

厚生科学研究費補助金事業

**若年痴呆の施設・制度に関する研究
及び
高次脳機能障害の生活障害実態調査**

平成12年度 研究報告書

主任研究者 宮 永 和 夫

第1部 若年痴呆の施設・制度に関する研究	分担	ページ
I. 若年痴呆の施設及び制度について	-----	2
	宮永和夫 前島 滋	
1. オランダの施設・制度		
2. 英国の施設・制度		
3. スウェーデンの施設・制度		
4. デンマークの施設・制度		
5. その他の国の施設・制度の実態		
II. 今後の施設のあり方	-----	10
	前島 滋	
1. 若年痴呆の症状と現状		
2. 専門施設の必要性		
3. 若年痴呆専門の居住施設		
III. 今後の処遇制度について	-----	15
	高田和夫	
1. 若年痴呆の問題点		
2. 対応		
IV. スウェーデン・ストックホルム地域における若年期痴呆関連施設の現	-----	17
	高橋正彦	
1. 概要		
2. 各論		
3. 終わりに		
 第2部 高次脳機能障害の生活障害実態調査		
V. 脳損傷等による生活障害の実態に関するアンケート調査報告	-----	22
	宮永和夫、米村公江、 比留間ちづ子、荻原喜茂	
1. 調査対象者及び調査内容		
2. 調査結果		
3. まとめ		
資料1. 脳損傷等による生活障害の実態に関するアンケート調査	-----	34
資料2. 手帳について	-----	38
資料3. 経過	-----	40
資料4. 障害の種類	-----	40
資料5. 家族や介護者がストレスを感じること	-----	41
資料6. 家族の要望すること	-----	46
資料7. 4疾患の比較	-----	54
資料8. 身体障害者等級と生活障害	-----	84

第1部 若年痴呆の施設・制度に関する研究

I. 若年痴呆の施設及び制度について

1. オランダの施設・制度

宮永和夫

平成11年5月に、アルツハイマー協会(Alzheimerstichting)のMs. Irene Smoor (Staff Officer)の協力を得て、オランダ国内の4カ所を訪問した。

1) Lisidunahof, Lisidunalaan 18, 3833 BS Leusden (Ms. A. Smidとの会談)

<デイサービスについて>

- ①1995年5月より若年期痴呆患者を老年期の痴呆患者とは別に扱うようになった。
- ②患者の条件は、認知障害があり、それが進行性であることで、実際の疾患では前頭葉型痴呆とアルツハイマー病患者が多く、他にはピック病やハンチントン舞踏病などの患者がいる。最近では若年期痴呆の知識が周知され、精神科医からでなく家庭医から紹介されるなど、より早期に来所するようになってきている。
- ③チームは、心理療法士、物理療法士、医師、activity therapist、ソーシャルワーカーなどから構成されている。プログラムは、若年期の痴呆が活発で行動的なため、身体的訓練がもっとも重要なものである。職員は老年期の痴呆の患者の場合と同じ構成だが、老年期の痴呆患者よりもより個人的な対応と、より運動中心のプログラムを行っている。
- ④相談については、本人、家族と関係するすべての問題について話し合いをしている。
- ⑤デイサービスは1日あたり200ギルダーの経費がかかるが、全額国家(州?)が払っている。患者は、15Km以上の範囲から来所する。

<小括>

デイサービスについては、処遇に適当(適正)な人数は施設の大きさによること、また必要な職員数も患者の内容によるという(すなわち、その地域に患者がいればすべて受け入れることが当たり前で、施設で対応できる限りすべてを受け入れ、かつ患者の必要に応じて対応すべき職員を用意するというのが原則のようである)。

2) Tabitha, Jan Bongsstraat 5, 1067 HZ Amsterdam (Ms. D. Bosとの会談)

<ナーシングホームについて>

- ①アムステルダム北部にあるナーシングホームで、軽度(first level)、中等度(second level)、重度(third level)の3群に分けられて入所している。
- ②若年期の痴呆は、現在、若年期痴呆が32人おり、first levelに20名で40名の老年期痴呆患者と一緒に住んでいる。Third levelには、12名の若年期痴呆がいて、残りは老年期痴呆患者である。2~3年後には、60名全体を若年期の痴呆にしたいと考えている。なお、現在の入所待機患者は6名で、病院や自宅にいる。
- ③若年者は最初精神病院に行き、痴呆がありかつ問題行動の治療を必要としない場合に、この施設に紹介されてくる。入所時の年齢が25歳以下は受け入れない。通常、30~65歳を考えている。入所の期間は死亡までで、大部分がこの施設で死亡している。
- ④若年期の痴呆患者は、1室1~3名で、老年期痴呆は4~5名である。死期が近づくと一人部屋に移り、家族が付き添える。
- ⑤若年期痴呆患者について、スタッフは6人。内訳は、看護婦が日中は10人の患者に1~2人(大変なときは3人)で、夜間は全部の患者に1人。Activity worker1名、物理療法士1名である。
- ⑥施設では、職員以外にも囑託の医師、心理療法士などが定期的に来所して患者のレベルを評価する。
- ⑦若年期痴呆患者の活動性は大きく、老人が必要とする援助内容と異なっている。若年期痴呆の問題行動の特徴は、落ち着きのなさ、攻撃、暴力である。悪化したときには薬物も必要である。

<小括>

痴呆患者の入所施設(ナーシングホーム)であるが、アムステルダム北部地域に住む若年期の痴呆患者のほぼ全員が入所している。2~3年後には、若年期痴呆に対して新しい施設が作られるとのこ

となので、今後（将来）の若年期痴呆患者処遇施設のモデルとして期待される。

3) Nieuw Graswijk, Beilerstraat 2115, 941 AG Assen (Mr J.Sjoers との会見)

<ナーシングホームについて>

- ①入所は1日あたり250ギルダー（110ドル）が必要で、支払いは収入（年金）による。
入所者は最低月に210ギルダーから最高1105ギルダー（個室は3250ギルダー）支払う（日本に当てはめれば、特別養護老人ホーム等の入所に類似）。
- ②職員と患者の比率は、1：1である。内容は、医師、看護婦、理学療法士、ソーシャルワーカー、心理療法士、栄養士、コック、用務員などを含む116名である。
- ③患者は1階に100名、2階に16名が住んでいる（2階は以前、看護婦寮であった）。

<小括>

別に施設内容を撮影したビデオがある。16名の住む2階はホテルのような印象があり、併せて、リビングルームや食堂も広く、快適な空間をもつ施設といえる。

4) Mariahoever, Hongarenburg 240, 2591 XH Den Haag (Mr. Hoog. Hiemstraと会見)

<施設とデイケアについて>

- ①ナーシングホームとして200名の入所者がいる。デイケアは1つあり、10名の若年期痴呆患者がデイケアにきている。グループは、健忘など症状が軽度のもの、重度のもの2つに分けられている。
- ②入所中のスタッフと患者の比率は5：3で、現在の予算は2500万ギルダー以下である。
- ③Mariahoeverには、身体病棟と老年精神科病棟を持つナーシングホームを含んでいる。身体用ナーシングホームは、身体的に障害があるものが入所しており、短期間リハビリテーション、長期間ケア、末期ケアが行われている。老年精神科病棟では長期ケアが行われている。なお、若年期の痴呆患者は身体疾患と診断されて入所する事が多い。この施設の一つには、ハンチントン舞踏病のための病棟がある。老年精神科病棟には痴呆患者が入所しているが、痴呆でないものもある。
- ④デイケアに来る患者については、その性格や嗜好を知って、もっとも良い対応をしなければならない。痴呆発症以前の生活を同一のレベルで保持し、続けられるよう支持することが大切であろう。
- ⑤若年期の痴呆患者は、老年期の痴呆患者よりエネルギーを持っているため、フットボール、散歩、フィットネス、ダンスのようなプログラムが勧められる。

2. 英国の施設・制度

宮永和夫

平成11年5月に、Harvey RをNational Hospital for Neurology and Neurosurgery, The Dementia Research Groupのofficeに訪問し、英国の実状について意見を交換した。なお、詳細はYoung Onset Dementiaの報告書の通りである。

<まとめ>

- 1) 30～64歳の群の若年期痴呆の有病率は10万人対67.2人で、英国全体では16737人いると推定される。
- 2) それぞれの有病率は、アルツハイマー病は10万人対21.7人、血管性痴呆は10万人対10.9人、前頭側頭型痴呆は10万人対10.9人であった。なお、アルツハイマー病が全体の1/2以下の率であることは注目に値する事である。
- 3) 妄想は53%、幻覚は44%に見られたが、疾患による差は見られなかった。
- 4) 介護者は53%に高度の燃え尽きを経験していた。
- 5) 英国の若年期痴呆患者全体に関連する全経費は年間1億3千2万ポンドと見積もられた。しかし、患者や介護者の要因と経費との間には関連はなく、同じであった。
- 6) 痴呆性老人と比較して、若年期痴呆患者は地域の資源の利用は少なく、より費用のかかる施設ケアを利用しているように見える。

スウェーデンの施設訪問は、平成12年10月に行われた。以下はその概略である。

1) クラブ・レイメシュホルム、ストックホルム

<デイケアセンター>

- ①1992年ストックホルム県内で初めて設立された施設。比較的症状の軽い痴呆患者を対象としている。
- ②現在の通所者は15名、2～3回/週の利用(約8人/日の利用)。平均通所期間は通常2年、最長で4年程度。
- ③症状の悪化(主として、身体的介護が困難になった場合)に伴い、若年期痴呆グループホームやナーシングホームに入所することになる。
- ④常勤スタッフは5人(作業療法士、准看護婦、介護職、レクリエーション療法士)で、さらに臨床心理士1名が週に一回スタッフのスーパーバイズのため勤務している。
- ⑤利用者はタクシーで往復する。運転手はできるだけ同じ人である。タクシー代は介護費として地区コミュニティが負担する。
- ⑥施設の延べ面積は220㎡。施設は居間、食堂、台所、アトリエ的な作業室、スタッフルーム、トイレ、広めの玄関などからなる。
- ⑦内装は、白木の家具と数々のカラフルなテキスタイル、植物で縁取られた出窓など印象的なデザインである。
- ⑧利用料は1,065クローネ(タクシー代は別:約1万5千円)で、この地区のコミュニティが負担する。

2) ツルゴーデン(グループリビング)、ストックホルム

<グループホーム>

- ①1995年ストックホルム県内で初めて設立された施設。アパートの5階にある若年期痴呆専用のグループホームであり、4階と3階に高齢者グループホームがあり、一体的に運営されている。
- ②定員は8名。男女比はほぼ1:1。定員に関しては「6人では少な過ぎる。一人でも欠けると問題が多い。また、8人を超えると多過ぎる」とのスタッフの話があった。
- ③患者はアルツハイマー型が多く、攻撃性のある患者もいる。なお、攻撃性の高い患者への対応のコツは、ひたすら話を聞いてあげることという。
- ④平均在所期間はおよそ8年から10年(これらの施設に入ると一生他の施設に移ることはない。そこが彼等の住居のため)。ただし、対応できなくなればナーシングホームへ移ることもある。
- ⑤スタッフは日勤帯3名(土日は2名)、準夜帯2名、深夜帯1名(准看護婦がほとんど)。他にボランティアが多い。
- ⑥個室の居室と共同のデイルーム、食堂、台所などからなる。個室は約40㎡で部屋ごとに水回り(シャワー+トイレとミニキッチン)を持つワンルームだが、ベッドコーナーやリビングコーナーなど機能に応じて分節化したプランとしている。
- ⑦家具や調度品は患者の持ち込みである。しかし、鏡で自分の姿を見ると他人がいると訴えることが多いので、鏡はない。代わりに、痴呆が発症する前の写真や肖像画を壁に掛けていることが多い。
- ⑧若年期痴呆患者のケアは高齢者と大きく違うとスタッフは考えている。高齢者との違いとして、1)個人の背景が強いこと、2)グループホームに入ること自体を恐れること、3)食事や散歩など家族と一緒に時間を過ごせるようなプログラムをすること、4)散歩(散歩専門のボランティアがいる)や運動も高齢者以上に大切であることなど、が挙げられるという。
- ⑨若年期の患者には何より個室、しかも高齢者より広いスペースが重要である。また、家族、配偶者への精神的サポートも大切である。

3) エドセトラゴーデン(グループリビング)

- ①1993年設立されたアパートの5階にある若年期痴呆専用のグループホーム。4階には高齢者のためのグループホームがある。
- ②定員は8名。(現在入所中の患者の内訳はアルツハイマー病6名、血管性痴呆1名、コルサコフ症候群

が1名)。65歳以下が原則で、現在の最年少患者は56歳。平均在所期間はおよそ5年から6年。

- ③スタッフは日勤帯3名（土日は2名）、準夜帯2名、深夜帯1名。
- ④施設は、個室の居室と共同のデイルーム、食堂、台所などからなる。
- ⑤個室は37㎡で部屋ごとに水回り（シャワー+トイレとミニキッチン）を持つワンルームだが、ベッドコーナーやリビングコーナーなど機能に応じて分節化したプランとしている。
- ⑥食事は隣接のサービスハウスから温かい食事が供給されるが、サラダなどは自前で作る。
- ⑦若年期の患者には何より個室が必要、しかも、高齢者より広いスペースであることが重要である（高齢者の場合、個室は寝るためだけのことが多く、昼間は皆と一緒に居間などにいることが多いため）若年者は一人であることのできる寝るためだけではないスペースを必要としている。
- ⑧利用料は、住居費として4,000クローネ（約5万円）/月、食費は2,225クローネ（約2万5千円）/月で計6,225クローネ（約7万5千円）/月が利用者の負担になる。これ以外に、介護費として、1日1,400クローネ（約2万円）が必要であるが、これは地区コミュニティが負担する。
- ⑨施設面での問題は「地面に接していないこと」。居住者が簡単に外には出られないためという。

4) ヴオーベリ・シュークヘム、ストックホルム 〈ナーシングホーム〉

- ①スウェーデンのナーシングホームは、日本の特別養護老人ホーム（介護福祉施設）と老人ホームの中間の性格を持つ施設。若年期痴呆を対象としたナーシングホームはスウェーデン国内では2カ所ある。
- ②ヴオーベリ・シュークヘムはコミュニティの委託による民間企業の運営による施設で、13のユニットからなり、内1ユニットが若年期痴呆部門で、1998年に設置された。
- ③病床数8床が2ユニット、計16床からなる。
- ④対象は、問題行動の多さなど一般の施設でケアが難しい若年期痴呆の患者で、中でも前頭葉型痴呆とハンチントン舞蹈病を主な対象としている。治療の結果、行動の異常などが見られなくなれば通常のナーシングホームへ入所することになっている。
- ⑤スタッフは、午前5名、午後4名。いずれも看護婦で、夜間は2名の准看護婦が勤務し、必要に応じてコンサルトナースが協力する。スタッフの負担は通常の施設を大きく越えており、継続して勤務するのはなかなか難しいという。このような経緯から、職員の多くは精神科での勤務歴のあるものが多いという。
- ⑥現在の入所者のうち食事が自立しているのは2名、排泄が自立しているのが2名と、殆どの入所者が多くの介助を必要とする。
- ⑦利用料は、1日1,590クローネ（約2万1千円）、ハンチントン病に関しては、1日2,226クローネ（約3万円）がコミュニティから施設に支払われる。

5) スウェーデン社会省にて

スウェーデンでは、今後、若年痴呆は増加し続けることが予想されている。国としては、診断後の救済のためのプログラムがない状態を解消するため、先ず何処に相談するかなどのマニュアルを作りたい。その後は、地区のコミュニティが扱うことになるが、老年期とは違うプログラムを作りたい。また、10代の患者の家族のための、インターネットを使つての教育と啓蒙のためのテキストを作りたい。

患者の過去の記憶は、本人からは得られなくなるが、その代わり、家族は本人の記憶の宝庫である。そのため、介護や治療には家族の協力は欠かせず、家族をフォローする仕組みや家族が参加できる施設づくりが必要である。

4. デンマークの施設・制度

前島滋

デンマークの施設訪問は、平成12年10月に行われた。以下はその概略である。

1) ピーレフース、コペンハーゲン

<デイケアユニット+ショートステイ>

- ①ショートステイは8人+8人の2ユニット（1階と2階に分かれている）。部屋は個室（4.5m×5.5m≒25㎡の居室と水回り）と共通の居間、食堂、キッチン、介助浴室、瞑想室などから構成される。なお、個室の広さは、高齢者より広い。
- ②施設の立地は、できるだけ社会とのつながりが持てる場所がよい。
- ③ショートステイの痴呆患者は、現在、高齢者も若年者も一緒に入っている。なお、若年期痴呆については、2ヵ月前から始めた（平成12年8月より）。
- ④デイケアは、8人のグループが3グループの計24人。スペース的にはショートステイと同じ大きさ。活動時間は9:00～20:00。
- ⑤居室も廊下もかなりはっきりとした色彩であり、スウェーデンの施設と大きく異なる。
- ⑥攻撃的な問題行動が62%の患者に見られる。施設を計画する上で、職員からの見通しを考慮することが最も大切という。

5. その他の国の施設・制度の実態

宮永和夫

以下の国については、平成10年度に若年痴呆に関する制度と施設の有無について質問状を送り、回答を得たものである。

1) フィンランドについて

宮永のユバスキュラ（Jyvaskyla）地方の福祉施設の視察より

①初老期痴呆の処遇・制度

年齢による施設入所や在宅サービスの制限は見られない。しかし、フィンランド全体については不明だが、ユバスキュラ地方には若年用の施設は1カ所も存在しなかった。なお、介護が必要な若年期の痴呆患者は一人登録されていたが、在宅にて家族やヘルパーの援助の下で生活していた。

2) アメリカ合衆国について

Dr. James T Becker, Ph.D. (cc: S.T. DeKosky, M.D.)より,
Professor of Psychiatry and Neurology, University of Pittsburgh Medical
Center.

①初老期痴呆の処遇・制度

米国では、日本同様に65歳以上の住民をサポートする連邦政府と州の制度があるが、65歳以前の痴呆患者に対しては、特にサポート制度はない。しかし、年齢を考慮した特別な治療法や処遇システムはないが、65歳以前の患者が利用できる場所は存在する。

②頭部外傷後遺症患者の処遇・制度

頭部外傷後遺症患者を処遇するリハビリテーション病院は多く存在するが、多くは急性期か回復期の段階のためのものである。長期滞在や居住のためには、ナーシングホームが利用されるが、頭部外傷患者用に特別に計画されたものはない。

Dr. Gerda G. Fillenbaumより, Department of Geriatrics, Duke University

①初老期痴呆の処遇・制度

特に若年期の痴呆患者のために用意された施設はないが、ナーシングホームが適当で、かつ受け入れは可能と思われる。但し、ナーシングホームの入所者の大部分は65歳以上の人であり、かつ、その中でもおよそ 25% が85歳以上の老人という現実はある。なお、痴呆化したDown 症候群の人々のために特別の設備は見られる。

3) オーストラリアについて

Dr. GA Broeより, Professor of Geriatric Medicine, University of Sydney
Department of Medicine

①初老期痴呆の処遇・制度

痴呆患者のための家族支援組織は、65歳以上ばかりでなく全ての痴呆患者層でも利用できる。これは、オーストラリア政府の「痴呆ケアのための国家アクションプラン」の基金に基づくプログラムを通して発達したものである。痴呆サービスとは、地区のGeriatric Unitsやpsychogeriatric Unitsか、地区のAged Care Assessment Teams や Dementia Teamsを通して供給されるもので、ホームサービス、デイセンターのDementia Day Respite Servicesと、Nursing Homeや Hostelの Respiteサービスを含んでいる。

痴呆患者介護者へのカウンセリングとサポートサービスについても、オーストラリアの全体に渡って地区ごとにアルツハイマー協会サポートグループにより実施されている。

②頭部外傷後遺症患者の処遇・制度

頭部外傷グループ以外に、若年期痴呆患者だけに利用されているサービスは、殆どない。但し、アルツハイマー協会には、「若年期痴呆患者の介護者」をサポートするグループが幾つかあり、活動している。

ビクトリア州、サウスオーストラリアのNSWには、10年以上前から入所可能な特別のBrain Injury ユニット (Associate Professor Robyn Tate, Liverpool Brain Injury Rehabilitation Service in Sydney.) がある。

4) デンマークについて

コペンハーゲン大学医学部社会医学研究所主任研究員 伊藤敬文先生より
(Institute of Social Medicine, University of Copenhagen)

①初老期痴呆の処遇・制度

年齢による痴呆疾患患者の処遇に違いはなく、高齢者と一緒である。最近、アルツハイマー協会が高齢者以外の痴呆処遇の必要性を提言している。しかし、市町村レベルでは患者の絶対数が少ないので、県レベルで行われるかもしれないが、議論が始まったばかりで具体的な調査研究は見られない。

5) スウェーデンについて

高知医科大学精神科高橋正彦先生より
(Department of Psychogeriatrics, University of Lund, Sweden)

スコーネ地方 (ルンド市、マルメ市を含むスウェーデン最南端) 中心の情報 (スウェーデンは分権化され、全国共通の制度は見られない)。

①初老期痴呆の処遇・制度

1. 経済的支援、在宅支援サービス

スウェーデンの社会サービスはニーズベースのために、年齢制限はなく、必要があれば年齢に制限なく全てのサービスが利用できるようになっている。従って、初老期のために特別に制度が設けられてはならず、高齢者と同じように、デイサービス、ヘルパー、住宅補助などの全てのサービスが利用できる。

また、年金についても、日本の障害者年金に相当する年金が社会性障害の程度に応じて支給されている。

2. デイサービス

ストックホルムに、初老期痴呆専用のデイサービスが1カ所見られる。しかし、それ以外には、少なくともスコーネ地方には、初老期痴呆用のデイサービスは存在しない。

3. ケア施設

スコーネには、前頭側頭型痴呆専用のホームが1カ所あり、初老期の患者が入所している。

②初老期痴呆をめぐる諸問題

初老期痴呆の頻度は大変低く、そのようなサービスをするためには、人口がたくさんいる必要がある。しかし、スウェーデンでは人口密度が低いので、たとえばデイサービスをするとしても長時間かけて対象者を運ぶ必要がある（実際に、ストックホルムでのデイサービスは対象者が1時間以上かけて通所）。これは双方（介護側と家族側）にとって大変な労働となる。スウェーデンのサービスは基本的に自宅に近いところで行うべきだと考えられており、たとえば、スウェーデンで3番目に大きなマルメ市は人口24万人程度であるが、市内を10の地区に分け、それぞれが独自の保健福祉計画に基づいて地域密着型のケアを行っている。従って、広域規模のケアについては、スウェーデンではあまり歓迎されない。また、入所型施設についても出来るだけ自宅の近くの施設に入所するのが基本方針で、たとえ初老期痴呆の施設を作ったとしてもあまり遠く離れると、本人も家族も入所を望まない。

以上のような理由から、スウェーデンでは、基本的に初老期痴呆のためのサービスというものはあまり整備されていない。しかし、老人施設にうまく適応できないのは日本と一緒で、スウェーデンでもそのような初老期のための特別なサービスの必要性を感じており、マルメ市では検討委員会が結成され、現在対策をまとめているところである。近い将来、本格的な対策が立てられると思われる。

③頭部外傷後遺症患者の処遇・制度

外傷後脳障害は、痴呆でないので老年精神科の領域ではない。

1. 在宅サービス

痴呆性疾患と同じく、ニーズベースで、基本的にヘルパーや訪問看護の利用が可能である。経済的支援についても同様である。

2. 診察・リハビリシステム

大学病院のリハビリテーションクリニック科の中に外傷後脳障害治療プログラムがあり、急性期のアセスメントと治療はここで行われている。

3. 入所サービス

治療が終了した後は、在宅への復帰が原則である。重度の障害のため自宅での生活が不可能なケースは、障害の程度によって、外傷後脳障害専門のグループホームに、さらに重症の場合は高齢者と同じ、日本の特別養護老人ホームに相当する施設に入所する。

グループホームはスコーネ地方では4カ所で、1施設あたりの入所者は6～10名程度である。

4. その他

65歳以下の外傷性脳障害の人は全て在宅で生活するのが基本方針である。そのため、在宅で24時間のケア付きで生活している人も存在する。しかしコストがかかるために、65歳以上の外傷性脳障害については特別養護老人ホームで、また、65歳以下でも知的機能の障害が最重度であったり、身体合併症が激しい場合は特別養護老人ホームに入所するケースが多い。それ以外の例で在宅が難しいケースは、グループホームで対応している。

④デンマークの場合

外傷後脳障害専用のリハビリ施設が開設され、一定の条件の下で障害者を受け入れ、リハビリテ-

ションを行っている。

6. まとめ

1) 若年期の痴呆を扱う施設について

現在の所、スウェーデン、オランダ、英国、デンマーク、オーストラリアに数箇所の施設やデイサービスが見られるが、他の国には特別の施設は見られない（下表1参照）。

痴呆の在宅や施設の処遇は、日本とアメリカ合衆国を除いて年齢制限は見られない。しかし、年齢制限のないオランダ、スウェーデンやデンマークにおいても若年期の痴呆を対象とした施設が作られていることや、オーストラリア、イギリスなど施設のない国からも施設の必要性の回答を得たことは、本邦の若年期の痴呆患者を対象とした在宅サービスや施設を新設する上で、大きな支持と根拠を得たことになろう。

表1. 若年痴呆専門施設について

	ナーシングホーム	デイサービス
スウェーデン	○	○
オランダ	○	○
英国	×	○
デンマーク	×	○（1カ所）
オーストラリア	×	○（1カ所）
フィンランド USA フランス イタリア	×	×

注：○ あり、 × なし

（平成13年4月現在）

2) 頭部外傷の施設及び植物状態を扱う施設について

頭部外傷や植物状態を扱う施設は、各国に存在するが、詳細は不明である。今後、本班とは別な形で研究班が組織されて、疾患の調査研究が実施される必要があると思われる。なお、この際に、これらの国からの資料の提供を受けたり施設を視察することは非常に有用であると思われる。

1. 若年痴呆の症状と現状

若年痴呆は、老年期痴呆と比べて、一般に活動性が大きいのが特徴である。さらに、暴行や大声、徘徊、興奮、意欲低下などの問題行動の多さと、入浴や排泄などの日常生活動作能力の低下が指摘され、介護力は老年期よりも多く必要とされる。また、高齢者の痴呆化の場合、高齢化に伴う自然の衰えと受け止めることができるかもしれないが、若年期の発症では、活発に職場で働いていた人が突然痴呆化し働けなくなるため、本人も周囲も混乱が大きい。本人は現在置かれている状況が飲み込めず、なぜここにいなければいけないとか、なぜ外に出てはいけないかなど周囲に尋ねることも多く、自分が徐々に痴呆化していることを自覚し、うつ状態となることがある。更に幻覚などの精神症状の頻度も高いといわれる。また、患者は在宅で主に家族によって介護されているか、精神病院や高齢者福祉施設などに入院（入所）することを余儀なくされているのが現状である。痴呆の原因となっている疾患によっては改善も見込まれることから、福祉と同時に痴呆専門医による医療面のサービスが必要とされる。

2. 専門施設の必要性

若年痴呆患者の症状から、老年期痴呆患者と同じ施設での介護はむずかしいと思われる。また、在宅ケアの場合、ホームヘルプサービスや訪問看護が行き届いたとしても、患者が一家の働き手であり家事・育児の担い手である年齢層であることが多いため、日常生活は困難を極める。従って、症状の変動が少なかったり、症状が固定している患者に対しては生活指導や職業訓練、リハビリテーションによる痴呆症状の改善を図ることを目指す専門施設が必要となると考えられる。

3. 若年痴呆専門の居住施設

1) 施設の基本的理念

若年期及び初老期（併せて若年）の痴呆性障害者が、プライバシーに配慮した家庭的で落ち着いた雰囲気のある住居に少人数で住み、24時間の専門的な介護と医療サービスの提供のもとで居住者本位の生活を送ることにより、痴呆の進行を穏やかにし、改善させ、家族の負担を軽減すると共に、精神的に安定して明るい生活を送れるようにすることを目的とした。

2) 建物の環境とデザイン

①患者の「家」であること

- ・コミュニティーに溶け込んだ建物
- ・小規模・少人数
- ・家庭的で親しみやすい共用部――キッチン、洗濯室、中庭など
- ・自分がどこにいるかがわかりやすいデザイン――色や形、匂い、音などを使って
- ・目立たないスタッフ室
- ・機能に応じた部屋を用意し、「多目的」の部屋は設けない（認識障害を持つ患者には不向きのため）

②ゆとりのある個室であること

- ・個人の所持品をたくさん置ける――自分の歴史を大切に
- ・家族や訪問者と共に居られるスペース

3) 具体的な施設「精神障害者福祉ホームC型」の計画

①入居対象者

身体上または精神上著しい障害があるために、常時の介護と医療面のサービスを必要とし、居宅において適切な介護を受けることが困難な18歳～64歳の人。

②規模

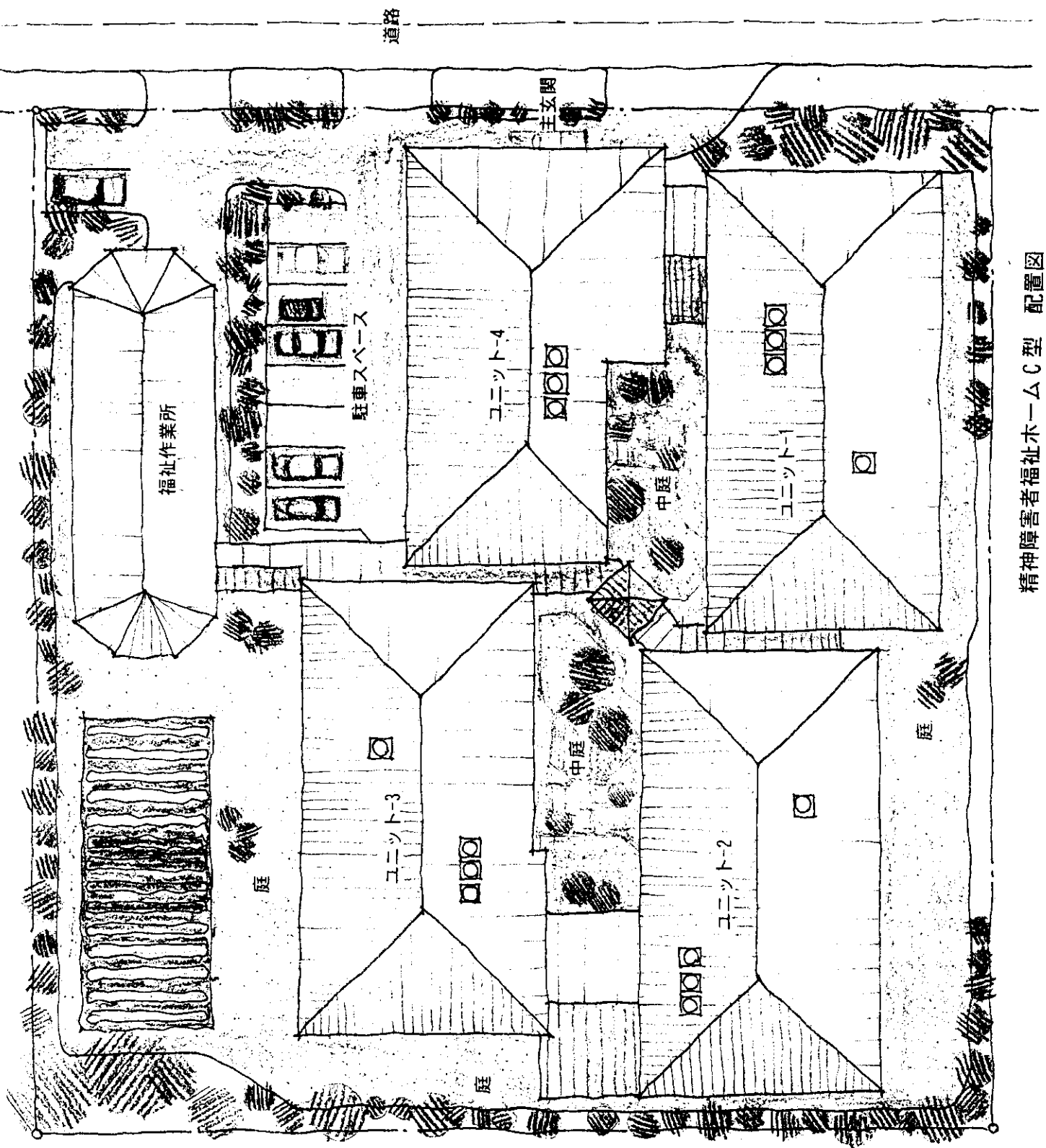
- ・収容人数は20人＋ショートステイ4人
- ・面積は約60㎡/人、延1,440㎡
- ・デイサービス10人/日で面積は130㎡

- ・延面積は1,570㎡、平家建てとする

③諸室の構成

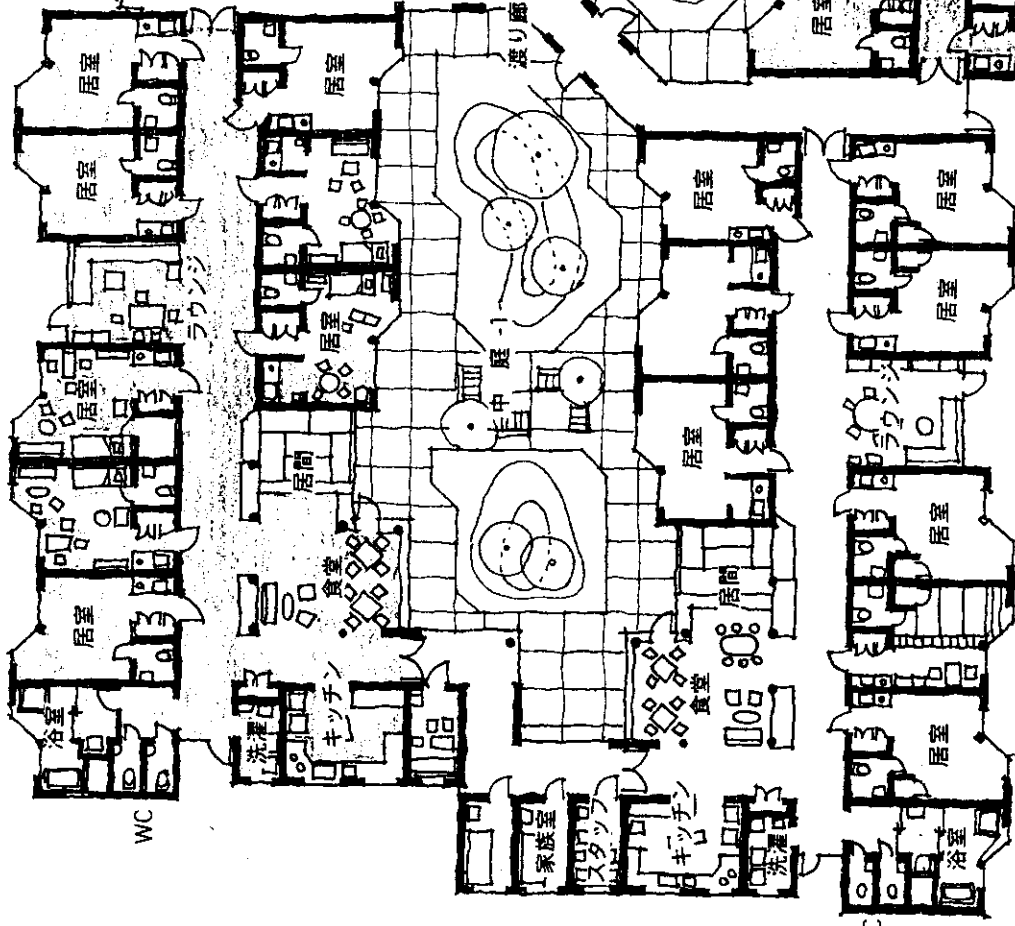
- ・ユニットケア型のグループホームとする。
- ・住居部分は3ユニットで構成し、1ユニットに居室を8室とする。
- ・居室はワンルームの個室とし、内部は寝室や居間、食堂などのコーナーに分ける。面積は約23.2㎡
- ・全体は極力家庭的な雰囲気とし、管理関係の部屋はなるべく目立たなくする。
- ・居室以外の共通スペースとして、廊下に沿って居間・食堂スペース、休憩コーナー、風呂、洗濯室などを配置し、普段、家庭で行われるような活動の余地を多く設ける。
- ・居室や共通の付属室が中庭を取り囲む構成とする。
- ・1ユニット毎にショートステイの患者を1人～2人程度入所可能とする。
- ・デイサービス部門を併設し、施設の入り口近くに配置する。
- ・管理スペースとして、事務室、相談室などを設ける。
- ・介助浴室や機能回復訓練室を設ける。
- ・患者の家族の宿泊施設を設ける。
- ・診察室を設ける。

④モデルプラン（図1～3）

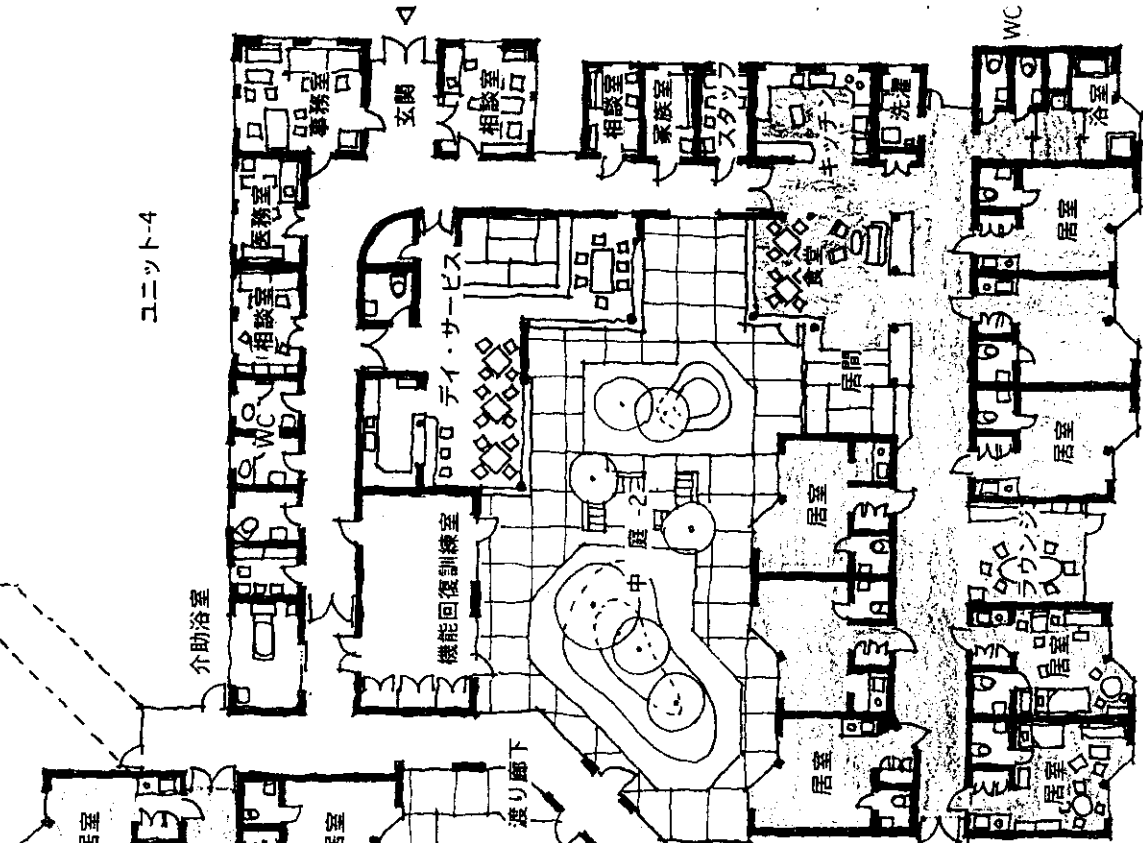


精神障害者福祉ホームC型 配置図

ユニット-3
(7人+シャワーステイ1人)



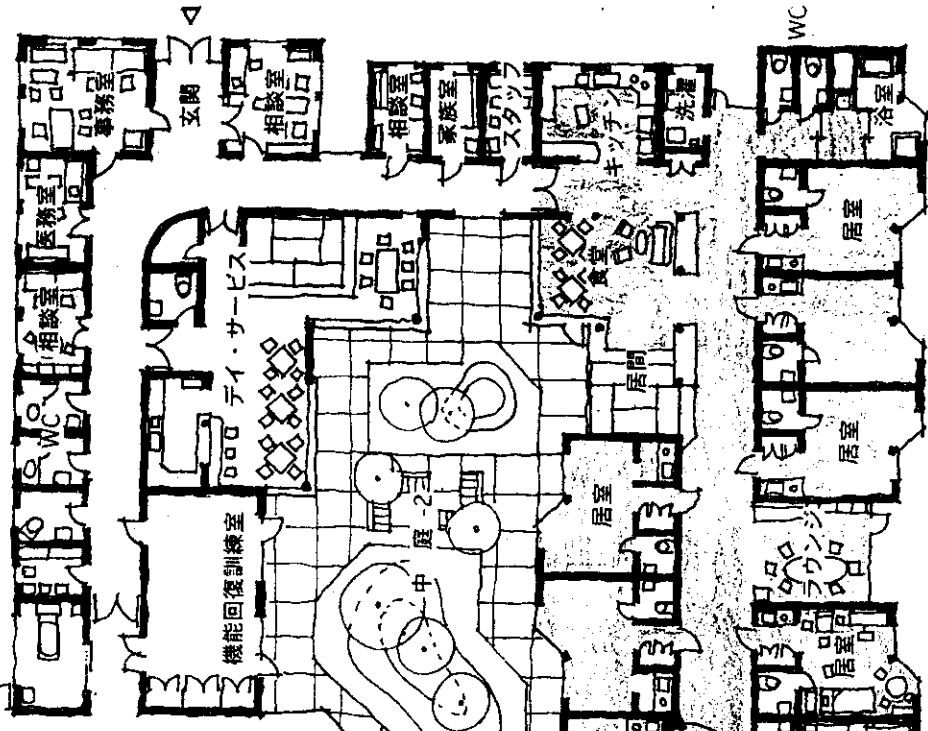
ユニット-2
(7人+シャワーステイ1人)

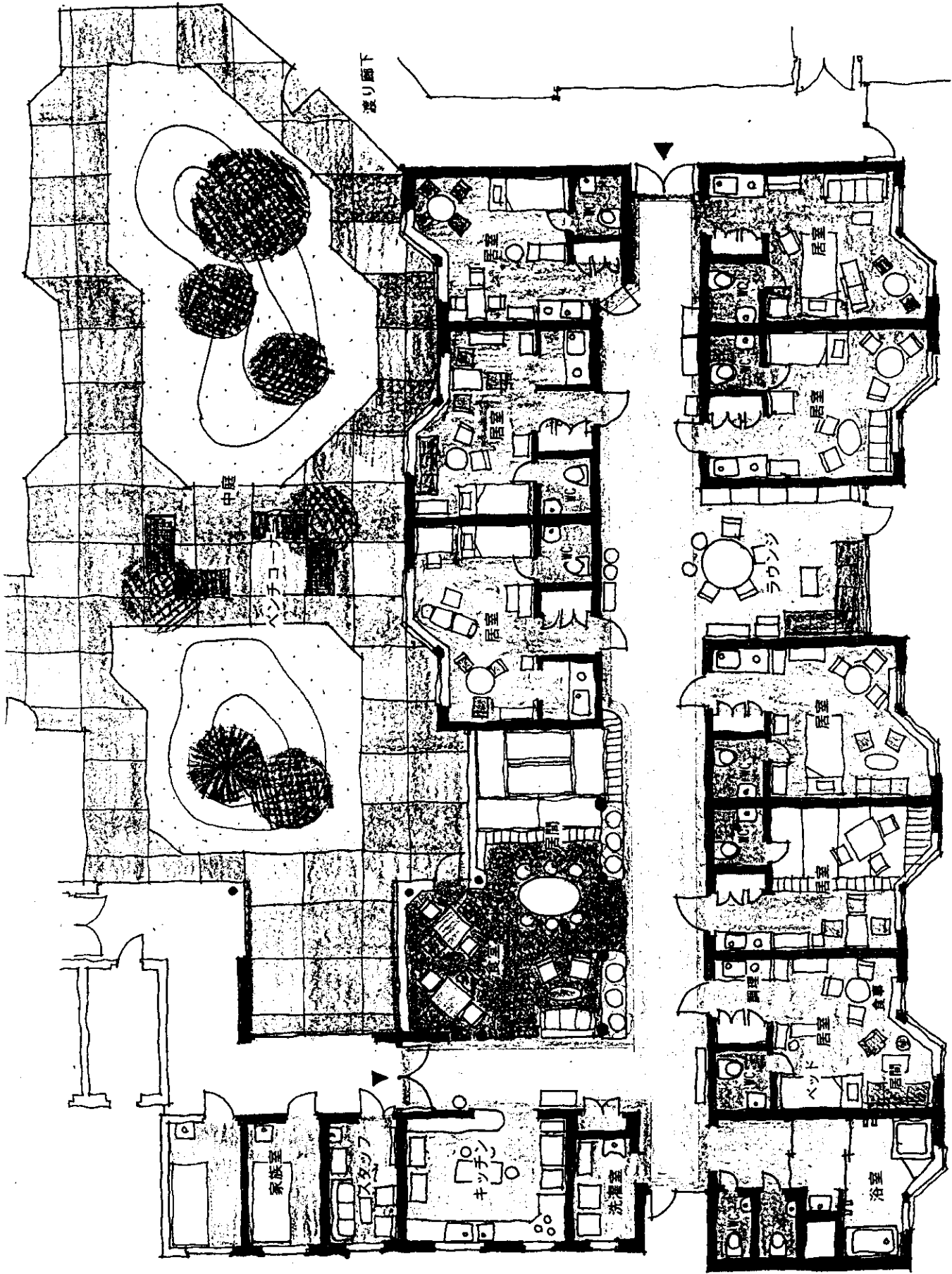


ユニット-1
(6人+シャワーステイ2人)

福祉作業所などへ

ユニット-4





精神障害者福祉ホームC型
ユニット平面図

1. 若年痴呆の問題点

1) 若年期(18歳~39歳)及び初老期(40歳~64歳)の処遇

- ①精神保健福祉法で処遇されているが、若年痴呆障害者の場合、医療処遇が中心に行われており、福祉処遇が遅れている現状にある。
- ②若年痴呆の障害者の特徴として、「若い」「体力がある」「行動力がある」「情動的に不安定になりやすい」や「自傷行為」「異食行為」等の問題行動があり、目が離せない状況にあり家族の負担が大きい。
- ③若年期(18歳~39歳)の場合、制度的に施設処遇が受けられない。
- ④初老期(40歳~64歳)の場合、制度的に疾病原因により介護福祉施設処遇が受けられない場合がある。他方、身体障害者・知的障害者は体系的に処遇され、介護保険適用年齢に達すると双方の福祉施設を選択でき、処遇を受けることが出来る。
- ⑤一家の柱が痴呆症状になった場合、経済的な問題と常時介護の問題が発生する。
- ⑥地域及び家族にも、病気に対する理解されにくい障害特性である。
- ⑦相談窓口の設置が皆無の状態であり、有っても情報が不足している。
- ⑧現行の法律では、行政対応ができない。

2. 対応

1) 法律等の整備

<現状と課題>

- ①身体障害者・知的障害者・精神障害者の3障害が、障害の特性や症状に合った福祉処遇を同一歩調的に受けられるように法整備等を行う必要がある。
- ②障害者の基本問題として、障害認定の公平・公正等の構築が望まれる。
例えば：身体障害で加齢に伴う自然現象的な障害でも、障害者として認定されている。(例：耳が遠い(聴覚障害)。歩けなくなる(体幹機能障害等)。)
- ③若年痴呆(精神障害者)は、精神科の治療対象となり薬物療法を受けることができるが、在宅・福祉施設の処遇を受けることが出来ない。

<施策の方向>

- ①若年痴呆(精神障害者)に対し、身体障害者や知的障害者と同等な支援が行われるように、支援施策の内容について検討する。
- ②精神保健及び精神障害者福祉に関する法律又は社会復帰施設等運営費補助金要綱等において、若年痴呆(精神障害者)を対象とした施設処遇ができるように改正する。

2) 在宅支援サービス

<現状と課題>

- ①在宅での処遇は、家族の理解不足・介護力(常時世話をする人)不足で厳しい状況にある。
- ②介護に追われるため、働くことが出来ず経済力が落ち、一家の崩壊に進む危険がある。
- ③地域において、若年痴呆障害者の病気に対する理解が不足している。
- ④地域の受入・支援・協力体制が確立されていない。

<施策の方向>

- ①在宅の若年痴呆障害者の生活を支援するため、在宅保健福祉サービスのあり方について検討するとともに、その体制を整備する。
- ②家庭や地域社会、職場等あらゆる場所において、多くの人々を対象とした、若年痴呆障害者への理解と認識を深めるためさまざまな活動を行う。

3) 施設等の整備

<現状と課題>

- ①若年痴呆の障害者は既存の施設での処遇が難しく、入所できない。
- ②処遇が可能と思われる施設に依頼しても、事前の調査で断られる。
- ③若年痴呆の障害者の処遇施設がないため、処遇出来そうなところへ無理に入所させた場合、その処遇は難しく失敗に終わるケースが多い。
- ④若年痴呆の障害者の受入環境ができていない。
- ⑤保健・福祉等で年齢に関係なく長期的に利用できる施設がない。

<施策の方向>

- ①介護保険の適用範囲の拡大を図る。
- ②若年痴呆専用の施設の設置。
 - ・施設の研究（設計段階で）：ハード面での研究、室内空間の検討
 - ・介護施設と精神病院の中間的な施設：まず、モデル事業で施設を運用する。
 - ・グループホームの活用：既存のグループホーム形式で入所条件を変更し、「若年痴呆専用グループホーム」として新設する。
 - ・介護スタッフの強化。
- ③既設の施設（福祉施設）で対応出来るか検討。
 - ・資源の有効活用が出来るように、施設の相互利用・共同利用の研究・促進を図る
- ④老人性痴呆疾患専門病棟、痴呆疾患センターを活用し、施設整備の方向性を探る。

4) 経済的支援

<現状と課題>

収入が途絶えたり、医療費の支出が増大したり、介護が必要になるため、生活の基盤である経済的支援が必要。

<施策の方向>

- ①病気以前の生活を保障できるように、生活の基盤である経済的支援を保障する。原則的には、生活保護法を基準とする。
- ②保障期間は、生活の安定が見通しできる期間とする（概ね5年間）。
- ③保障期間中に他法等の適用・運用を検討し、生活の安定を図る。

5) 地域社会との係わり

<現状と課題>

- ①痴呆障害者に対し、病気であることの理解がなされない。
- ②障害者の身近な地域での自活（自立）ができるように、訓練や働く場所を確保する必要がある。
- ③精神障害者が安心して生活できる地域づくり、支援づくりが必要である。

<施策の方向>

- ①障害者に対する地域住民の理解と認識を深めるため、精神障害についての正しい知識の周知・普及活動等を通じて、精神保健福祉の普及・啓発を促進する。
- ②地域の人達が、精神障害者への偏見を一日も早く地域からなくし、障害者を地域の一員としてお互いに助け合う社会の構築を行う。
- ③障害者に対するきめ細かな保健福祉サービスが提供できるよう、その体制の整備を促進する。

6) 痴呆判定の方法

<現状と課題>

- ①症状が一定していないため、痴呆症状の判定基準を新たに設ける。

<施策の方向>

- ①判定施設を設け日常生活を含めた判定を行うため、3～7日の期間をかけて判定する。
- ②痴呆疾患センター等を判定機関にする。

7) 生活援助サービス

<現状と課題>

- ①JR運賃・航空運賃、有料道路通行料の割引制度の適用が出来ない（身体障害者、知的障害者は適用されている）。
- ②在宅の若年痴呆障害者が生活地域で活用出来る福祉施設の新設（既設との相互利用を含む。）

<施策の方向>

- ①精神障害者にもJR運賃・航空運賃、有料道路通行料の割引制度が適用出来るように検討する。

8) 相談窓口

<現状と課題>

- ①相談窓口の設置が皆無に等しく、相談の場がない。
- ②医療や福祉の情報と心理面のサポートを必要なときに受けられる相談体制がない。
- ③専門の窓口相談員が少ない。
- ④訪問看護による相談事業を行う必要がある。

<施策の方向>

- ①市町村・保健所に相談窓口を設置し、情報の収集に努め、情報不足の解消を図る必要がある。
- ②専門の窓口相談員の配置と職員の資質の向上を図るため研修を行う。
- ③国民全体に若年痴呆の知識を普及させ、予防と早期発見に努力する。

IV. スウェーデン・ストックホルム地域における若年期痴呆関連施設の現状

高橋正彦

諸外国における若年期痴呆ケアの現状調査として、本年度はスウェーデンにおける若年期痴呆サービスを調査した。本報告書ではそのうち、それぞれの施設におけるサービスの現状と課題を報告する。

1. 概要

スウェーデンにおける若年痴呆関連の施設としては、デイサービス、グループホーム、ショートステイ、ナーシングホームが存在する。これらの施設はほとんどがストックホルム県内に集中しており、同地域以外の施設はほとんど見られない。この要因としては、国土が広く人口密度が低いスウェーデンにおいて、発生頻度の低い若年痴呆専用の施設を運営するために十分な数の患者が集まりにくいことが考えられる。スウェーデンにおいては、福祉は日本の市町村に相当するコミューンが担当しており、通常その規模は2万から3万人程度である。一般に全てのケアはこのコミューン単位であり、出来るだけ自宅に近いところでケアが行われることになっているので、広域規模のケアサービスは一般的ではない。このため大都市以外では専用のサービスの整備は難しい。また、若年痴呆に対する社会の関心も最近まで低かったこともあげられる。現在機能しているケア施設についても、ここ数年以内に開設されたものがほとんどである。若年痴呆に関する研究も未だ十分ではなく、本格的な対策も今後の課題であると言える。スウェーデン国内で現在運営されているケア施設には次のようなものがある。

A. デイケア

在宅の若年痴呆患者を対象としたデイケア。2000年末時点で、ストックホルム県内には1カ所存在する。中央部のReimersholmeである。ストックホルム北部のUpplandsv・sbyには以前デイサービスがあったが、2000年10月頃閉鎖された。理由については不明である。ストックホルム県外では、南部、スコーネ県のKristianstad市に1施設あるという。

B. グループホーム

施設ケアとして、若年痴呆を対象とした8床程度の小規模居住施設。2000年末の時点で4カ所あり、そのうち1カ所は中央部Tullg・rden、さらに2カ所、南部のBred・ng地区 (Ekeh・jden)とS・tra地域(Eds・trag・rden)にある。さらに、2000年10月南東部のSkarpn・ckに1カ所、グループホームとショートステイの複合施設(R・nnbacken)が開設された。この施設には、ショートステイ用のベッドが5床準備されている。なお、日本で言うところのショートステイは、スウェーデンでは、家族の負担軽減のために定期的に家庭と施設を往復するV・xelv・rdと、在宅の患者がBPSDなどや家族の急病などのために緊急に入所が必要になった際に利用するKorttids v・rdに分けられており、本施設は後者のためのものである。従って、入所期間は次の入所先が決まるまで、最高3カ月間入所できるものである。さらに、その後2001年5月に、ストックホルム北部にグループホームが1施設開設された。ストックホルム地域以外では、マルメ市に、重症痴呆患者用のグループホームがあり、その性格上、前頭葉型痴呆が多く入所している。その他については確認できなかった。

C. ナーシングホーム

スウェーデンのナーシングホームは、日本の特別養護老人ホームと老人病院の中間の性格を持つ福祉施設である。若年痴呆を対象としたナーシングホームはストックホルム県内に1カ所存在する。この施設は、重度のBPSDを持つために一般の施設でケアが難しい若年痴呆、中でも前頭葉型痴呆とハンチントン舞蹈病を主な対象とする施設である。ストックホルム南部のV・rbergにある。ストックホルム県外にはLink・ping市に類似の施設が1つあるという。

現在判明した限りでの若年痴呆専用のサービスは以上である。基本的にケア政策は各コミュニティが独自に立案・施行しているので、そのサービスの種類・内容は各コミュニティによってまちまちであり、従って全国規模での情報が集まりにくい事情がある。従ってこれ以外にもスウェーデン国内に施設がある可能性は高い。

2. 各論

ここでは、デイケア施設のKlubb Reimersholme、グループホームのEds・trag・rden、ナーシングホームのV・rberg sjukhem若年痴呆棟についてその詳細を報告する。

1) Klubb Reimersholme (クラブ・レイメシュホルメ)

1992年に開設された若年痴呆のみを対象とするデイケアセンターである。開設に至った経緯は以下のようなものである。すなわち、それ以前にはこれらの若年痴呆患者は高齢痴呆患者対象のデイケアに混じって参加していた。ところが20才、30才と歳が離れているためにうまく適応できず、問題が大きかった。また、高齢者に比較し若年者は抱える問題が異なっているため、違ったデイケアの内容を準備した方がいいと考えられるようになった。このような現場職員の声に従い、ストックホルム県内で初めて1992年に開設されたのがこのデイケアセンターである。

現在通所者は15名で、それぞれ隔日に週2~3回利用することになっている。従って、1日の利用者は7名~8名程度である。対象者の罹患疾患はアルツハイマー型痴呆がほとんどで、他に若干脳血管性痴呆、前頭葉型痴呆などが利用することもある。通所が毎日でないのは、このデイケアが比較的軽い痴呆レベルの患者に対する活性化の目的を持っているためである。則ち、今まで仕事などの社会生活をしてきた人たちが発症を契機に社会から完全に切り離されてしまう。これは本人の心理的ストレスや自信の喪失につながるので望ましくない。従って、このデイケアを通して活動の機会を与え、社会とのつながりを保ち、併せて機能の維持や、自信の回復などの精神機能の安定を目的としている。

従って、コンサートや美術館などの訪問など、頻りに外出したりダンスや歌などを行う。また、毎日必ず散歩に出るなど、身体的な「エネルギーの放出」も意図しており、高齢者デイケアに比較しはるかに活発である。このため、毎日の通所はあまりに負担が大きく、隔日の通所となっているものである。なお、それ以外の日には通所者は配偶者と自宅で過ごしたり、地元の高齢者対象のデイケアに通ったり、自宅で訪問介護のサービスを受けたりしている。このような特殊な目的を持つこのデイケアセンターは、従って症状の悪化に伴いその利用を終了するが、平均通所期間は通常2年、最長でも4年程度である。その後は、可能であれば自宅で在宅介護サービスを受けながら生活するが、在宅生活が無理な状況であれば、後に記載する若年期痴呆専用のグループホームや、ナーシングホームに入所することとなる。

1年間の回転は通常3～5人であり、待機者は常時5人～10人程度である。現在ストックホルム県内には当施設のみであるので、待機者の多さから考えると、もう1～2施設必要であると関係者は考えている。1日あたり約8名の利用者に対し、スタッフは5名であり、その職種は、所長が作業療法士、その他の職員は准看護婦、介護職、レクリエーション療法士、などである。さらに週1回、臨床心理士がスタッフのスーパーバイズを行う。このことはスタッフの精神衛生のために大変重要であると考えられている。

この施設はコミュニケーションの運営であるが、諮問機関として2名の医師、2名の臨床心理士、1名のコミュニケーション所属の福祉担当者の5名からなるコミッティーが日常業務の監督・指導を行っている。

1日のスケジュールは以下のようなものである。午前8時にスタッフが集まり、当日の活動や参加者についてのカンファレンスを行う。9時～9時30分には通所者がタクシーで到着する。ちなみにこのタクシーの運転手は通常、出来る限り毎回同じ者が運転することになっている。このことは利用者の精神的安定のために重要であると考えられている。タクシー費用は介護費用の一部としてコミュニケーションの負担となる。利用者は到着後ヨーグルト、サンドイッチとコーヒーの朝食を取る。10時～10時30分頃から午前の活動が始まり、その後、昼食の準備が行われる。通常昼食はスタッフと、可能な限り利用者が協力して当施設で作ることが多い。その後、午後の活動とお茶の時間があり、3時頃には同じタクシーの運転手が迎えにきて、帰途につく。その後、スタッフはミーティングを行い1日の業務を終了する。

1日の利用料は1065クローネ（タクシー代別）で、この費用はコミュニケーションが負担する。これ以外に活動費として20クローネが必要である。また、前述したように利用者はタクシーで来所するが、この運賃もコミュニケーションが負担する。

2) Eds-trag-rden (エドセトラゴーデン)

ストックホルム県内初の若年痴呆専用のグループホームとして、1993年に開設された（民間運営）。定員は8名で、2000年時点で入所中の患者の診断の内訳は、アルツハイマー型痴呆6名、血管性痴呆1名、コルサコフ型が1名である。性別では、現在は男女ともに4名ずつである。基本的には65歳以下を対象としているが、空きがあればそれ以上の年齢についても受入は可能である。現在の最年少患者は56才である。基本的にターミナルまで継続して入所することが出来る。平均在所期間は約5年である。なお、頭部外傷後遺症に伴う知的障害はスウェーデンでは痴呆としては取り扱われないのが普通なので、他の専用施設でケアされ、この施設を利用することはない。施設は、個室の居室と共同のデイルーム、食堂などからなる。職員配置は、日勤帯3名（土日2名）、準夜帯2名、深夜帯1名となっている。

利用料は、月額、住居費として4000クローネ、食費2225クローネ、計6225クローネが入所者の負担となる。これ以外に介護費として1日あたり1400クローネが必要であるが、これはコミュニケーションが負担することになっている。もし、収入の都合で個人負担分が支払いきれない場合も、コミュニケーションから住宅補助や障害年金などの名目でその費用が補助される。具体的には個人の収入（配偶者や家族の収入は考慮されない）や貯金の額に合わせて補助金額が決定され、最終的に月額600クローネが小遣いとして本人に残るようになっている。従って、経済的な理由でここに入所が出来ないことはあり得ない。

入所理由については、精神症状などのために家族がケアしきれなくなったというケースや、独居であったためなど、在宅での生活が不可能となったためである。

若年痴呆患者と高齢痴呆患者のケアの違いについては、スタッフは以下のように考えている。則ち、