

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知ってもらい、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、自分がい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、楽しい時間を持てていること、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持ちやすいが、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はなく、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、アー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。

## E. 結論

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ー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。

## F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

## 第2章 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法の開発

### 研究報告1. 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る。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	FTD	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、不安を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ネッ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おう
- 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。

家族と本人が離れで過ごすこと、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、ネッ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、自分がいなくて、本人がガイドヘルパーとどう接しているか説明を行い、安心してもらおうこととした。

## 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が必要としていた。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、自分がいないと本人は落ち着かないと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、楽しい時間を持てていること、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持ちやすいが、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、アー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ー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。

「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」  
研究報告書

2-2. 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

主任研究者 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

本研究では、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を明らかにし、その手法案を作成する。

実施方法として、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た。本研究への参加に同意を得た若年認知症者15例（男性4名、女性11名、平均年齢 58.5歳、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、その他1名）について、経過の記録を元に本人、家族について行ったアセスメント、コーディネート内容を抽出し、活動継続の要素、社会サービスにつながる要素について検討を行った。その結果からアセスメントに必要な要素を示すシートとコーディネート方法の検討に使用する手法案を作成した。

手法案の内容は、A) 現段階のステージをチェックするシート、B) 社会資源活用状況を把握するシート、C) 社会資源につながる要因を分析するシート、D) 社会資源利用の可能性が低い場合のサポート方法の4種類から構成される。

A. 研究目的

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ことである。

B. 研究方法

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

を委託した。

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。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、甲南女子大学の倫理審査委員会の審査・承認のもと実施する。研究対象者の個人情報（氏名）およびそのアセスメント表は外部とは独立したコンピューターで厳重に情報管理し、情報管理するとともに、研究者しか知らないパスワードを設定するなどの、情報漏洩に関する安全対策を講じる。

#### C. 研究結果

本研究への参加に同意を得た若年認知症患者15例（男性4名、女性11名、平均年齢 58.5歳、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、その他1名）について、経過の記録を元に本人、家族について行ったアセスメント、コーディネート内容を抽出し、活動継続の要素、社会サービスにつながる要素について検討を行った。その結果からアセスメントに必要な要素を示すシートとコーディネート方法の検討に使用するシートを作成した。

この段階で、A) 現段階のステージをチェックするシート、B) 社会資源活用状況を把握するシート、C) 社会資源につながる要因を分析するシート、D) 社会資源利用の可能性が低い場合のサポート方法の4種類を作成した。

#### D. 結論

本年度開発した手法案を用いて、平成23年度は複数の認知症連携担当者が若年認知症者と家族に対するアセスメント、コーディネートを実施する。その結果を検証し、一定の手法を完成する所存である。

F.健康危機情報  
なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 第2章 若年認知症のためのアセスメント手法およびコーディネート手法の開発

### 研究報告2. 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（甲南女子大学看護リハビリテーション学部）

#### 1. 研究目的

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。

#### 2. 研究方法

本研究における研究方法は以下のとおりである。

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。

以下に、二年間の研究計画を提示する。

平成22年度（一年目）；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、意見を聴取する。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。

平成23年度（二年目）；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。

（倫理面への配慮）

本研究では、①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、研究協力を依頼、②協力の得られた若年認知症本人、家族の状態をアセスメントし、ケアプランを作成、③既存の活動や他のサービスを通じて介入支援を実施し経過および結果を記録する。これら臨床・疫学研究に関しては、甲南女子大学の倫理審査委員会の審査・承認のもと実施する。研究対象者の個人情報（氏名）およびそのアセスメント表は外部とは独立したコンピューターで厳重に情報管理し、情報管理するとともに、研究者しか知らないパスワードを設定するなどの、情報漏洩に関する安全対策を講じる。

### 3. 研究結果

#### 1) 研究説明・意見交換会議の開催

平成22年7月に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催し、本研究についての意見を聴取、関係機関への周知および実施方法を決定。その意見を基に、相談窓口への周知を行った。

## 2) アセスメント、支援プランの立案、支援の実施

若年認知症の相談窓口の協力を得て、サービスの利用がスムーズにいかない若年認知症者（平成22年度対応事例および過去対応事例）15例を抽出し、若年認知症者本人、家族の状態をアセスメントし、ケアプランを作成した。

アセスメント内容は、本人については、個人因子、診断と経過、心身機能、日常生活活動（以下、ADL）状況、日常生活関連動作（以下、IADL）状況、望み、サービス利用状況などであり、家族については、本人に対する思い、介助量、個人因子などであった。

ケアプランは本人、家族の希望を把握し、ニーズの抽出、長期・短期目標および支援内容を決定した。

決定したケアプランをもとに、既存の活動（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、若年認知症の家族の会（愛都の会））や他のサービスを通じた支援を実施し、活動への取り組み状況および相談の内容を記録した。

## 3) アセスメント、コーディネート内容の分析

本研究への参加に同意を得た若年認知症者15例（男性4名、女性11名、平均年齢 58.5歳、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、その他1名）について、経過の記録を元に本人、家族について行ったアセスメント、コーディネート内容を抽出し、活動継続の要素、社会サービスにつながる要素について検討を行った。その結果からアセスメントに必要な要素を示すシートとコーディネート方法の検討に使用するシートを作成した。

この段階で、A) 現段階のステージをチェックするシート、B) 社会資源活用の状況を把握するシート、C) 社会資源につながる要因を分析するシート、D) 社会資源利用の可能性が低い場合のサポート方法の4種類を作成した。

## 4) 手法案検討会議の開催

作成したシートを認知症連携担当者に試用いただき、意見を収集し一部を改編した。その後、各シートについて有識者を交えて検討し、手法案を作成した。

## 5) 手法案

手法案として以下のシートを作成した。

### A シート) 現状を知るシート（資料1）

若年認知症者または家族から相談を受けた際に用い、本人が発症後のどの段階にあるのかを知り、支援内容を検討するために用いる。

### Bシート) 社会資源活用について（資料2）

若年認知症者が活用している社会資源を知る目的で使用する。相談対応時にAシートと一緒に聞き取りを行う。

このシートを活用することで相談対応に当たる認知症連携担当者が若年認知症の方が利用できる社会資源を知ることができる。さらにBシートに示す各資源の解説（資料3）も作成した。

#### Cシート）つながるシート

Aシートにおいて「3. 介護保険サービスは必要でない状況の1）家において特に困っていないととらえている」から「5. 介護保険サービスが必要な次のような状況がある」段階と判断された場合に活用する。

Cシートは、本研究におけるケースの結果から、サービスを活用するうえで本人および家族に必要な要素を抽出し作成しており、各項目において5の項目が多いほど、サービス利用がスムーズに行き、1となった項目が阻害因子と考える。

Cシートにおいてサービス利用の阻害因子となっていると評価された項目に対して、支援を行う。

また、Cシートは若年認知症の方が社会活動の場に参加し、何らかの作業などを行いながら把握するもの（Cシート-①：資料4）と相談窓口などの面接の状況から把握するもの（Cシート-②：資料5）を作成した。

これら2種類のCシートを作成したのは、若年認知症の方の支援方法を検討するには、面接だけでなく、できれば社会活動の場で作業などを通じて本人や家族の状態を把握することが重要であると考えためである。

相談機関の周辺に若年認知症者が活用できる社会資源の場がある場合、その場を活用しアセスメントすることができるが、無い場合には、通常の相談窓口で実施することになる。そのため通常の相談窓口でも対応できるシートを作成した。

#### Dシート）社会資源利用の可能性が低い場合の各支援方法（資料6）

Cシートにおいて阻害因子となる項目を明確にし、その因子に対するサポート方法を示したものである。

認知症連携担当者はAからDシートを資料7に示すシート活用手順に沿いながら利用し、若年認知症者とその家族に対するアセスメントおよびコーディネートを実施する。

#### 4. まとめ

本年度開発した手法案を用いて、平成23年度は複数の認知症連携担当者が若年認知症者と家族に対するアセスメント、コーディネートを実施する。その結果を検証し、一定の手法を完成する所存である。

#### （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.

## A シート)現状を知るシート

記入日: 年 月 日

いつ診断を受けたかなど現在の状況と各項目に合わせ、必要性(担当者が必要と考える)、意向(本人、家族の意向)がどうか、チェックしてみましょう。

氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: 年 月 日生

状 況	必要性	意向	備 考
<b>1. 診断の状況</b> 1) 診断名が明確でない 2) 診断が明確になった	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→適切な医療機関へつなぐ →障害年金、障害者福祉手帳の取得 →自立支援医療
<b>2. 就労・家事・育児・介護の状況</b> 1) 仕事を続けている 2) 仕事を辞めるように言われている 3) 再就職(できる仕事に移る) 4) 仕事をさがす 5) 再就職(福祉的就労) 6) 就労を全てあきらめる 7) 家事・育児・介護などが困難になってきている	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→就労継続の支援 →就労継続の支援 →再就職の支援 →再就職の支援 →福祉的就労支援
<b>3. 介護保険サービスは必要でない状況</b> 1) 家にいて、特に困っていないとらえている 介護保険を利用する状況ではない 2) 介護保険を利用する状況ではないが、社会参加の場が必要	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→移動支援の利用 →Cシートを活用してみましょう
<b>4. 障害者福祉サービスが必要な状況</b> ガイドヘルパーの利用により活動範囲が広がり、介護負担軽減	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	直接的サービスの利用可能性
<b>5. 介護保険サービスが必要な次のような状況がある</b> 1) 一人暮らし 2) ひとりで留守番していて食事を食べない 3) 知らない間に怪我をしている 4) 外出してひとりで帰れない 5) トイレがひとりでうまくできなくなる 6) 介護者といると萎縮してしまう 7) 介護者がかかっている 8) できることがあるのに介護者が上手くサポートできない 9) 服薬確認の必要性がある	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→Cシートを活用してみましょう 直接的サービスの利用可能性 ↓ 利用が困難な場合は Dシートを活用してみましょう
<b>6. 入所、入院が必要な状況</b> 1) 入所 2) 入院 体が衰弱している BPSDが激しい	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## Bシート) 社会資源活用について

これから活用を促進したいものを明確にしましょう。

現在活用しているものに○をつけ、利用内容や利用していない場合はその理由や予定を記入しましょう。

	社会資源	活用○	利用内容、利用していない理由、活用予定など	
相談先	地域包括支援センター			
	社会福祉協議会			
	行政(障害福祉・高齢福祉の窓口)			
	医療	病院		
		認知症疾患医療センター		
	保健センター・保健所			
	在宅介護支援センター			
	介護サービス事業所			
	若年認知症の家族会			
地域の介護者家族会				
就労支援	ハローワーク			
	障害者就業・生活支援センター			
	その他			
経済支援	傷病手当			
	失業保険			
	障害年金			
	特定疾患の公費負担			
	生活保護			
自立支援	自立支援医療			
	精神障害者保健福祉手帳			
	身体障害者手帳			
	移動支援			
	就労支援			
	居宅介護			
	短期入所			
	その他			
介護保険	介護保険の申請・認定結果			
	訪問介護			
	訪問看護			
	通所介護(デイサービス、デイケア)			
	ショートステイ			
	小規模多機能			
	その他の介護保険制度			
	日常生活自立支援事業・成年後見制度			



## 社会資源解説

### ◆就労支援

#### <障害者就業・生活支援センター>

就業支援（相談、準備、就職活動、就業継続）、生活面での支援（日常生活、地域生活への助言など）、雇用管理についての事業所に対する助言を行っています。大阪府内には17か所、大阪市内には中央センターと6か所の地域就業支援センターがあります。

### ◆経済支援

#### <傷病手当>

病気などのために仕事ができなくなった健康保険または共済組合保険者とその家族の生活保障をしてくれる制度です。本人が病気のため働くことができないため会社を休んだ日が連続して3日間あり、その期間会社から報酬を受け取ることができない場合、支給されます。期間は1年半です。

問い合わせ先：職場の労務担当など。

※市町村国民健康保険（自営業などの方）には傷病手当の制度はありません。

#### <失業保険>

再就職を目指す人（仕事を探せる人）が対象。

窓口：居住地のハローワーク。

#### <障害年金>

障害年金には以下の3つの年金があります。

①障害基礎年金（国民年金に加入している人）1級、2級

②障害厚生年金（厚生年金に加入している人）1級、2級、3級

③障害共済年金（共済年金に加入している人）1級、2級、3級

②、③の1級、2級の方は①の障害基礎年金が加算されます。

いずれも初診日に加入していた年金によって支給される年金が決まります。

初診から1年6か月経過後、申請できます。

窓口：障害基礎年金は市町村の障害年金担当。その他は各年金事務所。

### ◆自立支援

#### <精神障害者保健福祉手帳>

精神障害を持つ人（認知症を含む）が、一定の障害にあることを証明するものです。手帳を持っていることにより様々な支援が受けられます。初診から6か月で申請可能。1級、2級、3級があります。

窓口：市町村役所。

支援内容：税金の控除・優遇（所得税、住民税、自動車税、自動車取得税など）、公共施設の観覧・利用料の本人、介護者無料もしくは減額、NHK受信料減免などが適用。

#### <自立支援医療>

精神疾患（認知症を含む）のため、通院による治療を受ける場合は、通院医療費（薬代等も含む）の負担が軽減され、原則1割の負担になります。通院、調剤、往診、デイケア、訪問看護も対象です。

窓口：市町村役所。

#### <移動支援>

障害者自立支援法に基づく地域生活支援事業の一つです。事業所よりガイドヘルパーが派遣され、外出の同行支援を行います。費用は原則として1割負担、ガイドヘルパー負担分の交通費、施設使用料など。内容は自治体によって異なりますが、作業所への通所、買い物、外食など社会参加、余暇支援を目的としています。

窓口：市町村保健福祉担当。

#### <就労支援>

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの訓練等給付のサービスです。就労移行支援（一般企業等への就労を希望する人）、就労継続支援（一般企業等での就労が困難な人に働く場を提供するとともに、訓練を行う）などがあります。支給決定を受けてから利用ができます。

窓口：市町村役所。

#### <居宅介護>

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの介護給付のサービスです。ヘルパーが自宅を訪問して介護などを行います。支給決定を受けてから利用ができます。

窓口：市町村役所。

#### <短期入所>

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの介護給付のサービスです。自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めて施設を利用することができます。支給決定を受けてから利用ができます。

窓口：市町村役所

## Cシート) - ① つながるシート(社会サービス利用につながる可能性を検討するシート): 社会活動利用版

氏名: \_\_\_\_\_

あてはまる項目が多いほど、デイサービスなどの利用などの利用の可能性が高いと考えられます。

低い項目の原因を考え、支援することによって、デイサービスなど利用の可能性を上げていきましょう。

当てはまる数字に○をつけましょう。

5:あてはまる 4:だいたいあてはまる 3:どちらでもない 2:あまりあてはまらない 1:あてはまらない

## 家族

	項目	大	←社会資源利用可能性→	小
1	サービス利用に対する積極性	あり	5・4・3・2・1	なし
2	制度の手続き力	あり	5・4・3・2・1	なし
3	時間の余裕	あり	5・4・3・2・1	なし
4	家族の抱え込みがない	抱え込みがない	5・4・3・2・1	抱え込んでいる
5	家族の困り具合の認識	困っている	5・4・3・2・1	なんとかやっている
6	本人の喜びへの共感	感じられる	5・4・3・2・1	感じられない
7	周囲からのサービス利用への後押し	あり	5・4・3・2・1	なし
8	告知について	本人に言える	5・4・3・2・1	本人に言えない
9	家族会への参加	参加	5・4・3・2・1	不参加
10	思考の整理や決断	整理できる	5・4・3・2・1	混乱
11	他者にゆだねられるか	ゆだねられる	5・4・3・2・1	ゆだねられない
12	世間体や外聞を気にする	気にしていない	5・4・3・2・1	気にする
13	地域の人に公表している	している	5・4・3・2・1	していない
14	経済的余裕	あり	5・4・3・2・1	なし

## 本人

	項目	大	←社会資源利用可能性→	小
1	家からの外出	好む	5・4・3・2・1	好まない
2	家族がそばにいても落ち着く	落ち着いている	5・4・3・2・1	落ち着かない
3	皆と一緒にの飲食	できる	5・4・3・2・1	できない
4	トイレ(介助しても)	行ける	5・4・3・2・1	我慢
5	希望を言える	希望を言える	5・4・3・2・1	希望が言えない
6	できないことを隠さない	隠さない	5・4・3・2・1	隠す
7	人に頼れる	あり	5・4・3・2・1	なし
8	意欲	あり	5・4・3・2・1	なし
9	自分なりに利用する意味がある	あり	5・4・3・2・1	なし
10	本人が気に入らない	気に入る	5・4・3・2・1	気に入らない
11	自分に合っていると感じている	あり	5・4・3・2・1	なし
12	集中できる	集中できる	5・4・3・2・1	集中できない
13	楽しめる	楽しめる	5・4・3・2・1	楽しめない
14	笑顔などの良い表情	あり	5・4・3・2・1	なし
15	ポジティブな感想(満足感)	あり	5・4・3・2・1	なし
16	緊張し動作のぎこちなさ	なし	5・4・3・2・1	あり

## Cシート) - ② つながるシート(社会サービス利用につながる可能性を検討するシート): 相談対応版

氏名: \_\_\_\_\_

あてはまる項目が多いほど、デイサービスなどの利用などの利用の可能性が高いと考えられます。

低い項目の原因を考え、支援することによって、デイサービスなど利用の可能性を上げていきましょう。

当てはまる数字に○をつけましょう。

5:あてはまる 4:だいたいあてはまる 3:どちらでもない 2:あまりあてはまらない 1:あてはまらない

## 家族

	項目	大	←社会資源利用可能性→	小
1	サービス利用に対する積極性	あり	5・4・3・2・1	なし
2	制度の手続き力	あり	5・4・3・2・1	なし
3	時間の余裕	あり	5・4・3・2・1	なし
4	家族の抱え込みがない	抱え込みがない	5・4・3・2・1	抱え込んでいる
5	家族の困り具合の認識	困っている	5・4・3・2・1	なんとかやっている
6	本人の喜びへの共感	感じられる	5・4・3・2・1	感じられない
7	周囲からのサービス利用への後押し	あり	5・4・3・2・1	なし
8	告知について	本人に言える	5・4・3・2・1	本人に言えない
9	家族会への参加	参加	5・4・3・2・1	不参加
10	思考の整理や決断	整理できる	5・4・3・2・1	混乱
11	他者にゆだねられるか	ゆだねられる	5・4・3・2・1	ゆだねられない
12	世間体や外聞を気にする	気にしていない	5・4・3・2・1	気にする
13	地域の人に公表している	している	5・4・3・2・1	していない
14	経済的余裕	あり	5・4・3・2・1	なし

## 本人

	項目	大	←社会資源利用可能性→	小
1	家からの外出	好む	5・4・3・2・1	好まない
2	家族がそばにいても落ち着く	落ち着いている	5・4・3・2・1	落ち着かない
3	皆と一緒にの飲食	できる	5・4・3・2・1	できない
4	トイレ(介助しても)	行ける	5・4・3・2・1	我慢
5	希望を言える	希望を言える	5・4・3・2・1	希望が言えない
6	できないことを隠さない	隠さない	5・4・3・2・1	隠す
7	人に頼れる	あり	5・4・3・2・1	なし
8	意欲	あり	5・4・3・2・1	なし
9	自分なりに利用する意味がある	あり	5・4・3・2・1	なし

気づき

今後の方向性