

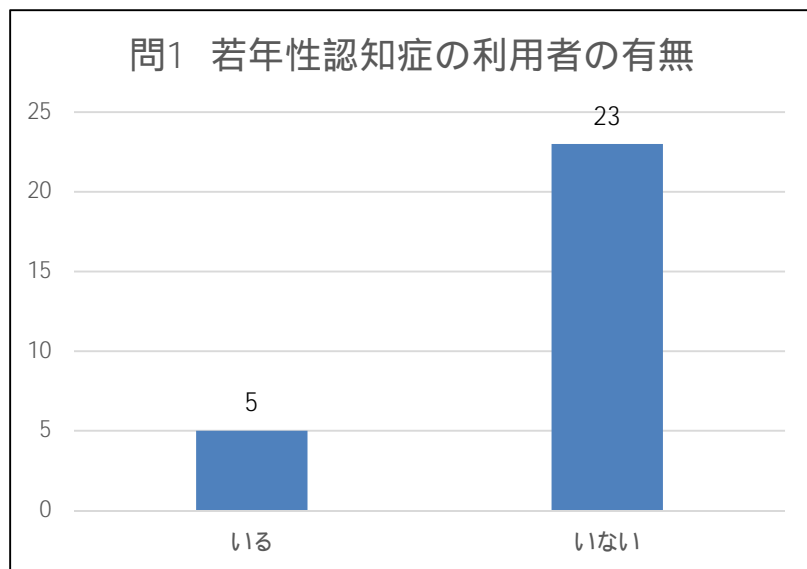
三重県内の地域包括支援センターの介護支援専門員からの回答である。

「問1 若年性認知症の利用者」の有無である。(図 1-1~1-2)

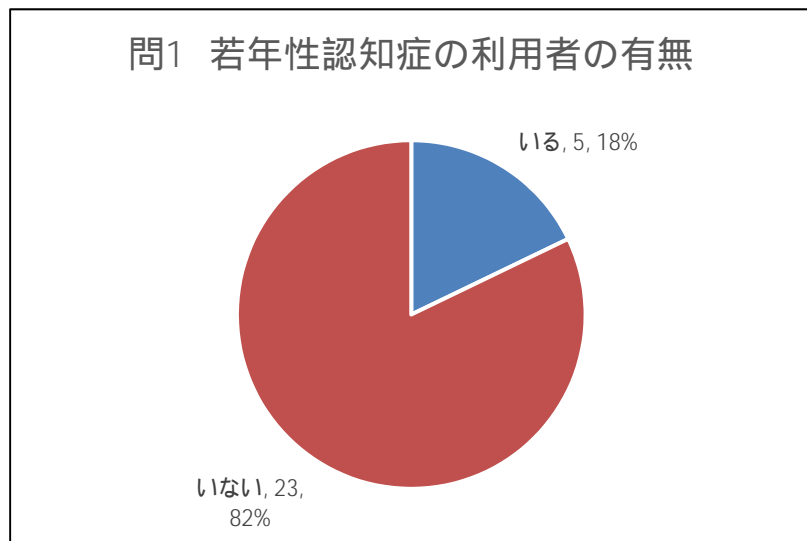
53ある地域包括支援センターのうち回答があったのは、28センターで、そのうち「利用者はいない」が23か所、「いる」が5か所であった。

(図 1-1)

N=28



(図 1-2)



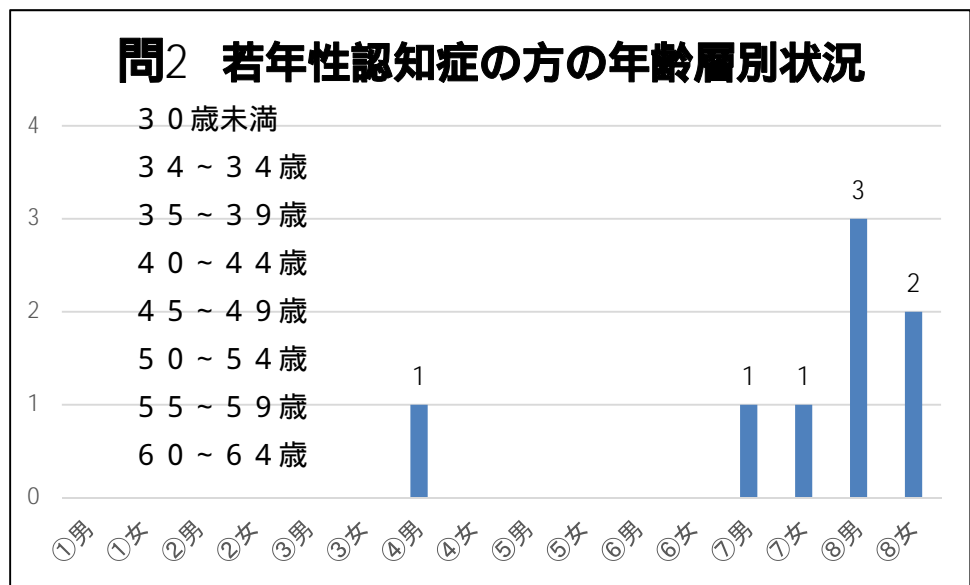
問2 若年性認知症の方の年齢層別の状況 (図2-1~2-4)

全体としては「60～64歳」が5名、「55～59歳」が2名、「40～44歳」が1名であった。

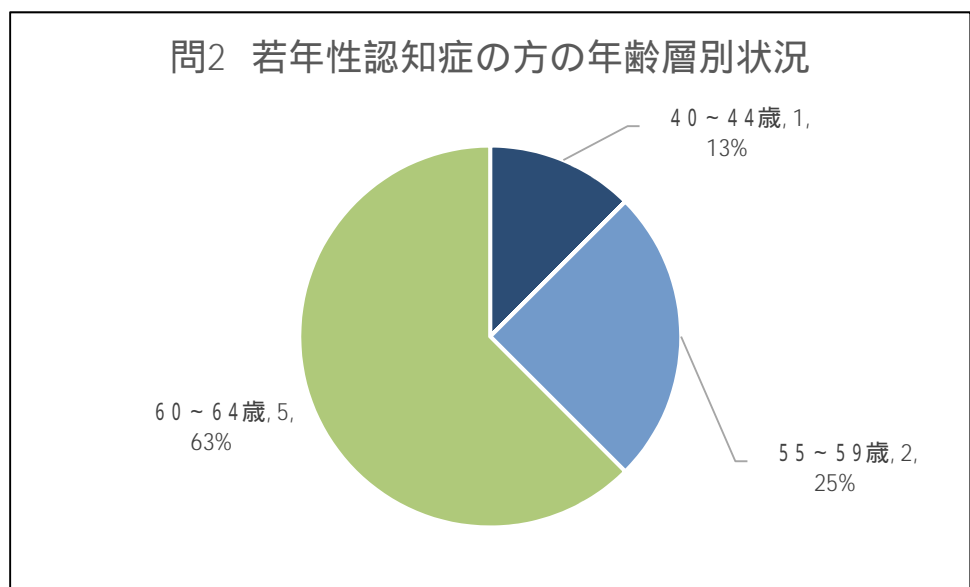
男性は「60～64歳」が3名、「55～59歳」が1名、「40～44歳」が1名であり、女性は「60～64歳」が2名、「55～59歳」が1名であった。

(図2-1)

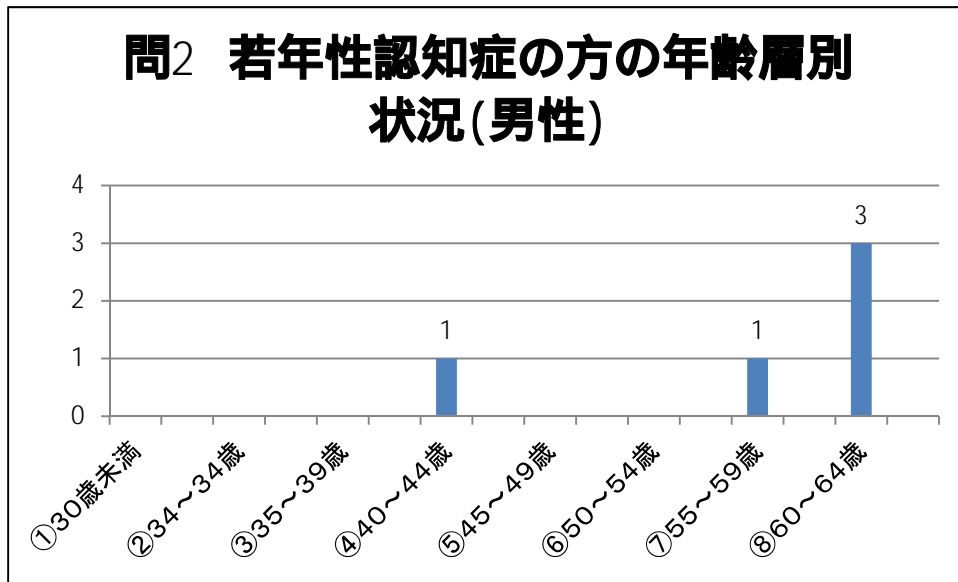
N=8



(図2-2)

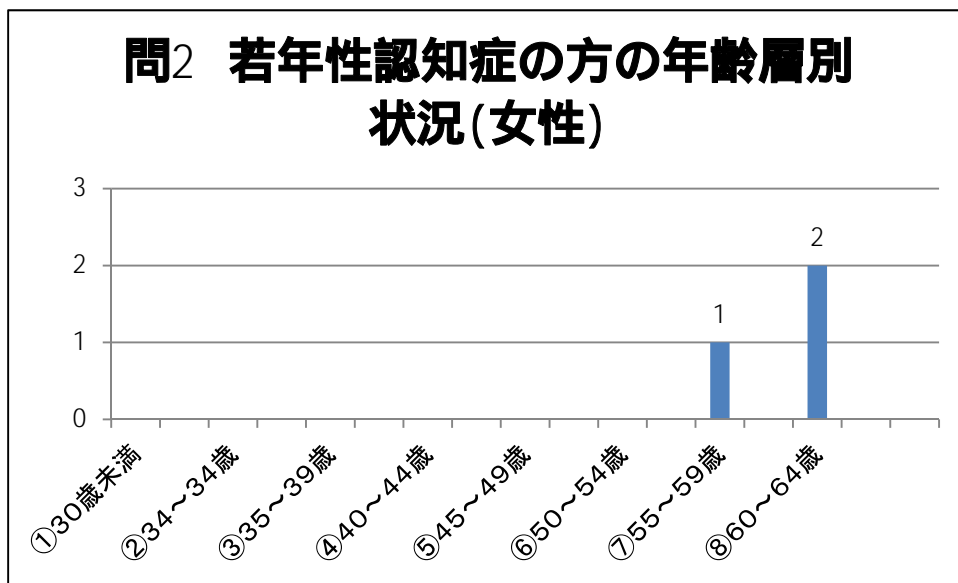


(図 2-3)



Nm=5

(図 2-4)

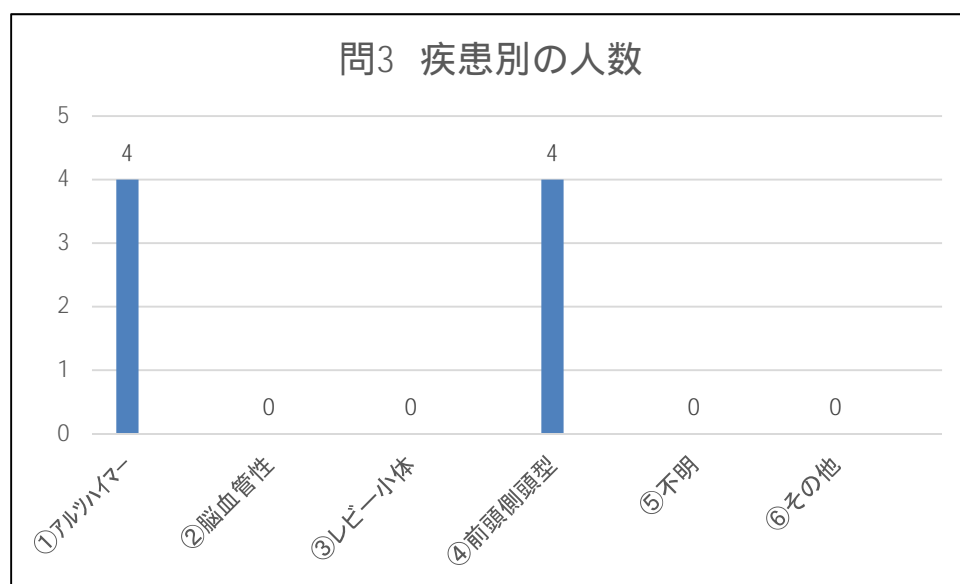


Nw=3

問3 若年性認知症の方の年齢層別の状況です。（図3-1~3-4）

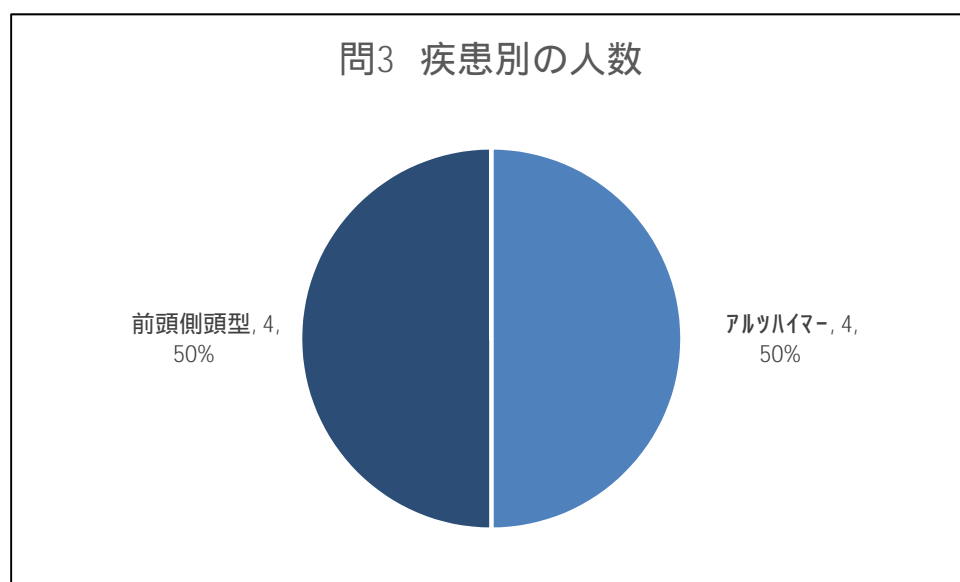
「アルツハイマー病」が4名、「前頭側頭型（ピック病）」が4名であった。
男性は「アルツハイマー病」が2名、「前頭側頭型（ピック病）」が3名であり、女性は「アルツハイマー病」が2名、「前頭側頭型（ピック病）」が1名であった。

（図3-1）



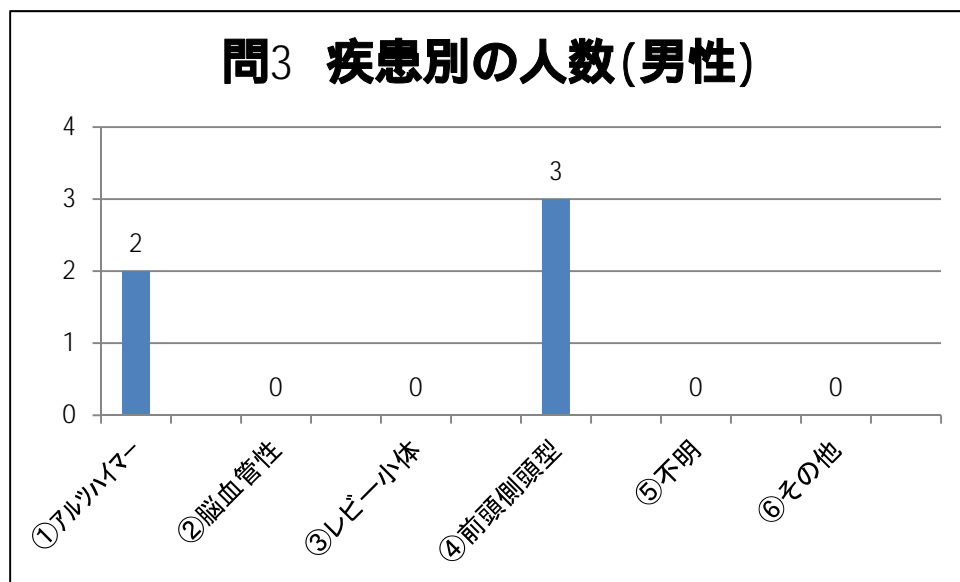
N=8

（図3-2）



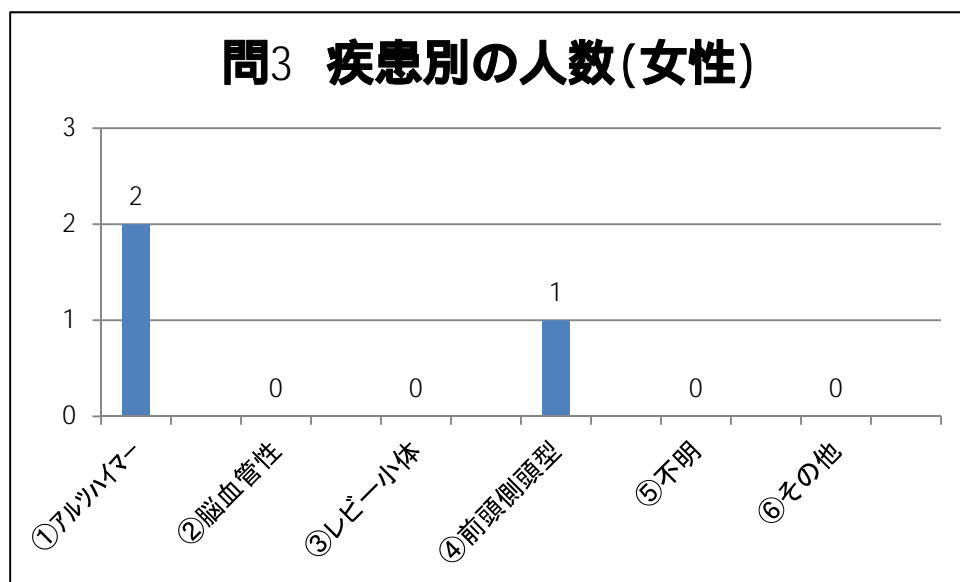
(図 3-3)

Nm=5



(図 3-4)

Nw=3

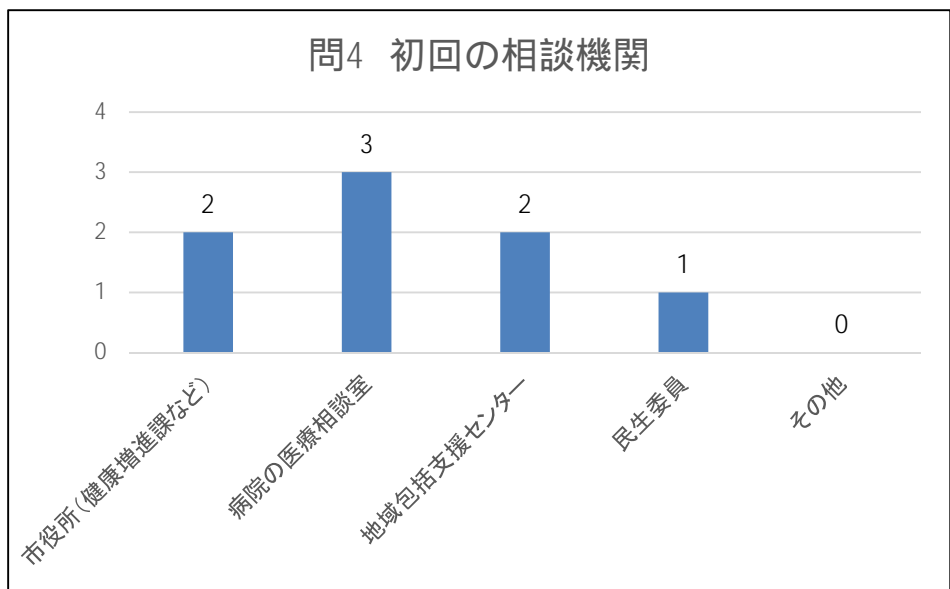


問4 「初回の相談機関」の状況 (図4-1~4-4)

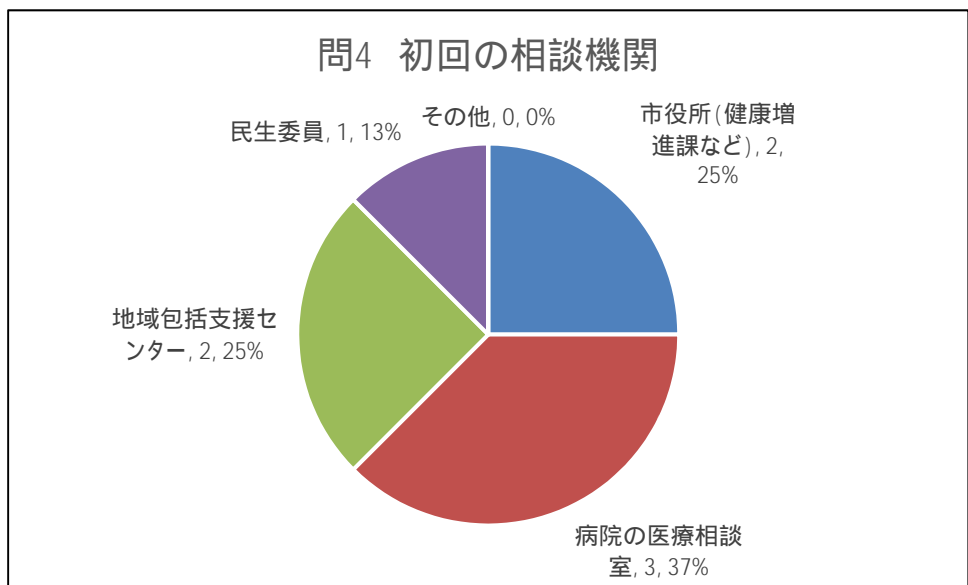
「病院の医療相談室」が3名、「市役所(健康増進課など)」が2名、「地域包括支援センター」が2名、「民生委員」が1名であった。

(図4-1)

N=8



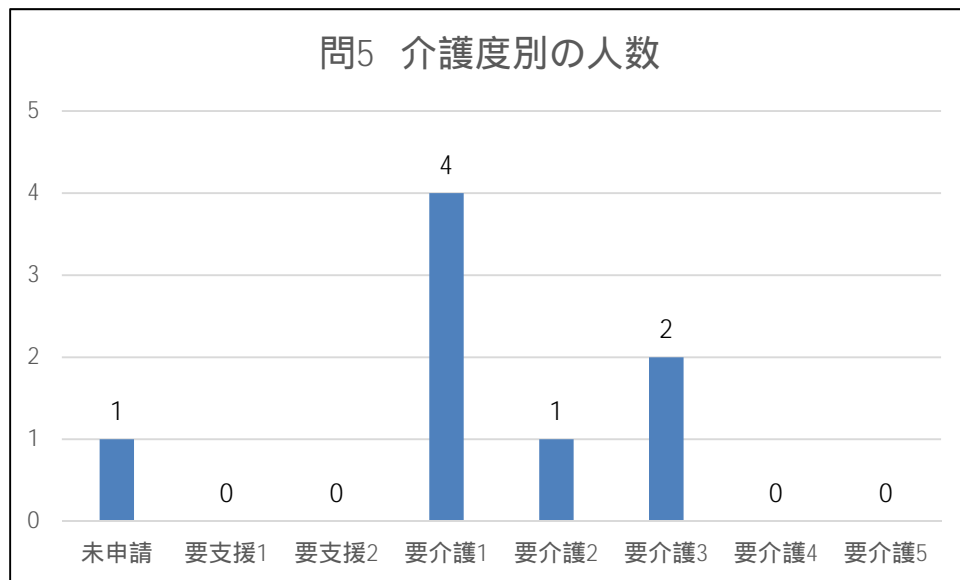
(図4-2)



「問5」 「介護度別」の状況 (図 5-1~5-2)

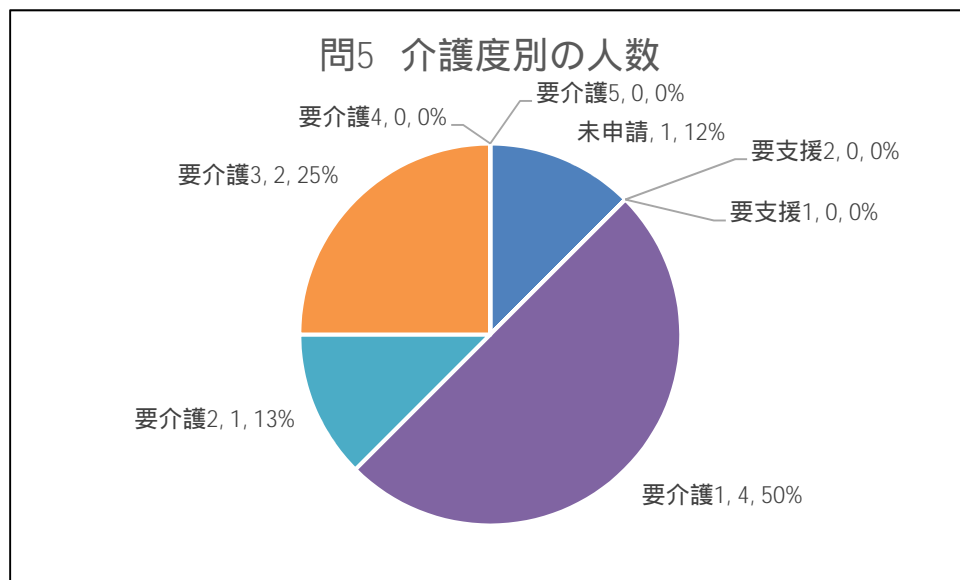
「要介護1」が4名、「要介護3」が2名、「要介護2」1名であり、その他に「未申請」が1名いた。

(図 5-1)



N=8

(図 5-2)

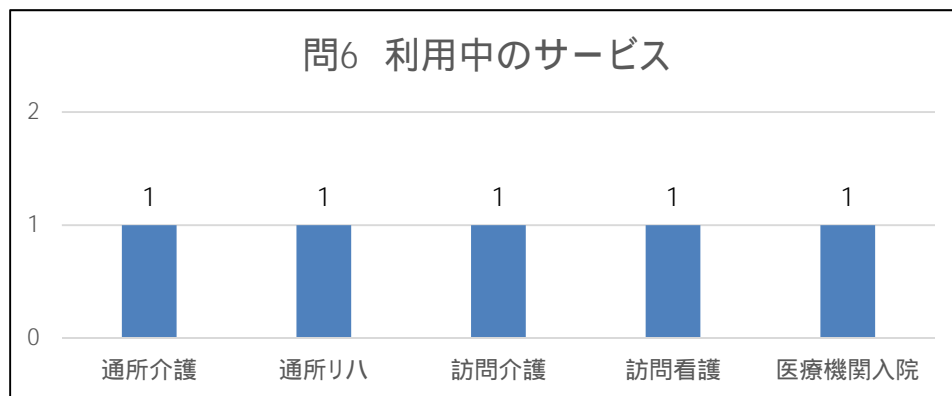


問6 「利用中のサービス」と「サービスを利用している理由」(図 6-1~6-2)

「利用中のサービス」は、「通所介護」「通所リハ」「訪問介護」「訪問看護」「医療機関入院」それぞれ1名ずつであった。

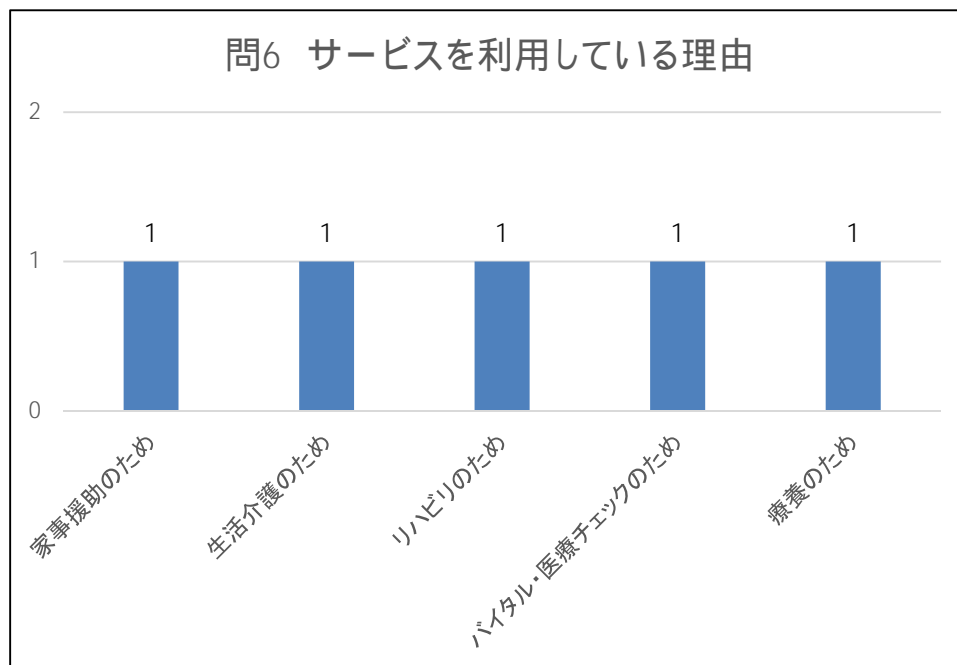
「サービスを利用している理由」としては「家事援助」「生活介護」「リハビリ」「バイタル・医療チェック」「療養」がそれぞれ1名ずつであった。

(図 6-1)



N=5

(図 6-2)



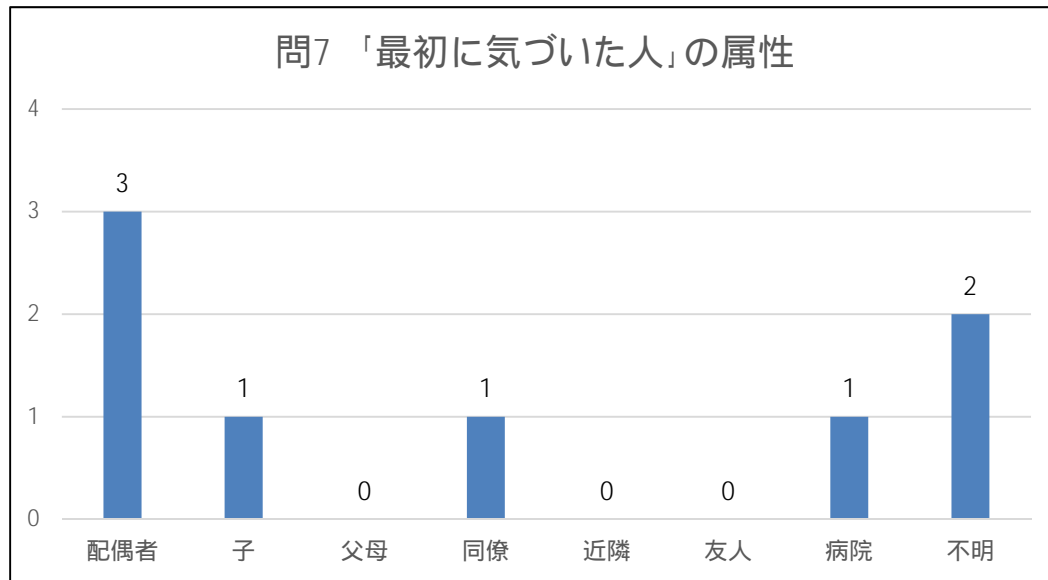
N=5

問7 「最初に気づいた人」の状況 (図7-1)

「配偶者」が3名、「子」が1名、「同僚」が1名、「病院」が1名、その他、「不明」が2名であった。近親家族が主であるが、「同僚」と「病院」という「社会との接点」で気づいたという回答もあった。

(図7-1)

N=8

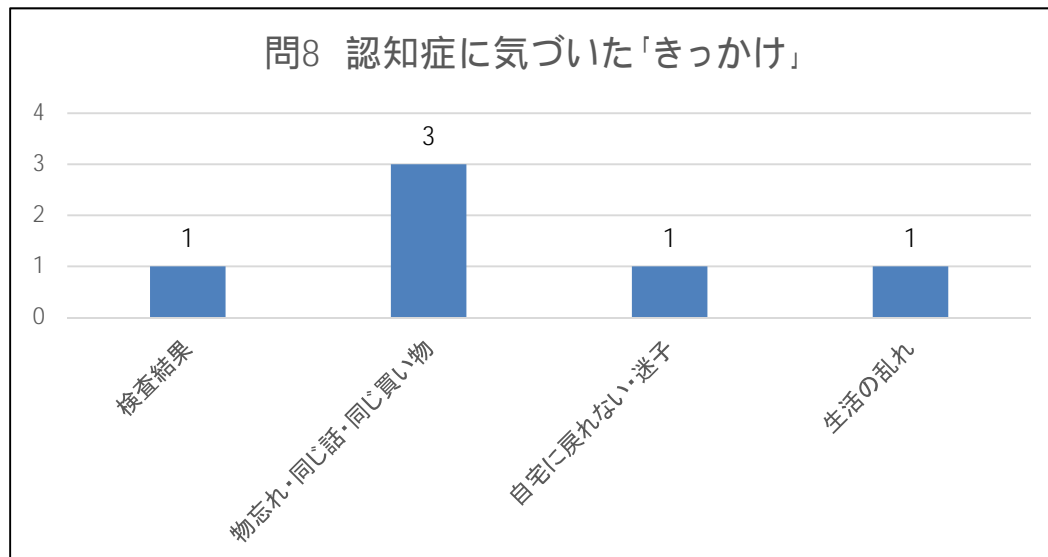


問8 「認知症に気づいた『きっかけ』」 (図8-1~8-2)

「検査結果」が1名、「物忘れ・同じ話・同じ買い物」が3名、「自宅に戻れない・迷子」が1名「生活の乱れ」が1名であった。
「物忘れ」等の症状で気づくケースが多い状況であった。

(図8-1)

N=6

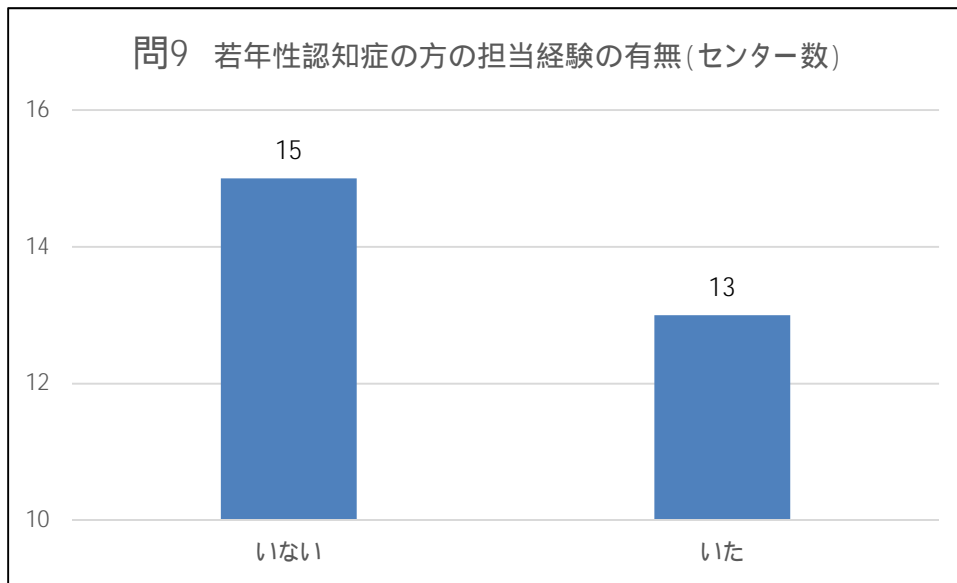


問9 「若年性認知症利用者の担当した経験の有無」(センター数)と「若年性認知症の方が利用者になかった理由」の状況 (図9-1~9-4)

「担当した経験の有無」

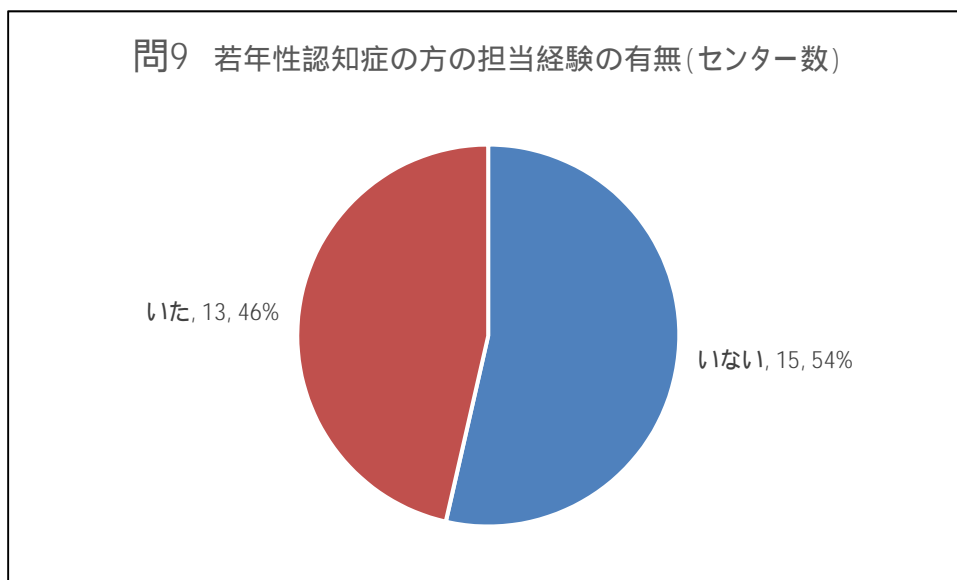
「担当した経験がない(過去にいない)」が15か所、「経験あり(かつて利用者がいた)」が13か所であった。

(図9-1)



N=28

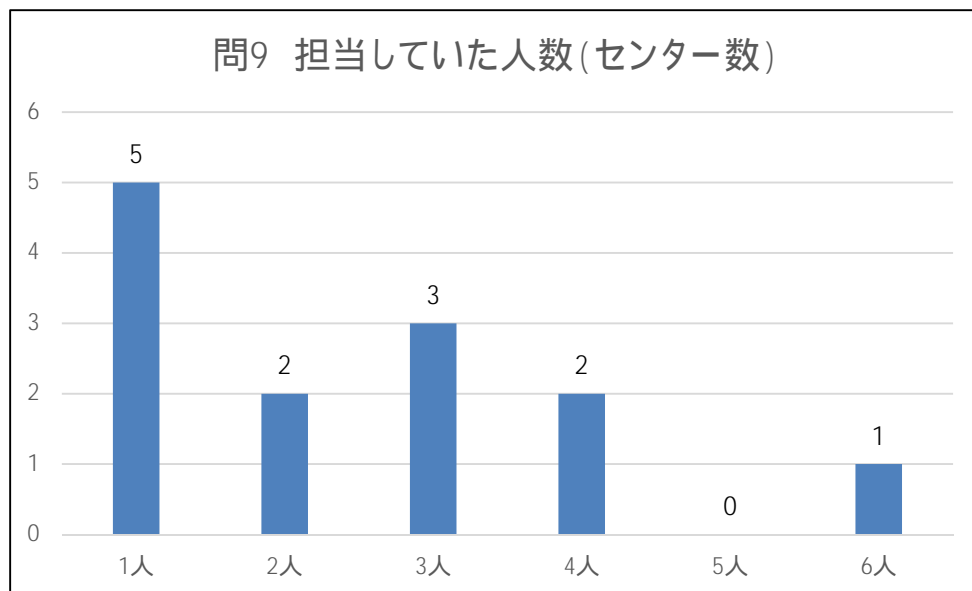
(図9-2)



過去担当していた利用者の人数（センター数）（図9-3～9-4）

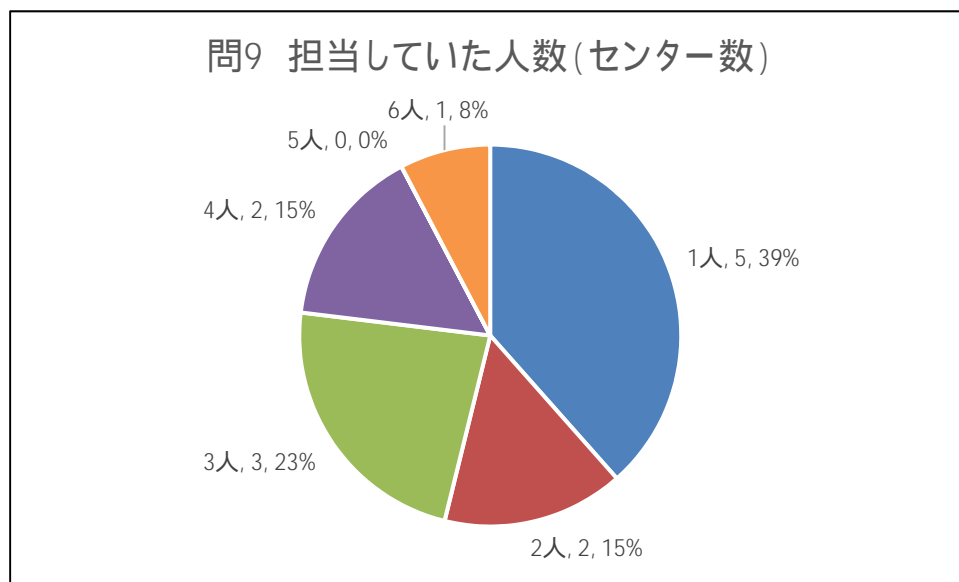
「1人」が5か所、「2人」2か所、「3人」が3か所、「4人」が2か所、「6人」が1か所、「7人」以上はなかった。従って「1人」が一番多い状況であるが、「6人」というセンターもあった。

（図9-3）



N=13

（図9-4）



「若年性認知症の方が利用者にいなかった理由」 (図 9-5 ~ 9-6)

「申請時に、要介護と認定されるから・症状が進行してから介護申請や相談がなされるから」が 4 か所

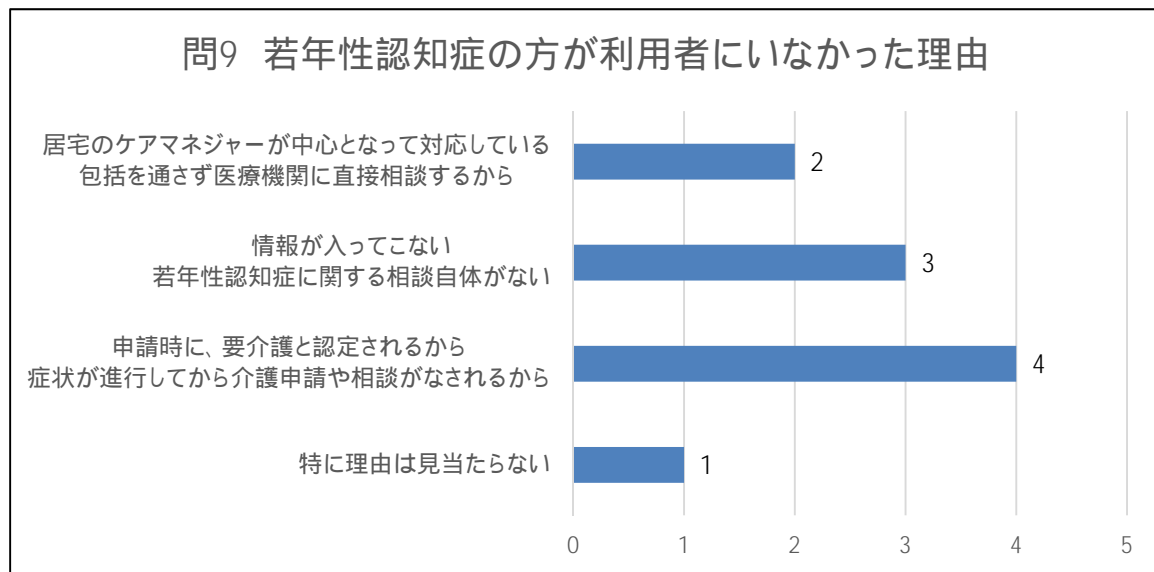
「情報が入ってこない・若年性認知症に関する相談自体がない」が 3 か所

「居宅のケアマネジャーが中心となって対応している・包括を通さず医療機関に直接相談するから」が 2 か所

他に、「特に理由は見当たらない」というセンターも 1 か所あった。

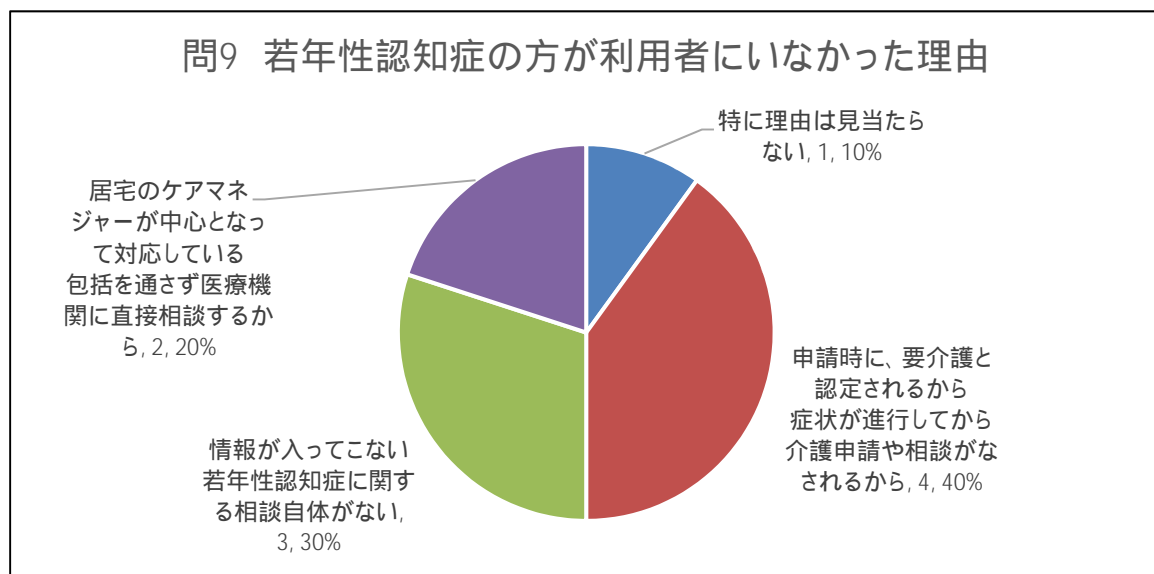
の「要介護と認定」や「進行してからの申請」は、の介護支援専門員に直接相談したり、医療機関に直接相談することにつながり、結果として、のように「早いうちに情報が地域包括支援センターには届かない」という状況になると考えられる。

(図 9-5)



N=10

(図 9-6)

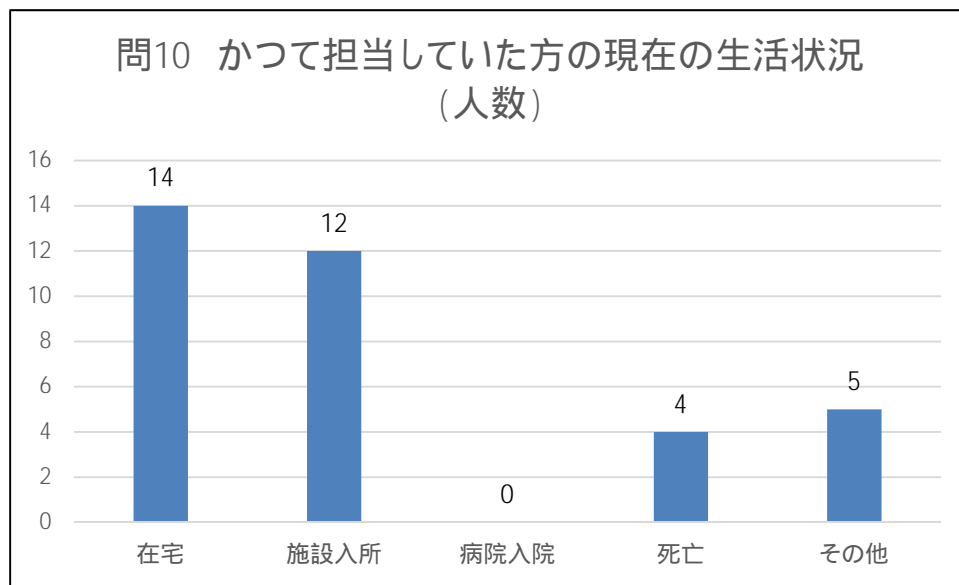


問10 「かつて担当していた方の現在の生活状況」 (図10-1~10-2)

「在宅」で生活されている方が14名、「施設入所」の方が12名、「亡くなられた方」が4名、その他5名であった。病院入院の方はいなかった。

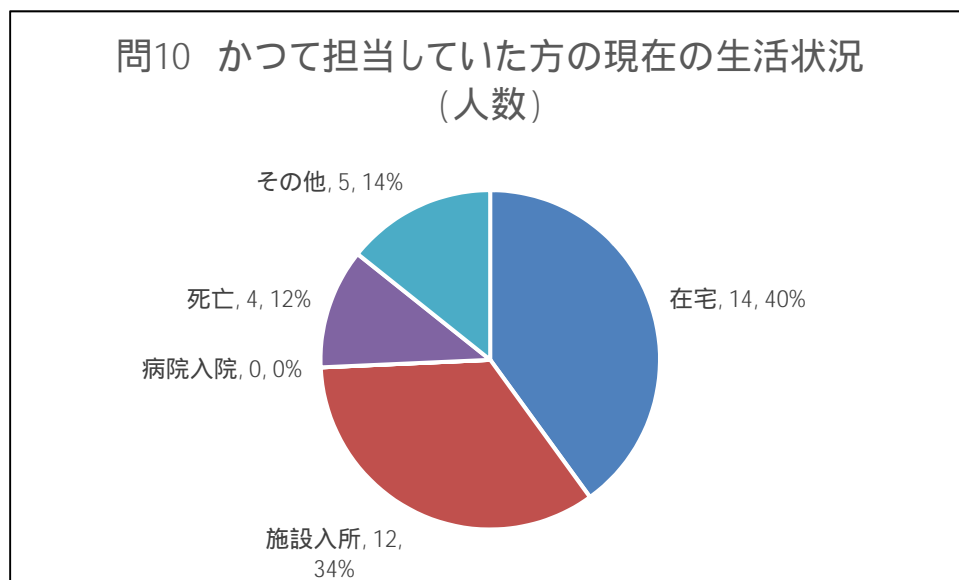
ここから、地域包括支援センターは、担当した若年性認知症者のその後をきちんと把握していることがわかる。

(図10-1)



N=35

(図10-2)



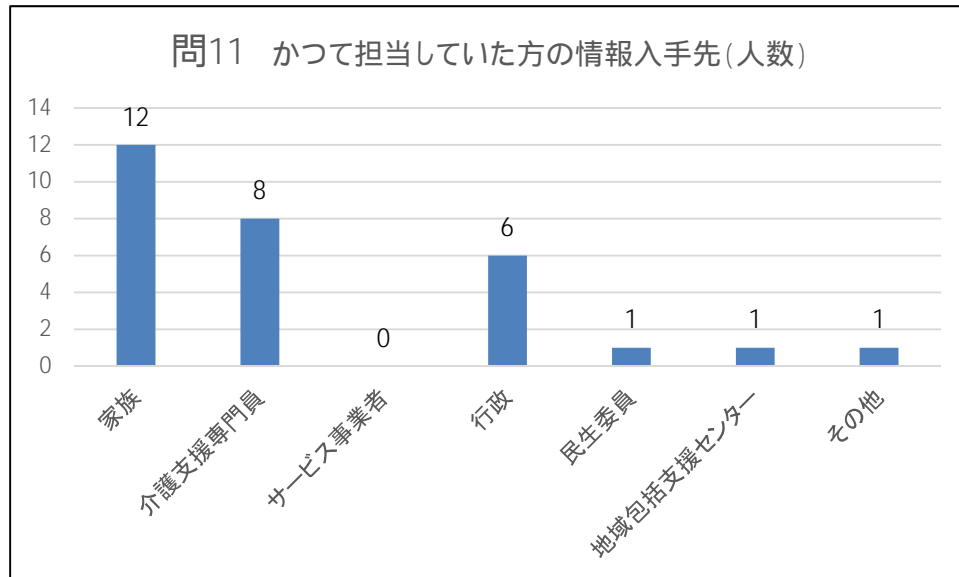
問11 「かつて担当していた方の情報入手先」 (図11-1~11-2)

「家族」からが12名、「介護支援専門員」からが8名、「行政」からが6名、「民生委員」と「地域包括支援センター」からが各々1名であった。

「その他」からが1名。「サービス提供者」からというケースはなかった。

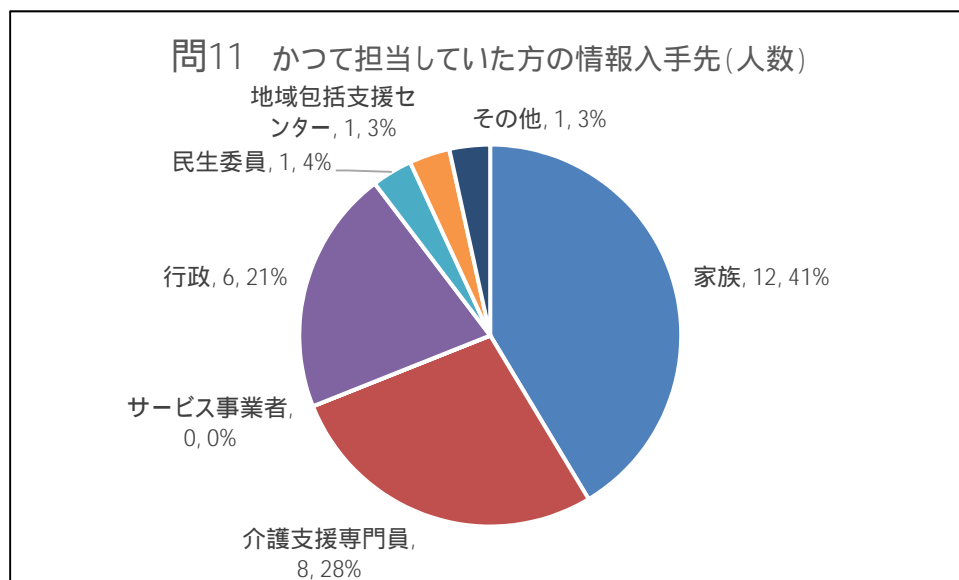
これは、地域包括支援センターが担当後も様々なネットワークを使い若年性認知症支援を継続できる環境にいることを示していると言える。

(図11-1)



N=29

(図11-2)



問12 「初回面談に至った経緯」(図12-1~12-2)

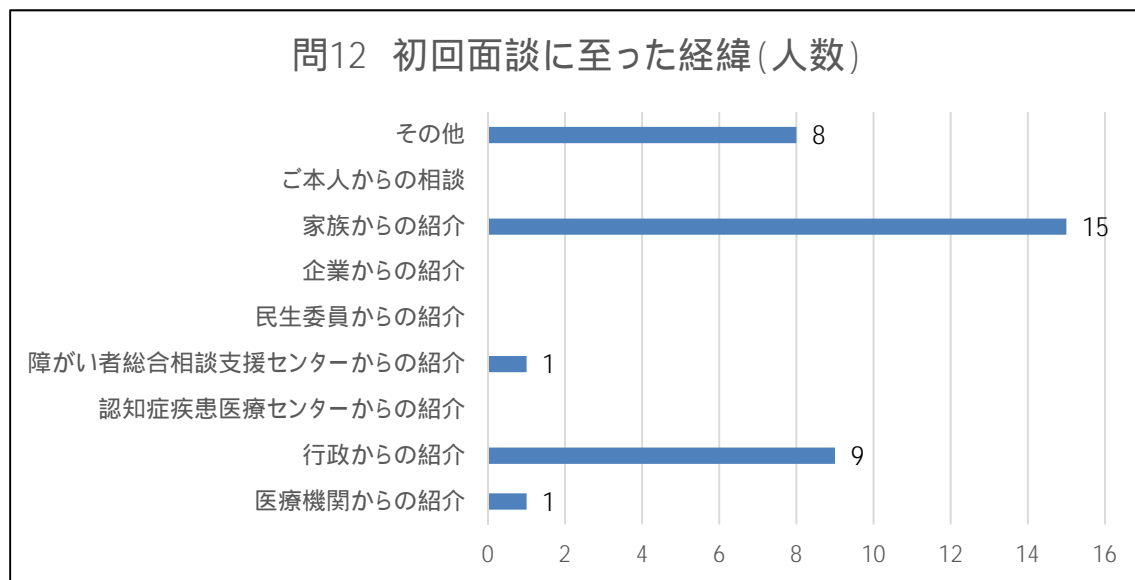
「家族からの紹介」が15名と最も多く、次いで「行政からの紹介」が9名、「医療機関からの紹介」と「障がい者総合相談支援センターからの紹介」が各々1名、「その他」が8名であった。「ご本人からの相談」「認知症疾患医療センターからの紹介」「民生委員からの紹介」「企業からの紹介」はなかった。

構成比率にすると、「家族からの紹介」が44%、「行政からの紹介」が26%、「医療機関からの紹介」と「障がい者総合相談支援センターからの紹介」が各々3%、「その他」は24%という状況であった。

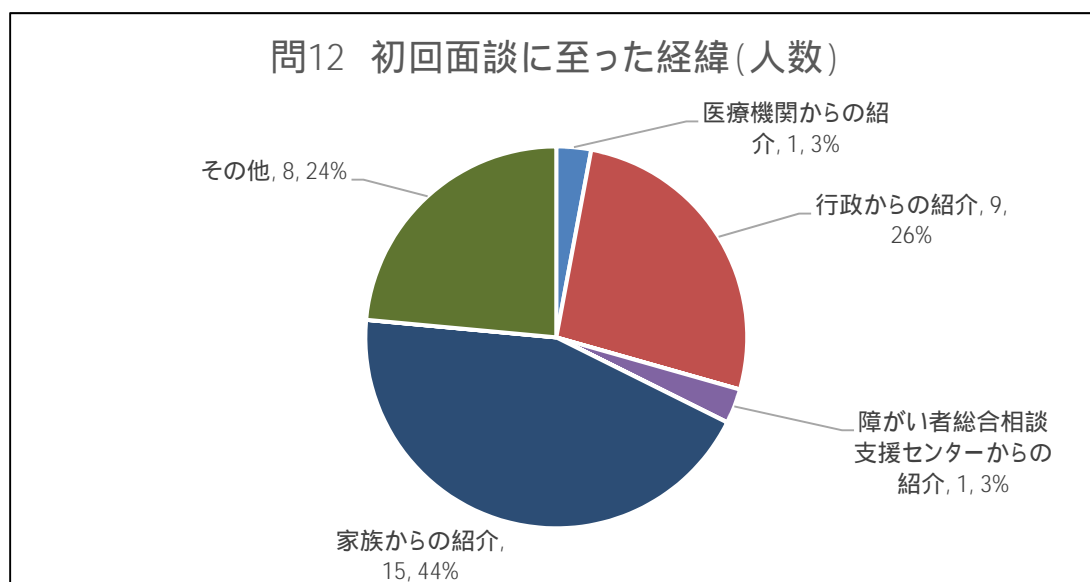
結果では、身近にいる家族が半数近くを占めている。次いで「行政からの紹介」を含めると70%となる。このことは、当事者家族や相談を受けた行政窓口が、地域包括支援センターへの相談をファーストチョイスと位置づけているのではないかと考えられる。一方、「ご本人から」の相談が無かったことに関しては、混乱の中にご本人が、自ら進んで、専門機関に相談に行くことに難しさがあることを示しているといえよう。また、「認知症疾患医療センター」「民生委員」「企業」といった、外部の方を通しての「面談」は無かった。当事者が「相談自体をためらう」ことがあったり、「気づかれぬようにする」ことで「気づき」に至らないためか、こうした所を通しての「初回面談」はなかった。これらの、特に「認知症疾患医療センター」「民生委員」といった、より身近な存在である機関との連携が希薄であることが浮き彫りになったことはこれからの課題であるといえる。

N=34

(図12-1)



(図 12-2)



問13 「初回面談に来られた方」の状況 (図 13-1~13-2)

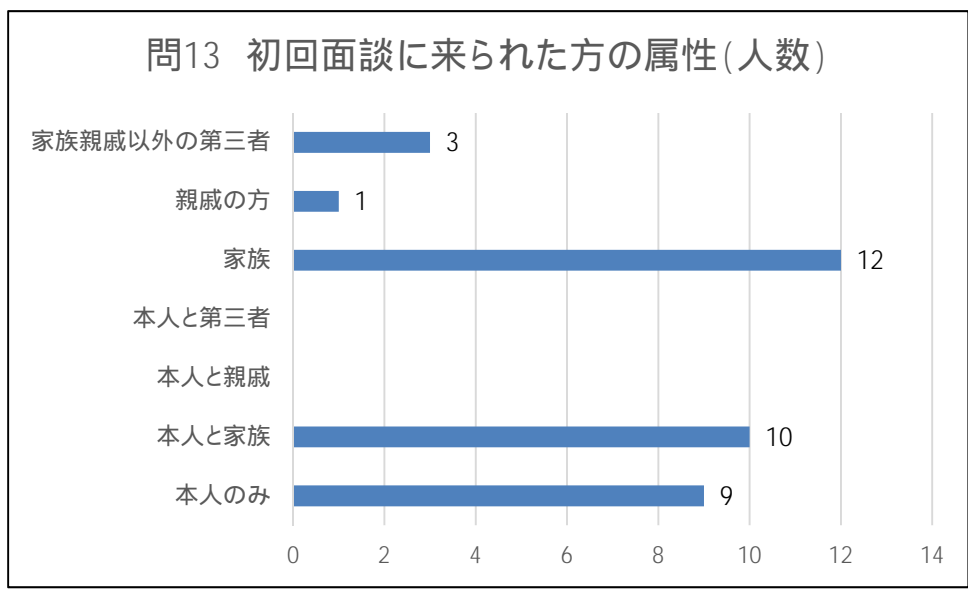
「家族」が最も多く12名、次いで「本人と家族」が10名、「本人のみ」が9名、「家族親戚以外の第三者」3名、「親戚の方」が1名、「本人と親戚」「本人と第三者」はいずれもなかった。構成比率としては、「家族」が34%、次いで「本人と家族」が29%、「本人のみ」が26%、「家族親戚以外の第三者」8%、「親戚の方」が3%である。

「問12」の「初回面談に至った経緯」では「家族からの紹介」が最も多かつたこともあり「初回面談」自体も「家族」が最も多く次いで「本人と家族」が多い状況である。

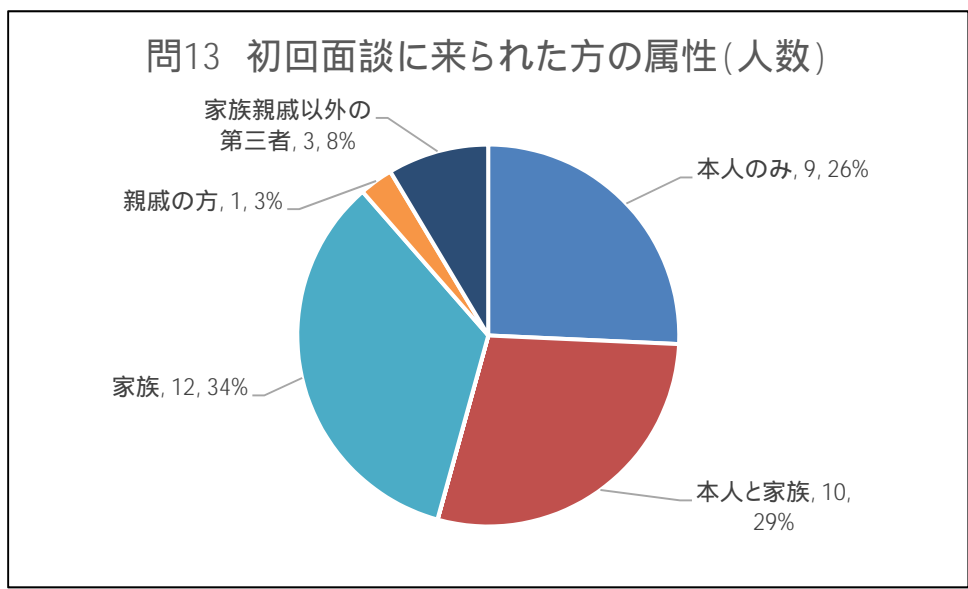
一方「ご本人からの相談」は「なし」であったが、「初回面談に来られた方」では「本人のみ」が1/4いた。本人のみで初回面談にこられた場合、「本人が『認知症』の可能性を覚悟して」ということも考えられはするが、むしろ「ご家族等」が本人に何らかの形で「窓口への相談の誘い」があり、それにより「ご本人」自身が相談窓口に向う、という形が考えられる。本人自身が行動を起こせる年代であり、家族の中でまだまだ大きな役割を背負っている現役世代が多い「若年性」という特徴と想定される。このことは、「早期発見」への手がかりになる可能性があると考えられる。

(図 13-1)

N=35



(図 13-2)



問14 「主たる介護者」の状況 (図 14-1~14-2)

「配偶者」が最も多く 22 名、他に家族が「主たる介護者」としては、「子」「母」が各々 2 名、「兄」「妹」が 1 名ずつであった。「父」「弟」「姉」はいなかった。

一方で「一人暮らしで介護者なし」という方も 2 名あった。

「友人」「近隣の方」はなかった。「その他」が 1 名、「不明」が 2 名であった。

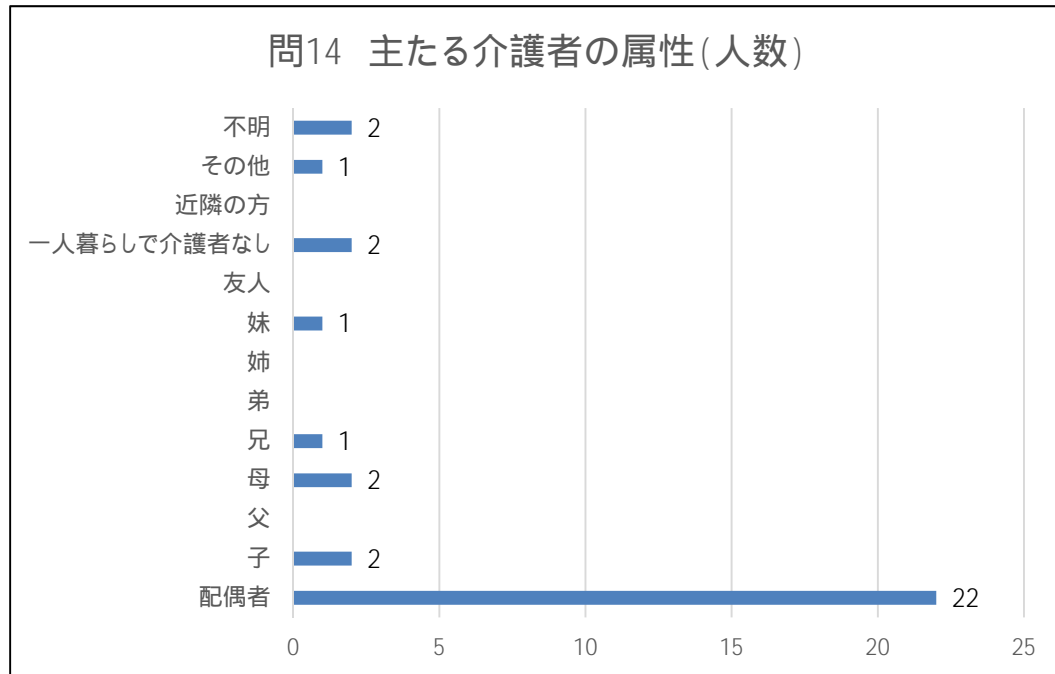
構成比としては「配偶者」が 67%、「子」「母」「一人暮らしで介護者なし」が各々 6%、「兄」「妹」が各々 3%であった。

「配偶者」が2 / 3を占めている結果となった。更に「母」「兄」「妹」を含めて考えると主介護者は「本人と同世代または上の世代」で8割程度、ということになる。

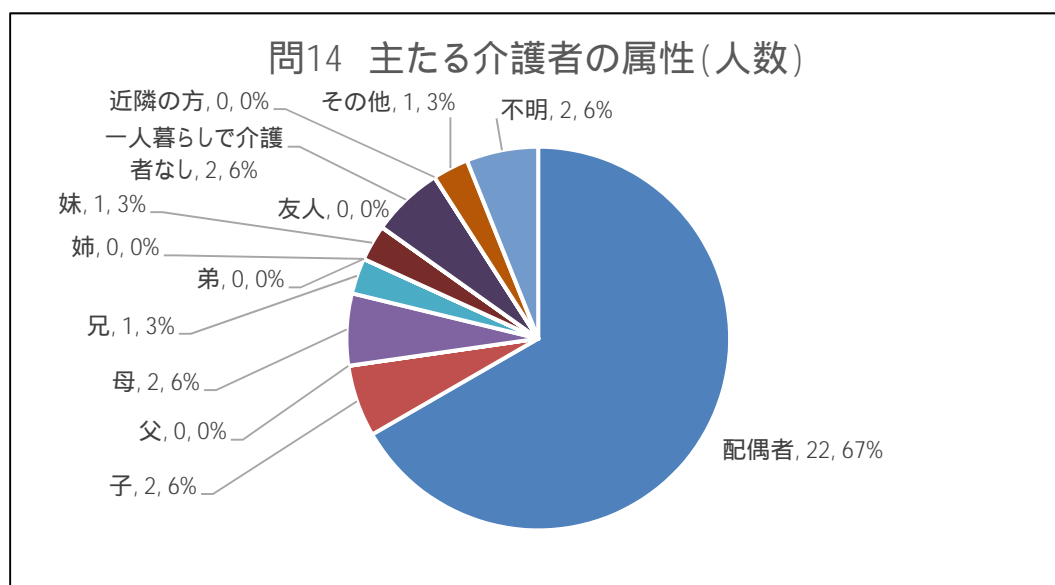
「子」による介護もあるが、「若年性」ということもあり、「現役世代」の方が多点から「本人と配偶者」「兄弟姉妹」が各々就労している可能性がある。このことは、「家族の負担」が直接的な「介助・介護」による心身負担のみならず、「経済的負担」が大きいのしかかってくる状況が想定され、多岐に渡る若年性認知症支援の必要性を示しているといえる。

(図 14-1)

N=33



(図 14-2)

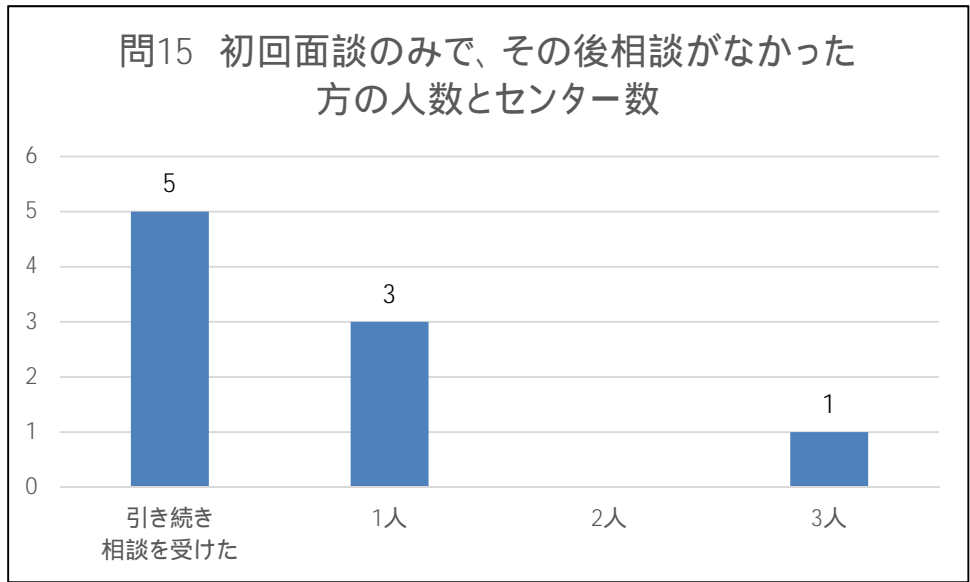


問15 「初回面談のみで、その後相談がなかった方の人数」の状況（図15-1~15-2）

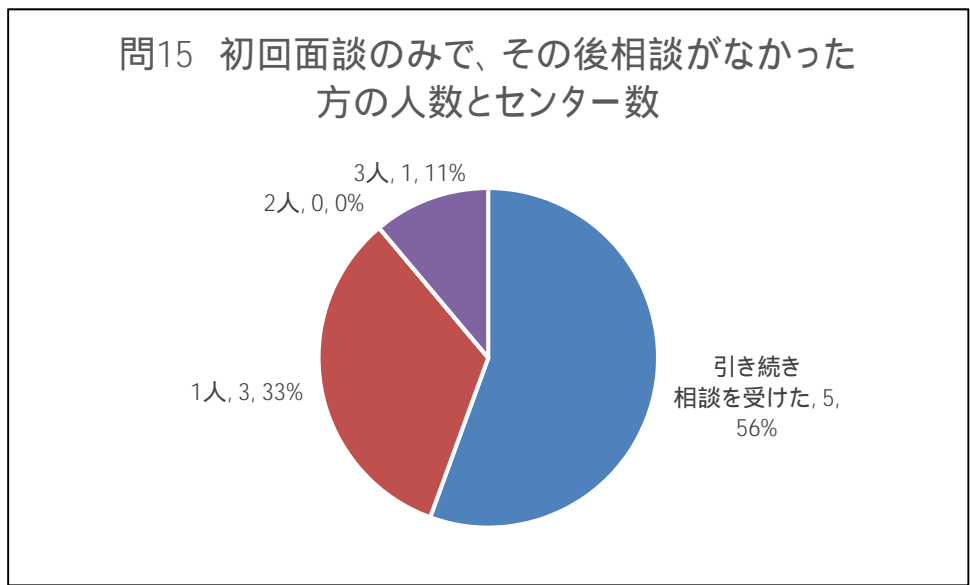
地域包括支援センターで「引き続き相談を受けた」センターが5か所です。「その後相談がなかったケースが1人」のセンターが3か所、「その後相談がなかったケースが3人」のセンターが1か所であった。「相談がなかったケースが2人」あるいは「4人以上」というセンターはなかった。引き続き相談を受けるケースが56%であり、半数は「初回にとどまらず相談する」状況と考えられるが、一方で「初回以降、相談に来ない」ケースも半数近くみられる、ということになる。

(図15-1)

N=9



(図15-2)



問16 「初回面談後相談がなかった方の、その後の状況」 (図 16-1~16-2)

地域包括支援センターで初回面談した後、「相談がなかった」とはいえ、その方が「その後どうされたか」ということであるが、「介護支援専門員が担当した」という方が最も多く10名、「入院した」と「他の支援機関を利用した」方が各々1名であった。「障害者支援を受けている」方はいなかった。そのほかに「初回後は不明」という方も4名あった。

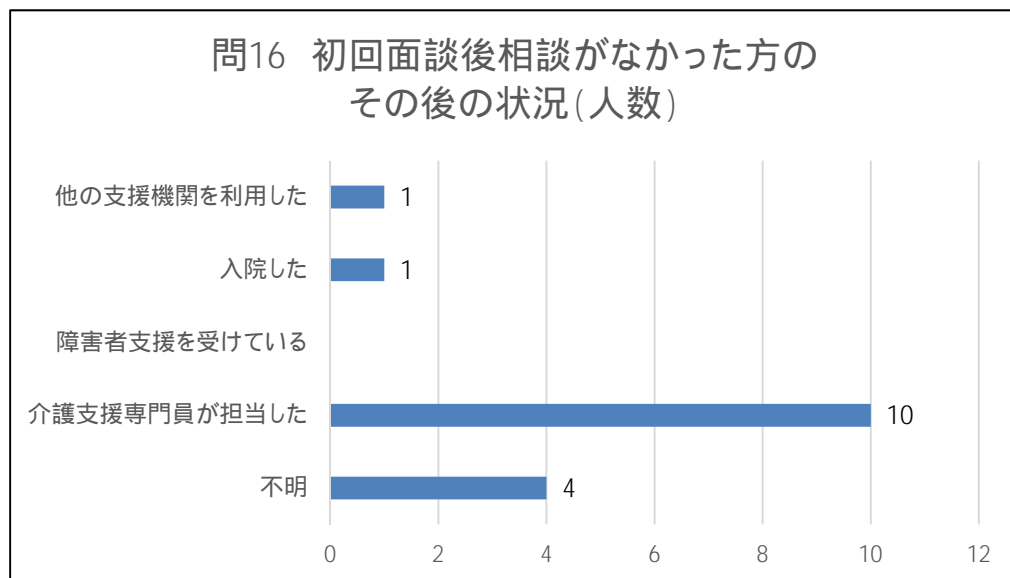
「介護支援専門員が担当した」方が63%、「不明」を除けば8割、更に「入院」「他機関を利用」を含めると「殆ど」、ということであり、「介護保険サービスや医療等のサービスを受給する」方向で、直接サービス利用に向けた手続申請へとつながる、という結果が出た。

このことは「在宅生活に家族では補いきれない支障が出て重度化し始めた時点・または重度化し家族が疲弊してしまった時点」で地域包括支援センターに初回相談に訪れている、という状況が推測され、そのため、「早いうちに情報が地域包括支援センターには届かない」という状況になることが推定された。

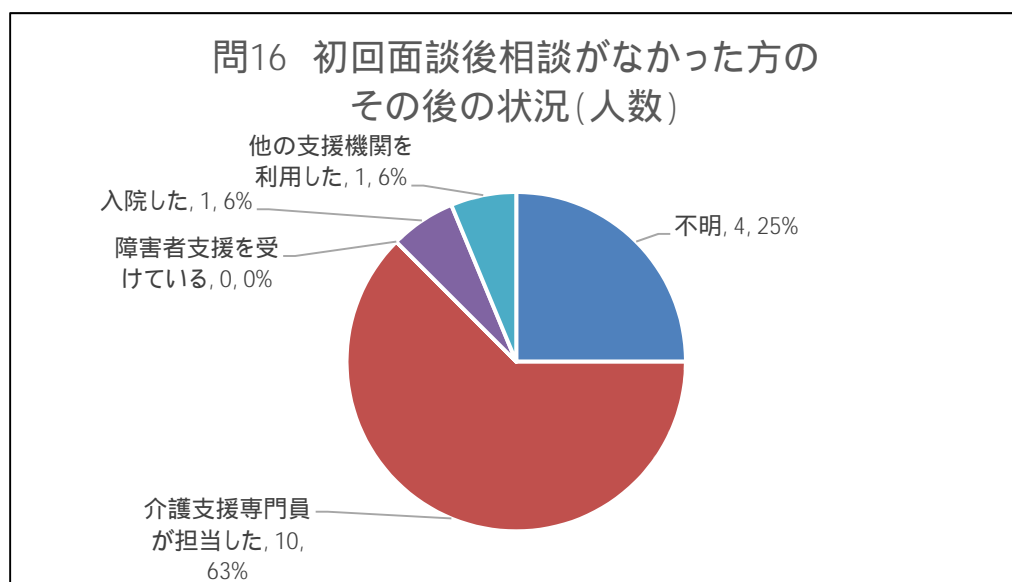
この結果をみると「問9」の「若年性認知症の方が利用者になかった理由」の状況とも関連していることがわかった。また、問12の「初回面談に至った経緯」からは、地域包括支援センターへの相談経緯は定着しつつはあるものの、早いうちの情報を持っている「認知症疾患医療センター」「民生委員」の連携の希薄さ、別な見方をすれば、「重度化・深刻化」する前に「相談できる」可能性（早期発見、早期対応できる可能性）があったことにつながり、これからの地域包括支援センターの相談窓口の課題といえよう。

(図 16-1~16-2)

N=16



(図 16-1~16-2)



問17 「初回面談時の主たる介護者の年齢」の状況 (図 17-1~17-6)

利用者全体(男女合計)でみると、「50代」が最も多く12名、「60代」9名、「40代」が3名、「70代」が2名、「30代」が1名、という状況であった。

また「20歳未満」や「20代」、あるいは「80代」や「90歳以上」という方はいなかった。

構成比率としては「50代」が44%、「60代」33%、「40代」が11%、「70代」が7%、「30代」が4%、という状況であった。従って「若年性」ということを考えると、「50代」「40代」「30代」という本人と「同世代または子の世代」であって、かつ現役世代の中心的世代で約6割を占めていることになる。(「60代」も「現役世代」と考えると、9割ということになる。)

一方「60代」「70代」という「高齢間近い本人と同世代または高齢の親世代」で4割を占めている。「若年性」ということで本人自身の年齢を含め、やはり初回面接時点で主介護者は現役世代が主体の様であるが、一方で「高齢者世代」も一部いる、という二極化した状況が対応をより深刻にしていると考えられる。

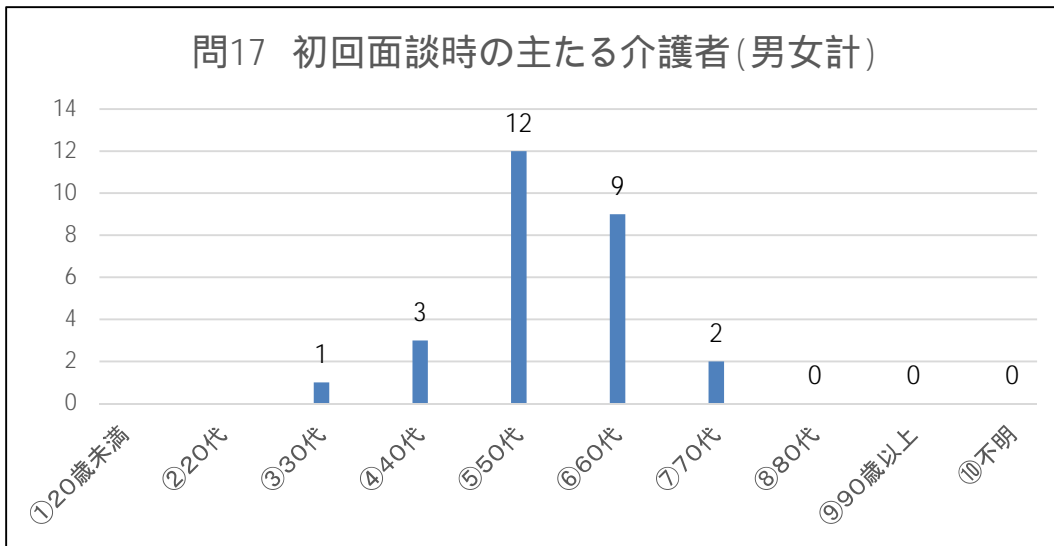
「問16」から「初回面談以降、相談に来ない」ことの原因として「重度化・深刻化しつつある」ことが想定されたが、この「問17」より、主介護者の状況として「家族全体」として「介助・介護・医療」という部分での生活課題だけではなく「経済的」負担も含めて「重度化・深刻化しつつある」状況で相談に来ている、ものと推測される。

利用者本人が男性の場合、「初回面談時の主たる介護者の年齢」は「50代」が5名、「60代」が4名、「70代」が1名であった。

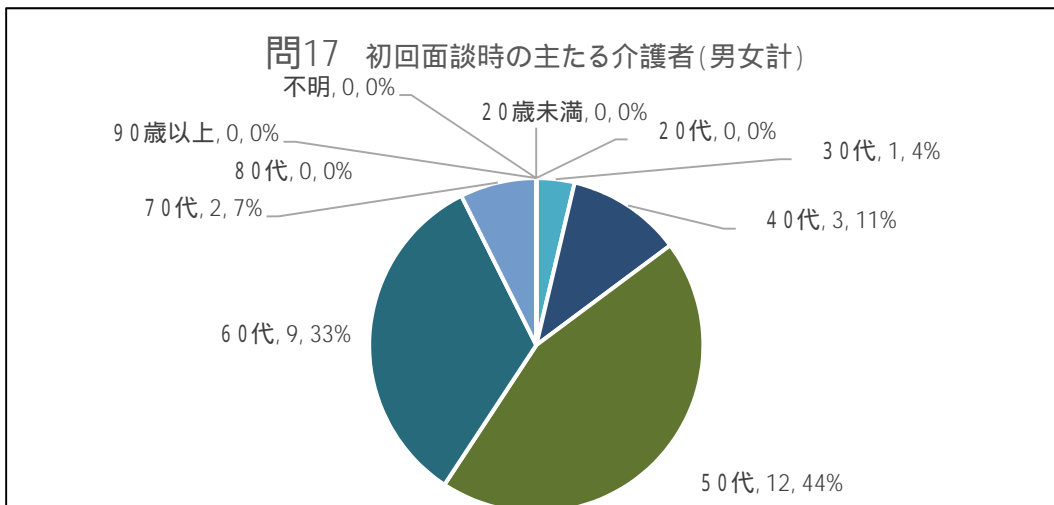
利用者本人が女性の場合はやはり「50代」が一番多く7名、次いで「60代」が5名で、「40代」も3名いる。更に「30代」と「70代」が1名ずつであった。

(図 17-1)

N=27

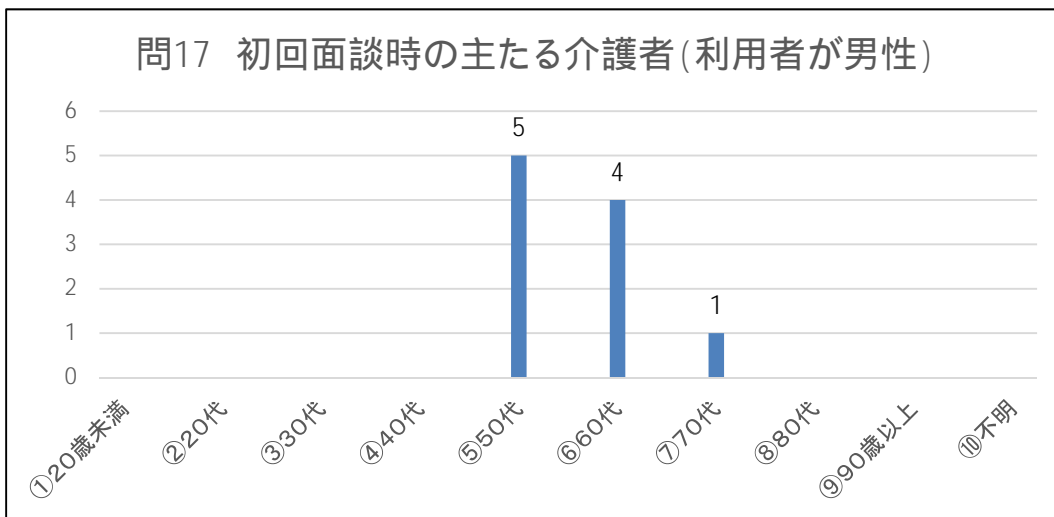


(図 17-2)

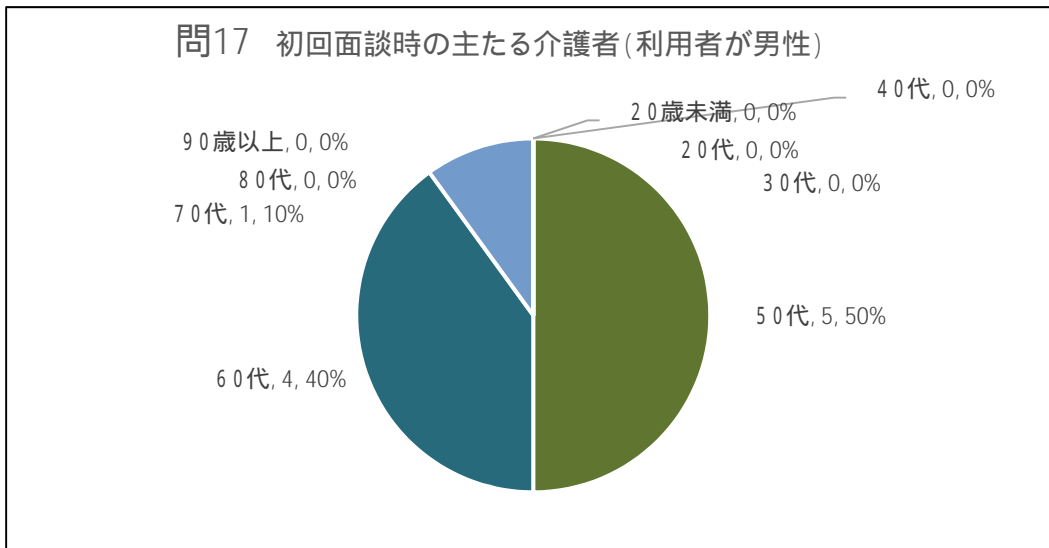


(図 17-3)

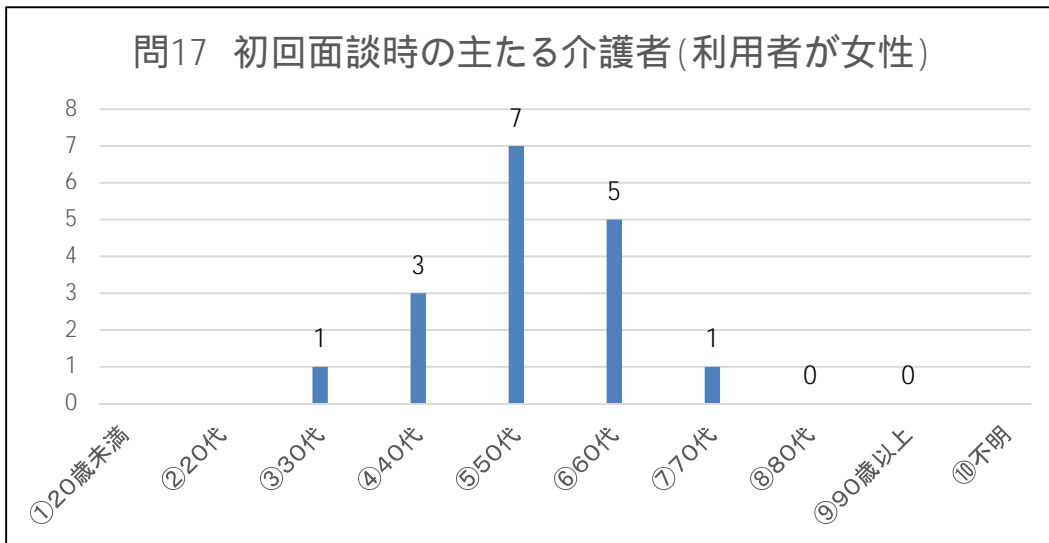
N=10



(図 17-4)

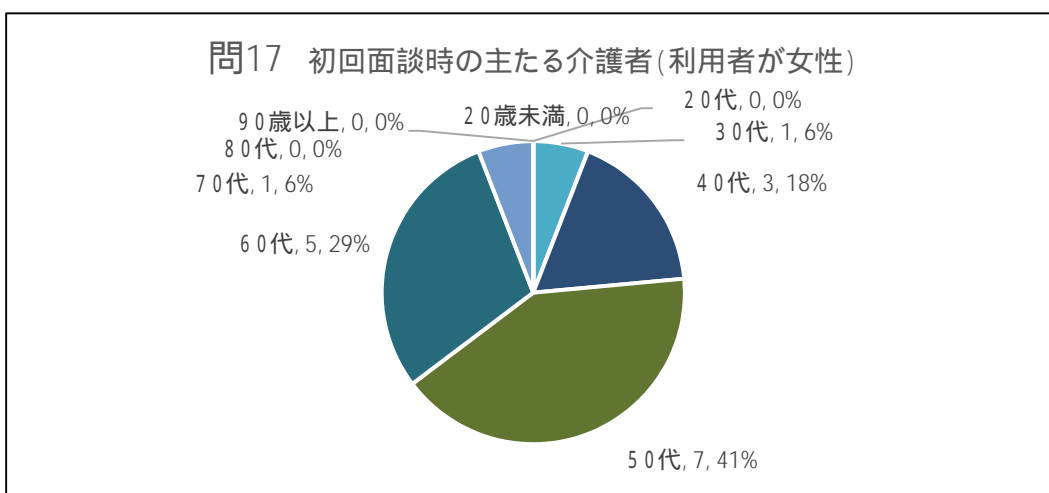


(図 17-5)



N=17

(図 17-6)



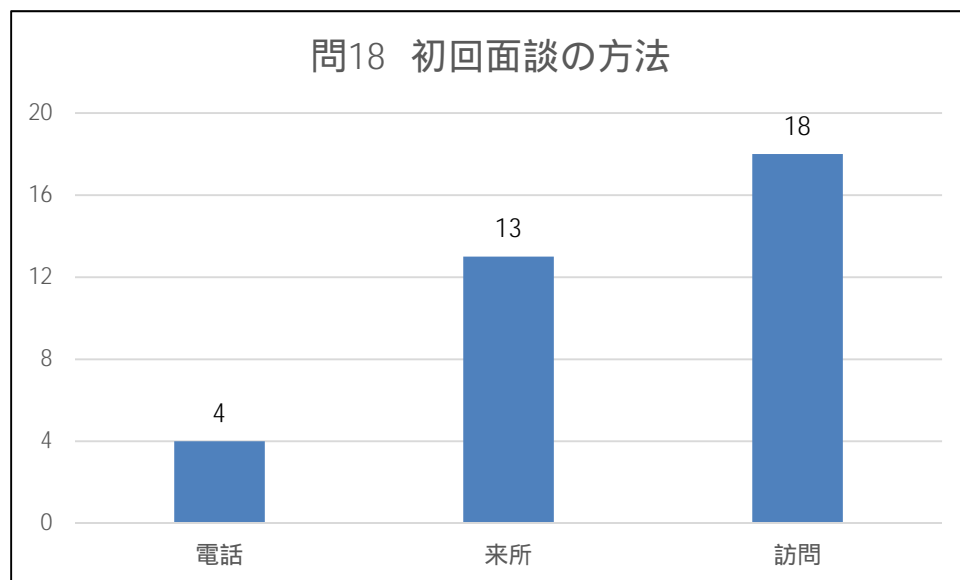
問18 「初回面談の方法」の状況 (図18-1~18-2)

利用者宅等への「訪問」が最も多く18名あり、次いで地域包括支援センターへの「来所」が13名、「電話」による相談が4名であった。

構成比率としては「訪問」が52%、「来所」が37%、「電話」が11%です。

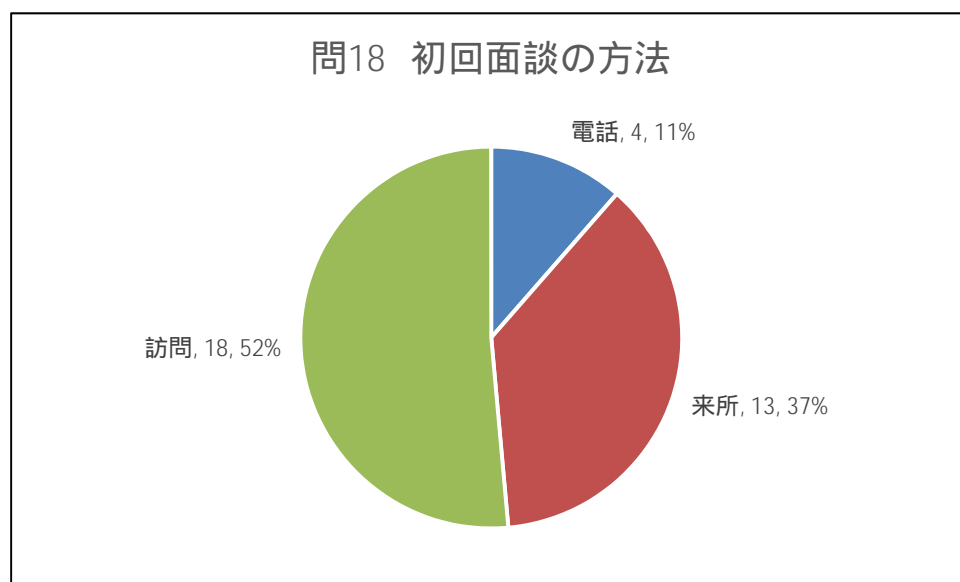
利用者宅等へ直接「訪問」できる機会や信頼関係の構築、あるいは気軽に「来所」できる環境を整備することが大切と考えられる。

(図18-1)



N=35

(図18-2)

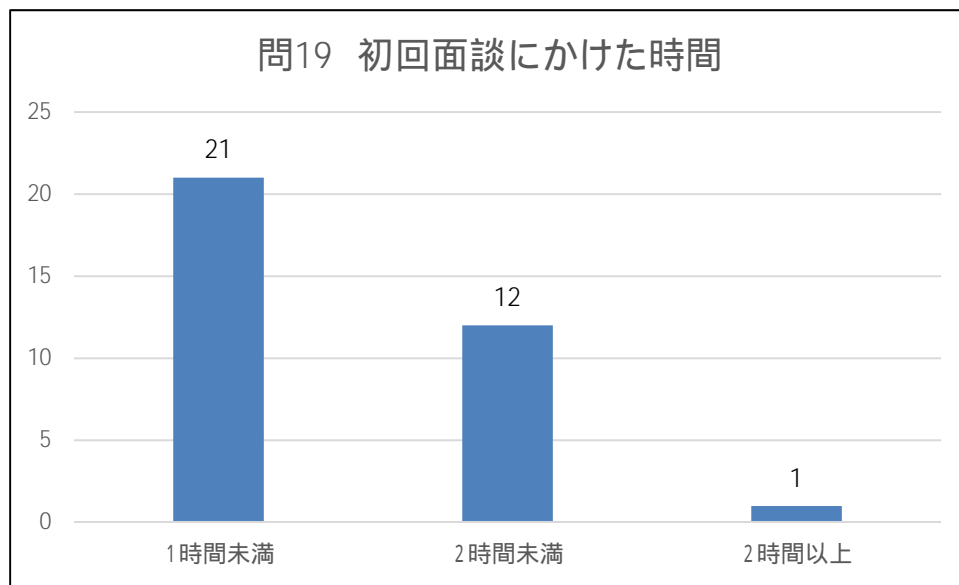


問19 「初回面談にかけた時間」の状況（図19-1~19-2）

「1時間未満」が最も多く21名、次いで「1時間以上2時間未満」が12名、「2時間以上」は1名であった。

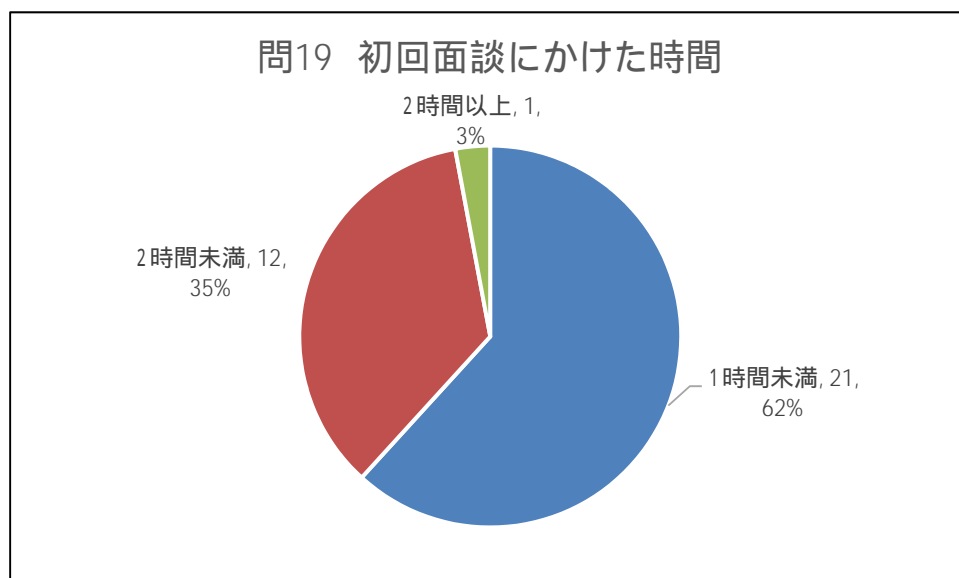
構成比率としては「1時間未満」が62%、「1時間以上2時間未満」が35%、「2時間以上」は3%であった。

（図19-1）



N=34

（図19-2）



問20 「初回面談時の相談内容（複数選択可）」の件数状況（図20-1~20-2）

「介護保険について」が最も多く24件、次いで「医療機関について」が15件、「支援手続き等」が14件、「本人に対する対応に関して」が12件、「居場所確保について」が9件、「介護者本人について」が8件、「金銭的なこと」と「徘徊に関して」が各々6件、「仕事のこと」が5件、「家族について」が4件、「子どものことについて」「虐待のこと」が各々2件、「運転に関して」「ボランティア利用について」「施設入所のこと」がそれぞれ1件、であった。

また、「本人自覚なく困ってない」という方も1件あった。

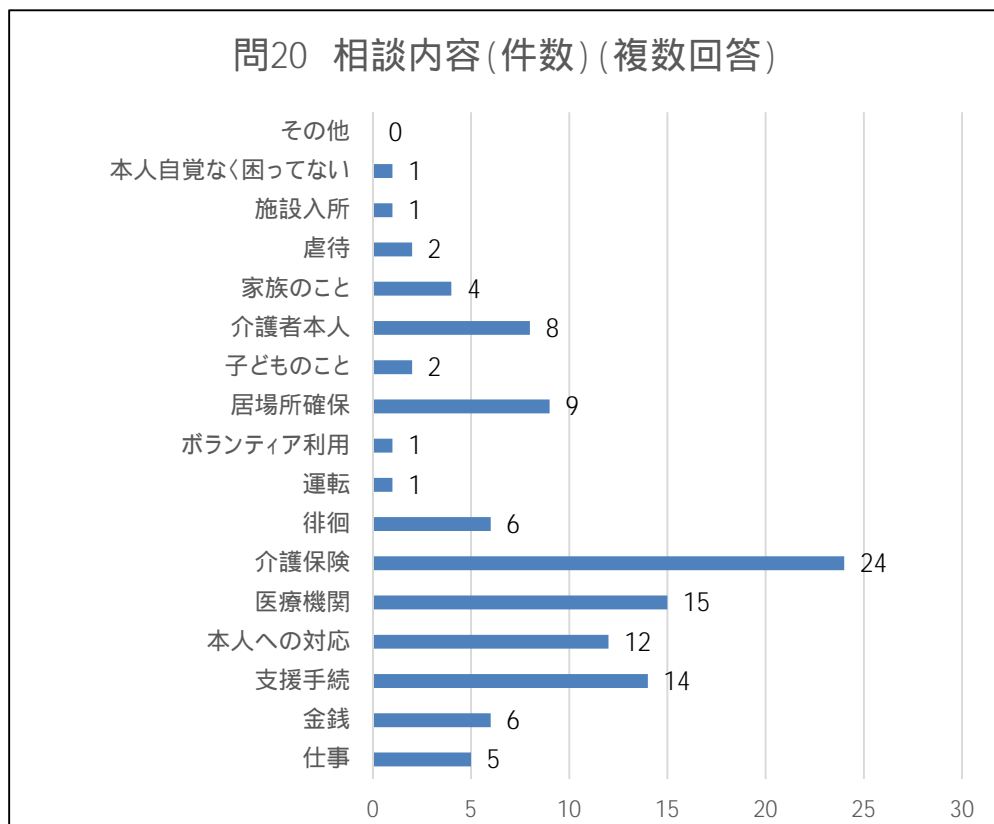
構成比率としては、「介護保険について」が22%、次いで「医療機関について」が14%、「支援手続き等」が13%、「本人に対する対応に関して」が11%、「居場所確保について」が8%、「介護者本人について」が7%、「金銭的なこと」と「徘徊に関して」が各々5%、「仕事のこと」が5%、「家族について」が4%、「子どものことについて」「虐待のこと」が各々2%、「運転に関して」「ボランティア利用について」「施設入所のこと」がそれぞれ1%、という状況であった。

「介護保険について」が22%、「医療機関について」が14%、「支援手続き等」が13%、

「ボランティア利用について」1%、「施設入所のこと」1%、ということで、何らかの形で「支援」や「サービス利用」に関わる件が、「約半分」を占め、次いで、「本人に対する対応に関して」が11%、「仕事のこと」が5%、「居場所確保について」が8%、「徘徊に関して」が5%、「虐待のこと」が2%、「運転に関して」が1%なので、本人または本人への対応のことが「3割程度」、

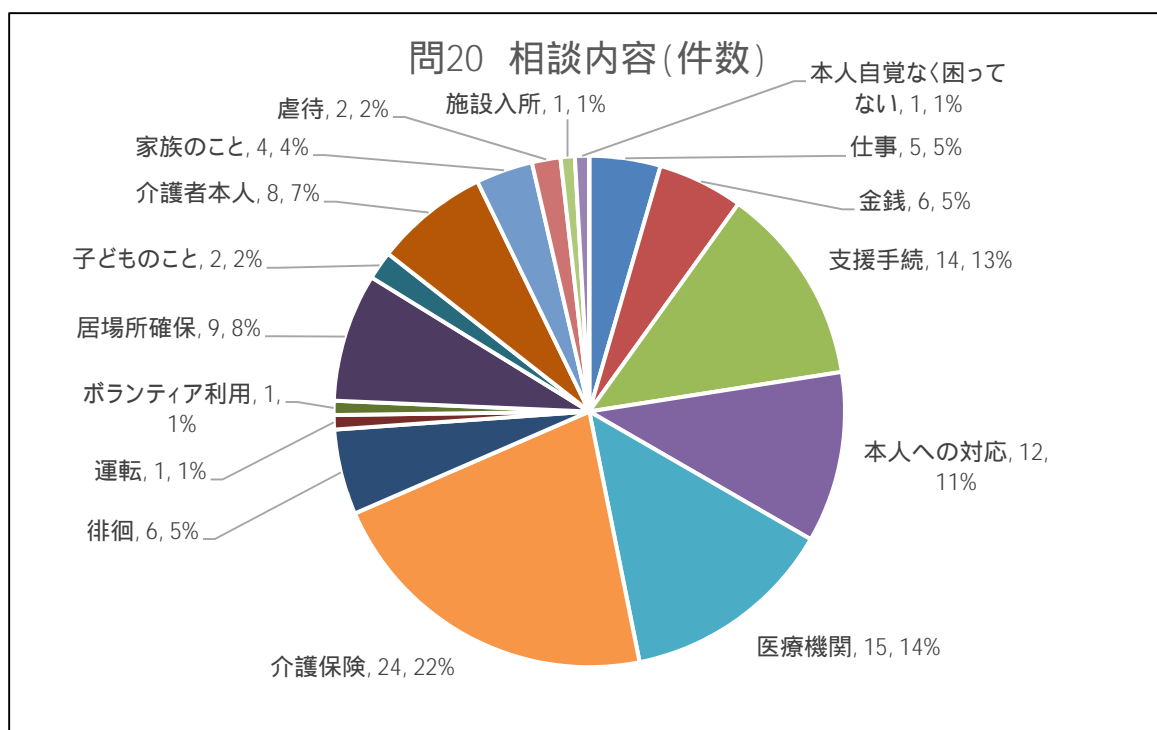
また「介護者本人について」が7%、「金銭的なこと」5%、「家族について」4%、「子どものことについて」2%、と家族についてが「2割程度」という相談内容状況であった。

（図20-1）



N=111

(図 20-2)



問 2 1 「利用していたサービスの種類（介護保険以外のサービス含む）」と「利用目的」に関する状況

「利用していたサービスの種類（介護保険以外のサービス含む）」の状況（図 21-1~21-2）「通所介護」が最も多く 5 件、次いで「短期入所」と「訪問介護」が各々 3 件、「通所リハ・デイケア」が 2 件であった。

さらに、「サービス付高齢者住宅」「住宅改修」「福祉用具貸与」「家族による支援のみ」「民生委員による見守り」「ボランティアの活用（外出支援等）」「友人による支援」「本人・家族のサロン」が各 1 件ずつあった。

そのほか「特に利用なし」が 1 件、「初回相談から居宅介護支援事業所へ担当をお願いしたため利用していたサービスはない」というものが 1 件あった。

「利用していたサービスの種類（の件数）」なので、「件数」と「利用人数」は必ずしも一致している訳ではなく、あくまで「件数としての構成比率」になるが、「通所介護」が 25%、次いで「短期入所」と「訪問介護」が各々 13%、「通所リハ・デイケア」が 9%となった。さらに、「サービス付高齢者住宅」「住宅改修」「福祉用具貸与」「家族による支援のみ」「民生委員による見守り」「ボランティアの活用（外出支援等）」「友人による支援」「本人・家族のサロン」が各 4%ずつ、となった。

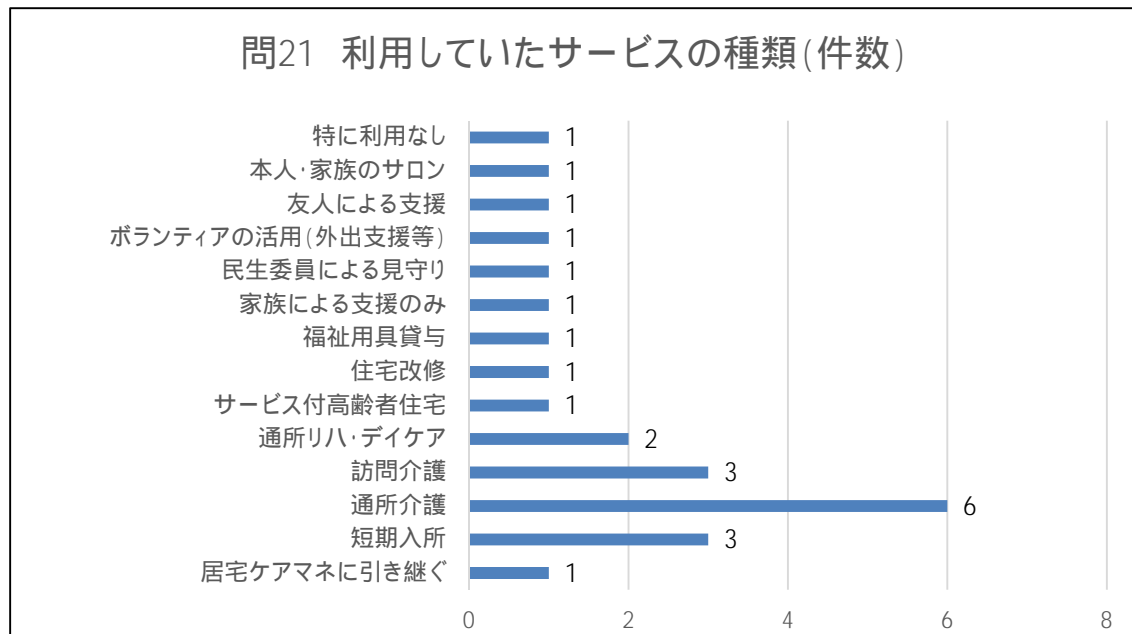
したがって、「通所介護」「短期入所」「訪問介護」「通所リハ・デイケア」「サービス付高齢者住宅」「住宅改修」「福祉用具貸与」といった公的制度・インフォーマルなサービスを挙げたものが約 7 割で、一方「家族による支援のみ」「民生委員による見守り」「ボランティア・友人」といったインフォーマルまたはそれに近いものが 2 割であった。また、「居宅介護支援事業所へ担当を引

き継いだ」ことを「公的・フォーマル」に、「サービス利用なし」を「インフォーマル」に含めると、「公的・フォーマル」が3 / 4、「インフォーマル」が1 / 4ということになる。

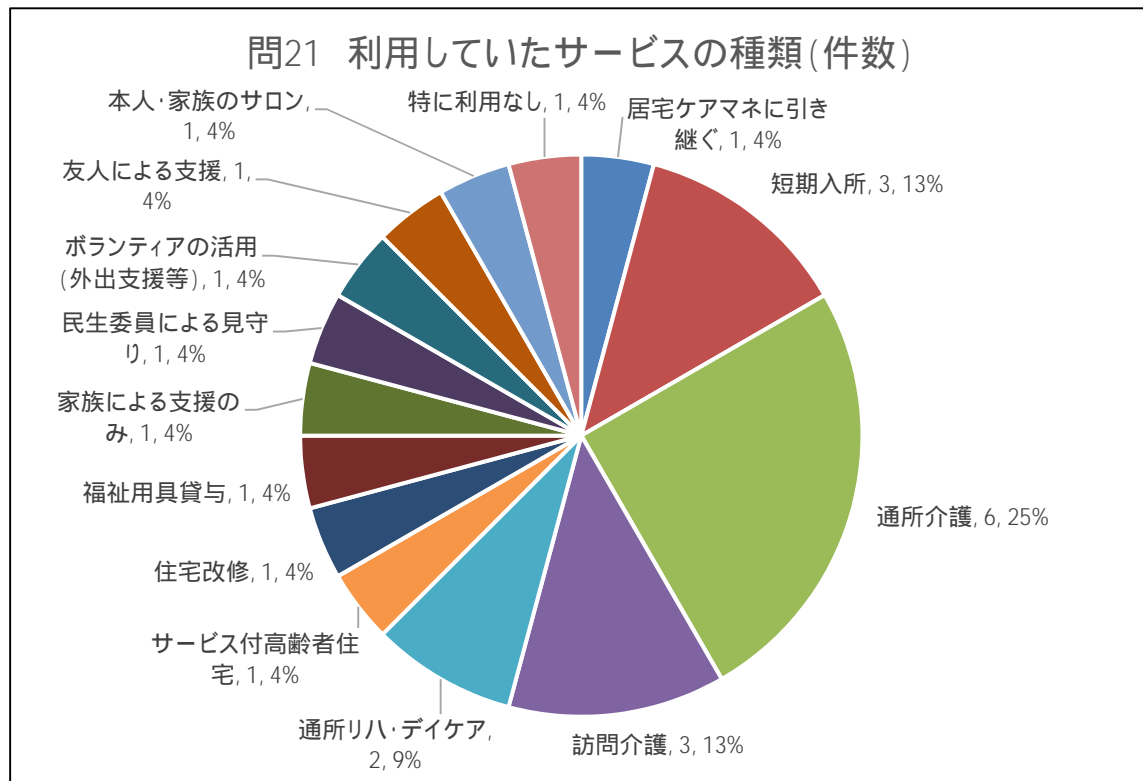
「利用人数」ではないので、必ずしも「利用度合い」「利用ボリューム」を示している、とはいきれないが、それでも「サービス内容」として挙げられた比率からすれば、「若年性認知症」の方を支援する上で、「フォーマル」なサービスが如何に求められているか、ということを示していると考えられる。

(図 21-1)

N=24



(図 21-2)



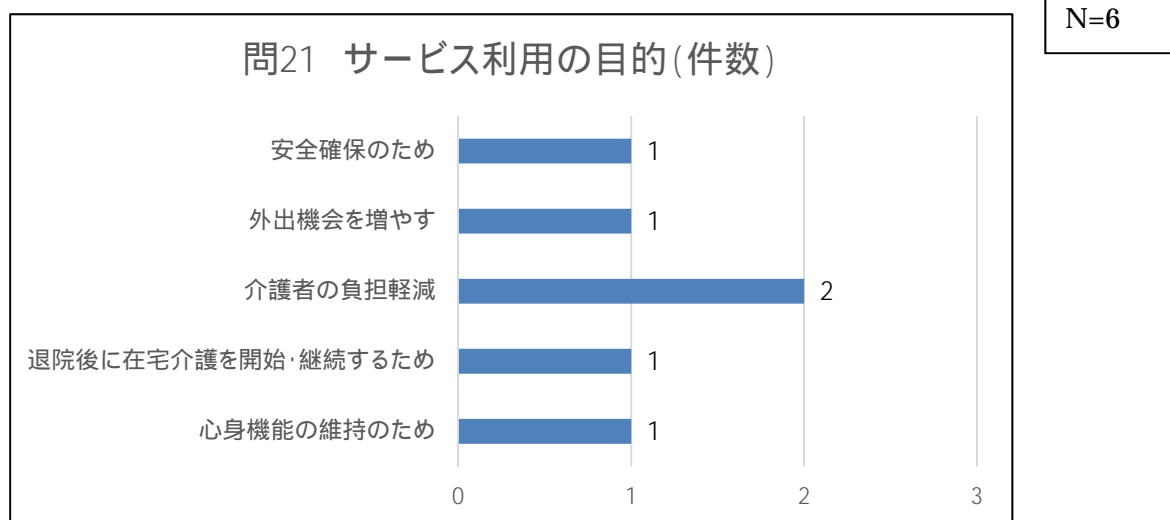
「利用目的」の状況（件数）（図 21-3~20-4）

「介護者の負担軽減」が 2 件、「本人の心身機能の維持のため」「退院後に在宅介護を開始・継続するため」「本人の外出機会を増やすため」「本人の安全確保のため」が各 1 件ずつであった。また、「本人への支援」を理由とするものが 4 件、「介護者への支援」を理由とするものが 2 件であった。この点では、本人への支援が目的で、次いで家族への支援ということであった。

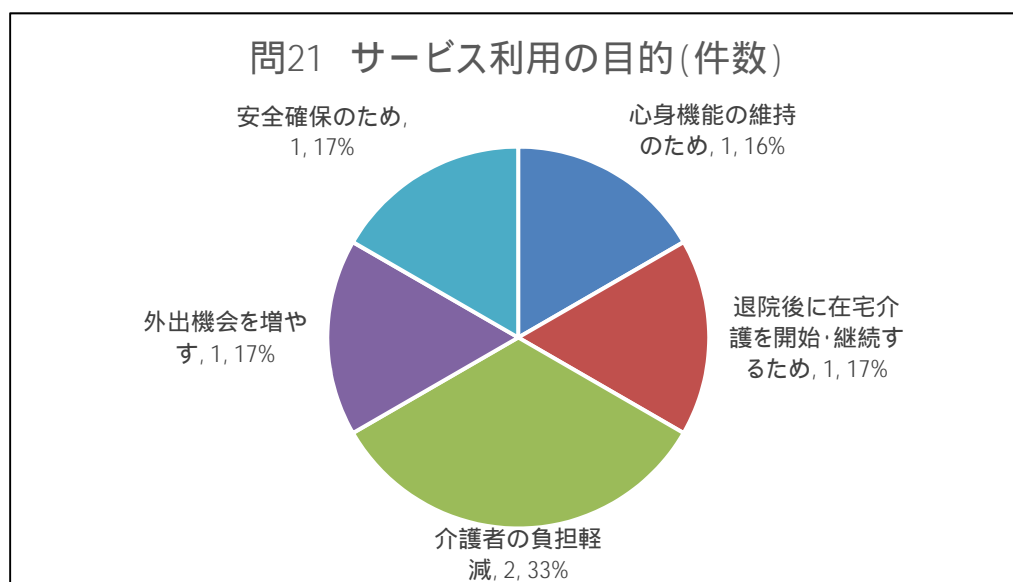
ただし、「理由」として挙げられていなくても、必然的に「本人」あるいは「家族」への支援が目的・理由となっていると考えられる。従って、「挙げられた件数」の差に大きな意味合いを見い出せるとは言い難く、留意が必要と考える。

また、公的サービスに限らず、インフォーマルな支援(例えばボランティアによる「外出支援」)を受けて「外出する」のは「本人のため」である一方、「家族では手が回らない・手が足りないことへの支援」と考えれば、「家族への支援でもある」とも考えられる。

(図 21-3)



(図 21-4)



問22 「若年性認知症者支援と、高齢認知症者支援との違い」 (図 22-1 ~ 22-2)

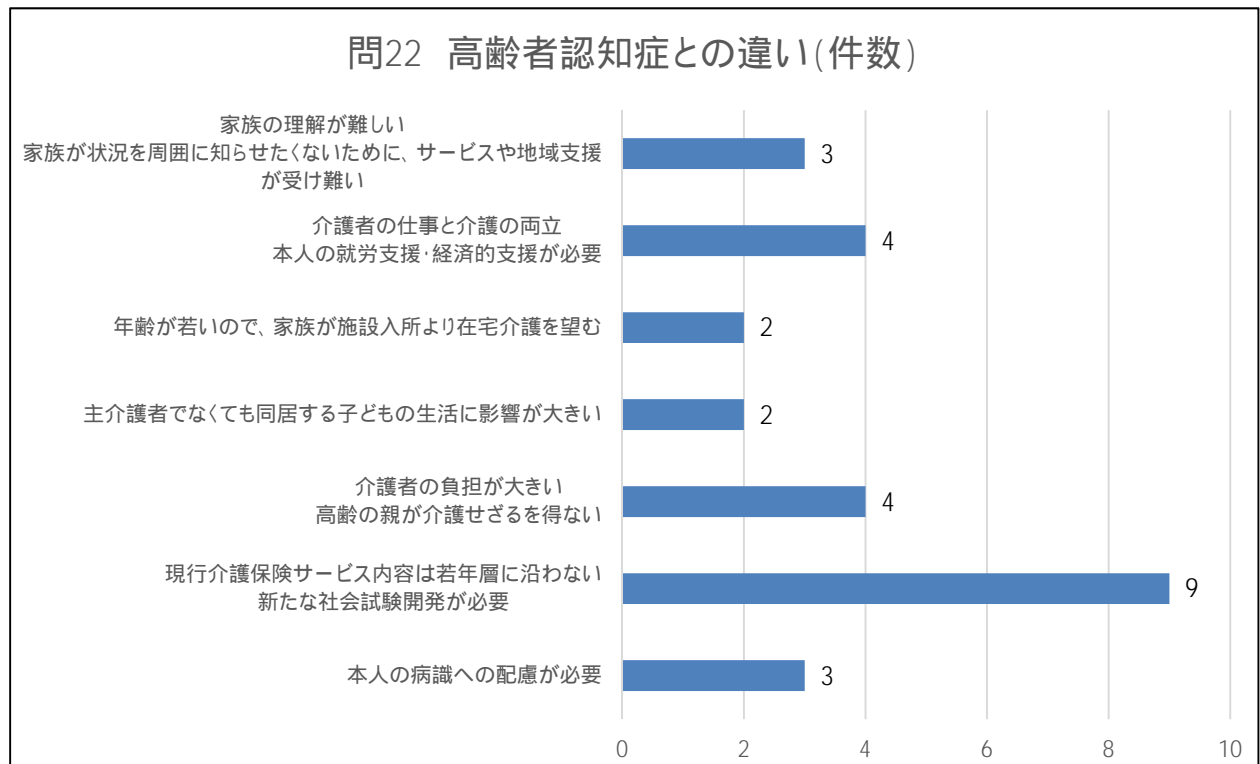
「現行の介護保険サービス内容は若年層に沿わない・新たな社会試験開発が必要」が最も多く9件、次いで「介護者の負担が大きい・高齢の親が介護せざるを得ない」と「介護者の仕事と介護の両立が課題・本人の就労支援・経済的支援が必要」が各々4件、「本人の病識への配慮が必要である」と「家族の理解が難しい・家族が状況を周囲に知らせたくないために、サービスや地域支援が受け難い」が各々3件、「主介護者でなくても同居する子どもの生活に影響が大きい」と「年齢が若いので、家族が施設入所より在宅介護を望む」が各々2件であった。

比率では「現行の介護保険サービス内容は若年層に沿わない・新たな社会試験開発が必要」が33%、「介護者の負担が大きい・高齢の親が介護せざるを得ない」と「介護者の仕事と介護の両立が課題・本人の就労支援・経済的支援が必要」が各々15%、「本人の病識への配慮が必要である」と「家族の理解が難しい・家族が状況を周囲に知らせたくないために、サービスや地域支援が受け難い」が各々11%、「主介護者でなくても同居する子どもの生活に影響が大きい」と「年齢が若いので、家族が施設入所より在宅介護を望む」が各々8%であった。

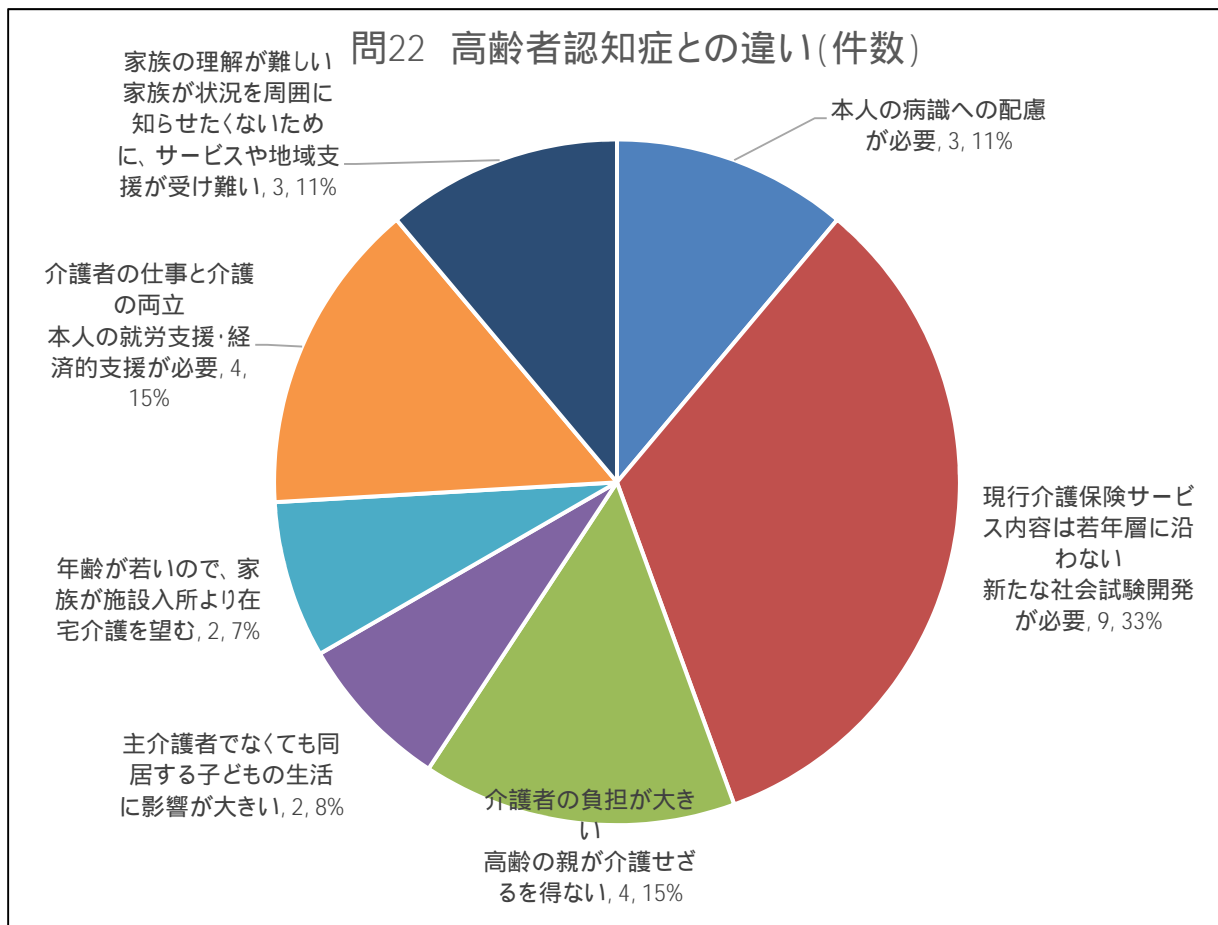
「現行の介護保険サービス内容」の問題が3割挙げられているが、「介護者の負担が大きい・高齢の親が介護せざるを得ない」と「介護者の仕事と介護の両立が課題・本人の就労支援・経済的支援が必要」と「主介護者でなくても同居する子どもの生活に影響が大きい」といった「家族に対する支援が必要」とするものが約4割と最も多く、また「本人の病識への配慮が必要である」と「家族の理解が難しい・家族が状況を周囲に知らせたくないために、サービスや地域支援が受け難い」という若年性ならではの「本人・家族への心理的配慮」が2割ということになった。

N=27

(図 22-1)



(図 22-2)



問 2 3 「若年性認知症者支援の中で不足していると思われる支援・サービス」(図 23-1 ~ 23-2)

「居場所の確保」が最も多く 11 件、次いで「家族支援」が 10 件、「利用可能な介護施設」が 9 件、「ご本人の見守り支援」と「経済支援」が各々 7 件、「企業や市民の正しい理解と啓蒙」と「本人への対応方法に関する支援」が各々 5 件、「診断後の相談体制」「相談窓口の情報」「レスパイト支援」「トラブルに対する支援」が各々 4 件、「就労支援」「利用可能な障がい者施策」「外出支援」が各々 3 件という状況であった。

「居場所の確保」が 14%、次いで「家族支援」が 13%、「利用可能な介護施設」が 11%、「ご本人の見守り支援」と「経済支援」が各々 9%、「企業や市民の正しい理解と啓蒙」と「本人への対応方法に関する支援」が各々 6%、「診断後の相談体制」「相談窓口の情報」「レスパイト支援」「トラブルに対する支援」が各々 5%、「就労支援」「利用可能な障がい者施策」「外出支援」が各々 4%という状況であった。

「本人の居場所がない」というのは、「社会の中で自分の果たすべき(果たすことのできる)役割がない」ということにもつながり、究極的には「人としての存在意義がない」ことに行きついてしまい、人生を過ごす中で生ずるであろう「苦悩」の中で、最も辛いことともいえる「絶望」に近い状況下におかれているともいえる。早期に認知症に罹患したとしても、「就労支援」「周

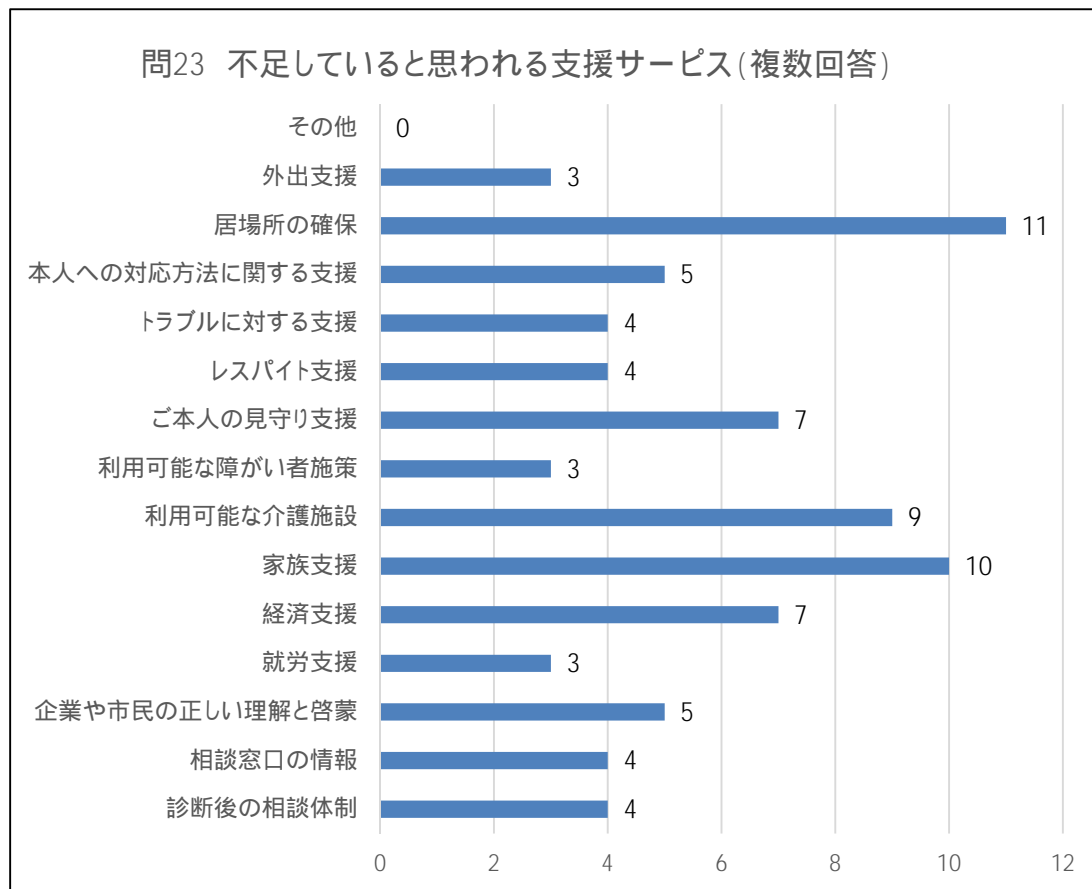
「囲目線の関わり方」「企業や市民の正しい理解と啓蒙」と「本人への対応方法に関する支援」も相まって、「社会の中で拒絶されない・孤立していない」「社会の中での自分の役割を自覚できる」、「居場所がある」ことを実感できたならば、「生きる喜び」を感じて毎日を過ごすことへとつながり、結果として「毎日を穏やかに笑顔で過ごす」ことが出来ると考えられる。

周辺症状も表れにくくなり、更には中核症状の進行を遅くすることが可能ならしめるかもしれない。そうすれば「本人の存在・役割発揮」が当然周囲にも好影響を与えることにつながり、こうした影響（交互作用）が更なる「好循環」を生んでいく契機となるものと、考えることができると同時に、他方で、「毎日接する家族の心身疲労」「家族を含む経済的な課題」を考えれば、それに対する「家族支援」「利用可能な介護施設」「ご本人の見守り支援」「利用可能な障がい者施策」「外出支援」が各々4%を併せると約5割に達する、というのも十分頷けるのである。

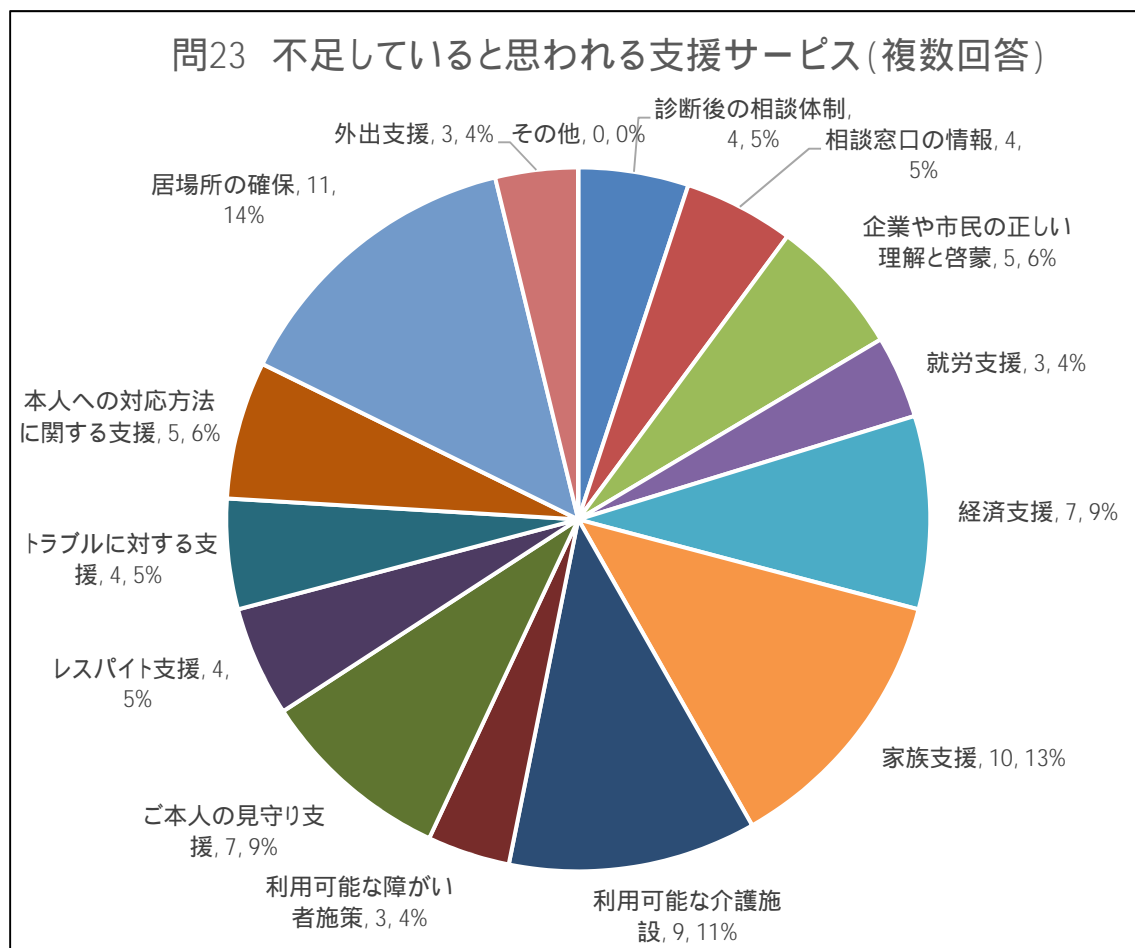
そのため、そうした支援・サービスが「不足する」ことは、途端に「家族全体の生活課題（社会生活上のニーズ）」として噴出してしまうことになる危険性をはらんでいるといえる。

(図 23-1)

N=79



(図 23-2)



問 2 4 「若年性認知症者支援の中で重要と考える支援」最も重要と考える支援 (図 24-1 ~ 24-2)

問 2 3 で「不足している支援・サービス」でも一番に挙げられていた「居場所の確保」が、「重要な支援」としても最も多く挙げられ 8 件、次いで「家族支援」7 件、「診断後の相談体制」が 6 件、「経済支援」5 件、「企業や市民の正しい理解と啓蒙」「本人への対応方法に関する支援」が各々 4 件、「利用可能な介護施設」が 3 件、「就労支援」と「ご本人の見守り支援」が 2 件ずつ、「相談窓口の情報」が 1 件であった。

「利用可能な障がい者施策」「レスパイト支援」「トラブルに対する支援」「外出支援」を挙げた方はいなかった。

構成比としては、「居場所の確保」が 19%、次いで「家族支援」17%、「診断後の相談体制」が 14%、「経済支援」12%、「企業や市民の正しい理解と啓蒙」「本人への対応方法に関する支援」が各々 9%、「利用可能な介護施設」が 7%、「就労支援」と「ご本人の見守り支援」が 5% ずつ、「相談窓口の情報」が 2% であった。

「本人の居場所を確保する」ことが一番多いが、これは、重要でありながら、見落とされがち、あるいは、簡単そうに見えて難しいことを示しているものと考えられる。

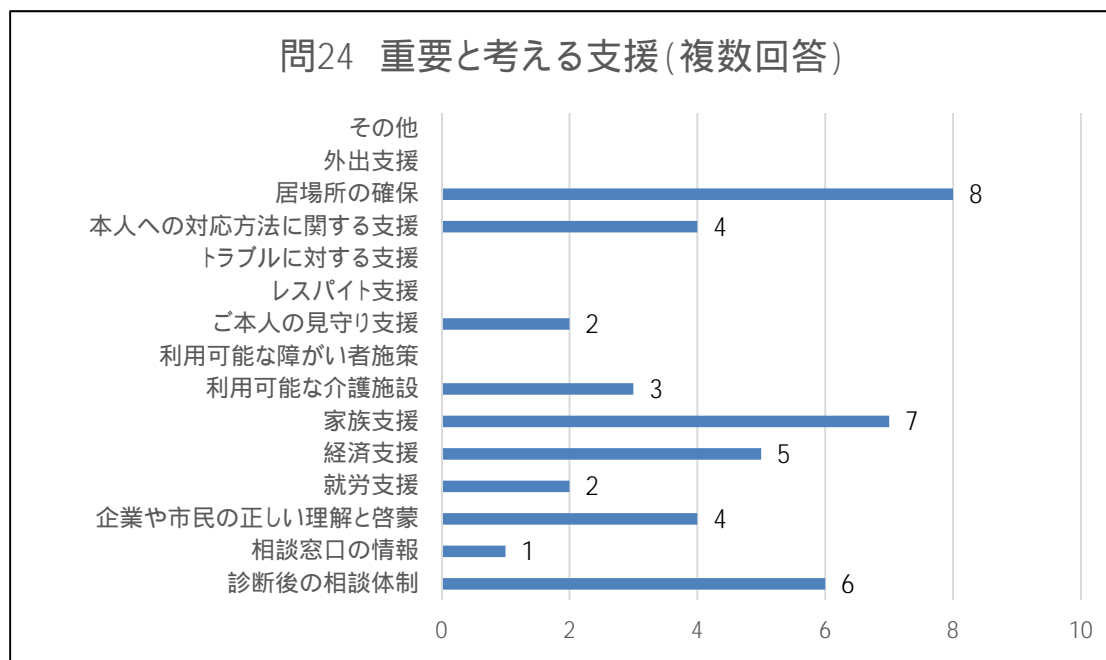
さらに、「就労支援」「企業や市民の正しい理解と啓蒙」を加え、「社会における本人の居場所・役割を確保する」という点で考えると1/3となった。

一方で、「家族支援」17%「本人への対応方法に関する支援」9%「利用可能な介護施設」7%「ご本人の見守り支援」5%と、何らかの形で「家族の負担を軽減する」ことを求めたものが約4割を占めている。さらに、「経済支援」12%を加えるとほぼ半分となった。

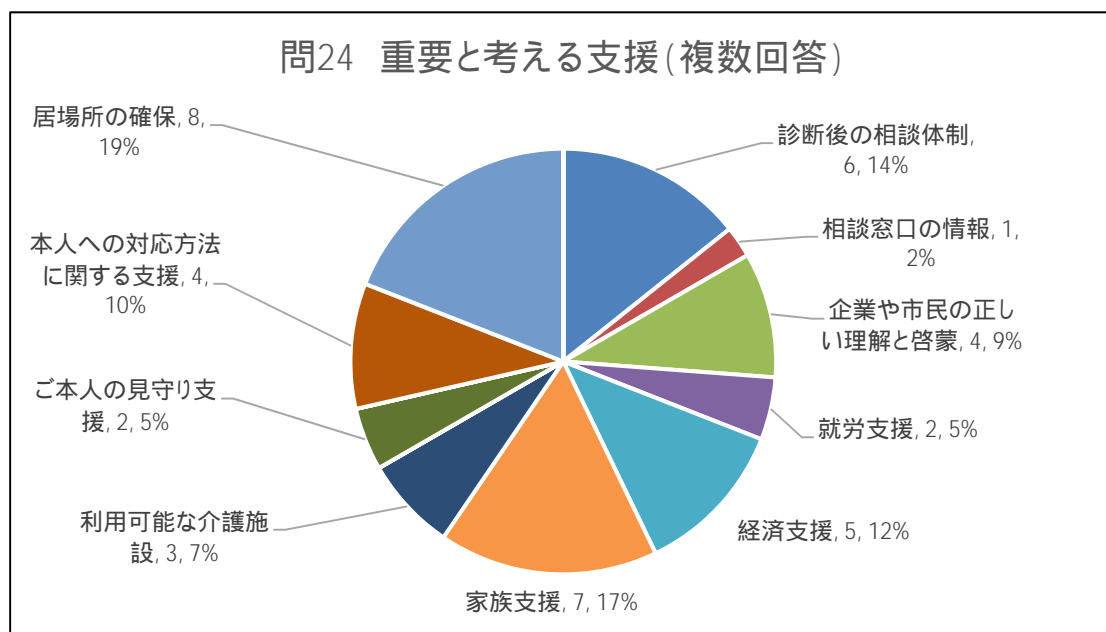
すなわち、支援面で重要なのは、「家族を支える」ことと、「本人の居場所や役割」を確保することを多くの方が挙げていることになる。

N=42

(図 24-1)



(図 24-2)



「若年性認知症者支援の中で最も重要と考える支援」 (図 24-3 ~ 24-4)

経済支援が最も多く 4 件、次いで 家族支援が 3 件、 診断後の相談体制と 利用可能な介護施設、 居場所の確保が各々 2 件、 企業や市民の正しい理解と啓蒙と 本人への対応方法に関する支援が 1 件であった。

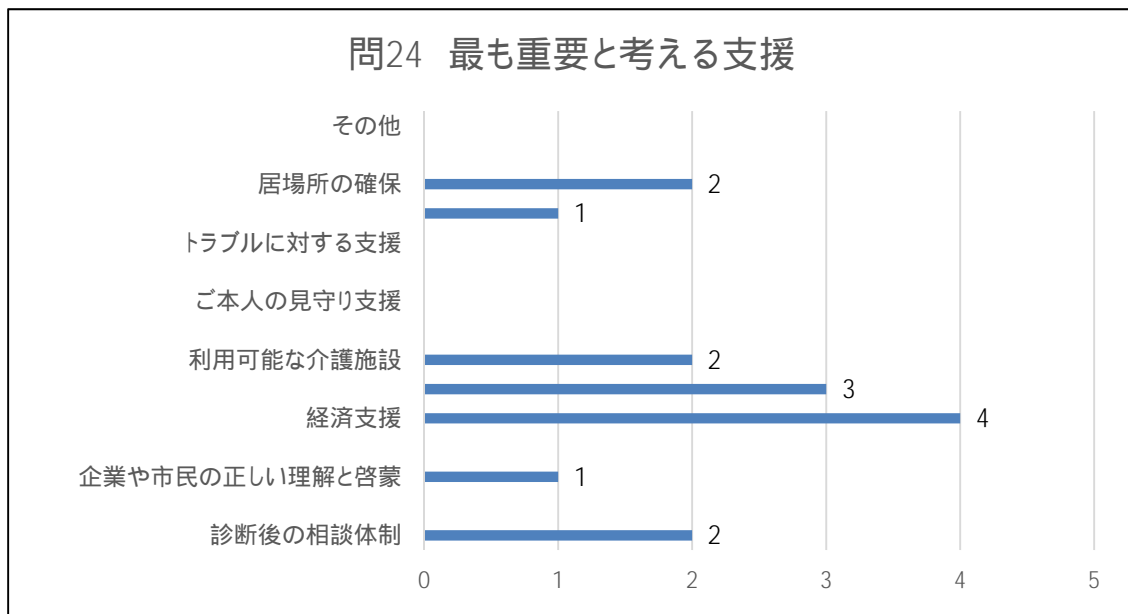
相談窓口の情報、 就労支援、 利用可能な障がい者施策、 ご本人の見守り支援、 レスパイト支援、 トラブルに対する支援、 外出支援を挙げた方はいなかった。

若年性認知症は、現役世代発症であるため、「家族を含めた経済面での支援」「家族の心身面を支える」ことが極めて大切であることが調査からもみえてきた。

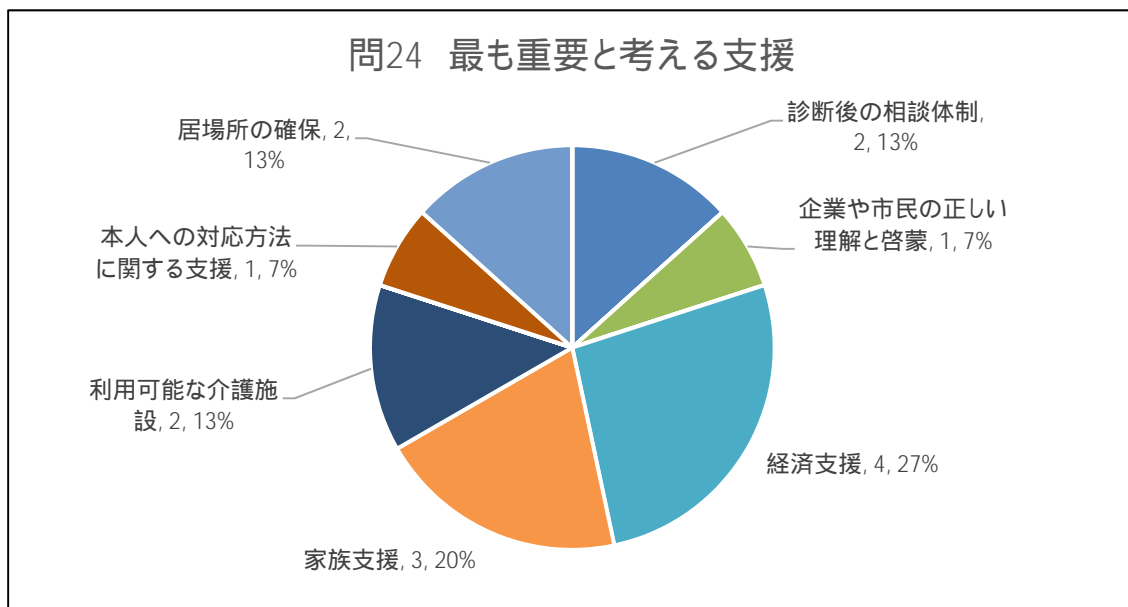
また、若いがゆえに「本人の居場所・役割確保や社会からの理解」も大変重要であると考えられ、未整備である居場所作りはこれからの整備に期待するものである。

(図 24-3)

N=15



(図 24-4)



別添で、以下の3つの「自由記述」を設けた。

自由記述1 . 「若年性認知症の方を担当する場合の不安や課題」

自由記述2 . 「若年性認知症の方の症状の進行に合わせた困りごとに対応するために、地域で取り組むことができること」

自由記述3 . 「若年性認知症の方が地域で安心して生活するために必要な支援やサービス」

これらから、寄せられた意見をもとに、いくつか「キーワード項目」を設け、分類集計した。

(図 自由 1-1 ~ 自由 1-2)(図 自由 2-1 ~ 自由 2-2)(図 自由 3-1 ~ 自由 3-2)

問2 2 ~ 問2 4 で示された回答集計結果ともかなり関連した内容といえる。

(なお、比較検討を可能とするために、「分類項目」の設定に関しては、「保険者」「介護支援専門員」への質問票において同様の分類集計するために用いた「項目内容」と極力同等のものをを用いている。)

自由記述1 . 「担当する場合の不安や課題」では、「サービス体制・若年者対象の居宅サービスが少ない」という「若年性認知症」の特性に応じたサービス内容を提供する事業者が現状では見当たらないことが危惧されている。

また、「本人の病識と自覚・負担」「就労・経済負担・社会関係」「他者とのふれ合いがない。孤独になりがち・居場所の確保の問題」といった、本人自身が社会的かかわりの希薄化、すなわち、「社会との隔絶・社会からの拒絶、孤立」等の問題を抱えることにセンターとしては不安を覚え、結果として就労等の経済環境を含む「孤立と貧困」への入り口になりかねないことが危惧されていると考えられる。

さらに、本人のみならず、「家族の理解・負担」「周囲・社会の理解・負担」「家族全体の経済問題」といった「直接間接に関わる」ことになる家族・近隣・地域社会における「負担」が挙げられている。それは逆に考えれば、「正しい理解と確かな知識」そして「的確な関わり方・対応の仕方」に対する「啓蒙・啓発が必要である」ということにもつながると考えられる。

他方、そうした懸念・危惧が生ずる要因の一つかもしれないが、「症例が少ない・経験値が低い」事に伴う、「専門家として関わる上で、漠然とした言い知れぬ不安」も想定される。

すなわち、「家族・就労場所・地域社会・・・」といった「本人を取り囲む環境」の一つとして「専門家自身も啓蒙・啓発を受け、専門家として自信をもって関わりたい」という思いの表れとも考えられる。

自由記述2 . 「若年性認知症の方の症状の進行に合わせた困りごとに対応するために、地域で取り組むことができること」では、「家族と地域の啓蒙・研修」を筆頭に、「地域連携・見守り推進・地域ネットワーク構築」「認知症サポーター・キャラバンメイト養成・ボランティア活用等」「本人・家族のふれ合いの場・サロンの設営・支援」という項目が続く。

これらはまさに「地域包括ケア」の推進役である「地域包括支援センター」として、「家族を含む地域への啓蒙」が代表的な役割であるという「自負」もしくは「責任感・使命感」の表れとも考えられる。あわせて、「気軽に相談できる場」「就労支援・社会活動・経済的支援」「行政対応の

密度・濃度・現状把握と課題の発見解決」といった項目に相当する意見が次いで挙げられているのは、「相談窓口」として「早期対応へとつなげられる位置づけ」として、あるいは「地域における諸制度施策の立案実施の担い手である行政」に対して、地域住民の大きな生活課題となっている「若年性認知症の実情」の「架け橋」としての、各々地域包括支援センターの役割を、想定していると思われる。要介護となった状態に対するサービス・支援が話題としては取沙汰されやすい中で、実はもっと早期に対応できることが「包括支援センターとしても」ある筈ではないかという自己分析から生じた「提案・発案」ともいえる。

そのため「同じニーズを持つ人同士」、さらには「地域ボランティア」活動等の担い手との貴重な出会いとなるであろう「サロン」や、そもそも「気軽に相談できる場」を設定していくことが、これまでの「地域包括支援」を担い実績を積んできたセンターの実力発揮の「証」と思えるのである。

一方で、「若年同世代のデイ・24時間・滞在型・少人数サービス」の提供実現や充実に關しては、他の機関（制度面では行政が、運営面では社会福祉法人、NPO、民間企業や諸団体）が担うことが「専門的に分業された」なかで、効率的かつ適切な支援・サービスが可能であろうとの判断がはたらいっているものと考えられる。

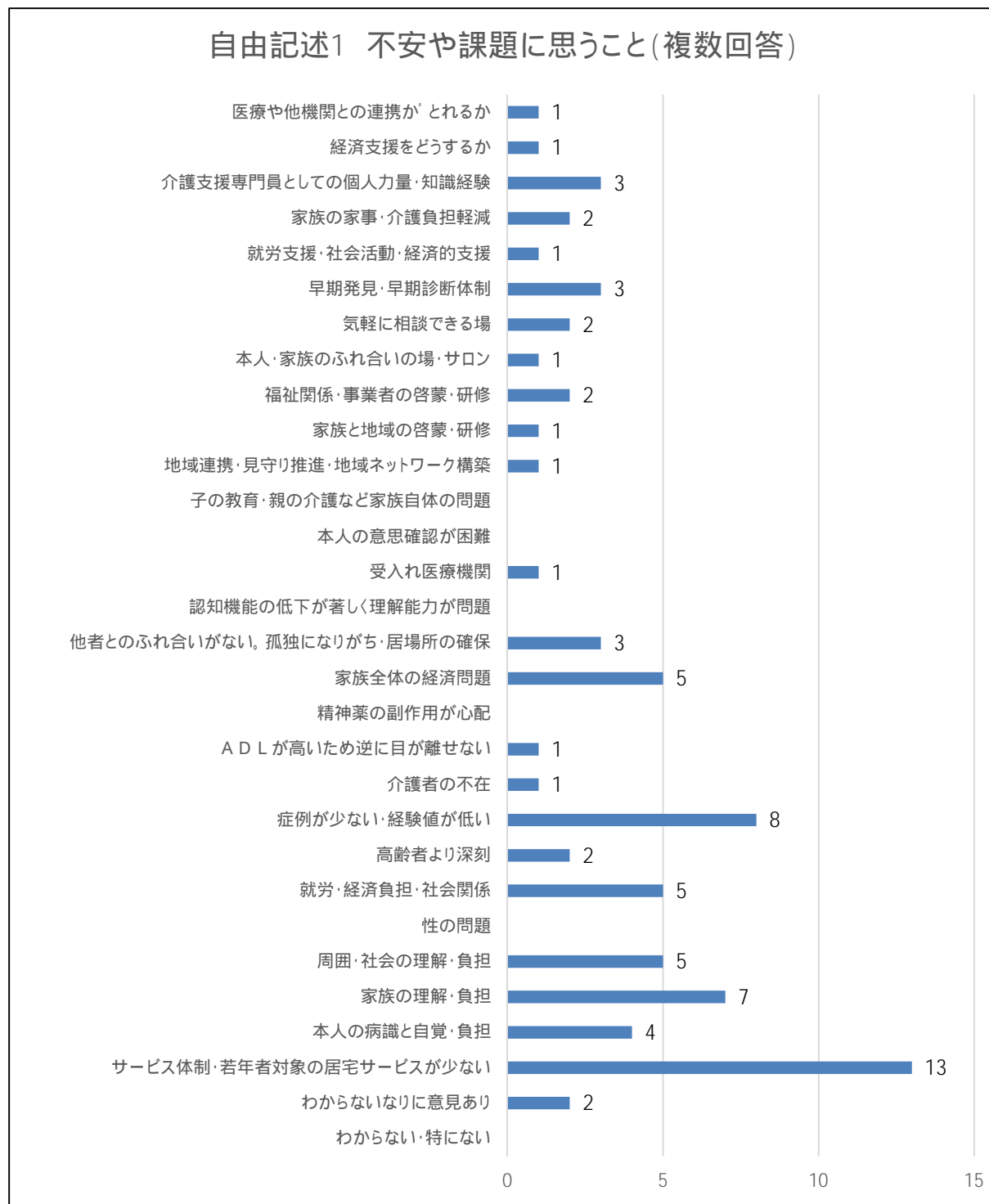
したがって、直接サービス提供・支援をイメージしているのではない形で、すなわち、「相談窓口・他機関紹介役としての受け皿・間接的支援」という役割イメージで、「早期発見・早期診断体制」「子どもの就学支援・家族の就労支援」「在宅医療・医療的支援」も挙がってきていると考えられ、これらの機能・役割を地域包括支援センターが担っていくためには、それなりに「事業運営」していくための「経営資源」が不可欠なのは、言うまでもないことではあるが、幅広い視点で地域包括支援センターが考えていることが記述に現れている結果となった。

自由記述3.「若年性認知症の方が地域で安心して生活するために必要な支援やサービス」になると、多くの意見の中で「自由記述1.あるいは2.も述べた通り・・・」という前置きでの意見が多かったことに代表されるように、「自由記述1および2」で挙げられていた「誰が、どのような形で担うべきか」を別にすれば、まさに「同じ重点課題項目内容」が挙げられている。

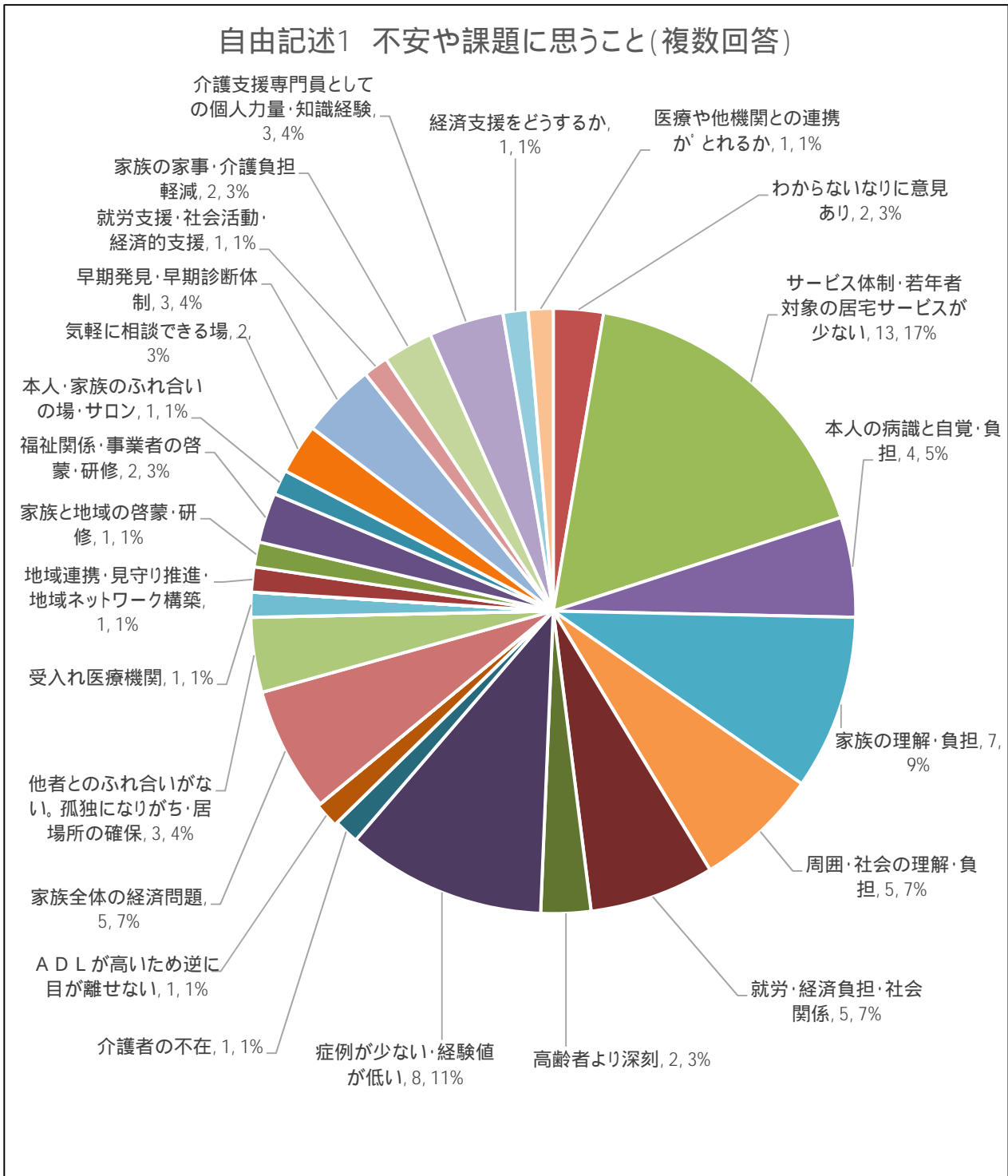
すなわち、「若年同世代のデイ・24時間・滞在型・少人数」「地域連携・見守り推進・地域ネットワーク構築」「家族と地域の啓蒙・研修」「本人・家族のふれ合いの場・サロン」「気軽に相談できる場」「就労支援・社会活動・経済的支援」などである。

「地域における様々な生活課題に対して包括的にケアをしていく」ことを目指している中で、その中心的推進役である地域包括支援センターとして、決して「評論家的」な意味ではなく「建設的」「前向き」にして、かつ「自らの役割」を見つめた中で、真摯な意見として上記意見や提案がなされていることは注視すべきことである、といえるのではないだろうか。

(図 自由 1-1)



(図 自由 1-2)



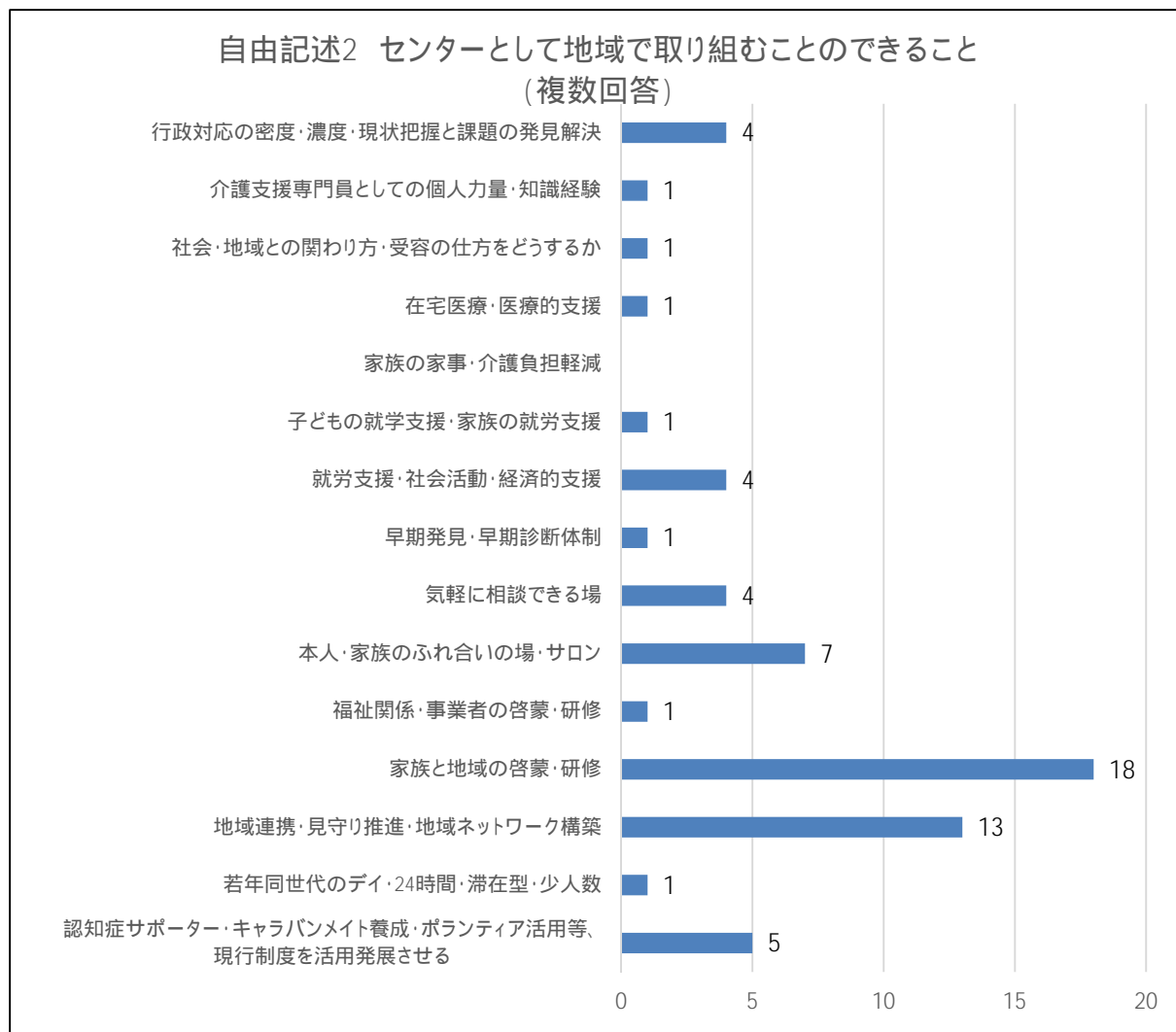
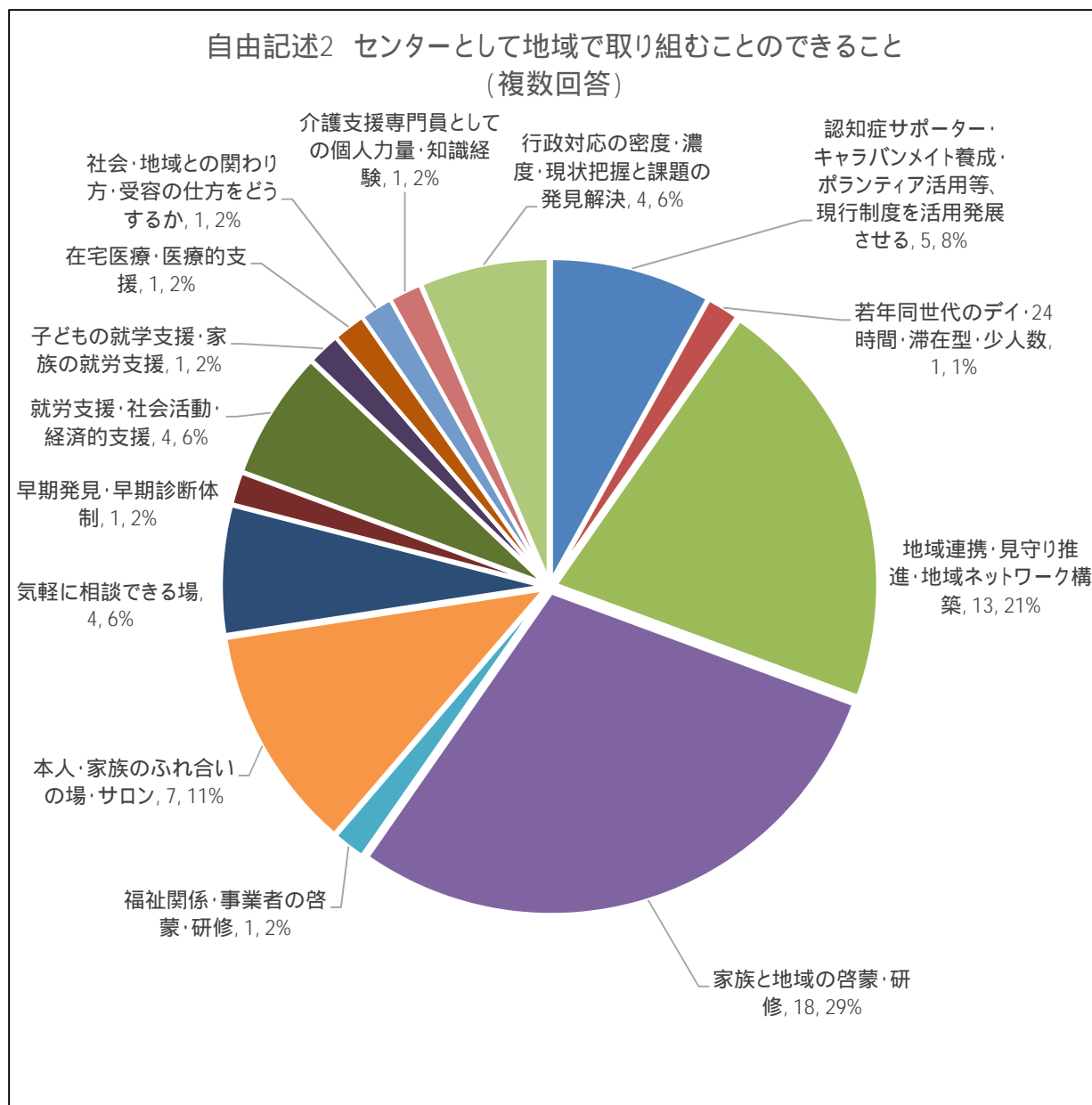
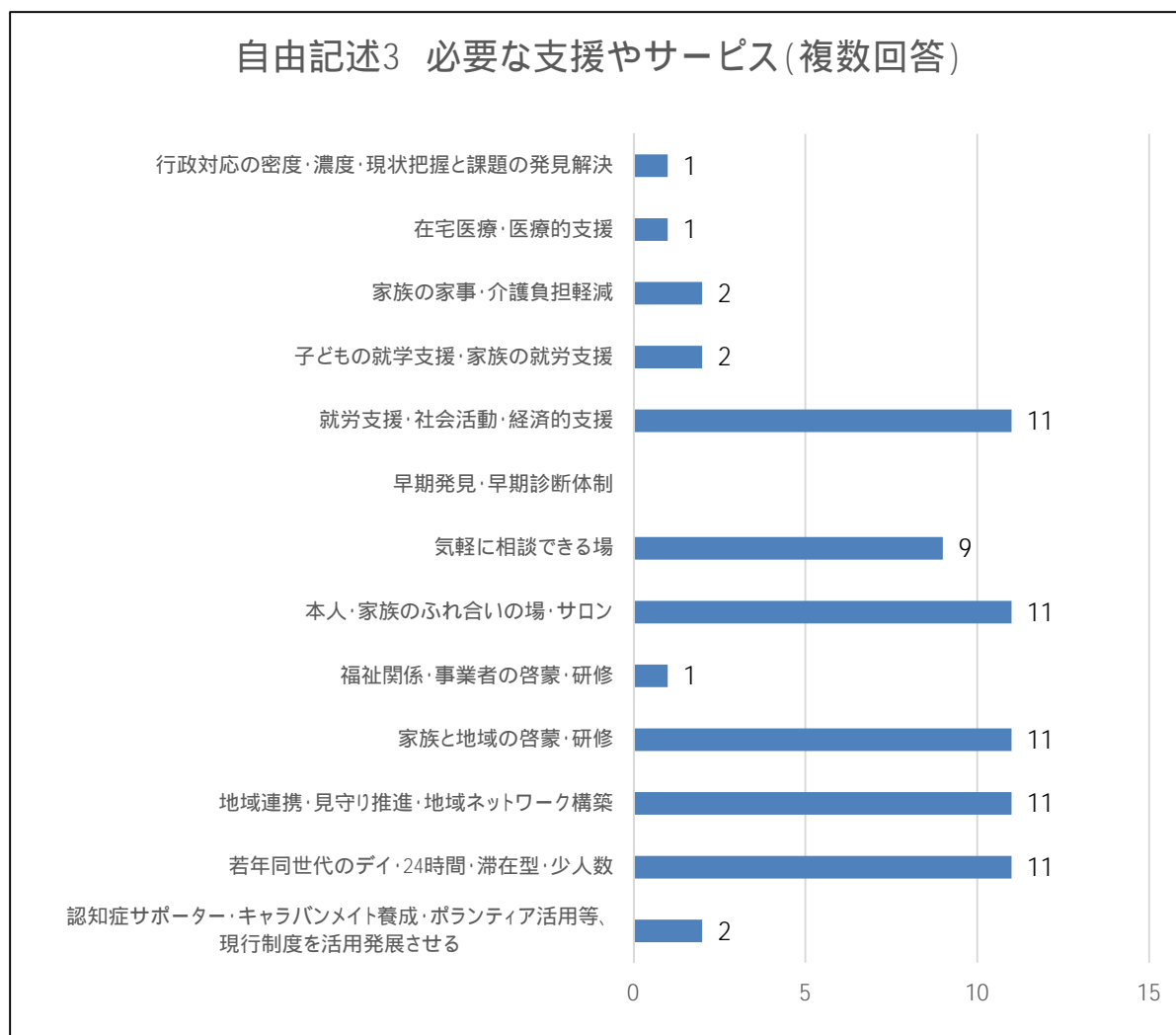
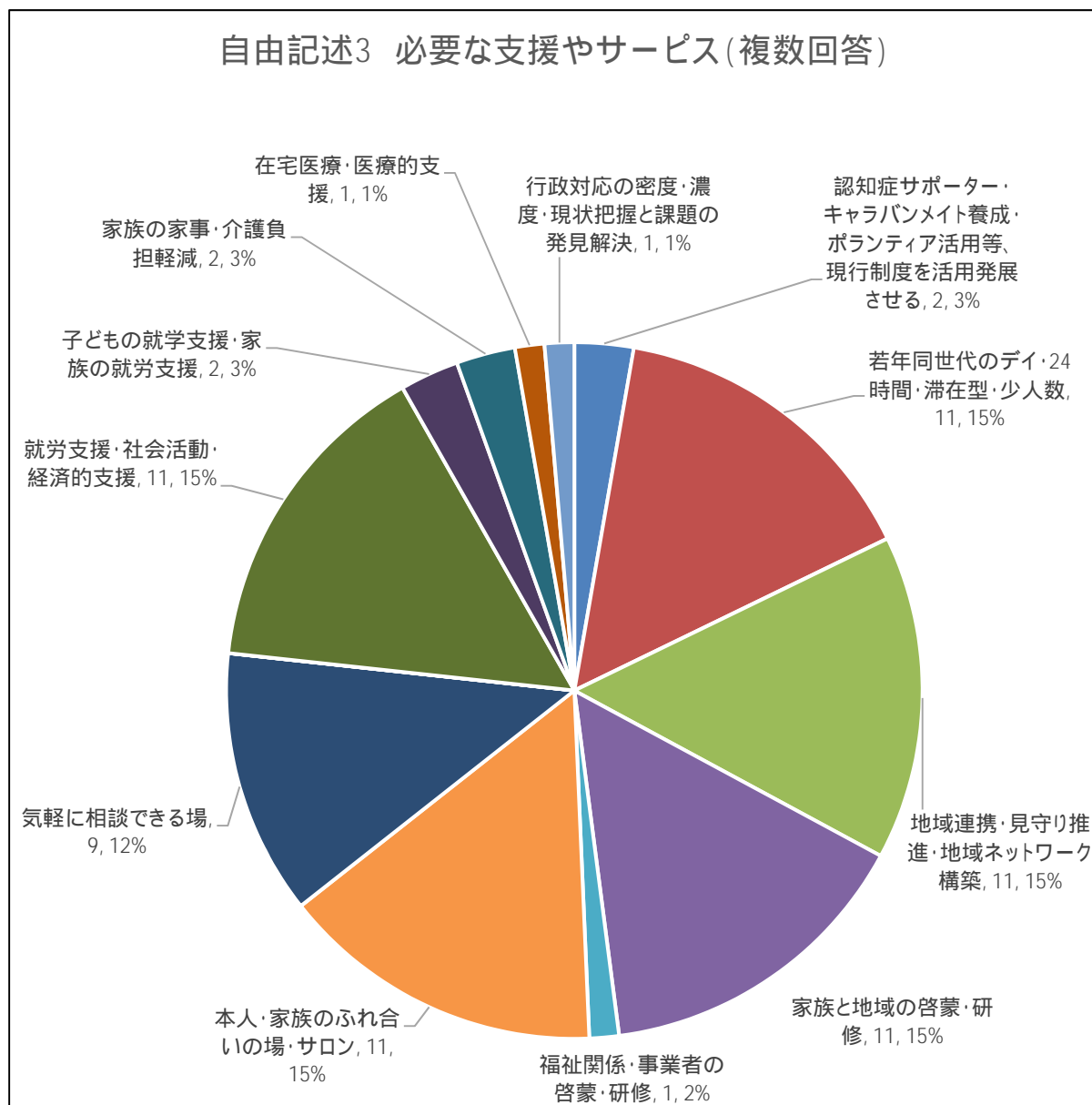


図 自由 2-2)





(図 自由 3-2)



自由記述 1 不安や課題に思うこと

<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的な問題 ・ 居場所
<p>・ 特に無いと思われるが、老年性認知症よりも、本人を含め家族の気持ちの中で病気を受け入れることが困難であることと思われる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症の方が利用しやすいサービスがない ・ 本人や家族の病気の認識や受容が「できているか」、「できていないか」によりサービス利用に対する考え方がかわるため、医療との連携が必要 ・ 近隣住民の病気に対する理解が必要
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者や家族への接し方や経済的な問題への対応
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が相談できる場として包括を周知すること（若年性認知を取りだしての働きかけは、今までにあまりしていないため）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対応事例数が少ないので適切な対応であったのかわからない
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の進行がはやく、すぐに介護状態になってしまう。 ・ 若いのでデイサービス利用などのサービス利用につながりにくい。
<p>判断能力が残って見える方なので、介護保険サービスを利用されても自分の居場所がなかったり、高齢者の話についていけなかったり、溶け込むことが大変であること、また支援する側も進行が早いので日々の対応に戸惑うことが多い。</p> <p>一人暮らしのかたの支援が難しいことから、地域の方の協力が必要である</p>
<p>社会資源の具合と高齢者との対応との違いがわかりにくい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症に対する知識やスキルが乏しいので十分な相談が難しい ・ 介護保険サービスに、若年者に適したサービスが少ない(殆ど無い) ・ 家族の介護負担の軽減策が乏しい
<p>【不安に思うこと】</p> <p>今回関わったケースは、家族からの最初の相談であり、介護申請した後は要介護となったため、地域包括支援センターとしては、繋ぎの役割だけである。在宅支援の実際の事例を経験していないため、在宅支援の状況が分からない。</p> <p>【課題】</p> <p>家族は介護の不安やストレスが大きいと思うので、息抜きできる場を提供し、在宅介護を支援することが必要である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 鈴鹿市の通所事業所等が、若年性認知症の方に対してどのようなサービスを提供できるか予想がつかない ・ 障害年金の申請や就労支援のスキルが乏しい。

<ul style="list-style-type: none"> ・居場所づくり（狭い地域なので世間体などを気にして進みにくいのではないか） ・介護者もしくは本人が仕事をやめなければならない可能性が高く経済的な面が課題だと思う ・一般的な介護保険サービスを利用するとしても、他の利用者が高齢であるためサービスになじまないと思う ・若年性認知症と特別に思うことはないと思うが担当したことがないとケアマネとして不安がある ・家族も不安があると思うので知識が必要だと思う。 ・事例検討会やケア会議の開催 ・若年性とわかって家族も理解できず認めないことがある
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の不安感が強いので、家族の気持ちに寄り添って対応する事
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の方が利用しやすいサービスがない ・本人や家族の病気の認識や受容が「できているか」、「できていないか」によりサービス利用に対する考え方がかわるため、医療との連携が必要 ・近隣住民の病気に対する理解が必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・経済的な負担 ・介護保険などサービス導入
<p>まれなケースであるため、相談支援の方法に戸惑う。例えば就労や生活費のことについて、簡単な知識しか持っていないので、深くかかわるには不安もあります。</p> <p>高齢者であれば、介護保険サービスにすぐにつながりやすいが、若い方のいるデイサービスなどと言われると、非常に困ります。行ってみると、職員さんの対応次第で、若い方も役割を持って楽しく過ごせたりするのではと思うのですが、本人も家族も、高齢者と一緒は...と考えられるので、活用しにくいです。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が若いため、周りの方もお若く、認知症の受け入れが難しいこと ・経済状況や家庭状況が急変すること。
<ul style="list-style-type: none"> ・専門医に早期受診をして、適切な医療処置を受けること
<ul style="list-style-type: none"> ・基本的なスタンスは同じだと思いますが、対応できる資源が少ないのが現状のため、解決に向けた手段が、即座に照会できない状況にあること ・対象となる利用者が、町単独単位では少ないので、広域的な対応が可能な体制を整備する必要があると思われる
<ul style="list-style-type: none"> ・年齢が若く、男性に多いと聞きますので、経済的なこと、就労のこと、家族への支援等、高齢者と違った課題があると思う
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の方の通える場がないなど、利用できる（利用しやすい）地域資源が少ない ・相談対応歴・件数が少なく、経験が乏しい ・できるだけ多くの職員が相談に対応できるような体制が必要

<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族も本人も若いので、受入れの困難さや仕事をしていることなどもあるだろうし、本人も体力があるので、暴力や車の運転や徘徊等も大変だと思う ・ 現在相談はないが、若いため世間での偏見などもあると思う
<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的な課題に対して、専門的な知識がない
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険、障害サービス等が利用できない制度のはざまの方への支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に 65 歳以上の高齢者が対象のため、情報が入ってこない ・ 経済的支援等、関係機関との連携に時間を要する ・ 早期発見、早期受診するためには、企業等との連携が必要
<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援体制の充実、サービス等受け入れ先の確保、家族、地域の理解が、まだまだ不十分であり、どこまで本人、家族の力になれるのか不安 ・ 家族が、認知症を受容するまでにも時間がかかり、どう接するのがいいか、配慮が必要

自由記述 2 センターとして地域で取り組むことのできる事

<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族会やサロン ・ 啓発活動
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民の疾病への理解が重要である。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 近隣住民の理解が得られるように、認知症勉強会を実施 ・ 地区の行事への参加の声かけ ・ サービス事業所や店舗、地域住民による、見守り
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症の方や、家族の交流や、情報交換ができる場所づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症に関する周知（講演会などの開催） ・ 今後は、認知症初期集中支援チームによる支援の実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ 見守り体制
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症という病気を知ってもらうことが一番必要であると感じる ・ 周辺症状などについては病気が原因だと理解してもらい、そのあとで地域でどのように対応するかを検討していけると思う
<ul style="list-style-type: none"> ・ 周りの方の認知症に対する理解と見守り体制
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族のサポート、収入の問題。 ・ 家族会へのうながしにも、遠方で参加できにくいことも ・ 担当のケアマネの力量 ・ 相談があったときの包括の対応が難しく、わかりにくい

<ul style="list-style-type: none"> ・地域での見守りや支援が行えるよう、まず若年性認知症に対する理解や認識をもってもらうため、周知・啓発が必要である ・見守り支援ネットワークの構築 ・本人の状態に合わせて、地域の行事等で本人ができることを提供する
<ul style="list-style-type: none"> ・ケースを取り巻く地域で、見守りできる体制を調整し整備すること
<ul style="list-style-type: none"> ・キャラバンメイト養成事業 ・認知症の人や、その家族が気軽に集える場所を提供 <ul style="list-style-type: none"> 十分に運動できる体育館 気軽に認知症の人が飲める居酒屋 認知症の人によるサロン経営
<ul style="list-style-type: none"> ・周知 ・啓発 ・地域住民の若年性認知症への理解、企業、会社などの理解が必要 ・一人で抱え込まないためにも同じ悩みを持つ家族との触れあえる場所やネットワーク作り ・地域住民に理解してもらうためにも出前講座や講演会の開催 ・若年性認知症の方が地域にどれくらいいるか把握（行政の仕事？） ・相談できる専門医への紹介
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座の開講
<ul style="list-style-type: none"> ・近隣住民の理解が得られるように、認知症勉強会を実施。地区の行事への参加の声かけ。サービス事業所や店舗、地域住民による見守り。
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の疾患の理解など普及啓発
<p>認知症についての正しい知識をもってもらうことだと思います。重度になっていくまでには期間があり、周囲の対応次第で、地域で暮らすことができるということを知ってほしいです。</p> <p>そうすれば、本人も家族もカミングアウトしやすいと思います。居場所づくり。フォーマルなサービスでない居場所作りが必要だと思います。高齢者にとっても必要なことですが、特に若年性の方にとっては大きな問題かと思います。</p> <p>また、地域の理解も必要です。ちょっとしたことに声をかけてあげられるような地域作りは、包括としての課題です。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーターの育成 ・認知症についての普及・啓蒙活動 ・普段から顔の見える地域づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員による相談と、地域の理解により徘徊等への地域での見守りを行う
<ul style="list-style-type: none"> ・まずは、地域の現状把握をした上で、課題把握の共有化からはじめていくこと
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症という病気に対する理解

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の方が若年性認知症について理解をし、地域で本人や家族を見守り、必要に応じ、市役所や医療機関などに相談するよう助言をする
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症を理解してもらう ・若年性認知症の方の受け入れ先や居場所の確保
<ul style="list-style-type: none"> ・ピアカウンセリング等介護者の精神的支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア等の育成・活用 ・地域住民への啓発
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症に関する理解を持ってもらい、地域で見守ってもらう ・地域の理解を得て、簡単な就労やボランティア活動ができる居場所づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・学校、医院、商店など住民の生活の拠点になりうる社会資源を利用した啓発活動 ・ボランティア団体が、積極的、効果的に活動できるような受け入れ態勢を整える

自由記述 3 必要な支援やサーピス

<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険のサービス ・就労継続の支援 ・経済的支援 ・家族会 ・サロン
<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民の疾病への理解が重要である
<ul style="list-style-type: none"> ・近隣住民の若年性認知症の理解を得るための勉強会の実施 ・デイサービスでは高齢者の参加が多く、本人にとっては違和感を感じるようなので、若年性認知症の方専用の作業所のような場の提供
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者や家族の交流、情報交換ができる場所や、若年性認知症の方のデイサービス等高齢者と同じサービスではむずかしい
<ul style="list-style-type: none"> ・家族や地域の理解 ・家族が語れる場の提供（精神的な支援） ・専門職からの助言が受けられる体制づくり（適切な対応方法や予測も含めた情報が得られる支援） ・生活支援（ヘルプやデイ、ショートなど）
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症の人の居場所づくり
<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回型サービスのような定期的に訪問して話し相手をしてくれるボランティア的なサービス、働いているような感覚のデイサービスが必要だと思う

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の方の声掛けや見守り ・本人、介護者のつどいの場
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症を地域で啓発し理解してもらう ・サポートできる体制を整える
<ul style="list-style-type: none"> ・身近なところに相談機関があること（医療機関を含めて） ・社会参加できる場所（居場所）があること ・家族が必要に応じてレスパイトできるサービスがあること ・家族会等で、家族が悩みを話したり情報交換できる場があること ・当事者同士の交流の場があること
<ul style="list-style-type: none"> ・家族の支援として、定期的に家族の会を開催し、勉強会や交流会などが必要である。市単独では対象者が少ないと思われるので、紀南地域合同がよいのではないかとと思う。 ・家族が急に介護できないときに、すぐに利用できるショートステイがあればよい。この地域では、急なショートステイの利用ができないことが多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・失業による健康保険脱退後の国保加入、障害年金の申請等、各種制度への確実につなぐ相談機関を設置する
<ul style="list-style-type: none"> ・若い方の介護保険サービス特に通所を充実する必要がある ・企業や会社などの介護休暇などの制度の充実が必要だと思います ・在宅生活であれば介護ヘルパーのレベルアップが必要 ・専門家による研修 ・働き盛りの人が職を失ったり、家族が仕事を辞めて介護をする等生活に影響があると思います
<ul style="list-style-type: none"> ・近所の方々の認知症に対する理解・声掛け・助け合い
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の見守りと介護者への支援サービス
<p>2番と同じようなことになりましたが、日中の居場所が必要と感じます。それが就労につながることであれば、尚良いと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口の周知、相談のしやすさ ・支援の周知
<ul style="list-style-type: none"> ・生活上の困りごとの相談体制の整備と、本人への地域での見守り支援
<p>若年性認知症を患う年齢にもよりますが、まずは収入面の確保が重要となってくると考えられます。単なる行き場の確保等だけにとどまらずに対応していく必要があると思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・本人さんや家族さんが、何でも言える（相談できる）サロンのような場所

<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中の過ごす場など通える場の提供 ・ 若年性認知症に悩む家族の会 ・ 若年性認知症に関する地域住民への周知 ・ 若年性認知症に関する相談窓口の周知 ・ 就労・経済的な支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーター養成講座のフォローアップ研修 ・ 認知症カフェなどの連携 ・ 認知症サポーター養成講座（今は50代から70代の方が多いが）を、もっと若い世代（小学生や中学生）にもしていきたい ・ 地域との連携（市・警察・自治会・民生・包括・在介等）
<p>ケースが多くないので、総論になってしまいますが、家族やご本人の希望する支援やサービスの多様な選択肢と、その選択可能性が担保されていること。加えて、あらゆる場面でご家族の相談にのれる専門的な支援者の存在。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年性認知症の方だけではなく全ての方の人権が守られ安心して生活出来るようにしていきたい ・ 相談窓口の一本化、関係機関、地域住民等による情報共有、支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的支援 ・ 就労支援などを含めた居場所の確保 ・ 家族支援 ・ 専門医療の受診と専門訓練が身近で受けられること
<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の認知症に対する理解が、高まるよう全世代を対象とした啓発活動 ・ 情報共有と、噂話のちがいはひとつとっても、地域住民が使い分けることは難しい。そのあたりの理解を求めること、また、ほかの疾患と変わらないことを知ってもらうこと