

被災地における新しい住まい方を踏まえた
認知症ケアシステムの構築
報告書

平成 21 年 3 月

(財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
研究調査本部
共生社会づくり政策研究群



ま え が き

この調査研究報告書は、平成 20 年度に実施した「被災地における新しい住まい方を踏まえた認知症ケアシステムの構築」の成果をとりまとめたものです。

高齢化がますます進む中、増大する要介護高齢者に対する支援システムの構築が急がれています。平成 12 年にはその重要な柱として公的介護保険制度が導入されましたが、認知症への対応という点では、まだ十分な体制が出来ているとは決して言えません。ましてや、主として高齢者を対象に構築された介護保険制度では、若年認知症患者への支援は十分な対応にはほど遠い現状にあります。若年認知症も含め、認知症の方々が可能な限り住み慣れた地域で生活することを可能にするケアのあり方が問われており、そのためのシステムの構築が求められております。

兵庫県は、平成 7 年に阪神淡路大震災を経験しましたが、高齢化した大都市をおそったこの災害からの復興過程で、高齢者への支援においても多くの先進的な取り組みがなされてきました。とりわけ、シルバーハウジングなどの新しい住まい方の経験は、これからの高齢者ケアのあり方を考える上で多くの示唆を与えるものであるとともに、またこれまでの経験を検証する時期にも差し掛かっております。

そこで、本調査研究では、若年認知症実態調査を行い、認知症ケアの課題を抽出すると共に、被災地におけるシルバーハウジング等におけるケアの状況や認知症住民への対応について調査し、そこから得られる示唆も踏まえたこれからの認知症ケアシステムのあり方について検討しました。

若年認知症調査の結果、居宅介護支援事業所で 270、医療機関で 203、市町 63（介護保険担当 36、障害福祉担当 24、その他 3）、地域包括支援センターで 60 の患者が確認されましたが、これは、予想される数を大幅に下回っており、これらの機関に関わっていない潜在的な患者が多数存在している可能性が明らかになりました。また、シルバーハウジングの調査からは、復興公営住宅等において、LSA による恒常的な見守り・支援・諸機関とのネットワーク構築により、予想以上に多くの認知症住民が自立生活を継続できているおり、LSA のような見守り支援体制の有効性などが明らかになりました。

この報告書が、今後のよりよい認知症ケアシステムの構築に向けて、行政はもとより関係団体、研究者の方々にひろくご活用いただければ幸いです。

終わりに、研究にご協力いただいた関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

2009 年（平成 21 年）3 月

(財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
上級研究員 足立正樹

研究体制

研究責任者	足立正樹	共生社会づくり政策研究群上級研究員 神戸大学大学院経済学研究科教授
研究者(報告書執筆)	村上寿来	共生社会づくり政策研究群主任研究員
研究会委員	沖田裕子	大阪市社会福祉研修・情報センタースーパーバイザー
研究協力	兵庫県高齢社会課	

第1部 成果と提言..... 6

第1章 調査研究の目的と方法	7
第1節 調査研究の目的.....	7
第2節 調査研究の方法.....	7
第3節 若年認知症実態調査の概要.....	7
1. 調査対象	7
2. 調査の方法	7
3. 有効回収数および有効回収率	8
4. 調査期間	8
第4節 LSAインタビュー調査の概要.....	8
1. 調査の対象と方法	8
2. 調査内容	8
第2章 若年認知症実態調査について	9
第1節 兵庫県内の若年認知症患者数について.....	9
1. 県内若年認知症患者数推計	9
2. 兵庫県における若年認知症数について	10
3. 診断名別の割合	12
第3節 相談内容等について.....	12
1. 本人以外からの相談相手	12
2. 相談内容について	13
第4節 連携していた機関等について.....	13
1. 支援において連携している機関	13
2. 認知症サポート医について	14
第5節 医療機関における診断等の状況について.....	14
第6節 必要な施策について.....	15
第7節 若年認知症家族調査の結果について.....	16
1. 家族の状況について	16
2. 若年認知症の人本人の状況について	16
第7節 自由記述について.....	18
1. 若年認知症の人のご家族の意見	18
2. 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター	18
3. 医療機関	19
4. 市町	19
第3章 被災地における新しい住まい方の現状と課題	20
第1節 シルバーハウジングの展開.....	20
1. 震災復興とシルバーハウジング	20
2. 転換期にあるシルバーハウジング	20

第2節 兵庫県におけるシルバーハウジングの現状.....	21
1. シルバーハウジングにおけるLSAの状況	21
2. LSAの活動状況	21
3. シルバーハウジングにおけるコミュニティ	22
第3節 シルバーハウジングにおける認知症への対応について.....	22
1. 認知症住民の状況	22
2. グループハウスにおける認知ケア	23
第4節 シルバーハウジングの課題について.....	23
1. 対象の線引き問題	23
2. コミュニティ支援のあり方	23
3. 財源問題	24
第4章 提言	25
提言1 医療・介護・福祉のネットワーク構築.....	25
提言2 相談体制ならびに認知症に関する情報提供体制の強化.....	25
提言3 地域の受け皿づくり推進.....	26
提言4 地域型LSAの構想と地域資源の認知症対応力の向上.....	26
提言5 各地域の状況を考慮したLSA制度の改善と継続.....	27

第2部 兵庫県若年認知症実態調査..... 28

第1章 調査の概要	29
第1節 調査の目的.....	29
第2節 調査の概要.....	29
1. 調査対象	29
2. 調査の方法	29
3. 有効回収数および有効回収率	29
4. 調査期間	29
第2章 調査対象別結果	30
第1節 市町調査の結果について.....	30
1. 対応状況について	30
2. 若年認知症への対応内容について	32
3. 若年認知症に対する支援	34
4. 自由記述について	36
第2節 地域包括支援センター調査の結果.....	37
1. 対応状況について	37
2. 若年認知症への対応内容について	38
3. 今後の必要な対策について（3つまで）	41
4. 自由記述について	41
第3節 居宅介護支援事業所調査の結果.....	42

1. 若年認知症の取扱状況について	42
2. 若年認知症への対応内容について	43
3. 今後の必要な対策について（複数回答：3つまで）	46
4. 自由記述について	46
第4節 医療機関調査の結果概要	49
1. 回答機関の概要	49
2. 若年認知症の取扱状況	50
3. 診断名別の割合	50
4. 認知症サポート医について	51
5. 取扱機関の状況について	51
6. 今後の対策について（複数回答）	56
7. 自由記述について	57
第5節 若年認知症家族調査の結果について	58
1. 家族の状況について	58
2. 介護者の介護負担感について	62
3. 若年認知症の本人の状況について	63
4. 診断・受診の状況について	68
5. 介護や支援の状況について（複数回答）	72
5. 必要な施策について（5つまで）	76
6. 自由記述について	76

第3部 被災地における新しい住まい方の現状と課題..... 77

第1章 被災地における新しい住まい方について	78
第1節 震災復興とシルバーハウジング	78
第2節 シルバーハウジングについて	79
1. シルバーハウジング・プロジェクトについて	79
2. LSA派遣事業について	79
第3章 兵庫県におけるシルバーハウジングの現状と課題	81
第1節 尼崎水堂災害復興公営住宅シルバーハウジング（尼崎市）	81
1. 住宅の概要	81
2. LSAの状況	81
3. LSAの活動状況について	81
4. 認知症への対応について	83
5. LSA活動の特徴と役割	84
6. 課題について	84
第2節 神戸明和災害復興公営住宅シルバーハウジング（神戸市）	86
1. 住宅の概要	86
2. LSAの状況について	86

3. LSA活動の状況について	86
4. 認知症への対応について	87
5. LSA業務の特徴と役割	88
6. 課題について	88
第3節 明石魚住北災害復興公営住宅シルバーハウジング（明石市）	89
1. 住宅の概要	89
2. LSAの状況	89
3. LSA活動の状況について	89
4. 認知症への対応について	90
5. LSA活動の特徴	91
6. 課題について	91
第4節 浅野南災害復興公営住宅シルバーハウジング（淡路市）	93
1. 住宅の概要	93
2. LSAの状況	93
3. LSA活動の状況	93
4. 認知症への対応について	94
5. LSA活動の特徴	94
6. 課題について	94
第5節 西宮浜高層災害復興公営住宅シルバーハウジング（西宮市）	96
1. 住宅の概要	96
2. LSAの状況	96
3. LSA活動の状況について	96
4. 認知症への対応について	98
5. LSA活動の特徴	98
6. 課題について	98
第6節 南芦屋浜災害復興公営住宅シルバーハウジング	100
1. 住宅の概要	100
2. LSAの状況について	100
3. LSA活動の状況について	100
4. 認知症への対応について	101
5. LSA活動の特徴	102
6. 課題について	102
第7節 グループハウス尼崎	104
1. 住宅の概要	104
2. グループハウスにおける支援体制	105
3. 認知症への対応について	105
4. LSA活動の特徴	106
5. 課題について	106

資料.....	107
---------	-----

第 1 部 成果と提言

第1章 調査研究の目的と方法

第1節 調査研究の目的

震災直後のケア付き仮設の経験は、その後の認知症ケアにおけるグループホームの展開へと生かされている。また、コレクティブハウジングやシルバーハウジングといった新しいケアの試みも、震災復興の過程で先進的に取り組まれてきた。それら震災後の取り組みについて検証する時期にさしかかっている。

他方、2000年に介護保険制度が導入され、介護システムの整備が進められてきたが、認知症に対応した体制の構築はまだ十分に進められてはいない。これからの超高齢社会において認知症高齢者の一層の増大が見込まれる中、認知症高齢者に対するケアシステムをどのように構築するかは、残された喫緊の課題のひとつである。

そこで本研究は、被災地におけるシルバーハウジング・グループホーム等の経験を踏まえた、地域で支える認知症ケアシステムのあり方を検討する。

第2節 調査研究の方法

研究会を組織し、地域で支える認知症ケアシステムのあり方について検討する。また、被災地における認知症に対応したグループホームや、認知症を受け入れているシルバーハウジングに対して聞き取り調査を行い、これまでの経験と課題を検証し、その成果は研究会で検討する。さらに、認知症患者への支援状況や認知症患者及び家族の支援のニーズを把握するために、医療機関、介護実務者（ケアマネジャー）、市町担当部局、若年認知症患者家族に対してアンケート調査を行う。それらの成果を合わせて、認知症ケアシステムの具体的なあり方を研究する。

第3節 若年認知症実態調査の概要

1. 調査対象

若年認知症患者の実態を完全に把握するのは難しいため、若年認知症患者および家族への対応を行っていると考えられる医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町関連部局、および患者家族と幅広く対象を設定し、調査を実施した。

各調査に対する対象数は下記の通りである。

- ①医療機関：282機関（精神病院等141、精神科診療所等141）
- ②居宅介護支援事業所：1583カ所（県内にある全事業所）
- ③地域包括支援センター：174センター（県内の全センター）
- ④市町担当課82（県内全41市町各2）
- ⑤若年認知症患者家族：不明（医療機関および家族会を介して配布のため）

2. 調査の方法

上記①～④については、郵送調査法による質問紙調査を行った。

⑤については、医療機関に対して質問紙を配布し、若年認知症患者の家族への配布を依頼するとともに、認知症の人と家族の会兵庫支部を通じて関係家族に配布し、郵送にて回収した。

3. 有効回収数および有効回収率

- ①医療機関：123（43.6%）
- ②居宅介護支援事業所：1012（63.9%）
- ③地域包括支援センター：130（74.7%）
- ④市町：70（83.3%）
 - 市町単位：39（95.1%）
 - 介護保険担当課：29（70.7%）
 - 障害福祉担当課：34（82.9%）
- ⑤若年認知症家族：38

4. 調査期間

平成 20 年 9 月

なお、若年認知症患者数については、2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の 1 年間の実績について調査した。

第 4 節 LSA インタビュー調査の概要

1. 調査の対象と方法

兵庫県内の被災地における災害復興公営住宅のうち、LSA（Life Support Adviser：生活援助員）が配置されたシルバーハウジングについて、LSA ならびに派遣法人等を対象にインタビュー調査を行なった。具体的なインタビュー先は次の通り。

尼崎水堂災害復興公営住宅シルバーハウジング

西宮浜災害復興公営住宅シルバーハウジング

明石魚住北災害復興公営住宅シルバーハウジング

神戸明和災害復興公営住宅シルバーハウジング

南芦屋浜災害復興公営住宅シルバーハウジング（あしや喜楽苑）

浅野南災害復興公営住宅シルバーハウジング（淡路市社会福祉協議会北淡支部）

グループハウス尼崎

2. 調査内容

調査に当たっては、

（１）LSA の活動状況

（２）認知症（疑いを含む）住民等の状況とそれへの対応状況

を中心に聞き取り、また住宅および周辺環境を含めて現地調査を行なった。

第2章 若年認知症実態調査について

第1節 兵庫県内の若年認知症患者数について

1. 県内若年認知症患者数推計

厚生労働省科学研究費補助金による「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」の研究グループは、熊本県、愛媛県、富山県、群馬県、茨城県等で実施した調査結果を基に、若年認知症の有病率を推計した。そこで、認知症の発症率（有病率）については、国内の地域差がないものと仮定し、そのデータを兵庫県に当てはめる形で若年認知症患者数を推計した。兵庫県の人口データは、平成17年国勢調査の年齢別・性別人口別データを利用した。なお、不明人口については按分したものである。

その結果、兵庫県内では、男性1022人、女性663人、総数の推計では、1701人だった。（なお、男女別合計と総数の推計値は、厚生労働省推計データに基づく男女比等との違いがあるため、必ずしも一致しない。）

表1-1-1 年齢階層別若年性認知症有病率(推計)

年齢	人口10万人当たり 有病率(人)			推定 患者数 (万人)
	男	女	総数	
18-19	1.6	0	0.8	0.002
20-24	7.8	2.2	5.1	0.037
25-29	8.3	3.1	5.8	0.045
30-34	9.2	2.5	5.9	0.055
35-39	11.3	6.5	8.9	0.084
40-44	18.5	11.2	14.8	0.122
45-49	33.6	20.6	27.1	0.209
50-54	68.1	34.9	51.7	0.416
55-59	144.5	85.2	115.1	1.201
60-64	222.1	155.2	189.3	1.604
18-64	57.8	36.7	47.6	3.775

出所) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html#hyo1>

表 1－1－2 兵庫県性別・年齢階層別若年認知症患者数推計

推定患者数(人)			
年齢	男	女	総数
18-19	0.96	0.00	0.97
20-24	11.81	3.52	15.88
25-29	14.00	5.57	20.19
30-34	19.49	5.52	25.52
35-39	21.41	12.86	34.47
40-44	32.12	20.38	52.63
45-49	54.14	34.93	89.62
50-54	124.46	66.91	193.60
55-59	324.29	199.83	528.27
60-64	419.54	313.38	739.82
18-64	1022	663	1701

2. 兵庫県における若年認知症数について

平成 19 年 4 月 1 日から平成 20 年 3 月 31 日までの 1 年間に受診・相談等を受けた若年認知症患者の数について関係諸機関（医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町関係課（介護保険関係課、障害福祉関係課）に調査した。

（1）取扱機関数

若年認知症の取り扱いのあった機関数は次のとおりである。

市町：27 市町（69.2%）－介護保険担当 15（38.5%）、障害福祉担当 12（30.8%）、その他 5（12.8%）

地域包括支援センター： 37 センター（30.0%）

居宅介護支援事業所： 182 事業所（18.1%）

医療機関： 41 機関（33.3%）

（2）取扱件数

取扱件数は、居宅介護支援事業所 270 件、医療機関 203 件、市町 63 件（介護保険担当 36 件、障害福祉担当 24 件、その他 3 件）、地域包括支援センター 60 件であった。

表 2-1-1 若年認知症の取り扱い状況

	回答数	取り扱い 機関数	取り扱い 件数 (人)	取り扱い 平均 (全体)	取り扱い 平均 (取り扱い 機関のみ)
市町	39	27	63	1.05	2.62
介護保険	29	15	36	1.24	3.00
障害福祉	34	12	24	0.71	2.40
その他	7	5	3	0.43	1.50
地域包括支援センター	130	39	60	0.47	1.62
医療機関	123	41	203	1.65	4.95
居宅介護支援事業所	1012	182	270	0.27	1.51

先に推計した、兵庫県の若年認知症患者数では、1701であったが、それに比較すると、今回の調査で把握された件数は大幅に少なくなっている。この点からも、多くの潜在的な患者が存在し、医療機関における診断、介護サービスの利用、行政等における支援などのいずれにも関わっていない可能性がはやり指摘される。

取り扱いが最も多いのは居宅介護支援事業所であり、事業所間の重複が存在するとしても、医療機関との 67 件の差は、若年認知症の診断を受けられる医療機関にかかることなく、介護保険等のサービスの利用を受けている患者が存在していることを示唆する。仮に、この結果を単純に当てはめるならば、サービス利用者の 25%程度が、精神科等の認知症診断・治療に関わる医療機関にかかわっていないということになる。

また、市町および地域包括支援センターは、ほぼ同じくらいの数の相談を取り扱っているが、その数値は、サービス利用者の 4 分の 1 程度である。必ずしもすべての若年認知症患者が公的機関に相談しなければならないわけではないものの、公的機関と若年認知症患者との間には必ずしも十分なつながりが出来ているとはいえないだろう。また、自治体もまだ十分に若年認知症についての実態把握はできていないといえよう。

(2) 圏域別・対象別取扱件数

圏域別の結果についてみると、市長担当課では、北播磨 14、淡路 11、中播磨・淡路 7 の順に多い。地域包括支援センターは、神戸 30、阪神 10、中播磨 6、居宅介護支援センターでは、神戸 83、阪神南 49、中播磨 39 であり、多い順位は同じであった。医療機関では中播磨 50 が最も多く、神戸 48、阪神南 46 の順になった。

この結果をみると、医療機関と居宅介護支援事業所における件数に、地域により大きな差が見られる。これは、若年認知症に対応可能な医療機関数に地域差があることや、医療機関にかからずに介護サービス等を利用しているケースや、その逆に診断を受けてもサービスを利用していないケースなどの存在を示唆するものと考えられるだろう。

表2-1-2 圏域別・対象別取扱件数

	合計	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路
市町課合計	63	—	7	5	5	14	7	5	5	4	11
介護保険	36	—	0	0	0	12	7	5	1	1	10
障害福祉	24	—	7	5	4	2	0	0	2	3	1
その他	3	—	0	0	1	0	0	0	2	0	0
地域包括支援センター	60	30	10	2	4	1	6	2	4	1	0
居宅介護支援事業所	268	83	49	23	27	24	39	5	10	3	5
医療機関	203	48	46	0	23	2	50	29	1	0	4

注) 神戸市担当課は具体的数値が不明

3. 診断名別の割合

医療機関における診断名ごとの割合は、アルツハイマー型が6割で最も多く、血管性、前頭側頭方がそれぞれ1割強となっている。

表2-1-3 診断名別割合

	度数	%
アルツハイマー型認知症	126	61.8
血管性認知症	25	12.3
前頭側頭型認知症	24	11.8
レビー小体型認知症	11	5.4
その他	18	8.8
合計	204	100.0

第3節 相談内容等について

1. 本人以外からの相談相手

どの機関においても、家族の割合が大きい。医療機関では、他の医療機関や医師が最も大きい。市町（障害福祉）、医療機関ではケアマネージャーが、市町（介護保険）、包括支援センターでは民生委員が比較的大きくなっている。

表2-2-1 本人以外に相談を受ける相手(複数回答)

	ない	家族	民生委員	就労先	ケアマネ	医療機関 /医師	近隣者	その他
市町(介護保険) (15)	0.0	93.3	20.0	—	6.7	6.7	0.0	6.7
市町(障害福祉) (10)	0.0	90.0	0.0	—	20.0	20.0	10.0	0.0
地域包括支援センター (54)	2.6	89.7	30.8	0.0	12.8	2.6	—	5.1
居宅介護支援事業所 (177)	1.7	94.4	6.8	0.6	—	7.9	—	14.1
医療機関 (41)	34.1	—	4.9	7.3	36.6	43.9	—	7.3

2. 相談内容について

「医療機関受診に関する相談」が、市町、地域包括支援センターでは比較的大きい。また「介護保険サービスの利用」「入院や入所先を探して欲しい」については、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で大きくなっている。

なお、市町では「家庭内の問題に関する相談（子供の就学、配偶者の介護負担等）」「公費負担制度の利用等経済的支援の相談」、居宅介護支援事業所では「BPSD等の症状の対応について相談」が大きい点が特徴となっている。

表2-2-2 相談内容(多いもの3つ)

		診断について	医療機関受診	BPSD	障害者自立支援	介護保険	介護保険以外	介護者の健康	経済的支援	本人の就労	自動車運転	入院・入所先紹介	減免申請	家庭問題	その他
市町 (介護保険)	(15)	0.0	33.3	0.0	0.0	100.0	6.7	6.7	20.0	6.7	6.7	26.7	0.0	46.7	13.3
市町 (障害福祉)	(11)	9.1	36.4	27.3	54.5	9.1	9.1	0.0	36.4	0.0	0.0	27.3	0.0	18.2	18.2
地域包括 支援センター	(39)	10.3	35.9	43.6	2.6	46.2	12.8	15.4	12.8	5.1	7.7	33.3	—	—	20.5
居宅介護 支援事業所	(174)	12.6	27.6	52.3	3.4	47.1	29.3	22.4	22.4	5.2	4.0	32.2	—	—	7.5

第4節 連携していた機関等について

1. 支援において連携している機関

若年認知症への対応において、地域包括支援センターならびに居宅介護支援事業所において連携していた機関は、いずれも専門病院や認知症サポート医、かかりつけ医などが多くなっているが、地域包括支援センターでは、居宅介護支援事業所、民生委員、家族会などが多くなっている。なお、地域包括支援センターのほうが、回答数の平均は大きくなっている。(地域包括支援センター3.7、居宅介護2.8)

医療機関には家族等に紹介した他の機関についてたずねたが、「専門医・医療機関」が86.8%で最も大きく、それ以外は「家族会」「地域包括支援センター」13.2%、「市町村役場」10.5%など、1割程度にとどまっている。また、回答数の平均は1.4であった。

表2-3-1 連携機関(複数回答)

	専門病院	かかりつけ医	市町保健師	市町福祉担当	健康福祉事務所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	家族会	社協	民生委員	介護者以外の家族	就労先	その他
地域包括支援センター(39)	51.3	51.3	41.0	35.9	17.9	61.5	—	28.2	15.4	35.9	25.6	2.6	15.4
居宅介護支援事業所(175)	53.7	58.3	12.6	23.4	8.0	—	42.3	9.1	9.1	13.1	30.9	2.3	21.1

注) —はそれぞれにおいて選択肢がないもの

このように、医療・介護・福祉などの専門機関の間での連携すすめられつつあるものの、現状で決して十分な水準にあるとは言えないだろう。介護や福祉の側からも、効果的な支援の提供上、医療機関との連携強化の要望は大きく、また、医療機関から他の機関へのアクセスは、診断後の介護等へのスムーズなアクセスなど、本人と家族への支援を提供する上で大きな役割を果たしうるものである。その意味で、こうした機関の間のネットワーク形成と連携強化が重要である。

また、医師に対して「認知症サポート医についてご存じですか」と尋ねた結果をみると、「知らない」が51.7%と過半数であった。「知っているが連絡したことはない」も39.7%で、大多数は認知症サポート医との連携経験はない。

2. 認知症サポート医について

医師に対して「認知症サポート医についてご存じですか」と尋ねた結果をみると、「知らない」が51.7%と過半数であった。「知っているが連絡したことはない」も39.7%で、大多数は認知症サポート医との連携経験はない。

兵庫県内の認知症サポート医は平成20年1月時点で13名であり、その意味で十分に認知されるにはまだ数が少ないのかもしれない。が、医療機関の連携、医療と他機関など、認知症ケアシステムのネットワーク強化において認知症サポート医は重要な役割を果たしうるものであり、その周知とさらなる養成は重要な課題であろう。

第5節 医療機関における診断等の状況について

- ・ 若年認知症の疑いのある方が受診した場合、「自分で診断する」が65.9%で3分の2近くを占め、「他の専門医・医療機関と連携して診断する」が39.0%、「他の専門医、医療機関の受信をすすめる」は7.3%だった。
- ・ 自分で診断する場合の診断方法は、「問診」94.7%、「認知機能検査」89.5%、「MRI」73.7%、「血液検査」71.1%だった。
- ・ BPSDへの対応方法は、「薬の調整をしながら様子を見る」が92.7%で大多数を占め、「家族等に対応方法について指導する」58.5%、「精神科等の医療機関を紹介する」31.7%、「認知症専門医を紹介する」14.6%の順であった。
- ・ 社会福祉制度の利用支援については、介護保険制度の案内」が87.8%で最も多く、「介護保

険認定のためのかかりつけ医意見書作成」85.4%、「自立支援医療制度の手続き」78.0%、「精神障害保険福祉手帳の手続き」73.2%の順だった。

第6節 必要な施策について

若年認知症の人や家族が安心して暮らすことができるために必要な施策（3つ：家族のみ5つ）については、支援機関では、いずれにおいても最も多いのが「専門医療機関、専門医の充実」であり、それに「介護保険サービスの充実」「家族のレスパイトを目的とする入院、施設受け入れ」などが続くという同様の傾向が見られる。

対象別では、市町は「社会の理解」、地域包括支援センターは「経済的支援」、居宅介護支援事業所は「相談体制」、医療機関は「入院必要な疾患治療時受け入れ」などそれらに続く項目にそれぞれ特徴が見られる。

家族では「早期診断体制」「経済的支援」「医療・介護従事者への研修」なども上位に挙げられている。

表2-6-1 必要な施策等(3つまで:家族のみ5つ)

	市町 (31)	地域包括 (124)	居宅介護 支援事業 所 (986)	医療機関 (117)	家族 (37)
専門医療機関、専門医の充実	54.8	48.4	49.6	53.0	70.3
かかりつけ医の認知症対応研修の強化	12.9	20.2	20.3	18.8	16.2
入院が必要な疾患治療時の受け入れ	9.7	12.9	17.5	38.5	39.4
家族のレスパイトを目的とする入院、施設受け入れ	35.5	39.5	44.4	31.6	37.8
医療・介護従事者への研修	3.2	8.1	14.1	—	45.9
相談体制の充実	19.4	28.2	27.9	32.5	29.7
介護保険サービスの充実	54.8	44.4	41.6	46.2	62.2
自立支援サービスの充実	9.7	6.5	6.8	12.0	—
社会の理解を深める取組み	38.7	26.6	21.5	14.5	35.1
就労先の理解を深める取組み	3.2	7.3	8.5	6.0	10.8
自立支援、介護保険対象外(介護保険前)のサービス	32.3	23.4	23.7	13.7	21.6
経済的支援策の充実	32.3	34.7	27.5	25.6	51.4
その他	—	1.6	1.0	2.6	—
他専門科目医師との連携	—	—	—	1.7	—
早期診断体制	—	—	—	—	51.5
関係機関のネットワーク	—	—	—	—	13.5
家族会、当事者の会	—	—	—	—	13.5
障害福祉制度のスムーズな利用	—	—	—	—	21.6

注) — はそれぞれの選択肢に無いもの

第7節 若年認知症家族調査の結果について

1. 家族の状況について

- ・ 回答のあった家族の性別は、男性が 44.7% (17)、女性が 55.3% (21) であり、認知症の人との関係では配偶者が 78.9% (30) であった。年齢は最年少は 28 歳、最年長は 78 歳、平均は 59.29 歳であった。また、78.9% (30) が現在も同居している。また、パートタイム等も含めて就業中なのは 42.1% (16) で、57.9% (22) は就業していない。介護に協力してくれる人がいないのは 42.1% (16) にのぼる。
- ・ 介護負担感については、「この先どうなるか不安になることがある」「自分の健康のことが心配になってしまう」「経済的負担が大きくて困る」「世話はとても重荷である」などについて、肯定的な傾向が比較的強かったが、他方で「世話の苦勞があっても前向きに考えていこうと思う」「自分が最後までみてあげたい」などについても肯定的な傾向が見られた。介護者が、介護に負担や不安を感じながらも、積極的に捉えてそれに前向きに取り組もうとしていることが読み取れる。

2. 若年認知症の人本人の状況について

(1) 本人の状況

- ・ 若年認知症本人の性別を見ると、男性が 48.6% (18)、女性が 51.5% (19) とほぼ半々であった。最年少は 55 歳、最年長は 70 歳であり、平均は 63.14 歳である。なお、若年認知症は満 65 歳までに認知症と診断を受けた患者であり、したがって、65 歳未満に発症してから一定の期間が経ち、すでに 65 歳を越えた方が含まれている。
- ・ 症状に最初に気づいた年齢は、最小は 48 歳、最高は 65 歳、平均 58.38 歳であった。最初に相談した年齢は、平均 58.89 歳、診断を受けた年齢は平均 59.49 歳であった。
- ・ 本人の就業の状況は、現在就業中 1 名、休業中 1 名で、それ以外は就業していない。
- ・ 本人の要介護度は、「要介護 3」が 18.4% (7)、「要介護 1」15.8% (6)、「要介護 2」13.2% (5) の順であり、軽度から重度まで分散している。なお、「自立」は 10.5% (4)、「未申請」も 13.2% (5) いる。
- ・ 精神障害者保健福祉手帳は過半数の 52.8% (20) が持っておらず、また、身体障害者手帳は 84.2% (32) が持っていない。
- ・ 診断名は、「アルツハイマー型認知症」が 65.8% (25) と 3 分の 2 近くを占めた。それ以外は「血管性認知症」「レビー小体型認知症」がそれぞれ 7.9% (3)、「前頭側頭型認知症」が 5.3% (2) であった。「受けてない」も 1 名含まれている。
- ・ 介護等に関する現在の状況は、「在宅サービスを利用している」29.7% (11)、「診断を受けたが介護サービスは利用していない」27.0% (10)、「認知症の治療のために入院している」10.8% (4) などだった。

(2) 受診・診断の状況

- ・ 症状が出始めてから受診するまでの期間は、3 ヶ月以上かかったのが 63.9% (23) と 3 分の 2 ちかくを占め、「3 ヶ月以内に受診した」は 36.1% (13) だった。受診までの期間の平均値はおよそ 8.02 ヶ月 (3 ヶ月以内=1.5) であった。

- ・ 受診までに3ヶ月以上かかった理由は、「認知症とは思わず様子を見ていた」が27.8% (10)、「疲れ、ストレスからの症状と思い、様子を見ていた」「生活に支障をきたすこともなかった」ので様子を見ていた」がそれぞれ16.7% (6)であった。
- ・ 受診してから診断までにかかった期間は、「3ヶ月以内」が58.3% (21)と過半数を占め、3ヶ月以上かかったのは41.7% (15)だった。受診から診断までの期間の平均値はおおよそ6.77ヶ月(3ヶ月以内=1.5)であった。
- ・ 診断までに3ヶ月以上かかった理由は、「別の病名で診断を受けていた」が64.3% (9)、「医療機関を転々としていた」が50.0% (7)で、これら2つが過半数を占めた。
- ・ 受診し、診断を受けた医療機関は、「かかりつけ医から専門病院を紹介され、そこで診断された」が51.7% (15)と過半数を占め、「複数の医療機関を受診した後に診断された」が31.0% (9)、「かかりつけ医に受診し、かかりつけ医で診断された」は17.2% (5)であった。受診した機関の最多は8カ所であった。

(3) 介護や支援の状況について

- ・ 障害者自立支援サービスの利用状況は、「利用していない」が74.2% (23)と大多数であった。利用している場合の内容は、「支援費医療」19.4% (6)、「精神科デイケア」6.5% (2)、「移動支援事業(ガイドヘルパー)」3.2% (1)であり、「精神科訪問看護」の利用ケースはなかった。
- ・ 年金や手当の受給状況は、「厚生年金」が44.4% (16)で最も多く、「障害年金」「企業年金」がそれぞれ13.9% (5)、「共済年金」が11.1% (4)と続いた。「受けていない」は、16.7% (6)だった。
- ・ 介護保険サービスの利用状況は、「利用したことはない」は40.5% (15)だった。利用している場合の内容をみると、「通所介護(デイサービス)」が43.2% (16)で最も多く、以下、「ショートステイ」が21.6% (8)、「訪問介護(ホームヘルパー)」が16.2% (6)、「通所リハビリ(デイケア)」「老人保健施設入所」がそれぞれ10.8%だった。
- ・ 社会参加の場については、「認知症の進行により、本人の状態が社会参加を望む状態ではない」が38.9% (14)で最も多かった。「機会がない」も22.2% (8)と比較的多く、社会参加を行いつらい状況が伺える。具体的な場では、「家族会の参加、本人の会の参加」が25.0% (9)、「仕事」「趣味の会、サークル」が38.9% (4)だった。
- ・ 仕事を続けるために必要な支援は、「職場の理解」が48.3% (14)で半数近くを占め、「簡単な仕事への配属」は20.7% (6)だった。
- ・ これまでに関わりを持っている機関は、「専門病院」76.3% (29)、「かかりつけ医」63.2% (24)、「ケアマネジャー」52.6% (20)、「居宅サービス事業所」42.1% (16)、「家族会」26.3% (10)の順に多かった。地域包括支援センターや、市町福祉担当者などの公的な機関は比較的少ない。

第7節 自由記述について

それぞれの対象における自由回答の記述内容については、次のような内容の意見が見られた。

1. 若年認知症の人のご家族の意見

- ・ 若年認知症にあった施設やサービスの充実
- ・ 経済的支援策・負担軽減の充実
- ・ 家族への支援
- ・ 医療機関同士のネットワーク強化
- ・ 専門医の充実と早期発見・早期診断体制の確立
- ・ 医療・保健・福祉が連携した支援体制
- ・ 24時間相談できるところ
- ・ 社会の認知症への理解・受入れが乏しい
- ・ 治療薬の開発

2. 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

(1) ケアプラン作成上の困難

①本人や家族に関連して

- ・ 本人の意思を確認できない
- ・ 本人が本心を語ってくれない
- ・ 症状の進行が早い
- ・ 日々状態が変化する
- ・ 本人が病気を認識しなかったり、受容できなかったりする
- ・ 本人や家族にサービスを拒否される
- ・ 認知症に対する家族の理解がすすまない
- ・ 介護者の精神的負担が大きい
- ・ 家族が若いため、生活問題が深刻になる

②介護サービスに関連して

- ・ 通常の高齢者向けサービスでは合わない
- ・ 施設等の受入れを拒否される
- ・ サービスと専門医とのマッチング
- ・ 家族が就労しており、日中の対応が問題
- ・ ヘルパー中心だと、独りの時間が多くなってしまう
- ・ 経済的負担が大きい
- ・ 経済的余裕がなくサービスが利用できない
- ・ 訪問サービスがうまくいかない
- ・ 体が丈夫なため、要介護認定が低くなる
- ・ 家族の負担を軽減できるようなサービスが足りない
- ・ 症例が少なく、ケアマネ自身も経験や知識が充分ではない

③その他

- ・ 地域で誤解が生じやすい
- ・ 地域での受入れがない
- ・ 受診が遅れがち
- ・ 本人への告知が難しい
- ・ 診断後すぐにサービス相談されない
- ・ 本人や家族、介護担当者等の適切な相談場所がない
- ・ インフォーマルな支援も不足
- ・ 専門医が少ない

(2) 若年認知症支援に関する意見・要望・提案

①ネットワーク・システムづくり

- ・ 市レベルでのネットワーク構築
- ・ 県・国レベルでの支援体制の構築
- ・ 早期発見のシステムづくり
- ・ 医療機関・本人・家族・地域包括・居宅支援事業所等の連携システムの充実

②介護サービス等の充実

- ・ 若年認知症向けの介護サービスや施設の充実
- ・ 家族のレスパイトや経済的負担の軽減等の支援
- ・ 診断や認定までの間の支援

③介護職等への支援

- ・ ケア従事者の研修の充実・スキルアップのための支援
- ・ 専門職の相談窓口、情報提供機関、情報交換の場
- ・ スーパーバイザーの設置

④地域の支援体制

- ・インフォーマルな支援などの社会資源の充実、地域での支えあいや見守り ・会社や地域が相談できる仕組み
- ・若年認知症の人の居場所や集いの場 ・社会における若年認知症の理解をすすめるための広報活動

⑤その他

- ・専門医・医療機関の充実 ・就労先等の啓発・教育 ・市町ごとの詳細な実態調査の実施
- ・就業に関する支援や情報提供 ・医療機関・相談・サービス情報等の一覧作成

3. 医療機関

- ・若年認知症に対応した介護サービス・福祉制度の充実
- ・早期発見・早期治療が必要。若年認知症の理解を周囲の社会が深める必要がある。
- ・同様の症状をもった方や家族との交流の場が近隣にないため、これらの情報提供を望んでおられる。
- ・患者・家族・社会の要望のレベルが高くなってきている。
- ・若年認知症の判断はあまり拡大解釈すべきでないと思う。(状況だけの診断では曖昧になると思う。)

4. 市町

- ・市町担当者の若年認知症に対する知識向上や対応のための資料等の充実
- ・専門機関の強化 ・国、県や圏域レベルでの情報交換や情報提供
- ・家族への支援体制の強化（経済的支援、家族会等） ・本人の就労支援

第3章 被災地における新しい住まい方の現状と課題

第1節 シルバーハウジングの展開

1. 震災復興とシルバーハウジング

兵庫県では、震災復興過程で、高齢者に配慮した対策として、国により実施されていた「シルバーハウジング・プロジェクト」を活用して、災害復興公営住宅にシルバーハウジングを重点的に整備してきた。平成20年3月時点で、兵庫県下におけるシルバーハウジングは100団地4411戸である。これは、東京都、神奈川県に次ぎ全国で3番目に多いとともに、1団地当たりの戸数が多く、規模が大きいという特徴を持つ。1団地当たりの平均戸数は、44.11で、全国平均の26.93、東京都の26.12、神奈川県の28.03にくらべても遙かに大きい。また、全国のシルバーハウジングを戸数の大きい順でみると、トップ10のうち、9つが兵庫県のシルバーハウジングである。

2. 転換期にあるシルバーハウジング

このように兵庫県では新しい住まい方としてシルバーハウジングを広く展開してきたが、現在、このシルバーハウジングの制度は大きな転換点にある。シルバーハウジングでは、LSAによる福祉サービスの提供が行われるが、その派遣については、国の補助授業として市町村で実施されてきた。平成17年度までは基本的に国が2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1の負担割合で財源が調達されてきた。

しかしながら、平成18年4月の介護保険制度の改正により、LSAの派遣は、介護保険制度における地域支援事業の任意事業「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」として実施されることになった。

これにより、LSAの派遣は市町村の独自の判断で行われる事業となると共に、シルバーハウジングに限定されずに柔軟にサービスを提供することが可能となったが、その反面、派遣への独自の補助制度は無くなり、介護保険財政の枠内で実施しなければならないものとなった。介護保険制度上は、財源構成は、国40.5%、都道府県20.25%、市町村20.25%、第1号被保険者19.0%という負担割合となるが、地域支援事業にはそもそも実施する上で上限額が設定されており、通常の市町村で「包括的支援事業」「任意事業」を合わせて各年度の給付見込額の2.0%以内（19年度までは経過措置として1.5%以内）に抑える必要がある。したがって、この上限額内を超える場合には、市町村は一般財源で賄わなければならない。

これにより、これまでシルバーハウジングに力を入れてきた市町村は、今後ともそれを独自財源を負担してまで存続していくべきかどうか、あるいは、派遣の単価を引き下げて維持するかなど、シルバーハウジングのあり方について選択を迫られざるを得なくなる。実際に、既に多くの市町村が一般財源からの負担を余儀なくされており、LSA制度そのものが大きな転換点にあるといえる。

第2節 兵庫県におけるシルバーハウジングの現状

1. シルバーハウジングにおけるLSAの状況

配置されているLSAは、およそ住民30人に1人だが、規模の大きなシルバーハウジングでは、複数のLSAが連携しながら活動を展開していた。LSAには特別な資格は必要とされていないが、ヘルパーや介護福祉士、社会福祉士、ケアマネージャーなど、資格を持っているものも多い。

被災地の事例では、多くは複数のLSAが勤務しているため、拠点内での連携が可能であると共に、派遣法人を中心とした事例検討会や研修が行われており、質的な面でのフォローがされていた。シルバーハウジングは、全国的にみると30戸程度の比較的小規模な住宅が中心であり、その意味で、標準的なLSAのあり方や研修内容については、被災地の大規模なシルバーハウジングでの活動とは実態として合わない点もあるとの意見も聞かれ、その意味で被災地を中心とした大型のシルバーハウジングでの活動についての経験とノウハウを集約する必要性もあるといえる。

2. LSAの活動状況

LSAの活動には、①見守り活動、②日常生活支援、③相談業務、④他機関との連携、⑤コミュニティ支援などがあるが、それぞれの活動の展開や内容の重点の置き方には地域により違いが見られる。

見守り活動は、戸別訪問による安否確認と緊急通報装置・水量センサーの二つに大きく分けられ、いずれにおいても両者を活用しながら情報収集・安否確認が行なわれてきた。水量センサーや緊急通報装置による通報などについては、住民の誤操作やたまたま12時間水を利用しないなど、緊急時以外の誤報が多いとのことだったが、少ないケースであるにせよ、部屋や風呂場で倒れて12時間以内に発見されたケースがあり、その点で孤独死防止などに役立っていた。戸別訪問については、毎日2回のケースから3日に1回まで、頻度に違いがあったが、訪問回数の適切な水準は、地域の状況などにもよるため、一概に決めることは難しい。が、出来る限り住民と密接なコミュニケーションをとって、日々の状況を把握することが基本であることは間違いなく、いずれのLSAにおいても、その点については一致していたといってよい。他方、戸別訪問を拒否する住民への対応にはいずれのケースでも困難を抱えていたが、元気で若く見守りの必要があまりないケースも、住民の入れ替わりがすすむ中で増えてきている。

日常生活支援については、ほとんどのケースで一時的・緊急時の対応を除いては行っていなかった。この点については、日常的な支援を十分に展開するには、現在の人員では不可能であることと、LSAの役割として介護保険サービス等へのつなぎを意識していること、などが理由として考えられていた。他方、例外のケースとして、24時間対応で積極的に生活支援を行っている南芦屋浜の事例もある。その際の具体的な支援内容を見ると、必ずしも緊急に必要なケースでないものも含まれているが、可能な限りの対応を続けることで生み出される住民の安心感を優先しているようである。が、その点は法人の意向や現場のLSAの意識とががんばりによるところも多く、すべてのケースで同様にすべきかどうかは一概には言えない。

コミュニティ支援については、多くの拠点でコミュニティプラザを活用した催しの展開など

が中心となって展開がなされている。その重点の置き方には違いがあるが、いずれも工夫しながらさまざまな種類の活動が展開されている。その際には、自治会や老人クラブ等の地域組織やボランティアグループによる活動展開を有効に利用しているケースもあった。また、コミュニティ支援という意味では、グループハウスのように地域社会への開放と地域組織との連携による自然な形でのコミュニティへの組み込みといったことも、重要な方法であろう。

3. シルバーハウジングにおけるコミュニティ

そもそものコミュニティの状況には大きな差があり、住民の自主的な活動が活発なところもあれば、そもそもの自治会組織さえ存在しないところもあった。自治会が存在しないところでは、LSA が自治会活動の一部肩代わりをしているケースもあるなど、LSA のコミュニティ支援のあり方、さらにはその他の活動の展開においても、コミュニティの状況は大きく関わっている。住民の自主的な活動が活発なところであっても、では LSA のコミュニティ支援活動とそうした活動とがうまく連携をとった展開が成されているかということ、その点には少なからず課題もある。

そもそも、独居高齢者が中心となるシルバーハウジングにおけるコミュニティにおいては、LSA の存在が住民コミュニティの外にあって側面からそれを支える、という位置づけには実態としてはない。むしろ、住民同士のコミュニケーションとネットワークの重要な中核に LSA がいるのであり、LSA の存在そのものが、コミュニティ成立の前提となっているともいえる。つまり、LSA 込みのコミュニティなのであり、その点を十分に考慮しなければならない。コミュニティ支援政策の基本方向には、コミュニティ支援を通じた住民の主体的・自主的なコミュニティ活動を推進し、最終的には住民だけの自主的な活動にまかせる、というものである。それは、基本的には正しい政策方向であろう。しかしながら、シルバーハウジングのように、そうした対応が難しいケースが存在し、自主的な活動を推進するのに加えて、何らかの支援を継続的に実施せざるを得ないものが存在するのであり、その点について慎重な対応が迫られると言うことである。

第3節 シルバーハウジングにおける認知症への対応について

1. 認知症住民の状況

調査したシルバーハウジングでは、必ずしもすべてのケースが認知症とは限らないが、認知症と疑われる住民を含めると、少ないところでも数件、多いところでは 50 件ちかい認知症住民がいることが確認された。認知症と疑われるケースでは、いわゆるものとられ妄想や、徘徊などによって、場合によっては近隣住民とトラブルを生じていることもあったが、認知症住民の存在自体が大きな問題になっているケースはほとんどなかった。

多くのケースでは、認知症であっても、LSA による見守りと認知症以外の住民の側でも、認知症の住民がいたとしても何かあった場合に LSA に対応してもらえるということによって、受け入れが容易になっているという面があると考えられる。

また、認知症の本人や家族にとっても、LSA の存在によってうまれる安心感が、自立生活を継続する上で大きな意味を持っている。

2. グループハウスにおける認知ケア

認知症への対応という点では、グループハウス尼崎の事例がとりわけ注目に値する。グループハウスでは、ほとんどの住民が認知症だとみられるが、入居以前に症状が重く、自立生活がかなり困難なケースでも、ほぼ例外なく、入居後に症状が改善され、自立生活が可能になっているという。その理由についてはさらなる検証が必要であるが、職員の意見によれば、①入浴、洗濯、炊事など、共有スペースを利用しなければならないため、閉じこもりが防止される、②集団活動として全住民一律の行動を求めるわけではなく、個人のプライバシーと生活のペースが守られるため、自分にあった生活のリズムを作ることが出来、LSA 等も極力それに合わせていること、③他の住民の自立した生活をみて競争意識が生まれ、次第に出来ることが増えていく、といったことなどがうまく影響しているのではということだった。つまり、個人としての自律と尊厳が可能な限り守られる環境の提供によって、持てる能力がより発揮される可能性があるということである。この点は、認知症ケアにおいて、可能な限り地域社会での生活の継続とそのためのケアを提供するシステム構築の持つ意義、さらには、地域社会での受け入れが認知症ケアにおいてもつ意義をも示唆しているといえよう。

第4節 シルバーハウジングの課題について

1. 対象の線引き問題

これらの見守りと生活支援については、多くのケースで、一般住戸とシルバーハウジングの線引きの問題があった。LSA の対応は、基本的にはシルバーハウジングを対象としたものであり、一般住戸への対応は限定的で、原則的には線引きがなされていた。現状の水準で LSA の活動範囲を拡張することは、LSA の負担を過度に高め、質的な低下につながることを懸念されるようである。なお、一般にも範囲を広げていた南芦屋浜のケースでは、24 時間対応のために（昼間だけでは必ずしも多いとは言えないが）比較的人員が多く配置されていたが、それでも現状の人員では充分ではなく限界にきていることにも注意すべきである。

現状ではさまざまな点で困難な点があるが、既に制度上は介護保険制度における地域支援事業として LSA 活動が位置づけられている以上、シルバーハウジングへの限定を超えた活動展開の可能性について、むしろ積極的に考える時期に来ているといっていよう。質的な水準を維持しながら、より広い対象に対して必要な支援を提供するために、新しい活動展開と、また自治体の介護政策の中での積極的な位置づけと活用などが、これからの重要な検討課題であろう。

2. コミュニティ支援のあり方

また、いずれのケースでも課題としてあげられたのは、コミュニティ支援であった。コミュニティ支援は、被災地のシルバーハウジングにおいてはとりわけ重要な活動として位置づけられてきたが、シルバーハウジング住民だけではなく、一般住戸も含めたまさにコミュニティ全体を対象とした活動となる点で、他の支援活動とは若干性質が異なる。が、多くの地域では、参加者がシルバーハウジング住民に偏るなど、活動範囲の限定がコミュニティ支援にも影響している可能性がある。だが、コミュニティ支援とは、文字通りコミュニティ全体を対象としなければ意味がない。そうしたジレンマを超えて、より効果的なコミュニティ支援の提供をいか

に展開するかが、依然として大きな課題として残されている。

3. 財源問題

また以上に関連して、LSA 制度の財源問題が大きくなってきている。既に見たように LSA 制度の財源は介護保険制度に組み込まれたが、上限額が設定された地域支援事業の枠では十分な LSA の配置は難しく、それゆえ先進的な活動として LSA による支援を展開してきた自治体では、その重要性を踏まえて、一般財源による負担も加えて制度の維持を図っている。だが、公的財政の逼迫状況が続く中、中・長期的な制度の維持は大きな課題となるだろう。上記のような活動展開のあり方とも合わせて、持続可能な制度のあり方を検討する必要があるといえよう。

第4章 提言

以上の結果及び成果を踏まえて、これからの認知症ケアシステム構築に際して重要な施策の方向性について提言する。

提言1 医療・介護・福祉のネットワーク構築

認知症は、正確な診断のもとに適切な治療を受けることで、進行を遅らせたり、自立生活が可能な状態を場合によっては長期にわたって維持することも可能である。しかし、若年認知症も含め、認知症にかかっても適切な診断をうけず、結果として治療にも、さらには介護の提供や福祉制度の利用にもつながっていない潜在的な患者が多数存在する。それゆえ、認知症ケアにおいては、第一の基盤として、早期診断・早期治療の体制を整備することが求められる。認知症の兆候があらわれた際に、可能な限り速やかに医療機関にアクセスすることを可能にするために、**専門医療機関の設置と適切な配置**を急ぐ必要があるとともに、かかりつけ医から専門機関へとスムーズにつながる**医療機関同士のネットワークの構築**が重要な課題である。さらに、認知症の診断を受けた人や家族が必要な支援をスムーズに受けることを可能にし、また医学的判断を踏まえた適切な支援の提供を可能にするための、**医療－介護－福祉のネットワークの構築**が必要である。その具体的な一歩としては、**認知症サポート医と地域包括支援センター**を中核として、**相互の連携体制を強化**することが重要であろう。

提言2 相談体制ならびに認知症に関する情報提供体制の強化

認知症の人と家族が専門機関にスムーズにアクセスする上で、相談体制の充実と情報提供体制の強化がやはり重要である。そのために、認知症の疑いがある場合にすぐに相談できる相談窓口、診断を受けられる医療機関、その他の支援機関等について、**地域の情報がすぐにわかる情報提供冊子の作成と配布**や、それらについてまとめた**ウェブサイトの作成**といった、オーソドックスであるが場合によっては大きな効果を発揮する手段による強化の余地はまだ大きい。

相談体制については、まず、本人や家族が電話やインターネットにより**気軽にかつプライバシーを守った上で相談可能な窓口の設置**に加えて、認知症の人や家族の不安を和らげ、必要な支援に的確につなげることが出来るよう、**相談担当者の質の向上**を図る必要がある。

また、まだ現役として就業している若年認知症のケースにおいては、就業の継続や再就職の相談、さらには主たる稼得手段が失われた場合の経済的支援などについて、相談の機会が必要である。また、就業先に対して就業継続等にかかわる助言や支援を提供することは、本人や家族にとっても重要な意味をもちうる。そこで、**若年認知症の人の就業ならびに経済的支援に関する相談・助言体制の構築**が重要な手段となる。

さらに、相談体制としては、ケアマネジャーや介護福祉士といった介護職からの相談体制の構築も、当事者からの要望が大きい。とりわけ、ケアプラン作成が難しい若年認知症のケースでは、多くのケアマネジャーが、担当経験が乏しく、適切な助言を受けられる体制を求め

ている。そこで、**地域包括支援センターのスーパーバイズ機能の強化や介護専門職向けの相談窓口の設置**など、ケアの適切な提供に向けた相談体制の強化も必要であろう。

提言 3 地域の受け皿づくり推進

認知症になっても住み慣れた地域で生活をするには、その地域における認知症の受け入れ体制の構築が必要不可欠である。地域住民の認知症への理解を深め、住民の側からの認知症の人と家族への適切な配慮が可能になるほど、本人と家族の側の不安感が大きく除去される可能性があるとともに、社会の認知症への偏見をなくすことが、また早期診断・早期治療へとつなげる基礎となる。そのためには、これまで取り組まれてきた**認知症サポーターの養成**を引き続き着実にすすめるとともに、**地域における認知症啓発活動の支援体制の強化**がまずは重要であろう。

また、認知症の人にとって、地域住民とのかわりない交流など、社会参加の機会が存在することが非常に重要な意味を持ちうる。とりわけ、まだ若くて体力や意欲もある若年認知症の人にとって、社会とのつながりの喪失は、場合によっては認知症の症状にも重大な影響を及ぼしうる。その意味で、身近な地域での認知症の人の受け皿を構築することは、本人にとっても家族にとっても大きな効果を発揮する可能性がある。例えば、**趣味の活動や健康・スポーツ活動などの団体やサークルでの受け入れの推進や支援**、さらには**活動への参加を支援するボランティア活動等の推進と支援**なども、重要な取り組みとなろう。

提言 4 地域型 LSA の構想と地域資源の認知症対応力の向上

認知症の人が地域で生活を継続する上で、見守り体制の持つ意義と役割は大きい。被災地におけるシルバーハウジングでは、LSA からの見守りと支援を受けながら、独居での自立生活を継続している認知症住民が数多く見られた。そうしたこれまでの経験は、シルバーハウジングを超えてひろく一般の地域社会でも生かされるべきである。地域における見守り体制の強化の方向性は、**地域社会にも LSA を配備して見守りと支援を提供する「地域型 LSA」**にあるといっていよい。だが、十分な資質と能力を持った人材の確保とそのための人件費の確保は、現状においては実現するのはかなりの困難をとまなう課題であろう。しかしながら、既に兵庫県が率先して取り組んできた SCS の制度や高齢者自立支援ひろば事業は、まさにこの「地域型 LSA」の構想が背景にあったはずである。その意味で、すでに構想の実現に向けた取り組みは兵庫県においてすすめられてきたのであり、引き続き **SCS や高齢者自立支援ひろばを活用した見守り体制の強化**をはかることが、構想の現実的な展開という点で重要な施策である。

さらに、民生委員、自治会、老人クラブといった、認知症住民を支援する上で重要な役割を果たしうる地域資源が、認知症についての知識と理解を深め、認知症の人と家族への適切な配慮を可能とし、適切な専門機関等へと確実につなぐことができる連携力をもつといった、**認知症対応力の向上**をはかり、**地域住民が主体となった見守り体制を強化**することで、LSA を配備

した効果に場合によってはかなり近づけることも可能なはずである。現状でも、それら地域資源による見守り活動の展開が進められつつある。が、個別の散発的な活動展開に止まるなど、今後一層、活動の効果的な展開をはかることで、諸活動の相乗効果が発揮される余地がおおいにあるといってよい。したがって、**地域での見守り体制のネットワーク化の推進と連携・協力体制の強化、認知症への対応方法についての講習などを通じて、地域資源をより効果的に活用する体制を構築することが重要であろう。**

提言 5 各地域の状況を考慮した L S A 制度の改善と継続

被災地における LSA の活動内容は、地域により多様性がある。シルバーハウジングという共通の住まい方に対する対応の仕方でも、その規模の違いはもちろんのこと、コミュニティの状況により活動の重点はそれぞれ異なる。ただし、そもそもの比較的大規模なシルバーハウジングの経験とノウハウ、さらには改善の方向性については、被災地においても共有されていない。それゆえ、大規模なシルバーハウジングにおける LSA の経験とノウハウを集約できるよう、**自治体を超えた LSA の交流機会の設定や、各現場間での人材交流なども、これからのあり方を考える上で重要であろう。**

また、既に制度改正により、LSA 制度はシルバーハウジングへ限定されることなく、地域の状況に応じて柔軟に展開可能となっている。が、人材や設備等の水準をそのままに対象範囲を拡大することは、質的な水準を犠牲にする可能性がある。これからの LSA 制度をどのように展開するかについては、個別の地域を越えて、**地域のケア体制全体のなかでどう位置づけるか**という大きな視点との関わりで考えるべきである。自治体は、これからの地域ケアについてのビジョンを描きつつ、LSA 制度の積極的な活用を進めるべきであろう。

他方で、シルバーハウジングにおいては、LSA の存在がコミュニティの前提となっている点も指摘した。つまり、シルバーハウジングを維持する以上、LSA の存在は必要不可欠であるということである。これからの超高齢社会においては、ますますその存在意義は高まる可能性があり、その意味でも、今後も **LSA の配置は継続されるべきであり、そのための財源も含めた幅広い支援の可能性を今後とも模索するべきであろう。**

第 2 部 兵庫県若年認知症実態調査

第 1 章 調査の概要

第 1 節 調査の目的

社会保険・支援等の制度のはざまにあり、社会的な支援を受けることが難しい若年認知症患者やその家族について実態を把握することを目的として実態調査を行う。

第 2 節 調査の概要

1. 調査対象

若年認知症患者の実態を完全に把握するのは難しいため、若年認知症患者および家族への対応を行っていると考えられる医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町関連部局、および患者家族と幅広く対象を設定し、調査を実施した。

各調査に対する対象数は下記の通りである。

- ①医療機関：282 機関（精神病院等 141、精神科診療所等 141）
- ②居宅介護支援事業所：1583 カ所（県内にある全事業所）
- ③地域包括支援センター：174 センター（県内の全センター）
- ④市町担当課 82（県内全 41 市町各 2）
- ⑤若年認知症患者家族：不明（医療機関および家族会を介して配布のため）

2. 調査の方法

上記①～④については、郵送調査法による質問紙調査を行った。

⑤については、医療機関に対して質問紙を配布し、若年認知症患者の家族への配布を依頼するとともに、認知症の人と家族の会兵庫支部を通じて関係家族に配布し、郵送にて回収した。

3. 有効回収数および有効回収率

- ①医療機関：123（43.6%）
- ②居宅介護支援事業所：1012（63.9%）
- ③地域包括支援センター：130（74.7%）
- ④市町：70（83.3%）
 - 市町単位：39（95.1%）
 - 介護保険担当課：29（70.7%）
 - 障害福祉担当課：34（82.9%）
- ⑤若年認知症家族：38

4. 調査期間

平成 20 年 9 月

なお、若年認知症患者数については、2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の 1 年間の実績について調査した。

第2章 調査対象別結果

第1節 市町調査の結果について

市町調査については、41市町に2通ずつ質問紙を郵送し、介護保険担当課および精神福祉担当課の両者に回答してもらうように依頼した。これは、通常の老年性の認知症とは異なり、介護保険のみならず精神福祉制度と関連することになる若年性認知症患者への対応状況、ならびに各市町の実態把握の状況を確認するためである。

回答は39市町からあり、若年認知症の正確な情報を把握していないなどの理由から、すべての担当課からの回答は得られなかった。また、保健所、健康センター等、その他の課による回答も寄せられた。

1. 対応状況について

(1) 若年認知症の取扱市町数

まず、2008年度1年間における若年認知症に関する相談等の取扱状況を見ると、若年認知症への対応があったのは27市町(69.2%)であった。

担当部署別では、介護保険関係が15(38.5%)、精神福祉関連が12(30.8%)、その他が5(12.8%)であった。

表3-1-1 対応状況

	N	%
あり	27	69.2
なし	12	30.8
合計	39	100.0

表3-1-2 対応状況(担当部局)

	N	%(M.A)
介護保険	15	38.5
障害福祉	12	30.8
その他	5	12.8

（２）若年認知症への対応件数

市町における若年認知症のケースの対応件数は、表の通りである。

集計結果によれば、市町において相談を受けるなどの対応を通して把握している若年認知症のケース（疑い含む）は 63 件（介護保険関連：36 件、精神福祉関連：24 件、その他 3 件）である。表に記載のない市町は、若年認知症の取扱いケースがない、あるいは正確な人数を把握していないため無回答等の市町である。対応は「ある」が、人数の記載のないケースは 8 ある。記載のあったケースでは、新温泉町以外は重複の可能性はない。

また、各課における対応人数では、最低が 1，最高は 10（洲本市）で、平均値は、対応のないものも含めると 1 課あたり 1.05、取扱いのあるもののみでは 2.63 である。

表 3-1-3 市町別・担当課別対応人数

市町	介護	障害	その他	合計	市町	介護	障害	その他	合計
姫路市	6			6	丹波市	1	1		2
尼崎市		7		7	淡路市		1		1
明石市		3		3	穴栗市	2			2
洲本市	10			10	たつの市	1			1
伊丹市		2		2	多可町	1			1
相生市	1			1	播磨町			1	1
三木市		2		2	福崎町	1			1
高砂市		1		1	太子町	1			1
小野市	6			6	香美町			2	2
三田市		3		3	新温泉町	1	2		3
加西市	5			5	合計	36	24	3	63
篠山市		2		2					

2. 若年認知症への対応内容について

(1) 本人以外で相談のあった相手（複数回答）

本人以外で相談のあった相手について担当部局別に見ると、いずれも家族は90%以上でほとんどを占め、それ以外では介護保険関連課で民生委員3、障害福祉関連課でケアマネージャー2、医療機関2であった。

表3-1-4 相談のあった相手

		介護保険	障害福祉	その他
ない	N	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0
家族	N	14	9	5
	%	93.3	90.0	100.0
民生委員	N	3	0	2
	%	20.0	0.0	40.0
ケアマネ	N	1	2	3
	%	6.7	20.0	60.0
近隣者	N	0	1	0
	%	0.0	10.0	0.0
医療機関	N	1	2	1
	%	6.7	20.0	20.0
その他	N	1	0	1
	%	6.7	0.0	20.0
合計		15	10	5

（２）相談の内容（複数回答）

相談の内容について担当部局別にみると、介護保険関連課では、当然ながら「介護保険サービスの利用に関する相談」が 15（100.0%）で最も多く、それ以外では「家庭内の問題に関する相談（子どもの就学、配偶者の介護負担等）」が 7（46.7%）、「医療機関受診に関する相談」が 5（33.3%）とつづく。障害福祉関連課では、やはり「障害者自立支援サービスの利用に関する相談」が 6（54.5%）で最も多く、以下「医療機関の受診に関する相談」と「公費負担制度の利用等経済的支援の相談」が共に 4（36.4%）であった。

相談内容については、介護保険や障害者自立支援制度等によるサービスの利用についてそれぞれの担当課へと相談されているが、それ以外にも、医療機関への受診や家族による介護負担などについての相談が成されていることがわかる。

表3-1-5 相談の内容(複数回答)

		介護保険	障害福祉	その他
診断	N	0	1	0
	%	0.0	9.1	0.0
医療機関受診	N	5	4	3
	%	33.3	36.4	60.0
BPSD 等の症状の対応	N	0	3	0
	%	0.0	27.3	0.0
障害者自立支援サービスの利用	N	0	6	1
	%	0.0	54.5	20.0
介護保険サービスの利用	N	15	1	3
	%	100.0	9.1	60.0
介護保険以外のサービス利用	N	1	1	1
	%	6.7	9.1	20.0
介護者や他の家族の健康	N	1	0	0
	%	6.7	0.0	0.0
経済的な支援策	N	3	4	2
	%	20.0	36.4	40.0
本人の就労	N	1	0	1
	%	6.7	0.0	20.0
減免申請	N	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0
家庭内の問題	N	7	2	1
	%	46.7	18.2	20.0
本人の自動車運転	N	1	0	0
	%	6.7	0.0	0.0
入院や入院先	N	4	3	1
	%	26.7	27.3	20.0
その他	N	2	2	1
	%	13.3	18.2	20.0
合計		15	11	5

3. 若年認知症に対する支援

(1) 必要な施策について(3つ)

若年認知症の人と家族が安心して暮らすことが出来るために必要な施策について、最も必要と思われる3つを選んだ結果を担当部局別に見ると、介護保険関連課では「若年認知症の人のための介護保険サービスの充実」11(73.3%)、「専門医療機関、専門医の充実」10(66.7)、「社会が若年認知症理解を深める取り組み」7(46.7%)の順に多かった。障害福祉関連課では、「家族のレスパイトを目的とする入院、入所受け入れ」6(54.5%)、「専門医療機関、専門医の充実」「若年認知症の人のための介護保険サービスの充実」がともに5(45.5%)の順位になっているが、回答は分散している。

表3-1-6 必要な施策について(3つまで)

		介護保険	障害福祉	その他
専門医療機関、専門医の充実	N	10	5	2
	%	66.7	45.5	40.0
かかりつけ医の認知症対応研修の強化	N	3	0	1
	%	20.0	0.0	20.0
入院が必要な疾患治療時の受け入れ	N	2	1	0
	%	13.3	9.1	0.0
家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ	N	2	6	3
	%	13.3	54.5	60.0
医療・介護従事者等への若年認知症についての研修	N	1	0	0
	%	6.7	0.0	0.0
相談体制の充実	N	2	3	1
	%	13.3	27.3	20.0
若年認知症のための介護保険サービスの充実	N	11	5	1
	%	73.3	45.5	20.0
自立支援サービスの充実	N	0	3	0
	%	0.0	27.3	0.0
社会が若年認知症理解を深める取り組み	N	7	4	1
	%	46.7	36.4	20.0
就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み	N	1	0	0
	%	6.7	0.0	0.0
対象外のサービスの充実	N	6	2	2
	%	40.0	18.2	40.0
経済的支援策の充実	N	3	3	4
	%	20.0	27.3	80.0
その他	N	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0
合計		15	11	5

（２）若年認知症の人に対して提供されているサービス・制度の状況

制度の提供について、担当課にかかわらず市町別に集計した結果が下のとおりである。なお、場合によっては同一市町内の担当部局間で判断に相違があったため、「提供している」あるいは「制度あり」を優先して市町内での重複を調整して集計した。

表３－１－７ 提供されているサービス・制度の状況

		提供 している	提供なし 制度あり	制度なし
デイケア	N	15	14	2
	%	48.4	45.2	6.5
デイサービス	N	19	10	2
	%	61.3	32.3	6.5
ショートステイ	N	16	13	2
	%	51.6	41.9	6.5
グループホーム	N	15	15	2
	%	46.9	46.9	6.3
訪問看護	N	14	16	2
	%	43.8	50.0	6.3
訪問介護	N	14	16	2
	%	43.8	50.0	6.3
小規模多機能サービス	N	12	10	7
	%	41.4	34.5	24.1
自立支援医療制度	N	19	12	2
	%	57.6	36.4	6.1
障害年金	N	10	14	2
	%	38.5	53.8	7.7
特別障害者手当	N	9	16	2
	%	33.3	59.3	7.4
介護手当	N	6	13	9
	%	21.4	46.4	32.1
精神科デイケア	N	4	11	12
	%	14.8	40.7	44.4
重度認知症デイケア	N	1	6	18
	%	4.0	24.0	72.0
精神訪問看護	N	4	10	11
	%	16.0	40.0	44.0
小規模作業所	N	5	14	8
	%	18.5	51.9	29.6
精神病院	N	4	7	12
	%	17.4	30.4	52.2
認知症疾患療養病棟	N	4	7	12
	%	17.4	30.4	52.2
成年後見制度	N	9	20	3
	%	28.1	62.5	9.4
地域福祉権利擁護事業	N	7	17	3
	%	25.9	63.0	11.1

これによると、「提供している」が過半数を超えているのは、「デイサービス」「自立支援医療制度」の2つだけである。介護保険サービスは概ね制度があるが、「小規模多機能サービス」は「制度がない」市町が比較的多い。障害福祉制度関係では、「重度認知症デイケア」「精神病院」「認知症疾患療養病棟」は過半数の市町において制度がなく、また、それ以外のサービスも制度があっても若年認知症への提供がない割合のほうが、ある割合よりも大きくなっている。

介護保険サービスについては比較的整備されてはいるが、やはり若年認知症に対しては十分に提供が成されていない。備考欄などでは制度があっても「若年認知症向けではないため、無いに等しい」という意見も見られた。

精神科関連の医療機関やデイケアなどの施設の設置状況が市町によって異なり、若年認知症患者にとって十分に提供されていない可能性があると思われる。

なお、制度の提供に際しての条件については、要介護認定などの通常の制度提供の要件がほとんどすべてであり、市町による特別な条件付けはほぼ見られなかった。

（３） その他の提供しているサービス等

選択肢以外で若年認知症が利用できるサービスの自由記述の結果から、特徴的な例のみを挙げると下記の通り。

「認知症相談室」「家族相談会」を市社協に委託して実施」（西宮市）

「県の家族会や会報等の紹介をする」（香美町）

「認知症を抱える介護者の集いを定期開催」（丹波市）

「デイサービスやサロンにボランティアとして（若年認知症の方に：筆者補足）入っていたことはある」（宝塚市）

4. 自由記述について

若年認知症の支援に関する意見、要望、提案等についての自由記述の内容を整理すると、次のようなものが見られた。

- ・ 市町担当者の若年認知症に対する知識向上や対応のための資料等の充実
- ・ 専門機関の強化
- ・ 国、県や圏域レベルでの情報交換や情報提供
- ・ 家族への支援体制の強化（経済的支援、家族会等）
- ・ 本人の就労支援

第 2 節 地域包括支援センター調査の結果

地域包括支援センター調査は、県内の地域包括支援センター174 カ所すべて（ブランチ、サブセンターを除く）を対象に実施した。有効回収数は 128（回収率 73.6%）であった。

なお、圏域別の状況については、センターの設置数や回答数における地域差が大きく、相互に比較するのに十分なデータではない。が、参考として圏域別の結果も合わせて示す。

1. 対応状況について

2008 年度 1 年間の若年認知症への対応状況を見ると、まず、センター毎の相談等の対応状況では、若年認知症への対応があったのは 39 センター（30.0%）であった。

対応した取扱件数でみると、県全体では 60 件である。圏域別では、神戸市の 30 件が最も多く、阪神南の 10 件、中播磨の 6 件とつづいた。

表3-2-1 対応状況

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
なし	N	91	39	16	6	4	1	11	6	5	1	2
	%	70.0	67.2	76.2	75.0	50.0	50.0	84.6	85.7	62.5	33.3	100.0
あり	N	39	19	5	2	4	1	2	1	3	2	0
	%	30.0	32.8	23.8	25.0	50.0	50.0	15.4	14.3	37.5	66.7	0.0
合計	N	91	39	16	6	4	1	11	6	5	1	2
取扱件数	N	60	30	10	2	4	1	6	2	4	1	0

2. 若年認知症への対応内容について

(1) 本人以外で相談のあった相手（複数回答）

若年認知症への対応が有ったセンターにおいて、本人以外で相談のあった相手について見ると、家族は 89.7%で最も多く、民生委員 30.8%、ケアマネジャー12.8%と続いた。

表3-2-2 相談のあった相手

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波
ない	N	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
家族	N	35	19	4	1	4	1	2	1	1	2
	%	89.7	100.0	80.0	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0	33.3	100.0
就労先	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医師	N	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	2.6	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
民生委員	N	12	6	1	2	0	1	0	0	1	1
	%	30.8	31.6	20.0	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	33.3	50.0
ケアマネジャー	N	5	1	3	0	0	0	0	0	1	0
	%	12.8									
知人	N	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	5.1	15.8	60.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
合計	N	54	19	5	2	4	1	2	1	3	2

(2) 相談の内容（複数回答）

相談を受けた内容についてみると、「介護保険サービスの利用」が 46.2%で最も多く、以下、「BPSD 等の症状の対応」43.6%、「医療機関への受診」35.9%と続く。

表3-2-3 相談の内容（複数回答）

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波
診断	N	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	10.3	21.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療機関受診	N	14	7	3	1	1	1	0	0	0	1
	%	35.9	36.8	60.0	50.0	25.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0
BPSD 等の症状の対応	N	17	10	1	1	2	1	1	0	0	1
	%	43.6	52.6	20.0	50.0	50.0	100.0	50.0	0.0	0.0	50.0
障害者自立支援サービスの利用	N	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	2.6	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
介護保険サービスの利用	N	18	7	2	1	4	0	2	1	0	1
	%	46.2	36.8	40.0	50.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	50.0
介護保険以外のサービス利用	N	5	2	1	2	0	0	0	0	0	0
	%	12.8	10.5	20.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
介護者や他の家族の健康	N	6	2	1	0	2	0	1	0	0	0
	%	15.4	10.5	20.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0
経済的な支援策	N	5	0	1	0	0	0	0	0	2	2
	%	12.8	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	100.0
本人の就労	N	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0
	%	5.1	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
本人の自動車運転	N	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	7.7	5.3	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0
入院や入院先	N	14	10	2	0	0	0	0	1	0	1
	%	35.9	52.6	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	50.0
その他	N	8	4	1	1	0	0	0	0	2	0
	%	20.5	21.1	20.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0
合計	N	39	19	5	2	4	1	2	1	3	2

（３）連携機関について（複数回答）

連携した機関についてみると、「居宅介護支援事業所」が 61.5%で最も多く、以下、「専門病院、専門外来、認知症サポート医」「かかりつけ医」がそれぞれ 51.3%、「市町（保健師等）」41.0%の順だった。

表３－２－４ 連携機関(複数回答)

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波
専門病院、専門外来、 認知症サポート医	N	20	10	2	0	2	1	0	1	2	2
	%	51.3	52.6	40.0	0.0	50.0	100.0	0.0	100.0	66.7	100.0
かかりつけ医	N	20	13	3	0	2	0	1	1	0	0
	%	51.3	68.4	60.0	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0	0.0	0.0
市町（保健師等）	N	16	9	1	1	1	0	2	0	1	1
	%	41.0	47.4	20.0	50.0	25.0	0.0	100.0	0.0	33.3	50.0
市町（福祉担当）	N	14	7	2	0	2	0	1	0	0	2
	%	35.9	36.8	40.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	100.0
健康福祉事務所 （保健所）	N	7	3	1	0	0	0	1	0	1	1
	%	17.9	15.8	20.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	33.3	50.0
居宅介護支援事業 所	N	24	15	3	1	0	1	1	1	1	1
	%	61.5	78.9	60.0	50.0	0.0	100.0	50.0	100.0	33.3	50.0
家族会	N	11	8	0	1	0	1	0	0	1	0
	%	28.2	42.1	0.0	50.0	0.0	100.0	0.0	0.0	33.3	0.0
社会福祉協議会	N	6	3	0	0	0	1	1	0	1	0
	%	15.4	15.8	0.0	0.0	0.0	100.0	50.0	0.0	33.3	0.0
民生委員	N	14	7	1	2	0	1	1	0	1	1
	%	35.9	36.8	20.0	100.0	0.0	100.0	50.0	0.0	33.3	50.0
介護者以外の家族	N	10	7	0	0	2	0	0	0	1	0
	%	25.6	36.8	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
就労先	N	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	%	2.6	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	N	6	2	1	1	1	0	0	0	1	0
	%	15.4	10.5	20.0	50.0	25.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
合計	N	39	19	5	2	4	1	2	1	3	2

3. 今後の必要な対策について（3つまで）

すべての回答者に対して、若年認知症に対する今後必要な対策を3つまでに限定して尋ねると、「専門医療機関、専門医の充実」が48.4%で最も多く、以下、「若年認知症のための介護保険サービスの充実」44.4%、「家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ」39.5%、「経済的支援策の充実」34.7%の順だった。

表3-2-5 必要な対策(3つまで)

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東 播磨	北 播磨	中 播磨	西 播磨	但馬	丹波	淡路
専門医療機関、専門医 の充実	N	60	22	11	5	4	2	7	4	3	2	0
	%	48.4	42.3	52.4	62.5	50.0	100.0	53.8	57.1	37.5	66.7	0.0
かかりつけ医の認知症 対応研修の強化	N	25	8	7	0	2	0	1	1	4	1	1
	%	20.2	15.4	33.3	0.0	25.0	0.0	7.7	14.3	50.0	33.3	50.0
入院が必要な疾患治 療時の受け入れ	N	16	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	12.9	21.2	19.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
家族のレスパイトを目的と する入院、入所施設の 受け入れ	N	49	27	5	3	4	1	4	2	2	0	1
	%	39.5	51.9	23.8	37.5	50.0	50.0	30.8	28.6	25.0	0.0	50.0
医療・介護従事者等へ の若年認知症について の研修	N	10	5	0	0	2	0	2	0	0	0	1
	%	8.1	9.6	0.0	0.0	25.0	0.0	15.4	0.0	0.0	0.0	50.0
相談体制の充実	N	35	15	6	4	1	0	2	4	2	0	1
	%	28.2	28.8	28.6	50.0	12.5	0.0	15.4	57.1	25.0	0.0	50.0
若年認知症のための介 護保険サービスの充実	N	55	25	9	3	5	2	5	2	3	1	0
	%	44.4	48.1	42.9	37.5	62.5	100.0	38.5	28.6	37.5	33.3	0.0
自立支援サービスの充 実	N	8	1	3	1	1	0	1	0	1	0	0
	%	6.5	1.9	14.3	12.5	12.5	0.0	7.7	0.0	12.5	0.0	0.0
社会が若年認知症理 解を深める取り組み	N	33	12	3	4	2	0	4	2	4	1	1
	%	26.6	23.1	14.3	50.0	25.0	0.0	30.8	28.6	50.0	33.3	50.0
就労先での若年認知 症理解を深める取組 み	N	9	4	3	1	0	0	0	1	0	0	0
	%	7.3	7.7	14.3	12.5	0.0	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0
対象外のサービスの充 実	N	29	13	3	2	1	0	5	2	2	0	1
	%	23.4	25.0	14.3	25.0	12.5	0.0	38.5	28.6	25.0	0.0	50.0
経済的支援策の充実	N	43	15	9	1	2	1	6	3	3	3	0
	%	34.7	28.8	42.9	12.5	25.0	50.0	46.2	42.9	37.5	100.0	0.0
その他	N	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	%	1.6	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	N	124	52	21	8	8	2	13	7	8	3	2

4. 自由記述について

地域包括支援センター調査の自由記述回答については、ケアマネジメントにかかわる点で同様の立場になる居宅介護支援事業所の火回答と同様の意見が見られるため、次節において両者をまとめて整理する。

第 3 節 居宅介護支援事業所調査の結果

居宅介護支援事業所調査は、県内の事業所 1538 カ所すべてを対象に実施した。有効回収数は 1012（回収率 63.9％）であった。

1. 若年認知症の取扱状況について

2008 年度 1 年間の若年認知症への対応状況を見ると、まず、センター毎の対応状況では、若年認知症の取扱があったのは 181（18.1％）であった。

対応した取扱件数でみると、県全体では 270 件である。圏域別では、神戸市の 83 件が最も多く、阪神南の 49 件、中播磨の 39 件とつづいた。

表 3-3-1 取扱状況

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
ない	N	821	249	136	78	71	57	81	58	33	22	34
	%	81.9	82.5	84.6	83.0	77.2	76.0	75.0	93.7	80.5	84.6	87.2
あり	N	181	53	25	16	21	18	27	4	8	4	5
	%	18.1	17.5	15.4	17.0	22.8	24.0	25.0	6.3	19.5	15.4	12.8
合計	N	1002	302	162	94	92	75	108	63	41	26	39
取扱件数	N	270	83	49	23	27	24	39	5	10	3	5

2. 若年認知症への対応内容について

(1) 本人以外で相談のあった相手（複数回答）

若年認知症への対応があった事業所において、本人以外で相談のあった相手について見ると、家族は 94.7%と大部分の事業所が体験している。それ以外の相手は比較的少なく、で最も多く、民生委員 30.8%、ケアマネージャー12.8%と続いた。

その他では、地域包括支援センター、サービス事業所が 5 件あり、それ以外では、友人、近隣住民、市町、医療機関などがあった。

表3-3-2 相談のあった相手（複数回答）

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路
ない	N	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	1.7	3.8	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
家族	N	167	48	23	14	18	17	26	4	8	4	4
	%	94.4	92.3	92.0	87.5	100.0	94.4	96.3	100.0	100.0	100.0	100.0
就労先	N	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0.6	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医師	N	14	4	4	0	1	1	3	0	1	0	0
	%	7.9	7.7	16.0	0.0	5.6	5.6	11.1	0.0	12.5	0.0	0.0
民生委員	N	12	3	4	2	0	0	1	0	0	0	1
	%	6.8	5.8	16.0	12.5	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	25.0
その他	N	25	6	8	4	1	4	2	0	0	0	0
	%	14.1	11.5	32.0	25.0	5.6	22.2	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	N	177	52	25	16	18	18	27	4	8	4	4

(2) 相談の内容（複数回答）

相談を受けた内容についてみると、「B P S D等の症状への対応」が 52.3%で最も多く、以下、「介護保険サービスの利用」43.6%、「入院や入所先をさがしてほしいという相談」32.2%と続いた。

表3-3-3 相談の内容（複数回答）

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路
診断	N	22	6	1	1	3	1	7	0	1	1	0
	%	12.6	11.8	4.3	6.3	16.7	5.6	25.9	0.0	12.5	25.0	0.0
医療機関受診	N	48	16	8	3	6	4	8	1	1	0	1
	%	27.6	31.4	34.8	18.8	33.3	22.2	29.6	25.0	12.5	0.0	25.0
BPSD等の症状の対応	N	91	30	10	10	7	9	16	2	4	2	1
	%	52.3	58.8	43.5	62.5	38.9	50.0	59.3	50.0	50.0	50.0	25.0
障害者自立支援サービスの利用	N	6	0	2	1	0	1	2	0	0	0	0
	%	3.4	0.0	8.7	6.3	0.0	5.6	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0
介護保険サービスの利用	N	82	25	14	7	7	9	12	4	1	1	2
	%	47.1	49.0	60.9	43.8	38.9	50.0	44.4	100.0	12.5	25.0	50.0
介護保険以外のサービス利用	N	51	11	8	5	7	7	8	0	4	0	0
	%	29.3	21.6	34.8	31.3	38.9	38.9	29.6	0.0	50.0	0.0	0.0
介護者や他の家族の健康	N	39	14	3	3	5	6	5	1	1	0	1
	%	22.4	27.5	13.0	18.8	27.8	33.3	18.5	25.0	12.5	0.0	25.0
経済的な支援策	N	39	11	5	1	3	4	7	1	5	0	1
	%	22.4	21.6	21.7	6.3	16.7	22.2	25.9	25.0	62.5	0.0	25.0
本人の就労	N	9	6	0	0	1	1	0	0	0	1	0
	%	5.2	11.8	0.0	0.0	5.6	5.6	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0
本人の自動車運転	N	7	2	0	1	0	1	0	0	0	2	1
	%	4.0	3.9	0.0	6.3	0.0	5.6	0.0	0.0	0.0	50.0	25.0
入院や入院先	N	56	19	6	5	5	6	12	1	1	1	0
	%	32.2	37.3	26.1	31.3	27.8	33.3	44.4	25.0	12.5	25.0	0.0
その他	N	13	5	0	2	2	1	1	0	1	0	1
	%	7.5	9.8	0.0	12.5	11.1	5.6	3.7	0.0	12.5	0.0	25.0
合計	N	174	51	23	16	18	18	27	4	8	4	4

（３）連携機関について（複数回答）

連携した機関についてみると、「かかりつけ医」が 58.3%で最も多く、以下、「専門病院、専門外来、認知症サポート医」53.7%、「地域包括支援センター」42.3%、「介護者以外の家族」30.9%の順だった。なお、「その他」は介護保険サービスの提供者が 27 件とほとんどを占めた。

表3-3-4 連携機関（複数回答）

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
専門病院、専門外来、認知症サポート医	N	94	31	13	7	6	11	13	3	3	3	3
	%	53.7	60.8	52.0	43.8	33.3	61.1	50.0	75.0	37.5	75.0	75.0
かかりつけ医	N	102	29	16	9	11	10	17	0	6	1	2
	%	58.3	56.9	64.0	56.3	61.1	55.6	65.4	0.0	75.0	25.0	50.0
市町（保健師等）	N	22	5	4	2	0	5	3	1	1	1	0
	%	12.6	9.8	16.0	12.5	0.0	27.8	11.5	25.0	12.5	25.0	0.0
市町（福祉担当）	N	41	12	8	5	2	9	1	0	2	1	1
	%	23.4	23.5	32.0	31.3	11.1	50.0	3.8	0.0	25.0	25.0	25.0
健康福祉事務所（保健所）	N	14	0	6	2	0	3	2	0	1	0	0
	%	8.0	0.0	24.0	12.5	0.0	16.7	7.7	0.0	12.5	0.0	0.0
地域包括支援センター	N	74	25	11	6	5	12	7	1	5	1	1
	%	42.3	49.0	44.0	37.5	27.8	66.7	26.9	25.0	62.5	25.0	25.0
家族会	N	16	7	3	2	1	1	2	0	0	0	0
	%	9.1	13.7	12.0	12.5	5.6	5.6	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0
社会福祉協議会	N	16	7	2	2	1	2	0	0	1	1	0
	%	9.1	13.7	8.0	12.5	5.6	11.1	0.0	0.0	12.5	25.0	0.0
民生委員	N	23	6	3	5	1	3	3	0	1	0	0
	%	13.1	11.8	12.0	31.3	5.6	16.7	11.5	0.0	12.5	0.0	0.0
介護者以外の家族	N	54	14	7	4	7	4	12	2	2	0	1
	%	30.9	27.5	28.0	25.0	38.9	22.2	46.2	50.0	25.0	0.0	25.0
就労先	N	4	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	%	2.3	3.9	0.0	6.3	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	N	37	10	6	3	6	3	6	1	0	1	1
	%	21.1	19.6	24.0	18.8	33.3	16.7	23.1	25.0	0.0	25.0	25.0
合計	N	175	51	25	16	18	18	26	4	8	4	4

3. 今後の必要な対策について（複数回答：3つまで）

すべての回答者に対して、若年認知症に対する今後必要な対策を3つまでに限定して尋ねると、「専門医療機関、専門医の充実」が49.4%で最も多く、以下、「家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ」44.4%、「若年認知症のための介護保険サービスの充実」41.6%、「経済的支援策の充実」27.5%の順だった。

表3-3-5 必要な対策(3つまで)

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
専門医療機関、専門医の充実	N	489	155	73	50	46	34	49	35	17	8	17
	%	49.6	53.3	46.5	53.8	51.1	45.9	46.7	56.5	41.5	32.0	43.6
かかりつけ医の認知症対応研修の強化	N	200	58	35	16	13	19	19	14	8	6	10
	%	20.3	19.9	22.3	17.2	14.4	25.7	18.1	22.6	19.5	24.0	25.6
入院が必要な疾患治療時の受入	N	173	51	31	15	15	9	26	6	4	3	10
	%	17.5	17.5	19.7	16.1	16.7	12.2	24.8	9.7	9.8	12.0	25.6
家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受入	N	438	142	71	40	43	24	52	22	15	9	17
	%	44.4	48.8	45.2	43.0	47.8	32.4	49.5	35.5	36.6	36.0	43.6
医療・介護従事者等への若年認知症についての研修	N	139	39	27	8	14	15	13	9	5	3	6
	%	14.1	13.4	17.2	8.6	15.6	20.3	12.4	14.5	12.2	12.0	15.4
相談体制の充実	N	275	76	43	28	28	24	24	18	17	6	9
	%	27.9	26.1	27.4	30.1	31.1	32.4	22.9	29.0	41.5	24.0	23.1
若年認知症のための介護保険サービスの充実	N	410	120	61	50	40	26	42	22	16	11	18
	%	41.6	41.2	38.9	53.8	44.4	35.1	40.0	35.5	39.0	44.0	46.2
自立支援サービスの充実	N	67	26	9	3	4	6	9	6	1	2	1
	%	6.8	8.9	5.7	3.2	4.4	8.1	8.6	9.7	2.4	8.0	2.6
社会が若年認知症理解を深める取組	N	212	54	34	16	15	19	19	20	12	8	14
	%	21.5	18.6	21.7	17.2	16.7	25.7	18.1	32.3	29.3	32.0	35.9
就労先での若年認知症に関する理解を深める取組	N	84	29	9	5	10	5	6	6	3	4	6
	%	8.5	10.0	5.7	5.4	11.1	6.8	5.7	9.7	7.3	16.0	15.4
対象外のサービスの充実	N	234	61	37	22	22	17	27	18	12	6	10
	%	23.7	21.0	23.6	23.7	24.4	23.0	25.7	29.0	29.3	24.0	25.6
経済的支援策の充実	N	271	85	42	26	25	22	32	12	13	7	6
	%	27.5	29.2	26.8	28.0	27.8	29.7	30.5	19.4	31.7	28.0	15.4
その他	N	10	3	1	1	0	1	2	0	0	0	2
	%	1.0	1.0	0.6	1.1	0.0	1.4	1.9	0.0	0.0	0.0	5.1
合計	N	986	291	157	93	90	74	105	62	41	25	39

4. 自由記述について

自由記述については、非常にたくさんの回答が寄せられ（ケアプラン作成上の困難、意見・要望・提案）、若年認知症における介護の問題を理解する上で極めて貴重な資料となっている。また、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所は、回答者がケアマネジメントにかかわる立場という点で共通性を持っているため、同様の課題や意見等を指摘する回答が見られるため、ここでは両者の意見をまとめる形で、主要な論点を整理する。

(1) ケアプラン作成上の困難

ケアプランの作成上の困難について、本人や家族、介護サービス、その他にわけてそれぞれ指摘のあった意見のポイントを整理すると、次のような回答があげられる。

①本人や家族に関連して

- ・ 本人の意思を確認できない
- ・ 本人が本心を語ってくれない
- ・ 症状の進行が早い
- ・ 日々状態が変化する
- ・ 本人が病気を認識しなかったり、受容できなかったりする
- ・ 本人や家族にサービスを拒否される
- ・ 認知症に対する家族の理解がすすまない
- ・ 介護者の精神的負担が大きい
- ・ 家族が若いため、生活問題が深刻になる

②介護サービスに関連して

- ・ 通常の高齢者向けサービスでは合わない
- ・ 施設等の受入れを拒否される
- ・ 家族が就労しており、日中の対応が問題
- ・ ヘルパー中心だと、独りの時間が多くなってしまう
- ・ サービスと専門医とのマッチング
- ・ 経済的負担が大きい
- ・ 経済的余裕がなくサービスが利用できない
- ・ 訪問サービスがうまくいかない
- ・ 家族の負担を軽減できるようなサービスが足りない
- ・ 症例が少なく、ケアマネ自身も経験や知識が充分ではない
- ・ 体が丈夫なため、要介護認定が低くなる

③その他

- ・ 地域で誤解が生じやすい
- ・ 地域での受入れがない
- ・ 受診が遅れがち
- ・ 診断後すぐにサービス相談されない
- ・ 本人や家族、介護担当者等の適切な相談場所がない
- ・ 本人への告知が難しい
- ・ インフォーマルな支援も不足
- ・ 専門医が少ない

（２）若年認知症支援に関する意見・要望・提案

若年認知症の支援に関する意見、要望、提案等についての自由回答において、具体的な提言を中心に整理すると、次のような意見にまとめることができる。

①ネットワーク・システムづくり

- ・ 市レベルでのネットワーク構築
- ・ 県・国レベルでの支援体制の構築
- ・ 医療機関・本人・家族・地域包括・居宅支援事業所等の連携システムの充実
- ・ 早期発見のシステムづくり

②介護サービス等の充実

- ・ 若年認知症向けの介護サービスや施設の充実
- ・ 家族のレスパイトや経済的負担の軽減等の支援
- ・ 診断や認定までの間の支援

③介護職等への支援

- ・ ケア従事者の研修の充実・スキルアップのための支援
- ・ 専門職の相談窓口、情報提供機関、情報交換の場、スーパーバイザーの設置

④地域の支援体制

- ・ インフォーマルな支援などの社会資源の充実、地域での支えあいや見守り
- ・ 社会における若年認知症の理解をすすめるための広報活動
- ・ 若年認知症の人の居場所や集いの場
- ・ 会社や地域が相談できる仕組み

⑤その他

- ・ 専門医・医療機関の充実
- ・ 就業に関する支援や情報提供
- ・ 就労先等の啓発・教育
- ・ 医療機関・相談・サービス情報等の一覧作成
- ・ 市町ごとの詳細な実態調査の実施

第4節 医療機関調査の結果概要

1. 回答機関の概要

回答があった医療機関は、県域別で見ると、神戸 45、東播磨 14、中播磨 13、阪神南 12、北播磨 10 と続く。

診療科でみると、精神科が 85、神経内科および心療内科がそれぞれ 15、内科 8、脳神経外科 5、その他 2 となっている。

表3-4-1 回答機関の診療科

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
精神科	N	86	38	8	4	11	3	8	6	3	2	3
	%	72.3	84.4	66.7	66.7	78.6	33.3	61.5	66.7	75.0	66.7	75.0
神経内科	N	15	2	3	4	0	2	2	1	1	0	0
	%	12.6	4.4	25.0	66.7	0.0	22.2	15.4	11.1	25.0	0.0	0.0
心療内科	N	15	5	1	2	2	0	4	1	0	0	0
	%	12.6	11.1	8.3	33.3	14.3	0.0	30.8	11.1	0.0	0.0	0.0
内科	N	8	1	1	0	0	2	1	1	0	1	1
	%	6.7	2.2	8.3	0.0	0.0	22.2	7.7	11.1	0.0	33.3	25.0
脳神経外科	N	5	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0
	%	4.2	2.2	0.0	0.0	14.3	11.1	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0
その他	N	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	1.7	2.2	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計		N 119	45	12	6	14	9	13	9	4	3	4

2. 若年認知症の取扱状況

回収された有効回答 123 件のうち、若年認知症の取り扱いがあったのは 41 機関、33.3%であった。

県域別の結果を見ると、取扱機関が最も多いのは神戸の 14 機関であり、以下、阪神南・中播磨 6 機関が続く。割合で見ると、西播磨の 66.7%が最も多く、阪神南・淡路の 50.0%がつづく。

取扱件数は、兵庫県全体では 203 件であった。

圏域別の結果を見ると、中播磨の 50 件が最も多く、神戸市の 48 件、阪神南の 46 件の順だった。

阪神北、丹波では、若年認知症の取扱いは確認できなかった。

表3-4-2 取扱状況

		全体	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
なし	N	82	34	6	6	9	8	8	3	3	3	2
	%	66.7	70.8	50.0	100.0	64.3	80.0	61.5	33.3	75.0	100.0	50.0
あり	N	41	14	6	0	5	2	5	6	1	0	2
	%	33.3	29.2	50.0	0.0	35.7	20.0	38.5	66.7	25.0	0.0	50.0
合計	N	123	48	12	6	14	10	13	9	4	3	4
取り扱い件数	N	203	48	46	0	23	2	50	29	1	0	4

3. 診断名別の割合

医療機関における診断名別の割合は、アルツハイマー型が約 6 割で最も多く、血管性、前頭側頭方がそれぞれ 1 割強となっていた。

表3-4-3 診断名別割合

	N	%
アルツハイマー型認知症	126	61.8
血管性認知症	25	12.3
前頭側頭型認知症	24	11.8
レビー小体型認知症	11	5.4
その他	18	8.8
合計	204	100.0

4. 認知症サポート医について

「認知症サポート医についてご存じですか」と尋ねた結果をみると、「知らない」が 51.7%と過半数であった。「知っているが連絡したことはない」が 39.7%で、大多数は認知症サポート医との連携経験はない。なお、「その他」はすべて認知症サポート医本人および予定者だった。

表3-4-4 認知症サポート医の認知状況

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路
知らない	N	60	28	7	1	7	4	6	3	0	2	2
	%	51.7	60.9	58.3	16.7	53.8	50.0	54.5	33.3	0.0	66.7	50.0
知っているが連絡したことはない	N	46	16	5	5	4	4	4	4	3	0	1
	%	39.7	34.8	41.7	83.3	30.8	50.0	36.4	44.4	75.0	0.0	25.0
よく知っているし連絡をとっている	N	4	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
	%	3.4	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	9.1	11.1	0.0	33.3	0.0
その他(本人が認知症サポート医)	N	6	2	0	0	1	0	0	1	1	0	1
	%	5.2	4.3	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	11.1	25.0	0.0	25.0
合計		N 116	46	12	6	13	8	11	9	4	3	4

5. 取扱機関の状況について

以下においては、若年認知症の取り扱いのあった機関にのみ、その状況等について尋ねた結果を示す。なお、圏域別の結果については、度数が小さいために、比較データとしては十分ではないと思われる場合もある。が、参考として結果のみを示す。

(1) 本人以外からの相談相手（複数回答）

若年認知症の取り扱いのあった 41 医療機関に対して、本人や家族以外から相談を受ける相手を尋ねた結果、「他の医師」が 43.9%で最も多く、以下「ケアマネージャー」36.6%、「ない」34.1%地域包括支援センター14.6%とつづいた。

表3-4-5 本人家族以外からの相談(複数回答)

		全体	神戸	阪神南	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路
ない	N	14	4	1	1	1	3	3	0	1
	%	34.1	28.6	16.7	20.0	50.0	60.0	50.0	0.0	50.0
就労先	N	3	0	0	1	0	1	0	1	0
	%	7.3	0.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	100.0	0.0
地域包括支援センター	N	6	3	1	1	0	0	1	0	0
	%	14.6	21.4	16.7	20.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0
ケアマネージャー	N	15	5	4	1	0	2	2	0	1
	%	36.6	35.7	66.7	20.0	0.0	40.0	33.3	0.0	50.0
他の医師	N	18	4	5	4	1	1	2	0	1
	%	43.9	28.6	83.3	80.0	50.0	20.0	33.3	0.0	50.0
民生委員	N	2	0	0	1	0	1	0	0	0
	%	4.9	0.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
その他	N	3	1	1	1	0	0	0	0	0
	%	7.3	7.1	16.7	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	N	41	14	6	5	2	5	6	1	2

(2) 受診への対応(複数回答)

受診した場合の対応方法について尋ねると、「自分で診断する」が65.9%で3分の2近くを占め、「他の専門医・医療機関と連携して診断する」が39.0%、「他の専門医、医療機関の受信をすすめる」は7.3%だった。

表3-4-6 受診した場合の対応(複数回答)

		全体	神戸	阪神南	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路
自分で診療する	N	27	9	4	4	2	4	2	1	1
	%	65.9	64.3	66.7	80.0	100.0	80.0	33.3	100.0	50.0
他の専門医・医療機関の受信をすすめる	N	3	1	0	0	0	0	2	0	0
	%	7.3	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0
他の専門医・医療機関と連携して診療する	N	16	5	2	2	1	1	4	0	1
	%	39.0	35.7	33.3	40.0	50.0	20.0	66.7	0.0	50.0
合計	N	41	14	6	5	2	5	6	1	2

(3) 診断方法（複数回答）

自分で診断する場合の診断方法について尋ねると、「問診」94.7%、「認知機能検査」89.5%、「MRI」73.7%、「血液検査」71.1%の順になった。

表3-4-7 診断方法(複数回答)

		全体	神戸	阪神南	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路
問診	N	36	10	6	4	2	5	6	1	2
	%	94.7	90.9	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
認知機能検査	N	34.0	9.0	5	5	2	5	5	1	2
	%	89.5	81.8	83.3	100.0	100.0	100.0	83.3	100.0	100.0
血液検査	N	27.0	9.0	4	3	2	1	5	1	2
	%	71.1	81.8	66.7	60.0	100.0	20.0	83.3	100.0	100.0
CT	N	24	7	5	4	1	3	1	1	2
	%	63.2	63.6	83.3	80.0	50.0	60.0	16.7	100.0	100.0
MRI	N	28	8	5	3	1	3	5	1	2
	%	73.7	72.7	83.3	60.0	50.0	60.0	83.3	100.0	100.0
PET	N	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	%	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
SPECT	N	12	3	4	1	0	0	3	1	0
	%	31.6	27.3	66.7	20.0	0.0	0.0	50.0	100.0	0.0
その他	N	5	0	2	0	1	0	1	1	0
	%	13.2	0.0	33.3	0.0	50.0	0.0	16.7	100.0	0.0
合計	N	38	11	6	5	2	5	6	1	2

(4) BPSD への対応（複数回答）

BPSD への対応方法の仕方について尋ねると、「薬の調整をしながら様子を見る」が 92.7%で最も多く、以下、「家族等に対応方法について指導する」58.5%、「精神科等の医療機関を紹介する」31.7%、「認知症専門医を紹介する」14.6%の順であった。

表3-4-8 BPSD への対応(複数回答)

		全体	神戸	阪神南	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路
薬の調整等しながら様子を見る	N	38	12	5	5	2	5	6	1	2
	%	92.7	85.7	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
精神科等の医療機関を紹介する	N	13	4	2	1	0	2	3	1	0
	%	31.7	28.6	33.3	20.0	0.0	40.0	50.0	100.0	0.0
認知症専門医を紹介する	N	6	4	1	1	0	0	0	0	0
	%	14.6	28.6	16.7	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
家族等に対応方法について指導	N	24	6	4	2	2	4	4	1	1
	%	58.5	42.9	66.7	40.0	100.0	80.0	66.7	100.0	50.0
その他	N	3	0	2	0	0	1	0	0	0
	%	7.3	0.0	33.3	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
合計	N	41	14	6	5	2	5	6	1	2

(5) 他の機関への紹介（複数回答）

他の機関を紹介する場合、どこへの紹介を行っているかを尋ねると、「専門医・医療機関」が84.6%でほとんどを占め、それ以外の機関への紹介は少なかった。

表3-4-9 他機関への紹介（複数回答）

		全体	神戸	阪神 南	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	淡路
専門医・医療機関	N	33	11	4	4	1	4	6	1	2
	%	84.6	84.6	66.7	100.0	50.0	80.0	100.0	100.0	100.0
認知症サポート医	N	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
市町村役場	N	4	1	2	0	1	0	0	0	0
	%	10.3	7.7	33.3	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0
地域包括支援センター	N	6	4	2	0	0	0	0	0	0
	%	15.4	30.8	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
健康福祉事務所（保健所）	N	2	0	1	0	0	0	1	0	0
	%	5.1	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0
家族会	N	5	1	3	0	0	0	0	1	0
	%	12.8	7.7	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
その他	N	3	0	2	0	0	1	0	0	0
	%	7.7	0.0	33.3	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
合計		N 39	13	6	4	2	5	6	1	2

(6) 社会福祉制度の利用支援（複数回答）

どのような社会福祉制度の利用支援を行っているかを尋ねると、「介護保険制度の案内」が87.8%で最も多く、以下、「介護保険認定のためのかかりつけ医意見書作成」85.4%、「自立支援医療制度の手続き」78.0%、「精神障害保険福祉手帳の手続き」73.2%の順だった。

表3-4-9 社会福祉制度の利用支援（複数回答）

		全体	神戸	阪神 南	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	淡路
介護保険制度の案内	N	36	11	6	4	2	4	6	1	2
	%	87.8	78.6	100.0	80.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0
介護保険認定のためのかかりつけ医意見書作成	N	35	11	4	5	2	5	6	1	1
	%	85.4	78.6	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	50.0
精神障害者保健福祉手帳の手続き	N	30	10	5	2	0	5	6	1	1
	%	73.2	71.4	83.3	40.0	0.0	100.0	100.0	100.0	50.0
障害年金の手続き	N	22	6	3	2	0	4	5	1	1
	%	53.7	42.9	50.0	40.0	0.0	80.0	83.3	100.0	50.0
自立支援医療制度の手続き	N	32	10	5	5	1	4	5	1	1
	%	78.0	71.4	83.3	100.0	50.0	80.0	83.3	100.0	50.0
特別障害者手当てなどの手続き	N	12	2	3	2	0	1	3	1	0
	%	29.3	14.3	50.0	40.0	0.0	20.0	50.0	100.0	0.0
家族会の案内	N	8	2	2	0	0	0	3	1	0
	%	19.5	14.3	33.3	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0	0.0
その他	N	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	%	2.4	7.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計		N 41	14	6	5	2	5	6	1	2

6. 今後の対策について（複数回答）

すべての回答者に対して、若年認知症に対する今後必要な対策を3つまでに限定して尋ねると、「専門医療機関・専門医の充実」が53.0%で最も多く、以下「介護保健サービスの充実」46.2%、「入院が必要な疾患治療時の受け入れ」38.5%、「相談体制の充実」32.5%、「家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ」31.6%の順であった。

表3-4-10 今後の対策(3つまで)

		全体	神戸	阪神 南	阪神 北	東播 磨	北播 磨	中播 磨	西播 磨	但馬	丹波	淡路
専門医療機関・専門医の 充実	N	62	27	6	4	2	5	10	2	2	3	1
	%	53.0	61.4	50.0	66.7	14.3	62.5	76.9	22.2	50.0	100.0	25.0
かかりつけ医の認知症対 応研修の強化	N	22	8	3	1	2	1	2	3	1	0	1
	%	18.8	18.2	25.0	16.7	14.3	12.5	15.4	33.3	25.0	0.0	25.0
入院が必要な疾患治療 時の受け入れ	N	45	19	5	2	7	2	5	3	1	1	0
	%	38.5	43.2	41.7	33.3	50.0	25.0	38.5	33.3	25.0	33.3	0.0
家族のレスパイトを目的と する入院、入所施設の受 け入れ	N	37	9	5	2	6	3	4	3	1	3	1
	%	31.6	20.5	41.7	33.3	42.9	37.5	30.8	33.3	25.0	100.0	25.0
自分の専門科目以外の 医師との連携	N	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
	%	1.7	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0
相談体制の充実	N	38	16	8	2	3	4	1	1	0	1	2
	%	32.5	36.4	66.7	33.3	21.4	50.0	7.7	11.1	0.0	33.3	50.0
若年認知症のための介護 保険サービスの充実	N	54	21	5	2	8	4	5	4	4	0	1
	%	46.2	47.7	41.7	33.3	57.1	50.0	38.5	44.4	100.0	0.0	25.0
自立支援サービスの充実	N	14	5	3	0	3	0	1	2	0	0	0
	%	12.0	11.4	25.0	0.0	21.4	0.0	7.7	22.2	0.0	0.0	0.0
社会が若年認知症理解 を深める取り組み	N	17	3	2	2	3	1	2	1	1	0	2
	%	14.5	6.8	16.7	33.3	21.4	12.5	15.4	11.1	25.0	0.0	50.0
就労先での若年認知症に 関する理解を深める取 組み	N	7	3	1	0	0	0	0	3	0	0	0
	%	6.0	6.8	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
対象外のサービスの充実	N	16	6	0	0	2	1	4	2	1	0	0
	%	13.7	13.6	0.0	0.0	14.3	12.5	30.8	22.2	25.0	0.0	0.0
経済的支援策の充実	N	30	7	3	2	6	2	4	2	1	1	2
	%	25.6	15.9	25.0	33.3	42.9	25.0	30.8	22.2	25.0	33.3	50.0
その他	N	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	%	2.6	2.3	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0
合計	N	117	44	12	6	14	8	13	9	4	3	4

7. 自由記述について

医療機関の自由記述回答の内容のうち、主なものの概要は下記の通り。

- ・ 若年認知症に対応した介護サービス・福祉制度の充実
- ・ サービスの充実が望まれる。
- ・ 早期発見・早期治療が必要。若年認知症の理解を周囲の社会は深める必要がある。
- ・ 同様の症状をもった方や家族との交流の場が近隣にないため、これらの情報提供を望んでおられる。
- ・ 患者・家族・社会の要望のレベルが高くなってきている。
- ・ 若年認知症の判断はあまり拡大解釈すべきでないと思う。(状況だけの診断では曖昧になると思う)。

第5節 若年認知症家族調査の結果について

若年認知症患者家族に対して、本人並びに家族介護者の状況等について調査した。調査は、1 医療機関あたり 3 通の質問紙を配布し、受診している若年認知症患者家族への配布を依頼した。また、認知症の人と家族の会兵庫県支部に依頼し、若年認知症の家族会員に配布した。したがって、実際の配布数等については不明である。

調査により得られた有効回答数は 38 である。回答者は、若年認知症の本人ではなく、主たる介護者となっている家族である。

1. 家族の状況について

(1) 家族の性別

回答のあった家族の性別は、男性が 17 (44.7%)、女性が 21 (55.3%) であった。

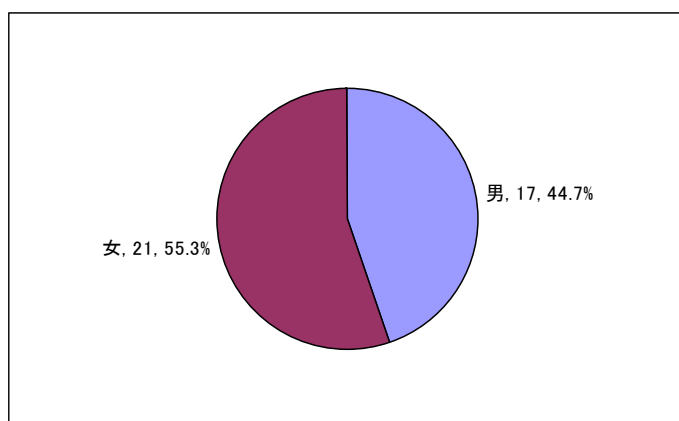


図 1 家族の性別

(2) 家族の年齢

家族の年齢を見ると、65 歳以上が 13 (34.2%) で最も多く、60 歳以上 65 歳未満が 11 (28.9%)、50 歳以上 60 歳未満が 8 (21.1%)、50 歳未満が 6 (15.8%) だった。最年少は 28 歳、最年長は 78 歳、平均は 59.29 歳であった。

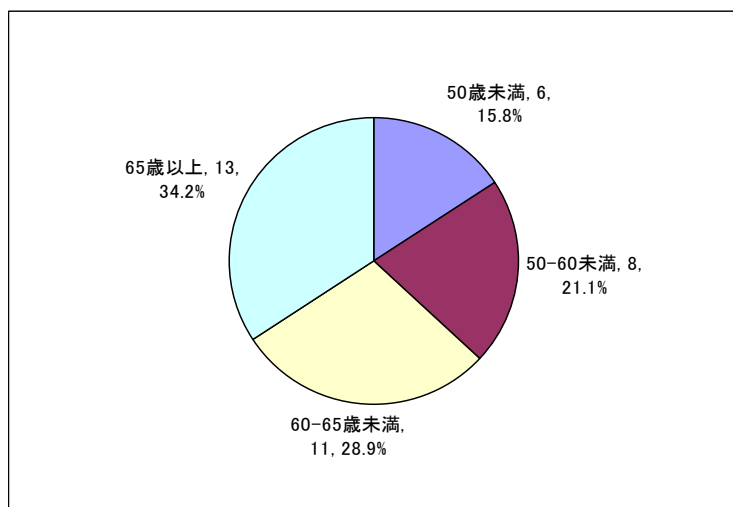


図 2 家族の年齢

(3) 認知症の人との関係

主たる介護者である家族の若年認知症の人との関係を見ると、「配偶者」が 78.9% (30) で大部分を占めている。それ以外では「娘」10.5% (4)、「息子の配偶者」5.3% (2)、「兄弟姉妹」2.6% (1) だった。「息子」「親」「孫」のケースは無かった。また「その他」は「配偶者の兄」であった。

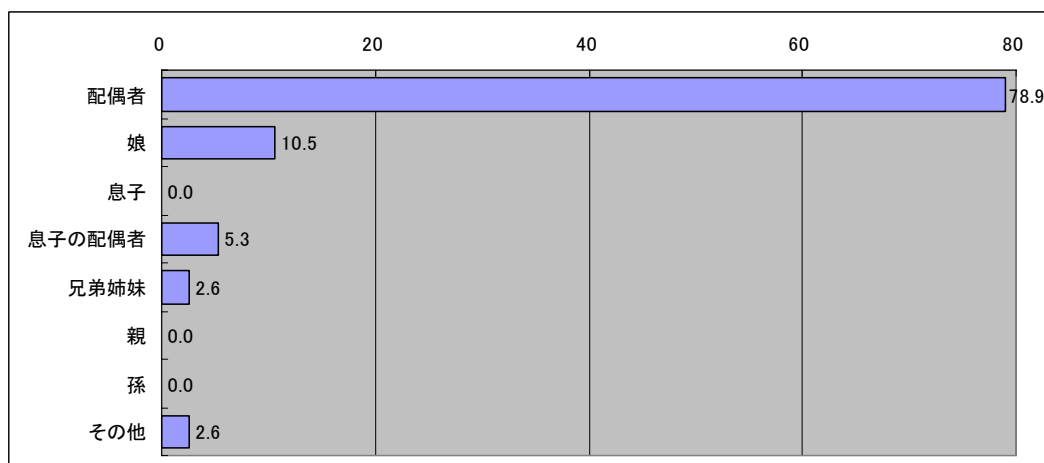


図 3 若年認知症の人との関係

(4) 同居の状況

家族の若年認知症の人との居住の状況を見ると、「同居している」が 78.9% (30) で大部分をしめている。「本人が入所あるいは入院のため別居している」が 15.8% (6)、「別居している」が 5.3% (2) だった。

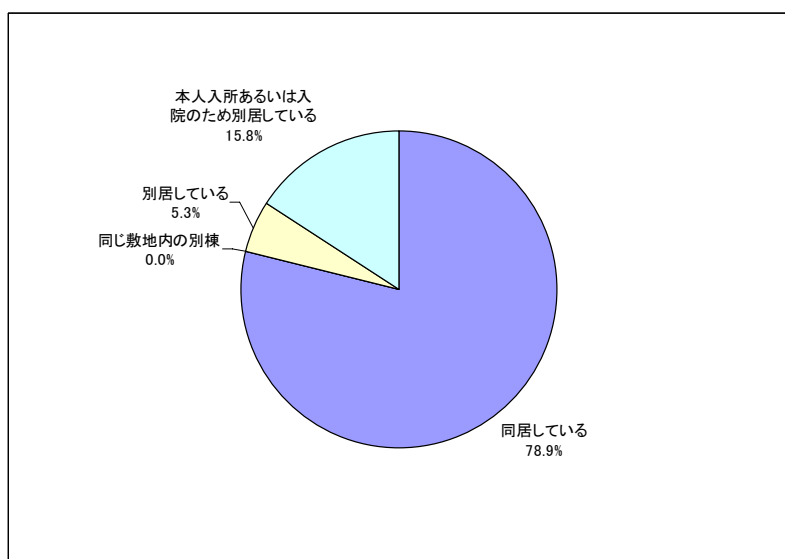


図 4 同居の状況

(5) 就業状況

家族の就業状況は、「在職中」が 21.1% (8) で最も多く、以下「主婦」18.4% (7)「介護を理由に仕事を辞めた」「無職」がそれぞれ 13.2% (5) とつづいた。「その他」における記述（不規則な短時間労働など）を参考に就業状況を再分類すると、「就業」は 42.1% (16)、「非就業」は 57.9% (22) である。

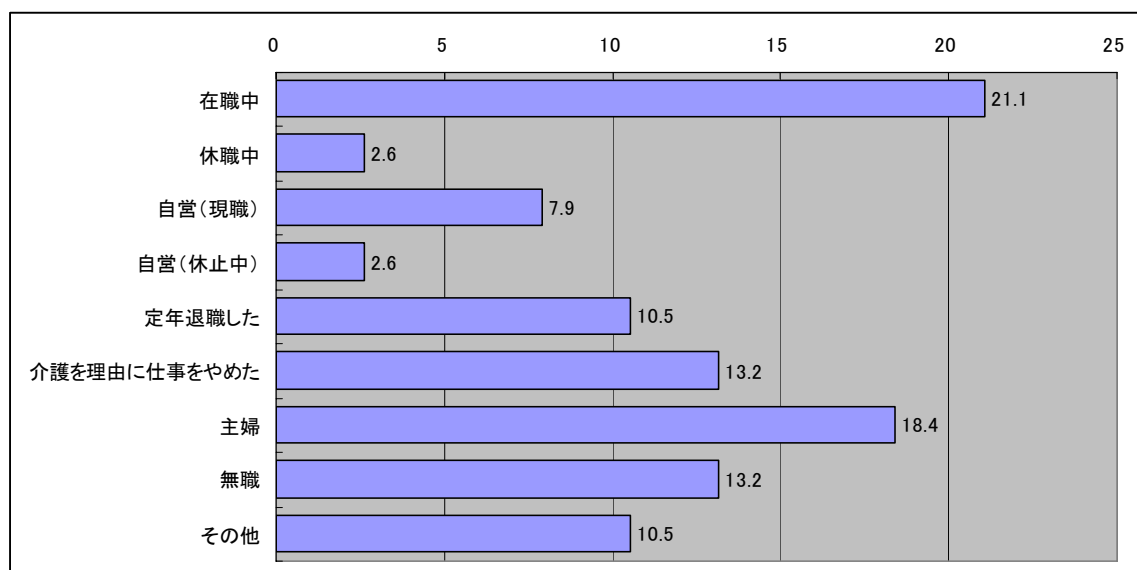


図 5 家族の就業状況

（６）介護の協力者

介護に協力してくれる人は、「いない」が 42.1%（16）で最も多かった。それ以外では「子ども」28.9%（11）、「兄弟姉妹」10.5%（4）という結果だった。「その他」は、夫、訪問介護者、配偶者、娘の配偶者などであった。

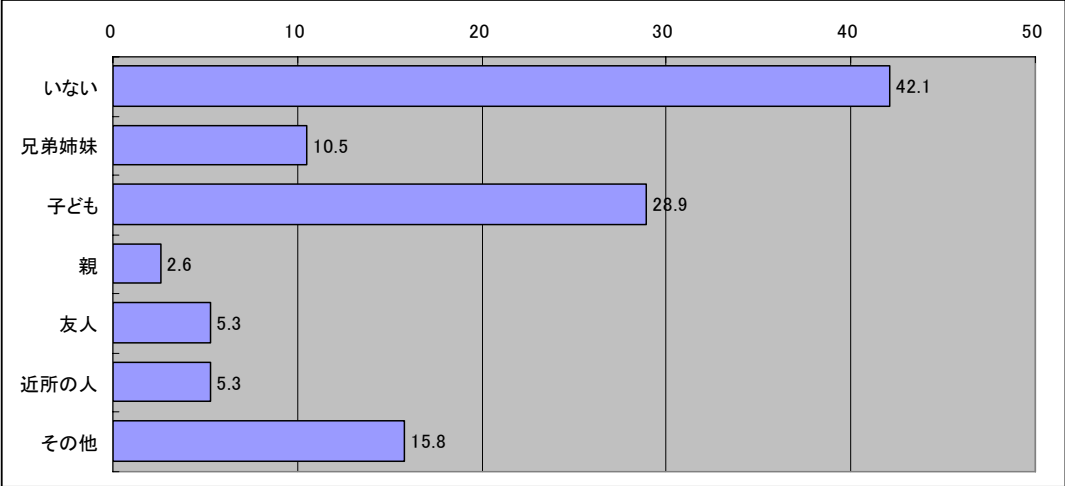


図 6 介護の協力者

2. 介護者の介護負担感について

表は、介護の負担感について、15 項目について「非常にそう思う」～「全くそう思わない」までの 4 段階評価で選択した結果の平均値である。平均値が小さいほど「そう思う」傾向が強いことになる。なお、「15 全体を通して見ると介護がどのくらい負担になっているか」は、「全く負担でない」から「非常に負担に思う」までの 4 段階評価である。したがって、平均値が大きいほど介護負担が高いということになる。

表3-5-1 家族の介護負担感

		N	平均値	標準偏差
1	世話はとても重荷である	37	1.946	0.815
2	自分の自由な時間が持たなくて困る	37	2.081	0.983
3	世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	36	1.806	0.889
4	家事や子育てに手が回らなくて困る	36	2.583	0.996
5	介護サービスの利用は親族や近所に気兼ねがある	36	3.028	1.000
6	精神的には精一杯である	37	2.270	0.932
7	自分が最後まで見てあげたいと思う	35	1.686	0.963
8	自分の健康のことが心配になってしまう	37	1.703	0.845
9	経済的負担が大きくて困る	37	1.946	0.911
10	家族・親族と意見が合わなくて困る	35	3.086	0.887
11	夜眠れなくて困る	37	2.649	0.949
12	本人の希望や反応を言葉で確認できなくて困る	37	2.459	0.900
13	家族や親族がもう少し介護の大変さを理解してくれたら	37	2.514	0.837
14	この先どうなるか不安になることがある	37	1.622	0.861
15	全体を通して見ると介護がどのくらい負担になっているか	37	2.757	1.011

これを見ると、平均値が小さいのは「この先どうなるか不安になることがある」1.622、「自分が最後までみてあげたい」1.686、「自分の健康のことが心配になってしまう」1.703「世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う」1.806、「経済的負担が大きくて困る」「世話はとても重荷である」1.946 などであり、これらについては「そう思う」傾向が相対的に強いと見る事が出来るだろう。これらには、介護の負担を示す項目と、前向きな意識を示す項目とが混在しており、介護者が、若年認知症の介護に負担を感じながらも、積極的に捉えてそれに前向きに取り組もうとしていることが読み取れるのではないか。

3. 若年認知症の人本人の状況について

(1) 本人の性別

本人の性別を見ると、男性が 48.6% (18)、女性が 51.5% (19) とほぼ半々である。

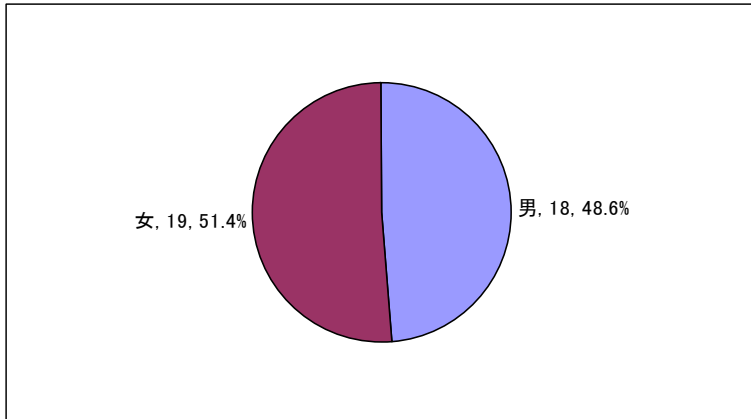


図 7 本人の性別

(2) 本人の年齢

本人の年齢を見ると、60 歳以上 65 歳未満が 56.8% (21) と過半数を占め、以下、65 歳以上が 32.4% (12)、60 歳未満が 10.8% (4) だった。最年少は 55 歳、最年長は 70 歳であり、平均は 63.14 歳である。なお、若年認知症は満 65 歳までに認知症と診断を受けた患者であり、したがって、65 歳未満に発症してから一定の期間が経ち、すでに 65 歳を越えた方が含まれている。

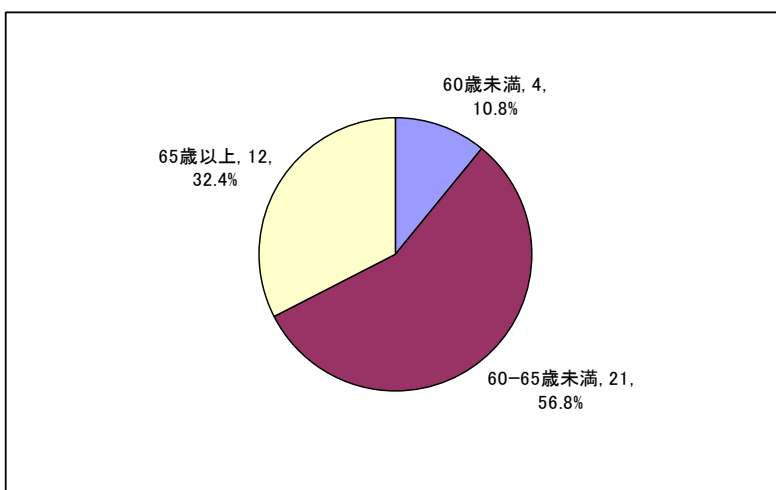


図 8 本人の年齢

（３）症状に気づいた年齢

症状に最初に気づいた年齢は、60 歳以上が 40.5% (15)、55 歳以上 60 歳未満が 48.6% (18)、55 歳未満が 10.8% (4) だった。最小は 48 歳、最高は 65 歳、平均 58.38 歳であった。

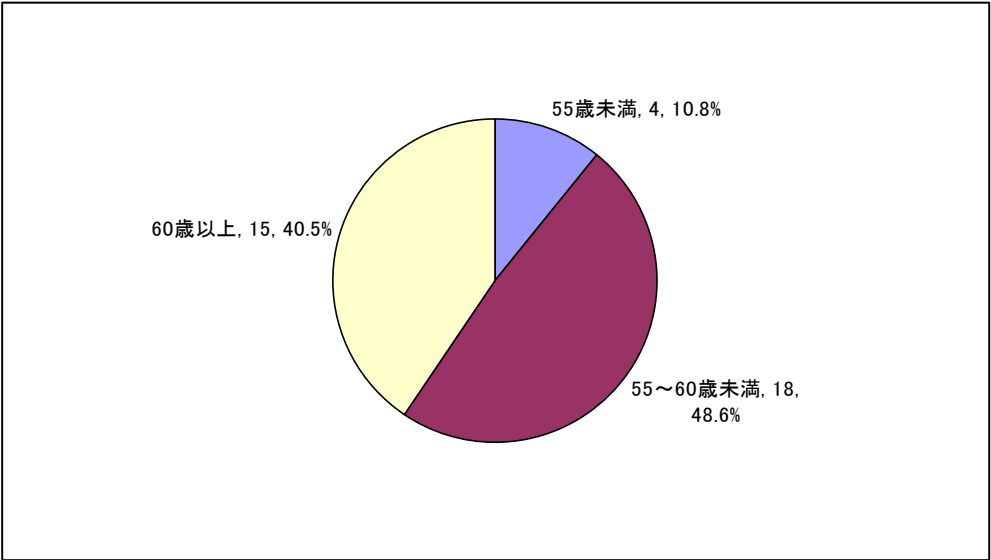


図 9 症状に気づいた年齢

（４）最初に相談した年齢

最初に相談した年齢は、60 歳以上が 50.0% (18)、55 歳以上 60 歳未満が 38.9% (14)、55 歳未満が 11.1% (4) であった。最小が 48 歳、最高が 65 歳、平均値 58.89 歳であった。

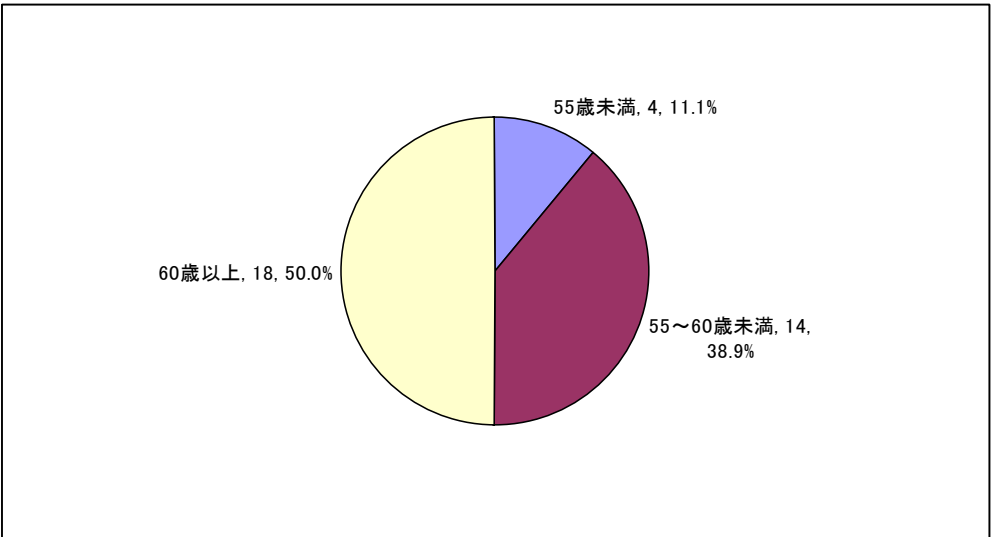


図 10 最初に相談した年齢

（５）診断を受けた年齢

若年認知症と診断を受けた年齢は、60歳以上が51.4%（19）、55歳以上60歳未満が37.8%（14）、55歳未満が10.8%（4）であった。最小が50歳、最高が66歳、平均値59.49であった。

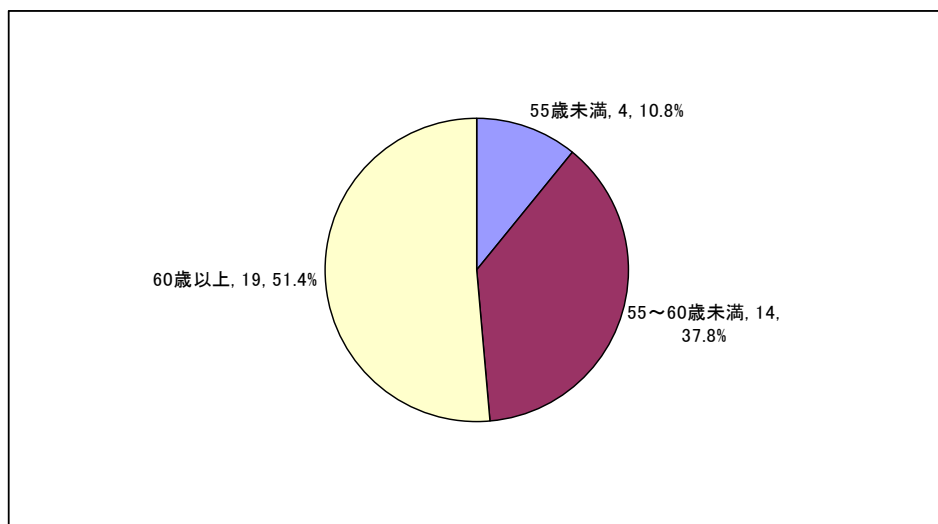


図 11 診断を受けた年齢

（６）就業状況

本人の就業の状況は、「無職」が34.2%（13）、「主婦」23.7%（9）、「定年前に退職」15.8%（6）の順であった。現在就業中、休業中はそれぞれ1人のみであり、それ以外はすべて（主婦も含めると）就業していない。

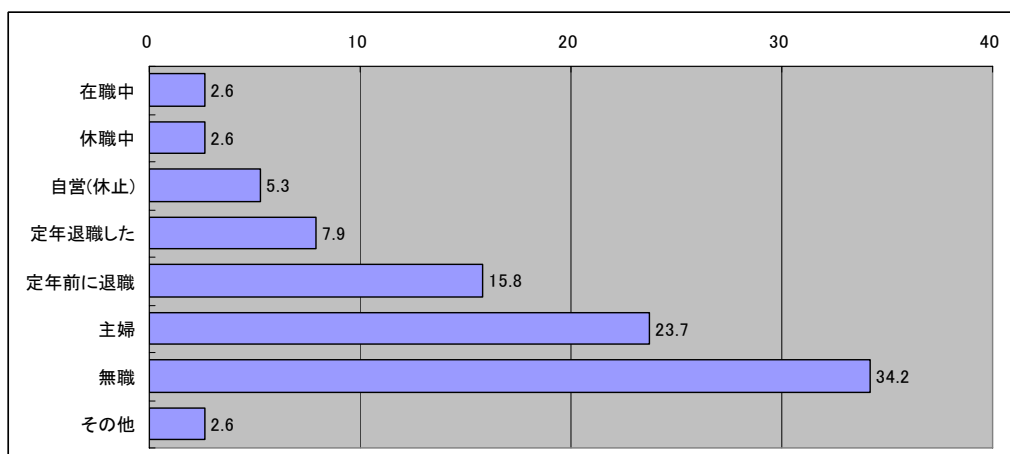


図 12 本人の就業状況

（７）本人の要介護度

本人の要介護度は、「要介護３」が 18.4％（７）、「要介護１」 15.8％（６）、「要介護２」 13.2％（５）の順であり、軽度から重度まで分散している。なお、「自立」は 10.5％（４）、「未申請」も 13.2％（５）あった。

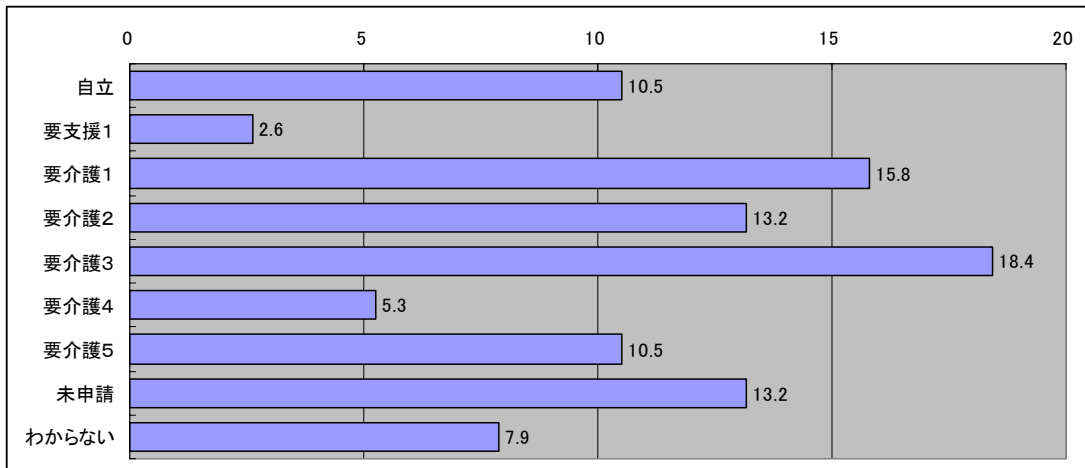


図 13 本人の要介護度

（８）精神障害者保健福祉手帳の保有状況

精神障害者保健福祉手帳の保有状況は、「持っていない」が 52.8％（20）と過半数を占めた。「１級」は 21.1％（8）、「２級」 18.4％（7）で、３級はいなかった。

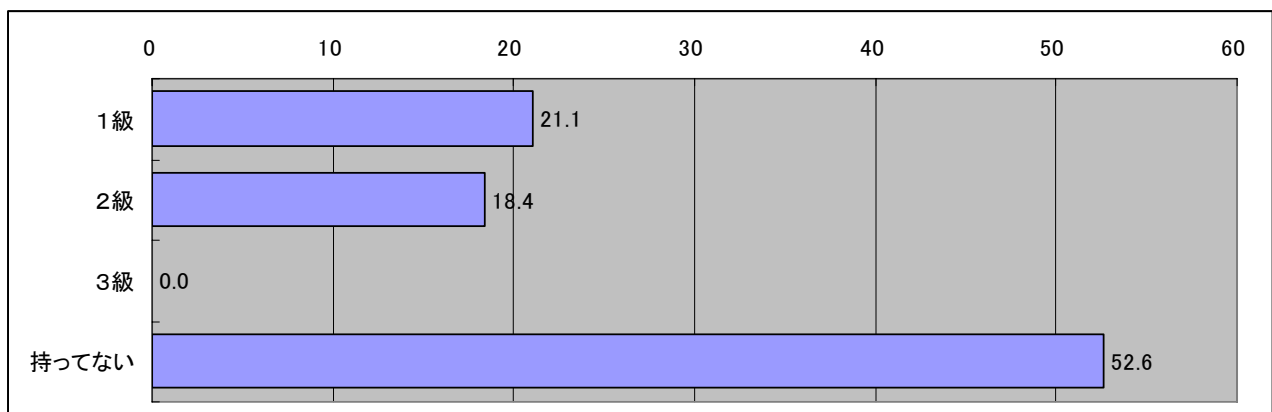


図 14 精神障害者保健福祉手帳の保有状況

（ 9 ） 身体障害者手帳の保有状況

身体障害者手帳の保有状況は、「持っていない」が 84.2%（32）と、ほとんどの方が保有していない。保有者は 1 級が 1 名、3 級以上が 1 名で、2 級はいなかった。

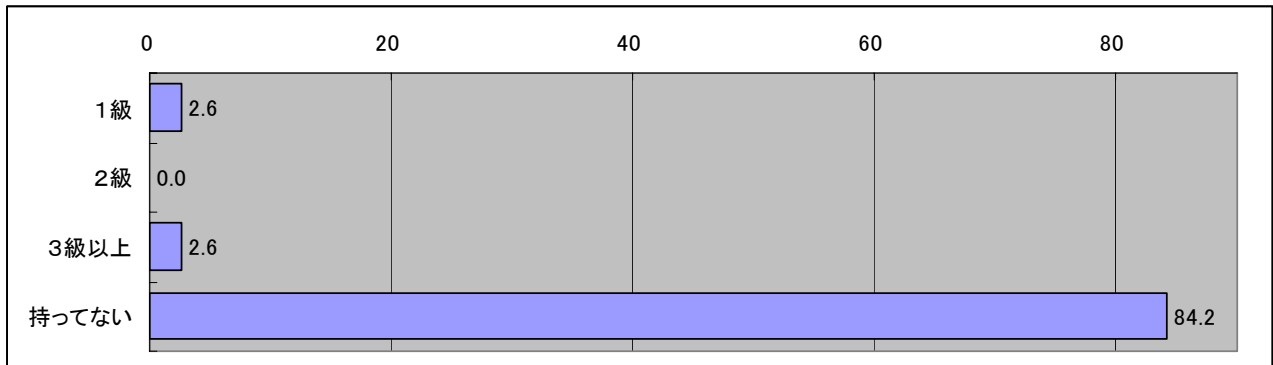


図 15 身体障害者手帳の保有状況

（ 1 0 ） 認知症の診断名

診断名は、「アルツハイマー型認知症」が 65.8%（25）と 3 分の 2 近くを占めた。それ以外は「血管性認知症」「レビー小体型認知症」がそれぞれ 7.9%（3）、「前頭側頭型認知症」が 5.3%（2）であった。「受けてない」も 1 名含まれている。

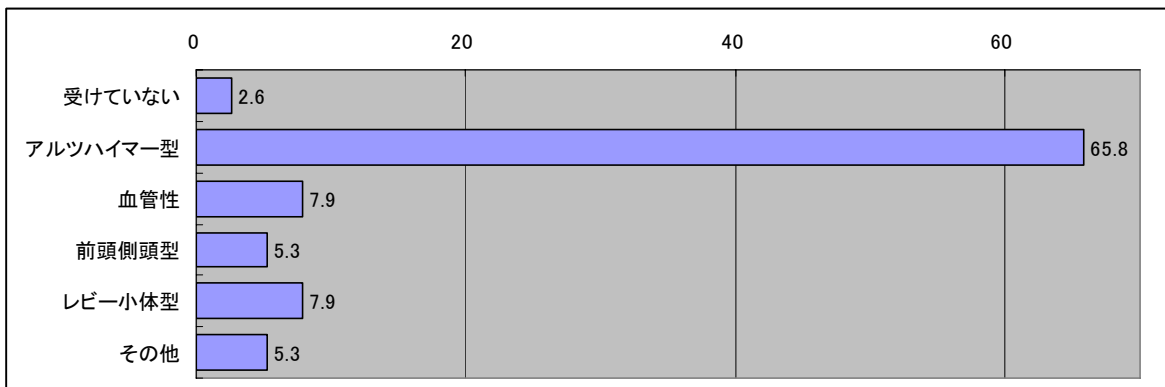


図 16 診断名

（１１）現在の介護の状況

介護等に関する現在の状況は、「在宅サービスを利用している」が 29.7%（11）、「診断を受けたが介護サービスは利用していない」が 27.0%（10）、「認知症の治療のために入院している」10.8%（4）の順だった。なお、「その他」は、通所サービスを挙げている回答が 4、通院が 2 であった。

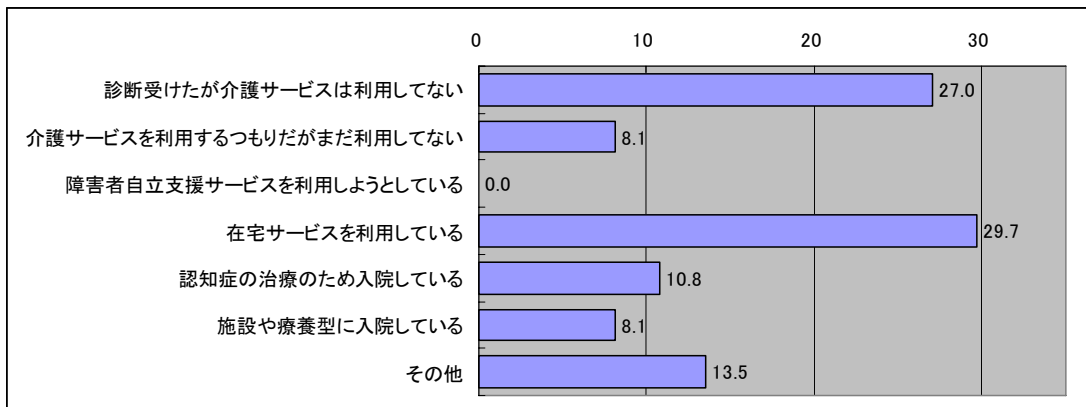


図 17 現在の状況

4. 診断・受診の状況について

（１）受診するまでの機関

症状が出始めてから受診するまでの期間は、3ヶ月以上かかったのが 63.9%（23）と3分の2 ちかくを占め、「3ヶ月以内に受診した」は 36.1%（13）だった。

3ヶ月以上かかったケースについては、具体的な月数を尋ねており、その中での最短は4ヶ月、最長は36ヶ月であった。「3ヶ月以内」をその中央値1.5ヶ月として、受診までの期間の平均値はおよそ8.02ヶ月であった。

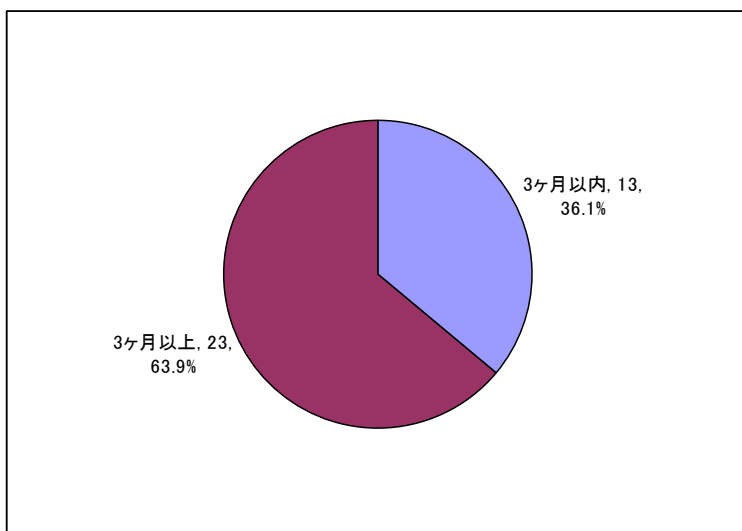


図 18 受診するまでの期間

（２）受診まで時間がかかった理由（複数回答）

受診までに３ヶ月以上かかったケースについて、比較的時間がかった理由を尋ねると、「人市町とは思わず様子を見ていた」が 27.8%（10）、「疲れ、ストレスからの症状と思い、様子を見ていた」「生活に支障をきたすこともなかったので様子を見ていた」がそれぞれ 16.7%（6）の順であり、理由は分散している。

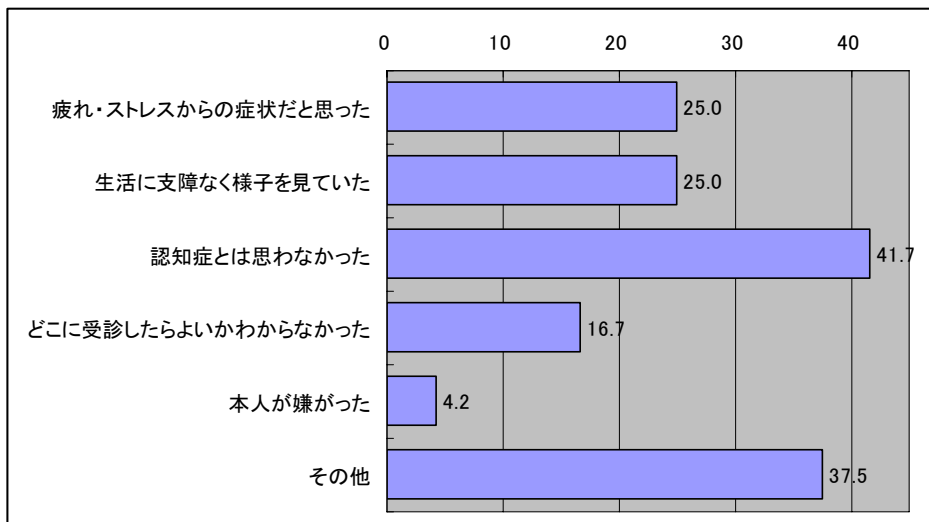


図 19 受診まで時間がかかった理由

「その他」が 25.0%（9）と比較的多いが、具体的な記述を挙げるとつぎのとおりである。

「鬱と診断。認知症とは診断されず」

「専門外来でなかったので、診断結果が適切に出てなかった。また様子の変化に気づき病院にかかったけれど結果を聞くときに一緒に行っていないので、今になり後悔している」

「精神科医師がどこも悪くないといった。すべて検査していながら」

「症状が出始めてすぐに父が母を精神科へつれていき、そこで異常なしといわれたため」

「初診時「うつだろう」で、ずっとうつの治療をしていた」

「初めは他人のほうが分かって家族は分からなかった。初めは鬱病かと思い診断に行った」

「私（介護している長女）の結婚式や新婚旅行の時期だったので落ち着いてから連れて行きました」

「海外旅行」

「うつ・睡眠障害で心療内科を 30 年前から受診していた」

「MRI で異常なかった」

（３）受診してから診断までの期間

受診してから診断までにかかった期間は、「３ヶ月以内」が 58.3%（21）と過半数を占め、３ヶ月以上かかったのは 41.7%（15）だった。

３ヶ月以上かかったケースについては、具体的な月数を尋ねており、その中での最短は４ヶ月、最長は 48 ヶ月であった。「３ヶ月以内」をその中央値 1.5 ヶ月として、受診までの期間の平均値はおよそ 6.77 ヶ月であった。

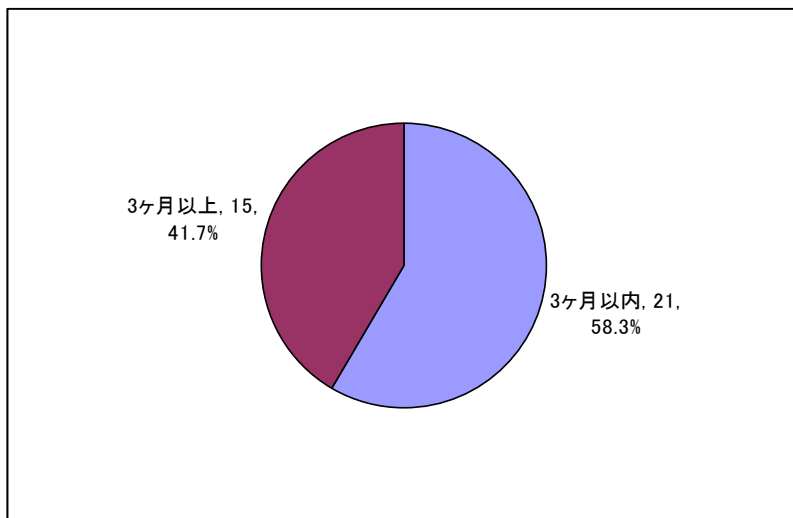


図 20 受診から診断までの期間

（４）診断まで時間がかかった理由

診断までに３ヶ月以上かかったケースについて、比較的時間がかった理由を尋ねると、「別の病名で診断を受けていた」が 64.3%（9）、「医療機関を転々としていた」が 50.0%（7）で、これら２つが過半数を占めた。「かかりつけ医で様子を見るように言われた」「専門医の受診予約が取れなかった」はそれぞれ１つのみだった。なお、

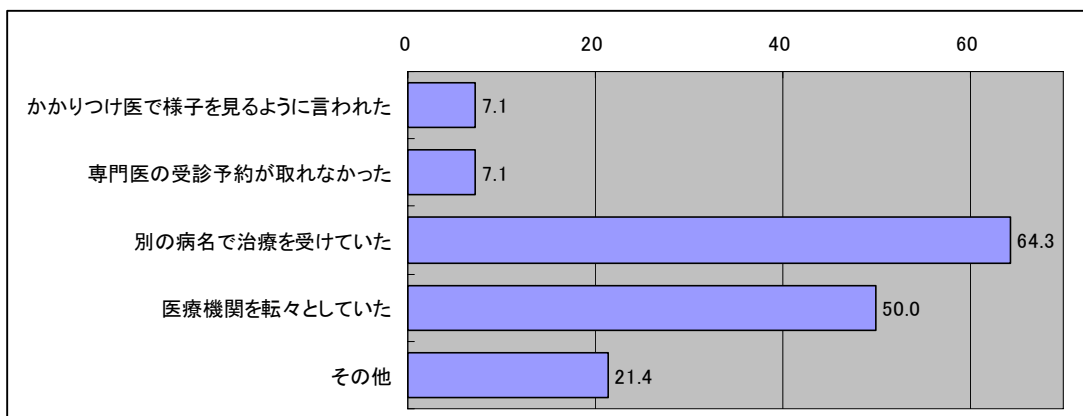


図 21 診断まで時間がかかった理由

なお、「その他」の理由は下記の通り。

「問診、テスト、脳波、MRI、すべて検査しながら精神科医師が判断できず」

「複数の医者にかかっている」

「認知機能に障害あるも、画像診断では特徴的な欠陥が見当たらなかった」

「診断がつかず、検査ばかりに時間がかかった」

（５）受診した医療機関

受診し、診断を受けた医療機関は、「かかりつけ医から専門病院を紹介され、そこで診断された」が 51.7%（15）と過半数を占め、「複数の医療機関を受診した後に診断された」が 31.0%（9）、「かかりつけ医に受診し、かかりつけ医で診断された」は 17.2%（5）であった。

複数の期間を受診したケースにはその数も尋ねており、最少は 2 カ所、最多は 8 カ所であった。回答のあったケースの平均値は 3.86 だった。

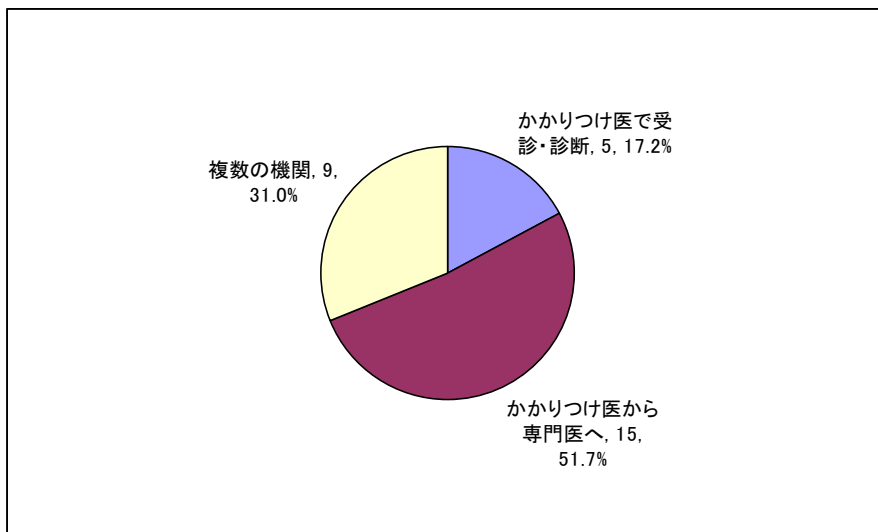


図 22 受診した医療機関

5. 介護や支援の状況について（複数回答）

（１）障害者自立支援サービスの利用状況

障害者自立支援サービスの利用状況は、「利用していない」が 74.2%（23）と大多数であった。利用している場合の内容は、「支援費医療」19.4%（6）、「精神科デイケア」6.5%（2）、「移動支援事業（ガイドヘルパー）」3.2%（1）であり、「精神科訪問看護」の利用ケースはなかった。

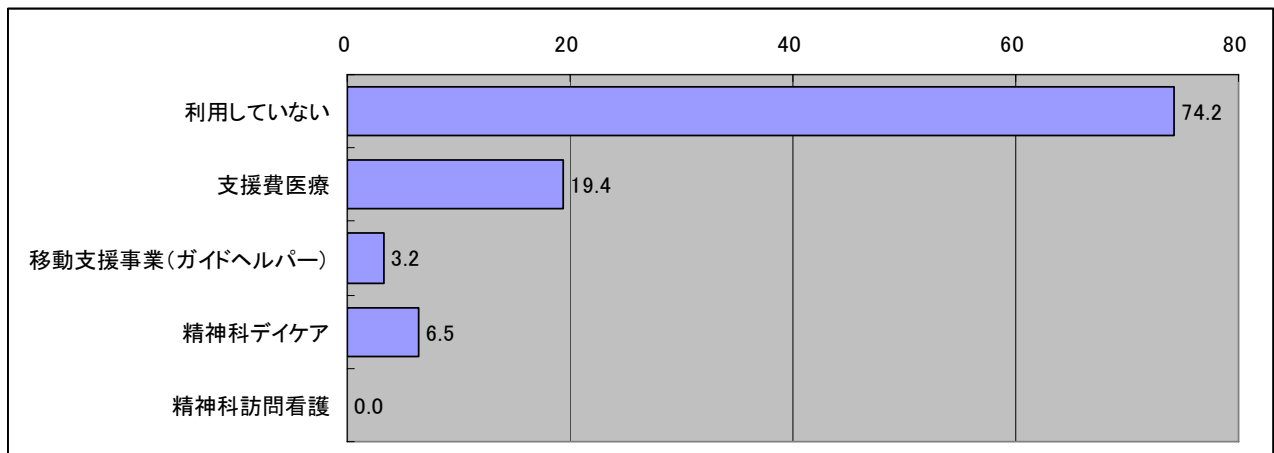


図 23 障害者自立支援サービスの利用状況

（２）年金等の受給状況について

年金や手当の受給状況は、「厚生年金」が 44.4%（16）で最も多く、「障害年金」「企業年金」がそれぞれ 13.9%（5）、「共済年金」が 11.1%（4）と続いた。「受けていない」は、16.7%（6）だった。

なお、「その他」は、「遺族年金」が 2、「生活保護」が 1 だった。

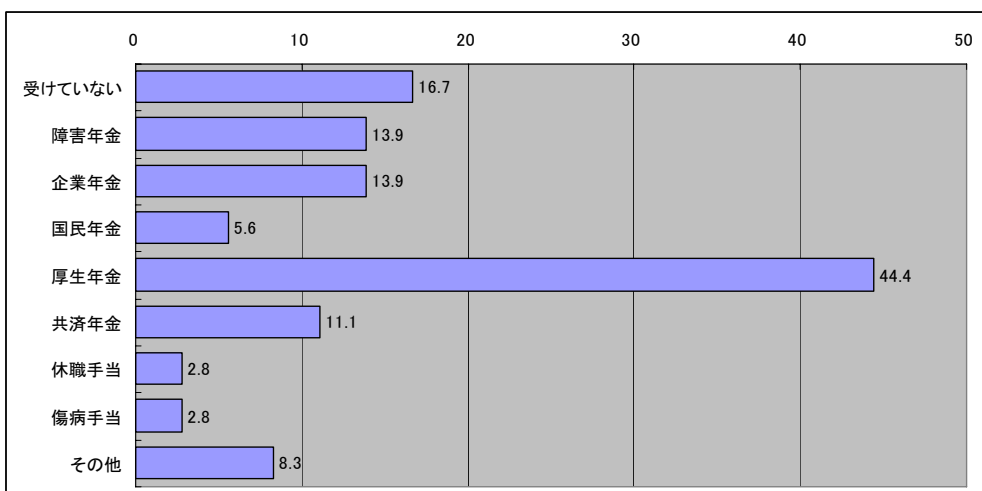


図 24 年金等の受給状況

（３）介護保険サービスの利用状況（複数回答）

介護保険サービスの利用状況は、「利用したことはない」は 40.5%（15）だった。利用している場合の内容をみると、「通所介護（デイサービス）」が 43.2%（16）で最も多く、以下、「ショートステイ」が 21.6%（8）、「訪問介護（ホームヘルパー）」が 16.2%（6）、「通所リハビリ（デイケア）」「老人保健施設入所」がそれぞれ 10.8%とつづいた。

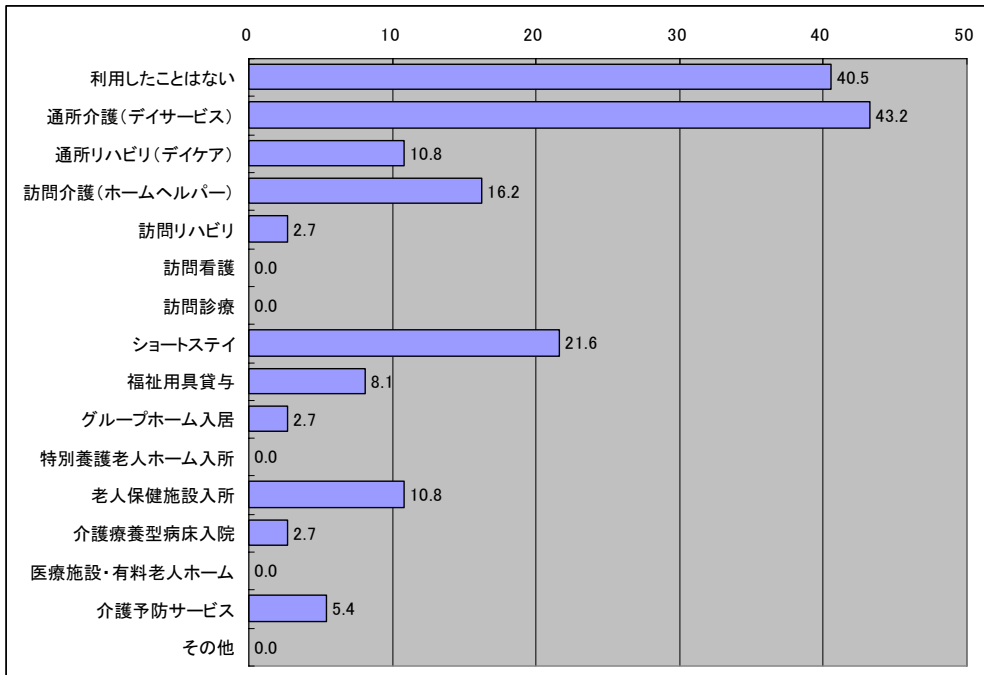


図 25 介護保険サービスの利用状況

（４）社会参加の場について（複数回答）

社会参加の場については、「認知症の進行により、本人の状態が社会参加を望む状態ではない」が 38.9%（14）で最も多かった。「機会がない」も 22.2%（8）と比較的多く、社会参加を行いつらい状況が伺える。具体的な場では、「家族会の参加、本人の会の参加」が 25.0%（9）、「仕事」「趣味の会、サークル」が 38.9%（4）だった。

「その他」では、「NPO 主催の行事・食事会、音楽会、サロン」「デイサービス」などの回答が見られた。

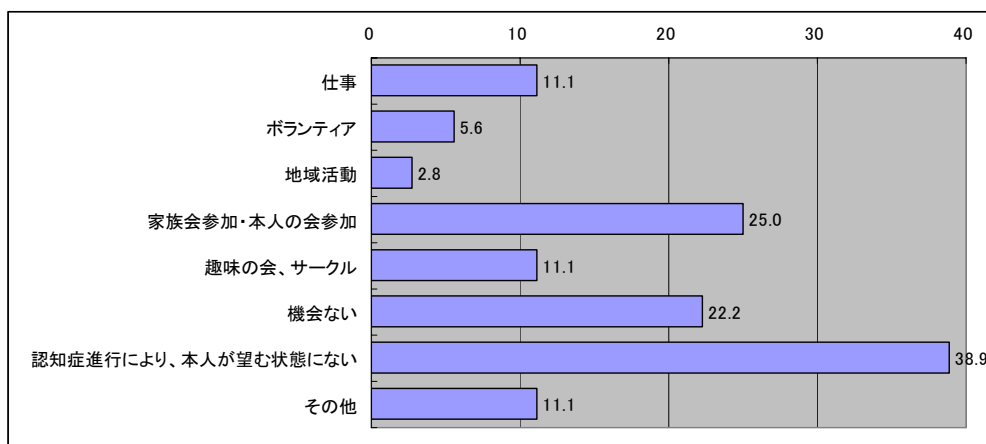


図 26 社会参加の場

(5) 仕事を続けるために必要な支援

仕事を続けるために必要な支援、あったら良かった支援は、「職場の理解」が 48.3% (14) で半数近くを占め、「簡単な仕事への配属」は 20.7% (6) だった。「通勤の付き添い」「就労時間の短縮」の選択はなかった。

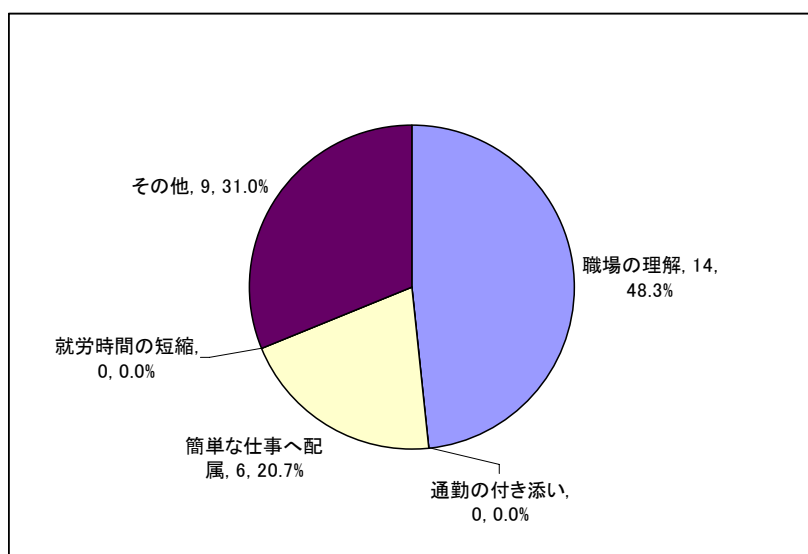


図 27 仕事を続けるために必要な支援

なお、「その他」の記述は下記の通り。

「認知症のため、ほとんど他人とのかかわりあいが難しく、また持続することができないので仕事はむずかしい」

「当時は社会的認知度がなく、社会が受け入れずらしなかった」

「通所介護の時間帯」

「主婦のため該当しない」

「会社につとめていた時うつ病になり、そのあと脳梗塞となりました。その後配慮があれば会社に戻れたかなと思います。」

(6) これまでに関わりを持っている機関（複数回答）

これまでに関わりを持っている機関は、「専門病院」76.3% (29)、「かかりつけ医」63.2% (24)、「ケアマネジャー」52.6% (20)、「居宅サービス事業所」42.1% (16)、「家族会」26.3% (10)の順に多かった。地域包括支援センターや、市町福祉担当者などの公的な機関は比較的少ない。

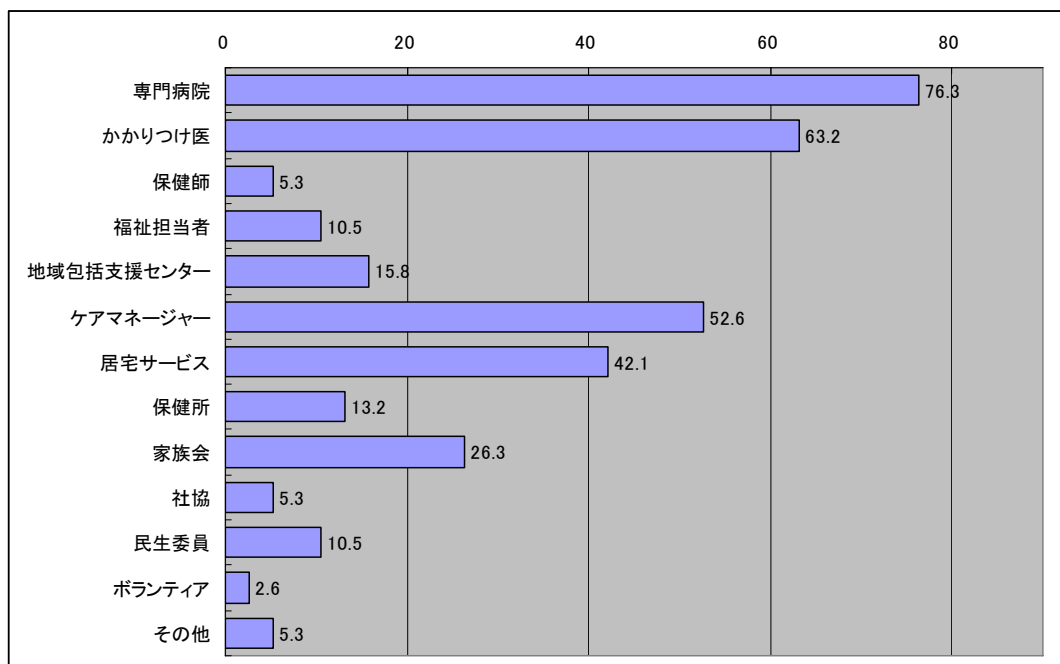


図 28 これまで関わりを持っている機関

5. 必要な施策について（5つまで）

現在最も必要な施策について、5つまでに限定して選んだ結果、「専門的医療機関、専門医の充実」が70.3%（26）で最も多く、以下、「若年認知症のための介護保険サービスの充実」62.2%（23）、「早期診断体制」54.1%

（20）、「経済的支援策の充実」51.4%（19）、「家族の休養をとるために利用できる入院、入所施設の受け入れ」45.9%（17）と続いた。

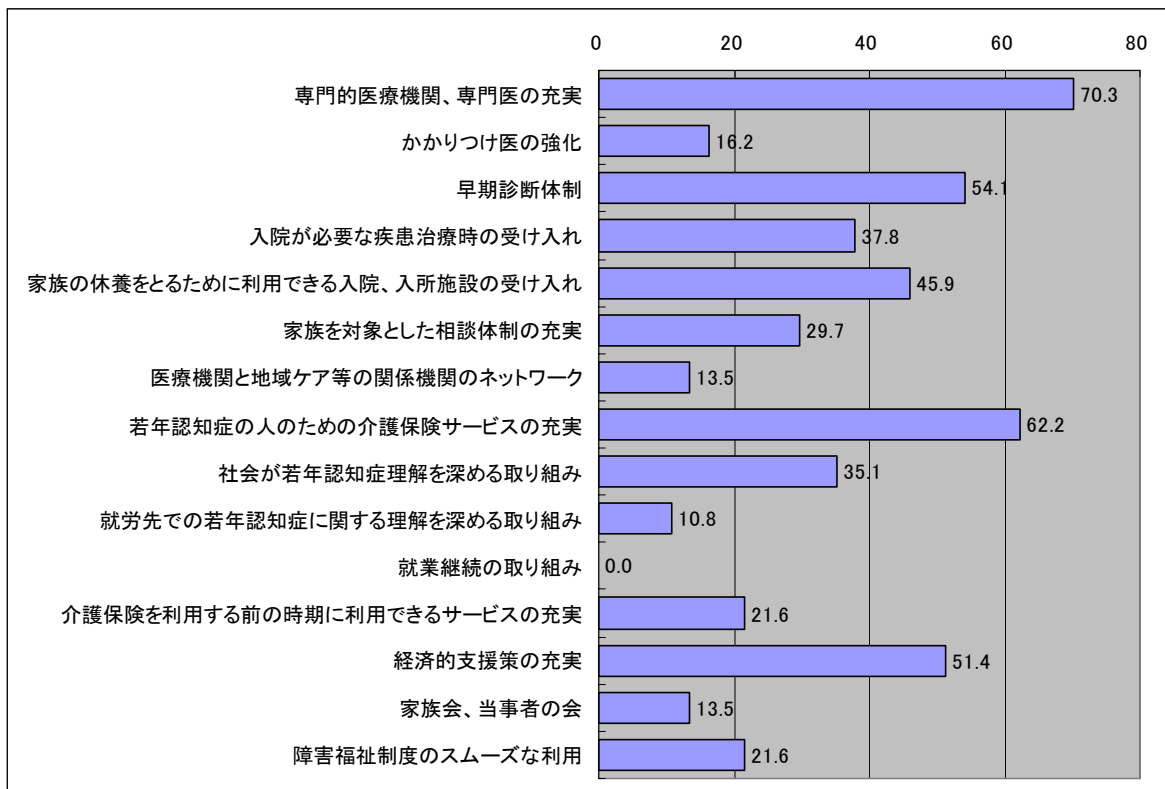


図 29 必要な施策（5つまで）

6. 自由記述について

必要な制度やサービスの他、要望や提案などの自由記述回答について、主なものの概要をまとめると、次のような意見に整理することが出来る。

- ・ 若年認知症にあった施設やサービスの充実
- ・ 経済的支援策・負担軽減の充実
- ・ 家族への支援
- ・ 医療機関同士のネットワーク強化
- ・ 専門医の充実と早期発見・早期診断体制の確立
- ・ 医療・保健・福祉が連携した支援体制
- ・ 24時間相談できるところ
- ・ 社会の認知症への理解・受け入れが乏しい
- ・ 治療薬の開発

第3部 被災地における新しい住まい方の現状と課題

第 1 章 被災地における新しい住まい方について

第 1 節 震災復興とシルバーハウジング

阪神淡路大震災では、多くの県民が住居を失い、避難所での生活から、仮設住宅をへて災害復興公営住宅へと移転していった。ただし、高齢社会を直撃した被災の結果、仮設住宅の高齢化率は高く、また被災で家族を失うなど独居の高齢者も多かったこと、コミュニティに問題が有ることなどから、既に国により実施されていた「シルバーハウジング・プロジェクト」を活用して、災害復興公営住宅にシルバーハウジングを重点的に整備してきた。平成 20 年 3 月時点で、兵庫県下におけるシルバーハウジングは 100 団地 4411 戸である。これは、東京都、神奈川県に次ぎ全国で 3 番目に多い。

兵庫県においては震災復興との関連でシルバーハウジングを整備してきたが、その結果、兵庫県のシルバーハウジングは 1 団地当たりの戸数が多く、規模が大きいという特徴を持つ。1 団地当たりの平均戸数は、44.11 で、全国平均の 26.93、東京都の 26.12、神奈川県の 28.03 にくらべても遙かに大きく、10 団地以上設置のある中では圧倒的に大きいことがわかる¹。また、全国のシルバーハウジングを戸数の大きい順でみると、トップ 10 のうち、9 つが兵庫県のシルバーハウジングである。

表 3-1-1-1 シルバーハウジングの規模トップ 10

順位	都道府県	所在地	団地の名称	管理戸数
1	兵庫県	尼崎市	尼崎水堂	270 戸
2	兵庫県	神戸市	大倉山	222 戸
3	熊本県	熊本市	楠団地	143 戸
4	兵庫県	神戸市	ベルデ名谷	122 戸
5	兵庫県	芦屋市	南芦屋浜	120 戸
6	兵庫県	神戸市	脇の浜高層	117 戸
7	兵庫県	西宮市	西宮浜	116 戸
8	兵庫県	神戸市	西神井吹台	112 戸
9	兵庫県	芦屋市	南芦屋浜	110 戸
10	兵庫県	神戸市	舞子山手 2 号棟	104 戸

また、コミュニティ問題への対応から、兵庫県におけるシルバーハウジングは、LSA によるコミュニティ支援を重要な役割として設定し、シルバーハウジング以外の一般住戸も含めた住宅のコミュニティ形成も行ってきたという点も大きな特徴となっている。

震災復興の過程でとりくまれてきたシルバーハウジングは、非常に特色ある新しい住まい方

¹ なお、全体で平均が最も大きいのは熊本県の 51.17 であるが、住宅数は全県で 6 団地にすぎず、一部の大規模な住宅が平均を押し上げていることによる。

として兵庫県で先進的に取り組まれてきたものであり、その点で他地域におけるシルバーハウジングとは異なる経験とノウハウを有してきたといえる。その経験は、これからの高齢社会におけるケアのあり方を考える上でも、貴重なものとなりうるというよい。

第2節 シルバーハウジングについて

ここで、シルバーハウジングについて、その概要を確認しておこう。

1. シルバーハウジング・プロジェクトについて

シルバーハウジング・プロジェクトとは、「住宅施策と福祉施策の連携により、高齢者等の生活特性に配慮したバリアフリー化された公営住宅等とLSA（ライフサポートアドバイザー：生活援助員）による福祉サービスの提供を併せて行う、高齢者世帯向けの公的賃貸住宅の供給事業」²である。昭和61年4月に住宅施策と福祉施策の連携を図る観点から高層がまとめられ、昭和63年より実施されてきた。

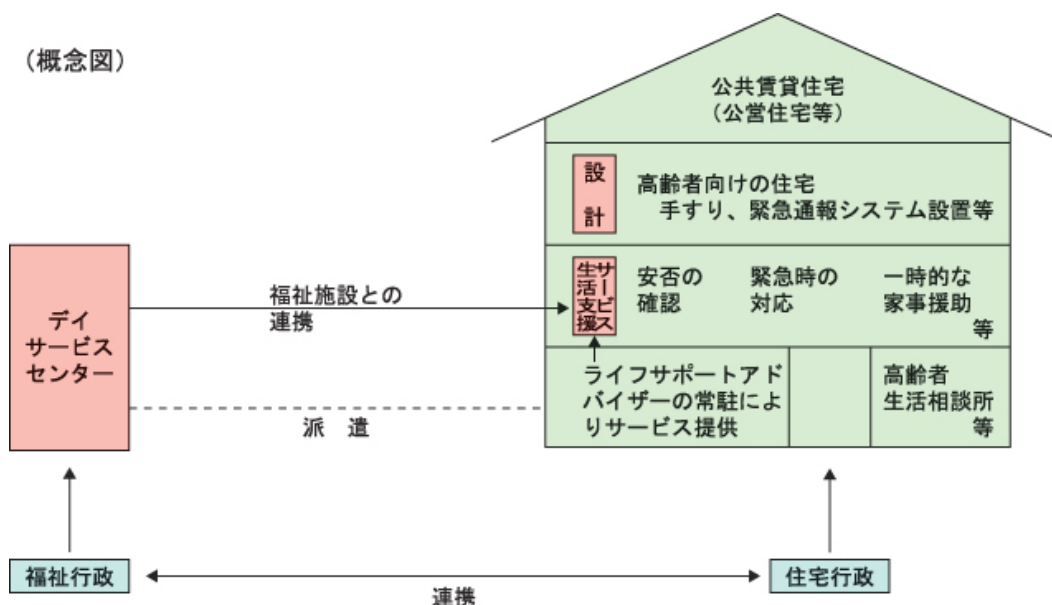


図 3-1 シルバーハウジングプロジェクト概念図

2. LSA 派遣事業について

シルバーハウジングでは、LSA による福祉サービスの提供が行われるが、その派遣については、国の補助授業として市町村で実施されてきた。平成17年度までは基本的に国が2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1の負担割合で財源が調達されてきた。

しかしながら、平成18年4月の介護保険制度の改正により、LSAの派遣は、介護保険制度における地域支援事業の任意事業「高齢者の安心な住まいの確保に資する事業」として実施されることになった。

地域支援事業とは、市町村が主体となって実施し、被保険者が要介護状態等に陥る戸とを予

防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り地域に於いて自立した日常生活を営むことが出来るよう支援するためのものである。具体的には、「介護予防事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」があり、このうち任意事業には、「介護給付費適正化事業」「家族支援事業」「その他の事業」がある。LSA の派遣は、この「その他の事業」として、地域の実情に合わせて市町村が行政計画上に位置づけて主体的に実施するものになったのである。

これにより、LSA の派遣は市町村の独自の判断で行われる事業となると共に、シルバーハウジングに限定されずに柔軟にサービスを提供することが可能となった。

だが、その反面、派遣への独自の補助制度は無くなり、介護保険財政の枠内で実施しなければならないものとなった。介護保険制度上は、財源構成は、国 10.5%、都道府県 20.25%、市町村 20.5%、第 1 号被保険者 19.0%という負担割合となるが、地域支援事業にはそもそも実施する上で上限額が設定されており、通常在市町村で「包括的支援事業」「任意事業」を合わせて各年度の給付見込額の 2.0%以内（19 年度までは経過措置として 1.5%以内）に抑える必要がある³。したがって、この上限額内を超える場合には、市町村は一般財源で賄わなければならない。

これにより、これまでシルバーハウジングに力を入れてきた市町村は、今後ともそれを、独自財源を負担してまで存続していくべきかどうか、あるいは、派遣の単価を引き下げて維持するかなど、シルバーハウジングのあり方について選択を迫られざるを得なくなる実際に、既に多くの市町村が一般財源からの負担を余儀なくされており⁴、LSA制度そのものが大きな転換点にあるとって間違いない。

³ 介護予防事業も同様に 2.0%の上限額が設定されており、かつ、地域支援事業全体では 3.0%が上限となっている。そのため、仮に介護予防事業を優先すれば、包括的支援事業と任意事業は合わせて 1.0%までしか利用できないことになる。

⁴ たとえば、長寿開発センター（2007）の調査の自由回答において、複数の市町が一般財源による負担の実情と現行制度の問題を指摘している。

第3章 兵庫県におけるシルバーハウジングの現状と課題

本章では、兵庫県におけるシルバーハウジングの現状と課題について、シルバーハウジングのLSA等を対象に行ったインタビュー調査の結果をまとめる。

第1節 尼崎水堂災害復興公営住宅シルバーハウジング（尼崎市）

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	414
うちシルバーハウジング戸数	270
シルバーハウジング率	65.2
空き住戸	23
派遣組織	社会福祉法人長生福祉会
LSA数	9人（5～6人常駐）
駐在日時	年中無休 9:00～17:00

尼崎水堂高層住宅は、シルバーハウジングとしては全国最大である。シルバーハウジング入居者は基本的には独居であるが、ケースによって夫婦・家族の同居しているところもある。平成10年の当初は、被災者で最後まで仮設住宅に残っていた住民が移ってきた。が、そのうち逝去者もおおくなり、次第に被災当時から残っている住民は減っているという。

2. LSAの状況

尼崎水堂団地では、9人のLSAが活動しており、ローテーションで常時5～6人のLSAが配置されている。LSA室は、団地敷地内のひろばにあるコミュニティプラザにあり、年中無休で9:00～17:00までLSAが駐在している。

夜間については、警備会社が対応する体制となっている。

LSAは、専任であり、すべて女性である。そのため、男性が必要な場合など、必要に応じて派遣法人より随時応援がある。LSA職員は、ヘルパー2級、社会福祉士、介護福祉士などの資格を持っている。勤務年数は、長い職員ですでに10年の経験があり、この大規模な住宅の支援についてのノウハウが蓄積されている。LSA同士の連携については、引き継ぎの中で適宜情報交換するほか、法人内での研修及び事例検討会が行われ、相互の連携・協力がはかられている。

3. LSAの活動状況について

①見守り活動

入居者への見守りは、基本として毎日戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

戸別訪問については、原則としてすべての住民について1日1回以上安否確認を行うこととしており、LSAが各住戸をまわっている。ただし、入居者によっては、戸別訪問を拒否する場合もあるため、安否確認の方法は入居時に住民と相談して決めるようにしている。具体的には、住居内へと上がり込んで様子を見る場合から、玄関口で顔を合わせて会話をする、インターホン越しで応答してもらうなど、入居者の要望に応じて方法を変えている。元気な入居者は、出かける際にLSA室に声を掛けて、能動的に安全を知らせてくれることもある。こうした安否確認とその際に得られた住居者に関する情報を整理し、記録することで、情報が積み重ねられ、またLSAや他の支援機関等との連携の際に役立つ。その点で、記録作業も重要な仕事となる。

近年、比較的若い住民が新規入居者として入ってくることケースが増えてきたが、その際に多くの若い住民はLSAによる見守りを拒否することが多い。まだ若く、就労しているケースもあるため、その場合は直接的な訪問等の手段ではなく、例えばLSA室から出かける際に様子を見ることがうなど、状況に配慮しながら見守るようにしているそうである。

緊急通報装置による通報は、日中はLSA室に連絡があり、その都度対象の住戸にLSAが向かい、確認に行っている。緊急通報は、一部の住人が一時期頻繁に行うケースがあるが、現在はそれほど多くはないそうである。

また水量センサーは12時間利用がなかったり、多量の利用があったりした場合に警報が鳴るが、その際にはLSAが住戸のドアを解錠可能であり、住居内に立ち入って安否確認をおこなっている。

夜間については、緊急通報および水量センサーの警報は警備会社へ連絡され、警備会社がそれぞれ対応している。

②日常生活支援

直接的な家事援助は、基本的な業務としては行わないことになっている。というのも、尼崎水堂は、270戸と全国最大のシルバーハウジングであり、現在の配置人員では対応力に限界があるからである。ただし、現実には、住民の状況と必要性、緊急度に応じて、生活支援等を行っている。が、実際には状況に応じて支援を行っている。例えば、急な疾病時の看護や食事の世話など、住民の生存に関わるような場合には、可能な限り支援を行っている。

③相談業務

住民からの相談などは、見守りの訪問時に会話する際に相談を受けるか、LSA室で各種相談を受けている。相談の結果、必要名場合は他の機関等へとつなぐことにしている。

④他機関との連携

LSAの派遣法人は、地域包括支援センターの委託も受けており、その点でセンターと比較的密接な連携が行いやすい環境にある。その他、介護保険サービスを利用している住民については、担当するケアマネージャーとも緊密な連携を取っている。その他住民の関わる支援機関について緊密に連絡調整をおこなっている。

⑤コミュニティ支援

コミュニティ支援についても、LSAの重要な任務として積極的に取り組んでいる。

まず、コミュニティプラザを拠点にして、さまざまな催しを行い、住民の閉じこもり防止や住民同士の交流機会を提供するようにしている。具体的には、次のような各種催しが開催されている：手作りプレゼント。ストレッチ体操、食事会、クラブ活動、歳事関連行事、新聞、その

他各種イベント（誕生会、相撲慰問、写真展、消防訓練、交通安全、まちの保健室など）。また、住民によるおどりの会「あざみの会」が発足され、踊りの練習や発表会なども行われるなど、自主的な活動も展開されている。

ただし、住民主体となったコミュニティ活動については、これまでの支援にもかかわらず、十分な活動が展開されていない。自治会はかつては存在しており、さまざまな活動を行っていた。だが、経理などで問題が起こったのを理由に立ち消えてしまったそうである。それゆえ、LSA が実質的に自治会的な活動も担っているのが現状である。

だが、そうした状況から、平成 19 年より委員会が発足し、ゴミ捨て場の管理など、一部住民の自治活動が再開した。こうした住民の自主的な動きについては、不要な干渉はせず、必要な支援を行っていくつもりだそうである。

また、団地を単位とした老人クラブもかつては存在した。老人クラブの重要性を理解するリーダーとなる住民が頑張って活動を行っていたが、そのリーダーが逝去されたのを気にクラブも消滅してしまったそうである。現在のところクラブ再建の見通しは立っていない。

4. 認知症への対応について

シルバーハウジングの住民のうち、認知症だと思われる住民は 49 名である。認知症の診断を受けている住民もいるが、認知症とおもわれる症状を示しているが、診断を受けていないものも含まれている。さらに、一般住戸の住民にも認知症ではないかと伺われるケースがあり、住宅全体ではさらに増える可能性がある。

毎日の訪問による安否確認を通じて、日々の状況を把握しているため、認知症に関連すると思われる症状の兆候があらわれた際や、症状の変化などがつぶさに把握できている。

住民に認知症の兆候が現われてきても、可能な限り生活を継続できるように支援をするようにしている。基本的には、LSA の見守りと支援を受けつつ、訪問介護やデイサービス・ショートステイなどの居宅介護サービスを利用することで、認知症の住民でも生活を継続することは可能であるとのことである。そのためにも、住民の状況の変化を的確に捉えて、必要なサービスにつなげることができるように、専門機関および家族との密接な連携を図っている。

認知症のケースで困ることは、まずは日常生活におけるトラブルである。徘徊や、物とられ妄想などで近隣住民との間でトラブルが生じることがある。徘徊が見られるケースには可能な限り気を配り、住宅敷地外へと迷い出ることがないように配慮している。近隣住民とのトラブルについては、住民に理解してもらい、受け入れてもらえるように、日常的なコミュニケーションの中で説明と協力をお願いを行い、環境作りをすすめることとともに、トラブルの際に住民の間に入って仲裁することが重要な役割となっている。特に、火の扱いなどでの不安の声が多く、その点については注意するようにしているそうである。

また、認知症の住民において困ることは、本人の真意がつかみづらいということである。見守りなどでコミュニケーションをとるその際には意識がはっきりしていて意見が明確だとしても、その意見がころころと変わってしまし、なかなか正確な状況や意見をつかむのが難しい。それについては、本人からの情報に加えて、近隣住民から得られる情報も総合して、可能な限り把握できるように努力しているそうである。

認知症の症状が重くなり、次第に自立生活が困難になってきた場合には、担当するケアマネ

ージャーと相談するとともに、住民の家族と話し合い、施設への入所などの対応をとることになるそうである。その際にも、あくまでも家族の了解と判断によって決定が下されることになる。

したがって、家族等のキーパーソンがそもそもいなかったり、協力的でない場合や、認知症に対する家族の理解が少ない場合などには、対応が非常に難しくなる。

5. LSA 活動の特徴と役割

恒常的見守りの重要性

尼崎水堂では、LSA の業務において、まずもって各住民との密接な関わりを持ち、日々の見守りをつづけることにより重点を置いて活動を行っている。その際に、重要なポイントは、本人との接触のみならず、周囲の住民の中からも情報を得ようとするものである。その意味で、LSA の支援は、住民への個別対応というのではなく、コミュニティ全体を対象とした把握になるそうである。認知症のケースに限らず、住民本人からの情報だけで真偽を図ることは出来ず、場合によっては、ある住民についての近隣住民からの情報で、本人からはわからない情報を得ることができる。情報の真偽は本人・住民いずれからのものでも不確定なため、可能な限り多様な情報を得て判断し、対応をするようにしているということである。

そうした対応のためにも、毎日の戸別訪問と安否確認がやはり非常に重要であるという。毎日のコミュニケーションが、住民のちょっとした変化への気づきにつながるとともに、LSA への信頼感の構築や住民の安心感の醸成の上でも大きく役立っていると実感しているそうである。

コミュニティ支援の意味

その意味でも、また住宅のコミュニティ支援がやはり LSA の重要な役割となるが、自治会活動の中断など、住民主体のコミュニティ活動の展開には大きな課題がある。だが、特にシルバーハウジングでは、住民が高齢者であるために、病気や逝去などを通じた住民の入れ替わりもあって、長期的なコミュニティの関係を維持していくには、通常の集合住宅以上に難しい側面もある。

LSA のコミュニティ支援は、この場合、一定の自立したコミュニティの存在に対する側面的な支援ではなく、むしろ、LSA の存在自体がコミュニティの前提となっているのであり、LSA 込みでのコミュニティが成立しているという見方もできる。そこでは、住民間の直接的なコミュニケーションとネットワークだけでなく、LSA を媒介したそれがコミュニティの成立に深く関わっているのであり、その意味で、住民による自律したコミュニティ活動の形成を推進するというだけではない、コミュニティ支援の多様なあり方を理解する必要がある。

6. 課題について

一般住戸との線引き

LSA 活動の今後の課題としては、ひとつには、一般住戸との線引きの問題がある。既に指摘したように、シルバーハウジングのみならず、一般住戸でも高齢化が進むと共に、認知症の住民も見られるなど、支援を必要とする状況はシルバーハウジングと大きな違いがなくなりつつある。しかし、例えば緊急通報装置などの装備の違いもあって、一般住戸とシルバーハウジングを同様な方法で対象とするのにはハードルがある。また、現在の人員では、一般住戸まで手

を広げればシルバーハウジングへの対応が減少せざるを得なくなるため、どうしても一般住戸の住民とは線引きをせざるを得ないという。従って、人員の増員など、LSA体制の充実がなければ実際に対象範囲を広げるのは難しい。

行政との連携

その一方で、見守り対象となるシルバーハウジングに見守りの必要のない若い住民が入居するなど、アンバランスな状況も生まれている。特に、入居時に公社等による入居者へのシルバーハウジングについての説明が不十分で、シルバーハウジングと知らずに入居してくる住民も見られたり、新規入居者の情報がLSAへとしっかり伝達されないなど、行政との連携にも課題があるようである。

キーパーソンの重要性

また、シルバーハウジング住民においては、家族などのキーパーソンの存在が非常に重要であるが、かならずしもすべての住民にキーパーソンがいるわけではない。とりわけ、認知症など、本人の意志確認が困難になるほどに、キーパーソンの役割は大きくなるため、キーパーソンのない住民に対する対応が非常に難しく、今後の課題として重要である。

第 2 節 神戸明和災害復興公営住宅シルバーハウジング（神戸市）

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	226
うちシルバーハウジング戸数	92
シルバーハウジング率	40.7
空き住戸	14
派遣組織	社会福祉法人フジの会
LSA 数	2 人
駐在日時	平日 9:00 ～17:00

神戸明和住宅は、戸数 226、シルバーハウジング 92 戸の、比較的規模の大きい集合住宅である。団地に面した敷地内にコミュニティプラザがあり、公園が隣接している点では比較的恵まれた環境であるが、コミュニティプラザ入り口は住宅の反対側にあるため、LSA 室からは住民の動きは把握しづらい。が、その点は逆に、LSA から監視されているような感覚を和らげる面もあるといえる。被災経験者の住民はまだ比較的残っており、70 世帯程度はある。が、新規入居者では震災経験が無いケースも増えてきたという。

2. LSA の状況について

神戸明和住宅では、2 名の LSA がローテーションで勤務しており、平日の 9:00～17:00 に 1 名が配置されている。男女それぞれ 1 名ずつで、ケアマネージャー、ホームヘルパー 1 級等の資格も持つ。

LSA 同士の連携の機会としては、神戸市社協での研修が月 1 回あり、事例検討、認知症講習などが行われている。また、神戸市では年に 3 回程度全市での見守り支援研修会がある。

また、シルバーハウジングへの新規入居者がある場合は、鍵渡しは神戸市社協で行われ、それには LSA が立ち会っている。それにより入居前の顔合わせとコミュニケーション、おしてシルバーハウジングについて理解してもらう機会がもうけられている。

3. LSA 活動の状況について

①見守り活動

入居者への見守りは、基本として戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

安否確認として、基本的に週 3 回の戸別訪問を行っており、玄関口での対面や場合によっては住居内に入っての確認を行う。ただし、比較的若く元気なケースは、週 2 回程度に減らしたり、逆に、病気や虚弱などで気になるケースは毎日に増やすなど、住民の状況に応じて訪問の頻度は変えている。なかには、訪問を拒否するケースがあるが、その場合は、インターホン越しにしたりする。それも拒否する場合は、ガス・水道メーターをチェックしたり、自転車の利

用常用を確認するなどして、動向や安否を確認するようにしている。

緊急通報装置については、通報ケースは年間 150 回以上ある。そのうちの 75%以上は夜間の通報であり、またほとんどは誤って装置を押してしまったという誤報のケースである。

水量センサーについては、頻度にばらつきがある。これまで、風呂で倒れるなどして 12 時間後に水量センサーの警報が鳴り、発見されたケースなどがあった。残念ながら亡くなっていたが、1 日以内に発見されているため、孤独死とは考えていないという。

夜間の警報や通報ケースが多いが、夜間については、警備会社が担当しており、LSA 室から情報が転送されるようになっている。

②日常生活支援

基本的には、日常的な支援は行っていないが、病気等の緊急時には、一時的な対応として支援を行っている。また、介護サービス等を利用していても、ヘルパーが来ない日等に必要な支援は、可能な範囲で対応している。必要な支援は提供しているが、一時的に限定しないと小間使いのような役割も要求されることがあった。そのため、継続的な支援が必要な場合は、介護保険サービスの利用を促し、つなぐようにしている。

③相談業務

週 3 回の訪問時のコミュニケーションの中で相談を受けるほか、LSA 室で相談を受けている。

④他機関との連携

地域包括支援センターなどとは密接な連携をとっている。また、一般住戸についてはいきいき県住推進員および民生委員が対応しており、相互に情報交換や連携を行っている。

⑤コミュニティ支援

コミュニティ支援では、まず、コミュニティプラザを拠点にして、月に 1 回程度いきいきクラブを開催している。内容は映画の上映や手芸、音楽などで、10～20 名程度の産科がある。参加者はシルバーハウジング住民だけではなく、一般住戸からの産科もある。開催に当たっては、コミュニティサポート支援金 5 万円を活用している。その他に、医療生協による月 1 回の健康チェックもコミュニティプラザで実施されている。

住民の自主的なコミュニティ活動では、かつては自治会活動が行われていたが、管理費等にまつわる金銭トラブルが発生したのを期に活動が頓挫してしまった。その後は駐車料金等を管理する管理委員会へと移行していたが、平成 20 年 10 月より有志により自治会活動が再開された。それにともなって自治会婦人部によるふれあい喫茶も毎週土曜日に開催されるようになっており、自主的な活動の展開が始まってきたところである。

4. 認知症への対応について

現在、認知症の住民は、疑いも含めると 4～5 名程度はいる。徘徊して行方不明になり、保護されることがこれまで数回あった。その他、物とられ妄想で近隣とトラブルに成ったこともある。認知症については、まだ限られた人数のため、大きな問題にはなっておらず、また、LSA としても対応できている。

安否確認などの戸別訪問等による住民とのコミュニケーションを通じて、健康状態等の変化を把握することが出来る。そうしたなかで、認知症の兆候も含め、何らかの支援の必要性が見られた場合は、介護サービスの利用などの相談に乗ると同時に、地域包括支援センターなどの

専門機関につなぐようにしている。

5. LSA業務の特徴と役割

諸機関との連携

現在の人員体制で、住民に十分な支援を LSA のみで提供するにははやり限界が有ると言わざるを得ない。むしろ、日々のコミュニケーションをつうじた住民についての情報をもとに、必要な支援へといかにスムーズにつなげるか、そのために以下に諸機関と連携をするかが非常に重要な LSA の役割である。特に、自立から要介護状態へとスムーズに移行する際に、介護事業所を含め、各機関の間で連携をとることが非常に重要である。

6. 課題について

拒否的住民への対応

現在の LSA 活動において最も問題になっているのが、訪問等のコミュニケーションを拒絶する住民への対応である。例えば、統合失調症のケースの場合、LSA が把握した情報をもとに医療機関への相談を行ったことが、LSA への不信感につながってしまい、コミュニケーションが拒絶された。また、物とられ妄想のトラブルについても、LSA が仲裁にはいると、自分の言うことを信用しないとして、訪問を拒否するなど、対応に苦慮している。

一般住戸との対応の差

また、現在の LSA の配置ではシルバーハウジングへの対応で手がいっぱいであるが、一般住戸の住民の中にも支援が必要な高齢者等が少なからず見られる。が、LSA はあくまでシルバーハウジングへの対応となっているため、一般住戸の住民についての情報は限定的にしか入ってこず、例えば新規入居者情報も LSA には伝達されていない。そのため、同一の敷地内にいるにもかかわらず、対応に差が出てしまうことがやはり問題である。

つなぎのサービスの必要性

現在、介護については介護保険制度によりサービスが提供されているが、要介護状態になった住民について機関につないでも、認定からサービス利用開始までの隙間の期間がうまれてしまう。その間の対応については LSA がある程度対応せざるを得ない。そうした隙間を埋める、介護保険サービスまでのつなぎの緊急的なサービスも、必要性が大きい。

第 3 節 明石魚住北災害復興公営住宅シルバーハウジング（明石市）

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	92
うちシルバーハウジング戸数	34
シルバーハウジング率	37.0
空き住戸	3
派遣組織	社会福祉法人明石恵泉福社会
LSA 数	2 人
駐在日時	平日 9:00 ～17:00

市営明石魚住北災害復興公営住宅は、戸数 92 と中規模の団地である。シルバーハウジングとしての規模も、全国の平均的な規模に近いと言って良い。団地敷地内の大通りに面した場所にコミュニティプラザがあり、その中に LSA 室が設置されている。当初の住民は被災経験者ばかりだったため、住民の連帯感があったが、入居者の入れ替わりが徐々にすすむ中で被災者も減少し、そうした当初の連帯感も次第に薄れてきているという。

2. LSA の状況

魚住北団地では、非常勤の LSA2 名が配置されている。通常はローテーションで 1 名が平日の 9:00～17:00 に勤務している。両名とも新任であり、赴任して 1 年未満であるが、以前から福祉関係の仕事に従事しており、また介護福祉士やケアマネージャーなどの資格も有している。LSA 同士の連携は、住宅内では 2 名交替制のため細かな情報交換も含めて出来ているほか、事業の開催時には 2 名体制で勤務するなど、うまくできている。また、法人内での研修をつうじて、他の LSA 等との交流の機会がある。

3. LSA 活動の状況について

①見守り活動

入居者への見守りは、基本として戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

戸別訪問は、毎日 2 回、9:00 と 15:00 に行い、安否確認をしている。基本的には玄関で対面する方法だが、住民によっては住居内に入室して確認するようにしている。一部対面による確認を拒んでいるケースは、インターホン越しでの確認となっている。

緊急通報装置による通報は、それほど多くはない。多くは誤って体が触れたなどの誤報のケースである。通報があった場合は、LSA が訪問して安否を確認する。

水量センサーの警報は、頻度にばらつきがあるが、一部の決まった住民が繰り返すケースがづくことが多い。警報が鳴ると、解錠して住居内に入り、確認する。

夜間については、比較的近隣にある派遣法人の介護老人福祉施設へと通報が転送され、施設職員が対応することになっている。

②日常生活支援

日常生活支援は、基本的には行わないこととなっている。シルバーハウジングの住民には要介護者も多く、介護保険サービスを利用している場合には、必要な支援をヘルパーに依頼するようにしている。介護保険サービスを利用していない住民に対しては、病気・けがなどの緊急時には可能な限り対応している。食事や、場合によっては薬の準備もすることがある。ただし、長期間にわたって支援が必要になるケースでは、介護保険サービスへとつなぐが、サービス利用開始までの機関は介護保険までのつなぎとして可能な限り対応している。住民の中には支援が必要だが拒否するケースがあるが、その場合には、在宅介護支援センターへつなぐようにしている。

③相談業務

毎日 2 回の個別訪問時のコミュニケーションの中で相談を受けるほか、LSA 室で相談を受けている。

④他機関との連携

派遣法人との連携に加えて、在宅介護支援センターとは密接な連携を行っている。また、住民の介護保険サービスの利用状況や利用時間など詳細な内容をつぶさに把握しているため、介護事業所やケアマネージャーなどとも情報交換を密にしながら連携している。なお、地域の民生委員とは連携がない。

⑤コミュニティ支援

コミュニティ支援についても LSA の重要な業務として積極的に取り組んでいる。

まず、コミュニティプラザを拠点として各種催しを開催している。介護予防体操、ペン習字、俳句、カラオケ、ゲームなどを月 1 程度開催している。その他、花見敬老会、クリスマス会などの行事もおこなっている。なお、以前は月 4 回の食事会をしていたが、経費の問題や活動の多様性なども考えてやめた。集会の際には、お茶・お菓子代なども住民で出し合って、協力してやるようにしている。

住民組織としては、団地を単位とした自治会があり、活動を展開している。自治会役員には、一般住戸とシルバーハウジングの両方から選出されている。

また団地を高年クラブ（老人クラブ）も存在しており、クラブでの活動も展開されている。

4. 認知症への対応について

現在のところ、認知症の住民は、疑いを含めて 3, 4 人程度いる。人数が少ないため対応できているが、物とられ妄想にヘルパーとのトラブルなどがある。また、徘徊によりかなり遠くまで行って迷ってしまったケースもあった。その際にも住民が LSA へと見かけた情報を提供してくれたことによって、発見・保護することができた。

認知症の住民も、LSA による見守りと介護保険サービスの利用などによって、自立生活の継続は可能であるが、加えて、認知症についての住民の受け入れ土壌が必要不可欠である。住民が認知症について理解を示し、受け入れて、また LSA と協力して見守ることが、大きな力となりうる。

毎日の戸別訪問等によるコミュニケーションの中で、住民の様子の変化をつぶさに感じることができ、そのなかで認知症の兆候も把握している。認知症の疑いがある住民には、できるだけ受診をすすめている。住宅の近隣に往診してくれる精神科医がいるため、うまくコミュニケーションして、早期診断へとつなげるように注意している。また、認知症の兆候が見られる場合は、家族等のキーパーソンにも相談することになっている。

5. LSA 活動の特徴

ネットワークによる見守り

明石魚住住宅では、戸別訪問等を通じた住民とのコミュニケーションによる情報の収集と、必要な機関との連携・つなぎを重要な役割として意識しながら活動を展開している。そのように LSA を起点にして、ケアマネジャー、病院、在宅介護支援センターといった各種専門機関や家族等のキーパーソン、さらには住民を含めたいわばネットワークによって住民を見守ることが重要であるということであろう。

その点で、キーパーソンがいない住民はやはり問題となるという。明石魚住では 3、4 名程度は家族の協力が得られなかったり、また明確なキーパーソンがいないという。そうした場合もやはり、LSA だけではなく、専門機関と連携することで対応することができる。

専門家としての LSA

LSA の役割は、簡単にボランティアや地域住民に移すことができない面がある。ボランティアも重要だが、キーパーソンとの連携やさまざまな個人情報の管理など、職務上の責任で行うことが必要であり、その点ではやはりボランティアでは限界があるといわざるを得ない。その意味で、職務として支援することが、責任や権限などを明確にする上では重要な意味を持っているといえる。

6. 課題について

コミュニティ支援のジレンマ

LSA 活動の中で一番の課題は、コミュニティ支援だという。特に、明石魚住北のような規模の住宅では、シルバーハウジングと一般住戸との線引きの問題が、住民の対立のような問題へとつながる可能性がある。たとえば、コミュニティプラザでの催しも「シルバーハウジングの住民対象」という認識になってしまい、結果として一般住戸の住民の参加が少なくなっている。LSA の業務の中では、見守り等の業務において対象範囲を線引きせざるを得ないが、他方で、コミュニティ支援においては、そうした線引きを取り払わなければ、本当の意味でのコミュニティ支援にならないということである。そうしたジレンマを越えて、コミュニティ支援をいかに展開するかは、重要な課題である。

支援のための資金

また、そのコミュニティ支援の資金についての不足も指摘された。現状では、集会の際のお菓子代などについても、参加者の出し合いによって賄われている。受益者負担という点では、必ずしも問題ではないかもしれないが、例えば、住民の満足度が高かった食事会を中止せざるを得なかったように、より充実した支援策を展開する上では、やはりその点での限界があるといえる。

新たな対応困難者への対応

認知症だけではなく、障害者やうつ病など、LSA が対応する上で一定の困難がみられる住民もみられるが、これまでの高齢者介護が中心となった体制では、やはり限界があるという。こうした対応が困難な対象者にたいして、どの機関がどのように対応するか、明確化していくことも求められる。

第4節 浅野南災害復興公営住宅シルバーハウジング（淡路市）

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	60
うちシルバーハウジング戸数	20
シルバーハウジング率	33.3
空き住戸	－
派遣組織	淡路市社会福祉協議会北淡支部
LSA数	1人
駐在日時	巡回型（9:00～17:00 勤務）

南浅野住宅は、戸数60で、シルバーハウジング20戸と比較的小規模となっている。住宅敷地内にコミュニティプラザがあり、その中にLSA室があるが、LSAは巡回型で他の住宅のシルバーハウジングも担当しているため、基本的には駐在しない。南浅野住宅の他に、室津、育波、小倉の各地区に4室ずつのシルバーハウジングを担当している。被災により入居した住民はほとんど残っている。そもそも入居者はすべて旧北淡町の地元住民であり、したがって、家族・親族も比較的近隣に居住している例が多くなっている。

2. LSAの状況

対象世帯数も30程度であることから、担当しているLSAは女性1名である。基本的には9:00から17:00の勤務で、複数の団地を巡回して担当している。一人の勤務のため、他のLSAとの連携機会は乏しいが、年4回のLSA専門相談と研修に参加するとともに、派遣組織である市社協北淡支部の職員と連携している。

3. LSA活動の状況

①見守り活動

入居者への見守りは、戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

安否確認としては、毎日の戸別訪問のなかで安否確認を行っている。住民にコミュニケーションを強く拒絶するケースは今のところない。また、住民同士が団地敷地内で集まっていることも多く、そうした和に入って情報を得ることも重要な機会となっている。

緊急通報やセンサーの発報のケースは、月に1回程度であり、ほとんどの場合は誤報である。

夜間は、社協へと通報情報が転送され、職員が対応することになる。

②日常生活支援

緊急時の一時的なものに限定しつつ、必要な支援を行っている。他のシルバーハウジング以上に、さまざまな活動にも移動が問題となるため、薬の受け取りや行政に関連する手続きの代行なども含め、可能な範囲で対応している。

③相談業務

基本的には毎日の戸別訪問の際のコミュニケーションを通じて各種相談に応じている。

④他機関との連携

派遣組織である社会福祉協議会と密接に連携する体制をとっている。また、地域に LSA 以外に、広域的に対応している SCS が 2 名いるため、相互に連携を図る機会がある。

⑤コミュニティ支援

地域の特徴として住民同士のつながりが比較的残っていることもあり、その点では恵まれている。南浅野住宅には自治会があり、また敷地内にコミュニティプラザがあるため、支援活動として、ふれあいサロンを開催している。その他の団地には集会スペースが無いため、催し等の活動の展開が難しい。

4. 認知症への対応について

認知症の住民は、疑いを含めると数名見られる。が、住民同士のコミュニティの中で大きな問題にはならず自立生活を継続している。

巡回型の見守りのなかでは、まず持つて重要なのは日々のコミュニケーションによる状況の把握と、その変化をつぶさに把握することにある。

認知症の症状が進行し、自立生活が困難になったと判断される場合には、家族等のキーパーソンと相談して対応を協議する。そうした、自立生活の状況と、住宅から施設への入所の必要性を見極めることは、重要な役割のひとつになる。

ただし、都市部と異なり、人口密度が小さく、また基本的な移動手段が自動車であることもあって、日中の人通りがほとんど無いなど、徘徊等が生じた場合に、発見までに時間がかかる可能性が高い。これまでシルバーハウジング以外のケースであるが、徘徊で行方不明になり、亡くなって見つかったケースがあったという。その点は、LSA だけの対応では不可能であり、また、地域でのネットワークでも限界があるという。

5. LSA 活動の特徴

巡回型の見守り

南浅野住宅では、いわゆる都市部のシルバーハウジングとは異なって小規模であるとともに、他の住宅と合わせた巡回型の見守りを行っている点に特徴がある。比較的少人数の住民を対象にしている点では、住民との関係性がより密接に成りうるが、他方、一人で広範囲で勤務している点で、常駐型にくらべて緊急時の対応に時間がかかる可能性がある。その意味で、住民の協力体制と、派遣組織である社協等のサポートが重要な点である。

コミュニティの基盤

また、地域コミュニティが比較的しっかりと残っている点は、活動の展開の上での貴重な基盤である。そうしたインフォーマルな関係を基礎にした見守りと支援の展開をサポートすることが、LSA の重要な役割となる。

6. 課題について

1 人の現場へのフォロー

現在の問題は、やはり 1 人の現場での支援の提供の難しさにあるという。しかも複数の住宅を巡回しているため、30 人に一人といった単純な配置基準でカバーするのが難しい点もあると共に、LSA 間の連携が県などの研修の場に限られてしまうということである。その点については、そうした一人配置の現場へのフォロー体制が必要であろう。

非都市部の問題

また、既に指摘したように、都市部でないこと特有の課題がある。住民が虚弱になると、日常生活を営む上で移動が問題になるため、LSA の支援の範囲が自ずから拡大する。また、認知症住民の徘徊のように、低い人口密度や、自動車社会ゆえの日中の人通りの乏しさなどもあり、たとえ人のつながりの意味でコミュニティが残っていても、地域住民のネットワークだけで対応するには限界がある。その意味では、情報器機等を利用した徘徊への対応など、郡部での新しい対策のモデル事業の展開なども求められている。

第 5 節 西宮浜高層災害復興公営住宅シルバーハウジング（西宮市）

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	550
うちシルバーハウジング戸数	116
シルバーハウジング率	21.1
空き住戸	約 6
派遣組織	社会福祉法人明石恵泉福祉会
LSA 数	4 人
駐在日時	平日 9:00 ～12:00

西宮浜構想住宅は、550 戸の大規模な住宅である。県営・市営が隣接しており、それぞれにコミュニティプラザおよび自治会館があり、LSA 室が設置されている。被災当初からは 3 分の 1 程度住民が入れ替わっており、次第に被災経験のない住民も増加してきている。

2. LSA の状況

西宮浜高層住宅では、4 人の LSA が勤務しており、すべて女性である。うち常勤が 2 名、非常勤が 2 名であり、ローテーションで県営住宅・市営住宅の LSA 室に平日の午前中（9:00 ～12:00）に駐在している。LSA はすべて、ヘルパー、介護福祉士、ケアマネージャーと、何らかの資格を持っている。勤務年数は、長い職員で 6 年、短い職員で 1 年となっている。LSA 同士の連携は、相談事例や対応事例の検討を毎日行っている他、月に一度、法人内での検討会が行われており、相互の協力を図っている。

3. LSA 活動の状況について

①見守り活動

入居者への見守りは、基本として戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

戸別訪問は、週 1 回程度の頻度で実施しており、住居内に入っての安否確認のケースや、住民によってはインターホン越しに確認するだけの場合もある。住民のニーズや状況に差があるため、住民と相談するなどして安否確認方法を決め、柔軟に対応しているそうである。特に、最近は年齢が比較的若く、就労している入居者が増え、安否確認がそもそも不要だったり、日中に不在のためできないケースも多く見られるようになってきたそうである。

緊急通報装置による通報ケースは、月平均 20～25 件程度あるが、ほとんどの場合、間違っ
て通報装置を押したりするなどの誤報である。通報があった場合はその都度直接訪問し、確認を行っている。

水量センサーの警報は、最近は減少しているが、やはりある時期に一定の住民に集中して起こっているという。ほとんどが 12 時間水を利用しないか、誤って流しっぱなしにして警報が

鳴るケースだそうで、警報が鳴ると、LSA が解錠して室内に入って確認するほか、各棟に解錠キーが設置してあり、警報が鳴った場合は誰でも解錠することができるため、住民の協力により確認していただくケースもある。

水量センサーのおかげで、室内で急に倒れた場合にも 12 時間以内には発見可能なため、数日後に発見されるような孤独死事例はシルバーハウジングではほとんどない。ただし、水量センサーは外出時室外側から施錠すると解除されるため、訪問介護のヘルパーが帰る際に施錠してしまい、2 日後に発見されたケースが 1 件有ったそうである。

夜間については、住宅の近隣にある派遣法人の介護老人福祉施設へと緊急通報情報等が転送され、施設の警備員が対応している。

②日常生活支援

基本的には家事支援は行わないことにしている。現在の人員では生活の支援を十分にするには限界があるという。ただし、病気時などの生存に関わる緊急時には、食事の買い出しなど必要な支援を提供している。だが、その際にも直接的な支援は一時的な短期間に限定し、継続して長期間の支援を要求される場合ははっきり断ることにしているそうである。長期間の支援が必要となる場合には、むしろ介護保険などのサービス利用で対応すべきものと判断し、必要な住民には介護保険の利用等を案内し、在宅介護支援センターにつなぐなど他の機関と連携することになる。その意味で、介護保険につながるまでの間の間の経過的な対応が LSA の役割となる層である。

③相談業務

住民からの各種相談は、個別訪問時に受ける他、LSA 室へと直接相談に来られるケースがあり、相談内容に応じて必要な場合は他機関へとつなぐようにしている。

④他機関との連携

派遣法人が在宅介護支援センターを担当しており、同一法人内であるため密接な連携がとれている。また、訪問介護サービスを利用している住民については、派遣法人のヘルパーの他、他法人事業所のヘルパーなどとも情報交換を行っている。その他、地域の民生委員や市のケースワーカーなどとも連携して支援にあたっている。

⑤コミュニティ支援

コミュニティ支援についても LSA の重要な業務として積極的に取り組んでいる。

まず、各種催しとして、体操、カラオケ、食事会、認知症予防、新聞、手作りプレゼントなど行っており、自立支援事業として月に 4 回は開催している。開催する際は、県営・市営が合同で実施し、市営拠点を会場にして開催している。各種催しのなかでも、特に食事会の人気は高く、参加者は材料費を負担するが毎回 50 人程度の参加が見られる。また、食事会は LSA 主催で行っているが、一部住民ボランティアが運営を手伝ってくれるなど、住民との連携もうまくなってきている。

住民主体のコミュニティ活動としては、自治会と老人クラブが団地単位で存在しており、それぞれ比較的活発である。特に自治会は、自治会独自に各種イベントを開催するなど、自律したコミュニティ活動が展開できている。特に、自治会長が老人クラブ会長を兼務してリーダーシップを発揮するとともに、各棟で役員 1 名ずつ選出され、かつ一般住戸だけでなくシルバーハウジング住民の役員も 2 名いるなど、一般住戸住民と一体となって活動が展開されている。

4. 認知症への対応について

住民のうち認知症の方は、疑いのケースも含めると 4, 5 人程度であり、まだそれほど目立ってはおらず、また、大きな問題となるようなケースもこれまでほとんど無かったそうである。認知症の住民については、戸別訪問の際の状況把握や、周辺住民からの情報で認知症の状況を把握できている。特に、毎月の払い込みなどの金銭管理がおかしくなってくることでわかるケースが多いという。

認知症の住民は、LSA の見守りに加えて、介護保険サービスをうまく利用することで、基本的には自立生活を続けることが可能であるという。特に、西宮浜では、比較的多くの住民が認知症に対して理解を示してくれているため、徘徊やその他の行動障害が見られても、受け入れてくれていることも、自立生活を続ける上で大きい。

まだケースが少ないことと、住民の受け入れもあって、現在のところ、認知症に関連して目立った問題や困難はみられないそうである。対応の上で難しい点は、認知症とみられる兆候が現われてきた際に、どのようなタイミングで家族に連絡するかだという。キーパーソンとなる家族の協力が得られない場合、対象住民の LSA への信頼が損なわれる危険があるため、個々のケースを慎重に検討して判断しなければならない。

5. LSA 活動の特徴

活動のバランス

西宮浜では、LSA 活動においては安否確認・相談・生活支援・コミュニティ支援といった各種活動にバランスをとって活動が展開されている。現在までに、LSA の存在は住民に認知され、また住民との交流がすすんでいるとともに、自治会等の自主的な活動の基盤もあるなど、その点で比較的恵まれた環境にあった活動が可能となっていると言えるかもしれない。

住民の安心感の醸成

LSA の役割として大きいのは、何かあったときにすぐに来てくれたり、必要なときには身近な場所で相談に乗ってもらえるといったことで、住民の身近な存在としていることである。LSA の存在が、住民や家族の安心感を醸成することにつながり、そのことが、たとえ認知症になっても独居で自立生活を継続するための重要な基盤となっているといえよう。

6. 課題について

一般住戸との線引き

今後の課題としてやはり問題なのが、一般住戸との線引きである。西宮浜高層住宅は、一般住戸の数も多く、それゆえ支援が必要な住民が増えているが、基本的には、対象外となっている。基本的にシルバーハウジング住民は LSA の費用を一部負担しているなど、制度上どうしても線引きせざるを得ず、その点は LSA 業務を行っているが、非常に心苦しい点だそうである。

地域組織との連携

また、重要な課題としては、自治会等の地域との連携を進めることにある。西宮浜は、自治会組織がしっかりしているなど、比較的恵まれた状況にあるが、LSA と自治会が個別に催しを実施しているなど、連携の点でまだ課題が残されているという。そうした地域コミュニティとの連携と支援のあり方を模索することが求められている。

精神障害への対応

現在一番の困難は、精神障害と見られる住民への対応だという。LSA の関わりそのものが拒否され、また従来住民とは異なる対応を迫られているそうである。その点は、専門機関等と連携を取りながら、適切な支援を提供できる体制を整備するとともに、そうした新しいケースへの対応方法について、専門家の意見も加えつつ検討する必要がある。

第 6 節 南芦屋浜災害復興公営住宅シルバーハウジング

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	814
うちシルバーハウジング戸数	230
シルバーハウジング率	28.3
空き住戸	-
派遣組織	社会福祉法人きらくえん
LSA 数	11 人（日中 4 人、夜間 2 人）
駐在日時	24 時間

南芦屋浜高層住宅は、県営・市営合わせて 814 戸の大規模な団地であり、そのうちシルバーハウジングも 230 戸と全国有数の規模である。またシルバーハウジングではないが高齢者向けの高齢者特目住宅も全体で 200 戸ある。県営・市営それぞれの敷地に、建物に囲まれたひろば内にコミュニティプラザが設置され、各プラザに LSA 室があるが、主な活動拠点になっているのは市営のほうの LSA 室である。南芦屋浜高層住宅は、24 時間 LSA 常駐型のシルバーハウジングであり、宿直室等も完備している。

南芦屋浜高層住宅シルバーハウジングは、被災直後からの復興過程においていわゆる「ケア付仮設」の展開を主導した、社会福祉法人あしやきらくえんが運営しており、そのためもあって当初からケア付き仮設と同様に LSA を 24 時間配置する体制をとってきた。

当初からの住民はまだ多く残っているが、新規の入居者には震災経験がない方も増えてきているという。

2. LSA の状況について

南芦屋浜高層住宅は、24 時間 LSA 常駐の体制をとっているため、勤務している LSA の人数は合計 11 人で、日中は 4 人、夜間の宿直は 2 人の LSA が配置されている。24 時間体制のための人材配置であり、日中の配置等を考えると必ずしも多いわけではないが、全体としては他の拠点よりも若干手厚い人材配置となっている。性別は男性 4 人、女性 7 人で、それぞれヘルパー 2 級、ヘルパー 1 級、社会福祉主事などの資格を持っている。LSA としての勤務経験は長い職員で 9 年、短い職員で 1 年であり、LSA の経験とノウハウが継承されるように配慮されている。LSA 同士の連携の機会としては、派遣法人ないでの研修の機会がある。

3. LSA 活動の状況について

①見守り活動

入居者への見守りは、戸別訪問による安否確認、緊急通報装置、水量センサーへの対応を通じて行っている。

まず、安否確認としては、基本として3日に1回の割合で戸別訪問を行い、玄関口や場合によっては住居内に入っての確認を行っている。また、派遣法人が行っている配食サービスの昼食配布もLSAが行っており、その際にも安否確認をしている。訪問件数は一ヶ月当たりおよそ2100件以上になり、うち面談によって確認できるものは9割弱である。

通報装置・水量センサーの発報による通報は、夜間に8割方集中しており、例えば、2009年1月の実績では1ヶ月31件、うち25件は夜間であった。多くは誤報と水不使用・連続使用による反応である。

②日常生活支援

南芦屋浜では、対象者の必要に応じて、可能な限り援助に応じるようにしており、1ヶ月当たりの件数は300件を超える。具体的な援助内容には、次のような事例がある：電球換え、電池交換、病院送迎、手続き代行、家具移動、ゴミ出し、修理、コピー代行、ビデオ録画、ビンのふた空け、電気製品調整、服のボタン止め、靴はかせ、宅配便あづかり代行、血圧測定、買い物同行など。また、話し相手になるといった傾聴も、住民にとっては非常に重要な活動である。こうした援助依頼のうち、夜間の物はおよそ4分の1程度である。

③相談業務

戸別訪問や援助依頼など、住民とのコミュニケーションのなかでさまざまな相談を受けるほか、LSA室で相談を受けている。1ヶ月の相談件数は400件弱程度あり、そのうち夜間が4分の1を占める。相談内容によって、LSAが対応可能なものについては、可能な限り対応している。

④他機関との連携

派遣法人が委託を受けている高齢者支援センターと密に連携をとっているのに加えて、要介護住民のケアマネージャー、家族等のキーパーソン、市、民生委員など多様な機関・主体との連携を進めている。

⑤コミュニティ支援

コミュニティ支援としては、まずLSAの主催での食事会とお茶会が市営・県営の会場でそれぞれ計月2回開催の他、リハビリ教室など各種の催しを展開している。

住民主体のコミュニティ活動としては、自治会が活発に活動している。当初から市際して入居してきた人の中に、自治会活動の重要性を理解したリーダーとなる人がいたこともあり、また仮設住宅の自治会活動がそのまま継続されたところもあって、住民自治活動が非常に活発である。

そうした恵まれた地域の状況を背景に、ボランティア活動や自主的なグループの活動も多様に実施されている。コープ、自治会、老人クラブ、ボランティア組織などさまざまな主体がそれぞれ多様な催しを展開している。例えば、各種団体主催の喫茶や食事会、フラワーアレンジメント、生きがいデイサービス、編み物教室、気功教室、書道教室、映画鑑賞、クリスマス会など、さまざまな活動が行われている。

4. 認知症への対応について

認知症の住民については、正確な実数は不明であるが、疑いを含めると、20～30人程度はいると考えられる。ただし、LSAによる見守り及び生活支援と、介護保険サービスの利用によっ

て、認知症であっても自立生活を継続することが可能となっている。特に、比較的手厚い生活支援によって、介護保険ではカバーできない支援を提供していることで、本人、家族共に安心して暮らす環境が出来ている点は大きいと言える。

また、認知症への対応としては、芦屋市のネットワークにおいて認知症担当学会議なども設置されており、他機関と連携して適切な支援を提供できるようにしている。特に、地域包括支援センターや小地域ブロック会議などを主体に、認知症に関する理解を進めるための講座や対応方法についての話し合い、住民によるポスターの作成など、地域の受け皿づくりが進められている。

5. LSA 活動の特徴

積極的な生活支援への取り組み

南芦屋浜のシルバーハウジングでは、日常的な見守りに加えて、生活支援についても背局的に行っている点で、特徴ある活動が展開されている。そうした支援は、介護保険制度では提供できない制度の隙間を埋める役割を果たし、住民が自立して生活を継続する上で翁役割を果たしている。

24 時間体制の見守り

また、芦屋市は唯一 24 時間常駐の拠点を展開しているが、それにより、いつでも、何かあったら支援してもらえとの安心感が本人、家族共に非常に大きなものとなっている。そうした住民の安心感が、自立生活の継続にも非常に大きな力をもっており、LSA のもつ重要な役割となっている。

一般住戸との線引きを超えて

さらに、南芦屋浜では、基本的にはシルバーハウジング住民を対象としながらも、それ以外の住民についても必要性に応じて積極的に支援活動を展開している。住民の安全や安心を基準に、場合によっては近隣マンションへ引っ越した元住民への訪問まで行うこともあるという。こうした対応は、派遣法人および LSA の現場の意向が大きく作用しているが、24 時間対応可能な人材配置がプラスに作用している面もあるかもしれない。

シルバーハウジング以外の高齢者向け住戸や一般住戸でも支援の必要な高齢者は多く、逆にシルバーハウジング住民に若くて就業しているケースなども有る。それゆえ、対象範囲の限定を超えて、必要性に応じた柔軟な対応をすることも、住民の安心感を全体として高める上で重要な役割を果たしているといえる。

6. 課題について

対応困難な住民の存在

現在のところ、問題となっているのは、対応が難しい住民の存在である。戸別訪問などの LSA からのコミュニケーションを拒絶して閉じこもる住民や、精神障害など、LSA が対応する上で難しいケースである。また、認知症でもとりわけ若年認知症のケースについては、介護保険サービス等の整備も十分ではなく、対応が必要となっている。

LSA の負担

支援を提供する中で、LSA の側での問題は、やはり人員の不足である。可能な限り生活援助

を提供する方針の中で、どの程度までの支援を行うべきかの線引きは難しく、結果としてやはり LSA の活動量は増加し、負担は大きく成らざるを得ない。最近では服薬管理などについての支援の要請もあるが、それは責任の面でも大きな負担となっている。

コミュニティ支援のあり方

また、コミュニティ支援の面では、大きな課題があるという。とりわけ、自治会や自主的サークルなど、地域資源が多様に展開されている恵まれた環境がある一方で、コミュニティ形成の課題が達成されているわけでもない。LSA としてどの程度までコミュニティの活動にタッチすべきか、どのように連携すべきかを含めコミュニティ支援のあり方を模索する必要がある。

第7節 グループハウス尼崎

1. 住宅の概要

基本データ

戸数	16
うちシルバーハウジング戸数	16
シルバーハウジング率	100.0
空き住1	1
派遣組織	社会福祉法人園田苑
配置人数	6人（LSAは1人）
駐在日時	24時間

グループハウス尼崎は、LSAが配置され、各戸に緊急通報装置が設置されている点でシルバーハウジングの一形態と位置づけられるが、実際の内容は、他のシルバーハウジングとは大きく異なっている。住宅の形態としてはコレクティブ型であり、住民はそれぞれの個室を持ちつつ、共同スペースを活用しながら生活することになる。

グループハウスは、阪神淡路大震災の復興過程で建設されたいわゆるケア付き仮設住宅をモデルに設計されたものである。恒久的な建築物ではない仮設住宅の撤去に伴い、住民の災害復興公営住宅等への転居がすすめられるなか、そもそも一人暮らしが困難なケア付き仮設入居者の受け皿として建設されたものである。

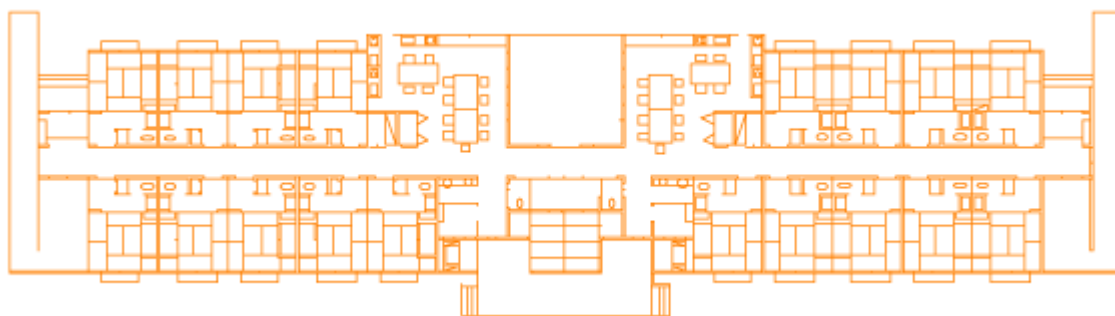


図1 グループハウス尼崎

現在、15名の住民があり、うち要介護者がほとんどである。そのうち、当初からの被災者は2名で、大部分の住民が入れ替わっている。

住民にはすべて個室があり、それぞれ窓側から外出可能で、個人のプライバシーが確保されるように工夫されている。が、各個室には台所等はなく、食事は共同の場所で、個別に自分で準備することになる。また、洗濯も共同の洗濯機を使って、各自が自由に、また使用をお互いに譲り合いながら、行っている。共有スペースでは自由にくつろぐことが出来る。

2. グループハウスにおける支援体制

(1) 職員の状況

その意味で、ケア付き仮設における支援体制と同様に、24時間のヘルパーの配置を基本にしたケアの提供が図られた。しかし、入居者 16 名という規模では、災害復興公営住宅のシルバーハウジングの基準では 1 人の LSA しか配置されていない。それゆえ、LSA 以外のヘルパー利用なども含めて、昼間 3 人、夜間 1 人の人員配置を、赤字を抱えながらも維持している。現在、グループハウスに勤務する職員は 6 人で、男女それぞれ 3 人ずつ、うち常勤が 4 人、非常勤が 2 人である。勤務年数は 5 年から 9 年であり、介護等の経験を持った人材を配置するようにしているとのことであった。また派遣法人の採用基準がヘルパー 2 級以上であるため、すべての職員は介護福祉士等、何らかの資格を有している。

(2) 活動の状況

現在の入居者 15 名と小規模のため、支援は柔軟に提供している。まず、見守りについては、日中に全戸に超えかけを行うとともに、閉じこもりがないように共有スペースへと出てくる機会を出来るだけ作ることに注意しているという。基本的には、食事の準備等、さまざまな機会に必ず部屋から出てくることになるため、自然な形で様子をうかがうことになる。

各部屋には通報装置が付いており、夜間については当直職員が対応している。

日常生活支援についても、住民のほとんどは要介護者で、介護サービスを利用しているため、基本的にはヘルパー等が行い、職員が直接手を出すことは少ない。基本的に、可能な限り自分のことは自分でやるようにして、無用な手出しはしないように心がけているという。

相談や連携も、日常のコミュニケーションなどを通じて、必要な支援へとつなぐことが多いようである。

コミュニティ支援においては、地域との連携を強く意識している。グループハウス中央にはデッキがあり、地域住民も自由に立ち入ることが出来ると共に、基本的にグループハウス内には誰でも自由に入ってくることが出来、外部に開放されている。そうして施設を閉鎖空間にせず、地域社会へと開くことで、地域の理解を得るように勤め、また、自治会等の地域組織との関係構築と連携をすすめているという。

また、共有スペースを利用した各種催しも実施し、交流の機会も設定している。が、グループハウスでは、さまざまなボランティア団体関係して各種の活動を展開しているため、そうした活動と協力することが多いという。

そうしたコミュニティ支援は、住民同士の交流や連携の機会になるが、住民同士の仲は決して良いわけではない。些細な言い合いや喧嘩などがむしろ日常茶飯事であるという。だが、そうした対立も活発な証拠と考え、できるかぎり職員はだまって見守り、もめ事が大きくなりそうになった場合に、仲裁にはいるようにしているそうである。

3. 認知症への対応について

現在、住民のうち、認知症の疑いがあるケースは 10 人～11 人であり、したがって、住民の大部分は認知症の症状をみせているという。しかし、認知症であっても、すべての住民は自立生活を維持できている。基本的には、認知症だからといって、特別な支援を提供するというわけではなく、他の住民と同様である。可能な限り手出しはせず、持っている能力を最大限發揮

させるようにすることがやはり基本方針である。

それによって、認知症であっても比較的症状が安定した状態で、長期間の自立生活が継続できるようになるという。しかも、グループハウスでは、入居前に自立生活が困難であった、比較的重い症状をみせていた認知症の方が、入居後に症状が改善され、自立生活を営むことが出来るようになるケースがほとんどであるという。

その理由はさまざまにあるだろうが、職員に伺ったところでは、出来るだけ手出しをしないことを基本に、①入浴、洗濯、炊事など、共有スペースを利用しなければならないため、閉じこもりが防止される、②集団活動として全住民一律の行動を求めるわけではなく、個人のプライバシーと生活のペースが守られるため、自分にあった生活のリズムを作ることが出来、LSA等も極力それに合わせていること、③他の住民の自立した生活をみて競争意識が生まれ、次第に出来ることが増えていく、といったことなどがうまく影響しているのではということだった。つまり、個人としての自律と尊厳が可能な限り守られる環境の提供によって、持てる能力がより発揮される可能性があるということである。

4. LSA 活動の特徴

真の意味での見守り支援

グループハウスでは、コレクティブ型ならびに 24 時間常駐型のメリットを生かして、住民の自立生活を可能な限り維持できるように、配慮している点が大きな特徴である。出来るだけ直接的な手出しはせず、住民の自主性に任せるという点では、まさに言葉の真の意味での「見守り」がその中心的な役割となっているといえるだろう。

地域へ開かれた住宅へ

また、ハウスを地域社会に開放して、可能な限り閉鎖空間にならないように配慮している点も大きな特徴である。この点は、地域社会の理解をすすめる上で有効であるとともに、住民にとっても地域との交流機会が提供される点で大きな意味を持つ。さらに、地域組織との関係構築もすすめることで、まさに地域コミュニティの一部に自然な形で組み込まれるということが、地域社会にとっても、また、グループハウスにとっても大きな意義があるといえる。

5. 課題について

これまでの実践を通して、グループハウスというケアのあり方の有効性について、関係者は確固たる自信を持っており、その点で、ケアの運営面での大きな課題はそれほどないという。

むしろ、問題は制度面である。まず、人員配置において、シルバーハウジングの基準から、1 名しか配置されないが、介護サービスを合わせた運用面の工夫で現在の体制を維持している。その意味で、場合によってはより手厚い人員配置を可能にする制度が求められる。

また、それにも関わって大きいのは財源問題である。現状では、派遣する職員の経費は決してまかなえておらず、派遣法人は赤字を背負いながら、運営を続けているという。また LSA 制度変更後も、市の独自の判断でグループハウス運営は維持されているが、今後ともさらにそれが継続されるかどうかは、不透明である。

資料

- I 自由回答
- II 単純集計表
- III 質問票

I 自由回答

1. 若年認知症実態調査 市町用自由回答 利用できるサービス

Q5 上記以外に若年認知症の人が利用できるサービス、制度があればお書き下さい。

(取り扱いあり)

id	記載内容	件数	市町名
15	精神保健福祉手帳による制度	3	明石市
17	精神障害に該当なら障害者自立支援法に基づくサービス	1	高砂市
39	県の家族会や会報等の紹介をする。	2	香美町
42	若年認知症の人のみを対象としてのサービスはなく、介護保険制度におけるサービスとして上記のサービスも提供がある	不明・無回答	明石市
44	「認知症相談室」「家族相談会」:市社協に委託し実施	不明・無回答	西宮市
55	①丹波老人性認知症センターが市内にあり、専門医療機関・専門医が確保されている。②認知症を抱える介護者の集い定期開催	1	丹波市
67	デイサービスやサロンにボランティアとして入っていただいたことはある	不明・無回答	宝塚市

(取り扱いなし)

7	介護保険制度の2号被保険者で特定疾病に該当するため、要介護認定を受ければ介護サービスを利用できる。(要介護1以上の認定であれば、施設の入所も可)	0	淡路市
8	配食サービス:社協の事業、その他民間の事業。外出支援サービス:市の事業、その他民間の事業	0	朝来市
65	①精神障害者保健福祉手帳に基づくサービス 例:医療費の助成②障害者自立支援法等による障害福祉サービス 介護保険サービスに同様のものがある場合は除く	0	宝塚市

2. 若年認知症実態調査 地域包括支援センター ケアプラン作成上の困難

Q6 若年認知症の方のケアプラン作成上、困難に思われる点があれば、ご自由にご記入下さい。

(取り扱いあり)

ID	記載内容	人数
30009	①ニーズがサービスに結びつかない。若年認知症専用のデイサービスであれば、工夫により、ニーズとサービスが結びつくかもしれない。(例)就労形体のデイサービスで就労支援をし、家族の支援を行える。 ②相談できる専門の医療機関が少ない。	1
30010	本人が元気で、サービスを提供しても、そのサービスがうまく稼動しない	1
30011	①サービス利用時、通所系の場合、高齢者と一緒ということにより、本人・家族の抵抗感がある。 ②認知症対応型のデイ等は、空きが少なく、希望して1週間に2～3回利用したくても出来ない。	1
30012	現在の通所系サービス(介護保険)は、内容が高齢者向け	1
30013	男性の介護者は、ケアの完璧性を求め、また、家族にも頼らないため、自分でしようとして、介護疲れとなり、精神的においつめられていた。また、ケアする側の意見を聞かなかった。毎日デイサービスを利用していたので、介護リフレッシュに参加してもらったまた、デイの連絡用ノートにびっしり感想を書くことが多かった。相談の場や息抜きできる場が必要だったと思う。家族会の他の男性介護者と親しくなり、落ち着いた。	1
30014	本人の心理面(仕事)に配慮する思いから、家族は公にしたくないという思いが強い	2
30015	52歳と若いため、介護保険の申請に抵抗感があり、まだ申請していない。認定をうけたとしても、デイサービス等、外に出るサービスについて、受け入れや本人に合った事業所を見つけるのが困難	1
30016	プラン作成時、本人の思いの確認が取り難いため、家族の思いを中心に聞いてしまう面がある。本人に対して、同意が取り難い。	2
30017	①家族の病識・理解と本人を家族・周囲がどう理解すればよいか ②高齢者と違う年齢ギャップに対して、対応出来る社会資源が乏しい ③体力はある若年性認知症の方への対応は24時間の中で考えないといけないので、社会資源だけでなく、家族の精神面・経済支援への充足手段がない。	2
30018	①個別に個性的な対応を希望されている。体力があるため、高齢者とは異なるサービスが必要 ②記憶障害をサポートすると、出来ることも多いが、1対1対応が必要 ③行動的な人が多く、近所等に誤解が生じやすい。犯罪者・変質者と思われがち ④家族も若く仕事をもっており、	4
30021	家族の認知症に対する認識が薄い(何とかなると思っている)	1
30023	周囲の環境面とのバランスの取り方 とかく Faは、対象の者がいるということを公に出来ない、又はしたくないという気持ちが強い。地域住民の認知に対する受け入れがない、又は少ない	1
30025	①通所系サービスは、周囲となじめないことが多い。②家族と同居していると、治療・介護認定申請の必要性が必ずしも理解されない	2
30026	①本人が、認知症であることを受容できず、混乱している間に、病状が進行する。②サービス利用が受けられず、家族負担が大きい ③家族も本人が若いこともあり、現実を受け入れられないまま、自分でなんとかしようと、抱え込んでしまいがち ④個別対応が必要であるが、人員不足もあり、受け入れ先がない ⑤問題行動があらうと、他の利用者への影響もあり、受け入れ先がない	2
30027	活動量が多く、徘徊等に対応できる適正なサービスがない。(内容・時間) 身体的な支障が少なく排泄や食事等も自立していたりするため、認定結果が軽くなる	2
30028	①若年認知症の方が、落ち着いて受けられるサービスがない。②若年認知症の問題行動に対応が出来ないサービスサイド(受け入れ拒否)	2
30029	①介護者に対する支援(レスパイト目的の入所の受け入れ先確保が困難)②頻繁にあるケースではないため、社会資源や情報量等が少ない、得にくい	1

30030	自宅より外の受け入れがなかなかなく、安全に外出をしたりと閉じこもりを防ぐことがとても大変でした。	2
30031	若年認知症の方を対象とした介護サービスが少ない(機能訓練の場、施設サービスの充実等)・若年認知症の振興を予防するには、他者との交流を持たないといけなが外出できるところ(インフォーマルサービス)が少ない・本人を介護する人物が、自分の親となったり、配偶者が働き盛りとなることが多いので家族の支援を得にくい	4
30032	①現在の介護サービスは、どうしても高齢者を対象としているため、若年の人にとっては「何で！！」というようになり、利用しにくい。②本人の混乱している気持ちによりそうようにするには、どのようにすればいいかがケアプラン作成には必要。	無回答
30118	65歳以上の認知症の方と同じサービスは本人が受け入れにくい。若年認知症の方専用のデイやショートステイ、ヘルプ、就労支援等のサービスが必要。	2
30119	社会資源が少ない。	2
30124	①本人が認知症と思わない(認めない)人へのかかわり方や支援の仕方②若年認知症の方が利用できるサービスの有無および充実③老年認知症の方に比べ経済的問題。家族間の心理的ストレスが大きい④社会の中で、若年認知症に対する認識・理解が得にくい⑤介護サービスが高齢者中心で、若年の人を対象としたサービスがない⑥家族がなかなか相談できる介護サービスを積極的に利用する心理状態にならないことが多い	1
30125	①軽度の方の場合、ADL等のレベルが高く、認定が軽くなることもあり、予防制度では支援しにくい。②家族・地域の理解がどこまでなされているか、それにより、対応方法も変わる。③住民の理解や協力をケアプランに入れることが難しい。④本人のケアも必要だが、家族に対する精神的ケアの充実が必要だと思う。	1
30126	①入所先(ショート・デイ)が見つからないこともある。満床等により②家族関係の薄い方等は、居宅介護支援の受入れ先、入所先をさがすのが困難	1
30130	デイサービス等に行っても年齢に差がありなじめないことがある。地域でのサロン等では話が合わないこともあり、本人に合った外出先を決めるときに頭を悩ます。	4

(取り扱いなし)

ID	記載内容	人数
30033	若年の方が利用しやすいサービスがない。関係者・地域の理解	0
30036	高齢者と利用するサービスは勧めにくい	0
30037	①若い方は、生活基盤として就労できなくなることで、家庭崩壊までつながることがある。就労期での発症のため、交通事故を起こされることもあり、運転免許の交付条件や更新時のテスト・取締り等、また、運転免許が返ししやすいシステム作りをいそがなければならないと思う。②本人の自覚が得にくいことで、認定サービス利用につながりにくい	0
30039	現在のデイサービスは、高齢者向けで若年認知症の方になじまない。若年の方がすごしやすい環境のサービスの充実が必要	0
30041	利用者が女性の場合、年齢からして家事を担っている部分が多いと思われる。現在の介護保険サービスのヘルプ事業には多くの制約があり、本人への支援が基本とされている。これでは、40代、50代の主婦が発症した場合、代わって家事(夫・子どもたちに対して)を支援するプランが組めない。その場合、家事代行業者にサービスをお願いする経済的支援が必要になる。	0
30045	①受け入れが出来る施設が少ない。(理由はスタッフが少ないことをあげる所も多い)②在宅での介護は難しくなる。③経済的に困ってくるため、家族が仕事(就労)をしないといけなくなる。仕事をして、認知症の介護をするのは困難。	0
30046	Faが受け入れできないときの援助プロセスに困る。DS等集合場所が年齢差があり参加しにくい。男性の場合、特に困る。	0

30047	①服薬の管理。②本人が拒否的な場合の確定診断・治療の継続。③介護保険サービスでは、年齢にそぐわない場合がある。(デイサービス等)。④精神科医師等の往診。	0
30049	①高齢者のサービスが中心になっている。体力のある若年認知症の方がなじめる場が少ない。②多くの認知症初期の方もそうであるように、自身が病気だと思ってないので、サービスに繋がらない。そのため、家族の疲労感も強い。	0
30050	介護保険での対応、特に通所系サービスは、利用者との年齢差が大きいので、仲間になりにくい現状がある。よって、家に閉じこもることが多いように思う。	0
30051	①若年認知症対象の社会資源の乏しさ。②本人・家族の病気に対する受容の程度や、戸惑いも大きく、精神的ケアをどのようにすればいいのか。	0
30052	①年齢等から考えても、本人自身が利用に対する抵抗感を持たれている点。②本人のニーズにあった専用のサービス等が不足している点。③インフォーマル面においても資源供給が少なく、プラン作成には困難を要する。	0
30053	若年認知症の場合、家族も若く、本人の思いも、高齢者認知症と違う点があり、現状のサービスでは対応がとりにくく、困難があったと担当したケアマネから聞いた。例えば、ショッピングや小旅行のヘルパーについてきてほしい等	0
30054	高齢者と同じ介護保険サービスでは利用の継続が難しい。家族も混乱し、介護力が十分に生かせないことがある。家族のケアの必要性を感じる。	0
30055	プラン作成自体は困難はないが、本人に合うサービスがまだまだ少なく、サービスの充実が必要。	0
30056	若年認知症についての情報が少なく、受け入れ可能な施設についてはさらに少ない	0
30057	介護保険サービスが若年者向きではないため、(例えば、デイサービス等)利用してもらいにくい	0
30058	就労支援等若年であるからこそ必要なサービスが、介護保険サービスにはないため、保健所や自立支援法に基づく施設によるサービスに頼ることになる。介護保険でサポートできるサービスには限界がある。	0
30059	フォーマル・インフォーマルサービスの不足	0
30060	本人に合うサービス提供事業所(特に通所系)を探すのが困難。(高齢者向けのデイケア、デイサービスは多いが、若年向けは少ない)	0
30061	①介護者不在、高齢者が介護者 ②子どもが未成年③経済的なこと ケースとして困難	0
30062	家族が認知症について理解できない。今はなんとか生活できるから、悪くなるまで放置する。プランを立ててサービスを導入するとき、プランの必要性が理解できない。手におえなくなり、生活に支障を来すようになってから依頼するため、サービスがスムーズに導入できないことが多い。	0
30063	受け入れ先が少ない。若年認知症の方は体力があるために問題行動が生じているとき、高齢者の中に混じってのケアが難しい。家族の心理面のケアが難しい	0
30064	高齢者対象のサービスばかりで、若年対象のサービスがほとんどない。そのため、プラン作成に結びつかない。	0
30065	家族の理解。本人になじむデイ・ショートサービスの不足。近隣の方の理解	0
30066	サービスの制限やサービスの内容により、利用困難。サービスの充実性の確保(課題)	0
30067	家族・地域の理解・協力に至るまでが大切であり、困難。隠そうとする場合も多いと思われる。	0
30068	通所のデイ・ショート等高齢者が多いため、若年が利用しにくい	0
30070	以前担当したケースでは、若年であることにより、子どもがまだ、教育を受けなければならない年齢だったため、経済的負担が大きく、また、子どもが若年認知症の理解が出来ず、生活が荒れ、本人・家族共ケアプランだけでは、生活支援はむずかしい	0
30071	経済的支援できる体制作りが困難。高齢者とは年齢的に異なり一緒のサービス利用には無理があるが、既存のサービスの中に若年認知症の方が、適するものがない	0
30072	デイサービス等日中利用するサービスで、若年認知症の方でも利用できる場所が少なく、紹介しにくいと思う。	0

30074	キーパーソンがいないことが多い。経済的不安があることが多いため、サービスがあっても利用しない	0
30075	利用者に適切なサービス(デイサービス・ショートステイ)等が充実していないため、サービスを導入しにくい。特に、デイサービスは高齢者中心のプログラムになっており、若年認知症利用者の個別需要に対応できない。	0
30076	①通所系サービスをプランに入れても対象者が高齢者ばかりのことが多く、有効なプランとなるか疑問 ②組み込めるサービスが希薄であったり、内容的に不十分であったりという点③熟年での発症という点において、社会復帰の可能性を包含したケアプランの作成を求められていること④家族支援のアプローチ	0
30077	デイの受け入れが困難の場合が多い。特に、意識しなくても、手が出てしまう、行動が突発の方だと、他の高齢者が対応できず、スタッフも常時見守り出来ないことから、受け入れを断られる場合が多いと聞く。また、若年の方も高齢者とのギャップがあり、混じれない。	0
30078	交流の場(通所系サービス)	0
30079	サービス内容不足①70～90代対象としたデイ内容での対象受け皿しかない②社会性や、若い世代家族構成に応じたニーズ対応が介護保険適応ヘルプ内容では、対応に適さない	0
30080	当センターでの事例は少ないが、高齢者に比べて体力や力があるため、徘徊等課題となる行動に対応するのが困難。	0
30081	①本人・家族の思いをどれだけ受け止め、適切なアセスメントができるか②就業されている場合、職場との関係でそのように関わっていけるのか③若年者が利用できるサービスになっているか④若年者が利用できるサービスがあるか(ほぼ高齢者向けのサービス内容である)	0
30082	若年の方の利用される介護保険サービスがないに等しい状態である。特に通所系サービスは高齢者向きで希望に沿うものがない	0
30086	当センターではケアプランを作成していない。	0
30092	事例がないので分からない。	0
30117	①男性であれば、特に収入をたたれる事による家族関係の変化。②家族が介護に向かい合えるまでの相談体制の充実。	0
30121	①本人のプライドを保持しつつ、疾病への理解、サービスの利用へと結び付けていくこと。②社会の受け入れ、社会資源の開発	0
30127	経済的な面、若年認知症の方、家族の心のケア	0
30128	予防のプラン(支援1・2)では制限(ヘルパー・デイ)があり、計画を立てにくい。単位数の中で、その人に必要なサービスが組めないのも、やはり要介護度が必要かと思われる。	0
30129	デイサービス等に行っても年齢に差がありなじめないことがある。地域でのサロン等では話が合わないこともあり、本人に合った外出先を決めるときに頭を悩ます。	0

3. 若年認知症実態調査 居宅介護支援事業所自由回答 ケアプラン作成上の困難

Q6 若年認知症の方のケアプラン作成上、困難に思われる点があれば、ご自由にご記入下さい。

(取り扱いあり)

ID	記載内容	人数
20001	対象者の年齢が若いと、通常のデイや認知症対応型デイサービスの利用が合わないことがある。例えば、個別的な支援としてヘルパーの介助や見守りの中で屋外での本人の思いにあわせた活動をするのはとても大事なケアだと思うが、介護保険上のサービスとしては、趣味活動など組み込むことができない現実もあり、なかなか理想とする支援はできていない。	1
20002	若年認知症の方は、体力があり、高齢者中心のデイサービスや施設に受け入れを拒否されるケースもあるようだ。また、本人や家族も高齢者中心の施設などを利用することに抵抗感があるようだ。若年認知症の方の受け入れ先を探すことが困難と思われる。経済的に困窮されることも予想され、必要なサービスを受けることが困難となるケースもあるだろう。	2
20003	介護保険サービス内ではどうしても高齢者対象のサービス内容が多く、若年認知症の方の(家族の)ニーズに沿うサービスが少ないように感じます。また家族会など思いを共有できる方たちとの集いをもっと盛んであれば、家族の精神的支援がもっとできるのではないかと思います。(発症後5年以上たっていることもあり、ご家族もTV、インターネットなどより多くの情報をお持ちです。都市部や首都圏に充実している若年認知症のかた専門のサービスが兵庫県には少ないといわれています。)	1
20004	私が関わったケースでは、本人の気持ちを確認することが、困難であったためケアプランが立てにくかった。家族もただサービスが使えればおまかせしますという考え方であり、協力的ではなかった。なかなかモニタリングしにくかった。	1
20005	妻との二人暮らしで妻は就労をしているので、日中独居となる。火の不始末(タバコを吸われる)あり、心配である。デイサービスを利用しているが、本人の拒否強く、利用日数を増やせない。 *他利用者が高齢でありなじめないようである。	1
20006	働きたいという意欲はあるが、適切なサービスがない。	無回答
20007	1.現状の介護保険サービス(特に通所型サービス)で若年認知症の方が利用したい施設が少ない。初期段階の若年認知の方は老年中心の通所サービスにかなり抵抗があり、なじみの関係が作りにくく、家族も望まないことが多い。しかし、1対1の個別ケアプラン、例えばヘルパー導入で、作成すると日中の一人の時間が多くなり精神的に不穏になるかたも多い。2.また、介護者の立場をみると現役で常勤者が多く、子どもたちも同じく勤務や別居をしていることが多い。本人一人での日常生活(日中)に常時何らかの見守り体制ができれば進行の予防になりえると思います。	2
20008	進行していく不安を抱えながら、社会生活を送られている本人・家族が安心・穏やかに普通に暮らせるようにフォーマル・インフォーマルサービス・かかりつけ医(専門医)のマッチング。	1
20025	・介護保険サービス事業所の利用者は高齢でその中に若年層が入っていける施設があるのだろうか。 ・仕事をやめざるを得ないこともあり、(本人も家族も)経済的負担・症状の進行が早く、それに合わせたプランの変更。	1
20026	・認知症が進み徘徊や異食行為などの見守り支援が介護保険ではプランとして苦勞する。 ・グループホームなどに入所しやすいように在宅生活をしながら、施設との連携を作っていくことができず、いきなりの入所でパニックを起こす方もいる。	1
20027	訪問介護導入を試みたが、一人のときの徘徊範囲が広がる心配(家族の意向)からスーパーなど少し離れた場所を目的地にすることができず、居室(一部屋賃貸)では間がもたず中止になりました。単身(離縁)、生活保護という条件による難しさがありました。	1

20028	ピック病の方を担当していますが、人格の著しい変化で、まったく他者との意思疎通困難で、言語もなく終始大声、奇声をあげておられます。デイケア、デイサービス、ショートステイ先からも大声のため周りの方が怖がるので継続利用が難しく現在利用する施設がありません。介護者である妻も献身的で、仕事を辞められたので何とか介護できていますが、介護疲れも大きく、精神的に追い詰められた状態です。介護するために仕事も辞め、収入がないため、介護サービスにも制限があり、月1回だけのショートからも断られ、お気の毒でなりません。	1
20029	通所系サービスが高齢者対象のため利用しづらい。また、家族の負担を軽減できるようなサービスが足りなく、プランニングが困難。	2
20030	家族様の希望・訴えなどの声は聞けるのですが、ご本人様の思いなどが分からない。	1
20031	発症直近まで現役で仕事をしていたため体力もあり、徘徊などの症状が出現した場合、家族も若く見守り体制が取れない。（介護保険でもできない。）通所系サービスも若年層は少なくなじめないなど問題が多く介護の体制、サービスの種類など適切な計画を立てにくい。	2
20032	若年認知症になった子と高齢の親が介護するというパターンになり、気力も体力もついていけない状態となる。そのため、いさかいが絶えず、険悪となる。両親がそろっていればよいが、片親となればなおさらであり、その間に入っのケアマネージャーの仕事は、どこまでが仕事で、どこまでがお互いから発せられる苦情相談係か区別がつかなくなっている場合がある。相談をかける機関もなく、苦しい思いだけが残っていく。	1
20033	私が担当したケースでは、妻の病気を主たる介護者である夫に理解してもらいづらかったこと、病気から来るもろもろの言動を頭では理解しているつもりでも日常生活の中では、普通の妻を期待され、妻が追い込まれてしまう。複数の老人福祉施設を利用されたが、体が元気な分、周り的高齢者との日常生活に多くの問題（行動面）生じ、長期の利用には無理があった。	1
20035	介護保険の制度の中で、若年認知症の方を受け入れる体制は整えられているが、高齢者向けでもありサービスは限られてくる。18歳以上の認知症に対する社会的制度やサービスを充実していく必要があります。ケアプラン作成についてそういうサービスの情報がないことで、本人にとって適したサービスは難しい。	1
20036	本人が独居で病識が乏しく、物忘れがある程度の意識である。主に家族も本人がショックをうけるのではないかと若いゆえに、デイ利用をボランティアスタッフとしての利用として工夫したりされたりするケースを引きつづき、本当にこれでよいのかと自問自答している。	1
20037	B P S Dにより受け入れてくれる施設が少なく、家族の負担が大変大きい。	2
20038	本人のプライドなどにより本当の心の中の気持ちを言えないでいたことがある。（初期）一人にできないと24時間の介護者の付き添いに疲労感があり、サービスを利用したいが経済的に困難であった。	2
20039	介護保険制度では、本人に合ったサービスがなかなか受けられない（自分よりもはるかに高齢の方ばかりなので）家族の病気の受け入れが困難なのに家族会が地元で立ち上がっていないので家族のケアが難しい。	1
20040	既存の介護保険のサービスでは、高齢者の利用が中心となっているので、通所サービスなどはなじめないと利用が継続できない方もある。家族が介護と就労の両立が難しく、経済的にも苦しい方もあり利用料も負担になっておられる。	2
20041	介護保険サービスは、65歳以上の方の利用者が非常に多く、通所サービスなど若年層は利用が難しい。（世代が違う、話が合わないなど）	2
20042	家族の介護状況と希望、本人の理解（症状）と、環境とを総合的にみつめていくことが困難。	2
20043	介護サービスではニーズがあわない。サービスにつながらないことあり。家族の負担をまかなえるサービスや支援が難しい。症例が少ないため、ケアマネ自身も知識や経験が充分でないことがあります。	1

20044	対象者が若年な為、通所サービスエお使用する際、他の利用者と比べて明らかに年齢差を感じます。支援する側は特に意識していないのですが、ご本人・ご家族や他の利用者から、必要以上に気を遣う、話題が合わない等の相談を受けることが多い。介護保険サービスでは「お年寄りの為のもの」というイメージを持っている方が多くサービス調整をしても「何で俺（又は、うちの主人・妻）があんな年寄りのなんかに入らなければいけないのか」と苦情をいただくことがおおいので調整に苦慮します。	3
20045	不穏・問題行動は、家族・サービス側の負担が大きく、一人一人の対応で状態が変わることからこまかいサービス内容の提案や維持が困難。徘徊・とじまり対策のサービスが不足している。	1
20046	年代が若く、介護保険サービス対応施設利用者との年齢的なギャップがる。どうしてもデイなど高齢者対象の日課がくまれていることから、適切なプランニングが作成しにくい面があります。	2
20047	ご本人との会話や筆談などかつ不成立でコミュニケーションが取れない。希望されていることや支援方法が充分理解できないためにケアプラン作成上困難でした。	1
20048	家族への説明。最初は認定も低く家事援助などは入れないことが多いが、家中が不安になっていて介護者も疲れている。	2
20049	若年認知症の方が通所できるような事業所が少ない。活用していただくべき社会資源に悩む。	1
20050	家族である子どもが若いため、支援協力が困難。必要なサービス調達しても、経済的理由で利用に至らない。若年のため体力があり、介護する家族が対応しきれない。対応（受け入れ）可能な事業所が限られる。	1
20051	経済的な余裕がないので十分なサービスが計画できない。	1
20052	年齢が若いため、利用者・その家族が仕事などを持っており、日中の介護力がない。長時間の見守りが必要だが、適当なデイサービスやデイケアが少ない。	1
20053	若年認知症の方の介護をされている方が独身で一人で介護にあたる場合ケアプランを作成していると、介護者自身が40～50歳で仕事をしないと生計できない状況です。介護者が経済的に困窮してくるとイライラ感が介護放棄や暴力になっていきそうになるのをともに介護支援して感じます。仕事を探しても9時～17時で終われるところはなく、残業のできない状況を聞くと就職できず、しかたなく施設入所先を探しています。在宅でケアプランはショートステイや毎日通所に行き、介護者の負担軽減で本人との関係が良好に保てるのが大事だと思いますが、通所介護施設が時間延長をその日にも受けてくださるなら、介護者の就労ができるのではないかと思います。	1
20054	家族が困っていることにサービスが対応できない。例えば突然徘徊で家を飛び出し外出先でトラブルを起こしてくるケースなどなかなか防ぐ（対応）ことが困難。（家族は経済的なことで、仕事を辞めることはできない。1日中誰かが見守りするわけにもいかない。本人がデイに行く気はまったくしない。デイも勝手なことばかりする本人の受け入れは無理。）	4
20055	現在の介護保険施設サービスは、高齢者向けの施設が多く、若年の方が、満足し利用できる場所がないため、サービス利用がすすみにくい。	1
20056	利用できるサービス・支援策が少ない。	2
20057	1、経済的困難 年金収入と支出がオーバーし家族に負担がかかる。2、受け入れ先困難 障害者支援に限度があり、介護保険サービスの利用では、利用年齢層の違いと限度額の中でのサービスには本人の望む生活支援ができない。3、家族の介護負担 四六時中の見守り、介護が必要で、家族も高齢で経済的・身体的負担が大きい。	1
20058	行動的な人も多く、近所など地域社会において、誤解が生じやすい。犯罪者・変質者と思われることもある。記憶障害をサポートすることにより、できることが多いが目が話せずマンツーマン対応が必要となっている。利用可能なサービスが少ない。家族も若く仕事を持っており、日常的に世話できる人が少ない。	3
20059	デイサービス・ショートステイなど集団のケアサービスで、他利用者が怖がりサービス中止したいとの申し入れが数箇所見られ、利用できるサービスが減少していつていることがある。母親の安易な対応で金銭を集め、持ち歩く習慣があり、サービス中もはなせず困った。	1

20060	若年認知症の方の場合、24時間体制での見守りが必要となってくるので、介護保険だけでは到底対応しきれない。そのほか、経済的な負担も大きく、家族が精神的にも経済的にも追い込まれる状況にあるが、今のところ、制度上だけの対応しかできないのでむなしくなる。	3
20061	介護保険サービスが高齢者向けになっている。若い方が利用しにくい。（特にデイサービスは高齢者ばかり）	2
20062	身体機能が衰えていない分、徘徊などに対応する家族の負担が大きい。それをフォローする介護保険サービスが不十分。デイサービスへの参加も、本人が通常のデイでは、違和感を持たれ、継続利用が困難になっている。	2
20063	サービス導入・相談にあたって診断よりかなり時間を要しており、認定審査会・主治医からの勧めがありご家族の負担がかなり重くなってからの相談があります。ご家族には「迷惑がかかるから・・・自分が一生面倒を見なくては・・・まだ大丈夫・・・」などの思いが判断を鈍らせているようです。地域、医療、福祉の連携と制度の見直し、理解と偏見をなくし、「心のバリアフリー」の必要性を感じます。ケアプラン作成時、サービス導入にあたりご家族の理解と納得が必要です。	2
20064	体が丈夫であるぶん服薬拒否したり通所拒否したり車の運転をしたりする。周りの人がその行動をとめられない。	1
20066	外見上分かりにくいいため介護申請しても要介護状態があがりにくい。いわゆるADLの特に移動の部分が高いため。	4
20067	アルツハイマー型認知症やピック病の方への適切な対応のできる施設が少ない。入所・通所にかかわらず、職員が一人専任で付いていなければならないことを理由に（本人の安全確保ができない）継続利用を断られるケースがある。介護者は在宅介護を希望していたが、介護負担軽減策を講じることができなくなり、専門病院での入院に至った。	3
20068	家族の苦悩が大きく簡単な答えを見つけ出すことが難しいケースが多い。	1
20069	介護保険サービスをケアプランに位置づけるも、サービス導入には年齢の差などの問題があり、他の利用者より「あの若いのにねえ・・・」という視線で見られる。	1
20070	介護保険延長線上の訪問介護サービスでは家族のフォローにもならない。もう少し違った枠組みのサービスがあればと思う。施設も高齢者中心の介護状態で利用するのも難しい。	1
20071	日々内容が変化するので困難です。	1
20072	家族特に子どもさんが現状を受け入れられない。デイ施設＝老人ホームとっていて、自分のような若者が行くところではないと拒否。足腰が丈夫で徘徊する範囲が広い。	2
20073	通所系サービスの導入が難しい。若年者のデイサービス・通所リハビリが必要。	5
20075	デイサービスであうところがない。ショートステイの受け入れ先が少ない。徘徊に介護保険では対応できない。今の介護保険制度では、若年認知症の方の自立支援は難しいと思う。	1
20076	受け入れてくれるデイサービスがない。精神科の受診、通院に家族・身内のこだわりがある。かかりつけ医の後押しがほしい。家族が就業していたり、子どもが就学中などで生活が落ち付かない。適切な相談場所がない。近所に知られたくないとの思いが強い。	2
20077	若年向きの施設（デイ・ショートなど）が無く、本人がなじめない。また、周囲（家族を含む）の理解がまったく無い。	無回答
20079	夫も働き盛りで子どもたちも若く、認知症に対する理解ができず、協力が得られず非常に困難な事例を担当しました。	1
20080	若年だからということはないが、サービスなどに拒否的な方への対応に困っている。無理なことはできないし、家族はその分困ることも多く負担を何とかすべきだし・・・介護保険サービスにも繋がらないのでケアマネとしての関わりも希薄になる。	無回答

20081	2ケースとも、夫婦二人暮らし、妻の認知症から主人が、日常生活動作から家事一般まで介助を行っている。一例は、主人が神経不安定のため精神科主治医との連携を図り支援を行っているが、介護負担及び主人自身が糖尿病の悪化、アルコール依存症と不穏状態が強い。主人が暴言を言う と妻は徘徊となる。地域の方との連携を図り、支援を行いたいところであるが、主人の拒否があるため、徘徊時の支援に困っている。二例目は、主人が金融機関より借金が多い。原因はギャンブル。主人からの暴言から徘徊をくりかえす。今は入所を考えている。	2
20083	経済的な負担から必要と思われるサービスが充分受けられない。家族（夫・妻）のみが抱え込み、他者に相談することができないでいる。	3
20084	ご本人が家族に「自分に物忘れの症状があることを人には言わないでほしい。」とっているの で、ご本人との援助関係を結ぶのが難しい。どうしても家族のとの面接や話し合いが中心になっ てしまう。	1
20085	介護者が仕事をされているため、日中の対応。経済面での不安。	2
20086	経済的にサービス利用が困難なケースが多い。障害年金の早い適応が必要。	1
20087	サービスの種類がデイか通所リハしかない。	1
20088	御本人・御家族の認知症への受容が、充分にはできておらず介護保険サービスに馴染まない。（通 所系を嫌う）家族も知識として情報を多くつかんでいるが、現実化するのはできかねており目を 離す不満から常に付き添っているが介護疲れ、ストレスが出、一時的に距離を置けるようプラン を作成するが、現実化しないなど、本人以上に家族の戸惑い、苦悩は計り知れない。	1
20089	通所系サービスを利用する場合、高齢者の中に入ることに抵抗を示される。若年認知症専門の通 所系サービスを充実させてほしい。家族の負担や不安が解消、軽減されるだけの経済的支援や相 談機関があってほしい。	1
20090	認知症発症後、進行が早く私自身がペースについていけない部分がありました。対象者は現在精 神科のある病院の老人保健施設に入所中ですが、入所に至るまで申し込みや病院、施設の紹介の タイミングを逃しがちです。（家族が若くまた理解力もあるため、在宅でがんばる意向が強かつ たのも手伝って）私や周りの関係者の知識不足があったので、いいアドバイスができなかったと 思います。知識の向上が必要だと思いました。主介護者が就業中の方が多いことが介護が充分に 行き届かないことにつながります。重度化すると在宅のプランのいきづまりを感じます。	1
20091	家族の介護負担軽減の為ショート等利用も必要と思うが、施設の利用者のほとんどが高齢者であ る。会話が合わないなどの問題があり、サービス利用も難しい。	1
20092	デイサービスなどの利用者が高齢者がほとんどであるため家族・本人とも利用に抵抗がある。若 く行動が激しいため周囲への危険が伴う。	1
20093	生活を支えるために配偶者は就労しなければならず、又、子どもたちの勉強にも支障があった。 （発症当時）幸い、毎日受け入れてくれるデイがあり、本人もなじんだが、利用料金の支払いも 大変との相談あり。発症後5～6年経過し、介護者も安定したが、毎日何らかのサービスが入ら ないと生活は成立しない。	1
20094	本人の判断のできる時点で、主治医から症状についての説明を明確に行い、本人が納得できるこ と。経済基盤が不安定なため、精神障害などの申請について初期から説明をし、障害年金が受給 できるよう支援する高齢者対応のデイサービス・デイケアは多いが、若年認知症の方に応じた施 設がほとんどない。自分のできることを行い、生きがいを持って過ごせるような施設や個別の対 応ができる施設がほしい。現行のショートステイでは何もすることが無く若年認知症の初期の方 には物足りない。充実したショートステイが必要。	1

20095	B P S Dにより幻聴が起こり、暴力があり、介護保険分野で受け入れてきましたが大きな暴力をおこされた為もう何度もであった為、お受けできなくなりました。受け入れ先の介護保険のデイサービスもなくなった為です。暴力はデイの利用者、ケアマネ職員もこわいです。それと本人に告知が必要だと思います。病院は入院させるが強制しないため、暴力がでるままに退院し、1度ドクターに暴力が出ない程度になって退院にならないかたずねたところ、家族に退院を決めてもらっているとのことで無回答でした。精神科のデイケアもドクターもワーカーも熱心でないため本人も家族とも行こうとしません。もっと活用可能な施設と専門のドクターを設置してください。	1
20096	本人は就労を希望されているが受け入れ先が見つからない。兄弟はサービスを希望しているが本人が拒否。	2
20097	ご家族の疾病理解とその受け止めに時間を要する。レスパイトを目的とした施設はほとんど無い（あっても高額であるため利用できないでいる。）	3
20098	在宅生活を支援する上でのインフォーマルサービスがもっとあれば良いと思われる。	1
20099	本人の病識がないため家族と支援する方向があわず結局サービスを何も利用しない状況になってしまう。家族の方が疲れきってしまい仕事も辞めるなどで使いたいサービスに経済的な制限が出てしっかりサポートできない。	2
20100	本人（利用者）の自立支援となるようなプランが立てにくい。家族支援、介護負担の軽減が主になるプランとなるが、介護保険サービスでは十分な支援ができない。	1
20101	現在の介護保険制度でのサービスでは、本当に支援が必要であるにもかかわらず、どんなに介護度が高くても若年認知症の本人や家族を助けることができないのが現実で、そのためにプランに本当のことがかけないこともある。又、受け入れてくれる事業所も少ない。（デイもヘルプも）	1
20102	受け入れ先が少なすぎる。スタッフが訓練されていない。（若年認知に対する理解不足。）	1
20103	介護保険のサービスだけでは支えきれない。	2
20104	介護保険制度内でプランを立案すると経済的に負担が大きい。他のレスパイト的入院ができたり協働生活ができる施設の利用、介護保険での入所は年齢層などが違い困難。	1
20105	介護保険、その他で使えるサービスが少ない。受け入れ先が少なく選べない。	1
20106	相談は家族からよせられるのが医師の診断を受け、説明を受けていても、認めたくない気持ちが強いのでケアプランを作成しようと思うまでに時間がかかる事が発症した場合であったが、夫は仕事があり生活のため休まず、子どもは子育ての真最中で夫が発症した場合は、生活を継続することが困難となることが考えられる。	1
20107	軽度（排泄・移動・自立など）見守り程度なら今の認定調査では、自立と判定、介護度が軽くなり必要なサービスを利用できない。家族も若いため仕事に出るため一人でいる時間が長いといういろんな方面からの支援が必要だが、経済的なこともあり、介護保険頼みであるが現状の制度では役に立っていない。結局一人で自宅の生活になり近隣に迷惑をかけたり、苦情を受けたり家族も精神的に疲れきっている。	2
20108	家族のレスパイトのためショートステイを利用しようとしても高齢者とは話が合わず若く体力も力もあるため暴力をふるわれた時には、対応が困難で受け入れ施設がない。常時、見守りが必要ですが限度枠内では十分なサービスが提供できず、他の制度とも併用が難しい。介護保険では本人のQOLを高める支援が難しい。	2
20109	ご利用できるサービスの種類や、事務所が極少なく適切なサービスが選択できない。	1
20112	デイやショートを利用したが高齢者が多く、導入が困難であった。（家族からも「もう少し若い方がいると思っていた。」との本音も聞かれた。）ケアプランではないが、考えられない行動をとるため、家族もケアマネもびっくりした。（例：5～6年触っていなかった車を運転）	1
20113	デイやショートなど高齢者に対応するものばかりで利用しにくい。	1
20114	介護をする側が親であったりする為、高齢化していく介護者の不安を解消できる施設やスタッフが少ない。	1

20115	介護者も若いため就労しているため、介護と仕事の両立が非常に困難であった。通所系のサービスをほぼ毎日入れたとしても、パートでの就労でなければ戻ってくる時間に間に合わない。そうすると生活が成り立たない。認知症状が十度になり見守りが必要となれば現状のサービスでは対応しにくい。	1
20116	本人自身が認知症であるという自覚がまったく無く家族の介護負担軽減の必要性がありサービスを計画したが、本人の強い拒否にてサービスが行えない事があった。	1
20117	年齢差があり、デイサービス利用することに拒否、本人の楽しめるサービスがない。自立支援制度で対応できる施設が少ない。家族の介護負担増大を軽減しにくい。	2
20118	利用者の家族が勤務等で日中一人になる場合のサービスについて単位数の限度超過や訪問介護の利用について（稼働内容）	3
20119	若年者が利用できる、利用したいと思えるサービス機関（通所・ショートステイ等）が少ない。家族・地域・社会の理解や協力が得られないと生活が成り立たない。主治医との連携が図りにくい。ケアマネジャーの知識が未熟であることで、どう支援すればよいか困惑する。本人の思いをくみ取ることが困難でアセスメントしにくい。本人の希望と家族の希望、受け入れが一致せず、サービスにつながらないため、介護負担軽減とならない。	2
20120	身体的には問題なく特に男性であれば、力も強く動きも速い。認知のためなじむのに日数を要するため、事業所に迷惑にならないか心配する。デイ・ショートにしてもその方に合うサービスや事業所の選定が難しい。サービス帰宅後の家での様子に変化あり。家族の介護困難がある。特に妻と二人暮らしであれば、夫の力の強さが「1つ違えば怖くて不安」と言う。（今のところそのようになったことはないが）	1
20121	長時間の見守りが必要な人に限度額内でサービスを収めることが難しい。	2
20122	55歳女性の若年性アルツハイマーの方を担当しました。夫はまだ会社員（62歳）でした。ご本人は既に家事もできなくなっており排泄や入浴にも支障を来たしていました。世間体を気にして近隣との交流も無く閉じこもり劣悪な環境で暮らしていました。介護サービス利用の説明をしても夫は経済的理由から消極的でした。週3回ヘルパー利用から開始しましたが、若年性のため進行も早く、十分な援助ができませんでした。夫は家事の習慣がなく介護知識、病気に対する知識も乏しかったため、脱水や栄養状態の悪化で入院→施設入所となりました。進行の早さに周囲がついていけずケアマネが必要と思うサービスも家族の拒否で導入することができず無力感と悔いがありました。保健所に相談し保健師と訪問したこともありましたが行政の援助もなく結局はケアマネ一人で担っていいかなければなりませんでした。	1
20123	専門的に対応できる施設（入所・通所）が少ない。レスパイト目的に利用できる施設が少ない。	1
20124	症状が進行しても受診につながらないケースがあり、受診しても要介護認定を受けるまでも時間がかかり、ケアプラン作成に至るまでに時間がかかる。仕事ができなくなり収入源がなくなる。子どもにも経済力がないと、ケアプラン作成において、経済的な事がネックとなる。介護者が常に介護できる状態でない場合でも要介護度や経済面がネックになり、施設入所も難しい。グループホームは費用がかかるため入所困難。要介護認定調査項目において事故を未然に防いだ場合はチェックが入らない為認定が軽くなる。警察に保護されたり、家の不始末など一度有っても問題なのに過去一週間に一回以上ないとあるにチェックしてもらえない。	2
20125	将来を含め経済的支援。金銭管理。後見人を立てようにも経済面で困難なケースも。	1
20126	夫が発病したため、妻が働き生活を維持している。常時徘徊する夫に対して妻の介護負担・精神的・経済的負担も大きい。妻の就労と援助するために介護サービス利用している。毎日デイサービス・ショートステイと利用しているもショート利用制限の月15日がネックになる。市町村によっては半数を超えた場合は実費払い。特例にて利用可など緩和されている場所との差が大きく、プラン立案に際し困惑する。又、暴力行為が出ると受け入れを拒む事業所も少なくなく、入所し薬コントロールも出来ず対応が複雑化する。	1
20127	身体障害者の方にもあるように高齢者の集まりに参加するには抵抗を感じられることがあり、デイサービスとかの導入が困難である。関わるご家族もお若いので仕事や育児などで介護力が不足している。	3

20128	(60歳の母と30代の息子との二人暮らし) 息子さん自身母親のこを受け入れられないのは、病気のこを受け入れたくないのか、周囲の人間にも知られたくないという思いが強く周囲との関係(兄弟、近隣、親戚、民生委員など)を拒んでおり、協力体制が少ない。息子さん自身が孤立した状態。サービスについてもヘルパーは拒否であり現時でデイサービスを1回利用中。経済的にはさほど問題もないことからデイの回数を増やし多くの見守りの中で声かけをしてもらいながら持っている能力を活用していきたいが、本人の口からも「年寄りばかりで嫌や」と言われている。息子さんも一人で母親の問題を抱え、心身の負担も大きいと思うがその負担を軽減できる取り組みがない。	1
20129	ある研修会で若年認知症と統合失調症との見分けが難しく、医者の診断名により受けられるサービスが違ってくるので、統合失調症ではなく認知症と診断されたほうが良いのでほとんどの医者が認知症とされると聞きました私が担当している方も、うつ病もあるため、興奮されたり、幻視幻聴といった問題行動があったりと、想定外の行動でなかなか予定通りのサービスができないこともあります。	1
20130	ご本人の症状認識の困難を、援助者としてご本人の尊厳を守る上からも地域の理解を深める取り組みが大切かと思う。サロン風の居場所作りなど考えたい。今ある介護保険サービスでは満足しない。特にすすめたいデイサービスなど多様な選択肢が望まれる。	1
20131	家族も仕事があり徘徊あるため常にそばにいないといけない。ショート利用するも夜間職員がそばにいても1～2時間しか睡眠をとられず1～2泊が限度である。自宅に戻ると寝られる。自宅に他人が入ると不穏になられるのでデイサービス利用となるが、家族がゆっくり出来ず体調に影響出てくる。本人の思いをくみとることができればと思う。	1
20132	昨年亡くなられた方は、事故であったため(58歳男性)脳挫傷で社会生活不可で離婚後の独居、世話可能なのは年上の姉であるものの距離的・経済的に困難であった。介護保険では利用できませんが、アルコール中毒による脳萎縮もあったかと思いますが、介護保険非該当、生活保護不可などで大変でしたが、生活保護申請かな・許可出るかな?というところで夜間睡眠中嘔吐物がつまって死亡されました。介護者が身近にいない、経済はうらうちがなく大変でした。	1
20133	認知症の進行が早く、周辺症状による問題行動が重度になって家族の精神的・肉体的負担が多くなっても、認知症対応型として存在している施設です。介護体制が万全でなく事実上受け入れてもらえないケースが多くある。ケアプランも組めず家族の相談を聴くことで家族の精神的負担を少なくすることしか出来ない。できるだけ、介護の人的支援を充分にできるような制度上の体制作りを希望する。	3
20134	症状のひとつに暴力があると、デイサービスもなかなか受け入れてくれない。それが一番ネック!!	1
20135	年齢が若いこともあり介護認定を受け認定されてもデイサービス等外出支援サービス利用に対する抵抗がある。自分はそんなじいさん、ばあちゃんじゃない・・と利用が難しい。	1
20136	本人は、認知症と思っていないため、言動がずれている。説明するが、理解が難しくサービスの利用を拒否する。家族も疲れているため、本人と意見が違ってくる。	1
20137	認知症になると24時間ケアが必要であるがこの近辺で認知症(若年)の入れる施設が少ない。訪問サービスやデイサービスも限界がある。	2
20138	妻が若年認知症になった場合、夫や子どもと同居家族があり、サービス内容(家事支援)に制限が出てしまうためプランが成立しにくい。若年認知症の場合、身体力があるため見守り同行が必要なことも多い。(買い物や外出でとんでもないものを買ってきたり出かけたってしまう)	1
20139	80歳、90歳の人とは、ADLや習慣が違うことが多く、同じ認知症でも少し違っている場合が多いように思われる。サービスを提案しても合うサービスとはっきり言えるかという点疑問な点もある。また本人の同意がとりにくいようにも思われる。サービス提供時業者側に若年者の対応ができないという理由で利用を拒否される。	3

20140	対象者が50歳代の主婦であり、夫の勤務中に訪問介護やデイサービス、ショートステイを利用したが、一人にしておくことが出来ず、10分程度の空白時間に徘徊や不穏があり常に見守りが必要なため介護保険の限度額オーバーをしてしまい金銭的な負担が大きくなった。暴力があったため歯科治療、排便コントロールなど健康管理を行うのが難しかった。夫の精神的ストレスの軽減も難しかった。	1
20141	ケアプランの同意が困難。家族が認知症の受容ができないため援助計画などの話が進まない。適切なサービス事業所が見つからない。	1
20142	介護保険で利用できるものがない。介護保険があれば（認定されていれば）障害者の施設は利用できない。介護保険の施設などは高齢者が多く若い方が利用しにくい。	1
20143	市町村の該当者調査結果では自立支援制度も受けられず、軽度との判断であったが白黒ははっきり分かれるものでなく誰の目からもハッキリおかしいとなるまでのまだら時点かつ家族などの心配のタネであるが支援方法が受けられないのが現状。本人は否定する現実には廻りの人間がその対応に苦しむので知識的アドバイスにしかないのが悩み。	1
20144	若年対象者の方々の中には、サービス利用に抵抗感をもたれる場合があり、サービス調整が困難。介護者の負担は大きくなるケースもある。	1
20145	どこまでADLが可能で、又、日々の家事援助、そして意識レベルがどのレベルなのかなどのアセスメントが最重要でなかなかスムーズにはいかないであろう。やはり自立支援に向けてのケアプラン作成する場合、本人、家族との話し合いを経て、作成しても、その後一ヶ月ほどは、様子を見て、プランの調整は必要である。ヘルパーなどとのコミュニケーションができあがっていないのも理由のひとつで心を開くことで色々なことへの積極性が向上していくと考える。	1
20146	御本人の認識がない方でこれが普通だと言い張る。デイサービス・施設など勧めるが若い人がいないと拒否する。	1
20147	年齢が若いため介護保険サービス（exデイサービス）になじまない。	2
20148	主介護者就労していた。制度上で介護保険の利用ができないサービスがあり、家人の理解が得られなかった。	1
20149	サービス導入が非常に困難と思います。私が持ったケースで精神疾患があり会話をする事すらも出来ず身の危険を感じました。入所施設から在宅の受け皿が不十分なため（相談できる医療機関もなく）内服コントロールもせず家族が放置状態、ケアマネが相談にて対応しても家族の協力なしでは在宅介護は困難と思われる。	1
20150	本人が若いため近隣にあるデイサービスが利用しづらい。	1
20151	いかに本人を傷つけないか、認知症を発症してしまってもご本人の気持ちを理解し尊重するプランであらなければならない事、進行するスピードが早く随時プランの見直しをし、安全な生活を確保すること	1
20152	本人の自覚があまりない→本人はサービスを使いたいと思わない。認知症専門のサービス事業所はほとんどない。→年齢が高い利用者が多く話が合わない。	1
20153	場面においてしっかりと認識している部分が存在している反面安全・安否などの確保を優先しなければならない。理解力や認識が劣っている面をおぎなう際のケアプラン作成にとっても心苦しさを感ずる。その人の人格を傷つけない特にながら目に見えない心を傷つけ、本人が泣いているのではないだろうか考えると現状の（介保）サービスでは難しいと考えることが多い。	1
20154	サービスに結びつきにくい。適応するサービスがない。周囲の（専門職であっても）理解が少ない。	1
20156	若年認知症の方は身内以外の他人を受け入れないことが多い。何度も話し合い合意の上でプランを作成しても実行に移そうとすると、強烈的な拒否に合い様子見しながら徐々に進めざるをえないことがしばしば。	3
20157	デイやショートなど高齢者の施設を利用するが、年齢が若いので他の利用者と話やプログラムがあわない。	1
20158	若年の利用者が気軽に利用できる。デイサービス、ショートステイ等が少ない。	1

20159	(実際にケアプランは作成していません。利用事業所との関わりです。) 若年認知症の方との関わりが5～6年続いておりますが、やはり介護する家族の精神的不安は大きいものです。ご本人にも支援は多く必要ですが家族(ご主人)との関わりのほうが比重は大きくしめています。1年ごとに症状は低下し全介助に近い状態になるのも近いと思える感じです。精一杯在宅でと願われているご主人に寄り添い支援を続けております。安心して、奥さんの世話が続けられるよう精神的な不安を取り除けるような支援者であるよう日々勉強しております。	1
20160	症状によってはショートステイの受け入れを拒否される。＊入所先も同じ。	3
20947	働き盛りであるため家族の経済的支援も少なく、御本人が年金等の支給対象でない方であるので、手厚いプランを作成できない。また、御家族も子供に手が必要な方や同時に親が要介護状態であったりと家族の負担の軽減が困難である。	1
20948	本人の自立支援の可能性はあるがなかなか成果が見えない。介護保険内で個別のリハビリは時間が限られる。	1
20949	デイサービス利用をプランへ入れるにも数が少なく、困難なことが多い。	1
20978	経済的な支援。介護者の介護負担の軽減、特に夜間、又介護者の急な用事などに対応できない。介護保険のサービスの充実。	1
20979	本人からの意向確認困難であり家族の介護負担に向けての支援内容になって行く。	1
20980	同居し支援している家族が若く、幼児をかかえていたり経済的にゆとりのない場合が多い。子供の急な病気などでプランの変更やショートステイが急に必要の場合があるが提供できないと事業所から言われるので自費サービス利用となり金銭的負担が大きい。	1
20981	若年のため介護サービスの受け入れが困難である。例えば、通所系サービスの導入では同年輩の人がいないのでどうしても孤立しがちである。課題(ニーズ)の短期・長期目標が立案しにくい。認知症の進行がB P S Dを起し対応策が決めにくい。介護職の若年認知症の理解もできていない。未熟である為B P S Dの対応策を決めても机上の空論で終わることが多い。	1
20996	本人の意志、家族の想い、サービス事業所の受け入れの度量etc、現実問題として理念どおりに利用者本位にはなかなか進めません。選択肢が少なすぎ、結果行政サイドの都合に利用者も家族も事業所も振り回されている感があります。	1
21005	デイケア(認知症対応の)では高齢者対象であり、個別リハでのプログラムに対応してもらいにくく)困っている	1
21006	医療との連携。(治療状況はどうなっているか)が基本的に出来てサービス事業所と本人・家族も含め話し合いながら支援していければ・・・。	1
21007	本人の精神的な落ち込み等がある場合。サービス導入するタイミングをまちがえると、さらにうつ状態を悪化させることもある。本人に対する言葉も慎重に選ばなければいけない。	1
21008	本人、家族共に病名の受入れができない、又、今後の進行についても認めたくない面がある。進行が早いケースの場合対応が間に合わない。	3
21009	経済的にきびしいために限度額が使えず困る。	1
21012	家族が病気に対する理解に問題がある	3

(取り扱いなし)

ID	記載内容	人数
20200	A D Lが自立していると介護度が低く出てしまい、必要なサービスが入らない。	0
20202	年代が若いので足元が大丈夫(元気)なため、高齢者の多い施設(事業所)だと身体的にも雰囲気も合いにくいので通所など事業所の選び方が難しい。	0
20203	現時点では、プラン作成に関わったことがありませんので分かりません。ただ、家族全体を支援していく体制が必要と思われます。	0

20204	以前ではあるが、認知症進行と並行して急速なADL低下をきたした例があり、プランを作っても、作った時点ですでに本人の機能低下がもっと進んでおり、対応が後手後手にまわってしまい、大変困ったことがあった。	0
20205	家族の精神的・身体的介護負担。本人の不安感の解消に伴うメンタルケアの実施。	0
20206	実際にプランを作成した経験はないのですが、専門医のアドバイス、支援指針（すでに確立されているのでしょうか？）のようなものが確立されていないと不安に感じます。とりわけ経済面における相談や休職に関する支援などについては、法的な相談も受けられる公的機関の支援体制があるのでしょうか？また、高齢者が多く利用されている介護施設で若年認知症の方を特別に対応できる事業所が整備されていないのではプラン作成上大変苦慮すると思われます。	0
20207	通所・施設の受け入れを広げて欲しい。	0
20208	デイサービス等の受け入れ先があるのかという問題。	0
20209	家族以外の支援体制が少ないので困る。年齢的に介護できる人が家族・親戚にいない、家族以外の親戚の支援が受けられない。	0
20210	地域住民の理解不足などによるサポート不足。若年認知症の方が安心してかつその方にあったサービス施設の不足。家族への支援方法。	0
20212	家族への支援がかなり重要かと思います。今後増加してくる可能性のある病気だと思うので早めの国の対策を希望します。	0
20213	社会との関わりを断つことなく支援するには、デイサービスなどが必要となると考えるが、介護保険のデイサービスでは対応できないかもしれないと思う。	0
20214	通所介護やショートステイなどを利用する際、まわりのご利用者の方が御本人に比べ高齢なため違和感があるように思えます。障害施設などのデイを利用できるとケアプラン作成上幅が広がります。	0
20215	生活のリズムが定まらないので、本人の行動に合わせて、決まった瞬間にヘルパーを導入することが難しいため、どうしても家族の負担が多くなる。攻撃的・暴力的問題行為のある男性の場合、通所・ショートの受け入れ施設から、受け入れ困難と断られることがあった為、導入が困難であった。	0
20216	介護者であるパートナーが就労していることが多く、日中のサポートが困難なケースが多いことと、サービス利用まで進んでも介護保険対象事業所となると、利用者の平均年齢が高く、ニーズにマッチしたサービス提供が難しい。	0
20217	若年性の認知症の方のケアプランを作成したことがないので、分からないが、若年性の方は同居している確率+B388が高いので、不必要な生活援助はいらないが、介護負担軽減などで生活援助は必要になってくると思うが、今の制度では難しいのでは？あとデイもグループホームも高齢者でいっぱいの中、利用することに抵抗があるのではないかと思います。実際プラン作成時（することになったら）家族対応の比重が多く頭を抱えるのでは？と思います。	0
20218	介護保険制度は、高齢者のためにできている部分が多いためご本人もご家族も働き盛りの若年性認知症のためには経済的な支援が最優先になりますがそういったプランを作るのには受け入れてくれる施設も少ない上、就労先のコーディネイトは介護保険の対象外であるため非常に難しい。障害者対策としての就労のケアプランを考えなくてはならないと思います。	0
20219	①介護者に病気を理解してもらうこと→近所・親戚などに②家族が二人生活ではなく（子どももいて生活全体のカバー、保険だけでは出来ない。）	0
20221	本人の自覚がないと思われ、ケアプランの作成が難しいと思われる→施設入所・入院なども難しいかもしれない。	0
20222	本人がすべて拒否される場合。家族の病識のなさ、及び他人任せの場合。	0
20223	現介護保険サービスより介護従事者などの認識・知識不足と高齢者などとの団体生活においては本人・家族の抵抗があるのでは・・・本人への介護、家族の負担を軽減するにあたり、プラン作成に難しく思われます。	0

20224	ご本人とコミュニケーションが図れず意思疎通が困難なため、どうしても介護者からの聞き取りになり、誰のためのプラン？と言うことになってしまう。	0
20225	施設サービスというところ高齢の方の利用がほとんどで導入が難しそう。	0
20226	対象者が働き盛りの場合、家族を含めた支援が必要となる。経済的な問題が一番だと思う。若い世代の通所サービス、入居施設が中心で選択肢がない。認知症に対応したリハビリや専門性の高いアクティビティのある通所がない。若年者は体力もあり経過が長期的になるので深刻な問題です。	0
20227	若年認知症の方が利用できるサービスが非常に少なく、本人・家族ともに社会から孤立してしまう。	0
20230	担当のケースがないためよく分からないが家族の金銭面での困難があるのではないと思う。	0
20232	一般のデイサービスは高齢の方が多いので若年認知症の方のサービスがない。	0
20233	利用者の認知症の進行がどの程度なのか予想がつかなくサービスの組み合わせが難しい。	0
20234	経済面でサービスの利用に対する抑制が生じる。又、医療機関の受診も3割と負担が大きいためあちこちの医師にかかることが困難であり、家族の病気に対する知識の取得や受容がしにくいのではない。同年代の利用者が少なく、DSやSSの利用に対し、家族や本人に先入観をもたれやすい。	0
20235	①年齢が若いだけに家族・本人が認知症であることを認められないためなかなかサービスに結びつかず、ケアプラン作成が難しい②一人暮らしの認知症の方は聞き取りが難しい。	0
20236	現状の介護保険サービスでは対象の年代に体制が不十分と思われる社会的な体制が整っていないと思う。	0
20237	若い方なので経済的に安定できる施策が必要と思われる。ケアプランで家族への支援・限度（上限）額があり、その中でカバーできないケースの場合どうしようかと考える。地域や家族の力も限界がある。制度の充実が必要ではないか。	0
20238	施設に入っているときの「帰宅願望」、まったく目的が分からない徘徊、不潔行為の連続。	0
20239	若年ではありませんが、65歳以上でも専門医療機関や施設、介護職の対応ができない状態。個人で症状は違うが、認知症で問題行動がある人ほどサービスの必要性が高いのに、問題があるために対応できないと断られるケースも多い。専門医療機関→相談→在宅介護それぞれに専門職が一緒に関わり初期の段階からケアできるシステムがあればいいと思います。	0
20241	本院・家族の病気に対する心情を考慮してプラン作成することが難しい。	0
20242	今までのケースでは急速に進行することが多く、専門医への受診やプランの変更においてられたケースが多い。介護者が就労中であつたりデイなども高齢者が多く適当な場所が見つからずに悩んだことがある。	0
20243	たぶん病識がなく接近困難事例となりそうですがご家族の理解や協力を得ながら学習療法など取り入れ他人とのコミュニケーションを図りたいです。	0
20244	若年認知症の方が、デイサービスを利用するにしても現実には高齢者がほとんどで高齢者向けのプログラムになっている。そこで若年認知症の方が、一日過ごせるのかどうか疑問である。	0
20245	就労支援が必要なのかどうか見極め、職場や家庭での介護環境の整備、経済的支援の確立。	0
20246	若年認知症について未だ理解していないのでどう支援したらよいか分からない。老年性との違いなど勉強できる場があれば良いと思う。介護保険＝老人という考えもあり、サービス利用に抵抗があるのではないか。	0
20247	家族への支援。本人・家族の不安の解決策。まだある力をどのように出せるようにするのか。利用者様との信頼関係作り。	0
20248	高齢者とまったく違う点（体力的に）（治療による改善など先行が分からないので心身ともにケアが必要でありケアマネージャーとしてサポートできるかが問題。）	0
20249	高齢者が対象のサービスが多く、利用されたとしても馴染むことができず利用が中止となることがある。若年認知症を対象とした施設が少ない。（ほとんどない現状）男性の利用者の場合ヘルパーさんの派遣の人選が難しい（身体介護は特に）ヘルパー二人体制の検討も必要ではないか。	0

20250	実際に担当したことがないので想像でしか答えられないのですがどの事業所、機関などが若年性認知症について対応して下さるか情報の入手がないと思います。	0
20251	家族・本人の病気に対する受け入れの困難さが予想される。	0
20253	高齢者を対象とする現在のデイサービス・デイケアでは若年認知症の方の受け入れが困難なことがある。介護保険の訪問介護では見守り、話し合いなどというサービスは存在しないが、実際関わると「散歩」の同行や「話し合いをしながら見守る」事などが大切と思われることがあります。若年認知症の方のサービスに位置づけて欲しいと思います。	0
20254	近所の心療内科が若年対象のデイケアをされています。（精神疾患か若年認知症etcかは分かりませんが）このような資源自体が非常に少ないと思われます。「行き場がない」というプランになりそうな気がします。	0
20255	実際に担当はしていないが、プランを作成する場合それに位置づけるデイサービス、ショートステイ、グループホームなどが無い。（高齢者中心のため、本人が馴染めないと思われる）	0
20257	「出来ること」「わかること」の見出し方。家族の介護負担の軽減。経済的な支援。専門医療機関との連携。	0
20258	専門医の不足。	0
20259	同居家族の就労状況によって本人への対応が変わってくるし、収入に左右されないようになる可能性もあり、介護の質に差が出てくるのではないかと考えると難しい。年齢と社会との関わり方などから今あるサービスで利用できるものがどの程度あるのかということを考えると難しい。	0
20260	介護保険が高齢者向けのサービスであるため若年性認知症の方に対するサービスが限られているのでプランの立案が困難。若年性認知症の特徴をとらえたサービスの充実が望まれる。	0
20262	高齢者のサービスは比較的充実しているように思われるが、若年の方が利用できるサービス（年齢層やプログラム内容において）がほとんどないため、プラン作成が難しそう。主な介護者は配偶者となってくるだろうが、その精神的なサポートが更に必要なのではないかとと思われる。	0
20263	本人への告知や本人の病気に対する理解や受容・葛藤をどうマネジメントしていくか？	0
20264	介護保険での利用者と同じデイサービスを利用される際本人にも年齢の差が感じられて抵抗があったように思います。その当時は本人の意見があまり反映されない状況だったので本人の思いが聴けなかった。また意志を伝えることが困難な場合今日のように本人主体のプランではなかったように思います。介護者の意見で外出してサービスを利用させて欲しいと希望がありましていやであろうが参加していた。他の利用者より理解していただくのに日数はかかりましたが、おとなしい方だったので継続して体調が悪くなるまで来られました。	0
20265	現在若年認知の方を受け入れるデイサービスが少ない。選べるサービス量がない。	0
20266	家族の理解がない。	0
20267	若年認知症の方は、介護保険での在宅サービスでも周囲に馴染みにくく高齢者と同じ場で過ごすことに無理があるように思います。ケアプランでも、必要と思われるサービスの社会資源の不足を強く感じています。	0
20268	精神状態が安定しないためにおこる暴力行為で他の利用者に危害が及ぶ恐れがある場合のサービス利用の困難事例があった。	0
20269	受け入れてもらえる施設が少ない。	0
20271	キーパーソン不在の場合のプランの決定、プラン外の責任の所在が明らかでない場合、ケアマネだけで決定する不安と責任が重過ぎる。	0
20272	夜間のサービスが少なく、安全のための見守りができない。通常ヘルパーも8～18時の業務で早朝・夜間のサービスの量が少ない（働ける条件の人が少ない）ので依頼しても断られることが多い。（一般の方も同じです。）専門医が少ない。中学校区一名は欲しい。医学的診断が困難。	0
20273	認知症状にあったサービス不足。専門医、入院など受け入れ不足。	0
20275	相談などありケースが明らかになった場合は各機関への連携もはかれるが初期で相談場所も分からず悩んでおられる方が多くおられることが想像されます。まずは啓発しネットワークやシステム作りが急務と考えます。	0

20276	40歳未満の方（介護保険第2号被保険者該当外）	0
20278	デイサービス等での受け入れ態勢、元気で力のある若い人向けのプログラムがない。	0
20279	現在我々ケアマネージャーが行う支援の多くは高齢者を主として考えるようできているように思います。若年の方への対応はどうしても遅れる。又は、できないように思います。	0
20282	家族への支援として身近に専門的な相談窓口はあるのか、周知されているのか、専門的なケアマネができる施設はあるのか、社会的認知が乏しく福祉サービスが整備されていない現状で唯一利用できるデイサービスやショートステイで高齢者の中に入れるのか、又受け入れられるのか。	0
20283	経済的な状況含めたプランは困難。	0
20284	家族への支援が大切である。心理的に家族の支えとなるよう努めていかななくてはならない。	0
20285	介護保険対応のデイサービス・ショートステイでは高齢者が対象となっており、家族のレスパイトを目的とする施設が必要。	0
20286	高齢者の認知症と大きく違うのは、社会的にも家庭内でもまだ大きな役割を担っているということ。その役割をどこまで維持できるか、対応できなくなったときの本人の役割の位置づけの設定などどうしたらよいか。	0
20288	経済的生活支援費用をどう展開するか。40歳以下は今は保険でカバーできない。	0
20289	働き盛りの男性が若年認知症になった場合には、家族は経済の柱を失うことになり必要なサービスを受けることができなくなるケースがあります。奥様が働きに出るとその間、認知症のご本人を見守り、安全に過ごせる環境が必要となります。しかし、見守りだけでは介護保険の訪問介護は利用できません。経済的な支援と介護保険の枠にとられない臨機応変な支援が必要だと感じます。	0
20290	受け入れ先少ないことによる介護者負担をいかに軽減するか。経済上の問題。	0
20291	在宅サービスでは限度があり介護保険だけのサービスでは家族の介護負担軽減になかなかつながらない。	0
20292	介護保険のデイサービス等は年齢層が高くどくどくの雰囲気もある。できる限り自尊心を傷つけないようサービス紹介するが「何で自分がこんなところに」と混乱させてしまう。信頼関係をつくる上で最初の介入が大切でサービスの第一印象も関係を左右させる。すぐには、サービスにつながらない。	0
20293	1件受け持っていますが介護する家人（妻）が若いこともありなかなか理解（認める）できず1人で抱え込んでしまおうとすることがある。先々の事は考えたくない。自分がなんとかするといった考えが強い。	0
20294	提供できるサービスがない。（年齢が若いので同年代の方がいるデイなどが少ない。）	0
20296	若い方なので受け入れ施設もしくは機関の選択が難しい。	0
20297	専門医療機関が少ない。かかりつけドクターの認知症対応ができれば（薬の使用など）在宅でのプランも考えられる。若年の方は身体状況は良く、精神面の問題が大の為、介護度が低い場合がある。毎日の介護保険サービス利用の場合は、介護度3～4が必要になる。精神面だけでは3～4は出にくいのではないだろうか。	0
20298	高齢者に発症する認知症に対する理解は、地域のかたがたも充実して来ていると思うが、若い方の認知症に対してはまだまだこれからといった状況だと思います。本人の支援はもちろんですが介護者支援には大きな力が必要だと考えます。	0
20299	若年認知症が利用できる通所・入所施設がない。	0
20300	未来に対するご本人・ご家族の不安。ご本人の尊厳を保てるか。	0
20301	認知症に対しての言葉を使って記載が本人の尊厳を傷つけないようにする。地域・社会の中で活用できるインフォーマルサービスがどれだけあるか。	0
20302	高齢同様、家族の思いが強く本人の思いや意向がプランに反映されにくい。	0

20303	介護保険の施設は高齢者向けの内容が多いと思われます。そこに若年性認知症の方の利用をすすめる気にはなりません。若年性認知症だけでなく身体障害の方々も多数認定を受けておられる現状ですが、それに対応する施設が少ないと感じます。80歳代の方々の中に50, 60歳前後の方が交って利用されるのは、施設も利用者もプログラムの無理が生じるのでは？	0
20304	若年認知症の人のための介護保険サービスの充実を計っていただきたい。	0
20305	高齢者の認知症とはまた遠い。介護保険サービスを利用したいと思っても受け入れ先が無かったことがある。（本人・家族が自立を目指されリハビリを行いたいと思っていた。）本人が高齢者と同じ内容であることに抵抗を感じ、受け入れが困難であり、なかなか本人の満足するサービスが得られなかった。	0
20307	高齢者と違い進行が早く、体力的に元気なことで介護者に対する負担が大きく、詳しい事がケアプラン作成者の知識としてとどいていないので分からないことが多すぎると思います。	0
20308	対応サービス及び事業者数が少ないこと	0
20309	本人は病識なく元気だと思っており、介護保険でのサービス導入、定着に困難さが見られる。	0
20310	ご本人が病識がない時やご家族が認知症について理解されていない時サービスにどうつなげるか、どう説明するかという点。	0
20312	若年認知症に限らないが、認知症のサポートは本人だけでなく家族や周囲の人たちへのサポートが大きな割合を占めるのでケアプランに反映させるようにしている。	0
20314	①本人が読む場合心に傷を受けない様な文書の作成。②本人が認知症と正常の間で苦しんでいるとき人に悟られまいと隠そうとするときの拒否感をいかに和らげるか。③老年認知症は受け入れ態勢がまだあるが若年性の場合は少ない。④の拒否感もある。サービスが少ない。④精神病院に収容が今のところ常識化しているケースが多い。⑤異質的なものか環境的なものかでは対応が変わるが、専門医でも分かっていることがある。	0
20315	病名の告知をどうするか。それによってケアプランにはっきりと記入していいかどうか迷います。現在の生活を続けながら、サービスの利用に結びつけることは難しいのではないかと。本人が受け入れない（受け入れたくない）気持ちが強と思う。	0
20316	介護保険、介護保険対象外のサービスを組み合わせたとしてその人の自立した在宅生活を支えることができるか不安です。近隣及び、サービス事業者の病気の理解が得られるか不安です。	0
20317	本による意思表示が本当のところどうなのか。すなわち内心と表面との行動との違いの見極めがどうか。むづかしいところです。	0
20322	介護者が倒れた場合の緊急の受け入れ先がないと介助者、介助している時点から不安に思われている。	0
20323	心身のアンバランスがあるため、プランが難しい。	0
20324	家族・近親者の理解が乏しく配偶者などがうつ傾向になられるケースがある。結果、要望よりも不定愁訴の傾聴に始終してしまうことがある。	0
20326	デイを利用するにあたり、利用者の年齢が高齢であるため、又、若年認知症の方はほとんど歩行が出来たりするため介護保険でのサービスには不適当のようにされます。介護保険外のサービスでの利用もできるものがあれば利用させてあげたい。作業所等も利用できるようにも思ったが少し違うようにも思えます。	0
20327	男性の有病率が女性に比べて高いため一家を支える世代で発症するので家庭などの経済的・精神的負担を支援していくのに困難とされている。	0
20329	今の介護サービスの社会資源では若年性の方は利用しづらいのではないかと思います。年代的に自分の親の年齢の人と利用を共にし、スタッフは同年代、子供といった世代の人に世話してもらわないといけない思いもサービスに結びつかない原因ではないでしょうか	0
20330	キーパーソンが不明・不在であることが多く、何をするのにも確認がとれない。就労していない人、就労を中断している人が多く資源的に状態の確認がとれない。サービスが少ない。金銭面が不安。	0

20331	ご本人の思いを確認できないときがあり、ご家族の思いに添った形での支援になり、ご本人にとって良い事かどうか判断に迷う。	0
20332	サービス事業所の理解と対応できる施設を増やすこと	0
20333	本人に対する病名の告知のタイミングについて本人・家族等と話し合う必要がある。	0
20334	本人や家族の意向に添う社会参加や介護サービスの利用をと考えるが、その受け入れは研修・理解が伴っていない現状があると思います。継続的な治療も必要ですが、生活を支える知識や環境の充実が、これからの大きな課題と考えます。地域でいきいき暮らせるケアプランを作成したいと思います。	0
20335	通所介護での生活が大切だと思うが、大半の方が時間を有効に使えているとは言い難い。十分な援助ができていないとは言い難い。	0
20336	ご本人やご家族に対して失礼な言葉“主に病名”や“症状”を表現しにくい。本人の意思、意向など確認が困難。	0
20337	生産年齢にある場合など一家の大黒柱としての役割をプランにどのように反映させればよいか悩む。	0
20338	①家族の方の若年認知症への理解が少ない。②若年認知症、特に重度の方のD・S施設以前のD・S E型のような場所で介護するように。施設介護者の介護対応のあり方などがあり、入所や利用を家族が積極的でない。③世間の生活、常識をおしつけようとして家族がつぶれてしまうケースがあります。	0
20339	サービス導入がなかなか困難でサービスにつながらない。	0
20340	経済的負担が大きいです。又、受け皿的施設が不足。認知症の対応研修機関が少ないのと、地域での取組がかなり遅れています。又家族もオープンにしない等。	0
20341	今回の調査機関以後に実際にあった相談事例です。①若年を対象とした閉じこもり防止等デイケア、デイサービスがなく見学にいても参加者の高齢構成に本人が拒否してしまう。②妻が介護者の場合、就労収入が低く長時間労働にならざるをえない。	0
20342	Q 5にあるように家族が希望しても介護保険事業所が「対応は無理です」と断られた。理由は見守りをする人不足ということだった。	0
20343	現在の介護保険サービスの殆どは第1号被保険者を対象とされているところであり、第2号被保険者の方が利用するにはご本人にもご家族にも抵抗がある。（以前相談を受けたときに言われた。）そのため、特に通所型の利用は希望されるが、希望に合った事業所が見当たらず、結果自宅でリハビリや入浴などサービスを利用しておられたケースがあった。若年層の方と高齢の方がひとつのフロアで同じ事をするに自分も疑問を持ったことがある。若年の方に合った事業所が殆どないという現状が、プランを立てにくくしているのではないか。	0
20344	現在の介護保険のケアプラン（サービス）は、身体的に日常生活がどれくらい出来ないかということに補う様なサービス内容になっていると思うが、同居者がおられたら、同居者が介助されるのが優先となり、サービスが利用しにくいところもあるので若年認知症の方でADLが良い方ならサービスが利用しにくいのではないか。また、デイサービスなどの内容も若年認知症の方は、受け入れしにくいと思う。認知症へのリハビリを重くしたサービスが必要と思います。	0
20345	サービス内容が高齢者向けのものがほとんどなので利用しても他の人との関係性が困難（特に通所系）	0
20346	認知症状が予測できる一定化した症状容体でなく計画上あげにくい。	0
20347	通常の通所施設、認知症対応型施設などの介護保険施設は年齢層があわず利用しづらい。かかりつけ医（開業医）の知識不足で適切な処置、アドバイスが受けづらい。専門医への紹介を拒むドクターもあり、対処が遅れる可能性が高い。利用者が男性の場合は特に、経済的な問題が生じやすく、サービス利用の妨げとなる恐れがある。（妻が一人で介護を抱え込むことになりやすい）	0
20353	在宅生活を継続するにあたり介護保険サービスでは対応できずインフォーマルなサービスを必要とする為ケアマネの力量が問われる。	0

20354	施設は高齢者を対象としたところがほとんどで若年の方には、デイサービス・ショートステイの利用が難しい。（若年の方に抵抗がある。）利用者本人も若ければ家族も若く、経済的に余裕がないので家族も働かなければならない。今の制度では、長時間のサービス利用が難しい為、介護保険制度内での利用ができない。	0
20355	フォーマル・インフォーマル共にサービスの選択の難しさ。	0
20356	認知症の状況により、対応が異なります。年が若いという事、記憶が失われていく悲しさなど他利用者の気持ちを考えると沢山の困難があるとしか考えられません。年齢に関係なく記憶が失われていく事はつらい事です。若いがゆえにもっとつらい事なのでしょう。励ますこともできない。周りは見守る事しかできないのかもしれない。	0
20357	認知症の診断がご本人の中で受け入れられない場合やご理解できない場合、特に男性の場合などがDVになるケースがあります。介護保険等のサービスをご家族が希望されても導入に困難な場合があります。	0
20359	介護保険で対応不可能な面が多い。例えば見守りや散歩など直接介護につながらない部分で必要なサービスが使えない。	0
20360	若い方が利用できるような通所施設が少ない。	0
20361	大きな都市では若年認知症の方が通えるような通所施設があると聞きました。三木市～加東市にはそういうところがない為高齢者の中にボツリと一人だけ若年性の方が混ざることになります。私の場合は男性で貿易関係の仕事をされていたので、はぐれたり、怒れば力やスピードがあり、高齢者にとっては“かなわない”という所がありました。趣味や価値観なども違うし一般での受け入れには困難を伴います。在宅生活を少しでも長期間継続するためには、そういった受け入れ施設を地方にもほしいですし、家族の心理的、経済的サポートをきちんとしてもらえる体制もほしいと思いました。	0
20363	利用するデイサービスに適切な施設が少ない。介護の負担軽減のための訪問介護の利用の制限があり厳しい。	0
20364	世代が若くなるに伴いヘルパー等訪問介護系の受け入れが困難になるのではと予想されます。となればショートステイ等宿泊系の施設利用がメインになりますが、現状では不足しているので利用すらままならないと思います。	0
20365	①24時間の見守り体制（介護保険でのサービスには規制上無理がある）②家族の介護に限界がある（仕事ができない、収入の低下）③受入先がみつからない（現在の報酬では十分な介護が望めない）④若年認知症の理解が少ない。	0
20367	通常のデイサービス等について受け入れる体制が不十分である。家族の精神的支援が大変である。地域などインフォーマルサービスも殆ど充実していない。	0
20368	現状の介護サービスは高齢者対応が多いため、事業所を選べない。	0
20369	本人の精神的な面へのアプローチ、自尊心を傷つけずに生活支援するための方法、家族の経済的な問題。高齢者と同じような施設でのサービス提供になる問題。治療としてサポートしてくれる病院が不足しており、通院手段や料金の問題。	0
20372	若年認知症のみの通所介護や短期入所生活介護施設が不足している。	0
20373	若年認知症ではなく、若年性の精神症状や高次機能障害がある人のプランをたてています。医療機関の退院後、すぐ介護保険施設のデイに行くと高齢の中にまじって50代の方がすごすのはあまりよくないと思う。同世代の受入れ施設があればと思う。	0
20374	介護保険サービスを利用する上では困難な例が多い認知症の進行度、症状の重度化（胃ろうなど）	0
20375	家族の認識が希薄で重大さがわかってもらえず、ケアプランが作成しにくい。専門医に診てもらいたいとその必要性を家族が認識しない。家族の介護負担の増大を介護保険のサービスで補填しにくい。要介護の認定が過小評価される。	0
20378	本人をなるべく一人にしないで家族の意見を真剣に考えてプラン評価を立てる様に。今までに65歳未満の若年認知症の方のケースがなかったので済みません。	0

20379	若い方が満足して利用できる施設が洲本市にはないと思う。施設職員が“認知症の理解度”がうすい場合がありケアプランは理想になってしまっていることがある。	0
20380	介護保険サービスが高齢者対象となっている為利用にふみきりにくいのではないかと。社会（職場、近隣）が若年であるため認知症を理解していないように思う。家族も公表したくないであろうし。	0
20381	本人の希望通りのプランが作られるかどうか、又、プランを理解してもらえるかどうか分からない。若年認知症の受け入れ先があるのかどうかによってプランの作成が難しくなる。	0
20382	現在の介護サービスは、若年の方には合わない事が多い。高齢者の集まりではなく、社会での受け入れが必要。また利用する本人もそうであるが、介護者の負担軽減が図れないサービスが多い。	0
20383	若年者であるという事は家族が就労していたり学校に通っていたりという事が多くあると考えられ日中に介護者がいないという事で通所系サービスなどの送り迎え時に家族が待機できずサービスが利用しにくいと思われる。父母が高齢であれば家の中に介護必要な人間が重なることも考えられる。	0
20386	若年に限らず認知症の方への「見守り」が必要であるが、それに対応できるサービスがない。	0
20387	今後介護保険サービスを利用される場合には通所介護なども高齢者向きの施設がほとんどあるので若年認知症の方々が利用できる施設も必要になると思います。	0
20388	施設側は受け入れ可能だが、若年ということで本人の拒否、又は、施設の高齢利用者とうまく関係性が保てるだろうかとの不安がある。	0
20392	介護保険は老人対象との意識がある。見た目にはっきりと分かる年齢差の中に自分の身をおくことの辛さがあると思われるため若年を対象とした専門の受け入れサービスを充実したほうが良い。その方がケアプランを組みやすいし受け入れやすいのではと思う。	0
20393	介護保険サービスの利用者は高齢者が多い中、若年に合ったサービスが適切に位置づけられるかどうか。	0
20394	若年性の方の介護サービスが不足しているため適切なプランが出されないように感じる。	0
20395	実際にまだ相談を受けた事がないので予想される点にしかないが、やはり就労に対する事が、問題になると思う。経済的な問題が大きく影響されてくると思う。	0
20396	認知症があっても若年であることでの人格の尊重（デイサービス等でのレク内容など）	0
20397	介護保険サービス、障害者自立支援サービスのいずれにも対応するシステムがないように感じる。	0
20398	1. プライドを傷つけないようにする事が大切だと思います。2. 告知をどうするか？3. 施設（受け入れ先⇒高齢者が多い）が問題	0
20399	体力的には活発に行動できるので、レベル低下していくうちに徘徊に対するケアやそれに対応しきれなくなる家族の問題などが困難になっていくと思われる。	0
20401	身体的にはレベルが下がっておらず、精神面でのサポート、又その周囲の方々へのサポートを含めたプランを作成しなければと思います。経済的にもその他困難な事例がいくつも出てくると思います。相談窓口を大きく開けて頂きケアマネの相談にも受けてほしい。	0
20402	若年認知症の方に家族様がいらっしゃればその家族様のサポートは不可欠です。そのためかかわる私たちと家族様の認知症に関する理解のズレが生じていては、利用者の方にとっての良いケアにはつながりにくい。家族様も含めたサポート（信頼関係構築）までには時間も労力も必要で（ケアプラン作成までに）担当できるケース数にも限界がある。	0
20403	本人・家族の疾病への受け入れができていない場合混乱が強く現れる場合があるものと思われる。また家人の病気への理解が不十分である場合に本人への虐待等に繋がらないよう家人への相談窓口等の援助が重要になるものと思われる。早期の状態での相談ではスムーズにサービスへ繋げることができる可能性が高いように思われるが、家族が疲れ果て「今すぐどこかへ入所させてほしい」等の訴えが非常に強い場合、受け入れ機関等にスムーズに繋げる事が困難となる事が予測される。	0

20404	家族・本人・回りの若年認知症への理解をもってもらい今までの生活を継続し生きがいをもっていけるプランを作成できるようにする為の場のかくほ、経済的な余裕をどれほどあるのか？デイサービスなど高齢者が多く若い方がなかなかいないので自分の場を確保出来なく同年齢がいないので利用がしにくい。	0
20405	本人が認知症を受け入れることが難しいと思われる。	0
20406	サービスがない（選択肢が）	0
20407	4～5年前、進行が早く認定が後手後手になり、結局言語指示が理解できなくなり排泄困難で一般病院（急性期）から精神科専門病院に送られ、抵抗する力が強く（男性の為）長期拘束され廃人になってしまった苦い経験があります。	0
20409	家族が近隣の住人に病気を知られたくないとの思いが強く訪問時に気を使う。例えばサービス事業所の名前の入った車の使用が困難など。	0
20410	外出確保（デイサービス）やショートステイなどの受け入れ先があまりない	0
20412	困難と思う点：本人のケアプランなのか家族への支援プランなのかサービスの利用や内容によって違うと思います。本人へのプランは身体や生命から安全確保が第一でしょうがその為には拘束等も生じ、ケアで1番大切な心の安定を保持できにくいと考えられます。家族支援は支援だけで終了なのか、介護放棄まで結びついてしまわないか不安にもなります。利用者の人権の保持と確保がたいへん難しいと思います。	0
20413	本人が自分自身の状況を認識するまで拒否的であったりするのでプライドを傷つけずに作成するのが難しい。家族も世間の目を気にしてかくそうとして相談などしない所あり。	0
20414	通所系サービスを取り入れる際にデイサービス等の利用者は年配者が多く行きたがらないと思われるので若い人も使えるところがあれば。	0
20415	アセスメントの過程においてニーズが共有され目標を定めた時その目標を達成するためのサービス内容が介護保険サービスだけでは到底選び出すことができないと思われます。	0
20416	介護保険サービスを利用するにあたり対応できる施設が少なすぎる。若年認知症に対しての専門性がなく適切な対応ができていない。高齢者と一緒のサービスは問題がある。	0
20417	本人からの聞き取りができないため本人の意向が反映されてなく家族さんの希望が優先してしまい、本来のプランではないと思う。このプランで良いのかと思う。通所サービスなどを利用した際、周りが高齢のため馴染めなく違和感がある。	0
20419	本人自身が認知症であるとの自覚が無く、年齢的に身体機能に問題が無いので介護よりも援助を要するケースが多い。徘徊など認知症に係わる問題行動等が大きく、重篤化になりやすい。目が離せず、マンツーマンの対応を要するため家族はもとより職員の負担は大きいと思う。	0
20420	対象者が自分の病気を認めないとき	0
20421	若年認知症についての基本的な知識が殆どありません。原因、治療法やどのような制度が使えるか等について、しらべていかなくてはならないと思います。高齢者の認知症と異なる点は、生活全般について考えていかなくてはならないことだと思います。家族、職場、近隣などのかかわり方についてももしかしたら今までの生きて来たことの継続、見直し、方向転換が必要になればその見きわめる力も必要なのではないかと思われます。そこが困難だと思います。	0
20422	若年認知症の方に適した通所サービス、ショートステイがない。日中・夜間を問わず介護が必要なケースが多いが介護保険の決められた限度額内でのサービスでは不十分。介護保険施設・グループホームなど入所を断られる事が多い。	0
20423	老年者とのサービス利用時の隔たりが出てくるので同じサービスは利用できない。	0
20424	若年認知症の方は、高齢者と比べると年齢が若いので体力があり暴力行為や徘徊などを理由に受け入れてくれる施設が少ない。	0
20425	若年認知症の方を正しくケアできる事業所やスタッフが少なく、居宅サービス計画を立案する上で専門的なアプローチ、ケアできない。	0
20426	家族の方の精神的・社会的なケアがむずかしいのではないのでしょうか。またご本人もまだ初期のころの精神的社会的な不安にどうむきあっていくのかが課題と思われます。	0

20427	現在は対象者がおられないので判断が難しいのですが、当方の様な有料老人ホームにおいては65歳未満の入居者が極めて少なく他入居者とのジェネレーションギャップや機能面の差等大きく異なる部分があるので施設内での生活に支障が多いように思います。又、身体機能面での差から、認知障害の方向性によりトラブルや事故につながらないか他入居者やその家族から不安視する方もおられると思います。	0
20428	介護保険サービス事業所の対応なり環境が不十分である。	0
20429	受け入れ先（例えばショート・デイ）がないこと。介護者が高齢の場合介護力の低下。	0
20430	年齢が若い分、プランに柔軟性が必要と思われ、又、症状によっても家族のレスパイトケアは不可欠だと考える。	0
20431	初中期の場合体力があるのに理解力が低下しているので24時間目が離せず家族の負担が大にかかわらず受け入れ施設がかぎられケアプラン作成が困難な場合が多い。	0
20432	若年認知症の方が介護保険対象のデイサービスを利用する際、対象者のほとんどが高齢の方で年齢差が大きく影響する問題がある。家族の精神的ショックが大きいためアセスメントには十分な配慮が必要である。	0
20434	施設入所（受け入れていただける施設が少ない）体力的には健康なのでデイサービス利用などでなじめない。授産施設的なものがあればいい。	0
20435	①認知症に対する理解不足②経済的問題③家族の協力体制が悪い④受け入れ機関や施設が充実していない。困難な事由をあげればいくらでも挙げられるほど対応に苦慮しています在宅で介護するには限界があり結果的には病院から施設入所という形態をとりました。	0
20436	認知症であることの自覚が無い場合があるのではないかと。回りの人がおかしいと考えていても受診・相談に結びつくまで時間がかかっているのでは。利用できるサービスが少ない。	0
20437	長時間の見守り的な支援が介護保険ではむずかしいため一日に数回に分けてヘルパーを手配したが（多数のヘルパーが入ることでの）混乱などがあり落ち着くまでに非常に時間がかかった。ヘルパー事業者側も同一のヘルパーの手配が難しいなどの相談をうけた。通所系サービスは、導入まで時間がかかること、導入後も落ち着くまで夜間不穏などで逆に家族負担が増して中止に至った。	0
20602	近隣のサービス事業者に限りがあるため対応がむずかしい。	0
20603	認知症は継続・連続したケアが必要と思われませんが、介護保険で認知症のみのケアプランはあまり効果が期待できないように思います。在宅で安全に生活するには家族の見守りが不可欠です。	0
20605	介護サービス利用に対しても高齢者の中になるので別に何かのとりくみをされているところがほとんどないため本人・家族も不安になる。自立支援ができるようなサービスが少ない。	0
20606	本人のプライドを傷つけずに言葉を選んでプランを作成し了承を得ること。	0
20607	情報が少ない。	0
20608	上記の人を担当したことはありませんのでよくわかりませんが、インフォーマルなサービスが必要だと思いますが・・・まだまだ社会において十分な理解が得られていないのが実状ではないでしょうか。プランの中にうまく入れられたら家族・本人の負担軽減になるのではないかと思います。	0
20610	本人・家族の自尊心を傷つけないようにする。	0
20611	周辺症状（他の利用者に迷惑がかかる）ことを理由にショーツステイの受け入れを断られる。	0
20612	社会資源の不足。若年認知症に対する社会の理解が少ない中での本人・家族への精神的サポート	0
20613	現在は高齢者と一緒に利用するサービスがほとんどであるが・・・例えばデイサービスにしても若年者のみの認知症専用のデイサービスが利用できれば本人も「行ってみようか」という気になれるのではないかと・・・と思います。	0
20614	介護保険上のサービスは当然高齢者が多い。サービスも在宅中心となり家族の介護負担が多くなる。	0
20615	若年者が利用できるサービスがない。インフォーマルなサービス（集まりの場、サロンなど）もない。介護者への支援も少なく近隣の偏見に対する気づかいも大きいと思う。	0

20616	家族がかかえ症状が悪化してからの相談になっているので軽い頃から家族・本人の支援が必要な気がします。	0
20617	仕事につけなくなるため、経済面での悩みも増えて来る。	0
20618	仮に、要介護認定を受けても利用できる施設が（若年層の方対象の）ない。高齢者の中には入りにくい。	0
20619	介護保険サービスは老人向けのものが殆どなので本人の受け入れが難しいと思います。（想像ですが）また、若年性の場合、子供さんがおられたらまだ若いだろうし、その配偶者も若いだろうからそちらのフォローなども難しいだろうと思います。	0
20620	当施設では認知症対応型デイサービスを実施しています。若年認知症の方に限らず、一般型デイサービスと比べて単価（介護報酬）が高く設定されているため居宅サービス計画にそってできるだけデイサービスを多く利用してもらい、家族負担軽減や安定したケアを目指しても、同じ区分支給限度額では、利用できる日数が一般型より少なくなってしまう点。	0
20621	「まだ自分は若い。お年寄りと一緒にいるところはイヤ」という人が利用できるサービスが少ない。家事が全く行えず、しかしながら本人は認知症の自覚がないため訪問系サービス利用を拒否。サービス導入ができない。インフォーマルサービスも物忘れが原因で他者とトラブル（相手が認知症と理解していてもまだらなため正常な部分もあるため）になりサービス継続が困難。	0
20623	（2007年より以前から若年認知症の利用者の方のプランを作成しています）高齢者の認知症とは違う周辺症状があるので介護保険サービス例えばデイサービスにおいても利用や対応が困難な場合が多い。	0
20624	若年認知症の方のみではありませんが2号被保険者の方が意欲的に取り組めるような通所サービスが少なすぎる。	0
20625	若い方は、介護保険サービスではまわりが高齢の方ばかりでなじめないことがあるが、他に合うサービスがみつけない。（認知症ではないが脳疾患で障害の方の例があった。）	0
20627	現在担当の利用者の中には、若年認知症の方はいないが、周辺の介護保険サービスの中でのデイサービスなどは若年の方が通っていきそうなデイは見当たらない。	0
20628	特に家族がある場合は経済的支援策について、短期・長期目標を含めて支援のゴールをどう策定するか、レスパイトを目的とした施設の情報が解らない。	0
20629	経済的負担を考えるとサービスが十分に受けられないケースが多い上に家族の精神的負担を軽減できるように支援するにはサービス利用料金等、経済的に支援する制度があれば十分なサービスが受けられるのではないと思われる。	0
20631	通常のデイサービスやショートステイは高齢者が多く、本人がなじめない拒否する。若年認知症の方はお体が元気なので暴力行為やセクハラ、徘徊があると施設やヘルパー等サービス事業所が対応しにくい。より多くの人員配置や専門性が必要。介護保険サービスでは対応困難。	0
20632	一般の介護施設（デイやショート）で本人が順応できるか、又、受け入れも可能か等。	0
20633	利用できるサービスが少ない。	0
20634	本人の気持ちがなかなか把握できない。	0
20635	デイサービスなど利用の場合、年齢的な違和感があつて普通のデイをお勧めできない。	0
20637	家族等の見守りがあれば安心ですが、独居や日中独居などの場合介護保険で見守り等が難しくプランを作るうえで困難ではないかと思ひます。	0
20639	認知対応のデイサービス等利用できる資源が限られている。	0
20640	徘徊・暴言がありよくケンカをして何とかこの生活ではいけないと思ひていても心療内科、神経内科に行きそこの先生から精神科を進められても行かないこともある。食欲無く過呼吸症で介護者、疲れきっていることもある。いろいろの情報は話しても決めるのは家族できめかねていることがあった。	0
20641	若年認知症の人のサービスの受け入れ先などが充実すれば良いと思ひます。障害者の方のサービス施設はありますが、篠山市は若年認知症の人の施設はないと思ひます。	0

20642	年齢が若い為、体力にも余裕があり、デイサービスなど利用しようと考えたと既存の施設では利用者の年齢が高いので、サービス提供の内容にズレが生じるような気がする。自立支援をすすめるようなサービスを位置づけようと思っても、そういったサービスは乏しいように感じる。	0
20643	社会参加の場を提供する必要があるも家族を含め認知症に対して偏見があり、困難に思われる。	0
20644	通所系、短期入所系サービスの利用において高齢者の利用割合が多く利用に際して本人・家族に抵抗があると思われる。→サービスの選択の幅が狭くなる。	0
20645	周囲の理解、協力を得にくい。	0
20646	実際は若年認知症の方と関わったことはないが、年金暮らしの老人と違って仕事しないと生活できず扶養する家族もあるかもしれず、経済的なことはとても重要だと思う。老人医療でもなく、負担の軽減をと思ってても経済的なことがついてくる。介護する人も同じ年代が多いと思うので、要介護者に代わって仕事と介護が必要になる。きつと課税世帯になり、福祉の恩恵も少ないだろうし・・・	0
20647	認知症の進行の抑制につながるような工夫や援助の具体策。	0
20648	若年性のため介護保険施設の入所の利用者との年齢差があるため、利用者がサービスを拒否される場合がある。	0
20649	若年認知症の方が通える施設が少ない。経済的な問題が大きく、サービス導入に困難さが伴う。家族のレスパイトのための入院、施設の受け入れがあまりない。	0
20650	介護保険のサービスは高齢者にはよいが、若年の場合、認知症の特に初期においての本人や家族の不安に対応しにくいと思う。実際のサービス導入の前の相談に多くの面談時間を要して通所等をやっと利用しても高齢者の中では続きにくい。通所等はメニューが高齢者向きになっていると思う。また、訪問介護では若年の場合、家族がいると、生活支援も導入できず、身体のみである。本人と家族の支援は広い範囲での活動に対して支援する必要があると感じるので、介護保険のような狭い枠でのケアプランでは支援しにくいと思う。	0
20651	本人の自覚がない場合に、必要と思われるサービスの導入にあたり、介護保険の枠内では対応仕切れないことがある。特別にその個人にあったサービス提供ができたらいと思う	0
20652	若年性だけでなく、今は一般（70歳以上）とかの認知症に対しても早急な支援が必要だと思う。家族はボロボロになっている。特に男性の認知の場合、奥様との体力差は大きく体力がある上に本人は疲れしらず、家族、ケアマネの力だけでは支えられない現状があると思う。	0
20653	家族等が若年認知症に対して理解できずに、また受容できないため、また元の夫や親、妻に戻れると思ひ込んでしまい大きな期待をかけられることで、必要なプランを作成しにくいことがあった。	0
20654	現在の介護保険では高齢者対象のサービスとなっているため、若年に対してのサービスを組みにくい。家族のレスパイトに入所・ショートを組みたいが、数ヶ月先の予約しかとれないため、介護負担の軽減が図れない	0
20656	フォーマル・インフォーマルともに利用できるサービスが限られると思うので、住宅生活自体が困難になると思う。	0
20657	同居家族（親・子）の若年認知症の理解が乏しいと思う。訪問介護事業所（サービス担当責任者等）とケアマネの間に温度差がある。	0
20658	デイサービスやショートステイ事業所の受入れ先がどれほど可能なのか。本人が高齢者が多い中で抵抗なくサービスを受け入れることが出来るのか	0
20659	既存のサービスになじみにくい。専門系が近くにない。目が話せなくても「見守り」ヘルプが保険適用されないの家族の負担が大きい。	0
20660	家族対応でどこまで見守ることができるのか。	0
20661	若年に限られず、認知症の人のモニタリング・アセスメント時、本人でなく家族の方との面談になりがち。家族の要望も大事だが本人の要望を聞きだすことが家族の関係もあり、初回のアセスメントでは困難。	0

20662	現在対象者がおられないので答えられない。但し、対象者が個別問題をみなさんお持ちと思われるので現状の環境の中で、プラン作成が必要と思われる。法制・行政のバックアップは前条件としてですが。	0
20665	生活支援として利用できるサービスの少なさ。経済的困難が出やすく利用料・医療費・生活費の支払いが困難となりやすい。	0
20666	高齢者と同様のサービスを利用することは、本人の受入れが困難。	0
20667	デイサービスやショートステイ等集団で利用するサービスはやはり高齢者が中心となるので雰囲気的になじめないこともある。やはり若年認知症対象のサービスの充実が必要である。加算をつける等。	0
20669	家族の方がどのように若年認知症を理解し、社会資源を受け入れてくれるか。また、四六時中目が離せないという状態の場合どのように時間を使っていくかは非常に困難	0
20671	若年認知症のかたが、一人暮らしであったり、親も高齢であったり経済的にも大変である場合	0
20672	高齢者と同様のサービスは利用しにくい。家族は知られたくないとの思いが強く、また仕事を持っていると訪問が難しい。	0
20673	家族支援	0
20674	本人・家族が疾患に関して理解されにくく、専門医診断も進めにくく病状の進行が危惧される。よって医師でもない介護支援専門員の説明では納得されず、話合いの場も持ちにくく、ケアプランもスムーズに進まない	0
20675	家族に認知症の理解がなく、主治医から適切な助言がないときは、本人はサービスの受入れを拒否することが多いので、病気を受容（家族・本人）するような体制作りが必要。	0
20676	高齢者中心の事業所が多く、施設側の受入れ、また若年認知症の方が希望して利用できる環境となるのか。町内の少ない施設で選択するのは困難。町での事業の取組みも計画中であり、今後ソフト面においても利用できるサービスに期待したい	0
20677	社会資源が少ない	0
20678	通所のデイ・ショート等高齢者が多いため若い方は利用しにくい	0
20679	通所サービスを計画しても、常に介護者が必要な場合、スタッフの人数の関係で受入れが難しいと断られそう。ショートの場合も。ヘルプサービスの場合時間通りに終了が難しいと思う。若い男性へのヘルプサービス活動中に女性ヘルパーに対してセクハラが多くなる、断られそう	0
20680	医療との連携が必要だが、医療者の受入れ体制に不安がある	0
20681	緊急時も含めて、ニーズにマッチングするサービスの充実が未成熟	0
20682	デイサービスの希望が妻よりあり、お試しをしてもらったが「近所の年寄りと一緒にはいや」と言われた	0
20683	若年認知症の方は問題行動（徘徊・暴言・暴力）多く受け入れてくれるサービス事業所を探すのも困難。また、介護者が働き盛りであることも多く介護にかかる時間をすべて介護保険で賄うと経済的負担も大きくなる	0
20684	現在の保険制度のサービス等は高齢者を対象としたものがほとんどであり若年認知症の方を対象としたものではなく、プラン作成出来ない状況、またこれらのケースに関してのケアマネの知識・認識のうすさ、また、研修等開催もなく基本的な部分を整理しないとプラン作成出来ない。	0
20685	若年認知症の方を介護されている家族は身体的な負担に加え若年であることから本人の病気を親戚や近隣の人々に知られたくないという思いがあるのでケアスタッフのかかわり方には十分な配慮が必要	0
20686	若年ということで現在の介護保険サービスは高齢者が主となっており、若年層が利用しにくいサービスとなっている。ケアプランに挙げるのは困難に思う。若年層の方にとって仕事・役割という部分がウェイトを示してくると思う。回りの理解が現社会では出来てないと思う。	0
20687	若年認知症疾患本人に対してのインフォームドコンセントや家族の病気に対する理解が困難ではないか	0
20688	利用できるサービスがあるのか不安。プラン作成したことがないので	0

20689	介護保険サービスでは高齢者の人が多く若年認知症の方にはなじまない。保険外サービスは充実しておらず、受け皿が少ない	0
20691	本人の意向に伴うサービスが少ない	0
20692	若年認知症の診断がつくまでに時間がかかり、病院も転々とされることが多く家族が疲れきってしまうので、専門外来の充実やかかりつけ医からスムーズに専門医へつなげられるようなシステムの構築をして欲しい。一般デイサービス等での受入れ困難が多く、ショートや入所についてもなかなか厳しい状況にあるため充実して欲しい。働く世代のため経済的にも困窮してしまうことが多くなんらかの経済的支援も必要不可欠	0
20694	介護保険では高齢者を対象としているため体力のある若年認知症にとって一緒に何かするということが出来ないと思う。本人のニーズに合う場所が見つかるかどうか。職員も1対1での対応が難しく必要な援助が出来るか不安を感じる	0
20695	自立支援の観点から先が長い、若いから力がある、性欲的欲求もある点を踏まえておく必要があり、各種サービスにおいて利用に制限されると予測する	0
20696	家族用のレスパイトのため、ショートステイ等のプラン作成しても受入れ側の事業所が若年対象の事業所がほぼなくハード面だけで選択してしまい本人の意向に合うかどうか疑問に思う	0
20697	若年に限らず認知症の方のプランを本人に説明・了解を得ることは本人に病識がないので困難。しかし国で決められていることは行わなければならないとにかく書面さえありさえすればよいといった印象もあり矛盾を感じながらプラン作成している。事務作業ばかり焦点を当てられ利用者向き合う時間が減ってしまう。	0
20698	高齢者対象の施設しかないため若い方の場合デイ・ショート等利用しにくい。家族も若年認知症を受け入れるのが困難。家族と本人のケアが必要	0
20699	経済的な問題が発生する。仕事をしている場合、継続して仕事ができる状況にあればいいが、家族はたちまち生活に不安が出てくる。そこをどのようにプランに入れるか。本人・家族両方の問題が発生すると思う、	0
20701	家族が認知を受け入れられず精神的パニックに陥って冷静な判断ができなくなる	0
20702	デイ等施設の利用者が高齢者が多く利用者や家族に利用の抵抗がある。若年の方や障害者のデイが増え利用の制限がなくなるといいと思う。	0
20704	共働きからの状態からの発症の場合、介護者の不在・経済的問題が大きい、また、周囲の理解の乏しい	0
20705	作成したことはないが若年認知症の方の施設やグループが少ないように思う。気分転換の場がない	0
20706	高齢者対象の現在のサービス体制の利用に無理が生じやすい点が困難。例えば、デイ・ショート利用にしても、高齢者の中に独り居るという疎外感を感じているのではと懸念する	0
20708	地域の受け入れ・理解・協力体制が得られるか	0
20709	若いので施設のサービス等受ける場合も回りが高齢者のため本人・家族に不満やとまどいがある	0
20710	若年認知症対応の通所介護が西宮市北部にはなく利用困難	0
20711	経験はないが年齢が近くなると感情移入してしまいそうで客観的な判断が出来るかなと思う	0
20712	現在の介護保険サービスは、高齢者が主であるため、独居で精神的に不安定な若年認知症のサービス利用が難しい。①利用者自身が高齢者と共に生活する又は通所サービスを受けるには自身がとけこみづらい部分がある。年齢による生活習慣の違い。②本人は家族がいらないため認知症であることに気づかず周囲はおかしいと思っていても言えない。もともと親戚があっても疎遠	0
20713	現在65歳だが、50歳より発症された利用者。現在アルツハイマーにて介護度5になっている。10年前、工作中に現場で異常が発生し早期退職を余儀なくされ現在に至る。夫の介護も長年になったが、現在は老人プランである。それまではサービスもなく家人は苦勞されている。相談体制もなかったようだ	0
20715	入院が難しい。施設うけ入れが困難	0

20717	介護サービスを使う場合、特に通所サービス・ショートステイサービス利用の場合はなじみにくい等が考えられるので利用施設・事業所の選定が困る。主介護者も仕事をしている、又は、病気のうけいれがしにくい場合が多いと思うので、自宅介護力が弱くなる。介護サービス・保険対象外サービスを利用するにしても経済的問題がある	0
20718	若年認知症に限らず、認知症の方の排泄のコントロール・体の状態等本人に確認をとりにくいところがある。周りもこれ仕方がない等現状を受け入れてしまうが、人としての尊厳を保つためにはどうすればよいのか考えてしまう。よい案が浮かばない	0
20719	以前、若年認知症で暴力行為のある人へのヘルパー導入に対し、受け入れてくれる事業所が少なかった。暴力行為があり、ヘルパーが危険。時間通りに仕事が終わらない等	0
20720	精神面の支援方法。認知の進行に伴う自立支援方法。家族支援。若年であるため、現状の介護サービスは適さない。若年認知症のための資源がない	0
20721	若いこともあり、体力や行動力があるように感じる。見守り等介護にかかる時間は介護度に反映されず、低い介護度になっていると思う。思ったように、サービスにつなげられず、また近隣等地域で見守るインフォーマルにつなげていく必要があると思う。個人情報の問題や社会問題といった面からも充分にケアできていないのが現状	0
20723	独居者である程度の理解があるときにプラン作成上で確認しながら進めていくも途中で物忘れ等の症状で勝手に行ったと同意したことを覚えていないときに必要なサービス受けられなくなる。身体的には問題がなく、外出可能な人たちが地域の人たちとのトラブルが発生した場合、独居者の時は、本人に意見したり、導いてくれるひとがいないと問題が起こる	0
20724	若年認知症を対象とした社会資源が乏しすぎる。デイサービス等を勧めてもレクをはじめとしたケア内容は比較的高齢者・認知症の進んだ方向けとなっているため病状にあったケアを提供できる場所が少ない	0
20725	ADL,QOLの低下が急速であると思われるので、ケアプランの作成が実生活に適していけるか？ケアプランの変更がたびたびに必要なのではないかという点で作成が難しいと思う	0
20726	進むのが早く、家族が変化についていけない。また、家族とどこが在宅の限界かを話し合い決定するのが難しい。家族の精神的な混乱への対応が難しい	0
20727	介護保険サービス利用者との年齢に差があり本人自身サービスが大変受けにくい。若年認知症に限らないが本人の意向ばかりに耳を傾けると家族の負担も重くなり、本人と家族との間に入って調整を行うのも難しい。また、サービスを利用したいが利用料の自己負担が大きくなるし経済的にも負担で現実的には希望するようにケアプランが作成できないことがある。	0
20728	介護保険サービスの多く高齢者対象で若年認知症の受け入れが困難なため、プランを組みにくい	0
20729	ショート・デイ等施設サービスを利用して回りの利用者が高齢者のため、本人も居づらいことが多い。若いので動きも活発で施設スタッフの関わりが難しい。見守り頻度が多くなる。家族としてヘルパー等の受け入れに抵抗がある	0
20732	本人の意思確認が難しい。家族、特に配偶者の意見がそのまま本人の希望になっているのではないかとすることがある。デイ利用の必要性を提案しても拒否。近所に対して見られたくない。福祉車両が自宅前に停車する等	0
20733	体力的に充分な若い方は介護負担が大きくなりがち。しかし、介護サービスの内容に制限があったり使いづらい。例として、不穏状態の方を気分転換に外出させるというときは保険算定のしようがなく困る。ショートステイ等問題行動が多い場合、受け入れてくれるところが少ない	0
20735	家人が本人を認知症と思っていないことが多い。軽度の物忘れのある方の生活決定の意思の判断が困難。	0
20736	若年の方は認知症に限らず本人・ご家族の受容が難しく、サービス利用についても現在あるのは高齢者向けなので若年の方にそぐわない。	0
20737	若年であるがゆえに家族、地域、社会性に関わる問題点多いと予測される。経済面、就労にも深く関わることとなり高齢者とは違う関係者機関との連携や協力、理解が求められ、ケアマネだけではプラン作成困難と思われます。	0

20738	高齢者が利用する施設ばかりで対応してくれる施設がないように思える。	0
20739	若年認知症に対して社会の理解、本人・家族の認知症に対する受入れなどがどの程度できているかでプラン作成は影響すると思われます。	0
20741	社会の理解と援助がなかなか難しく思われます。	0
20742	意思決定や本人の思いを本人自身表現出来にくい点が困難。認知症の診断を適確にして頂き今後のケアプランにつなげたい。	0
20743	今までプラン作成の経験はありませんが、若年の場合、まず、経済的支援が急務になると思われ ます。その事に関しては介護保険制度では問題解決は困難であり、国の施策の見直しになると考 えます。介護保険制度上サービスの利用に関してはサービス内容の充実、例えば、ヘルプの場合 など時間制限かサービス内容の見直しが必要と思います。通所サービスに関しても画一的なサー ビスの提供ではなく個人の状態に合わせた対応が可能となるサービス提供が可能な体制確立を 希望します。	0
20744	デイやショートを利用しても年代に大きなひらきがありなじめない。また行くことができてもし 一人でポツンという事が多かった。自宅に戻りそのストレスが出るので家族の負担軽減につながら なかった。	0
20747	介護保険の一割負担が家計に大きいのしかかり介護度3～5であっても十分なサービスを利用 することが出来ない状態がある。又、デイサービス等においては年齢層が高く、なかなか馴染め ない人も多い。	0
20748	若い方に合わせたデイサービスがない。	0
20749	介護保険上、家族外出時の見守りが必要な状態なのにヘルパー利用が困難な事例が多い。又デイ サービスやショートステイ利用も本人が若いためなかなか受け入れてくれない。	0
20750	サービス事業所の受け入れが十分にあるかどうか、また、若いがゆえに高齢者の中で（デイサー ビス等）過ごして頂くことに対する違和感等ないだろうか等少し不安な面があります。経済的な 面等も出てくるのではないのでしょうか。（介護者の負担大となるような気がします）	0
20751	若年認知症の方を支える基本となる家族の理解と協力。	0
20752	今のところ、対象の利用者がいないのですが、実際には地域でのサービス利用を考えた時に高齢 者が多い中でデイ等の通所は本人にとっても周囲にとっても受け入れづらいのではないでしょ うか。インフォーマルサービスの充実も必要性大きいと思いますが、受け入れ態勢や場が不充分 なので難しい。	0
20753	ご本人の意向等の確認が難しい。病気に対して正しい認識を持っている家族が少なく、それを説 明して理解いただくことが困難。ゆえに医師からのインフォームドコンセント（説明・同意）を してもらいたい。	0
20755	若年認知症の方に限らず認知症の方は介護される方の精神的・肉体的負担を考えると、一概には 言えませんが介護度が低めに認定の結果が出ているように感じます。例えば、介護度が一段階あ がることで1か月のショートの利用日数やデイの日数が増える事でご家族の負担の軽減につな がり、もちろんご本人にとっても楽しみとなる事が出来たりすることで在宅での生活が継続でき るというケースも多いのではないのでしょうか。	0
20756	本人も家族さんも支えていくケアプランが必要。若い方が通える施設を知っておきたい、現在ど のくらいあるのか。	0
20757	現在対象者がいないため分からない。	0
20758	家族とのかかわりが困難な様な気がします。	0
20759	若年認知症ということはキーパーソンも仕事をしなければならない状態である。経済的支援をし なければ、精神的にも身体的にも負担は大きい。	0
20760	家族との連携。	0

20761	介護保険のサービスが高齢者対象であるため若年者の利用が難しくまたスタッフ等の理解や対応ができていない。在宅での訪問介護の場合身体的ケアは家族でないと拒否の場合が多く、家族の介護負担の軽減を考える場合、家事負担での対応を希望されるか、介護保険では家族が同居の場合認められず支援困難となる。	0
20762	女性が利用者とするれば家族の生活上の本人の役割を誰が果たすのかという事が問われてきます。本人しかサービス範囲に入らなければ、実際家事全般家族が困り、現場に訴えてこられます。ある程度の線引きは必要ですが若い家族なので家族支援を含めて行っていけるケアプランが立てられるようにしてもらいたい。今の制度では「出来る人」は含まれないので現場では、ジレンマを感じながら援助していますし、よくお叱りを受ける部分です。男性ならば、経済的な支援もなければ、利用料が払えない。生活もできなくなるので経済的支援は重要です。（女性の場合も）	0
20763	若年認知症の利用者さんをデイサービス利用につなぐ場合、軽度の方は難しいのでは？たいていのデイサービスは高齢の利用者が多く、若年の認知症の方は年の差などがあって利用を嫌がられることがあるのでは？と思います。	0
20764	本人のみならず取りまく家族等の生活を支えていくために社会資源・地域・各機関とのネットワーク作りが必要ではあるが、その部分において困難さがあるかと思っています。	0
20765	家計が成り立つか？介護者の負担が重過ぎる。	0
20767	体力的に元気な方、興味の対象がばらばら等。通所サービスの利用が必要でもすぐわないことが多い。	0
20768	家族が就労している場合が多く日中独居時のサービスが介護保険では対応できず、横出しになる等、費用面の問題初期の場合老人中心のDS等では対応出来ず、家族も個別の対応を希望されるか、そこまで対応できる施設が少ない。	0
20769	自分は認知症ではないという強い思い込みと現状に対する受容ができないケースが多いのではないかと考えています。介護に携わる介護者も専門的な知識が必要であるがその専門的知識を有している介護者が少なくそのような研修等もありないように思われます。	0
20771	いつ認知症であると告知されたか、又、どの様な言葉（表現）で告知されたかが問題です。告知された事が理解出来ているかどうか問題です。受け入れが出来ているかどうかで違ってきます。	0
20772	現在のサービスでは若年性認知症を想定されていないので利用が限られている。	0
20775	老年層に比べて力が強い。徘徊をする等の事情で受け入れが難しい施設がある。	0
20776	若年認知症の方を担当したことはないのですが、50歳代で脳血管疾患になられたお2人の方を担当しています。ご家族の介護負担軽減のため、ケアプランに通所サービスを多く盛り込んでいますが、高齢の他の利用者の方達と話が合わず疎外感を感じておられます。認知症の方も含め若年者のための介護サービスの充実が望まれます。	0
20777	サービス導入しないと生活が成立しにくいが経済的負担を考えると家族内負担が増大してしまうというジレンマが必ずありました。	0
20778	若くからアルツハイマーを発症し現在65歳をこえていらっしゃる方がいるが様々なデイサービスを利用して今のデイ利用で落ち着いておられる。「自分の落ち着ける場所」を見つけられたので症状も安定して進行も止まっている。若くから発症した場合高齢者のデイを利用してもなかなか話が合わなかったりして居心地が悪く精神の安定が図られない場合も多くあるのではないかと。まず心穏やかに「自分の場所」が見つかるよう、同じ年代や症状の方が集まる場があってもいいのではないかと思います。また、少しの支援や周りの理解があれば今までの生活が続けられる場合も多いだろうと思う。社会的な理解も必要だと思う。	0
20779	家族がかかえる問題が大きいと思います。子供がいればまだまだ小さいと思いますし、家族をどうサポートしていくか、大変であると思います。即経済的破綻に男性であるとなるだろうし離婚に至ることもあるかもしれない。若年の方が利用できそうな施設も少ないように思われる。若いということで地域の資源をあまり聞かれていない。	0
20780	家族の方が、働き盛りのケースも多く外に出てしまいがちである。ご本人自体も身体的には不自由がない場合見守り等含めてロングのサービスになる可能性が高い。	0

20781	若年者に対するサービス事業者の知識やなじみの方が不足していること、介護保険サービスでフォローできる限界があると考え、地域の支援体制や家族の勉強会等が充実できれば、	0
20783	まだらな状態の場合はっきりと表現できないことがある。本人の意志が確立しにくいことが多く、家族の意見が主になってしまうことも多い。意思疎通が難しいので仕方ないかもしれないが、CMとしては本人の意志を尊重したい思いがあり苦しい。若年の方の場合、家族も若いので生活のこともあり（経済面）また家族の介護負担のこともあり、困難に思われる。治療方法が限られている。（安定剤など）	0
20787	デイサービス等に行っても他の利用者と合わないことがある。デイサービスのプログラムが高齢者には適していても若年の利用者には合わないことがある（若年の人には内容のレベルが低すぎたりまた体力差もある）徘徊や暴言、暴力などのいわゆる問題行動がある場合若いだけに力もあるし行動力もあるため対応に苦勞する。	0
20788	デイ利用時プログラム内容が適当でないので通所利用が困難。職員の理解力に問題があるため受け入れるサービス業者の選択肢が限られる。	0
20789	現在ケアプランを作成していないので分からない。	0
20793	デイサービス等をケアプランに位置づけても高齢者中心であるため本人がなじめなかったり利用することをためらったりすることが多い。また事業所側も若年認知症の利用者に対しての対応が不十分であったりする。	0
20794	目標の設定が難しいのではないかと？	0
20795	本人が若年であるので将来は介護する人が親の場合もあれば本人のみ生存してしまう可能性が大きい。権利や財産など本人が利用したいサービスが本人の希望通りに行えられるかが困難である。	0
20796	若年であるためADLや日常生活が可能と思われ生活に奥深い難しさを加えていると思われるので相談機関を充実させて欲しい。	0
20797	3年前に64才だった方がおられます。ADLに問題がなく、徘徊・暴力等の問題行動がだんだん激しくなり施設はみつからず常時の見守りを夫が行っている。認知症の進行を遅らせるには家事などを一緒にやる介護が必要であり日常の見守りも必要な割に要介護度が低く夫の負担も大きい。	0
20798	若年認知症の方が、高齢者ばかりのデイサービスに通うことに抵抗を感じる場合もあると思うのですが現状ではこの病気を理解し対応できる事業所が少ないのではないかと思います。	0
20799	介護者に認知症の知識をよく理解できるよう証明できるぐらいの知識を身につけてからプランを作成したい。	0
20800	若年認知症については特に進行の恐れが考えられるためかかりつけ医の認識を強化していただきたい（なぜなら老人認知症の方でも年だからとか薬のみの対応で専門的な助言が少ない。専門医に受診希望（家族が）されても自分が見るからという事で介護者の不安や相談には年やからとしか答えられないドクターがおられ、家族さんから相談を受けることがありました。）主治医の責任感が強いのは良いのですが若年になると一度専門医に判断を伺いたい所かと思ひます。ケアプランにおいての医療との連携には必要だと思ひます。	0
20930	地域社会の理解を得ることが困難。気軽に相談に行くところがない。	0
20931	他の利用者との年齢差が大きく同じ空間（環境）で介護するのに無理がある。住み慣れた在宅で生活をしていただくには、現介護保険サービスではかえって生活環境を大きく変えることになり在宅での生活自体に支障をきたすことになる。	0
20933	若年認知症の方だけでなく、認知症の方は、自分が「認知症」だということを理解できていないことが多くあり、現状が分からず混乱する。その混乱時期の関わり方、プランの作成は困難さを感じる。社会性が乏しくなる社会性を保つ為の関わりを取り入れようと思うが、若年の方が利用するサービスが少ない。	0
20934	介護保険サービスの受け入れ先が少ない。	0

20935	実際に相談にのったことはないが、老人の為のデイサービスは多くあるが若年の方のサービスはなく困難になると思われる。	0
20936	ご本人に自覚が無いときに高齢者と同じサービスを受け入れることがむずかしい。社会における理解度が低い。	0
20938	家族の誰かと同居なりしていればよいが独居の場合、症状の進行による夜間体制や今後の相談の事でキーパーソン、主治医、本人、サービス提供者の連携をどうつなげていくかが困難となると思われる。	0
20940	サービス種別が少ない点。専門医不足により、適確な診断と治療が行われていない為医療との連携がとれず適正なケアプランが作成できない。	0
20941	本人に意志決定ができない場合、本人を無視したケアプラン作成になってしまう。	0
20942	介護施設が老人対象のため利用する方も受け入れる方もとまどいが強くスムーズにサービスにつなげないのではと思います。家族の経済面も含め、精神的ケアがどこまでできるか不安である。	0
20943	適切な介護保険サービスがない。訪問介護：B394ヘルプの内容が、認知症の方の実状に即していない。通所介護：今のデイでは高齢者向きで内容があっていない。障害者制度と合わせてりようできるとのことだがどちらの制度にも合わない内容がある。ボランティアでも限界がある。（責任問題の有無など）	0
20944	既存の介護保険のサービスは利用者の年齢が高い為（通所のサービス等は特に）若年の方が利用しても同年代の方の利用が少なく浮いた存在になってしまうことがある。特に介護保険に限定せず自立支援の制度や保険外でのサービスを充実させたほうが利用しやすいのではないと思う。	0
20945	高齢化が進む状況の中で70才近くまで就労される方が増えてくる事を予想すると就労しながら受けられるサービスがあるかどうか、行動障害を気にしないで、生活していける、又、利用できる施設が今後増えるかどうか。	0
20964	既設の通所系の利用が行い難い。職員のスキルの問題、状況によるが活動性が高い方に対しての適切なレクリエーションがない。家族の想いを計画書に表出しても対応策の選択肢が少ない。家族の気持ちに寄り添うのみになってしまう。社会参加を希望されても（の必要性）があっても参加受け入れの場がない。	0
20965	軽度の若年認知症の場合、通所サービスは高齢者が多いため受け入れられないことが多く、介護を担う家族の負担が大きい。	0
20968	大黒柱の夫、主婦の妻が利用者の場合同居家族の生活援助が計画しづらい。子供が小さい場合お世話をする人が少ない。介護保険だけでは無理と思われます。	0
20969	ケースが少ないと思われるのでこういったケアプランが本人にとって良いケアプランなのか全く検討がつかない。	0
20970	進行が早く、常時の見守りが必要となるケースが多いと思われ家族の負担軽減の為にも介護保険で適用できるサービスの追加や介護保険外のサービスで経済的にも負担にならないようなサービスの充実が必要と思われる。	0
20972	まだ担当したことがないので分かりませんが、ケアプランを作成する時にケアマネからの相談もできる専門の人がいると助かります。	0
20975	夜間に異変などあり介護者が眠れず介護疲れがかなりたまるとはショートステイだけでは不十分なケースが多いと思われる。日々の精神的ストレスは、若年の場合、先の不安、長い将来がある為、介護者が絶望的になる場合があるが医師では不十分であるため生活面のしっかりアドバイスできる専門のカウンセラーを多く養成してもらいたい。ケアマネでは深すぎる為。	0
20977	経済的負担の増加、認知に対しての理解、孤立になる状況。年齢的に高齢者の多い介護施設へはプライドもあり参加しづらい。送迎車に乗るのも近所の方に見られたくない等。援助内容、利用時間が少ない。Overを自己負担にするとどんどん経済面でかなり負担。	0
20988	経済的状況とサービス提供事業所の人員不足等。	0

20989	民生委員，社会福祉協議会，ケアマネージャーが連携を取ると共に地域の方々の協力がとても大切だと思います．認知症とはどういうものか，どの様に対応し声かけをすればいいのかなど，地域の方々が理解を深められるようなセミナーなどの開催を定期的に行ってほしいと感じます．	0
20992	介護認定を受けたとしても受け入れられる施設が少ないことや受け入れられたとしてもご本人の意向に添えているのか確認が難しい．若年のため長期間の支援が考えられ，まだまだ社会的にも大きな役割を担っていることが多いのでどのようにプランニングをしていってよいのか悩む．配偶者や子供の年齢によって経済的なことで十分に支援できないこともあるのではないかと考える．	0
20993	本人はもちろん家族も受け入れることが難しい段階もあり，認知症の理解から始まると思うが進行すると本人の思いを聞くことが出来ないしケアマネ自身も調整はしにくいと感じます．目標の設定は家族中心になってくるかもしれないです．	0
20994	地域的に認知症対応型のサービスがほとんどなく若年者がその特性と生かせる場がない状態．通所サービスなどは高齢者と同じプログラムで過ごすことにご本人・ご家族が反発を示されることがある．若年者が役割をもてるような場が少ない．	0
21010	若年性の場合、通所介護などの受け入れ拒否が多く見られる。また、施設側がOKでも、他の利用者の受入れが困難である。	0
21011	人生のサイクルの中で、若年であるがゆえに、介護保険サービスでは補えない部分がある。例えば、経済的な問題や介護者がまだまだ若く、子供も小さい場合など。介護保健サービスでは経済的な部分をカバーできない。施設（通所）サービスでも年齢的なギャップがあり、実際の利用は難しい。	0

4. 若年認知症実態調査 家族用調査票自由回答 必要なサービス

問 3-3 前問以外に望まれる制度、サービスについて、ご自由にお書き下さい。

ID	記載内容
40013	フルタイムで介護者が仕事を続けられる、特に出勤のため早朝(午前6時～9時)や夕方(午後5時～8時)のヘルパーの派遣又は夕方も利用可能なデイサービスがあればありがたい
40014	入院費用が高く、また毎日の洗濯代も高すぎ。とうてい病院での洗濯料金は入院費が増すばかりなので、持ち帰る。週の1～2度は洗濯物を取りに行き、持って行くという、忙しい仕事の中では、日々大変である。同じ病院でも、入院する棟により洗濯物の量が全く違い戸惑うことがある。負担が大きい。まして、両親も老いてくるので一人で頑張るのは大変だ。
40016	経済的支援策。特に育児中である身に若年認知症の家族が、休息をとりつつ、経済的にも負担にならないような制度があればいいと思う
40017	家族の外出時、冠婚葬祭、緊急時等、何かがあったときの受け入れ先。特に若年性は受け入れ先が少ない。
40019	①現在家内はデイサービスを受けているが、2度目の施設に行っている。施設を変った利用は大声を出す等だった。現在の施設でも大声をだすので、個室を探そうといっておられる。いつ出されるか、不安。②ショート・デイサービス共食費・宿泊費が高過ぎると思う。
40022	私はホームヘルパーの資格を取り、母がデイサービスに行っている間のみグループホームでパートとして働いている。いつか母を施設に入れなければならなくなった時、そこで働きたいと思ったからだ。私がホームヘルパーとして、在宅で母の世話が出来れば施設の入所を先延ばしにできるかも知れない。資格をもった家族が介護をする場合、なんらかの経済的補助があってもよいのではないか。
40023	家以外の居場所がない。いつも私と一緒に外出では私も疲れる。
40024	子育て・家族の時間をもらえる制度があればいい。介護は家族で出来る。理解をして、プランを立ててもらえる制度がほしい。
40025	病院で入院できる様お願いしたく思う。
40026	私共は、今までにたくさんのデイサービスに断られた。「来所している老人の方を暴力でおびやかされるので」と言う理由で。主人は煙草を吸うので、煙草がすえて、賑やかなところはイライラしやすいと色々なことを受け入れて頂くには難しい問題だった。現在もそのことにつき、不安だ。
40028	薬代が大変だ。
40030	介護・医療職を中心とした専門家が適切な介護を提供すれば認知症でありながらもある程度、その症状を安定させることが出来る。介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること。介護保険は家族介護を前提にして、考えているので、支給限度額を超えて支給する場合は全額負担ではなく、介護給付を認めること
40031	①医療機関同士のネットワーク強化②専門医の増加③家族を含めた支援体制の強化④認知症対応地域密着型デイサービス施設等の増加
40036	若くて体の元気な人のための通所介護施設が必要(現在は殆どが老人のための施設で活動的な若年者にあわない)開業医と専門的医療機関(脳研・西播磨病院のイメージ)の連携強化を望みます
40037	認知症の会の集まりに参加し、認知症家族の厳しさ、悲惨ささえも感じられ、今後の私の家庭の行く末を垣間みるようで胸が痛みます。早急に行政からのバックアップが必要だと思います。さもないと認知症患者、家族共々崩壊しているのが現状です。また、認知症治療薬の早期発明に向けての病院、医薬品業界、行政共々の緊急の課題として取り組むことを要望します。

5. 若年認知症実態調査 市町用自由回答 意見・要望・提案

Q6 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等どのようなことでも結構です。ご自由に記載ください。

(取り扱いあり)

id	記載内容	件数	市町名
21	私達相談側が一体どうしたらいいかという対応方法について、知識がないため、サービスや相談窓口となるところがわからない。とりあえず、介護保険につなげるだけで終わってしまう。	2	伊丹市
20	専門的な治療を受けられる医療機関や施設が少なく、また、紹介できるようなパンフレットや案内できる資料もかぎられており、相談があっても支援に対して苦慮している	不明・無回答	姫路市
67	市レベルだと対象者が少ないので、県域レベルで情報交換できる場作りをしていただきたい。	不明・無回答	宝塚市
42	家族支援の体制(経済的支援、家族会等)	不明・無回答	明石市
61	①働き盛りの人が発症した場合、経済的保障の不安が大きい。②家族の心労が大きく、家族へのケアも必要。	3	三田市
70	・ご本人、ご家族の経済的・精神的支援が重要だと思う。・あまり多くは無いら若年認知症への周囲の理解が必要だと思われる。家族の会などあったら、思いを共有できるのに・・・と思う。	不明・無回答	川西市

(取り扱いなし)

11	国、県レベルでの支援状況、周知度について情報の提供の要望	0	市川町
12	行政として、今後どのような支援ができるか。他市町の実施されている支援策があれば紹介してほしい。	0	佐用町
66	介護認定は出来てもいざサービス利用となると、介護サービスは高齢者向けに出来ており若い方はサービス利用がしにくい一面がある。国でも「認知症の医療と生活を高める緊急プロジェクトチーム」が設置されたが、特に就労面における充実を期待したいものだ。	0	篠山市

6. 若年認知症実態調査 地域包括支援センター自由回答 意見・要望・提案

Q7 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等どのようなことでも結構です。ご自由に記載下さい

(取り扱いあり)

ID	記載内容	人数
30009	①若年認知症の方は地域的には少ない。公域的にサービスがあり、利用できればよい	1
30010	市レベルでのネットワーク構築	1
30011	①相談自体少ない。(実際はもっとあると思うが、相談窓口がはっきりしていないためか)②相談しても利用できるサービスが少ないとなると対応がむずかしい。	1
30013	①若年性認知症の場合、夫がなったときは、家族全員の生活が破綻することもあると考えられるので、どうフォローできるか施策はあるのか ②一般のデイサービスの場合、高齢者が多く、若年者にはなじまない事が多い	1
30015	自立支援サービスや、介護保険サービスがあるなか、介護保険が優先されると、高齢者のなかに入っていけない人が多い。通所に関しては、どちらでも利用できるようにしてほしい	1
30016	地域の中で生きてくため、制度(介護保険等)の充実と、地域住民の理解が必要。センターも、その役割をどのように展開していくか、重要性を実感している。	2
30017	家族は、現状をオープンにするのをためらい相談にくる時は、かなり病状が進行しており、手がつけられない状態の「ことが多いので、医療機関・本人・家族・包括・居宅等の連携システムの充実と社会資源の充実を早急にして頂き、早期対応に努めたい	2
30018	経済面での支障が多い。体力的には問題ないが、BPSDは目立つ。少しでも進行を抑え、安全に生活してもらうため、介護認定は初期から、要介護度2・3程度にしてほしい。個別対応が多く、デイサービスやショートステイでは合わないことが多い。認知症対応デイサービスは値段が高く、個人負担が多い。特定疾病として認めてほしい	4
30019	男性の若年の場合、経済支援がかなり必要。公的助成金、医療・治療の確立も早期にしてほしい	1
30020	体力のある若者なので、「サービスを受ける」制度・支援はなじまないのではないか。部分的な支えの望める(理解、実務レベルで)環境を整えられたら、助かったケースがあった	2
30022	社会の理解を深めると共に、ケア従事者の研修の充実が必要	1
30024	①徘徊時における支援体制 ②介護する家族へのサポート ③感情失禁する本人、激昂する家族への具体的支援	1
30028	若年認知症の方に対応出来る施設(デイサービス等)を充実させてほしい	2
30030	今後、若年認知症をデイサービス等で受け入れていただくための、事業所へのスキルアップやCMのスキルアップをしてほしい	2
30031	若年認知症の方を対象とした事業所を充実させてほしい	4
30032	経済的支援が必要。障害年金等が受けやすくなるようにすることが大切	無回答
30118	市区町ごとに認知症の方の実態を調べて、若年認知症のサービスを検討し、整備して欲しい。	2
30119	傾聴等、本人や家族に寄り添うようなサービスを希望する。神戸市には、ホットヘルパーという市独自のサービスがあるが、利用に至るにはハードルが高すぎてなかなか利用できないが、長時間、本人と関われるような、社会資源が望まれる。また、小規模多機能は難しいので、宅労所のような、小地域に誰でも立ち寄れる居場所作りが望まれると思う。若年認知症というくくりではなく、障害者も高齢者も元気な方もいる地域の肩の集いの場が欲しいと願っている。	2

30120	若年を担当したケアマネの意見①家族の負担の大きさを切実に感じた。②介護保険のデイサービスを利用希望されていたが、高齢者の中での参加は本人も拒否し、サービス開始までに時間を要した。③介護保険サービスの充実、自立支援制度の充実を強く望む。	無 回 答
30124	①経済的・社会的に大変な状況に追い込まれる②若年認知症のかたから直接相談は受けてないが担当ケアマネからの相談を受けた。なかなか対応が高齢者とは異なり、家族支援も時間をかけ、ひとつひとつ大変だ。何より経済的支援が十分ではないことは、サービス利用についてスムーズにいかないことにつながる。今後、社会的に、理解がひろがり、対応策も増加して欲しい。今回の方は、介護保険サービスを利用	1
30125	若いこともあり、地域へ状況を伝えにくい。デイサービスも利用しにくく、家族に負担がかかり、適当な生活が送りにくいように思う。認知症の進行を防ぐ暮らし方が送れるように支援策が必要だと思う。	1

(取り扱いなし)

ID	記載内容	人数
30034	若年認知症についての病院・相談・サービス情報一覧が行政・センター等にあればよい。	0
30035	疑いのある方への対応・専門受診が本人の気持ちが悪くなると思われるケース等への対応・勧め方等の研修をしてほしい。	0
30038	若年認知症は早期発見早期治療が必要なので、専門医の充実を望む。治療薬の開発	0
30039	病気を発症してからの人生が長いので、自分らしく生きるためにはそのようにすればいいのか、当事者・家族共に考えることの出来る社会があれば暮らしやすいのではないかなと思う。我々支援者も支援者という立場からはずれ、明日自分が、もしくは家族が発症するかもしれないという思いで、この問題に関わることが大事だと思う。	0
30040	一家の働き主の発症であれば、経済的支援策は必要。また、受け入れ先の充実(デイサービス・ショートステイ等)、家族負担軽減も必要。高齢者のデイサービスとは、身体状況が異なり、年齢差がある。(体力的に違う)	0
30041	発症されても、介護認定がとれるまでに、検査等を繰り返すことになり、その間の支援を誰が任うかについての検討が必要。]現時点なら、それを地域包括にという話になるだろうが、3人が予防プラン屋に成り下がらねば日々過ごせない状態で、それを行うことは不可能	0
30042	当センター自身まだ、相談を受けたことがないので、支援に行き詰ったときに相談できる(若年認知症の事例を多く経験した方、サービスの理解をしている方)人がほしい。高齢者と違い、家族としての役割が大きいので、喪失するものが異なると思われる。生活設計を大きく変えることを一緒に考えていきたい。	0
30043	財源を確保し、介護保険以上の対応が出来るようにしてほしい。	0
30044	どちらかといえば地域包括支援センターでは、(若年認知症ではなく)高齢者の認知症に関する事柄に対応する機会のほうが多いと思う。	0
30046	一時的、レスパイトが出来る施設があれば、大分違う。今はすべて精神的 HP をお願いしているが過鎮静になる事が多い。	0
30048	①相談しにくい内容・病気のためか、相談が少ない。②働き盛りの方で、周囲の理解がなく、やめさせられることも現実にある。もっと就労先への教育も大事だと思う。	0
30049	若年認知症の方の対応に不慣れなので、在宅福祉に関わる啓蒙も必要。	0
30051	認知症は高齢者特有の病ではないことを世間一般がしておくべき。偏見や経済的不安に耐える家族の支援も重要。	0

30052	年齢が若いので、家族や、職場の同僚、医療関係者までもが、認知症がはじまっているとは思えずに、早期受診や治療に結びつかない場合が多く、正確な診断にいたるまで、苦しい日々を送る場合が多いと聞く。診断を受けたとしても、周囲の理解不足等から、職場復帰も困難なのが現実。年齢的にも子育て中の方が多いと考えられるため、家族が生活に困らなく、安心して子どもが育てられる、本人も適切なケアが受けられる等の社会的支援・経済的支援が必要だと思う。「若年認知症」を理解するための広報活動等を実施していくと共に、どこにいけば、サポートを受けられるか等の窓口をより明確にして、広めていくことが大切。	0
30054	地域で支えあうような取り組みを推進してほしい。地域の中で暮らせるには、周囲の理解が必要だと思うし、家族のケアを充実させていくことも大事だと思う。	0
30057	若年認知症の場合、レベルも様々であり、社会復帰可能な方から、重度のかたもおられるので、レベルに応じたサービスがあればいいと思う。	0
30058	若年性認知症に対する地域の関心・理解を高めるものがあればいいと思う。働き盛り世代で、診断を受けた人に対する経済的支援・就労支援がもっとたくさんあって、選択肢が増えればよいと思う。	0
30059	①本人・家族への経済面も含めた支援が必要②全国レベルでの、疾病についての啓発	0
30060	相談窓口をうまく設置しなければ、家族が抱え込んでしまう可能性がある。電話相談等、匿名性の高いものがよいと思う。	0
30064	支援する側の人間も、若年認知症のケアに対して自身がないと思われる。どのように支援していったらいいのか、勉強する機会を作してほしい	0
30066	まだまだ偏見が多く社会の受け入れや認知症への理解不足により若年認知症の方や家族が安心して暮らす社会には程遠いと思うもっと、認知症についての理解を深め、地域で安心して暮らせる街作りを目指したい	0
30067	認知症への相談体制の充実が十分ではなく、今後、認知症への理解を深める取り組みが必要。	0
30068	専門医療機関の相談対応を含めた機能を充実させ、本人・家族を支援していくことが大切。	0
30069	当市では、当事者の連絡会が月1回行われている。現在3名の参加あり。介護保険の認定があっても、デイサービス等にはなじまず、サービスを利用していない。支援者側もどのように支援していいのか分からないのが現状。若年であれば、経済的な問題も起きるため、高齢者施策だけでは、対応しきれない。	0
30070	早期発見・治療が出来、進行がおさえられるようになることを祈っています。	0
30073	高齢者施設での受け入れは、本人にも、周り的高齢者にも厳しい状況だと思う。入浴・排泄についても同性介助できる施設が少ないのではないかと	0
30074	認知症があっても生活できる社会になるための、働きかけが重要	0
30075	若年認知症の方と家族を社会が特に身近な地域であたたかく支えていく体制作りを早急に確立していく必要がある。現実、家族の方は、若年認知症の方がおられることをなかなかオープンにされていない。フォーマル・インフォーマルサービスの充実を望む	0
30076	①若年認知症は突発的に自身ではどうすることもできずに進行していくところの恐怖を覚える②発症原因や、その予防策等、一般的に周知させるような仕組みがあればいいと思う③ケアプラン作成については、専門機関・専門職が必要かと思う。高齢者のケアプランを作成する介護支援専門職員とは別の要素が求められる。	0
30078	①実際に相談に来れたことがないため、どう対応すべきか分からない。「認知症家族の会」が行っている集いに参加して、生の声を聞き、相談するのもいい方法だと思う②「介護リフレッシュ教室」をもっと広く周知できる方法を考えていきたい。参加者を拡大することが難しく、この問題でいつも悩んでいる。	0
30079	①若年性対象者が潜在化→顕在化した社会性②発信者も対応者ともに、その方が存在する会社や周囲が地域内で案内して相談できる仕組み。③専門医療職から、地域福祉への発信④医療対応の遅れ⑤高齢者対応受け皿に任せてよいのか⑥就労検診内容の項目(メタボのように)に追加⑦社会保障(年金等)経済面のサポート	0
30081	相談や介護認定において、まだ若年認知症はない状態であるが、もしあれば、どんな支援が出来るのか全くわからない。他市町で行われている支援の状況等分かる範囲で情報提供していただきたい	0
30082	対象のかたの相談も少なく、把握できていないのが現状である。介護認定を受けて、サービスを利用されている方も少なく、支援者側も疾患の理解・事例検討等、研修が必要だと思う。	0

30083	当センターの職員で作成したものがないため、上記 Q6の内容を教えてくださいと思う	0
30117	①早期発見のためのシステム作りは必要だと思う。②かかりつけ医→専門病院への流れをスムーズに行うとともに、かかりつけ医が専門知識を身に付け、継続的に患者や家族に関わって欲しい。	0
30127	若年認知症になっても地域支援、地域の理解により今の生活圏内で生活できるようになって欲しい。そのための公的・インフォーマルなサービスの充実を希望する。本人・家族が悩みを抱える事なく発散できる場所があれば、介護負担も軽減すると思う。	0
30128	あんしんすこやかセンター職員に対しての研修等。	0
30129	・住み慣れた地域で、その人らしく生活していけるように、地域に理解者が増えることが望まれます。その方(ご本人)に残されている健康な部分、今までの生活の中で発揮してこられた力を、地域の中で引き出していけるように支援していけることが望ましいと考えます。・ご本人、ご家族の経済的、先進的支援も重要だと思いますので、制度としても充実させる必要があると思います。	0

7. 若年認知症実態調査 居宅介護支援事業所自由回答 意見・要望・提案

Q7 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等のようなことでも結構です。ご自由に記載下さい。

(取り扱いあり)

ID	記載内容	人数
20002	若年認知症の方が抵抗なく利用できる施設を早急に作ってほしい。経済的支援をしていただき、家族が困窮しないよう、社会的な取り組みをしてほしい	2
20003	高齢の認知症の方とは、ご本人、ご家族ともにニーズが異なるため、若年認知症の方に特化したサービス(通所・入所・在宅での見守りサービスなど)がもっと増えるように希望しています。ご家族が思いを共有できるような若年認知症家族の会の充実が必要と思います。	1
20004	事故などにより高次脳機能障害が残り、身体的には日常生活動作はほぼ自立しておられる方は障害者手帳も交付がなく、家族は生活を支えるのに、精一杯である状態。ご本人は、行くところがなく、家で閉じこもり状態となっている。悪循環を断ち切りご本人、家族ともに希望をもてる暮らしを支援するサービスがあればいいなと思います。	1
20005	研修などあれば参加したいと思います。	1
20008	専門医・サービス提供機関の情報。	1
20025	・若年認知症の理解や対応方法などについての研修をしてほしい。・若年性認知症専門のデイサービスやショートステイなどの施設がほしい。・調査より介護度が決定するまでに症状が進行していることも多くサービスが不足すること多い。進行を見越した介護がほしい。経済的な支援がほしい。	1
20026	・独居の方は、生活を一緒にやりながら、できないことへの声かけ支援をすることで、自分の力を長く発揮していけるのだが、介護保険では施設に入るという選択しかない。・若年認知症だけでなく高次脳機能障害の方の支援についても考えてほしい。	1
20027	介護保険の枠組みからはみ出す面があり、むしろ障害サービスの考え方で、制度利用できたらよいと思います。元妻の店の前を行ったりきたりがありました。また、住宅の廊下で排尿をしてしまい苦情の心配もありました。周囲にどれだけのことを伝えられるか、理解を求められるかも難しいと感じました。	1
20028	夜間奇声をあげたり、ウロウロ落ち着きなく動き回るなどの問題行動のある方が、一般のショートステイを利用することは困難であるとは理解していますが、「そのような方は精神病院へいかれたらどうですか」と施設職員に言われるたび、どれ程、ご家族がつらい思いをしているか・・・やはり現状では、薬剤で静かにしていただく以外受け入れてくれる施設はないのでしょうか？認知症対応デイ言ってもまったく通常規模と変わりなく、単位数ばかりが高いようにも思います。家族のためにも安心してお世話して下さるところを作ってください。	1
20029	若年認知症対象の通所施設があっても良いのではと思います。	2
20030	地域ぐるみで見守り連携していけたらいいと思いますが、1個人のケアマネから発進していいものか否か、また家族様が、あまり公にしないしてほしいと望まれている場合どうすればいいのか悩んでいます。	1
20031	地域の受け入れ態勢ができておらず、悪化(逆行)してからの対応は難しい。定年前から様子を見ていれば、検討がつくものであり、少しの「あれ？」に気をつけていける地域づくりが必要。例えば、50代前半から片付けられない、物を捨てない＝仕事が忙しかったため、年をとってきたためと解釈していたため実際は前頭側頭認知症であったとゴミ屋敷になり初めて診断された。個性か病気か判断は難しいため、民生委員、見守り推進員(高齢者限定fr訪問できない)の地道な訪問(地域住民の情報は得られる。)が地域包括・区・市へつながっていくよう期待しています。専門医、受診も抵抗なくうけられるよう。	2

20032	働きたいとの希望がよくあるので公的な情報がほしい。また、紹介してもらえる組織的なところがあればよいと思う。ちなみに私が相談したときは、ハローワークの紹介をうけました。しかし、ハローワークにお世話になるだけの回復はこの先見込めるか分からないため現在では就労していません。	1
20033	若年認知症の方のみの利用施設があれば(利用部分)本人・家族も安心できるのではと思われる。	1
20034	介護保険施設は高齢者が多く(当たり前ですが)本人や家族の抵抗感が強いので、サービスの提供が困難です。	1
20036	若年認知症の人が利用できるサービスが現実的に少ない。(デイにしても年齢層が違う。)サポートがあれば就労も可能と思われるが、サポートしてくれるマンパワーがない。例えば、シルバー人材センターで働くにしてもボランティアで、物忘れをサポートしてくれると就労できるのだが・・・ボランティア活動をするグループの立ち上げも必要と思われる。社会参加への機会、得意とすることが発揮できる・持っている力をみとめて活動できるようにグループを組織していくこと。	1
20037	経済的な理由で家族は仕事・介護・家事など大きな負担を強いられているので、生計中心者が発症し、仕事ができなくなったときのために、経済的支援は大変重要だと思います。自立支援サービス、介護保険サービスともに若年認知症に対する支援の方法を学ぶ機会を持てほしい。	2
20038	特疾のように、24時間の付き添いが必要であり、同等の保障がほしい。	2
20040	アンケートを通して私たちがまだまだ勉強不足だと感じています。研修などの機会があれば参加していきたいと思います。	2
20041	既にあるかもしれませんが、若年認知症者の集まり、活動など広く県民に知ってもらい、誰もがしやすい世の中になってほしい。	2
20044	介護者の年齢も若く、老年介護のケースを支援する時のように背かつ支援を必要とすることが少ないように思います。あくまでも私たちが関わってきた事例から判断したことですが、介護負担をどう軽くしていくかに焦点をあてていただくことを考えていただければと思います。(先が長いので、途中で介護者が倒れたり、燃え尽きてしまうことがないようにしていただければと思います。)	3
20045	本人・家人の不安を解消できる町づくり。予防のための健康づくりが必要。	1
20046	歩行など動作や外見が健康的に見える為、認知部分とのギャップが大きく、周囲の理解が得られにくい。できるのにしていないと勘違いされてしまわれ、協力が得られず困っておられるケースがあります。	2
20047	ご本人が施設などの環境に慣れていないため抵抗などがあり大人数の職員の対応となり、介護負担が憎悪したり必要な援助ができない。そのために、次回より受け入れはできないと施設側より返答あり。施設利用などが制限され家族の負担は過大となる印象を受けました。	1
20050	若年で発症するため、家族は、介護に対する不安に加え経済的悩みが大きい。経済的支援があれば、入院や介護サービス利用が行われ、家族の負担が軽減すると思われる。	1
20051	経済的な自立ができるよう、就労の場合など充実したら良いと思う。	1
20052	高齢者対象と別の利用施設の設立を望みます。＊居宅介護支援事業所は2008、4～設立、2006、8からの居宅サービス事業所で該当事例が有ったのでⅧにてお問い合わせしたところ、居宅サービス事業での事例で回答するようにと指示をいただきましたので送付いあつしました。	1
20053	若年認知症の支援として、グループホームができて、家族が安心して介護を任せられた側からありがたい施設と感じています。ただ、経済的に困窮している世帯では入所できません。生活保護を受けてくれるグループホームが少なく、申込者が非常に多いため、抽選や面接などがあり、なかなか入所できません。グループホームの生活保護者の受け入れについて各施設何名という規定などがあればよいと思います。また、年金額 9～10 万円/月の方も利用できる養護老人ホームが若年認知症の方々の支援に現在も貢献されていますが、ケアハウスにかわっても、低所得者の利用できる施設を残してほしいと願っています。若年認知症の介護は家族だけでは、365 日何年も続けることはできませんので、社旗の理解と資源を整えてレスパイト・ケアのある地域になってほしいです。	1
20055	若年認知症の人・家族が生活するには、地域の理解も必要に思います。地域のかたがたにも若年認知症の病気について知って頂けるような活動が必要ではないでしょうか。	1

20057	障害者支援サービスを今以上利用できるようにする。どちらかというと介護保険は高齢者の支援で通諸兄サービスなど他の利用者とコミュニケーションが図れない。同じ年代のかたがたと利用できるサービスが障害者支援には限りがあり、困難となっている。	1
20058	経済面での支障が大きい。障害者年金しか頼れない。また該当しないといわれたら収入0。体力的には、問題は少ないがBPSDで家族や周囲の人は困っている。少しでも進行をおさえ、安全に生活してもらうため、介護限度額は初期から要介護2～3割程度ほしい。個別対応が多く、デイサービスやショートステイ(既存のもの)ではあわないことが多い。認知症対応デイサービスは単位が高く、個人負担が大きい医療も特定疾病として認めてほしい。	3
20059	若年だけでなく、認知症に対する理解は十分とは言えず、医療・介護の従事者においても不十分な状況だと思う。	1
20061	相談体制の充実や経済的な支援の充実をいってほしいです。	2
20063	若年認知症の診断を受けたご家族にとっては、大きなショックであり、受容に時間がかかり、否認・怒りが当初見られます。利用者又はご家族の状態に応じた適切な介護、非薬物療法、生活環境が提供されねばならず、そのためには多職種、多施設間の連携を密にし、迅速な協力、情報交換が行われる体制の整備が必要です共通の知識、普段からの連携、共通の志を持ち相互の理解と尊厳の念を抱くことが大切です。	2
20065	認知症専門医がいないため、病院(入院)や施設が変わるたびに環境が変わり、薬の処方方も変わる。利用者や家族にとっては長いスパンで治療・介護を受けられる施設・主治医があれば良いと思います。	1
20066	若年に限らず認知症に対して専門職は具体事案を発表する場をもち、多くの情報をもつべきと思います。当社も、7名のケアマネがおりますが、うち2名が看護師、5名が介護福祉士で中には認知症ケア専門士・社会福祉士などの勉強に励んでおります。	4
20067	被扶養配偶者が若年性認知症になった場合の収入安定策として障害基礎年金が考えられるが、受給までに時間がかかりすぎ、その間の介護サービスの利用を制限せざるを得なかったことがある。	3
20072	サロン風・レストラン風・スポーツクラブ風といったような若年層が納得しやすいデイ施設が必要。	2
20074	若年認知症の方が利用できるデイサービスの充実を図ってほしい。	1
20075	今の訪問介護では、徘徊に対応できず、デイサービスも高齢者ばかりで、あうところがありません。市や包括でも相談しましたが、結局家族が対応し家族の負担が増えるばかりです。家族の方の認知の受容が難しいのは当然のことで、社会制度が支えていくのが有るべき姿と思いますが現実にはまったく支援ができていないです。若年認知症にあうサービスの充実を強く希望します。	1
20076	精神疾患に関して、近所に知られたくない。専門病院に対して一般的見方が悪く(薬付け、格子の部屋、拘束・・・)受診拒否がある。家族の思いとして本人は何も分からないから家で家族だけが振り回されているとの考えから家に閉じ込めてしまっていることへの対応に難しさを感じている。	2
20077	若年向きの施設整備。地域包括が主体となった地域への理解を広める活動。若年向きサービスの導入。	99
20078	家族も若く、先への不安が強い。家族・本人共に精神的フォローが重要である。	3
20079	若年性専門のデイサービスなどが設立されればご本人さんも抵抗無く利用でき、サービス内容なども充実し、進行の予防などにも役立つのではと思います。ご家族さんが認知症を理解できるように日曜日などに講演会など各市単位でしていただければ参加しやすいと思いますが。	1
20080	認知症利用者に対する幅の広いサービス対応ができるようにしてほしい。(例:ヘルパーによる話し相手や見守りなど・・・)	無回答
20081	家族の介護負担、疲労などがあり、自分が妻を介護しなくてはならない、誰も助けてくれないなどなどの思いが強く、介護サービスを利用するが、夜間までは困難。ショートステイ利用は両方利用者の拒否が若年であり、扶養等の高齢者との利用に対して疑問がある。「なんでおじいちゃん、おばあちゃんのところに行かなあかんの？」等。グループホーム施設のショートステイを考えていただきたい。現在の小規模多機能入所(利用)は泊まり日月の制限がある(施設側理由)家族対応にパニック状態となった際の受け入れに困難を感じている。地域関係者、精神科主治医との連携を図り、支援を行う中で傾聴プラン提供を守っているが支援者支援の困難に日々不安を感じている。	2

20082	家族が働き盛りのこともあり、介護と仕事との両立の困難さや経済的な問題も大きい。又、20～30代の子どもが、介護者である場合、現実的には失うものも多く、精神的なフォローがより大切になると思います。地域で開催される認知症の家族会では、高齢者の介護が多く、抱える問題も異なると思います。若い世代の介護者の問題に目を向ける必要があるのではないのでしょうか？	1
20084	ご本人が若年の場合、本人の親も高齢で要介護の場合があり、介護者であった本人にも介護が必要になるという二重の苦しい状況に陥れられる。グループホーム(若年対象)があればと思う。	1
20085	若年認知症の方を受け入れる施設の充実と介護職員の知識、利用する人もすすめる側も現状では躊躇することが多い。	2
20087	家族が隠したがるので対応が遅れてしまう。また本人は体が元気なので動きたいが、デイサービスに行って作業するくらいしか現状ではできない。医療と活動方法の開発に期待したい。	1
20088	家族間での関係性が、本人の進行に大きく関わってくると思われ、介護者である特に夫婦どちらかが介護に当たる場合(それまでの夫婦関係が問題となってくるが)介護者への支援が必要不可欠。家族会や経験者(ピアカウンセリング)の場への参加、充実が必要ではないかと思われる。	1
20090	若年認知症の方は入所にしても入院にしても受け入れが限られてくる、そのため在宅でも落ち着いてすごすことができないなどの障害が出てきます。在宅で落ち着いてすごせるまでの薬の処方や治療法確立までの入所・入院施設が充実すれば在宅での生活維持が可能になるのではないかと思います。	1
20093	上記の方は、近隣の人にも、家族が伝え見守ることができているが、若いので家族は隠している方が多いのではないかと(又、近隣との付き合いがない)一人で留守番はできるが、何らかの地域の見守りが必要な人もあると思うので、地域のかたがたの認知症に対する理解を深めていく必要があると思う。	1
20094	医師への受診時に適切な相談窓口を紹介し、早くに支援や相談の受けられる体制をとってほしい。家族・本人が納得のいく説明を初期に正確にしてほしい。	1
20095	専門病院とワーカーが必要だと思います。家族にそしてその周りの人に教育も必要だと思います。前兆が出ればいつでも入院し、治療を開始し、というシステムがきちんと確立されれば突発的な時は別として受け入れ可能な所は介護保険でもできると思います。それを“隠したい”“うそだと思いたい”という所で受診が遅れてしまい、症状も進んでしまうのではないのでしょうか？	1
20097	区役所の保健師が減っており相談や対応の窓口が少ない。高齢の認知症も同様であるが、病院や施設への入所が非常に困難となっており、家族のレスパイト対策必要。	3
20098	若年認知症の認識をもっと社会へ広げてほしい。正しい知識を広めることを活動希望する。	1
20099	岡山県にピック病専門のグループホームがあるようですが、やはり専門に関わる医師の力がなければ困難なように若年認知症の支援にしてもしっかりサポートして下さる医師と専門のグループホームが近くに必要です。	2
20100	家族の生活そのものが成り立たなくなってしまうだけでなく介護負担も経済的な負担も大きくなる。若年認知症の人のための施設も少なくその人のため又家族の思いを考えると高齢者のサービスとは別に考えていく必要があると思う。	1
20101	徘徊の付き添いを介護保険でも認めてほしい。	1
20102	就労先(受け入れ先)をどんどん開発してほしい。(障害者雇用も取り組んでない現在難しいかもしれないが)家族への経済的支援。	1
20103	地域で積極的に関わってくださる医療機関や施設などの情報。	2
20105	対象者が少なく、支援側も対応に困る。(どのように対応すればよいのか分からない。)家族も本人も若いと傷つきやすく、フォローが大変。家族も支援者も病気に対する理解が必要と思われるので研修をしてほしい。	1
20106	経済的支援策は充実すべきと思うが、個々の経済状態に差があるため正しく利用するためには、病気についての知識を広めることが大事に思われる。研修等をひらく場合病識だけでなく、発症して生活はどう変わるのか？かかる医者具体的な例(地域ごと)、対応の仕方、使える公的資源などを伝えるべきであると思う。	1

20107	市によっては、見守りサポートなど長時間のサービスをしているところもあるが、利用についても厳しい制限がある。若年者にかかわらず認知症の方にしっかりサポートできる体制を作って欲しいです早急に。	2
20108	若年認知症の方が集まるサービス(デイ・ショートステイ)を増やして欲しい。	2
20109	老人とのまじわりは双方に無理が生じる。安心してくつろげる・軽作業ができる場が必要。可能な限り社会参加ができるよう、又、本人・家族の不安感が軽減できるよう細やかな対応のできる担当が必要と思う。(保健師などリーダーを決める。)	1
20110	働き盛りで発症し、進行も早いので、家族の精神的・経済的負担が大きい。進行して周辺症状がひどくなれば介護保険サービスも利用しにくくなるなど対応が困難となる。家族の精神的負担を軽減するための相談窓口など施設の紹介やストレス解消の対策などアドバイスを受ける専門的な機関があればと痛感した。	1
20111	集える場所が欲しい。(閉じこもりの生活になっているため。)家族を支える場、機会を作って欲しい。	1
20112	障害施策でも、介護保険でも、受け皿が乏しいし、あっても現実的には利用しにくく、役に立たないことが多い結局本人・家族が抱え込んでしまうことになっている。せめて専門医のかかわりがもう少し強化できればいいと思う。	1
20115	在宅で介護していこうとすれば一人にしておけないので長時間対応の見守りヘルパーもしくは通所系サービスの充実(例えば長時間対応のデイなど)が必要と見える。若年性認知症で暴力行為や徘徊などがあれば対応できる施設(介護保険対象の)もほとんどない状況である。	1
20117	65歳以上の高齢者と同じ制度・同じサービス利用は、限界があるのではないかと。介護者が親の場合、親が倒れたら誰が介護するのか?後見制度利用も費用が必要なため提案しても経済的理由でみな利用できない。	2
20119	専門医(かかりつけ医)の充実、研修の充実、地域社会への理解の充実ができる仕組みづくりが必要。本人・家族の問題などに十分対応できるほどのスキルがみについていないと思うので学ぶ機会が継続的に必要。サポートできる人材の育成が必要。(障害施設について、経済面のフォローについて、本人や家族の精神面への理解とフォローの仕方など)若年者が利用できるサービス(その方たちのデイ等)があれば。	2
20120	特に他の介護利用者に比べ若いので、デイやショート等のほかの高齢の方たちの人中ではなじみにくい。若年の方たちの事業所をもうける策はなかなか難しいと思いますが、何か進行防止、向上につながるような、若年でも違和感なく利用できるような策があればいい。	1
20121	症状の進行が早い人へ在宅での適切な介護を提供しようとする、長時間の個別対応をすることになるが、介護保険では難しい。家族も若い世代なので、周りの方も含めた相談・支援を求められる。	2
20122	若年性認知症の診断が出た時点で専門医サイドからのアプローチが欲しい。家族への十分な説明も必要。精神科の訪問看護師の派遣を介護サービスの枠外で(医療保険又は行政負担で)行って欲しい。要介護5の1割負担=35800円が払えないために介護サービスを使えない人は多い。	1
20123	サービス利用以外の時間帯、家族を含めての支援体制が地域でも欲しい。地域の方向けに理解を深めていただくための研修があれば良いと思う。	1
20124	気軽に受診できる「物忘れ外来」があれば症状が進行する前に多くの人が受診できるのですが。早期の受診は現在では困難です。若年認知症専門医や相談窓口が欲しいです。	2
20125	今回みていたケースの方は経済的に裕福であり、家族の絆が深く、夫婦(当事者含む)とも医療者であり、環境的にも良い状況の中、支援できていた。現在も進行中だが、今後進行する症状をどれだけ家族が受け止め改善というよりは対応していけるかが課題である。家族も、またその方々をとりまく環境の社会としても症状の受け入れをし、地域で支援していくことを考える。	1

20126	家族も働き盛りである。介護のために職場を放れると収入は絶える。サービスの割負担は良いがホテルコスト、会費の実費はかなりの金額になってしまう。定年間近まで働いていた方にとっては、減免は効かず年金待機者である本人の支援はともかく家族の生活体制の支援までは援助者としての負担も大きい。介護保険のサービスだけでは支援は困難である。家族のレスパイト目的の入院・入所ができれば少しは楽になるのではないかと考える。＊今回のケースは妻も長年フルタイムで働いていたため妻が定年を迎える2,3年なんとか続けたいと希望があり、経済的になんとかなっているが・・・就労されていない妻の場合を考えると経済的支援策は欠かせない課題であると考えます。	1
20127	グループホームのようなアットホームな環境で医療面が充実した施設が欲しい。若年認知症の方だけのデイサービスが欲しい。	3
20128	ご本人はもちろん家族の負担も非常に大きく内容も深いだけに気軽に誰でも相談できるものではないと思います。専門の相談の方との関わりができれば家人の閉ざされた思いも少しは・・・と言う気がします。相談体制の充実が図られればと思います。また認知症対応のデイなどもまだまだ数が足りていません。担当の〇〇さんのようにデイにいても年数の違いを訴えられる方もいます。若年認知症対応の施設などもできれば違和感なく利用ができるというケースもあると思うのでそのようなデイサービス・入所施設もあればいいと思います。	1
20129	認知症という診断名が出ていてもなかなかグループホームへの入所も難しいです。高齢者とは違って、本人もふと、我に帰ったときに回りは高齢者ばかりだというあせりがあり、家族が説得してもなかなか受け入れられず、又、ご家族にも年齢的に差がありすぎて、話し相手にもなれないと不安があるようです。若年認知症の方が受け入れる(受け入れてもらえる)施設があれば良いと思います。	1
20131	認知症対応型の通所介護を増やし利用しているところでショートステイの利用ができるようにしてほしい。	1
20132	経済的な事、介護保険の該当疾病にあたらぬ認知症状についての介護・介護者がいない独居など、保険のすきまに入り込んだ方は大変だと思います。	1
20135	若年認知症の家族の会などを作り共有すること、同じ悩みを抱えていること。介護している家族との交流が必要と思われます。地域包括支援センターなどが中心となりサポート体制の確立、デイサービスも同様で同じ若年認知症の人たちだけの利用日等設定していただければありがたいです。	1
20139	なぜ若年認知症になるかの、原因を早くあきらかにしないと、これからどんどん増えると思われる。食事なのか、生活習慣なのかだけでも分からないかと思われる。介護保険対象者と見ることに誤りがあると思う。本人や家族の先々の生活支援につながるリハビリや就労先を検討して欲しい。	3
20140	近年になって映画などで取り上げられ地域の人たちの理解も出て民生委員や高齢者支援センターのサポートを受け在宅生活が継続できた。周囲の人々の理解や協力がなければ家族が孤立してしまう。疾患への理解への働きかけを行い若年性認知症専門のデイサービスやショートステイが増えることを希望します。担当したケースは夫が定年退職するまで在宅生活が継続できたが、経済的支援がなければ住み慣れた自宅での生活は困難と思われます。	1
20141	家族の会の充実。相談体制の充実。家族への支援が重要と考えます。	1
20145	本人に対して周囲の人の温かい見守りが最も重要。血のつながりのある人との同居はいろいろな面においてトラブルは少ないが、他人との同居はいくら病気の内容を理解していても先が長く、トラブルも発生しやすいと考える。たとえば夫の母など同居するケースも可能性がある。もっと地域的に相談できる場を設けたり、介護負担軽減の為に施設を増やすべきである。	1
20147	年齢が若く、身体的には元気な人が多く、長い関わりが必要なため、担当ケアマネ以外の若年の方対象のサービスや相互支援バックアップ体制が欲しいです。	2
20148	介護保険外のサービスを充実してほしい。(見守り。趣味などに参加時の同行)高齢者と一緒の同様サービス(例えばデイサービス)は体力がある若年の人には対応できない。高齢者と一緒のサービスでは、残存能力に応じたサービス提供困難な状況である。	1
20151	医師特に地域の医師に認知症の理解、対応の知識を研修などでお願いしたい。今回はかかりつけ医に知識があったので助かった。専門医との連携も取れた。若年性の人のためのサービスを充実してほしい。	1

20153	若年認知症ではないが、第2号被保険者が介護保険サービス利用する運びとなっても、80歳～90歳の高齢者と一緒の施設サービス利用は浮いていると思う。若年者向けのサービス(新たな)があってもいいのではないか。(過去3名程担当したが結局サービス提供内容がともなわなく、反対に自分も年寄りの仲間入りかと落ち込み精神面が一となり継続利用に至らなかったことがあった。)	1
20155	当事業所に勤務しているスタッフが若年認知症です。出きただけサポートして勤務していただこうと思っていますが、初期の場合、出来ることはまだまだ可能な部分とそうでない部分があって認知症の理解は充分しているつもりですが、業務を続けていただくことに迷っています。このような事業所相談に乗ってもらえる機関や事例を知りたい。	2
20156	高齢者の認知症は一般的に認識度も広まってきている。(受け入れられるかは別)が、若年認知症については家族も意識が薄く、気づくのが遅い、感情の起伏が高まり手に負えなくなつての受診や相談が多い。何らかの検診によって早期発見が出来るようにしてほしい。そのためには相談体制の充実が必要。(気軽に相談できる機関)	3
20159	現在、宅老所でアルツハイマーの方(上記の方)の利用が続いております。出イサービスが終わり、自宅に戻っても、不穏になり「帰ります。」と険しい状態になった場合、又、主人によって宅老所へ連れ帰られることがしばしばあります。でも状態が落ち着きますので、いつでも帰ってこられるように開放し受け入れています。このようないつ何時でも自由に飛び込む場所があれば好きな在宅での生活は続けられると思います。もっと、もっと、このような宅老所が増えれば可能だと思います。	1
20948	介護者・家族の負担が大きい。若いので現状維持のみでなく可能性は大いにあると思う。訓練施設等近くにあれば・・・	1
20949	ご本人は仕事をして報酬を得たいという気持ちがあり履歴書を購入して何とか記入し面談に望むが就労に結びつかないでいる。	1
20950	若年認知症の方に対して通所サービスを組むのに困ってしまう。高齢者と同じデイサービスでは、一人浮いたようになっている。本人も違和感がある様子であるが、今の現状ではしかたないのかとも思う	1
20980	家族支援のための施策が必要。	1
20981	家族を含め社会全体が若年認知症である方に対して無理解で対応がぞんざいである。若年認知症の方を個性をもつ人間として認める社会作りをしてほしい。	1
20996	若年認知症に限らず福祉全体の問題として支援する側・される側双方が充実した生活を安心して送ることができる体制づくりが大切なのではないでしょうか。働きたいがそれだけでは食べていけない程の賃金であつたりサービス利用の負担全額が増える一方であつたり政策を考える人は金銭感覚がずれているとしか思えません。このままでは人材がどんどん減るばかりでしょう。福祉職、介護職の社会的地位の向上を切に願います。又従事者のレスパイトも必要だと思います。	1
21006	気軽に集う場があり、心許せる所で見守りができ、一方、当事者の関係する人達との連携が出来れば、精神的にも落ち着いてくるのではないのでしょうか。	1
21007	高齢者に対する施設(デイサービス、デイケア、ショートステイ等)を利用していただくことは、若年認知症の方にとっては苦痛であることも考慮し、若い方でも安心して利用できる施設を作っていただきたい。	1
21012	認知になっても集えるサークル。就労できるところを増やして欲しい。	3

(取り扱いなし)

ID	記載内容	人数
20200	心療内科のほうでも若年認知症についての理解が不十分だと感じるがあります。	0

20201	以前受け持ったケースで①子どもが高校生だったため、認知症と受容できず介護に対する協力が乏しかった。家族支援はどのような段階で行うかケアマネだけでは難しい。②経済面で教育との関係上家族の不安が大きく、又、それよりストレスによる虐待的行動も発生しかねない状況も起こる可能性。③社会に知られたくない心理状況があり閉じ込めようと施錠し次第に食事も満足に与えないような環境を行政に報告しただけでよい結果は生まれるのか？	0
20203	生きがいとしての仕事があることと経済的な支援が最重要と思います。しかし、現在の社会情勢ではとても困難です。	0
20204	家族の状況や本人の認知症進行の具合を勘案し、介護保険の進行に制約されてないサービスの組立が出来ればありがたいと存じます。	0
20205	相談窓口の充実。	0
20206	上記Q5にも記載しましたが、働き盛りの対象者に関しては、その家族の経済支援も視野に入れておかなければ、家族、家庭の崩壊も必至です。また、本人、ご家族の経済支援の面からも生活支援金の貸付制度や発病時の一時金支給などの経済支援がもっとも重要と考えます。さらに経済支援を受けつつ、若年性認知症の方が、もっとも安心できる存在であろう家族支援の継続がもっとも重要であると考えます。また専門医によるアドバイスや自宅訪問による指導。困ったときにはすぐに駆けつけてくれる身近な人（機関、サービス、ネットワークなど）の存在。時には自宅を離れゆったりとした時間を過ごすことができる転地保養などの仕組みがあればよいと考えます。	0
20207	国が若年認知症の理解をし、本人・家族に必要な援助をしていく。	0
20208	窓口はどこで？専門医が少ないなど。	0
20210	若年認知症になっても安心して暮らせる地域づくりや抵抗なく利用できる施設やサービスの充実が望めます。老人性認知症サポーターの様なインフォーマルな分野で活動できる人や理解者を増やす。	0
20211	直接支援させて頂いている方はありませんが、若年の方のご家族が外部に知られたくないという思いを持っておられるため、支援するときにとまどいがあるという方のお話をお聞きます又、施設も高齢者対象が多いため抵抗を持っておられるとの事です。	0
20213	マスコミなど通じて知識を持っている程度で、あまり身近に感じる事が出来ないの、実際には戸惑うと思います。	0
20214	若年認知症の方をはじめ脳梗塞の後遺症などの病気で介護保険の認定が下りている方(第2号被保険者、第1号被保険者)なら誰でも抵抗なく利用できるサービスを整備してください。障害者施策の併用など。	0
20215	専門医が神大HPなど大きな総合病院となるため通院にあたり移動や待ち時間など家族の負担は大である。また病院に連れて行けない場合もあるので精神科で往診に来ていただけるドクターが欲しい。	0
20217	若年性だけに限らず、認知症の人は地域での支援がすごく大切だと思うので、もっと一般の方への啓発と又、家族の負担軽減をどうしていくかが大切だと思います。	0
20218	若年性認知症を受け入れてくれる質の高い就労先を大量に作ってゆく。もしくは受け入れることでのメリットや優遇処置を設けてはどうでしょうか？	0
20219	福祉医療が一体となって近所などの理解も含めて話し合いの場を作る。	0
20220	若年認知症の方の介護保険で利用できるサービスがありません。若い方が利用できるデイサービスができればと思います。高齢の方ばかりでなじめないようです。	0
20221	若年認知症専門の施設やサービスの充実が必要であると思われる。	0
20222	すべてをケアマネジャーの支援ではなしえない。行政及び医療機関の受け入れの充実を求めます。	0
20224	専門職に情報提供する機関・窓口があれば良い。	0
20225	対象者をとりまく方に理解してもらうのが難しいのでは・・・	0
20228	若年認知症という病気のことを広く知ってもらうことで本人・家族が早期に気がつき治療を受けられると思います。また閉じこもり入院する以外に方法がないような状態になる前にいろいろなサービスを利用し生活していけるようになるためにも後方は必要と考えます。	0

20229	デイサービス・ショートステイなど対応して欲しい。	0
20231	若年の方が社会生活を続けられるように支援が必要。	0
20233	医療機関・施設の確保・従事者への研修が早急に必要ではないか。	0
20234	国家の福祉に対する考え方を変革しないと思う。経済政策がついていかないと充実はできない。道路や建物に国がお金をかけるより ももっと違うものにお金をかけるべき。	0
20238	認知症の方に対する介護認定の高めの設定。介護保険の単位の加算制度（DLがしっかり認知症の診断をつける。）	0
20240	本人をとりまく家庭環境や経済状況、介護者についてなど。難問はかなりあると思います。社会全体が病気のことを理解して自立支援制度や経済的な支援策を考えていかなければ個人で問題をかかえるには大変だと思います。	0
20241	経済的支援など、有効な社会資源などのパンフレット作成などが出ると良いと思う。	0
20243	進行に伴い状態の悪化に対応できる専門とまでいなくても受け入れ可能なデイサービス・ショート の充実を希望します。	0
20246	若年の場合サービスも充実してなく閉じこもりになりやすい。年齢的にも家庭を支えている人も多い はずで経済的支援も必要になるのでは。	0
20247	その人の持てる力を出せる場所が欲しい。その人の友人・親戚・近隣の人たちなどの連携をとり心 穏やかに過ごせる日を少しでも長く。	0
20249	介護者である親が高齢な場合が多いので自分が先立った後の不安が大きいと思われる。サービス の充実・相談体制の充実が必要である。	0
20250	日々の業務の中で(追われて)若年性認知症についての勉強も出来ずにいます。研修等、たびたび 機会を作っていただけたらと思います。	0
20252	最近ショートステイを依頼しようとしても「問題行動のある人お断り」「胃ろうの人お断り」など本来のシ ョートの意味がないような状況であります。家族を支えるためもっと社会の理解と休息のための受け 入れ施設の行き届いた体制が必要だと思います。	0
20253	家族の支援も大切な点だと思います。地域の理解をはかり、家族が孤立しないような働きかけも必要 ではないかと思います。	0
20254	まず「気づき」が難しいし、本人や家族の受け入れがもっとも困難な気がします。「最初の一步」でし ょうか？働き盛りの男性の場合は「経済的な問題」がネックになりそうです。	0
20256	サービス利用の拡大が認めていただければよいと思います。	0
20258	講演会・情報交換会開催をお願いしたい。	0
20259	認知症も精神障害年金の手当てがあればよいと思う。専門医療機関や身近に相談できるかかりつ け医やシステムの充実があればいいと思います。	0
20261	若年認知症でも生活していくのだから就労先が理解し仕事に就くことができればと思う。	0
20263	働き盛りの時期でもあるので経済的支援策が絶対必要と思います。	0
20264	以前に相談があり、身体的には問題がなかったので作業所に紹介しようとしたが送迎がなく利用が 出来なかった。その為、自宅から一般のデイサービスを利用、又は訪問でOTに自宅に行って頂き 対応した。(OTによると本を読む、本を写す、プラモデルを作るなどしていたとのこと。)現在は57歳 で死亡されましたが当時もう少し施設があればと思うと残念です。	0
20266	家族・地域の理解を深めるためにテレビ・新聞などで取り上げたり、広報活動が必要と思う。	0
20268	専門医との連携が密にできるようにしてほしいのと入院施設の充実。	0
20270	専門医療機関、専門医に相談できる体制を作って欲しい。介護者の負担を軽減できるような体制 作り。	0
20272	できるだけサービスの選択肢を増やすことと量の確保。地域で支える活動のネットワーク作り。	0
20274	まず、経済的支援が大事だと思います。	0
20275	相談があった場合、近隣に相談できる専門医療機関がありません。主治医と専門医の連携が早期 発見、治療につながると思います。	0

20276	映画が話題を呼んだのを記憶しています。そのような報道も不可欠ではないかと思います。	0
20277	周囲の人の理解を深めるためには若いうちから誰でも発症の可能性のあることを知っておくことが大切である。このためには、学校などでも理解を深める取り組みが必要だと思う。	0
20278	例えば障害者向けの小規模作業所のようなモデルでの就労先の確保(しかし可能な限り最低賃を保障)	0
20280	まずは理解することが大切と考えます。病気について知る事から始める。家族、地域、住民、職場、行政、社会全体で支える仕組みが必要だと思う。暮らしやすい環境づくりに全体が取り組むことが急がれる。人は一人では生きていけない。弱者、障害になっても人として生きていける仕組み、環境整備、(思いやりのある、支えあえる)場を提供、昔の環境、昭和30～40年代ごろの体制、地域環境が良かったように感じます。	0
20281	家庭内での役割が大きいはうほど問題も大きいと思われます。経済・人・精神的なサポートにより、家庭機能を支える必要があると考えます。子育て世帯なら保育所、学童保育の優先入所、働き盛りの方が発症されましたら経済支援が必要だと思います。具体的に年金のような型か手当の型かは分かりませんが。	0
20282	働き盛りの年齢に発症され病名が確定するまでの大変さを思うと相談機関の充実と社会資源の整備が早急に必要かと思います。	0
20283	家庭をもっているかどうか、家族状況によって支援状況が大きく異なる進行性であること、将来予測がつかず、精神的なケアも含めると支援する側の負担も大きい。社会的な受け入れ場所の体制が早くできると良いと願う。	0
20284	身体的に重い障害を持っているのと同等の手厚い支援が必要だと思う。	0
20285	若年認知症理解を深めるため公的な機関で取り組み対応をはかってほしい。	0
20286	「ボケたら何も分からなくなって楽よね」ということばをまだまだ耳にする。決してそんなことはなく健康な人よりもずっと苦しんでいるということを多くの人に知ってもらいたい。わけがわからず問題行動があるわけではなく、本人なりに理由があつての結果だということを知り、一緒に考えられるような体制が一般的になってほしい。	0
20287	理解のある受け入れ先(事業所)・専門的な知識・研修の取り組み。	0
20289	かかりつけ医が症状からの確に判断し、専門機関を紹介して早期に診断できることが大切だと思います。「認知症」といっても様々な病気が原因となっているので、正しい診断名を知ることで家族やご本人も行動などへの理解が出来て対応の仕方も分かると思います。	0
20290	体はお元気な方が多く認知症の方でも労働できる環境づくりや就労支援が必要かと思います。働き手を失うことによる世帯への公的な経済支援や繰り上げての年金給付等。	0
20291	若年認知症は高齢者の認知症に比べて体が元気な場合が多く介護期間も長くなるため家族の介護負担も大きくなる。ショートステイや老健など入所サービスをうまく使って気分転換をはからないとともだおれになることも多いと思う。在宅サービスでは限界があるので施設サービスの充実をはからないといけないと思う。	0
20292	たまにですが、知人の親族の中に「少し変な行動が・・・」等聞くことがあります。福祉の仕事をしている方が家族のなかにいれば対応は早いと思いますが、知識がなければ、対応はとても遅くなってしまいうしろ、家族の気持ちの受け止め方も違うと思う。社会全体で理解を深めることがとても大切だと思います。	0
20293	サービスを利用するにあたり高齢者ばかりでこんな年寄りばかりのところで！！と利用のとり入れが難しい。	0
20294	ご家族の方の支援方法の勉強会(研修会)なども開催してほしい。家族会などの後方支援(広報など)の充実。	0
20295	介護者も若く、仕事などがあり介護にあてられる時間が限られると思います。その中で、その人らしくくらしせるには何が必要なのか・・・考えていく必要があると思います。	0
20296	受け入れ施設充実が望まれる。	0
20297	家族の負担(介護者)が大きい。若年の方であれば相手の方も仕事をされている場合があるため、作りやすいサービス料を広げてはどうでしょうか。	0

20299	若年に限らず70歳までの比較的若い方の認知症の利用できる制度が少ない。高齢者の中で孤立している。	0
20300	周囲の無理解が支援の弊害とならないように皆が正しく理解できる社会であればいいなと思います。	0
20301	地域の理解が大切と考えることから地域住民への研修会。認知症が早期に正しく治療できるようにするため医師の理解と対応。家族へのサポート体制。	0
20304	専門のデイサービス(デイケア)の充実。自立支援サービスの充実。子どもさんも小さい(教育費などかかる)ため経済的支援策の充実が必要。	0
20305	夫が疾患した場合、経済も断たれたため、どうしても妻が働きに出なければならず、仕事と介護の療法であまりにも妻の負担が大きい。また仕事に行く時間の確保にサービスを利用しようとする利用料が大きく、何の為に働いているのか分からなくなってしまう。何か障害者授産施設(当たって見たがこちらは年齢が若すぎて施設側も本人も拒否された。)の様なリハビリをしながら利益を得ることは出来ないものでしょうか？	0
20306	相談もないのであればどのような支援が出来るのかよく分からない。分かりやすい体制、期間の充実を求めます。	0
20307	現実的に身近な問題としてとらえる事が出来ないがこれから先増加傾向にあるのは認識している。健常者、障害者の区別なく誰もが安心して暮らせる国づくりが一番大切に思う。医療・福祉にもっと国の予算を使うべきだと思う。	0
20308	ご家族等人のメンタルサポートにも保険の加算を認めるようにすること。	0
20310	ご家族の認知症に対する理解や対応によりご本人の生活が大きく変わっていくと考えます。そのため相談できるところの充実や研修が必要でさらには社会全体の理解も必要である。またご本人が受診しやすい様に専門医療機関であっても認知症対応をわからない様な表示の工夫があれば受診拒否でも気軽に受診できると思う。	0
20311	実際の事例がないため分かりにくい部分もあり、研修の機会等ご紹介いただきたいと思います。	0
20313	若年性認知症のみに限定することに疑問を感じます。2号被保険者で若年の精神障害を合わせて持っている人で若年性認知症と同じ症状が出てケアマネが困ることが多いです。若年性認知症に限定せず、2号被保険者であわせて精神障害を持つ人をひっくるめてフォローしてほしい。	0
20314	上記⑤が大きな要素を占めるので、しっかりとした医療体制が必要と考える。ケアマネでそこまで判っている人は殆ど居ないのでは。最近は医療系のケアマネが減少しているのでそこ迄支援させるのは困難と考える。(別の資格も必要では)	0
20316	現在は担当となったことはありませんので具体的な提案はできませんが、もし担当となった場合どう対応していけば良いか不安はあります。事例検討や実際に勧めた事例の紹介など専門的な知識の研修ではなく実践的な研修の開催を要望したいです。	0
20318	高齢者と同じサービスメニューでは、満足されず、かえってプライドを傷つけてしまうのでは。職業や社会と交わり続けることの出来る支援が必要ではないか。また早期から専門医の治療や支援を受けられれば本人も家人も追い詰められずにすむのではないか。社会の理解・支えも必要だと考える。	0
20319	若くして発症した人は高齢者ばかりの介護施設に通う事をためらうことがあります。若年を対象とした気軽に通える施設が必要に感じます。	0
20320	家族の精神的負担が大きいのと思われます。入院・入所施設の充実が必要と思われます。	0
20321	徘徊などを理由にサービスを断られるケースも出てくるとされるし、受け入れてもらえる施設が不十分であると思われるので整備していただけたらと思います。	0
20323	専門知識を持っている従業者が少ないと思います。	0
20324	老年期よりも体力があり対応に苦慮されています。家族・地域への理解を深める学習。緊急避難的な入所・入院施設が充実していれば提案していける。又、介護者も受け入れ態勢が見えることで安心感を持って介護が継続していけると思える。	0
20325	社会が理解を深める取組が必要。	0

20326	家族に対するフォローなどもして欲しいと思います。たとえば高齢の親が係わっていたり、妻や子供等いれば家計等のことも考えられたらと思います若年認知症の方の利用できるデイのようなところがあればいいと思います。(介護保険では利用できる場所はほとんどが高齢の方です)何かないでしょうか。家では介護も困難です(程度にも寄りますが)妻も働いている人が多いし、働かないといけないので設けてほしいと思っていました。	0
20328	本人が若年認知症になっていると認めない傾向にあり、介護・支援に支障が出る恐れがある。	0
20329	以前、本で読んだのですが、若年性の方が出来ることを活用できるサービス(地域での活動そうじ、軽作業で報酬がもらえる。)をいろいろな人で開発するなどの活動で、もう少し若年性の方が進んで利用できるサービスがあればいいのですが。認知症の方が安心してすごせる社会に少しでも近づくのではないのでしょうか。	0
20331	ご本人を支えられるインフォーマルサービスが少ないことでご家族の負担が大きくなっています。介護保険での訪問介護では少しずつ制約が多くなっていて利用ができない。	0
20335	介護保険制度での受け入れでは無理ではないが不十分である。通所、入所系サービスは、状態が悪化した時は有効に作用するが、初期の段階ではまた家族を支援する仕組み(家族会などに誘導、助言、援助)を作るのが一番妥当ではないかと思う。又優れた援助をしている事業所をモデル事業所として選び民家委託する形をとれば良いのではないか。加算で優遇する以外にも、社会活動を支えるサイドヘルパーを付ける等社会活動を継続できるような柔軟な公的援助が必要だと思います。	0
20337	若年の場合、家族の精神的・社会的・経済的苦悩がとて大きい。本人・家族をまるごと支援できる体制が必要。	0
20338	①早期発見早期の対応、専門医による治療が必要。→医者が少ない。ほとんど内科医がみているが、生活状態など家族が本当に困っている対応などの指導をできる医師が必要。心療内科、神経内科(個人医院)でもよくしてくれます。心療内科が少なすぎる。検査も必要です。しかし病気と共にクラス心の診療を下さるドクターが必要です。②看護師の専門性が必要。家族の方は、医療に係わる人々は特別な人と思っています。特に看護師訪問看護含む正看、准看、看護助手の見方がわからなくなっています。	0
20340	現在包括支援センターの活動は頑張っておられますが社会全体の取り組みはまだこれからでしょうか？私たちケアマネも積極的に勉強会へは参加させていただいていますが、地域社会での連携や認知症の知識理解がまだまだと思っています。身近なところで家族会・民選委員・かかりつけ医も含め専門医の研修を受けたいです。	0
20341	①Q6記載①に対応する施設が必要。②稼働年齢層の場合、発症と同時に生活問題発生。区役所など専門窓口を作成。①障害年金②生活保護や生活支援③生命保険、保険料納付免除等援助等総合的対応が可能な体制を。	0
20342	若年に限らず、認知症対応施設が受け入れを断る現状を改善して頂きたい。	0
20343	自分の利用者にご主人がピック病を発病された方がいた。仕事ができなくなり退職しご主人の実家に戻り、妻は生活の為に働きに出て、介護はご主人の父がされていた。仕事から帰った妻は父と交代し介護に。行き詰ったときに市に相談、施設利用が出来家族が救われたと言われていた。介護保険が高齢者のためのものと思われがちであることを改善するべき。一家の柱が働けなくなったときの経済的不安はかなり大きいので、何か少しでも負担が軽減できる方法はないか。家族をサポートするための体制(近隣には知られたくない方もおられるので注意は必要だが)“この人に話をきいてもらったらいいんだ”という安心感のもてる方を持ってもらう。(ケアマネ・SWなどの支援があれば)	0
20345	ケアマネージャーに従事していても情報が乏しく、あまり関わることもない。理解を深める為の取り組みや勉強会資料の配布などが欲しい。	0
20346	認知症であっても社会参加できる活動の場。生活を継続できるサポートシステム。	0
20347	軽度の間は、知的障害者作業所のように本人が本人らしく活動し、かつ収入も得られるような環境づくりが必要だと思います。(地域住民の理解、行政の支援など)	0
20348	介護保険・保険外のサービスの充実・活動的支援	0
20349	潜在化しているものが顕著になると社会的理解が深まるのかしらと思う。	0

20350	相談窓口や体制の整備と充実化を図っていただきたいと思います。	0
20351	原因究明にお金をかける支援をしてほしいです。	0
20352	若年認知症に対する社会の理解が不十分で本人・家族ともに孤立しやすい状況になりやすい。経済的にも支援がされないと十分な医療・介護保険サービスが受けられない為、社会全体で施策の充実が図られるべきであると思う。	0
20353	介護者のレスパイトを目的とする入院・入所施設の受け入れがスムーズに行えるよう環境整備が必要と感じる。	0
20354	若年の方が利用出来やすい施設などがあればいいかと思います。	0
20355	自立支援や介護保険のサービスの充実も必要だと思うが、社会の認知症に対する理解がもっと必要だと思います。	0
20356	利用者の子供の一人が若年性認知症と診断されました。当初は家に帰れなくなるほど目が離せない状況。子供も小さいなど利用者は出来る事なら自分がかわってやりたいとおちこんでいました。あれから二年がたちました。適切に治療を受け家族に見守られ、すごされているようです患者と家族が状況を受け入れ、必要があればどのようなサービスが受けられるか探す。見守りながらどのような援助があれば、穏やかに暮らせるか、医療関係を含め相談相手を充実させる事が重要かと思います。	0
20357	通所を希望された場合、通常施設利用者の平均年齢がかけ離れて高いためご本人の認知症の予防効果が余り望めない事が問題と考えます。話題の合う人がいないため孤立してしまいます。60代までの比較的若い人たちへの施設サービスがあればと思うことがあります。	0
20358	働き盛りの男性が罹患した場合に、家族の生活状況を含めて相談体制の充実が必要と思います。	0
20362	本人のプライドや家族の戸惑いなどむづかしい面があり簡単に医療機関や相談窓口へ連れて行きにくい。	0
20365	①家族が働くことが出来る体制を整えるため施設介護を充実させる事。②家族の介護負担軽減の為ショートステイの充実。③地域ぐるみで認知症に対する取り組みを行う。	0
20366	認知症の基礎研修(県主催)を受けたことによって自分自身の意識も改善されたように思います。若年認知症においても広く理解されることが必要であり、センター方式の活用が有効であると考えます。医療・介護従事者だけでなく一般企業の管理等においても研修される機会が多く作られることを望みます。	0
20370	若年認知症の方でなくとも認知症の進行の見られる方はショートステイ等(他利用者とうまくいかない、迷惑がかかる・・・)で受け入れ先が少ないのが現状ですので、もっと受け入れ先は少ないのではないのでしょうか。ショートステイ等受け入れ先の充実を望みます。	0
20371	現在の介護保険の通所施設はどうしても高齢者が多くなるので、若い方が、利用できる専門の施設、あるいは曜日によって分けるようなことができるのであればいいと思います。	0
20373	本人に対する精神的フォローが必要と思います。自助グループに出て行きたくなるようなモチベーションになれるように・・・	0
20374	家族への支援が重要ですがケアマネージャーが相談窓口では十分な支援ができない。	0
20375	患者は家族の中で暮らせれば進行も遅れる事多いと思われる。家族は、一日中見守りが必要な状況に置かれ、身体的・精神的又経済的負担が増えていく。介護保険のサービスがもう少し利用できれば、又、夜間ショートステイが週に1～2回利用出来れば在宅生活が可能になると思う。	0
20376	私共の事業所では昨年一年間での相談実績はあまりありませんが今後そのようなケースに遭遇した場合、どのような支援が必要か、どのように連携をとればよいのかと困惑すると思います。又、居宅事業所向けの研修等があれば参加させていただきたいと思います。	0
20377	若年認知症の方が利用できる施設やサービスの情報を明確にしてほしい。介護保険となると高齢の方が非常に多く入所や利用がしづらい点がある。	0
20378	ご家族への不安解消の受け入れ。若年認知症の方の入所施設等。	0
20379	どこまでスタッフが認知症の介護ができるかでサービスの質の差が出るため兵庫県でも実地している認知症の研修会の若年の方ヴァージョンを是非やってほしい。地域においても住民に対しての勉強会など積極的な働きかけが必要。高齢者の認知症に今まで重きを置いていたように思う。2パターン、同時進行で。	0

20380	専門医専門機関のもとでのデイサービスなど通所系サービス充実が必要。家族支援の為、ヘルパーの活用においては柔軟なサービスを提供できるようにすべき。(介護保険では生活支援身体介助、認知対応、家族の状況など規制が多い)	0
20381	若年認知症というものを広く世間に知ってもらうことから始めて家族の負担や本人の社会での存在感をアピールしていく。	0
20382	家族が病気に対する受け入れが難しく、かかえこみになる事が多い。医療機関からの適切な説明をして欲しいことに加え、相談機関を充実させてほしい。社会保障の充実と減免処置なども、もっと考えて欲しい。	0
20383	認知症である者が若年者の場合いろいろな世代の家族が介護に直面するようになるので本人含め家族の相談が既存の体制では無理な時も多いと思う。介護保険以外のサービスも公的制度で利用できたらよいと思う。	0
20384	若年認知症の方との関わりがないためどのように対応していけばよいかが分からない。	0
20385	当社では60歳後半のアルツハイマーの方を受けています。本人のプライドを尊重し関係を構築する努力をしていますが、“何でも自分でやるのに何でヘルパーが来るの?”“あんたらと歩いてたら近所の人にいろいろ聞かれるからイヤヤ”等々不安や不満を抱えておられ対応に戸惑うことも多々あります。糖尿病も併発しておられ身体的に元気なため、医者から止められている揚げ物や甘い物をスーパーで購入しては隠れて召し上がられ血糖値が不安定な状態が続いています。少しでもカロリーを消費して頂く為、長時間の散歩・有酸素運動等を行い、食べても動く事を目標にしています。	0
20386	家族の戸惑いが大きい。家族に対するケアが必要。	0
20389	デイケアやデイサービスを利用する際高齢者が多いため、その方に合うサービス事業を探すのが難しく若年の人も違和感なく利用できる事業所が少ない。	0
20390	ご本人はもとよりご家族の精神的なフォロー、場合によっては経済的な問題も重要で地域や行政の支援、相談体制の充実を希望します。	0
20391	若年に限らず高齢者でも認知症という病気としての認識がまだまだうすく、治療への積極性が低い。認知症そのものへの情報や、理解を深める働きかけが必要と思っている。包括支援センターも努力し、認知症サポーター養成等に力を入れているが、若年性の場合にはまだ一般的ではなく医療機関との連携や、個々人の理解、社会全体として企業等も含めた学習の場も必要と思う。若年の場合、当事業所では利用者の家族が精神疾患(うつ病等)で介護できない状態への対応。相談事例が多い。認知症ではなくてもストレスの多い現在、精神的疾患・ネグレストに至るケースも増えている。	0
20393	若年認知症独自の保健サービスがあれば、障害施策の一部を利用できるようになれば。	0
20394	認知症の進行を防ぐ方法等冊子があれば介護サービスの従事者に参考になるとと思います。	0
20397	身体障害以上に知的障害、認知障害に対する社会的支援が困難だと思います。	0
20398	若年認知症ばかりではありませんが認知症自体が今まで名称変更という形をとって来ております。まだまだ世間では認知症＝ボケ老人と考える方が多いです。ドクターであっても周辺症状を見落とす事が多く家族は医者に連れて行くことが問題であるのに「ドクターに連れて行ってくださいという」答えしか出てきません。家族の相談があれば(医療)どうしたら診断に連れて来てもらえるかを考えてあげてほしい。	0
20399	認知症を抱える家族への援助が大事と思う。	0
20400	若年認知症の人は家計の中心者である場合が多く家族の経済的支援も必要と思われる。	0
20401	Q6に記入していますが、個人の援助では全く無理な話で社会の地域の協力、行政の協力、専門医の増大等要望します。又我々の研修等増やして頂きたい。	0
20402	認知症と診断されてしまったらと悲観される方も多く知識がないために解決策を導き出せない。(家族)もう少し地域の中で認知症に対する勉強会があれば早期発見の大切さ、認知症になっても在宅で生活しつづける事ができるなど不安ばかりが先行せず安心して過ごせるのでは。	0
20403	本人・家人共に受け入れ難い面のある疾病である為早期での相談窓口への接触、早期の治療へ繋げられるよう支援していくことが望まれると思います	0
20404	病気に対してショックを受けると思うので本人や家族に対しての心のケア。	0

20406	働き手であり、経済的不安が大きいと考えます。サービスを受けたいが費用が払えない。(高齢者も同じ)ケアプランでは箱のサービスになってしまい個人の気持ちや思いの無形なサービスがプランでできる自由プランの枠があれば良い。	0
20407	若年専門の作業所のようなリハビリと労働の両方が出来る場所作りが地位ごとに必要と考えます。	0
20408	若年認知症に関し、まだまだ不勉強ですので研修等充実させていただきそれらに積極的に参加したいと考えます。	0
20410	家族はやはりかくす方向に行き家族でかかえこんでしまう。社会全体の理解と相談窓口の充実などが必要と思われます。	0
20411	認知症は多様な症状があり評価しにくいものがあります。適格な評価をして支援できるようお願いします。	0
20412	姫路では循環器病センターか西播磨リハビリテーション病院(たつの市新宮町光郡)が専門機関と思われていますが、どちらも予約から受診まで3~4ヶ月以上かかると聞いています。認知症ニーズから県や行政の取り組みが不十分すぎて受診しやすい医療機関や専門医療が少なすぎると思います。過去に脳疾患センター等も各地域に設置されましたが、医師も機関も本来の役割がはたせたのでしょうか。本人や家族への支援も不十分なままに施設入所や病院でしか対応できなくなり命を縮められた人達は多かったと思います。内科受診のように認知症も受診もしくは支援できるような医療を期待します。	0
20415	介護サービスの内容の充実、就労サポート、経済的支援など多方面からの支援が介護者も含め必要でありましょう。その為の制度作りを目指すことは目下の課題です。長期的に考えると認知症ケアを個人の問題、家族の問題とだけとらえるのではなく、「自分にもおこりうることなんだ」という一人ひとりの意識をつちかう教育が大切なのではないかと考えます。	0
20416	障害者授産施設の様な労働できるような施設などを考えていくのでしょうか？脳梗塞の後遺症の方などにも目的意識をもてるようにリハビリや労働も可能な施設など考慮してください。	0
20417	若年認知症に対しての理解度が低いように思う。特養入所のハードルが高い。	0
20418	介護保険サービスを利用しても、世代間のギャップがありすぎてうまく援助展開できず、利用を断念するケースを多々みかける事があります。若年認知症の方対象のグループホーム、デイなどの独自サービスがあればと思います。	0
20419	若年性認知症の場合、子供もまだ成人しておらず、主介護者である。夫又は妻も勤めに行かねばならない状況にあるため環境的に家族からの援助が求められにくい。在宅援助よりも通所又は入所の施設サービスが適切ではないかと思う。	0
20421	若年認知症についての認識が殆んどないと思われています。今のところ、事業所での相談はありませんが(高齢者の認知症についてはある程度の認識と対応がなされていますが)今後は相談のあった場合にどのようにすればよいかを考えておかねばならないとこのアンケートを頂いて思いました。介護支援専門員は沢山の研修があります。その中に必ず入れるようにして下さい。県単位、市町村単位の研修どちらかにです。	0
20422	若年認知症の方は、身体的に問題はない方が多いので、認定調査票ももっと考慮してほしい若年認知症の方はある程度症状が進行するまで身体的にはお元気な方が多いので、日中見守り体制の中安全に活動量を増やせるように運動(スポーツ)ができる場所を公的に使ってほしい。	0
20424	年齢が若いので認知症と診断されるまで数年かかったという方が多いので早期受診早期治療につながるように診断できる医師を育成して頂きたい。過程では一家の大黒柱の方がなることも多いので、社氣的な支援・経済的な支援が必要で又、若年者へのケアのあり方も考えていくべきだと思う。	0
20425	現在、若年認知症のケースを担当していないため具体的なイメージがつかめません。ただ、若年の方に限らず、主治医や病院(個人医)の医師に認知症に対する理解が非常に乏しいと思います。	0
20426	研修や書籍などまだまだ情報が足りないのでもしありましたらお知らせください。	0

20427	同居家族のストレスに対する配慮が重要であるように思います。在宅での生活を継続するにあたり、家族が息をつける時間の確保や、施設や通所事業所に対する気遣いの負担を軽減させるためにこの状況の方を専門に受け入れる施設の整備が必要だと思います。50代～65歳までの方に70～90歳の方が多数おられる施設などに行くことは、対象自身にもストレスがかかりそれが家族に向けられることも有ると思います。	0
20428	本当に専門医が不在、又は知識不足で(間接的な)プラン作成上困難なことが多く見受けられます。	0
20429	介護と医療、両方で支える体制が必要ではと思います。	0
20431	外に出て行く危険なのでどうしても家に閉じ込めてしまう場合が多い。安全に暮らせる施設がある程度あれば家族も安心して生活ができると思う。	0
20432	働き盛りの年代が発症するために経済的負担が大きく影響する。経済面での支援策を十分に検討していく必要がある。	0
20433	公的サービスが少なく支援体制に無理がある。	0
20435	上記と重複しますが社会資源のインフォーマルな部分が充実していくことで在宅介護は継続できると考えます。老人の介護も同じことがいえるのですが経済的な面を考慮するとボランティアの部分の拡張が望まれます。スーパーなどで買い物中ほんの僅かな時間に見えなくなってしまった事もありスーパーのスタッフに症状を説明し理解してもらって買い物を幾分しやすくなった事があります。元気なお年寄りの参加で相互にメリットがあればおおいにそうしたショートワークを作ってほしいと思います。	0
20437	これまでの生活ペースを乱さないようにご本人のペースで支援できる体制が必要だと思います。ボランティア(認知症専門)の育成をすすめ見守り(必要な支援は身体・家事が行えるよう)的な支援があるといいと思います。	0
20601	デイサービス等通所・入所施設は一般的に高齢者向けというイメージなので若い年齢の認知症の方が利用する場合、年齢的にも内容的にもギャップがあるようなのでぜひとも今後若年認知症の方の利用施設を整備していただければ自立支援への取り組みも充実するのではと思います。	0
20603	認知症ケアで重要なことは、同居の家族の認知症に対する正しい理解だと思います。それで例えば暴力など減じることができると思います(若年に限らず)	0
20604	社会的認知度と本人や家族の支援が問題ではないかと考えております。通所勤務時若年認知症の方が(47歳)利用されたことがあります。受け入れ側のスタッフも個人によっては理解力が無いところもあり困ったことがありました。また、本人も自分が認知症になったことをわかっているのに、悩んでいる姿は痛々しいものがありました。家族も奥様は理解しておられましたが子供が未だ小さくお父さんを理解できず、そのときに家族へのサポートができたらなと思ったことがありました。また、働き盛りの時期なので、経済的な不安も本人の口からよく話されていたことを覚えています。本人や家族への精神的・経済的支援体制や社会的理解を深める支援体制が整備されることを願っています。	0
20605	若年認知症対応にされているところがどこにあるかなど分かりづらい。地域での取り組みをもっとしてほしい。	0
20606	通所サービスを利用する際年齢のため他の利用者とのコミュニケーションがとりにくい事がある。	0
20608	若年認知症の研修等があれば参加したいと思います。	0
20609	介護保険サービスで利用できるサービスが高齢者対象であり若年認知症の方が利用しにくい。利用されてもなじめない。	0
20611	家族のレスパイトや急用でショートステイを使うにもベッドの空はなく3ヶ月以上も前に申し込まないと利用できない状態です。緊急のために空ベッドが確保できていれば家族もケアマネージャーも安心できます。	0
20616	身内にも相談できず、主治医もどこに行って治療すればよいのか教えてくれず、認知症の薬の処方のみで仕方がないと思われるので、ぜひすべての医療の研修が必要と思われます。	0
20617	今後増加するとも聞いていないのでさほど身近にとらえていませんでしたが、高齢者の認知症によりも期間が長く周囲の受け止め方も深刻だと思う。	0

20618	働き盛りの年代での発症の為、特に経済的な支援及び、配偶者の協力が得られないと治療、看護、介護は非常に困難ではないか。	0
20619	介護支援専門員向けの研修を義務付ける。何の知識も無く(概要は分かっている)いきなり担当になったら戸惑うと思います。	0
20620	専門性が必要なことですが、地域の中で暮らしていける社会の仕組みや理解を深めることがもっと重要かと思います。介護保険制度に基づくサービス提供では、どうしてもケア偏重になりがちだと思いますので介護者への相談・支援や社会参加への支援など(施設の利益に結びつかないような支援になることがネックとなるが)に対応できる機関、人材を作っていく必要があると思います。	0
20621	周囲の方(住民)への認知症に対しての理解をもっと深めてほしい。若年性の場合見た目若く、受け答えも問題ないような方は、なかなか受け入れてもらえない。サービス事業所職員の教育も一部の人にしかなされていない。介護職員の勉強の場をもっとたくさん作ってほしい。	0
20622	介護保険サービスの枠の中では満足できない方が多い。就労意欲もあり障害者施策とあわせ働く場の提供が必要できることはたくさん残っているが社会にその受け皿がない。	0
20623	現在の介護保険サービスや制度は、高齢者中心の面が多く若年認知症の方が利用しづらい。支援する側の私たちも若年認知症の方に対しての理解や症状に対する認識不足を感じます。御家族の意見としては医療費(内服薬)の負担を感じるので若年認知症に対しての何らかの減免制度があれば助かるということです。	0
20626	若年認知症対象者の相談窓口から家族支援まで一連の流れで支援が出来るようシステム化を希望。	0
20627	今まで普通に働いていた人が働けなくなってしまった事は本人はもちろん、家族も受け入れ難いし、近所の人にもオープンにするのも勇気がいると思うので社会の中で孤立してしまう家族がでてくると思うのでサポートできる世の中になればいいなと思うもっと若年の方が通えるデイやショートステイが充実すればいいなと思う。	0
20630	経験がないのでこの様な方のプランを立てる時ケアプラン作成者としてどこに相談し又受け入れ施設や専門病院などの資料を持っていたいと思う。	0
20631	若年認知症の方専門の施設、デイサービスがあればよい。そこで作業をして働き、収入が得られれば本人もやりがいがある。介護保険とは別枠がよいのでは。	0
20632	若年認知症のケースは相談がなかったこともあり、勉強不足です。相談に対応できるようにしたいと思います。	0
20633	本人、家族のための精神的ささえとなるような相談機関があればいいと思います。	0
20634	研修できる場を設けてほしい。早期発見なら治る方法があるのか知りたい。	0
20635	若年認知症については、一般の人はもちろん福祉従事者にも詳しいことを理解されていないと思います。冊子などが公共機関他身近なところにあればいいです。	0
20636	認知症の疾患に関しては、早期発見と専門医の適切な治療、またこの病気に対する理解が大切だと思います。サービスを提供する側や周りの方、または家族がこの病気に対する知識や理解を深める事により地域社会の中で健常者と共生できる事が大切だと思う。その為には、専門医の協力を得てこの病気に対する医学的知識を勉強しあたたかい目で見守り対応することが必要。また介護保険のサービスを充実する事で住みやすい世の中である事を望みます。	0
20638	通常のデイサービスでは利用者の年齢層が80～90歳と高くその方達と一緒にデイ利用ではなかなか一緒に過ごすことは難しいかと思われる。少人数からでも若年認知症の方だけのデイサービスなど検討してほしい。	0
20639	介護の長期化で家族が疲弊してしまわないようなシステムが望まれる。	0
20641	若年認知症について社会がまだ理解不足のため本人・家族が苦勞されているとテレビなどで見た事があります。映画「明日の記憶」など少しずつ認知について知識は広がっていますがまだまだだと思います。障害者と若年認知症とは違うと思いますが、一緒にされている様な気がします。私自身、どこに相談に行けばいいのかわかっておりませんので、研修会などの機会があれば参加をしたいと思っています。	0

20642	今までまだ一度もそういった方のケースを作成した事はないがこの病気をお持ちの方に限らずやはり基本は個別ケアにあるのではないかと思います。その人その人にあったケアをすすめることでその方の能力が存分に引き出す事ができるのではないだろうか。	0
20644	若年認知症の方だけが利用できるような通所系サービスの設立。	0
20646	上記のことと重なるが医療保険の充実、手当て類など、経済的支援。	0
20648	サービスを使いたくても受け入れ施設を探すのが困難。ケアネットなどで簡単に検索できるようになれば便利。	0
20649	家族の経済的な問題や介護疲れが大きい。家族のための支援が必要だと思います。	0
20650	若年認知症向けのデイサービスが必要だと思う。家族への支援体制のため、拠点を作らないといけない。家族介護者教室やピアカウンセリング等できるように若年デイサービスや若年の小規模多機能施設もよいと思う。	0
20651	若年性の方は体力的にも若く、行動力もあるので周囲のものが見回り等に変化している。本人の自尊心を傷つけずにできる対応例等あれば紹介して欲しい。	0
20652	若年性のみならず、医者への不理解・不勉強も問題だと思う。何でもケアマネ・施設にと医師は言う。受け皿がないことも知らずに。悲しい現実だ。	0
20653	家族等介護者にたいする取り組み(支援・理解)が必要不可欠だと思う。	0
20654	身体面では元気な方、まだ働き盛りの方であり、何か目的・目標のある具体的なサービス、これまでの社会経験上を生かした場所がもっと増えるといいと思う	0
20655	現状は家族も相談しにくい。病状をうけいれたり、どうやったら安心して相談できる場が不足しているのではないかな。	0
20656	該当事例なく想像もつかないだけに援助者にとっても身近に相談出切る窓口が必要だと思う。	0
20658	かかりつけ医が認知症に対しての理解を深め専門医療機関と連携し、適切な治療を行い、専門医療機関と地域包括支援センターとが情報交換・連携し地域包括支援センターが拠点となり、制度にたいしての提供や関係機関への紹介等を行い医療・保険・福祉が一体となれるようなネットワークが構築できればと思う。	0
20659	数はすくないかもしれないが確実に存在しておられるので、せめれ阪神エリアくらいの単位での対応を専門的にしてくれる事業所が1箇所でもあれば拠点にできると思う	0
20661	若年に限らず、認知症のかたが気軽に診断できる専門医、相談できる医師の一覧、少なくとも各地域包括圏内に一機関は欲しい。	0
20662	社会的問題として捉えるのは当然と思うが、今なお家族の負担が大となっているのが現状だ。法制的に今の日本において家族世帯がどう位置づけられるかを明確にしてもらえれば、ケアマネもやりやすくなると思う。	0
20663	居宅介護支援事業所だけでは若年認知症の利用者はいない。また、相談もないが、高齢者の認知症の場合でもあることだが、若年となると、特に認知症であることを家族が誰にも相談できないことや、本人もみとめることをせず、専門医の診断を受けることがなくすごしていたり、独り暮らしの場合は変化に気付く人がいないことから進行していくといったケースもあるのではないかなと思う	0
20664	私の利用者で65歳になり介護保険を申請したが介護者の方はこれまでが大変だった。現在は重度になり、動けなくなったので介護も楽になったが、もっと早くにお世話になりたかったと話される。生活面・経済面、子供たちも犠牲者ですね。早期治療ができればと。	0
20667	若年認知症に関わらず家族が病気になると経済的なことが一番問題だ。サービスを利用するにも費用がかかり生活する上でサービスを十分に利用できないことも多くある。安心して生活するためには経済的支援の充実だ。障害者年金を受給できるようにする等対策を検討してほしい。就労や自立支援というのは病状が進行するため難しいと思う。その人が、家族が安心して楽しく暮らせるには支援が必要。ボランティアだけではなく、行政サービスとして位置づけて欲しい	0
20668	若年認知症が増えつつ今日だが、利用する施設がない。現状のものは高齢者が対象になっているのが大半。専門のデイであったりと、今から整備していく必要があるのではないかな経営上は収支が困難かもしれないが、市ごとに取り組んでいく等なんらかの対策は今後必要だと思う。	0
20669	Q5は3つだけ答えたが、すべて必要だと思う。	0

20670	家族への支援・制度上の支援が必要だと思う。	0
20671	若年認知症のかたを介護している現場を見たが、まだまだ体力もあるので行動の見守り等大変な様子だった。高齢の方と同じデイサービスを利用されていたが、乱暴なところがあり高齢の利用者の方が恐怖を感じていた。	0
20674	専門医の前に相談できる出張可能な公の施設等相談員の設置があれ利用したい。介護支援専門医の研修。地域包括支援センターにもっと充実した人員配置で行動してもらえるように期待している。	0
20676	専門職に対する研修は継続的に実施して欲しいと思う。また、社会一般に対しても認知症の理解を得られるような勉強会等を実施して支援（仕事・経済・保険）につなげていけるように出来たらいいと思う	0
20678	専門医療機関と専門医の充実。相談対応機能の充実を行い、本人・家族支援が大切	0
20679	通所サービスの場合、若年の方と高齢者は利用される曜日を別に設けたほうがいいと思う。周囲の目もあり、通院される方は抵抗があると思う。往診へいかれる等。一度先生への診察後は薬剤師や看護師が訪問し医師との架け橋になっていただく等。家族の経済的負担が大きい。医療費を安く、また同居されている家族で、若年認知症も要介護の方がいる家族へは支援金を支給する等	0
20680	介護保険サービスだけでの対応は困難で家族支援・経済支援、医療との連携等行政サービスを推進して欲しい	0
20681	政策がまずありきかも	0
20683	若年認知症の方は、多くは身体機能や体力は問題がないので簡単な作業等を行い一日を過ごせるような場所があればいいのと思う。作業所やグループホームのような中間のようなものを考えて頂きたいです	0
20684	若年認知症の支援を誰がそのような機関を通じて行うかが不明。これらをふくめて介護支援専門員が行うこととなると、現状の専門員では極めて知識が薄くまた社会資源も少ないため何の問題解決にもならないと思う。Ⅲに示したように専門医の充実は必須でありそれに関わる相談体制も専門の知識を持った職員がなすべきだと思う事より既存の機関に振り分けるのではなく、研修を強化し、専門知識を持った人材を早く育成しながら社会資源の開発も進めるべきだ。	0
20685	若年認知症の方や家族の支援には社会全体が認知症に対する理解を深めることが大切だが、それまでの家族関係のあり方や生活習慣が優先されるので支援にあつたては本人・介護者の聞き取りを充分に行い信頼関係を築くのが大切	0
20686	認知症のみに限らず他の疾患も若年化している現状をふまえ若年層が受け入れられやすいサービス事業所を増設していく必要がある。	0
20687	若年認知症の専門医や援助施設のような社会に関わりを持った受け皿が増えていけばいいと思う	0
20688	今まで担当したことがないので事例紹介があれば助かる。コミュニケーションのとり方。介護者の思いがどうなのかを知りたい	0
20689	働き手が発症し他の者が就労しなければ生活が成り立たないのに入院・入所が出来ずどうにもできない状態になる。若いので、なんらかの形で就労でき社会とつながり活躍できる場が欲しい	0
20690	Q5 の1. 2. 5. 6. の充実と各サービス必要時入院や施設も整備し周囲への知識の普及・理解・協力が得られるよう支援体制を強化する必要があると思う	0
20691	現在のサービスは高齢者中心なので若い人に合わせてプログラム、作業所等仕事を兼ねた居場所がいいと思う	0
20692	家族のとまどいがつよく、先に対する不安も強いので、本人の介護から解放すると共に家族の支援が必要になる。家族の精神的な支えになれる専門の支援体制が必要であるが現場のCMでは時間的にも技術的にも難しいと思う。	0
20693	社会が認知症に対して理解を深め地域で支える体制が必要	0
20694	介護支援専門員より、精神保健福祉士による支援が必要だと思う	0
20698	若年認知症の理解を深める取組み、相談体制の充実が必要。若年認知症の方の受入れ施設が必要	0

20699	経済的な問題が発生すると思う。その対策として民間等保険もこれからは考えていく方向にすればいいと思う	0
20700	今まで、当事業所には相談がなかったが、今後の対応のためにも研修等に関する事の情報があれば参加して学習していきたい	0
20702	社会や周りが理解すること⇒知識の普及・広報支えること。治療薬が出来ること	0
20703	公的支援サービスが受けられる体制作りが必要	0
20705	若年認知症の集まりを各地域ごとに作る。家族支援の場も必要。高齢者の認知症と同じサービスにしない	0
20707	高齢者の認知症と同様に地域全体の理解が必要。特に若年認知症は発症年齢が早いだけに家族の精神的・肉体的負担は大きい。家族がたよれる場所が介護保険外でも参加できる身近な場所でも必要ではないか	0
20709	扶養家族を持った人がなった場合経済的支援が必要	0
20711	居宅介護事業所は、介護保険第1号被保険者の支援の割合が大きく、若い人の相談に訪れるケースは直接の紹介ないと難しい。また、経済的支障が主になるケースが多く、介護保険の制度ではまかないきれず、その知識もかなり不十分。福祉事務所レベルの知識もない	0
20713	回りのサポート体制も重要。他人に知られたくないとの心が強いようだ。	0
20714	66歳女性を担当したとき。本人・長男家族(長男・嫁・子(小3女・小1男・幼稚園))、アルツハイマー発症時より同居。性格・気性が激しいため、本人の手が出る等の行為や、徘徊多く、孫への精神圧迫もあったため、小1の男の子は情緒不安定、カウンセリングも受けるようになった。「死んだらええ」等、小学校でも発言したため先生の対応もあった。家とは違いデイ利用中は穏やかに過ごされた。家族の中でも認知症を受け入れることがなかなかできず、問題行動が多く、ショートよりロング利用となった。ケアマネとしては本人が落ち着いて過ごせる場所やショーツステイ先を探すのが大変だった。入所先もいつ入れるかわからない現状。ショートさつきも3箇所使った。幸い、本人はどこでもいいと思ってたのが助かった。入所の緊急枠の対象者として協力があつたため早く入所が決まり安心できた	0
20716	実際相談を受けたことがないので想像するしかないが若年認知症と一口に言っても年齢により支援方法は大きく異なると思う。ケアマネ自身が相談する機関・窓口があればいいと思う。	0
20719	暴力行為のある方は女性介護員にとっては危険であり、ケアが困難。その為男性の介護員がもっと増えて欲しい	0
20720	上記のように若年認知症の方に対する資源が乏しいこと、また、精神面のケア、症状に伴う自立支援を工夫できる専門職が欲しい	0
20722	就業の過労により若年者の障害はますます増加すると思う。更なる社会全体での支援に取り組みたい	0
20723	認知症について多くの人達に理解して欲しい＝地域で気軽に相談できるところが欲しい(市民センター等)⇒市町村や開業の医院でも認知症について、具的に分かりやすく理解できるような視覚的なDVD等を活用して多く広くの人達に理解して欲しい	0
20725	若年認知症の場合、本人・介護者・家族も年齢が若いと思うので相談の場や家族の会等押し付けにならない配慮を行いながら知らせ、支援していく必要があると思う	0
20727	現役で働く年代にも拘らず働くことが困難。医療・サービスを利用するにも利用料がかかる。大黒柱を失った家族も生活が困難。本人・家族が生活できるだけの経済的援助があればと思う。また、かぞくの精神的ケアが出来る専門の相談員がいればと思う	0
20729	生活費調達の要が就労できなくなるため経済面が苦しくなるので保険対応範囲を広げて欲しい。現在インフォーマルで利用しなければならぬ散歩や外出介助。楽しみが目的。温泉等。サービス計画書で記入して利用できれば、本人・家族にとって楽になると思う	0
20730	ケアマネとしては利用者のサービスを調整するのは当然だが、何よりも利用者の目線にたつて、毎日の暮らしの応援隊として話を聞きながら自立を助けることが大事	0

20731	以前、グループホームの入居の希望があった。日々の対応が困難な様子で、他のグループホームへ入居されたと聞いた。家族の状況にもよるが本人を置いて外出も出来ず、ショートも思うように利用できず、その方はグループホームや入所施設を希望されていた	0
20733	新たな発病で要医療・入院となられた場合受入れ先があっても短期で担任をせまられたりと困ることが多い。安心して入院・治療できるシステムが欲しい	0
20734	私が担当させて頂いてる利用者さんは50代後半で若年認知症を発症され常時介護が必要な状態となりご主人が定年を2～3年残し退職して介護。4年後にレビー小体型認知症になりコミュニケーションがとれなくなり幻視・幻想がでて大声で叫ぶ、夜間も就寝せず立ったり座ったり目が見えていないので壁にぶつかったりする状態で介護者のストレスがたまり大変な状況でした。同じような状況で介護している家族と話し、介護職員、医師と連携をとってもらうように若年認知症サロンに参加しています。自分ひとりで抱え込んでおられるようで私が訪問し話をするとホッとするとされます。現在はデイサービス週1、ショートステイ週3で利用して後は自宅介護されていますが、個別対応となるので費用も高くなってます介護困難な利用者の支援について、多くの情報が欲しいです。	0
20735	認知症が経度による利用者をサポートする制度は後見人制度がありますが、みよりのないかたの場合は、公的に任意契約により世話人を認める制度を作ってはどうか。	0
20736	高齢者の認知症とは別に家族のサポートを含め、考える必要がある。その人の持つ能力を生かしつつ活動できる場を地域で用意する。	0
20737	公的機関での相談窓口を広く周知できるようにしていただきたい。介護保険、自立支援制度の限定を緩和し(介護保利用優先の原則等)年齢や症状、社会性を考慮できるような制度利用。なかなか診断確定されず苦しんでらっしゃるケースを聞きます。本人が受診しやすく、症状に合った適切な治療が受けられる医療の充実、連携があればと考えます。	0
20739	実際、今現在担当ケースがありませんが、若年認知症に関しての勉強会・講演等を開催して欲しいと思います。	0
20740	医療・介護従事者等の若年認知症についての研修も必要だと思います。	0
20741	認知症治療薬の開発を急いでもらいたい。	0
20742	若年認知症の方は社会的にまだまだ理解されていない事が多くケアマネとして関わる方も接し方、知識、情報 etc が必要だと思います。	0
20744	少人数でその人の力が発揮できるようなところがあれば、まだまだ社会の中でやっていけると思う。そのためには、まず地域社会、家族の理解が必要と思う。介護職も医療も認知症としてとらえるのではなくしっかりと原因と症状を理解して、その対応を考えていくことが必要と思う。	0
20745	若年認知症の方が増加していると聞きますので研修を受講する機会があれば、知識を深めたいと思います。	0
20746	若年者にふさわしいメニューがあるサービス事業所、利用者他家族の方の思いに添える事業所が選択できる体制が地域にあることを望む。	0
20747	利用の負担の軽減やサービスの充実をはかってほしい。	0
20748	ご家族が若年認知症であるという事を、オープンにできない社会情勢がある。認知症であるという事をかくしてしまいかえこんでしまうケースが多い。	0
20749	年齢にあったサービスがあってほしい。高齢者と同じプログラムでは難しい。	0
20750	若いだけに本人・家族の負担が大きいと思われますので心のケア等相談に来られる体制の強化が必要だと思います。通所型サービス充実必要だと思います。	0
20752	本人と家族の支援・まずは家族会の存在が大きいのではないのでしょうか。	0
20753	サービスの現場で若年認知症に対してスタッフの方々が知識を持っておられるかどうかわかりにくい。又、今後のためにも勉強会等を充実させて支援体制が整ったサービス事業所が増えてほしい。保険対象外のサービスを充実させることも大切だと思います。	0
20754	過去・現在まで若年認知症の方のご相談はなかったが近い将来、若年認知症の方の相談や支援することになった時、自立支援に向けてのサービスや受け皿が地域に見当たらない。	0
20757	事例などで研修の機会があれば支援の不安は少なくなると思う。	0
20758	高齢者と対処法が違うと思うのでその点を重視した研修体制を充実させてほしい。	0

20760	家族への支援も含めた公的な支援体制。	0
20761	訪問介護で生活支援を認めてほしい。BPSDがある場合、適切な入院先（認知以外）が受けられず、入院についても家族等の 24 時間の付き添いが条件になるので病院等での管理体制の強化をしてほしい。認知症全般に介護度が低く（見守りと声かけが必要で目が離せない状況である）認定されてしまう。	0
20762	本人の支援と共に家族への支援が重要。これから社会を担う子供達がしっかりと就学できるサポートがいる。物心両面必要。大きな変化を家族のみだけでなく社会が受け止めて支援していかなければならない。	0
20764	若年認知症に対する理解の促進や医療・介護・相談支援体制の充実と働ける方の就労支援などの対策が必要かと考えます。	0
20765	老化による諸症状が対象となる介護保険でありこれまでも比較的若い60代の方達は高齢者が殆ど利用している通所介護、短期入所を利用することに抵抗があり、行き場が無い事に不満を持つ事が多く、半ば諦めてしまう方が多くいた。若年者向けの施設も必要だと思う。	0
20766	介護者等、本人を支える家族の方も若く、仕事と介護のはざまで経済的にも困っておられるケースが多々あります。ケアマネが出来る事にも限度があり、もっと国・県・市それぞれの分野で経済的支援や介護保険外（すべてに介護保険を優先させるのではなく）のサービスの充実を願いたい。	0
20767	通所系サービスの充実。	0
20768	一くりに介護保険サービスの中でとせず必要に応じて家族・本人の望むサービスも特例として支援策をしてほしい。	0
20770	若年認知症には早期発見、早期治療が必要と思われますので、その対策を早急にしてほしいと思います。働き盛りでの発症となるので本人・家族に対する経済的なものを含めた支援や患者同士のつながり、ピアカウンセリング、正しい診断のできる専門家の育成、周囲の理解を得るための広報などを同時に進めていってほしいと考えます。	0
20771	とても難しい。本人も関わる人もとまどいが大きい。若年認知症に関しての研修をまだまだしないといけないと思う。	0
20772	病気のことを広く一般の方に知ってもらうことにより誤解や偏見を持たれないようにし、早期発見に努める事が必要と考える。	0
20773	一番身近な家族がご本人の病気を受け入れ難い。あるいは受け入れるのに時間がかかるのではないかと思います。そのせいなのか、高齢の方ほど表にでてきにくいように感じます。また実際に在宅のサービスを利用される場合は高齢者の方と同じ空間でのサービス提供（通所サービス）は望ましくないとと思いますが、いろいろなニーズに応えられるほどの施設等が整っていないと思います。利用される側にすれば利用したくても利用できないことの方が多いのではないのでしょうか。情報発信も少ないと思います。	0
20774	Q5と重複するようだが若い方だけに経済面の心配は大きいと思われる。又家族の介護負担の軽減のためにもりようできる施設が充実していなければ患者及び家族は安心して暮らせないのではと思う。	0
20779	誰も予測していないためにサポート体制が築きにくいように思われる。	0
20781	徘徊（外へ行きたがる人）の対応できるサービスがあればうれしい。	0
20782	正しい診断が出来る専門機関がとても必要ではないでしょうか。働き盛りの年代の方には安心して治療を受けることの出来る経済的支援も並行して必要だと思います。	0
20783	経済的な問題で入所が困難になり先の見えない状態で長期的な在宅での介護は非常に大変だと思われるのでやはり経済的な支援を充実させていただきたいと思います。	0
20784	ひとり暮らしの方は軽度な症状のときに発見できないことが多いように思います。近隣の人や社会全体で早期に発見でき適切な治療を受けられるのではないかと思います。	0
20785	ご本人・ご家族の将来に対する不安ははかりしれないものがありだと思います。生活と心身のサポートが出来る体制の充実が急務と考えます。	0
20786	若年認知症の情報がほしい。	0

20787	若年の方に適したサービスを充実させてほしい。仕事が続けられるよう支援する制度を作る。若年認知症の相談窓口を作る(介護家族に対するケアの充実)専門的な研修を行う。経済的な支援の充実。	0
20790	以前産業保険に従事していて感じたことですが、十分な理解が出来ず産業医と抑うつ症と対応したケースがあります。企業では若年認知症の方のみならず理解はきびしく在職が不可能な場合が多く失業するケースも多々です。経済的支援も含め就労確保が必要だと感じます。	0
20791	ご家族の介護負担ははかりしれません。他に知られることを嫌がる傾向にあり虐待などの問題も根深い。地域の方々の理解が必要だと思います。	0
20792	御家族は将来経済的と不安のかたまりだと思います。少しでも心の負担を軽く出来るよう支援策を考えて頂きたい。御本人も苦しまれて居られると思います。少しでも早く支援して欲しいと思います。	0
20793	医療・介護とも受け入れ体制が不十分で若年認知症の方に対して十分な支援が出来ないのが現状だと思います。働き盛りの男性が若年性認知症になった場合経済的なダメージが大きく若いことで周りから理解されないことも多くあると思います。経済的な支援、相談体制、受け入れ態勢の充実、社旗全体の若年認知症の方の理解が深まればと思います。	0
20794	若年であるがゆえの違いについて勉強していきたい。症状・対応の違いなど。	0
20795	同じような利用者の会を作り参加しやすくする。利用者の家族のフォローをする。外に行くことも大事だが外出できない家族もいると思うのでこちらから訪問する(定期的)	0
20798	若年認知症について一般的にまだまだ理解されていないと思うので講習会や研修の機会が増えることを望みます。	0
20799	介護者の負担を減らす為に長時間の介護をみとめてほしい。	0
20929	専門医の充実とともに本人・特に家族の悩みが大きいので、相談できる所の充実が必要だと思います。	0
20931	家族のレスパイトも必要であると思うが、家族と介護を分かち合える家族とプロの介護職員が共に関わる時間がもてる長時間滞在型サービスも必要ではないでしょうか。住み慣れた在宅で安心して暮らせるように。	0
20932	専門医療・機関を充実していただき医療と福祉(介護)の連携のチームワーク立案をお願いいたします。	0
20933	若年認知症の方が利用できるサービスの充実。(介護保険サービスでは、年齢層に幅がありすぎるなど対応が難しい面が多い)相談できる窓口(家族、本人、ケアマネが気軽に相談出来る窓口)	0
20936	連携を図り、家族の相談も受け付けてくださるかかりつけ医があれば良いと思う。	0
20937	若年ということもあり本人と家族が現実を受け入れるのに時間を要するのではないかと思います。社会や専門職が正しい知識を持ち適切なかわりを行い精神的なサポートも含めて支援していく必要があると思う。	0
20938	高齢者の認知症との違いは、ADLレベルであろうと考える。徘徊や専門リスクがその分増すため入院できる病院が施設の受け入れの情報が県 or 市であれば助かります。	0
20939	進行の度合いが高齢者と異なると思われるので、必要なサービスがまかないきれないと思われる。介護保険サービスは高齢者を対象にしていることが多く若年認知症の方には、もっと専門性のあるサービスが必要と思われる。	0
20942	研修の強化を希望します。	0
20943	専門の相談機関および相談員が必要と思う。また認知症という病気を地域で見守れる体制をつくらうというキャンペーンに合わせて「若年認知症」の理解も皆に得られるよう取り組みが必要。	0
20944	ご本人・ご家族の経済的な負担の軽減の為経済的支援も必要だと思います。	0
20945	若年認知症に病識を深め地域で支えられる社会資源を充実してほしい。又、病気を予防・進行しないように医療機関での継続的な治療とメンタル面での診察・相談援助など。	0
20964	まず認知症の理解のある医師の養成が必要。訪問系で長時間利用できるサービス(介護保険外のサービスの充実)があれば本人が社会参加しやすいと考える。	0
20965	若年認知症の方へのサービス事業の充実を切に願う。	0

20966	併設の事業所には若年認知症の方がいらっしゃいます。本人だけでなく周りの家族も大変なのでもっと気軽に相談ができればと考えます。	0
20967	若年認知症にかかわらず認知症の方が安心して過ごせるデイサービス・デイケアの充実を期待する。現在どのデイでも認知症の受け入れをしているが、実際のケアの内容は、認知症の方との正しい理解や知識でケアを組んでいるところが少ないと感じる。短期入所施設の受け皿も少ない。小規模機能というシステムも良いとは思いますが、その利用となるとすべてをその施設でというしほりがあり囲い込みのような印象もある。地域で利用できるようなもう少し大きい規模での施設もあっていいのではと思う。	0
20968	同居家族が若い場合(学生など)、支援を厚く行っていないと経済的・精神的にダメージが大きいと思われます。	0
20969	若年認知症の理解を深めるための様々な研修、勉強会の開催。	0
20970	ホットヘルパーサービスの内容を検討して研修なども強化して若年認知症の方への支援も行えるようにしてはいかがでしょう。	0
20971	医療・経済・相談は電話受付ではなく直ちに現場に駆けつける体制が必要である。行かなければ、次に何をすべきか把握できない。ぜひその様な相談援助体制を作してほしい。	0
20973	研修や事例発表などを開催していただけたらと思います。	0
20974	認知症の方にとって受ける立場ばかりでなく持てる力が発揮できる場の提供・周りの理解が必要だと思います。	0
20975	施設には老健や特養(介護施設)等、相談員はいるがきっちりとカウンセリングの出来るスタッフがいない。これは若年に限らず、海外の(先進国)施設に比し致命的な欠陥だと感じる。例えばチャプレン(牧師)のような方がいなければ設置できない等海外はソフトをまず大切に考えている。日本は、建築基準的なハード面と単に人数(スタッフ)の多少くらいのことでソフト面をあまり重視していないように思う。	0
20976	進行が早い方が多い為、ご家族が介護の変化についていけないと思います。特にご本人に病識がないので、一人で外出する等の行為に対して、介護保険内だけでは対応できない部分がある様に思います。又機能低下防止のため、若年認知症の方の専門のデイサービス等があってもいいのではないかと思います。	0
20977	情報交換の場、施設スタッフ、ケアマネ等の指導。若年認知対応デイサービス等の取り組みを民間・居宅事業所に見せる等。(どこの施設を紹介して良いか悩む)家族に見てもらおうとショックを受ける事も考慮し適確にアドバイスが出来る様にしたい。	0
20990	若年認知症の方が利用できる通所サービス等、もっと充実させるべきだと考える。	0
20991	まだプランを立てたことはないのですが経済的なことを含めケアマネ一人では対応しきれない思いがします。関係機関との連携が重要になってくるのではと思います。	0
20992	若年ということもあり支援する施設(現状は高齢者の利用が多い)が少ないように思っています。実際施設利用に対しての拒否が考えられます。グループホームの利用についても同様です。在宅での希望もかなりあると思われます。家族の介護は一生懸命されていても地域の理解がまだまだ不十分です。地域の老人会、婦人会、区長会、警察、コンビニのお店 etc 沢山の人たちにも認知症の理解が大切に思います。兵庫県ではキャラバン隊の研修等もされていますが地域からの問題提議が不可欠と思われます。	0
20993	受け入れるまで(ご本人が自分の病気に対して)には時間もかかると思うし、家族にもご苦労があると思う。生活の面でもきびしい状況になられるかもしれないです。医療費の軽減や家族に対するケアもサポートがあればと思います。	0
20994	ケアマネだけでなく地域の人たちが若年性認知症に対する理解を深める機会をもつこと。医師が認知症への理解、対応などを深めていく必要があると思う。	0
20997	本人にとっても認知である事がわかっている面もありやりきれないつらさがあるかと思います。介護保険のサービスは現状は対象者がもっと上の年齢の方が多いので、利用になじまない事も多いのではないかと思います。	0

20999	たまたま現在ケースがありませんが知人が家族の問題を抱え困られています。ただ、なかなか個人的なことを知られるのが嫌で介護保険の申請をされず苦勞されています。この様な方々が安心して相談出来る公的機関の充実を望みます。	0
21000	成年後見等生活面での支援のみでなく社会的側面からのサポートの充実が必要。	0
21003	家族支援や本人さんの精神的支援の重要性を感じます。	0
21010	医師会の中でも治療方法がまちまちであるのが大変困る。	0

8. 若年認知症実態調査 医療機関用自由回答 意見・要望・提案

Q12 若年認知症の進路湯に関してのご意見、要望、提案等、ご自由に記載下さい。

ID	記載内容	人数
10034	受け入れる施設(入所・通所)が必要。	4
10035	老健青い空の郷が「若年認知症サロン」を開催している。家族の方の意見の取りまとめ等一度話されてはどうか。	5
10036	40～64歳の認知症は介護保険を受けられるが、例えば30歳代の前頭側頭型認知症は受けられない。サービスの充実が望まれる。	6
10037	早期発見・早期治療が必要。若年認知症の理解を周囲の社会は深める必要がある。	9
10038	同様の症状をもった方や家族との交流の場が近隣にないため、これらの情報提供を望んでおられる。	1
10039	患者・家族・社会の要望のレベルが高くなってきている。	3
10040	障害年金の書類を依頼するのに苦労する。	3
10113	若年認知症の判断はあまり拡大解釈すべきでないと思う。(状況だけの診断では曖昧になると思う。)	0
10114	治療等医療のみならず、家族の負担軽減のため、介護サービス以外にも、入所できる施設の充実。(十分な施設の確保等)といった福祉面の整備が不可欠だと思う。	0
10122	姫路県立によるも、一月の診察人数が極めて少なく、予約制で3ヶ月先になる	0

9. 若年認知症実態調査 家族用調査票自由回答

問3-4 若年認知症に関してのご意見、要望、提案等どのようなことでも結構です。ご自由にお書き下さい。

ID	記載内容
40014	①若年ということで、老人のように、あらゆる分野での受入れや制度がなくて困った。②家族や一番身近で世話をする立場のものへのケアがなく不安で何が何やら分からず 10 年がすぎたように思う。経済的にも、毎日苦しむ日々であった。もっと援助がほしいと思った。
40015	早く治療薬を作してほしい
40016	日に日に進行しているのを見つつ、育児・仕事・家事・介護と日に追われ、子どもたちとのコミュニケーションがとれないこともあった。定員等の問題もあり、ショートステイの受け入れ先がなかなか見つからず、それでも探してくれたケアマネの方には感謝でいっぱいです。そのショートステイのおかげで、一時の休息がもてたことで今の私がいるのだと思う。そのころは徘徊等がとくにひどく、家の中では不眠・ストレスに悩まされていた。
40017	①まだまだ偏見があり、周囲に病気を隠してしまう。②本人にあった、施設・居場所が整っていない。老健；高齢者の方が多い
40018	若くして発病したため、病名がわからず、脳外科・神経内科・眼科と回り、神経内科の精神的な疲れからでしょうとのことで、長い間薬を服用していた。専門医で分かったときに、このような薬を飲んでいてはいけませんと言われたときはショックでした。もう少し早く専門医にかかっていたらと悔やまれましたので、早期診断専門医の充実を望みます。
40019	デイ・ショート共に一部屋に大勢を詰め込んでいる感じがする。自宅に帰ってくるときは入所前より、悪くなっている。元気がなくなっているように感じるときがしばしばみられる。もう少し工夫をすべきではないか。
40021	完治する薬があればいいのにと強く思う。
40023	58 のとき診察に行き、ひどい鬱だと言われ心療内で投薬して頂き仕事にも行っていたがその2ヵ月後通院もせず、在宅でゆっくりすれば治ると思い（ストレス等）、家に居たが、そのうちに物忘れが出てきたので、4年後掛かりつけ医を通し専門医に受診。検査の結果、アルツハイマーであると診断され、アリセプトを投薬され現在に至る。現在は年金生活だが、最初の2年、その後63歳まで年金もなく生活もとても困って退職金で生活した。今後病気がすすむと…と思うと不安
40024	若年認知症は、介護をしている家族は母の病気の場合、娘か嫁に掛かってくるのだが、子供が小さいため、すごく苦勞する。働きたいが働けず、子供より、母の介護で家庭内もギクシャクする。娘に理解がなく困る。
40025	認知症の会があるそうだが、本人があまり病気になっていないと言うため、本当に分かれば努力するのだが、本当に困っている。テレビを見るがあまり興味を持っていないため、大変だ。
40026	若年認知症は、色々な症状があるが、周りの方たちの理解が、本人の症状との違いを説明して、いくつかわかり理解を得にくいと思う。若いだけに自分の変化の様子が自分でも分かり、何でおかしくなっていくのかとてもつらい思いをしている。それを家族がフォローしていくには、とても家族もつらく困難ことが多い。・認知症のため、ほぼ他人との関わり合いは難しく、また持続することができないので、仕事は難しい。
40027	このアンケート用紙を受け取るまで、若年認知症だと思っていなかったもので、少しショックだった。

40029	会社に勤めていたらうつになり、その後脳梗塞となった。その後、配慮があれば、会社にいられたのかなと思う。
40030	認知症の早期発見・診断、初期の相談、家族への支援から、終末期のケア、見取りまで、医療・保健・福祉が緊密に連携して切れ目ない支援が行われる体制を確立すること。現在は医師が薬剤師になっている。すぐ薬を与えすぎる。医師・精神科医の看板を掲げながら、真面目な診断すらできず、紹介状すら書けぬ。文句を言い書かせた平成10～12年当時。現在でも判断できる医師が県内に何人いるのか。・当時は社会的認知度がなく、社会が受け入れずしなかった。
40031	身体的自立度は高いが、排泄の失敗・同じ言葉を繰り返す・徘徊・浪費等、介護者の精神的負担の大きさは介護認定に反映されず、低く抑えられる傾向が強い。目にみえない家族の介護負担を理解してサービスの充実を望む。
40033	在宅介護での若年認知症において、通常のデイサービスでの認知症の方を受け入れるとなると、施設スタッフが足りないように思うスタッフの認知症の知識がない等の理由で、受入を拒否されることがあるようだ
40034	若年認知症の方専門のデイケア、デイサービス、グループホーム、特養の充実。高額な費用ではなく家族の負担がない減免制度を作って欲しい。24時間相談できるところ。緊急時の受入れ先。
40035	病気の初期に、早く分かるようなことが大事なので、もっとテレビ、ラジオなどでわかるようにして欲しいです。介護する人のために。現在の薬ではなくて（アリセプト）新しい薬が一日でも早くできればと思います。
40036	若年認知症の方専門のデイケア、デイサービス、グループホーム、特養の充実。高額な費用ではなく家族の負担がない減免制度を作って欲しい。24時間相談できるところ。緊急時の受入れ先。

若年認知症実態調査〔市町用〕

	単純集計			
	市町	介護保険	障害福祉	
配布数	84	41.0	41.0	41
回収数	70	39.0	29.0	34
有効回収数	70	39.0	29.0	34
有効回収率	83	95.1	70.7	82.9

市町名

市町	担当			合計
	介護保険	障害福祉	その他	
神戸市	0	0	1	1
姫路市	1	1	0	2
尼崎市	1	1	0	2
明石市	0	1	1	2
西宮市	1	0	1	2
洲本市	1	0	0	1
芦屋市	1	0	0	1
伊丹市	1	1	0	2
相生市	1	1	0	2
加古川市	1	1	0	2
赤穂市	1	1	0	2
西脇市	0	1	1	2
宝塚市	0	1	1	2
三木市	0	1	0	1
高砂市	0	1	0	1
川西市	1	1	0	2
小野市	1	1	0	2
三田市	0	1	0	1
加西市	1	1	0	2
篠山市	1	1	0	2
養父市	1	1	0	2
丹波市	1	1	0	2
南あわじ市	0	1	0	1
朝来市	1	1	0	2
淡路市	1	1	0	2
穴栗市	1	0	0	1
加東市	0	1	0	1
たつの市	1	1	0	2
猪名川市	1	1	0	2
多可町	1	1	0	2
稲美町	1	0	0	1
播磨町	1	1	1	3
市川町	1	1	0	2
福崎町	1	1	0	2
神河町	1	1	0	2
太子町	1	1	0	2
佐用町	1	1	0	2
香美町	0	1	1	2
新温泉町	1	1	0	2
合計	29	33	7	69
N	39			

担当部署

	度数	%	有効%
介護保険	29	42.0	42.0
障害福祉	33	47.8	47.8
その他	7	10.1	10.1
合計	69	100.0	100.0
合計	69	100.0	

Q1:若年認知症の有無

	度数	%	有効%
なし	37	53.6	54.4
あり	31	44.9	45.6
合計	68	98.6	100.0
不明・無回答	1	1.4	
合計	69	100.0	

人数

	度数	%	有効%
0	36	52.2	60.0
1	11	15.9	18.3
2	6	8.7	10.0
3	2	2.9	3.3
5	1	1.4	1.7
6	2	2.9	3.3
7	1	1.4	1.7
10	1	1.4	1.7
合計	60	87.0	100.0
不明・無回答	9	13.0	
合計	69	100.0	

人数(ありのみ)

	度数	%	有効%
1	11	15.9	45.8
2	6	8.7	25.0
3	2	2.9	8.3
5	1	1.4	4.2
6	2	2.9	8.3
7	1	1.4	4.2
10	1	1.4	4.2
合計	24	34.8	100.0
非該当	36	52.2	
不明・無回答	9	13.0	
合計	69	100.0	

記述統計量

	全体	ありのみ
度数	60	24
最小値	0	1
最大値	10	10
合計	63	63
平均値	1.050	2.625
標準偏差	1.987	2.410

Q2:相談

	度数	%	ケースの%
ない	0	0.0	0.0
家族	28	60.9	93.3
民生委員	5	10.9	16.7
ケアマネ	6	13.0	20.0
近隣者	1	2.2	3.3
医療機関	4	8.7	13.3
その他	2	4.3	6.7
合計	46	100.0	153.3
N	30		

Q3:相談内容

	度数	%	ケースの%
診断	1	1.2	3.3
医療機関	12	14.8	40.0
認知症に伴う行動障害と精神症状	3	3.7	10.0
自立支援	7	8.6	23.3
介護保険	19	23.5	63.3
介護保険外	3	3.7	10.0
家族の健康	1	1.2	3.3
経済的支援	9	11.1	30.0
就労	2	2.5	6.7
減免申請	0	0.0	0.0
家庭問題	10	12.3	33.3
自動車	1	1.2	3.3
入院	8	9.9	26.7
その他	5	6.2	16.7
合計	81	100.0	270.0
N	30		

Q4:必要なこと

	度数	%	ケースの%
専門機関、専門医の充実	17	17.9	54.8
かかりつけ医の認知症対応研修の強化	4	4.2	12.9
入院が必要な疾患治療時の受け入れ	3	3.2	9.7
家族のレスパイトを目的とする入院、施設受け入れ	11	11.6	35.5
医療・介護従事者への研修	1	1.1	3.2
相談体制の充実	6	6.3	19.4
介護保険サービスの充実	17	17.9	54.8
自立支援サービスの充実	3	3.2	9.7
社会の理解を深める取組み	12	12.6	38.7
就労先の理解を深める取組み	1	1.1	3.2
自立支援 介護保険対象外（介護保険前）のサービス	10	10.5	32.3
経済的支援策の充実	10	10.5	32.3
合計	95	100.0	306.5
N	31		

Q5:提供サービス

デイケア

	度数	%	有効%
提供している	19	27.5	48.7
提供なし、制度あり	18	26.1	46.2
制度なし	2	2.9	5.1
合計	39	56.5	100.0
不明・無回答	30	43.5	
合計	69	100.0	

デイサービス

	度数	%	有効%
提供している	23	33.3	59.0
提供なし、制度あり	14	20.3	35.9
制度なし	2	2.9	5.1
合計	39	56.5	100.0
不明・無回答	30	43.5	
合計	69	100.0	

ショートステイ

	度数	%	有効%
提供している	20	29.0	51.3
提供なし、制度あり	17	24.6	43.6
制度なし	2	2.9	5.1
合計	39	56.5	100.0
不明・無回答	30	43.5	
合計	69	100.0	

グループホーム

	度数	%	有効%
提供している	19	27.5	47.5
提供なし、制度あり	19	27.5	47.5
制度なし	2	2.9	5.0
合計	40	58.0	100.0
不明・無回答	29	42.0	
合計	69	100.0	

訪問看護

	度数	%	有効%
提供している	17	24.6	42.5
提供なし、制度あり	21	30.4	52.5
制度なし	2	2.9	5.0
合計	40	58.0	100.0
不明・無回答	29	42.0	
合計	69	100.0	

訪問介護

	度数	%	有効%
提供している	19	27.5	48.7
提供なし、制度あり	18	26.1	46.2
制度なし	2	2.9	5.1
合計	39	56.5	100.0
不明・無回答	30	43.5	
合計	69	100.0	

小規模多機能サービス

	度数	%	有効%
提供している	13	18.8	37.1
提供なし、制度あり	13	18.8	37.1
制度なし	9	13.0	25.7
合計	35	50.7	100.0
不明・無回答	34	49.3	
合計	69	100.0	

自立支援医療制度

	度数	%	有効%
提供している	21	30.4	51.2
提供なし、制度あり	18	26.1	43.9
制度なし	2	2.9	4.9
合計	41	59.4	100.0
不明・無回答	28	40.6	
合計	69	100.0	

障害年金

	度数	%	有効%
提供している	12	17.4	38.7
提供なし、制度あり	17	24.6	54.8
制度なし	2	2.9	6.5
合計	31	44.9	100.0
不明・無回答	38	55.1	
合計	69	100.0	

特別障害者手当

	度数	%	有効%
提供している	10	14.5	29.4
提供なし、制度あり	20	29.0	58.8
制度なし	4	5.8	11.8
合計	34	49.3	100.0
不明・無回答	35	50.7	
合計	69	100.0	

介護手当

	度数	%	有効%
提供している	7	10.1	19.4
提供なし、制度あり	18	26.1	50.0
制度なし	11	15.9	30.6
合計	36	52.2	100.0
不明・無回答	33	47.8	
合計	69	100.0	

精神科デイケア

	度数	%	有効%
提供している	4	5.8	12.1
提供なし、制度あり	14	20.3	42.4
制度なし	15	21.7	45.5
合計	33	47.8	100.0
不明・無回答	36	52.2	
合計	69	100.0	

重度認知症デイケア

	度数	%	有効%
提供している	1	1.4	3.3
提供なし、制度あり	8	11.6	26.7
制度なし	21	30.4	70.0
合計	30	43.5	100.0
不明・無回答	39	56.5	
合計	69	100.0	

精神訪問看護

	度数	%	有効%
提供している	6	8.7	18.8
提供なし、制度あり	13	18.8	40.6
制度なし	13	18.8	40.6
合計	32	46.4	100.0
不明・無回答	37	53.6	
合計	69	100.0	

小規模作業所

	度数	%	有効%
提供している	6	8.7	18.2
提供なし、制度あり	16	23.2	48.5
制度なし	11	15.9	33.3
合計	33	47.8	100.0
不明・無回答	36	52.2	
合計	69	100.0	

精神病院

	度数	%	有効%
提供している	8	11.3	24.2
提供なし、制度あり	15	21.1	45.5
制度なし	10	14.1	30.3
合計	33	46.5	100.0
不明・無回答	38	53.5	
合計	71	100.0	

認知症患者療養病棟

	度数	%	有効%
提供している	4	5.8	14.3
提供なし、制度あり	9	13.0	32.1
制度なし	15	21.7	53.6
合計	28	40.6	100.0
不明・無回答	41	59.4	
合計	69	100.0	

成年後見制度

	度数	%	有効%
提供している	11	15.9	25.0
提供なし、制度あり	28	40.6	63.6
制度なし	5	7.2	11.4
合計	44	63.8	100.0
不明・無回答	25	36.2	
合計	69	100.0	

地域福祉権利擁護事業

	度数	%	有効%
提供している	9	13.0	23.1
提供なし、制度あり	26	37.7	66.7
制度なし	4	5.8	10.3
合計	39	56.5	100.0
不明・無回答	30	43.5	
合計	69	100.0	

	提供している	提供なし、 制度あり	制度なし	不明・無回 答
デイケア	19	18.0	2	30
デイサービス	23	14.0	2	30
ショートステイ	20	17.0	2	30
グループホーム	19	19.0	2	29
訪問看護	17	21.0	2	29
訪問介護	19	18.0	2	30
小規模多機能サービス	13	13.0	9	34
自立支援医療制度	21	18.0	2	28
障害年金	12	17.0	2	38
特別障害者手当	10	20.0	4	35
介護手当	7	28.0	11	33
精神科デイケア	4	14.0	15	36
重度認知症デイケア	1	8.0	21	39
精神訪問看護	6	13.0	13	37
小規模作業所	6	16.0	11	36
精神病院	8	13.0	10	38
認知症患者療養病棟	4	9.0	15	41
成年後見制度	11	28.0	5	25
地域福祉権利擁護事業	9	26.0	4	30

若年認知症実態調査〔地域包括支援センター用〕 単純集計

配布数	174
回収数	130
有効回収数	130
有効回収率	74.7

市町名

	度数	%	有効%
神戸市	58	44.6	44.6
姫路市	12	9.2	9.2
尼崎市	8	6.2	6.2
明石市	2	1.5	1.5
西宮市	9	6.9	6.9
芦屋市	4	3.1	3.1
伊丹市	1	0.8	0.8
相生市	1	0.8	0.8
豊岡市	4	3.1	3.1
加古川市	3	2.3	2.3
赤穂市	1	0.8	0.8
西脇市	1	0.8	0.8
宝塚市	3	2.3	2.3
高砂市	1	0.8	0.8
川西市	4	3.1	3.1
小野市	1	0.8	0.8
篠山市	2	1.5	1.5
養父市	1	0.8	0.8
丹波市	1	0.8	0.8
南あわじ市	1	0.8	0.8
朝来市	1	0.8	0.8
淡路市	1	0.8	0.8
宍粟市	1	0.8	0.8
たつの市	1	0.8	0.8
稲美町	1	0.8	0.8
播磨町	1	0.8	0.8
市川町	1	0.8	0.8
太子町	1	0.8	0.8
上郡町	1	0.8	0.8
佐用町	1	0.8	0.8
香美町	1	0.8	0.8
新温泉町	1	0.8	0.8
合計	130	100.0	100.0

Q1:若年認知症の有無

	度数	%	有効%
なし	91	70.0	70.0
あり	39	30.0	30.0
合計	130	100.0	100.0

人数(なし含む)

	度数	%	有効%
0	91	70.0	71.1
1	20	15.4	15.6
2	14	10.8	10.9
4	3	2.3	2.3
合計	128	98.5	100.0
不明・無回答	2	1.5	
合計	130	100.0	

人数(ありのみ)

	度数	%	有効%
1	20	15.4	54.1
2	14	10.8	37.8
4	3	2.3	8.1
合計	37	28.5	100.0
非該当	91	70.0	
不明・無回答	2	1.6	
合計	130	100.0	

記述統計量

	全体	ありのみ
度数	128	37
最小値	0.0	1.0
最大値	4.0	4.0
合計	60	60
平均値	0.469	1.622
標準偏差	0.869	0.861

Q2:相談

		%	ケースの%
ない	1	1.9	2.6
家族	35	64.8	89.7
就労先	0	0.0	0.0
医師	1	1.9	2.6
民生委員	12	22.2	30.8
ケアマネージャー	5	9.3	12.8
知人	2	3.7	5.1
合計	54	100.0	138.5
N	39		

Q3:相談内容

	度数	%	ケースの%
診断について	4	4.1	10.3
医療機関受診	14	14.4	35.9
BPSD	17	17.5	43.6
障害者自立支援	1	1.0	2.6
介護保険	18	18.6	46.2
介護保険以外	5	5.2	12.8
介護者の健康	6	6.2	15.4
経済的支援	5	5.2	12.8
本人の就労	2	2.1	5.1
自動車運転	3	3.1	7.7
入所先	14	14.4	35.9
その他	8	8.2	20.5
合計	97	100.0	248.7

N 39

Q4:連携機関

	度数	%	ケースの%
専門病院	20	13.8	51.3
かかりつけ医	20	13.8	51.3
市町保健師	16	11.0	41.0
市町福祉担当	14	9.7	35.9
健康福祉事務所	7	4.8	17.9
居宅介護支援事業所	24	16.6	61.5
家族会	11	7.6	28.2
社協	6	4.1	15.4
民生委員	14	9.7	35.9
介護者以外の家族	10	6.9	25.6
就労先	1	0.7	2.6
その他	6	4.1	15.4
合計	145	100.0	371.8

N 39

Q5:今後の対策

	度数	%	ケースの%
専門機関の充実	60	16.0	48.4
かかりつけ医の研修強化	25	6.7	20.2
入院必要疾患受け入れ	16	4.3	12.9
家族のレスパイト	49	13.1	39.5
従事者への研修	10	2.7	8.1
相談体制充実	35	9.4	28.2
介護保険サービス充実	55	14.7	44.4
自立支援サービス充実	8	2.1	6.5
社会の理解	33	8.8	26.6
就労先理解	9	2.4	7.3
対象外サービス充実	29	7.8	23.4
経済的支援策充実	43	11.5	34.7
その他	2	0.5	1.6
合計	374	100.0	301.6

N 124

若年認知症実態調査〔居宅介護支援事業所用〕単純集計

配布数	1583
回収数	1013
有効回収数	1012
有効回収率	63.9

市町名	度数	%	有効%
神戸市	302	29.8	30.1
姫路市	95	9.4	9.5
尼崎市	95	9.4	9.5
明石市	38	3.8	3.8
西宮市	54	5.3	5.4
洲本市	12	1.2	1.2
芦屋市	13	1.3	1.3
伊丹市	26	2.6	2.6
相生市	9	0.9	0.9
豊岡市	19	1.9	1.9
加古川市	35	3.5	3.5
赤穂市	8	0.8	0.8
西脇市	17	1.7	1.7
宝塚市	31	3.1	3.1
三木市	25	2.5	2.5
高砂市	13	1.3	1.3
川西市	22	2.2	2.2
小野市	9	0.9	0.9
三田市	14	1.4	1.4
加西市	11	1.1	1.1
篠山市	10	1.0	1.0
養父市	8	0.8	0.8
丹波市	16	1.6	1.6
南あわじ市	16	1.6	1.6
朝来市	5	0.5	0.5
淡路市	11	1.1	1.1
穴栗市	13	1.3	1.3
加東市	8	0.8	0.8
たつの市	18	1.8	1.8
猪名川町	1	0.1	0.1
多可町	5	0.5	0.5
稲美町	2	0.2	0.2
播磨町	4	0.4	0.4
市川町	3	0.3	0.3
福崎町	5	0.5	0.5
神河町	5	0.5	0.5
太子町	4	0.4	0.4
上郡町	3	0.3	0.3
佐用町	8	0.8	0.8
香美町	5	0.5	0.5
新温泉町	4	0.4	0.4
合計	1002	99.0	100.0
不明・無回答	10	1.0	
合計	1012	100.0	

Q1:若年認知症の有無

	度数	%	有効%
ない	830	82.0	82.0
あり	182	18.0	18.0
合計	1012	100.0	100.0

人数(全体)

	度数	%	有効%
0	830	82.0	82.3
1	122	12.1	12.1
2	33	3.3	3.3
3	17	1.7	1.7
4	2	0.2	0.2
5	2	0.2	0.2
6	1	0.1	0.1
7	1	0.1	0.1
合計	1008	99.6	100.0
不明・無回答	4	0.4	
合計	1012	100.0	

人数(ありのみ)

	度数	%	有効%
1	122	12.1	68.5
2	33	3.3	18.5
3	17	1.7	9.6
4	2	0.2	1.1
5	2	0.2	1.1
6	1	0.1	0.6
7	1	0.1	0.6
合計	178	17.6	100.0
非該当	830	82.0	
不明・無回答	4	0.4	
合計	1012	100.0	

記述統計量

	全体	ありのみ
度数	1008	178
最小値	0	1
最大値	7	7
合計	270	270
平均値	0.268	1.517
標準偏差	0.706	0.964

Q2:相談

	度数	%	ケースの%
ない	3	1.4	1.7
家族	167	75.2	94.9
就労先	1	0.5	0.6
医師	14	6.3	8.0
民生委員	12	5.4	6.8
その他	25	11.3	14.2
合計	222	100.0	126.1
N	176		

Q3:相談内容

	度数	%	ケースの%
診断	22	4.8	12.6
医療機関	48	10.4	27.6
B P S D	91	19.7	52.3
自立支援	6	1.3	3.4
介護保険	82	17.7	47.1
介護保険外	51	11.0	29.3
家族の健康	39	8.4	22.4
経済的支援	39	8.4	22.4
就労	9	1.9	5.2
自動車	7	1.5	4.0
入院	56	12.1	32.2
その他	13	2.8	7.5
合計	463	100.0	266.1
N	174		

Q4:連携機関

	度数	%	ケースの%
専門病院	94	18.9	53.7
かかりつけ医	102	20.5	58.3
市町保健師	22	4.4	12.6
市町福祉	41	8.2	23.4
保健所	14	2.8	8.0
地域包括	74	14.9	42.3
家族会	16	3.2	9.1
社協	16	3.2	9.1
民生委員	23	4.6	13.1
家族	54	10.9	30.9
就労先	4	0.8	2.3
その他	37	7.4	21.1
合計	497	100.0	284.0
N	175		

Q5:今後の対策

	度数	%	ケースの%
専門医	489	16.3	49.6
かかりつけ医	200	6.7	20.3
入院受け入れ	173	5.8	17.5
レスバイト	438	14.6	44.4
研修	139	4.6	14.1
相談	275	9.2	27.9
介護保険	410	13.7	41.6
自立支援	67	2.2	6.8
社会理解	212	7.1	21.5
就労先	84	2.8	8.5
サービス	234	7.8	23.7
経済的支援	271	9.0	27.5
その他	10	0.3	1.0
合計	3002	100.0	304.5
	986		

若年認知症実態調査〔医療機関用〕
 単純集計

配布数	282
回収数	123
有効回収数	123
有効回収率	43.6

市町名	度数	%	有効%
神戸市	46	37.4	38.0
姫路市	12	9.8	9.9
尼崎市	4	3.3	3.3
明石市	8	6.5	6.6
西宮市	8	6.5	6.6
洲本市	3	2.4	2.5
伊丹市	2	1.6	1.7
相生市	2	1.6	1.7
加古川市	2	1.6	1.7
赤穂市	4	3.3	3.3
西脇市	1	0.8	0.8
宝塚市	4	3.3	3.3
三木市	2	1.6	1.7
高砂市	3	2.4	2.5
小野市	2	1.6	1.7
加西市	1	0.8	0.8
篠山市	2	1.6	1.7
養父市	2	1.6	1.7
丹波市	1	0.8	0.8
朝来市	2	1.6	1.7
淡路市	1	0.8	0.8
穴栗市	1	0.8	0.8
加東市	3	2.4	2.5
たつの市	2	1.6	1.7
多可町	1	0.8	0.8
稲美町	1	0.8	0.8
福崎町	1	0.8	0.8
合計	121	98.4	100.0
不明・無回答	2	1.6	
合計	123	100.0	

Q1:診療科	N	%	ケースの%
精神科	86	65.6	72.3
神経内科	15	11.5	12.6
心療内科	15	11.5	12.6
内科	8	6.1	6.7
脳神経外科	5	3.8	4.2
その他	2	1.5	1.7
合計	131	100.0	110.1
N	119		
不明・無回答	4		

Q2:若年認知症の有無	度数	%	有効%
なし	82	66.7	66.7
あり	41	33.3	33.3
合計	123	100.0	100.0
不明・無回答	0	0.0	
合計	123	100.0	

人数(なし含む)	度数	%	有効%
0	82	66.7	66.7
1	10	8.1	8.1
2	5	4.1	4.1
3	7	5.7	5.7
4	4	3.3	3.3
5	3	2.4	2.4
6	2	1.6	1.6
7	1	0.8	0.8
8	1	0.8	0.8
9	1	0.8	0.8
10	1	0.8	0.8
11	1	0.8	0.8
12	2	1.6	1.6
15	2	1.6	1.6
20	1	0.8	0.8
合計	123	100.0	100.0
不明・無回答	0	0.0	
合計	123	100.0	

人数(ありのみ)	度数	%	有効%
1	10	8.1	24.4
2	5	4.1	12.2
3	7	5.7	17.1
4	4	3.3	9.8
5	3	2.4	7.3
6	2	1.6	4.9
7	1	0.8	2.4
8	1	0.8	2.4
9	1	0.8	2.4
10	1	0.8	2.4
11	1	0.8	2.4
12	2	1.6	4.9
15	2	1.6	4.9
20	1	0.8	2.4
合計	41	33.3	100.0
0	82	66.7	
合計	123	100.0	

記述統計量

	全体	ありのみ
度数	121	41
最小値	0	1
最大値	20	20
合計	203	203
平均値	1.650	4.95
標準偏差	3.532	4.615

Q3:内訳

アルツハイマー型認知症

	度数	%	有効%
0	5	4.1	12.2
1	12	9.8	29.3
2	6	4.9	14.6
3	4	3.3	9.8
4	5	4.1	12.2
5	2	1.6	4.9
6	3	2.4	7.3
7	1	0.8	2.4
10	1	0.8	2.4
11	1	0.8	2.4
15	1	0.8	2.4
合計	41	33.3	100.0
不明・無回答・非該当	82	66.7	
合計	123	100.0	

血管性認知症

	度数	%	有効%
0	29	23.6	70.7
1	5	4.1	12.2
2	4	3.3	9.8
3	1	0.8	2.4
4	1	0.8	2.4
5	1	0.8	2.4
合計	41	33.3	100.0
不明・無回答・非該当	82	66.7	200.0
合計	123	100.0	300.0

前頭側頭型認知症

	度数	%	有効%
0	29	23.6	70.7
1	7	5.7	17.1
2	2	1.6	4.9
3	1	0.8	2.4
5	2	1.6	4.9
合計	41	33.3	100.0
不明・無回答・非該当	82	66.7	
合計	123	100.0	

レビー小体型認知症

	度数	%	有効%
0	34	27.6	82.9
1	4	3.3	9.8
2	2	1.6	4.9
3	1	0.8	2.4
合計	41	33.3	100.0
不明・無回答・非該当	82	66.7	
合計	123	100.0	

その他

	度数	%	有効%
0	31	25.2	75.6
1	6	4.9	14.6
2	1	0.8	2.4
3	2	1.6	4.9
4	1	0.8	2.4
合計	41	33.3	100.0
不明・無回答・非該当	82	66.7	
合計	123	100.0	

統計統計量

	アルツハイ マー型	血管性	前頭側頭 型	レビー小 体型	その他
度数	41	41	41	41	41
合計	127	25	24	11	18
最小値	0	0	0	0	0
最大値	15	5	5	3	4
平均値	3.098	0.610	0.585	0.268	0.439
標準偏差	3.208	1.181	1.224	0.672	0.950

認知症種類別構成比

	度数	%
アルツハイマー型認知症	127	62.0
血管性認知症	25	12.2
前頭側頭型認知症	24	11.7
レビー小体型認知症	11	5.4
その他	18	8.8
合計	205	100.0

Q4: 認知症サポート医の認知

	度数	%	有効%
知らない	60	48.8	51.7
知っているが連絡したことはない	46	37.4	39.7
よく知っているし連絡をとっている	4	3.3	3.4
自身が認知症サポート医（予定含）	6	4.9	5.2
合計	116	94.3	100.0
不明・無回答	7	5.7	
合計	123	100.0	

Q5:相談を受けた相手

	度数	%	ケースの%
ない	14	23.0	34.1
就労先	3	4.9	7.3
地域包括支援センター	6	9.8	14.6
ケアマネージャー	15	24.6	36.6
他の医師	18	29.5	43.9
民生委員	2	3.3	4.9
その他	3	4.9	7.3
合計	61	100.0	148.8
N	41		

Q6:対応方法

	度数	%	ケースの%
自分で診断する	27	58.7	65.9
他の専門医・医療機関の受診をすすめる	3	6.5	7.3
他の専門医・医療機関と連携して診療する	16	34.8	39.0
その他	0	0.0	0.0
合計	46	100.0	112.2
N	41		

Q7:診断方法

	度数	%	ケースの%
問診	36	21.6	94.7
認知機能検査	34	20.4	89.5
血液検査	27	16.2	71.1
C T	24	14.4	63.2
M R I	28	16.8	73.7
P E T	1	0.6	2.6
S P E C T	12	7.2	31.6
その他	5	3.0	13.2
合計	167	100.0	439.5
N	38		

Q8 : BPSD

	度数	%	ケースの%
薬の調整等しながら様子を見る	38	45.2	92.7
精神科等の医療機関を紹介する	13	15.5	31.7
認知症専門医を紹介する	6	7.1	14.6
家族等に対応方法について指導する	24	28.6	58.5
その他	3	3.6	7.3
合計	84	100.0	204.9
N	41		

Q9 : 紹介先

	度数	%	ケースの%
専門医・医療機関	33	61.1	84.6
認知症サポート医	1	1.9	2.6
市町村役場	4	7.4	10.3
地域包括支援センター	6	11.1	15.4
健康福祉事務所	2	3.7	5.1
家族会	5	9.3	12.8
民生委員	0	0.0	0.0
その他	3	5.6	7.7
合計	54	100.0	138.5
N	39		

Q10 : 利用支援

	度数	%	ケースの%
介護保険の案内	36	20.5	87.8
意見書作成	35	19.9	85.4
精神障害者保健福祉手帳の手続き	30	17.0	73.2
障害年金の手続き	22	12.5	53.7
自立支援医療制度の手続き	32	18.2	78.0
特別障害者手当などの手続き	12	6.8	29.3
家族会の案内	8	4.5	19.5
その他	1	0.6	2.4
合計	176	100.0	429.3
N	41		

Q11:今後の対策

	度数	%	ケースの%
専門医療機関・専門医の充実	62	17.9	53.0
認知症対応研修の強化	22	6.3	18.8
受け入れ	45	13.0	38.5
レスパイト目的の受け入れ	37	10.7	31.6
他専門科目医師との連携	2	0.6	1.7
相談体制の充実	38	11.0	32.5
介護保険サービスの充実	54	15.6	46.2
自立支援サービスの充実	14	4.0	12.0
社会理解の促進	17	4.9	14.5
就労先での理解	7	2.0	6.0
自立支援、介護保険対象外のサービス	16	4.6	13.7
経済的支援策	30	8.6	25.6
その他	3	0.9	2.6
合計	347	100.0	296.6
N	117		

若年認知症実態調査〔ご家族様用〕

単純集計

回収数

38

市町名

	度数	%	有効%
神戸市	8	21.1	22.9
姫路市	7	18.4	20.0
尼崎市	1	2.6	2.9
明石市	2	5.3	5.7
西宮市	3	7.9	8.6
伊丹市	1	2.6	2.9
相生市	1	2.6	2.9
西脇市	1	2.6	2.9
宝塚市	1	2.6	2.9
高砂市	2	5.3	5.7
小野市	1	2.6	2.9
南あわじ市	1	2.6	2.9
たつの市	2	5.3	5.7
稲美町	1	2.6	2.9
市川町	1	2.6	2.9
佐用町	2	5.3	5.7
合計	35	92.1	100.0
不明・無回答	3	7.9	
合計	38	100.0	

問1ー1ご家族の現在の状況

ア 性別

	度数	%	有効%
男	17	44.7	44.7
女	21	55.3	55.3
合計	38	100.0	100.0

イ 年齢

	度数	%	有効%
28	1	2.6	2.6
30	1	2.6	2.6
36	1	2.6	2.6
37	1	2.6	2.6
39	1	2.6	2.6
45	1	2.6	2.6
56	2	5.3	5.3
57	3	7.9	7.9
58	2	5.3	5.3
59	1	2.6	2.6
60	1	2.6	2.6
61	2	5.3	5.3
62	4	10.5	10.5
63	1	2.6	2.6
64	3	7.9	7.9
65	1	2.6	2.6
66	1	2.6	2.6
67	2	5.3	5.3
68	5	13.2	13.2
69	1	2.6	2.6
70	1	2.6	2.6
75	1	2.6	2.6
76	1	2.6	2.6
合計	38	100.0	100.0

記述統計量

度数	36
最小値	28
最大値	76
平均値	59.289
標準偏差	11.578

ウ あなたとの関係

	度数	%	有効%
配偶者	30	78.9	78.9
娘	4	10.5	10.5
息子の配偶者	2	5.3	5.3
兄弟姉妹	1	2.6	2.6
その他	1	2.6	2.6
合計	38	100.0	100.0

エ 同居

	度数	%	有効%
同居している	30	78.9	78.9
同じ敷地内の別棟	0	0.0	0.0
別居している	2	5.3	5.3
本人入所あるいは入院のため別居している	6	15.8	15.8
合計	38	100.0	100.0

オ 仕事

	度数	%	有効%
在職中	8	21.1	21.1
休職中	1	2.6	2.6
自営（現職）	3	7.9	7.9
自営（休止中）	1	2.6	2.6
定年退職した	4	10.5	10.5
介護を理由に仕事をやめた	5	13.2	13.2
主婦	7	18.4	18.4
無職	5	13.2	13.2
その他	4	10.5	10.5
合計	38	100.0	100.0

カ 協力者

	度数	%	ケースの%
いない	16	38.1	42.1
兄弟姉妹	4	9.5	10.5
子ども	11	26.2	28.9
親	1	2.4	2.6
友人	2	4.8	5.3
近所の人	2	4.8	5.3
その他	6	14.3	15.8
合計	42	100.0	110.5

N

38

問1-2 介護負担指標

1 重荷

	度数	%	有効%
非常にそう思う	12	31.6	32.4
少しそう思う	16	42.1	43.2
あまりそう思わない	8	21.1	21.6
全くそう思わない	1	2.6	2.7
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

2 自分の時間

	度数	%	有効%
非常にそう思う	13	34.2	35.1
少しそう思う	11	28.9	29.7
あまりそう思わない	10	26.3	27.0
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

3 前向き

	度数	%	有効%
非常にそう思う	15	39.5	41.7
少しそう思う	16	42.1	44.4
あまりそう思わない	2	5.3	5.6
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

4 家事

	度数	%	有効%
非常にそう思う	5	13.2	13.9
少しそう思う	13	34.2	36.1
あまりそう思わない	10	26.3	27.8
全くそう思わない	8	21.1	21.6
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

5 気兼ね

	度数	%	有効%
非常にそう思う	3	7.9	8.3
少しそう思う	8	21.1	22.2
あまりそう思わない	10	26.3	27.8
全くそう思わない	15	39.5	40.5
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

6 精一杯

	度数	%	有効%
非常にそう思う	9	23.7	24.3
少しそう思う	12	31.6	32.4
あまりそう思わない	13	34.2	35.1
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

7 最後まで

	度数	%	有効%
非常にそう思う	21	55.3	60.0
少しそう思う	8	21.1	22.9
あまりそう思わない	3	7.9	8.6
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	35	92.1	100.0
不明・無回答	3	7.9	
合計	38	100.0	

8 自分の健康

	度数	%	有効%
非常にそう思う	18	47.4	48.6
少しそう思う	14	36.8	37.8
あまりそう思わない	3	7.9	8.1
全くそう思わない	2	5.3	5.4
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

9 経済的負担

	度数	%	有効%
非常にそう思う	14	36.8	37.8
少しそう思う	13	34.2	35.1
あまりそう思わない	8	21.1	21.6
全くそう思わない	2	5.3	5.4
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

10 家族親戚

	度数	%	有効%
非常にそう思う	3	7.9	8.6
少しそう思う	3	7.9	8.6
あまりそう思わない	17	44.7	48.6
全くそう思わない	12	31.6	32.4
合計	35	92.1	100.0
不明・無回答	3	7.9	
合計	38	100.0	

11 睡眠

	度数	%	有効%
非常にそう思う	5	13.2	13.5
少しそう思う	10	26.3	27.0
あまりそう思わない	15	39.5	40.5
全くそう思わない	7	18.4	18.9
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

12 言葉

	度数	%	有効%
非常にそう思う	5	13.2	13.5
少しそう思う	15	39.5	40.5
あまりそう思わない	12	31.6	32.4
全くそう思わない	5	13.2	13.5
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

13 理解

	度数	%	有効%
非常にそう思う	5	13.2	13.5
少しそう思う	11	28.9	29.7
あまりそう思わない	18	47.4	48.6
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

14 不安

	度数	%	有効%
非常にそう思う	19	51.4	52.8
少しそう思う	14	37.8	38.9
あまりそう思わない	0	0.0	0.0
全くそう思わない	3	7.9	8.1
合計	36	97.3	100.0
不明・無回答	1	2.7	
合計	37	100.0	

15 負担

	度数	%	有効%
全く負担でない	4	10.5	10.8
少し負担に思う	12	31.6	32.4
かなり負担に思う	10	26.3	27.0
非常に負担に思う	11	28.9	29.7
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

記述統計量

	度数	平均値	標準偏差
世話はとても重荷である	37	1.946	0.815
自分の自由な時間が持てなくて困る	37	2.081	0.983
世話の苦勞があっても前向きに考えていこうと思う	36	1.806	0.889
家事や子育てに手が回らなくて困る	36	2.583	0.996
介護サービスの利用は親族や近所に気兼ねがある	36	3.028	1.000
精神的には精一杯である	37	2.270	0.932
自分が最後まで見てあげたいと思う	35	1.686	0.963
自分の健康のことが心配になってしまう	37	1.703	0.845
経済的負担が大きくて困る	37	1.946	0.911
家族・親族と意見が合わなくて困る	35	3.086	0.887
夜眠れなくて困る	37	2.649	0.949
本人の希望や反応を言葉で確認できなくて困る	37	2.459	0.900
家族や親族がもう少し介護の大変さを理解してくれたら	37	2.514	0.837
この先どうなるか不安になることがある	37	1.622	0.861
全体を通してみると介護がどのくらい負担になっているか	37	2.757	1.011

N 31

問2ー1 本人の状況

ア 性別

	度数	%	有効%
男	18	47.4	48.6
女	19	47.1	51.4
合計	37	97.1	100.0
不明・無回答	1	2.9	
合計	38	100.0	

イ 現在年齢

	度数	%	有効%
55	1	2.7	2.8
56	1	2.7	2.8
58	1	2.7	2.8
59	1	2.7	2.8
60	5	13.5	13.9
61	4	10.8	11.1
62	4	10.8	11.1
63	2	5.4	5.6
64	6	16.2	16.7
65	2	5.4	5.6
66	4	10.8	11.1
67	2	2.0	5.6
68	1	2.7	2.8
70	3	8.1	8.3
合計	36	97.3	100.0
不明・無回答	1	2.7	
合計	37	100.0	

ウ 症状年齢

	度数	%	有効%
48	1	2.6	2.7
50	1	2.6	2.7
52	1	2.6	2.7
54	1	2.6	2.7
55	2	5.3	5.4
56	5	13.2	13.5
57	5	13.2	13.5
58	4	10.5	10.8
59	2	5.3	5.4
60	5	13.2	13.5
61	1	2.6	2.7
62	3	7.9	8.1
63	2	5.3	5.4
64	2	5.3	5.4
65	2	5.3	5.4
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

エ 相談年齢

	度数	%	有効%
48	1	2.6	2.8
50	1	2.6	2.8
52	1	2.6	2.8
54	1	2.6	2.8
55	2	5.3	5.6
56	3	7.9	8.3
57	2	5.3	5.6
58	4	10.5	11.1
59	3	7.9	8.3
60	6	15.8	16.7
61	2	5.3	5.6
62	3	7.9	8.3
63	3	7.9	8.3
64	2	5.3	5.6
65	2	5.3	5.6
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

オ 診断年齢

	度数	%	有効%
50	1	2.6	2.7
52	2	5.3	5.4
54	1	2.6	2.7
55	2	5.3	5.4
56	1	2.6	2.7
57	5	13.2	13.5
58	3	7.9	8.1
59	3	7.9	8.1
60	3	7.9	8.1
61	3	7.9	8.1
62	3	7.9	8.1
63	3	7.9	8.1
64	3	7.9	8.1
65	3	7.9	8.1
66	1	2.6	2.7
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

記述統計量

	本人年齢	症状年齢	相談年齢	診断年齢
度数	37	37	36	37
最小値	55	48	48	50
最大値	70	65	65	66
平均値	63.14	58.38	58.89	59.49
標準偏差	3.622	3.918	3.991	4.018

カ 就業状況

	度数	%	有効%
在職中	1	2.6	2.8
休職中	1	2.6	2.8
自営(休止)	2	5.3	5.6
定年退職した	3	7.9	8.3
定年前に退職	6	15.8	16.7
主婦	9	23.7	25.0
無職	13	34.2	36.1
その他	1	2.6	2.8
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

キ 要介護度

	度数	%	有効%
自立	4	10.5	10.8
要支援 1	1	2.6	2.7
要介護 1	6	15.8	16.2
要介護 2	5	13.2	13.5
要介護 3	7	18.4	18.9
要介護 4	2	5.3	5.4
要介護 5	4	10.5	10.8
未申請	5	13.2	13.5
不明	3	7.9	8.1
合計	37	97.4	100.0
不明・無回答	1	2.6	
合計	38	100.0	

ク 精神障害者保健福祉手帳

	度数	%	有効%
1 級	8	21.1	22.9
2 級	7	18.4	20.0
3 級	0	0.0	0.0
持っていない	20	52.6	57.1
合計	35	92.1	100.0
不明・無回答	3	7.9	
合計	38	100.0	

ケ 身体障害者手帳

	度数	%	有効%
1 級	1	2.6	2.9
2 級	0	0.0	0.0
3 級以上	1	2.6	2.9
持っていない	32	84.2	94.1
合計	34	89.5	100.0
不明・無回答	4	10.5	
合計	38	100.0	

コ 診断名

	度数	%	有効%
受けていない	1	2.6	2.8
アルツハイマー型	25	65.8	69.4
血管性	3	7.9	8.3
前頭側頭型	2	5.3	5.6
レビー小体型	3	7.9	8.3
その他	2	5.3	5.6
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

サ 現在の状況

	度数	%	有効%
診断受けたが介護サービスは利用していない	10	27.0	27.8
介護サービスを利用するつもりだがまだ利用していない	3	8.1	8.3
障害者自立支援サービスを利用しようとしている	0	0.0	0.0
在宅サービスを利用している	11	29.7	30.6
認知症の治療のため入院している	4	10.8	11.1
施設や療養型に入院している	3	8.1	8.3
その他	5	13.5	13.9
合計	36	97.3	100.0
不明・無回答	1	2.7	
合計	37	100.0	

問2-2-1 受診までの期間

	度数	%	有効%
3ヶ月以内	13	34.2	36.1
3ヶ月以上	23	60.5	63.9
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

月数

	度数	%	有効%
4	2	5.3	10.5
6	6	15.8	31.6
11	1	2.6	5.3
12	5	13.2	26.3
18	1	2.6	5.3
20	1	2.6	5.3
24	2	5.3	10.5
36	1	2.6	5.3
合計	19	50.0	100.0
不明・無回答・非該当	19	50.0	
合計	38	100.0	

記述統計量

度数	32
最小値	1.5
最大値	36
平均値	8.016
標準偏差	8.490

※3ヶ月以内＝1.5ヶ月として計算

問2-2-2 時間がかかった理由

	度数	%	ケースの%
疲れ・ストレスからの症状だと思った	6	16.7	25.0
生活に支障なく様子を見ていた	6	16.7	25.0
認知症とは思わなかった	10	27.8	41.7
どこに受診したらよいかわからなかった	4	11.1	16.7
本人が嫌がった	1	2.8	4.2
その他	9	25.0	37.5
合計	36	100.0	150.0
N	24		

問2-3-1 診断までの期間

	度数	%	有効%
3ヶ月以内	21	55.3	58.3
3ヶ月以上	15	39.5	41.7
合計	36	94.7	100.0
不明・無回答	2	5.3	
合計	38	100.0	

月数

	度数	%	有効%
4	1	2.8	9.1
5	1	2.8	9.1
6	2	5.6	18.2
9	1	2.8	9.1
12	2	5.6	18.2
18	1	2.8	9.1
24	1	2.8	9.1
36	1	2.8	9.1
48	1	2.8	9.1
合計	11	30.6	100.0
不明・無回答・非該当	25	69.4	
合計	36	100.0	

記述統計量

度数	31
最小値	1.5
最大値	48
平均値	6.774
標準偏差	10.961

※3ヶ月以内=1.5ヶ月として計算

問2-3-2 時間がかかった理由

	度数	%	ケースの%
かかりつけ医で様子を見るように言われた	1	4.8	7.1
専門医の受診予約が取れなかった	1	4.8	7.1
別の病名で治療を受けていた	9	42.9	64.3
医療機関を転々としていた	7	33.3	50.0
その他	3	14.3	21.4
合計	21	100.0	150.0
N	14		

問2-3-3 受信医療機関

	度数	%	有効%
かかりつけ医で受診・診断	5	13.2	17.2
かかりつけ医から専門医へ	15	39.5	51.7
複数の機関	9	23.7	31.0
合計	29	76.3	100.0
不明・無回答	9	23.7	
合計	38	100.0	

受診機関数

	度数	%	有効%
2か所	1	2.9	14.3
3か所	3	8.8	50.0
4か所	2	2.9	16.7
8か所	1	2.9	16.7
合計	7	17.6	100.0
不明・無回答・非該当	28	82.4	
合計	35	100.0	

記述統計量

度数	7
最小値	2
最大値	8
平均値	3.857
標準偏差	1.952

問2-4 自立支援法サービス

	度数	%	ケースの%
利用していない	23	71.9	74.2
支援費医療	6	18.8	19.4
移動支援事業（ガイドヘルパー）	1	3.1	3.2
精神科デイケア	2	6.3	6.5
精神科訪問看護	0	0.0	0.0
合計	32	100.0	103.2
N	31		

問2-5 年金手当

	度数	%	ケースの%
受けていない	6	14.0	16.7
障害年金	5	11.6	13.9
企業年金	5	11.6	13.9
国民年金	2	4.7	5.6
厚生年金	16	37.2	44.4
共済年金	4	9.3	11.1
休職手当	1	2.3	2.8
傷病手当	1	2.3	2.8
その他	3	7.0	8.3
合計	43	100.0	119.4
N	36		

問2-6 介護保険サービス

	度数	%	ケースの%
利用したことはない	15	24.6	40.5
通所介護（デイサービス）	16	26.2	43.2
通所リハビリ（デイケア）	4	6.6	10.8
訪問介護（ホームヘルパー）	6	9.8	16.2
訪問リハビリ	1	1.6	2.7
訪問看護	0	0.0	0.0
訪問診療	0	0.0	0.0
ショートステイ	8	13.1	21.6
福祉用具貸与	3	4.9	8.1
グループホーム入居	1	1.6	2.7
特別養護老人ホーム入所	0	0.0	0.0
老人保健施設入所	4	6.6	10.8
介護療養型病床入院	1	1.6	2.7
医療施設・有料老人ホーム	0	0.0	0.0
介護予防サービス	2	3.3	5.4
その他	0	0.0	0.0
合計	61	100.0	164.9
N	37		

問2-7 社会参加できる場

	度数	%	ケースの%
仕事	4	8.7	11.1
ボランティア	2	4.3	5.6
地域活動	1	2.2	2.8
家族会参加・本人の会参加	9	19.6	25.0
趣味の会、サークル	4	8.7	11.1
機会ない	8	17.4	22.2
認知症進行により、本人が望む状態にない	14	30.4	38.9
その他	4	8.7	11.1
合計	46	100.0	127.8
N	36		

問2-8 仕事継続のために必要な支援

	度数	%	有効%
職場の理解	14	36.8	48.3
通勤の付き添い	0	0.0	0.0
簡単な仕事へ配属	6	15.8	20.7
就労時間の短縮	0	0.0	0.0
その他	9	23.7	31.0
合計	29	76.3	100.0
不明・無回答	9	23.7	
合計	38	100.0	

問3-1 関わった機関

	度数	%	ケースの%
専門病院	29	23.2	76.3
かかりつけ医	24	19.2	63.2
保健師	2	1.6	5.3
福祉担当者	4	3.2	10.5
地域包括	6	4.8	15.8
ケアマネ	20	16.0	52.6
居宅サービス	16	12.8	42.1
保健所	5	4.0	13.2
家族会	10	8.0	26.3
社協	2	1.6	5.3
民生委員	4	3.2	10.5
ボランティア	1	0.8	2.6
その他	2	1.6	5.3
合計	125	100.0	328.9
N	38		

問3-2 必要なもの

	度数	%	ケースの%
専門的医療機関、専門医の充実	26	14.5	70.3
かかりつけ医の強化	6	3.4	16.2
早期診断体制	20	11.2	54.1
入院が必要な疾患治療時の受け入れ	14	7.8	37.8
家族の休養をとるために利用できる入院、入所施設の受け入れ	17	9.5	45.9
家族を対象とした相談体制の充実	11	6.1	29.7
医療機関と地域ケア等の関係機関のネットワーク	5	2.8	13.5
若年認知症の人のための介護保険サービスの充実	23	12.8	62.2
社会が若年認知症理解を深める取り組み	13	7.3	35.1
就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み	4	2.2	10.8
就業継続の取り組み	0	0.0	0.0
介護保険を利用する前の時期に利用できるサービスの充実	8	4.5	21.6
経済的支援策の充実	19	10.6	51.4
家族会、当事者の会	5	2.8	13.5
障害福祉制度のスムーズな利用	8	4.5	21.6
合計	179	100.0	483.8
N	37		

若年認知症実態調査 【市町用】

- * 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の期間での状況についてご回答ください。
- * 若年認知症（現在 65 歳未満の方、18～64 歳までに認知症と診断を受けた方）及びその疑いのある方の状況についてご回答ください。
（若年認知症の該当基準： ①記憶力の低下が見られる ②知的障害や自閉症でないこと ③満 65 歳未満に発症）
- * 介護保険担当、障害福祉担当それぞれの所管課にてご回答願います。

I 所属の属性についてお尋ねします。

市町名 _____

該当する担当部署に○をつけてください。

- 1 介護保険担当 2 障害福祉担当 3 その他（ _____ ）

Q 1 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の間に、若年認知症（疑い含む）の方からの相談はありましたか。

- 1 ない 2 あり（ _____ ）人

II 以下（Q 2～Q 4）は、若年認知症（疑い含む）の方からの相談があった方にお尋ねします。

Q 2 若年認知症の診療や支援について、本人以外から相談をうけられることはありますか。ある場合は、該当するすべてに○をつけてください。

- 1 ない 2 家族 3 民生委員 4 ケアマネージャー 5 近隣者
6 医療機関 7 その他（ _____ ）

Q 3 どのような相談内容が多いですか。最も多いもの3つを選んで○をつけてください。

- 1 診断についての相談
2 医療機関受診に関する相談
3 B P S D（認知症に伴う行動障害と精神症状）等の症状の対応について相談
4 障害者自立支援サービスの利用に関する相談
5 介護保険サービスの利用に関する相談
6 障害者自立支援や介護保険以外のサービス利用に関する相談
7 介護者や他の家族の健康に関する相談（配偶者のうつ、子どもの登校拒否など）
8 公費負担制度の利用等経済的支援の相談
9 認知症の本人の就労に関する相談
10 減免申請について
11 家庭内の問題に関する相談（子供の就学、配偶者の介護負担等）
12 本人の自動車等の運転に関する相談
13 入院や入所先の紹介に関する相談
14 その他（ _____ ）

Q 4 若年認知症の人や家族が安心して暮らすことができるために最も必要と思われるものを3つ選んでください。

- 1 専門医療機関、専門医の充実 2 かかりつけ医の認知症対応研修の強化
3 入院が必要な疾患治療時の受け入れ 4 家族のレスパイトを目的とする入院、入所の受け入れ
5 医療・介護従事者等への若年認知症についての研修 6 相談体制の充実
7 若年認知症の人のための介護保険サービスの充実 8 自立支援サービスの充実
9 社会が若年認知症理解を深める取組み 10 就労先での若年認知症に関する理解を深める取組み
11 自立支援制度や介護保険対象外のサービスの充実 12 経済的支援策の充実
13 その他（ _____ ）

III 全員お答えください

Q 5 若年認知症の相談があった場合、貴市町において若年認知症の人に提供されているサービス、制度にはどのようなものがありますか。提供されているものに○をつけてください。また、利用上の条件等があれば備考欄にご記入ください。

		提供している	提供はないが 制度はある	制度がない	備 考
介 護 保 険	デイケア				
	デイサービス				
	ショートステイ				
	グループホーム				
	訪問看護				
	訪問介護				
	小規模多機能サービス				
自立支援医療制度					
障害年金					
特別障害者手当					
介護手当					
精神科デイケア					
重度認知症患者デイケア					
精神訪問看護					
小規模作業所					
精神病院					
認知症疾患療養病棟					
成年後見制度					
地域福祉権利擁護事業					

* 上記以外に若年認知症の人が利用できるサービス、制度があればお書きください。

Q 6 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等のようなことでも結構です。ご自由に記載ください。

ご協力ありがとうございました。

若年認知症実態調査 【地域包括支援センター用】

- * 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の期間での状況についてご回答ください。
- * 若年認知症（現在 65 歳未満の方、18～64 歳までに認知症と診断を受けた方）及びその疑いのある方の状況についてご回答ください。
（若年認知症の該当基準： ①記憶力の低下が見られる ②知的障害や自閉症でないこと ③満 65 歳未満に発症）

I 貴事業所の状況についてお尋ねします。

貴事業所名 _____ 所在市町名 _____

Q 1 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の間に、貴センターで若年認知症（疑い含む）の方からの相談はありましたか。
1 ない 2 あり（ ）人

II 以下（Q 2～Q 4）は、若年認知症（疑い含む）の方からの相談があった方にお尋ねします。それ以外の方はⅢへお進みください。

Q 2 若年認知症の診療や支援について、本人以外から相談をうけられることはありますか。ある場合は、該当するすべてに○をつけてください。
1 ない 2 家族 3 就労先 4 医師 5 民生委員
6 その他（ ）

Q 3 どのような相談内容が多いですか。最も多いもの 3 つを選んで○をつけてください。
1 診断についての相談
2 医療機関受診に関する相談
3 B P S D（認知症に伴う行動障害と精神症状）等の症状の対応について相談
4 障害者自立支援サービスの利用に関する相談
5 障害者自立支援や介護保険サービス利用に関する相談
6 介護保険以外のサービスの利用に関する相談
7 介護者や他の家族の健康に関する相談（配偶者のうつ、子どもの登校拒否など）
8 経済的な支援策についての相談
9 認知症の本人の就労に関する相談
10 本人の自動車運転に関する相談
11 入院や入所先をさがしてほしいという相談
12 その他（ ）

Q 4 若年認知症の支援において連携している、又はしていた機関すべてに○をつけてください。
1 専門病院、専門外来、認知症サポート医 2 かかりつけ医
3 市町（保健師等） 4 市町（福祉担当） 5 健康福祉事務所（保健所）
6 居宅介護支援事業所 7 家族会 8 社会福祉協議会 9 民生委員
10 介護者以外の家族 11 就労先
12 その他（ ）

Ⅲ 若年認知症の今後の対策についてお尋ねします。

Q 5 若年認知症の人や家族が安心して暮らすことができるために最も必要と思われるものを 3 つ選んでください。
1 専門医療機関、専門医の充実
2 かかりつけ医の認知症対応研修の強化
3 入院が必要な疾患治療時の受け入れ
4 家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ
5 医療・介護従事者等への若年認知症についての研修
6 相談体制の充実
7 若年認知症の人のための介護保険サービスの充実
8 自立支援サービスの充実
9 社会が若年認知症理解を深める取り組み
10 就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み
11 自立支援制度や介護保険対象外のサービスの充実
12 経済的支援策の充実
13 その他（ ）

Q 6 ケアプラン作成上、困難に思われる点があれば、ご自由にご記入ください。

Q 7 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等どのようなことでも結構です。ご自由に記載ください。

ご協力ありがとうございました。

若年認知症実態調査 【居宅介護支援事業所用】

- * 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の期間での状況についてご回答ください。
- * 若年認知症（現在 65 歳未満の方、18～64 歳までに認知症と診断を受けた方）及びその疑いのある方の状況についてご回答ください。
（若年認知症の該当基準： ①記憶力の低下が見られる ②知的障害や自閉症でないこと ③満 65 歳未満に発症）
- * 介護支援専門がお答えください。複数いらっしゃる場合は、その代表的立場にある方がお答えください。

I 貴事業所の状況についてお尋ねします。

貴事業所名 _____ 所在市町名 _____

Q 1 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の間に、貴居宅支援事業所で若年認知症（疑い含む）の方からの相談はありましたか。
1 ない 2 あり（ ）人

II 以下（Q 2～Q 4）は、若年認知症（疑い含む）の方からの相談があった方にお尋ねします。それ以外の方はⅢへとお進みください。

Q 2 若年認知症の診療や支援について、本人以外から相談をうけられることはありますか。ある場合は、該当するすべてに○をつけてください。
1 ない 2 家族 3 就労先 4 医師 5 民生委員
6 その他（ ）

Q 3 どのような相談内容が多いですか。最も多いもの 3 つを選んで○をつけてください。
1 診断についての相談
2 医療機関受診に関する相談
3 B P S D（認知症に伴う行動障害と精神症状）等の症状の対応について相談
4 障害者自立支援サービスの利用に関する相談
5 障害者自立支援や介護保険サービス利用に関する相談
6 介護保険以外のサービスの利用に関する相談
7 介護者や他の家族の健康に関する相談（配偶者のうつ、子どもの登校拒否など）
8 経済的な支援策についての相談
9 認知症の本人の就労に関する相談
10 本人の自動車運転に関する相談
11 入院や入所先をさがしてほしいという相談
12 その他（ ）

Q 4 若年認知症の支援において連携している、又はしていた機関すべてに○をつけてください。
1 専門病院、専門外来、認知症サポート医 2 かかりつけ医
3 市町（保健師等） 4 市町（福祉担当） 5 健康福祉事務所（保健所）
6 地域包括支援センター 7 家族会 8 社会福祉協議会 9 民生委員
10 介護者以外の家族 11 就労先
12 その他（ ）

Ⅲ 若年認知症の今後の対策についてお尋ねします。

Q 5 若年認知症の人や家族が安心して暮らすことができるために最も必要と思われるものを 3 つ選んでください。
1 専門医療機関、専門医の充実
2 かかりつけ医の認知症対応研修の強化
3 入院が必要な疾患治療時の受け入れ
4 家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ
5 医療・介護従事者等への若年認知症についての研修
6 相談体制の充実
7 若年認知症の人のための介護保険サービスの充実
8 自立支援サービスの充実
9 社会が若年認知症理解を深める取り組み
10 就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み
11 自立支援制度や介護保険対象外のサービスの充実
12 経済的支援策の充実
13 その他（ ）

Q 6 ケアプラン作成上、困難に思われる点があれば、ご自由にご記入ください。

Q 7 若年認知症の支援に関してのご意見、要望、提案等どのようなことでも結構です。ご自由に記載ください。

ご協力ありがとうございました。

若年認知症実態調査 【医療機関用】

- * 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の期間での状況についてご回答ください。
- * 若年認知症（現在 65 歳未満の方、18～64 歳までに認知症と診断を受けた方）及びその疑いのある方の状況について貴院の医師がご回答ください。

I 貴院の状況についてお尋ねします。

貴院名 _____ 所在市町名 _____

Q 1 ご回答いただいた医師の主たる診療科についてお尋ねします。

- 1 精神科 2 神経内科 3 心療内科 4 内科 5 脳神経外科
6 その他（ _____ ）

Q 2 2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日の間に、日常診療において若年認知症（疑い含む）の方はおられましたか。

- 1 ない 2 あり（ _____ ）人

Q 3 Q 2 で「あり」と答えた方にお尋ねします。診断名ごとにその内訳をお書きください。

- 1 アルツハイマー型認知症（ _____ ）人 2 血管性認知症（ _____ ）人
3 前頭側頭型認知症（ _____ ）人 4 レビー小体型認知症（ _____ ）人
5 その他（ _____ ）人

Q 4 認知症サポート医についてご存知ですか。

- 1 知らない
2 知っているが連絡したことはない
3 よく知っているし、連絡をとっている
4 その他（ _____ ）

II 若年認知症の診療をしておられる方（Q 2 で若年認知症の診療ありと答えた方）にお尋ねします。

Q 5 若年認知症の診療や支援について、本人や家族等以外から相談をうけられることはありますか。ある場合は、該当するすべてに○をつけてください。

- 1 ない 2 就労先 3 地域包括支援センター 4 ケアマネージャー
5 他の医師 6 民生委員 7 その他（ _____ ）

Q 6 若年認知症（疑い含む）の方が受診された場合、どのように対応されますか。

- 1 自分で診断する
2 他の専門医・医療機関の受診をすすめる
3 他の専門医・医療機関と連携して診療する
4 その他（ _____ ）

Q 7 自分で診断される場合は、どのような診断方法ですか。該当するすべてに○をつけてください。

- 1 問診 2 認知機能検査 3 血液検査 4 CT 5 MRI
6 PET 7 SPECT 8 その他（ _____ ）

Q 8 若年認知症における BPSD（認知症に伴う行動障害と精神症状）で日常生活に支障をきたす状況の

場合の対応についてお伺いします。該当するすべてに○をつけてください。

- 1 薬の調整等をしながら様子を見る
2 精神科等の医療機関を紹介する
3 認知症専門医を紹介する
4 家族等に対応方法について指導する
5 その他（ _____ ）

Q 9 家族に他の機関を紹介される場合、どこを紹介されていますか。該当するすべてに○をつけてください。

- 1 専門医・医療機関 2 認知症サポート医 3 市町村役場
4 地域包括支援センター 5 健康福祉事務所（保健所） 6 家族会
7 民生委員 8 その他（ _____ ）

Q10 どのような社会福祉制度の利用支援をしておられますか。該当するすべてに○をつけてください。

- 1 介護保険制度（訪問看護、精神科デイケア、小規模作業所等）の案内
2 介護保険認定のためのかかりつけ医意見書の作成
3 精神障害者保健福祉手帳の手続き支援
4 障害年金の手続き支援
5 自立支援医療制度（通院医療公的補助）の手続き支援
6 特別障害者手当等の手続き支援
7 家族会の案内
8 その他（ _____ ）

III 若年認知症の今後の対策についてお尋ねします。

Q11 若年認知症の人や家族が安心して暮らすことができるために最も必要と思われるものを3つ選んでください。

- 1 専門医療機関、専門医の充実
2 かかりつけ医の認知症対応研修の強化
3 入院が必要な疾患治療時の受け入れ
4 家族のレスパイトを目的とする入院、入所施設の受け入れ
5 自分の専門診療科目以外の医師との連携（診療科名 _____ ）
6 相談体制の充実
7 若年認知症の人のための介護保険サービスの充実
8 自立支援サービスの充実
9 社会が若年認知症理解を深める取り組み
10 就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み
11 自立支援制度、介護保険対象外のサービス充実
12 経済的支援策の充実
13 その他（ _____ ）

Q12 若年認知症の診療に関してのご意見、要望、提案等、ご自由に記載ください。

ご協力ありがとうございました

若年認知症実態調査 【ご家族様用】

満65歳までにて若年認知症と診断された方及びその疑いがある方の、主たる介護者であるご家族の方にご回答をお願いします。

お住まいの市町名 _____ 市・町 _____

問1. ご家族の方の状況を記入してください。

問1-1. ご家族（主たる介護者の方）の現在の状況をお答えください。（該当する項目に○を記入ください。）

ア 性別	1 男性	2 女性
イ 年 齢	() 歳	
ウ あなたと認知症の 人との関係	1 配偶者 3 息子（長男、次男ほか） 5 兄弟姉妹 7 孫	2 娘（長女、次女ほか） 4 息子の配偶者 6 親 8 その他（ ）
エ 同居していますか	1 同居している 3 別居している	2 同じ敷地内の別棟 4 本人入所あるいは入院のため別居している
オ 仕事をしていますか	1 在職中 3 自営（現職） 5 定年退職した 7 主婦 9 その他（ ）	2 休職中 4 自営（休止中） 6 介護を理由に仕事をやめた 8 無職
カ 介護に協力してくれる 人がいますか	1 いらない 2 兄弟姉妹 4 親 6 近所の人	3 子供 5 友人 7 その他（ ）

問1-2. あなたは、日ごろお世話や介護をしていることについて、次のように感じることはありませんか。該当する箇所に○をつけてください。

	非常にそう 思う	少しそう思 う	あまりそう 思わない	全くそう思 わない
1 世話はとても重荷である	1	2	3	4
2 趣味・学習・その他の社会的活動などのために使える自分の自由な 時間が持たなくて困る	1	2	3	4
3 世話の苦勞があっても、前向きに考えていこうと思う	1	2	3	4
4 世話で家事や子育てなどに手が回らなくて困る	1	2	3	4
5 介護サービスの利用は、親族や近所に気兼ねがある	1	2	3	4
6 世話で精神的には、もう精一杯である	1	2	3	4
7 自分が最後までみてあげたいと思う	1	2	3	4
8 世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	1	2	3	4
9 世話のために、経済的負担が大きくて困る	1	2	3	4
10 世話のことで、家族・親族と意見が合わなくて困る	1	2	3	4
11 世話のために、夜眠れなくて困る	1	2	3	4
12 介護を受けている方本人の希望や反応を、言葉で確認できなくて 困る	1	2	3	4
13 家族や親族がもう少し介護の大変さを理解してくれるといいの にと思う	1	2	3	4
14 この先どうなるのかわからずに不安になることがある	1	2	3	4
	全く負担で ない	少し負担に 思う	かなり負担 に思う	非常に負担 に思う
15 全体を通してみると、介護するということは、どれくらい自分の 負担になっていると思いますか	1	2	3	4

問2. 若年認知症の方、ご本人についておたずねします。

問2-1. ご本人の状況をお答えください。

ア 性別	1 男性	2 女性
イ 現在の年齢	() 歳	
ウ 症状に気づいた年齢	() 歳	
エ 最初に相談した年齢	() 歳	
オ 診断を受けた年齢	() 歳	
カ 現在の修業状況	1 在職中 4 自営（休止中） 7 主婦 9 その他（ ）	2 休職中 5 定年退職した 8 無職 3 自営（現職） 6 定年前に退職
キ 要介護度	1 自立（認定非該当） 4 要介護1 7 要介護4 10 未申請	2 要支援1 5 要介護2 8 要介護5 11 わからない 3 要支援2 6 要介護3 9 申請中
ク 精神障害者保健福祉手帳	1 1級 4 もっていない	2 2級 3 3級
ケ 身体障害者手帳	1 1級 4 もっていない	2 2級 3 3級以上
コ 診断名	1 特に診断を受けていない 2 アルツハイマー型認知症 3 血管性認知症 4 前頭側頭型認知症 5 レビー小体型認知症 6 その他	
サ 現在の状況	1 診断を受けたが介護サービスは利用していない 2 在宅介護サービスを利用する予定だが、まだ利用していない 3 障害者自立支援サービスを利用しようとしている 4 在宅サービス（ショートステイを含む）を利用している 5 認知症の治療のために入院している 6 認知症以外の治療のために入院している 7 施設や療養型に入所、入院している 8 その他（ ）	

問2-2-1. 症状が出始めてから受診するまでの期間についてうかがいます。

1 3ヶ月以内に受診した
2 () ヶ月後に受診した

問2-2-2. 受診までに3ヶ月以上かかったとお答えの方にうかがいます。それは、どのような理由からですか。

1 疲れ、ストレスからの症状と思い、様子を見ていた
2 生活に支障をきたすこともなかったので様子を見ていた
3 認知症とは思わず様子をみていた
4 どこに受診したらよいかよくわからなかったから
5 本人が受診を嫌がったので
6 その他（ ）

問2-3-1. はじめて受診してから診断までの期間についてうかがいます。

- | | |
|---|--------------|
| 1 | 3ヶ月以内に診断された |
| 2 | ()ヶ月後に診断された |

問2-3-2. 診断に3ヶ月以上かかったとお答えの方にうかがいます。どのような理由からですか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | かかりつけ医で様子を見るようにいわれた |
| 2 | 専門医の受診予約が取れなかった |
| 3 | 別の病名で治療を受けていた |
| 4 | 医療機関を転々としていた |
| 5 | その他 () |

問2-3-3. 診断を受けた医療機関についてうかがいます。

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | かかりつけ医に受診し、かかりつけ医で診断された |
| 2 | かかりつけ医から専門病院を紹介され、そこで診断された |
| 3 | 複数の医療機関を受診した後に診断された (約) 所 |

問2-4. 現在、障害者自立支援法のサービスを使用していますか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | 利用していない |
| 2 | 支援費医療 |
| 3 | 移動支援事業 (ガイトヘルプ) |
| 4 | 精神科デイケア |
| 5 | 精神科訪問看護 |

問2-5. 現在、年金・手当てなどを受けていますか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | | |
|----|---------|
| 1 | 受けていない |
| 2 | 障害年金 |
| 3 | 企業年金 |
| 4 | 国民年金 |
| 5 | 厚生年金 |
| 6 | 共済年金 |
| 7 | 雇用保険 |
| 8 | 退職手当 |
| 9 | 傷病手当 |
| 10 | わからない |
| 11 | その他 () |

問2-6. 介護保険サービスを利用したことがありますか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | | |
|----|-----------------|
| 1 | 利用したことはない |
| 2 | 通所介護 (デイサービス) |
| 3 | 通所リハビリ (デイケア) |
| 4 | 訪問介護 (ホームヘルパー) |
| 5 | 訪問リハビリ |
| 6 | 訪問看護 |
| 7 | 訪問診療 |
| 8 | ショートステイ |
| 9 | 福祉用具貸与 |
| 10 | 認知症高齢者グループホーム入居 |
| 11 | 特別養護老人ホーム入所 |
| 12 | 老人保健施設入所 |
| 13 | 介護療養型病床入院 |
| 14 | 医療施設、有料老人ホーム入所 |
| 15 | 介護予防サービス |
| 16 | その他 () |

問2-7. 現在、ご本人が次のような社会参加できる場を持っていますか。該当するものすべてに○をつけてください。

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | 仕事 |
| 2 | 仕事と思えること (ボランティアなど) の参加 |
| 3 | 地域活動 (自治体、地域清掃など) の参加 |
| 4 | 家族の会の参加、本人の会の参加 |
| 5 | 趣味の会、サークル |
| 6 | 参加する場や機会がない |
| 7 | 認知症の進行により、本人の状態が社会参加を望む状態ではない |
| 8 | その他 () |

問2-8. 仕事を続けるために必要な支援、あればよかった支援はどのようなことでしたか。最も必要と思われるものをひとつ選んでください。

- | | | | | | |
|---|---------|---|---------|---|-----------|
| 1 | 職場の理解 | 2 | 通勤の付添い | 3 | 簡単な仕事への配属 |
| 4 | 就労時間の短縮 | 5 | その他 () | | |

問3-1. これまでにかかわりをもたれている機関について、該当するものすべてに○をつけてください。

- | | | | | | |
|----|-------------------------------------|----|------------|----|-------------------|
| 1 | 専門病院、専門外来 | 2 | かかりつけ医 | 3 | 市町 (保健師) |
| 4 | 市町 (福祉担当者) | 5 | 地域包括支援センター | 6 | 介護支援専門員 (ケアマネジャー) |
| 7 | 居宅サービス事業所 (デイサービスセンター、訪問看護、訪問リハビリ等) | | | | |
| 8 | 健康福祉事務所 (保健所) | 9 | 家族会 | 10 | 社会福祉協議会 |
| 11 | 民生委員 | 12 | ボランティア団体 | | |
| 13 | その他 () | | | | |

問3-2. 現在、最も必要と思われるものを5つ選んでください。

- | | |
|----|-------------------------------|
| 1 | 専門的医療機関、専門医の充実 |
| 2 | かかりつけ医の強化 |
| 3 | 早期診断体制 |
| 4 | 入院が必要な疾患治療時の受け入れ |
| 5 | 家族の休養をとるために利用できる、入院、入所施設の受け入れ |
| 6 | 家族を対象とした相談体制の充実 |
| 7 | 医療機関と地域ケア等の関係機関のネットワーク |
| 8 | 若年認知症の人のための介護保険サービスの充実 |
| 9 | 社会が若年認知症理解を深める取り組み |
| 10 | 就労先での若年認知症に関する理解を深める取り組み |
| 11 | 職業継続の取り組み |
| 12 | 介護保険を利用する前の時期に利用できるサービスの充実 |
| 13 | 経済的支援策の充実 |
| 14 | 家族会、当事者の会 |
| 15 | 障害福祉制度のスムーズな利用 |

問3-3. 前問以外に望まれる制度、サービスについて、ご自由にお書きください。

問3-4. 若年認知症に関してのご意見、要望、提案等のようなことでも結構です。ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました

被災地における新しい住まい方を踏まえた
認知症ケアの構築
報告書

◆発行

(財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
研究調査本部 共生社会づくり政策研究群

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1 丁目 5 番 2 号

TEL : 078-262-5578 FAX : 078-262-5593

<http://www.hemri21.jp/kenkyusyo/index.html>

平成 21 年 3 月