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」をかかげ、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

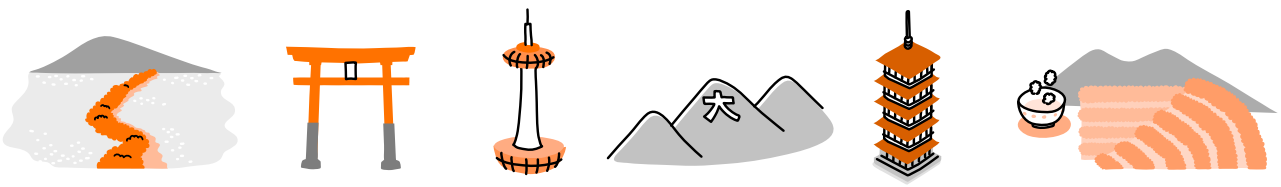
コラム1 ●若年性認知症の全体像 …… 12

介護家族の手記 ●認知症を知ることで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



Part 1 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、行き場がなくなってしまう可能性もあります。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

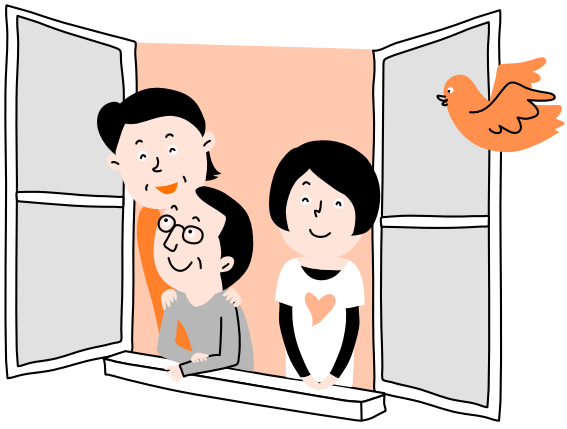
- 家族の会
- 介護休業制度

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



Part 2 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拡がっています。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拡がっています。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。

Part 3 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 Part 9

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拡がっていきます。

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大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

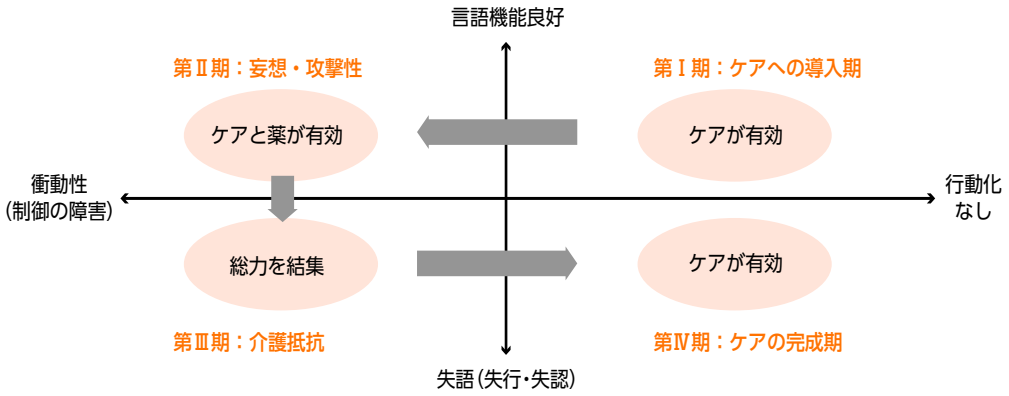
頭部外傷後遺症……頭を強打したことにより認知症の症状が現れることがあります。➡ 事例7

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ず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人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」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なくなります。

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。

Part 4

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。そのためにも、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も、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。

Part 5 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、誰しも「まさか自分が」「まさか家族が」と思ってしまいます。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

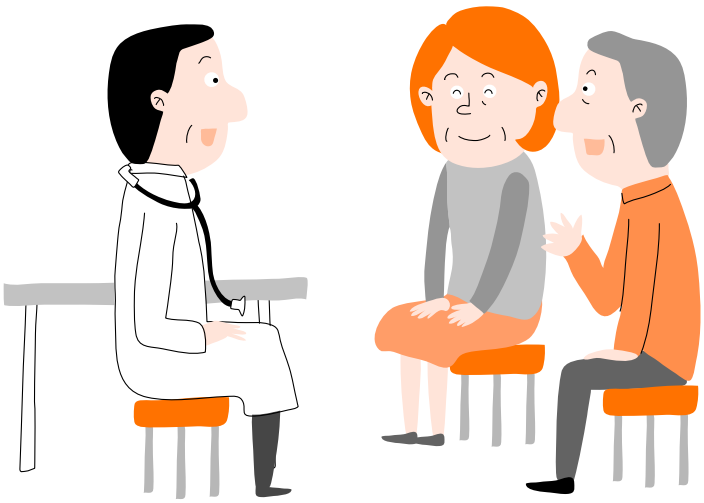
サービスにある隙間の問題

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。



Part 6 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はなく、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ことが、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て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もあります。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。

介護家族の手記

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。最近は、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。

● 認知症のイメージは悪かった

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、身近に情報があったとし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

ても、「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。同じような悩みの人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が、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」と言ってくれると、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、やりがいを感じること、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

Part 7

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　宇治市五ケ庄広岡谷2	地域型
医療法人栄仁会 宇治おうばく病院	0774-32-8226	〒611-0011　宇治市五ケ庄三番割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-engo/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、サブセンターやブ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-engo/13900035.html（京都府ホームページ内）

Part 8

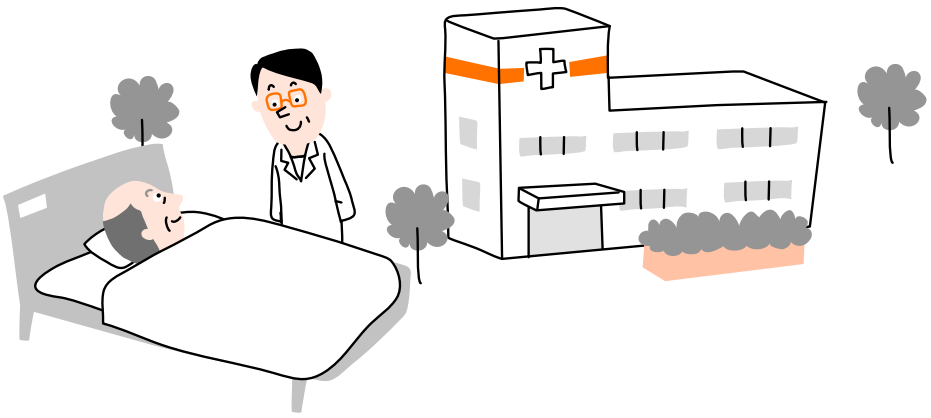
休職したり退職の際などに利用できる制度等

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

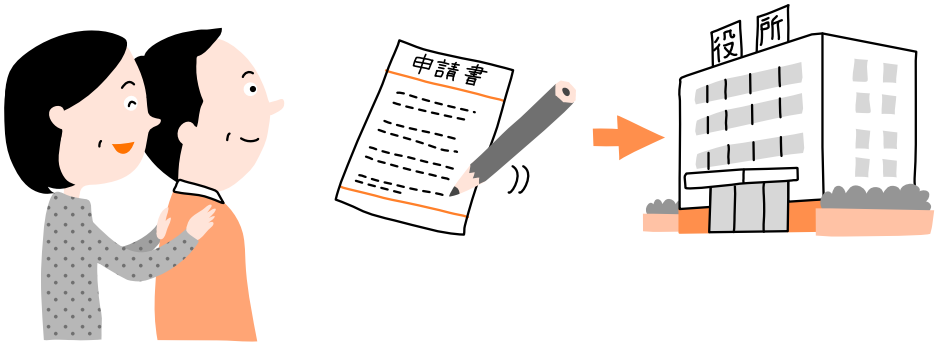
認知症を含む精神疾患で通院する場合に、通院医療費の自己負担を軽減する制度。薬代や往診、精神科デイケア、訪問看護も含まれます。入院医療費は対象外です。

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に確認をしましょう。 ・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、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4㎝×横3㎝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 ③京都府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に確認をしましょう。 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

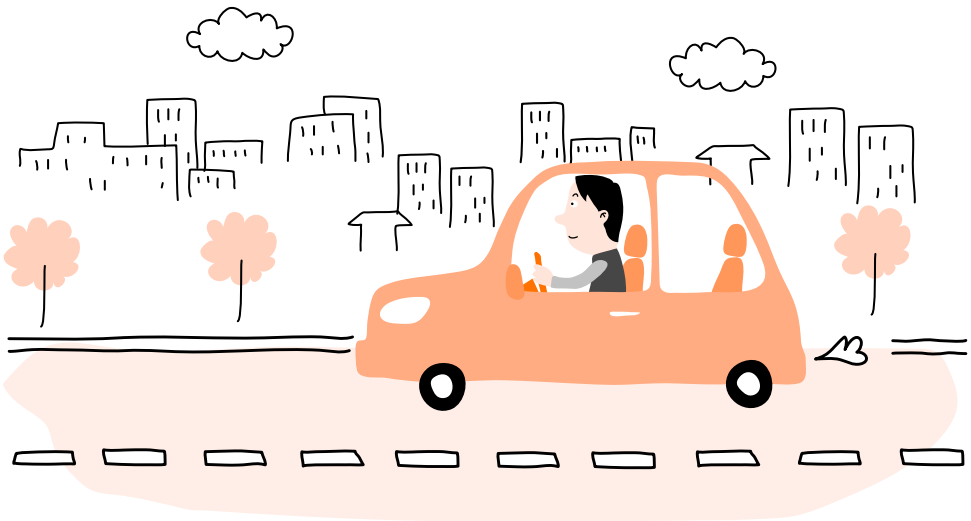
➡ 事例5 事例6

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
	住所地を管轄する警察署	

※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/department/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。



Part 9

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	0774-71-0701
	活動区域：木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村	

※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あまりないものの、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、ポスティング、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的な「居場所」づくりが、全国的に拡がっています。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拡がるように、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。

Part 10

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

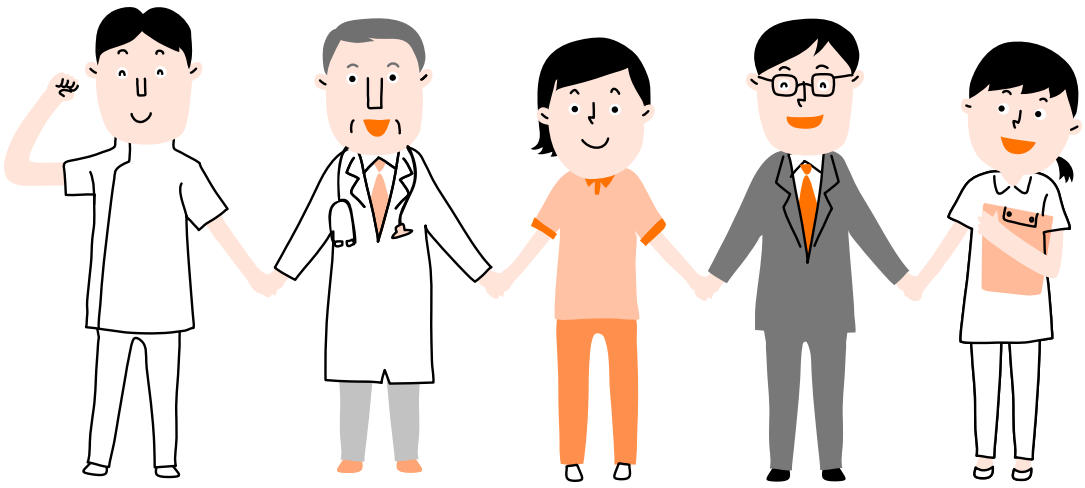
介護保険制度では、要介護認定を受け、原則としてケアマネジャーが作成するケアプランにもとづいてサービスを利用します。要介護認定ごとに保険給付対象の上限額が設定されており、上限額内であれば原則１割または２割が自己負担となります。

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に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よいでしょう。 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案の提出…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案を作成し、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。

KYOTO
ORANGE
CAFE

Part 11 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だけですが、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齢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

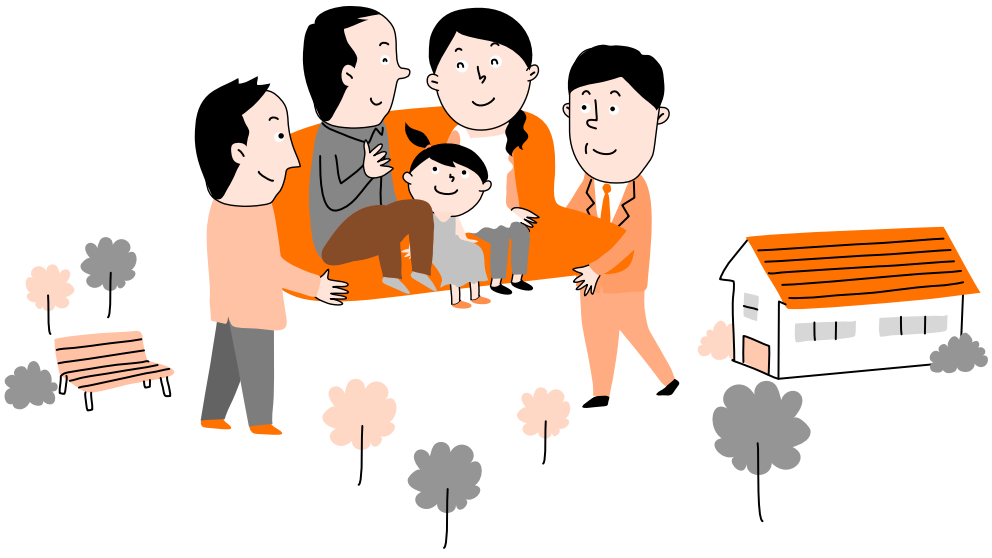
生命保険契約で保険金が支払われるのは、「死亡」時の死亡保険金と「高度障害状態」時の高度障害保険金です。重度の認知症は「高度障害状態」に認定される場合があります。事実上「死亡」と同等とみなされるので要件は非常に厳しいですが、認知症が重度なら、生命保険会社に相談してみるとよいでしょう。なお、高度障害保険金が支払われると死亡保険金の支払いはありません。

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。



Part 12

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は市町村により異なります。
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、本人を法律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

Part 13

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せます。

◆「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

⑴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、

⑵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。

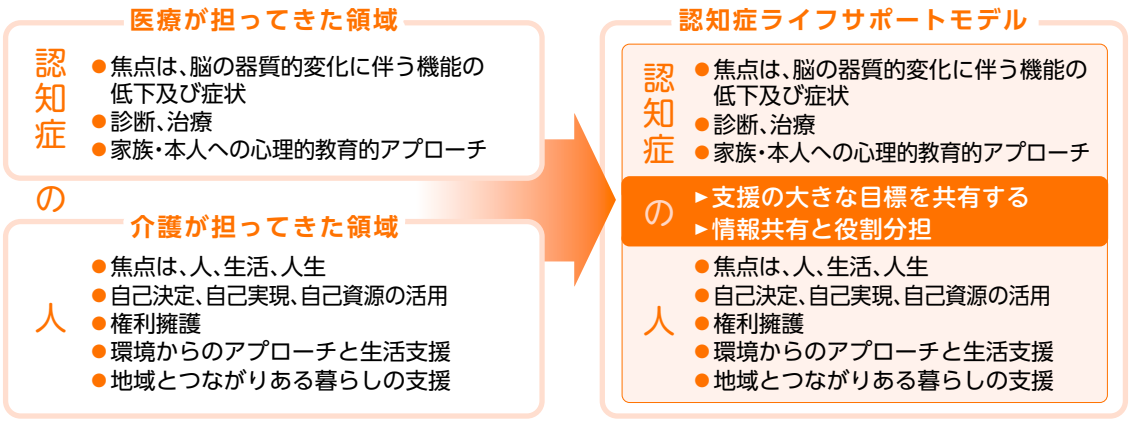
医療と介護が支える「地域での生活」

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。

Part 14

［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

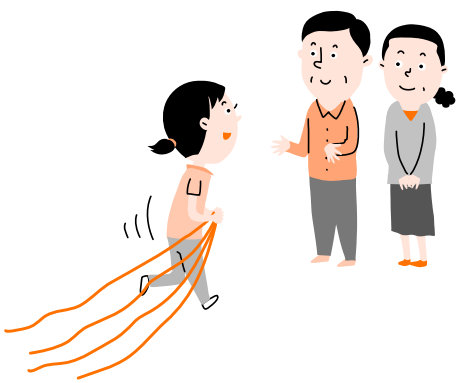
認知症ケアパスとは、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みです。認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となります。

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。

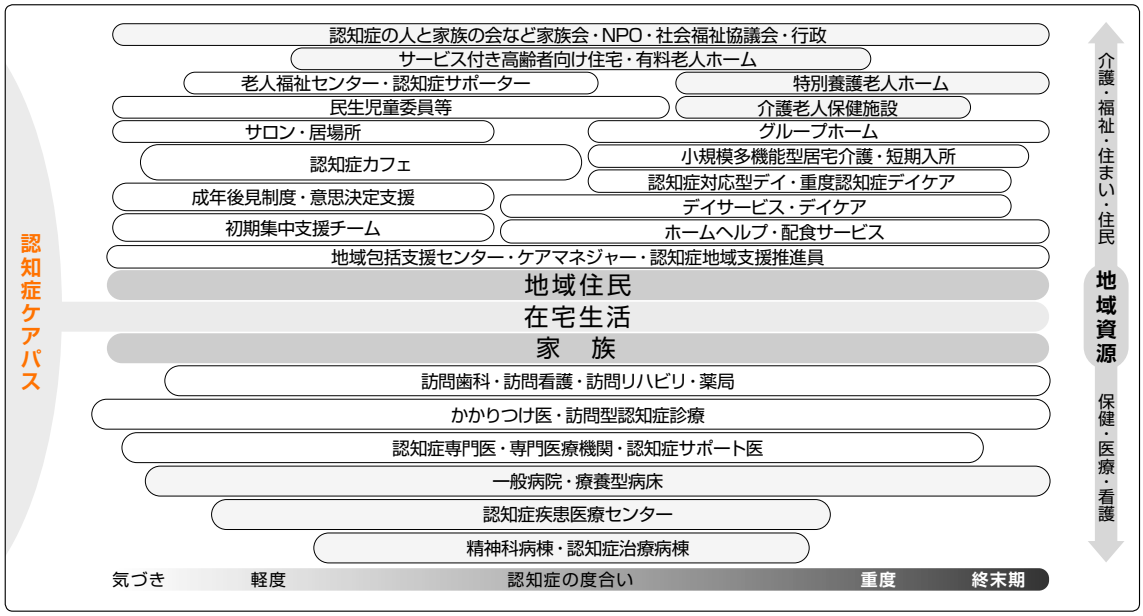
概念図には、認知症への気づきからの進行過程を示す時間軸があります。中央に本人の軸があり、それを家族と地域住民の軸が挟んでいます。上段には介護関係の、下段には医療関係のそれぞれさまざまな地域資源が、横軸の進行段階に応じて可視化されています。各資源の縦軸配置は、生活との関連や利用頻度を踏まえて、外来や在宅での支援は内側に、入院や入所施設は外側に配置されています。



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）

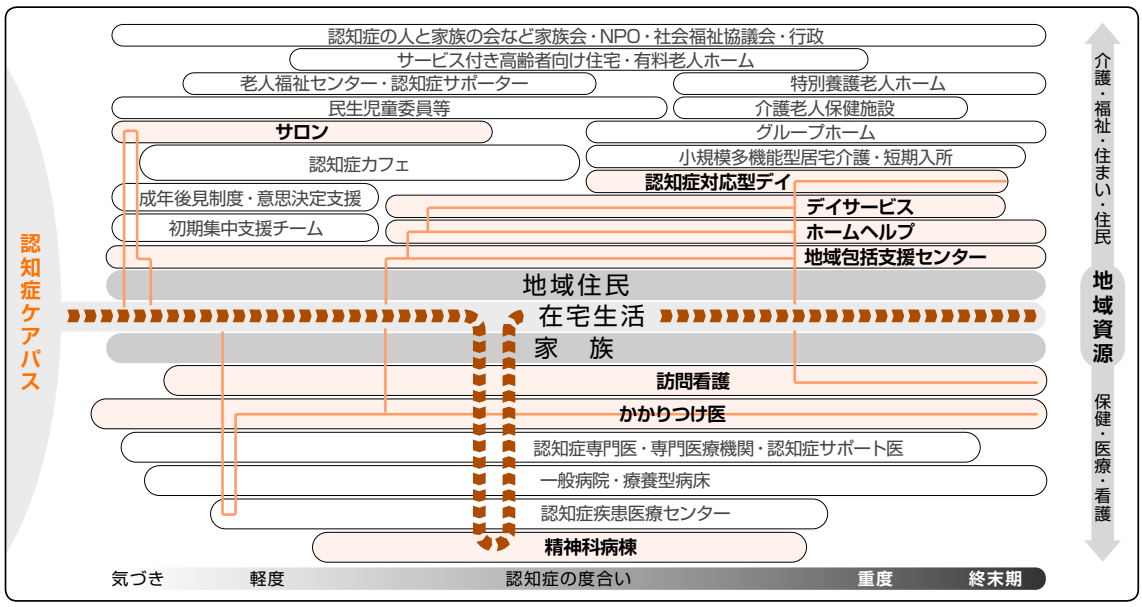


経時表示

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。

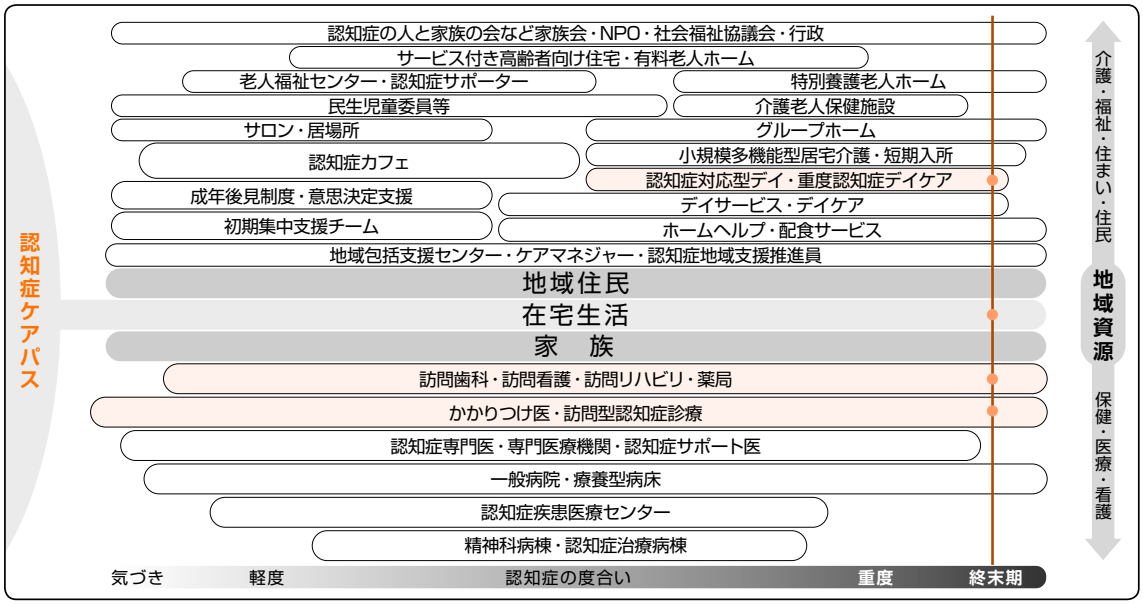
※太い破線（▸▸▸）は本人の主な**生活場所**、細い線（——）は利用している**社会資源**を示しています。



現時点表示

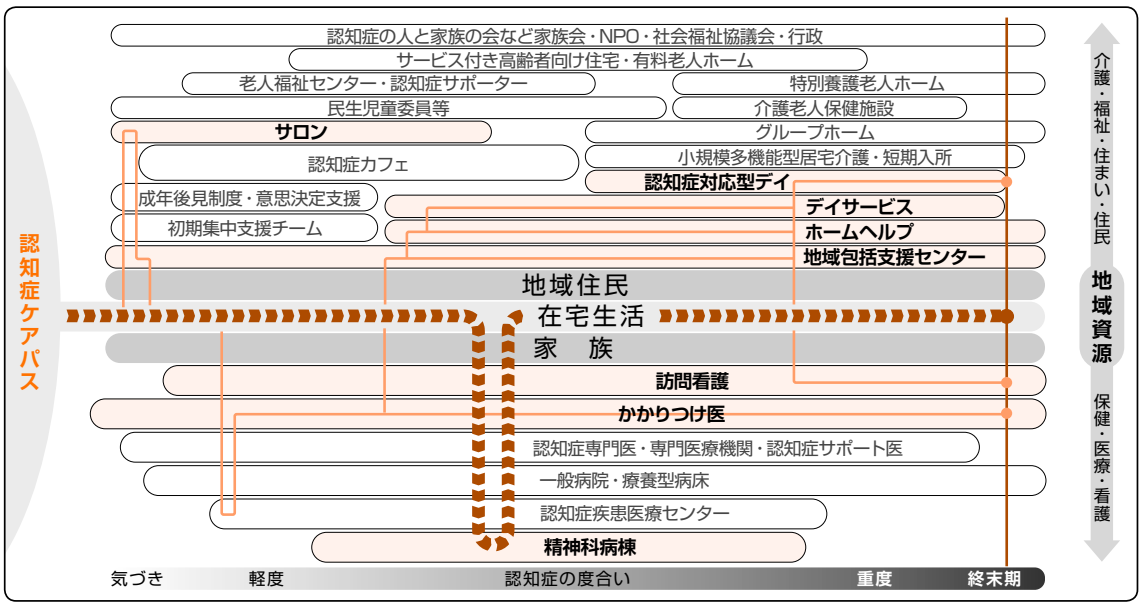
現在の認知症の進行段階を示す縦のラインを引き、その線上に現在利用中の社会資源をマークした図です。ラインと交わる社会資源が進行段階に応じて利用できる医療や介護の資源を示し、これを理解することで利用サービスや連携の拡大に活用できます。

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。

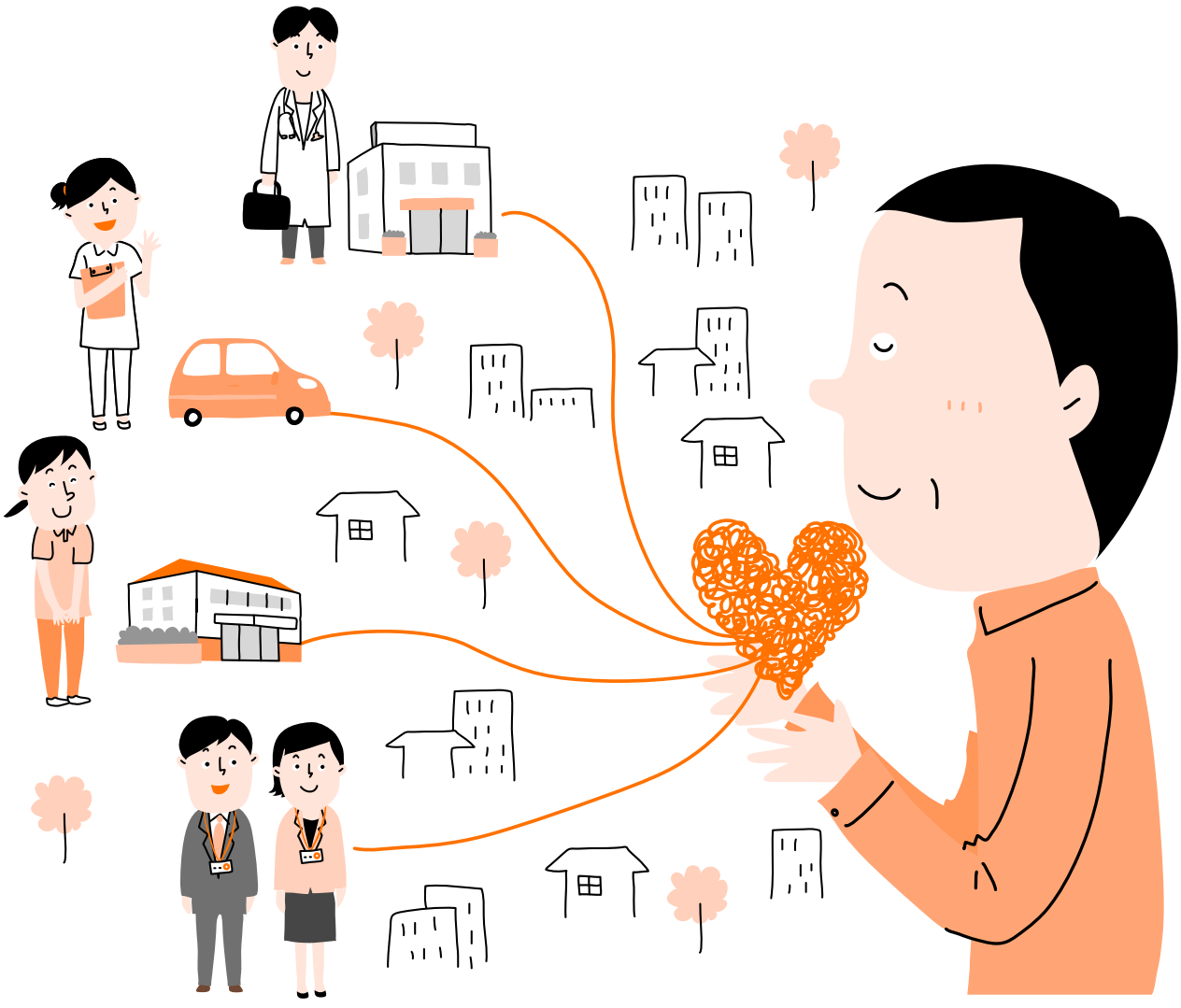


複合表示

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



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

●アルツハイマー型認知症（初期➡Part 3）の女性　発病時（年齢：55歳　在職中）

►本人の情報・病歴――かたくなな受診拒否を乗り越えて

20年余り前に夫が亡くなり、以降2人の息子を育てながら仕事を続けていました。特記すべき既往症はなく、受診数カ月前から高血圧にて降圧剤を服用している程度でした。

受診1～2年前からもの忘れが強くなり、息子たちがかかりつけ医の受診を働きかけていましたが、本人は「どこも悪くない」「できる」と、かたくなに拒んでいました。受診数カ月前に同じ会社で勤務地が変わったことをきっかけに、新たな経路のバスでうまく通勤できなくなり、息子が通勤に付き添っていました。頻繁に行き来している本人の兄が受診を強く勧めてかかりつけ医を受診、さらに57歳の時に専門医を受診しました。➡社会生活での不具合、受診拒否 Part 4 Part 5

①最近の出来事は少し覚えているが詳細な点は覚えていない、②頭部MRIでは海馬の萎縮は軽度なるものの、頭頂葉を中心にした皮質の萎縮、③MMSE＊1は17／30、CDT（時計描画テスト）＊2でも数字、針ともに不完全、④GDS（高齢者うつ病評価尺度）＊3が11／15と高く抑うつ傾向を伴うことがそれぞれ認められ、これらより若年発症のアルツハイマー型認知症と診断されました。➡高齢者とは異なることも多いMRI画像や認知機能障害パターン Part 3 Part 5

►家族等周囲の環境

本人と息子2人との3人家族です。長男、次男とも仕事に就いています。実兄とは頻繁に行き来しています。

►支援の内容――多職種連携と施設での特別の配慮

初診の直後から抗認知症薬の服用を開始し、副作用がないことを確認して増量、継続中です。

会社からは、仕事のミスが多いことを理由に退職を迫られていました。二度目の受診時には休職しており、経済面の不安について本人から相談を受けた医師より病院のソーシャルワーカーに連絡が入り、傷病手当金、自立支援医療の手続きが取られました。➡ Part 8 退職後、日中1人で自宅にいることが難しくなってきた段階で担当地域の地域包括支援センターに連絡し、介護保険の要介護認定を申請。➡ Part 10 医師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの連携で若年性認知症に対応できるデイサービスを探しました。その結果、要介護1に認定されてデイサービスも見つかり、週に3日デイサービスに通うようになりました。➡多職種連携 Part 13

初診から約半年後、MMSEは18／30とほぼ不変、抑うつ状態はある程度改善していましたが抗うつ薬が追加され、初診から約1年後にはMMSEが20／30と認知機能は軽度改善、GDSは2／15と著明な改善が見られました。

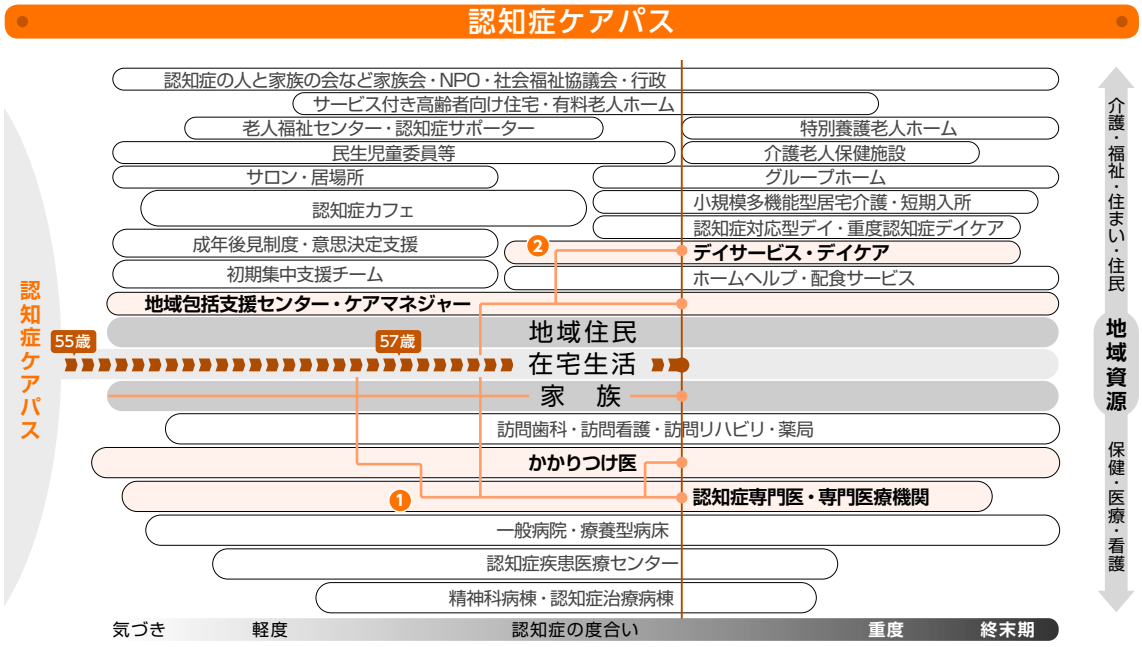
デイサービスではスタッフから高齢者の世話をする役割を与えられ、病院受診時にもその様子を楽しく語るようになってきています。➡デイサービスでの特別の配慮 Part6

►事例の特徴――欠かせない家族支援

勤務先より病院受診を勧告され、退職まで通告されながらも、受診に結びつくまでに1～2年と時間を要した事例です。しかし、若年性認知症への意識の高まりもあり、かかりつけ医受診から専門医受診への流れはスムーズでした。状態が安定したので現在はかかりつけ医への通院を基本にしながら、専門医の外来にも通っています。➡就労継続の課題 Part4 Part5

経済的な困窮に対しては、緊急に医師とソーシャルワーカーが連携して諸手続きを進めたことで本人と家族の不安が解消されました。ただ、デイサービスの利用はあるものの施設での滞在時間が10時～16時と短く、主たる介護者である次男が、自身の就業時間に制約が強いことなどから強い負担感を訴えていて、引き続き家族支援が欠かせません。➡家族の問題への特別な配慮 Part6

＊1　MMSE＝認知症のスクリーニング検査の一つ。30点満点で23点がカットオフポイント。
＊2　CDT（時計描画テスト）＝時計を描くことで前頭葉機能や視空間認知を調べるテスト。
＊3　GDS（高齢者うつ病評価尺度）＝15の質問により高齢者の抑うつ状態を評価する尺度。



❶かかりつけ医と相談し専門医を受診　❷医師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの連携でデイサービスの利用開始

家族が認知症の疑いを強く持ち、かかりつけ医と相談し専門医を紹介受診。診断はすぐに行われたものの若年性のためすぐには介護サービスには結びつかず、専門医による家族ケアや経済的見通しなどのアドバイスを継続しつつ専門医療機関のソーシャルワーカーの支援で、若年性認知症の人をボランティアの形で受け入れることが可能なデイサービスを見つけ、そこを中心に生活の再構築が行われました。

この事例で利用している制度・サービス

- 地域包括支援センター➡ Part7
- 傷病手当金➡ Part8
- 自立支援医療➡ Part8
- 介護保険サービス➡ Part10

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

●アルツハイマー型認知症（重度に至った時期）➡Part 3 の男性
発病時（年齢：58歳 在職中）

►本人の情報・病歴――失語・失行・失認を伴い介護抵抗が強く、妻もうつ病に

妻と2人暮らしです。大学に勤めていましたが、58歳の頃、仕事にミスが目立つようになり、2年後には講義の準備ができなくなりました。60歳時にアルツハイマー型認知症と診断、抗認知症薬の服用を開始しました。62歳で退職。趣味のスイミングに通って過ごしていました。64歳頃から、1日何度も外へ出て行くなど行動化が激しくなり、妻はその後をついて歩かざるを得なくなりました。

65歳でデイサービスの利用を開始。デイサービスでは穏やかで、他の利用者の介助をして過ごしました。しかし家では焦燥や妻への暴言・暴力が続き、夜に外出するのを制止しきれず警察の力を借りることもありました。抗認知症薬を中止して少し穏やかになりました。

家族の会との出会いを機に転医。同時に自立支援医療を申請し、精神障害者保健福祉手帳も取得しました。排泄の失敗で衣類が汚れた際に更衣抵抗があれば医療保険の精神科訪問看護で対応し、入浴はデイサービスを利用するなど医療保険と介護保険のサービスを駆使して外来治療を続けていました。しかし66歳時に行方不明になり、2日目に警察に保護されました。妻の疲労もピークに達し、危機介入で精神科に入院しました。

この時点では、①言語機能は不良だが感情機能は良好、②対話場面では失語が前景に立つ、③現在と過去を混同するなど高度な記憶障害、④外に出て行こうとする行動を反復し行動化が激しい、⑤外界の刺激に対して反射的に反応する「被影響性の亢進」等が認められました。

入院する頃には暴力、介護抵抗や威圧的態度で他の利用者や職員に恐怖感を与えるためサービスの拡大が図れず、妻は在宅生活を維持する展望が持てなくなっていました。疲弊した妻のうつ状態が深刻となり、妻も治療が必要になりました。➡「入り口問題」 Part 4

►支援内容と経過――在宅継続を可能にしたホームシェアリングとケアの連携・開発・共有

妻が望む在宅ケア継続をかなえたのは、2回の短期入院（各1カ月）と入院後に導入した「ホームシェアリング」でした。ホームシェアリングの事業所では主治医を招いて「認知症ケア研修」を実施し、介護抵抗はケアの仕方によって反応（抵抗）が変わることや「被影響性の亢進」を理解することの重要性を学んで臨みました。

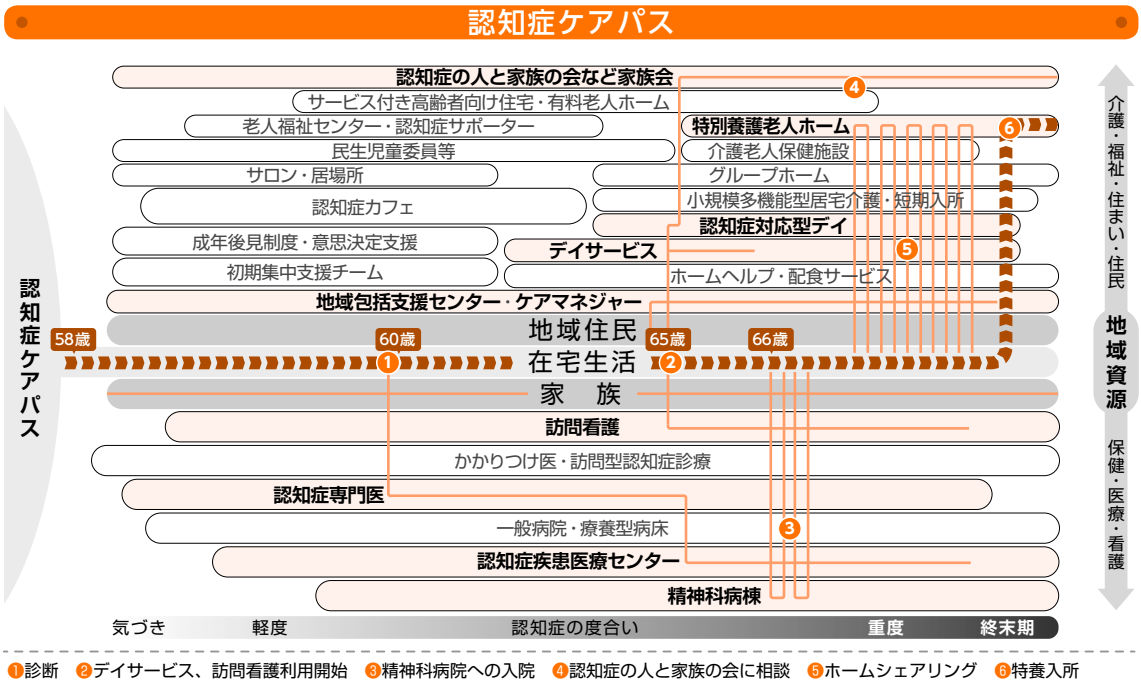
この頃には概ね安定した状態に回復していましたが、家でも施設でも共通する問題は、「失行」により、布団やベッドに横になれないことでした。無理に寝かせようとすると抵抗されます。スタッフは、座る際も肘掛けなどを持つと安心できることから、触覚で認知できると恐怖心を軽減できることに気づきました。そこから独自の介助方法を工夫するとともに妻にも動作を習得してもらうことで、家庭介護を強力にサポートしました。

その後68歳になると、立ち上がりが困難になり、徐々に自発性の低下も進行しました。また自宅での排泄介助が難しくなり、さらに歩行も困難になってきました。妻には「最後まで在宅で」との思いから葛藤がありましたが、娘の助言もあって決断し、69歳時にホームシェアリングで馴染みの関係ができていた特別養護老人ホームに入所しました。

特養入所後は、ゆっくりとした歩行が可能なまでに回復し、面会に訪れる妻と周辺の散歩を楽しむなど穏やかに過ごしています。➡多職種連携とケアの連続例 Part 13

►事例の特徴――濃厚なケアが必要だったのは１年間

発病後の期間を概観すると、最初の４年間は就労し、６年目まで日常生活は自立し、８年目まではデイサービスにも適応できていました。結果的に入院などの濃厚なケアを要したのは９年目の１年間だけでした。こうした時期に本人や家族をどうサポートできるかが問われている事例です。



ケアの関与が図の右半分に集中していることが一目瞭然です。ケアとの出会いは発病後7年が経過して認知症が重度になってからでした。生活が破綻してからケアと出会う事後的対応が介護者のうつ病をもたらします。異彩を放つのは最上段で関与を続ける認知症の人と家族の会のサポートと上段右端の格子状に走るホームシェアリングです。この２つが危機を救い生活の再構築を可能にしました。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 地域包括支援センター➡ Part 7
- 自立支援医療➡ Part 8
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 介護保険サービス➡ Part 10

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

●血管性認知症➡Part3の男性　発病時（年齢：57歳　退職後）

►本人の情報・病歴――複合的な家庭的要因をもち、衝動的で行動化が激しい

30代で結婚し子ども3人、55歳で退職しました。3人の息子は独立していて、現在は実母と妻との3人暮らし。実母は脊髄損傷により要介護5の寝たきり状態で、介護保険法にもとづく訪問介護を利用しています。

57歳頃から妻への暴言が始まり、手も出るようになりました。63歳の時、実母のヘルパーに暴言を反復。実母への愛着が強く本人流の介護の仕方を強く要求するため、ヘルパーは次々にやめていきました。本人は64歳の時に何度目かの脳梗塞を起こし入院しますが、退院直後に妻を殴って縫合が必要なほどのケガを負わせました。

さらに暴力行為がひどくなり、たまりかねた妻が入院治療を希望して精神科を受診し入院。この段階では①発語の不明瞭さや歩行障害など脳血管障害による症状、②不正確で思い違いを伴う記憶障害、③些細なことで怒りを爆発させる感情のコントロール障害、④柔軟性を欠く思考と周囲への支配性、⑤自発性の低下などが認められました。ここまで介護サービスは実母の訪問介護のみであり、本人は未利用でした。

►家族等周囲の環境

妻は外交的でヘルパーらとの関係は良好ですが、本人には批判的で周囲にも吹聴します。3人の息子は、暴力の原因の一端は妻の「口」にあると感じていて本人に同情的ですが、仮に事件になれば自分たちの家庭に影響が出ることを心配します。実母のヘルパーなどは、本人が実母のケアを独占しようとして結果として深刻な援助不足になるため、実母への「虐待事例」と考える雰囲気があります。

►支援の内容と経過――情報の共有とケアの連続性

退院後の在宅生活をめざし、暴力リスクの減少が課題になりました。実母との距離をとるためにも「新しい場と関係」の提供が求められていました。

入院治療では、①暴力の背景にある衝動性・怒りっぽさをやわらげる、②妻と本人との関係の改善、③退院後のデイサービス導入の準備に取り組みました。木工による作業療法に熱中できるようになったことで、強く拒否していたデイサービス利用に展望が持てるようになりました。退院前に

は病院、福祉事務所、実母のケア関係者、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、利用予定のデイサービスセンターによる合同カンファレンスで情報を共有しました。➡ Part 13

介護ではまずデイサービスを利用しました。当初は通所の際も実母を気にしていましたが、喫茶コーナーを利用した雑談など職員が集中的に関わりを持つ努力をしたことで馴染みの関係が生まれ、次第にプログラムへの参加もできるようになっていきました。

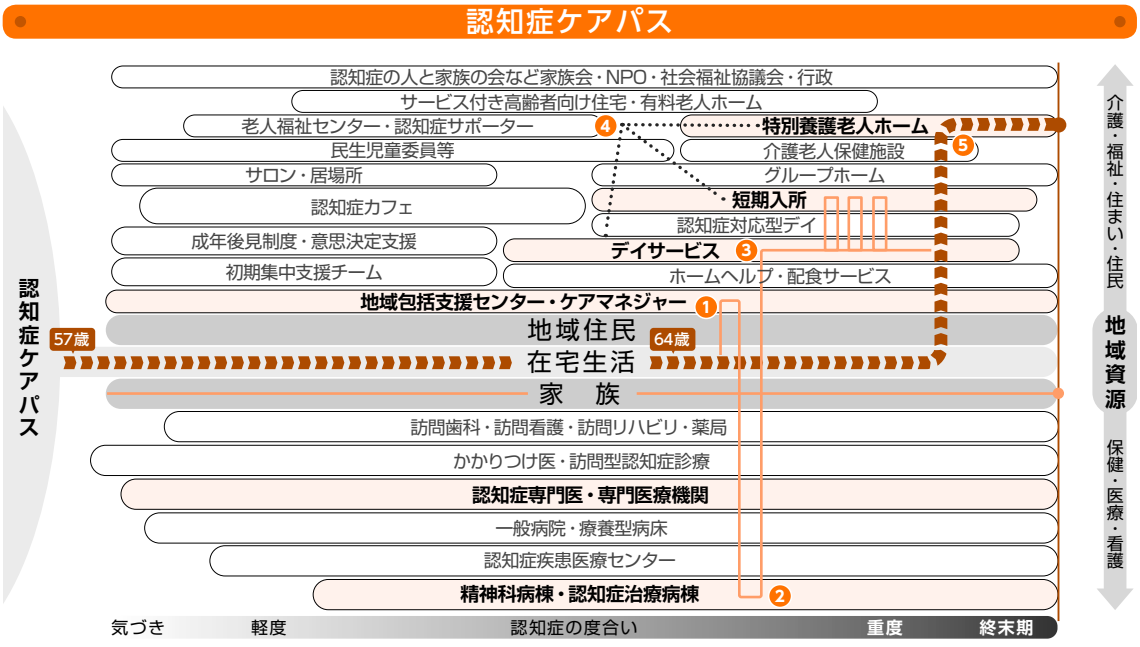
デイサービス開始半年頃から同じ施設でショートステイも開始。当初は強い口調も目立ちましたが、本人をよく知る努力や個別のケアメニューを組み、職員が共通のケアをすることなどにより、他人に対してもやさしい声をかけるなどの変化が見られるようになっていきました。

しかし、妻らとの緊張関係などが消えたわけではありません。また退院１年後には妻が体調を崩して入院しました。サービス量を拡大して対応しましたが、家庭環境の不安定さと援助不足は本人の状態をも不安定にさせるため、施設入所の検討を開始しました。

そして退院の２年後、同じ施設内の特別養護老人ホームに入所。既に形成されていた「場と人へのなじみ」と、ユニットだけでなくフロア全体で見守るなどのチームケアが、環境変化によるストレスを最小にしました。

►事例の特徴――カギは新しい場と新しい関係の形成にあった

ケアが軌道に乗っていく過程は「新しい場と関係」の形成の成否が「カギ」を握りました。同じ施設のデイサービスからショートステイ、さらに特養入所と、ケアの連続性にも留意した事例です。



❶地域包括支援センターとの出会い　❷精神科病院への入院　❸デイサービスを導入　❹ケアの拡大（短期入所の利用）　❺特養入所

①ケアとの出会いが発病後７年と遅いこと、②いきなり精神科病院への入院で始まっていること（下段の最外側）、③それを中心（在宅生活）に戻すと同時に上段のサービスを導入したこと、④２年をかけてケアの連続性を準備したこと、⑤家庭要因により最終的にはデイとショートで馴染みができた特養に生活の場を移したこと、以上の流れが一目でわかります。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 地域包括支援センター➡ Part 7
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 自立支援医療➡ Part 8
- 介護保険サービス➡ Part 10

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

●レビー小体型認知症➡ Part 3 の男性　発病時（年齢：62歳　退職後）

►本人の情報・病歴――精神症状とパーキンソン症状が悪化

30代で結婚、子どもはなく、妻と2人暮らし。60歳定年後は関連会社の顧問に就任しています。

62歳頃から気分が沈んで食欲がなくなり、不眠を訴えて睡眠導入剤の服用を開始しました。同じ年に胃癌手術を受けました。その後、「(天井の模様が）虫に見える」と訴え、落ち着かず眠れないため心療内科を受診、抗うつ剤などが処方されました。１カ月で退院し、仕事や趣味の山登りができるまでに回復しました。

同年末に、今度は肺炎で１週間入院、抗生剤の点滴治療を受けました。この間、壁に向かって話したり、ベッド柵を外すことがありましたが、退院後はまた仕事ができるようになりました。

63歳頃からパーキンソン症状が出現し、夜中に転倒して大腿骨頚部骨折を起こしました。術後は歩行可能な状態に回復、抗パーキンソン病薬が追加されました。

その後不眠と失禁が始まります。一晩中ブツブツと独語。相手を聞くと「(亡くなった）両親」と答えます。夜になるとウロウロし、何もないのに「その石を取ってくれ」と訴えるために抗精神病薬の服用が始まりましたが改善しません。この頃より小規模多機能型居宅介護の利用を開始しました。

抗精神病薬はその後増量されましたが、歩行は小刻みで前屈みになり、筋緊張も強くなります。昼夜を問わず頭がボーッとし、夜は眠くても3時間くらいしかまとまって眠れません。抗精神病薬の種類を変更しながら服用を続けましたが、状態は悪化していきます。

日中、週２回の小規模多機能型居宅介護には楽しんで通い、それ以外の日は妻が車で外出させていますが、相変わらず夜は眠れず、じっとしておれません。そこで、診断と今後の見通し、治療を求めて専門医を受診しました。

►症状と治療の経過――レビー小体型認知症と気づくかどうかが分岐点

症状の特徴は次のとおりでした。

①うつが先行。62歳で「気分が沈む」「食欲がない」「不眠」などのうつ状態で発病しています。

②一過性でしたが、身体治療で入院する度に錯視（錯覚）やせん妄様病態が出現しました。

③幻視・頑固な不眠・尿失禁に加えて認知機能の変動が見られます。

④薬への脆弱性とパーキンソン症状。

⑤記憶障害は軽度。HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）*は28／30と高く、CDT（時計描画テスト）➡事例1(注2)もパーフェクトでした。

⑥その他多くの身体疾患がありました。

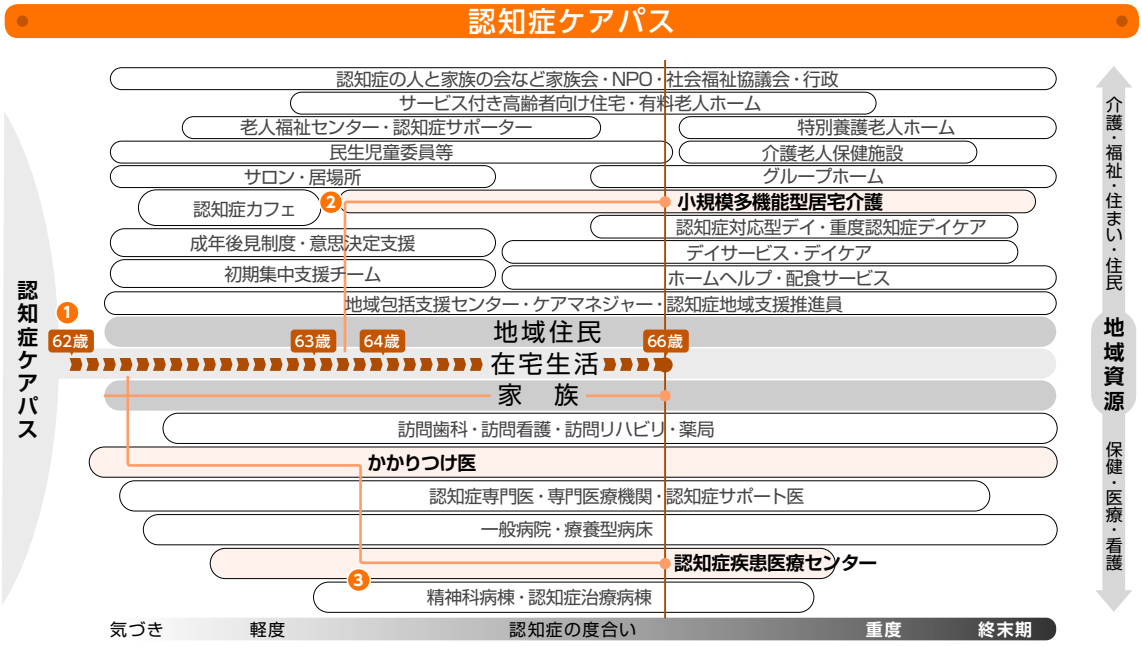
詳しい検査の結果、レビー小体型認知症と診断されました。➡ Part 3 正確な診断がなされなかったために、抗精神病薬により精神症状とパーキンソン症状が悪化していました。レビー小体型認知症に見合った薬に調整し直し、抗精神病薬を中止して抑肝散、抗認知症薬を開始しました。

その後、精神症状もパーキンソン症状も改善し、小規模多機能型居宅介護に通ってリハビリと入浴などのサポートを受けながら、妻との2人暮らしを楽しんでいます。

►事例の特徴――レビー小体型認知症における医療の重要性

レビー小体型認知症と気づくことが大切な事例です。適切に診断をすることで、薬物治療の戦略の目途が立ち、症状の改善とQOLの向上につながっていきます。

＊HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）＝認知症のスクリーニング検査。30点満点で20点以下が「認知症の疑い」と判定される。



❶発症　❷小規模多機能型居宅介護利用開始　❸認知症疾患医療センター受診

支援事例②や支援事例③と比較すると、医療とケアの関与が図の左から、つまり比較的早期から始まっていることが特徴です。レビー小体型認知症の場合は、緩徐進行性の経過をたどるアルツハイマー型認知症と異なり、うつや幻視の出現など「折れ目のはっきりした」症状が出現しやすいからです。その分下半分の医療の比重が大きく、診断と治療が適切になされると上段のケアが有効に作用します。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療➡ Part 8
- 介護保険サービス➡ Part 10
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8

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

●前頭側頭型認知症➡ Part 3 の女性　発病時（年齢：41歳　在職中）

►本人の情報・病歴――6年間パニック障害、うつ病と診断されていた

20代で結婚して子どもは男3人、42歳まで美容師をしていました。41歳の時、仕事中に過呼吸発作を起こし、「パニック障害＋うつ病」の診断で近所の医院への通院を開始。やる気がない、家事ができない状態が続きました。

45歳頃から車の運転ができなくなり、46歳時には会話は少なく無表情になり、2回の万引きがありました。

47歳時、HDS-R➡ 事例4(注) で16／30、MMSE➡ 事例1(注1) 16／30に加え、MRIで前頭葉の萎縮が著明と判明、前頭側頭型認知症と診断されました。徐々に会話が成り立たなくなり、ついで排泄・更衣・入浴が全介助になり、48歳になると夕方の徘徊が始まりました。また不眠が目立ち、泣く、怒るなど情動の不安定さが増しました。さらにウロウロと動き回り、すぐに怒って物を投げます。49歳時、夜中に徘徊し、警察に保護されました。

その年、家族が入院治療を希望して精神科を受診。この時の臨床症状には、①仮面様で変化に乏しい特有の表情、②特定の行動を繰り返す常同行動、③自発性及び自発語が減少した無言状態、④座ったかと思うとすぐに席を立つ立ち去り行動、⑤無頓着さ・衝動性・叫声・被影響性の亢進（反響症状）などの特徴が認められました。

►家族等周囲の環境――母親が娘を介護

夫と、大学生、高校生、中学生の男3兄弟との5人家族です。医療費や子どもの教育費等の負担も大きく、夫は仕事に専念せざるを得ない状況です。➡ Part 5 Part 6 そのため関東に住む母が本人の介護と孫の面倒を見るために引っ越してきました。

小規模多機能型居宅介護を週に3泊4日利用し、残りの4日間を家で過ごしていましたが、行動化が激しく目が離せないため、家族はヘトヘトになっていました。

►治療と支援の内容・経過――三度の入院治療とホームシェアリングで安定

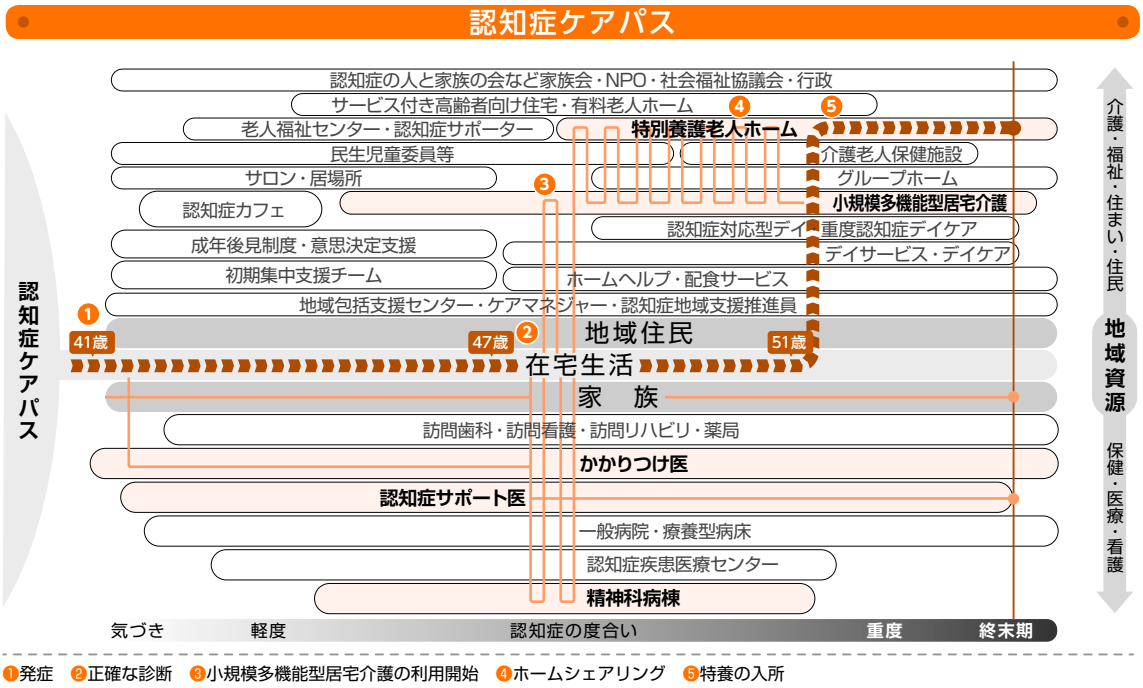
最初の1カ月の入院で、無言・無表情・徘徊は残ったものの情動・睡眠は安定し、行動化は消失しました。退院後は小規模多機能型居宅介護を利用し安定して過ごしていましたが、4カ月ほどで「叫声」「不眠」が再燃して2回目の入院がありました。

年齢の若さと行動化の激しさゆえに事業所の疲弊が強く、単独で支えるには限界を迎えていました。➡「入り口問題」Part 4 そのため２回目の入院時には、①小規模多機能型居宅介護だけの援助体制を見直し、介護老人保健施設か特別養護老人ホームの利用に向けて準備を具体化すること、②被影響性の亢進が関与する「焦燥」「叫声」「行動化」などの精神症状を、環境調整に重点をおいてコントロールすること、などが課題になりました。

退院後は、特養のホームシェアリングと小規模多機能型居宅介護を隔月で利用するようになり、ようやくサポートが安定していきます。それとともに本人の状態も安定化に向かい、家族も疲弊状態から解放されました。さらに、十分に安定した51歳時に特養の長期入所に移行。発病から12年が経過した現在も穏やかに暮らし、外来にも通っています。

►事例の特徴――若年性認知症の早期診断の難しさと特徴

正確な診断までに６年が過ぎていました。若年性認知症は診断が難しいことがよくわかる事例です。➡ Part 5 母が娘を介護するという通常とは逆転したパターンになること、３人の息子はまだ思春期にあり受験期と重なることも若年性認知症の重要なポイントです。



❶発症　❷正確な診断　❸小規模多機能型居宅介護の利用開始　❹ホームシェアリング　❺特養の入所

下段、医療の関与は早期に始まりながら、上段のケアの関与が右半分に集中していることが印象的（前頭側頭型認知症の早期診断の難しさ）で、かつ図の上方に偏在していることも特徴です。重度になってからの出会いは利用できるサービスを限定します。窮地を救ったのは小規模多機能型居宅介護と右端格子状のホームシェアリングでした。子どもへの支援を含め、早期からの家族サポートが必須です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- ●自立支援医療➡ Part 8
- ●精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- ●運転免許返納制度➡ p27参照
- ●介護保険サービス➡ Part 10
- ●障害年金➡ Part 11

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

●その他の類型の認知症➡ Part3 の女性　発病時（年齢：62歳 在職中）

►本人の情報・病歴――家族には性格変化のように見え、かかりつけ医と相談して専門医へ

20代で結婚、病弱な夫を支えてクリーニング店を自営してきました。2人の息子はそれぞれ独立して、現在は夫との2人暮らしです。

62歳の頃、配達先から車を運転して帰宅した後「どこをどう走ってきたか覚えてへんけど、いつの間にか家に帰っていた」と訴えました。財布・携帯電話・眼鏡などを置き忘れ、探しものに明け暮れる日が少しずつ増えていきました。

64歳になると、自分のしたことをすっかり忘れて「そんなことしてへん」と言い張るようになりました。自分でもおかしいと思いかかりつけ医を受診しましたが、この時点では経過観察とされました。

しかし、外出時に財布や携帯電話を忘れたり、物をなくすことが増えています。自宅ガレージで車庫入れに失敗して何度も車をぶつけたり、仕事で道に迷い引き返そうとして車を当てるなど、不注意による事故が続きました。➡ p27参照 集中力を持続できなくなり、見当識や判断力が低下して、車検などの社会的手続きも困難になりました。

さらに、能力低下に対する不安と、従来の生活が維持できなくなったことによる焦燥から、カッとなることが増え、夫を怒鳴りつけたり、手を挙げることが多くなりました。「理解してもらえない」という疎外感による孤独・孤立感・見捨てられ感は、絶望的な気持ちを生みました。

その年の秋、かかりつけ医と相談の上で専門医を受診しました。この時の所見では、①月に数件しかない注文を忘れて客とトラブルになるなど最初に仕事上の失敗が増えたこと、②注意を集中していないと日常生活での失敗が増えること、③突然のパニックと判断の障害、④余裕がなくなり不安・困惑・焦燥の強い精神状態に陥りやすくイライラしてすぐにキレるので、家族には性格が変わったように見えること、などの症状が認められました。その一方で、HDS-R➡ 事例4(注) は満点に近く、認知機能はMCI（軽度認知障害）➡ Part2(注3) レベルでした。

►事例の特徴――求められる軽度な段階に見合ったサービス

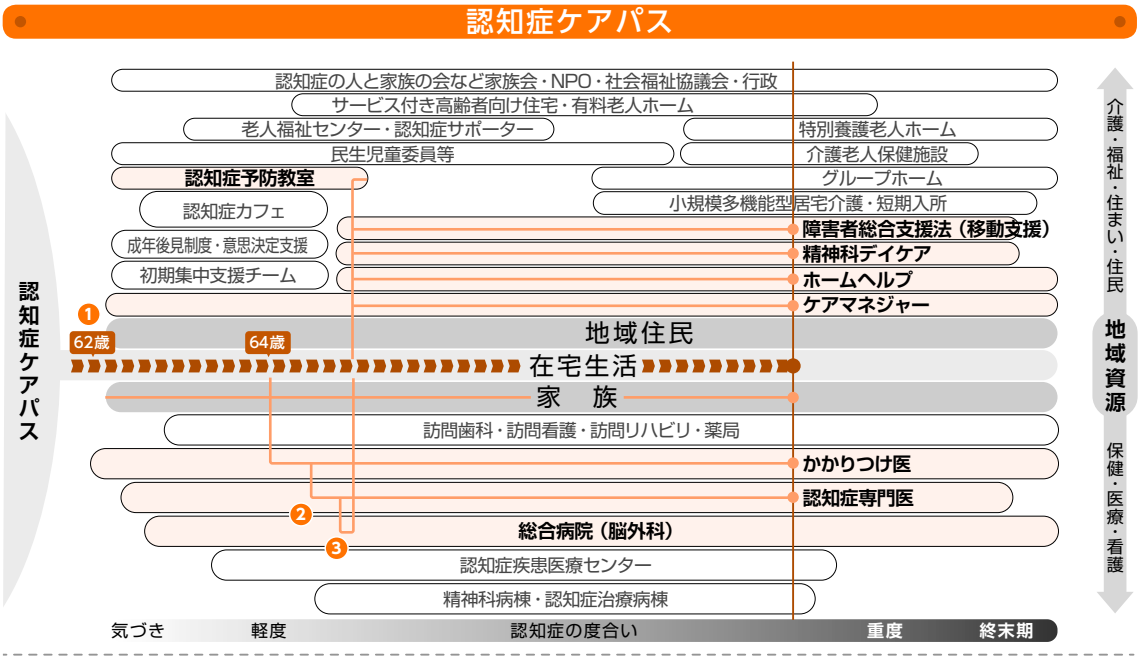
HDS-Rは満点に近かったため、記憶障害の有無を詳しく調べたウエクスラー記憶検査では一般的記憶が軽度に不良で、「記憶障害を中心に認知機能が低下した病態」とは認められたものの、アルツハイマー型認知症の病態とは矛盾していました（遅延再生の低下が小さい）。初診時には歩行

障害の報告はありませんでしたが、たまたますり足歩行に気づき、頭部MRI検査で高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化が確認できました。脳外科にてタップテスト（髄液排除試験）を行ったところ歩行障害が改善したので正常圧水頭症の診断が確定、V-Pシャント術➡ Part 4 を行いました。

65歳時に介護保険の要介護認定を受けて訪問看護を依頼、続いてデイサービスを申し込みましたが、介護保険サービスでは本人に見合った事業所がなかなか見つからないため、精神科デイケアに参加しました。➡ Part 9 65歳で店を廃業、自動車運転免許証も返納しました。通院や遠出をする時には障害者総合支援法*にもとづく障害福祉サービスの移動支援サービスを利用しています。➡ Part 10

その後、かかりつけ医への定期通院と必要に応じた専門医の受診で、70歳の現在も安定した状態を維持しています。

＊すべて現行の「障害者総合支援法」に統一しています。



❶発症　❷かかりつけ医と相談の上で専門医を受診　❸総合病院脳外科受診にて診断と手術

最初に下方向に延びるスパイク（診断と手術）があり、そこを起点にして上段も下段も重層的な横線が一気に右方向へと延びていきます。中心（在宅生活）に近いところで安定的に医療とケアが提供されて6年が経過していることは「理想型」に見えます。ただ注意して上段を見ると原図にはないサービスに書き換えられています。使えるサービスがない「空白の期間」を埋める工夫が重要です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療➡ Part 8
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 精神科デイケア➡ Part 9
- 運転免許返納制度➡ p27参照
- 障害福祉サービス➡ Part 10
- 介護保険サービス➡ Part 10
- 障害年金➡ Part 11

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

● その他の類型の認知症➡ Part 3 の男性　受傷時（年齢：47歳 在職中）

►本人の情報・病歴――せん妄状態・失語からの回復・復職と、その後の再入院

20代で結婚しましたが、早くに離婚して１人暮らしです。隣に住む妹家族がいろいろと手助けしていました。47歳の時に生活が一変します。仕事中の事故で転倒し、頭部を打撲。激しい頭痛を訴え救急受診し、緊急手術を受けました。術後１週間より昏睡状態から回復するとともに、徘徊・不眠・興奮・見当識障害が出現。精神症状のコントロールを目的に、精神科に転科しました。

病像は変動し、最初の１カ月は激しいせん妄状態が続き、その回復後に失語が鮮明になりました。しかし言語療法などのリハビリにより失語は劇的に回復、２年後の49歳時に復職にこぎつけました。ところが51歳頃から職場での疎外感・不全感が強まります。53歳頃からは家事を手伝ってくれる妹に被害妄想をいだき、ついに妹の言動に過敏に反応し暴力が出ました。これを機に妹家族との関係がとぎれ、さらに55歳で会社を退職して仕事も失いました。

会社を退職すると同時に外来通院も中断しました。妄想対象は近所に向き、57歳頃から隣近所に向けて夜中に騒音を出すようになり、ついに隣の家に怒鳴り込む行動に至りました。放置できない状況が続くため、危機介入のために主治医から２年ぶりに電話を入れ、自宅に出向いて入院を説得しました。

►症状の特徴と経過――入院治療を経て精神科デイケアで疎外感と孤立感が和らぐ

再入院時の状態は次のとおりでした。

①頭部外傷後遺症（軽度健忘失語など）

IQは113まで回復。重篤だった失語も大きく改善しており、名前や言葉が思い出せない健忘失語が残る程度でした。

②感情のコントロール障害・易刺激性・爆発性（制御の障害）

些細なことに「カチン」ときます。それが頭から離れなくなり、感情を爆発させます。

③勘ぐり・固着・短絡を基盤に被害妄想を発展させる

目の前の状況とそれに関する妹の何気ない言葉を無理に結びつけ、自分に何かをさせるため、と受け止めます。被害妄想的な認知が特徴的でした。

④身体への過敏性

鼻血、手掌紅斑、下肢の湿疹などの身体症状を、空気や水に混入させられた毒物の影響と捉え、「殺される」と警戒を強めました。

⑤極端な疎外感と人間不信、そして固着

「誰も信用できない」と人間不信を強めます。背景には被害妄想以外に強い孤立・孤独感があり、「死にたい」という思いも強くあります。自暴自棄になりやすい状態でした。

入院治療では、①切迫した状況に治療的介入をして危機的状況から離脱すること、②器質性精神症状への洞察を深め生活を再構築すること、が重点になりました。

1カ月半の入院治療後は精神科デイケアに誘導し、テニス、ソフトボール、パソコンなど本人が興味を示すプログラムを利用しました。初期は再就職を希望し、ハローワークや就労支援プログラムも試しましたが、最終的に本人が精神科デイケアへの通所を選択しました。➡ Part 9

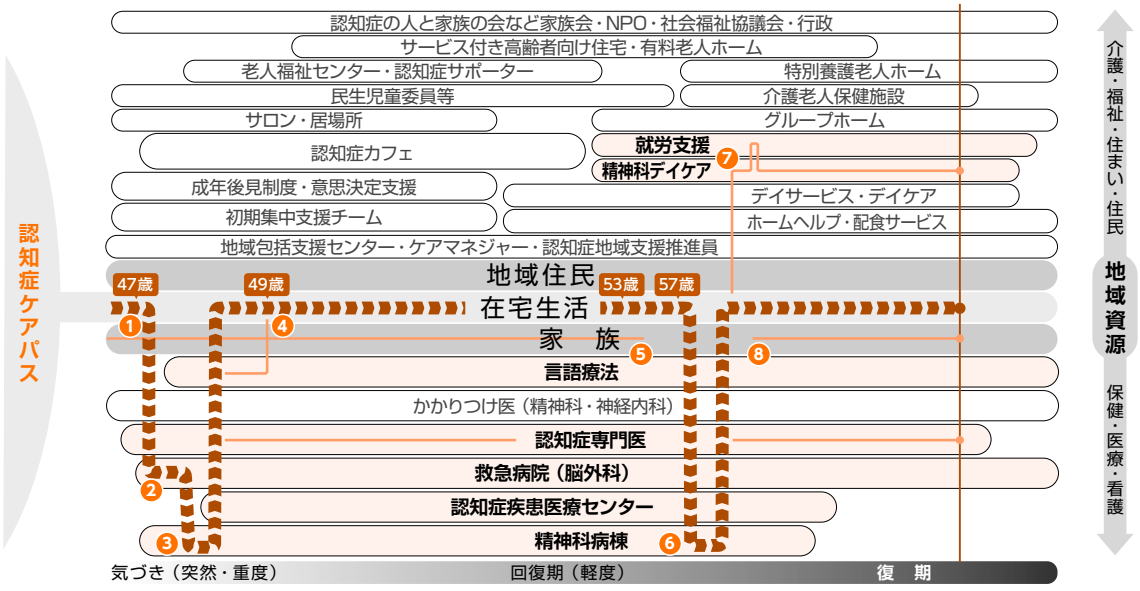
デイケアでの人間関係が疎外感と孤立感をやわらげ、10年目にしてようやく手にした平安の日々となりました。傷病手当金、退職金、障害厚生年金による経済的なゆとりも幸いし、平日は毎日デイケアに通い、休日は趣味のカメラを楽しんでいます。➡ Part 8 Part 11

生活が再構築され新しい人生が始まるとすべてが好転し、妹家族との関係も復活しました。

►事例の特徴――変性疾患と違い一定の回復が見られる（2つの課題）

若年性認知症では、このように頭部外傷によるケースは少なくありません。変性疾患と違い、発症時が最も重篤でその後一定の回復が見られるのも特徴です。もう1つの課題は、一定の回復を遂げたあとの生活の再構築です。さまざまな心理的反応へのサポートがポイントになります。

認知症ケアパス



❶受診　❷救急病院（脳外科）での手術　❸精神科病院への入院（1回目）　❹復職　❺妹との絶縁　❻精神科病院への入院（2回目）
❼精神科デイケア利用開始　❽妹との関係修復

図の左端とそこから10年右へシフトした地点で下方向に延びる2つのスパイクと、2つ目のスパイクを押し上げるようにして隆起する右方向への横線が「彼が歩いた道」を雄弁に物語ります。頭部外傷性認知症は発症時点が最も認知機能の低下が高度で、そこから右肩上がりの回復過程をたどります。2つ目のスパイクはハンディを抱えて生きることの課題を提示し、隆起はその課題に対する回答を示しています。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 傷病手当金➡ Part 8
- 自立支援医療➡ Part 8
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 精神科デイケア➡ Part 9
- 障害者の就労支援➡ Part 9
- 障害年金➡ Part 11

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

●家族支援事例（夫はアルツハイマー型認知症）
夫の発病時（年齢：53歳 在職中）➡ Part 6

►本人と妻の情報・病歴――若年性アルツハイマー型認知症の夫の介護疲れで妻がうつ病に

３人の息子は家を離れ夫婦２人暮らしです。高校教師だった夫は53歳で若年性アルツハイマー型認知症➡ Part 3 を発病、55歳で学校を退職しました。57歳頃から日常生活にも支障をきたすようになります。

60歳からは、夜間の興奮が激しく、何度も外に飛び出しては警察に保護されることを反復するため、状態の改善を目的に夫は61歳の時に精神科に入院しました。

それと同時に、１人で介護してきた不安・緊張と24時間365日の介護疲れなどから、妻がうつ病を発症します。心療内科を受診、この時は３カ月ほどで速やかに回復しました。その後、夫を在宅でサポートする体制を構築した上で、退院した夫との生活が再び始まりました。新しく構築したサポート体制と息子たちや近くに住む姉の応援もあり、在宅生活は軌道に乗ったように見えました。

しかし、夫62歳の秋頃から再び妻の調子が下がり始めます。うつ状態の再燃が明らかになった時点で妻の治療が再開されますが、しかしこの時は１回目のようには回復せず、総合病院の心療内科に入院が必要になりました。

妻は、焦燥と心気妄想を中心とするうつ状態を呈し、食事が十分に摂取できないために点滴などの身体管理も必要になりました。ゆっくりと回復して１カ月ほどで身体管理も終了。その後の作業療法や院内散歩などのリハビリプログラムを経て、介護保険の要介護認定を申請して退院を準備しましたが、意欲低下と受動的な姿勢は残存しました。

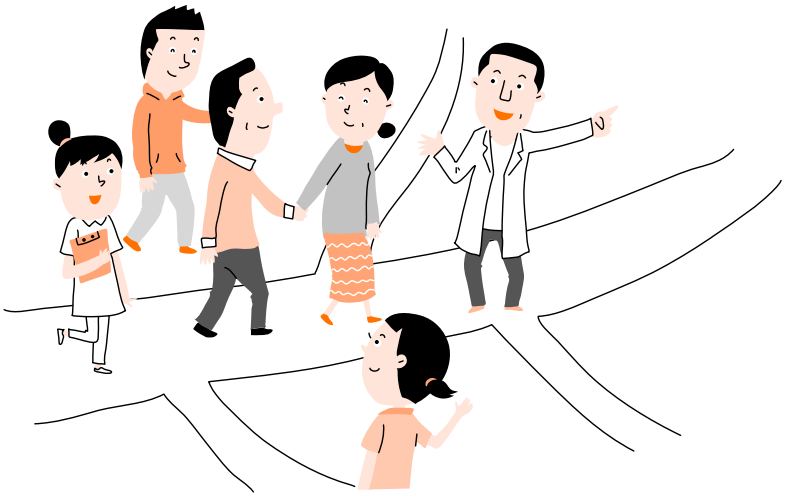
介護保険サービスだけでは在宅生活を維持するのは難しいと考え、障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービスによるサポートも準備して退院にこぎつけました。しかし、退院後も心的エネルギーが低下した状態は持続し、本当の回復にはなお時間を必要としました。

►症状の特徴と治療――身体の回復からうつ状態の回復へ

妻の症状の特徴は次のとおりです。

①入院時には意欲低下と思考障害（思考停滞、判断ができない）が強く出現していました。

②自律神経症状の他に「胸が詰まる」「息苦しく呼吸がしにくい」など不安発作様の症状も伴いました。これらは速やかに改善しましたが、食欲低下はしばらく続きました。



③極期には「お腹の中が空っぽになった」から治療しても治らないと確信する心気妄想も出現しました。

④入院当初は「死にたい」という思いが潜在的に持続。経済的な不安、夫の成年後見の手続きなどやるべきことが山積しているなどの思いが頭を離れませんでした。➡ Part 5 現在はこうした思いは消失しています。

治療は、まず点滴と食事の工夫により身体を回復させることを優先し、その上で十分量の薬を使ってうつ状態の回復を図りました。現在、妻は元のレベルに回復し、クリニックでの治療も終了していますが、回復には２年という長い時間を要しました。

►事例の特徴――家族も視野に入れた支援が必要

若年性認知症は経済活動や家庭生活の中心を担う現役世代の病気であり介護が長期化します（本例は12年）。それによる疲弊、経済的不安、先行きの展望のなさ、孤立無援の状況は、しばしば配偶者にうつ病の発症をもたらします。

介護の過酷な状況や一番しんどい時期に介護サービス等が「対応できない」と引いてしまう現実があり、若年認知症の人を介護する家族は孤立し疲弊してうつになりやすいのです。

そして妻のうつ状態は、回復に２年という長い時間を要したことからもその深刻さが伺えます。支援する側は家族へのサポートも十分に視野に入れる必要があります。➡「入り口問題」 Part 4

支援者がこうした家族の支援をする際は、次の点に留意するとよいでしょう。

１つは、適切な医療機関の紹介など、うつの治療がきちんと受けられるよう支援することです。もう１つは、うつの原因となっている心身両面の負担を軽減できるよう支援することです。そのためには、介護サービスの導入や経済的なサポートの調整などが望まれます。

＊これは「うつ病の妻」の事例ですから、認知症のツールである「認知症ケアパス概念図」の守備範囲外です。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 自立支援医療➡ Part 8
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 介護保険サービス➡ Part 10
- 障害福祉サービス➡ Part 10
- 障害年金➡ Part 11
- 成年後見制度➡ Part 12

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

●リビング・ウィル➡ Part 4 の有無をめぐる事例（アルツハイマー型認知症／男性）
発病時（年齢：50歳 在職中）

癌末期と比べて終末までの期間が長い若年性認知症の人に、いきなり「どう死にたいか？」とは問えません。若年性認知症の人のリビング・ウィルはむしろ「どう生きたいか」を考えるべきで、その時間が本人・家族に必要です。この事例では早い告知・早い治療開始により、その時間を持つことができました。

►本人の情報・病歴――若年性アルツハイマー型認知症、頭部外傷を契機に悪化

結婚後は妻と2人で父から受け継いだ老舗の和菓子店を自営してきました。3人の息子がいます。

50歳の夏頃からもの忘れがひどくなりました。52歳の頃には「記憶が薄れてくるのが自分でも分かる」と妻に語っています。同じことを何回も言うようになり、間違いを指摘するとカッとなって怒るようになりました。かかりつけ医の勧めで53歳時に認知症専門外来➡ Part 7 を受診、アルツハイマー型認知症の診断を受けました。➡ Part 3 同年、長男が結婚して近所に住み、55歳の時に次男が、56歳の時には三男が就職して家を離れました。その年末には30年続けた店を閉め、自宅で妻と２人暮らしです。

57歳の頃、妻と九州に旅行した時に転倒して後頭部を打撲しました。その後、遅発性の慢性硬膜下血腫を生じ、この事故を契機に能力は大きく低下しました。

発病から16年、初診から13年を迎える現在も、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の支援を受けながら、妻と住み慣れた自宅で穏やかに暮らしています。

►症状の特徴と経過――家族のサポートで仕事継続

①軽度のレベルながら不安・困惑が強い

初診時のHDS-R➡ 事例4(注) は22／30、一度覚えた言葉を数分後に問い直す遅延再生が3／6と相対的に不良でした。「言われたことが頭に残りにくくなる感じ」と記憶障害に対してある程度の自覚はありますが、それよりも不安と困惑が強いのが特徴的でした。

②それでも仕事は長く続けることができた

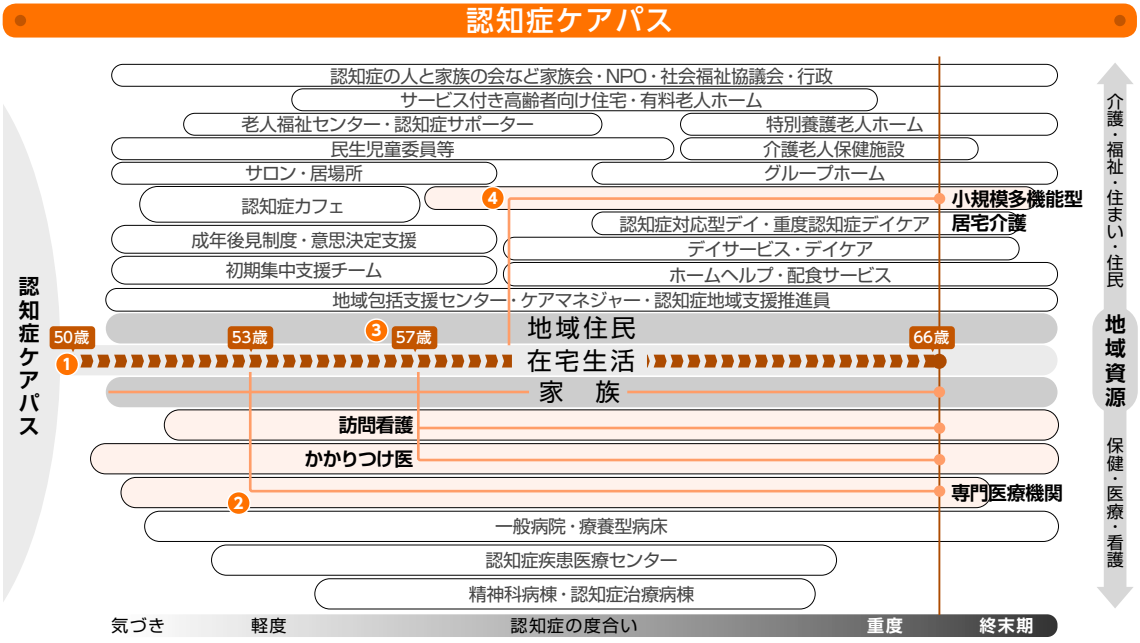
直前のことはすぐに忘れますが、体で覚えた記憶、商売上の知識や接客技術の保持は良好です。本人の希望で、妻のサポートにより56歳まで仕事ができました。抗認知症薬への反応はよく、HDS-Rも一時は満点にまで回復、１年半の間は初診時の点数を上回りました。

③頭部外傷後の急激な能力低下

事故後は、夜になると認識が混乱し、「帰る」と自分の家にいながら帰宅要求が出現します。HDS-Rは7／30に急落し、言いたい言葉が出てこない喚語障害も強くなります。会話はまとまりがなくなり、意思疎通が困難になりました。

►事例の特徴――入所も入院もなく16年間➡ Part 4

①本人は発病後も一家の大黒柱として仕事を続けることを選択。3人の息子はまだ10代でした。
②初診時に告知し、本人の求めですぐに抗認知症薬による治療が開始されました。
③HDS-Rの点数が初診時を上回り続けた1年半があったことが幸運でした。彼は仕事や家族をどうしたらいいかを、家族もまた彼と自分たちの暮らしをどうしたらいいかを、それぞれ考える時間にできました。この1年半がなかったら彼らの生活の再構築は難しかったでしょう。こうして発病後も6年仕事を続け、3人の子どもが自立した年に仕事をやめています。
④本人は住み慣れた家での暮らしを希望。16年間で入院も入所も一度もありません。



❶発症　❷専門医療機関にて診断　❸転倒による慢性硬膜化血腫、2回の手術　❹小規模多機能型居宅介護の利用開始

下段の医療では3本、上段のケアでは1本の横線が、時間差をもちながら順次延びていき、中央部の「在宅生活」と平行線を形成します。発病からの16年を「切れ目なく連続したケア」が提供された1つの典型です。医療（とりわけ専門医療）が単独で先行するのは就労している若年性認知症の特性でもあります。上段に該当項目はありませんが、発病後の6年間は妻による「就労支援」でもあります。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- ●自立支援医療➡ Part 8
- ●精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- ●介護保険サービス➡ Part 10
- ●障害年金➡ Part 11

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

●生命保険による住宅ローン弁済➡ Part 11 の事例（アルツハイマー型認知症／男性）
発病時（年齢：53歳 〔在職中〕）

►本人の情報・病歴――自分で調べて「アルツハイマー型認知症」と確信

40代前半で結婚、子どもはなく妻との2人暮らしです。企業の研究開発部門に所属していた53歳の頃、日・曜日を1日に何度も聞くようになり、計算ができなくなりました。最初は「うつ」の診断で、近くの病院の心療内科を受診していました。半年後インターネットなどで調べて自ら「アルツハイマー型認知症」だと確信します。不眠が始まり、仕事の疲れがひどくて夜の食事も忘れてしまいます。54歳の時、休職に入りました。

休職した頃は、学生時代から続けていた趣味の油絵サークルにも通えていました。56歳頃から徘徊が始まり、吹雪の日に自宅に戻れないこともありました。57歳で認知症対応型デイサービスの利用を始めた後も、遠出と行方不明を反復し奈良で保護されたこともあります。この頃、ケアマネジャーの支援により専門医を受診しました。

►症状の特徴と経過――失語・失行・失認を伴い進行が早い若年性アルツハイマー型認知症

受診時の状態は次のとおりでした。

①記憶障害は高度

直前のことや最近のことだけではなく、生活史記憶もうまく再生できません。「父親などと暮らしている」「結婚していません」と答えました。

②失語症状が強い

言語理解が低下しているために、話しかけられた言葉を理解できずに困惑します。喚語障害が強く、財布や時計など日用品の名前が出てきません。自発語は流暢ですが意味不明になります。そのためにコミュニケーションは大きく障害されています。

③失認と失行を伴う

トイレがうまく認識できず、便座の蓋を上げずに用を足したり、ふすまに向かって排尿します。食べものの区別がつかず、銀紙や歯ブラシを異食します。衣服の着脱もうまくできません。

④二次的な困惑と焦燥が強く行動化を伴う

自分の連続性を保つことができず、強い不安と困惑が生じます。失認や失行により、日常生活の基本動作さえうまくできなくなるので、大きな混乱とパニック状態をもたらします。失語の存在は介入を困難にし、拒絶や抵抗を生み出します。強い焦燥は、食事の途中で離席するなどじっとできない多動や、外へ飛び出す激しい徘徊を生み出します。

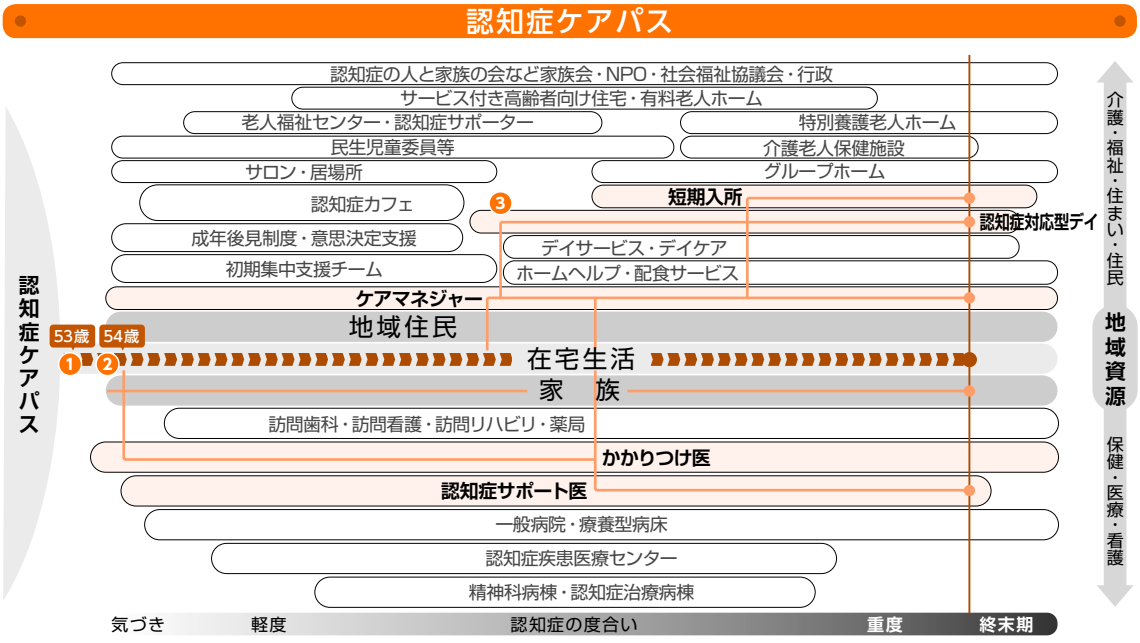
これらの所見から、5年で失語・失行・失認を伴うようになった、進行の早い若年性アルツハイマー型認知症➡ Part 3 と診断されました。しかも進行が早い分、困惑・焦燥・混乱が激しく行動化を伴いやすいタイプです。焦燥を緩和するよう薬を調整しながら、その上で、本人と妻をサポートし、新しい生活を軌道に乗せることが治療方針になりました。

►事例の特徴――経済的支援と配偶者サポートで本人も安定

一家の大黒柱の発病と急激な進行により、介護負担と深刻な経済問題及び将来への不安が、妻に重くのしかかりました。妻の疲弊と絶望が本人の状態にも大きな影響を与えていました。そこで休職中の傷病手当金に続き、本人が57歳で退職すると障害厚生年金を申請、➡ Part 11 さらに認知症が進行して日常生活のすべてに全介助が必要になった時点で生命保険の「高度障害状態」の認定を受け*住宅ローンの返済も解決しました。➡ Part 11 退職金も加えると経済的問題はほぼ解決。将来の不安が軽減して妻の精神的負担も軽くなりました。

妻が安心して介護に専念できるようになったことで本人の精神状態も安定し、介護保険の認知症対応型デイサービスとショートステイ（月の半分）を利用しながら、発病から11年が経過した64歳の現在も、妻と2人で穏やかに暮らしています。

※「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。



❶発症　❷休職　❸デイサービス利用開始

上段のケアの提供も下段の専門医療の開始も図の右半分に偏っています。出会いのポイントが後ろにずれることの弊害は、事例が示した行動化の激しさとなって現れます。福音は優秀なケアマネとの出会いでしょうか。図はケアマネを起点にしてケアと医療の両方がうまくコーディネートされていく様子を示しています。図に該当項目はありませんが、経済的支援が加わって生活が再構築されました。

この事例で利用している制度・サービス（本文中の未記載含む）

- 傷病手当金➡ Part 8
- 自立支援医療➡ Part 8
- 精神障害者保健福祉手帳➡ Part 8
- 介護保険サービス➡ Part 10
- 障害年金➡ Part 11
- 高度障害適用と住宅ローン返済免除➡ Part 11

●制度・サービス早見表

	制度・サービス	掲載ページ
相談窓口	若年性認知症支援コーディネーター	22
	電話相談・コールセンター	22
	認知症専門医・専門外来のある医療機関	23
	地域包括支援センター	23
	認知症の人と家族の会	38
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	23
	学会等が認定する専門医等	23
障害福祉サービス	精神障害者保健福祉手帳	26
	障害者総合支援法にもとづく障害福祉サービス	32
介護サービス	介護保険法にもとづく介護サービス	30
医療費の助成	自立支援医療（精神通院医療）	25
	高額療養費	36
税・保険料の控除や減免	障害者控除・特別障害者控除（所得税・住民税）	35
	医療費控除（所得税・住民税）	35
	国民健康保険料の減免	35
	国民年金保険料の減免	36
経済的支援	傷病手当金	24
	雇用保険（失業給付）	25
	障害年金	34
	特別障害者手当	34
	生活福祉資金（貸付）	36
	高度障害保険金と住宅ローンの返済	37
日常生活支援	京都府警察運転免許試験場運転適性相談窓口	27
	運転免許返納制度（「運転経歴証明書」の交付）	27
	就学援助	36
	奨学金（独立行政法人日本学生支援機構）	36
	介護休業制度	38
	地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）	39
	成年後見制度	39
就労	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）	28
	京都障害者職業センター	28
	障害者就業・生活支援センター	28
その他	認知症カフェ	29
	精神科デイケア	29

認知症総合対策推進プロジェクト委員名簿

●全体会

委員長	京都地域包括ケア推進機構理事長	井端　泰彦
副委員長	京都府医師会理事	關　　透
委　員	京都府社会福祉協議会副会長	櫛田　　匠
委　員	京都府市長会事務局次長	山下　恭弘
委　員	京都府町村会総務課長	重井　　優

●医療・ケア連携部会

委　員	京都府立医科大学（認知症疾患医療センター）	成本　　迅
委　員	京都府介護支援専門員会常任理事	松本　善則
委　員	京都府介護福祉士会会長	杉原　優子
委　員	京都府介護老人保健施設協会副会長	大川原　徹
委　員	京都府看護協会常任理事	宇都宮宏子
委　員	北山病院（認知症サポート医）院長代行	澤田　親男
委　員	京都府歯科医師会常務理事	木村　明祐 (～25年6月)
	京都府歯科医師会理事	宮本　保幸 (25年7月～)
委　員	京都私立病院協会副会長	武田　隆久
委　員	京都精神科病院協会会長	南部　知幸
委　員	京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会会長（25年4月～副会長）	荻野　修一
委　員	西京医師会理事	塚本　忠司
委　員	認知症の人と家族の会京都府支部代表	荒牧　敦子
委　員	福知山医師会理事	吉河　正人
委　員	京都府理学療法士会会長	並河　　茂
委　員	京都府老人福祉施設協議会副会長	藤田　良一
委　員	京都市老人福祉施設協議会副会長	山岸　孝啓

●初期対応・地域部会

委　員	乙訓医師会	野々下靖子
委　員	京都府介護支援専門員会	北野　太朗
委　員	京都大学医学部（認知症サポート医）	武地　　一
委　員	京都府作業療法士会	加藤　里美
委　員	京都社会福祉士会介護保険委員会委員	大岡　正浩
委　員	京都精神科医会会長	三木　秀樹
委　員	京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会会長	源野　勝敏
委　員	京都地域密着型サービス事業所協議会副会長	三代　　修
委　員	認知症の人と家族の会京都府支部副代表	山添　洋子
委　員	京都府訪問看護ステーション協議会副会長	木村　春香
委　員	京都府薬剤師会副会長	渡邊　大記
委　員	京都府立洛南病院（認知症疾患医療センター）副院長	森　　俊夫

（平成26年３月時点）

※団体名 50 音順

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

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

発行日●平成30年3月
発　行●京都府 健康福祉部高齢者支援課
編　集●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
問い合わせ先
京都地域包括ケア推進機構
〒604-8418　京都市中京区西ノ京東栂尾町6番地　京都府医師会館703
電話 075-822-3562　FAX 075-822-3574
E-mail info@kyoto-houkatucare.org
http://www.kyoto-houkatucare.org/