

認知症初期集中支援チームの活動強化に係る研修会

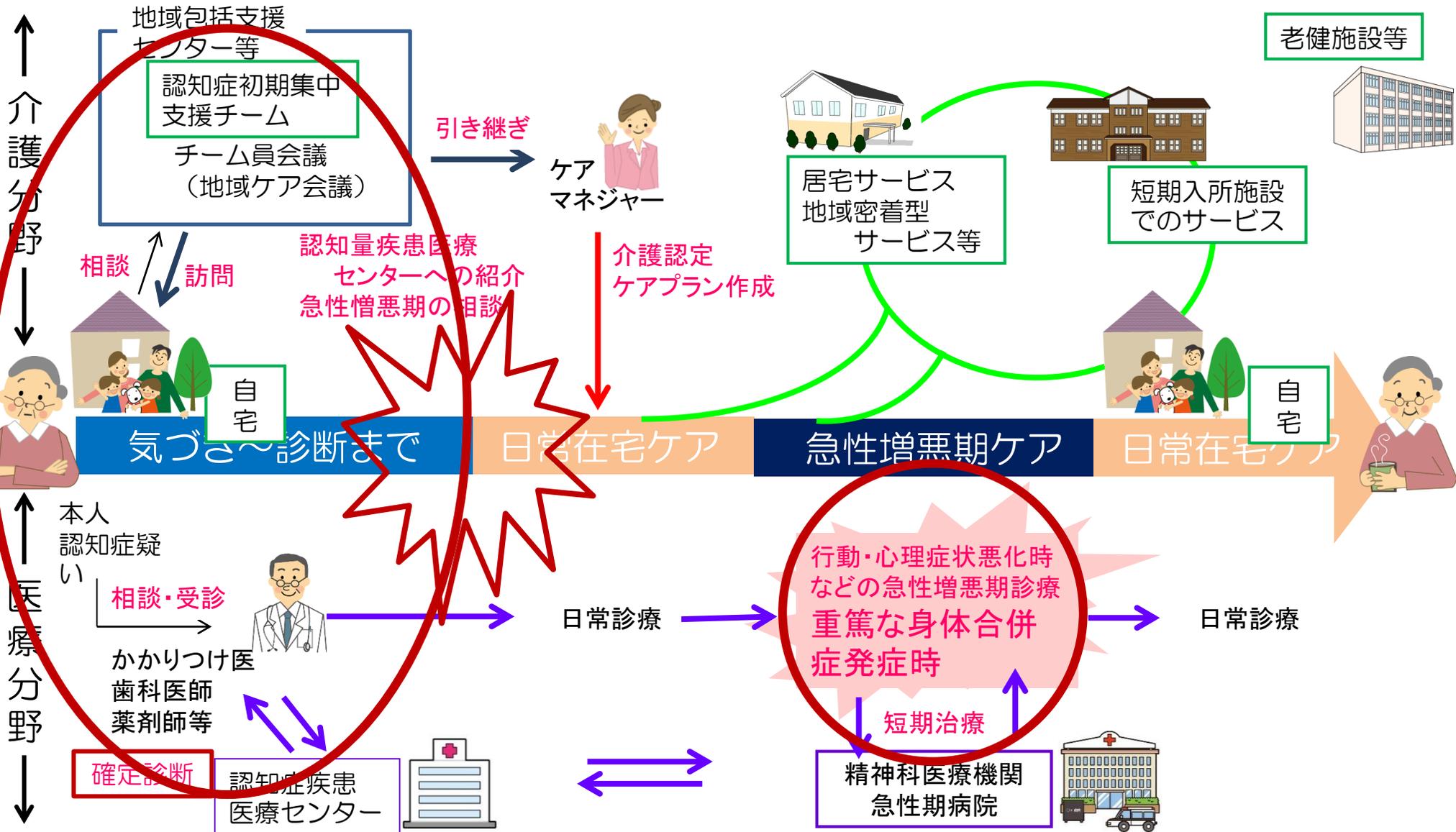
# 認知症初期集中支援チームの活動

国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター  
鷺見幸彦



2021年10月8日 豊橋  
2021年11月5日 名古屋

# 認知症 ケアパスの概念図



# 認知症初期集中支援チームの歴史

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
施策	オレンジプラン			新オレンジプラン 地域支援事業			全国の市町村で活動開始
	← モデル事業 →			← 全国に設置 →			← 評価 →
調査研究	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  モデル事業 3か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業  モデル事業 14か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム設置・運営に関する調査研究事業  モデル事業41か所  調査用データベースの開発	認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業	認知症初期集中支援チームの設置後の効果に関する研究事業
研修		テキスト作成		全国5か所で研修	全国5か所 6回	全国7か所 8回	全国4か所 5回

## 認知症大綱の基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

- ① 普及・啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

①—⑤のすべてに認知症の人やその家族の視点の重視

「予防」とは認知症にならないという意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味

# 認知症大綱の概要

## 初期集中支援チームに関する記載

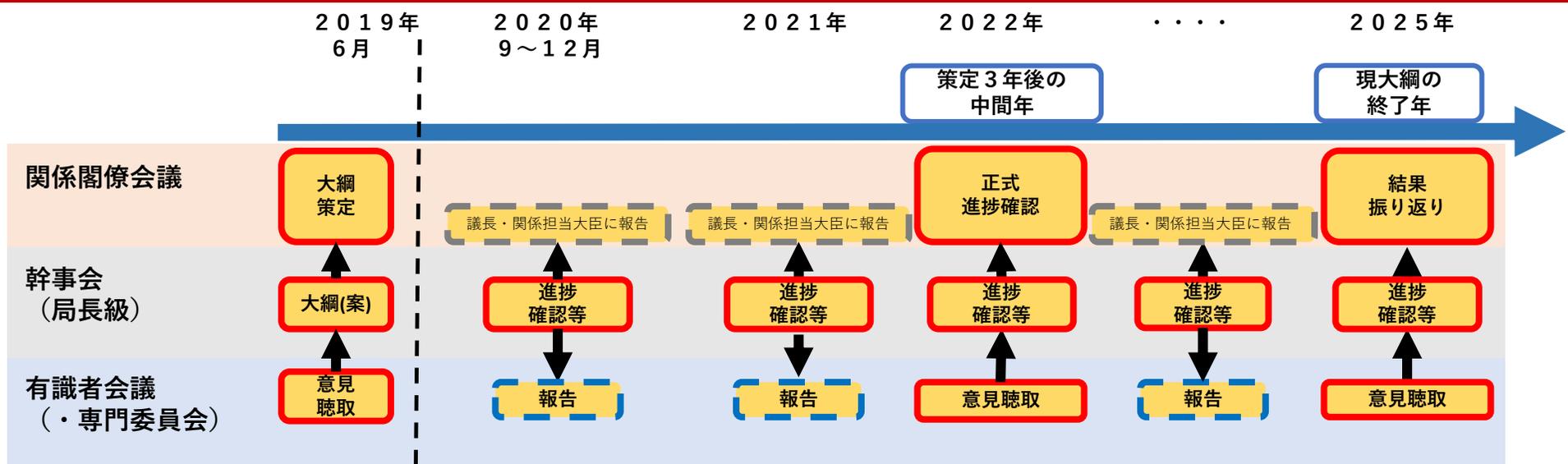
2019年6月18日

複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価をおこなった上で、家族支援等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認知症初期集中支援チームは、ほぼすべての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。

### Key Performance Indicator

- ① 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成
- ② 初期集中支援チームにおける訪問実人数 全国で年間40,000件
- ③ 医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

# 認知症施策推進大綱のスケジュール



## 認知症施策推進大綱（認知症初期集中支援チーム）

- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等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認知症初期集中支援チームは、ほぼ全ての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し 全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。

### KPI/目標

・ 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成	
・ 認知症初期集中支援チームにおける訪問人数	年間40,000件
・ 認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合	65%

### KPIのフォローアップの状況

#### 【令和元年度の実績】

(令和2年度認知症施策・地域介護推進課実施状況調べ)  
 訪問実人数：17,897人 (※平成30年度 17,972人)  
 医療サービスにつながった者：76.4%  
 介護サービスにつながった者：61.0%

# 認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査－早期対応を中心として－の結果（勧告）

## 認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査－早期対応を中心として－〈概要〉



勧告日：令和2年5月12日 勧告先：厚生労働省

### 調査の目的

認知症高齢者への早期対応を中心とした支援施策の実態を把握し、課題を明らかにすること。

[調査対象機関：厚生労働省、都道府県（23）、市町村（62）、医療センター（55）、民間事業所（認知症グループホーム）] [調査期間：平成30年8月～令和2年5月]

### 主な調査結果

(報告書「2-(1)地域の実情に応じた認知症初期集中支援の推進」P21～P51)

- **市町村の人口規模や高齢者数にかかわらず、配置場所、配置数、支援実績は様々**
    - ・ 支援実績は、1支援チーム当たりの高齢者数が同規模の市町村で最大33倍の差
  - **支援チームによる支援は初期ではなく、対応困難事案に偏る傾向**
    - ・ 地域包括支援センターで対応困難とされた事案を支援チームが担当する市町村が約6割
- ⇒ 認知症初期集中支援の実績や効果は、支援チームによる支援状況だけでなく、地域包括支援センター等による支援状況と**一体的に捉えることが必要**

### 主な勧告

- 支援チームと地域包括支援センターの役割分担を含めた認知症高齢者に対する支援の実例を把握・分析すべき。  
その結果を踏まえ、地域の実情に応じて選択可能な支援スキームを市町村に示すべき。
- 認知症初期集中支援によって上げるべき効果を明確にするとともに、効果を評価できる指標を市町村に示すべき。

### II 医療センターの事業評価

(報告書「2-(2)医療センター運営事業の目的に即した評価の推進」P56～P65)

- **都道府県等が行うこととされている各医療センターの事業評価は、約5割が未実施**
  - ・ 各医療センターから提出された事業実績報告書の内容確認にとどまっている
- **都道府県全体や圏域での機能体制の構築に係る評価の実施について位置付けなし**
  - ・ 医療センター運営事業の目的は、地域で認知症に必要な医療を提供できる機能体制の構築

- 都道府県等による各医療センターの事業内容の評価の要否を検討すべき。
- 圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価すべき。

## 認知症初期集中支援チームの評価指標

認知症初期集中支援チームを設置したことで、他の施策と連動して、早期診断・早期対応の支援体制を構築できているかどうか

### ① チームの早期介入によって、本人や家族等が望む生活が続けられているかどうか

- ▶ 各自治体が位置付けた対象者に介入できているか
- ▶ 診断がついていなかった事例に（暫定でも）診断がついたか（介護サービス利用がなかった事例に介護サービスが導入されたか）
- ▶ 支援終了後も本人や家族等が望む生活が続けられているかどうか
- ▶ 支援終了後に、介入前より本人・家族を支援してくれる人が増えたか

### ② 認知症の人と家族を支援する専門職（チーム員）の育成やチーム力の向上につながっているかどうか

- ▶ 抱え込みをせず、多職種で検討する習慣がついたか
- ▶ アセスメントの視点が変わったか
- ▶ 今まで連携がとれていなかった職種や人材との連携がとれるようになったか

### ③ チームの活動が、早期診断・早期対応の支援体制を構築するための地域づくりにつながっているか

- ▶ チーム介入事例の集積をもとに地域ケア会議に事例をあげる等、地域課題の抽出につながられたか
- ▶ 各自治体の認知症に関する相談先を知っている者、また、相談数は増えたか

# 初期集中支援チーム 評価指標 (R01年度版検討)

## H30年度 評価指標

評価指標項目	
①活動量	(1) 対象者数
②機動性	(2)-1 初動期間
	(2)-2 支援期間 (予備)
③効果	(3)-1 DASCスコア (予備)
	(3)-2 DBD13スコア (予備)
	(3)-3 J-ZBI_8スコア
④達成	(4) 医療・介護引継



チーム属性区分
①チーム設置機関種類 (包括/医療機関/疾患センター/行政/その他)
②設置後期間 (1年未満/1~2年程度/2年以上)
③チーム員人数 (2~3人/4~5人/6人以上)

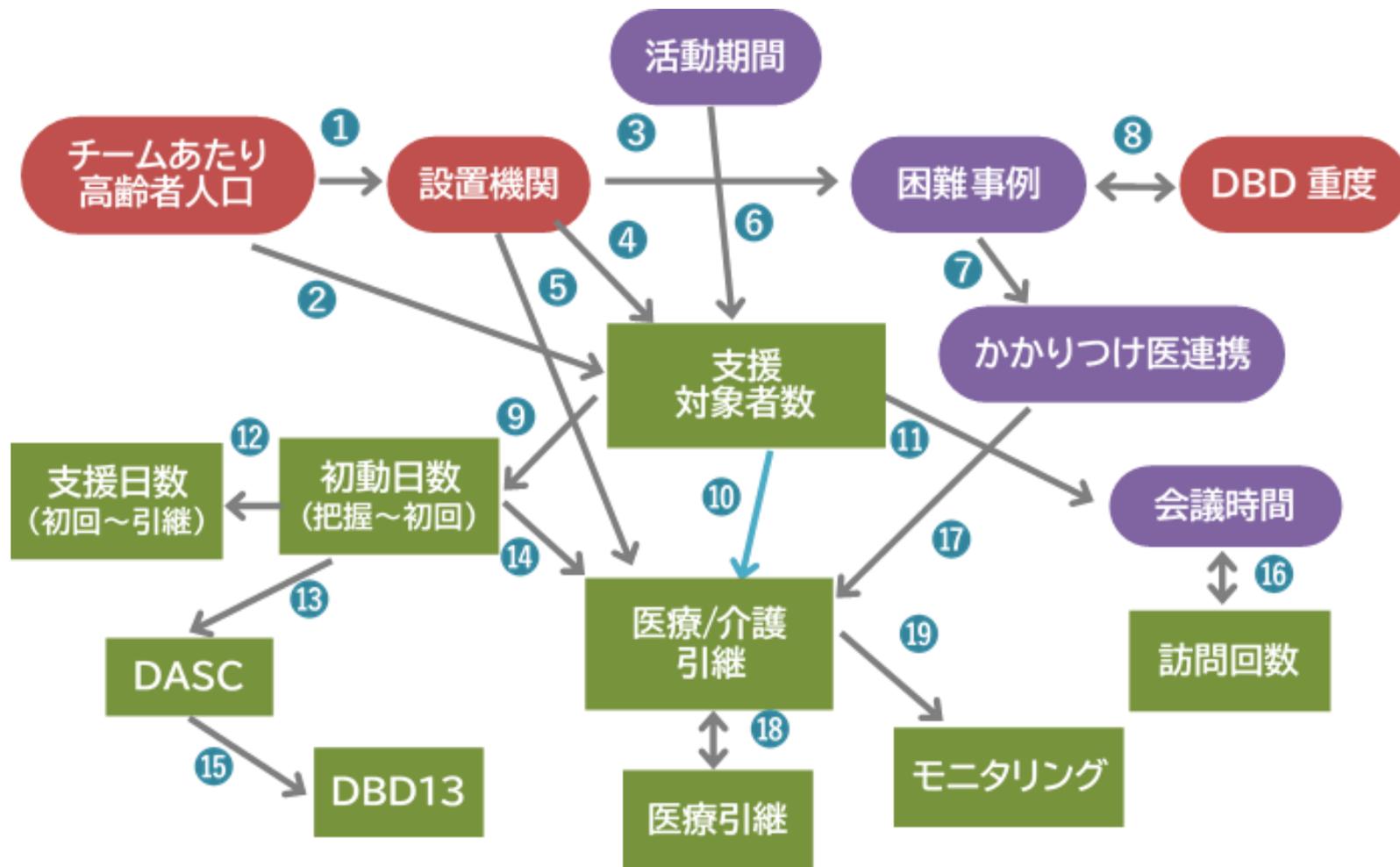
## R01年度 評価指標案

評価指標項目	
①活動量	(1)-1 対象者数
	(1)-2 訪問回数
②機動性	(2)-1 初動期間
	(2)-2 支援期間
③効果	(3)-1 DASCスコア
	(3)-2 DBD13スコア
④達成	(4)-1 医療・介護引継
	(4)-2 医療引継
	(4)-3 モニタリング実施



チーム属性区分
①チーム設置機関種類
②設置後期間
③チーム規模 (1チームあたり高齢者数)
④困難事例/重度者例 対応比率 (介入時DBD13)
⑤チーム員会議実施 (月間時間数/回数)
⑥かかりつけ医連携比率

# 属性用項目と評価指標項目の関連性



チーム属性に関する項目

- チーム属性でもあるが評価指標にもなる項目
- 評価指標になる項目

※枠の丸、角は、元の2分類(丸は属性にかかる項目、角は評価指標に係る項目)を示している。

# 初期集中支援チームを評価する 現時点での評価項目候補

- ①医療介護への引継ぎ（目標達成）
- ②把握から初回訪問までの期間（機動性・対応力）
- ③困難事例への対応（対応力）
- ④DBD13の介入時と終了時のスコア差（効果）
- ⑤延訪問件数（活動面）

## 今後検討すべき評価項目

- ①本人・家族の評価
- ②生活満足度や全般的な満足度
- ③新しい介護負担尺度
- ④モニタリング時の評価

# 支援チームを評価する評価項目

評価項目	趣旨	活用例
① 医療／介護引継	目標達成※ <sup>1</sup> の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療「介護」それぞれの引継ぎ状況について分析し、支援チームの強みや弱み、特徴、課題等を把握する</li><li>・ 引継ぎができた者とそうでない者の特徴等も併せて分析する等、分析の深掘を実施することで支援チームの課題を明確にする</li></ul>
② 初動日数	機動力・対応力の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 要した日数の長短を評価し、その結果の背景にある要因を様々な観点から分析する</li><li>・ 分析結果を認知症の早期発見・早期対応の支援体制の構築に向けた検討に活用する</li></ul>
③ 困難事例への対応	対応力の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>・ チーム属性項目や他の評価指標項目との関連や困難事例への対応方法や内容からその支援結果を分析し、支援チームの特性等を把握する</li></ul>
④ DBD13の介入時と終了時のスコア差	活動の効果の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>・ スコア差（改善の有無含）を評価し、その結果の背景にある要因を様々な観点から分析する</li><li>・ 分析結果から支援チームの支援体制を把握し、効果的な支援方法について検討する</li></ul>
⑤ 支援対象者	活動量の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 支援チームが対応できている数としてとらえる</li><li>・ 対象者数の増減※<sup>2</sup>を支援チームの認知度や設置後期間等を踏まえ、その結果の背景にある要因を様々な観点から分析する</li></ul>

※ 1 早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築

※ 2 対象者数が多いことが単に活発に活動している意味ではないことに留意

# 活動を推進するために

- 経年的な評価を行う。  
（指標の変化による支援チームの活動を評価する）
- 評価指標を活用し支援チームの活動を見える化することで、チーム内で共通の視点を持つことができる。
- 初期集中支援チームの検討委員会等で、地域の関係機関と評価結果を共有し、共通認識を持つことが重要。
- 課題や成果の共有を図りながら、支援チームの周知や活動の推進につなげる。
- 評価の結果を地域全体の認知症初期集中支援体制の構築に役立てる。

# 認知症初期集中支援チームの問題点

チーム設立まで	<ul style="list-style-type: none"><li>・チーム員が集められない。</li><li>・サポート医がいない</li></ul>
チーム設立後	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象がなかなかみつけれられない</li><li>・従来の仕組みに上手に組み込めない     ことに地域包括との役割分担がうまくいかない</li><li>・行政が丸投げでガバナンスが効いていない</li><li>・引継ぐための資源がたりない</li><li>・チーム員のアセスメント力に差がある</li><li>・チーム員会議が効率よくできない</li><li>・チーム員が交代してしまい固定できない</li><li>・医師間の連携が取れない</li></ul>
今後	<ul style="list-style-type: none"><li>・今後の継続的な教育をどうするか</li><li>・チームの評価をどのように行うか</li></ul>

- ①対象が見つけられない
- ②従来の仕組みに上手に組み込めない

# どのようにして対象者を把握するの？

## 地域包括支援センターが入手した情報が主体

### ● 情報を待つ

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

### ● 情報を取りに行く

二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例 フレイルや栄養調査からみえてくることも）

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

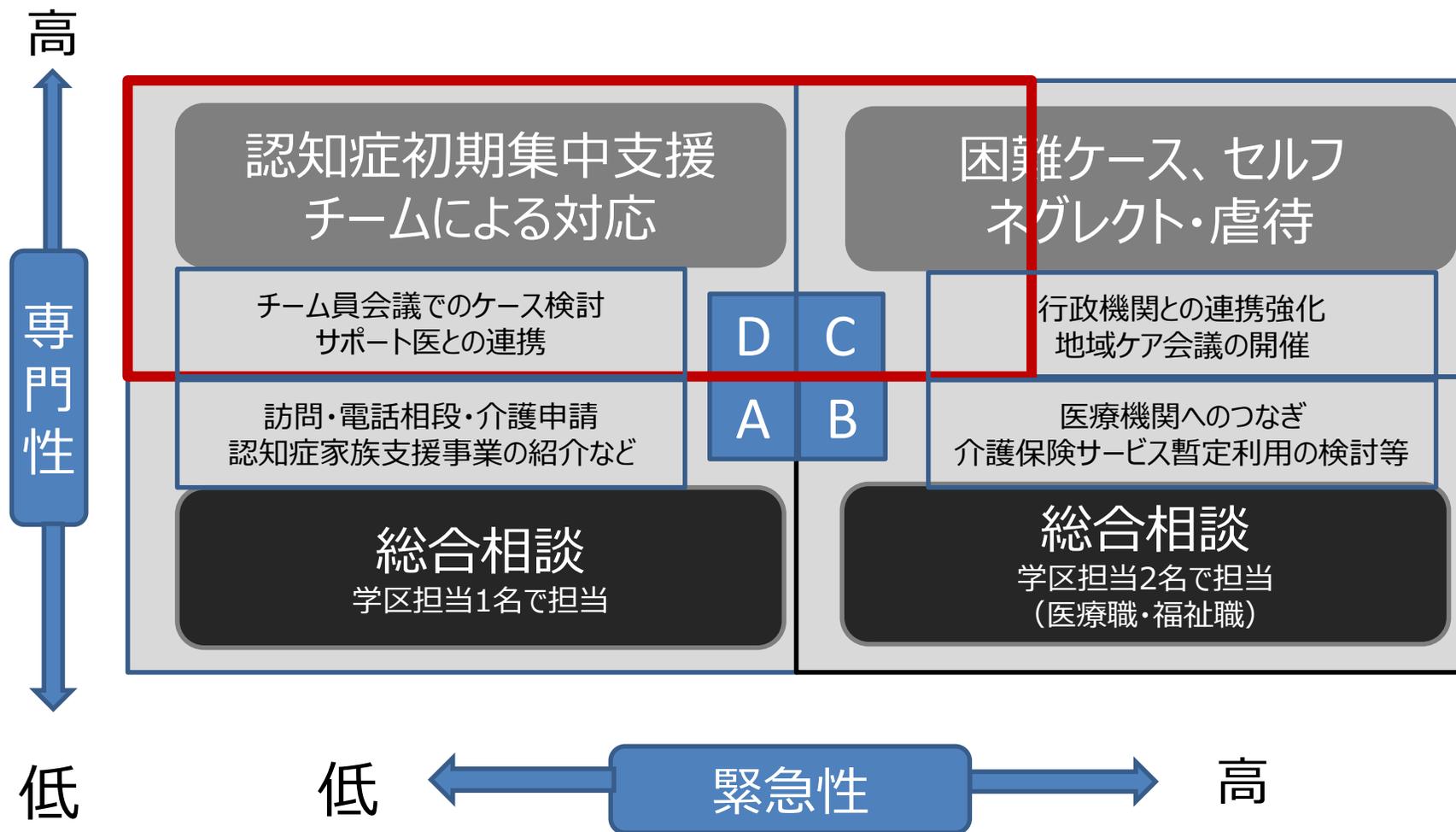
### ● チーム員にできること

関連する職能団体での周知

地域でのイベントへの参加

認知症カフェ 認知症サポーター養成講座での宣伝

# チームはどのような人を対象にすべき？



名古屋市中川区東部認知症初期集中支援チームの資料を引用

③活動の中から見えてくる

自分の町には何があって

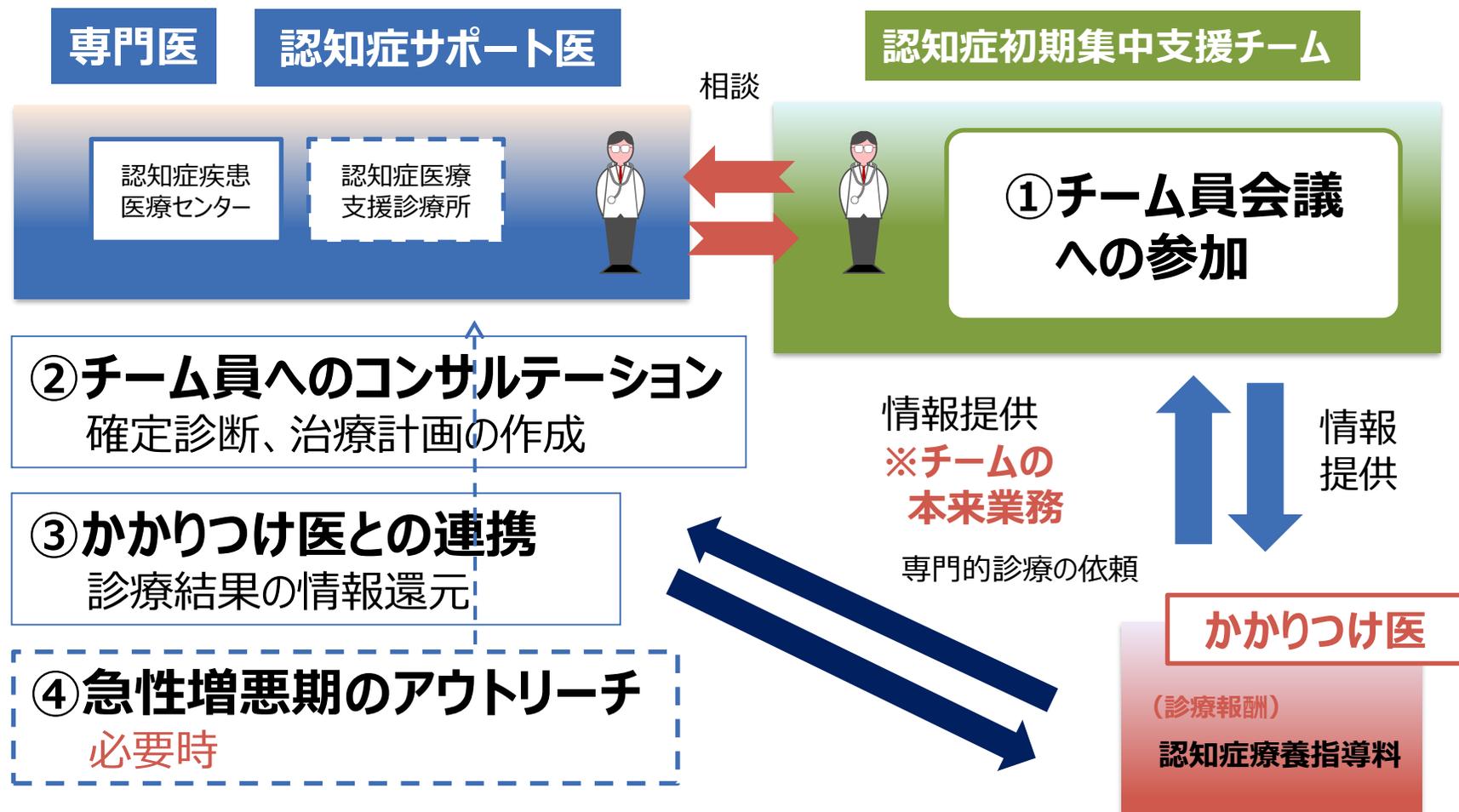
何が足りないか

# 資源チェックリストの作成

	資源名	有/無	対応法
医療 資源	認知症疾患医療センター		
	認知症の人の身体合併症に対応可能な病院		
	認知症の行動・心理症状に対応可能な病院		
	相談できる精神科医		
	相談できる医師会		
介護 系 資源	家族会		
	認知症地域支援推進員		
	認知症カフェ		
	社会福祉協議会		
	居宅サービス・地域密着型サービス		
	短期入所施設		
	長期入所施設		

## ④ 医師や地域支援推進員との連携

# 認知症初期集中支援チームへの医師の関与



# 認知症サポート医の機能・役割



- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医や介護専門職** に対するサポート
- 2) 地域包括支援センターを中心とした **多職種の連携作り**
- 3) **かかりつけ医認知症対応力向上研修**の講師や住民等への啓発

地域における「**連携の推進役**」を期待されている

全国のサポート医からの推薦、地域包括からの推薦を受けた  
サポート医11名に対して聞き取り調査  
サポート医の所在する市町の大きさや診療科が多様になるように調整

### 調査内容

- 1. どのこと、どのような連携・協力関係が築けているか
  - ①連携先の種類・箇所数・名称等
  - ②連携・助言・相談等している内容
  - ③実施方法（対面・電話・メール・定例会等）
  - ④実施頻度（随時・定期、月間実施件数等）
  - ⑤費用負担（負担の有無・程度、負担者、そのようになった経緯）
- 2. それはどのようにして構築できたのか（成功要因）、
  - ⑥サポート医になろうとした背景・事情
  - ⑦関係構築成功の要因・経緯・背景
  - ⑧継続的に連携関係が運用・維持できている要因・ポイント
- 3. これまでの体制構築・実践を通じた課題  
（構築まで・運用段階・今後）
  - ⑨生じた課題・苦勞された点
  - ⑩その際に講じた対応策

- ・地域で長く医療
- ・医師会での役職
- ・**在宅医療**
  
- ・社会への還元・貢献
- ・目線や姿勢の低さ
- ・地域のヘルスケアを担う責任感や倫理観

# 終了時の状況(診断)

8.1%が認知症以外の  
精神疾患

認知症の診断 878 (80.5%)							認知症以外の診断 195 (17.9%)				病名 欠損
アルツハイ マー型	血管性	レビー 小体型	前頭 側頭葉	混合型	その他 認知症	病型 不詳	MCI	うつ	他の精神 疾患	正常	
549	39	25	25	50	25	165	59	11	78	47	18
50.3%	3.6%	2.3%	2.3%	4.6%	2.3%	15.1%	5.4%	1.0%	7.1%	4.3%	1.6%



疾患頻度によく合致した結果

チーム員でなくても精神科の先生に  
相談できる体制をつくとよい

# 認知症地域支援推進員との連携

## A市の例

チームが訪問する先として、一人暮らしの高齢者が多いことから、**推進員の連絡会**で**独居高齢者情報を共有**。  
市はひとり暮らし高齢者の見守り事業を実施していたので、  
推進員が**認知症サポーター養成講座**や**認知症カフェ**で  
**高齢者の見守り事業を参加者に周知**。  
見守り事業の利用促進につなげた。

## B町の例

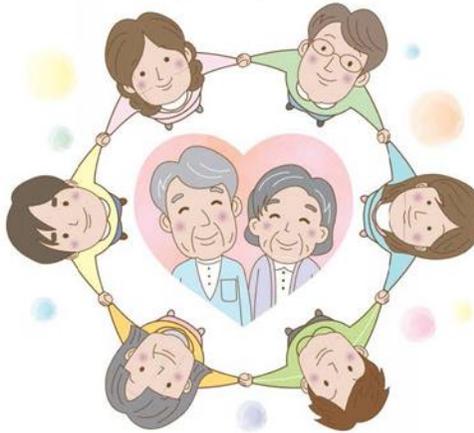
チーム員が訪問した対象者の方で、比較的自立度の高い方の  
場合に、チーム員が同行して認知症カフェにお誘いし、そこで推進  
員にバトンタッチしたり、認知症カフェで気になる方を、推進員が  
チーム員に紹介する

## ⑤ ツール

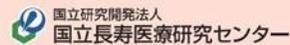
認知症を知るためのはじめての一步

基礎編

# 認知症 を 理解しよう



認知症は誰もがなる可能性のある病気であり  
早めの対応が必要となります。  
お困りごとや心配ごと・不安を私たちに聞かせてください。



<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/shokishuchu.pdf>

まとめ

# まとめ 認知症初期集中支援の利点（効果）

## 本人・家族にとって

- 診断・治療の早期開始
- 介護サービスの利用
- 社会や地域とのつながり
- 不安の軽減
- 介護負担の軽減

## 自治体にとって

- 医療・介護連携の実践
- 早期発見の体制整備
- ガバナンスの向上
- 認知症の人の所在把握

認知症初期集中  
支援チーム

## 地域にとって

- 相談先の確保
- 社会資源の連携充実
- 住民の協力・意識の醸成
- ボランティア育成

## チーム員にとって

- 多職種連携
- 認知症ケアのレベルアップ<sup>o</sup>
- 施策への理解
- 継続教育の機会

地域による能動的な認知症対応の契機

# 10年間のまとめ

- ①専門職のチームがこちらから本人・家族のところへ出向くシステムはこれまでなかった。  
⇒小さな町で住民の顔がわかっている地域ではこの限りでない
- ②チーム名について  
初期という用語は誤解を招きやすい  
認知症という名称はないほうがよい  
⇒チームごとに名称変更をする。
- ③重症度の問題  
MCIの段階でどこまで周囲が気が付けるかは疑問  
したがって異常に気が付かれる時点が様々である以上  
チームに連絡がはいる時の認知症のステージ、重症度は多様。  
問題事例ばかり上がってくる地域⇒大都市、早期発見をするシステムが不十分か  
逆に別のシステムをもっている。  
⇒このシステムではMCIのスクリーニングシステムとすることはできない。  
⇒気が付いた時の最初の窓口になるべき。  
あとはその地域の人口、社会資源の状況による。  
それによって適切な場所にチームを設置するとよいのでは。

# 認知症初期集中支援チーム 今年度研修

第1回：9月10日（九州Web開催）

第2回：10月2日

（近畿四国Web開催）

第3回：11月7日（東京）

第4回：12月4日（名古屋）

第5回：1月22日（横浜）

# 認知症初期集中支援チーム 今年度研修

第1回：第2回： 完全Web研修  
座学 Webで聴講 + e-learning  
GW Zoom

第3回：11月7日（東京）  
座学 Webで聴講 + e-learning  
GW 現地へ集合

第4回：第5回： GWの方法は未定