

支 援 者 の た め の

若年性認知症 京都オレンジガイドブック



KYOTO ORANGE GUIDE BOOK

認知症総合対策推進プロジェクト
京都地域包括ケア推進機構

平成30(2018)年3月

はじめに

若年性認知症は、65歳未満で発症する認知症です。高齢者の認知症と同様、近年の増加傾向は顕著です。若くして発症するため現役世代であることが多く、認知症の人はもちろんその家族の人生にも大きな影響を及ぼします。その一方で、病気の理解や本人・家族への支援は、必ずしも十分とはいえないのが現状です。

京都地域包括ケア推進機構では、「認知症総合対策推進プロジェクト」を立ち上げ、5年後の京都において、認知症の人とその家族が、必要なときに十分な医療や介護を享受でき、孤立せず個人の尊厳が十分に尊重され、適切な居場所を行き来でき、安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会を実現するため、平成25年9月「京都式オレンジプラン（京都認知症総合対策推進計画）」を策定しました。同プランでは8つの課題の1つとして「若年性認知症への対策」を掲げ、その目標の1つに「若年性認知症ガイドブック（仮称）の作成」をあげました。

そこに示した「利用できる制度やサービスを網羅し、認知症ケアパス等も含むガイドブック」の具体化としてまとめたものが、この「支援者のための若年性認知症京都オレンジガイドブック」です。編集にあたっては、認知症総合対策推進プロジェクト委員の協力のもと、若年性認知症の人と家族に関わる支援者が、相談・援助をする上での基礎知識の習得及び幅広い社会資源活用等に資するものとなるよう心がけました。

京都式オレンジプランがめざす「認知症とともに歩む本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けられる社会」のためには、認知症に関わるすべての関係者が若年性認知症についてもよく理解し、とりわけ初期の段階において適切な支援をしていくことが求められます。本ガイドブックがそのきっかけになれば幸いです。

平成30年3月

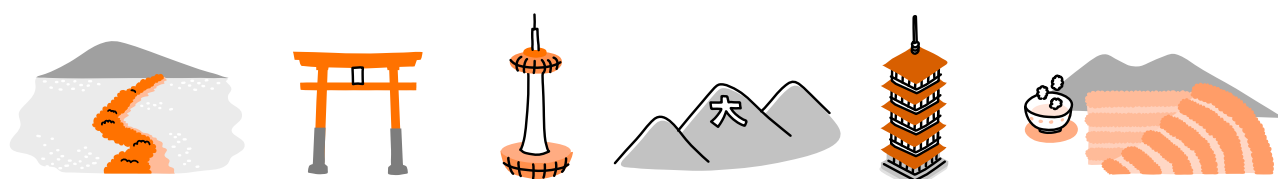
京都地域包括ケア推進機構
認知症総合対策推進プロジェクト

支援者のための
若年性認知症 京都オレンジガイドブック
も く じ

はじめに	3
【概要】	
Part1 ● 若年性認知症の人と家族支援の概要	6
【認知症に関する知識】	
Part2 ● 認知症とは	8
Part3 ● 主な原因疾患と特徴的な症状	10
Part4 ● 早期の発見、診断、対応の重要性と問題点	14
Part5 ● 若年性ならではの諸問題	16
Part6 ● 若年性認知症支援のポイント	18
【窓口・制度等】	
Part7 ● 気づき・診断の頃に利用できる窓口等	22
Part8 ● 休職したり退職の際などに利用できる制度等	24
Part9 ● 働いたり社会参加をしたい時に利用できる制度等	28
Part10 ● 症状や状態に応じて利用できるサービス等	30
Part11 ● 家計を支援する制度等	34
Part12 ● 家族支援、権利・自立・尊厳を守る制度	38
【連携の仕組み】	
Part13 ● 認知症の人を多職種連携で支える	40
Part14 ● [認知症ケアパス] 多職種連携を支える仕組み	42



【支援事例】	
支援事例 1	デイサービスでの高齢者介護の役割で落ち着く 46
支援事例 2	ホームシェアリングとケアの連携で在宅生活をできる限り継続 48
支援事例 3	同じ施設の複数サービスをつなぎケアを軌道に乗せる 50
支援事例 4	適切に診断・治療すればケアが有効に作用する 52
支援事例 5	「小規模」とホームシェアリングの隔月交代利用でサポートが安定 54
支援事例 6	V-Pシャントで回復した正常圧水頭症による認知症 56
支援事例 7	頭部外傷性認知症の2つの課題とそれぞれの回復過程 58
支援事例 8	介護疲れでうつ病になった妻は入院治療を含め回復に2年を要した 60
支援事例 9	早期発見で「どう生きたいか」を考え、発病後も6年仕事を続ける 62
支援事例 10	「高度障害」適用による経済不安の解消が精神状態の安定にもつながる 64
コラム 1 ● 若年性認知症の全体像	 12
介護家族の手記 ● 認知症を知ること自分自身が楽になりました	 20
コラム 2 ● 車の運転について	 27
● 制度・サービス早見表	 66
認知症総合対策推進プロジェクト委員名簿	 67



若年性認知症の人 と家族支援の概要

若年性認知症の人と家族の相談に適切に対応し、必要な支援をするための概要を示します。若年性認知症の特質を理解した上で、各段階で利用できる制度等をうまく使いながら、医療や介護を含む多職種が連携して支援をすすめることが大切です。

● 気づき・診断の頃

認知症と意識するかどうかは別として、「何か変だ」などと最初に気づくのは本人だといわれています。本人にとっても最も不安な時期です。放置せずに早期の発見・対応につなげるため、安心して相談したり受診できるようサポートする必要があります。→ **Part 4**

また、認知症と診断された場合でも、症状や状態に応じて、可能な限り働き続けるためのサポートなども必要です。→ **Part 5**

【気づき・診断の頃に利用できる窓口等】 → **Part 7**

- 若年性認知症支援コーディネーター ● 電話相談・認知症コールセンター
- 認知症専門医・専門外来のある医療機関 ● 地域包括支援センター

● 休職や退職をする頃

休職や退職をすることになれば、経済的な問題が、生活や子どもの教育などにも直接影響します。休職・退職後の日常生活をどう生きるかという支援とともに、経済的に本人・家族を支えるサポートが求められます。→ **Part 6**

【休職したり退職の際などに利用できる制度等】 → **Part 8**

- 傷病手当金 ● 雇用保険（失業給付）
- 自立支援医療（精神通院医療） ● 精神障害者保健福祉手帳

● 働いたり社会参加をしたい時

仕事を辞めても、早期段階に対応したサービスが少なく、行き場なくなってしまう可能性があります。就労や社会参加の要望があれば、さまざまな可能性を追求して、本人の状況に応じて支援を行っていくことが必要です。→ 若年性認知症の「入り口問題」 **Part 4**

【働いたり社会参加をしたい時に利用できる制度等】 → Part 9

- 障害者の就労支援
- 今後の活用が望まれる制度やサービス（認知症初期対応型カフェなど）
- 精神科デイケア

● 症状や状態に応じて

ケアマネジャーなどが若年性認知症の人を支援する場合、どうしても介護保険のサービスに視点が偏りがちですが、症状や状態に応じて障害福祉サービスなど多様な制度を活用する必要があります。

【症状や状態に応じて利用できる制度等】 → Part 10

- 介護保険制度にもとづく介護サービス
- 障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービス

● 家計の支援

税の減免や費用の軽減、各種の手当や利用可能な貸付など、家計を支援する諸制度は、必要な人にタイムリーに情報を提供することが重要です。

【家計を支援する制度等】 → Part 11

- 障害年金
- 特別障害者手当
- 障害者控除
- 医療費控除
- 国民健康保険料の減免
- 国民年金保険料の減免
- 高額療養費
- 生活福祉資金（貸付）
- 就学援助
- 奨学金
- 生命保険の「高度障害状態」と住宅ローンの返済

● 家族の支援等

本人だけでなく、介護をする家族を支援する制度等についても、相談を受ける支援者は、情報収集しておく必要があります。有効に利用できれば、暮らしの応援につながります。

【家族を支援する制度等】 → Part 12

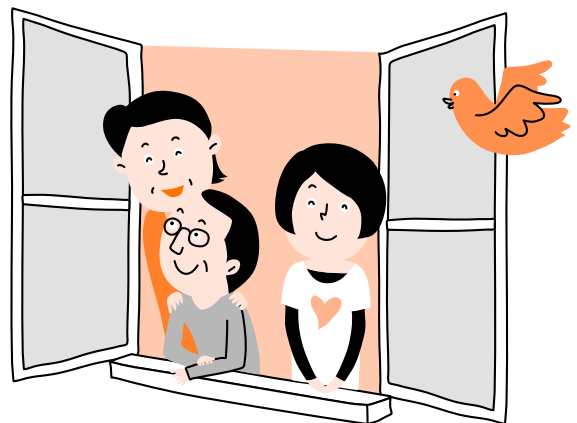
- 家族の会
- 介護休業制度

● 自立や尊厳を守る支援等

判断能力が低下してきても、症状に応じて自立や尊厳を守るための制度等があります。

【利用できる制度等】 → Part 12

- 日常生活自立支援事業
- 成年後見制度



認知症とは

● 認知症の概要

認知症は脳の病気です。しかし病名ではありません。さまざまな要因によって脳の神経細胞が変性するなどして壊れ、そのために認知機能が低下して、日常生活や人間関係などに支障をきたすようになってきた状態をさす総称です。

低下する認知機能には、記憶や思考、見当識、理解、計算、学習能力、判断などが含まれます。これらから、もの忘れをはじめとする記憶障害、時間や場所がわからなくなる見当識障害、ものごとを計画してやり遂げることが困難になる実行機能障害など、認知症の中核症状が現れます。

また中核症状を背景に、生活歴や生活環境、心理状態、周囲の対応などさまざまな要因が影響した時、暴力や徘徊、不潔行為など、BPSD（認知症の行動・心理症状）が現れます。

認知症には、原因となる疾患等がたくさんあります。主なものには、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの変性疾患、そして脳梗塞、脳出血などの脳血管障害によって起こる血管性認知症などがあげられます。多くの場合、病気は進行性で、ゆっくりと進行するのも特徴です。

- **変性疾患**……アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など
- **脳血管障害（脳梗塞、脳出血など）**……血管性認知症

● 若年性認知症とは

認知症を65歳未満で発症すると、若年性認知症と呼ばれます。発症年齢による区分であり、原因や病名による定義ではありません。同じ病気でも発症が65歳未満であれば「若年性」をつけて呼ばれています。

平成21年の調査報告*1によると、若年性認知症の人は人口10万人あたり推計47.6人、全国で推計3.78万人、推定発症年齢の平均が 51.3 ± 9.8 歳とされ、平成8年の同様の調査と比較して1.5倍近くに増えています。

病態としては、65歳以上で発症する認知症と違いはありません。しかし、年齢が若く働き盛りでもあることから、本人・家族にとって受け入れがたく、休職や退職を余儀なくされるとたちまち生活に影響する経済問題となるほか、BPSDが出現すると体力があるだけに対応も難しいなど、若年性ならではの問題が多くあります。

さらに、若年性認知症に対応できる介護等のサービスが少ないのも現状です。特に初期の段階

で利用できるサービスが極めて少なく、一方で認知症が進行して重度になると激しい介護抵抗を理由にサービス利用を断られる場合もあります。→若年性認知症の「入り口問題」 Part 4 サービスにある隙間の問題 Part 5

● 認知症をめぐる状況の変化

認知症が世に知られるようになって40年余がたちます。その間に日本の高齢化率は平成22年に23%に達し、平成17年以来の世界一が続いています*2。平成25年6月には厚生労働省研究班の調査結果として、平成24年時点の65歳以上の認知症高齢者数が推計15%、同462万人、MCI（軽度認知障害）*3の高齢者も推計400万人、と報じられました*4。約160万人といわれた平成12年頃に比べて3倍近くに増えたことになります。

もはや認知症は、誰でもなる可能性があるありふれた病気の一つです。そして、この間さまざまな分野で研究や取り組みが続けられてきました。

医療分野では、治療薬の研究が進み、平成11年に1種類、平成23年にはさらに3種類の薬が使えるようになりました。根治薬ではないものの、進行を遅らせたり症状軽減に効果のある薬の選択肢が広がっています。また診断技術も進歩し、原因疾患を早期に診断する精度が向上しています。

介護の分野では、平成12年から介護保険制度が始まりました。ケアも、さまざまな試行錯誤を重ねながら、大きな流れは集団対応から少人数・個別対応へと変化してきました。施設では多床室からユニットや個室、あるいはグループホームなどへ、地域でも小規模多機能型居宅介護などが定着し、「パーソン・センタード・ケア*5」の考え方のもと、認知症の人を中心に考える介護が追求されるようになってきています。

本人・家族など当事者の分野では、京都で生まれて34年の歴史を持つ「認知症の人と家族の会」をはじめとする当事者組織が全国に広がっています。そして認知症の本人が語り始めるなど、医療や介護の向上に影響を与える重要な役割を果たしています。

こうして40年余を概括すれば、大きな変化は明らかです。それでもなお、認知症の疾病観は終末期のイメージが強く、多くの人が「何もわからない人になる」「認知症にだけはなりたくない」と考えています。

いま、この疾病観を変える取り組みが始まっています。平成25年4月に国際アルツハイマー病協会が「I can live well with dementia. (私は認知症と共に幸せに生きることができる)」という世界認知症宣言を発表しました。これは、私たちの疾病観を根底から変えていくポジティブで明るいメッセージです。イメージを変えるには当然、実態が変わらなければなりません。そのポイントは、認知症の人が医療や介護と早く出会えるようにすることにあります。初期段階の対応方法を確立することが終末期の姿を変えていく、と期待されています。

*1＝厚生労働省「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について」平成21年、
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>

*2＝内閣府「平成24年版 高齢社会白書」
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html>

*3 MCI（軽度認知障害）＝記憶障害はあっても、認知症と言えない状態。認知症の予備軍、または前駆状態とも言われる。

*4＝平成25年6月2日付「京都新聞」ほか

*5 パーソン・センタード・ケア＝認知症の人を“人”として尊重し、その人の視点・立場に立って理解する認知症ケアの考え方。
英国のトム・キットウッドにより提唱。

主な原因疾患と特徴的な症状

● 脳血管障害

● 血管性認知症→ 事例3

脳卒中と総称する脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を原因とする認知症です。若年性認知症ではアルツハイマー型認知症よりも多い原因疾患です。

脳卒中などの急性期を脱した後に、意欲が持てなくなったり人格変化などの高次脳機能障害が残る場合があります。これらは発症直後の入院中や退院時には気づきにくく、復職してから顕在化するのが若年性の特徴です。高次脳機能障害が多岐にわたり程度も大きいと、認知症に至ります。

障害を受ける部位により異なりますが、概ね次のような症状が見られます。

まず、記憶障害は「失念型」で、もの忘れに対する自覚は比較的保たれています。まったく記銘（記憶の覚え込み）されないわけではないので、時間をかけたりヒントがあれば思い出しやすいといえます。

一方、感情コントロールはうまくできず、些細なことで激怒するなど喜怒哀楽が激しくなる傾向があります。昼夜のリズムが乱れやすく、呼びかけなどの反応が鈍い傾向も見られます。

アルツハイマー型認知症をはじめとする変性疾患とは一線を画します。進行も単調ではなく、一進一退しながら段階的に進むのが特徴です。原因が明確ですから、脳卒中の原因となる生活習慣病などを予防することが血管性認知症の予防にもつながります。→障害者の就労支援 Part9

● 変性疾患

● アルツハイマー型認知症→ 事例1 事例2 事例8 事例9 事例10

アルツハイマー型認知症は、認知症全体の中で占める割合が最も高い原因疾患です。ゆっくり進行しますが、若年性では進行が比較的早いとされています。

最も特徴的な症状は記憶障害です。通常のもの忘れは、例えば「朝食で食べたのはパンと何だったか……」などと断片的で何かをきっかけに思い出せますが、アルツハイマー型認知症のもの忘れは、朝食を食べたこと自体を忘れる「脱失型」です。記銘ができていないので思い出せません。アルツハイマー型認知症では、脳の中心付近にあって記憶を司る「海馬」から萎縮が始まるため、と考えられます。萎縮はそこからまわりに広がっていきます。

もの忘れに対する自覚が乏しいのも特徴です。あったこと自体を記憶していないので、本人にとっては当然です。しかしこれが仕事上などで起きると、しばしばトラブルになります。一方、

新しいことを覚えられなくても、古い記憶や体で覚え込んでいることは比較的長く保たれています。また感情機能も比較的長く良好に保たれるので、初期の頃は一見すると普通に見えます。

この、見事に抜け落ちる脱失型の記憶障害と一見普通に見える感情機能との落差が、周囲の気づきや診断する際の決め手になります。

若年性認知症では、物の名前が出てこなかったり言葉が理解できなくなる失語、できていたことができなくなる失行、見えていても物を認識できない失認が出現しやすいのも特徴です。

● レビー小体型認知症→ 事例4

発見者の名前に由来する「レビー小体」は、脳の神経細胞にできる「封入体」と呼ばれる異常な物質です。レビー小体型認知症ではこれが脳皮質にも広く見られます。

幻視を中心とするさまざまな錯覚や幻覚、妄想などの精神症状が出現しやすいのが大きな特徴です。これらは日中、意識もはっきりしている時に、本人にとってはリアルな体験として現れます。

認知機能では、しっかりしている時とボーッとしている時の落差が激しいのも特徴です。レビー小体はパーキンソン病の原因でもあるため、手足がふるえたり、筋肉がこわばってスムーズに動かせないなどのパーキンソン症状も見られます。

初期には記憶障害よりも、注意機能や作業効率の低下などが目立ちます。

● 前頭側頭型認知症→ 事例5

前頭側頭型認知症は前頭側頭葉変性症の1つで、脳の前頭葉や側頭葉に限局性萎縮が見られます。40代から65歳未満での発症例が多く、10～15年経過しながらゆっくり進行します。従来「ピック病」と呼ばれていた疾患もここに含まれます。

最も特徴的な症状は、人格変化や非常識で脱抑制的な行為など行動面での変化です。記憶や見当識などの認知機能は比較的長く良好に保たれます。アルツハイマー型認知症とは一見正反対のタイプです。このため、万引きなどの社会的逸脱行為で警察沙汰になったり、身だしなみが乱れても無頓着など「我が道を行く行動」が見られるようになります。また、同じことを繰り返す「常同行動」や、座ってもすぐにその場から立ち去ってしまう「立ち去り行動」などのほか、同じ言葉やフレーズを反復する「常同言語」などの言語機能障害も見られます。

進行した前頭側頭型認知症では、記憶障害や見当識障害など認知機能も低下してきます。

なお、同じ前頭側頭葉変性症の中には、片側の側頭葉やその周辺が萎縮して失語症状が先行して出現する「進行性非流暢性失語」や「意味性認知症」もあります。いずれも初期では、記憶障害も人格変化なども目立ちません。こうした認知症の存在も知っておくと、よりよい支援が可能になるでしょう。

● その他の類型の認知症

脳血管障害でも変性疾患でもない類型の原因疾患による認知症です。その病気本来の治療により治る可能性もあります。若年性認知症に重要なものとして、次のような疾患があげられます。

正常圧水頭症……溜まった髄液が脳を圧迫して認知症の症状が現れます。→ Part 4 事例6

頭部外傷後遺症……頭を強打したことにより認知症の症状が現れることがあります。→ 事例7

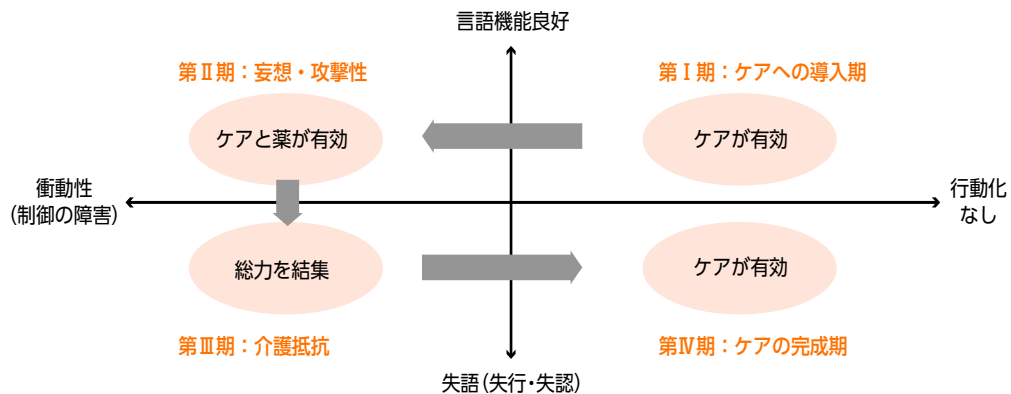
頭部手術後遺症……頭部の手術の後遺症として認知症の症状が現れることがあります。

若年性認知症の全体像

(変性疾患を中心にしたモデル)

「これからどうなっていくのか、どう対処すればよいのか」

それは認知症の人にとっても家族にとっても切実な問題です。そこにうまく伴走していくためには、支援者が認知症の全体像を明確にイメージできている必要があります。全体像の中に現在のステージを位置づけることで、初めて現在の課題と支援の意味が明確になり、次のステージを準備する作業につなげることも可能になります。アルツハイマー型認知症を中心とする変性疾患がたどる道筋には一定の規則性があり、それを第1象限から第4象限へと向かう座標上に表現してみます。



第Ⅰ期 ケアへの導入期—十分な情報提供と人生の再構築に向けた集中的な支援

初めて認知症という問題に直面した時の不安と困惑が焦点になります。まずはその不安と困惑を十分に受け止め、人生の再構築に向けた集中的な支援を開始します。本人支援、家族支援、経済支援、地域支援を駆使することが重要になります。

本人には、昨日までの生活が急に変わるわけではないこと、サポートと生活の工夫があれば今までの生活を無理なく続けていけること、そのためには孤立しないことの重要性を伝えます。

この時期はとりわけ家族支援が重要です。まだ具体的なサービスが始まっていない段階では、家族の心理状態が本人にも大きく影響します。この病気についての十分な知識と情報の提供は、家族にとっての道標になります。そして経済支援がカギを握ります。収入が途絶えると暮らしの連続性を維持できません。傷病手当金→退職金→雇用保険(失業給付)→障害年金→特別障害者手当(→生命保険の高度障害)といった一連の制度が暮らしを支えます。

孤立を防ぐためには居場所が必要です。この段階では介護保険のサービスに利用できるものが少ないので、支援者は障害者総合支援法のサービスも熟知しておく必要があります。家族で参加できる「認知症カフェ」は、居場所としての意義を超えて本人同士・家族同士のピア・サポートの場となります。本人だけでなく家族も認知症の全過程を通してサポートを必要としており、早い段階で「認知症の人と家族の会」の存在を伝える

ことも支援の1つです。

こうした初期の段階における集中的な関与が、人生の再構築を可能にし、第Ⅱ期以降の経過を穏やかでやわらかなものにします。

第Ⅱ期 ケアが拡大していく時期—妄想や攻撃性が顕在化しやすい時期

認知症の進行に伴い、日常生活場面でのつまづきも増えていきます。家族との食い違いも多くなり、時に感情的になったり言い争いに発展する場面も出てくる時期ですが、こうした問題を解決するにはケアや少量の薬が有効です。十分なサポートがないと、本人と家族に苛立ちの悪循環が形成されて、妄想や攻撃性などのBPSD（行動・心理症状）が顕在化してきます。

第Ⅰ期のケアが十分に提供されていると、この時期の対応はその延長線上に可能になります。認知症カフェや認知症のひとと家族の会などで形成された人間関係により、従来のサポートと並行しつつ介護保険のサービスへとケアが拡大していく時期です。そして第Ⅱ期における本人の世界の拡大と支援者との関係性の深化が、次にくる第Ⅲ期を乗り越えやすくしてくれます。

第Ⅲ期 総力を結集する時期—失語・失行・失認と介護抵抗が顕在化する時期

認知症が進行すると、やがて失語・失行・失認といった問題が表面化してきます。日常生活のすべてに直接介助が必要になっていく時期です。そして失語の存在等により介護抵抗が問題となる時期でもあります。➡ **事例2**

多くの場合、外界の刺激に反射的に反応する「被影響性の亢進^{こうしん}」や「衝動性制御の障害」を伴うので、介護抵抗は非常に激しいものになりがちです。若年性認知症固有の問題として、行動範囲が広く体力もあり筋力も強いために、介護が非常に難しくなることがあります。介護者の「うつ」が顕在化するのもこの時期です。

ここを乗り越えることを可能にするのは、第Ⅰ期からのケアの蓄積です。第Ⅰ期から十分なサポートが提供されていると、この時期を比較的穏やかに迎えることが可能になります。すでに支援者には本人に対する十分な理解となじみの関係が形成されているので、この時期をとともに乗り越えていく覚悟ができています。小規模多機能型居宅介護やホームシェアリング（特別養護老人ホームにおける在宅・入所相互利用加算制度）*などの利用も含め、これまでに蓄積したものの総力をあげて臨めば、この時期の対応もさほど難しいものではありません。

第Ⅳ期 ケアの完成期—行動化の消失

この時期になると、激しかった行動化は嘘のように消失し、穏やかで静かな平安の時を迎えます。自発性の低下と受動性が目立つようになりますが、これまで本人とともに歩いた道のりが、かすかな表情の動きや仕草から、本人の思いをくみ取ることを可能にします。これまでに表現された本人のリビング・ウィルの総体が支援者に届いています。

*在宅生活を継続する観点から、複数の者で、施設の同一の個室を計画的に相互利用（3ヵ月を限度）した場合に、施設が算定する介護保険上の加算。

早期の発見、診断、 対応の重要性と 問題点

● 自らの生き方を考え暮らしを工夫するために

認知症を早期に発見することはとても重要です。

早期発見により、本人が理解できる間に自らの病気について知ることができます。これは、初期の不安感などを軽減するためにも、その後の人生をどう生きるかを考える上でも重要です。

例えば、予想される病気の進行に応じたさまざまな判断をあらかじめしておくこと、認知機能が失われてしまった後の生活や財産などの管理について意思表示をしておくこと、さらには終末期の医療やケアについての意思表示「リビング・ウィル」をしておくこともできます。→ **事例9**

最も大切なのは、認知症になったからといって人生を簡単にはあきらめないこと。そのために、できるだけ早い段階で見つける必要があるのです。

● 治る認知症もある

認知症の初期症状は、治る認知症や認知症と似た別の病気と区別しにくい、という特性があります。早く発見し対応できれば、それらは治療可能です。また、適度な有酸素運動を含めた認知機能のリハビリテーションを利用していくことも一つの方法です。

例えば正常圧水頭症は、頭の中を流れている髄液の循環障害により、脳室と呼ばれる脳の中心部に髄液が溜まってまわりの脳が圧迫され、歩行障害や尿失禁のほか、注意障害や自発性の低下、精神活動緩慢などの認知機能障害が出現します。→ **事例6** これは脳（脳室）や腰椎から腹部（腹腔）にチューブを通して髄液を流す、シャント術*と呼ばれる手術で治療できます。しかし進行してしまうと状態が固定され、髄液を流しても圧迫された部位が元に戻らず、治療効果がなくなってしまいます。同じような原因による認知症には脳腫瘍などもあります。

うつ病による認知機能低下も認知症の初期症状と似ています。しかし認知症ではなく、適切な精神医学的処置が施されることで治療可能です。ここで放置すると、自殺に至る可能性もあります。

さらに、甲状腺ホルモンの低下によって起こる甲状腺機能低下症でも、注意力や記憶力の低下などの認知機能障害が見られます。しかしこれは甲状腺ホルモンの投与で治療可能です。ほかにも体のむくみや脈が遅くなるなどの症状があり、血液検査で診断できるものです。ただしこれも、放置すれば改善しなくなる場合があります。

● できる限り働き続けるために

若年性認知症の人の多くは現役世代で、仕事や家事を担っています。早期発見により、職場でともに働く同僚や、専業主婦などの場合は家族が、病気について理解しサポートできれば、できるだけ長く働いたり家事を続けることが可能になってきます。

最初はさほどでもなかったもの忘れや作業効率低下なども、認知症が進行すると、次第に仕事に支障をきたすようになります。家事でも、段取りが悪くなったり食べものの味付けが変わるなど、さまざまな影響が出てきます。

こうした際に認知症とわからなければ、本人が孤立するなど職場内での関係が悪くなり、最後にはまわりに多大な迷惑をかけて退職するような事態に至りかねません。専業主婦などの場合は、不安や混乱などから家族関係が悪化する場合もあるでしょう。

やはり、早期診断により認知症とわかった上で可能な支援やサポートをする方が、本人にとってもまわりにとっても負担が軽いのです。

● 若年性認知症の「入り口問題」

早期の発見、診断、対応の重要性を強調したいもう1つの大きな問題は、病気が進行し重度化してから病院に行ったり介護サービスなどの利用を始めるのは、本人はもちろん支援する側にも負担が大きいことです。→ **事例2** **事例3** **事例5**

認知症が疑われる段階で医療や介護サービスなどの支援と出会うことができれば、初期から病気が進行して生活機能が奪われてからもターミナル期に至るまで、その時々での進行状況に応じた最も適切な医療や介護など総合的な支援の中で生きていくことができます。

この総合的な支援の流れを視覚的に理解できるようにするのが「認知症ケアパス」です。→ **Part 14** 医療と介護が「認知症ケアパス」でケアの流れを共有し、サービス内容の充実を図ることは、「京都式オレンジプラン」の大きな柱にもなっています。

しかし、早期の出会いを期待しても、独居や貧困などさまざまな事情で病院へ行けない人や、適切なサービスがないために放置される場合もあります。これが、解決しなければならない「入り口問題」です。

特に若年性認知症では、2つの段階でケアの欠落が指摘されています。1つは、早期に発見して病状も初期の段階で診断ができて、その段階に適切に対応できるサービスがほとんどないこと、→ **事例6** **事例7** もう1つは、若年性認知症に対するケアが未確立なために、進行期の激しい介護抵抗などに対応できる施設・人材等が少ないことです。そのため、介護サービスが利用できず疲弊やストレスが深刻化した介護者がうつ病などを発症するケースも少なくありません。

→ **事例2** **事例8**

これらのケアの欠落は、いずれもサービスを提供する側の「入り口問題」と言えます。その解決をめざして、京都府では平成25年9月に「京都式オレンジプラン(京都認知症総合対策推進計画)」が策定されたところです。

早期発見し早期に対応することの重要性そのものは明らかですから、欠落を埋め「入り口問題」の解決に努力することが、関係者に強く求められています。

*シャント術＝脳室から髄液を腹腔に導く「脳室-腹腔シャント(V-Pシャント)」、脳室から心房に髄液を導く「脳室-心房シャント(V-Aシャント)」、腰椎くも膜下から腹腔へ髄液を導く「腰椎-腹腔シャント(L-Pシャント)」の3つの術式がある。多くはV-Pシャントだったが、最近は脳に触らないL-Pシャントが増えてきている。

若年性ならではの 諸問題

● まずはかかりつけ医に、そして相談しながら専門医に

若年性認知症では、65歳以上で発症するケースに比べて病気の進行が早いとされています。「おかしいな」と思ったら、まずは、いつも受診している「かかりつけ医」に相談してみましょう。

かかりつけ医は普段の状況を把握しているので、ちょっとした気づきも理解してもらいやすく、また実際に認知症の治療が始まった後も、本人・家族の心強い支えになる存在です。十分に相談した上で、認知症の専門医を紹介してもらうのがよいでしょう。

若年性認知症の人の場合、年齢的に、まだかかりつけ医をもっていない人もいるかもしれません。相談を受けた支援者は、必要に応じて地区医師会などと連携して、かかりつけ医を見つけるところから支援が必要かもしれません。産業医のいる職場なら、その産業医に相談するのもよいでしょう。そこから専門医につないでもらうことも可能です。

初期の認知症はうつ病や更年期障害などに間違えられる場合もあり、中にはもの忘れがあってもMRI画像では海馬の萎縮が見られないなど、難しい判断が求められるのも特徴です。→ **事例1**

こうしたことから、重度化するまで認知症を見逃すケースもありますので、早くからかかりつけ医と専門医がしっかりと情報共有しながら診療する必要があります。→ **事例4** **事例5**

かかりつけ医や専門医に相談する際には、普段から気になっているエピソードなどを事前に整理してメモ書きしたり、本人と家族で別々に話を聞いてもらうよう依頼するなど、事前準備や工夫が必要でしょう。

● 誰もが「まさか」と思う問題

40～50代の働き盛りに発症する若年性認知症は、誰も「まさか自分が」「まさか家族が」と思ってしまう。しかしこの思いが結果として状況を悪くすることも少なくありません。

症状に最初に気づくのは本人だといわれています。人の名前や物の名前が出てこないのはしばしば初期の特徴的な症状になりますが、これらに本人が気づくのは当然です。しかし「まさか」の思いが認知症を打ち消します。

家族や職場の同僚なども、比較的早く気づきやすい人たちです。ここでもやはり「まさか」の思いが本人への指摘をためらわせます。

そして、誰もが症状に気づくようになった段階では、すでに病気が進行しています。それでも若年性認知症は、気づく条件のある人が周囲に多いだけに、早期の段階での発見が比較的多いとされています。

これらの「まさか」の思いにも、「何もできなくなる病気」など認知症のネガティブな疾病観が無意識に影響していると考えられます。

気づいた時は、ためらわずに医療機関を受診することが大切です。それがその後の人生とケアを左右する、大きな分岐点になり得ます。もしここで先送りすると、場合によっては進行を早めることになりかねず、本人はもちろん、家族やまわりの人たちにも、大きな負担をかけることが少なくありません。→ **事例3**

● 仕事や生活の問題

若年性認知症のさらなる大きな問題は、病気の進行に伴い休職や退職を余儀なくされ、生活に直接支障をきたすことです。本人が専業主婦などであっても、配偶者が介護のために休職や転職をしたり、退職を余儀なくされる場合もあります。いずれにしても、それまでの生活が一変してしまう出来事には違いありません。

さらに、子どもがいれば年代的には高校や大学など教育費がかかる時期だったり、ことによっては親の世代の介護なども重なってきます。これらの負担が一気に配偶者にかかり、ストレスなどからうつ病などになるケースも少なくありません。→ **事例2** **事例5** **事例8**

● サービスにある隙間の問題

働き盛りであるだけに、休職や退職を余儀なくされたとしても、本人の働く意欲が失われていない場合があります。実際、病気の進行具合や仕事の内容によっては、十分に働ける人がいることも事実です。

こうした場合、デイサービスなどの介護保険のサービスは本人にとっても馴染めないことがよくあります。それは、多くのデイサービスが高齢者中心であるからです。一方、若年性認知症についてのケアの経験がなく、ノウハウやスキルも蓄積されていないことを理由に受け入れない施設もあります。

また、かかりつけ医などからの勧めで介護認定を受けたとしても、介護保険サービスを利用しない場合は、担当ケアマネジャーがいない場合もあるでしょう。

そのため、行き場も相談する場もなく、家に閉じこもった生活が、心身機能の低下を早めてしまうことがあります。ここに初期段階でのサービスの欠落、隙間があるのです。



若年性認知症支援のポイント

若年性認知症は高齢者の認知症と違い、本人が現役世代であるため、家族や社会の中で精神的、経済的な役割をしっかりと担っている場合がめずらしくありません。したがって支援者には、必要なサービスを単に紹介するだけでなく、これまで担ってきた役割の補完を視野に入れた援助が求められます。

● 本人に対する支援

若年性認知症の本人支援でまず大切なのは、病気のどんな段階でも可能な限り本人と向き合い、きちんと本人から話を聞くことです。

〈初期の頃〉

認知症と診断を受けた頃であれば、ショックとストレスの中にいることは想像に難くありません。「やっぱりそうか……」と思いながらも、「なぜ自分が……」などと腹が立ったり悶々と自問し続けるなど、なかなか病気を受け入れられません。こうした心理的な側面をよく理解し、配慮していくことが求められます。

一方、「みんなの仲間でいたい」「役割を持って人の役に立ちたい」「自分で決めたい」などの意識や欲求は保たれています。特に退職直後などでは、より強いと思われます。これらの気持ちや欲求を尊重し、それが実現できるような活動や社会参加を支援していくことが期待されます。

現状ではまだ例が多くありませんが、病状や能力に応じた福祉的就労やボランティア活動、「居場所」への参加などがその具体策となるでしょう。支援者には、それらの情報収集とともに新たな資源の開発や育成も、役割として求められています。→今後の活用が望まれる制度やサービス **Part 9**

〈介護サービス等の利用時〉

デイサービス等の介護サービスの利用を始める場合でも、一方的に家族の話だけに耳を傾けるのではなく、本人としっかり向き合うべき基本は同じです。

その上で支援者は、病状や能力、思いや得意なことなどのアセスメントにもとづき、可能な限り個別のプログラムに対応してもらうよう、サービス事業所に働きかけをしましょう。作業意欲等がある場合は、その人に合った作業などを取り入れてもらうことも重要です。

サービス事業所は、これらに対応するとともに、安心できる環境の調整も大切です。本人が安心できる環境をつくるのが、BPSDの出現や悪化を未然に防ぎます。そのためには担当者との信頼関係が欠かせません。馴染みの関係を築くことや、その関係も特定の人だけでなく可能な限り複数のスタッフに

広げることが重要です。→ **事例2** **事例3**

また、達成感を得られるよう配慮することもポイントです。例えばカラオケなら本人の好きな歌を歌うなど、無理をせずにやり切れることをしてもらいます。もっとも、だからと言って得意なことばかりだと、逆に飽きて拒否されかねませんから、工夫も必要でしょう。

● 家族に対する支援

多くの人にとって、家族が若年性認知症になることは初めての経験ですから、家族が混乱するのは当然のことです。不安や疑問、悩みが尽きない中で、関わる支援者が適切に、病気や利用できる支援策について今後の見通しを示すことができれば、家族の安心につながります。

その際、若年性認知症の人のことを地域に隠さずオープンにすることで周囲の理解が得られ、精神的に楽になる場合があることも、紹介するとよいでしょう。

「認知症の人と家族の会」などの当事者組織や、その例会などの催しを紹介することも重要です。同じ境遇の人たちに話を聞いてもらったり、そこで聞く具体的なアドバイスなどは、家族にとって大きな励みになります。→ **Part 12**

また、病気の進行や家族のかかえている問題に即して、利用できる制度などを紹介します。制度は概してわかりにくく、中には待っていれば自動的に適用されると誤解されている場合もありますので、支援者にはタイムリーでいねいな説明が求められます。

さらに、実際に介護サービスなどを利用するようになった時にも、家族に配慮したサービスの調整が必要です。家族が働いていれば、例えばデイサービスの送迎時間も勤務時間などとの調整が必要になります。徘徊などが出現すれば、GPSによる位置検索サービスの手配や地域の警察署との情報共有の仕組みなどの、具体的な支援が必要になる場合もあるでしょう。

加えて、親が若年性認知症になったことで子どもが精神的なショックをかかえている場合があります。子どもの成長に合わせて、親の病気について説明する機会を設けることが重要です。その場合、必要に応じて他の家族、学校、地域などとも連携しながら見守り、支援する必要があります。

若年性認知症の人を親にもつ子どもの特徴として、まだ学校に通学中である場合も多いでしょう。経済状況により教育費の支払いが困難になった場合には、子どもの就学を支援する制度もあります。→ **Part 11**

● 関係機関との連携

若年性認知症の人の場合、初期の段階で、まだ心身面が比較的自立していると、介護保険の要介護認定を受けたり、精神障害者保健福祉手帳を取得できたとしても、高齢者が介護サービスを利用する時のケアマネジャーとの関係と違い、相談ができる担当者がいない、または明確になっていない場合があります。

すぐにはサービスを利用しない、当面の間は困り事はないと思っていたとしても、今後のことを考えると、かかりつけ医や病院の相談員（医療ソーシャルワーカー）、地域包括支援センターやケアマネジャー、民生委員などの地域の人たちとのつながりを絶やさないようにすることも重要です。



認知症を知ることで 自分自身が楽になりました



62歳の母が若年性認知症と診断されて2年です。最近、母といっしょにオレンジカフェ^{*}に通っています。オレンジカフェでたくさんのことを知りました。知ったことで自分自身が楽になり、認知症である母のことをこれまで以上に理解し、受け止められるようになった気がします。

私にとって何もかも初めての経験ばかりで一寸先は闇ですから、次から次へと悩みが生まれるのですが、周りの方々に支えてもらって、これから先も母と、ケンカしながらも仲良くやっていけるのではないかなあと思えるようになりました。

● 認知症のイメージが悪かった

いま振り返ると、診断されたあと、できるだけ早い時期に、家族の会などの家族支援を受けられるとよかったのに、と思います。母にとって認知症のイメージが悪かったのと同様に、私たち家族の認知症のイメージもひどいものだったと思います。当時は自分自身が認知症に興味がなく、身近に情報があっても心に響かなかったのかもしれません。

診断されたことをきっかけに、家族が認知症の勉強をする機会が積極的に与えられるような環境になれば、本人との今後の生活に見通しを立てることができ、家族にとっての人生の再構築もやりやすいのではないかと思います。

● 早期診断のおかげで楽しめる居場所が見つかった

早期診断はよかったと思います。でも最初は、母への対応方法がわからず、ケンカばかりで悩みました。母も戸惑っていました。

けれども早く認知症とわかったことで、いっしょに居場所を探して、オレンジカフェを見つけることができました。しかも、それを楽しめているのですから、やはり早期に診断されてよかったと思います。

● 家族の会が救いに

最初の頃は本当に悩みばかりでした。「この状況は、母にとってよくない」ことまではわかっ

でも、「じゃあ、どうすればよいのか？」が、私にはわかりませんでした。誰に相談してよいかもわからず、答えを探し求めていました。

ですから、家族の会で相談できて、少しホッとしたような気がします。同じような悩みの方がたくさんいることにもびっくりしました。私だけがこんなにも不幸で、誰にも言えない厄介な母を背負っていると思っていたからです。

● まだまだできることがたくさんある

私は「認知症になったら、だんだんわからなくなっていき、最後には施設に入る」くらいの理解でした。母にも、可能なところまで独り暮らしをしてもらい、あとは施設に入ってもらおうと思っていました。

でも、わからなくなるのはもっと症状が進んでから、とわかりました。母は早期発見だったので、まだまだできることがたくさんあることを知りました。

母も同じように、何もできなくなると思っていました。私や周りの人が手伝うことで、やりたいこともできます。母が笑顔で「ありがとう」と言ってくれれば、私はまた笑顔で手伝ってあげたくなります。

● 不安を先延ばしにできれば

まだ認知症が顕在化していないくらいの、初期の人の居場所づくりが大事だと思います。私がどこかの介護サービスに行かせてあげたくても、母は「あんなところは私の行くところではない」と言うし、ケアマネジャーさんにも「まだ早い」と言われました。

毎日行くところがあること、やりがいを感じる、責任感を持つことが、認知症の人の自信につながると思います。自分で「認知症だけど、まだまだできる」と実感できると、先々を不安に思う気持ちも先延ばしにできるのではないのでしょうか。その先延ばしにした間に、本人も家族もいろいろなことが準備できると思うのです。

● 家族が認知症を「知る」ことがとても大事

家族支援は、早くから手厚くやってほしいですね。家族が認知症を「知る」ことがとても大事だからです。家族が認知症について、積極的に学ぶことができればよいと思います。



*オレンジカフェ＝認知症初期対応型カフェ。➡ Part 9

気づき・ 診断の頃に 利用できる窓口等

● 若年性認知症支援コーディネーター

京都府では、若年性認知症の方やそのご家族等からの相談に応じ、利用できる制度やサービスを紹介するとともに、関係機関と連絡調整を行う若年性認知症支援コーディネーターを京都府こころのケアセンターに配置しています。

電話番号	0774-32-5885
利用時間	月曜～金曜日（土日、祝日、年末年始除く）9:00～12:00 / 13:00～15:00

● 電話相談・認知症コールセンター

・京都府若年性認知症コールセンター

京都府が設置する若年性認知症に特化した電話相談窓口です。若年性認知症支援に携わる専門職が対応します。

電話番号	0120-134-807（フリーダイヤル、携帯電話でも無料）
利用時間	月曜日～金曜日（土日、祝日、年末年始除く）10:00～15:00

・若年性認知症コールセンター

厚生労働省により、愛知県にある社会福祉法人仁至会の「認知症介護研究・研修大府センター」に、若年性認知症に関する電話相談窓口「若年性認知症コールセンター」が設置されています。

電話番号	0800-100-2707（フリーダイヤル、携帯電話でも無料）
利用時間	月曜～土曜日（年末年始・祝日除く）10:00～15:00

・京都府認知症コールセンター

若年性認知症専用ではありませんが、京都府が設置する認知症に関する電話相談窓口です。「公益社団法人認知症の人と家族の会・京都府支部」➡ **Part 12** の介護経験者が対応します。

電話番号	0120-294-677（フリーダイヤル、携帯電話でも無料）
利用時間	月曜～金曜日（土日、祝日、お盆、年末年始除く）10:00～15:00

● 認知症専門医・専門外来のある医療機関

・認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは、認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする専門医療機関です。認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談を実施するとともに、地域の保健・医療・介護関係者への研修等を実施しています。

病院名	相談窓口電話番号	所在地	
京都府立医科大学附属 北部医療センター	0772-46-4701	〒629-2261 与謝郡与謝野町字男山481	地域型
独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター	0773-62-1710	〒625-0052 舞鶴市字行永2410	地域型
京都中部総合医療センター	0771-42-5703	〒629-0197 南丹市八木町八木上野25	地域型
京都府立医科大学附属病院	075-251-5566	〒602-8566 京都市上京区河原町通 広小路上ル梶井町465	基幹型
一般財団法人療道協会 西山病院	075-955-2229	〒617-8014 長岡京市今里5丁目1-1	地域型
京都府立洛南病院	0774-32-5960	〒611-0011 宇治市五ヶ庄広岡谷2	地域型
医療法人栄仁会 宇治おうばく病院	0774-32-8226	〒611-0011 宇治市五ヶ庄三番割32-1	地域型
京都山城総合医療センター	0774-72-6363	〒619-0214 木津川市木津駅前1-27	地域型

※ 基幹型＝地域型の機能に加えて、身体合併症など救急・急性期医療に対応できる医療機関

地域型＝認知症の専門医療相談及び認知症医療に関する地域連携の中核となる医療機関

※ <http://www.pref.kyoto.jp/kourei-engu/13900004.html>

・学会が認定する専門医等

きょうと認知症あんしんナビで、日本認知症学会、公益社団法人日本老年精神医学会、日本精神科病院協会（日本精神科医学会）が認定した認知症専門医や専門医療機関が掲載されたホームページへのリンクを掲載しています。

(http://www.kyoto-ninchisho.org/?page_id=144)

● 地域包括支援センター

地域包括支援センターは市町村が設置する機関で、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等が配置され、地域の高齢者の総合相談、保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを行っています。

ここに相談することで、認知症に関する相談窓口や利用できる制度、社会資源などの情報を得ることができます。

地域包括支援センターは、概ね人口2～3万人につき1カ所設置され、京都府内には全市町村に設置されているほか、サブセンターやランチなどの出張窓口もあります。

詳しくは市町村の窓口にお問い合わせください。

・府内の地域包括支援センター一覧

<http://www.pref.kyoto.jp/kourei-engu/13900035.html>（京都府ホームページ内）

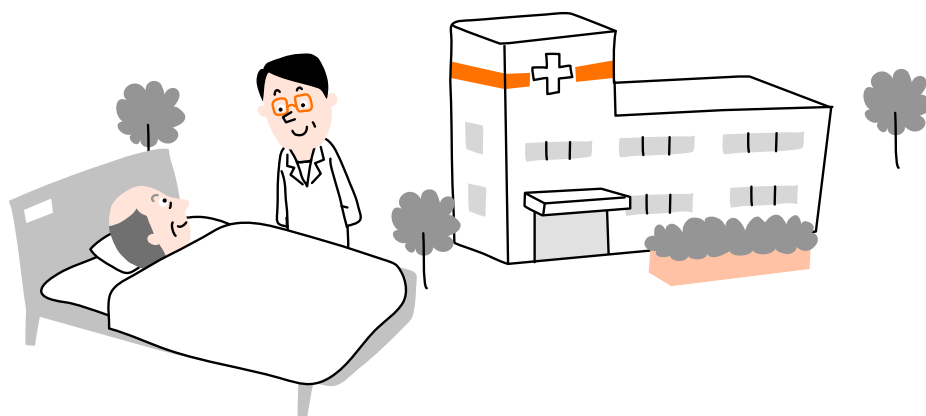
休職したり 退職の際などに 利用できる制度等

● 傷病手当金 → 事例1 事例7 事例10

健康保険または共済組合の被保険者が、病気やケガで仕事を休んで給料を受けられない時に受給できます。休職中の期間に、この傷病手当金を申請して経済的な支援を受けた上で、障害年金の申請等退職後に利用する制度についても、関係者との相談を始めておきましょう。

対象者	職場の医療保険に加入している本人（被保険者）が、病気やケガなどで3日連続して会社を休んだ場合に、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。国民健康保険には、この制度がありません。
申請手続き	「傷病手当金申請書」に事業主から休業、医師からは労務不能の証明、その他必要な書類（出勤簿や賃金台帳等）を揃えて、担当機関へ提出します。 ※通常は、職場で対応してもらえますので相談してください。
支給額・支給期間	給料の約3分の2（標準報酬日額の3分の2×日数）・最長1年6カ月
留意点	・1年以上職場の医療保険に加入していれば、退職しても支給は継続されますが、退職前に傷病手当金が支給されていることが条件となります。 ・詳しくは、会社の社会保険担当者に相談してください。

※平成26年3月時点 制度の詳細は全国健康保健協会のホームページを確認してください。
(<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>)



● 雇用保険（失業給付）

雇用保険の被保険者が、何らかの理由により離職した時に、失業中の生活を安定させ、就職活動を円滑に行えるよう支援するために支給される給付です。

受給資格の条件	①再就職する意思と能力があり、積極的に求職活動を行っていること。 ②退職する前の2年間に雇用保険の被保険者期間が通算して12カ月以上あること。
受給手続き	雇用保険の基本手当を受給するためには、居住地を管轄するハローワークに求職の申し込みをして、受給資格者であることを確認・決定されなければなりません。その後、原則として4週間に1回、ハローワークに来所して失業の認定を受ける必要があります。
留意点	・再就職の意思、能力がない場合は求職者給付（基本手当）を受けることができません。 ・詳しくは、居住地を管轄するハローワーク、または、ジョブパークにお問い合わせください。

● 自立支援医療（精神通院医療） → 事例1 ～ 事例10

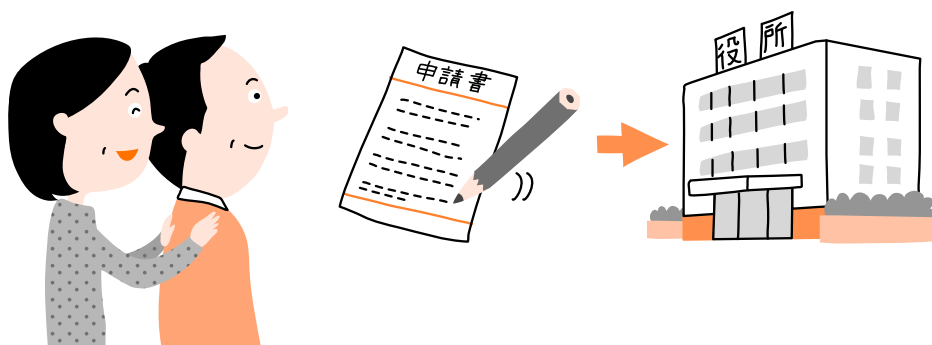
認知症を含む精神疾患で通院する場合に、通院医療費の自己負担を軽減する制度。薬代や往診、精神科デイケア、訪問看護も含まれます。入院医療費は対象外です。

対象者	通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害（認知症を含む）を有する方。
申請手続き	申請窓口は、お住まいの市町村です。 1. 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書 2. 自立支援医療費（精神通院）支給認定に関わる同意書 3. 自立支援医療診断書（精神通院医療）（申請日からおおむね3カ月以内に作成） 4. 健康保険証の写し ※申請書類は、[市町村、医療機関等]にあります。 ※承認されると自立支援医療受給者証等が届きます。受診時に提示してください。
自己負担額	精神疾患の治療にかかる通院医療費の原則1割。世帯の収入や継続的な治療が必要な場合等の状況により月別自己負担額の上限が設定されます。
留意点	・この制度が利用できる医療機関は、指定自立支援医療機関に限定されます。申請する際に、かかりつけ医または市町村の窓口で確認しましょう。 ・診断書を作成できる医師は、指定自立支援医療機関において精神障害の診断または治療に従事する医師となっていますので、かかりつけ医や窓口を確認しましょう。 ・精神障害者保健福祉手帳との同時申請で、手帳用診断書を添付された場合は、診断書を省略することができます。 ・有効期間は1年間で、有効期限のおおむね3カ月前から更新申請ができます。 ・個人番号（マイナンバー）の記入が必要です。個人番号と本人であることを確認できる証明書等もご用意ください。 ・障害年金等を受給している場合は年金証書等の写しが必要になる場合があります。

● 精神障害者保健福祉手帳 → 事例2 ～ 事例10

認知症を含む精神障害のある人について、その障害があることを証明するものです。

対象者	精神障害のために長期にわたり日常生活や社会生活上に支障がある方。 病状や日常生活等の支障の程度により等級（1～3級）がありますが、入院・通院の区別や年齢の制限等はありません。
申請手続き	市町村の窓口にて、以下の必要書類（①～③）を提出してください。 ①申請書（精神障害者保健福祉手帳用） ※申請書は市町村の窓口（障害担当課や保健センターなど）にあります。 ②診断書（精神障害者保健福祉手帳用） ※障害年金受給者は、診断書に代えて、年金証書の写しを添付して申請することができますが、所定の同意書等、別の書類が必要になります。 ③本人の写真（縦4cm×横3cmで上半身、脱帽、白黒またはカラー）
利用できるサービス	①障害等級に応じた税制上の優遇措置があります。所得税、住民税、相続税、贈与税、自動車税、自動車取得税などが対象です。 ②生活保護の障害者加算 ③京都市や市町村の公共施設等で利用料等が減免されます。 ④その他利用できる制度 ・身体障害者等駐車禁止除外指定車標章の交付（精神障害者手帳の場合は1級のみ） ・携帯電話の基本使用料等の割引やNTTの電話番号案内料の免除措置 ・NHK受信料の減免 等 ※お住まいの市町村、サービスによって異なります。それぞれの窓口でご確認ください。
留意点	①初診日から6カ月以上経過したのちに申請できます。 ②診断書を作成できる医師は、精神科医または認知症の精神医療に従事している医師となっていますので、かかりつけ医や窓口を確認しましょう。 ③精神障害者保健福祉手帳の申請と併せて自立支援医療（精神通院医療）の申請ができます。 ④身体機能の障害が生じた場合は、身体障害者手帳の申請をすることも可能です。 ⑤手帳の有効期限は2年間。有効期限の3カ月前から更新申請ができます。



車の運転について

→ 事例5 事例6

運転者が認知症であると判明した場合、道路交通法には、公安委員会が「運転免許を取り消す」または「免許の効力を停止する」ことができる、との定めがあります。したがって、認知症と診断されると、車の運転をすることはできません。

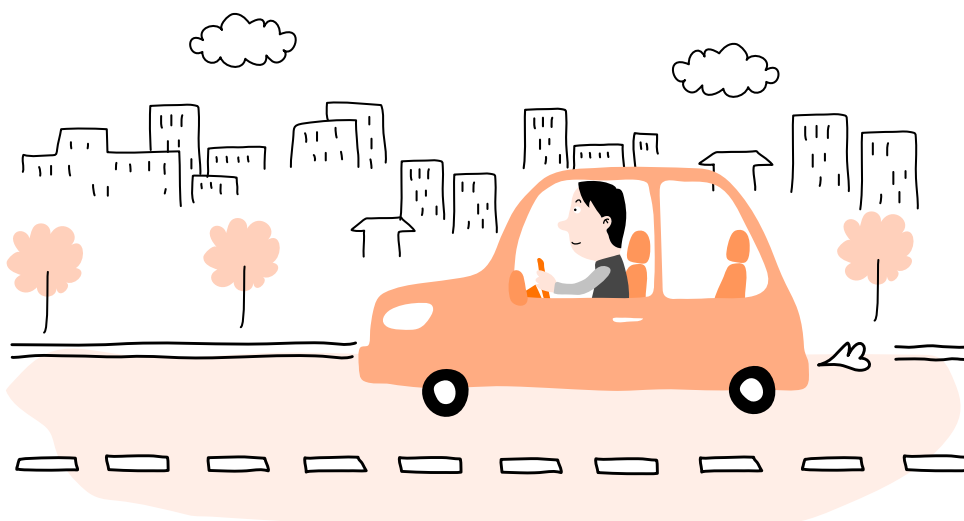
とはいえ、若年性認知症の人は身体機能が保たれていることに加え、運転への思い入れが強い場合もあり、説得は並大抵でないケースも見られます。かかりつけ医や運転免許に関する適性相談窓口などに相談するとよいでしょう。また、車がないと生活できない地域に住んでいる場合などは、車のない生活の再構築について早くから話し合いをしておくことが重要です。運転免許の返納制度もあります。

相談窓口	京都府警察運転免許試験場 運転適性相談窓口	〒612-8486 京都市伏見区羽束師古川町 647 電話 075-631-5181（内線 412・413）
運転免許返納先	京都駅前運転免許更新センター A 窓口（専用窓口）	〒600-8216 京都市下京区烏丸通七条下る東塩小路町 707-2 電話 075-631-5181（運転免許試験場の代表電話）
	京都府警察運転免許試験場	〒612-8486 京都市伏見区羽束師古川町 647 電話 075-631-5181
	住所地为管轄する警察署	

※返納すると、免許証と同様の身分証としての効力を持つ「運転経歴証明書」の交付を、申請により受けられます。

※「認知症高齢者の自動車運転を考える家族介護者のための支援マニュアル（第二版）」を、独立行政法人国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部のWebサイト（<http://www.ncgg.go.jp/departement/dgp/manual.htm>）からダウンロードできます。

※平成21年6月より免許証の更新時に、70歳以上の人には「高齢者講習」が、さらに75歳以上の人には「認知機能検査」が、それぞれ義務付けられています。



働いたり社会参加を したい時に 利用できる制度等

● 障害者の就労支援

アルツハイマー型認知症などの変性疾患と違い、特にリハビリや手術等により改善が望まれる脳血管障害や頭部外傷後遺症などの認知症では、就労継続、復職・再就職の相談が有効な場合があります。

・就労相談、復職・再就職の相談窓口

障害があっても就業中の職場でできるだけ長く働き続けたり、復職・再就職の相談や支援が受けられます。

京都ジョブパーク はあとふるコーナー (はあとふるジョブカフェ)	〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町 70 (新町通九条下ル) 京都テルサ西館 3 階	075-682-8915
	ホームページ http://www.pref.kyoto.jp/jobpark/job_heart.html	
京都障害者職業センター	〒600-8235 京都市下京区西洞院通塩小路下る東油小路町 803	075-341-2666
	ホームページ http://www.jeed.or.jp/jeed/location/chiiki/kyoto/	
障害者就業・生活 支援センター こまち	〒629-2503 京丹後市大宮町周枳 1-1	0772-68-0005
	活動区域：宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町	
障害者就業・生活 支援センター わかば	〒624-0913 舞鶴市字上安久 140 番地 3	0773-75-2130
	活動区域：福知山市、舞鶴市、綾部市	
なんたん障害者就業・生活 支援センター	〒621-0042 亀岡市千代川町高野林西ノ畑 16-19 総合生活支援センターしょうかえん内	0771-24-2181
	活動区域：亀岡市、南丹市、京丹波町	
京都障害者就業・生活 支援センター	〒606-0846 京都市左京区下鴨北野々神町 26 北山ふれあいセンター 4 階	075-702-3725
	活動区域：京都市（南区及び伏見区を除く 9 つの行政区）	
しょうがい者就業・ 生活支援センター はあとふるアイリス	〒601-8047 京都市南区東九条下殿田 70 番地 京都テルサ西館 3 階	075-682-8911
	活動区域：京都市西区、伏見区	
しょうがい者就業・生活 支援センター アイリス	〒617-0833 長岡京市神足 2 丁目 3 番 1 号 バンビオ 1 番館 7 階 701-6	075-952-5180 または 075-952-5190
	活動区域：向日市、長岡京市、大山崎町	
障害者就業・生活 支援センター はびねす	〒611-0033 宇治市大久保町北ノ山 101-10	0774-41-2661
	活動区域：宇治市、城陽市、八幡市、京田辺市、久御山町、井手町、宇治田原町	

しょうがい者就業・生活 支援センター あん	〒619-0214 木津川市木津駅前1-10 活動区域：木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村	0774-71-0701
--------------------------	--	--------------

※上記以外に、公共職業安定所（峰山、舞鶴、福知山、京都西陣、伏見、宇治、京都田辺）、京都障害者職業相談室でも相談が可能です。

※必ずしも再就職に結びつかない場合もあります。

● 今後の活用が望まれる制度やサービス

現在は認知症ケアとして府内での利用例が少ないものの、全国的には例が見られ、今後の取り組みで活用が望まれるものとして、次のような制度やサービスがあります。

・就労継続支援A型事業所（雇用型）・就労継続支援B型事業所

障害者総合支援法にもとづく訓練等給付の1つです。

A型事業所	雇用開始時に65歳未満で、特別支援学校を卒業した人や離職した人などを対象に、雇用契約にもとづいて最低賃金が保障される事業所です。一般就労に必要な知識・能力が高まった場合、一般就労への移行に向けた支援を行います。利用期間の制限はありません。
B型事業所	一般企業での就労が難しい人などを対象に、雇用契約は結ばずに働く場を提供します。作業は、軽作業、清掃作業、ボスティング、パン作りなど事業所によってさまざまです。活動内容や利用時間など個別対応が可能な事業所もあります。利用期間の制限はありません。

※詳しくは市町村の障害福祉担当課などにお問い合わせください。

・就労を支援する仕組みづくり

就労を希望する人を対象にした仕組みづくりが全国で始まっています。福祉事業所から依頼された仕事や掃除、洗車、折り込み、発送、イベントなどの会場係、広報作成、工芸、木工、絵画など、可能な仕事に取り組んでいます。

・ボランティア活動

認知症対応型通所介護等の介護サービス事業所の中には、清掃活動などのボランティア活動をプログラムに組み込み、社会参加型のメニューを実施している施設や団体があります。

・「居場所」づくり

認知症の人を対象としたサロンの「居場所」づくりが、全国的に広がっています。京都府内でもさまざまな形で、初期の認知症の人に居場所を提供する認知症初期対応型カフェ等の取り組みが動き出しています。今後、対象が若年性認知症の人にも広がるように、専門職には積極的な関与が期待されています。

ホームページ：<http://www.kyoto-ninchisho.org/>

参考：認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書（認知症の人と家族の会ホームページより http://www.alzheimer.or.jp/webfile/cafe-web_0001.pdf）

● 精神科デイケア➡ 事例6 事例7

精神科の医療機関に通院している人が、レクリエーション・スポーツ・趣味活動・就労準備や心理教育などのプログラムを通して、自己理解を深め、集中力や持久力、人づき合いの方法などを身につけるものです。府内30余の精神科医療機関で実施されていますが、若年性認知症に特化したものは、府立洛南病院でのみ実施しています。

詳しくは各精神科医療機関または、京都府精神保健福祉総合センター（TEL 075-641-1810）、各圏域の保健所にお問い合わせください。

症状や状態に応じて利用できるサービス等

サービス利用に際し、障害福祉サービスに同種の介護保険サービスがある場合、40歳以上であれば、基本的には介護保険サービスが優先されます。しかし、障害福祉サービスに固有のサービス（行動援護、自立訓練〈生活訓練〉、就労移行支援、就労継続支援等）は、市町村より支給決定された範囲で利用することができます。若年性認知症の人の場合、介護保険サービスには馴染まないことがありますので、本人・家族・関係機関とよく相談することが重要です。

● 介護保険法にもとづく介護サービス➡ 事例1 ～ 事例6 / 事例8 ～ 事例10

介護保険制度では、要介護認定を受け、原則としてケアマネジャーが作成するケアプランにもとづいてサービスを利用します。要介護認定ごとに保険給付対象の上限額が設定されており、上限額内であれば原則1割または2割が自己負担となります。

対象者	65歳以上の人が主な対象者ですが、40歳以上の若年性認知症の人は、要介護認定（要支援1～2、要介護1～5）を受けることで対象となります。
申請～利用までの主な手続き	①要介護認定申請…市町村の介護保険担当課に本人または家族が申請します。居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）や地域包括支援センター等に申請を代行してもらうこともできます。 ②訪問調査…認定調査員が自宅や入院先を訪問し、本人の心身の状態・日常生活で支障があることなどを聞き取り調査します。 ※本人の前では言いにくいこと等があれば、別々に話を聞いてもらうように事前をお願いをすることも可能です。 ※日頃の困り事などをメモなどに整理しておくといでしょう。 ③結果通知…「訪問調査」と「主治医の意見」を基に、市町村の認定審査会にて要介護認定（要支援1～2、要介護1～5）が決定し、通知されます。 ④ケアプランの作成…ケアマネジャーや地域包括支援センター等に依頼して必要なサービスを組み合わせたケアプランを作成します。 ※ケアプラン作成費用には、自己負担がありません。 ※多くの介護保険サービスは、高齢者を中心としたサービス内容になっています。時間がかかってもよいので、十分に相談した上でサービス種別や内容を決めるようにしましょう。 ⑤サービスの利用…サービス事業者と契約した上で、利用します。

・主なサービス内容

種別	サービスの種類
訪問サービス	訪問介護（ホームヘルパー）、訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士） 夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
通所サービス	通所介護（デイサービス）、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション（デイケア）、小規模多機能型居宅介護（通いを中心に、「訪問」や「泊まり」も提供）、地域密着型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護
短期入所サービス （ショートステイ）	短期入所生活介護（福祉系ショートステイ） 短期入所療養介護（医療系ショートステイ）
施設・居住系 サービス	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養病床等）、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム等）、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）
その他	福祉用具貸与、福祉用具購入費の支給、住宅改修費の支給

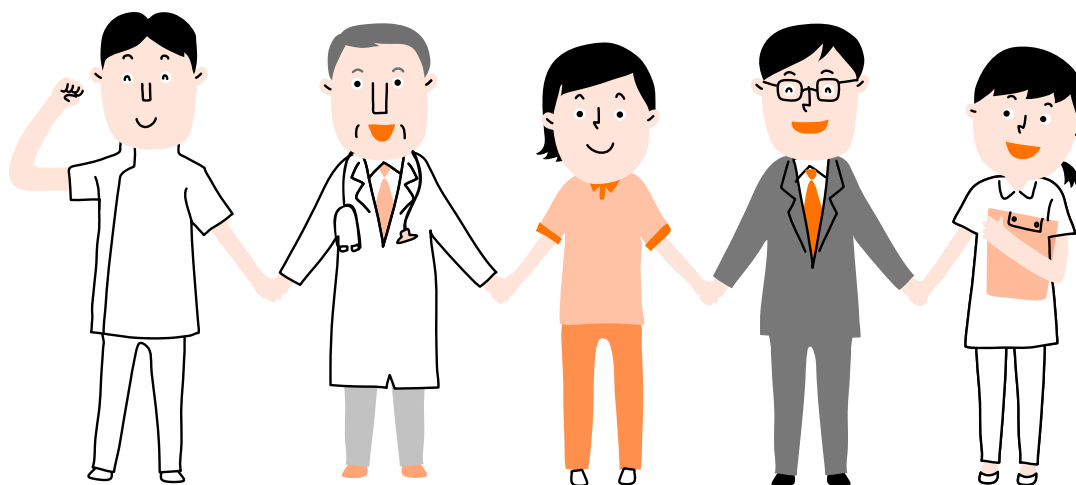
※一部、要介護でなければ利用できないサービスがあります。

※利用料は原則として1割または2割負担ですが、自己負担が高額になると、高額介護サービス費、高額医療・高額介護合算療養費制度などの負担軽減制度を利用できる場合があります。

※利用料のほか、サービスにより食費・居住費・日常生活費などの実費負担があります。このうち食費・居住費には、所得等に応じて負担限度額が定められていて、軽減措置があります。

他に要支援の人が利用できる介護予防・日常生活支援事業の「訪問型サービス」「通所型サービス」があります。

※詳しくは、市町村の介護保険担当窓口、担当のケアマネジャー、地域包括支援センター、利用している施設等にご相談ください。



● 障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービス → 事例6 事例8

介護保険サービスに希望するサービスがない場合や40歳未満の人には、障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービスの活用が有効です。

対象者	・身体に障害のある方（身体障害者手帳の交付を受けている方） ・知的障害のある方 ・精神障害（発達障害を含む）のある方 ・難病患者等で一定の障害のある方
申請～利用までの 主な手続き	①利用申請…居住地の市町村担当窓口に申請します。 ②障害支援区分の決定…申請を受けた市町村は、調査員による訪問調査や市町村審査会の判定結果等をもとに、障害支援区分を決定します。 ③サービス等利用計画書の提出…相談支援事業者を選択・契約し、必要に応じてサービス等利用計画書を作成し、市町村に提出します。 ④支給決定・受給者証の交付…市町村は、サービスの支給量を決定し通知します。「障害福祉サービス受給者証」を交付します。 ⑤サービス利用…サービス事業者と契約した上で、利用します。

・障害者総合支援法にもとづくサービス内容（一部抜粋）

給付種別	サービスの種類	利用料
介護給付	・居宅介護（ホームヘルプ） ・同行援護 ・重度障害者等包括支援 ・療養介護 ・施設入所支援 ・重度訪問介護 ・行動援護 ・短期入所（ショートステイ） ・生活介護	応能負担 （サービス提供に要した費用の1割負担ですが、世帯の所得によって上限額あり）
訓練等給付	・自立訓練 ・就労継続支援（A＝雇用型 B＝非雇用型） ・就労移行支援 ・共同生活援助（グループホーム）	
相談支援給付	・計画相談支援 ・地域相談支援	自己負担無し
地域生活支援事業	・移動支援（ガイドヘルプ） ・日中一時支援（日中短期入所） ・福祉ホーム ・障害者地域生活支援センター ・地域活動支援センター（デイサービス） ・訪問入浴サービス ・日常生活用具 - 等	※市町村により実施状況や負担割合が異なります。



家計を支援する 制度等

● 障害年金 → 事例5 ～ 事例10

障害年金には、①障害基礎年金、②障害厚生年金、の2種類があります。現在、年金は2階建ての仕組みになっています。国民年金にのみ加入している場合は障害基礎年金ですが、厚生年金に加入している場合は、国民年金にも加入していることになりますので、1・2級であれば障害基礎年金と併せて障害厚生年金も同時に受給できます。

障害等級	障害基礎年金	障害厚生年金
1級	年額974,125円+子どもがいる場合、下記の加算	報酬比例の年金額×1.25+障害基礎年金1級+（配偶者がいる場合）下記加算額
2級	年額779,300円+子どもがいる場合、下記の加算	報酬比例の年金額+障害基礎年金2級+（配偶者がいる場合）下記加算額
3級	—	報酬比例の年金額（最低保障額 584,500円）
障害手当金（一時金）	—	報酬比例の年金額×2年分（最低保障額 1,169,000円）
加算	1人目・2人目の子ども（1人につき）224,300円、3人目以降の子ども（1人につき）74,800円	配偶者の加算 224,300円

申請要件	原則として以下のいずれにも該当することが申請の要件です。 ①障害の原因となった傷病の初診日（初めて医師の診察を受けた日）から1年6カ月経過 ②初診日の時点で何らかの年金に加入し、保険料の納付期間が加入期間の3分の2以上あるか、直近1年間に保険料の未納期間がない ③障害の程度が一定の基準以上の状態
留意点	※障害年金の手続きは複雑です。書類提出後の訂正はとても大変なので、あらかじめ年金相談センター、市町村の年金担当窓口、専門職などと相談することをお勧めします。 ※相談をする際には、初診日や障害状態について説明できるようメモ等を作成していきましょう。

※金額は改訂されます（表は平成29年4月現在）。

● 特別障害者手当

身体または精神に著しい障害があるために日常生活で特別な介護を必要とする、20歳以上の在宅障害者に支給される手当です。身体障害者手帳1～2級程度、または、それと同程度の精神障害を有する方が対象となります。認知症の人の場合、身体的には歩行などが可能な状況であって

も、常時介護が必要な状態であれば、該当する場合があります。

ただし、本人・配偶者または扶養義務者の前年の所得が基準を超える場合や特別養護老人ホームなど施設入所の場合、病院などへの入院期間が3カ月を超えた場合は対象外になります。

支給月額	26,810円
申請に必要なもの	障害の程度についての医師の診断書、生計同一者の所得状況届など

※障害年金との併用も可能です。

※金額は改訂されます（表は平成29年4月現在）。

詳しくは市町村の障害福祉担当窓口にお問い合わせください。

● 障害者控除・特別障害者控除（所得税・住民税）

納税者自身や配偶者、扶養親族が税法上の障害者にあてはまる場合は、一定額の所得控除（課税対象所得から差し引かれる）を受けることができます。精神障害者保健福祉手帳で1級の人は特別障害者控除、2級・3級の人は障害者控除の対象になります。

● 所得控除額：

区分	所得税		住民税	
	納税者本人	控除対象配偶者 または扶養親族	納税者本人	控除対象配偶者 または扶養親族
障害者	27万円	27万円	26万円	26万円
特別障害者	40万円	40万円	30万円	30万円
同居特別障害者	—	75万円	—	53万円

※平成29年4月現在の控除額です。会社員など給与所得者は会社等に提出する「扶養控除等申告書」で、自営業者は確定申告書に記載して、それぞれ申告します。

詳しくは最寄りの税務署や、住民税については市町村の住民税担当窓口にお問い合わせください。

● 医療費控除（所得税・住民税）

納税者本人や、納税者本人と生計をともにする家族のために支払った医療費から保険金などで補填される金額を差し引いた額が、1年間（1月～12月）で10万円（所得の合計額が200万円未満の人はその額の5%）を超える場合に、その超える金額が所得から控除されます。控除の最高限度は200万円で、確定申告が必要です。

通院費や介護保険を利用して支払った費用の一部も対象になります。詳しくは最寄りの税務署にお問い合わせください。

● 国民健康保険料の減免

国民健康保険料は、家族全員の合計所得が国の定める所得基準以下の世帯の法定減額や、市町村が定める基準により減額または免除を受けられる場合があります。詳しくは市町村の国民健康保険窓口までお問い合わせください。

● 国民年金保険料の減免

障害等級が1級・2級による障害年金の受給中は、国民年金保険料が法定免除されます。なお、障害等級3級による障害厚生年金は法定免除の対象外となりますので、注意してください。

詳しくは市町村の国民年金担当窓口にお問い合わせください。

● 高額療養費

同じ月の医療費の自己負担額が高額になった場合、上限額を超えた部分が高額療養費として払い戻されます。上限額は、年齢・世帯・所得状況に応じて決まります。

詳しくは加入する医療保険の窓口にお問い合わせください。

● 生活福祉資金（貸付）

社会福祉協議会が、低所得者、障害者、高齢者などの世帯向けに、低金利または無利子による資金貸付と相談活動を行っています。資金の種類には、福祉資金（日常生活において一時的に経費が必要となった時に充てる貸付金）、教育支援資金、小口資金（10万以内のもの）、不動産担保型生活資金（リバースモーゲージ）などがあります。また、失業等によってお困りの方には、総合支援資金の貸付を受けることができる場合もあります。

詳しくはお近くの市区町村社会福祉協議会または京都府社会福祉協議会にお問い合わせください。

● 就学援助

生活保護世帯や経済的に困難な世帯の児童・生徒に対し、京都府及び府内市町村で、学用品や給食費の援助をはじめ授業料の減免や補助金など、各種の就学援助制度が実施されています。

詳しくは、各市町村の教育委員会、または在学する学校にお問い合わせください。

● 奨学金（独立行政法人日本学生支援機構）

大学、大学院、短期大学、高等専門学校、専修学校（専門課程）に在学し、経済的理由により修学に困難がある優れた学生等に対して奨学金が貸与または給付されます。

詳しくは同支援機構のホームページ（<http://www.jasso.go.jp/>）を参照するか、または在学する学校の奨学金窓口にお問い合わせください。

● 生命保険の「高度障害状態」と住宅ローンの返済➔ 事例10

生命保険契約で保険金が支払われるのは、「死亡」時の死亡保険金と「高度障害状態」時の高度障害保険金です。重度の認知症は「高度障害状態」に認定される場合があります。事実上「死亡」と同等とみなされるので要件は非常に厳しいですが、認知症が重度なら、生命保険会社に相談してみるとよいでしょう。なお、高度障害保険金が支払われると死亡保険金の支払いはありません。

また、住宅ローンの契約の際に、金融機関により生命保険への加入が条件になることがよくあります。生命保険の高度障害保険金で、ローンの残債務を弁済できる場合があります。

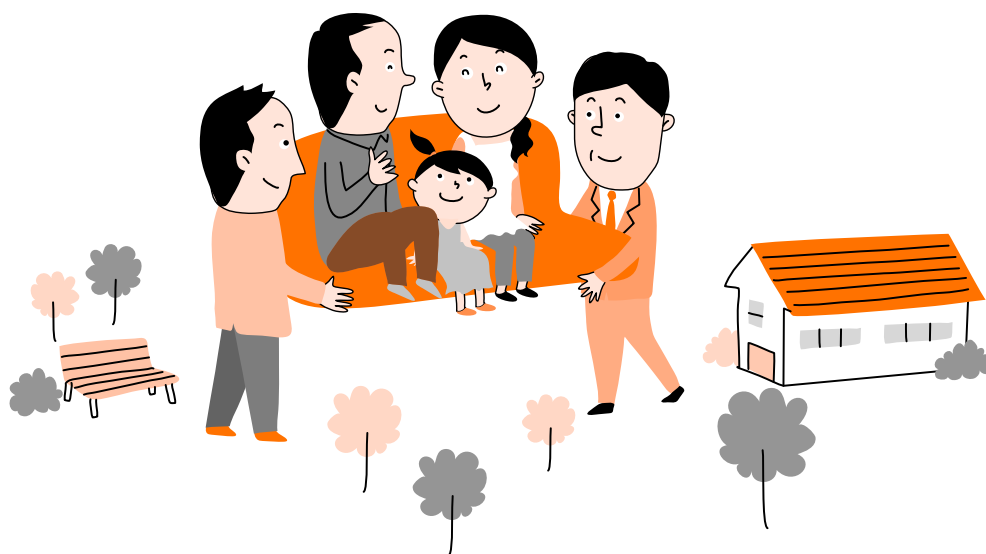
高度障害状態

- ・両眼の視力を全く永久に失ったもの
- ・言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- ・中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- ・両上肢とも手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ・両下肢とも足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- ・1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったか、またはその用を全く永久に失ったもの
- ・1上肢の用を全く永久に失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったもの

※公益財団法人生命保険文化センターホームページより

http://www.jili.or.jp/knows_learns/q_a/life_insurance/life_insurance_q25.html

※「高度障害状態」の認定は、最終的には生命保険会社の判断になります。状態等によっては申請しても認定されないこともあります。詳しくは、加入している生命保険会社にお問い合わせください。



家族支援、 権利・自立・尊厳 を守る制度

● 公益社団法人認知症の人と家族の会・京都府支部

同じ悩みを持つ当事者や家族同士が意見交換し、介護や生活上の工夫を学び、気持ちを共有する場はとても大切です。「つどい」による仲間との交流、会報の発行、電話相談などが行われています。

若年性認知症の人やその家族を対象に、参加者が自由に話しながら情報交換や介護について学び合う「若年のつどい」も開催されています。

所在地：〒602-8143京都市上京区堀川通丸太町下ル 京都社会福祉会館内

電話：075-811-8399 FAX：075-811-8188

ホームページ：<http://www.alzheimer.or.jp/>

● 介護休業制度（介護する家族のための制度）

仕事と介護を両立できるように労働者を支援するための制度です。

家族の介護をする際に、介護対象者1人に対して、通算3カ月を限度として取得できます。なお、休業期間中は無給ですが、雇用保険から介護休業給付等（休業開始時賃金日額×支給日数×67%・3カ月間）が受けられる場合があります。

家族の介護のために退職しなくてもよいように、これらの制度の利用を検討してください。

詳しくは、事業所を所管するハローワーク等にご相談ください。

認知症、知的障害、精神障害などで判断能力が不十分な人の権利擁護に関して、「地域福祉権利擁護事業」（日常生活自立支援事業）と「成年後見制度」があります。「地域福祉権利擁護事業」は、援助内容が福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理が中心となりますが、「成年後見制度」は財産管理や契約等の法律行為に関する援助などが主な役割となります。場合によっては2つの制度を併用することも可能です。

● 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）

判断能力が十分でないために、日常生活での福祉サービスの利用や金銭管理がうまくできない人たちが、地域で自立した生活が送れるよう、利用者との契約にもとづき、福祉サービスの利用援助等を行う事業です（ただし、契約書及び支援計画の内容について理解できる方が対象）。

事業の窓口は市区町村の社会福祉協議会です。

支援内容例	①福祉サービスの利用援助（利用相談、苦情対応、助言、情報提供、利用料の支払い等） ②日常的な金銭管理（相談、助言、金融機関への同行または代行による生活費の払い戻し等） ③通帳、印鑑の預かり（①②の援助に必要なもの） ④郵便物の管理（内容確認、役所等への必要な手続き支援）
利用料金	●相談や「支援計画」の作成までは無料 ●「支援計画」にもとづいて生活支援員が行うサービスは、1時間1,000円 ●生活支援員の自宅から利用者宅までの交通費等実費は別途負担 ●通帳・印鑑・公的書類の保管料は、月額250円

※生活保護受給者は、利用料の負担はありません。非課税世帯の取り扱いとは異なります。詳しくはお近くの社会福祉協議会にお問い合わせください。

● 成年後見制度

判断能力が十分でない人たちについて、権利を守る支援者（「成年後見人」等）を選任することで、本人を法的に支えるための制度です。1人では困難な不動産や預貯金等財産の管理、介護サービス等の契約の締結、遺産分割の協議等が安全に行えるよう支援します。判断能力の程度等により、後見・保佐・補助の3類型があります。

申立ての手続きは、弁護士や司法書士などの専門職に依頼することも可能です。

支援内容例	①福祉サービス利用等の契約の締結や解約、費用の支払い、認定調査の立ち会い、苦情申立て ②財産（動産・不動産）の管理、売却、賃貸借契約の締結 ③医療契約の締結 ④住居に関する契約の締結、変更、解約 ⑤相続の承認や放棄 ⑥年金などの社会保障給付の受領手続き など
利用料金	●申立てにかかる費用は、切手・印紙代等で、5,000円～1万円程度。 ●鑑定を要する場合は、別途、鑑定費用が5～10万円程度必要。 ●申立てを弁護士や司法書士に依頼すると、別途、報酬が必要。

※申立てにかかる経費等を市町村が助成する制度（成年後見制度利用支援事業）があります。支給要件や助成対象範囲は市町村により異なります。詳しくは市町村にお問い合わせください。

※裁判所のホームページには、説明用の映像資料等も用意されています。参考にしてください。

http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_02_2/index.html

認知症の人を 多職種連携で 支える

● 認知症ライフサポートモデル

認知症ケアには、さまざまな専門職など*が携わり、認知症の人を支えています。大きく分けると医療の領域と介護の領域になります。

医療の領域は、病気の診断や治療、サービスを提供する現場のサポート、本人や家族の心理面の支援などを担っています。介護の領域は、本人や家族の生活全般を支えていく役割を担っています。しかしそれぞれの領域では、認知症の人の捉え方や関わり方、支えていく役割に違いがあることから、互いに共通した理解をもちにくいという問題があります。

このような課題認識から生まれた考え方——認知症の人のニーズを多面的に捉え、専門職間の目標を共有し、役割などを相互に理解し合いながら、チームで認知症の人を支えようという考え方が、「認知症ライフサポートモデル」です。多職種連携でこそ、それぞれの領域に蓄えられた情報も有効に生かれます。

◆「認知症ライフサポートモデル」とは

「認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活支援」のことであり、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくことをめざそうとする認知症のケアモデルである。

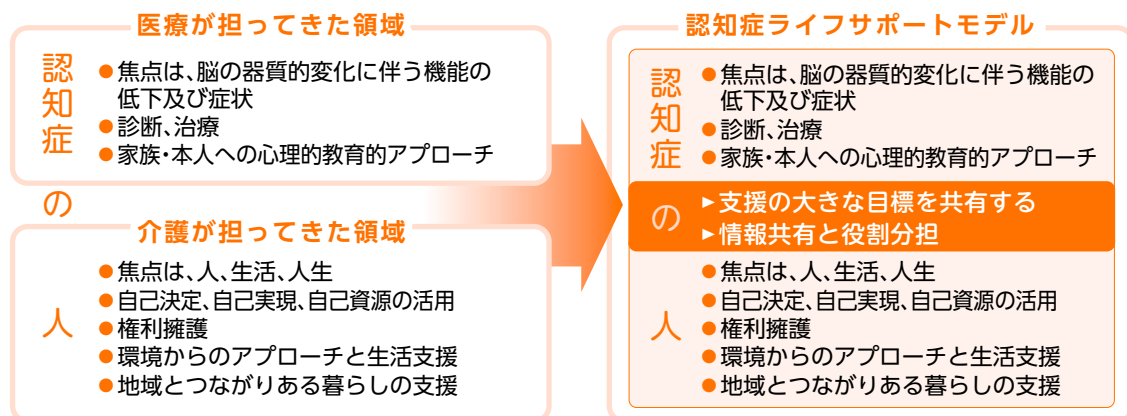
※認知症の人を支えるには

- (1) 疾病及び体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、
- (2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活支援を中心とする支援が求められる。

● 医療と介護が支える「地域での生活」

認知症ライフサポートモデルがめざすのは、医療と介護が支える認知症の人の「地域での生活」です。大きく次の3点に集約できます。

- ① 認知症の人の自己決定の支援
- ② 認知症の人が自らの力を最大限に使った暮らしの支援
- ③ 認知症の人が住み慣れた地域で住み続けることへの支援



(資料) いずれもニッセイ基礎研究所「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」(2011) より

これは、支援する体制さえ整えば実現できるというものではありません。地域社会で活動していた人が、認知症になっても排除されないこと。すなわち、認知症によって以前とは違ってきても、人々とのつながりの中で存在している、尊厳が保たれている人として、地域で暮らしていけることが重要です。

その際、生命倫理の4原則（自律尊重原則、無危害原則、善行原則、公平原則）にジレンマが起きることがあります。

例えば、認知症の人に車の運転をやめてもらうケースを考えます。これは無危害原則なのですが、その人の自律尊重原則とは対立します。こうしたジレンマにどう向き合うのかは、認知症ケアのポイントです。運転ができなくなれば、それまでとは違う生き方を迫られます。→ **p27参照**

しかし、そこにいろいろな人が支援に関わることで、新しいQOL（生活の質）を構築し、保っていくことができます。

認知症ライフサポートモデルの土台にはこのように、認知症になってもその人らしさを尊重する「パーソン・センタード・ケア」→ **Part2(注5)** の考え方が定着していく必要があります。

● 認知症ライフサポート研修

認知症ライフサポートモデルをそれぞれの地域で実現していくためには、多職種連携のための基盤づくりとチームづくりが必要です。それを支援する具体的な取り組みとして、「認知症ライフサポート研修」が実施されることになっています。

京都式オレンジプランでも、認知症ケアに携わる医療従事者、介護従事者等多職種が連携する「多職種協働モデル研修」の実施を掲げています。

*さまざまな専門職等＝医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士、医療機関に勤務する職員等すべての医療関係者、及び地域包括支援センター（在宅介護支援センター）職員、ケアマネジャーをはじめ介護に関わるすべての関係者。

[認知症ケアパス]

多職種連携を
支える仕組み

● 認知症ケアパスとは

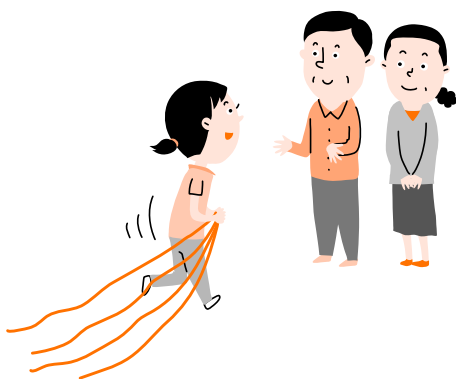
認知症ケアパスとは、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みです。認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となります。

厚生労働省が平成24年6月に発表した「今後の認知症施策の方向性」の中でも、認知症ケアパスは認知症ケア全体の流れを左右するものとして重視されています。京都では、平成25年9月策定の「京都式オレンジプラン」の中で「京都式認知症ケアパス」が示されました。ここでの「ケアパス」とは、ケアの流れを意味しています。

● 京都式認知症ケアパスの特徴

京都式認知症ケアパスの概念図は白地図のようなものです。中心に描かれた認知症の人の「地域での生活」を医療と介護がともに支える構成は、認知症ライフサポートモデルそのままの図式化です。ここに、サービス提供などの関係を矢印などで書き込んで使用します。

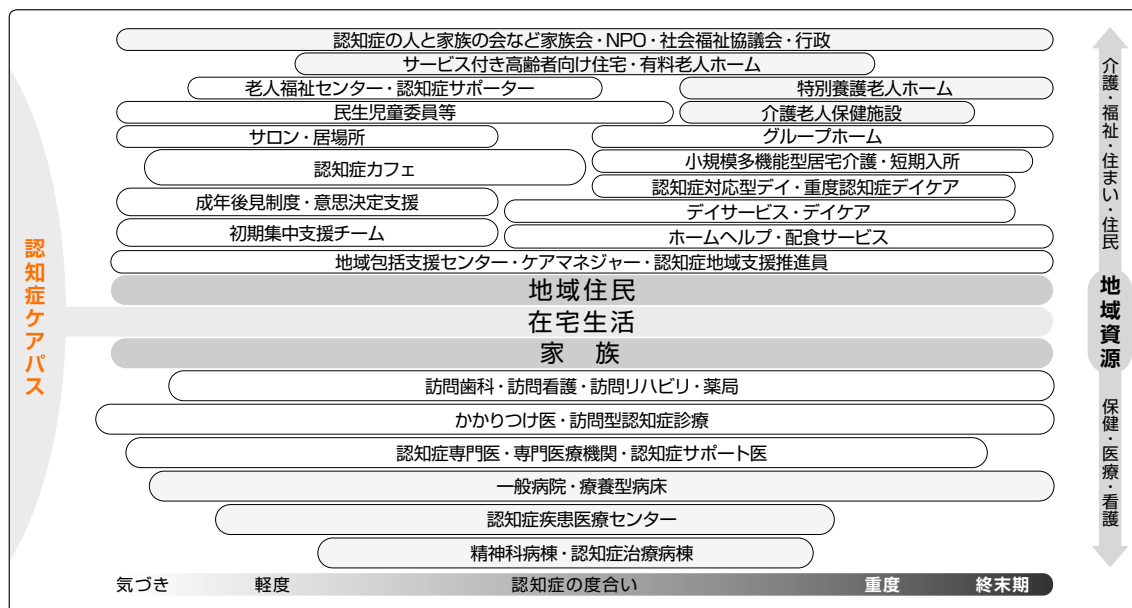
概念図には、認知症への気づきからの進行過程を示す時間軸があります。中央に本人の軸があり、それを家族と地域住民の軸が挟んでいます。上段には介護関係の、下段には医療関係のそれぞれさまざまな地域資源が、横軸の進行段階に応じて可視化されています。各資源の縦軸配置は、生活との関連や利用頻度を踏まえて、外来や在宅での支援は内側に、入院や入所施設は外側に配置されています。



これらにより、例えば初期段階での「入り口問題」を担う可能性がある人々や機関、入り口での発見後のシステム的対応の動きも、わかりやすくなることが期待されます。➡ **Part 4**

また、時間的な経過を記入する「経時表示」、ある時点で使える資源を理解するための「現時点表示」、両者を重ねた「複合表示」、地域でのモデル的な流れなどを示す「モデル表示」などが可能です。

●京都式認知症ケアパス概念図（案）

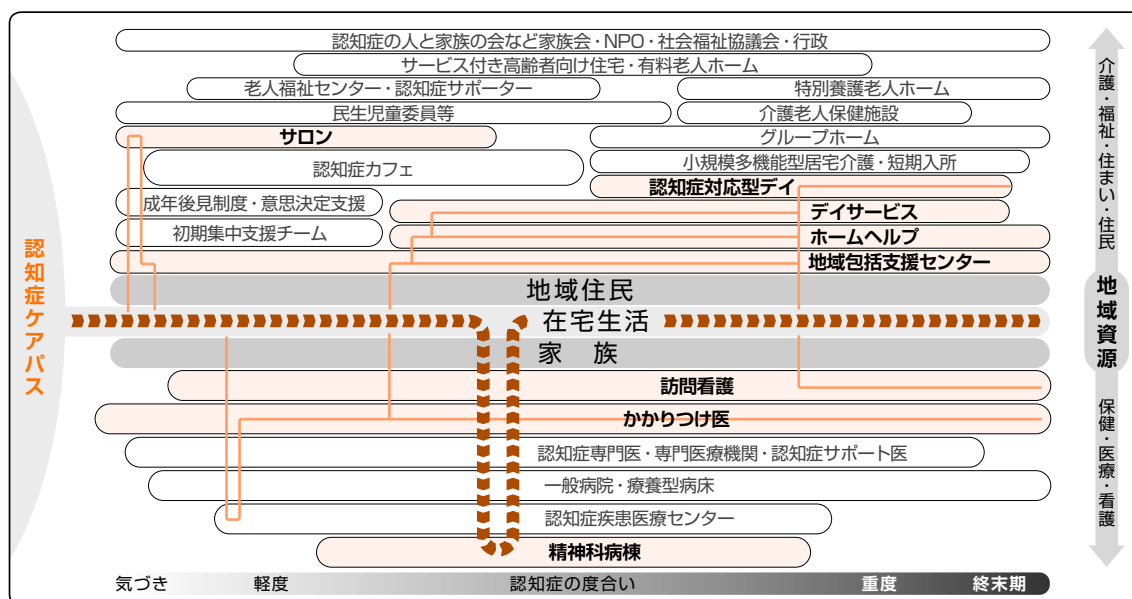


●経時表示

社会資源上にラインを描いてその利用経過を示すとともに、異なる社会資源と線で結ぶことで変遷や連携を示します。発症からどのような社会資源を利用して現在に至っているのか、ひと目でわかるのが特徴です。

例えば下の図では、高齢者サロンで認知症の気づきがあり、地域包括支援センターに連絡が入り、認知症疾患医療センターで診断が行われました。その後、かかりつけ医と地域包括支援センターで相談が行われヘルパーやデイサービスなどの利用が始まっています。経過中、精神症状の悪化があり、短期間、精神科病院での治療が行われましたが、地域に戻り、訪問看護と認知症対応型デイサービスを利用し、在宅生活を継続しています。

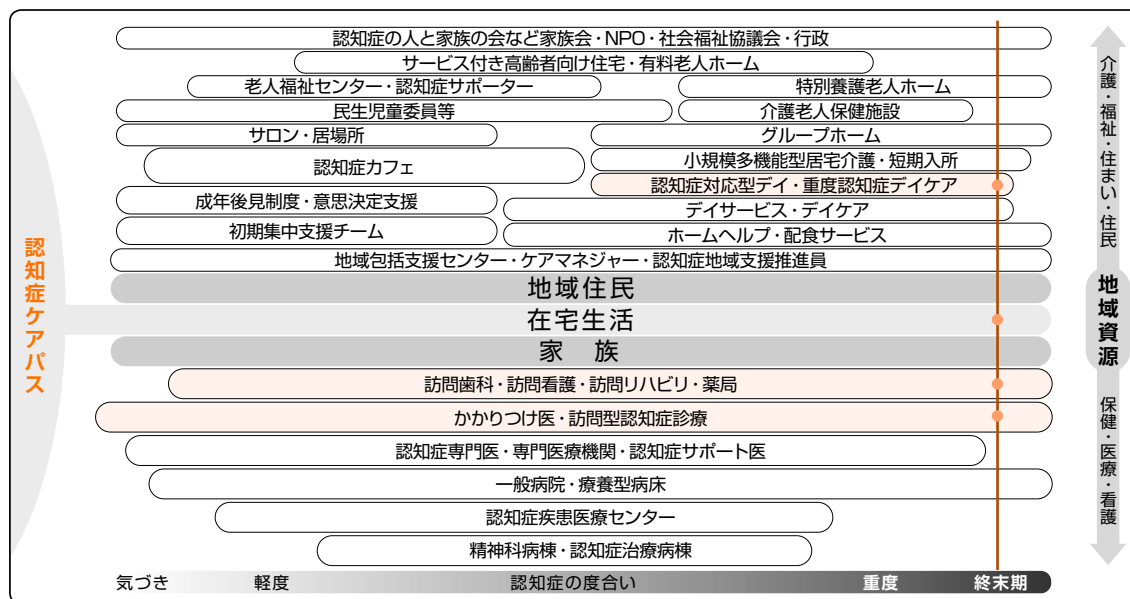
※太い破線(■■■)は本人の主な生活場所、細い線(——)は利用している社会資源を示しています。



● 現時点表示

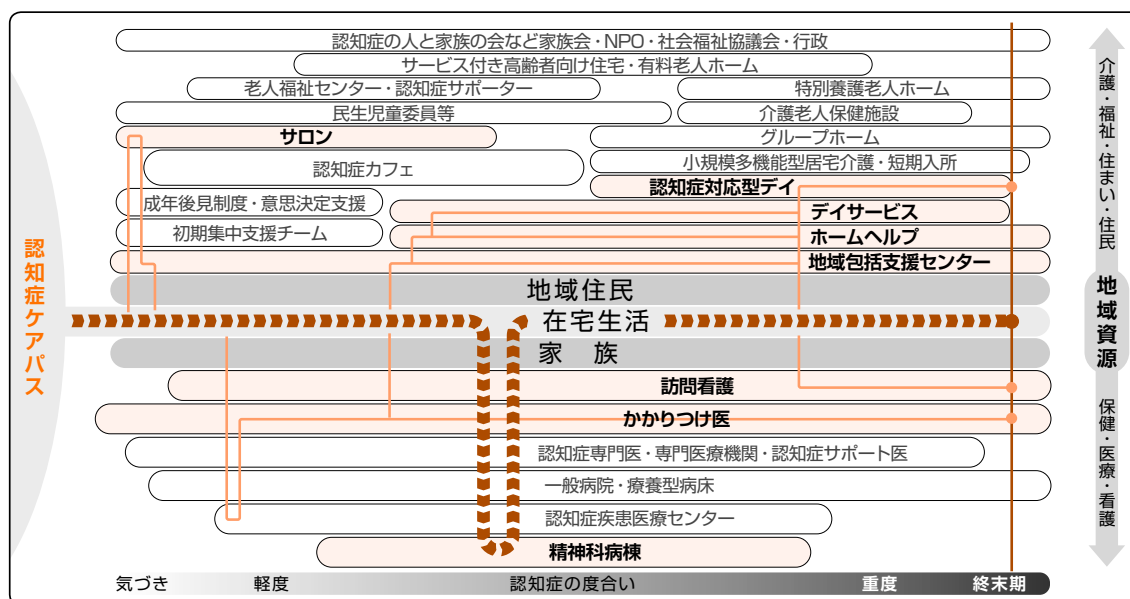
現在の認知症の進行段階を示す縦のラインを引き、その線上に現在利用中の社会資源をマークした図です。ラインと交わる社会資源が進行段階に応じて利用できる医療や介護の資源を示し、これを理解することで利用サービスや連携の拡大に活用できます。

また、地域ごとの進行段階に応じた社会資源の有無や供給量を調べることで、当該地域の資源の過不足を知ることができるでしょう。



● 複合表示

経時表示と現時点表示を重ねた表示です。本ガイドブックの事例では、主に、この複合表示で掲載しています。



支援事例

