

# 若年認知症支援モデル事業 マネジメント支援

特定非営利活動法人 いきいき福祉ネットワークセンター

---

# 当法人について

## 2006年 介護保険通所介護事業開始

(若年認知症と高次脳機能障害のためのデイサービス)

定員：1日10人（40～65歳） 時間：6～8時間

職員：精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、看護師、介護士

(利用者：職員＝2：1の配置)

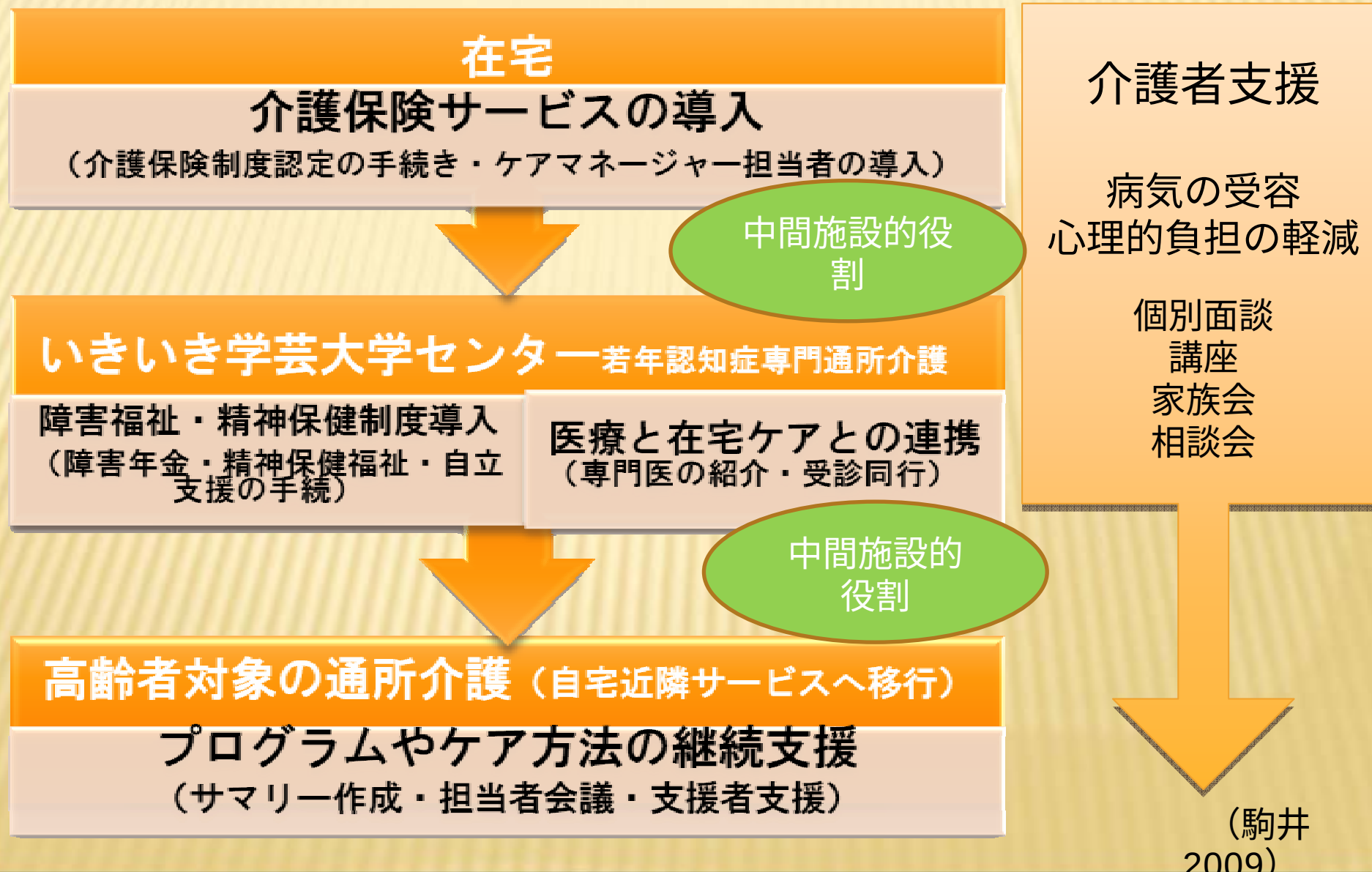
## 若年認知症の受入(登録者数) 実績

| 2006年度 | 2007年度 | 2008年度 | 2009年度 |
|--------|--------|--------|--------|
| 15名    | 18名    | 23名    | 16名    |

## 若年認知症本人に対するリハビリテーションケアプログラムの開発

- ・主体性、社会とのつながり、機能低下の予防の3本柱
- ・計画→実行→振り返りのプロセス
- ・集団活動と個別リハビリテーション
- ・認知機能検査 (3ヶ月に1回)

# 通所者に対する相談支援の流れ



# 通所者家族の相談に対する評価

（当施設実施アンケート結果から 2008年実施）

相談できていることとできていないことがある

4%

あまり相談できていない  
20%

まあまあ相談できている  
24%

よく相談できている  
52%

n=25

# 介護者の様子の変化

「誰も教えてくれなかった」  
「自分で調べてやっとみつけた」  
「わらをもつかむ思いで電話した」  
「これからどうなるのか不安がある」  
など、とめどなく話される。  
当事者介護度が重度な程、切羽詰まる様子があり。

Zarit**介護負担尺度** 45/88点 (高得点)



**堰を切ったように話す様子が減り、面接時間が短くなる。**  
**立ち話など気軽に相談できるようになる**  
**他利用家族との交流(情報交換)の場面がみられる**



# モデル事業取組みの必要性

当施設での相談実績の結果から・・・

- ◆ 2009年の実績 相談者47人のうち当施設(新規) 通所者 9人
- ◆ 他の相談窓口や社会資源(高齢者対象) を利用できた 7人



相談を受けたケースが当施設や他の社会資源を利用したケースが少なく、医療機関の受診のみであり、相談や通所等の地域の資源につながない



- 介護保険の認定を受けない
- 受けても当施設に通う手段がない



通所者に対するマネジメント支援の流れにのれない

# 通所者に対するマネジメント支援の課題

## 在宅

### 介護保険サービスの導入

(介護保険制度認定の手続き・ケアマネージャー担当者の導入)

自宅内  
閉じこもり

いきいき学芸大学センター 若年認知症専門通所施設

### 障害福祉制度の導入

(精神保健福祉制度・自立支援制度の手続き)

### 医療と在宅ケアとの連携

(専門医の紹介・受診同行)

自宅地域に  
戻れない

高齢者中心の介護・福祉施設 (自宅地域のサービスへの移行)

### プログラムやケア方法の継続支援

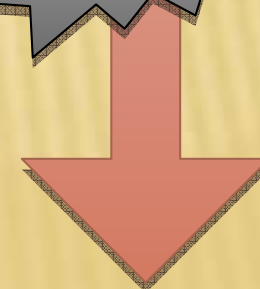
(サマリー作成・担当者会議・支援者支援)

## 介護者支援

病気の受容  
心理的負担の軽減

病気を受  
入れられ  
ない

抑うつ



本人支援によるレスパイトだけでは  
介護者の負担を軽減するには不十分



## 若年認知症へのマネジメント支援の必要性は？

- 発症→診断によるショックが高齢者と比較して大きい
- 経済的な負担が生じる
- 利用できる保障・福祉・介護制度を知らない
- 1つ1つの制度を総合的に支援する相談窓口がない
- 主介護者の介護負担度が大きい (東京都2008、駒井2005)
- ◆ 介護者の心理的負担が大きい  
→若年認知症介護者の6割が抑うつ状態 (朝田ら2009)

総合的な相談に継続して対応できる  
マネジメント者の存在が必要ではないか



# モデル事業の概要

---

## 1. マネジメント支援

若年性認知症の介護者に対して、ワンストップ方式の総合相談（コーディネート）を行う。方法は、①面談や医療機関等の意見から本人・介護者の現状についてアセスメントを行う。②連携シートを用いて、情報の共有と支援の分担を行う。その結果支援モデルケースの分析を通して、若年認知症者に対するマネジメント支援方法のあり方を検討する。

## 2. 介護者相談会

認知症の専門医や保健師等の専門職による介護者相談会を実施し、介護者間の相互交流による心身の負担軽減を図る。

## 3. 講座

若年認知症に関する知識や、特性を踏まえた対応方法等の普及啓発活動を一般市民に対して行い、地域ぐるみで若年認知症の人と家族の生活を支援できるようにする。

# マネジメント支援①（アセスメント）

①多岐に渡る支援制度利用に関する評価

⇒ワンストップ機能を用いて支援

当事者・家族



支援コーディネーター

医療

介護

障害  
福祉

就労

年金

権利  
擁護

②本人および介護者の状況を総合的に評価

面談

（自宅訪問  
または来所）

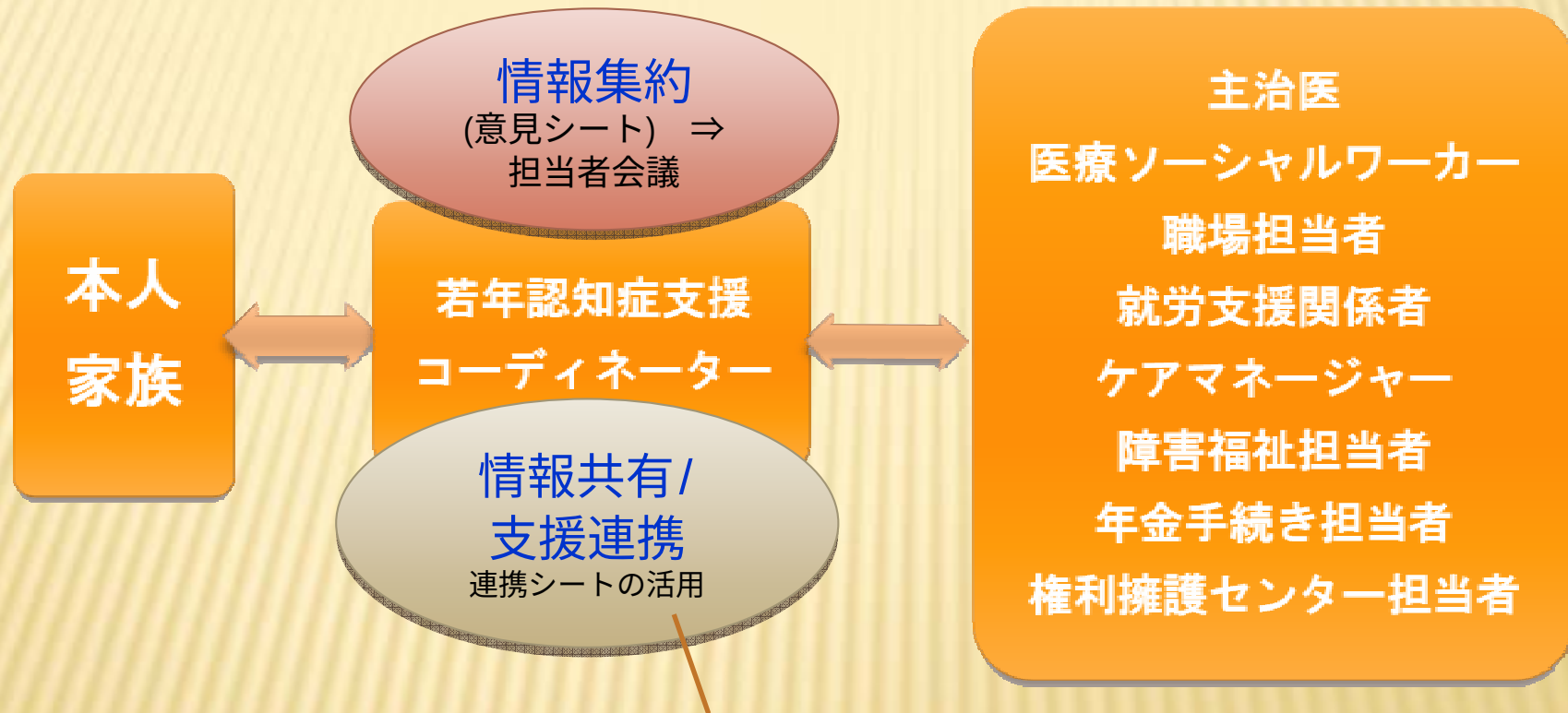
- ・本人ADL・QOL  
（介護者聞き取り）
- ・介護負担度（Zarit介護負担尺度）
- ・抑うつ状態（SDS）
- ・介護肯定感

医療情報収集

（診療情報提供書  
または受診同行）

## マネジメント支援②（連携）

医療機関・ケアマネジャー・介護保険事業所・行政窓口等との連絡調整・情報提供を行うとともに、必要なサービスの導入・継続を図る



### 連携シート

本人および家族の状況・医療・経済状況・就労・介護・障害福祉等の情報と、支援経過や方針が記載された個人情報記録。本人・家族、各関係機関担当者、支援コーディネーターが所有する。定期的なアセスメントにて情報と支援内容を追加・修正し更新（6ヶ月目安）する。

### 【モデル事業：第1段階】

開始時・中間時・1年でアセスメントを行い、事例の分析を行い、若年認知症に必要な支援についてまとめる

(介護者のアセスメント、連携方法、面談方法、家族会や相談会の効果など)



### 【モデル事業：第2段階】

若年認知症のマネジメント支援について、マニュアルを作成する

### 【モデル事業：第3段階】

若年認知症のマネジメント支援について、  
地域包括支援センターを対象に研修会を開催する

# マネジメント支援の対象者および進捗状況について

(資料「モデル事業参加者状況」「支援モデルケースマネジメント進行状況」参照)

- 参加者 : 現在14名 (うち2名が中断)
- 進捗状況 : 全体として、中間時アセスメントの時期に入るところ

| 項目    | 状況                                                                                                     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人    | 46～64歳、要介護1～2または未認定<br>ADL自立している者が多い                                                                   |
| 介護者   | 介護負担度の平均37点、SDSの平均46点<br>仕事と介護の両立をしている<br>親や子供など世話を必要とする家族が複数いる<br>半数は副介護者の存在がある                       |
| 相談の時期 | 診断後6か月～4年 (平均2.2年)<br>診断後1年以上経過 13/14 (人)                                                              |
| 相談ルート | 医療機関、地域包括支援センター、ホームページ、テレビ番組                                                                           |
| 主訴    | 閉じこもりの解消、人との交流、退職後の居場所、介護負担の軽減                                                                         |
| 支援    | 介護保険、自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳、障害年金の手続<br>医療機関の紹介または受診同行 (主治医の説明について補足)<br>前頭側頭型認知症の症状への対応方法の助言<br>介護者への心理的支援 |



## モデル事業マネジメント支援から見てきたこと

---

- ◆ 診断から相談までに時間が経過している
- ◆ 相談に至る経緯が人それぞれであり、診断⇒相談のルートが明確でない
- ◆ 精神保健福祉・自立支援制度の利用、就労支援など高齢者のマネジメントと異なる
- ◆ 本人は自宅に閉じこもっているケースが多く、社会的な交流を求めて相談にくる
- ◆ マネジメント実施により、社会的活動に参加できるケースが多い

- 
- ◆ 本人の自立度が高いにも関わらず、介護負担度が高い
  - ◆ 主治医に対して適切に相談できていない
    - 主治医からの意見書と受診同行が必要
  - ◆ 介護者は前頭側頭型認知症など、本人への対応に困っている
  - ◆ 面談や介護者相談会の参加を組合わせた支援の活用にて、主介護者の心理的側面に対する支援が長期的に必要である
  - ◆ 副介護者の活用が必要な場合がある

# 課 題

---

- ✕ 診断⇒相談の流れは？（総合的な相談窓口）
- ✕ 相談窓口の機能は？（医療・各所管との連携）
- ✕ 相談⇒社会資源（通所・社会的交流）の流れは？