

平成30年度認知症初期集中支援チーム員研修

# 認知症初期集中支援チーム事業の 基本となるガバナンスの構築

兵庫県立大学経営研究科  
教授  
筒井孝子

本講義では、認知症初期集中支援チーム事業の進め方やここで使うアセスメントツールを扱う他の講義とはやや性質が異なる認知症初期集中支援チーム事業の基本となる考え方や自治体で共有しておくべきビジョンに係わることについてお話をしていきます。

# 目次

## 0. はじめに

### 1. 初期集中支援チームの基盤となる

#### 地域のガバナンス構築

### 2. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性

### 3. 既存の社会資源を活用した

#### 認知症スクリーニングと介入の仕組みの必要性

### 4. PDCAサイクルでの継続的な改善の必要性

先行事例から明らかになっている  
各地域における認知症の総合体制支援体制構築に向けたポイントを  
先に示しておく。

- ・初期集中支援チームの運営⇒チーム員には、チーム内での業務
  - ・初期集中支援チームを含めた医療介護機関の連携体制の構築・運営⇒チーム員には、チーム外との業務
  - ・初期集中支援チームを配置し認知症施策に取り組むという市役所レベルの運営⇒チーム員には、情報提供したり実績を上げて見せて市役所に理解させるという取り組み
- の3段階のガバナンスの話があります。

1. 初期集中支援チームの基盤となる地域のガバナンス構築
2. 既存の社会資源を活用した認知症スクリーニングと介入の仕組みの必要性
3. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性
4. PDCAサイクルでの継続的な改善の必要性

の四つのポイントがあり、  
これから認知症初期集中支援チーム事業

にとりくむ自治体は、これらのことについて留意する必要がある。

この四つポイントに沿って、これからのお話しを進めていく。

## ● 地域包括ケアシステムの推進

### 日本の統合型のケア(Integrated care)の概念

急性期から回復期へ(垂直統合)  
医療分野における機能分担

先進諸国の医療サービスは、急性期医療を高度に発展させてきた。このシステムでは、

急性期患者が入院すれば、高いコストパフォーマンスが得られた。

慢性疾患を複数抱え、回復が遅い高齢患者に対して、同じシステムで対応しても、成果は低くなる。

※(2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えている)

慢性期ケア(水平統合)

医療・介護・生活支援の連携

生活圏域で  
体制整備

**地域を基盤としたケア (community based care)**

「概ね30分以内に駆けつけられる範囲(中学校区等)の中で、医療と介護の統合ケア(integrated care)が提供できるというケア体制」



# 各政策の関連性について

## Integrated care

### 医療・介護の連携

- ・在宅医療・介護連携推進事業
- ・認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医 など
- ・事業計画（医療計画との整合性の確保）
- ・介護医療院の整備

- ・ケアマネジメント  
～入退院支援含む医療・介護連携の  
システム化

## Managed care

### 保険者機能の強化

- ・地域包括支援センター、地域ケア会議
- ・事業計画のPDCA
- ・財政的インセンティブの付与
- ・介護予防日常生活支援総合事業
- ・新たな住宅セーフティネット制度  
～居住支援協議会 等

## Community based care

### 地域共生社会の実現

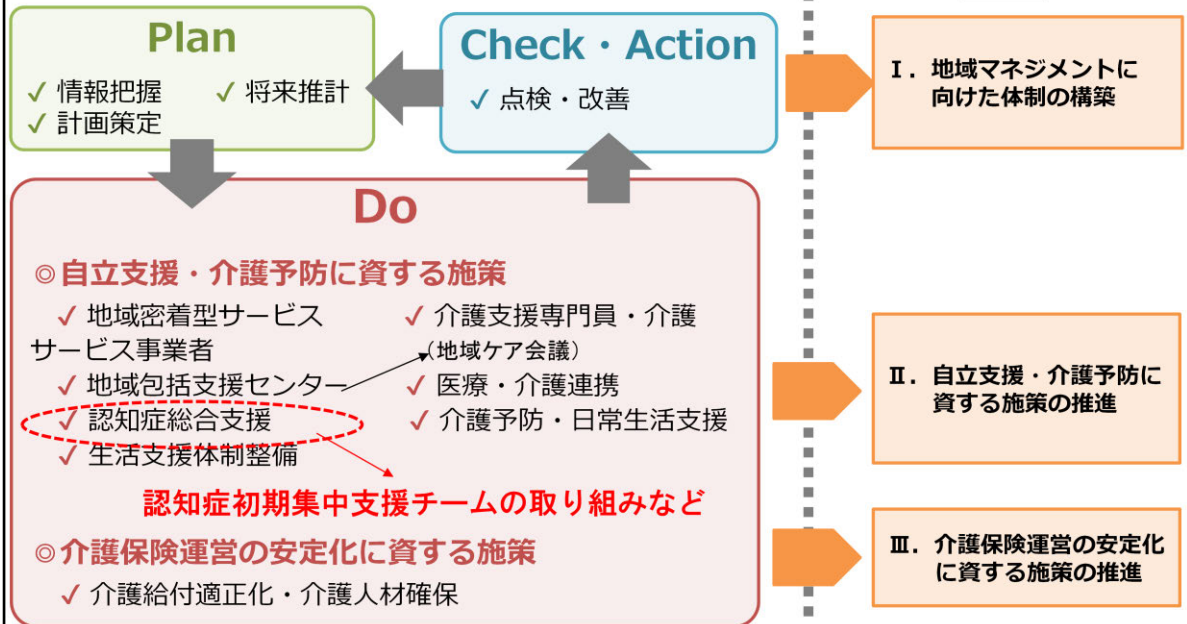
- ・生活支援体制整備支援事業
- ・認知症地域支援推進員、サポーター、カフェ
- ・共生型サービスの整備

など

- ・互助のシステム化、セミフォーマルケア  
の活用

# 介護保険における保険者として自治体が行うマネジメントの内容

## 地域マネジメントの流れ



平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの構築や効率的・効果的な給付の推進のための保険者の取組を評価するための指標に関する調査研究事業」株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所

これまで、ガバナンスは、専門職から始まり、チームから地域へと共有し、それが国の方向性と一致していることが求められることをお話した。

国では、現在、介護保険における保険者として自治体に対し、スライドのようなことを求めている。

ガバナンスを構築するためには、こうした機能を自治体が担えているかを確認した上で、チーム員として、これらの構造の中でどのような役割を担っているかを理解し、チームの事業に取り組むことが求められる。

## 地域包括ケアを実現するためには、何が重要か？

地域包括ケアシステムとは、高齢者が、希望に応じて、可能な限り、地域（在宅）で生活できるようにするためのシステム。



高齢化の進行に伴って、慢性疾患を複数抱えながら、長期間、生活していく高齢者が増加。地域包括ケアシステムの構築のためには、こうした高齢者の在宅生活を支えていくことが必要であり、医療・介護の機能強化・連携強化が必要不可欠。



地域包括ケアシステムは、多様な内容を包含した概念だが、その中心は、医療・介護の機能強化と連携強化である。

## 目指すべき「連携」とは何か？

- 「連携」とは、単に複数の主体がつながるということではなく、①Linkage（つながり）、②Coordination（調整）、③Full integration（完全統合）という3つのレベルがある。
- 民間主体による医療・介護サービスの提供が主となっている日本では、多様な医療・介護関係者におけるコーディネート（調整）機能を強化していくことが重要。

連携のレベル（強度）

弱い

強い

### ① Linkage（つながり）

例1：ケアマネが日常的に行っている複数事業者が提供するサービスメニューの作成

例2：退院した患者について病院から診療所の医師への情報提供

ケアの連携機能は小さい

### ② Coordination（調整）

例：患者に対して、診療所の医師、病院の医師、訪看ステーションの看護師、訪問・通所リハのリハ職、訪問介護事業所の介護職員、ケアマネなどが統一したケアの方法論を持っており、患者が病院から退院して在宅生活に移る場合などに、ケアカンファレンスが開かれることがルール化されていること。

**我が国において主に目指されている「連携」  
全ての医療・介護の専門職及び  
行政が目指すべき「連携」**

### ③ Full integration（完全統合）

例：医療・介護に関わる様々な専門職が同一の事業者に所属して業務を行うこと。

既存の組織の再編・統合が必要で、  
利害調整が難しい  
「一方での統合は他方での崩壊」  
組織肥大化による非効率性

参考文献：筒井孝子「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略」「地域包括ケアシステムにおけるまつど認知症予防プロジェクトの意義（2016年10月19日講演資料）」、宮島俊彦「地域包括ケアの展望」

# 本日本話しする内容

## 1. 初期集中支援チームの基盤となる地域のガバナンス構築

- ・初期集中支援チームは、認知症の総合体制支援体制の仕組みの一つである。地域全体のガバナンス構築（目標設定、支援プロセスのルール化、責任所在の明確化）が重要。

①支援チーム内のガバナンス

## 2. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性

- ・認知症総合支援体制の基本は、<①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）>、<②併存疾病や生活習慣的的確な管理>である。地域の医療機関・医師会との協働による重層的な支援体制が必要。

②支援チームと地域の機関のガバナンス

## 3. 既存の社会資源を活用した認知症スクリーニングと介入の仕組みが必要

- ・高齢化の進行に伴い、認知症者は増加していく。認知症初期集中支援チームの仕組みだけでは、対応しきれない。既存の地域資源を活用した認知症スクリーニングと一定期間の介入とモニタリングの仕組みが重要。

③支援チームを認知症施策に位置付ける地域全体のガバナンス

## 4. PDCAサイクルでの継続的な改善の必要性

- ・短期間（1年）では、すべての機能を有することは不可能。ガバナンスの構築を前提として、認知症初期集中支援チーム検討委員会などを通じて、PDCAサイクルで、認知症の総合支援体制の整備を進めることが重要。

国の制度にもつながる

先行事例から明らかになっている

各地域における認知症の総合体制支援体制構築に向けたポイントを先に示しておく。

1. 初期集中支援チームの基盤となる地域のガバナンス構築
2. 既存の社会資源を活用した認知症スクリーニングと介入の仕組みが必要
3. 重層的な認知症支援体制の整備の必要性
4. PDCAサイクルでの継続的な改善の必要性

の四つのポイントがあり、

これから認知症初期集中支援チーム事業

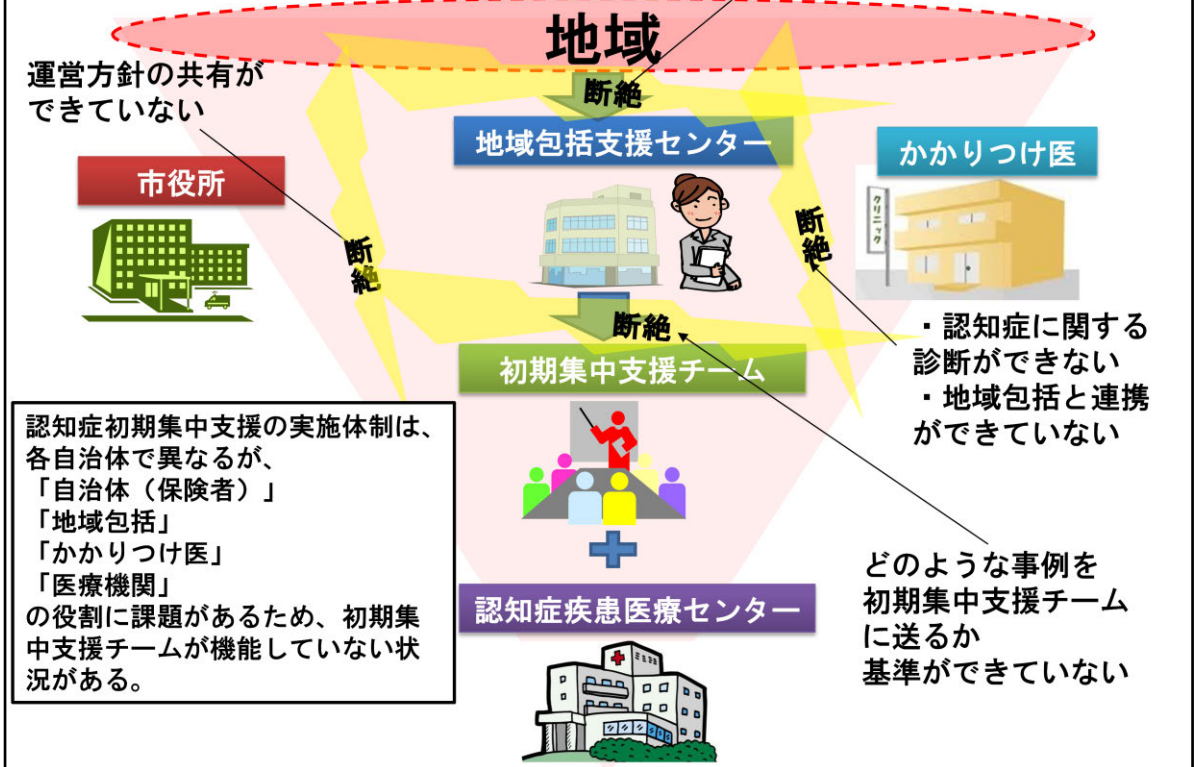
にとりくむ自治体は、これらのことについて留意する必要がある。

この四つポイントに沿って、これからのお話しを進めていく。



# 認知症総合支援体制を巡る課題

地域を対象としたMCI・認知症予備群の把握介入ができていない

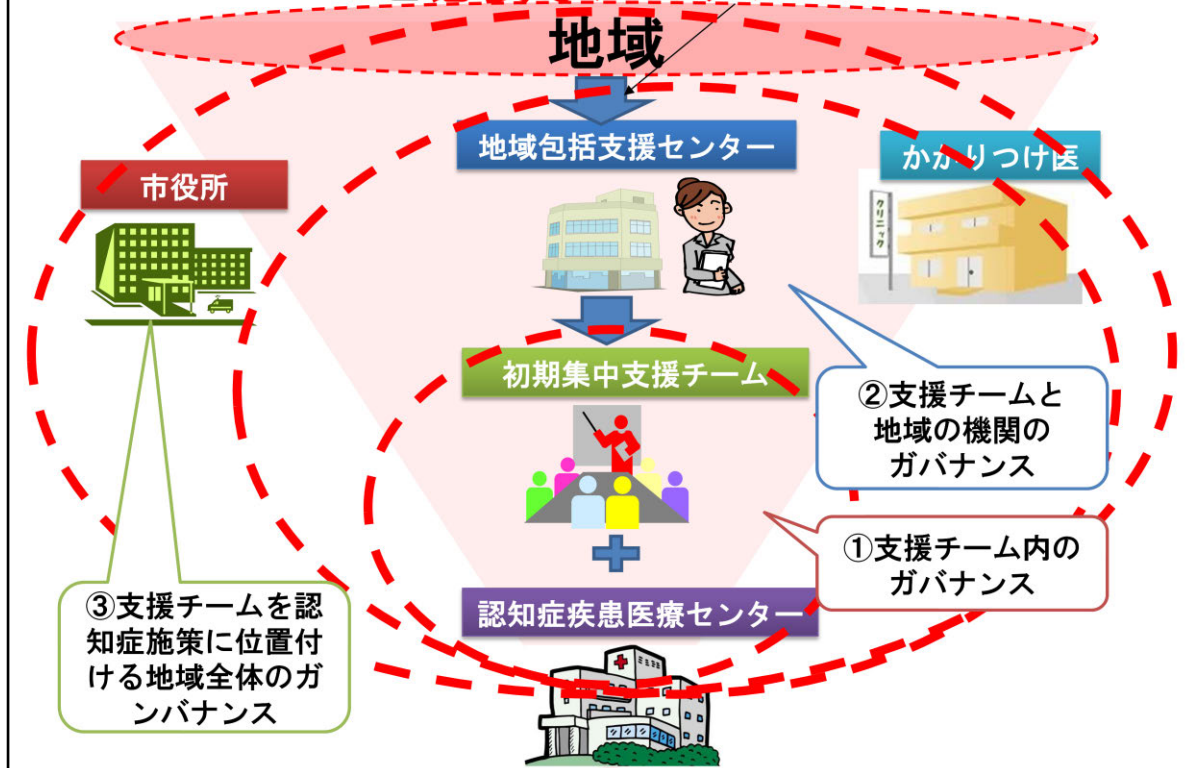


これは、認知症総合支援体制を巡る課題を図式化したものである。

認知症総合支援に係わる主なプレーヤーとして、ここでは、「自治体（保険者）」、「地域包括支援センター」、「かかりつけ医」、「医療機関」の四つをあげているがそれぞれの間で、連携をとるにあたっての課題があることが先行的に進められる事例から明らかになっている。

本日の研修参加者も、自らの所属する自治体の状況について、確認すべきである。

# 認知症総合支援体制を巡る課題 と必要なガバナンス



さらに、認知症総合支援体制を巡る課題と必要なガバナンスの関係性をみると、

- ① 支援チーム内のガバナンス
- ② 支援チームと地域の機関のガバナンス
- ③ 支援チームを認知症施策に位置付ける地域全体のガバナンス

の3つのガバナンスがある。

# ガバナンスとは

- ・ **ガバナンスとは、組織や社会に関与するメンバーが主体的に関与を行う、意思決定、合意形成のシステムである。**

保健医療分野のガバナンス（クリニカル・ガバナンス）とは、安全で質の高い治療ケアを提供するため、組織を規律づけて治療・ケアを統治する仕組みで、医療の質向上の責任を管理者に求めること。

先ほど紹介した協働を行う文化に係わる内容として、ガバナンスという語の意味について確認する。

このガバナンスとは、組織や社会に関与するメンバーが主体的に関与を行う、意思決定、合意形成のシステムを意味する語である。



つまり、ガバナンスを構築するとは・・・

どのような目標の元に、

目標設定

どのような人に対して、

支援プロセスのルール化

どのように組織員が介入するか

ルール化を行い、

この体制を責任者が管理している状況を指す。

責任所在の明確化

つまり、ガバナンスを構築するとはどういうことかを考えると、  
どのような目標の元に、どのような人に対して、どのように組織員が介入するか、ルール化を行  
い、この体制を責任者が管理している状況を指す。

多職種によって構成されるチームを構成するにあたっては、  
このガバナンスを構築することが基本となることを押さえておく必要がある。

## 3段階のガバナンス

①初期集中支援チームの運営（臨床的統合）

⇒チーム員には、チーム内での業務の明確化のため

②初期集中支援チームを含めた医療介護機関の連携体制の構築・運営（システムの統合）

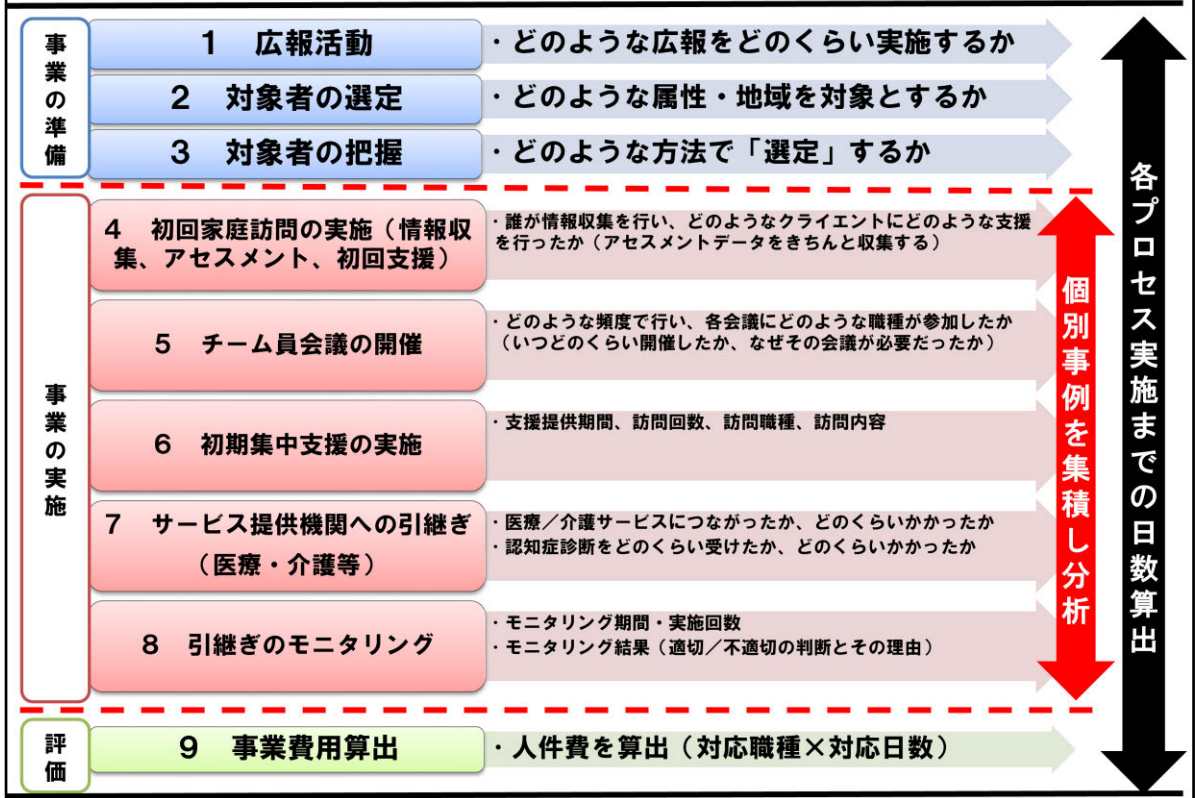
⇒チーム員には、チーム外との業務の明確化のため

③初期集中支援チームを配置し認知症施策に取り組むという市役所レベルの運営（組織的統合）

⇒チーム員には、情報提供したり実績を上げて見せて市役所に理解させるという取組み

**支援チームで行うこと  
－工程管理の必要性－**

## 初期集中支援事業に関わる作業工程（１）



ここで、認知症初期集中支援チーム事業に関わる作業工程について、確認しておく。

内容としては、1から9までである。

このうち、「事業の準備」である対象者の選定と対象者の把握の方法を決めることが最も重要である。

これによって、「事業の実施」の4～8の内容が全く変わってくるからである。

事業を開始した後も、4～8のデータを収集・分析することで、

この事業が目的に応じた成果を上げているかについて分析をできるようにしておくこともまた大事である。

## 初期集中支援事業に関わる作業工程（２）

4～6の事業の実施プロセスにおいて、  
どのような成果を上げたかを分析して収集することが重要。

たとえば・・・



成果①：退院直後リハビリ集中投入して、DASCスコアが改善。在宅生活に戻ることができた。



成果②：在宅生活を継続するには、認知機能が衰えていたが、見守り体制を構築し、モニタリングを継続中。

事業の実施

4 初回家庭訪問の実施（情報収集、アセスメント、初回支援）

・誰が情報収集を行い、どのようなクライアントにどのような支援を行ったか（アセスメントデータをきちんと収集する）

5 チーム員会議の開催

・どのような頻度で行い、各会議にどのような職種が参加したか（いつどのくらい開催したか、なぜその会議が必要だったか）

6 初期集中支援の実施

・支援提供期間、訪問回数、訪問職種、訪問内容

7 サービス提供機関への引継ぎ（医療・介護等）

・医療／介護サービスにつながったか、どのくらいかかったか  
・認知症診断をどのくらい受けたか、どのくらいかかったか

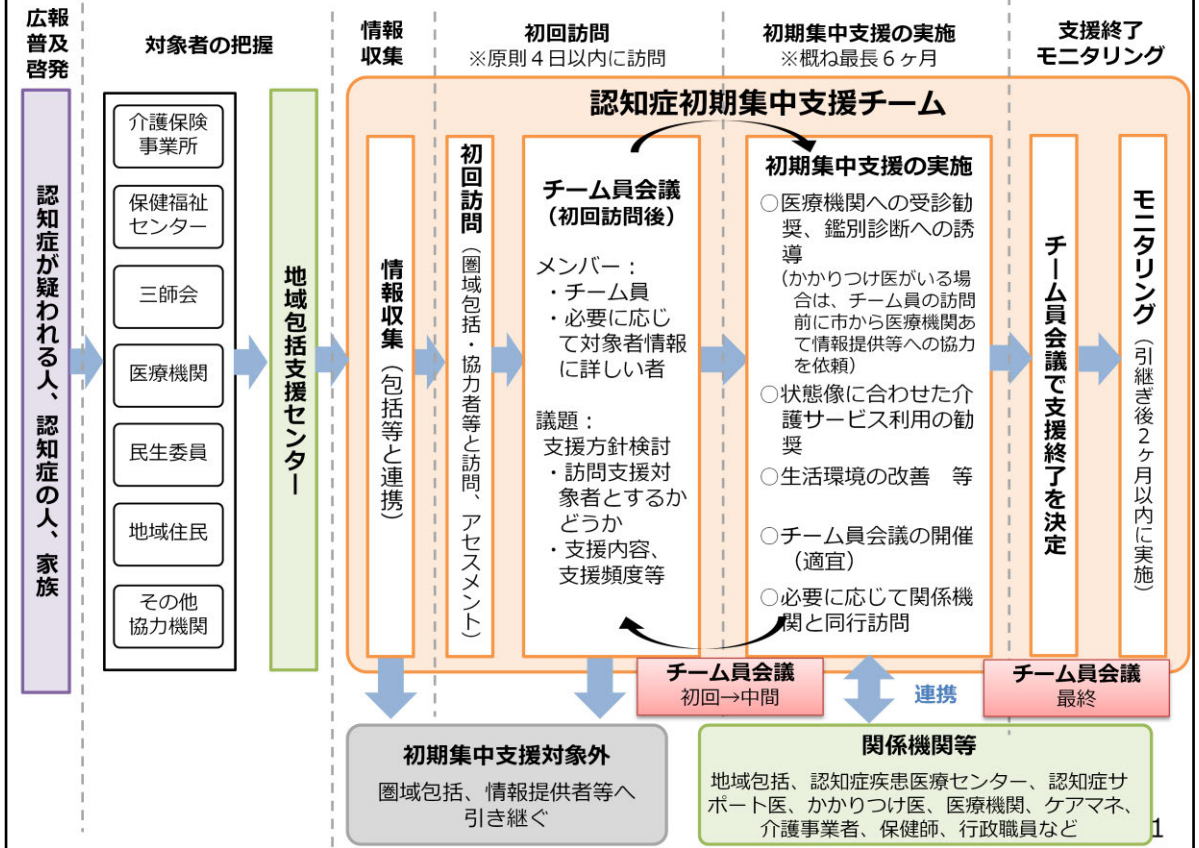
8 引継ぎのモニタリング

・モニタリング期間・実施回数  
・モニタリング結果（適切／不適切の判断とその理由）

**各自治体で把握しておくことが重要。**

4～6の事業の実施プロセスにおいて、  
医師・それ以外のコメディカルにどのような知識／技術が求められたか、という観点について、  
実績を収集し、把握しておくことも、認知症初期集中支援チーム事業の運営の際、重要である。

# 認知症初期集中支援チームの大まかな流れ(市町村ごとに細かいところは異なる)



## 認知症初期集中支援チームが介入したケースの例

	利用者	ケースの概要	経過	訪問支援
事例1	82歳女性 独居 未申請→ 要介護1 II b	独居、金銭・書類の管理ができず、受診・サービスの拒否するケース	チームが介入し、市内に住む子の協力を得て、受診同行や介護保険申請。金銭管理の支援をおこなったことで、見通しができ本人も安心して通所介護の利用ができるようになった。親族の協力を得て成年後見制度申請を行う予定。	9回
事例2	75歳男性 妻と子供夫婦 要介護3 IV	近隣を徘徊し迷子、大声・卑猥な行動・言動で近隣トラブルがあり介護負担が大きいケース	以前より、卑猥な言動や徘徊があり、地域住民に不安があった事例。チームが介入し、受診同行し主治医と連携。ケアマネジャー決定し、訪問看護週1回開始。チームが地域住民の不安を聞くため、隣人・民生委員・チーム員・包括職員・ケアマネジャー・初期集中アドバイザー参加による話し合いを実施。自傷他害の可能性と妻が介護負担と不安が強くなり、医療保護入院となる。	12回
事例3	78歳男性 独居 未申請→ 要介護3 II a	こだわりが強い性格のため必要な支援を拒否するケース	退院時に介護サービスを勧めるが拒否があり、導入に至らなかったが、チーム介入により、介護サービスの申請や親族を交え、担当者会議を開催。家族の思いを聞き、支援の方向性確認を行い医療受診、介護保険サービスが安定して利用できることを目標にした。包括・ケアマネジャーは本人の意向の沿いながらヘルパーサービスで生活環境を整え、デイサービスでは入浴を行った。またチーム員として理学療法士が訪問し、ADLを評価し、本人に必要性や効果を説明し、拒否なくベットや手すりのレンタルにつながった。	10回

## 認知症をめぐる困難にどう立ち向かうか？

- 治らない
- 人数が多い
- 意思決定できない
- 発症してからの期間が長い
- 臨床像が複雑でケアの標準化が困難

- ① 早期把握・早期対応の推進  
～予防、軌道を緩やかにする
- ② 医療連携の推進（特に、かかりつけ医）
- ③ セルフケアの推進
- ④ 認知症早期支援に関する地域包括センターの機能強化

**ガバナンスを構築するためのマネジメントが必要**

ここで、認知症初期集中支援チーム事業のガバナンスに係わる背景について確認しておく。

認知症初期集中支援チームが対象とする認知症の特性は、

- 治らない
- 人数が多い
- 意思決定できない
- 発症してからの期間が長い
- 臨床像が複雑でケアの標準化が困難

ということである。

このためには、

- ① 早期把握・早期対応の推進～予防、軌道を緩やかにする
  - ② 医療連携の推進（特に、かかりつけ医）
  - ③ セルフケアの推進
  - ④ 認知症早期支援に関する地域包括センターの機能強化
- ということが少なくとも必要である。

これらのことは簡単ではなく、先に述べたガバナンスを構築するためのマネジメントや核となるプロジェクトを生み出すイノベーションが必要となる。



## 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割について

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

●評価結果を次年度の事業に反映したり、よい取組みを他の地域包括支援センターや関係機関に拡大したり、各機関に必要な支援を提言および実施したりすることが期待される。

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



PDCA サイクルのプロセスで、継続的にチームの在り方に加え、認知症の総合支援体制の在り方について検討する必要がある。

ただしこうした検討には、プロセスが可視化されているとともに、業務分担が明確であることが前提となる。（ガバナンスの構築）

地域包括ケアシステムの構築に向けては、PDCA サイクルのプロセスが重要であり、検討委員会や運営協議会を構成する事業者・団体や住民等には、

計画（Plan）・実施（Do）・評価（Check）・処置（Act）の各項目について役割を果たし、地域包括ケアシステム構築の推進力の一つとなることが期待される。

検討委員会が特に、地域の関係者間のネットワーク構築を行うなど、初期集中支援チームの運営や活動を支援していくことは重要となる。

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

## 2つのレベルの Coordination ・ 「会議」と現状の課題

### ◎ケアレベルの Coordination（調整）

「カンファレンス」を通じて、医療・介護の多職種が個々の患者に対するケアの提供方針を統一し、ケアの内容をCoordinate（調整）

チーム員会議  
（関係者会議）

下支え

### ◎システムレベルの Coordination（調整）

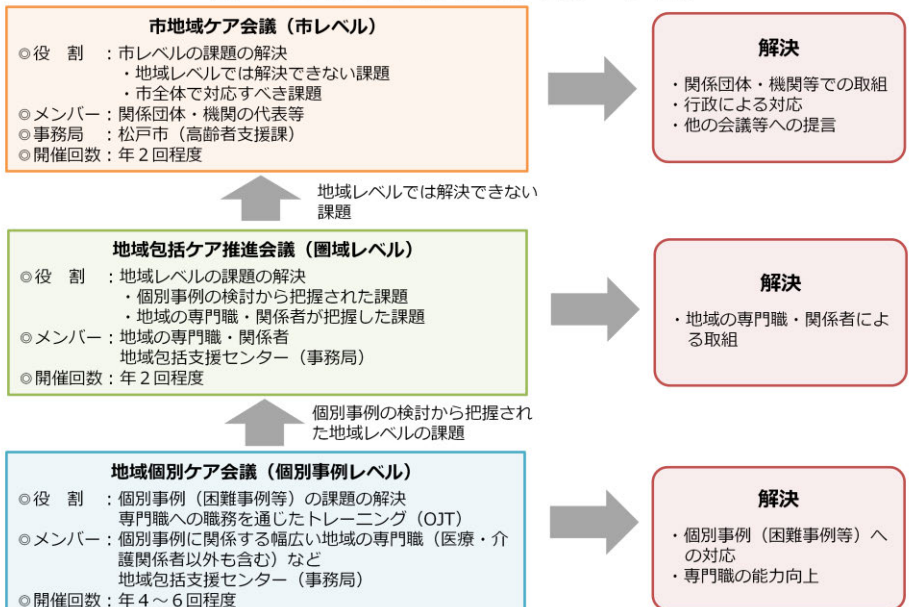
医療・介護の関係団体及び行政が参画する「会議」（\*）を通じて、ケアレベルのCoordinationを進めるための関係団体・行政の取組を推進

\* 地域ケア会議、介護保険運営協議会など

検討委員会  
（実務者連絡会）

※ しかしながら、現状では、関係団体・行政が参画する「会議」は、主に行政の施策に関する議論・決定のみを行う場にとらえられており、システムレベルの Coordination（調整）の推進という役割を十分に果たせてないのではないか。

## 松戸市地域ケア会議の役割（イメージ図）



※ 地域包括ケア推進会議・地域個別ケア会議は、高齢者支援連絡会との連携など、地域の実情に応じて開催。

## 市レベルの課題解決に向けた医療・介護関係団体の取組（松戸市）

松戸市では、地域レベルのケア会議から抽出された市レベルの課題を解決するため、関係団体・機関及び行政が、実施できる取組を持ち寄り、具体的な対応方針を決定・実行している。

### 医療・介護連携の推進

- 医師会**：市からの委託に基づき、在宅医療・介護連携支援センターを創設・運営。
- 医師会・訪問看護協議会・ケアマネ協議会**：連携を効率化するための在宅医療・介護関係者間のルール作り（エチケット集の作成）を推進。
- 歯科医師会**：在宅歯科無料健診を実施

### 困難事例における医療対応

- 医師会**：日常生活圏域ごとに地域サポート医を配置するとともに、事例の共有等を通じて、活用を推進。

### 認知症の早期支援

- 医師会・歯科医師会・薬剤師会・特養協議会・ケアマネ協議会**：まつど認知症予防プロジェクト（医療・介護連携に基づく認知症の早期把握・ケアマネジメント）の実施に協力。

### 認知症の理解促進

- 医師会**：小中学校に対して、認知症やいのちの尊さについての出前講座を行う「まちっこプロジェクト」を実施。
- 歯科医師会・薬剤師会**：会員向けの認知症サポーター養成講座を実施。

### 認知症の地域支援

- 市社協**：専門職と連携して実践的な支援活動等を行うボランティア「オレンジ協力員」の養成・活動を推進。
- GH協議会・小規模多機能連絡会**：オレンジ協力員の受入を推進。
- 特養協議会**：認知症カフェの場の提供について検討。

## 認知症早期支援におけるかかりつけ医の役割

- まつど認知症予防プロジェクトでは、DASCによるアセスメントの結果、「軽度認知症以上の可能性あり」（31点以上）と判定された場合は、かかりつけ医の受診につなげることとしている。
- かかりつけ医は、①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）、②併存疾病や生活習慣の的確な管理を行う。
- こうした認知症の早期支援に関するかかりつけ医の役割について、松戸市医師会の了解・協力を得た上で、市内の医療機関に対して、協力を依頼している。

### ① 認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）

【除外診断の対象となる疾患の例】



### ② 併存疾病や生活習慣の的確な管理

【管理の対象となる疾病や生活習慣の例】



資料出所：松戸市審議監草野氏作成資料「医療・介護・行政の連携に基づく認知症早期支援の推進方策～ まつど認知症予防プロジェクトを例に～」（平成29年2月28日）

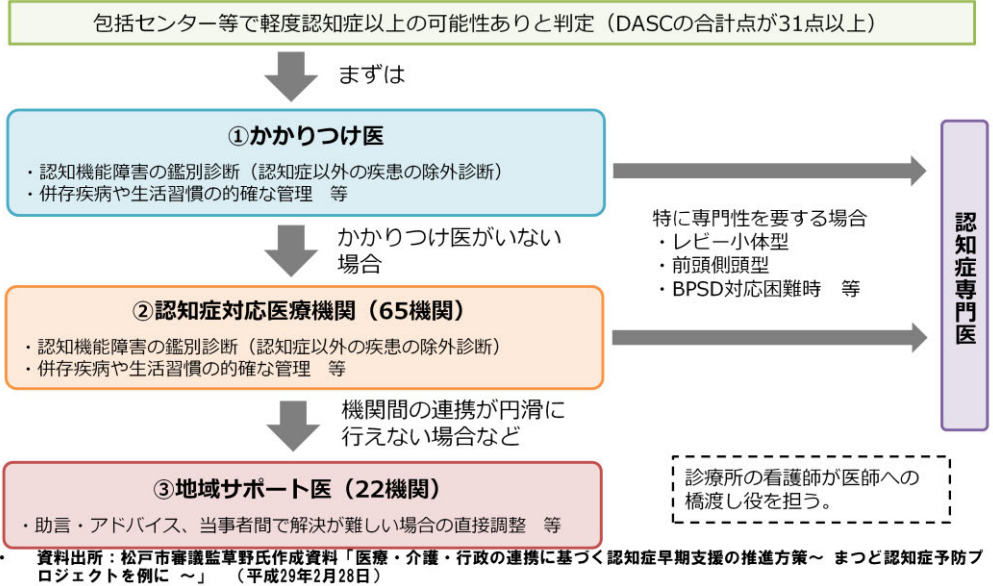
先ほどの松戸市では、地域包括支援センター、かかりつけ医療機関との強い連携（コーディネートレベル）を達成していることに特徴があるが、もうひとつの特徴として、かかりつけ医による除外診断のガイドラインを示していることがある



## 認知症早期支援における医療連携の円滑化

まつど認知症予防プロジェクトでは、松戸市医師会の協力の下、①かかりつけ医、②認知症対応医療機関、③地域サポート医という重層的なシステムを構築し、認知症早期支援における医療連携の円滑化を図っている。

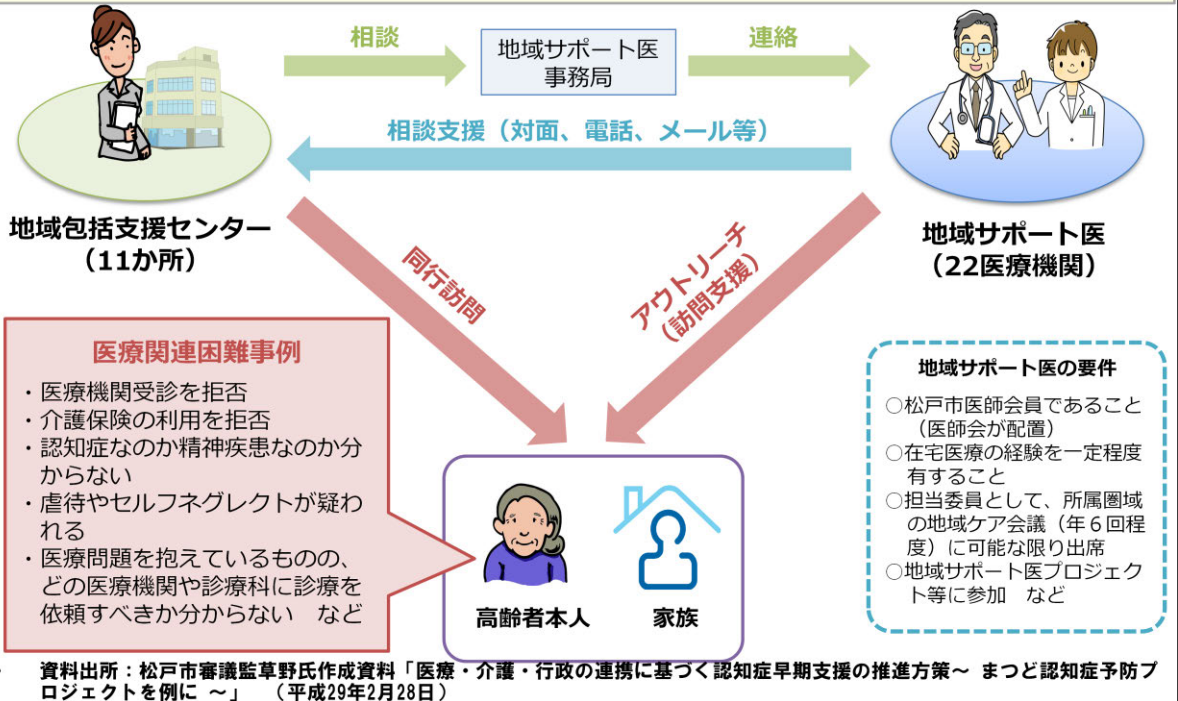
### 【医療連携のフロー（イメージ）】



また、松戸市では、認知症早期支援にあたって、①かかりつけ医、②認知症対応医療機関、③地域サポート医という3階層による医療連携体制を構築していることに特徴がある。このような連携体制の構築が望まれるところである。

## 地域サポート医の概要（松戸市）

- 地域に存在する医療関連の困難事例等に対して地域包括支援センターが効果的に対応できるよう、松戸市医師会により、包括センターごとに地域サポート医を配置。
- 地域サポート医は、包括センターへの相談支援を行うとともに、必要に応じて、アウトリーチ（訪問支援）を行う。



先ほど触れた、地域サポート医というのは、松戸市における独自の取り組みである。

松戸市では、地域に存在する医療関連の困難事例等に対して地域包括支援センターが効果的に対応できるよう、松戸市医師会により、地域包括支援センターごとに地域サポート医と呼ばれる医師を配置している。

この地域サポート医の取り組みにより、地域包括支援センターの業務で医師の関わりが必要な対応に対して、迅速な連携を可能にしている。

## 認知症初期集中支援チームの課題と解決の方向性

- 認知症及びMCIの人が非常に多く存在し、さらに、今後、急激な増加が予想される中で、初期集中支援チームの実施件数は非常に少なく、認知症の早期把握・早期対応といった観点からみるとその役割を十分に果たせていない。
- 多職種によって構成されるチームで、多くの手続きを踏む支援方法であるため、手間や費用対効果の観点から、幅広く事例を取り扱うことは難しいのが現状。
- 支援対象者(軽度認知症の人など)をスクリーニング(把握)するシステムが備わっていないため、支援対象事例を十分に拾い上げられていない。
- かかりつけ医との連携が難しく、これまでの受診状況・病歴・生活歴や今後の継続的な支援との連続性を確保しにくい。
- 認知症早期支援の観点から重要になる認知症の予防やセルフケアを高める支援まで射程を広げることができない。

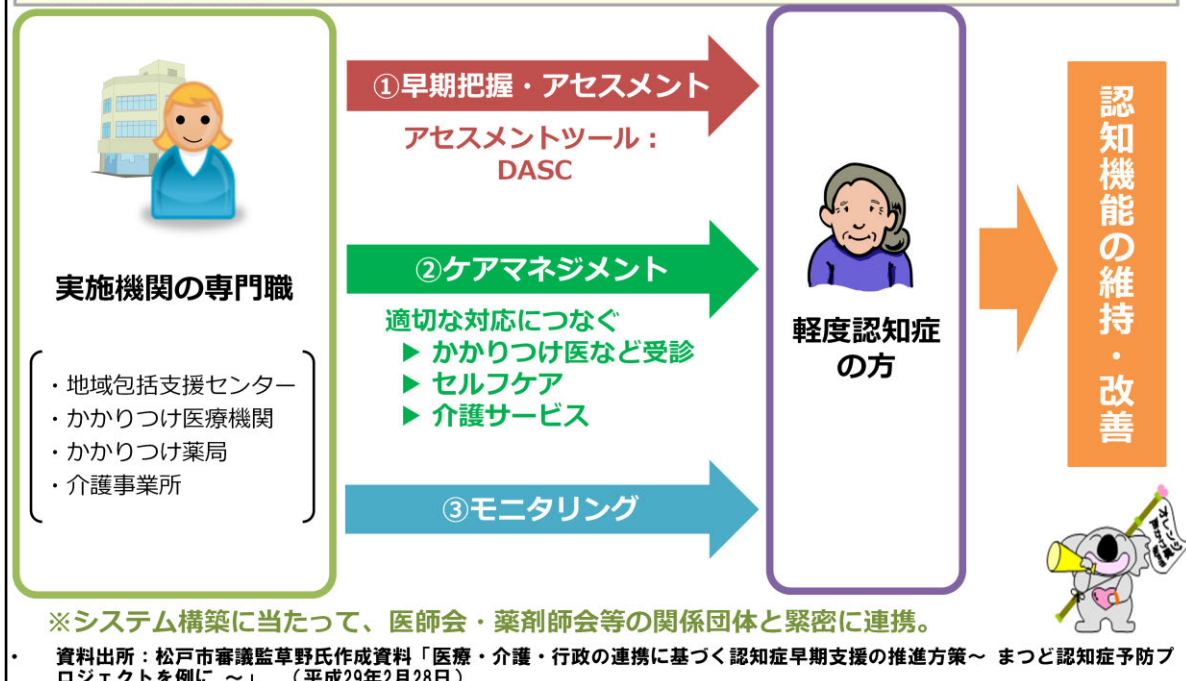


実効性ある認知症の早期支援を実現するためには、①軽度認知症を把握する、②かかりつけ医と緊密に連携する、③セルフケアを推進する、④幅広く事例を取り扱えるよう、地域の実情に応じた簡素なシステムとするという4つの条件を満たす仕組みを構築する必要がある。



## まつど認知症予防モデル事業の基本コンセプト

- 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題がある。
- 「まつど認知症予防プロジェクト」モデル事業を通じて、これらの課題を解決し、認知症予防を推進する。

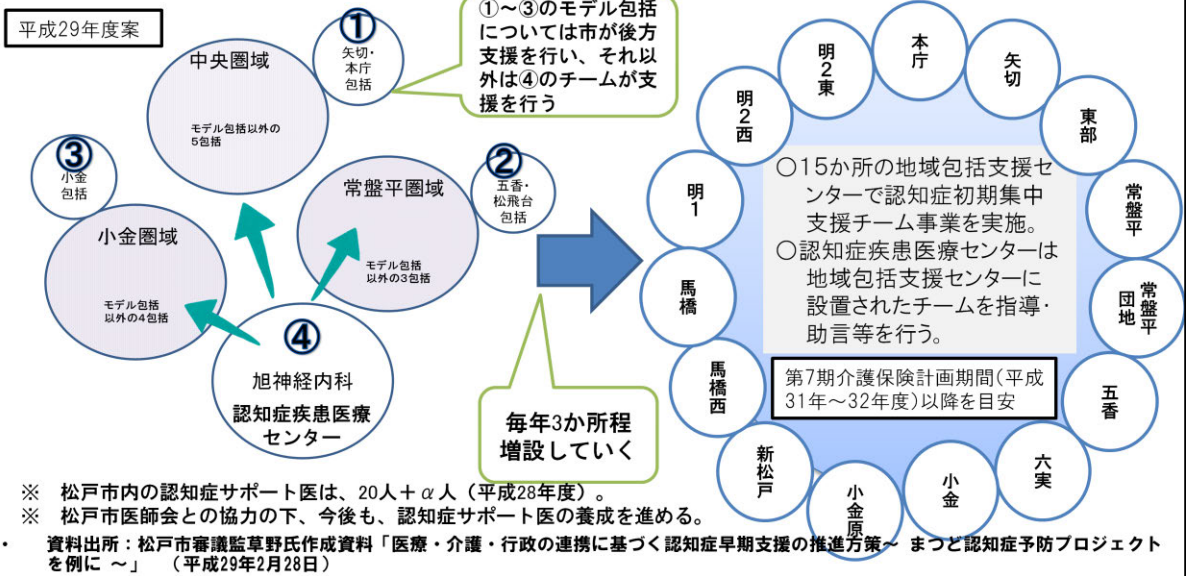


自治体がこの問題に取り組んだ例として、まつど認知症予防モデル事業がある。  
この事業では、地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ薬局、介護事業所の連携がとれていること。  
松戸市がマネジメント能力を発揮していることが特徴である

# 今後の認知症初期集中支援チームの拡充とまつど認知症予防プロジェクトの本格展開

## 【平成29年度の方向性】

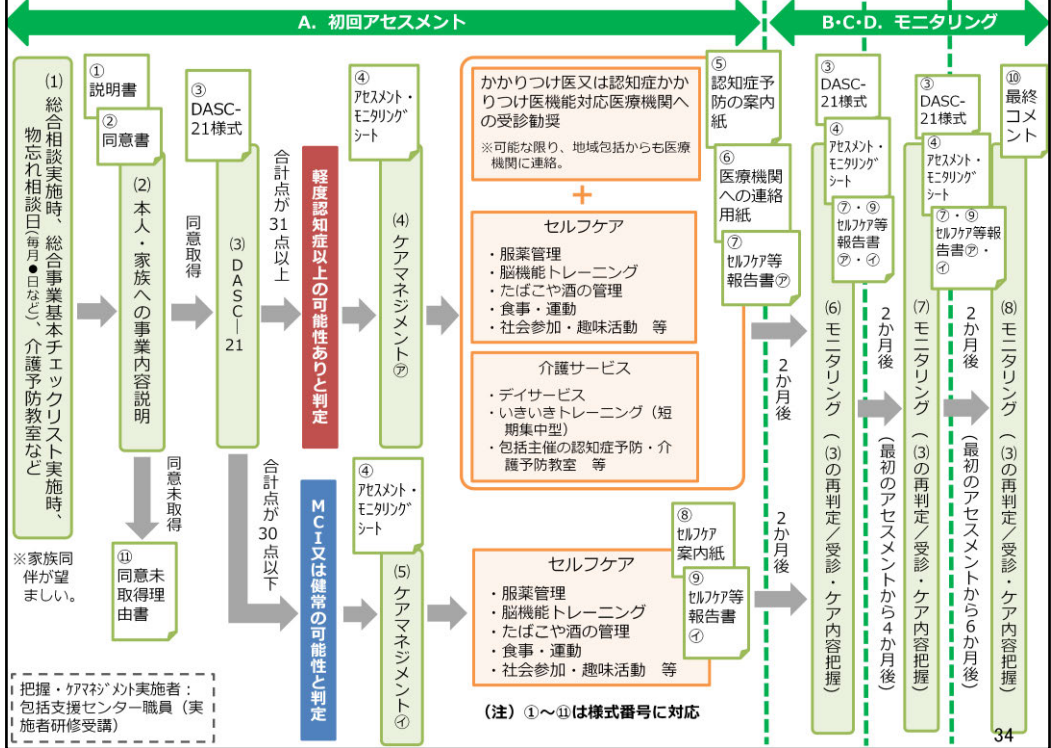
- 3ブロック（中央地区、小金地区、常盤平地区）ごとにチームを設置するとのイメージの下、新たに、地域包括支援センター3カ所に増設し、現在の認知症疾患医療センターとあわせて、合計4カ所とする。
  - 地域包括支援センターに新設される新たなチーム（3カ所）は、原則、担当する日常生活圏域の事例に対応することとし、認知症疾患医療センターは、包括担当以外の12圏域を分担し担当する。
- ※ まつど認知症予防プロジェクトの内容を認知症地域支援推進員の業務と位置づけ、より広範に実施する予定。
- ※ まつど認知症予防プロジェクトの内容と認知症初期集中支援チームの連続性を図った上で、次期計画期間中には、全ての日常生活圏域に、初期チームを配置することを目指す。

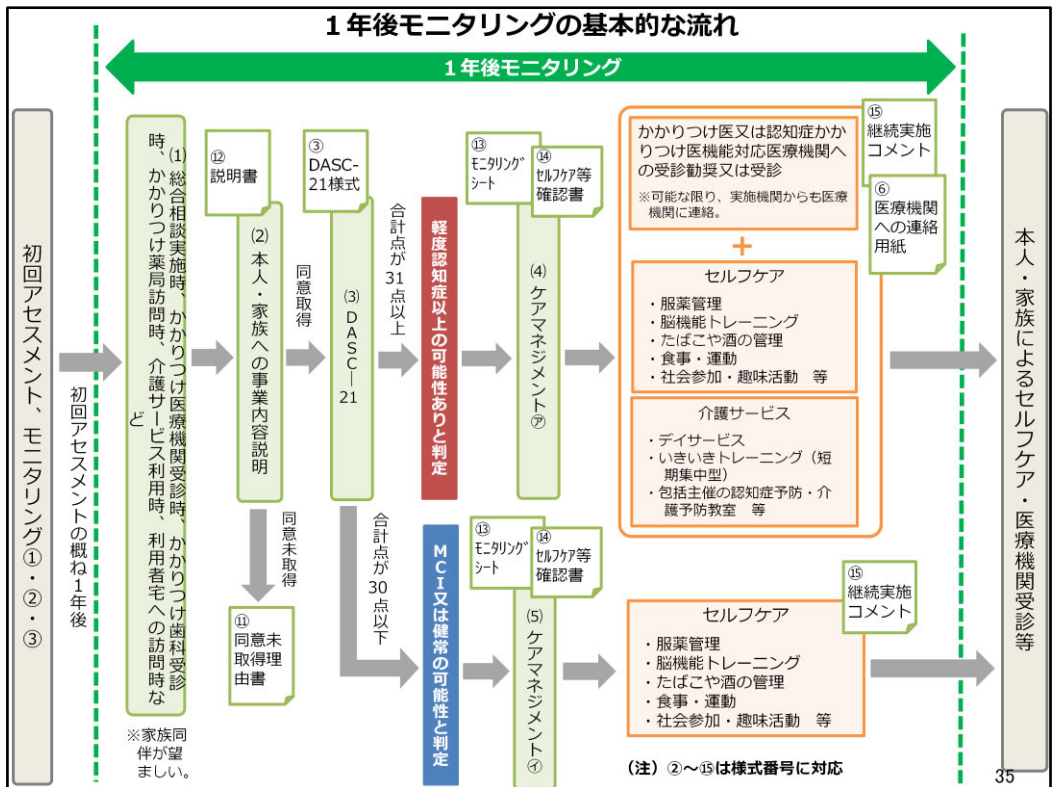


松戸市としては、まつど認知症予防プロジェクトの取り組みを契機として、認知症初期集中支援チームの取り組みを拡充していくことを検討している。

冒頭で説明したように、認知初期集中支援チームだけの取り組みでは、地域の認知症高齢者へのアプローチが限られるため、市の高齢者に広くスクリーニングをかけ、一定期間介入を行う。まつど認知症予防プロジェクトを初期集中支援チームのサブシステムとして位置付けつつ、初期集中支援チームの活動についても拡充を進めている。

# 地域包括支援センターの基本的な流れ





# まつど認知症予防プロジェクト1年間参加者のDASC得点の変化

【DASCカテゴリごとの得点の経時変化（対応サンプルのT検定）／初回のDASC31点未満群とDASC31点以上群】

対応サンプルの統計量

軽度認知症かどうか（初回アセスメント）		平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N
31点未満	ペア 1 記憶（初回アセスメント）	3.98	.924	.143	42
	記憶（12か月後）	4.14	1.201	.185	42
	ペア 2 見当識（初回アセスメント）	3.74	.767	.118	42
	見当識（12か月後）	3.64	.692	.107	42
	ペア 3 問題解決判断力（初回アセスメント）	3.71	.805	.124	42
	問題解決判断力（12か月後）	3.76	.932	.144	42
	ペア 4 家庭外のIADL（初回アセスメント）	3.45	.803	.124	42
家庭外のIADL（12か月後）	4.33	2.149	.332	42	
ペア 5 家庭内のIADL（初回アセスメント）	3.21	.415	.064	42	
家庭内のIADL（12か月後）	3.64	1.032	.159	42	
ペア 6 身体的ADL①（初回アセスメント）	3.02	.154	.024	42	
身体的ADL①（12か月後）	3.17	.935	.144	42	
ペア 7 身体的ADL②（初回アセスメント）	3.05	.309	.048	42	
身体的ADL②（12か月後）	3.10	.617	.095	42	
31点以上	ペア 1 記憶（初回アセスメント）	5.85	1.676	.465	13
	記憶（12か月後）	5.00	.707	.196	13
	ペア 2 見当識（初回アセスメント）	4.54	1.506	.418	13
	見当識（12か月後）	4.54	1.198	.332	13
	ペア 3 問題解決判断力（初回アセスメント）	6.77	1.423	.395	13
	問題解決判断力（12か月後）	5.62	1.325	.368	13
	ペア 4 家庭外のIADL（初回アセスメント）	6.92	2.139	.593	13
家庭外のIADL（12か月後）	7.08	2.753	.763	13	
ペア 5 家庭内のIADL（初回アセスメント）	5.77	1.787	.496	13	
家庭内のIADL（12か月後）	5.38	2.063	.572	13	
ペア 6 身体的ADL①（初回アセスメント）	3.46	.776	.215	13	
身体的ADL①（12か月後）	3.54	.776	.215	13	
ペア 7 身体的ADL②（初回アセスメント）	3.54	.877	.243	13	
身体的ADL②（12か月後）	3.31	.630	.175	13	

資料出所：  
2018年3月12日  
AMED筒井班・第3回  
班会議「まつど認知  
症予防PJ対象者の  
DASC得点の変化」

対応サンプルの検定

軽度認知症かどうか（初回アセスメント）		平均値	標準偏差	対応サンプルの差		t	df	有意確率 (両側)
				平均値の標準誤差	差の95%信頼区間 下限 上限			
31点未満	ペア 1 記憶（初回アセスメント） - 記憶（12か月後）	-.167	1.124	.173	-.517 .184	-.961	41	.342
	ペア 2 見当識（初回アセスメント） - 見当識（12か月後）	-.095	.656	.101	-.109 .300	.942	41	.352
	ペア 3 問題解決判断力（初回アセスメント） - 問題解決判断力（12か月後）	-.048	.854	.132	-.314 .219	-.361	41	.720
	ペア 4 家庭外のIADL（初回アセスメント） - 家庭外のIADL（12か月後）	-.881	1.990	.307	-1.501 -.261	-2.869	41	.006
	ペア 5 家庭内のIADL（初回アセスメント） - 家庭内のIADL（12か月後）	-.429	.991	.153	-.737 -.120	-2.802	41	.006
	ペア 6 身体的ADL①（初回アセスメント） - 身体的ADL①（12か月後）	-.143	.926	.143	-.431 .146	-1.000	41	.323
	ペア 7 身体的ADL②（初回アセスメント） - 身体的ADL②（12か月後）	-.048	.697	.108	-.265 .170	-.443	41	.660
31点以上	ペア 1 記憶（初回アセスメント） - 記憶（12か月後）	.846	1.864	.517	-.280 1.973	1.637	12	.128
	ペア 2 見当識（初回アセスメント） - 見当識（12か月後）	1.000	1.155	.320	.302 1.698	3.122	12	.009
	ペア 3 問題解決判断力（初回アセスメント） - 問題解決判断力（12か月後）	1.154	1.676	.465	.141 2.166	2.483	12	.029
	ペア 4 家庭外のIADL（初回アセスメント） - 家庭外のIADL（12か月後）	-.154	2.672	.741	-1.769 1.461	-.208	12	.839
	ペア 5 家庭内のIADL（初回アセスメント） - 家庭内のIADL（12か月後）	.385	1.609	.446	-.588 1.357	.862	12	.406
	ペア 6 身体的ADL①（初回アセスメント） - 身体的ADL①（12か月後）	-.077	.760	.211	-.536 .382	-.365	12	.721
	ペア 7 身体的ADL②（初回アセスメント） - 身体的ADL②（12か月後）	.231	.832	.231	-.272 .734	1.000	12	.337

**DASC31点以上（軽度認知症以上と判定）：見当識と問題解決が有意に改善**



# 「医療・介護・福祉の機能強化・連携強化」のポイント

## 市町村

- ・現場の関係者・団体・職員との対話・協調
- ・「できるところ」「やれるところ」から進める
- ・運営方針の明示（地域の強みなどに即した方向性の提示）

## 地域包括支援センター

### （相談支援機関）

- ・ボーダーを超える（医療、インフォーマル、障害者、子育てなど高齢者介護以外の分野へのつなぎ・協働）
- ・PDCAサイクル（方針・客観的評価・改善）

市町村による運営方針の明示  
とPDCAサイクルが重要。

「医療・介護・福祉の機能強化・連携強化」のポイント  
としては、市町村による運営方針の明示とPDCAサイクルが重要である。

# 保険者機能評価と地域包括支援センターの評価

財政的インセンティブ（都道府県）

財政的インセンティブ（市町村）

都道府県

市町村

地域包括支援センター

保険者機能評価指標を使って市町村の保険者機能を評価、市町村を支援

保険者機能評価指標を使って、自己の保険者機能を評価

事業の自己評価

保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標
地域包括支援センターに対して、介護保険法施行規則に定める原則基準に基づく3職種の配置を義務付けているか
地域包括支援センターと協議の上、地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会・事例検討会等の開催計画を作成しているか
介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者（例：医療機関や地域における様々な社会資源など）との意見交換の場を設けているか
管内の各地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握しているか
地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか
複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村へ提言しているか

地域包括支援センターの評価（市町村）
全てのセンターに3職種の配置を義務付けている
介護支援専門員対象の研修会・事例検討会等の開催計画を作成している
介護支援専門員の課題に基づき、多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けている
介護支援専門員から受けた相談事例の件数を経年的に把握している
地域ケア会議において多職種と連携、検討を行い、対応策を講じている
地域ケア会議の議事録や決定事項を共有するための仕組みを講じている
複数の個別事例から地域課題を把握し、解決するための政策を立案・提言している

地域包括支援センターの評価（センター）
3職種について市区町村が義務付けている基準を超える人員を配置している
市区町村から年度当初までにセンター職員を対象とした研修計画が示されている
地域の介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会や地域ケア会議等を開催している
介護支援専門員から受けた相談事例の件数を経年的に把握している
地域ケア会議において多職種と連携して個別事例の検討を行い対応策を講じている
センター主催の地域ケア会議の検討内容のまとめを市区町村に報告している
地域ケア会議において多職種と連携して個別事例の検討を行い対応策を講じている

保険者機能評価と地域包括支援センターの評価項目の一部には対応関係がある

## 参考資料

# 「システム・オブ・システムズ」

それぞれ独自の機能を持つシステムが  
連携して作られた高次のシステム

- ・ 機能が一つ増えるたびに機器の複雑さのレベルが上がる
- ・ それを技術として支えるのが、数ミリ四方の面積に組み込まれた数億個のトランジスタや膨大なプログラム

気の遠くなるような複雑さと  
システム技術は対峙している



## 参考資料

### 全体が良いシステムになっていることは？



工業製品は多くの部品からなっている

製品の良しあしはそれぞれの部品の品質だけで決まるわけではなく、**それらがうまく配置され調和して働くかどうか**が重要

例えば自動車の場合・・・

エンジン、ボディー、ブレーキ、タイヤなど部品の性能が良いだけでなく、それらが組み合わさって総合的に製品の性能が発揮されなければならない

## 参考資料

### システム技術に大きく傾いた事例

- 自動車  
50前後のコンピューターが搭載され、プログラムは2千万行にのぼるとされる
- 暖房と冷房の両方ができるエアコン
- コピーやプリント、ファクスなどを兼ね備えた複合機
- スマートフォン
- 私鉄とJRの相互乗り入れ  
双方の運行システムが統合されたことで実現

## 参考資料

# 「システム技術」と「要素技術」

システムを作るための技術の総称  
「システム技術」

部品の品質を高める  
「要素技術」

両者は互いに手を取り合って技術を進歩させてきた

要素の進歩が新しいシステムの誕生を促し、  
新システムの発想がそれを実現する要素技術の進歩を促す

## 参考資料

### システム技術と要素技術の比重に大きな変化

機器の機能が増えてシステムが複雑になり、設計や運用管理に時間やコストがかかるようになってきた



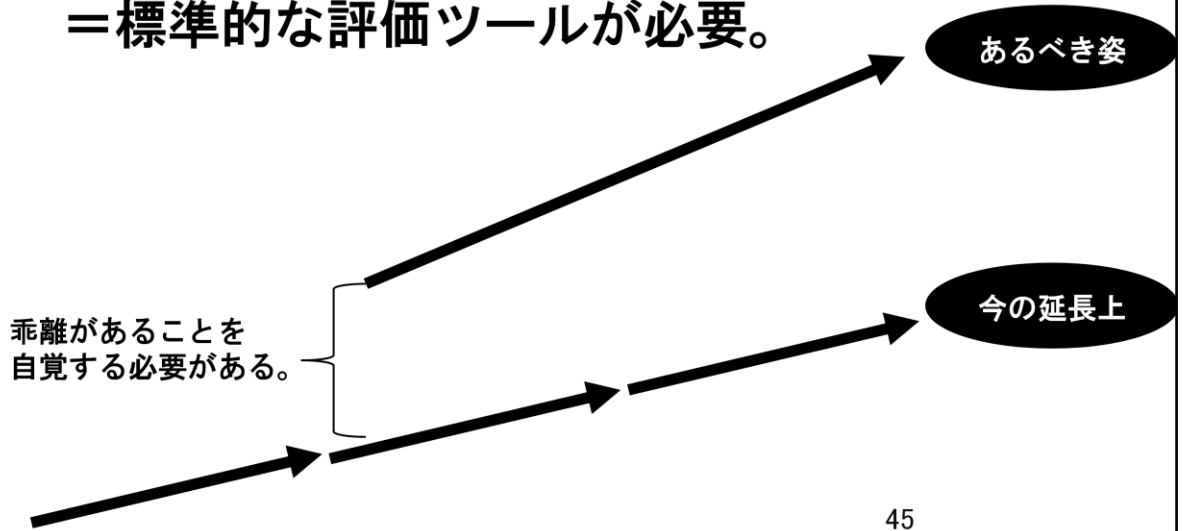
個々の要素技術は進歩の速度が鈍り、  
開発の主軸がシステム技術に大きく傾いてきた

## 評価の際の留意点

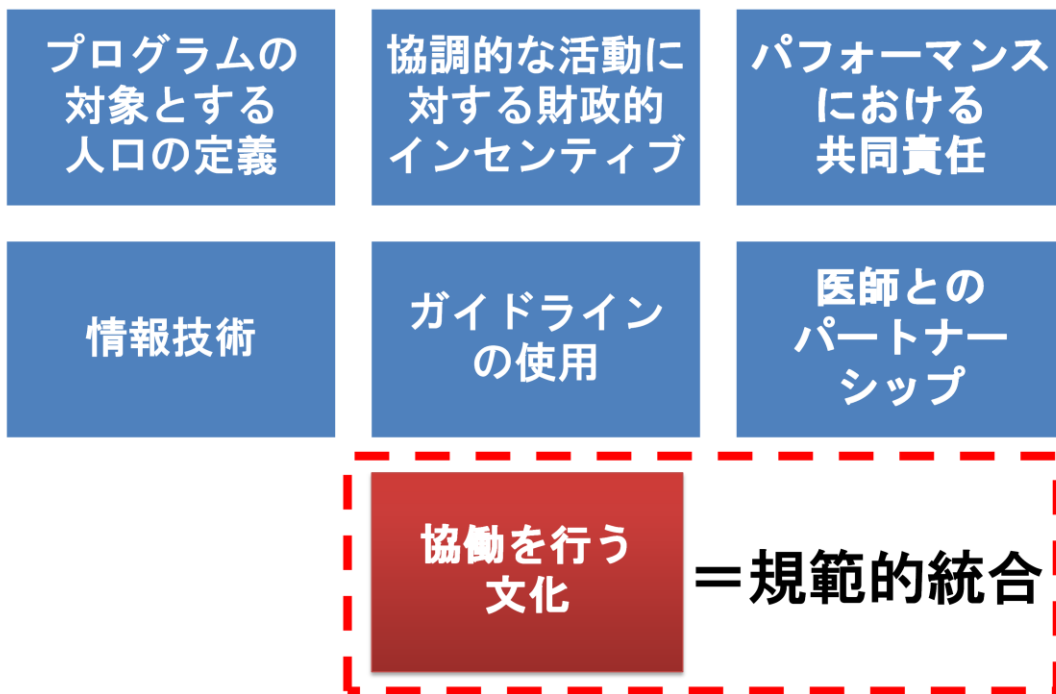
優れた成果を生み出すためには、高い目標を  
セットする必要がある。

=高い自己評価では、改善方策がうまれない。

=標準的な評価ツールが必要。



# 成功する integrated care 戦略の要素



Suter, Esther, et al. "Ten key principles for successful health systems integration." Healthcare quarterly (Toronto, Ont.) 13.Spec No (2009): 16. より筆者作成

冒頭で、認知症初期集中支援チーム事業は、地域包括ケアシステムのシステムの一部（サブシステム）であることを説明した。地域包括ケアシステムは、integrated careとして、理解することもでき、その成功する要素が諸外国の経験から示されている。その内容は、スライドの通りだが、ここでは、協働を行う文化の構築が幾つかの要素の基盤となることを強調したい。

## プログラムの対象とする人口の定義：

医療、ヘルスケアチームが効果を予測でき、効率的、協調的なアプローチが可能な人口の範囲。

## 協調的な活動に対する財政的インセンティブ：

- ・ サービスの協調性を高め、サービス提供と財政に関しての連帯責任を負うことで慎重な管理を行う。
- ・ 入院又は入所を予防し、その入院入所期間を短期化するための在宅での医療介護環境における疾病管理を奨励する（セルフケア・セルフマネジメント）

## パフォーマンスにおける共同責任：

質改善と利害関係者への説明責任をデータを通して行う

## 情報技術：

主に電子カルテや臨床的決定支援システムや、「リスク」のある患者を識別し、ターゲットとしうる能力によってintegrated careの提供を支援

## ガイドラインの使用：

最善の業務を奨励し、クリニカルパスにおけるケアコーディネーションを支援し、ケアにおける不当なばらつきやケアのギャップを解消するために用いる。

## 医師とのパートナーシップ：

医療従事者の診療技術と管理職の組織的技術を結びつける。ケアの受け手と提供者のケアスキルを組み合わせる。

## 協働を行う文化：

チームワークとハイレベルの協調的かつ患者中心ケアの提供。



# 「チェンジ・マネジメント」とは

「チェンジ・マネジメント」とは、

ビジネスにおいて

企業が組織や業務を変革しなければならないときに、  
より効率的に成功に導くためマネジメント手法のこと。

出典マイケル ハマー・ジェームズ チャンピー 著

『リエンジニアリング革命—企業を根本から変える業務革新』日経ビジネス人文庫)

## 「チェンジ・マネジメント」の必要性

社会情勢の変化や、競争環境の変動などに対峙するための、組織変革や業務改革は、企業において必要不可欠な事項となっている。

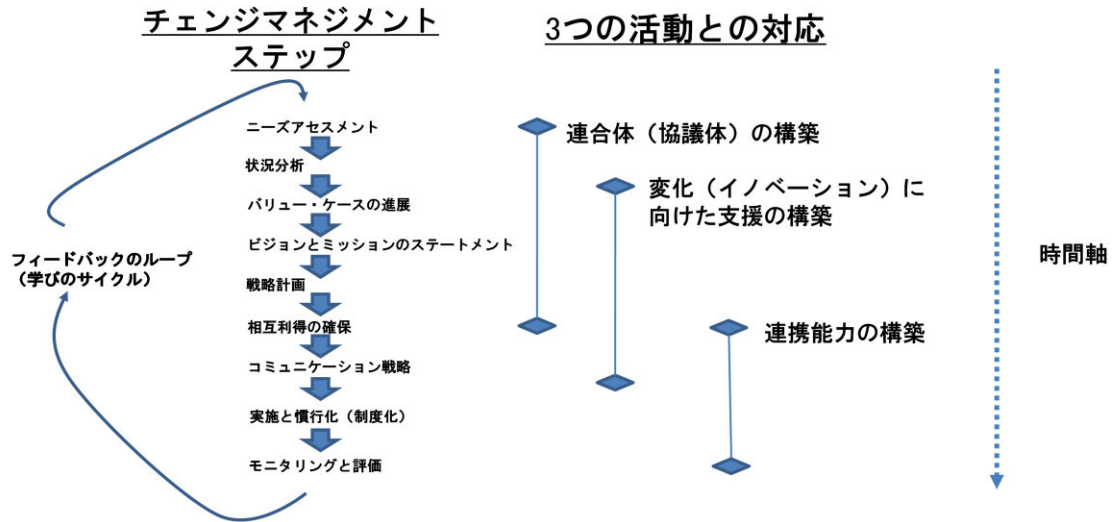
これら改革を成功に導くためにも、**従業員に環境の変化を容認させる「チェンジ・マネジメント」の手法**が重要になる。

近年、日本企業は企業買収や合併、IT化やグローバル化に伴う組織変革が求められており、トップダウンの一方的な号令下のもと、変革をシステム化するだけではなく、**組織の人的心理を考慮した戦略**が必要となっている。

生産性の向上やコスト削減といった目的を果たすためにも、働きやすさや働きがいなどで社員の満足度を向上させることが、**変革を受け入れる組織風土の整備**となる。

従業員の集合体が持つ文化、規範などの**組織風土**を変革するためには、**集合体の一人一人の意識**を変える必要があり、個人の意識改革が「チェンジ・マネジメント」の重要な要素である。

# 統合ケアにおけるチェンジマネジメントモデル (adapted from Goodwin 2015)



## 一般的に現わされるシステムの効率性をあげるための integrated care アプローチ

ケアと資源を適切に目標化する

異なる専門職間におけるアセスメントと処置の重複を  
さける

ケアのパスウェイによって、コストによる進行遅滞と  
ケア提供の差異を避ける

上流（一次的なケア）の能力と資源を考慮した上で  
行われるケア決定の確立

適切な専門職によって行われるケア提供の確立

もっとも重要な議論は、統合的なアプローチとなる、この図の5つである。  
これらは、ケア受給者へのシームレスなケア提供の経験を与えるかということであり、  
そのために患者へのケアの継続性（continuity）、質(quality)と  
アウトカム(outcome)が重要とされている。

認知症初期集中支援チーム事業の実施にあたって、これらのことを意識する必要がある。

## 認知症初期集中支援チーム事業の 基本となるガバナンスの構築に向けて

- チーム設置前に、初期集中支援の目標を常に明らかにしておく必要がある。
- チームが設置されてからも、その目標が達成されているかを常に確認する必要がある。
- 介入できるのは、一定期間。
- モニタリングの仕組みを構築することが重要である。
- チームの組織方法は、地域ごとに異なるため重複を避け、最も効果的・効率的な体制をつくる必要がある。

最後に、本講義の要点をまとめると以下の4点があげられる。

- チーム設置前に、初期集中支援の目標を常に明らかにしておく必要がある。
- チームが設置されてからも、その目標が達成されているかを常に確認する必要がある。
- 介入できるのは、一定期間。モニタリングの仕組みを構築することが重要である。
- チームの組織方法は、地域ごとに異なるため重複を避け、最も効果的・効率的な体制をつくる必要がある。