

(電子メール施行)  
高 第 1401 号  
平成 23 年 7 月 5 日

各市町若年性認知症対策担当課長 様

兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課長

平成 23 年度若年性認知症当事者支援モデル事業の実施について (通知)

平素は、認知症施策の推進にご協力賜り、厚く御礼申し上げます。

県においては、国の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」を受け、平成 21 年度より若年性認知症自立支援ネットワーク会議を開催し、若年性認知症対策に取り組んでいるところです。

しかしながら、各市町の若年性認知症者に対する支援の取り組み状況にばらつきがあることもあり、発症後すぐの各種手続き支援や認知症を受け入れる手助けとなる社会資源(当事者同士、家族同士のつどい等)などの社会的・心理的支援を得にくい現状にあります。

そのような状況を受け、今年度県においては、公益社団法人認知症の人と家族の会兵庫県支部(以下、「家族の会」)に委託し、若年性認知症者や家族のもとに家族の会会員を派遣し、当事者や家族が地域でいきいきと暮らせるようピアサポート、当事者・家族の立場からのアドバイス・相談、社会参加支援等を行うモデル事業を別紙実施要領に基づき実施することといたしました。

本モデル事業においては、各市町及び地域包括支援センターからの要請に基づく派遣も想定していることから、若年性認知症者や家族等からの相談が寄せられた場合は、積極的に活用いただきますようお願いいたします。また、活用いただくにあたっては、家族の会や関係機関と連携いただき、若年性認知症者が住み慣れた地域の中で生活が継続できるよう、各市町における相談・支援体制の構築を図られるよう重ねてお願いいたします。

また、管内の地域包括支援センターにも本モデル事業について周知いただくようお願いいたします。

モデル事業の相談・申込み先

公益社団法人認知症の人と家族の会兵庫県支部 担当：酒井(代表)

住所：〒651-1102 神戸市北区山田町下谷上字中一里山 14-1 神港園しあわせの家内

TEL/FAX：078-741-7707 TEL は、月・木曜日の 10:00～17:00

E-mail：kazokunokai-hyogo@kobe.email.ne.jp

電話で連絡が取りにくい場合は、FAX や E-mail で連絡をお取りください。

モデル事業の実施に関する問合せ先

兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課 高年保健福祉係 担当：吉田

TEL：078-341-7711 内線 2941 FAX：078-362-9470

E-mail：Hisashi\_Yoshida@pref.hyogo.lg.jp

## 平成 23 年度若年性認知症当事者支援モデル事業実施要領

### 1 目的

認知症の当事者又はその家族の抱える課題やサービス利用状況等の実態を把握するとともに、地域で自立した生活をおくるために必要な支援のあり方を検討することにより、市町における支援体制づくりを推進する。

### 2 実施主体

本事業の実施主体は、兵庫県（以下「県」という。）とする。ただし、この事業は公益社団法人認知症の人と家族の会兵庫県支部（以下「家族の会」という。）に委託して実施する。

### 3 事業内容

家族の会は、市町・地域包括支援センターと連携を図りながら、若年性認知症者や家族のもとに家族の会会員を派遣し、当事者及びその家族が地域でいきいきと暮らせるようピアサポート、当事者・家族の立場からのアドバイス・相談、社会参加支援等を行う。

### 4 事業の実施方法

#### (1) 申込み

当事者・家族、近隣住民、医療機関等から相談を受けた市町並びに地域包括支援センターで、本事業の活用を希望する場合は、当事者・家族の了解を得た後、家族の会へ郵送にて申込み（様式1）を行う。ただし、当事者・家族・近隣住民から直接家族の会へ相談があった場合については、申込書の送付は省略することができるものとする。

#### (2) 家族の会会員の派遣

申込みを受理、若しくは相談を受けた家族の会は、家族の会会員1名若しくは2名を当事者・家族のもとへ派遣し、市町・地域包括支援センターと協力して、当事者の抱える課題や現在のサービス利用状況について現状把握を行う。

#### (3) 家族の会会員が実施する支援

現状把握を行った家族の会会員は、必要に応じて下記の支援を行う。

- ・当事者・家族の立場からのアドバイス・相談
- ・つどい等の社会資源へのつなぎ
- ・その他本事業において必要と考えられる支援

### 5 若年性認知症自立支援ネットワーク会議との連動

家族の会は、県が開催する若年性認知症自立支援ネットワーク会議において、事業実施の進捗状況や事業効果について報告するものとする。

6 市町及び地域包括支援センターの役割

相談者への支援に当たっては、家族の会と連携し、相談への同席・支援方針の共有・関係機関との連携を行うなど、市町において相談者への継続的な支援が展開できるよう事業を進めるものとする。

7 実績報告

家族の会は県に対し、事業終了後、実施内容、相談人数、収支状況等を明記した実績報告書及び相談結果票（様式2）を提出するものとする。

8 秘密の保持

この事業に従事した者は、業務上知り得た個人情報や事業を離れた後も漏らしてはならない。

9 その他

この要領に定めるもののほか事業の実施に関して必要な事項は、別に定める。

（附則）

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

(様式1)

平成 年 月 日

兵庫県知事 様

市町(地域包括支援センター)の長 印

平成23年度若年性認知症当事者支援モデル事業 申込書

ふりがな		生年	昭和・平成			
本人氏名 (当事者)		月日	年 月 日生	性別		
相談者	当事者本人 当事者家族(続柄: ) 当事者家族以外(具体的に: ) その他(具体的に: )					
現住所	〒 -					
電話番号		FAX番号				
職業(歴)		診断名				
家族構成	【図で記載のこと】					
相談内容	(例:会社から退職を迫られている、近所から非難されている等具体的に記載)					
今後の支援 イメージ						
その他 連絡事項等						
以下は、市町(地域包括支援センター)連絡先						
担当課名		担当者名				
電話番号		FAX番号				
E-mail						

(様式2)

若年性認知症当事者支援モデル事業 相談結果票

被面談者[本人・配偶者・その他( )]

担当者( )

訪問日(平成 年 月 日)

① 基本情報

①-1 (ご本人の状況)

氏名		性別	1 男性 2 女性
現在の年齢 / 発病時期	( )歳 (生年月日 年 月 日) /		年 月 頃
診断名	1 特に診断を受けていない 2 アルツハイマー型認知症 3 血管性認知症 4 前頭側頭型認知症 5 レビー小体型認知症 6 その他( )		
要介護度	1 自立(認定非該当) 2 要支援1 3 要支援2 4 要介護1 5 要介護2 6 要介護3 7 要介護4 8 要介護5 9 申請中 10 未申請		
相談内容	(例: 今後生活をしていくにあたって、不安に感じていることや困っていること 等)		

①-2 (ご家族の状況 (主たる介護者))

氏名		性別	1 男性 2 女性
年齢	( )歳 (生年月日 年 月 日)		
ご本人との関係	1 配偶者 2 娘(長女、次女ほか) 3 息子(長男、次男ほか) 4 息子の配偶者 5 兄弟姉妹 6 親 7 孫 8 その他( )		

② 相談を受けてのアドバイス等の支援内容

--

③ サービスの活用状況（○を記入）

	社会資源	現在	相談後	備考
関わりのある機関 職種	地域包括支援センター			
	居宅サービス事業所			
	市町(福祉担当者)			
	市町(保健師)			
	健康福祉事務所(保健所)			
	社会福祉協議会			
	専門病院・専門外来			
	かかりつけ医			
	認知症疾患医療センター			
	介護支援専門員			
	民生委員			
	家族会			
	ボランティア団体			
	その他( )			

	社会資源	現在	相談後	備考
就労支援	ハローワーク			
	障害者就業・生活支援センター			
	その他( )			
経済支援	障害年金			
	傷病手当			
	雇用保険			
	生活保護			
	その他( )			
自立支援サービス	自立支援医療			
	移動支援			
	就労支援			
	居宅介護			
	短期入所			
	その他( )			
介護保険サービス	通所介護			
	訪問介護			
	訪問看護			
	ショートステイ			
	認知症高齢者グループホーム			
	小規模多機能型居宅介護事業所			
	その他( )			
その他	日常生活自立支援事業			
	成年後見制度			

④ 自由記述欄

--