

平成24年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

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  
事業報告書

平成25年3月

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

# 目次

I	事業名	1
II	事業実施目的	
III	事業実施期間	
IV	事業内容	
1	委員会の組織と今年度の活動状況	
2	仙台地域における今年度の活動	
3	世田谷地域における今年度の活動	
4	敦賀地域における今年度の活動	
5	3地域での事例のまとめ	
6	前橋市地域包括支援センター認知症相談事例アンケート調査	
7	イギリスでの現況	
8	認知症初期集中支援チームのモデル事業のスキーム	
9	来年度事業へむけて	

## 資料

1	仙台市のモデル 栗田委員	32
2	世田谷区のモデル 上野委員	52
3	敦賀市のモデル 玉井委員	60
4	前橋市地域包括支援センター認知症相談に関する事例アンケート調査 山口委員	69
5	イギリスでの現況 西田委員	73
6	参考資料	
1)	初期集中支援チーム研修用資料案 山口委員	76
2)	初期集中支援チーム研修用スライド案 鷲見委員	88
3)	DASC 研修資料 栗田委員	105

## I 事業名

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

## II. 事業実施目的

本研究は、認知症施策検討プロジェクトチームがまとめた「今後の認知症施策の方向性について」に基づき、認知症になっても在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進するため、認知症の人や家族に専門家チームが関わり、アセスメントや初期集中ケアを受けることで自立生活をサポートするシステムを構築するために必要なツールを開発し、認知症初期集中支援のサービスやケアのあり方を提示する。また、国内外のモデル実践例をとおして、ツールの妥当性を検証するための調査を実施し、早期介入モデルの現場における導入方法を検討する。

### 背景

- ・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。
- ・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。
- ・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。

## III. 事業実施期間

平成24年7月6日 から 平成25年3月31日 まで

## IV. 事業内容

かかる事業目的のために、全国の有識者を中心に委員会を組成した。また委員会の下に初期集中支援チームのサービスモデルスキーム作りのため協力者をメンバーとしてワーキンググループを組成し、下記事業内容の4)及び5)について検討した。委員のうち鳥羽は全体の統括、鷺見は事務局およびモデルスキーム作成、粟田、玉井、上野はモデル的な活動を仙台、敦賀、世田谷で実践。山口は群馬での実践状況と教育、筒井は全体のデザイン

ン、西田は欧州ことに英国の状況に関する調査を中心に活動を行った。

- 1) これまで国内外で行われてきた認知症者および家族への対応等の情報収集・分析
- 2) アセスメント訪問における必要な情報・アセスメントツールの開発
- 3) 開発されたアセスメントツールの妥当性・信頼性の分析（モデル実践）
- 4) 認知症早期における本人及び家族の支援方法、内容の可視化
- 5) 初期集中支援チームのサービスモデルの標準化
- 6) 専門家チーム員の質の確保に向けたカリキュラムの開発

#### IV-1. 委員会の組織と今年度の活動状況

	委員	氏名	所属	職種・領域
1	座長	鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター 病院長	医師（老年科）
2	委員	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長	医師（神経内科）
3	委員	粟田 圭一	東京都健康長寿医療センター 研究部長	医師（精神科）
4	委員	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官	福祉サービス 研究分野
5	委員	山口 晴保	群馬大学大学院保健学研究科 教授	医師（神経内科）
6	委員	玉井 顯	敦賀温泉病院 理事長	医師（精神科）
7	委員	上野 秀樹	海上寮療養所 訪問診療室長	医師（精神科）
8	委員	西田 敦志	東京都医学総合研究所 主任研究員	精神保健福祉士・ 医学博士

## 【オブザーバー等】

玉井班	葭田美智子	特定非営利法人メイアイヘルプユー理事	看護師
	北野 義美	福井県敦賀市介護保険課長	行政職
	高島久美子	福井県若狭町地域包括支援センター	看護師
粟田班	太田みどり	仙台市介護予防推進室長	保健師
	滝脇 憲	NPO 法人自立支援センターふるさとの会	
上野班	小堀由祈子	世田谷区介護予防地域支援課長	行政職
	高橋 裕子	世田谷区介護予防・認知症対策担当係長	保健師
	遠矢純一郎	桜新町アーバンクリニック院長	医師
	片山 智栄	ナースケア・ステーション	所長
山口班	田中 志子	医療法人内田病院理事長	医師
	大沢 誠	医療法人あづま会 大井戸診療所院長	医師

協力者	中西 亜紀	大阪市立弘済院附属病院神経内科・精神神経科部長
	奥村 典子	医療法人藤本クリニックデイサービスセンター所長
	宮崎和加子	一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局次長
	本間 昭	認知症介護研究研修東京センター センター長

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室

## 【事務局】

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

### 第1回委員会

日時 平成24年9月14日（金）

議事 1 この事業の意義と役割

認知症・虐待防止対策推進室から事業概要の説明

2 初期集中支援チームのあり方について

3 初期集中支援チーム アセスメントのあり方について

4 全国のチームの均てん化のための研修システムの構築について

### 第2回委員会

日時 平成24年12月5日（水）

議事 1 チームのモデル事業スキームについて

2 各モデル実践の進捗状況

### 第3回委員会

日時 平成25年3月12日(火)

議事 1 今年度認知症初期集中支援チームモデル実施地域からの報告

①仙台 ②世田谷 ③敦賀

2 認知症初期集中支援チームのモデル事業のスキームの確認と検討

①初期集中支援チーム員の要件と編成

②アセスメントと身体状況のチェック

③引き継ぎ後のモニタリング

3 初期集中支援チームの来年度事業について

①チーム員の研修計画(案)

4 事業報告書の取りまとめについて

### 第1回 協力者ヒアリング

日時 平成24年10月22日(月)

議事 初期集中支援チームのモデル

各地域での主な特徴と課題

### 第2回 協力者ヒアリング

日時 平成24年11月14日(水)

議事 チームのモデル事業スキームについて

### 第3回 協力者ヒアリング

日時 平成24年12月3日(月)

議事 チームのモデル事業スキームについて

### IV-1-1) 委員会及びヒアリングでの検討内容のまとめ

1) これまで国内外で行われてきた認知症者および家族への対応等の情報収集・分析

これまで国内で行われてきた、先駆的な活動地域として 仙台市(資料1)、世田谷区(資料2)、敦賀市(資料3)における試みを分析し、それぞれの特性と今回の事業のモデルとしての有用性を検討した。山口委員は前橋市地域包括支援センター認知症相談事例アンケート調査(資料4)を行った。西田委員はイギリスにおける同様の試みに関して紹介した(資料5)。委員会ではまずこの初期集中支援チームをどこにおくかが議論された。現時点で考えうるのは、ア)地域包括支援センター、イ)認知症疾患医療センター、ウ)医療機関や地域包括支援センター以外のところに置く。例えば訪問看護ステーションに置く、あるいはNPOを立ち上げ行うといったモデルが考えられる。これらはそれぞれ長所短所があり、地域によっても立ち上げやすさが異なることが指摘された。

表1

	長所	短所	参考となるモデル地域
地域包括支援センターに拠点	介護との連携は強い	医療との連携が弱い 現在の仕事量が多すぎる	宮城県仙台市(栗田) 東京都千代田区(栗田) 東京都板橋区(栗田)
・認知症疾患医療センター ・認知症に対応しているクリニックに拠点	医療との連携は強い	介護福祉系との連携が比較的弱い この事業が介護保険ベースとすると医療機関としての報酬がない	敦賀市モデル(玉井) 東京都世田谷区(上野) 宮城県石巻市網地島(栗田)
その他の事業所・NPO等に拠点	介護福祉系との連携は強い	医療との連携が弱い	東京都新宿区 NPO 法人 ふるさとの会総合相談センター(栗田)

今年度は仙台ではア)のパターンで、敦賀はイ)のパターンで、世田谷はウ)に近いパターンで行っており、3つのパターンの長所と短所を次年度にかけて明らかにしていく。

#### 2) アセスメント訪問における必要な情報・アセスメントツールの開発

#### 3) 開発されたアセスメントツールの妥当性・信頼性の分析(モデル実践)

今回与えられた7か月という期間で新規のアセスメントツールを開発しそれを実践し、妥当性、信頼性の検討を行うことは現実的でないこと。また将来的に全国で無理なく実施できることを勘案し、できる限り簡単なアセスメントツールを用いることが議論され決定された。このことからすでに先行する三地域で用いられているアセスメントツールを利用し、これに加えてすでに評価の定まっているアセスメントツールを加え、来年度からのモデル事業で実施するという方向性を固めた。アセスメントツールとしては栗田らが開発し使用している「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)」と玉井、上野らが使用している、行動観察方式 AOS(Action Observation Sheet)および BFB(Brain Function Battery)がある。ともに優れたアセスメントツールであるが、より簡便であること、有用性の検証ができていないこと、教育のためのツールも用意されていることから、DASCを用いることとなった。また本事業全体の効果の指標として、DBD13(Dementia Behavior Disturbance Scale)および Zarit8を使用することを決定した。

#### 4) 認知症早期における本人及び家族の支援方法、内容の可視化

この点に関しては次年度10か所で行うモデル事業の中で有効な方法を集積する。

5) 初期集中支援チームのサービスモデルの標準化

スキームは後述する。この部分的に標準化したモデルを用いて、来年度モデル事業を行う

6) 専門家チーム員の質の確保に向けたカリキュラムの開発

認知症初期集中支援チームのモデル事業を実施するにあたり、認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う初期集中支援チーム員の資質の向上を図るため、専門的な知識や技術の習得を図ることを目的とする。対象はモデル事業を実施する区市町村の初期集中支援チーム員とし、実施自治体の担当者も参加することができる。

表2にカリキュラムの案を示す。研修は2回とする。初回研修は事業開始時に2日間（13時間：14単元）実施、2回目（6時間：7単元）は事業実践に際しての課題を提出し、この評価を踏まえプレゼンテーションにより、事業全体の評価を実施する。

表2 研修カリキュラム（案）

		構 成	単 元
初回	1 日 目	I チーム員の役割	1 初期集中支援サービスの概要 (0.5H) 2 チーム員の果たすべき役割 (0.5H)
		II 認知症の包括的アセスメント	1 認知症アセスメントの考え方 (0.5H) 2 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断 (1H) 3 アセスメントツールの使用方法 (2H) 4 模擬アセスメント（演習）(0.5H)
	2 日 目	III 初期集中支援における援助	1 本人に対する基本的ケアと認知症支援の方法 (2H) 2 家族支援と教育的アプローチ (2H) 3 予防的支援の具体的な取組 (1H) 4 社会資源の活用とその開発 (0.5H) 5 初期集中支援の評価のあり方 (1H)
		IV チームの効果的な運営方法	1 チーム員会議の進め方と運営方法 (0.5H) 2 多職種協働支援のあり方 (0.5H) 3 地域連携とケアシステム (0.5H)
		V 課題説明	2回目の研修課題の説明（事前提出とプレゼンテーションの方法についての説明）
		VI その他	基本的理解の確認（テスト）
2 回 目	1 日 目	I 課題についての発表と評価	プレゼンテーション（20分、質疑10分）X10 1対象者の適切さ 2評価方法の適切さ 3実施フローの完成度
		II 認知症初期集中支援チームの活動方法の理解及び理解度に関するテスト	1. 地域における初期集中支援チームの実践に関する評価 2. アウトカムに関する評価 論述を含む試験（30-60分）
	III その他	総括	

このカリキュラムに使用可能な教材として山口委員からの資料：参考資料 6-1)、鷲見委員からの資料：参考資料 6-2)、粟田委員からの資料：参考資料 6-3) を用意している。

## IV-2 仙台地域における今年度の活動（資料1）

### ①今年度行った活動とその成果（平成25年3月18日時点）

#### ①-1. 事例検討の結果と実践モデル

総実施件数 6件、総訪問件数 29回、チーム員会議 実施回数 6回

6件中4件は介入が終了

- ・ 専門医の受診に結びついた 6件
- ・ 介護保険サービスの導入につながった 4件
- ・ 家族のケアが適切に変化した 3件
- ・ 成年後見制度が導入された 2件

ワーキングの構成委員が所属する地域包括支援センターが期間中に初期対応を行った認知症が疑われる6事例について、対応の経過を報告し、支援策の検討を行った。結果は上記のようで、医療・保健・介護の各分野の専門職による検討と地域で関係者による支援体制が組めたことが要因と考えられる。

ワーキングでは、さらに、仙台市内49の地域包括支援センターから提出された認知症高齢者への支援事例について、「課題の特徴」と「課題への対応」を整理した。また、事例の介入経過を、(1)相談応需、(2)初回アセスメント、(3)診断、(4)総合アセスメントとケアプラン作成、(5)チーム員会議、(6)支援、(7)モニタリングの各段階について、独居の場合と家族と同居の場合に分けて整理し、「課題の特徴」と「課題への対応」を抽出した

#### ①-2. 地域包括支援センターを対象とする「認知症の方への支援に関する状況調査」

1ヶ月の間に、49箇所の地域包括支援センターにおいて、認知症に関する初回相談件数は合計190件（平均3.9件）であった。認知症高齢者を支援する上での課題については、自由記述による回答を、意味のまとまりごとにカテゴリー分類して整理した。その結果、(1)正しい知識の普及（地域住民の認知症に対する認識と理解、家族の認知症に対する認識と理解、次世代に向けての啓発）、(2)早期発見・早期対応（医療機関への早期受診・早期対応、かかりつけ医と専門医の連携体制）、(3)地域の支援体制（日頃からの地域との関係構築、地域の相談窓口の周知浸透、地域の支援体制構築、支援者間のネットワーク構築、問題行動がある場合の地域との関係、次世代の担い手育成）、(4)本人・家族への支援（＜独居の方への支援の場合：信頼関係構築や情報収集のための対応、生活・療養支援＞＜家族同居の方への支援の場合：介護者の理解や精神的負担のための対応＞＜共通：本人の意向等の確認がしにくく、家族の意向に沿う支援になりがち、家族の力が弱い場合の対応が困難、BPSD等のある方への対応＞）、(5)その他（介護保険サービス以外での対応、支援者側のスキルアップ、権利擁護関係）にカテゴリー化された。また、必要なサービス・社会資源について、(1)医療、(2)介護、(3)日常生活支援、(4)家族支援、(5)権利擁護、(6)予防、(7)その他についての具体的な提案がなされた。

#### ② 問題点

地域包括支援センターが認知症初期集中支援サービスの拠点になることを困難にさせて

いる理由には、「地域包括支援センターの業務水準の中で認知症支援業務が明確されていない」という基本的問題とともに、すでに業務量が多い、人員が不足している、職員の知識と技能が不足している、認知症初期集中支援を行うための地域資源が全体的に不足している（特に、日常生活支援のための地域資源）、認知症支援のための連携の仕組みが整備されていない、といった現実的問題がある。

仙台市では、東日本大震災後に地域包括支援センターにおける認知症関連相談が急増した。こうした社会的状況を踏まえ、平成 23 年度に、(1) 早期発見・対応（相談窓口の周知、総合アセスメント、医療機関との情報共有）、(2) 本人・家族支援、(3) 地域の支援体制づくり、という認知症関連業務を地域包括支援センターの業務として明確化していくことの必要性を検討し、認知症対策推進会議の中でコンセンサスを得て、24 年度より業務水準の中に明確化した。これによって、認知症初期集中支援サービスは(1)(2)の事業の中に位置づけることが可能となった。

しかし前述した問題については、尚未解決の部分がほとんどである。仙台市のように、人口規模の大きな都市では、全地域包括支援センターを対象に、一気にこれらの問題を解決していくことはできない。まずは、地域包括支援センターの認知症対応力の支援・強化をめざして、各区単位で認知症初期集中支援サービスの拠点を定め、これを段階的に普及させていくというアプローチが必要となろう。

#### IV-3 世田谷地域における今年度の活動（資料 2）

##### ① 成果（平成 25 年 3 月 18 日時点）

総実施件数 6 件、総訪問件数 20 回、チーム員会議 実施回数 20 回

- ・ 専門医の受診に結びついた 3 件
- ・ 介護保険サービスの導入につながった 1 件
- ・ 意思決定支援、住宅改修 1 件
- ・ 認知症ではなかった 1 件

##### ② 課題と問題点

###### 1) どうやって認知症初期集中支援対象の人を抽出するのか

- ・ 認知症初期の定義、初期集中支援チームの対象者の基準等があいまいなため、相談しにくい状況がある。
- ・ 初期集中支援チームの存在自体が浸透しておらず、適切な支援につながっていない。
- ・ 特に地域の病院や診療所などの医師が初期集中支援チームの存在を知らず、認知症初期と思われる人や家族の相談を受けてもチームに適切につながらない。
- ・ 認知症の疑いがある人が直接地域包括支援センターに相談するケースはそれほど多くはない。地域包括支援センター職員やケアマネジャーが認知症の疑いのある人を抽出できるように、認知症に関する知識の普及と受診勧奨もしくは初期集中支援へとつないでいく仕組み作りが必要であると考えられる。

## 2) 対応する人材をどのように教育していくのか

- ・ 認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに置く場合は、地域包括支援センター職員が認知症ケアに精通している必要があるが、現場は未だそのレベルにない場合が多い。
- ・ 認知症ケアの経験がある看護師や作業療法士、ケアマネ、地域包括支援センター職員がいても、実際にケアをする介護職への認知症ケア教育をどのようにすすめていくかも課題である。
- ・ 認知症の人への支援にあたるすべての人が認知症ケアについて学ぶ必要があるが、その教育体制構築が課題である。

## 3) 認知症ケア、アセスメントの標準化

- ・ 認知症の人の状態像は千差万別であり、ケアの方法に関する標準化を図ることはかなり難しいのが現状である。
- ・ 認知症の人へ投薬される内科薬、精神科薬などの種々の薬物の適切な処方、使用方法、副作用等について教育するツールが必要である
- ・ アセスメントは、認知症の人の生活歴や人生観等をよく知り、実施していくことが必要であり、認知症の人それぞれの個性を活かしたケアが必要で、介護士をはじめすべての職種に浸透させることがたいへんに難しい
- ・ 認知症初期集中支援は基本的にはアウトリーチをし、その方の生活を観察する必要があるが、たくさんの方への対応するためにはアウトリーチする地域を限局せざるを得ない。そのため、日本全国では多くのチームが必要である。そして地域差をなくす意味でもアセスメントや認知症ケアに関する標準化が必要であろうと思われる。

## 4) 認知症の人に優しい地域づくりをするには

- ・ 認知症の人は今後増加する傾向にあり、地域包括ケアとして、地域住民すべてが認知症についての理解を深めていくことが重要である。子供から大人まで幅広い啓蒙活動が重要であると思われ、地方自治体は教育啓蒙のためのセミナーや地域住民への働きかけを徹底していく必要がある。
- ・ 民生委員への教育や学校教育の中での認知症に関する講座開設も必要と思われる
- ・ 住み慣れた街で最期まで過ごすためには、地域における認知症の人が集える場所づくりも必要であり、認知症に限らず障害を持った方や高齢者が時間を気にせず気軽に立ち寄れるような場所（アルツハイマーカフェや公民館的なもの）を地域に増やしていく必要があると思われる。
- ・ どうしても認知症ケアに難渋し家族の介護負担が増し、疲労が強くみられる場合にはショートステイやお泊りデイなどのレスパイトが必要であり、認知症の人が安心して利用できるためには常日頃利用しているデイサービス、デイケアが宿泊等の対応をすることが望ましい。認知症の人のためのデイサービス等がもっと増える必要がある。
- ・ できれば認知症初期の方が活用できるデイサービス先も増えてくると抵抗なく通所で

きる方が増えるのではないかと思う

- ・ 認知症グループホーム、小規模多機能は増加しつつあるが、まだまだ足りないのが現状である。認知症に特化したグループホームや小規模多機能施設の利用が進むように施設充実を図っていく必要がある。地域によってはサービス利用先が少ないところも多いため、地域差をなくすための努力が必要であると考えられる。

認知症を障害という面から考えてみると、高齢の認知症の人では、高齢化による身体機能低下という身体障害、認知機能障害という知的障害、そして、一部の人には行動・心理症状と呼ばれる精神障害が生じてくる。高齢の認知症では、従来分類による三障害すべてが出現する可能性があるということになる。三障害すべてが出現する可能性がある認知症の人に、社会の側で合理的な配慮をすること、すなわち社会的な支援を充実させることにより、「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ることができる社会」の実現を目指すべきである。また、認知症は高齢化が一番の危険因子なので、だれでも高齢になれば認知症になる可能性がある。私たちがすべきことは、認知症を恐れることなく、認知症になってもそれまでと同じように生きがいを持って、有意義な人生を送れるような社会を作ることであると考えられる。

初期集中支援チームが普及すれば、認知症の人の状態像にあった適切なサービスを利用できるようになり、周囲の介護負担が最小化されることが期待される。また、介護上もっとも問題となる行動・心理症状の出現を防ぐことや、認知症の人の自己決定支援の場面でも一定の役割を果たすことも期待される。

今年度の私たちの取り組みで明らかになったのは、こうした初期集中支援チームの活動を円滑に行うためには、社会全体で認知症についての理解を深めること、地域で初期集中支援チームの存在を浸透させること、地域で認知症の人を支える社会資源を充実させること、アセスメントや支援方法の標準化、チーム員の教育の標準化などが必要であるということであった。

#### IV-4 敦賀地域における今年度の活動（資料3）

##### ①今年度行った活動とその成果（平成25年3月18日時点）

- ・ 事例件数（依頼件数） 17例 ・ 訪問回数 23回
- ・ 専門医の受診に結び付いたケース 13ケース

認知症専門医療機関での鑑別診断、治療の必要性を検討する必要があるにもかかわらず、受診困難な対象者に対し、地域包括支援センターの依頼を受けて、訪問にて生活状況の聞き取り、生活状況の確認を行った。同時に本人に対してはBFB、家族に対してはAOSを行った。訪問で得られた情報についてはチーム内でケース会議を行い、医療的介入の必要性を判断した。検討結果については地域包括支援センターに報告し、地域包括支援センターが地域ケア会議として家族、本人、チーム担当者を招集し「地域ケア会議」を行った。「地域ケア会議」時に検査結果、ケース会議での検討したチーム内での意見を報告し、現時点

での専門医療機関への受診の必要性を話した。日程調整し、専門医療機関へ受診に至る。受診後、病院へは定期通院を行っている。生活障害に対し介護保険上のサービスが必要になったため介護保険を申請し、生活に対してはケアマネジャー、サービス担当者に引き継ぎを行った。

- ・ ケース会議は随時行っているため、1ケースにつき1回ではない。1回の会議で数ケースを検討することもある。
- ・ 地域ケア会議を必要とせず、訪問による疾患説明のみで受診につながるケースも多い。
- ・ 専門医療機関への受診後に地域ケア会議を行う場合もある。
- ・ できることとできないことを明確にし、できない部分に対しサービスを導入する。
- ・ 家族、介入するサービス事業者に対して、症状、疾患への理解度を高めるための疾患説明、心理教育を行った。

## ②今後の問題点

- ・ スタッフが通常業務との兼務であり、時間的制約も大きいため多数のケースを持つのは困難。
- ・ かかりつけ医との連携の問題として、現在訪問を行う前には必ずかかりつけ医の意見を聞き、訪問への了解を得るが、認知症についてあまり関心のない、かかりつけ医もみられる。これはかかりつけ医への啓発が必要。
- ・ 対象者の選定方法が各地域包括支援センターごとに異なるため、介入の時期が遅れたり、困難事例のみ訪問依頼がある包括と早期で介入の機会を作ってくれる包括との温度差が大きい。今後、各包括支援センター共通の初期集中支援への意識づけが必要。
- ・ 医師会、民生委員、各事業所など関係機関の事業内容の周知を徹底すること。
- ・ どの時期まで初期集中支援チームが介入していくのかがはっきりしない。どこまでが初期集中支援なのかの線引きが難しい。

## IV-5 3 地域での事例のまとめ 表 3, 4, 5

初期集中実践事例の仙台市 6 例を表 3、世田谷区 6 例を表 4、敦賀市 17 例を表 5 にまとめた。29 例のうち 13 例は独居、1 例は入居、9 例は夫婦のみ、6 例が子供世帯と同居であり、45%が独居であった。対象者の重症度は軽度 22 例、中等度 4 例、重度 2 例、非認知症 1 例で軽度が 76%をしめた。またこれまで受診や介護に結びつかなかった主な理由は、本人の拒否 19 例、医療にはつながっているが認知症の治療なし 6 例、家族の無理解 3 例、診療の中断 1 例であった。本人の拒否、家族の無理解が 76%をしめていた。そのうち世田谷では 1 例が、仙台では 4 例が、敦賀では 5 例が関与を終了しており、終了までの関与期間は 1-29 週と幅があり平均 11.1 週であった。終了事例では、サポート医やかかりつけ医が訪問したことがきっかけで医療や介護につながった例が 4 例、認知症ではないことが判明した 1 例、家族の理解と協力が得られたために受診や介護につながった例が 5 例であった。

表3

## 初期集中支援モデル実践 事例報告(仙台)

NO	性別	年齢	世帯状況 (独居・夫婦等)	紹介された ルート	関与開始 時の状態 像 CDR得点レベル (1軽度、2中等 度、3重度)	関与開始 時の 主治医の 有無	訪問 延べ回数 (回)	チーム員 会議の開催 延べ回数 (回)	チーム員会議の メンバー	これまで受診や介護サービスに 結び付かなかった主な理由 (自由記載)	効果(該当する項目に○を記入)				左記の効果を及ぼしたと考えられる初期集中支援チーム の活動内容 (自由記載)	関与の期間	
											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)		終了・継続	終了まで の関与期 間(W)
例	女	78	夫婦	民生委員から地域包括に相談	2中等度	なし	4	2	専門医、看護師、PSW、地域包括(保健師・社会福祉士)	家族が受診の必要性を感じていなかった	○	○	○		3度の訪問で家族へ受診のメリットを説明したこと	終了	6W
1	女	85	独居	民生委員から地域包括に相談	1軽度	なし	5	1	地域包括(看護師・社会福祉士・主任ケアマネ)、小規模多機能介護職員、後見ネット《民生委員・町内会長》	民生委員以外、他者を受け入れない、人には頼りたくないとの意思が強く、専門職が介入できず。急に歩行困難になって困っているにもかかわらず、「何も悪いところはない」と受診は拒否。	○	○		成年後見制度活用 近所の見守り	認知症サポート医が往診し受診勧奨した。本人と信頼関係が築けている民生委員と一緒に訪問し、徐々に介護職も信頼関係を構築した。専門職が介入することで、近所の住民も安心し、支援に加わられるようになった。	終了	8W
2	女	78	独居	民生委員から地域包括に相談	1軽度	なし	10	1	地域包括(看護師・社会福祉士)《民生委員、妹》	病院が嫌いがかかりつけ医もいない 人に頼りたくない	○	○		社協サロン	本人が行き来している妹に協力してもらい専門医を受診。医師からの勧めもあって、本人から介護保険を申請。包括が、これまで本人が参加していたサロンに誘う	終了	20W
3	男	82	夫婦	家族から地域包括に相談	1軽度	あり(高血圧)	4	1	地域包括(主任ケアマネ)《民生委員、妻、息子》	主治医からアリセプトの処方を受けていたが、本人が効果がない、料金が高いと処方断る。MRIの結果は年齢相応と説明を受けた。受診必要性について本人の理解が得られない	○	○	○		本人デイケアを見学し気に入っていたため、利用にあたり介護保険の申請、専門医の受診が必要と説明し受診を納得してもらった。家族も希望。ピック病との診断と疾患についての説明により、家族が本人のおかしな行動の意味が了解でき、見通しをもって介護できるようになった。	終了	12W
4	男	85	夫婦	家族から地域包括に相談	1軽度	あり(循環器)	1	1	地域包括(社会福祉士)《弟》	本人はプライドが高く他人の意見を聞き入れない。物忘れの自覚がない。	○ (かかりつけ医より紹介)				かかりつけ医より専門医を紹介する。専門医には包括から受診の前にアセスメントシートで情報提供する。		
5	女	77	娘親子と同居	娘から地域包括に相談	1軽度	あり(不眠)	6	1	地域包括(看護師、社会福祉士)、区精神保健福祉相談員、区保健師、ケアマネージャー《弟・娘》	娘(精神疾患あり)に対して物取られ妄想があり、娘が受診を勧めるも喧嘩になる。本人に症状の自覚なし。	○	○	○	成年後見制度活用	包括が娘にキーパーソンとなる親戚を探してもらい、弟の協力で専門医の受診、介護保険の申請、GHへの入所となる。娘には区の精神保健福祉士が支援し、入所後娘との関係も改善。成年後見制度について包括が弟に説明し、申し立てを行った。	終了	16W
6	女	79	息子と同居	息子から地域包括に相談	1軽度	あり(水頭症)	3	1	地域包括(主任ケアマネ)、区保健師	うって訪問指導の依頼あり。認知症も疑われたが診断はついていなかった。	○		○	訪問指導事業活用	訪問指導の看護師が認知症の対応について家族に助言。		

表4

## 初期集中支援モデル実践 事例報告(世田谷)

NO	性別	年齢	世帯状況 (独居・夫婦等)	紹介された ルート	関与開始時 の状態像 ODR得点レベル (1軽度、2中等 度、3重度)	関与開始時 の 主治医の 有無	訪問 延べ回数 (回)	チーム員 会議の開催 延べ回数 (回)	チーム会議の メンバー	これまで受診や介護サービ スに結び付かなかった主な 理由 (自由記載)	効果(該当する項目に○を記入)				左記の効果を及ぼしたと 考えられる初期集中支 援チームの活動内容 (自由記載)	関与の期間	
											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)		終了・継続	終了まで の関与期 間(W)
例	女	78	夫婦		2中等度	なし	4	2	専門医、看護師、 PSW、地域包括(保健 師・社会福祉士)	家族が受診の必要性を感じ ていなかった	○	○	○		3度の訪問で家族へ受診 のメリットを説明したこと	終了	6W
1	男	86	独居	深沢あんしんす こやかセンター	1軽度	あり	6	6	専門医、看護師	内科治療のみ	○	○	○		疾患に関する本人の理 解がすすんだ	継続	26W
2	女	79	独居(次男が近 くに居る)	蓮沼クリニック	1軽度	あり	3	3	専門医、看護師	内科治療のみ	○	○	○		身体疾患の影響による 認知症状の悪化で定期 的な訪問診療が開始さ れた	継続	24 W
3	男	61	独居	深沢あんしんす こやかセンター	3重度	なし	2	2	専門医、看護師	介護認定あるも内科を医療 中断	○	○			往診によって主治医意 見書が交付され介護保 険サービス導入にいたっ た	継続	21W
4	男	82	妻娘と3人暮ら し	深沢あんしんす こやかセンター	1軽度	あり	2	2	専門医、看護師	本人の受診(通院)拒否			○		関わり方の指導によって 家族対応がしやすくなっ てきた	継続	21W
5	女	69	夫娘と3人暮ら し	用賀あんしんす こやかセンター	認知症ではなかった	あり	1	1	専門医、看護師	精神科主治医がいたが家 族が心配してセカンドオピ ニオン					精神科主治医とコンタ クトをとることで認知症 ではないかが判明した	終了	1W
6	女	87	有料老人ホー ム	かかりつけの 在宅医	1軽度	あり	1	1	専門医、看護師	内科治療のみ	○	○			ホームスタッフにも認知 症ケアに関する教育的 な指導を実施した	継続	4W

表5

## 初期集中支援モデル実践 事例報告(敦賀)

NO	性別	年齢	世帯状況 (独居・夫婦等)	紹介された ルート( )	関与開始時 の状態像 CDR得点レベル (1軽度、2中等 度、3重度)	関与開始時 の主治医の 有無	訪問 延べ回数 (回)	チーム員 会議の開催 延べ回数 (回)	チーム員会議の メンバー	これまで受診や介護サービスに結び 付かなかった主な理由 (自由記載)	効果(該当する項目に○を記入)				左記の効果を及ぼしたと考えられる初期集中支援チームの活動内容 (自由記載)	関与の期間	
											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)		終了・継続	終了まで の関与期 間(W)
例	女	78	夫婦	民生委員から 地域包括に相 談	2中等度	なし	4	2	専門医、看護師、 PSW、地域包括(保健 師・社会福祉士)	家族が受診の必要性を感じてい なかった	○	○	○	3度の訪問で家族へ受診のメリットを説明したこと	終了	6W	
1	男	92	夫婦	家族	1軽度	あり	2	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	○			継続	46W	
2	女	76	夫、娘	家族 (ケアマネ)	2中等度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	×	×	ショート利用後、服薬調整目的で専門病院に入院となる。	アウトリーチを実施することで、専門医への受診・入院のきっかけになった。	終了	2W
3	男	87	独居	本人(ケアマ ネ)	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	認知症に対する受診のきっか けがなかった。	○	×	○	医療のデイケアの利用が開始となる。	専門チームの関わりではないが、温泉病院の関わりが受診や医療のデイケアに繋がった	終了	29W
4	女	83	夫婦	家族(ケアマ ネ)	2中等度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	×	○		アウトリーチ時の職員の対応・説明を本人が気に入り、信頼関係が生まれたことが、受診に結びついた。	継続	19W
5	女	90	独居	家族	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	×	×	変化無			終了	不明
6	女	76	独居	ケアマネ	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	家族の認知症に対する理解不 足、受診の必要性を感じていな い	○	変化無	○			継続	37W
7	女	77	夫、娘	民生委員、包 括	2中程度	なし	2	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	○	○			継続	25W
8	男	84	夫婦	家族(包括)	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	○				不明	
9	女	81	独居	家族	1軽度	あり	2	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	×	×				継続	13W
10	女	80	独居	家族・包括	1軽度	なし	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	×	○	認知症より先に内科的治療が必要であったため、内科系の病院を受診・入院に繋がった。	認知症の疑いがあることが分かり、家族が受診に、積極的に関わることになった。	終了	6W
11	女	87	独居	家族	1軽度	あり	2	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	○				継続	24w
12	女	60	独居(同敷地内 家族居住)	家族	3重度	なし	3	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○ 往診	×	○	受診困難なため、専門医の往診にて対応	往診にて、家族への状況説明と具体的提案が主治医よりなされたこと。	継続	30W
13	男	75	夫、娘	家族、包括	2中度	なし	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	認定無				継続	10W
14	女	85	独居	本人・包括	1軽度	なし	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	物忘れが進んできたこと、受 診のきっかけがなかった。	×	×	家族に 未確認			継続	5W
15	女	89	次女と二人 暮らし	包括	1軽度	なし	1	1	専門医、PSW、看護 師、薬剤師	本人の受診拒否	○	×	○		第3者(アウトリーチチーム)が介入することで、渋々であるが本人が受診するに至った。	継続	2W
16	男	83	夫婦	家族・ケアマネ	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師	本人の受診拒否	×					継続	3W
17	女	88	長男家族と 同居	家族・包括	1軽度	あり	1	1	専門医、PSW、看護 師	家族の認識不足	○	変化無				継続	4W

#### IV-6 前橋市地域包括支援センター 認知症相談事例に関するアンケート調査（資料4）

認知症初期集中支援チームの配置に役立つデータとして、前橋市の地域包括支援センター全11か所に対して認知症相談事例に関するアンケートを2012年12月に行い、全11か所より回答を得た。調査の対象期間：2012年4～9月の6か月間。相談件数は、センターごとに大きく異なる。平均して1件あたり2回の相談を行っている。困難事例は平均すると2割を占める。相談事例全体（n=64）では軽度認知症が7割と多くを占めるが、困難事例（n=23）では中度が6割と多くを占める。相談方法は電話が多く、訪問の場合は3回以上訪問していた。相談時期は、医療にかかって診断治療が行われる前が約6割と診断後よりも多かった。介護保険との関係では、申請の相談が3割、申請後5割で、合わせて8割と多くを占めた。相談事例に対してどのような支援が必要か、支援チームは具体的にどのようなことを支援すべきか各施設から意見を得た。

#### IV-7 イギリスでの現況（資料5）

各国の戦略の共通点として、入院・入所を前提としないサービスモデルの構築がある。認知症の人の地域生活継続が困難となる最大の要因は、心理・行動症状の出現とその増悪であり、不適切な環境（ケア・治療を含む）が原因であることが少なくない。心理・行動症状の出現の予防として、発病後早期に適切な診断を受け、初期集中支援により適切な環境を整え在宅生活を軌道に乗せる初期集中支援機能（メモリーサービス）と、心理・行動症状の増悪の予防として心理行動症状が出現した際に、早期に在宅にアウトリーチし、その場で危機の解決を迅速に図る。危機回避・解決機能を有する多職種アウトリーチチームが必要と考えられる。

英国ではイギリス認知症国家戦略（2009-2014）の優先課題として、①早期診断を含む包括的な初期集中支援サービス（メモリーサービス）の普及②総合病院入院中の方へのアウトリーチ支援③介護施設入所中の方へアウトリーチ支援④家族支援の強化⑤抗精神病薬処方制限をあげている。メモリーサービスの位置付けとしては、適切な早期診断が身近な地域（在宅）で受けられ、その後の包括的・集中的な初期支援（ケア）にスムーズにつながるための認知症初期支援拠点であり、サービスの設置と構造としては高齢人口3-4万人エリアに1カ所程度割合で設置し、心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー、看護師等からなる多職種チーム（4-6名程度）。1人当たりの受け持ち患者数は概ね100ケース程度で実施される。診断および、処方薬の「決定」以外は、医師以外のパラメディカルスタッフによってサービスが提供される。医師の常勤/専任要件は、サービスを必要数普及する際のボトルネックとなるとの政策的判断がある。

サービス整備状況（改革中間報告2011年9月）としては 改革5年間で500カ所以上の整備（すでに300カ所を達成）、サービスの質を監査する組織(MSNAP)の設立、約2年程度早い時期に診断・治療が受けられている。認知機能障害が軽度のうちにケアと治療が開始されるため、本人の意向の確認が可能。サービス導入期の初期投資は、10年後までに施設

入所者数を10%減少させることが達成されれば、回収可能となる。本邦とは医療介護システムに違いがあるが、初期集中支援チームのモデルとして参考になる。またサービスの質を監査する組織(MSNAP)は我が国にはないシステムであり、今後我が国でも検討が望まれる。

#### IV-8 認知症初期集中支援チームのモデル事業のスキーム

図1にモデル事業のスキームを示した。以下の番号は図1の番号と一致させてある。流れとしては、1. 広報活動 2. 対象者の選定 3. 対象者の把握、4. 初回家庭訪問の実施、4-1) 情報収集 4-2) アセスメント 4-3) 初回支援 5. チーム員会議の開催 6. 初期集中ケアの実施 7. 介護保険サービスへの引き継ぎ 8. 引き継ぎ後のモニタリングである。

まずこのチームの定義であるが、認知症の人や家族に関わり、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複数の専門職から編成されるチームをいう。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初期 ②認知症の人へ関わりの初期(ファーストタッチ)の2つの意味を示している。おそらくモデル事業開始時については②が中心となるが、将来的に早期発見・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が中心となってくると推測される。モデル事業の実施主体は市町村とし、チームの設置場所は地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託可能とする。設備要件としては、チーム員を設置する施設は、対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設とする(24時間365日)。活動現場での24時間365日の連絡体制確保が難しい場合には実施主体である市町村等が対応を確保することが必要となるものと考えられる。チーム員の人員配置要件としては、以下の3項目をすべて満たすものとし、複数の専門職(具体的な人数は地域の事情に応じて編成する)にて編成する。①保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者 ②認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者 ③認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者。上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な専門医を確保することとする。活動体制はアウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上で訪問する。また専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需することとする。チーム員会議はチーム員(認知症専門医を含む)及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

# 認知症初期集中支援チームのモデル事業のスキーム

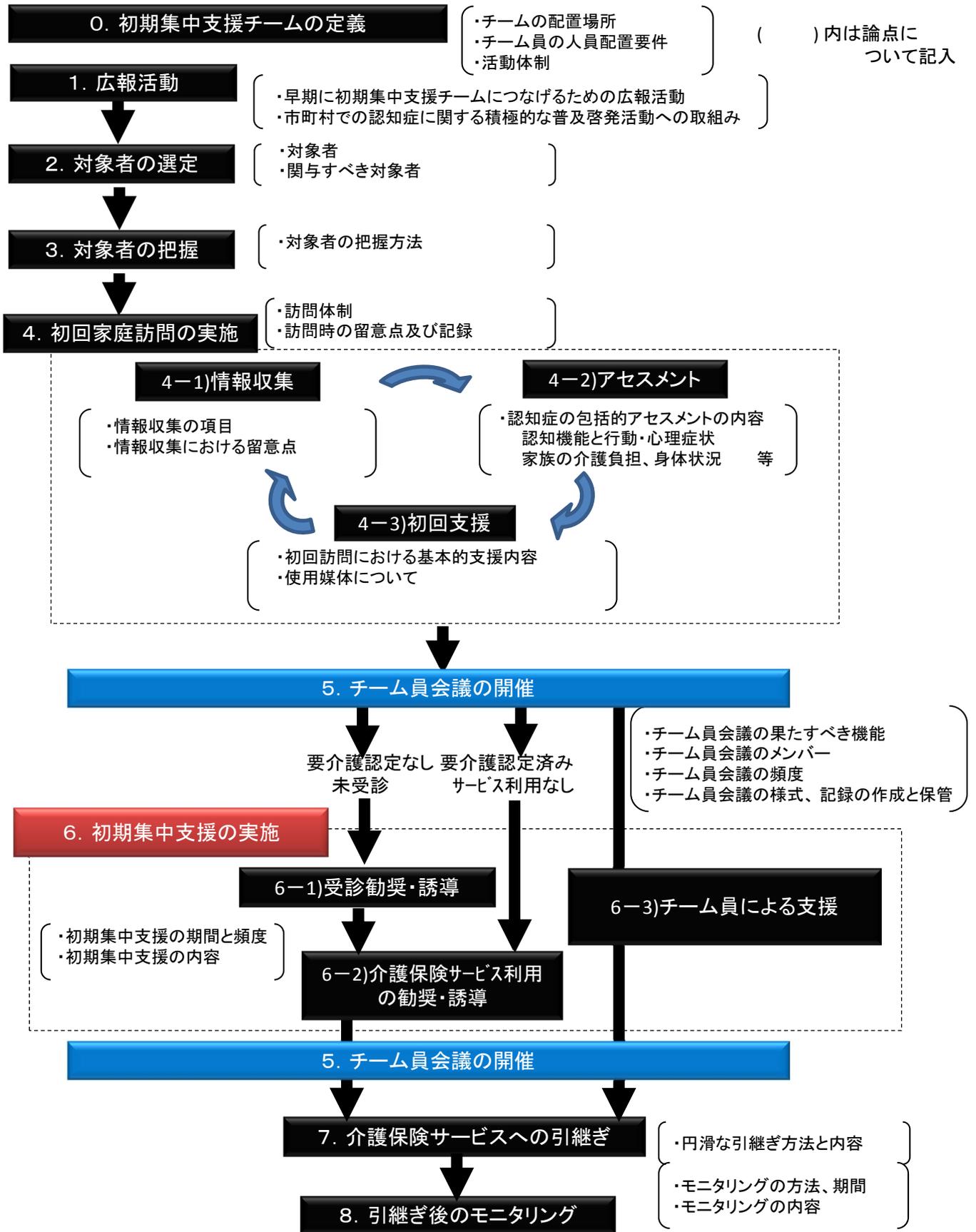


図1

# 認知症初期集中支援チーム

## 【定義】

認知症の人や家族に関わり、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複数の専門職から編成されるチームをいう。

※ 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初期
- ②認知症の人へ関わりの初期(ファーストタッチ) の2つの意味を示す。

※ 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が中心となる。

1

## 認知症初期集中支援チームの設置の要件等

### 【事業の実施主体】

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ものとする。

### 【チームの設置場所】

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

### 【設備要件】

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

### 【チーム員の人員配置要件】

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

- 1 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
  - 2 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
  - 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者
- 上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な専門医を確保すること。

### 【活動体制】

○アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員\*1と介護系職員\*2それぞれ1名以上で訪問する。

○専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。

○チーム員会議はチーム員(認知症専門医を含む)及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

\*1保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等 \*2介護福祉士、社会福祉士等

2

# 1 広報活動

## 早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための広報活動

1. 対象(団体や関係機関など)
  - 医師会       ケアマネジャー協議会
  - 医療機関    サービス事業所    家族の会
  - 地域住民    その他
2. 普及啓発の手法
  - 説明会やセミナーの開催
  - 巡回説明会の開催
  - 会報や紙面での紹介
  - その他

## 市町村での認知症に関する普及啓発活動への積極的な取り組み

1. 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
2. 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
3. 普及啓発、研修の推進のための手法
  - 普及啓発用の媒体(パンフレット)の作成、配布の実施
  - サポーター養成講座の積極的開催
  - 認知症の人や家族の体験に触れる機会を持つ
  - その他

3

# 2 対象者の選定

## 対象者

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

## 関与すべき対象者

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

チームのサービス許容量を超えて対象者がいた場合には、地域の資源の実情に応じて、以上の項目に留意し対象者を決定する。

4

## 3 対象者の把握

### 対象者の把握方法

#### 1. 把握の主体

地域包括支援センターが入手した情報

#### 2. 地域包括支援センターにおける把握に至る経路

下記の例のように多様な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の把握する。

(例)

##### A 受動的把握

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

##### B 積極的把握

- 二次予防対象者把握事業(基本チェックリストなど)
- 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

5

## 4 初回家庭訪問の実施

### 訪問体制

1. 訪問時のチーム員人数:複数以上とする
2. 訪問所要時間の目安:おおむね2時間以内とする

(本人、家族の了解があれば、2時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮すること、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。)

### 訪問時の留意点及び記録

#### 1. 訪問時の留意点

- 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
- 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること
- 十分な情報を得るための配慮を行うこと
  - 家族の同席の確保
  - 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
- チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応
  - 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
  - 例) チーム員の訪問に対して、家族の了解はあるが本人の了解が得られない場合などには、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
- 家庭訪問における基本的姿勢
  - 信頼関係の構築  チームの役割の説明  個別支援内容の項目(家族のいる場合、独居の場合の例示あり)
  - チーム員の役割分担  その他( )

#### 2. 様式、記録の作成と保管

- 対象者台帳
- 対象者の個別記録
- 記録の保管方法

6

## 4-1) 情報収集

### 情報収集の項目

- 情報源(本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、ケアマネジャー、その他)
- 基本情報
  - 本人の状況(氏名、住所、生年月日、経済状況、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報)
  - 家族等の状況
  - 現病歴  既往歴  これまでの経過
  - 生活状況(生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係  
本人・家族の思い、希望)
  - 利用しているサービス
  - 生活障害の項目(IADL、ADL、その他)
  - 認知機能の項目
  - 身体状況の項目

### 情報収集における留意点

- 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、重複した質問を防ぐために、要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認すること
- 上記情報の共有のできるしくみを自治体内で確立すること

## 4-2) アセスメント

### 認知症の包括的アセスメントの内容

#### 1. 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツール

- DASC
- DBD13(認知症行動障害尺度)

#### 【参考】各地域のアセスメント

- (仙台市): DASC+介護予防ケアマネジメントサービス・支援計画書  
認知機能障害、生活機能障害、精神症状・行動症状、身体症状、社会的困難
- (敦賀市): 生活支援アンケート(ADL+危険因子+境界徴候+中核症状+BPSD)  
症状の把握、整理、重症度の確認  
神経心理学的検査BFB : 脳機能別に評価
- (世田谷): KOMI理論にてレーザーチャート化  
(呼吸、血圧、体温、咀嚼、嚥下、排便、排尿、上肢の自由、起居動作、移動の自由、皮膚の状態、聴覚、視覚、快・不快、気分・感情・知的活動の16項目)、日常生活活動評価表で自立度の評価、Zarit8介護担尺度、生活支援アンケート

#### 2. 家族の介護負担を判定するツール

- Zarit8介護負担尺度の導入(スコアによる数値化が可能)

#### 3. 身体状況のチェック

- 初回訪問時の身体状況のチェック(→次ページ参照)
- 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
- 医療情報(検査データ、薬剤処方 など)

#### 4. 居住環境のアセスメント

#### 5. 家族の介護対応力のアセスメント

#### 6. 本人、家族の意向とニーズ

#### 7. 自立の可能性のアセスメント

## 4-2) 2. 初回訪問時の体の様子をチェックする

### 1. 全身観察

- ①身体機能
- 入浴はひとりでできるか DASC16
  - 着替えは一人でできるか DASC17
  - トイレは一人でできるか DASC18
  - 身だしなみを整えることは一人でできるか DASC19
  - 食事はひとりでできるか DASC20
  - トイレやお風呂までの移動は一人でできるか DASC21
- ②コミュニケーション能力
- 目が見えにくい
  - 耳が聞こえづらい DASC13
  - 訪問者との意思疎通が不可能
  - 訪問者との意思疎通が可能
    - 一人で買い物に行けるか DASC10
    - 電話をかけることができるか DASC13
- ③衛生状態
- 身体は清潔か
  - 衣服は清潔か
  - 家屋、室内は清潔か

## 4-2) 2. 初回訪問時の体の様子をチェックする

### 1. 全身観察 (続)

- ④栄養状態
- 極度にやせているか肥満している
  - むくみがある
- ⑤摂食状態
- 食事を拒否したり食べない DBD 28-18
  - 食べ過ぎる DBD 28-19 (食事摂取量、水分摂取量、食事回数)
  - 噛めるかどうか
- ⑥排泄状態
- 尿失禁がある DBD 28-20 (回数、性状)
  - 便失禁がある DBD 28-28 (回数、性状(便秘・下痢の有無))
- ⑦睡眠状態
- 何時に寝て何時に起きるか 寝つきはよいか
  - 特別な理由がないのに夜中に起きだす DBD13-4
  - 昼間寝てばかりいる DBD13-6
- ⑧精神状態
- 興奮や無気力がなく訪問を受け入れられる
  - 興奮したり、動き回ったりしておちつかない DBD13-5,9
  - なにもしようとせず、無気力 DBD13-3

### 2. 基礎データ

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 身長 体重

## 4-3) 初回支援

### 初回訪問における基本的支援内容

- 認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
  - チームができることについてわかりやすい提示
- 基本的な認知症に関する情報提供
- 専門医療機関への受診が本人、家族にとってのメリットのあることについて説明
- 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットのあることについて説明
- 個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施のこと
  - 本人への心理的サポートとアドバイス
  - 家族への心理的サポートとアドバイス
  - 具体的な各機関との連絡調整

### 使用媒体について

- 基本的媒体
  - 疾患について
  - 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
- 地域の特性に合わせた情報について
  - 医療情報、医療資源、人材
  - 介護サービス資源について
  - インフォーマルなサービス
  - その他( )

11

## 5 チーム員会議の開催

### チーム員会議の果たすべき機能

- アセスメント内容の総合チェック
- 初期集中支援のマネジメント
  - 専門医療機関への紹介の必要性の検討、受診に向けた適切な方法の検討
  - 本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言
  - 初期集中支援計画の検討

### チーム員会議のメンバー

- チーム員(認知症専門医を含む)
- 対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員

### 必要に応じて適宜参加を依頼する者

- かかりつけ医
- 担当するケアマネジャー
- 市町村関係課
- その他( )

### チーム員会議の頻度

- 初回アセスメント訪問終了時
- 介護保険サービスへの引継ぎ前
- その他

### チーム員会議の様式、記録の作成と保管

- チーム員会議録の作成・保管方法
- チーム員会議の結果やチームがアセスメントした内容等のチームから発出する情報提供の様式

12

## 6 初期集中支援の実施

### 初期集中支援の期間と頻度

1. 期間:最長で6ヶ月とする  
6ヶ月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ
2. 頻度:個別事例に応じた支援頻度を定め、内容はチーム員会議で確認する

### 初期集中支援の内容

1. 受診勧奨・誘導  
チーム員会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けをおこない、受診に至るまで支援を行う
2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導  
本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。
3. チーム員による支援  
チーム員による支援内容の例示は以下のとおりである。
  - 本人・家族への教育的支援(心理教育) : 敦賀温泉病院チェックリスト、ステップあり
  - 重症度に応じたアドバイス (生活支援アンケートから既存資料あり)
  - 身体を整えるケア(身体状況のチェックから:水分摂取、食事摂取、排泄、運動など)
  - 生活環境の改善
  - 継続的な医療支援
  - 服薬管理
  - 介護保険サービスが必要な場合の調整
  - 介護保険サービス以外の社会資源の活用
  - 権利擁護に向けた調整
  - その他( )

13

## 7 介護保険サービスへの引継ぎ

### 円滑な引継ぎの方法と内容

#### 1. 引継ぎ方法

チームからの引継ぎの方法は以下の3つの方法とする

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

#### 2. 引継ぎ内容

- 基本情報
- アセスメント内容
- 支援目標・内容
- これまでの関わりの経過
- その他( )
  
- 情報を引き継ぐための様式

## 8 引継ぎ後のモニタリング

### モニタリングの方法、期間

1. モニタリングの実施主体: 認知症初期集中支援チーム
2. モニタリングの間隔 : モデル事業では原則として2ヶ月毎とする
3. モニタリングの方法
  - 本人宅への訪問の実施
  - 引継ぎケアマネジャーへの聞き取り
  - その他( )
4. ケアマネジャーに報告、助言

### モニタリングの内容

- 経過におけるアセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性
- 家族の負担度
- 認知症に関する本人の状態像の変化
- 改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか
- 関係機関との情報共有状況
- その他( )

15

## モデル事業のアウトカム指標

### 【実績データ】

- ・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  
(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 →)
- ・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: Zarit8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

16

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

認知機能障害・生活機能障害		1点	2点	3点	4点		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		場所
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか。	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ		道順
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	判断・問題解決	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		社会的 行動力
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。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		
10	一人で買い物に行けますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	家庭外の IADL	買い物
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		交通機関
12	貯金のお出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		金融管理
13	電話をかけることができますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない	家庭内の IADL	電話
14	自分で食事の準備はできますか。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	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。	問題ない	だいたいできる	あまりできない	まったくできない		服薬管理
16	入浴は一人でできますか。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する	身体的 ADL	入浴
17	着替えは一人でできますか。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		着替え
18	トイレは一人でできますか。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	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。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		整容
20	食事は一人でできますか。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		食事
21	トイレやお風呂などまでの移動は一人でできますか。	問題ない	見守りや声かけを要する	一部介助を要する	全介助を要する		移動

作成者：栗田圭一 東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつ予防と介入の促進）

17

## DBD13

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

0:全くない 1:ほとんどない 2:ときどきある  
3:よくある 4:常にある

町田綾子 日老医誌 2012;49:463-567

# Zarit (介護負担尺度日本語版) 8項目

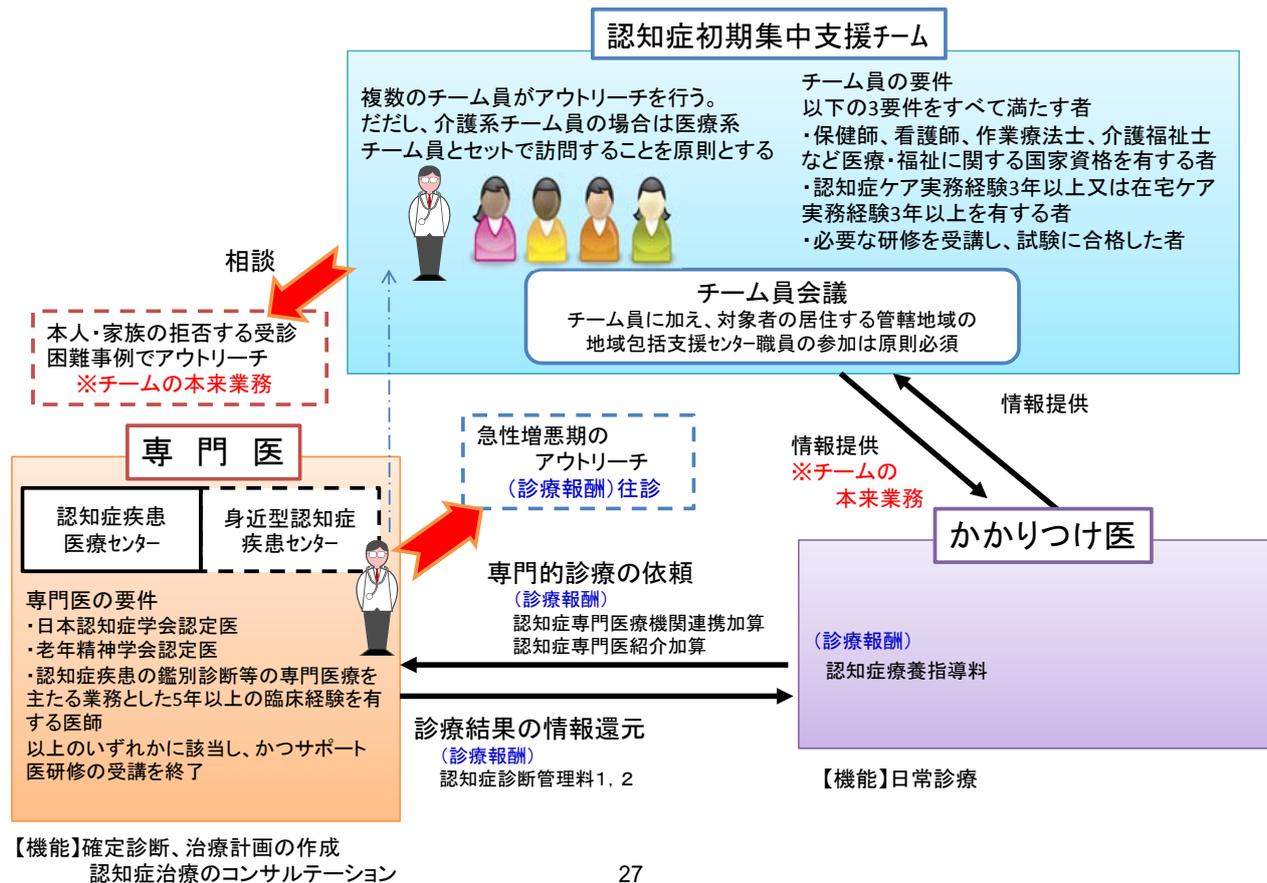
## Zarit Burden Interview

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

項目	質問内容	思わない	たまに	時々	よく	いつも
		0点	1	2	3	4
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。					
2	患者さんのそばにいと腹がたつことがありますか。					
3	介護があるので家族や友人とつきあいづらくなっていると思いますか。					
4	患者さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか。					
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。					
6	患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。					
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。					
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。					

Hirono N, et al: No To Shinkei 6, 561-7; 1998 鳥羽研二監修, 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所 2003 19

## 認知症初期集中支援チームの医師の関与など



## 1. 広報活動

認知症初期集中支援チームという用語や活動内容を医療やケア関係機関、住民に周知することは極めて重要である。早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための広報活動の対象としては、医師会をはじめとする各種関係団体、医療機関、サービス事業所、家族の会、地域住民などがあげられる。普及啓発の手法としては、説明会やセミナーの開催、巡回説明会の開催、会報や紙面での紹介が考えられる。さらに市町村での認知症に関する普及啓発活動への積極的な取組みとしては、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が必要であり、普及啓発、研修の推進のための手法として具体的には、普及啓発用の媒体（パンフレット）の作成、配布の実施、サポーター養成講座の積極的開催、認知症の人や家族の体験に触れる機会を持つなどがあげられる。

## 2. 対象者の選定

対象者は年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している者とし、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として、認知症疾患の臨床診断を受けていない者、継続的な医療サービスを受けていない者、適切な介護保険サービスに結び付いていない者、診断されたが介護サービスが中断している者のいずれかに該当する者があげられる。次に医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例があげられる。例としては精神疾患の合併や社会的困難、独居、近隣からの苦情、老老・認認介護、消費者被害者等があげられる。

## 3. 対象者の把握

把握の主体は地域包括支援センターが入手した情報である。地域包括支援センターにおける把握に至る経路としては下記のように多様な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の把握するように努める必要がある。受動的把握として本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介が考えられる。認知症初期集中支援チームサービスが必要な対象者を積極的に把握するための方法としては、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があげられる。

## 4. 初回家庭訪問の実施

訪問体制としては訪問時のチーム員人数は複数以上とする。こうすることによって一人はご本人とまた一人はご家族から情報を得ることができる。訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とする。本人、家族の了解があれば、2時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮すること、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。訪問時の留意点としては市町村保健師や地域包括支援センター職員、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、対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること、十分な情報を得るための配慮を行うこととする。具体的には、家族の同席の確保や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があげられる。また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、たとえばチーム員の訪問に対して、家族の了解はあるが本人の了解が得られない場合などには、実施主体である行政（保健師等）の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るなど対応方法について各関係機関と協力のうえ介入を図るようにする。対応方法について可視化することが大切である。家庭訪問における基本的姿勢としては信頼関係の構築、チームの役割の説明をきちんと行うこと等が前提である。

認知症の包括的アセスメントの内容については認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとして前述の DASC と DBD13（認知症行動障害尺度）を用いる。家族の介護負担を判定するツールとしては Zarit8 介護負担尺度を導入する。身体状況のチェック初回訪問時の身体状況のチェック、それをもとにしたさらに詳細な 2 回目以降に収集すべき身体状況の項目、その他の医療情報（検査データ、薬剤処方 など）をチェックする。さらに居住環境のアセスメント、家族の介護対応力のアセスメントを行い、本人、家族の意向とニーズを聞き取り、自立の可能性のアセスメントを行う。

初回訪問における基本的支援内容としては初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明を行い、チームができることについてわかりやすい提示をする。さらに基本的な認知症に関する情報提供、専門医療機関への受診や介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについての説明など、個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施する。

## 5. チーム員会議の開催

チーム員会議の果たすべき機能としてはアセスメント内容の総合チェック、初期集中支援のマネジメント（専門医療機関への紹介の必要性の検討、受診に向けた適切な方法の検討、本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言、初期集中支援計画の検討）が中心となる。チーム員会議のメンバーとしてはチーム員（認知症専門医を含む）、地域包括支援センター職員が必須でありその他に、必要に応じてかかりつけ医、担当するケアマネジャー、市町村関係課に適宜参加を依頼する。チーム員会議の頻度としては初回アセスメント訪問終了時、介護保険サービスへの引継ぎ前が必須でその他必要時に開催する。チーム員会議の様式、記録の作成と保管も検討が必要であろう。

## 6. 初期集中支援の実施

初期集中支援の支援期間に関しては様々な意見があるが、最長で 6 ヶ月程度が妥当であ

ろう。頻度に関しては個別事例に応じた支援頻度を定め、内容はチーム員会議で確認する。初期集中支援の内容としては、受診勧奨・誘導：チーム員会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けを行い、受診に至るまで支援を行う。介護保険サービスの利用の勧奨・誘導：本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。チーム員による支援：チーム員による支援内容の例示は以下のとおりである。本人・家族への教育的支援（心理教育）。重症度に応じたアドバイス、身体を整えるケア、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などである。

#### 7. 介護保険サービスへの引継ぎ

約6か月の集中支援の後には介護保険サービスへの引継ぎが重要である。円滑な引継ぎの方法と内容が求められる。チームからの引継ぎの方法は、対象者の自宅への同行訪問、チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加、チーム員によるケアプラン作成時への支援やチーム員がサービス調整会議へ参加するという3つの方法とする。引継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標・内容、これまでの関わりの経過などとする。また情報を引き継ぐための様式を整える必要がある。

#### 8. 引き継ぎ後のモニタリング

モデル事業では引き継いだら終わりではなく、引き継ぎ後も医療やケアが十分継続しているかどうかモニタリングをすることを義務付けている。これまで例のない試みであり、来年度以降の課題の一つでもある。モニタリングの実施主体は初期集中支援チームであり、モニタリングの間隔はモデル事業では原則として2ヶ月毎とする。その方法としては、本人宅への訪問の実施、引継ぎケアマネジャーへの聞き取り、ケアマネジャーに報告、助言という形をとる。モニタリングの内容として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、認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか、関係機関との情報共有状況などについてモニターする。

最後にこのモデル事業のアウトカム指標を検討した。議論した内容として、実績データとしては、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、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（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）、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が考えられる。また介入効果の前後比較の指標としては、家族の介護負担感

として Zarit8 項目のスコア、本人の状態像の変化指標として、DASC におけるスコア（21 項目）および DBD（Dementia Behavior Disturbance Scale）13 認知症行動障害尺度のスコアとした。またアウトプットとしては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とする。

#### IV-9 来年度事業へむけて

来年度は本年度構築したスキームの実践とその評価を行う。実際にはすでに今年度から独自の活動をしている先行地域に加え、あわせて 10 地域で実施する。サービスモデルの標準化にむけて、モデル事業の実施内容をさらに解析し、可視化する必要がある。あわせて教育カリキュラムのワーキンググループを作り、教育プログラムを確定する必要がある。

## 仙台市のモデル

—認知症初期集中支援サービス構築に向けた基盤研究事業—

栗田 主一

認知症初期集中支援サービス構築に向けた基盤研究事業  
仙台市のモデル

栗田主一（東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム）  
仙台市認知症対策推進会議 認知症地域支援体制構築ワーキング  
班長 山崎英樹（医療法人社団清山会いずみの杜診療所）  
事務局 太田みどり（仙台市福祉保健局保険高齢部介護予防推進室）  
菊地和子（仙台市福祉保健局保険高齢部介護予防推進室）

1. モデル実践地域の特性

1-1. 仙台市の概況

平成24年3月現在の住民基本台帳による仙台市の人口は1,020,241人、高齢者人口196,851人（高齢化率19.29%）、75歳以上高齢者人口94,699人（高齢者人口の48%）、75歳以上一人暮らし高齢者14,643人（民生委員調査）。平成24年3月現在の要介護認定者は35,651人（認定率18.1%）である。

現存する認知症関連資源は、認知症対応型共同生活介護事業所（認知症高齢者 GH）70箇所（定員1,191）、認知症対応型通所介護事業所24箇所（定員290）、小規模多機能型居宅介護事業所15箇所（定員361）、居宅介護支援事業所257、訪問看護ステーション56箇所、地域包括支援センター49箇所、認知症疾患医療センター2箇所、認知症サポート医10人、かかりつけ医認知症対応力向上研修終了医師212人である。

1-2. これまでの取り組み

仙台市では、平成20年に「仙台市認知症対策推進会議」を設置するとともに、認知症に対する課題を明確化し、課題を解決していくことを目的に、同会議の下に「普及啓発ワーキンググループ」や「支援体制ワーキンググループ」を設け、関係者と共に普及啓発の内容やシステムづくりを行うとともに、医療と介護との間での情報を共有するためのツールとして、「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)」を用いた「仙台市版認知症アセスメントシート」の作成を行い、医師会や関係機関と連携し関係者への研修等を実施してきた（[http://www.city.sendai.jp/business/d/1205572\\_1434.html](http://www.city.sendai.jp/business/d/1205572_1434.html)）。

こうした流れの中で、平成24年度には、「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり」を目指し、認知症とわかった早期の段階で、多職種が関わりながら適切なアセスメントがなされ、地域で包括的継続的な支援体制が整えられることを目標に、「認知症地域支援体制構築ワーキンググループ」を立ち上げた。

2. これまで行ってきたチームとしての活動

2-1. 目的

本ワーキンググループ（以下、WG）の活動の目的は、「認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断・アセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人や家族の自立生活をサポートする」ための“認知症初期集中支援サービス”を実現するために、①認知症の課題別の実践モデルを作成する、②実践モデルを関係機関に普及させる、ことにある。

## 2-2. 活動期間

平成 24 年 9 月～平成 25 年度（2 年間）。

## 2-3. WG の構成メンバー

認知症サポート医 1 名、認知症相談医（かかりつけ医）1 名、2 箇所の地域包括支援センター職員 2 名、介護支援専門員 2 名、認知症疾患医療センター地域連携担当者 2 名、小規模多機能型居宅介護事業所職員 1 名、認知症対応型共同生活介護事業所職員 1 名、区職員事務局（介護予防推進室）。

## 2-4. 平成 24 年度の活動

年間スケジュール（別添資料 1）に沿って、以下の活動を行う。

- (1) WG 会議を 5 回開催する。
- (2) WG のメンバーが関わった認知症の疑われる高齢者の事例（初期対応事例）を 1 例ずつ WG 会議に提出し、初期対応のプロセス（図 1）に沿った課題の分析を行い、支援の実践モデルを作成する。
- (3) 仙台市内の全地域包括支援センター（49 箇所）において、相談対応した認知症高齢者への支援事例を初期対応のプロセス（図 1）に沿って、課題の分析を行い実践モデル作成の資料とする。
- (4) 仙台市内の全地域包括支援センターを対象に、今後、地域包括支援センターが効果的な初期対応・相談支援を行うために何が必要であるか、現状の課題を明らかにしその課題解決について検討することを目的に、「認知症の方への支援に関する状況調査」を実施する（表 1）。

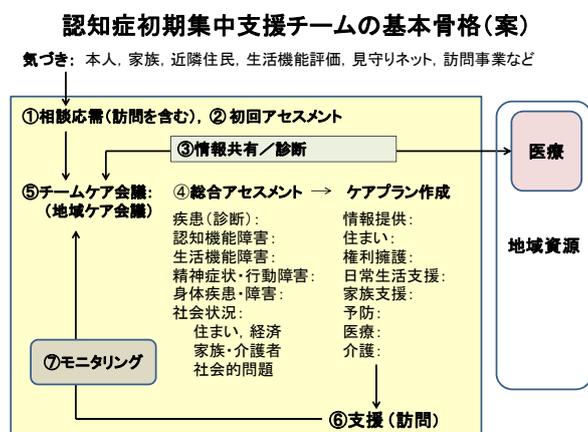


図 1. 認知症初期集中支援サービスの各プロセス

### 3. 今年度行った活動とその成果、問題点等

#### 3-1. 事例検討の結果と実践モデル

ワーキングの構成委員が所属する地域包括支援センターが期間中に初期対応を行った認知症が疑われる 6 事例について、対応の経過を報告し、支援策の検討を行った。別添資料 2 に 6 事例の性別、年齢、世帯状況、紹介されたルート、関与開始時の状態像、関与開始時の主治医の有無、訪問延べ回数、チーム員会議の開催数、チーム員会議のメンバー、効果、関与の期間を示す。期間中に、6 事例は専門医の受診につながり、鑑別診断がなされ、4 事例には介護保険サービスが導入され、3 事例については家族のケアが適切に変化し、2 事例には成年後見制度が導入されたことが明らかにされている。医療・保健・介護の各分野の専門職による検討と地域で関係者による支援体制が組めたことが要因と考えられる。

ワーキングでは、さらに、仙台市内 49 の地域包括支援センターから提出いただいた認知症高齢者への支援事例について、「課題の特徴」と「課題への対応」を整理した。49 事例の属性を表 2 に示す。また、事例の介入経過を、①相談応需、②初回アセスメント、③診断、④総合アセスメントとケアプラン作成、⑤チーム員会議、⑥支援、⑦モニタリングの各段階について、独居の場合と家族と同居の場合に分けて整理し、「課題の特徴」と「課題への対応」を抽出した（表 3、表 4）。

#### 3-2. 地域包括支援センターを対象とする「認知症の方への支援に関する状況調査」

1 ヶ月の間に、49 箇所の地域包括支援センターにおいて、認知症に関する初回相談件数は合計 190 件（平均 3.9 件）であった（別添資料 3）。認知症高齢者を支援する上での課題については、自由記述による回答を、意味のまとまりごとにカテゴリー分類して整理した。その結果、(1)正しい知識の普及（地域住民の認知症に対する認識と理解、家族の認知症に対する認識と理解、次世代に向けての啓発）、(2)早期発見・早期対応（医療機関への早期受診・早期対応、かかりつけ医と専門医の連携体制）、(3)地域の支援体制（日頃からの地域との関係構築、地域の相談窓口の周知浸透、地域の支援体制構築、支援者間のネットワーク構築、問題行動がある場合の地域との関係、次世代の担い手育成）、(4)本人・家族への支援（＜独居の方への支援の場合：信頼関係構築や情報収集のための対応、生活・療養支援＞＜家族同居の方への支援の場合：介護者の理解や精神的負担のための対応＞＜共通：本人の意向等の確認がしにくく、家族の意向に沿う支援になりがち、家族の力が弱い場合の対応が困難、BPSD 等のある方への対応＞）、(5)その他（介護保険サービス以外での対応、支援者側のスキルアップ、権利擁護関係）にカテゴリー化された（別添資料 4）。また、必要なサービス・社会資源について、(1)医療、(2)介護、(3)日常生活支援、(4)家族支援、(5)権利擁護、(6)予防、(7)その他についての具体的な提案がなされた（別添資料 5）。

#### 3-3. 問題点

地域包括支援センターが認知症初期集中支援サービスの拠点になることを困難にさせて

いる理由には、「地域包括支援センターの業務水準の中で認知症支援業務が明確されていない」という基本的問題とともに、①すでに業務量が多い、②人員が不足している、③職員の知識と技能が不足している、④認知症初期集中支援を行うための地域資源が全体的に不足している（特に、日常生活支援のための地域資源）、⑤認知症支援のための連携の仕組みが整備されていない、といった現実的問題がある。

仙台市では、東日本大震災後に地域包括支援センターにおける認知症関連相談が急増した。こうした社会的状況を踏まえ、平成23年度に、(1)早期発見・対応（相談窓口の周知、総合アセスメント、医療機関との情報共有）、(2)本人・家族支援、(3)地域の支援体制づくり、という認知症関連業務を地域包括支援センターの業務として明確化していくことの必要性を検討し、認知症対策推進会議の中でコンセンサスを得て、24年度より業務水準の中に明確化した。これによって、認知症初期集中支援サービスは(1)(2)の事業の中に位置づけることが可能となった。

しかし、①～⑤の問題については、尚未解決の部分がほとんどである。仙台市のように、人口規模の大きな都市では、全地域包括支援センターを対象に、一気にこれらの問題を解決していくことはできない。まずは、地域包括支援センターの認知症対応力の支援・強化をめざして、各区単位で認知症初期集中支援サービスの拠点を定め、これを段階的に普及させていくというアプローチが必要となろう。

表 1. 地域包括支援センターを対象とするアンケート調査の概要

認知症の方への支援に関する状況調査	
1. 目的	<p>高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加する中で、平成 24 年度から地域包括支援センターの業務水準の中に新たに「認知症関連業務」の項目立てを行い、地域包括支援センター業務として明確化した。</p> <p>今後、地域包括支援センターが効果的な初期対応・相談支援を行うために何が必要であるか、現状の課題を明らかにしその課題解決について検討するため認知症の方への支援に関する状況調査を実施した。</p>
2. 対象と内容	<p>〔1〕対象</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 仙台市内地域包括支援センター 49 施設</li></ul> <p>〔2〕調査方法と内容</p> <p>各地域包括支援センターに調査用紙を送付し、記入後回収した。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 1 か月間（平成 24 年 10 月）の認知症に関する相談状況（初回相談） （初回相談実数・相談結果と対応・認知症アセスメントシート活用状況）</li><li>・ 認知症高齢者の支援状況（事例 1 例）</li><li>・ 認知症高齢者を支援する上での課題、必要なサービス・社会資源等</li></ul>
3. 調査期間	<p>平成 24 年 11 月 12 日～11 月 30 日</p>

表 2. 初期対応事例の属性

	男	女	総計
事例数	12	37	49
年齢			
70-74 歳	1	4	5
75-79 歳	2	13	15
80-84 歳	2	15	17
85-89 歳	6	5	11
90-94 歳	1	0	1
認知症高齢者の日常生活自立度			
I	4	7	11
II a	4	9	13
II b	3	9	12
III a	0	4	4
M	0	1	1
不明	1	7	8
世帯類型			
独居	6	20	26
夫婦	5	7	12
親子	1	10	11
初回相談者			
本人	1	5	6
配偶者	3	2	5
子・嫁他	2	17	19
民生委員	0	8	8
その他関係者	6	5	11
診断			
アルツハイマー型認知症	2	13	15
その他の認知症	1	7	8
未診断	9	17	26

表3. 認知症高齢者の支援事例の集積から見えるプロセス上の課題と対応（独居の場合）

プロセス	主な課題等の特徴	課題への対応
1. 相談応需	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初回相談者</li> <li>・ 関係者からの相談（民生委員・医師・区役所等）</li> <li>・ 別居している家族（子供・嫁等）</li> <li>・ 本人が今後の生活に対し不安を訴える。</li> <li>○ 本人の状態がつかみにくい。</li> <li>・ 認知機能障害の状況、生活状況、健康・医療状況</li> <li>○ 食生活の状況など命に直結する課題がある。</li> <li>○ 金銭管理の問題が予想される。</li> <li>○ 地域との関係が希薄なケースもある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問にて状況把握</li> <li>・ 複数で訪問</li> <li>・ 関係者と同行訪問</li> <li>○ 状況把握のための調整</li> <li>・ 地域の関係者から状況把握（民生委員・ケアマネージャー・医師等）</li> <li>・ 親族への連絡</li> </ul>
2. 初回アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一回の訪問のみでは全体像が掴めない。</li> <li>○ 本人の話のみでは、生活状況と課題の把握が充分できない。</li> <li>・ 食事・日常の暮らし方、家事等</li> <li>・ 本人が大事にしていること、得意なこと等</li> <li>○ 認知機能等アセスメント（アセスメントシート）</li> <li>・ 認知機能障害、生活機能障害、精神・行動症状、身体症状、社会的困難</li> <li>○ 金銭管理ができず、生活費の確保が難しい。</li> <li>○ 実行機能の低下により、日常生活の問題発生に対応できない。</li> <li>○ 療養管理が難しい。</li> <li>・ 医療機関未受診</li> <li>・ 服薬管理ができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 複数回、定期的訪問実施</li> <li>・ 本人との関係づくり</li> <li>・ 生活状況確認し課題の明確化を図る</li> <li>・ 金銭管理に関して「まもりーぶ」の活用</li> <li>○ 緊急課題への即対応</li> <li>・ 食事・健康・金銭等</li> <li>○ 親族との調整等</li> <li>・ キーパーソンを探す</li> <li>・ 生活状況提供</li> <li>・ 家族の意向・役割確認</li> <li>○ 地域の関係者から状況把握（近隣・民生委員・警察・医療機関等）</li> </ul>
3. 診断	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人は受診の必要性を感じていない。</li> <li>○ 一人で定期的な受診ができない。</li> <li>・ 認知症の診断を受けているが中断している。</li> <li>・ 一人では服薬も継続できない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族との調整</li> <li>・ 受診の必要性について説明</li> <li>・ 家族の同行受診依頼</li> <li>○ 訪問時に血圧測定等行い、受診勧奨</li> <li>・ 地域包括職員同行受診</li> <li>・ 医師へアセスメントシートの情報</li> </ul>

		<p>提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ かかりつけ医から専門医へ紹介</li> <li>○ 服薬の工夫</li> </ul>
4. 総合アセスメント/ケアプラン作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活状況、認知障害程度から、ケアの必要な事項の確認とその対応をプランニング <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事</li> <li>・ 金銭</li> <li>・ 服薬</li> <li>・ 社会との交流</li> </ul> </li> <li>○ 経済的に困窮しているためサービスが使えない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ アセスメントシートで総合的に判断</li> <li>○ 本人の役割、出来ること確認</li> <li>○ 介護保険認定申請 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の同意</li> <li>・ 家族の同意</li> </ul> </li> </ul>
5 チームケア会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人に関わる関係者を召集し、ケア会議の開催 (家族、民生委員、区役所、まもりーぶ、ケアマネージャー、ヘルパー等)</li> <li>○ 本人は、何も困っていないと感じており、サービス利用の意思はない。</li> <li>○ ケア会議未開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の状況、ケアプラン案に沿って支援方針の合意と役割分担 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ コーディネーターの決定</li> </ul> </li> <li>○ 状況変化や緊急時の連絡体制の確認</li> <li>○ 民生委員、地域住民に情報提供</li> </ul>
6 支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス活用し支援開始。</li> <li>○ 本人・家族のみでなく地域の人の認知症の方への支援を継続的にサポートしていく必要あり。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 定期的な見守り</li> <li>○ 介護保険サービスの導入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事提供、買い物等ヘルパー活用</li> </ul> </li> <li>○ 「まもりーぶ」の活用</li> <li>○ 家族の調整 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の状況に関する情報交換</li> </ul> </li> <li>○ 継続的な状況把握</li> <li>○ 本人・家族のみでなく地域の人の認知症の方への支援を継続的にサポート。</li> </ul>
7 モニタリング		

表 4. 認知症高齢者の支援事例の集積から見えるプロセス上の課題と対応（家族と同居の場合）

プロセス	主な課題等の特徴	課題への対応
1. 相談応需	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初回相談者                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同居している家族（子供・嫁等）</li> <li>・ 関係者からの相談（民生委員・医師・区役所等）</li> </ul> </li> <li>○ 同居している家族に介護負担感あり。</li> <li>○ 家族が物忘れ等を指摘すると、本人違うと頑張り、同居していても確かな状況が掴めていない。</li> <li>○ 本人に認知機能障害の症状はあるが、家族が認知症と認識していない。</li> <li>○ 同居はしているものの、家族は日中不在で状況がつかめていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問にて状況把握                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人・家族と面談</li> </ul> </li> <li>○ 状況把握のための調整                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の関係者から状況把握（民生委員・ケアマネージャー・医師等）</li> </ul> </li> <li>○ 日中不在の家族との調整                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不在メモ等活用し、家族との連絡対応</li> </ul> </li> </ul>
2. 初回アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族から状況を把握する際、本人を気にし、本当のことが聞けない。</li> <li>○ 日中家族不在の場合、本人の状況について問題意識を持っていない。（独居と同様の問題あり）</li> <li>○ 家族に対し、否定的な感情をもっている場合もある。（物を取られた、何もしてくれない等）</li> <li>○ 高齢夫婦の妻に認知症状がでてきた場合、夫婦の食生活、日常生活等に不自由さが出ている。</li> <li>○ 家族の問題への対応（精神障害、アルコール依存症、その他）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 状況把握のための工夫                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人へ配慮しながら家族より状況把握</li> <li>・ 家族と地域包括支援センターで面談、状況把握</li> </ul> </li> <li>○ 家族への対応                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の認識や負担感等確認</li> <li>・ 支援の方向性確認（本人の望むこと、好きなこと、出来ること）</li> <li>・ 家族の問題への対応（必要な関係機関との連携）</li> </ul> </li> </ul>
3. 診断	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人は受診の必要性を感じていない。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族も受診の説得ができない</li> </ul> </li> <li>○ 家族の認知症に対する病識が乏しい。</li> <li>○ 主治医がいなく受診に結びつけること困難。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族との調整                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受診の必要性について説明</li> <li>・ 家族の同行受診依頼</li> <li>・ 通院継続への支援</li> </ul> </li> <li>○ かかりつけ医と連携し専門医受診                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ アセスメントシート活用</li> </ul> </li> </ul>
4. 総合アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活状況、認知障害程度から、ケアの必要な事項の確認とその対応をプランニング</li> <li>○ 家族の介護負担感が大きい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ アセスメントシートで総合的に判断</li> <li>○ 家族との密な情報交換（訪問・電</li> </ul>

ケアプラン作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢夫婦世帯の場合、決定に子や孫の確認が必要。</li> <li>○ 本人の意向や残存機能を生かしたケアプランの作成</li> <li>○ 本人の機能低下を踏まえた環境整備</li> <li>○ 要支援の介護認定では使えるサービスが限られる。</li> </ul>	<p>話)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の役割、出来ること確認</li> <li>○ 介護保険認定申請</li> <li>・ 本人の同意</li> <li>・ 家族の同意</li> <li>・ 家族と介護保険サービス施設見学</li> <li>○ 介護保険以外のサービスのつなぎ</li> </ul>
5 チームケア会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人に関わる関係者を召集し、ケア会議の開催 (家族、民生委員、区役所、まもりーぶ、ケアマネージャー、ヘルパー等)</li> <li>○ ケア会議未開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の状況、ケアプラン案に沿って支援方針の合意と役割分担</li> <li>○ 民生委員、地域住民に情報提供</li> <li>○ 隣家の見守り支援</li> </ul>
6 支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの介入により支援を受けることに否定的</li> <li>○ 家族の地域との交流が希薄な場合、地域の支援が受けにくい。</li> <li>○ 本人の状況に応じた支援</li> <li>○ 家族の健康管理</li> <li>○ 家族の認知症に対する認識や対応について</li> <li>○ 昼夜問わない徘徊</li> <li>○ 今後の見通しについて</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 定期的な見守り</li> <li>○ 医療の調整</li> <li>・ 通院先、処方を一本化</li> <li>・ 服薬管理</li> <li>○ 介護保険サービスの導入</li> <li>・ 食事提供、買い物等ヘルパー活用</li> <li>○ 地域の社会資源の活用</li> <li>○ 家族の調整</li> <li>・ 本人の状況に関する情報交換</li> <li>・ 本人の出来ることを認め、生かす働きかけ</li> <li>○ 家族支援</li> <li>・ 認知症家族の会の紹介</li> <li>○ 地域関係者との連携づくり (民生委員、福祉委員の訪問等)</li> <li>○ 徘徊時の協力体制</li> <li>・ 徘徊の防止と発生時の約束事を支援者間で確認</li> </ul>
7 モニタリング		

認知症初期対応の実践モデル作成に向けて 24年度スケジュール(案)

	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
地域支援体制構築ワーキング会議	第1回 9/26 ・趣旨 ・内容			第2回 ・事例検討 ・支援における重要な視点の共有 ・プロセスごとのポイントの明確化	第3回 ・事例検討 ・実践モデル案検討 ・家族支援についての検討	第4回 まとめ モデル案検討	第5回 実践モデル マニュアル作成 →
初期対応事例 (主に地域包括C)			事例提出				
課題検討 (ワーキングメンバー)				★医療連携 鑑別診断 ★家族支援(家族心理教育) ★人材育成(総合アセスメントの手法・支援プラン)			
地域包括支援センターへの調査			・調査用紙発送(11/12) → 回収(11月末)	・集計・分析・課題抽出			
関連事項		・仙台市医師会研修 10/29	・厚生労働省打合せ 11/9 午後	・厚労省 研究会 12/5	・医師会 企画会議 12/17	・認知症 対策推進 会議 2/5	・仙台市医師会研修 3/5、3/6
							・医師会 企画会議

# 初期集中支援モデル実践 事例報告(様)

※ 不明な欄は空欄でも構いません

☆単位は(週) ☆継続は空欄でよい

No	性別	年齢	世帯状況 (独居・夫婦等)	紹介された ルート(	関与開始時の状態像		訪問 延べ回数 (回)	チーム員 会議の開 催 (回)	チーム員会議のメンバー	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)	関与開始時 の 主治医の 有無				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)	終了・継続	終了までの 関与期間 (W)
例	女	78	夫婦	民生委員から 地域包括に相談	2中等度	なし	4	2	専門医、看護師、PSW、地域 包括(保健師・社会福祉士)	○	○	○		終了	6W
1	女	85	独居	民生委員から 地域包括に相談	1軽度	なし	5	1	地域包括(看護師・社会 福祉士・主任ケアマネ)、 小規模多機能介護職員、 後見ネット 《民生委員・町内会長》	○	○		成年後 見制度 活用  近所の 見守り	終了	8W
2	女	78	独居	民生委員から 地域包括に相談	1軽度	なし	10	1	地域包括(看護師・社会 福祉士) 《民生委員、妹》	○	○		社協サロン	終了	20W
3	男	82	夫婦	家族から地域 包括に相談	1軽度	あり (高血圧)	4	1	地域包括(主任ケアマネ) 《民生委員、妻、息子》	○	○	○		終了	12W
4	男	85	夫婦	家族から地域 包括に相談	1軽度	あり (循環器)	1	1	地域包括(社会福祉士) 《弟》	○ (かかり つけ医 より紹 介)					
5	女	77	娘親子と同居	娘から地域包 括に相談	1軽度	あり (不眠)	6	1	地域包括(看護師、社会 福祉士)、区精神保健福 祉相談員、区保健師、ケ アマネージャー 《弟・娘》	○	○	○	成年後 見制度 活用	終了	16W
6	女	79	息子と同居	息子から地域 包括に相談	1軽度	あり (水頭症)	3	1	地域包括(主任ケアマ ネ)、区保健師	○		○	訪問指導 事業活用		
7															
8															

## 地域包括支援センターの相談支援状況(平成24年10月分)

	初回相談件数	初回で終了	継続(包括)	継続(他)	アセス活用	アセス活用未
合計	190	38	96	56	41	129
平均	3.9件	20.0%	50.5%	29.5%	24.1%	75.9%

## 【初回相談事例でアセスメント未使用の理由】

- ・初回相談でまだ聞き取りできていない。聞けない項目もある。今後作成予定。
  - ・初回では、関係づくりを優先する場合が多い。
  - ・本人と面接できていないため
  - ・家族やケアマネからの間接的な相談だったため
  - ・本人以外からの聞き取りができていないため
  - ・緊急対応による任意入院だったため
  - ・電話での相談が多いため
  - ・面談時間が限られていたため
  - ・近隣住民からの相談で情報が不明確だったため
  - ・情報収集が十分ではなかったから
- ・今回のケースでは必要がなかった。(県外在住の両親の相談、CMのいる緊通設置、要介護認定済み、主治医より診断あり、病院紹介の相談、本人が入院、専門医受診済み、話を聞くだけで初回で終了、他の包括のケース、軽度の認知症状のため大きな生活上の支障がなかった。包括が支援の中心ではないため、家族で対応できており日常生活に支障なし、プラン利用のケアマネへの引き継ぎ)
- ・活用が習慣化されていない
  - ・今後研修してから活用予定
- ・すでにケアマネが介入していたため、アセスメントの活用を勧めた。

## 認知症高齢者を支援する上での課題

(地域包括支援センターへの「認知症の方への支援に関する状況調査」より)

### 1. 正しい知識の普及

#### ○地域住民の認知症に対する認識と理解

- ・地域住民、町内会役員、民生委員へサポーター養成講座は実施しているが、認知症の理解と対応の仕方については十分に地域に浸透していない。
- ・地域の認知症に対する知識や理解力が不足しており、偏見や誤解がある。トラブルが起きると、認知症の方を地域から排除しようとする動きが出てくる。
- ・地域の理解不足から、認知症高齢者を抱えていても周囲に告知できない状況がある。
- ・認知症高齢者が地域で生活するには、地域住民の協力や理解を得るための支援が必要である。

#### ○家族の認知症に対する認識と理解

- ・認知症の方を介護している家族や当事者は「知られたくない等」の思いから閉鎖的な状況になりやすく、地域でも把握できない状況がある。
- ・認知症であることを隠したいとの思いから、抱え込んでしまう家族がいる。
- ・本人が支援の受入れを拒む。家族の認知症ケアの必要性に対する理解が薄い。

#### ○次世代に向けての啓発

- ・認知症について理解を深めるための講座開催や普及啓発を、次世代に向けても（小、中学校を含む）積極的に開催していく必要がある。

### 2. 早期発見・早期対応

#### ○医療機関への早期受診・早期対応

- ・本人・家族の理解が得られず受診につながらない。
- ・かかりつけ医がない場合、受診勧奨が困難である。
- ・受診を受け入れない方への専門医のつなぎ方や医療面での管理が困難であり、適切な診断が受け入れられない。
- ・家族がおかしいと気づいていながらも周りの目を気にして相談が遅れがちになり、重症化してからの相談が多い。
- ・重症化してからの対応は入院先もみつからず、在宅サービスも困難。
- ・徘徊、妄想、精神病が混在するケースの対応が難しい。

#### ○かかりつけ医と専門医の連携体制

- ・必要な医療機関につなげるために、医療機関との連携が必要である。
- ・専門医の受診を進めるためには、主治医の協力が必要である。
- ・医師に受診すると、「一人暮らしで認知症なら施設に入るしかないね」と言われる。
- ・認知症の専門医療機関が身近な地域に少ない。
- ・認知症などが原因で、他の疾患の治療が受けにくいことがある。
- ・本人や家族にわかりやすく病状の説明があると良い。

## 認知症高齢者を支援する上での課題

(地域包括支援センターへの「認知症の方への支援に関する状況調査」より)

### 3. 地域の支援体制

#### ○日頃からの地域との関係構築

- ・近隣や友人にも症状を明かさず地域でも孤立している人や家族は介入が難しく、元気な時からの近所付き合いを保つことの必要性を感じる。
- ・近隣との交流がない。

#### ○地域の相談窓口の周知浸透

- ・相談する場所がわからず、介護者家族がぎりぎりの状態になるまで相談せず、疲弊した状態で来所することがある。
- ・何かあったときに包括に情報や相談が入る体制が不十分である。

#### ○地域の支援体制構築

- ・独居の方の近隣住民が高齢化しており、認知症の方の地域のサポートが難しい。
- ・一人暮らしの方を支援するには介護保険のサービスだけでは支援が難しい。
- ・小地域ネットワークの福祉委員が年々減っており、全くいない町内会もある。
- ・今まで地域との関わりが希薄だった方は新たに地域で支援する体制づくりが必要である。
- ・民生委員、福祉委員の認知症に対する理解度に差がある。
- ・ケースによって地域住民や民生委員の役割が異なる。
- ・地域の認知症サポーターの把握ができていない。
- ・認知症サポーター育成事業が少ない。
- ・地域で認知症に関する講座等を開催し、認知症について理解を深める機会は増えてきている。支援はしたいが具体案については不明確な状態である。
- ・独居認知症の方の火災対応については、近隣の方からの不安の声が最も多い。
- ・認知症の症状が少し出ただけで、周りが「自宅での生活は無理」、「施設に入れた方がいい」という流れになってしまう。周りの協力があれば、自宅での生活がまだ可能な方がおり、支援する体制づくりが必要である。
- ・認知症の啓発活動やネットワークの構築により、インフォーマルサービスの充実を図る必要がある。

#### ○支援者間のネットワーク構築

- ・民間事業者とのつながりが希薄
- ・支援者間で状態の把握やケアについて共有が困難である。
- ・ケアマネージャーと包括の連携強化を図り、ケアマネージャーと地域ネットワークの橋渡しを行う。
- ・身寄りのない認知症高齢者が増えており、関連機関との支援体制を強化していく必要がある。
- ・警察との連携が必要である。

#### ○問題行動がある場合の地域との関係

- ・問題行動により周辺住民が本人に対する陰性感情を抱くと、理解を求めても地域から排除されることがある。認知症のことを理解しているつもりでも、実際に地域で受け入れることは難しいことがある。
- ・BPSDが原因で、支援体制構築が困難な場合がある。
- ・妄想（特に盗られ）、不穏などにより介入が難しくなる。地域の方は特に「盗られ」の発言を機に関係が悪化してしまう。

#### ○次世代の担い手育成

- ・地域の中で支援している方も高齢者が多く、次世代の担い手がない。

## 認知症高齢者を支援する上での課題

(地域包括支援センターへの「認知症の方への支援に関する状況調査」より)

### 4. 本人・家族への支援

<p><b>【独居の方への支援の場合】</b></p> <p><b>○信頼関係構築や情報収集のための対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・生活の実態、具体的な症状やレベルの把握が難しい。</li><li>・周囲の近隣住民等が異変に気づき相談に繋げようとしても、本人が支援を拒絶していると、早期対応も難しい。本人が支援を受け入れられるようになるまでは時間がかかり、重症化してからの対応になることもある。</li><li>・本人が忘れていたため、毎回初回のようになり支援が進まない。</li><li>・本人の病識がなく、介護保険の申請、サービスを拒否する場合がある。</li></ul> <p><b>○生活・療養支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・服薬管理が困難である。</li></ul> <p><b>【家族同居の方への支援の場合】</b></p> <p><b>○介護者の理解や精神的負担のための対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・家庭内に認識の違いがある。</li><li>・家族が情報をオープンに出来ない場合がある。</li><li>・家族の負担から、虐待につながる事がある。</li><li>・家族の会など、家族支援の機会が少ない。</li><li>・家族は閉鎖的になりがちで負担疲労が大きい。</li><li>・介護者の抱え込みをなくすための情報交換や交流できる集いの場が少ない。</li><li>・介護者への暴力への対応と家族への支援が必要である。</li></ul> <p><b>【共通して】</b></p> <p><b>○本人の意向等の確認がしにくく、家族の意向に沿う支援になりがりでである。</b></p> <p><b>○家族の力が弱い場合の対応が困難</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・夫婦二人暮らしで、共に認知症。</li></ul> <p><b>○BPSD等のある方への対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・物取られ妄想や被害的であるため、ケアに苦慮する。</li><li>・精神疾患を併せもつ場合が多い。</li><li>・急性憎悪期の対応の整備が必要である。</li></ul>
---

### 5. その他

<p><b>○介護保険サービス以外での対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・初期の認知症状と生活の支障があっても認定が非該当になる場合があり、適切なサービスにつなげられない。</li><li>・独居高齢者の服薬管理は要支援の方だと毎日サービスは利用できない。</li><li>・要支援では利用できるサービスが限られてくる。</li></ul> <p><b>○支援者側のスキルアップ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・必要な医療機関へつなげるための相談者のスキルアップが必要である。</li></ul> <p><b>○権利擁護関係</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・日常生活自立支援事業に移行するまでの期間、書類管理・債務整理・金銭管理などの専門的支援を行う必要がある場合、包括で担うことのリスクや負担感がある中、支援せざるを得ない。</li><li>・金銭管理が困難になった際、まもり一歩や、成年後見につなげようと相談するも、時間がかかる。</li></ul>
---

## 必要なサービス・社会資源

(地域包括支援センターへの「認知症の方への支援に関する状況調査」より)

### 1. 医療

- ・認知症訪問診療、PSWが訪問する医療機関が増えること
- ・鑑別診断ができる医療機関の増加
- ・定期巡回、随時対応型訪問看護事業があること
- ・本人が受診を拒否している場合など精神科医の往診医療体制が整うこと
- ・地域の医療機関でも気軽に往診で意見書を依頼できる体制があること
- ・入院できる医療機関
- ・専門科を問わず気軽に認知症のことを相談できるかかりつけ医が身近な地域にあること
- ・認知症医療連携パスの作成
- ・病院受診の際の付き添いボランティア

### 2. 介護

- ・小学校区ごとに小規模多機能型居宅介護事業所を整備、要支援からも利用できるように
- ・短期で利用できる施設の増加
- ・SOSネットワークの周知・対応
- ・徘徊や問題行動のある人を一時的にでも受け入れる施設
- ・定期巡回、随時対応訪問介護事業
- ・緊急時対応できるショートステイの整備（セーフティネットの機能として即日もしくは翌日対応できるような柔軟な対応）
- ・若年性認知症の方向けのデイサービス
- ・訪問介護・訪問看護・認知症デイなどのサービス
- ・地域での認知症の相談窓口
- ・日常生活用具（電磁調理器）の給付
- ・要支援認知症の方へのデイサービス利用可能回数の増加
- ・自費デイサービスなどの拡大
- ・要支援認定でも、訪問介護の訪問回数が必要な場合もある。薬の管理等の場合もあり、柔軟な運用を。
- ・小規模多機能や24時間対応できるサービス

### 3. 日常生活支援

- ・ 地域（学校や商店街の人も含む）認知症への理解と見守り体制
- ・ 認知症サポーター、サポーターのフォローアップ研修により地域住民の中から地域における認知症の方を支援する人材の育成
- ・ 介護保険以外のボランティアサービス
- ・ 傾聴を主体としたサービス、ボランティアの活用
- ・ 近隣の見守り
- ・ 地域中で一定の距離をたもちながら見守り、必要時に支援ができるサービス（在宅を可能にするため）
- ・ 話し相手、片付け、通院介助、外出同行等の支援ができるボランティアグループ
- ・ その人らしく、住み慣れた地域での生活をすすめていくには、地域での見守りが行える体制や認知症という病気に対する啓蒙活動を積極的に行う必要がある。実際、介護予防教室などを開催しても、地域から参加する方は決まっているような状況である。
- ・ 日常生活のこまごまとした支援（安否確認・服薬状況、食事状況、ゴミだし、雪かき、灯油の補充、買い物、e t c）
- ・ 認知症の診断があり、介護力の必要性が高い方には、外出同行や付添人のサービスを介護保険サービス以外でも適用できる制度（家族同居の有無にかかわらず）
- ・ 正しい知識をもとに、見守る眼（地域ネットワーク）が不可欠
- ・ 独居高齢者を地域で見守る体制
- ・ 自費の生活援助サービス（介護保険外）
- ・ 見守りや、声かけなどの近隣の協力〔民生委員、町内会、福祉委員〕
- ・ インフォーマルなヘルパーサービス〔介護保険では賄えない〕
- ・ 独居認知症の方のための「緊急通報・火災警報機能のみ」バージョン
- ・ 交流会等で出された意見や課題については、地域課題として捉え地域関係者ともに支援を検討していく。また新たな資源発掘へと繋げていけるよう考える場をもつ。
- ・ コンビニやスーパーなどのスタッフさんの見守りや通報によるシステム、ネットワークがあると良いと感じている。
- ・ 時間の枠が自由な見守りサービス
- ・ 認知症サポーターなど、認知症について正しく理解している人を増やす。
- ・ 生活に対する必要な継続的・包括的サービス
- ・ 地域で安心して暮らすためのネットワーク作り（例：スーパー、銀行、飲食店など）や見守り体制の構築
- ・ 日常生活のさりげない支援（ゴミ出しや日用品の購入、回覧板の説明等）が必要な人にすみやかに提供できる資源が身近にあると良い。

## 4. 家族支援

- ・家族が地域の協力を受け入れるような意識をもってもらうための啓発
- ・介護家族が集まれるサロン、家族教室等
- ・保育所と宅老所が一緒になったような一時的な集まりの場
- ・家族が休めるようヘルパー利用時間の延長
- ・家族が緊急避難が必要な場合に、家族のための支援のサービス
- ・圏域内での認知症介護家族交流会が、自主的な活動・グループに発展できれば良いと思う。
- ・家族のレスパイトのためのショートステイ
- ・身近な地域の中で、介護に対する悩みなど、当事者や介護者が気軽に相談できる場所、介護における定期相談会の実施。（当事者も参加できる場所→当事者用の交流スペースがある。
- ・情報の提供や、同じ思いを共有できる場所「家族交流会」を地域ごとに開催していく。
- ・認知症の方を介護する家族を支援するための集まり。
- ・家族のサポートの仕組み（家族の会等）
- ・認知症の方を介護する家族への支援、必要な情報提供や個別相談など足を運びやすい集まりの場を持てると良いと思う。

## 5. 権利擁護

- ・契約行為ができない場合、本人の生活や健康を守る為の積極的な措置による住宅サービスの利用促進
- ・まもり一ぶや後見制度など権利擁護の制度の導入
- ・権利擁護（親族の支援が受けられない方の成年後見制度活用）
- ・後見人の選任が難しい。→市民後見拡大など。

## 6. 予防

- ・軽度の認知症の方が地域で気軽に集まれるサロン等
- ・「認知症予防」をキャッチフレーズとした参加しやすい教室の開催
- ・サービス内移動時、本人同士が声を掛け合う
- ・地域の中での、サロン活動等、高齢者が交流できる場所がふえることで、閉じこもり予防ができる。また主催者側では高齢者の状態の把握が出来る。主催者側と包括が連携をとりやすい関係作りを行う。
- ・軽度認知症の方が認知症予防プログラムを実施できる通所施設

## 7. 住まい

- ・長期で利用できる施設の増加

## 8. その他

- ・包括以外に認知症専門相談機関の設置
- ・施設利用料、サービス利用料の軽減
- ・包括の役割の理解により、認知症の方の情報が、地域住民、警察、商店、役所、医療機関、介護サービス事業所との連携で提供される体制
- ・施設入居、身元保証の緩和
- ・住民より認知症養成サポーター講座を受講しても実際に活動の場がなく、どのような活動をすれば良いのか分からないとの話あり、養成・実践・事後フォローの構成で支援していく仕組みづくり。
- ・交番への相談。協力を依頼する。
- ・郵便局や銀行などでのトラブルに対応するため、窓口職員への情報提供。
- ・警察との連携や協力について連携を図る必要がある

世田谷区のモデル  
—認知症初期集中支援チーム 報告書—

世田谷区桜新町アーバンクリニック

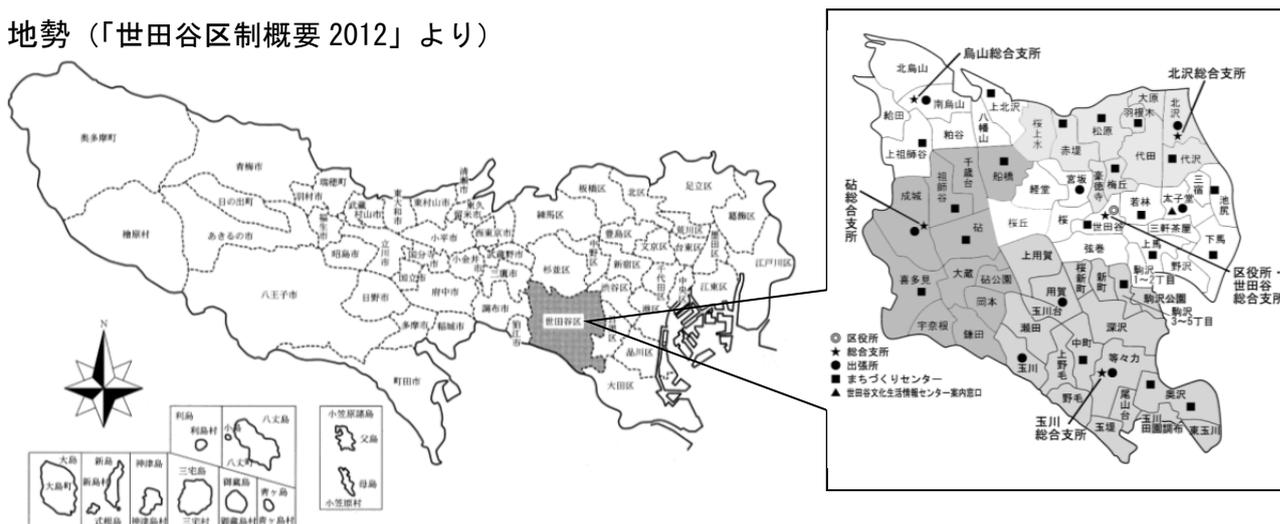
上野 秀樹

遠矢 純一郎

片山 智栄

# 1. モデル実践地域 東京都世田谷区の特徴

## A. 地勢（「世田谷区制概要 2012」より）



## B. 概況（平成 24 年 10 月 1 日現在）（世田谷区公式ホームページ「せたがや統計情報館」より）

1	総人口	860,456 人
2	世帯数	448,533 世帯
3	65 歳以上人口	163,083 人
4	高齢化率	18.95%
5	あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)数	27 か所

<参考> 初期集中支援チームの主な訪問エリア（用賀・深沢あんしんすこやかセンター担当地区）

	総人口	世帯数	65 歳以上人口	高齢化率
用賀	60,964 人	30,172 世帯	10,515 人	17.25%
深沢	46,118 人	22,333 世帯	8,341 人	18.09%

## C. 医療資源（平成 23 年度）（「世田谷区保健福祉総合事業概要」統計編 平成 24 年度他より）

- 医療施設数 病院 26 か所、診療所 841 か所（有床 40 か所、無床 801 か所）
- 病床数 6,318 床（病院 5968 床、診療所 350 床）
- 地区医師会 2 医師会
- もの忘れ（認知症）外来のある病院数 7 病院
- 認知症専門病棟のある病院数 2 病院
- 認知症サポート医の人数 5 人

## D. 介護保険認定状況（平成 24 年 4 月 1 日現在）（介護保険課より）

1	要支援・要介護認定者数	32,907 人
2	1 のうち認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上	17,830 人

## 2. これまで行ってきたチームとしての活動

### A. チーム員の構成

(実施メンバー)

訪問看護師 4名 (医療法人社団プラタナス ナースケア・ステーション所属)

※通常業務との兼務

(アドバイザー)

精神科医 1名 (桜新町アーバンクリニック非常勤医)

在宅医 2名 (桜新町アーバンクリニック常勤医)

平成 25 年度からは作業療法士 1 名が参加予定

### B. 初期集中支援チームの具体的活動

#### 1 対象者抽出・選定のプロセス

##### 1) 地域包括支援からの抽出

主にサービスエリア内の地域包括支援センターから認知症の人に関する電話相談を担当看護師が受け、内容を具体的に聴取する。認知症の疑いがある、もしくは認知症初期と思われる人に対し、初期集中支援サービスの対象と判断されれば、地域包括支援担当者から対象者とその家族からの同意を得て、支援サービスを提供する。

##### 2) 訪問診療対象者もしくはその家族からの抽出

当支援チームは在宅療養支援診療所に併設する訪問看護ステーションに置かれている。訪問看護ステーションの利用者のなかには、認知機能障害を伴っているが医療的な介入がされていない人が少なからずいる。こうした認知症が疑わしいもしくは初期と思われる人に対して、担当在宅医もしくは看護師からサービス概要を説明し同意を得た場合に、支援サービスを提供する。

##### 3) 地域ケアマネージャーからの抽出

地域のケアマネージャーからの初期支援チームへの紹介で、初期集中支援サービスを説明し同意を得た場合に、支援サービスを提供する。

##### 4) 認知症もしくは認知症と疑われる人の家族からの抽出

ご家族からの直接連絡で担当看護師が相談に応じるなかで、初期集中支援サービスを説明し同意を得た場合に、支援サービスを提供する。

#### 2 情報収集の方法

##### 1) 対象

認知症の疑いのある人もしくは認知症初期・中期の人  
そしてその人を支える家族、支援者など

##### 2) 場所

実際に暮らしている住居、施設に訪問し聴取する

住環境や屋内の状況（整理整頓されているか、階段などの段差はないか等）を調べ、実際の家庭内での家族関係を観察する。

### 3) 実施者

情報収集をする対象者が本人とその支援者である場合には、複数のサービス担当者が訪問しそれぞれ別々に情報を収集する。独居である場合には1名で訪問し情報収集を行う。

#### 4) 収集する情報の内容

＜本人の生活に関する情報＞

家族歴、生活歴、人間関係、パーソナリティなどに関する情報、住環境、介護支援状況、サービス利用状況、本人のニーズ

＜医学的情報＞

既往歴、精神疾患既往歴、現病歴、飲酒歴、現在治療中の疾患と内服薬に関する情報、身体的情報（バイタルサイン、血液検査データ、MRI等の検査結果等）

＜認知症に関する情報＞

認知機能障害、行動・心理症状

＜支援者に関する情報＞

ご家族や支援者の存在とその抱えている不安や問題点など

### 3 アセスメントの手法

認知症の人の状態把握や不足しているケアの抽出を介護・福祉職もアセスメントしやすいように KOMI 理論を採用した。

【1】 情報共有の徹底（EIR）

【2】 生活をする上で支障となっている部分の抽出（KOMI 理論）

【3】 問題点の分析（行動分析）→ 目標志向型解決の手法として

【4】 提供されるケアの統一

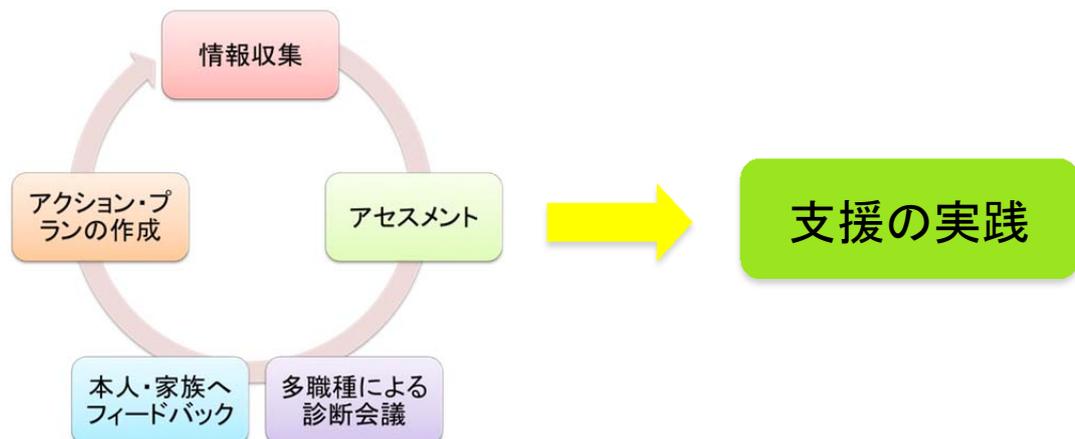
【5】 認知症状進行度や生活過程の評価（KOMI 理論、Zarit、生活支援アンケート）

以上の5点を重視しアセスメント結果をチーム員会議で検討し、アクション・プラン（認知症ケアプラン）を提案する。

### 4 初期集中支援サービスの流れ

初回訪問から大凡6ヶ月を目安に初期集中支援チームが介入する。その後のケアの方針や介護サービスケアプランはケアマネージャーに移行していく。

しかし、6ヶ月でケアの方針が定まらないときや行動・心理症状が認められたり、生活上の支障が著しい場合には6ヶ月という期間を限定せず、引き続き介入していくこともある。



## 5 アクション・プラン作成後の教育的支援

初期集中支援の段階では、それほど認知機能障害が進行していない状態を想定している。認知症の進行とともに、認知機能障害の進行（知的障害）、一部の認知症の人には行動・心理症状という精神障害の出現の可能性がある、さらに高齢化による身体機能低下による身体障害と、従来の分類による三障害すべてが出現する可能性がある。様々な障害が出現する可能性がある認知症の人の状態像は多様である。こうした様々な状態像に対するケアの道筋を示し、必要なときに必要な支援を得られるように情報を提供しておくことが大切になる。

教育的支援の内容としては、以下を想定している。

- (1) その人の認知症に関する理解（認知症の経過の概要、認知機能障害と行動・心理症状について）
- (2) 認知症に関する薬物療法
- (3) 非薬物療法によるアプローチ
- (4) 介護にあたる際の基本（認知症の人の気持ちの理解、その他）
- (5) 現状抽出された問題への対応方法
- (6) 食事・排泄・入浴などの日常生活活動に支障がでてきた際の行動分析チェックシート
- (7) 住居等の環境整備プランの提示
- (8) 各種介護・福祉サービスの活用について

## 6 本人の権利擁護と意思決定支援

認知症が進行し、意思表示が困難になった場合における権利擁護を検討している。自分の財産をどうするのか、生活する場所をどうしたいのか、医療的処置や侵襲をどこまで望んでいるのか、意思決定支援のための方法をどうするのかなどの点を検討する予定である。

## 7 アセスメント後の実際の支援やその継続性について

現状ではアセスメントと教育支援の段階であるため、数ヶ月経過したあとどう変化していくか不明であるが、現在介入しているケースは最期までの継続したケア介入を希望しており、継続的なケアと段階的な評価等を生涯にわたって希望している。

当初期支援チームは訪問看護ステーションに置かれているため、利用者やその家族の希望があれば訪問看護という形式での継続的なケアは実現可能である。

今後増大するすべての認知症の人のニーズに対応していくことは困難であり、訪問エリアの問題から考えても地域訪問看護師との連携、協働が必要であろう。

また、認知症在宅ケアにおいては毎日のようにケアを提供する介護関係者の協力とケアの質的向上が最重要課題であるため、ケアマネージャーを含め、いかに初期集中支援チームが地域に根ざし、顔の見える連携と協働体制を構築できるかが鍵になると考えている。

### 3. 今年度行った活動とその成果、問題点等

今年度、桜新町アーバンクリニックの初期集中支援チームは、以下の活動を行った。

総実施件数 6件

総訪問件数 20回

チーム員会議 実施回数 20回

そして、その成果は以下の通りである。

成果

- |                     |    |
|---------------------|----|
| ・ 受診に結びついた          | 3件 |
| ・ 介護保険サービスの導入につながった | 1件 |
| ・ 意思決定支援、住宅改修       | 1件 |
| ・ 認知症ではなかった         | 1件 |

この半年間の取り組みで明らかになった問題点、課題を以下に述べる。

#### 1. どうやって認知症初期集中支援対象の人を抽出するのか

- ・ 認知症初期の定義、初期集中支援チームの対象者の基準等があいまいなため、相談しにくい状況がある。
- ・ 初期集中支援チームの存在自体が浸透しておらず、適切な支援につながっていない。
- ・ 特に地域の病院や診療所などの医師が初期集中支援チームの存在を知らず、認知症初期と思われる人や家族の相談を受けてもチームに適切につながらない
- ・ 認知症の疑いがある人が直接地域包括支援センターに相談するケースはそれほど多くはない。地域包括支援センター職員やケアマネージャーが認知症の疑いのある人を抽出できるように、認知症に関する知識の普及と受診勧奨もしくは初期集中支援へとつないでいく仕組み作りが必要であると考えられる。

#### 2. 対応する人材をどのように教育していくのか

- ・ 認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに置く場合は、地域包括支援センター職員が認知症ケアに精通している必要があるが、現場は未だそのレベルにない場合が多い。
- ・ 認知症ケアの経験がある看護師や作業療法士、ケアマネ、地域包括支援センター職員がいても、実際にケアをする介護職への認知症ケア教育をどのようにすすめていくかも課題である
- ・ 認知症の人への支援にあたるすべての人が認知症ケアについて学ぶ必要があるが、その教育体制構築が課題である

#### 3. 認知症ケア、アセスメントの標準化

- ・ 認知症の人の状態像は千差万別であり、ケアの方法に関する標準化を図ることはかなり難し

いのが現状である

- ・ 認知症の人へ投薬される内科薬、精神科薬などの種々の薬物の適切な処方、使用方法、副作用等について教育するツールが必要である
- ・ アセスメントは、認知症の人の生活歴や人生観等をよく知り、実施していくことが必要であり、認知症の人それぞれの個別性を活かしたケアが必要で、介護士をはじめすべての職種に浸透させることがたいへんに難しい
- ・ 認知症初期集中支援は基本的にはアウトリーチをし、その方の生活を観察する必要があるが、たくさんの方への対応するためにはアウトリーチする地域を限局せざるを得ない。そのため、日本全国では多くのチームが必要である。そして地域差をなくす意味でもアセスメントや認知症ケアに関する標準化が必要であろうと思われる。

#### 4. 認知症の人に優しい地域づくりを

- ・ 認知症の人は今後増加する傾向にあり、地域包括ケアとして、地域住民すべてが認知症についての理解を深めていくことが重要である。子供から大人まで幅広い啓蒙活動が重要であると思われ、地方自治体は教育啓蒙のためのセミナーや地域住民への働きかけを徹底していく必要がある
- ・ 民生委員への教育や学校教育の中での認知症に関する講座開設も必要と思われる
- ・ 住み慣れた街で最期まで過ごすためには、地域における認知症の人が集える場所づくりも必要であり、認知症に限らず障害を持った方や高齢者が時間を気にせず気軽に立ち寄れるような場所（アルツハイマーカフェや公民館的なもの）を地域に増やしていく必要があると思われる
- ・ どうしても認知症ケアに難渋し家族の介護負担が増し、疲労が強くみられる場合にはショートステイやお泊りデイなどのレスパイトが必要であり、認知症の人が安心して利用できるためには常日頃利用しているデイサービス、デイケアが宿泊等の対応をすることが望ましい。認知症の人のためのデイサービス等がもっと増える必要がある。
- ・ できれば認知症初期の方が活用できるデイサービス先も増えてくると抵抗なく通所できる方が増えるのではないかと思う
- ・ 認知症グループホーム、小規模多機能は増加しつつあるが、まだまだ足りないのが現状である。認知症に特化したグループホームや小規模多機能施設の利用が進むように施設充実を図っていく必要がある。地域によってはサービス利用先が少ないところも多いため、地域差をなくすための努力が必要であると考えられる。

認知症を障害という面から考えてみると、高齢の認知症の人では、高齢化による身体機能低下という身体障害、認知機能障害という知的障害、そして、一部の人には行動・心理症状と呼ばれる精神障害が生じてくる。高齢の認知症では、従来の分類による三障害すべてが出現する可能性があるということになる。三障害すべてが出現する可能性がある認知症の人に、社会の側で合理的な配慮をすること、すなわち社会的な支援を充実させることにより、「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ることができる社会」の実現を目指すべきである。また、認知症は高齢化が一番の危険因子なので、だれでも高齢になれば認知症になる可能性がある。私たちがすべきことは、認知症を恐れることではなく、認知症にな

ってもそれまでと同じように生きがいを持って、有意義な人生を送れるような社会を作ることであると考える。

初期集中支援チームが普及すれば、認知症の人の状態像にあった適切なサービスを利用できるようになり、周囲の介護負担が最小化されることが期待される。また、介護上もっとも問題となる行動・心理症状の出現を防ぐことや、認知症の人の自己決定支援の場面でも一定の役割を果たすことも期待される。

今年度の私たちの取り組みで明らかになったのは、こうした初期集中支援チームの活動を円滑に行うためには、社会全体で認知症についての理解を深めること、地域で初期集中支援チームの存在を浸透させること、地域で認知症の人を支える社会資源を充実させること、アセスメントや支援方法の標準化、チーム員の教育の標準化などが必要であるということであった。

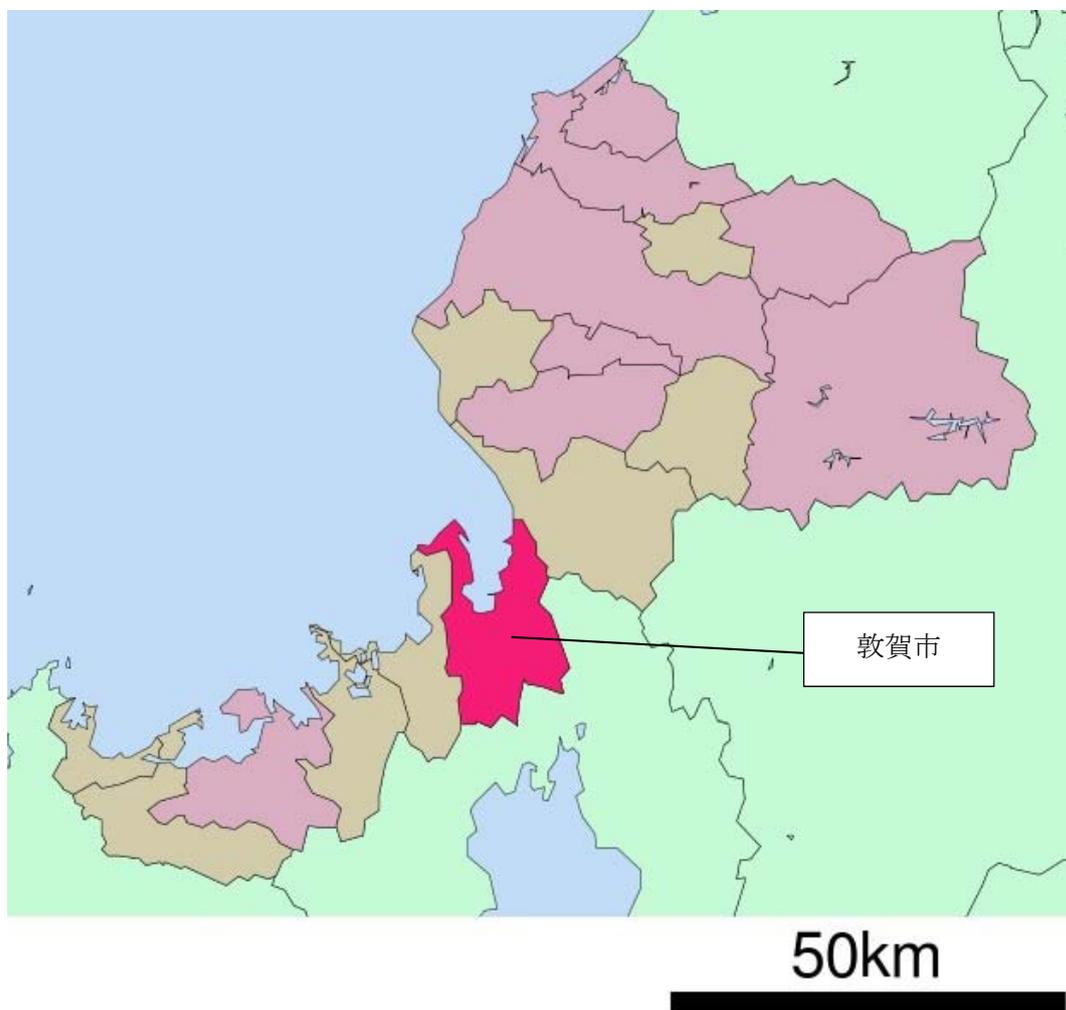
## 敦賀市のモデル

—初期集中支援サービスの構築に向けた活動報告—

医療法人 敦賀温泉病院  
玉井委員

① 地域の特性(敦賀市の概況)

1) 地勢



2) 概況(平成 24 年 9 月 28 日現在)

総人口	68,788人
65 歳以上人口	15,848人
高齢化率	23.0%
介護認定者率	18.3%

3) 医療資源

・市内の医療機関

総合病院	5 か所
開業医(内科・外科系のみ)	13 か所
診療所	2 か所

- ・認知症について相談できる医療機関
  - 市内の専門医療機関(1)
    - ・嶺南認知症疾患医療センター(敦賀温泉病院内)
  - 市内の精神科医療機関(4)
    - ・敦賀温泉病院
    - ・猪原病院
    - ・萩の実ストレスケアクリニック
    - ・国立病院機構 福井病院
- ・地域密着型サービス
  - 認知症対応型通所介護 2 か所
  - 小規模多機能型居宅介護 6 か所
  - 認知症対応型共同生活介護 8 か所
- ・地域包括支援センター 3 か所
  - 直営 1 か所
  - 委託 2 か所

#### 4) 敦賀市の認知症対策の推進



「市民が認知症の方を放っておかず、認知症になっても安心して暮らせるまち」を目指し、平成21 年度から「認知症ほっとけんまち敦賀」をキャッチフレーズに、認知症対策の推進を図っている。

- (1) 認知症を正しく理解できる地域づくり
  - ① 認知症サポーター養成講座の開催
- (2) 地域で認知症を支える取り組み
  - ① 認知症高齢者及び障がい者徘徊等ネットワーク協議会の運営
  - ② 関係機関との連携強化・・・アウトリーチ専門チーム

## ② 初期集中支援サービスの実施体制

### 1) チーム員の構成

認知症専門医	1名
認知症専門看護師	1名
薬剤師	1名
精神保健福祉士	2名
臨床心理士	1名
作業療法士	1名

#### ※通常業務との兼務

※実際の訪問は主に精神保健福祉士1名と他専門職1名(ケース内容により異なる)で行う

### 2) アセスメントツールの使用

① 行動観察方式 AOS(Action Observation Sheet)を利用し多面的、包括的に症状の評価を行う。

② BFB(Brain Function Battery)により高次脳機能の障害部位を直接的に検査を行う。  
上記の2種類を使用することにより、認知機能障害の重症度のみではなく、生活障害やBPSDも同時に評価を行うことができる。

その他、Zarit、POMSを家族に行うことにより、家族の介護負担度、心理状態を把握する。

#### ・初期集中支援チームの役割

- 認知症の疑いのある高齢者のうち、専門医療機関への受診が必要であるにもかかわらず、本人の拒否や家族の無理解などのため専門医療機関への受診に至らない方に対し、地域包括支援センターからの依頼を受け、看護師、精神保健福祉士等が自宅を訪問し、詳細な問診や神経心理学的検査を行い、生活指導や各関係医療機関との連携を図り、必要に応じて専門医療機関への受診をすすめることを目的に平成22年9月1日より「お出かけ専門隊」(アウトリーチ専門チーム)を設立した。従来、地域包括支援センターにとって不十分とされる認知症に対する専門的知識を認知症疾患医療センターが医療面から補完し、双方が連携を密にとれる形として始まった。

#### ・初期集中支援チームの具体的活動

##### 1) 対象者抽出・選定

各地域包括支援センターが訪問対象者の抽出を行う

特定高齢者の把握事業や、各ケアマネジャー、関係機関からの相談を受け、各自抱えているケースのうち医療が介入する必要があるにもかかわらず介入できない問題が生じたとき、例えば本人の拒否などBPSDが著しくサービス導入ができない場合、介護者が不在、介護者が認知症に対する正しい知識を持っていないため適切なサービス体系が築けない場合など、

に初期集中支援チームに訪問依頼をする。ケアマネジャーからの相談も担当の地域包括支援センターに一時相談、窓口を一本化する。

## 2) 自宅訪問

初期集中支援チームは地域包括支援センターからの依頼を受けて地域包括支援センター職員と同伴の上訪問をする。訪問先では本人、家族から詳細な問診(既往歴、現病歴、生活歴などの聞き取り)を行う。また、家族や担当包括支援センター職員、ケアマネジャーなど本人に関係する人全員に対しAOSへの記入を依頼する。その間、本人に対しては高次脳機能評価(BFB)を行う。質問紙方式による直接的な検査と行動観察方式による間接的な検査の双方を行い、また生活環境全体を見ることにより多面的に認知機能を評価する。初回訪問での所要時間は約 1 時間である。

## 3) 初期集中支援チーム内でのケース会議

訪問後は訪問調査で得た情報をもとに、チーム内でケース会議を行う。BFB や AOS の分析結果をもとに、認知機能障害の程度、中核症状の程度、BPSD の整理、予測される脳の障害部位、現在の内服による影響、介護家族の心理的な負担度、などを検討し、治療の可能性、ケアの方法、どのようなサービスが望まれるかなどの具体的な方向性を示す。

検討結果は訪問を依頼した地域包括支援センターの担当職員に伝えられる。

## 4) 地域ケア会議の開催

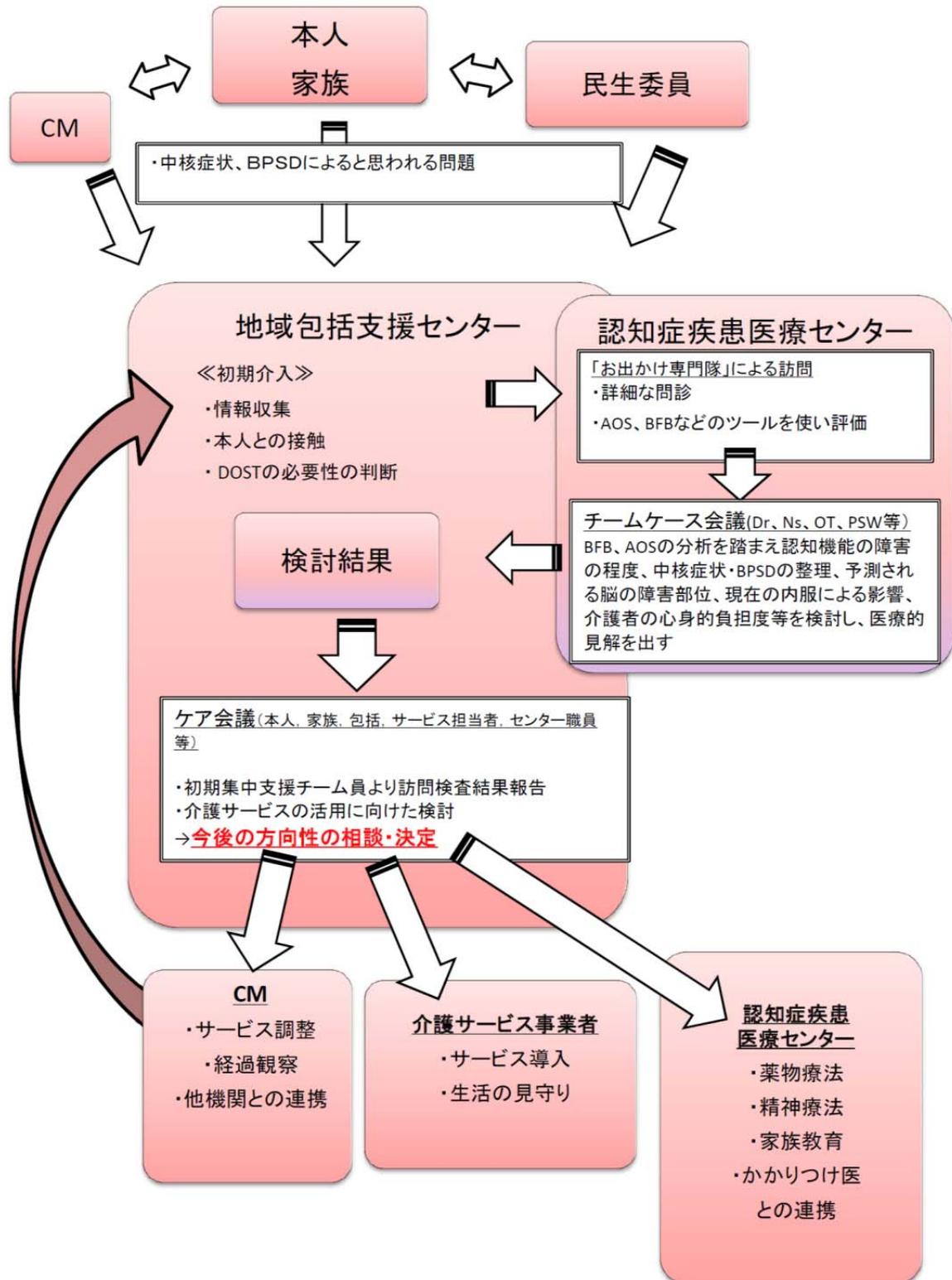
検討結果の報告を受けた地域包括支援センターは検討結果をもとに、本人、家族に連絡し、本人、家族、地域包括支援センター職員、初期集中支援チーム員、その他関係機関(民生委員やサービス事業者などを含むこともある)により構成される「ケア会議」を開催する。ケア会議では初期集中支援チーム員より訪問検査結果、チーム内での検討結果を本人、家族に説明しその上で必要とされる医療・介護サービスの活用に向けた検討を行い、実際に利用する医療・介護サービスの内容を決める。また、並行して家族への疾患教育、心理教育を行う。

## 5) サービス利用

ケア会議により決定された支援計画に沿って、実際のサービス利用を開始する。(医療機関への受診が必要であれば、検査結果や支援計画などを含めたすべての情報を提供する。介護サービスを利用する必要があるれば、ケアマネジャー、サービス事業者に対し同様にすべての情報を提供し、対応法などを含めた疾患教育、心理教育を行う。)

支援計画や実際の生活が軌道にのれば、ケアマネジャーなどに移行するが、症状増悪時や支援計画が上手く機能しないときなどの必要時には、ケアマネジャーなどの依頼により再度介入することも可能。

(図)初期集中支援の流れイメージ図



③今年度行った活動とその成果、問題点（平成 25 年 2 月 21 日現在）

- ・事例件数(依頼件数) 15 例
- ・訪問回数 21 回

1) 医療機関への受診に結び付いたケース 12 ケース

認知症専門医療機関での鑑別診断、治療の必要性を検討する必要があるにもかかわらず、受診困難な対象者に対し、地域包括支援センターの依頼を受けて、訪問にて生活状況の聞き取り、生活状況の確認を行った。同時に本人に対しては BFB、家族に対しては AOS を行った。訪問で得られた情報についてはチーム内でケース会議を行い、医療的介入の必要性を判断した。検討結果については地域包括支援センターに報告し、地域包括支援センターが地域ケア会議として家族、本人、チーム担当者を招集し「地域ケア会議」を行った。「地域ケア会議」時に検査結果、ケース会議での検討したチーム内での意見を報告し、現時点での専門医療機関への受診の必要性を話した。日程調整し、専門医療機関へ受診に至る。受診後、病院へは定期通院をおこなっている。生活障害に対し介護保険上のサービスが必要になったため介護保険を申請し、生活に対してはケアマネジャー、サービス担当者に引き継ぎを行った。

2)

- ・ケース会議は随時行っているため、1 ケースにつき 1 回ではない。1 回の会議で数ケースを検討することもある。
- ・地域ケア会議を必要とせず、訪問による疾患説明のみで受診につながるケースも多い。
- ・専門医療機関への受診後に地域ケア会議を行う場合もある。
- ・できることとできないことを明確にし、できない部分に対しサービスを導入する。
- ・家族、介入するサービス事業者に対して、症状、疾患への理解度を高めるための疾患説明、心理教育を行った。

3) 依頼内容の一部(訪問依頼書より抜粋)

- ・妄想や散財、記憶障害などの症状が認められ認知症が疑われるため、専門医療機関への受診が必要であると思われるが、本人に病識はなく、家族も本人を説得できないため受診拒否が続いている。必要な医療につなげるべく訪問を依頼したい。
- ・物忘れ、見当識障害と思われる行動が目立つようになってきている。家族に前述の報告をするが、「昔から気ままであった」「性格によるものではないか」との思いが強い。今回アウトリーチ専門チームを活用し、今後専門医への受診について家族が考えるきっかけとしたい。
- ・物忘れが目立ち、本人も自覚しているためこれ以上悪化することなく一人暮らしが継続できるようにしたい。そのための受診の必要性と程度の判断をお願いしたい。

#### 4) 具体的事例

事例① 77歳 女性 要支援2 独居

H24.7.4 地域包括支援センターより訪問依頼。

週3回の訪問系サービスを導入しているが、見当識障害なのか訪問時不在であることが多い。腰痛や不眠などの訴えが強く、連日近医を受診し、点滴、薬を処方してもらっている。認知症が疑われ、早期での専門医療機関への受診が必要かと思われるが、キーパーソンの次女は本人が昔から気ままであったと話し、性格によるところが大きいのではないかとの考えが強い。専門医への受診について家族が考えるきっかけとしたい。

H24.7.5 包括職員とPSWにて自宅に訪問。

H23.12頃より、ヘルパー、訪看の時間が覚えられず、訪問時不在のことが多くなる。体がだるい、手が痛い、しびれの訴えが多くなる。物をなくし家中を探し回っていることが多くある。夜間は不眠傾向にあり、ゾルピデム(10)を1錠から2錠服用するという。

BFB:68%、HDS-R:22点、MMSE:24点

ADL:100%

AOS:31点(次女) 66点(訪看)

リバーシブルテスト:不可

手指模倣:ハト×、逆キツネ×

H24.7.5 ケースカンファレンス

BFBからは遅延再生、言語理解、語流暢性の低下がみられる。AOSでは訪看と次女の点数に解離がみられ、次女が症状を理解、把握していない可能性が高い。項目としては記憶障害、見当識障害、運動失語、感情失禁、作話、徘徊、神経質、衝動行為、夕暮れ症候群、多幸、注意の変動、抑うつ気分などの症状があることが読み取れる。

専門医への受診の上、確定診断を受けること、眠剤などの影響について検討してもらう必要がある。

H24.7.6 自宅へ再訪問

検査結果、ケースカンファレンスの結果を伝え、早期での専門医受診の必要性を説明。→当認知症疾患医療センターへ受診。アルツハイマー病と診断され、薬物治療を開始、眠剤については薬剤せん妄の起こしにくい薬剤へ変更。同時に外来にて疾患教育、対応についての指導を行った。

介護度が要支援2であり、認知機能の低下が意見書などに反映されていないため、変更申請を行うようケアマネに助言。新たに介護度が出次第、サービス担当者会議を行う予定。

## 5) 今後の問題点

スタッフが通常業務との兼務であり、時間的制約も大きいため多数のケースを持つのは困難。

- ・かかりつけ医との連携の問題として、現在訪問を行う前には必ずかかりつけ医の意見を聞き、訪問への了解を得るが、認知症についてあまり関心のないかかりつけ医が多い。これはかかりつけ医への啓発が必要。
- ・対象者の選定方法が各地域包括支援センターごとに異なるため、介入の時期が遅れたり、困難事例のみ訪問依頼がある包括と早期で介入の機会を作ってくれる包括との温度差が大きい。今後、各包括支援センター共通の初期集中支援への意識づけが必要。
- ・医師会、民生委員、各事業所など関係機関の事業内容の周知を徹底すること。
- ・どの時期まで初期集中支援チームが介入していくのかがはっきりしない。どこまでが初期集中支援なのかの線引きが難しい。

## 初期集中支援チームの役割まとめ

- 1、生活状態の把握
- 2、認知機能の評価
- 3、症状の整理、BPSD の評価
- 4、必要な介護サービスの検討、導入
- 5、必要な医療サービスの検討、導入
- 6、家族、介護者への心理教育
  - ・高次脳機能からみた症状の理解
  - ・心理学的にみた BPSD の理解
  - ・介護者の介護負担度、心理状態のチェック

前橋市地域包括支援センター 認知症相談事例に関するアンケート調査

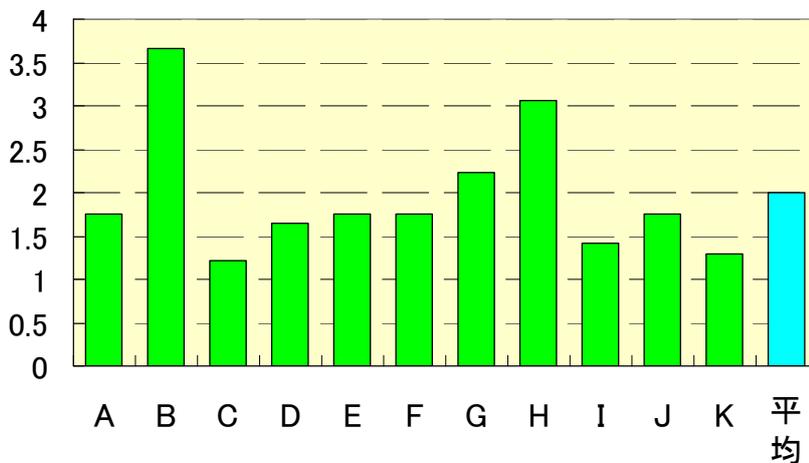
山口晴保

認知症初期集中支援チームの配置に役立つデータとして、前橋市の地域包括支援センター全 11 か所に対して認知症相談事例に関するアンケートを 2012 年 12 月に行い、全 11 か所より回答を得た。

調査の対象期間：2012 年 4～9 月の 6 か月間

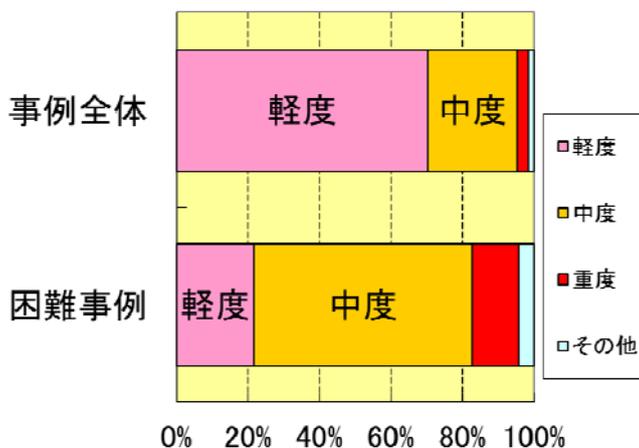
1. 認知症の相談件数（6 か月間）と一件あたりの平均相談回数

センター	件	延べ
A	20	35
B	6	22
C	9	11
D	14	23
E	16	28
F	4	7
G	22	49
H	35	107
I	22	31
J	4	7
K	21	27
合計	173	347



相談件数は、センターごとに大きく異なる。  
平均して 1 件あたり 2 回の相談を行っている。

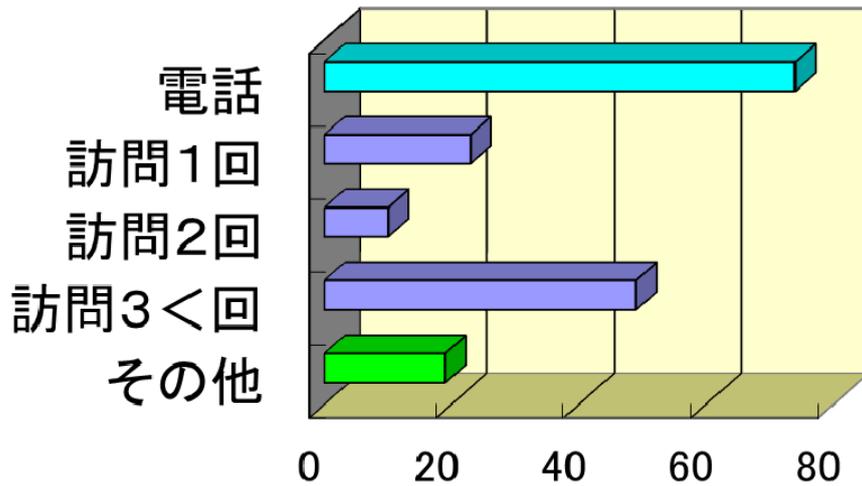
センター	通常	困難	割合
A	19	1	5%
B	5	1	17%
C	9	0	0%
D	12	2	14%
E	11	5	31%
F	2	2	50%
G	17	5	23%
H	25	10	29%
I	20	2	9%
J	3	1	25%
K	18	3	14%
合計	141	32	18%



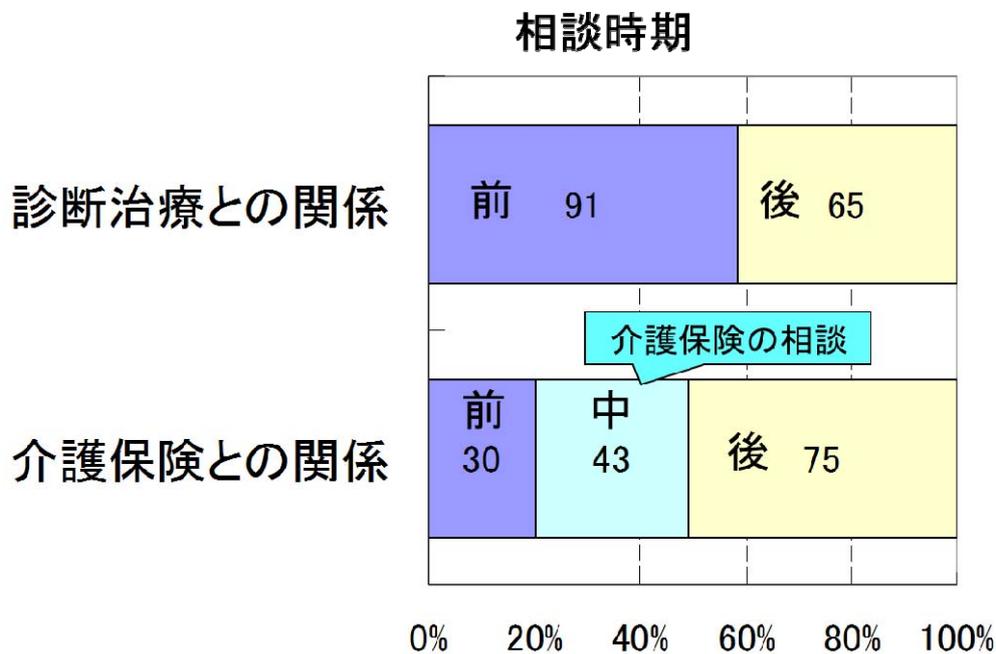
困難事例は平均すると 2 割を占める。  
相談事例全体 (n=64) では軽度認知症が 7 割と多くを占めるが、困難事例 (n=23) では中度が 6 割と多くを占める。

(アンケートの設問が良くなかったために、全体での病期を回答したセンターと困難事例のみの病期を回答したセンターがあったので、別々に集計した。)

## 2. 相談方法と時期



方法は電話が多く、訪問の場合は3回以上訪問していた。



相談時期は、医療にかかって診断治療が行われる前が約6割と診断後よりも多かった。  
 介護保険との関係では、申請の相談が3割、申請後5割で、合わせて8割りと多くを占めた。

3. 認知症に特化した事業（事由記載）

A：認知症地域支援推進員（嘱託）1名配置。
G：地域の方や民生委員へ研修や困ったことの情報交換会を開催
北部：担当した利用者には、日頃よりサービスを通して又は直接訪問の面接時に認知症予防の対応をしている。（家族会へのすすめ、専門医の紹介、保健所の相談日紹介など）。地域のサロンに伺い簡単な認知症予防の講話を行っている。講演会等の情報提供を行っている。
I：介護予防教室への情報提供程度 現在のところ特段特化した事業は実施していない。
J：老人会やサロン等で認知症の説明をしている

4. 相談事例に対してどのような支援が必要か（事由記載）

A：包括だけでは解決できないこともある。行政の中でも、介護・福祉・保健・障害など、他部門との調整や連携が必要なケースもある。また、医療や地域との連携が必要になる場合もある。現状では、連携と言いながらも、連携をとるのが困難な状況である。まだまだ、周辺症状等でトラブルを起こした場合、地域住民の理解は厳しい。そんな認知症患者を抱える家族のサポートも必要。
B：訪問し、とにかく話を聞く。本人は、もちろん家族のフォローも大切。
C：困難事例時には、地域・医療との連携をはかれる体制作り。
E：各事例ごとに状況を把握し、適切な情報提供を行う。困り事に対応した支援。医療機関と連携した支援。社会資源を提示できる支援。
城南：介護者の負担軽減が図れるようにする。診断、治療ができるように専門医のいる医療機関に受診してもらう。認知症の方の受入や対応がしっかりしている介護サービスについての情報提供。
G：認知症疾患医療センターとの連携のための連絡。チームとしての協働するため連携パス。
H：認知症患者の家族が介護疲れでバーンアウトした時に、非常事態にご本人を預かってもらえる施設が少ない（介護サービス以外として）。認知症専門医がどこにあるか、地域の患者はわからず、ある内科や心療内科で不適切な治療を受け、体調を崩してしまった。地域の認知症専門医の研修とPRをお願いしたい。
I：①定期的な訪問・認知症に関する正しい理解を伝える・家族や本人が持つ不安の解消に対する相談やピュアサポート情報の提供をする・継続した支援体制があることの説明 ②情報提供・視覚的な情報ツールの提示・成年後見人制度、日常生活自立支援事業等、公的支援体制情報の提供 ③後方支援・公的支援に関する手続きの支援・介護保険の利用手続き ④家族支援・今後の暮らし方など、家族自身の暮らしを中心に考えた「こころ」の支援
J：ネットワーク作り、地域の方々、医師、警察との連携を取れるようにしておく

K：専門医療機関へ受診ができるようアドバイスをを行い福祉サービスへとつなげていく

5. 初期集中支援チームパイロット事業

支援チームは具体的にどのようなことを支援すべきか（事由記載）

A：・早期に発見し受診や治療に結びつけることは重要なことだと思う。現状、認知症に対する家族や地域などの理解や対応、受け皿としての体制が整っていないように思える。地域で支えることを最終目標とするのであれば、検査や服薬治療等の医療体制ばかりが先行しても、認知症患者が張り合いを持って暮らせる個々の対応がないままではバランスが悪い？その患者の生活に接した指導をして頂くため、積極的な家庭訪問を望む。

F：訪問面接によるアセスメントを受け、本人の状態に適した医療・介護についての必要な情報提供を行い、サービスへ結びつくように支援する。医療や介護サービスを拒否するケースへの対応を期待したい。

I：・あるべき論を展開するのではなく、本人・家族との関係構築をまずは行う。・「認知症である」というレッテル貼りだけにならないようチーム員の意思統一が必要。・生活を視点にしたアセスメントの実施。・今後の暮らし方の中で、起こり得る生活障害を明らかにし、課題解決の具体的な提案をする。・先が見える支援（単発な訪問だけで終わらせない）。・支援計画の作成（チームから一方的な計画ではなく、本人及び家族も参加し作成）

J：家族等の認知症の方を支援している方々への認知症の方への対応の行い方を教えたり、医師への状態を適切に伝える。

謝辞：アンケートにご協力いただきました、前橋市内の地域包括支援センターのスタッフの皆様へ感謝します。

作成日：平成 25 年 3 月 13 日

連絡先： 山口晴保 群馬大学大学院保健学研究科  
371-8514 前橋市昭和町 3-39-15  
電話と fax 027-220-8946

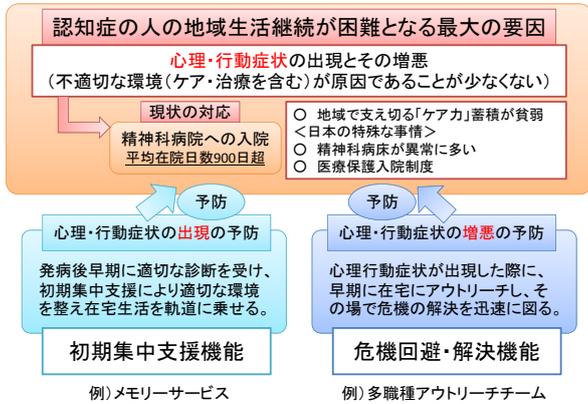
# イギリスでの現況

## —世田谷における初期集中支援サービス構想—

公益財団法人東京都医学総合研究所  
心の健康プロジェクト主任研究員  
東京大学大学院教育学研究科客員准教授  
西田淳志

## 各国の戦略の共通点

入院・入所を前提としないサービスモデル



## イギリス認知症国家戦略(2009-2014) 優先課題

“危機(クライシス)”に至ってからの事後的対応から  
危機を未然に防ぐ事前的対応へ  
サービスを“再構成する改革”

- ① 早期診断を含む包括的な初期集中支援サービス(メモリーサービス)の普及
- ② 総合病院入院中の方へのアウトリーチ支援
- ③ 介護施設入所中の方へアウトリーチ支援
- ④ 家族支援の強化
- ⑤ 抗精神病薬処方への制限



## “メモリーサービス”の普及戦略

### ■ サービスの位置付け

- 適切な早期診断が身近な地域(在宅)で受けられ、その後の包括的・集中的な初期支援(ケア)にスムーズにつなげるための認知症初期支援拠点

### ■ サービスの設置と構造

- 高齢人口3-4万人エリアに1カ所程度割合で設置。
- 心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー、看護師等からなる多職種チーム(4-6名程度)。1人当たりの受け持ち患者数は概ね100ケース程度。
- 診断および、処方薬の「決定」以外は、医師以外のパラメディカルスタッフによってサービスが提供される。

\* 医師の常勤/専任要件は、サービスを必要数普及する際のボルトネックとなるとの政策的判断

### ■ サービス整備状況(改革中間報告2011年9月)

- 改革5年間で500カ所以上の整備(すでに300カ所を達成)
- サービスの質を監査する組織(MSNAP)の設立
- 約2年程度早い時期に診断・治療が受けられている。
- 認知機能障害が軽度のうちにケアと治療が開始されるため、本人の意向の確認が可能。
- サービス導入期の初期投資は、10年後までに施設入所者数を10%減少させることが達成できれば、回収可能となる。



NHS Establishment of memory Services, 2011

## メモリーサービスが持つべき機能

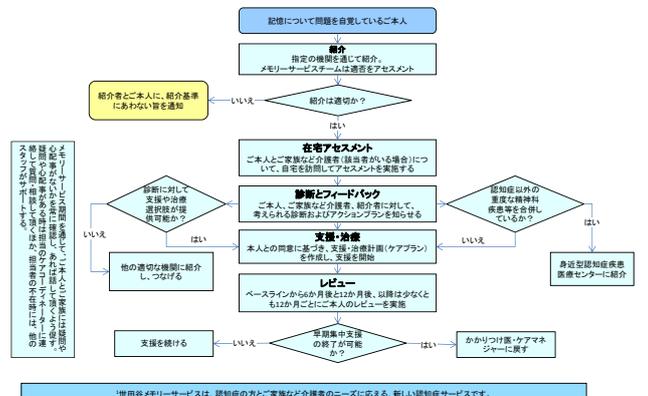
- 在宅でのアセスメント機能
- 診断前後のカウンセリング(心理的サポート)
- 神経心理学的アセスメントの提供
- 必要に応じ画像検査を後方支援病院に依頼
- 診断についての丁寧な説明
- 今後の経過や支援の選択に関する十分な説明とガイド
- 初期の継続的な助言と支援
- 混乱しない物理的環境を整えること
- 混乱しない人的環境を整えること
- 危機時の対応についてのクライシスプラン
- 薬物療法
- 6カ月ごとの定期レビュー
- かかりつけ医、介護サービス、NPO\*などとの連携、支援

\* Alzheimer Societyが運営するAlzheimer Caféと連携

## 初期集中支援サービスの例

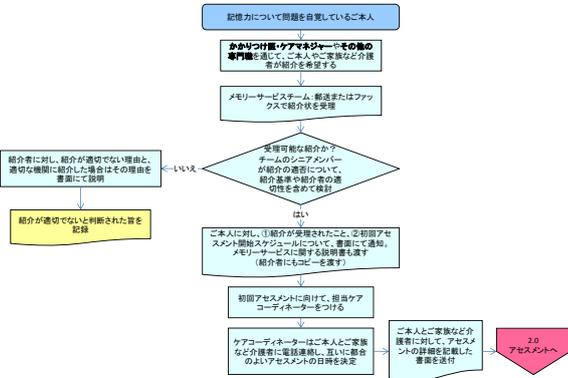
- ① 多職種複数名による初回アセスメント訪問(在宅での丁寧なアセスメント)
  - ↓ 認知機能、生活環境、発達歴、介護者の負担等の詳細なアセスメント
- ② チームによる診断会議(専門医の参加)
  - ↓ アセスメントで得た情報に基づきチームで診断を検討。脳画像検査による鑑別診断が必要と判断される場合は、総合病院等に検査をオーダー
- ③ コーディネーターによるフィードバックセッション(2.4時間程度)
  - ↓ 診断と今後の経過、選択できる支援の説明を十分な時間をかけて行う。この際、当事者の意見を尊重したケアプラン、人生プランを作成する。
- ④ チームによる当事者、ケアラーに対する初期集中支援
  - ↓ 認知機能障害が比較的軽度の初期に必要な「物理的環境改善」(例:ガスコンロの取り換え)などを積極的に行う。家族支援(人的環境の改善)も最重要。家族支援は、家族会や認知症カフェと連携する。
- ⑤ かかりつけ医とケアマネジャー等への引き継ぎ(サービス終了)
  - ↓ 診断後のスムーズな初期支援により、6カ月程度で在宅生活が軌道に乗る場合が多い。その後は、かかりつけ医とケアマネジャー等に引き継ぐ。

## 世田谷メモリーサービス<sup>1</sup>の流れ

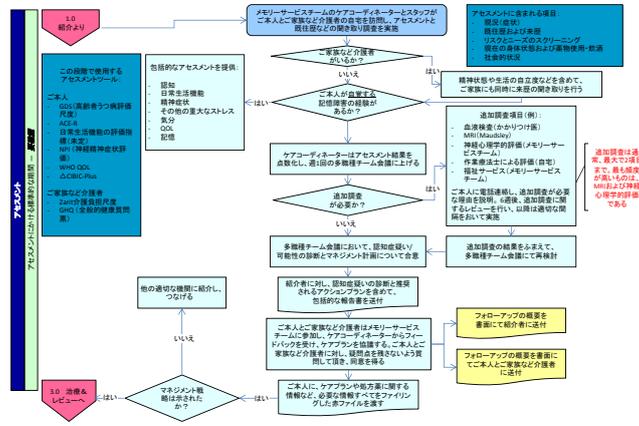


<sup>1</sup>世田谷メモリーサービスは、認知症の方と家族など介護者のニーズに応える、新しい認知症サービスです。

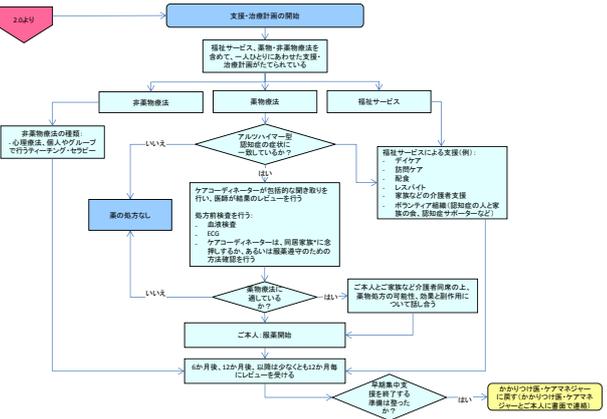
### 1. 紹介



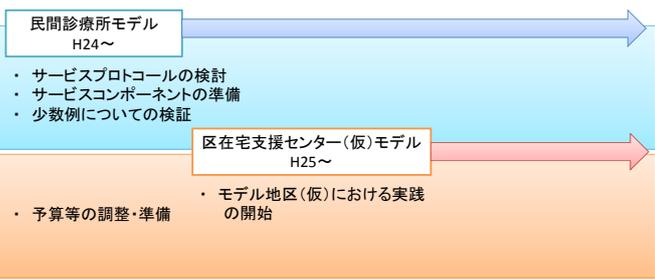
### 2. アセスメント、診断、フィードバック



### 3. 支援・治療およびレビュー



### 初期集中支援サービス機能のモデル的構築



## 初期集中支援チーム研修用資料案 山口委員

### 家庭介護ガイドブック 認知症の人と家族が穏やかに在宅生活を続けるための秘訣

#### はじめに

このガイドブックは、家庭で認知症の人を介護されている方々に、認知症の特性をご理解頂き、本人の尊厳が守られ、また本人と介護者の間に余計な軋轢が生じないように、介護のコツをわかりやすく解説しました。

認知症の人と家族がぐっすり眠れて、きちんと食事を食べられることが第一です。そして、第二に健康状態を維持する医療が提供され、次いで、認知症の人と家族が安心して生活し、本人が役割と生き甲斐を持って生活できることが求められます。本ガイドブックは、認知症の人と家族が穏やかに在宅生活を続けられることを願って、介護のアドバイスを載せてあります。

認知症の人の症状には、認知症の原因となる病気の種類、発症した年齢、生い立ちや職業、家族の介護状況など、様々な因子が影響を及ぼします。このことは、介護状況を変えることで、認知症の人の症状を変えることができることを示しています。

本書に書かれていることは基本です。一人ひとりの症状に合わせて、対応を変えてください。認知症の人にとって何が良いかは、いろいろ体験してみないとわかりません。試行錯誤の中で、本人が一番落ち着き、互いに笑顔で過ごせるような環境設定をしましょう。

## I. 認知症の基礎知識

既に認知症についてよくご存じの方は、IIへお進みください。

### 1. 認知症とは

認知症とは、①多くは老化に伴って脳に原因となるダメージを生じ、②記憶などの認知機能が低下し、③生活管理能力（自分の生活を自分で管理する力）や生活機能（食べる、着替える、排泄するなどの日常生活を独力で行うこと）が低下した状態です。さらに意識障害ではなく、症状が継続し、年単位で徐々に進行します。

認知症にはその原因となる病気があります。代表はアルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症です。これらの病気では、特定のタンパク質が脳に異常に蓄積して脳がダメージを受けます。脳血管性認知症の多くは血流低下で脳がダメージを受けて生じます。

認知機能には、記憶の他に、注意（周囲の状況に気を配る）、実行機能（食事の用意など段取りよく作業を行う）、会話（言葉を理解し話せる）、視覚認知（形や位置や動きが見てわかる）、社会的認知（相手の意図や気持ちがわかる）などがあります。これらの認知機能が「独りで暮らすには手助けが必要な程度」にまで低下してくると

認知症といます。逆に言えば、多少忘れっぽくなくても生活管理能力が高くて手助けなしに独り暮らしが可能なら認知症とはいえません。認知症になると、家計管理・買い物・調理などに支援が必要です。

## 2. 認知症の症状

### 1) 認知症状と行動・心理症状

認知症の症状は、認知症状（中核症状）と行動・心理症状（周辺症状）に分けられます。脳病変によって記憶や注意、実行機能などが低下するのが認知症状です。行動・心理症状は、幻覚、妄想、徘徊、暴言、暴力などの家族が困惑する症状です。なぜこのように分けるのかというと、行動・心理症状は①必ずしも出現するとは限らない、②本人の生活や生い立ち、介護状況などが大きく影響する、③適切なケアと医療で改善することが多い、という特徴を持っているからです。悪くなる認知症状ばかりに注目しがちですが、家族が困る行動・心理症状は予防したり改善することが可能です。行動・心理症状を予防・改善して、認知症になっても住み慣れた地域で家族と落ち着いて生活できることが大切です。

認知症は初期・中期・末期と進行によっても症状が大きく変化します。最後のステージ（発症して10年程度だが、進み方は個人差が大きい）になると、歩けない、しゃべれない、失禁、食べ物を飲み込めないなどの症状が認知症そのものによって出てきます。徐々に機能が低下して、最後は赤ちゃんのレベルになってしまうわけです。

### 2) 生活障害と社会的認知機能障害

このほかにも、認知症になると生活に障害が生じます。初期には、安全に運転する、キャッシュカードを使う、必要なものを必要なだけ買うなどの生活管理に障害が出てきます。進行すると、着替えや入浴など身の回りの生活動作にも障害が出てきます。

また、社会的認知機能が障害されるので、他人の気持ちをくんだり、他人の行動意図を理解したりすることが難しくなり、コミュニケーションが困難になります。

## 3. 原因となる病気の特徴

認知症の原因となる病気は多数ありますが、その中から頻度の高い代表的な病気を示します。

### 1) アルツハイマー型認知症

アルツハイマー病ともいわれ、認知症の半数以上を占めます。もの忘れ（健忘）が主症状です。記憶が途切れ途切れになるので、場所や時間を把握する能力（見当識）が低下してきます。もの忘れのために、同じ質問を何度も繰り返すことや、しまい忘れたものを盗られたというもの盗られ妄想がしばしばみられます。人前ではニコニコとしておしゃべりで、本当は困っているのに「困っていない」と言い張るような取り繕いが特徴です。

### 2) レビー小体型認知症

認知症の1～2割を占めます。次に示す特徴的な症状がみられます。①リアルな幻視：

人や動物などがありありと見えて、それに対して反応します。例えば犬を追い払う、小動物に殺虫剤をかけるなどです。②幻の同居人：数名の人影を感じ、「子供が来ているのでごはんを食べさせる」「変な人が居るので見てほしいとパトカーを呼ぶ」などの行動を取ります。また、伴侶をよく似た別人と言い出すこともあります。③パーキンソン病症状：手足の筋肉が硬くなり、動きが鈍く・少なく・遅くなります、④症状の変動：幻視もなく頭がはっきりしている時間と、もうろうとして幻覚に振り回される時間が切り替わるように、症状が大きく変動します。⑤レム睡眠行動障害：夜中に夢を見て、大声（「逃げろー」など）や行動（立ち上がる、蹴るなど）が出ます。泥棒の夢を見て、隣に寝ていた奥様を組み伏せようとした例もあります。⑥立ちくらみや失神（短時間気を失う）、転倒がよく起こります。また便秘も生じます。これらは自律神経系の障害による症状です。なお、上記の全てが出るわけではありません。

### 3) 前頭側頭型認知症

認知症の1割以下と稀です。前頭葉が中心に萎縮してくると、次の特徴が出てきます。我慢ができなくなり、幼稚園児のように情動の赴くままに行動します（我が道を行く）。甘いものが好きになることが多く、また我慢ができないので（脱抑制）、甘い飲料や菓子をたくさん食べて糖尿病になる人がいます。周囲の環境刺激に影響されやすく、注意を向ける先がコロコロと変わります。その一方でこだわりを持ち、マイルールを定めて時刻表的な行動を取るようになります（例えば朝9時と11時に洗濯機を廻さないと気が済まない）。徘徊が特徴的で、道順を決めて同じところをぐるぐると廻る周回となるので、出て行っても戻ってきます。

側頭葉が中心に萎縮するタイプは意味性認知症といわれ、品物の名前がいえない（例えばハサミをみてもハサミという名称が出ない）、顔を見ても名前が出ないなどの特徴的な症状が出現します。

### 4) 脳血管性認知症

認知症の1～2割を占めます。多くは脳動脈硬化に伴って脳血流が低下し、大脳白質や基底核（脳の深いところの構造）に梗塞などを生じて認知機能が低下します。

反応のスピードが落ちて、発語が少なく緩徐で、表情は乏しく、どちらかという悲観的で、意欲が低下していることも多いです。ろれつが回らない・むせる（嚥下障害）や歩行バランス障害などが早期から生じやすいのも特徴です。

### 5) 治療可能な認知症

ボーッとしている認知機能低下、足を床に擦って小股に歩く、尿失禁が特徴の正常圧水頭症は、早期発見で手術をすれば良くなるケースがあります（手術できないケースや手術しても良くなるケースももちろんあります）。このほか、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍などが脳のCTやMRIで見つかることがあります。また、甲状腺機能低下症やビタミン欠乏などの内科疾患が認知機能低下を引き起こすことが稀ですがあります。

## 6) 軽度認知障害：認知症と正常の中間

記憶などの認知機能が低下しているが、まだ生活管理能力が保たれていて認知症とはいえない状態、ちょうど正常と認知症の中間の状態を軽度認知障害といいます。この状態の人は数年間で認知症に移行する危険が高いので注目されています。認知症の前段階を指しますが、この段階に居続ける人や正常に戻る人も居ます。

## 4. 認知症と区別が必要な病気

### 1) せん妄という意識障害

せん妄は意識障害（ボーッとしたりもうろう状態）の一種で、認知症とは区別されません。しかし脳の余力をなくしている認知症の人は、些細なことがきっかけ（誘因）となって、せん妄をしばしば合併します。認知症の症状が急に悪化したときは、認知症が進んだと考えるのではなく、せん妄を合併したのではないかと疑って適切な医療を受けることが大切です。せん妄は治療可能だからです。

せん妄では、ボーッととして受け答えの反応が鈍く、家の中を動き回る、タンスの引き出しのものを取出してしまうなど無目的な行動や作業を繰り返します。目がつり上がって興奮状態の場合もあります。

脱水や発熱、疼痛、便秘、睡眠不足などが誘因となります。熱がないか、虫歯など痛いところがないか、食事や水分は充分か、全身状態をチェックして対応します。認知症の人は、ご自分から症状を訴えられないことも多いので、「ボーッとしている、食欲がない、お腹が張っている」などで気づくことが大切です。

薬剤がせん妄を引き起こすことも多いです。頻尿治療薬（排尿回数を減らす薬）、胃潰瘍の薬、かゆみ止め、風邪薬、抗不安薬（安定剤）、睡眠薬、抗うつ剤などだけでなく、多くの薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。薬の種類・数が増えるほど、せん妄を生じやすくなりますので、せん妄が疑われる場合は主治医とご相談ください。

### 2) うつ病やうつ状態

うつ病でも認知症と似た症状になります。やる気がなくなったり、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、今いる場所や時間などの状況がわかっている（見当識が良い）、隣の人や状況などを正しく判断しているといった、特徴があります。逆に、認知症の初期にはしばしばうつ状態がみられますし、初期症状はうつ症状で認知症になっていくケースもあります。うつ病と認知症は区別する必要がありますが、区別が難しいことも多いです。うつ状態には少量の抗うつ薬や抗不安薬（安定剤）が有効かもしれませんが医師に相談しましょう。

うつに似た症状に自発性低下・意欲低下（アパシー）があります。悲観的ではなく、自発性がなくなると命じられなければ動かないといった意欲のない状態です。

## 5. 治療薬

認知症の治療は対症療法が基本です。症状に合わせて適切な薬を選択して使います。

## 1) アルツハイマー型認知症治療薬

正式に認可されている薬は①アセチルコリンの分解を抑えて、脳内のアセチルコリンを増やす薬が3種と②グルタミン酸系を押さえる薬が1種です。

①にはドネペジル（アリセプトTM）、ガランタミン（レミニールTM）、リバスチグミン（イクセロンTMとリバスタッチTM）があります。この3剤は覚醒レベルを上げて記憶・学習機能を向上させるので元気系です。生活意欲も向上しますが、効き過ぎると易怒性（怒りっぽい）などの症状が出る場合があります。徘徊や暴力などが却って悪化するので注意が必要です。副作用は、嘔気・嘔吐や下痢などの胃腸障害が主です。

②のメマンチン（メマリーTM）は、多くのケースでは興奮を鎮める穏やか系ですが、人によっては意欲が出たり興奮する元気系に働くこともあります。妄想や徘徊など家族が困る症状に有効ですが、過量になると活動性が落ち過ぎてしまいます。

## 2) その他の薬剤

やる気がなければ意欲を高める薬、夜間眠れなければ睡眠を促進する薬剤（長時間作用する睡眠薬は、昼まで残るので使わない方がよい）、興奮が強ければ鎮める薬というように症状に合わせて適切な薬剤が使われます。認知症の人、特にレビー小体型認知症の人は薬剤に対して過敏のことが多いので、少量から薬を調整します。薬の種類や量が変わる際は特に幻視などの症状の変化をよく観察し、気になる変化があれば医師に伝えて下さい。

## II. 行動・心理症状を予防する家族ケア

### 1. 認知症の本質である病識のなさを理解する

認知症になると、単に記憶や実行機能などの認知機能が低下しているだけではありません。自分の認知機能がどれだけ低下しているかを把握する認知機能（自己評価機能）が低下してきます。これが認知症の本質である「病識欠損」という症状です。認知症の人に「なにか困ることはありませんか？」と尋ねると「何も困っていません」と取り繕います。しまい忘れた物は「盗られた」と責任を転嫁します。そして、伴侶に面倒をみてもらっているのに「私が面倒をみてあげている」と事実とは正反対のことをいいます。病識が薄れる結果、薬を内服させようとする「病気ではない」と嫌がったり「毒を盛るのか」と怒り出したりします。世話をしてくれる介護者に感謝することはなく、逆に「うるさい！」などと暴言を吐くことがあります。さらに、認知症になると、周囲の状況を適切に判断し、自分の能力と照合して適切な行動を取ることが、困難になってしまいます。このように本人が自分の能力を正確に把握していないというところに認知症の本質があり、それを理解するところから認知症ケアが始まります。

### 2. 気づかないうちに叱っている

「今日は何日だっけ？」などと同じ質問を繰り返す認知症の人に、つい「さっきも言ったよね！」と応答したくなりますが、本人に“さっき”の記憶は残っていません。

自分でさっき聞いたつもりがなくて質問したのに、「さっきも...」「何回も同じこと聞かないで」と回答されたら誰でも良い気はしません。家族には叱ったつもりがなくても、本人は叱られたと感じてしまいます。家族は“しっかりして欲しい”という期待や現状を受け入れられずに訂正や説得をしてしまうのですが、本人は病気によって時や場所を認識する能力も徐々に失われ、自分の状況が不安だから、または大切な物が見あたらないから確認したいという気持ちで、何度も質問を繰り返します。この本人の気持ちを理解した対応が望まれます。

また、認知症になると生活障害が現れ、食事の用意や洗濯などで失敗が増えていきます。家族は失敗に気づくのですが、本人はその一部にしか気づいていません。それが上記の病識欠損です。家族は、失敗を改めてほしいと思うあまり、できないことを逐一指摘して、本人に修正を求めます。一方、本人からすれば失敗していないこと、問題ないことを逐一咎められていると感じてしまいます。家族は叱っているという意識がなくても、本人は家族から叱られていると感じていることが多いのです。本人には「失敗に気づく能力（病識）」を期待できないわけですから、家族の方が「本人が気づいていない失敗を指摘しない」ように気を遣い、失敗を笑顔で許す心構えが求められます。実行するのはなかなか大変ですが、このような接し方をすると後々うまくいきます。

### 3. ケアの原則：本人の立場になって感じる・考える

認知症の人もその人なりに精一杯がんばって生きようとしています。周囲の状況を正しく捉えられないので判断を誤ってしまいますが、本人は正しい行動をしていると思っています。周囲の人とは認識にズレが生じているのですから、本人の気持ちを大切に接することで、本人の尊厳が保たれます。逆に失敗を指摘し続けると、不満が蓄積して暴言や暴力といった爆発に結びつきます。

病識が薄れることは本人にとっては良い面もあります。救われるのです。自分の能力が失われているという病識が強いほど抑うつになり、少ないほど満足感が高まります。介護者にとっては病識の無さが介護困難の元凶なのですが、本人にとっては救いという二面性があるのです。

### 4. 役割や褒めることの効用

認知症の人の失敗を笑顔で見過ごし、なるべく褒めるように対応することは難しいと感じる介護者が多いでしょう。でもやってみれば効果がわかります。

脳は鏡のような性質があり、介護者が笑顔で居れば本人も笑顔に、介護者がイライラしていると本人もイライラするという傾向があります。介護者が気分転換して笑顔で接することがまず基本です。

人間は誰でも生き甲斐が必要です。他人の役に立ってこそ、生きている意味があるのです。認知症になると仕事ができなくなっていくので、役割をだんだん奪われていきます。家の中でも何も役割がなくなってテレビを見て寝るだけといった生活になりがちです。このような生き甲斐のない生活が続くと、認知機能の低下が加速するだけでなく、夕方になると「子供の夕食の準備をします」などといって外に出て迷子にな

る症状が出たりします。なるべく日課と居場所（役割があり仲良しが居る）があることが大切です。

役割を遂行したら褒めるきっかけにもなります。失敗しないような簡単な作業をしてもらい、「おかげで助かった」と感謝の意を伝えることで、生き甲斐を感じ、尊厳が高まります。認知症の人に作業をしてもらうことで却って後始末が大変かもしれませんが、作業を一緒にして失敗しないように気配りをしてあげることで、認知症の人が能力を発揮できます。認知症になったら何もできないというわけではありません。例えば、洗濯物の片付けでも、取り込む作業やたたむ作業は身体で覚えた記憶で、進行しても比較的可能です。しかし、所定の場所にしまったり、人のものと区別したりすることなどが難しくなります。できる部分を行ってもらい、それ以外はサポートするという、ちょっとした配慮で可能になる作業がたくさんあります。

褒められると嬉しくて脳ではドーパミンという神経伝達物質がたくさん放出され、やる気が出てきます。子育てと一緒に叱っても動きません。褒めると動くのが人間の行動原理です。

このように、日課があり、生き甲斐を感じ、尊厳を守られる生活を続けると、暴言や徘徊などの行動・心理症状が出現しにくくなります。認知症という困難を抱えながらも本人と家族が円満に在宅生活を続けるには、行動・心理症状を防ぐ、悪化させない対応が必要です。

## 5. 安心をもたらすケア

認知症の人の心は、周囲の状況の鏡です。周りの人が穏やかだと落ち着きますが、周りの人がイライラしているとイライラしてしまいます。あなたは一人ではないのですよ、というメッセージを、言語を通してあるいは非言語的な手段（手を握るなど）を用いて本人に伝えましょう。

肩たたきなどの非言語的コミュニケーションはお奨めです。相互に肩を叩く、足のマッサージを行うなどの行為は受ける方の気持ちだけでなく、提供する方の気持ちも和ませます。認知症の人も他人の役に立つ喜びを感じ、行動・心理症状の予防に役立ちます。

認知症の人は環境変化に対応する力が落ちていきます。一泊旅行に連れていったら喜ぶだろうと遠方に連れ出しても、夜間にホテルで徘徊したり、買い物で迷子になったりとなれば、本人にとっても家族にとっても大変な思いになってしまいます。外出は近いところで楽しむのがよいでしょう。なるべく環境を変えないで、毎日同じ生活リズムで暮らす方が良いでしょう。

## Ⅲ. 代表的な行動・心理症状への対応

行動・心理症状は、環境やケア、健康状態、心理状態などの影響を強く受けますので、まずは適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。それでも改善しなければ薬剤も検討します。

また、上記のように行動・心理症状は予防が大切です。普段の生活の中で、本人の

言うことを否定せずに聞いてあげる、褒める、安心を与える介護を心がけることが、行動・心理症状の予防につながります。

### 1. 興奮・暴言・暴力への対応

認知症の人が示す症状には意味があります。大声を出しているなら、その理由があるはずで、その人の立場になって、その理由を考えてみる。そこに解決の糸口があります。興奮しているから、薬で押さえようとする前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探って下さい。そして興奮の原因を取り除くことで、興奮が治まる可能性があります。認知症の人が大声を出したら諷めるのではなく、「どうしたの」と優しく声をかけてください。あなたの声の調子が相手の心に影響を与えます。穏やかに話しかけ、なぜ怒ったのか、相手の気持ちをくみ取ります。そしてその原因となっているものを取り除くように努めます。本人や介護者に身体的な危険性がなく周囲が許容できるときには、好きなように怒ってもらい、怒鳴り散らしてもらいのも一つの方法です。自分の思いをはき出すことでその後精神的な安定が得られるかもしれません。そのとき、一緒になって怒らずに、その思いを受け止めてあげましょう。怒りを何とかして沈めようとする、認知症の人は否定されたと感じ、怒りが増す場合があるので、少し時間や距離を置き、怒りが静まった上で、声をかけたほうが大事に至らない場合もあります。

アセチルコリンを増やすアルツハイマー型認知症治療薬が処方されている場合は、減量～中止を試みるのも一つの方法ですので医師にご相談下さい。他の薬がせん妄による興奮を引き起こしている場合もありますので、医師や薬剤師に薬をチェックしてもらいましょう。

周囲の人に危害を加えるような場合は、早急な対応が必要です。家族で抱え込まないで地域包括支援センターなどに連絡しましょう。

### 2. 妄想への対応

もの盗られ妄想は、アルツハイマー型認知症に多い妄想です。しまい忘れですが、本人にとってはものが無くなったことは事実なので、訴えに耳を貸し、穏やかに対応します。本人の訴えをくり返して言うだけでも落ち着いてくれます。例えば「財布を盗られた」には「財布を盗られたのですね」や「財布を盗られたと知っているのですね」などと対応します。

もの盗られ妄想の背景には、不安や喪失感が隠れています。認知症になって記憶が薄れ、少し前のことを覚えていない中で状況がわからない不安が高まります。安心をもたらすケアが基本です。

妄想が強い場合は、薬で軽くすることができます。医師に相談しましょう。なお、配偶者をよく似た別人と言うような誤認妄想の場合はレビー小体型認知症が疑われます。

### 3. 幻覚への対応

幻視や幻聴はレビー小体型認知症に多い症状です。レビー小体型認知症の治療で軽快

することが多いですが、治療しても良くなるケースもあります。見えているだけで妄想に結びつかなければ、許容しても良いと思います。

#### 4. 徘徊への対応

介護者からみたら徘徊ですが、本人には動き回る目的があります。まずは優しく接し、なんで動き回るのか（出て行こうとするのか）その理由を聞き出してください。そして、「そうだね、〇〇できるといいね」などと声かけします。理由が分かれば、対応の糸口になります。その人にとっての事実を否定しないでください。

理由がわからないときは、横に並んでしばらく一緒に歩いていると、心が通じ、会話を答えてくれるようになるでしょう。座り心地の良さそうな椅子などを探して「少し腰掛けて休みましょうか」などと声をかけると、安心を生むでしょう。日中は、なるべく身体を動かすように日課を作ったり、散歩をしたりすることで、夜間の徘徊を減らせるでしょう。

徘徊の背景には、その場所が自分の居場所ではないという思いや、自分の役割がないという思いが隠れています。日課や役割を作ることも、解決につながります。

行方不明に備えて、服の裏には、氏名、携帯番号などを書いておきましょう。ポケットの中にも名前や年齢、連絡先などを書いた紙を入れておきましょう。もし徘徊が度重なるようであれば、行方が分からなくなった時に探す手立てを地域包括支援センターなどと相談しておきましょう。家族だけで抱え込まないで地域の人や機関の力もかりて早期に発見しましょう。

対応に苦慮する場合は、適切な薬剤で良くなることもありますので、医師に相談しましょう。

#### 5. 自発性低下（アパシー）や抑うつへの対応

日課を作り、身体を動かすことが有効です。散歩も有効です。しかし、やろうとしないので、褒めて意欲を引き出します。

#### 6. 不眠への対応

ぐっすり眠ることが、脳の健康のためにきわめて重要です。安眠できる環境調整が必要です。昼間はなるべく身体を動かすようにし、明るい屋外へ散歩に連れ出しましょう。昼夜逆転や、夜間に起き出して作業したり外出してしまう場合は、適切な薬剤で改善することもあります。介護者がぐっすり眠ることも大切なので、一人で抱え込まないで早めに相談しましょう（相談窓口は12ページを参照）。

#### 7. 排泄の問題への対応

アルツハイマー型認知症では、尿意はあるのにトイレの場所が分からずに排泄に失敗する場合があります。「便所」などと大きく書いた目印をつけることが有効です。自分で排尿できなくなってきたりいきなりおむつではなく、食後など一定時間ごとにトイレへ誘導したり、そぶりをみてトイレ誘導するなど、なるべくおむつを避けましょう。あなたがおむつをされて「中にしているよ」と言われたらどんな感じがしますか？認知症の人と同じ感じを味わいます。おむつを当てられると尊厳が傷つけられま

す。ズボンが脱がされたり排泄行為を介助されることに抵抗して暴力をふるう場合もあります。排泄行為の介助は、本人の嫌なことをするので、冗談でも言いながら楽しく終わるように心がけましょう。

対応で最も大切なことは、尿・便失禁を起こしても叱らない、なじらないことです。例えば玄関に排尿した場合も、「こんなところに排尿して困った人だ」と応じるのではなく、「尿意を感じて部屋ではいけないと思い玄関で排尿してくれたのだ。ありがとう」と前向きに捉えた方が、気持ちが楽になります。

排泄を失敗するのは恥ずかしいことであると、本人は本能的にわかっています。尿意や便意をもよおすと排泄する場を探しますが、目の前にトイレがあったとしても、そこが排泄する場所と認識できず、一所懸命探します。ようやくそれらしいものを見つけ、用をたし、本人はホッとしたものの、それは便座ではなく丸椅子だったなんてこともありえます。でもよく見ると便座に似ているように思いませんか？家族に迷惑をかけまいとトイレを探した本人の努力を認めてあげる「こころのゆとり」が持てることも介護を楽にする秘訣になります。

## IV. 家族介護者への支援

認知症の方を介護している家族は、家族自身もゆとりがない上に、親戚や近所からいろいろ苦情を言われたり、肩身の狭い思いをしていると思います。認知症の人にさまざまな行動・心理症状が認められても、本人を責めないよう、介護者が安心感を持ち穏やかな状態であることが最も大切です。

介護保険サービスなどを利用しながら、無理せず、介護者自身に「ゆとり」を持たなければ、認知症ケアは継続できません。

### 1. 家族介護者の不安

認知症の人を介護する家族は、今後の不安に加えて、常時目を離せないなどストレスの多い生活を余儀なくされています。介護者が倒れては大変です。介護者の心を支える支援が必要です。周囲に相談できる人を持つことや、気分転換の時間を持つことが大切です。不安が強い場合は抗不安薬（安定剤）、不眠なら睡眠薬（眠剤）、うつ状態の場合は抗うつ剤を医師に処方してもらうのも一つの方法です。適切な治療で、重度化の悪循環から抜け出せる様にするのが望まれます。

介護者がぐっすり眠れるよう、本人に夜間不眠や夜間の活動などがある場合は、適切な医療を受けましょう。不眠は、介護者の精神状態を悪化あるいは不安定化させます。遠慮せずに治療を受けてください。

### 2. 相談役

家族が親身に相談できる人が居ることが介護負担を減らします。介護者が親戚や友人と連絡を取るようにしましょう。苦労話を聞いてくれる傾聴ボランティア（話を聞く人）も有効です。自分の家族のことを外で話すことをためらう方も多いですが、世界中にたくさんの認知症の方とその家族が居り、同じ様な悩みを抱えている人も沢山います。自分だけでなく、周囲にも同じ状況の人がいることを知るだけでも心の負担が

和らぐ場合もありますし、介護のコツを聞ける場合もあります。困ったことがあれば、地域包括支援センターに相談しましょう。家族会に参加して意見交換するのも良いでしょう。

不安や心配は日々募るばかりだと思いますが、こころの中に貯めておかず、時々は思い切り外へ出すことも大切です。安心して思いを吐き出せる場として、地域包括支援センターを活用してください。きれい事だけでは介護を続けることはできません。

### 3. 燃えつきの防止

使命感から自分の疲労に気づかないか、無視しがちになっています。介護者が倒れたら大変です。過労や燃え尽きを未然に防ぎましょう、ショートステイ（数日間の泊まり）やデイサービス（日中の通所サービス）などを利用することもできます。ヘルパーサービスを利用して、本人と一緒に調理などをしてもらうのも良いでしょう。それらサービスを利用することに抵抗を感じる方もいるかもしれませんが、本人・家族の両者に利益がある場合が多いです。本人には、専門職の支援のもとで役割とメリハリのある生活を送ってもらい、その間に介護者は休息や自分のための時間をとり、気分転換しましょう。それが在宅での介護を継続するコツです。

認知症の人の介護をしている家族は、弱音を吐くことを罪だと思い、頑張りすぎてしまうことがあります。認知症の人を大切に思うくらい、介護している自分自身も大切に思ってください。時には割り切ることも必要です。自分自身のことを考える時間を持つことも大切です。いろいろな制度や機関、人の力も使いましょう。

「つらい」、「大変だ」「疲れた」というようなネガティブな言葉は出さないようにしましょう。逆に「やり甲斐がある」「上手に介護できた」と、前向きな言葉を口にしましょう。脳には、自分の言ったことを正当化する働きがあります。「つらい」「大変」「苦しい」「疲れた」などネガティブな言葉を口にすると、脳は辛い、疲れた、苦しいと感じてしまいます。大変な生活の中にも小さな幸せがあるはずで、小さな幸せ（例えば本人の笑顔）に気づいて、「介護して良かった」と前向きに考えることで心理ストレスが和らぎます。

## V. 情報提供やサポート体制

### 1. 全国組織

#### 1) 公益社団法人「認知症の人と家族の会」

<http://www.alzheimer.or.jp/>

電話相談は0120-294-456（通話料無料）、携帯やPHSは075-811-8418で有料

・土・日・祝日を除く毎日、午前10時～午後3時

#### 2) いつどこネットのホームページで認知症ケアの情報を入手できます。

<http://itsu-doko.net/>

#### 3) 介護支え合い電話相談 0120-070-608（フリーダイヤル）

・電話相談は平日月～金曜日午前10時～午後3時 携帯電話からも無料

・認知症介護研究・研修東京センターを運営する社会福祉法人浴風会が開設

- 4) 日本認知症学会のホームページで、専門医リストを閲覧できます。  
<http://dementia.umin.jp/>
- 5) 日本老年精神医学会ホームページで、専門医リストを閲覧できます。  
<http://www.rounen.org/>

## 2. 地域の情報 <この部分は市町村が記入して仕上げる>

- 1) お住まいの地域の地域包括支援センター
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 2) 電話相談窓口
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 3) 認知症疾患医療センター

### 最後に

なお、このマニュアルは、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。  
アドレス：<http://XXXXXXX>

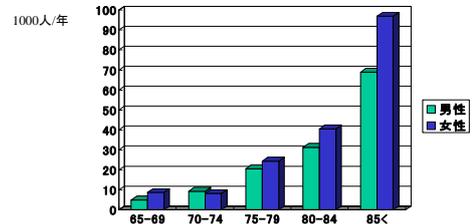
1 版 2013 年 3 月 31 日作成

初期集中支援チーム研修用スライド案  
—認知症初期集中支援チームのための共通テキスト—

鷺見委員

# 第1章 認知症支援チームの役割

## 認知症の人は増えているのだろうか？



1年間に認知症になる人の割合 75歳を超えると倍々が増える  
↓  
75歳以上の人口が増えれば認知症の人も増える

## 認知症の人はどのくらいいるのか

65歳以上の人口の約14%という報告がでた。  
3000万人×0.14 = 420万人！

認知症対策総合研究事業「認知症の実態把握に向けた総合的研究」朝田隆班長



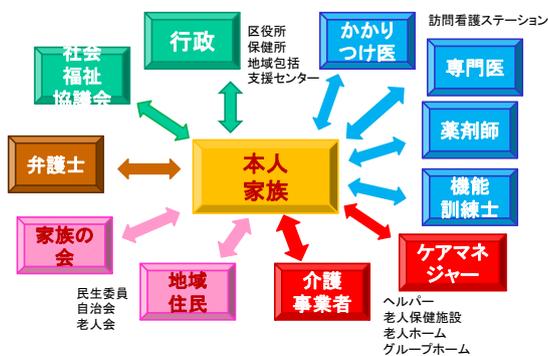
## もう一つの大きな問題 高齢者単独・夫婦世帯の増加

	2010年	2015年
世帯主が65歳以上	1,568	1,803
単独	466 (29.7%)	562 (31.2%)
夫婦のみ	534 (34.1%)	599 (33.2%)
合計	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合  
出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成20年3月推計—」

いわゆる老老介護、認認介護、独居の認知症高齢者が増加

## 認知症の人を支える



## 認知症支援チームはなぜ必要か

認知症ケアにおいては医療・看護・介護・リハビリなど多職種によるアプローチが不可欠である

認知症ケアは認知症の人の総合的な生活支援であり様々な生活場面において多職種による関与が必要

認知症の人や家族を中心に個々の職種が個別に係わるのではなくチームとして問題意識を共有することが重要である

地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）【医療・リハビリ】

現在	2025年
<b>医師</b> ・定期的な訪問診療 ・急変時対応 ・看取り	・在宅医療開始時の指導 ・急変時の対応・指示 ・看取り
<b>看護職員</b> ・診療の補助(医行為) ・療養上の世話	・症状観察 ・夜間を含む急変時の対応 ・看取り
<b>PT・OT・ST</b> ・リハビリテーション実施	・リハビリテーションのアセスメント・計画作成 ・困難ケースを中心にリハビリテーション実施

地域包括ケア研究会報告書 平成22年3月

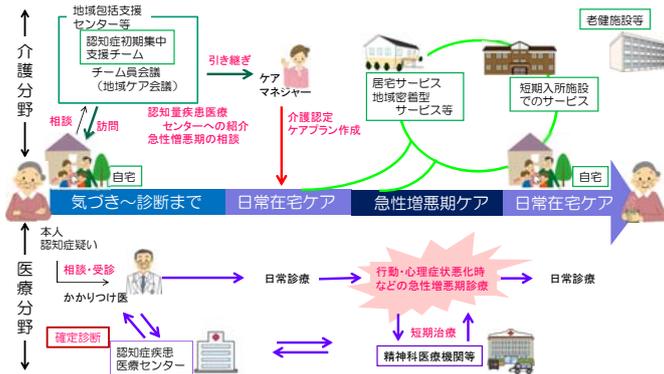
地域包括ケアを支える各人材の役割分担（イメージ）【介護職など】

	現在	2025年
介護職員	介護福祉士 ・身体介護 ・家事援助	・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 ・要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施* ・日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練等) ・他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言
介護福祉士以外	・身体介護 ・家事援助	・身体介護 ・身体介護と一体的に行う家事援助 ・認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援(民間事業者・NPO等)	・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション	・家事援助 ・配食 ・日々の移動の手伝い ・レクリエーション

\*：服薬管理、経管栄養、吸引など

地域包括ケア研究会 報告書 平成22年3月

認知症 在宅ケアの概念図



認知症支援チーム（訪問看護師）

訪問看護師は、疾病を有し介護を要する状態にある方やそのご家族が安心して在宅で療養生活を送れるよう、支援する医療専門職である。直接的なケアの提供や、地域において、他機関・多職種と連携し活動する。



認知症支援チーム（訪問看護師）

【訪問看護師の役割】

- 健康状態の把握
- 病状の管理と適切なサポート、医療処置の実施
- 緊急時の医師やケアマネジャーとの連携及びサポート
- 苦痛の緩和、リハビリテーションの実践
- よりよいケアにむけた多職種との連携
- 家族の相談と支援
- 療養環境の調整
- 地域の社会資源の活用
- 医療機関からの在宅移行支援
- エンドオブライフ・ケア、看取りの実践



認知症支援チーム（訪問看護師）

【認知症支援チームにおける訪問看護師に期待される役割】

- 認知症の早期発見と、迅速かつ適切な医療連携に関する支援を行う。
- 認知症になっても住み慣れた地域での生活を続けられ、地域における認知症に対する理解が浸透かつ定着するよう、教育的な役割をとる。
- 個々にふさわしいサービスについて判断し、過不足のないサービス内容で適正にケアマネジメントされているかモニタリング的な役割をとる。
- 地域における医療機関同士、さらには医療と介護の連携体制を具体的に構築する役割をとる。

## 認知症支援チーム（ケアマネジャー）

- ・ 介護保険サービス利用のためのケアプラン作成、サービス担当者会議の取りまとめなど、一連のケアマネジメントを担う専門職種
- ・ 利用者本位が基本の介護保険制度では、利用者が担当のケアマネジャーを指定できる
- ・ 認知症の人や家族のニーズを最も身近で把握できる職種であり、支援チームでは各職種の関与を調整する中核的役割が期待される

## 認知症支援チーム（社会福祉士）

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築

## 認知症支援チーム（精神保健福祉士）

○認知症を持つ人と家族の医療および生活の支援

- ①個別援助
- ②専門医療相談
- ③地域連携体制の構築

○精神保健福祉士がいるところ

- ・ 医療機関：  
認知症疾患医療センター  
精神病院  
精神科を標榜する一般病院、  
精神科のクリニックなど
- ・ 障害者社会復帰施設
- ・ 福祉行政機関

## 認知症支援チーム（介護福祉士）

- ・ 介護福祉士とは、身体上や精神上的の障害で日常生活に支障がある人について心身の状況に応じた介護を行い、その介護者にとってよき相談相手となり、必要に応じて指導や助言を行う職種である
- ・ 認知症支援チームにおいては認知症のひとの日常生活に最も密接に関わり、認知症のひとあるいはその介護者が自分らしく暮らせるための生活面でのサポートや介護者に対する助言、指導の役割が期待されている。

## 認知症支援チーム（医師）

- ・ 認知症支援チームにおいて医師は、地域における認知症の人への早期介入を可能にするための適格なスクリーニング診を行い 診断と治療に関する指導的役割をになう
- ・ 中核症状や行動心理症状(BPSD)に対する薬物療法や非薬物的対応についても適宜助言を行い、必要に応じて専門医との連携をはかる
- ・ 個々のケースについて、必要とされる介護資源やより適した療養環境に関する助言、指導を行うことが期待される

## 認知症の人にとっての適切な医療とは

- ・ 認知症の人の意思決定に関する能力を見極め、認知症の人とその家族が合意するプロセスを辿って意思決定が支援されている。
- ・ 本人の合意が、認知症の人から直接的に得ることが困難な場合、本人にとっての最善を中心とした検討・話し合いがなされ決定される。
- ・ 全人的なアプローチによって、その人の苦痛が緩和される。
- ・ できる限りの認知症の人の持てる力が活かされ、認知症だから、といって医療の提供が過小でも過剰でもなく提供される。
- ・ 死に至る自然の経過や死にゆくプロセスを予測し、穏やかに経過するように配慮された方針で計画されている。
- ・ 医療者がチームで目標を共有し、同じ方向性でかかわっている。

## 認知症の人の最期を支える

用語の混乱  
 終末期ケア  
 エンド・オブ・ライフケア  
 看取りのケア

認知症の人の最期を支えるにはどのようなケアや医療が望ましいのでしょうか。答えはでないかもしれませんがみんなで考えましょう

## パーソンセンタード・ケア

Person-centered care (その人中心のケア)

提唱者 英国の心理学者 Tom Kitwood

コア概念は “Personhood (人格・主体はその人)”

認知症の人を一人の人間として受け入れ、本質的な人間性を認め、尊重することを基盤にしたケアアプローチ

## パーソンセンタードケアの要点

- その人には人格があるということを踏まえる。
- その人の行動には何らかの意味があると考ええる。
- その人の意思や自律を尊重する。
- その人の体験している世界や苦悩を認識して接する。
- その人のできないことや、失敗したことに対して焦点をあてるのではなく、持てる力に留意し活かしていく。
- その人の人的環境・物的環境をできる限り、その人に合わせたものにする。
- その人と共にいることを大切にする。

## 認知症の人とのコミュニケーション

- 認知症の人とのコミュニケーションは様々な場面で、かかわりの土台となる。
- 認知症の人とのコミュニケーションは、認知症の人(あなた)とケア提供者(わたし)との関係にも影響する。コミュニケーションは関係性を作っていく大切なスキルである。
- 認知症の人とのコミュニケーションは言語だけではない。非言語的コミュニケーション(表情、視線、仕草、声、距離、空間など)にも配慮する。
- コミュニケーションの発展に最も重要であるのは、目の前にいる認知症の人を理解しようと努めることである。

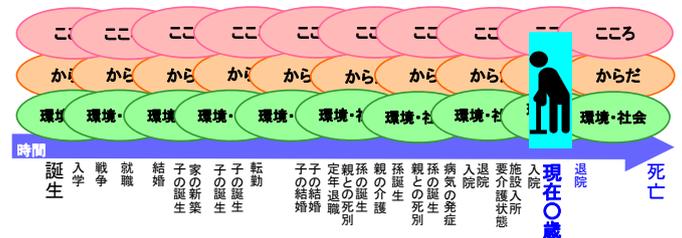


## コミュニケーションのポイント

- 視野に入って話す
- 名前を呼ぶ、挨拶する
- 自己紹介をする、名乗る
- 穏やかに低い声で話しかける
- 聞く態度を示す
- わかる言葉を使う
- 簡潔に伝える
- 少し待つ
- 説得より納得
- 感情に働きかける
- 昔話を聴く
- 出番を作る
- 失敗はそっと助け、見守る
- 自尊心を傷つけない
- 否定しない・訂正しない

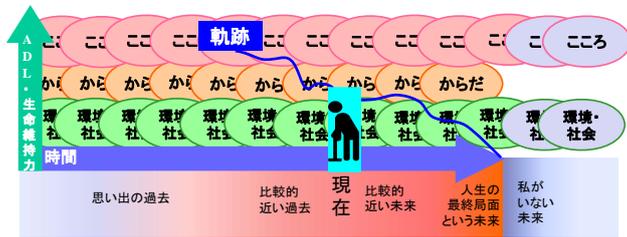


## 全体像の捉え方



疾病に限らず、発達段階やライフイベントも含んで、その人の現在に至る状況について、背後にある過程(生きてきた歴史・生活状況・その人の信念・価値観・好み、仕事・家族・地域社会・人間関係など)にも十分な関心を向け、現在その人が必要としていることを把握する。

## 現在から過去と未来を見据える



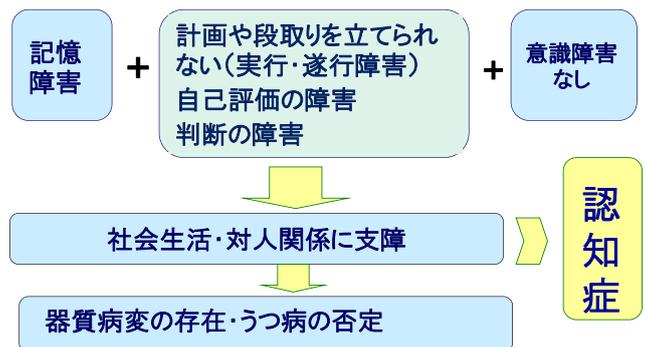
現時点の状態や段階がより明確になると、これまでの経緯などに関する情報に基づいて、個別に応じた今後の最良の医療・ケアの方向性・選択肢について検討がしやすくなる。  
本人や家族の希望～比較的近い未来で望む生活や、人生の最終局面での望む姿を、できる限り叶えるための具体的な調整や多職種連携・協働を可能にする。

## 認知症の特性

1. 一見楽天的にみえたり、症状や現状を強く否認したりするが、基本的には強い不安と自信喪失の中にある
2. 症状の現れ方が相手によって変わる  
より身近な介護者に対して認知症の症状がより強くでる  
外来受診やケアスタッフ訪問時には一番よい状態をみせている
3. 正常な部分と認知症として理解すべき部分が混在する  
初期から末期までとおしてみられる
4. 感情は保たれているという認識が必要
5. 説得や否定はこだわりを深めるのみ  
本人が安心できるように配慮することが大切
6. これらの特性を理解すると、一見異常に見える行動や症状も、基本的には理解可能

## 第2章 認知症に対する共通理解

## 認知症の定義



## 実行・遂行障害の例

1. 買い物ができない
2. 料理ができない
3. 入浴ができない
4. 小銭がうまく使えない
5. どこへ行くかはわかるが  
どのようにしていくかがわからない

## 早期発見・早期治療は意義がある

アルツハイマー型認知症であれば  
薬物療法が可能

- 認知症の進行を遅らせる
- 日常生活動作能力を維持できる
- 介護者の介護負担を軽減できる
- 医療費・介護費用を減らせる
- 早期のうちに意思決定がしておける

早期に治療を始めることに意義がある

## なぜ認知症はみつけだしにくいのか

言語機能や対人関係が保たれる、  
病識が欠如している  
特有の取り繕い反応がみられる

独居の場合の困難さ  
老夫婦が二人で生活していて、二人とも認知症

## 認知症にきがつく日常動作の変化

1. 同じことを何度も言ったり聞いたりする
2. 置き忘れやしまい忘れが目立つ
3. 蛇口やガス栓の閉め忘れが目立つ
4. 日課をしなくなった
5. 以前はあった興味や関心がなくなった
6. 時間や場所の感覚が不確かになった
7. 物の名前がでてこなくなった
8. だらしなくなった
9. ささいなことで怒りっぽくなった
10. 財布やお金、物品を盗まれたようになった

## 診療場面ではこのようなときには認知症を疑う

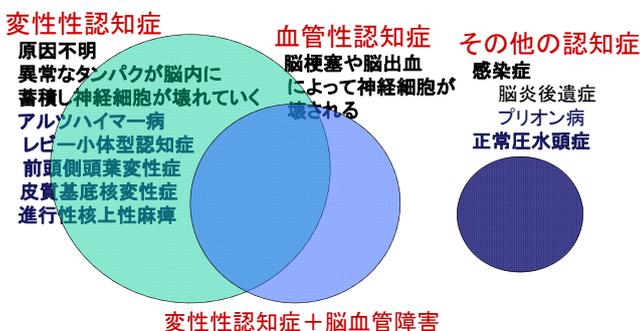
1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる
5. 前回は行った検査を全く覚えていない
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

## 簡単な認知症のスクリーニング検査

1. 簡単であり、被検者にできる限り認知症の検査と思わせない
2. しかし近時記憶障害と時間の見当識障害がチェックできる

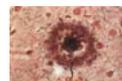
1. おいくつになられましたか？
2. TVや新聞はみますか？  
最近のニュースで印象に残っている  
ニュースがありますか？
3. ところで今日は何月何日ですか  
季節は春、夏、秋、冬のどの辺？

## 認知症をきたす疾患の分類



## アルツハイマー病＝アルツハイマー型認知症の概念

1. 頻度： 家族例 日本に100家系  
孤発例がほとんど  
認知症の5割をしめる
2. 発症： 40-50代の初老期 以前はこちらのみ  
多くは65歳以降 かつて老年期痴呆と呼称
3. 予後： 8-12年
4. 病理： 大脳皮質、海馬を中心とした神経細胞脱落、細胞外に沈着するアミロイドを核に持つ老人斑の形成と血管周囲のアミロイド沈着、細胞内に蓄積する神経原線維変化が特徴。





## 前頭側頭葉変性症の概念

1. 定義:  
臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群
2. 分類:  
前頭側頭葉変性症 (FTLD)
  - └ 前頭側頭型認知症 (FTD)
  - └ 進行性非流暢性失語症 (PNFA)
  - └ 意味性認知症 (SD)
3. 疫学  
頻度: ADとの比は10分の1以下  
65歳以下の発症が多く性差はない  
時に家族歴を有することがある。

## 前頭側頭型認知症の臨床的特徴

1. 行動障害: 発症は緩徐で経過も緩徐進行性  
行動や品行の障害が早期から出現  
清潔さと整容の無視、社会性に対する関心の消失  
脱抑制的行動、精神面での柔軟性の欠落  
常同的、保続的行動、道具の強迫的使用  
衝動的行動、注意力散漫、病識欠如
2. 感情障害: 抑うつ、不安、自殺念慮、執着観念、妄想  
奇妙な自己身体への執着、無表情
3. 言語能力の障害: 進行性の発語の減少、常同言語  
反響言語と保続、
4. 空間認知と習慣は保たれる

## 前頭側頭型認知症の症例

**主訴:** 異常行動 **家族歴:** 姉が認知症  
**現病歴:** 平成〇年4月頃から不眠、7月ごろから無口になった。本来は社会的でおしゃれな性格だったが家族とも口をきかなくなかった。平成〇+2年6月頃から異常行動出現  
1) 安全ピンを1日に何回も買いこいき、お金を払わずに帰ってくる。  
2) スーパーのビニール袋を隙間なく引っ張り出す3) 全裸で洗濯物をかわかす  
4) ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。5) 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる  
これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。  
平成〇+2年10月銀行から大金をおろしてしまいどこへしまったかわからない。  
部屋のなかは泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。  
平成〇+3年1月初診  
**初診時所見**  
神経学的に特記すべき所見なし。MMSE19/30  
病識は全くなく、夫のいっていることはすべて嘘であるといいきる。  
MRIでは前頭葉の萎縮がめだつ。また脳血流シンチにおいても前頭葉の血流低下が明らか

## 前頭側頭葉変性症治療ケアの注意点

- 初期症状が記憶障害とはかぎらず性格変化や言語障害で始まることもある
- 全経過を通じて介護負担が大きい。他の認知症以上に介護者に対する配慮と介護のための社会資源の紹介を早めにおこなう
- 行動・心理症状(BPSD)に対して、鎮静的な薬剤を過剰に使用しないことを常に念頭におく

## 血管性認知症 (VaD) の診断基準

- 1) 認知症が存在する
- 2) 病歴、臨床所見、脳の画像診断から  
脳血管障害があること
- 3) 1)と2)の関連があること  
認知症の発症が脳卒中発作から3ヶ月以内  
認知機能障害が突然発症であったり  
認知機能障害が変動し階段状に増悪

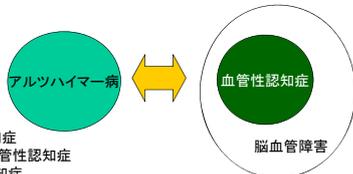
## 血管性認知症 (VaD) の概念

2. 疫学: 1990年までは日本ではVaD > AD  
血管性認知症が2倍多いといわれてきた。  
1996年東京都の調査  
VaD 30.1% AD 43.1%
3. 危険因子: 高血圧、心疾患
4. 臨床症状の特徴:  
初期からの歩行障害、歩行時の動揺や転倒  
排尿障害、仮性球麻痺、人格変化、感情の変化  
認知機能障害の動揺や階段状の増悪

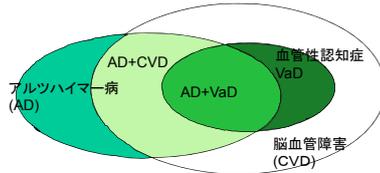
## VaDとADの考えかたの変化

### これまでの考え方

脳卒中の既往があれば血管性認知症  
画像で脳梗塞を指摘されれば血管性認知症  
画像で無症候性脳梗塞を指摘されても血管性認知症  
運動麻痺や構音障害があれば血管性認知症



### 最近の考え方



長田の図を改変

## 血管性認知症経過観察の注意点

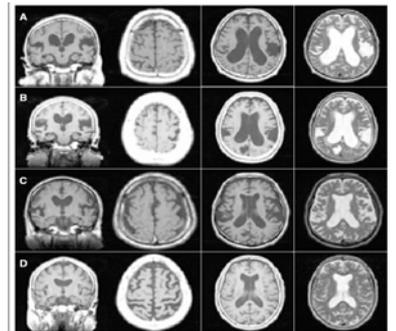
- 危険因子の管理(高血圧、糖尿病、不整脈等)が悪化を防ぐために重要
- 環境調整(自発性が低下しやすく、廃用症候群になりやすいので、デイケアやデイサービスを利用する)が必要
- 運動障害を伴っていることがあり転倒のリスクが高い
- 感情障害がみられることがあり、薬物療法が必要となることもある

## 主な認知症の鑑別のポイント

	AD	DLB	FTLD	VaD
好発年齢	40-60 75歳以上の2つのピーク	65-75	50-60	なし
性差	女性>男性	男性>女性	性差なし	男性>女性
初発症状の特徴	記憶障害 遂行障害	パーキンソンズ 睡眠障害 初期には記憶障害はめだたない	換語困難 意欲低下 抑制的行動 記憶障害	運動麻痺 記憶障害
臨床症状の特徴	エピソード記憶の障害 自己評価の障害	症状の日内変動 易転倒性 幻視	失語 常同行動 食行動の異常 時に家族性あり 病識の高度の消失	階段状、突発性の症状 変動 進行の停止
経過	緩徐に進行 身体合併症により悪化	変動しながら進行性に悪化 ADよりも経過が早い また、認知症による骨折も悪化要因となる	緩徐に進行 SDやPAAも最終的にはFTLDの特徴を呈してくる	段階的、突発的に悪化 一方で進行がほとんど見られない時期も

## 特発性正常圧水頭症 iNPH Idiopathic normal pressure hydrocephalus

- 水頭症を来す原因疾患がない
- 高齢者に多く見られるが正確な発症頻度は不明
- 歩行障害 尿失禁 認知症が緩徐に進行
- 適切なシャント術によって症状が改善する可能性がある
- 特徴ある画像所見を呈する
- 髄液除去テストを行い上記症状が改善
- 病理学的な裏付けはない。



## 軽度認知機能障害とは MCI(mild cognitive impairment)

1. 記憶障害の訴えが本人、または家族から認められている
2. 日常生活動作は自立
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在
5. 認知症ではない



## せん妄と認知症

せん妄とは:一過性身体疾患、薬物の使用、離脱によって発症する。  
せん妄の原因は複数ある場合や原因を決定できない場合もある。  
せん妄状態にあると周囲の状況を認識する能力が低下し集中、注意力が低下する。  
また記憶障害、失見当識、言語障害が生ずる。

## せん妄と認知症の鑑別点

臨床徴候	せん妄	認知症
発症様式	急激(数時間～数日)	潜在性(数ヶ月～年)
初発症状	意識障害	記憶障害
経過と持続	動揺性(数日～数週)	慢性進行性
注意	障害される	通常正常
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	通常豊か(しかし無秩序)	不毛
脳波	異常(広範徐波化)	正常～軽度異常

## せん妄を起こしやすい薬剤

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

## コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	塩酸ドネペジル (アリセプト)	ガラントミン (レミニール)	リバスチグミン (リバスタッチ)
分類	ピペリジン系	フェナトレンアルカロイド系	カルバメート系
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 ニコチン性ACh受容体 刺激作用	AChE阻害/BuChE阻害
可逆性	可逆性	可逆性	偽非可逆性
一日用量	5-10mg	8-24mg液剤あり	4.6-9.5 mg 貼付剤
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎代謝

## コリンエステラーゼ阻害薬投薬での注意点

- 軽度および中等度のアルツハイマー病に使用  
アリセプトは高度まで使用可
- 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
- 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往  
投与前に心電図、胸部X線をとることが望ましい
- 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の患者

### 重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気	1 - 3%未満
嘔吐、下痢、便秘、腹痛	1%未満
興奮、不穏、不眠、眠気	1%未満
徘徊、振戦、頭痛	1%未満
顔面紅潮、皮疹	1%未満

## 塩酸メマンチンの特徴

	ドネペジル (アリセプト)	塩酸メマンチン (メマリ)
作用機序	AChE阻害	グルタミン酸受容体の阻害薬
病期	全病期	中等度～高度
一日用量	5-10mg	20mg 5mgから毎週漸増
用法	1	1
代謝	肝臓	肝臓
推奨度	グレードA	グレードA

## メマンチンの副作用

- 副作用  
国内の臨床試験での結果  
浮動性めまい 4.1% 便秘 3.1%  
体重減少 2.2% 頭痛 2.1%
- 発売後傾眠が多いことが報告されているが  
投薬時間を工夫することで継続できることが多い
- 腎機能障害、体重の軽い高齢者では半量で
- チトクロームP450による代謝を受けにくいいため薬物  
相互作用が少ない

## 重症度によるAD治療薬選択



## 行動心理症状とは

認知症の中核症状(記憶力障害、失見当識など)に関連、あるいは付随してみられ、生活障害の主な原因となる精神心理症状や行動障害

具体的には易興奮性、攻撃性、暴言、暴力、妄想、幻覚、脱抑制、常同、不穏、不眠など過活動性が目立つ症状と、無気力、無関心、抑うつなど寡活動性が目立つ症状があり、介護的アプローチ以外に薬物による治療を必要とする場合もある

## 行動・心理症状(BPSD)に対する対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療  
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善  
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合は  
**薬物治療**へ

## 行動心理症状 薬物治療のポイント

	適応	推奨度	特徴
セロクエル	興奮 不安 幻覚妄想	グレードB グレードC1	DMIに注意
リスパダール	興奮、不安 幻覚妄想	グレードB	切れ味よい 液剤あり 動作緩徐おこしやすい
デパケン		グレードC1	パーキンソニズムがあるとき
抑肝散	レビー小体型認知症	グレードC1	
パキシル(SSRI)	FTDの常同行動 脱抑制 性的逸脱	グレードC1	

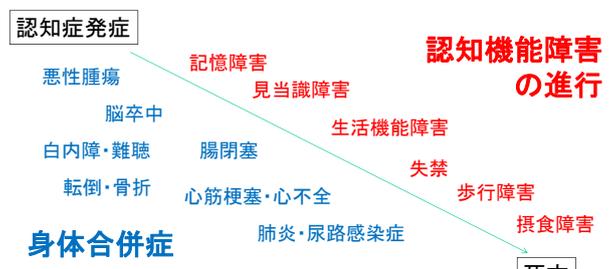
グレードB 科学的根拠があり行うようにすすめられる  
グレードC1 科学的根拠がないが行うようにすすめられる。

## 高齢者薬剤投与の注意点

1. 可能な限り非薬物療法を用いる
2. 薬剤数を最小限にする(なるべく5剤以下)
3. 服用法を簡便にする
4. 治療目標を明確に設定して投与する
5. 常用量の1/3~1/2で開始し、徐々に増量する
6. 肝・腎機能を考慮して用量を調節する
7. 定期的に処方内容を見直す
8. 新規症状出現の際はまず有害事象を疑う

## 認知症と身体合併症

発症前よりあった慢性疾患: 高血圧、便秘、頻尿(過活動膀胱)、骨粗鬆症など



認知症患者の多くは高齢者であり、高齢者に多い疾患は認知症の経過中に身体合併症として治療が必要になる可能性が高い。

## 認知症身体合併症治療のポイント

1. 進行性疾患の場合は、重症度の評価により、概ねの生命予後・機能的予後を推定したうえで、身体合併症の治療方針を立てる。
2. 本人が適切に症状を訴えることができないため、普段の様子を定期的に記録し、変化に気づくようにする。
3. 高齢者に多い疾患については、事前にスクリーニングを行うなど、予防的対応に努める。特に、認知症の進行により手術などの治療に困難を伴う疾患(例:白内障)については、早期の対応を検討する。
4. 環境変化(入院・入所)による、せん妄の発症、機能低下を予防するため、できるだけ生活の場での治療の可能性(在宅医療)を検討する。

## 認知症における在宅医療の役割

1. 通院困難者への訪問診療
  - ① 移動障害の合併
  - ② 認知障害による通院忘れ
  - ③ 精神症状などによる通院拒否
2. 訪問診療が勧められる病状
  - ① 身体合併症の在宅治療
  - ② 精神症状の在宅治療(特に薬物療法時)
  - ③ 終末期の在宅治療

認知症支援チームの中に、在宅医療システムも含めることで、「なじみの暮らしの継続(環境・関係・生活)」が推進される。

## 第3章 認知症のひとを 地域で支えるために

### 地域包括ケアシステムについて



#### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供、継続的(入院、通院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必要。

#### ①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

#### ②介護サービスの充実強化

・特養などの介護施設の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

#### ③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

⑤入居前、移動交通のみ等の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを提供。

#### ⑥差別化になっても住み続けられるようできる「リアフリー」の暮らせやすい環境(富交委)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、一時居るのリアフリー化の推進

71

### 認知 尊厳を支えるケアの確立 ～認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

#### 認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感  
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下(環境変化に脆弱)



#### 生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

### 日常生活圏域を基本とした サービス体系の構築

#### 望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続

#### 普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆ 事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

## 相談窓口

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来(相談可能な)
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 電話相談(コールセンター等)
- 認知症の人と家族の会 など
- その他

## 利用可能な様々な制度の概要

	制度	概要	実施主体
医療費助成	医療保険	医療が必要な状態になった時、公的機関などが医療費の一部を負担する制度	市町村・協会・組合・共済等
	自立支援医療(精神)	精神障害の通院医療に係る医療費を助成する制度	都道府県・政令指定都市
	福祉医療	障害者等の受給資格対象者の医療費を助成する制度	市町村
所得保障	障害年金	病気やけがにより一定の障害が残った場合、生活や労働の不都合の度合いに応じて支給される年金	国
	雇用保険	労働者が失業に陥った時に、再就職までの生活を安定させ、就職活動を円滑に行えるよう支援する制度	国
	生命保険	生命や傷病にかかわる損失を保障することを目的とする保険	企業
	各種手当	例: 心身障害者扶助料、在宅重度障害者手当、特別障害者手当	国・都道府県・市町村
	介護保険	介護や支援が必要となったときに介護サービスを提供し、本人とその家族を支援する制度	市町村・広域連合
生活支援	自立支援法	障害者の日常生活や就労を支援する制度	都道府県・政令指定都市
	成年後見制度	判断能力が不十分な者を保護するため行為能力を制限すると共に法律行為をおこなう、または助ける者を選任する制度	都道府県
権利擁護	日常生活自立支援事業	判断能力が不十分な者の金銭管理および福祉サービスの利用援助等を行う制度	都道府県・政令指定都市

## 利用可能な様々な制度 対象者と相談窓口

	制度	対象者	相談窓口
医療費助成	医療保険	医療保険加入者(原則全員)	保険者(市町村・協会・共済)
	自立支援医療(精神)	通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害を有する者	市区町村(福祉課・保険医療課等)
	福祉医療	身体障害者手帳3級以上、療育手帳Aなど	市区町村(福祉課・保険医療課等)
所得保障	障害年金	日常生活(就労)が困難な者	社会保険事務所(市区町村)
	雇用保険	適用事業に雇用される労働者(例外あり)	職業安定所
	生命保険	保険加入者	保険会社
	各種手当	それぞれの条件に応じて	市区町村(都道府県)
	介護保険	65歳以上および40歳以上64歳未満の特定疾病により介護が必要な者	市区町村(福祉課・介護保険課等)
生活支援	自立支援法	身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児	市区町村(福祉課)
	成年後見制度	判断能力が不十分な者	家庭裁判所
権利擁護	日常生活自立支援事業	判断能力が不十分な者で本事業の契約の内容について判断し得る能力を有していると認められる者	市区町村社会福祉協議会

## 介護保険の給付対象サービス

### ● 居宅サービス

- 訪問サービス、通所サービス
- 短期入所サービス
- 福祉用具と住宅改修に関するサービスと費用の支給 など

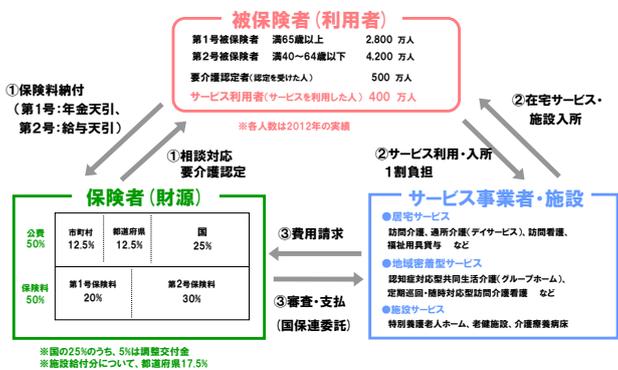
### ● 地域密着型サービス

- 小規模多機能型居宅介護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

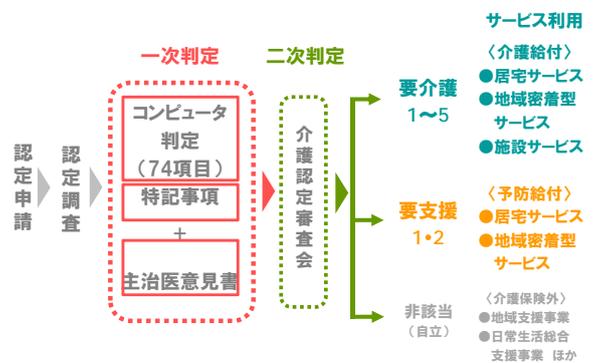
### ● 施設サービス

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設(2017年度末まで)

## 介護保険制度の基本構成



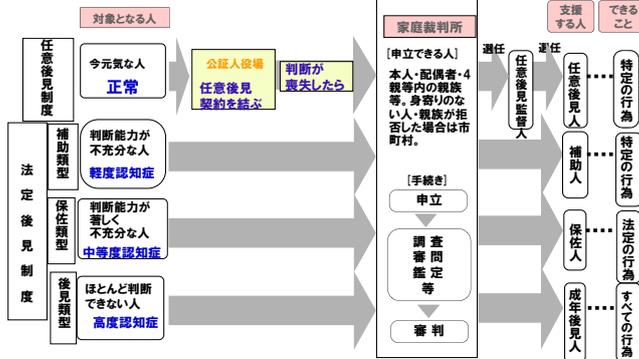
## 介護保険制度 サービス利用の流れ







## 成年後見制度



## 地域の人たちに認知症を理解してもらう 認知症サポーター100万人キャラバン

### 《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、協力機関の探し方をグループワークで学ぶ。

### 《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
  - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
  - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
  - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



### ※ メイト・サポーター合計

3,436,848人 (平成24年6月30日現在)

DASC 研修資料  
—認知症総合アセスメントについて—

栗田委員

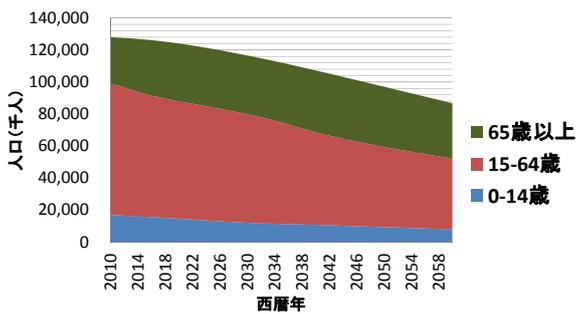
## あらすじ

1. 本格的な超高齢社会:  
21世紀前半のわが国の高齢化
2. 認知症を理解するために:  
認知症の一般的特徴  
代表的な認知症疾患について
3. 社会的困難状況にある一人暮らしの認知症高齢者:  
認知症の総合アセスメントの重要性
4. 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント  
DASCについて
5. 情報共有ツールとしての  
認知症総合アセスメントシート

本格的な超高齢社会

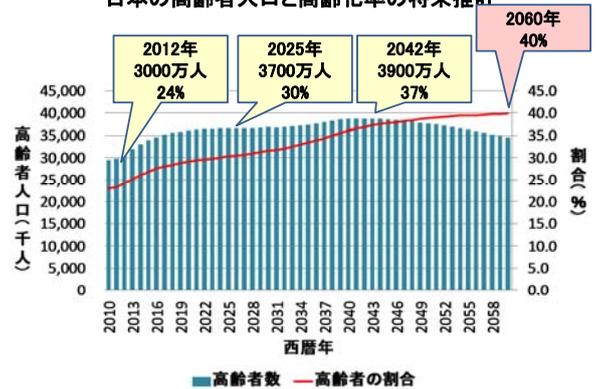
## 21世紀前半のわが国の高齢化

### 日本の将来推計人口 (年齢3区分別人口)



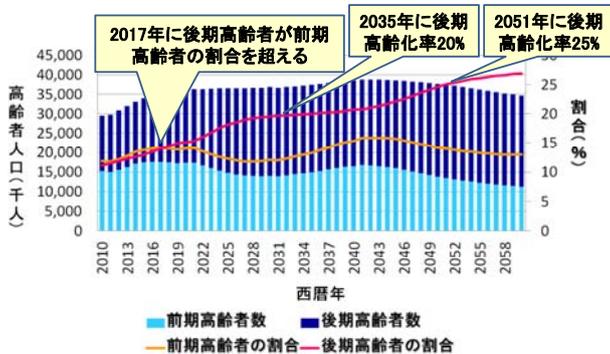
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

### 日本の高齢者人口と高齢化率の将来推計



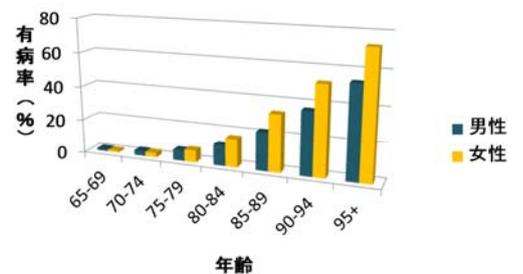
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

### 日本の高齢者人口と高齢化率の将来推計 前期高齢者(65-74歳)と後期高齢者(75歳以上)の比較



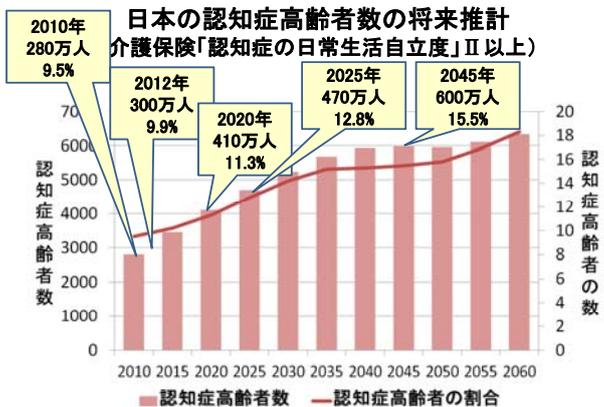
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

### 65歳以上高齢者人口における 認知症高齢者の性別・年齢階級別有病率 (認知症の日常生活自立度II以上)



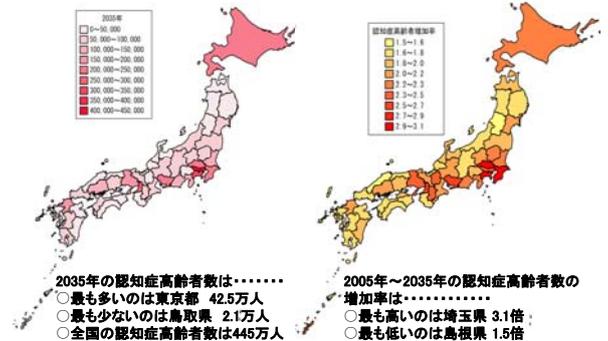
認知症の有病率は年齢が5歳増加するごとに倍増する!

Source: The Long-term care insurance investigation from MHLW (2010). Prevalence was calculated using the population data by sex and age group from A National Census (2010)



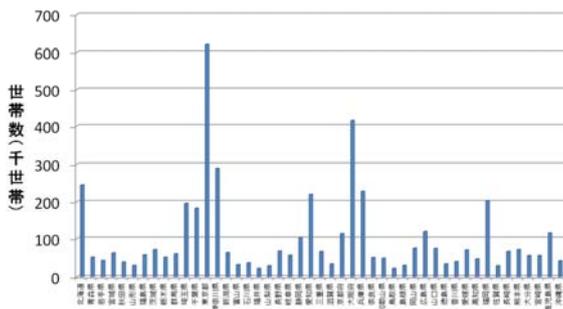
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の性別・年齢別階級割合(平成22年度)を日本の将来推計人口(国立社会保障・人口研究所, 平成24年1月推計, 出生中位死亡中位)に乗じて算出した。

### 2035年における都道府県別認知症高齢者数とその増加率



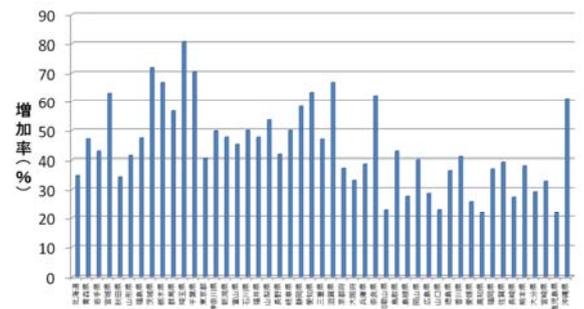
栗田 圭一:平成19年度厚生労働科学こころ健康科学研究事業精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

### 世帯主65歳以上の単独世帯数 (2010年, 都道府県別)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(2008年3月推計)

### 世帯主65歳以上の単独世帯数の増加率 (2010年～2025年, 都道府県別)



一人暮らしの認知症高齢者数の数がこれからどれだけ増加するかは不明!

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(2008年3月推計)

### 社会保障審議会・介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」 (平成22年11月30日)

- 急速な少子高齢化, 要介護要支援高齢者の増加, 単独・高齢者のみ世帯の増加, 認知症高齢者.....
  - 現行のサービス提供体制では, 医療ニーズが高い高齢者, 重度の要介護高齢者, 特に, 単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることが困難
  - 日常生活支援(見守り, 配食, 緊急通報等), 権利擁護等の介護保険制度外サービスを含む包括的な地域づくりと高齢者に配慮された住宅(ケア付き住宅など)の整備が必要
- ↓
- 地域包括ケアシステム確立の必要性が明確に打ち出される

### 地域包括ケアとは



- 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。
- 日常生活圏域: おおむね30分以内に駆けつけられる圏域。具体的には中学校区。

「地域包括ケア研究会」報告書(平成22年3月)より

第5期介護保険事業計画  
(平成24年度～平成26年度)

■ 基本的考え方

- ・ 高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、①予防、②医療、③介護、④生活支援、⑤住まいの5つのサービスを一体化して提供していくという「地域包括ケア」の考え方にに基づき、その地域の特性に相応しいサービス提供体制の実現につなげる

■ 重点的に取り組むことが望ましい事項

- ・ 高齢者の居住に係る施策との連携
- ・ 医療との連携
- ・ **認知症支援策の充実**
- ・ 生活支援サービス

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

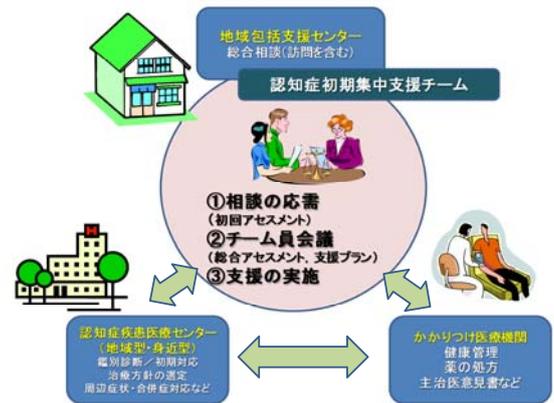
■ 基本目標：認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ないという考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現をめざす。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域で生活を支える医療サービスの構築
4. 地域で生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

2. 早期診断・早期対応

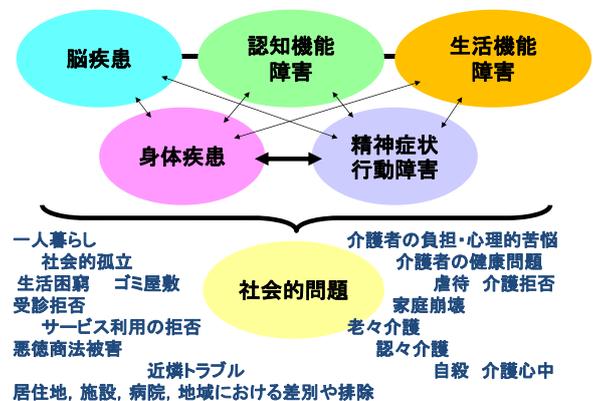
- ① かかりつけ医の認知症対応力向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断を担う「身近型認知症疾患医療センターの整備」
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプランの作成

認知症初期集中支援チームのモデル

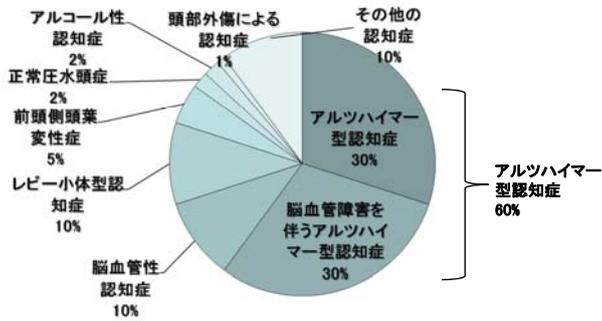


認知症を理解するために  
認知症の一般的特徴

認知症の全体像



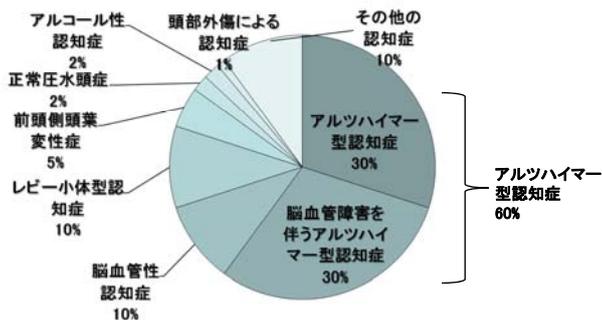
もの忘れ外来を受診する高齢者の診断名



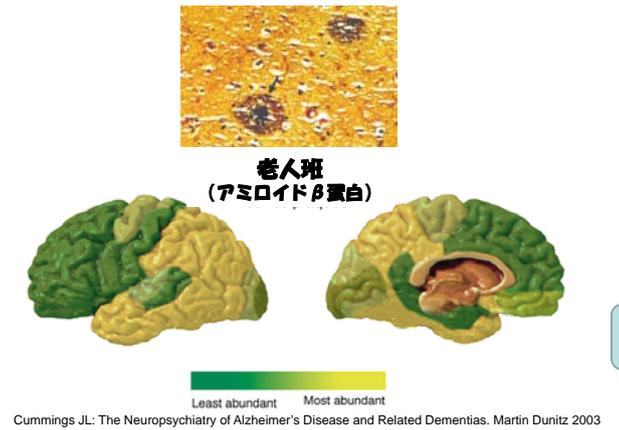
認知症のステージから見たケアのニーズ



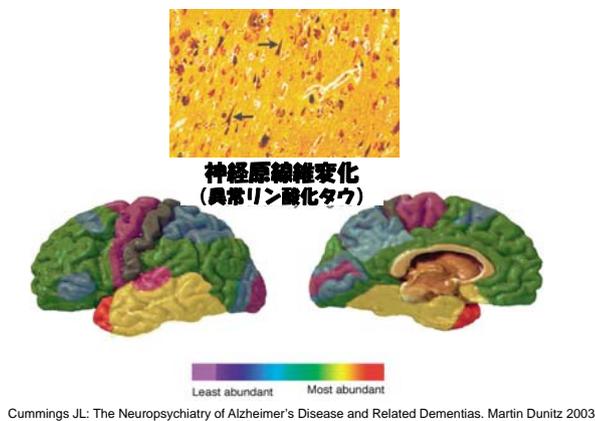
もの忘れ外来を受診する高齢者の診断名



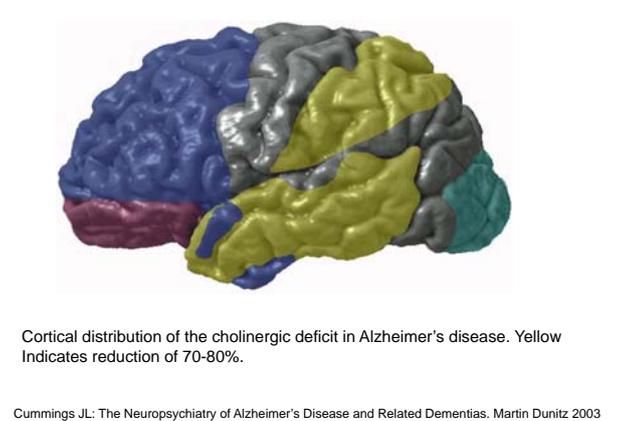
アルツハイマー型認知症では・・・



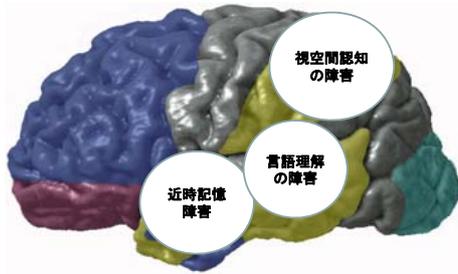
アルツハイマー型認知症では・・・



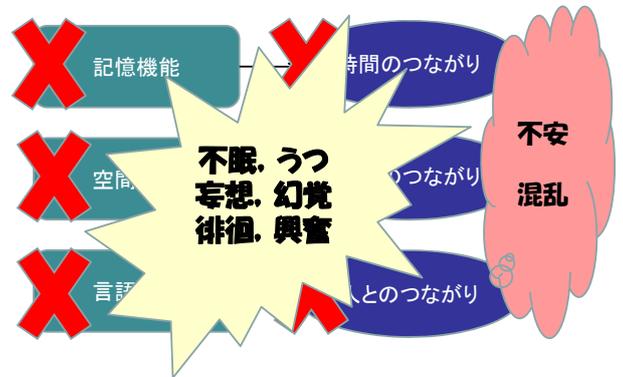
アルツハイマー型認知症では・・・



アルツハイマー型認知症では・・・



Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003



ある一人暮らしの認知症の人の話



ある日、娘夫婦が家を訪ねたところ、玄関に座り込んだまま立ち上がれなくなっている母親を発見した。救急車を呼んで病院を受診したところ、医師から腰椎圧迫骨折と言われ、「鎮痛薬を飲んで安静にしていれば回復しますよ」と説明された。しかし、娘夫婦は、本人が一人暮らしであり、最近認知症を疑わせる症状があるので「入院させてもらえませんか」と頼んだ。その直後……

ある一人暮らしの認知症の人の話(続き)



本人は娘に対して、「むりやり私を病院に連れてきて私を入院させるつもりか！お前たちは私をボケ扱いして私の家をのっとるつもりか！」と大声をあげて興奮しはじめた。娘夫婦の話では、夫と死別してから、ひっきりなしに娘夫婦の家に電話をかけてきて、「財布をどこに隠した！」「通帳を勝手にもっていったら！」「私を追い出して家をのっとるつもりか！」と激しく攻撃するようになったという。こういう状態なので、娘夫婦は、「自分たちの家に連れて行くこともできない。どうか入院させて欲しい」と医師に懇願した。

認知症サポーターがいると・・・



(一体どうなさったのですか?)  
 娘夫婦に無理やり病院に連れてこられたのです  
 (無理やり連れてこられたのですか?)  
 そうです。無理やりです  
 (玄関で動けなくなっていたのですか?)  
 そんなことはありません。仏壇をかたづけていただけです。そして娘たちが来て、いきなり私を自分たちの車に押し込んで連れてきたんです  
 (仏壇をかたづけていたんですか?)  
 そうです  
 (ご主人の仏壇ですか?)  
 そうです。夫が突然死んだもので、その後始末がいろいろあつて、



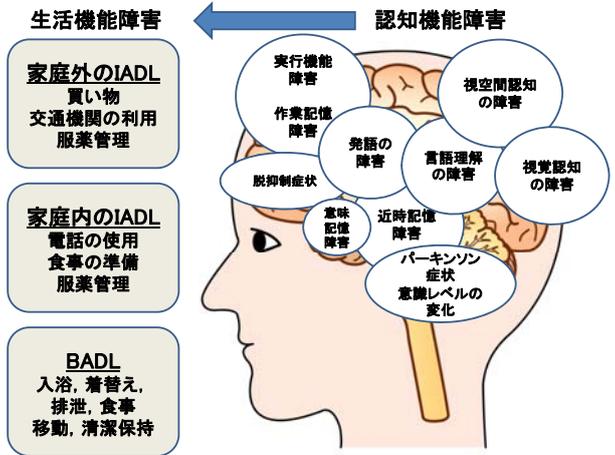
(それはたいへんでしたね)  
 ええ、突然だったものですから  
 (それからずっと一人暮らしをされていたんですか?)  
 そうです  
 (後片付けも一人でされていたんですか?)  
 そうです。夫が突然死んだもので、仏壇をかたづけていたんです  
 (それで腰を痛めたのですか?)  
 だと思います  
 (腰の痛みは今もあるんですか?)  
 ええありますよ  
 (重いものをもったせいか、腰の骨が潰れてしまっているようですよ?)  
 そうなんですか

## 認知症のケアの基本は・・・

「つながりを大切にしたケア」



Reality Orientation Therapy,  
Validation Therapy,  
Person Centered Care



認知症を理解するために  
代表的な認知症疾患について

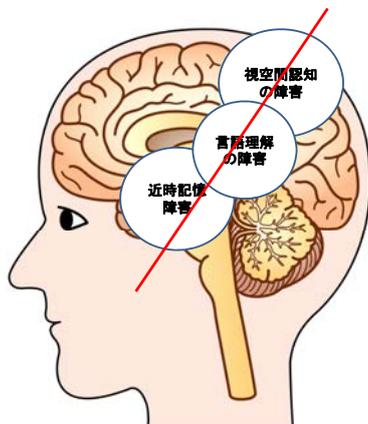
## アルツハイマー型認知症

### アルツハイマー型認知症とは

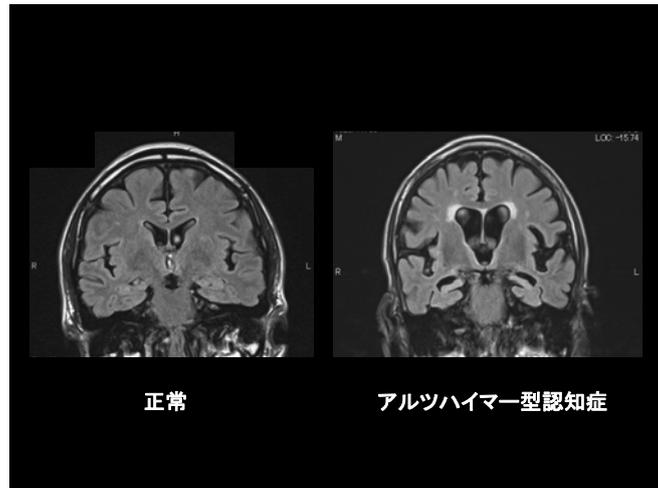
- 海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症。
- 老人斑の主要構成成分はアミロイドβ蛋白、神経原線維変化の主要構成成分はタウ蛋白であることが明らかにされている。
- 潜行性に発症、緩徐に進行。初期から近時記憶障害が目立つのが特徴。



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害



脳の障害部位とあられる認知機能障害



## 血管性認知症

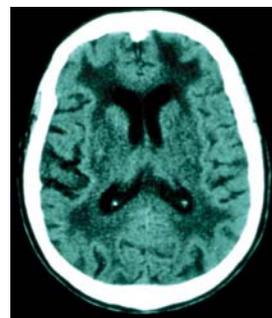
### 血管性認知症とは

- 脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して出現する認知症.
- 脳卒中発作の後に急速に発症し、階段状に進行するもの(多発梗塞性認知症)と、動脈硬化性血管病変による慢性虚血変化を背景に、潜行性に発症し、緩徐に進行するもの(皮質下血管性認知症)がある.

### 脳梗塞による血管性認知症の3類型

類型	説明
(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起こる認知症。 卒中発作によって急速に発症し、階段状に進行する。
(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梗塞によって起こる認知症。
(3) 小血管病変による認知症 (皮質下血管性認知症)	大脳基底核や白質の多発性小梗塞や慢性虚血性変化によって起こる認知症。 潜在性に発症し、緩徐に進行する場合が多い。

### 皮質下血管性認知症のMRI画像

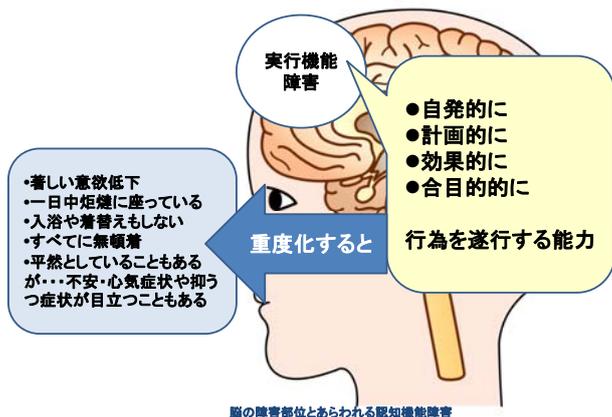




脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

### 実行機能(遂行機能)と生活機能

- お腹が減ったから、カレーライスを作って食べよう。
- 気分が減ってきたから、散歩にでも行こう。
- 風邪をひいたみたいだから、病院に行って、薬をもらってこよう。
- 寒くなってきたから、冬支度をはじめよう。
- 経済的に厳しいので、福祉事務所に行って、生活保護受給について相談してみよう。
- 水道が出っぱなしで止まらない・・・どうしよう。そうだ、まずは水道の元栓をしめよう。それから水道局に連絡しよう・・・



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

一日中何もせずに炬燵に入って  
テレビを見ている・・・

75歳の男性。

もともとお酒が好きで、よく飲み歩いていた。63歳で会社を退職してから、家で一人でお酒を飲むようになったが、やがて一日中何もせずに炬燵に入ってテレビを見て過ごすばかりになり、言わなければ着替えもせず、入浴もしなくなった。もともと高血圧症と糖尿病があったが、それも悪くなっているようだ・・・

### レビー小体型認知症

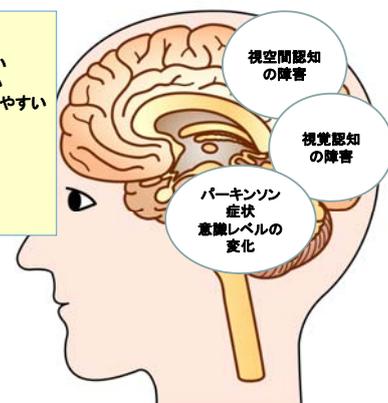
### レビー小体型認知症とは

- 認知症とパーキンソン症状を主症状とし、レビー小体が脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症。
- レビー小体の主要な構成成分は αシヌクレインと呼ばれる異常蛋白質であることが明らかにされている。

### 神経細胞内に見られるレビー小体



- 症状が変動しやすい
- 日中うとうとしやすい
- 夜間行動異常が現れやすい
- 幻視や錯覚が出現しやすい
- 妄想や抑うつ症状が出現しやすい
- パーキンソン症状
- 歩行障害
- 嚥下障害
- 動作緩慢
- 脱水症に注意
- 尿路感染症に注意



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

### レビー小体型認知症の臨床的特徴

症状	特徴
認知機能障害	ADよりも記憶障害軽度、遂行機能障害、注意障害、視空間構成障害が目立つ。
認知機能の変動	注意・覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動。日中の過度の傾眠や覚醒時の一過性混乱が見られることがある。
幻視	反復して現れる具体的な幻視。
その他の精神症状	誤認妄想(例:「誰かが家の中にいる」、抑うつ症状も多い)
パーキンソニズム	筋固縮、暴動が主。振戦は目立たないことが多い。
レム睡眠行動障害	夢内容と一致する異常行動。
抗精神病薬に対する感受性亢進	少量の使用でパーキンソン症状悪化。
自律神経症状	便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧、転倒・失神の原因となるので要注意。

家の中に見知らぬ人が……

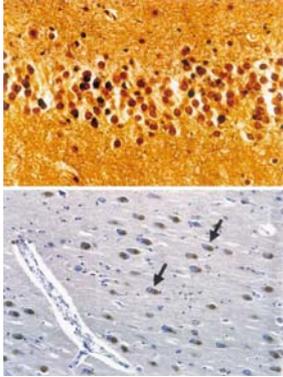
74歳の女性。  
「家の中に見知らぬ人が入ってきて、家の中のものを勝手にもっていく」「仏壇の前で小さな子どもたちが遊んでいる」などと言い、誰もいないのに「どこから来たの」などと声をかけたりする。夜中寝ているときに大声を出し、隣で寝ている夫を叩いたりすることがある。日中うとうと過ごしていることも多い。最近は歩行が不安定になり、転びやすい。

### 前頭側頭葉変性症

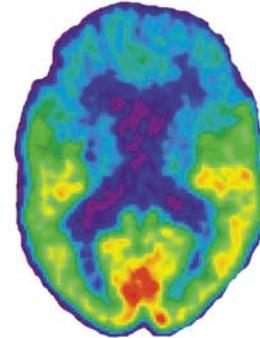
### 前頭側頭葉変性症とは

- 大脳前方領域(前頭葉や側頭葉前部)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の総称。
- 前頭側頭型認知症(FTD)、非流暢性進行性失語(PA)、意味性認知症(SD)という3つの臨床亜型がある。

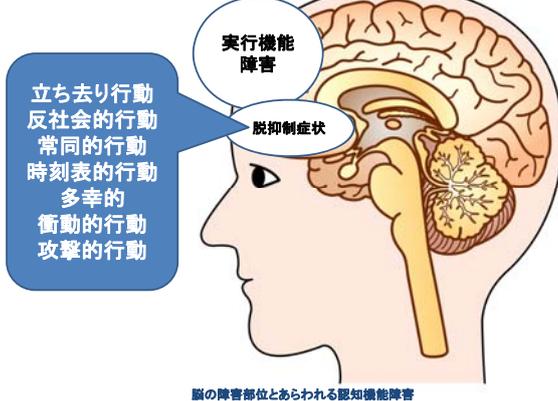
神経細胞内に見られるピック小体



前頭側頭型認知症のSPECT画像



前頭側頭型認知症 (FTD)

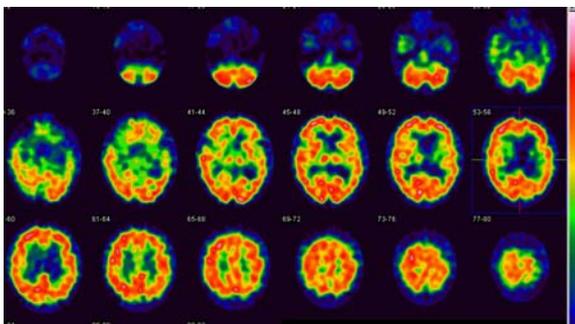


すべてに無頓着, 同じことばかりする...

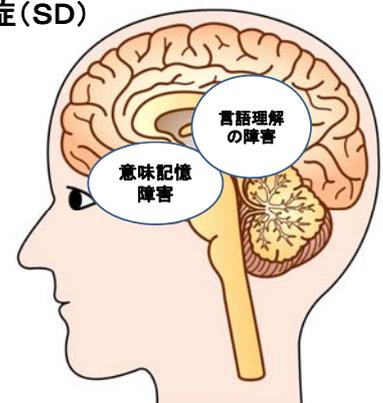
63歳の男性

仕事のこと, 家族のこと, 世の中の出来事も, 何に対しても興味や関心がなくなった. 人が来ても挨拶もせず勝手にいなくなる. 普段あまりしゃべらないが, たまにしゃべっても同じことしか言わない. いつも午後3時になると自転車に乗ってどこかにでかけていく. コンビニでいつも決まったパンを買ってくる.

意味性認知症の人のSPECT所見



意味性認知症 (SD)



言葉が出てこない、理解できない……

- 75歳の女性.
- 1年前から花の名前や漢字が思いだせなくなり、頭の働きが悪くなった感じがする.
- 夫からも「バカ」「頭がおかしい」「料理も下手になった」と言われ、娘と話していても「何を話しているのかさっぱりわからない」と言われ、話を聞いてくれない.
- **悲しい気持ちになる、死にたくなることもある……**

社会的困難状況にある一人暮らしの認知症高齢者  
認知症総合アセスメントの重要性

### 事例： 80歳，女性

- 元教員。現在はマンションで一人で暮らしている。
- 60代で大腸がんの手術を受けており、その頃から近医で高血圧症の治療を受けていたが現在は通院していない。
- 79歳頃から、夜中にベランダで大声をあげたり、ゴミを溜め込んで悪臭を発生させたり、隣家の扉を朝4時頃から怒鳴り声をあげて叩いたり、近隣住民とのトラブルが絶えなくなった。
- 近隣住民らがマンションの管理会社に相談し、管理会社が地域包括支援センターに連絡。以後、地域包括支援センターの社会福祉士がケースに関わるようになった。

### 事例の続き

- 社会福祉士が女性宅を訪問したところ、身体的には自立しており、にこやかに話をするが、健忘は著しく、話したことはすぐに忘れる。家の中も整理できない様子で雑然としており、冷蔵庫の中の食べ物は腐っており、それを食べているようである。
- 財布、鍵などを紛失し、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む特定の人物」だと言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の張り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問したりしている。
- 部屋の片隅には何故か新品のDVDが3台ある。

### 事例の続き

- 社会福祉士は、区役所の担当窓口と相談し、親戚縁者を探したところ、青森県に20年前に離婚した元夫と娘がいることがわかり連絡してみた。が、対応は困難という返事だった。
- 本人を説得して、何とか近くの精神科クリニックを受診させたところ、老年精神病という診断で抗精神病薬の処方を受けたが、本人は服薬も通院も拒否。
- 地域包括支援センターでケース会議を開催。「これ以上の在宅ケアは困難、入院の方向にもっていきたい」ということになり、認知症疾患医療センターの相談室に連絡をいれた。

### 認知症の総合アセスメント

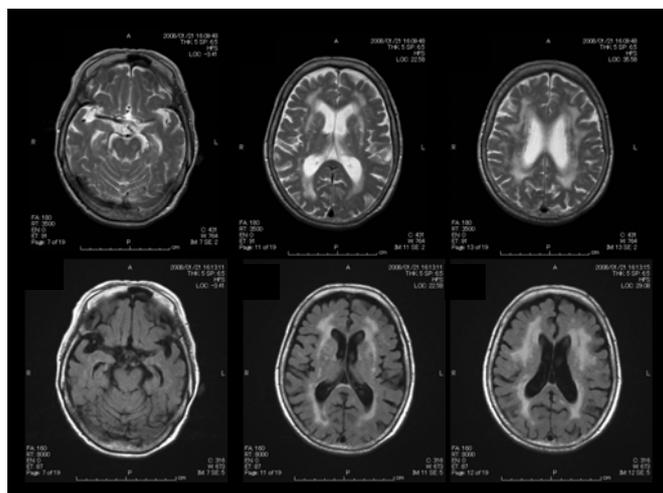
領域	内容
認知症疾患	?
認知機能障害	近時記憶障害
生活機能障害	金銭管理の障害、服薬管理の障害、食事の準備の障害
身体合併症	高血圧症、大腸がん術後
精神症状・行動障害 (BPSD)	被害妄想、物盗られ妄想、侵入妄想、攻撃性、易興奮性、夜間不眠、叫声
社会的状況	近隣トラブル、独居、身寄りなし、医療機関への受診困難、悪質商法被害

## 事例の続き

- 医療相談室では、①認知症疾患の可能性があること、②高血圧症の治療が中断していること、③大腸がんの定期健診も中断していることなども勘案して、まずは、当院の認知症疾患医療センターに受診してもらい、鑑別診断と総合的な医学的評価を受けることを助言した。
- 地域包括支援センターの社会福祉士も、本人が大腸がんのことを気にかけていること知っていたので、まずは、スタッフ同伴でセンターを受診するように説得してみようということになった。

## 初診時所見

- MMSE 20/30, 3単語遅延再生(0/3), 時間失見当識(2/5), 連続7減算(2/5), 透視立法体図模写・時計描画障害
- 身体的ADL自立, 手段的ADL障害(金銭管理, 服薬管理, 家事障害)
- 精神症状・行動障害:被害妄想, 侵入妄想, 物盗られ妄想, 攻撃性, 易興奮性, 夜間不眠, 叫声
- 神経学的異常所見(-), 血圧 180-100mmHg
- 血液・生化学検査・甲状腺機能・VitB1/B12・葉酸異常なし, 梅毒血清反応(-)
- 頭部CT:両側側頭葉萎縮, 両側大脳白質に融合性低吸収域(慢性虚血性変化)



## 認知症の総合アセスメント

領域	内容
認知症疾患	脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 視空間構成障害, 実行機能障害(判断力・問題解決能力の障害)
生活機能障害	金銭管理の障害, 服薬管理の障害, 食事の準備の障害
身体合併症	高血圧症, 大腸がん術後
精神症状・行動障害(BPSD)	被害妄想, 物盗られ妄想, 侵入妄想, 易刺激性, 攻撃性, 夜間不眠, 叫声
社会的状況	近隣トラブル, 独居, 身寄りなし, 医療機関への受診困難, 悪質商法被害

## 診断と方針

- 要介護認定を受け, 在宅サービスを利用しながら, 地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- 地域包括支援センター社会福祉士同伴で定期的に当院(精神科, 内科)に通院して医学的管理
- 訪問看護を導入して服薬管理
- 権利擁護センターを利用して財産管理
- 青森に住む元夫, 娘に病状を説明して, 成年後見制度の申し立てを依頼
- 後見人が選任された段階で, 本人とも相談しながら, 施設入所の契約を進める。

## 方針

- 地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- 地域包括支援センター社会福祉士同伴で定期的に通院→毎回, 通院の説得がたいへん
- 訪問看護を導入して服薬管理→訪問看護師の顔が覚えられず, やがて訪問を拒否
- 権利擁護センターを利用して財産管理
- 元夫, 次女に病状説明, 成年後見制度の申し立てを依頼。後見人が選任されたら, 施設入所の契約を進める→申請をしてもらえることになった。
- 不動産会社からは退去勧告。本人も下痢, 便失禁。
- 後見人が選任され, まずは医療保護入院とする

## 入院経過

- ・ 医療保護入院。当初は大腸癌の健診のためと本人なりに理解するが、やがて退院要求が強まり、しばしば興奮し、攻撃的なる。が、その都度、大腸癌の経過が思わしくないのか？と本人なりに想像しているようで、入院を受け入れている。
- ・ 体育の教師をしていたためか、レクリエーションには積極的に参加。食事時には他患の配膳・下膳を手伝うなど役割を担おうとする。他の入院患者とも和やかに会話し、看護学生には自慢気に昔話をする。
- ・ リスパダールを6mgまで使用。新たな妄想の産出は認めず、感情や行動も概ね穏やかになる。
- ・ 入院2カ月後に介護老人保健施設に入所する。

## 認知症のステージから見たケアのニーズ



## 認知症の早期診断・早期対応の重要性

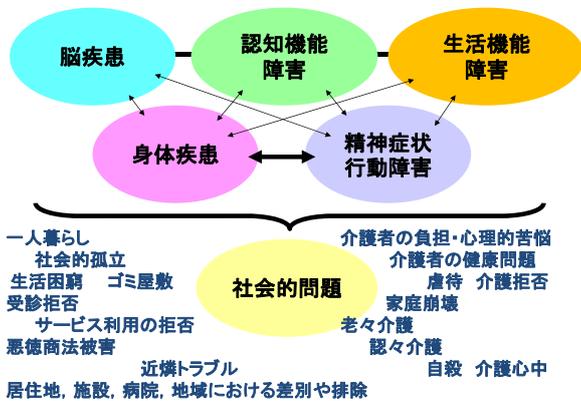
「認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断・アセスメントを実施し、情報を共有し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族が生活の質を保持し、穏やかで安全な生活を継続できるようにする」



(栗田:保健医療科学61:125-129,2012)

## 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント DASCについて

## 認知症の全体像



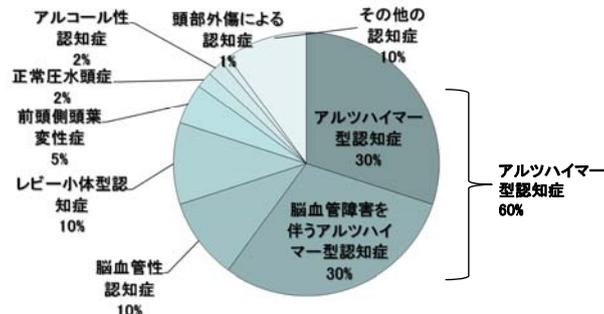
## 認知症の総合アセスメント

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
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、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。
身体疾患・身体機能障害	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、顕微性肺炎、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、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	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、不平等を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、せん妄など。
社会的問題	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、火の不始末、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、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

### 認知症の総合アセスメント

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
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、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。
身体疾患・身体機能障害	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、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	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、不平等を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症、せん妄など。
社会的問題	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、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

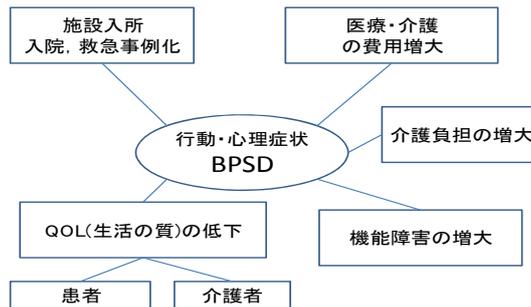
### もの忘れ外来を受診する高齢者の診断名



### 認知症の総合アセスメント

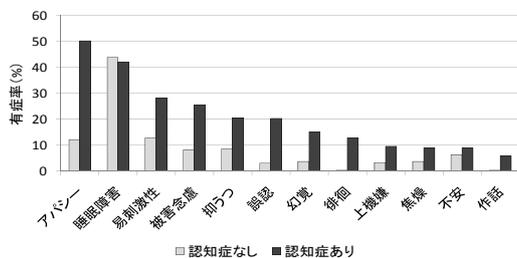
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、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、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	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、不平等を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症、せん妄など。
社会的問題	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、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

### 認知症の行動・心理症状(BPSD)とは・・・ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia



BPSDが及ぼすさまざまな影響(Finkel 1996から引用)

### 認知症の行動・心理症状の出現頻度



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2009より作成)

### せん妄とは

- 軽度の意識混濁によって、注意障害、認知機能の全般的障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、さまざまな精神症状(錯覚、幻覚、妄想など)が現れた状態。
- 一日の中で症状が変動することが多い。
- 身体合併症(脱水症、感染症、心疾患など)や薬物が原因になることが多い。
- 精神運動が増加する場合(活動増加型)と減少する場合(活動減少型)がある。

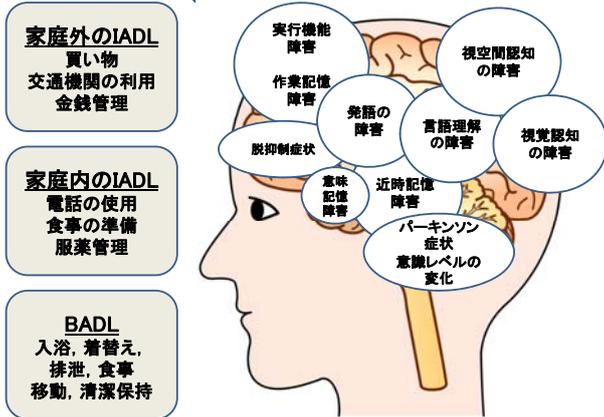
## 認知症の総合アセスメント

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
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、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。
身体疾患・身体機能障害	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、褥創、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。
社会的問題	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、火の不始末、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、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。

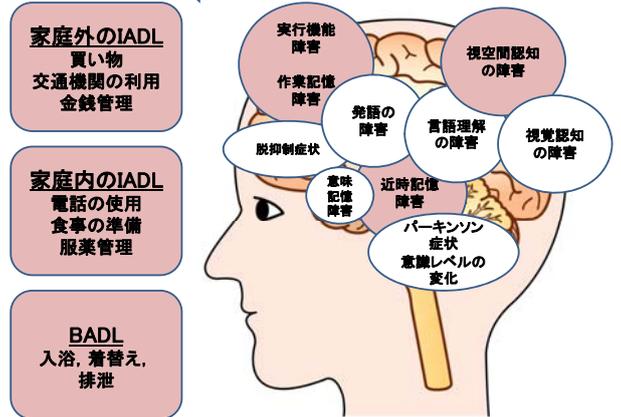
## 認知症の全体像



### 生活機能障害 ← 認知機能障害

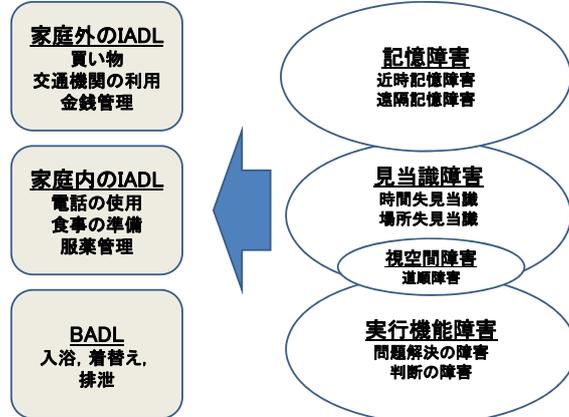


### 生活機能障害 ← 認知機能障害



### 生活機能障害

### 認知機能障害



Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC-20

1	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
2	1年前と比べてものが覚えられにくくなりましたか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
3	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	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
4	9分前に行った道を思い出せないことがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
5	自分の生年月日がわからないことがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
6	今日何月何日かわからないときがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
7	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
8	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもある
9	電気がガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
10	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
11	乗車や駅に合った服装を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
12	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
13	バスや電車、自家用車などを一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
14	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いが一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
15	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
16	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
17	自分で、着たままの洋服に決まった分量のむくことができますか	1. 問題なくできる	2. 対応しにくい	3. 対応できない	4. できない
18	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや助けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
19	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや助けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
20	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや助けを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する

作成者：栗田圭一、東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症への予防と介入の促進）

DASC

1	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
2	1年前と比べてもの忘れが増えたか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
3	財布や鍵など、物を置いた場所が	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	
4	5分前に聞いた話を思い出せない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	
5	自分の生年月日がわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	今日が何月何日かわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
7	自分のいる場所がどこかわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
8	道に迷って帰ってこれない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
9	電気やガスや水道が止まって	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
10	一日の計画を自分で立てることが	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
11	季節や状況に合わせて	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
12	一人で買い物に行きますか	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
13	バスや電車、自家用車などを	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
14	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	電話をかけること	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
16	自分で食事の準備	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
17	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
18	入浴は一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL
19	着替えは一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL
20	トイレは一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL

DASC

は通常は中等症以上の認知症で認められる

1	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
2	1年前と比べてもの忘れが増えたか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
3	財布や鍵など、物を置いた場所が	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	
4	5分前に聞いた話を思い出せない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	
5	自分の生年月日がわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	今日が何月何日かわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
7	自分のいる場所がどこかわからない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
8	道に迷って帰ってこれない	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
9	電気やガスや水道が止まって	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
10	一日の計画を自分で立てることが	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
11	季節や状況に合わせて	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	
12	一人で買い物に行きますか	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
13	バスや電車、自家用車などを	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
14	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	電話をかけること	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
16	自分で食事の準備	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
17	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題ない	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
18	入浴は一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL
19	着替えは一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL
20	トイレは一人で	問題ない	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	身体的ADL

近時記憶障害、時間失見当識、実行機能障害が~~あ~~って、交通機関の利用、金銭管理、服薬管理に支障を来しているが、入浴、着替、トイレなどは自立している……  
軽度認知症かと思われる。

### 認知症重症度の評価の基準

	軽度	中等度	重度
記憶障害	近時記憶	遠隔記憶(部分)	遠隔記憶(全般)
見当識障害	時間	場所	人物
問題解決・判断力障害	問題解決	判断力(部分)	判断力(全般)
ADL障害	IADL	BADL(部分)	BADL(全般)

DASC DASC-18=1×6+2×5+3×6+4×1=38点 (29点以上で認知症疑い)

1	もの忘れが多いと感じますか						
2	1年前と比べてもの忘れが増えたか						
3	財布や鍵など、物を置いた場所が	1	2	3	4	記憶機能	
4	5分前に聞いた話を思い出せない	1	2	3	4	記憶機能	
5	自分の生年月日がわからない	1	2	3	4	見当識	認知機能
6	今日が何月何日かわからない	1	2	3	4	見当識	認知機能
7	自分のいる場所がどこかわからない	1	2	3	4	見当識	認知機能
8	道に迷って帰ってこれない	1	2	3	4	見当識	認知機能
9	電気やガスや水道が止まって	1	2	3	4	問題解決判断	
10	一日の計画を自分で立てることが	1	2	3	4	問題解決判断	
11	季節や状況に合わせて	1	2	3	4	問題解決判断	
12	一人で買い物に行きますか	1	2	3	4	家庭外のIADL	生活機能
13	バスや電車、自家用車などを	1	2	3	4	家庭外のIADL	生活機能
14	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	1	2	3	4	家庭内のIADL	生活機能
15	電話をかけること	1	2	3	4	家庭内のIADL	生活機能
16	自分で食事の準備	1	2	3	4	家庭内のIADL	生活機能
17	自分で、薬を決まった時間に決まった	1	2	3	4	家庭内のIADL	生活機能
18	入浴は一人で	1	2	3	4	身体的ADL	身体的ADL
19	着替えは一人で	1	2	3	4	身体的ADL	身体的ADL
20	トイレは一人で	1	2	3	4	身体的ADL	身体的ADL

### 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント (Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System)

#### <長所>

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

#### <課題>

- 言語機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない。

### 対象の基本属性

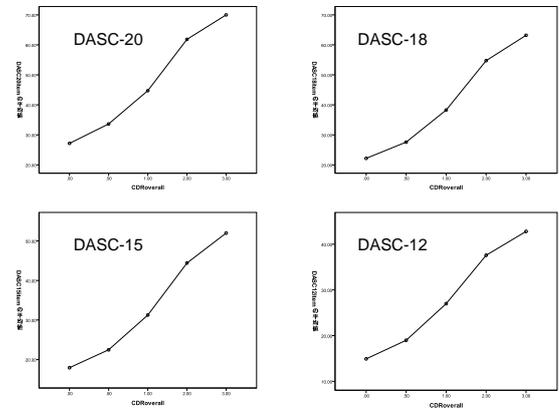
	東京都健康長寿医療センター	和光病院	日本大学医学部 板橋病院精神科	板橋区地域 在住高齢者	計
<b>本人の属性</b>					
N	60	19	20	127	226
男/女	28/34	8/11	7/13	41/86	52/144
平均年齢±標準偏差	81.05±6.09	77.21±6.49	75.65±9.04	71.91±3.78	75.12±6.60
年齢範囲	61-94	64-88	60-89	66-80	60-94
教育年数	10.80±3.26	10.21±3.31	12.05±2.37	12.44±2.65	11.78±2.96
MMSE	19.52±5.65	18.16±7.46	19.75±7.89	27.67±2.16	24.04±6.18
CDR 0	9	5	2	113	129
CDR 0.5	22	7	4	14	47
CDR 1	24	4	5	0	33
CDR 2	4	2	6	0	12
CDR 3	1	1	3	0	5
正常/神経症	5	2	2	123	132
脳血管性認知症	9	1	5	4	19
アルツハイマー病	26	14	8	0	48
脳血管性認知症	12	0	3	0	15
レビー小体型認知症	3	0	1	0	4
混合型認知症	2	2	1	0	5
その他の認知症	3	0	0	0	3
<b>DASC回答者の属性</b>					
N	60	19	20	127	226
男/女	18/42	8/11	10/10	41/86	77/149
平均年齢±標準偏差	61.88±13.71	57.63±13.24	60.76±12.93	71.91±3.78	67.06±10.81
年齢範囲	35-95	35-76	40-81	66-90	35-9
配偶者	21	8	1	0	37
兄弟姉妹	2	0	1	0	3
息子	11	6	4	0	21
娘	23	2	7	0	32
養子	3	2	0	0	5
介護専門職	0	1	0	0	1
本人	0	0	0	127	127

### 併存的妥当性(CDR, MMSEとの相関)

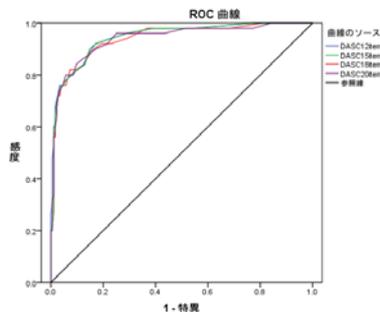
	DASC-20	DASC-18	DASC-15	DASC-12
CDR総合点				
相関係数	0.708**	0.695**	0.725**	0.724**
偏相関係数#	0.813**	0.820**	0.832**	0.825**
MMSE合計点				
相関係数	-0.606**	-0.592**	-0.605**	-0.605**
偏相関係数#	-0.716**	-0.723**	-0.726**	-0.723**
年齢				
相関係数	0.486**	0.465**	0.493**	0.490**
偏相関係数#	-	-	-	-
教育年数				
相関係数	-0.128	0.096	-0.099	-0.099
偏相関係数#	-	-	-	-

数値はSpearman相関係数。#年齢, 教育年数を調整した偏相関係数。\*\*p<0.001

### 弁別的妥当性(DASC平均得点の群間比較)



### 弁別的妥当性の評価(ROC分析)



認知症(CDR1以上)を非認知症(CDR0-0.5)から弁別する場合

### 弁別的妥当性の評価(ROC分析) 軽度認知症(CDR1) Vs. 非認知症(CDR0 or 0.5)

	DASC-20	DASC-18	DASC-15	DASC-12
AUC (95%信頼区間)	0.939 (0.899-0.980)	0.940 (0.902-0.978)	0.945 (0.910-0.980)	0.947 (0.913-0.982)
P値	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001
Cut-off	34/35	28/29	23/24	19/20
感度	0.880	0.880	0.840	0.880
特異度	0.852	0.852	0.869	0.858

東京都健康長寿医療センター, 和光病院, 日本大学板橋病院精神科, 板橋区地域在住高齢者(計226名)のデータで解析.

### 結論

- DASCは軽度認知症のスクリーニングツールとして適切な内的信頼性, 因子妥当性, 併存的妥当性, 弁別的妥当性を有する.
- 認知症アセスメントシートとして使用する場合には, 20項目版(DASC-20), 18項目版(DASC-18), 15項目版(DASC-15)が推奨されるが, 軽度認知症スクリーニングツールとして使用する場合にはDASC-12で十分である.

情報共有ツールとしての  
認知症総合アセスメントシートの作成

## 認知症総合アセスメント票 Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System (DASC)

表面 認知機能、生活機能

項目	評価	備考
認知機能		
生活機能		
身体合併症		
精神症状・行動障害		
社会的状況		

東京都健康長寿医療センター研究所で作成

裏面

身体合併症、精神症状・行動障害、社会的状況

身体合併症	
精神症状・行動障害	
社会的状況	

## 認知症初期集中支援チームのモデル



## 異なる組織間連携→サービスの一体的提供



地域の中でのアセスメント



ケースカンファレンス



診断と医学的アセスメント

1. 情報共有
2. 総合的なアセスメント
3. 支援プランの策定
4. 効果の継続的モニタリングとプランの調整

## 認知症初期集中支援チームの基本骨格(案)

A. 気づき: 本人、家族、近隣住民、生活機能評価、見守りネット、訪問事業など

B. 相談の応需(訪問を含む) & 初回アセスメント

情報共有/診断

C. チーム会議:  
(地域ケア会議)

総合アセスメント  
①疾患(診断):  
②認知機能障害:  
③生活機能障害:  
④精神症状・行動障害:  
⑤身体疾患・障害:  
⑥社会状況:  
住まい、経済  
家族・介護者  
社会的問題

支援プラン  
① 住まい:  
② 権利擁護:  
③ 日常生活支援:  
④ 家族支援:  
⑤ 予防:  
⑥ 医療:  
⑦ 介護:

D. 支援(訪問)



## 地域包括支援センター、訪問看護ステーション、病院職員、介護サービス事業所職員、区役所職員が参加したDASC研修会



2012.11.15 千代田区



認知症になっても安心して暮らせる地域社会をどのようにして創出していくか、人々の叡智を結集していかなければなりません。

ご清聴ありがとうございました。