

**平成 27 年度**  
**認知症初期集中支援チーム員研修**  
**テキスト**

**国立研究開発法人国立長寿医療研究センター**



## 目 次

I 章 事業概要	1
1 事業の趣旨について	1
2 事業化の背景	2
3 本事業実施上のポイント	3
II 章 日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムのあり方	11
1 はじめに	11
2 社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策	12
3 統合ケア(integrated care)としての認知症患者へのケアの特徴	15
4 自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への 取り組みと課題	16
5 自治体におけるこれからの認知症ケア推進の進め方	18
6 おわりに	20
III 章 認知症初期集中支援チーム員の役割	24
1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの	24
2 認知症初期集中支援チームの活動内容	27
3 認知症初期集中支援チーム活動の評価について	35
IV 章 認知症の総合アセスメント	38
1 認知症総合アセスメントの考え方	38
2 認知症の診断と代表的な認知症疾患	50
3 アセスメントツールの使用方法	59
V 章 認知症初期集中支援における具体的活動	76
1 支援のための具体的なプロセス	76
2 医療機関への受療支援	82
3 家族介護者への支援	83
4 住まいと生活支援	88
5 認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援	91
6 せん妄と初期支援	98
7 身体症状や身体疾患に対する初期支援	104
VI 章 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築	113
1 市区町村におけるビジョン設定	113
2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法	116
3 初期集中支援チームにおける地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整	118
参考資料	126





## 章 事業概要

### 1 事業の趣旨について

平成 24 年 6 月、これまでの認知症施策を再検証し、今後目指すべき基本目標を定めた「今後の認知症施策の方向性について」が、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによりとりまとめられた。

この報告書の中では、これまでのケアは、認知症の人が認知症の行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたが、今後は新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くというものであり、認知症になっても尊厳をもって質の高い生活を送るという私たち共通の望みの実現に向けて具体的な方策を推進していく必要があるとしている。

この報告書や、高齢者の増加に伴い認知症の人が更に増加することが見込まれていること等を踏まえて、施策を具体的に推進するため、同年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 か年戦略（オレンジプラン）」を策定し、その後、オレンジプランを加速化するために、厚生労働省だけでなく、関係府省庁と共同して、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定した。

こうした経過の中、平成 25 年度には『認知症の早期診断・早期対応』に対応するためのモデル事業として、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」が全国 14 市町村で実施された。その成果を踏まえ、平成 26 年度は介護保険制度の改正（平成 26 年度改正）によって再編された地域支援事業の任意事業の「認知症初期集中支援推進事業」に位置づけ、平成 27 年度は地域支援事業の包括的支援事業とし、さらに平成 30 年度にはすべての市区町村で実施することとしている。

本テキストでは、この「認知症初期集中支援推進事業」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。

本テキストを基に、関係機関・団体等との連携・協力のもと、事業の実施主体である市区町村及び「認知症初期集中支援チーム」による効果的・効率的な事業活動が実現され、認知症の人の意思が尊重され、できる限り地域の住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる仕組みとして整備されることを期待する。

## 2 新オレンジプランにおける事業の位置づけ

新オレンジプランの策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聞き、認知症の人やその家族の視点に立って、施策を整理した。また、厚生労働省が関係 11 省庁と共同して策定したものである（図 1-1）。

新オレンジプランの基本的考え方として、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に添えていくことを旨としつつ、7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していく。この戦略の対象期間は 2025 年（平成 37）年までであるが、施策ごとに具体的な数値目標を定めるに当たっては、介護保険事業計画との整合を図り 2017 年（平成 29）年度末等を当面の目標設定年度としている。

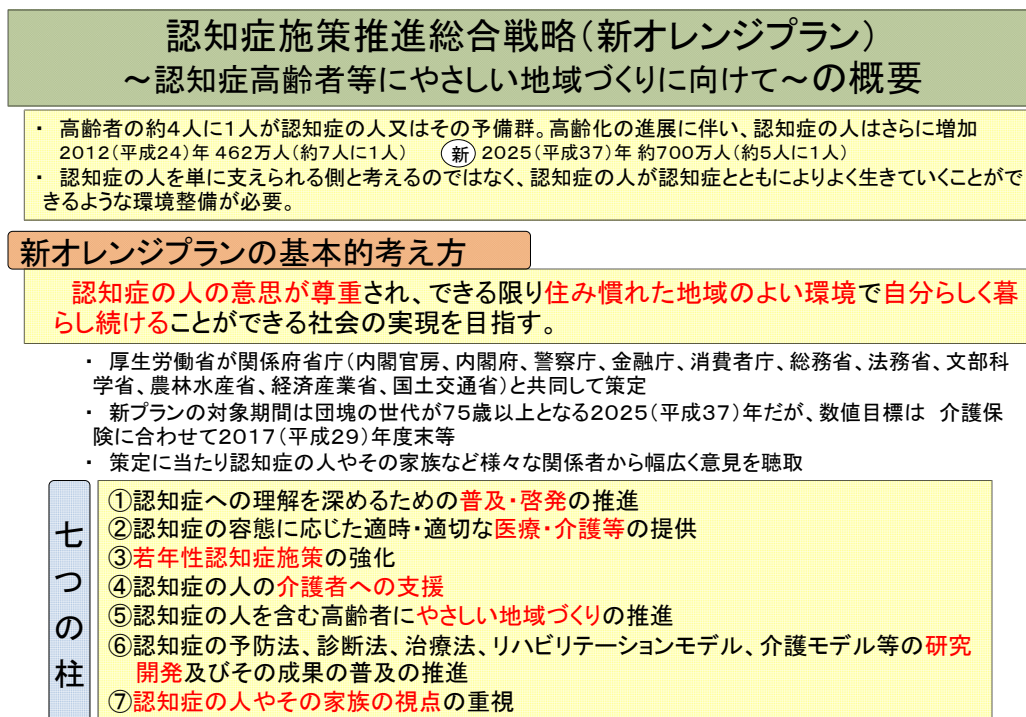


図 1-1

認知症初期集中支援事業は、新オレンジプランの2つ目の柱の「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の早期診断・早期対応のための体制整備として位置づけられている。

その中で、認知症初期集中支援チームの設置については、「早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかな適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進する。市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置き、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活のサポートを行う。」こととしている。

### 3 本事業実施上のポイント

平成 25 年度に認知症の早期診断・早期対応に対するモデル事業を実施し、平成 26 年度には認知症初期集中支援推進事業を地域支援事業の任意事業として実施した。その中で重要なものとして、以下の 3 点が抽出できた。

#### 工程表（実施計画）の作成と管理

「普及啓発推進事業」「認知症初期集中支援」「認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置」の要素を組み立てて、必要な実施計画を示す工程表を作成することは、事業の具体的な推進の機動力となる。

#### 地域での活動基盤となるシステムづくり

あらゆる方法を駆使して、様々なところから対象者をリストアップできるようなシステムと、対象者介入とその後の支援体制をつくる地域の連携システムが重要。「認知症初期集中支援チーム検討委員会」によって、検討を加える体制を築き、地域の意思統一の図れるための仕組みづくりが大切。

#### チーム員会議の機能と効果的運営

認知症疾患や認知機能に加え、生活障害、身体の様子などの観察・評価結果の提示方法など必要な項目に絞った効率的な検討ができるような会議の資料の作成が必要。また、アセスメント結果を基に、必要な支援を迅速に判断し、適切なサービスの提供に結びつけるための会議となるようなフォーマットは必要不可欠であり、より必要な情報がとれるような工夫が必要。

この事業を実施していく上で、事業全体から見た場合のポイントとして、以下の 4 点については、事業実施主体となる市町村及び具体的な認知症初期集中支援を行うこととなる「認知症初期集中支援チーム」の双方において理解した上で実施することが重要となる。

#### 【地域包括ケアシステムの構築】(図 1-2)

- ・ 認知症の人の数は 2012（平成 24）年で約 462 万人、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されている。また、この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、2025（平成 37）年には認知症の人は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合は、現状の約 7 人に 1 人から約 5 人に 1 人になる見込みである。
  - ・ 認知症高齢者の半数は在宅で生活しており、各介護サービスにおいても認知症への対応が求められること。
  - ・ 各地域の実情に応じて、医療サービスと介護サービス、双方向のシームレス（切れ目のない）なサービス提供が求められており、認知症施策においても同様の切れ目のない対応や連携が必要であること。
  - ・ 各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要があり、その際には、認知症施策を主眼においた街づくりが求められること。
- など、地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症初期集中支援サービスを含む、認知症高齢者施策が必須である。

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

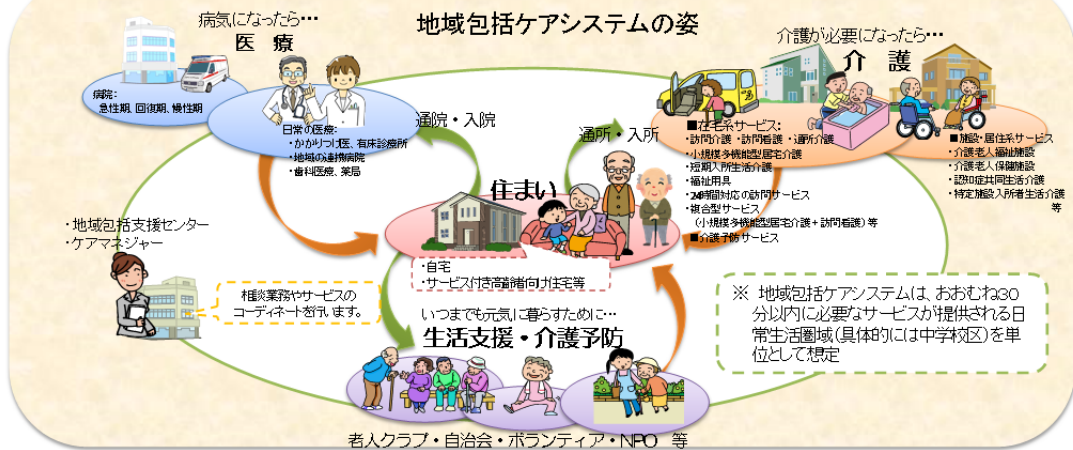


図 1-2

### 【認知症初期集中支援チームと他施策の関係】

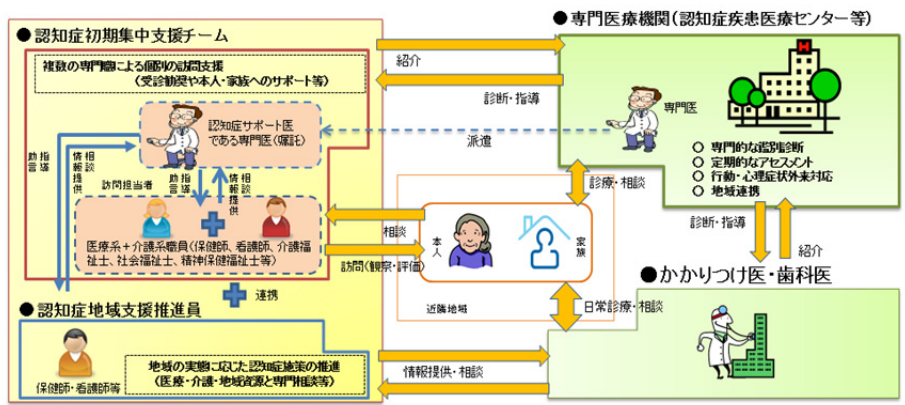
認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置に取り組むことが重要となる。また、認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援など認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で推進することも重要である。

また、かかりつけ医や、認知症疾患医療センター等の専門医療機関との連携体制が必要であることが、「認知症初期集中支援チーム」の一つのポイントになっている(図 1-3)。

**認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供**

**早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症初期集中支援チームの設置＞**

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。  
このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業  
 【実績と目標値】 2014(平成26)年度 41市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

図 1-3

**【認知症初期集中支援推進事業の全体像】**

本事業は、新オレンジプランの中にもあるように、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」(以下「支援チーム」という。)を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としている。

この専門職で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価し、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

同時に、市町村においては、保健・医療・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置し、支援チームの設置及び活動について検討するとともに、地域の関係機関や関係団体と一体的に事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めることとしている。

また、支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医(かかりつけ医)に対する連絡票など情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ることも重要である(図 1-4)。



認知症初期集中支援推進事業の概念図

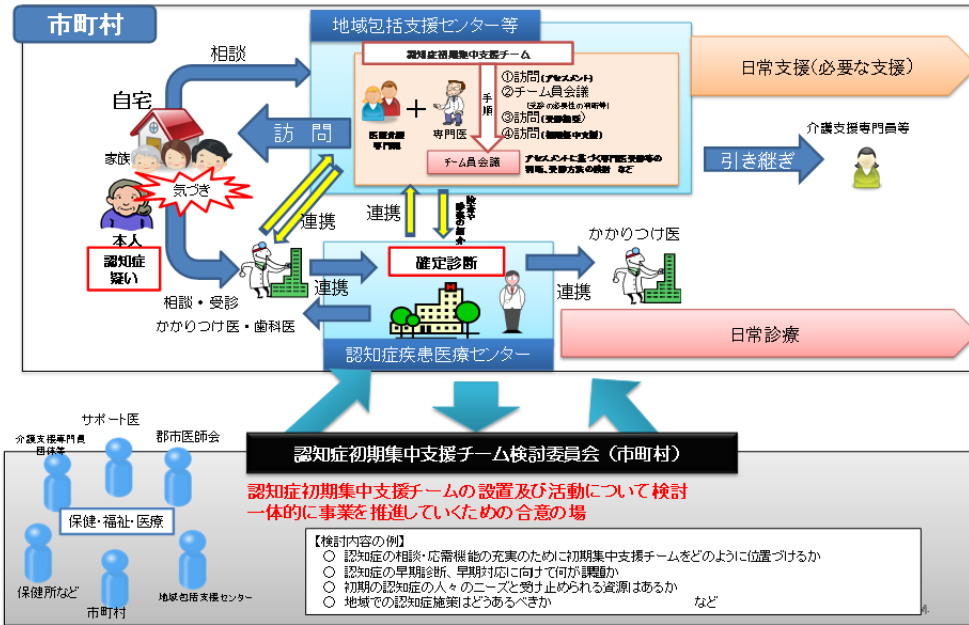


図 1-4

【本事業における認知症初期集中支援のスキーム】

下記の図 1-5 は、平成 25 年度老人保健健康増進等事業「認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業」(独立行政法人国立長寿医療研究センター)報告書の認知症初期集中支援チームのモデル事業スキームを参考に、認知症初期集中支援推進事業をフローとして図にしたものである。

事業の実施においては、支援チームが関与する場合に、個別支援としてどのポイントに位置しているのか把握しておくと共に、支援対象者のうち何人が、どのポイントに位置しているのか意識して、進捗状況を把握しておく必要がある。

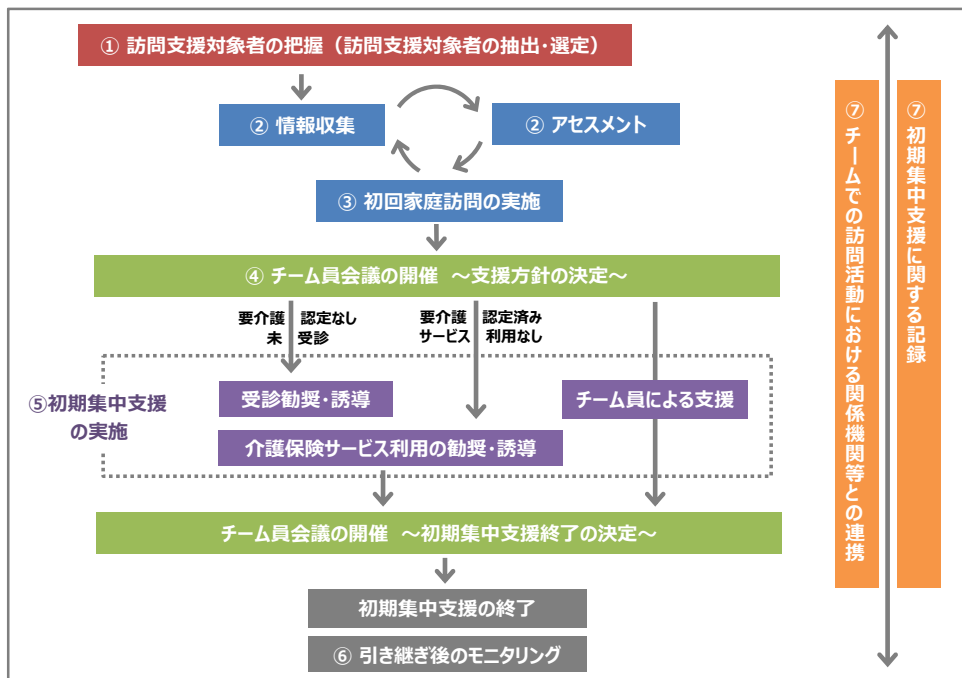


図 1-5 認知症初期集中支援のスキーム

## 地域支援事業実施要綱（案）（抜粋）

### 別記5 包括的支援事業（社会保障充実分）

#### 3 認知症総合支援事業（法第115条の45第2項第6号）

##### （1）認知症初期集中支援推進事業

###### ア 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

###### イ 実施主体

市町村。ただし市町村は、ウの事業の全部又は一部について、省令第140条の67に基づき、市町村が適当と認める者（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、診療所等）に委託することができる。

###### ウ 事業内容

###### （ア）実施体制

###### a 支援チームの配置と役割

支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

###### b 認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の を満たす専門職2名以上、 を満たす専門医（（ウ）bにおいて単に「専門医」という。）1名の計3名以上の専門職にて編成する。

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
  - ・認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者
- また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講

し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師であって、今後 5 年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの

- ・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に 5 年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

#### c チーム員の役割

b の を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

b の を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。

また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行って差し支えない。

#### d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等

市町村は、実施主体として、以下の体制を講じること。

医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」(以下「検討委員会」という。)を設置するとともに、検討委員会が関係機関・団体と一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるよう努めること。

支援チームと医療関係者との連携を図るため、認知症疾患医療センターや地元医師会との事前協議や主治医(かかりつけ医)に対する連絡票など情報の共有化に向けたツールの作成やそれを用いた地域の連携システムの構築を図ること。

#### (イ) 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下の a、b のいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、b に偏らないよう留意すること。

- a 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下の



いずれかに該当する者

認知症疾患の臨床診断を受けていない者  
継続的な医療サービスを受けていない者  
適切な介護サービスに結び付いていない者  
介護サービスが中断している者

b 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(ウ) 事業の実施内容

以下のaからcについていずれも実施するものとする。なお、cについては市町村が自ら実施すること。

a 支援チームに関する普及啓発

地域住民や関係機関・団体に対し、支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

b 認知症初期集中支援の実施

訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。

情報収集及び観察・評価

本人のほか家族などのあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況などを情報収集すること。

また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。

初回訪問時の支援

初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言などを行う。(おおむね2時間以内)

専門医を含めたチーム員会議の開催

初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。

初期集中支援の実施

医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境などの改善などの支援を行

う。(訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6ヶ月)

#### 引き継ぎ後のモニタリング

初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。

また、チーム員会議において、引き継ぎの2か月後に、サービスの利用状況などを評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は5年間保管しておくこと。

#### 支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供することで情報共有を図り、事業実施すること。

#### c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討する。

### エ 留意事項

(ア) チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(イ) 実施主体の担当者及びチーム員は、国が実施する「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加すること。

ただし、やむを得ない場合には、研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有すること。

(ウ) 実施主体は、(2) 認知症地域支援・ケア向上事業を実施する場合には、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

(エ) 実施主体は、地元医師会、認知症疾患医療センターその他の認知症に関する専門的な医療を提供する医療機関、認知症専門医、認知症サポート医等との連携に努めること。

(オ) 事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等の連携を図ること。

(カ) 実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

(キ) 実施主体は、本事業の実施に当たって、「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」を参考とすること。

(ク) 近隣市区町村が連携又は共同して、ウの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

## 第 章 日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムの在り方

### 1 はじめに

地域包括ケアシステムは、2005年の介護保険制度改正から本格的にその構築を目指した政策的な取り組みがなされてきた。しかし、このシステムのコンセプトは、抽象度が高く、政策担当者と現場との施策の見通しの乖離が大きいこと等が原因となり、ほとんどの自治体でシステム構築は進まず、一部の自治体を除くと、このシステムを支える基盤は未だ脆弱な状況となっている<sup>1)</sup>。

このため、厚生労働省老健局の局長の私的研究会である「地域包括ケア研究会」が2008年、2009年、2012年、2013年の4カ年にわたって組織され、従来のコンセプトで国民からの理解を得ることができなかった介護予防を主体とせず、医療と介護の連携を重視するintegrated careの理念を中核とした、わが国に相応しい地域包括ケアシステムの在り方が検討されつつある<sup>注1)</sup>。

この間、介護・診療報酬同時改定年であった2012年を政府は地域包括ケア元年と名付け、地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みに対してのインセンティブを診療・介護報酬上で与えてきた。続いて実施された2014年診療報酬改定においては、急性期医療から慢性期医療までの連携強化、在宅医療を整備する拠点整備などが図られ、地域包括ケア病棟が新設されるなど、医療関係者に対して、さらなる地域包括ケアシステムの認知をすすめる方策へと大きく舵が切られつつある。

また、介護保険制度では、地域包括ケアシステムを現実的に推進するために、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスを新たに地域密着型サービスとして創設し、報酬における積極的なインセンティブを与え、医療と親和性が高い看護領域とのintegrationをすすめるという方策とした。

このように、地域包括ケアシステムは、わが国の社会保障制度の主とされる医療・介護保険制度において、これから中核的なシステムとなると考えられている。

しかし、このシステムが、諸外国で進められているcommunity careやintegrated care<sup>2)-4)</sup>、あるいはcommunity-based care<sup>5)</sup>、all-inclusive care<sup>6)</sup>と称される取り組みと同じ文脈にあることは、未だ十分な理解がなされていない。

一方、2012年9月5日に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」<sup>7)</sup>が海外の先進国で示されている認知症対策のための戦略例に倣って、わが国においても制定され、認知症者に対する早期診断、初期集中支援などの対応を行うべく支援体制の強化を行うための行動計画が示され、その整備が現在、急ピッチで進められている。

---

注1) 地域包括ケア研究会の報告書については、厚生労働省の地域包括ケアシステムのHP ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)) に「地域包括ケアシステムに関する主な報告書」として掲載されている。

本稿では、わが国において、この認知症施策の推進がなされることが integrated care 理念の中核としての医療と介護の連携をすすめ、地域で認知症高齢者が安心して生活できる環境をつくることへつながり、まさに政府がすすめようとしている community を based( 基盤とした ) care へと発展できる可能性が高いことを述べていく。

これは、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることは、integrated care における規範的統合<sup>注2)</sup>を図ることにつながり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされるということを示すことと同義と説明できよう。

## 2 社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策

### (1) わが国の認知症患者数とその居住場所について

全国の 65 歳以上の高齢者における認知症有病率推定値 15% とすると認知症有病者数約 439 万人と推計されている(平成 22 年)。また全国の MCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値は 13% で MCI 有病者数は約 380 万人と推計(平成 22 年)されている<sup>8)</sup>。

このうち介護保険制度を利用している認知症高齢者は約 280 万人(平成 22 年)である。すなわち、高齢者人口の約 1 割が認知症と推定され、要介護認定者の約 6 割が認知症高齢者といわれ、認知症高齢者数は、2010 年で「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者数として、公表されていた人数としては 280 万人であった。

2012 年の時点のデータによると日本の認知症高齢患者は 305 万人で、この患者らの居場所は在宅 149 万人、介護施設 89 万人、居住系施設(特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護)28 万人、医療機関 38 万人となっている。ただし、このデータには、医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数は反映されておらず、精神科病院に入院している認知症高齢患者は、かなりの数にのぼると考えられている。

また、2017 年の推計値では、認知症高齢患者の総数は、373 万人となるが、在宅に 186 万人、介護施設に 105 万人、居住系施設(特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護)44 万人、医療機関に 38 万人と示されており、認知症高齢患者の半数以上が在宅で過ごしているという推計値が示されている。

一方で、今日的なわが国の問題としては、認知症患者の精神病院への入院の増加とそこにいる患者が滞留としているという問題がある。このことを裏付けるデータは、2012 年から 2013 年に 2 カ年にわたって開催された「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」において示されてきた<sup>9),10)</sup>。

平成 24 年 6 月 18 日に発表された、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームによる「認知症施策の今後の方向性について」という報告書<sup>11)</sup>では、このような状況への反省

注2) 規範的統合(Normative integration)とは、統合のプロセスの要素の一つであり、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと關係を持つこととされている。

を踏まえて、「『ケアの流れ』を変える」ことが謳われている。

このケアの流れを変えるために重要なことは、従来型の入所施設に入れば施設で、その方の人生も終わりとするのではなく、地域で認知症高齢者が QOL を保持しながら生活できるようなケアシステムを構築することとされている。

また、エイジングインプレイス<sup>3)</sup>の理念からは、高齢になっても、認知症となったとしても在宅で過ごすことが目指されるべきとされていることから、今日の課題はまさに認知症の方々が地域で生活できる仕組みづくりとは、すなわち地域包括ケアシステムを構築することと同義と解釈できる。

つまり、わが国で構築しようとしている地域包括ケアシステムとは、MCI（軽度認知機能障害（Mild cognitive impairment））レベルから BPSD（認知症の行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を発症している重篤なレベルまでの方々が地域で生活することを目指したケアシステムであることを目指していると説明できる。

具体的に、このシステムが達成せねばならないことは、各地域で認知症ケアパスを作成し、それを普及することであるが、まずは、この認知症ケアパスを地域の特性を踏まえて創ることが自治体の責務としては求められている。

## （2）英国における認知症ケア政策の動向

わが国のオレンジプランに影響を与えた英国では、すでに 2009 年に認知症ケア戦略（The National Dementia Care Strategy）<sup>12)</sup>が制定されていた。現在、英国の経済における認知症の費用は、年間 230 億ポンドであり<sup>13)</sup>、2012 年現在 80 万人である英国の認知症患者は今後 30 年で倍増し 140 万人になると予想されている<sup>12)</sup>。

これらの人々に認知症患者やその介護者への質の高い支援やケアを提供し続けるためには、国民全体に認知症に関する意識の向上を促し、疾病の重篤化を防ぐための早期の診断や介入がなされる必要があるし、たとえ認知症となったとしても、そのケアの質の向上によって重篤化を防ぐこと等が考えられなければならないことが、示されたのが英国の認知症国家戦略である DH といえる。

また、英国では、DH 以前に、The National Health Service Framework for Older People によって、専門家による治療と生活の質や独立を促進する支援サービスによって、認知症患者の精神的健康を改善する必要性が特定された<sup>14)</sup>。

また、このための認知症に関するガイダンスである The National Institute for Clinical Excellence (NICE)の発行がなされ、Social Care Institute for Social Excellence と共に改善のレベルが示され、また認知症患者支援の「integrated care pathway」アプローチの一

---

注3) エイジングインプレイスとは、一般的に「住み慣れた地域で高齢者の生活を支えること」と理解され、高齢者が虚弱化にも関わらず尊厳をもって自宅・地域で暮らすためのケア提供システムの整備が 1990 年代から世界各国で取り組まれてきた。

環として、認知症サービスの必要性が規定された<sup>15)</sup>。このガイダンスでは、個人やその介護者に対して多様な影響があり症状が複合的であるという性質の中で、認知症に対応する統合アプローチへの提案がなされている<sup>15)</sup>。

これは、過去、数十年間にわたる既存の認知症に関しての認識方法は疑問視され、生物・医療モデル<sup>16)</sup>から、社会学的なモデルを含みつつ、患者自身や自宅で老いること<sup>17)</sup>の重要性を強調するアプローチへと移行したのである。

そして、こうしたケアのアプローチのシフトは、高齢の認知症患者を支援する「integrated care path way」を通じて、認知症ケア提供の改善の必要があるとする政策<sup>12),14)</sup>と対応してきた<sup>12),18)</sup>。現在、この英国で示されている integrated care path way や認知症高齢者を対象としたケアパスウェイ (Dementia care pathway) に関する研究はあまり多くないが、認知症のケアに関する問題点は明確にされつつある。

例えば、英国も日本と同様に認知症の診断のプロセスは複雑であり、認知症は重度になるまで診断されないことが多い。診断が遅くなると本人や家族に対する介入の効果は著しく低下することが臨床的な知見としては周知されているが、こういった認知症の診断が下される時期の遅延化がその後のケアの道筋に与える多様な影響についての研究は英国でも必要とはされているものの十分でないといわれている。

だがエビデンスは少ないが、臨床的には、病状の軽い早期において、その診断が正確に行われ、介入がされることが、予後に大きな影響を与えることは英国だけでなく、先進諸国では共通の認識となりつつある。

すなわち、これは早期診断とこの結果が示されると同時にケアが介入することが現時点で認知症の重篤化を予防するのに効果的であることが臨床家にとっては、常識となってきたことを意味する。そして、この早期の診断を早めるためには、患者になる可能性がある国民すべてが、認知症に関するセルフケアのレベルを高めることが求められるし、地域の医療資源の利用が有効となると考えられている。

また、Prime Minister's Challenge on Dementia<sup>注4)</sup>という最近の報告書では、認知症サービスの将来に向けた多くの着眼点と関与方法が示された<sup>19)</sup>。この中には認知症患者に優しい地域づくりや、認知症患者の個人の特徴に合ったケア計画の保証などが謳われた。さらに英国では、とくに認知症患者に対するケアの提供に際しては、医療的、健康にかかわる予防的な、そして社会的ケアという複数の領域から提供されるケアの統合が必要であることが認識されつつあり、これらが複合して提供されることによって、良いアウトカムが得られることが認識されつつある<sup>19),20)</sup>。

以上のように、英国の高齢者は医療・健康・社会ケアサービスの最も重要な顧客と認識

---

注4) Prime Minister's Challenge on Dementia とは、2009年に策定された認知症国家戦略を受けて展開されている2012年時点の施策の進捗状況および2015年に向けた課題を取りまとめた報告書である。

されていることから、彼らに質の良いケアを提供することが強く期待されている<sup>21)・23)</sup>。

ただ、日本と異なった観点としては、高齢者に対するサービスのアウトカムとして、サービス利用者や介護者が独立して自分自身で、自分への支援を管理し、どんな支援を、いつ、どのように提供されるべきかをマネジメントできる必要があると規定され<sup>24)</sup>、これは高齢の認知症患者も例外ではない。つまり、認知症高齢者自らが健康状態を管理できるように支援するようなサービスの提供を拡大することで提供しなければならないケアの質を向上させる<sup>24)</sup>という戦略がとられているといえよう。

このことは、長年にわたって、医療政策の一環として、国民にセルフケアやセルフマネジメントをすすめてきた英国ならではのといえる。

### 3 統合ケア(integrated care)としての認知症患者へのケアの特徴

認知症の患者やその家族らは、認知症へのケア提供方法の複雑さから、在宅でも、施設でもケアを受けることが困難と感じている<sup>25)</sup>。それは、認知症の場合、提供されるケアが固定化していたり、ケア提供時間が管理されていたり、作業効率を志向する方法で提供されるケアとの相性があまりに悪いからとされている。これは認知症患者へは、その変化に柔軟かつ迅速に対応するケアこそが必要と考えられているためである<sup>26)</sup>。

英国でも日本でも認知症患者へのケアは、社会的な、あるいは認知症患者の情感に寄り添うようなケア、さらには疾病特有の症状に対する医療的ケアと同時に、患者の固有の特性を踏まえたケアを包含しなければ、うまくケアが提供できないと言われてきた。

しかし、わが国の現状のケア提供の在り方では、こういった患者固有のケアが含まなければならないとされた場合には、ケアの一貫性が欠如するリスクが大きくなる。なぜなら、ケアを提供する組織には、それぞれ固有のケア提供手順があることが多く、スタッフのケア提供の在り方の標準化はすすんでいない。

このため、認知症患者らへのケアは対処的、悪く言えば、場当たりの対応となることが少なくないとされてきた。この結果として、認知症患者やその介護者の日常生活は不安や混乱がおきる可能性が高くなり、認知症患者は症状が悪化し、介護者の介護負担も高くなるとされてきた<sup>27)</sup>。

さて、わが国の地域包括ケアシステムが提供することになる統合ケアは、ケアの連続性や複数のサービス間の調整、サービスに参加する際意思決定の原則がある<sup>28)</sup>。この統合ケアは学際的なチームによるケア提供を指す場合もあれば、異なる施設に跨ってケアが提供される場合を指すこともあり、多様な文脈の中で利用されてきた用語ではある<sup>29)</sup>が、このケアの目的はケアを迅速に円滑に提供することを促進しながら、継続的にニーズをモニタリングできることを可能にすること<sup>30)</sup>である。つまり地域包括ケアシステムの目的は、この統合ケアを地域圏域内で提供できるようにすることといえる。

一般にサービス利用者は、1つの場所でサービスのアクセスの手続きができるほうが好ましい。これは彼らがサービスを受けることになる複数の組織に自分のことを何度も話さ

なければならない事態を回避できるからである。したがって、単一の窓口を原則とする統合ケアは利用者に関する共通理解を深め、サービスの一体性を促進するため<sup>31</sup>、利用者にとって有益なケアとなることが知られている。

認知症患者の場合は、ニーズが頻繁に変化する<sup>32</sup>ため、これらに迅速に対応するためには、窓口は一本化されていることが望ましいことは言うまでもない。これは、単一の窓口のほかが、迅速に個別性を勘案しながら、適切な資源・スキルなどの提供がしやすい<sup>33-35</sup>からであるが、こういった点からも認知症患者にとって統合ケアは適している。

さらに、認知症患者の家族支援（integrated family support）も複数の個人や組織によって提供される支援ではなく、統合化された支援のほうが格段に効果的である<sup>36,37</sup>と述べられており、統合ケアは、認知症患者のアイデンティティと個性を守りながらケアを提供するためだけでなく、家族の介護にも有効とされる。

この他に認知症患者へのケアは、認知症という疾患に対する医学的な側面から必要とするケアと、いわゆる社会生活の支援のためのケアの統合も必要とされる。したがって、認知症に対する統合ケアは、医療と介護の現場における多職種間で「顔の見える関係」を構築し、介護職と医療職間の、「共通言語の理解」や「コミュニケーションの促進」をすることで臨床的統合の上に成立することから、これもまた認知症ケアにとっては有用となる。

統合ケア実現の第一歩は医療と介護という二つの領域が地域包括ケアシステムの中で果たしている役割を相互に理解することであるが、認知症患者へのケア提供を通じて、これが達成される可能性もある。すなわち、この相互を理解する過程で地域連携パスの構築やICTを活用した連携のための環境の整備等の推進がなされると考えられるからである。

これについては、現在、すすめられている認知症における医療と介護の連携機能の高度化を図るための方策である認知症初期集中支援チームの編成とその推進事業の活用がこの連携をすすめる施策となっていくものと考えられる。この施策については、次で紹介する。

#### 4 自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題

認知症初期集中支援チームの編成とこれらチームによるアウトリーチに関する事業は、平成 25 年度に厚生労働省老健局が実施しているモデル事業として実施された。これは認知症の初期症状がみられる高齢者への初期の集中的な介入を行うことによって認知症の悪化を防止し、さらに認知症初期に介入することによって、即施設入所とならないように地域における医療・介護に係る様々なサービス提供資源を活用しながら、可能な限り在宅生活を継続できるような体制を構築することを目的とした事業である。

25 年度に認知症初期集中支援チームを任意の自治体が組織し、医療や介護、福祉の専門職が作成したそれぞれの計画と連動し、新しく統合化されたケースマネジメントを実行した。この任意の自治体は、同年度は全国で 14 自治体であり、平成 26 年度には、41 自治体に拡大された。

この事業では、各専門領域で働いてきたヘルスケアに関わる専門職同士が統合的なチー



ムとなって初期症状を呈している認知症高齢者に対して、サービス提供をするシステムを創っていくが、この統合的なチームには組織を動かすための計画書が必要となる。

だが、認知症の患者には、すでに医療機関では医師が立てた診療計画があり、介護保険サービスを利用する高齢者であれば、居宅（介護予防）サービス計画がある。あるいは医療機関同士で行われている地域連携診療計画もあるというように多くの計画が立てられている。このため、これらの計画の遂行とこの新しい統合的なケースマネジメントである認知症初期集中支援に係るサービスの提供のための計画とを、どのように整合性をとってすすめていくかという課題が生まれている。

これに対して、このチームを発足させた当該自治体内においては、この認知症初期集中支援に係る専門職を対象とした研修会を開催し、この認知症初期集中支援のための計画の見直しをはじめとする、新しい試みとしての統合化されたチームによるケースマネジメントが実施されることが求められた。

地域医療計画等で自治体内での認知症疾患医療センターや物忘れ外来等の数は決まっており、そこで医療機関に所属する相談支援に関わる専門職はある程度、想定できる。また、自治体内にどの程度の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護保険関連施設があり、介護支援専門員や地域包括支援センター職員等の相談支援に係る専門職が登録されているかについても資料を保持している。

すなわち自治体は、いわば認知症ケアに係るサービス供給量をほぼ把握している。現在は、この供給量と需要とが大きく乖離していることに問題があるとされている。こういった状況の中で認知症の初期症状が見られる高齢患者に対して、集中的な介入を行うことにより、良好な効果（アウトカム）をもたらすことを目指そうという初期集中支援というアプローチは、一見、迂遠に見えるが、統合的なケースマネジメントを行う際には、この基盤となってくる初期の集中支援システムを確立しておくことが必須といえる。

現在は、一定以上、重大なリスクを抱えている認知症も対象としており、支援の介入の効果（アウトカム）は一見、乏しいとみなされる対象も含まれているが、この初期集中支援のプロセスを確立していくことこそが、この事業に課された大きな命題といえる。

いずれの対象においても支援計画を立案する際に効果に関する点を明確にしておくことが必須とされているが、今後自治体は、チーム対応をする対象の優先度を決めていかなければならない。その際の考え方は、自治体の規範的統合の考え方によるといえる。

また、認知症ケアに携わるケア提供者の臨床知見の共有は、この事業での目的のひとつである。実際のサービス提供に際して統合ケアを成功させるためには、現場で働いている職員のもつ臨床知の蓄積と体系化が行われなければならない。

例えば、自治体は現在、取り組んでいる在宅医療連携拠点事業と地域ケア会議をはじめとする多職種協働の連携のためのシステムを活用し、その中で多職種連携の関係性作り（顔の見える関係作り）、多職種合同の事例研究等の機会を増やしていかなければならない。それは、これらの実践が医療と介護の専門職間のコミュニケーションの向上・改善による意思疎通

の促進や考え方・方針の共有を図ることにつながるからである。

さて、近年 Care Concepts と呼ばれる統合された認知症サービスで働くフォーマルケアラー<sup>注5)</sup>の経験が質的な研究手法によって検証され、認知症患者に柔軟で迅速なサービスを提供するための課題が研究されつつある<sup>38)</sup>。

ここで紹介するサービス提供組織 Care Concepts は、準民間組織であり（地方自治体から資金を受けている人々と、NHS<sup>注6)</sup>や民間団体による継続的ケアを受けている人々にケアを提供している）、これはサービス利用者の心身の健康状態の改善と、急性や施設でのケアのニーズを減らしたり遅らせたりするために、柔軟でまとまった支援という形で統合された認知症ケアを提供している。

この Care Concepts では、在宅ケア、デイケア、レスパイトケアという3つの主要なサービスを提供している。デイケアとレスパイトケアは、在宅ケアが担っている部分以外の中心的施設において提供されている。この3つのサービス提供は Care Concepts と自治体の高齢者サービスとの協働関係の中で発展してきた。

Care Concepts が定義するところによると、「統合ケア」とは、多数の異なるサービス提供者ではなく、同じサービスが提供するデイケア、レスパイト、在宅ケアによって構成されている。つまり、認知症患者は3つのサービス全てを使う中で同じスタッフと会う、これによりスタッフはその患者をよく知り、彼らの変化に富んだ、流動的なニーズをより理解するようになるとされている。

現在、Care Concepts が認知症患者への統合ケアの提供においてどれくらい成功したかを確認するためにサービス評価が行われている。その評価の範囲は広いが評価の観点として「迅速かつ柔軟な提供」、「持続的なケアの提供」、「部署横断的な作業の提供」、「技術、知識、専門性の獲得」といった点が重要であると認識されている。いずれの点も重要であろうが、自治体にとっては、この4点に関しても優先順位を決めて取り組む必要がある。

## 5 自治体におけるこれからの認知症ケア推進のすすめかた

自治体が認知症施策として、地域包括ケアシステム強化のために結果として有効な方策は認知症の実態把握のための調査を利用することであろう。すでに各自治体は、認知症高齢者数の推計値を算出しているが、要介護認定データの分析や介護保険事業計画策定時の日常生活圏域ニーズ調査において、初期の認知症を発見できるアセスメント(DASC)を実施する方法は最低限、実施すべき事項として規定された。

DASCによって明らかにされた、初期の介入が必要な認知症患者の人数とそのレベルは、地域が持っている認知症に関連する社会資源としての人や施設、サービスとの整合性を図

---

注5) なお、ここでのフォーマルケアラーとは、レスパイトやデイケア、アウトリーチなどにおける利用者に対し初期段階のケアを提供している介護職員を意味している。

注6) NHSの継続的なケアは、NHSによって財源のねん出がなされる調整されたケアパッケージのこと。このケアは、患者のケアニーズが医療に係るものであるかどうかによって、その提供の判断がなされ、在宅、ケアホーム、あるいはNHSの医療機関において提供される。

るための計画策定において、地域包括ケアシステムによって認知症ケアの推進を検討する際の基礎データとなる。そして、わが国でとりわけ重要と考えられることは認知症高齢者への支援方策を、どこで、誰がやっていくかを明確化しておくことが必要となる。

保険者である自治体を中心に「対象者の状況把握」、「アセスメントの実施」、「地域ケア会議」の開催等を通じて介護と医療の一体的な認知症ケアマネジメントシステムを創ることが、結果として地域包括ケアシステム創りと同等の取り組みとなるが、この実行には、郡市医師会の協力は必須となる。当該自治体における医師会と自治体との linkage レベルの連携がなければ、認知症高齢患者にはサービス提供ができない。このため、その契機となるような医療と介護の連携のための委員会は設置すべきであろう。

また、認知症の家族への支援には特段の配慮が必要である。認知症ケアにおける家族の関わりは、現在、認知症の方々が地域で生活する際の基盤となっている。このため「家族支援」が大きな柱となることは、現時点では当然のことであり、重要な点となる。

さて、認知症ケアを組織として提供するという観点から考えると、認知症ケアと言う専門的な能力の発展は、認知症ケアに携わる介護者の職場環境によって促進される場合もあれば、抑制される場合もある<sup>39)</sup>とされている。ケアのこうした側面は「ケア環境」として言及されてきたが<sup>40)</sup>、これには意思決定の共有、組織的支援、密接なコミュニケーション、効果的なスタッフ同士の関係の発展とリスク負担などが含まれる。

こういった組織における統合の作用を促進したり阻害したりする組織的要因は、すでに研究者が特定しており、いかに組織間の業務上（哲学と思想の両方）の差異が円滑なケア提供を阻害しているかが強調されてきた<sup>41)</sup>。

また、ケアに必要とされる委託の在り方や介護職員の管理といった枠組みと柔軟なケア提供の必要性とは互いに相容れないところがあるとも言われており、柔軟な労働力の提供のためには、提供者同士のより密接な統合や地域内のリーダーシップが必要であること<sup>42)</sup>がすでに言われている。

以上は、認知症ケアに係る臨床的な課題やケア提供システムに係る課題を示したものである。前述した英国の Care Concepts の取り組みは、日本でも参考となるが、とくに認知症患者との効果的なコミュニケーション、つまり患者が意思決定できるような持続的支援の提供やサービス提供への柔軟なアプローチの維持や患者の複雑で変化するニーズへの対応には統合ケアの思想を応用すること<sup>43),44)</sup>と示された点は重要であろう。

ただし、これらのコミュニケーションをいかに工夫したとしても、介護者の態度によって、専門家のケアは影響を受けることが多いとされており、認知症患者の変わりやすいニーズをよく特定するために言語的・非言語的な対話方法に関するエビデンス<sup>45)</sup>をいかに蓄積し、発展させ、確立すべきかが今後の課題となる。

## 6 おわりに

すでに、わが国では介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設がなされ、介護保険法 第5条第3項（平成23年6月改正、24年4月施行）には、「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」と規定された。

さらに、わが国の社会保障の今後の在り方を示す社会保障国民会議報告書（平成25年8月）の第1部 社会保障制度改革国民会議の使命 3 社会保障制度改革の方向性においては、（6）地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育ての項で、「地域の事情を客観的なデータに基づいて分析し、それを踏まえて、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となる。」と明示されたことにより、地域包括ケアシステムの構築そして推進は、いわば国策となった。

本章では、国策となった地域包括ケアシステムの構築と推進に際して、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることが、結果として、integrated care における規範的統合を図ることにつながり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされるということを書いてきた。

また、地域包括ケアシステムの中核として機能すべきと考えられている自治体には、認知症患者が在宅で生活できるような医療と介護サービス提供の integration を図るための実態把握と目標値の設置が明示される必要があることを述べ、そのための方策として、平成25年度から、新たな認知症初期集中支援チームが発足していることを紹介した。

ただし、これらのシステムの基盤となるのは、integration の基盤が規範的統合の上にあることを鑑みれば、今後、国は、英国がやってきたように、そして今も行っているように住民や認知症となった患者自身、それを介護する介護者における養生（セルフケアやセルフマネジメント）のあるべき姿を模索しながら、common sense を創ることである。それは、以下の図 2-1 に示したように、サービス提供者、地域住民、自治体職員、保健・医療・福祉の実践家それぞれがそれぞれの立場で、考えていかなければならないことがあることを意識することが重要であり、そのような場を地域の中につくっていきけるかが今後求められている。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、  
それぞれの立場で何をすればいいの??



サービス提供事業者 (組織の管理者・経営者)	地域住民	自治体職員	保健・医療・福祉の 実践家
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 統合的なサービス供給デザインを考える。</li> <li>• 医療が必要な人に医療を届ける仕組みを考える。</li> <li>• 意思決定や自己管理を推進するような仕組みを考える。</li> <li>• 利用者を情報を事業所内外で活用できる仕組みを考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 資源が有限であることを意識し、政策を理解する。</li> <li>• 積極的に生活や健康を自己管理する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 住民のニーズを政策に反映する施策立案と管理を行う。</li> <li>• 当該自治体内が関わる圏域の医療資源を把握し、地域住民へ効率よく還元できるような仕組みを考える。</li> <li>• 住民の生活や健康の自己管理を推進するよう施策を展開する。</li> <li>• 住民の社会保障に係る情報を施策立案・実行に活用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自己管理を促進するサービスの開発。</li> <li>• 意思決定を尊重する支援の提供。</li> <li>• 臨床情報の積極的活用(共通言語の使用等)。</li> <li>• 地域資源の実践への活用。</li> <li>• 多職種によるケアの提供(臨牀的統合)</li> </ul>

図 2-1 地域包括ケアシステム構築に向けてそれぞれの立場で考えるべき事柄の例

日本にとっては、このような場を創っていくことが最も重要であるが、これを実現するための取り組みを行っていくことは、同時に最も困難でもあるといえるだろう。

## 引用文献

- 1) 筒井孝子 . (2014). 地域包括ケアシステムの理論 integrated care の考え方とその応用 . 中央法規 , 東京
- 2) Welton, W. E., Kantner, T. A., & Katz, S. M. (1997). Developing tomorrow's integrated community health systems: a leadership challenge for public health and primary care. *Milbank Quarterly*, 75(2), 261-288.
- 3) Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D., Erickson, K., & Mitchell, J. (2000). *Remaking health care in America: The evolution of organized delivery system*. San Francisco: Josey Bass.
- 4) Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). *Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services*. *International Journal of Integrated Care*, 1.
- 5) Penning, M. J., Roos, L. L., Chappell, N. L., Roos, N. P., & Lin, G. (2002). *Healthcare restructuring and community-based care: A longitudinal study*.
- 6) Shannon, K. & Van Reenen, C. (1998). PACE: Innovative care for the frail elderly. *Health Progress*, 79, 41-45.
- 7) 厚生労働省.(2012).認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)(平成24年9月5日)(2012)
- 8) 厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業).(2013).「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(研究代表者:朝田隆)」総合研究報告書
- 9) 平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.(2013)「精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業(株式会社 富士通総研)」報告書
- 10) 平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.(2014)「精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業(株式会社 富士通総研)」報告書

- 
- 11) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム.(2012).今後の認知症施策の方向性について (平成24年6月18日)
  - 12) Department of Health. (2009). Living well with dementia: A national dementia strategy. Department of Health.
  - 13) Lakey, L., Chandaria, K., Quince, C., Kane, M., & Saunders, T. (2012). Dementia 2012: A national challenge. London: Alzheimer's Society.
  - 14) Department of Health. (2001). National service framework for older people. London: Department of Health.
  - 15) The National Institute for Clinical Excellence. (2007). Supporting people with dementia and their caregivers in health and social care, NHS, London.
  - 16) Brown, J., & Hillam, J. (2003). Dementia: your questions answered. Elsevier Health Sciences.
  - 17) O'Connor, D., Phinney, A., Smith, A., Small, J., Purves, B., Perry, J., ... & Beattie, L. (2007). Personhood in dementia care Developing a research agenda for broadening the vision. *Dementia*, 6(1), 121-142.
  - 18) Department of Health. (2010). Equity and excellence: Liberating the NHS.
  - 19) Department of Health. (2012). Prime Minister's challenge on dementia Delivering major improvements in dementia care and research by 2015. London: Department of Health. available at [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215101/dh\\_133176.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215101/dh_133176.pdf)
  - 20) Petch, A. (2012). The tartan road: The Scottish route to health and social care integration. *Journal of Care Services Management*, 6(1), 16-25.
  - 21) Wanless, D. (2004). Securing good health for the whole population. London: HM Treasury, 4, 2003-2004.
  - 22) Wanless, D., Forder, J., Fernández, J. L., Poole, T., Beesley, L., Henwood, M., & Moscone, F. (2006). Wanless social care review: securing good care for older people, taking a long-term view. King's Fund.
  - 23) Knapp, M., Prince, M., Albanese, E., Banerjee, S., Dhanasiri, S., Fernandez, J. L., & Stewart, R. (2007). Dementia UK. London: Alzheimer's Society, 7.
  - 24) Department of Health. (2010). The NHS Outcome Framework 2011/12, London: Department of Health.
  - 25) Pratt, R., Clare, L., & Kirchner, V. (2006). 'It's like a revolving door syndrome': Professional perspectives on models of access to services for people with early-stage dementia. *Aging & Mental Health*, 10(1), 55-62.
  - 26) Nolan, L. (2006). Caring connections with older persons with dementia in an acute hospital setting—a hermeneutic interpretation of the staff nurse's experience. *International Journal of Older People Nursing*, 1(4), 208-215.
  - 27) Bamford, C., & Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. *Ageing and Society*, 20(05), 543-570.
  - 28) Minkman, M. M. (2012). Developing integrated care. Towards a development model for integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 12.
  - 29) Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.
  - 30) Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. London: The Nuffield Trust.
  - 31) National Audit Office. (2007). Improving service and support for people with dementia, National Audit Office, London.
  - 32) Brodaty, H., Draper, B. M., & Low, L. F. (2003). Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Medical journal of Australia*, 178(5), 231-235.

- 
- 33) Sixsmith, A., Stilwell, J., & Copeland, J. (1993). 'Rementia': Challenging the limits of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(12), 993-1000.
- 34) Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P., Chesterman, J., & Hughes, J. (2002). Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(4), 315-325.
- 35) Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M., & Wilberforce, M. (2008). Evaluation of the individual budgets pilot programme. Final Report. York: Social Policy Research Unit, University of York.
- 36) Dröes, R. M., Breebaart, E., Ettema, T. P., van Tilburg, W., & Mellenbergh, G. J. (2000). Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(01), 99-115.
- 37) Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of clinical nursing*, 13(s1), 45-53.
- 38) Woolrych, R., & Sixsmith, J. (2013). Towards Integrated Services for Dementia: A Formal Carer Perspective. *Journal of Integrated Care*, 21(4), 5-5.
- 39) McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49.
- 40) McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- 41) Cameron, A., & Lart, R. (2012). Revisiting joint working. *Journal of Integrated Care*, 20(2), 89-93.
- 42) CWFI, (2011). Integrated care for older people: Examining workforce and implementation challenges. available at <http://www.cfwf.org.uk/publications/integrated-care-for-older-people-examining-workforce-and-implementation-challenges>
- 43) Skills for Care and Development. (2005). "Knowledge set for dementia" available at [http://www.skillsforcare.org.uk/developing\\_skills/knowledge\\_sets/dementia.aspx](http://www.skillsforcare.org.uk/developing_skills/knowledge_sets/dementia.aspx)
- 44) van der Kooij, C. H., Dröes, R. M., de Lange, J., Ettema, T. P., Cools, H. J. M., & van Tilburg, W. (2012). The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers?. *Dementia*. available at <http://www.akademiefuermaeutik.eu/wp-content/uploads/2013/02/1471301211435187.full-vd-Kooij-et-al-Dementia-IJSRP.pdf>
- 45) Killick, J. (2004). Dementia, identity, and spirituality. *Journal of Religious Gerontology*, 16(3-4), 59-74.

## 章 認知症初期集中支援チーム員の役割

### 1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

#### (1) 定義

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけでなく、認知症の人へ関わりの初期（ファーストタッチ）という意味をもつ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、「集中的」の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

活動開始時についてはが中心となるが、将来的に早期対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すればの対象者が中心となってくることが予想される。

#### 認知症初期集中支援チームの定義

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

#### 訪問支援対象者の定義

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない者
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

#### (2) 実施主体と支援チームの構成

認知症初期集中支援チームの事業の実施主体は、市町村とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができる。

認知症初期集中支援チームが活動していくには、チームの設置場所、つまり継続的に事



業を実施していく上でのチーム活動の拠点となる物理的な条件整備が必要となる。

一義的には事業の実施主体である市町村においてその場所を確保することとなるが、事業の実施機関として、緊急時の対応等が必要となる場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センターや診療所等、それぞれの地域における地域包括ケア体制を踏まえ、然るべき拠点整備を行うことが必要となる。

#### 【チーム員の人員配置】

チーム員は以下のアの 3 項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて編成する。

モデル事業においては、市町村は、認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置すること担っており、実施要綱上、チーム員の配置人数と職種は以下のように定めていた。

チーム員は、以下のアを満たす専門職 2 名以上、イを満たす専門医 1 名の計 3 名以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする

- （ア）「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- （イ）認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者
- （ウ）国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

イ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可）1 名とする。

平成 27 年度から平成 29 年度にかけて全国で認知症初期集中支援チームを整備するにはこの要件を満たせない地域が少なくないと考えられるため、新しい要件では以下のように修正された。

ア．以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする。

- ・ 「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- ・ 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に 3 年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

**ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする**

イ．日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には=当分の間、以下の医師も認めることとする。

- ・ **日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師であって、今後 5 年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの**
- ・ **認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に 5 年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）**

### ( 3 ) チーム員の役割と活動体制

前述のとおり、支援チームは「ア」と「イ」の専門職により構成することになるが、この「ア」と「イ」それぞれが担う役割については、以下のとおりとなる。

「ア」のチーム員は、目的である早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を目指し、具体的には、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

「イ」の専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は 2 名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上で訪問することとされているが、これは例えば、看護師と社会福祉士の組み合わせであれば、「訪問支援対象者本人と介護者から同時に情報を得る」、「一人が直接対応し、もう一人が記録や室内の様子を観察する」といった複数対応によるメリットを実務的に活かすことができるほか、双方の専門的見識を訪問活動時に発揮することで、バックアップする医師の専門的見解も含め、チーム全体の総合力をもって初期集中支援を実施していくためにも有用であり、多職種で訪問することの意義がより明確になると考えられるからで

ある。ただし地域により人的資源には濃淡があるため、この原則にのっとりながら有効に人材を活用することが求められる。

## 2 認知症初期集中支援チームの活動内容

このチームの活動内容としては、以下の3つが求められている。

普及啓発推進事業

認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

イ 情報収集

ウ アセスメント

エ 初回家庭訪問の実施

オ チーム員会議の開催

カ 初期集中支援の実施

キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携

ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

ケ 初期集中支援に関する記録

「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

このうち、特に については、認知症初期集中支援チームの所在、実施機関の相違にかかわらず、活動の実施主体である市町村が中心となって設置～運用していくものであるが、及び（特に ）については、認知症初期集中支援チームが中心となって担っていく活動内容となる。

以下、（1）～（11）で、具体的な活動内容について解説する。

### （1）普及啓発

できる限り早期の段階から、訪問支援対象者となる見込みの者を認知症初期集中支援チームにつなげるためには、広報活動は極めて重要である。このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に周知する必要がある。対象となる団体や関係機関としては医師会、医療機関、介護支援専門員協議会、サービス事業所、家族の会、地域住民等があげられる。なお、普及啓発の手法としては説明会やセミナーの開催、地域の会報や広報誌等の紙面での紹介が考えられる。

なお、いうまでもなく、こうした認知症初期集中支援チームの広報活動にあわせて、市町村行政においても認知症に関する普及啓発活動への積極的な取組みを行うことが重要であり、あらゆる世代を超えた住民に対する普及啓発活動の実施や、わかりやすい媒

体の作成や認知症に関する情報を伝えるための工夫を行うことが必要である。そのための具体的な方法としては、普及啓発用の媒体（パンフレット）の作成や配布、サポーター養成講座の積極的な開催、認知症に関する講座や講演会において認知症の人や家族の体験などを紹介するなど様々な情報提供の機会をもつことなどが考えられる。

## （２）対象者の把握

認知症初期集中支援チームがかかわる訪問支援対象者を的確に把握することは極めて重要であるが、対象者を把握するための手段、方法は各地域の実情によって様々であることが推察される。

一般的にはこうした対象者情報の把握については地域包括支援センターが入手した情報を基にすることが多いと考えられるが、その把握に至る経路は多様であり、以下の例に示すようなあらゆる経路やあらゆる機会をとおして、地域の実情に応じて本事業の対象者を把握することが必要となる。

地域包括支援センターに情報が来るのを待つ受動的把握

（例 本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、介護支援専門員からの相談、医療機関からの紹介等）

二次予防事業対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例の選定）、要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定等を利用する能動的把握

なお、個人情報保護の遵守についてはいうまでもないが、こうした対象者の把握や、情報収集（次の（３）で解説）等の場面においては、認知症初期集中支援チームの実施機関（チーム員活動の拠点）が地域包括支援センターであるか否かにかかわらず、認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターとの連携運営体制の構築が必要となる。

## （３）情報収集

情報収集については、まず、情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、介護支援専門員、その他）は誰なのかを明確にしておくことが重要である。また同時に、情報源となる人が、どの程度、本人と接する時間があるのかを調べておくこと等も必要となる。

基本情報としては、本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）、家族等の状況、現病歴、既往歴、これまでの経過、生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係）、本人・家族の思い、希望などについて確認しておく必要がある。

利用しているサービス、生活障害の項目（IADL、ADL、その他）、認知機能の項目、身体状況の項目などである。生活障害、認知機能、身体状況については後に述べる。情

報収集時の留意点は原則、本人や家族からの情報を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、すでに地域包括支援センター等が関与している場合は要介護認定時の情報やサービスの利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認することが大切である。

なお、認知症の人に限らず、通常こうした場面においては、同じ質問を何度も繰り返して聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく時間の損失も大きいことから、上記情報の共有のできる仕組みを自治体内で検討し、効率的な調査項目に整理することが求められる。

#### (4) アセスメント

チームの活動の実施においては、アセスメントツールとしてはできるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性等が比較的確立している評価尺度を用いることとし、モデル事業では

認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとして『DASC』を認知症に伴う行動障害を評価するために『DBD13（認知症行動障害尺度）』を家族の介護負担を判定するツールはスコアによる数値化が可能な『Zarit8 介護負担尺度』を導入し、このほか、

身体の様子をチェック票を用いることにした（表 3-1）。

なお、についてはDASCやDBDを行うことで同時に評価できるように工夫してある。

平成 27 年度からは上記の特定のアセスメントツールに限定せず、「信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと」と改訂され、各地域でこれまで評価尺度として使用してきたツールを使用することを制限していない。

その他に医療情報（検査データ、薬剤処方など）も随時収集する。その他居住環境、家族の介護対応力のアセスメント、本人、家族の意向とニーズ、自立の可能性などについてアセスメントを行う。

表3-1 初期集中支援チームにおけるアセスメントのための基本アセスメントツール

- ① 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート  
(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: DASC)
- ② 認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD13)
- ③ Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版  
(The Short Japanese version of The Zarit Burden Interview: J-ZBI\_8)
- ④ 身体の様子をチェック票

## (5) 初回家庭訪問

実施に際して初回家庭訪問の実施においてチーム員が行うべき内容については、以下(ア)～(エ)があげられる。

- (ア) 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
- (イ) 基本的な認知症に関する正しい情報の提供
- (ウ) 専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用が、本人、家族にとってメリットのあることについて説明
- (エ) 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

初回の訪問所要時間の目安はおおむね 2 時間以内とし、訪問支援対象者本人、家族の了解があれば、2 時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮し、また短時間で複数回の訪問により関係を築くことが効果的であることも考慮することが必要である。

平成 26 年度におこなった全国 41 か所のモデル事業のデータをみると、平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の 1 年間の訪問実績は 969 例(人)で、3 月末までに終了に至った件数は 528 例(人)であった。把握から初回訪問までの日数は平均 17.4 日だがばらつきが大きく中央値で見ると 7.0 日であった(図 3-1)。終了にいたった 528 例の初回訪問から終了までの日数は平均 87.7 日であり 93%は 180 日以内に終了していた(図 3-2)。訪問時の留意点としては以下の ～ があげられる。

市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有のできる仕組みを確保すること

対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること

十分な情報を得るための配慮を行うこと

家族の同席の確保を図ること

独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整すること

チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応としては、実施主体である行政(保健師等)の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった対応方法について各関係機関と協力の上、支援を図ることが有用なことがある。

家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築であり、これなくしては次のステップには進めないで、まずは、チームの役割の説明し信頼関係の構築を図ることが必要である。

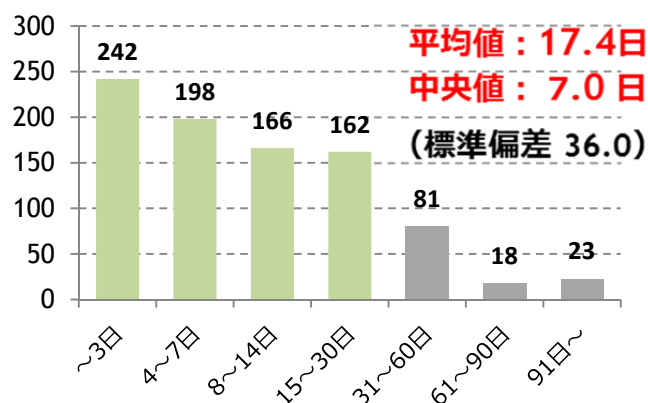


図3 1 把握から初回訪問までの日数

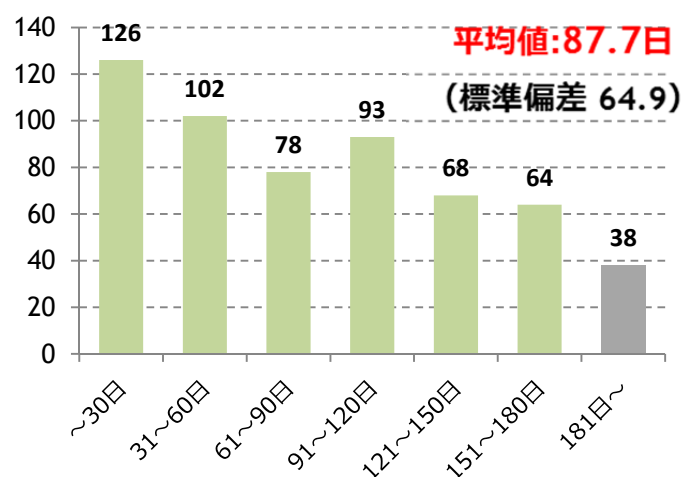


図3 2 初回訪問から終了までの日数

#### (6) チーム員会議

初回家庭訪問後には、必ずチーム員会議を開催することが必要となる。初回のチーム員会議では、まず初回家庭訪問を通じて得られたアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者及び介護者に対してどのように医療や介護サービスが必要かを、専門医を含めたチーム員会議の場で検討し、個別の支援方針＝いわば『初期集中支援計画』についてチーム内で立案を行っていくことが必要となる。

なお、チーム員会議には、チーム員である専門医のほかにも、必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医や、担当する介護支援専門員、市町村関係課職員を招集することも考慮すべきである。

チーム員会議については、初回家庭訪問後の開催だけでなく、実際に初期集中支援を実施し出した後においても、適宜、必要に応じて開催（＝チーム員が集まって支援方針の確

認や見直し検討を行う等)することになるが、例えば、初期集中支援の終了要件でもある介護保険サービスへの引継ぎ前には、必ず開催することが必要である。

チーム員会議の様式、記録の作成と保管については、各地域の実情に合わせた形で行うが、必ず検討内容や決定の経過などがわかるようにしておく。

#### (7) 認知症初期集中支援の実施

どの程度の頻度で支援が必要かは事例によって異なり、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容をチーム員会議で確認する必要がある。チーム員会議で決定された支援方針等に基づき、チーム員により認知症初期集中支援が行われる。

認知症初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月までとする。

初期集中支援の内容は表3-2に示すような(ア)～(オ)のとおりとされており、訪問支援対象者の状況に合わせて適宜、実施されることになる。

表3-2 初期集中支援の内容

- (ア) 医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門医受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。
- (イ) 訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。
- (ウ) 認知症の重症度に応じた助言
- (エ) 身体を整えるケア
- (オ) 生活環境の改善 など

具体的な支援内容の例として、身体を整えるケアとしては、身体状況のチェック項目から判断して、水分摂取、食事摂取、排泄、運動などの項目への助言や、本人、家族への教育的支援、生活環境の改善、継続的な医療支援、服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整を行う。

また、未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得た上で、チーム員がかかりつけ医等に主治医意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行うことも想定される。そのためには支援チームとして、各地域では、本人、家族や介護者にわかりやすい、説明用のツールが必要となる。初回はまず認知症初期集中支援チームの役割を本人や家族に知ってもらうことを最優先とする。



どのような項目の説明のためのツールが必要かを表 3-3 に示す。

表3-3 初期集中支援時の使用媒体(例示)―何を使って指導するか―

- 1 基本的な情報
  - ・認知症について
  - ・認知症の行動・心理症状について
  - ・治療について
  - ・家族の対応について
  
- 2 地域の特性に合わせた社会資源情報
  - ・医療情報、医療資源、人材
  - ・介護サービス資源
  - ・インフォーマルなサービス など

基本的媒体としては、認知症とはいかなる病気であるか、治療や家族の対応に関する項目も必要である。また、行動・心理症状に関する説明も合わせて時期をみて行っておく必要がある。それと同時に重要なのが、その地域の特性に合わせた情報であり、地域の医療情報、医療資源、人材に関する情報、介護サービス資源、インフォーマルなサービスに関する情報は極めて有用である。支援チームはこれらの最新の情報を常に更新して、所有していることが必要になる。

#### ( 8 ) 初期集中支援の終了

初期集中支援の終了については、訪問支援対象者のそれぞれの支援方針( = 初期集中支援計画 ) に基づいた、認知症初期集中支援チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなどがチーム員会議の場において判断された場合に、終了することとなる。

なお、初期集中支援の終了が、通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定されるため、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設けている。

なお、初期集中支援が終了した後に、介護保険サービスへの円滑な引継ぎの方法としては、例えば、以下の方法が考えられる。

- 対象者の自宅への同行訪問
- チーム員会議への担当介護支援専門員の参加
- チーム員によるケアプラン作成時への支援
- チーム員がサービス担当者会議へ参加する 等

また、引継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標・内容、これまでの関わりの経過等であるが、これらの情報を引き継ぐための一定の手段、書式が必要となる。

#### (9) 引継ぎ後のモニタリング

認知症初期集中支援チームの役割は、医療・介護サービス等へ引き継いだことで終了するわけではなく、その後、引き継いだ対象者が医療、介護サービスを継続できているかをモニタリングすることが求められている。

モニタリングの方法、期間は確定したものではないが、モデル事業では、原則として2か月ごととした。モニタリングの方法としては、本人宅への訪問の実施、引き継いだ介護支援専門員への聞き取りなどがあり、例えば、モニタリングから得られた情報から、引き継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合等には、介護支援専門員に報告、助言することも必要となる。

なお、モニタリングの内容は経過におけるアセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性、家族の負担度の変化等についてモニタリングする必要があると考えられる。また、認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性、まだできる機能を十分発揮できているかなどを確認するとともに、さらに、関係機関との情報共有状況がなされているかなども考慮に入れる必要がある。これまでこのようなサービスのモニタリング（支援・サービス等の実施主体が移行した後に、移行前の実施主体が継続的に実施するモニタリング）は行われておらず、新しい試みであるといえる。

#### (10) 初期集中支援に関する記録

対象者の台帳等を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に取り扱われ、保管方法についても設置主体ごとに慎重に考慮されるべきである。

#### (11) 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

実施主体である市町村において、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」を設置することが求められている。この検討委員会は既存の委員会等の活用でも可であり、検討委員会では、支援チームの設置及び活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めることが要求されている。

### 3 認知症初期集中支援チーム活動の評価について

このような認知症初期集中支援チームによる活動がどの程度有効なのか、活動の内容や方法、チームの介入後の効果などについて評価・検証されなければならない。具体的には平成 24 年度老人健康増進等事業における「認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業」(独立行政法人国立長寿医療研究センター)報告書では表 3-4 のような項目が指標として掲げられている。平成 26 年度からは表 3-5 の項目について報告できるような専用ソフトウェアを作成、配布して活動実績のデータを入力していただいた。

表 3-4 のほか、個別事例に対するチーム活動内容を評価できる指標としては、本人、家族の社会参加に関する変化などもあげられる。また、チームが関与しても本来の目的を達成できなかったようないわゆる失敗事例、または成功した事例を分析し、活動を可視化していくことが今後の活動では重要である。

さらに、集積した事例を分析する際、事例ごとに特徴となるような「タイトル」をつけておくことは、質的評価をするうえでカテゴリ化するには、有効と考えられる。

表3-4 活動実績の評価

#### 【活動の実績】

- ・医療機関受診につながった事例数
- ・介護保険サービスにつながった事例数
- ・認知症初期集中支援チームが関与した事例の支援目標への達成度をチームが関与したことによって得られた効果：改善 ↑、悪化 ↓、現状維持 →)で示す。
- ・認知症に関する地域での普及啓発の取組実績
- ・困難事例の介入事例数と解決事例数
- ・認知症の行動・心理症状があっても、在宅医療が継続できた事例数

#### 【介入効果の前後比較】

- ・家族の介護負担感：J-ZBI\_8 項目のスコア
- ・本人の状態像：
  - DASCIにおけるスコア(21項目)
  - DBD(Dementia Behavior Disturbance Scale)13認知症行動障害尺度のスコア

#### 【アウトプット】

- ・認知症初期集中支援チームの活動をモデル化した認知症相談対応フロー

表 3-5

	チームデータ項目 (自動作成)	計算式
(チーム情報より)	1 相談事例数計	「①認知症相談件数」の合計
	2 対象者把握数計	「②対象者把握数」の合計、2/1
	3 高齢者人口10万対把握人数	「②対象者把握数」の合計÷「うち、高齢者数」×10万
①情報収集	4 性別	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	5 年齢階級	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	6 世帯状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	7 把握ルート	回答別件数、構成割合
	8 障害自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	9 認知症自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	10 重症度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	11 介入時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	12 介入時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	13 介入時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	14 困難事例該当状況	「該当する」件数、割合(CSVのみ)
	15 主治医有無	回答別件数、構成割合
	16 受診拒否割合	回答別件数、構成割合
	17 介入時の認知症診断状況	回答別件数、構成割合
②アセスメント	18 DASC実施件数	値あり件数、18/対象者数
	19 DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値
	20 徘徊リスク人数	「リスクあり」件数、20/18
	21 DBD実施件数	値あり件数、21/対象者数
	22 DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
	23 Zarit実施件数	値あり件数、23/対象者数
	24 Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
③初回訪問支援	25 初回訪問実施件数	日付あり件数、25/対象者数
	26 高齢者人口10万対初回訪問人数	「訪問日付(1回目)に値がある件数」÷「うち、高齢者数」×10万
	27 1事例あたり「把握」～「初回訪問」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
④チーム会議	28 チーム会議の開催回数	④チーム会議開催回数
	29 1会議あたりの所要時間	⑤会議の総所要時間(分)÷④チーム会議開催回数
	30 1会議あたりの取扱件数	⑥会議の総取扱件数÷④チーム会議開催回数
	31 1事例あたり「初回訪問」～「会議」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
	32 1事例あたり会議回数	「会議実施日付」に値がある件数の合計÷対象者の人数
	33 1事例あたり所要時間	「会議所要時間」の値の合計÷対象者の人数
⑤初期集中支援	34 1事例あたり支援期間	範囲別件数、平均値、構成割合
	35 1事例あたり訪問回数	「訪問日付」に値がある件数合計÷対象者の人数
	36 訪問延回数	「訪問日付」に値のある件数合計
	37 医療サービスにつながるまで日数	「把握日付」～「医療引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	38 終了時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	39 介護サービスにつながるまでの日数	「把握日付」～「介護サービス引継日付」迄の日数 ÷対象者の人数
	40 終了時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	41 終了時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	42 終了時)認知症診断状況	回答別件数、構成割合
	43 終了時)認知症以外の疾患	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	44 認知症診断の導入割合	「診断有無」が「あり」÷「過去診断有無」が「なし」の対象者数(%)
	45 認知症診断の確定割合	「診断病名(その他以外)」÷「診断有無」が「あり」の対象者数(%)
	46 終了時)DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値、46がある人の19平均値との差
	47 終了時)DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、47がある人の22平均値との差
	48 終了時)Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、48がある人の24平均値との差

( 続き )

⑥サービス引継	49	医療の引継状況	回答別件数、構成割合
	50	介護サービスの引継状況	回答別件数、構成割合
	51	支援終了(転帰)	回答別件数、構成割合
⑦モニタリング	52	モニタリングまでの期間	「終了日付」～「初回モニタリング」の日数合計÷対象者数(両日付ありのみ)
	53	不適切な経過 該当状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	54	総合評価	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
⑧費用	55	対応所要額平均	「費用」の合計÷対象者数【費用が計算されている人のみを対象】

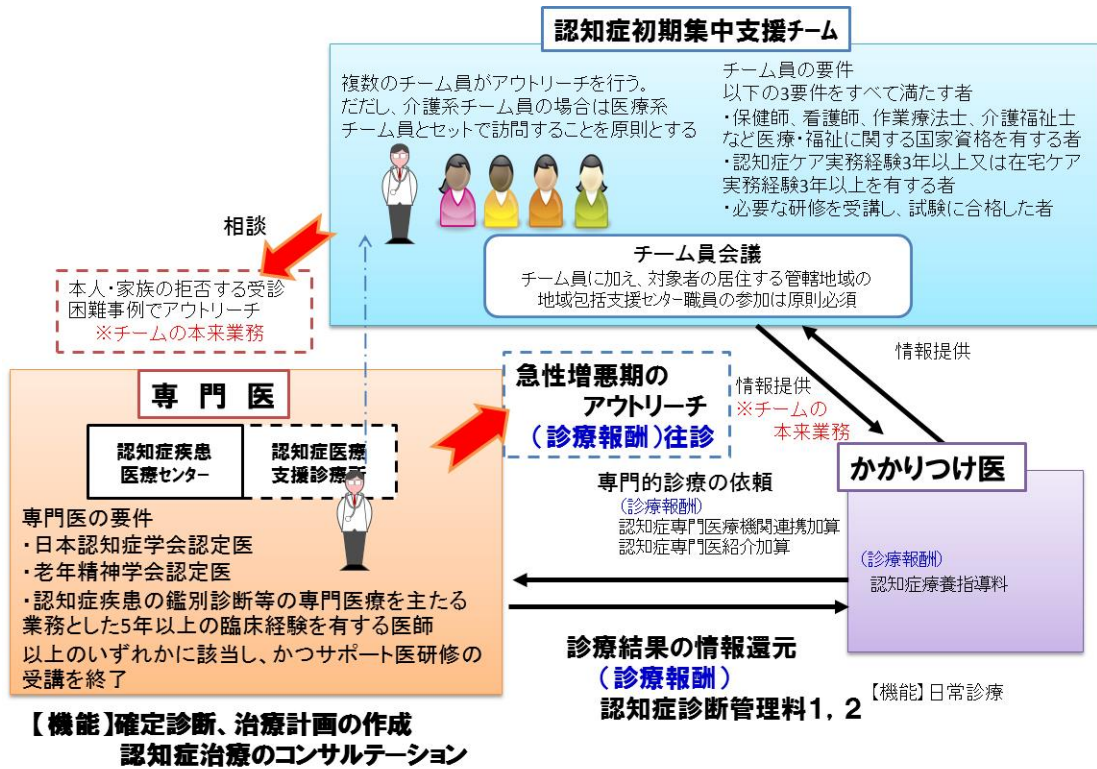


図 3-3 認知症初期集中支援チームの専門医の関与

## 章 認知症の総合アセスメント

### 1 認知症総合アセスメントの考え方

#### (1) 認知症の臨床像

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来たす程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されている<sup>注1</sup>。つまり、何らかの脳の病気によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態が認知症である。このような「脳の病気 認知機能障害 生活機能障害」の三者の連結が認知症概念の中核を構成している。

しかし、認知症の臨床像の全体はこれだけでは説明しきれない。認知症では、「脳の病気 認知機能障害 生活機能障害」を中心にして、さまざまな「身体合併症」や、さまざまな「行動・心理症状」が現れる。これらの個々の障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の臨床像を複雑なものにしていく。特に、身体合併症と行動・心理症状は相互に密接な関連をもち、行動・心理症状が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば行動・心理症状が悪化するというような悪循環を形成する。

認知症の特性は、「経過とともに臨床像が複雑化していくこと」「複雑性のプロセスが進展していくこと」と言っても過言ではない。そして、まさにこの複雑性のために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」に直面し、生活の質(QOL)を低下させていく。例えば、ひとり暮らしの認知症の人は、認知機能障害や生活機能障害のために、社会参加が阻まれ、社会活動が減少し、人とのコミュニケーションも希薄になって、社会的に孤立しやすくなる。また、計画的な行動や家計の管理などにも支障が現れ、家の中はしばしばゴミだらけになり、経済被害を受け、生活も困窮しがちである。そのような状況の中で、しばしば不安、被害妄想、攻撃性などの行動・心理症状が現れ、近隣とのトラブルも生じやすくなる。家族と同居している場合には、臨床像の複雑さゆえに、家族介護者は疲弊し、家族介護者に健康問題が生じたり、虐待の問題が生じたり、ときには介護心中といった危機的事態に直面することもある（図 4-1）。

---

<sup>注1</sup> 従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来たが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が 2004 年 4 月に厚生労働大臣に提出された。その後 4 回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年 12 月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになった。さらに、関連学会においてもこの用語の使用が承認され、医学用語として使用されるようになった。

## 認知症の全体像

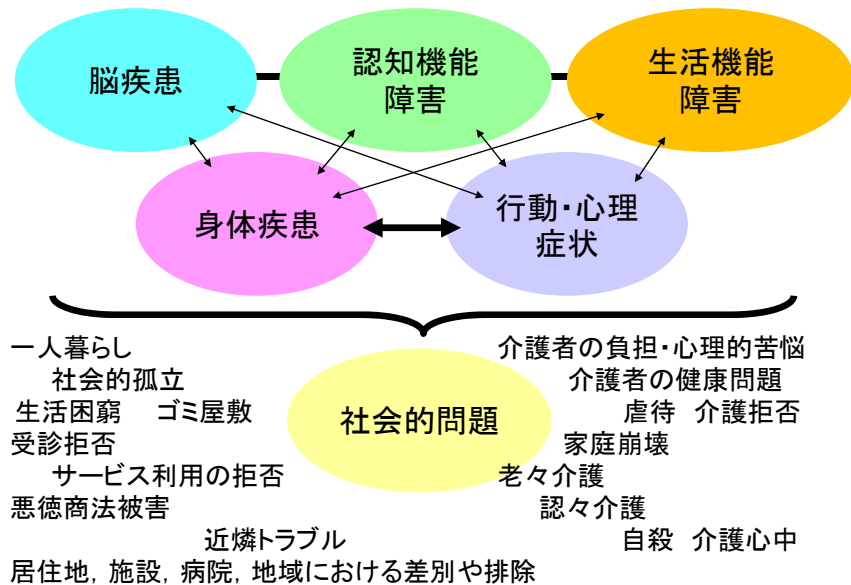


図 4-1. 認知症の臨床像の全体

### (2) 認知症初期支援の重要性

このような複雑性のプロセスは、認知症の初期段階において、すでにその萌芽が認められている。

認知症は、正常の段階から、軽度認知障害 (MCI) と呼ばれる認知症の前駆段階を経て、軽度認知症、中等度認知症、重度認知症と進行していく。この経過の初期段階で、認知機能の低下や生活機能の低下が現れ、社会との関わりが希薄になり、身体的不調も現れやすくなる。また、本人も、それらによってさまざまな「生活のしづらさ」を体験することになり、気持ちがふさぎこんだり、心配になったり、不安になったり、夜も眠れなくなったり、ときにはイライラして怒りっぽくなったり、被害的に考えるようになったり、興奮したり、暴言や暴力が現れたり、心の状態が不安定になることがある (図 4-2)。

認知機能が低下し、生活機能が低下し、社会的に孤立し、身体的健康状態が悪化することは、一般高齢者のウェルビーイング (Wellbeing) の低下の危険因子でもある。したがって、経過が進行し、複雑性のプロセスがさらに進展し、本人や家族の QOL が低下する前に、認知症の初期の段階で、必要な支援につながるができるようにしておくことが重要である。

## 認知症の経過

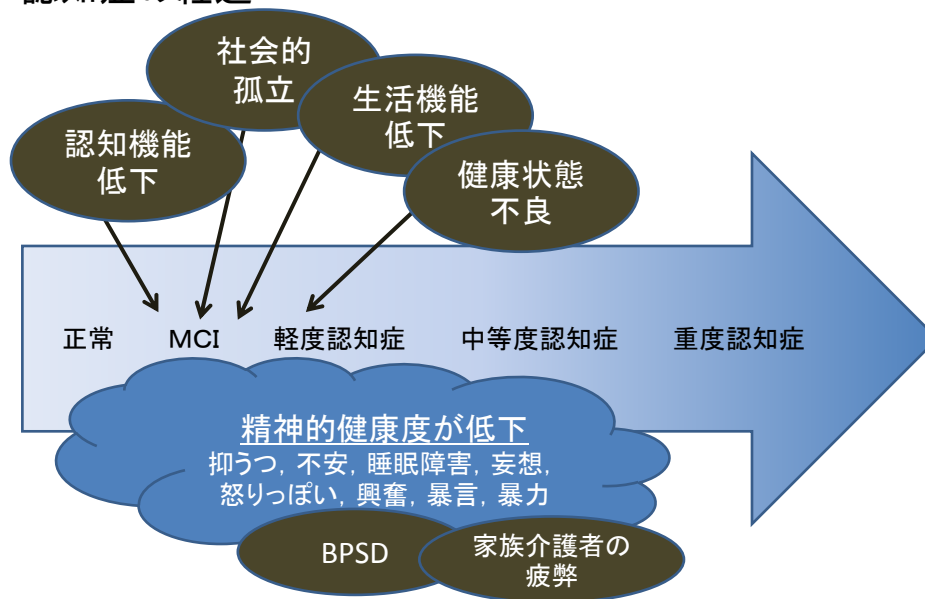


図 4-2. 認知症の初期に見られる変化 複雑化のはじまり

### (3) 認知症アセスメントの考え方

このように、認知症の早期診断・早期対応とは、認知症の臨床像が複雑化する前に、臨床像の全体を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有し、これに基づいて必要な保健・予防、医療・看護、介護・リハビリテーション、生活支援、家族介護者の支援、住まい、権利擁護等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族の QOL を保持することに他ならない。



### 認知症の早期診断・早期対応とは何か

認知症の臨床像が複雑化する前に、臨床像の全体を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有し、これに基づいて必要な保健・予防、医療・看護、介護・リハビリテーション、生活支援、家族介護者の支援、住まい、権利擁護等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族のQOLを保持すること。

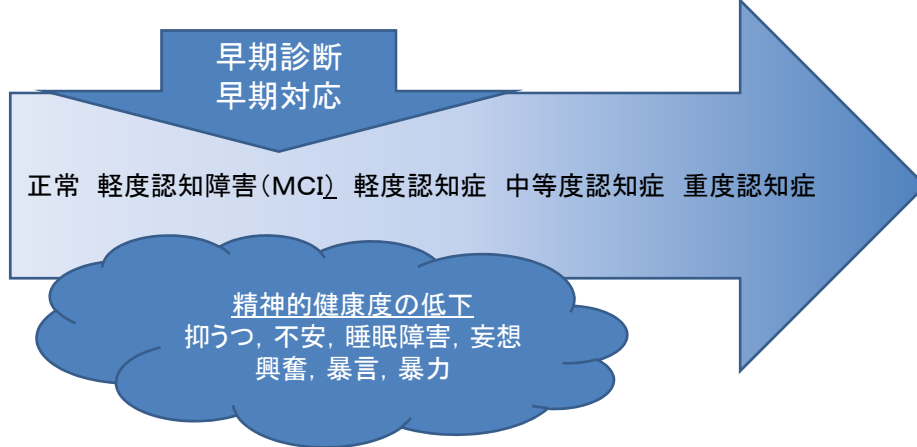


図 4-3. 認知症の早期診断・早期対応とは何か

このように、認知症の臨床像全体を総合的にアセスメントすることを「認知症の総合アセスメント」(comprehensive geriatric assessment for dementia)と呼ぶ。認知症の総合アセスメントを行うためには、図 4-1 に示した 6 つの領域を捉える必要があるが、そのためには少なくとも表 4-1 に掲げられている項目についての基礎知識が必要である。以下に、6 領域の基礎知識の概略を解説する。

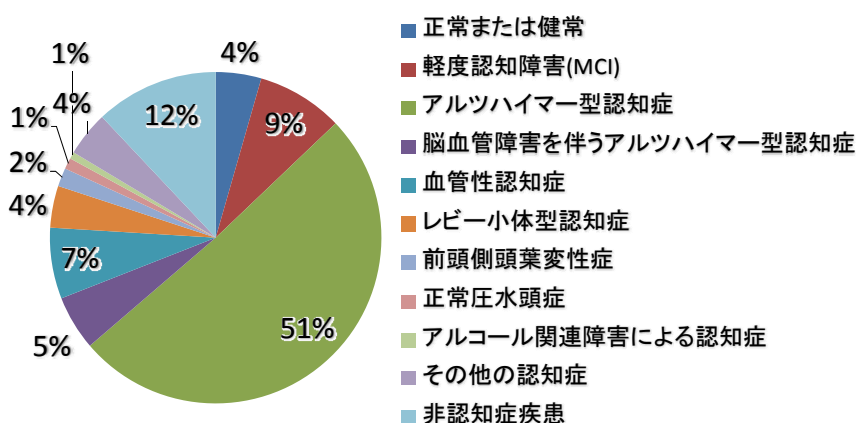
表 4-1 認知症の総合アセスメントに係る領域と各領域のキーワード

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力（排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴）の障害、手段的日常生活動作能力（電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理）の障害。
身体合併症	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、褥瘡、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
行動・心理症状	妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不平を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、（せん妄）など。
社会的状況	介護負担、介護者の健康問題、経済的困窮、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、老老介護、認認介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

#### (4) 認知症疾患に関する基礎知識

認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼ぶ。認知症疾患には数多くの病気があるが、認知症疾患医療センターの外来新患受診者の診断名をみると、その割合は概ね図 4-4 のようになる。これを見てわかるように、認知症疾患の中で最も頻度が高いのはアルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴うものを含む）であり、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）がこれに次ぐ。そのため、この4疾患のことを「認知症の4大疾患」と呼ぶことがある。

認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合  
(2012.4.1-2012.7.31, N=11,979, 医療施設数=113)



平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」  
(主任研究者:鳥羽研二, 分担研究者:粟田圭一)

図 4-4. 認知症疾患医療センターの外来疾患受診患者の診断名別割合

#### (5) 認知機能障害に関する基礎知識

認知症に見られる認知機能障害の特性は、障害される脳の部位と密接に関連している。たとえば、アルツハイマー型認知症では、側頭葉と頭頂葉が強く障害されるために、側頭葉の症状である近時記憶障害（少し前の出来事をすっかり忘れる）、言語理解の障害（人の言っていることが理解できない）、頭頂葉の症状である視空間認知の障害（距離感や方向感覚が悪くなる、道に迷って家に帰って来られなくなる）が現れやすくなる。血管性認知症や前頭側頭葉変性症では前頭葉機能が障害されることが多いため、注意障害（注意が散漫になる）、実行機能障害（自発性が低下し、計画的に、段取りよく、目的に向かって行動することができなくなる）、作業記憶の障害（頭の中で暗算などの作業をするのが不得手と

なる) 発語障害(言葉がなかなか出なくなる)などが現れやすい。

また、側頭葉の前部の障害が目立つ場合には、意味記憶の障害(物の名前が言えない、物の名前を言ってもそれが何のことだかわからない)と呼ばれる特徴的な言語症状が現れる。レビー小体型認知症では後頭葉が障害されるために幻視や錯視が現れやすく、脳幹が障害されるためにパーキンソン症状や意識レベルの変動が生じやすい(図4-5)。

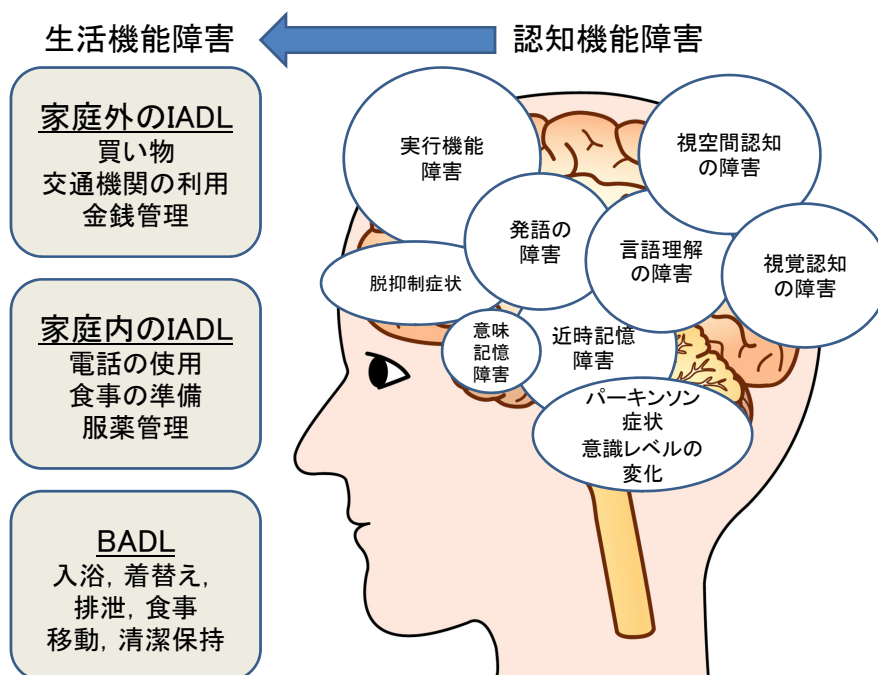


図4-5. 認知機能障害と生活機能障害

(注: パーキンソン症状は認知機能障害ではなく、神経症状)

#### (6) 生活機能障害に関する基礎知識

このような認知機能障害によって日々の生活に支障を来すようになるのが認知症の最大の特徴である。生活機能は日常生活動作能力(Activity of Daily Living; ADL)とも呼ばれている。ADLの中でも、自分自身の身のまわりのことを自立して行う能力は基本的日常生活動作能力(Basic Activities of Daily Living; BADL)または身体的日常生活動作能力(Physical Activities of Daily Living; PADL)(例: 排泄、食事、着替え、身繕い、移動、入浴)、家事など一人暮らしを維持していくために必要な能力は手段的日常生活動作能力(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)(例: 電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)と言う。認知症が軽度の段階ではIADLのみが障害され、中等度になるとBADLが部分的に障害され、重度になるとBADLが全面的に障害される。

IADLの障害は、さらに、社会生活を営むためのIADL(家庭外のIADL)、家庭生活を行

うための IADL（家庭内の IADL）に分類することもできる（図 4-5）。

生活機能障害の評価は生活支援や介護サービスのニーズを把握するための重要なポイントである（表 4-2、4-3）。

表 4-2 手段的日常生活動作能力(IADL)とは

**ポイント！**

手段的日常生活動作能力の障害（IADL の障害、IADL は Instrumental Activities of Daily Living の略）と呼ばれており、一人で自立した生活を営むのに必要な生活機能と考えられている。軽度認知症を特徴づける重要な障害である。

IADL については、通常、下記の 8 項目をチェックする。

- 電話の使用
- 買い物
- 食事の支度
- 家事
- 洗濯
- 移動・外出
- 服薬の管理
- 金銭の管理

この中で、服薬の管理、栄養管理（食事の支度）は「健康の保持」に関わる重大な項目である。一人暮らしの高齢者のお宅に訪問したときなどには、確実にチェックすることが大切である。

表 4-3 基本的日常生活動作能力(BADL)とは

### ポイント！

基本的日常生活動作能力の障害( BADL の障害、BADL は Basic Activities of Daily Living の略) または身体的日常生活動作能力(PADL の障害、PADL は Physical Activities of Daily Living の略)の障害と呼ぶ。中等度以上の認知症を特徴づける重要な障害である。

BADL については、通常、以下の 6 項目をチェックする。

- 排泄
- 食事
- 着替え
- 身繕い(整容)
  - 身だしなみ
  - 髪や爪の手入れ
  - 洗面・歯磨き
  - 髭そり
- 移動能力
- 入浴

運動麻痺や痛みなど、明らかに身体的な原因で BADL が障害されている場合は、認知機能障害に起因する生活機能障害ではなく、認知症の重症度とは直接関連しなくなる。

### (7) 認知症の行動・心理症状に関する基礎知識

認知症では、脳の病気の直接的な影響によって、あるいは認知機能障害や生活機能障害の二次的な影響によって、あるいは身体合併症や生活環境を背景にして、さまざまな精神症状や行動障害が現れる。このような精神症状や行動障害のことを「認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)」と呼ぶ。

BPSD は、行動症状（通常は患者を観察することによって明らかにされる）と心理症状（通常は患者や親族との面談によって明らかにされる）に分類される（表 4-4）。認知症の初期には、抑うつ、不安、怒りっぽさ、自発性低下、妄想、幻覚などの心理症状が認められやすく、進行すると徘徊、脱抑制、喚声（叫声）、食行動異常、介護への抵抗、不潔行為などの行動症状が認められやすくなる。

一方、認知症では、せん妄が合併することもあるが、せん妄は通常は BPSD に含めない（せん妄は BPSD を悪化させる要因とされている）。認知症では身体合併症や薬の副作用があるときにせん妄が現れやすくなる。

表 4-4 認知症の行動心理症状（BPSD）の特徴

グループ 1 (厄介で対処が難しい症状)	グループ 2 (やや対処に悩まされる症状)	グループ 3 (比較的処置しやすい症状)
心理症状 妄想 幻覚 抑うつ 不眠 不安 行動症状 身体的攻撃性 徘徊 不穏	心理症状 誤認 行動症状 焦燥 社会通念上の不適当な行動と性的脱抑制 部屋の中を行ったり来たりする 喚声	行動症状 泣き叫ぶ ののしる 無気力 繰り返し尋ねる シャドーイング(人につきまとう)

出典：IPA: Behavioral Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Education Pack. International Psychogeriatric Association (2003). (日本老年精神医学会監訳：国際老年精神医学会、痴呆の行動と心理症状。アルタ出版、2005年、東京)

### (8) 身体合併症に関する基礎知識

認知症では、通常、さまざまな身体症状、身体障害、身体疾患が認められる。高齢者に一般的によく見られる徴候のことを“老年症候群”と呼ぶが、認知症では老年症候群が顕

著に現れる傾向がある。また、認知機能障害や生活機能障害によって、服薬管理や栄養管理などの健康を守るための自律的活動が障害されるために、身体機能がますます低下し、新たな病気を発症したり、悪化したりして、救急医療が必要になることもしばしばある。

一般に、身体的問題があると精神的問題（BPSD やせん妄など）は増悪し、精神的問題があれば身体的問題がさらに増悪するという悪循環を形成する。認知症に見られる身体症状・身体疾患において特に留意されるべきものを表 4-5 に示す。

表 4-5 認知症によく見られる身体症状、身体疾患

<p>A. 身体症状：</p> <p>パーキンソニズム、不随意運動、パラボニア、痙攣、運動麻痺廃用症候群：筋委縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡(3) 老年症候群：転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL 低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺、嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群</p> <p>B. 身体疾患：</p> <p>(1) 全身疾患：脱水症、低栄養、電解質異常など</p> <p>(2) 呼吸器疾患：誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、肺結核、肺癌など</p> <p>(3) 循環器疾患：高血圧症、うっ血性心不全、虚血性心疾患、心房細動など</p> <p>(4) 消化器疾患：消化性潰瘍、腸閉塞、肝硬変、アルコール性肝障害、癌など</p> <p>(5) 腎疾患：腎硬化症、高血圧症性腎症、糖尿病性腎症、慢性腎不全など</p> <p>(6) 内分泌・代謝疾患：糖尿病、甲状腺機能低下症など</p> <p>(7) 泌尿器科疾患：下部尿路障害、尿路感染症、前立腺肥大症・癌など</p> <p>(8) 整形外科疾患：骨粗鬆症、骨折など</p> <p>(9) 皮膚科疾患：褥瘡、白癬、疥癬など</p> <p>(10) 眼科疾患：視力障害、白内障、緑内障など</p> <p>(11) 耳鼻咽喉科疾患：難聴、めまいなど</p> <p>(12) 神経・筋疾患：脳血管障害、パーキンソン症候群など</p> <p>(13) 口腔疾患：う蝕、歯周病など</p>
--

#### (9) 社会的困難について

上記で述べてきたような障害が複合するために、認知症の人とその家族は、さまざまな社会的な困難状況に直面しやすくなる（図 4-1）。認知症の人は社会的な孤立状況におかれやすく、特に一人暮らしの場合には、悪質業者に騙されたり、経済的困窮状態に陥ったり、近隣トラブルを招いたり、身体疾患の発見が遅れ救急事例化することが少なくない。一方、認知症の人を介護する家族は、介護負担のために、精神的・身体的健康を害することがある。また、虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性もある。このような社会的困難に



対応していくためには、さまざまな社会的資源を組み合わせる包括的な介入を行う必要が生じるが、しかし、一般的な医療サービスや介護サービスの事業所では、しばしばこのような問題に対応できるだけの十分な余裕がなく、そのために複合的な問題をもつ認知症の人ほど医療機関や介護サービス事業所で受け入れを断られてしまうといった問題も生じがちである<sup>注2</sup>。

#### (10) 認知症の経過と重症度

多くの認知症疾患は、進行性に経過し、時間とともに重症度を増していく(図 4-6)。そして、その重症度のステージに応じて、さまざまな医療ニーズや介護ニーズがあらわれる。適切な医療と介護は、認知症の重度化を緩和し、救急事例化を防ぎ、認知症高齢者とその家族の生活の質(QOL)を高めることに寄与するであろう。

一方、医療や介護が不適切であれば、認知症高齢者の健康状態は悪化し、BPSD が顕著となり、認知機能障害や生活機能障害も重度化し、認知症をもつ高齢者も介護する家族も、生活を維持することが困難になる。認知症の人が抱える身体的・精神的・社会的な臨床像の全体を総合的にアセスメントして、ステージに応じた適切なサービスを包括的に提供していけるような地域システムを創り出していくことが、これからの認知症施策のめざすべき方向である。

認知症のステージから見たケアのニーズ

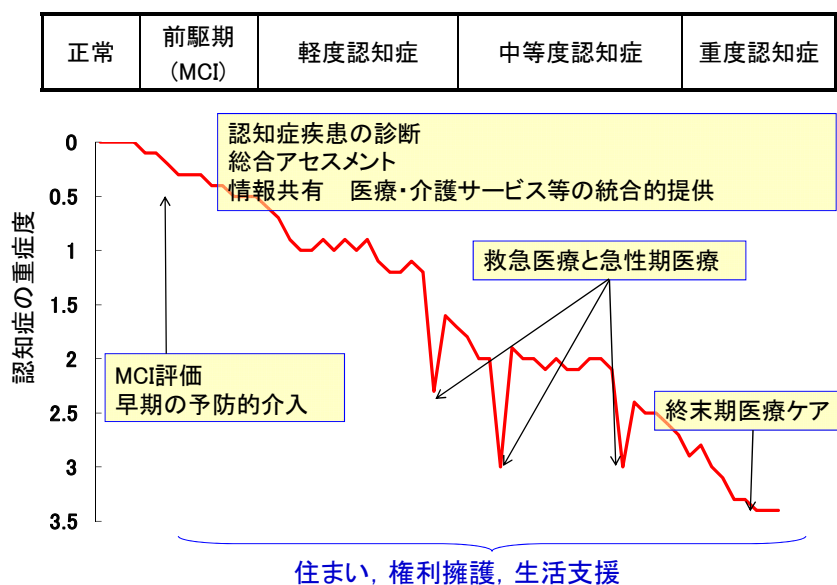


図 4-6 認知症のステージから見たケアのニーズ

<sup>注2</sup> このように、ケアを必要とすれば必要とするほど、却ってケアが受けられなくなるという事態は「さかさまケアの法則」と呼ばれている (Hart JT: The inverse care law. Lancet, 1:405-412,1971)。

## 2 認知症の診断と代表的な認知症疾患

### (1) 認知症の診断の基本的考え方

認知症を診断するためには、第一に認知症であることを診断し、第二に認知症の原因疾患（認知症疾患）を診断しなければならない。また、認知症の人の尊厳を保持し、その人の生活を支えていくためには、認知症の臨床像全体を総合的に評価することが重要であり、認知症疾患の診断はその一つを構成するものである（図 4-1、表 4-1 を参照）。

#### 1) 認知症であることの診断

認知症であることを診断するためには、「認知機能障害」と、それに起因する「生活機能障害」の存在を確認した上で、以下の 3 つの病態を除外する必要がある。

- 乳幼児期の発達段階で認知機能がすでに障害されており、そのために生活機能が障害されている場合は、“精神発達遅滞”または“発達障害”と呼ばれる状態であり、認知症とは区別される。認知症であることを診断するためには、生活歴を聴取して、知的機能や生活機能が以前は正常であったことを確認する。
- 意識混濁のために認知機能が障害されている場合は“せん妄”と呼ばれ、認知症とは区別される。せん妄は薬や全身疾患などが原因となる。急性に発症することが多く、注意障害が目立ち、幻覚や錯覚、睡眠-覚醒リズムの障害が見られ、1 日の中で症状が変動する。通常は一過性で、原因の除去や全身状態の改善とともに回復する。
- うつ病や統合失調症などの精神疾患によって認知機能や生活機能が障害されることがある。うつ病や統合失調症は既知の脳疾患にその原因を求めることができないが、認知症は、既知の脳疾患にその原因を求めるといえるという意味で、“器質性精神疾患”に位置づけられている。

#### 2) 認知症の原因疾患の診断

認知症の原因となる疾患のことを認知症疾患と呼ぶ（表 4-6）。認知症疾患の種類は多いが、この中でアルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性は、一般臨床において比較的高頻度に認められる。また、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症などは早期発見・早期治療によって回復可能な認知症疾患（treatable dementia）であり、鑑別診断時に特に注意が必要である。

表 4-6. 代表的な認知症疾患

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 中枢神経変性疾患：アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症など</li><li>2. 脳血管障害：脳梗塞、脳出血など</li><li>3. 脳腫瘍</li><li>4. 正常圧水頭症</li><li>5. 頭部外傷</li><li>6. 神経感染症：クロイツフェルトヤコブ病、進行麻痺、脳炎後遺症など</li><li>7. 代謝性、内分泌性、欠乏性疾患：肝性脳症、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、ビタミン B12 欠乏症、葉酸欠乏症、無酸素あるいは低酸素症など</li></ol> |
|--|

## (2) アルツハイマー病 (Alzheimer's Disease : AD)

### ● 概念と歴史

神経病理学的に海馬や大脳皮質を中心とする広範な神経細胞の脱落とさまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症疾患である。

1906年に Alois Alzheimer が報告した 51 歳女性の一部検例が最初の報告である。1980 年代に老人斑の主要構成成分はアミロイド 蛋白 (A $\beta$ )、神経原線維変化の主要構成成分はタウ蛋白であることが明らかにされ、その後、A $\beta$  の脳内沈着が契機となってタウ蛋白の異常リン酸化による神経原線維変化の形成が生じ、神経細胞死に至るというアミロイド・カスケード仮説が提唱された。今日では、この仮説に基づいた治療戦略の開発が AD の根本的治療につながるものと期待されている。

### ● 臨床症状と経過

発症は潜行性であり、進行は緩徐である。その経過は、病変が海馬に始まり徐々に側頭葉、頭頂葉、大脳皮質全体に広がっていく過程を反映する。

病初期 (軽度認知症) には近時記憶障害が認められ、次第に時間の見当識障害や視空間構成障害が認められるようになる。注意・作業記憶障害や実行機能障害を伴うことが多い。BADL は保持されているが、IADL の障害が目立つのがこの時期の特徴である。

中期 (中等度認知症) になると場所の見当識障害や遠隔記憶障害も認められるようになり、聴覚性言語理解が不良となり、社会的な判断力低下も顕著となる。着脱衣、入浴、食事、排泄、移動など、BADL に介助を要するようになるのがこの時期の特徴である。

後期 (重度認知症) には、自分の生活史が想起できなくなり、人物の見当識も障害され、家族のことも認識できなくなる。自発性が著しく低下し、発語も少なくなる。運動機能も障害されて歩行困難になり、日常生活は全介助となる。

### ● 診断

DSM-5 などの操作的診断基準が広く用いられている (表 4-7)。診断の基本は、1) 認知症であること、2) 発症が潜行性で、緩徐に進行していること、3) 他の認知症疾患が除外

できることである。ADに見られる認知機能障害の特徴を理解しておくことが診断に役立つ。

ADでは末期まで運動障害、自律神経障害などの神経学的所見が認められない。初期から神経学的所見を認める場合にはAD以外の認知症を疑う必要がある。CTやMRIで側頭葉内側面の萎縮が病初期から認められ、疾患の進行の程度とともにびまん性脳萎縮が進行する。SPECTやPETでは、頭頂側頭葉領域に局所脳血流低下や代謝低下が認められることが多い。

表 4-7. DSM-IV のアルツハイマー型認知症の診断基準の要約

- |  |
|--|
| <p>A. 多彩な認知欠損で、それは以下の両方により明らかにされる。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）</li><li>2) 以下の認知障害の1つ（またはそれ以上）<ol style="list-style-type: none"><li>a. 失語（言語の障害）</li><li>b. 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）</li><li>c. 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと）</li><li>d. 遂行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害</li></ol></li></ol> <p>B. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。</p> <p>C. 経過は、ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる。</p> <p>D. 基準 A1 および A2 の認知欠損は以下のいずれかによるものでもない。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 記憶や認知に進行性の欠損を引き起こす他の中枢神経疾患（例：脳血管障害、正常圧水頭症）</li><li>2) 認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患（例：甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症）</li><li>3) 物質誘発性の疾患</li></ol> <p>E. その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない</p> <p>F. その障害は他の第 1 軸の疾患（例：大うつ病性障害、統合失調症）ではうまく説明できない。</p> |
|--|

高橋三郎、大野裕、染谷俊幸：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院より作成

### （ 3 ）血管性認知症（Vascular Dementia：VD）

#### ● 概念と歴史

脳血管障害に関連して出現する認知症の総称である。その起源は、19世紀末から20世紀初頭に進行麻痺や老年痴呆から動脈硬化性精神障害の概念を独立させた Binswanger や Alzheimer の業績に遡る。Kraepelin は動脈硬化に関連する精神障害の多様性を強調し、全人格が変化して認知症にいたる群と卒中発作をもって始まる群に分類した。その後さまざまな分類法が提唱されてきたが、ここでは国際的分類に準じた3類型について述べる。

#### ● 分類と特徴

多発梗塞性認知症（皮質性認知症）：大脳皮質に多発性の梗塞が生じた結果、複数の認知ドメインが障害された認知症。卒中発作によって急性に発症し、階段状に進行す

る。梗塞部位に一致して、失語、失行、失認、視空間障害、構成障害、実行機能障害などの高次脳機能障害や運動麻痺が認められる。

戦略的重要部位の梗塞による認知症（局在病変型梗塞認知症）：高次脳機能に直接関与する重要な部位の小病変によって出現する。皮質性と皮質下性に大別され、前者には角回症候群、後大脳動脈症候群、中大脳動脈領域梗塞、後者には視床性認知症、前脳基底部梗塞がある。海馬、帯状回、脳弓、尾状核、淡蒼球、内包膝部・前脚なども重要である。

小血管病変による認知症（皮質下血管性認知症）：画像上、大脳基底核、白質、視床、橋などに多発性小梗塞（多発ラクナ梗塞性認知症）と認めるものと、高度の白質病変を認めるもの（Binswanger病）がある。多くは緩徐に進行し、遂行機能障害、思考緩慢、抑うつ、感情失禁などを認めるが記憶機能は比較的保たれていることが多い。運動麻痺、偽性球麻痺、パーキンソニズム、腱反射亢進、病的反射、協調運動障害、過活動膀胱などが見られる。

#### ● 診断

1) 認知症があること、2) 脳血管障害があること、3) 両者の間に病因論的関連があることを証明する。1) については、認知機能障害と生活機能障害の存在を確認する。2) については、局所神経症候（片麻痺、下部顔面神経麻痺、バビンスキー徴候、感覚障害、半盲、構音障害など）を確認するか、画像検査で多発性梗塞、重要な領域の単発梗塞、基底核や白質の多発性小梗塞、広範な白質病変、これらの組み合わせなどを証明する。3) について、時間的関連性（明らかな脳梗塞後 3 ヶ月以内の発症、動揺性経過、階段状の進行）と空間的関連性（病変の局在・性質から認知症の成立が説明できる）があることを示す。但し、皮質下血管性認知症は潜行性に発症することが多いので時間的関連性の証明は困難である。

#### （４）レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies：DLB）

##### ● 概念と歴史

認知症とパーキンソニズムを主症状とし、レビー小体が脳幹のほかに大脳皮質や扁桃核にも多数出現する認知症疾患である。1976年以降の小坂らの一連の報告によって初めて明らかにされた。その後、同様の症例が相次いで報告され、1995年にイギリスで開催された第1回国際ワークショップで疾患概念が提唱され、1996年に臨床および病理診断基準がNeurology誌に掲載されてから臨床医の間で広く知られるようになった。1997年にはレビー小体の主要な構成成分がシヌクレインであることが明らかにされ、現在ではシヌクレイン異常症といった包括点概念も提唱されている。

##### ● 臨床症状

進行性の認知機能障害を認めるが、ADと比較すると記憶障害の程度は軽く、実行機能障害、注意障害、視空間構成障害など前頭葉・頭頂葉機能に由来する症状が目立つ。

注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動は、DLBの中核的特徴であり、日

中の過度の傾眠や覚醒時の一過性の混乱がみられることがある。反復して現れる具体的な幻視も DLB の中核的特徴であり、人物、小動物、虫などが多い。幻視は、認知の変動と連動して、注意・覚醒レベルの低下時や夕方など薄暗い時期に起こる傾向がある。幻視以外にも、誤認妄想（「誰かが家の中にいる」「自宅が自宅でないと主張する」「妻の顔を他人と見間違える」など）などの精神病症状や抑うつ症状もしばしば認められる。

パーキンソンニズムは DLB 診断時の 25～50%に認められる。DLB の運動症状はパーキンソン病で一般に見られるものと変わりはないが、対称性の筋固縮と寡動が主体で、振戦が目立たないことが多く、動作時振戦やミオクロヌスがときどき認められる。

レム睡眠時に筋緊張の抑制が欠如するため、夢内容と一致する異常行動（大声をあげる、隣で寝ている配偶者を殴るなど）が現れることがある（レム睡眠行動障害）。また、抗精神病薬に対する過敏性が見られ、少量の使用でもパーキンニズムの悪化や意識障害、悪性症候群を呈することがあるために注意を要する。便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧などの自律神経症状も認められ、転倒や失神の原因となるため注意を要する。

#### ● 診断

DLB 臨床診断基準改訂版を表 4-8 に示す。進行性の認知機能障害（中心的特徴）を確認した上で、3 つの中核的特徴（認知機能の変動、幻視、パーキンソニズム）のうち 2 つ以上を確認するか、1 つ以上の中核的特徴と 1 つ以上の示唆的特徴（REM 睡眠行動障害、顕著な抗精神病薬の過敏性、SPECT または PET で大脳基底核のドパミントランスポーターの取り込み低下）を確認することによって、“DLB はほぼ確実”と診断される。

表 4-8. レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準改訂版

<p>1. 中心的特徴：&lt; DLB ほぼ確実(probable)あるいは疑い(possible)に必要 &gt;</p> <p>正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症。顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる。</p> <p>注意や実行機能や視空間能力のテストでの障害が特に目立つこともある。</p>
<p>2. 中核的特徴（2 つを満たせば DLB ほぼ確実、1 つでは DLB 疑い）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能</li><li>b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視</li><li>c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズム</li></ul>
<p>3. 示唆的特徴（中核的特徴 1 つ以上に加え示唆的特徴 1 つ以上が存在する場合、DLB ほぼ確実、中核的特徴がないが示唆的特徴が 1 つ以上あれば DLB 疑いとする。示唆的特徴のみでは DLB ほぼ確実とは診断できない）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. REM 睡眠行動異常(RBD)</li><li>b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性</li><li>c. SPECT または PET イメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下</li></ul>

4. 支持的特徴（通常存在するが診断的特異性は証明されていない）

- a. 繰り返す転倒・失神
- b. 一過性で原因不明の意識障害
- c. 高度の自律神経障害（起立性低血圧、尿失禁など）
- d. 幻視以外の幻覚
- e. 系統化された妄想
- f. 抑うつ症状
- g. CT/MRI で内側側頭葉が比較的保たれる
- h. SPECT/PET で後頭葉に目立つ取り込み低下
- i. MIBG 心筋シンチグラフィーで取り込み低下
- j. 脳波で徐波化および側頭葉の一過性鋭波

5. DLB の診断を支持しない特徴

- a. 局所性神経徴候や脳画像上の明らかな脳血管障害の存在
- b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在
- c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合

6. 症状の時間的経過

（パーキンソニズムが存在する場合）パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合、DLB と診断する。認知症を伴うパーキンソン病（Parkinson Disease Dementia: PDD）という用語は、確固たるパーキンソン病の経過中に認知症が生じた場合に用いられる。実用的には、臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり、レビー小体病のような包括的用語がしばしば有用である。DLB と PDD 間の鑑別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の 1 年以内の場合を DLB とする“1 年ルール”を用いることが推奨される。それ以外の期間を採用した場合、データの蓄積や比較に混乱が生じることが予想される。臨床病理学的研究や臨床試験を含む、それ以外の研究の場合は、レビー小体病あるいは -シヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって統合的に捉えることが可能である。

第 3 回 DLB 国際ワークショップ( McKeith IG、 Dickson DW、 Lowe J、 et al : Duagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. Neurology 65 : 1863-1872, 2005 ) より。

（ 5 ） 前頭側頭葉変性症（ Frontotemporal lobar degeneration : FTLD ）

● 概念と歴史

大脳前方領域に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症疾患の総称である。

歴史的には、1892 年～1906 年に Arnold Pick が前頭・側頭葉の萎縮を呈し、特異な言語症状と精神症状を示す一連の症例報告を行い、1911 年に Alois Alzheimer が嗜銀性神経細胞内封入体（Pick 球）を記載し、1926 年に Onari と Spatz が Pick 病という名称を与えた疾患に端を発する。その後、神経病理学的な異種性が明らかとなり、1996 年に前頭側頭葉変性症(FTLD)という包括的概念が提唱され、1998 年には詳細な診断基準が示された。1) 前

頭側頭型認知症(frontotemporal dementia, FTD)、2) 進行性非流暢性失語(Progressive non-fluent aphasia, PA)、3) 意味性認知症(semantic dementia, SD)の3 亜型に分類されている。

#### ● 臨床類型と特徴

FTD では、前頭葉と側頭葉優位の病変が認められ、前頭葉損傷例に類似した性格変化と行動異常を中心とする臨床症状が潜行性に現れ、緩やかに進行する。早期から社会的対人行動の障害(反社会的・脱抑制的言動、考え無精、立ち去り行動など) 自己行動の統制障害(自発性低下、不活発～過活動、落ち着きなさ、周遊行動など) 情意鈍麻(無関心、優しさ・共感・思いやりの欠如など) 病識欠如(精神症状に対する自覚の欠如、その社会的帰結に関する無関心など) が認められる。

PA では、優位半球のシルビウス裂周囲に比較的限局する病変が認められ、非流暢性の表出性言語障害が目立つ。発語は努力性でスピードが遅く、抑揚がない話し方、とぎれとぎれの発語、文法的に正しい文章で話すことができない失文法、「えんぴつ」を「せんぴつ」と言ったりするような音の言い間違いである音韻性錯誤、言いたいことを表す言葉が思い浮かべられない換語障害などが認められる。

SD では、優位半球の側頭葉前方に限局性病変を認め、病初期に換語困難となり、失名辞が出現する。その後、徐々に語義失語を呈し、「鉛筆」のような誰でも知っているはずの物を見せても呼称ができず、いくつかの物品のなかから「鉛筆」を選ぶということもできない。発語は流暢性で、復唱も良好である。音韻性錯誤は少なく、意味性錯誤が認められる(例:「みかん」と言いたいのに「りんご」と言う)。また、表意文字である漢字の書字・読字の障害が認められ、熟字訓ができなくなる(例:海老 かいろう、小豆 こまめ)。

#### ● 診断

診断基準の抜粋を表 4-9 に示す。病初期に記憶障害が認められるアルツハイマー型認知症とは対照的に初期には記憶障害が目立たないこと、上記で述べたような性格変化や言語症状が早期に認められるのが特徴である。

表 4-9. 前頭側頭型認知症の臨床診断基準の要約

性格変化と社会的行動の障害が、発症から疾患の経過を通しての顕著な症候である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれている。

- I. 中核となる診断的特徴(臨床診断にはすべて必要)
  - A. 潜行性の発症と緩徐な進行(少なくとも6カ月以上)
  - B. 社会的人間関係を維持する能力が早期から低下
  - C. 自己行動の統制が早期から障害
  - D. 感情が早期から鈍化
  - E. 病識が早期から喪失
- II. 支持的特徴



A. 行動障害

1. 自分の衛生や身繕いの低下
2. 精神的硬直と柔軟性の欠如
3. 易転導性と維持困難（飽きっぽい）
4. 過剰接食と食事嗜好の変化
5. 保続と常同的行動
6. 道具の強迫的使用

B. 発語と言語

1. 発語の変化
  - a. 自発語の減少、発語の省略
  - b. 言語促迫（多弁で止まらない状態）
2. 常同的発語
3. 反響言語
4. 保続
5. 無言

C. 身体徴候

1. 原始反射
2. 失禁
3. 無動、筋強剛、振戦
4. 低くて不安定な血圧

D. 検査

1. 神経心理学的検査：高度な健忘、失語、知覚や空間的見当識障害がないのに、前頭葉機能検査で有意な障害が見られる。
2. 脳波検査：臨床的には認知症がみられるのにもかかわらず、通常の脳波では正常。
3. 形態的・機能的画像検査：前頭葉や側頭葉前部での異常が顕著

( Nearly D. et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. Neurology. 1998; 51(6): 1546-1554 )

( 6 ) アルコール関連障害

アルコール依存症候群では、低栄養、ビタミン欠乏、アルコールの直接的毒性によって認知症症状が出現する。ビタミン B<sub>1</sub>（チアミン）欠乏では急性のウエルニッケ脳症をきたし、意識障害、運動失調、眼球運動障害を呈し、速やかなチアミン補充が必要であるが、後遺障害として認知症を来す場合がある。また、ウエルニッケ脳症を来さない場合でも、常習的なアルコール飲酒者は認知機能が低下する傾向があり、画像上の脳萎縮、脳重減少、神経細胞減少も報告されている。治療の基本は断酒の維持である。

#### ( 7 ) 甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症によって精神活動が緩慢になり、集中力低下、傾眠、記憶障害などが見られるが、ときに幻覚、妄想などの精神病症状が現れることがある(粘液水腫性精神病)。血液検査で甲状腺ホルモンの低値と自己抗体などその原因に関連した異常がみられ診断を確定することができる。治療は甲状腺ホルモンの補充であり、早期に治療すれば回復する。

#### ( 8 ) 正常圧水頭症

髄液が貯留して脳室拡大を来すが、髄液圧は基準値範囲内にある疾患である。くも膜下出血や髄膜炎などによる続発性と原因不明の特発性があるが、いずれも髄液の吸収・循環障害とそれに引き続く脳実質障害によって神経障害を来し、認知症、歩行障害、尿失禁を 3 主徴とする臨床症状が出現する。MRI (特に冠状断) で、高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化と不釣合なシルビウス裂の開大が認められる。髄液シャント術によって治療可能な認知症として重要である。

#### ( 9 ) 慢性硬膜下血腫

頭部打撲に伴う脳の偏位によって脳表の bridging vein が破綻し、頭蓋骨硬膜と脳表の間隙に静脈血が徐々に貯留することによって血腫が発生し、これが次第に増大することによって頭蓋内圧亢進を生じて神経障害を惹起し、認知機能障害や神経症状が現れる。通常は受傷後 3 週間から 3 カ月を経て発症する。CT または MRI で脳の正中偏位や血腫の存在を確認することによって診断できる。血腫を早期に除去すれば認知機能障害や神経症状も速やかに改善するので、認知症の鑑別診断では常に念頭におくべき疾患である。

#### ( 10 ) ビタミン B12 欠乏症

悪性貧血や胃切除による内因子欠乏、小腸切除や Crohn 病などでのビタミン B12 欠乏が生じると、巨赤芽球性貧血、脊髄の亜急性連合変性症、末梢神経障害、視神経障害などの他、高次脳機能障害や、被刺激性亢進、錯乱、傾眠、集中力低下、無気力、妄想、記憶障害などを伴う意識混濁や認知症症状を呈することがある。治療はビタミン B<sub>12</sub> の補充であり、早期に治療すれば回復する。

### 3 アセスメントツールの使用方法

#### (1) 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート DASC とは

認知症の人が、住み慣れた地域の中で穏やかな暮らしを継続できるようにしていくためには、地域の中で、認知症に気づき、総合的なアセスメントを行い、多職種間で情報を共有し、必要な支援を統合的に提供できるようにしていく必要がある。ここでは、そのためのツールとして開発された「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」( Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC ; ダスク ) について解説する。

認知症とは、何らかの「脳の病気」によって、「認知機能」が障害され、それによって「生活機能」が障害された状態を言う。そして、このような「脳の病気 認知機能障害 生活機能障害」の3者の連結を中核にして、さまざまな「身体疾患」、さまざまな「行動・心理症状」、さまざまな「社会的困難」が加わって、認知症の臨床像の全体が形づくられる。これらの全体を包括的に評価することを認知症の総合アセスメントと呼ぶ。しかし、認知症に気づき、認知症であることを診断するためには、まずは「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが重要である。DASC-21 は、さまざまな認知症に一般的に見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」をリストアップしたものである。DASC-21 には以下のような特徴がある(表 4-10)。

表 4-10 DASC-21 の特徴

- DASC - 21 は、導入の A,B 項目と 1 から 21 項目の評価項目からなるアセスメントシートである。
- 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- IADL の項目(6 項目)が充実しているので軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい。
- 4 件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- 簡便で、短時間で実施できる。
- 評価方法も単純である。
- 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

## ( 2 ) DASC-21 を用いる場合の留意点

### 1) 一般的な留意点

DASC-21 は、原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活機能障害に関連する行動の変化を評価する尺度 ( Informant Rating Scale ) である。

一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を質問しながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりして、調査担当者自身の判断で対象の方の状態を評価する ( 各質問項目の、一人暮らしの方の場合の評価の留意点を参照 ) 。

質問は 21 項目あり、それぞれにつき 1 から 4 の 4 段階 ( 4 件法 ) で評価する。

4 段階評価を行う場合、1, 2 と 3, 4 の間にアンカーポイントをおき、1 および 2 が正常域、3 および 4 が障害域であることをおおよその目安にして評価する。

回答者が家族または介護者の場合には、基本的には回答者の回答をそのまま採用してかまわない。しかし、客観的な観察と回答者の回答とが著しく乖離する場合には、調査担当者の専門職としての判断に従って評価する。

「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が“実際にできるか否か”を確認していないという場合でも、家族や介護者からみて“実際にできそうか否か”を判断して回答してもらおう。一人暮らしで、家族や介護者に質問できない場合には、調査担当者からみて“実際にできそうか否か”を判断して評価する。

導入質問の A, B 項目については、アセスメントを円滑に行うための「もの忘れ」の自覚症状についての質問である。この質問は DASC-21 の導入の質問であるので、採点は行わない。

	導入質問	留意点
A	もの忘れが多いと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が現在多いと感じるかどうか ( 目立つかどうか )、その程度を確認します。 一人暮らしの場合 ( 家族や介護者がいない場合 ) は、対象者本人の回答で評価してかまいません。
B	1 年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか。	導入の質問。家族や介護者から見て、対象の方の「もの忘れ」が 1 年前と比べて増えていると感じるかどうか、その程度を確認します。 一人暮らしの場合 ( 家族や介護者がいない場合 ) は、対象者本人の回答で構いません。

2) DASC-21 の各質問項目の留意点

項目	質問項目	留意点
1	<p>財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。</p>	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。財布、鍵、通帳など、物の置いた場所やしまった場所がわからなくなったり、探し物をしたりすることが頻繁にあるかどうかを確認します。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には、実際に、ものの置き場所を質問してみて（例：「おくすり手帳はありますか」）確認することもできます。対象の方が「物がよくなる」「誰かがもっていく」「盗まれる」という体験を自ら話す場合には、話の内容から、物を置いた場所やしまった場所がわからなくなることが頻繁にある様子を推測することができる場合があります。</p>
2	<p>5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。</p>	<p>記憶機能（近時記憶障害）に関する質問です。少し前に話したことを忘れてしまい思い出せないこと、例えば、その日の予定（例：病院に行く、デイサービスに行く、孫が遊びにくる）や電話で伝えられた用件などを頻繁に忘れてしまうかを確認します。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない）には、実際に質問法の記憶課題（例：先程伝えた調査担当者の名前を再度確認してみる、実際に3単語の遅延再生課題を行う）で近時記憶障害を確認することもできます。また、日常会話の中で、つい先刻話したことを忘れて、同じことを何度も繰り返して話したり、同じ質問を何度も繰り返したりすることがあれば、その様子からも、「5分前に聞いた話を思い出せないことが頻繁ある」様子が窺われます。</p>

	質問項目	留意点
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	<p>記憶機能（遠隔記憶障害）に関する質問です。自分の年齢の記憶は近時記憶障害のレベルでも曖昧になることがあります。生年月日までわからなくなると、遠隔記憶障害がある可能性が推測されます。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、あらかじめ本人の生年月日を確認した上で、実際に本人に生年月日を追加質問して確認することもできます。遠隔記憶障害が認められる場合には中等度以上の認知症が疑われます。</p>
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	<p>見当識（時間の失見当識）に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合には、実際に本人に今日が何月何日かを追加質問して確認することができます。日付が1～2日ずれている程度であれば、わからなくなことはそれほど頻繁ではないものと思われます。日付が極端にずれていたり、月が誤っていたりするようであれば、「今日が何月何日かわからなくなることが頻繁にある」と推測されます。</p>
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることありますか。	<p>見当識（場所の失見当識）に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、実際に本人に現在いる場所や自宅の住所を追加質問してみたりしながら確認することができます。場所の失見当識が認められる場合には、中等度以上の認知症が疑われます。</p>

6	<p>道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか。</p>	<p>道順障害に関する質問です。これは視空間機能の障害に係る行動の変化である可能性があります。道に迷って家に帰ってこれなくなる、外出して帰ってこれなくなる、外出先で迷子になってしまう、よく知っている場所でも道に迷ってしまう、そのようなことがあるか否か、その程度を確認します。そもそも外出することがまったくない場合（例：身体機能が著しく低下しているなど）には「道に迷う」という行為も発生しませんが、そのような場合には「いつもそうだ」を選択して、質問文の余白にその旨をメモしておいてください。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、実際に道に迷ってしまうことが頻繁にあるかどうかを質問し、本人の回答に基づいて調査担当者がそのようなことがありそうか否かを推測して評価します。</p> <p>注）道順障害は、アルツハイマー型認知症では比較的軽度の段階で認められることもあります。</p>
7	<p>電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。</p>	<p>問題解決能力に関する質問で、生活上の問題に直面した際に、それに対して自分で適切に対処できるか、対処できそうか、その程度を確認します。家族には、日々の生活の中で気がついているエピソードをいろいろと聞いてみると、問題解決能力の程度を概ね判断することもできます。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、実際にさまざまな問題場面（例：「停電になったらどうするか」「クレジットカードを紛失したらどうするか」）を例にあげてみて、その対処方法を本人に追加質問しながら評価します。たとえば「なんでも家族に相談する」や「そういうことは全部、管理人さんがしてくれる」という答えは、それ自体は問題解決につながっていますが、仮に家族や管理人がその場にいなかった場合には、自分でそれなりに対処できそうか否かを考慮して評価します。</p>

8	<p>一日の計画を自分で立てることができますか。</p>	<p>問題解決能力に関する質問で、ここでは、自発的、計画的、効果的に、目的に向かって行動できるか、その程度を確認します。その日の状況や用件に応じて、自分で計画的に行動できているか、通院日には時間に間に合うように自分で準備して病院にでかけているか、ゴミ出し日には自分で時間に間に合うようにゴミを出しているか、などを確認します。毎日、同じ時間にテレビを見て過ごしているというだけでは、計画的に行動できているとは言えません。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には毎日の生活の様子（例：今日の予定、通院のときの準備、ゴミ出しのことなど）を具体的に聞きながら評価していきます。</p>
9	<p>季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。</p>	<p>常識的な判断力に関する質問です。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、例えば、「セーターを着ていらっしゃいますが、それは今日が寒いからですか？」「ご自分で、寒いな、と思ってセーターを選ばれたのですか？」等、調査施行日の気候・気温にあった服装をしているかどうか、その服は対象の方本人が選んだものなのかどうか、追加質問をしながら評価します。明らかに常識的な判断力の低下が見られる場合は中等度以上の認知症が疑われます。</p>



10	一人で買い物はできますか。	<p>家庭外の IADL（買い物）に関する質問です。これは店まで行けるかどうかを問うているのではなく、日用品など必要なものを適切に買うことができるかどうか、買い物という行為を果たすことで期待される目的を達することができるかどうかを聞くものであり、その点で目的の場所に行くことができるかどうかを問う質問 11 と区別されます。同じものを頻繁に買って来るなど、買い物に関する失敗が頻繁に見られる場合には、「あまりできない」に該当します。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を追加質問しながら評価します。</p>
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	<p>家庭外の IADL（交通機関の利用）に関する質問です。実際に交通機関を利用して外出する習慣がない場合でも、必要に応じて交通機関を利用して一人で外出することができそうかどうかを家族や介護者に確認します。交通機関を利用して外出する際に、頻繁に失敗が見られる場合には「あまりできない」に該当します。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	<p>家庭外の IADL（金銭管理）に関する質問です。銀行で窓口または ATM で、自分で預金の出し入れができるか、公共料金の請求書が来れば、自分でその支払いができるかについて確認します。これは質問 7 の問題解決にも密接に関連する質問です。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には本人に日常生活の様子を質問しながら評価します。</p>

13	電話をかけることができますか。	<p>家庭内の IADL（電話）に関する質問です。これは電話をしようと思う相手に電話をかけることができるかどうかを問うもので、「娘のところは“短縮 1”、息子のところは“短縮 2”を押すだけです」という回答であっても、必要な相手に必要なときに電話をかけることができるならば「問題なくできる」または「だいたいできる」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいない場合）には、電話の使用に関して、本人に具体的な質問をしながら評価します。</p>
14	自分で食事の準備はできますか。	<p>家庭内の IADL（食事）に関する質問です。これは、生命と健康の維持に必要な食料を自分で調達し、それなりに食べることができるかを問うものです。自分で調理しているか、惣菜を買ってきて食べているかは問いません。</p> <p>一人暮らしの方で、偏った食生活で栄養のバランスが非常に心配な場合、冷蔵庫の中にほとんど食べ物がなかったり、腐ったものがあつたりする場合、3度の食事を適切にとれず栄養状態の不良が疑われる場合には、「あまりできない」または「できない」になります。本人に食事の準備に関する日常生活の様子を具体的に質問しながら評価します。</p>

15	<p>自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。</p>	<p>家庭内の IADL（服薬管理）に関する質問です。一般に、処方薬をまったく飲み忘れず服用しているということはむしろ稀であり、通常でも多少の飲み忘れはあります。特に、昼薬と就寝前薬の飲み忘れは多いかと思います。昼薬の飲み忘れが週の半分あったとしても朝・夕はほとんど飲み忘れがなく、「大事な薬」と本人が認識している薬（降圧薬、血糖降下薬、ワーファリンなどで、たいてい朝・夕に処方されている）が概ね服用できていて、血圧・血糖等のコントロールが良好であれば「だいたいできる」に該当します。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、健康維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れていて、あるいは複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「あまりできない」「できない」に該当します。</p> <p>一人暮らしの場合（家族や介護者がいな場合）には、実際に内服している薬を確認することによって、服薬管理の様子をうかがうことができます。また、おくすり手帳を確認して短期間に処方が頻回に変更になっている履歴が確認できる場合には、コントロールが急速に悪化していることが推察されるため、服薬管理ができていない可能性があります。</p>
16	<p>入浴は一人でできますか。</p>	<p>身体的 ADL（入浴）に関する質問です。これは入浴に関連する一連の動作を行い、期待される効果（保潔）が得られているかどうかを問うものです。運動機能障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動機能障害の部位を余白に記載します。運動機能障害とは無関係に一人で入浴できない場合には、中等症以上の認知症が疑われます。</p> <p>一人暮らしの場合には本人に入浴に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なりを観察したりしながら評価することができます。</p>

17	着替えは一人でできますか。	<p>身体的 ADL（着脱衣）に関する質問です。用意された服を一人で着られるかどうかを評価するものであり、適切な服装を選ぶことができるかどうかを問う質問 9 とは区別します。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。運動器の障害が認められないにも関わらず一人で着替えができない場合（着衣障害）、中等度以上の認知症である可能性があります。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には本人に着替えに関する日常生活の様子を具体的に質問したり、実際に身なりや着衣の様子を観察したりしながら評価することができます。</p>
18	トイレは一人でできますか。	<p>身体的 ADL（排泄）に関する質問です。大小便のいずれも、一人でトイレを使用して、排泄に必要な一連の動作を完了できるかを問うものです。運動器の障害により介助が必要な場合には、「一部介助を要する」または「全介助を要する」を選択し、運動器の障害部位を質問欄の余白に記載します。運動器の障害が認められないにも関わらずトイレを使用して排泄できない場合（例：失禁）には、中等度以上の認知症である可能性があります。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>（家族や介護者がいない場合）には本人に排泄に関する日常生活の様子を具体的に質問したり、身なり、家の様子（尿臭など）を観察したりしながら評価することができます。</p>
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	<p>身体的 ADL（整容）に関する質問です。身だしなみ、紙や爪の手入れ、洗面、歯磨き、髭そりなどが、自分一人でできるかについて問うものです。多小手伝ってもらう場合には部分介助、全面的に手伝ってもらう必要がある場合は全介助となります。</p> <p><b>一人暮らしの場合</b>には、本人に質問するとともに、本人の着衣の様子、家の中の様子などを観察し、清潔保持などに支障がないかを評価します。</p>

20	<p>食事は一人でできますか。</p>	<p>身体的 ADL（食事の摂取）に関する質問です。これは、用意されている食事を、自分一人で支障なく摂取できるかを問うものです。多小介助すれば自分で摂取できる場合には部分介助、自分ではまったく摂取できない場合は全介助になります。</p> <p>一人暮らしの場合には、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>
21	<p>家のなかでの移動は一人でできますか。</p>	<p>身体的 ADL（移動）に関する質問です。これは、家の中で、トイレや風呂などに自分一人で行くことができるか、移動能力について問うものです。杖、歩行器、車椅子などを使用して一人で必要な場所に移動できる場合は支障なしとし、見守りが必要か、多小介助が必要か（部分介助）が必要かについて検討します。移動のためには全面的に介助が必要な場合には全介助とします。</p> <p>一人暮らしの場合には、本人に質問して確認するとともに、生活の様子全体から判断して評価します。</p>

### ( 3 ) DASC-21 の評価方法

#### 1) 認知機能障害と生活機能障害のプロフィールから認知症の可能性を評価する場合

認知機能障害（記憶、見当識、問題解決・判断）の各項目のいずれかが障害領域（3～4点）であり、かつ、生活機能（家庭外の IADL、家庭内の IADL、身体的 ADL ）のいずれかが障害領域（3～4点）の場合には、「認知症の可能性あり」と判定する。

を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶（項目 3）、見当識のドメインで場所（項目 5）、問題解決・判断で社会的判断力（項目 9）のいずれかが障害領域（3～4点）か、身体的 ADL （項目 16～項目 21）が障害領域（3～4点）であれば、「中等度以上の認知症の可能性あり」と判定する。

を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶（項目 3）、見当識のドメインで場所（項目 5）、問題解決・判断で社会的判断力（項目 9）のいずれも障害領域ではなく（1～2点）、身体的 ADL （項目 16～項目 21）も障害領域でなければ（1～2点）、「軽度認知症の可能性あり」と判定する。

#### 2) 合計点を用いる場合

DASC-21 の合計点が 31 点以上の場合は「認知症の可能性あり」と判定する。

# 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:		年 月 日 ( )		記入者氏名:		年 月 日 ( )		男・女		同居・同居	
本人以外の情報提供者の氏名: (本人との続柄: )													
本人以外の情報提供者の氏名: (所属・職種: )													
備考欄													
評価項目													
導入の質問 (採点せず)													
記憶													
近時記憶													
遠隔記憶													
時間													
場所													
道順													
問題解決													
社会的判断力													
買い物													
交通機関													
金銭管理													
電話													
食事の準備													
服薬管理													
身体的ADL ①													
入浴													
着替え													
排泄													
整容													
食事													
移動													
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	4点	4. とても感じる	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
B	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	4点	4. とても感じる	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	4点	4. いつもそうだ	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶	記憶
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
10	一人で買い物はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
13	電話をかけることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
14	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	4点	4. まったくできない	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決	問題解決
16	入浴は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①
17	着替えは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①
18	トイレは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①	身体的ADL ①
20	食事は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	4点	4. 全介助を要する	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②	身体的ADL ②

DASC 21: (1~21項目まで)の合計点

点/84点

#### ( 4 ) DBD-13 とは

行動・心理症状の存在は、介護者の負担を増し、在宅での生活を困難にする要因のひとつと考えられる。この行動症状を鋭敏に感知できる評価尺度として 28 項目からなる認知症行動障害尺度 Dementia Behavior Disturbance scale:DBD が 1990 年に発表され<sup>1)</sup>広く臨床、介護現場で使用されてきている。

町田らは 28 項目ある DBD から因子分析を用いて、13 項目を選び DBD の短縮版として発表した<sup>2)</sup>。その中で DBD28 と強い相関を示すだけでなく MMSE や基本的 ADL、手段的 ADL とは負の相関を示し、Zarit の介護負担尺度とは正の相関を示すことを明らかにしている。

初期集中支援チームは限られた時間のなかで、可能な限り多くの情報を得る必要があり、有用性が高くかつ簡潔なアセスメントツールを用いることが望まれる。そのために行動症状の評価尺度として DBD13 を採用した。

#### ( 5 ) DBD-13 を用いる場合の留意点について

1 は記憶障害を反映しており、軽度から中等度の認知症で観察される。介護者を最も悩ませる行動障害のひとつである。2 は記憶障害と一部取り繕い反応を示している。3 はアパシー4 および 6 は睡眠障害の存在を示す。

5 および 9 は興奮や易怒性の現れであったり、自信のなさの裏返しであったりする。7 と 8 は多動で、背景には不安や常同行動の要素がみられる。10 は時間の見当識障害と同時に、実行遂行障害と自己評価の障害を反映している。

11 は病識のなさ自己評価の障害、12 は実行遂行障害、記憶障害と同時に潜在的な不安が観察されることがある。13 は多動や実行遂行障害、時には興奮や易怒性が背景に存在することがある。

#### ( 6 ) DBD-13 の評価方法

13 の質問項目について、0: 全くない 1: ほとんどない 2: ときどきある 3: よくある 4: 常にある の 5 段階評価を行う。すべての項目が常にあるときには 4×13 で 52 点となる。総合得点の変化をみると同時にどの項目に失点があり、それがどのように変化したかも重要である。

#### ( 7 ) J-Zarit\_8 とは

米国の Zarit は介護負担という概念を定量的に評価する指標を開発し、1980 年に Zarit 介護負担尺度を発表した<sup>3)</sup>。この尺度は、介護によってもたらされる身体的負担、心理的負担、経済的負担を総括して介護負担として測定することを可能にしている。荒井は 1997 年に日本版を作成し、さらに実際の介護の現場でより簡便に介護負担を測定できるように Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版( The Short Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview: J-Zarit\_8 )を開発した<sup>4)</sup>。



( 8 ) J-Zarit\_8 の評価方法

面接調査の形式でも自記式質問票の形式でも使用できる。

質問項目のうち 1、2、4、7、8 は介護を必要とする状況または事態に対する否定的な感情の程度 (personal strain)、3、5、6 は介護によって介護者の社会生活に支障をきたしている程度 (role strain) を示している。0 : 全くない 1 : ほとんどない 2 : ときどきある 3 : よくある 4 : 常にある の 5 段階評価を行う。

( 9 ) 身体の様子チェック

身体チェックとしては、表 4-11 の A. から までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるので、この時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2 回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は 2 回目以降で詳細に検討したりする。全身観察では、表 4-11 の A. ~ の項目について、表 4-12 に示すような内容を聞く。表 4-12 の質問のあとに DASC や DBD の番号が示してあるのは、関連する質問が DASC や DBD の項目にあることを示している。

表 4-11 何を評価するのか 身体の様子チェック

A. 全身状態
身体状態、 コミュニケーション能力、 衛生状態、 栄養状態、 摂食状態、 排泄状態、 睡眠状態、 精神状態
B. 基礎データ
バイタルサインのチェックと身体測定
血圧、脈拍、体温、呼吸数、身長、体重



表 4-12 に示したチェック項目は情報の得やすさに難易度の差がある。家族がいて情報が得られる場合にはこれらの項目の情報は比較的得やすい。独居で観察のみから情報をえることは難しく、トイレは一人でできるか、トイレやお風呂までの移動は一人でできるか、目が見えにくいかどうか、耳が聞こえづらいかどうか、訪問者との意思疎通が可能かどうか、身体や衣服は清潔か、家屋、室内は清潔か、極度にやせているか肥満しているか、むくみがあるかどうか、昼間寝てばかりいるかどうか、興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるかは観察だけでも情報がえられる可能性がある。一方、入浴はひとりでできるか、一人で買い物に行けるか、食べ過ぎるか（食事摂取量、水分摂取量、食事回数）、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、特別な理由がないのに夜中に起きだすかなどは一般に情報獲得が困難であることが多い。

#### 参考文献

- 1) Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the Dementia Behavior Disturbance scale. J Am Geriatr Soc 38:221-226, 1990
- 2) 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討 ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して . 日老医誌 49 : 463-467, 2012
- 3) Zarit SH et al: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 20: 649-655, 1980
- 4) 荒井由美子ほか：Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) の作成：その信頼性と妥当性に関する検討 . 日老医誌 41 : 204-210, 2003

## 章 認知症初期集中支援における具体的活動

### 1 支援のための具体的なプロセス

認知症初期集中支援チームが、相談者（認知症の人や家族介護者）を支援するための具体的なプロセスについて解説する。

#### （１）相談の応需

地域包括支援センターの総合相談等で認知症に関連する相談を受け付けたときに、「認知症初期集中支援の対象か否かの判断」を行う。

#### 1) 相談を受け付ける

相談は電話または来所面談によって受け付けることができる。いずれの場合においても、相談者の話を傾聴しながら、必要事項を確認し、その内容を受付票やフェイスシート（地域包括支援センターで使用されている利用者基本情報など）に記入する。その際には、下記の点に留意する。

相談者の特徴に合わせて相談を受ける。

- ・ 相談者が本人の場合：不安が強い場合が多いので、安心感が与えながら質問するように配慮する。
- ・ 子（その配偶者を含む）や配偶者の場合：同居の場合は、認知症の人がすでに重症化しており、相談者が精神的・身体的に疲弊している場合がある。まずは介護の負担などについての訴えを受け止め、ねぎらうようにする。
- ・ 民生委員の場合：地域とのトラブルが発端になって相談に至っている場合がある。地域の中でさらなる情報収集が必要になる可能性が高い。

誰が困っているのかを整理する。

対応が必要なことに優先順位をつける。

#### 2) 認知症初期集中支援の対象か否かの判断

相談対象者（以下、本人）が、表 5-1 の基準を満足する場合には認知症初期集中支援の対象となる。認知症初期集中支援の対象と判断される場合にはその場でフェイスシート（利用者基本情報等）の記入とともに、認知症アセスメントを開始してもよい。しかし、以下のような状況のために、相談受付時にはアセスメントが行えない場合も多い。その場合は、改めて、来所または訪問によって相談者と面接しアセスメントを行えるように調整する。

表 5-1 認知症初期集中支援の対象者の基準

<p>40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。</p> <p>ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者</p> <p>(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者</p> <p>(イ) 継続的な医療サービスを受けていない者</p> <p>(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者</p> <p>(エ) 診断されたが介護サービスが中断している者</p> <p>イ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している</p>
---

表 5-2 相談受付時にはアセスメントを行えない理由

<ul style="list-style-type: none"><li>・ 初回では、まずは、関係づくりが優先されるため</li><li>・ 電話での相談のため細かな質問はできないため</li><li>・ 面談時間が限られているため</li><li>・ 近隣住民からの相談で情報が不明確なため</li><li>・ 同居していない家族からの相談で、情報が不足しているため</li></ul>
--

## (2) アセスメント(初回家庭訪問を含む)

認知症アセスメントシートを用いた情報の収集を行う。初回アセスメントは地域包括支援センター等における来所面談やチーム員の家庭訪問によって実施されるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問してアセスメントを行うようにする。ただし、相談の対象となっている本人から訪問の了解が得られていない場合には、訪問の方法について所内で十分に検討する必要がある。以下に訪問に至るまでの実際の過程を示す。

### 1) 訪問の準備

#### 訪問同行者の調整

- ・ 相談者(家族など)、本人が信頼している人、本人の生活状況をよく知っている人に訪問の同行の依頼をする。
- ・ 本人から訪問の了解がまだ得られていない場合には、訪問了解を得るための本人への説明の仕方を検討しておく。

訪問の前に、家族、地域の人、関係者からも情報を収集しておく。

訪問の約束は本人と関わりのある人が調整する。

警戒心や拒否が強い場合は、本人の状況に合わせて訪問の仕方を検討する。

本人が独居であり、かつ身寄りがない場合などでは、訪問に同行できる親族等がない場合がある。その際には、チーム員会議（ 章 1（4）参照）の中で本人にアプローチする方法を十分に検討してから訪問を行う。

## 2) 訪問の実施

### 訪問体制

- ・ 複数での訪問を原則とする。
- ・ 本人や家族に安心感をもってもらえるように配慮する。
- ・ 相談の内容を予測して、適切な関係者や支援者の協力を得ながら効率よくアセスメントを行う。
- ・ 訪問者の危険を回避できる体制を取れるようにする。

### 訪問時における留意点

- ・ 自己紹介をし、訪問目的を伝える。
- ・ 本人と家族の話を傾聴する。
- ・ 本人との信頼関係の構築を図る。
- ・ 本人のこれからの生活に対する意向を確認する（本人が大事にしていること、得意なことなど）。
- ・ 家族の介護への意向を確認する（家族間で意見が違う場合があるので注意）。
- ・ キーパーソンとなる人を見つける（独居の場合は特に重要）。
- ・ 本人の心身の状態や生活状況を観察し、家族や訪問した関係者との間で情報が共有できるようにする。

## 3) アセスメントの実施

認知症アセスメントシートを活用して、認知症の総合アセスメントを行い、本人の心身の状態や生活状況に関する情報を収集する。

認知症によくみられる認知機能障害や生活機能障害は、「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）」を活用して、簡便にチェックすることができる。DASC-21 を活用することによって、以下のような認知機能障害と生活機能障害の有無を評価することができる。認知機能障害：近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、道順障害（視空間認知）、問題解決能力の障害、社会的判断力の障害。生活機能障害（IADL：金銭管理、交通機関の利用、買物、服薬管理、食事の準備、電話の使用、BADL：着脱衣、入浴、排泄、食事、移動、整容）。BPSD が認められる場合には、これを具体的に記述する。また、DBD-13 を用いて、BPSD の程度をおおまかに評価することができる。認知症によくみられる BPSD として、以下のような症状をチェックできるようにリストアップしておくこともできる。例：アパシー（自発性低下）、睡眠障害、易刺激性、被害念慮、抑うつ、誤認、幻覚、

徘徊、上機嫌、焦燥、不安、作話、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的逸脱行動など。

身体症状及び状態は、現在治療中の疾患について、どのような疾患に、いつ頃から罹患しており、現在どこの医療機関で治療しているか、服用している薬剤があれば薬剤名と処方量、最近気づいたことがあるかについて記録する。さらに簡単な身体チェック(気がついた点をチェック)とバイタルチェックを行い、かかりつけ医を確認する。社会的困難状況が認められる場合に、具体的内容を記述する。以下のような項目をリストアップし、チェックできるようにしておくこともできる。

例：独居、高齢世帯、身寄りなし、介護負担が大きい、介護者の健康問題あり、受診拒否、サービスの利用に消極的、不衛生(身体、住環境)、近隣とのトラブル、経済被害、虐待、その他

本人の生活状況については、生活歴、職歴、最近の生活状況について記述する。趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人の思い・希望、家族の思い・希望などについても考慮する。

家族の状況については、J-ZBI\_8を用いて介護負担度を評価するとともに、家族の受け止め方、家族の対応力、家族の主訴などを記述する(「章3 家族介護者への支援」を参照)。

初回のアセスメントではこれらの項目すべてについて十分な情報が収集できない場合もある。その場合には、まずは、「認知症が疑われるか否か」、「緊急対応を要する課題はないか」について評価し、総合アセスメントの全体は複数回の訪問を通して完成させるようにする。また、必要に応じて、関係者からも情報収集を行い、地域の状況(地域力)についても把握する。

### (3) アセスメントの結果とそれに基づく初期支援

情報の提供と受療支援：DASC の評価結果から「認知症の可能性」があるかどうかを判断することができる(「章3 アセスメントツールの使用方法」を参照)。「認知症の可能性」がある場合には、アセスメントシートを本人や家族に示しながら、どのような認知機能や生活機能に支障を来している可能性があるかを丁寧に、わかりやすく説明する。「認知症の可能性」があるが、認知症の医学的な評価がなされていない場合には、主治医(かかりつけ医)の有無を確認した上で医療機関への受診勧奨を行い、診断につなぐ(「章2 医療機関への受療支援」を参照)。また、継続的な医療サービスが得られるように支援する。

身体を整えるケア：身体状況のチェックから、水分摂取、食事摂取、排泄、運動などについて助言し、身体の状態を整えるための必要な支援を行う。

生活環境の改善：生活環境のチェックから、建物の構造、段差、温度、日当たり、

水回り、音、調理器具、整理整頓等について助言し、必要な支援を行う。

服薬管理：服薬管理の状況を確認し、支援が必要な場合（特に独居の場合）には、服薬管理を支援するための対策を講じる。

介護保険サービスが必要な場合の調整：介護保険サービスが必要な場合には、サービス利用に向けた調整を検討する。

介護保険サービス以外の社会資源の活用：介護保険サービス以外の社会資源の活用が必要とされる場合（例：生活支援や家族介護者の支援）、活用できるサービスを検討し、利用に向けて支援を行う。

権利擁護に向けた調整：特に、独居の場合など、成年後見制度等、権利擁護のための支援が必要な場合にはその調整を行う。

緊急対応：緊急対応を要する課題がないかを確認する（独居の場合は特に注意する）

- ・ 食事が確保できているか。
- ・ 現金があるか。
- ・ ライフラインが止められていないか。
- ・ 重篤な健康問題がないか。
- ・ 虐待の可能性はないか。
- ・ 家族介護者に重篤な健康問題はないか

緊急対応を要する課題については、チーム員で迅速に支援策を検討し、関係機関に協力を求め、速やかに対応する。

#### （４）チーム員会議

認知症総合アセスメントの結果を関係者間で情報共有しながら、チーム員会議の中で、具体的な支援策を決定していく。

##### 1) メンバーの招集

チーム員会議の設営を行うコーディネーターを定め、コーディネーターがメンバーを招集し、チーム員会議を開催する。

##### 2) 会議の内容

- ・ 支援の対象が誰であるか（本人か、家族か）を確認する。
- ・ 支援にかかわる多職種で初期集中支援計画を作成し、決定する。
- ・ メンバーの役割と支援の内容（支援の方針、内容、頻度、期間、連携方法の確認等）を確認する。
- ・ チーム員会議後の初期集中支援計画のコーディネーターを明確にする。
- ・ 支援開始後の状況の変化や緊急時の連絡体制の確認を行う。
- ・ 認知症の方が住む地域の民生委員や地域住民への情報提供の検討を行う。



- ・ 初期集中支援計画に対して本人・家族の同意を得る（高齢者世帯の場合、決定に子や孫の確認が必要な場合もある）。
- ・ 認知症初期集中支援のゴールを定める。
- ・ 次回会議（最後の会議ではモニタリング）の時期を決める。

#### （５）支援の実施

チーム員会議で立案した初期集中支援計画にしたがって、チーム員で役割分担をして、支援を展開する。必要に応じて、関係機関と連携して、課題の解決に向けた支援を展開する。認知症の初期（支援の導入期）には一般的に、

医療機関への受療支援

家族介護者への支援

単身者の場合には生活支援（服薬管理や金銭管理など）

介護保険サービスの利用に関する支援

成年後見制度の利用に関する支援

BPSD への対応や予防に関する支援

などが必要となる。

支援経過の中で、定期的にチーム員会議を開催し、下記のポイントを継続的に確認しながら、情報を共有し、課題に応じた初期集中支援計画の修正を行う。

- ・ 支援全体の実施状況
- ・ 関係機関におけるサービスの提供状況
- ・ 本人の心身の状態と生活状況
- ・ 家族の状況
- ・ 初期集中支援計画の妥当性

#### （６）終結、引き継ぎ、モニタリング

認知症初期集中支援チームによる支援は、認知症支援の導入期に行われるものであり、以下の基準を満足した場合には支援を終結とする。

##### 1) 終結の基準

認知症初期集中支援の実施期間は原則 6 ヶ月間とする。ただし、認知症初期集中支援の対象者の基準のうち

- ・ 基準アについて、医療サービス及び介護サービスの導入が達成できた場合
- ・ 基準イについて、BPSD が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合は、終結としてもよい

##### 2) 記録

終結時には、「訪問支援終了連絡票」及び「実施結果報告書」を記入する。

### 3) 引き継ぎ、モニタリング

介護保険サービスが導入されている場合には、介護支援専門員に引き継ぐことができる。この場合、介護支援専門員とアセスメントシートを共有し、可能な限り、チーム員会議にも出席してもらい、Coordination の形態で連携できるように努める。また、介護支援専門員との連携体制を維持し、その後の支援の状況をモニタリングできるようにしておく。

## 2 医療機関への受療支援

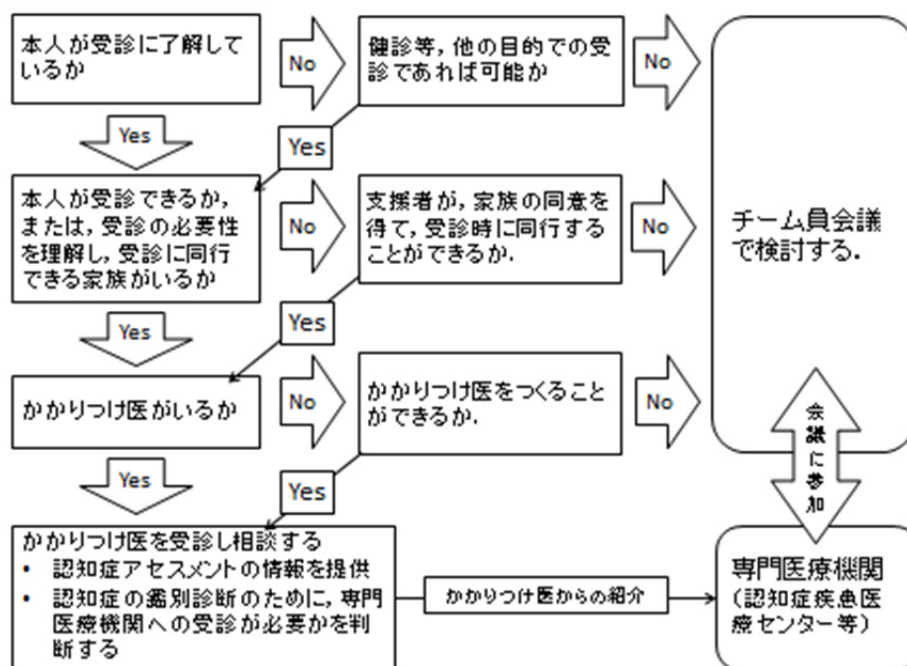
認知症は、原因となる疾患によって、治療法、支援のあり方、生活上の注意についても違いがあることから、医療機関を受診し、認知症疾患の診断や医学的評価を受けることは重要である。

### (1) 医療機関への受診勧奨

本人や家族に、認知症疾患についての基本情報を提供し、医療機関を受診し、診断を受けることの大切さを伝える（パンフレットなどを使用する）。その際には、以下の点に留意しながら、具体的に診断につなげていくためのプロセスを検討する。

- ・ 本人が受診の必要性を感じているか。
- ・ 本人が一人で受診できるか。
- ・ 受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる家族がいるか。
- ・ 主治医（かかりつけ医）がいるか。

#### 診断につなぐためのプロセスのイメージ



## (2) 医療機関との情報共有

医療機関との情報共有を行う場合、

紹介状と返事による情報共有

共通のアセスメントシートを活用することによる情報共有

という2つの方法がある。前者は Linkage のレベルでの連携であるが、後者は Coordination のレベルでの連携に近い。可能な限り、医療機関との間で共通のアセスメントシートを活用できるようにし、医療機関のスタッフがチーム員会議に参加するなどして、高いレベルでの連携 (Integration) が実現できるように努める必要がある。

## (3) 医療を継続するために確認すべきこと

必要な医療が安全に継続されるためには、以下のような生活背景を確認し、医療を継続していくための支援体制を組んでいくことが大切である (特に一人暮らしの場合は重要)

- ・ 通院に同行できる人がいるか。
- ・ 在宅医療の体制を整えることができるか。
- ・ 受診できるお金があるか。
- ・ 服薬管理が自分でできるか。できない場合は協力者がいるか。
- ・ 日常における心身の状態の変化を観察できる人がいるか。

継続医療がすでに開始されている場合でも、以下の点を確認し、定期受診時に同行者が医師に伝えられるようにしておく (特に一人暮らしの場合は重要)

- ・ きちんと処方された薬を内服できているか。一包化する必要性があるか。
- ・ 処方を受けた薬による副作用はないか。
- ・ 気になる身体状況の変化 (食欲、便秘、眠れるか、など)
- ・ 家族の介護の負担感、疾患に対する理解度、受容度
- ・ 介護サービスの利用状況

## 3 家族介護者への支援

### (1) 家族介護者を支援することの重要性

認知症の人のケアで最も大切なことは、認知症の特徴をよく理解した上で、本人の思いに心を寄せながら、生活のしづらさを継続して支えていくことであろう。そのためには、認知症の人が困っているときに相談に乗ったり、不安なときに傍にいたり、病気に気がついてくれたり、一緒に楽しんだり、気分転換を図ったり、受診や通院に同行したり、決まった時間に決まった分量の薬を服用できるようにしてくれたり、金銭や財産を管理したり、介護保険の利用手続きを手伝ってくれたり、社会とのつながりを保てるようにするなどの支援が必要である。しかし、現在の介護保険サービスのみではこれらの支援を提供することは難しい。このようなサービスは生活支援<sup>1)</sup>と呼ばれているが、通常は家族介護者によって提供されている。したがって、家族介護者は、認知症の人の日常生活を支える最も重要

な担い手と考えられ、そのような意味でケアラーと呼ばれている。認知症の人が暮らす身近な地域の中で、ケアラーを支援していくことは極めて重要な意味をもっている。

ケアラーを支援するための基本的な枠組みは、ケアラーのニーズを把握した上で、一人ひとりのニーズに応じた情緒的、情動的、手段的なソーシャルサポートを確保していくことであろう。

## (2) 家族介護者のニーズの把握

家族介護者を支援するための第一歩は、家族介護者自身のニーズを把握することである。「認知症の人と家族の会」の調査によれば、認知症の人を介護する家族の悩みやつらさとして、以下のようなことが指摘されている<sup>2)</sup>。

### 本人との関係（行動心理症状：BPSD などの対応）

- ・ コミュニケーションがとれない、何度も同じことを言う
- ・ 被害妄想・物盗られ妄想で怒鳴られる
- ・ 本人ができないことが新たに出てくる
- ・ 変化していく本人を見ているのがつらい

### 介護自体のつらさ（身体的負担）

- ・ 夜中の世話で睡眠がとれない
- ・ 排泄の世話
- ・ 気の休まるときがない
- ・ 自分が疲れているとき、病気のとき

### 不安や孤立感（心理的負担）

- ・ 相談できる人がいない
- ・ どこまで続くのかの不安
- ・ 病気とわかっていながら怒ってしまい自己嫌悪

### 地域や環境から生じるつらさ

- ・ 地域や家族との関係性から生じる失望やつらさ（親類が理解してくれない／兄弟が理解してくれない／サービス利用を反対される）
- ・ 差別から生じるつらさ（奇異な目で見られる／周囲の態度が変わった、など）
- ・ 専門職との関係などサービス利用に伴うつらさ（デイサービスなどでの対応が不安／体調が悪くなる／相談できる介護支援専門員がいない）
- ・ 制度や経済上の問題（仕事が続けられるのか不安／若年性認知症専門の施設がない／施設から出てほしいと言われる）

多くの家族介護者は、BPSD や日々の介護に対して身体的・精神的な負担を感じており、社会的な孤立感があり、サービスの利用についての不安、経済的な不安、自

分自身の暮らしや将来への不安を抱えていることがわかる。このような状況にある家族介護者を支援していくためには、少なくとも以下のような視点が必要かと思われる。

### (3) 家族介護者をねぎらうこと

まずは、認知症の人を介護する家族の負担、それに関連して生じている身体的・精神的疲弊をよく傾聴し、理解し、ねぎらうことが大切である。

### (4) 困った時には相談に乗ることを伝えること

認知症初期集中支援のチーム員が、家族介護者本人に“困った時には相談に乗ること”を伝えることは、介護者自身が情緒的ソーシャルサポートを得ることにつながり、身体的・精神的に疲弊し、社会的に孤立している介護者にとっては不可欠の支援となる。

### (5) 家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、介護負担の軽減と健康保持に関する支援を行うこと

家族介護者の介護負担や健康状態を評価し、健康状態に支障が認められた場合には健康状態の改善・保持のに向けた支援を行う。介護負担の評価には J-Zarit\_8 を使用することができる(「章3(7) J-Zarit\_8 とは」参照)。また、家族介護者の精神的健康状態を簡便に評価する尺度(例:日本語版 WHO-5)<sup>3)</sup>や身体的な健康状態を簡便に評価するためのチェックリストを用意しておく方法もある。健康状態に支障がみられた場合には、家族介護者にそのことを丁寧に説明し、必要に応じて医療サービスの利用を勧める。また、チーム会議の中で、家族介護者の健康状態の改善・保持を目指した支援のあり方を検討する。

介護者の介護力や介護負担に関連する要因として、以下のような事項が参考になる: 介護者の年齢、性別、健康状態、介護経験の有無、介護・医療の資格の有無、他の家族や親族の理解・協力、友人や近隣等の協力状況、相談相手の有無、経済状態、住まいの状況、介護期間、サービス利用への理解と知識、仕事の有無、医療・介護への要望、認知症に関する理解度、本人との関係性、地域とのつながり、介護者自身の生活(自由に外出できるか、介護のためにやりたいことが制限されているか、趣味や楽しみはあるか、介護以外の役割はあるか)など。

### (6) 情報を提供すること

総合アセスメントの結果に基づいて、「認知症に関する情報」と「利用できるサービス」に関する情報を提供する。また、その地域において、認知症のはじまりから終末期に至るまで、どのようなサービスを利用しながら生活を継続していくことができるか(認知症ケアパス)について情報提供を行うことが望まれる。

繁田らは、認知症の人の介護経験がある家族を対象にアンケート調査を行い、「家族が認知症と知った時に知りたいこと」の項目別の頻度を示している<sup>4)</sup>。これによれば、これが

らの病気の見通し、治療の方法、介護の方法、生活継続の方法、が上位4位を占め、これに続いて、認知症に対応できる介護事業者、介護サービスの相談窓口、認知症を診てくれる専門医、家族会や介護者会などが掲げられている。玉井は認知症の症状を正しく知り、理解することが、介護負担の軽減に大きく関与することを指摘し、心理教育的アプローチの重要性を強調している<sup>5)</sup>。

「認知症に関する情報」については、総合アセスメントの結果（認知症疾患、認知機能障害、生活機能障害、身体疾患、行動・心理症状、社会的状況など）について丁寧に説明するとともに、病気の見通しや治療の方法、日常の介護や生活の仕方の留意点、医療・介護サービスを継続的に利用することの重要性などについて情報を提供する必要がある。また、「利用できるサービス」については、認知症の人が暮らす生活圏域において利用できる、相談窓口（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等）、医療機関、介護サービス事業所についての情報を提供する必要がある。

#### （7）サービス利用に消極的な家族介護者への支援について

サービス利用に消極的な家族介護者や支援を拒む家族介護者もいる。その背景には以下のような理由が認められることがある。

- ・ 認知症疾患についての知識不足
- ・ 介護を他人に任せることの罪悪感
- ・ 他人に上がり込まれるのが嫌
- ・ 部屋が汚いので見られたくない
- ・ 時間を拘束されたくない
- ・ 介護にかけられるお金がない
- ・ 自分達でやれると感じている
- ・ 近所に知られたくない

谷向は、通所サービスの利用を勧めるにあたって、多くの認知症は、薬物療法を行ったとしても緩徐に進行していくものであり、「いま」できるからということではなく、「これから先」のことを視野に入れて介護体制を考えることが大切であること、家で過ごしたいという本人の願いを実現するには、家族の方が「ゆとり」をもって介護という長期戦に臨むことが重要であること、認知症が重度化すると在宅介護の継続が困難になる傾向があるが、通所サービスを利用している場合には施設入所のリスクを1/5に下げる効果があること、などを説明することを推奨している<sup>6)</sup>。

#### （8）家族介護者を支援するための社会資源

長期にわたる在宅介護においては、家族介護者の孤立を解消し、自分自身が人生の主人公となって生きていくことを継続的に支援できるような社会資源を利用できるようにすることが重要である。そのような支援を実現するための代表的な社会資源には、家族の会

(例：認知症の人の家族の会)<sup>7)</sup>や認知症カフェ(コミュニティカフェ)<sup>8)</sup>があろう。認知症カフェは、認知症の人本人と家族介護者が一緒に利用することができる「居場所」を提供するものである。家族介護者が暮らす身近な地域においてそのような社会資源があれば、その情報を提供できるようにしておくことが重要である。また、そのような社会資源がない場合には、そのような社会資源を創出していくための方策をチーム員会議や地域ケア会議などで検討していくことも大切であろう。

#### (9) 家族介護者を支援するためのツールの作成

「認知症についての情報」や「利用できるサービスや社会資源についての情報」は、パンフレットなどの資料を作成して、わかりやすく説明できるようにしておくことが望ましい。

#### (10) 若年性認知症の人の家族介護者への支援

成年に達した後、64歳以下で発症した認知症のことを若年性認知症という。2009年の朝田らの調査報告書<sup>9)</sup>によれば、わが国における若年性認知症の患者数は3.78万人であり、有病率は18歳～64歳の人口10万人に対して47.6人と推定されている。診断別内訳では、血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭型認知症3.7%、アルコール関連障害3.3%、レビー小体型認知症3.0%、その他17.0%と報告されている。

斉藤は、若年性認知症の心理的・社会的特徴として、現役世代に発症するため、高齢期の発症に比較して、本人・家族の心理的喪失感が深く、心理的衝撃が大きい、一家の収入を支える人の発症は、家族全体に経済的な危機を生じさせる、患者が仕事などの社会活動の現役の構成員であることが多いため、家族以外で直接影響を受ける人が少なくない、高齢期に比較して福祉サービスが多岐にわたり、福祉サービスを効率的に利用するのが難しい、といった点を指摘している<sup>10)</sup>。

また、医療者が病名を告知するにあたっての留意点として、血管性認知症では、現状を受け入れやすいようにアセスメントの結果を正確に伝え、予後伝えて、卒中の予防について真剣に取り組むように説明を繰り返すこと、アルツハイマー型認知症では、患者の訴えを傾聴し、職場の状況などについて可能な限り客観的な情報を収集すること、社会資源の利用方法について医療者側が正確なオリエンテーションをもって、家族の生活を支援するための方法をできる限り具体的に示すこと、前頭側頭型認知症では、検査説明、診断の告知にあたっては、家族の絶望に追い打ちをかけることにならないよう、正確な医療情報を知らせるだけでなく、患者の生活する地域において、支援が期待できる社会資源についても具体的な情報を提示すること、を述べている。

アセスメントの結果の説明、病気の特徴・予後・治療や予防に関する説明とともに、支援が期待できる社会資源の情報を具体的かつ正確に伝えることが重要であり、こうしたこ

とがその後の暮らしの混乱を防ぎ、本人の BPSD の予防や家族介護者の介護負担増大の予防に寄与する可能性が高い。

#### (11) 家族介護者を支援するためのマニュアルづくり

上記(1)~(10)を踏まえ、それぞれの地域において、地域の特性に応じた家族介護者を支援するためのマニュアルづくりを進めることが望ましい。

### 4 住まいと生活支援

人がこの社会の中で生きていくためには、日々の暮らしを営むための「住まい」とともに、人と人が信頼し、相互に支え合うことができるような関係性が不可欠である。人は、自分自身の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾けてくれる人、信頼できる人、助け合いながら、共に歩いていくことができる人がいるからこそ、様々な困難に直面しても、前向きに生きていくことができるのではないかと思われる。このような人と人とのつながりを表す社会的指標として、ソーシャル・サポートやソーシャル・ネットワークという概念がある。また、そのような関係性の総体を表す指標としてソーシャル・キャピタル<sup>注1)</sup>という概念がある。ソーシャル・キャピタルは、認知症の人の暮らしを支えることができる地域社会を創り出していくための基盤となる概念と考えられる。

ところで、認知症は、認知機能障害や生活機能障害のために、人と人とのつながりの中で得られる支援が特に必要とされる状態である。にもかかわらず、まさにその認知機能障害や生活機能障害のために、支援を得るための関係性を自ら主体的に築くことに支障を来し、そのために社会的に孤立し、必要な支援が受けられない状況に陥りやすい。それでも、家族介護者(ケアラー)がいる場合には、ケアラーが「生活支援」の担い手となって、このような関係性の構築が可能となる。しかし、一人暮らしの高齢者やキーパーソンとなる家族がいない高齢者では、誰がこのような関係性を創り出していくことに貢献できるか、誰が「生活支援」の担い手になれるかが第一の課題となる。

ここでは、認知症の人に求められている「生活支援」として、(1)見守りの支援、(2)IADLの支援、(3)社会参加の支援について解説するとともに、(4)一人暮らしの認知症の人が暮らしを継続することができる「住まい」の支援について解説する。

#### (1) 見守りの支援

「見守り」の支援とは、定期的に本人の自宅を訪問したり、必要なときに連絡を取れるようにしたりしておくことよって、本人の思い、心配、不安、希望、夢などに耳を傾け、信頼関係を築き、「困っているときに相談に乗る」、「具合が悪い時などに相談に乗る」など

注1) 米国の政治学者ロバート・パットナムによれば、ソーシャル・キャピタルとは、「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会的仕組みの特徴」であり、「社会全体の人間関係の豊かさ」を意味し、「市民社会の成熟度」の指標と考えられている。



の情緒的なソーシャル・サポートを確保できるようにしておくことである。認知症初期集中支援チームは、こうした役割を果たしていくことができるようにしておく必要がある。そのためには、まずはケースの担当者（認知症コーディネーター）が、本人と信頼関係を築くことが重要である。また、特に一人暮らし高齢者世帯の場合には、地域に暮らす人々との協力の下で、「見守り」の支援が提供できる人と人とのつながり（ネットワーク）を創り出していくことが大切である。

## （２）IADL の支援

DASC-21 の IADL の項目に沿って、支援のニーズを把握するとともに、それに対応できる支援体制づくりを進めていく必要がある。

### 1) 服薬管理

一人暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯などで、服薬管理に支障がある場合には、「決まった時間に、決まった分量」の服薬（外用薬や注射なども含む）が可能になるように支援の体制を組む必要がある。以下のような対応方法が考えられる。

かかりつけ医と相談して、薬剤の種類をなるべく減らすとともに、用法を単純化する  
（可能であれば１日１回処方とする、複数薬剤がある場合には一包化する）

薬局と相談し、お薬カレンダーを使用する

副作用が簡単にチェックできるように副作用チェックリストを作成する

服薬確認ができるような支援体制を組む（例：服薬の時間に訪問介護を入れる、家族・親族に訪問してもらう、配食サービスの際に確認してもらう、近隣の人に協力してもらう、通所サービス利用時に服薬するようにする）

### 2) 栄養管理

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯などで、栄養のバランスのとれた食事がとれていないと判断される場合には、（その人の状況に応じて）少なくとも週に何度かは栄養のバランスのよい食事がとれるように支援する必要がある。以下のような対応方法が考えられる。

配食サービスを導入する

ときどき家族・親族にきてもらう

訪問介護を利用する

通所介護を利用する

近隣の人や地域の人に協力してもらう

地域で食事会を開催する

### 3) 金銭管理

一人暮らし高齢者などで、預貯金や年金などの出し入れ、公共料金の支払い、家計の管理などに支障を来している場合には、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の利用を検討する。

日常生活自立支援事業：金銭管理やサービス利用を自己の判断で行うことができないが、本事業の内容を理解し、契約を締結する能力がある場合に利用できる。「福祉サービスの利用援助」、「日常的金銭管理サービス」、「書類等預かりサービス」などがある。

成年後見制度：認知症、知的障害、精神障害などで物事を判断する能力が十分でない場合には、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する。法定後見制度（判断力が不十分になってから利用）と任意後見制度（判断力が不十分になる前に利用）がある。

### 4) 通院の支援

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯などで、交通機関等を利用して通院することが困難な場合には、通院の支援や在宅医療の利用を検討する必要がある。要介護認定を受けている場合には、訪問介護などで通院支援を受けることができるので、介護支援専門員と相談してケアプランを立てる。また、小規模多機能型施設では通院支援が可能な場合がある。

介護保険サービスの範囲内での通院サービスの利用が困難な場合には、介護保険サービス以外で、通院支援のサービスを行っている地域の社会資源があるかどうか、そのような支援体制を新たに創り出す必要があるかどうかの検討が必要である。

#### （3）社会参加の支援

認知症の人が、その人なりに豊かな人生を送れるよう、社会とのつながりを作り、社会の中で役割を果たし、社会に向かって行動することができるように支援していくことは非常に重要な意味をもっている。認知症初期集中支援チームは、認知症の人を、社会の中にある様々な活動（例：運動教室、回想法教室、料理教室、園芸など趣味の活動など）、仕事やボランティア（例：シルバー人材の活動など）、当事者の会（例：当事者が体験を発言したり、認知症の勉強をしたりする会など）につなげたり、そのような活動を地域の中に創り出していくことに貢献することができる。認知症カフェは、ケアラーのみならず、認知症の人も、社会につながる場として機能する可能性が高い。

#### （4）住まいの支援

認知症の人が安全な生活を維持するためには、生活環境の改善についての配慮が特に重要である。生活環境のチェックから、建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓等について助言し、必要な支援を行う。

また、経済的な理由などから、住まいそのものの確保について支援を要する場合もある。一人暮らしの認知症の人が暮らしを継続していくことができる住まいには、安定した「生活支援」が備わっている必要がある。地域の中で、認知症の人の暮らしを支えることができる「生活支援」が提供されているサービス付き高齢者専用住宅や支援付き住宅の実態を把握するとともに、そのような社会資源を創り出していく活動に協力していくことも、認知症初期集中支援チームの重要な役割かと思われる。

## 5 認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援

### (1) はじめに

BPSD への対応や予防に関する支援を行う上で最も重要なことは、BPSD の背景にある認知症の人の思い、心のあり方を考えること、認知機能や生活機能の障害をもって生きるとはどういうことか、その人が主観的どう体験しているかということ、その人の立場に立って考え、理解するように努めることである。ここでは、BPSD への理解を深めるための基礎知識として、歴史、定義、疫学、影響、成因について概略を述べ、その後で様々な BPSD と支援のあり方について検討を加えたい。

### (2) BPSD の歴史

認知機能や生活機能の低下とともに、多様な精神症状や行動症状が認知症を構成する主要な臨床像であることは、精神医学の歴史の中では古くからよく知られていた。老年認知症の概念を規定した Esquirol (1838)<sup>11)</sup>は、その臨床像として、記憶力や注意力の低下とともに、「わずかなことに過度に興奮したり、無目的に種々の仕事をやりすぎたり、長らく忘れられていた性欲が現れたり、前には考えられもしない行動にでることがある」と記載している。Alzheimer (1906)<sup>12)</sup>は、今日彼の名で知られている疾患の記載において、パラノイア、性的虐待の妄想、幻覚、叫声がこの疾患の顕著な症状であると述べている。

これらの症状は、その後、「周辺症状」、「辺縁症状」、「随伴精神症状」、「行動障害」、「問題行動」など様々な名称で呼ばれるようになった。しかし、近年になって、世界が認知症高齢者の増加に直面するようになり、これらの症状が本人、家族、看護師や施設職員、社会に対して甚大な影響を及ぼすことが広く知られるようになってから、その研究を世界規模で推進することが強く求められるようになった。このような経緯の中で、1996年に、国際老年精神医学会は「認知症の行動障害に関するコンセンサス会議」を開催し、「認知症の行動・心理症状 (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)」という世界共通語としての名称を提唱するに至ったのである (表 5-3)<sup>13)</sup>。

### (3) BPSD の定義

BPSD は「認知症患者に頻繁にみられる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されている<sup>14)</sup>。BPSD は行動症状と心理症状に分類され、行動症状は「通常は患者の

観察によって明らかにされる。攻撃的行動、叫声、不穏、焦燥、徘徊、文化的に不釣合な行動、性的脱抑制、収集癖、ののしり、つきまといなど、心理症状は「通常は、主として患者や親族との面談によって明らかにされる。不安、抑うつ、幻覚、妄想など」とされている。

表 5-3 1996 年の BPSD コンセンサス会議の結論 ( Finkel 1996 )

1. BPSD は、疾病過程の不可欠の要素であり、それゆえに世界中の保健医療提供者の重大な関心事となっている。
2. これらの症状は、患者本人、社会、保健医療サービス、そして患者と関わるすべての人々にとって深刻な問題となっている。
3. 今や、多くの BPSD は、治療によって症状を緩和させることができる。このような治療によって、患者の苦悩、家族の負担、認知症に関連して生じる費用を軽減させることができるであろう。
4. 以下の領域の研究に取り組むことが、今、必要とされている。
  - ・異なる文化間で使用することができる BPSD の評価尺度の開発
  - ・ BPSD の出現に関する、環境的、生物学的、心理学的な関連要因の探索。
  - ・ BPSD の縦断的評価
  - ・ BPSD の頻度、病態メカニズム、患者・家族・社会に及ぼす臨床的・社会的影響。
  - ・ 様々な BPSD に対する治療法の開発と薬物・非薬物的介入に対する反応性の評価

#### ( 4 ) BPSD の疫学

BPSD の疫学調査は、地域レベル、医療機関レベル、施設レベルで行われ、さらには異なるフィールド間の比較や、系統的文献レビューも報告されている。Seitz ら<sup>15)</sup>は、系統的文献レビューによって、介護施設に入所している認知症患者の 78% に BPSD が認められると報告している。Savve ら<sup>16)</sup>は、地域在住高齢者の BPSD の有症率を 12 の具体的症状について推計し、図 5-2 のような結果を得ている。

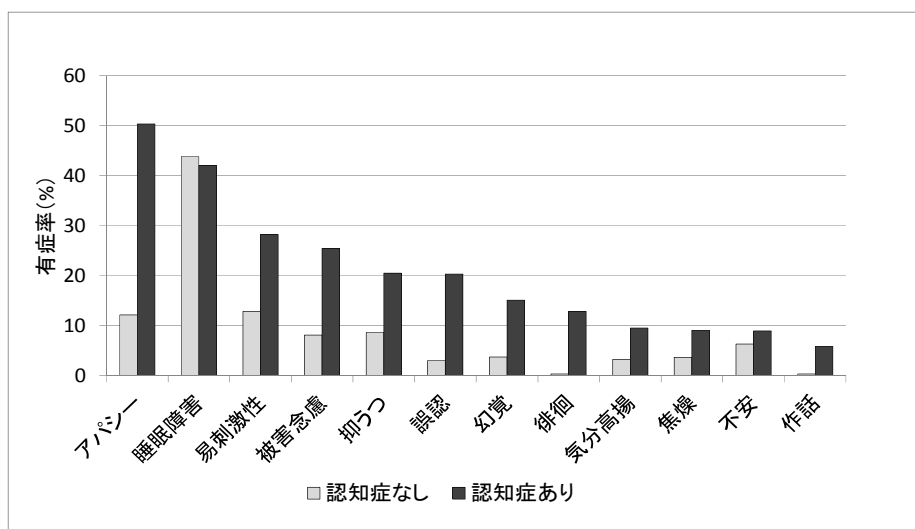


図 5-2 イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値 (Savva らの論文より作成)

#### ( 5 ) BPSD の影響

BPSD は、認知症患者の、施設入所、医療機関への入院、救急事例化のリスクを高め、医療・介護の費用を増大させ、家族や施設職員らの介護負担を高め、本人の機能障害を増大させ、本人および介護者の QOL を低下させる ( 図 5-2 )<sup>17)</sup>。

Black ら<sup>18)</sup>は、pooled analysis によって、BPSD が介護負担 ( $r=0.57$ 、 $95\%CI=0.52-0.62$ )、介護者の心理的苦悩 ( $r=0.41$ 、 $95\%CI=0.32-0.49$ )、介護者の抑うつ状態 ( $r=0.30$ 、 $95\%CI=0.21-0.39$ )と有意に関連すること、施設入所との関連では、BPSD そのものよりも、介護者の機能状態や社会的支援の多寡がより重大な要因になることを示している。

#### ( 6 ) BPSD の成因

BPSD の成因については、遺伝的異常、神経伝達物質の変化、神経内分泌の異常、神経病理学的変化、神経画像 (形態画像、機能画像)、概日リズム、神経心理学的所見、認知症の重症度、原因疾患、性格・心理的要因、環境・社会的要因との関連で研究されている。BPSD の成因に関する研究は、その治療やケアのあり方を科学的に考えていく上で重要である。

しかし、より重要なことは、我々一人ひとりが、認知症をもって生きるということがいかなることであるかということ、その人が主観的にどう体験しているかということ、その人の立場にたって想像し、共に理解していくということにあらう。そのような視点から、BPSD と呼ばれるものを改めて見直していくことが、これからの認知症の医療と介護には欠かせない。

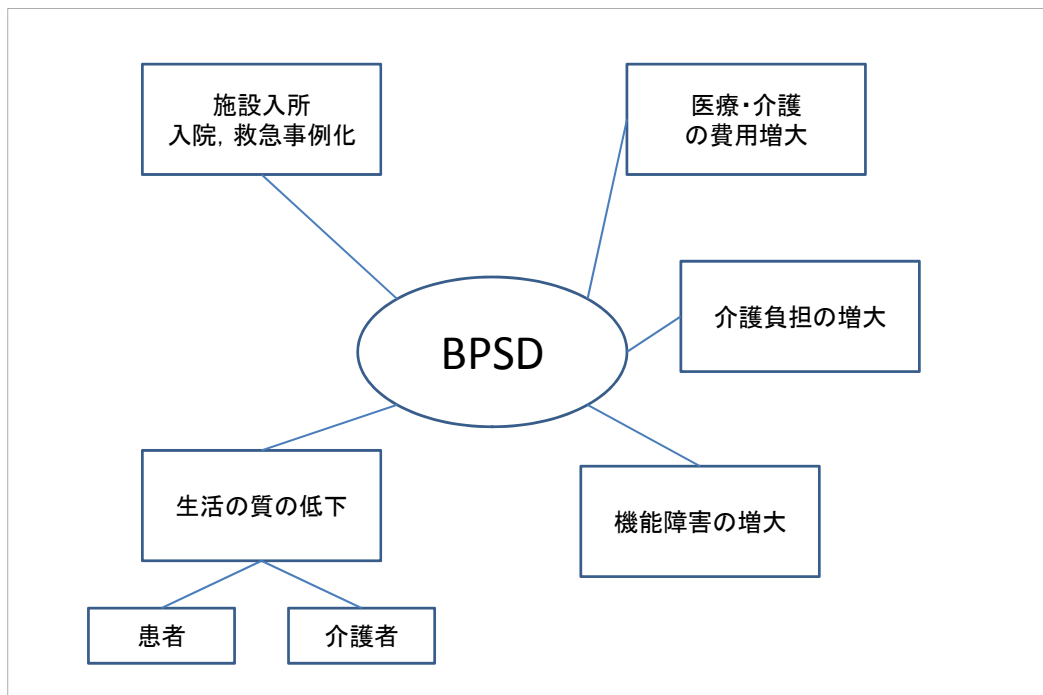


図 5-3 BPSD の影響 ( Finkel の論文に掲載されている図を一部改変 )

#### ( 7 ) BPSD への対応に関する基本的な考え方

「世界に類を見ない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである」。これは 2012 年 6 月 12 日に公表された厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームの報告書「今後の認知症施策の方向性について」の冒頭の一文である。たとえ認知症疾患に罹患しても、尊厳をもって質の高い生活を送ることができる社会を創出するために、私たちは BPSD に注目し、より深くこれを理解していく必要がある。なぜならば、BPSD は、認知症をもって生きる人の主観的な体験と切り離せないものであるからであり、特に、認知機能障害や生活機能障害をもって生きるということの不安や孤独感と深く関連して現れる場合が少なくないからである。支援者はまずそこに眼差しを向け、その上で支援のあり方を考えていく必要がある。

#### ( 8 ) BPSD の類型と支援のあり方

BPSD の背景には、認知機能障害や生活機能障害をもって暮らす高齢者の不安や心配、孤独などが深く関連している場合が少なくない。それと同時に、身体的な要因 ( 身体疾患 : 脳血管障害や感染症、便秘、痛み、脱水症、薬物の影響など ) や環境的な要因 ( 騒音、気温、不適切なケアなど ) が関与していることも多い。第一に行うべきことは、そのような要因の検討である。そのような要因を検討した上で、支援のあり方を個別的に考えていくことが重要である。

### 1) 妄想

病的な誤った判断や観念のことを妄想という。並々ならぬ確信をもち、容易には修正できない。認知症の人によくみられる妄想には、「人が物を盗む」(物盗られ妄想)、「家の中に人が入ってくる」(侵入妄想)、「私を家から追い出そうとしている」(迫害妄想)、「食べ物に毒を入れられる」(被毒妄想)、「配偶者(またはそれ以外の介護者)は偽者である」(替え玉妄想、妄想性誤認)、「家に見知らぬ人が住んでいる」(同居人妄想、妄想性誤認)、「見捨てられる」(見捨てられ妄想)、「配偶者が浮気をしている」(嫉妬妄想または不義妄想)などがある。被害的な内容をもつ妄想(被害妄想、被害念慮)では、しばしば易刺激性、攻撃性などが認められる。

支援のポイント：認知症の場合には、あたかも記憶の欠損を埋め合わせるように話をつくり(作話)これが妄想として表出されることがある(作話性妄想)。そこには、認知機能の障害をもって生きる高齢者の不安や孤独が背景にあるように思われる場合も少なくない。認知機能障害がある高齢者の立場に立って、体験をよく聞き、不安感や孤立感を解消していけるような支援、気分転換が図れるような支援を考えていくことが有効な場合がある。症状が強い場合には非定型抗精神病薬による薬物療法を行うこともある。

### 2) 幻覚

対象が実在しないにもかかわらず知覚として体験される心的現象を幻覚という。幻視、幻聴、幻嗅、幻触などがある。幻視の中でもよくみられるものに「現実にはいない人を家の中で見る」(例：幻の同居人)という体験があるが、これは誤認に分類することある。幻視が目立つ場合にはレビー小体型認知症が疑われる。症状が現れたり、消えたり、変動しやすい。

支援のポイント：まずは、体験をよく聞き、不安が強い場合には安心感を与えるような支援が大切である。日常生活が閉じこもりがちであったり、人とのつながりが希薄であったり、睡眠覚醒のリズムが不安定であったりする場合に現れやすい。何か活動をしていたり、人と一緒に過ごしたり、注意がどこかに向けられていると症状があまりみられないこともある。せん妄である可能性もあるので、そのことを考慮しておくことも重要である(「章6 せん妄と初期支援」を参照)。

### 3) 誤認

外部刺激の知覚錯誤であり、妄想的に抱いている信念または作り上げた事柄を伴う知覚錯誤と定義することができる。「患者自身の家に誰かがいる」(「幻の同居人」症候群)患者自身の誤認(例：自分の鏡像を自分だと認識できない)、他者の誤認、テレビの映像の誤認(映像が現実の3次元空間で生じているとイメージする)などがある。代表的な妄想性誤認として、カプグラ症候群：人物がよく似た偽者に置き換わっているという妄想様信念。人以外(例：家、ペット、物体)で認められることもある。フレゴリ症候群：人が

自分に影響を及ぼそうとして別の人間のふりをしているという妄想様信念。 相互変身：ある人物の身体的外観を、別の誰かの外観に一致すると知覚する状況。

支援のポイント：まずは、体験をよく聞き、不安が強い場合には安心感を与えるような支援をすることが大切である。レビー小体型認知症の場合、症状が現れたり、消えたりすることが多い。

#### 4) 抑うつ状態

抑うつ気分はアルツハイマー病患者の 40～50%にみられる<sup>19)</sup>。軽度の認知症の場合には、患者を面接している間に抑うつ気分と抑うつ症状を明らかにできることがある。認知症が進むに従い、言語やコミュニケーションの問題が増してくることや、アパシー、体重減少、睡眠障害、焦燥が認知症の一部として生じることから、抑うつ状態の同定が難しくなる。

支援のポイント：安心感を与えることができるような関わりや、環境の整備が大切である。社会的な孤立や寂しさが背景にある場合も少なくない。症状が強い場合には抗うつ薬による薬物療法を行うこともある。

#### 5) アパシー（無気力、自発性低下）

日常の活動や身の回りのことに興味をなくし、様々な社会的なかわり、表情、声の抑揚、情緒的反応、自発性を失った状態である。アパシーも抑うつ状態も意欲低下を生じるが、アパシーでは抑うつ状態で見られるような抑うつ気分や自律神経症状は伴わない。

支援のポイント：アパシーの要因として前頭葉機能の低下に関連した実行機能障害が認められることも多い。この場合は、計画を立てたり、段取りをつけたりなどの支援を行い、一緒に行動したり、気分転換を図れるような生活プランを調整することによって、予防や改善が得られる場合もある。

#### 6) 不安

自分の経済状態について、将来について、健康についての懸念が繰り返し述べられ、強い不安が表出されることがある。例えば、これまではストレスと感じなかったちょっとしたこと（例：家を離れる）について心配したりする。将来の出来事に対して繰り返し尋ねるような不安は Godot 症候群と呼ばれ、介護者の負担も大きくなる。

支援のポイント：本人の体験をよく聞き、安心感を与えることができるような支援を行うことが大切であるが、生活の中で気分転換を図れるように支援をしていくのが現実的かもしれない。症状が強い場合には、抗不安薬、抗うつ薬、感情調整薬などによる薬物療法を行う場合もある。

#### 7) 睡眠障害

睡眠と覚醒の発現・調節には概日リズム機構と恒常性維持機構が関与しているが、高齢



者ではこの両システムに機能変化が生じやすい。睡眠障害はその症状特徴と病因から、不眠症、睡眠関連呼吸障害、過眠症、概日リズム睡眠障害、睡眠時随伴症、睡眠関連運動障害などに大分類されているが、多くの睡眠障害において、不眠症状（入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難）、過眠症状（日中の耐えがたい眠気）が共通して認められる。

支援のポイント：睡眠障害を防ぐために、日中の活動性を高めるように心がける、夕食後にはカフェイン飲料を避ける、などの生活習慣に対する指導が大切である。症状が著しい場合には睡眠薬などによる薬物療法を行う場合もある。

#### 8) 徘徊

以下のような行動が含まれる。物事を調べてまわる、人の後についていく、またはしつこくつきまとう、ぶらぶら歩きまたは探し回ること（家の周りや庭を歩き回って、何か仕事＜例：洗濯、洗濯物干し、掃除、草取り＞をしようと無駄な試みをする）、目的なしに歩く、夜間に歩く、とんでもないところに向かって歩く、活動過多、さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、繰り返し家を出ようと試みる。

支援のポイント：徘徊は、その人なりに意味のある行動である場合もある。長年続けてきた仕事と深く関連していたり、そこにいることが不安で落ち着かなかったり、家に帰ろうとしている行動であったり。その人にとってどのような意味を持つ行動であるかを検討し、それを考慮した上でこれに代わる活動が行えるような支援をしたり、安全に過ごせる環境整備を検討したりすることが支援の基本かと思われる。徘徊を防ぐことよりも、安全に徘徊できる環境づくりや地域づくりを考える視点も重要である。

#### 9) 焦燥

焦燥の概念はかなり広く、「部外者から見て、その人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられないような不適切な言語、音声、運動上の行動をとること」<sup>20)</sup>と定義されている。以下の4つのサブタイプが設けられている<sup>21)</sup>。攻撃性のない行動（全般的な不穏／目的のない活動過多／身体の動きを繰り返す、徘徊、捜しまわる、わざとらしいことを繰り返す、部屋の中を行ったり来たりする、物を隠す、不適切な衣服の着脱）、言語的攻撃性のない行動（はっきりなしに注意を促す、威張った言葉使いをする、不平や泣き言を言う、非現実的と思われる恐怖を示す、文／質問／言葉を繰り返す、健康上の不平を繰り返す、不安を伴う不平や懸念を繰り返す）、攻撃性のある行動（打つ、押す、ひっかく、蹴る、咬む、つかむ）、言語的攻撃性のある行動（大声で叫ぶ、ののしる、かんしゃくを起こす）。

支援のポイント：非常に広い概念であるが、焦燥の背景に不安がある場合は多い。どのような不安があるかを検討し、不安を解消していくことができるような支援を考えていくことが基本かと思われる。症状が著しい場合には、非定型抗精神病薬や感情調整薬などの薬物療法を行う場合もある。

## 10) 破局反応

怒り反応とも呼ばれる。環境ストレスによる過剰な情緒反応を特徴とし、脳損傷のある患者にその能力を超える形で何かをするようなストレスを加えた場合に生じる。突然の怒りの爆発、言語的攻撃性（例：叫ぶ、ののしる）、身体的攻撃性のおそれ、身体的攻撃性（例：叩く、蹴る、咬む）などがある。

支援のポイント：その人の能力を超えるような過大なストレスにさらされないような環境を整備することが最も効果的な対応であり、予防である。

## 11) 脱抑制

衝動的で不適切な行動であり、気を散らしやすく、情緒的に不安定で、洞察や判断力に乏しく、それまでの社会行動のレベルを維持できないことがある。泣き叫ぶ、多幸感、言語的攻撃性、他者及び物体に対する身体的攻撃性、自己破壊行動、性的脱抑制、精神運動焦燥、でしゃばる、じゃまをする、衝動性、徘徊などがある。

支援のポイント：脱抑制症状は、前頭葉の障害に起因する症状である場合が多い。前頭葉障害（脱抑制症状）があっても、そこで過ごせる環境を整備すること（居場所づくり）が、BPSDへの対応や予防に関する支援として最も効果的かと思われる。

## 12) 拒絶

「協力するのを拒むこと」と定義されている。ここには、頑固、非協力的な行動、介護に対する抵抗などが含まれている。

支援のポイント：拒絶の背景には不安があることが多い。例えば、言語理解の障害（会話をよく理解することができない）がある場合には、介護者の言葉が理解できず、その結果、介護者が行うことが侵害的な行為に思えて、それで抵抗する場合もある。拒絶の背景に不安がないか、不安がある場合には、それを解消するにはどうすればよいかを考えていく必要がある。

## 6 せん妄と初期支援

### (1) 概念と疫学

せん妄とは、意識障害、注意障害、認知機能の全般的障害、精神運動興奮または減退、睡眠覚醒サイクルの障害によって特徴づけられる、急性発症・一過性の器質精神症候群と定義されている<sup>23)</sup>。脳の機能を広範に障害するような身体疾患や物質（乱用薬物、医薬品、毒物）がその原因となるが、その成因は「準備因子」、「促進因子」、「直接原因」に区別して考えるのが实际的である。例えば、高齢であることや慢性の脳疾患が存在することは「準備因子」となり、心理社会的ストレス、睡眠障害、感覚遮断または過剰な感覚刺激、身体が動けない状態は「誘発因子」となり、脳機能を直接障害する身体疾患、薬物、アルコールなどが「直接原因」となる。

米国精神医学会（APA）の治療ガイドライン<sup>23)</sup>によれば、せん妄の有病率は、入院患者の10%～30%、入院している高齢者の10%～40%、入院している癌患者の25%、術後患者の51%、臨死期にある末期患者の約80%に及ぶと推計されている。また、身体疾患のある患者におけるせん妄は、合併症併発率の増大と死亡率の増大に関連することが明らかにされている。すなわち、せん妄は、肺炎や潰瘍性褥瘡の併発とそれによる入院の長期化に関連し、術後患者の術後合併症と術後回復期の長期化・入院の長期化・機能障害の長期化に関連する。また、入院中にせん妄を発症した高齢患者が、その入院期間中に死亡する率は22%～76%、入院中にせん妄を発症した患者が退院後6か月以内に死亡する率は25%、せん妄の診断後3か月以内の死亡率はうつ病などの気分障害の患者の14倍であるとされている。

## （2）診断

診断の基本は、1）せん妄の必須症状と随伴症状を確認した上で、2）病歴、身体診察、臨床検査所見から、病因的な関連をもつ身体疾患、物質中毒または離脱、またはそれらの組み合わせを証明することにある。

### 1) 必須症状

必須症状は認知領域の障害を伴う意識障害であり、短期間のうち（通常は数時間から数日）に発症し、一日の中で変動する傾向をもつ。意識障害は、覚醒レベルの変化、周囲の状況を認識する能力の低下、注意を集中し、維持し、転導する能力の障害として現われ、思路のまとまりが悪くなる。認知障害では記憶、見当識、言語の障害がみられ、近時記憶障害（最近の出来事が想起できない）、時間の失見当識（例：真夜中なのに朝だと思う）、場所の失見当識（例：病院なのに自宅だと思う）、構音障害、物品呼称の障害、書字障害がみられることが多い。錯覚、幻覚、妄想も認められるが、目立たないこともある。幻覚では幻視が最も一般的だが、幻聴、幻嗅、幻味、体感幻覚が認められることもある。

### 2) 随伴症状

随伴症状として睡眠-覚醒サイクルの障害、精神運動障害、情動障害が認められることがある。睡眠-覚醒サイクルの障害では、日中睡眠、夜間の焦燥性興奮、睡眠連続性の障害、睡眠-覚醒サイクルの完全な逆転、睡眠-覚醒の日内パターンの断片化が認められることがある。精神運動は増加する場合（活動増加型 = hyperactive delirium）と減少する場合（活動減少型 = hypoactive delirium）があり、前者では幻覚、妄想、焦燥性興奮、失見当識がより頻繁に認められる<sup>24)</sup>。不安、恐怖、抑うつ、易刺激性、怒り、多幸、無欲のような情動障害が認められることもあり、感情状態が突然一方から他方へ変化するような感情不安定性が認められることもある。脈拍、血圧、呼吸の変動、発汗などの自律神経症状を伴うこともある。

### 3) 原因検索

米国精神医学会の診断基準 (DSM-IV)<sup>25)</sup>では、原因によって、a. 一般身体疾患によるせん妄、b. 物質誘発性せん妄、c. 複数の病因によるせん妄、d. 特定不能のせん妄と分類される。原因となる身体疾患と物質の一覧を表 6-5、表 6-6 に示す。

#### (3) せん妄の初期支援

せん妄の初期支援では、1) せん妄とは何か、2) 何が原因となるか、3) どのような症状が現れるか、を説明し、せん妄の治療と医学的管理を行うために、せん妄の管理に精通した医療機関につなぐことが重要である。

米国精神医学会の治療ガイドライン<sup>26)</sup>には、本人と家族向けの「せん妄の治療ガイド」が付録として掲載されている。ここでは、そのガイドラインを参考にして、本人・家族に説明することを簡便に記載しておく。

#### 1) せん妄とは何か

- ・ 急速に発症し (普通は数時間から数日)、意識、注意、認知、知覚の変化が現れる状態
- ・ 1日のうちで症状は変化する
- ・ 通常は一過性、可逆的である
- ・ 認知症そのものの症状ではない

#### 2) せん妄の原因

- ・ 様々な身体疾患や薬物などが原因となる
- ・ 原因が複数ある場合もあれば、はっきりと決定できない場合もある
- ・ 原因を同定し、それについての治療を行うことが最も重要である  
(表 5-4、表 5-5 参照)

#### 3) せん妄の徴候と症状

- ・ せん妄の状態にある人は周囲の状況を認識する能力が低下している
- ・ 活動や会話に集中することが困難になり、注意が散乱しやすくなる
- ・ 記憶障害：近時記憶が障害されやすい
- ・ 失見当識：真夜中なのに朝だと思ったり、家にいるのに病院にいると思ったりする
- ・ 言語の障害：発語の不明瞭、物品呼称の困難、書字の困難、会話をしたり、文字を書いたり、会話や文字を理解したりすることが困難
- ・ 知覚の障害：視覚が多いが、聴覚、触覚、味覚、嗅覚にも変化が起こる。誤解や錯覚もある
- ・ 睡眠障害：睡眠の断片化、睡眠・覚醒リズムの障害、昼夜逆転
- ・ 活動性の変化：興奮型、傾眠型

- ・ 情動障害：不安、恐怖、抑うつ、容易刺激性、怒り、多幸、無欲

表 5-4 一般的なせん妄の原因疾患

分 類	疾 患
中枢神経疾患	頭部外傷、けいれん発作、発作後状態、脳血管障害（例：高血圧性脳症）、変性疾患
代謝疾患	腎不全（例：尿毒症）、肝不全、貧血、低酸素症、低血糖症、チアミン欠乏症、内分泌障害、体液または電解質不均衡、酸塩基不均衡
心・肺疾患	心筋梗塞、うっ血性心不全、不整脈、ショック、呼吸不全
全身疾患	物質中毒または離脱、感染症、腫瘍、重度外傷、感覚遮断、体温調節障害、術後状態

（American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄.医学書院,2000.）

表 5-5 中毒または離脱によってせん妄を引き起こす物質

カテゴリー	物 質
乱用薬	アルコール、アンフェタミン、カンナビス、コカイン、幻覚薬、吸入薬、オピオイド、フェンサイクリジン、鎮静薬、睡眠薬、その他
医薬品	麻酔薬、鎮痛薬、喘息治療薬、抗けいれん薬、抗ヒスタミン薬、降圧薬と心循環作動薬、抗生物質、抗パーキンソン薬、コルチコステロイド、胃腸薬、筋弛緩薬、免疫抑制薬、リチウム、および抗コリン作用をもつ向精神薬
毒物	コリンエステラーゼ阻害薬、有機リン系殺虫薬、一酸化炭素、二酸化炭素、燃料や有機溶剤のような揮発性物質

（American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999. 日本精神神経学会監訳：米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄.医学書院,2000.）

## 参考文献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点。平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」(平成 25 年 3 月)
- 2) 牧野史子：認知症の人や家族を地域で支えるために。東京都精神保健福祉協議会（平成 25 年度講演会）資料より
- 3) 以下のサイトより日本語版 WHO-5 を入手することができる。  
[http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/0B58B24F-1C1D-48F6-A2A2-EC8203E067F0/0/WHO5\\_Japanese.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/0B58B24F-1C1D-48F6-A2A2-EC8203E067F0/0/WHO5_Japanese.pdf)
- 4) 繁田雅弘：認知症の人の家族が知りたいこと。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
- 5) 玉井顕：家族・介護者を支える説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
- 6) 谷向知：通所サービスやリハビリテーションに関する説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
- 7) 公益社団法人認知症の人と家族の会 <http://www.alzheimer.or.jp/>
- 8) 公益社団法人認知症の人と家族の会：認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書。平成 24 年度老人保健事業等推進費補助金老人保健健康増進等事業報告書（2013 年 3 月）。<http://www.alzheimer.or.jp/pdf/cafe-web.pdf>
- 9) 朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）総合研究報告書「若年認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」(平成 21 年)
- 10) 斎藤正彦：若年発症型認知症に関わる説明。実践認知症診療・認知症の人と家族・介護者を支える説明（繁田雅弘編）。医薬ジャーナル第 1 巻。医薬ジャーナル社、2013
- 11) Esquirol JED : Des Maladies Mentales、1938
- 12) Alzheimer A : Uber einen eigenartigen schweren Erkrankungen der Hirnrinde. Neurologisches Centralblatt 23: 1129-1136、1906
- 13) Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G、 Miller S, et al : Consensus statement. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr 8 (suppl 3): 497-500,1996
- 14) The International Psychogeriatric Association: The IPA Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), International Psychogeriatric Association, 2010（日本老年精神医学会監訳：認知症の行動と心理症状．第 2 版．東京、アルタ出版、2013
- 15) Seitz D, Purandare N, Conn D : Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review . Int Psychogeriatr 22: 1025-1039,2010 .
- 16) Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, et al : Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population . Br J Psychiatry 194: 212-219,2009
- 17) Finkel S : Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD).

Int J Geriatr Psychiatry 15: S2-S4,2000

- 18) Black W, Almeida OP : A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. Int Psychogeriatr 16: 295-315,2004
- 19) International Psychogeriatric Association : 認知症の行動と心理症状 BPSD 第 2 版 (日本老年精神医学会監訳) .アルタ出版,2013,東京,p41.
- 20) Cohen-Mansfield, J: Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. Alzheimer's Care Quarterly. 1: 8-12, 2000.
- 21) Cohen-Mansfield, J: Agitated behaviors in the elderly II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. J Am Geriatr Society, 34: 722-727, 1986.
- 22) Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State. Oxford University Press, New York, 1990
- 23) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1999 (日本精神神経学会監訳 : 米国精神医学会治療ガイドライン.せん妄.医学書院,2000 )
- 24) Lipowski ZJ: Delirium: Acute Confusional State. Oxford University Press, New York, 1990
- 25) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association,1994 (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引.医学書院.1995,東京 )
- 26) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with delirium (日本精神神経学会監訳 : 米国精神医学会治療ガイドラインせん妄.医学書院、2004、東京)

## 7 身体症状や身体疾患に対する初期支援

### (1) はじめに

認知症は、高齢者に多い疾患であると同時に経過の長い疾患である。そのため経過中に様々な身体疾患や外傷を合併（身体合併症）する。また身体合併症の発症は、短期的には行動・心理症状（BPSD）を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させてしまうことがある。さらに長期的には生命予後に影響することになる。以下に示すような身体合併症は通常の高齢者においても普通にみられるが、認知症では、自己評価の障害や言語機能の障害から自ら症状を訴えることが困難なことがあり発見が遅れることがある。また入院が必要となることもしばしばだが、体調の悪化に環境変化によるダメージが加わり、せん妄状態となりやすく、しばしば急性期病院での対応が問題になる。また多職種チームが自宅を訪れる際に可能な限り身体疾患・身体機能障害の情報を収集することが求められる。本稿では認知症に合併しやすい身体疾患への対応と注意について述べる。

### (2) 認知症の人にみられる病態

表 5-6 に認知症に合併しやすい身体症状を示した<sup>1)</sup>。

表5-6 認知症に合併しやすい身体症状

- 1. 運動症状  
パーキンソニズム、不随意運動、痙攣、運動麻痺
- 2. 廃用症候群  
筋萎縮、拘縮、心拍出量低下、低血圧、肺活量減少、尿失禁、便秘、誤嚥性肺炎、褥瘡
- 3. 老年症候群  
転倒、骨折、脱水、浮腫、食欲不振、体重減少、肥満、嚥下困難、低栄養、貧血、ADL低下、難聴、視力低下、関節痛、不整脈、睡眠時呼吸障害、排尿障害、便秘、褥瘡、運動麻痺
- 4. その他  
嗅覚障害、慢性硬膜下血腫、悪性症候群

#### 運動症状

パーキンソニズムはパーキンソン病にみられる動作緩徐、筋固縮、姿勢調節障害、歩行障害などが組み合わさって起こる症候群であり、認知症を伴う病態としてはレビー小体型認知症、進行性核上性麻痺、正常圧水頭症、多発脳梗塞などでみられる。薬剤性のパーキ



ンソニズムにも注意が必要で向精神病薬や抗うつ薬で起きるほか、抗認知症薬であるコリンエステラーゼ阻害薬でも起こることが知られている。不随意運動で最も頻度が高いのが振戦であるが、動作時の振戦は本人の不自由はあるが、加齢でも出現し、病的意義は乏しい。安静時振戦はパーキンソン病に特異的であり、重要である。その他、ハンチントン病でみられる舞踏様運動（ヒョレア）やクロイツフェルドヤコブ病でみられるミオクローヌスが重要である。痙攣はてんかんが背景にあったり、腎不全や肝不全といった代謝性疾患でみられることがある。運動麻痺の原因として最も多いのは脳血管障害で脳梗塞、脳出血が多いが転倒が多い認知症患者では慢性硬膜下出血にも注意が必要である。

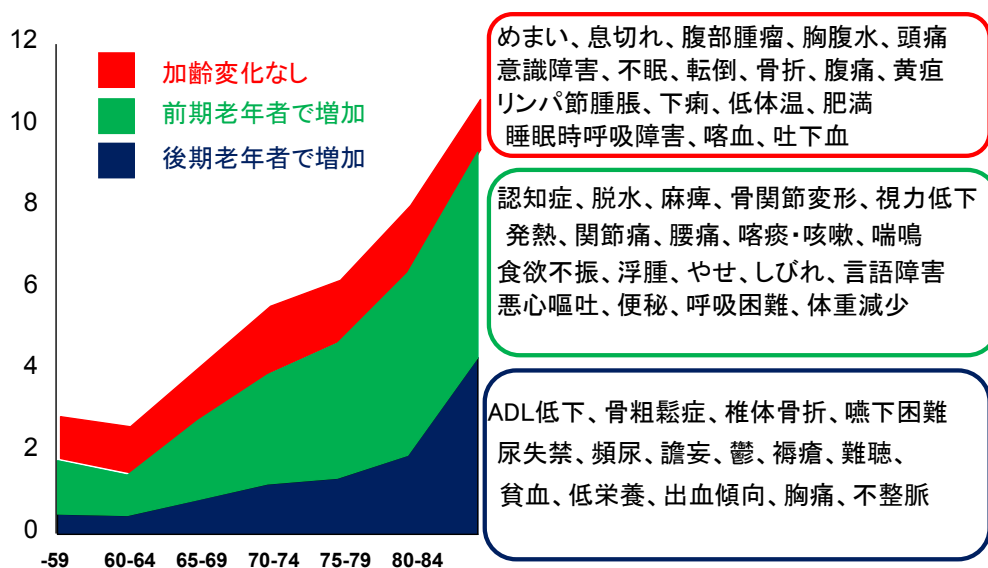
### 廃用症候群

本来ある生理機能を十分に使用しなかったために生理的機能が減弱し、その結果生じる一連の症候をいう。表 5-6 に示したものの以外にも、静脈血栓や肺梗塞、無気肺、尿路結石、心理的荒廃が起こる。廃用症候群を来すと、それが活動性の低下を引き起こし、さらに廃用が進むという悪循環に陥りやすいので、注意が必要である。

### 老年症候群

老年症候群とは虚弱な高齢者に特有の一連の症候で、しばしば日常生活活動の妨げになるものをいう。それぞれの症候は単一の原因ではなく多くの原因が複合していることが特徴である。鳥羽は老年症候群を加齢による影響を受けない群、65 歳以降の前期高齢者で増加する群、75 歳以上の高齢者で増加する群に分類している<sup>2)</sup> 認知症に伴って起きやすい老年症候群は 65 歳以上にみられる群、75 歳以上でみられる群に多い（表 5-7）。

表5-7 老年症候群の3つのタイプ



## その他

嗅覚障害は感覚器である鼻そのものの疾患が少ないため中枢性の嗅覚障害をとらえることは難しいが、レビー小体型認知症の初期症状の一つが嗅覚障害であることが知られている。

### (3) 認知症の人にみられる身体疾患

認知症の人に合併しやすく日常診療で問題になりやすい身体疾患について述べる。

#### 内科疾患

脳血管障害は出血、梗塞にかかわらず、それ自体で認知症を起こしうるが、血管障害自体が直接認知機能障害を起こさなくても、せん妄を引き起こすことがある。認知症の人が経過中に突然 BPSD を来した際には MRI を用いて新しい血管病変の有無を確認する。拡散強調画像では最近 1 か月以内の梗塞巣を高輝度で描出でき有用である。心疾患では洞不全症候群に注意が必要で、高齢者でアセチルコリンエステラーゼ阻害薬 (AChEI) を内服しているときには常に徐脈の有無を確認する。同様に AChEI 内服時に注意すべきは逆流性食道炎と胃潰瘍で、経過中に食欲不振がみられた際には上部消化管の精査を検討する。逆流性食道炎は同時に誤嚥性肺炎の危険因子でもある。誤嚥性肺炎は終末期の認知症での大きな問題であり、経口からの栄養の可否にも直接関係してくる。Ganguli らの報告<sup>3)</sup>でも認知症の死因の大きなリスクとなっている。

表 5-8

死の原因	AD合併 n=236	認知症なし n=546	補正なし	年齢・性で 補正	全症例 n=845
認知症	29(12.3)	2(0.4)	<.001	<.001	32(3.9)
脳血管障害	22(9.3)	57(10.4)	.63	.40	87(10.5)
敗血症	12(5.1)	27(5.0)	.93	.72	41(5.0)
脱水	7(3.0)	0	.001	NA	9(1.1)
肺炎	29(12.3)	35(6.4)	.006	.04	66(8.0)
褥瘡	2(0.8)	0	.09	NA	3(0.4)
心停止	39(16.5)	87(15.9)	.84	.44	140(16.9)
他の脳疾患	13(5.5)	9(1.7)	.003	.01	
呼吸器系	53(22.5)	92(16.9)	.06	.16	
心血管系	112(47.5)	275(50.4)	.73	.36	
消化器系	11(4.7)	28(5.1)	.78	.99	
悪性腫瘍	29(12.3)	143(26.2)	<.001	.005	
老衰	5(2.1)	10(1.8)	.79	.81	
不明	24(10.2)	58(10.6)	.85	.49	

### 外科・脳神経外科疾患

腸閉塞は見落とされると致命的になりうるが、症状が潜行することがある。悪性腫瘍や腸間膜動脈閉塞症の合併もまれでないが、検査が困難なこともあり進行してから発見されることが多い。北川らは認知症の人の消化器外科手術では術前に何らかの合併症を有する率が高く、術後合併症では認知症悪化、術後せん妄、肺炎の合併が多く在院日数の延長が認められるが、手術・在院死亡率には差を認めないと報告した。十分な術前評価を行い手術適応と術式を決定すれば合併症による在院日数の延長はみられるが、死亡例は増加せず、認知症を有するのみでは手術阻害要因とはならないとしている<sup>4)</sup>。

転倒の頻度が正常高齢者の3倍多い認知症の人にとって慢性硬膜下血腫は常に起こりうる身体合併症である。何となくぼんやりしている、右手を使わなくなった、歩行がおかしくなったなどの訴えがみられる際には頭部CTを行うべきである。

### 整形外科疾患

徘徊する患者では大腿骨頸部骨折は7倍になるといわれている。山崎は認知症患者の整形外科疾患の特徴を以下のようにあげた。骨折の発見が遅れる、病院での受け入れが困難、来院が遅いため合併症を伴う、本人の訴えがはっきりしないため病態の把握が困難、骨粗鬆症を伴う、骨粗鬆症に起因した既存骨折に対する手術によりインプラントが残存しているため手術方法が困難、受傷から時間が経過している例が多く手術が困難、術後のせん妄が起こり管理が困難、重度の認知症ではリハビリが困難、術後ADLの低下で退院先の受け入れが困難。大腿骨頸部骨折に関しては可能な限り早期に手術を行うことにより上記の困難さのいくつかは軽減可能である。また同時に骨折予防の重要性を強調している<sup>5)</sup>。

### 皮膚科疾患

皮膚科が関係する疾患としては褥瘡、蜂窩織炎、疥癬、带状疱疹が問題になる。これらの疾患は疾病そのものの治療が重要であると同時に、これらが引き起こすかゆみや痛みがせん妄の原因となることに注意が必要である。

### 耳鼻科疾患

耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがある。乾性耳垢の多いアジア諸国では耳垢栓塞になりにくく耳垢に対する関心が薄い、日本でも高齢者、知的障害者では耳垢栓塞の頻度が高い。長寿医療研究センター耳鼻科での調査ではMMSE23点以下の患者の4人に一人に耳垢栓塞がみられた。認知症患者で聴理解が悪化した際には耳垢栓塞の可能性を考慮すべきである<sup>6)</sup>。

## 薬物の影響

多くの薬物が認知機能に影響を与えることが知られている。表 5-9 に主要な薬剤を示した。総合感冒薬や泌尿器病薬、消化器病薬といった一見中枢神経作動薬とは思えない薬剤に認知機能を低下させる薬剤があることに注意が必要である。

表 5-9

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬 (フェノチアジン系) 催眠剤・鎮静薬 (ベンゾジアゼピン系) 抗うつ薬 (三環系抗うつ薬)	抗パーキンソン病薬 抗てんかん薬 循環器病薬(降圧薬、抗不整脈薬、利尿薬、ジギタリス) 鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs) 副腎皮質ステロイド 抗菌薬 抗ウイルス薬 抗腫瘍薬 泌尿器病薬(過活動膀胱治療薬) 消化器病薬(H2受容体拮抗薬、抗コリン薬) 抗喘息薬 抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬) 総合感冒薬(抗コリン作用の強い抗ヒスタミン薬が使用されている)

### (4) 初期集中支援チームにおける身体機能のチェックポイント

認知症初期集中支援チームは、平成 25 年度に認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた「今後の認知症施策の方向性について」に基づき、認知症になっても在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進するため、認知症の人や家族に専門家チームがかかわり、アセスメントや初期集中ケアを受けることで自立生活をサポートする多職種協働チームである。このようなチームが創設されるに至った背景には、1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診しているケースが散見されている。一方、国際的には認知症の人への早期対応が重視されてきている。2) 日常的なケアの場での継続的なアセスメントが不十分であるため、適切な認知症のケアが提供できていない。3) これまでのケアは、認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていたといえる。4) これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくものである。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発病後できる限り早

い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。このチームの機能として、訪問対象の認知症のひとの身体状況のチェックである。

身体のチェックとしては表 5「身体の様子をチェックについて」の から までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるのでこの時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2 回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は 2 回目以降で詳細に検討する。全身観察では ~ の項目について表 5-10 に示すような内容を聞く。

表5-10 ー身体の様子をチェックについてー

**①コミュニケーションのための基本的能力**

- 訪問者との意思疎通が可能か  はい  いいえ  不明
- 目が見えにくい  はい  いいえ  不明
- 耳が聞こえづらい  はい  いいえ  不明

**②衛生状態**

- 身体は清潔か  はい  いいえ  不明
- 衣服は清潔か  はい  いいえ  不明
- 家屋、室内は清潔か  はい  いいえ  不明
- 歯・口腔内は清潔かまたは口臭はあるか  はい  いいえ  不明

**③栄養状態**

- 極度にやせているか肥満しているか  はい  いいえ  不明
- むくみがあるか  はい  いいえ  不明

**④摂食状態**

- 食事を拒否したり、食べないことがあるか  はい  いいえ  不明
  - 食べ過ぎることがある  はい  いいえ  不明
  - 食物を噛めるか  はい  いいえ  不明
  - 食物をのみこめるか  はい  いいえ  不明
  - 義歯はあるか  はい  いいえ  不明
  - 歯・歯茎のはれや痛みはあるか  はい  いいえ  不明
- (上記4項目のいずれかがはいの場合は 食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1回の食事に要する時間を確認)

**⑤排泄状態**

- 尿失禁があるか  はい  いいえ  不明 はいの場合は (回数、量)
- 便失禁があるか  はい  いいえ  不明 はいの場合は (回数、性状)
- 便秘があるか  はい  いいえ  不明

**⑥睡眠状態**

- 睡眠は良好か  はい  いいえ  不明  
はいの場合もいいうえの場合も起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間を確認する
- 寝ていて大声をだしたり起き上がったことがあるか  はい  いいえ  不明

**⑦その他** その他身体の状態が気がついたことがあれば記録に記載してください。

**チェックリストによる確認**

初期集中支援チームが訪問した際に、対象者の身体状況をチェックすることは重要である。それは、認知症そのものによって低下する身体機能がある一方、身体機能の悪化が認知機能に影響を与えることもあるからである。

身体状況をアセスメントする標準化されたツールはなく、表 5-10 はできるかぎり見落としなく、観察や問診をするためのチェックリストである。全体は 6 つの大項目からなり、その下に 20 の質問項目がある。

身体に関連した内容でも DASC や DBD13 で、すでにチェックした項目は除外してある。チェックリストであるので、まずはこのような状態があるかどうかを「はい」、「いいえ」

で大まかにチェックする。項目以外で気になる点、気が付いた点があれば、のその他に記載する。また初回に判定できない場合には不明として、その後の訪問で明らかにしていくことが大切である。

### バイタルサインのチェック

#### バイタルサインのチェックと身体測定（可能ならば）

血圧、脈拍、体温、呼吸数といった基本的なバイタルサインの測定と、身体測定（身長、体重）を行う。体重は栄養状態や摂食状態の評価に有用であるので可能な限り測定することが望まれる。

#### 身体のチェック項目から考えること

##### 1) コミュニケーションのための基本能力

一般的なコミュニケーション能力と視力、聴力に関する能力をチェックする。

意思疎通の困難さがあるときは、意識障害、覚醒状態の低下（寝ているか、精神障害（高度のうつや認知機能の低下等）、失語や構音障害といった言語機能の問題、視力や聴力といった感覚機能の問題が存在する可能性がある。

視力、聴力の低下は認知機能の低下に影響を与える。白内障や耳垢栓塞のような回復可能な病態もあるため、機能低下が存在しても安易に年齢によるものと考えないことが重要である。

##### 2) 衛生状態

認知機能が低下、ことに遂行障害がみられるようになると、服装がだらしなくなったり、入浴を拒むようになり、適切な片付けができなくなったりする。その結果として、自分の身体や住居を清潔に保つことが困難になってくる。

##### 3) 栄養状態

大脳を障害される神経疾患では原因不明の痩せがみられることがある。

また後述4)のような摂食障害が背景にあることがあるほか、悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病のような代謝疾患が隠れていることがあり、注意が必要である。

一方、極度の肥満は運動能力を落とし、骨関節系の負担を来す。肥満には前頭側頭型認知症にみられるような甘いものの過食が原因のこともある。

むくみは病的でない沈下性のむくみが多くみられるが、心不全や腎不全、肝不全や低栄養による低タンパク血症が存在することもある。

#### 4) 摂食状態

進行した認知症では拒食がみられることがあり、全身状態を悪化させるため深刻な状態となることがある。感染症による発熱や消化器疾患で食べられないこともある。また、歯の問題や口腔内の潰瘍などで食べられなくなっていることがあるため、義歯の有無や、歯、歯茎のはれや痛みをチェックする必要がある。

嚥下能力は、 の栄養状態とも関連してくる重要なチェック項目である。上記 4 項目のいずれかが「はい」の場合は、食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1 回の食事に要する時間を確認するとよい。

#### 5) 排泄状態

尿失禁、ことに便失禁は中等度以上に進行した認知症では目立ってくる。

さらに、衛生状態に大きく影響する。不適切な利尿剤や下剤が原因になっていることもある。また、高度の便秘は、せん妄や食欲不振の原因となるためチェックが必要である。

#### 6) 睡眠状態

重要な情報であるが、問診と観察だけでは正確な睡眠状態の把握は困難なことが多い。

昼夜逆転がないかどうかをチェックできるとよい。また、睡眠中に大声を出したり、手足を動かしたりするレム睡眠行動障害はレビー小体型認知症に先行してみられることがある。表 5-10 に示したチェック項目は情報の得やすさに難易度の差がある。家族がいて情報が得られる場合にはこれらの項目の情報は比較的得やすい。独居で観察のみから情報を得ることは難しく、トイレは一人でできるか、トイレやお風呂までの移動は一人でできるか、目が見えにくいかどうか、耳が聞こえづらいかどうか、訪問者との意思疎通が可能かどうか、身体や衣服は清潔か、家屋、室内は清潔か、極度にやせているか肥満しているか、むくみがあるかどうか、昼間寝てばかりいるかどうか、興奮や無気力がなく訪問を受け入れられるかは観察だけでも情報が得られる可能性がある。一方、入浴は一人でできるか、一人で買い物に行けるか、食べ過ぎるか（食事摂取量、水分摂取量、食事回数）、何時に寝て何時に起きるか、寝つきはよいか、特別な理由がないのに夜中に起きだすかなどは一般に情報獲得が困難であることが多い。

#### (5) おわりに

認知症の人が合併しやすい代表的な身体合併症について概説した。初期集中支援チームのような多職種チームが、自宅に訪問する際に、どのような身体症状に注意を向け、情報を得るべきかを示した。冒頭に述べたように、身体合併症の存在は、行動・心理症状(BPSD)を発現させる要因となり、日常生活動作を低下させる。自己評価の障害やコミュニケーション能力の障害をもつ認知症の人の身体合併症に気づき、どのように情報を集めるかは、認知症の人にかかわる医療者のみでなく、介護者にとっても重要な能力となる。今後、医

療スタッフのみでなく介護スタッフの教育といった面からも検討が必要である<sup>7)</sup>。

#### 参考文献

- 1) 認知症疾患治療ガイドライン 2010 認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会編 . pp129  
2010 医学書院 東京
- 2) 鳥羽研二 . 老年症候群 . 老年学テキスト . pp53-63, 2006 , 南江堂 , 東京
- 3) M. Ganguli, H. H. Dodge, C Shen et al: Alzheimer Disease and Mortality A 15-Year  
Epidemiological Study Arch Neurol.62:779-784,2005
- 4) 北川雄一、深田伸二、川端康次ら . 認知症を有する高齢患者に対する全身麻酔下消化器外科  
手術 . 日臨外会誌 . 66(9): 2099-2102 , 2005
- 5) 山崎 謙 渥美 敬 . 整形外科疾患と認知症 . 老年精神医学雑誌 . 21(3): 329-334, 2010
- 6) 鷺見幸彦 . 認知症の身体合併症 —予防、医療、管理— . こころの科学 161 : 33 - 37, 2012
- 7) 鷺見幸彦 . 認知症の人のための地域包括ケア ; 2025 年に向けたプログラム  
2) 認知症の身体合併症医療はどうあるべきか 老年精神医学雑誌 . 23( suppl1 ):101-107, 2012



## 章 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築

### 1 市区町村によるビジョン設定

#### (1) ビジョン設定の前提

日本における地域包括ケアシステムは、当然のことながら、当該地域の社会資源の実情に合わせて構築すべきものである。したがって、こういったケアの統合への取り組みは国際的にも様々な規模と形態があるわけだが、その特徴を鑑み、自らの地域に合致したモデルを適切に選択することが求められる。

例えば、ICP（イギリスの保健省によって実施された統合ケアの事業）では、それぞれの地域の状況に合わせて、統合された様々な活動を自由に開発し、導入する<sup>1)</sup>。という方法が採られた。ただし、共通の目標は必要という条件が記されている。

つまり、この目標設定、すなわち integration における規範的統合が重要であることをイギリスの ICP における目標設定は示しているといえる。さらに、この目標設定に際しては、ケアを利用者に対して、より身近なところに提供すること、利用者の視点から見たケアの継続性を保つこと、ニーズが最も大きい利用者を特定し、支えること、予防ケアの提供を促すこと、病院で提供する必要がないのに病院で提供されているケアの量を減らすことの5つが示されている。

こうした目標設定は、今回の認知症の初期集中支援チームの目標設定の前提として、自治体で定めておくべき事業のベースとなるビジョン設定として参考になる。

行政における事業を遂行するにあたっては、この目標を達成するためのマネジメントが求められる。マネジメントにはさまざまな手法があるが、ここでは日本の都市自治体においても導入が進められている、戦略計画に基づいてマネジメントを行う戦略マネジメントを取り上げる。

戦略マネジメントにおいては、地域や自治体のビジョン（方向性・将来像）やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定を行う。ビジョンは、自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番高齢者にやさしい自治体になること”といったことが示される。

一方、ミッション（使命）とは、自分たちの組織や部門の「果すべき責務」であることから、例えば、“日本で一番高齢者に充実したサービス提供すること”といった内容となるだろう。戦略マネジメントに必要なことは、ビジョンの策定と組織戦略の立案であり、ここでいうミッションの策定とは、事業戦略の策定と同義である。

なぜ、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについては、これを明示しないと、とくに行政組織というところは、前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強いからである。このため、新しいアプローチで統合型のケア提供を行う地域包括ケアシステムを進めるためには、戦略マネジメントの視点を自治体職員が意識することがより重要になってくる。

ここでいう戦略マネジメントを従来型のマネジメントと比較すると、その核にある戦略

計画が異なることが特徴といえる。すなわち、第一の特徴は、計画の策定方法にある。総合計画がボトムアップ型で策定されるのに対し、戦略計画はトップダウンあるいはミドル・アップ・ダウン型で策定される。

第二としては、ビジョン・政策目標が具体性に富んでいる。総合計画では、ビジョンや政策目標が具体性を欠き、包括的・抽象的文言にとどまるのに対し、戦略計画ではビジョンの明示と政策目標の具体化と数値目標を設定する。総合計画では、各部課での自律的な執行計画の策定・実施を尊重するが、戦略計画では、政府・行政、地域などのビジョンを戦略計画手法の活用により描き出す。

この戦略マネジメントは、おおむね、次の三つのステップの条件があるとされている<sup>2)</sup>。

- (1) ビジョンが明確であり、政策目標のプライオリティづけがなされているか。
- (2) 個々の施策目標が具体的で数値目標化されているか。
- (3) ビジョンや政策目標が組織全体に浸透し、共有されているか。

こうした戦略マネジメントによって、ビジョンを設定する際には、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画や基本計画などの各種行政計画で設定した目標と今回の目標との整合性を図ることも重要である。

なぜなら、日頃の活動や地域ケア会議のなかで区域ごとのニーズや課題を把握している地域包括支援センターとの協議やヒアリング等を通して、必要な政策や事業の立案につなげ、各種行政計画等に、今回の事業の内容を盛り込めるかどうかの吟味も当然求められる内容であるからである。

また、今回、提示する認知症の初期集中支援チームの編成と、このチームの方向性を示す自治体のあり方を示すビジョンの設定には、関係機関等との連携や市町村からの必要な情報提供、ニーズに対応するための施策立案、適切な行政権限行使など、市町村としての従来計画との整合性があることが必須となるため、上記のような各種計画との連動を行う必要がある。

さて、多くの先進諸国や日本では、高齢者のための社会資源やサービスは、ケア提供主体が違ふことや所属機関の属性（営利・非営利、医療・介護・福祉）が異なっているため、十分な連携がとられにくい状況となっている。結果として、医療・介護・その他の福祉といった各種領域ごとに、垂直的な方向性（急性期からリハビリテーション、生活維持期という方向性）における組織化のみがすすめられることが多い<sup>3)</sup>。

現在のように、認知症高齢者に対応する社会資源やサービスを提供する組織が断片化されている構造の下では、社会資源やサービスも縦割り構造になってしまう。このため、認知症ケアは、保健・医療・介護・福祉といった各領域や自治体と民間企業、そして家庭環境と施設環境の間に断層がある<sup>4),5)</sup>と説明されてきた。

これらの断層によって、認知症高齢者に提供されるサービスが縦割り構造となり、十分

な連携が困難である状況では、医療と介護サービスの間（急性期から生活維持期のケア）、地域サービスと医療機関サービスの間、専門職によるフォーマルサービスと家族介護者をはじめとするインフォーマルサービスというようなサービスの分断が引き起こされることが多いとされており<sup>6)</sup>、介護を必要とする高齢者のためのケアサービスの統合のためのコーディネートが難しくしている。

## （２）ビジョン設定までのプロセスについて

戦略マネジメントを実践する上での第一のステップは、現状の経営情報をまとめることである。ビジョンの前提となる背景として、ビジョンを設定する組織や地域資源の至る所に分断化が生じていることをまず意識する必要がある。

すでに自治体が構築すべき「地域包括ケアシステム」を担う地域資源は、地域ごとに大きく異なっており、これら地域の状況ごとに「地域包括ケアシステム」の在り方や、ケア提供主体が異なるため、当然ながら、このシステム構築の方法論も異なると予想すべきである。一方で地域住民の福祉向上のための自治体の責務という観点からは、自治体が整備すべき地域包括ケアシステムの礎となる介護保険事業における保険者機能がある。

さて、平成 24 年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定がされる年度であったが、ここで示された国としての強いメッセージは、地域包括ケアシステムの実現に関わる報酬への加算であり、認知症高齢者に対する支援の強化に関わる報酬の充実であった。

具体的にこの認知症高齢者への支援を充実させていくためには、地域圏域内のかかりつけ医のネットワークの整備や、圏域内の医療及び介護サービス基盤の整備、自治体独自の生活支援サービスや保険外の医療介護ニーズを満たすサービスの明確化とその整備、医療と介護の連携体制の整備（急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施）等、多様な方策が実施される必要があるということであろう。

## （３）ビジョンにそったミッション設定

統合的なケア提供システム、すなわち地域包括ケアシステムを構築するためには、社会資源やケア提供主体を、どこまで統合するかの決断が必要となる。この統合に際しては、まず自治体における強みと弱みを分析することによって、ミッションを設定し、それらを実現するための新しい事業を考案するという手順が考えられる。

地域包括ケアシステム構築に向けたミッションを実現する事業・業務を考える際に必要な視点として、整備すべきケア提供システムのテーマの検討、ケア提供システムに必要なサービス内容を検討、ケア提供システムをどのように整備するか、サービス提供をどのように行うか（マネジメントをどのようにするか）といったことがあげられる。

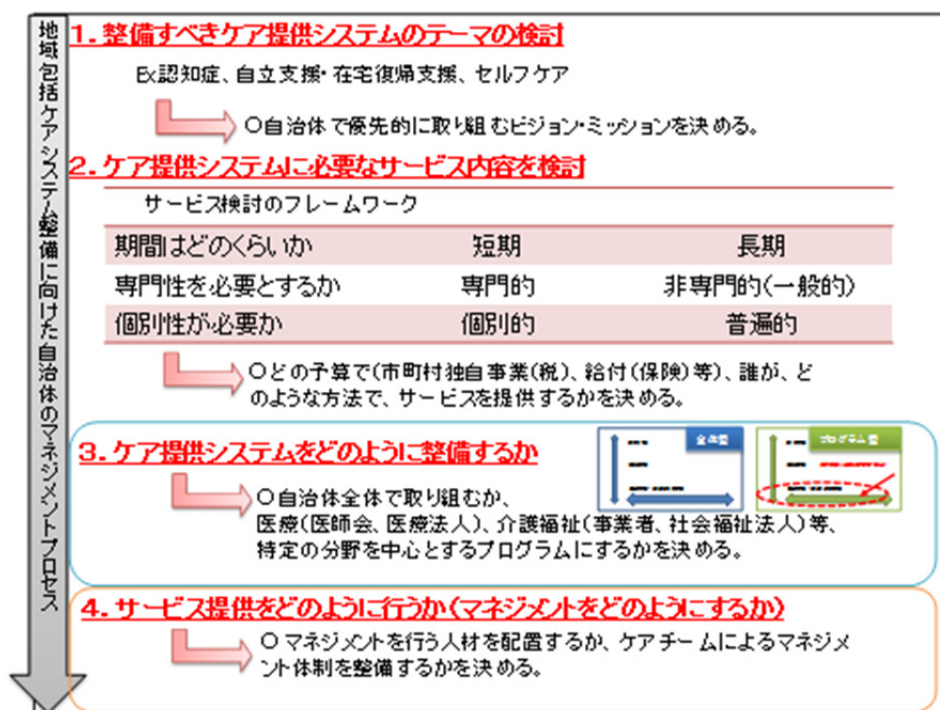


図 6-1 地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス  
 筒井孝子・地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated care の理論とその応用-中央法規 P248, 2014

これらの視点をもとに、地域包括ケアシステムを構築にむけたミッションを達成する新しい事業・業務を考案することが重要である。

また、経営的な視点からケアの統合、つまり integrated care の成功要因を 40 以上の行政機関の関係者との面接の分析からまとめたマッキンゼーカンパニーのレポート<sup>7)</sup>によると、単一的な資源供給者や統制者の有無に関わらず、実質どのようなタイプの医療制度でもケアの統合つまり地域包括ケアシステムは実現できるとの指摘がなされている。ただし、その実施は困難であり、簡単ではないとされている。

上記であげた、ケア提供システムのテーマの設定と類似する要素として、対象となる患者の特定、そして、システムの維持には、理念、リーダーシップ、情報共有の機能が必要となることがあげられている。そして、これまでに述べていない要素として、経営的な観点から業績の管理が必須であることが示されている。市区町村による事業を推進するにあたって、こういった業績評価は必須と考えられる。

## 2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法

認知症初期集中支援チーム検討委員会は、認知症初期集中支援チームとは異なる組織である。その役割や運営方法について説明する。

### ( 1 ) 検討委員会の設置主体と構成例

検討委員会の設置主体は、本事業（認知症初期集中支援チーム等設置促進事業）の実施主体となる。（検討委員会は、既存の委員会等を活用することで可能となる。）

検討委員会の構成は、医療・保健・福祉に携わる関係者等で構成する。また検討委員会の構成員については、次の～を標準とし、認知症初期集中支援チームの公正・中立性を確保する観点から、地域の実情に応じて市町村長（特別区の区長を含む。）が選定する。

なお、検討委員会には、医療・保健・福祉に携わる関係団体のみならず、地域住民も参画することが望ましいと考えられる。

医療・保健・福祉に携わる職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）

医療・保健・福祉以外の地域の社会的資源や地域における相談事業等を担う関係者  
前各号に掲げる者のほか、認知症ケアに関する学識経験者

また、検討委員会には会長を置くこととし、会長は、構成員の互選により選任する。

### ( 2 ) 委員会の設置および開催頻度

検討委員会にどのような構成員を何名置くか、開催の頻度（回数）をどうするか、分科会を設置するか、介護保険運営協議会等を兼ねるか等の詳細については、事業を実施する市町村の裁量に委ねられている。したがって、市町村では、どうすれば後述する委員会に期待される役割を果たしうるかを検討し、運営体制等を定めていく必要がある。

開催頻度は、定例的に開催する場合と、検討課題が発生した場合に開催する場合が考えられる。最低でも、事業開始時、中間報告、事業評価実施後の報告等で年に3回は、支援チームの活動状況について報告を受け、実施状況を監督する責任がある。

### ( 3 ) 委員会の内容

検討委員会の役割は、支援チームの設置や活動状況について検討し、当該活動を行う日常圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めることにある。

検討委員会では、初期集中支援チームが行う業務の評価を行って意見を述べ、適切、公正かつ中立な運営の確保を目指す役割が求められている。

検討委員会と初期集中支援チームは、公正・中立の面に関しては両者の置かれた立場は異なるが、その一方、適切な運営という面では、両者は地域包括ケアシステムの構築、とりわけ当該自治体における認知症ケア体制の推進に向けて協力し、協働する関係にあるといえよう。したがって、適切な運営面に関する「評価」では、支援的かつ協働的であることが望まれる。

つまり、初期集中支援チームがどのような目標をもって業務に取り組み、どのような成果を得たか、あるいはどのような課題が残されたかを、互いに協力して明らかにしていくことが重要となる。

そして評価結果を次年度の事業に反映したり、よい取組みを他の地域包括支援センターにも拡大したり、地域包括支援センターに対する必要な支援を提言および実施したりすることが期待される。

地域包括支援センター業務を委託している場合には、よりよい委託先の選定や委託先のマネジメントや支援につながるよう提言していくことになるだろう。

市町村が地域包括支援センターに提示した業務の実施方針に基づいて、事業が適切に実施されているかどうかについても、必要な基準を作成したうえで評価し、不十分な点などがあれば、その改善の方策を探ることが必要となる。

地域包括ケアシステムの構築に向けては、PDCA サイクルのプロセスが重要であり、検討委員会や運営協議会を構成する事業者・団体や住民等には、計画（Plan）・実施（Do）・評価（Check）・処置（Act）の各項目について役割を果たし、地域包括ケアシステム構築の推進力の一つとなることが期待される。特に、地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、初期集中支援チームの運営や活動を支援していくことは重要となる。

一方、初期集中支援に係るチーム員は、事業が自治体やビジョンに基づいて行われるものであることを十分に認識しておくと共に検討委員会の役割を理解しておく必要がある。

### 3 初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整

#### （1）地域包括ケアシステムの構築を進めるための戦略

地域包括ケアシステムが推進されるための条件として、適度な規模、すなわち適正な圏域設定がなされなければならない。つまり、大きすぎても、小さすぎても良くない。これは、良い地域包括ケアシステムは、様々なレベルで患者あるいは、利用者らとの関わりと参加を促すプロセスを備えていなければならないからである。

彼らのニーズや好みをより良く理解するため、また、彼らのニーズを達成する際に適度な規模でのサービス提供体制を編成できることが、今後の地域を基盤とした統合的なケア提供の効果をより大きくすることになる。諸外国ではすでに適切な規模、圏域設定をどの程度で実施すると効果があるかを検証した研究は、これまでにいくつか散見される<sup>8) 9)</sup>。

このため、例えば、認知症の早期診断をするためのシステムを最も有効に機能させるためには、どのくらいの人口規模が適切であるかを考える際に、むしろ、このシステムに必要とされる医師の人数や診療所の数から考えるという戦略も必要であろう。もちろん、その際には、医師への臨床におけるチームケアを推進するための研修や、リーダーシップ訓練やプロジェクト管理についての支援が提供される仕組みがなければならない。

また、地域包括ケアシステム構築のための条件として、良く機能している情報システムがあげられるが<sup>10)-12)</sup>この情報システムのインフラを効率的にする方法論は、今後、とくに

重要となる。

これは一つの方法論であるが、例えば、日本で最も地域包括ケアシステムの構築が進められている自治体の地域包括支援センターでは、職員が当該自治体の圏域別の住民の医療、介護及び健康データベースにアクセスすることが可能である<sup>13)</sup>。このようなシステムが効果的に利用されるためには、センターの職員が新しいデータシステムと財政的・作業的・臨床的・管理的データの統合を行い、これを活用するための適切な訓練がされるガバナンスがなされていることが前提となる。

このように、地域圏域において、サービスに関する臨床と健康の包括的な範囲の中で、患者へ継ぎ目のないケアを提供するためのサービスの統合が成立するためには、解決すべき課題が少なくない。

しかし、この地域包括ケアシステムが、全国でさらに推進されていくためには、共同でケアの計画を立てるための多分野・多職種横断的な連携、アセスメントの情報の共有、学際的なケアマネジメントを行うための情報技術と意思決定プロセス、さらには、様々な組織や職種の従事者が共通の目標を持つことを促すことへの財政的な支援や、その他の奨励策を積極的に行うことは重要であろう。

## (2) 地域包括ケアシステム整備における市区町村の役割と各機関間の調整の実際

市町村内に複数の地域包括支援センターを設置している場合は、地域包括支援センター間の連絡調整、統合支援、関係機関とのネットワーク構築等、地域包括支援センターの活動の下支えとなり全体をとりまとめるような役割が必要になる。

地域ケア会議等の機会を活用して、地域包括支援センターが相互に課題を共有し、個別問題の解決能力や資源開発能力を高められるよう、保険者の責任のもとでこのような役割を果たせる体制を確保することも大切な視点といえる。これはランチ方式のセンター等を設置している市町村においても同様である。

市町村の中でもエリアの広さや社会経済状況などの影響を受けて、いくつかの地域特性が異なった区域が形成されることは多い。したがって、市町村という、ひとくくりではなく、地域の特性を考慮した課題を明確に把握することにより、当該地域包括支援センターの役割を、さらに明確にすることが可能となる。また、課題が明確になれば、それに対する施策を計画的に展開していく視点が求められることとなる。

その手段として、介護保険法第62条に規定する特別給付、同法第115条の48に規定する保健福祉事業を効果的に活用し、地域の実態に応じた保険者の裁量による独自のいわゆる横出しサービスを創出するなどの創意工夫も一つの役割となる。また平成24年度から新設された介護予防・日常生活支援総合事業においても、初期集中支援を側面から支える横出しのサービスや、インフォーマルサービスの開発の面で市町村の役割は期待されている。

認知症初期集中支援を遂行していく過程においては、高齢者福祉、健康増進、権利擁護関連など、さまざまな行政分野との関わりが発生する。行政に携わる職員の基本的な姿勢

としては、住民への支援・救済が行政の究極の目的であることを絶えず認識し、必要に応じて関係するセクションの職員が支援チームの一員に迅速に参加し、初期集中支援チームを孤立させないような環境整備への配慮がなされなければならない。

この初期集中支援チームにおける部分最適のみを目標とせず、各種医療機関等の医療保険担当セクションと要介護認定・保険給付管理・地域支援事業といった保険者の基幹業務を担う介護保険所管セクションとの連携を実現する全体最適の視野が重要となる。これは、認知症患者への支援が必要な被保険者等への対応を円滑に行うには、その実践を通して必要な事務の見直しや政策の見直しが求められる場合も少なくないからである。

こういった個別の対応を実現するためには、保険者、医療機関、介護保険機関、そして地域包括支援センターすべての理解が不可欠である。例えば、要支援判定を受けている認知症高齢者の初期集中支援を例にあげれば、介護保険担当所管は要支援認定結果の情報を地域包括支援センターに情報提供するし、地域包括支援センターは、予防給付における要支援認定者の改善や悪化の状況等を、介護保険担当所管に情報提供する。こういった相互の関係だけでなく、円滑なサービスの提供のために、事業所への丁寧な説明に協力することが求められている。

こうした体制を構築するためには、市町村主導による市町村の管内における事業者間の連絡調整体制を事前につくっておくことが必要である。

### (3) 地域包括ケアシステム整備における評価の考え方とその指標の例

これまで述べてきたように、地域包括ケアシステムの構築は、超高齢化社会となる日本にとってまさに喫緊の解決しなければならない政策課題となっている。ただし、統合されたケアの提供によって、どのようにケアが改善したかといったことを評価・測定する方法においては、国内外ともに十分とはいえない状況である。

これまでの評価に際しては、統合の実践にかかわる関係者の数や統合ケアの実践に係る様々なプログラムあるいは、システムの構成、その目標などが評価項目として、多く用いられてきた。しかし、統合が実現されたことを示す指標もそれほど多くはない。

例えば、システムレベルの統合を評価する指標としては、ヘルスケアの文脈においては、バランススコアカード(BSC)の適用例がある。BSCは、KaplanとNortonによって開発され<sup>14),15)</sup>、財政的なパフォーマンスを基本に組織のパフォーマンスの不適切性を計測するために開発がなされたものである。BSCは、組織の適合性について、「ビジョン、戦略、技術、文化」の固有の構成要素ごとに計測するために、それぞれを鍵となる指標を特定化するという方法をとる。

また、このBSCは、「戦略の成功に極めて重要な利害関係者のうち、誰のために何の視点で捉えるのか」といった点から、株主の利益に対して財務の視点、文字通り、顧客の利益に対して顧客の視点と業務プロセスの視点、職員に対して人材と変革の視点をもって、各視点に応じて戦略目標を立てる」手法と定義されている。



前述した から を行政機関の視点とするならば、 と は住民又は地域社会の利益の視点と利用者の視点、 と は行政であろうが、営利団体であろうが同じである。したがって、基本的には、市町村行政における目標は、「地域社会全体の発展向上による住民の福祉の実現」であり、「住民価値の創造とその成果の最大化」となる。これを達成する方策のひとつとして、認知症早期発見、初期集中支援チームが編成されると考えられる。

したがって、市町村においては、限られた地域の社会資源を用いて、成果の最大化を図ることが必要であり、このためには、目標には細かく、優先順位を付けることが、プロジェクトのはじめに設定されなければならない。また、限られた社会資源によって住民の価値の最大化を図るために、これら投入する資源には「集中と多様性のバランス」が求められる。

この他に、今回の事業には、「職員の成長」によって、組織目標の達成への貢献と自己実現の両者が達成されること、その結果として、「職員満足度」が高まり、これを繰り返して、上昇スパイラルを形成していくことが期待されている。

そして、このような行政経営の戦略を考え、決めていくこと、即ち、「意思決定」は、前にも述べたことであるが、住民の生活に影響を与え、住民の行動指針となるため、意思決定過程の透明性と住民参加ができる仕組みを考えなければならない<sup>16)</sup>。

このようなシステム全体にわたる成果を示すために、どのようなことを検討しなければならないかについては、先行研究があり<sup>17),18)</sup>「機能的な統合」、「臨床的な統合」、「専門家の統合」の三つの側面からの評価測定を行うことが提案されている<sup>19)</sup>。

地域包括ケアシステムに応用可能な統合ケアの評価・計測ツールについての研究はごくわずかである。その中では、BSC は、今日においては、よく利用されており、様々な機関がそのツールの使い方を説明している。おそらく、この BSC は適応性が高いため、システムのレベルにも提供者のレベルにも使える多目的なツールとなっていると予想する。

一方で、この BSC ツールは、統合自体を図るよりも、制度の実績、つまりアウトプットを一般的にはかるツールであるため、自治体ごとに、ビジョンに応じたアウトカムを設定し、これをベンチマークとした独自の評価指標を設定することが望ましいことには留意すべきである。

さて、地域包括ケアシステム構築に際しては、すでにこの基盤となる自治体における介護保険事業への取り組みの程度、つまり保険者機能について客観的に把握することが重要という知見が示されている。したがって、この保険者機能の構造を用いて、自治体は地域包括ケアシステム構築に向けた実施の程度を把握することも考えられよう。

以下で示した保険者機能評価項目は、平成 21(2009)年度にエキスパートレビューによって、以下の7つのカテゴリが設定され、「(1)事業計画・政策立案の状況」、「(2)地域連携の仕組みづくり」、「(3)自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「(4)介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」、「(5)介護サービス事業者支援」、「(6)サービスの苦情・相談体制」、「(7)高齢者虐待対応・権利擁護対応・やむを得ない事由による措置・成年後見

制度等」、これらの下位項目としては、40項目が選定された。

その後、回答率や法令根拠に基づいているかといった観点から、「(1) 事業計画・政策立案の状況」、「(2) 地域連携の仕組みづくり」、「(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援」、「(4) 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」「介護サービス事業者支援」、「(5) 高齢者虐待対応・権利擁護対応・「やむを得ない事由による措置」・成年後見制度関連」の5カテゴリ24項目に精査された。さらに平成25年度の研究事業によって、評価指標は構造化され、最新の評価指標は、全10項目で構成されており、各指標の特性に基づき以下の図に示すように大きく3部に整理された。これらの各部に属する評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」が設定された。

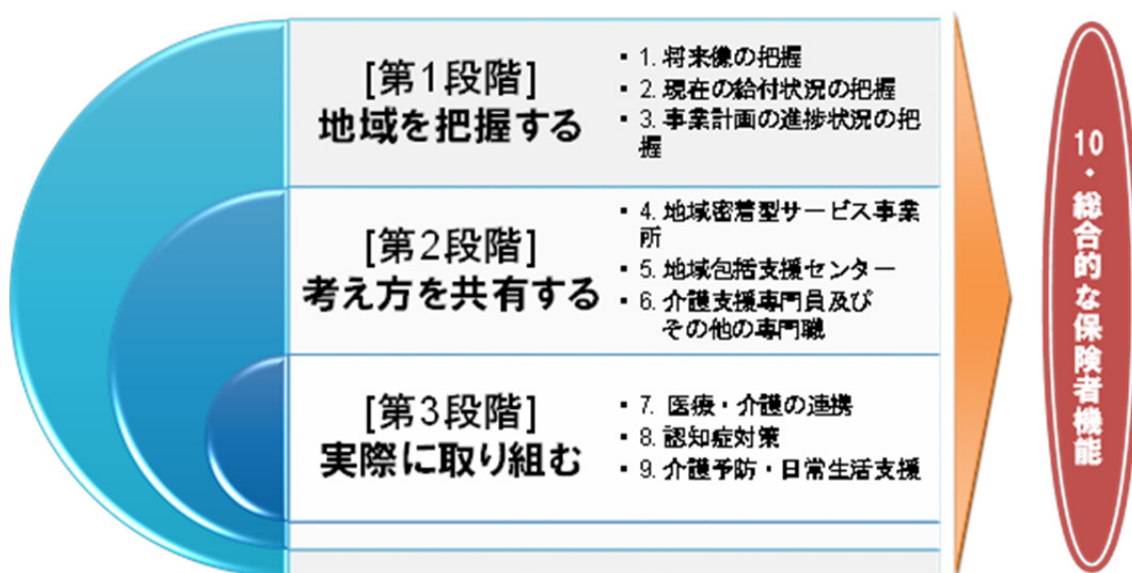


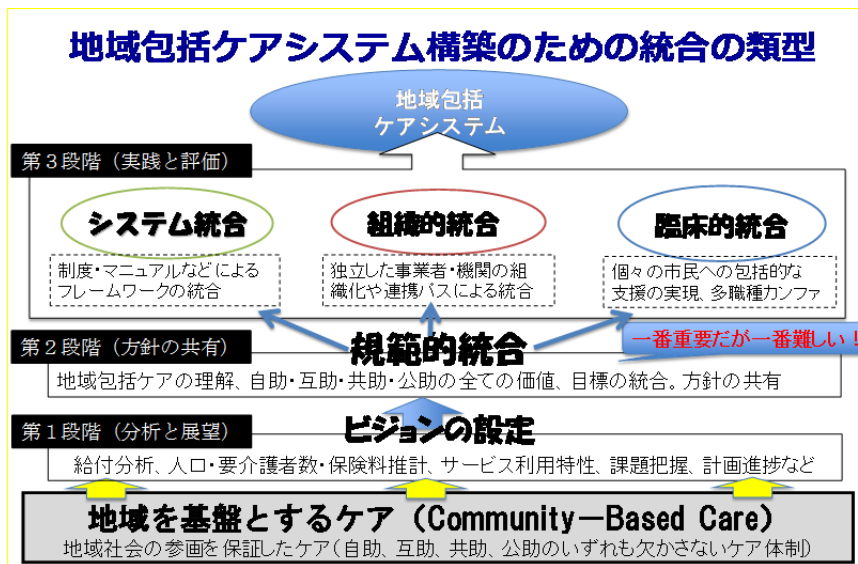
図6-2 平成25年度版保険者機能評価指標の構造<sup>20)</sup>

なお、このような保険者機能の構造化を行った背景には、地域包括ケアシステム構築を統合(integration)という側面から見た場合、統合的なケア提供システムを実現するためには、システム統合、組織的統合、臨床的統合、それぞれの区分における統合を実現する必要性が指摘されていること、これらの統合を実現するためには、組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有を示す規範的統合が重要と考えたからといえる。

この規範的統合は、第2段階(方針の共有)にあたり、これを踏まえることで、第3段階(実践と評価)の段階において、様々なケアの統合を実現するための実践を展開することができる。そして、これらの段階の前提となるのは、現状把握を基にしたビジョン設定

にあり、これが第1段階（分析と展望）にあたるものとした。

以上を地域包括ケアシステムの構築という観点から、これら様々な統合と保険者機能の構造の位置付けを整理し、以下の図6-3のようにまとめた<sup>21)</sup>。各自治体で地域包括ケアシステムを検討する際に参考になるものと考えている。



### 『統合』のための市町村（保険者）の役割

	説明	市町村（保険者）の役割	留意点
<b>規範的統合</b>	組織、専門職集団、個人間での価値観、文化、視点の共有、目標に向けた共通認識、動機の共有	市民、市民団体、介護・医療従事者、事業者団体、行政内部に対する価値観統合のために会議、事例検討、継続的な周知を行う	規範的統合は全ての者が行うべきだが地域包括ケアシステムづくりには市町村にその推進と管理責任がある。
<b>システムの統合</b>	制度・政策、ルール、フレームワークによる統合	制度づくり、連携・統合図表・要綱づくり等を行い、機能させるマネジメント	絵を描いただけでは統合せず、他の統合と合わせることでシステム統合は果たされる
<b>組織的統合</b>	組織（事業者団体、専門機関種別等）間でのネットワーク、戦略的連携	各種組織を機能面から垂直的・水平的につなげる働きかけ等をマネジメント	ネットワークづくりとも関連する。統合対象組織によって広域的対応が必要になる。
<b>臨床的統合</b>	個々の利用者のケア、サービスの統合	自立支援、尊厳の保持に資するケアになっているかを地域ケア会議等の場を活用し市町村が把握する	個別支援計画策定過程に町村介入すべきではないが、臨床的統合がなされているかを把握する責任がある。

図 6-3 地域包括ケアシステムのための統合の類型と市町村（保険者）の役割

	項目の考え方		項目
【第一段階】 分析と 展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 自治体（保険者）が責任を有する自らの地域の状況について、把握することは、保険者の基本業務であり、基本機能です。</li> <li>◆ 一般の民間企業にたとえると市場調査や、業況分析、経営計画の点検などが該当します。</li> <li>◆ この段階を適切に実施していない保険者は、仮に以降の項目で熱心な取組を行っているとしても、取組みが的外れであったり、財政上の課題を抱えるといった問題が生じるでしょう。</li> </ul>	1	2025年における地域の姿を推計していますか。
		2	介護保険給付の分析を行っていますか。
		3	介護保険事業計画の進捗状況を定期的に点検していますか。
【第二段階】 方針の 共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域の課題や状況を把握することで、取り組むべき施策は明確になってきますが、地域の関係者がそうした考え方を共有しなければ、取組みは実効性をもって展開しません。</li> <li>◆ 自治体（保険者）の職員数は限られており、地域全体を動かすためには、保険者の考え方を地域内で共有していること（規範的統合）が大切です。</li> <li>◆ 基本方針の伝達方法は、保険者によって様々な方法が選択できます。地域の規模や状況に応じて効果的な方法を選択します。</li> </ul>	4	自治体（保険者）として、地域密着型サービスに保険者の基本方針を伝えていますか。
		5	自治体（保険者）として、地域包括支援センターに保険者の基本方針を伝えていますか。
		6	自治体（保険者）として、介護支援専門員等の専門職に保険者の基本方針を伝えていますか。
【第三段階】 実践と 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 第二段階までを的確に実施することで、地域での取組がより有効になります。</li> <li>◆ ここでは、医療と介護の連携や認知症施策、生活支援の取組など、これからの自治体（保険者）が取り組むべき主要な課題が例示されています。</li> <li>◆ これらの取組について地域状況や人的資源に基づき最適な施策を検討します。他地域の事例を参照する場合も、その背景となる地域状況や経緯、人的支援の状況の違いを理解した上で参考にすることが大切です。</li> </ul>	7	自治体（保険者）として、医療と介護の連携について主体的な役割を果たしていますか。
		8	自治体（保険者）として、認知症施策について主体的な役割を果たしていますか。
		9	自治体（保険者）として、地域におけるボランティアやNPO、住民による活動に対する支援に関して主体的な役割を果たしていますか。
【総合】 保険者 機能の 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 各項目でより高い評価ができた保険者は、基本方針や客観的で検証可能な目標が設定されており、その達成のための保険者としてのマネジメントが行われている蓋然性が高いといえます。</li> <li>◆ 逆に、各項目の評価があまり高くない場合は、保険者としての基本方針が具体的なものでないか、方針に沿った検証可能な目標が設定されておらず、その達成のために必要な取組みが充分に行われていない蓋然性が高いといえます。</li> </ul>	10	保険者機能を総合的に評価してください。

## 参考文献

- 1) RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots FINAL REPORT: FULL VERSION (2012).
- 2) 大住莊四郎 . New Public Management : 自治体における戦略マネジメント . 「フィナンシャル・レビュー」(2005) p34
- 3) Vaarama, M., Pieper, R.(eds.) Managing integrated care for older people. STAKES, Helsinki. (2006).
- 4) Somme, D., Trouvé, H. Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées: l'expérimentation PRISMA France. In L'évaluation des 385-395, L'Harmattan, Paris. (2009).
- 5) Couturier, Y., Trouvé, H., Ganon, D., Etheridge, F., Carrire, S. & Somme, D. Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. Lien social et politiques, n.62 (2009).
- 6) Henrard, JC. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. Santé Société et Solidarité, 2:73-82. (2002).
- 7) Mackinsey's Health system and service practice. What does it take to make integrated care work? (2011)
- 8) Coddington DC, Fischer EA, Moore KD : Strategies for integrated health care systems. Healthcare Leadership & Management Report, 9:8-15 (2001).
- 9) Marriott J, Mable AL : Integration: Follow your instincts, ignore the politics, and keep your eyes on the ideal model. Canadian Journal of Public Health, 89:293-294 (1998).
- 10) Coddington DC, Ackerman FK, Moore KD : Setting the record straight: Physician networking is an effective strategy. Healthcare Financial Management, 55:34-37 (2001).
- 11) Hunter DJ : Integrated care. Journal of Integrated Care, 3:155-161 (1999).
- 12) Wilson B, Rogowski D, Popplewell R : Integrated services pathways (ISP): A best practice model. Australian Health Review, 26:43-51 (2003).
- 13) 東内京一 : 地域包括ケアと地域リハビリテーション--埼玉県和光市の取り組みを中心に. 地域リハビリテーション, 6(8):574-578 (2011).
- 14) Kaplan, R. S. & Norton, D. P. Putting the balanced scorecard to work. Harvard Business Review, 71:134-147. (1993).
- 15) Kaplan, R. S. & Norton, D. P. The balanced scorecard - measures that drive performance. Harvard Business Review, 70:71-79. (1992).
- 16) 関山昌人 . 顧客価値創造のための行政マネジメント第 5 回経営学者等の考えから学ぶ経営管理(下). 月刊地方財務 8月号 (2013) .
- 17) Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. M. Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. Health Care Management Review, 19, (1994).
- 18) Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. D., & Morgan, K. L. Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, 38:467-489. (1993).
- 19) Suter E, Oelke ND, Adair CE, Waddell C, Armitage GD, Huebner LA. HEALTH SYSTEMS INTEGRATION -DEFINITIONS, PROCESSES & IMPACT :A RESEARCH SYNTHESIS. Research Report on Arbata Health Service, Calgary Religion, (2007).
- 20) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社 . 平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」(2014) P31
- 21) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社 . 平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」(2014) P27-28

## ( 参考資料 )

### アセスメントに関する様式

- 1 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート (DASC)
- 2 認知症行動障害尺度 (DBD13)
- 3 Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBL\_8)
- 4 身体の様子チェック票 (チェック項目: 備忘録としてお使い下さい)

### 事業の実績報告様式 (案)

- 認知症初期集中支援チーム活動報告書 (個別事例集積票)

### その他 各種参考例

- \* ここに掲載している様式は参考例です。地域の実情で別途、工夫し作成ください
- \* 各地域の既存の様式で代用できるものがあれば、利用し工夫ください。

- 利用者基本情報 例
- 仙台市使用 DASC 裏面 (精神症状・行動症状等、身体症状、社会的困難を記入)
- 仙台市使用 サービス担当者会議の要点 (チーム員会議議事録として利用)
- モニタリング記録様式 例



## 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC) 認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID	ご本人の氏名:		生年月日: 大正・昭和		年 月 日 ( 歳 )		男・女		記入日 平成 年 月 日		
	回答者の氏名:		本人との続柄:		所屬・職種:		同居・同居		備考欄		
<b>認知機能障害・生活機能障害</b>											
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1点	2点	3点	4点	記憶	近時記憶				
2	5分前に聞いた話を思い出せません。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
3	自分の生年月日かわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	遠隔記憶				
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識					
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ						
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	問題解決				
8	一日の計画を自分で立てることができませんか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない						
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない						
10	一人で買い物はできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	買い物				
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない						
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない						
13	電話をかけることができますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない						
14	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	食事の準備				
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理			□本人 □家族 □その他( )	
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		入浴				
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL ①	着替え				
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		排泄				
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL ②	整容				
20	食事は一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		食事				
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題ない	b. 見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		移動				
<b>DASC 18 項目の合計点</b>						点	<b>DASC 21 項目の合計点</b>		点		

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13)認知症初期集中支援チーム版

ID	回答者氏名		年	月	日		
本人氏名	記入日						
生年月日	記入者氏名						
No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
3	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
4	日常的な物事に関心を示さない	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
5	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
6	特別な理由もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
7	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
8	やたらに歩き回る	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
9	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
10	口汚くのしる	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
11	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
12	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
13	明らかに理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1.ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4.常にある	
小計							
合計							点



Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) 認知症初期集中支援子一ム版

ID	記入日	0点				4点				備考
		思わない	1点 たまに思う	2点 時々思う	3点 よく思う	4点 いつも思う				
本人氏名	記入者									
回答者氏名	独居・同居の有無	独居・同居								
本人との続柄										
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。									
2	患者さんのそばにいると腹がたつことがありますか。									
3	介護があるので家族や友人とつきあいつらなくなっていると思いますか。									
4	患者さんのそばにいると、気が休まらなと思いますか。									
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。									
6	患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思っただことが ありますか。									
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。									
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。									
	小計									
	合計									点

－ 身体の様子をチェックについて －

①コミュニケーションのための基本的能力

- 訪問者との意思疎通が可能か  はい  いいえ  不明
- 目が見えにくい  はい  いいえ  不明
- 耳が聞こえづらい  はい  いいえ  不明

②衛生状態

- 身体は清潔か  はい  いいえ  不明
- 衣服は清潔か  はい  いいえ  不明
- 家屋、室内は清潔か  はい  いいえ  不明

③栄養状態

- 極度にやせているか肥満しているか  はい  いいえ  不明
- むくみがあるか  はい  いいえ  不明

④摂食状態

- 食事を拒否したり、食べないことがあるか  はい  いいえ  不明
- 食べ過ぎることがある  はい  いいえ  不明
- 食物を噛めるか  はい  いいえ  不明
- 食物をのみこめるか  はい  いいえ  不明

(上記 4 項目のいずれかがはいの場合は 食事摂取量、水分摂取量、食事回数、1 回の食事に要する時間を確認)

⑤排泄状態

- 尿失禁があるか  はい  いいえ  不明  
はいの場合は (回数、量)
- 便失禁があるか  はい  いいえ  不明  
はいの場合は (回数、性状)
- 便秘があるか  はい  いいえ  不明

⑥睡眠状態

- 睡眠は良好か  はい  いいえ  不明  
はいの場合もいいえの場合も起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間を確認する
- 寝ていて大声をだしたり起き上がったことがあるか  はい  いいえ  不明

⑦その他 その他身体の状況で気がついたことがあれば記録に記載してください。

事例総括表

報告様式-2

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 訪問支援対象者総括表 ( ) 区/市/町

※入力は必要

介入時の状況(関わった当初及び以前の状況)

NO	性別	年齢	世帯状況	把握ルート	対象把握日	初回訪問日	訪問 基回数	チーム員 会議回数	目標達成前 実施の回	引継日	引継先	現在その地 の状況 (自由記載)	初回集中支援 終了日	転帰	モニタリング (1回目)実施 日	モニタリング (2回目)実施 日	モニタリング (3回目)実施 日	把握から初回 訪問までの日 数	把握から初回訪問から 把握まで の日数	把握から初回訪問から 把握まで の日数	認知症高齢 者の日常生活 自立度	認知症高齢 者サービスの 利用状況	主治医 との関係 診断の有無	介護サービス の有無	介護施設 への入居 状況	認知症支援 サービスの 利用	認知症高齢 者の日常生活 自立度	初期チームが関 与するまでの電 話の期間	
例 1	男	4	65~69	2 夫婦のみ	3 民生委員	H25.8.1	H25.8.15	3	1	1	H25.12.1	1 介護先	自由記載	H25.12.15	1 在宅継続				14	108	136	3 IIb	1 未利用	1 あり	1 あり	1 未利用	1	122	

(凡例) プルダウンのリスト表示

性別	年齢	世帯状況	把握ルート
1 男	1 40代	1 単身	1 本人
2 女	2 50代	2 夫婦のみ	2 家族
3	3 60~64	3 その他	3 民生委員
4	4 65~69		4 近隣住民
5	5 70~74		5 町内会
6	6 75~79		6 介護支援
7	7 80~84		7 その他
8	8 85~89		8 その他
9	9 90以上		

医師事務所か	引継先	転帰
1 医療 2 非該当	1. 介護支援 門員 2. 地域包括支援 センター 3. その他	1 在宅継続 2 入居 3 入院・入居 4 その他

認知症高齢 者の日常生活 自立度	認知症高齢 者サービスの 利用	介護施設 への入居 状況	介護サービス の有無	主治医 との関係 診断の有無	初期チームが関 与するまでの電 話の期間
1 I 2 IIa 3 IIb 4 IIIa 5 IIIb 6 IV 7 M	1 未利用 2 かつて利用 3 利用中	1 申請なし 2 申請中 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護1 6 要介護2 7 要介護3 8 要介護4 9 要介護5	1 未利用 2 あり 3 あり	1 既に診断 2 なし 3 診断なし	1 6ヶ月未満 2 6ヶ月~1年未満 3 1年以上2年未満 4 2年以上3年未満 5 3年以上5年未満 6 5年以上7年未満 7 7年以上



(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

## 利用者基本情報

作成担当者：

### 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳
住所		Tel ( )	Fax ( )
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 )		
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、・・・ ( )		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住所 連絡先			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

出典：「地域支援事業の実施について」  
厚生労働省老健局長通知  
平成18年6月9日 老発第0609001号  
最終改定平成24年4月6日 老発0406第2号

今までの生活				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

精神症状・行動症状等

いつ頃から、どのような症状があるのか(具体的に)

【精神症状】 例) 妄想(物を盗られた等)、幻覚、抑うつ、不安、焦燥、睡眠障害等

--

【行動症状】 例) 暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動等

--

その他、気がついた症状があれば記載して下さい

--

身体症状

現病歴(現治療中の疾患)

疾患名	いつ頃から	医療機関名

※現在内服している薬と処方先の病院

(市販薬や漢方薬も含め可能な限り全て記入)

例) 葛根湯・・・○△×内科クリニック

--

既往歴(過去に治療した疾患: 風邪など単発的なものは除く)

疾患名	いつ頃(何年、又は何歳)

最近、身体症状で気がついたことがあれば記載して下さい。

--

社会的困難

例: 独居、消費者被害、近隣とのトラブル・地域からの排除、介護負担、介護者の健康問題、虐待、老々介護、認々介護、経済的困窮等

--

仙台市はこの様式活用

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 利用者名 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						





認知症初期集中支援チーム員研修テキスト  
平成 27 年度版 (Ver.1)

発行：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
〒474-8511

愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地

Tel: 0562-46-2311

Fax: 0562-48-2373