

認知症初期集中支援チーム員研修会

初期集中支援における 具体的な活動

世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課
高橋 裕子

1

①自己紹介

②この单元では、事業の開始準備から、初期集中支援チームの個別の訪問実施までの、一連の活動について説明する。

outline

1. 初期集中支援の具体的なプロセス
2. 医療機関への受療支援
3. 家族介護者への支援
4. 住まいと生活支援
5. BPSDの対応や予防に関する支援
6. せん妄と初期支援

2

①この単元のアウトラインです。

②テキストでは、76ページから112ページの第5章に該当します。

認知症初期集中支援推進事業

1. 支援チームに関する普及啓発
2. 認知症初期集中支援の実施
 - ① 対象者の把握
 - ② 情報収集及び観察・評価
 - ③ 初回訪問時の支援
 - ④ 専門医を含めたチーム員会議の開催
 - ⑤ 初期集中支援の実施
 - ⑥ 引継ぎ後のモニタリング
 - ⑦ 支援実施中の情報共有
3. 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置

3

ご存知のように、認知症初期集中支援推進事業は、平成27年度から、介護保険制度のなかの地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられました。

国の要綱では、認知症初期集中支援推進事業として実施する事柄が、大きく3点あります。

1つは、この事業に関する普及啓発を行うこと、2つめは事業の本体である初期集中支援を実施すること、3つめはこの事業の検討委員会を設置すること、です。

普及啓発については、すでに開始されている自治体で、区市町村のホームページに掲載されている事例や、チラシをつくって町会・自治会、関係団体等に配布されている事例などがあります。また最近では、認知症ケアパスを作成公表されている自治体で、ケアパスのいわゆるパスウェイの中に、認知症初期集中支援チームの位置づけを明記し、相談窓口を併せて周知する事例も見受けられます。

関係者・関係団体への周知については、自治体の状況に応じて、事業に関する理解を進め、効果的な事業運営ができるよう、広報の仕方を工夫をする必要があります。

事業開始前の準備（行政）

- 事業スキームの構築（設計・企画）
（このようにすればうまくいくはずだ=仮説）
- 政策決定、議会報告
- 予算獲得
- 人員確保
- 関係団体（地区医師会、家族会等）への説明
- 事業検討委員会の設置
- 事業従事者の研修、事業マニュアルの作成
- 広報活動

4

事業の実施主体である市区町村では、この事業を開始するにあたり、様々な手続きが必要となります。

すでに事業を開始されているところや、開始が決まっているところは、このような手続きは済んでいらっしゃると思います。

この中で、2番目以降は、行政として必要な意思決定のプロセス等ですので、特に行政職の方々はよくご存知の部分だと思えます。

しかし、事業を効果的に進めるには、1番目の、自治体における事業スキームの構築が最も重要です。

事業の開始にあたり、事業検討委員会の設置についてまず検討されると思いますが、併せて、この事業の理念つまり何をめざす事業なのかということ、また、訪問対象者の把握方法や、初期集中支援チームの編成をどのようにするか、事業の年間のスケジュールはどうするか、チーム員会議の開催方法や頻度はどうするか、訪問結果のデータの集約や集計分析はどこで誰が行うか、事業の評価指標は何か、等の案を作る必要があります。

つまり、「この事業を、このように実施すれば、うちの自治体では、当面うまくいくはずだ」という仮説をたてるということが、事業の進行管理や、のちに行う評価の、スタートラインとなります。

事業開始前の準備（行政）

チームの設置場所

- 行政直営（保健センター、本庁）
- 地域包括支援センター
- 委託事業所
（病院、診療所、訪問看護ステーション、
介護施設等）
- 上記等の複合チーム

5

チームの設置場所については、各自治体の事業スキームに沿って、直営か委託か、委託するとすればどのような事業所に委託するか、委託先の選定はどのように行うか等の検討が必要になります。

これまでにチームを設置されている自治体の例をみますと、だいたいご覧のようなタイプに分類されるかと思えます。

行政の本庁や保健センターに直営チームを置いたり、地域包括も自治体直営の包括であれば、直営チームの位置づけになると思えます。

委託の場合ですと、委託包括や診療所、訪問看護ステーション、認知症疾患医療センター、介護事業所などがあります。

また、認知症サポート医のみを地区医師会から派遣してもらったり、委託法人内の医師に認知症サポート医研修を受けてきてもらうなどの方法をとられている実態もあります。

1. 初期集中支援の具体的なプロセス

- (1) 相談応需
- (2) 対象者の把握（初期集中支援の対象か否か）
- (3) アセスメント（初回訪問含む）
- (4) チーム員会議（支援方針、支援計画の設定）
- (5) 認知症初期集中支援の実施
- (6) 終結、引継ぎ、モニタリング

6

ここからは、この事業のプロセスに沿って初期集中支援の実施方法をお話します。

(1) 相談の応需

① 相談者は誰か(認知症の本人との関係)

- ・本人…不安が強い、安心感を与えることが大切
- ・家族…子(子の配偶者含む)、配偶者、兄弟
精神的・身体的に疲弊している場合がある
受け止めとねぎらいが大切
- ・民生委員…地域のトラブルが発端の場合がある
行政と連携、更なる情報収集が必要

② 困っている人は誰か

③ 対応の優先順位を検討する

7

まず、この事業の対象者を把握する必要がありますが、相談の受け方は自治体により様々かと思えます。

チームが設置されている機関が住民や関係機関からの相談をすべて受ける、というところもあれば、地域包括支援センターがまずお話を聞いて、相談を受ける必要があります。

初期集中に限らず、相談を受ける際に確認しなければならないのが、①の相談者は誰かということと、②「一番困っている人」は誰かと言うことです。

相談者が本人の場合、自身のもの忘れや今後自分がどうなっていくかと言うことを少なからず不安に感じていることが多いので、安心できる相談関係づくりが重要になりますし、相談を受けた機関は、支援者がマラソンの伴走者のようにつきあっていくことも必要になります。

また、家族の場合、かなり困った状態で認知症の症状も進行してから、初めて相談に登場することが少なくありません。

民生委員から相談された場合、私も経験がありますが、近隣苦情などが発端となって、民生委員自身が、近隣住民とご本人や家族との板ばさみになっていることがあります。

このような場合は、行政との連携が重要になりますので、早い段階で行政の高齢福祉担当所管課に情報提供しておく必要があります。

相談者と一番困っている人がイコールでない場合は、一番困っている人との連絡方法を確認して、可能であればその方からも話が聞けることも必要です。

(2) 対象者の把握

① 認知症初期集中支援の対象か否かの判断を行う

年齢40歳以上、在宅で生活、認知症が疑われる、または認知症がある

a 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断している

ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない

イ 継続的な医療サービスを受けていない

ウ 適切な介護サービスに結び付いていない

エ 介護サービスが中断している

b 医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している

8

認知症初期集中支援推進事業の対象者です。
国の事業要綱に記載されている対象者はこのようになっています。

対象年齢は若年性認知症の2号被保険者対象年齢に対応するため、40歳以上となっています。

医療や介護サービスを利用していないか、または中断している人が対象なので、かかりつけ医がいても、認知症で受診したことがないとか、かかりつけ医が認知症の診療を行っていない人は対象になります。

また、医療や介護サービスにつながっていても、行動・心理症状で対応に苦慮している人も対象としています。

(3) アセスメント（初回訪問含む）

①アセスメントは、地域包括支援センター等の最初の相談場面でも可能であるが、住まいや居室の様子、本人の日常生活状況等を知るためには、家庭訪問が必要。

②訪問対象者である本人から、訪問の了承が得られていない場合

⇒相談者やチーム員内で、訪問方法について
十分検討する必要がある

9

次にアセスメントの実際です。

認知症の総合アセスメントについては、別途、講義があります。

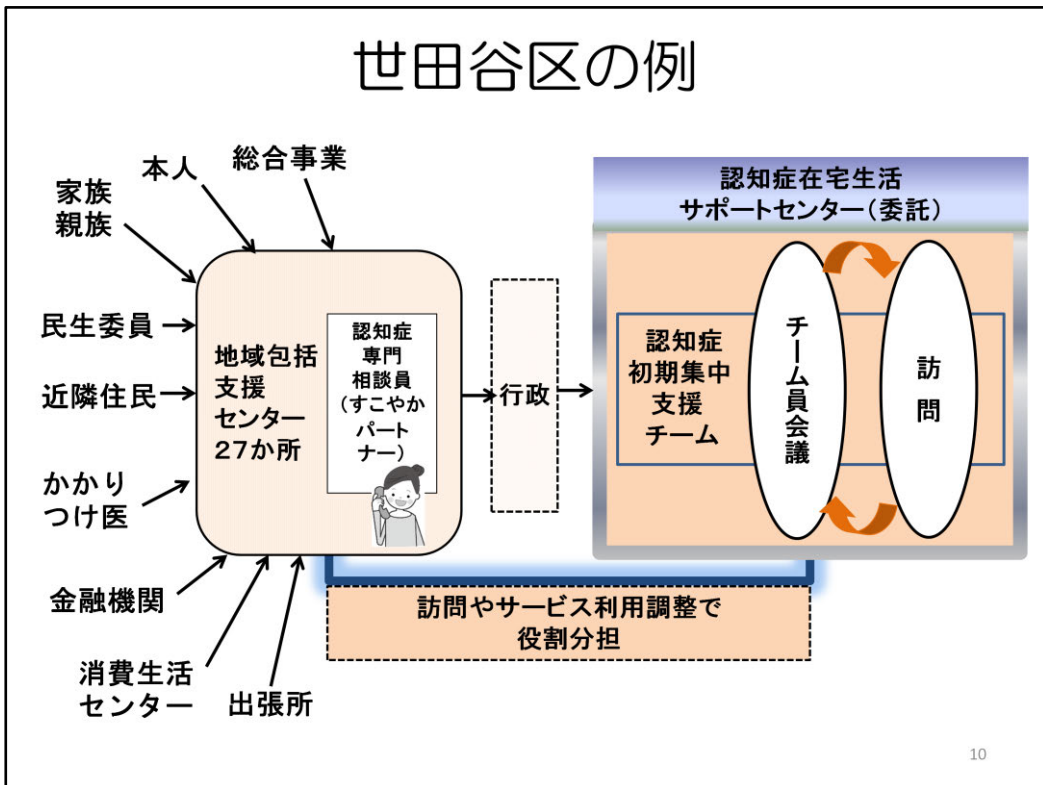
アセスメントを行う上で重要なのは、実際に生活の場に足を運んで、生活の場を見ることです。

訪問で、認知症高齢者の居宅に伺うと、実に多くの情報を得ることができます。例えば、庭から玄関にかけて、住まいの外観は整っているか、カーテンは開いているか、庭木や庭の雑草が茂っていないか、玄関周りの掃除は行われているか、物干しに洗濯物が干してあるかどうか、玄関を開けて、靴や下駄箱の上はちらかっているか、廊下に物が積まれているか、照明は点灯するか、インターホンは正常に動作するか、郵便物やチラシなどは取り込まれているか、どのような郵便物が届いているか、思いつくままあげただけでもこれだけ観察ポイントがあります。

日ごろから訪問業務を行っている、地域包括支援センターの職員の方や行政の保健師さん、訪問看護ステーションの看護師の方などは、このあたりはお手の物だと思います。

初期集中支援を行う前提として、家庭訪問の基本的なスキルが重要であることを、再認識してください。

また、訪問対象者であるご本人から、訪問の了承が得られていない場合も多々あるかと思います。事前に、相談者や訪問を担当するチーム員とで、訪問方法や本人への説明方法を、十分うちあわせをしておいてください。



1つの例として、世田谷区の相談と初回訪問までの流れをお示します。

区では、もの忘れや認知症の相談窓口は、区内に27か所ある地域包括支援センターが実施しており、すべて民間委託で運営しています。
また、27か所のそれぞれの管轄地区は、区の日常生活圏域と一致しています。

認知症初期集中支援におけるゲートキーパーの役割は、地域包括支援センターが担います。

初回の訪問では、担当地区の地域包括支援センター職員と委託法人のチーム員が必ず同行訪問しています。

ゲートキーパーに訪問対象者の情報が入ってくるためには、事業に関する広報だけでなく、効率的に対象者を発見できるしくみが必要です。

自治体によっては、医師会や薬剤師会等の関係団体と連携して、もの忘れが心配な高齢者の情報をいち早く地域包括支援センターに届くようにしているところがあります。

(3) 初回訪問

①訪問の準備

- ・訪問同行者の調整
- ・訪問前の十分な情報収集
- ・訪問約束の調整
- ・警戒心や拒否が強い場合
- ・本人が独居で身寄りがいない場合

②訪問の実施

- ・訪問体制(複数、信頼関係づくり、効率のよいアセスメント、リスク管理)
- ・訪問時における留意点(テキスト参照)

11

初回訪問は、まず対象者との信頼関係づくりに主眼を置きます。

アセスメントを行わなければならないので、どうしても質問や観察に傾きがちですが、この点十分注意してください。

本人を質問攻めにして、できないことを突きつけて不快にさせては意味がないので、チーム員が観察したり、家族や相談者から聞き取った日ごろの様子から、判断してアセスメントして良いです。

また、初回訪問は複数の職員で訪問します。

本人のほかに家族介護者がいる場合は、本人と話をする職員と、家族介護者の話を聞く職員に役割を分けます。

本人の前で家族介護者の話を聞くのが厳しいという場合は、家族介護者の了解を得て、前もって地域包括支援センターなどで、家族介護者だけ面談するなどの工夫をしてください。

訪問対象者が警戒心や拒否が強い場合、できるだけ家族や、本人が信頼し安心できる人に立ち会ってもらえるようにするなどの工夫が必要ですが、玄関が開かない事例などでは、無理強いせず、手紙や連絡先などの具体的な情報をポスティングしてきてください。

訪問の留意点はテキスト78ページをご覧ください。

アセスメントの実施

①情報収集

現病歴、既往歴、生活歴、趣味や楽しみ、現在の生活状況、家族状況などを情報収集する。

地域包括支援センターが前もって入手している情報もチームで共有し、アセスメントに活用する。

本人のほか、家族などのあらかじめ協力の得られる人が、必要に応じて同席できるよう調整する。

②観察・評価

信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。

12

本人に会えた場合は、安心して話ができるよう、本人が話しやすい部屋や場所で、家族など協力者に同席してもらい、話を聞きます。

DASCの講義で動画をご覧になると思いますが、聞き取りの流れや話し方だけでなく、テーブルの、本人が座る椅子の場所も、普段から座り慣れている椅子に座っていただくとか、なるべく日ごろと違和感のない状況にして面談するのがコツです。

また、同じ事を何度も聞かれるのは、本人はもとより、家族にとってもあまり気分がよくないものです。

事前に相談者や地域包括支援センターから入手できている情報がありましたら、何度も同じことを聞かないようにすることが必要です。

しかし、あえてもう一度確認したいという場合も、あると思いますので、その場合は、「前に聞かれたかもしれないけど」とか、ひと言前置きして聞くとよいです。

アセスメントの実施

- ① 身体 の 健康 状態
- ② 認知 機能 の 評価
- ③ 行動 ・ 心理 症状 の 有無 や 状態
- ④ 家族 の 介護 負担 の 有無 や 状態 、 対応 力
- ⑤ 住まい や 居室 の 環境
- ⑥ 対人 交流
- ⑦ 経済 状態 や 社会的 困難 状況 の 有無

13

アセスメントの項目は、①～⑦まであります。

総合アセスメントで講義があったのは①～④ですが、このほか、⑤、⑥、⑦が在宅生活の継続では必要になります。

高齢者が在宅生活を継続するには、転倒の予防や夜間のトイレのためのフットライトなどADLや家庭内のIADLの確保が必要です。

アルツハイマー型認知症等が進行性の疾患であり、いずれ身体機能も低下することを考慮すると、段差解消や手すり、浴室など、今後改修が必要だと見込まれるようなところは、確認しておくといでしょう。

また、経済状態や社会的困難状況は、例えば介護保険サービス利用の契約者支援者がいないとか、経済困窮が介護サービス利用の妨げとなることがありますので、把握する必要があります。収入状況などは行政の担当課の協力も必要です。

社会交流が保たれている人は、認知症になっても、理解者や支援者との豊かな人間関係の中で、安心して生活できます。

実際、世田谷区で初期集中を利用された方で、自宅に風呂がないが、長年の家族ぐるみの交流がある隣人が、ほぼ毎日、自家用車で銭湯に連れて行ってあげていた事例があります。

また、地域の趣味の会に通い続けている方で、会のメンバーも本人の認知症に気づいていましたが、「いずれ自分も認知症になったら友人を失うのはさみしいから」と、受け入れ続けてくれており、会の当日に、メンバーが交代で、誘い出しの声かけに訪問していた事例もありました。

(4) チーム員会議

《認知症初期集中支援チームの目的》

1. 本人の意思が尊重され・・・(意思決定支援)
2. できる限り住みなれた地域のよい環境で暮らし続ける・・・本人の力を最大限に使い、早期診断・早期対応に基づく支援体制を構築する(自立支援)

そのためには、①(潜在的)ニーズの確認、②短期目標と支援計画の設定、③誰が何をいつまでにどこでどうやってアプローチするのかを共有し分担する(多職種協働)ための会議が必要

14

次にチーム員会議です。

チームの目的が、オレンジプラン、新オレンジプランにもあるように、本人の意思が尊重されて、住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるための事業であることを考えると、意思決定支援と自立支援がキーワードになります。

チーム員がアセスメントで得てきた情報をもとに、どのように意思決定支援と自立支援を行うか、を検討するのがチーム員会議であり、そのためには、潜在的なものも含めて、ニーズを確認し、支援方針・支援計画を定めて、かつチームの中で役割分担する必要があります。

専門医も含めて複数職種がかかわりますので、多職種協働チームによる会議となります。

(4) チーム員会議

① 会議メンバーの招集

② 会議の内容

- ・支援の対象は誰か(本人か、家族か)
- ・多職種チームで初期集中支援計画を作成し、決定する。
- ・支援内容と役割分担を確認する。
- ・本人や家族に当面の対応を説明し、同意を得る。
- ・近隣住民や民生委員など、本人・家族以外の支援者にどこまで情報提供し、協力を取り付けるか検討する。
- ・6か月間での到達点(ゴール)を決める。
- ・次回会議(モニタリング)の時期を決める。

15

チーム員会議の具体的な開催方法です。

まず、開催日程を調整して会議メンバーを招集します。

訪問した職員と専門医は必須メンバーです。

ほかにも、司会役のスタッフや地域包括支援センター職員や行政の担当者など、必要なメンバーを確認して召集してください。

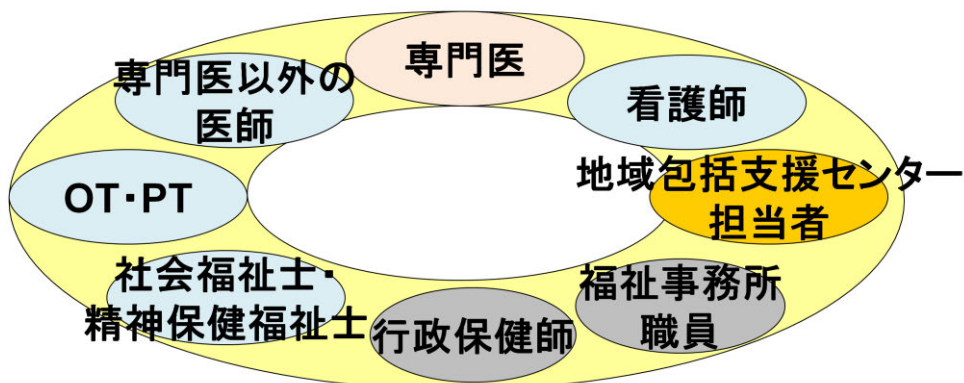
支援の対象者については、本人もですが、訪問にいったら家族の介護ストレスが大変重かったとか、配偶者にも認知症がありそうだというようなこともわかるので、支援対象者はだれかを、会議で再確認します。

また、アセスメント結果を元に支援方針や約6か月で何をどこまで支援するかの支援計画を検討します。

家族以外の協力者で、隣人や民生委員などにどこまで情報提供し、協力をとりつけるかは、自治体によっても個人情報取り扱いがやや異なると思いますので、行政の担当者と相談して行ってください。

また、あらかじめ年間の会議日程が固まっている場合は不要ですが、随時に認知症初期集中支援をスタートする場合は、次回のモニタリングをいつ頃行うかも会議で決めておきます。

チーム員会議のメンバーの例



- 各職種の専門性や強みが発揮されることにより、ニーズを多面的に捉え、共通の目標に沿って見通しをもった支援方針を立案できる。
- 多職種協働によるチームケアのOJTになる。

16

実際のチーム員会議について、例に基づいて説明します。

地域により、会議の構成員は様々ですが、チーム員の訪問担当者と専門医は必須メンバーです。

そのほかに、訪問担当者以外のチーム員や、地域包括支援センターの担当者、行政の担当者などが参加している会議が多いでしょう。

訪問対象者の状況によっては、地域ケア会議のように、ご本人やご家族が参加することもあるでしょう。

訪問を担当した職員からの報告を元に、それぞれのスタッフが専門性やその強みをいかして、アセスメントの追加を依頼したり、支援計画の提案を行います。ニーズを多面的に捉えることにつながり、会議によって共通の目標に沿って見通しを持った支援方針を立案することにつながります。

また、地域包括の職員も、看護師などの訪問担当者も、職種による得意分野や互いの役割・強みを知り、協力や分担してチームケアを展開するための支援の導入の役割を果たしていきます。

看護やケアの実施方法、家族心理教育の方法、今まで知らなかった行政サービスやインフォーマルサービスを知り、多職種協働のメリットを体験することで、OJTの機会となっていきます。

チーム員会議の実際（世田谷区を例に）

1. 出席予定者に開催通知（日時、検討事例、出席予定者の確認）

2. 当日の進行（世田谷区では1事例あたり3回の会議を実施）

会議の段階	主な内容
初回訪問 終了後	① 訪問対象者の概要説明 ② 初回訪問及びアセスメント結果の確認 ③ 支援計画案の検討及び役割分担の確認（支援目標・方針）
中間 （随時含む）	① 訪問の進捗状況 ② 目的達成状況の確認、支援計画の見直し
支援終了時	① 訪問結果及び目的達成状況の確認 ② 継続している課題の整理及びあんしんすこやかセンター、ケアマネジャーへの引継ぎ内容の検討

3. 会議終了後、記録作成（委託事業者が事例毎の会議記録を作成し区へ提出、区から総合支所及び地域包括支援センターへ送付）

17

実際の会議では、世田谷では年間の開催スケジュールをあらかじめ決めてあり、1人の対象者に対して、初回訪問終了後と中間、支援終了時の3回、会議を行います。

3回の会議の内容はご覧のようなもので、初回は包括の職員が対象者の概要や相談の経緯を説明し、初回訪問の状況やアセスメントの内容は訪問看護師等の法人スタッフが報告して、質問を深めながら支援方針・支援計画の作成を行います。

中間の会議では、初回に決めた支援方針や支援計画に沿って、課題と訪問経過を報告し、目標達成状況の確認や、必要により支援計画を見直します。

終了時は、目標達成状況を確認するとともに、継続している課題への取組みをどうするかなどを検討します。

中間や終了の会議では、ケアマネジャーが決まった場合は参加することもありますし、デイサービスの職員が参加した事例もあります。

初期集中支援計画を作成するには

- 多職種ของทีม員で、できるだけ多くの解決策を案出する。
- そのためには、会議の参加者がそれぞれの役割において、何を課題と捉え、どのような支援が必要だと考え、自分は何ができるかを全員が発言する会議にする必要がある。
- チーム員会議の司会進行は大変重要。
 - ①今日の会議の目的の共有
 - ②時間管理
 - ③参加者が全員発言できるように促す

18

アセスメントの情報が揃うと、認知機能に関する評価や、日常生活の中で何ができていて、何ができなくなっているのか、家族の介護負担はどれくらいあるのか、身体の状態はどうか、受診やサービス利用の緊急性はあるか、など具体的な状況がわかってきます。

このため、会議に参加しているスタッフはみな、自分だったら何か必要だと思うか、支援策として何ができるか、を自ずと考えることができます。

ここで重要なのは、会議に参加しているスタッフが、特に地域包括や訪問を担当している職員が、「こんな支援がしたい」と提案できることです。

そのため、全員に発言の機会が与えられること、最初から教科書的な方針を打ち出すのではなく、いろいろな角度から意見が出せること、が重要です。

世田谷の場合も、専門医が訪問に行った場合は訪問状況の報告をしますが、診たてを説明するのは、その事例の会議の後半に司会が発言を振った時だけ。

ほとんど、黒子(くろこ)のような存在です。

専門医の先生の献身的な協力のおかげなのですが、本当に司会が振らないと発言できない。

もちろん、重要な質問や意見は発言されますが、基本的に他のスタッフと同等のウエイトで発言されています。

また、司会の役割は非常に重要です。会議の目的確認、時間の管理、発言の促しと、チーム員会議だけでなく、どんな会議でも同じですが、会議の参加者全員が発言するよう進行してみてください。

(4) チーム員会議

会議進行のひながたを作っておくとよい

【例】初回のチーム員会議

- ①地域包括支援センターから事例紹介
- ②訪問担当者から訪問時の状況及びアセスメント結果を報告
- ③質疑応答
- ④会議参加者全員で支援策を各自提案
- ⑤支援目標・支援計画・役割分担の検討・決定

19

会議進行の雛形をつくっておくと楽ですし、内容がぶれません。

司会が交代したり、参加メンバーが入れ替わったりしても、この雛形があると、一定の内容と水準の会議が可能です。

例をお示しましたが、このほか、会議で使用する帳票によっても会議の進行は左右されますので、帳票を工夫して、効率よく会議できるようにしておくとよいでしょう。

(5) 認知症初期集中支援の実施

- ①医療機関への受療支援
- ②家族介護者への支援
- ③身体的なケアやBPSD予防支援
- ④介護保険サービス利用を含む生活支援
- ⑤住まいや生活環境の支援
- ⑥権利擁護の支援
- ⑦地域の見守り、社会交流の支援

20

次に2回目以降の訪問、場合によっては3回目以降になりますが、支援の実施についてです。

支援メニューのようなものですが、おおまかに分けると、この7項目があります。

認知症の医療への受診支援はもっとも重要です。

講義でも、認知症の支援において、医療は必須だということが実感していただけたかと思います。

ボリュームはそんなに大きくなくていいのですが、絶対に必要なものです。

また、家族介護者が安定すると認知症のご本人が安定しますので、家族支援も大変重要です。

高齢者では、身体ケアは不可欠ですし、身体ケアがうまくいくと行動・心理症状が治まったりします。

自立支援のためには、介護保険サービスを含む生活支援が必要ですし、住環境整備や社会交流についても先ほどお話したとおりです。

また、単身高齢者が今後特に都市部で増加しますので、権利擁護は重要になってきます。

①医療機関への受療支援

- ・ 医療機関との情報共有
 - ・ 書面（紹介状、連絡票など）で情報共有する
Linkage
 - ・ 共通のアセスメントシートを使用する
Coordination

各自治体の個人情報保護規定に沿って、取り扱いを検討する必要がある。

22

医療機関との情報共有については、紹介状や連絡票などの書式を定めて、運用されている自治体もあります。

共通のアセスメントシートを使用して共有できれば、これはコーディネーションされているともいえますが、実際は書面か口頭が多いのではないかと思います。

どのような連絡・連携方法が取れるかは、各自治体の個人情報取り扱いのルールもありますので、地区医師会を含めて、取り扱いを検討する必要がありますが、この事業においては、事業検討委員会を置くことになっていますので、そこで検討するのが妥当だと思います。

実際には、医師あての文書を、コメディカルが書くのは厳しいと思いますので、もし文書で共有する場合は、専門医に一肌脱いでいただく必要があると思います。

①医療機関への受療支援

医療を継続するために確認すべきこと

- 通院の支援は誰が行うか（声かけ・促しで可能か、同行が必要か、誰が同行するか）
- 在宅医療の体制を整えることは可能か
- 医療を継続できる経済状況か
- 服薬管理ができるか、協力者がいるか
- 日常生活における心身の変化を観察できる人がいるか

23

また、医療はボリュームは要らないが、必ず必要と申し上げました。

認知症の人が地域で生活し続けるには、通院継続や服薬管理が必要ですし、ゆくゆく通院が困難になった際に、訪問診療で診てくれる医療機関があるかどうかも重要です。

また、心身の変化を客観的に捉えてくれる人がいるか、医療を継続できる経済状態かどうか、これも重要です。

②家族介護者への支援

家族介護者を支援することの重要性

- 家族介護者は認知症の人の生活支援の最も重要な担い手(ケアラー)である。
- 本人に代わって手続きや説明を担い、認知症の人に安心を提供し、本人の尊厳を守り、望む生き方を全うさせることに尽力してくれる存在である。

24

次に家族介護者支援です。

なぜ、家族介護者支援が必要なのか。

認知症の家族介護者は、本人の生活支援のもっとも重要な担い手だからです。

どんなに介護保険サービスを使おうとも、インフォーマルサービスを使おうとも、本人の一番身近にいて、昼夜を問わずその様子を把握できていて、情報を発信することができる人だからです。

なかには、不適切な介護や虐待に至っている場合もありますが、多くの場合、家族介護者は、本人に代わって「手続き」や「状況説明」の役割を担い、本人に「安心感」を提供し、本人の「尊厳」を守るために本人の望む生き方を全うさせることに尽力してくれる存在です。

このため、家族介護者を疲弊させず、本人の望む生き方を全うできるようなケアの指揮者でいてもらえるよう支援する必要があります。

②家族介護者への支援

ケアラーがおかれている状況

- BPSDや日々の介護に対して身体的・心理的な負担や喪失感を感じている。
- 社会的に孤立しやすい。
- サービス利用に対する不安。
- 経済的不安。
- 家族自身の暮らしや将来への不安。

25

地域には、介護者の会や家族会がたくさんありますが、ある家族会の方が、こんな話をされました。

「子育ても介護もどっちも大変というけれど、子育ては10ヶ月かけて準備ができる。介護は準備期間がない。突然始まる。」

「情報を集めよう、勉強しようと思っても、介護が始まってしまったら自由な時間はほとんどない。だから、効率よく介護できないし、情報も届かないと孤立していく。」

家族介護者に情報を届けるということが、いかに難しく、かつ必要なことかを示しています。

平常時、つまり普段から、「介護や認知症に関する情報がここにあるよ」という、わかりやすいメッセージを、住民にくり返し示しておくということも、大切だと思います。

②家族介護者への支援

- 家族介護者のニーズの把握が必要
そのためには、まず話を聞く(傾聴)
- ねぎらう(心理的ストレスは、想定外の状況におかれた人のあたり前の反応)
- 困ったときには相談に乗ることを伝える
- 介護負担や健康状態を評価し、負担軽減や健康保持の支援を行う
- 情報を提供する(認知症の理解、利用できる社会資源)

26

家族介護者の支援についてです。

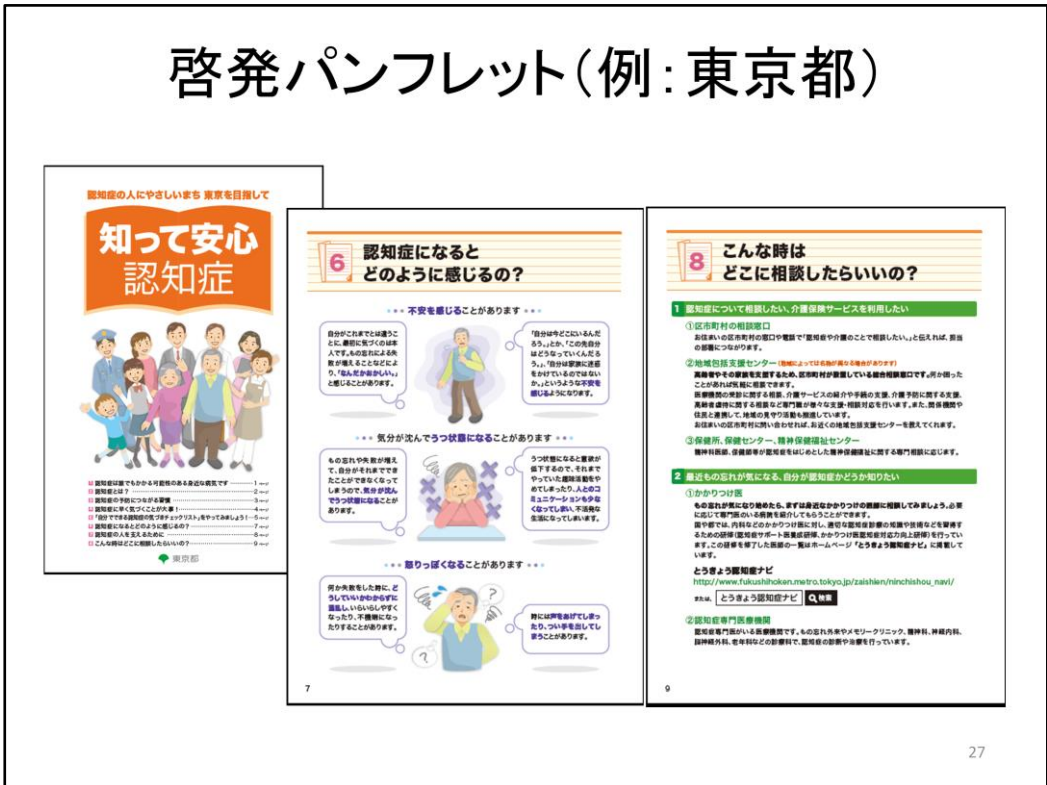
まずは、ニーズの把握が必要です。そのためには話を聞く。傾聴です。

また、「受けとめた」というサインとしてねぎらいがあるのですが、家族介護者は自分のおかれた状況の特殊さと、心理的ストレスを抱えた自分自身の弱さや、認知症の本人に対するネガティブな感情に戸惑っていることが多いです。

親族のだれにもわかってもらえないとか、苦しい心情を吐露する方もいます。

ですから、「心理的ストレスやご本人に対する怒りや悲しみ、先の見えない不安などは、あなただけが特殊なのではなく、介護という想定外の状況に突然みまわれた人の、あたりまえの反応なんだ」、ということも伝えてください。

啓発パンフレット(例:東京都)



家族介護者に、認知症の説明や情報提供を行うときは、わかりやすいツールを使うことが多いと思います。

認知症初期集中支援チームで使うツールを、ひとつおとり、そろえておくことが必要です。

これは一例ですが、東京都が作成した「知ってあしん認知症」というパンフレットです。
インターネットからも見ることができます。

また、国立長寿医療研究センターでも、ご家族向けのパンフレットを作成しており、インターネットで見ることができます。

認知症ケアパス

サービスの分類 (支援内容の分類)	サービス(支援)の内容	軽度 →		中等度 →	重度 →
		認知症の軽い状態が日常生活に自立 する又はあるが、日常生活が自立 するが、日常生活が自立して いる。	認知症の軽い 状態が日常生活に自立 するが、日常生活が自立して いる。	認知症の軽い状態が日常生活に自立 するが、日常生活が自立して いる。	認知症の軽い状態が日常生活に自立 するが、日常生活が自立して いる。
(1) 認知症予防・介護予防に 関する支援	認知症の発症を遅くするグループで行い、認知症を 予防し、生活機能の維持改善を図ります。	①介護予防・日常生活支援総合事業			
(2) 社会参加・仲間づくりに 関する支援	社会の一員として社会参加し、できる範囲で 社会貢献し、生きがいをもって過ごすことが できます。	①認知症カフェ ②ふれあいいきいきサロン、支えあい二 六介護予防・日常生活支援総合事業	③高齢者クラブ		
(3) 見守り支援	地域全体で高齢者を見守り、必要な支援に つなぎます。	①認知症サポーター ②高齢者安心コール ③民生委員 ④あんしん見守り事業	⑤町会・自治会等 ⑥区高齢者見守りネットワーク		
(4) 介護の相談・介護保険 サービスに関する支援	日常生活に支障が生じた場合、迅速に 必要なサービスや支援につなぎます。	④あんしんすこやかセンター ⑤居宅介護支援事業所			
(5) 身体的ケアや 認知症ケアに 関する支援	認知症の症状や身体機能の悪化を可能な 限り、予防・暮らしに合わせた介護ケアを 提供し、生活の質を向上させます。	①訪問介護(ホームヘルプ) ②訪問看護(デイサービス) ③認知症対応型通所介護 ④通所リハビリテーション(デイケア) ⑤訪問リハビリテーション	⑥訪問入浴介護 ⑦認知症対応型介護 ⑧訪問看護(認知症対応型) ⑨小規模多機能型居宅介護 ⑩短期入所生活介護(ショートステイ) ⑪短期入所療養介護(ショートステイ) ⑫介護老人保健施設 ⑬訪問看護ステーション		
(6) 医師・看護師等に 関する支援	認知症の診断や治療についての相談、検査 などを行います。医療・介護の連携などの 支援を行います。	⑭もの忘れチェック相談会 ⑮認知症初期集 ⑯かかりつけ医・かかりつけ歯科 ⑰かか りつけ薬局 ⑱認知症専門医療機関 ⑲世田谷区の忘れぬ地域連携(クリティカルパス) ⑳訪問診療 ㉑訪問看護 ㉒介護療養型医療施設	中支援チーム事業		
(7) ご家族の方への支援	介護をされているご家族が、介護のヒントや 相談などを実施し、専門職に相談するこ で、介護の不安の解消を図ります。	①認知症カフェ ②介護者の会・家族会	③家族のためのこころが家になる相談 ④介護マップ		
(8) 住まいに関する支援	安全で、自立した生活が継続できるよう支援 します。	⑤福祉利用 ⑥住宅改修 ⑦サービス付	⑧高齢者住宅 ⑨有料老人ホーム ⑩認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ⑪介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)		
(9) 権利擁護に関する支援	認知症等により生活に不安がある方が安心 して暮らさるよう権利擁護等の支援を行います。	⑫消費生活センター ⑬成年後見センター	⑭あんしん事業、成年後見制度利用支援、あんしん法律相談		

この図の見方
 ①認知症サポーター サービスの番号
 ※ 詳細は14ページ
 以降の同じ番号を
 参照してください。

認知症ケアパスを作成し、パンフレット等をホームページに掲載している自治体が多くなりました。

認知症初期集中支援チームだけでなく、日ごろ認知症の相談に応じる地域包括支援センターや地域のケアマネジャー、かかりつけ医にも活用されています。

家族会一覧

世田谷区介護者の会・家族会一覧

主催：世田谷区介護者の会

※各家族会の詳細情報は、各家族会のホームページをご覧ください。

- いぬまの会**

※毎月第1、3、5日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第2、4日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第1、3、5日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第2、4日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第1、3、5日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第2、4日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第1、3、5日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第2、4日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第1、3、5日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。
- いぬまの会**

※毎月第2、4日 13:30-15:00
 会場：いぬまの会 1階 2005-4100
 ※お申し込みは、お電話またはお申し込みセンターまでお願いします。

家族会マップ

※各家族会の詳細情報は、各家族会のホームページをご覧ください。

地域の家族会の情報もあるといいでしょう。

中には、「近場の家族会は知り合いがいると嫌だ」といって行きたがらない家族もいるので、離れたところの家族会も含めて、複数、情報提供して選べるようにしておくといいです。

認知症カフェ

認知症の人や家族、専門職、地域住民が交流し、一緒に過ごすことができる場



認知症カフェも増えてきました。

情報交換や認知症の学習、相談、仲間づくりが一か所でできるのがメリットで、本人も家族も、専門職も、近隣住民も、みんな「さんづけ」で呼ばれるような、平らかな場づくりができるところが、認知症カフェのよいところです。

③身体的なケアやBPSD予防支援

- 高齢期に必要な生活習慣(例外あり)
 - ・保清、整容、社会交流
 - ・食事摂取(めやす1,500Kcal)
 - ・水分摂取(めやす1,500cc)
 - ・運動(身体活動)(1日平均60分)
 - ・排泄(毎日の排便)

31

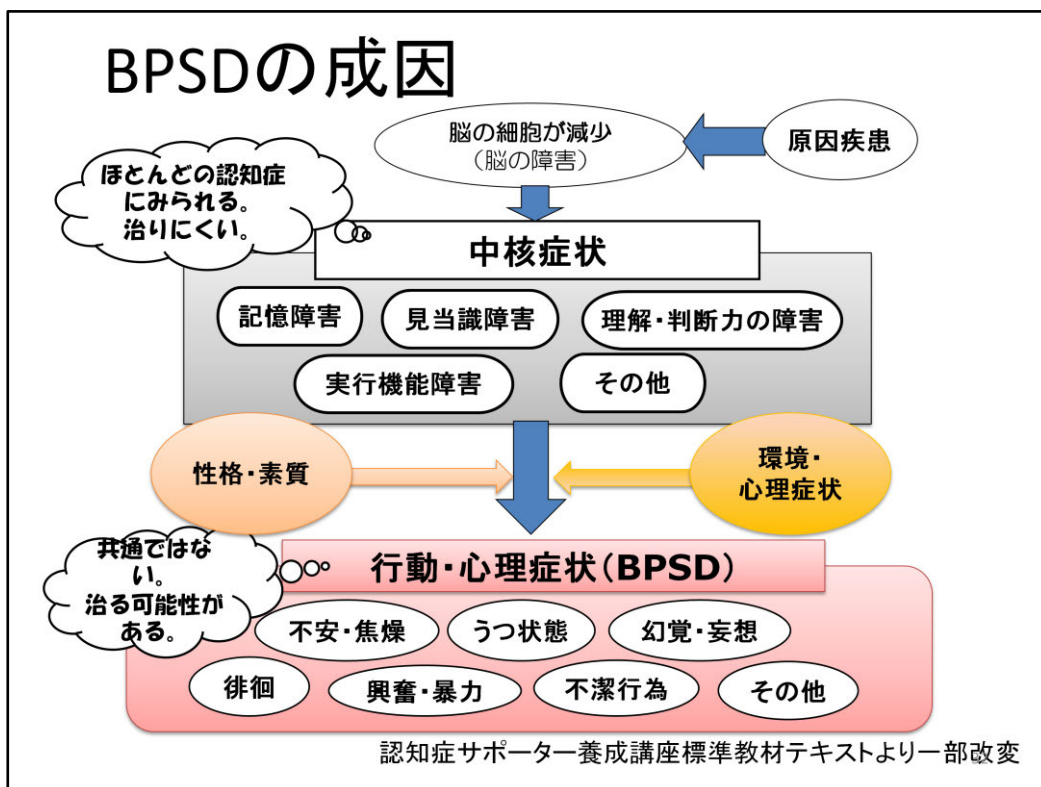
次に、身体的なケアと行動・心理症状(BPSD)の予防支援です。

身体状況のアセスメントの講義は別途ありますので、ここでは訪問時に留意していただきたいポイントのみお話しします。

既往症を抱えており、医師から制限を受けている方もいるので、これがすべて正しい訳ではありませんが、この5つは、基本的な情報として確認していただきたい事柄です。

認知症のご本人である前に基本的には1人の成人(高齢者)ですから、まずは高齢者として健康的な生活が送れているかどうか、のアセスメントが重要です。

生活支援サービス導入の際に、この生活習慣を実現できるような支援メニューをいかに取り入れるか、介護保険のケアマネジメントも同じですが、基本的なケアが導入されることにより、これらのことが充足されることを目指す必要があります。



次に、BPSDです。

これは、皆さんご存知の、認知症サポーター養成講座のテキストに載っている、認知症の症状の説明の図です。

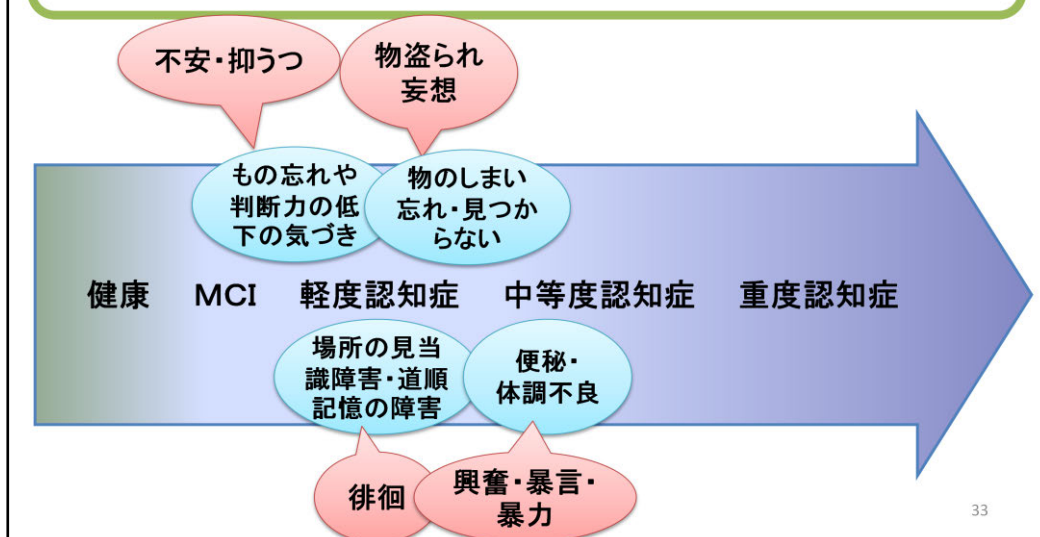
中核症状は避けられないが、行動・心理症状には、本人の性格や環境、心理状態などが影響して出現することはご存知のとおりです。

認知症初期集中支援チームが訪問する対象者に、「BPSDのために関係者が対応に苦慮している人」があります。

チーム員は、BPSD とそのケアに関する基本的な知見を持っている必要があります。

BPSDの背景

- 新しい出来事やストレスに弱く、混乱しやすい。
- 認知機能障害が進行した状態でも感情が残っている。
- 言葉で表現するのが苦手な認知症の人の言葉にならないメッセージ。



BPSDは、予防が可能な症状でもあります。

認知症の人は、新しい出来事やストレスに適応することが難しくなるので、不測の事態が起こると混乱されることがあります。

しかし、認知機能障害が進行しても、感情が残っているので、ストレスや混乱などの不快な感情は、メモリーされていきます。

しかも、認知症の進行にともなって、単語が出てこなかったり、失語が出現したりして、自分に起きている不都合な状況を、言葉でうまく伝えることができなくなります。

そこでなにが起きるかという、認知症の初期では、もの忘れや判断力低下に気づいて、不安になったりうつつとしたりしますし、場所の見当識障害や道順記憶が怪しくなると、道に迷って徘徊といわれてしまったりします。

大事なもののしまい場所がわからなくなると、誰かに盗られたかもしれないと思い、身近な家族で一生懸命本人に「しっかりしてよ」と言い聞かせる子や嫁に対し、自分につらく接するあの人が怪しいと、被害妄想を抱くようになります。

また、便秘や体調不良で苦しくイライラしているときに、何か不本意なことが起きると、言葉で「いやだ」「こうしてほしい」といえないので、興奮したり、暴言・暴力になったりします。

これらはまさに、言葉にならないご本人からのメッセージですから、BPSDが現れたら、BPSDを押さえ込むのではなく、本人の身体状況や認知機能障害の状況ができるだけ正確に把握し、的確にケアすることがBPSDの解消につながります。

BPSDの人に多く見られるせん妄

- せん妄状態

意識レベルの低下を背景に、不安・イライラ・不眠を伴い、幻覚(特に幻視)や妄想を認めたり、興奮状態となったりする状態。

日中はしっかりしているのに、夕方から夜になると落ち着きがなくなって動き回ったり、ごそごそ荷物の整理をしたり、幻覚を訴えたりする。

- ①状態が数時間のうちに変動するか
- ②夕方～夜間にかけて増悪するか
- ③人格の変化がみられるか
- ④幻覚(幻視)はあるか
- ⑤見当識障害やせん妄状態の間の記憶障害があるか

34

もう一つ、知っておいていただきたいものに、せん妄があります。

精神症状のアセスメントは、チーム員が悩むところだと思いますが、せん妄かどうかの鑑別がわかりにくいところです。

行動・心理症状がある認知症の事例では、半分以上がせん妄状態を合併しているという説もあります。

⇒せん妄状態の説明

せん妄かどうかの見極めについては、①～⑤をご覧ください。

せん妄の誘因

(1) 身体的誘因

血圧の変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒及び断酒

(2) 心因・環境因

急激な環境変化、離別・死別、孤立感、不眠、身体抑制、経済不安

(3) 薬剤性⇒必要最低限、一包化などを医師と相談

パーキンソン治療薬、抗コリン剤、抗不安薬・睡眠導入剤、抗うつ薬、H2ブロッカー、ステロイド剤など

35

せん妄は、ある状況になったときに、誘因が加わると起こりやすくなります。
(2因子モデル)

1つめは、認知症などで脳の機能が低下しているとき、特に脳血管性の障害。
2つめは、身体的な病気が重症のとき。

そこに、スライドのような誘因が加わると生じやすくなります。

薬剤性のせん妄は、薬を処方している医師との相談が必要ですが、チーム員からは、なかなか言い出しにくいところでもあります。

1つの方法ですが、

「ご本人に認知症が疑われて、服薬管理が困難になっている。」

「服薬の内容を必要最低限のものに絞込み、回数も可能な限り抑えて、かつ一包化するなどの、服薬支援を行いたい。」

と提案する方法があります。

複数の医療機関から何種類も処方されている場合もありますが、認知症の可能性が高い場合は、将来的に認知症のかかりつけ医となりうる医療機関に、受診先を集約していく必要もあります。

- ④介護保険サービスを含む生活支援
- ⑤住まいや生活環境の整備
- ⑥権利擁護の支援
- ⑦地域の見守り、社会交流の支援

36

④～⑦は地域包括や行政職員のみなさんは、よくご存知のことなので、内容は省きます。

チーム員が活動される際は、それぞれの自治体における、高齢者福祉や認知症の施策だけでなく、他の行政サービスやインフォーマルサービスを駆使していくことが必要になってきます。

チームの体制にもよりますが、このようなサービスの情報は、地域包括支援センターや行政の所管部課から提供していただく必要がありますので、効果的な支援を行うための情報共有について、特に行政職員の方は配慮してください。

- 認知症初期集中支援チームは、認知症ケアパスの「起点」に位置する事業。
- 認知症初期集中支援チームだけで、すべてのニーズに対処することは困難。

⇒「住みなれた地域の良い環境でいつまでも暮らし続ける」を実現するためには、

認知症初期集中支援チームだけでなく、対象者のニーズに合わせたさまざまな事業やインフォーマルサービスを活用できるような施策構築が必要。

37

認知症初期集中支援は、認知症ケアパスの「起点」となる事業です。

この事業に取り組むことにより、地域で認知症の人と家族を支えるためには、様々な事業やサービス、インフォーマルな地域の支えあいなどが必要であることを実感されるでしょう。

チーム員の方々は、この事業を通して把握した、地域の認知症支援に関する課題を、解決できるものは解決し、すぐに解決できないことは、事業検討会や地域支援事業の地域ケア会議等に報告して、課題解決のための政策形成に載せていく視点を持ってください。

また、この事業を所管する行政職員の方は、事業検討会や地域ケア会議などの活用により、効果的に政策形成を進めてください。

認知症初期集中支援推進事業を 実施するということは・・・

- 認知症の人と家族が、安心して暮らせるまちを、官・民・住民の総合力でつくるということ