

認知症初期集中支援チーム研修会

# 認知症初期集中支援チーム － 支援の進め方 －



国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター  
鷺見幸彦

# 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

## 基本的考え方

**認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。**

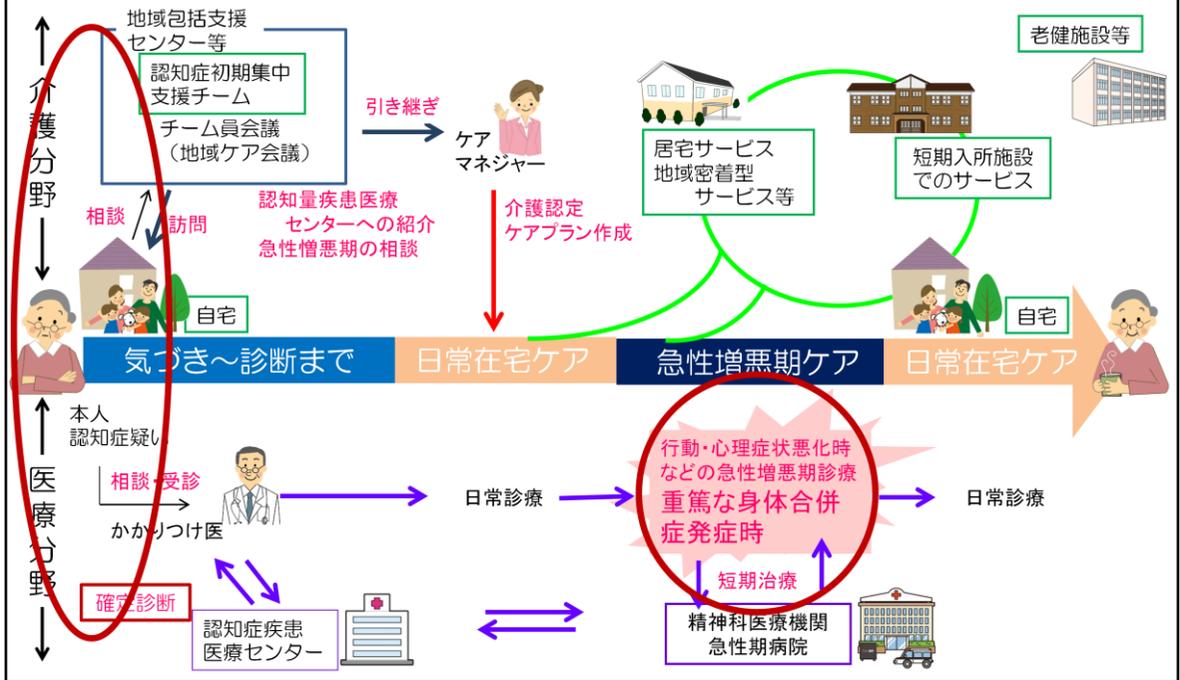
- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等の提供**
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい**地域づくりの推進**
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発の推進**
7. **認知症の人やその家族の視点の重視**

平成27年1月27日に新しい認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が提示された。平成26年11月におこなわれた先進8か国会議で認知症問題が取り上げられたことを背景に、認知症対策を省庁横断的に国家対策として取り組むことを示したものである。大きく7つの柱からなるが、認知症初期集中支援チームはこのうち、

2. 認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等の提供**と、
4. 認知症の人の介護者への支援の柱として取り上げられ、新オレンジプランのなかでも重要な試みとして位置づけられている。

# 認知症 ケアパスの概念図



認知症において、なぜケアパスが必要か

認知症は、病気の進行によって症状が変化する→症状によって、必要な医療・介護が異なる。

そのため症状・病期によって、誰がどのように支援をするかを明確にしておく必要がある。自治体/介護保険者が取り組む必要があるのは<地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定>である。

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等を、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示する。

この流れの中で多くの地域で問題となっているのが急性増悪期の対応と、また医療にも介護にもかかれていない時期の認知症の人への対応である。

初期集中支援チームは地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、認知症ケアパスの起点に位置づけられる。

## 認知症初期集中支援チーム創設の背景

- 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例が散見。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療やケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が多い。

モデル事業を開始するにあたって、創設の背景になった、医療介護の分野からの意見である。これまでのように受診を待つ受け身の対応では限界があることを示している。

# 認知症初期集中支援チーム

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及び  
その家族を訪問し、アセスメント、家族  
支援等の**初期の支援を包括的・集中的**  
**(おおむね6ヶ月)**に行い、自立生活の  
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、  
精神保健福祉士、社会福祉士、  
介護福祉士等)

専門医

(認知症サポート医嘱託可)

配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁

## 【対象者】

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  
以下のいずれかの基準に該当する人

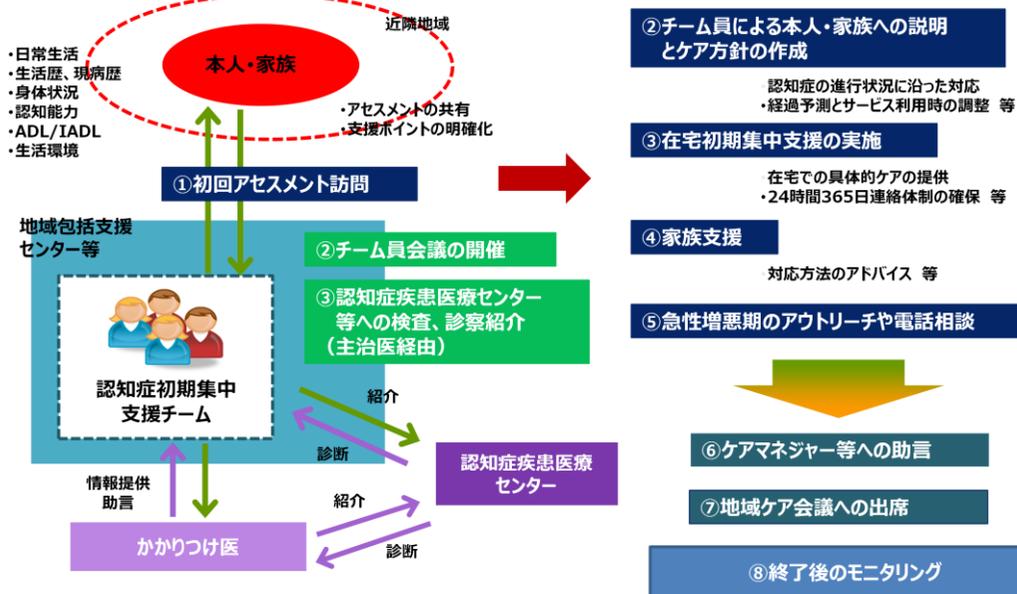
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、  
または中断している人で以下のいずれかに  
該当する人  
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人  
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人  
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人  
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが  
認知症の行動・心理症状が顕著なため、  
対応に苦慮している

認知症初期集中支援チームの概要を示す。ポイントは複数の専門職が、認知症の人や家族をこちらから訪問するということ。

この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味ではなく、初動 first touchを意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。

# 認知症初期集中支援の流れ（イメージ）

## 0 地域への啓発活動 チームの存在の周知



全体の活動の流れをイメージ図で示した。①から⑦の流れですすめ、適切な医療やケアにつなげていく。これらの活動の前提として重要なのは、0で示した地域への啓発活動、チームの存在の周知であり、これなくしては依頼そのものがでてこないことになる。もう一点特記すべきは、⑧に示した終了後のモニタリングで、引き継いだあとも継続して医療やケアをうけているかどうか、本人、家族に定期的に確認を行うことが求められている。引継終了が役割終了ではない。

## 普及啓発（広報活動）

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

各団体への  
働きかけ

市町村での  
認知症に関する  
普及啓発活動の  
推進

早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための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知っていただく必要がある。

対象となる関係機関や団体としては医療機関、介護サービス事業所、医師会、ケアマネジャーの団体、家族の会、地域住民などがあげられる。

普及啓発の手法としては説明会やセミナーの開催、巡回説明会の開催、会報や紙面での紹介が考えられる。

あわせて市町村での認知症に関する普及啓発活動への積極的な取組みが重要であり、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、をすることになる。具体的な普及啓発、研修の推進のための手法としては普及啓発用の媒体（パンフレット）の作成、配布の実施、サポーター養成講座の積極的開催、認知症の人や家族の体験に触れる機会を持つなどがある。

## どのような人が対象となるのか

### 年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、 在宅で生活している人

- 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
- 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・心理症状により対応に苦慮している事例

対象者は年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している者とした。40歳以上とすることで若年性認知症も対象となる。一方で精神疾患の混在が避けられないため鑑別が必要となる。

具体的な関与すべき対象者は

1. 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とする
  - 1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない
  - 2) 継続的な医療サービスを受けていない
  - 3) 適切な介護保険サービスに結び付いていない
  - 4) 診断されたが介護サービスが中断している
2. 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・心理症状により対応に苦慮している事例
  - 1) 家族、関係者が対応に苦慮している事例  
処遇困難事例の場合の例（精神疾患の合併、社会的困難；  
独居、近隣からの苦情、老老・認認介護、消費者被害者 等）

である。

チームのサービス許容量を超えて対象者がいる可能性があるが、その場合には地域の資源の実情に応じて、以上の項目に留意し対象者の優先度を決定する。

# 対象者の把握

## 地域包括支援センターが入手した情報が主体

### ● 情報を待つ

本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等

### ● 情報を取りに行く

二次予防対象者把握事業（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）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

このような対象者をいかに把握できるか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さまざまであろうことが推察される。一般的には把握の主体は地域包括支援センターが入手した情報であることが多い。地域包括支援センターにおける把握に至る経路は多様である。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になる。

その場合に地域包括支援センターに情報がく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、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等）と二次予防対象者把握事業（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がありうる。

## 認知症初期集中支援チーム設置の要件

● **事業の実施主体** 市町村

● **チームの設置場所** 市町村

ただし、地域包括支援センター、  
訪問看護ステーション、診療所等に委託可能

● **設備要件**

対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設

認知症初期集中支援チームの実施主体は、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ものとする。

チームの設置場所は、市町村とする。ただし、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託可能とする。

設備要件としてはチーム員を設置する施設は、対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設とする（24時間365日）。

## 認知症初期集中支援チーム設置の要件（2）

### ● チーム員の人員配置要件

チーム員は以下の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。

- 1 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
- 2 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
- 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

### ● チームの活動体制

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員\*1と介護系職員\*2それぞれ1名以上で訪問する。
- 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。
- チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。  
\*1 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等 \*2 介護福祉士、社会福祉士等

#### 【チーム員の人員配置要件】

チーム員は以下の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。

- 1 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
- 2 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
- 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

上記チーム員に加えて、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アドバイスが可能な専門医を確保すること。

#### 【活動体制】

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員\*1と介護系職員\*2それぞれ1名以上で訪問する。
- 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。
- チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

\*1 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等

\*2 介護福祉士、社会福祉士等

## モデル事業との変更点 医師以外の専門職の要件

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
- ・認知症ケアの実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- ・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

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

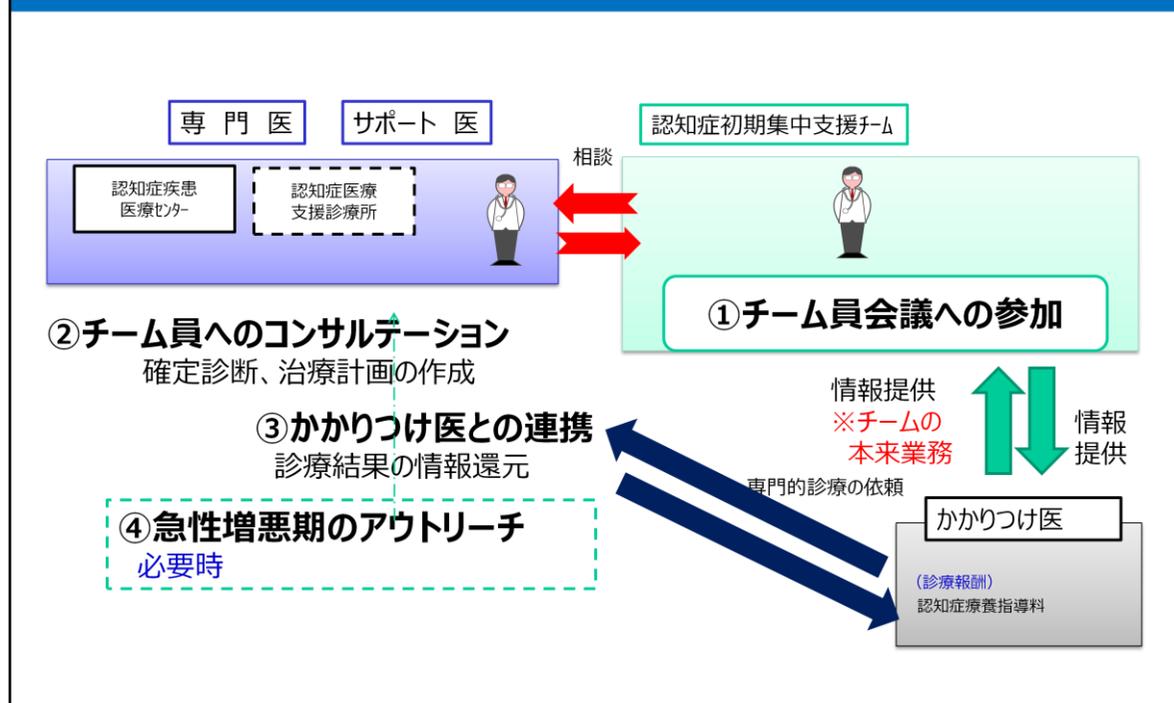
- ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- ・認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

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**

地域支援事業に移行するにあたって、要件の変更が行われた。スライド下線部分が変更点である。これは1741市町村に広く研修を行うが、一つの行政単位に複数の支援チームがあることがあり、全員参加を義務づけた場合に、研修がおいつかないという問題があるからである。一方チーム員の質の確保はきわめて重要であり、受講したメンバーが十分な伝達講習ができるようにする必要がある。

# 認知症初期集中支援チームへの医師の関与



初期集中支援チームに専門医はどのように関与することが求められているのでしょうか。まず第一に最も重要な役割は認知症の診断と治療計画の作成である。またすでに診断のついている場合は、治療のコンサルテーションをうけることも求められる。

第二に対象者にかかりつけ医が存在する際には、かかりつけ医に認知症の状況を情報提供する。専門医が認知症疾患医療センターにいる場合には、かかりつけ医から専門診療を依頼する形にすることによって診療点数上のメリットも生じる。

第三の役割は急性増悪期に直接患者の自宅を訪問することがあるが、モデル事業では実際に自宅を訪問する機会は少なかったと報告されている。これらの検討をするためにチーム員会議への参加が求められる。

# かかりつけ医との連絡票

クリニック

先生 御侍史

市認知症初期集中支援チーム

認知症サポート医

市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。

市 認知症初期集中支援チームでサポート医をしております  
と申します。

先日チーム員から貴院 通院中の \_\_\_\_\_ さん \_\_\_\_\_ 歳

年ごろから貴院通院開始

について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

## 現在の問題点

- ・
- ・
- ・
- ・

今後またいろいろご相談することがあるかと思えます。

今後もなにとぞよろしくお願い申し上げます。

## モデル事業との変更点 チーム員医師の要件について

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。

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。）**

医師の要件も変更になった。専門医に関しては、今後5年以内にサポート医研修を受講する予定のあるものも可とし、一定の猶予が与えられた。

また認知症サポート医に関しては、「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」が緩和され、「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。）」と改訂された。

## 初回家庭訪問の実施（1）

- 複数で訪問
- 訪問所要時間はおおむね2時間以内

訪問時のチーム員人数は複数以上とする。2-3名が望ましい。これによって本人と介護者から同時に情報をえたり、一人が直接対応し、一人が記録や室内の様子を観察したりできる。また安全上の問題もクリアできる。

訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とする。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。

## 初回家庭訪問の実施（２） 訪問時の留意点と記録

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行う
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 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
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応を想定しておく
- 7) 対象者の台帳を作成し、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考慮

### 訪問時の留意点及び記録

#### 訪問時の留意点としては

- 1) 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、情報共有の出来る仕組みを確保すること
- 2) 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
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行うこと
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 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
- 6) 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方法を取り、対応方法について各関係機関と協力のうえ、支援を図ることが有用である。  
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。以下の説明を行いながら信頼関係の構築をはかる。
  - ①チームの役割の説明
  - ②個別支援内容の項目（家族のいる場合、独居の場合）
  - ③チーム員の役割分担
- 7) 対象者の台帳を作成し、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考慮されるべきで

ある。

## 情報収集-どのような情報を得るのか-

### 情報収集の項目

- 情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、ケアマネジャー、その他）
- 基本情報（氏名、住所、生年月日等）
- 本人の状況（経済状況、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）
- 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

### 情報収集の項目

まず情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、ケアマネジャー、その他）は誰なのかが重要である。また同時にどの程度認知症のひとと接する時間、時間帯があるのかを調べておく。

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、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、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-情報収集時の留意点一

原則、本人や家族からの情報を基本とする。

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、既に地域包括支援センター等が関与している場合



要介護認定時の情報やサービス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

**同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失**

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、既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。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無駄も大きい。上記情報の共有のできるしくみを自治体内で検討し無駄のない調査項目に整理することが求められる。

## なにを評価するのか

1. 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
  - DASC
  - DBD13（認知症行動障害尺度）
2. 家族の介護負担を判定するツール
  - Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版の導入（スコアによる数値化が可能）
3. 身体状況のチェック
  - 初回訪問時の身体状況のチェック
  - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
  - 医療情報（検査データ、薬剤処方 など）
4. 居住環境のアセスメント
5. 家族の介護対応力のアセスメント
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性のアセスメント

認知症の包括的アセスメントの内容を示す。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、すでに有用性が確立している評価尺度を用いている。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粟田らの開発したDASCを、認知症にともなう行動障害を評価するためにDBD13（認知症行動障害尺度）を用いる。

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Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版を導入した。身体状況のチェックでは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。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、自立の可能性のアセスメントを行う。

## モデル事業との変更点 観察評価票について

また、以下の観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。なお、以下の観察・評価票に加えて、他のものを利用することは差し支えない。

<観察・評価票>

- ・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)
- ・認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 13)
- ・Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目(Zarit Burden Interview: J-ZB1\_8)
- ・身体の様子チェック票

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。

本事業では観察評価・項目については特に限定せず、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票であれば、その地域でこれまで使用してきた指標を使用してよいことになった。

## 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント

(Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System)

### <長所>

- 認知機能と生活機能を網羅的に評価できる
- IADLの項目が充実しており軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい
- 国際的な重症度評価尺度CDRに対応している
- 4件法で評価しているために機能変動をカバーできる
- 設問は具体的である
- 簡便で、短時間で実施できる
- 評価方法も単純
- 簡単な研修を実施することによって、認知症の基本的な理解と認知症総合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理解することができ、かつ必要な支援の目安がつけられる

### <課題>

- 言語機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない

栗田の図を改変

モデル事業で使用した地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント(DASC : Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System)の利点をあげた。

# Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC-21

認知機能障害・生活機能障害		1点	2点	3点	4点		
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。	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	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	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		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	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	時間
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		場所
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		道順
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	判断・ 問題解決	問題解決
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		社会的 判断力
8	一日の計画を自分で立て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		買い物
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	家庭外の IADL	交通機関
10	一人で買い物に行けますか。	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		金銭管理
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	家庭内の IADL	電話
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		食事の 準備
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		服薬管理
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	身体的 ADL	入浴
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		着替え
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		排泄
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		整容
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		食事
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		移動
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		
21	トイレやお風呂などま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		

## 参考文献

1) : 粟田主一. 東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム (認知症・うつ予防と介入の促進)

# DBD13

No	質問内容
1	同じことを何度も何度も聞く
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
3	日常的な物事に関心を示さない
4	特別な理由がないのに夜中起き出す
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける
6	昼間、寝てばかりいる
7	やたらに歩き回る
8	同じ動作をいつまでも繰り返す
9	口汚くののしる
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする
11	世話をされるのを拒否する
12	明らかな理由なしに物を貯め込む
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう

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

DBD : Dementia Behavior Disturbance Scale (認知症行動障害尺度)  
は、認知症に伴う行動面での様々な異常を観察によって評価する尺度である。28項目からなるが初期集中支援チームではできる限り簡素化するために町田らが開発した13項目版 (DBD13) を使用する。

## 参考文献

- 1) 町田綾子 日老医誌 2012 : 49 : 463-567

## 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

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

項目	質問内容	思わない	たまに	時々	よく	いつも
		0点	1	2	3	4
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がづらくなっていると思いますか。					
4	患者さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか。					
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。					

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

Zarit Burden Interview (Zarit介護負担尺度日本語版) は最も標準的な介護負担尺度として知られており、本来23項目からなる。これも短時間で簡略に評価できる8項目の短縮版を採用している。

#### 文献

1) 荒井由美子ほか：Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-Zarit\_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

# ー 身体の様子をチェック ー

## 1. 全身観察

- ①身体機能 移動・運動能力がわかりやすい 視力 聴力も
- ②コミュニケーション能力 会話が成立するか
- ③衛生状態 服装 皮膚の状態から
- ④栄養状態 るい瘦 肥満
- ⑤摂食状態
- ⑥排泄状態
- ⑦睡眠状態 まずは日昼おきていられるか
- ⑧精神状態 平静 興奮 うつ状態 など

## 2. 基礎データ

バイタルサインのチェック（血圧、脈拍、体温、呼吸数）と  
身体測定（身長、体重）

①から⑧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。詳細は別項で述べる。

## 初回訪問時の支援内容

1. 認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明  
- チームができることについてわかりやすい提示
2. 基本的な認知症に関する情報提供
3. 専門医療機関への受診が本人、家族にとってメリットがあることについて説明
4. 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについて説明

以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施

5. 本人への心理的サポートとアドバイス
6. 家族への心理的サポートとアドバイス
7. 具体的な各機関との連絡調整

初回訪問における基本的支援内容を示す。

まず認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明をチームができることについてわかりやすく提示して示すことが必要である。

その後に基本的な認知症に関する情報提供、専門医療機関への受診が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのか、介護保険サービス利用が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのかを説明する。

具体的な説明用のツールを用意する。初回はまず認知症初期集中支援チームについて知ってもらうことを最優先する。流れの中で本人への心理的サポートとアドバイスや家族への心理的サポートとアドバイス、具体的な各機関との連絡調整にまで進むことも起こりうるが、個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施する。

# チーム員会議の開催

- いつ行うのか** 初回訪問終了後 **必須**  
介護保険サービス引継ぎ前 **必須**  
その間は随時
- メンバー** 認知症専門医を含むチーム員 **必須**  
必要に応じて 地域包括支援センター職員  
かかりつけ医、担当する介護支援専門員、市町村関係課 等

## 会議の内容

アセスメント内容の総合チェック



専門医療機関への紹介の必要性の検討、  
受診に向けた適切な方法の検討  
本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言



初期集中支援計画の検討

初回訪問後にチーム員会議を行う。初回チーム員会議の果たすべき機能は、まずアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者および介護者に対してどのような医療、介護が必要かをマネジメントする。そして初期集中支援計画を立案する。初回会議の参加者は認知症専門医を含むチーム員と対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員が必須であり、必要に応じてかかりつけ医や担当するケアマネジャー、市町村関係課職員を招集する。同様の会議は随時行われるが、介護保険サービスへの引継ぎ前には必ず開催する。  
チーム員会議の様式、記録の作成と保管を各地域の実情に合わせた形で行う。

# 初期集中支援の実施

## 初期集中支援の内容

1. 受診勧奨・誘導
2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導
3. チーム員による支援
  - 本人・家族への教育的支援
  - 重症度に応じたアドバイス
  - 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）
  - 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

初期集中支援の内容は、まず受診勧奨・誘導である。認知症かどうかの診断がつかない状態では適切な介護計画は立てられない。チーム員会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けをおこない、受診に至るまで支援を行う。ある程度診断がついたところで介護保険サービスの利用の勧奨・誘導を行う。本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。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うえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。そしてチーム員による直接支援が加わる。具体的な支援内容としては、本人・家族への教育的支援（参考）敦賀温泉病院チェックリスト、重症度に応じたアドバイス（参考）生活支援アンケートから既存資料あり）、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）、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。

初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、最長で6ヶ月をめどに支援の達成を目指す。6ヶ月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ。

支援の頻度はとくに定めないが、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容はチーム員会議で確認する。

# 初期集中支援時の媒体 -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情報

医療情報、医療資源、人材  
介護サービス資源について  
インフォーマルなサービス など



**地域の最新の情報の収集が必要**

前の項目で示したように、本人、介護者にわかりやすい、説明用のツールが必要となる。どのような項目の説明ツールが必要かを列挙する。

基本的媒体としては、認知症とはいかなる病気であるかを説明する。治療や家族の対応に関する説明はすぐにでも必要である。行動心理症状に関する説明も時期を見て行っておく必要がある。同時に重要なのが、その地域の特性に合わせた情報でその地域の医療情報、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。

## 初期集中支援の終了

### チーム員会議にて判断

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、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判断された場合に、終了



### 通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定

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定。

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、実施要綱上においても、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。

## 例) 介護保険サービスへの引継ぎ

### 1. 引継ぎ方法

- ① 対象者の自宅への同行訪問
- ② チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加
- ③ チーム員によるケアプラン作成時への支援
- ④ チーム員がサービス調整会議へ参加する

### 2. 引継ぎ内容

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

⇒ 情報を引き継ぐための様式の整備が必要

初期集中支援が終了したのちには、介護保険サービスへの円滑な引継ぎが求められる。  
チームからの引継ぎは、以下の4つの方法が考えられる。

- ①対象者の自宅への同行訪問
- ②チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加
- ③チーム員によるケアプラン作成時への支援
- ④チーム員がサービス調整会議へ参加する

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。

## 引き継ぎ後のモニタリング

1. モニタリングの実施主体：認知症初期集中支援チーム
  2. モニタリングの間隔：（モデル事業では原則として2ヶ月毎）
  3. モニタリングの方法
    - 本人宅への訪問の実施
    - 引継ぎケアマネジャーへの聞き取り等
  4. モニタリングの内容
    - 経過におけるアセスメントに基づく課題と支援計画の妥当性
    - 家族の負担度
    - 認知症に関する本人の状態像の変化
    - 改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか
    - 関係機関との情報共有状況等
- ⇒ **結果をケアマネジャーに報告、助言**

初期集中支援チームの役割は引継ぎで終了するわけではない。引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必要がある。

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ヶ月毎とする。実施主体は認知症初期集中支援チームである。モニタリングの方法としては本人宅への訪問の実施、引継ぎケアマネジャーへの聞き取りなどがあり、継続がうまくいっていない場合にはケアマネジャーに報告、助言する。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。

認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか、関係機関との情報共有状況などである。これまでこのようなサービスのモニタリングは行われておらず、新しい試みである。

# 収集データによる「チーム指標」

	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

平成26年度のモデル事業では全国から情報を収集するためのソフトを開発し配布した。制作趣旨は、チーム活動の主要な指標について、統一的な定義・ルールに基づいたデータとして効率的に収集する、ことに置いた。また、検討のプロセスとしては、①収集すべき指標の検討、②そのために収集するデータ項目を決定、③項目は、数値的把握が可能かつ、操作の簡易性、実務との連動性などに配慮する、というものであった。チーム指標は、具体的な認知症初期集中支援の活動の流れに沿って、①情報収集、②アセスメント、③初期訪問支援、④チーム員会議、⑤初期集中支援、⑥サービス引継、⑦モニタリング、⑧費用、に分けて整理した。

25年度の収集項目をベースに、その取りまとめの際に必要なと考えられた新たな項目を加え、55項目を設定している。なお、項目には、地域ないしチームとしてのデータ、支援対象者となる個別の活動から得られるデータ、その両者の計算により得るデータがある。

# 収集データによる「チーム指標」(続き)

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	
⑤初期集中支援	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	
	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	
	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(転滞)	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】	

前のスライドからの続き。

# データ収集の必要性と方法

制作趣旨：チーム活動の主要指標について、統一的な定義・ルールに基づいたツールによって、個別の支援プロセスに沿った実績データを効率的に収集する



これらの指標を算出するために必要な専用プログラムを検討する際には、大きく「チーム・地域に関する入力項目」と「対象者ごとの個別支援の入力項目」の2つに分け、それぞれを個別の計算式を設定することから、必要となる、①活動に関するデータ、②支援効果に関するデータ、③費用に関するデータとして集計分析するプロセスを検討した。

具体的には、「チーム・地域に関する入力項目」は、高齢者人口等の基礎データ、チーム員の1時間あたり人件費のデータ、月ごとのチームとしての活動データ（チームとしての訪問回数、チーム員会議回数など）とした。また、「対象者ごとの個別支援の入力項目」は、対象者の年齢や認知症日常生活自立度などの基本情報、アセスメントの結果、訪問支援内容（時間や担当職種、個別の支援内容などは除く）、チーム員会議（取扱時間）、支援終了時の状況、とした。

①活動に関するデータは、チームとしての活動状況、対象者ごとの訪問回数、会議所要時間、支援期間などの指標を示す。②効果に関するデータは、アセスメント、診断、サービス利用等の把握・介入時と支援終了時の比較を示す。③費用に関するデータ、すなわち、対象者1人あたりの所要額は、全体の統一性を図る観点から、「訪問支援の人件費」と「チーム員会議に係る費用」を共通の積算データとし、それにかかる各入力項目から算出することとした。なお、この点については、チーム活動の基礎費用（車両費等のその他管理費）は含めないなどの検討を行った。

# 実施地域 平成26年度

都道府県名	実施市区町村名
北海道	砂川市、苫小牧市
宮城県	仙台市
山形県	長井市、白鷹町
福島県	福島市、郡山市
群馬県	前橋市、高崎市
埼玉県	和光市
千葉県	千葉市
東京都	世田谷区、町田市
神奈川県	茅ヶ崎市
福井県	福井市、敦賀市
山梨県	山梨市
長野県	駒ヶ根市、長野市
愛知県	名古屋市、碧南市
滋賀県	近江八幡市、米原市、長浜市
京都府	舞鶴市、宇治市
大阪府	大阪市
兵庫県	神戸市、たつの市
奈良県	三郷町
島根県	奥出雲町
岡山県	新見市、岡山市
山口県	宇部市
香川県	坂出市
福岡県	北九州市
熊本県	荒尾市、山鹿市
大分県	豊後高田市
鹿児島県	薩摩川内市、南大隅町
計	41

地域支援事業（任意事業）の枠組みで認知症初期集中支援チームを設置した自治体は、表の通りである。本事業と同じ老人保健健康増進等事業において並行して実施された認知症初期集中支援チーム員研修事業が行った7月初旬のチーム員研修を受け、また、本事業で実施した活動実績収集に協力を頂いた。

# 集計項目と対象者数の流れ 平成26年度



## 平成26年度事業の集計項目と対象者数の流れ

対象者データの提供のあった41地域について、平成26年4月1日から平成27年3月31日までの把握対象者のデータ N=969を対象に集計・分析を行った。

また、アセスメントの項目では介入時、終了時の2つの実施においてデータ入力のあった対象者に、支援の効果等を示す後半項目では、さらに上記の969人から支援終了者 N=582 に絞って集計・分析を行った。

集計項目ごとの対象者（N）数の流れはスライドのとおりである。

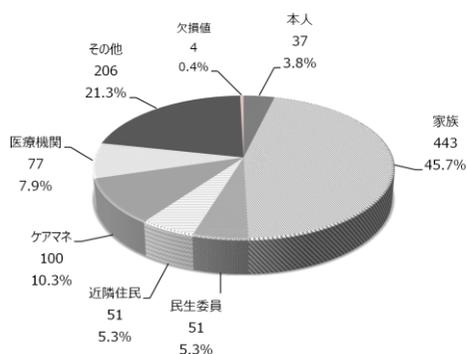
# 主な集計項目と対象者数の流れ 平成27年度



平成27年度3月末までの集計項目と対象者数の流れである。平成26年度までのモデル事業と異なり、各チームからの任意提出のデータであるが152地域166チームからデータが集積され、933人が対象となった。

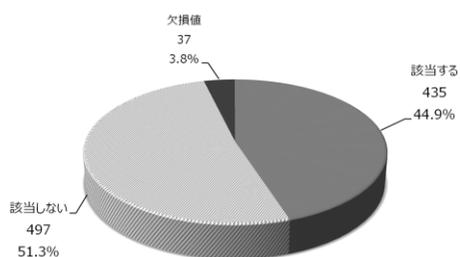
# 対象者概要 平成26年度

④把握ルート N=969



半数が本人家族  
1/4が近隣の人

⑤困難事例取扱 N=969

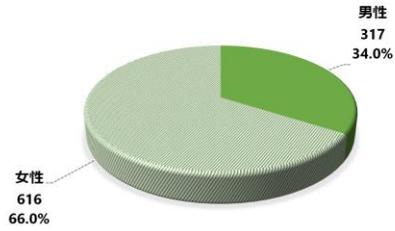


困難事例は45%

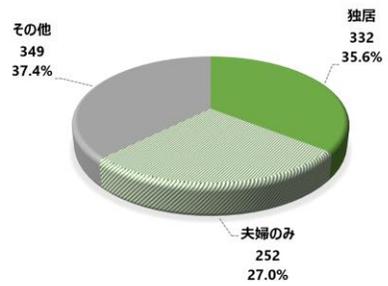
把握事例の把握ルートの割合は平成25年度と同様であった。困難事例取扱の割合はやや減少しているがこれも大きな違いはみられない。

# 対象者概要 平成27年度

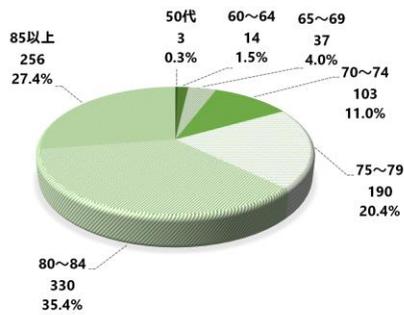
①性別 N=933



③世帯状況 N=933



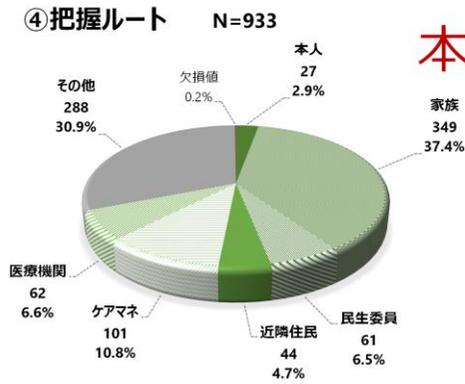
②年齢階級 N=933



2/3が女性であり、63%が独居または夫婦のみの世帯であり、83%が75歳以上であった。

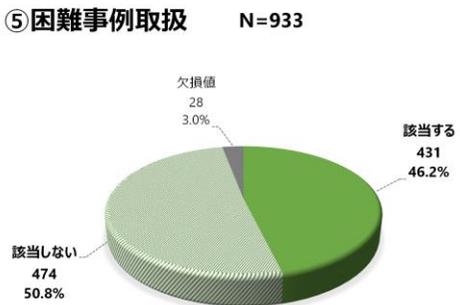
## 対象者概要② 平成27年度

### ④ 把握ルート



本人家族が40%

### ⑤ 困難事例取扱



48%が困難事例

把握事例の把握ルートの割合は、前年度モデル事業時と同様であった本人家族からの依頼割合はやや減少しているが、これも大きな違いはみられない。

## 介入時の状況 平成27年度

### ① i 医療の受診状況

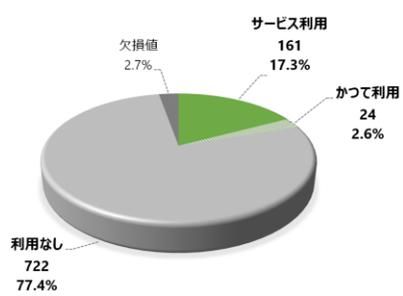
N=933



1/4が通院なし

### ② 介護サービスの利用状況

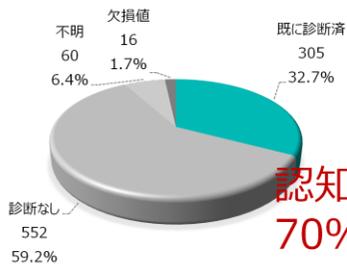
N=933



80%がサービス利用していない

### ① ii 認知症の診断

N=933

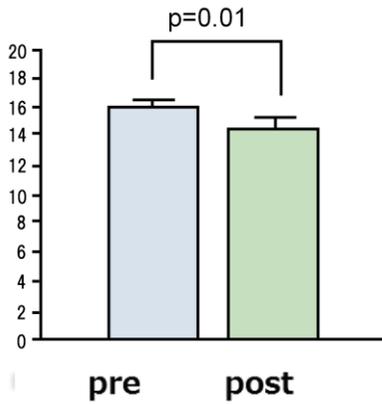


認知症の診断  
70%がついていない

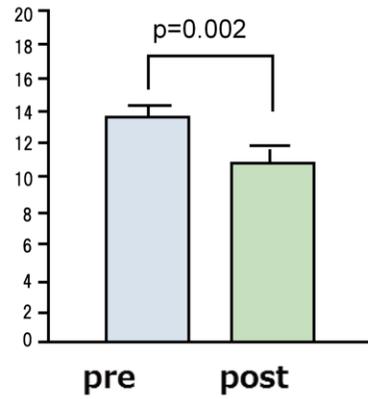
介入時の状況を示す。1/4が通院しておらず、80%が介護サービスを利用しておらず、認知症の診断がついている例は33%で70%は診断がついていない状況であった。

## 評価指標への効果 平成26年度

**BPSD**  
measured by DBD13



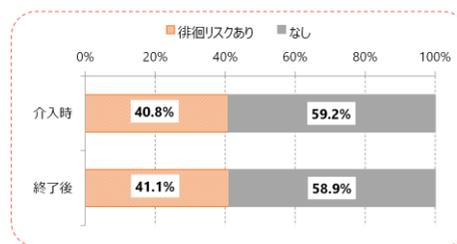
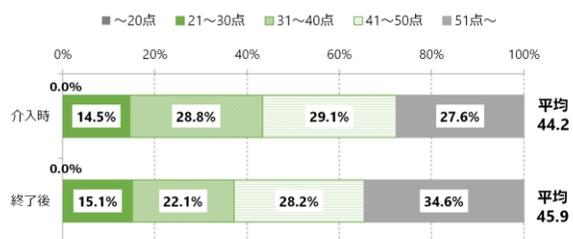
**Caregiver Burden**  
measured by J-Zarit\_8



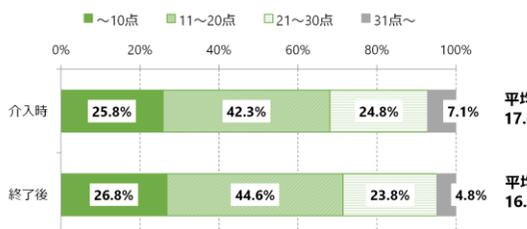
平成26年のデータでは BPSDの評価尺度であるDBD13と介護負担尺度である J-Zarit\_8が支援チームの介入時と終了時で有意に改善していることが示された。

# アセスメントの状況 平成27年度

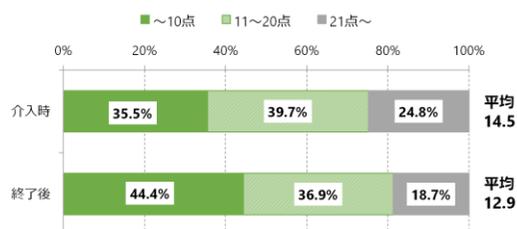
## ① DASC 介入時・終了後の実施者 N=358



## ② DBD13 同 N=298



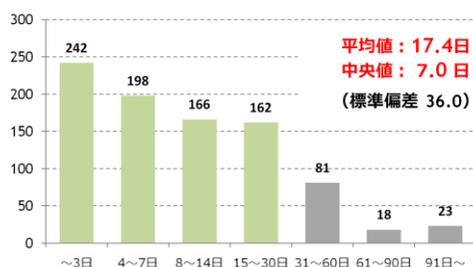
## ③ Zarit8 同 N=214



DASCのデータからは悪化傾向がみられるにもかかわらず、DBDは改善傾向にあり、Zaritは明らかに改善している。

# 支援期間 平成26年度

①「把握」～「初回訪問」 N=969 (欠損値79)



②「初回訪問」～「終了」 N=582 (欠損値13)



③医療・介護につながるまでの日数 (終了者のうち介入時未利用者の「把握」～「引継」まで日数)

	N	引継あり者	日数
医療につながるまでの日数	345	246 (71.3%)	77.6 (N198)
介護につながるまでの日数	443	358 (80.8%)	100.2 (N330)

平成26年度のデータでは、最初に把握してから初回訪問までの平均日数は17.4日であった。中央値は7日前後であり、初回訪問までに日数のかかった例があるため、平均値は伸びているが、多くは1か月以内にかかわれていることがわかる。

また初回訪問から終了までの日数は87.7日であり、目的の180日以内を達成していた。また医療介護とつながるまでの日数が短縮していた。

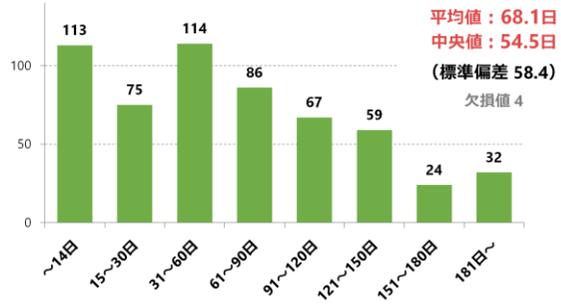
# 支援期間 平成27年度

①「把握」～「初回訪問」 N=899



②「初回訪問(支援開始)」～「引継」 N=574\*

\*介入時、医療・介護未利用者で、いずれかに引継



③医療・介護につながるまでの日数

(介入時各未利用者、「把握」～「各引継」まで日数)

	未利用者	引継あり	日数	
医療につながるまでの日数	701	436 (62.2%)	75.3	(N420)
介護につながるまでの日数	746	608 (81.5%)	94.5	(N594)

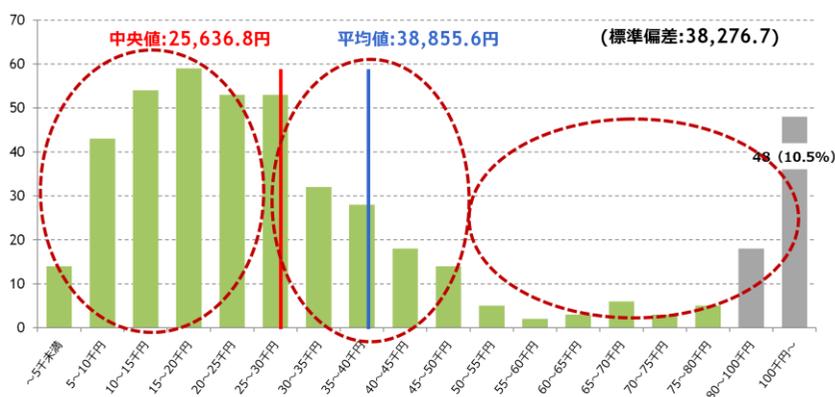
平成27年度のデータでは、最初に把握してから初回訪問までの平均日数は15.2日とやや短縮している。中央値は8日前後であるが、多くは1か月以内にかかわれていることがわかる。

また初回訪問から終了までの日数は68.1日であり、目的の180日以内を達成していた。

# 所要額(対象者あたり費用) 平成26年度

	N=458 (終了者のうち、欠損値を除く)	昨年度
対象者あたり所要額 平均	38,855.6 (円)	35,703 (円)
(中央値)	25,636.8 (円)	

※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、②チーム員会議にかかる費用)



チームごとの職種別の単価、チーム員会議の単価、および対象者ごとの訪問支援回数等とチーム員会議取扱時間などから算出した所要額の状況を見ると、終了者のうち上記4要素に入力漏れがなかった458人の平均では38,855.6円、中央値は25,636.8円であった（標準偏差は38,276.7）。

なお、昨年度の平均値である 35,703 円からは約3,000円の増となっているが、データ収集方法や1人あたりの費用に含まれる要素の違いもあり、単純比較は難しい。分布を見ると中央値の25,000円以下の低費用群、25,000円から50,000円の中費用群、50,000円以上の高費用群に分かれる傾向がみられた。

# 所要額(対象者あたり費用) ① 平成27年度

	N=725 (欠損値を除く)
対象者あたり所要額 平均値	34,478.1 (円)
(中央値)	21,825.7 (円)

※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、②チーム会議にかかる費用



## 職種別単価・チーム員会議単価 平成26年度

N=41 地域

医師	10,683.4	円/時
保健師	2,444.9	円/時
看護師	3,273.1	円/時
作業療法士	3,027.6	円/時
社会福祉士	2,504.6	円/時
介護福祉士	1,985.1	円/時
その他	3,565.5	円/時
チーム員会議	17,855.3	円/時

職種別単価・チーム員会議単価を示す。

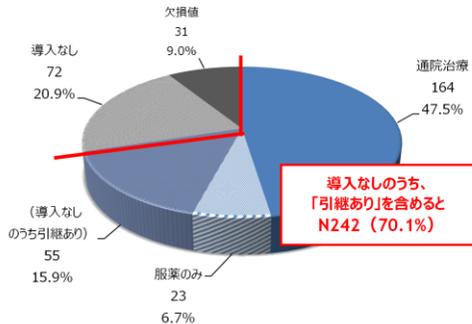
対象者への訪問支援、チーム員会議の実績から1人あたりの所要額を算出するための基礎データとして、チームごとにチーム員の職種別に1時間あたり単価とチーム員会議開催費用を入力頂いた。

スライドは41地域の平均値を一覧にしたものである。専門医（医師）は10,683.4円、以下、保健師2,444.9円、看護師3,273.1円、作業療法士3,027.6円、社会福祉士2,504.6円、介護福祉士1,985.1円と続いた。また、チーム員会議の1時間あたりの開催費用は17,855.3円であった。

# 終了時の状況 平成26年度

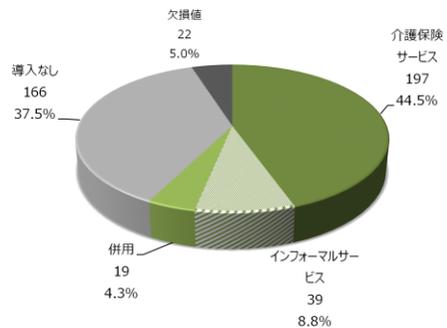
## ① i 医療(通院・服薬)の利用状況

終了者のうち、介入時医療未利用者 N=345



## ② 介護サービスの利用状況

終了者のうち、介入時介護未利用者 N=443



## ① ii 認知症の診断

終了者のうち、介入時未診断者 N=400

診断導入(予定含む) 66.0% (N264)

アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	その他	欠損値
139	21	14	7	18	55	10
54.7%	8.3%	5.5%	2.8%	7.1%	MCI 14 他精神疾患 18 うつ 1 正常 13	欠損値 9

終了時の状況として、まず、医療（通院・服薬）の利用状況（① i）について、終了者で介入時医療未利用者345人のうち、「通院治療」が164人（47.5%）、「服薬のみ」23人（6.7%）、「導入なし」127人（36.8%）、欠損値31人となった。

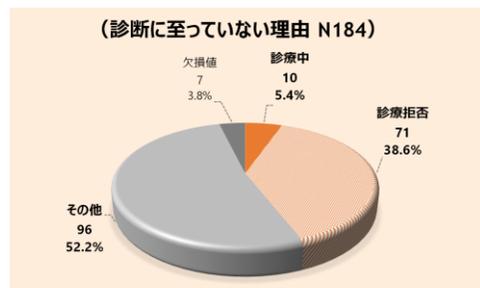
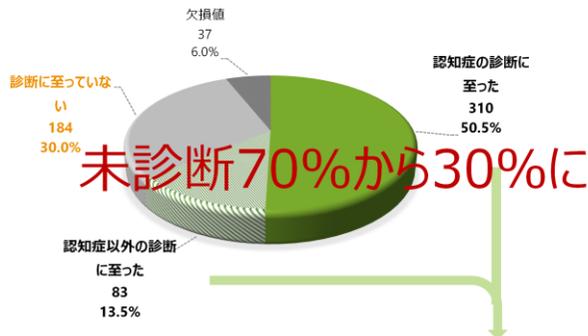
もっとも「導入なし」「欠損値」158人のうち、『引継あり』は55人にのぼり、上記にこれを含めて考えると、242人（70.1%）が介入時未利用から医療につながったと考えられる。

続いて、認知症の診断（① ii）については、終了者で介入時未診断者345人のうち、「診断」導入に至った（予定を含む）のは264人（66.0%）であった。

その264人の診断名内訳は、「アルツハイマー型認知症」が139人、「血管性認知症」が21人、「レビー小体型認知症」14人、「前頭側頭葉変性症」7人、「混合型認知症」18人、「MCI」が14人、「MCIを除いたその他」32人であった（その他32人の内訳は、「その他の精神疾患」が18人、「うつ」1人、正常が13人であった）。一方、介護サービスの利用状況（②）は、終了者で介入時介護未利用者443人のうち、「介護保険サービス」の利用が197人（44.5%）、「インフォーマルサービス」が39人（8.8%）、「併用」が19人（4.3%）であった。

# 引継(終了)時の状況 ～診断～平成27年度

## ① i 診断の導入 介入時「診断なし」、「不明」 N=612



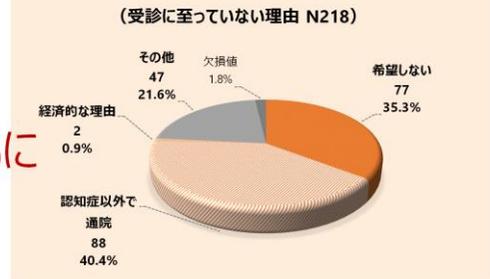
## ① ii 認知症の診断 診断導入 64.2% (N393 : 診断に至った310+83)

アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	その他の認知症	その他	欠損値
196	15	17	12	10	24	87	32
49.9%	3.8%	4.4%	3.1%	2.5%	6.1%	MCI 18 うつ 10 他精神疾患 38 正常 21	

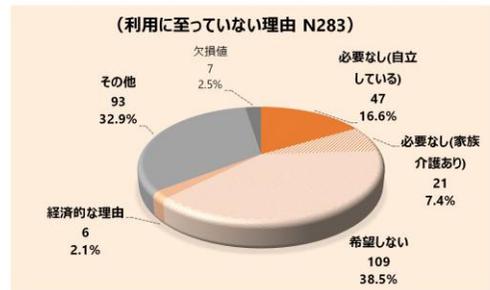
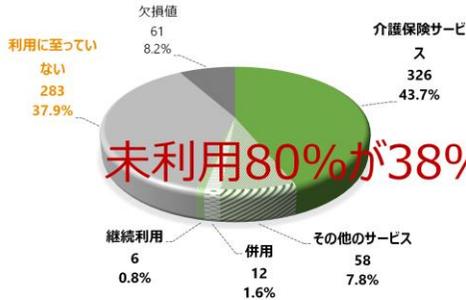
診断の導入については、介入前は70%が未診断であったが、30%まで減少している。未診断の理由として介入拒否が4割近くある点は問題かもしれない。

# 引継(終了)時の状況 ～医療・介護導入～平成27年度

## ② 医療の導入 介入時「認知症以外通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」 N=701



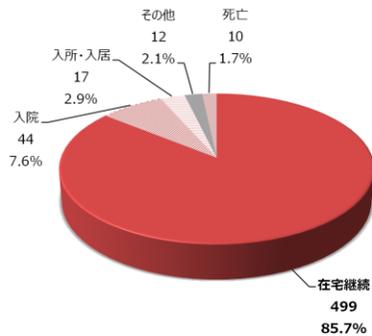
## ② 介護サービスの導入 介入時「以前は利用」、「利用なし」 N=746



医療の導入では、通院18.6%が32.5%に増加し、介護サービスの導入では、未利用80%が38%に減少した。医療、介護とも希望しないが、35～40%近くあって、これが本当に「必要ない」群なのかどうかは疑問である。

# 終了時の状況 平成26年度

## ① 転帰 N=582



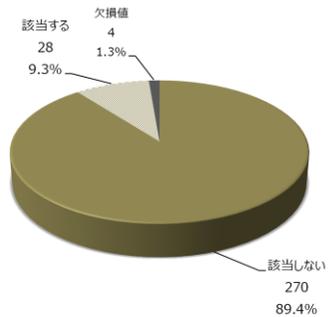
	N=499	昨年度
在宅継続割合	85.7%	88.0%

下がった理由は入院の増加

## ② 不適切事例

モニタリング後に、何らかの理由により、継続支援が出来ていない事例

### 終了者のうち、モニタリング実施者 N=302



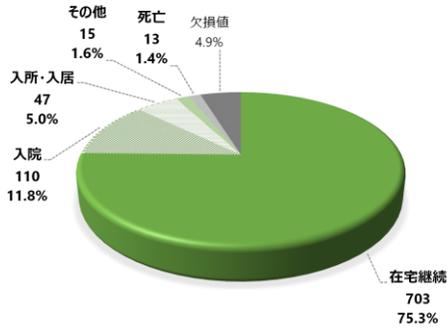
9.4%が継続できていない

まず、転帰の状況は、終了者582人のうち、「在宅継続」が499人（85.7%）、「入院」が44人（7.6%）、「入所・入居」が17人（2.9%）であった。平成25年度よりも在宅継続割合が低下しているが、主たる原因は入院対象者の増加であった。

また支援終了後、モニタリングを実施した302人について、何らかの理由により継続支援ができていない事例がどの程度存在するかをみると、「継続できている」が270人（89.4%）とほとんどを占めていたが、9.4%に継続できていない事例が存在した。

## 終了時の状況 平成27年度

### ① 転帰 N=933

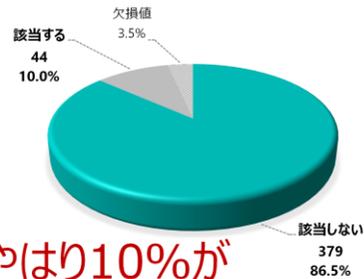


79%が在宅継続  
入院が7.6%から12.4%  
入所・入居も2.9%から5.3%  
に増加

### ② 不適切事例

モニタリング後に、何らかの理由により、  
継続支援が出来ていない事例

終了者のうち、モニタリング実施者 N=438



やはり10%が  
継続できていない

79%が在宅継続できていたが、モデル事業時より減少。理由としては入院が7.6%から12.4%入所・入居も2.9%から5.3%に増加したことがある。入院の増加の背景には身体合併症の併存が多いこと、地域によっては入院施設へのアクセスがよいためいったん入院して精査したり体制づくりをする場合もあるようである。継続実施ができていない例はやはり10%存在するためモニタリングは重要である。

## 認知症初期集中支援チーム 今年度研修

- 第1回： 7月 9日、10日 (東京)
- 第2回： 8月 6日、 7日 (愛知)
- 第3回： 9月10日、11日 (札幌)
- 第4回： 10月15日、16日 (神戸)
- 第5回： 11月19日、20日 (福岡)
- 第6回： 12月17日、18日 (東京)

今年度の研修予定を示す。

## ここまでのまとめ

1. このスキームはあくまで一つのモデルです。  
各地域のこれまでのやり方を壊さないで、この内容を  
実践してください。
2. 当然のことですが、対象となる方の助けになることが  
最優先です。その中で可能な限りデータ収集を
3. 医療や介護につながっていなくても 問題なく生活して  
おられる方は対象にする必要はありません。