

## 仕様書 (若年性認知症相談支援事業業務委託)

### 1 目的

若年性認知症の人や家族が直面する課題に対する支援に当たり、相談窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の支援に関わる関係者のネットワークの調整役である「若年性認知症支援コーディネーター」を配置することにより、若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充を図るとともに、身近な地域での支援の充実を進める。

### 2 業務内容

若年性認知症相談窓口を1か所設置し、若年性認知症支援コーディネーター（1名）を配置する。相談日は毎週月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）規定する休日及び12月29日から翌年の1月3日までの日を除く。

相談窓口の設置時間は、10時から17時とし、以下の業務を行う。

#### (1) 相談窓口

電話と来所等の相談について、本人の心身の状況、現在の困りごとや将来的な負担等を具体的に掘り下げて聴き取り、1件ごとに相談記録票（別紙1）に記録する。

また、相談記録票の内容をもとに、相談実績報告書（別紙2）を作成し、毎月県に報告する。

助言や支援に当たっては、地域で相談支援に取り組む体制づくりを考慮し、県内各地域の家族の会会員や地域包括支援センター職員など協力可能な者と連携する。

ア 若年性認知症の人やその家族、若年性認知症の人が利用する関係機関及び若年性認知症の人を雇用する企業等からの各種相談に応じる。

イ 相談内容を踏まえ、若年性認知症である本人やその家族の思い、置かれている環境、有する能力等の状況を勘案し、必要な支援制度やサービス等を紹介する。

また、必要に応じて同行支援を行う。

ウ サービスを提供する関係機関等と若年性認知症の人に係る必要な情報を共有の上、支援内容についての連絡調整等連携を図る。

エ サービスを提供する関係機関等から必要に応じて相談者の状況を定期的に収集する。

オ その他若年性認知症の人やその家族、若年性認知症の人が利用する機関及び若年性認知症の人を雇用する企業等の支援に資する取組を行う。

カ 相談対象者のプライバシーに配慮できる場所の確保を行う。

#### (2) 若年性認知症支援ネットワーク研修の実施（若年性認知症セミナーの開催）

地域の障害福祉サービス従事者や事業主、人事労務担当者、産業医を含む企業関係者等、若年性認知症の人に対する支援に携わる者等に対して、若年性認知症の人が利用できる社会資源に関する情報の提供や、若年性認知症の人の特性に配慮した日常生活上の支援、就労上の支援等のために必要な知識等を習得するためのセミナーを行う。

#### (3) 若年性認知症支援ニーズの把握等（本人・家族交流会の開催）

若年性認知症の人やその家族が集まる交流会を開催し、意見聴取による支援ニーズ把握や支援方策の共有を行う。

#### (4) その他

若年性認知症支援コーディネーター研修の受講。

### 3 様式

委託業務に関する書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 契約書第1条の委託業務実施計画書
- (2) 契約書第7条の委託業務実績報告書
- (3) 契約書第8条の業務委託料請求書
- (4) 契約書第9条の業務委託料前払金請求書

## 別紙1

## 若年性認知症相談記録票

記録	相談番号	2 -	相談窓口把握方法
	相談日	年 月 日	
	相談受理者		

相談者	氏名		年齢	歳	性別	男・女
	住所					
	本人との続柄					

本人	フリガナ 本人氏名		生年 月日	男・女	明・大・昭	年 月 日( 歳)	
	本人住所					電話	
	生活形態						

就労・ 経済 状態	就労状況	職業				
		就労状況				
	経済状態	経済状況				
		本人		家族		

認知症 の状況	診断名	診断日			
		本人告知状況			
	治療機関			主治医名	
	服用薬名				
	治療状況				

認知症 以外の 疾患	疾患名				
	治療機関		主治医		
	治療状況		服薬状況		

		症状	特記事項
本人の 状況	主な症状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 何度も同じことを言う・聞く <input type="checkbox"/> 取り繕う <input type="checkbox"/> 道に迷う <input type="checkbox"/> 段取りが出来ない(料理の手順、旅行計画等) <input type="checkbox"/> 金銭管理ができない <input type="checkbox"/> 性格の変化(情緒不安定等) <input type="checkbox"/> その他	
	現在の困り事 ・症状 ・障害 ・BPSD	<input type="checkbox"/> 尿(便)失禁 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> こだわり行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他	

	種別	内容		
保証 制度等	年金	年金		
		備考		
	保険	医療	国民健康保険 共済保険 全国健康保険協会・組合健康保険 その他	
		制度	高額療養費助成 高額療養費・介護合算 その他	
	障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳	級	身体障害者手帳 級
権利擁護	成年後見制度 日常生活自立支援事業			

利用サービス	介護保険	要支援		要介護		
		認定状況				
	介護保険サービス等	入所系				
		通所系				
		地域密着型				
		総合事業				
	介護保険以外のサービス					
	障害者支援サービス					
医療サービス						

相談内容	
対応方針等	

【相談別】

(1) 症状・対応の方法(本人・介護者)	
(2) 心身の問題(本人・家族)	
(3) 医療関係(受診・紹介)	
(4) 介護保険関係	
(5) 就労・経済的問題	
(6) その他サービスや社会資源	
(7) その他	

【対応別件数】

(1) 傾聴・助言			
(2) 情報提供			
同行		あり	なし
(3) 紹介	ア 地域包括支援センター		
	イ 市町村・保健センター		
	ウ 医療機関		
	エ 介護サービス事業者		
	オ 就業先		
	カ 労働相談機関		
	キ 各種相談機関		
ク その他			
(4) その他			



