
連携型認知症疾患医療センターが 行う多職種地域連携 ～若年認知症への取り組みを通じて～

Collaboration with Local Communities and Across Multiple Professions
by Community Liaison-based Dementia Care Centers
～Through Efforts against Young-onset Dementia～

連携型認知症疾患医療センター
医療法人藤本クリニック

藤本直規*

抄 録

若年認知症の人を発症初期から継続的に支えるために、われわれのクリニックでは、診断、病名告知、薬物治療、就労継続支援としての企業への指導、休職・退職直後の居場所である「仕事の場」、病気を受け入れるための心理教育、認知リハビリテーション的なケアの場であるデイサービス（DS）「もの忘れカフェ」など、認知機能障害の進行にあわせた非薬物療法としてのケアとオーダーメイドのきめ細かな家族支援を行ってきた。また、地域連携の取り組みとして、面接・電話相談、介護事業所に出かける現地相談、医療・福祉の連携の会を行っている。また、それらの活動を、滋賀県内に広げるために、平成24年度から平成26年度まで、滋賀県から委託を受け「若年認知症地域ケアモデル事業」を行ってきた。本稿では、クリニックで行っている若年・軽度認知症の人への支援活動のまとめと、それを県内に広げるための取り組みとして行われた「滋賀県若年地域ケアモデル事業」3年間の取り組みなど、若年認知症の人と家族を支える地域ケアについて報告する。

Key words : 若年認知症、病名告知、仕事の場、もの忘れカフェ、多職種地域連携

1. はじめに

1999年に開設したもの忘れクリニックでは、18年間にわたって、診断と薬物治療だけでなく、認知症の人や家族の声を真正面から聴き取ることによって、彼らの望む活動の場や新たな支援方法を模索してきた。具体的には、1999年には診断後に仲間とともに過ごす居場所がなかった滋賀県内外十数名の50歳～60歳の若年認知症の人のために、毎週水曜日に精神科デイケアを開設した。一方、介護保険開始後の認知症専用デイサービス（DS）では、試行錯誤の後、

当事者たちが活動内容をその日の朝に決めるというDSに変えていった。大切なことはいつも本人たちが決めるというこれらの取り組みは、認知症のことを本人と真正面から話し合わなければならないことと、認知症の人のその時々気持ちと変化していく認知機能に配慮しながら関わりの仕方を変えるという2点で、認知症の人に対するその後の支援の方向性を教えてくれた。

2004年には、受診者が軽度化したため、DSの参加を誘っても「できなくなったことをなんとかしたい」

* Naoki Fujimoto: Community Liaison-based Dementia Care Centers, Fujimoto clinic

「誰かの役に立ちたい」などと話す若年・軽度の認知症者に応えて、自主活動をさらに徹底したDS「もの忘れカフェ」を始めたところ、DSの活動内容を自分たちで決め、何かのボランティア活動をすることで、社会とつながっている実感を持ち続けようとする気持ちを訴えた。

そして、受診がさらに早期化して、若年認知症者が就労しながら受診するケースが増えてくると、診断後の治療の空白期間をつくらないための取り組みとして、収益はわずかであっても働くことがかなう場所を希望されたので、内職仕事を探して、週一回半日を、内職を請け負う「仕事の間」として提供し始めた。

一方、DS 以外の支援活動では、診断後の軽度認知症の本人・家族に対して、仲間とともに病気を受け入れることを促す、1 グループ 10 名、月 2 回、3 ヶ月計 6 回の「本人・家族心理教育」、DS や外来通院の本人・家族交流会を隔月に行っているが、毎回 15～20 名の認知症の人と 30～50 名の家族の参加があり、若年認知症の人の参加も多い。介護サービスに結びつかない若年認知症の人と家族が、本人・家族交流会に参加することで、DS への抵抗感が減り、利用し始めることが少なくない。

このように、若年認知症の人の地域ケアを考える時、基本になるのは、当事者や家族への発症初期から全経過をカバーできる支援方法の確立であるが、さらに必要なのが、関わる支援者が必要に応じて“治療とケアのバトンタッチ”が出来るための多職種地域連携である。

2. 若年認知症に対する支援の方法の変遷

(1) 精神科デイケア (1999年～2000年まで)

1999年、クリニック開設直後には、老人保健法のデイサービスの対象にならず、診断後に仲間とともに過ごす居場所がなかった50歳～60歳の滋賀県内外の若年認知症の人のために、毎週水曜日に若年認知症精神科デイケアを開設した。1999年4月～2000年7月までに参加したのは23名で、滋賀県内12名、滋賀県外11名であった。スタッフにとっては、若年認知症の人との関わりは初めての経験であったので、開始後しばらくは、それぞれの家族の人たちにも同席してもらい、家族の関わり方を参考にしながら、個別の関わり方を工夫していった。この時の参加者は、MMSE10点未満2名、11点から20点15名、21点以上6名と重症度は幅広かったが、一日約十数名の参加者に、スタッフを多めに配置して対応したところ、約

一ヶ月後、家族の関わりなしに一日をすごすことが出来るようになった。介護保険制度のデイサービスへ移行する約2年間弱の精神科デイケアは、その後の若年認知症者への取り組みの方向性を教えてくれるものとなった。本人と家族達は、「年齢が若い」という特徴はあるけれど、それ以外は特別なことではなく、年齢だけにとらわれない、本人の気持ちと病気の特徴への配慮と言う両方の視点をもって欲しいと伝えてきた。

(2) 若年・軽度認知症の人のための自立型DS「もの忘れカフェ」

1) なぜ、もの忘れカフェを始めたのか？

2000年に開始された介護保険制度での認知症専用DSは、集団の規模、雰囲気などの異なる2つのユニットで行われていた。予定された固定的なプログラムをやめ、利用者の選択の自由度を高くしていたため、若年・軽度認知症の人が多く参加していた。ところが、年齢の若い軽度期の認知症の人の受診が増えるにつれて、当院のDSですら参加を拒否することが多くなり、「もの忘れを何とかよくしたい」「誰かの役に立ちたい」など、できる限りの症状の改善や生活場面での失敗の減少を望み、社会での役割を求め、「仲間が仕事をしているのに、自分だけ遊んでいるわけにはいかない」と言うようになった。そこで、2004年9月から従来よりもさらに自主活動を重んじた、クリニックとしては3番目のDSである若年・軽度認知症専用自立型DS「もの忘れカフェ」の取り組みを始めた。

2) 「もの忘れカフェ」での活動の実際

a. 活動の流れ

「もの忘れカフェ」開始時の参加者との約束事は、①活動内容は当日参加者が話し合っで決める②活動内容が決まれば、活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順などを決める③参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組むことにした。

b. 記録の方法

活動内容の記録の仕方として、①ホワイトボードに話し合いの過程を記入し、模造紙に決定事項を書いて残す②1日の活動を個人ノートにも記入する。写真、ビデオなどを多く残す③買い物がある時は金銭管理をしてもらい、簡単な出納簿をつける。

c. スタッフの関わり方

スタッフの関わり方としては、①手がかりときっかけ作りに徹する②どんなことでも、極力参加者に任せる③関わり引き際を見極め、境界線はスタッフが引く④自主的な活動を邪魔しない。

3) 中等度若年認知症の人のための「もの忘れカフェ」の新たな展開（「もの忘れカフェ」第2期）

a. 症状進行に伴って参加者の自主的活動をどう支えるか

「もの忘れカフェ」を始める時、参加している人たちの病状が悪化すれば自主活動が難しくなり、この活動はそう長く続けられないだろうと著者は考えていた。事実、「もの忘れカフェ」開始から1年半以上過ぎた頃から、自分たちで活動内容を決めるのが難しくなり、外出などすぐに思いつける活動内容を選ぶことが多くなっていった。そして、予定を決めるのに時間がかかればかかるほど、集中力が持続できず、活動がスムーズに開始できなくなった。実行機能障害が進行したために自主活動が難しくなっていたのだが、症状が変化していった若年の人の気持ちを支えたのが、定期的にカフェ参加者との間で何度も話し合いを持ったスタッフリーダーで、そこで聴き取った、「今のままのやり方を続けたい」と言う彼らの言葉が、その後のカフェの展開に参考になった。

b. 「もの忘れカフェ」第2期の活動の一例

i) 環境作りと習慣作り、メモリーエイドを利用する

話し合いの結果、活動内容を自分たちで決めるという方針は変えたくない。しかし、何をしたいかが浮かんでこないし、活動を始められない。そこで、行動へ移すときの動機付けの工夫として、環境作りと習慣作りの二つを考えた。まず、環境作りは、自主活動を少しでも継続するために、「もの忘れカフェ」開始時からの活動記録や写真、継続している活動や、月間予定、自分たちがここへ来ている目的など、参加者との話し合いで必要と決まったものすべてを壁面に張り出した（図1）。「そうそう、イチゴ狩りに行ったよな。」思い出すことが難しくなったこと対



図1 予定を決める時に参考にするメモリーエイド

して、記憶補助を行うメモリーエイドを用意したのである。これで、少なくともかつて自らが選んだ活動を思い浮かべながら、今日の活動を選ぶことが出来た。

ii) 活動の手がかりときっかけづくり

次に、習慣作りであるが、到着して動き出す時に決まり事があれば動きやすいと思うという参加者からの意見を元に、行動の動機付けとなることを話し合った。そこで、今まで室内で測っていた血圧を3階にあるクリニックの外来に行き測ることと、歩くことがより意識できるように万歩計をつけることを習慣にした。その結果、クリニック到着後、万歩計を装着し、2階から3階の外来まで出かけ、各自が自動血圧計で自己測定をし、打ち出された記録用紙に自分で名前を書きカフェへ持ち帰る。そして、各自でボードに貼り、今日一日の歩く目標数を決め書き込むという一連の動きを作り出すことで、バラバラに存在した健康管理のためのいくつかの事が一つにつながった。また、それを毎回続けることで、身体で覚えることができ、活動のきっかけとなる習慣作りができた。参加者の声を参考にした関わり方の変更で、「もの忘れカフェ」第2期が始まった。

4) 16年間の若年認知症ケアのまとめ

a. 病気の特徴とそれぞれの個人の性格・心理状態・環境などに配慮しながら、特別扱いはしないことが重要であった。同じことは、高齢者にも適応できた。

b. 話したい事があふれていることを理解し、話す、聴くを徹底して繰り返すことで、病気やその症状と、共に向き合うことが必要であった。

c. できないことがひとつ増えれば、また、新たにできることを探すといった考え方が重要で、支援者が可能性を諦めないことが肝要であった。

d. 出来る限りの支援を行いながら、一緒に歳月を重ねる、決して予後を諦めないことで、精神科デイケアやもの忘れカフェ開始時の参加者に、十数年を経て会うことができた。

5) 当事者の思いの違い

1999年の「精神科デイケア」、2004年の「もの忘れカフェ」、2011年の「仕事の間」、それぞれの当事者の思いの変化を表1に示す。本人の受診の早期化にあわせて、本人が必要とするニーズが変わっていったため、それに合わせた場作りを行ってきた。

(3) 休職・退職直後の若年認知症の人の「仕事の間」

1) 「仕事の間」を始めた理由

診断後の若年認知症の人が就労を継続するために、職場の上司、人事担当、産業医などときめ細かくや

表 1 16年間の若年認知症ケアの移り変わり

<p>1999年 若年認知症の人たちの「精神科デイケア」 県内外10数名の50歳～60歳の若年認知症の人たちと共に、若年認知症精神科デイケアで活動を開始した。当時は同じ年代の人と出会う機会すらなく、仕事については全員が退職をするしか道がなく、「働く」ということを考える時間すら持てない状況だった</p>	
<p>2004年 若年・軽度社会参加型デイサービス「もの忘れカフェ」 仕事ではない社会参加の仕方を探し、出来るだけ活動を自分たちで出来るように実践し、続けることを目指したユニットを開始した。 「働く」ことについても本人と話し合ったが、ギリギリまで働いてきた、退職直後の人が多く、もう一度「働く」ことを考えるよりも、ボランティア活動で社会参加したいと希望された。</p>	
<p>2011年 藤本クリニック「仕事の場」 居場所にとどまらず、わずかであっても収益を励みとして内職をする、「働く」仲間作りの場として開始した。 「いま仕事を全部なくしてしまうことはできんのか。」「内職のようなものであっても自分のしたことが仕事として評価され、少しでも対価をもらいながら何か社会に役立つようなことがしたい。」</p>	
<p>受診の早期化に合わせて、本人たちが必要とする ニーズが変わり、そのための場作りを行ってきた</p>	

り取りをしながら、仕事内容の変更、配置転換などを依頼する。しかし、最終的に職場を退職となった場合、就労意欲は衰えていない彼らが仕事を行う場がない。

外来で話を聞くと、「いま仕事を全部なくしてしまうことはできんのか」「内職のようなものであっても自分のしたことが仕事として評価され、少しでも対価をもらいながら何か社会に役に立つようなことがしたい」などと希望した。

そこで、毎週水曜日午後12時から午後4時までを内職を請け負う仕事の場として提供している。仕事は約45分行き、残りの約15分間は茶話会を行っている。2015年度は「仕事の場」は延べ50回開催された。

2) 参加者の内訳

2011年10月開始当時の参加者は男性3名で平均年齢57.6歳、平均MMSE26点であった。また、2011年10月～2016年3月末までの参加者総数22名で、「仕事の場」の認知症者総参加者数57名、若年認知症者47名、高齢軽度認知症者10名、男性40名、女性17名であった。そのうち、2016年3月末で30名が参加を終了し、26名が介護認定を受けたが、介護認定までつながらずに中止になった人が4名いた。また、MCIの2名が地域活動等へ移行、1名が身体疾患で入院、1名は中止となった。認知症者の内訳では、アルツハイマー型認知症17名、血管性認知症2名、レビー小体型認知症1名、前頭側頭型認知症4名、アルコール性認知症1名、MCI2名であった。

認知症以外の参加者では、知的、発達、精神障が

いを持つ人の参加21名、社会に適応しづらい若者の参加22名であった。また、自分たちの社会参加と位置付けている参加者としては、老人会からの参加3名、家族ボランティアとしての参加8名であった。

3) 現在の参加者

2016年4月1日現在の参加者は、認知症者参加者数27名、うち、若年認知症者20名（男性14名、女性6名）、高齢軽度認知症者7名（男性5名、女性2名）、開始時の平均年齢64.8歳、平均MMSE23.9点、平均在籍期間1年3ヶ月であった。（最長は開始時から継続参加1名）

現在の作業内容は、◎パイプの切断と検品、◎品物のシール貼りとパッケージ、◎パンフレットの袋（封筒）入れ、◎ゴム製品の検品である。また、中止となった作業とその理由では、◎テープの検品と貼り付け（検品基準の判断ができなくなった）、◎布製品の加工作業（受注の終了）である。参加者の認知機能障害が進行すると、ケアの視点をいれてサポートしても、出来ない内職も出てくるので、その場合は受注を断った。

4) 「仕事の場」への支援者

「仕事の場」は、地域住民、地元医師会、精神・発達など他の障がいの方たち、現役の介護者、家族会などが自由に参加しており、他の医療機関とも密に連携を取るなど、地域に開かれた場所であることが重要であり、地域啓発の役割も持っている。

5) 「仕事の場」からの移行支援の具体的な連携事例

Aさん、50歳代、男性、アルツハイマー型認知症で、「仕事の場」への参加は、2013年8月開始、2015

年5月終了で、在籍は21ヶ月であった。

「仕事の間」への参加中に併せて介護認定も受け、サービス利用の検討に入った。最初に「仕事の間」に慣れてもらいながら状況を見て介護サービスのスタートを1ヶ月後に開始した。その後、10ヶ月が過ぎたころから、できる作業の選択肢が減ってきたため、介護サービスの利用頻度を増やした。さらに16カ月後には、最終工程の難しさが目立ってきたため、卒業(終了)の話し合いを行い21ヶ月後には、本人がようやく、できないことを受け入れ「ギブアップ。これで終わりでもいい。向こう(デイサービス)でがんばる」と言われ、当日に終了した。現在は、2ヶ所のデイケア、デイサービスを利用している。

6) 藤本クリニックにおける「仕事の間」の取り組みのまとめ

退職後の、軽作業を中心にした「仕事の間」は、残っている本人の就労意欲(どんな仕事でも、ボランティアでなく、対価をもらって社会とのつながりがしたい)を叶える場所であり、仲間とすごせる場所であり、ケアの工夫をともに考えてくれる、今後もつながりが続く支援者との出会いの場所である。しかし、それでも病状はすすみ、いずれ軽作業でも出来なくなる時期が来るので、そのことに向き合っ、参加の終わりの時期を伝えなければならない。次の場所(介護保険サービス)への移行の時期を見誤ってはいけない。

3. その他の本人・家族支援の取り組み

(1) 本人・家族交流会

2ヶ月ごとにDSおよび外来通院の本人とその家族の交流会を行っているが、毎回15~20名の認知症の人と30~50名の家族の参加があり、若年認知症の人の参加も多い。ミニ講義を行った後、家族関係別(夫、妻、嫁、娘・息子など)に小グループを作り、ピア・カウンセリングの場を提供している。介護サービスに結びつかない若年認知症の人が、本人・家族交流会に参加することで、本人と家族両方の抵抗感が減り、DSを使い始めることができた。

(2) 外来本人・家族心理教育

病名告知後、病気の受容が困難で、介護保険サービスの利用に消極的な軽度認知症の人と家族に対して、月二回、一回約1時間、1グループ数人の心理教育を行っている。本人心理教育は、認知症の症状について書かれたものを読み合いながら、仲間同士の自由な話し合いの場を設けている。様々なアクティビティ活動を行いながら、家族へは、認知機能障

害、それへの対応、介護保険サービスなどの説明とピア・カウンセリングの場を提供している。

(3) 診断後の空白期間を埋める取り組み

早期診断後、本人にきちんと話すということから始まる正しい病気の理解が、その後の支援にとって重要である。伝える責任は、診断をした医師をはじめ、関わるものすべてにある。自らのことは、本人が一番知っているのも、ごまかしではない。告知という“形”に捉われず、それぞれの人にあった伝え方をする。その上で、病気のことを、仲間や支援者と話せる場所、例えば、心理教育、交流会、仕事の間、もの忘れカフェなどの提供が必要である。そして、その際、認知症の人の気持ちを理解できる支援者が、そこにいることが重要である。病状の悪化に対してしっかりと説明でき、その後のことにも、相談にのることが出来る支援者が必要である。

4. 若年認知症に対する支援を地域のネットワークでつなぐこと

(1) かかりつけ医と専門医との日常的な連携

クリニック開院から16年間取り組んできた地域医師会活動への支援であるが、様々な研修会を開催した。診断・治療・認知症ケア・家族支援などについての最新の知見を紹介すること、軽度認知症の診断と治療、認知症と運転などの社会的課題についての講義と議論する場を開催すること、多職種地域連携の会で中心的に役割を果たしてもらうことなど、認知症を専門領域のこととせず、情報と課題を細かく、丁寧伝え続けることで、認知症診療へかかりつけ医が参加しやすくなった。

(2) 認知症の医療と福祉連携 IN 守山・野洲

2013年から認知症の人、家族によりよい医療と福祉が提供できることを目的として、地元医師会主催で、医療職と福祉職が同じ立場、同じ視点、同じ方向を見据えながら学び、考え方を共有しながら、日常的につながりを持つことをめざす事例検討会を始めた。

医師会員、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーなどが集まり、ケアスタッフが進行役となり、医師がファシリテーターを行っている。現在は、薬剤師、歯科医師、警察など、約70名が参加している。この会に参加している医師10名が、県内各企業に出かけて若年認知症研修の講師を担当している。

(3) もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター

滋賀県からの委託で、相談センターである「もの

忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター」で、電話・面談相談を行っている。年間約 400 件の相談を受けているが、若年認知症の人の家族からの相談も多い。

1) 介護相談について

介護家族や専門職が、認知症の医療やケアにかかわることを総合的に相談できる場所が少ない。われわれは、1999 年開設当時から、通院と DS 参加者の介護家族には、相談時間制限なしの電話相談を行っていたが、2003 年には 69 件、2004 年には 184 件と、クリニックに受診していない介護家族や専門職からの相談があった。そこで、2005 年 4 月に滋賀県から、認知症に関する相談センター「もの忘れサポートセンター・しが」の委託を受け、5 年間に約 2000 件の相談（電話・面接）があった。その半数が介護家族からで、残りの半数は専門職からの相談である。

また、年間 70 件前後の若年認知症関連の相談があることから、2011 年度からは、「滋賀県若年認知症コールセンター」の委託も受けた。

2) 現地相談について

現地相談とは、事業所や施設で抱えている課題に対して現場に出向き、認知症ケアの実践現場で課題解決と一緒に取り組むことである。方法や内容は毎年変更している。

現地相談後の取り組みとして、2013 年度から、訪問先のケアスタッフが 20 名ほどクリニックに集まって、自主的な勉強会を始め、若年認知症などの事例検討を繰り返している。

3) 認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会

滋賀県各地で取り組まれた認知症の医療とケアの取り組みを報告しあい、互いに議論し、高めあうことをめざして開催している学会形式の取り組みである。滋賀県が主催し、われわれのクリニックで行われている自主勉強会や連携の会のメンバー、特にかかりつけ医が、抄録の査読、座長などをおこなっている。2015 年度は 41 演題の発表が行われ、2016 年度は 57 演題の発表が行われる予定である。滋賀県内全体での、多職種連携の取り組みと考えている。

(4) 若年認知症についての企業研修

若年認知症地域ケアモデル事業では、若年性認知症に関するアンケートを行った。調査対象は県内に所在する 1,087 事業所である。郵送アンケート形式（FAX による回答）とした。調査時期は、2013 年 7 月～9 月末までで、回答票数は、352 票で回収率は 32.4% である。社会や家庭における重要な役割の只中にある若年層の認知症の人には、高齢者の認知症

に比べ、一層の周囲の理解や支援の仕組みが必要であり、規模の大小にかかわらず、企業も重要な支援の担い手であることが伺われた。

2014 年から 2016 年度まで、かかりつけ医が講師となって行った企業研修は 32 回で、今後も継続して行われる予定である。

(5) 職場での就労継続支援

就労中に受診した若年認知症の人に対して最も重要なのが、現役である職場での仕事の継続である。診断後、本人・家族の了解を得て、職場の上司や人事担当などと連絡を取り、必要なら、面談を行い、仕事の様子や周囲との協調性などを聞き取り、その時々々の症状にあわせた支援の仕方を教える。出来れば、情報交換シートを作っておくとよい。

就労支援の対象は、3 年間の若年認知症新患数 89 名（2015 年度 38 名）、初診時、就労中だった人 10 名（休職中、退職直後の人は含まない）である。

最初に変化を感じた時期を発症年齢として、初診までの平均期間はおよそ 1 年間で、就労継続支援期間は平均 22 カ月間、就労を終えた後の行先は、「仕事の間」への移行が 6 名、介護保険サービスへの移行が 2 名、全員が、休職直後から途切れることなく、移行できた。主な連携内容は、「職務内容の報告と相談（文書・電話・面談・メール）」「上司、同僚への助言とサポート」「配置転換や休職の判断についての検討」であった。

5. 滋賀県若年認知症地域ケアモデル事業について

若年認知症地域ケアモデル事業は、5 つの事業で構成されているが、われわれのクリニックのこれまでの取り組み、診断時の「就労継続支援」、診断後の「仕事の間」「本人・家族交流会」「本人・家族心理教育」「もの忘れカフェでの認知症ケア」を、「相談センター」「多職種地域連携の会」の活動を通じて、滋賀県内に広げることが目標にした。図 2 に全体像を示し、その中の主のものについて、詳述する。

(1) 若年認知症就労継続支援ネットワーク事業

この中で、地域ケアを推進するために最も重要なものが、若年認知症就労継続支援ネットワーク事業であった。モデル事業の方向性を決める会議であるが、初年度は、藤本クリニック、滋賀県認知症担当課・介護保険担当課・障害福祉担当課、各地域包括支援センター、滋賀県医師会／地域医師会、産業医協会、社会就労事業振興センター、一般企業、介護家族が集まり、ブレインストーミングを行い、事業の方向性を検討した。その結果、企業アンケート、住民啓

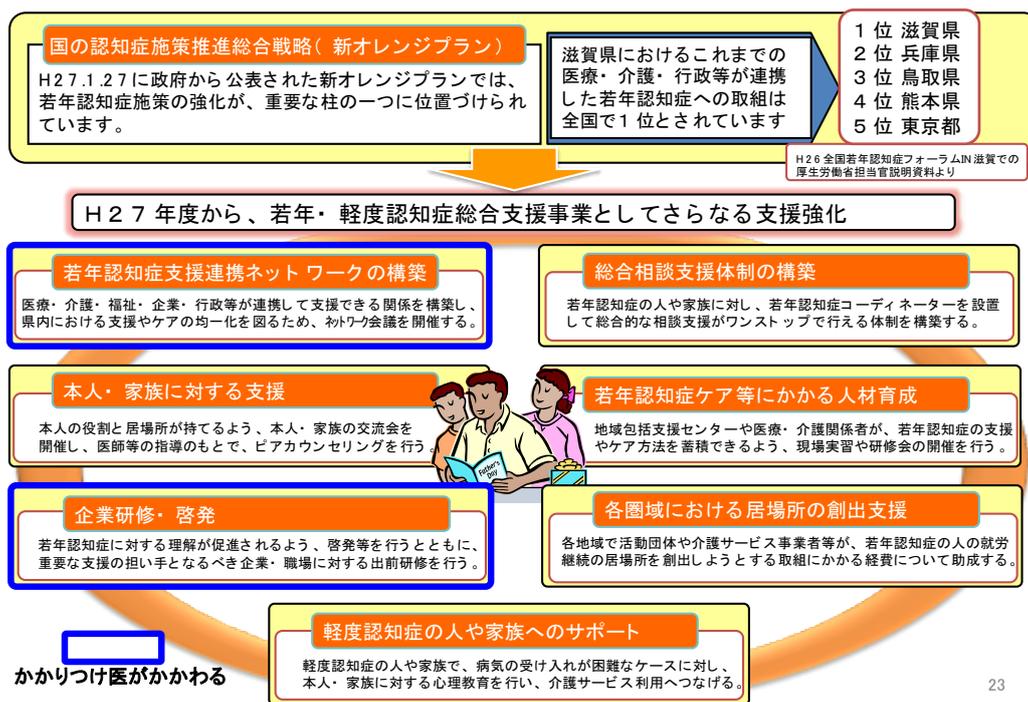


図2 滋賀県における若年認知症施策について

発、支援マニュアルなどの作成を行った。その後、3年間で計9回の会議を行い、事業の経過報告とともに、企業研修など新たな事業内容を追加していった。

(2) 退職直後の就労支援である「仕事の間」のランチ作り

行政へ事業説明および継続的な相談、認知症サポート医や地域医師会への説明と協力依頼、企業からの仕事の受注に向けての働きかけ、支援者に対しての協力依頼などを行って、県内3市で「仕事の間」のランチの取り組みが始まった。また、「仕事の間」を若年・軽度認知症の人に対する居場所の提供としてだけでなく、最初期の認知症ケアを提供する場所として統一するために、「しが仕事の間ネット」を立ち上げ、定期的に各事業所、行政、県が集まった。2014年度～2016年度まで年3回開催した。

また、長野県と愛知県に「仕事の間」は広がっており、2014年8月からスタートしている。

(3) モデル事業の意義について

ここで、若年認知症地域ケアモデル事業3ヶ年のまとめとして、5つの事業を通じて確認できたことを考察したい。

本人・家族を中心にして、関係者それぞれが支援の枠組みを超えて参加する場を～支えること、支えられることの垣根をなくす

若年認知症の人への支援を考えると、若年認知

症特有の課題も多い一方で、支援の対象者を、若年認知症の人だけでなく、高齢の軽度認知症の人、障がいを持つ人、社会とつながりが持ちにくい若者、それらの介護家族など、数多い制度からこぼれ落ちてしまう人、すなわち、制度の挟間にある人にも広げていくと、お互いが相互補完的に支え合う場となった。そして、それらの人たちへの支援には、医療機関や介護サービス事業者だけでなく、ときには介護家族同士が、企業が、行政が、ボランティアの人たち、そして、高齢者や認知症者への支援者だけでなく、障害関係の支援者、産業関係の担当者などが参加することで、関係者それぞれが支援の枠組みを超えて支えあう場となった。

若年認知症の診断後、介護サービス利用に至るまでの空白の期間をなくすために、当事者・関係者という分け方、支える・支えられるという垣根をなくして、それぞれが若年認知症の人および家族への支援の主体者として参加する場こそが、この事業が目指した「仕事の間」とそれを側面的に支える家族支援、実践報告、研修会、ネットワークなどの取り組みなのである。「仕事の間」が県内3ヶ所と県外2ヶ所のランチに広がったことは、各保健所圏域に出来たかかりつけ医を中心に行政・介護事業所の参加した多職種連携のネットワークの力が大きい。また、認知症支援者だけでなく、他の障害支援者、企

業なども含めた関係者の工夫次第で「どの地域でも出来る」ことを明らかにした。

6. まとめ

滋賀県若年認知症地域ケアモデル事業3年間の取り組みは、認知症支援の医療・介護の専門職、行政職だけでなく、他の障害の人への支援者や行政職、医師会医師、家族、企業などが参加し、事業の方向性、すなわち、施策の方向性を決めていることで制度や役割の壁を越えて、認知症の人・介護家族を中心にして、様々な支援者や地域の人たちがつながることの重要性を強くしめす結果となった。

そして、拠点となった医療法人藤本クリニックのこれまでの取り組みによる経験値を十分に活かす形で、それぞれが有機的な相互関連性を持ちながら展開し、3カ年の取り組みの中で、“特別な一地域の”活動にとどまることなく、また、県事業としての“一時的な”取り組みにならないことを意識し、県内外の他地域への波及、継続的な関係者・機関による理解につなげることは達成できたと思われる。

この論文は、平成29年4月15日(土)第21回中・四国老年期認知症研究会で発表された内容です。