

平成 25 年度 認知症初期集中支援チーム員研修 テキスト

認知症の早期診断、早期対応につながる
初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業
(平成 25 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

— 研修実施：平成 25 年 8 月 2～3 日 —

本研修テキストは、「第 1 回認知症初期集中支援チーム員研修」において使用したテキストについて、平成 25 年度におけるモデル事業の取り組みを踏まえて、一部修正・加筆・訂正等を加えたものです。

なお、編集されている認知症施策に関する文書、図表等の一部は、平成 26 年 3 月現在のものを取り込んでおります。

目次

I 章	事業概要	4
1	事業の趣旨について	4
2	事業化の背景	5
3	本モデル事業実施上のポイント	6
II 章	地域包括ケアシステムと認知症施策	14
1	地域包括ケアシステムとはなにか	14
(1)	地域包括ケアシステムを必要とした日本の現状	14
(2)	地域包括ケアシステム構築の導入経緯	16
(3)	これからの地域包括ケアシステムの在り方	17
2	日本の認知症ケア施策の方向性	18
(1)	認知症国家戦略の導入	18
(2)	高齢者の施設入所を巡る状況	19
(3)	早期診断と初期集中支援の必要性	20
3	地域包括ケアシステムの構築にむけた基本的考え方	22
(1)	integrated care の理論からみた整理	22
(2)	多職種協働支援を実現するための前提	25
(3)	地域包括ケアシステムの基本となる多職種協働（臨床的統合）の在り方	26
III 章	認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割	29
1	認知症初期集中支援チーム活動の前提となるもの	29
(1)	定義	29
(2)	モデル事業の実施主体と支援チームの構成	30
(3)	チーム員の役割と活動体制	31
2	認知症初期集中支援チームの活動内容（事業内容）	32
(1)	普及啓発	33
(2)	対象者の把握	33
(3)	情報収集	34
(4)	アセスメント	35
(5)	初回家庭訪問	36
(6)	チーム員会議	37
(7)	認知症初期集中支援の実施	38
(8)	初期集中支援の終了	40
(9)	引継ぎ後のモニタリング	41
(10)	初期集中支援に関する記録	41
(11)	認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置	42
3	認知症初期集中支援チーム活動の評価について	43
4	本モデル事業の報告について	44

IV章	認知症の総合アセスメント	45
1	認知症アセスメントの考え方	45
(1)	認知症の総合アセスメントの重要性	45
2	認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患	47
(1)	アルツハイマー病 (Alzheimer' s Disease, AD)	47
(2)	血管性認知症 (Vascular Dementia, VD)	49
(3)	レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies, DLB)	50
(4)	前頭側頭葉変性症 (Frontotemporal lobar degeneration: FTLD)	53
(5)	アルコール関連障害	55
(6)	甲状腺機能低下症	55
(7)	正常圧水頭症	55
(8)	慢性硬膜下血腫	55
(9)	ビタミン B12 欠乏症	56
3	アセスメントツールの使用方法	56
(1)	DASC とは	56
(2)	DASC を用いる場合の留意点について	57
(3)	DASC の評価方法	64
(4)	DBD13 とは	65
(5)	DBD13 を用いる場合の留意点について	65
(6)	DBD13 の評価方法	66
(7)	Zarit 8 とは	66
(8)	Zarit8 の評価方法	66
(9)	身体の様子チェック	67
4	模擬アセスメント	75
V章	認知症初期集中支援における具体的活動	76
1	支援のための基本的プロセス	76
(1)	相談の応需	76
(2)	アセスメント (初回家庭訪問を含む)	77
(3)	アセスメントの結果とそれに基づく初期支援	79
(4)	チーム員会議	80
(5)	支援の実施	81
(6)	終結、引き継ぎ、モニタリング	81
2	医療機関への受療支援	82
(1)	医療機関への受診勧奨	82
(2)	医療機関との情報共有	83
(3)	医療を継続するための確認事項	83

3	家族介護者への支援	84
	(1) 家族介護者を支援することの重要性	84
	(2) 家族介護者自身のニーズの把握	84
	(3) 家族介護者をねぎらうこと	85
	(4) 困った時には相談に乗ることを伝えること	86
	(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	86
	(6) 情報を提供すること	86
	(7) 若年性認知症の人の家族介護者への支援	88
	(8) 家族介護者を支援するためのマニュアルづくり	89
4	認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援	90
	(1) BPSDの歴史	90
	(2) BPSDの定義	91
	(3) BPSDの疫学	91
	(4) BPSDの影響	92
	(5) BPSDの成因	93
	(6) BPSDへの対応に関する基本的な考え方	94
	(7) BPSDの類型と支援のあり方	94
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	99
1	市区町村によるビジョン設定	99
	(1) ビジョン設定の前提	99
	(2) ビジョン設定までのプロセスについて	103
	(3) ビジョンにそったミッション設定	107
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	109
	(1) 検討委員会の設置主体と構成例	109
	(2) 委員会の設置および開催頻度	109
	(3) 委員会の内容	110
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	111
	(1) 地域包括ケアシステムの構築を進めるための戦略	111
	(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	112
	(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	113
	(参考資料)	117

I 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る。そして、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。

その後、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、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）」が策定された。

こうした背景を踏まえ、平成25年度の厚生労働省予算には、「オレンジプラン」の着実な推進を行うための経費計上が行なわれたが、その中で『認知症の早期診断・早期対応』に対応するためのモデル的な事業として、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」が位置づけられている。

本テキストでは、この「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。

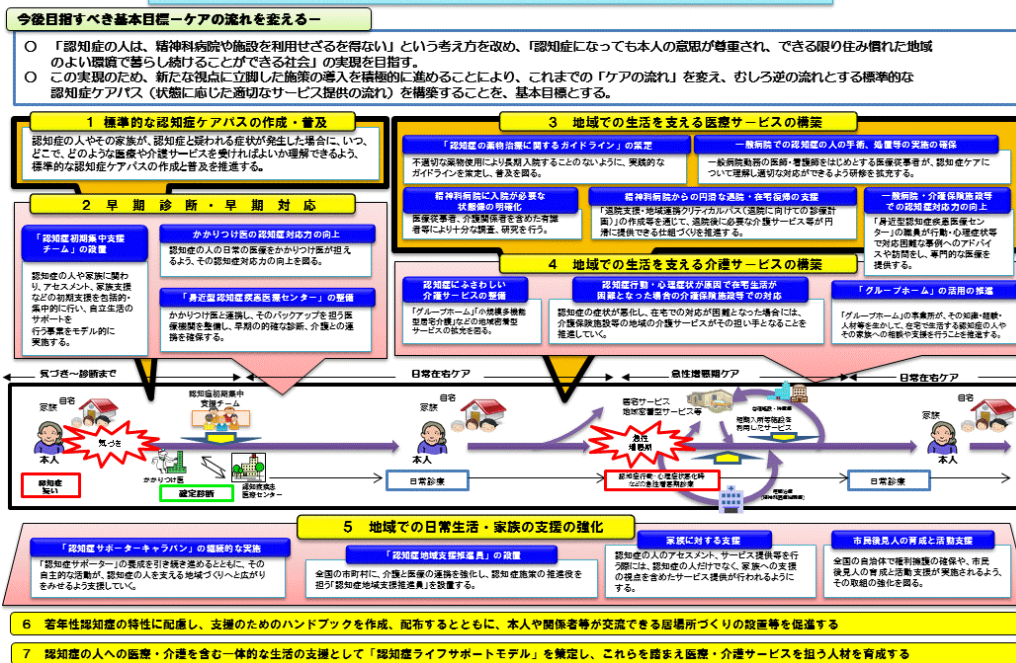
本テキストを基に、「認知症初期集中支援チーム」や関係する機関、団体及び事業の実施主体である市町村の連携・協力のもと、認知症の人の意思が尊重され、できる限り地域の住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができるための医療や介護などを含めた環境が整備できるような支援が効果的、効率的に実施されることを期待する。

2 事業化の背景

昨年度においては、前述の報告書の趣旨に基づき、認知症初期集中支援サービスのモデル化及びその導入方法を検討することを目的とした研究事業（平成24年度老人保健事業推進費等補助金「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））が行われたが、この事業報告書において、本事業の事業化に至る背景については、以下のとおり記述されている。

- ・ 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。
- ・ 日常的なケアの場合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されない。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 「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認知症初期集中支援を、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。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

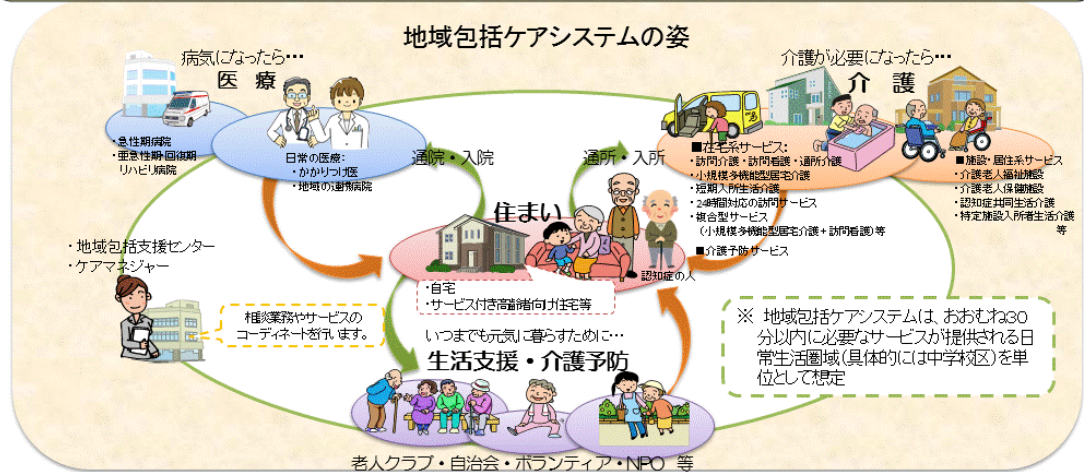


3 本モデル事業実施上のポイント

今回のモデル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3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

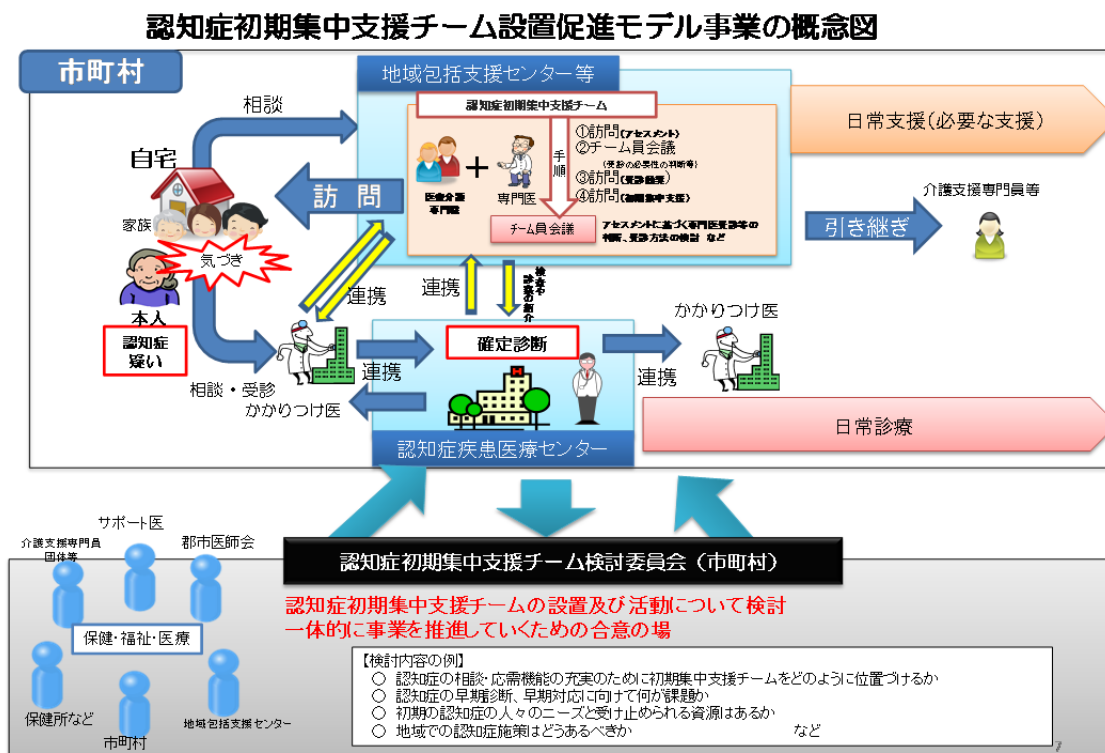
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である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**ことが必要です。



【地域包括ケアシステムの構築】

- ・ 高齢者人口の約1割が認知症高齢者、要介護認定者の約6割が認知症高齢者という現状があり、今後も増加が予測されていること。
 - ・ 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、医療サービスから介護サービスへのシームレス（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医療サービスから介護サービスへ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て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。

【認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の全体像】



本モデル事業は、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、アセスメント、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が行うものである。

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。

この検討会では、事業の実施の検討だけでなく、地域における認知症の早期診断、早期対応に向けて何が課題となっているのか、どのように支援チームの活動を地域に普及啓発するのか等を検討する場として有効に展開されることが重要である。

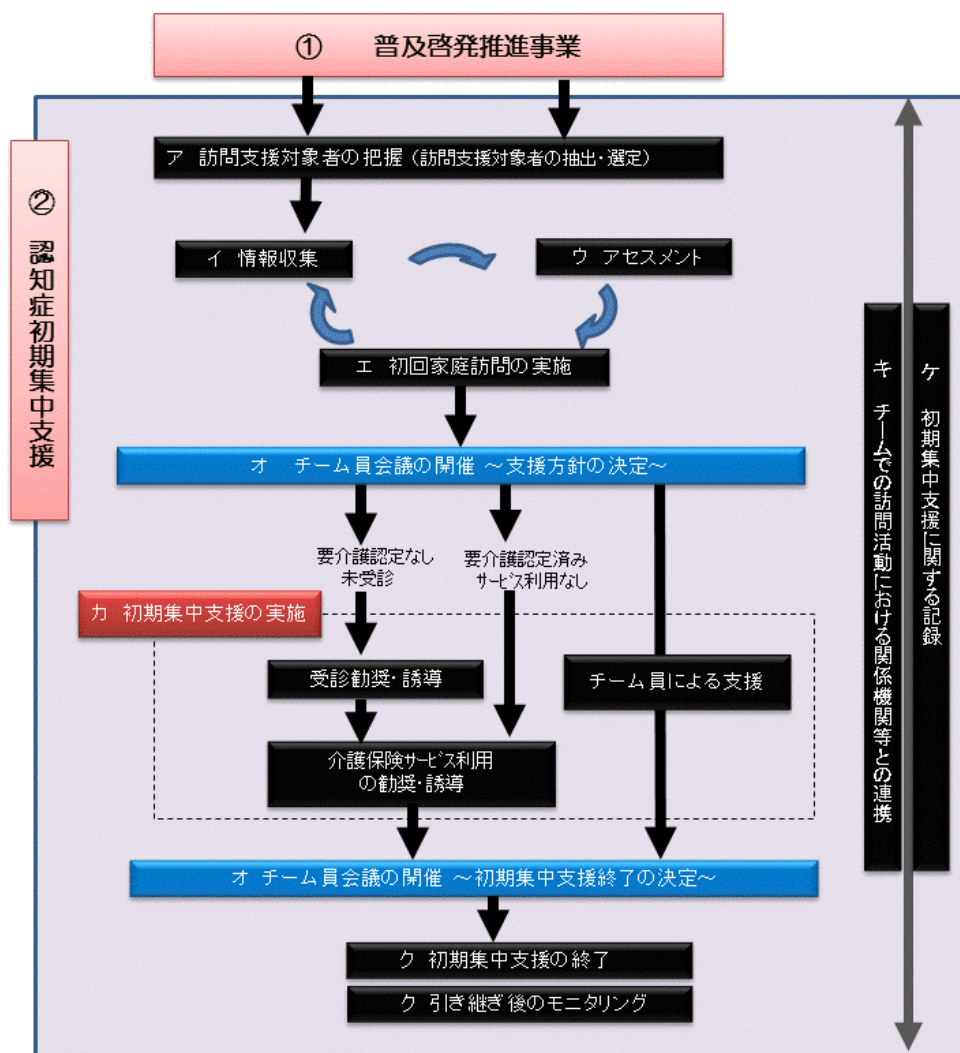
【モデル事業における認知症初期集中支援のスキーム】

下記の図は、平成 24 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、市町村認知症施策総合推進事業実施要綱に基づく、認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の項目をフローとして図にしたものである。

モデル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、支援対象者が何人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。

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における
認知症初期集中支援のスキーム

※ 本フロー図は市町村認知症施策総合推進事業実施要綱に基づく認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における(8)事業内容の①、②について記述したものである。



市町村認知症施策総合推進事業実施要綱

第 1～第 3（略）

第 4 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業

1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

(1) 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」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。

(2) 定義

① 認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）

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。

② 訪問支援対象者

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

(3) 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

(4) 事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める様式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

(5) 実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、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、診療所等の機関とする。

(6) 認知症初期集中支援チームの構成

① 認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、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ものとする。

② チーム員の配置人数と職種

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。

(7) チーム員の役割

(6)②アのチーム員は、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。

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ずる。

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。

(8) 事業内容

下記①、②、③についていずれも実施するものとする。

① 普及啓発推進事業

実施主体は、本事業の目的を達成するために、地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

② 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

実施主体は、地域の実情に応じて本事業の訪問支援対象者の把握に努めるとともに、支援チームが必ず地域包括支援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。なお、訪問支援対象者の把握において、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と情報共有のうえ訪問すること。

イ 情報収集

訪問時には十分な情報を得るために、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収集する。

なお、情報は本人や家族からの提供を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている場合や医療機関を受診している場合については、重複した質問を防ぐために要介護認定時の情報、サービス利用に至らなかった経過等の情報及びアセスメント内容などをあらかじめ確認すること。

ウ アセスメント

認知症の包括的アセスメントを行うために、本事業では以下の（ア）～（エ）すべてのアセスメントツールを用いることとする。

（ア）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)

（イ）認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 13）

（ウ）Zarit 介護負担尺度日本語版のうち8項目（Zarit Burden Interview : J-ZBI_8）

（エ）身体の様子チェック票

なお、上記の（ア）～（エ）に加えて、他のアセスメントツールを利用することは差し支えない。

エ 初回家庭訪問の実施

初回訪問はおおむね2時間以内とし、訪問支援対象者ごとに優先順位をつけ、以下の基本的支援を行う。

（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

オ チーム員会議の開催

訪問支援対象者毎にアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために、専門医も含めたチーム員会議を初回訪問後に行い、その後は適宜開催するものとする。

なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医、訪問支援対象者を担当する介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加を依頼するものとする。

カ 初期集中支援の実施

認知症初期集中支援は、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ヶ月とする。

初期集中支援の内容は、以下のとおりとする。

（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

キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携

実施主体及びチームは、地域包括支援センター職員、市町村保健師やかかりつけ医、認知症サポート医、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。

ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

認知症初期集中支援の終了をチーム会議で判断した場合は、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、円滑に引継ぎを行うこと。

支援チームは、引継ぎ後2ヶ月毎に引き継ぎ後も医療や介護サービスが十分継続しているか等評価するために、訪問支援対象者について訪問する又は介護支援専門員への聞き取り等の方法で、当分の間モニタリングを行うこと。

ケ 初期集中支援に関する記録

訪問支援対象者に関する情報、アセスメント結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は保管しておくこと。

③ 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

実施主体は、当該事業の実施に際し、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。）を設置すること（既存の委員会等の活用でも可。）。

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。

(9) 実施上の留意事項

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、国が別に定める「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加すること。

ウ 実施主体は、本実施要綱第1「認知症地域支援推進員等設置促進事業」及び本実施要綱第4の2「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」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に情報を提供する等の連携を図ること。

カ 実施主体は、別添4「都道府県認知症施策推進事業」の3（1）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること

キ 実施主体は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するために、支援チームの活動状況等について、支援チームを配置している機関に2ヶ月毎に事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じて国等における事業実施状況に関する調査に協力するものとする。

ク 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。

(10) 事業報告

実施主体は、別に定める事業報告書により試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。

Ⅱ章 地域包括ケアシステムと認知症施策

1 地域包括ケアシステムとはなにか

(1) 地域包括ケアシステムを必要とした日本の現状

日本の高齢者人口は、1950年時点では、総人口の5%にも満たなかったが、1970年には7%を超え（いわゆる「高齢化社会」）、さらに1994年には14%を超え（「高齢社会」）、急速に高齢化が進展している。今後も総人口は減少、高齢者人口は増加するため、高齢化率は上昇を続けることになる。

2050年には、高齢化率は35.7%に達し、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という本格的な高齢社会の到来が予想されている。さらに、この高齢者人口のうち、前期高齢者人口は、2015年をピークにその数は減少するが、後期高齢者人口は増加を続け、2020年には、前期高齢者人口を上回ることが見込まれている。このことは、高齢者特有の疾病の発現率の増加も予想させる。

このようなことから、わが国の医療保険制度において高齢者に係る費用が増加することは必然と予想される。すでに現状でも、65歳以上の高齢者にかかる一人当たり年間医療費は、それ以外の年齢階層の4.3倍であり、この費用の大半は、現役世代の負担する健康保険料および税によって賄うといった構造となっている。現役世代の負担は重く、このことが、日本経済にさらなる悪影響を与えることは予想に難くない。

また、このような高齢化という年齢別人口構成の変化は、中期的な経済成長力を左右する一方、就業形態や消費構造の変化を通じて産業や市場、企業経営にも大きな影響を及ぼしてくる。多くの国では、通常人口の高齢化は、医療や年金など社会保障制度の見直しという方向性をもたらすが、一部の国では、高齢者層が団結し、無視できない政治的影響力を行使するといったことも散見される。

こうしたことから、国にとって高齢化の進行とは、政治経済社会をはじめとし、その国のあり方や方向性に抜本の変更を迫る重大事となっている。日本においても、急激な少子高齢化が進展する中で持続可能な社会保障制度の再構築は極めて重要な課題である。

以上のような背景を踏まえつつ、わが国の社会保障制度の抜本改革がなされつつあるわけだが、現在、日本が地域包括ケアシステムを必要としている理由は、まさに社会保障制度の抜本的改革を推進し、新たな制度を構築するためといえ、とりわけ、このシステムの中核となるのは、在宅医療の充実といえる。

日本の医療制度の象徴的な現象として、日本人の死亡場所がどこかということが想起される。現在、日本において、そのほとんどは病院で死を迎える。在宅で死を迎えた人の割合は、わずか12.4%¹であり、国際的な水準からみてもかなり低い割合である。地域包括ケア研究会が示した報告書には、住み慣れた自宅で医療を受け、死を迎えることができるよ

¹ 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室「在宅医療推進室在宅医療の最近の動向」平成24年7月、P3

うな介護と医療を統合したシステムを前提とした地域包括ケアシステムが必要と述べられている。

わが国の医療制度の存続には、稀少で高価な医療サービスを適切に配分する提供体制が求められるわけだが、日本では、生活支援のためのサービスを医療サービスとして代替するといった社会的入院と言う諸外国では例がない慣習を持ってきたし、今も残っている。こういった慣習を是正することは、相当、時間がかかるものようである。

医療制度が多くの社会資源を供給してきた1970年から、2000年までの歴史から鑑みると、国民が居住する地域において、疾病予防や、健康な生活を営むことを支援する仕組みを医療制度とは独立して、構築していかなければならないだろう。

この具体例としては、独居高齢者や認知症高齢者に対する地域住民による定期的な巡回、食事の配給、緊急時の通報を実現するシステムであり、あらゆる社会保障制度の基盤となるケア付き住宅の整備も含めたコンパクトシティ構想を含めた地域包括ケアシステムの充実によって、解決していかなければならないと考えられている。

日本は、高齢者のいる世帯の持ち家率が83.4%と高いため²、利便性の高い都心への住み替え需要が高齢期に起こっている。だが、この住み替えが可能なのは、中間所得層以上だけであり、低所得者層、金融資産が乏しい層には困難となっている。このため低所得者層の居住場所は慢性的に不足しており、これらの場所が確保できない限り、低所得者層の安心、安寧な老後生活を支えることはできない。このため地域包括ケアシステムには、住宅の整備というものも掲げる目標に含まれている。

さらに、こういった地域における生活支援のためのサービス提供を実現するためには、社会資源の豊富な都市では専門職種による整備が検討できるわけだが、人材確保が困難な地域である場合には、地縁や福祉サービスの提供セクターとの連携を含めた、あらゆるネットワークを利用した基盤づくりが必要とされるだろう。この基盤づくりには、後述するような、これらの地域における提供主体間の水平的統合や医師・看護師・その他コメディカル等の臨床的統合をすすめることが要件となる。

さて、日本をはじめとした先進国の医療制度の主な利用者となる高齢者は、慢性疾患を抱えており、彼らの医療制度の利用の多くは、従来の医療制度が主の対象としてきた急性増悪による短期的な介入という治療（cure）パターンだけではなく、終末期に至るまで、長きに渡って、治療だけでない、多くの日常生活の自立のための支援サービスの提供を前提としたケア（care）パターンを用意しなければならない。

このことは、換言するならば、先進諸国の医療体制は、慢性疾患を持った高齢患者の対応には、構造的な医療資源の浪費や低パフォーマンスという問題を抱えることを意味している。

このため、多くの先進諸国は高齢患者集団に対して、どのような医療やケア体制が適切

² 総務省「平成20年度住宅・土地統計調査」<http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/>

であるかを検討し続け、この解決策として、今日、多くの国で採用されているのが integrated care であり、これを日本的に解釈すれば、「地域包括ケアシステムの構築」であったと説明できる。

(2) 地域包括ケアシステム構築の導入経緯

日本における地域包括ケアシステムの導入は、地域における慢性疾患患者に対して、適切なサービスを提供するために構築される医療や介護を統合したサービス提供体制の整備がなされた年といえ、これは 2005 年 12 月に示された地域完結型の医療提供体制への転換によって始まった。この転換は、いわば地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て、在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供しながら、費用適正化を図る仕組みを、地域をベースとして再構築するという改革であった。

この提案された地域完結型の医療体制へのインセンティブとしては、従来の医療計画を見直し、診療報酬における急性期医療と地域医療との連携等、連携の評価、在宅療養拠点の設置と報酬上の評価が講じられた。つまり、これらの連携に係る報酬を積極的に導入することによって、地域での医療体制を整備するという道筋が明示されたのであった。

換言するならば、このような地域連携に係る評価が診療報酬として導入されたことは、医療機能の分化、入院医療と地域医療との連携、医療・介護間の機能分担と連携、統合を推進することに報酬上の評価が設定されたことを示しており、さらに、これが、いわゆる地域圏域であるコミュニティを基盤としたものであることは、この国の在り方を示すうえで極めて重要であった。

同様に、これまでの制度改正で地域における患者の在宅療養提供の主たる責任を有し、必要に応じて、ほかの医療機関、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図り、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所として、在宅療養支援診療所が位置づけられた。しかも、この届け出には、介護支援専門員との連携が要件の一つに入れられており、医療と介護の連携に対する報酬が明示された。

このように日本では、2006 年前後には、医療における急性期医療と地域医療や介護、保健領域との連携が地域を基盤として推進された。つまり、地域包括ケアシステムの基盤及び推進策のほとんどは、すでに 7 年前に実施されていたともいえる。

このような施策は、日本のみならず、多くの先進諸国で integrated care として展開されていた。この理由は、「統合は、サービスに関するアクセス・質・利用者満足度・効率性を向上させる手段である³⁾」と考えられてきたからである。つまり、サービスは、統合化されたシステムにより、低いコストが実現され、このシステムからは、患者にとっての高い質のサービスが提供され、健康の維持と改善、そして、患者満足度の向上を提供するもの

³⁾ Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, application, and implications- a discussion paper, *Journal of Integrated Care*, vol.2. (2002).

であると信じられてきたし、今もそう考えられているからである^{4,5}。

integrated care は、医療サービスにおけるアウトカムの向上、とりわけ、サービスに係る質や利用者満足度や効率性を向上させることを目指して導入された。諸外国では、この統合を医療セクターと介護セクターの統合からはじめ、さらに福祉や保健セクターまでも含めた統合へ向かっているといえる。

(3) これからの地域包括ケアシステムの在り方

平成 23 年 6 月 30 日に示された政府・与党社会保障改革検討本部で決定された、「社会保障・税一体改革成案」は、平成 22 年 10 月に政府・与党社会保障改革検討本部が設置されて以来、有識者検討会、集中検討会議を経て進められた。

この成案は、平成 22 年 12 月 14 日閣議決定された「社会保障改革の推進について」に基づき、社会保障と税の一体改革の具体的な方向が取りまとめられたものである。ここには、少子高齢化が進む日本の今後の社会保障と税に関するシナリオが記されている。

この案の、「I. 社会保障改革の全体像」の「1 社会保障改革の基本的考え方」における『「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して』という項では、「支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられるよう支える医療・介護が実現した社会を目指す」と記述されており、これが地域包括ケアシステムを説明した文章といえる。

すでに、地域包括ケアシステムについては、平成 20 年度の地域包括ケア研究会報告書において定義⁶されており、『ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。』とされ、その構築と整備が政策的に推進されている。

このシステムが整備されることで、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供されるようになると考えられており、日本では、このシステムの確立によって医療、介護、予防いわゆる公衆衛生領域のサービスの提供が地域内で円滑になされることが求められると記されている。

⁴ Epping-Jordan JE, Pruitt SD, et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 13(4):299-305. (2004).

⁵ Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated Care - A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care* 1(3). (2001).

⁶ 地域包括ケア研究会. (2008) 「平成 20 年度地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理」『平成 20 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）報告書』, 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社.

また、平成 23 年 6 月 22 日に公布された改正介護保険法においては、地域包括ケアシステムの構築等に際しては、保険者が果たすべき役割という項が改めて設けられている。すでに第 5 期の介護保険事業計画を策定する際は、主として当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたが、これについては、自治体の各地域（日常生活圏域）別の介護サービスや、これに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められている。これは、地域包括ケアシステムの実現に向けて、保険者がより地域圏域を明確にした精緻な事業計画を作成することが必須であることを示している。

さらに、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについては、地域の実情を踏まえた記載や医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等についても地域の実情に応じ、記載することが求められている。

多くの先進諸国において、このシステムが構築されてきているのは、患者の多くが慢性期疾患を抱えた高齢患者となり、適切な医療や介護サービス体制を構築するためには、integrated care、日本的に言えば、地域包括ケアシステムが前提とされなければならないという強固な信念に基づいているといえよう。

2 日本の認知症ケア施策の方向性

(1) 認知症国家戦略の導入

わが国では、超高齢化社会の到来に伴う慢性疾患患者および認知症高齢者の増加による社会保障費用の増大を見越した医療・介護保険制度の改革が大きく行われ、この改革の結果として構築が望まれているのが地域包括ケアシステムといえる。

一方、今日の先進国共通の課題は、認知症患者への対策といえる。すでに英国をはじめとして、フランスやオーストラリア等において、「国家的な認知症への戦略 (National Dementia Strategy)」とよばれる認知症ケアに関わる政策やサービスについての抜本的な改革ビジョンが示され、これを達成するための対策が強化されている。

このような国際的な動向と同様に日本でも平成 24 年 9 月 5 日に、厚生労働省では「認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン)⁷」の策定がなされ、これが公表された。この「認知症施策推進 5 か年計画」は、認知症施策検討プロジェクトチームが平成 24 年 6 月 18 日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について⁸」に基づいたものであるが、これに

⁷ 厚生労働省 (平成 24 年 9 月 5 日) 「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

⁸ 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム (平成 24 年 6 月 18 日) 「今後の認知症施策の方向性について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>

は、さらに今後、目指すべき基本目標『「ケアの流れ」を変える』のための前提として、「地域包括ケアシステム」は存在すると考えられる。

(2) 高齢者の施設入所を巡る状況

諸外国における先行研究からは、認知症患者の方が、認知症がない患者よりもより施設ケアに移行する可能性が高いといったことや、さらに認知症患者がデイケアや、ショートステイを利用していた場合は、より施設に入りやすいことも報告されており⁹、こうした内容は、認知症患者の在宅生活継続は困難であることを示している。

これについては、日本も同じような状況と言え、同様に特養の入所待機者を分析した調査研究においても、ショートステイや小規模多機能型居宅介護の利用者は、その他の待機者に比べて、入所までの期間が短いという結果が示されている¹⁰。

ただし、国外の初期の認知症患者とその介護者を対象にして行われた介入的なプログラムの研究においては、入所を遅らせることに成功したとのエビデンスを示した研究もある¹¹。また、オーストラリアでは、多くの人々が施設ケアに移るよりも自宅に留まった生活を希望することから、在宅で受けることができる地域のケアは急速に成長しており、高齢者ケアシステムの中で、地域でのケアが中心的な役割を果たしているとの報告もなされている¹³。

しかし、認知症が重度の段階に入ってしまうと、こうした介入による効果も無くなってしまいうことも示され、これらの結果からは、診断と介入を病状の軽い早期に行うことが重要との結論が示されている。

このように高齢者が施設でのケアを選択する要因に関する研究は、国内外で多く実施されてきたが、その要因としては、まず、認知症の重症度、認知能力の低下、認知症の行動・心理症状（BPSD）の出現とされている^{14,15}。

⁹ Howe A, Kung F : Does assessment make a difference for people with dementia? The effectiveness of the Aged Care Assessment Teams in Australia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **18**, 205-210 (2003).

¹⁰ 平成 21 年度老人保健健康増進等事業 : 特別養護老人ホームにおける入所申込者に関する調査研究. 株式会社野村総合研究所, (2010 年 3 月).

¹¹ Moniz-Cook E, Agar S, Gibson G, Win T & Wang M : A preliminary study of the effects of early intervention with people with dementia and their families in a memory clinic. *Aging & Mental Health*, **2**, 199-211 (1998).

¹² Mittelman M, Haley W, Clay O, et al.: Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, **67**, 1592-1599 (2006).

¹³ AIHW : Aged care packages in the community 2006-07: a statistical overview. Canberra, AIHW (2008).

¹⁴ Brodaty H, McGilchrist C, Harris L, et al.: Time Until Institutionalization and Death in Patients with Dementia - Role of Caregiver Training and Risk Factors. *Archives of Neurology*, **50**, 643-650 (1993).

¹⁵ O'Donnell B, Drachman D, Barnes H, et al.: Incontinence and Troublesome Behaviors

この他の要因としては、ケアの提供者自身が心身の健康を損ねてしまった場合や、ケア提供者と被介護者（認知症患者）の人間関係が希薄で良好でない場合にも、施設型ケアへの移行がなされる場合が多いことが示されてきた。

このように多くの国で認知症の重篤化は、人々が施設ケアを選択する要因となっているとされており、これについては、日本も同様の状況と予想される。しかし、日本では、地域でサービスを利用することによって、施設への入所が遅くなったといったエビデンスや、あるいは、認知症になっても、地域で生活を継続するためのサービス体制の要件とは何かといったような研究は、現在に至っても少なく、そのエビデンスが求められているところである。

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、認知症のケアに関しての問題点は、かなり明確にされつつある。そのひとつとして、認知症の診断時期という問題がある。認知症の診断のプロセスは複雑であるため、認知症は、かなり重度になるまで診断されないことが多い。このため、認知症の診断が下される時期や、その診断がその後のケアの道筋に与える影響などについての研究は少なく、その早期発見によるエビデンスはほとんど示されていない。

だが、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知られている。このため、病状の軽い早期に診断と介入を行うことが重要であることは、諸外国では共通の認識となりつつある。

（３）早期診断と初期集中支援の必要性

英国では、認知症国家戦略のフレームワークとして、「早期診断」、「在宅ケア」、「医療機関におけるケア」、「薬物の適切な使用」の四つの柱が発表されている。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で、現時点では認知症の重篤化を予防するのに効果的であると示している。例えば、英国の NHS Ealing で策定された Dementia Care Pathway をみると、早期診断体制においては、地域のかかりつけ医との連携を強めるという community における integration 方策が採用されており、わが国の参考になる（図 1 参照）。

NHS(国民医療サービス) イーリングにおける認知症ケアの流れ

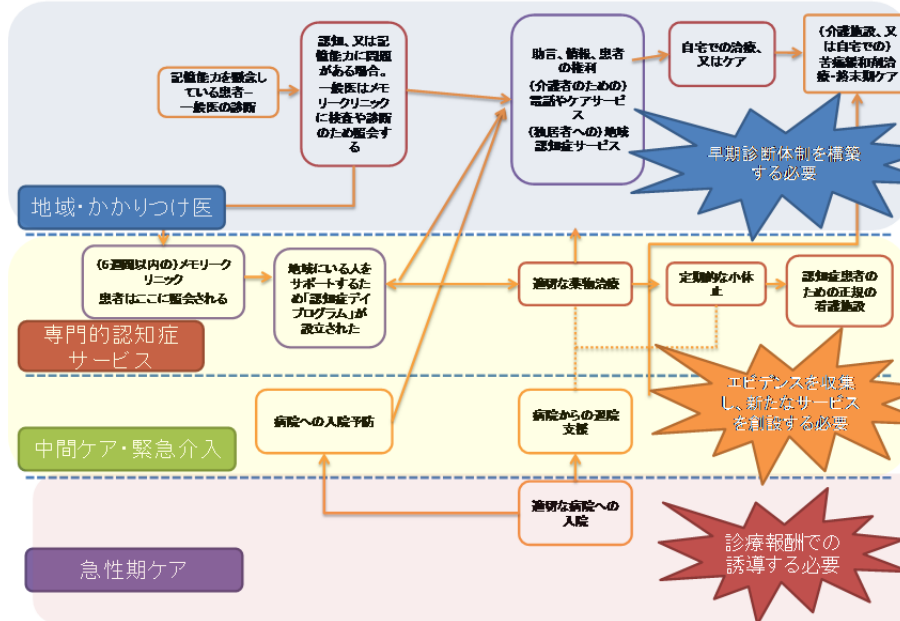


図1 NHS Ealingにおける dementia care pathway

表中の訳語は筆者による。また、同様の体制を日本に適応するための方策について、筆者が図に記入。出典：http://www.mhws.org.uk/files/dementia_care_pathway.pdf

このような英国の例からは、今後の地域包括ケアシステムにおける認知症支援にあたっては、第一に、初期の認知症の診断を、地域であらかじめ決められたアセスメントを行うように促進していくことであり、アセスメントと診断を行う専門家とその他の初期介入やケアサービスを行う専門家たちの間での連携を強化させ、integrated careを推進し、これを地域で完結して実施する体制の整備が重要であることを示している¹⁶。

第二は、地域でのケアが可能で、それを本人や家族が望む場合には、これを維持するための患者や介護者への初期介入の利用や評価方法などを発展させるシステムを構築することである。

ここでいう介入とは、患者や介護者が他の医療関連の専門家などと、幅広い社会的サポートにアクセスできるように協力的な環境を整えることによって可能となることから、地域包括支援センターにこういった介入を主な仕事とする人材を配備することが求められる。

これについて厚生労働省は、平成24年度老人保健福祉関係予算概算要求で、地域包括支援センターの多職種連携機能を強化する「地域ケア多職種協働推進等事業」を創設し、これに10億円を計上することを発表している。この事業では、都道府県が専門職を派遣し、人材育成を支援する事業に補助することとしている。

¹⁶ Pond D, Williams JS & Byrne J : Dementia Identification, Assessment and Management in Community-Based Primary Health Care: A review of the international literature 1995-2006. Primary Dementia Collaborative Research Centre (2007).

したがって、この地域ケア多職種協働推進等事業は、市町村の地域包括支援センターが地域ケア会議を開催するなどして、医療・介護の多職種連携機能を強化することが目的に実施される事業と位置づけられる。

具体的には、都道府県が各市町村の地域包括支援センターに保健師やリハビリスタッフなどを派遣して、機能強化を支援するというものである。これまでは、市町村に補助する事業はあっても都道府県が市町村を広域的に支援するための補助事業はなかった。同事業では市町村が家族介護への支援やワンストップ機能を果たす事業等にも補助するとされ、communityを基盤とするintegrated careが強く推進されることが期待されている。

以上が、早急に行政で実施すべき内容であるが、認知症における諸外国で実施されているような介入が日本で効果があるかは、未だ不明である。したがって、施設入所の主な要因（認知症の重篤度、BPSD等の行動・精神上的の症状の発現、介護者の健康状態や介護負担）に良い影響を与える方法が、何であるかについては、個別性も配慮しながら、改めて検討しなければならないだろう。

このため、ケアが地域から施設に移行することにより、認知症患者や介護者へ生活の質やその他の状態についてどのような効果があるかや、認知症患者の最初の診断から死亡までに提供された医療、介護ならびに保健・福祉サービスの効果を証明するには、これらの介入から、その効果が示されたか否かを判断できるようなデータベースを構築し、エビデンスを積み上げていく必要がある。

3 地域包括ケアシステムの構築にむけた基本的考え方

(1) integrated careの理論からみた整理

地域で高齢者が安寧な生活を営むためには、高齢者自身の生活力を向上させることがもつとも重要である。だが、高齢期に起こりうるリスクを軽減して、安全で安心な社会的健康を維持した状態で一生涯を地域で過ごしていこうとするならば、これに加えて、他者からの社会的なサポートがある状況が望ましいといえる。

ここでいうサポートとは、当該高齢者の置かれている多様な環境が前提となって組み立てられることになる。また、この環境を整備する際に検討されるべき条件としては、家族や知人の有無あるいは、住居の種類、経済的な状況等といった多くの内容が含まれる。したがって、これらの環境に合致したサポートの種類もまた、非常に多様な形態として示される。すなわち、高齢者へのサポートは、彼ら自身を取り巻く社会環境等に応じて、支援サービスを検討することは、結果的には、地域にあるサポートに資するあらゆる社会資源を、さまざまに組み合わせ、提供しなければならないということになる。

こういった多様なサービスをその当該高齢者の環境に応じて選択し、提供することは、容易なことではない。複数のサポートを提供することを複合的な支援というが、これを実際に提供するには、地域における様々なサービス提供主体の協働が必要となる。そして、この結果として、個々の提供主体間の連携としての「水平的統合」や、これらに所属する

専門職の連携、「臨床的統合」が必要となる。

また、こういった各提供主体間、あるいは職種間の「連携」は、そのつながりの強度によって段階が設定されている。Leutzによれば、「Linkage（リンケージ：つながり・連携）」、「Coordination（コーディネーション：調整・協調）」、「Full integration（フル・インテグレーション：完全な統合）」の3種類の区別があるとされている¹⁷。

はじめの「Linkage（リンケージ：つながり・連携）」では、システムの中で個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処する。それは特定の決まりや全体的な調整はなく全員へサービスを提供する連携の段階と説明されている。

次の「Coordination（コーディネーション：調整・協調）」では、急性期やその他のケアに調整されたケアを提供するためには明確な構造を必要とする連携とされている。このCoordinationではlinkageと比較すると、より構造化された形態のintegrationといえるが、システムは独立しており、個別の構造を有しながら、ケア提供が行われている状態をいう。

最後の「Full integration（フル・インテグレーション：完全な統合）」では、多様なシステムからの様々な要素が集まり、新たなプログラムや体系が作り出され、そこからのサービス提供がなされる連携の状態であるとされ、この段階では、提供主体はひとつとなる。

このように、連携といっても3つの段階が存在するというのがLeutzの定義である。彼は、後に、この区別に対して重要な説明している。それは、全ての人がFull integrationレベルのintegrated careを必要としているわけではなく、ほとんどの場合は、それ以前の段階のintegrationによって、適切なケアが提供できるとしている。このことは、言い換えるなら、すべての患者、あるいは、すべての高齢患者に、③の段階のFull integrationが必要と言うわけではなく、通常のケア分配システムで、十分に対応できる高齢患者も多いということを示している。

ただ、本事業において、チームとして、認知症の早期発見や初期集中支援を推進していく上では、このような連携の区別は重要であり、常に自らが実施しているintegrationのレベルを意識して、地域で創るべきシステムのレベルが、どのレベルであるかを認識しておくべきである。

例えば、現状において、よく地域包括ケアシステムが整備されている地域においては、高齢患者が急性期病院等の医療機関を退院する際には、当該入院病院の退院調整を担当する看護師あるいはソーシャルワーカー等が地域包括支援センターに電話で連絡し、退院後に当該患者が必要な地域における支援サービスの情報を得て、これを患者に紹介するといった連携がなされている。

おそらく、国内の急性期病院でこういった退院調整ができる看護師を要している病院は、

¹⁷ Leutz, WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77(1):77-110. (1999).

わずかではあるが、こういった医療機関の退院調整における連携のほとんどは、「リンケージ」レベルの連携と定義できる。それでも、このような高齢患者が退院時に、退院した際に受けることができる地域における支援サービス種類や内容を知っていることは、退院後の不安を払拭するという意味において重要である。

しかし、前述したようにこのような、いわゆる急性期医療機関におけるリンケージ機能は、低いというのが、我が国の現状と言え、だからこそ、国は、診療報酬等でインセンティブをもたせることで、これを推進しようとしていると説明できる。

あるいは、常に、こういった医療機関と地域の医療機関さらには、介護といったサービス提供主体が、日常的に情報共有を図る場を定期的にもちながら、適切なサービスの組み合わせを検討しているという「コーディネーション」のレベルの連携をしている地域も、日本では、わずかながら存在している。

本事業において目標とするのは、この「コーディネーション」レベルの連携であり、研修においては、この為に、どのような方法が用いられ、あるいは、どのようなシステムが必要となってくるかを考えて、創りあげていくことにある。

国が今回、示している認知症初期集中支援におけるサービスの基本となるのは、多職種協働による支援であり、こうしたコーディネーションレベルの情報共有が期待されている。ここでいう連携には、前述した、そのつながりの強度だけでなく、その連携をする際の形態によって、垂直的統合と水平的統合という考え方がある。

前者は、急性期から回復期、在宅における生活維持期（慢性期）に渡る継続的なケア提供間の情報共有をいい、後者は、急性期や回復期といった各ステージ内において、多様な職種が協働してサービスを提供する形態を言う。

さらには、統合を推進する活動も、以下の3種類があることを理解しておくことは、今後、このシステムを理解し、これを推進していく上で重要となる。

- システム統合：国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性・サービスのカバー率などの活動を統合すること。
- 組織的統合：急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次的医療・サービス提供事業所（者）などの活動を調整、管理すること。
- 臨床的統合：看護・介助者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関わること。

これら3つの統合に資する活動が有機的にすすめられることによって、統合は、達成されるのだと考えられているが、このうち、一つのレベルでも統合が不十分だと、他のレベル全体が行き詰ってしまうと言われている^{18,19}。

¹⁸ Banks, P. Policy Framework for Integrated Care for Older People. London: King's Fund. London. Available at www.kingsfund.org.uk. (2004).

¹⁹ Kodner, D., and C. Kyriacou. "Fully Integrated Care for Frail Elderly: Two American

これは換言するならば、システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・望まれている質などが、組織同士（特に医療と介護部門との）の統合には影響を与えやすいということを意味している。

組織の中で、あるいは多くの組織全体を通して、臨床関係者は、統合型ケアプログラムに参加することは、お互いが、お互いを励ます場合もあるが、制約を受ける場合も想定され、それぞれが、同時に有機的に推進されることが必要であるといえる。

以上のように、日本語としての連携という語が示す意味や内容がかなり多様であり、これを説明する際には、この語を用いられた意図を厳密に理解した上で行うことが必要である。

（２）多職種協働支援を実現するための前提

多くの国々において、長きにわたって、ケアの提供システム（ヘルスシステム）は、保健医療福祉の専門職、それぞれの観点から、個々にケアを提供する状態が続いてきた、これは、いわば、ケアの断片化（協働することができない）という状態にあったといえる。

これを是正するためには、各専門職のケアの提供方法を再構成し、あらゆる専門職らが新しい技術を学び、統合化されたマネジメントチームとして機能することが求められている。このように臨床現場において、当該患者、あるいは利用者に対して、具体的に、適切なサービスを提供するためには、各専門職間の臨床的統合が必要とされる。このことは、別の言葉でいえば、多職種協働とは、統合的なケースマネジメントであるともいえる。

とりわけ、認知症の初期症状が疑われる高齢者に対して、認知症初期には、これが悪化しないように、保健・医療・福祉に係るあらゆる側面から、総合的に評価し、課題に対する介入を行う必要がある。

今回、認知症初期集中支援チームを自治体において構成し、自治体内において実施する場合、既存の個々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ていくことが求められている。すなわち、多くの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、認知症高齢者に対して、サービス提供をすることになる。したがって、ここには、統合的なチームのための計画書が必要となる。

だが、すでに、各専門職は、個別に医療機関において医師が立てた診療計画、介護保険サービスを利用するものであれば、居宅（介護予防）サービス計画、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というように多くの計画が立てられている。

したがって、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る。

Models.” International Journal of Integrated Care Vol. 1 (October-December). (2000).

このため、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に挑戦してもらうことになる。

すでに、地域医療計画等において自治体内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ものと推察される。

ここでは、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）をもたらすことが統合的なケースマネジメントを行う目的となる。ただし、これら専門職に関わる認知症高齢患者のうち、一定以上、重大なリスクを抱えているが、支援の介入の効果（アウトカム）が乏しいものも存在する。このため、支援を行う対象についても、計画を立案する際に、この効果に関する点を明確にする必要がある。

先に述べた統合の強さを用いると、各レベルのサービス提供をどのように提供すべきかは、例えば、以下の様な表を作成することが必要となる。

「人」を軸としたサービス提供の考え方

多様なニーズに適応した統合的ケアを提供に際して想定される3つの給付の在り方

ニーズの領域	ルールによる受給資格に従う	効率性と対象範囲を最大化するために給付を管理	給付を統合し、変化に応じて受給資格を再定義
重症度／要介護度	軽度／中度 要介護2まで	中度／重度 要介護3・4程度	中度／重度 要介護度5
安定性	安定	安定	不安定
期間・ステージ	短期から長期	短期から長期	長期orターミナル（緩和ケア）
緊急性	ルーティン／非緊急的	概ねルーティン	緊急性がしばしばある
サービスの種類	狭い～中程度	中程度～広範囲	広範囲
自律性	自律的or強いインフォーマルケア （自助／互助中心）	多様な自律性とインフォーマルケア（自助、互助、システム化された互助、等）	自律性とインフォーマルケアは弱い（共助／公助中心）
	保険ごとのサービスに対し、報酬	症状に応じて、各保険からの報酬を調整	症状に応じた包括的な報酬を設定する

多様なニーズを持つあるいは不安定な状態の人に対して、統合的にケアを提供するには統合された給付体系も必要になる。

参考 Leutz, W. (1999). "Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK." The Milbank Memorial Fund Quarterly 77(1): 77-110.

（3）地域包括ケアシステムの基本となる多職種協働（臨床的統合）の在り方

認知症高齢患者に対する多職種協働支援を実現するためには、①チームを構成する人材、

②チームをアレンジする環境（招集権限、連絡方法・頻度や会議場所）の整備、③財源の確保とその成果の明示について、保険者は、事前に十分に検討しなければならない。

保険者に求められている①から③の事項は、行政がなすべきマネジメントといえるが、マネジメントが必要とされるのは、P.F. ドラッカーによれば「複数の人間が協力して、意志を疎通させつつ多様な課題を同時に遂行する必要が出てきたとき²⁰」とされている。すなわち、今回の初期集中支援チームの結成と、このチームが機能するためには、行政におけるマネジメントが必須といえる。

さて、今回、認知症の早期発見に係る多職種協働チーム①のチームの構成員のひとりとして、重要な役割を果たすことが期待されている職種のひとつとして、地域包括支援センターの保健師や訪問看護を担う訪問看護師などの看護職がある。

看護という領域は、医療と介護の間というか、いずれの領域とも近しい隣接領域として位置してきた。さらに、地域保健活動といった公衆衛生領域における長きにわたった活動により、住民と専門家との仲介者としての役割も担ってきた経験がある。

また、前述の②において、チームをアレンジする機能を有する立場となるのは、より具体的には、保険者である市区町村職員となる。今日、保険者は、地域包括圏域内の医療と介護の連携機能の高度化を図っていくことが強く求められている。

このためには、地域のケア現場において、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」によって、それぞれの専門性と地域包括ケアシステムの中で果たしている役割について相互に理解する契機を多く設定することが求められている。

例えば、保険者として、これらのチームの人材となる専門職に対して、積極的に相互理解を進めるために、在宅医療連携拠点事業や地域ケア会議の設置と、その運営をはじめとし、地域包括支援センターを中核とした多職種協働の連携のためのシステムを構築することが喫緊の課題である。これらの機会を利用することで、多職種連携における関係性作り（顔の見える関係作り）ができることになる。こういった関係が形成される中で、認知症高齢者に対する地域連携パスの構築、ICTを活用した連携環境の整備等を進められることとなる。

③財源の確保とその成果の明示については、保険者が、今回の初期集中支援チームの組織化、実践をすることが、いかなる成果を生み出すかについては、事前に、これについて、チーム員も含めて協議をする必要がある。

そして、この事業の実践に際して、一定の制約の下で投入資源の「集中と多様性のバランス」を確保することが前提とされなければならない。当然ながら、これを実施することは、チーム員間の目的の共有化とコミュニケーション等によって、全体最適の組織運営が確保されなければならない。

²⁰ 上田惇生訳、P・F・ドラッカー著『マネジメント』【エッセンシャル版】ダイヤモンド社；東京、2010

認知症初期集中支援に投入すべき資源を集中するためには、資源の適正配分による重点化がなされなければならないが、本チームの構成は、公と民という一般に、利害関係者が多様なため、組織運営の透明性が必要となる。

さらに、例えば、モデル事業に取り組む際には、この事業だけなんとか実行できればよいといった考え方で取り組むと、いわゆる、この部分最適のための組織運営に陥る危険性が高くなる。このような部分最適がすすんだ状態は、組織内不調和を起しやすいため、組織全体として効率的、効果的な成果が得難くなる。

したがって、こういった組織内不調和を、軽減又は、解消できる組織とするためには、管内の介護保険課だけといった、ひとつの課での対応を想定せず、他の医療、公衆衛生、福祉を司る課との横断的な仕組みなどを、現段階から模索しておくことが求められる。これらの課が協調的に組織運営をしていくことを視野に全体最適をできる環境を検討しておく必要がある。

最も重要なことは、この認知症初期集中支援に係るチーム員の個々のメンバーによる組織における運営の透明性を確保することである。今回の事業だけでなく、一般に、市町村行政に影響を与える関係者は多様であるため、意思決定過程において必要な情報の共有化等による透明性の確保と結果に対する説明責任が求められる。したがって、いかなる決定がなされていったか、あるいは、どのような会合がもたれ、どのような議論があったかについての詳細な記録を採っておくことは、留意すべき点である。

Ⅲ章 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割

1 認知症初期集中支援チーム活動の前提となるもの

(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、「①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、「②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、集中的の意味はおおむね 6 か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。

モデル事業開始時については②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①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) モデル事業の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モデル事業の実施主体は、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、つまり継続的にモデル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、モデル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要件】

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。

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る。

○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。

(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、本モデル事業の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」の専門医はチーム員会議に出席し、他のチーム員が訪問等を通じてアセスメントした内容に基づき、対象者が認知症、せん妄状態、うつ病等どのような病態にあるか、どのような介入を行うべきか、内服中の薬剤の影響はないかなどの検討に参加し専門的見識からの助言を行う。また、対象者がどうしても受診に応じない場合や緊急性のある場合などに必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。また、チームとかかりつけ医や専門医療機関との連携の方法に関する助言や連携構築への協力を行う。

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、実施要綱上の条件としているものである。

2 認知症初期集中支援チームの活動内容（事業内容）

本モデル事業の事業内容は、実施要綱において以下の3つが定められている。

- ① 普及啓発推進事業

- ② 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

- ③ 「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③については、認知症初期集中支援チームの所在、実施機関の相違に関わらず、事業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、①及び②（特に②）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）については、具体的な活動内容について、実施要綱を踏まえつつ解説するものである。

(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での紙面での紹介が考えられる。

なお、言うまでもなく、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持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関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さまざまであろうことが推察される。

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言うまでもないが、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関わらず、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ものである。

（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、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しく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

今回のモデル事業の実施においては、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、

- 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として『DASC』を、
- ② 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、
- ③ 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 8 介護負担尺度』を、導入し、このほか、
- ④ 身体の様子をチェック票を用いることにした。

なお、④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。

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。

～今回のモデル事業におけるアセスメント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 : **DBD 13**)
- ③ Zarit 介護負担尺度日本語版のうち 8 項目
(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

実施要綱上、初回家庭訪問の実施においてチーム員が行うべきことについては、以下(ア)～(エ)のとおりとされている。

- (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信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。

訪問時の留意点としては以下の①～⑥ことがあげられる。

- 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 家族の同席の確保を図ること
- 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こと
- 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ため、まずは、チームの役割を説明し、信頼関係の構築をはかることが必要である。

(6) チーム員会議

さまざまな課題をもち、複合的な支援を必要とする高齢者に対して、多職種で構成されるチーム員が、情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援を統合的に提供していくことができるようにするための調整会議である。ここでは、本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、本人や家族とともに歩んでいくことが大切である。

初回家庭訪問後には、必ずチーム員会議を開催する。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、その対象者およ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。

チーム員会議の開催にあたっては、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。会議の大まかな流れ、支援の対象（ケース）が誰であるか（本人か、家族か）、ケースの担当者が誰であるかを確認し、担当者がケースの状況とアセスメントの結果について報告する。支援に関わる他の関係者も情報を提供し、チーム内で情報を共有しながら内容を整理する。

初期集中支援計画の立案にあたっては、①情報の共有化、②課題の明確化、③優先度の高い課題の選択、④さまざまな解決策の案出、⑤導入する支援の決定、⑥計画立案や役割分担、⑦支援のゴールの決定、などの作業を行う。質の高い解決策を案出していくためには、多職種がそれぞれの立場から自由に発言することが重要である。専門医は、必要に応じて医学的な観点から助言を行い、さまざまなレベルで会議の進行を支援する。

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、訪問支援担当者を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

今回のモデル事業では、支援の頻度は特に定めないが、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される。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ヶ月とする。

初期集中支援の内容は以下(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。

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うえで、チーム員がかかりつけ医等に主治医意見書の作成に係る必要な情報の提供を行うことも想定される。

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。

必要な説明項目と説明方法（ツール・媒体）を以下に挙げる。

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う必要がある。

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、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。

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。

- ①対象者の自宅への同行訪問
- ②チーム員会議への担当介護支援専門員の参加
- 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

今回のモデル事業においては、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継いだことで終了するわけではなく、その後、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こととしている。

モニタリングの方法、期間は確定したものではないが、今回のモデル事業では、原則として2ヶ月毎としている。

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）はおこなわれておらず、新しい試みであると言える。

(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

本モデル事業においては、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」を設置することとなっている。この検討委員会は既存の委員会等の活用でも可としている。

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、一体的に本モデル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と定めている。

本項目については、VI章の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（105 ページ）を参照とする。

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、事業の内容や方法、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）報告書では以下のような項目が指標として掲げられている。

【事業の実績】

- ・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：Z a r i t 8 項目のスコア
- ・本人の状態像：
 - DASC 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

上記のほか、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掲げられる。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本事業では重要である。

さらに、集積した事例を分析する際、事例毎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際には、有効と考えられる。

4 本モデル事業の報告について

今後、モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討するために認知症初期集中支援の個別の支援方法や支援内容等について可視化する必要がある。

また、事業全体の評価として投入労働力やチームが対応できる訪問支援対象者の許容人数、一人あたりのコスト等も検討することが必要であり、各モデル市町村におけるこれからの取組内容が貴重なデータとなる。

本モデル事業では、実施要綱（9）のキでは「必要に応じて国等における事業実施状況に関する調査に協力するもの」とし、（10）において、「別に定める事業報告書により、試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。」を定めている。

さらに、平成25年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業」（独立行政法人 国立長寿医療研究センター）におけるモデル事業評価部会により、本事業の進行管理と評価及び認知症初期集中支援の内容等の検証が行われることとなっている。

現在、上記モデル事業評価部会により、モデル事業の報告項目や内容等のフォーマットを検討中であるため、今回示すことはできないが、事業報告の様式については追って示す予定である。

IV章 認知症の総合アセスメント

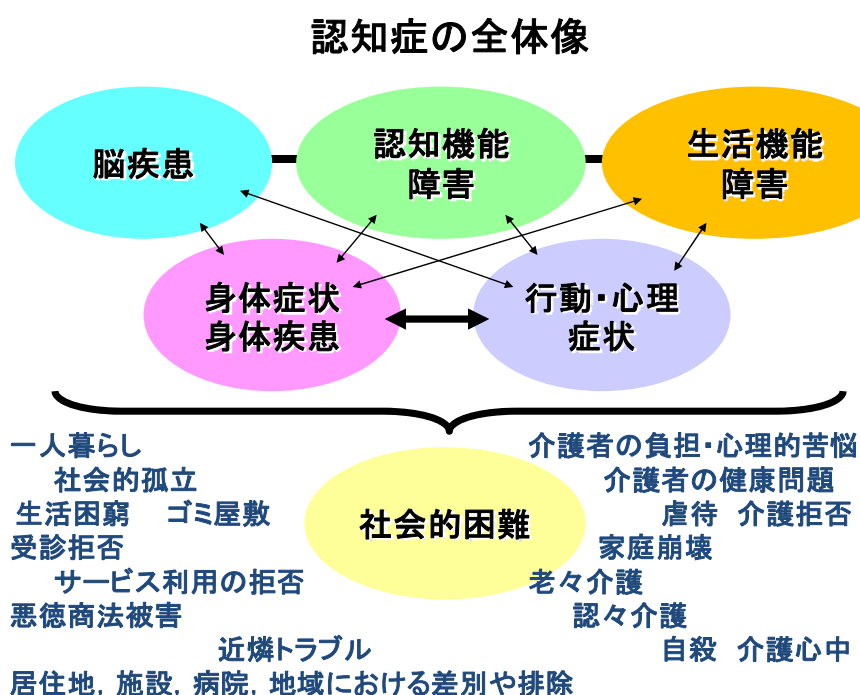
1 認知症アセスメントの考え方

(1) 認知症の総合アセスメントの重要性

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、と定義されています。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す。このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の3者の連結が認知症概念の中核を構成しています。

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」が認められます。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きます。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します。

このような複雑さがあるために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」にも直面しやすくなります。そして、これら全体が、認知症の病状を重篤化させ、認知症の人や介護者の生活の質を低下させていきます。



認知症ケアの質を高め、認知症の病状の重篤化を防ぎ、認知症の人と介護者の生活の質を保持していくためには、これらの全体像を総合的に評価し、多職種間で情報を共有し、予防、医療、介護、住まい、生活支援、介護者支援、権利擁護など、その人に必要とされる支援を統合的に提供していく必要があります。認知症の総合アセスメントは、そのような「多職種間の情報共有」と「必要な支援の統合的提供」をめざして行われる、認知症の総合評価を意味しています。

表 認知症の総合アセスメントに関係す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。

2 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患

はじめに

認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼びます。認知症の総合アセスメントを行う上で、認知症疾患の基礎知識をもつことはとても重要です。認知症疾患には数多くの病気がありますが、ここでは頻度の高い代表的な認知症疾患について解説します。

(1) 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す。

1906年に Alois Alzheimer が報告した 51 歳女性の一剖検例が最初の報告ですが、1980 年代に老人斑の主要構成成分はアミロイドβ蛋白 (Aβ)、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、①Aβの脳内沈着、②タウ蛋白の異常リン酸化、③神経細胞死というアミロイド・カスケード仮説が提唱されました。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ます。

● 臨床症状と経過

発症は潜行性で、進行は緩徐であり、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しています。

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ります。注意・作業記憶障害や遂行機能障害を伴うことが多く、基本的日常生活動作 (BADL) は保持されていますが、手段的日常生活動作 (IADL) の障害が目立つのがこの時期の特徴です。

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、判断力の低下も顕著となります。着脱衣、入浴、排泄、食事、整容、移動など、BADL の一部に介助を要するようになるのがこの時期の特徴です。

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ります。また、自発性が著しく低下し、発語も少なくなります。運動機能も障害されて歩行困難になり、BADL は全介助となります。

● 診断

米国精神医学会の操作的診断基準 (DSM-IV) が広く用いられています。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す。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します。

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ません。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ります。CTやMRIで側頭葉内側面の萎縮が病初期から認められ、疾患の進行とともにびまん性脳萎縮も進行します。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のが一般的です。

表. 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> <ul style="list-style-type: none">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）2) 以下の認知障害の1つ（またはそれ以上）<ul style="list-style-type: none">a. 失語（言語の障害）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）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）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 <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> <ul style="list-style-type: none">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）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）3) 物質誘発性の疾患 <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

(2) 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す。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の業績に遡ります。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ました。その後さまざまな分類法が提唱されましたが、ここでは国際分類に準じた脳梗塞による血管性認知症の3類型について述べます。

● 分類と特徴

- ① 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です。卒中発作によって急性に発症し、階段状に進行するのが特徴です。梗塞部位に一致して、失語、失行、失認、視空間障害、構成障害、遂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ます。
- ② 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します。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ります。海馬、帯状回、脳弓、尾状核、淡蒼球、内包膝部・前脚なども重要です。
- ③ 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）を認めるものと、高度の白質病変を認めるもの（Binswanger病）があります。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ますが、記憶機能は比較的保たれていることが多いのが特徴です。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、過活動膀胱なども認められます。

● 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します。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します。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します。3) については、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）があることを示します。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す。

(3) 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す。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ました。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りました。1997年にはレビー小体の主要な構成成分が α シヌクレインであることが明らかにされ、現在では α シヌクレイン異常症といった包括的概念も提唱されています。

● 臨床症状

進行性の認知機能障害を認めますが、ADと比較すると記憶障害の程度は軽く、遂行機能障害、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ちます。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ります。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、虫などが多いようです。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ります。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ます。

パーキンソニズムはDLB診断時の25～50%に認められます。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ありませんが、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ます。

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）が現れることがあります（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ソ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します。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します。

● 診断

DLB臨床診断基準を表に示します。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”と診断されます。

表. レビー小体型認知症 (DLB) の臨床診断基準

<p>1. 中心的特徴：＜DLB ほぼ確実(probable)あるいは疑い(possible)に必要＞</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">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c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズム <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">a. REM 睡眠行動異常 (RBD)b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性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porter 取り込み低下 <p>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）</p> <ul style="list-style-type: none">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 <p>5. DLB の診断を支持しない特徴</p> <ul style="list-style-type: none">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 <p>6. 症状の時間的経過</p> <p>(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</p>

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 α -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.

(4) 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す。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します。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ました。

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ます。

● 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、緩やかに進行します。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)が認められます。

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ちます。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」と言い間違えるような音節性錯誤、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ます。

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、失名辞が出現します。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くなります。発語は流暢性で、復唱も良好です。音節性錯誤は少なく、意味性錯誤が認められます(例:「えんぴつ」と言いたいのに「消しゴム」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ります(例:海老→かいろう, 小豆→こまめ)。

● 診断

診断基準の抜粋を表に示します。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す。

表. 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，無動， 3. 筋強剛， 4. 振戦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：前頭葉や側頭葉前方部での異常が顕著

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

(5) 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します。ビタミンB₁（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となりますが、後遺障害として認知症を来す場合があります。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ます。治療の基本は断酒の維持です。

(6) 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ますが、ときに幻覚、妄想などの精神病症状が現れることがあります（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認められます。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します。

(7) 正常圧水頭症

髄液が貯留して脳室拡大を来しますが、髄液圧は基準値範囲内にある疾患です。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りますが、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します。MRI（特に冠状断）で、脳室拡大とともに、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ます。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す。

(8) 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ます。通常は受傷後3週間から3カ月を経て発症します。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ます。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しますので、認知症の鑑別診断では常に念頭におくべき疾患です。

(9) 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ります。治療はビタミン B₁₂ の補充であり、早期に治療すれば回復します。

参考文献

- 1) 日本認知症学会編：認知症テキストブック。中外医学社，2010。
- 2) 日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン。医学書院，2010。

3 アセスメントツールの使用方法

はじめに

認知症の人や介護者が、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実施し、多職種間でその情報を共有し、必要な支援を統合的に調整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)、行動症状を感知するために有用な評価尺度として認知症行動障害スケール短縮版 (DBD13)、介護者の負担評価尺度として Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (Zarit 8) について解説する。また身体の様子チェックリストについてふれる。

(1) DASC とは

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、これによって「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、認知症の全体像が形づくられる。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 は、認知症をもつ人によく見

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す。DASCには以下のような特徴がある。

- ・ 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 を用いる場合の留意点について

A. 全般的な留意点

- ① DASC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。
- ② 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)。
- ③ 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 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。
- ⑤ 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いません。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。
- ⑥ 「～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。

B. 各質問項目の留意点

	質問項目	留意点
1	<p>財布や鍵など、物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。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、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>一人暮らしの場合（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 MMSE などの 3 単語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>

3	<p>自分の生年月日がわからなくなることがありますか。</p>	<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が、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>一人暮らしの方の場合（家族や介護者がいない場合）には、実際に本人に生年月日を追加質問して確認することができます。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	<p>今日が何月何日かわからないときがありますか。</p>	<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、わからなくなる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」ものと推測されます。</p>
5	<p>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。</p>	<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れなくなることがありますか。</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、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、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>

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。</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ですか」）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。</p> <p>何が適切であるかは評価者の主観が入るので判断が難しい場合があります。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。</p> <p>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	<p>一人で買い物はできますか。</p>	<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、必要なものを、</p>

		<p>必要なだけ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 13 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>一人暮らしの場合（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>一人暮らしの場合（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 9 の問題解決にも密接に関連する質問です。</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, 自分で摂取することができるかどうかを問うものであり, 自分で調理して食べるか, 惣菜を買ってきて食べるかは問いません.</p> <p>一人暮らしの方で, 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	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>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えます. 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, 高脂血症治療薬, 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る, 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	入浴は一人でできますか.	<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</p>

		<p>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	<p>着替えは一人でできますか。</p>	<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 11 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>一人暮らしの場合（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	<p>トイレは一人でできますか。</p>	<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>一人暮らしの場合（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>一人暮らしの場合には、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	食事は一人でできますか	<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となります。</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	家のなかでの移動は一人でできますか	<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 の評価方法

- 合計点をもちいて認知症の可能性を評価する場合

合計点を使用する場合は、項目 1～項目 18(DASC-18)の回答番号の合計を求めて判定します。29 点以上で認知症の可能性ありと判定する。

- 認知機能障害と生活機能障害の確認から認知症の可能性を評価する場合

- 1) 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 ADL①②）のいずれかが障害領域（3～4 点）の場合には、認知症の可能性がある。

- 2) 1)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ADL①②（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である可能性がある。
- 3) 1)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ADL①②（項目16～項目21）も障害領域でなければ（1～2点）、軽度の認知症である可能性がある。

（4）DBD13とは

周辺症状（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¹⁾ 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ました²⁾。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）DBD13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) DBD13の評価方法

資料にのせた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段階評価を行います。すべての項目が常にあるときには4×13で52点となります。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。

- 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

(7) 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¹⁾。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 Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview 8: J-ZBI 8) を開発した。²⁾

(8) Zarit8の評価方法

面接調査の形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) を示しています。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。

- 1) Zarit SH et al: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 20: 649-655, 1980
- 2) 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

(9) 身体の様子をチェック

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見られるが、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) 認知症の人に見られる病態

表1に認知症に合併しやすい身体症状を示した¹⁾。

表1

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

①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おこる症候群であり、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おきるほか、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需要である。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。

② 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、心理的荒廃がおこる。廃用症候群をきたすと、それが活動性の低下をひきおこし、さらに廃用がすすむという悪循環に陥りやすいので、注意が必要である。

③ 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²⁾ 認知症に伴って起きやすい老年症候群は65歳以上に見られる群、75歳以上で診られる群に多い。

表2 老年症候群の3つのタイプ



④ 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ひとつが嗅覚障害であることが知られている。

3) 認知症の人に見られる身体疾患

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。

①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。認知症のひとが経過中に突然BPSDをきたした際には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³⁾でも認知症の死因の大きなリスクとなっている。

表3

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	

②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。北川らは認知症のひと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見られるが、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⁴⁾。

転倒の頻度が正常高齢者の 3 倍多い認知症のひと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見られる際には頭部 CT を行うべきである。

③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挙げた。①骨折の発見が遅れる。②病院での受け入れが困難。③来院が遅いため合併症を伴う。④本人の訴えがはっきりしないため病態の把握が困難。⑤骨粗鬆症を伴う。⑥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。⑦受傷から時間が経過している例が多く手術が困難。⑧術後のせん妄が繰り返し管理が困難。⑨重度の認知症ではリハビリが困難。⑩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⁵⁾。

④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、帯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。

⑤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やすく耳垢に対する関心がうすいが、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⁶⁾。

⑥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 4 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。

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言える。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、重要な機能として求められるのが、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「身体の様子をチェックについて」の①から⑥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①～⑥の項目について表に示すような内容を聞く。

①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、この表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17の質問項目がある。

身体に関連した内容でもDASCやDBD13で、既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、⑦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。

②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。

(10) 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る、入浴を拒むようになる、義歯の管理や歯磨きができない、適切な片付けができないといった日常的な衛生活動に支障がでてくる。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、骨関節系の負担をきたす。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③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、睡眠中に大声をだしたり、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。

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

－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
- 目が見えにくいかな はい いいえ 不明
- 耳が聞こえづらいかな 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
- 義歯の管理・歯磨きはできているか 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
- (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)
- 義歯があるか はい いいえ 不明
 - 歯や歯茎の痛みの有無 はい いいえ 不明

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)
- 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。

4 模擬アセスメント

実際に、地域包括支援センターの職員が、訪問先で認知症アセスメントを実施している様子を映像で示す。映像を見ながら、アセスメントシートの各質問項目で該当すると思われる回答番号に○をつけてください。

V章 認知症初期集中支援における具体的活動

1 支援のための基本的プロセス

認知症初期集中支援チームが、相談者（認知症の人と介護家族）を支援するための基本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等において相談を受け、「認知症初期集中支援の対象か否かの判断」を行う。

1) 相談を受けける

相談は電話または来所面談によって受けけることができる。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）等に記入する。その際には、下記の点に留意する。

① 相談者の特徴に合わせて相談を受ける。

- ・ 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（嫁を含む）や配偶者の場合 → 同居の場合は、抱え込んで重症化しており、すでに相談者が精神的・身体的に疲弊している場合もある。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。

② 誰が困っているのかを整理する。

③ 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、下記の基準を満足する場合には初期集中支援サービスの対象となる。

認知症初期集中支援の対象者の基準
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のうち、以下のA, B, Cのいずれかの基準を満足する者。

- ア 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断している
- (ア) 認知症の臨床診断を受けていない
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している
- イ 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
- 注) 社会的困難状況（独居、高齢者世帯、キーパーソンの不在、近隣からの苦情、消費者被害等）にある場合も支援の対象とする。

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）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。

相談受付時にはアセスメントが行えない理由の例：

- ・ 初回では、まずは、関係づくりが優先されるため
- ・ 電話での相談のため細かな質問はできないため。
- ・ 面談時間が限られているため。
- ・ 近隣住民からの相談で情報が不明確なため。
- ・ 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、

（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。

1) 訪問の準備

① 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。

② 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。

③ 訪問の約束は本人とかかわりのある人が調整する。

- ④ 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。
- ⑤ 本人が独居であり、かつ身寄りがいない場合などでは、訪問に同行できる親族等がいない場合がある。その際には、チーム員会議（1-5. 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) 訪問実施

① 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とれるようにする。

② 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。

- ① 認知症によく見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)」を活用して、簡便にチェックすることができる。DASC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）。
- ② 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。認知症によく見られる 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。

- ③ 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。
- ④ 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
- ⑤ 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。
- ⑥ 家族の状況については、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（「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

- ① DASC の評価結果から「認知症が疑われる」かどうかを判断することができる（総合点を用いる場合には、DASC-18 で 29 点以上を「認知症疑い」とする）。「認知症が疑われる」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。「認知症が疑われる」が認知症の医学的診断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（「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。
- ② 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、必要な支援を行う。

- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ・ 支援に関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（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、

- ①医療機関への受療支援
- ②家族介護者への支援
- ③単身者の場合には生活支援（服薬管理や金銭管理など）
- ④介護保険サービスの利用に関する支援
- ⑤成年後見制度の利用に関する支援
- ⑥BPSD 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 カ月間とする。
但し、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、医療サービスおよ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

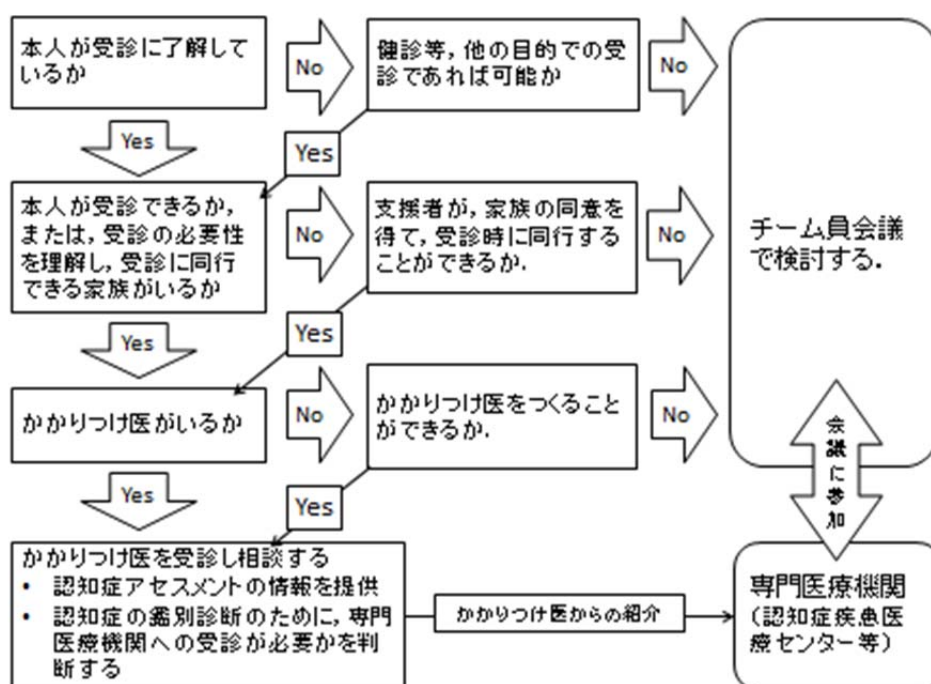
認知症は、原因となる疾患によって、治療法、支援のあり方、生活上の注意についても違いがあることから、医療機関を受診し、認知症疾患の診断や医学的評価を受けることが重要である。

(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、

- ① 紹介状と返事による情報共有
- ② 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の確認事項

必要な医療が安全に継続されるためには、認知症の方の生活背景をきちんと押さえ、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体制整備が重要）

- ・ 定期受診に同行できる人がいるか.
- ・ 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.

継続医療が開始された後にも、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体制整備が重要）

- ・ 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的な症状はないか。
- ・ 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

家族介護者は、認知症の人の日常生活を支えている重要な介護の担い手である。

認知症の人の在宅生活を維持するためには、通常、医療サービスや介護サービスのみでは不十分であり、こうしたサービスでは提供することができない「生活支援」が必要とされる。家族介護者は「生活支援」を提供することができる最も重要な介護の担い手である。したがって、家族介護者を支援することは、認知症の人の暮らしを支えるための最も重要な支援の一つと捉えることができる。

ここで言う「生活支援」とは、医療や介護などに先だって、生活を持続可能にするための支援であり、一般的には、調理、買物、洗濯、見守り、安否確認、外出支援、社会参加支援活動、日常的な困りごと支援、服薬管理、金銭管理や権利擁護的な支援などの多様な支援を言う（「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」 p17 より）。このような生活支援には、医療機関への受療支援や介護保険サービス利用申請の支援なども含まれ、通常、認知症の人が公的サービスを利用する上での前提となっている。こうした支援の担い手は通常家族であるが、家族がいない場合には、生活支援の担い手（キーパーソン）を確保することが最初の支援の課題となる。

（２）家族介護者自身のニーズの把握

家族介護者の支援を行うにあたっては、家族介護者自身のニーズを把握することが大切である。「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。

①本人との関係（周辺症状などの対応）

- ・ コミュニケーションがとれない、何度も同じことをいう
- ・ 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
- ・ 変化しいく本人を見ているのがつらい

②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
- ・ 自分が疲れている時，病気の時

③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

④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、①BPSD 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、②社会的に孤立しており、③サービスの利用についての不安、④経済的な不安、⑤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日本語版 ZBI-8 を使用することができる。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)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。健康状態に支障が見られた場合には、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、チーム員会議の中で、家族介護者の健康状態の改善・保持をめざ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（表参照）。これによれば、①これからの病気の見通し、②治療の方法、③介護の方法、④生活継続の方法、が上位4位を占め、これに続いて、⑤認知症に対応できる介護事業者、⑥介護サービスの相談窓口、⑦認知症を診てくれる専門医、⑧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、介護負担に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。

「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、①病気の見通しや治療の方法、②日常の介護や生活の仕方の留意点、③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。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。

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
- ・ 介護にかかるお金がない
- ・ 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、①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、②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、③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。

また、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。そのような支援の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）や認知症カフェ（コミュニティカフェ）がある。認知症カフェは、認知症の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、その情報を提供する。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必要がある。

「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利用してわかりやすく説明することが望ましい。

家族が認知症を知った時に知りたいこと(認知症の人の介護経験がある家族399人)

項目	n	%
これからの病気の見通し	311	77.9
認知症の治療方法	260	65.2
介護の知識や介護の方法	242	60.7
生活の継続方法(衣食住の工夫など)	150	37.6
認知症に対応できる介護事業者	139	34.8
介護サービスの相談窓口	124	31.1
生活で気をつけること(火の始末など)	116	29.1
認知症を診てくれる専門医	115	28.8
家族会や介護者会	114	28.6
参考になる図書やインターネット情報	52	13.0
見守りネットワーク等地域の支援情報	49	12.3
セカンドオピニオンの方法	31	7.8
成年後見制度等権利等を守るしくみ	31	7.8
その他	17	4.3
無回答	2	0.5

繁田雅弘:実践認知症診療「認知症の人と家族・介護者を支える説明」(2013)より引用

(7) 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言う。2009年の朝田らの調査報告書によれば、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、①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、②一家の収入を支える人の発症は、家族全体に経済的な聞きを生じさせる、③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、④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。

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、①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

について真剣に取り組むように説明を繰り返すこと、②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会義理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、③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、病気の特性・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。

(8) 家族介護者を支援するためのマニュアルづくり

上記(1)～(7)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。

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：家族を地域で支援するために。こころの科学161：78-85, 2012.
- 3) 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
- 4) 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>
- 5) 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)
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 玉井頭：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

- 9) 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

4 認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援

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心のあり方を考えること、認知症と呼ばれる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、成因について述べ、その後でBPSD の類型と対応のあり方について検討を加えたい。

(1) 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)¹⁾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)²⁾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」などさまざま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)³⁾。

表. 1996年のBPSDコンセンサス会議の結論 (Finkel 1996) ¹⁾

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。
 - さまざまな 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。

(2) BPSD の定義

BPSD は「認知症患者に頻繁に見られる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されている ⁴⁾。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 ⁴⁾。

(3) 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 ⁵⁾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 ⁶⁾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、図のような結果を得ている。

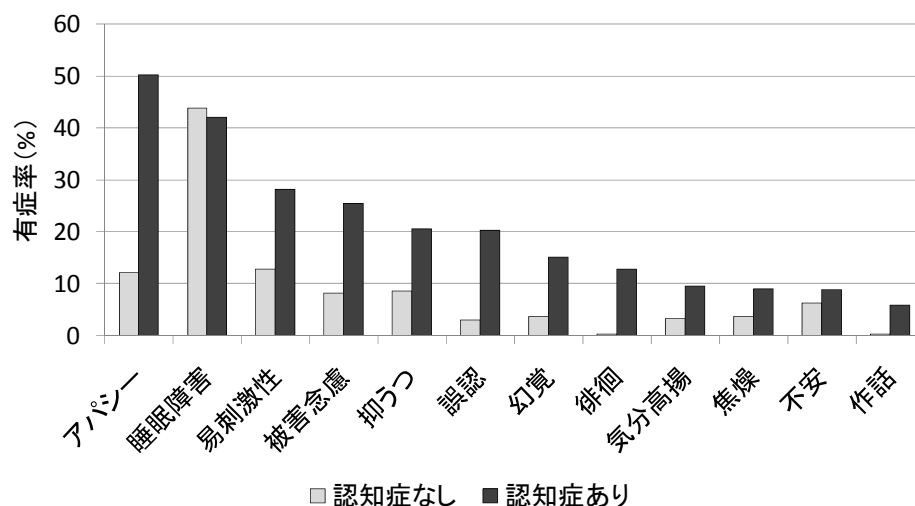


図. イングランドとウェールズの地域在住高齢者における BPSD の有症率の推計値 (Savva らの論文⁴⁾より作成)

(4) BPSD の影響

BPSD は、認知症患者の、①施設入所、医療機関への入院、救急事例化のリスクを高め、②医療・介護の費用を増大させ、③家族や施設職員らの介護負担を高め、④本人の機能障害を増大させ、⑤本人および介護者の QOL を低下させる (図)⁷⁾。

Black ら⁸⁾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。

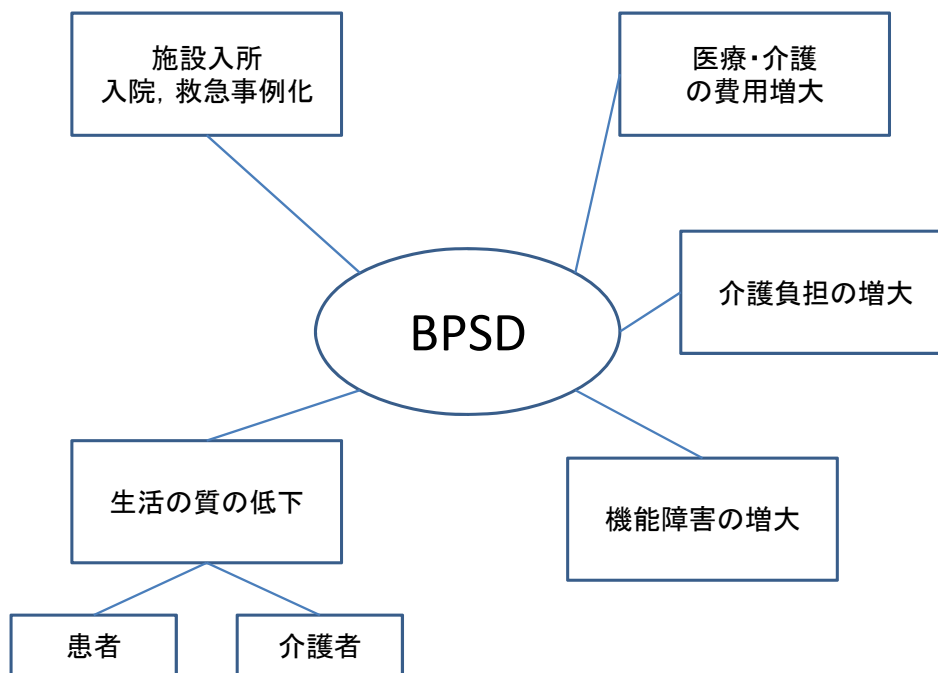


図. BPSD の影響 (Finkel の論文に掲載されている図⁵⁾ を一部改変)

(5) 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⁴⁾。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、我々ひとりひとりが、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。

（６）BPSD への対応に関する基本的な考え方

国民の多くが超高齢期を経験するわが国にとって、認知症はもはや他人事ではなく、誰でもが罹り得る国民的な疾患である。「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。

（７）BPSD の類型と支援のあり方

BPSD の発現には、身体的要因（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）や環境的要因（騒音、気温、不適切なケアなど）が関与していることもある。第一に行うべきことは、そのような要因の検討である。このような要因を検討した上で、認知症の人の不安や孤独感など、認知症の人の主観的な体験を考慮して、支援のあり方を検討していく必要がある。また、そのような支援によっても対応困難に顕著な BPSD が認められる場合には、薬物治療等の医療的対応が必要になる場合もある。

1) 妄想

病的な誤った判断や観念のことを妄想と言う。なみなみならぬ確信をもち、容易に修正できない。認知症によく見られる妄想には、「人が物を盗む」（物盗られ妄想）、「家の中に人が侵入してくる」（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）、「家に見知らぬ人が住んでいる」（同居人妄想）、「見捨てられる」（見捨てられ妄想）、「配偶者が浮気をしている」（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。

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、不安や孤立を解消できるような支援、気分転換がはかれるような支援を考えていくことが有効な場合がある。

2) 幻覚

対象が実在しないにも拘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。幻視の中でもよく見られるものに「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。

まずは、体験を受容し、不安が強い場合には安心感をあたえるような支援が大切である。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見られないこともある。

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，①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。②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。③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。

まずは、体験を受容し、不安が強い場合には安心感をあたえるような支援が大切である。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%に見られる。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。

基本的には安心感を与えられるような関わりや、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ある。症状が強い場合には抗うつ薬を使用することもある。

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，さまざまな社会的なかかわり，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。

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おこない、一緒に行動

したり、気分転換をはか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事（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。

基本的には、体験を受容し、安心感を与えるようにサポートすることが大切であるが、生活の中で気分転換が図れるように支援をしていくのが現実的かもしれない。

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、①不眠症、②睡眠関連呼吸障害、③過眠症、④概日リズム睡眠障害、⑤睡眠時随伴症、⑥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。

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。

8) 徘徊

以下のような行動が含まれる。①物事を調べてまわる、②人の後についていく、またはしつこくつきまとう、③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）、④目的なしに歩く、⑤夜間に歩く、⑥とんでもないところに向かって歩く、⑦活動過多、⑧さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、⑨繰り返し家を出ようと試みる。

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、そこにいるとが不安で落ち着かなかったり、家に帰ろう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。

9) 焦燥

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」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。①身体的攻撃性のない行動（全般的な不穏、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、別の場所に行こうとする、物を隠す、不適切な衣服の着脱、滞続言語）、②言語的攻撃性のない行動（拒絶症、気に入るものが何もないという、ひ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、関係ある事柄で話に割り込む、関係ない事柄で話に割り込む）、③身体的攻撃性のある行動（叩く、押す、ひっかく、物をつかむ、人をつかむ、蹴る、咬む）、④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、奇妙な音を出す）。

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。

1 0) 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。①突如の怒りの爆発、②言語的攻撃性（例：叫ぶ、ののしる）、③身体的攻撃性のおそれ、④身体的攻撃性（例：叩く、蹴る、咬む）などがある。

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。

1 1) 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、他者およ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。

脱抑制症状は、前頭葉の障害に起因する症状であることが多い。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。

1 2) 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。

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に行為に思えて、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。

文献

- 1) Esquirol JED: Des Maladies Mentales. 1938
- 2) Alzheimer A: Uber einen eigenartigen schweren Erkrankungen der Hirnrinde. Neurologisches Centralblatt 23: 1129-1136, 1906
- 3) 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
- 4) 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)
- 5) 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
- 6) Savva GM, Zaccari 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
- 7) Finkel S: Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Int J Geriatr Psychiatry 15: S2-S4, 2000
- 8) 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
- 9) 服部英幸編集、精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班: BPSD 初期対応ガイドライン. ライフサイエンス 2012, 東京

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

1 市区町村によるビジョン設定

(1) ビジョン設定の前提

日本の地域包括ケアシステムは、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が、国際的にもケアの統合に向けた取り組みには、様々な規模と形態があるとの報告がされている。

先行研究においては、ケアの統合をどのように行うのかという「モデル」に着目した研究が多く実施されているが、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）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²¹。とされている。ただし、共通の目標は必要であるとしている。

イギリスの ICP における目標設定は、①ケアを利用者のより身近なところに提供すること、②利用者の視点から見たケアの継続性を保つこと、③ニーズが最も大きい利用者特定し、支えること、④予防ケアの提供を促すこと、⑤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ことにする。

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”であり、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。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”となる。戦略マネジメントにおいては、ビジョンの策定と組織戦略の立案ということを意味しているし、ミッションの策定とは、事業戦略の策定にあたる。

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である。

²¹ RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots FINAL REPORT: FULL VERSION(2012).

第一の特徴は計画の策定方法である。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、ビジョン・政策目標が具体性に富んでいるということである。

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²²。

- (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の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²³。

現在のように、認知症高齢患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

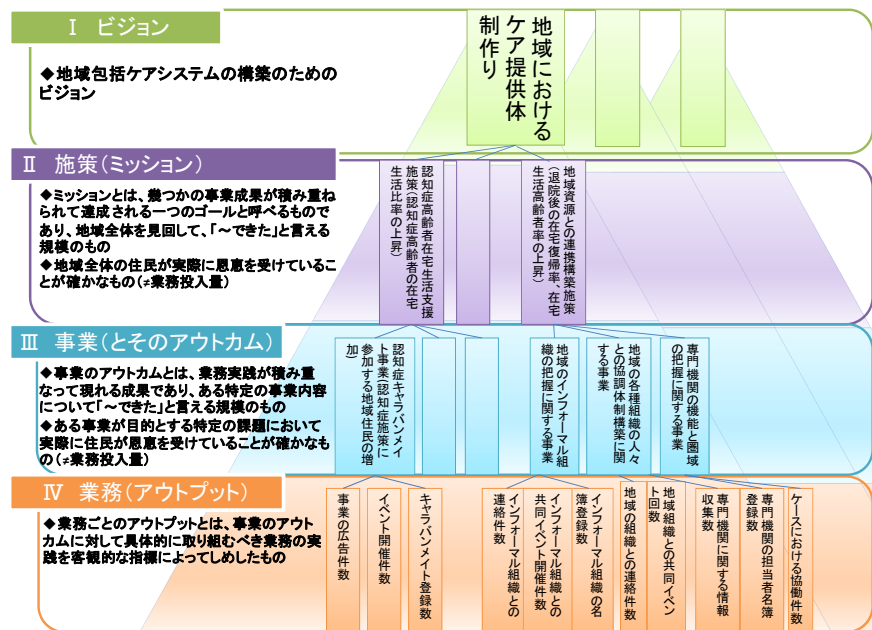
²² 大住莊四郎. *New Public Management* : 自治体における戦略マネジメント. 「フィナンシャル・レビュー」(2005) p34

²³ Vaarama, M., Pieper, R.(eds.) *Managing integrated care for older people*. STAKES, Helsinki. (2006).

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わけだが、このようなケアの分断の問題は、次のような4つの断層によって増長される^{24,25}と説明されてきた。

- ①保健・医療・介護・福祉の各領域間
- ②自治体職員と医療機関の間
- ③民間企業とNPO、公的機関の間
- ④家庭環境と施設環境の間。

これらの4つの断層によって、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ており²⁶、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ションを難しくしている状況がある。

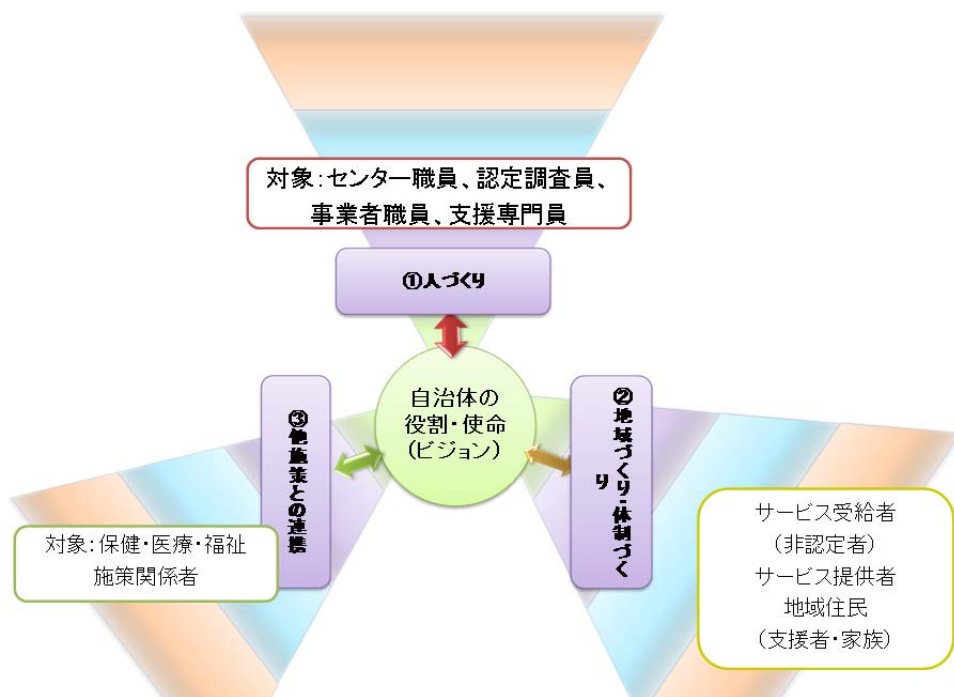


図表 ビジョン・ミッション・事業・業務の構造 (例)

²⁴ Somme, D., Trouvé, H. Planter 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).

²⁵ Couturier, Y., Trouvé, H., Ganon, D., Etheridge, F., Carrière, 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).

²⁶ Henrard, J.C. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. *Santé Société et Solidarité*, 2:73-82. (2002).



図表 アプローチごとのビジョンの立て方 (例)

(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ことが予想される。

しかしながら、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。

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。

この認知症高齢者への支援を充実させていくためには、地域圏域内でのかかりつけ医の整備や、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。

ここでは、自治体職員が自らの自治体における認知症高齢者を取り巻く状況を把握し、そこから考えられる課題を解決するための施策を立案するまでに必要なプロセスを提示し、どのようにビジョン設定をするかについての方法論を提示することとする。

プロセスは、ⅠからⅣの 4 つのパートによって構成される。

基本的には、施策立案までの PDCA サイクルを基本としているが、今回のプロセスは、施策立案の視点を担うまでの問題意識の醸成とエビデンスに基づいた施策立案ためのデータ分析を行うための手順について詳細なプロセス化を行っていることが特長となっている。

PDCA の plan にあたる施策立案を手順化したのはⅢのパートであり、Ⅰについては、課題分析にいたるまでのデータの収集と分析方法を具体的に示している。

これについては、各自治体で入手可能な要介護認定データを用いたデータ分析の方法について例示した。

また、各パートは、統合ケアの概念に 3 つの統合のレベルと対応している。統合概念において示されたレベルとは、25 ページにおいても説明したシステム統合、組織的統合、臨床的統合の三つである。

ビジョン設定までのプロセス²⁷

I. 認知症高齢者の状況把握のためのスタートアップ資料の作成（臨床的統合のプロセス）

- I-1. 市役所職員の問題の把握・共有
- I-2. 問題を把握するために必要なデータの確認
- I-3. データを作成するために必要な人材の確認
- I-4. データの収集・分析

「別紙:ビジョン設定の前提となる認知症高齢者推計等の基礎データの作成方法」を参考.

II. サービス導入に向けた課題分析・プロジェクトチームの設置 （役所内の組織的統合のプロセス）

II-1. 認知症高齢者の見守りサービスの現状把握、分析

- ①認知症高齢者の見守りサービスは、どのくらいの方が利用しているか
（高齢介護課内で話し合い、高齢介護課内のデータで分析）
- ②認知症高齢者の見守りサービスを実施している、事業者、担当ケアマネジャーあるいは地域包括支援センターの担当者に、現状を聞いてみる。
（このサービスが、もしなくなったら、どのような状態になるのか）
- ③このサービスが、なぜ、介護保険の対象とならないのか分析.
- ④新しいサービスを創った場合は、何人くらい認知症高齢者が利用するか分析

II-2. 認知症見守りサービスを創ろうという意思決定（課内の意思決定）

- ①現状分析をふまえて、このサービスは必要不可欠であるという課内の意思決定
- ②このサービスを実施していく上で、担当係、担当者を決定

²⁷ 筒井孝子, 篠田浩, 笹井肇, 大野賀政昭. 第7章 地域包括ケアシステムにおける認知症ケア立案プロセスの作成について. 老人保健事業推進費等補助金（介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業）, 「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業(立教大学)」, 平成23年度研究報告書, 2012.3 P121-133

③本来なら、ここで所属長（課長）に説明したうえで、課の意思決定

④新しいサービスを展開していく上で、新サービスは、どの形態とするか意思決定

なお、サービス形態の種類としては、

- ・市単独サービスとする.
- ・介護保険の横出しサービスとする.
- ・NPO法人等が展開していく民間サービスとする.

等が想定されることから、それぞれのメリット、デメリットについての資料をつくる
ことが必要であろう。

Ⅲ. 政策立案・予算要求（役所内外の垂直的・水平的統合のプロセス）

Ⅲ-1. 役所内での意思決定

- ①福祉部の総括課に説明し、意思決定
- ②福祉部長に説明し、意思決定
- ③財政課に説明し、意思決定（財源問題、予算案の作成）
- ④法令担当課に説明し、意思決定（市としての要綱案の作成）
- ⑤副市長に説明
- ⑥市長に説明
- ⑦新規要綱の場合は、市長まで決裁をとる（ここが、はじめて市としての意思決定となる）

Ⅲ-2. 市内の関係機関との調整（場合によっては、（3）と同時進行）

- ①このサービスを実施する事業者をさがす。
（直接、事業所を訪問する。介護保険サービス事業者協議会と調整する。ケアマネジャーの意見を聞く。地域包括支援センターの意見を聞く等）
- ②このサービスを実施できる事業者を見つける（単独あるいは複数）
- ③新サービスの委託事業者の公募
（あるいは、単独指定による委託）
- ④新サービスの委託事業者の決定
（公募事業者選定委員会による決定、あるいは市内部での決定）
- ⑤事業者と委託契約の締結
（委託事業者と一緒に事業開始準備）

Ⅲ-3. 議会の承認または報告

- ① 条例の場合、あるいは予算の場合は、原則として議会承認（議決）の手続き（厚生委員会の委員長、副委員長に対する事前説明、議長、副議長への事前説明、厚生委員会への説明、決定、本会議への説明、決定）
- ② 議決が必要でない場合でも、議会報告（厚生委員会への報告）

IV. 政策実行・政策の改善（サービス提供のための事業者間のシステム統合のプロセス）

IV-1. 新サービス開始までの準備

- ① 介護保険運営協議会での説明、報告
- ② 医師会、歯科医師会への説明
- ③ 地域包括支援センターへの説明
- ④ 介護支援専門員連絡協議会への説明（介護支援専門員から、対象となる世帯への説明を依頼）
- ⑤ 介護保険サービス事業者協議会への説明
- ⑥ 民生委員協議会等で説明
- ⑦ 市の広報、ホームページ等で説明

IV-2. 新サービスの開始

IV-3. 新サービス開始後、そのサービスの内容を検証する

- ① 実際にサービス提供の現場に行って、本人、家族から現状把握
- ② 新サービスの実施事業者、担当ケアマネジャーに直接聞き、現状分析
- ③ 課内で検討
- ④ 場合によっては検証（検討委員会）を立ち上げ、運営

IV-4. サービスの改善

- ① 必要に応じてサービス内容を検証する.
- ② 必要な予算措置を行う.
- ③ 必要に応じてサービスの改善を行う.

(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を決断が必要となる。

この統合に際して、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、①新しいアプローチ構築のための管理方法、②新しい組織の創設および既存組織促進、③態度と行動の変容、④必要なインフラ構築（情報技術を含めて）、⑤予算手当とインセンティブといったことがあげられる。

これらの視点をもとに、以下の様な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。

表 戦略計画ワークシート（例）

事業・業務	ミッション	〇〇市の強み	〇〇市の弱み

○新しいアプローチ構築のための管理方法

- ・新しい環境で誰が何をするのか？
- ・新しい働き方と新しいサービスに対して何の基準を使うのか？
- ・パフォーマンスの測定方法とは何か？
- ・責任所在はどこか？
- ・外部の利害関係者にどのように変化を報告するのか？

○新しい組織の創設および既存組織促進

- ・利害関係者に新しいアプローチをどのように説明し、納得させるか？
- ・アウトカムと患者の経験に対して統合ケアがどのようにエビデンスを提供することができるのか？
- ・多くケア提供主体がコスト削減、生産性の向上、評価可能な利益を実現するためにどうすればいいのか？
- ・アウトカムを示すデータを収集の方法をどうするか？

○態度と行動の変容

- ・どのようなリーダーシップが必要なのか？
- ・誰の態度を変える必要があるのか？また、どう変えさせるか？
- ・統合ケアを提供するために利害関係者が必要な能力と技術を持っているのか？
- ・利害関係者は統合ケアを支える理由とは何か？

○必要なインフラを作る（情報技術を含めて）

- ・従来のインフラは統合された働き方を促進するか？
- ・統合された働き方を支えるために従来のインフラをどのように変化し、適合するか？
 - ・インフラの必要な変化を呼び起こすための資源を確保するためにどうすればいいか？
 - ・インフラの必要な変化をどのように導入すればいいか？
- ・従来のインフラが統合ケアの妨げではなく、統合ケアの促進になるためにどのように開発すればいいか？

○予算手当とインセンティブ

- ・最も重要なところに、どのように予算手当すればいいか？
- ・予算獲得の際に、経済的な結果をどのように示すことができるか？
- ・予算獲得の際に、非経済的な結果をどのように示すことができるか？
- ・対象とする制度以外に経済的不利益が生じた場合、それを補てんするインセンティブをどのように作るか？

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。

検討委員会の構成員については、次の①～③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。

- ①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）
- ②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
- ④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いくつかある^{28, 29}。

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は、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³⁰⁻³²、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³³。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

²⁸ Coddington DC, Fischer EA, Moore KD : Strategies for integrated health care systems. *Healthcare Leadership & Management Report*, **9**, 8-15 (2001).

²⁹ 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).

³⁰ Coddington DC, Ackerman FK, Moore KD : Setting the record straight: Physician networking is an effective strategy. *Healthcare Financial Management*, **55**, 34-37 (2001).

³¹ Hunter DJ : Integrated care. *Journal of Integrated Care*, **3**, 155-161 (1999).

³² Wilson B, Rogowski D, Popplewell R : Integrated services pathways (ISP): A best practice model. *Australian Health Review*, **26**, 43-51 (2003).

³³ 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).

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と考えられる。

(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。ブ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求められることになる。

(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・測定する方法は、国内外ともに十分なエビデンスが示されていない状況である。

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、これも統合の実施の指標は、それほど多くは示されてきていない。

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^{34,35}、財政的なパフォーマンスを基本に、認知的な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、①株主の利益に対して財務の視点、文字通り、②顧客の利益に対して顧客の視点と③業務プロセスの視点、④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①から④についてを行政機関の視点とするならば、①と②は住民又は地域社会の利益の視点と利用者の視点、③と④は行政であろうが、営利団体であろうが同じである。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。

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

³⁴ Kaplan, R. S. & Norton, D. P. Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 71, 134-147. (1993).

³⁵ Kaplan, R. S. & Norton, D. P. The balanced scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70, 71-79. (1992).

エ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³⁶。

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^{37, 38} 「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³⁹。

以下の表は、統合分野と指標の例を示しているが、本モデル事業の評価をする際に、どのような指標を考えるかにあたって、以下の表に示された指標は、参考となるだろう。ただし、このように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、一番引用され、様々な機関がそのツールの使い方を説明している。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いえる。

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と考えられる。

³⁶ 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).

³⁷ 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).

³⁸ 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).

³⁹ 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, Cargary Religion, (2007).

表 統合の構成や関連のある指標の例

統合の種類	統合分野	指標の例
機能的な統合	<ul style="list-style-type: none"> ● 文化 ● 戦略的計画 ● 品質保証 ● インフォメーションシステム 	<ul style="list-style-type: none"> ● システム全体にわたる同意され共有されている価値や規範 ● 戦略的計画や共有している一年を通しての目標の数 ● 共通の政策の数 ● 同一のカルテ
臨床的な統合	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨床プロトコルの開発 ● 医療記録の利用 ● 臨床的結果のデータの利用 ● 臨床的サービスの分担 ● 協調的な臨床的活動 	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨床的実践のガイドラインの数 ● 組織内で共有されているカルテの特徴をパーセント化したもの ● 感染症のある病院の数 ● 他の組織でも共有されている臨床的サービスのパーセント ● 臨床的施設の重複している度合い
専門家の統合	<ul style="list-style-type: none"> ● 集団的活動の形成 ● 責任の分担 ● 医師の利益 	<ul style="list-style-type: none"> ● 集団の中で実践している医師の割合 ● 共通の信用証明の過程をとっている管理組織の割合 ● 医療スタッフの育成が管理組織を通じて協調的に行われている

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項目が選定されている。

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。この24項目の設問の詳細と法令根拠との対応は以下の表の通りである。

表 保険者機能評価項目 (24 項目版)

問1 「事業計画・政策立案の状況」		
1-1)	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。 (※ここでは財政運営上、計画(見込み)に対して給付状況(現状)がどう推移しているかを点検しているかお尋ねしています。)	介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_四_3
1-2)	介護保険給付状況の分析を行っていますか。	介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_二_1
1-3)	2025年に向けた中長期的な高齢者人口、高齢化率、要介護高齢者の推移を推計していますか。 (※部内資料であっても推計していただければ「1. はい」とお答えください。)	介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一_二
1-4)	2025年に向けた中長期的な要介護高齢者増に対応する自治体(保険者)としての介護基盤整備方針を検討していますか。	介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第一_二(1-3)に同じ
1-5)	高齢者のニーズに応じた自治体(保険者)独自の施策(一般財源事業)やサービスがありますか。	介護保険法第5条第3項(今回の改正で追加)
問2 「地域連携の仕組みづくり」		
2-1)	医師会、歯科医師会、保健所、地域包括支援センター、福祉事務所、ケアマネジャー等の保健・医療・福祉の関係機関による地域ケア会議や連携会議開催等の開催状況について、開催の有無とその頻度についてお答えください。	地域包括支援センター運営協議会について、介護保険法第115条の45第4項(改正前条文)、介護保険法施行規則第140条の66第4項、個別ケース担当会議(地域ケア会議)及び地域全体の連携推進のための会議については、介護保険法第115条の46第5項(今回の改正で新設)
2-2)	自治体(保険者)として、地域の医療機関、介護保険施設、居宅サービス関係者等と連携した地域連携バス(医療連携バス)の仕組みがありますか。	介護保険法第117条、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成18年厚生労働省告示第314号)第二_二の二_8
問3 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」		
3-1)	自治体(保険者)として、地域包括支援センター(プランチ・サブセンター含む)の定期的な連絡協議や情報共有の場を設定していますか。	介護予防支援事業所としては、介護保険法第115条の26
3-2)	自治体(保険者)として、地域包括支援センター(プランチ・サブセンター含む)からの提案・要望などに基づいて、事業や講座などを新規に実施したことがありますか。	
3-3)	自治体(保険者)として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。	
問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」		
4-1)	介護支援専門員(ケアマネジャー)の連絡協議会組織等を設置していますか。	介護保険法第115条44の五
4-2)	自治体(保険者)として、介護支援専門員(ケアマネジャー)を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。	同上
4-3)	自治体(保険者)として、ケアプランチェックやケアプラン評価を実施していますか。	介護サービス計画の検証 : 介護保険法第115条の44の五
4-4)	介護支援専門員(ケアマネジャー)から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。	地域包括支援センターの設置運営について(老健局3課長通知): 2(4)(ウ)(エ)、4(1)④
4-5)	自治体(保険者)として、介護サービス事業者ごとの連絡協議会組織等を設置していますか。	介護保険法第115条44の五
4-6)	自治体(保険者)として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。	介護保険法第115条44の五
4-7)	自治体(保険者)として、介護サービスの内容や自治体独自の高齢者福祉サービスを紹介する「しおり」や「ガイドブック」「介護サービス事業者リスト」を作成し、ケアマネジャーや市民等に配布していますか。	○包括の周知: 地域包括支援センターの設置運営について(通知)9 ○成年後見周知: 地域支援事業の実施について(局長通知)
4-8・9)	自治体(保険者)として、地域密着型(介護予防)サービス事業所に対する指導・監査の状況についてお答えください。	
問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		
5-1)	自治体(保険者)として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」(平成18年4月厚生労働省老健局)だけではなく、その内容を補完するような自治体(保険者)独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。	高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(以下、高齢者虐待防止法)第3条・第16条、国マニュアルP 17~22
5-2)	高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。	同上
5-3)	高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。	同上
5-4)	高齢者虐待対応用の一時保護施設やシェルターを確保していますか。	高齢者虐待防止法第10条
5-5)	成年後見制度について、市町村長申立の仕組みを設けていますか。	高齢者虐待防止法第9条、高齢者虐待防止法第28条、老人福祉法第32条、老人福祉法第32条の2
5-6)	老人福祉法上の「やむを得ない事由による措置」が必要であると判断した場合に施設入所措置などを含め権限を行使した平成22年度の件数をお答えください。	高齢者虐待防止法第9条

(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-ZBI_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

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		独居・同居	
	回答者の氏名:	本人との続柄:	記入者氏名:		所属・職種:		備考欄					
認知機能障害・生活機能障害												
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	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	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										
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だ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うときに、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									
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	社会的 判断力									
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	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	家庭外の IADL									
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	金銭管理									
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	電話									
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	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									
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題ない b. 見守りや声かけを要する 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. 見守りや声かけを要する c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	着替え									
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題ない b. 見守りや声かけを要する 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. 見守りや声かけを要する c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	整容									
20	食事は一人でできますか。	a. 問題ない b. 見守りや声かけを要する 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. 見守りや声かけを要する c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	移動									
										DASC 18 項目の合計点		点
										DASC 21 項目の合計点		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	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	
4	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	
5	特別な根拠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	
6	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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	明らかな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	
13	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うち8項目(J-ZBI_8) 認知症初期集中支援チーム版

ID	記入日	0点				1点				2点				3点				4点				備考
		思わない				たまに思う				時々思う				よく思う				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りすることがありますか。																					
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		

身体の様子チェック票

項目

- 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
 - 目が見えにくいか ○ 耳が聞こえづらいか
- ②衛生状態 ○ 身体は清潔か ○ 衣服は清潔か ○ 家屋、室内は清潔か
- ③栄養状態 ○ 極度にやせているか、肥満しているか
 - むくみがあるか
- ④摂食状態 ○ 食事を拒否したり、食べないことがあるか
 - 食べ過ぎることがある ○ 食物を噛めるか ○ 食物を飲み込めるか(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 (回数、量) ○ 便失禁があるか (回数、性状)
 - 便秘があるか
- ⑥睡眠状態 ○ 睡眠は良好か (起床時間や就寝時間、日昼の睡眠時間)
 - 寝ていて大声をだしたり起き上がったことがあるか
- ⑦その他 その他身体の状況で気がついたこと

上記項目を確認し、気づいた点を訪問記録等に記入し、記録を残すこと。

認知症初期集中支援子一ム活動報告書(個別事例集積票) No1

案

担当市町村(

) 年月日付

No	性別	年齢	世帯状況	情報入手日	紹介されたルート	困難事例に該当するか	関与開始時の状態			DASC21 スコア	DBD13 スコア	Zarit8 スコア	関与開始時の主治医の有無	初回訪問回数	初回チーム会議の開催日	チーム会議の開催回数	これまで受診やサービスに結び付かなかった理由(自由記載)	効果(該当する項目に○を記入)				関与の期間		
							CDR得点レベル(1軽度、2中等度、3重度)	障害高齢者の自立度	認知症高齢者の日常生活自立度									開始時	終了時	開始時	終了時		開始時	終了時
例	女	78	夫婦		民生委員から地域包括に相談	認知介護	2中等度	J	II a				なし	4	2	家族が受診の必要性を感じていなかった	専門医の受診	介護保険サービスの導入	家族のケアが適切に変化	その他(記載)	5度の訪問で家族への受診のメリットを説明したことで	終了	6W	
1																								
2																								

(※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 ()	
	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)			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	続柄			
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・すごし方			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

仙台市 DASC（裏面）に利用

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

第4表

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

居室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)						

