

## 平成 27 年度認知症初期集中支援チーム員研修資料

### 第 3 回(大阪)

平成 27 年 9 月 12 日(土)13:00～18:50

平成 27 年 9 月 13 日(日)9:00～16:00      サンライズビル大阪イベントホール

1. 平成 27 年度認知症初期集中支援チーム員研修テキスト(137 頁)  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
2. **資料 1** 初期集中支援チームの役割(10 頁)  
厚生労働老健局認知症・虐待防止対策推進室 真子 美和
3. **資料 2** 地域包括ケアシステムと認知症施策(15 頁)  
厚生労働老健局認知症・虐待防止対策推進室 真子 美和
4. **資料 3** 初期集中支援チーム 支援の進め方(57 頁)  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 鷲見 幸彦
5. **資料 4** 認知症の総合アセスメント(78 頁)  
東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 栗田 圭一
6. **資料 5** 認知症と身体アセスメント(20 頁)  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 鷲見 幸彦
7. **資料 6** 初期集中支援における具体的な活動(41 頁)  
世田谷区高齢福祉部 介護予防・地域支援課 高橋 裕子
8. **資料 7** 初期集中支援における具体的な援助(20 頁)  
全国訪問看護事業協会 事務局長 宮崎 和加子
9. **資料 8** 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造(30 頁)  
兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井 孝子
10. こんなカン違いや思い込みをいませんか？  
認知症の方を介護するご家族のためのガイドブック
11. 認知症の人とのファーストコンタクトヒント集～4 つの視点で把握する～



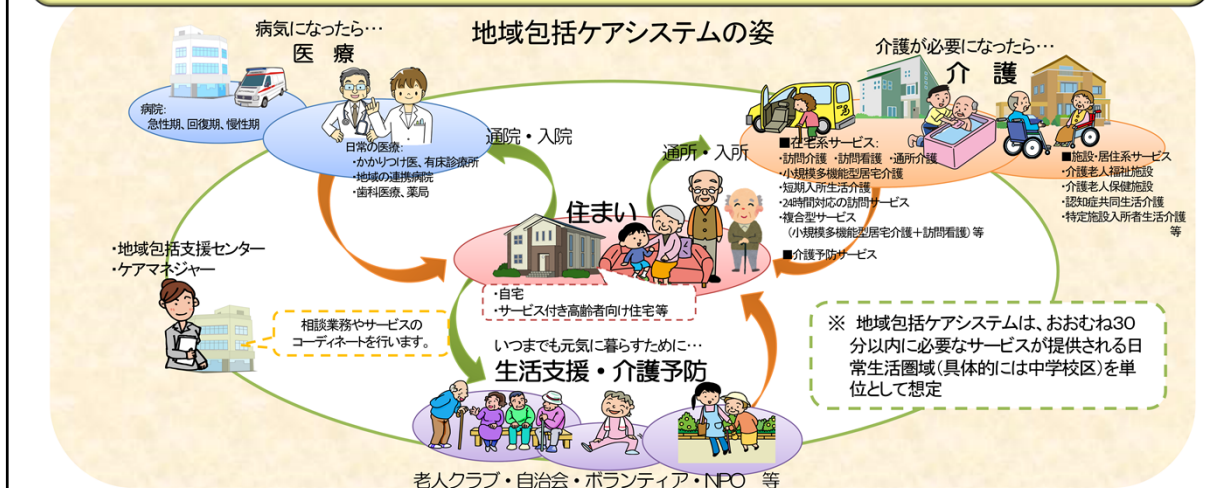
# 地域包括ケアシステムと認知症施策

厚生労働省老健局認知症・虐待防止対策推進室

真子 美和

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



## 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加  
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒(新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

### 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

### 七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

## 【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
  - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
  - ✓ 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:20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。  
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

## I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

### ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

- 新・認知症への社会の理解を深めるための**全国的なキャンペーン**を展開  
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

### ② 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、**認知症サポーターが様々な場面で活躍**してもらうことに重点を置く
- 新・認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 600万人 ⇒ 新プラン: 800万人

### ③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- 学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
- 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
- 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

## Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

### 【基本的考え方】

- 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供

発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階

- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

### ① 本人主体の医療・介護等の徹底

### ② 発症予防の推進

### ③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- 新 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- 認知症疾患医療センター等の整備
- 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

#### ④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 新 看護職員の認知症対応力向上 ・認知症リハビリテーションの推進

#### ⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- 新 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

#### ⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

#### ⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ 医療・介護関係者等間の情報共有の推進
- 新 ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示  
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

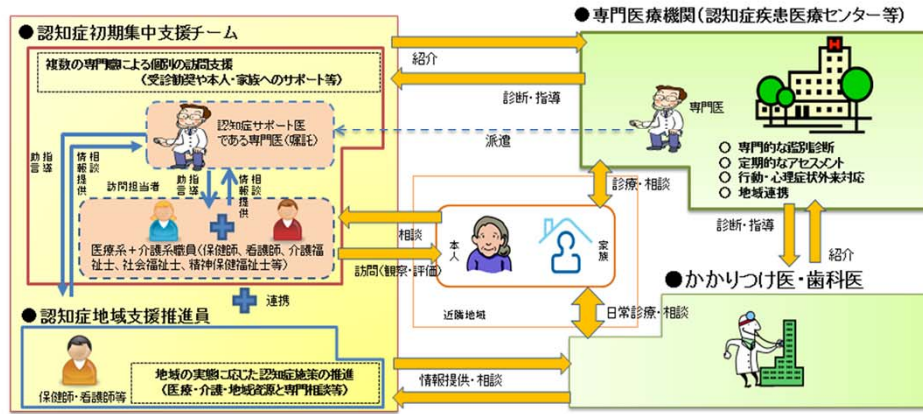


## 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症初期集中支援チームの設置＞

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。

このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業

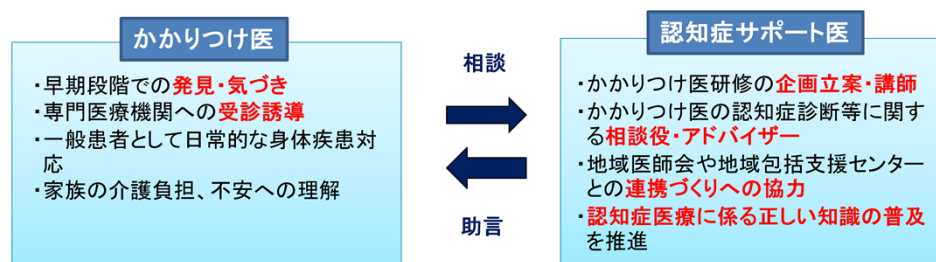
【実績と目標値】 2014(平成26)年度 41市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<かかりつけ医・認知症サポート医等>

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】



【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医: 2013(平成25)年度末実績 38,053人 ⇒ 2017(平成29)年度末 60,000人  
認知症サポート医: 2013(平成25)年度末実績 3,257人 ⇒ 2017(平成29)年度末 5,000人

### Ⅲ 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- ・ 都道府県の相談窓口に支援関係者のネットワークの調整役を配置
- ・ 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

### Ⅳ 認知症の人の介護者への支援

#### ① 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】(目標新設)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

#### ② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

#### ③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備  
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

## 4 認知症の人の介護者への支援

### <認知症の人の介護者の負担軽減> <介護者たる家族等への支援>

- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進。
- また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

- 1～2回/月程度の頻度で開催(2時間程度/回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
  - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
  - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
  - ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
  - ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

【事業名】 認知症地域支援・ケア向上推進事業

【目標値】 2013(平成25)年度 国の財政支援を開始⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施

新

## V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

### ① 生活の支援(ソフト面)

- ・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
- ・新しい介護食品(スマイルケア食)を高齢者が手軽に活用できる環境整備

### ② 生活しやすい環境(ハード面)の整備

- ・多様な高齢者向け住まいの確保
- ・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
- ・バリアフリー化の推進
- ・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

### ③ 就労・社会参加支援

- ・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
- ・若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援(障害福祉サービス)

### ④ 安全確保

- ・独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備
- ・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
- ・詐欺などの消費者被害の防止
- ・成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- ・高齢者の虐待防止

新 VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

- ・ 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- ・ 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ・ ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ・ ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

新 ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施 (再掲)

新 ② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- ・ 認知症の人が必要と感じていることについて**実態調査**を実施  
※ 認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。
- ・ 認知症の人の**生きがいづくりを支援**する取組を推進

新 ③ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画

- ・ **認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映** させるための好事例の収集や方法論の研究

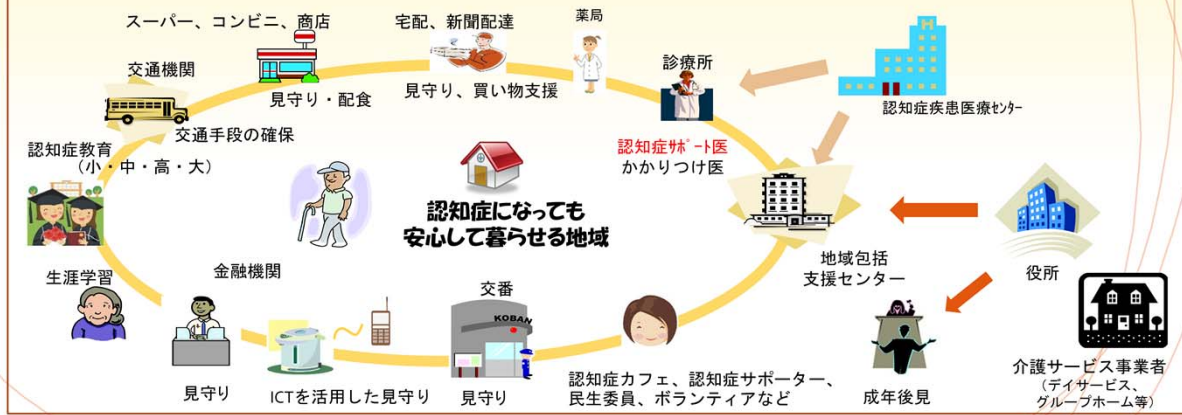
## 終わりに

- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取組みが必要。  
⇒ 関係省庁の連携はもとより、行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められる。
- 認知症への対応に当たっては、常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。
- 認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではない。  
⇒ コミュニティーの繋がりがその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要。
- 認知症への対応は今や世界共通の課題。  
⇒ 認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。
- 本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検。  
○ 医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指す。  
⇒ これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の不断の見直しを実施。

# 社会全体で認知症の人びとを支える

○ 社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。

(イメージ) 地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人びとを含めた高齢者を支えていくことが必要。



市町村が中心となって日常生活圏域等で認知症の人びとの見守り等を含めた自助・互助のネットワークを作る

関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開



認知症初期集中支援チーム研修会

# 認知症初期集中支援チーム －支援の進め方－



国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター  
鷺見幸彦

# 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

## 基本的考え方

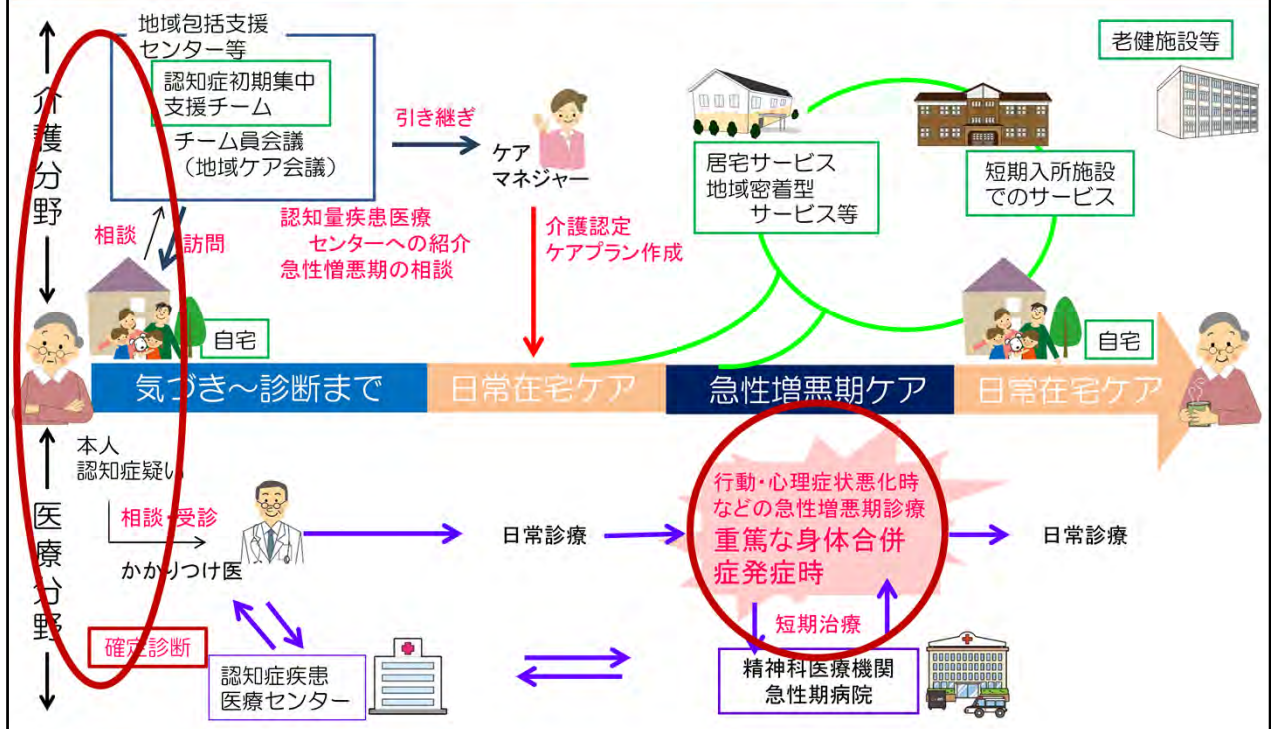
**認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。**

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等の提供**
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい**地域づくりの推進**
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、**介護モデル等の研究開発の推進**
7. **認知症の人やその家族の視点の重視**

平成27年1月27日に新しい認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が提示された。平成26年11月におこなわれた先進8か国会議で認知症問題が取り上げられたことを背景に、認知症対策を省庁横断的に国家対策として取り組むことを示したものである。大きく7つの柱からなるが、認知症初期集中支援チームはこのうち、2. 認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等の提供**と、4. 認知症の人の介護者への支援の柱として取り上げられ、新オレンジプランのなかでも重要な試みとして位置づけられている。

# 認知症 ケアパスの概念図



認知症において、なぜケアパスが必要か

認知症は、病気の進行によって症状が変化する→症状によって、必要な医療・介護が異なる。

そのため症状・病期によって、誰がどのように支援をするかを明確にしておく必要がある。

自治体/介護保険者が取り組む必要があるのは<地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定>である。

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けられるのか、具体的な機関名やケア内容等を、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示する。

この流れの中で多くの地域で問題となっているのが急性増悪期の対応と、また医療にも介護にもかかれていない時期の認知症の人への対応である。

初期集中支援チームは地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、認知症ケアパスの起点に位置づけられる。

## 認知症初期集中支援チーム創設の背景

- 1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療やケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が多い。

モデル事業を開始するにあたって、創設の背景になった、医療介護の分野からの意見である。これまでのように受診を待つ受け身の対応では限界があることを示している。

# 認知症初期集中支援チーム

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及び  
その家族を訪問し、アセスメント、家族  
支援等の**初期の支援を包括的・集中的**  
**(おおむね6ヶ月)**に行い、自立生活の  
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



**配置場所** 地域包括支援センター等  
診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁

## 【対象者】

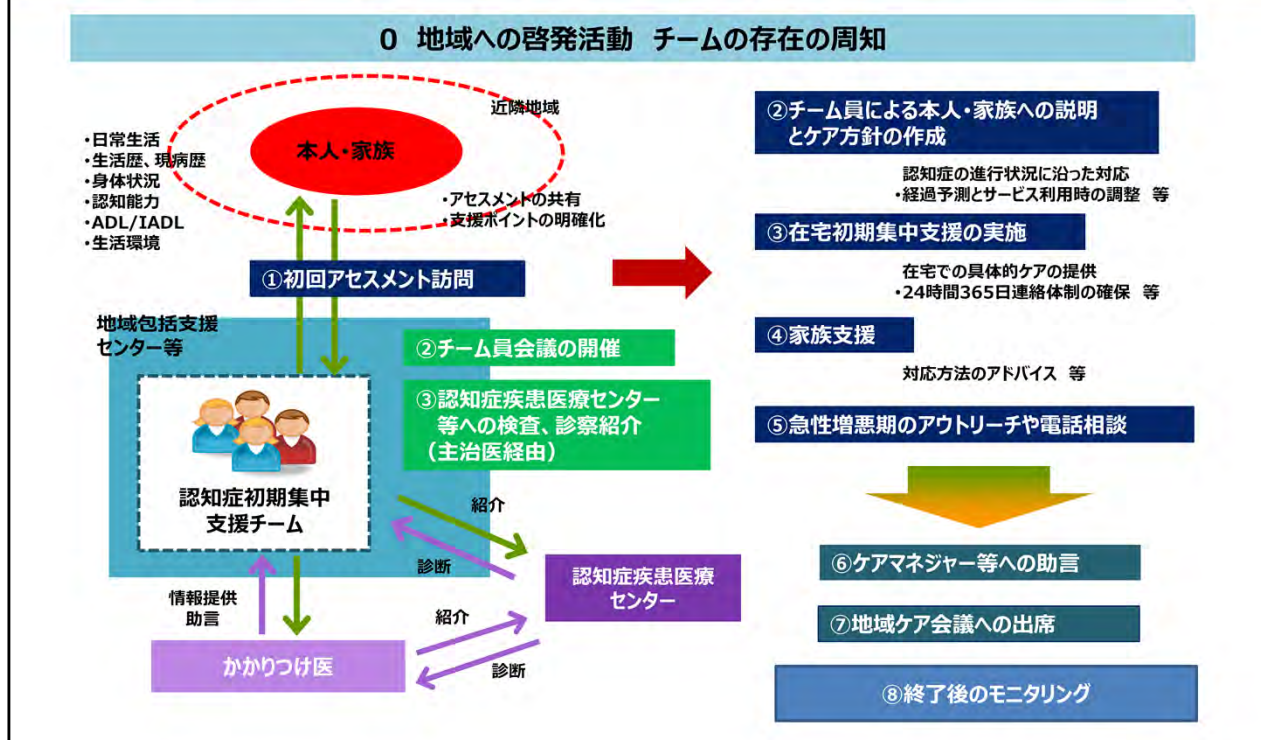
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ  
認知症が疑われる人又は認知症の人で  
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、  
または中断している人で以下のいずれかに  
該当する人  
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人  
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人  
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人  
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・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

認知症初期集中支援チームの概要を示す。ポイントは複数の専門職が、認知症の人や家族をこちらから訪問するということ。

この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味ではなく、初動 first touchを意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。

# 認知症初期集中支援の流れ（イメージ）



全体の活動の流れをイメージ図で示した。①から⑦の流れですすめ、適切な医療やケアにつなげていく。これらの活動の前提として重要なのは 0 で示した地域への啓発活動、チームの存在の周知であり、これなくしては依頼そのものがでてこないことになる。もう一点特記すべきは⑧に示した終了後のモニタリングで、引き継いだあとも継続して医療やケアをうけているかどうか、本人、家族に定期的に確認を行うことが求められている。引継終了が役割終了ではない。

## 普及啓発（広報活動）

このような支援チームがあることを  
あらゆる手段を用いて  
地域に周知する必要がある

**各団体への  
働きかけ**

**市町村での  
認知症に関する  
普及啓発活動の  
推進**

早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための広報活動は極めて重要である。

このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に知っていただく必要がある。対象となる関係機関や団体としては医療機関、介護サービス事業所、医師会、ケアマネジャーの団体、家族の会、地域住民などがあげられる。

普及啓発の手法としては説明会やセミナーの開催、巡回説明会の開催、会報や紙面での紹介が考えられる。

あわせて市町村での認知症に関する普及啓発活動への積極的な取組みが重要であり、あらゆる世代を超えた住民に対する普及啓発活動の実施や、わかりやすい媒体の作成や認知症に関する情報を伝えるための工夫、をすることになる。具体的な普及啓発、研修の推進のための手法としては普及啓発用の媒体（パンフレット）の作成、配布の実施、サポーター養成講座の積極的開催、認知症の人や家族の体験に触れる機会を持つなどがある。

## どのような人が対象となるのか

### 年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、 在宅で生活している人

- 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
- 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例

対象者は年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している者とした。40歳以上とすることで若年性認知症も対象となる。一方で精神疾患の混在が避けられないため鑑別が必要となる。

具体的な関与すべき対象者は

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

である。チームのサービス許容量を超えて対象者がいる可能性があるがその場合には、地域の資源の実情に応じて、以上の項目に留意し対象者の優先度を決定する。



## 対象者の把握

### 地域包括支援センターが入手した情報が主体

- **情報を待つ**

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

- **情報を取りに行く**

二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例）要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定

このような対象者をいかに把握できるかは極めて重要であるが、対象者を把握するための手段、方法は各地域の実情によってさまざまであろうことが推察される。一般的には把握の主体は地域包括支援センターが入手した情報であることが多い。地域包括支援センターにおける把握に至る経路は多様である。例に示すようなあらゆる経路やあらゆる機会をとおして、地域の実情に応じて本事業の対象者を把握することになる。

その場合に地域包括支援センターに情報がくるのを待つ受動的把握（例 本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等）と二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例の選定）、要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定等を利用する能動的把握がありうる。

## 認知症初期集中支援チーム設置の要件

● **事業の実施主体** 市町村

● **チームの設置場所** 市町村

ただし、地域包括支援センター、  
訪問看護ステーション、診療所等に委託可能

● **設備要件**

対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設

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

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

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

## 認知症初期集中支援チーム設置の要件（2）

### ● チーム員の人員配置要件

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

- 1 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者
- 2 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

### ● チームの活動体制

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員\*1と介護系職員\*2それぞれ1名以上で訪問する。
  - 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。
  - チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。
- \*1 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等 \*2 介護福祉士、社会福祉士等

#### 【チーム員の人員配置要件】

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

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

#### 【活動体制】

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員\*1と介護系職員\*2それぞれ1名以上で訪問する。
- 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。
- チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

\*1 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等

\*2 介護福祉士、社会福祉士等

## モデル事業との変更点 医師以外の専門職の要件

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、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
- ・認知症ケアの実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- ・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

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

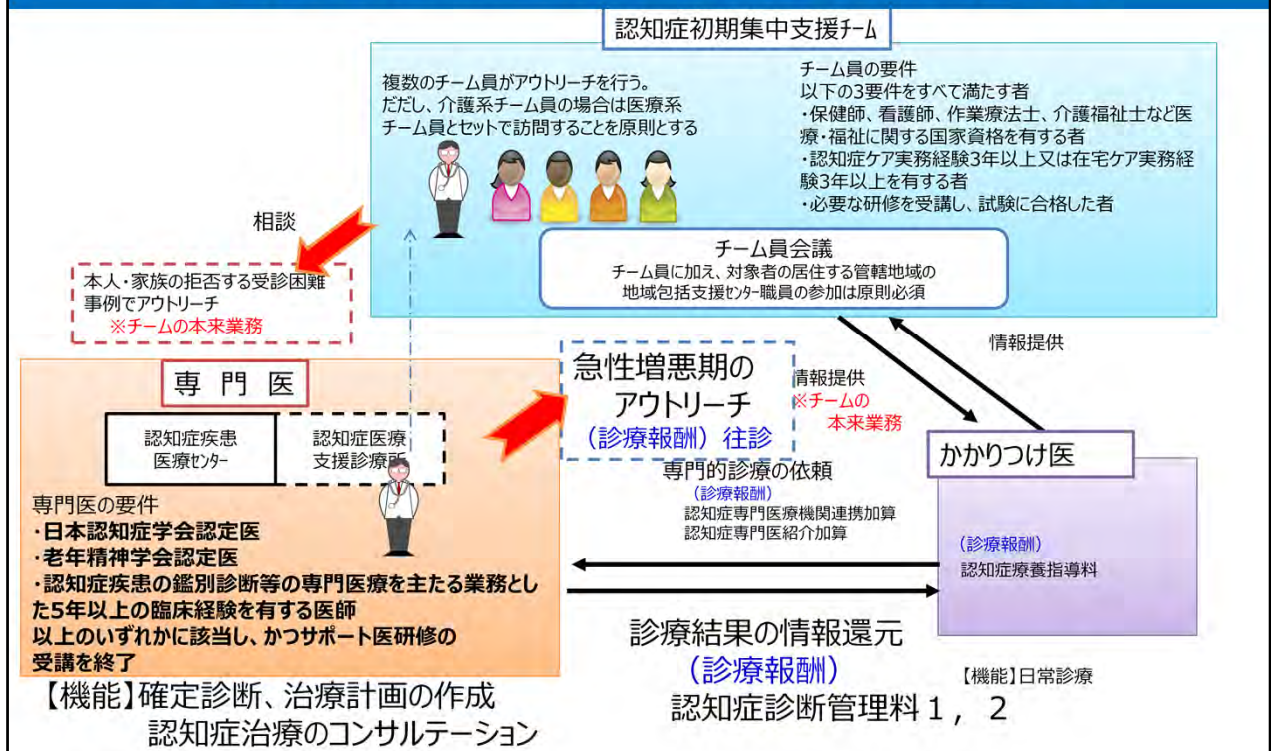
- ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- ・認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

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受講内容をチーム内で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**

地域支援事業に移行するにあたって、要件の変更がおこなわれた。スライド下線部分に変更点である。これは1741市町村に広く研修を行うが、一つの行政単位に複数の支援チームがあることがあり、全員参加を義務づけた場合に、研修がおいつかないという問題があるからである。一方チーム員の質の確保はきわめて重要であり、受講したメンバーが十分な伝達講習ができるようにする必要がある。

# 認知症初期集中支援チームの専門医の関与



初期集中支援チームに専門医はどのように関与することが求められているのでしょうか。

まず第一に最も重要な役割は認知症の診断と治療計画の作成である。またすでに診断のついている場合は、治療のコンサルテーションを受けることも求められる。

第二に対象者にかかりつけ医が存在する際には、かかりつけ医に認知症の状況を情報提供する。専門医が認知症疾患医療センターにいる場合には、かかりつけ医から専門診療を依頼する形にすることによって診療点数上のメリットも生じる。

第三の役割は急性増悪期に直接患者の自宅を訪問することがあるが、モデル事業では実際に自宅を訪問する機会は少なかったと報告されている。これらの検討をするためにチーム員会議への参加が求められる。

## モデル事業との変更点チーム員医師の要件について

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、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

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、当分の間、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。）

医師の要件も変更になった。専門医に関しては、今後5年以内にサポート医研修を受講する予定のあるものも可とし、一定の猶予が与えられた。

また認知症サポート医に関しては、「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」が緩和され、「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。）」と改訂された。

## 初回家庭訪問の実施（１）

- 複数で訪問
- 訪問所要時間はおおむね2時間以内

訪問時のチーム員人数は複数以上とする。2-3名が望ましい。これによって本人と介護者から同時に情報をえたり、一人が直接対応し、一人が記録や室内の様子を観察したりできる。また安全上の問題もクリアできる。

訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とする。本人、家族の了解があれば、2時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮し、また短時間で複数回の訪問により関係を築くことが効果的であることも考慮する。

## 初回家庭訪問の実施（２） 訪問時の留意点と記録

- 1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有の出来る仕組みを確保する
- 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問する
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行う
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応を想定しておく
- 7) 対象者の台帳を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため記録の保管方法は慎重に考慮

### 訪問時の留意点及び記録

#### 訪問時の留意点としては

- 1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有の出来る仕組みを確保すること
- 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行うこと
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応としては、実施主体である行政（保健師等）の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった方法を取り、対応方法について各関係機関と協力のうえ、支援を図ることが有用である。家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築であり、これなくしては次のステップには進めない。以下の説明を行いながら信頼関係の構築をはかる。
  - ①チームの役割の説明
  - ②個別支援内容の項目（家族のいる場合、独居の場合）
  - ③チーム員の役割分担
- 7) 対象者の台帳を作成し、個別記録を作成する。  
高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に考慮されるべきである。



## 情報収集-どのような情報を得るのか-

### 情報収集の項目

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

### 情報収集の項目

まず情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、ケアマネジャー、その他）は誰なのかが重要である。また同時にどの程度認知症のひとと接する時間、時間帯があるのかを調べておく。

基本情報としては、本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）

家族等の状況、現病歴、既往歴、これまでの経過、生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人・家族の思い、希望、利用しているサービス、生活障害の項目（IADL、ADL、その他）、認知機能の項目、身体状況の項目などである。生活障害、認知機能、身体状況については後に述べる

## 情報収集-情報収集時の留意点ー

原則、本人や家族からの情報を基本とする。

これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合



要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認

**同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失**

情報収集時の留意点は原則、本人や家族からの情報を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合は、要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認することが大切である。同じ質問を何度も繰り返して聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく時間の無駄も大きい。上記情報の共有のできるしくみを自治体内で検討し無駄のない調査項目に整理することが求められる。

## なにを評価するのか

1. 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツール
  - DASC
  - DBD13（認知症行動障害尺度）
2. 家族の介護負担を判定するツール
  - Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版の導入（スコアによる数値化が可能）
3. 身体状況のチェック
  - 初回訪問時の身体状況のチェック
  - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
  - 医療情報（検査データ、薬剤処方 など）
4. 居住環境のアセスメント
5. 家族の介護対応力のアセスメント
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性のアセスメント

認知症の包括的アセスメントの内容を示す。アセスメントツールとしてはできるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性が確立している評価尺度を用いている。

モデル事業では、認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとして栗田らの開発したDASCを、認知症にともなう行動障害を評価するためにDBD13（認知症行動障害尺度）を用いる。

家族の介護負担を判定するツールは、スコアによる数値化が可能なZarit介護負担尺度日本語版の短縮版を導入した。身体状況のチェックではDASCやDBDを行うことで同時に評価できるように工夫してある。医療情報（検査データ、薬剤処方など）も随時収集する。その他居住環境、家族の介護対応力のアセスメント、本人、家族の意向とニーズ、自立の可能性のアセスメントを行う。

## モデル事業との変更点 観察評価票について

また、以下の観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。なお、以下の観察・評価票に加えて、他のものを利用することは差し支えない。

＜観察・評価票＞

- ・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(Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System :DASC)
- ・認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 13)
- ・Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目(Zarit Burden Interview: J-ZB1\_8)
- ・身体の様子チェック票

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

本事業では観察評価・項目については特に限定せず、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票であれば、その地域でこれまで使用してきた指標を使用してよいことになった。

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

### <長所>

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

### <課題>

- 言語機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない

栗田の図を改変

モデル事業で使用した地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント(DASC : Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System)の利点をあげた。

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

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

### 参考文献

1) : 粟田主一. 東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム (認知症・うつ予防と介入の促進)

## DBD13

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

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

DBD : Dementia Behavior Disturbance Scale (認知症行動障害尺度) は、認知症に伴う行動面での様々な異常を観察によって評価する尺度である。28項目からなるが初期集中支援チームではできる限り簡素化するために町田らが開発した13項目版 (DBD13) を使用する。

### 参考文献

- 1) 町田綾子 日老医誌 2012 : 49 : 463-567

## Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版

### The Short Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

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

Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版The Short Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview : J-Zarit\_8

Zarit Burden Interview (Zarit介護負担尺度日本語版) は最も標準的な介護負担尺度としてしられており、本来23項目からなる。これも短時間で簡略に評価できる8項目の短縮版を採用している。

#### 文献

1) 荒井由美子ほか : Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-Zarit\_8) の作成 : その信頼性と妥当性に関する検討. 日老医誌 41 : 204-210, 2003



## ー 身体の様子をチェック ー

### 1. 全身観察

- ①身体機能 移動・運動能力がわかりやすい 視力 聴力も
- ②コミュニケーション能力 会話が成立するか
- ③衛生状態 服装 皮膚の状態から
- ④栄養状態 るい瘦 肥満
- ⑤摂食状態
- ⑥排泄状態
- ⑦睡眠状態 まずは日昼おきていられるか
- ⑧精神状態 平静 興奮 うつ状態 など

### 2. 基礎データ

バイタルサインのチェック（血圧、脈拍、体温、呼吸数）と  
身体測定（身長、体重）

①から⑧までを観察する。詳細な観察は次のステップとなるのでこの時点ではまず全体的な把握に努めるようにする。すべてを初回にチェックする必要はなく、2回目以降にチェックしたり、初回で気になった点は2回目以降で詳細に検討する。詳細は別項で述べる。

## 初回訪問時の支援内容

1. 認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明  
－ チームができることについてわかりやすい提示
2. 基本的な認知症に関する情報提供
3. 専門医療機関への受診が本人、家族にとってメリットがあることについて説明
4. 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについて説明

以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施

5. 本人への心理的サポートとアドバイス
6. 家族への心理的サポートとアドバイス
7. 具体的な各機関との連絡調整



初回訪問における基本的支援内容を示す。

まず認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明をチームができることについてわかりやすく提示して示すことが必要である。

その後に基本的な認知症に関する情報提供、専門医療機関への受診が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのか、介護保険サービス利用が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのかを説明する。

具体的な説明用のツールを用意する。初回はまず認知症初期集中支援チームについて知ってもらうことを最優先する。流れの中で本人への心理的サポートとアドバイスや家族への心理的サポートとアドバイス、具体的な各機関との連絡調整にまで進むことも起こりうるが、個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施する。

## チーム員会議の開催

<b>いつ行うのか</b>	初回訪問終了後 <b>必須</b> 介護保険サービス引継ぎ前 <b>必須</b> その間は随時
<b>メンバー</b>	認知症専門医を含むチーム員 <b>必須</b> 必要に応じて 地域包括支援センター職員 かかりつけ医、担当する介護支援専門員、市町村関係課 等
<b>会議の内容</b>	アセスメント内容の総合チェック  専門医療機関への紹介の必要性の検討、 受診に向けた適切な方法の検討 本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言  初期集中支援計画の検討

初回訪問後にチーム員会議を行う。初回チーム員会議の果たすべき機能は、まずアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者および介護者に対してどのような医療、介護が必要かをマネジメントする。そして初期集中支援計画を立案する。初回会議の参加者は認知症専門医を含むチーム員と対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員が必須であり、必要に応じてかかりつけ医や担当するケアマネジャー、市町村関係課職員を招集する。同様の会議は随時行われるが、介護保険サービスへの引継ぎ前には必ず開催する。

チーム員会議の様式、記録の作成と保管を各地域の実情に合わせた形で行う。

## 初期集中支援の実施

### 初期集中支援の内容

1. 受診勧奨・誘導
2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導
3. チーム員による支援
  - 本人・家族への教育的支援
  - 重症度に応じたアドバイス
  - 身体を整えるケア（身体状況のチェックから：水分摂取、食事摂取、排泄、運動など）
  - 生活環境の改善
  - 継続的な医療支援
  - 服薬管理
  - 介護保険サービスが必要な場合の調整
  - 介護保険サービス以外の社会資源の活用
  - 権利擁護に向けた調整

初期集中支援の内容は、まず受診勧奨・誘導である。認知症かどうかの診断がつかない状態では適切な介護計画は立てられない。チーム員会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けをおこない、受診に至るまで支援を行う。ある程度診断がついたところで介護保険サービスの利用の勧奨・誘導を行う。本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。そしてチーム員による直接支援が加わる。具体的な支援内容としては、本人・家族への教育的支援（参考）敦賀温泉病院チェックリスト、重症度に応じたアドバイス（参考）生活支援アンケートから既存資料あり）、身体を整えるケア（身体状況のチェックから：水分摂取、食事摂取、排泄、運動など）、生活環境の改善、継続的な医療支援、服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整を行う。

初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、最長で6ヶ月をめぐりに支援の達成を目指す。6ヶ月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ。

支援の頻度はとくに定めないが、個別事例に応じた支援頻度を設定し、内容はチーム員会議で確認する。

## 初期集中支援時の媒体 -何を使って指導するか-

### 1. 基本的な情報

認知症について  
認知症の行動・心理症状について  
治療について  
家族の対応について

### 2. 地域の特性に合わせた情報

医療情報、医療資源、人材  
介護サービス資源について  
インフォーマルなサービス など



**地域の最新の情報の収集が必要**

前の項目で示したように、本人、介護者にわかりやすい、説明用のツールが必要となる。  
どのような項目の説明ツールが必要かを列挙する。

基本的媒体としては、認知症とはいかなる病気であるかを説明する。治療や家族の対応に関する説明はすぐにでも必要である。行動心理症状に関する説明も時期を見て行っておく必要がある。同時に重要なのが、その地域の特性に合わせた情報でその地域の医療情報、医療資源、人材に関する情報、介護サービス資源、インフォーマルなサービスに関する情報は極めて有用である。支援チームはこれらの最新の情報を常に更新して所有していることが必要になる。

## 初期集中支援の終了

### チーム員会議にて判断

訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなど判断された場合に、終了



### 通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定

地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設定。

初期集中支援の終了については、訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、認知症初期集中支援チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなどがチーム員会議の場において判断された場合に、終了することとなる。

なお、初期集中支援の終了が、通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定されるため、実施要綱上においても、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設けている。

## 例) 介護保険サービスへの引継ぎ

### 1. 引継ぎ方法

- ① 対象者の自宅への同行訪問
- ② チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加
- ③ チーム員によるケアプラン作成時への支援
- ④ チーム員がサービス調整会議へ参加する

### 2. 引継ぎ内容

基本情報

アセスメント内容

支援目標・内容

これまでの関わりの経過

⇒ 情報を引き継ぐための様式の整備が必要

初期集中支援が終了したのちには、介護保険サービスへの円滑な引継ぎが求められる。  
チームからの引継ぎは、以下の4つの方法が考えられる。

- ①対象者の自宅への同行訪問
- ②チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加
- ③チーム員によるケアプラン作成時への支援
- ④チーム員がサービス調整会議へ参加する

引継ぎ内容は、基本情報、アセスメント内容、支援目標・内容、これまでの関わりの経過等であるが、これらの情報を引き継ぐための一定の手段、書式が必要となる。

## 引き継ぎ後のモニタリング

1. モニタリングの実施主体：認知症初期集中支援チーム
2. モニタリングの間隔：（モデル事業では原則として2ヶ月毎）
3. モニタリングの方法  
本人宅への訪問の実施  
引継ぎケアマネジャーへの聞き取り等
4. モニタリングの内容  
経過におけるアセスメントに基づく課題と支援計画の妥当性  
家族の負担度  
認知症に関する本人の状態像の変化  
改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか  
関係機関との情報共有状況等  
⇒ **結果をケアマネジャーに報告、助言**

初期集中支援チームの役割は引継ぎで終了するわけではない。引継いだ対象者が医療、介護サービスを継続できているかをモニタリングする必要がある。

モニタリングの方法、期間は確定したものではないがモデル事業では原則として2ヶ月毎とする。実施主体は認知症初期集中支援チームである。モニタリングの方法としては本人宅への訪問の実施、引継ぎケアマネジャーへの聞き取りなどがあり、継続がうまくいっていない場合にはケアマネジャーに報告、助言する。モニタリングの内容は経過におけるアセスメントに基づく課題とケアプラン内容の妥当性、家族の負担度の変化。

認知症に関する本人の状態像の変化、改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか、関係機関との情報共有状況などである。これまでこのようなサービスのモニタリングは行われておらず、新しい試みである。



# 収集データによる「チーム指標」

	チームデータ項目 (自動作成)	計算式
(チーム情報より)	1 相談事例数計	「①認知症相談件数」の合計
	2 対象者把握数計	「②対象者把握数」の合計、2/1
	3 高齢者人口10万対把握人数	「②対象者把握数」の合計÷「うち、高齢者数」×10万
①情報収集	4 性別	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	5 年齢階級	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	6 世帯状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	7 把握ルート	回答別件数、構成割合
	8 障害自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	9 認知症自立度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	10 重症度	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	11 介入時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	12 介入時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	13 介入時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	14 困難事例該当状況	「該当する」件数、割合(CSVのみ)
	15 主治医有無	回答別件数、構成割合
	16 受診拒否割合	回答別件数、構成割合
	17 介入時の認知症診断状況	回答別件数、構成割合
②アセスメント	18 DASC実施件数	値あり件数、18/対象者数
	19 DASCスコア	範囲別件数、構成割合、平均値
	20 徘徊リスク人数	「リスクあり」件数、20/18
	21 DBD実施件数	値あり件数、21/対象者数
	22 DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
	23 Zarit実施件数	値あり件数、23/対象者数
③初回訪問支援	24 Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値
	25 初回訪問実施件数	日付あり件数、25/対象者数
	26 高齢者人口10万対初回訪問人数	「訪問日付(1回目)に値がある件数」÷「うち、高齢者数」×10万
	27 1事例あたり「把握」～「初回訪問」日数	範囲別件数、平均値、構成割合

平成26年度のモデル事業では全国から情報を収集するためのソフトを開発し配布した。

制作趣旨は、チーム活動の主要な指標について、統一的な定義・ルールに基づいたデータとして効率的に収集する、ことに置いた。また、検討のプロセスとしては、①収集すべき指標の検討、②そのために収集するデータ項目を決定、③項目は、数値的把握が可能かつ、操作の簡易性、実務との連動性などに配慮する、というものであった。チーム指標は、具体的な認知症初期集中支援の活動の流れに沿って、①情報収集、②アセスメント、③初期訪問支援、④チーム員会議、⑤初期集中支援、⑥サービス引継、⑦モニタリング、⑧費用、に分けて整理した。

25年度の収集項目をベースに、その取りまとめの際に必要なと考えられた新たな項目を加え、55項目を設定している。なお、項目には、地域ないしチームとしてのデータ、支援対象者となる個別の活動から得られるデータ、その両者の計算により得るデータがある。

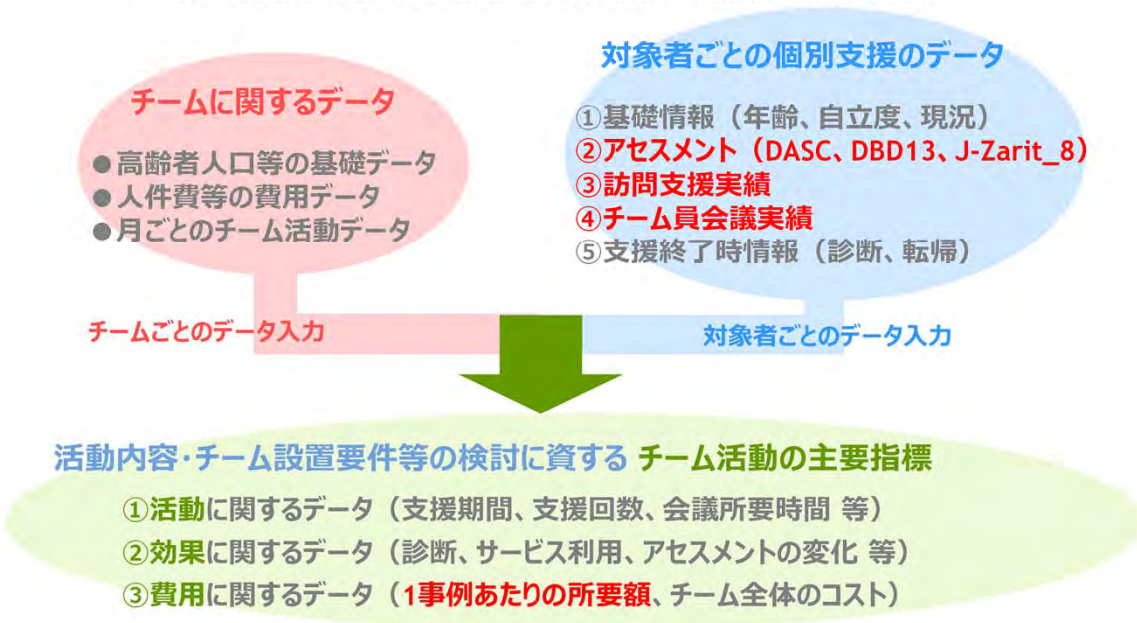
# 収集データによる「チーム指標」(続き)

④チーム会議	28	チーム会議の開催回数	④チーム会議開催回数
	29	1会議あたりの所要時間	③会議の総所要時間(分)÷④チーム会議開催回数
	30	1会議あたりの取扱件数	⑥会議の総取扱件数÷④チーム会議開催回数
	31	1事例あたり「初回訪問」～「会議」日数	範囲別件数、平均値、構成割合
	32	1事例あたり会議回数	「会議実施日付」に値がある件数の合計÷対象者の人数
	33	1事例あたり所要時間	「会議所要時間」の値の合計÷対象者の人数
⑤初期集中支援	34	1事例あたり支援期間	範囲別件数、平均値、構成割合
	35	1事例あたり訪問回数	「訪問日付」に値がある件数合計÷対象者の人数
	36	訪問延回数	「訪問日付」に値のある件数合計
	37	医療サービスにつながるまで日数	「把握日付」～「医療引継日付」迄の日数÷対象者の人数
	38	終了時)医療利用状況	回答別件数、構成割合
	39	介護サービスにつながるまでの日数	「把握日付」～「介護サービス引継日付」迄の日数÷対象者の人数
	40	終了時)介護サービス利用状況	回答別件数、構成割合
	41	終了時)要介護認定状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	42	終了時)認知症診断状況	回答別件数、構成割合
	43	終了時)認知症以外の疾患	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	44	認知症診断の導入割合	「診断有無」が「あり」÷「過去診断有無」が「なし」の対象者数(%)
	45	認知症診断の確定割合	「診断病名(その他以外)」÷「診断有無」が「あり」の対象者数(%)
46	終了時)DASスコア	範囲別件数、構成割合、平均値、46がある人の19平均値との差	
47	終了時)DBDスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、47がある人の22平均値との差	
48	終了時)Zaritスコア	範囲別件数、構成割合(CSVのみ)、平均値、48がある人の24平均値との差	
⑥サービス引継	49	医療の引継状況	回答別件数、構成割合
	50	介護サービスの引継状況	回答別件数、構成割合
	51	支援終了(転滞)	回答別件数、構成割合
⑦モニタリング	52	モニタリングまでの期間	「終了日付」～「初回モニタリング」の日数合計÷対象者数(両日付ありのみ)
	53	不適切な経過 該当状況	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
	54	総合評価	回答別件数、構成割合(CSVのみ)
⑧費用	55	対応所要額平均	「費用」の合計÷対象者数【費用が計算されている人のみを対象】

前のスライドからの続き。

# データ収集の必要性と方法

制作趣旨：チーム活動の主要指標について、統一的な定義・ルールに基づいたツールによって、個別の支援プロセスに沿った実績データを効率的に収集する



これらの指標を算出するために必要な専用プログラムを検討する際には、大きく「チーム・地域に関する入力項目」と「対象者ごとの個別支援の入力項目」の2つに分け、それぞれを個別の計算式を設定することから、必要となる、①活動に関するデータ、②支援効果に関するデータ、③費用に関するデータとして集計分析するプロセスを検討した。

具体的には、「チーム・地域に関する入力項目」は、高齢者人口等の基礎データ、チーム員の1時間あたり人件費のデータ、月ごとのチームとしての活動データ（チームとしての訪問回数、チーム員会議回数など）とした。また、「対象者ごとの個別支援の入力項目」は、対象者の年齢や認知症日常生活自立度などの基本情報、アセスメントの結果、訪問支援内容（時間や担当職種、個別の支援内容などは除く）、チーム員会議（取扱時間）、支援終了時の状況、とした。

①活動に関するデータは、チームとしての活動状況、対象者ごとの訪問回数、会議所要時間、支援期間などの指標を示す。②効果に関するデータは、アセスメント、診断、サービス利用等の把握・介入時と支援終了時の比較を示す。③費用に関するデータ、すなわち、対象者1人あたりの所要額は、全体の統一性を図る観点から、「訪問支援の人件費」と「チーム員会議に係る費用」を共通の積算データとし、それにかかる各入力項目から算出することとした。なお、この点については、チーム活動の基礎費用（車両費等のその他管理費）は含めないなどの検討を行った。

# 実績報告プログラム(H26)入力画面 ①チーム情報

チーム情報編集-【認知症初期集中支援実績報告用プログラム】

基礎情報		
市町村名	初期集中市	
担当エリア内人口	60,000	H26.4.1現在
うち、高齢者数	13,000	H26.4.1現在 満65歳以上
うち、認知症高齢者数	2,500	H26.4.1現在 認知症自立度Ⅱ以上
チーム設置形態(母体)	地域包括支援センター	

費用関連情報		
職種	単価	備考
医師	6,000 円/時間	
保健師	4,500 円/時間	
看護師	4,000 円/時間	
作業療法士	3,200 円/時間	
社会福祉士	3,000 円/時間	
介護福祉士	2,500 円/時間	
精神保健福祉士	2,800 円/時間	
その他職種①	2,900 円/時間	臨床心理士
その他職種②	円/時間	
その他職種③	円/時間	

チーム会議の平均費用 11,000 円/時間

チーム活動情報(月次)											
項目	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計	備考
①認知症相談件数			35	0						35	チームが対応した相談以外も含む
②対象者把握数			17							17	チームによる把握数
③初回訪問実施件数			9							9	
④チーム会議開催回数			3							3	
⑤会議の総所要時間(分)			360							360	
⑥会議の総取扱件数			18							18	
会議の平均所要時間			120								<自動計算>
会議の平均取扱件数			6								<自動計算>

保存 閉じる

## チームデータ入力画面

基礎的な情報として、①基礎情報のパート（高齢者人口、チームの設置形態など）、②費用関連情報のパート（チーム員の職種別の時間単価、チーム員会議開催費用）、③月次のチーム活動のパート（取扱対象者数、チーム員会議回数など）で構成されている。

① 情報収集		
性別	女性	
年齢	80～84	対象者把握時点を基準
世帯状況	独居	
把握ルート	民生委員	把握日付 H26.08.01
自立度	障害 B	認知症 I
認知症重症度	軽度	認知症の程度を主観的基準で判断
要介護度	非該当	対象者把握時点の状況
サービス利用	医療 利用中	介護 未利用
困難該当	該当しない	医療: 認知症の医療について 介護: 介護保険サービスの他、インフォーマルサービスも含む 主観的な基準で判断
主治医有無	あり	認知症に関する主治医に限らない
受診拒否有無	なし	認知症に関する受診に限らない
過去診断有無	既に診断済み	認知症の確定診断

② アセスメント		
DASC	シート表示	36 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊リスク
DBD13	シート表示	10
Zarit8	シート表示	13

### 対象者データ入力画面（その1：基本属性、介入時状況）

対象者ごとの入力画面は、介入時、支援活動、終了時の3つのタブで分割しており、データ入力の利便性が図られている。介入時の画面は、対象者の性別、把握ルート、サービス利用、診断等の基礎情報に加え、アセスメント（DASC、DBD13、J-Zarit\_8）の結果スコアだけでなく、詳細内容を別画面でチェックできるように構成されている。

## 実績報告プログラム(H26)入力画面 ③訪問支援/チーム員会議

対象者情報編集 - 【認知症初期集中支援実績報告プログラム】  
ID: 4000

①情報収集 / ②アセスメント / ③訪問支援 / ④チーム員会議 / ⑤支援終了

③ 訪問支援

1回目	訪問日付	H26.09.05	所要時間	30 分	<small>【訪問日付】入力方法は①通り                  (①2014.9.27, ②20140927, ③H26/9/27)                  【訪問職種】:人数を追加する場合は[+]ボタンをクリック</small>
	訪問職種	医師		作業療法士	
2回目	訪問日付	H26.09.12	所要時間	10 分	
	訪問職種	作業療法士			
3回目	訪問日付		所要時間		
	訪問職種				
4回目	訪問日付		所要時間		
	訪問職種				
5回目	訪問日付		所要時間		
	訪問職種				

追加▼ 回数を追加する場合は[追加▼]ボタンをクリック

④ チーム員会議

1回目	会議日付	H26.09.13	所要時間	10 分
2回目	会議日付	H26.09.16	所要時間	5 分
3回目	会議日付		所要時間	
4回目	会議日付		所要時間	
5回目	会議日付		所要時間	

印刷 保存 閉じる

### 対象者データ入力画面（その2：訪問支援実績、チーム員会議実績）

2 タブ目は、具体的な支援活動を構成する「訪問支援」と「チーム員会議」の実績を、回数ごとに入力できるようにした。訪問支援は、訪問日付、訪問担当職種、訪問時間、チーム員会議は、開催日付、当該対象者の取扱時間（分単位）が入力項目となっている。

なお、この画面の入力内容が、1人あたりの所要額計算の基礎データとなるため、入力の正確性を期すために、入力項目をできる限り少なく、入力内容に齟齬が生じないようにシンプルな設計となっている。

対象者情報編集-【認知症初期集中支援実績報告プログラム】  
ID: 4000

①情報収集 / ②アセスメント / ③訪問支援 / ④チーム会議 / ⑤支援終了

⑤ 終了時

診断有無	あり	認知症の確定診断
診断病名	アルツハイマー病	認知症以外の疾患内訳: 診断病名で「その他」を選択した場合にはのみ回答
受診拒否有無	なし	
医療導入	通院治療	認知症医療の状況 日付の入力方法は①(2014.9.27、②20140927、③H26/9/27)
介護サービス導入	導入なし	導入日付
要介護度	要支援1	支援終了時の状況
DASC(終了時)	シート表示 39	徘徊リスク
DBD13(終了時)	シート表示 10	「②アセスメント」の入力方法と同様
Zarit8(終了時)	シート表示 4	
医療引継先	主治医継続	引継日付 H26.10.10
介護サービス引継先	引継なし	引継日付
支援終了(転録)	在宅継続	終了日付 H26.11.30
初回モニタリング日付		支援終了者に対する初回のモニタリング日付
不適切経過事例	該当しない	主観的な基準で判断
総合評価	不変	主観的な基準で判断
費用	7,883.3	(自動計算)

印刷 保存 閉じる

## 対象者データ入力画面（その3：支援終了時）

支援終了時は、支援の効果を測定するため、診断やサービス導入の結果、アセスメントの変化、などを中心に項目を配置した。また、最終段の費用については、これまでの時間当たりの設定単価と活動実績の入力内容から自動計算される。

# モデル事業実施14か所の訪問状況 平成25年度

	自治体名	エリア内人口	エリア内相談事例数	把握事例数	人口10万対初期集中支援対象者把握率	訪問事例数	人口10万対訪問実施率	訪問延件数	1事例あたり訪問回数	困難事例数	訪問事例数における困難事例の割合	チーム員会議		
												実施回数	1回あたり所要時間	1事例あたり所要時間
診療所+訪問看護	A区	862,840	3,057	51	5.9	46	5.3	182	3.96	15	32.6	11	156	12
診療所(診療所型)	B市	44,059	61	50	113.5	59	108.9	160	2.56	20	41.7	44	67	28
認知症患者医療センター	C市	55,381	211	40	72.2	39	56.0	109	2.42	26	83.9	13	90	15
病院(精神科)	D町	15,307	144	75	490.0	60	209.1	130	1.88	11	34.4	24	120	20
病院(総合病院)	E町	8,639	53	40	463.0	52	416.7	131	2.92	10	27.8	24	75	20
地域包括支援センター	F市	174,221	72	75	43.0	39	19.5	244	5.65	12	35.3	23	60	30
	G市	340,945	201	32	9.4	37	8.2	83	2.04	19	67.9	26	110	10
	H市	68,300	229	114	166.9	44	51.2	141	3.46	17	48.6	39	59	29
	I市	385,150	420	42	10.9	52	10.4	210	3.88	33	82.5	19	90	20
	J市	192,188	918	94	48.9	53	23.9	126	2.70	19	41.3	33	140	30
	K市	102,344	444	50	48.9	42	29.3	139	1.70	14	46.7	17	75	38
	L市	32,852	233	47	143.1	52	140.0	178	2.85	21	45.7	18	78	15.3
市役所本課	M市	62,608	188	12	19.2	10	12.8	10	1.25	8	100.0	14	60	6.3
	N市	172,377	979	83	48.2	51	27.8	263	4.35	31	64.6	11	70	9
計		2,454,603	7,022	793	32.3	636	20.7	2,106	3.14	256	50.4	316	89	20.19

平成25年度全14か所でのモデル事業の最終結果である。14か所は人口86万人の東京都の区から人口8,600人の町まで多彩な市町村が選ばれ、設置場所も地域包括支援センターが多いものの、多様な設置形態としている。(報告書は3月末が提出期限のため2月までのデータとなっている) 全国14か所で636事例が集積された。訪問延件数は2,106回でチーム員会議は316回開催された。

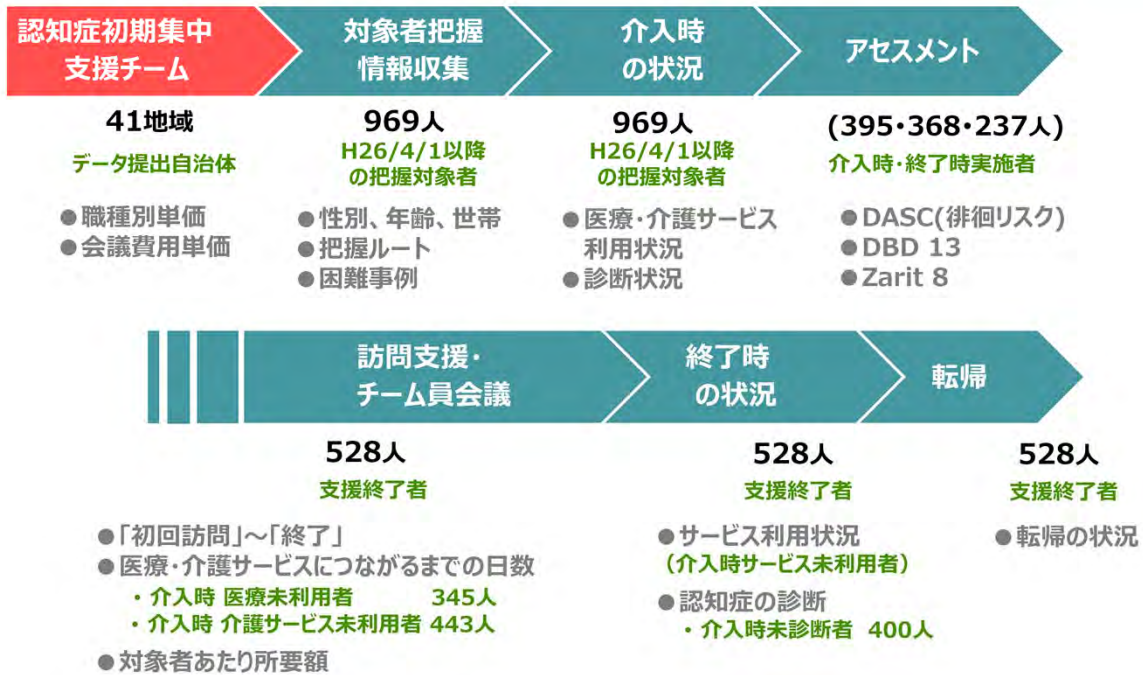


## 実施地域 平成26年度

都道府県名	実施市区町村名
北海道	砂川市、苫小牧市
宮城県	仙台市
山形県	長井市、白鷹町
福島県	福島市、郡山市
群馬県	前橋市、高崎市
埼玉県	和光市
千葉県	千葉市
東京都	世田谷区、町田市
神奈川県	茅ヶ崎市
福井県	福井市、敦賀市
山梨県	山梨市
長野県	駒ヶ根市、長野市
愛知県	名古屋市、碧南市
滋賀県	近江八幡市、米原市、長浜市
京都府	舞鶴市、宇治市
大阪府	大阪市
兵庫県	神戸市、たつの市
奈良県	三郷町
島根県	奥出雲町
岡山県	新見市、岡山市
山口県	宇部市
香川県	坂出市
福岡県	北九州市
熊本県	荒尾市、山鹿市
大分県	豊後高田市
鹿児島県	薩摩川内市、南大隅町
計	41

地域支援事業（任意事業）の枠組みで認知症初期集中支援チームを設置した自治体は、表の通りである。本事業と同じ老人保健健康増進等事業において並行して実施された認知症初期集中支援チーム員研修事業が行った7月初旬のチーム員研修を受け、また、本事業で実施した活動実績収集に協力を頂いた。

# 集計項目と対象者数の流れ 平成26年度



## 平成26年度事業の集計項目と対象者数の流れ

対象者データの提供のあった41地域について平成26年4月1日から平成27年3月31日までの把握対象者のデータ N=969 を対象に集計・分析を行った。

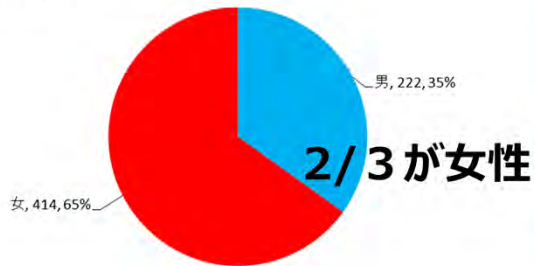
また、アセスメントの項目では介入時、終了時の2つの実施においてデータ入力のあった対象者に、支援の効果等を示す後半項目では、さらに上記の969人から支援終了者N=528に絞って集計・分析を行った。

集計項目ごとの対象者（N）数の流れはスライドのとおりである。

## 訪問事例の内訳 平成25年度

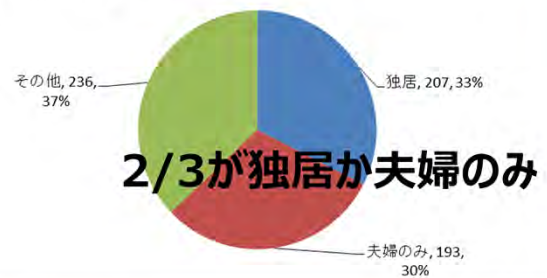
### 【性別】

N=636



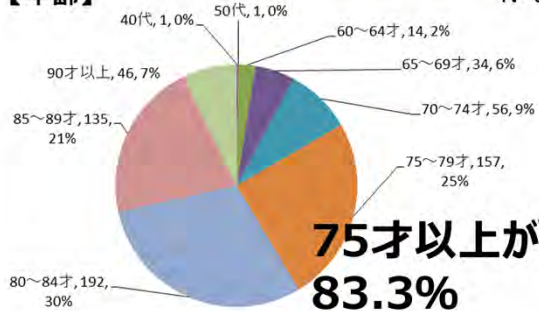
### 【世帯構成】

N=636



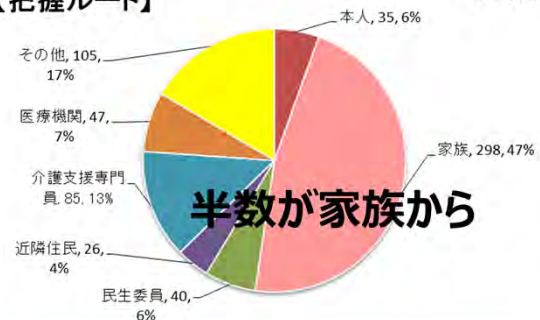
### 【年齢】

N=636



### 【把握ルート】

N=636



訪問事例の内訳は男性38%、女性62%。

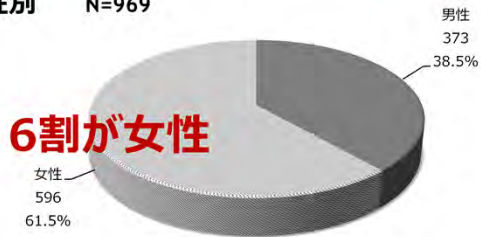
世帯構成は独居37%、夫婦のみ世帯が32%、その他世帯が32%。

年齢階級では75歳以上の後期高齢者が84.2%を占めた。

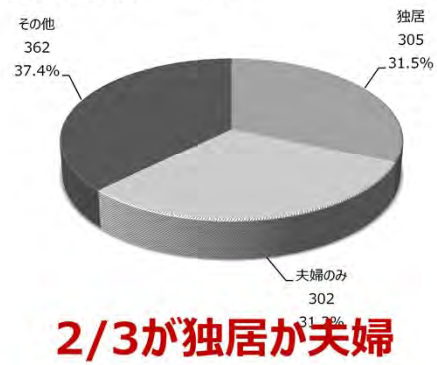
訪問支援対象者は一元的に地域包括支援センターをとおして把握されるが、その内訳は、家族からの相談が50%、次いで介護支援専門員からの情報が17%、民生委員、近隣住民は各6%となっていた。その他としては警察、銀行からの情報や二次予防対象者からのリストアップがあった。

# 対象者概要 平成26年度

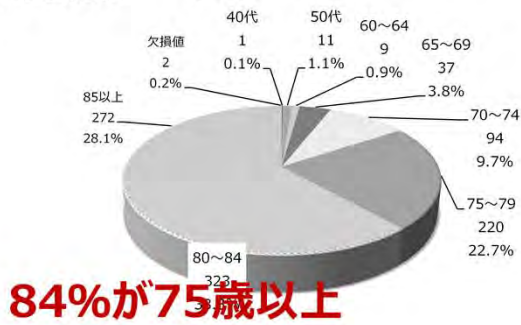
①性別 N=969



③世帯状況 N=969



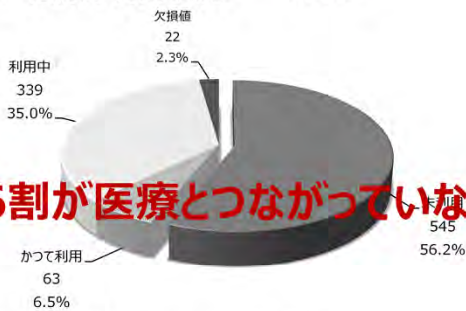
②年齢階級 N=969



対象地域を増やした26年度のデータでも性別、年齢階級、世帯状況に大きな変化はない。

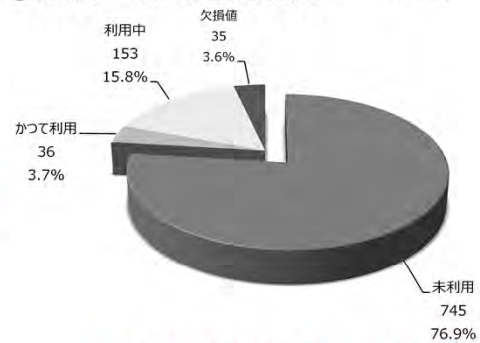
# 介入時の状況 平成26年度

① i 医療の利用状況 N=969



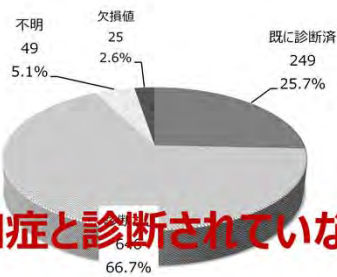
**6割が医療とつながっていない**

② 介護サービスの利用状況 N=969



**8割は介護サービスを受けていない**

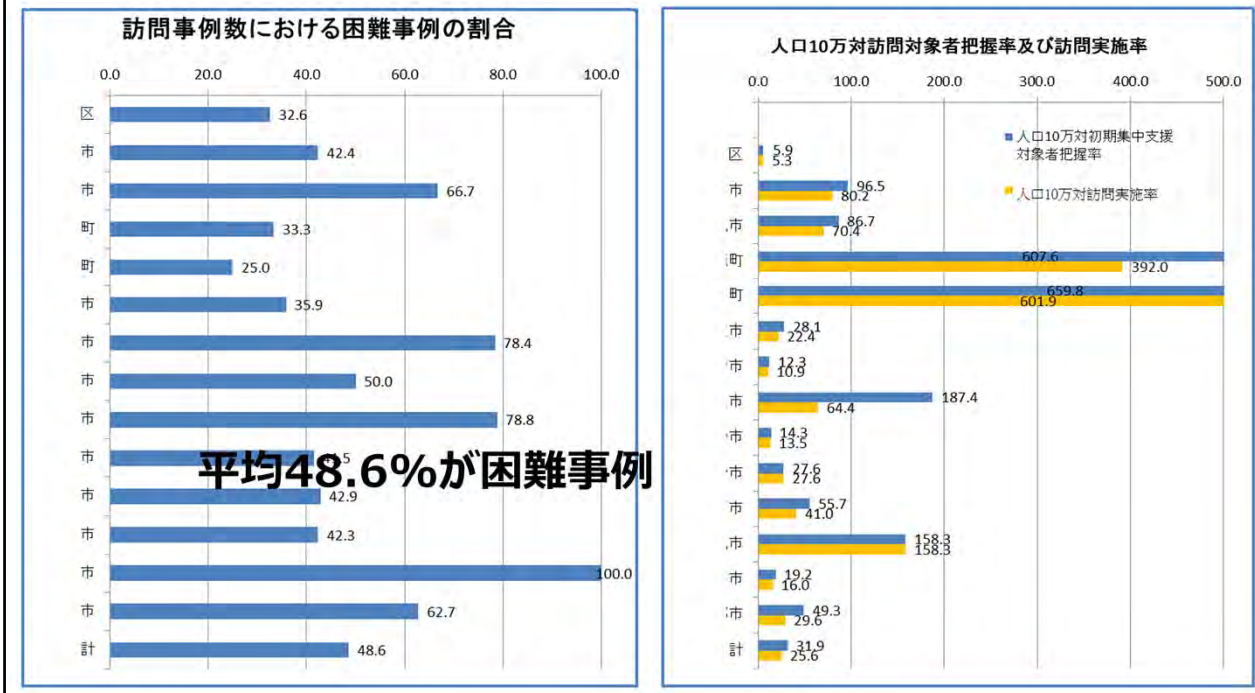
① ii 認知症の診断 N=969



**7割が認知症と診断されていない**

平成26年度の介入時の状況を示す。6割の対象者が医療とつながっておらず、8割は介護サービスを受けていなかった。また認知症の診断は7割が診断されていなかった。

# 困難事例の割合と訪問対象者把握率 平成25年度



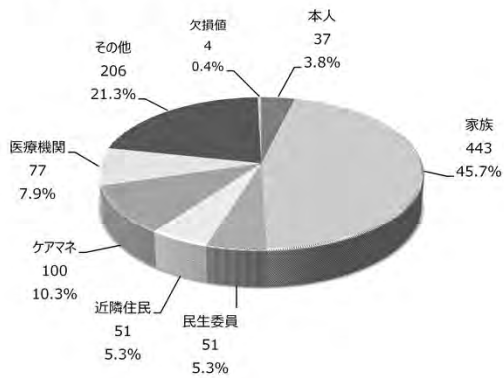
訪問事例のうち、困難事例の占める割合は平均48.6%であった。

各モデル地域での人口規模が異なることから、人口10万対での支援対象者の把握率は最大値659.8（鹿児島県南大隅町）、最小値5.9（世田谷区）、平均31.9、訪問実施率は最大値609.1（南大隅町）、最小値5.3（世田谷）、平均25.6であった。

# 対象者概要 平成26年度

④把握ルート

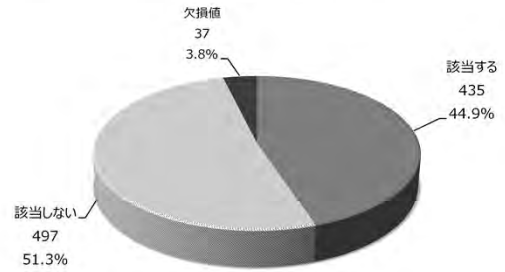
N=969



**半数が本人家族  
1/4が近隣の人**

⑤困難事例取扱

N=969



**困難事例は45%**

把握事例の把握ルートの割合は前年度と同様であった。困難事例取扱の割合はやや減少しているがこれも大きな違いはみられない。

# 対象者の把握から初回訪問までの日数平成25年度



対象者の把握から認知症初期集中支援チームの初回訪問までの日数は、平均16.2日を要している。

対象者の把握から7日以内にチームが訪問していたのは、41.0%、14日以内は67.7%、30日以内の訪問が全体の85.0%を占めた。



# 支援期間 平成26年度

①「把握」～「初回訪問」 N=696 (欠損値79)



②「初回訪問」～「終了」 N=528 (欠損値32)



③医療・介護につながるまでの日数 (終了者のうち介入時未利用者の「把握」～「引継」まで日数)

	N	引継あり者	日数
医療につながるまでの日数	345	246 (71.3%)	<b>77.6</b> (N198)
介護につながるまでの日数	443	358 (80.8%)	<b>100.2</b> (N330)

平成26年度のデータでは最初に把握してから 初回訪問までの平均日数は17.4日であった。中央値は7日前後であり、初回訪問までに日数のかかった例があるため平均値は伸びているが、多くは1か月以内にかかわれていることがわかる。

また初回訪問から終了までの日数は87.7日であり、目標の180日以内を達成していた。

## 職種別単価・チーム員会議単価 平成26年度

N=41 地域

医師	10,683.4	円/時
保健師	2,444.9	円/時
看護師	3,273.1	円/時
作業療法士	3,027.6	円/時
社会福祉士	2,504.6	円/時
介護福祉士	1,985.1	円/時
その他	3,565.5	円/時
チーム員会議	17,855.3	円/時

職種別単価・チーム員会議単価を示す。

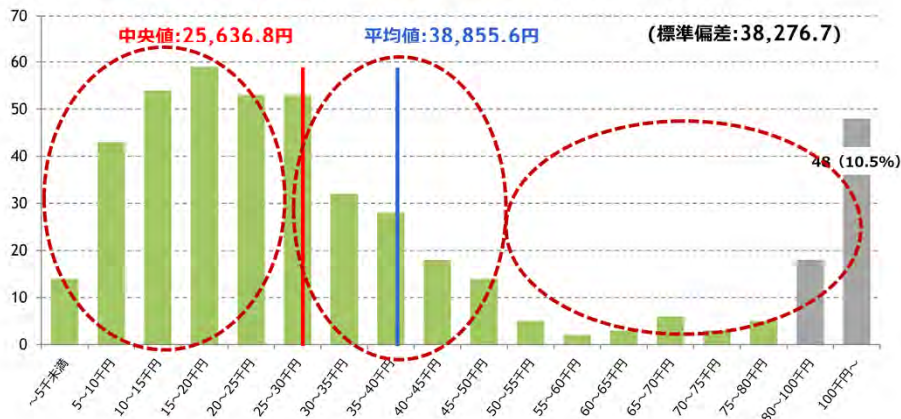
対象者への訪問支援、チーム員会議の実績から1人あたりの所要額を算出するための基礎データとして、チームごとにチーム員の職種別に1時間あたり単価とチーム員会議開催費用を入力頂いた。

スライドは41地域の平均値を一覧にしたものである。専門医（医師）は10,683.4円、以下、保健師2,444.9円、看護師3,273.1円、作業療法士3,027.6円、社会福祉士2,504.6円、介護福祉士1,985.1円と続いた。また、チーム員会議の1時間あたりの開催費用は17,855.3円であった。

# 所要額(対象者あたり費用) 平成26年度

	N=458 (終了者のうち、欠損値を除く)	昨年度
対象者あたり所要額 平均	38,855.6 (円)	35,703 (円)
(中央値)	25,636.8 (円)	

※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、②チーム員会議にかかる費用)



チームごとの職種別の単価、チーム員会議の単価および、対象者ごとの訪問支援回数等とチーム員会議取扱時間などから算出した所要額の状況を見ると、終了者のうち上記4要素に入力漏れがなかった458人の平均では38,855.6円、中央値は25,636.8円であった(標準偏差は38,276.7)。

なお、昨年度の平均値である 35,703 円からは約3,000円の増となっているが、データ収集方法や1人あたりの費用に含まれる要素の違いもあり、単純比較は難しい。分布をみると中央値の25,000円以下の低費用群、25,000円から50,000円の中費用群、50,000円以上の高費用群に分かれる傾向がみられた。

# 終了者の状況 平成25年度

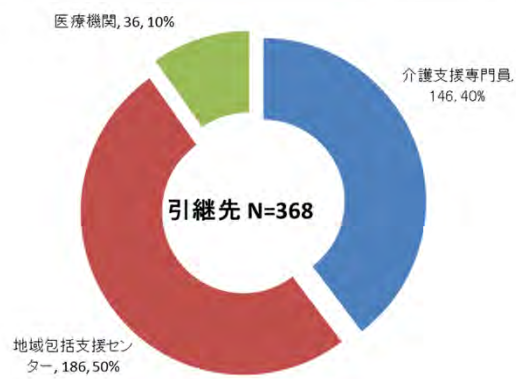
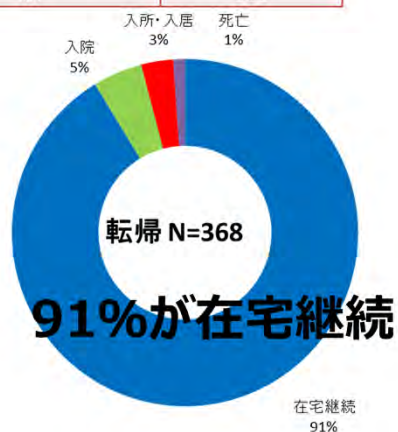
## 【介入時介護保険サービスについて】

介護サービス	人数
未利用	299
かつて利用	13
利用中	56
計	368

312名

## 【介入後介護保険サービス等について】

	人数	%
介護保険サービス利用	156	50.0
インフォーマルサービス	46	14.7
なし	105	33.7
未記入	5	1.6
計	312	100



平成25年度のデータでは、368名が終了した。介入開始時85%が介護保険サービスを利用していなかったが、終了後は65%が利用していた。

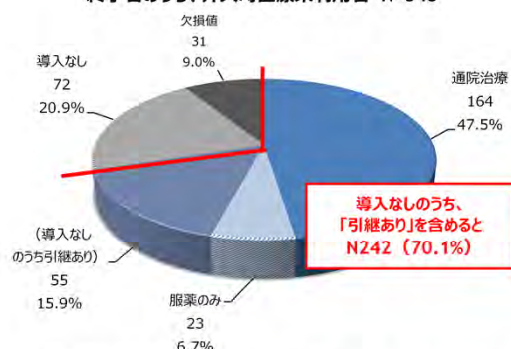
注目されるのはこのチームが介入した後もなお91%が在宅生活を継続できている点である。このことはこのチームが問題事例を単に入院、入所させて問題を解決しているのではないことを示している。

最終的な引継先は50%が地域包括支援センター、40%が介護支援専門員、10%が医療機関であった。

# 終了時の状況 平成26年度

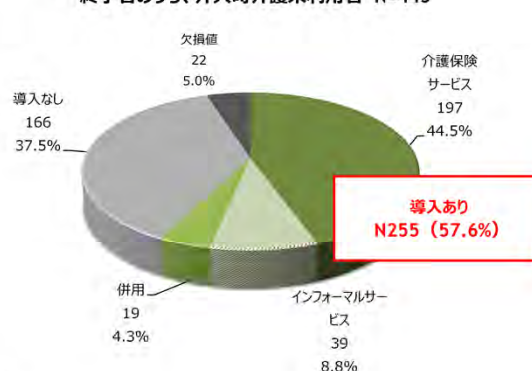
## ① i 医療(通院・服薬)の利用状況

終了者のうち、介入時医療未利用者 N=345



## ② 介護サービスの利用状況

終了者のうち、介入時介護未利用者 N=443



## ① ii 認知症の診断

終了者のうち、介入時未診断者 N=400

診断導入(予定含む) **66.0%** (N264)

アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	MCI	その他	欠損値
139	21	14	7	18	14	32	10
54.7%	8.3%	5.5%	2.8%	7.1%	5.3%	他精神疾患 18 うつ 1 正常 13	欠損値 9

終了時の状況として、まず、医療（通院・服薬）の利用状況（① i）について、終了者で介入時医療未利用者345人のうち、「通院治療」が164人（47.5%）、「服薬のみ」23人（6.7%）、「導入なし」127人（36.8%）、欠損値31人となった。

もっとも、「導入なし」「欠損値」158人のうち、『引継あり』は55人にのぼり、上記にこれを含めて考えると、242人（70.1%）が介入時未利用から医療につながったと考えられる。

続いて、認知症の診断（① ii）については、終了者で介入時未診断者345人のうち、「診断」導入に至った（予定を含む）のは264人（66.0%）であった。

その264人の診断名内訳は、「アルツハイマー型認知症」が139人、「血管性認知症」が21人、「レビー小体型認知症」14人、「前頭側頭葉変性症」7人、「混合型認知症」18人、「MCI」が14人、「その他」32人であった（その他32人の内訳は、「その他の精神疾患」が18人、「うつ」1人、正常が13人であった）。一方、介護サービスの利用状況（②）は、終了者で介入時介護未利用者443人のうち、「介護保険サービス」の利用が197人（44.5%）、「インフォーマルサービス」が39人（8.8%）、「併用」が19人（4.3%）であった。

## 終了時の状況 平成26年度

### ① 転帰 N=528

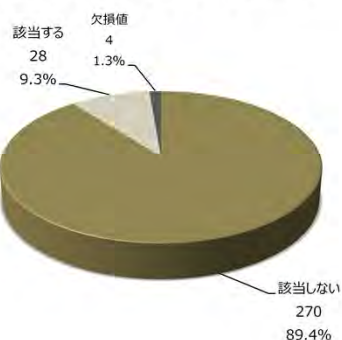


	N=499	昨年度
在宅継続割合	85.7%	88.0%

**下がった理由は入院の増加**

### ② 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

#### 終了者のうち、モニタリング実施者 N=302



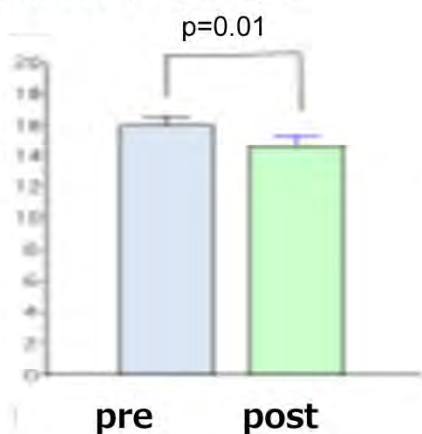
**9.3%が継続できていない**

まず、転帰の状況は、終了者528人のうち、「在宅継続」が499人（85.7%）、「入院」が44人（7.6%）、「入所・入居」が17人（2.9%）であった。平成25年度よりも在宅継続割合が低下しているが、主たる原因は入院対象者の増加であった。

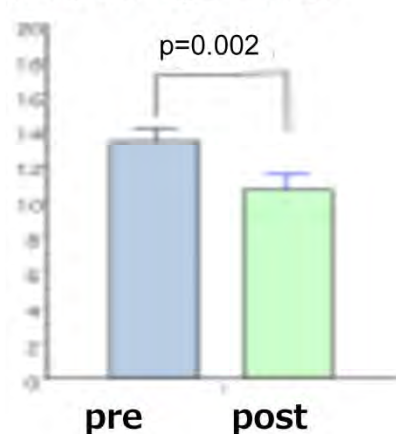
また、支援終了後、モニタリングを実施した302人について、何らかの理由により継続支援ができていない事例がどの程度存在するかをみると、「継続できている」が270人（89.4%）とほとんどを占めていたが、9.3%に継続できていない事例が存在した。

## 評価指標への効果 平成26年度

**BPSD**  
measured by DBD13



**Caregiver Burden**  
measured by J-Zarit\_8



平成26年のデータでは BPSDの評価尺度であるDBD13と介護負担尺度である J-Zarit\_8が支援チームの介入時と終了時で有意に改善していることが示された。

## 認知症初期集中支援チーム 今年度研修

8月 8日、 9日 (愛知)  
8月22日、23日 (東京)  
9月12日、13日 (大阪)  
12月 5日、 6日 (東京)

今年度の研修予定を示す。これらはいずれもサポート医研修との合同研修であり一部のプログラムを共有する。



## ここまでのまとめ

1. このスキームはあくまで一つのモデルです。  
各地域のこれまでのやり方を壊さないで、この内容を  
実践してください。
2. 当然のことですが、対象となる方の助けになることが  
最優先です。その中で可能な限りデータ収集を
3. 医療や介護につながっていなくても 問題なく生活して  
おられる方は対象にする必要はありません。