

## 認知症対応多職種チーム

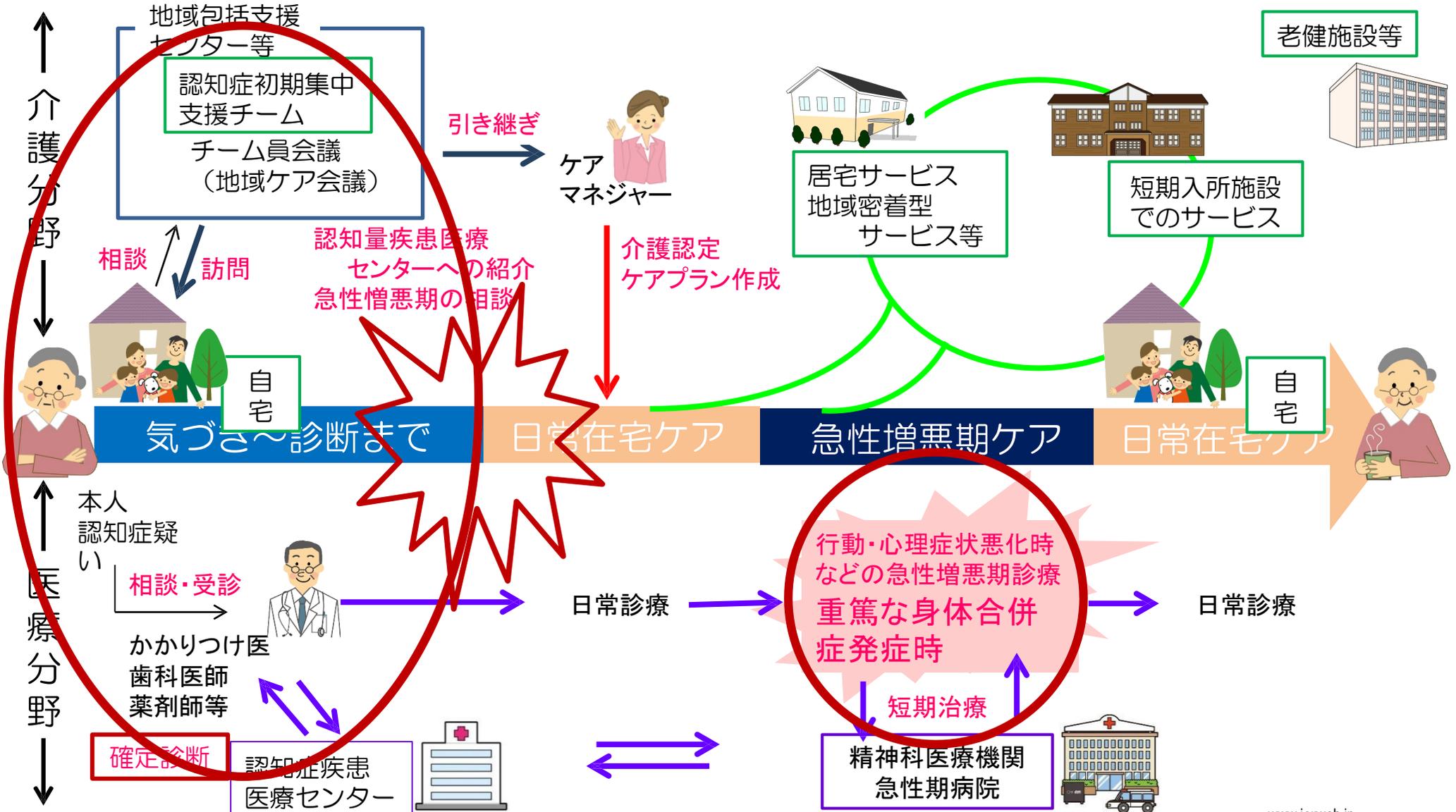
ー地域での多職種チームの役割と活動

認知症初期集中支援チームー

国立長寿医療研究センター

鷺見 幸彦

# 認知症 ケアパスの中で足りない領域は



# 認知症初期集中支援チームの歴史

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

## 認知症大綱の基本的考え方

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

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

①—⑤のすべてに認知症の人やその家族の視点の重視

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

## 初期集中支援チームに関する記載

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

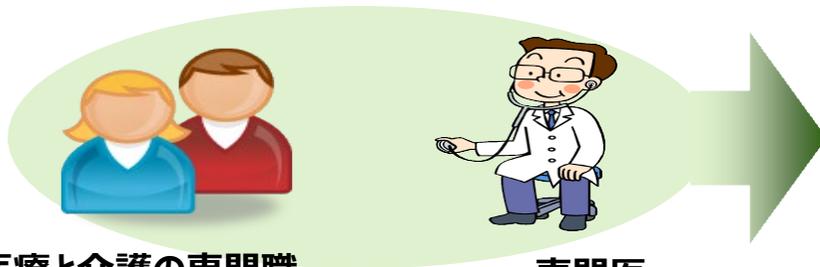
### Key Performance Indicator

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

# 認知症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



### 医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、  
精神保健福祉士、社会福祉士、  
介護福祉士等)

### 専門医

(認知症サポート医嘱託可)

## 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

営利目的でのご利用はご遠慮ください

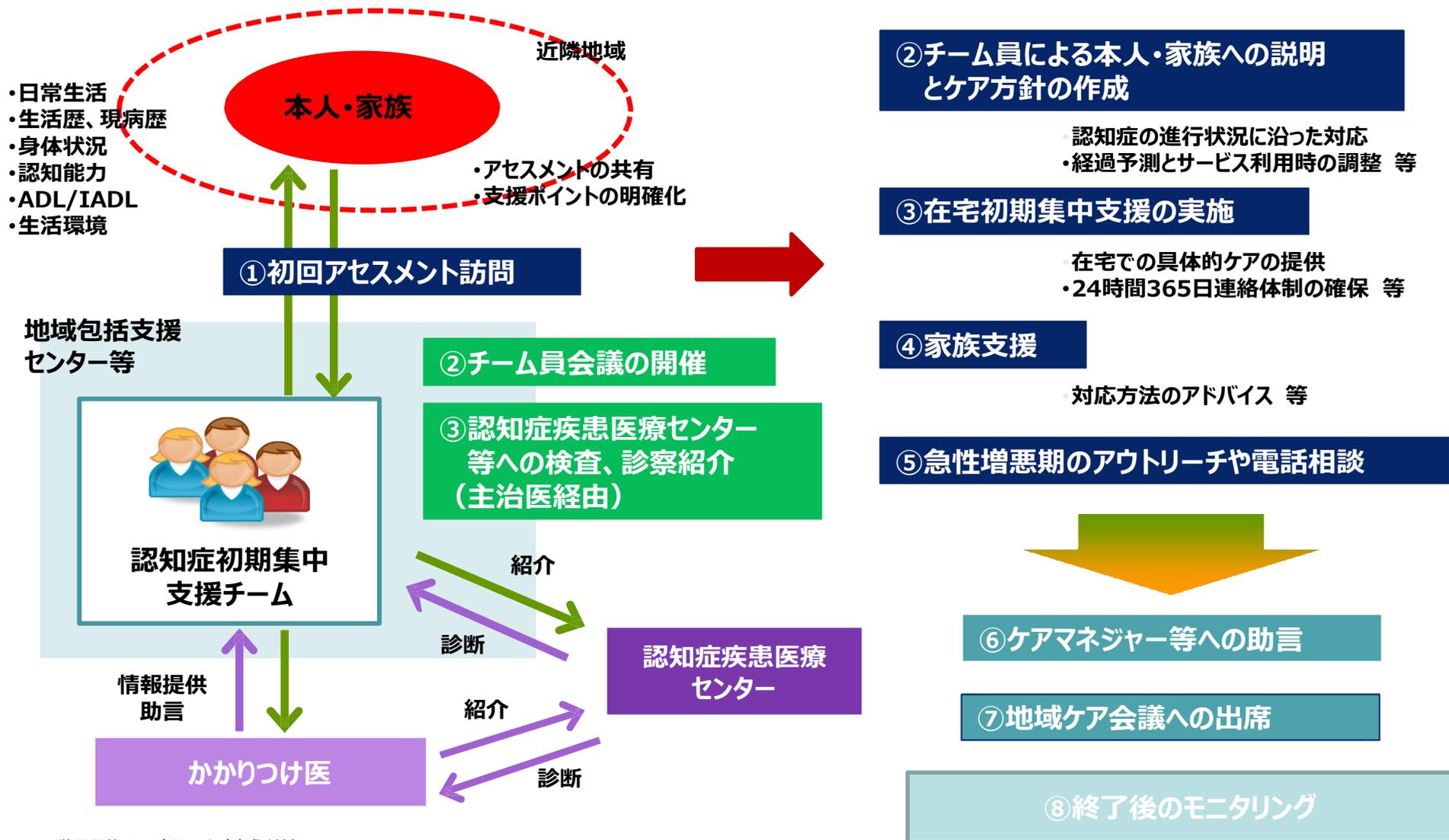
## 【対象者】

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の流れ（イメージ）

## 0 地域への啓発活動 チームの存在の周知



# 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

# 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 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、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
- 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。

# チーム員の要件

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、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。**

# チーム員医師の要件

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。）

# 認知症サポート医の機能・役割



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

**地域における「連携の推進役」を期待されている**

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

### 調査内容

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

- ・地域で長く医療
- ・医師会での役職
- ・**在宅医療**

- ・社会への還元・貢献
- ・目線や姿勢の低さ
- ・地域のヘルスケアを担う責任感や倫理観

# 初回家庭訪問の実施 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、情報共有のでき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

# 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

# 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

現在新尺度を作成中

## 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

# 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

# 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		
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	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることはありませんか。	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
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか。	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
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	判断・ 問題解決	問題解決
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		社会的 判断力
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		
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	家庭外の IADL	買い物
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		交通機関
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	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		金銭管理
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	家庭内の IADL	電話
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		食事の 準備
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		服薬管理
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	身体的 ADL	入浴
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		着替え
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		排泄
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		整容
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		食事
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	移動	

# 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

# — 身体の様子をチェック —

## 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）

# 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  
ー 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

# チーム員会議の開催

## いつ行うのか

初回訪問終了後 **必須**  
介護保険サービス引継ぎ前 **必須**  
その間は随時

## メンバー

認知症専門医を含むチーム員 **必須**  
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

## 会議の内容

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**

# 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。

# 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を評価する 現時点での評価項目候補

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

## 今後検討すべき評価項目

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

# 認知症初期集中支援チームの問題点

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

# 終了時の状況(診断)

8.1%が認知症以外の  
精神疾患

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



疾患頻度によく合致した結果

チーム員でなくても精神科の先生に  
相談できる体制をつくとよい



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

# まとめ

# まとめ 認知症初期集中支援の利点（効果）

## 本人・家族にとって

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

## 自治体にとって

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

認知症初期集中  
支援チーム

## 地域にとって

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

## チーム員にとって

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

地域による能動的な認知症対応の契機