

2018.1.12

京都府認知症初期集中支援チーム員

スキルアップ研修

アウトリーチにおけるアセスメントについて ～医療職と介護職の強みを活かして～

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
作業療法士 村島久美子

- 母校：長崎医療技術専門学校（長崎県長崎市）
- 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（H25～）
 - 訪問リハビリ
 - 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

本日の狙い

- 認知症初期集中支援チームにおけるアセスメントの重要性を再度理解する。
- アセスメントから見えてくる支援を理解する。

認知症初期集中支援チームの現状



- ✓ チームの設置場所によって、動きが少し異なる
- ✓ チーム員の構成メンバーによって、チームのカラーが異なる
- ✓ チーム員のバックヤードによって、考え方や思考プロセスが少し異なる
- ✓ 各自治体で検討したスキームによって、その自治体における認知症初期集中支援チームの位置づけが異なる

チームに求められる役割

- ① 啓発活動、② アウトリーチとチーム員会議、③ 初動支援(受診勧奨、支援導入)

⇒ 変幻自在チーム

例) ある時は・・・

- 区の高齢者見守り隊



- 区の無料健康チェック事業

- 模擬的訪問看護



このチームの目標は、あくまでも在宅で生活する人を支えること。

そのために、**多面的かつ繊細なアセスメント**を実施することが重要である。

東京都世田谷区の認知症初期集中支援チーム

世田谷区のプロフィール



概要 平成29年 6月 1日	
総人口	898,262人
65歳以上人口	179,789人
高齢化率	20.01%
地域包括支援センター数	27か所
要支援・要介護認定者	37,943人
うち認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上	約21,000人

世田谷区の認知症・うつ関連事業一覧



認知症の予防について学ぶ・取り組む	認知症予防プログラム	グループ活動により、認知症の発症予防や遅延を目指す（約6か月、週1回程度）
認知症について学ぶ	認知症サポーター養成講座	地域包括支援センターのキャラバンメイトが講師となり、出前講座を実施。
	ステップアップ講座	より実践的な講座を実施し、地域の見守りや支えあい活動の実践者として育成。
もの忘れが心配な方	医師による「もの忘れチェック相談会」	医師が個別面談で相談にのる会。家族のみの相談も可能。
認知症の方への支援	医師による 認知症専門相談事業	医師による認知症専門相談（訪問又は担当者会議）を行い、認知症が疑われる高齢者や家族が医療による早期対応を図れるよう助言の機会
	認知症初期集中支援チーム事業	認知症（疑いの方も含む）の高齢者や家族を対象に、看護師や医師等からなるチームが約6か月間訪問し、支援体制を作る

世田谷区(本庁)
—地域福祉部
—介護予防・地域支援課

世田谷区(5ブロック)
—総合支所
—保健福祉課

委託

支援・指導

地域包括支援センター

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
× 8か所

依頼

依頼

チーム員

桜新町アーバンクリニック
在宅医療部
在宅医 × 3名、専門医 × 1名

訪問看護ステーション
Ns. × 7名、OT × 1名

社会福祉法人
世田谷区社会福祉事業団

医師, 看護師, 社会福祉士

成城リハケアクリニック
医師 × 3名、Ns. × 2名
PT × 3名、OT × 2

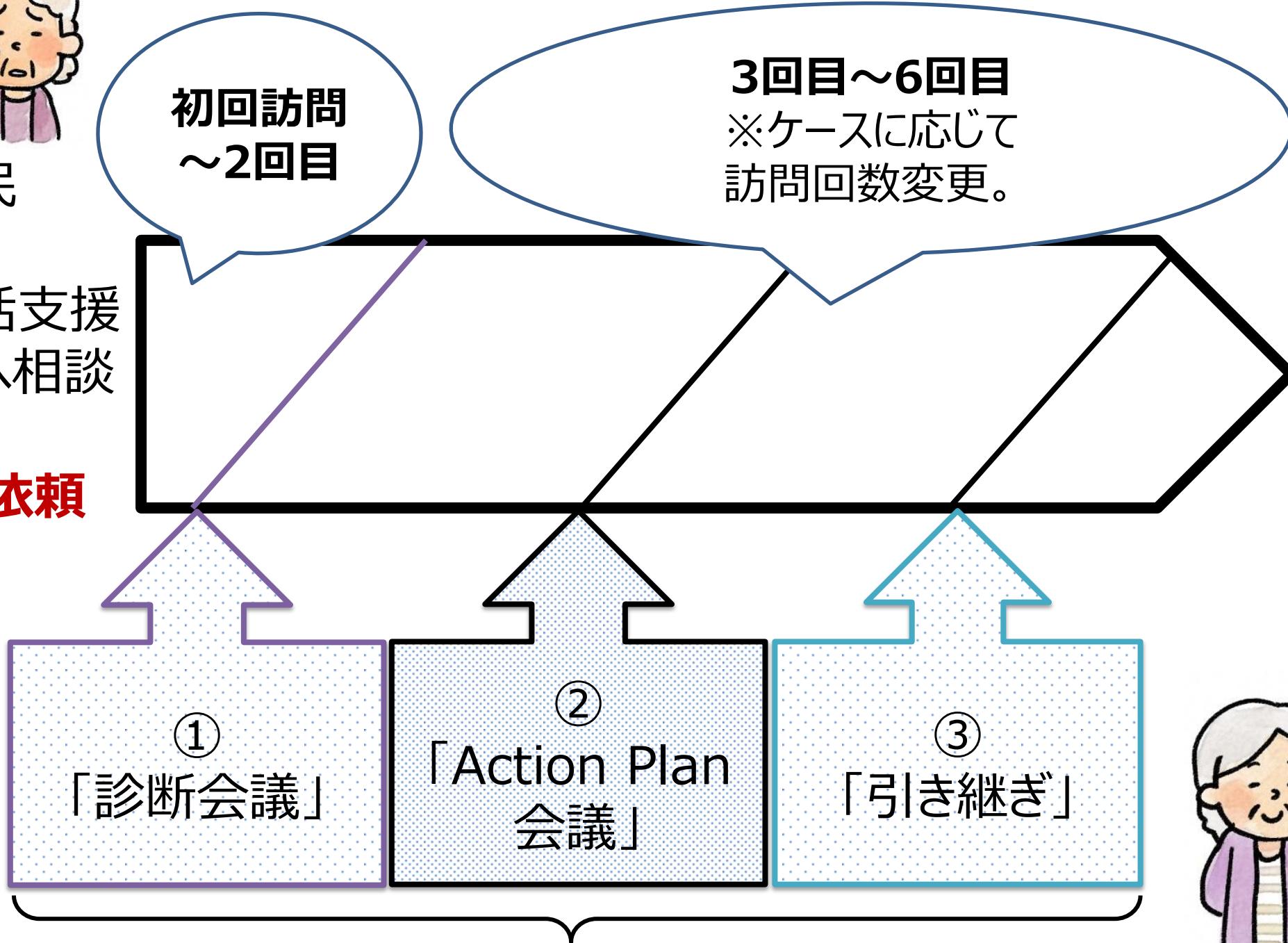
訪問看護ステーション
Ns. × 2名、OT × 1名

支援期間の大まかな流れ @世田谷区



地域住民

↓□
地域包括支援
センターへ相談
↓□
チームに依頼



<6ヶ月後>
適切な機関に
引き継ぎ
・地域包括
・ケアマネ



地域包括とチーム員の役割

地域包括

地域住民
からの相談

情報
収集

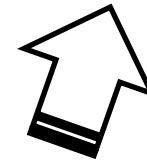
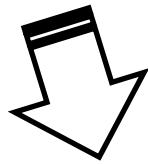
チーム員
会議①

チーム員
会議②

チーム員
会議③

引継ぎ

モニタ
リング



チーム員

訪 問

初回
訪問

チーム員
会議①

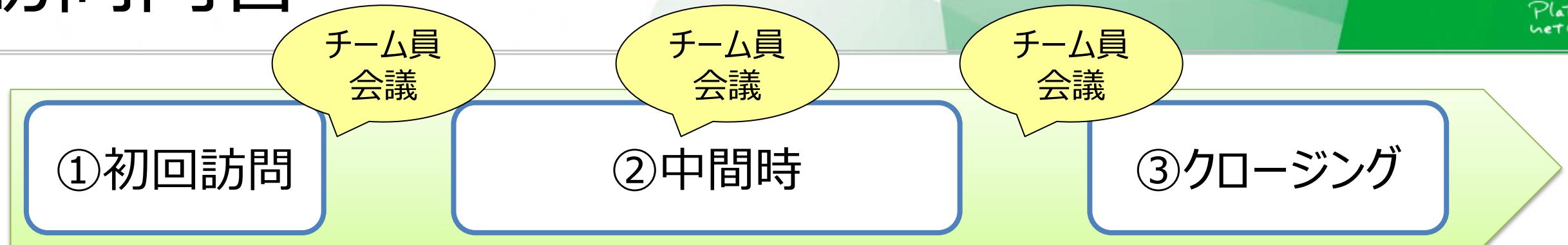
チーム員
会議②

チーム員
会議③

引継ぎ

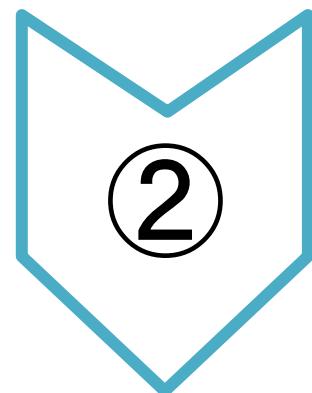
- 世田谷区の場合、地域住民からの相談窓口は「地域包括支援センター」で統一。世田谷区で実施しているその他の事業とも調整しながら、“このケースは初期集中で対応を”という場合に、チーム員へ相談・依頼。

訪問内容



★緊急度と全体像の確認

- きめ細やかかつ多面的に捉えるアセスメント
- 認知症だけに捉われない視点（他の疾患も含めて考える視点）
- 認知症による生活障害の見極め



★その人らしさと周囲との関係性・ケア方針の見極め

- 生活障害に対する介入方法（切り口）の検討
- 対象者に必要なサービスの検討
- その後の人生をどのように過ごしたいか語る時間を持つ



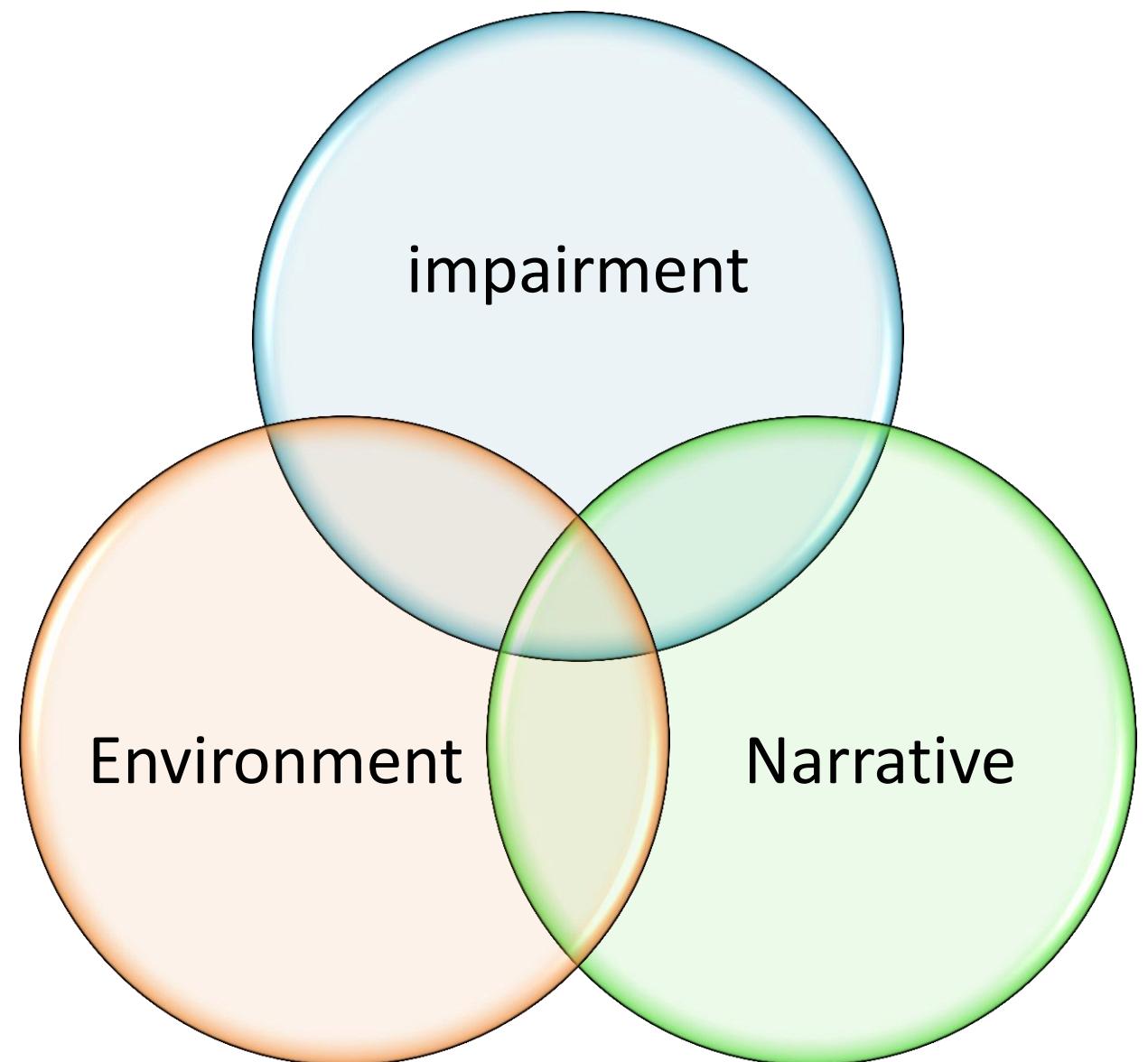
★クロージングに向けた継ぎ目のない支援継続

- 支援期間で得た情報の共有（声掛けの仕方からケアの方法まで）
- 意思決定が引き継がれるような支援

アセスメント

- 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。

- **緊急度と全体像**
- 認知機能のアセスメント
- ADL/IADLの動作分析
- 住環境のアセスメント
- 本人の生活習慣、クセ



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	GDS	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

■ 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 日常生活の様々な活動（食事や服薬）を忘れる
- 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（課題）を抽出しつつ、
出来ること（残存能力）は活かすプランを考える

その工程に必要な機能、環境を考える

支援プランに反映する・引継ぎする

身体の影響？ 環境の影響？

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＞

- ・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？

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

- 地域の状況,慣習
- 公共交通機関
- 近隣住民との関係性

自宅周囲の環境

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

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

アセスメントから繋がる支援

チーム員としての支援

家族への
心理教育

本人への
支援

生活の再構築
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



■ 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

■ 生活の再構築

⇒屋内外を含む住環境整備、
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

- 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。

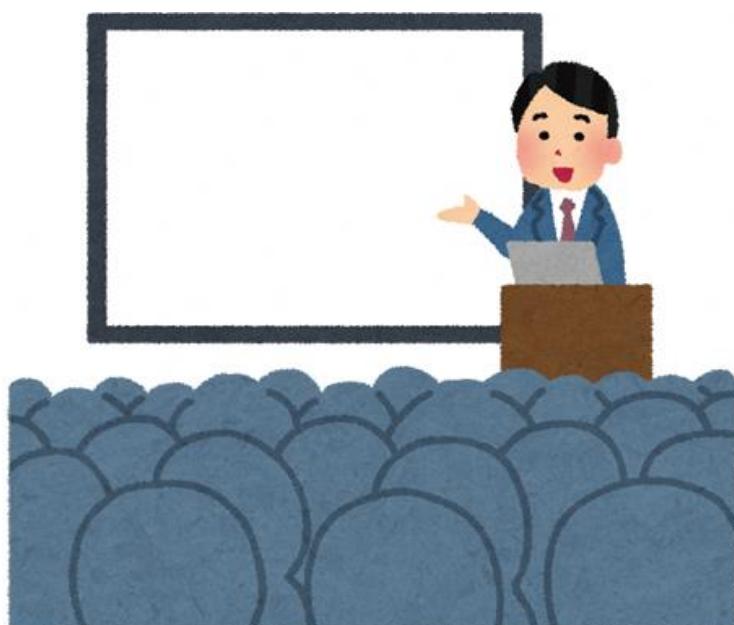
家族に対する支援

■ 認知症の心理教育

パターン1) 一般的な認知症の概要を説明

パターン2) ケースに応じた認知症の症状を説明

パターン3) セミナーなど集団力動を活用した説明



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！？

本人のやりたいことを
そっとサポートしてくれ
る手すりや段差解消
が必要か。



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？

道具を導入して、
混乱が引き起こさ
れないか。活動の
幅が広がる道具
か。

物理的環境整備

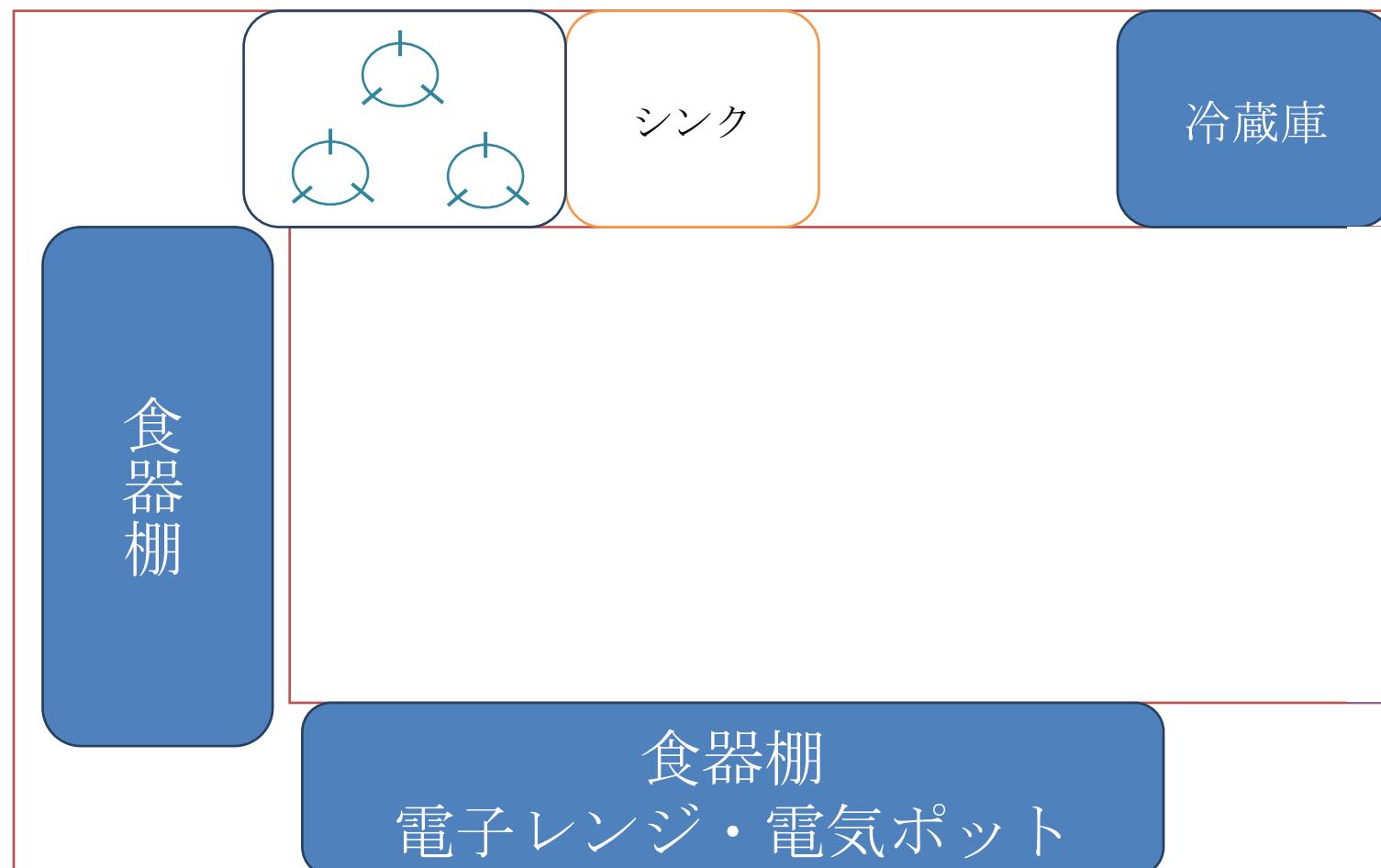
■ ADL・IADLの工程分析、環境アセスメント

<Cさん> 子供家族と3世代同居。

家族内の役割として、「調理」の継続希望。

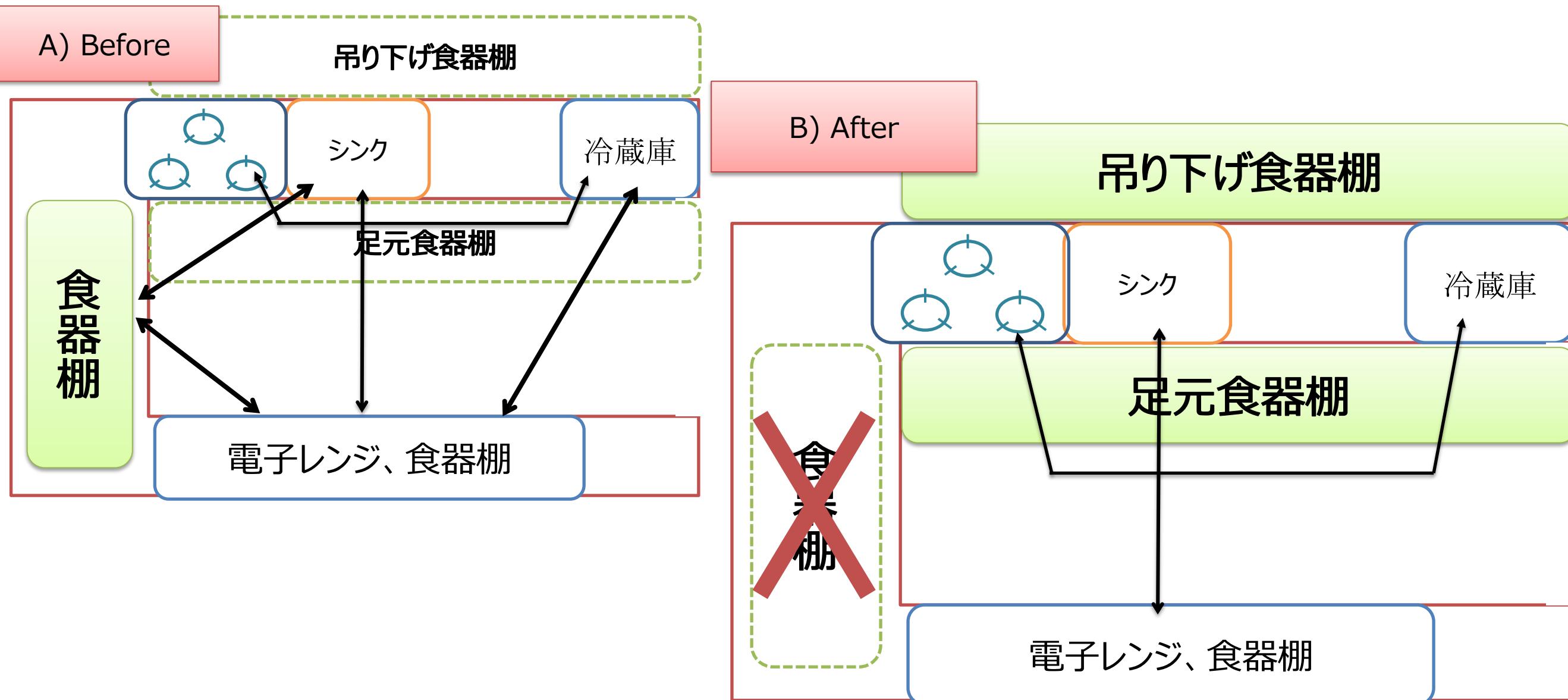
しかし、以前より調理完成までに時間を要するようになった。

他には、もの忘れの自覚が少しずつ出て来ており、本人も不安を抱えながら生活している。



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。



■ 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”ではなくて、
“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。

■ 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-R

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



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

外界の環境・物との
関わり

外界の他者との関わり

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

失敗体験

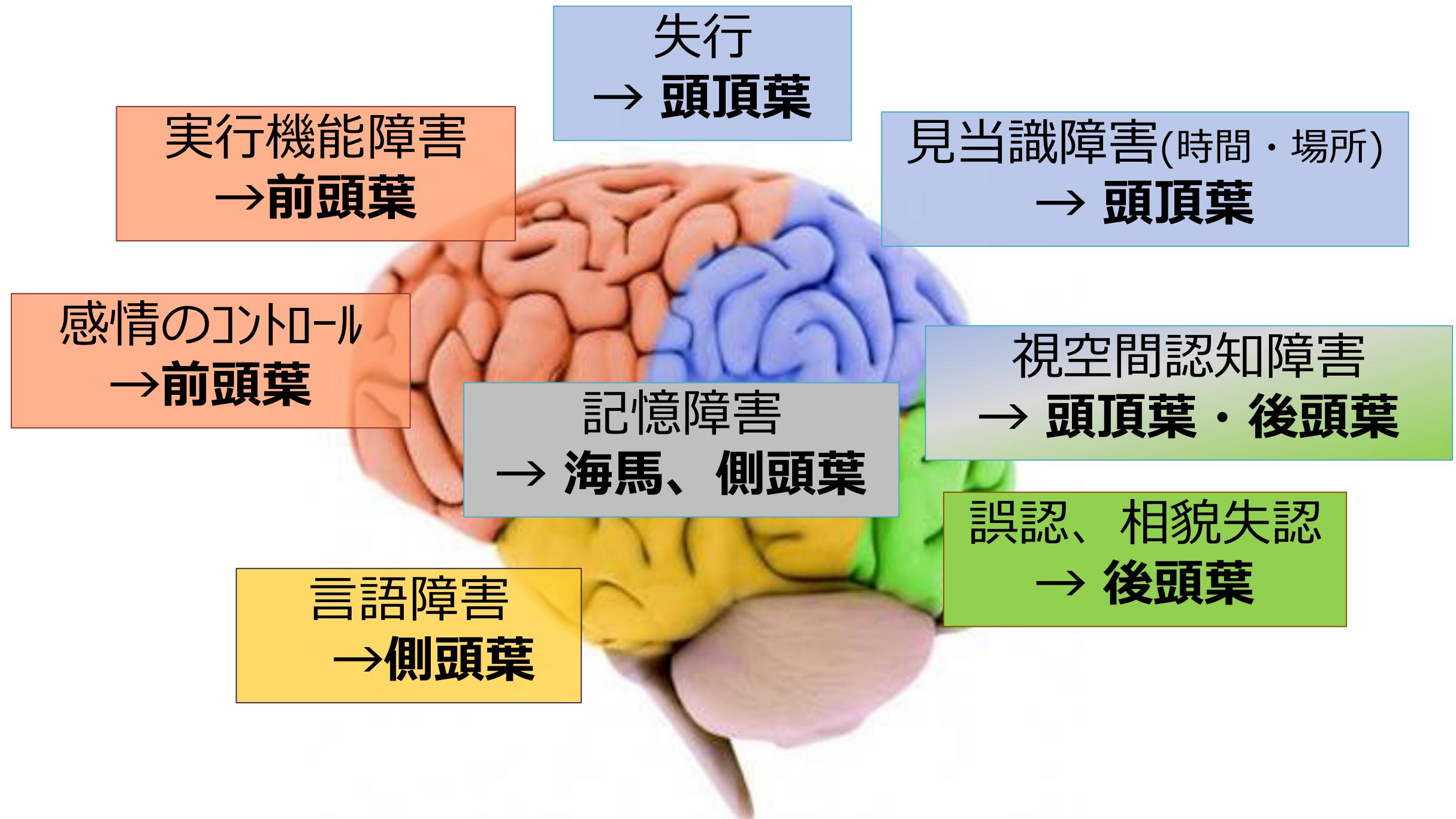
自信
喪失

失敗体験

役割
喪失

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



事前に頂いた質問

- 信頼関係が構築されていない状況で、D A S Cをとるなど、アセスメントする工夫
 - ➡ “アセスメントありき”な 雰囲気醸し出さない。
まずは、“あなたのために何かしたい”という雰囲気を。
- 医療系、介護系チーム員の訪問の際の情報収集で注意しているポイント
 - ➡ 2人以上で行く場合は、同じ情報を何度も聴取しない。
行く前に事前情報をよく読み、訪問時のターゲットを大まかに想定しておく。役割分担をシュミレーションしておく。
- 医療系、介護系チーム員のアセスメントでどのような差があるか、すりあわせで苦労するポイント
 - ➡ 「**緊急度の把握**」という点で職種の差は生じるが、
介護系チーム員であっても、スキルを磨けば網羅できる。
認知症専門チームとして、チーム全体のスキルアップと
意見統一を図ることが重要。