可能性がある」、「相談後の利用可能なサービスや受け皿が乏しい」という回答がそれぞれ 10 名ずつで最も多い。

**問 1 2 問 10 で④ ⑤を選択された方にのみお聞きします。**

受け入れをされていない、あるいは過去に受け入れなかった理由を以下からお選びください。

- 1 利用相談自体がない
- 2 相談のマンパワー不足のため受け入れられない
- 3 施設の機能・特性にあわないため受け入れられない
- 4 センター自体に若年認知症の知識やノウハウがないため受け入れられない
- 5 職員個々人の認知症に関する知識や技術が少ない
- 6 行政との連携に問題がある
- 7 関係機関・施設との連携に問題がある
- 8 医療機関との連携に問題がある
- 9 外部に支援に関して相談する機関がない
- 10 本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていない
- 11 家族が施設のサービスに満足していない
- 12 認知症状の進行によって、継続して受け入れることができない可能性がある
- 13 他の利用者との関係が上手く保てるかどうか心配がある
- 14 物理的な異動（施設への行き帰りや外出支援など）に困難がある
- 15 障害特性により、他の利用者よりも作業プログラムをこなしにくい
- 16 その他（ ）

| 理由                              | 度数  | パーセンテージ |
|---------------------------------|-----|---------|
| 利用相談がない                         | 166 | 72.2%   |
| マンパワー不足                         | 5   | 2.2%    |
| 施設の機能・特性に合わない                   | 17  | 7.4%    |
| 若年性認知症の知識やノウハウがない               | 8   | 3.5%    |
| 職員の認知症に関する知識や技術が少ない             | 13  | 5.7%    |
| 行政との連携に問題                       | 2   | 0.9%    |
| 関係機関・施設の連携に問題                   | 2   | 0.9%    |
| 医療機関との連携に問題                     | 2   | 0.9%    |
| 外部に相談する機関がない                    | 1   | 0.4%    |
| 本人が施設のサービスを望まないなど十分な利用ができていない   | 1   | 0.4%    |
| 家族が施設のサービスに満足していない              | 0   | 0.0%    |
| 認知症状の進行によって継続して受け入れることができない可能性が | 1   | 0.4%    |
| 他の利用者との関係がうまく保てるか心配             | 4   | 1.7%    |
| 物理的な移動が困難                       | 2   | 0.9%    |
| 障がい特性により他利用者より作業やプログラムをこなすにくい   | 2   | 0.9%    |
| その他                             | 4   | 1.7%    |

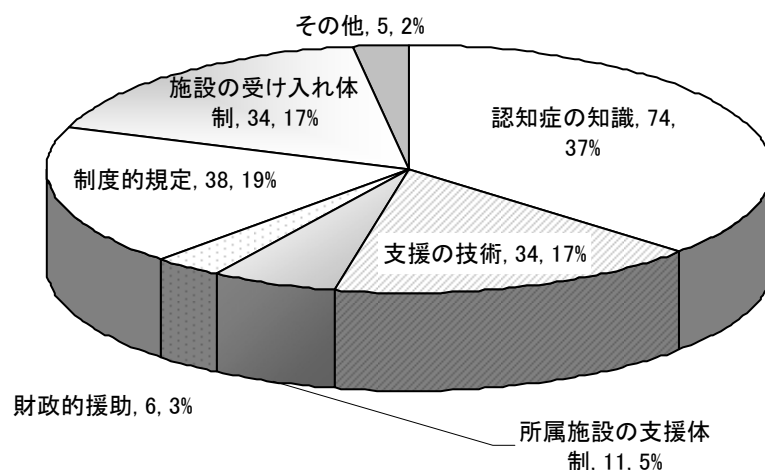
若年性認知症者の相談を受け入れていない理由としては、問 10 の受け入れ状況の設問において、「相談の申し込みがない」と回答しているのと同じく、「利用相談がない」が 166 名（72.2%）である。

申し込みがあつて利用が叶わなかった理由では、「施設の機能・特性に合わない」17 名であり（7.4%）、 「職員の認知症に関する知識や技術が少ない」13 名（5.7%） と「若年性認知症の知識や技術が少ない」8 名（3.5%）と、職員側の知識や技術不足の問題をあげている。

#### 若年認知症に対する必要な知識や技術・連携について

問 13 若年認知症者の利用受け入れについて、一番不足しているものは何だと考えますか。（1つに○をつけてください）

|          |         |             |
|----------|---------|-------------|
| 1 認知症の知識 | 2 支援の技術 | 3 所属組織の支援体制 |
| 4 財政的援助  | 5 制度的規定 | 6 施設の受け入れ体制 |
| 7 その他（ ） |         |             |

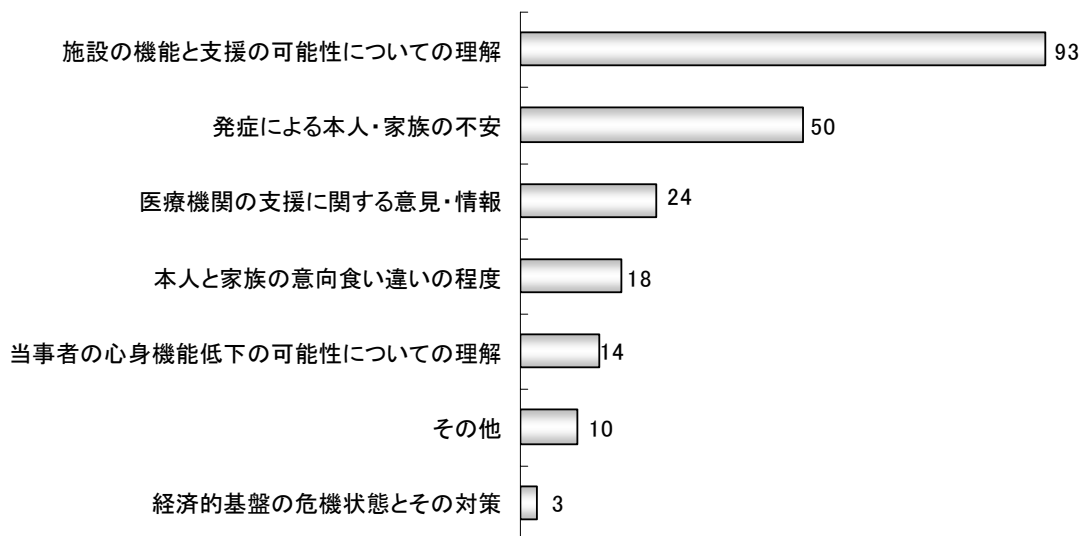




若年性認知症者の利用を受け入れるに当たって不足しているものは、認知症の知識 74 名 (37%)、が最も多く、次いで制度的規定 38 名や施設の受け入れ体制 34 名、支援の技術 34 名が続いている。

**問 1 4 若年認知症者の当事者や家族に最初に会ったとしたら、まず確認したいことは何ですか。一番に確認・強調したいことを1つ選んでください。**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | 当該施設の機能と支援の可能性についての理解 |
| 2 | 当事者の今後の心身機能の低下の可能性の理解 |
| 3 | 家族の意向と本人の意向の食い違いの程度   |
| 4 | 医療機関の支援に関する意見・情報      |
| 5 | 発症による本人・家族の不安         |
| 6 | 経済的基盤の危機状態とその対策       |
| 7 | その他 ( )               |



若年認知症者や家族にまず確認したいこととしては、「当該施設の機能と支援の可能性についての理解」93名で最も多い。次いで「発症による本人・家族の不安」が50名と多くなっている。施設機能がフィットしていないのではないかと、過度な期待があり提供できるサービスを誤解しているのではないかと、若年のニーズに合致したサービスではないことの懸念が大きいと予測される。

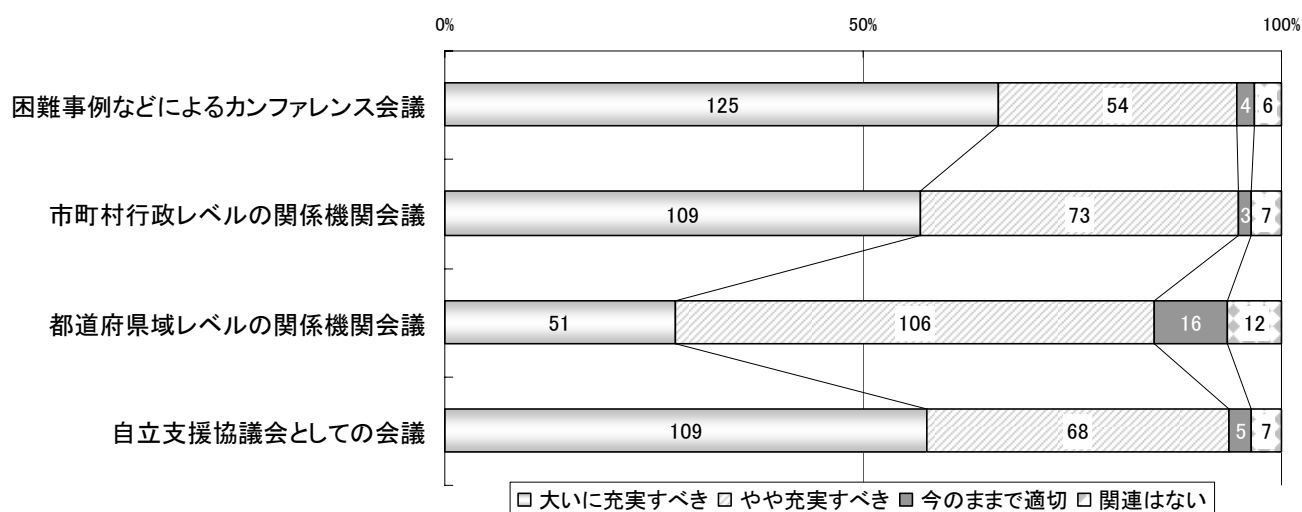
### 連携体制について

**問 1 5 若年認知症者を受け入れる場合、どのような地域連携体制の構築が特に必要と考えられますか。従来の連携実績との比較でお答えください。**

①傷病を問わず、従来からの地域連携体制（地域連携会議等）についてお聞きします。（施設全体のこととしてお答えください。）

|                     | 回数(年) |       |       |       |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|
|                     | 0回    | 1回～4回 | 5回～9回 | 10回以上 |
| 困難事例検討など地域カンファレンス会議 | 28    | 64    | 25    | 27    |
| 市町村レベルの関係機関会議       | 33    | 82    | 19    | 14    |
| 都道府県レベルの関係機関会議      | 51    | 71    | 6     | 5     |
| 自立支援協議会としての会議       | 35    | 72    | 19    | 22    |

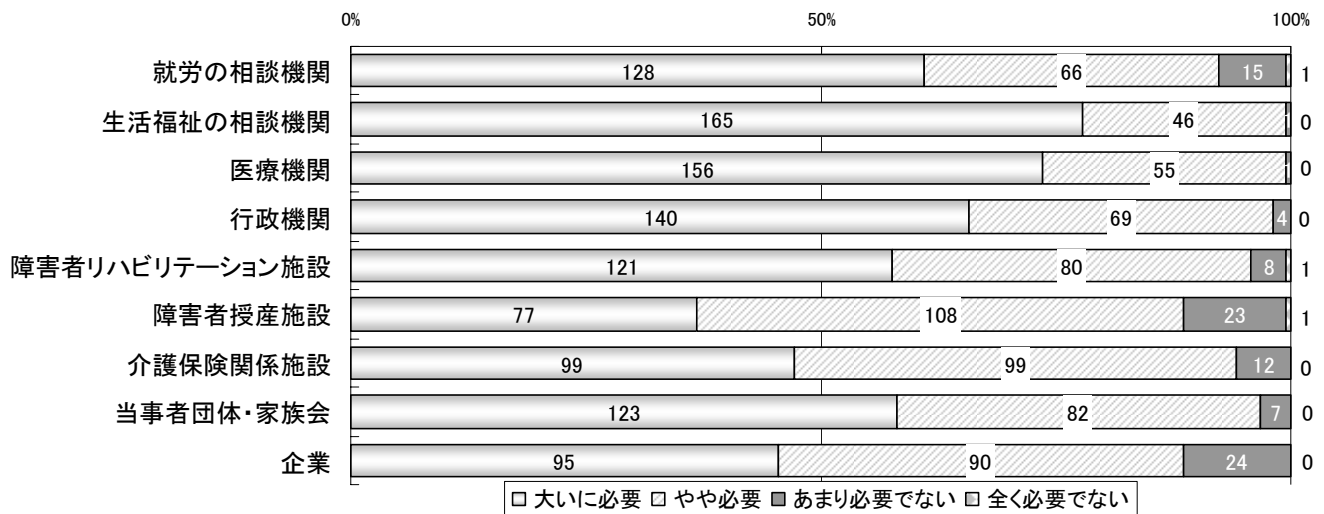
②若年認知症に対する支援を考えた場合、下記の1～4の連携の種類のうち、どこを充実させると、よい支援ができると思いますか。



①の現在の体制については、どの会議においても、年に1回から4回程度開催していると回答している人が最も多い。地域カンファレンス会議や自立支援協議会としての会議等比較的小規模な会議ほど多く開催されており、年10回以上開催していると回答している人が地域カンファレンス会議27名、自立支援協議会としての会議22名となっている。逆に、都道府県レベルの会議は、0回と回答している人が最も多くなっている。

②今後充実させるべき連携体制については、全体的にどのレベルの会議も充実すべきであるという意見が8割以上であるが、地域カンファレンス会議や自立支援協議会等の比較的小規模な会議では、9割以上の方が充実すべきであると回答している。

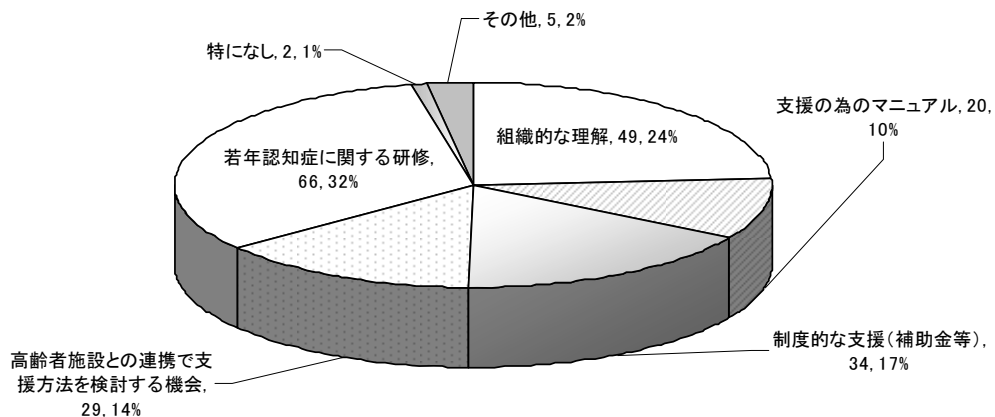
問16 若年認知症など、従来の支援対象とは異なる疾患・しょうがい者への生活・就業支援を考える場合、どのような社会資源との連携が特に必要と考えますか。



生活・就業支援を考える際、必要と考えられる社会資源については、「大いに必要」から「全く必要でない」までの4件法で質問したところ、全体的に「大いに必要」「やや必要」が7割を超える結果となった。その中でも必要であると回答した人が多い社会資源は「生活福祉の相談機関」、「医療機関」「行政機関」等があげられる。

問17 若年認知症者と家族の社会的支援を就業・生活支援からみていくと、貴施設での支援を考える上で、とくに必要と考えるものを1つ選んでください。

- 1 組織的な理解が必要
- 2 支援のためのマニュアルが必要
- 3 制度的な支援（補助金等）が必要
- 4 高齢者施設との連携で、支援方法を検討する機会が必要
- 5 若年認知症に関する研修が必要
- 6 特になし
- 7 その他（ ）



若年認知症者と家族の就業・生活支援を考える上で、特に必要なものについては、最も多い回答は、「若年認知症に関する研修が必要」で 66 名（32%）次いで「組織的な理解が必要」が 49 名（24%）となっている。

### 5-3 考察と結論

若年性認知症者の就労を含んだ社会活動の支援に関して、就業・生活支援センターと障害者各種通所施設の受け入れの現状と課題を把握した。

①就労支援にかかわってきたセンターも障害者施設も、若年認知症者に対するかかわりは少なかった。これは若年認知症という全体の対象者が少ないばかりではなく、障害者の認定に始まる施設・サービス利用に至るシステムが形成されていないことが考えられる。

②利用に至った事例をみると、家族が見つげ出して、家族の熱意で利用が決定する事例の割合が多く、関係機関や専門職によって、利用の目的やケアの申し送りがあるような形での公的な導入がなされていない。

③障害者施設の職員よりも就業・生活支援センターの方が、その背景資格である社会福祉士やジョブコーチなどの資格を持っているものが多い。就業支援に関する研修会の受講率も有意に高い。しかし若年認知症者に関していえば、受け入れ実績も出会い経験も少ない。これは就業・生活の総合相談機関として、その後の生活の方向性を決めるワントップにセンターをおくシステムが機能せずに、当事者や家族の任意の動きに任せている相談の流れが予測できる。

④利用相談自体が少ないという問題は別にして、相談が受けにくい原因は、マンパワーや当事者のケアの手間を理由にしているものは少なく、むしろ若年認知症の疾患に伴う疾患や障害の理解不足や知識や技術の欠如と考えているものが多かった。そのため若年認知症者や家族へのケアに関する研修や、サービスのモニターや助言をしてもらえるようなスーパーバイザーの存在が必要と考えられる。

## 若年認知症の人の社会活動の場づくり

沖田 裕子 (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
杉原 久仁子 (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
住田 淳子 (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
竹内 さをり (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
平井 美穂 (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)  
梅原 さなえ (NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター)

### I. 若年認知症の方の社会参加の場づくりとして何が必要かを明らかにする

#### はじめに

本事業では、1年目に行なった家族や本人からのアンケート及びヒヤリングで、介護保険制度を利用するまでの間、過ごせる場所や、社会参加の場づくりが必要であることが明らかになった。2年目では、どのような場が有効であるか、3つのアクティビティを試してみた。本年は、実際に定期的に通える場を提供し、単に通うだけでなく、経過毎の支援のあり方について事例を通して考察する。

NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター（以下、サポートセンター）で若年認知症の人が実際に通える場として、月 2 回の本人ボランティアと、昨年度アクティビティとして有効であったアートワークを月 2 回実施した。また、サポートセンターのメンバーが所属する相談機関や家族会でも合わせて支援を行った。

活動の場：

#### A. 本人ボランティア

実施日：毎週火曜日・第 2,4,5 木曜日（祝日は除く）

時 間：13 時～16 時

作業内容：切手のリサイクル（切取り、ペン皿作り）、はんこ押しなど本人にあった仕事

#### B. アートワーク

実施日：第 1,3 木曜（祝日は除く）

時 間：13 時半～15 時

スタッフ：

スタッフ A：看護師、認知症デイケア経験者

スタッフ B：介護福祉士、認知症デイケア経験者

スタッフ C：作業療法士、県職員として地域で障害高齢者の支援経験者、大学教師

スタッフ D：介護福祉士、若年認知症の本人や家族を支援する会（以下家族会）の

メンバー

スタッフ E：看護師、O 府社会福祉協議会で相談業務にあたる家族会のメンバー

スタッフ F：看護師、認知症デイケア経験者、O 市社会福祉協議会で相談業務にあたる家族会のメンバー

本人ボランティアは、主にスタッフ A、B が担当し、アトワークはスタッフ A、B、C が担当した。担当できない場合は、認知症介護の経験者に補助を依頼した。スタッフ D は、主に活動のためのスタッフの連絡、家族との連絡などを担当した。スタッフ E、F は、それぞれの相談業務や、家族支援の中から対象者に活動を紹介したり、地域包括支援センター、ケアマネジャーなど、外部機関との連携を行った。

## 1. 経過とその振り返り（事例検討）

8 事例について支援した内容をふりかえり、若年認知症の人への社会参加のための支援のあり方、課題を考察する。

### 事例 1

60 歳代前半、女性、アルツハイマー型認知症、独居。

<経過>

スタッフ F が相談機関で平成 20 年 1 月に相談を受けたケース。本人がサポートセンターの近所に勤めており、2 月に退職の予定。姉の家もサポートセンターの近所で、本人は仕事の後に姉宅で食事をして帰っていた。退職後の過ごし方に不安があり、今後どのように過ごしていくか検討し、2 月よりサポートセンターの事務所でボランティアをすることになった。行き帰りは、訪問介護の付き添いで電車を利用した。在宅時に一人で自転車に乗って遠方に行き道に迷う、来所日でないのに来所するなど、日時や方向の混乱があったが、ほぼ一人で作業をして時間を過ごせていた。姉の家が近いので、事務所で本人とのお弁当のやりとりなど行うために、姉が来所することもあった。

4 月からボランティアを継続、アトワークにも参加する。5 月末より事例 2 の男性も参加するようになり、二人で繰り返しの話をしながら、なごやかに作業する。

8 月になってもタートルの長袖を着てきたり、むくみがみられるようになる。姉より食事が家できちんととれていないということで、昼食をヘルパーと買ってきて事務所で食べることになる。

9 月ケアマネジャーより、服薬管理ができていない、姉が疲れてきている、本人が家で食べた後に嘔吐するなど情報提供あり。本人の話の聞き間違い、くい違いが多くなってきた。亡くなっている父親が生きていたり、母と暮らしているなど辻褃の合わない話が出る。作業の混乱も出てくる。

ケアマネジャーとヘルパーとスタッフ F でカンファレンスを行う。姉が在宅生活の限界

を感じているので入所施設をさがしている。小規模多機能施設へも見学などに行っているが、現在、要介護度 1 のため入所は難しいと言われている。訪問介護からは援助時、食事が摂れていないこと、「トイレにお父さんがいる」などいない人がいると言うことや、急に怒り出すことがあると情報があつた。

今後の援助方針を次のように決める。

1. 今後のサービス導入を考え区分変更を申請する。訪問介護時の様子をよく伝える。
2. デイサービスや小規模多機能施設など、通所の介護保険サービスを試していく。
3. サポートセンターへの通所は継続し、介護保険サービスに移行するときに、移行しやすいように情報提供する。

このミーティングの後、区分変更を申請するため姉とともに病院を受診する。病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）からサポートセンターでしていることについて問い合わせがあり、幻覚と思われるような症状があることを伝える。主治医に本人の状態が上手く伝わっていない様子。

要介護認定は3に変更となり、デイサービスを開始する。

10月に入るとむくみが軽減し、体調はよくなったように見えるが、幻覚か妄想と思えるような話が多くなる。

10月末、ヘルパーの迎えの時間まで待てず、「しんどいから帰らせてほしい」と早めに帰宅。

12月2日、作業中に突然「〇〇に行く」と事務所を出ていく。スタッフが同行し近所を歩いて、しばらくして戻ってくる。

12月9日、語気の強い他の利用者がスタッフに対し「あっち行け」と言ったことに対し、本人が「あの人偉そうに！ここにはもう来ない」と怒り出し事務所を出ていく。近所の喫茶店で過ごして、帰ってくる。

12月16日、前回とは違う利用者が、語気は強くないが「あっちへ行って・・・」とスタッフに言った言葉に反応し、怒り出して事務所を出て行く。スタッフと外でしばらく過ごす。前回のように気分が変わらず、妄想的な話を始め、泣き出し不安定な状態になったため帰宅することになる。この日以来、来所を拒否し始め、デイサービスも同時期に拒否が始まり、在宅で訪問介護を利用して過ごすことになる。

2009年1月、スタッフFが姉に電話し様子を聞く。本人が、怒り出す、幻覚などの症状で混乱がひどいようなので、認知症専門医への相談をすすめ、スタッフFのいる相談機関での認知症専門相談を予約する。専門相談を、本人、姉夫婦、ケアマネジャーで受ける。姉夫婦は、困っている、心配している状況を専門医に話し、症状がどうしておこるか説明を受け納得する。本人は、始めごまかした風にちゃかしていたが、最後まで同席して聞いていた。本人にサポートセンターへの来所の意思を尋ねると「行かない」と言ったり「行く」と言ったりする。姉から、現在、訪問介護は自費負担があるので、このまま負担が増えたと入所などした時に心配があると言われる。また、デイサービスでは血圧が高くなり、気分が悪いとの訴えから行けなくなったとのことで、本人が外で緊張が高いこともわかっ

た。

今後の援助方針を次のように決める。

1. 現在の病院で処方された抑肝散を試してみる。
2. それでも落ち着かない場合は、今回の専門医相談の医師が本人の自宅近くなので、そちらに受診することも検討してもらう。
3. 在宅では、服薬、食事などを整えることが難しく、混乱もするので入所の必要性は高い。入所につなげられるように、サポートセンターやデイサービスに通所できるように支援する。
4. 障害者の福祉サービスが利用できるように、再度福祉課で手続きを試みる。

その後、スタッフ F が若年認知症を受け入れている、本人宅に近いデイサービスに問い合わせ、紹介する。姉とケアマネジャーで見学する。3月半ばに体験利用し、利用を希望された。サポートセンターで本人がよく話題にしていたことを利用につながるように、デイサービスに情報提供する。デイサービスには、今後の支援に協力することを伝える。

<支援の振り返り>

ケアマネジャーがよく連携してくれたケースであるが、ケアマネジャーの負担もかなり大きいのではないかと考える。もし、サポートセンターや専門相談機関が関わらなかったら、家族への説得、状況の説明、昼間の過ごす場所がないなど、ケアマネジャーの負担はもっと大きかったのではないだろうか。

本人がサポートセンターを利用し始めたときは、仕事をやめてすぐにはデイサービスに馴染むとは思えない様子であった。しかし、職場の代わりになる場所が必要であり、若年認知症の人のためのボランティア活動やアートワークに参加することは必要であったと考えられる。これらの場への参加がなければ、徘徊の回数はもっと多くなり、家族やケアマネジャーが混乱する機会がもっと多かったと考える。

また、介護保険サービス利用までの時期を支援するには、本人、家族、医療機関、ケアマネジャーとの連携が欠かせないと考えられる。それぞれの持っている情報やニーズを整理し、若年認知症の特徴に合わせた支援ができるようにアドバイスしていくことが必要であると考えた。

しかし、本ケースは、独居のケースを支えていくことや、同居していない家族との連携が難しいことも示している。独居のケースは、食事や服薬といった生活の基礎になるセルフケアができなくなることで、認知機能も低下し、さらに生活が混乱するといった状態を改善することが難しい。同居していない家族は、本人の体調不良や徘徊で行方不明になることに振り回され大変な介護負担がある。その時々、その瞬間の本人の混乱を助けるという支援ができない。本人の状況を改善しようと、ヘルパーは家族の援助を期待し、家族はヘルパーに対して何故十分な援助ができないのかと思い、相互のすれ違いも起っていたように思う。このような状況から生じたセルフケア不足により、本人の認知症は進行しやすかったのではないかと考える。

このような場合、入所し 24 時間本人が混乱しないように誰かが見守り、本人の誤認など



を助けることが必要と考えるが、本ケースのように行動力があり、年齢も若い人が納得し入れる施設がほとんどない。本人が家族と共に、高齢者対応住宅や小規模多機能施設などに見学に行っても、入所する意思を示さなかった。サポートセンターで気の合う若年認知症の人とは一緒に過ごせたこと、他の人の話を誤認しやすいことを考えると、若年認知症の方のためのグループホームが必要であると考ええる。

## 事例2

50歳代半ば、男性、前頭側頭型認知症、本人と妻・本人の母の3人暮らし。

### <経過>

本ケースは、スタッフBとスタッフFが関わっていたクリニックに通って、アートワークをしていたケース。クリニックでのアートワークが中止となり、精神保健福祉士（PSW）が進める作業所にも通所できないため、サポートセンターでの本人ボランティア、アートワークに誘う。妻の疲れた様子も見られ、介護保険サービス利用につなげるためにも、外に出るきっかけをつくることを目標に通所してもらうこととする。妻と一緒に電車を利用し通所する。

5月8日、アートワークに参加。アートワークの経験があったため、スムーズに参加できる。

5月27日、本人ボランティアに参加。力仕事などを手伝ってもらおうと、いきいきとしている。妻が買物に行くために外出すると、何度も妻のことを尋ねるが待つことができる。

妻と話して、週1回の通所を目標にするが、2週間に1回の参加であった。妻の話によると、本人がサポートセンターに来てしまえば、機嫌よくしているが、家から出るときに出かける気持ちにさせることが困難であることがわかる。妻の側にも来所の理由を作ると本人を誘いやすくなるのではないかと、また、妻にも楽しみを作ることが必要と考え、以前、妻が希望していた生花を事務所で習えるように、生花の先生に来てもらうことにする。加えて、他の家族との交流をはかることを目的に家族会への参加を提案した。

本人の近所でのトラブルや、同居している母の介護などで休むことがあったが、決められた日にほぼ参加できるようになった。家族会にも合わせて参加がみられるようになった。

9月、今後の目標を妻と話し合い、年内にガイドヘルパーとの来所を提案し実施することを目標とした。そこで、PSWとも連絡をとり、ガイドヘルパーの利用手続きを依頼した。

11月、散髪をすすめても行かない、食事量が減ってきているなど妻が気になる症状が出てくる。

12月本人の体調不良のため休みがちとなり、病院受診し検査の結果、悪性腫瘍があることがわかる。

### <支援の振り返り>

妻は本人とずっと一緒に居ることで、同じ話を繰り返し聞いていないといけないことや、本人のこだわりの行動などに精神的に疲労がみられた。妻に対してなんらかのサービスが必要と考えられたが、作業所や介護保険サービスには本人が行きたがらなかった。妻の方

にも、本人を連れ出すことが大変であるという困難さがあり、なかなか進展しない状態であった。妻にも楽しみを持ってもらうことや、他の家族との交流をはかることによって、家族会への参加を促し、夫婦だけの膠着状態をなんとか変化させようとした。本人がまず家族と通所する、次に家族以外と通所するというステップを、家族と話し意識してもらいながらすすめていこうとした。残念なことに本人の別の病気のために中断してしまったが、家族と一緒に目標を決めステップアップしていくことや、家族にも楽しみを持ってもらうことが必要であることがわかった。

### 事例3

60歳代、女性、アルツハイマー型認知症、夫と2人暮らし。

<経過>

家族会に参加しているが、他のサービスを利用されていないケースであり、なんらかのサービスが必要ではないかと思われ、アートワークに誘うことになる。夫と一緒に来所する。

7月17日にはじめて参加。本人は「できない」と自信がない様子で参加拒否していたが、無理強いせずすすめると、作品を仕上げるができる。その後も、体調不良で休みが1回あったが、参加継続する。

9月、本人から今の気分についてスタッフが聴き取りを行い、アートワーク作品をハガキにして販売する時につけるメッセージを一緒に考える。そばで、さりげなく夫にも本人の気持ちを聞いてもらう。本人は、以前できたことができないことで大変自信がなくなっており、何もしたくないのだと話す。アートワーク作品が素敵にできていることを伝え、今までと同じようにはできないけれど、新しい自分をみつけようという提案を行ったところ、本人は納得した様子であった。「皆さんに、認知症でもこんなにすばらしい作品ができることを知ってもらおうよ」と話すメッセージ作成に協力してもらえた。

ーメッセージー

絵は、へただった。たまたまやったらできるじゃん。

気がのったらできるのよ。自分でも意外だった。

こんなことでもなければ、絵はかかなかった。

編み物は、自信があったけど、絵をかくななんて思ってもいなかった。

作品が残ってよかった。

やる気が、なかなか出ない。今まで綺麗にできたようにできないので悔しい。

絵は、またいつか気がのった時にかきます。

今のままでいいの。

このことを機に夫の気持ちにも変化があった様子で、10月からガイドヘルパーを利用し

て来所するように手続きをされた。スタッフ E が手続きを支援し本人に合うヘルパーを事業所に依頼し、適切な人をコーディネートした。

その後、ガイドヘルパーとの来所がスムーズにできるようになり、本人もアートワーク時に他の人が自信なげにしていると、「それでいいのよ」と励ます場面がみられるようになった。

今後、デイサービスなど近所の介護保険サービスの利用も考えるようになった。

<支援の振り返り>

本ケースは家族会には参加していたが、他のサービス利用にいたっていなかった。本人を交えた話し合いで自分の気持ちを表明する様子を見ていると、支援の経過の中でも本人にやりたいと思ってもらうことが大切であると考えられた。本人にとってアートワークで作品ができていくことが、新しい自分をつくっていくことにつながると実感できるよう、作品つくりと本人の気持ちを聞いて整理していった。このことをきっかけに、本人も家族も変わっていったように思う。

また、家族会の支援の中で本人の性格や好みを良く知ったスタッフ E が本人に合うガイドヘルパーをコーディネートしたことも重要なポイントであったと考えられる。

#### 事例 4

60 歳代、男性、アルツハイマー型認知症、妻と 2 人暮らし。

<経過>

昨年度のアートワークより継続参加している。ガイドヘルパーの送迎で片道 1 時間半くらいかけて通っている。

アートワークに参加する前から介護保険制度を活用して通所系サービスや短期入所を利用しながら妻と二人で生活していた。しかしサービスを利用するなかで、本人は、一方的にサポートされる機会しかなく、自らができることを体験することがない日々を送っていた。妻はこのような状況を受け、本人が何もできず動けなくなり、自らを表現できなくなっていってしまうことへの不安を抱いていた。

アートワーク参加初期の本人は、自発的に活動に参加する様子は見られず、常に受け身でサポーターの指示に従うのみであった。しかし、回を重ねるたびに自信をもって絵を描くようになり、作品にもその変化がうかがえるようになった。また、「はい、いいえ」の表現のみだったのが、自分の作品への感想を力強く述べる、他者の気持ちを代弁するなどといった様子もみられるようになった。緊張感あふれる初期の状態から、アートワークに対しての自信がみなぎる状態へと本人は変化した。さらに、その変化は家に持ち帰った絵を見た妻にも伝わり、妻の安心にもつながった。

今年度は継続して参加する中で、短期入所中に転倒したことをきっかけに歩行状態が悪くなり、車椅子での通所となる。なんとか、階段を上がり降りして参加している。

製作の状況は、前年度と変わらず、言葉も出にくいながら自発語が維持されている。

妻は歩行状態が悪くなったことを大変心配しており、相談機関での研修時に専門医に本

人の様子をみてもらうなどの場面を作り、四肢の拘縮、ミオクローヌスなどの症状について説明を受けられるようにし妻の不安にも対応した。その後、このことは専門医への受診につながった。今後の短期入所利用などについても助言を行った。

<支援の振り返り>

例え一旦、介護保険サービスが利用できるようになっても、若年認知症の人は、高齢者に比べ様々な神経症状や、同年齢の人より早い身体能力の低下がおこることに対して家族の不安があった。家族の不安解消のためには、本人の変化や症状について専門医にゆっくりとたずねられる機会が必要であった。看護師等が家族の質問に答えたり、適切な専門医を紹介することが必要である。

加えて、家族は認知症の進行や機能の低下を防ぎたい気持ちがあっても、介護保険事業所にどのように伝えていくことがよいのか迷いがあった。実際には、現在の介護保険サービスでは、アートワークで引き出せているような、本人の能力や表情は引き出せていない。デイサービスなどに十分な人員が配置されていないことや、本人の力を引き出す力量が不足していることが考えられる。

## 事例5

60歳代半ば、女性、前頭側頭型認知症、夫と二人暮らし

<経過>

アートワークに参加していたが、前年度スタッフAの支援で介護保険のデイサービス利用が可能となった。しかし、利用回数が週1回から夫が希望するように増えないため、アートワークを実際にデイサービスで実施できるように、スタッフが出張し、本ケースの利用できる日を増やそうと試みた。

施設にスタッフがでかけ、ミーティングを行い、施設でアートワークを実施する準備をした。アートワークは本ケースを含め、他の利用者、デイサービススタッフが参加し2日間行った。実施後、スタッフとミーティングを行った。本人の、2日間の実施状況は全く異なっていた。1日目は机を叩くなどの行動がはげしく、不機嫌な状態から脱することができなかったが、2日目は机を叩く行動がなくなり、制作にも意欲的であった。2回目の方が、アートワークのモチーフが気に入るものであったようで、そのことが影響していると考えられた。

施設のスタッフの意見は、「本人のサインを感じ取り、感情表現があらわせる他の行為に対応しているのを見て参考になりました。」「前頭側頭型認知症の特徴がわかった」「音（机をたたく、大声で歌う）について他の利用者への影響と周囲の理解に今後検討が必要と思います。」「今後施設内でアートワークの実践を継続していくために、伝達を行い環境作りに努め、その様子を報告したい。」などの意見があった。アートワークに参加する本人の様子を実際に見ることで、本人への接し方への視点が変わったと思われたが、実際に利用日をふやすとなると、他の利用者との関係で難しいという現状であった。

結果として、この施設内のデイサービスでは利用日が増えなかったが、ケアマネジャー

が他のデイサービスを積極的に探して、他のデイサービスを利用できるようにした。

<支援の振り返り>

前頭側頭型認知症の場合、机をたたく等の音を出す行動を繰り返すので、他の利用者との関係でサービス利用が難しい。今回、本人が利用するデイサービスでアートワークを実施することによって、アートワーク等の作業がデイサービスで可能になれば、利用日を増やせるのではないかと考えた。職員の理解は得られたが、他の利用者との関係がうまく調整できないということで、デイサービスを増やすことができなかった。しかし、アートワークの実施の中で、入所施設の人も参加し本人を知るきっかけになり、ショートスティも受け入れるようにしたいと言われた。ケアマネジャーも、別のデイサービスを探すきっかけになった。

若年認知症に多い前頭側頭型認知症については、サービス事業所の経験が少ないので、今後、前頭側頭型認知症の特徴や、支援方法を伝えていく必要がある。

## 事例6

50歳代半ば、女性、アルツハイマー型認知症、独居。

<経過>

訪問介護のサービスだけで生活しているが、独居が難しくなりグループホームなどの入所の時期ではないかとケアマネジャーなどは考えるが、本人はデイサービスなども拒否しており、入所利用につなげられないでいた。20歳代の子供2人は独立して生活しており、同居して本人の介護をのぞめる状態ではなかった。

デイサービスなどにつなげる目的で、ヘルパーとともにアートワークに参加した。数回の参加で緊張した表情も和らいだ。アートワークの制作は、道具の使い方などがわからず、ひとつの作業にかなりの時間を有した。本人ボランティアにも参加してもらったが、作業ができないためか歯痛を訴え、来所できなくなった。

その後、ケアマネジャーや後見人とカンファレンスの機会を持ち、本人が行ける場所を増やしていこうと支援方針を立てる。本人が参加できそうな機会に案内するが、なかなか参加することができない。

<支援の振り返り>

本事例の支援が困難な理由は、①日常生活を支援したり、サービス利用につながるよう同行することが家族に難しいこと、②アートワークに参加したときにすでに進行した状態であること、③本人が病気に対して否定的で、出来ないことがあるとすぐに混乱してしまい身体症状に表れることなどが考えられる。本人の出来ないことを日常的に補い、励ましていく存在が重要であることが考えられた。

## 事例7

60代前半、女性、アルツハイマー型認知症、夫と二人暮らし。

夫がインターネットで調べて若年認知症の家族会に連絡してくる。診断を2年前に受け

たが、何のサービスも受けておらず、今後どのようにすごしたらよいかサポートセンターに相談に来る。本人がお花をしていたということから、サポートセンターで家族がお花を習っていることを話すと、夫が是非参加させたいと希望する。アートワーク、月 1 回の生け花を 2008 年 12 月から開始する。はじめは緊張していたのか、急に怒り出したり、作業ができなくなるとイライラすることはあったが、2 ヶ月後にはアートワークのメンバーに溶け込み、他の人の言葉が出にくいとヒントを出そうとする行為が見られるようになった。夫とともに家族会にも参加し、活発に卓球をされる場面がみられる。

夫は 3 月には、デイサービスの申し込みをし、今後利用していこうとしている。

<支援の振り返り>

本人宅がサポートセンターのすぐそばにあるにもかかわらず、今まで情報を得ることができなかったことを、夫が悔やんでいた。本ケース以外でもどこに相談窓口があるのか、どこで支援をしてもらえるのかわからなかったというケースは多い。そこで、どこで若年認知症の支援をしていることを、どのように知らせるかが課題であると感じた。

また、本事例は利用当初に急に攻撃的になったり、感情の起伏が激しく、利用が続くか心配されたが、回数を重ねるごとに安定してきたので、緊張が高かったのではないかと考えられる。このようなアートワークの場に慣れてきた姿を見て、デイサービスの利用を家族が試みる気持ちになったのではないかと考えられる。

## 事例 8

50 歳はじめ、男性、脳血管性認知症（高次脳機能障害）、妻と子供の三人暮らし

<経過>

2008 年 1 月に某病院で脳血管性認知症の診断を受け今後の過ごし方について、相談機関で専門相談を受け、高次脳機能障害の専門病院受診を勧められたが、電話した窓口が異なったのか受診を断られ、受診につながっていなかった。再度 9 月に相談機関に妻が来られ自宅に何もせずいる夫にストレスを感じていることを話される。相談機関から、高次脳機能障害の病院受診を予約できるようにし、地域包括支援センタースタッフにも支援を依頼する。

病院受診と合わせて、本人が家族から離れる時間を作るために、本人ボランティアへの参加を促す。11 月から本人ボランティア参加。初回は、妻と来所し一人で帰る。2 回目一人で来所し、1 つ前の駅で降りてしまい混乱して遅れてしまう。地域包括支援センターのスタッフと一緒に来所してもらい、混乱した原因を明確にし、手がかりのメモを作成してもらう。

4 回目からは迷わずに一人で来所する。作業は、似たような物の分類が苦手である。噛み砕いて説明しても一度手本を見せないとできないが、一度体験したことは覚えており二度目から説明がなくても自分で進めることができる。アートワークでは、作業の先が気になるため、12 月から参加したアートワークでは、写真入りの手順表を作ると、自分のペースでそれを見て作業できる。しかし、完成作品を見て、イメージしていたものと違う、自分

の思うようなものにならないと落胆する。また、「自分がここに（事務所）くると迷惑をかける」「仕事がしたい」と言い、仕事復帰への要求が高い。

地域包括支援センター職員に地域で通える作業所と、リハビリテーションの可能性について探してもらうこととした。

12月には高次脳機能障害の診断を受けたが、リハビリテーションにはつながらなかった。障害者手帳取得のために前の病院で診断書をかいてもらう。

本人ボランティアを行う中でアセスメントして、作業所や就労などにつなげるための情報提供ができるようにする。

3月には、本人、家族、地域包括支援センタースタッフ、サポートセンタースタッフと共に、高次脳機能障害のビデオで障害の特徴を確認する。

今後の支援の方針として

- ・ 障害者手帳を取得する。
- ・ 地域の作業所に行ってみる。それまでの間は、サポートセンターのボランティアは続ける。
- ・ サポートセンターでのアセスメント内容をまとめて、作業所に情報提供する。
- ・ 本人はあせらず、自分が支援を受ける必要性をみとめられるようにする。

<支援の振り返り>

相談機関から病院につながっていなかったことを確認できておらず、診断が遅れたことが悔やまれる。若年認知症といわれる人の中で、高次脳機能障害の人も含まれており、本ケースは発症がはっきりとしていない点で、脳血管性認知症と高次脳機能障害とどちらともいえるところがある。本人の能力を見極め、どのような工夫をすれば就労につながっていくか、本来なら高次脳機能障害の専門機関でリハビリテーションを受け就労につながっていくはずが、まだ支援体制が十分でないことと、本ケースのように診断が微妙なケースでは、個別に支援して特性を判断しながらリハビリテーションや就労に結びつけていくことが必要であると思われた。本人、家族、地域包括支援センタースタッフと相談しながら、支援をすすめていくことも大切であった。本人の気持ちを汲みながらも、あせったり、消極的になるのを励まし、支援の必要性を自覚してもらうような援助も重要であると考えられた。

表 1 事例毎の支援の方向性

|             | 事例 1   | 事例 2  | 事例 3  | 事例 4   | 事例 5   | 事例 6  | 事例 7  | 事例 8   |
|-------------|--|---|---|--|--|---|---|--|
| 年齢・性別       | 60代・女性   | 50代・男性  | 60代・女性  | 60代・男性   | 60代・女性   | 60代・女性  | 60代・女性  | 50代・男性   |
| 診断名         | AD   | FTD   | AD  | AD   | FTD  | AD  | AD  | VD (高次脳)   |
| 同居家族        | 独居   | 妻、母   | 夫   | 妻  | 夫  | 独居  | 夫   | 妻、子  |
| 症状に気付く      |  |   |   |  |  |   |   |  |
| 診断を受ける      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・仕事をやめた後の代わりの場所の提供</li> <li>・ヘルパーの利用</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族以外の人との交流</li> <li>・家族会への参加</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の気持ちの整理</li> <li>・ガイドヘルパーの利用</li> </ul> |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族以外の人との交流</li> <li>・家族会への参加</li> <li>・介護保険の利用</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・再診断</li> <li>・家族以外の人との交流</li> <li>・家族会への参加</li> <li>・就労支援</li> </ul> |
| 介護保険サービスの利用 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の紹介</li> <li>・他デイサービスの利用</li> </ul>        |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の力を引き出す</li> <li>・専門医の意見を聞く</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービスの利用を増やす</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームヘルパー以外のサービス利用</li> </ul> |   |  |



## 2. 支援場面での支援内容の分析

アートワークと家族会の支援場面で若年認知症の人にどのような支援が必要か、支援場面を分析して明らかにする。

### 1) 方法

アートワークと家族会で若年認知症の人を支援しながら、スタッフが本人の「困難だったこと」、「実施した支援内容」、「何故、その支援を行ったのか、理由」、「支援の結果」の場면을振り返り、記入してもらった。期間は2008年9月～11月で、サポートセンターで行ったアートワーク2回、家族会で行ったボーリング、アートワークの場면을それぞれ1回、合計4回の記入を試みた。スタッフが、主に関わったり、関わった人にたずねて記入した。14事例から62場面を抽出し、「困難だったこと」の分類をし、どのような支援が必要かを分析した。

### 2) 結果

困難なことは、次のように抽出された。( )の数字はデータ番号

#### (1) 意欲

自分に自信がなく、本人よりハンディがあるだろう人がやっているのを見たり、仲間の誘いがあって、やる気になった。また、一旦参加しても「間違っていないか」という自信のなさから、何度も尋ねて、失敗しないようにしていた。

まず、活動に参加するための意欲のなさは、自信のなさからきていると考えられ、いかに自信のなさをカバーして参加してもらい、その中でも自信を持ってもらえるようにする支援が必要であると考えられた。

- ・ 子供や障害を持っている人がやっているのを見て、また周りの人からも勧められてやる気になる。(4)
- ・ 「順番ですよ」と促されて「大丈夫かな」と自信がなさそうな様子。(9)
- ・ 「こんなんでもいいの?」「間違っていない?」「間違っているやろ?」「怒られへんか?」(28)

#### (2) 記憶

作業の工程が記憶できないために手が止まってしまう。また、荷物の置き場所や家族がどこにいるのかが思い出せず、不安になって尋ねていた。タイミングよく次の工程を示したり、本人が思い出せずに不安なことに対応していく支援が必要であった。

- ・ 1つの工程が終わると、次にどうするかわからない。(32)
- ・ 荷物を何度も確認する。(3)
- ・ 家族がどこにいるか気になり何度も尋ねる。(20)

### (3) 言語表出

同じ言葉の繰り返しや、上手く言葉で表現できないことがあり、そのような時には、言葉の真意を読み取って、本人の心にそった返答や対応が必要であった。

- ・ 「このままパッパってやって、パッパってかえるって思っていたんやけど」何度も繰り返し言う。(27)
- ・ 言葉が出ないので、どこまで理解されているかわかりにくい (60)

### (4) 見当識

時間や場所がわからなくなり不安になることがあり、時間や場所を本人が確認できるようにする必要がある。

- ・ 「何時まであるのかな？」と時間を気にする。(21)

### (5) こだわり

本人の中に「こうありたい」という形があり、そのとおりにならないと不機嫌になったり、その作業から次の作業に移れなくなっていた。本人が気にしていることを解決できるように、アイデアを出したり、手伝えることが大切で、スタッフが決めたとおりに進めようとしないことが重要であった。手で切ってほしくても、本人がはさみで切りたければ、はさみで切ってもらう。本人が納得したり、一定の規則性をもってできるようになると作業が進んだ。

- ・ スポンジがきれいに洗えないことを気にしている。(17)
- ・ 自分の思うようにならず不機嫌になる。(24)
- ・ 紙をちぎる作業だがはさみできっちりと切る。(31)

### (6) 失行

言葉だけで、どのように動いてもらうかが伝わらなくなり、動作が止まったり、イライラしたりしていた。何をしたらよいかイメージできるように、モデルを示したり、具体的に物を見せたり、動作のはじめだけ示したりしてなるべく本人ができるようにすることが必要であった。どうしても困難な場合は無理強いせず、代行することも必要であったが、スタッフの思いどおりに行動を修正させようとしなないことが重要であった。

- ・ ボールを持ったまま動けない。言葉で説明するだけでは投げることができない。(15)
- ・ 何をするのかイメージできないために選べない。(45)
- ・ 筆の動かし方がわからない。(56)

### (7) 類似性

総合的に物事を捉えられないために、「汚れ」などひとつのことを気にすることはできるが、「衛生的にどうか」ということは判断できず、パレットと食器を一緒に洗ってしまった。また、似たようなものの中から自分のほしいものを選べなかった。本人が間違えやすいこ

とはスタッフが注意して間違えずに本人ができるように支援することが必要であった。

- ・ 食器とパレットを一緒に洗う。(51)
- ・ ボールを選ぶことができない。(13)

#### (8) 注意

他の人が気になるなど、落ち着かず作業に集中することができないことがあった。席の配置を変えたり、本人の落ち着かない理由を探して対応することが必要であった。

- ・ 作業になかなかとりかかれない。(50)
- ・ 前回、他の利用者が気にして、本人も集中できなかった。(59)

#### (9) 失認

どこを描いているのかわからなくなったり、同じ所にばかり貼ったりしていると、空間が認識されていない可能性があるため、空いているスペースを指差し注意を促したり、紙を移動させるなどの支援が必要であった。

失認があると思われる人が、デイサービスで食事を食べないということだったので、食器の置き場所や色を工夫してもらったら食べられるようになるということがあった。

- ・ どこを描いているのかわからない。(25)
- ・ 同じところにばかり貼ってしまう。(41)
- ・ レイアウトして貼ることができない。近くの紙は貼るが、少し離れたところの紙に手を伸ばさない。(35)

#### (10) 麻痺・拘縮

できないことが、麻痺や拘縮による可能性もあった。麻痺や拘縮が原因と考えられる場合は、道具の工夫やテーブルの位置などを変えることが必要であった。

- ・ 紙をちぎることができない。(29)
- ・ スポンジや刷毛が持ちにくい。(61)

### 3. 考察

#### 1) 社会参加の場を提供しながら、支援していく

今年度は、実際に社会参加の場を週2回、サポートセンターに機会を作って支援を行ってきた。具体的な支援の場を作ることによって、これまで見えにくかった若年認知症の人や家族への支援の課題が見えやすくなった。

途中で通えなくなったケースは、他の病気を併発したケース（事例2）と、独居のケース（事例1・事例6）であった。他の病気を併発したケースでは、年齢が若いために、併発した病気の進行も危惧される。スポーツマンであり、退職後、精神科以外の病院で健康診断を受けることがなかったので、病気の発見が遅れたとも推測される。若年認知症の本人、

家族の離職後の定期健康診断を勧めていくことも重要な課題である。

独居のケースは、食事や服薬の管理ができず、体調を崩しやすく、そのことが認知症の進行を早めたのではないかと推測される。また、他の家族が同居しているケースに比べて、本人にとって嫌な出来事があると修正されにくかった。他の家族が同居しているケースは、家族が励ましたり、事実誤認したことを修正してくれていたように思う。「意欲」は自信と関係していると考えられ、失敗することを恐れている状態ともいえた。独居ケースでは、記憶の障害があっても嫌な思いは残ってしまい、意欲低下につながっていると考えられる。このような独居ケースは、早期に入所施設で生活全般の支援と、精神的に支えられる人間関係の形成が重要であると考えられるが、早期であるほど、高齢者の施設には抵抗感があり、入所できない。若年専用の入所施設が、同居家族が介護できないようになってから必要なのではなくて、早期にこそ必要であると考える。事例 1・事例 6 は、今後社会資源につながっていくように支援を継続していく。

また、月 1 回の家族会でしか支援していなかった人が他の社会資源を活用できるようになった（事例 3）。本ケースは、活動を通じて、本人の気持ちを整理していくことが必要であった。認知症が進んでから社会資源を利用するということだけでなく、外出しているいろいろ楽しめる期間にガイドヘルパーの利用ができてよかったと思う。このようなケースがもっと増えるように支援したい。

## 2) サポート目標を明確にして期限を区切って支援していく

サポートセンターでは、今年度これらのケースの支援を行う中で、家族や本人、関係機関と支援目標の確認を、その時々に行ってきたが、明確に文章にするにはいたらなかった。今後、支援していく中で、文章でお互いに確認する必要があると考え、経過の中で介護保険に移行していった時にもなじみやすいように、介護保険で使用されている介護サービス計画書の第 1 表と第 2 表を簡素化して 1 枚にした表を使用していこうと考えている（資料 1）。そして、いつまでもサポートセンターに通うことを目的とするのではなく、目標と期間を決めて、必要な社会資源の利用ができるように支援していくことを明確にしていこうと考える。

## 3) アセスメントしたことを次の支援の場所につないでいく

これまでのケースは、特に事前に家族から過去の生活などアセスメントシートに記入してもらったりしなかったが、本人へのより有効な支援を行うため、また初期に本人の希望を聞いておくためにも、アセスメントシートへの記入が必要ではないか考えられた。このため、今後は「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の各シートをケースの状況に応じて選択して記入を家族や本人に依頼する予定である。

また、支援する中で 10 項目の認知症特有の症状を認識しながら支援し、活動場面だけでなく、生活支援につなげていくことが必要と考え、今後特にこの 10 項目に焦点をあててアセスメントするための表を作成した（資料 2）。

さらに、アートの記録は、その実施回毎に記録していたが、今後は個人記録として、アートワークでの目標も明確にしていき、資料2のアセスメント表と合わせて、生活支援につなげていけるような情報を収集したいと考える（資料3）。

#### 4) 就労までを支えていく

就労支援の必要なケース（事例8）は、地域包括支援センターのスタッフと共に支援を行っている。

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中では、ハローワーク及び地域障害者職業支援センター等が、ジョブコーチや障害者手帳の取得による障害者法定雇用等の算定の利用などがあげられている。しかし、事例8は、障害者手帳の取得が就労につながることは医療機関で知らされていなかった。地域障害者職業支援センターは、今年度初めて連絡してみたが、まだ支援の経験がないということであった。地域包括支援センターのスタッフが、リハビリテーションセンターや地域の事業所をあたってくれ、病院で障害者手帳の取得の手続きができるようにコーディネートしてくれた。制度をその人に合わせて利用できるように支援するコーディネーター役が欠かせない。

また、同プロジェクトには、就労支援の次に、若年性認知症対応型デイサービス、就労継続支援B型事業所、地域活動支援センターなどで日中活動の場を確保することが上げられている。若年性認知症対応型デイサービスは地域にはなく、就労継続支援B型事業所の利用に課題があることがわかった。

課題1：就労継続支援B型事業所は、利用料が本人の所得に応じて発生する。障害者が子供の場合は、親の所得は本人の所得とはみなされないが、配偶者の所得は本人の所得とみなされてしまう。

課題2：事業所が認知症の人や、中途障害の人を受け入れた経験がすくない。

これらのことは、今後B型事業所を利用する上での大きなハードルになると考えられる。

#### 5) 介護保険サービス利用までを支えていく

診断から介護保険利用までの期間は、2005年の調査では平均3.2年であった。この期間を、どのように過ごすか、そして在宅サービスを利用していけるかということには、本人と家族の納得が重要であると考えられた。介護保険サービスを利用することには、本人にも家族にも様々な抵抗感がある。介護保険サービスが高齢者むきに考えられていること、本人が家族から離れて集団の中で過ごすことなどである。家族会で家族と本人が離れて過ごす機会を体験することで、サービス利用につながる人もいる。事例3のように、家族会と合わせて社会参加する場が増えたこと、本人の気持ちを引き出したことで、社会資源の利用につながったケースもあった。

本人の機能低下を待って、介護保険サービスの利用を考えるのではなく、できれば本人が納得して利用につながることを望ましい。そのためには、本人だけでなく家族の納得も必要である。

事例 3,7 が、今後スムーズに介護保険サービス利用できるように支援していきたい。

また、事例 3 のように精神障害福祉のサービスを利用することが適切だった事例もあり、今後、介護保険だけでなく、本人の状態にあった社会資源として障害福祉サービスの利用も勧めていきたい。そのためには、自立支援法のサービスと合わせて、介護保険を使えるようにすることである。役所の中で介護保険課と障害福祉課が連携してもらうことが重要である。現状では、介護保険の手続きの方が、障害福祉の手続きよりも時間がかからないので同時に手続きしても、介護保険を先に利用することになる。介護保険を先に利用していると、移動支援なども「介護保険優先」として認められず苦勞するケースがある。役所の中でも若年認知症を理解し、課同士の連携を行ってほしい。

#### 6) 介護保険サービス利用した後も支えていく

介護保険サービス利用後も、事例 4～6 のように支援を必要としている。サービス利用が増えない、介護保険サービスだけでは本人の力を引き出せない、新しく出てきた症状を理解したいという課題があった。まだまだ、若年認知症の人が利用できる介護保険サービスが少ない、人員的にも技術的にも認知症の症状に上手く対応できるサービス機関が少ない、医療機関で十分に説明が受けられないなどがみられた。このことは、高齢者の認知症ケア体制、医療体制も不十分であることを示しているのではないかと思われた。

#### 7) 本人、家族、支援機関に支援していく

サポートセンターのスタッフ E と F が相談機関に所属し、家族会にも属していることで、本人、家族、支援機関に支援できたことも重要な点であると思う。ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員も、若年認知症の人や家族を支援した経験が少ない。支援機関の職員も連携しながら、本人、家族が障害を受容できるように、事例 8 のように話し合いの機会や、ビデオなどで学習する機会も必要ではないか考える。

## Ⅱ. 若年認知症の移動支援に関する調査

### はじめに

若年認知症と高齢者の認知症の人との違いは、前者には体力があり、特に初期においては日常生活動作（ADL）に、ほぼ問題がないことである。そのため、外見上は障害があることが他者に認識されにくい。このことが本人にその気持ちがあっても外出を阻むことになり、地域社会での受容を困難としている。

自宅内での生活上の自立はある程度、家族などの支援によってなりたってはいるが、買い物、近所付き合い、交通機関の利用などにおいて障害が出現し、社会からの疎外が現実となっている。家族の声からは、「地域で知っている人に声をかけられても本人は忘れているため対応ができない」「電車の中でも同じことを5分おきに聞き返す」など本人の対応に家族が苦慮している様子が伺える。

若年認知症の人の社会参加の場として、筆者が属する NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター（以下、サポートセンター）では、2007 年度から、「認知症の人のためのネットワーク」を継続して行い、2008 年 2 月からは、新たに本人たちのボランティア活動の支援を行ってきた。通ってくる人たちは、市内や近郊の市町村から<sup>1)</sup> でいずれも何らかの交通機関を利用している。認知症の本人が単独で通うことが困難な場合は家族が同行するが、本人たちの作業時間に家族が他のことで時間をつぶさなければいけないことや、家族の疲労、用事などにより、家族の送迎が難しくなるケースが生じていた。2008 年の小長谷らの研究では、介護の多重化など家族が抱えている問題は多様であることを指摘している<sup>2)</sup> が、疲れきっている家族にとって、本人の外出に関するサポートは二の次になってしまう状況は容易に想像できる。このように、若年認知症の人の外出は、家族の同行継続が難しく、本人が単独で移動できない限り、外出がままならないものになっている。

一方、家族が同行困難な場合に利用できる制度としてガイドヘルパーの利用があげられる。サポートセンターでは、家族にガイドヘルパーの利用を勧めたが、家族によっては、ガイドヘルパーの制度を知らない人や、本人がガイドヘルパーになじまないのではないかという不安で、その利用を躊躇する場合もあった。

またガイドヘルパー側の理由として、通常の訪問介護ならスムーズにサポートできるように、自宅からの外出先までの移動となると、困難やトラブルを生じさせたケースもあった。

そこで、サポートセンターでは、若年認知症の社会活動参加の要とも言えるガイドヘル

---

<sup>1)</sup> 若年認知症は、高齢者の認知症より 1 地域の人口が少ないために、介護保険サービス利用や、アクティビティ参加には広域から集まることになる。

<sup>2)</sup> 小長谷陽子・鈴木亮子・森明子・大嶋光子・田中千枝子「家族の視点からみた若年認知症に関する課題」平成 19 年度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

パーの支援がスムーズに行えるようになることを目的に、ガイドヘルパーがどんなことを支援困難と感じているのか、またそれらのことはどんな研修があれば解決すると思うのか、この2点を中心にヒアリング調査を行った。

## 1. 方法

1) 調査期間 2008年11月～2009年3月

2) 内容 対面にて、半構造化インタビューを行った。

対象者の了解が得られた人については、内容の確認のために録音を行い、逐語録を作成した。録音できなかった場合は、筆記のみとした。

事前に、「若年認知症の移動支援に関する調査」アンケートに記入してもらい、その内容を参考にしながらヒアリングを行った。ヒアリングに要した時間は30分～90分であり、場所は対象者の所属先である訪問介護事業所もしくはサポートセンターで行った。

3) 対象者 大阪府内、兵庫県内の介護保険制度の訪問介護事業所勤務のヘルパー及び事業所管理者9名（6事業所）である。なお、対象者の選定にあたっては、本人がサポートセンターに通ってきている家族、もしくは家族会会員である家族に紹介してもらった形とした。

対象者の属性は以下のとおりである。

|   | 保有資格   | 職務     | 若年認知症対応経験年数 |
|---|--------|--------|-------------|
| A | 介護福祉士  | 管理職    | 10ヶ月        |
| B | 介護福祉士  | 登録ヘルパー | 1ヶ月         |
| C | 介護福祉士  | 管理職    | 1ヶ月         |
| D | 介護福祉士  | 登録ヘルパー | 2年7ヶ月       |
| E | ヘルパー2級 | 登録ヘルパー | 2年5ヶ月       |
| F | 介護福祉士  | 管理職    | 2年3ヶ月       |
| G | ヘルパー2級 | 登録ヘルパー | 5年5ヶ月       |
| H | ヘルパー1級 | 管理職    | 2年          |
| I | 介護福祉士  | 管理職    | 1年          |

管理職5名のうち4名は直接のサービス提供に関わっていた。また8名は、現在の利用対象者がはじめての若年認知症のケースであると回答したが、1名は以前の勤務先で若年認知症の人の外出支援を行った経験があると答えた。



利用者の利用形態は、自立支援法による移動支援の他、介護保険内での訪問介護の一部として利用者全額負担で外出を行っているケースもあった。

#### 4) 倫理的配慮

家族、ヘルパー事業所には調査の趣旨を書面で説明し、対象者のヘルパーにおいては、調査内容及び結果発表への同意を得た。

## 2. 結果

### 1) ヘルパーが困難に思っていること及びその対応上の工夫

#### (1) 周囲の目

利用者との会話の中で同じことが繰り返される、声が大きいことなどから、周囲がチラチラと見ている、面白い人を見る目で見ているようにヘルパーは感じていた。このことに対して、利用者は気にしていないようであるとヘルパーは感じ、ヘルパー自身も気にしていなかった。ヘルパーが気にしない理由として、「ヘルパーと利用者」の関係と割り切っているせいかもしれない、家族であれば、また違うのではないかと感じていた。一方、電車の中での優先席に座る時や駅でのトイレへの同行時、周囲の目が気になっていた。ヘルパーと利用者との会話がなりたっているのも、他の人から見るとなぜ優先座席に座っているのだろうか思われるのではないかと気になり、同じ利用者が車椅子での移動に変わったときに、周囲の目は気にならなくなっていた。

#### (2) 公共交通機関の利用

担当の利用者によって困難と感じる点は違うが、周囲の目や利用者の不安、利用者の場への理解の難しさなどがあげられた。

##### ①優先座席に座りにくい

上記のように、周囲の目が気になり座りにくいとヘルパーは感じていた。

##### ②じっと座ってられないことがある。

「ここで待っていきましょう」とか「座って下さいね」というと利用者は理解することもあるが、座り心地が悪いのか立って歩き回るときもあった。対応としてはヘルパーも一緒に歩いていた。

##### ③バス停でバスに乗ることがわからない

バス停でバスが来るということを説明しても利用者がなかなか理解できず、ヘルパーと一緒に表示を見たり、「ここがバス停です」などの説明を行っていた。

##### ④大きい声で、周囲に書いてある文字を読む

利用者がうれしいのだとヘルパーは推測し、阻止することなく、「ほんとやね、知ってるね、来たことあるね」と周囲への迷惑にならない限りは、一緒に喜ぶようにしていた。

#### ⑤乗車までの手続きをどこまで手伝うか

あるケースでは、切符購入、改札口の通過など利用者がどこまでできるか初回時はわからなかった。利用者に切符を持ってもらおうと、利用者が切符を持ったままでいけたので、「ここに入れますよ」次に「切符をとっていただけますか」と声かけを行い、その後の切符管理はヘルパーが行っていた。利用者がどこまでできるのかその場の状況を見ながら、サポートの判断を行っていた。

また別のケースでは、ヘルプに入っていた当初は、迷いながらも利用者が自分で切符を購入していたが、半年後くらいから切符を買うという行為がわからなくなってきた。「今から切符を買うよ」とヘルパーが声をかけて、販売機の前に行くと、利用者は金額を覚えていたが、お金をどこに入れたらよいか、どのボタンを押したらよいかわからなくなってきた。改札では、自分で切符を入れることが出来ても、出てきた切符をとることを忘れていた。最初は本人が切符を持っていたが、なくすこともあったので、ヘルパーが管理した。ヘルパーは半年間で利用者の症状が進行して、出来ないことが増えていくことに戸惑いを感じていた。

#### ⑥見知らぬ他人に声をかける、または近づく

通りすがりや電車で隣り合わせた人に利用者が「〇〇さん」と声をかけたり、親戚と勘違いして近づくことなどがあった。悪い記憶を思い出している時は、攻撃的になり、悪口を言われているなどの被害妄想が出ることもあった。

#### ⑦電車から降りる時がわからない

目的地の駅で降りるときは、ヘルパーが「降ります」などと促していた。

### (3) トイレ介助

排泄介助自体の困難と、公共の場でのトイレ同室介助での周囲の目が気になるというケースがあげられた。

排泄介助への不安としては、特に利用者の援助に慣れていない間は困難があった。サービスの利用当初は利用者のことがわからないので、不安であり、最初は、「トイレに行きましょう」と声かけをしていたが、経験を重ねるうちに、その対応が間違いだと気づき、声かけをしても排泄ができないときは、1回外にでて、気分転換をし、再び「もう1回トイレに入ろうか？ここあったかいので座ってみてください」と言うなど、あせらない態度が必要だとわかってきたという事例があった。

利用者自身が外出先での排泄を不安に思い、排泄をしなかったというケースは、ヘルパーの「ここで用を足して」という声かけが利用者に理解されなかったということであった。

周囲の目が気になるというケースは異性介助であり、トイレは、身障トイレに介助のため一緒に入るようにしていた。同性の場合でも、利用者が鍵をかけてしまうといけないので、個室に一緒に入るようにしていた。その場合、女性用トイレでは狭いので、やはり身障トイレを利用していた。

トイレは利用者が自分で行くができるが、5～10分おきに行くので困ったというケ

ースもあった。

#### (4) 日によって状況が違う

トイレ介助時に、自分でズボンをおろせる時もあるが、違う日は手すりも持てず、便器の前でじっと立ったままのことがあるなどの事例を元に、その日の利用者の状況を家族から自宅出発前に聞くが、それだけでは不十分であると感じていた。

また別のヘルパーは、利用者が信号を守れる日もあれば守れない日もあるなど昨日出来たことが今日出来ないこと、利用者の感情がその日その日によって変わることなどに支援の難しさを感じていた。

#### (5) 行きと帰りでは利用者の状態が違う

送迎時の行きと帰りでは利用者の様子が違い、疲労のせいではないかとヘルパーは推測していた。例えば、帰りの階段の上り下り時、階段 2 段を一度に足を踏み出したり、体が前傾姿勢になることがあった。

#### (6) 危機回避

送迎は、室内と比べて、急に走り出す、信号がわからないなど利用者が危険に遭遇する可能性が高いといった問題があった。普段はヘルパーが「こっちですよ」と言いながら利用者を誘導して歩いていたが、利用者の歩きたい方向に歩いてもらったときに、危険は予想されたが利用者の笑顔がみられたという経験により、出来る限り利用者の気持ちのまま歩かせてあげたいというヘルパーのジレンマがあった。

利用者自身に体力がある場合は、ヘルパーは危険のないように声かけをしながら利用者を誘導しながら歩いていた。事前の対策としては、利用者と同等以上の体力があるヘルパーを配置していた。声かけの際は、曲がり角、自転車、車など必要以上に声をかけていくように意識しており、声かけが利用者への行動規制とならないように配慮していた。

また、ヘルパーにとって、利用者が道に迷うのではないかと、その時、利用者がヘルパーを見つけることができるのかは大きな不安であった。常に利用者を見失うことがないように心がけており、特に初回の場合は、ヘルパー自身が目立つ色の服を着ることを心がけるなど工夫をしていた。

買い物時の困難もあった。お店の商品をバッグに入れたり、パンなどの商品を素手でさわるといった行為が利用者にみられた。さわってはいけないものをさわったときは、ヘルパーの判断で、その商品を購入していた。利用者が商品に手を伸ばすことが察知できたら、「これにしますか」と早めに声をかけることや、パン屋であれば、店に入ったらパンばさみをまず持ってもらうなどの対応をしていた。利用者によっては支払いなどの介助も必要とされていた。

利用者が何に対して嫌な思いをするか、何に対して喜ぶのかということ、ヘルパーが観察し、他のヘルパーとの情報交換を行いながら経験として蓄積していた。嫌な思いをし

たときには、突発的な行動に出る（突然走り出すなど）こともあるので、それを防ぐ目的でもあった。

#### (7) 会話、ニーズの理解

自宅出発時には利用者はその日の行き先を理解していたが、往路において「どこに行くの？」と質問をし、ヘルパーが行き先の説明をする(〇〇に行って××をする、△人くらい集っているなど)が、利用者はすぐ忘れてしまい、また同じ質問をするという繰り返しの会話を行っていた。

他のケースでは、会話が断片的になってしまい、例えば電車の窓から見える景色を見ても、利用者自身の口から発せられる言葉は少ないので会話の継続に悩むということがあげられた。出かけに孫が送ってくれたので、道中で孫の話題を出したが、利用者は孫のことを覚えていないので、「え？」ということになった。覚えていないことを利用者本人が感じられないように「天気」の話しなどに限られた会話をしていた。結局ヘルパー側が会話を選んでしまうことになっていると語った。

移動中、利用者とは会話をしていないと、利用者がヘルパーの存在を忘れてしまうという問題もあげられた。

意思表示がわかりにくく、本人のニーズを察知しにくい点もあげられた。「トイレは大丈夫ですか？」という「いえ、大丈夫です」などヘルパーの質問に対して、「大丈夫です」と言われるので利用者の気持ちや満足度がわかりにくいとヘルパーは感じていた。その理由として、①利用者がヘルパーに対して気を使っている ②利用者と本人のコミュニケーション回数が少ないから利用者の気持ちがわからないと推測していた。利用者本人の思いが見えにくいということが、ヘルパーに「これでいいのか」と不安な気持ちにさせていた。

#### (8) 外出の意欲・動機づけ

自宅を出る以前の問題として、着替えや靴を履く段階から、利用者にとって外に出ようとする気にさせるかヘルパーは悩んでいた。利用者がその日外に出たくないと思っても、ヘルパーが入る日は決まっており、利用者自身の状況においても外出が必要な場合もあるので、他の会話をはさんで気分転換をはかるなど出かける努力を行っていた。それでも不可能なときは外出を取りやめざるを得ない経験もしていた。機械的に着脱介助を行ったり、利用者を引っ張ってせかすと、利用者自身も拒否してしまうこともあり、利用者の気持ちに沿いながら出発の準備をしていた。例えば、靴を履くときに、ドアを開けると明るい光がさしこんできて利用者が外に出たい気分になるので、ドアを先に開けるなどの細かいヘルパーの配慮がみられた。利用者が考えようとしているところへ、ヘルパーがせかしすぎて、利用者がパニックになったことを反省したというヘルパーもいた。

独居の場合は、ヘルパー訪問の時間を本人が把握できなくなっていたため、外出の準備ができず、着替えからサポートが必要だというケースがあった。着替えに要した時間分、外出に要することのできる時間が短くなってしまっていた。

利用者によっては、本人、家族から行き先の希望がなく、ヘルパー側から行き先を提案するケースもあった。利用者の過去からの趣味、仕事などのアセスメントを会話に生かして、今まで利用者が頑張ってきた事や興味ある物、好きな物から推測して行き先を設定し、提案していた。

出発後の困難として、外出の目的に利用者がどれくらい意欲的なのかがわからないということがあげられた。例えば、アートワークが目的で出かけた場合、その内容を利用者が好んでいるのか、他に希望するものがあるのか、利用者自身の情報があれば、意欲を引き出しやすいと感じており、往路において、ただ「一緒に行きましょう」ではなく、利用者の意欲や興味がでるような会話を心がけていた。

ヘルパーが心がけていることとして、外出先について、利用者が行ったことがある所なのか、興味を持っていることなのかを気にかけて、利用者が喜んで行けるように、行き先について、興味がもてるように本人に意識して話しかけていた。例えば、「行かなきゃ行けない、主人が行きなさいと言う」という利用者の言葉には「向こうはどんな方がおられるのですか」など会話をすすめていき、少しでも利用者が「行きたい」という気持ちになるように配慮していた。帰りは、「楽しかった」というイメージが残るように、「楽しかったね」という会話を心がけていた。目的にたどりつくのも重要だが、過程でのコミュニケーションが大切だと認識していた。

一旦、出かけることができても、途中で利用者が帰りたいと言うこともあり、ヘルパーは自分の支援が利用者にとってプラスになっているのかどうかと不安になっていた。

家を出る時には利用者は外出先を理解していても、歩いているうちに記憶障害のため、どこに行くかがわからなくなったケースでは、途中で「スーパーに行く」とヘルパーが返事すると「行きたくない」と本人が答え、周辺を一周して目的地にたどり着いたケースもあった。その場合は、外出先はその日に入るヘルパーが決め、雨の日はスーパー、晴れの日は公園などを選んでいった。

#### (9) 地域でのつきあい

利用者の住居地域内に出かけるとき、地域の人が「久しぶりね」と声をかけても、利用者が答えられないことがあった。そのうち、相手もおかしいなと思い始めたので、ヘルパーは「急いでいるので」と利用者を連れてその場を離れた。ヘルパーは、利用者が認知症であるということを地域の人に悟られないようにという点に注意を払っていた。

#### (10) 利用者のヘルパーに対する受け入れ

利用者が、ヘルパーを受け入れているケースばかりではなかった。ヘルパーが入り始めたときは、ヘルパーを拒否する人もいた。訪問をしても、何もしないまま「早く帰って」と言われた経験をしているヘルパーもいた。そんな利用者との初めての外出は、どうやったらまた外出したいと思ってもらえるのか、何に対して利用者が喜ぶのか緊張しながら支援を行っていた。

## (11) 病気の進行

2年前は、「服着てくださいね」「靴下はきましようか」などの声かけで利用者が行動できたり、外出のための持ち物準備や化粧なども利用者1人でできたが、現在は声かけだけでは無理なので、ゼスチャーで示したり、洋服に腕を通すなど1つ1つ細かく説明しなければならず、限られたヘルプの時間でしなければいけないことがたくさん増えたこと、その際本来ならば利用者と一緒にやるところをヘルパー1人で準備せざるを得ないこともあり、そのことについて、ヘルパーは、利用者に対して申し訳なく思っていた。

## (12) 高齢者の認知症の人との対応の違い

個々の利用者によって違いがあることを前提に、高齢者の認知症の人と違う点は、体力、会話、本人の持っている葛藤などがあると感じていた。

歩行時のスピードにみられるように、体力があるので、ヘルパーが同行するのにパワーを必要としていた。また対応できるヘルパーも限られていた（比較的、若くて体力のあるヘルパーが配置されていた）。高齢者の場合は若年に比べゆっくりな歩行の人が多く、若年の場合は利用者の早いペースにヘルパーが合わせる必要があった。また、反対に若年の場合は、身体介助は少ないと感じている人が多かった。

会話の内容についても違うと感じられていた。高齢者は過去の人生の話をされてヘルパーとの会話が盛り上がった。心地よい会話が続き、回数を重ねていくうちにヘルパーと利用者が安定した関係になり、ヘルパー自身が癒されることがあったという。しかし、ある意味、高齢者は「わがまま」であると感じられることもあり、ヘルパーへの注文が多いと感じていた。これに対して、若年の場合は、〇〇したいという表現が少なく、利用者の満足度が見えにくい、会話も断片的になって続かない経験をしていた。

別のヘルパーは、若年の人はエネルギーを持っているにもかかわらず、何もしていない自分に葛藤を感じていることが会話から感じられたと語った。ヘルパーの推測として、若年の人はすべてのことをわかっているながらも忘れていく苦しみがあるので、会話内容が高齢者と違うのではないかと感じていた。

若年の人は、その場の状況を十分わかっているのではないかと語るヘルパーもいた。例えば、記憶障害があるのだから、電車の移動中、隣に座っているのがなぜ家族ではないのかと質問してもおかしくないのに、そういうことは一切言わなかった。逆にヘルパーが「ご主人は今日は何をされているのですか」と聞くと「わからない」と言いながら、何となく利用者は夫の状況を意識しているのではないかと感じていた。その場の雰囲気を読むことができるので、自らの我慢や遠慮が見え隠れしているとヘルパーには見えたようであった。そのことがまたヘルパーに、本人の思いを見えなくさせていると推測された。

その他、羞恥心に配慮して、着替え時どこまで介助していいのか迷うことや、若いので身だしなみに気を使う（服装、白髪など）、食べ物の好みが高齢者と異なることなどがあげられた。

### (13) 家族との関係

利用者が家族と同居の場合は、ヘルパーの訪問時、家族が家にいるかどうか事前に電話での確認を行っていた。もし、家族が留守にしている日のヘルプであれば、印鑑など必要事項を家族と相談していた。

不定期なヘルプの場合、利用者と家族の満足度がわからず、次の依頼があるかどうか心配であり、電話で「いかがでしたか」と感想を聞いて、次のヘルプに備えていた。

利用者が独居の場合、ヘルパーと家族の気持ちには、くいちがいが生じていたケースがあった。ヘルパーがヘルプをする時間は、1日の中でわずか数時間だが、家族の過大な期待があり、ヘルパー側には、独居の認知症の人を訪問介護だけでは支えられないという限界を感じていた。

### (14) アセスメント

介護保険では、ケアマネジャーがケアプランを作成して、事前の情報もケアマネジャーから得られるが、自立支援法の移動支援の場合、そのようなルートにのらないので、アセスメントの難しさがあった。

1つのケースでは毎回の送迎時に家族から立ち話で利用者の近況を聞いていた。しかし、利用者本人も一緒にいるので、家族自身も伝えにくく、また家の中での様子と外出時の様子は違うので、ヘルパーは情報量が不足していると感じていた。

別のケースでは、サービス提供責任者が事前に利用者宅を訪問して、本人、家族から情報を聞き取っていた。しかしその時の状況として、情報を聞き取るのが困難であったという感想を持っていた。その理由としてあげていたのは、外見上は何に問題があるのかわからなかったことであった。例えば、外見上の障害がわかれば、そのサポート方法もイメージでき、「ここが痛いんですか」など導入が簡単だが、若年認知症であること、ガイドヘルプを必要としていることの2点の情報しか手元になく、利用者自身も同席しているので、失礼なことを言うてはいけなくて苦慮していた。1時間半ねばり、ようやく金銭管理、方向感覚を苦手とするのでそのサポートが必要だということを聞き出せた。また字が読めないということも聞き取りの中でわかり、そのあたりでやっと障害のイメージがつかめたと語った。外出に必要な情報と利用者の現在の能力を重ねあわせることが難しいと感じていた。

自治体によっては、移動支援の支給決定だけでなく、自治体が市内の数点の福祉事業所に相談支援事業所を委託して、障害者に対して、介護保険のケアマネジャーのような形で動く方法を採用していたところもあった。相談支援事業所は、ヘルパー事業所と利用者との話し合いに同席したりするなど一緒に支援をする立場であることから、ヘルパーは非常に心強く感じており、アセスメントも行いやすいとの感想を持っていた。

介護保険利用の場合は、ケアマネジャーに随時相談しているというケースがあった。例えば、利用者が嫌がっていたことなどを報告し、対応方法を相談するとすぐ答えが返ってくるので、ヘルプがやりやすいと感じていた。

## (15) ヘルパーの体制

自立支援法によるヘルプと介護保険によるヘルプとでは、ヘルパー体制の違いは多少あった。

### ①中抜け時間への対応

移動のみのヘルプでは、外出先で本人が過ごしている間は、ヘルプ対応をしない時間が生じてくる。いわゆる「中抜け」である。地元での外出であれば、その時間、ヘルパーは事業所に戻ることや往路と復路で違うヘルパーが対応することもあるが、距離のある外出では、ヘルパーはその時間を利用して昼食や休憩をしながら時間を「潰す」ことになっていた。そのため、登録ヘルパーではなく、常勤ヘルパーでの対応に限っているという事業所があった。このことは他のヘルパーも含めたところでのケースの共有ができず、研修項目にも入れにくいというマイナス面につながっていた。また複数のヘルパーが関わることにより、利用者に対しての多角度からのアプローチが可能になるのではないかと感じていた。それとあわせて、電車を乗り換えして行くようなところでなく、地元で利用者の興味の出るようなアクティビティがあることを希望していた。

一方、中抜けの時間は、利用料金において利用者負担の了解をとり、ヘルパーは終始利用者についているという姿勢をもつ事業所もあった。

### ② ヘルパーと利用者とのマッチング

利用者のアセスメントを元に、ヘルパーの技量、個性を考慮しながら対応できるヘルパーを配置していた。特に、若年ならではの体力への対応の必要性から若年層のヘルパーを配置している事業所もあった。

1つのケースでは、家族の「根気良くつきあってほしい」という希望に応じることのできるヘルパーを他のヘルプと調整しながら配置していた。ガイドヘルパーは、定期的ではなく必要に応じて利用している人もおり、配置したいヘルパーが求められる時間にフリーであるかどうか、ヘルパーのスケジュール管理にも管理者は頭を悩ませていた。

事業所管理職として、若年対応の個々のヘルパーに求めることは、その場での臨機応変な判断、工夫ができること、利用者の安全確保ができること、気遣いのできること、事業所とヘルパー間に良好な関係（信頼関係）があること、ヘルパーの性格（慎重かどうかなど）などをあげていた。外出時には利用者が社会にとけこめるようなさりげないフォローとサポートを求めている。具体的には、外出先での排泄の失敗への対応、徘徊時の落ち着いた対応などであった。ヘルパーの経験年数は問題にしていなかった。しかし、事業所としては常にヘルパー不足なので、管理者としては調整が難しいということであった。

## 2) ヘルパーが希望する研修、情報

多くのヘルパーは、過去に受けた研修で記憶にあるものは、入浴介助など身体介助についての内容だと答えた。研修テキストに、「認知症」の項目はあったが、病気の症状、基本的な対応（本人の言葉を否定しないなど）など学んだ記憶があるが、若年認知症については学んでいなかった。若年認知症を知ったのは、今の利用者が初めてだというヘルパーも



いた。また認知症について、本で読んだが、本を読んでいただけではわからなかったというヘルパーもいた。事業所内で、若年認知症のケースが少ないので、会議や研修でとりあげられることがないという事業所もあった。

大手の介護事業所では、コーチングスキル、危機管理対応マニュアルなどの研修を行っており、若年認知症の場合でも参考にしているということであった。

今後、希望する研修は以下のとおりであった。

(1) 他の若年認知症対応のケースを学びたい

9名中、7名が今の対象者が初めての若年認知症の対象者であり、対象者以外の若年認知症の人を知らなかった。そのため、他のケースでの対応方法や事例を知りたがっていた。

最近、若年認知症がテレビでとりあげられるが、特に本人の気持ちへの理解、苦手なことなどの理解の上で、テレビ映像も参考になっていた。

(2) 外出先に関する情報入手

利用者の社会参加への意欲のフォローが必要であることから、ヘルパーが利用者に提案できる社会資源などを知りたいということがあげられた。その際、利用可能な社会資源の選定にあたっては、利用料金や交通機関がポイントとなっていた。

外出先を散歩としていることが多いヘルパーは、散歩だけでなく、初期の認知症の人が集って話し合える場も情報として希望していた。

(3) 外出支援のためのガイドブック

認知症専門のガイドヘルパーが必要だという意見があった。徘徊、排泄など特に認知症の人に多発する行動に遭遇した場合、専門の研修を受けたガイドヘルパーがあたった方が良いという理由からである。

子ども連れのお母さん用のガイドブックを参考にしていた事業所もあった。例えば、駅の何番出口から出たらトイレがある、身障者用のトイレがある場所、洋式トイレがある場所などトイレ探しの苦労があった。その他、外出時の持ち物、気をつける点など認知症の人にふさわしいガイドブックを希望していた。

(4) 本人の思いを知りたい

若年認知症の人は特に葛藤が強いことから、利用者が何を不安に感じているのか、苦しみや思いがわかれば、その心の痛みを共感して援助ができるのではないかと感じていた。ヘルパーは、ただガイドをして、行動の範囲を広げましょうというだけではなく、利用者の葛藤に近づき、その思いを引き出すことも重要であると考えていた。

(5) アセスメントと危機回避

外出に必要なアセスメント項目を知りたいという希望があった。例示としてあげられた

ものは、外出の目的、金銭管理能力、排泄の意思表示、字が読めるのかどうかなどであった。それを元に、危険の予測（バス、電車利用など）がヘルパー間で共有できるのではないかという意見であった。

### 3. まとめ

本調査の目的は、若年認知症の移動支援を行うにあたって必要な研修や情報とは何かを明らかにすることである。実際のヘルプで困難に思うこと、配慮している点、希望している研修、情報から、求められる研修、情報をまとめてみたい。

#### (1) 認知症の人への対応力向上研修

ヘルパーたちは、資格取得前の研修は身体介護が主なものだったと記憶しており、若年認知症の人のように、身体介護が比較的少ない人たちへの対応には該当しないと感じていた。特に若年認知症の人への対応の場合、さりげない配慮や危険回避のための配慮など、体を使わないサポート場面が多いのが特徴である。認知症の研修（基本的な内容）も受けているが、本を読んだだけではわからなかったという声もあった。

実際のヘルプ時には、電車の中で座ってられない、切符購入から改札通過までの手続き、買い物時、外出の準備、排泄介助などの対応において迷いながらも対応方法を経験的に会得しているが、このような認知症の人への対応方法をあらためて学ぶ研修が必要である。

また 利用者の外出への意欲を高めることや、短期記憶障害によってヘルパーの存在を忘れてしまうことから、道中での利用者との会話を重要視していたが、会話が断片的になってしまうことや利用者の思いを引き出せないということでヘルパーは悩んでいた。認知症の人とのコミュニケーション技法の研修も必要かと考えられる。

#### (2) 認知症の人の外出に関するサポートガイドブック作成、配布

出発時、公共交通機関の利用、信号、買い物などにおいて遭遇すると予想されることとその対応方法をマニュアル化、身障者トイレの場所の一覧などが考えられる。また外出先をヘルパーが提案するケースも複数存在したが、行き先については、これでよいのかと不安に思ったり、外出先を探すのにも苦勞していたようだった。このことから、安価で行ける社会資源、認知症の人が利用できるアクティビティ、認知症の人同士が交流できる場などを情報として提供することも必要である。

#### (3) 外出に関するアセスメントシート

家族から得られる情報量が少ないことや、アセスメント項目と本人の能力が結びつかず難しかったというケースがあったことから、外出に必要な項目が記入できるアセスメントシートの作成が求められていた。項目としては、外出の目的、金銭管理能力、排泄の意思

表示、字が読めるのかどうかなどである。

#### (4) ガイドヘルパーの交流

多くのヘルパーは、実際関わっている人しか若年認知症の人を知らないので、抱えている不安や困難が、個々の対象者特有のものなのか、若年認知症に共通して存在するものなのかかわからないと言っていた。それぞれの事業所において、手探り状態で、試行錯誤の上、経験を蓄積しているが、他の事例などと交流することによって、サポート方法の確信や違ったアプローチが可能になるのではないかと思われる。

#### (5) 若年認知症の人の思いを知る

若年認知症の人は高齢者の認知症と比べて心の葛藤が大きいのではないかと推測される。ヘルパーには、対象者の不安や苦しみも共有しながら寄り添う姿勢が求められている。利用者から思いを聞き出すスキルとあわせて、若年認知症の人の思いを聞く場を提供することも必要である。

### おわりに

本調査では、ヘルパーに必要な情報や研修を明らかにすることに主眼をおいたが、調査で明らかになったものは、家族の病気に対する理解、地域の人々の理解、公共の場での周囲の眼差しなどがヘルプに影響を与えていることである。ヘルパーと利用者を取りまく家族や地域、社会での理解がなければ、利用者の外出も促進されないであろう。

また家族への移動支援の情報が広くいきわたっていない現実もある。これは制度そのものを知らないこと以前に、認知症が精神障害者福祉の対象であるという認識が不十分であることも関係している。情報が行き届き、この2点をクリアできたとしても、サービスを一切利用したことがない人たちにとっては、外出を他人とともにできるのかという本人、家族の不安がある。

今後、若年認知症の人の外出支援を進めていくためには、専門職、家族、地域、社会など多方面からのアプローチが必要である。

## 支 援 計 画 書

ご本人の名前：

本人、家族の希望

記入日：

総合的な支援方針

記入者：

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

| ニーズ | 長期目標 | 短期目標 | ケア内容 | 担当者 | 期間 |
|-----|------|------|------|-----|----|
|     |      |      |      |     |    |

NPO 法人 認知症の人とみんなのサポートセンター 090310

資料 2

## 活障害アセスメント表

ご本人の名前：

記入日：

記入者：

| 症状    | できること・できないこと | どうすればできるのか | 生活場面での工夫 |
|-------|--------------|------------|----------|
| 意欲    |              |            |          |
| 記憶    |              |            |          |
| 注意力   |              |            |          |
| 失行    |              |            |          |
| 失認    |              |            |          |
| 麻痺・拘縮 |              |            |          |
| 知覚障害  |              |            |          |
| 言語理解  |              |            |          |
| 言語表出  |              |            |          |
| こだわり  |              |            |          |
| 類似性   |              |            |          |
| その他   |              |            |          |

NPO 法人 認知症の人とみんなのサポートセンター090310

## 資料 3

## アートワーク参加者経過記録票

|                                 |     |    |    |      |   |   |   |
|---------------------------------|-----|----|----|------|---|---|---|
| 参加者名                            | 性別  | 年齢 | 歳  | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所                              |     |    |    |      |   |   |   |
| 電話                              | 連絡先 |    |    |      |   |   |   |
| 付き添い者                           | 職業  |    | 年齢 |      |   |   |   |
| 介護保険制度申請 有 (介護度： ) 無<br>(申請日： ) |     |    |    | 家族構成 |   |   |   |
| 担当ケアマネジャー                       |     |    |    |      |   |   |   |
| その他手帳の有無：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 利用しているサービス ( 年 月 日現在)           |     |    |    |      |   |   |   |
|                                 |     |    |    | 職歴   |   |   |   |
|                                 |     |    |    | 性格   |   |   |   |
|                                 |     |    |    | 趣味嗜好 |   |   |   |
|                                 |     |    |    | リスク  |   |   |   |
| アートワーク利用目的 年 月 日                |     |    |    |      |   |   |   |
| 初回参加時評価 ( / / )                 |     |    |    |      |   |   |   |
| 身体機能                            |     |    |    |      |   |   |   |
| 運動麻痺 無・有 (右・左)：                 |     |    |    |      |   |   |   |
| 感覚障害 無・有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 視覚障害 無・有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 認知・精神機能 (無 or 有 有の場合は状況を記す)     |     |    |    |      |   |   |   |
| 記憶障害 無・有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 失認 無 ・ 有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 運動失行 無 ・ 有：                     |     |    |    |      |   |   |   |
| 失語 無 ・ 有：<br>理解)<br>表出)         |     |    |    |      |   |   |   |
| 失読 無 ・ 有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 失書 無 ・ 有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 注意障害 無・有：                       |     |    |    |      |   |   |   |
| 構成失行 無・有：                       |     |    |    |      |   |   |   |

|  |
|--|
| <p><b>ADL 状況</b></p> <p>屋外移動：歩行（独歩 杖使用 歩行器使用 ） 車いす<br/> （自立・見守り・一部介助・介助）</p> <p>屋内移動（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>階段昇降（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>椅子へのしゃがみ、立ち（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>床へのしゃがみ、立ち（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>寝返り（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>起き上がり（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>食事（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>更衣（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>排泄（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>整容（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> <p>入浴（自立・見守り・一部介助・介助）：</p> |
| <p><b>IADL 状況</b></p>  |
| <p>その他</p>   |

| 現状の課題と対応 ( / / ) |              |      |    |       |
|------------------|--------------|------|----|-------|
|                  | 内 容          | 対応方法 | 誰が | いつまでに |
| 課題               |              |      |    |       |
| 1                | 対応結果 ( / / ) |      |    |       |
| 課題               |              |      |    |       |
| 2                | 対応結果 ( / / ) |      |    |       |
| 課題               |              |      |    |       |
| 3                | 対応結果 ( / / ) |      |    |       |

| アートワーク利用経過 1クール目 |             |    |
|------------------|-------------|----|
| 目標               | *アートワークでの目標 |    |
| 月日               | 参加時状況       | 変化 |
|                  |             |    |
|                  |             |    |
|                  |             |    |
|                  |             |    |

| 現状の課題と対応 ( / / ) |              |    |         |
|------------------|--------------|----|---------|
|                  | 課題           | 対応 | 誰がいつまでに |
| 課題               |              |    |         |
| 1                | 対応結果 ( / / ) |    |         |
| 課題               |              |    |         |
| 2                | 対応結果 ( / / ) |    |         |
| 課題               |              |    |         |
| 3                | 対応結果 ( / / ) |    |         |



| アートワーク利用経過 2クール目 |             |    |
|------------------|-------------|----|
| 目標               | *アートワークでの目標 |    |
| 月日               | 参加時状況       | 変化 |
|                  |             |    |
|                  |             |    |
|                  |             |    |
|                  |             |    |

| 現状の課題と対応 ( / / ) |              |    |         |
|------------------|--------------|----|---------|
|                  | 課題           | 対応 | 誰がいつまでに |
| 課題               |              |    |         |
| 1                | 対応結果 ( / / ) |    |         |
| 課題               |              |    |         |
| 2                | 対応結果 ( / / ) |    |         |
| 課題               |              |    |         |
| 3                | 対応結果 ( / / ) |    |         |

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

発 行：平成 21 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

