

の15人、岐阜県、三重県の12人などとなっており、その他の都道府県は10人未満の配置となっている。

また、コーディネーターの所属（複数回答含む）を都道府県ごとの回答で分類すると、都道府県職員が15箇所（55.5%）、市町村職員3箇所（11.1%）、指定相談事業所（主たる対象者が精神障害者）が10箇所（37.0%）、指定相談事業所（主たる対象者が知的障害者）が1箇所（3%）、地域活動支援センターが5箇所（18.5%）となっている。これらをさらに詳細に分析すると、公的機関職員と民間の社会福祉法人職員などに均等に分布している都道府県と、どちらかに偏って分布している都道府県が存在する。具体的には、コーディネーター全員が都道府県職員又は市町村職員、つまり公的機関の職員となっているところが12箇所（42.8%）であり、全員が民間委託先職員となっているところが6箇所（21.4%）、両者が混在しているところが5箇所（17.8%）、残る5都道府県はコーディネーターの所属が不明となっているなどの理由で分類できなかった。なお、埼玉県は公的機関の職員に含めた。（図3）

また、全国のコーディネーターを都道府県にこだわらず単純に合計した人数は211人であり、これを所属先別に分類すると、都道府県職員68人（32.2%）、地域活動支援センター59人（27.9%）、指定相談支援事業所（主たる対象者が精神障害者）40人（18.9%）、指定相談事業所（主たる対象者が知的障害者）3人（1.4%）、市町村職員4人（1.8%）、その他37人（17.5%）となる。（図4）ただし、地域活動支援センター59人のうち47人は大阪府である。次に、211人のコ

ーディネーターを職種別に分類すると、精神保健福祉士75人（35.5%）、保健師57人（27.0%）、社会福祉士5人（2.3%）、看護師・准看護師3人（1.4%）、臨床心理士4人（1.8%）、作業療法士2人（0.9%）、その他7人（3.3%）、不明58人（27.4%）となっている。（図5）

## 2) 長野県の聞き取り調査

聞き取り調査の内容を大きく分類すると、①公的機関の役割、②知的・精神の統合、③人材の確保・育成の3つに分かれる。以下に、それぞれの項目ごとの発言をまとめてみる。

### <公的機関の役割>

- ・ 県庁の中に地域移行に特化した部署が設置されたことの効果が大きかった。
- ・ 公的機関、特に県の政策やビジョンを作成する部署には、現場の状況や対象者本人の声を反映させられる専門職が事務職以外に少なくとも1～2名は必要不可欠である。
- ・ 県の財政から地域移行に必要な予算を確保することは容易なことではないが、それを突破できるだけの根拠と要望の収集がカギとなる。
- ・ 初期段階は行政主導型だったが、社会福祉法人やNPO法人など地域の関係機関との連携が必要となった。
- ・ 初期段階での火付け役、県全域で機運を盛り上げるのは県職員。

### <知的・精神の統合>

- ・ 長野県では知的障害者の関係者に精神障害者の地域移行を支援してもらうシステムを構築しはじめている。
- ・ 知的障害者を支援してきた関係者には精神障害者に対する先入観が少な

くなかったが、実地体験や研修を通して解消できてきた。

- ・長野県でも知的障害者に比べると精神障害者の地域移行は遅れている。

#### <人材の確保・育成>

- ・長野県ではコーディネーターが誇りとやりがいを感じながら働いている。
- ・最終的には「人」がすべて。つまり人材が育っているかどうかを最も重要。
- ・コーディネーターの組織化、所得保障、繰り返される話し合いや研修が欠かせない。
- ・対象者本人の意向を一人ひとり丁寧に聞き取ることが基本である。そこで出された本心がコーディネーターのモチベーションや業務内容を左右する。
- ・精神障害者の場合は病院に勤務する精神保健福祉士などの福祉職が地域移行に理解を示さなければ、病院内の他の職種が変化を起こしにくい。

#### 4. 考察

1) 全国の概況では、約6割の都道府県がコーディネーターを配置し、その8割以上が複数のコーディネーターを配置している。しかし一方で約3割が未配置であり都道府県間の格差が広がっていることを示唆している。また、コーディネーターの所属機関をみると、行政主導型、官民連携型、民間委託型に分かれていると考えることができる。大阪府が地域活動支援センターの割合を上げているので、それを除外すると、全国的には行政主導型が最も多い。長野県でも初期は行政主導型であったことから、導入期のスタイルとしては自然な形であるのかもしれない。しかし、聞き取り調査ではコーディ

ネーターが効果的に機能するためには、その業務に専念できることが重要であると述べられていた。したがって、たとえば保健所の精神保健福祉相談員をそのまま増員せずコーディネーターとした場合、既存の業務に労力を取られ効果的に機能できない可能性がある。つまり、ある都道府県がコーディネーターの人数を12人と計上していても、機械的に保健所の職員に割り振っているだけでは当然その効果は期待できない。逆にコーディネーター数が少なくとも、各人が専任でクオリティの高い活動を行っていれば効果が期待できる。以上のことから、今後はコーディネーター人数だけでなく、配置のしかたやその業務の内容に関する調査が必要である。

2) 長野県の聞き取り調査については、基本的な事項と新たな動きを確認できた。新たな取り組みとして注目したのは、これまでに知的障害者を対象として地域移行を実践してきた関係者を、精神障害者の地域移行スタッフに組み入れようとする試みである。

西駒郷の大池ひろ子所長は、長野県の先進的实践を支えてきた原動力は、知的障害者を支援してきた人々の熱意であり、行政機関だけでは決して地域移行は成功しなかったと語る。この人々の実践知や強力なネットワークを精神障害者に活用するという発想は、大池所長にとって必然的なものであるかもしれない。しかしながら、全国調査の結果をみると、知的障害者の相談支援事業所に精神障害者のコーディネーターを配置しているのは長野県だけである。3 障害の壁を取り払うべきこれからの時代には当然の試みとして普及していくことを期待したい。

また、全国にコーディネーターが安定的に定着し機能していくための示唆もいただいた。基本的なことではあるが、まずは各都道府県の担当者が地域移行の意味や必要性を痛感し、苦勞を覚悟で予算の確保に奔走すること。それなくしてコーディネーターは成り立たないことを繰り返し述べられていた。その上で、コーディネーターが有効に機能するための、話し合いや研修の場の確保、給与保障などを工夫されていた。人が育っていないところにシステムの枠と予算だけを持ってきても成果はあがらないのは当然であるという。

全国の平均的な状況はコーディネーターを稼働させるというよりも、コーディネーターが機能する下地を整備する段階ではないかと感じた。コーディネーターに対して自発的・独創的試みがみられる都道府県は多くない。

事業の規定では、コーディネーターと都道府県との具体的な関係や位置づけが曖昧である。長野県や大阪府のような自発的先進地域を除くと、精神障害者のいわゆる社会的入院に対して、行政機関が一定の責任性を持ち、その観点から現行事業での国や都道府県の役割と位置づけを示す必要がある。

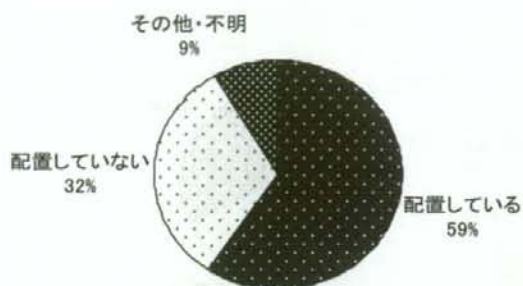
別の視点からは、全国の地域実践者の中にコーディネーターとしての力量をすでに持ちながら潜在化している人材がいるのではないかという話題が出た。給与や立場が保障され魅力的な仕事であることが伝われば、即戦力として期待できる優秀な人材は各地の実践の場から名乗りをあげてくることは大いに期待できると考えた。

## 5. まとめ

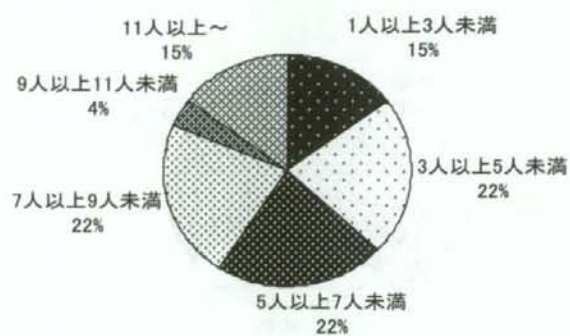
全国調査では約6割の都道府県がコーディネーターを配置しており、その8割以上が複数配置を行っている。今後は、配置されたコーディネーターが、本来の役割に専従できているかといった具体的な業務の内容や配置環境などのモニタリングが必要である。また、設置していないと回答した約3割の都道府県についても、その理由や実態を調べる必要がある。

長野県での聞き取り調査から、コーディネーターが有効に機能するための必要条件として、①公的機関が一定の責任と役割を持ち、予算確保やビジョンの作成を積極的に行うこと、②所得保障やグループ化、研修などを通してコーディネーター自身が誇りとやりがいを感じられるような調整役が必要、③知的障害者の先進的实践で蓄積されてきた知識や人材等を精神障害者の支援体制にも積極的に取り込んでいくことなどが示された。

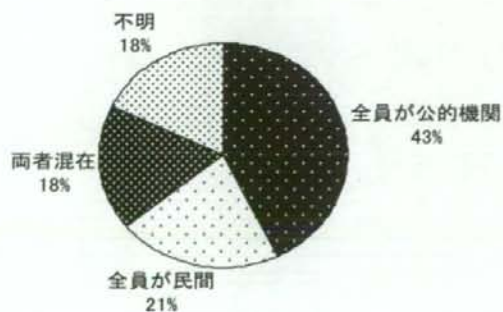
<図1 配置の有無>



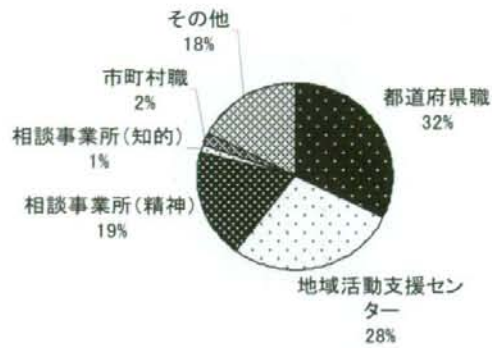
<図2 配置人数別割合>



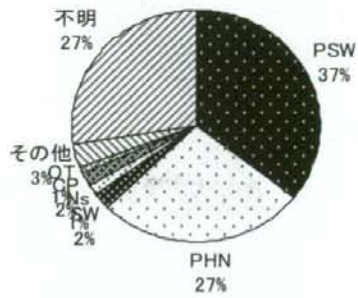
<図3 所属の偏り>



<図4 所属別割合>



<図5 職種別割合>



平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
分担研究報告書 6  
精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの  
利用の実態に関する研究  
—630 調査の追跡研究—

研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）  
研究協力者 吉田みゆき（同朋大学社会福祉学部社会福祉学科）  
田引 俊和（北陸学院大学人間総合学部社会福祉学科）  
二本柳 覚（日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター）

### 1. 目的

平成 18 年度分の 630 調査のうち、精神障害者社会復帰施設等の状況について検討する。今回は改定前の形式であり、予備的な考察となる。

### 2. 方法

平成 18 年度報告データを検討する。

### 3. 結果および考察

#### 1) 施設の概況

##### (1) 施設の開設年度

生活訓練施設と福祉ホームは、1995 年～1999 年の増加が顕著である。グループホーム、福祉ホーム B 型、小規模通所授産施設、地域生活支援センターは 2000 年～2004 年の増加が顕著である。福祉工場はほとんど増加せず、また入所授産施設の増加は小規模である。いずれの施設も 2005 年以降の開設数は激減している。施設全体としてピークであった 2000 年～2004 年の四分の一程度に留まっている。社会復帰施設等は、法改正による施策の明確化など設置条件が整うことによって急速に増加したが、障害者自立支援法施行を機にその勢いはおさまってきて

いる。

##### (2) 開設者・運営主体

全体では、開設者のうち社会福祉法人は 38.1%、医療法人は 36.3%、また運営主体は社会福祉法人 42.5%、医療法人 36.7% であって、開設者と運営主体は多くの施設で一致している。開設者が医療法人である小規模通所授産のうち運営主体が他の法人等である施設は 1 施設だけであった。

生活訓練施設と福祉ホーム、それに入所授産施設の運営主体は、それぞれ社会福祉法人が 27.5%、25.4%、37.9% であり、医療法人は 65.3%、64.3%、58.6% と医療法人優位であった。福祉ホーム B 型は 7.7% と 83.7% で、他の入所施設に比べると圧倒的に医療法人が多いのが特徴的である。一方、通所授産施設は社会福祉法人 74.6%、医療法人 18.1%、小規模通所授産は社会福祉法人 80.3%、医療法人 1.1% である。このように入所施設は医療法人主体に、通所施設は社会法人主体に整備が進められてきた。なお福祉工場はすべて一致し、地域生活支援センターは大差なかった。一方、都道府県と市町村が開設者である施設は全体の 0.4% と

4.7%、また運営主体となっているものは0.1%と1.0%であった。全体数も少ないが、開設している施設のうち運営も行っている施設は20～25%程度であり、あとは他の法人等に委託していることがわかる。

## 2) 職員の状況

施設類型別の平均職員数を<常勤、非常勤、合計>の順にまとめると、生活訓練施設<6.5、1.2、7.7>、福祉ホーム<1.2、0.9、2.1>、入所授産施設<8.0、2.1、10.1>、グループホーム<0.9、1.3、2.1>、福祉ホームB型<4.2、0.7、4.9>、通所授産施設<5.8、1.6、7.4>、小規模通所授産施設<2.5、1.6、4.1>、福祉工場<6.7、2.6、9.3>、生活支援センター<3.8、1.7、5.5>であった。常勤に対する非常勤の割合が高いのは福祉ホームの72.5%と小規模通所授産施設の64.0%、低いのは福祉ホームB型の17.1%、生活訓練施設の18.4%であった。

職種では、常勤・非常勤の区別は分からないが、いずれの施設でも指導員等の専門技術を有する者の数が一番多い。次いで精神保健福祉士を含めた精神科ソーシャルワーカーが他の専門職に比べて圧倒的に多くなっている。

## 3) 新規利用者の利用前の状況

### (1) 居住地

地域生活支援センターを除いた社会復帰施設全体では、利用前居住地が在宅42.0%、精神科入院41.1%とほぼ同じである。利用開始前に精神科に入院していたのは、生活訓練施設76.6%、入所授産施設72.6%、福祉ホームB型71.7%と、入所施設が精神科病院退院後の受け皿として機能している。しかし福祉ホーム53.9%、

グループホーム42.6%と、これらの施設を退院後すぐに利用する者は他の入所施設に比べると少ないことがわかる。反対に通所授産施設、小規模通所授産施設、福祉工場では利用前の居住地が在宅であった者がそれぞれ74.2%、73.5%、72.2%であり、精神科病院退院後、直接通所施設を利用する者は少ない。

### (2) 勤務等の状況

地域生活支援センターを除いた社会復帰施設全体では、利用開始前に一般就労していた者は3.0%、福祉的就労11.7%、就労なし79.3%などであった。一般就労の割合が高い順にグループホーム4.4%、小規模通所授産施設4.2%、福祉工場4.2%となっている。福祉的就労の割合が高いのは福祉工場36.1%、就労なしでは生活訓練施設92.6%、福祉ホームB型92.1%であった。このように社会復帰施設を利用する精神障害者は、一般就労の困難な者が多い。

## 4) 退所者の状況

### (1) 居住地

退所者全体では、在宅54.4%、他の社会復帰施設等14.4%、高齢者福祉施設1.2%、死亡5.4%、その他5.7%、不明3.7%となっており、精神科入院は17.8%であった。入所施設退所後に在宅生活をおくっている者と精神科病院への入院者は、生活訓練施設43.9%、29.6%、福祉ホーム44.5%、23.9%、入所授産施設33.2%、29.9%、グループホーム43.3%、28.1%、福祉ホームB型35.0%、40.3%であった。福祉ホームB型は利用前に精神科病院に入院していた者が多かったが、他の入所施設に比べると退所後、精神科病院へ入院する者も多い。しかし全体的には精神科病院を

退院後、入所施設を利用し、そして在宅での生活を送り始めるという流れがつかめる。

## (2)勤務等の状況

退所後に一般就労していたのは全体で11.1%、福祉的就労12.7%、就労なし56.6%などであった。施設類型別の一般就労の割合は、通所授産施設25.2%、小規模通所授産施設18.7%、福祉工場16.0%の順で高い。福祉的就労は、福祉工場20.0%、小規模通所授産施設17.6%、通所授産施設13.5%の順である。また就労なしは、福祉ホームB型77.2%、生活訓練施設71.6%、福祉ホーム60.4%、入所授産施設60.2%となっている。全体の半数程度は退所後、精神科デイケア等通所し就労していないが、通所施設の退所者は入所施設に比べ、一般就労や福祉的就労につながっている。利用前の状況と合わせると、社会復帰施設を活用することによって、入院から社会復帰施設、社会復帰施設から地域生活・就労という動きを捉えることができる。

平成18年度の調査は、障害者自立支援法が本格的に施行される前の実態調査である。平成19年度から630調査の調査項目も一部変更されているが、継続して調査することにより施設の移行状況、職員の実況、利用者の動向などと、障害者自立支援法がそれら実態におよぼす影響などを把握することができると思われる。



平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

地域における若年性認知症患者の適切な処遇に関する研究

研究分担者 千葉 潜（青南病院）

研究協力者 宮永和夫（ゆきぐに大和病院）

山崎 學（サンピエール病院）

研究要旨：若年性認知症者にどのような地域サービスがあれば、精神科病院を退院し社会で生活できるかを明らかにすることを目的とした。現在、我が国で若年認知症者を対象に実施されているサービス提供について、全国的に検索しサービス提供一覧を作成した。これらの主だった施設や提供者7箇所を訪問して実地調査し、サービス提供内容の現状や抱えている問題点などを明らかにした。また同時に、若年認知症者家族会の全国各地の組織状況と活動について調査し、当事者と家族の置かれている状況を把握した。平成 19 年度研究の成果と、これらの調査結果を基盤に、若年認知症者へのサービス提供の特異性などを踏まえて、適切な施設のあり方を検討協議し、現在の介護保険体系において対応可能な施設類型を選出した。また、試行的事業として既存施設にモデル施設を設置し、実践的な業績検証を始める利点を施策提言した。

#### A. 研究目的

平成 19 年度に若年性認知症者について精神科病院入院加療の実情について調査し、どのような地域サービスがあれば、精神科病院を退院し社会で生活できるかを調べた。今年度研究においては、それらの地域サービスの機能はどのようなものであるべきかを検討し、適切な施設の在り方について提言をまとめることを目的とした。

#### B. 研究方法

現在、我が国で若年認知症者を対象に実施されているサービス提供について、全国的に検索し、サービス提供一覧を作

成する。これらの主だった施設や提供者を訪問して実地調査し、サービス提供内容の現状や抱えている問題点などを明らかにし、若年認知症者へのサービス提供の特異性などを踏まえて、適切な施設のあり方を検討協議する。

#### C. 研究成果

##### I. 現在の若年認知症サービス提供の実態について

現在、我が国で若年性認知症者に対する介護・福祉サービスを提供している施設やグループについて、家族会などの協力も得て可能な限り探索し、一覧とした。（別添資料）介護保険制度の中で行わ

れているサービスと、補助金や有志によるボランティア的な運営でまかなわれているサービスが存在する。それらのサービス提供施設のいくつかについて視察調査し、実際のサービス提供の内容と提供者が抱える現状の問題を聴取した。

## 1. 通所系サービス

1) 介護保険制度により運営されているもの

### ①いきいき福祉ネットワーク

特定非営利活動法人の設置する通所介護・介護予防通所介護の介護保険事業所として、若年認知症者に特化して、1日10名程度の対象者に、週5日間デイサービスを提供している。平成20年12月現在で登録者は33名、男性が女性の2倍となっており、平均年齢は60歳をわずかに下回る。アルツハイマー型認知症が多く、脳血管型認知症・前頭側頭型認知症・進行性核上性麻痺などと、数人の高次脳機能障害者も混在し通所している。週1日、軽度の方々のグループを設けている。通所者の範囲は都内全域であり、特には目黒・世田谷・品川・大田区と横浜方面（電車路線の関係）が多い。

プログラムは当日に通所者の意向をミーティングして決めるが、重度の方々の多いグループは予め用意したものから選ぶ。買物・調理・準備等の役割活動や趣味・体操・リハビリなどの楽しみ活動を選択してもらうようにしている。1日1回は外出し、散策・散歩・スポーツや喫茶店利用など社会参加的活動を行う。駅周辺清掃などのボランティア活動（当事者提案）も行っている。「その年代の方々が余暇として行うことや役割としておこなうこと」をプログラムの基本にしてい

る。就労的な内容も行って見たが、当事者は苦痛の表情になってくることから、実践を通じてやはり楽しいことの方が良いと理解したという。ケア計画の同意には、当事者及び家族に原則として関わってもらって、通所の意義を理解してもらい、また当事者の気持ちも汲み取ることなどをねらいとしている。

加えて、認知リハビリテーションとして、軽度者に記憶障害・注意障害・言語障害等を標的としたトレーニングとカウンセリングを介護保険適用外でおこなっている。自らの役割が病前と変化したことに悩む、病識のある当事者に有効となっている。

通所者は、週3日利用の方が多いが、週1回で他の日は別のサービス提供を受けている人も多い。認知症状の進行後を考慮し、デイサービス利用にある程度慣れてきたら、通常の高齢者対象デイサービスも併せて利用することを勧めている。

職員は作業療法士・精神保健福祉士・看護師など常勤3名に非常勤として職員を加え、全部で常勤換算5名となっている。

実際の活動はデイサービス提供にとどまらず、家族などの相談支援業務が大きな柱になっている。利用当初の面談で、ニーズを整理し、介護保険利用や医療機関および家族会等の情報提供、進行に応じたモニタリングや他機関への連携などをケアマネジメントすることが重要になっている。

### ②デイサービス大通公園「どんぐりの家」

通所介護施設(定員15名)で運営し、若年認知症対象に限定せず一般高齢者もサービス提供している。これにプラスして自主事業として精神障害者（うつや統合

失調症)や幼児の保育事業を同じデイサービスの中で区画して行っている。

元来は併設する精神障害者デイケアに若年認知症者が通所していたことから、それらの方々に適するサービス提供を目指して介護保険事業所として開設した。現在登録は16名で週6日おこないほとんどの人が毎日利用となっている。要介護度4以上が6割を占め重度者が多いのが特徴。

プログラムは、軽体操やゲーム・歌など興味をもたせる内容をスタッフが工夫して楽しんで参加してもらうようになっている。社交ダンスを取り入れ、交流とバランス能力や歩行能力の訓練に役立てている。また、1日1回は外に出て散歩などを行う。体力のある対象者は10kmも歩くのでスタッフが大変。いわゆる「お昼寝」の時間はなく、通所時間中はしっかりと活動してもらう。そういう体力を維持させるのも通所の目的と考える。できるだけ外部に出かけるプログラムを用意して、世間で話題の展示をしている美術館やボーリング場あるいは新設ショッピングモールなどに行っている。家族とも最新の話題が出来るので良い。季節ごとに観光地なども出かける。海の家にも行ったが海岸砂地で上手に歩くので驚かされる。出かければいろいろとリスクは高くなるが、それに対応するスタッフの訓練と専門技術者(看護師)が配置できれば可能である。

スタッフは若年認知症通所者の分(1対1)と通所送迎担当者である(総勢8~10名)。食事介助はマンツーマンでないと出来ない。

### ③おりづる苑せりがや

(社福)町田市福祉サービス協会が運営している地域密着型認知症対応通所介護によるサービスの一部である。週1日のみ若年認知症を対象としたグループを分けて通所介護サービスを提供している。他の日や当日の他の認知症高齢者に対するサービスは別のグループとして常設し提供している。

通所している当事者は、サービス提供日の認知症通所介護12名のうち男性5名であり(他は認知症高齢者として別グループでサービス提供)、不定期に女性1名が参加する。(アルツハイマー型認知症4名・脳血管型認知症1名)

プログラムの内容は、自ら「おりづる工務店」と名付けているように、近隣の保育園等より依頼される修繕や補修および外部作業(清掃・伐採・片付けなど)といった営繕雑務的な作業である。朝に「出勤」(来苑ではなく、そのように称している)し、工務店と名の入った作業着に着替えタイムカードを刻印し、仕事(作業)準備をして仕事現場(作業依頼を受けた保育園等)に向かう。仕事後は、タイムカードを刻印して「退勤」する。昼食休憩には外食やお弁当を持参するなどで摂り、ほぼ1時間半程度の休憩をはさんで、午前10時~午後15時の仕事(作業)をプログラムとしている。

対象者の「まだまだ働きたい」「今までの社会経験を活かして人の役に立ちたい」という要望と、自分の両親の年代と同じあるいはそれ以上の高齢者と一緒のデイサービスでは、当事者本人からも「ここは自分来る場所ではない」という訴えから、高齢者とは別のグループとしてサービス提供を始めている。修繕の仕事を

スタッフと行ったことが当事者の活性を促したことから、環境を整えて「仕事」という雰囲気を作り上げている。当事者に、「人の役に立っているという気持ち」・「仕事を成し遂げる充実感」・「社会とのつながっている実感」といった精神的な満足感をもたらし、また、自然と身体を動かす活動内容は、高齢者とは違うストレスや欲求の発散にも有用となっている。

スタッフは3名（社会福祉士・介護福祉士・介護員）で、これに無償ボランティアが1～2名程度加わることでマンツーマンの対応を行っている。

#### ④モア・サロン福寿

グループホーム福寿草Ⅲが同場所でおこなっている認知症通所介護サービスで、現在、若年認知症者4名(男性3名女性1名)を含み、6名が通所利用している。若年認知症者は集団でのレクリエーションやプログラムを好まないことが多いことから、徹底した個別ケアとアクティビティの提供を基本として運営している。ひとりでリクライニング椅子に横たわり音楽鑑賞する空間や鏡台に向かいスタッフの手助けを受けながら化粧や身繕いをする場所、会社のデスクで仕事する雰囲気でおこなう作業や読書の場所など、それぞれに意趣工夫を凝らした場所とサービス提供がされている。園芸や大作業など、世代や趣味に合った活動が楽しめるようになっている。当事者のひとりが昔に楽器を演奏していたことから、今は数人での楽器演奏もおこなう楽団が出来上がり、演奏会もおこなった。(楽団 FUKU) また、当事者家族とオーストラリアの介護専門家を訪問する海外旅行なども実施

している。施設名の付いた送迎車両や施設名ロゴ入りのユニフォームやジャージといった、いやでも介護施設を思い知らされるものは一切排除し、スタッフ女性はスカート着用など、ごく普通の「集いの場所」づくりに配慮している。当事者の家族（配偶者）には、併設施設であるグループホームの非常勤厨房員として就労してもらい、配偶者の仕事についてくる感覚で当事者に通所の意義付けをしている等の工夫も見られる。

2) 補助金やボランティアによって運営されているもの

#### ①ジョイント

若年認知症社会参加センター「ジョイント」（代表比留間ちづ子氏）は、平成19年度に厚生労働省老健局のモデル事業として補助金事業により創設され、平成20年度はNPO法人若年認知症サポートセンター（代表宮永和夫氏）が運営し、現在は独立してNPO法人設立に向かっている。

週2日（火曜・木曜）にサービス提供を実施しており、現在8名の利用がある。

（アルツハイマー型認知症4名・ピック型認知症4名で全員男性）利用者は、事業の趣旨に同意し会員（個人会費一口10,000円）として了解していただいた方で、社会参加と就労方活動に意欲のある当事者としている。日常生活上の条件があり、①継続的な通勤が可能（送迎付き可）②食事や排泄が自立③日常的なコミュニケーションがほぼ自力で可能、としており、比較的軽度の対象者となっている。利用料はなく、昼食は全員で近隣の飲食店へいく（昼食自己負担）。実施されている活動内容は、創作活動・ニュース

レター製作・作品販売・発送作業などであり、オリジナルカレンダーや小便箋などを製作している。この他に、地域貢献活動として、道路や公園の清掃整備、イエローバッチ(障害者運動への協力活動)販売などをおこなっている。午前10時出勤しタイムカードを打刻、ミーティングで当日の仕事内容を確認し取り掛かる。昼食休憩を挟んで終了前にミーティングし業務日誌を各自で記載後、午後15時タイムカード打刻し退勤という一日のスケジュールとなっている。

ジョイントは、本人同士と専門家や地域の人々が語り合い、ともに地域貢献活動や就労型活動を開発し、「ともに輝く地域づくり」のフォーマットを全国に発信していくためのモデル的事業の展開を志向している。同時にケース検討会実施や専門職による認知検査等の実施、家族支援・相談援助、地域行政や企業への相談支援、支援者養成などをおこない、併せて外部専門職による事業評価を計画している。

## ②グループどんどん

川崎市認知症ネットワーク(代表柿沼矩子氏)が平成18年からおこなっているグループ活動で、月1回(第4火曜日)開催している。プログラムの内容によって、都度で開催場所が設定される。参加費は500円~1000円(1家族およびボランティア1人あたり)で、内容は絵手紙教室や手芸的作業(石鹸デコパージュなど)・マイTシャツづくりなどの作業的な内容から、食事会やハイキング・お花見・バーベキューなどの活動や温泉旅行なども企画しておこなっている。作業成果から、オリジナルTシャツ(1年で約700枚販

売)や絵葉書およびヒット商品となったデコパージュ石鹸などの販売品が生まれ、その利益収入も運営を支えている。

「働きたい」「役に立ちたい」が当事者の希望であることから、「つくって売る」に積極的に取り組んでいる。

現在は9名の当事者の参加(うち女性1名)で、ほとんど家族と一緒に参加される。グループどんどんの代表は川崎市認知症ネットワーク事務局長の中川和子氏である。川崎市認知症ネットワークは、川崎市内の認知症家族会・ボランティアグループ・福祉NPOの連絡組織で、若年認知症グループ「どんどん」の他に、川崎市社会福祉協議会から委託を受けている認知症介護相談「サポートほっと」や、啓発寸劇「劇団SOS」(団員20名ほど)活動およびボランティアグループ「ねこの手」を運営している。運営の経費は、神奈川ネットワーク運動(NET)の市民チャレンジ基金に応募し助成を受けておこなっている。

## ③グループ麦

川崎市高津区において、当事者と家族支援のためのメモリーサロンを月1回開催している。現在6名の当事者とその家族が参加し、若年認知症者のみではなく軽度認知障害や独居高齢者なども参加し、ボランティアを含めて毎回25~28名ほどの参加で開催している。グループ代表は個人(吉田歌子氏)で、平成16年度の川崎市スタートアップ助成金に応募し、助成を得てグループ活動を立ち上げた。その後、団体活動補助金や共同事業補助金など各区からの補助をつないで運営を続けてきた。月1回のメモリーサロン開催と認知症予防講演会(年1回)および

一般高齢者向けの認知症予防教室(年 12 回)などを活動としている。

メモリーサロンは月 1 回(第一水曜日)は溝の口カトリック協会集会室を借りておこなわれ、参加費を 500 円徴収(ボランティアも家族も)し昼食代とお茶代としている。午前 10 時半より開催し、午前中はレクリエーション中心のプログラムとして、ランチ会食・麻雀・ゲーム・コーラス・健康体操などをプログラムとしている。午後は当事者に、総合型スポーツクラブ NPO 法人 SELF と共同で、スポーツセンターでの運動を楽しんでもらう。この間にファミリーケアとして家族と家族介護教室を行い、また相談援助などをおこなう。

現在、NPO 法人を設立申請中で、今後はこれらの活動に加えて、個別に最初の相談から続けて継続的な支援を行うサポーターや、外出などに付き添うガイドサポーターなどの養成を手がけたいと考えている。

## 2. 入所系サービス グループホーム福寿草Ⅲ

札幌市白石区で(有)ライフアート(代表武田純子氏)が設置運営する介護保険認知症対応生活介護(認知症グループホーム)で、2ユニット(9名×2)のうち1ユニットを若年認知症専用として運用している。9名定員であるが、スタッフのマンパワーを考慮し6名入所としている。若年認知症者はマンパワーが必要で、通常の施設基準スタッフ人員では定員入所人数までを介護できないので、入所利用者数を絞っている。現在の入所者は男性2名・女性4名で、平均要介護度4.2と重度者が多く、平均年齢は61歳。

若年認知症者は認知症高齢者のように、一箇所に集まって何かするということが難しく、各々に個別の対応となるため、とにかく介護側の人員は必要である。また、認知症高齢者の介護には考えられ無ような行動もあり、保護や危険回避という意味でも特別な対応が求められる。認知症高齢者にとって年配の介護者は子供の年齢にあたるが、若年認知症者にとっては同輩であり、年代の近い介護者に対する抵抗が極めて強くあることから、介護スタッフは必然的に若い人たちばかりとなる。(介護者が若いと抵抗無く介護を受け入れる傾向がある。)若年認知症者はひとりひとりの個別なニーズが違い、はっきりしていることから、それに対応する介護を実践している。「豊かな時間を過ごす活動」「ゆとりの空間と土とのふれあい」「一人一人を大切に豊かな生活」を目標に掲げサービス提供の基本としている。また、本人の介護記録は家族に公開し読んでもらうことで、家族の認識を高め理解を深めてもらい、一体となって当事者の生活支援を考えていくようにしている。

(併せて通所デイサービスをおこなっているが、「モア・サロン福寿」として通所の項に記載した。)

## 3. サービス提供者が抱える問題点について

今回、現地調査し実際に若年認知症者にサービス提供している施設やグループなどの代表者に現状の中から見える問題点を聞き取りしている。それらの主なものを以下にあげる。

### 1) 運営の経済的保障が不安定

介護保険指定事業者として通所および入所サービスを提供しているところも、グループ活動やNPO活動としてサービス提供しているところも、総じて運営の経済的な不安定基盤について、今後のサービス提供の継続に不安を抱いている。実際に、補助金や助成金が得られなくなれば活動は休止するか当事者からの費用徴収でまかなうしかないグループ活動やNPO活動は、かなり不安定といえる。これらの地域活動を支援するための長期的な助成制度の確立が必要である。

また、介護保険指定事業所として介護保険サービス提供の枠組みでサービス提供をおこなっているところも、対象となる若年認知症者は広域に分散しており、利用者確保も問題となる。併せて、認知症高齢者と異なり、個別的な対応が必須であることから、ほぼ利用者1人に介護スタッフ1名が付くことが必要であり、それらの人件費により赤字が拡大して経営を圧迫する状況が見られている。(介護報酬改定で若年認知症加算120単位/日が定められているが、その対価では明らかに賄うことが出来ない。)加算における人員基準等の策定をおこない、それに見合う報酬単位を設定することが基盤的に必要である。グループホームでは、医療的な対応が必要となり一時期入院加療などになっても、加療後退院した場合の受け皿にならねばならず、その間を無報酬で利用枠を確保しなければならないことから、若年認知症に専門特化した入所施設の場合には大きなデメリットになる。しかし、若年認知症者の場合には、医療的な関与が必要な事態となることは頻繁である。空室待機の保障も考えられるべきである。

2) 若年認知症の専門的ケア・知識の研修がおこなわれない。(研修体制が未構築)

認知症高齢者とはあきらかに異なる若年認知症者の、特性や心理、介護ケアの手法や技能、知識やアセスメント技術、相談支援や連携などの、若年認知症者に対応するための現場スタッフに対する人材育成・研修がなされていない。研修の機会もなく、現場スタッフは専門的ケアを習得できない。また、何よりも若年認知症者に対する対応技法などの系統的な教育研修内容が整理されず、研修体制が構築されていない。

3) 若年認知症についての情報提供や相談の窓口が少ない。

今回リストアップしたような施設や家族会などにたどり着くまでに、相談する機関や窓口が明瞭ではなく、当事者・家族ともに混乱し大きな負担を背負って孤立していることが、調査した現場での初期対応や相談受付状況からうかがえる。また、相談を受けても若年認知症について専門的に対応できる医療機関はどこにあるのか等の情報も、サービス提供している側にも十分に有しておらず、連携資源情報の整理や周知がされていない。ある程度の地域単位(都道府県などの単位)ごとで一元的に情報を統合整理する機関を設置して、相談窓口となるサービス提供者や家族会などに情報提供がされるべきである。

4) 適合する介護サービスが介護保険にない。

通所移動や外出などをサポートするケアが、現在の介護保険サービスのメニュー

一には無く、訪問ヘルパーにはこれらのケアができない。付き添いサポートをすることで、さまざまな社会生活や参加が可能になることから、このようなガイドサポートや送迎目的のケアについて介護給付の対象とする必要がある。現状は、わずかにボランティアなどの奉仕によってのみ実施されている。

また、介護保険サービスの中でおこなった生産的や就労的な活動は、それによって得た収入を賃金としてサービス利用者に渡すことが出来ない。わずかであっても、それらの賃金が活動の意欲を喚起するものであることから、一定の条件は付したとしても公式に認めるように周知すべきである。

5) 高齢介護者に適用される減免や公共的料金の減免措置がない。

紙オムツ支給に係る年齢制限では 65 歳以下には支給されない。上下水道料金の減免措置が川崎市は 65 歳以上で横浜市は制限なしなど自治体で対応が異なる。水洗トイレの水を際限なく流しっぱなしにするなどの行動がある若年認知症者の家計にとっては大きな問題である。また、スポーツセンターなどの施設に利用減免がないなど、65 歳以上には適用される措置が若年認知症には適用されないものがほとんどである。さまざまな社会活動に参加させるとしても、これらの理解と措置が拡大されなければならない。

6) 障害の等級判定が低い。

身体障害を重視した障害判定は、ほとんどすべての日常生活動作に常時の援助支援が必要である若年認知症者についても、五体満足であるがゆえに判定は 2 級

止まりで重度障害との判定が得られにくい。寝たきり状態・植物状態よりもサポートの手間隙がかかるにもかかわらず、重度障害の判定が得られるのは少ない。重度障害であれば保険会社からの給付金も得られるなど、当事者にメリットは大きいことから、的確な判定基準にしていなくてはならないか。

7) ショートステイが使いにくい。

当事者の不安感(「このまま帰れなくなる」など)も強いが、ショートステイ受け入れ側に若年認知症についての対応技能が無く、また個別対応できる人員も有していないことから、当事者の不安や焦燥、興奮といった諸問題を引き起こす。これらによりショートステイ受け入れ側からも拒絶されるようになるなど、当事者の特性を理解し合致したショートステイが提供できる状況にない。

4. 若年認知症者と認知症高齢者とのちがいがい

若年認知症者は、65 歳以上に発症する認知症高齢者とは明らかに異なる特性や心理が存在し、またケアの上でも特別な配慮を必要としており、提供される活動プログラムなども高齢者とは同一にならない。現地調査で聞き取りしたこれらの違いについて、以下にあげる。

1) 個別的ケアが必要。

ほとんどの若年認知症者は、高齢者のプログラムに入ると違和感を覚えるようで、「ここは自分の居る場ではない」と感じるようである。また、かなり進行しても、高齢者向けの緩やかな流れに、間を待つことがストレスになりイライラや爆



発につながる。軽度な当事者は、そういう場に組み入れられたことについての落胆や衝撃を感じ、精神的な打撃を受ける。サービスを受けている高齢者は80～90歳代であり、自分の両親と同じような年齢層と同一の場を持つことが困難であることは当然ともいえる。

一方で、若年認知症者は、ひとりひとりの特性（趣味・特技や仕事履歴など）に合致した活動が有用であるので、画一的な内容を集団でおこなう活動は適合しにくい。他人に合わせることを求めるのではなく、当事者ひとりひとりに合致する活動を提供する必要がある。

認知機能の残存能力は個人ごとにより異なり、また個性も鮮烈に有しているし、それまでの人生経験や社会生活なども異なっている。それらに配慮したケアの提供が必要なことから、個別的ケアが原則となる。

2) 年齢の若いスタッフでなければケアに抵抗が強い。

当事者は自分と同じ年代の壮中年介護者による排便や更衣・入浴などの身体上のケアは、強い抵抗や拒絶を示すことが多い。興奮・暴力へとつながるほどであり、配偶者ならまだしも他人の同年代の者に世話されることは受け入れ難いことのようなのである。当事者の子供の年代にあたるような若いスタッフのケアに対しては抵抗が割合に少ない。そういう意味でケアスタッフは若い者が中心となるが、若いケアスタッフのメンタルなサポートなど後方での支援が増加する。

3) 役割や地域貢献など充実感が大切。

当事者の想いは「まだまだ働きたい」

「人の役に立ちたい」であると、どのサービス提供者も口にする。「これは貴方の仕事」「これは貴方をお願いすること」などと、当事者が果たすべき役割があって成し遂げることが充実感につながる。また、「社会に貢献したい」という想いがあるようで、公園や道路の清掃などは生き生きとおこなわれ笑顔が出やすいという。社会につながっていることを実感できる活動が当事者の生活を豊かにしている。

4) 残存する能力を最大限引き出す活動内容が有用。

発症する前までに、仕事や趣味で習得した技術や能力は、かなり重度に進行するまで有していることが多い。その得意なことや特技を活かした作業内容や活動をおこなうことで、それまで閉じこもって認知機能の更なる低下をきたしていた当事者が積極的に活動に参加することで生活の質が改善されることがみられる。自分の出来ることをおこなうために、自信と誇りが再起され、表情や行動に効果がみられる。

5) 作業的・生産的な活動が満足を生み出す。

労働作業をおこなうことや、販売品を作成して収益を得るなどの生産的な活動は、就労をイメージできることから、「まだまだ自分でも出来る」という満足感が得られるようで、積極性が見られるという。

しかし、現実には、スタッフが補修補足する部分も多いわけだが、それらを感じさせないような活動支援が、当事者の満足感につながる。

6) 「病感」や「病識」を有していることから戸惑いや不安も大きい。

発症からさらに進行していく疾患であり、喪失していく機能についての「病感」や「病識」を有している当事者がほとんどである。この部分は、高次脳機能障害者や認知症高齢者との大きな差異にもなっている。壊れていく自分に対する戸惑いと不安から始まり、できなくなっていくことを受容しなければならない。時には焦燥やイライラも生じる。「出来なくなったことも多くあるが自分たちが出来ることもまだ沢山ある」としてもらえる支援活動が、当事者の安定に必要なこと。また、そういった心境や精神状況への常に配慮した対応が望まれる。

7) 「したくないことはやらない・させない」。

発症が壮年・中年層に多いこともあり、その年代になれば仕事などで止むを得ない場合を除き、「したくないことはやらない」という生活習慣になってくるのが通常である。そういう年齢層であることと認知能力も思考能力が残存していることから、したくないことをしているととても苦痛やストレスが大きいようである。よって活動内容は、本人の意向を十分に反映させ、本人の了解を得ながら選択する必要がある。

## II. 現在の家族会活動と関連団体の実態について

現時点で NPO 法人若年認知症サポートセンターが把握している家族会について、その活動状況を調査して、別添の一覧にまとめた。(高次脳機能障害を除く若

年認知症者の家族会)

若年認知症者だけの家族会と、認知症高齢者と一緒の組織として若年認知症者家族会が含まれている形態のものがある。

家族会の活動内容は、相談(来所・電話・メールなど)・定例会や交流会開催・当事者と家族対象のデイサービスやサロンなどの開催(軽作業やレクリエーションなど)・会報発行・研修会や学習会開催・一般向けの啓発イベントや介護者セミナー実施などである。

若年認知症が映画などで一般に知られるようになって、家族会の組織化もこのところ進んでいる。

若年認知症を専門としている関連団体は、東京の NPO 法人若年認知症サポートセンターと大阪の NPO 法人認知症とみんなのサポートセンターが活動している。

## III. 必要な地域施設の在り方について

### 1. 求められる機能

平成 19 年度の精神科病院入院中の若年認知症者調査によって、精神科病院に入院加療中の対象者は重度者であることから、そのほとんどは保護や介護の充実した、濃厚な医療的な管理が提供できる入所施設が適当であると判明している。また中等度者については、24 時間の見守りと毎日の通所が必要としているが、その割合は多くない。これらから、精神科病院に入院加療中の若年認知症者を退院促進させ、社会の中で適切な施設処遇をおこなうための機能は、「保護」「全面介護」「医学管理」であり、「在宅支援」と「通所介護」である。

また、一方では、軽度から中等度の対象者について求められる適切な施設処遇は、マンパワーを強化(1対1)した通

所介護と共同生活介護であり、若年認知症者の特性に対応するプログラムやケアサービスを提供するものである。

さらに、相談機能と連携のための情報の収集・整理および研修教育機能などがおこなえるセンター的な機能を有する中核施設が必要である。

## 2. 既存のサービス体系による対応

それぞれの機能を果たすためには、既存のサービス体系そのもので対応できるものはないが、施設基準や人員配置などを付加することで、若年認知症型サービス提供施設の機能を有することは可能であると思われる。

現在の精神科病院入院加療中の重度者を退院移行させることができる入所施設は、小規模の医療療養型介護老人保健施設の機能がもっとも適合している。単独で新設、あるいは既存の介護老人保健施設に附置する（専門棟増床）形であれば進行後の処遇も切れ間無くフォローできる。但し、現在の人員基準や介護報酬での対応は出来ないことから、新たな基準や報酬を設定する必要がある。

軽度あるいは中等度者については、認知症対応共同生活介護（認知症グループホーム）の機能が適切である。だが、介護スタッフ数増員および看護職配置などと医療機関との連携強化など、これも若年認知症者に対応できる基準と運営できる介護報酬の設定が不可欠である。

通所サービスについては、現在の認知症対応通所介護のサービスで対応が出来ると思われるが、人員増員配置と看護職配置は必須である。また、おこなわれるリハビリテーションやケアについては、どのようなものが適切であるかの研究と

体系化及び評価方法とマネジメント手法などが構築されなければならない。

相談と情報提供および連携などを担い、専門的ケアについての研修がおこなえる機能については、既存のサービス体系には地域包括支援センターや在宅介護支援センターに業務の類似点がある。しかし、どちらの機関も若年認知症に関する機能を新たに付加することは難しい。また、相談窓口や研修などの機能を考慮した場合には、若年認知症対応の入所あるいは通所施設に、新たに創設する若年認知症支援センター（仮称）を附置させるのが適切であると思われる。

なお、現在の介護保険サービスには若年認知症者へのサービス加算（120 単位 / 1 日）が設定されているが、実地調査したサービス提供者の全てが若年認知症の特性と個別ケアの重要性を訴え、専門的なケアが必要であることを提言していることから、従来の一般高齢者に対する介護サービスの中に若年認知症者を混合してサービス提供することは、不適切であると考えられる。数少ない若年認知症者を既存の介護サービス内で対応するのであれば、個別的なケアの実施と専門的研修を受けて若年認知症をよく理解し対応技能を修得した介護スタッフの配置など、課すべき要件は必要であろう。そのような体制のもとで、多くの既存の施設サービスが、若年認知症者にサービス提供できることは望ましいことである。

## 3. モデル施設の必要性

若年認知症者に対してのケア技術やリハビリテーションなどのあり方について、現在はほとんど確立されていないと言ってよい状況にある。まずは、どのような

ケアが適切で、どのようなサービス内容が提供されるべきなのか。それらのケアアセスメントやマネジメント手法などについても研究され、若年認知症者の介護サービスにあたる者に、専門的研修を実施しなければならない。また、家族支援や相談および連携支援と啓発などを主体的におこなっていく役割のあり方も確立しなければならない。

入所施設及び通所施設で提供されるべきサービスの内容やあり方についての検討が早急に必要であるとともに、現在既存の介護保険サービス提供施設において、試行的事業として前述の機能を有するモデル施設を設置し、それらの業績成果から今後の若年認知症者へのサービス提供のあり方を構築することが、これらの対策として早道である。

#### D. 考察

若年認知症者を対象としたサービス提供の状況を全国調査した。家族会からの情報提供やインターネットなどの検索および関連団体の有する情報などから、現時点でサービス提供を恒常的あるいは定期的におこなっているものを一覧とし整理したが、当初予想通り提供サービスは少なく貧弱な状況があきらかになった。

これらのサービス提供者の代表および施設を実地調査に訪問し、実態と問題点などを聴取・収集した。介護保険サービスでの通所介護および認知症グループホーム、ならびにボランティアグループやNPO 法人が提供しているデイサービスやサロンの集いなど7ヶ所を調査し、これまでの施策の隙間で苦悩している当事者と家族の現状と、支援しているサービス提供側の抱える問題は深刻であり、早

急な施策対応が必要であることがあきらかとなった。また、若年認知症者はさまざまな特性を有しており、認知症高齢者とは異質の、ケアと介護サービス内容が必要であることが判明した。

家族会は認知症高齢者の家族会の中で組織されているものもあるが、若年認知症者のみの家族会の組織する傾向が高まっている。また、活動は当事者や家族のための活動だけでなく、本来は施策としておこなわれるべき相談窓口や一般への啓発活動・研修会開催などもおこなっている状況であった。

若年認知症者の適切な処遇をおこなうサービスの機能は、既存の介護保険サービス体系にある施設などに、基準や人員および介護報酬の新たな設定をし直すことで、若年認知症者に対応する機能を有することが出来ると考えられた。

一方で、認知症高齢者の中で単独あるいは少数の若年認知症者にサービス提供する場合は、その特性に応じた個別ケアと専門スタッフが必要であることも考えられた。

相談機能や情報収集と連携強化および研修などを担うセンター的機能の地域ごと設置が、若年認知症者と家族およびサービス提供施設にとって重要である。

若年認知症者のケアやリハビリテーションなどのサービス提供について、それらの在り方などの研究が必要であるとともに、実践的な事業検証としてのモデル施設設置を試行的事業としておこなうことが重要である。

#### E. 結論

地域における若年認知症者への適切な処遇体制は、現在のところ極めて希薄で