

2017.12.9(土)  
京都府認知症初期集中支援チーム員  
養成研修

# 初期集中における 具体的な活動



医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

(世田谷区認知症初期集中支援チーム)

作業療法士 村島久美子

# 自己紹介

---

- 村島久美子 （作業療法士）
- 所属：桜新町アーバンクリニック 在宅医療部
- 業務内容：
  - 認知症初期集中支援事業
  - 訪問リハ
  - 往診同行（認知症、ガン末期、脳血管疾患  
後遺症患者に対しての、福祉用具・介助方法  
・動作指導・環境調整などアドバイス）
- 今までの業務：
  - 回復期リハ病院、外来リハ
  - 重度認知症デイケア（医療保険）
  - 通所リハビリテーション（介護保険）、訪問リハ

# テーマのねらい

---

認知症初期集中支援事業の開始準備から  
初期集中支援チームの個別の訪問までの  
一連の活動について理解する。

東京都世田谷区

---

# 世田谷区のプロフィール

| 概要 平成28年 6月 1日         |          |
|------------------------|----------|
| 総人口                    | 891,476人 |
| 65歳以上人口                | 178,916人 |
| 高齢化率                   | 20.07%   |
| 地域包括支援センター数            | 27か所     |
| 要支援・要介護認定者             | 37,727人  |
| うち認知症高齢者日常生活<br>自立度Ⅱ以上 | 約19,000人 |

世田谷区(本区)  
一地域福祉

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上

年間約1000人

地域包括支援

玉川エリア

×6か所

世田谷・北沢エリア

×13か所

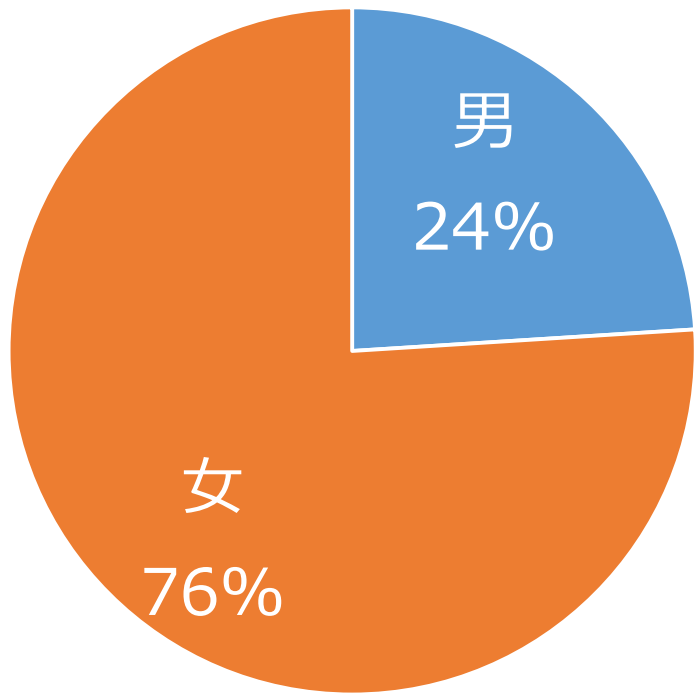
砧・烏山エリア

年間約80件訪問

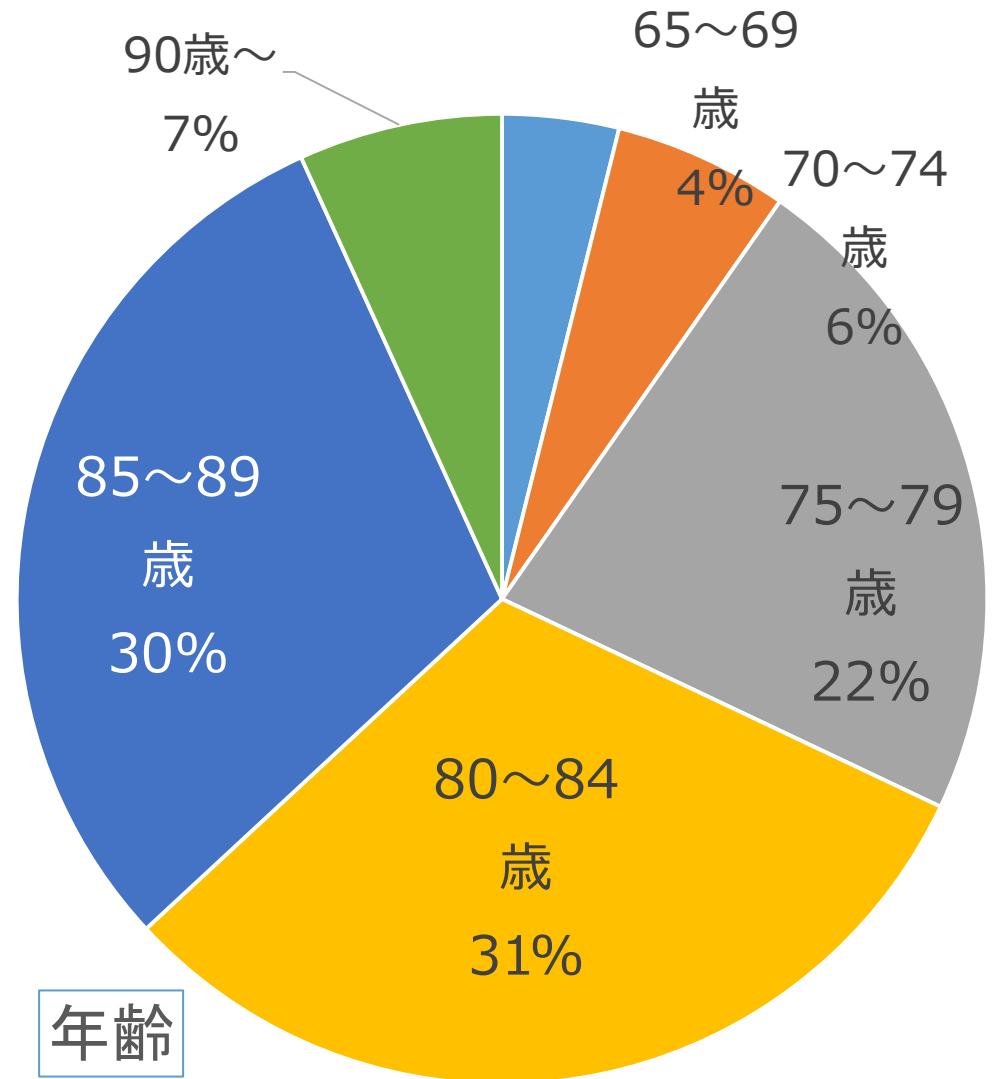
NS. × 2名、OT × 1名

# 平成25～28年度実績報告

性別



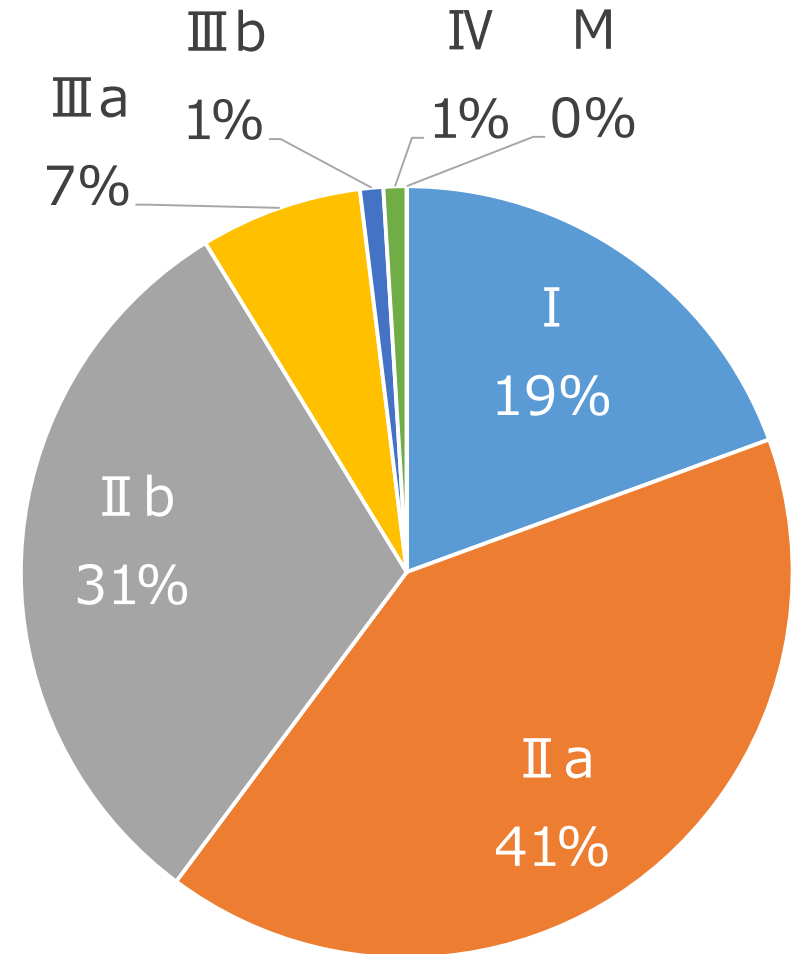
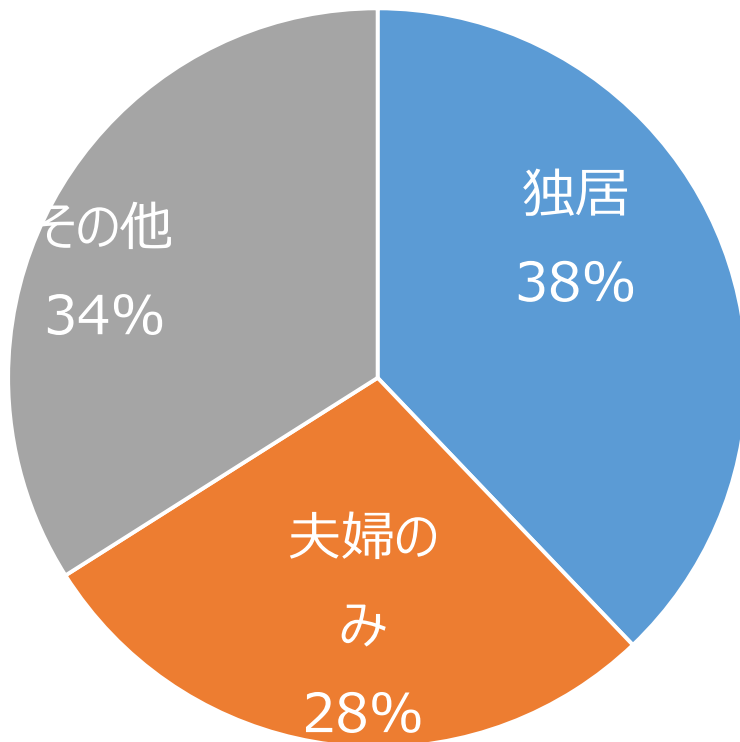
年齢



平均年齢 **82.1歳**

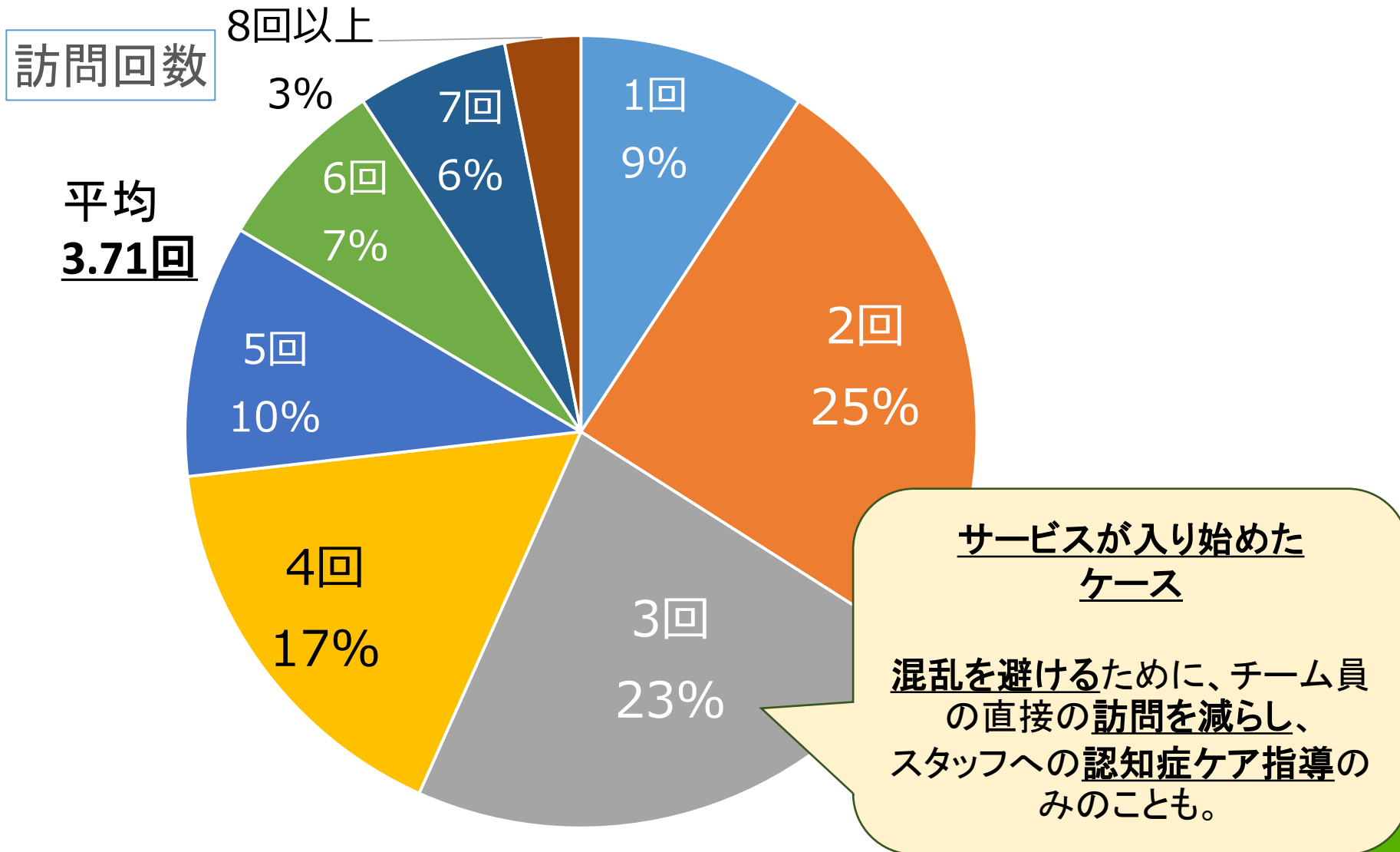
# 平成25～28年度実績報告

世帯状況



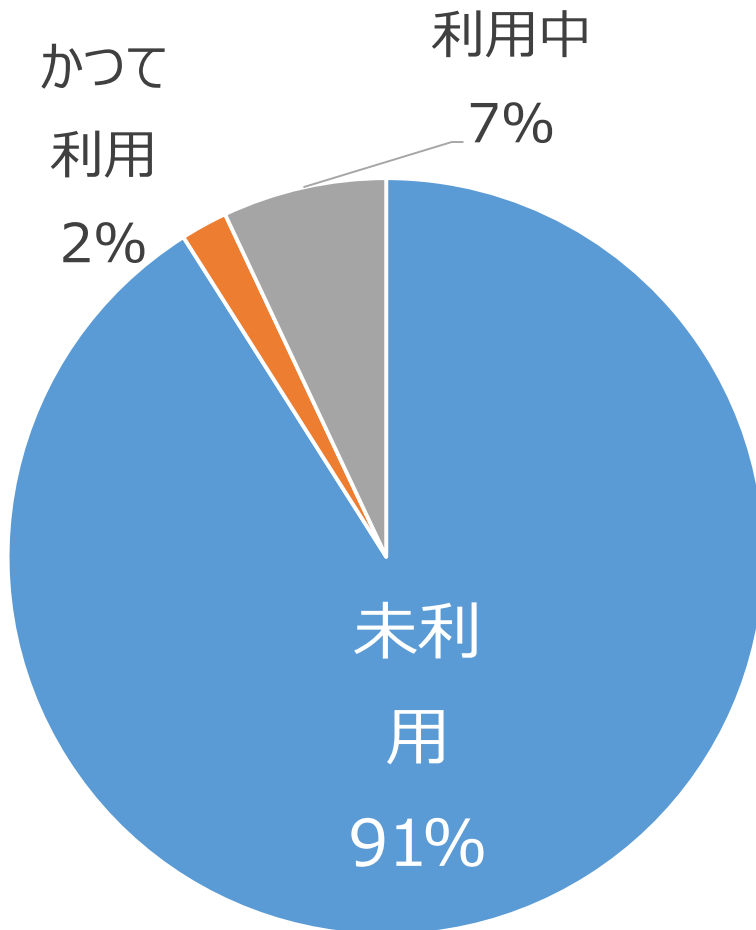
認知症高齢者日常生活自立度

# 平成25～28年度実績報告

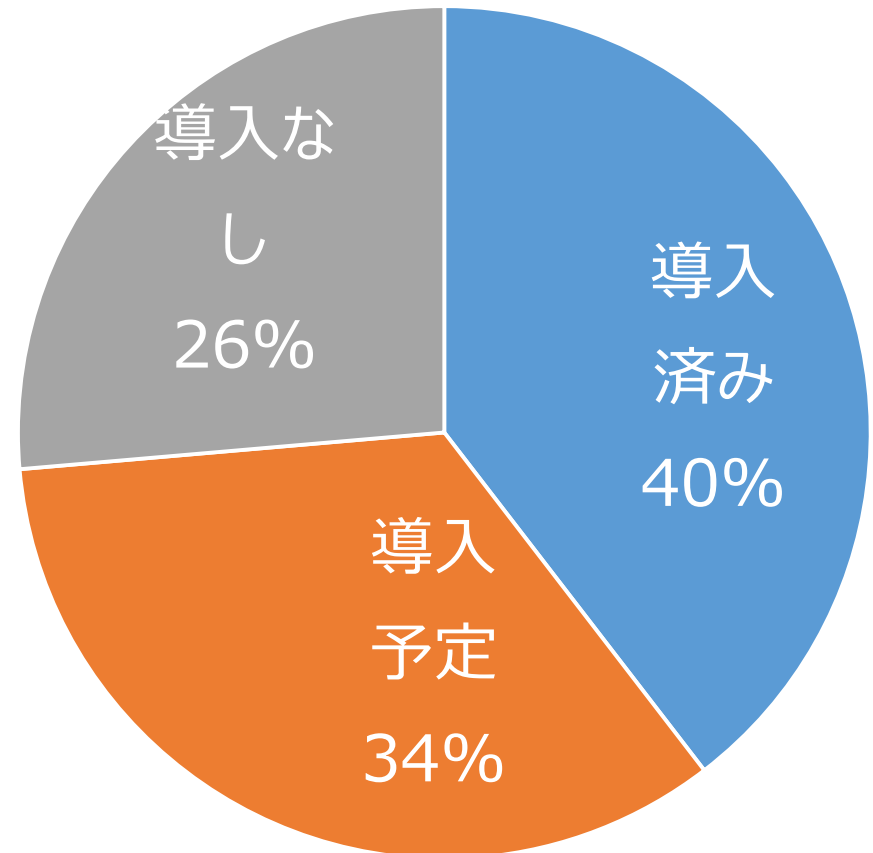


# 平成25～28年度実績報告

## 介護保険サービス

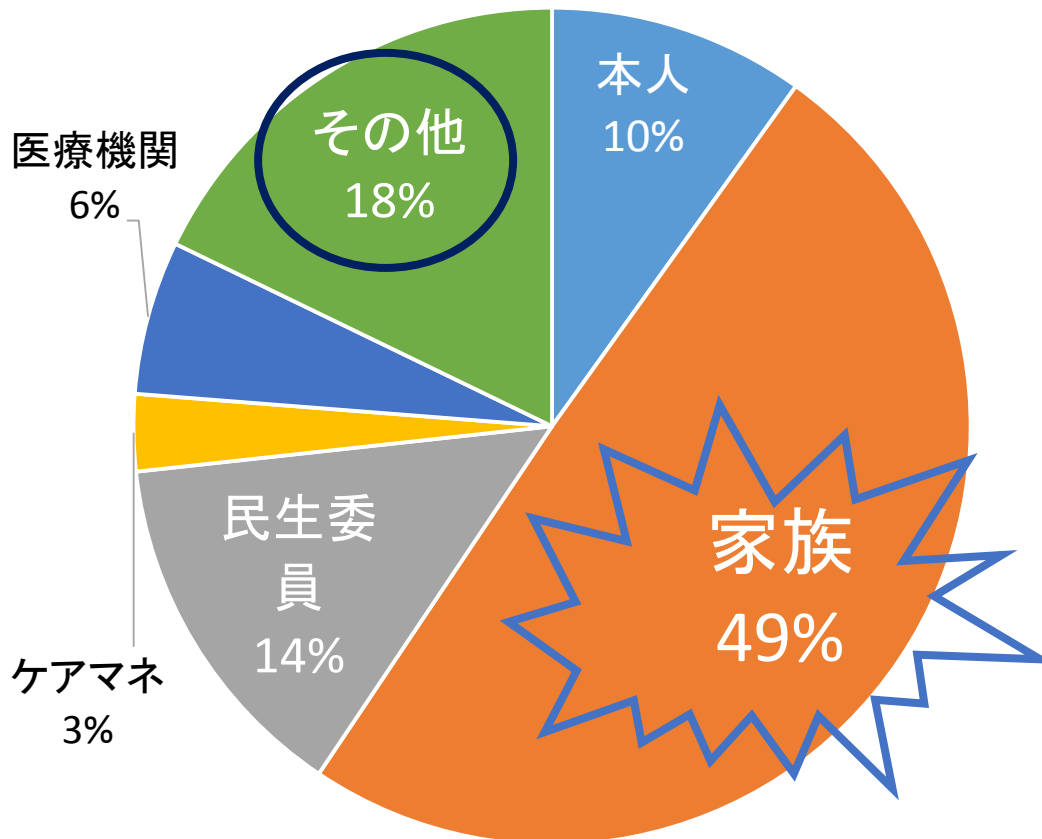


## 支援後の介護サービス



# 平成25～28年度実績報告

相談元



- その他・・・

- 基本チェックリストの未回収者に対して戸別訪問であるすこ職員が気になったケース
- 別の社会保障制度利用中で、担当者が気になったケース
- 警察や郵便局などから相談があったケース

# 平成25～28年度実績

## 依頼内容

家族へのケア  
心理教育ニーズ

生活実態把握  
6%

その他  
6%

診断  
8%

診断・  
医療ニーズ

受診  
12%

評価  
12%

介護導入ニーズ

介護保険申請  
10%

サービス導入  
23%

心理教育  
14%

負担軽減  
9%

# このテーマの流れ

---

## ✓初期集中支援事業の動き

✓初期集中支援チームの具体的な動き

✓支援の実施 – 医療機関との連携

✓終結、引継ぎ、モニタリング



# 認知症初期集中支援事業

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

# 事業開始前の準備（行政）

---

- 事業スキームの構築（設計・企画）
- 政策決定、議会報告
- 予算獲得
- 人材確保
- 関係団体（地区医師会、家族会等）への説明
- 事業検討委員会の設置
- 事業従事者の研修、事業マニュアルの作成
- 広報活動

# 事業開始前の準備（行政）

---

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

# このテーマの流れ

---

- ✓ 初期集中支援事業の動き
- ✓ 初期集中支援チームの具体的な動き**
- ✓ 支援の実施 – 医療機関との連携
- ✓ 終結、引継ぎ、モニタリング

# 地域包括とチーム員



- 世田谷区の場合、地域住民からの相談窓口は「地域包括支援センター」で統一。世田谷区で実施しているその他の事業とも調整しながら、“このケースは初期集中で対応を”という場合に、チーム員へ相談・依頼。

地域住民  
からの相談

情報  
収集

チーム員  
会議①

チーム員  
会議②

チーム員  
会議③

引継ぎ

モニタ  
リング

## ✓相談者は誰か（認知症の本人との関係性）

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

## ✓困っている人は誰か

## ✓対応の優先順位を検討する

## 地域包括

地域住民  
からの相談

情報  
収集

チーム員  
会議①

チーム員  
会議②

チーム員  
会議③

引継ぎ

モニタ  
リング

## ✓対象者の把握

### 認知症初期集中支援の対象者が否かの判断



認知症の方  
その疑いの方

受診拒否

介護拒否

支援困難

- ・ 40歳以上、在宅で生活。
- ・ 認知症が疑われる人又は認知症の人で以下に該当

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
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・心理症状が顕著なため対応に苦慮している者

## 地域包括

地域住民  
からの相談

情報  
収集

チーム員  
会議①

チーム員  
会議②

チーム員  
会議③

引継ぎ

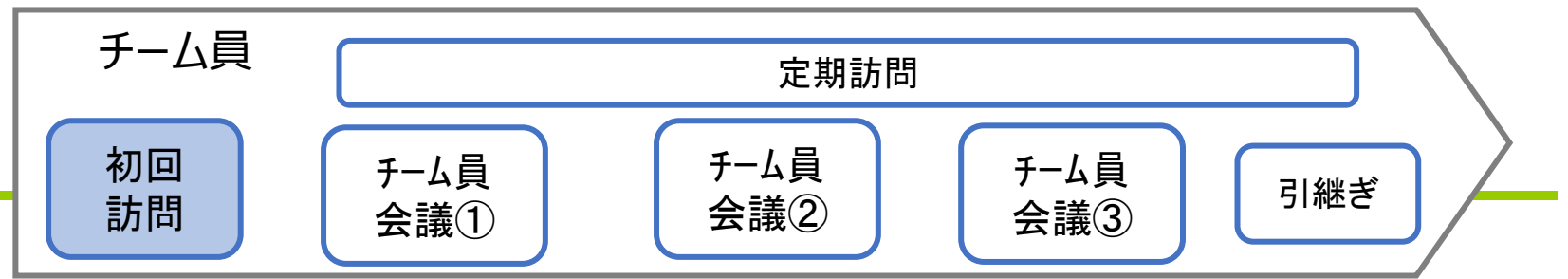
モニタ  
リング

### ✓地域包括職員による情報収集・アセスメント

窓口対応だけではなく、実際の生活の場へ足を運ぶ。  
世田谷区の場合、包括職員もDASCで評価。  
自宅訪問する際の方法（切り口）も含めた視点。

### ✓事業導入の同意

世田谷区の場合、同意書にご本人もしくは家族から  
同意書にサインを頂けたケースを対象者としている。  
※各自治体のスキームによって異なる。

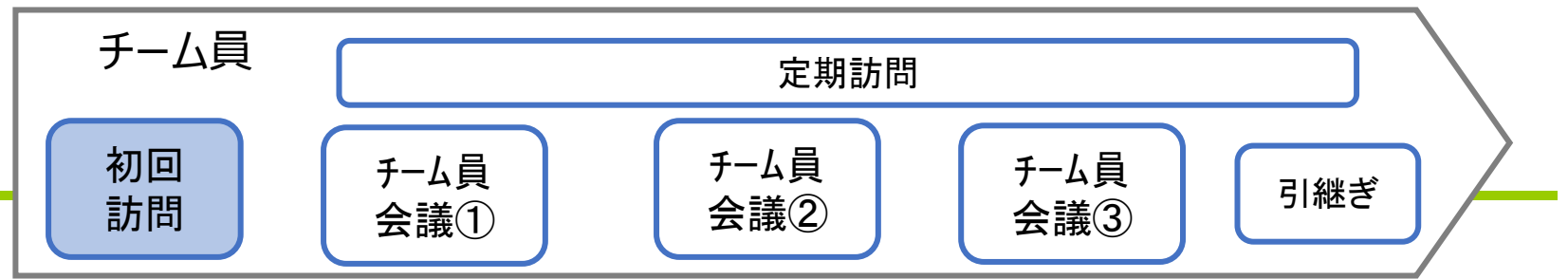


## ✓初回訪問の準備

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

## ✓訪問の実施

- ・訪問体制（複数人で訪問、信頼関係づくり、  
効率の良いアセスメント、リスク管理）
- ・訪問時における留意点

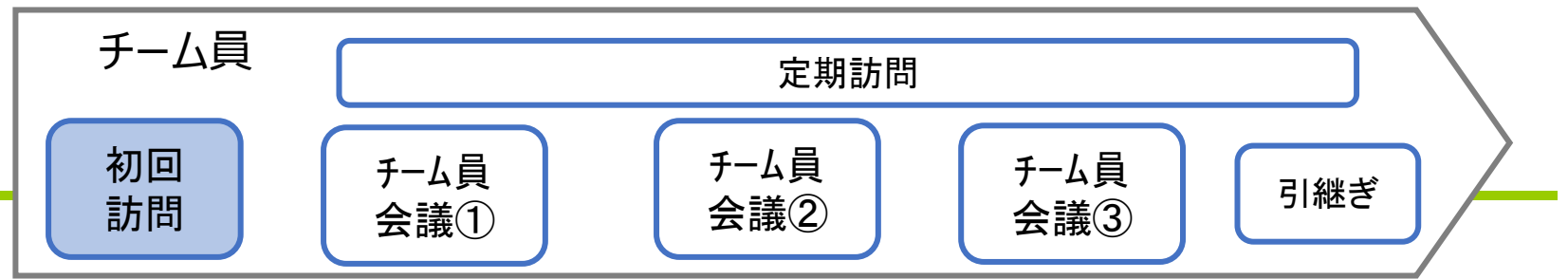


## ✓アセスメントの実施 – 情報収集

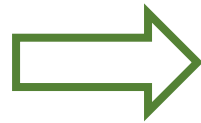
- ・現病歴、既往歴、生活歴、趣味や楽しみ、現在の生活状況、家族状況などを情報収集する。
- ・地域包括支援センターが前もって収集した情報もチームと共有し、アセスメントに活用する。
- ・家族などの協力も得られるよう、必要に応じて同席調整。

## ✓アセスメントの実施 – 観察・評価

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



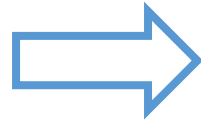
1. 全体をみる



同時に多職種の視点が加わるメリット！

- ・認知症
- ・加齢や疾病
- ・服薬
- ・身体面
- ・家族背景
- ・生活環境

2. アセスメント



様々な側面から評価を実施。

- ・身体評価
- ・認知機能
- ・DASC
- ・BPSD
- ・介護負担尺度
- ・住環境
- ・本人、家族のニーズ
- ・経済状況

3. 支援



- ・本人に対する支援（残存能力への支援）
- ・家族に対する支援（心理教育、精神面）
- ・生活の再構築（第三者の介入など）
- ・認知症診断からの生活障害予測
- ・意思決定支援

4. 予後予測

# 認知症初期集中支援チームの狙い！

継続して訪問を受け  
入れてもらう

- \* 同じ色の服装、聞き覚えのある keyword を多用する。
- \* お茶などを一緒に飲食し、楽しみを共有する
- \* ひらすら本人からの話を聞く。
- \* 楽しみを共に共有する

支援がつづく

- \* 楽しみの提供
- \* 生活パターンの構築
- \* 日課の提供
- \* 仮想現実に取り込む

1

## 家の中に入る

- \* 家族や馴染みの方と訪問する
- \* 事前情報からどんな人なのか把握しておく

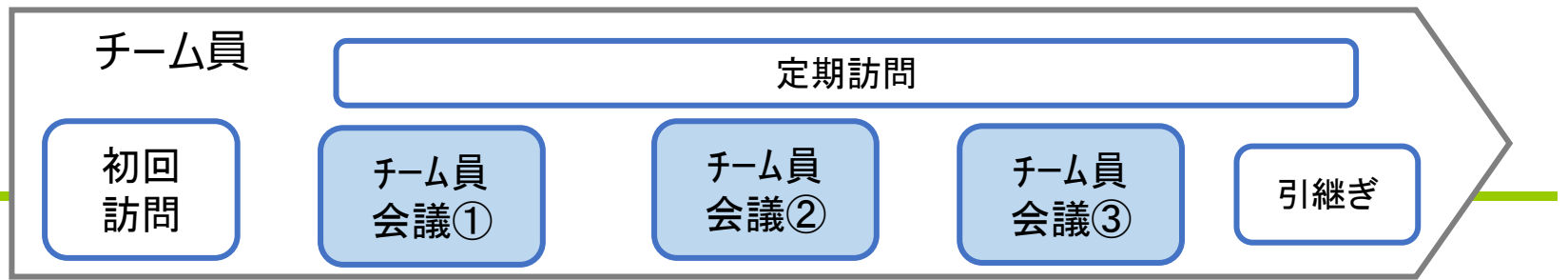
2

3

支援を受け入れてもらう

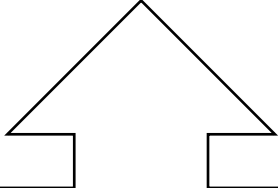
- \* 生活するにあたっての問題の明確化と解決方法の検討
- \* 生活環境の整備
- \* 認知障害・生活障害の見立て
- \* 介護保険サービス導入の提案と利用促進

4



## ✓チーム員会議の目的

1. 本人の意志が尊重され・・・（意思決定支援）
2. 出来る限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続ける・・・  
本人のちからを最大限に使い、早期診断・早期対応に基づく  
支援体制を構築（自立支援）

- 
- ①（潜在的）ニーズの確認、
  - ②短期目標と支援計画の設定、
  - ③誰が何をいつまでに、どこでどうやってアプローチする  
のかを共有し、多職種で分担するための会議

# アウトリーチと会議の頻度

平均訪問回数 3.7回

初回訪問

最終訪問

地域包括から  
相談・依頼

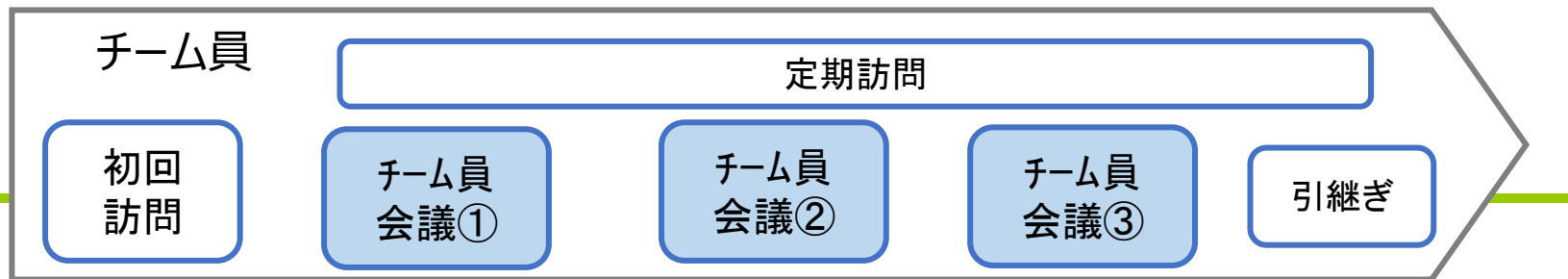
チーム員会議①  
「診断会議」

チーム員会議②  
「アクションプラン会議」

チーム員会議③  
「引継ぎ会議」

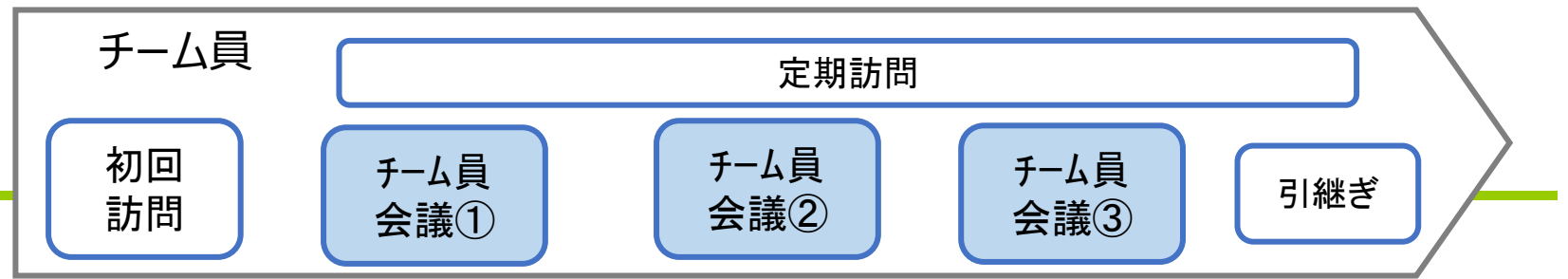
6  
ヶ月  
後

チーム員会議開催 3回/6か月



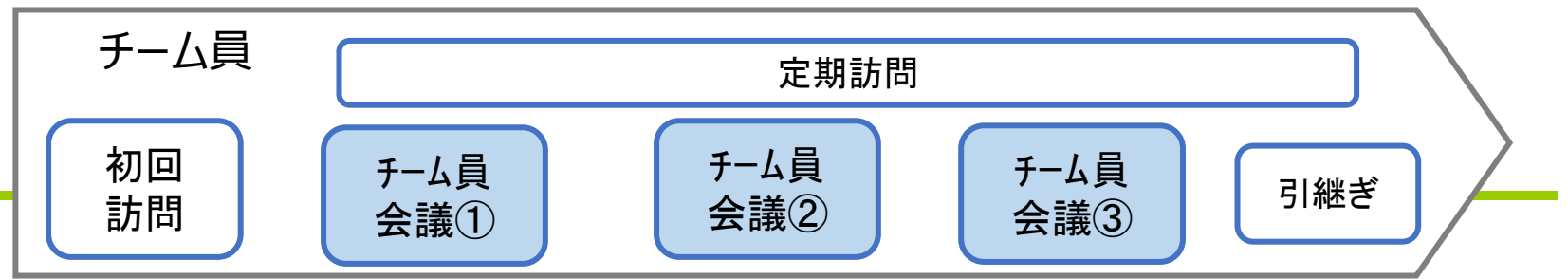
## ✓会議メンバーの招集：訪問したチーム員と専門医





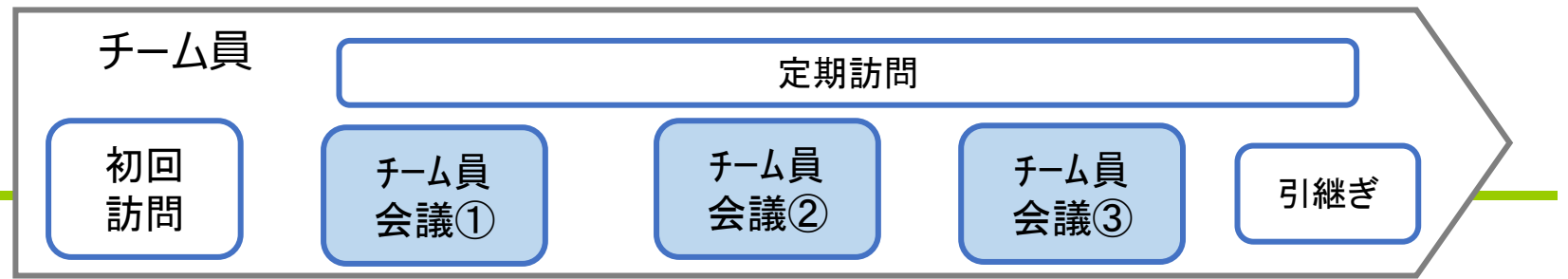
## ✓会議の内容

- － 支援の対象者は誰か（本人？ 家族？）
- － 多職種チームで初期集中支援計画を作成
- － 支援内容と役割分担を確認
- － 近隣住民や民生委員など、本人・家族以外の支援者にどこまで情報提供し、協力してもらうか検討
- － 6ヶ月間の到達点（ゴール）を決める
- － 次回会議の時期を決める



## ✓進め方

- ①出席予定者に開催通知を流す  
(日時、検討事例、出席予定者の確認)
- ②当日の進行：ファシリテーターが司会進行  
(初回：1ケース20分、他：1ケースあたり15分)  
※参加者全員が一言ずつ発言するような配慮。
- ③会議終了後、記録作成



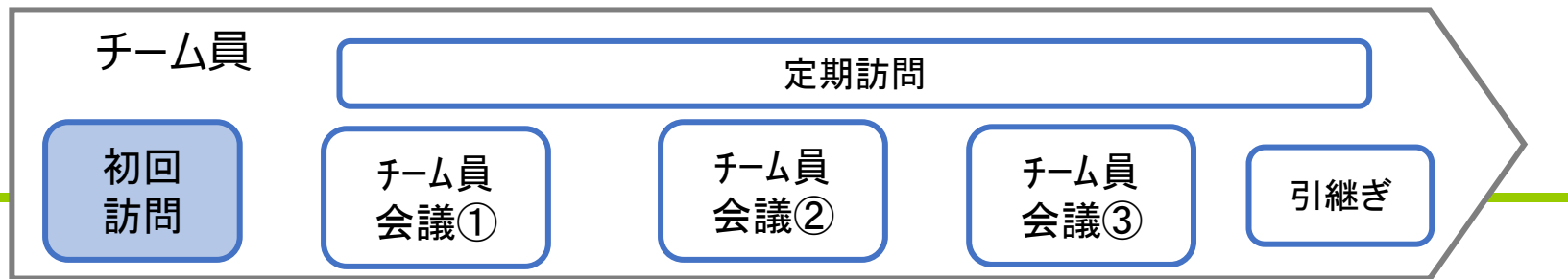
## ✓進め方のポイント

議事進行にあたり、要点をまとめて話す事を意識。

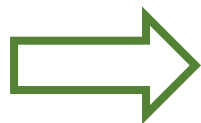
検討したい内容・課題を明確に記載。

「生活障害とケア」に着目した会議内容を意識。

1ケースあたりの所要時間を各自が意識する。



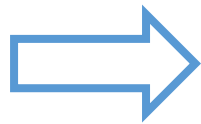
1. 全体をみる



同時に多職種の視点が加わるメリット！

- ・認知症 ・加齢や疾病 ・服薬
- ・身体面 ・家族背景 ・生活環境

2. アセスメント



様々な側面から評価を実施。

- ・身体評価 ・認知機能 ・DASC
- ・BPSD ・介護負担尺度 ・住環境
- ・本人、家族のニーズ ・経済状況

3. 支援



- ・本人に対する支援（残存能力への支援）
- ・家族に対する支援（心理教育、精神面）
- ・生活の再構築（第三者の介入など）
- ・認知症診断からの生活障害予測
- ・意思決定支援

4. 予後予測

# 支援例 3：物理的環境整備

「あきな」さん、70歳代女性。 子供家族と3世代同居

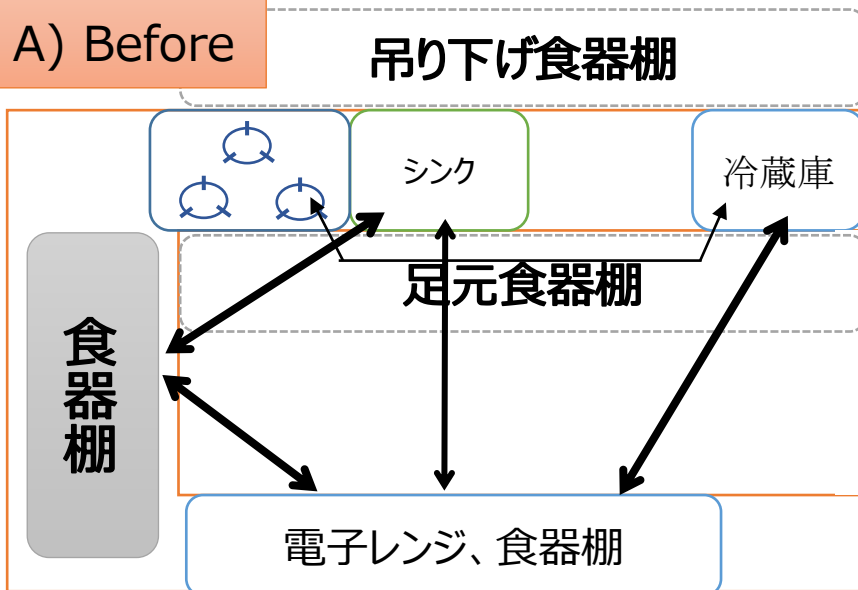
導入理由：家族内の役割である「調理」を継続したいが、  
以前より調理完成までに時間を要するようになった。

|      |                                |          |        |
|------|--------------------------------|----------|--------|
| 介護保険 | 未申請                            | サービス利用状況 | なし     |
| DASC | 31/84点                         | DBD      | 9/52点  |
| MMSE | 26/30点                         | HDS-R    | 21/30点 |
| ADL  | BADLは自立。衣類の準備もすべて自分で<br>行っている。 |          |        |
| IADL | 複雑でなければ遂行可能。買い物は家族が実<br>施。     |          |        |

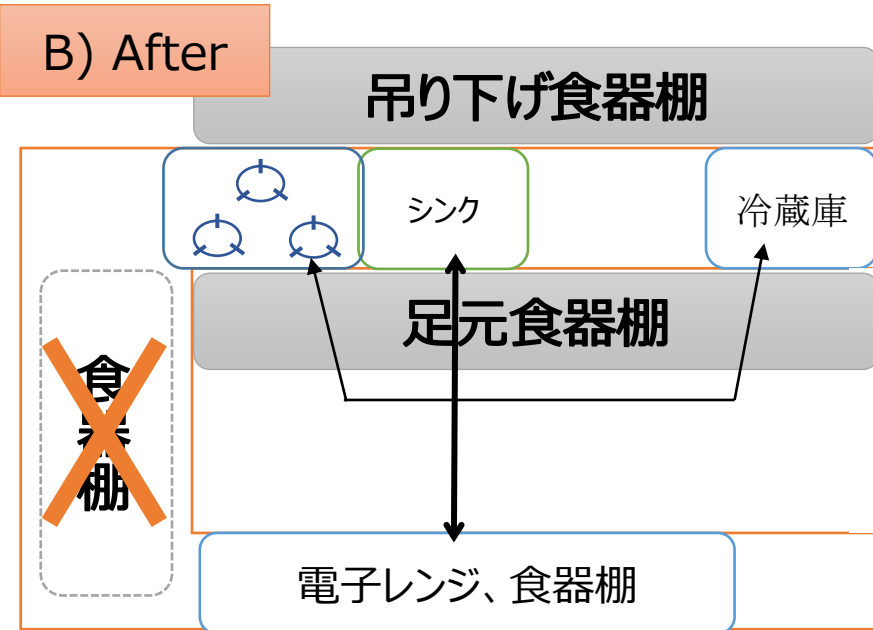
# 支援例 3：物理的環境整備

❖ **作業分析**を行うと、横や後ろの食器棚・電子レンジへと向きを変えた時に次の動作を忘れてしまう。思い出すのに時間がかかり、不安が募る悪循環を繰り返している。

A) Before



B) After



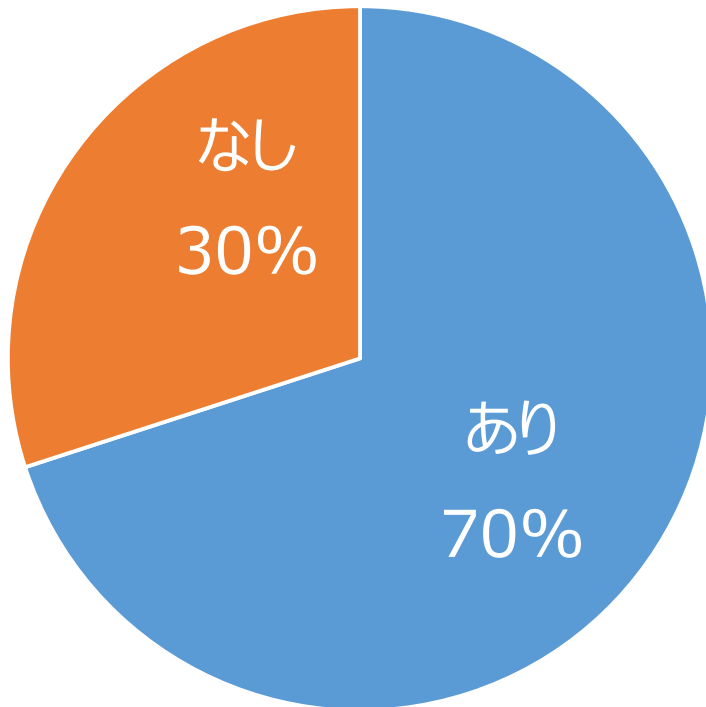
# このテーマの流れ

---

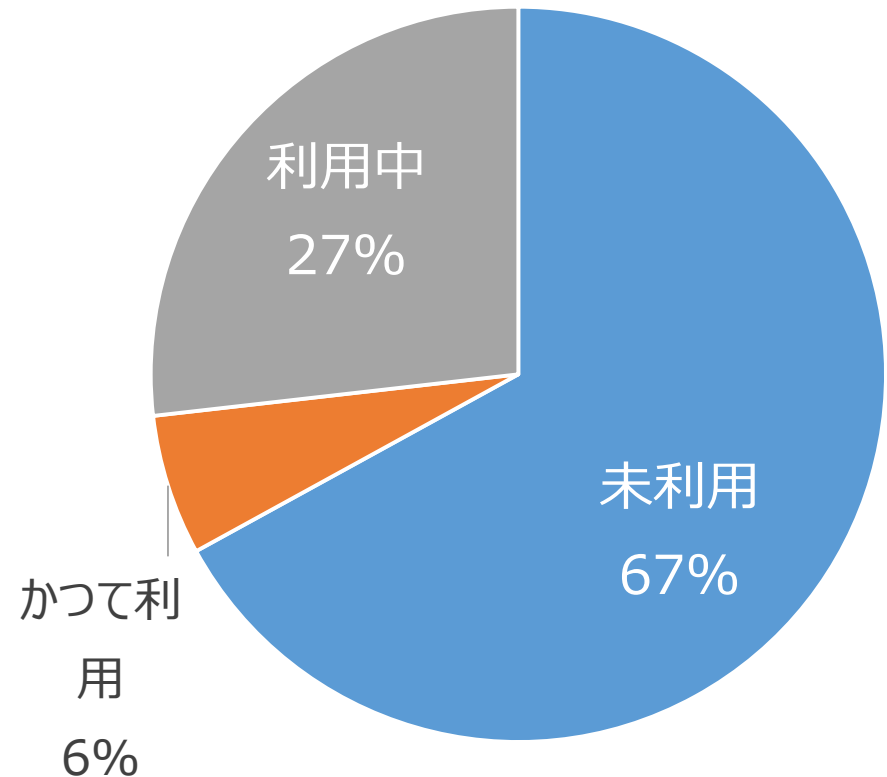
- ✓ 初期集中支援事業の動き
- ✓ 初期集中支援チームの具体的な動き
- ✓ **支援の実施 – 医療機関との連携**
- ✓ 終結、引継ぎ、モニタリング

# 平成25～28年度実績報告

主治医の有無



認知症医療利用



# 支援の実際 – 医療機関との連携

---

- 受診を勧める場合、チーム員の下準備は必須！

(以下の4点を確認しておく)

- ☑ 本人が受診の必要性を感じているか
- ☑ 本人が1人で受診できるか
- ☑ 受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる  
家族が居るか
- ☑ かかりつけ医が居るか

# 支援の実際 – 医療機関との連携

---

- 医療機関との情報共有【医師会との連携】
  - 書面（紹介状、連絡票など）で情報共有する
  - 共通のアセスメントシートを使用する



世田谷区は書面（チーム連絡票）を使用し連携。

作成者：訪問したチーム員、チーム員医師

# 支援の実際 – 医療機関との連携

いちチーム員としての悩み・・・

加齢に伴った体の変化は見られるが、大きな疾病もなく自由気ままに暮らしている本人。風邪を引いたり体が痛いと言診は出来ている。

⇒ 専門医療機関への連携は・・・



# このテーマの流れ

---

- ✓ 初期集中支援事業の動き
- ✓ 初期集中支援チームの具体的な動き
- ✓ 医療機関との連携
- ✓ **終結、引継ぎ、モニタリング**

# 終結、引継ぎ、モニタリング

---

## ✓終結

6ヶ月の支援期間を一つの目処として支援を終了。

### <終了と判断するポイント>

- ・生活環境（物理的、人的）が整備された
- ・介護保険サービス、医療保険サービスの導入
- ・インフォーマルサービスや見守りのみで対応が可能

※ただし、支援がぶつ切れになってしまわないように配慮する。

# 終結、引継ぎ、モニタリング

---

## ✓引継ぎ

### － 介護保険サービス利用者

- ・家族介護者
- ・ケアマネジャーもしくは地域包括担当者
- ・サービス提供者（デイサービスや訪問の職員）
- ・かかりつけ医

### － 介護保険サービス未利用者

- ・家族介護者
- ・地域包括担当者
- ・必要に応じて民生委員や近隣住民

# 終結、引継ぎ、モニタリング

---

## ✓モニタリング

世田谷区の場合は、地域包括担当者が支援終了後 2 ヶ月後を目処にモニタリングを実施。

⇒ 年度末の連絡会で、その後の経過について情報交換を実施。

# まとめ

---

- 認知症初期集中支援チームは、各自治体に置ける認知症施策のスタート地点に位置づけられるもの。
- 認知症初期集中支援チームだけで、全てのニーズに対応することは困難。
- 様々な資源や制度を使いこなせるよう、チーム員として知識を蓄える。