

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 具体的な援助



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

テーマのねらい

認知症初期集中支援チームとしての具体的な

支援方法、アセスメントから支援までのプランニング

を理解する

初期集中支援の対象者

- 「ゴミ屋敷になっていて近所が心配・迷惑している」
- 「人を寄せ付けなくて、家にこもっているらしい」
- 「別居家族が会いに行っても、玄関のドアをあけないで誰も家に入れない」
- 「認知症の人の介護をしている家族が倒れそうなのに介護サービスを受けようとしらない」
- 「夫のものの忘れがひどくなっているが、このままでいいのか心配だ」
- 「認知症の人を、家族が怒鳴ったり、時々打ったりしている。放置して良いのか分からない」

はじめての出会い・関わりの第一歩

- **早期発見・早期対応**が重要
- **専門家の目**でみて、**的確・確実に対応**する
- **必要なサービス**に結びつけていく

★ **緊急対応の必要性**を把握する

★ **その人の状態の全体像**を把握する

本人や家族と話をする時の留意点

- 自分が誰なのか、訪問の目的を伝える
- 守秘義務を守ること
- 緊張しないで話をしていただけるような雰囲気作り
- 聴力に配慮した話しかけ
- 相手の方の尊厳を守り、丁寧な言葉で対応する
- 事前の情報は話題にしない（何故知っている？と思われるから）
- 話題は広く、豊かに、世間話から
- 関わりは、会話だけではなく“五感”を使って。

ファーストコンタクトの4つの視点

1. **生活状態**の把握
2. **身体状況**の把握
3. **認知症の状態**の把握
4. 本人や家族の**気持ち・意向**の把握

緊急度

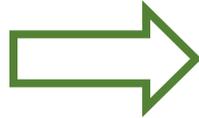
全体像

ファーストコンタクトの9つの方法

1	会話から	本人との会話から
2	五感で観察	本人の身なり等から
3		室内の観察から
4	周りの人からの 情報収集	家族から
5		医療機関から
6		ケアマネ、民生委員、関係者から
7		近隣の人から
8	ケアでの把握	健康チェックから
9		身体ケアから

チームとしての支援内容

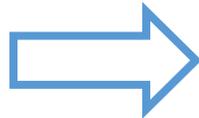
1. 全体をみる



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

①全体をみる

- 「認知症」だけに捉われず、全体をひっくるめてみる。
 - ・加齢 ⇒ 難聴や白内障、心肺機能の低下 など
 - ・元々の疾病 ⇒ 高血圧、糖尿病、内部疾患、癌 など
 - ・服薬状況 ⇒ せん妄を引き起こす薬を内服していない？
 - ・身体面 ⇒ 変形性膝関節症、筋力低下 など
 - ・環境面 ⇒ ゴミが捨てられているか、賞味期限切れの商品が置かれていないか、室温は適切か？
- 医療的側面、介護福祉側面双方の見立て。

緊急対応の必要性（緊急度）を判断

- A.** 緊急対応を要する状態
（即日～数日以内には対応）

- B.** 早めの対応を要する状態
（1ヶ月以内には対応）

- C. 急いで対応する必要はないが、
経過観察を要する状態

緊急度を把握する具体的な内容

生活状態の把握から	<ul style="list-style-type: none">① 栄養失調になっている② 食中毒を起こす危険がある③ 火事を起こす危険がある
身体状況の把握から	<ul style="list-style-type: none">① 重篤な身体症状がある 例) 意識障害、痛み、発熱、脱水② 誤薬による状態悪化がある
認知症の状態の把握から	<ul style="list-style-type: none">① 急激な認知症症状の出現・悪化② 暴力的行動・行方不明・異食など
本人や家族の気持ち・意向の把握から	<ul style="list-style-type: none">① 虐待を受けている② パニック③ 家族の介護限界、家族の重篤な健康問題

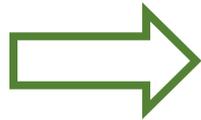
緊急度を把握する具体的な内容

視点	緊急度		
	A : 即日～数日	B : 1ヶ月以内	C : それ以降
生活状態	A	B	C
身体状況	A	B	C
認知症の度合い	A	B	C
本人や家族の気持ち・意向	A	B	C

Aが一つでもあれば、即緊急対応を行う必要がある

チームとしての支援内容

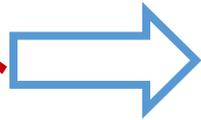
1. 全体をみる



同時に多職種の見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

② アセスメント

Assessment

* 神経心理学所見

(認知機能検査、身体機能検査)

* 問診

(飲酒歴、喫煙歴、内科疾患歴等)

* ADL・IADL評価、分析

* 生育歴、学歴、職歴、性格

* 各種サービス利用状況

Communication

* 診断についての
丁寧な説明

* 傾聴

* 心理教育

* 家族教育

Care Plan

* 個別プラン

* 先を見越した
早期介護サービス
導入

* クライシスプラン

* 薬物療法

Support

* 物理的・人的
環境整備

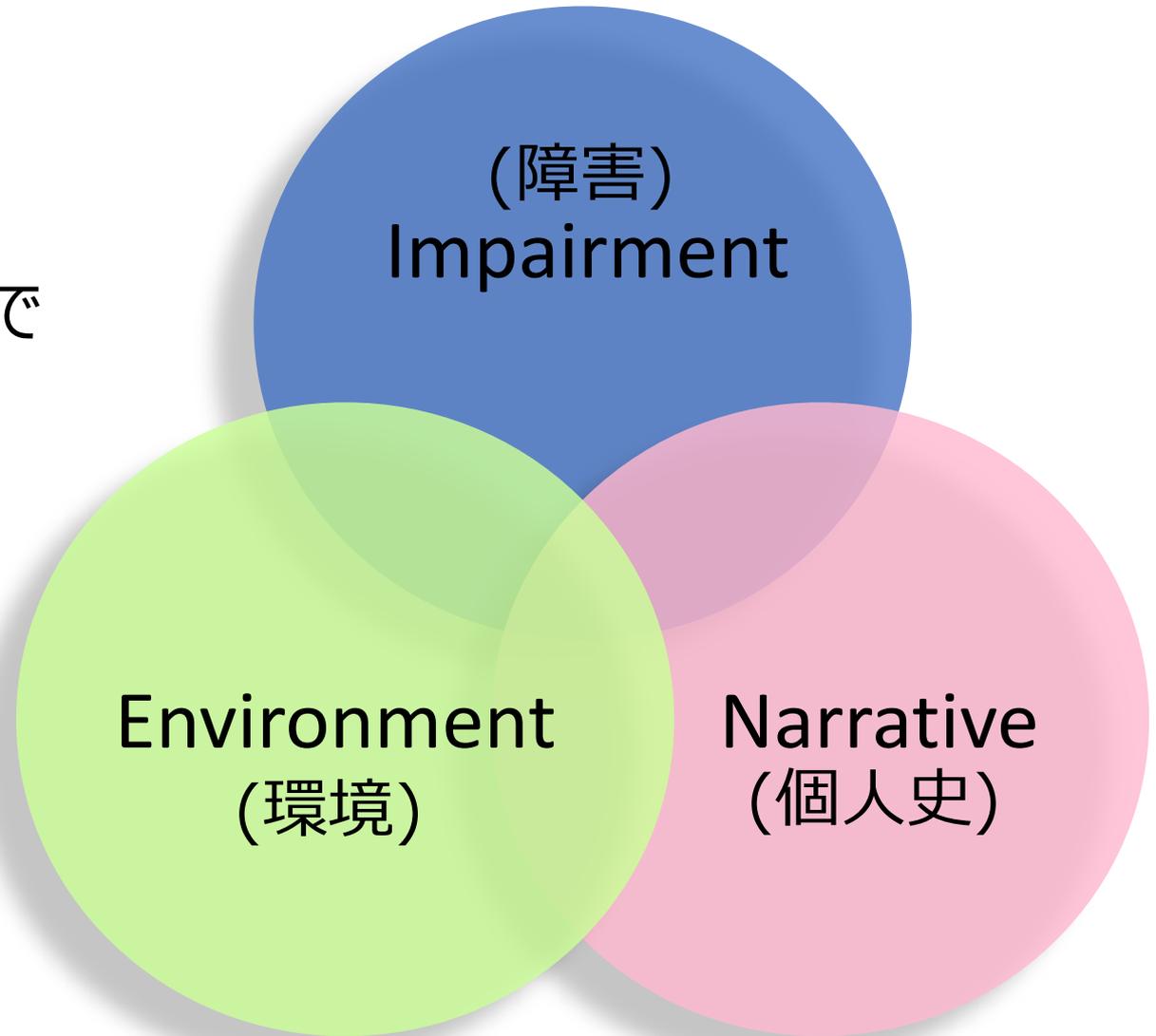
* 医療介護福祉
連携

* 成年後見制度

* 社会保障

② アセスメント

認知症に限らず、
作業療法を行う上で
重要なこと！
「生活」を見る為
には、多面的に
捉えることが
重要。



認知症を考える前に・・・



認知症

- 
- ・せん妄
 - ・老年性うつ
 - ・加齢



治癒可能な
認知症

※**早期発見の場合**

【治癒可能な認知症】

- ✿ 脳腫瘍
- ✿ 正常圧水頭症
- ✿ 脊髄炎, 脳炎
- ✿ 慢性硬膜下出血
- ✿ ビタミンB₁₂ 欠乏
- ✿ 甲状腺機能低下症

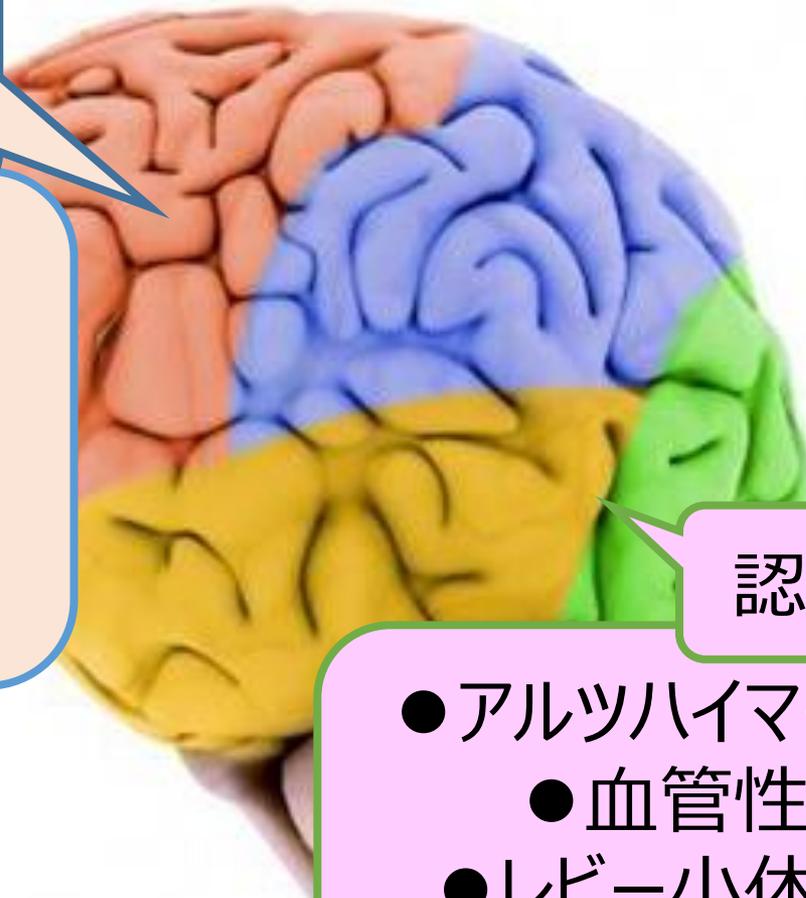
認知症とは・・・

認知症の
主な症状
(中核症状)

- 記憶障害
- 見当識障害
- 言語障害、失行
- 注意障害
- 実行機能障害

認知症のタイプ

- アルツハイマー型認知症
 - 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭型変性症



認知症の 症状理解

認知症の人

脳病変

神経ネット
ワークの崩壊

認知機能障害

記憶障害、見当識障害
遂行機能障害、視空間失認

環境・ケア

生活歴

「行動・心理症状」

BPSD

不安・焦燥、うつ状態、幻覚妄想、徘徊、興奮、暴力不潔行為等

生活行為の
障害
ADL・IADL

社会脳の障害

社会交流
コミュニケーション
自己認識/病識
他者の意図理解

外界の環境・物との
関わり

外界の他者との関わり

失敗体験

自信
喪失

失敗体験

役割
喪失

② アセスメント

よく使うツール一覧		
認知機能	HDS-R、MMSE	認知機能全般のスクリーニング
	CDT、立方体模写	構成能力（後頭葉、頭頂葉）
	TMT-A,B	注意機能
	FAB	前頭葉機能
重症度	CDR、FAST	認知症の重症度
うつ		抑うつ状況の確認
生活障害	DASC	認知機能だけではなくADLも含む
BPSD	DBD、NPI	行動心理症状の状態
介護者	Zarit- 8	介護者の負担感

アセスメント ～認知機能評価～

- MMSE 20/30点

<MMSE 失点項目>

- ① 日付 (年、日、曜日)
- ② 場所 (地方)
- ③ 3単語遅延再生 (1/3)
- ④ 連続減算 (3/5)
- ⑤ 従命動作 (1/3)
- ⑥ 図形模写

- MMSEの情報から、
推測される生活障害は？

- ① → 日付の見当識
- ② → 地誌的見当識
- ③ → 短期記憶
- ④ → ワーキングメモリ、分配性注意
- ⑤ → 短期記憶、視空間認知、
身体認識
- ⑥ → 視空間認知

アセスメント ～認知機能評価～

- ①→日付の見当識 服薬管理、定期通院
- ②→地誌的見当識 目的地に辿り着けない、道に迷う
- ③→短期記憶 同じことを何度も聞く、何度も言う
- ④→ワーキングメモリ、分配性注意 同時進行が苦手
- ⑤→短期記憶、視空間認知、
身体認識 伝言を受け取るのが苦手、空間の中の自分の位置が分からない、手すりを掴み損ねたり、椅子に座りそこねる
- ⑥→視空間認知 物と物・物と人との距離感が掴みにくい

認知症の評価・生活障害の捉え方

うまくできない動作・活動は？

その動作・活動の工程を考える

出来ない部分を抽出する

その工程に必要な機能、
環境を考える

治療プログラムに反映する

トイレの失敗が増えた

どの工程で失敗しそう？

- 1) 尿意を感じる
- 2) トイレまでの動線
- 3) トイレドアの開閉
- 4) 便座への方向転換
- 5) 下衣の着脱
- 6) 着座動作

身体の影響？ 環境の影響？

<身体の影響>

- ・加齢に伴う身体変化は？
- ・尿失禁のタイプは？
- ・内服薬の影響は？
- ・視覚的認知の低下は？
- ・巧緻性の低下は？

<環境の影響>

- ・廊下の明るさは？
- ・トイレまでの床材は？
- ・ドアは何枚？形状？
- ・下衣の形状は？
脱衣方法は？

<習慣・性格の影響>

- ・元々トイレを我慢する人？
 - ・めんどくさがり屋？
(ズボンの脱衣など)
- ・失敗を知られたくない人？

② アセスメント

突然ですが・・・

自宅の見取り図、すぐに書けますか！？



② アセスメント ～住環境をみるポイント～

- 加齢、身体疾患
- 認知機能、記憶
- ADL・IADL状況

身体・
認知
機能

その人っぽい
インテリア

住宅
の
構造

自宅周囲の
環境

- 地域の状況, 慣習
- 公共交通機関
- 近隣住民との関係性

- 戸建て・集合住宅
- 段差などの障害物
- 照明・床材・扉
- 動線、家具

②アセスメント ～物理的環境～

- 住環境をみるポイント
 - ✓ 段差、階段の有無（戸建ての場合、上り框も）
 - ✓ 部屋全体の明るさ
 - ✓ 廊下の幅、床の材質
 - ✓ 手すりの有無（住宅改修歴）
 - ✓ 玄関の靴（とくに、本人の靴）
 - ✓ 本人の居室および居室からのアクセス
 - ✓ 寝具（ベッド or 布団、向きなど）
 - ✓ トイレや浴室の教示（それぞれの場所が分かりやすい）
 - ✓ トイレや浴室の使い勝手

チームとしての支援内容

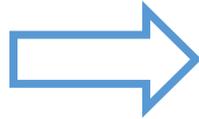
1. 全体をみる



同時に多職種の見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

③ 支援

Assessment

- * 神経心理学所見
(認知機能検査、身体機能検査)
- * 問診
(飲酒歴、喫煙歴、内科疾患歴等)

- * ADL・IADL評価、分析
- * 生育歴、学歴、職歴、性格
- * 各種サービス利用状況

Communication

- * 診断についての丁寧な説明
- * 傾聴
- * 心理教育
- * 家族教育

Care Plan

- * 個別プラン
- * 先を見越した早期介護サービス導入
- * クライシスプラン
- * 薬物療法

Support

- * 物理的・人的環境整備
- * 医療介護福祉連携
- * 成年後見制度
- * 社会保障

チーム員としての支援

家族への
心理教育

本人への
支援

環境整備
(物理的・人的)

鑑別診断
医療機関との
連携

意思決定
支援



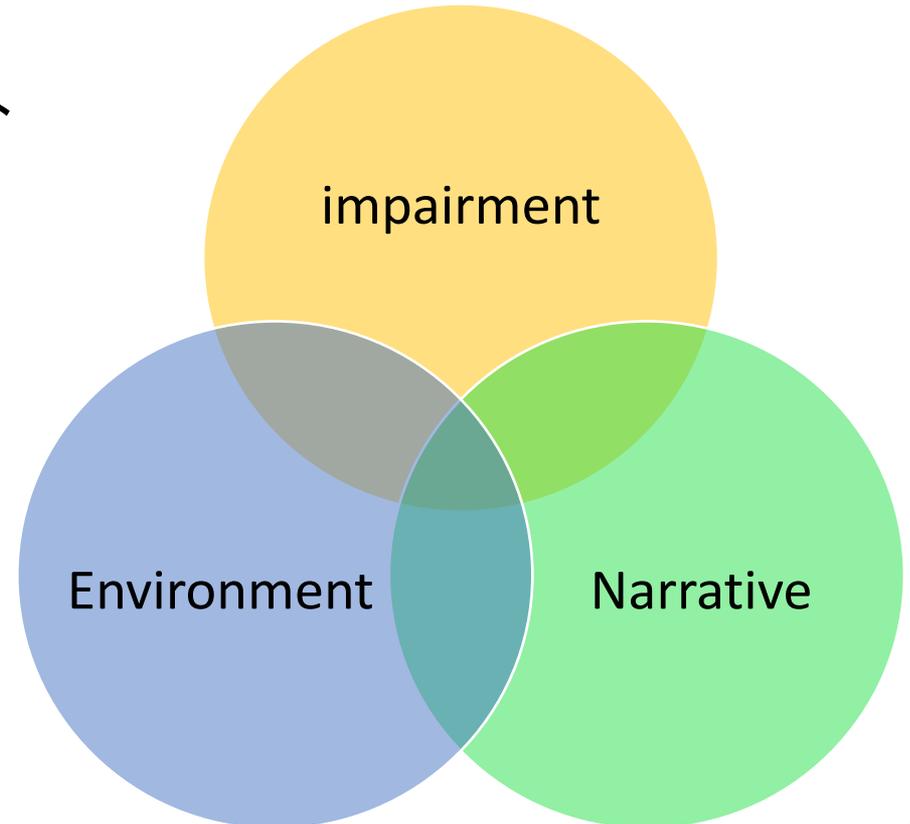
OTの役割

- 本人への支援 ⇨ 生活障害の見極め（工程分析）
- 家族への支援
 - ⇨ 出来ることの発掘、出来ないことの改善ポイント提示
- 環境整備
 - ⇨ 屋内外の生活動線の改善・住環境整備、
自助具・福祉用具の提案、
- 認知症鑑別 ⇨ 適切なアセスメントと評価内容の分析
- 意思決定支援 ⇨ 本人の想いの傾聴

③ - 1 本人に対する支援

- 本人の「なぜ？ どうして？」を解明するためには、様々なことを分析するチカラが必要。

- 認知機能のアセスメント
- ADLの動作分析
- 住環境のアセスメント
- 本人の生活習慣、クセ



③ - 2 家族への支援

・家族介護者を支援することの重要性

☑家族介護者は認知症の人の生活支援のもっとも重要な担い手（ケアラー）である。

☑本人に変わって手続きや説明をにない、認知症の人に安心を提供し、本人の尊厳を守り、望む生き方を全うさせることに尽力してくれる存在。

③ - 2 家族への支援

- ケアラーが置かれている状況
 - ✓ BPSDや日々の介護に対して身体的・心理的な負担や喪失感を感じている
 - ✓ 社会的に孤立しやすい
 - ✓ サービス利用に対する不安
 - ✓ 経済的不安
 - ✓ 家族自身の暮らしや将来への不安

③ - 2 家族への支援

- 家族介護者のニーズの把握が必要。そのためには、まず話を聴く（傾聴）
- ねぎらう（心理的ストレスは、想定外の状況におかれた人の当たり前の反応である）
- 困ったときには、相談にのることを伝える
- 介護負担や健康状態を評価し、負担軽減や健康保持の支援を行う
- 情報を提供する（認知症の理解、利用できる社会資源）

③ – 2 家族に対する支援

- 家族の心情

“認知症になってしまった。大変になる・・・。”

“近所の人たちに知られたくない。家に居てもらおう”

- 私達がまず行うこと

⇒ 話をひたすら聞く! そのあとに、アセスメント。

<Assessment>

BPSD評価：NPI、DBD、Behave-AD

介護負担：Zarit介護負担尺度

③ – 2 家族に対する支援

- アセスメントした上で、チーム員として伝えていること

① 認知症とは。

タイプ別の特徴、経過年数と予後予測。

② 今起こっている生活障害とは。

アセスメントで得た情報の中で、

今困っている事や残っている能力を説明。

改善することの優先順位を共有。

③ 今後起こりうる可能性のある生活障害とは。

今の能力を維持していくための工夫、

能力低下していくかもしれないことへの心構え

よく使う情報ツール（家族向け）

国立長寿医療センター
のホームページ

日本作業療法士協会
のホームページ



認知症を患う人
支えるご家族の力



社団法人日本作業療法士協会

よく使うツール（支援者向け）

認知症の人への対応力向上のために

金融機関（銀行・郵便局）編

- 認知症の人の想定される行動
- 店側の工夫
- どんな手助けが必要か
- ✕ 望ましくない対応



きょろきょろ、うろうろして落ち着かない様子。



出入口

穏やかに具体的な用件を例に挙げて尋ねる。

- ロビー係が高齢者に対して配慮があることが望ましい。

番号札の前で困惑している様子。



発券機

優しい態度で用件を尋ね、番号札を取るまで誘導。

書類記入の失敗が多い、時間がかかる。



記入台

見守る態度で対応。記入部分を一つ一つ指示する。窓口対応に切り替える。

- ✕ 焦らせる。

待合

穏やかな態度でその都度対応し、具体的な流れを説明し、見通しを持てるようにする。

- ✕ その都度「まだです」と言うばかり。

「自分の順番はまだか」と何度も尋ねる。



突然大声を出したり暴言を吐く。



通帳・印鑑・証書・カードの紛失が多く、再発行を繰り返す。



今すぐに一千万円いるんだ!



明らかに異常な出金依頼がある。



暗証番号を忘れたと訴える。



通帳を盗まれたと訴える。



ATMの前で困惑している。



ATM

横に立ち、見守る態度で一つ一つの作業を指示する。暗証番号など個人情報、声を出して言わないこと、自分も画面を見ないことを伝える。

- ✕ 口頭説明



別室に誘導。怒りの感情を吐き出させ、仕切り直す。



通常の紛失のルールで対応。本人の了解なく、安易に地域包括支援センターに連絡はしない。



訴えを傾聴。詐欺等も想定されるため、本人の了解を得て家族に確認、または地域包括支援センターへの支援につなげる。



窓口で代替手段を提示。通常の手続きで丁寧に対応する。



別対応で話を聞き、本人の了解を得た上で、警察への連絡の前に地域包括支援センターへつなげる。



通帳記帳時にご本人が不明と思われる出金記載があり、混乱される。

詳しく話を聞く。金額によっては家族に連絡する。

ここがポイント!

銀行は大切な財産を守る場ですので、通常より、緊張されることもあると思います。認知症の方の気持ちに共感しつつ、ルールはきちんと伝えるという対応が望ましいと思われまます。

もの盗られ妄想がある場合

認知症の方の主観では、「盗られた」ということが真実です。それに対して、盗られるということはないと否定することは、効力がありません。人前でいわれないことで叱責を受けたと、怒りを覚えて興奮なさることもあります。

共感とは「盗られた事実」ではなく、「心配している点」に示してください。「盗られた事実」に共感してしまうと、妄想を強めることにつながる可能性があります。

対応は、心配していることに共感をしつつも、例外を認めるのは困難であること、ご家族と一緒に解決しましょうと、ご家族に連絡をとることが良いのではないかと考えられます。

順番を守れないなど、ルール違反となる場合

認知症になると、ルールの理解が困難になることに加えて、状況によっては、自分のことではいまいになり、他者への配慮がしにくくなることもあります。このような状況で、他の方への迷惑となっていることを説明しても、理解することが難しい場合があります。

対応は、後どれくらいその方の順番が来るかの見通しをつけて、ていねいにご説明ください。認知症であるからといって、順番を先にして、他のお客様にご負担をかけるより、気持ち良く待っていただけるご対応をお考えください。

③ - 3 生活の再構築・環境整備

- ・ 屋内外の生活動線の改善・住環境整備、



散歩をしたり、通院するのに
道順記憶障害によって
外出が出来なくなっ
ていないか！？

自宅内が動きやすい環境に
なっているか？
作業しやすい環境に
なっているか？



③ - 3 生活の再構築・環境整備

- フォーマルケアサービスの選定

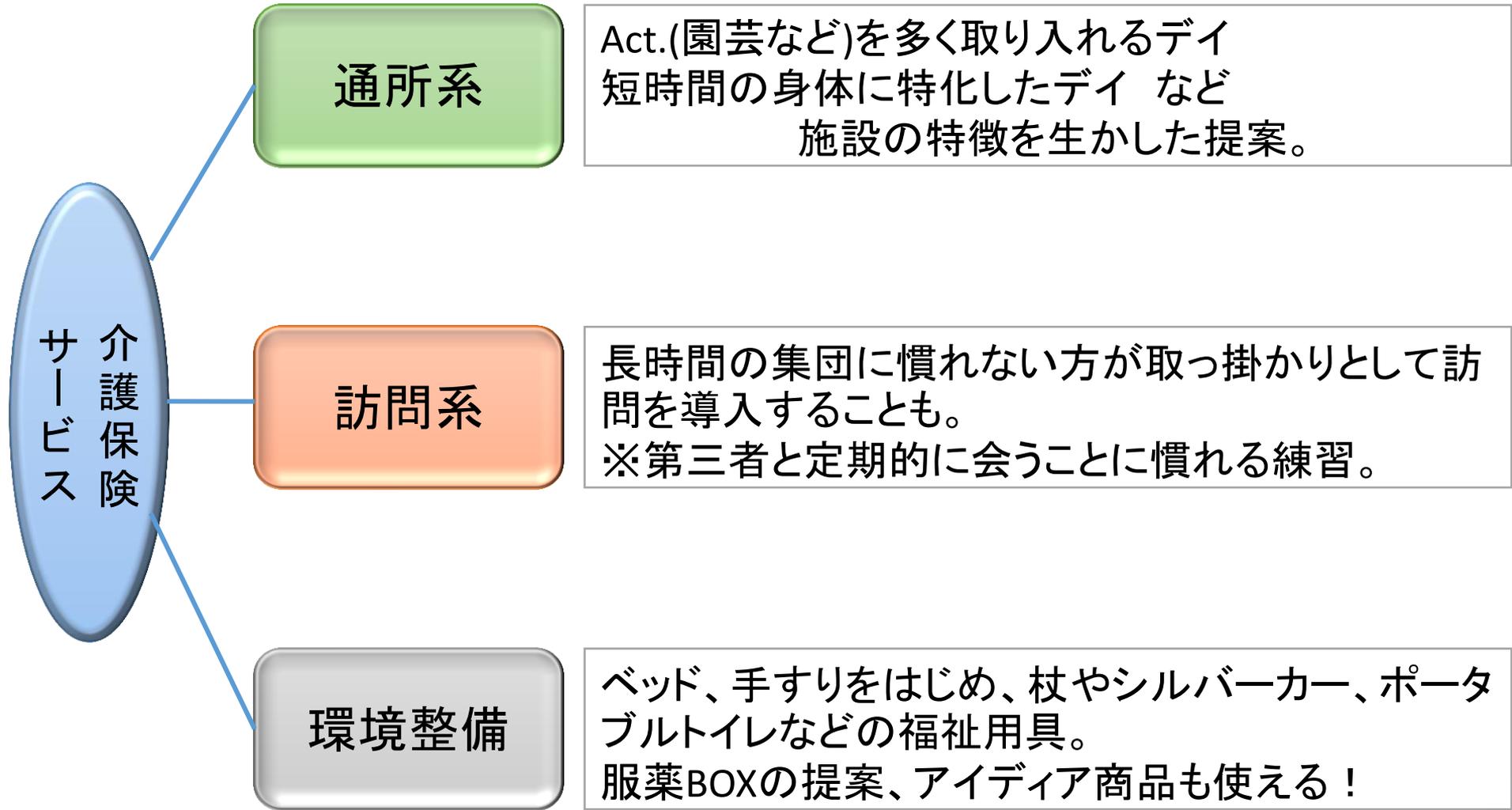
★“デイサービスでいいでしょ”ではなく、
“〇〇に長けたデイサービスはどうか!?”



★引きこもりの方に、いきなり外出系サービスではなく、
第三者が定期的に訪問することに慣れてもらう
訪問系サービスから開始し、徐々に外出系にする。

★初期集中の訪問で得た、その人にとって受け入れ
やすい挨拶の方法・声かけのポイント・反応を
引き出しやすいキーワードを引継ぎする。

初期集中でのサービス導入のポイント



通所系

Act.(園芸など)を多く取り入れるデイ
短時間の身体に特化したデイ など
施設の特徴を生かした提案。

訪問系

長時間の集団に慣れない方が取っ掛かりとして訪
問を導入することも。
※第三者と定期的に会うことに慣れる練習。

環境整備

ベッド、手すりをはじめ、杖やシルバーカー、ポータ
ブルトイレなどの福祉用具。
服薬BOXの提案、アイディア商品も使える！

③ - 4 認知症診断からの生活障害予測

- 適切なアセスメントと評価内容の分析

ケースにとって必要なアセスメントをチョイスする。

例) 物忘れが気になる ⇒ MMSE、HDS

落ち着きが少ない ⇒ FAB



- それぞれのアセスメントを掘り下げて分析する。

例) HDS-R「3単語遅延再生で減点」⇒短期記憶低下

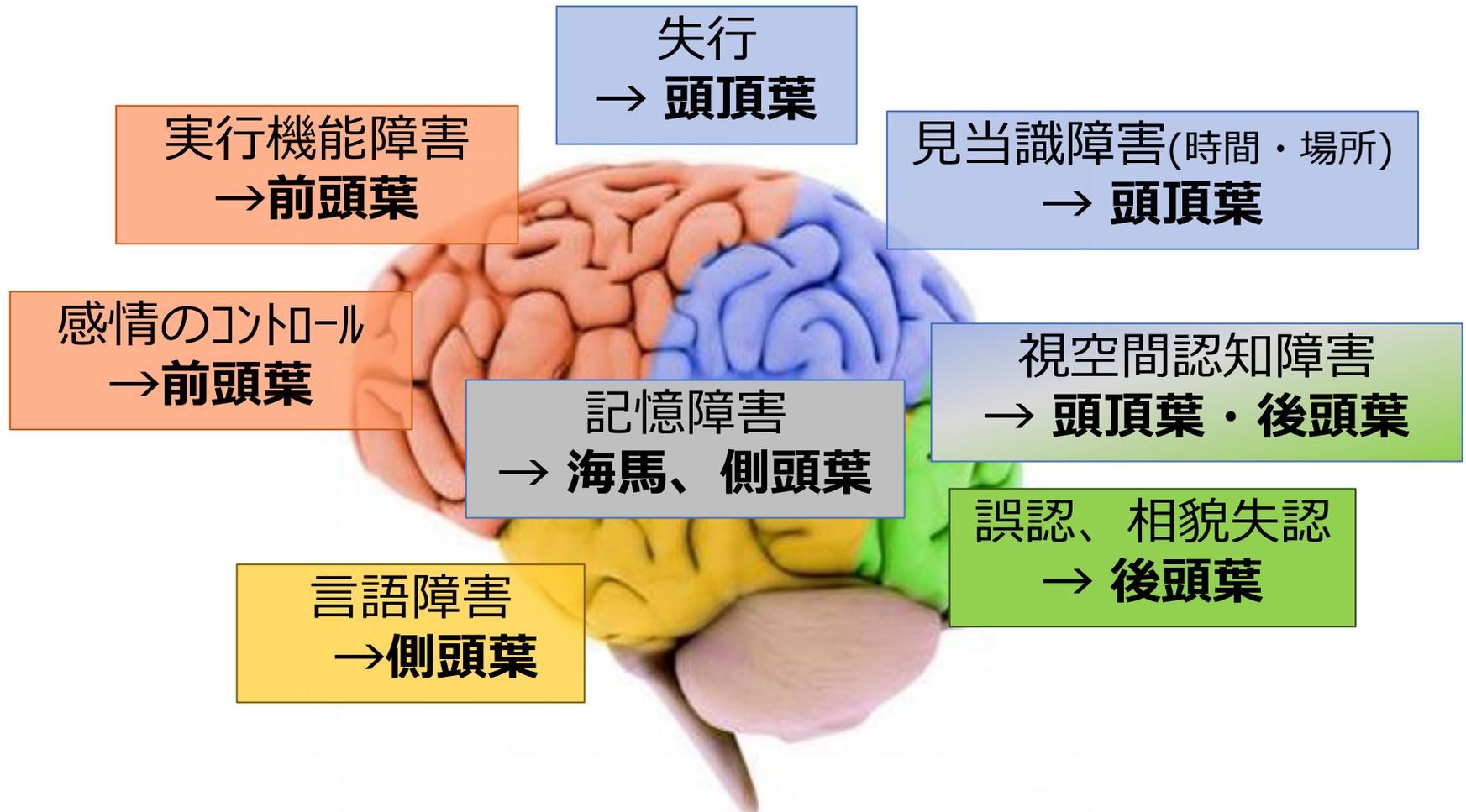
MMSE「物品呼称」⇒失語、意味性認知症

CDT「時計の数字が偏る」⇒空間認知機能低下



③ - 4 認知症診断からの生活障害予測

・生活障害と脳機能のリンク



③ - 4 認知症診断からの生活障害予測

HDS-R 19点

失点項目

- 日付の見当識 (- 3点)
- 3単語遅延再生 (- 3点)
- 5品目再生 (- 3点)
- 野菜の語想起 (- 2点)

・的確な表現が
難しくなる。
⇒言いたいことが
言えなくなる

・ゴミ捨てに困る
・服薬管理に
支障が出る

・同じものを
買ってくる
・何度も同じ
話をする

認知症のリハビリテーション



- 生活のほころびを見つける。
- その動作、考え方のプロセスを分解し、
なぜ苦手なのか・できないのか考える。
- 慣れた動作になるまで繰り返し練習する。
- 日常生活の中で定着化できたか
確認する。
- 本人がやりたいこと**も**支援する。



認知症のリハビリテーション

さらに・・・

生活しやすい環境を整えるのも

作業療法士に求められるスキルです！



住環境整備



<ハード面>

- 外出のしやすさ（自宅周辺、玄関など）
- 屋内の移動しやすさ
（動線、段差、明るさ、手すりの位置など）



<ソフト面>

- 同居家族の有無、介護力
- 疾患的特徴と合併症の有無
- 活かせる機能と補うべき機能



まとめ

- 認知症初期集中支援チームは多職種協働チーム。それぞれの職種の特徴を活かしたチームづくりが必要です。
- 初期集中支援として訪問する中で、初回は特に重要！
第一印象や直感は大事にしましょう。
- 認知症の人に寄り添いつつも、客観的視点を失わないようにしましょう。（アセスメントは適切に）

認知症初期集中支援チーム員研修

試験問題

回答時間 5分