

平成 29 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

報告書

平成 30 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

まえがき

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の下で全市町村への設置が掲げられた認知症初期集中支援チームについては、本年度末が設置期限とされ、平成 25 年度のモデル事業以来、チーム員研修、設置実態の把握、チーム活動の多面的な支援などが進められてきた。

現時点ではすでに実績を上げつつあるチームと、立ち上げに向けて準備段階にあるチームが混在する状況であり一様ではないが、既にチームを立ち上げ、具体的な活動を展開されている市町村では、地域住民に対する認知症関連の様々な取り組みの中で、認知症初期集中支援チームが果たす役割も大きなものになっているものと思われる。一方で、チーム設置後間もない地域や準備段階にある地域では、具体的な活動方法や効果について、不安や疑問なども多いのではないかと推察される。

国立長寿医療研究センターでは、認知症初期集中支援チームのコンセプトづくりから、人材育成、情報提供、活動実態の把握、評価指標の検討など、チームの設置、チーム活動の“ひと転がり目”までを中心に、現場のチーム員の協力を得ながら支援を行ってきた。そして、本年度は、それらを踏まえて、チーム設置後、チームが市町村における役割・機能を継続的に担っていくために、どのような支援や仕組みが必要か、という一段階進めた部分を検討した。その中で、新規のチーム員研修、既に活動されている現任のチーム員へのフォローアップ、チーム活動の効果測定のあり方、自治体によるチーム全体のマネジメント、など、地域や地域住民の中でチーム活動が浸透・定着していくためには、まだまだ多くの検討課題があることが明らかになった。

そこで、まずは、それぞれの環境・位置付けの違いに加え、設置時期の関係から実績や経験値に幅がある全国の認知症初期集中支援チームが実情に合わせてチーム力を維持・向上できるよう、基本教材の改訂、先行地域からの活動事例の収集、フォローアップ研修用の事例素材の作成、また、チーム活動・運営にかかるチェックポイントの整理なども試みた。すでに開始しているチームからは全国に発信できるような有用な意見や事例が報告されてきており、今後先行するチームが、他の後続のチームのモデルになり、その経験を共有することによって、全国のチームの力が向上するのではないかと期待される。そのためにも意義のあるフォローアップ研修が企画されることが必要であろう。

認知症初期集中支援チームは設置要件や一定の活動スキームなどがある一方で、地域の既存の取り組みとの関係の中で、役割をカスタマイズしながら機能させていくことが可能な仕組みでもある。当センターでも、チーム活動の充実・継続に向けて、現場を踏まえた双方向の支援にあたりたいと考えている。

平成 30 年 3 月

平成 29 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

委員会委員長 鷺見 幸彦

平成 29 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

〈目次〉

I 事業概要	1
II 認知症初期集中支援チーム員研修	4
1. 平成 29 年度チーム員研修	4
2. チーム員研修テキスト改訂	9
III チーム活動事例の収集	23
1. 活動事例収集の背景	23
2. 事例検討（フォローアップ研修等）の素材作成	43
IV 認知症初期集中支援チーム活動の状況	76
V 考 察	84

I 事業概要

1. 事業名

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

2. 事業目的

全国に設置された認知症初期集中支援チームが有効に運用されるための継続的な支援や研修の方法を提示する。

認知症初期集中支援チームについては、平成 30 年 4 月までに全市町村に設置されることになっているが、チーム設置後のチームおよびチーム員の資質向上に資するチーム員研修やフォローアップ研修のあり方、内容・カリキュラム、研修指導者の養成について検討を行う。また、認知症初期集中支援推進事業における市町村の活動状況を把握し、チーム設置後の効果や好事例について調査等を行い、チームのより効果的な活動例などをまとめた報告書を作成する。

3. 事業実施期間

平成 29 年 6 月 6 日（内示日）から 平成 30 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

平成 30 年度に向けた全市町村における認知症初期集中支援チームの設置にかかる支援を継続するとともに、設置後の同チームの効果的な運用・活用に向けた継続支援・フォローアップのあり方について検討を行った。具体的には以下の 4 つを実施した。

- ① 認知症初期集中支援チーム・チーム員に対する継続支援のあり方の検討
- ② チーム員研修テキストの改訂
- ③ チーム活動の事例収集（フォローアップ研修における事例検討素材の作成）
- ④ チーム活動実績のデータ収集および整理

4-1 事業の具体的な内容

以下、前述した①～④について、具体的な検討・実施内容を整理する。

① 認知症初期集中支援チーム・チーム員に対する継続支援のあり方の検討

平成 30 年度以降、全国に設置されたチームが効果的に運用・活用されるための継続的な支援、具体的にはチームおよびチーム員に対する継続研修・フォローアップ研修のあり方等について、事業内に設置した委員会を中心に検討した。

② チーム員研修テキストの改訂

チーム員研修スタート時に作成し、これまで実施要綱の改正等に伴い微修正を行ってきたチーム員研修テキストについて、チーム員の活動にとって必要な知識を改めて整理した上で、新規内容の追加、項目の入替・統合などを含めてテキストの改訂を行った。

③ チーム活動の事例収集（フォローアップ研修における事例検討素材の作成）

現に活動しているチームのご協力を得て、チーム活動の事例（対応が難しかった事例、対応がうまくいった事例）を収集し、設置直後またこれから設置されるチームの活動に資する情報として整理した。また、収集した事例の一部を用いて、フォローアップ研修等で行う事例検討に活用できるように整えたグループワーク用の素材も作成した。

④ チーム活動実績のデータ収集および整理

チーム活動実績データを収集するとともに、平成 30 年度以降も各チーム・市町村において、全国統一のチーム活動指標によって、チーム活動実態を把握・評価ができるツールとして、全市町村に対してチーム活動実績をデータ入力するソフトウェアを配布・提供した。

4-2 委員会体制および開催状況

〔委員〕

1	鷲見 幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長
2	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター	研究部長
3	筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科	教授
4	宮崎和加子	全国訪問看護事業協会	前事務局長
5	鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会	常任理事
6	島橋 誠	公益社団法人日本看護協会看護研修学校 認定看護師制度再構築準備室	
7	山口 喜樹	認知症介護研究・研修大府センター研修部	研修指導主幹
8	高橋 裕子	世田谷区 高齢福祉部介護予防・地域支援課	課長
9	吉田 知可	大分県西部保健所 地域保健課疾病対策班	主幹
10	真子 美和	福岡県保健医療介護部健康増進課 こころの健康づくり推進室	企画主査
11	武田 章敬	国立長寿医療研究センター 医療安全推進部	部長
12	進藤 由美	国立長寿医療研究センター 企画戦略局	

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

〈事務局〉 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〈調査等業務支援〉 合同会社 HAM 人・社会研究所

[会議]

第1回 委員会

日時 平成29年8月21日（月）

- 議事 1 事業概要・実施計画について
2 チーム員研修等について

第2回 委員会

日時 平成29年10月17日（火）

- 議事 1 フォローアップ研修について
2 チーム員研修テキストの修正について

第3回 委員会

日時 平成30年1月11日（木）

- 議事 1 現在実施している調査・事例収集等の進捗状況
2 チーム活動の評価指標について

4-3 事業スケジュール

委員会、テキスト改訂等の事業は、概ね以下のスケジュールで進行した。

図表 1 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

	平成 29 年 4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	第 1 回 委員会 ● 研修の評価と方法の検討 ←→					
	10 月	11 月	12 月	平成 30 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	第 2 回 委員会 ● 第 3 回 委員会 ● 研修テキストの改訂・修正作業 ←→ 事例収集および GW 用素材の作成 ←→ 活動実績データの収集・分析 ←→ 報告書作成・配布 ←→					

Ⅱ 認知症初期集中支援チーム員研修

1. 平成 29 年度チーム員研修

(1) 実施概要

本年度の認知症初期集中支援チーム員研修は、以下の内容で 6 回（個別会場 2 を加えて計 8 回）実施された。

認知症初期集中支援チームの設置期限の最終年度にあたりチーム員研修の受講ニーズが高まっていることに対応するため、前年度と同じ 6 回を確保した上で、個別実施の要請の強かった 2 会場（仙台、沖縄）を加えた。修了者数は全体で 2,884 人となり、昨年度を若干上回る規模となった。各回の日程および受講者（修了者）数は下表の通りである。

図表 2.1 認知症初期集中支援チーム員研修の実施

	第 1 回 (名古屋)	第 2 回 (札幌)	第 3 回 (福岡)	第 4 回 (東京)	第 5 回 (神戸)	第 6 回 (東京)	個別① (仙台)	個別② (沖縄)
日程	5 月 20-21 日	7 月 1-2 日	8 月 18-19 日	9 月 23-24 日	10 月 14-15 日	11 月 11-12 日	11 月 18-19 日	12 月 2-3 日
受講者数	376	202	385	631	468	579 (2,641)	152	91 (2,884)

各市町村ではチーム設置期限に向けて、上記研修の受講および受講者によるチーム員への伝達等の方法が採られたものと考えるが、今後、市町村内でのチーム数の増加、チーム員の入れ替え等があり得ることから、来年度以降については、チーム員研修の実施頻度・規模の継続検討が必要と思われる。

(2) 受講者アンケート結果

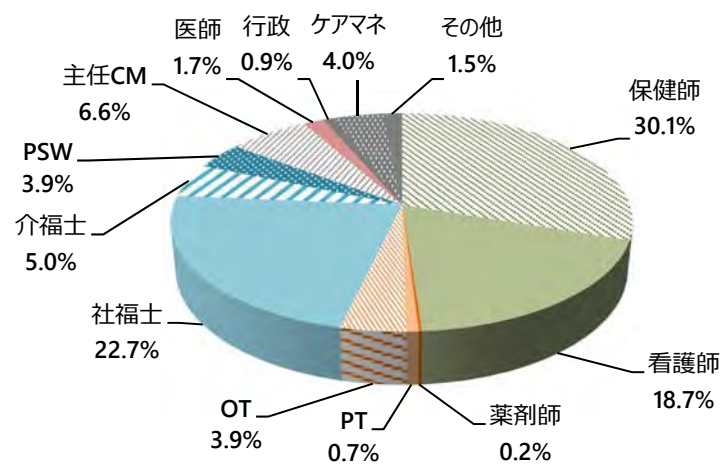
本年度の各回においても、研修受講後の受講者アンケートによって研修内容等の評価を実施した。
以下、全会場計による集計結果を掲載する。（集計は各会場の有効回答の合計で実施）

1 職種・所属機関

1-1 受講者職種 〈n2,852：有効回答〉

研修受講者の職種構成は、「保健師」、「看護師」が多く、両職種で全体の約 5 割を占め、また、「介護福祉士」等の福祉職は約 3 割であった。

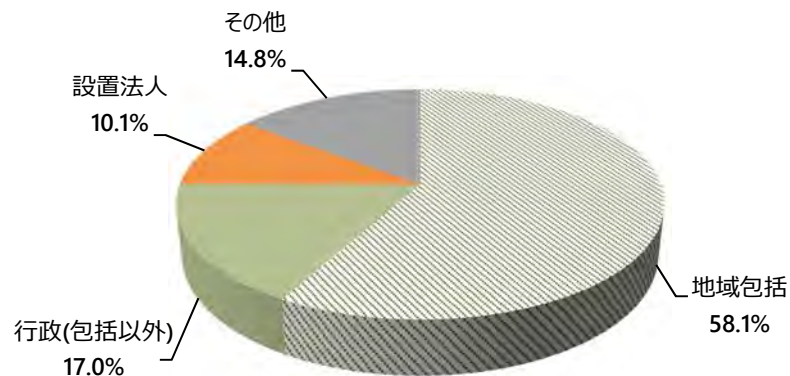
【図表 2.2】



1-2 所属機関 〈n2,863：有効回答〉

所属元としては、「地域包括支援センター」が最も多く、約 6 割を占めていた。

【図表 2.3】



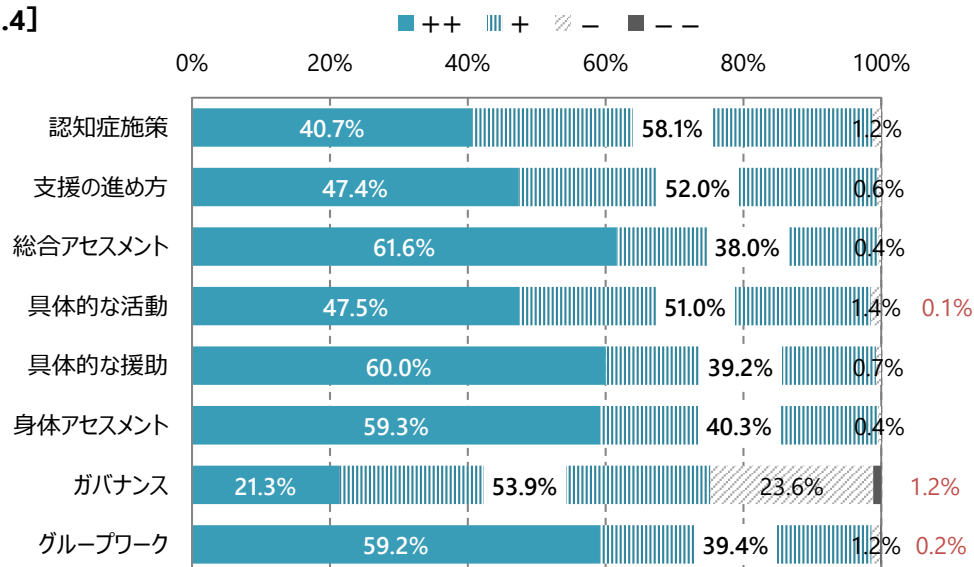
2 研修の理解度・活用度

研修の内容の評価は、①研修の理解について、②実践への活用について、それぞれ4段階（よく理解できた・とても役立つ～理解できなかった・役に立たない）とした。以下、順に4段階評価の結果を示す。

2-1 研修の理解度（Q1）〈各講義の有効回答〉

①「研修の理解について」は、概ね「よく理解できた（++）」「まあまあ理解できた（+）」群が100%近くを占めた。他方、“7 ガバナンスの構築”は、「よく理解できた」の割合は相対的に低かった。

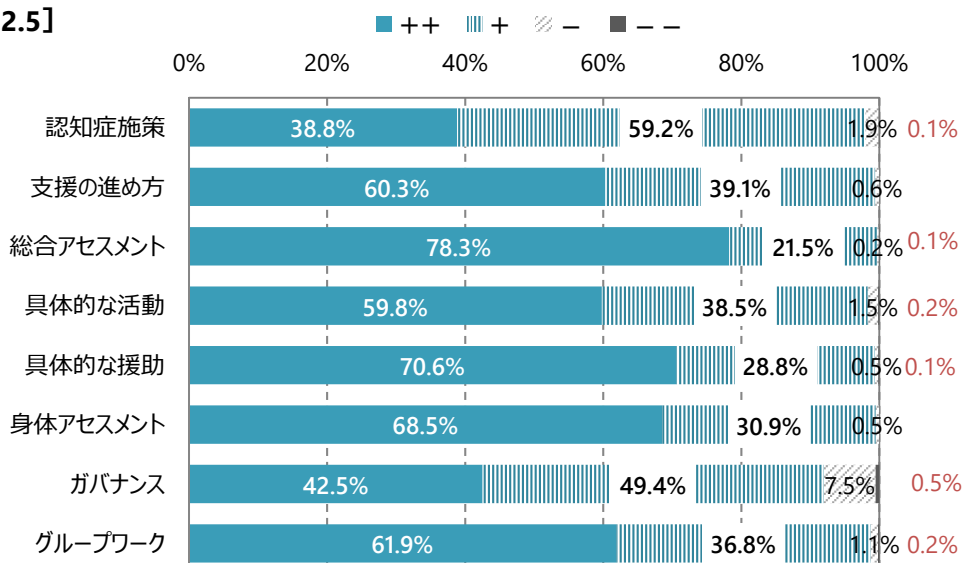
【図表 2.4】



2-2 実践への活用度（Q2）〈各講義の有効回答〉

「(チーム活動の)実践への活用について」は、チーム活動に直結する、アセスメント（“総合アセスメント(DASC)”、“身体アセスメント”）やチーム員活動の内容（“具体的援助”）について、「とても役立つ（++）」とした回答の割合が高かった。

【図表 2.5】



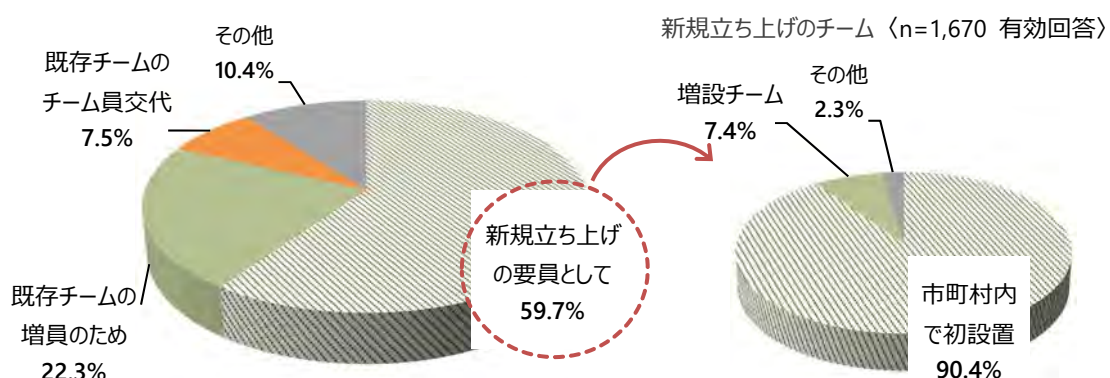
3 チーム員研修の受講について（Q4）

3-1 受講理由について 〈n=2,848 有効回答〉

受講理由について、「新規立ち上げの要員として」が 59.7%と 6 割を占める一方で、「既存チームの増員のため」が 22.3%、「既存チームのチーム員交代」が 7.5%であり、約 3 割が、既設置市町村からの受講であり、次年度以降にも一定程度の研修受講ニーズがあることが示唆された。

また、「新規立ち上げの要員として」のうち、「増設チーム（市町村内に新たに増えるチーム）」は 7.4%にとどまっていた。

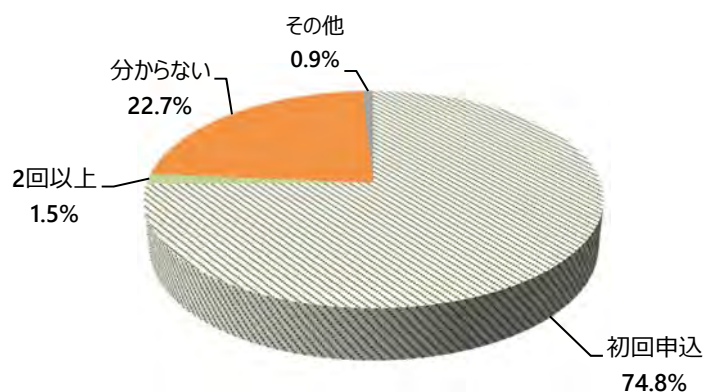
【図表 2.6】



3-2 受講申込について 〈n=2,862 有効回答〉

受講申込について、「初回申込」が 74.8%と 4 分の 3 を占めた。「2 回以上」の申込をしたのは僅か 1.5%であった。「分からない」とした回答を除けば、概ね、受講希望に応えられている状況であった。

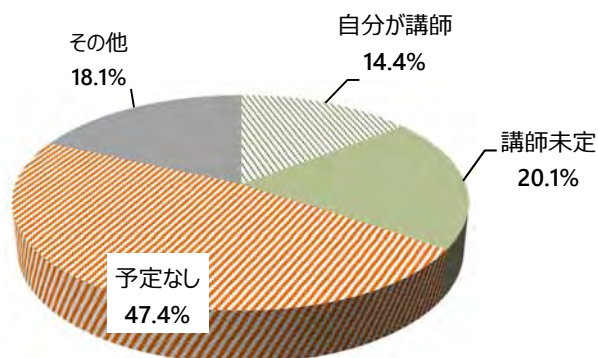
【図表 2.7】



3-3 伝達講習(研修)について 〈n=2,832 有効回答〉

伝達講習(研修)について、「(伝達講習の)予定なし」が47.4%と約5割であった。チーム員研修をチームの代表者として受講した後にチーム員に伝達する点については、「講師未定」を含めて3分の1にとどまっており、必ずしも多くの自治体で行われていないことがうかがえた。

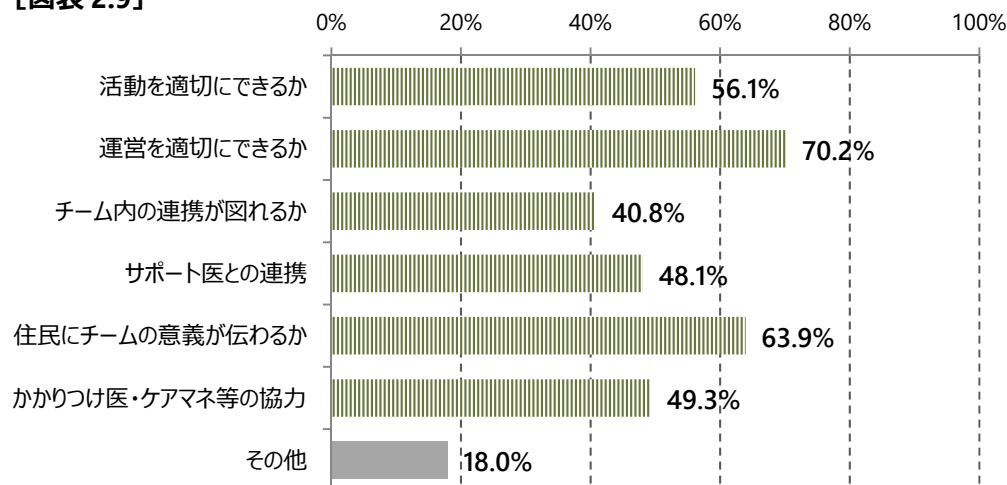
【図表 2.8】



3-4 チーム活動を始める際の課題・懸念について 〈n=2,848 有効回答〉

チーム活動を始める際の課題・懸念として、チーム員会議や実績管理などの「チーム運営を適切に行えるか」が70.2%と最も多く、次いで、「住民にチームの存在・意義が伝わるか」が63.9%、個別の訪問支援にかかる「具体的な活動を適切に行えるか」が56.1%の順であった。

【図表 2.9】



2. チーム員研修テキスト改訂

チーム員研修スタート時に作成し、これまで実施要綱の改正等に伴い微修正を行ってきたチーム員研修テキストについて、チーム員の活動にとって必要な知識を改めて整理した上で、各項目の内容の修正の他、新規内容の追加、項目の入替・統合などを含めてテキストの改訂を行った。

改訂後のテキスト目次は下表の通りで、次頁以降に、本報告書作成段階の改訂テキスト案について、各章の冒頭部分のみを抜粋して掲載する。

※チーム員研修テキスト改訂版は、国立長寿医療研究センターのホームページに掲載する予定としている。URL ; <http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/27-2.html>

【図表 2.10】チーム員研修テキスト（改訂目次）

I 章	事業概要
1	事業の趣旨について
2	事業化の背景
3	本事業実施上のポイント
II 章	日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムのあり方
1	社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策
2	統合ケア(integrated care)としての認知症患者へのケアの特徴
3	自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題
4	自治体におけるこれからの認知症ケア推進のすすめ方
5	日本における認知症初期集中支援の基盤整備における先駆的事例（新規）
III 章	認知症初期集中支援チーム員の役割
1	認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの
2	認知症初期集中支援チームの活動内容
3	認知症初期集中支援チーム活動の評価について
IV 章	認知症の総合アセスメント
1	認知症総合アセスメントの考え方
2	認知症の診断と代表的な認知症疾患
3	アセスメントツールの使用方法
V 章	認知症初期集中支援における具体的活動
1	支援のための具体的なプロセス
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	認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応や予防に関する支援
6	せん妄と初期支援
7	身体症状や身体疾患に対する初期支援
8	認知症と鑑別が必要な精神疾患への対応（新規）
9	認知症初期集中支援チームに必要な若年性認知症の知識（新規）
VI 章	認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築
1	市区町村におけるビジョン設定
2	認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法
3	初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト

2018 年 3 月
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

認知症初期集中支援チーム員研修テキスト目次

I 章	事業概要
1	事業の趣旨について
2	新オレンジプランにおける事業の位置づけ
3	本事業実施上のポイント
II 章	日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムの在り方
1	社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策
2	統合ケア (integrated care) としての認知症患者へのケアの特徴
3	自治体における認知症ケアを中核とした地域包括ケアシステム構築への取り組みと課題
4	自治体におけるこれからの認知症ケア推進のすめ方
5	日本における認知症初期集中支援の基盤整備における先駆的事例
III 章	認知症初期集中支援チーム員の役割
1	認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの
2	認知症初期集中支援チームの活動内容
3	認知症初期集中支援チーム活動の評価について
IV 章	認知症の総合アセスメント
1	認知症総合アセスメントの考え方
2	認知症の診断と代表的な認知症疾患
3	アセスメントツールの使用方法
V 章	認知症初期集中支援における具体的活動
1	支援のための具体的なプロセス
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	認知症の行動・心理症状 (BPSD) への対応や予防に関する支援
6	せん妄と初期支援
7	身体症状や身体疾患に対する初期支援
8	認知症と鑑別が必要な精神疾患への対応
9	認知症初期集中支援チームに必要な若年性認知症の知識
VI 章	認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築
1	市区町村によるビジョン設定
2	認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法
3	初期集中支援チームに係る地域包括ケアシステム関係機関の役割と調整

1 章 事業概要

1 事業の趣旨について

平成 24 年 6 月、これまでの認知症施策を再検証し、今後目指すべき基本目標を定めた「今後の認知症施策の方向性について」が、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームによりとりまとめられた。

この報告書の中では、これまでのケアは、認知症の人が認知症の行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたが、今後は新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くというものである。認知症になっても尊厳をもって質の高い生活を送るという私たち共通の望みの実現に向けて具体的な方策を推進していく必要があるとしている。

この報告書や、高齢者の増加に伴い認知症の人が更に増加することが見込まれていること等を踏まえ、施策を具体的に推進するため、同年 9 月、厚生労働省において、「認知症施策推進 5 年戦略（オレンジプラン）」を策定し、その後、オレンジプランを加速化するために、厚生労働省だけでなく、関係府省庁と共同して、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定した。

こうした経過の中、平成 25 年度には『認知症の早期診断・早期対応』に対応するためのモデル事業として、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」が全国 14 市町村で実施された。その成果を踏まえ、平成 26 年度は介護保険制度の改正（平成 26 年度改正）によって再編された地域支援事業の任意事業の「認知症初期集中支援推進事業」に位置づけ、平成 27 年度は地域支援事業の包括的支援事業とし、さらに平成 30 年度にはすべての市区町村で事業開始となる。

また、平成 29 年 5 月の介護保険法の改正に伴い、新オレンジプランの基本的な考え方が法律上位置づけられ、①知識の普及や啓発、②介護者への支援の推進、③認知症の人とその家族の意向の尊重に対する配慮 について国及び地方公共団体の努力義務が規定されたとともに、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できる指標を設定した上で、市町村・都道府県に対する財政的インセンティブの付与（高齢者の自立支援、重度化防止等の取組を支援するための交付金）することが整備された。この評価指標には、認知症初期集中支援推進事業もはじめとした認知症施策についても含まれており、都道府県や市町村においては、認知症初期集中支援推進事業も含めた認知症施策全般を総合的に着実に進めていくことが求められている。

本テキストでは、この「認知症初期集中支援推進事業」について、事業の目的、実施方法等を整理し、説明を加えた。

本テキストを基に、関係機関・団体等との連携・協力のもと、事業の実施主体である市区町村及び「認知症初期集中支援チーム」による効果的・効率的な事業活動が実現され、認知症の人の意思が尊重され、できる限り地域の住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる仕組みとして整備されることを期待する。

2 新オレンジプランにおける事業の位置づけ

新オレンジプランの策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聞き、認知症の人やその家族の視点に立って、施策を整理した。また、厚生労働省が関係 11 省庁と共同して策定したものである（図 1-1）。

新オレンジプランの基本的考え方として、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に応えていくことを旨としつつ、7 つの柱に沿って、施策を総合的に推進していく。この戦略の対象期間は 2025 年までであるが、施策ごとに具体的な数値目標を定めるに当たっては、介護保険事業計画との整合を図り、平成 29 年度末等を当面の目標設定年度としていた。平成 29 年 7 月 5 日に一部改定を行い、2020 年度末までの目標設定を行った（図 1-2）。

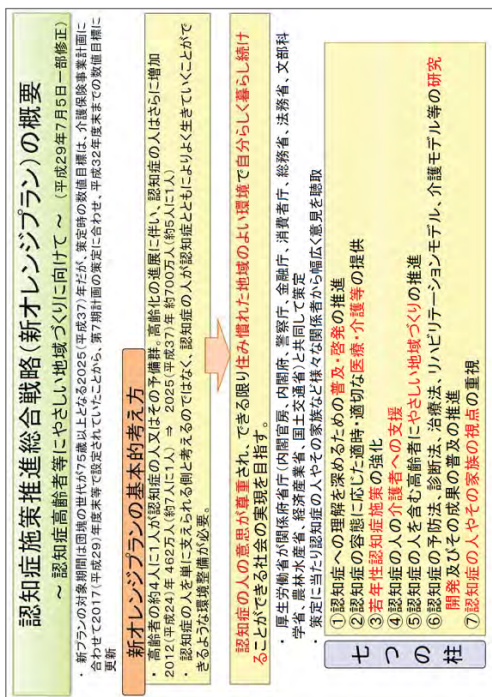


図 1-1 新オレンジプランの概要

第Ⅱ章 日本の認知症施策とこれからの地域包括ケアシステムの在り方

はじめに

地域包括ケアシステムは、2005年の介護保険制度改正から本格的にその構築を目指した政策的な取り組みがなされてきた。しかし、このシステムのコンセプトは、抽象度が高く、政策担当者や現場との施策の見通しの乖離が大きいこと等が原因となり、ほとんどの自治体でシステム構築は進まず、一部の自治体を除くと、このシステムを支える基盤は未だ脆弱な状況となっている¹。このため、厚生労働省老健局の局長の私的研究会である

「地域包括ケア研究会」が2008年、2009年、2012年、2013年、2015年、2016年と、概ね10年の長さにわたって組織されてきた。当初、研究会では、国民からの理解を得ることができなかった介護予防を主体とせず、医療と介護の連携を重視する **integrated care** の理念を中核とした検討がされ、わが国に相応しい、具体的な地域包括ケアシステムの在り方が検討されてきた²が³、昨今は、地域共生社会の実現や、地域でつながるといった、かなり抽象度が高い検討がなされている。

研究会が継続していた2012年の診療報酬改定は、地域包括ケア元年の改定とされ、地域包括ケアシステムの構築に資する取り組みに対してのインセンティブが診療・介護報酬上で与えられた。2014年には、急性期医療から慢性期医療までの連携強化、在宅医療を整備する拠点整備などが図られ、地域包括ケア病棟が新設されるなど、医療関係者に対して、さらなる地域包括ケアシステムの認知をすすめる方策へと大きく舵が切られた。

そして、2018年度の同時改定では、まず、介護報酬改定の基本的考え方として、①地域包括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保の4点が示されており、これまでも増して、地域包括ケアシステムの推進と、その強化が求められることとなった。

診療報酬改定も同様に、その基本方針において「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携の推進」が重点課題とされている。なお、2018年度診療報酬改定に当たった基本認識は、①人生100年時代を見据えた社会の実現とされ、②どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)、③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進が示されている。

また、診療報酬改定の基本的視点としても①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携の推進が最初にあげられ、次いで、②新しい医療ニーズにも対応でき、

注1) 地域包括ケア研究会の報告書については、厚生労働省の地域包括ケアシステムのHP (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chuiki-houkatsu/) に「地域包括ケアシステムに関する主な報告書」として掲載されている。

安心・安全で納得できる医療の実現・充実とされ、③医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上と示された。

とくに重点課題として位置づけられた、①「地域包括ケアシステムの構築」の視点の具体的な方向性の例として、医療機関間の連携や医科歯科連携、病診連携など地域の関係者の多職種連携の取り組みの推進があげられ、かかりつけ医については、個別の疾患だけではなく、患者の療養環境や希望に応じた診療を行う機能を評価することとされている。今後は、かかりつけ薬剤師・薬局は、服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を評価する一方、門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化がなされた。

一方、入院医療は、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進する。外来医療は、大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進し、在宅医療ニーズの対応として、質の高い訪問診療や訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理等を評価するとされた。

以上の内容は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けては、今回の2018年度改定が実質的に最後の同時改定となることから、医療機能の分化・強化、連携や医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要との認識から、実施されるものと予想される。

また、介護保険制度においては、地域包括ケアシステムを現実的に推進するために、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスを新たに地域密着型サービスとして創設し、報酬においての積極的なインセンティブを与え、医療と親和性が高い看護領域との **integration** をすすめるという方策が示されてきており、こういった施策はさらにすすめられることとなる。

このように、地域包括ケアシステムは、わが国の社会保障制度の主とされる医療・介護保険制度において、これから中核的なシステムとなると考えられている。しかし、このシステムが、諸外国で進められている **community care** や **integrated care**^{4) 5)}、あるいは **community-based care**⁶⁾、**all-inclusive care**⁶⁾ と称される取り組みと同じ文脈にあることは、未だ十分な理解がなされていない。

一方、2012年9月5日に「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」⁷⁾が海外の先進国で示されている認知症対策のための戦略例に倣って、わが国においても制定され、認知症者に対する早期診断、初期集中支援などの対応を行うべく支援体制の強化を行うための行動計画が示され、その整備が進められてきたところである。

本稿では、わが国において、この認知症施策の推進がなされることが **integrated care** の理念の中核としての医療と介護の連携をすすめ、地域で認知症高齢者が安心して生活できる環境をつくることへつながり、まさに政府がすすめようとしている **community based** (基盤とした) **care** へと発展できる可能性が高いことを述べる。

これは、認知症の高齢者の地域生活を継続できることを目的にすることは、**integrated**

care における規範的統合^{注2)}を図ることにつながり、実体としての地域包括ケアシステムの構築がなされることを示すことと同義といえるだろう。

1 社会構造の変化に伴うこれからの認知症施策

(1) わが国の認知症患者数とその居住場所について

2012年の高齢者人口は3079万人、認知症の有病率推定値を15%とすると、認知症有病者数は約462万人と推計されている⁸⁾。またこの値は、2025年になると各年齢層の認知症有病率が2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合に20.6%まで上昇するとされ、その結果、認知症有病者数は約700万人になる推計とされている⁹⁾。

さらに、全国の軽度認知障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)の有病率推定を13%とすると、MCI有病者数は約400万人と推計され、2025年の高齢者人口を当てはめると475万人となる。MCIは正常でもなく、認知症の症状が現在みられる訳ではないが、認知症になる可能性のある状態として考えられている。

また、2017年の推計値では、認知症高齢患者の総数は、373万人となるが、在宅に186万人、介護施設に105万人、居住系施設(特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護)44万人、医療機関に38万人と示されており、認知症高齢患者の半数以上が在宅で過ごしているという推計値が示されている。ただし、このデータには、医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症患者数は反映されておらず、精神科病院に入院している認知症高齢患者は、かなりの数にのぼると考えられている。

一方で、今日的なわが国の問題としては、認知症患者の精神病院への入院の増加と精神科棟の患者は滞留しているという問題がある。このことを裏付けるデータは、2012年から2013年に2カ年にわたって開催された「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」において示されてきた^{10),11)}。

2012年6月18日に発表された、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームによる「認知症施策の今後の方向性について」という報告書¹²⁾では、このような状況への反省を踏まえて、『ケアの流れ』を変えることが謳われている。このケアの流れを変えるために、重要なことは、従来型の入所施設に入れば施設で、その方の人生も終わりとするのではなく、地域で認知症高齢患者がQOLを保持しながら生活できるようなケアシステムを構築することとされている。

また、エイジングインブレイス³⁾の理念からは、高齢になっても、認知症となつたとして

注2) 規範的統合(Normative integration)とは、統合のプロセスの要素の一つであり、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通して臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つこととされている。

注3) エイジングインブレイスとは、一般的に「住み慣れた地域で高齢者の生活を支えること」と理解され、高齢者が虚弱化にも関わらず尊厳をもって自宅・地域で暮らすためのケア提供システムの整備が1990年代から世界各国で取り組まれてきた。

も在宅で過ごすことが目指されるべきとされていることから、今日の課題における認知症の方々が地域で生活できる仕組みづくりとは、すなわち地域包括ケアシステムを構築することと同義であり、MCI(軽度認知機能障害:Mild cognitive impairment)レベルからBPSD(認知症の行動・心理症状: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)を発症している重篤なレベルまでの方々が地域で生活することを旨としたケアシステムであるといえる。

具体的に、このシステムでは、地域の特性を踏まえた認知症ケアパスを作成し、普及すること達成せねばならないが、まずは、これを創ることが自治体の責務として求められている。

(2) 英国における認知症ケア政策の動向

わが国のオレンジプランに影響を与えた英国では、すでに2009年に認知症ケア戦略(The National Dementia Care Strategy)¹³⁾が制定されていた。現在、英国の経済における認知症の費用は、年間230億ポンドであり¹⁴⁾、2012年現在80万人である英国の認知症患者は今後30年で倍増し140万人になると予想されている¹⁵⁾。

これらの人々に認知症患者やその介護者への質の高い支援やケアを提供し続けるためには、国民全体に認知症に関する意識の向上を促し、疾病の重篤化を防ぐための早期の診断や介入がなされる必要があるし、たとえ認知症となったとしても、そのケアの質の向上によって重篤化を防ぐこと等が考えられなければならないことが示されたのが英国の認知症国家戦略である。

また、英国では、認知症国家戦略以前に、The National Health Service Framework for Older People¹⁶⁾によって、専門家による治療と生活の質や独立を促進する支援サービスによって、認知症患者の精神的健康を改善する必要性が特定された¹⁵⁾。そして、このための認知症に関するガイダンスであるThe National Institute for Clinical Excellence (NICE)が発行された。ここには、Social Care Institute for Social Excellenceと共に改善のレベルが示され、認知症患者支援の「integrated care pathway」アプローチの一環として、認知症サービスの必要性が規定された¹⁶⁾。このガイダンスでは、個人やその介護者に対して多様な影響があり症状が複合的であるという性質の中での認知症に対応する統合アプローチへの提案がなされている¹⁶⁾。

これは、過去、数十年間にわたる既存の認知症に関する認識方法は疑問視され、生物・医療モデル¹⁷⁾から、社会的なモデルを含みつつ、患者自身や自宅で老いること¹⁸⁾の重要性を強調するアプローチへと移行したことを示していた。また、こうしたケアのアプローチのシフトは、高齢の認知症患者を支援する「integrated care path way」を通じて、認知症ケア提供の改善の必要があるとする政策^{13),15)}と対応してきた^{13),19)}。

現在、英国で示されている integrated care path way や認知症高齢者を対象としたケアパスウェイ (Dementia care pathway) に関する研究はあまり多くないが、認知症のケア

Ⅲ章 認知症初期集中支援チーム員の役割

1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

(1) 定義

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、①認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけでなく、②認知症の人へ関わるの初期（ファーストタッチ）という意味をもつ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、「集中的」の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

活動開始時については②が中心となるが、将来的に早期対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すれば①の対象者が中心となってくることが予想される。

① 認知症初期集中支援チームの定義

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

② 訪問支援対象者の定義

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

- ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない者
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している者
- イ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

(2) 実施主体と支援チームの構成

認知症初期集中支援チームの事業の実施主体は、市町村とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができ

る。認知症初期集中支援チームが活動していくには、チームの設置場所、つまり継続的に事業

を実施していく上でのチーム活動の拠点となる物理的な条件整備が必要となる。

一義的には事業の実施主体である市町村においてその場所を確保することとなるが、事業の実施機関として、緊急時の対応等が必要となる場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センターや診療所等、それぞれの地域における地域包括ケア体制を踏まえ、然るべき拠点整備を行うことが必要となる。

【チーム員の人員配置】

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

モデル事業においては、市町村は、認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置すること担っており、実施要綱上、チーム員の配置人数と職種は以下のように定めていた。

チーム員は、以下のアを満たす専門職2名以上、イを満たす専門医1名の計3名以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする

(ア) 「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

(イ) 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者

(ウ) 国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

イ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可）1名とする。

平成27年度から平成29年度にかけて全国で認知症初期集中支援チームを整備するにはこの要件を満たせない地域が少なくないと考えられるため、新しい要件では以下のよう

ア. 以下の要件をすべて満たす者 2 名以上とする。

・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの

・認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に 3 年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が同研修を受講していないチーム員に受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

イ. 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医業務を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、以下の医師も認めることとする。

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医業務を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師であって、今後 5 年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの

- ・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に 5 年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

(3) チーム員の役割と活動体制

前述のとおり、支援チームは「ア」と「イ」の専門職により構成することになるが、この「ア」と「イ」それぞれが担う役割については、以下のとおりとなる。

「ア」のチーム員は、目的である早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築を目指し、具体的には、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

「イ」の専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的知識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。なおこの場合の専門医は上記の要件を満たした医師に対して使っている用語であり、学会認定の専門医と同義ではない。専門的なアドバイスを与えるチーム員医師という意味で使用している。

チーム員医師の役割を（図 3-1）に示した。

なお、訪問する場合のチーム員数は 2 名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上で訪問することとされているが、これは例えば、看護師と社会福祉士の組み合わせであれば、「訪問支援対象者本人と介護者から同時に情報を得る」、「一人が直接対応し、もう一人が記録や室内の様子を観察する」といった複数対応によるメリットを実務的に活かすことができるほか、双方の専門的見識を訪問活動時に発揮することで、バックアップする医師の専門的見解も含め、チーム全体の総合力をもって初期集中支援を実施していくためにも有用であり、多職種で訪問することの意義がより明確になると考えられるからである。ただし地域により人的資源には濃淡があるため、この原則にのっとりながら有効に人材を活用することが求められる。

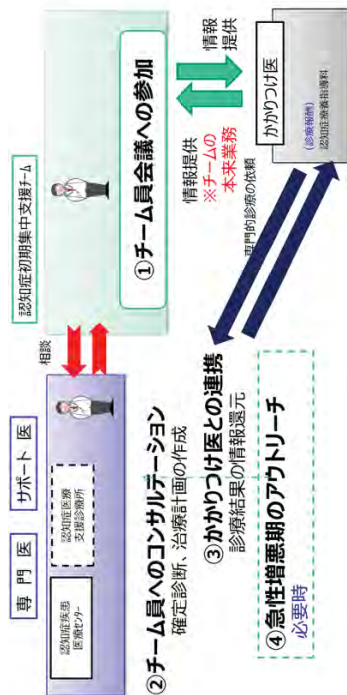


図 3-1 チーム員医師の役割

IV章 認知症の総合アセスメント

1 認知症総合アセスメントの考え方

(1) 認知症の臨床像

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来す程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されている^{※1}。つまり、何らかの脳の病気によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態が認知症である。このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の三者の連結が認知症概念の中核を構成している。

しかし、認知症の臨床像の全体はこれだけでは説明しきれない。認知症では、「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」を中心に、さまざまな「身体合併症」や、さまざまな「行動・心理症状」が現れる。これらの個々の障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら、認知症の臨床像を複雑なものにしていく。特に、身体合併症と行動・心理症状は相互に密接な関連をもち、行動・心理症状が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば行動・心理症状が悪化するというような悪循環を形成する。

認知症の特性は、「経過とともに臨床像が複雑化していくこと」「複雑性のプロセスが進んでいくこと」と言っても過言ではない。そして、まさにこの複雑性のために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」に直面し、生活の質(QOL)を低下させていく。例えば、ひとり暮らしの認知症の人は、認知機能障害や生活機能障害のために、社会参加が阻まれ、社会活動が減少し、人とのコミュニケーションも希薄になって、社会的に孤立しやすくなる。また、計画的な行動や家計の管理などにも支障が現れ、家の中はしばしばゴミだらけになり、経済被害を受け、生活も困窮しがちである。そのような状況の中で、しばしば不安、被害妄想、攻撃性などの行動・心理症状が現れ、近隣とのトラブルも生じやすくなる。家族と同居している場合には、臨床像の複雑さゆえに、家族介護者は疲弊し、家族介護者に健康問題が生じたり、虐待の問題が生じたり、ときには介護心中といった危機的事態に直面することもある（図 4-1）。

^{※1} 従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来たが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が 2004 年 4 月に厚生労働大臣に提出された。その後 4 回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年 12 月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになった。さらに、関連学会においてもこの用語の使用が承認され、医学用語として使用されるようになった。

認知症の全体像

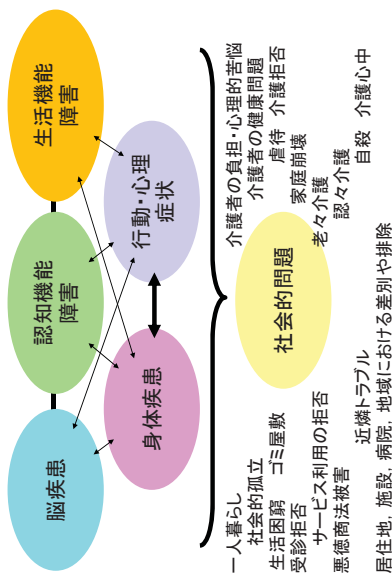


図 4-1. 認知症の臨床像の全体

(2) 認知症初期支援の重要性

このような複雑性のプロセスは、認知症の初期段階において、すでにその萌芽が認められている。

認知症は、正常の段階から、軽度認知障害 (MCI) と呼ばれる認知症の前駆段階を経て、軽度認知症、中等度認知症、重度認知症と進行していく。この経過の初期段階で、認知機能の低下や生活機能の低下が現れ、社会との関わりが希薄になり、身体的不調も現れやすくなる。また、本人も、それらによってさまざまな「生活のしづらさ」を体験することになり、気持ちふさぎこんだり、心配になったり、不安になったり、夜も眠れなくなったり、ときにはイライラして怒りっぽくなったり、被害的に考えるようになったり、興奮したり、暴言や暴力が現れたり、心の状態が不安定になることがある（図 4-2）。

認知機能が低下し、生活機能が低下し、社会的に孤立し、身体的健康状態が悪化することは、一般高齢者のウェルビーイング (Wellbeing) の低下の危険因子でもある。したがって、経過が進行し、複雑性のプロセスがさらに進展し、本人や家族の QOL が低下する前に、認知症の初期の段階で、必要な支援につながることができるようしておくことが重要である。

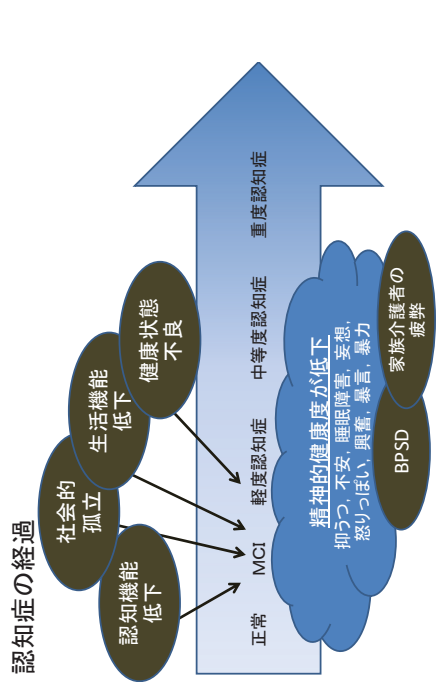


図 4-2. 認知症の初期に見られる変化—複雑化のはじまり

(3) 認知症アセスメントの考え方

このように、認知症の早期診断・早期対応とは、認知症の臨床像が複雑化する前に、臨床像の全体を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有し、これに基づいて必要な保健・予防、医療・看護・介護・リハビリテーション、生活支援、家族介護者の支援、住まい、権利擁護等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族の **QOL** を保持することに他ならない。

認知症の早期診断・早期対応とは何か

認知症の臨床像が複雑化する前に、臨床像の全体を総合的にアセスメントし、多職種間で情報を共有し、これに基づいて必要な保健・予防、医療・看護、介護・リハビリテーション、生活支援、家族介護者の支援、住まい、権利擁護等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族の **QOL** を保持すること。

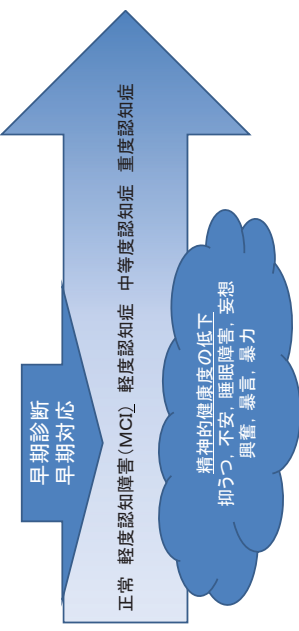


図 4-3. 認知症の早期診断・早期対応とは何か

このように、認知症の臨床像全体を総合的にアセスメントすることを「認知症の総合アセスメント」(comprehensive geriatric assessment for dementia) と呼ぶ。認知症の総合アセスメントを行うためには、図 4-1 に示した 6 つの領域を捉える必要があるが、そのためには少なくとも表 4-1 に掲げられている項目についての基礎知識が必要である。以下に、6 領域の基礎知識の概略を解説する。

V章 認知症初期集中支援における具体的活動

1 支援のための具体的なプロセス

認知症初期集中支援チームが、相談者（認知症の人や家族介護者）を支援するための具体的なプロセスについて解説する。

（1）相談の応需

地域包括支援センターの総合相談等で認知症に関連する相談を受け付けるときに、「認知症初期集中支援の対象か否かの判断」を行う。

1) 相談を受け付ける

相談は電話または来所面談によって受け付けることができる。いずれの場合においても、相談者の話を傾聴しながら、必要事項を確認し、その内容を受付票やフエイズシート（地域包括支援センターで使用されている利用者基本情報など）に記入する。その際には、下記ポイントに留意する。

- ① 相談者の特徴に合わせて相談を受ける。
 - ・ 相談者が本人の場合：不安が強い場合が多いので、安心感が与えながら質問するよう配慮する。
 - ・ 子（その配偶者を含む）や配偶者の場合：同居の場合は、認知症の人がすでに重症化しており、相談者が精神的・身体的に疲弊している場合がある。まずは介護の負担などについての訴えを受け止め、ねぎらうようにする。
 - ・ 民生委員の場合：地域とのトラブルが発端になって相談に至っている場合がある。地域の中でさらなる情報収集が必要になる可能性が高い。
- ② 誰が困っているのかを整理する。
- ③ 対応が必要なことに優先順位をつける。

2) 認知症初期集中支援の対象か否かの判断

相談対象者（以下、本人）が、表 5-1 の基準を満足する場合には認知症初期集中支援の対象となる。認知症初期集中支援の対象と判断される場合にはその場でフエイズシート（利用者基本情報等）の記入とともに、認知症アセスメントを開始してもよい。しかし、以下のような状況のために、相談受付時にはアセスメントが行えない場合も多い。その場合は、改めて、来所または訪問によって相談者と面接しアセスメントを行えるように調整する。

表 5-1 認知症初期集中支援の対象者の基準

40 歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。
ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
（ア） 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
（イ） 継続的な医療サービスを受けていない者
（ウ） 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
（エ） 診断されたが介護サービスが中断している者
イ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

表 5-2 相談受付時にはアセスメントを行えない理由

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

（2）観察・評価（初回家庭訪問を含む）

認知症アセスメントシートを用いた情報の収集を行う。初回の観察・評価は地域包括支援センター等における来所面談やチーム員の家庭訪問によって実施されるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問して観察・評価を行うようにする。ただし、相談の対象となっている本人から訪問の了解が得られていない場合には、訪問の方法について所内で十分に検討する必要がある。以下に訪問に至るまでの実際の過程を示す。

1) 訪問の準備

① 訪問同行者の調整

- ・ 相談者（家族など）、本人が信頼している人、本人の生活状況をよく知っている人に訪問の同行の依頼をする。
 - ・ 本人から訪問の了解がまだ得られていない場合には、訪問了解を得るための本人への説明の仕方を検討しておく。
- ② 訪問の前に、家族、地域の人、関係者からも情報を収集しておく。
 - ③ 訪問の約束は本人と関わりのある人が調整する。
 - ④ 警戒心や拒否が強い場合は、本人の状況に合わせて訪問の仕方を検討する。

- ⑤ 本人が独居であり、かつ身寄りがない場合などでは、訪問に同行できる親族等がいな
い場合がある。その際には、チーム会議（V章 1（4）参照）の中で本人にアプロ
ーチする方法を十分に検討してから訪問を行う。

2) 訪問の実施

① 訪問体制

- ・ 複数での訪問を原則とする。
- ・ 本人や家族に安心感をもってもらえるように配慮する。
- ・ 相談の内容を予測して、適切な関係者や支援者の協力を得ながら効率よく観察・
評価を行う。
- ・ 訪問者の危険を回避できる体制を取れるようにする。
- ② 訪問時における留意点
 - ・ 自己紹介をし、訪問目的を伝える。
 - ・ 本人と家族の話を傾聴する。
 - ・ 本人との信頼関係の構築を図る。
 - ・ 本人のこれからの生活に対する意向を確認する（本人が大事にしていること、得
意なことなど）。
 - ・ 家族の介護への意向を確認する（家族間で意見が違う場合があるので注意）。
 - ・ キーパーソンとなる人を見つける（独居の場合は特に重要）。
 - ・ 本人の心身の状態や生活状況を観察し、家族や訪問した関係者との間で情報が共
有できるようにする。

3) 観察・評価の実施

認知症アセスメントシートを活用して、認知症の総合アセスメントを行い、本人の心身の
状態や生活状況に関する情報を収集する。

- ① 認知症によくみられる認知機能障害や生活機能障害は、「地域包括ケアシステムにお
ける認知症アセスメントシート（DASC-21）」を活用して、簡便にチェックすること
ができる。DASC-21 を活用することによって、以下のような認知機能障害と生活機
能障害の有無を評価することができる。認知機能障害：近時記憶障害、遠隔記憶障害、
時間失見当識、場所失見当識、道順障害（短空間認知）、問題解決能力の障害、社会的
判断力の障害。生活機能障害（IADL：金銭管理、交通機関の利用、買物、服薬管理、
食事の準備、電話の使用、BADL：着脱衣、入浴、排泄、食事、移動、整容）。
- ② BPSD が認められる場合には、これを具体的に記述する。また、DBD-13 を用いて、
BPSD の程度をおおまかに評価することができる。認知症によくみられる BPSD と
して、以下のような症状をチェックできるようにリストアップしておくこともできる。
例：アパシー（自発性低下）、睡眠障害、易刺激性、被害念慮、抑うつ、誤認、幻覚、

徘徊、上機嫌、焦燥、不安、作話、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、不潔行為、火
の不始末、性的逸脱行動など。

- ③ 身体症状及び状態は、現在治療中の疾患について、どのような疾患に、いつ頃から罹
患しており、現在どここの医療機関で治療しているか、服用している薬剤があれば薬剤
名と処方量、最近気づいたことがあるかについて記録する。さらに簡単な身体チェッ
ク（気がついた点をチェック）とバイタルチェックを行い、かかりつけ医を確認する。
- ④ 社会的困難状況が認められる場合に、具体的内容を記述する。以下のような項目をリ
ストアップし、チェックできるようにしておくこともできる。
例：独居、高齢世帯、身寄りなし、介護負担が大きい、介護者の健康問題あり、受診
拒否、サービスの利用に消極的、不衛生（身体、住環境）、近隣とのトラブル、経済被
害、虐待、その他
- ⑤ 本人の生活状況については、生活歴、職歴、最近の生活状況について記述する。趣味・
楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人の思い・希望、家族の思い・希望などにつ
いても考慮する。
- ⑥ 家族の状況については、J-ZBI_8 を用いて介護負担度を評価するとともに、家族の受
け止め方、家族の対応力、家族の主訴などを記述する（「V章 3 家族介護者への支援」
を参照）。

回目の観察・評価ではこれらの項目すべてについて十分な情報が収集できない場合もあ
る。その場合には、まずは、「認知症が疑われるか否か」、「緊急対応を要する課題はない
か」について評価し、総合アセスメントの全体は複数回の訪問を通して完成させるよう
にする。また、必要に応じて、関係者からも情報収集を行い、地域の状況（地域力）につ
いても把握する。

DASC-21 や DBD-13、J-ZBI_8 以外のアセスメントシートを用いる場合は、信頼性・
妥当性の検証がされたアセスメント票を用いて、認知症の包括的な観察・評価を行う。

なお、どのようなアセスメントシートを用いる場合であっても、事前に、チーム員を対
象としたアセスメントシートに関する研修や勉強会等を実施し、アセスメントシートの使
用方法や、評価結果に基づく訪問対象者の状態像を、チーム員全体が共通理解できるよ
うにしておくことが重要である。

（3）観察・評価の結果とそれに基づく初期支援

- ① 情報の提供と受療支援：DASC の評価結果から「認知症の可能性」があるかどうかを
判断することができる（「IV章 3 アセスメントツールの使用方法」を参照）。「認知症
の可能性」がある場合には、アセスメントシートを本人や家族に示しながら、どのよ
うな認知機能や生活機能に支障を来たしている可能性があるかを丁寧に、わかりや
すく説明する。「認知症の可能性」があるが、認知症の医学的な評価がなされていな

Ⅵ章 認知症初期集中支援チーム事業の基本となるガバナンスの構築

1 市区町村によるビジョン設定

(1) ビジョン設定の前提

日本における地域包括ケアシステムは、当然のことながら、当該地域の社会資源の実情に合わせて構築すべきである。ケアの統合への取り組みは、国際的にも様々な規模と形態がある。したがって、自治体においては、その特徴を鑑み、自らの地域に合致したモデルを適切に選択することが求められる。

例えば、ICP（イギリスの保健省によって実施された統合ケアの事業）では、それぞれの地域の状況に合わせて、統合された様々な活動を自由に開発し、導入する¹⁾。という方法が採られた。ただし、共通の目標は必要という条件が記されている。つまり、この目標設定、すなわち integration における規範的統合が重要であることをイギリスの ICP における目標設定の必須化は示している。

さらに、この目標設定に際しては、①ケアを利用者に対して、より身近なところを提供すること、②利用者の視点から見たケアの継続性を保つこと、③ニーズが最も大きい利用者を特定し、支えること、④予防ケアの提供を促すこと、⑤病院で提供する必要がないのに病院で提供されているケアの量を減らすことという 5 点が示されている。こうした目標設定のルールは、今回の認知症の初期集中支援チームの目標設定の前提として、自治体で定めておくべき事業のベースとなるビジョン設定として参考になる。

行政においては、いかなる事業を遂行するにあたって、この目標を達成するためのマネジメントが求められる。マネジメントにはさまざまな手法があるが、ここでは日本の都市自治体において導入が進められている戦略計画に基づく戦略マネジメントについて説明する。

戦略マネジメントでは、地域や自治体のビジョン（方向性・将来像）やミッションを提示し、これに沿ったかたちで政策目標のプライオリティづけ・目標水準の設定が行われることである。ここでいうビジョンとは、自らの組織や部門の「目指す将来像」である。例えば、“日本で一番高齢者にやさしい自治体になること”といった内容が示されることになる。

一方、ミッション（使命）とは、自分たちの組織や部門の「果たすべき責務」であることから、例えば、“日本で一番高齢者に充実したサービス提供すること”という内容等が考えられる。こういった戦略マネジメントに必要なことは、ビジョンの策定と組織戦略の立案であり、ここでのミッションの策定とは、事業戦略の策定と同義である。

なぜ、こうしたビジョンやミッションが重要であるかについてであるが、一般に行政組織は前例の踏襲的な活動を選択する傾向が強いとされるからである。このため、新しいアプローチで統合型のケア提供を行う地域包括ケアシステムを進めるためには、戦略マネジメントの視点を自治体職員が意識することが、より重要となるとされる。

また、ここでの戦略マネジメントは、従来型のマネジメントと比較すると、その核にある戦略計画が異なる。第一に、計画の策定方法に特徴がある。総合計画が、だいたいボトム

アップ型で策定されるのに対し、戦略計画はトップダウン、あるいはミドル・アップ・ダウン型で策定される。

第二として、ビジョン・政策目標が具体性に富んでいる。総合計画では、ビジョンや政策目標が具体性を欠き、包括的・抽象的文言にとどまるのに対し、戦略計画はビジョンの明示と政策目標の具体化と数値目標が設定される。また、総合計画では、各部署での自律的な執行計画の策定・実施が尊重されるが、戦略計画では、政府・行政、地域などのビジョンを戦略計画手法の活用によって描き出す。

さらに、このような戦略マネジメントには、おおむね、次の三つのステップの条件があるとされている²⁾。

(1) ビジョンが明確であり、政策目標のプライオリティづけがなされているか。

(2) 個々の施策目標が具体的で数値目標化されているか。

(3) ビジョンや政策目標が組織全体に浸透し、共有されているか。

こうした戦略マネジメントによって、ビジョンを設定する際には、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画や基本計画などの各種行政計画で設定した目標と今回の目標との整合性を図ることも重要となる。

なぜなら、日頃の活動や地域ケア会議のなかで区域ごとのニーズや課題を把握している地域包括支援センターとの協議やヒアリング等を通して、必要な政策や事業の立案につなげ、各種行政計画等に今回の事業の内容を盛り込むかどうかの吟味も当然ながら、求められることになるからである。

また、今回、提示する認知症の初期集中支援チームの編成と、このチームの方向性を示す自治体のあり方を示すビジョンの設定には、関係機関等との連携や市町村からの必要な情報提供、ニーズに対応するための施策立案、適切な行政権限行使など、市町村として示してきた従来計画との整合性をとることが必須となる。このため、上記のような各種計画との連動を行う必要性がある。

さて、日本を含む、多くの先進諸国では、高齢者のための社会資源やサービスは、ケア提供主体が違うことや所属機関の属性（営利・非営利、医療・介護・福祉）が異なっているため、十分な連携がとりにくい状況となっている。結果として、医療・介護・その他の福祉といった各種領域ごとに、垂直的な方向性（急性期からリハビリテーション、生活維持期という方向性）における組織化のみがすすめられることが多くなってしまう³⁾。

この結果として、現在のように認知症高齢者に対応する社会資源やサービスを提供する組織が断片化されてしまうと、社会資源やサービスも縦割り構造となってしまう。このため、認知症ケアは、保健・医療・介護・福祉といった各領域や自治体と民間企業、そして家庭環境と施設環境の間には断層がある^{4)・5)}と説明されてきた。これらの断層によって、認知症高齢者に提供されるサービスが縦割り構造となり、十分な連携が困難である状況では、医療と介護サービスの間（急性期から生活維持期のケア）、地域サービスと医療機関サービスの間、専門職によるフォーマルサービスと家族介護者をはじめとするインフォーマルサー

ビスというようなサービス提供の分析が引き起こされることが多いとされ⁶⁾、介護を必要とする高齢者のためのケアサービス提供の統合のためのコーディネーションが難しいとされている。

(2) ビジョン設定までのプロセスについて

戦略マネジメントを実践する上での第一のステップは、現状の経営情報をまとめることである。ビジョンの前提となる背景として、ビジョンを設定する組織や地域資源の至る所に分断化が生じていることをまず認識すべきである。すでに自治体が構築すべき「地域包括ケアシステム」を担う地域資源は、地域ごとに大きく異なっており、これら地域の状況ごとに「地域包括ケアシステム」の在り方や、ケア提供主体が異なる。当然ながら、このシステム構築の方法論も異なることが予想される。一方で、自治体には、整備すべき地域包括ケアシステムの礎となる介護保険事業における保険者機能果たすという責務がある。

さて、平成 30 年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定がされる。ここで示された国としての強いメッセージは、平成 24 年度と同様に、その基本的な考え方として、①地域包括ケアシステムの推進②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現③多様な人材の確保と生産性の向上④介護サービスの適正化・重点化を通じて制度の安定性・持続可能性の確保の 4 点であり、地域包括ケアシステムの推進という方向性は、前回、改定と同様である。

また、増加する認知症高齢者への支援を充実についても地域圏域内のかかりつけ医のネットワークの整備や、圏域内の医療及び介護サービス基盤の整備、自治体独自の生活支援サービスや保険外の医療介護ニーズを満たすサービスの明確化とその整備、医療と介護の連携体制の整備（急性期から慢性期にかけての一貫的なケア提供のための退院支援、多職種協働を実現するケア会議の実施）等、多様な方策を一層進めることが示されている。

(3) ビジョンにそったミッション設定

統合的なケア提供システム、すなわち地域包括ケアシステムを構築するためには、当該地域包括圏域において、圏域内の社会資源やケア提供主体をどこまで統合するかを決断が求められる。この統合に際しては、まず自治体における強みと弱みを分析することによって、ミッションを設定し、それらを実現するための新しい事業を考案するという手順が考えられる。

地域包括ケアシステム構築に向けたミッションを実現する事業・業務を考える際に必要な視点としては、①整備すべきケア提供システムのテーマの検討、②ケア提供システムに必要なサービス内容を検討、③ケア提供システムをどのように整備するか、④サービス提供をどのように行うか（マネジメントをどのようにするか）といったことがあげられる。



図 6-1 地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメント戦略-integrated care の理論とその応用-中央法規 P248, 2014

これらの視点をもとに、地域包括ケアシステムを構築にむけたミッションを達成する新しい事業・業務を考案することが重要である。

また、経営的な視点からケアの統合、つまり integrated care の成功要因を 40 以上の行政機関の関係者と面接の分析からまとめたマッキンゼーカンパニーのレポート⁷⁾によると、単一的な資源供給者や統制者の有無に関わらず、実質どのようなタイプの医療制度でもケアの統合つまり地域包括ケアシステムは実現できるとの指摘がされている。ただし、その実施は困難であり、簡単ではないとも述べられている。

上記であげた、ケア提供システムのテーマの設定と類似する要素として、対象となる患者の特定、そして、システムの維持には、理念、リーダーシップ、情報共有の機能が必要となるとされている。

そして、これまでに述べていない要素としては、経営的な観点から業績の管理が必須であることが示されている。市区町村による事業を推進するにあたって、こういった業績評価は必須と考えられる。

2 認知症初期集中支援チーム検討委員会の役割と運営方法

認知症初期集中支援チーム検討委員会は、認知症初期集中支援チームとは異なる組織である。その役割や運営方法について説明する。

Ⅲ チーム活動事例の収集

1. 活動事例収集の背景

チーム設置期限である本年度を経て、全国の市町村において認知症初期集中支援チームの活動がスタートするが、平成 30 年度には、設置 6 年目のモデル事業参加地域（平成 25 年度設置）から設置初年度の地域まで、活動内容や環境に幅が出ることが予想される。

その中で、設置から期間の短いチームにとって、チーム活動の参考となるような事例を多く収集し、提供することが重要であり、設置から 5 年目を迎えている平成 25 年度モデル事業地域の協力を得て、活動事例の収集を行った。具体的には、チーム活動として「対応が難しかった事例」、チームの機能が発揮され「対応がうまくいった事例」を 1 例ずつ提供頂いた。

事例は、それぞれのチームの個別状況（地域での位置付け、チーム員職種等）によって内容的に多岐に亘るため、上記の活用目的に照らし、チーム活動の標準的な流れに沿ってまとめて頂くことで、多くのチーム、チーム員の参考となるよう工夫した。

図表 3.1 活動事例提供ご協力地域一覧

1	北海道苫小牧市	地域包括支援センター
2	山形県白鷹町	医療機関（診療所）
3	宮城県仙台市	自治体
4	福島県福島市	医療機関（診療所）
5	群馬県前橋市	地域包括支援センター
6	東京都世田谷区	医療機関（診療所・訪問看護ステーション）
7	福井県敦賀市	地域包括支援センター
8	長野県長野市	地域包括支援センター
9	京都府宇治市	地域包括支援センター
10	岡山県新見市	地域包括支援センター
11	山口県宇部市	自治体
12	熊本県荒尾市	医療機関（認知症疾患医療センター）

本報告書では、12 地域×2 事例、計 24 事例のうち、「対応が難しかった事例」、「対応がうまくいった事例」それぞれ 4 例ずつ、計 8 事例を掲載する。

〈報告書 難①〉

タイトル

嫁に対する妄想が強く、受診拒否

1. 概要

① 基本情報

82 歳、女性、認知症自立度 Ⅲa、障害自立度 Ⅱ、アルツハイマー病

② 概要(介入時の状況)

家族環境：対象者・その息子夫婦と孫娘が 2 人の 5 人暮らし。自宅の一角には対象者が自営で美容室を長年営んだ店舗がある。息子は営業の仕事をしているため、昼の時間帯は帰宅して食事を本人と一緒に食べているが、帰宅は遅くなる。2 人の孫は学生で自宅から通学、一番かわいがっていた孫は就職し他県で一人暮らしをしておりほとんど帰省していない。嫁はパートで働いており昼間は一人で過ごすことが多い。介護保険は未申請。

気づき：同居の息子から包括へ相談。3 年前から物忘れがみられていたが、最近居ないはずの孫が居ると言ったり、嫁に対するもの盗られ妄想が出現。嫁と顔を合わせると睨み付けたり箸でテーブルをたたくなどを続ける。また入浴を拒否し排せつも間に合わないことがあるため家族間の関わりも薄くなっている。

③ 本人・家族の主訴

〈家族〉嫁に対する妄想や本人の威圧的な様子に精神的ストレスが大きい・医療受診を拒否している・入浴しないために汚染悪臭が著しい

④ チームに繋がった経過

息子から包括へ相談があり、市事業である「認知症相談会」を利用。医療・サービス導入に向けチーム介入となる。

2. 課題

① 課題

本人：この家でくらし続けたい

家族：医療受診させたい・介護サービスの利用をしたい

チーム：本人との関係性をどのように築くか、チーム外で本人との関係性を作れる機関はあるか

② 対応方針(目標)

ゴール：在宅継続のための医療受診とサービス導入

短期的方針：他者とのかわりに拒否傾向があるため、関係性を作る。

3. 対応

①訪問支援の経過

保健師・看護師で対応

- ◎医療、介護サービス導入 対象者が拒否の中、家族支援のもと強制的に医療受診への介入を行ったが、本人の受診継続ができなくなり、家族受診で経過する。
- ◎改めて本人との関係作りを行う。週1回の訪問にて訪問者の受け入れに慣れてもらう。また入浴ができていないことより、他者が体に触れることに慣れてもらうため、手の清潔保持のため爪切りやマッサージを実施した。
- ◎身体・認知症状に対する観察と医師との連携を取る。家族からの情報や訪問時の様子など主治医に連絡をとり必要に応じて内服調整を実施
- ◎家族との連携を取る。キーパーソンである息子の仕事が忙しくなりなかなか連絡が取れず、訪問時に対象者の様子を記載したノートを作成し家族として気が付いたことなどを記入してもらう事を依頼。
- ◎関係作り、穏やかに過ごす。週1回程度訪問（宅老所の責任者によるサービス利用を誘うため）。
- ◎サービス導入に向けて数か月にわたり訪問を実施。対象者が自営で美容師をしていた事より、宅老所利用者の散髪を依頼する形で誘う。

②チーム員会議の経過

- ◎医療 内服状況と医師への報告
- ◎家族支援 嫁に対する妄想の悪化について。嫁の対応についてどのように助言するか。
- ◎サービス導入 どのようなサービスが適切か。どのように導入していけば良いか。

③自治体等の関わり(支援)

なし

④家族の関わり(協力)

本人の受診拒否が強かったため、小さい頃からとてもかわいがっていた孫に受診を勧めてもらってはどうかとの提案に孫が対応した。嫁に対する被害感が強かったため、接触を少なくした。息子が、可能な限り本人に声掛け関わりを多くしてみる。

困れば電話や来所にて相談を受ける。また訪問時の様子をノートに記入し家族の気づきも記載してもらうようにした。

4. 結果

①転帰

- ◎本人はもちろん、家族も当初は在宅での生活を目標にしていたが、状況の悪化とともに在宅生活の維持が困難との家族の判断にて入院となった。家族の希望は叶ったが、本人の在宅生活継続への希望は叶えられていない。

②評価

- ◎本人の頑なな受診拒否と家族が消極的なことから、受診継続が困難になり適切な医療を受けられていたか不明。
医療は必須であったか？家族の対応で対処できなかったか？
- ◎連携を取った機関以外に手立てはなかったか？
- ◎本人の思いは叶えられなかった

③引継後の経過(モニタリングの方針など)

入院になったが、入浴など清潔保持ができ生活環境は在宅に比べて整っている。常に誰かの声掛けがあり、人の気配を感じられる環境であるため本人も落ち着いている。

タイトル

本人のセルフネグレクトが疑われ、家族からの支援の協力が得られない独居女性

1. 概要

① 基本情報

89 才、女性、認知症自立度Ⅲa、障害自立度 J2、認知症（主治医意見書の情報のみ）

② 概要(介入時の状況)

認定情報：なし（平成 28 年度まで要介護 1、その後更新されず）、保険外サービス（区入浴券、電話代助成）

生活環境、家族環境：高卒。20 才前後で結婚。就労経験なし。子供は 2 人。20 年前に夫と死別以降、独居。2 人の息子は別居。子供同士は不仲。

経過：平成 27 年近隣苦情を契機に支援開始。民生委員と地域包括支援センター職員が訪問。家屋から尿臭あり、冷暖房は一切使用せず、著明なうい瘦、未受診、保清不良、季節に不適切な着衣等の状況から見守り支援を継続するが、入室拒否があり小窓からの対応で生活実態は不明。地域包括支援センター職員が長男・次男に連絡をとるが、多忙を理由に関わりを拒否。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉主訴は聞かれず。

〈家族〉かつて支援の申し出を本人に拒否された経緯があり、関わること自体に消極的。主訴は確認できず。

④ チームに繋がった経過

継続して関わってきた担当地区の地域包括支援センター職員が見守り訪問しつつ、介護保険申請勧奨等で次男と連絡をとるも、支援拒否あり。地域ケア会議を開催して、民生委員、自治会長、隣家の住民、行政担当者等で情報を共有しながら地域の見守り体制の強化を図った。チーム員が介入する前の半年間程度、一般介護予防事業・介護予防把握事業として、看護師が定期的に訪問。高血圧を把握し、次男に連絡したが「自分は何もできない」との返答であり、事業終了時に「今後は医師を含めたチームで支援を継続したい」と説明し、チーム員による訪問の同意が得られた。

2. 課題

① 課題

本人・家族の課題：在宅生活継続のためには、サービス利用が必要でありながらも、本人、家族が支援者の積極的な関わりを望んでいない状況。

チームとしての支援上の課題：サービス導入拒否や家族以外の人との交流拒否があり、生活実態の把握、認知症の総合アセスメントがスムーズに実施できない。

② 対応方針(目標)

6 カ月間通しての到達目標を「認知症の総合アセスメントをし、適切なサービスにつなげること」と設定。本人と信頼関係を構築しながら生活実態の把握に努めて、緊急度の判断を含め、必要な医療の導入を目標とし、支援後半からは月 1、2 回訪問する次男との接触を図り、家族の意思を確認する方針とした。

3. 対応

①訪問支援の経過

医師、看護師、精神保健福祉士が訪問。看護師はバイタルチェックや脱水、食事摂取状況等体調面のチェックと環境調整を中心に支援。その後、医師と精神保健福祉士の訪問で、重篤な内科疾患や医療の緊急性がないことを確認。医師訪問時に支援者を受け入れ、初めて自宅内（玄関の中）に入れた。高血圧が確認され、別居の次男夫婦と接触ができるよう訪問日を調整。面接で、家族の認知症についての認識を確認すると、次男は認知症の正しい理解及び危機感がないが、嫁は客観的に見ていることが把握できた。介護保険の利用を支援し、次男夫婦が同行受診できるように配慮して、受診先を選定することになった。

②チーム員会議の経過

- ①身体の状況、生活状況から認知症の総合アセスメントをし、本人と信頼関係を構築しつつ、支援の優先度（緊急性）を確認し、医療導入について検討。
- ②本人の支援拒否及び家族の協力が得られないため、外来受診ではなく、チーム員の医師訪問を計画。またチーム員の自宅への受け入れ拒否があり、生活実態の把握が困難なため、月 1、2 回訪問する次男との接触を計画。
- ③保険証の紛失を把握し、再発行手続きを支援。次男夫婦と接触し、現状の認識を確認し、今後は家族の協力を得ながら、受診と介護保険申請につながるよう支援することを共有。目標達成状況の確認。

③自治体等の関わり(支援)

主として、地域包括支援センターの後方支援を実施。これまでの支援の評価（目標達成状況と課題共有）

④家族の関わり(協力)

チーム員は、家族の徒労感や負担感に共感しつつ、今後は家族だけでなく、専門の支援者と一緒に協力して本人に接していくことが必要なことを伝えた。チーム員の介入により、フォーマルサービスの導入に消極的であった家族から、介護保険申請の希望があり、手続きについて協力可能な姿勢が見られ、チーム員と家族各々の役割分担をした。

4. 結果

①転帰

本人、家族ともにサービス利用に関して消極的（拒否傾向）であった。認知症の総合アセスメントができるよう認知症状と生活実態の把握を主たる目標として、本人、家族と信頼関係を構築しつつ、適切なサービスの導入を目標としていた。本人の意思（希望）は把握できなかったが、家族の意向は確認できた。

②評価

他者の受け入れ拒否があり、アセスメントに時間を要した。セルフネグレクトのため、6 カ月間で初動体制を整えるのは厳しく、支援期間を延長して、本人と家族への支援を継続する方針の検討が十分になされなかった。

③引継後の経過(モニタリングの方針など)

チーム員の支援終了 2 カ月後、本人の認知症状や生活、体調面の変化はなく、在宅生活を継続。家族はデイサービスの利用を希望するが、本人のサービス拒否があり、導入に至っていない。そのため、今後も地域包括支援センターで本人と家族との信頼関係を構築し、サービス導入に向けて、継続支援をしていく。

タイトル

日常生活は自立しているが、言葉のコミュニケーションが難しくなったケースの鑑別診断を実施し、在宅での生活を整えようとしていたが、急激に病状悪化し、最終的に入院・寝たきりになってしまった事例。

1. 概要

① 基本情報

79 歳、男性、認知症自立度 IV、障害自立度 A1、前頭側頭型認知症(介入後に鑑別診断)

高血圧、糖尿病、腰痛

ADL はほぼ自立、IADL は全て妻が行う。難聴気味で社会との交流は以前に比べ減少。

② 概要(介入時の状況)

妻と長女の 3 人暮らし。1 年前まで地域の介護予防教室に参加していたが、現在は参加せず、家族以外との交流はない。介護予防教室を中断していた矢先に、老人クラブ会員から、「本人が一方的に話し、人の話がほとんど耳に入っていない。認知症ではないか。」と相談あり。包括で自宅訪問し本人と妻から話を聞き取る。介護サービス未利用。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉「何もわからなくなった、困った。」を繰り返す。相手の話は耳に入っていない。それ以外の反応は聞き取れず。

〈家族〉日常生活は自立しているが、3 ヶ月前から物忘れが進行した気がする。内科医師に頼んで物忘れの服薬処方してもらっているが、効いているかはわからない。常に同じ行動をとるこだわりはあるが、今のところ特に困ってはいなく、仕方がないと思っている。

④ チームに繋がった経過

老人クラブ会員からの話があり、妻に連絡し包括職員で家庭訪問。妻の話から、毎日の日課はこなせており身の回りのことも自分でできているが、テーブルの物の置き方や食べ物へのこだわり、決まった時間に決まった行動をとる常同行動疑いがあること、以前教室参加時に独り言を話し続け、注意されてもとめられなかったこと等話あり。鑑別診断と今後の支援体制の構築の必要性を感じ、チームとして集中的に関わる目的で支援開始する。

2. 課題

① 課題

- ◎言葉のコミュニケーションが困難であり、意欲の低下・常同行動なども見られるが、専門医の診断を受けていない、処方薬が本人の状態にあっているかが不明。
- ◎今まで妻は、本人のペースに合わせて生活しており負担が少なかったが、記憶力の低下や意欲の低下も徐々に進んでおり、今後対応に困ることが予想。
- ◎介護予防教室や老人クラブ等地域活動への参加が減っている。ため、家族や地域の人たちが本人にどのように対応したらよいか検討。

② 対応方針(目標)

- ◎専門医を受診し、鑑別診断を受け、病状にあった服薬調整ができる。
- ◎病名を知ること、認知症の進行に伴いどのような症状がでるか、家族や専門職が理解し対応できる。
- ◎地域ケア会議等を実施し、地域への理解を深め、本人が参加しやすい環境を作る。

3. 対応

①訪問支援の経過

- ①物忘れ外来受診調整し同行受診。「前頭側頭型認知症」の可能性が高く、後日 MRI 検査予定。治療薬と副作用対応の吐き気止めを処方。2 週間内服観察となる。
- ②2 週間後妻から「本人が口の違和感や胃痛を訴えている。食事や水分も取れず、毎日の習慣であった飴も食べられず、寝ていることが増えた」と電話あり。病院受診調整し、いつでも病院受診できる環境を整えるが、家族が様子を見たいとの返答で、2 日おきに病状確認しつつ経過観察を行う。その中で、治療薬は内服していたが、副作用対応の吐き気止めの内服させることを忘れていたことが判明。内服勧奨するも、その後も食事や水分がなかなか取れず 2 日おきに病院受診し、内科検査等実施。最終的に入院となる

②チーム員会議の経過

- ①今後の支援方針の確認。現段階で内科医受診において認知症薬が処方されており、専門医による鑑別診断を早めに勧める。認知症の進行に伴いどのような症状が出るか家族が理解して対応すること、地域の方からの本人の状態変化の相談があった経過もあるため、地域への理解を深め本人が地域に参加しやすい環境を作るため地域ケア会議実施も検討。
サポート医からは現処方中の服薬と予想される疾患との整合性。画像診断のあり方等について助言あり。
- ②終結会議では、本人の病状が悪化し、入院となり支援経過を振り返る。
サポート医からは、前頭側頭型認知症の病状の説明や、受診科をどこにするか考えた際、精神症状を考慮した受診先を検討したほうが良いこと等助言あり。

③自治体等の関わり(支援)

特になし

④家族の関わり(協力)

妻の訴えに対し、随時訪問で話を聞いたり受診調整を行い、一緒に病状改善のために対応方法を検討した。

4. 結果

①転帰

自宅での本人の容態が悪化し、食事・水分ともに取れなくなる。本人の病院受診拒否はあったが、病院受診を勧め、そのまま病状から入院となる。

②評価

内服管理を夫婦に任せていたが、実際副作用の吐き気止めが飲めず水分・食事も取れなくなり入院となり、結果寝たきり・全介助となってしまった。本来であれば、本人の疾患を踏まえて本人に合ったコミュニケーション方法を考え、地域ケア会議の開催、施設入所に向けての準備等も検討していた。もっと早く前頭側頭型認知症と気づけたら、それに合った対応ができたかと悔やんでいる。また主介護の妻もがん疑いがあり、妻本人の体調への不安も強い方であったため、妻に対するサポートもさらに強く意識が必要であったと感じている。

③引継後の経過(モニタリングの方針など)

入院後は歩行ができなくなり寝たきり状態となり、IVH・尿カテーテル装着となる。声かけには応じるが会話は成り立たない。妻とは、入院先で面談し「自宅で介護しているときは大変だった」と振り返りを実施。

タイトル

経済的な困窮と家族力の弱さがあるために、支援に困難さが伴い、長期間の関わりが必要となったが、結果的に自立支援医療を利用することで訪問看護サービスの導入となったケース

1. 概要

① 基本情報

年齢 79 歳、性別 女性、認知症自立度 IV、障害自立度 A1、診断なし（主治医、受診なし）

② 概要(介入時の状況)

平成 26 年 5 月に夫が来所。行き慣れたスーパーに本人が出かけたが、道がわからなくなったとすぐに帰ってきた。

この状態は認知症ではないか？との相談内容だった。来所相談以前より、圏域包括では本人が外出している時の服装や様子など、少し気になる様子は感じていたケースであった。夫は 84 歳、一人息子は 55 歳で独身。夫は難聴と視力障害により、コミュニケーションには十分な配慮が必要であり、キーパーソンとしての役割を担うのは非常に心身共に負担となる状況ではあるが、息子は家事をしても介護はしない。（母親は認知症でもなく、何も問題ないと思われており、支援者の介入は拒否的）

随分前は、近隣内科に何かあれば受診していたそうだが、長年受診はしておらず、夫が受診を勧めても「行かない」と強く拒否することが続いていた。本人は家事をすることは既にできず、自宅内外をウロウロとされ、3～4 年前から入浴も週 1 回入れるかどうかで、着替えも声掛けがないとせず、人が家に来ること、人に話しかけられることは強く拒絶され、怒鳴るなどして追い返してしまう状況である。

経済的に非常に厳しく、介護保険料の滞納もご夫婦双方にあり、また専門医受診をするにしても、タクシー代・受診費用を捻出するのが厳しいと言っている。そのため、介護保険も未申請となっている。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉ほっといて欲しい。困っていない。

〈家族〉夫：認知症なのか、言う事を聞いてもらえず、困っている。人との関わりも嫌がるので、どうしたらいいのか。

息子：外に出ても一人で帰ってきているので、何も問題ない。あまり関わらないで欲しい。将来のために、介護ヘルパーの勉強をしたことがあるので、必要があれば自分で介護できる。

④ チームに繋がった経過

夫からの圏域包括への相談より、初期集中支援チームにつながる。以前より圏域包括として、気にかかっていたケースのため、即訪問を行うも、「帰れ」と怒鳴られ、拒絶される為、近距離でのアセスメントができないことから、夫と包括との聞き取りにより初期集中支援チームとしてのアセスメントを行う。

2. 課題

① 課題

本人は元来何らかの発達障害があったと想像され、人との関係を作ることが苦手である。また長男にも共通するところがあり、コミュニケーションが円滑にはいかず、母親に対する思いにも偏りがある。その中で唯一キーパーソンと成り得る夫も、難聴・視力障害により介護力としては非常に弱い。また何よりも経済困窮がネックとなり、生活保護を申請するも、持家であり、息子が就労されているため、わずかなところで生活保護は不可となった。認知症専門医受診にかかる費用、介護保険サービスの滞納分の支払い、またその後の介護保険サービス利用料金のことなどに課題がある。

② 対応方針(目標)

本人の過去の情報が限られており、まずは昔の情報をつづさに聞いてみる必要性があり、もし、本人の拒否が元々のものであれば、接触は慎重に行わなければいけないが、新たな認知症状であれば突撃訪問でもかまわないとの助言を得る。ただ、家族の力だけでは動けないケースであるので、こちらからの積極的な関与が必要である。まずは短期的な方針は、本人の情報収集。その上で、経済的な状況を整えることも並行して行っていく。

3. 対応

①訪問支援の経過

主には社会福祉士が何度も訪問を行い、本人・息子との関係作りを行った。また様々な調整のもと、専門医受診を行い、自立支援医療を利用できる基盤を作り、経済的な負担を最小にしながら、まずは訪問看護サービスの利用となった。その後、夫と相談しながら介護保険滞納分を少しずつ支払い、段階的に介護保険サービスを利用できる準備を整えた。

②チーム員会議の経過

本人の状況を認知症だけで説明すると、前頭葉症状を伴うアルツハイマー型認知症であり、中等度から重度であると確認する。また情報から、元来何らかの発達障害があるとも考えられ、関わり方については、情報を収集しながら適切な対応を取る必要がある。経済的な問題は、利用できる制度はないかも探りながら、経済的支援も同時に行っていく。また、介護保険サービスが利用できる条件が整えば、訪問看護サービスの導入が望ましいという助言も得る。

③自治体等の関わり(支援)

市役所の生活支援課に生活保護の相談や、介護保険課に介護保険料の滞納についての相談は行った。また夫が社会福祉協議会にも相談に行き、社会福祉協議会としても夫の相談を聞いて下さったり、「介護者家族の会」の本人訪問も行ってもらえた。しかし、どのような関わりも本人の拒絶が強く、また経済的な問題がネックで、大きな変化にはならなかった。

④家族の関わり(協力)

息子に対して支援に入らせてもらいたいこと、専門医受診を行うことなどの了解を得ないと勝手には進めていくことができない為、息子との関係づくりを行った。

結果として、息子も本人と同じく、初めての人には拒否的な態度を取るが、少しずつ慣れて頂き、様々なお話ができるようになった。その中で、一定の同意を得ながら、専門医受診なども進めていくことができた。

4. 結果

①転帰

自立支援医療による訪問看護サービスを週 2～3 回導入し、徐々に人にお世話されることに慣れて頂いた。また訪問看護サービスによる排せつ介助・保清なども実施でき、身体の状態を整えることができた。本人の受け入れも徐々に良くなることで、ご家族の信頼も得ることができた。訪問看護が入ったことで、夫が介護の方法を少しは学ぶことができ、夫自身の心身の負担も多少なりとも軽減できたと思われる。

②評価

初期の介入から、自立支援医療につながるまで、約 2 年の時間を要してしまい、初期集中支援チームとしては既定の動きはできなかった。本人の介護状況に問題は多々あったが、経済的な問題が大きすぎて、結局そこがネックになることで、なかなか進展ができなかった。ただ、最終的には専門医受診、自立支援医療、訪問看護サービスと必要な支援につなげることができたので、対応に苦労はしたが状況は改善できたと思われる。

③引継後の経過(モニタリングの方針など)

訪問看護サービスは軌道にのり、定期的な観察・ケアができるようにはなったが、訪問看護だけでは不十分なことも多々あった。しかし、その後、本人が何十年も昔に貯めておられた貯蓄が見つかり、それを機に介護保険サービスによるデイサービスの導入にも至った。初期集中支援チームとしては、自立支援医療につなぎ、一旦終了となっていたが、引き続いて夫の相談に乗らせて頂き、貯金が見つかった時点で、息子と相談のもと、ケアマネにつなぎ、デイサービスが軌道になるところまで支援を行った。

その後は定期的にケアマネに状況確認を行い、ケアマネからの SOS があれば随時相談にあたっている。

〈報告書 好①〉

タイトル

チーム員のアプローチが介護者と地域住民の意識に変化をもたらし、認知症への理解が深まった事例

1. 概要

① 基本情報

78 歳、男性、認知症自立度 Ⅲa、障害自立度 A1、アルツハイマー型認知症

② 概要(介入時の状況)

トラックの運転手として働いてきたが、ある日配達ルートの道が分からないと言います。自主的に受診し、結果、アルツハイマー型認知症と診断され内服治療を継続してきた。車の運転は好きで運転を続けているが、道順が分からなくなるため、妻が必ず同乗し道案内をしている。介護保険サービスは未利用で申請もされていない。認知症の治療に関しては、内服のみ行っている。散歩が好きで、一人ででかけてしまいどこで何をしているのか分からない状況。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉妻を怒らせてばかり。何とか怒らせないようにしたいと思う。

〈妻〉常に見守りをしていないと何をするかわからずストレス。どこにいくにも一緒に 1 人の時間がほしい。近所とのトラブルを回避したい。

④ チームに繋がった経過

地域住民から民生委員に、「他人の敷地に入り畔の草取りをする。土がたくさんついたまま水路に流すため下流で詰まってしまう。また、畔が崩れかけているためトラクターが入れなくなる可能性がある。」と情報が入る。賠償問題になりかねない状況にて、民生委員から包括に連絡が入る。

2. 課題

① 課題

短期記憶力低下や近隣トラブルへの発展など、一人にしておけない状況があり介護者のストレスが大きい。

本人は自宅での役割や趣味もなく、時間があると散歩に出かけ、他人の敷地の草取りをしてしまいトラブルになっている。また、道順が分からないが車の運転をしたがる。

② 対応方針(目標)

① アセスメントシートの結果から全体的に前頭葉の症状が強く出ている。こだわりや性格の尖鋭化からみるとレミニールの内服についても検討が必要と思われる。専門医に受診し、現状の確認と内服の検討が必要。

② 介護者の負担軽減やトラブル回避の為、介護保険サービスの導入が必要。ただ、申請から結果が出るまでに時間がかかるため、デイケアへの結び付けを同時に行っていく。また、地域住民の訴えを聞き、トラブル回避の方法を探る。

③ 車の運転免許返納の必要性。

3. 対応

① 訪問支援の経過

① 専門医への受診の必要性を妻に説明した。主治医変更の必要があり、病院と連携しスムーズな受診へ結び付けた。

② 介護保険申請代行。デイケアに関しては、専門医への受診時に医師から本人に通所の必要性を話してもらい、利用に結び付けた。

③苦情を言われる方に直接話を聞きに行き状況を確認したところ、二度と畔の草を取らないのであれば、これまでの事は問題にしないが、再度草を取る行為があれば保障問題になると言われる。地域から包括に入る情報を、タイムリーに妻に伝えながら解決策を探っていった。週 6 日デイサービスを利用し、一人で外出する時間を減らしたり、土日は市内の長女宅で過ごすことを行いトラブルが回避できるようにした。

また、妻の了解の下、苦情を言われる方に本人の状況を知ってもらえるよう話をした。日中はデイに参加し、一人で行動する時間を減らしている事、記憶力の低下があり注意されても忘れてしまうことなど話し、理解を求めた。

④免許返納については、デイケアの相談員から本人に話をしてもらったが、次の車検までは乗りたい思いを変えることはできなかった。運転機会を減らすため、遠方の専門医から近所の開業医へ変更し、定期受診は歩いて行けるように調整した。

②チーム員会議の経過

認知機能低下は著しく進んでおり、介護負担感は増加している。アセスメントシートの結果から、全体的に前頭葉の症状が強く出ている。アルツハイマー型認知症＋血管障害の診断が出ている。こだわりや性格の尖鋭化からみると内服調整が必要であり、専門医への受診が必要。

介護保険サービスの導入を行い、本人が一人で過ごす時間を減らすことが必要。サービス利用ができれば、妻のストレス軽減にもなるのではないかな？

運転に関して、主治医からやめさせるよう助言などなかったのか？専門医への受診ができれば、受診時に本人に話していく事ができる。

③自治体等の関わり(支援)

なし

④家族の関わり(協力)

地域から出ている苦情を妻に伝え、対応策を一緒に考えていった。

毎回ではないが、散歩に出かける時に妻は付き添うように心がけた。また、買い物や受診に一緒に歩いて行くようになった。

4. 結果

①転帰

◎専門医への受診に結び付き、適切な治療を受けることができています。

◎通所に週 6 日行く事ができています。妻は、自分の時間を持つことができ介護負担感が軽減している。また、本人が一人で出かける時間が減った事や散歩には妻が付き添うようになりトラブル回避ができています。

◎夫の行動や認知症に対し、妻の理解が得られた。妻と本人で苦情を受けた家に謝罪に回り、夫の状況を地域住民に知ってもらえた。その結果、住民の理解を得ることができ地域での見守りに結び付いた。

◎車検の時期に車の処分をすることができた。処分後は、散歩がてら妻と買い物に出かける時間を楽しんでいる。

②評価

サービス利用に結び付き、妻の介護負担が軽減したことで気持ちにゆとりが持てるようになった。そのことで客観的に物事を見ることができ、妻自ら地域住民に夫の事を知ってもらおうと行動に移すことができた。

③引継後の経過(モニタリングの方針など)

通所利用の継続はできており、本人も仕事に行っている思いで参加できている。妻はなるべく夫と買い物に行けるよう、買い物の時間を考えて対応している。

介護保険サービスに結び付いたため、担当ケアマネから定期的に状況を聞いている。

タイトル

本人の味方になる「登場人物」を増やししながら、周囲の理解を得て本人の楽しみを続けられたケース

1. 概要

①基本情報

78 歳、女性、認知症自立度 II b、障害自立度 J2、アルツハイマー型認知症、ピロリ菌感染

②概要(介入時の状況)

経過：1 年前より、「本人に物忘れの兆候がある」と地域住民や知人が地域包括支援センターに相談。その後、次女と病院を受診し、アルツハイマー型認知症の診断を受ける。半年ほど前から、カレンダーと手帳の両方に予定を記入するが、整合性が合わないと混乱し、次女や卓球仲間へ繰り返し連絡を入れて確認することが顕著になる。

生活環境：独居。生活保護受給中。震災前までは地域の役員を務めるなど活動的に過ごしていたが、震災を機に転居した後は地域の活動に参加せず、趣味の仲間とのみ交流を続けている。

2 日に一度近所のスーパーへ自転車で買い物に行く。卓球に月 2 回通っており、直近の大会で優勝した。

家族環境：二度の婚姻歴あり、最初の結婚時に 2 女をもうける。長女は 10 数年前にがんのため死去。

次女もがんを患い、現在は仕事をしながら治療を行っている。本人宅へ月 1~2 回程度訪問。

医療・介護の利用状況：アルツハイマー型認知症については、診断を受けたが薬の処方なし。ピロリ菌感染については、予約をしても受診しないことを繰り返し、家族と同行受診をして検査を実施した経過あり。検査のために処方された一週間分の薬を 4 日間で飲みきってしまった。

要支援 1。デイサービスを利用した経過があるが、気性の強い性格から他利用者を見下す様子あり、1 か月で利用中止。「私は卓球も行けるし、年寄りを見ると具合が悪くなる」と話し、サービスはその後利用せず。

③本人・家族の主訴

〈本人〉 多少ボケてきた気はするけれども、まだまだ元気に一人暮らしが続けられると思う。

〈家族〉 物忘れはあるが、できることもたくさんある。おそらく甘えているだけなので、しっかりしてほしい。老人性のうつではないかと思っている。

④チームに繋がった経過

「予定を確認する電話が頻繁にかかってきて困る」と次女が地域包括に相談。包括では、「多角的視点で介入の糸口を検討することが必要」との方針を立て、チーム員会議にあげる。

2. 課題

①課題

本人が今できていることを維持させながら、本人への支援の他、家族や周囲の理解を得るための方策を検討する。本人の唯一の楽しみである卓球を続けるためには、卓球仲間の理解が必要である。本人が頻繁に確認行動をするため、周囲は対応に疲弊している状況である。

②対応方針(目標)

必要な薬を正しく服用できる。短期的な方針として、服薬カレンダーを利用し、支援者が服薬を電話等で確認しながら、ペースがつかめてきたら連絡頻度を少なくする。

「予定の分からない不安」を軽減する。周囲の理解や協力を得て、本人が予定を確認できるようにする。

3. 対応

①訪問支援の経過

- ①薬剤師が服薬状況の把握を行い、本人へ薬の必要性を繰り返し説明しながら処方薬の整理を行うという計画のもと支援開始。
- ②初回訪問：薬剤師と包括職員で訪問。本人との関係構築と、服薬状況の把握を目的に実施。一種類の薬のみ先に服用し終わるなど、適切な服薬行動ができていない。薬袋の裏に日付を記載し、服薬後に丸をつけるよう助言。また、処方薬の他にサプリメントを服用していたため、必要最低限の薬のみ服用するよう説明した。
- ③訪問後の対応：本人の自宅がチーム員の勤務薬局の近所であったため、いつでも相談に来るよう伝えたとこ、訪問当日の夕方に来局した。
- ④本人が後日、チーム員の訪問について主治医に報告。主治医から包括へ連絡が入り、その後は主治医とチーム員が情報共有できるようになった。院内処方ではあるが、心配事があればチーム員の薬剤師に相談してよいと主治医から本人へ伝えたとこ、本人がチーム員のもとを2回訪れて服薬以外のことも相談している。

②チーム員会議の経過

- ①介入前：ストレングスモデルを用いて、本人の強みを探りながら人物像を把握。「誰が何に困っているか」を本人、次女、周囲、支援者に分けて整理。解決案を検討し、考えられる支援の方針を立てた。生活機能はある程度保たれているため、その部分を安定させながら、記憶の補填と服薬管理を支援の目的として共有した。
サポート医より、内科から処方されている漢方薬の作用と、内服治療の効果について助言いただく。近時記憶及び見当識の低下があるが、社会的な判断やIADLは保持しているとの見立てであった。また、人間関係が縮小していることから、支援者＝「登場人物」を増やし、馴染みの関係を構築することの必要性にも言及。
- ②初回訪問後：初回訪問内容をチーム員から報告。本人が物忘れについて気にしており、その点を切り口に服薬の動機づけを繰り返しながら、必要最低限の服薬を継続していくことを方針として共有した。
訪問看護等のサービスも積極的に活用し、服薬状況を確認する方法もよいとサポート医から助言があった。
- ③2回目のチーム員会議以降の経過報告。家族及び周囲と支援方針や本人の状態を共有したことで、周囲の対応が変化し、本人が以前より安定した。また、以前まで拒否していたデイサービスに週1回通所するようになり、楽しく過ごしている。サポート医より、医療につながりだけではない支援を行っていることの評価があった。

③自治体等の関わり(支援)

区役所担当者が、適宜包括担当者と情報共有し、チーム員との協働支援をサポートした。

④家族の関わり(協力)

包括担当者が、次女に対しチーム員会議で出された支援方針を説明し、次女の上承を得た。

頻回に卓球の予定を確認する原因は、急に日程が変更になるなど変則的であったため、本人が覚えていられないことであった。そのため、卓球の日の直前に卓球の窓口の方から次女経由で本人に連絡をするようにした。

さらに、次女の上承を得たうえで本人が認知症であることを卓球仲間に伝えた。「理解が得られ周囲の対応が変わったことにより、本人が穏やかになった。周囲へ伝えて良かった。」と次女より報告があり、次女の負担感も軽減できた。

4. 結果

① 転帰

課題であった服薬管理はチーム員と主治医の連携のもとコントロールされており、予定の確認についても次女と周囲の協力により改善した。頻回な連絡が減少したことや、認知症であるとの理解が進んだことで、本人に対する周囲の対応が軟化し、本人・家族ともに穏やかに過ごせるようになったためチーム員の介入は終結とした。

② 評価

主治医とチーム員の連携ができたことにより、医療面が安定した。本人の頻回な確認行動は、認知症の症状である記憶障害の他、人間関係が縮小化したことによる寂しさも背景にあると考えられたため、家族・周囲の理解を得たことと、チーム員やデイサービスが本人の相談窓口となったことで、目的であった「登場人物を増やすこと」につながった。周囲の理解を得られたことにより、本人の社会性も維持し、QOLを損なわずこれまでの生活を継続させることが出来た。

現在、顕著な生活障害は見受けられないが、認知症の進行に伴い生活機能の低下が徐々に始まってくることが予想される。

③ 引継後の経過(モニタリングの方針など)

モニタリングは今後実施予定。もの忘れに対する不安は続いていることから、例えば当事者同士のつどいの場に自然と繋がることにより、物忘れがあっても安心して生活できることを感じられるようなフォローも必要と思われる。

タイトル

BPSD の悪化により介護サービスが利用できず、地域トラブルも頻発している前頭側頭型認知症の方の医療・介護・地域との連携

1. 概要

① 基本情報

72 才、女性、認知症自立度 M、障害自立度 J、アルツハイマー型認知症(介入前診断)

② 概要(介入時の状況)

8 年前に脳梗塞発症を機に仕事(パート)を辞めた。退職後、もの忘れが目立ち大学病院もの忘れ外来を受診しアルツハイマー型認知症の診断で内服加療が開始になったが、夫が内服しても効果がないと中断。

5 年前に介護サービスの利用を希望し、夫のかかりつけ医であった内科と一緒に受診し、要介護 2 の認定となった。以前、大学病院で処方されていたのと同じ認知症の薬と高脂血症の薬が処方になった。本人は、毎日決まった時間にバスに乗り、カラオケで 5 時間歌ったり、温泉施設で入浴して帰ってくる。偏食があり、決まった物しか食べない生活をしてきた。本人の意向に沿わないと易怒性や興奮があり衝動的な行動が見られる。最近、バスを乗り間違えトラブルになったり、高速バスに乗って隣県まで行ったり、隣宅の庭に下着だけで出ていったりするなどの行動が見られ、目が離せなくなってきた。夫は、通所サービスの利用を希望していたが受け入れる事業所がなく利用ができない。

夫(主介護者)、離婚して戻ってきた次女、孫 2 人の 5 人暮らし。長女家族が他県在住で年数回の来訪。夫は 3 ヶ所の癌があり、現在も放射線治療のため週 1 回程度通院している。次女は育児と仕事で介護協力はほとんどなく、夫が一人で介護を背負っている状況。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉失語があり、意味とは違う言葉の連呼や、指示理解が難しくなっているが、本人の決まった生活行動をしたい、出かけたいと言う欲求は強い。

〈家族〉夫は、バスや温泉施設でのトラブルが心配なので、自身の通院などで介護ができない時には、通所サービスを利用させたい。経済的な理由もあるが、在宅で介護サービスを利用しながら、生活を継続させたい。長女も同じ意向。次女は、自身は介護ができず、夫の介護負担を考えると入院や入所をさせた方が良いとの意向。

④ チームに繋がった経過

体験見学を受入のデイサービス事業所から、事業所内にいることができずに衝動的で、興奮も強く、指示が入らず対応困難であったため、担当ケアマネジャーに認知症初期集中支援チームの介入を勧めた。担当ケアマネジャーより認知症初期集中支援チームに相談が入り、担当の地域包括支援センターに情報収集のため連絡するが未把握の事例。

2. 課題

① 課題

- ◎ 認知症状の悪化から、道に迷って帰って来られなくなったり、地域トラブルが増える恐れがある。
- ◎ 認知症専門医につながっていない、適切な医療体制がない。
- ◎ 介護サービスが導入できず、地域の協力体制が稀薄なため、家族介護の負担が大きくなっている。

② 対応方針(目標)

認知症専門医の受診により、介護方針を検討、介護サービスを利用しながら自宅生活が継続できる体制をつくる。

サポート医からの助言 前頭側頭型認知症の可能性があり、診断や適切な薬物治療の検討が必要。

3. 対応

①訪問支援の経過

- ①初回訪問はチームの保健師、介護福祉士、担当ケアマネジャーと同行訪問。主介護者である夫の介護へのねざらいや生活状況のアセスメントを行った。一度、専門医の受診が中断されており、医療に対する諦めや介護サービスについても諦め感が大きくあったので、傾聴しながら、専門医受診の必要性を主に保健師が説明し、介護福祉士が介護についてのアドバイス等を行った。チーム員が夫と話をしている時に、本人が落ち着いていられない時は、ケアマネジャーが本人の相手をするなど分担しながら話を聞いた。夫の専門医受診の意向が固まり、受診方法の検討を行うことができた。
- ②専門医受診時、本人は衝動性があり待つことが出来ないのでは、家族やケアマネジャー、チーム員で役割分担し、受診ができるよう支援した。受診ができ前頭側頭型認知症の診断がつき、薬物療法が開始となり、専門医と同建物内にあるデイサービスの利用が開始となった。薬物療法は開始となったが、本人の理解力の低下や衝動性があり、事業所内には1時間といわれず、外出対応を何度もしながら1対1の対応が必要な状況であった。そのため、1事業所では週1～2回の利用が限度で、夫自身の通院などが多くなっても回数を増やすことが出来なかったため、複数事業所の利用を進めていくことになった。

②チーム員会議の経過

- ①初回チーム員会議は、チーム員、専門医（サポート医）、担当ケアマネジャー、担当地域包括支援センター、市担当保健師が参加し、現在の本人の認知症のアセスメント、家族状況を中心に、専門医療により介護や生活がしやすくなる可能性があるのか、また、どのような関わりをすれば介護サービスの利用が可能になるのかを検討し、専門医受診に向けた調整を行った。
- ②2回目の会議では、利用開始となったデイサービス事業所も参加し、専門医から前頭側頭型認知症の症状や治療、対応方法のポイントなどの助言をもらい、対応方法について検討された。薬物療法が開始になり、ケアマネジャーやデイサービス事業所と主治医間で試験的に導入したICTによる多職種連携システム(SNS共有システム)を関係者間で活用し、薬の効果やBPSDの状況、生活状況などの情報共有を効率的に行う体制を作った。
- ③終了時会議では、引き続き、多職種連携システムを活用し、モニタリングをいっていくこととした。

③自治体等の関わり(支援)

- ◎夫より隣人に現在の本人の認知症の状況を話し、何かあれば連絡をもらうよう協力を依頼すると快諾してくれた。また、担当の民生委員にも地域包括より情報共有し、協力を依頼した。
- ◎バス会社やカラオケ店、食品店、温泉施設でのトラブルが多くなってきたので、夫の承諾を得て、夫と一緒にケアマネジャーやチーム員、行政、地域包括が分担し、関係機関に協力依頼の案内文書を作成し配布しながら協力依頼を行った。バス会社では、すでにトラブルがあったが、「元気なころから利用しているお客様なので、今後も安心してバスに乗れるよう見守り等の協力をする」と快諾してもらった。また、食品店では、支払い前に食品を開けて食べてしまったことがあったが、協力依頼をしてからは、大事にせず夫に連絡をもらい支払いをしてもらうなどの対応してもらった。カラオケ店でもマイクを持ち帰ってきてしまったことがあったが、出入りを禁止されることもなく見守りを継続してもらった。

④家族の関わり(協力)

夫は癌治療もあり、介護負担が大きくなっており、他家族の協力も必要な状況なので、次女や長女にも必要時できる範囲で関わってもらうよう依頼。長女は遠方ながら初回受診に同行したり、必要時は来訪してくれる。本人に携帯させているGPS機の探索機能を長女が利用し、帰りが遅い時などには夫に指示し探すよう連絡を入れるなど遠方からも関わっている。

4. 結果

① 転帰

多職種連携システムを活用することで最終的には3ヶ所のデイサービス事業所を利用することができ、一時は入院の話も家族から出たが、適時、薬物療法の調整を行いながら、介護サービスを利用し在宅生活を継続している。

夫自身の通院加療も継続でき、健康状態の悪化もない。夫も精神科への入院は極力避けたい意向であったので、目標は達成と言える。

② 評価

◎ 夫へ認知症医療の理解を促す支援により適切な医療につながったことで、介護事業所も安心して受け入れることが出来た。前頭側頭型認知症という少ない事例への対応について、介護事業所の不安を、専門医から学べる機会や心配な時にすぐに相談できる体制づくりが出来たことが良かった。

◎ ほぼ一人で背負っていた主介護者の夫を多職種で関わり、エンパワメントすることで、地域の協力体制の構築にもつながり、夫の在宅介護の安心感につながった。

③ 引継後の経過(モニタリングの方針など)

現在もモニタリングには多職種連携システムを活用し随時の情報共有を行っている。また、ケアプラン作成のサービス担当者会議の時期等に合わせながら顔を合わせる機会を確保し継続してモニタリングを行っている。

タイトル

キーパーソン不明の男性を、主治医・地域包括支援センター・弁護士・初期集中支援チームがチームとして関わることで、県外在住の親族と連絡が取れ、甥がキーパーソンとなり介護サービスの利用が可能となったケース。

1. 概要

① 基本情報

80 代、男性 認知症自立度 II b、障害自立度 J2、認知症(HDS-R19 点・確定診断はなし)

高血圧、心肥大、糖尿病診断のボーダーライン(経過観察中)、前立腺癌疑い(経過観察中)

② 概要(介入時の状況)

気づきは、民生委員の訪問時の居宅内の様子など。

妻は約 20 年前に死去。H26 年実母が死去し独居となった。子供はなく、県外に親族がいるとの情報は本人が 20 年来月に 2 回ほど利用している家事援助(屋内の清掃サービス)の実費ヘルパーよりあるが連絡先は不明。居宅は国道沿いの一軒家。

実費ヘルパー、民生委員からの情報で主治医が判明したため問い合わせし、高血圧既往があるが約 3 年間、受診していないことも判明。

③ 本人・家族の主訴

〈本人〉「自分ですべて行えている。困っていることはない」として、介入を拒否していたが、介入後の通院時などの聞き取りでは「在宅での独居生活の継続」「現在参加しているボランティア活動や知人とのゴルフなどの活動」を今後も希望しているとの言葉があった。

④ チームに繋がった経過

2 年前から民生委員が訪問するが、玄関内に多量に買い込まれたミネラルウォーター(箱買い)が 20 箱以上長期間消費されないまま放置されており、ゴミの捨て方がわからず庭にゴミ袋が放置されたままになっているとのことで、民生委員から包括に連絡。

また、3 か月後に本人のスケジュール忘れや入浴していない様子などが頻回になったことで、本人の所属するボランティア団体の知人から初期集中支援チームにも直接相談があり、包括に確認したところ、包括が訪問しているが、本人の拒否があり介入が困難となっているとのことであったため、初期集中支援チームがかかわることとなった。

2. 課題

① 課題

介入当初時点では本人の親族の連絡先などが不明で、今後の体調悪化時の入院なども考慮して、親族の連絡先の把握することと、身元引受人の確保。約 3 年間受診がないため、体調の確認。

また、当初は本人の拒否が強く、自宅の中の確認ができなかったため、生活実態の把握困難であった。食品管理や、年金以外の株式収入等の把握。

② 対応方針(目標)

◎ 3 年間未受診の主治医への定期的な受診の再開と服薬管理も自力では困難と思われ、その支援体制の構築。

◎ 整容・入浴を長期間行っていない様子で衣類も汚れ・破れが目立ち体臭も強くあるため、介護保険サービスの利用での入浴や整容など。

◎ 本人の高年齢化による今後の体調悪化や持病の悪化など予想され、入院に備えて身元引受人の確保、本人の金銭管理を行うための親族の把握や成年後見人制度の利用など。

◎ 短期的には、親族・キーパーソンの手がかりを得ること、包括看護師やチーム員がともに定期的に訪問することで、本人との顔見知り関係や信頼関係の構築すること、見守り体制がとられていることを周囲に認識してもらうことでの、近隣住民の見守りの目の構築と異常があった時の連絡体制の構築。

サポート医からの助言

最初のかかわりの直後主治医に相談した結果、主治医が直接、本人の自宅を訪問して受診を促してくれ、チーム員や包括看護師を「主治医の指示で動く支援者」として紹介してくれたことで信頼関係が構築できており、サポート医への相談はなかったが本人への支援体制が整った後に、サポート医には経過を報告している。

また主治医と本人の信頼関係より、今後、支援に入る際に「主治医の指示で動いている」との言葉がけの利用をチームで共有するなどの協力関係の構築はできた。

3. 対応

①訪問支援の経過

- ① H28 年 12 月 チームに知人より「物忘れ」「体臭あり、衣類も不潔」「予定の当日にこない」などの情報提供と相談あり認知症が疑われたためチーム員が包括に連絡、情報共有後、共に訪問を開始。（介入拒否が続く）
- ② H29 年 9 月 民生委員よりの情報提供で主治医判明。当日、包括看護師とチーム員とで訪問するが介入拒否。訪問後にチームが主治医に連絡を取り、情報を伝えたとこ、主治医が個人的にチーム員と同行・訪問に協力してくれ訪問。本人は主治医の促しで、翌日の受診（チーム員の同行も許可）を受け入れ、同時に介護申請も主治医の促しで受け入れた。
- ③ 翌日の受診予定を本人は忘れていたが、主治医の名前を出し「チーム員の同行での受診指示があった」ことを説明したところ、スムーズに受け入れ、受診準備の為に自宅に初めて入れ、室内の状態も確認できた。
受診では高血圧・心肥大・認知症（HDS-R19 点）・前立腺癌（疑い）、低カリウムの診断を受け、認知症薬などの服薬開始。（服薬管理は困難であり、支援者の促しが必要なことを確認）
また、主治医のアドバイスで成年後見人制度利用を検討。主治医より弁護士（本人の知人）の紹介を受け、包括看護師とともに相談。この時点で身元引受人が不明で市長申し立ての利用も検討し行政の成年後見人制度担当職員との協力を求める。
- ④ 通院後に包括と民生委員が「主治医の指示」と伝えることで親族連絡先を探すために訪問、本人と共に探し、連絡先が判明。包括より親族に連絡を取り、甥より身元引受や支援することに応じてもらった。
- ⑤ 定期巡回型訪問介護・看護の利用を検討。主治医や甥と相談し、暫定で利用開始。支援者全員に情報共有することでスムーズな介入が行えた。
- ⑥ 甥、チーム員・包括、ケアマネ、行政の成年後見人制度担当職員とで弁護士事務所で今後の金銭管理の相談を行う。拒否もあるためすぐに制度利用はせず甥の見守りで本人管理を継続となる。その後、主治医も交え今後のサービス利用のことも相談。

②チーム員会議の経過

主治医からの助言：現在の本人の状態から考えられる、今後の体調や認知症状の経過など。

サポート医からの助言：サポート医と相談できる機会が限られているため、相談のタイミングがとれず支援体制が構築された後での報告になってしまったため助言を得ることが難しかった。

③自治体等の関わり(支援)

当初、本人の親族が不明であり、成年後見人制度の申し立てを市長申し立ての利用も検討。別課の社会福祉士への相談も行い、本人宅訪問時に同行しての状況の確認や本人への説明を行ってもらった。

親族連絡先判明後は、行政成年後見人制度担当者による甥への制度利用時の手続きの説明など。

④家族の関わり(協力)

情報提供を行ったことで、約 4、5 年訪問していなかった甥が訪問。本人の状況を確認。

実費ヘルパーもなかなか手出しができずに放置状態になっていた多量の郵便物の整理、食品の整理や廃棄、また定期的に届いていたカタログなどをストップしてもらうことができた。また金銭関係の整理・確認なども甥が本人の許可を受けて行ってもらえた。

4. 結果

① 転帰

- ◎ 定期巡回型ヘルパー・看護も受け入れ良好で、包括・チームよりケアマネに引き継ぎを行う。
- ◎ 本人希望では独居生活の継続ということであったが、服薬管理や食品管理などがヘルパー・看護師の利用で行えることで、今後も可能な状態になった。
- ◎ 家族の希望としては、本人の希望を叶えながらも、今後の体調悪化や認知症悪化時には施設利用なども検討したいとのことだったが、ヘルパー・看護師の体調の見守りがあることで急変時の対応が可能になったことで、今後の独居生活への不安の軽減ができ、また「ヘルパーや看護師とのなじみの関係できることで、今後の施設利用時の本人の不安の軽減ができるのではないかと思う」との言葉もあり、希望に応じた支援ができたと思われる。
- ◎ 本人の独居を継続するための見守り体制を作ることができ、本人の受け入れも良いため（ヘルパー・看護師・ケアマネが「主治医の指示で支援をしている」ということを支援の際に本人に伝えることで、受け入れが非常によくなっている）、特に大きな相違点はない。

② 評価

- ◎ 本人の知人や周囲からの情報収集の結果、本人と主治医の関係性を見出すことができて、そこから受診につなげることができた。
- ◎ 本人の受診に同行させてもらうことで、長時間本人と関わることで顔見知りの信頼関係構築ができた。
- ◎ 信頼関係の構築と主治医の促しで、本人の自宅から親族の連絡先を探し出すことができ、甥との連絡で今後の緊急時などの身元引受人の確保ができた。
- ◎ チーム員・包括看護師、親族、主治医、民生委員、実費ヘルパー、行政成年後見人制度担当職員、弁護士、ケアマネなどでの連携、相談体制を構築でき、今後の支援体制の計画までを相談・共有でき、本人の希望である「独居の継続」を見守る体制の構築ができた。

③ 引継後の経過(モニタリングの方針など)

3 か月後、ケアマネに現在の状況を確認。スムーズに支援をすることができており、ヘルパーや看護師に対しての信頼も見られるとのこと。甥の訪問も数回あり、書類関係や金銭管理などの支援、ケアマネなどとの情報共有も定期的に行えるようになったとのこと。

本人の持病・認知症の悪化での状況の変化も考えられ、現在の定期巡回型訪問介護・看護サービスなどの介護サービスの継続利用が可能かどうかの評価が必要である点、今後、成年後見人制度の開始のタイミングをどうするかなどの点が課題。

2. 事例検討（フォローアップ研修等）の素材作成

事例収集の目的は前述の通り、多くの事例を提供することで、対応例の少ないチームのイメージアップに資することであるが、併せて、チーム員のフォローアップ研修にも活用できないかが検討された。

認知症初期集中支援チームのフォローアップ研修は、各チーム員の知識や対応技術の向上のみならず、地域の中で認知症初期集中支援チームが継続的に役割・機能を発揮するために、チームとしてのフォローアップが必要である、との観点から、事例検討を通して、チームのマネジメントや効果的な活動力を維持・向上させるものとするのが有用と考えた。

フォローアップ研修の実施主体や研修の目的・到達目標、カリキュラムなどは、上記の観点から実施・予算面の手当も視野に入れて検討されることになるが、まずは、今年度に収集した活動事例を基に、事例検討用の素材を作成し、提供することとした。

以下、「対応が難しかった事例」から 5 テーマ、「対応がうまくいった事例」から 4 テーマについて、研修や事例検討会での利用を想定したパワーポイントスライドの形式で整理したものを掲載する。

※広く活用頂けるよう、チーム員研修テキストと同様の方法にてダウンロード可能となっている。

図表 3.2 事例検討用の素材一覧

1	難しかった事例	介護力がなく協力も得にくい家族と同居する認知症高齢者。腎機能障害のため認知症の加療が受けられず、症状が確実に進行するなかで在宅生活が困難になった事例
2		日常生活は自立しているが、言葉のコミュニケーションが難しくなったケースの鑑別診断を実施し、在宅での生活を整えようと支援していたが、急激に病状悪化し、最終的に入院・寝たきりになってしまった事例。
3		金銭管理ができなくなり親族関係も稀薄で独居生活が困難になってきている認知症高齢者への受診継続と金銭管理の支援の事例
4		支援者が増えたことにより、本人・家族が介入拒否のまま支援終了となった事例
5		「母の認知症の症状が悪化して私達家族は限界です」と訴える娘にチームや関連機関が振り回された事例
6	うまくいった事例	チーム員のアプローチが介護者と地域住民の意識に変化をもたらし、認知症への理解が深まった事例
7		幻聴、易怒性が強く、受診拒否の 83 歳男性が医療・介護サービスの導入に至った事例
8		BPSD の悪化により介護サービスが利用できず、地域トラブルも頻発している前頭側頭型認知症の方の医療・介護・地域との連携の事例
9		キーパーソン不明の男性を、主治医・地域包括支援センター・弁護士・初期集中支援チームがチームとして関わることで、県外在住の親族と連絡が取れ、甥がキーパーソンとなり介護サービスの利用が可能となった事例

事例 -1

対応が難しかった事例

- ◆介護力がなく協力も得にくい家族と同居する認知症高齢者
- ◆腎機能障害のため認知症の加療が受けられず、症状が確実に進行するなかで在宅生活が困難になったケース。

1

基本情報

基本情報：	85歳、男性 認知症自立度Ⅲb 障害自立度J2 血管性認知症（心疾患、糖尿病による腎機能障害）
-------	--

2

介入時の状況

経過：	地域包括支援センターが相談を受ける約1か月前に長女が本人の様子の変化に気づくが、その時には既に作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害がみられ、夏場の脱水で急激に症状が進行したものと思われた。
家族・生活環境：	・市営住宅の1階に長男、長女と3人暮らし。 ・妻は老健入所中。経済的な余裕はない。 ・次女は結婚して既に別居。 ・主介護者の長女は、母の施設入所費用捻出のために長時間働いており介護力はない。また、一度に複数のことを理解するのが難しい様子。同じ棟の入居者がたまに声をかけてくれる。
医療・介護利用状況：	・数年前から認知症状が出現していたが専門医未受診。 ・介護サービス未利用。 ・長女の仕事の都合により内科受診も不定期、内服管理不十分。水分摂取や栄養摂取も不十分。

3

本人家族の主訴

〈本人〉	・質問に応じた返答が返ってこないため介入当初は不明であったが、自宅にいるより施設で過ごすことを好んでいることが徐々にわかってきた。
〈家族〉 （長女）	・周囲のものを触るので制止すると怒って杖を振り回すことがある。本人が一人の時にガスを触ったり徘徊したりするので事故が怖い。

チームにながった経過

チームにながった経過：	● 地域包括支援センター職員が長女から初回相談を受け、要介護認定申請代行を行う。 ● 小規模多機能型居宅事業所へ繋いだが、本人の認知症が進行しており今後の支援が難しくなりそうであると思われたため、長女に認知症初期集中支援事業を紹介しチーム員につないだ。
-------------	---

4

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

課題

本人・家族 の課題：	◎ 介護力不足 ◎ 認知症の理解不足 ◎ 経済状況
支援上の 課題：	◎ 内科疾患管理が不十分で腎機能が悪く、認知症治療が受けられていない ◎ 介護が不適切だが、家族に連絡がつきにくいうえ、理解力が不足しており介護の助言が通じにくい。
チーム外の 協力：	◎ 小規模多機能型事業所のケアマネジャー ◎ 主治医・近隣の知人

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

対応方針(目標)

対応方針 (目標)：	① 家族への助言をおし、正しい生活により内科疾患の症状を改善する ② 介護保険サービスの順調な利用にむけて関係者への助言 ③ 家族の認知症に対する正しい理解を促す
認知症専門 医の助言：	① 確実な内服と水分摂取の必要性 ② 腎機能を含む内科疾患症状の程度の把握について ③ 介護関係者が困難と感じている関わり方を助言するために、介護 事業所職員から行動観察状況シートをとる

訪問支援の経過

訪問支援の経過：	① 水分摂取や食事など生活管理への支援 サービス利用開始まで、家族に水分摂取と確実な食事摂取の必要性を説明し、自宅での飲水量や食事内容を助言した。また、時々日中にチーム員が自宅訪問し、本人に飲水を促すなどした。 ② 適切な医療サービスの利用 長女が主治医と認知症専門医からの指示を実行できるように、長女の理解程度を確認しながら必要に応じて、受診同行や医療機関への紹介を行った。 また、確実に服薬できるように服薬回数調整を主治医に依頼した。 ③ 認知症高齢者への理解を促す 長女から相談を受けた際に、本人への関わり方について具体的に助言した。 ④ 介護保険サービスの順調な利用 主治医や認知症専門医と連携しやすいように調整や連携方法について助言した。サービス事業所職員に対して対応の負担を把握し助言した。
----------	---

9

チーム会議の経過

① 第1回：	ケースの概要を情報共有し目標と介入の優先順位を設定し、具体的な担当を決めた。 サポート医助言： 脱水が続くと認知症症状が不可逆的になるため、内科疾患の治療を優先する
② 第2回：	生活管理状況は改善せず。家族、サービス関係者が行動心理症状に振り回されており今後更に症状の悪化が懸念される。 サポート医助言： 腎機能の低下のある人に処方できる内服薬がある。 専門医が一度診察し、主治医と連携することが望ましい。
③ 第3回：	主治医は生活改善が認知症加療に優先すると考えているが家族の協力が得られない状況は変わらず。 症状の改善のために担当ケアマネは家族に専門医受診勧奨を続けている。強い症状が続くとサービスの継続も危ぶまれる状況。 サポート医助言： 泊りのサービスを検討してはどうか。
④ 第4回：	終了に至る経過報告。

自治体等の関わり(支援)

自治体等の関わり	家族による虐待事例として基幹型地域包括支援センターに通報する。
----------	---------------------------------

10

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力)：	① 主治医受診や専門医受診に同行し、確実に服薬管理ができるように服薬頻度を調整してもらい家族に具体的方法を助言した結果、長女が管理するようになったが確実な管理には至らなかった。 ② 経済的負担軽減のために本人の妻の入居施設を老人保健施設から老人福祉施設へ変更することを提案した。情報提供だけでは動けない家族であったため、老人保健施設の相談員と連携し、家族に料金について具体的な情報提供し施設への相談に向かい出向いてもらった。入所施設変更後、経済的負担はやや軽減された。 ③ 本人が近隣の店で暴れて警察に通報されるなど在宅での対応が困難になったため、主治医と認知症専門医への相談を促し受診同行した。その結果、主治医からの紹介で精神科へ入院することになったが、家族はその後在宅への受け入れを拒否されるようになってしまった。 ④ 元々、本人に対して長男の言動が荒かったが、本人が「叩かれる」と話すことも本人に対する関わり方は一向に変化がなかった。 ⑤ 本人の栄養、水分管理が不十分なため腎機能が悪化し、それに伴って認知症状態も進行していると考えられたため、チーム員から働きかけたが、長女は多忙であることを理由に具体的な生活の改善につながることはなかった。
-------------	---

11

転帰

転帰：	● 精神科病院への入院で終結した。 ● 家族は介護から解放され、その後退院時期が来ても本人を自宅へ受け入れることはなく、本人はショートステイの長期利用中に亡くなった。
-----	--

12

まとめ：	①家族への助言をおし、正しい生活により内科疾患の症状を改善する ▶ 小規模多機能型利用時には食事水分共に管理されていたが、自宅での生活の改善はできなかった。主介護者以外の長男・次女にも接触したが、家族関係が希薄で密に関わってもらったことはできなかった。正しく生活管理できなかったことが内科、認知症状の悪化につながった。 ②介護保険サービスの順調な利用にむけて関係者への助言 ▶ 暴力行為に及ぶ本人や介護に非協力的な家族に対して、サービス事業所職員の負の感情を払拭できず。職員が負担に感じていることに対して、具体的な対応策や助言ができなかったが、施設内まで入りこむことができなかった。 ③家族の認知症に対する正しい理解を促す ▶ 関係者から家族に連絡が取りにくく、家族が対応に困る場面でのみ一方的な連絡を受ける状況であったため、認知症の理解を促すほどの面談時間が持てなかった。原因は不明だが、主介護者の長女や長男に理解能力の不足を感じることが多かった。
今後の留意点・反省点：	◎ 認知症高齢者の生活を改善するためには家族としっかり話しをする時間をすることが必要である。 ◎ 本人は意思疎通が困難な状況で、家族の意向に振り回され、本人の意向を把握することが不十分であった。

13

事例 -2

対応が難しかった事例

- ◆ 日常生活は自立しているが、言葉のコミュニケーションが困難
- ◆ 鑑別診断を実施し、在宅での生活を整えようと支援していたが、急激に病状悪化し、最終的に入院・寝たきりになった事例。

14

基本情報

基本情報：	79歳、男性 認知症自立度 IV 障害自立度 A1 認知症(介入後に鑑別診断) 高血圧、糖尿病、腰痛 ADLはほぼ自立、IADLは全て妻が行う。 難聴気味で社会との交流は以前に比べ減少。
-------	--

15

介入時の状況	
経過：	・介護予防教室を中断していた矢先に、老人クラブ会員から、「本人が一方的に話し、人の話がほとんど耳に入っていない。認知症ではないか」と相談あり。 ・包括で自宅訪問し、本人と妻から話を聞き取る。
家族・生活環境：	・妻と長女の3人暮らし。 ・1年前まで地域の介護予防教室に参加していたが、現在は参加せず、家族以外との交流はない。
医療・介護利用状況：	介護サービスは利用していない。

16

チームにつながった経過	
チームにつながった経過：	● 老人クラブ会員からの話があり、地域包括支援センター職員が、妻に連絡した上で家庭訪問。 ● 妻の話から、毎日の日課はこなせており身の回りのことも自分でできているが、テーブルの物の置き方や食べ物へのこだわり、決まった時間に決まった行動をとる常同行動疑いがあること、以前教室参加時に独り言を話し続け、注意されてもとめられなかったこと等の話あり。 ● 鑑別診断と今後の支援体制の構築の必要性を感じ、チームとして集中的に関わる目的で支援開始する。

18

本人家族の主訴	
〈本人〉	・「何もわからなくなった、困った。」を繰り返す。 ・相手の話は耳に入っていないそれ以外の反応は聞き取れず。
〈家族〉	・日常生活は自立しているが、3ヶ月前から物忘れが進行した気がする。内科医師に頼んで物忘れの服薬処方してもらっているが、効いているかはわからない。 ・常に同じ行動をとるこだわりはあるが、今のところ特に困ってはいなく、仕方がないと思っている。

17

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです	
① 本人・家族の課題 ② 支援上の課題 ③ チーム外の協力はなにが必要か	
考えてみましょう	

19

課題

本人・家族 の課題：	- 言葉のコミュニケーションが困難である。意欲の低下・常同行動なども見られる - 専門医の診断を受けておらず、処方薬が本人の状態にあっているかが不明。
支援上の 課題：	今まで妻は、本人のペースに合わせて生活しており負担が少なかったが、記憶力の低下や意欲の低下も徐々に進んでおり、今後対応に困ることが予想。
チーム外の 協力：	介護予防教室や老人クラブ等地域活動への参加が減っているため、家族や地域の人たちが本人にどのようにに対応したらよいか検討。

20

対応方針(目標)

対応方針 (目標)：	① 専門医を受診、鑑別診断を受け、病状にあった服薬調整ができる。 ② 病名を知ること、認知症の進行に伴いどのような症状ができるか、家族や専門職が理解し対応できる。 ③ 地域ケア会議等を実施し、地域への理解を深め、本人が参加しやすい環境を作る。
---------------	---

22

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

21

訪問支援の経過

訪問支援の 経過：	① 物忘れ外来受診調整し同行受診。 「前頭側頭型認知症」の可能性が高く、後日MRI検査予定。 治療薬と副作用対応の吐き気止めを処方。2週間の内服観察となる。 ② 2週間後、妻から「本人が口の違和感や胃痛を訴えている。食事や水分も取れず、毎日の習慣であった飴も食べられず、寝ていることが増えた」と電話あり。 病院受診調整し、いつでも受診できる環境を整えるが、家族が様子を見たいとの返答で、2日おきに病状確認しつつ経過観察を行う。 その中で、治療薬は内服していたが、副作用対応の吐き気止めの内服させることを忘れていたことが判明。内服勧奨するも、その後も食事や水分がなかなか取れず、2日おきに受診し、内科検査等実施。 最終的に入院となる。
--------------	---

23

チーム会議の経過

①今後の支援方針の確認	現段階で内科医受診において認知症薬が処方されており、専門医による鑑別診断を早めに勧める。 認知症の進行に伴いどのような症状が出るか家族が理解して対応すること、地域の方からの本人の状態変化の相談があった経過もあるため、地域への理解を深め本人が地域に参加しやすい環境を作るため地域ケア会議実施も検討。 サポート医助言：現処方中の服薬と予想される疾患との整合性。画像診断のあり方等について。
②終結会議	本人の病状が悪化し、入院となり支援経過を振り返る。 サポート医助言：前頭側頭型認知症の病状説明や、受診科をどこにするか考えた際、精神症状を考慮した受診先を検討したほうが良い等

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力)：	妻の訴えに対し、随時訪問で話を聞いたり受診調整を行い、一緒に病状改善のために対応方法を検討した。
-------------	---

24

転帰

転帰：	●自宅での本人の容態が悪化し、食事・水分ともに取れなくなる。 ●「本人の病院受診拒否はあったが、病院受診を勧め、そのまま入院となる。
-----	---

25

まとめと評価

まとめ：	●内服管理を夫婦に任せていたが、実際副作用の吐き気止めが飲めず、水分・食事も取れなくなり入院となり、結果寝たきり・全介助となった。 ●本来であれば、本人の疾患を踏まえて本人に合ったコミュニケーション方法を考え、地域ケア会議の開催、施設入所に向けての準備等も検討していた。 ●もっと早く前頭側頭型認知症と気づけたら、それに合った対応ができたかもしれない。また主介護の妻もがん疑いがあり、妻本人の体調への不安も強い方であったため、妻に対するサポートもさらに強く意識が必要であったと感じている。
引継後の経過(モニタリングの方針など)：	●入院後は、歩行不能・寝たきり状態となり、IVH・尿カテーテル装着となる。声かけには応じるが会話は成り立たない。 ●妻とは、入院先で面談し「自宅で介護しているときは大変だった」と振り返りを実施。

26

事例 -3

対応が難しかった事例

- ◆ 金銭管理ができなくなり、親族関係も稀薄で独居生活が困難になってきている認知症高齢者への受診継続と金銭管理の支援

27

基本情報

基本情報：	82歳、女性 認知症自立度 II 障害自立度 J アルツハイマー認知症
-------	--

28

介入時の状況①

経過：	・ 3年前に義姉がもの忘れを心配し、専門医受診を行い、アルツハイマー型認知症と診断を受けた。 ・ 最近になり金銭管理が出来ず、マンシヨンの共益費や水道代、ガス代の滞納があったり、マンシヨン管理人より、暗証番号を忘れマンシヨンに入れずウロウロしていたり、近所の食堂に出かけ帰れなくなり、食堂の人に送り届けてもらったなどの話が聞かれていた。 ・ マンシヨン管理人は心配し、昼食を時々管理人室で一緒に食べてくれたり、心配なことがあるとケアマネジャーに連絡をくれる。 ・ 食事は近所のコンビニに出かけ一度に大量に買い込んで、食べきれずに残していたり、お金が無くなり買い物ができず、食べずにいることも出てきた。 ・ 入浴も数ヶ月していない。以前はおしやれに気を配る人で月1回美容院に行っていたが、半年以上美容院に行かず同じ服ばかり着ていることが増えた。
-----	---

29

介入時の状況②

家族・生活環境：	・ 若い頃に離婚しており、子供はいない。 ・ 兄弟もなくなり、義姉はいるが、高齢のため支援が難しくなっている。 ・ 甥との関係性は良くなり、親族の支援が望めない状況。
医療・介護利用状況：	・ 要介護1の認定を受け、週1 回訪問介護が導入されていたが、1年前から受診拒否があり中断し、ヘルパーの訪問もキャンセルが増えていた。 ・ 権利擁護事業により、通帳管理をしてもらうよう相談したが、本人は拒否しており、社協からも成年後見制度の検討を勧められた。

30

本人・家族の主訴	
〈本人〉	・ 本人の困り感はほとんどなく、自分で何でもできているから大丈夫 ・ 困ったらマンション管理人が何でもしてくれるので、訪問介護も本当はいらぬ。体も悪くないし病院にもいなくてよい。 ・ このまま今のマンションで生活したい。
〈家族〉 (長女)	・ 義姉は自身も高齢になり、通院の介助や生活の支援は難しいので、マンションを売って施設に入所してほしい。
チームにつながった経過	
チームに つながった 経過：	● 担当のケアマネジャーが地域包括支援センターに相談し、認知症初期集中支援チームにつながるよう検討され、地域包括支援センターから相談が入る。

31

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにか必要か

考えてみましょう

32

課題	
本人・家族 の課題：	◎ 本人の認知症状の進行が見られ、金銭管理が出来ず、成年後見制度の利用を検討していきたい。 ◎ 受診拒否があり通院が中断されている。訪問介護の拒否もある。 ◎ 親族関係も希薄で独居生活の見守り体制も不十分。
支援上の 課題：	◎ チームとしては、専門医受診に向けた支援と、独居生活が継続できるよう親族や、介護サービス、マンション管理人等との情報共有を図っていくことが必要。
チーム外の 協力：	◎ マンション管理人等

33

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

34

対応方針(目標)

対応方針 (目標):	① 専門医受診を行い、認知症の状態把握を行う。 ② 今後の生活方針、独居生活の見守り体制や金銭管理の方法を検討する。
認知症専門 医の助言:	① サポート医からは認知症の再評価を行い、症状や状態にあった成年後見制度の活用などを勧められた。

35

訪問支援の経過

訪問支援の 経過:	● 初回訪問はチームの保健師、作業療法士、担当ケアマネジャー、担当地域包括の社会福祉士が同行訪問。 ● 本人の認知症アセスメントを行い、受診勧奨を行う。本人も中断してしまつた事は覚えてはいるが、取り繕い的に、専門医受診が必要と言う。 ● 認識を持つことが困難であつたため、市民健診も受診しておらず、“健康診断のつもりで”と勘違い、当日はケアマネジャーにも声掛けをしてもらい受診ができた。 ● 1年ぶりの受診では、検査の結果認知機能の低下がみられており、採血検査などを行い、次回、脳画像検査なども医師から勧められたが、その後、本人の受診拒否が見られ受診が出来ていない。 ● ケアマネジャーから親族に連絡を取り、協力を求めたが、「本人が行きたくないというのでは仕方がない」と親族の協力も難しかった。
--------------	---

36

チーム員会議の経過

会議の経過	本人の生活状況や親族の状況、地域の見守り状況を確認し、独居生活の継続が可能な状況なのか検討された。 水道やガスが止められてしまつたり、お金がなく食事の買い物にも行くことが出来ないなど、緊急時には親族の支援が得られるよう親族との連絡体制を作りながら、成年後見制度の活用を検討していくようにした。 サポート医助言: 受診継続や介護サービスの拡大を勧められた。 ケースの概要を情報共有し、目標と介入の優先順位を設定し、具体的な担当を決めた。 脱水が続くと認知症状が不可逆的になるため、内科疾患の治療を優先する。
-------	--

37

自治体等の関わり(支援)

自治体等の 関わり	マンシヨン管理人から心配な状況があつた時にはケアマネジャーに連絡相談をしてもらう協力依頼した。
家族の関わり(協力)	① キーパーソンの義姉の高齢化により、義姉の理解力にも不安が出てきており、甥と直接相談できる体制を作りたいが、義姉を介しての相談しか出来ない。 ② 本人との関係性が稀薄なため、親族もどこまでかかわって良いのかわからず、本人の拒否もあるため手が出せず、支援者側も積極的に介入依頼できない状況であつた。 ③ しかし、緊急時の支援だけは親族に依頼することができた。

38

転帰：

- 専門医受診は、一度は再開できたが、継続には至らず、家族の積極的な支援協力は難しく、状況は不変。
- 介護サービスの拡大も出来ていないが、本人が拒否しても、何とかサービスは中断せずに継続できている。
- 金銭管理について成年後見制度の活用を進めることが出来ず、支払いが滞ったり、食事の買い物が出来ずにいる時期がまだ見られ、その都度関係者で対応している。

39

事例 -4

対応が難しかった事例

- ◆ 支援者が増えたことにより、本人・家族が介入拒否のまま支援終了となったケース

41

まとめと評価

まとめ：

- ◎ 家族調整などをケアマネジャーに任せて直接的に介入が出来なかった。
- ◎ ケアマネジャーが調整しきれない時には、人を変え調整するなどの手段もあったが、ケアマネジャーがあきらめてしまったり、無理だと抱え込みがちになっている場合、チームが積極的に関わることが難しい。
- ◎ 親族が稀薄な場合、行政も入ってもらい後見制度に結び付けることが出来るよう連携を図ることも必要であった。

引継後の経過(モニタリングの方針など)：

- ◎ 現在も、適時、ケアマネジャーと連絡を取りながら、受診調整を行っている。
- ◎ 地域包括支援センターと個別地域ケア会議を開催し、金銭管理や見守り体制の構築に向け話し合いをいく予定としている。
- ◎ 本人が困った時などの機会に支援ができるよう体制を確保する。

40

基本情報

基本情報：

87歳、女性
認知症自立度 I
障害自立度 A1
神経痛、腹部発疹
その他、消化器疾患や心疾患関連の処方薬があるが、詳細な病名は不明。

42

介入時の状況①

経過：	・ かかりつけ内科より地域包括支援センターへ支援依頼あり。 ・ 腹部に発疹と浸出液あり。入浴しておらず、衣服の汚れあり。 ・ 介護認定の申請やサービス利用について息子の同意が得られたため、早急に手続きを進めてほしいとの旨。 ・ 本人、話の整合性が取れない場面あり。
生活環境：	・ 室内はゴミや衣服が散乱しており、不衛生な環境。浴室には虫が多数。 ・ 3～4年前より息切れが出現し、本人は体力が落ちてきたと感している。息切れのため入浴に恐怖心あり。普段は本や新聞を読みながら過ごしている。 ・ 室内はつたい歩きで移動し、外出時はシルバーカーを利用。 ・ 食事の用意は自身で行うが、片づけは息子が行う。最近、調理がおっくうになってきた様子あり。

43

介入時の状況②

家族環境：	・ 夫は6年前に死去。以降、息子と二人暮らし。 ・ 55歳の息子は、これまで就労経験がない。疎通性はあるが、気難しきあり。
医療・介護利用状況：	・ 内科、整形外科、皮膚科に通院。 内科の薬は一包化されているが、他科処方薬と混在して保管され、正しく服薬できているか不明。皮膚科から塗布薬が処方されているが、「皮膚は痛くもないし、何ともない」と話しており、塗布しているか不明。 ・ 介護サービスの利用は、これまで「自分が世話をすると息子が拒否してきたが、現在は、「デイサービスに行って入浴してほしい」、「掃除の手伝いをしてほしい」という思いがある。 ・ チーム介入時には、主治医意見書作成と訪問調査が終了し、自費でヘルパーを利用している。

44

本人・家族の主訴

〈本人〉	・ 息切れがするので静かにしていきたい。掃除ができず困っている。認知症になりたくない。
〈家族〉	・ お風呂に入れるようにしてほしい。掃除は私がする。

チームにつながった経過

チームにつながった経過：	・ かかりつけ内科からの依頼を受け、包括が訪問。 ・ 身体症状や不衛生な環境の改善という課題の他、同居する息子の介護力等、家族全体のアセスメントが必要なケースと判断。 ・ 本人・息子の見立てについて相談を希望し、チーム会議にて検討事例としてあげることとなった。
--------------	--

45

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

46

課題

本人・家族 の課題：	- 息切れや体力低下があり、入浴・掃除・更衣が十分に行えていない。 - 身体、室内環境ともに不衛生な状態であり、発疹が悪化する可能性がある。 - 複数の医療機関にかかっており、重複した処方がある。 - 家族が生活支援を行っているが、皮膚疾患や劣悪な環境に対し適切な対応ができていない。
支援上の 課題：	本人の身体状態を安定させるとともに、息子へ本人の状態像と必要とされる支援について理解を得る。
チーム外の 協力：	処方薬の整理が課題であり、かかりつけ内科を中心とした医療機関との情報共有が必要。

47

対応方針(目標)

対応方針 (目標)：	①かかりつけ内科と処方薬について共有の上、正しい服薬を行い、身体面が安定する。 ②短期的な方針として、処方薬を把握し、重複しているものを整理する。
---------------	--

49

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

48

訪問支援の経過①

訪問支援の 経過：	● 薬剤師が重複した処方薬の整理を行う。 処方内容を正確に把握し、飲み合わせを確認する。コンプライアンスの向上につなげる。 ● 初回訪問：包括担当者と同行訪問。 夜服用する薬を一日三回服用するなど、適切な服薬ができていなかった。お薬手帳は記入日が古く、現在の処方内容を把握することが困難。内科の残薬がなく、速やかに受診し、お薬手帳も持参するよう本人と息子に説明。内科受診後に再訪問とした。
--------------	---

50

訪問支援の経過②

訪問支援の経過：	● 2回目訪問：初回訪問後にチーム員が本人へ数回電話連絡を入れ、2回目の訪問実施。 初回訪問の2日後に内科を受診していることを確認。お薬手帳にも記入あり。種数のお薬手帳があり、把握していた通院先以外にも処方を受けている医療機関を確認。 整形外科は2か所通院していたため、一本化できないが主治医へ相談するよう説明を行った。薬の保管方法や服薬状態の確認も行ったところ、飲み忘れや間違いが認められた。チーム員からかかりつけ内科の主治医へ、処方薬一覧を添えた手紙を作成。 ● 3回目訪問：薬カレンダーを持参し訪問。 要介護1の認定が出ていた。整形外科通院先は1カ所に変更済。服用のタイミングは依然として認識ができていない。内科の薬は一包化され、朝・昼・夜と印字してあるが、本人は理解していない。これまで訪問の受け入れは良かったが、本人が服薬指導に拒否を示し、息子の態度も硬化した。
----------	---

51

チーム会議の経過

①介入前：	● 基本情報を確認。 ● 本人だけではなく息子への支援も将来的に必要と思われるケースと考え、支援にあたり、息子も含めた家族全体をアセスメントする視点が必要であることを共有。 ● 短期的な支援方針として、まずかかりつけ内科と処方薬の整理について共有すべきとの意見が出る。 ● 包括担当者より、チーム薬剤師との協働支援の依頼あり。
②支援終了後：	● 初回訪問から支援終了までの支援内容をチーム員から報告。 ● 本人が3回目の訪問で突如チーム員に不信感を示したことに對してどう考えるか、サポート医より参加者へ投げかけがあった。

52

自治体等の関わり(支援)

自治体等の関わり	区役所担当者が、適宜包括担当者と情報共有し、チーム員との協働支援をサポートした。
家族の関わり(協力)	服薬指導を息子にも実施。チーム員が依頼したとおり、受診同行もしている。 また、息子より服薬について質問があるなど、2回目の訪問まではチーム員の介入に協力的な姿勢が見られた。

53

転帰

転帰：	● 3回目訪問時の本人・息子の様子から、しばらく訪問は控え、息子からケアマネジャーへの連絡を待つ方針となった。 ● 包括担当者がかかりつけ内科の主治医と面談し、服薬状況や介護保険サービスの利用を確認いただくこととなった。 ● 後日、チーム員からの手紙を包括担当者がかかりつけ内科へ持参したところ、新聞の死亡者欄に本人が掲載されていたとの情報を得た。本人の死亡により、支援は終結とした。 ● 処方薬把握と通院先の整理までは実施できたが、本人と家族の生活のアセスメントや課題整理まで至れなかった。
-----	---

引継後の経過(モニタリングの方針など)

引継後の経過(モニタリングの方針など)：	◎ 本人死亡のためモニタリングは行っていないが、残された息子の今後の生活が懸念された。民生委員に相談し、時折息子の様子を確認しただけのこととなった。
----------------------	--

54

まとめ：	◎ 本人と息子が支援者に拒否感を抱いたきっかけとして、要介護1の認定が出たことで本人に関わる支援者や機関が突如増えたことが考えられる。 ◎ 息子が「なぜ、急に大勢の人間が関わることになったのか」とケアマネジャーに詰め寄ったエピソードもあり、チーム員の訪問に加え、包括からケアマネジャーへの変更が短期間に集中したことで、本人のみならず息子も違和感や恐怖感、不安感を抱いたと思われる。役割分担を行い、誰を優先して訪問すればよいのか、支援者間で共有が間に合わなかったことが反省点。 ◎ 要因として、チーム員が介入する目的や方針について、本人と息子と共有ができていなかったことが考えられる。チーム員会議の間隔が空いており、介入途中に支援の振り返りを行うことができなかったことも挙げられる。 ◎ さらに、スタートの時点で身体状況、生活環境共に早急な支援が必要な状態であったがために、一度に支援者が介入している。生活障害が小さなうちに包括やチーム員につながることでできていれば、信頼関係を構築でき、急な環境変化があった際も本人や息子の気持ちに沿った支援が可能であったと思われる。 ◎ 「初期」の段階から支援者につながる仕組みづくりが重要であった。
------	--

55

事例 -5

対応が難しかった事例

- ◆「母の認知症の症状が悪化して私達家族は限界です」と訴える娘への対応
～娘の訴えにチームや関連機関が振り回された事例～

56

基本情報

基本情報：	70歳代後半、女性 ADL自立 認知症疑い
-------	-----------------------------

介入時の状況①

経過：	・ かかりつけ内科より地域包括支援センターへ支援依頼あり。 ・ 娘によると、1年程度前から大切な約束を忘れることや同じ話を繰り返すが、頻回ではなかった。しかし、ここ数ヶ月の母親はかなり怒りっぽく、事実と異なる被害妄想の様なことを言う。言わないの喧嘩になることが増え、最近以前にも増して強い口調で言い掛かりを付けられるため、娘と孫のストレスがひどいと娘が訴える。
-----	---

57

介入時の状況②

経過：	・娘としては、認知症だと思いうので、母親に受診を勧めるが、母親が怒り出してしまう。娘がかかりつけの先生に相談したが、認知症らしくないと言われ、そのことについても不満に感じている様子。母親に関する様々な困り事について電話で一方的に長時間頻回に訴えてくる様子はヒステリックな印象で、親子関係の拗れとその愚痴を言っている印象。 ・娘からの一方的な訴えからは事実が分からないため、チーム員が本人や夫との接触を希望するも、娘は「ざりげなく訪問する程度にして、娘からの相談ということは絶対に伏せて欲しい」とのこと。 ・担当地域包括支援センターに確認すると、既に相談を受けており担当者1回訪問したが、本人が「何しに來たのですか？」、「娘に言われてきたのかもしれないけど、私は困っていないから結構です」と怒っていたため関わりにくく、現状では認知症なのか判断がつかない。 ・一方で、娘から「認知症の母が大変だ」との相談が頻回にあり、具体的にどう対応して良いか分からずに困っていたとのこと。
-----	--

58

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

60

介入時の状況③

家族環境：	・夫と娘、孫3人との6人暮らし。 ・自宅で酒屋を営んでいたが既に閉店、昔から付き合いがある得意先に頼まれた時だけ納品する程度の仕事をする。 ・本人は自治会の仕事をするなど活動的。
-------	---

本人家族の主訴

〈家族〉	・とにかく認知症の母の暴言が酷くて、このまま進行したら、私達がおかしくなってしまう。ちゃんと本人を説得して受診させて欲しい。
------	--

チームにつながった経過

チームにつながった経過：	・市が開催した認知症カフェに娘が参加し、保健師に「母親の認知症が悪化しており自分たちがかなり大変だ」と訴えた事がきっかけでチームが紹介された。娘の強い要望があり支援チームにつながった。
--------------	--

59

課題

本人・家族の課題：	◎ 本人がどのような状況で、どの様に考えているかの情報が無い。 ◎ 夫が妻に対してどのような様子を思っているのかが不明。
支援上の課題：	◎ 認知症の症状としての暴言暴力により、同居の娘や孫が困っているのであれば、早急な対応が必要。

61

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

訪問支援の経過

作業療法士が地域包括支援センター職員と一緒に本人の元を訪問経過：

チーム会議の経過

検討経過等

- 誰が何に困っているのかを明確にする必要がある。また、夫が妻のことをどの様に考えているのかについて情報収集が必要。
- 暴言に関する事実確認が必要。せめて、娘にどの様なことがあったのか、事実の記録について依頼が必要ではないかといった意見が出された。
- かかりつけ医がどのように考えているか分からないため、情報収集を検討したが、娘はチームから主治医へのコンタクトを望んでおらず、接触を取りにくい状況にあった。

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力)：

可能な限り夫にコンタクトを試みるが、連絡手段などが分らず、自宅にそのような時間帯に訪れたが、なかなか夫に会うことができなかった。

対応方針(目標)

対応方針(目標)：

まずは、適切な情報を収集し、本人が認知症か否かも含めて情報収集をする。

転帰

転帰：

- 娘以外の関係者からの客観的な情報収集ができずに時間が経過した。
- 経過の中で、最終的には夫に会うことができた。夫からの情報収集から、娘は自由気ままで、生活費や家事全般、育児までも両親に頼りきっていることが判明した。そのため両親としては娘をよく思っていないが、どうすることもできずに今の生活を続けているとのことであった。
- 本人は、娘に「認知症だ」とあまりに言われるので、経過の途中でもの忘れ外来を受診して「健常」と診断されていたことも分かった。
- 結局は、複雑な親子関係のこじれを、娘が本人の「認知症」を理由に周囲の支援者を振り回していたことがわかり、本人が怒る理由や、夫が極力関わらずに距離を置きたがる理由も判明した。
- 娘には、認知症に関すると思われる症状や暴言の記録をとってもらい提供を求めたが、結局は認知症を疑わせる客観的事実もなかった。
- 本人が健常と診断された事実や、チーム員からの認知症が疑われる可能性が低いとのコメントもあり、チームや地域包括支援センターに対する娘からの頻回の電話もかかってこなくなった。

まとめ：	◎ 娘さんからの訴えに支援者が振り回される様な結果となっていました。 ◎ 結局、本人は認知症ではなかったが、チームが頻回に訪問することで、本人に余計な警戒をさせることになってしまった点も反省である。
引継後の経過(モニタリングの方針など)：	◎ 地域包括支援センターや市役所の担当者とは情報を共有し、また、連絡があった際には情報共有しながら対応することを確認して、終了とした。

事例 -6

対応がうまくいった事例

- ◆ チーム員のアプローチが介護者と地域住民の意識に変化をもたらし、認知症への理解が深まった事例

基本情報

基本情報：	85歳、男性 認知症自立度 IIIa 障害自立度 A1 アルツハイマー型認知症
-------	--

介入時の状況	
経過：	・トラックの運転手として働いてきたが、ある日配達ルートが分からないと言います。 ・自主的に受診し、結果、アルツハイマー型認知症と診断され内服治療を継続してきた。
家族・生活環境：	・車の運転は好きで運転を続けているが、道順が分からなくなるため、妻が必ず同乗し道案内をしている。 ・散歩が好きで、一人でかけてしまいでどこで何をしているのか分からない状況。
医療・介護利用状況：	・介護保険サービスは未利用で申請もされていない。 ・認知症の治療に関しては、内服のみ行っている。

69

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです
① 本人・家族の課題 ② 支援上の課題 ③ チーム外の協力はなにが必要か
考えてみましょう

71

本人家族の主訴	
〈本人〉	・妻を怒らせてばかり。何とか怒らせないようにしたいと思う。
〈家族〉 (妻)	・常に見守りをしていないと何をするかわからずストレス。 ・どこにいくにも一緒に1人の時間がほしい。 ・近所とのトラブルを回避したい。
チームにつながった経過	
チームにつながった経過：	● 地域住民から民生委員に、「他人の敷地に入り畔の草取りをする。土がたくさんついたまま水路に流すため下流で詰まってしまう。また、畔が崩れかけているためトラクターが入れなくなる可能性がある。」と情報が入る。賠償問題になりかねない状況で、民生委員から包括に連絡が入る。

70

課題	
本人・家族の課題：	◎ 短期記憶力低下や近隣トラブルへの発展など、一人にしておけない状況があり介護者のストレスが大きい。 ◎ 本人は自宅での役割や趣味もなく、時間があると散歩に出かけ、他人の敷地の草取りをしまいトラブルになっている。 ◎ 道順が分からないが車の運転をしたがる

72

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

訪問支援の経過

訪問支援の経過：

- ① 専門医への受診の必要性を妻に説明した。主治医変更の必要があり、病院と連携しスムーズな受診へ結び付けた。
- ② 介護保険申請代行。デイケアに関しては、専門医への受診時に医師から本人に通所の必要性を話してもらい、利用に結び付けた。
- ③ 苦情を言われる方に直接話を聞きに行き状況を確認したところ、二度と隣の草を取らないのであれば、これまでの事は問題にしないが、再度草を取る行為があれば保障問題になると言われる。
- ④ 免許返納については、デイケアの相談員から本人に話をしてもらったが、次の車検までは乗りたい思いを変えることはできなかった。運転機会を減らすため、遠方の専門医から近所の開業医へ変更し、定期受診は歩いて行けるように調整した。

対応方針(目標)

対応方針(目標)：

- ① アセスメントシートの結果から全体的に前頭葉の症状が強くなっている。こだわりや性格の尖鋭化からみるとレミニールの内服についても検討が必要と思われる。
専門医を受診し、現状の確認と内服の検討が必要。
- ② 介護者の負担軽減やトラブル回避の為、介護保険サービスの導入が必要。ただ、申請から結果が出るまでに時間がかかるため、デイケアへの結び付けを同時に行っていく。
また、地域住民の訴えを聞き、トラブル回避の方法を探る。
- ③ 車の運転免許返納の必要性。

チーム会議の経過

検討経過：

- 認知機能低下は著しく進んでおり、介護負担感は増加している。アセスメントシートの結果から、全体的に前頭葉の症状が強くなっている。アルツハイマー型認知症＋血管障害の診断が出ている。こだわりや性格の尖鋭化からみると内服調整が必要であり、専門医への受診が必要。
- 介護保険サービスの導入を行い、本人が一人で過ごす時間を減らすことが必要。サービス利用ができれば、妻のストレス軽減にもなるのではないかと？
- 運転に関して、主治医からやめさせるよう助言などなかったのか？
専門医への受診ができれば、受診時に本人に話していくことができる。

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力)：

- 地域から出ている苦情を妻に伝え、対応策を一緒に考えていった。
- 毎回ではないが、散歩に出かける時に妻は付き添うように心がけた。
また、買い物や受診に一緒に歩いて行くようになった。

転帰：	● 専門医への受診に結び付き、適切な治療を受けることができています。 ● 通所に週6日行く事ができています。妻は、自分の時間を持つことができ介護負担感が軽減している。 ● また、本人が一人で出かける時間が減ったことや散歩には妻が付き添うようになりトラブル回避ができています。 ● 夫の行動や認知症に対し、妻の理解が得られた。妻と本人で苦情を受けた家に謝罪に回り、夫の状況を地域住民に知ってもらえた。 ● その結果、住民の理解を得ることができ地域での見守りに結び付いた。 ● 車検の時期に車の処分をすることができた。 ● 処分後は、散歩がてら妻と買い物に出かける時間を楽しんでいる。
-----	--

事例 -7

対応がうまくいった事例

- ◆ 幻聴、易怒性が強く、受診拒否の83歳男性が医療・介護サービスの導入にいたるまで

まとめ：	◎ サービス利用に結び付き、妻の介護負担が軽減したことで気持ちにゆとりが持てるようになった。 ◎ そのことで客観的に物事を見ることができ、妻自ら地域住民に夫の事を知ってもらおうと行動に移すことができた。
引継後の経過(モニタリングの方針など)：	◎ 通所利用の継続はできており、本人も仕事に行っている思いで参加できている。妻はなるべく夫と買い物に行けるよう、買い物物の時間を考えて対応している。 ◎ 介護保険サービスに結び付いたため、担当ケアマネジャーから定期的な状況を聞いている。

基本情報：	83歳、男性 認知症自立度 Ⅲb 障害自立度 A2 アルツハイマー型認知症
-------	--

介入時の状況

経過：	・65歳で退職後から異変は感じていた。 ・5年程前同じ物を何回も購入することが増え、脳神経外科を受診、アルツハイマー型認知症と診断、車の運転を止めるよう指示される。本人は激怒しつつも息子の説得により車の運転を中止。家族は「病気だから仕方ない」と捉え、内服治療を継続しながら日常生活の支援をしていた。 ・X年6月以降受診拒否、7月から夜中に外へ出て手をたいて「近所迷惑だ」と大声で騒ぐ、妻への暴言・暴力が頻繁になったことから、妻が地区担当包括へ相談。
家族・生活環境：	・本人・妻(がんの後遺症から歩行に支障あり)・息子夫婦の4人暮らし。 ・息子夫婦は共働きで忙しんでいるため、妻は困り事も一人で抱え込み、息子へ相談することを控えている。息子は内服薬を取りに行ったり、ドライブへ連れて行ったりとできる範囲で協力はしてくれている。 ・日中は、夫婦二人で過ごすことが多く、家事全般は妻が行う。 ・妻は、近所へ迷惑をかけたくない思いが強く、今回の相談の経緯も、近所迷惑になることが一番の心配事であった。
医療・介護利用状況：	・介護保険は未申請。

81

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

83

本人家族の主訴

〈家族〉 (妻)	・本人が夜、外に出て手をたたきながら「近所迷惑だ」と大声で叫ぶこと(一晚に数回)が近所迷惑になること。 ・妻に対し、暴言や暴力(怒って、胸ぐらをつかんで倒すこと)があること。
-------------	--

チームにつながった経過

チームにつながった経過：	●地区担当包括から受診拒否、妻への暴言・暴力が頻繁にみられ対応に苦慮していることで、チームへ対象者を紹介あり。
--------------	---

82

課題

本人・家族の課題：	◎ BPSDの改善に向け、医療受診を再開し、内服の調整を行うこと
支援上の課題：	◎ 本人との関係性を築き、どのように医療受診へ導くか。 ◎ 家族支援として介護サービス利用に結び付けられるか。
チーム外の協力：	◎ 地区担当包括から、地域情報や対象者の希望に合う介護サービス利用に向けて相談していく。

84

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

訪問支援の経過①

訪問支援の経過：

①〈医療受診〉

- ▶ 訪問者の受け入れは良好であったため、第三者が介入して受診勧奨・受診同伴を計画。妻が事前にかかりつけ医へ相談に行き、対象者の状況について把握してもらった。
- ▶ 受診当日、チーム員が自宅へ訪問。健診未受診者には同伴受診している等の理由で受診勧奨を行う。本日受診するよう促し、妻にタクシーを呼んでもらう。本人と妻、チーム員1人が同乗、かかりつけ医へ向かう。
- ▶ 到着後も対象者は穏やかに診療を待つことができ、検査等も実施。主治医から心配な点があるので専門医に診てもらおうように勧められ、紹介状を書いてもらう。
- ▶ 後日、専門医へ受診。CT、MRI検査を実施、レビー小体型認知症の疑いとのことでの内服を開始。
- 徐々に幻聴や外へ出ることはなくなったが、歩行速度が落ち、失禁がみられるようになったため何度か内服調整を行い、かかりつけ医へ戻る。

対応方針(目標)

対応方針(目標)：

- ①ゴール：医療受診再開、介護サービス利用開始
- ②短期的方針：行動心理症状が強く現れているため受診勧奨を行い、医療受診へつなげる。

訪問支援の経過②

訪問支援の経過：

②〈介護サービス利用に向けて〉

- ▶ 医療サービス支援終了後、ケアマネを依頼。
- ▶ 本人は介護サービス利用希望がないため、ボランティアの役割として利用を促す。今後、家族の体調不良等でショートステイ利用、環境の変化も最小限にと考え、小規模多機能型居宅介護を利用することとなる。
- ▶ 通所初日、帰宅後に妻に激怒。その様子を見た息子が無理に利用する必要はないとの判断、妻自身も息子の判断と本人の介護に疲労感が増し、しばらく介護サービス利用を見合わせるようになる。
- 妻との連絡は取り合いながら、本人にあう通所介護事業所についてケアマネや地区担当包括と相談。
- ▶ 2か月後、息子と妻へこれらの認知症状の経過や介護サービスの必要性について理解してもらい、通所介護利用に向けて動き出す。
- ▶ サービス事業所へは柔軟な対応を依頼し、利用開始。
- 男性スタッフが送迎で関わってもらい、以前ほど拒否なく利用できる。その後、利用を嫌がる日もあるが、家の中で誘いに来てもらうことにより週2回通所利用できるようになる。

チーム会議の経過	
検討経過： ● 今後の支援方法について確認 ① 息子の関わりを増やし現状を把握してもらうこと ② 夫婦が常に一緒にいることで暴言や暴力の頻度が増えている可能性があり、離れる時間が必要 ③ 本人の夜間の現象を妻以外も同様にとらえているのか ④ 妻自身の本人への関わり方はどうか サポート医助言：幻聴について、夜間のみの聞こえることは珍しい。レム睡眠行動異常の可能性もあるかもしれない。判断材料のために夜間の様子について詳細を聞き取るように（行動前後の様子、話しかけた時の様子、本人自身は覚えているか、日頃から寝言を言うか、バタバタ手足を動かしたりしていないかなど）	89

転帰	
転帰： ● 家族としては、1番の困りごとは近所迷惑（夜に外へ出て大声で騒ぐこと）であったため、医療受診、内服調整を行ったことで症状は治まった。 ● 通所介護を利用することで夫婦の離れる時間を持つことができるようになり、精神的な安定が図れ、暴言や暴力などの行動・心理症状も軽減した。	91

家族の関わり(協力)	
家族の関わり(協力)： ● 介護サービス導入時、本人の利用拒否が見られたことで家族も利用を諦めてしまったことから、息子と妻へこれからの認知症の経過や介護サービスの必要性を伝える機会を持ち、一時的な本人の言動に慌てずに対応してもらうよう依頼。 ● その結果、通所介護利用時に本人が嫌がってもスタッフの力を借りながらサービス利用をすることができるようになった。	90

まとめと評価	
まとめ： ◎ 結果的には、目標であった医療・介護サービスへつなぐことはできたが、本人の介護サービスへつなぐ際の先々のことを考えて事業所の選定を行ったところ、本人の需要(利用者と話をしたい) にあっていた。	92
引継後の経過(モニタリングの方針など)： ◎ チーム員からケアマネへ引継いでいるため、ケアマネを通して定期的な状況確認を行う。	

事例 -8

対応がうまくいった事例

- ◆BPSDの悪化により介護サービスが利用できず、地域トラブルも頻発している前頭側頭型認知症の方の医療・介護・地域との連携

93

基本情報

基本情報： 72歳、女性
認知症自立度 M
障害自立度 J
アルツハイマー型認知症(介入前診断)

94

介入時の状況①

経過：	・8年前に脳梗塞発症を機に仕事(パート)を辞めた。 ・退職後、もの忘れが目立ち大学病院もの忘れ外来を受診し、アルツハイマー型認知症の診断で内服加療が開始になったが、夫が内服しても効果がないと中断。 ・5年前に介護サービスの利用を希望し、夫のかかりつけ医であった内科を一緒に受診し、要介護2の認定となった。以前、大学病院で処方されていたのと同じ認知症の薬と高脂血症の薬が処方になった。
家族・生活環境：	・本人は、毎日決まった時間にバスに乗り、カラオケで5時間歌ったり、温泉施設で入浴して帰ってくる。 ・偏食があり、決まった物しか食べない生活をしている。 ・本人の意向に沿わないと易怒性や興奮があり、衝動的な行動が見られる。 ・最近、バスを乗り間違えトラブルになったり、高速バスに乗って隣県まで行ったり、隣宅の庭に下着だけで出ていたりするなどの行動が見られ、目が離せなくなってきた。

95

介入時の状況②

家族・生活環境：	・夫(主介護者)、離婚して戻ってきた次女、孫2人の5人暮らし。 ・長女家族が他県在住で年数回の来訪。 ・夫は3ヶ所の癌があり、現在も放射線治療のため週1回程度通院。 ・次女は育児と仕事で介護協力はほとんどなく、夫が一人で介護を背負っている状況。
医療・介護利用状況：	・夫は、通所サービスの利用を希望していたが受け入れられる事業所がなく、利用できない。

96

本人家族の主訴

〈本人〉	失語があり、意味とは違う言葉の連呼や、指示理解が難しくなっているが、本人の決まった生活行動をしたい、出かけたいと言う欲求は強い。
〈家族〉	- 夫は、バスや温泉施設でのトラブルが心配なので、自身の通院などで介護ができない時には、通所サービスを利用させたい。 - 経済的な理由もあるが、在宅で介護サービスを利用しながら、生活を継続させたい。 - 長女は夫(父)と同じ意向。次女は、自身は介護ができず、夫(父)の介護負担を考えると入院や入所をさせた方が良いとの意向。

チームにつながった経過

チームにつながった経過：	● 体験見学のデイサービス事業所から、事業所内にいることができずに衝動的で、興奮も強く、指示が入らず対応困難であったため、担当ケアマネジャーに認知症初期集中支援チームの介入を勧めた。 ● 担当ケアマネよりチームに相談が入り、地域包括に情報収集のため連絡するが未把握であった事例
--------------	---

97

課題

本人・家族の課題：	◎ 認知症状の悪化から、道に迷って帰って来られなくなったり、地域トラブルが増える恐れがある。
支援上の課題：	◎ 認知症専門医につながつていない、適切な医療体制がない。 ◎ 介護サービスが導入できず、地域の協力体制が稀薄なため、家族介護の負担が大きくなっている。

99

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

98

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

100

対応方針(目標)

対応方針 (目標):

- ① 認知症専門医の受診により、介護方針を検討、介護サービスを利用しながら自宅生活が継続できる体制をつくる。
- ② サポート医の助言：前頭側頭型認知症の可能性があり、診断や適切な薬物治療の検討が必要。

101

訪問支援の経過②

訪問支援の 経過:

- ② 専門医受診時、本人は衝動性があり待つことが出来ないで、家族やケアマネジャー、チーム員で役割分担し、受診ができるよう支援。
 - ▶ 受診ができ前頭側頭型認知症の診断がつき、薬物療法が開始となり、専門医と同建物内にあるデイサービスの利用が開始となった。
 - ▶ 薬物療法は開始となったが、本人の理解力の低下や衝動性があり、事業所内には1時間といわれず、外出対応を何度もしながら1対1の対応が必要な状況であった。
 - ▶ そのため、1事業所では週1～2回の利用が限度で、夫自身の通院などが多くなくても回数を増やすことが見込めず、複数事業所の利用を進めていくことになった。

103

訪問支援の経過①

訪問支援の 経過:

- ① 初回訪問はチームの保健師、介護福祉士の他、担当ケアマネジャーと同行訪問。
 - ▶ 主介護者である夫の介護へのねざらいや生活状況のアセスメントを行った。
 - ▶ 一度、専門医の受診が中断されており、医療に対する諦めや介護サービスについても諦め感が大きくあったので、傾聴しながら、専門医受診の必要性を主に保健師が説明し、介護福祉士が介護についてのアドバイス等を行った。
 - ▶ チーム員が夫と話をしている時に、本人が落ち着いていない時は、ケアマネジャーが本人の相手をするなど分担しながら話を聞いた。
 - ▶ 夫の専門医受診の意向が固まり、受診方法の検討を行った。

102

チーム会議の経過

検討経過:

- ① 初回チーム会議は、チーム員、専門医(サポート医)、担当ケアマネジャー、担当地域包括支援センター、市担当保健師が参加し、現在の本人の認知症のアセスメント、家族状況を中心に、専門医療により介護や生活がしやすいとされる可能性があるのか、また、どのような関わりをすれば介護サービスの利用が可能になるのかを検討し、専門医受診に向けた調整を行った。
- ② 2回目の会議では、利用開始となったデイサービス事業所も参加し、専門医から前頭側頭型認知症の症状や治療、対応方法のポイントなどの助言をもらい、対応方法について検討された。
 - ▶ 薬物療法が開始になり、ケアマネジャーやデイサービス事業所と主治医間で試験的に導入したICTによる多職種連携システム(SNS共有システム)を関係者間で活用し、薬の効果やBPSDの状況、生活状況などの情報共有を効果的に行う体制を作った。
- ③ 終了時会議では、引き続き、多職種連携システムを活用し、モニタリングをいくこととした。

104

自治体等の関わり(支援)

自治体等の関わり	● 夫より隣人に現在の本人の認知症の状況を話し、何かあれば「連絡をもらおう協力依頼」と快諾してくれた。 ● バス会社やカラオケ店、食品店、温泉施設でのトラブルが多くなくなったので、夫の承諾を得て、夫と一緒にケアマネジャーやチーム員、行政、地域包括が分担し、関係機関に協力依頼の案内文書を作成し配布しながら協力依頼を行った。 ▶ バス会社では、すでにトラブルがあったが、「元気なころから利用しているお客様なので、今後安心してバスに乗れるよう見守り等の協力を」と快諾してもらった。 ▶ また、食品店では、支払い前に食品を開けて食べてしまったことがあったが、協力依頼をしてからは、大ごとにならず夫に連絡をもらい支払いをしてもらうなどの対応してもらった。 ▶ カラオケ店でもマイクを持ち帰ってきてしまったことがあったが、出入りを禁止されることもなく見守りを継続してもらった。
----------	---

105

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力) :	● 夫は癌治療もあり、介護負担が大きくなっており、他家族の協力も必要な状況なので、次女や長女にも必要時できる範囲で関わってもらおう依頼。 ● 長女は遠方ながら初回受診に同行したり、必要時は来訪してくれる。本人に携帯させているGPS機の探索機能を長女が利用し、帰りが遅い時などには夫に指示し探すよう連絡を入れるなど、遠方からも関わっている。
--------------	--

106

転帰

転帰 :	● 多職種連携システムを活用することで最終的には3ヶ所のデイサービス事業所を利用することができ、一時は入院の話も家族から出たが、適時、薬物療法の調整を行いながら、介護サービスを利用し在宅生活を継続している。 ● 夫自身の通院加療も継続でき、健康状態の悪化もない。夫も精神科への入院は極力避けたい意向であったので、目標は達成と言える。
------	---

107

まとめと評価

まとめ :	● 夫へ認知症医療の理解を促す支援により適切な医療につながったことで、介護事業所も安心して受け入れることが出来た。 ● 前頭側頭型認知症という少ない事例への対応について、介護事業所の不安を、専門医から学べる機会や心配な時にすぐに相談できる体制づくりが出来たことが良かった。 ● ほぼ一人で背負っていた主介護者の夫を多職種で関わり、エンパワメントすることで、地域の協力体制の構築にもつながり、夫の在宅介護の安心感につながった。
引継後の経過(モニタリングの方針など) :	● 現在もモニタリングには多職種連携システムを活用し、随時の情報共有を行っている。 ● ケアプラン作成のサービス担当者会議の時期等に合わせながら、顔合わせの機会を確保し、継続してモニタリングを行っている。

108

事例 -9

対応がうまくいった事例

- ◆キーパーソン不明の男性を、主治医・地域包括支援センター・弁護士・初期集中支援チームがチームとして関わることで、県外在住の親族と連絡が取れ、甥がキーパーソンとなり介護サービスの利用が可能となったケース

109

基本情報

基本情報：	80歳、男性 認知症自立度 II b 障害自立度 J2 認知症(HDS-R19点・確定診断はなし) 高血圧、心肥大、糖尿病診断のボーダーライン(経過観察中)、前立腺癌疑い(経過観察中)
-------	---

110

介入時の状況

経過：	・気つきは、民生委員の訪問時の居宅内の様子など。
家族・生活環境：	・妻は約20年前に死去。H26年実母が死去し独居となった。 ・子供はなく、県外に親族がいるとの情報は本人が20年来利用する家事援助（月2回の屋内清掃サービス）の実費ヘルパーよりあるが連絡先は不明。 ・居宅は国道沿いの一軒家。
医療・介護利用状況：	・実費ヘルパー、民生委員からの情報で主治医が判明したため問い合わせし、高血圧既往があるが約3年間、受診していないことも判明。

111

本人家族の主訴

〈本人〉	・「自分でずべて行えている。困っていることはない」として、介入を拒否していたが、介入後の通院時などの聞き取りでは「在宅での独居生活の継続」、「現在参加しているボランティア活動や知人とのゴルフなどの活動」を今後も希望しているとの言葉があった。
------	--

チームにつながった経過

チームにつながった経過：	●2年前から民生委員が訪問するが、玄関内に多量に買い込まれたミネラルウォーター（箱買い）が20箱以上長期間消費されなまま放置され、ゴミの捨て方がわからず庭にゴミ袋が放置されたままになっているとのことで、民生委員から地域包括に連絡。 ●3か月後に本人のスケジュール忘れや入浴していない様子などが頻回になったことで、本人の所属するボランティア団体の知人から、初期集中支援チームにも直接相談があった。 ●包括に確認したところ、訪問しているが、本人の拒否があり介入が困難となっているため、初期集中支援チームがかかわることとなった。
--------------	---

112

提示された事例にはいくつかの課題がありそうです

- ① 本人・家族の課題
- ② 支援上の課題
- ③ チーム外の協力はなにが必要か

考えてみましょう

このような経過、状況の認知症の人が
チームに紹介されてきました。

チームの対応方針を立ててみましょう

課題

本人・家族 の課題：	◎ 約3年間受診がないため、体調の確認。
支援上の 課題：	◎ 介入当初時点では本人の親族の連絡先などが不明で、今後の体調悪化時の入院なども考慮して、親族の連絡先を把握すること、身元引受人の確保。 ◎ 当初は本人の拒否が強く、自宅の中の確認ができなかったため、生活実態の把握困難であった。食品管理や、年金以外の株式収入等の把握。

対応方針(目標)

対応方針 (目標)：	① 3年間未受診の主診医への定期的な受診の再開と服薬管理も自力では困難と思われる、その支援体制の構築。 ② 整容・入浴を長期間行っていない様子で、衣類も汚れ・破れが目立ち体臭も強くあるため、介護保険サービスの利用での入浴や整容など。 ③ 本人の高年齢化による今後の体調悪化や持病の悪化など予想され、入院に備えて身元引受人の確保、金銭管理を行うための親族の把握や成年後見人制度の利用。 ④ 短期的には、 ▶ 親族・キーパーソンの手がかりを得ること ▶ 包括看護師やチーム員がともに定期的に訪問することで、本人との顔見知り関係や信頼関係を構築すること ▶ 見守り体制がとられていることを周囲に認識してもらうことで、近隣住民の見守りの目の構築と異常があった時の連絡体制の構築
---------------	--

訪問支援の経過①

訪問支援の経過：

- ① H28.12：チームに知人より「物忘れ」「体臭あり、衣類も不潔」「予定の当日にこない」などの情報提供と相談あり認知症が疑われたためチームが包括に連絡、情報共有後、共に訪問を開始。（介入拒否が続く）
- ② H29.9：民生委員よりの情報提供で主治医判明。当日、包括看護師とチーム員とで訪問するが介入拒否。訪問後にチームが主治医に連絡を取り、情報を伝えたところ、主治医が個人的にチーム員と同行・訪問に協力してくれ訪問。
- ③ 翌日の受診予定を本人は忘れていたが、主治医の名前を出し「チーム員同行での受診指示があった」ことを説明したところ、スムーズに受け入れ、受診準備の為に自宅に初めて入れ、室内の状態も確認できた。
▶ 受診では高血圧・心肥大・認知症(HDS-R19点)・前立腺癌(疑い)、低カリウムの診断を受け、認知症薬などの服薬開始。
(服薬管理は困難であり、支援者の促しが必要であることを確認)

117

訪問支援の経過②

訪問支援の経過：

- ▶ 主治医のアドバイスで成年後見人制度利用を検討。この時点で身元引受人が不明で市長申し立ての利用も検討し行政の成年後見人制度担当職員の協力を求める。
- ④ 通院後に包括と民生委員が「主治医の指示」と伝えることで親族連絡先を探すために訪問、本人と共に探し、連絡先が判明。包括より親族に連絡を取り、甥より身元引受や支援することに応じてもらえた。
- ⑤ 定期巡回型訪問介護・看護の利用を検討。主治医や甥と相談し、暫定で利用開始。支援者全員に情報共有することでスムーズな介入が行えた。
- ⑥ 甥、チーム員・包括、ケアマネ、行政の成年後見人制度担当職員とで介護士事務所での今後の金銭管理の相談を行う。拒否もあるためすぐに制度利用はせず甥の見守りで本人管理を継続とする。その後、主治医も交え今後のサービスの利用のことも相談。

118

チーム員会議の経過

検討経過：

- 主治医の助言：現在の本人の状態から考えられる、今後の体調や認知症状の経過など。
- サポート医の助言：サポート医と相談できる機会が限られているため、相談のタイミングがとれず支援体制が構築された後での報告になってしまったため助言を得ることが難しかった。

119

自治体等の関わり(支援)

自治体等の関わり

- 当初、本人の親族が不明であり、成年後見人制度の申し立てを市長申し立ての利用も検討。
- 別課の社会福祉士への相談も行い、本人宅訪問時に同行しての状況の確認や本人への説明を行ってもらった。
- 親族連絡先判明後は、行政成年後見人制度担当者による甥への制度利用時の手続きの説明など。

家族の関わり(協力)

家族の関わり(協力)：

- 情報提供を行ったことで、4、5年訪問していなかった甥が訪問。本人の状況を確認。
- 実費ヘルパーもなかなか手出しができずに放置状態になっていた多量の郵便物の整理、食品の整理や廃棄、また定期的に届いていたカタログなどをストッピングしてもらうことができた。
- 金銭関係の整理・確認なども甥が本人の許可を受けて行ってもらった

120

転帰：

- 定期巡回ヘルパー・看護も受け入れ良好で、地域包括・チームよりケアマネに引き継ぎを行う。
- 本人希望では独居生活の継続であったが、服薬管理や食品管理などがヘルパー・看護師の利用で行えることで、今後も可能な状態になった。
- 家族の希望は、本人の希望を叶えながらも、今後の体調悪化や認知症悪化時には施設利用なども検討したいとのことだった。ヘルパー・看護師の体調の見守りがあることで急変時の対応が可能になったので、今後の独居生活への不安の軽減ができた。「ヘルパーや看護師となじみの関係でできることで、今後の施設利用時の本人の不安の軽減ができるのではないかと思う」との言葉もあり、希望に応じた支援ができたと思われる。
- 本人の独居を継続するための見守り体制を作ることができ、本人の受け入れも良いため（ヘルパー・看護師・ケアマネが「主治医の指示で支援をしている」ということを支援の際に本人に伝えることで、受け入れが非常によくなっている）、特に大きな問題点はない。

121

まとめと評価①

まとめ：

- 本人の知人や周囲からの情報収集の結果、本人と主治医の良好な関係性を見出すことができ、そこから受診につなげることができた。
- 本人の受診に同行させてもらうことで、長時間本人と関わることができ顔見知りの信頼関係構築ができた。
- 信頼関係の構築と主治医の促しで、本人の自宅から親族の連絡先を探し出すことができ、甥との連絡で今後の緊急時などの身元引受人の確保ができた。
- チーム員・包括看護師、親族、主治医、民生委員、実費ヘルパー、行政成年後見人制度担当職員、弁護士、ケアマネなどでの連携、相談体制を構築でき、今後の支援体制の計画までを相談・共有でき、本人の希望である「独居の継続」を見守る体制の構築ができた。

122

まとめと評価②

引継後の経過（モニタリングの方針など）：

- 3か月後、ケアマネに現在の状況を確認。スムーズに支援をすることができており、ヘルパーや看護師に対しての信頼も見られるとのこと。
- 甥の訪問も数回あり、書類関係や金銭管理などの支援、ケアマネなどとの情報共有も定期的に行えるようになったとのこと。
- 本人の持病・認知症の悪化での状況の変化も考えられ、現在の定期巡回型訪問介護・看護サービスなどの介護サービスの継続利用が可能かどうかの評価が必要である点、今後、成年後見人制度の開始のタイミングをどうするかなどの点が課題。

123

IV 認知症初期集中支援チーム活動の状況（活動実績データから）

本年度は、認知症初期集中支援チームの設置期限の年度でもあることから、「実績報告用プログラム v3.1」を全市町村に対して直接配布した。

平成 29 年 12 月末時点でのデータ提供を依頼したところ、715 チームからデータの提供があった（1 自治体の複数チームからの提供もあるため、市町村数とイコールではない）。集計対象は、例年通り下記のルールによって絞り込みを行い、1,951 人のデータとしている。

- ❶ 医療・介護のいずれかに引継ぎありの対象者（支援終了に至っている対象者）
- ❷ 対象者把握日付が「H29.4.1」以降の対象者
- ❸ 初回訪問日付が「H29.4.1」以降の対象者

以下、同チームの活動の全国的な傾向の把握・情報提供を目的に、主要項目について整理する。

1 チームの概要（スライド 3）

チームの設置場所は、地域包括支援センターが過半数で、以下、行政、医療機関、認知症疾患医療センターの順となっている。

実績報告用プログラムにおいて、「対象者 1 人あたり所要額」を概算するために、チーム員会議の時間単価、チーム員の職種別の時間単価を入力して頂くが、それぞれの平均値、中央値は図表 1.2 の通りである（各職種の有効 n は入力状況によるため、実際の配置数傾向とは必ずしも一致しない）。

2 対象者の概要（スライド 4～6）

チームによる支援対象者の概要は、男女比、年齢階級構成割合、世帯状況、把握経路、困難事例取扱とも、例年と大きな傾向変化は見られなかった。

対象者が困難事例にあたるかでは、医療機関、認知症疾患医療センター設置のチームが、より対応している傾向があった。

3 介入時の状況・アセスメントの状況（スライド 7～10）

介入時の医療の受診状況は、認知症以外の通院を含めて、認知症医療の受診ない場合が 8 割近くになっていた。診断は、不明を含めて 3 分の 2 の対象者で行われていなかった。介護サービスは、9 割近くの対象者で利用がない状況であった。

アセスメント（終了時にも実施された対象者に絞って集計・比較）では、DASC のスコアが介入時から若干上がっていた。一方で、DBD13 と J-ZBI_8（Zarit）については、スコアが下がっており、例年と同様の傾向であった。

4 支援の状況（スライド 11～16）

訪問支援の回数は、全体では 1～2 回が 41.8%、3～5 回が 31.8%と、概ね 5 回以下で支援終了となっていた。設置機関別では、医療機関では 1～2 回が過半数となる一方で、地域包括支援センターや行政に設置のチームでは 6～10 回の場合も 2 割程度あり、回数が多くなっている傾向がみられた。

初回訪問について、平均訪問時間は約 1 時間で、2 人体制での訪問が約 7 割であった。訪問職種では、看護師が 27.4%と最も多く、社会福祉士が 26.2%、看護師が 20.4%と続いた。

支援期間では、まず、対象者把握から初回訪問までの日数は、約 5 割が把握から 7 日以内に初回訪問が行われており、昨年度から若干短縮された。また、初回訪問から引継までの日数では、約 6 割が 2 カ月内に引継まで至っており、目安となる 6 カ月（180 日）以内には対象者の約 95%で引継されていた。

介入時に医療または介護未利用からサービスにつながったかどうか、をみると、医療未利用者のうち 70.2%が認知症医療につながっており、介護未利用者のうち 83.5%が介護サービス等につながっていた。

対象者 1 人あたり所要額は、例年と大きく変わるところはみられず、平均値、中央値とも支援回数や支援期間の短縮に伴って若干の低額化となった。もっとも、平均値の倍以上の所要額となる対象者が、医療機関設置チームで 27.3%、行政設置チームで 21.9%となっており、支援が長期化するケースを担当していることがうかがえた。

5 終了時の状況（スライド 17～22）

5.1 診断（17、18）

介入時に「診断なし」、「不明」の対象者のうち、58.8%が認知症の診断に至った（認知症以外の診断を含めて約 7 割が診断に至った）。診断に至っていない理由は、約 3 割が診断拒否であった。約 6 割の「その他」の理由としては、「身体疾患の治療優先や入院」、「症状安定で必要性がなくなった」などが挙げられた。認知症の診断の内訳は、「アルツハイマー型」が 51.3%、「病型不詳」が 16.1%であった。認知症以外の診断では、他の精神疾患、軽度認知障害（MCI）の順に多かった。

5.2 医療・介護導入（19、20）

認知症医療の導入では、約 4 割が認知症の通院に至る一方で、受診に至っていない場合が 15.2%あった（昨年度とほぼ同様の傾向）。受診に至っていない理由としては、本人・家族が希望しない場合が昨年度に比べ若干増加していた。

介護サービスの導入では、約 6 割で何らかのサービス利用に至る一方で、利用に至っていない場合が 3 割弱あった。

5.3 転帰等（21、22）

転帰として、在宅継続が 76.7%であり、昨年度を若干上回っていた。チーム設置機関別では、地域包括支援センター設置、行政設置で在宅継続が 8 割前後のところ、医療機関設置のチームでは約 7 割にとどまり、入院となった場合が 13.3%で相対的に高い割合となっていた。

認知症初期集中支援事業

チーム活動実績まとめ

〈平成29年度 事業報告書〉

- 実績報告用プログラムv3.1 によるデータ入力・ファイル回収
- 都道府県を通じて全市町村にCD配布、**715チーム** からデータ提供
- 回収データ：平成29年12月末のデータ（昨年度以前、引継前を含め11,586レコード）
- 集計は **n=1,951** で実施（回収データからの絞り込み要件は以下の通り）
 - ① 医療・介護のいずれかに引継ありの対象者（支援終了に至っている対象者）
 - ② 対象者把握日付が H29.4.1 以降の対象者
 - ③ 初回訪問日付が H29.4.1 以降の対象者

1

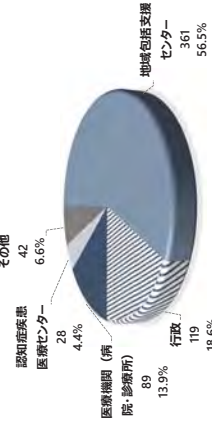
主な集計項目と対象者数の流れ



2

チーム概要

①設置場所 n649 (有効回答)



②チーム会議・チーム職種別単価（円/時間）

	平均値	中央値	有効n(チーム数)
チーム会議	19,871.0	16,450	351
医師	13,054.6	10,475	456
保健師	2,640.0	2,200	206
看護師	3,393.5	2,611	288
作業療法士	3,818.1	3,000	142
社会福祉士	2,656.1	2,000	257
精神保健福祉士	3,484.1	2,557	114
介護福祉士	3,153.1	2,500	149

3

対象者概要①

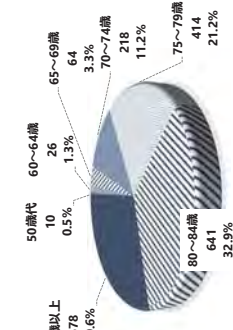
①性別 n1,951



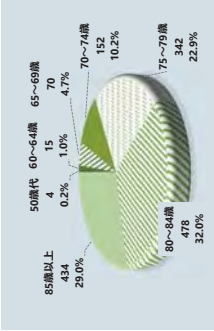
(平成28年度)



②年齢階級 n1,951



(平成28年度)

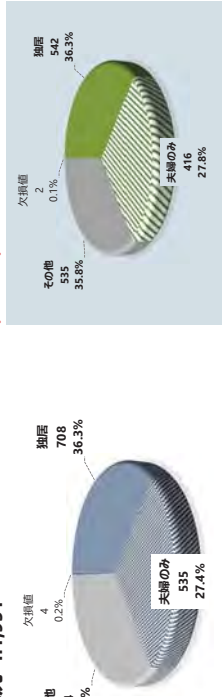


4

対象者概要②

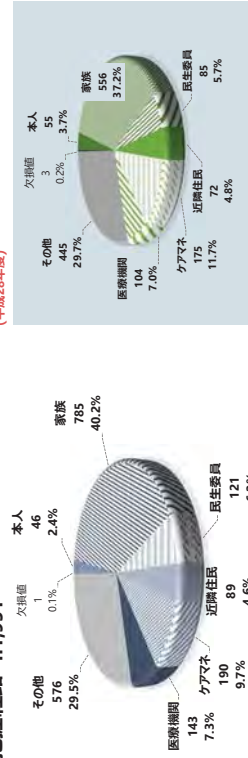
③ 世帯状況 n1,951

(平成28年度)



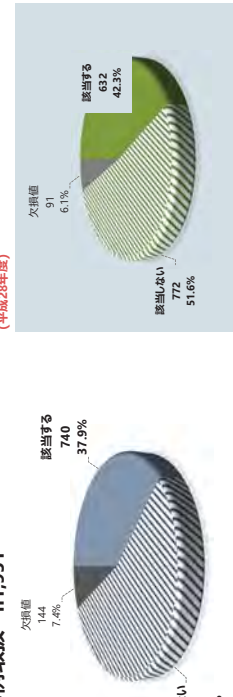
④ 把握経路 n1,951

(平成28年度)



⑤ 困難事例取扱 n1,951

(平成28年度)



(チーム設置機関別の状況)

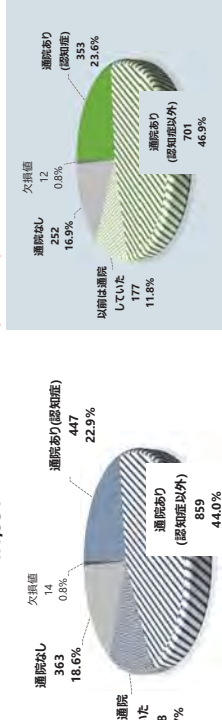
	合計	該当する	該当しない	(欠損値)
地域包括支援センター	100.0%	34.1%	59.4%	6.5%
行政	100.0%	40.5%	58.5%	1.0%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	50.8%	43.6%	5.6%
認知症疾患医療センター	100.0%	57.4%	38.2%	4.4%

6

介入時の状況 (医療)

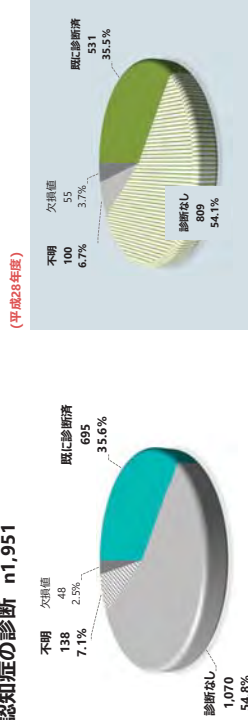
① i 医療の受診状況 n1,951

(平成28年度)



① ii 認知症の診断 n1,951

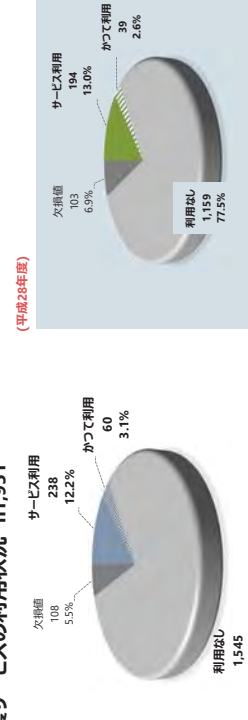
(平成28年度)



介入時の状況 (介護)

② 介護サービスの利用状況 n1,951

(平成28年度)



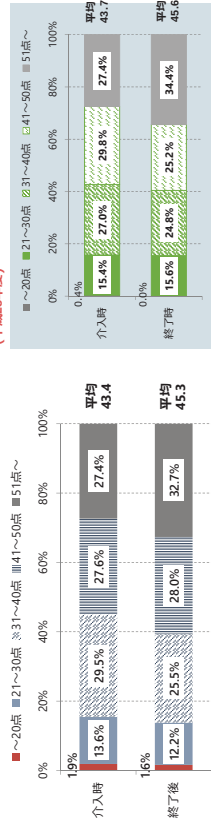
5

7

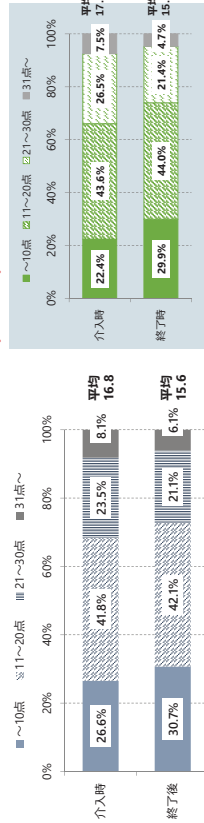
8

アセスメントの状況①

①DASC 介入時・終了後の実施者 n738



②DBD13 n625



9

アセスメントの状況②

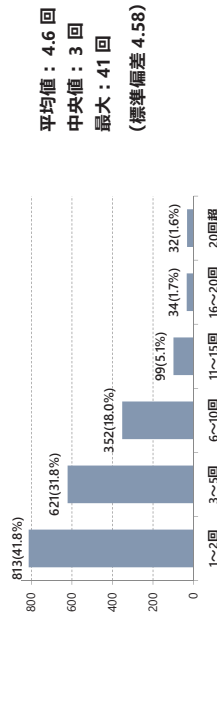
③J-ZBI_8 n490



10

支援の状況①

①訪問支援回数 n1,951



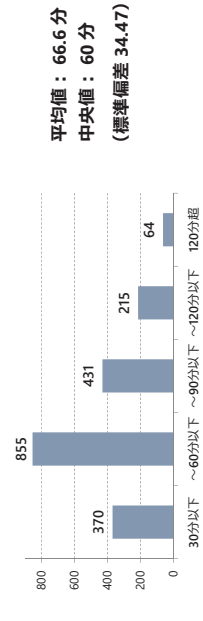
(チーム設置機関別の状況)

	合計	1~2	3~5	6~10	11~15	16~20	20回超
全体	100.0%	41.8%	31.8%	18.0%	5.1%	1.7%	1.6%
地域包括支援センター	100.0%	39.0%	34.8%	19.2%	4.2%	1.5%	1.3%
行政	100.0%	42.0%	29.8%	20.0%	4.9%	1.9%	1.4%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	53.1%	28.0%	12.1%	3.8%	1.5%	1.5%
認知症疾患医療センター	100.0%	44.2%	14.7%	17.6%	19.1%	1.5%	2.9%

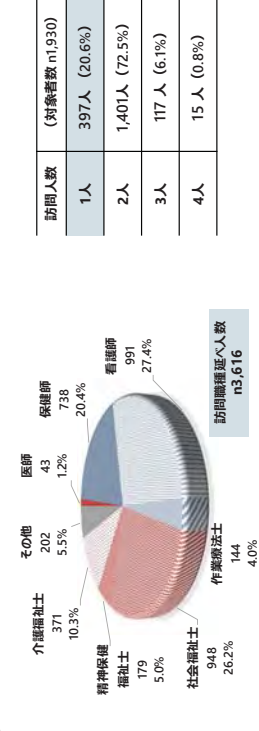
11

支援の状況②

②初回訪問時間 n1,935 (有効回答)



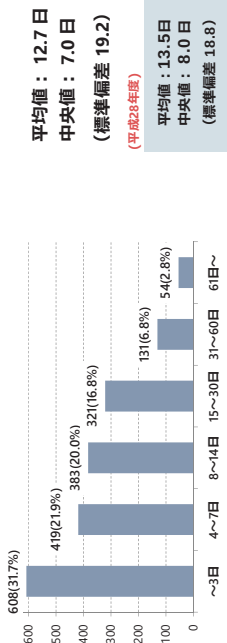
③初回訪問職種 n1,930 (有効回答)



12

支援の状況③

④支援期間 ①「把握」～「初回訪問」日数 n1,916 (有効回答)



平均値：12.7日
中央値：7.0日
(標準偏差 19.2)
(平成28年度)

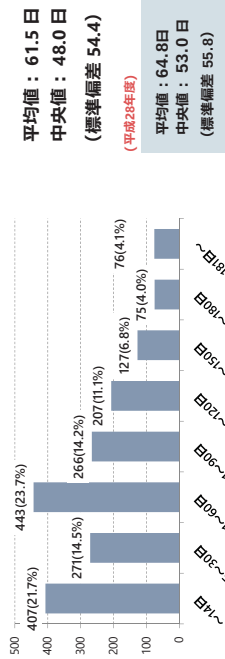
平均値：13.5日
中央値：8.0日
(標準偏差 18.8)
(平成28年度)

(チーム設置機関別の状況)

	合計	～3	4～7	8～14	15～30	31～60	61～
全体	100.0%	31.7%	21.9%	20.0%	16.8%	6.8%	2.8%
地域包括支援センター	100.0%	35.7%	21.9%	18.3%	15.1%	6.3%	2.7%
行政	100.0%	28.7%	22.1%	17.6%	19.1%	7.0%	5.5%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	23.1%	22.7%	23.4%	21.2%	6.9%	2.7%
認知症疾患医療センター	100.0%	16.4%	14.9%	23.9%	28.4%	13.4%	3.0%

支援の状況④

③支援期間 ②「初回訪問(支援開始)」～「引継」日数 n1,872 (有効回答)



平均値：61.5日
中央値：48.0日
(標準偏差 54.4)
(平成28年度)

平均値：64.8日
中央値：53.0日
(標準偏差 55.8)
(平成28年度)

(チーム設置機関別の状況)

	合計	～14	15～30	31～60	61～90	91～120	121～150	151～180	181～
全体	100.0%	21.7%	14.5%	23.6%	14.2%	11.1%	6.8%	4.0%	4.1%
地域包括支援センター	100.0%	23.0%	14.0%	23.6%	14.6%	9.5%	6.5%	4.4%	4.5%
行政	100.0%	24.2%	20.1%	21.1%	12.4%	8.8%	6.2%	3.1%	4.1%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	20.5%	13.6%	20.5%	17.1%	13.2%	9.3%	2.7%	3.1%
認知症疾患医療センター	100.0%	11.9%	19.4%	26.9%	11.9%	16.4%	6.0%	4.5%	3.0%

支援の状況⑤

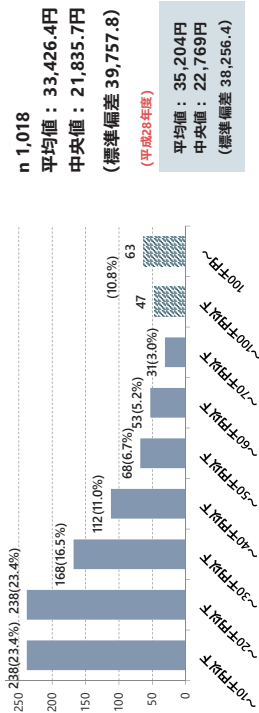
④医療・介護につながるまでの日数 (介入時、未利用者の「把握」～「引継」まで日数)

医療未利用者：介入時「通院なし」+「以前は通院していた」
介護未利用者：介入時「サービス利用なし」+「以前は利用していた」

	介入時 未利用者	引継あり	日数 (有効回答)
医療に つながるまで	n 631	443 人 うち、主治医(認知症)に引継 192 専門医療機関に引継 105	70.8日 (n 406)
介護に つながるまで	n 1,605	1,340 人	84.4日 (n 1,292)

所要額(対象者あたり費用)

※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、②チーム会議にかかる費用)



n 1,018
平均値：33,426.4円
中央値：21,835.7円
(標準偏差 39,757.8)
(平成28年度)

平均値：35,204円
中央値：22,769円
(標準偏差 38,256.4)
(平成28年度)

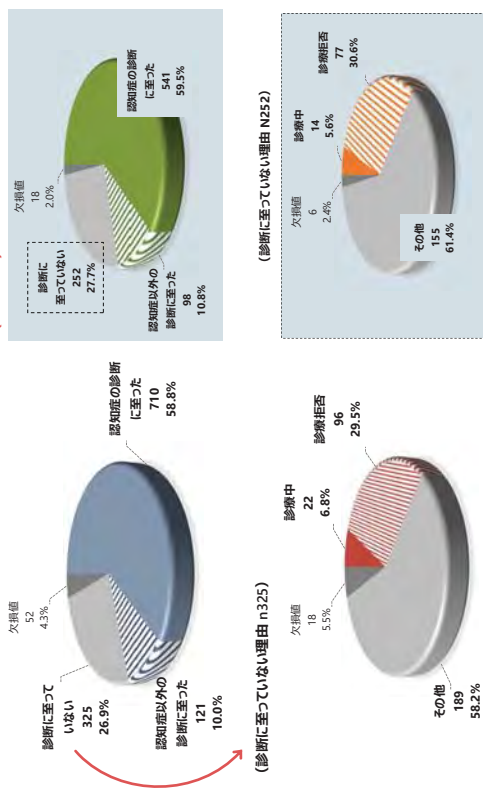
(チーム設置機関別の状況)

	合計	～10万円	～20万円	～30万円	～40万円	～50万円	～60万円	～70万円	70万円～
全体	100.0%	23.4%	23.4%	16.5%	11.0%	6.7%	5.2%	3.0%	10.8%
地域包括支援センター	100.0%	30.1%	24.9%	17.3%	11.4%	5.0%	3.8%	1.9%	5.7%
行政	100.0%	10.4%	12.5%	15.6%	12.5%	12.5%	12.5%	2.1%	21.9%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	5.0%	26.6%	13.7%	5.8%	10.8%	6.5%	4.3%	27.3%
認知症疾患医療センター	100.0%	9.7%	19.4%	22.5%	12.7%	6.5%	0.0%	0.0%	9.7%

終了時の状況(診断)①

①診断の導入

(平成28年度)

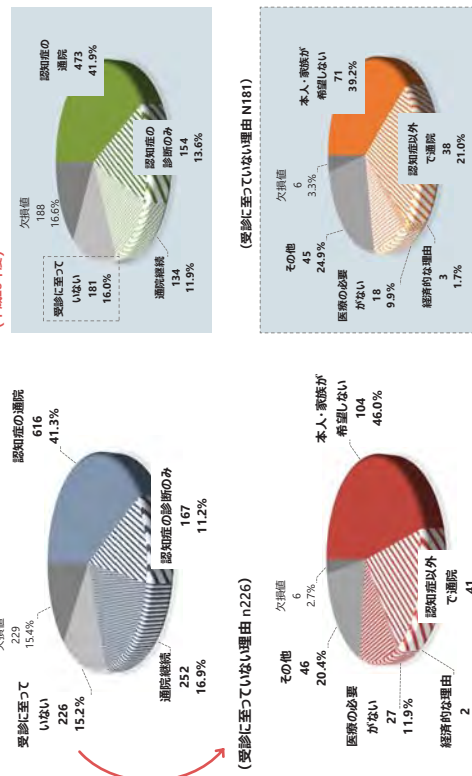


17

終了時の状況(医療・介護導入)③

③医療の導入 介入時「認知症以外通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」 n1,490

(平成28年度)



19

終了時の状況(診断)②

②認知症の診断

認知症 認知症以外

[診断導入 831人 (68.8% : (710 + 121) / 1,208)]

認知症の診断							認知症以外の診断					病名 欠損
693							103					
アルツ ハイマー 型	血管性	レビー 小体型	前頭 側葉型	混合型	その他 認知症	病型 不詳	MCI	うつ	他の 精神 疾患	正常		
426	38	32	13	32	18	134	31	11	49	12	35	
51.3%	4.6%	3.9%	1.6%	3.9%	2.2%	16.1%	3.7%	1.3%	5.8%	1.4%	4.2%	

(平成28年度)

診断導入		70.3% (N909：上記診断に至った 541+98)											
		認知症の診断					認知症以外の診断					92	
		血管性	ヒビエ 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	病名 欠損	
アルツハイマー型		314	24	13	25	36	82	14	9	42	27	20	
49.1%	5.2%	3.8%	2.0%	3.9%	5.6%	12.8%	2.2%	1.4%	6.6%	4.2%	3.2%		

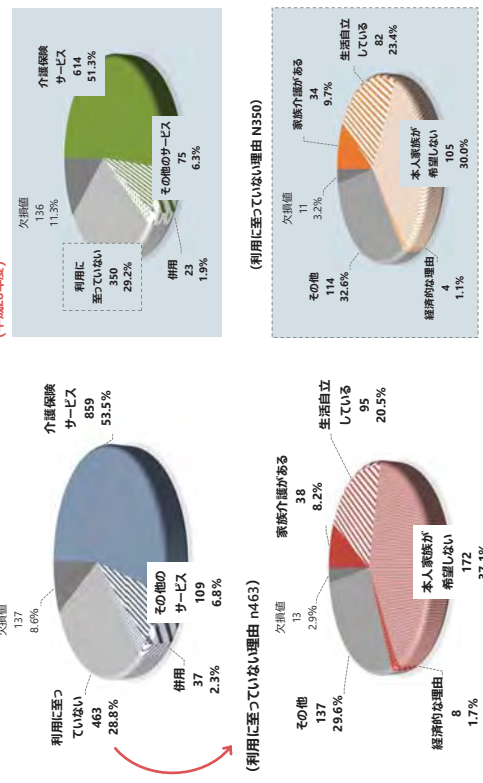
18

終了時の状況(医療・介護導入)④

④介護サービスの導入

なし」 n1,605

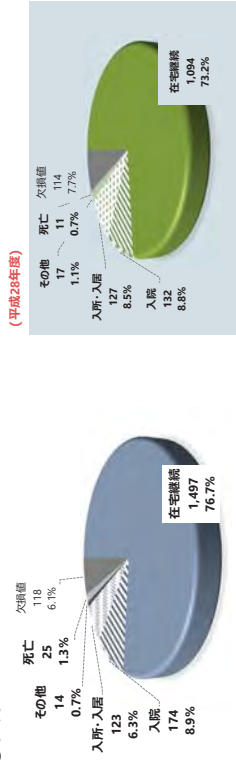
(平成28年度)



20

終了時の状況⑤

⑤転帰 n1,951



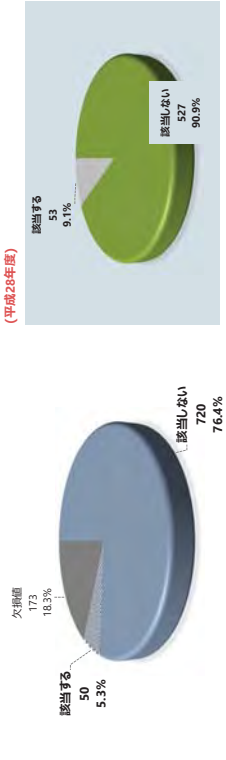
(チーム設置機関別の状況)

	合計	在宅継続	入院	入所・入居	その他	死亡	(欠損値)
地域包括支援センター	100.0%	78.5%	8.3%	7.0%	1.0%	0.9%	4.3%
行政	100.0%	81.0%	3.9%	6.8%	0.5%	1.5%	6.3%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	71.2%	13.3%	5.3%	0.0%	1.9%	8.3%
認知症疾患医療センター	100.0%	75.0%	11.8%	2.9%	0.0%	2.9%	7.4%

終了時の状況⑥

⑥サービス不継続事例 終了者のうち、モニタリング実施者 n943

モニタリング後に、何らかの理由により、継続支援が出来ていない事例



V 考察 ～ チーム設置後の継続的な機能発揮のために ～

1) 今後どのような研修が必要か

平成29年度 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 平成30年度以降のチーム員研修等に関する検討（全体像）				
		対象	実施方針や意義	老健事業における検討事項
従来 の継続	①チーム員研修 （長寿実施）	新規チーム員 ・新規加入 ・チーム追加	●新規チーム員の研修は、 ①講義内容・水準の確保 ②受講ニーズの安定化 の観点から長寿実施を基本	○研修テキスト(冊子)の改訂 ○基本カリキュラムの調整 ○30年度以降は全国2～3回 （1,000名程度）を予定
新規 の検討	②フォローアップ 研修 （地域実施）	（要検討）	●現任のチーム員・チーム等の 対応力の維持・向上等を目的 ●地域事情に応じた、実践的な 内容を重視 ●全体方針や標準カリキュラム （必須内容等）は中央で検討	【検討論点】 ①実施の枠組み （主体、中央との役割分担等） ②フォローアップの対象設定 ③カリキュラム構成 ④講義・演習等のおおよその内容 ⑤講師やファシリテータの要件 など
新規 の検討	③研修講師・ ファシリテータ の養成(講習)	②を担当する 講師・ファシリ テータ	●フォローアップ研修の内容・質 の平準化 ●地域実施の支援 （情報提供、教材・素材の提供）	【検討論点】 ①講師・ファシリテータへの支援 ②講習等の要否

表に今後求められる研修についてまとめた。

表中①に示したような、新しいチーム員に対する研修は今後も一定数必要と考えられる。チーム員の転勤や、個人の事情による離脱は起こりうるし、また少ない人数で開始したチームがチームの拡充を図ることもある。また大きな都市ではチームそのものの数を増やすこともありうる。

これを反映するように、厚生労働省の調査では来年度研修受講を予定している人数は、全国で2,500人に上ると推計されている。そのため研修テキストをさらに充実させるべく、改訂を行った。新しい項目として、認知症と認知症以外の精神疾患との鑑別の項、若年性認知症に関する知識の項を加えた。

同②に関しては2)で考察する。

同③のフォローアップ研修を行う際のファシリテータを養成する研修は当初検討されたが、全国研修のような形よりも、地域の中から自然発生的に生まれてくる可能性が高く、またそのほうがよりチームの実情にあった、アドバイスができる可能性が高い、との意見が強く、今回はこの研修は見送られた。全国でフォローアップ研修が行われるなかで、優秀なファシリテータを登録し、どうしても必要な地域へ派遣することも考えられる。

2) フォローアップ研修について

① フォローアップ研修の必要性

現状では、平成29年度末の設置期日を迎え、全市町村に少なくとも1チームは設置されたが、平

成 25 年度のモデル事業時にチーム活動を開始したチームから平成 30 年 4 月に活動を開始するチームまで、0 年から 5 年の経験値の幅がある。またチーム員研修の伝達形式の導入など、初動知識にも差が予想される。

また横の情報の不足によって、他県のあるいは自分の県内でも他のチームの活動内容が分からず、自チームの活動を見直し、確認することが難しいとの指摘がある。これらの問題点を克服するためにもフォローアップ研修が必要である。

② フォローアップ研修の対象

平成29年度 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 チーム員フォローアップ研修について			
	①	②	③
研修対象	事業実施主体(市町村) 認知症施策(初期集中)を担当する市町村担当者	チーム員(個人) 一定期間活動したチーム員個人	チーム 初期集中支援チーム(リーダー) ※チーム員 ※市町村担当者
研修目的	●市町村の認知症施策推進における初期集中支援チームの活用・管理	●チーム員(各専門職)の個々の活動スキル向上を図る	●チーム全体の活動力・運営技術の維持・向上を図る ※他チームとの横の連携 ※事例検討から経験値を向上
内容や教材検討における論点	・施策推進の評価項目として、認知症また初期集中支援がどの程度を占めるか ・老健事業による主体的・中心的なフォローアップ研修を企画・検討が適当か	・チーム員である専門職のスキル向上はチーム活動の積み重ねが中心 ・初期集中支援のフォローアップ研修として行うことが適当か	・チームが継続的に役割を果たすため、どのような研修内容が適当か ・都道府県による実施にあたり、教材等をどのように設定・準備するか
内容の想定	▶講義(認知症施策全体との関係において)	▶訪問支援・連携の技術向上のための講義 ▶事例検討やGW	▶様々な事例の検討(チームとしてのアプローチを中心に) ▶最新施策・情報の提供

フォローアップ研修の内容は委員会でも検討したがその前にだれに対してフォローアップ研修を行うのか、という点が議論された。チームを運用する行政なのか、チーム員個人なのか、あるいはチームなのかという点である。表に示すように対象によって、研修目的や必要とされる教材、研修内容がことになってくる。その中で多岐にわたる多職種それぞれの役割がある中で、集合研修としてチーム員個々の技術・知識の向上を目指すのも検討の余地が大きいとの議論があった。同じチーム員でも医師と看護師、精神保健福祉士と作業療法士では求められるものも追加して獲得すべき技術も当然異なることになる。

そこで市町村の認知症施策の中で機能することが重要であることに鑑み、「チームとして」のフォローアップが必要という結論に至った。具体的な研修の内容を規定するには至らなかったが、チームのマネジメント、活動の方向性、チームのパフォーマンス等にフォーカスした研修内容を検討することが必要であること、受講対象は、チーム員のリーダーなど1～2名、行政担当者、チームに協力する医師などが、1地域のセットとなるのが理想であることを確認し、まずは若いチームを対象に、事例検討の素材を提供することを試みることにした。

③ フォローアップ研修の実施

研修の実施主体は、都道府県が想定されるが、「県庁所在地で集合研修 1 回」では実効性に疑問も残る。そこでより多くのフォローアップ研修受講が可能となるように、実施要綱を定めることが重要である。受講対象は、チーム員のリーダーなど 1～2 名、行政担当者、チーム協力医などが、1 地域のセットとして参加するのが理想（研修目的・対象を考慮した丁寧な開催）である。研修内容としては 都道府県、市町村の施策の共有、自治体としてのバックアップの理解、そして事例検討がコンテンツになると考えられる。そのため、先行する（モデル事業に参加した）全国のチームから困難事例、介入が有効であった事例を収集、事例検討をしやすいようにブラッシュアップした事例集を作成した。

3) チーム活動の評価について

① チーム活動が地域のもたらす効果の測定

平成 30 年度からいよいよ全国でチーム活動が開始されるにあたっては、個別対象者の効果を把握するとともに、市町村、都道府県としてのチーム活動の効果を測定することが必要となる。そのための評価ツールとして自治体用のチェックリストを作成した。このリストの有用性についても検討していく必要がある。また市町村内のチーム配置（増設や予算配分など）についても、中期的なマネジメントが必要であらう。

② ツールの活用

自治体用のチェックリストの作成を試みた。ストラクチャーからアウトカムまでのチェック項目を一覧化して、自治体としてすべきこと（した方がいいこと）を提示することでチームのマネジメントをイメージしてもらうのが目的である。

また、本事業が継続的に提供している活動実績管理用のソフトウェアを、本年度は全市町村に配布した。実績報告としてのみではなく、日々の活動記録・管理に活用して頂ければ幸いである。

4) チーム活動の定着に向けて

各市町村において認知症初期集中支援チームの活動が定着していくことを目指して、これまで人材育成ツール（教材）や活動評価ツールを作成・提供を行ってきた。

今後は、都道府県単位で継続支援を行うための枠組み作りが必要であらう。これは本事業がなくてもチームを設置した市町村が継続的にチームを活用していくための仕組み、都道府県がそれを支援する仕組み、国がそれを把握する仕組みがいずれ必要となるからである。しかし、そのためには認知症初期集中支援チームが国民のために有用な仕組みであることも前提である。平成 30 年度からの 3 年間で正念場とならう。

平成 29 年度 厚生労働省老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**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
報告書**

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

平成 30 年 3 月
禁無断転載
