

若年性認知症者の経済状況に応じた 介護支援専門員の社会保障制度の選定能力

タケモト ヨシヒト スギヤマ ケイ クラモト アユミ
竹本 与志人*1 杉山 京*2 倉本 亜優未*3

目的 本研究では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に、若年性認知症者の経済状況に応じた社会保障制度の選定能力について、事例問題を用いて明らかにすることを目的とした。

方法 近畿、中国（うち1県を除く）、四国、九州・沖縄地方に設置されている居宅介護支援事業所16,345カ所（2017年7月時点）から層化二段階抽出法により選定した1,500カ所の事業所を対象に質問紙による郵送調査を行った。調査内容は属性、若年性認知症者の事例問題、社会保障制度の選定能力を確認する項目、事例問題における経済問題の軽減・解決のための相談先の意向等で構成した。調査期間は2017年10月から同年11月の2カ月間であった。

結果 回答は478名から得られ、統計解析には当該項目に欠損値のない386名の資料を用いた。事例問題に対する社会保障制度の利用の可否の回答を用いてクラスター分析を行った結果、5つのクラスターに類型化されると判断した。

結論 5つのクラスターいずれもが社会保障制度の選定能力に課題を有していたが、相談先の意向を確認すると、その選定能力を補完する援助要請を行っている可能性が示唆された。今後は、相談先の人・機関が適切な助言を行うことができているか否かについて確認することが課題である。

キーワード 若年性認知症者、社会保障制度、介護支援専門員、経済問題、経済支援、事例問題

I 緒 言

若年性認知症は、65歳未満で発症する認知症の総称であり、脳血管性認知症やアルツハイマー病など多くの認知症疾患が含まれる¹⁾。その数は、18～64歳では人口10万人対47.6人と推定され、わが国の若年性認知症者は約37,800人と推計されている²⁾。

若年性認知症は、高齢者が発症する認知症と比較して、稼働世代で発症するがゆえに本人のみならずその家族の生活全般に与える影響が大きい³⁾⁴⁾。小長谷ら⁵⁾は若年性認知症コールセン

ターに寄せられた相談事例を分析した結果、若年性認知症者は認知症高齢者に比して医療機関や制度・サービスの情報提供、就労・経済問題が加わるところに特徴があると述べている。また全国15府県を対象にした実態調査⁶⁾においても同様の結果が示されており、なかでも経済状況に関しては発症による収入減少が約6割、家計が苦しいと回答した人が約4割を占めていたと報告している。医療機関における治療や障がい・介護サービスの利用に対する支出に加え、男性の罹患者が多いことをかんがみるならば、世帯主の発症による支出増と収入減により経済

* 1 岡山県立大学保健福祉学部現代福祉学科教授

* 2 日本福祉大学福祉経営学部医療・福祉マネジメント学科助教

* 3 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉科学専攻院生

基盤が揺らいでいる現状が推測できる。そのため、彼らの支援には、治療や症状に関する具体的な説明と助言のみならず、医療費や障がい・介護サービスの利用料支払いによる支出増や休職や退職等を起因とした収入減により経済問題が深刻化しないよう、経済基盤を支えるための援助が重要といえる⁷⁾。しかし若年性認知症者に関する実態調査によると⁸⁾⁻¹⁰⁾、若年性認知症者やその家族は利用可能な社会保障制度の活用率が低く、複雑・多岐にわたる制度を十分に選定することが困難であるため、彼らの支援を担う医療・介護・福祉専門職には積極的な経済支援が求められる。

このような状況のなか、若年性認知症者の約8割が要介護認定の申請を行っていた現状から⁶⁾、多くの若年性認知症者が居宅介護支援事業所の介護支援専門員による支援を受けていると考えられる。しかしながら、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした調査したでは、精神障害者保健福祉手帳や通院医療費公費負担制度（現在、自立支援医療のひとつである精神通院医療）の活用は約1割、特別障害者手当の活用は2割弱にとどまっており、介護支援専門員の約8割が社会保障制度に対する能力不足を感じていたこと¹¹⁾、認知症者の経済問題に対して介護支援専門員は自らの経験のなかから社会保障制度を想定して選定・活用を試みており、知識不足を感じ、困惑していたこと¹²⁾が報告されている。ただしこれらの調査の目的は、認知症高齢者に対する経済支援に主眼が置かれ、若年性認知症に特化したものではない。また、具体的な事例に対する社会保障制度の活用を問うものではなく、社会保障制度の活用経験や能力不足感、経済支援の内容等を問うものであり、介護支援専門員の経済支援における社会保障制度の選定能力を十分に把握するには至っていないところに課題を残している。

そこで本研究では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に、若年性認知症者の経済状況に応じた社会保障制度の選定能力について、事例問題を用いて明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 調査対象者と調査方法

近畿、中国（うち1県を除く）、四国、九州・沖縄地方に設置されている居宅介護支援事業所16,345カ所（2017年7月末時点：WAMNETに掲載されている事業所）から層化二段階抽出法により選定した1,500カ所の事業所を対象に質問紙による郵送調査を行った。調査票の配付方法については、調査対象地域に設置されている居宅介護支援事業所の管理者宛に調査依頼書と調査票等を送付し、各事業所1人の介護支援専門員の回答を依頼した。本調査は無記名自記式の質問紙調査とし、記入後の調査票はプライバシー保護の観点から回答者自らが返信用封筒に厳封した後、調査実施者へ直送する方法を採った。調査期間は、2017年10月から同年11月の2カ月間であった。

(2) 調査内容

調査内容は、属性（性別、年代、基礎資格、介護支援専門員としての通算経験月数等）、経済問題ゆえに必要な介護サービスの導入を制限している（あるいは導入できない）人の有無、経済支援を有する若年性認知症者の事例問題、事例問題に対する社会保障制度の選定能力を確認する項目、事例問題に対する行政機関等への相談先の意向等で構成した。

経済支援を有する若年性認知症者の事例問題については、2016年度に実施した居宅介護支援事業所の介護支援専門員のインタビュー調査ならびに質問紙調査の結果を参考に作成した（表1）。また、事例問題に対する社会保障制度の選定能力を確認する項目は、8つの社会保障制度（精神障害者保健福祉手帳、障害者自立支援医療（精神通院医療）、特定医療費（指定難病）助成制度、特別障害者手当、障害年金、境界層該当、雇用保険の失業給付、生活保護制度）を提示し、「利用できると思う」「利用できないと思う」「わからない」の3件法で回答を求めた。「わからない」という回答を設けたの

表1 若年性認知症者の事例問題

<p>Aさんはアルツハイマー型認知症が原因で現在要介護4の介護認定を受けている50歳の男性である。</p> <p>45歳の時に勤務先（事務職）での業務上のミス（伝票を間違える、紛失するなど）が再々あり、上司の勧めでB病院の神経内科を受診した結果、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。進行遅延薬等が処方されることになり、B病院に定期的に受診をしながら勤務を続けることとなった。</p> <p>その後認知症は進行し、勤務先での業務上のミスは一層顕著になり、診断から半年後休職となった。休職後は加入する健康保険の現金給付である傷病手当金の支給を受けていたが、その1年半後（Aさん47歳時）にはその支給が満了となった。それと同時に勤務先より職場復帰の見込みが立っていないAさんの雇用は困難である旨のお話があり、退職を余儀なくすることとなった。退職後は専業主婦であった妻（当時45歳、現在48歳）がパート勤務（健康保険加入）を始め、Aさんの退職金も充てながら高校1年の長男と中学1年の長女を育てていくこととなった。</p> <p>認知症の進行とともに失見当識がより進行し、2年後（Aさん49歳時）には屋内での失禁や屋外での徘徊、昼夜逆転などがみられるようになってきた。妻は勤務などの外出の際には自宅に施錠して出掛けていたが、帰宅すると屋内は散乱しており、Aさんのみならず家族にとっても心身に負担がかかるようになってきた。</p> <p>親族より要介護認定の申請を勧められ、要介護2の認定を受けた後に居宅介護支援事業所と契約したが、妻はまだ家族で対応できるという思いから介護サービスの利用は保留にしていた。認知症はさらに進行し、1年後（Aさん50歳時）には常に妻がそばにいなければならない状態（食事、用便、衣服の着脱などすべて要介助）となり、会話がかみ合わないこともしばしばみられるようになってきた。担当の介護支援専門員から要介護認定の区分変更申請を勧められ、結果要介護3となり再度介護サービスの導入を勧められたが、病院の通院費の負担がかかっていること、経済的に出費が増えると生活そのものが成り立たない等の理由から、介護サービスの利用は控えたいと言われている。</p>

【Aさんの現在の状況】

- * Aさんの収入は現在なし。退職金は約500万円あったが、現在は200万円程度となっている。医療保険は妻の健康保険の扶養となっている。
- * 妻のパート収入は月額約15万円（手取り）である。自宅の住宅ローン返済がある（毎月5万円、ボーナス払いが10万円）。その他の借金はない。
- * 介護サービスは一切利用していない。
- * B病院へは定期的に通院している。
- * 経済的な支援が可能な親族はいない。

は、利用の可否について、正しく社会保障制度に対して認識しているか否かという視点から「わからない」という回答にこそ真実があると考えたからである¹³⁾。さらに、本事例問題に対する相談先の意向については、調査対象者が担当介護支援専門員になったと仮定した場合の相談先について、相談する可能性のある人や機関を複数回答で選択を求めた。これは介護支援専門員の経済支援におけるSOSの発信先の把握のみならず、社会保障制度の活用に関連する相談先を適切に選定できているかを確認するためである。

(3) 解析方法

統計解析については、まず事例問題に対する社会保障制度の利用の可否の回答を用いてクラスター分析（Ward法）を行い、出力されたデンドログラムを参考に5つのクラスターに類型化を行った。次いで、クラスター間における属性や相談先の意向の差異などの特徴について χ^2 検定ならびにWelchの検定を用いて有意差の有無を確認した。一方、Welchの検定により有意

差が確認された場合はGames-Howell法を用いて多重比較を行った。以上のすべて解析における統計的有意水準は5%とし、解析には統計ソフトIBM SPSS 22J for Windowsを用いた。

(4) 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、調査対象者には調査の趣旨、匿名性の保障、調査協力は自由意思（任意）であること等について文書にて説明し、調査票の返送をもって調査への同意が得られたものと判断した。なお、本調査は2017年9月26日に岡山県立大学倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した（受付番号：17-52）。

Ⅲ 結 果

回答は、478名から得られた（事業所廃止・宛先不明数28、実質配付数1,472通、回収率：32.5%）。統計解析には、当該項目に欠損値のない386名（調査対象者の26.2%、回答者の80.8%）の資料を用いた。

表2 分析対象者の属性分布(n=386)

項目	人数 (%)
性別	
男性	99(25.6)
女性	287(74.4)
年代	
30歳代	47(12.2)
40歳代	135(35.0)
50歳代	140(36.3)
60歳代	59(15.3)
70歳代以上	5(1.3)
基礎資格の内で最も基本にして 仕事をしている資格	
医師	1(0.3)
薬剤師	5(1.3)
保健師	3(0.8)
看護師	47(12.2)
准看護師	6(1.6)
理学療法士	2(0.5)
作業療法士	3(0.8)
管理栄養士	3(0.8)
栄養士	3(0.8)
社会福祉士	49(12.7)
介護福祉士	235(60.9)
歯科衛生士	10(2.6)
その他	19(4.9)
介護支援専門員としての 通算経験月数	平均108.6カ月 (標準偏差: 56.1, 範囲: 2-204)
経済問題ゆえに必要な介護サー ビスの導入を制限している(ある いは導入できない)人の有無	
有	167(43.3)
無	219(56.7)

注 人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

(1) 分析対象者の属性分布(表2)

性別は女性が7割強、年代は40~50歳代が全体の約7割を占めていた。基礎資格の内で最も基本にして仕事をしている資格は介護福祉士が235名(60.9%)と最も多かった。介護支援専門員としての通算経験月数は平均108.6カ月であり、経済問題ゆえに必要な介護サービスの導入を制限している(あるいは導入できない)人を担当している介護支援専門員は167名(43.3%)であった。

(2) 事例問題に対する各社会保障制度の活用可否に関する回答分布(表3)

正答率が最も高かった社会保障制度は特定医療費(指定難病)助成制度253名(65.5%)であり、誤答率が最も高かった社会保障制度は雇用保険の失業給付194名(50.3%)であった。「わからない」と回答した社会保障制度では境

表3 事例問題に対する各社会保障制度の活用可否に関する回答分布(n=386)

		利用できる と思う	利用できない と思う	わからない
精神障害者 保健福祉手帳	人数 (%)	218 (56.5)	128 (33.2)	40 (10.4)
障害者自立支援医療 (精神通院医療)	人数 (%)	239 (61.9)	103 (26.7)	44 (11.4)
特定医療費(指定 難病)助成制度	人数 (%)	66 (17.1)	253 (65.5)	67 (17.4)
特別障害者手当	人数 (%)	135 (35.0)	127 (32.9)	124 (32.1)
障害年金	人数 (%)	232 (60.1)	107 (27.7)	47 (12.2)
境界層該当	人数 (%)	69 (17.9)	65 (16.8)	252 (65.3)
雇用保険の 失業給付	人数 (%)	194 (50.3)	137 (35.5)	55 (14.2)
生活保護制度	人数 (%)	93 (24.1)	249 (64.5)	44 (11.4)

注 1) 正答
2) 平均正答数 4.0点(標準偏差: 1.8, 範囲: 0-8)

表4 事例問題における経済問題の軽減・解決のための相談先の選択の意向(n=386)

項目	人数 (%)
1 福祉事務所(または町村役場の福祉担当)	299(77.5)
2 地域包括支援センター	286(74.1)
3 B病院のソーシャルワーカー	224(58.0)
4 あなたの事業所あるいは事業所の設置法人内の上司	158(40.9)
5 あなたの事業所あるいは事業所の設置法人内の同僚	153(39.6)
6 市区町村役場の年金担当	138(35.8)
7 B病院の神経内科医	136(35.2)
8 社会福祉協議会	122(31.6)
9 市区町村役場の国民健康保険担当	97(25.1)
10 認知症の人と家族の会	89(23.1)
11 認知症疾患医療センター	81(21.0)
12 認知症初期集中支援チーム	77(19.9)
13 他の居宅介護支援事業所	78(20.2)
14 年金事務所	75(19.4)
15 保健所	56(14.5)
16 民生委員	43(11.1)
17 介護支援専門員の職能団体	28(7.3)
18 司法書士	14(3.6)
19 弁護士	12(3.1)
20 家庭裁判所	6(1.6)

注 1) 複数回答
2) 平均5.6カ所(標準偏差: 2.9, 範囲: 0-17)

界層該当252名(65.3%)の割合が高かった。1制度の正答を1点とした場合の平均正答数は4.0点であり、8制度のすべてに正答を選んできた回答者は4名(1.0%)であった。

(3) 事例問題における経済問題の軽減・解決のための相談先の意向(表4)

事例問題を担当した場合の相談先で最も多かったのは、福祉事務所(または町村役場の福祉担当)299名(77.5%)であり、次いで地域包括支援センター286名(74.1%)となっていた。平均相談先数は5.6カ所であった。

(4) 社会保障制度の選定能力による介護支援専門員の類型化(表5)

平均正答数は、クラスター5が5.8点と最も高く、クラスター3が1.9点と最も低かった。Welchの検定の結果、有意差が確認され、多重比較の結果、すべての組み合わせにおいて有意差が確認された。

表5 事例問題に対する各社会保障制度の活用可否に関する回答分布：クラスター間における比較(n=386)

社会保障制度名 ²⁾	選択肢	クラスター	クラスター1	クラスター2	クラスター3	クラスター4	クラスター5	有意差
		構成人数(%)	108(28.0)	85(22.0)	53(13.7)	81(21.0)	59(15.3)	
		平均正答数 ³⁾ (標準偏差) (範囲)	3.9 (1.1) (0-6)	2.9 (1.2) (1-6)	1.9 (1.2) (0-4)	5.1 (1.4) (0-7)	5.8 (1.2) (3-8)	

精神障害者 保健福祉手帳	利用できると思う	人数(%)	87(80.6)	4(4.7)	9(17.0)	63(77.8)	55(93.2)	***
	利用できないと思う		14(13.0)	75(88.2)	21(39.6)	15(18.5)	3(5.1)	
	わからない		7(6.5)	6(7.1)	23(43.4)	3(3.7)	1(1.7)	
障害者自立支援医療 (精神通院医療)	利用できると思う	人数(%)	99(91.7)	22(25.9)	1(1.9)	62(76.5)	55(93.2)	***
	利用できないと思う		9(8.3)	59(69.4)	16(30.2)	15(18.5)	4(6.8)	
	わからない		-(-)	4(4.7)	36(67.9)	4(4.9)	-(-)	
特定医療費(指定 難病)助成制度	利用できると思う	人数(%)	20(18.5)	16(18.8)	7(13.2)	11(13.6)	12(20.3)	***
	利用できないと思う		58(53.7)	68(80.0)	24(45.3)	58(71.6)	45(76.3)	
	わからない		30(27.8)	1(1.2)	22(41.5)	12(14.8)	2(3.4)	
特別障害者手当	利用できると思う	人数(%)	5(4.6)	21(24.7)	2(3.8)	72(88.9)	35(59.3)	***
	利用できないと思う		31(28.7)	56(65.9)	19(35.8)	9(11.1)	12(20.3)	
	わからない		72(66.7)	8(9.4)	32(60.4)	-(-)	12(20.3)	
障害年金	利用できると思う	人数(%)	65(60.2)	23(27.1)	14(26.4)	72(88.9)	58(98.3)	***
	利用できないと思う		20(18.5)	56(65.9)	21(39.6)	9(11.1)	1(1.7)	
	わからない		23(21.3)	6(7.1)	18(34.0)	-(-)	-(-)	
境界層該当	利用できると思う	人数(%)	-(-)	28(32.9)	-(-)	-(-)	41(69.5)	***
	利用できないと思う		5(4.6)	33(38.8)	-(-)	9(11.1)	18(30.5)	
	わからない		103(95.4)	24(28.2)	53(100.0)	72(88.9)	-(-)	
雇用保険の 失業給付	利用できると思う	人数(%)	44(40.7)	55(64.7)	24(45.3)	38(46.9)	33(55.9)	**
	利用できないと思う		38(35.2)	28(32.9)	17(32.1)	32(39.5)	22(37.3)	
	わからない		26(24.1)	2(2.4)	12(22.6)	11(13.6)	4(6.8)	
生活保護制度	利用できると思う	人数(%)	23(21.3)	24(28.2)	6(11.3)	20(24.7)	20(33.9)	**
	利用できないと思う		73(67.6)	56(65.9)	32(60.4)	54(66.7)	34(57.6)	
	わからない		12(11.1)	5(5.9)	15(28.3)	7(8.6)	5(8.5)	

注 1) 正答
 2) χ^2 検定
 3) Welchの検定(多重比較: Games-Howell法)
 4) ***p<0.001, **p<0.01

表6 事例問題における経済問題の軽減・解決のための相談先の意向：クラスター間における比較(n=386)

相談先 ²⁾	クラスター	クラスター1	クラスター2	クラスター3	クラスター4	クラスター5	有意差
	構成人数(%)	108(28.0)	85(22.0)	53(13.7)	81(21.0)	59(15.3)	
	平均相談先数 ³⁾ (標準偏差) (範囲)	5.7 (3.0) (0-14)	4.7 (2.6) (0-12)	5.3 (2.5) (2-13)	6.2 (2.6) (2-14)	6.4 (3.5) (1-17)	**
1 福祉事務所(または町村役場の福祉担当)	人数(%)	89(82.4)	54(63.5)	42(79.2)	66(81.5)	48(81.4)	*
2 地域包括支援センター	人数(%)	75(69.4)	59(69.4)	46(86.8)	61(75.3)	45(76.3)	n.s.
3 B病院のソーシャルワーカー	人数(%)	69(63.9)	35(41.2)	28(52.8)	55(67.9)	37(62.7)	**
4 あなたの事業所あるいは事業所の設置法人内の上司	人数(%)	46(42.6)	31(36.5)	26(49.1)	33(40.7)	22(37.3)	n.s.
5 あなたの事業所あるいは事業所の設置法人内の同僚	人数(%)	34(31.5)	33(38.8)	25(47.2)	36(44.4)	25(42.4)	n.s.
6 市区町村役場の年金担当	人数(%)	44(40.7)	23(27.1)	14(26.4)	35(43.2)	22(37.3)	n.s.
7 B病院の神経内科医	人数(%)	46(42.6)	20(23.5)	14(26.4)	30(37.0)	26(44.1)	*
8 社会福祉協議会	人数(%)	29(26.9)	24(28.2)	19(35.8)	35(43.2)	15(25.4)	n.s.
9 市区町村役場の国民健康保険担当	人数(%)	29(26.9)	23(27.1)	5(9.4)	24(29.6)	16(27.1)	n.s.
10 認知症のひと家族の会	人数(%)	26(24.1)	11(12.9)	9(17.0)	18(22.2)	25(42.4)	**
11 認知症疾患医療センター	人数(%)	25(23.1)	18(21.2)	9(17.0)	16(19.8)	13(22.0)	n.s.
12 認知症初期集中支援チーム	人数(%)	18(16.7)	18(21.2)	10(18.9)	20(24.7)	11(18.6)	n.s.
13 他の居宅介護支援事業所	人数(%)	26(24.1)	17(20.0)	13(24.5)	10(12.3)	12(20.3)	n.s.
14 年金事務所	人数(%)	17(15.7)	9(10.6)	6(11.3)	26(32.1)	17(28.8)	**
15 保健所	人数(%)	10(9.3)	7(8.2)	4(7.5)	17(21.0)	18(30.5)	***
16 民生委員	人数(%)	13(12.0)	5(5.9)	5(9.4)	12(14.8)	8(13.6)	n.s.
17 介護支援専門員の職能団体	人数(%)	9(8.3)	6(7.1)	5(9.4)	4(4.9)	4(6.8)	n.s.
18 司法書士	人数(%)	3(2.8)	2(2.4)	-(-)	4(4.9)	5(8.5)	n.s.
19 弁護士	人数(%)	2(1.9)	1(1.2)	1(1.9)	4(4.9)	4(6.8)	n.s.
20 家庭裁判所	人数(%)	1(0.9)	3(3.5)	-(-)	-(-)	2(3.4)	n.s.

注 1) 複数回答
 2) χ^2 検定
 3) Welchの検定(多重比較: Games-Howell法)
 4) ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n.s.: 有意差なし

(5) クラスター間における属性ならびに相談先の意向の比較

属性ならびに経済問題の軽減・解決のための相談先の意向について、属性(表2)ではクラスター間で有意差が確認されなかった。そして相談先の意向については、福祉事務所(または町村役場の福祉担当)をはじめとする6つの人・機関において有意差が確認された(表6)。また相談先の平均数は、クラスター5が6.4カ所と最も多く、クラスター2が4.7カ所と最も少なかった。Welchの検定と多重比較を行った結果、クラスター2とクラスター4、クラスター2とクラスター5の間に有意差が確認された。

IV 考 察

経済問題を軽減・解決するための方法について西村¹⁴⁾は、①収入を増やす方法、②支出を減

らす方法、③資産の現金化、④負債の調整の4つを挙げている。また、認知症疾患診療ガイドライン2017¹⁵⁾によると、若年性認知症は病状や病期、世帯収入により適応となる社会保障制度が異なると述べられている。これらが示しているのは、経済支援のための社会保障制度の選定・活用には広範な法制度の知識と横断的な選定能力を必要とすること、若年性認知症の病態に関する理解と疾病による生活への影響を推測できる能力を必要とするということである。

若年性認知症者の事例問題に対して社会保障制度の利用の可否を尋ねた結果、8つの制度全てを正答した介護支援専門員はわずか1%であった。そして選定能力に着目して分析対象者を類型化した結果、5つのクラスターが抽出され、いずれのクラスターも課題を有する集団と考えられた。さらにクラスター間において属性等との有意差が確認されなかったことから、社会保障制度の選定能力は属性等に規定されない

可能性が示唆された。介護支援専門員の実務研修の内容は2016年度より改正されているが、その内容は日常生活自立支援事業や成年後見制度などに限定されており、経済困窮の場合は生活保護制度などの活用を行うといった危機回避のための社会保障制度の活用を示すにとどまっている¹²⁾¹⁶⁾。介護支援専門員を対象とした社会保障制度全般の知識を高める教育プログラムがないことから、属性等により差異がみられなかったと考える。以上のことより、各クラスターの特徴について、社会保障制度の正答率や相談先の意向の回答傾向より考察する。

(1) クラスター1の特徴

クラスター1に属する介護支援専門員（以下、クラスター）は、精神障害者保健福祉手帳と障害者自立支援医療（精神通院医療）において高正答率であるものの、他の社会保障制度については生活保護制度以外の5制度について正答率が低く、また「わからない」の回答率が有意に高かった。つまりこの集団は通院費の軽減に向けた支援は可能と考えられるものの、収入減に対する支援が困難であることがうかがえる。

生活保護制度に関しては正答率が7割弱であったものの、境界層該当の正答者はおらず、約95%の介護支援専門員が「わからない」と回答していた。境界層とは、介護保険料や利用者負担を支払うと生活保護を受けなければならない所得層を指す¹⁷⁾。境界層該当の可否は、生活保護制度の活用の際に重要な確認事項のひとつであり、介護支援専門員には熟知を期待したい制度といえる。しかしながら、相談先の意向では福祉事務所（または町村役場の福祉担当）を選択した介護支援専門員が8割強を占めていたことから、介護支援専門員が境界層該当の制度を知らない場合でも福祉事務所（または町村役場の福祉担当）において境界層該当の確認が可能であり、社会保障制度の選定能力を補完できるものと考えられる。

(2) クラスター2の特徴

クラスター2は、特定医療費（指定難病）助

成制度と境界層該当の2制度において正答が高率であるものの、他の6制度について誤答が高率であった。この集団は、事例問題で示したアルツハイマー型認知症が特定医療費（指定難病）助成制度等の該当ではないことは知っていたが、他の6制度については利用可否を判断するために必要な選定能力のレベルに達していない可能性が考えられた。また相談先の意向は5つのクラスターの中で最も低かったことから、社会保障制度の選定能力不足に加え、経済問題の軽減・解決に向けて他の機関等へ発信・相談しない傾向があり、最も経済支援において課題を有する集団と考えられた。特にB病院のソーシャルワーカーや神経内科医への相談の意向が低かったことから、若年性認知症の病態に関する理解と疾病による生活への影響を推測できる能力に課題を有する可能性も示唆された。

(3) クラスター3の特徴

クラスター3は、最も平均正答数が低く、精神障害者保健福祉手帳、障害者自立支援医療（精神通院医療）、特定医療費（指定難病）助成制度、特別障害者手当、障害年金、境界層該当の6制度において「わからない」の回答が高率であった。この集団は本事例問題で設定した社会保障制度についての選定能力を、持ち合わせていない介護支援専門員で構成されていると考えられた。その一方、相談先の意向では9割弱の介護支援専門員が地域包括支援センターへ相談すると回答しており、経済支援に向けて援助要請を行うことができる可能性が示唆された。しかしながら、地域包括支援センターが本研究で設定した社会保障制度の申請窓口ではなく、地域包括支援センターの専門職を対象とした同調査が皆無であることから、彼らが経済支援に対する適切な助言等が可能か否かは不明である。そのため、今後は地域包括支援センターの経済支援に関する能力評価が望まれるところである。

(4) クラスター4の特徴

クラスター4は、精神障害者保健福祉手帳、障害者自立支援医療（精神通院医療）、特別障

害者手当、障害年金の4制度において正答が高率であり、医療費の軽減に加え、収入減に対する制度についても選定能力を持ち得ている可能性が示唆された。なかでも特別障害者手当の正答率は約9割であり、重度の若年性認知症者の在宅生活を支える重要な社会保障制度に関する選定能力を有していると考えられた。一方で、雇用保険の失業給付については正答が4割に満たなかったことから、就労支援に有用な社会保障制度の選定能力について課題を有していると考えられた。そして相談先の意向ではB病院のソーシャルワーカーを選択している割合が他のクラスターに比して高かったことから、この課題をおおむね解消し得る援助要請ができていない集団と推察した。また、社会福祉協議会を相談先に選択する意向も他のクラスターに比して高かった。近年、社会福祉協議会は多くの委託事業を運営しており、適切な助言を得られる可能性は高いことから、若年性認知症者の在宅生活を支えるうえで、地域福祉の拠点である社会福祉協議会へ相談することは長期的な視点からも適切な連携を行う意向の高い集団といえる。

(5) クラスター5の特徴

クラスター5は、5つのクラスターのなかで最も平均正答数が高かった集団であり、精神障害者保健福祉手帳、障害者自立支援医療（精神通院医療）、特別障害者手当、障害年金、境界層該当の5制度において正答が高率であった。しかしながら、雇用保険の失業給付の正答率は4割弱、生活保護制度については正答率6割弱と5つのクラスターのなかで最も低く、境界層該当の誤答率が約3割と高かった。クラスター5は、セーフティーネットである生活保護制度と最も近くに位置する境界層該当に関する選定能力に課題があると考えられる集団であった。相談先の意向を確認すると、認知症の人と家族の会を相談先に選択する意向が他のクラスターに比して高率であった。認知症の人と家族の会は若年性認知症者支援に関する情報を多く持っており、経済支援に関する有用な助言等も得ることが可能と考えられる。以上のことからクラ

スター5は、自らの選定能力を活用しながら、選定能力不足を補完するための援助要請を行うことのできる集団と考えられた。

V 結 論

若年性認知症者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、様々な支援サービスを円滑に利用できるよう、彼らの経済基盤を安定させることが重要である。本調査の結果、居宅介護支援事業所の介護支援専門員には社会保障制度の選定能力に課題がみられたものの、経済問題の軽減・解決のために選定能力を補完する援助要請行動を取る可能性が示唆された。今後は、相談先の人・機関が適切な助言を行うことができているか否かについて、量的調査により確認することが課題である。

謝辞

調査にご協力いただきました居宅介護支援事業所の管理者ならびに介護支援専門員の皆様に深謝申し上げます。調査実施に際し、尽力いただきました川崎医療福祉大学の仲井達哉氏、特定非営利活動法人クロスジョブの谷口将太氏に感謝申し上げます。なお、本調査研究は、JSPS科研費（挑戦的萌芽研究）16K13437「認知症者の経済支援に対する介護支援専門員の能力開発に関する研究（2016～2018年度）」（研究代表者：竹本与志人）の助成を受けて2017年度に実施した研究の一部である。

文 献

- 1) 池内健. 若年性認知症の診断・治療と患者・家族支援. 日本早期認知症学会誌 2015; 8(2): 38-42.
- 2) 朝田隆. 若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究: 平成20年度総括・分担研究報告書: 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業. 2009.
- 3) 新井平伊. 若年性認知症とは?. 精神科治療学 2010; 25(10): 1277-80.
- 4) 松下太. 若年性認知症の家族への支援. 精神科治

- 療学 2010; 25(10) : 1352-8.
- 5) 小長谷陽子, 鈴木亮子. 若年性認知症電話相談の実態 - 若年性認知症コールセンター2年間の相談解析から -. 厚生 の 指標 2014; 61(12) : 36-42.
 - 6) 小長谷陽子, 渡邊智之. 全国15府県における若年性認知症者とその家族の生活実態. 日本認知症学会誌 2016; 30(3) : 394-404.
 - 7) 宮永和夫. 若年認知症に対する社会資源・制度の積極利用. 精神科治療学 2010; 25(10) : 1343-52.
 - 8) 兵庫県. 平成24年度若年性認知症実態調査報告書. 2012 (https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf29/documents/jyakunen_ninchi_24houkokusyoyo.pdf) 2020.10.26.
 - 9) 北海道. 若年性認知症実態調査報告書. 2013(<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/ninchishou/jakunenouchou2.pdf>) 2020.10.26.
 - 10) 静岡県. 平成26年度静岡県若年性認知症実態調査報告書. 2015 (<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-210/chouju/kaigoyobou/documents/houkokusyoyo.pdf>) 2020.10.26.
 - 11) 竹本与志人, 内藤絵里, 馬塩智恵子, 他. 認知症高齢者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況 - 医療職と福祉職との比較を通して -. 厚生 の 指標 2005; 52(6) : 15-20.
 - 12) 竹本与志人, 杉山京, 倉本亜優未, 他. 介護支援専門員を対象とした認知症者の経済問題に対する支援内容とその展開過程. 社会医学研究 2019; 36(1) : 53-60.
 - 13) 古澤拓郎. 地域研究におけるカルチュラル・コンセンサス分析の有用性とその限界. アジア・アフリカ地域研究 2016; 15(2) : 257-77.
 - 14) 西村健二. 第2章第1節経済的困窮を理解するための収支の流れ. 西村健二編著. 生活困窮者の支援方法と連携の仕方. 愛知: 日総研出版, 2016 : 46-54.
 - 15) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会. 若年性認知症者の経済的課題についての支援制度にはどのようなものがあるか. 日本神経学会監修. 認知症疾患診療ガイドライン2017. 東京: 医学書院, 2017 : 194-5.
 - 16) 平成26年度介護支援専門員研修改善事業研修向上委員会. 介護支援専門員実務研修ガイドライン. 2016 (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11JITSUMUKENSHUGAIDORAIN_3.pdf) 2020.10.26.
 - 17) NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会. 2019年度版医療福祉総合ガイドブック. 東京: 医学書院, 2019 : 145.