

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会報告書

東京都福祉保健局

平成22年3月

はじめに

若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症を指す。原因になる疾患は、アルツハイマー病、脳血管障害、前頭側頭変性症等様々であるが、働き盛りに発症するために、本人や家族が被る経済的損失、心理的衝撃は計り知れない。認知症介護のシステムが、高齢の認知症を想定しているために、若年性認知症の人にはなじみにくいという指摘もしばしば聞かれる。

本部会では、昨今の社会情勢を踏まえ、実現可能な対策を提言することを目指して2年間の議論を積み上げてきた。時間の制約もあり、もとより、十分なものとは言い難いが、報告書をまとめて具体的な施策展開のたたき台となることができるなら幸甚である。

平成22年3月

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会

部会長 斎藤正彦

目 次

事例紹介	1
------	---

第1章 本書における検討内容

1 検討目的	5
2 検討手順	5
3 基本姿勢	5

第2章 公的支援(相談・家族支援等)

1 現状・若年性認知症に特有の課題	7
(1) 情報提供・相談体制の必要性	7
(2) 情報提供・相談体制の現状	7
2 支援策	11
(1) 情報提供	11
(2) 相談体制	12

第3章 医療支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題	14
(1) 早期診断	14
(2) 診断後の日常生活の支援	15
(3) 重症時・緊急時の対応	15
2 支援策	17
(1) 基本的な考え方	17
(2) 具体策	18
①早期診断	18
②診断後の日常生活の支援	19
③重症時・緊急時の対応	20

第4章 介護支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題	21
2 支援策	23

第5章 職場を含む社会的支援

1	現状・若年性認知症に特有の課題	24
	(1) 「就労支援」について	24
	(2) 職場における対応	24
	(3) 空白期間の居場所	25
	(4) 社会全体における支援	26
2	支援策	26
	(1) 「就労支援」のあり方	26
	(2) 就労継続（維持）支援のための職場における対応	28
	(3) 空白期間の居場所	29
	(4) 社会全体における支援	30

第6章 経済的支援

1	現状・若年性認知症に特有の課題	31
	(1) 経済的支援の必要性	31
	(2) ローンについて	32
	(3) その他の既存の支援策	32
2	支援策	33

参考資料

若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査報告書	37
若年性認知症に関する介護保険事業所調査報告書	75
東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会 開催経過	97
東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会 委員・幹事名簿	98
認知症対策推進事業実施要綱	99

事

例

紹

介

～若年性認知症の本人・家族が直面する諸問題～

家族構成(2010年3月現在)

Aさん(夫): 50代後半、前頭側頭型症認知症(ピック病) 要介護5
Bさん(妻)、子供1人(20代後半)

経過

- 2003年 2月 ・職場で従来の様子からは考えられない振る舞いを示す。
9月 ・職場で病気の疑いを持たれるようになり、Bさんに「ご主人の様子がおかしい」と連絡が入るが、家庭では特に変わった様子もないため、半信半疑。
10月～ ・病識のない本人を医療機関に連れて行くことは非常に困難だが、何とか説得。
・最初に脳梗塞を疑い脳神経外科を受診。CT・MRI・脳波検査を行う。
・次いでうつ病を疑い、精神科を受診。
・最終的に、専門医療機関でPET検査を行い、認知症と診断。医師からは「アリセプト®の処方以外にはできないことはない。」
・この医療機関での継続診療を断念。
・遠方の医療機関へ新幹線で通院するも、症状が進行し、駅のホームで電車を待つことができなくなったため、断念。
・若年性認知症の夫婦を紹介しているテレビ番組を見ていたときに、一瞬画面に映った医療機関名を手がかりに情報収集を行い、その医療機関に通院開始。
・Bさんは仕事をしていたが、介護を担う必要性から仕事を休むようになり、収入がなくなる。Aさんの病気休職中も1年は給与が出るが、その後は無給。退職金や預貯金を切り崩して生活。借金もしている。
・多額の住宅ローンが残っていたが、返済の目途が立たない。金融機関に相談に行くも、自己破産を示唆されるなどの対応を受ける。
- 2004年 2月 ・人事異動を告げられ、Aさんは病識がなかったためショックを受ける。職場の上司に相談するが、病気についての理解が得られず却下。病気休職に入る。
- 2005年10月～ ・徘徊がひどくなり排泄障害も出たため、専門医療機関に入院。
病院では、医療費・差額ベッド代・食事代等で毎月約27万円の支出。
・Bさんは、病院の電話交換の仕事(夜勤)を見つけて仕事をし、夜勤明けにAさんのお見舞いに行くという生活を続ける。
・インターネット等で情報収集し、漢方薬等、効果があるかもしれないと思ったことは何でも試みたが、効果はなし。
- 2006年 2月 ・症状が落ち着いたため、退院して介護保険施設に入所。
12月 ・病気休職1年10か月を経て退職。福祉施設に入所。
- 2008年 5月 ・誤嚥性肺炎で入院。歩行困難となり車椅子を使用。会話が不可能に。
7月 ・誤嚥性肺炎で再度入院。嚥下困難となり、点滴や経鼻経管栄養で対応。
・自力での体位変換が不可能になる。
8月 ・嚥下リハビリが可能な医療機関へ転院する。
11月 ・胃ろうを造設する。退院し、福祉施設へ戻る。

◆夫が若年性認知症になって◆

- 職場の同僚が異常に気付いたので早期に各種の検査はできましたが、MRIでも「ラクナ梗塞程度しか認められず、脳に異常は無い」と言われ、PETの検査でやっと認知症と診断されました。
- ただ、「当院でできることはない」「アリセプトという薬はあるが、効果は人によって異なる」という突き放すような態度を取られたため、夫が拒否反応を示し、この病院への通院を諦めました。
- インターネットで探した医療機関に通うも、やがて遠距離通院が不可能になりました。若年性認知症を発病した夫婦のドキュメント番組を見ていた時に画面に映った医療機関名を手がかりに調べ、現在の主治医を見つけました。
- 発病して一番辛かったことは、夫が望まない人事異動を命じられたことです。夫は非常にショックを受けてしまい、「うつ病を併発するのでは…」と心配しました。
- 私は当時フリーランスで仕事をしていましたが、夫の病気の進行があまりにも速く、夫が休職に入る前から仕事は開店休業状態で、介護にかかりきりでした。多額の住宅ローンを抱えていながら夫婦そろってほぼ無収入となり、経済的に苦しくなりました。
- でも、この病気は時間との戦いだと考えたので、夫婦で時間を共有し、夫が少しでも喜ぶことをしてあげることが最優先に行動しました。休職中に夫が好きだったハワイに2度、旅行しました。滞在中に行方不明になり夜中の2時まで戻らないこともありましたが、夫が喜び、笑ってくれることが大事でした。

◆治療について◆

- 発病してからわずか2年弱で排泄障害が出て、努力したものの入院させざるを得なくなりました。入院先ではベッドに拘束されることもあり、夫も辛かったと思います。病院の面会時間は夕方5時までなので、夜勤の電話交換の仕事を見つけ、夜勤明けに面会に行くという生活を続けました。毎日面会を続け、少しでも病気が改善すればと脳ドリルや発声訓練をさせたりしました。
- 友人の協力も得て海外の文献に当たるも、全て「No Treatment(治療法なし)」と書かれていました。がんなら様々な抗がん剤を試せるのに、認知症にはアリセプトしかなく、しかも夫には効かない。手立てがないことをとても辛く感じました。サプリメントを輸入したり、高周波が効くと聞けば虫の音のCDを購入したりしました。夫が興味を持っていたので陶芸やギターも習わせたりもしました。結果的には何一つ効きませんでした。いつまでできるか分からないと思ったので、夫にとっていいと思うこと、夫が喜んでくれることなら、借金してでも何でもやろうと思いました。
- 今思うと、「やれるだけのことは全てやったから」という自分に対する弁明だったかもしれませんが、いずれも無駄ではなかったと自負しています。夫は今では歩行もできず、会話もできないし、好きなものを食べることもできないので、できるうちにいろいろしておいてよかったと思っています。

◆支援体制について◆

- 子供がいる場合、父親が発病して人格変化が生じ、理由もなく暴力を振るわれるケースもあるので、子供に対する心理的なケアが不可欠です。
- 主たる介護者に対しても心理的なケアは必要です。介護者の多くはギリギリのところ、やっていると、なかには自殺を考える人もいます。我が家でもグチをこぼすと子供に「一家心中しちゃえばいい」と言われるので、苦しくても言えない。友人にもなかなか相談できず一人で抱え込む状況は苦しいです。ただし、認知症の症状はもの忘れだけではないということを知ってほしいので、親しい人には、徐々に現状を話しています。
- 福祉サービスの相談窓口は24時間体制ではないので、利用しにくい。仕事と介護の合間に僅かな時間を見つけて、公衆電話から「平日の昼間にそちらに行けるような状況ではないんです」とほとんど喧嘩腰でやってきました。窓口まで行かなくても、今はメールやインターネットなどの手段がいくらかもあるので、それでサービス利用の申込みなどができると助かります。

◆これまでの介護経験を通して◆

- これまでの経験で、病気や症状の予測がつけば介護者の心身負担は軽減されると感じました。例えば、いつか座位が保てなくなるということが予め分かっていたら、その時に対応策も考えられます。
- 介護を通じて私が考えたことは、『夫がこの病気になったことに何らかの意味を持たせてあげたい』ということです。夫は認知症になったことで、わずか50歳で突然、社会的存在としての人生が終わってしまった。私の人生は後で取り戻せるが、夫にはもう何も残っていない。ですから、夫がこの病気になったために、これだけの意義のあることができたというものを、何か残したいと考えています。

◆夫が心地よく過ごせるように◆

- 散歩中に突然夫がズボンを下ろし、道端で排便をしようとしたので焦りました。ありえないことが、目の前で実際に起こっているのが非常にショックで、夫が病気だということを真に認識したのは、診断を受けた時ではなくこの時でした。
- そんな状態になっても、夫のことを心から愛しています。面会に行った時には「どんなになっても、いつも、いつまでも愛している」と、必ず夫の耳元で囁いています。もう私のことが誰だか分からないかもしれない、いつ、最期の日が訪れるか分からない、そう考えると可能な限り会いに行きたい。今は月～金はフルタイムで働いていますが、土日は2日とも面会に行っています。
- 夫はたとえ私が誰だか分からなくても、「毎週来て優しくしてくれる人がいる」ということは感じ取っていると思っています。愛されて看取られるということはどんな人にとっても必要だと思うので、肉親ができないのであれば、医療関係者や介護関係者がその役割を担ってもらえれば、患者の最期が快いものになると思います。
- 今は、夫が心地良い毎日を過ごすことだけを考えています。胃ろうにしたので好物を食べさせてあげることもできないし、好きだったハワイに連れていくこともできない。何もしてあげられないので、少しでも心地よく笑顔で過ごすことができれば、と願っています。

苦しくてもめげずに頑張れるのは、周囲の理解と応援があるからです。「ほんとうに頭が下がるわ」「自分が同じ病気になった時、妻がここまでしてくれるだろうかと思うと羨ましい」「〇〇（夫）は幸せなやつですよ」などと、温かい言葉をかけてもらえると癒されます。それがあったからこそ、ここまで続けられていると思います。

第1章 本書における検討内容

1 検討目的

- 本報告書は、社会全体で、高齢者とは異なる若年性認知症に特有の課題の本質について正しい理解を共有し、若年性認知症の本人・家族支援に関わる各々が各分野において取り組むべき課題を明らかにすることにより、若年性認知症の本人・家族支援を充実することを目的としている。

なお、若年性認知症とは、65歳未満で発症した認知症をいう。

2 検討手順

- 「東京都若年性認知症生活実態調査（平成20年8月）」の結果や当部会委員の若年性認知症に関する現状認識を踏まえ、今後検討を要する分野を、

- ①医療支援
- ②介護・公的支援
- ③家族支援
- ④経済的支援
- ⑤職場を含む社会的支援

の5つに分類し、各分野ごとに検討を進めることとした。

- まず、上記5つの分野ごとに、専門家・関係者をゲストスピーカーとして招き、ヒアリングを行った。
- 次に、ヒアリングにより得られた情報を基に、若年性認知症の本人・家族を取り巻く現状の把握や直面している課題の整理、具体策の検討を行った。
- さらに、重複している検討内容を再整理し、（1）公的支援（相談・家族支援等）、（2）医療支援、（3）介護支援、（4）職場を含む社会的支援、（5）経済的支援について、若年性認知症特有の課題と、具体的支援策について提案している。

3 基本姿勢

- 若年性認知症の一つ一つの症状への対策を講じるのではなく、その人の生活全般を支援するという視点で支援策を検討する。
- 若年性認知症は病状が様々であり、若年性認知症一般についての施策の構築は困難である。このため、既存のサービスが幅広いニーズに応えられるようにするべきである。

- 若年性認知症の本人・家族に対する支援には、国が行うことが適当な施策、地方自治体が行うことが適当な施策、関係団体へ協力を求めるべきものなど様々なものが含まれる。新たな制度体系の構築や地域格差の是正など地方自治体のみでは実現することが困難な課題に対しては、東京都でモデルや基本となる考え方を構築し、それを国に発信することで全国に広く展開されることが理想的である。

第2章 公的支援(相談・家族支援等)

1 現状・若年性認知症に特有の課題

(1)情報提供・相談体制の必要性

- 若年性認知症が疑われた場合の早期診断や、生活上の支援が速やかに受けられるようにするには、若年性認知症の本人・家族が必要に応じて、利用できる制度等について情報が得られることが不可欠である。
- また、若年性認知症の家族は、予後の認識が不十分な場合など先の見通しを立てることができない状況では、突然の対応を迫られるため、不安・負担が増大する。
- さらに、家庭内の一人が若年性認知症を発症することで、介護している家族の疲労が大きくなりうつ病を発症したり、認知症の症状である人格変化に起因する暴力行為等により身体的・精神的苦痛を受ける、子供が学校や仕事を辞めざるをえなくなる等、多岐に渡る課題が生じ、家族全体に大きな影響をもたらすケースもある。
- このように、若年性認知症の本人に対する支援だけでなく、家族支援の観点からも、多分野に渡る支援策についての情報提供や相談体制を充実することは極めて重要であるが、現状では、
 - ①発症例が少ないため、若年性認知症に関する情報量が少ない
 - ②インターネットを利用して情報を収集する場合、個々の情報の信頼度が分からないことから、若年性認知症の本人・家族が、若年性認知症に関する的確な情報を収集することは困難となっている。

(2)情報提供・相談体制の現状

《情報提供(インターネット)》

- 東京都では、認知症のポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」を構築し、認知症に関する情報提供を行っているが、その存在や利用方法について、本人・家族や相談窓口職員等へ十分に浸透しているとはいえない。また、コンテンツの充足度も不十分である。(表1)

表1<「とうきょう認知症ナビ」コンテンツ>

平成22年2月1日現在

認知症の基礎知識	
	認知症について知ってください
	認知症理解普及パネル
	認知症の主な症状・原因疾患等
	「認知症かな」と思ったら
	データから見た認知症の現状
	認知症の人と家族のために知っておきたいこと
	若年性認知症について
	東京都の若年性認知症関連施策について
研修・行事・講座	
	東京都主催のイベント
	地域のできる！認知症の人を支えるまちづくり(H21)
	認知症シンポジウム(H19～21)
	認知症の人が安心して暮らせるまち東京キャンペーン(H18)
	認知症サポーター養成講座
	東京都認知症介護研修
	かかりつけ医認知症対応力向上研修
	認知症サポート医フォローアップ研修
相談窓口・リンク集	
	相談窓口(地域包括支援センター、若年性認知症コールセンター等)
	医療機関案内
	かかりつけ医・認知症サポート医名簿
	東京都医療機関案内サービス「ひまわり」による医療機関案内
	リンク集(官公庁・関係団体・学会等)
東京都の取組	
	東京都認知症対策推進会議(推進会議及び各部会の議事録・配布資料)
	認知症生活支援モデル事業報告
	認知症関連調査(「東京都若年性認知症生活実態調査」等の3実態調査)
	認知症高齢者を地域で支える東京会議(メッセージ・配布資料・議事録)
	認知症地域医療推進事業(認知症サポート医フォローアップ研修等)

《区市町村の相談窓口》

- 行政組織は法に規定する制度ごとに相談窓口が設置されるため、現状では、「(若年性)認知症の総合相談窓口」は設置されていないし、また、所管外の制度については精通していない。(表2)

表2 <若年性認知症の人が利用可能な支援制度の説明の程度>

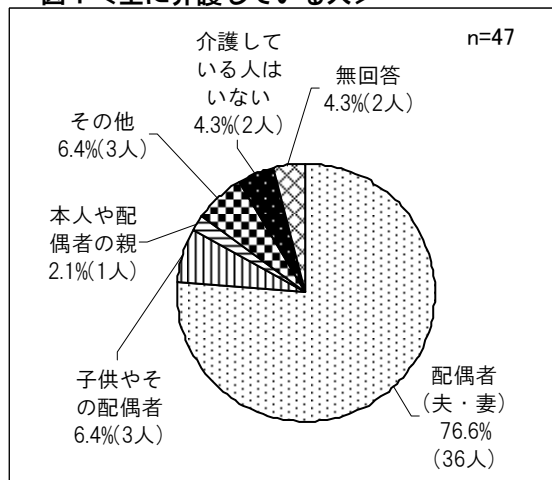
若年性認知症の人が利用可能な支援制度	相談窓口の種類(注)	合計	十分説明ができる又はしている	尋ねられたら説明できる又はしている	この制度をよく知らない	無回答
介護保険サービス	高齢福祉	100%	80.0%	16.0%	4.0%	-
	地域包括	100%	93.2%	6.8%	-	-
	障害福祉	100%	11.1%	74.1%	11.1%	3.7%
	相談支援	100%	25.7%	58.1%	16.2%	-
障害福祉サービス	高齢福祉	100%	8.0%	40.0%	48.0%	4.0%
	地域包括	100%	5.4%	62.6%	31.3%	0.7%
	障害福祉	100%	70.4%	25.9%	3.7%	-
	相談支援	100%	66.2%	33.8%	-	-
障害基礎年金	高齢福祉	100%	8.0%	32.0%	56.0%	4.0%
	地域包括	100%	6.1%	46.9%	46.9%	-
	障害福祉	100%	7.4%	70.4%	22.2%	-
	相談支援	100%	37.8%	55.4%	6.8%	-
自立支援医療制度(精神通院医療)	高齢福祉	100%	16.0%	28.0%	52.0%	4.0%
	地域包括	100%	6.8%	46.9%	45.6%	0.7%
	障害福祉	100%	51.9%	37.0%	11.1%	-
	相談支援	100%	44.6%	43.2%	12.2%	-
精神障害者保健福祉手帳	高齢福祉	100%	16.0%	36.0%	44.0%	4.0%
	地域包括	100%	8.2%	51.0%	40.8%	-
	障害福祉	100%	37.0%	48.1%	14.8%	-
	相談支援	100%	43.2%	44.6%	12.2%	-
成年後見制度	高齢福祉	100%	48.0%	36.0%	16.0%	-
	地域包括	100%	57.8%	40.1%	2.0%	-
	障害福祉	100%	7.4%	66.7%	25.9%	-
	相談支援	100%	12.2%	79.7%	6.8%	1.4%
生活保護制度	高齢福祉	100%	24.0%	48.0%	24.0%	4.0%
	地域包括	100%	35.4%	58.5%	6.1%	-
	障害福祉	100%	11.1%	70.4%	18.5%	-
	相談支援	100%	32.4%	58.1%	8.1%	1.4%

(注) 高齢福祉・・・区市町村高齢福祉主管(認知症支援担当)課
 地域包括・・・地域包括支援センター
 障害福祉・・・区市町村障害福祉主管課
 相談支援・・・指定相談支援事業者

資料：都福祉保健局「若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査」(平成21年10月)

- このため、現行の相談窓口では、若年性認知症の人が利用可能な医療・介護・障害福祉など多岐に渡る情報を提供することが困難であり、相談に訪れた場合でも、本人・家族の状況に応じた情報・助言が得られない。
- また、相談窓口が不明確であったり、制度間の連携ができていない等の理由により、利用可能な制度やその所管窓口について、本人・家族が自ら調べてアクセスせざるを得ないケースが多いとの指摘がある。
- また、主たる介護者は生計維持のために日中は就労していることが多く(図1、図2)、区市町村の相談窓口を受付時間内に行き、様々な情報を収集したり、サービス利用の相談や手続を行うことが負担となっている。

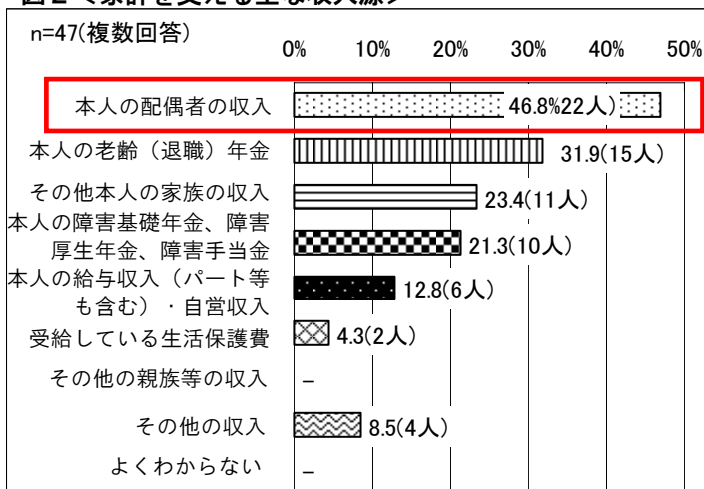
図1 <主に介護している人>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成20年8月)

図2 <家計を支える主な収入源>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成20年8月)

《ケアマネジャー》

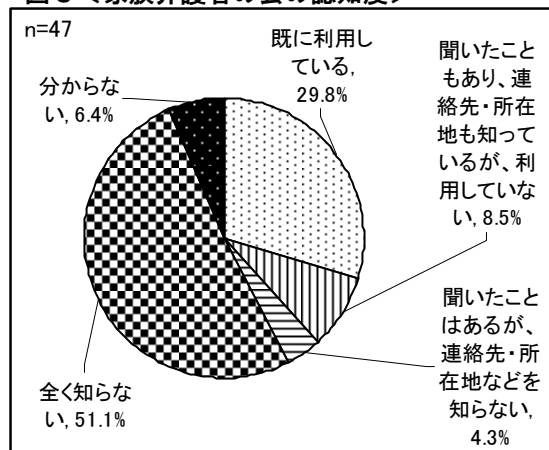
- 若年性認知症の人が利用可能な既存の制度は、医療・介護・障害福祉・就労支援・経済的支援等、多岐にわたっているため、介護保険の切り口から対応するケアマネジャーだけでは、若年性認知症の本人・家族が直面する多様な問題に対応することは困難である。

《家族介護者の会》

- 行政による相談窓口の他に、家族介護者の会もサービスの紹介や介護上の悩みなど様々な相談に応じている。
- 介護家族の心身の負担軽減を図るうえで、家族介護者の会は大きな役割を担っていると考えられる。

しかし、家族介護者の会の存在や活動について、必ずしも知られているとは言えない状況である。(図3)

図3 <家族介護者の会の認知度>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成20年8月)

2 支援策

(1) 情報提供

〔基本的な考え方〕

- 本人・家族が必要としている情報で、かつ信頼性の高い情報を、24時間、一括して得られる情報提供手法が必要である。
- そのためには、「とうきょう認知症ナビ」等の既存の情報サイトの有効活用を図ることが必要である。

〔具体策〕

- 適宜「とうきょう認知症ナビ」のコンテンツの更新や拡充を行い、提供する情報の充実を図ることが不可欠である。

【提供することが望ましい情報】

- ・ 認知症の専門医の名簿
- ・ 認知症サポート医及びかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者の名簿
- ・ 家族介護者の会のリスト

- なお、情報の充実には、関係団体のホームページや、「WAM-NET」・「とうきょう福祉ナビゲーション」等の既存の支援制度のポータルサイトへのリンクも活用することが望ましい。
- また、研修会・シンポジウム等の機会を活用しての周知や、区市町村や関係団体のホームページへの相互リンクを推進することにより、「とうきょう認知症ナビ」の認知度向上・アクセスの利便性向上を図り、利用を促すことも重要である。
- ただし、全ての人がインターネットを利用できるわけではないため、行政が主体となり、若年性認知症の基本的知識や若年性認知症の本人が利用可能な支援制度・相談窓口等を案内するパンフレットを作成・配布するなどの対策を併せて講じることも必要である。
- さらに、パンフレットの作成・配布のみでは広報効果は限定的であることから、その他の継続的な広報手法も併せて講じることが重要である。
- 一方で、本人・家族が自ら情報を取得したり、適切な情報を選択することが困難な場合もある。そこで、区市町村等相談窓口職員やケアマネジャーに対し、「とうきょう認知症ナビ」等の情報源やその活用方法を周知するとともに本人・家族への積極的な情報提供を促すなど、情報格差を生じさせないた

めの方策を講じることも必要である。

- なお、若年性認知症は、職場が家族よりも先に症状に気づくことが多いとの指摘があることから、早期診断等の適切な対応を促すためには、上記の情報を企業へ提供することも重要である。
- また、質の高い生きた情報を発信するため、提供される情報を客観的に評価するための仕組みも求められる。

(2)相談体制

〔基本的な考え方〕

- 本人・家族の多様な個別ニーズに柔軟に応えられる相談体制を整備することが必要である。
- しかし、原因疾患が多様であり、また、疾患ごとに症状の違いが大きいという若年性認知症の特性を踏まえると、若年性認知症専門の相談窓口を設置しても、高い実効性は期待できないと考える。
- そこで、認知症の一般相談窓口の対応力を高め、医療・介護・障害福祉・就労・経済的支援等の各支援制度間の円滑な連携を図ることで、若年性認知症の相談にも対応することを基本とする。
- また、相談やサービス利用手続に係る利用者の利便性向上を図ることも必要である。

〔具体策〕

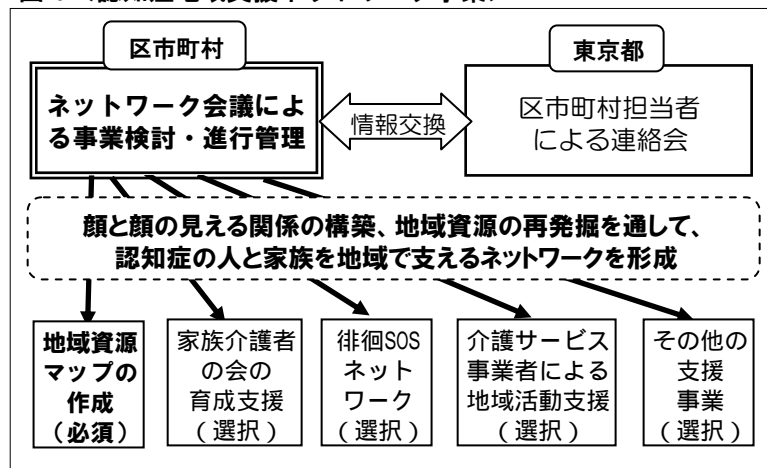
- 若年性認知症の人が利用可能な所管外の制度に関する知識の付与など、区市町村等の相談窓口職員やケアマネジャー等の対応力向上を図ることが必要である。
- ここで求められる「対応力」とは、「若年性認知症の本人・家族の生活の維持向上に資する多くの情報を有しており、自ら相談相手のニーズを引き出し、それに応じた適切な提案・説明をできること」と考えられる。
- そのためには、ケアマネジャー・地域包括支援センター職員等を対象とした既存の研修カリキュラムの充実を図るなど、若年性認知症の本人・家族支援に必要な知識等を習得できるための方策を講じる必要がある。

【研修カリキュラムに追加することが望ましい内容】

- ・ 研修の意義・目標（対応力の向上）
- ・ 若年性認知症に関する基本的知識
- ・ 若年性認知症の人が利用可能な支援制度・相談窓口
- ・ 実際の相談事例をもとにした事例検討

- また、相談窓口の職員自らが制度を熟知していなくても、必要な情報を必要な時に直ちに検索できる仕組みが確立されていれば、本人・家族のニーズに応じた情報提供は可能であることから、「とうきょう認知症ナビ」等の情報源のコンテンツを充実するとともに、情報源の在り処やその活用方法について周知を図ることも有効であると考えられる。
- さらに、インターネットを活用し、情報提供体制の充実やサービス利用手続に必要な書類（様式・記入例）の入手方法の拡充を図ることで、利用手続に係る負担軽減を図ることが必要である。
- また、家族の心理的負担を軽減する観点から、行政が、家族が抱える悩みや不安を相談するための仕組みを整えたり、地域支援ネットワーク事業（図4）を活用して、介護上の悩みなどを家族同士で相談できる家族介護者の会の立ち上げ・運営を支援することが望ましい。
- さらに、若年性認知症支援モデル事業で実施する総合的な相談・支援事例の紹介やその分析・検証結果を普及し、各制度間の情報共有と円滑な連携を促すことで、相談体制の充実を図ることも必要である。

図4 <認知症地域支援ネットワーク事業>



資料：都福祉保健局

第3章 医療支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題

(1) 早期診断

《早期診断の必要性》

- 高齢者と比較して、若い人ほど認知症を発症した時に周囲に及ぼす影響が大きく、生活に支障をきたす傾向があるため、正確な診断と、それに基づく適切な医療・介護・その他の支援の提供は、生活を維持するために不可欠である。

《早期診断を巡る現状》

- 都内の医療資源の状況を見ると、若年性認知症の対応ができる医療機関は、都内で245か所あるが（図5）、現状では、確定診断までに時間がかかっている。
- その理由として以下のものが考えられる。

① 専門医以外の医師・医療機関の若年性認知症に関する認識不足

- ・ 若年性認知症は原因疾患が多様であり、発症初期の症状も様々であるため、認知症の専門医以外の様々な診療科が最初の窓口になっている。
- ・ しかし、かかりつけ医も含め、認知症の専門医以外の医師は若年性認知症についての認識が不足しており、専門医療機関への紹介が円滑に行われない。

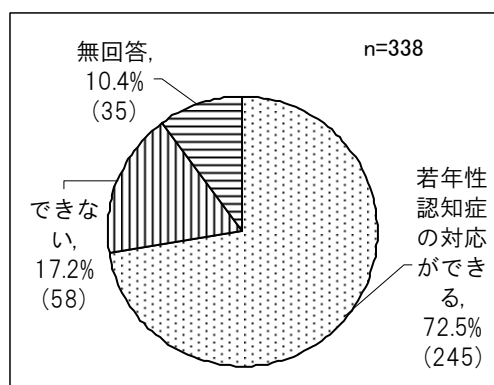
② 医療機関にかかる際の情報の不足

- ・ 若年性認知症の診断・治療が可能な医療機関に関する情報が少なく、若年性認知症の本人・家族が自ら探すことは困難である。（図6）

③ 家族・企業の若年性認知症に関する認識の不足

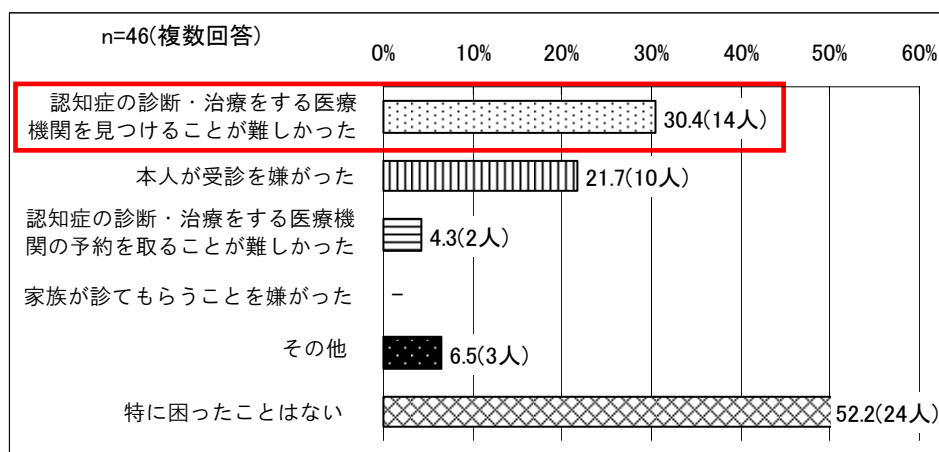
- ・ 若年性認知症について、家族や企業の認識が不足しており、本人が認知症の症状を呈していてもその可能性に気づかないケースがある。

図5 <若年性認知症への対応が可能な医療機関>



資料：都福祉保健局
「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）

図6 <認知症の診断や治療をしてもらうまでに困ったこと>



資料：都福祉保健局「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成20年8月)

(2) 診断後の日常生活の支援

《専門医療機関における対応》

- 本人・家族は専門医療機関を受診するに当たり、予後の説明や利用可能なサービスなど、診断後の生活に必要な情報・助言が得られることを期待しているが、専門医療機関ではこのニーズに気づかず、診断・処方に留まるケースがある。
- ただし、専門医に診断・治療に加えて、生活に必要な情報の提供や助言の全てを求めることは適当ではない。
- このニーズに専門医療機関が組織的に対応するためには、精神保健福祉士やいわゆる医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」という。）の活用が考えられる。しかし、医療機関における役割は、今のところ退院調整が中心で、必ずしも相談に応じるようになっておらず、また、相談に応じるためにMSWを配置することについて経済的裏付けもない。

《医療と福祉の連携》

- 診断後の日常的なケアは福祉サービスを中心に提供されることから、医療と福祉の円滑な連携が不可欠であるが、そのための具体的な仕組みが構築されておらず、連携が進んでいない。

(3) 重症時・緊急時の対応

《若年性認知症の特徴》

- 高齢発症のアルツハイマー病と若年発症のアルツハイマー病では、周辺症

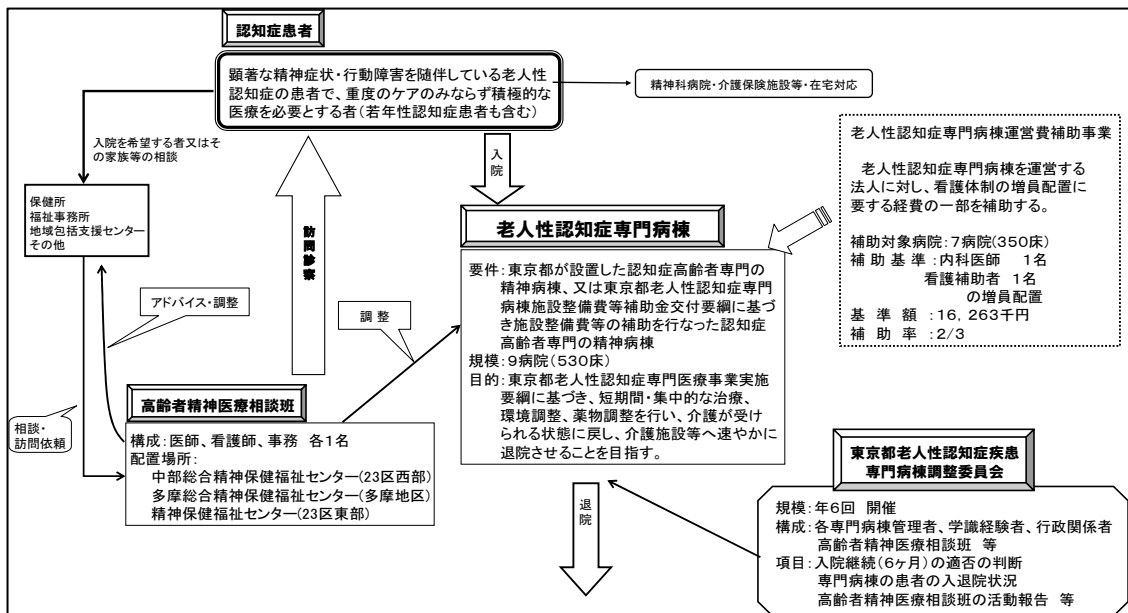
状の種類や頻度に本質的な差異はなく、若年性認知症の人全てが対応困難ということではない。

- ただし、若年性認知症は、高齢者の認知症と比較すると、症状の進行が早く、短期間で急激に重症化する事例がある。また、同一の周辺症状でも、周囲に及ぼす影響が大きい。

《利用可能な既存の制度》

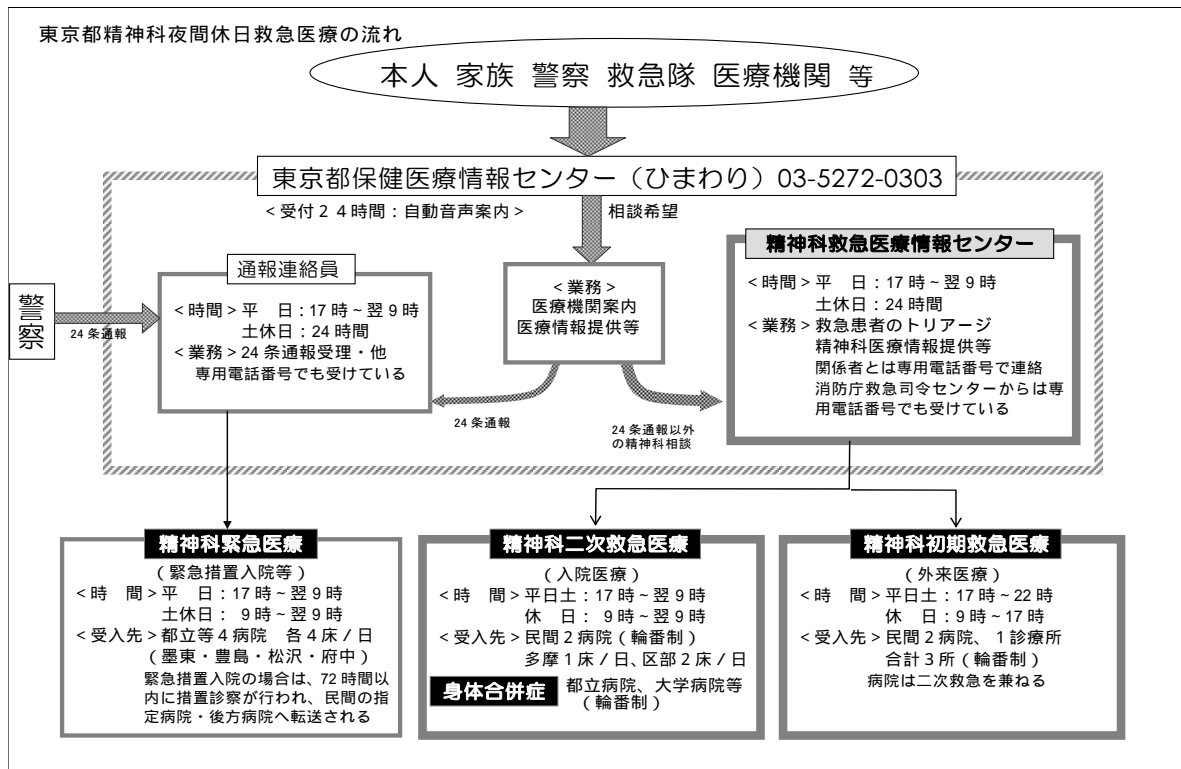
- 都内には国内の他地域と比較して、例外的に医療機関が豊富に存在している。また、重症時・緊急時における適切な医療を提供するため、「老人性認知症専門医療事業（若年性認知症の人も利用可能。図7）」及び「精神科夜間休日救急診療事業（図8）」を実施している。
- しかし、若年性認知症の本人・家族や福祉関係者の間では、専門医療や救急医療を必要としている時に速やかに医療の提供を受けられないと感じている。そこで、このような医療サービスの提供者と受け手の間の認識の不一致が生じる原因を検証することが必要である。
- また、身体合併症の治療を行う医療機関や、その後に搬送された医療機関におけるケアについて、認知症患者の人権に対する配慮に不安を訴える声があり、精査が必要である。

図7 <東京都老人性認知症専門医療事業>



資料：都福祉保健局

図8 <東京都精神科夜間休日救急診療事業>



資料：都福祉保健局

2 支援策

(1)基本的な考え方

- 「早期診断」・「診断後の日常生活の支援」・「重症時・緊急時の対応」のそれぞれの課題に対応することが望ましい既存の医療機関を<表3>のとおり分類し、それぞれの医療機関を中心とした支援策について検討していくことが適当だと考えられる。

表3 <医療機関の分類と担い手、求められる役割>

	担い手	求められる役割
①早期診断を行う医療機関	・ 専門医療機関	・ 早期診断
②診断後の日常生活を支援する医療機関	・ かかりつけ医 ・ 認知症サポート医	・ 生活に必要な情報の提供 ・ 福祉サービスとの連携
③重症時・緊急時に対応する医療機関	・ 老人性認知症専門病棟を有する医療機関 ・ 精神科救急医療機関 ・ 専門医療機関	・ 重症時・緊急時における適切な医療の提供

(2)具体策

①早期診断

《専門医療機関との連携促進》

- 発症初期に多様な症状を呈する若年性認知症の人を早期診断につなげるためには、多様な患者が訪れるいわゆる「総合病院」の様々な診療科の医師が、若年性認知症に関する認識を深め、認知症の疑いがある場合は専門医療機関に紹介することが必要である。
- また、かかりつけ医等専門医療機関以外の医師・医療機関や相談窓口職員が、地域に存在している専門医療機関についての情報を把握し、これらの有効活用を図ることも必要である。

《産業医への普及啓発》

- 職場において若年性認知症を早期発見し、医療機関へつなげるためには、企業におけるメンタルヘルス対策において中心的な役割を担うことが期待される産業医に対し、若年性認知症に関する普及啓発を行うことが必要である。

【産業医への普及啓発の内容】

- ・若年性認知症に関する基本的知識
- ・若年性認知症の本人・家族が直面する課題
- ・若年性認知症の本人・家族が利用可能な介護・福祉・就労支援・経済的支援等に関する既存制度及びその相談窓口

《情報提供》

- 若年性認知症の疑いが生じた時に、本人・家族が専門医療機関に迅速にアクセスできるための実用的な情報を提供することが必要である。

【提供することが望ましい情報】

- ・若年性認知症の診断・治療の実施の可否
- ・若年性認知症を専門の一つにしている医師の有無
(当該医師の診療日・診療時間帯。)
- ・CT・MRIを用いた画像検査の実施の可否
- ・臨床心理士による心理検査の実施の可否
- ・東京都老人性認知症専門病棟(P.16、図7)の病棟別入院待ち状況

②診断後の日常生活の支援

《かかりつけ医・認知症サポート医の活用》

- 診断後の日常生活を支援するためには、身近な地域に存在し、かつ、所定の研修を修了し認知症に関する基本的な知識・技術等を習得した、かかりつけ医・認知症サポート医を活用することが望ましい。
- かかりつけ医・認知症サポート医には、
 - ①若年性認知症の可能性に気づき、診断・治療の可能な専門医療機関を紹介できること（自ら診断・治療する場合も含む。）
 - ②若年性認知症の本人・家族からの相談に対応し、地域の関係者（関係機関）の紹介や連携ができることが求められる。
- そのためには、若年性認知症に関する基本的な知識や、地域の関係者（関係機関）との連携手法の付与等、かかりつけ医・認知症サポート医の対応力向上を図ることが必要である。

《専門医療機関における助言》

- MSW の配置について、診療報酬で評価するか、又は全ての専門医療機関への配置は困難でも、重点的に配置する専門医療機関を設けることが求められる。

《医療と福祉を繋ぐシステム》

- 認知症地域支援ネットワーク事業（P.13、図4）などを活用し、行政が中心となって、既存の医療ネットワークと福祉ネットワークを円滑につなぐシステムを構築することが必要である。

【医療と福祉をつなぐための具体的方策】

- ・ 医療機関・福祉サービス事業者双方の、連携することについての合意形成への支援
- ・ 地域の関係機関の連携促進の役割を担う認知症サポート医の機能強化
- ・ 認知症対応力向上研修を修了したかかりつけ医・認知症サポート医の氏名等の公表による、地域の医療資源の情報共有
- ・ 医療・福祉・その他地域の多職種関係者の経験交流・意見交換の場及び機会の提供

- また、区市町村が、国の認知症対策連携強化事業により地域包括支援センターに「認知症連携担当者」を積極的に配置できるよう、要件の緩和・制度の拡充を国に要望する。

③重症時・緊急時の対応

- 重症化した時や救急対応が必要な場合には、老人性認知症専門医療事業や精神科夜間休日救急診療事業等、既存の制度を活用することを基本とする。
- これらの事業が有効に機能するためには、老人性認知症専門医療事業の窓口になる保健師等や、精神科夜間休日救急診療事業の窓口になる東京都精神科救急医療情報センター相談員が、当該事業について熟知しており、本人・家族やケアマネジャー等からの相談に対し、適切な助言・案内を実践できることが求められる。
- さらに、これらの制度については、事業の利用者数、利用者数に占める（若年性）認知症の人の割合、入退院に要する日数等の運用実態を調査し公表するとともに、十分機能しているか検証することが求められる。
- また、精神科夜間休日救急診療事業等を利用した身体合併症の患者が急性期を脱した場合に受け入れる後方医療機関として、認知症の対応が可能な病院を確保することが望ましい。
- なお、精神科夜間休日救急診療事業については、現在「東京都地方精神保健福祉審議会（地精審）」において、精神科医療制度全般のあり方の中で、見直しを進められているところであり、（若年性）認知症についても機能するものとなることが期待される。

第4章 介護支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題

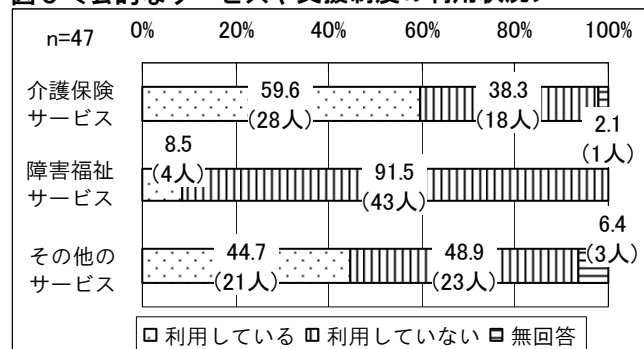
《若年性認知症の状態像》

- 高齢者の認知症と比較すると原因疾患が多様であり、疾患ごとに症状の違いも大きいため、若年性認知症を一括りにした施策の構築は困難である一方、個々の疾患の発症例が少ないため、個別の疾患ごとに対策を講じて、実効性が期待できない。
- 高齢発症のアルツハイマー病と若年発症のアルツハイマー病では、周辺症状の種類や頻度に本質的な差異はなく、若年性認知症の人全てが対応困難ということではないが、高齢者の認知症と比較すると、周辺症状の発生時に周囲に及ぼす影響が大きい。

《介護サービス施設・事業所》

- 家族からは、若年性認知症の人の利用・受入れが可能な介護サービス施設・事業所や適切なサービスが見つからない、という意見が出されている。(図9)

図9 <公的なサービスや支援制度の利用状況>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成20年8月)

- その一方で、介護サービス施設・事業所に対する調査では、若年性認知症の人を受け入れていない最多の理由は、「利用の申込みがなかった」ことであり、また、「若年性」ということについて特別な配慮をすることなく、現に若年性認知症の人を受け入れている施設・事業所も少なくない。(図10、11、12)

図10 <若年性認知症の利用者の受入れ経験の有無>

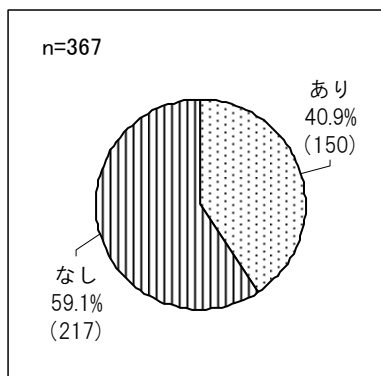


図11 <受入れ経験のない事業所・施設における若年性認知症の利用者からの利用申込みの有無>

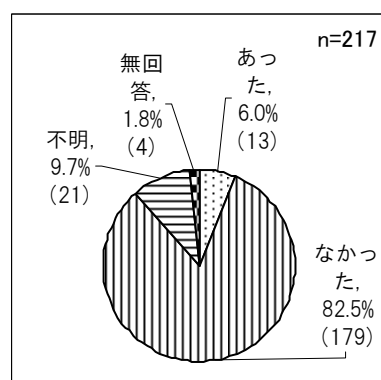


図12 <若年性認知症の利用者を受け入れるための特別な対応>

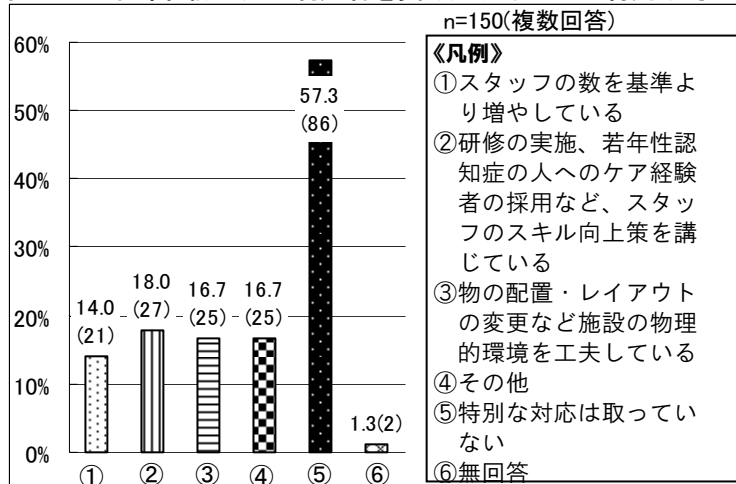
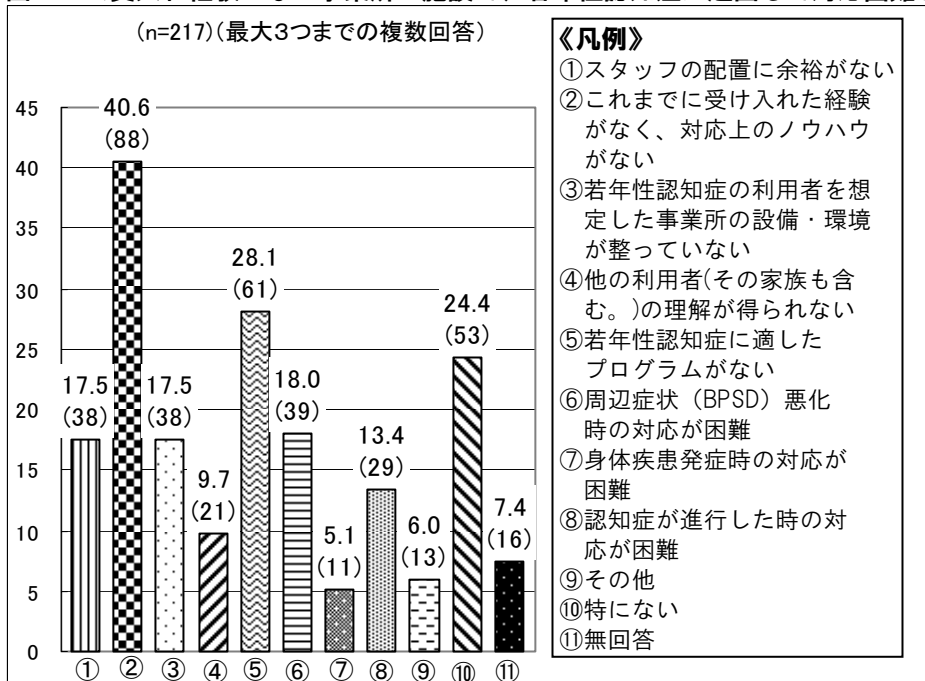


図10、11、12、資料：都福祉保健局「若年性認知症に関する介護保険事業所調査」(平成21年10月)

- また、介護サービス施設・事業所における若年性認知症の人のサービス利用・受入れの可否については、「WAM-NET」や「とうきょう福祉ナビゲーション」等の既存の情報サイトで情報が提供されている。
- そこで、このような介護保険サービスの提供者と受け手の間の認識の不一致が生じる原因を検証する必要があると考えられる。
- なお、調査の結果、受入れ経験のない施設・事業所が、若年性認知症に起因して対応が困難ではないかと考えることとして、「若年性認知症に適したプログラムがない」、「受入れ経験がなく、対応ノウハウが蓄積されていない」等が多く挙げられている。(図13)

図13 <受入れ経験のない事業所・施設で、若年性認知症に起因して対応困難と考えること>



資料：都福祉保健局「若年性認知症に関する介護保険事業所調査」(平成21年10月)

2 支援策

〔基本的な考え方〕

- 認知症の人を対象とした既存の介護保険サービスにおける若年性認知症の人の円滑な受入れと提供されるサービスの質の向上を図ることが必要である。若年性認知症の人に対するサービスで重要なことは、高齢者の認知症の人に対するサービスでも重要であるため、高齢者向けサービスの充実にも有効である。

〔具体策〕

- 介護サービス施設・事業所の職員には、
 - ・ 認知症の進行程度に応じた対応ができること
 - ・ 若年者と高齢者のアセスメントの相違を踏まえた対応ができること
 - ・ 個別性を重視した対応ができることを行うことが求められる。
- そのためには、介護サービス施設・事業所の職員を対象とした既存の研修カリキュラムへの若年性認知症ケアのポイント・留意点等の追加による必要な知識・スキルの付与等、対応力向上を図ることが必要である。
- また、現に若年性認知症の人を受け入れている施設・事業所による、ノウハウの提供・指導等の支援を行うことも有効であると考えられる。
- さらに、若年性認知症支援モデル事業の実施による事例紹介や成果の普及・発信を図るなど、先駆的な取組事例のノウハウが得られる場を作り出し、対応ノウハウの蓄積・共有化と先駆的取組の推進を図ることも必要である。

第5章 職場を含む社会的支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題

(1)「就労支援」について

- 働き盛りの世代が発症し、多くの場合、職（社会的な居場所の一つ）と収入（生活基盤）を失うことになるため、「就労支援」をどのように考えるかは重要な課題である。
- しかし、固定した障害を有する人における「就労支援」と進行性の認知症における「就労支援」は、その意味合いは大きく異なるにも関わらず、進行性の認知症における「就労支援」の明確な定義付けはなされていない。
- このため、進行性の認知症における「就労支援」策の検討に当たっては、「就労支援」という用語の定義を、認知症の進行に沿って時系列に整理することが必要である。
- また、進行性の認知症は、いずれ就労継続が困難となるため、就労することのみに力点を置いた支援策では、本人・家族の生活基盤の確保に寄与するものは小さいと考えられる。
- さらに、勤務先を退職後、直ちに介護保険サービスの利用を開始する人は少なく、多くの若年性認知症の人にとって、介護保険サービスの利用を開始するまで、社会的な居場所がないとの課題が指摘されている。

(2)職場における対応

- 多くの企業では、同僚が発症するかもしれないという発想が乏しく、若年性認知症に関する正しい理解や支援に向けた取組は課題として認識されていない。
- このため、従業員が発症して仕事に支障をきたしている場合も、若年性認知症の可能性に気づかず、職務を怠っていると判断されたり、また、気づいた場合も、
 - ①若年性認知症は私傷病として扱うことになるが、認知症の人の安全性の確保等に関するノウハウが企業にはなく、対応方法が分からない。
 - ②企業には従業員の安全確保義務があるため、認知症の人の就労を継続させるためには、物理的な環境の整備や専門的知識を有する人材の配置等、職場の支援体制の整備が求められるが、企業の自助努力のみで達成する

ことは困難である。

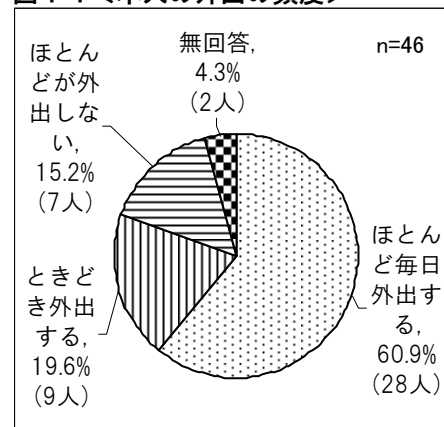
といった理由により、職場内での支援には限界があるため、早期退職を余儀なくされることが多い。

- さらに、職場で若年性認知症の可能性に気づき、そのことを本人・家族に伝えても、本人・家族が受容できず、早期の医療機関への受診や支援制度の利用に結びついていないケースが多いとの指摘がある。

(3)空白期間の居場所

- 退職後、直ちに介護保険サービスの利用を開始する人は少ない。
- 都内には、NPO 法人等により運営される、若年性認知症専門のデイサービスや社会参加活動の場を提供している事業所も存在している。しかし、そのような事業所数は少なく、また、通所が困難等の理由により利用に至らないケースもある。
- 調査結果からも、多くの人は、近隣の散歩や買い物に時間を費やしている。
(図 14、図 15)
- このように、退職後から介護保険サービスの利用を開始するまでの期間（以下「空白期間」という。）において社会における本人の居場所が失われることにより、次第に社会から孤立したり、自宅で過ごす時間が増え、家族の介護負担が増す一因ともなっている。
- しかし、営利企業に対し若年性認知症の人の居場所確保を求めることは適切ではなく、実効性も期待できない。

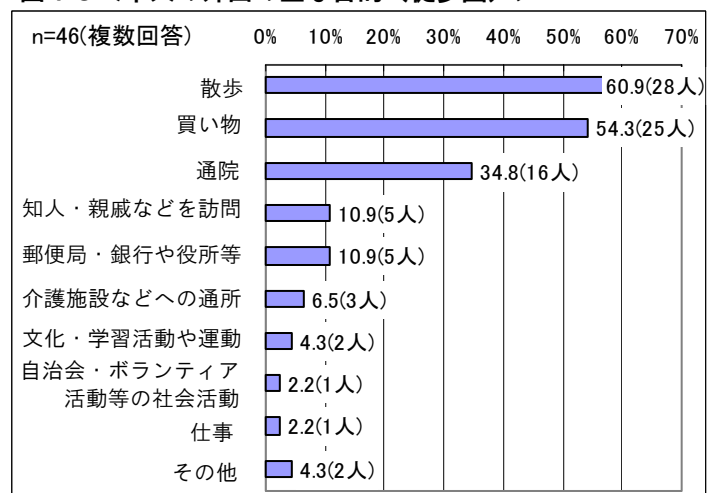
図 1 4 <本人の外出の頻度>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成 20 年 8 月)

図 1 5 <本人の外出の主な目的(徒歩圏)>



資料：都福祉保健局「東京都若年性認知症生活実態調査」

(平成 20 年 8 月)

(4)社会全体における支援

- 認知症を含めた精神障害全般に対する社会の認識不足や偏見があり、そのために本人・家族が必要としている支援を受けられないことがある。
- 特に若年性認知症については、高齢者の認知症と比較して患者数や有病率が低いこともあり、その傾向が強い。
- 一方で、若年性認知症の本人・家族の中には、精神障害者と位置付けられることに抵抗感を覚える人がいるとの指摘もある。

2 支援策

(1)「就労支援」のあり方

〔基本的な考え方〕

- いわゆる「就労支援」は、認知症の進行程度・本人の病状等に応じて、便宜上、以下の3つの類型に分けることができると考えられる。
 - ①就労継続（維持）支援
 - ②就労移行支援
 - ③就労型支援
- 一方で、若年性認知症の本人・家族が、「就労支援」に求めていることは、
 - ①生活基盤の確保（収入の維持）
 - ②本人の社会的な居場所の確保の2点に集約できる。
- そこで、若年性認知症の「就労支援」策の検討に先立ち、「就労支援」の3類型の定義を定めるとともに、上記2つの視点における各々の「支援」の利点・留意点を整理し、明確にすることが必要である。（表4）

表4 <若年性認知症における「就労支援」とは>

【凡例】 ○利点 ▲留意点

類型	①就労継続(維持)支援	②就労移行支援	③就労型支援	
定義	認知症の発症による認知機能の低下は認められるが、周囲の理解や配慮があれば就労継続が可能な人に対し、現在勤めている企業等での就労を本人の就労意欲及び能力に応じて可能な限度まで継続するために必要な支援を行うこと	認知症の進行に伴う認知機能の低下に起因して、現在勤めている企業等での就労継続が困難となった人に対し、本人の就労意欲・社会参加意欲に 대응するために、本人がこれまでに培ってきた経験や能力に応じた新たな就労の場の提供等を行うこと	認知症の進行に伴う認知機能の著しい低下に起因して就労が困難となった人に対し、本人の就労意欲・社会参加意欲に 対応するために、社会参加活動の機会の提供等を行うこと	
支援内容(例)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場環境の物理的な調整 ・ 業務の見直し ・ 人事労務管理制度の活用(配置転換・休職制度等) ・ 精神障害者保健福祉手帳の取得による法定雇用への算定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場適応援助者(ジョブコーチ)の活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者自立支援法(就労継続支援事業(A・B型)、地域生活支援事業等) ・ 介護保険法(デイサービス等) 	
若年性認知症の本人・家族が求めていること	生活基盤の確保(収入の維持)	<ul style="list-style-type: none"> ○賃金等が支給されるため、生活維持が可能 ○3類型の中では最も現実的な支援策 ▲認知症の進行状況に応じ、継続(維持)可能な期間は異なる。 ▲企業における支援体制の構築が不可欠 ▲就労継続だけでなく、退職後の生活への「ソフトランディング」まで視野に入れた支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○賃金等が支給されるため、生活維持が可能 ▲対象者は、認知症であっても症状の進行が極めて緩やかな人などに限定される。 ○対象者には、高次脳機能障害の就労支援の枠組みを活用できる。 	▲生活支援には寄与しない。
	居場所の確保	○企業等において雇用されている期間は居場所が確保される。	<ul style="list-style-type: none"> ○企業等において雇用されている期間は居場所が確保される。 ▲営利企業に対し居場所の確保を求めることは適切ではない。 	▲介護保険サービス等において提供されることが望ましい。

- このように定義すると、「就労移行支援」については、症状の進行が極めて緩やかな場合に、高次脳機能障害における就労支援制度などを活用することが考えられるが、対象者はごく少数に限定されると考えられる。
- また、「就労型支援」については、生活基盤の確保に寄与しないことや提供される支援内容を踏まえると、「就労支援」の一類型として位置付けることは適切ではなく、福祉サービスの一類型として位置付けられるものである。
- そこで、若年性認知症の人の「就労支援」については、「就労継続（維持）支援」を中心とした支援策の検討を進めることが現実的な方策であり、望ましい。
- また、やがては就労が困難となることから、就労継続のみを念頭に置いた対策を講じるだけでなく、年金等の経済的支援策の活用や空白期間の居場所へのつなぎなど、退職後の生活への「ソフトランディング」を行うことが望ましい。

(2)就労継続（維持）支援のための職場における対応

〔基本的な考え方〕

- 若年性認知症の人が現在の勤務先での就労を継続するためには、企業内で以下の支援が行われることが必要である。

【企業内で求められる支援内容】

- ・ 早期発見及び医療との迅速な連携
- ・ 産業医との連携による早期支援体制の確立
- ・ 労務・雇用・経済支援等の既存制度を活用しての支援

- このためには、企業内における若年性認知症支援の中核となる、産業医及び企業の人事・労務担当者の対応力を向上することが有効である。

〔具体策〕

《早期発見・対応力向上》

- 産業医については、
 - ・ 若年性認知症の初期症状を見逃さず、若年性認知症の可能性に気づけること
 - ・ 専門医療機関を紹介し、診断後も継続的に連携して支援できること
 - ・ 若年性認知症の人が利用可能な経済的支援・就労支援制度等に関する知識を有しており、企業からの相談に対し、適切な指導・助言ができること

が求められる。

- また、企業の人事・労務担当者には、
 - ・若年性認知症の人が利用可能な経済的支援・就労支援制度等に関する知識を有しており、必要に応じて産業医と連携のうえ、制度を活用して支援できること

が求められる。

- このためには、産業医及び企業の人事・労務担当者を対象に普及啓発を行い、若年性認知症に関する理解促進及び対応力向上を図ることが必要である。

【普及啓発の内容】

- ・若年性認知症に関する基本的知識
- ・若年性認知症の本人・家族が直面する課題
- ・若年性認知症の本人・家族が利用可能な介護・福祉・経済支援・就労支援等に関する既存制度及びその相談窓口

《連携体制の構築》

- 若年性認知症の人を職場において支援するためには、企業・産業医・専門医療機関の密接な連携が不可欠である。
- このためには、企業・産業医に対し、専門医療機関や地域のかかりつけ医・認知症サポート医等の医療資源の情報を提供し、共有することが必要である。
- なお、情報提供手法としては、医療資源の情報を「とうきょう認知症ナビ」等の情報サイトのコンテンツに追加し、サイトの存在やその活用方法について、企業・産業医に対し周知を図ることが望ましい。

(3)空白期間の居場所

〔基本的な考え方〕

- 「空白期間の居場所」は、障害福祉サービスや介護保険サービス等により、社会参加活動を行う場として提供されることが望ましいと考えられる。

〔具体策〕

- 障害福祉サービスに基づく福祉的就労や介護保険サービス(デイサービス)に基づく社会参加活動等、既存制度の積極的な活用と段階的移行を図ることが必要である。
- なお、その際には、本人がこれまでに培ってきた経験や有する意欲・能力を最大限に引き出せるよう配慮し、介護保険サービスや障害福祉サービスな

ど各制度間の円滑な連携を図ることが求められる。

- また、「空白期間」を短くするためには、介護保険サービスにおいては、若年性認知症の人と認知症高齢者の日常生活の過ごし方の違いを考慮し、過ごし方に合ったサービスを算定しやすくすることも必要である。
- さらに、若年性認知症支援モデル事業の実施による事例紹介や成果の普及・発信を図るなど、先駆的な取組事例のノウハウが得られる場を作り出し、対応ノウハウの蓄積・共有化と先駆的取組の推進を図ることも必要である。

(4)社会全体における支援

〔具体策〕

- (若年性)認知症も含めた精神疾患全般について、広く社会を普及啓発していくことが必要である。
- そのためには、(若年性)認知症の支援に携わる各種の専門職が構成する団体が、行政とも協力しながら、(若年性)認知症に関する正しい情報の発信等に積極的に取り組んでいくことが望まれる。

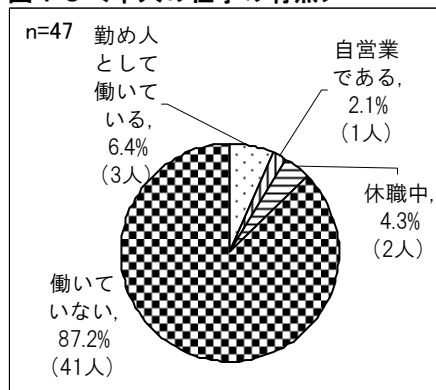
第6章 経済的支援

1 現状・若年性認知症に特有の課題

(1) 経済的支援の必要性

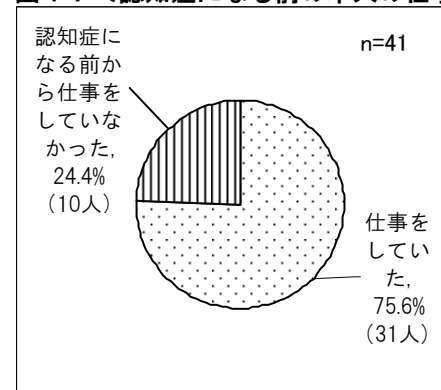
- 多くの家庭で、家計を支える働き手が発症により退職したり（図 16、図 17）、あるいは介護を担う必要が生じることにより、経済的に困窮する（図 18）。就学している子供や介護の必要な親がいると、経済的な負担はさらに大きい。

図 16 <本人の仕事の有無>



資料：都福祉保健局

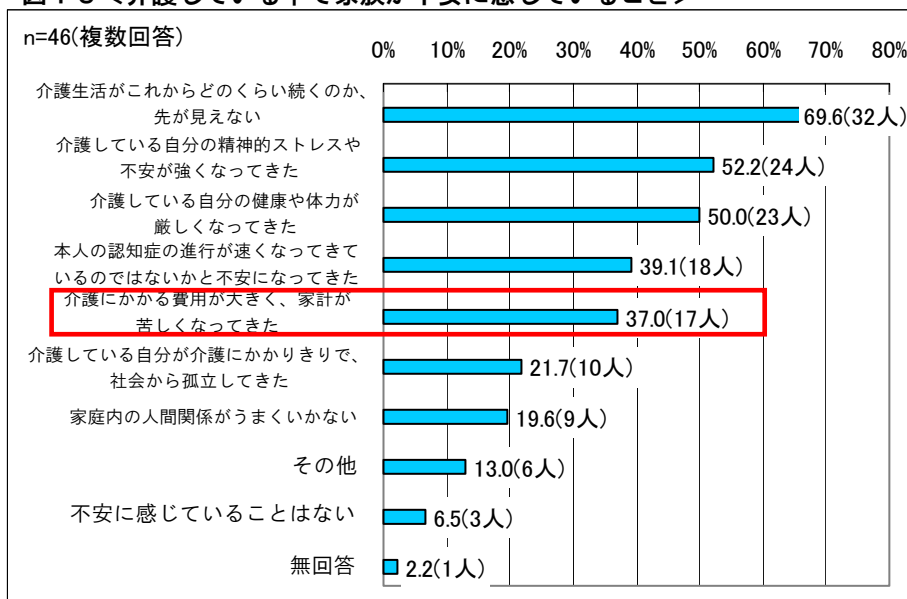
図 17 <認知症になる前の本人の仕事>



資料：都福祉保健局

「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成 20 年 8 月) 「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成 20 年 8 月)

図 18 <介護している中で家族が不安に感じていること>



資料：都福祉保健局「東京都若年性認知症生活実態調査」(平成 20 年 8 月)

(2)ローンについて

《ローンと団体信用生命保険》

- 若年性認知症を発症すると経済的に困窮するが、現状では多くの場合において、ローンに付随する団体信用生命保険の約款規定の高度障害状態に該当すると認められない。
- このため、ローン返済の目途が立たず、自己破産や所有不動産の売却を余儀なくされるケースもあるなど、生活に及ぼす影響が甚大である。

《就業不能保険》

- 就業不能になった場合に保障する保険は損害保険の分野となる。ただし、就業不能要因は身体疾患から精神疾患まで多岐に渡ることから、給付対象範囲が拡大し、結果的に保険料に反映されることにつながると考えられる。

(3)その他の既存の支援策

- 在職中に発症し、病気休職となった場合には、健康保険組合からの傷病手当金や就業規則に基づいて賃金（給与）が支給されるが、病気であることに気づかれずに退職に至るケースが多い。
- また、障害厚生年金や、精神障害者保健福祉手帳制度、自立支援医療費制度は、若年性認知症の人も利用できる場合が多く、こうした制度を活用することで、税制上の優遇措置や精神通院医療費の助成等の経済的支援を受けることが可能となる。
- しかし、こうした既存の支援制度はあまり活用されていない。また、本人・家族だけでなく、企業の担当者や区市町村等の相談窓口職員にも、こうした支援制度について広く知られているとは言えない。（表5、表6）

表5 <サービス・支援を利用していない理由>

	総数	知らなかった	使い方が分からない	気に入らない	申請されたが認められなかった	その他	無回答
介護保険制度によるサービス・支援	100% (18)	11.1% (2)	5.6% (1)	11.1% (2)	5.6% (1)	61.1% (11)	5.6% (1)
障害者自立支援法によるサービス・支援	100% (43)	55.8% (24)	9.3% (4)	2.3% (1)	2.3% (1)	30.2% (13)	-
その他サービス・支援	100% (23)	60.9% (14)	13.0% (3)	-	-	26.1% (6)	-

資料：都福祉保健局「東京都若年性認知症生活実態調査」（平成20年8月）

表6 <区市町村等相談窓口における、若年性認知症の人が利用可能な経済的支援制度の説明の程度>

	合計	十分説明ができる又はしている	尋ねられたら説明できる又はしている	この制度をよく知らない	無回答
障害基礎年金	100%	15.0%	50.2%	34.4%	0.4%
障害厚生年金	100%	13.6%	48.4%	38.1%	-
自立支援医療制度 (精神通院医療)	100%	22.3%	43.2%	33.7%	0.7%
精神障害者保健 福祉手帳	100%	21.2%	47.6%	30.8%	0.4%
生活保護制度	100%	31.1%	58.6%	9.5%	0.7%

資料：都福祉保健局「若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査」(平成21年10月)

2 支援策

〔基本的な考え方〕

- 本人・家族の生活基盤を確保するためには、経済的に支援することが不可欠である。
- なお、経済的支援の一つの方策として、直接給付による支援を行うことが考えられる。直接給付を行うためには恒久的な財源が不可欠であり、当部会における議論のみで解決できうる問題ではないため、当部会の検討事項からは除外するが、国における対応が望まれる。

〔具体策〕

《ローン及び高度障害認定基準について》

- 団体信用生命保険の高度障害認定基準は、原則として身体障害の程度に準じて定められている。
- 就業構造の変化に伴い、就業不能となる障害の種類や程度も変化しているはずだが、高度障害認定基準の運用は硬直的であり、就業形態の多様化に対応していないと考えられる。
- そこで、保険会社や金融機関等に対し、就業構造の変遷や、障害認定における身体障害と認知症も含めた精神障害の取扱いの格差、若年性認知症の本人・家族を取り巻いている現状・課題等も踏まえ、団体信用生命保険の高度障害認定基準見直しが必要であることを提言する。

《既存の支援策の活用について》

- 若年性認知症の人が利用可能な既存の経済的支援制度について、本人・家族、区市町村の相談窓口職員、企業への周知を図ることが必要である。
- そのためには、ケアマネジャー・地域包括支援センター職員等を対象とした既存の研修カリキュラムへの追加や、都民等を対象としたシンポジウム・講演会等の実施が有効である。
- また、「とうきょう認知症ナビ」等の情報源のコンテンツの充実とその周知も有効である。

参 考 资 料

若年性認知症に関する
区市町村相談窓口調査
報告書

東京都福祉保健局

平成21年10月

若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査報告書

目 次

I 調査の概要	1
II 調査結果	
1 相談窓口の属性	2
2 若年性認知症に関する相談状況	3
(1) 若年性認知症（疑いも含む。）についての相談の有無	3
(2) 若年性認知症の相談・受診の可能な近隣医療機関の紹介の可否	4
(3) 若年性認知症の人が利用可能な支援制度の説明の程度	5
III 資料編	
1 調査協力依頼文	19
2 調査票	21
3 単純集計表	23
4 クロス集計表	26

I 調査の概要

1 調査目的

本調査は、若年性認知症の本人・家族が相談に訪れることが予想される区市町村窓口・事業所を対象に、相談の実施状況等を調査することにより、都における若年性認知症への支援に向けた施策の検討の基礎資料とするものです。

2 調査対象

若年性認知症の本人・家族の相談窓口として考えられる、以下の都内の部署・事業所 671 か所（平成 21 年 6 月 1 日現在）のうち、無作為抽出した 303 か所

- ア 区市町村高齢福祉主管（認知症支援担当）課
- イ 介護保険法に基づく地域包括支援センター
- ウ 区市町村障害福祉主管課
- エ 障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業者

3 調査方法

自記入式による郵送による。

4 調査期間

平成 21 年 7 月から同年 8 月まで

5 回収状況

回収数 273 か所
回収率 90.1%

6 報告書の見方（凡例）

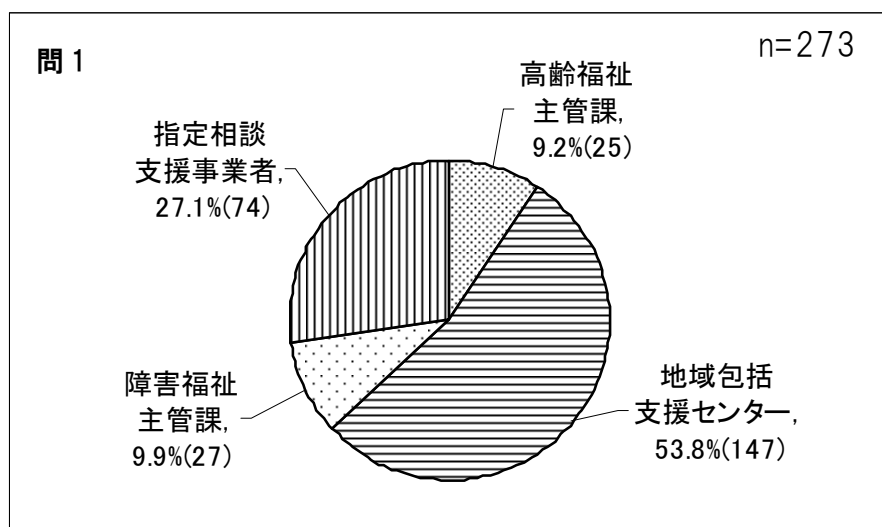
- (1) 集計結果（％）は、小数点第 2 位を四捨五入し、第 1 位までの表記としました。このため、合計が 100％に満たない、あるいは 100％を超える場合があります。
- (2) 総数の表示には「n」を使用しています。
- (3) 該当数字なしは「-」と表記しています。
- (4) 1 か所の相談窓口が上記調査対象の複数の相談窓口機能を兼ねている場合、当該相談窓口の回答を、それぞれの相談窓口の回答としてカウントしています。

II 調査結果

1 相談窓口の属性

問1 次のうち当てはまる番号1つに○をつけてください。

回答のあった相談窓口は、「地域包括支援センター」が53.8%（147か所）と最も多く、次いで「指定相談支援事業者」が27.1%（74か所）、「障害福祉主管課」が9.9%（27か所）、「高齢福祉主管課」が9.2%（25か所）となっています。

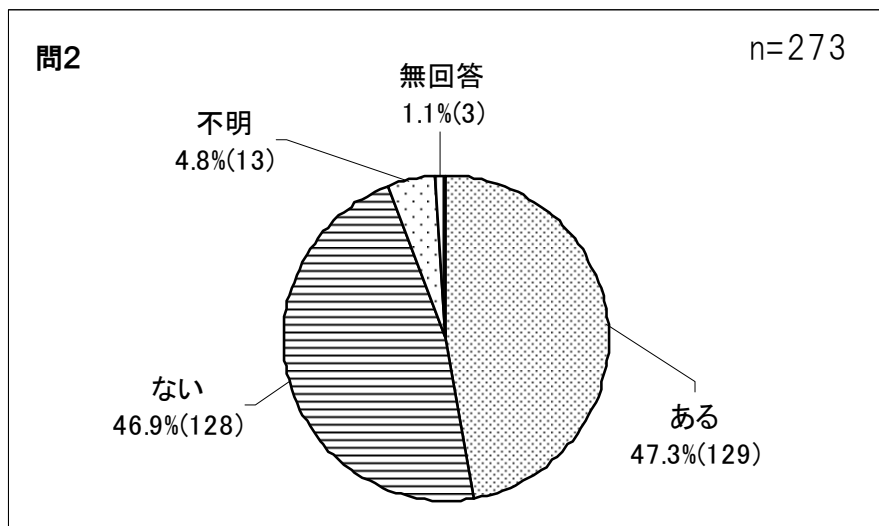


2 若年性認知症に関する相談状況

(1) 若年性認知症（疑いも含む。）についての相談の有無

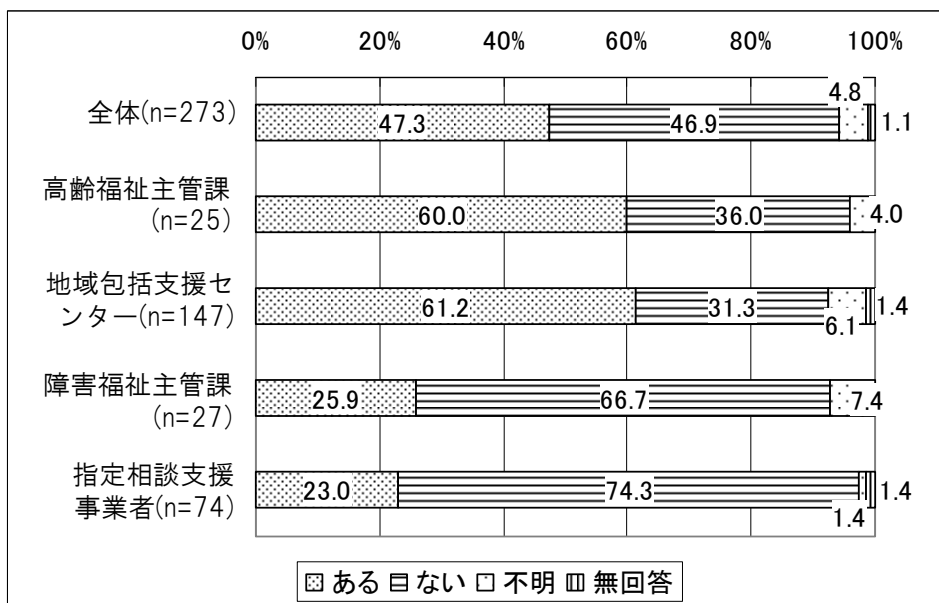
問2 これまでに、若年性認知症(疑いも含む。)についての相談を受けたことはありますか。次のうち当てはまる番号1つに○をつけてください。

若年性認知症（疑いも含む。）についての相談の有無を尋ねたところ、「ある」が 47.3%（129 か所）、「ない」が 46.9%（128 か所）でした。



窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターでは、「ある」が最も多く、それぞれ60.0%、61.2%となっています。

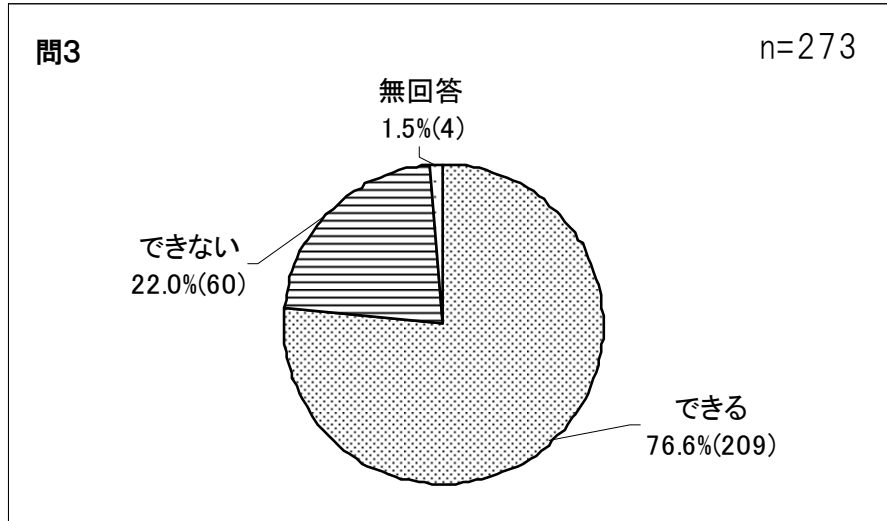
一方、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「ない」がそれぞれ66.7%、74.3%で最も多くなっています。



(2) 若年性認知症の相談・受診の可能な近隣医療機関の紹介の可否

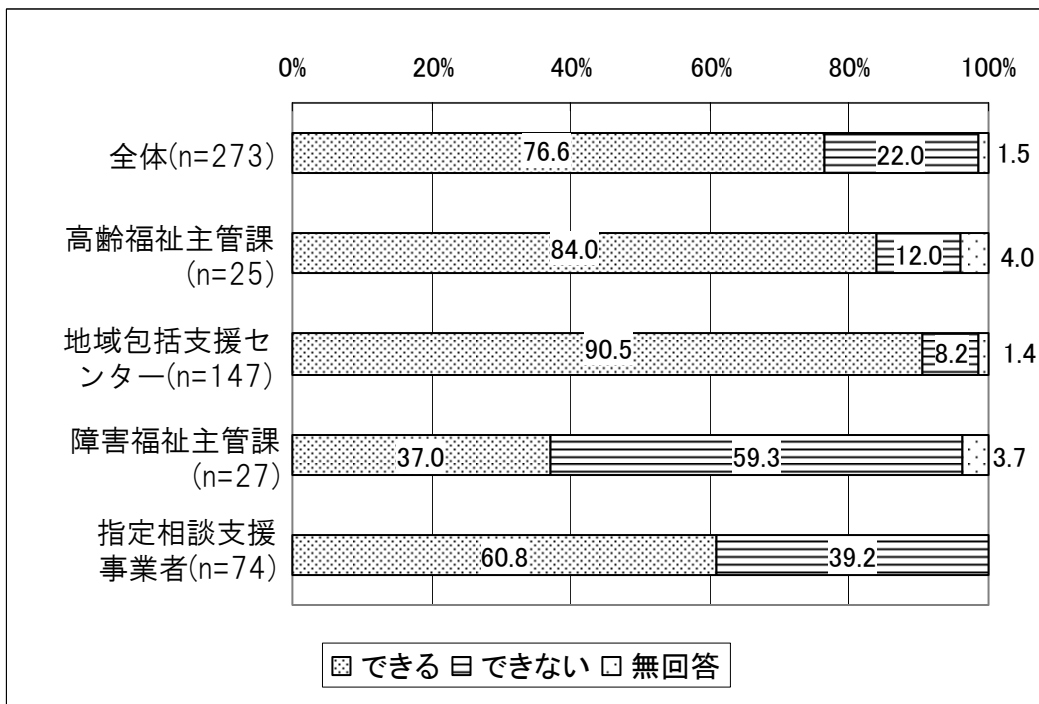
問3 若年性認知症(疑いも含む。)について相談があった場合に、相談・受診の可能な近隣の医療機関を紹介することができますか。次のうち当てはまるもの1つに○をつけてください。

若年性認知症について相談があった場合の、相談・受診の可能な近隣医療機関の紹介の可否について尋ねたところ、「できる」が76.6% (209 か所)、「できない」が22.0% (60 か所) と回答しています。



窓口種別でみると、高齢福祉主管課、地域包括支援センター及び指定相談支援事業者では「できる」が最も多くなっており、それぞれ84.0%、90.5%、60.8%となっています。

一方、障害福祉主管課では「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多く、59.3%となっています。

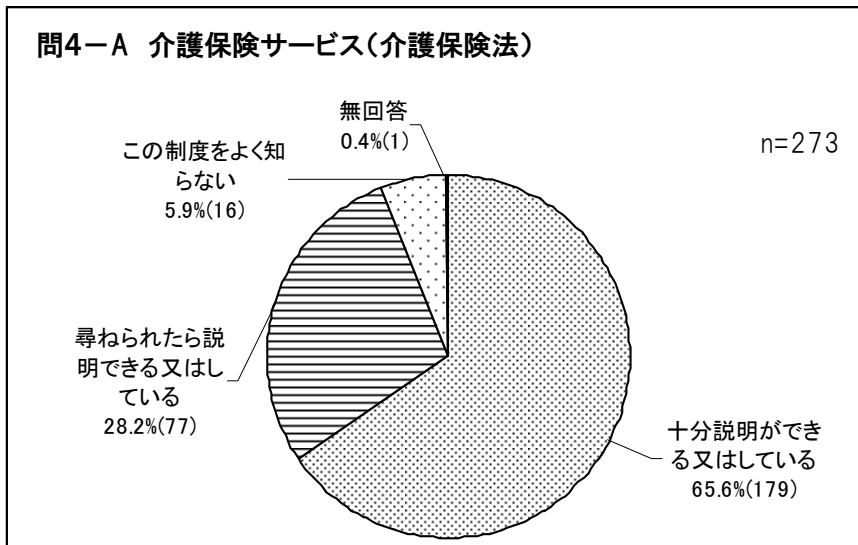


(3) 若年性認知症の人が利用可能な支援制度の説明の程度

問4 若年性認知症(疑いも含む。)について相談があった場合の、次の A~K の制度についての貴所における説明の程度のうち、もっとも近いと思う番号をそれぞれ1つ選んでください。
 なお、これまで相談がない場合は、仮に相談があった場合の対応として最も近いとおもうものを選んでください。

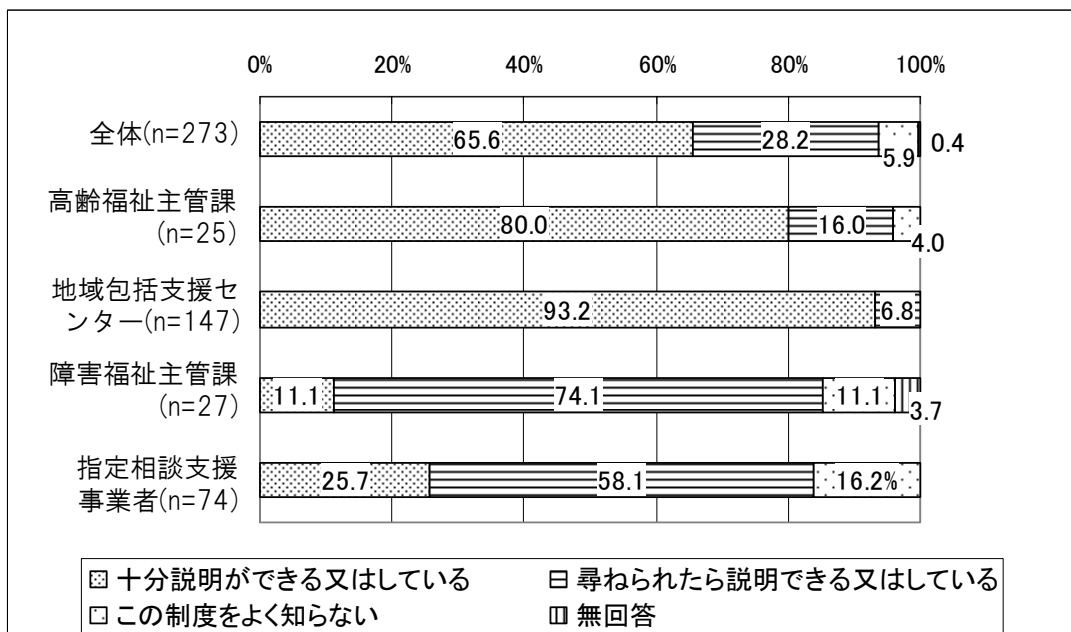
A 介護保険サービス(介護保険法)

介護保険サービスでは、「十分説明ができる又はしている」が 65.6% (179 か所)、次いで「尋ねられたら説明できる又はしている」が 28.2% (77 か所)、「この制度をよく知らない」が 5.9% (16 か所) となっています。



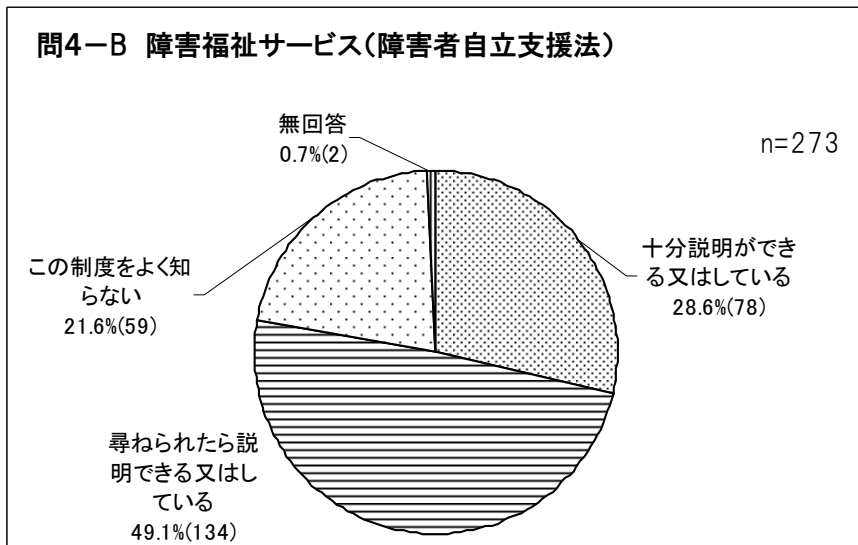
窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターでは「十分説明ができる又はしている」が最も多く、それぞれ 80.0%、93.2% となっています。

一方、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多く、74.1% 及び 58.1% となっています。



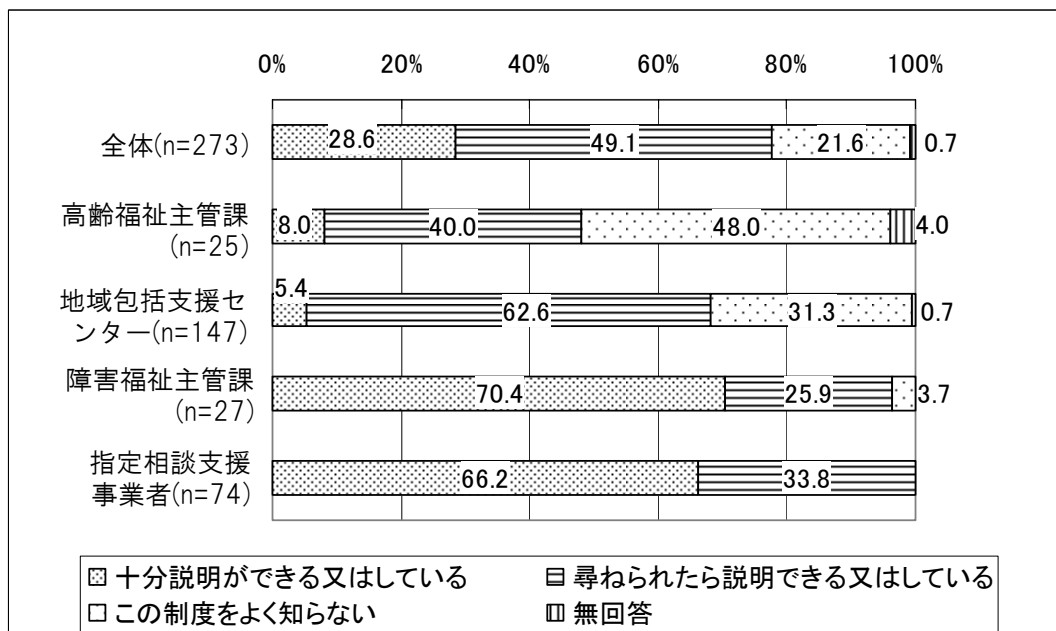
B 障害福祉サービス（障害者自立支援法）

障害福祉サービスでは、「尋ねられたら説明できる又はしている」が49.1%（134か所）で最も多くなっており、次いで「十分説明ができる又はしている」が28.6%（78か所）となっています。



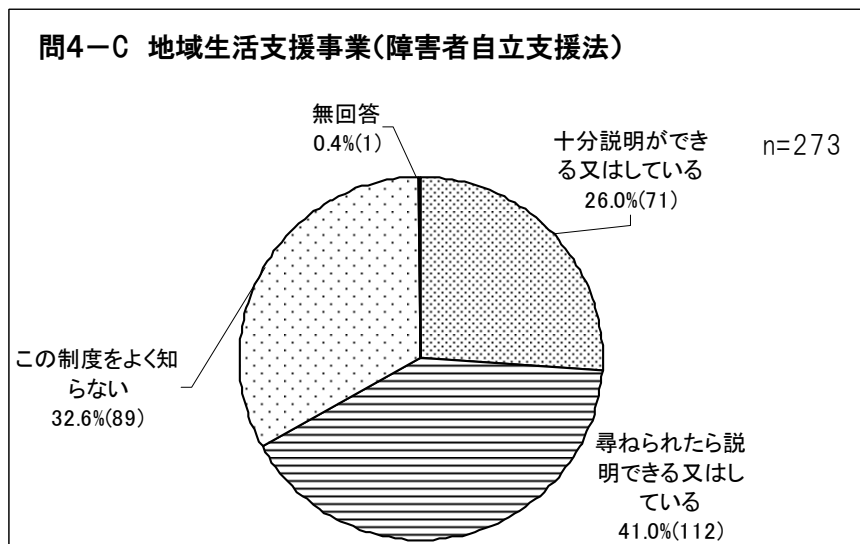
窓口種別でみると、高齢福祉主管課では「この制度をよく知らない」が48.0%で、地域包括支援センターでは「尋ねられたら説明できる又はしている」が62.6%で最も高い割合を示しています。

一方、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「十分説明ができる又はしている」が最も多く、それぞれ70.4%、66.2%となっています。



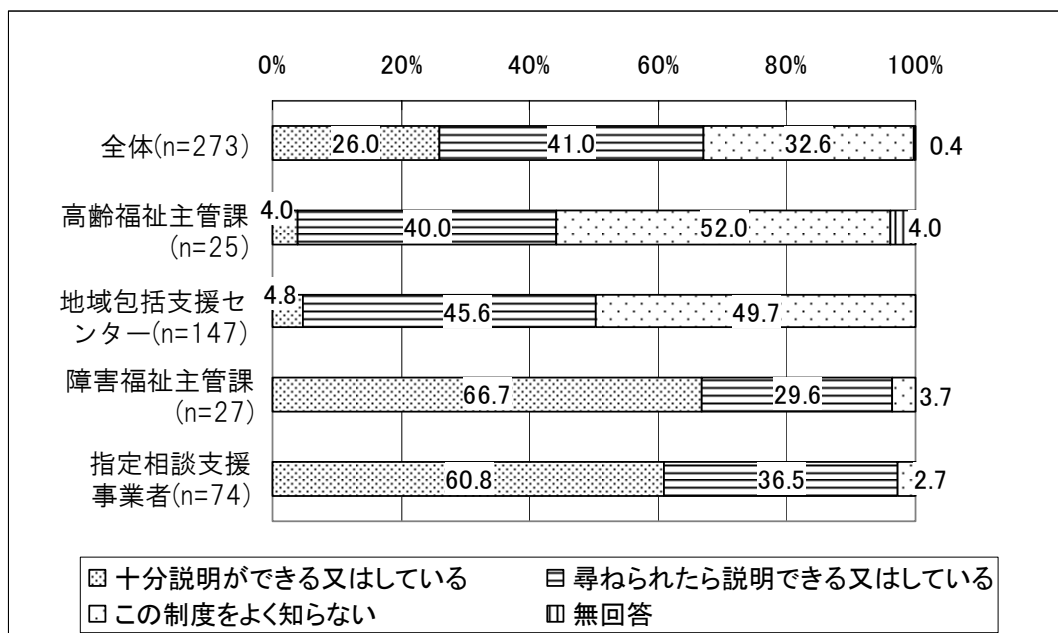
C 地域生活支援事業（障害者自立支援法）

地域生活支援事業では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が41.0%（112か所）、次いで「この制度をよく知らない」が32.6%（89か所）、「十分説明ができる又はしている」が26.0%（71か所）となっています。



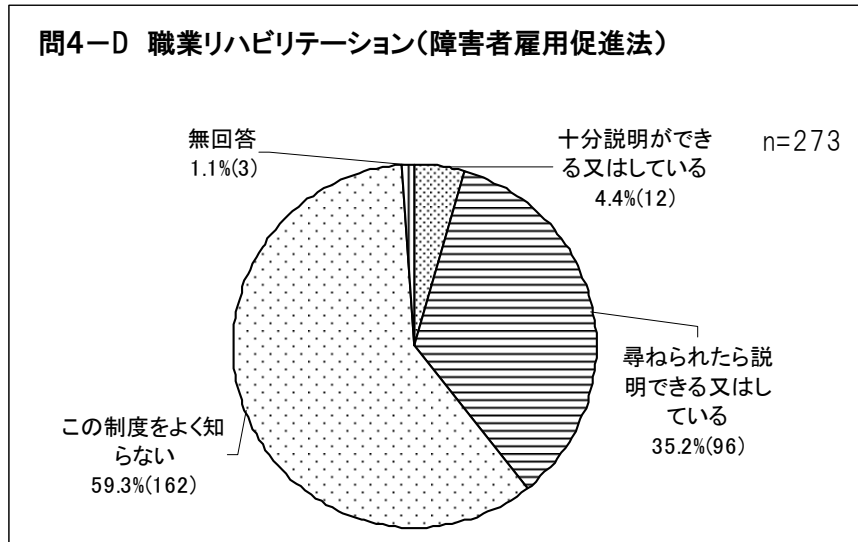
窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターでは「この制度をよく知らない」が52.0%、49.7%で最も多くなっています。

一方、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では「十分説明ができる又はしている」が66.7%、60.8%で最も高い割合となっています。

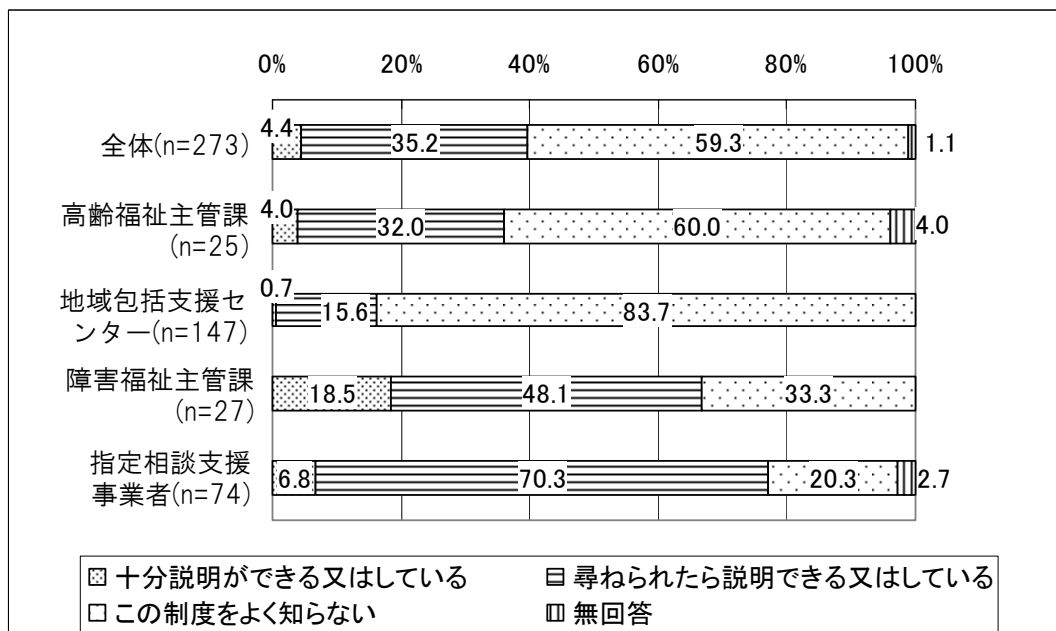


D 職業リハビリテーション（障害者雇用促進法）

職業リハビリテーションについて見ると、「この制度をよく知らない」が59.3%（162 か所）で最も多くなっており、次いで「尋ねられたら説明できる又はしている」が35.2%（96 か所）となっています。

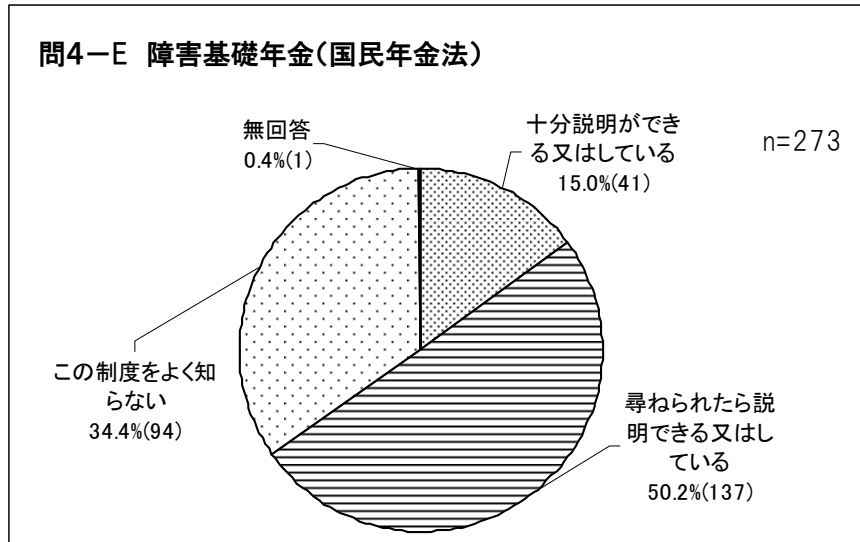


窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターでは、「この制度をよく知らない」が60.0%、83.7%で最も高い割合を示しているのに対し、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「尋ねられたら説明できる又はしている」がそれぞれ48.1%、70.3%で最も多くなっています。

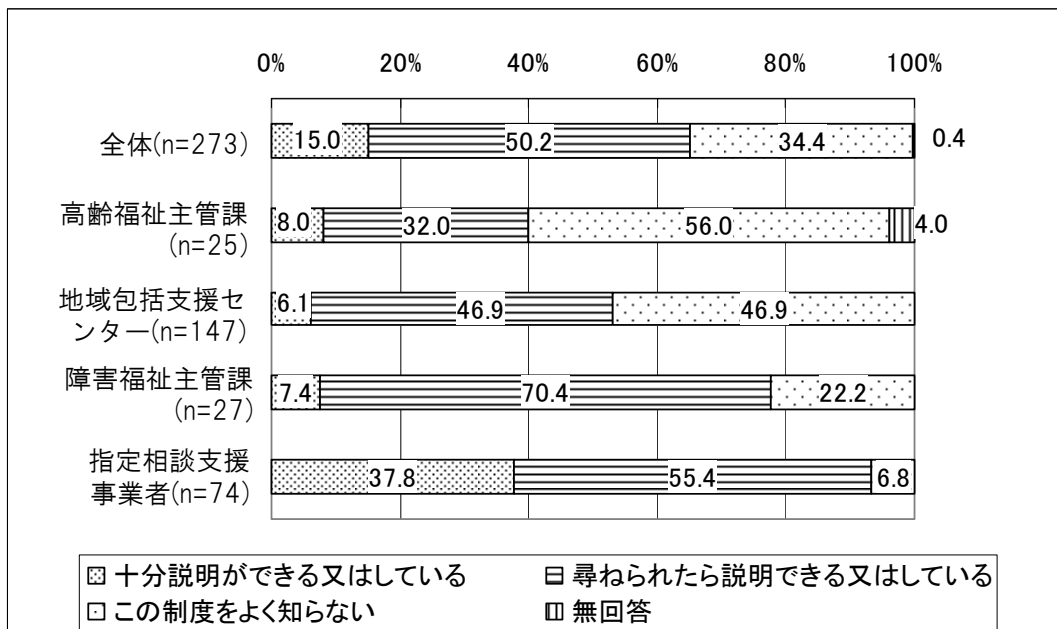


E 障害基礎年金（国民年金法）

障害基礎年金については、「尋ねられたら説明できる又はしている」が50.2%（137か所）と最も高い割合で見られました。「この制度をよく知らない」は34.4%（94か所）、「十分説明ができる又はしている」は15.0%（41か所）でした。

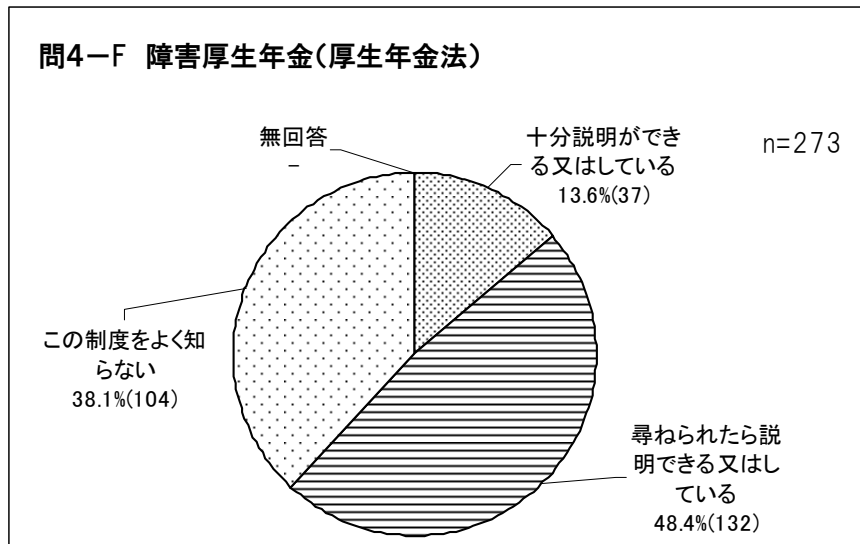


窓口種別でみると、高齢福祉主管課では「この制度をよく知らない」が56.0%、地域包括支援センターでは「尋ねられたら説明できる又はしている」「この制度をよく知らない」が双方とも46.9%、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では「尋ねられたら説明できる又はしている」が70.4%及び55.4%で最も多い回答となっています。



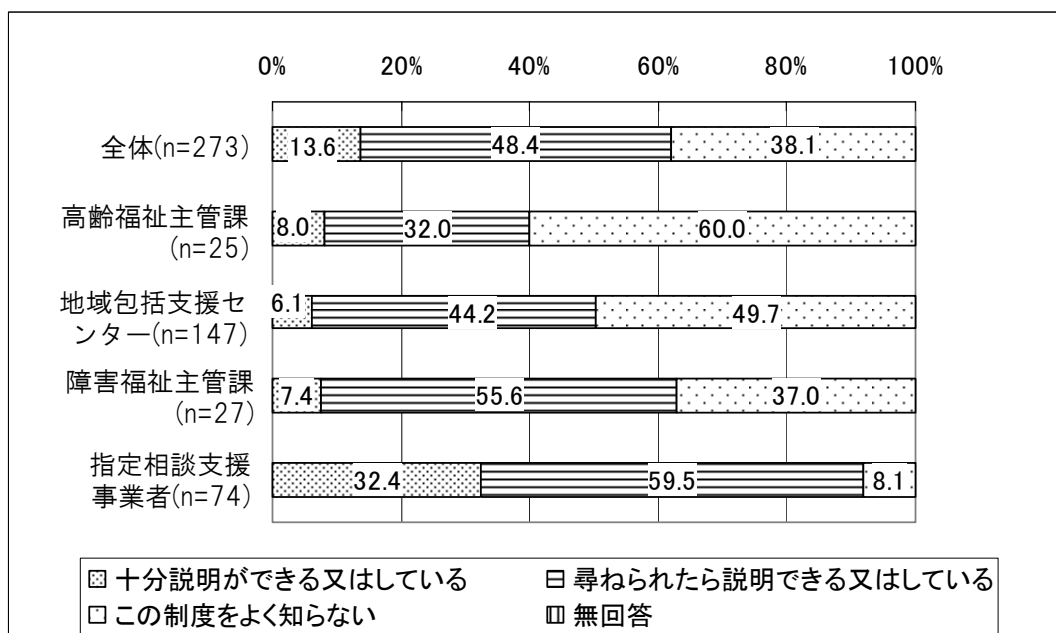
F 障害厚生年金（厚生年金保険法）

障害厚生年金では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が 43.4%（132 か所）、次いで「この制度をよく知らない」が 38.1%（104 か所）、「十分説明ができる又はしている」が 13.6%（37 か所）となっています。



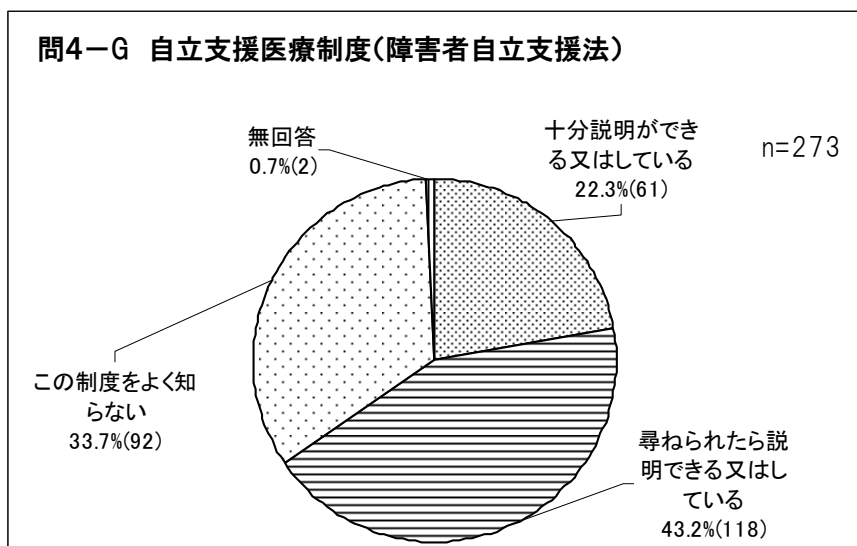
窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターは「この制度をよく知らない」が 60.0%及び 49.7%で最も多い回答となっています。

一方、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が 55.6%及び 59.5%で最も多い回答となっています。



G 自立支援医療制度（精神通院医療）（障害者自立支援法）

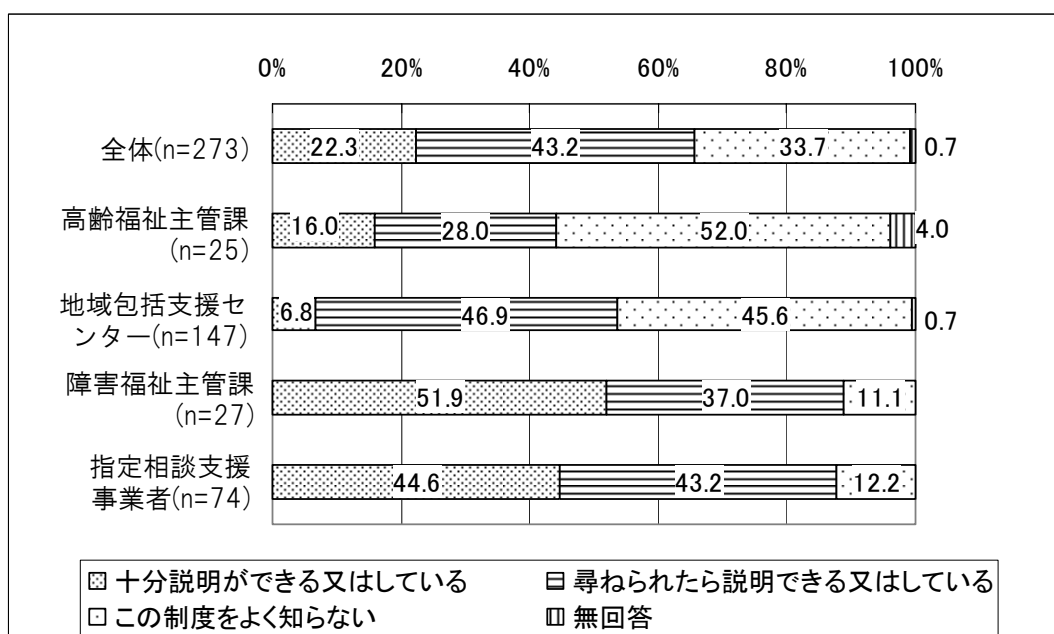
自立支援医療制度（精神通院医療）では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が 43.2%（118 か所）で最も高い割合となっています。「この制度をよく知らない」は 33.7%（92 か所）、「十分説明ができる又はしている」は 22.3%（61 か所）でした。



窓口種別でみると、高齢福祉主管課は「この制度をよく知らない」の割合が最も高く、52.0%となっています。

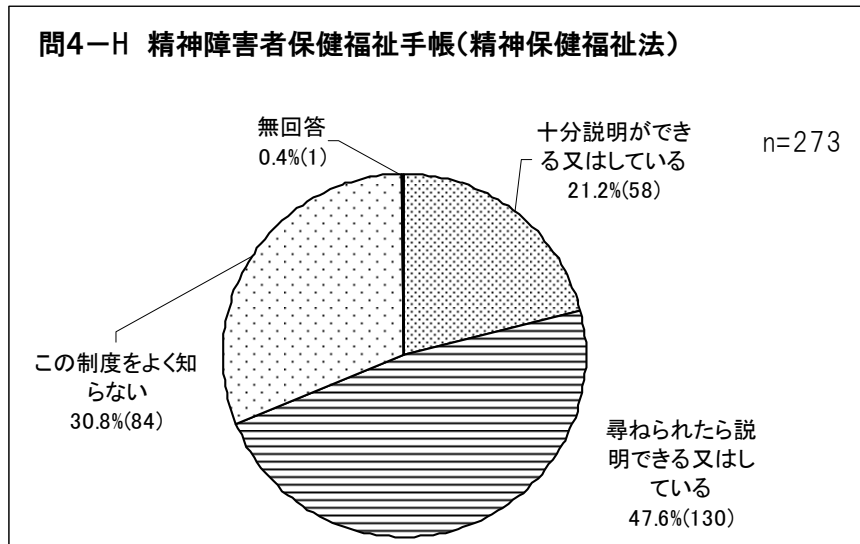
地域包括支援センターは「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多く、46.9%となっています。

障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「十分説明ができる又はしている」が51.9%及び44.6%で最も多くなっています。

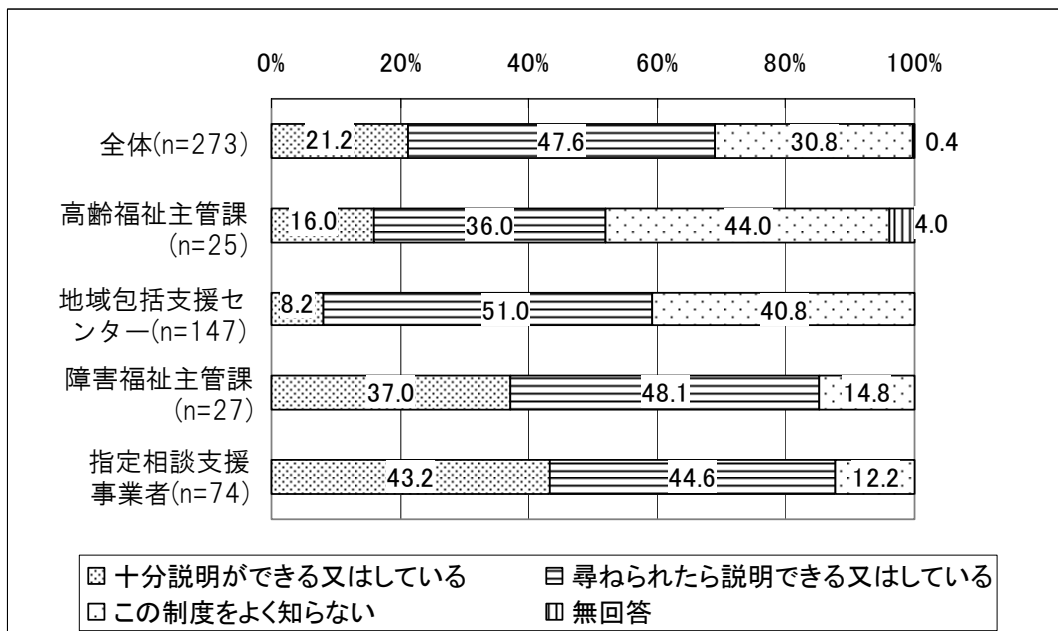


H 精神障害者保健福祉手帳（精神保健福祉法）

精神障害者保健福祉手帳では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が 47.6%（130 か所）、次いで「この制度をよく知らない」が 30.8%（84 か所）、「十分説明ができる又はしている」が 21.2%（58 か所）となっています。

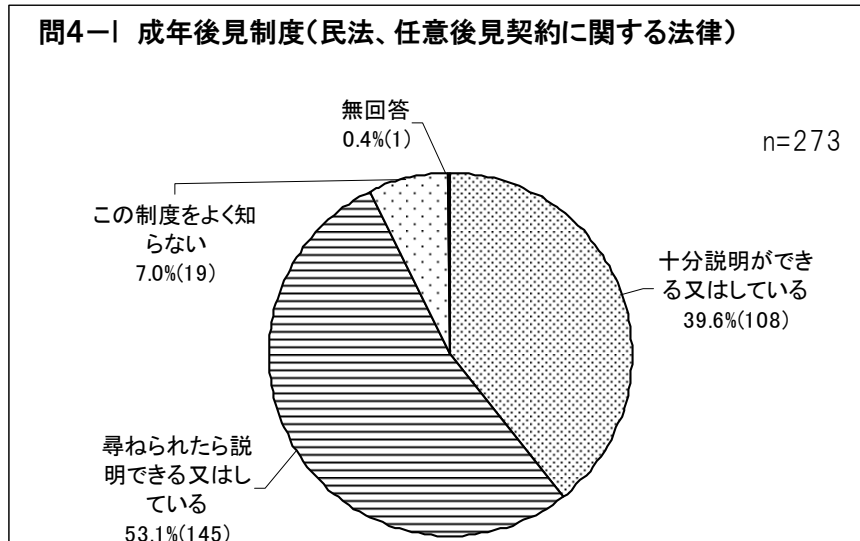


窓口種別でみると、高齢福祉主管課は「この制度をよく知らない」が 44.0%で最も多くなっています。地域包括支援センター、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多く、それぞれ 51.0%、48.1%、44.6%となっています。

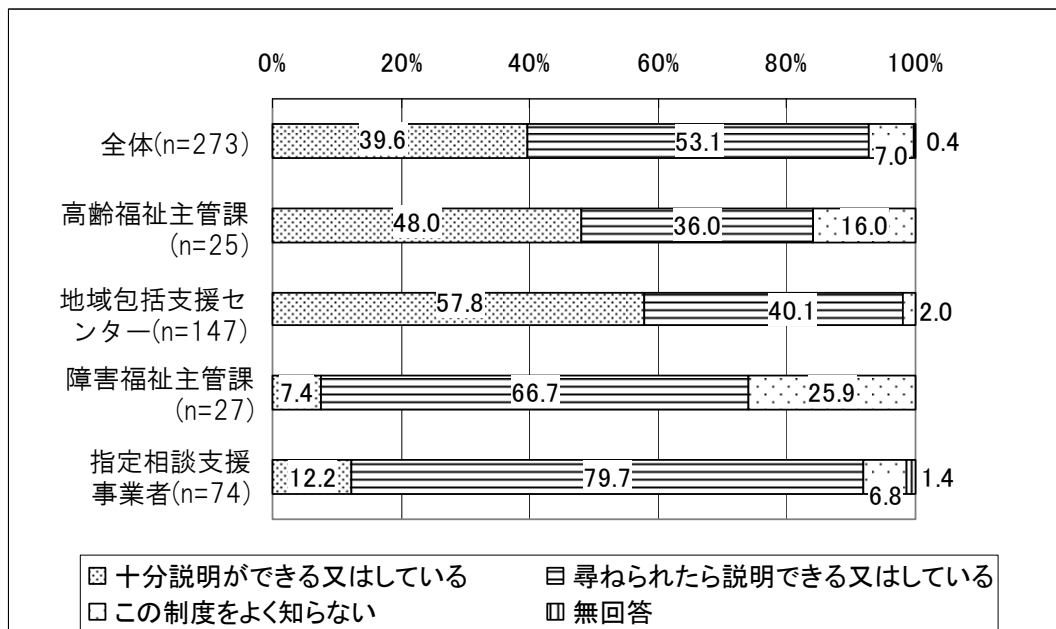


Ⅰ 成年後見制度（民法、任意後見契約に関する法律）

成年後見制度では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が53.1%（145 か所）と最も高く、次いで「十分説明ができる又はしている」が39.6%（108 か所）となっています。

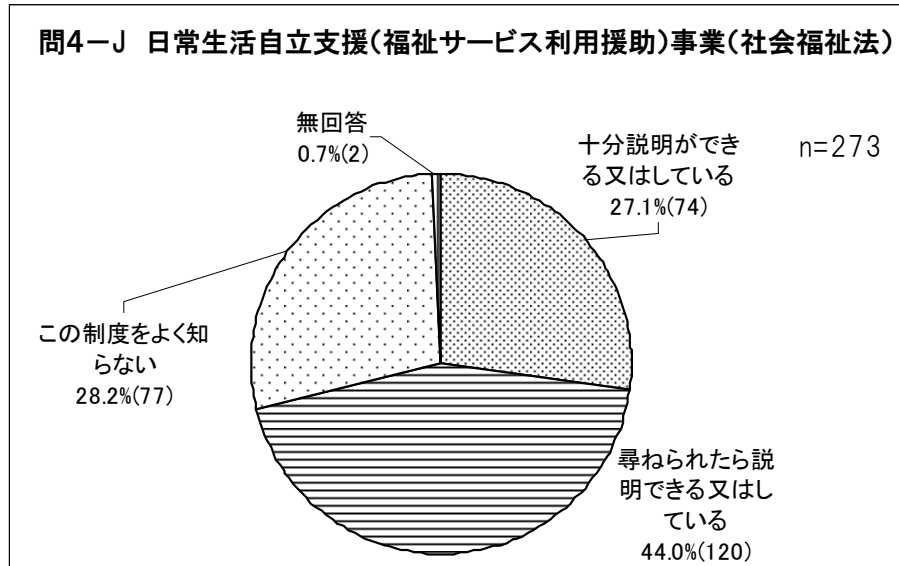


窓口種別でみると、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターでは、「十分説明ができる又はしている」が48.0%及び57.8%で最も高い割合を示しているのに対し、障害福祉主管課及び指定相談支援事業者では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が66.7%及び79.7%で最も高くなっています。

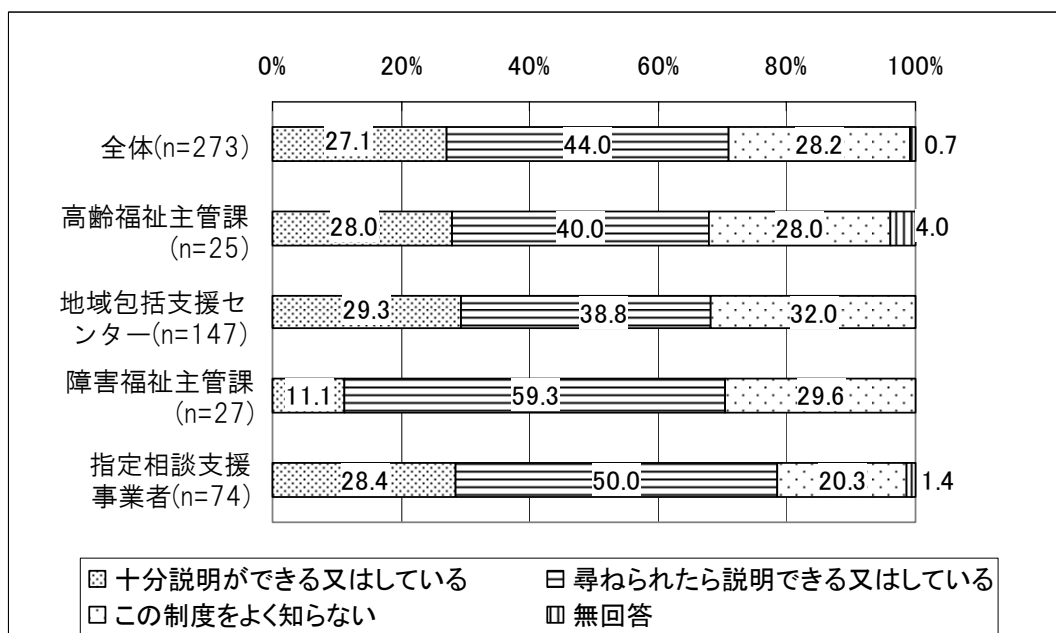


Ｊ 日常生活自立支援（福祉サービス利用援助）事業（社会福祉法）

日常生活自立支援（福祉サービス利用援助）事業では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が44.0%（120か所）で最も多くなっています。「この制度をよく知らない」が28.2%（77か所）、「十分説明ができる又はしている」が27.1%（74か所）と続いています。

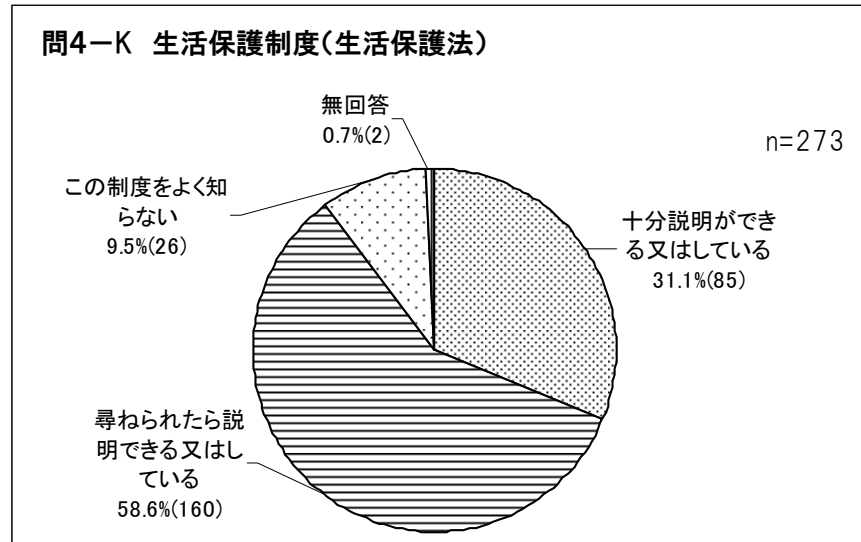


いずれの窓口種別においても、「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も高い割合を示しており、高齢福祉主管課は40.0%、地域包括支援センターは38.8%、障害福祉主管課は59.3%、指定相談支援事業者では50.0%となっています。

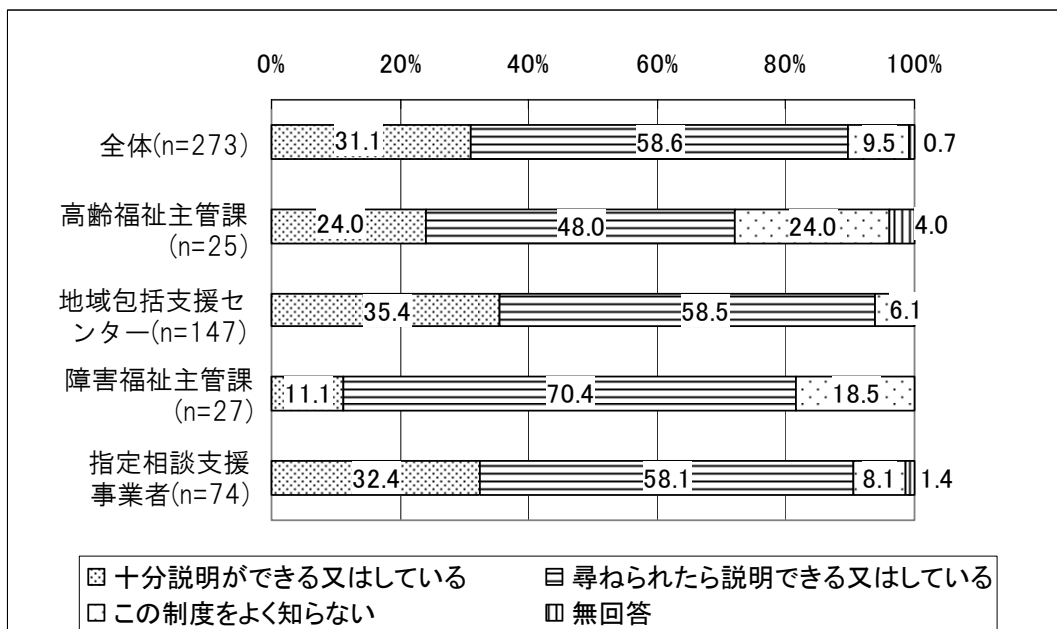


K 生活保護制度（生活保護法）

生活保護制度では、「尋ねられたら説明できる又はしている」が58.5%（160 か所）、「十分説明ができる又はしている」が31.1%（85 か所）、「この制度をよく知らない」が9.5%（26 か所）となっています。



窓口種別でみると、いずれにおいても「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多くなっており、高齢福祉主管課が48.0%、地域包括支援センターが58.5%、障害福祉主管課が70.4%、指定相談支援事業者が58.1%となっています。



III 資料編

1 調査協力依頼文

21 福保高在 第 257 号
平成 21 年 7 月 21 日

各
〔 区市町村高齢福祉主管（認知症支援担当）課長
地域包括支援センター長
区市町村障害福祉主管課長
指定相談支援事業所管理者 〕 殿

東京都福祉保健局高齢社会対策部

在宅支援課長 松山 祐一

（公印省略）

「若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査」の実施について（依頼）

平素より東京都の福祉保健行政に御協力いただきありがとうございます。

さて、東京都では、若年性認知症の人への支援策を構築するため、平成 20 年度から「東京都認知症対策推進会議・若年性認知症支援部会」（以下「部会」という。）を設置し、現状の分析や施策の検討を進めています。

この度、部会において若年性認知症の本人・家族等に対する相談・支援策を検討するにあたり、相談窓口として考えられる部署・事業所を対象に、相談・支援の現況を調査することといたしました。

つきましては、御多用のところ恐縮ですが、下記により調査にご回答くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1 調査について

(1) 調査名

若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査

(2) 調査目的

「区市町村相談窓口調査」は、若年性認知症の本人・家族等が相談に訪れることが想定される区市町村窓口・事業所を対象に、相談の実施状況などを調査することにより、都における若年性認知症への支援に向けた施策の検討の基礎資料とする。

(3) 調査対象

若年性認知症の本人・家族等の相談窓口として考えられる以下の部署・事業所 671 か所（平成 21 年 6 月 1 日現在）から無作為抽出した 303 か所

- ア 区市町村高齢福祉主管（認知症支援担当）課
- イ 介護保険法に基づく地域包括支援センター
- ウ 区市町村障害福祉主管課
- エ 障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業者

(4) 調査結果の利用

調査結果は統計的に処理することとし、個々の部署・事業所が特定される形での公表は行わない。

2 回答方法

別紙「区市町村相談窓口調査票」に直接御記入の上、郵送（交換便含む。）又はファクシミリで、担当あてに御返送ください。

3 締め切り

平成21年8月7日（金曜日）

〒163-8001（住所不要）
東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
認知症支援調整担当：小林・川井
（電話番号）03-5320-4277
（ファクシミリ）03-5388-1395

2 調査票

【区市町村相談窓口調査票】

所 属	
ご担当者名	
連絡先の電話番号	

貴所の属性について伺います。

問1 次のうち当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 区市町村高齢福祉（認知症支援）主管課
- 2 地域包括支援センター
- 3 区市町村障害福祉主管課
- 4 指定相談支援事業者

貴所における、若年性認知症に関する相談状況についてお伺いします。

問2 これまでに、若年性認知症（疑いも含む。）についての相談を受けたことはありますか。次のうち当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 ある
- 2 ない
- 3 不明

問3 若年性認知症（疑いも含む。）について相談があった場合に、相談・受診の可能な近隣の医療機関を紹介することができますか。次のうち当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 できる
- 2 できない

問4 若年性認知症（疑いも含む。）について相談があった場合の、次のA～Kの制度についての貴所における説明の程度のうち、もっとも近いと思う番号をそれぞれ1つ選んでください。
なお、これまで相談がない場合は、仮に相談があった場合の対応として最も近いと思うものを選んでください。

制度名	説明の程度		
	1 十分説明ができる 又はしている	2 尋ねられたら説明できる 又はしている	3 この制度をよく知らない
A 介護保険サービス(介護保険法)	1	2	3
B 障害福祉サービス(障害者自立支援法)	1	2	3
C 地域生活支援事業(障害者自立支援法)	1	2	3
D 職業リハビリテーション(障害者雇用促進法)	1	2	3

所 属	
-----	--

制度名	説明の程度		
	1 十分説明ができる 又はしている	2 尋ねられたら説明できる 又はしている	3 この制度をよく知らない
E 障害基礎年金(国民年金法)	1	2	3
F 障害厚生年金(厚生年金法)	1	2	3
G 自立支援医療制度(精神通院医療)(障害者自立支援法)	1	2	3
H 精神障害者保健福祉手帳(精神保健福祉法)	1	2	3
I 成年後見制度(民法、任意後見契約に関する法律)	1	2	3
J 日常生活自立支援(福祉サービス利用援助)事業(社会福祉法)	1	2	3
K 生活保護制度(生活保護法)	1	2	3

- - - 御協力ありがとうございました。 - - -

3 単純集計表

※数値上段=回答数、数値下段=%

問1 相談窓口の属性

調査数	高齢福祉 主管課	地域包括支 援センタ ー	障害福祉 主管課	指定相談支 援事業者
273	25	147	27	74
100%	9.2%	53.8%	9.9%	27.1%

問2 若年性認知症（疑いも含む。）に関する相談の有無

調査数	ある	ない	明	無回答
273	129	128	13	3
100%	47.3%	46.9%	4.8%	1.1%

問3 若年性認知症の相談・受診の可能な近隣医療機関の紹介の可否

調査数	で る	で ない	無 回 答
273	209	60	4
100%	76.6%	22.0%	1.5%

問4 若年性認知症の人が利用可能な支援制度の説明の程度

A 介護保険サービス（介護保険法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	179	77	16	1
100%	65.6%	28.2%	5.9%	0.4%

B 障害福祉サービス（障害者自立支援法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	78	134	59	2
100%	28.6%	49.1%	21.6%	0.7%

C 地域生活支援事業（障害者自立支援法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	71	112	89	1
100%	26.0%	41.0%	32.6%	0.4%

D 職業リハビリテーション（障害者雇用促進法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	12	96	162	3
100%	4.4%	35.2%	59.3%	1.1%

E 障害基礎年金（国民年金法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	41	137	94	1
100%	15.0%	50.2%	34.4%	0.4%

F 障害厚生年金（厚生年金法）

調査数	は明 している で る	尋ねられたら はしている 明で	この ないを く知ら	無回答
273	37	132	104	-
100%	13.6%	48.4%	38.1%	-

**G 自立支援医療制度（精神通院医療）
（障害者自立支援法）**

調査数	は明 して いる で る	尋ね られた ら明 では して いる	この ない を く 知 ら	無 回 答
273	61	118	92	2
100%	22.3%	43.2%	33.7%	0.7%

H 精神障害者保健福祉手帳（精神保健福祉法）

調査数	は明 して いる で る	尋ね られた ら明 では して いる	この ない を く 知 ら	無 回 答
273	58	130	84	1
100%	21.2%	47.6%	30.8%	0.4%

**I 成年後見制度（民法、任意後見契約に関する法律） J 日常生活自立支援（福祉サービス利用援助）事業
（社会福祉法）**

調査数	は明 して いる で る	尋ね られた ら明 では して いる	この ない を く 知 ら	無 回 答
273	108	145	19	1
100%	39.6%	53.1%	7.0%	0.4%

調査数	は明 して いる で る	尋ね られた ら明 では して いる	この ない を く 知 ら	無 回 答
273	74	120	77	2
100%	27.1%	44.0%	28.2%	0.7%

K 生活保護制度（生活保護法）

調査数	は明 して いる で る	尋ね られた ら明 では して いる	この ない を く 知 ら	無 回 答
273	85	160	26	2
100%	31.1%	58.6%	9.5%	0.7%

4 クロス集計表

※数値上段＝回答数、数値下段＝％

(問1 属性) × (問2 若年性認知症(疑いも含む。))に関する相談の有無)

	調査数	ある	ない	明	無回答
全体	273	129	128	13	3
	100%	47.3%	46.9%	4.8%	1.1%
高齢福祉主管課	25	15	9	1	-
	100%	60.0%	36.0%	4.0%	-
地域包括支援センター	147	90	46	9	2
	100%	61.2%	31.3%	6.1%	1.4%
障害福祉主管課	27	7	18	2	-
	100%	25.9%	66.7%	7.4%	-
指定相談支援事業者	74	17	55	1	1
	100%	23.0%	74.3%	1.4%	1.4%

(問1 属性) × (問3 若年性認知症の相談・受診の可能な近隣医療機関の紹介の可否)

	調査数	で る	で ない	無 回 答
全体	273	209	60	4
	100%	76.6%	22.0%	1.5%
高齢福祉主管課	25	21	3	1
	100%	84.0%	12.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	133	12	2
	100%	90.5%	8.2%	1.4%
障害福祉主管課	27	10	16	1
	100%	37.0%	59.3%	3.7%
指定相談支援事業者	74	45	29	-
	100%	60.8%	39.2%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 A 介護保険サービス(介護保険法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は し て い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	179	77	16	1
	100%	65.6%	28.2%	5.9%	0.4%
高齢福祉主管課	25	20	4	1	-
	100%	80.0%	16.0%	4.0%	-
地域包括支援センター	147	137	10	-	-
	100%	93.2%	6.8%	-	-
障害福祉主管課	27	3	20	3	1
	100%	11.1%	74.1%	11.1%	3.7%
指定相談支援事業者	74	19	43	12	-
	100%	25.7%	58.1%	16.2%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 B 障害福祉サービス(障害者自立支援法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は し て い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	78	134	59	2
	100%	28.6%	49.1%	21.6%	0.7%
高齢福祉主管課	25	2	10	12	1
	100%	8.0%	40.0%	48.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	8	92	46	1
	100%	5.4%	62.6%	31.3%	0.7%
障害福祉主管課	27	19	7	1	-
	100%	70.4%	25.9%	3.7%	-
指定相談支援事業者	74	49	25	-	-
	100%	66.2%	33.8%	-	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 C 地域生活支援事業 (障害者自立支援法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は し て い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	71	112	89	1
	100%	26.0%	41.0%	32.6%	0.4%
高齢福祉主管課	25	1	10	13	1
	100%	4.0%	40.0%	52.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	7	67	73	-
	100%	4.8%	45.6%	49.7%	-
障害福祉主管課	27	18	8	1	-
	100%	66.7%	29.6%	3.7%	-
指定相談支援事業者	74	45	27	2	-
	100%	60.8%	36.5%	2.7%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 D 職業リハビリテーション (障害者雇用促進法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は し て い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	12	96	162	3
	100%	4.4%	35.2%	59.3%	1.1%
高齢福祉主管課	25	1	8	15	1
	100%	4.0%	32.0%	60.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	1	23	123	-
	100%	0.7%	15.6%	83.7%	-
障害福祉主管課	27	5	13	9	-
	100%	18.5%	48.1%	33.3%	-
指定相談支援事業者	74	5	52	15	2
	100%	6.8%	70.3%	20.3%	2.7%

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 E 障害基礎年金 (国民年金法))

	調査数	は明 して い で る	尋 ね ら れ た ら 明 は し て い る	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	41	137	94	1
	100%	15.0%	50.2%	34.4%	0.4%
高齢福祉主管課	25	2	8	14	1
	100%	8.0%	32.0%	56.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	9	69	69	-
	100%	6.1%	46.9%	46.9%	-
障害福祉主管課	27	2	19	6	-
	100%	7.4%	70.4%	22.2%	-
指定相談支援事業者	74	28	41	5	-
	100%	37.8%	55.4%	6.8%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 F 障害厚生年金 (厚生年金法))

	調査数	は明 して い で る	尋 ね ら れ た ら 明 は し て い る	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	37	132	104	-
	100%	13.6%	48.4%	38.1%	-
高齢福祉主管課	25	2	8	15	-
	100%	8.0%	32.0%	60.0%	-
地域包括支援センター	147	9	65	73	-
	100%	6.1%	44.2%	49.7%	-
障害福祉主管課	27	2	15	10	-
	100%	7.4%	55.6%	37.0%	-
指定相談支援事業者	74	24	44	6	-
	100%	32.4%	59.5%	8.1%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 G 自立支援医療制度(精神通院医療)(障害者自立支援法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は して い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	61	118	92	2
	100%	22.3%	43.2%	33.7%	0.7%
高齢福祉主管課	25	4	7	13	1
	100%	16.0%	28.0%	52.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	10	69	67	1
	100%	6.8%	46.9%	45.6%	0.7%
障害福祉主管課	27	14	10	3	-
	100%	51.9%	37.0%	11.1%	-
指定相談支援事業者	74	33	32	9	-
	100%	44.6%	43.2%	12.2%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 H 精神障害者保健福祉手帳(精神保健福祉法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は して い る 明	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	58	130	84	1
	100%	21.2%	47.6%	30.8%	0.4%
高齢福祉主管課	25	4	9	11	1
	100%	16.0%	36.0%	44.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	12	75	60	-
	100%	8.2%	51.0%	40.8%	-
障害福祉主管課	27	10	13	4	-
	100%	37.0%	48.1%	14.8%	-
指定相談支援事業者	74	32	33	9	-
	100%	43.2%	44.6%	12.2%	-

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 I 成年後見制度(民法、任意後見契約に関する法律))

	調査数	は明 して い で る	尋 ね ら れ た ら 明 は し て い る	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	108	145	19	1
	100%	39.6%	53.1%	7.0%	0.4%
高齢福祉主管課	25	12	9	4	-
	100%	48.0%	36.0%	16.0%	-
地域包括支援センター	147	85	59	3	-
	100%	57.8%	40.1%	2.0%	-
障害福祉主管課	27	2	18	7	-
	100%	7.4%	66.7%	25.9%	-
指定相談支援事業者	74	9	59	5	1
	100%	12.2%	79.7%	6.8%	1.4%

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 J 日常生活自立支援(福祉サービス利用援助)事業(社会福祉法))

	調査数	は明 して い で る	尋 ね ら れ た ら 明 は し て い る	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	74	120	77	2
	100%	27.1%	44.0%	28.2%	0.7%
高齢福祉主管課	25	7	10	7	1
	100%	28.0%	40.0%	28.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	43	57	47	-
	100%	29.3%	38.8%	32.0%	-
障害福祉主管課	27	3	16	8	-
	100%	11.1%	59.3%	29.6%	-
指定相談支援事業者	74	21	37	15	1
	100%	28.4%	50.0%	20.3%	1.4%

(問1 属性) × (問4 支援制度の説明の程度 K 生活保護制度(生活保護法))

	調査数	は明 して い で る	尋ね られ たら は し て い る	こ の を く 知 ら な い	無 回 答
全体	273	85	160	26	2
	100%	31.1%	58.6%	9.5%	0.7%
高齢福祉主管課	25	6	12	6	1
	100%	24.0%	48.0%	24.0%	4.0%
地域包括支援センター	147	52	86	9	-
	100%	35.4%	58.5%	6.1%	-
障害福祉主管課	27	3	19	5	-
	100%	11.1%	70.4%	18.5%	-
指定相談支援事業者	74	24	43	6	1
	100%	32.4%	58.1%	8.1%	1.4%

若年性認知症に関する
介護保険事業所調査
報告書

東京都福祉保健局

平成21年10月

－ 目 次 －

1 調査の概要

(1) 調査の目的	1
(2) 調査期間	1
(3) 調査方法	1
(4) 調査項目	1
(5) 調査対象	1
(6) 回収状況	1
(7) 報告書の見方（凡例）	2

2 調査結果

(1) 若年性認知症の利用者の受入れ経験の有無	3
(2) 受入れ人数	4
(3) 若年性認知症に起因する困難の有無	5
(4) 若年性認知症の利用者を受け入れるための特別な対応	7
(5) 若年性認知症の利用者からの利用申込みの有無	9
(6) 利用に至らなかった理由	10
(7) 若年性認知症の起因する困難と考えられること	11

3 資料編

・「若年性認知症に関する介護保険事業所調査」調査票	13
---------------------------	----

1 調査の概要

(1) 調査の目的

「若年性認知症に関する介護保険事業所調査」は、介護保険事業所を対象に、若年性認知症の利用者の有無等に関する現況を調査することにより、都における若年性認知症への支援に向けた施策の検討の基礎資料とするものです。

(2) 調査期間

平成 21 年 7 月～8 月

(3) 調査方法

自記入式の郵送調査

(4) 調査項目

- ア 若年性認知症の利用者の有無
- イ 受入れにあたって困難だったこと（困難ではないかと考えること）の有無及びその内容
- ウ 受入れにあたって事業所が取った対応 等

(5) 調査対象

以下の介護保険事業所 2,885 か所（平成 21 年 6 月 1 日現在）から無作為抽出した 483 か所

- ア 介護老人保健施設
- イ 介護老人福祉施設
- ウ 認知症対応型共同生活介護事業所
- エ 通所介護事業所
- オ 認知症対応型通所介護事業所
- カ 小規模多機能型居宅介護事業所

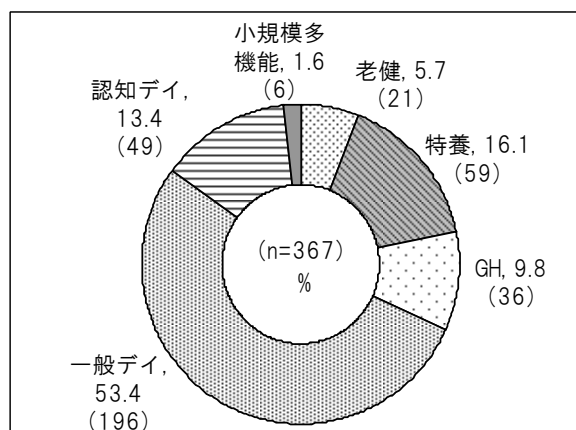
(6) 回収状況

367 票（回収率 76.0%）

なお、回収した調査票の介護保険事業所の種別の割合は【図】のとおり。

また、図中の略称については、(7)参照のこと。

【図】回収票の事業所種別の割合



(7) 報告書の見方（凡例）

集計結果（％）は、小数点第 2 位を四捨五入し第 1 位までの表記としました。このため、合計が 100％に満たないか 100％を超える場合があります。

総数に n を使用しています。

n は、回答者全員が答えるべき設問については、有効回答総数となり、条件付き設問（例：問 1 で「1」を選択した事業所のみ・・・、という設問）については、その設問に答えるべき該当者数となっています。

複数回答の設問では、集計結果の合計が 100％を超えることがあります。

該当数字がない場合は「-」と表記しています。

単数回答は SA、複数回答は MA と表記しています。

本報告書では、事業所の種別を以下のように略称しているところがあります。

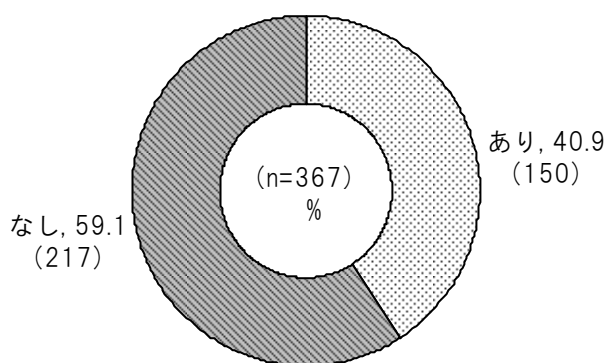
略称	正式名称
老健	介護老人保健施設
特養	介護老人福祉施設
GH	認知症対応型共同生活介護事業所
一般デイ	通所介護事業所
認知デイ	認知症対応型通所介護事業所
小規模多機能	小規模多機能型居宅介護事業所

2 調査結果

(1) 若年性認知症の利用者の受入れ経験の有無 (SA)

すべての介護事業所に、回答日現在までに若年性認知症の利用者を受け入れたことがあるか尋ねたところ、「ある」と答えた事業所は40.5% (148)、「ない」と答えた事業所は59.5% (217)でした。

問1 (全ての事業所にお尋ねします) 貴事業所では、回答日現在までに、若年性認知症の利用者(認知症の利用者のうち65歳未満の者をいう。以下同じ)を受け入れたことはありますか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

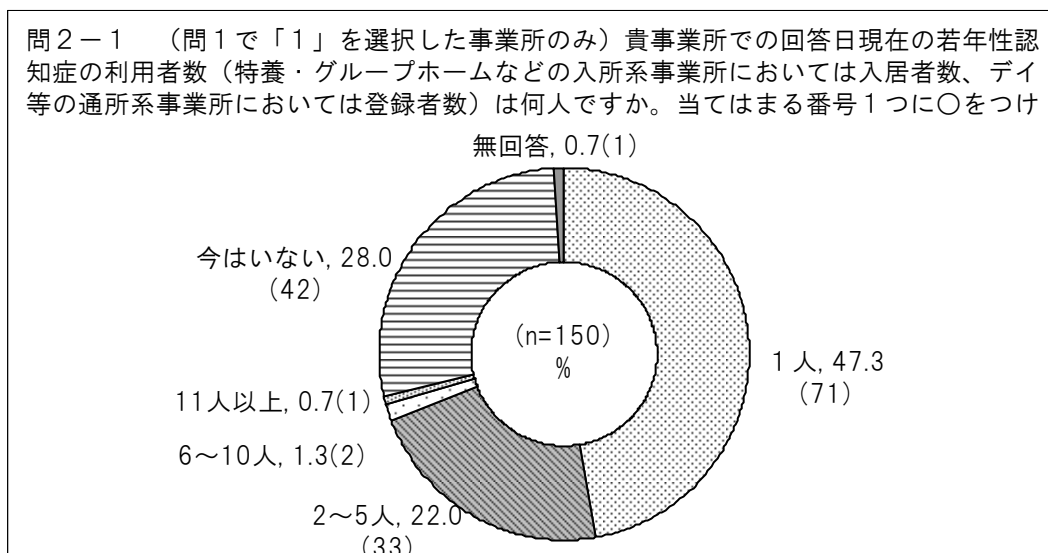


【参考】若年性認知症の利用者の受入れ経験の有無 (事業所の種別)

	n	あり	なし	無回答
n	100.0 (367)	40.9 (150)	59.1 (217)	-
老健	100.0 (21)	66.7 (14)	33.3 (7)	-
特養	100.0 (59)	47.5 (28)	52.5 (31)	-
GH	100.0 (36)	25.0 (9)	75.0 (27)	-
一般デイ	100.0 (196)	34.2 (67)	65.8 (129)	-
認知デイ	100.0 (49)	55.1 (27)	44.9 (22)	-
小規模 多機能	100.0 (6)	83.3 (5)	16.7 (1)	-

(2) 受入れ人数 (SA)

問1で「若年性認知症の利用者を受け入れたことがある」と回答した事業所(150)に、回答日現在の利用者数を尋ねたところ、「1人」と答えた事業所が47.3%(71)と最も多く、次いで「今はいない」と答えた事業所が28.0%(42)でした。

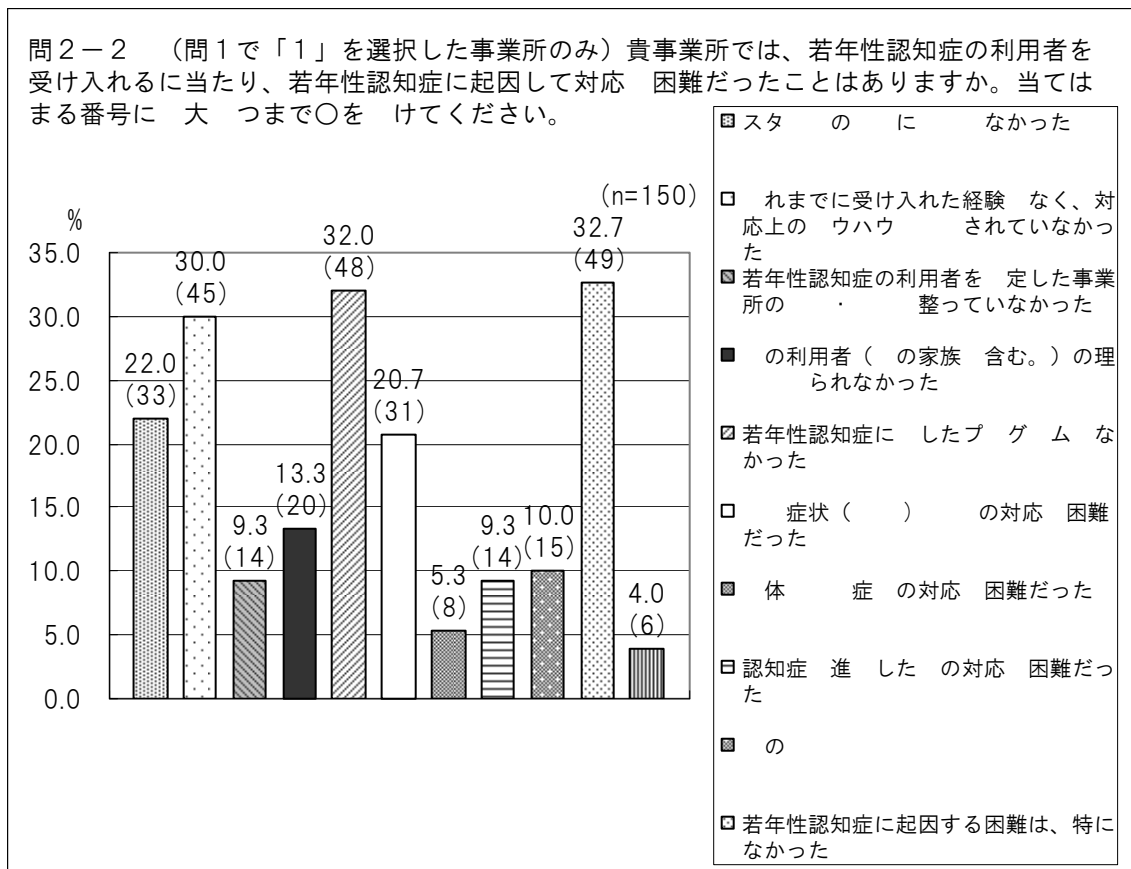


【参考】受入れ人数 (事業所の種別)

	n	1人	2~5人	6~10人	11人以上	今はいない	無回答
n	100.0 (150)	47.3 (71)	22.0 (33)	1.3 (2)	0.7 (1)	28.0 (42)	0.7 (1)
老健	100.0 (14)	28.6 (4)	14.3 (2)	7.1 (1)	-	50.0 (7)	-
特養	100.0 (28)	53.6 (15)	21.4 (6)	3.6 (1)	-	17.9 (5)	3.6 (1)
GH	100.0 (9)	44.4 (4)	11.1 (1)	-	-	44.4 (4)	-
一般デイ	100.0 (67)	43.3 (29)	23.9 (16)	-	1.5 (1)	31.3 (21)	-
認知デイ	100.0 (27)	59.3 (16)	25.9 (7)	-	-	14.8 (4)	-
小規模 多機能	100.0 (5)	60.0 (3)	20.0 (1)	-	-	20.0 (1)	-

(3) 若年性認知症に起因する困難の有無 (MA3)

問1で「若年性認知症の利用者を受け入れたことがある」と回答した事業所(150)に対し、若年性認知症の利用者を受け入れるに当たり、若年性認知症に起因して対応が困難だったことを尋ねたところ、「若年性認知症に起因する困難は、特になかった」が32.7%(49)と最も多く、次いで、「若年性認知症に適したプログラムがなかった」が32.0%(48)、「それまでに受け入れた経験がなく、対応上のノウハウが蓄積されていない」が30.0%(45)と続きました。



なお、「その他」10.0%(15)として、以下の記述がありました。

《年齢に関すること》

- ・高齢の方の中では若すぎるだけに目立ってしまい、ご本人に申し訳ない環境になる状況が多い。認知症ある方でも高齢の方々の中になぜ自分が居るのか疑問に感じ、オロオロしたり悩んだりされる。若年の方だけが集まれる(バラバラになるのではなく)優先される所があっても良いと考える。当施設では無理。
- ・他利用者が高齢であるため本人にもとまどいがあったと思う。
- ・面会者、ボランティアとの区別困難
- ・他の利用者との年齢的なギャップ等も含む。
- ・進行したときの服薬の状況。他の入居者が高齢者ばかりのため、どちらかという

一人行動が多く、共同生活であるが、利用者同士会話をしているにもかかわらず続かない。

《ケア・過ごし方に関すること》

- ・目を離れた隙にいなくなる（施設外）
- ・利用者との意思疎通が難しく利用者の力が強く、常時2人体制することもあった。
- ・暴力行為への対応
- ・通所日にその都度送迎時間を連絡する。出来ないことを手伝う。一人住まいの問題相談にのる。（一緒に買物に行く、カギの開閉）
- ・帰宅願望、所在不明にならないための対応
- ・アセスメントを職員が周知し、家族からの要望も細かく伺ったが、本人のADLや心の内をつかむことが難しかった。
- ・入所に対する本人の理解が得られなかった。施設を出ていかれることが数回あった。

《その他》

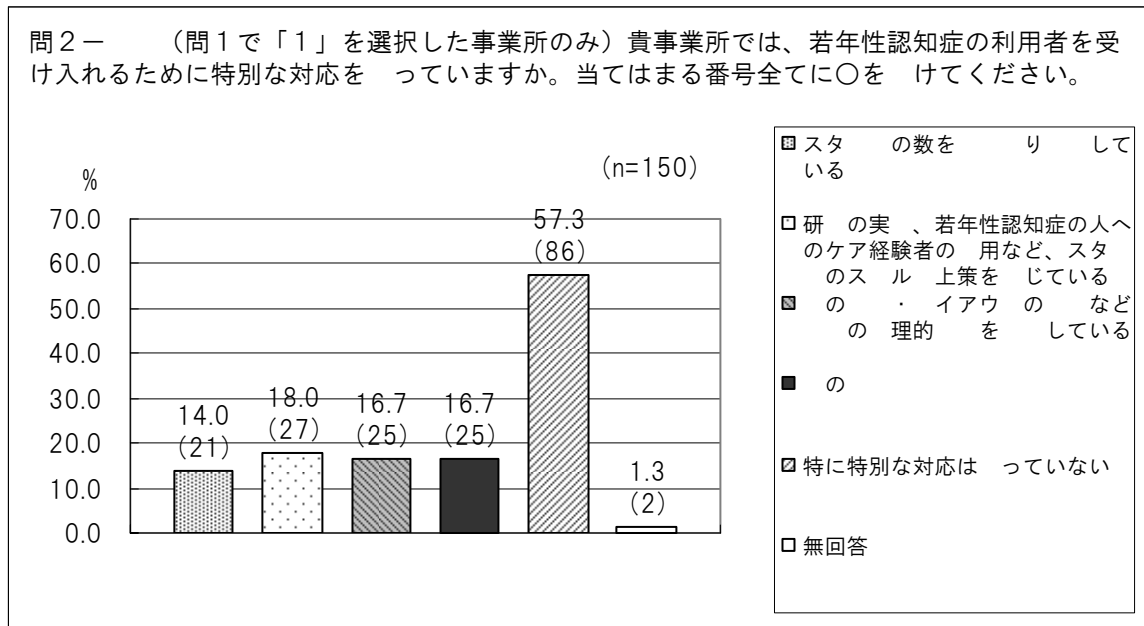
- ・受入れを開始したばかりで、まだご本人の行動を知る段階であり、体制・環境については検討中。これからの状況。
- ・家族が現状を受入れることができなかった。
- ・（認知症対応型サービス事業所ではないが）都の認知症対応研修に参加した経緯があり対応策は万全。職員は皆心得ており、認知症に対する対応も困惑も特にない。

【参考】若年性認知症に起因する困難の有無（事業所の種別）

	n	スタ	経験・ ノウハウ	等 理的	の利用者・家族 の理	プ グ ム		体 症	認知症の 進	の	特 に ない	無 回 答
n	100.0 (150)	22.0 (33)	30.0 (45)	9.3 (14)	13.3 (20)	32.0 (48)	20.7 (31)	5.3 (8)	9.3 (14)	10.0 (15)	32.7 (49)	4.0 (6)
老健	100.0 (14)	14.3 (2)	21.4 (3)	7.1 (1)	7.1 (1)	21.4 (3)	14.3 (2)	7.1 (1)	7.1 (1)	14.3 (2)	42.9 (6)	7.1 (1)
特養	100.0 (28)	14.3 (4)	42.9 (12)	10.7 (3)	-	42.9 (12)	25.0 (7)	7.1 (2)	3.6 (1)	10.7 (3)	32.1 (9)	-
GH	100.0 (9)	11.1 (1)	22.2 (2)	-	22.2 (2)	-	44.4 (4)	22.2 (2)	22.2 (2)	11.1 (1)	33.3 (3)	-
一般デイ	100.0 (67)	26.9 (18)	28.4 (19)	14.9 (10)	13.4 (9)	29.9 (20)	10.4 (7)	1.5 (1)	10.4 (7)	7.5 (5)	32.8 (22)	7.5 (5)
認知デイ	100.0 (27)	25.9 (7)	29.6 (8)	-	18.5 (5)	40.7 (11)	29.6 (8)	7.4 (2)	11.1 (3)	11.1 (3)	33.3 (9)	-
小規模 多機能	100.0 (5)	20.0 (1)	20.0 (1)	-	60.0 (3)	40.0 (2)	60.0 (3)	-	-	-	-	-

(4) 若年性認知症の利用者を受け入れるための特別な対応 (MA)

問1で「若年性認知症の利用者を受け入れたことがある」と回答した事業所(150)に対し、若年性認知症の利用者を受け入れるために取った対応を尋ねたところ、「特に特別な対応は取っていない」が57.3%(86)と最も多くなっています。



なお、「その他」16.7%(25)として、以下の記述がありました。

《ケア・過ごし方に関すること》

- ・利用者としての立場より、我々スタッフの一員として役割を持って参加して頂ける様にした。
- ・食器の配膳等役割を持たせた。
- ・部屋のカギの開閉が困難で、介助の為、送迎車両を別にしている。他の利用者から特別に見られないように配慮している。また、理解も得られている。
- ・話がしやすいように話題をその方に合わせる。趣味活動等同様である。
- ・リハビリに対して強い希望があったため、外部機関で通所のリハビリを行った。
- ・なるべく高齢者と同じプログラムを行わず、スタッフと同じように接するよう意識している。

《職員配置に関すること》

- ・同性介護の徹底が職員配置の状況で十分できない。
- ・一対一に近い介護を行った。
- ・利用者が安心できるスタッフをマンツーマンで配置した。
- ・BPSD 悪化時等は同性(男性)職員の方が穏やかになる傾向があるので、同性職員等が個別に対応する等工夫している。
- ・ほぼマンツーマンで対応できるようシフト調整

- ・極力マンツーマンの対応が図れるよう配慮している。

《情報共有・アセスメントに関すること》

- ・薬の調整も難しいので、主治医・家族と密に連携を図り生活を支援している。
- ・その都度カンファレンス等実施し、対応策を練っている。
- ・ケアマネから情報を収集し、ご家族とも緊急時の対応の確認を密にとった。
- ・ミーティング等ご利用者の集中できるメニューの提供を検討した。
- ・デイでの様子を細かく伝え、家族との連携を密にする努力をした。
- ・家族との情報交換、チーム内のケアの周知・統一、相談、精神科医・看護師との連携

《その他》

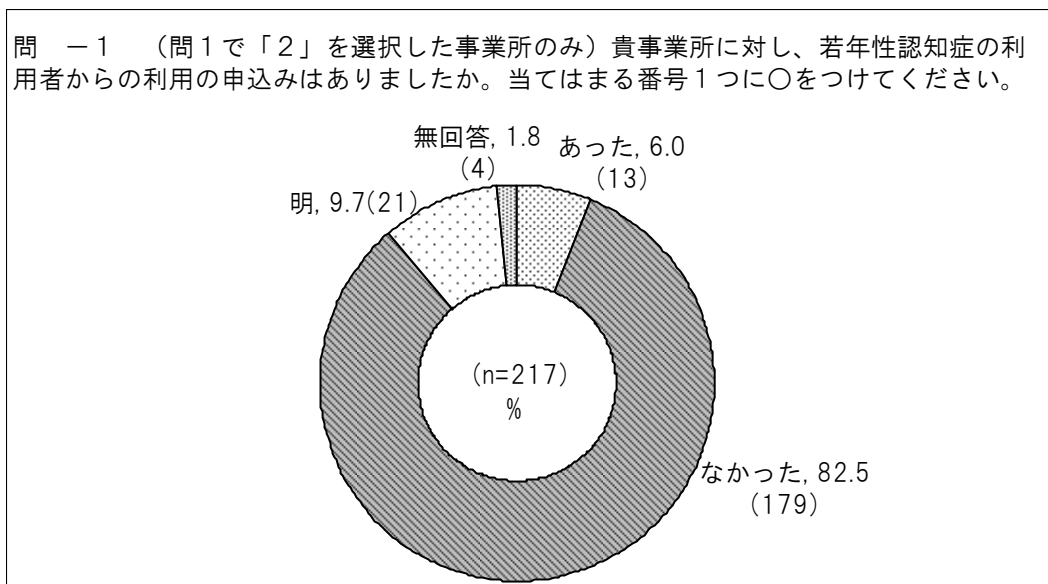
- ・専門施設として認知症のお客様の受入れを行ってきていることから、特に問題なし。
- ・胃ろう造設で寝たきり状態である。
- ・個別対応をしている。
- ・利用者の少ない日曜日のみを利用日としている。
- ・認知症対応型サービスもあり個別ケアが実施できている。

【参考】若年性認知症の利用者を受け入れるための特別な対応（事業所の種別）

	n	スタ	ス ル 上	理的 の	の	特別な対応 はない	無回答
n	100.0 (150)	14.0 (21)	18.0 (27)	16.7 (25)	16.7 (25)	57.3 (86)	1.3 (2)
老健	100.0 (14)	-	7.1 (1)	7.1 (1)	14.3 (2)	71.4 (10)	7.1 (1)
特養	100.0 (28)	7.1 (2)	17.9 (5)	21.4 (6)	14.3 (4)	64.3 (18)	-
GH	100.0 (9)	-	11.1 (1)	22.2 (2)	11.1 (1)	66.7 (6)	-
一般デイ	100.0 (67)	16.4 (11)	20.9 (14)	14.9 (10)	16.4 (11)	59.7 (40)	1.5 (1)
認知デイ	100.0 (27)	25.9 (7)	18.5 (5)	22.2 (6)	22.2 (6)	37.0 (10)	-
小規模 多機能	100.0 (5)	20.0 (1)	20.0 (1)	-	20.0 (1)	40.0 (2)	-

(5) 若年性認知症の利用者からの利用申込みの有無 (SA)

問1で「若年性認知症の利用者を受け入れたことがない」と回答した事業所(217)に対し、利用の申込みがあったかを尋ねたところ、「なかった」が82.5%(179)と最も多くなっています。

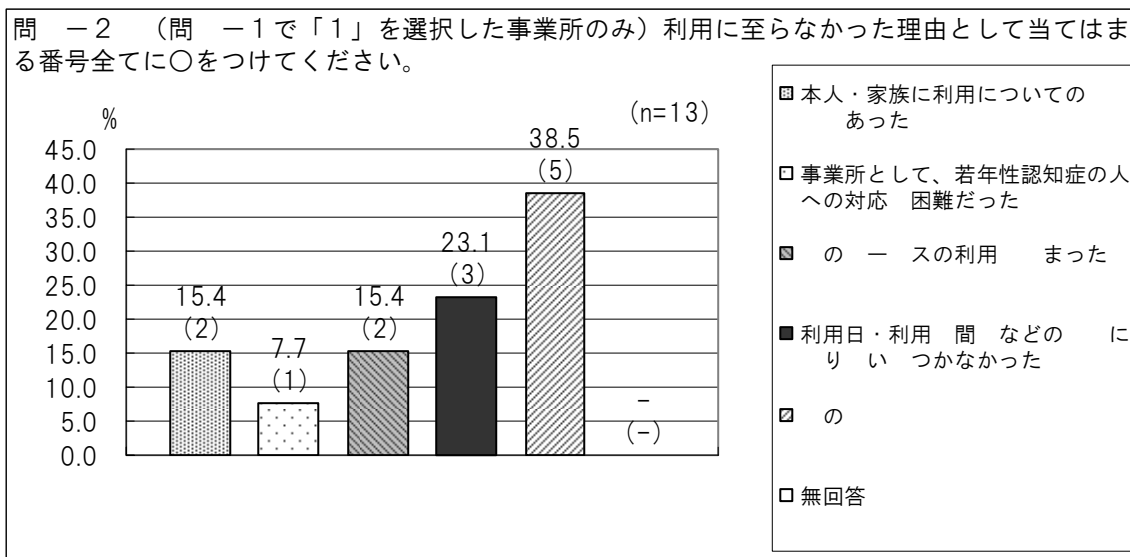


【参考】若年性認知症の利用者からの利用申込みの有無 (事業所の種別)

	n	あった	なかった	明	無回答
n	100.0 (217)	6.0 (13)	82.5 (179)	9.7 (21)	1.8 (4)
老健	100.0 (7)	-	85.7 (6)	14.3 (1)	-
特養	100.0 (31)	12.9 (4)	67.7 (21)	19.4 (6)	-
GH	100.0 (27)	3.7 (1)	88.9 (24)	7.4 (2)	-
一般デイ	100.0 (129)	3.9 (5)	83.7 (108)	9.3 (12)	3.1 (4)
認知デイ	100.0 (22)	13.6 (3)	86.4 (19)	-	-
小規模 多機能	100.0 (1)	-	100.0 (1)	-	-

(6) 利用に至らなかった理由 (MA)

問3 - 1で、「若年性認知症の利用者からの申込みがあった」と回答した事業所(13)に対し、利用には至らなかった理由を尋ねたところ、「その他」が38.5% (5)と最も多く、結果が分されました。



なお、「その他」38.5%(5)の理由として、以下の記述がありました。

《入所待ち》

- ・特養の入所申込みがありましたが、優先度が低かったため、待機中。
- ・入居待ちの方がたくさんおり、満床のため。

《その他》

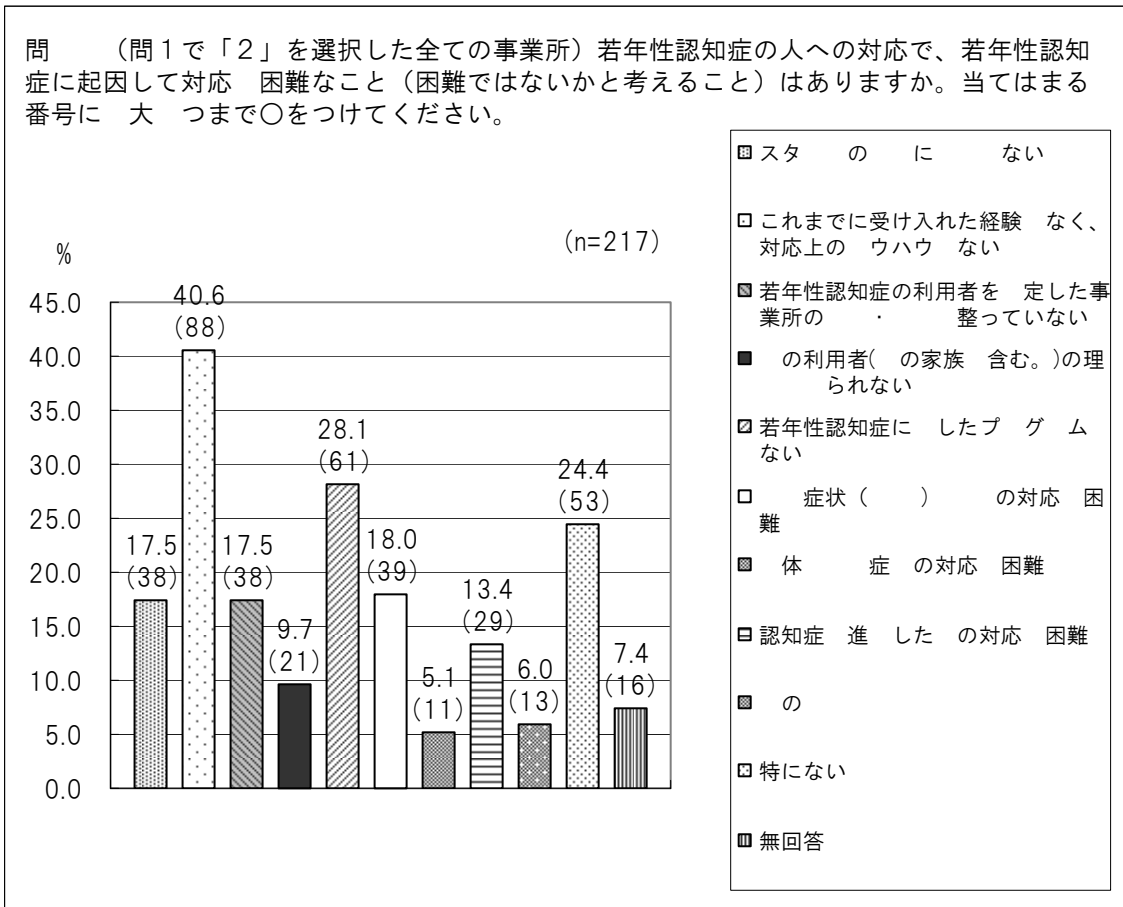
- ・送迎範囲外であったため。
- ・見学に来ていただき様子を見させていただいたところ、非常におちつきがなく、フロア内を歩き回る等他の利用者への影響が大きい。

【参考】利用に至らなかった理由 (事業所の種別)

	n	本人家族の	事業所として対応困難	の - スの利用 定	日等 り	の	無回答
n	100.0 (13)	15.4 (2)	7.7 (1)	15.4 (2)	23.1 (3)	38.5 (5)	-
老健	-	-	-	-	-	-	-
特養	100.0 (4)	-	-	25.0 (1)	50.0 (2)	25.0 (1)	-
GH	100.0 (1)	-	-	-	-	100.0 (1)	-
一般デイ	100.0 (5)	40.0 (2)	-	20.0 (1)	-	40.0 (2)	-
認知デイ	100.0 (3)	-	33.3 (1)	-	33.3 (1)	33.3 (1)	-
小規模多機能	-	-	-	-	-	-	-

(7) 若年性認知症に起因する困難と考えられること (MA3)

問1で「若年性認知症の利用者を受け入れたことがない」と回答した事業所(217)に対し、若年性認知症の人への対応で、若年性認知症に起因して対応が困難なこと(困難ではないかと考えること)を尋ねたところ、「これまでに受け入れた経験がなく、対応上のノウハウがない」が40.6%(88)と最も多く、「若年性認知症に適したプログラムがない」28.1%(61)、「特にない」24.4%(53)が続きました。



なお、「その他」6.0%(13)として以下の記載がありました。

《年齢に関すること》

- ・ 周囲の利用者との年齢差がありすぎると不安は大きい。
- ・ 高齢者(平均 80 歳、最高齢 87 歳)との協同生活をするうえで若年者ご本人にストレスがたまるのではないかと。また、同世代のスタッフを見てストレスがたまるのではないかと。例えばスタッフは帰宅するのに自分は・・・等
- ・ 入所者の高齢化(平均 89 才)重度化(平均 4.4)の中での生活は難しいと考える。
- ・ 当施設は小規模型で1日の定員が15名、フロアが1つのため、高齢者と区別した個別対応が困難である。
- ・ 高齢化し平均年齢が高いため住み分けやバランスがとりにくい。

- ・ご本人が世代の違う他のご利用者になじめるか。
- ・受入れたい思いもあるが、高齢者ならではの雰囲気を見ると躊躇してしまう。

《ケア・過ごし方に関すること》

- ・他の利用者と異なるプログラムが必要な場合は検討が必要
- ・力が強く、拒否反応(あばれる、突進等)に対し女性スタッフでは対応困難
- ・現在利用している認知症高齢者(認知症対応型通所介護)とどう関わってもらえば良いか不安
- ・高次脳機能障害を発症しているお客様の受入れを継続しているが、活動プログラム等の整備は不十分と判断している。

《その他》

- ・申し込みがない。
- ・若年だからではなく、その人の状態、性格などで受け入れ判断したい。
- ・希望者がいる場合は、併設・認知症対応型通所介護事業所を紹介する。

【参考】若年性認知症の起因する困難と考えられること(事業所の種別)

	n	スタ	経験・ ノウハウ	等 理的	の利用 者・家族 の理	プ グ ム		体 症	認知症の 進	の	特 に な い	無回答
n	100.0 (217)	17.5 (38)	40.6 (88)	17.5 (38)	9.7 (21)	28.1 (61)	18.0 (39)	5.1 (11)	13.4 (29)	6.0 (13)	24.4 (53)	7.4 (16)
老健	100.0 (7)	14.3 (1)	71.4 (5)	-	14.3 (1)	28.6 (2)	42.9 (3)	14.3 (1)	42.9 (3)	-	-	-
特養	100.0 (31)	9.7 (3)	38.7 (12)	32.3 (10)	9.7 (3)	51.6 (16)	9.7 (3)	-	3.2 (1)	3.2 (1)	25.8 (8)	6.5 (2)
GH	100.0 (27)	14.8 (4)	44.4 (12)	11.1 (3)	14.8 (4)	33.3 (9)	33.3 (9)	3.7 (1)	18.5 (5)	18.5 (5)	18.5 (5)	3.7 (1)
一般デイ	100.0 (129)	20.9 (27)	40.3 (52)	18.6 (24)	10.1 (13)	22.5 (29)	14.0 (18)	5.4 (7)	12.4 (16)	3.1 (4)	26.4 (34)	8.5 (11)
認知デイ	100.0 (22)	13.6 (3)	31.8 (7)	4.5 (1)	-	22.7 (5)	27.3 (6)	9.1 (2)	18.2 (4)	13.6 (3)	22.7 (5)	9.1 (2)
小規模 多機能	100.0 (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100.0 (1)	-

カ 小規模多機能型居宅介護事業所

(4) 調査結果の利用

調査結果は統計的に処理することとし、個々の介護保険事業所が特定される形での公表は行わない。

2 回答方法

別紙「介護保険事業所調査票」に直接御記入の上、郵送又はファクシミリで、担当あてに御返送ください。

3 締め切り

平成21年7月27日(月曜日)

〒163-8001(住所不要)
東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
認知症支援調整担当：小林・川井
(電話番号) 03-5320-4277
(ファクシミリ) 03-5388-1395

認知症支援調整担当 行き

Fax : 03-5388-1395

別紙

【介護保険事業所調査票】

貴事業所名(所在地の区市町村名)	()
ご担当者名	
連絡先の電話番号	

問1 (全ての事業所にお尋ねします) 貴事業所では、回答日現在までに、若年性認知症の利用者(認知症の利用者のうち65歳未満の者をいう。以下同じ)を受け入れたことはありますか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 ある(問2-1へ)
- 2 ない(問3-1へ)

問2-1 (問1で「1」を選択した事業所のみ) 貴事業所での回答日現在の若年性認知症の利用者数(特養・グループホームなどの入所系事業所においては入居者数、デイ等の通所系事業所においては登録者数)は何人ですか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 1人
- 2 2~5人
- 3 6~10人
- 4 11人以上
- 5 以前はいたが今はいない。

問2-2 (問1で「1」を選択した事業所のみ) 貴事業所では、若年性認知症の利用者を受け入れるに当たり、若年性認知症に起因して対応が困難だったことはありますか。当てはまる番号に最大3つまで○を付けてください。

- 1 スタッフの配置に余裕がなかった。
- 2 それまでに受け入れた経験がなく、対応上のノウハウが蓄積されていなかった。
- 3 若年性認知症の利用者を想定した事業所の設備・環境が整っていなかった。
- 4 他の利用者(その家族も含む。)の理解が得られなかった。
- 5 若年性認知症に適したプログラムがなかった。
- 6 周辺症状(BPSD)悪化時の対応が困難だった。
- 7 身体疾患発症時の対応が困難だった。
- 8 認知症が進行した時の対応が困難だった。
- 9 その他(具体的に:)
- 10 若年性認知症に起因する困難は、特になかった。

貴事業所名(所在地の区市町村名)

()

問2-3 (問1で「1」を選択した事業所のみ) 貴事業所では、若年性認知症の利用者を受け入れるために特別な対応を取っていますか。当てはまる番号全てに○を付けてください。

- 1 スタッフの数を基準より増やしている。
- 2 研修の実施、若年性認知症の人へのケア経験者の採用など、スタッフのスキル向上策を講じている。
- 3 物の配置・レイアウトの変更など施設の物理的環境を工夫している。
- 4 その他(具体的に:)
- 5 特に特別な対応は取っていない。

問3-1 (問1で「2」を選択した事業所のみ) 貴事業所に対し、若年性認知症の利用者からの利用の申込みはありましたか。当てはまる番号1つに○をつけてください。

- 1 あった (問3-2へ)
- 2 なかった(問4へ)
- 3 不明 (問4へ)

問3-2 (問3-1で「1」を選択した事業所のみ) 利用に至らなかった理由として当てはまる番号全てに○をつけてください。

- 1 本人・家族に利用についての抵抗感があった。
- 2 事業所として、若年性認知症の人への対応が困難だった。
- 3 他のサービスの利用が決まった。
- 4 利用日・利用時間帯などの条件に折り合いがつかなかった。
- 5 その他(具体的に:)

問4 (問1で「2」を選択した全ての事業所) 若年性認知症の人への対応で、若年性認知症に起因して対応が困難なこと(困難ではないかと考えること)はありますか。当てはまる番号に最大3つまで○をつけてください。

- 1 スタッフの配置に余裕がない。
- 2 これまでに受け入れた経験がなく、対応上のノウハウがない。
- 3 若年性認知症の利用者を想定した事業所の設備・環境が整っていない。
- 4 他の利用者(その家族も含む。)の理解が得られない。
- 5 若年性認知症に適したプログラムがない。
- 6 周辺症状(BPSD)悪化時の対応が困難
- 7 身体疾患発症時の対応が困難
- 8 認知症が進行した時の対応が困難
- 9 その他(具体的に:)
- 10 若年性認知症に起因する困難は、特にない。

御協力ありがとうございました。

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会 開催経過

【検討項目】

- 若年性認知症に特有の課題の把握・整理
- 上記課題を踏まえた支援策の検討・関係諸団体への提言

「○」印は、主な検討事項

<p>【第1回】平成20年10月16日</p> <ul style="list-style-type: none">○若年性認知症生活実態調査の結果報告について○若年性認知症の支援策の検討に当たって（各委員からの問題提起）○今後の検討の進め方について
<p>【第2回】平成20年12月12日</p> <ul style="list-style-type: none">○医療支援について（現状把握・課題整理） ヒアリング：斎藤正彦氏（若年性認知症支援部会部会長）○家族支援について（現状把握・課題整理） ヒアリング：松崎陽子氏 干場功氏（若年性認知症支援部会委員）
<p>【第3回】平成21年2月13日</p> <ul style="list-style-type: none">○介護・公的支援について（現状把握・課題整理） ヒアリング：旭博之氏（社会福祉法人至誠学舎立川 至誠ホーム スオミ・ケアハウス スオミ・グループホーム園長）○経済的支援について（現状把握・課題整理） ヒアリング：小松広典氏（社団法人生命保険協会(明治安田生命保険相互会社)） 太田正俊氏（社団法人生命保険協会(明治安田生命保険相互会社)）
<p>【第4回】平成21年4月30日</p> <ul style="list-style-type: none">○職場を含む社会的支援について（現状把握・課題整理） ヒアリング：森崎美奈子氏（東京産業保健推進センター・千葉産業保健推進センター 相談員、帝京平成大学大学院健康科学研究科 教授）
<p>【第5回】平成21年7月8日</p> <ul style="list-style-type: none">○論点整理○今後の検討の進め方について○若年性認知症の本人・家族に必要な支援策について
<p>【第6回】平成21年10月8日</p> <ul style="list-style-type: none">○「若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査」及び「若年性認知症に関する介護保険事業所調査」の結果報告について○若年性認知症の本人・家族に必要な支援策について
<p>【第7回】平成21年12月9日</p> <ul style="list-style-type: none">○若年性認知症の本人・家族に必要な支援策について
<p>【第8回】平成22年2月15日</p> <ul style="list-style-type: none">○若年性認知症支援部会報告書（仮称）素案について

「東京都認知症対策推進会議（若年性認知症支援部会）」委員・幹事名簿

《委員》

◎部会長 ○副部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	小野寺 敦志	認知症介護研究・研修東京センター研究企画主幹（平成21年3月31日まで） 国際医療福祉大学大学院准教授（平成21年4月1日から）
	斎藤 正彦	医療法人社団翠会 和光病院院長
	田谷 勝夫	独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター主任研究員
医療関係者	浅川 雅晴	社団法人東京都医師会産業保健委員会委員 （医療法人社団浅川クリニック院長）
介護事業者	末延 法子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事 （株式会社コスモスライフ シーエルポート世田谷管理者）
	林田 俊弘	東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会副代表 （特定非営利活動法人ミニケアホームきみさんち理事長）
代表家族	干場 功	若年認知症家族会・彩星の会代表
行政関係者	鈴木 一郎	墨田区福祉保健部障害者福祉課長（平成21年4月1日から）
	高橋 一成	国立市健康福祉部高齢者支援課長
	山澤 雅明	豊島区保健福祉部中央保健福祉センター所長（平成21年3月31日まで）

各区分において50音順

《幹事》

氏名	所属
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長（平成21年3月31日まで）
松山 祐一	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長（平成21年4月1日から）

認知症対策推進事業実施要綱

19福保高在第107号

平成19年6月14日

第1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第5に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する20名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年とする、ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。

(3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

(1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

(2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則(平成19年6月14日19福保高在第107号)

1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。

2 認知症理解普及促進事業実施要綱(平成18年6月12日付18福保高在第161号)は廃止する。