

京都府認知症初期集中支援チーム員養成研修

2017・12・9

認知症初期集中支援チームー支援の進め方ー

一般財団法人 宇治市福祉サービス公社
事務局次長 川北雄一郎（社会福祉士）

本日の内容

1. 認知症初期集中支援チームとは～その背景～
2. 宇治市における認知症初期集中支援チームについて
3. 事例紹介
4. まとめ

1. 認知症初期集中支援チームとは ～その背景～

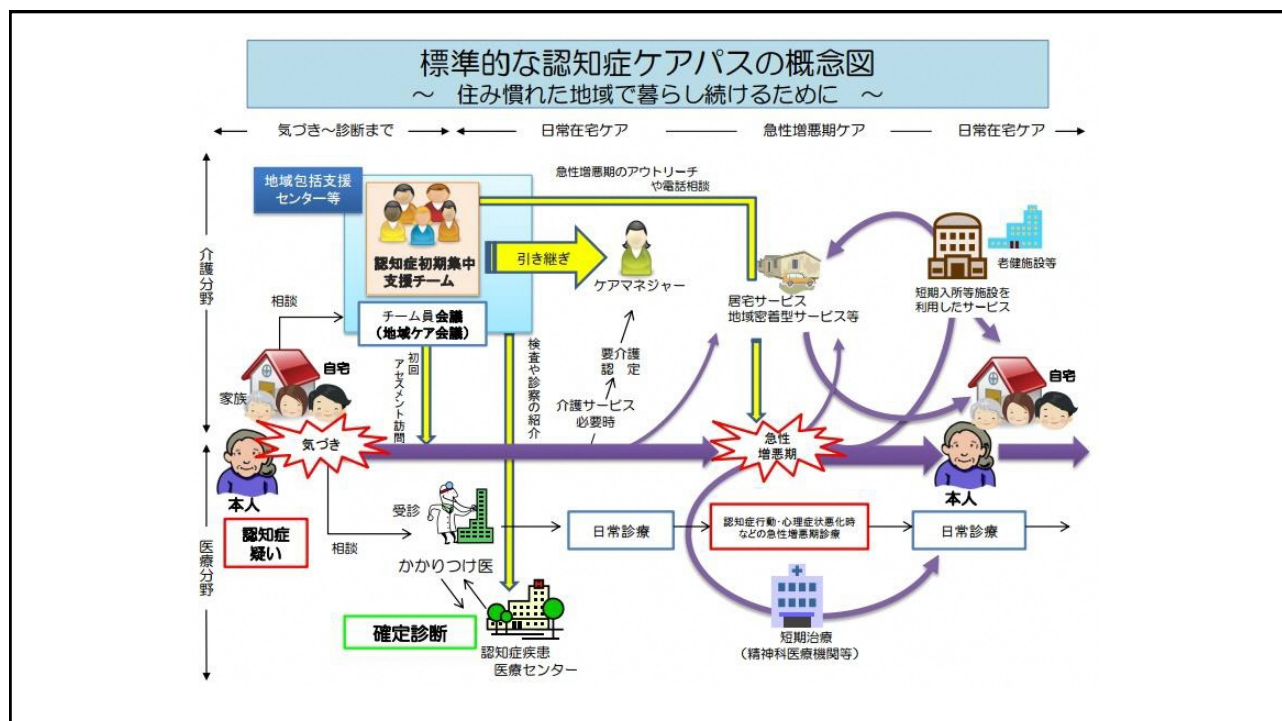
あなたの「認知症」に対するイメージは？

「認知症に関する世論調査」の概要 平成27年10月 内閣府政府広報室

- 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる ⇒6.8%
- 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける ⇒33.5%
- 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる ⇒35.9%
- 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる ⇒7.6%
- 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう ⇒10.9%

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

- I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- III 若年性認知症施策の強化
- IV 認知症の人の介護者への支援
- 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
- 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の推進
- VII 認知症の人やその家族の視点の重視（政策立案過程への参画）



認知症の誤ったイメージ

認知症の人やその家族が医療やケアにたどり着く多くの場合は、症状が中・重度化してからです。その結果、在宅で生活を続けることが困難な状態となります。

その状態が認知症であると捉えられてしまうことが、認知症のイメージがネガティブなものとなってしまう理由の一つと考えられます。

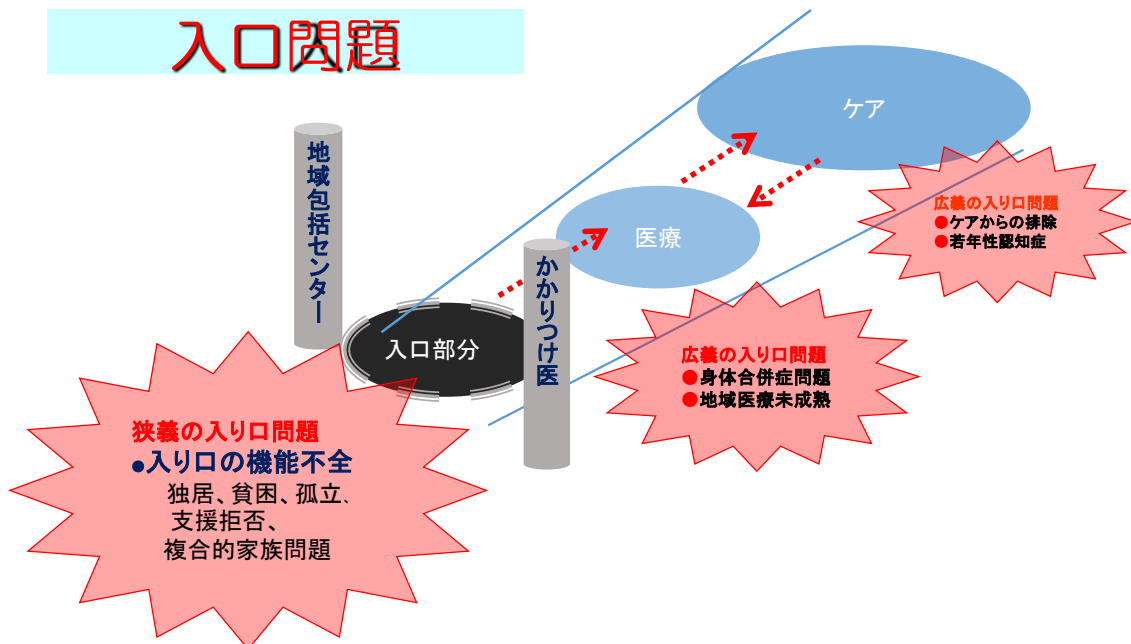
入口問題とは

単にアクセスポイントの有無だけに留まらず、社会経済的問題を含んだ「アクセスからの排除」をもたらす要因のことである。

しかし、これまではこの問題に明確な焦点があてられることがなかったために、きちんとした分析がなされることなく放置されてきた。入口問題を解決するためには、まずはこの問題を描き出すところから始めなければならない。

(2012京都文書より)

入口問題

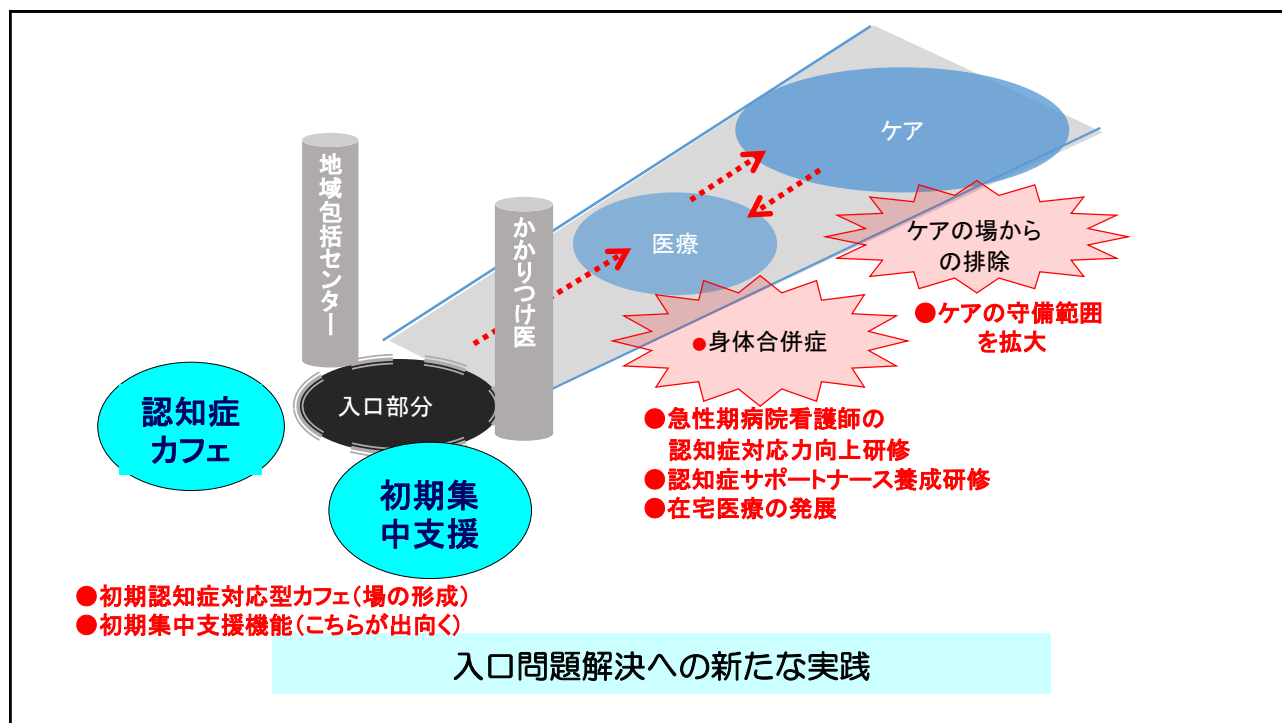


出会いのポイントを前に倒す

- 生活を根こそぎにする出会いはお互いの不幸
- 医療やケアとの出会いは「足し算」であるべき
- 切れ目なく連続した支援を形にする
- 生活を奪わない医療やケアに

課題は・・・

- 「二極分化が進む（条件の良い人と悪い人との不平等）」
- ・ 条件の悪い人（独居、孤立、支援拒否・・・）へのアクセス
- ・ そのための方法論と技術を確立していく



認知症初期集中支援チームとは・・・

認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問（アウトリーチ）し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や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。

- 事業の実施主体 市町村
- チームの設置場所 市町村
(地域包括、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り緊急時の連絡体制の確保が出来る施設

*平成30年度までには全市町村で実施

認知症初期集中支援チームとは・・・

●チーム員の人員配置要件

「チーム員は以下の3項目を全て満たす者とし、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の準ずる者
- 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

認知症初期集中支援チームとは・・・

●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(保健師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士等)と介護系職員(社会福祉士・介護福祉士等)それぞれ1名以上で訪問
- 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。
- チーム員会議がチーム員(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。

「初期」という言葉の意味

①認知症の発症後のステージとしての**初期**であり、
病気の**早期段階**

②認知症の方への関わりの**初期**

（認知症のステージが中度や重度であっても、医療やケアとの関わりがなかった方を含む）

「**集中的**」の意味はおおむね6か月を目安に本格的な介護チームや医療につなげることを意味する。

認知症初期集中支援チーム対象者の定義

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ついていない者
- （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. 宇治市における 認知症初期集中支援チームについて



宇治市初期認知症総合相談支援事業

◆目的

1. 認知症の人と家族を早期から支えるネットワークの形成

認知症になっても住み慣れた地域で生活が継続されるよう、医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人やその家族へ効果的な支援を行う。

2. 認知症の人と家族の居場所、活動の場の形成

初期認知症の特性に配慮し、本人や関係者等が交流できる居場所づくりを提供し、認知症による周辺症状を最小限に抑え、本人や家族がおだやかな生活を送れるよう支援する。

◆具体的な事業内容

早期発見のために

- (1) 二次予防事業対象者把握事業における認知症二次予防該当者の訪問
- (2) **認知症初期集中支援チームの運営**
- (3) 多種職協働によるネットワークづくり

安心して参加できる場づくりのために

- (3) 認知症カフェの企画・運営

認知症の正しい理解を深めるために

- (4) 認知症キャラバン・メイト養成研修・フォローアップ研修
- (5) 認知症あんしんサポーター養成講座の運営
- (6) 連続講座、講演会の開催

家族支援のために

- (7) 認知症家族支援プログラム・OB会の支援

◆必要な人員配置

認知症コーディネーター2名（社会福祉士）

補助1名（看護師）を配置し、宇治市における認知症者への在宅ケア体制の構築をめざし一体的にこれらの事業の取り組む。

→宇治市の認知症初期集中支援チーム員を兼ねる

*平成28年度より認知症コーディネータ1名増員（他包括）

宇治市における認知症の人を早期から支える両輪

★場としての「認知症カフェ」

★機能としての「認知症初期集中支援チーム」

宇治市認知症初期集中支援チームの概要

- 実施主体 宇治市
- 事業運営
- ＜委託＞ 宇治市福祉サービス公社・宇治明星園
- ＜事業拠点＞ 中宇治地域包括支援センター
北宇治地域包括支援センター
- ＜チーム＞ 宇治おうばく病院（月1回）
京都府立洛南病院（月3回）
* 専門医ごとにチーム員会議を月4回開催
- ＜チーム員＞ 専門医2名・精神保健福祉士3名
看護師2名・作業療法士1名
社会福祉士3名
介護福祉士2名
在宅医（医師会から推薦された内科医）



宇治市認知症初期集中支援チームの経過

• 2013年8月～
国の認知症初期集中支援チーム
設置促進モデル事業の開始
(全国14市町村)
*約半年で53ケース

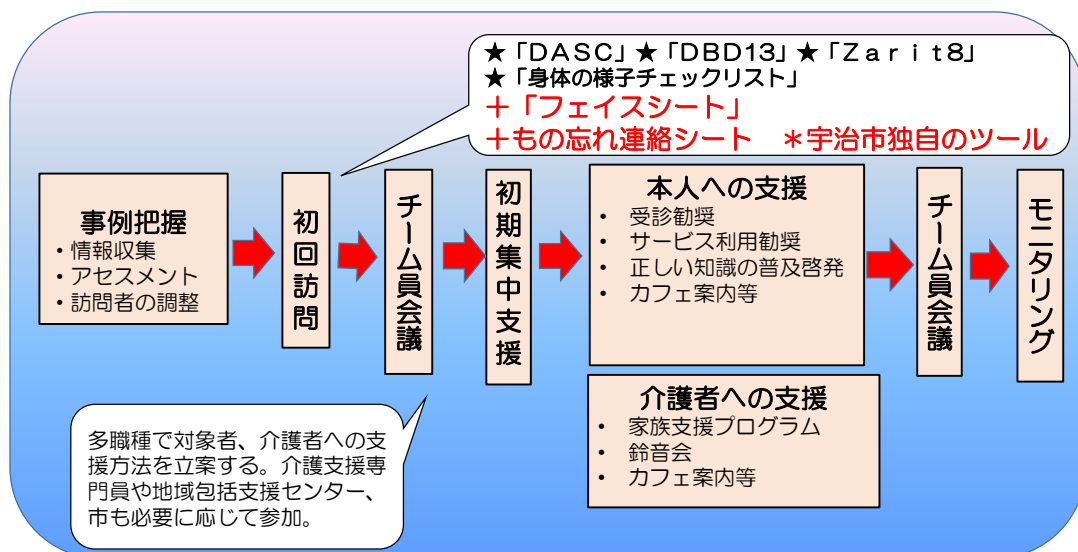


• 2014年度
宇治市の地域支援事業として
認知症初期集中支援チーム
を継続
*65ケース



• 2015年度 54ケース
• 2016年度 60ケース

◆初期集中支援の流れ（フロー図）



アセスメントの重要性

- ① 認知機能障害・生活機能障害の見極め
- ② 病歴・身体症状から探る（疾患からの身体サインを見落とさない）
- ③ 本人は何に困り、家族は何が負担でどういう状況に置かれているのかを把握。
- ④ 本人と家族の関係性。認知症発症前の元々の関係はどうか？
- ⑤ 本人はどんな人で、どんな生き方をしてきた人なのか。これからどんな暮らしがしたいのか。
- ⑥ 本人の真の希望は何なのか。

認知症初期集中支援チームアセスメントツール

<厚労省指定のアセスメントシート>

- ・DASC「認知機能障害」「生活機能障害」の程度
- ・DBD13「認知症行動障害尺度」
- ・zarit「家族介護尺度」
- ・身体状況のチェック

<宇治市独自のシート>

- ・フェイスシート → 「その方を知る」「キーパーソンを知る」
- ・もの忘れ連絡シート → 認知症の種別・レベルの見立てが可能

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) 認知症初期集中支援チーム版
Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System・21 Items (DASC-21)

ご本人の氏名:		生年月日: 大正・昭和 年 月 日 (歳)		男・女	記入日 平成 年 月 日		
回答者の氏名:	本人との続柄:	記入者氏名:		所属・職種:			
認知機能障害・生活機能障害		1点	2点	3点	4点	備考欄	
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 遠時記憶	認知機能障害
2	5分前聞いた話を思い出せなことがありますか。	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		
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 場所 場所	第1象限
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		
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	問題解決 判断力 社会的 判断力	第1象限
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		
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. 問題なくできる	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	問題解決 判断力	第1象限
8	一日の計画を自分で立てることができますか。	a. 問題なくできる	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		
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. 問題なくできる	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	買物 買物 買物	生活機能障害
10	一人で買い物はできますか。	a. 問題なくできる	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		
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. 問題なくできる	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 食料の 管理 服薬管理 日本人、日本人、日本人	生活機能障害
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. 問題なくできる	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		
13	電話をかけることができますか。	a. 問題なくできる	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 ①	第4象限
14	自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる	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		
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. 問題なくできる	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 ②	第4象限
16	入浴は一人でできますか。	a. 問題なくできる	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		
17	着替えは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的 ADL ③	第4象限
18	トイレは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的 ADL ④	第4象限
20	食事は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		
DASC 18 項目の合計点				点	DASC 21 項目の合計点		点

©地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所

認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD13) 認知症初期集中支援チーム版

ID	回答者氏名						
本人氏名	記入日	年 月 日					
生年月日	記入者氏名						
No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	(備考欄)
1	同じことを何度も何度も聞く	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
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	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
3	日常的な物事に興味を示さない	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
6	昼間、寝てばかりいる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
7	やたらに歩き回る	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
9	口汚くのしる	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
11	世話をされるのを拒否する	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	0. まったくない	1. ほとんどない	2. ときどきある	3. よくある	4. 常に	
小計							
合計							点

町田綾子 日老医誌 2012;49:463-567

		荒井由美子 日本内科学雑誌 94:1548~1554, 2005					
Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI_8) 認知症初期集中支援チーム版							
ID	記入日						
本人氏名	記入者						
回答者氏名	独居・同居の有無	独居・同居					
本人との続柄							
		0点	1点	2点	3点	4点	備考
		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う	
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうとすることがありますか。						
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な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することがありますか。						
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っことがありますか。						
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思っことがありますか。						
	小計						
	合計	点					

④身体の状態のチェック

A 全身状態

- ①コミュニケーション能力 ②衛生状態
 ③栄養状態 ④摂食状態 ⑤排せつ状態
 ⑥睡眠状態

B 基礎データ

血圧、脈拍、身長・体重など

フェイスシート（宇治市独自様式）

事例タイトル
 困難な状況を作り出す因子
 キーパーソン情報
 本人の情報
 家族状況および居住環境

事例

困難な状況を作り出す因子

キーパーソン情報

初回集中支援チームの関与 ○・△・×
 ()

キーパーソンとの出会い ○・△・×
 ()

キーパーソンの余裕度 ○・△・×
 ()

本人の情報

<年代>
 <性別>
 <介護度>
 <病状>
 <経済状況>
 <ADL>
 <本人の意向>

家族の状況および居住環境

<生活状況>

もの忘れ連絡シート（宇治市独自様式）

かかりつけ医と包括の連携を図り、
 かかりつけ医に正確な生活状況を伝えることで
 早期発見早期治療につないでいくために、
 平成23年に宇治市ケアネットワーク会議の中で
 論議し、宇治市と宇治久世医師会で作られた
 シート。

平成23年度版宇治市		もの忘れ連絡シート		※該当する箇所に○を記入してください。	
				記入者	
<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きくなった	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい(目内変動)	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える		
<input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる	<input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある	<input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い)	<input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある		
<input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない	<input type="checkbox"/> よく物忘れをするがセントがあれは思い出す	<input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある	<input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する		
<input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする)	<input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい	<input type="checkbox"/> 寝着や睡眠中に叫ぶことが多い	<input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある		
<input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える	<input type="checkbox"/> すぐに涙くなどの感情失禁がある	<input type="checkbox"/> 以下の何れか(妻が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる)	<input type="checkbox"/> 塵つたかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す		
<input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする	<input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる	<input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・寝りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す		
<input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる		<small>認知症の疑いがある場合は、かかりつけの医師や介護福祉士などの相談を受けること</small>	<input type="checkbox"/> 反社会的で衝動的な行動がある		
<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった					
<input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった					
<input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった					
<input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない					
<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた					
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる。冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている					
<input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所トラブルを起こす					
<input type="checkbox"/> ゴミの出し忘れがあり、罰金を払うことが多くなった					
<input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった					
<input type="checkbox"/> 月を間違える(月を思い出せない)					
<input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところまでに出る					
<input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる					
<input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない					
<input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えない)					
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる(顔を見ても認識しない)					
<input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない					
<input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する)					
<input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後・裏表・上下・順番が分からない)					
<input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない					
<input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食)					
<input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない					
<input type="checkbox"/> 自覚性が低下し自分からは何もしようと思わない					
<input type="checkbox"/> 顔に映った自分に話かける					
上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入ください。					
				宇治市 宇治久世保健会	

◆宇治市認知症初期集中支援チームの特徴

①アセスメント方法

- 厚労省指定のアセスメントシート（DASC、DBD、Zarit8、身体状況のチェック）に加え宇治市独自のシートを活用
- フェイスシート、もの忘れ連絡票を追加し、よりアセスメントの精度を上げている。

◆宇治市認知症初期集中支援チームの特徴

②チーム員会議の有効活用

チーム員会議はチーム員だけケース検討を行う場所とせず、そのケースに関わる地域包括支援センター・ケアマネジャー・介護事業所・そして家族や本人まで、必要に応じて柔軟に会議の場に参加。

◆宇治市認知症初期集中支援チームの特徴

③脳画像の活用

予めCT、MRI画像がある場合は、画像診断により具体的に疾患・症状を見立て、より適切な支援方針が立てられる。

◆宇治市認知症初期集中支援チームの特徴

④認知症カフェ「れもんカフェ」との連携

- 初期集中支援チームからカフェにつなぐ
→MCIレベル・初期認知症の方には特に有効
- カフェでの相談から初期集中支援チームへ。
- 初期集中支援チームの関わりが一旦終了したケースも継続した支援がカフェで行える

◆宇治市認知症初期集中支援チームの特徴

⑤医療との連携

- 宇治久世医師会「認知症診療マニュアル」
→ワンストップ窓口としての認知症コーディネーター
初期集中支援チームへのガイド
- かかりつけ医からの連絡票の活用
- コミュニケーションレポートの活用

*宇治久世医師会ホームページよりダウンロード
できます。

<http://www.uiikuse.kyoto.med.or.jp/>「在宅医療」から



◆平成28年度実績（60ケース）

ケース把握ルート	件数
医療機関	19
地域包括支援センター	15
介護支援専門員	6
家族	13
その他	7

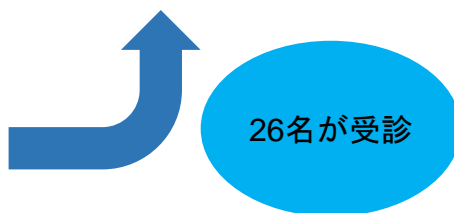
介入時の主治医の有無	件数
主治医あり	49
主治医なし	5
以前いた	3
不明	3

年齢階層	件数
60～64歳	0
65～69歳	6
70～74歳	5
75～79歳	10
80～84歳	21
85歳以上	18

介入時認知症 日常生活自立度	件数
I	17
II a	24
II b	10
III	3
III	1
IV	1
M	0
不明	4

介入時認知症診断状況	件数
診断あり	16
診断なし	44

終了時の認知症診断種別	件数
アルツハイマー型	16
血管性	4
レビー小体	1
前頭側頭葉	2
混合型	0
その他	3



引き継ぎ先(医療)	件数
主治医(専門医)	6
専門医療機関	1
主治医(専門医以外)	44
なし	3

引き継ぎ先(介護)	件数
ケアマネジャー	33
包括	16
二次予防事業・Bリハ等	3
なし	3

3. 認知症初期集中支援チームの事例紹介



事例1

「介護者（夫）の介護負担が非常に大きいケース」

◆紹介経路

担当CMからの紹介で「れもんカフェ」を利用。その際に家族より介護負担が非常に強いとの相談を受け、初期集中につながる。

◆ケース概要 75歳女性 要介護2

- H25年に正常圧水頭症の診断を受ける。シャント術を受け、歩行状態等症状改善するもその半年後から物忘れが目立ち始める。
- H27年より介護保険サービスを受け始めるも、デイサービスで落ち着いて過ごすことができません。主たる介護者である夫への依存が強く、夫も心休まる暇もなく、介護うつ状態にある。
- この時点での診断はアルツハイマー型認知症、器質性不安障害、正常圧水頭症

事例1 「介護者（夫）の介護負担が非常に大きいケース」

◆初期集中でのアセスメント結果

- DASC18項目の合計点54点（29点以上で認知症を疑う）
- DBD 合計点26点
- Zarit 合計点29点（非常に高い）→ 早期の介入が必要。
- 物忘れ連絡シート（宇治市独自のシート）では前頭側頭型を疑う所見（*）

◆チーム員会議での専門医の所見

- 課題となる本人の症状は前頭葉症状によるもの。
- 記憶の連続性が保たれており、その部分でみるとアルツハイマーとは言い切れない。
- 診断候補として
 - 前頭側頭型認知症
 - 血管性認知症による前頭葉症候群
 - 正常圧水頭症の前頭葉症候群

事例1 「介護者（夫）の介護負担が非常に大きいケース」

◆初期集中としての対応

- 元々専門医に受診をしていた経過もあり、また家族もその専門医（主治医）に信頼を寄せているが、診断内容、治療内容に初期集中としての所見と異なる部分もあり、医療連携の部分で非常にデリケートな取扱いを要する。
- 主治医に連絡をとり、ご主人への介護負担が危機的な状況でもあり、初期集中でのサポートを提案し、快諾をて介入が実現。
- 主治医より脳画像を借り、画像によりアルツハイマーは否定的であり、前頭葉付近に慢性の虚血性変化があり、相対的に前頭部の委縮が強い。前頭葉症状を伴う血管性病変である可能性が高い。
- チーム員会議にご家族も参加いただき、チームの専門医より説明を行い、疾患医療センターでの入院を提案し、在宅介護の立て直しを開始。

事例1 「介護者（夫）の介護負担が非常に大きいケース」

◆初期集中としての対応

- 入院期間を4週間と定め以下の目標を設定
 - ①入院により夫の休息を図る
 - ②入院中にデイサービスのお試しを行う（本人の生活パターンを変える）
 - ③服薬調整により穏やかさを保てるようにする
- 疾患医療センター病棟との連携、お試しのデイサービスとの連携を経て、デイサービスで過ごすことが可能であることを確認し退院
- 現在では認知症対応型デイを週4回利用できるようになるほど落ち着いて過ごされるようになり、夫の介護負担も幾分か軽減されている。
- 受け入れを行ったデイサービスも、お試し当初は1時間ももたなかったものの、初期集中、医療センターとの連携や助言により滞在時間数を徐々に伸ばし、本人の状態をうまくとらえられるようになったことで、サービス導入に結び付けることができたことと初期集中との連携を評価。

荒井由美子 日本内科学雑誌 94:1548~1554, 2005							
Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目(J-ZBI_8) 認知症初期集中支援チーム版							
ID	介入前	記入日					
本人氏名	記入者						
回答者氏名	独居・同居の有無	独居・同居					
本人との続柄	夫						
		0点	1点	2点	3点	4点	備考
		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う	
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。					<input type="radio"/>	同じ訴えの繰り返し、最近はや言もある
2	患者さんのそばにいると腹がたつことがありますか。					<input type="radio"/>	腹も立つが最近はそのを通り越して悲しい
3	介護があるので家族や友人とつきあいがなくなっていると思いますか。					<input type="radio"/>	自分の時間が持てない
4	患者さんのそばにいると、気が休まらなと思いますか。					<input type="radio"/>	少しでも一人になれば・・・
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。					<input type="radio"/>	自分が思っていた老後とは真逆の生活
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。					<input type="radio"/>	
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。		<input type="radio"/>				できるなら、とっくにしている
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。					<input type="radio"/>	
小計			1点			28点	
合計					29点		

荒井由美子 日本内科学雑誌 94:1548~1554, 2005							
介入後							
ID	介入後	記入日					
本人氏名	記入者						
回答者氏名	独居・同居の有無	独居・同居					
本人との続柄	夫						
		0点	1点	2点	3点	4点	備考
		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う	
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。			<input type="radio"/>			
2	患者さんのそばにいると腹がたつことがありますか。				<input type="radio"/>		
3	介護があるので家族や友人とつきあいがなくなっていると思いますか。	<input type="radio"/>					
4	患者さんのそばにいると、気が休まらなと思いますか。		<input type="radio"/>				
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。					<input type="radio"/>	
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。	<input type="radio"/>					
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。	<input type="radio"/>					
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。			<input type="radio"/>			
小計			1	4	3	4	
合計					12点		

事例2 「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆紹介経路 かかりつけ医からの相談

かかりつけ医の診察場面での長谷川式簡易知能評価は10点だった為 認知症を疑われて初期集中支援チームに専門医受診も含めての相談依頼となる。

事例2 「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆ケース概要 80代前半女性 要介護1

2カ月程前から体調不良で食も細くなっており、夕方になると体の動きが悪くなる日もある。夜間のトイレなどの対応や本人の依存的な部分に、家族が精神的な負担を感じておられる状況。

- <世帯状況> 息子夫婦と本人(主たる介護者は嫁)
- <既歴> 高血圧
- <服薬> ザクラス(高血圧)・スルピリド(抗精神薬)
ゾルピデム(眠剤)
- <ADL> 歩行はすり足気味。
起き上がりには手すりを利用
- <サービス状況> デイサービス利用中

事例2「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆初期集中でのアセスメント結果

- DASC 18項目の合計点29点（29点以上で認知症を疑う）
- DBD 合計点6点(52点満点)
- Zarit8 合計点12点（13点を超えると介護負担度は高い）
- 凶形模写（最終的に形は取れるが、書く手順は通常ではなく、難航しながらの記入だった。）
- 時計描写（問題なく記入）
- 長谷川式簡易検査 30点(30点満点)

アセスメントのポイント

- ・夜間に身体が動きにくいという情報はあがるが、訪問時は調子が良く、スムーズな身体の動きをされていた。
- ・4～5年前から夕方から夜間にかけて、**頭上を風が通り抜けていく気配を感じ**、怖がっておられた時期があった。その際に神経内科を受診され問題ないとされていた。現在は風が通り抜けていく感覚は殆どない。

事例2「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆チーム員会議での専門医の所見

- 長谷川氏は院内で10点、初期集中支援チーム員の訪問時は30点で、認知機能の変動と捉えられる。
- パーキンソン症状もあり、明らかな幻視はないが、幻覚も考えてよい為、レビー小体型認知症の国際基準を満たしている。
- 検討は薬剤性パーキンソン（スルピリドの影響の有無）
- 何が起きているのかわからないという、家族の不安感の解消は認知症専門医受診をすればできるケース。
- ただ、本人の依存については、受診の有無では変わらない為、家族の負担度については整理しながら進めていく。

事例2「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆初期集中としての対応

- 認知症専門医受診の予約を約1か月後にとることができたが、息子より本人が緑内障のレーザー手術を控えており、それだけで本人が精神的に余裕がないので、手術が終わり落ち着くまでは、認知症専門医受診は見送りたいとの連絡を受けた。最終的に2か月後の予約をおさえる。
- しかし、その後音楽が聞こえてくる幻聴が目立ち、予約を早めてもらえないかとの相談が入る。しかし、予約を早めることができず、**チームの認知症専門医との相談のもと、かかりつけ医に薬剤調整を依頼し、認知症専門医受診までの間対応を行う。**また家族への対応アドバイスも行う。
- その後も幻視と、幻聴が頻度は多くはないが見られる。

事例2「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆認知症専門外来の受診

- HDS-R 30/30点
- 画像 海馬萎縮なし 前頭葉・側頭葉萎縮中等度
血管性病変軽度
- 身体の動きに滑らかさなく手の震戦も少しありパーキンソン症状認められる

<診断>レビー小体型認知症の可能性あり。スペクト検査を追加する。

⇒後頭葉の血流低下は認められたが、レビー小体型認知症の境界状況との結果となる。

事例2「夕方から夜にかけて体の動きが悪くなり、家族が介護負担を感じているケース」

◆その後の様子

- 受診後も日により幻聴・幻視は出現しているが、家族も動揺せずに対応ができておられ、本人も体調が良い。
- 薬剤調整後はかかりつけ医に処方してもらいながら、専門医受診も数回継続されたが、徐々に幻聴・幻覚の症状が落ち着かれた為、専門医受診は一旦終了となる。その後は機嫌よくデイサービスを利用され、息子からの相談も初期集中支援チームにはない。

介入前

本人氏名		記入者					備考
回答者氏名		独居・同居の有無					
本人との続柄 長男		独居・同居					
		0点 思わない	1点 たまに思う	2点 時々思う	3点 よく思う	4点 いつも思う	
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つ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。			○			
	小計		1	8	3		お嬢様ならば、もう少し右に傾くのではないかと長男は言われる。
	合計	12点					

介入後

ID		荒井由美子 日本内科学雑誌 94:1548~1554, 2005					備考
本人氏名		記入日					
本人との続柄 長男		独居・同居					
		0点 思わない	1点 たまに思う	2点 時々思う	3点 よく思う	4点 いつも思う	
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうと思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つ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。	○					
	小計			4			
	合計	4点					

4. まとめ



今回の事例からみた 認知症初期集中支援チームの効果

- ① 家族もかかりつけ医もその原因がわからず、見通が立たない不安な状況からの回避
- ② 「本人」だけではなく「家族」への支援も同時に行うことができた。
介護者の負担度を意識した支援の実現
- ③ 医療とケアの全面的なサポートにより、状況に即した適切な対応が行えた

⇒在宅生活の継続

改めてアセスメントがなぜ必要なのか

- 目の前の方を「認知症の人」という捉え方ではなく、その方の人間性・築いてこられた人生に触れた時に、初めてその方への適切な支援を知ることになる。
- 医療と連携する際には、適切な医療が安定して行われるために必要な情報を伝えること。また暮らしの中で必要なサポート、場、情報の提供もまた、アセスメントがあるからこそ有効に行える。

認知症初期集中支援チームを通じて学び

支援者が本人の認知症の全体像を理解することが必要。



アセスメントツールの活用

- ① 認知症の状況把握なしに、適切なサポート体制は組めない。
- ② 医師との連携の際には、診察場面ではわかりにくい本人・家族の生活場面での情報を的確に伝えることがケア（福祉）の役割

初期集中支援の実践から見えてきたこと。

◆一般の方の認知症の理解

- 「まだ病院に行かなくて大丈夫だと思っている」
- 「（認知症はあるけど）体は元気だから、まだ介護保険サービスを使う時ではないでしょう？」
- 「数年前から物忘れがあるが、本人が嫌がるから相談も受診もそのままになっている」

*ご本人の一番身近なご家族が相談のタイミングを逃してることが多い。
*早期に医療やケアに出会うことの有効性の理解が広まっていない。

◆独居・孤立の方との出会いの遅れ

- 周りが気づく時には認知症は決して軽度に留まっていない。
- 認知症だけではなく、別の疾病により治療が必要になっていたり、環境面・経済面でも課題を抱え、それが複合的になっていることで、関わりが困難になる場合もある。

◆支援者と出会っていても前に進めない現実

- 家族が認知症の状況を的確に知ることの必要性。
- 病気を理解することでケアの方向性が統一できる。
- 誰もが迷わないために「専門医療受診」の必要性。

→ 多くは初期集中支援チームのサポートで改善が図れる

今後に向けて・・・

認知症と共に生きる方が生活者として、当たり前のように生活できる地域社会の浸透。

認知症初期集中支援チームは早い時期の適切な医療・ケアとの出会いだけでなく、人や地域とのつながりに満ちた生活の構築のために、機能できることが必要ではないだろうか。

それが認知症の人にやさしいまちの「多職種連携」だと考える。

ご清聴ありがとうございました。



宇治市認知症アクションアライアンス “れもねいど”

オフィシャルホームページ <https://www.ujilemonaid.com/>

フェイスブックページ

