

201026014A

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業 (H22 - 認知症 - 一般 - 006)

# 若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法 およびコーディネート手法の開発

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹内さをり

平成 23 (2011) 年 3 月

## 目 次

### I. 研究の概要

「若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法およびコーディネート手法の開発」研究概要（竹内さをり）	1
---	---

### II. 研究報告

1. 若年認知症の現状と課題（沖田裕子）	4
2. 若年認知症事例を通じた分析について（杉原久仁子）	12
3. 若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法およびコーディネート手法案について（竹内さをり）	18
4. 事例報告1：手法案を用いた支援方法について（沖田裕子）	32
5. 社会活動の場としてのアートワークの実践とその効果について （平井美穂、住田淳子、竹内さをり）	38
6. 事例報告2：社会活動の場を利用した支援とその経過について（杉原久仁子）	47
資料1）事例分析シート	55

## 研究者一覧

研究代表者 竹内さをり 甲南女子大学看護リハビリテーション学部講師

研究分担者 沖田裕子 特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター代表  
中西亜紀 大阪市弘済院附属病院神経内科兼精神科部長

研究協力者 塩見美抄 兵庫県立大学看護学部講師  
杉原久仁子 特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター  
平井美穂 特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター  
住田淳子 特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター

## I. 研究の概要

「若年認知症の社会参加を支援するアセスメント手法およびコーディネート手法の開発」研究概要

竹内さをり（甲南女子大学看護リハビリテーション学部）

### 1. 研究要旨

2008年7月、厚生労働省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の中で、若年認知症の人と家族へのオーダーメイドの支援体制作りをすすめることが提案された。そのひとつとして、社会活動の場作りがあげられているが、我々のこれまでの研究では、若年認知症者が社会参加するためには、窓口となる相談の機能と、社会参加の場でのアセスメント、介護保険制度などの既存のサービスとの連携が必要で、コーディネートやアセスメント機能が重要であることが明らかになっている。しかし、若年認知症者に対するコーディネートの具体的方法やアセスメントの項目等は明らかになっておらず、社会参加を支援する体系的な方法を明確にした研究はまだない。

本研究では、この課題に対し認知症等の相談窓口から紹介を得たケースに、社会参加の場での支援を行い、その結果から必要なアセスメント項目、コーディネート手法を抽出する。得られた一定の手法に対して、有識者の見解を基に検討を行う。検討にて決定したアセスメント項目、コーディネート手法を複数の認知症連携担当者の協力を得て一定期間試用の後、得られた課題について改良を行い、具体的方法論を提示する。

本研究の特色は、既に若年認知症者に対し活動の支援を行っているフィールド、協力者のもとで、体系的な方法を明確にし、提示できる点にある。また、大阪府、兵庫県下の認知症専門医や認知症連携担当者の協力を得て、広域的な運用についての検討および試用も行う。このことによって認知症連携担当者の支援方法を明確にするとともに、若年認知症ケアの向上に資することが期待される。

### 2. 研究の目的

本研究の目的は、若年認知症の人の社会参加を支援する方法を体系的に明らかにし、支援がどこの地域でも行えるようにすることである。

2008年7月、厚生労働省による「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、若年認知症の人と家族へのオーダーメイドの支援体制作りをすすめることが提案された。そのひとつとして、社会活動の場作りがあげられているが、関連する報告として、就労型活動<sup>1)</sup>、家族会<sup>2)</sup>、介護保険制度上のサービス<sup>3)</sup>による支援がある。我々のこれまでの研究では、若年認知症本人の社会参加のためには、相談機能があること、社会参加の場でのアセスメントが行えること、介護保険制度など既存のサービスとの連携が必要であり、コーディネートやアセスメント機能が重要であることが明らかになっている<sup>4) 5)</sup>。一

方で、若年認知症の人に対するコーディネートの方法やアセスメント項目等は明らかになっておらず、社会参加を支援する体系的な方法を明確にした研究はまだない。

先のプロジェクトでは、地域包括支援センターに配置された認知症連携担当者がコーディネートの役割を担うよう位置づけされているが、若年認知症の支援経験のある人はほとんどおらず、方法論の明らかになってない中で、本人や家族が求める支援が提供されることは難しいと考える。

本研究は、これまでも若年認知症者に対する活動の支援を行っている家族会や社会活動のフィールド、協力者のもとで、体系的な方法を明確にするものであり、アートワークなどの具体的な社会参加の場を通じてコーディネートの方法やアセスメントの項目等を明らかにするものである。

### 3. 研究計画

本研究は二年計画であり、既存の相談活動や社会参加の場の提供を行っている特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンターに相談の集約およびプランの立案、社会活動の場の運営を委託し、アセスメント項目、コーディネート手法の集積を行う。また、認知症連携担当者を含むワーキング会議を開催し、具体的手法を決定。大阪府下、兵庫県下の認知症専門医、若年認知症ケアの専門家の協力を得て、手法の妥当性の検討を行う。さらには大阪府、兵庫県福祉行政担当者からの見解を基に運用面、実用化への検討も実施する。

2010（平成22）年度は、大阪府下、兵庫県下の若年認知症者を診ている認知症専門医、若年認知症ケアの専門家による委員で構成する会議を開き、本研究の実践方法を報告、意見を聴衆する。若年認知症者の相談窓口となる市福祉関係機関や認知症専門医の協力により介護保険制度等の既存サービスを利用できない、利用がスムーズにいかないケースを抽出、対象者の紹介を得る。

特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンターによる既存の相談活動や社会活動の場を活用し、

- ① 若年認知症本人、家族の状態をアセスメントし、ケアプランを一緒に作成。
- ② 既存の活動（アートワーク、本人ボランティア、家族会など）や他のサービスを通じて支援を実施。
- ③ ①～②のプロセスの記録、本人、家族の状態のアセスメント内容をデータに集積し、そのコーディネート手法、アセスメント項目を分析する。

分析したコーディネート手法、アセスメント項目について、認知症連携担当者を交えたワーキング会議にて検討、手法案を作成する。

2011（平成23）年度は一年目に検討、作成したコーディネート手法、アセスメント項目原案を複数の認知症連携担当者（大阪府内）の協力を得て試用する。協力者である認知症連携担当者は、対象となる若年認知症者に対するアセスメントを実施し、社会活動の場を

活用、若年認知症者への支援を行う。さらに、社会活動の中で得た結果、経過を収集しコーディネート手法を展開する。これら一連の認知症連携担当者の関与の結果をワーキング会議にて検討し、実用的な手法を決定する。決定したアセスメント項目、コーディネート手法を大阪府下、兵庫県下の認知症連携担当者を対象とした研修会にて周知し、実践的運用への展開方法を提示する。さらに運用面、実用面の検証に対しては、大阪府、兵庫県福祉行政担当者からのアドバイスを基に実施する。

(参考文献)

- 1) 比留間ちづ子他：ジョイントにおける就労形活動・地域型活動の効果と若年認知症への支援の課題, 日本認知症ケア学会, 8(2), 255, 2009.
- 2) 勝野とわ子他：地域における若年認知症者と介護家族のための実践, 日本認知症ケア学会, 7(2), 167, 2008.
- 3) 駒井由起子他：若年認知症専門デイサービスにおける中間施設の役割, 日本認知症ケア学会, 8(2), 250, 2009.
- 4) 竹内さをり他：若年認知症の人と家族のための社会資源開発, 日本認知症ケア学会, 7(2), 412, 2008.
- 5) 沖田裕子, 竹内さをり他：若年認知症の社会的支援策に関する研究事業報告書, 82, 2008.

## II. 研究報告

### 1. 「若年認知症の現状と課題」

沖田裕子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター）

#### 1. 若年性認知症の特徴

若年性認知症の次のような特徴を踏まえたうえで、必要な支援を考える必要がある。

##### 1) 発症率、家庭状況

若年性認知症とは、18歳から64歳までに発症した認知症で、高齢者の認知症とは区別している。

2009年朝田氏の「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」<sup>1)</sup>によれば、若年性認知症の発症率は、10万人あたり47.6人で、日本では4万人弱の人が発症していると推計された（表1）。

同調査では、若年性認知症の家族介護者の6割が抑うつ状態であり、また、発症後7割の家庭の収入が減っていることが明らかにされた。

##### 2) 年齢—経済的問題、家族への影響、社会資源が少ない

若年性認知症の特徴のひとつは、発症年齢に関係している。

定年退職前の人が発症することによって、離職しなければならなかったり、家事などが行えなくなることによって、家族全体に影響がでてくる。先の調査にあるように、まずほとんどの家庭は経済的な困難が生じる。高齢者ならば、年金生活であったり、住宅ローンも終わっている頃が発症となるが、この年齢の人は、自分のことだけでなく、就学している子どもがいたり、介護を要する親がいる世代である。経済的困難は、生活の根本的な不安を生じさせ、抑うつ状態をまねく一因となっていることは明らかである。

さらに、この年齢で利用できる社会資源が少ないことが問題となる。障害者自立支援法は、もっと若い世代をイメージして作られており、介護保険は、もっと高い年齢の世代をイメージして作られている。中途障害についての社会資源が少ない現状の中、障害者サービスの分野では、認知症に対する教育を受ける機会がほとんどないために、利用が難しい現状がある。

#### 表1 若年性認知症の有病率の推計

- 18—64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数は、47.6人
- 全国における若年性認知症者数は3.78万人
- 推定発症年齢の平均は、51.3±9.6歳
- 介護家族の約6割が抑うつ状態
- 発症後7割が収入が減った
- 若年性認知症に特化した福祉サービスの充実が望まれる

H21年3月厚生労働省発表「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」より

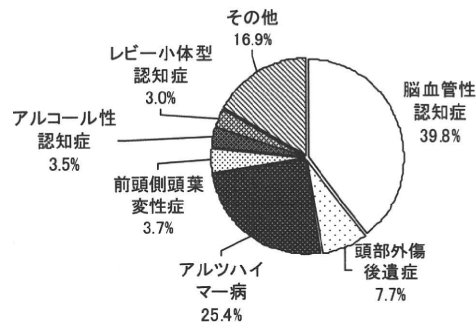


図1 『若年性認知症の基礎疾患』  
H21年3月厚生労働省発表「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」より

### 3) 原因疾患—違いによる支援が不明確、ケア経験者が少ない (図1)

若年発症のアルツハイマー型認知症 (以下、AD) は、高齢期発症のADの人に比べて、空間失認、着衣失行などの認知機能障害が現われやすい。また、てんかん発作なども若年認知症の人に出現しやすい。ADの次に、若年性認知症に多い神経変性疾患である前頭側頭葉変性疾患 (以下、FTLD) は、ケアしたことがある専門職が少ないために、その支援の違いやケア方法を学ぶ機会が少ない。その結果、デイサービスや入所施設なども受け入れを諦めている傾向にある。

また、脳血管性認知症 (以下、VD) の場合は、麻痺や言語障害がない場合でも、高次脳機能障害を持っていることを理解し、ADとは異なる支援が必要である。高次脳機能障害は、目に見えてわかりにくい障害であるからこそ、家族や周囲の人にも理解されにくく、障害へのサポートがないまま放置され数年後に大きなトラブルとなって、相談に来る例もある。

疾患の特徴を踏まえた支援を行うことは、本人の残存能力、新しい能力を引き出すことにつながり、認知症の改善や進行防止につながると考えられる。原因疾患の特徴を踏まえたうえでのアセスメントや支援の方向性を持つことが重要である。

## 2. 必要とされる支援

診断後の過ごし方をみると、2005年の調査では、32名中介護保険サービスをまだ受けていない10名は、初症状に気付いてから平均3.2年経過しており、最も長い人で6年が経過していた。就労を続けているケースは、3名で、休職中1名であった<sup>2)</sup>。東京都の調査でも、軽度と考えられる20名は罹患してから平均3.5年経過していたが、そのうち15名が介護保険を利用していなかった<sup>3)</sup>。診断を受け3年から6年は介護保険を利用しておらず、就労支援や介護保険利用までの支援の必要があると考えられる。

### 1) 就労支援

2008年に厚生労働省が示した「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、就労支援の必要性があげられている。就労支援としては、①現職場での継続就労、



表2 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成

状 況	支 援 内 容
(ア)就労中で雇用継続が可能な人について	ハローワーク及び地域障害者職業センター等と連携し、本人及び企業に対する職業適応援助者（ジョブコーチ）支援や障害者手帳の取得による障害者法定雇用率への算定等の雇用継続に向けた施策について周知し、活用を図ることができるようにする。
(イ)雇用継続が困難な人について	若年性認知症対応型のデイサービス、障害者福祉施策の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センターの利用など、日中活動の場に向けて支援する。
(ウ)自宅での生活が困難な人について	認知症グループホームなどの介護保険サービスや障害者グループホーム・ケアホームの利用など、住まいの確保に向けて支援する。
(エ)若年性認知症の本人や家族の会を紹介するなど、身近に相談できる先が確保できるように支援する。 等若年性認知症の一人ひとりの状態やその変化に応じ、適切な支援施策が活用できるように支援する。	

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書より、若年認知症対策2008年7月

②新しい職場の就労、③作業所などでの就労支援が考えられる（表2）。

①現職場での就労への支援は、会社の配慮で継続されている場合、会社以外の就労支援者の受け入れは家族から拒否される。理由は、会社の配慮でなんとか就労継続しているので波風をたてないでほしいというものである。②新しい職場の就労は、実際には非常に困難である。筆者自身は、障害者手帳を取得し、障害者としての再就職を実際に行えたケースにはまだ出会っていない。高次脳機能障害の就労支援も不十分である現状で、進行する疾患である認知症の人がどこまで新しいことを覚え継続就労できるかが課題である。③作業所などの就労支援については、作業所が認知症の人を受け入れた経験がないために受け入れが困難とされていることに加えて、本人にあった作業所をコーディネートできる人が少ない。現在、診療所の医療相談員（PSW）や、地域包括支援センターの職員に支援を依頼しているが、これまで交流のない分野でもあり、コーディネートの経験を蓄積して一般化する必要がある。就労をどのように支援したかケーススタディを積み上げる必要がある。高次脳機能障害のジョブコーチのように支援方法とシステムの確立が望まれる。

## 2) 社会参加の場作り

進行する病気である認知症の場合、高次脳機能障害とは異なり、進行の過程で就労が困難になると考えられる。緊急プロジェクトの中では、作業所の次に「自宅で生活が困難な人には・・・」とあげられているが、実際には仕事を辞めて介護保険の在宅サービスを利用するまでに数年の期間があり、就労中でも支援が求められている。現在、就労している人からは、「本人の買い物に同行してくれる人がほしい」「もっと人と話をする場がほしい（家族や親戚以外で）」という希望があげられている<sup>1)</sup>。すでに、就労しておらず介護保険も利用していない人からは、「家に閉じこもりがちなので、いつでも行ける場所、話し合える場所があればと思う」、「主人が仕事と思えてできるボランティアがあれば参加させたい

が、あるかないかをどこで調べればよいかわからない。」などの就労の場以外の社会参加を求める意見があった<sup>2)</sup>。

また、若年認知症家族の会“愛都の会”の調査では、回答した55名のうち仕事を継続したい、あるいは新しい仕事につきたい人は、20名(48.8%)、希望しない人は21名(51.2%)とほぼ同数であった。その理由は、役割がもてる7名(19.4%)、経済的に苦しい6名(16.7%)、人間関係が作れる6名(16.7%)、就労することでなるべく状態を維持できる6名(16.7%)であった。反対に就労を希望しない理由は、本人に負担である17名(48.6%)が最も多かった<sup>3)</sup>。

就労は、経済的にも求められているが、役割をもつこと、人間関係を作ること、進行の防止も期待されている。介護保険を利用するまでの時期は特に、家に閉じこもりにやすく、これらのことが求められると考えられる。例えば、若年認知症の人専用の作業所のような社会参加の場が求められるが、他の障害をもつ方の場合、作業所への通所が何年も可能であること対し、進行する認知症の場合、この場は同時に地域の活動、障害福祉サービスや介護保険サービスなどへの利用を助ける場ともなることが必要である(図2)。

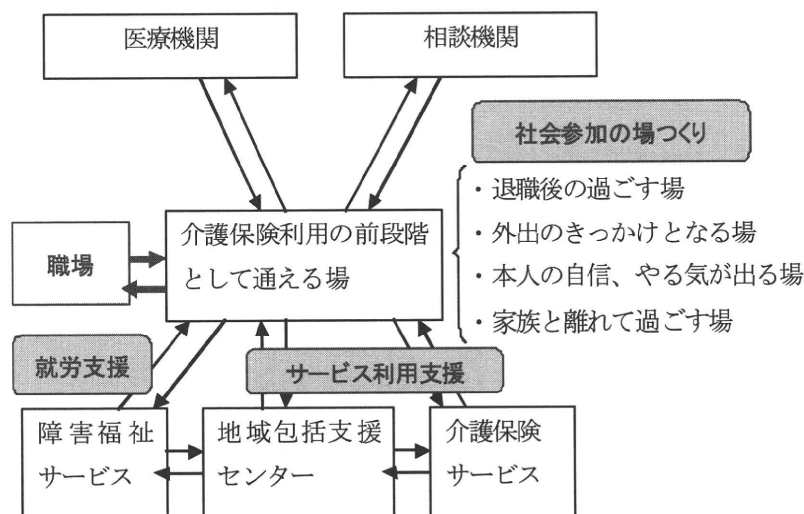


図2 介護保険利用の前段階として通える場のイメージ

### 3) 社会参加やサービス利用へのコーディネート(図3)

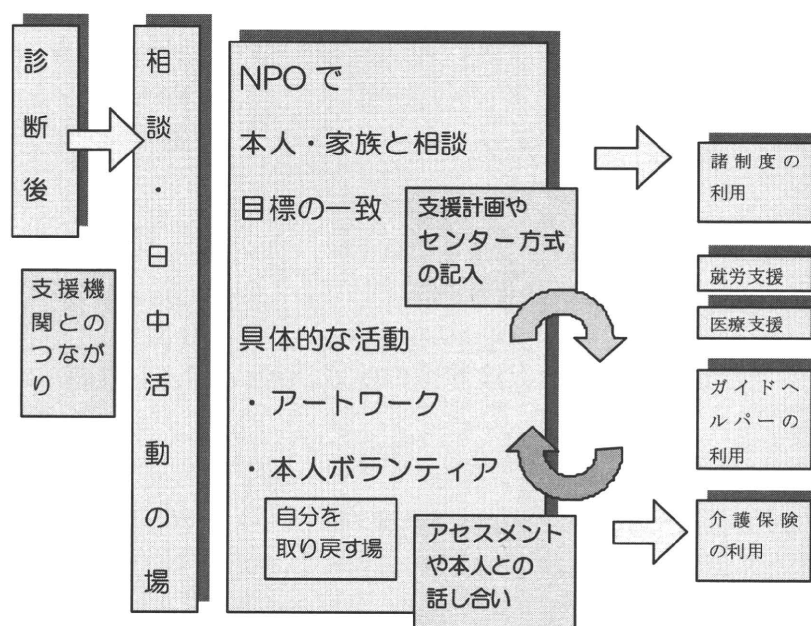
若年認知症の本人や家族が役所などで相談すると、多くの場合、障害福祉サービスよりも介護保険の手続きを勧められている。障害福祉の窓口が、若年認知症を知らないことも少なくない。認知症＝介護保険という図式は、若年認知症や初期認知症の場合、すぐに役立つ。介護保険サービスの中に若年認知症の人に適したサービスがないこともあって、介護保険サービスの利用は、ある程度認知症が進行した段階での利用となる。軽度認知症

の 50 代男性は、「デイサービスに行ったが、つまらないから辞めた。風船バレーなどしたくない。」と言われ、現在は地域のボランティア活動に参加している。

例えば、地域包括支援センターなどで、ボランティア活動できる場などをつくり、その人にあった社会参加やサービスへのコーディネーターの確保とコーディネート方法を確立する必要がある。この場合、重要なのは単なる相談を聞くだけでなく、作業活動など多様な社会参加の場を設けることである。その中で本人の記憶障害や認知障害の特徴と対処方法、本人のニーズをアセスメントし、適切な社会資源につなげるようにすることである。

筆者は、NPO法人で週 2 回の本人ボランティア活動と月 2 回のアートワークを実施する中で、まず本人が家族と離れて活動できるようになることを目標としている。この目標を実現するためには、送迎なども家族が行うだけでなく、自立支援法の移動支援を活用するようにしている。次に、1対1に近い対応の活動の中でアセスメントを行うと同時に、本人のニーズの引き出しを行い、社会資源につなぐことを目指している。現在、活動を進める中で困難なことは、本人の状態によって通えなくなることである。その理由は、場所の認識が困難になり落ち着かなかったり、他の利用者の言動を誤認するなど、高齢者より明確な記憶障害と認知障害が出現するためである。同時に、本人が「行きたくない」と言うと家族も無理強いできず、結果として閉じこもりにもどってしまう。しかし、家族が対応するのも難しい時期でもあるから、認知症の次のステージになったとして対応を変えて

図 3 若年認知症のサポート機関の必要性



いくことを、家族やすでにケアマネジャーがいる場合は彼らと共に認識し、介護保険への移行や医療につなげていくことが必要となる。介護保険への移行時は、1対1に近い対

応の中で本人が話したことや、障害のアセスメントを伝えていくことが重要である。医療では、本人が事実の誤認などによって持つ精神的な葛藤・混乱を緩和するような薬剤の投与などが検討される。この場合、薬剤に期待する事を明確にし、副作用などのモニタリングを行うことが大切である。

コーディネーターには、社会資源のリサーチ、本人のニーズの引き出しと障害のアセスメント、家族・ケアマネジャーとの協働、適切な医療へつなげていくこと、ステージに合わせた介護保険などのサービス利用につなげていくことなどの役割が求められる。また、後述する経済的支援策にあげた障害福祉年金や手帳などの取得の支援、介護保険の申請など家族ができるような支援も役割として求められている。

#### 4) 障害福祉の利用

障害福祉手帳の取得や年金の申請は、若年認知症の場合、重要となる。身体機能が高齢者に比べ高いために、介護保険の要介護認定は本人に必要なサービス量と適合しない場合が多く、移動支援など介護保険ではまかなえない支援が必要であるため、障害福祉の利用は重要である。しかし、経済的に困難な状態にあるにも関わらず、手帳も年金も手続きができていない人がいる<sup>2)</sup>。理由としては、精神障害福祉の制度が利用できることをどこでも知らされていない、仕事を続けられないような状態であっても医師が診断書を書いてくれない、精神障害に対する精神的な抵抗感があるなどが主なものであった。

障害手帳の取得により、障害者枠での雇用や雇用保険の上乗せ分を取得することができる。認知症の症状により就労困難になれば、できるだけ早期に取得することを進める。手帳は診断から半年経たないと病気が安定しないとされ申請できないため、初診の時期がいつであったかが重要になる。現在、投薬を受けている医療機関以外でも、若年認知症の場合はいづつや他の疾患と思われ治療されていた時期も、実は認知症の症状がその時からあったと医師が証明してくれれば、その時点を初診とすることができる。以前通っていた病院や診療所で証明が可能かかけあってみるとよい。精神障害年金も、診断から1年半後でないと申請できないので同様である。ただし、通常の老齢年金を受ける方が金額的によい場合もあるので、年金相談などで確認するとよい。

また、認知症は進行に伴って四肢が拘縮し身体障害を生じるようになる。このような状態になった時には、身体障害に手帳を切り替えることが必要になる。平成18年4月から自立支援法として障害福祉は1つになったが、障害の種類を認定する制度は1つになっているわけではないので、状態の変化に伴い家族などが手続きをしないといけない。

障害者自立支援法の中で、利用の可能性が高いのは、自立支援医療と地域生活支援事業の移動支援事業であろう。自立支援医療は、精神通院医療と従来よばれていたものであり、パンフレットなどの対象に未だに認知症が書かれていない場合もある。移動支援事業は、ガイドヘルパー自身が認知症の人への対応をほとんど学んでいない。当NPOでは、ガイドヘルパーが慣れるまで、よく慣れたスタッフが同行したケースもあった。ガイドヘルパーのヒヤリングによると、一見障害がない若年認知症の人と電車などの公共機関を使うの

には、「シートをゆずってもらえない」「同じ話をずっと聞かなければならない」などの困難があるという。ガイドヘルパーに対する認知症の対応のための研修の必要性がある。

#### 5) 介護保険利用のための支援

介護保険の利用をスムーズにするためには、前述のように認知症を発症しても閉じこもりを防止し家族以外の人との交流を持つことである。家族会や介護保険以外の社会参加の場があればなおよい。

そして本人の興味のあることや、やりたいこと、できること、障害内容と対処方法などを介護保険事業所に伝えていくことができれば、デイサービスなどの利用がスムーズになるものと考えられる。

また、自分の障害に対する受容が困難であるほど、本人の混乱が激しく周辺症状となりやすくなると考えられる。自分の気持ちを語れるときに認知症の仲間と病気について語ることができれば、自分だけでないと感じ世界が広がっていくようである。

また、診断後に認知症との付き合い方を学ぶような機会があるとよい。若年認知症の本人は「(診断だけでなく) どういうことに注意して、生活していけばいいか、そういう心のアドバイスみたいなものがあればいい<sup>4)</sup>」と言う。診断後の過ごし方、成年後見制度も含めた社会資源の説明なども家族だけでなく、本人にも必要である。

### 3. 必要な支援を適切に利用できるように

適切な時期に必要な支援が受けられることが、本人にとっても家族にとっても重要なことである。しかし、認知症の相談窓口は、「認知症高齢者相談窓口」などの名称が多いため、なかなか相談につながらない。また、相談を受ける専門職にも経験が少なく、適切にコーディネートできていない。その上、先にあげたように必要な支援は、諸々の課題をもっている。現状では、本人も家族も、高齢者の中で同じサービスを受けることに抵抗を感じ、その結果、必要な時期にサービスを受けられず、状態が悪化してしまう例も少なくない。

このような、悪循環を解消するためにも、若年性認知症の本人、家族を支援してきた経験を持つ、当 NPO の取り組みから、経験が少ない者でも支援の方向性を明確にできるようなアセスメントなどの手法を抽出することが有効であると考えられる。

#### 文献

- 1) 朝田隆：若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究、(2009)
- 2) 認知症介護研究・研修大府センター：若年認知症の社会的支援策に関する研究事業報告書：(2005)
- 3) 若年認知症支援の会愛都の会研究グループ：若年認知症当事者の社会参加に関する研究報告書：13-14 (2009)
- 4) 本人ネットワーク支援委員会編集：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：10（2008）

## 2. 「若年認知症事例を通じた分析について」

杉原久仁子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター）

### 1. 問題と目的

若年認知症の人（以下、本人）は、診断から介護保険を利用するまで平均3年を要すると言われていた。その時期に使えるサービスや本人が通える場所はほとんどないのが現状である。NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター（以下、当法人）では、診断後、介護保険サービスにつながるまでの時期において、本人たちが活動できる社会活動の場（アートワーク、本人のボランティア活動）を当事務所で提供している。この活動において、どのような時期にどのようなアセスメントやコーディネート支援が必要であったか振り返るために、事例シートを作成した。

### 2. 方法と内容

2007年から現在までに当法人を利用した人、現在利用している人の計15名の事例経過シートを作成した。事例経過シートは、支援に携わっているスタッフ5名が分担して担当し、活動記録、相談記録から時系列で①状況 ②本人へのサポート ③家族へのサポート ④支援者等へのコーディネートを抽出した（基本シート）。その後、集団で検討を行い、活動継続の要素、他機関とのコーディネート内容などについて分析を深めた（分析シート）。

本人、家族にはデータの取り扱いおよびプライバシーの保護について書面にて説明し、同意を得た。

#### ○当法人の主な活動の場

##### ①本人ボランティア

実施日：月曜日（10時～12時）

火曜日（10時～12時 13時～16時）

木曜日（10時～12時）

作業内容：切手のリサイクル（切取り、ペン皿作り）、事務軽作業（印鑑押し、発送作業等）

##### ②アートワーク

実施日：第1、3木曜・金曜日

時間：13時半～15時

### 3. 結果

シートを作成した事例を表3-1に示す。用いた事例分析シートを資料1に示す。

男性3名、女性12名。平均年齢58.5歳であった。病名はアルツハイマー型認知症（以下、AD）13名、前頭側頭型認知症（以下、FTD）1名、不明1名であった。

表3-1：シート対象者一覧

	性別	年齢	病名	時期
事例1	男性	60歳代	AD	2007年5月～2009年5月
事例2	女性	50歳代	AD	2007年8月～2008年1月
事例3	女性	60歳代	F T D	2007年8月～2008年9月
事例4	女性	60歳代	AD	2008年1月～2009年8月
事例5	女性	50歳代	AD	2008年7月～現在
事例6	女性	50歳代	AD	2009年2月～2009年10月
事例7	女性	60歳代	AD	2009年6月～2009年8月
事例8	女性	50歳代	AD	2009年6月～現在
事例9	女性	50歳代	AD	2009年6月～2010年3月
事例10	男性	40歳代	不明・高次脳機能障害	2009年10月～2010年5月
事例11	女性	60歳代	AD	2009年10月～2010年6月
事例12	男性	50歳代	AD	2010年3月～現在
事例13	女性	50歳代	AD	2011年7月～現在
事例14	男性	50歳代	AD	2011年7月～現在
事例15	女性	60歳代	AD	2011年8月

#### 1) 本人、家族が当法人での活動を開始した要因

診断後、本人は出かける場所がなく家に閉じこもりきりの状態または他者との関わりがない状態で過ごしており、家族が相談機関や若年認知症の家族会に相談をして、当法人を紹介されている。また若年認知症の人に特化した介護保険サービスを利用していたが、サービス事業所側の理由でサービスが閉鎖され、本人の通う場所がなくなり、家族が不安を感じて相談を受けたケースもあった。

活動の目的は、①本人の社会参加の場 ②家族の相談、情報入手の場 ③本人と家族が離れて過ごす場、④本人が集団になじむ場であった。

本人、家族が活動の場を知ってから即通ってくる人もいたが、半年経過した後に通い始めた人もいた。その理由としては、本人が告知を受けていないので本人への目的説明の方法に家族が悩む、家族自身が本人にできることはないという一面的な評価をして活動に参加しないという理由などがあった。これらのケースは、半年間、家族が自ら体験参加をしたり、当法人の他のプログラム（診断後支援プログラム：家族、本人が共に通える）に参加をして家族が安心感を得たうえで参加が実現した。

#### 2) 行った支援内容

##### (1) 活動導入時



本人には、活動に慣れること、家族以外の人に慣れるということの2点が必要であった。本人ボランティアの中では、作業の傍ら、本人同士が交流できるような場をスタッフが意識して作った。アートワークの場においては、本人が自信を取り戻すことができるように、①否定しない、②サポートを要する箇所と方法の見極め、③完成した作品に対して参加者同士で感想を言い合い、互いに認め合うことができる場の設定などを行った。

家族に対しては、本人には無理だと思っている家族の不安に対して、活動の場が必要であることを多面的に説明することが必要であった。例えば、「まず〇ヶ月くらいやってみましょう」と期間を提示したり、活動において本人の出来た点、喜びにつながった点を伝えた。作業活動でわかったことで日々の家庭での介護の参考になること（例えば、排泄や食事などで気をつける点など）については、スタッフが家族に説明した。スタッフの本人に対する肯定的評価により、家族が「本人にできることは何もない」から「本人にもできることがある」と意識が変わっていった。

## (2) 活動安定期

活動の中で本人に対して必要な支援について見極めを行った。本人が家族に依存し活動内容の決定を家族に委ねるときには、活動中は家族に離れてもらえるよう依頼することもあった。また経過とともに、できないことも新たに出てきたが、以前できなかったからといってあきらめず、再度挑戦してもらおう機会を作った。

家族には、活動の中でみられた本人の障害と生活上の対応策について伝えた。活動時に同室で見学してもらい、スタッフの本人への対応を見てもらったり、逆にスタッフが家族の対応方法を観察、評価し、そのことを家族に返すことも行った。

また、本人、家族がお互い離れる機会を提供することを意識した。そのために家族には別の部屋にて軽作業などを提供して、家族同士の話し合い、情報交換の場や、家族自身のやりがいを感じてもらおう場をつくった。

介護保険サービスにつなげるためには、ケアマネジャーなどにアートワーク参加時の状態を見てもらい支援の方法を伝えたり、文書で介護サービス事業所へ伝えた。

## (3) 状態低下があった時期

活動参加時に状態変化の評価を行い、活動、生活の工夫点を見出した。家族には、不安に感じる点を聞き取り、スタッフが見出した問題解決方法を伝えた。

## (4) ガイドヘルパーの利用について

当法人へ本人が通う際、多くの人たちは家族が同行していたが、家族の疲労や所用などで同行できない時は、本人の活動参加も断念せざるを得なくなった。家族が同行できなくても、本人が通えるために、移動支援（ガイドヘルパー）の利用を積極的に勧めた。その際の支援内容は以下のとおりである。

本人へは、家族以外の人と外出できることに慣れることや、不安感の軽減を行った。家族にはまず家族以外の人をサポートで外出ができることを示し、移動支援の必要性、手続きのための行政窓口を伝えた。地域での支援者には、経過と移動支援の必要性を伝えガイ

ドヘルパーへつなげるために介助点や注意点などの情報を伝えた。その際、口頭や文書で伝えるだけでなく、ガイドヘルパー利用初回に同行し、支援ポイントを伝えた。また行政窓口との手続きが困難なケースでは、スタッフが数回家族に同行し、手続きのサポートを行った。

#### (5) 介護保険サービス利用に向けて

デイサービス利用導入においては、家族へは、サービスの種類や本人にあったサービス事業所（スポーツジム風のデイサービスなど）の紹介、手続き方法を伝えた。ケアマネジャーやサービス事業所には口頭や文書で、活動の場での状態や支援方法を伝えた。

サービス利用開始後においても、継続のための支援が必要であった。例えば、本人が送迎車に乗らないなどの状況下で家族自身が送迎を行っていたので、家族が送迎しなくても良いためのアドバイスをを行った。また、サービス事業所に出向き、サービス利用時の状況や過ごし方についてサービス事業所やケアマネジャーに情報提供を行い、送迎車に乗れるような工夫をしてもらえるよう助言した。

デイサービスの利用回数を増やすために、デイサービス内でもアートワークを出張して実施し、本人が活動に参加できること、活動プログラムの提供、支援方法の提示をした。

#### 3) 活動参加までの支援事例

##### (1) 本人に告知がなく、家族が本人へ活動の場を提案することに躊躇していた事例

参加にいたるまでは、家族に色々な外出および活動機会の情報提供を行い、本人が来られない場合は家族だけの参加もできるように行った。また介護経験の講演という形で気持ちを語る場を家族に提供し、本人が発症してから現在に至るまでの家族の気持ちを整理する機会をもった。講演の原稿作りを機に家族の感じていることを聞き取る機会をもった。

本人へは、外出を楽しむ会などのオープンな会（家族会での活動）からの参加を勧め、それをきっかけに1つの場への定期的参加できるようにした。その際、本人と同年代で共通した会話があうスタッフ（サポーター）を配置した。本人が定期的に参加しはじめてからの家族への支援内容は以下のとおりである。

- ①本人が楽しんで参加している様子を家族に見てもらう
- ②本人に対するスタッフの肯定的な感想を伝える
- ③本人の状態を客観的に伝え、障害についての客観的理解を促した。

本人には、緊張をほぐすために、否定しない、それでよいことを伝える、迷ったときには方法を伝えるなどを行った。

##### (2) 家族が本人を専門職に託すことに不安を感じている事例

介護保険サービスを利用していない状況で、家族は本人が他者（専門職）に慣れることができるのか不安を感じていた。

家族と本人が離れて過ごすこと、家族が同行できなくても本人が活動できるように移動支援（ガイドヘルパー）利用を提案した。移動支援の内容、手続き方法を説明し、利用できる事業所を一緒に探した。事業所スタッフには、アートワーク時に当法人スタッフが本

人のサポートをしている様子を見てもらい、説明をした。家族には、自分がないところで、本人がガイドヘルパーとどう接しているか説明を行い、安心してもらうこととした。

#### 4. 考察

認知症を発症すると、診断や病気の進行によって、仕事や役割などから退かざるを得なくなり、家族以外の人と接する機会が少なくなってしまう。またできないことが増えていくことや人とのスムーズな会話が難しくなることにより、自信の喪失にもつながっていた。本人は、家で家族と過ごすことが大半を占め、新たな活動を開始することには大変な勇気を必要としていた。このことが、介護保険サービスを利用するにあたって本人が躊躇してしまうことになり、サービスを活用できない要因ともなっていた。

こういった背景から、本人が活動に慣れることと併せて、人（集団）に慣れることへの支援を行った。そのために、本人の思いを聞き取ることはもちろんであるが、本人同士の会話や交流の時間を意識して作り、家族以外の人（同じ仲間や専門職）と過ごせることができることを目標とした。

家族にもまた本人が家族と離れて過ごしても大丈夫だということをわかってもらう必要性があった。若年認知症の家族は配偶者が多く、高齢者と比べて体力があることや、一定の時期まで本人が身体介助を必要としないことなどから、家族が介護を抱え込んでしまい、本人と家族が密着して生活をする傾向があった。家族が介護だけに自分の生きがい、役割を見出し、自分がないと本人は落ち着かないと思ってしまうことにつながりやすい。このこともまた介護保険サービスの利用に踏み切れない一因ともなっている。

このために、本人が家族以外の人と接し、楽しい時間を持っていること、自分の自信を回復していることなどを家族に口頭で伝えたり、実際にその場面を見てもらうことが必要であった。このことで、家族が安心して介護保険サービス利用を開始したというケースもあった。

また、自宅で本人ができないことが増えてくると、家族はあれもできない、これもできないと否定的な視点をもちやすいが、ボランティア活動やアートワークに参加し、作品を残すことで「本人にできることは何もない」から「本人にできることはたくさんある」に視点を変えることにもつながった。

経過を通してみると、家族の不安や不満や介護についての相談に対応することは継続して行う必要があった。導入初期は定期的に高頻度の相談対応が必要であるが、一定のサービスにつながると相談数は減る傾向にあった。しかし、サービスを利用していても機能が低下する時期があり、この時期は家族だけでは対応が難しく、なんらかの支援が必要な時期であった。

介護保険サービスにつなげるために、本人、家族への支援と合わせて支援者（専門職）への支援も必要であった。サービスを開始したら完了というわけではなく、継続のための支援を必要としたケースがあった。口頭で説明するだけでなく、文書での伝達、実際に

本人へのサポート方法を見てもらう、介護サービス事業所へ出向き、アトワークを行い伝達することなどを行った。ケアマネジャーや介護サービス事業所に支援の方法を伝え、ケアプランの立案から共に考えるなどの支援も必要であった。

若年認知症、その中でも特に前頭側頭型認知症の人の支援については専門職も対応について悩んでいるケースが多い。今後専門職への理解と支援方法を伝達することが求められている。

## 5. まとめ

診断後、介護保険サービスを利用するまでの期間、本人と家族には社会参加の場が必要であった。当法人は、社会参加の場として本人ボランティアやアトワークの場を提供し、本人、家族へのアセスメントを行い、本人、家族、地域の支援者をコーディネートしながらサポートを行った。

今後、この活動を通して得たアセスメント、コーディネートを地域でも実践できるように、ツールの作成、手法の伝達をしていく必要がある。

また介護サービスにつながりやすい条件（例えば、家族の病気への受容など）とは何かを明らかにし、その条件を満たすための支援内容を検討することが今後の課題でもある。