

## 目 次

### 研究報告書

1. 研究の概要	1
2. 事業検討推進委員会	3
3. 認知症に対する作業療法の実践（事例報告）	
(1) 認知症に対する作業療法実践の文献研究	7
(2) 認知症に対する作業療法の実践事例集	14
4. 平成25年度認知症初期集中支援チームモデル事業における作業療法の実践事例報告	16
5. 認知症初期集中支援チームに関する作業療法士の実態調査	23
6. 「認知症初期集中支援チームに対応する作業療法士のための研修会」実施結果	55
7. 認知症初期集中支援チームにおける作業療法の役割	66
8. まとめ	83

### 資料

#### 「認知症初期集中支援チームに対応する作業療法士のための研修会」資料

(1) 認知症対策の現状と認知症初期集中支援チームの理解	
厚生労働省 老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室	吉 田 知 可
(2) 認知症に関する最新知見	
地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所	栗 田 主 一
(3) 認知症に関する最新知見	
群馬大学大学院保健学研究科	山 口 晴 保
(4) 高齢者にみられる精神症状の理解	
社会福祉法人ロザリオの聖母会海上寮療養所 桜新町アーバンクリニック	上 野 秀 樹
(5) 高次脳機能からみた認知症の症状	
敦賀温泉病院 認知症医療センター 介護老人保健施設 ゆなみ 理事長	玉 井 顕

# 研究報告書

# 1. 研究の概要

一般社団法人日本作業療法士協会

平成 25 年度老人保健健康増進等事業報告書

研究名：「認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた調査研究」

## (1) 研究の概要

認知症初期集中支援チームにおいて作業療法士の配置が明示された。チームにおける早期対応やその中で、作業療法士が果たす役割を誰にでもわかるように示すことを目的に事業を展開した。

当協会理事及び認知症の作業療法を実践してきた会員と、認知症に係る有識者による事業推進委員会を設置し、認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割を検討した。

合わせて、これまで作業療法士が認知症の方への在宅生活支援を実践した事例報告の集積・分析と、認知症初期集中支援チームのモデル事業に関与した作業療法士の実践とを合わせて、早期対応につながる作業療法士の役割を考察し、明示した。

また、当協会員が所属する自治体、地域包括支援センター等への実態調査の実施し、地域において認知症に関与している作業療法士の実態を明らかにした。

上記の作業によりまとめた視点をテキストにまとめ、そのテキストを利用した普及啓発研修会を全国 3 か所で開催し、認知症初期集中支援チームに対応できる作業療法士の育成を行った。

## (2) 研究の目的

認知症初期集中支援チームにおいて作業療法士の配置が明示された。チームにおける早期対応やその中で、作業療法士が果たす役割を、誰にでもわかるように明示する必要がある。作業療法士の具体的な役割や支援の内容を明らかにするとともに、初期対応のモデルを作業療法士の立場から明示することを目的とする。

## (3) 研究の方法

### 1) 事業推進検討委員会の開催

認知症初期集中支援チームにおける早期対応とその中での作業療法士の役割を明確にしていくために、当協会の委員と認知症の治療やケアの専門家等外部の有識者による事業推進委員会を設置し、計 4 回委員会を開催する。

2) 訪問リハビリテーション等で認知症の方の生活支援している当協会の会員から評価ツールや支援のポイントがわかる実践例を呈示してもらい、1. の会議の視点も踏まえ、その中から、初期対応における作業療法の役割と、その中で使用する評価ツールや支援のあり方を整理する。

事例報告を集積し、分析した上で、認知症の早期対応に利用できる作業療法評価を整理

する。また、認知症初期集中支援チームにおける早期対応モデルにおける作業療法の役割も明示する。

3) 当協会員が所属する自治体、地域包括支援センター等への実態調査の実施

4) テキスト作成および研修会開催

認知症初期集中支援チームにおける早期対応モデルとそこでの作業療法士の役割を明示したテキストを作成する。そのテキストを使って全国3か所程度で認知症初期集中支援チームにおける早期対応と作業療法士の役割を普及する研修会を開催する。

講師：有識者およびモデル事例を出してくれた方。

委員と研修会運営委員6名を派遣し研修会運営にあたる。

## 2. 事業推進検討委員会

認知症初期集中支援チーム対応プロジェクトチーム  
老人保健健康増進等事業 推進検討委員会会議

### ●第1回推進検討委員会会議

日 時：平成25年9月1日（日）

場 所：UDX カンファレンス秋葉原 4F ゲストルーム C

参加者：

<推進委員>

栗田主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター）

上野秀樹（社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上寮療養所，桜新町アーバンクリニック）

山口晴保（群馬大学医学部保健学科）

玉井 顯(敦賀温泉病院)：欠席

<委員>

香山明美，小川敬之，谷川良博，西田征治，山口智晴，岩切良太，村山真理子，（事務局：杉田）

（1）あいさつ

- ・協会としての取り組みに合わせて，老健事業の受託

（2）研究メンバーの紹介（推進委員，委員の紹介）

- ・自己紹介

（3）これまでの OT 協会の認知症に対する取り組みに関して

※推進委員の先生方へ協会成果物資料を一式郵送

（4）研究事業の趣旨説明（協会のチームとして）

- ・在宅の方の状態像を把握してどのような関わりを持つのか
- ・研究事業目的の説明
- ・モデル事業に関わる 11 名の作業療法士との連携→事例集積
- ・過去の事例の洗いだし，テキスト作成，研修会（OT に対する啓発研修，200 名程度×3 箇所）の開催
- ・報告書，パンフレット等の作成
- ・国の事業と OT 協会研究事業との関わり方の整理について

a)アセスメント班

- ・評価，支援方法等の一連の流れがわかるテキスト（マニュアル）作成（1 月までに）
- ・DASC アセスメントツール利用に関する動画の利用について，栗田先生へ確認
- ・モデル事業で行っている事例の使用については同意書が必要ではないか（山口先生）  
→同意書の作成（厚生労働省等・・・）文言の工夫が必要

## b)体制検討班

・支援の実態，地方自治体等で働いている OT の関わりについての実態把握調査の実施（地域包括支援センター等で働く 147 件）：9～10 月を目処に実施  
モデル的な関わりとしている地域の取り組みをピックアップ

## c)研修班

- ・2 日間の研修会を 1 月に 1 回開催（協会生涯教育研修）
  - ・1 日間の研修会を 2 月～3 月に 3 回開催（研究事業）  
2 月 2 日：東京，2 月 16 日：盛岡，3 月 9 日：大阪  
定員 200 名程度
  - ・政策的な展開方法，27 年度事業スタート時の目標養成人数は？  
5000 箇所の地域包括に配置できるのか？5000 人とは言わないまでも目標数を立てて現場で活躍できる人材を育てる研修会が必要．ターゲットを明確にする（山口先生）
  - ・海外の OT の事例について，作業療法と認知症との関わりの歴史は？（栗田先生）  
→海外では在宅支援において OT は重要な立場を担っている．協会としても 5 ヶ年戦略で医療に 5・地域に 5 を目指している
- (5) 在宅の認知症の人に作業療法士としてできること(事例説明)
- ・小川リーダーより説明
- (6) 今後に向けての意見交換
- ・モデル事業に関わる 11 名(5 箇所)の OT との連携方法，情報交換ができる体制づくりが必要．
  - ・作業療法士としてできないことへの対応も必要，幅広い視点を持つことが重要
  - ・研修：厚労省の協力をもらってはどうか
  - ・困難ケース（精神障害，妄想性障害）も増えてきているので，対応について研修プログラムに入れ込んではどうか
  - ・かかりつけ医との関係が重要

## ●第 2 回推進検討委員会会議

日 時：平成 25 年 12 月 22 日（日）

場 所：日本作業療法士協会 3 階 301 会議室

参加者：

<推進委員>

栗田主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター）

上野秀樹（社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上寮療養所，桜新町アーバンクリニック）

玉井 顯(敦賀温泉病院)

山口晴保（群馬大学医学部保健学科）：欠席

<委員>

香山明美，荻原喜茂，荻山和生，小川敬之，田平隆行，谷川良博，山口智晴，村島久美子，岩切良太，佐藤和彦，村山真理子，上城憲司，（事務局：杉田）

### 1. 中村会長のあいさつ

## 2. 各報告

### (1) 厚生労働省への訪問報告

困難事例や在宅支援での OT の関わりを老健事業の中間報告として報告書を提出した。モデル地区で方法論が違うことや困難事例が多いことが課題。

### (2) 研究事業の進捗状況の報告

#### 1) マニュアル班 研修会テキスト作成していく

推進委員の先生方にも執筆いただく

高次脳機能障害からみた認知症の症状について—玉井先生

高齢者に見られる精神症状の理解—上野先生

認知症に対する最新の知見—山口先生 栗田先生

事例報告 アブストラクトテーブルとまとめ—上城先生

#### 2) 実態調査

147 名中 47 人回答あり (回収率 31.3%)。

実態調査の中で、近江八幡市等市町村独自に初期支援チームの設置を行い、取り組んでいる、ことがわかった。

#### 3) 研修について

OT 協会の会員と認知症初期支援に関わっていくことを啓発していく研修会

各受講者により県士会に伝達をする役割を担うことを説明。

上野先生の講義前に受講生に予習をしてきてもらいたい。PDF をホームページ上に載せて事前に自己学習をしてきてもらう。

#### 4) モデル事業の報告

14 モデルのなかで実際に関わっている OT 11 モデルの説明。

前橋市と世田谷の実例も報告を受ける。

#### 5) 報告書作成

研修会の参加者アンケートを実施し、参加者の認知症に関わりに関する実態を把握し、課題も整理する。

#### 6) 各県士会との連携

研修会参加が少ない県にはプロジェクトから働きかけていく予定。

## ●第3回推進検討委員会会議

日 時：平成 26 年 3 月 21 日 (金)

場 所：日本作業療法士協会 3 階 301 会議室

参加者：

<推進委員>

上野秀樹 (社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上寮療養所, 桜新町アーバンクリニック) : 欠席

玉井 顯 (敦賀温泉病院)

山口晴保 (群馬大学医学部保健学科) : 欠席

栗田主一 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター) : 欠席

<委員>

香山明美, 田平隆行, 谷川良博, 佐藤和彦, 上城憲司, (事務局: 杉田)

## 1. 研究事業の経過報告

### (1) 研修会報告

3回の研究事業研修会+1回の教育部研修会の終了

アンケート→今後の課題，実態把握洗いだし

研修会への受講理由

→トピックだから受講した方が多い印象

- ・ 士会の人材育成の機会，士会へ名簿のフィードバック
- ・ 次年度200箇所になるモデル事業への参画の推進をしたらい，今後に向けて準備が必要（玉井先生）
- ・ 市町村と士会との繋がりが重要であり課題．行政とつながらないと逃してしまう
- ・ 士会によって認識の差が大きい
- ・ 協会誌等での広報，士会の取り組みを協会誌へ掲載してはどうか
- ・ 参加者の熱に驚きがあった．包括において生活の部分を見るのにOTは必要だと実感，事例や実践報告を通したイメージ作りが必要（玉井先生）
- ・ 敦賀温泉病院と福井県士会と連携してはどうか。

※現状と課題の整理→報告書のまとめをする

### (2) 実態調査の報告（体制検討班）

報告書には調査用紙の添付

全体としての回収率ではなく，所属別での回収率で表出してはどうか（対象の整理）

- ・ 精神科で勤務するOTが訪問に出て行く機会を増やすことが重要ではないか
- ・ 市町村の温度差による進み具合が危惧される→周りからの影響，住民からのボトムアップ

## 3. 研究事業報告書作成について

### 4. 総括

- ・ 推進委員の先生方からコメント

事業に関わらせていただくことで，刺激にもなりもっと理解したいと感じた．認知症に関して今後も一緒に考えていきたいと思う．生活の場面に関わるのにOTが必要だと感じた．

### 5. 推進委員意見

- ・ 研修会参加者は多い．研究事業にとどまらず，今後も行っていってほしい．
- ・ 得られた知見や作業療法士の考えかたを還元して国民に広がっていくとすばらしい．
- ・ OTが少ない地方もあるので，OTがチーム関われる仕組みが重要．
- ・ 独自で初期支援行っている地区があり，その方法が全国的に広がっている．認知症に対する国民のニーズがある．
- ・ 国が制度化するのでマンパワーが足りないのので，是非，ぜひこの機会を捉えてOTに活躍してほしい．
- ・ 啓発，支援チームで動く，委員会を立ち上げること3つが必須．委員会は市町村単位で認知症を支える地域包括システムが成り立つように作成しなければならない．
- ・ 医師会の連携は委員会を立ち上げれば，医師会の連携も得られやすい．セットで動かしていく．委員会にOTが入っていくことも大切．地域ケア会議の整理も必要．



### 3. 認知症に対する作業療法の実践(事例報告)

#### (1) 認知症に対する作業療法実践の文献研究

##### 1) 検索方法

検索日時は、1回目平成25年6月12日9～12時、2回目平成25年11月22日14～16時に実施した。検索期間は2004年から2013年の10年間とし、データベースは、医中誌, Jdream III, GeNiiを用いた。キーワードは、認知症, 作業療法とし、総説, 会議録等を除外する。

##### 2) 検索結果

文献検索を実施し、医中誌119件, JdreamIII37件, GeNii5件, 計161件の論文が抽出された。この中から重複論文, 総説, 会議録等を除外し40論文を最終分析対象とした。

事例論文の施設機能別属性を図1に示す。重度認知症患者デイケア・通所リハビリテーション通所者(以下, DC)は, 9名(23%), 病院入院者(以下, 病院)は, 9名(23%), 老人保健施設入所者は, 6名(15%), 特別養護老人ホーム入所者(以下, 病院)は, 6名(15%), もの忘れ外来通所者(以下, 外来)は, 5名(12%), 訪問リハビリテーション(以下, 訪問)は, 4名(10%), 介護予防事業参加者(以下, 地域)は, 1名(2%)であった。

診断名別属性を図2に示す。アルツハイマー型認知症(Alzheimer type Dementia: 以下, AD)は, 23名(57%), 脳血管性認知症(Vascular type Dementia: 以下, VD)は, 10名(25%), 前頭側頭型認知症(Front Temporal Dementia: 以下, FTD)は, 3名(7%), レビー小体型認知症(Dementia Lewy Bodies: 以下 DLB,)は, 3名(7%), 軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment: 以下, MCI)は, 1名であった。

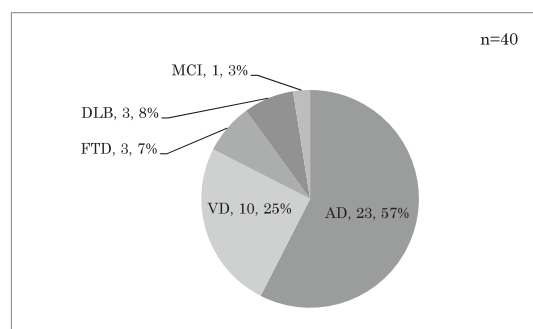
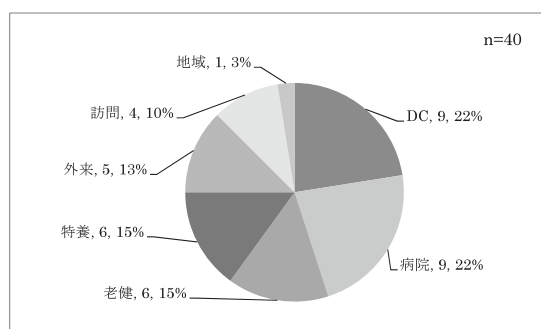


表1 認知症作業療法事例研究のサブストラクチャー－施設機能別分類

論文コード	施設	対象	評価	介入	結果
田平	2010	地域	MCI. 74歳. 女性. MMSE22点. GDS2点. 特性的自己効力感82点. ADL自立. IADL18点. 社会活動11点.	認知症予防事業への参加. 介入期間は, 9ヶ月間 (週1回, 約2時間の介入).	作業の準備, 後片付けは遂行できるようになった. 認知機能の向上, 作業の達成感や有能感, 自己効力感の向上, IADLや社会活動に好影響をもたらした.
岩本ら	2013	外来	AD. 70歳. 女性. CDRI. MMSE15点. NPI19点. ADL自立. IADLは菓 の飲み忘れ, 料理や人づき合いの頻度の減少.	生活行為向上プランに基づき, 作業活動, 外出, 老 人会への参加等を実施. 介入期間は, 9ヶ月間 (週1 回, 1時間を10回の介入).	CDRI, MMSE17点, NPI14点, うつ症状の改善と家事や老 人会等の参加機会が増加した.
服部ら	2012	外来	AD. 60歳代後半. 男 性. HDS9点. 障害自立度A2. 認知症自立度IIb.	回想を用い軽体操やボウリングなどのレクリエー ションへ導入. 家族に対する心理教育的介入を実 施. 週1回, 60分の介入を12回.	認知症者の残存機能を知ることによる家族の心理的変 化が認められた. また, 若年性認知症サロンへ参加 し, 社会資源の活用に向けた前向きとなった.
山口ら	2011	外来	AD. 50歳代後半. 男 性. CDRI. MMSE21点, TBS5点 (他者とのトラブル と言いがかり). 交通機関の利用は困難.	自宅での困りごとに関する面談, 認知機能検査, ケ アプランの調整. 介入は, 6ヶ月間 (週1回, 40分の 介入).	BPSDは消失し, デイケア, 訪問介護と作業所を利用し た在宅生活を維持している.
竹田ら	2009	外来	AD. 70歳代. 女性. MMSE24点. HDS-R24点. FAB15. NMS47点. N- ADL50点.	漢字の読み能力の向上を主目的とした領域特異的訓 練を実施. 介入は, 12ヶ月間 (週1回, 40分の介 入).	漢字の読み能力の向上に加え, 認知 (MMSE28点)・記 憶・情動機能の改善, 日常生活行動の変化などの効果 を認めた.
竹田ら	2006	外来	AD. 50歳代. 女性. MMSE17点. HDS-R11点. FAB10点. 三宅式有関係 対話2-2-2. NMS32点. N-ADL50点.	エピソード記憶障害と眼球運動障害の改善を目的と した個別作業療法. 介入期間は, 3ヶ月間 (週2回, 40分の介入).	MMSE10点, NMS22点, N-ADL35点と認知症の進行予防は できなかったが, 通院への介入を行い外来に自力で来 ることができ自尊心の維持に寄与できた.
馬場ら	2013	訪問	VD. 70歳代. 男性. 家族含む. CDRI. BPSDは妄想・不安・無関心が週1-2回の 頻度. COPMの遂行スコア4, 満足スコア3. 介護 者のZBI31点.	COPMを基に対象者がしたい, する必要があると考え る活動を中心としたプログラムを実施. 週1回, 90 分の介入を8回.	BPSDは消失, COPMの遂行スコア8, 満足スコア5と自発 性と意欲が向上. また, 介護者のZBI18点となり, 負担 感の軽減と有能感の向上が認められた.
高木ら	2012	訪問	AD. 70歳代. 女性. 家族含む. CDRI. MMSE12点. COPMの遂行スコア1.0, 満足 スコア3.0, AMPSの運動技能2.1ロジット, プロ セス技能-0.14ロジット.	COPMを基に楽しめる活動の発見と実施. 家族との口 論・電気の点けつばなし・ゴミのための減少を目標と したプログラムの実施. 週1回, 90分の介入を8回.	COPMの遂行スコア4, 満足スコア6に向上. AMPSに変化 はなかった. GASは69.8点であり, 予想以上のゴール達 成の成果が得られた.
宇田	2010	訪問	VD. 90歳. 女性. 家 族含む. 難聴のため質問紙検査不可. 要介護度5. 記 憶・見当識障害がある. FIM37点.	ポータブルトイレへの移動練習, 歩行器を利用した 歩行練習, 家族介護指導の実施. 週1回, 40分の介 入.	立位保持可能となり下衣の着脱などの介助量が軽減で きた. その後1加の歩行ができるようになり, 廊下の ポータブルトイレまで移動可能となった.
森脇	2006	訪問	AD. 68歳. 女性. 家 族含む. FAST7. HDS-R測定不可. 障害自立度C2. 認知症 自立度IV. 要介護度5.	関節可動域訓練, ポータブルトイレへの移動練習, 歩行練習, 家族介護指導の実施. 介入期間は, 3 年7ヶ月間 (週1回の介入).	重度であったため, 徐々に心身機能は低下した. 経過 の中で福祉用具の適応練習と介護指導を行い, 笑顔の ある在宅生活の維持に寄与した.

山口ら	2013	DC	FTD. 50歳代後半、女性。家族含む。	CDR2. MMSE19点。TBS23点。常同的周遊、つまらないものを集める、他者とのトラブル。	対象者が好む活動を通してデイケアへ導入し、BPSDの対応策を検討し実施する。介入期間は、3ヶ月間(週5回、8時間の介入)。	デイケアへの参加が定着し、BPSDは改善した。自宅で常同的周遊対策として、警察署への連絡票、近隣住民への回覧板を配布しリスクに備えた。
上城	2012	DC	AD. 80歳代。女性。	CDR1. MMSE15点。BPSDは、昼夜逆転、易怒、トイレの場所が分からない、失禁等もみられる。	デイケアでの作業療法を通して、BPSD対応策・身体機能訓練・福祉用具導入等の検討と実施を行う。介入期間は、8年。	経過が長いため対象者の心身機能は徐々に低下したが、デイケアを利用した在宅介護は8年継続した。
小川ら	2011	DC	AD. 60歳代。男性。	FAST5点。MMSE3点。観念失行・着衣失行・視空間障害がある。食事はセッティングすれば自立、入浴は多介助。	着衣失行に対する着衣練習などの高次脳機能障害アプローチを実施し、遂行能力やADL能力を高める。	高次脳機能障害による更衣や排泄などのADL動作の改善が認められ、精神的にも安定した。
上城ら	2011	DC	AD. 60歳代後半。男性。家族含む。	CDR1. MMSE27点。TBS4点。あてのない外出や同じ質問の繰り返し。デイケア開始後他者とのトラブルが認められた。	信頼関係を築き、BPSD対応策の検討と実施を行う。介護者に対しては、連絡ノートでの情報交換と家族教室の参加を促す。介入期間は、2年。	デイケアへの参加が定着したが、経過が長いためBPSDを中心とする心身機能は改善しなかった。しかしながら家族の介護肯定感は改善傾向を示した。
谷川	2011	DC	FTD. 72歳。女性。家族も含む。	MMSE10点。BPSDは、常同的周遊、食行動異常、脱抑制行動。ADL自立。	マフラー作りをきっかけにBPSDの対応策を検討し実施する。介入期間は、8週間(週1回の介入)。	BPSDの改善とデイケアへの安定した参加が得られた。料理、絵画へと活動の幅が広がり、自宅での不眠が改善した(放尿は改善せず)。
国政	2011	DC	FTD. 75歳。男性。家族も含む。	MMSE12点。FAB9点。BPSDは、脱抑制行動、常同行動がある。	創作活動を行いながら「なじみの関係」を作りBPSDの対応策を検討し実施する。介入期間は、12週間(週1回、8時間の介入)。	BPSDの改善とデイケアへの安定した参加が得られた。家族は気持ちも楽になった。対応策を検討し実施する。
廣澤	2010	DC	AD. 84歳。女性。	CDR3. MMSE11点。N-ADL36点。トイレの場所が分からない、収集癖等がある。IADL1点。買い物や家事動作障害あり。	個別活動として花の手入れ、刺し子の作成を、グループ活動として回想とレクリエーションを実施	精神症状が顕微化し、適切な活動の導入により中核症状は進行してもADLは維持し、本人らしい安定した生活が継続できている。
上城ら	2008	DC	AD. 70歳代。女性。	CDR2. MMSE18点。BPSDは、他者とのトラブル、拒否、BBS31点、BI79点。興味として園芸・裁縫・刺繍・旅行が挙げられた。	歩行訓練と創作活動を行い、BPSDの対応策を検討し実施する。介入期間は、8週間(週5回、8時間の介入)。	BPSD、身体機能(歩行・バランス)、ADLの改善が認められ、デイケアの参加が定着した。
谷川ら	2010	通りハ	DLB. 80歳。男性。家族含む。	MMSE10点。BPSDは、幻視、パーキンソン症状(振戦・小刻み歩行)。FIM86点。	他患者との交流を促すために、歩行器歩行の練習と福祉用具の調整を行った。介入期間は、12週間(週4回、8時間の介入)。	歩行器歩行能力の改善となじみの関係の構築。入浴も自ら行くようになった。
松尾ら	2013	病院	AD. 80歳代前半。女性。家族含む。	CDR3. TBS17点。PSMS20点。自発性が低い。介護者のZBI39点。介護肯定感18点。	歩行・階段昇降訓練、介護者への家族指導、ケアプランの見直し、デイケアスタッフへの申し込みのプログラムを実施。介入期間は、2ヶ月(週5回の介入)。	心身機能の改善は図れなかったが、介護者のZBIは退院時32点、一ヶ月後10点に、介護肯定感は退院時28点、一ヶ月後36点に改善した。
斎藤ら	2013	病院	VD. 80歳代。女性。	MMSE13点。BPSDは、昼夜の徘徊、繰り返し発言、他者交流の減少。FIM14点。入浴は見守りと動作指示が必要。	ADOCにて歌(カラオケ)が選択された。時計とホワイトボードを用いた見当識へのアプローチ、ADL(入浴)の練習を実施。12週間(週5回の介入)。	認知・ADL機能に大きな変化は認められなかったが、BPSDの軽減、不安表出が改善された。活動性が向上し、自己対処の認識が可能となった。

高尾ら	2012	病院	AD. 90歳代前半. 女性.	CDR3. TBS26点, 徘徊, 対人トラブル. 収集癖等. FIM39点. コミュニケーション不良.	偶然手にした人形を介してコミュニケーションが図れるようになったため, その介入を継続した. 介入期間は, 1年 (週5回の介入).	CDRに変化は認められなかったが, BPSDが軽減した. ADLもFIM46点と改善した.
堀川ら	2012	病院	DLB. 70歳代前半. 男性.	CDR2. MMSE15点. TBS28点, 幻覚・妄想・他者とのトラブル. ADLは, 排泄・更衣・入浴・整容が中等度介助.	院内デイケアへの活動を通してBPSDの対応策の検討と実施を行う. 生活のリズムの構築とトイレ動作に対する介入. 介入期間は, 1年 (週5回の介入).	幻覚・妄想・他者とのトラブルが減少した. 移動能力の改善に伴いADLの排泄動作が改善した.
西田ら	2012	病院	VD. 80歳代前半. 男性.	HDS-R12点. GBS60点, 多訴, 感情のコントロール困難. NMS19点. FIM32点.	大集団・小集団 (歩行練習, 音楽鑑賞) 活動にてBPSDの対応策の検討と実施を行う. 介入期間は, 3ヶ月 (週5回の介入).	院外行事 (もみじ狩り) への参加目標を立てたことをきっかけに, 移動能力, ADL, 関心・意欲・交流が改善した.
菅沼	2010	病院	VD. 80歳代. 男性. 家族含む.	CDR2. MMSE10点. BPSDは, 帰宅要求・攻撃的言動・徘徊. BI75点, 排泄・整容の促し, 入浴は部分介助が必要.	院内デイケアへの活動 (カレンダー作り) を通じてBPSDの対応策の検討と実施を行う (家族支援も実施). 介入期間は, 2ヶ月 (週5回の介入).	院内デイケアへの参加が定着し, BPSDが改善した. 入院から2ヶ月後自宅復帰を果たした.
岡本	2010	病院	AD. 79歳. 女性.	HDS-R10点. BPSDは, 抑うつ・帰宅願望. N-ADL15点.	集団レク, 手工芸, 回想を用いた作業療法を実施. 介入期間は, 6ヶ月 (週5回の介入).	ADL (N-ADL21点.), BPSD, 作業能力, 対人交流における自発性の改善が認められた.
上城ら	2006	病院	AD. 80歳代. 男性.	CDR3. BPSDは, 不穏・暴言・暴力. 歩行困難によるADL障害.	院内デイケアへの活動 (歩行訓練, 創作活動) を通じてBPSDの対応策の検討と実施を行う. 介入期間は, 4ヶ月 (週5回の介入).	歩行が独歩自立となり, BPSD・ADLも改善した. 4ヶ月後グループホームへ退院となった.
上城ら	2004	病院	AD. 87歳. 女性.	CDR2. MMSE15点. BPSDは, 徘徊・排尿の訴えを繰り返す・不穏. ADLは, 排泄・整容・入浴・移動に介助が必要.	院内デイケアへの活動を通してBPSDの対応策の検討と実施を行う (特に排泄に関する環境調整). 介入期間は, 4ヶ月 (週5回の介入).	院内デイケアへの参加が定着し, BPSDが軽減した. しかしながら, 病棟でのBPSDに変化は認められなかった.
岩元ら	2013	老健	AD. 92歳. 女性.	HDS-R13点. NMS25点. N-ADL17点. COGNITIVISTストレングス項目注意と計算, リカバリー項目記憶と見当識.	短期集中リハビリ活動を通して認知リハビリを実施. 介入期間は, 18ヶ月 (週3回, 20分の介入).	個別プログラムの実施により, 認知機能 (HDS-R19点), 精神機能 (自発性や意欲), ADLの改善が認められた.
渡邊	2012	老健	AD. 92歳. 女性.	HDS-R14点. 障害自立度B1. 認知症自立度IIb. BPSDは, つじつまのあわない言動, 昼夜逆転. 移動, 排泄が介助.	機能訓練, ADL練習, 屋外散歩, 園芸活動を実施. 生活行為向上マネージメントを行い料理を追加. 介入期間は, 8ヶ月 (週3回以上の介入).	カレー作りがきっかけとなり, 認知機能 (HDS-R24点), 作業目標の実行度, 満足度が向上した. シルバーカー歩行自立. 8ヶ月後自宅へ退院となった.
長倉	2011	老健	AD. 87歳代. 男性.	CDR2. MMSE7点. NP111点 (アバシー・拒否). TWT-A140秒. TUG18. 7秒.	小集団活動プログラム (室内グランドゴルフ) を通じて, BPSDの対応策の検討と実施を行う. 介入期間は, 3週間 (週2回, 30-45分を9回の介入).	NP111点と無関心, 不安の改善が認められた. また, 他者への関心が向けられるようになり, 歩行レベルも改善するなど生活場面の变化も観察された.
浅野	2010	老健	AD. 75歳代. 女性.	MMSE11点. BPSDは, 不安・不穏・帰宅願望・介護抵抗. FIM81点.	個別認知リハビリ課題 (ストレッツ・パランス・家族写真コラージュ・カードゲーム) を実施. 家族支援. 介入期間は, 12週間 (週3回, 36回の介入).	BPSD (帰宅要求・失禁・入浴拒否) が軽減した. 整容などの生活対応の意識向上.

金澤	2010	老健	VD. 91歳. 女性.	MMSE15点. BPSDは、同じことを何度も聞く・物をなくす、ため込む。NMS28点. N-ADL27点.	認知リハ (COGNISTAT)、趣味活動、グループ訓練の実施。介入期間は、16週間 (週5回、5時間の介入)。	なじみの関係の構築とともに、帰宅願望と不安が軽減した。活動性が向上し入所から4ヶ月後、自宅復帰し通所リハに通所している。	
鎌田ら	2006	老健	VD. 85歳. 女性.	HDS-R14点. BPSDは、徘徊・落ち着かない、パラチェック行動評定40点. 向上肢筋力低下.	グループ活動 (体操・ゲーム・音楽・頭の体操)、個別活動 (機能訓練・手工芸活動) の実施。介入期間は、16週間 (週2回の介入)。	役割意識やグループに対する所属感が向上し、活動を楽しめるようになる。4ヶ月後、HDS-R21点、パラチェック行動評定46点となり、生活が安定した。	
井上ら	2013	特養	VD. 80歳代. 女性.	CDRI. MMSE13点. BPSDは、不安・不眠・介護抵抗. ADLはほぼ介助.	気分調査票をもとに外出支援 (公園) を月に2回、60分と屋外活動 (園芸) を週1回、30分実施した。	外出活動がきっかけにBPSDが軽減し、爽快感などの気分が改善した。自発性が向上し、具体的なニーズを語るようになった。	
長倉ら	2012	特養	VD. 75歳. 男性.	MMSE15点. DBD17点. 同じことを繰り返し聞く・拒否. NMS27点. FIM101点. 更衣・排泄に介助. パーキンソンニズムあり.	活動 (園芸、レク) を通じてBPSDの対応策の検討と実施を行う。その後、ROM訓練とストレッチ、コミュニケーションワークを追加した。	認知機能・ADLは改善しなかったが、BPSD (他者への迷惑行為・落ち着きのなさ) や活動意欲に改善が認められた。	
竹田ら	2012	特養	AD. 80歳代. 女性.	CDR0.5. MMSE19点. BPSDは、興奮・拒否・情緒不安定. GDS8点. PCG10点. N-ADL36点.	目的志向的遅延反応課題 (G-DR課題) を実施。介入期間は、12週間 (週2回30分を24回の介入)。	課題に意欲的に取り組むことができ、認知機能 (MMSE23点)、うつ状態 (GDS2点)、QOL (PCG14点)等の改善が認められた。	
井上ら	2011	特養	VD. 75歳. 女性.	CDR3. MMSE0点. TBS0点. PSMS24点. ADL全介助. 全身の関節可動域制限あり.	拘縮改善クッションを作成し、ボジニョニングと関節可動域訓練と並行した機能訓練を実施。介入期間は、20日間 (毎日)。	肩関節の屈曲・伸展・外転、肘関節の伸展に改善が認められた。スタッフからは、着替えの介助がしやすくなった、皮膚のタダレが改善したとの意見が聞かれた。	
谷川	2011	特養	DLB. 78歳. 男性.	MMSE18点. 指示理解不足. BPSDは、拒否. ADLは排泄 (間に合わず失禁)・移動能力 (独歩だけが時間がかかる)。	手すり・センサーライト・歩行器利用などの環境調整と外出のプログラムを実施。	外出がきっかけとなり信頼関係が構築され、歩行器利用を受け入れる。転倒や失禁の減少、身だしなみに気を使うなどの行動変化が認められた。	
守口	2010	特養	VD・AD. 95歳. 女性.	HDS-R7点. BPSDは、帰宅願望・徘徊. FIM64点. 特に入浴を拒否.	活動 (縫い物) を通じてBPSDの対応策の検討と実施を行う。自室の環境調整、朝の整髪、夜のお茶、作業療法士との会話、外出なども実施。	帰宅願望はほとんど消え、徘徊も少なくなかった。FIM75点、理解・表出・社会的な交流が改善した。	
<p>AD : Alzheimer type Dementia, ADL : Activities of Daily Living, AMPS : Assessment of Motor and Process Skills, BI : Barthel Index, BBS : Berg Balance Scale, BPSD : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, CDR : Clinical Dementia Rating, COGNISTAT : 日本語版Neurobehavioral Cognitive Status Examination, COPM : Canadian Occupational Performance Measure, DLB : Dementia Lewy Bodies, FAB : Frontal Assessment Battery, FAST : Functional Assessment Staging, FIM : Functional Independence Measure, FTD : Front Temporal Dementia, GDS : Geriatric Depression Scale, HDS : 長谷川式簡易知能スケール, IADL : Instrumental Activities of Daily Living, MCI : Mild Cognitive Impairment, MMSE : Mini-Mental State Examination, NMS : N式老年者用精神状態尺度, N-ADL : N式老年者用日常生活動作能力評価尺度, PCG : Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PSMS : Physical Self-Maintenance Scale, TBS : Troublesome Behavior Scale, TUG : Timed Up &amp; Go Test, VD : Vascular type Dementia, ZBI : Zarit Burden Interview</p>							

施設機能別の年齢、性別、認知症重症度、ADL 障害の属性を表 2 に示す。在宅系は施設系と比較し、年齢が若かった。また、認知症重症度、ADL 障害については、在宅系に軽度から中等度の対象者が多く、施設系には中等度から重度の対象者が多かった。

表 2 年齢、性別、認知症重症度、ADL 障害の施設機能別属性

	年齢 (歳代)	性別 (人)		認知症重症度 (人)			ADL障害 (人)			
		平均 (標準偏差)	男性	女性	軽度	中等度	重度	なし	少介助	多介助
地域	70		-	1	1	-	-	1	-	-
在宅系	60.0 (8.9)		2	3	4	1	-	5	-	-
施設系	72.5 (10.9)		1	3	1	1	2	-	2	2
D C	68.9 (9.9)		4	5	2	3	4	3	6	-
合計	67.4 (10.7)		7	12	8	5	6	9	8	2
施設系	78.9 (5.7)		4	5	-	4	5	-	2	7
病院	83.3 (7.5)		1	5	-	6	-	1	1	4
老健	76.7 (7.5)		2	4	2	1	3	-	1	5
特養	79.5 (7.2)		7	14	2	11	8	1	4	16
合計										

表 3 BPSD の在宅系と入所系の比較

認知症の行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

: 以下、BPSD) の在宅系と入所系の比較を表 3 に示す。BPSD は心理症状よりも行動症状の方が多く観察された。行動症状では、「他者とのトラブル」「徘徊」「言いがかり・繰り返しの訴え」「拒否」の順に多く、施設系の対象者に多く観察された。作業療法においては、行動症状の「他者とのトラブル」「徘徊」「言いがかり・繰り返しの訴え」「拒否」などを中心に介入していると考えられる。

	全体	在宅系	施設系
他者とのトラブル	17	5(29%)	12(71%)
徘徊	12	3(25%)	9(75%)
言いがかり・繰り返しの訴え	10	2(20%)	8(80%)
拒否	10	3(30%)	7(70%)
行動症状			
攻撃的行動	9	5(56%)	4(44%)
無為・無関心	8	2(25%)	6(75%)
帰宅願望	5	1(20%)	4(80%)
収集癖	4	2(50%)	2(50%)
失禁	4	3(75%)	1(25%)
昼夜逆転	3	1(33%)	2(67%)
脱抑制・常同行動	3	2(67%)	1(33%)
食行動異常	1	1(100%)	-
合計件数	86	30(35%)	56(65%)
心理症状			
不穏	8	2(25%)	6(75%)
幻覚・妄想	5	4(80%)	1(20%)
抑うつ	3	2(67%)	1(33%)
不安	3	1(33%)	2(67%)
合計件数	19	9(47%)	10(53%)

作業療法内容の在宅系と入所系の比較を表4に示す。作業療法では「BPSD対策」「創作活動」「レクリエーション」「ADL練習」「IADL練習」の順であった。

在宅系は「IADL練習」「家族支援」が施設系と比較して多く行われていた。「創作活動」「レクリエーション」「運動」「体操」などの活動は、BPSD対策のために用いられており、「なじみの関係」の構築やBPSD出現時の対応として役立っていた。また、活動を通して得られる成功体験は、自己効力感や生活意欲を高めており、介入効果の持続性や在宅復帰・維持に寄与している可能性が示唆された。

表4. 作業療法内容の在宅系と入所系の比較

	全体	在宅系	施設系
BPSD対策	21	10 (48%)	11 (52%)
創作活動	21	12 (57%)	9 (43%)
レクリエーション	19	8 (42%)	11 (58%)
ADL練習	18	8 (44%)	10 (56%)
IADL練習	17	12 (71%)	5 (29%)
家族支援	14	13 (93%)	1 (7%)
福祉用具導入	9	4 (44%)	5 (56%)
歩行練習	9	4 (44%)	5 (56%)
運動(体操)	9	4 (44%)	5 (56%)
音楽	8	4 (50%)	4 (50%)
認知練習	7	3 (43%)	4 (57%)
園芸	4	2 (50%)	2 (50%)
回想	4	2 (50%)	2 (50%)
ROM	3	1 (33%)	2 (67%)
住宅改修	3	1 (33%)	2 (67%)
ドライブ	2	2 (100%)	—
就労支援	1	1 (100%)	—
合計件数	169	91 (54%)	78 (46%)

### 3) 認知症に対する作業療法実践

- ①作業療法実践においては、創作活動やレクリエーションを通してなじみの関係を構築しながらBPSDに対する対応策を模索し、実践されていた。
- ②作業療法士は認知症者とのコミュニケーションの中で「転換のきっかけ」を人・環境・作業の切り口で模索しており、特に導入期の関わりについて慎重に対処していた。
- ③認知機能の軽度者には認知練習を通してIADLに対する介入実践がなされていた。中等度から重度者には移動・歩行練習やADL練習の排泄に対する介入、福祉用具の導入などの実践がなされていた。また、ADL障害については、機能面よりも認知面（トイレの場所が分からない、失行で衣服の着脱ができない）の問題が影響していた。
- ④在宅系のセクションでは、BPSDによる家族の介護負担に関する支援が認知症者支援と並行して実践されていた。また、在宅系では「家族支援」に加え「IADL練習」の治療も多く実践されており、これらはオレンジプランの初期集中支援チームの運営に際して有用であると考えた。

## (2) 認知症に対する作業療法の実践事例集

これまでの認知症を持つ人に対する作業療法の実践事例を OT 協会事例報告登録システムよりレビューし、整理した。

### 1) 検索方法

検索日時：2013年5月10日

検索ワード「認知症」、検索結果96件

96件のうち認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト委員のメンバーにて今後の認知症初期集中支援に関連性の高いと思われる事例を検索し、17事例が選択された。

### 2) 検索結果

年齢は、60歳代1例、70歳代5例、80歳代8例、90歳代3例であった。介入場所は、病院4例、通所9例、施設2例、在宅2例であり、通所系が最も多かった。診断名は、記載されていない事例があったが、アルツハイマー型認知症と血管性認知症が多い傾向であった。重症度は、軽度4例、中等度2例、重度10例、不明1例と重度者が多かった。介入の目的は、様々かつ複合的であるが、生涯作業の探索・推進、ADL/IADL、人的環境、BPSD対策などが目立った。今後、初期集中に対する作業療法の参考事例として、在宅（訪問）や軽度者の介入報告の蓄積が必要と思われた。表に事例のまとめを示す。



認知症への介入事例(96例中選択された17例)				日本作業療法協会事例登録システム		
年齢	場所	診断	重症度	目的	介入・対応	結果
80前半	通所	血管性	重度	生涯作業の探索・推進 見当識、自己効力感	刺し子手芸、集団体操、テーブルに同席している他利用者と話が進むように環境を整えた。	作業を遂行することに関して自己効力感の向上した発言が得られた。
70代	通所	血管性	重度	ADL、記憶	トイレでは、電気のスイッチやレバーの位置に目印を置き、同じ声掛けで繰り返し練習していた。更衣では服は着る順番に重ねておき、上から順番に着るように練習をした。	入浴時、セッティングと声掛けのみで更衣が自立した。トイレ動作では、流す、手を洗うという手順を把握できるようになり、流すレバーの位置を大体把握できてきた。
90代	通所	不明	軽度	IADL	等どちりとりで掃除の仕上げや手洗いをした。洗濯物の仕上げを優先的に実施した。	用具の置き場所を固定することができたため、ヘルパーが不在の時間でも継続して実施することができるようになった。
90代	病院	AD	重度	BPSD(帰宅欲求)	帰宅要求時には、娘の名前を出して、ここに迎えに来る旨をその都度伝えた。	落ち着いて過ごされる時間が長くなり、帰宅要求も頻回ではなくなった。
80代	病院	血管性	重度	ADL、人的環境	事例のペースを尊重し、繰り返し練習を行うことで「恐怖心の軽減」と「排泄動作の習得」を図り、さらに、事例の能力を活かした介助方法を介護士へ指導することで「病棟でのポータブルトイレ誘導の定着」に繋げる	
88	施設	PD+	中等度	不穏焦燥、帰宅欲求、生涯作業の探索・推進	自分の思いを語る機会や、対象者らしさがある活動や機会の提供。対象者の語る人生物語に耳を傾け(ライブレコ)、それを基に活動の提供を工夫し、精神症状や生活リズムの改善を図る。作業療法士と「人生物語ブック」の作成を行う。	(回想法、作業回想法)
80代	病院	AD	重度	ADL、人的環境	本人主体で食事動作を進めながら、スプーン把持側の手にOTRが手を添えて誘導。誘導は動作の速さや方向やタイミングなどを動作の邪魔にならない様、本人の反応をみながら少しずつ誘導を減らしていく。	
80後半	病院	AD	重度	ADL、BPSD	本人主体で食事動作を進めながら、スプーン把持側の手にOTRが手を添えて誘導。誘導は動作の速さや方向やタイミングなどを動作の邪魔にならない様、本人の反応をみながら少しずつ誘導を減らしていく。	DBDスケール86点→31。無関心、夜間不眠、感情易変性、介護抵抗、大声、暴力などの項目が改善。HDS-Rが3点→8点。
70後半	通所	AD+血	中等度	ADL、BPSD(入浴拒否)	動機の高い身体訓練と拒否のある入浴を橋渡しし、行動の確認をすることで記憶を強化するツールとして行動確認表を利用した。行動確認表は見開きに職員の名前と顔写真一覧を作り、片側に行動を書き込む。	行動確認表と身体訓練を組み合わせた時には拒否のない活動となった。行動確認表への記入は、徐々に慣れ違和感のない活動となり、毎回行われる活動として定着した。
70	通所	AD	軽度	身体面、生涯作業の探索・推進	週1回の訪問OT、胸腰部疼痛へのリラクゼーションを通して関係づくり。散歩：本人の意向に沿ったコースで実施。景色を見ながら関連する過去の話をしながら散歩、馴染みのあったお地蔵さん参りを含めた	3カ月後、洗濯をするようになった。毎日孫と地蔵参拝するようになった。4カ月後、デイベアヒス利用するようになった。
93	通所	不明	重度	自発的に取り組める活動の提供	安心して過ごせる場の提供。音読、書写、数字パズル、組子等をテーブルの上に置き、本人がいつでも行える環境の設定。マシントレーニング	デイベア利用が楽しみとなり、自宅周辺を屋外歩行するようになった。着る気候が良くなるのを待ち、本人の趣味でもある畑へ行く事を心待ちにしている。
89	通所	不明	重度	心理面	落ち着きなく、着席困難であったので自由に歩いていたが、漢字に興味を示したところから国語の学習を活用した	スケジュールを確認し見通しがつけるようにすると安心していた。落ち着きのある利用者と同じテーブルにする事により、帰宅願望も減少し、落ち着きがない状況は軽減した。
77	通所	不明	重度	生涯作業の探索・推進、帰宅願望	かざあみ、病前の趣味である事、石入形、散歩に行つた帰り小石を拾いそれを大事に保管している場面を思い出して事例の愛情を表現する機会とした。	1日のデイベア作業で「楽しみ活動」を取り入れる事ができた。閉じこもりの生活から楽しみ活動を見つけて行うことができた。
70	在宅	不明	軽度	認知機能(見当識)、人的環境	ケアマネジャーとしてかわつたため、直接介入はできなかったが、随時家族、デイ職員と情報交換、相談助言、調整を行った。日付、曜日を分かりやすくするため、毎日のカレンダー作りをし、デイ利用日も記入し入室に飾って貰う	
84	施設	血管性	重度	コミュニケーション能力	教師という職業柄、童謡をとりいれていたが、漢字に興味を示したところから国語の学習を活用した	国語の練習帳を家族に送付したことにより、2ヶ月後に面会の増加などにつながった。
60代	通所	AD	軽度	認知機能(見当識、記憶)、BPSD(易怒性)	日記帳：一日一回日付を確認し、当日の出来事を思い出して記録をすることで、記憶に留めるための補助的役割や、過去の出来事を忘れた時の確認として利用できるため、週1回の地域サークル活動参加。	
80代	在宅	血管性+うつ		ADL、家族支援	段差昇降・歩行介助は娘一人介助の方法を検討、階段昇降は2人介助方法を検討し、DSスタッフに伝える。屋内歩行介助方法は、介助者による手引き歩行で検討する。	娘へ介助方法を検討指導することにより自信を得た。

# 4. 平成 25 年度認知症初期集中支援チームモデル事業 における作業療法の実践

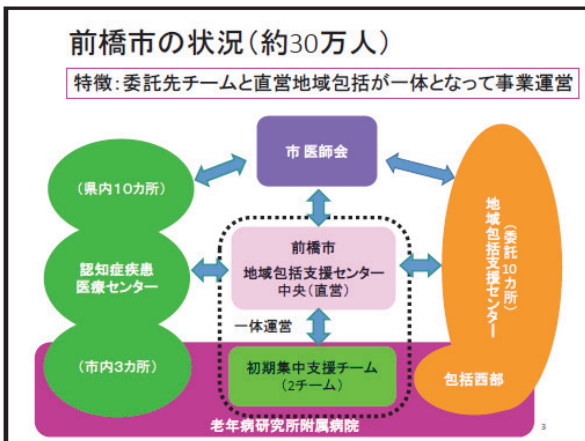
## (1) 前橋市の取り組み



### 前橋市の現状について

群馬県の県庁所在地  
面積:312Km<sup>2</sup>  
人口:約336千人  
地域包括支援センター  
直営1+委託10か所

前橋市医師会:会員病院・診療所数:約300、  
認知症対応医療機関:68



### 前橋のチームについて

地域包括支援センター  
直営1+委託10か所

1事業所が受託 (前橋市地域包括支援センター西部)  
(公財)老年病研究所

附属病院(急性期143床、療養型58床、回復期52床)、  
介護老人保健施設100床、デイケア60人、グループホーム3単位

訪問看護ステーション、  
在宅介護支援センター、  
居宅介護支援事業所、  
認知症疾患医療センター

**初期集中支援チーム**  
医師2名+作業療法士2名+  
社会福祉士1名+介護福祉士1名 } **2チーム6人**

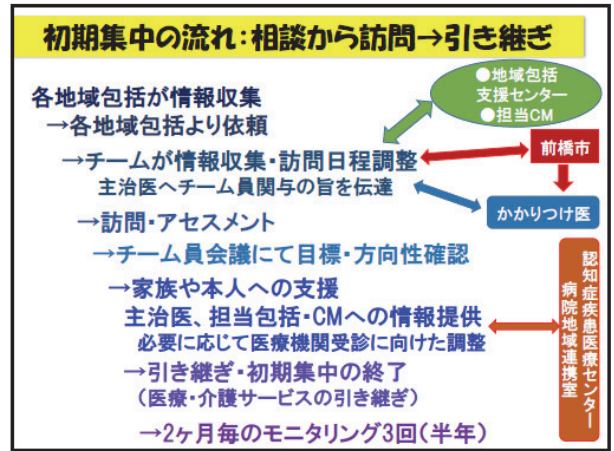
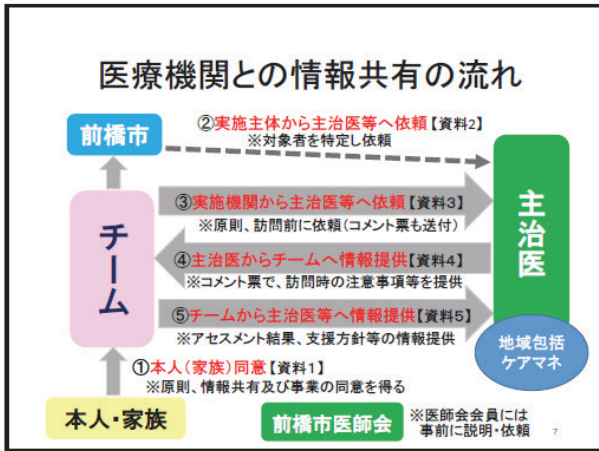
+前橋市介護高齢課地域支援係長、包括中央PHN・事務、包括西部

### 医療機関等との協議経緯

H25.8.22	○医師会会長及び理事へ事業説明 ○認知症疾患医療センター連絡会議にて事業説明
8.28	○地域ケア推進会議にて各関係機関への事業説明
9.6	○医師会理事会にて事業協力依頼
9.30	○医師会定例会にて事業協力依頼
11.13	○医師会老人保健委員会にて事業説明

前橋市医師会:会員病院・診療所数:約300、認知症対応医療機関:68

- ### 情報共有の考え方
- 継続的な関わりは地域包括・ケアマネが行う
    - 地域に密着した地域包括支援センターやケアマネジャーが要支援者に継続的に関わり支援する
  - 同様に、主治医が継続的に関わる
    - 主治医及び本人(家族)の意向に基づき必要に応じて専門医を受診し、継続的支援について主治医に情報提供する
  - チーム(専門医を含む)と地域包括・ケアマネ、主治医とが情報を共有し連携する
    - 初期集中支援開始後もそれぞれが連携のうえ支援する
    - また、支援可能な体制が必要となる



### チームが情報収集・訪問日程調整 主治医へチーム員関与の旨を伝達

**依頼受理後の流れ**  
担当包括から情報収集  
→ 担当CMとコンタクト  
→ 訪問候補日・市に連絡  
→ 包括・主治医へも連絡

**主治医との連携**  
→ 主治医へ介入の通知  
コメント票の返信  
→ 訪問後は、結果を情報提供

### 各地域包括が情報収集 →各地域包括より依頼

認知症医療院や支援機関  
お問い合わせ先(特設窓口)：0271-254-0303

前橋市認知症初期集中支援チーム (ヒューマン事業)

依頼コメント票

認知症医療院や支援機関  
お問い合わせ先(特設窓口)：0271-254-0303

対象者基本情報



### 訪問・アセスメント

**初回訪問**  
担当包括・CMらと訪問  
→ あいさつ、説明と同意  
→ アセスメント(医療・介護)  
認知症疾患、身体機能、生活障害、  
住環境、日課、趣味・役割  
→ 本人・家族の意向確認  
→ 本人・家族への助言

前橋市支援チーム  
山口 智晴

前橋市初期集中支援チーム  
山口 智晴

## チーム会議

### チーム会議にて目標・方向性確認

- チーム員 (MD、OT、社会福祉士、介護福祉士)
- + 市職員 (地域支援係長、包括中央PHN、事務)
- + 包括西部

### 週1回:

- ・ケース報告約90分
- + 運営など約30分

結果に応じて  
継続支援・フォローアップ  
情報提供・引き継ぎ



## 事例① 医療機関と連携して受診に至った事例

- 70代後半女性 夫と二人暮らし
- 16年前～躁鬱病受診歴 約1年間受診してない
- 3年前～道に迷う HDS-R29点「問題なし」
- 数ヶ月前に近医で「歳のせい」。以降、受診拒否



一緒に作成中の刺し子



- 主治医へ訪問の旨を連絡→チーム訪問・結果を主治医へ報告 (DASC18:50、Zarit8:13、DBD13:16)
- 主治医受診のため、医療機関のMSWと連携
- 主治医→認知症疾患医療センター 軽度AD投薬
- 再訪問:服薬確認/家族指導、本人のやりたいことができることから、介護保険を勧奨→申請→要介護1
- やりたい作業を活用、デイサービスに引き継ぎ中

## 事例② 医療・介護を利用していたが各機関と連携強化の必要があった事例

- 70代後半女性 独居 8年前よりパーキンソン病
- 要支援2、通所リハ3回/週、ヘルパー2回/週
- 数年前から道に迷う、置き忘れ。最近、「(亡くなった)息子が通帳を持って行く」など警察や市役所、銀行等に頻りに電話。物忘れ外来を受診中

- 主治医へ訪問の旨を連絡→チーム訪問・結果を主治医・ケアマネへ報告 (DASC18:32、転倒頻回)
- 物忘れ外来でレビー、投薬調整で妄想性誤認↓
- 区分変更申請で要介護1、本人/娘/孫・CM・包括・民生委員・社協・デイケアPT・ヘルパー・福祉用具事業者・チーム員で地域ケア会議→在宅継続

## 事例③ 周囲の関わりを拒否していたが生活基盤に支障をきたしていた困難事例

- 70代前半女性 独居 2年前より近所とトラブル
- 地域包括職員など周囲の関わりを拒否していた
- 庭には酒のビンや缶が散乱、車は傷だらけ、寝せている
- ポストには郵便物が詰まっている。身よりなし。
- 認知症が疑われるが、関わっていない。運転も心配。

- 何度か訪問をすることで信頼関係構築→一家の中に入る
- 料金支払いができず、ガスが止められ、税金滞納による督促状や財産差押簿本の山→直ぐに包括に対応要請
- 公安委員会からも免許更新について包括に連絡あり
- 認知症疾患医療センター受診勧奨→AD+アルコール
- その直後、飲酒自損事故で搬送→免許取消→介護保険
- チームは医療の受診勧奨、地域包括は権利擁護関連や介護保険の手続きと役割分担→小規模多機能利用中

## 実施を通して...

### 1回～2回の訪問で主治医に情報提供

信頼関係構築の時間十分なくアセスメント  
コミュニケーションと観察のスキルが必要  
すぐに結果を出し、判断する必要性 医学的知識も  
事前にCMや包括から情報を得ておく、同行

### ネットワークの軽さ・ネットワークの構築

主治医へのコンタクト、担当包括職員やCMとの連携  
病院連携室MSWや認知症疾患医療センターと連携、  
受診予約や事前の情報提供

social cognition, social skill  
→行政担当者・チーム員との関係



## 困難事例 その他

- 何十年間も掃除されていない家、夫が関わりを拒否、浴槽は緑で、布団の下は害虫
- 全盲の夫と二人暮らし、ゴミ屋敷、ガムテープで目張り、アルコールとタバコ
- 要介護2、HDS-R一桁。長女との二人暮らし。長女は介護の限界だが、お金を兄弟が管理
- 飲酒問題が絡んでいる独居で拒否的な元ボクサー
- 拒否強く、検診も受けたことない医者嫌い

(2) 世田谷区の取り組み

## 認知症初期集中支援 チームの実際

関わりから支援まで

医療法人社団城東桐和会 東京さくら病院  
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

## 世田谷区の現状

	世田谷区	関与地区 (3地区)
総人口(人)	851,243	585,867
65歳以上 (人)	166,177	113,582
比率(%)	19.52	19.39
地域包括	27ヶ所	19ヶ所

## 認知症初期集中支援チーム

- 実施主体: 世田谷区 介護予防・地域支援課
- 委託先: 桜新町アーバンクリニック  
(世田谷、北沢、玉川地域担当)  
成城リハビリテーションクリニック  
(烏山、砧地域担当)
- 実施件数: 桜新町アーバンクリニックでは、平成25年度に34例対応。

## チーム員構成(世田谷区の場合)

## 認知症初期集中支援の流れ

訪問看護ステーションを中心とした取り組み

認知症早期

自宅での支援

6か月後

地域ケアマネに引き継ぐ

初期中集中支援チーム

チーム員会議

看護師、作業療法士、精神保健福祉士等

## 認知症初期集中支援の流れ

- ① 本人・家族・地域住民→地域包括へ相談
- ② 地域包括 → チーム員へ相談依頼
- ③ 初回訪問(チーム員と地域包括担当者)
- ④ チーム員会議にて支援方法の立案・検討
- ⑤ 具体的支援の導入・実施とモニタリング
- ⑥ ケアマネ等への引き継ぎ

## 初回訪問

依頼を受け、訪問日を調整します。

初回訪問では約2時間程時間をかけ、様々な情報を聴取します。話の中にDASCやDBDなど必要なアセスメントを織りまぜながら聴き取ります。

### 聴き取り内容

- \*ご本人・ご家族の想い
- \*生活上の困り事
- \*身体面の困り事・不安
- \*認知面の困り事・不安
- \*受診状況、服薬状況
- \*自宅、周囲の状況
- \*生活スタイル
- \*趣味・関心事

## 家に入る前にしている

家の外観、周囲の環境をチェック！

例)

- ・道路⇄門扉⇄玄関までのルート、環境
- ・庭が手入れされているか？
- ・玄関の段差は？靴はどうやって履く？
- ・玄関に本人の靴はある？
- ・玄関から本人居室、居間までの動線は？
- ・室内、廊下の明るさは？照明は？
- ・廊下や室内に本人の趣味に関するものがある？



## 使用している書類・アセスメント

厚労省指定

DASC、DBD、Zarit8、身体の様子チェック表  
他

- \* CDR、訪問記録、支援計画書、  
医師への情報シート、アクションプラン、ケアサマリー  
GDS-S-J、生活行為向上マネジメントシート

- ※「専門医への情報シート」→初回のチーム員会議で使用  
「生活行為向上マネジメントシート」「アクションプラン」→2回目の会議  
「ケアサマリー」はクロージング会議で使用

## チーム員会議

初回訪問(必要な方は2・3回訪問)後、  
チーム員会議を開催。

開催頻度:1月～2月に1回

※それ以外の細かい連絡・調整はその都度

<参加者>

- ・医師(往診医、精神科医)
- ・看護師
- ・作業療法士
- ・地域包括支援センター担当者
- ・行政

## チーム員会議

目的:対象者の情報を集まった皆で共有する

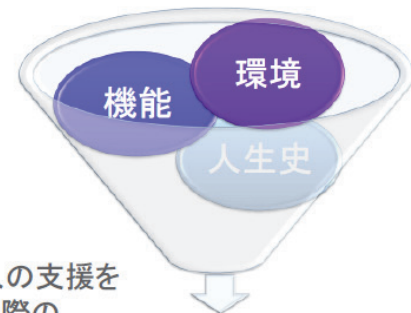
医師による認知症早期発見につなげる。

必要に応じて、かかりつけ医との情報を共有。

(※世田谷区の場合、個人情報保護の観点からチーム員が直接かかりつけ医に情報提供することができず、包括担当者を經由して情報を提供する)

チーム員としての介入目的を決定する。

## 支援方法の立案と実施



ご本人の支援を  
考える際の  
ポイント

ご本人への支援

### 支援計画の例

#### ● 本人の能力への支援

<記憶> カレンダー、アラーム機能、メモ等の活用

<服薬> 服薬カレンダー、アラーム付薬箱の活用



<意思決定支援> メモリーブック、リビングウィル

### 支援計画の例

#### ● 直接的支援

##### ① フォーマルケア

- ・日常生活自立支援事業の活用、成年後見制度
- ・介護保険サービス

訪問系: 訪問診療、訪問看護(リハ含む)、訪問介護、訪問入浴  
通所系: デイケア、デイサービス、小規模多機能型  
その他: ショートステイ、配食サービス 等

- ・地域包括支援センターでの活動(セミナーやサロン)
- ・医療機関への受診勧奨(かかりつけ医 等)
- ・住環境整備

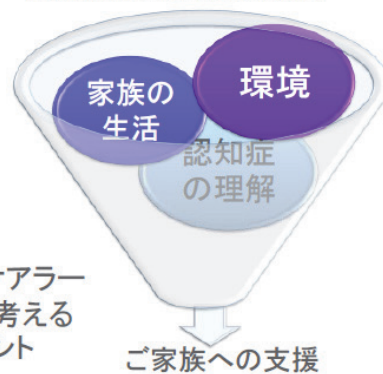
### 支援計画の例

#### 直接的支援

##### ① インフォーマルケア

- ・友人や近隣住民の協力、支援
- ・ボランティア(傾聴ボランティア、見守りポリス 等)
- ・警察、銀行、郵便局
- ・認知症カフェ

### 支援方法の立案と実施



### 家族への心理教育的支援

家族の想い...

これからどうなっていくの  
だろうか...  
これ以上悪くなると何が  
起こるのだろうか...  
悪くならないような方法は  
ないのだろうか...



### 家族への心理教育的支援

- ・現在、公表されている認知症に関する様々な資料を利用する。



### 困難事例に対する支援

- いわゆる「処遇困難事例」と言われる方（独居、活動的、徘徊、管理能力低下 等）への支援は色々と考えることが多い。

近隣の方への情報提供ということも難しく、“見守り体制の確立”に関してはサービスの導入が必須となる。

### 多職種チームの中でのOTの役割

#### 作業療法の「強み」を生かした支援

- ①行動分析による生活上の課題抽出  
(生活の結び)
- ②主体的に生活するためのサポートの提案  
(生活行為向上マネジメントを生かした役割や趣味の探索)
- ③自具具・福祉用具の提案
- ④住環境の評価と改善アドバイス

### 多職種のチームの中でのOTの役割

- 世田谷区の場合、「医療－医療」の組み合わせで訪問をしているため、他のモデル地区よりもOT的視点でコメントを出すことができたと思う。

**しかし、対象者の前では「医療職」として見られるため、医療職としての知識・視点は重要！** 例)バイタルチェック、受診状況の確認、身体・服薬状況の確認、 等

### チーム員として訪問を行い、今感じる事

- チーム員のOTに求められるものとして
  - ①認知症に関する知識
  - ②OTとしての専門性
  - ③「医療職」としての知識と動き
- 作業療法士として「自宅」という相手のホームグラウンドに訪問し、生活の本質を見ることができるとは良いこと。
- ソーシャルワーク的なことも含まれる為、**コミュニケーションスキル**も大切。



## 5. 認知症初期集中支援チームに関する作業療法士の実態調査

### (1) 調査目的

作業療法士が認知症の方に対して行っている支援の実態を調査し、作業療法の支援の特徴を整理し、認知症初期集中支援チームでの作業療法士の具体的な役割や支援内容を明らかにする。

### (2) 調査方法

調査期間：H25.9.17～10.18

1) 調査対象：日本作業療法士協会の会員システムにより以下の条件で検索した者  
計 147 名

- ① 地域包括支援センター所属 44 名
- ② 市区町村所属 79 名（対象 144 名の内、療育や①との重複者等 65 名を除く）
- ③ 保健センター所属 12 名（対象 68 名の内、療育や①②との重複者等 56 名を除く）
- ④ 保健所その他所属 12 名（対象 98 名の内、療育や①②③との重複者等 86 名を除く）

3) 調査方法：調査用紙を郵送，回収

### (3) 調査内容

- 1) 対象者の属性（基本事項）
- 2) 地域概況
- 3) 作業療法士の関与
- 4) 認知症施策推進事業の実施状況
- 5) 作業療法士が関与している事業の情報提供

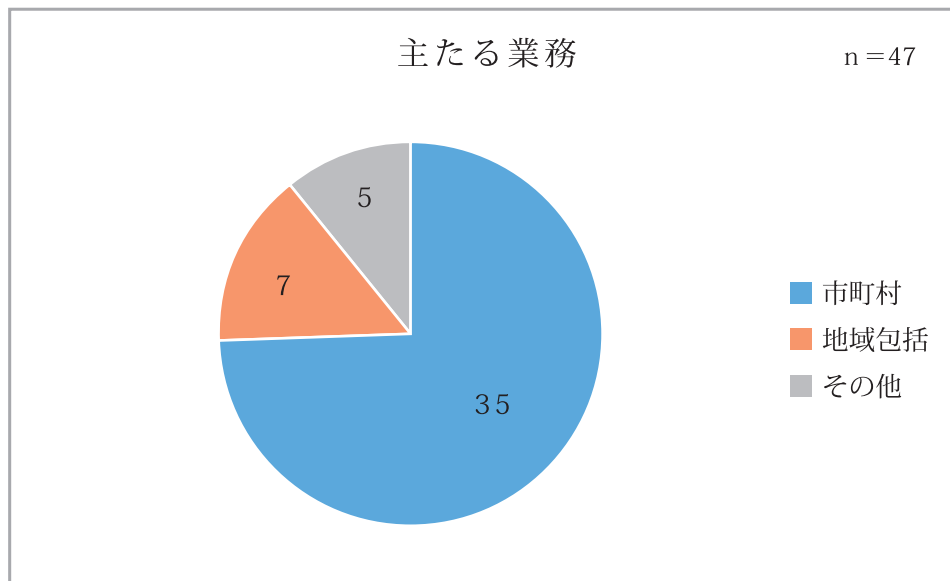
### (4) 調査結果

1) 回収率 32%（147 名中 47 名から回答）

- ・地域包括支援センター分 15.9%（44 名中 7 名）
- ・市町村行政分 38.8%（103 名中 40 名）

2) 対象者の属性（基本事項）

- ① 所属： 市町村行政 35 名（74%） 地域包括支援センター 7 名（15%） その他 5 名（11%）

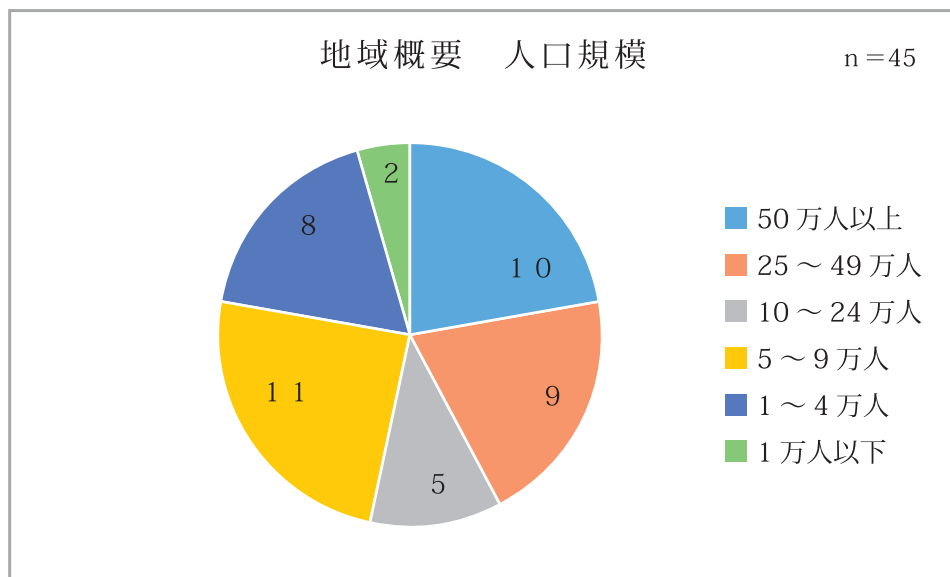


② 作業療法士歴： 3年から36年

3) 地域概況

① 市町村人口：

50万人以上 10件 (22%) 49～25万人 9件 (20%) 24～10万人 5件 (11%)  
 9～5万人 11件 (24%) 4～1万人 8件 (18%) 1万人以下 2件 (4%) 未回答 2件



② 高齢者数： 最小値 2,136人 最大値 275,215人 平均 60,906人

③ 高齢化率： 最小値 16.6% 最大値 40.6% 平均 24.2%

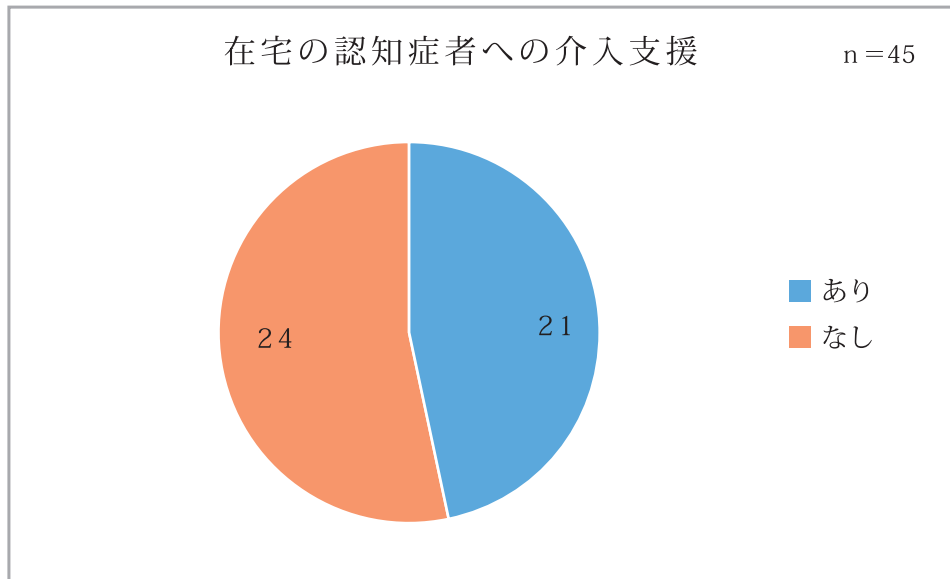
④ 日常生活圏域数： 最小値 1圏域 最大値 32圏域 平均 10.7圏域

⑤ 地域ケア会議の開催： あり 28件 なし 12件 その他 1件 未回答 6件

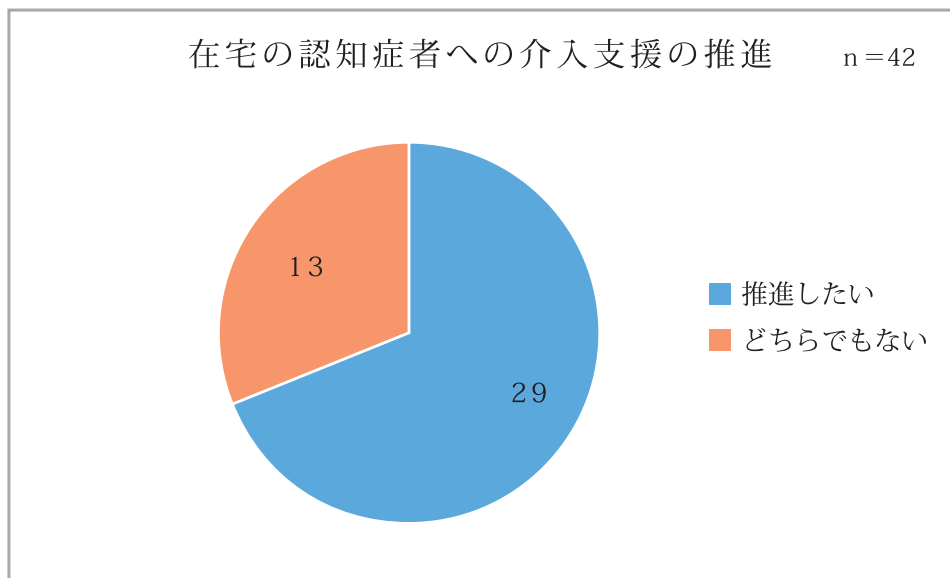
4) 作業療法士の関与

① 作業療法士として在宅の認知症の方に介入支援できているか：

介入支援あり 21 件 (47%) 介入支援なし 24 件 (53%) 未回答 2 件

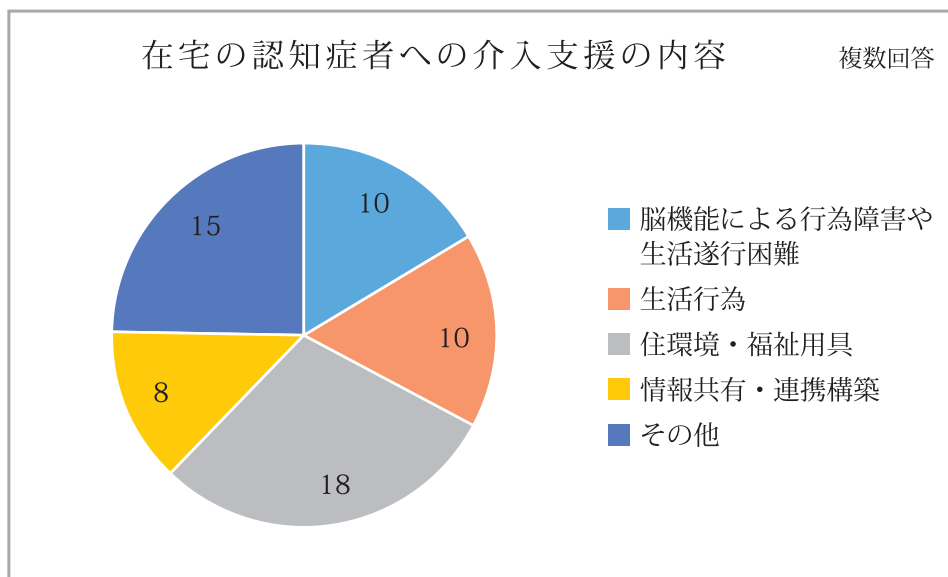


- ② 介入支援できていない理由 26 件
- ・ 担当外の業務であるため 10 件
  - ・ 人員や体制のため 5 件
  - ・ 職場での作業療法士の位置付けのため 4 件
  - ・ 認知症予防には関与しているが認知症には関与していないため 3 件
  - ・ 他職種との関係のため 2 件
  - ・ その他 2 件
- ③ 在宅の認知症の方への介入支援を推進したいか  
推進したい 29 件 (69%) どちらでもない 13 件 (31%) 未回答 5 件



- ④ 認知症の方への介入支援についての具体的な考え 34 件
- ・ 認知症の早期, 軽度からの支援 9 件

- ・ 介護予防事業や相談等での支援 9件
  - ・ 認知症支援のための施策づくり 5件
  - ・ 認知症支援のための体制づくり 5件
  - ・ 認知症支援の地域づくりや普及啓発 3件
  - ・ その他3件
- ⑤ 認知症初期集中支援チームが制度化された場合の問題, 対策, 具体案, 要望等 40件
- ・ 多職種への作業療法士の理解 9件
  - ・ 作業療法士の役割の明確化 6件
  - ・ 具体的な支援の方法について 6件
  - ・ 作業療法士個人のスキルアップ 5件
  - ・ マンパワーなど人的問題, 予算など経済的問題 4件
  - ・ 制度的な問題 4件
  - ・ 連携について 3件
  - ・ その他 3件
- ⑥ 作業療法士が実際に行っている介入支援 (複数回答)
- ・ 住環境, 福祉用具などについての介入支援 18件
  - ・ 脳機能による行為障害や生活遂行困難などについての介入支援 10件
  - ・ できること, したいことなどの生活行為についての介入支援 10件
  - ・ 情報を共有, 蓄積するための仕組みの構築 (連携) についての介入支援 8件
  - ・ その他 15件



- ⑦ 作業療法士が実際に行っている介入支援の具体的内容 17件
- ・ 訪問や相談などの介入支援 5件
  - ・ 多職種連携や情報共有, アセスメントのための介入支援 3件

- ・ 健康教育や普及啓発などの介入支援 3件
- ・ 認知症予防事業などの介入支援 3件
- ・ 特徴的な取り組み3件 独自の「物忘れ相談票」を活用した連携事業、フェイスブックによる認知症予備軍のスクリーニングなど

5) 認知症施策推進事業の実施状況

- ① 認知症地域支援推進員の配置  
回答 21件 配置なし 12件 1人配置 8件 2人配置 1件
- ② SOS 徘徊ネットワークの構築  
回答 22件 あり 12件 なし 10件
- ③ 群医師会と介護従事者等のネットワークの構築  
回答 22件 あり 16件 なし 6件
- ④ 介護支援専門員や介護従事者との連絡会・研修会の開催  
回答 22件 あり 21件 なし 1件
- ⑤ 認知症の人の退院支援・地域連携クリティカルパスの作成  
回答 22件 あり 2件 なし 19件 その他 1件
- ⑥ 市民後見推進事業の実施  
回答 22件 あり 8件 なし 14件
- ⑦ 当事者及び家族の支援のための事業  
回答 23件 あり 17件 なし 6件

6) 作業療法士が関与している事業の情報提供

※別紙

(5) まとめ

- 1) 実態調査の回収率は全体で 32.0%であった。対象別では地域包括支援センター分が 15.9%市町村行政分が 38.8%であった。
- 2) 対象者の属性は市町村行政が 74%と多く、地域包括支援センターは 15%と少なかった。
- 3) 作業療法士の介入支援については、していないが 53%で、その主な理由は「介入支援が担当外の業務」「人員不足などの体制」「職場での作業療法士の位置づけ」などであった。
- 4) 作業療法士の介入支援の推進については、推進したいが 69%で、具体的には「認知症の早期、軽度からの支援」「介護予防事業や相談での支援」「施策、地域、体制づくりの支援」などであった。
- 5) 認知症初期集中支援チームが制度化された場合の問題等については、「他職種への理解の必要性」「作業療法士の役割の明確化」「具体的な支援の方法」「個人のスキルアップ」「人的、経済的問題」などであった。
- 6) 作業療法士が実際に行っている介入支援については、住環境や福祉用具の支援が最も多く、生活遂行困難や生活行為向上の支援がつぎに多かった。具体的には「多職種連携や情報共有による支援」「訪問や相談による支援」などであり、特徴的な取り組みの報告が得られた。

7) 認知症施策推進事業の実施状況については、比較的推進されている事項は「医師会とのネットワーク構築」「介護支援専門員などの連絡会開催」「当事者、家族支援の事業」、比較的推進されていない事項は「認知症地域支援推進員の配置」「クリティカルパスの作成」であった。

作業療法士の認知症の方への介入支援の特徴としては、住環境や福祉用具、行為障害や生活遂行困難、生活行為向上の支援などであり、これらの支援は訪問、相談や多職種連携において提供されていた。

作業療法士が介入支援で推進したいと考えていたことは、認知症の早期、軽度からの支援、介護予防事業や相談での支援、施策や地域、体制づくりの支援などであった。一方で作業療法士が認知症の方へ介入支援できていない理由としては、担当外の業務、人員や体制、職場での作業療法士の位置づけなどが挙げられた。

認知症初期集中支援チームが制度化された際に、作業療法士が役割を果たすためには、多職種への理解、作業療法士の役割の明確化、具体的な支援方法などが挙げられた。

これらのことより、作業療法士の担当業務の整理、職場での位置づけの整理、人員体制の整備などが課題として考えられた。また作業療法士の役割の明確化、相互理解のための多職種連携、支援のためのスキルアップの研修などが必要であると考えられた。

一般社団法人 日本作業療法士協会 認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト  
H25年度 体制検討班 実態調査

※この用紙に直接, PC で入力して回答されたい方はデータを電子メールで送付しますので, 問い合わせ窓口の **ot-ninchi@jaot.or.jp** へその旨をお知らせください。

■ 基本事項

市町村名	
所属	
役職・氏名	
主たる業務	
OT 歴	年
現職歴	年
所在地	
連絡先	TEL : FAX :
e-mail	

1. 地域概況

該当する番号に○をつけ, 他は必要事項を記入してください。平成25年4月現在

人 口	人							
	1 50万人以上	2 49~25万人	3 24~10万人	4 9万~5万人	5 4万~1万人	6 1万人以下		
日常生活圏域数	( ) 圏域							
世帯数	世帯							
高齢者数・率	人 ( %)							
高齢者世帯数	世帯			独居世帯数			世帯	
要介護認定者数	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計
認知症高齢者数	人							
地域包括支援センターの設置	センター						設置箇所数	
	うち直営分						か所	
	うち委託分						か所	

	作業療法士の関与	あり・なし
地域ケア会議の開催回数	1	なし
	2	あり（24年度実績 件）

2. 作業療法士の関与（介入・支援）について

作業療法士が在宅の認知症の方に対して行っている介入・支援について記入してください。※ここでの「在宅の認知症の方」とは、医師の診断の有無は問いません。

(1) 現状において、作業療法士として在宅の認知症の方に対し、介入・支援ができていますか。

該当する番号に○をつけてください。

1) 介入・支援なし →以下の2), 3), 4) の項目に回答していただき調査は終了です。

2) 介入・支援あり →3)以降の項目に回答してください。

(2) 認知症の方に対する介入・支援ができていない理由を記入してください。

具体的内容を記載

(3) 作業療法士として在宅の認知症の方に対する介入・支援を推進していきたいですか。

該当する番号に○をつけてください。また、具体的な考えなどを記入してください。

1 していきたい      2 どちらでもない

具体的な考えを記載

(4) 認知症初期集中支援チームが制度化された場合、在宅の認知症の方に対する支援において作業療法士が役割を果たすことの問題点、対策、具体案、要望等について記入して下さい。

具体的な考えを記載

(5) 作業療法士が実際に行っている介入・支援について、該当する番号に○をつけてください。また、具体的内容を記入してください。

1) 脳機能による行為障害や生活遂行困難などについての介入・支援

2) できる事、したい事などの生活行為についての介入・支援

3) 住環境・福祉用具などについての介入・支援

4) 情報を共有・蓄積するための仕組みの構築（連携）についての介入・支援



5) その他 (制度, サービス, 社会資源, 家族, 支援者, ADL, IADL, 対人関係, 社会生活, 生活機能など)

具体的内容を記載

3. 認知症施策推進事業の実施状況 (前項 2.の 1) で 2 介入・支援ありとした方は回答して下さい)

該当する番号に○をつけ, 他は必要事項を記入してください. ※実績については, 24 年度について記入

普及啓発活動の実績	1 認知症サポーター養成講座の実施 延べ_____人 2 キャラバンメイト養成 延べ_____人 3 その他 [ ]	
	計 ( ) 人	認知症地域支援推進員の主な職種 1 保健師 ( ) 人 2 看護師 ( ) 人 3 社会福祉士 ( ) 人 4 その他 ( ) ( ) 人
認知症地域支援推進員の配置	配置場所	1 本庁 2 地域包括支援センター 3 その他 ( )
支援が必要な地域の認知症の人を発見するツールの有無 例) 二次予防事業対象者把握事業等におけるフォローアップや未回答者の訪問など	1 なし 2 あり 具体的内容を記載 [ ]	
SOS 徘徊ネットワークの構築	1 なし	2 あり
郡市医師会と介護従事者等のネットワークの構築	1 なし	2 あり
介護支援専門員や介護従事者との連絡会・研修会の開催	1 なし	2 あり
認知症の人の退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	1 なし	2 あり
市民後見推進事業の実施	1 なし	2 あり

当事者及び家族の支援の た め の 事 業	1 なし 2 あり 具体的内容記載 ( )
--------------------------	--------------------------------

#### 4. 作業療法士が関与（介入・支援）している事業の情報提供

作業療法士が在宅の認知症の方を対象に、実際に介入・支援している事業の情報提供をお願いします。「在宅の認知症の方」を対象の事業であればどのような事業でもかまいませんが、認知症初期集中支援チームの対象（下段参考）と同様の対象に事業を行なっている場合はその事業の提供をお願いします。情報提供は以下の事業調査項目を参考に適宜用紙に記入してください。なお、事業の実施要綱や実施計画などがあればその提供（添付）をもって情報提供としてもかまいません。

##### 【事業調査項目】

- (1) 事業の位置付けについて記入してください
  - 1) 法的位置付け
  - 2) 業務位置付け
- (2) 事業内容について記入してください
  - 1) 事業名
  - 2) 事業目的
  - 3) 対象者
  - 4) 実施方法
  - 5) 実施場所, 実施日程, 予定人数
  - 6) 従事者
  - 7) 周知方法
  - 8) 予算
  - 9) その他
- (3) 事業の実施結果について記入してください
  - 1) 実施回数
  - 2) 実施人数
  - 3) 対象属性（性別・年齢など）
  - 4) 実施結果
  - 5) その他
- (4) 事業での作業療法士の役割や責任（仕掛け・仕組み・工夫・配慮など）について記入してください

(5) 事業に附帯する記録・資料等について記入するか添付してください

- 1) 使用している評価ツール
- 2) 事業の成果物（論文，抄録，記事，報告書等）
- 3) 事業活動中の写真（被写体の了解不可欠）

**【参考】** 認知症初期集中支援チームの対象

- ① 認知症が疑われるが診断を受けていない
- ② 継続的な医療サービスを受けていない
- ③ 適切な介護保険サービスに結びついていない
- ④ 診断されたが介護サービスが中断している
- ⑤ 行動心理症状（BPSD）により対応に苦慮している 等

基本事項  
役職

回答 36	主事等	15
	係長等	10
	その他	11

## 主たる業務

回答 47	市町村	35
	地域包括	7
	その他	5

## OT 歴

回答 46	最大	36	年
	最小	3	年
	平均	17.5	年

## 現職歴

回答 46	最大	29	年
	最小	1	年
	平均	10.6	年

## 1. 地域概要

## 人口

回答 43	最大	1,469,991	人
	最小	7,488	人
	平均	262,429	人

回答 45	50 万人以上	10	市町村
	25～49 万人	9	市町村
	10～24 万人	5	市町村
	5～9 万人	11	市町村
	1～4 万人	8	市町村
	1 万人以下	2	市町村

## 日常生活圏域数

回答 37	最大	36	圏域
	最小	1	圏域
	平均	10.7	圏域

## 世帯数

回答 40	最大	377,086	世帯
	最小	3,435	世帯
	平均	111,629	世帯

高齢者数

回答	43	最大	275,215	人
		最小	2,136	人
		平均	60,906	人

高齢化率

回答	43	最大	40.6	%
		最小	16.6	%
		平均	24.2	%

高齢者世帯数

回答	24	最大	92,781	世帯
		最小	1,185	世帯
		平均	26,661	世帯

独居世帯数

回答	25	最大	53,922	世帯
		最小	654	世帯
		平均	14,610	世帯

要支援Ⅰ

回答	41	最大	11,209	人
		最小	29	人
		平均	1,826	人

要支援Ⅱ

回答	40	最大	7,213	人
		最小	36	人
		平均	1,619	人

要介護Ⅰ

回答	41	最大	10,342	人
		最小	84	人
		平均	2,137	人

要介護Ⅱ

回答	41	最大	8,769	人
		最小	67	人
		平均	2,014	人

要介護Ⅲ

回答	41	最大	6,340	人
		最小	38	人
		平均	1,452	人

要介護Ⅳ

回答 41	最大	5,725	人
	最小	37	人
	平均	1,346	人

要介護Ⅴ

回答 41	最大	5,221	人
	最小	39	人
	平均	1,201	人

認知症高齢者数

回答 19	最大	19,647	人
	最小	470	人
	平均	7,158	人

地域包括支援センター数

回答 43	最大	39
	最小	1
	平均	9

地域ケア会議開催

回答 41	あり	28
	なし	12
	その他	1

2. 作業療法士の関与について

認知症の方に対する OT の介入支援

回答 45	あり	21
	なし	24

認知症の方に対する介入支援を推進したいか

回答 42	推進したい	29
	どちらでもない	13

OT の実際の介入支援

複数回答	行為障害や生活遂行困難	10
	生活行為	10
	住環境・福祉用具	18
	情報共有・連携構築	8
	その他	15

認知症地域支援推進員

回答 21

0人	12
1人	8
2人	1

認知症発見ツール

回答 23

なし	8
あり	15

SOS 徘徊ネットワーク構築

回答 22

なし	10
あり	12

医師会介護ネットワーク構築

回答 22

なし	6
あり	16

ケアマネ連絡会・研修

回答 22

なし	1
あり	21

クリティカルパス作成

回答 22

なし	19
あり	2
その他	1

市民後見後見推進事業

回答 22

なし	14
あり	8

当事者家族支援事業

回答 23

なし	6
あり	17

## Q.認知症の方に対する介入・支援ができていない理由

担当外の業務
高齢者の総合相談は、包括支援センターにて受付しており、健康づくり課(保健センター)は窓口とならないため。以前、OTが包括に在籍しているときは、二次介護予防の症例で、相談訪問を実施していたこともあったが、現在は、実施していない。
住宅改修事業やケアマネへの後方支援として訪問による福祉用具やシーティング、認知症に関わる介護職員への研修企画など限定的なかかわりしか行っておらず、直接的な介入、支援は、行っていない。認知症の方への介入・支援は当センター認知症・介護予防係が担当している。
地域の中で進める介護予防システム作りが担当であり、現在は町会や自治会単位で運動を社会参加、役割づくりを継続していくための拠点(地域体操クラブ)整備を行っている。拠点には地域の中の心配な人を誘い出し、見守りあることを推奨しているが、特に認知症の方を対象としているわけではない。
OTの方には保健事業や予防事業の教室(講話や実技)または在宅、町営の特老施設でリハビリを行ってもらっているため。
業務担当が住宅改修、福祉用具、介護認定が中心であり、認知症に関わっていない。
業務が介護予防の一次予防事業のため。
担当課ではないため。また介護保険のサービスになっているため。
地域ケア推進の担当係があり直接的な関わりはない。
直接介入支援するセクションにいない。
所属外の業務。
OTの位置付け
作業療法士として勤務形態ではなく一般事務職としての配置になっており、地域包括支援センターへの配置を希望しているが実現せず現在に至っている。
私自身は、作業療法士の資格で雇用されていますが、役職としては、訪問看護指導員であり、看護師、保健師と同列です。「作業療法士として介入・支援」の定義によっては、「できていない」と判断されるかもしれません。
OTとして配置されていないため。
体制が整っていない。
他職種との関係
相談対応は皆無ではありませんが、依頼を受ける体制がない、作れないでいる。多くの保健師に人数的にはまけることもあり(OT1=PHN120)OTが少し形を作っても最終保健師の業務となる。戦略が組みきれず、一人では何も出来ないのが実態。数少ないPTが現和主義のため発言は許されない。情報は入らない、介入許可されず保健師対応になる。
所管する課でないため、看護師での対応をしている。作業療法士が所属する課への依頼がないため。



認知症予防には関与しているが認知症には関与していない	
	生活リハビリ相談という事業で作業療法士が相談に対応しているが、認知症予防や介護予防に関する相談が主であり、認知症の方に対する介入、支援は実施できていない。
	認知症予防を含めて介護予防、運動器向上や生活習慣改善における介護予防業務が中心で、介護保険対象となる認知症者に焦点を当てたかわりができません。
	認知症予防（介護予防）事業に力を入れているため。（一次、二次予防対象者）
人員体制	
	健康増進法に基づく事業や介護予防事業（一次、二次）を遂行するのに手一杯の状況である。
	現在の業務以上に手が回らないこと、地域包括支援センターにて対応が可能であるため。
	マンパワー不足、組織的位置づけがない。
	マンパワー不足、行政と当施設の連携不足。
	業務量の問題。
その他	
	介入をしたいが、継続的な介入が出来るような点数制度がない。（場合によっては一緒に訪問を同行する。CM、主任CM、保健師、SWと）
	入院患者の担当で、地域での活動はおこなっていない。

Q.作業療法士として在宅の認知症の方に対する介入・支援を推進していきたいですか

個別支援（早期、軽度からの支援等）	
	出来るだけ早期から生活場面に介入し、BPMPを抑制して家族の支援を引き出し、また少しでも活発で楽しい生活が送れるようにしたい。ただ地域社会の中で認知症の方を受け入れることがまだ困難な現状なので、本人と地域をつなげる支援も必要と感じている。
	MCIや軽度認知症の方等はADLや家事が可能な場合もある。現在行いにくくなっている生活行為について、住宅改修や福祉用具を以外にも、本人・家族・環境（ヘルパーなどサービス事業所とも連携）にアプローチし少しでもできる行為を継続し、在宅生活を支援していきたい。
	早期介入の仕組みづくりがうまくいけば、症状の進行を遅らせたり、予防的な生活環境づくりに係れると考えられるから。
	早期の段階で認知症高齢者を把握して、本人ならびにその家族を支援していきたい。
	要介護認定者の半数に認知症が認められていることからMCIの時に介入し、予防を行いたい。また、認知症においても可能な作業活動の提供ができると考えられるため。
	東日本大震災以降、特に認知症の方が増えていると心配しています。認知症の初期段階からということで認知症予防に力を入れています。

<p>認知症の方の生活能力のアセスメントに基づいたその人の希望する生活のための支援計画への助言。フォローでの訪問。アウトリーチでの認知症の早期発見のための訪問。一般区民への認知症について、認知症予防（1次、2次、3次）の普及啓発活動。などをしていきたいと思ひます。</p>
<p>対象者の残存機能の評価や予後予測ができ、具体的な提案が出来るという専門性を活かした関わりができると思う。症状についての分析を身体機能や認知機能から分析し、残存機能の活動を分析が出来るという点では、認知症支援に作業療法士の活用は有用であると考えている。</p>
<p>初期集中支援チームを検討中。</p>
<p>個別支援（介護予防事業、相談等）</p>
<p>現在介護予防の業務の一部として認知症予防の教室運営に関わっている。また、市民からの相談、包括からの相談、ケアマネからの相談等を受け訪問を行っている。認知症サポーター育成を小中高生に対して行い、福祉教育の必要性を感じている。</p>
<p>現時点でも介護予防事業において認知症予防として計算課題が作業活動などを保健師やボランティアが主体となり、実施されています。これはこれで予防としては非常に効果的なものだと思います。ただ、更に進行した方たちには個別の総合的な評価が重要であり、その上で本人自身に加え家族への疾病理解、対応方法などの助言を含めた適切な手段をとっていく必要があります。この部分に担当ケアマネだけでなく、OTが関わっていくことで、介護サービスをただあてがうのではなく、サービスを使うことで、本人、家族の自立支援につなげていくことが出来るのではないかと思います。</p>
<p>在宅の認知症の方やその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるように、作業療法の視点を活かした介入、支援を行って行きたい。そのためには相談者だけでなく関連職種に対しても作業療法士がどのような介入や支援が出来るのかということを示し、保健師や地域包括支援センターの職員等と連携して認知症の方の相談に対応していきたい。</p>
<p>在宅で生活していく方々の増加が予想されるため。また、在宅生活を続けていくために、OTが地域で必要とされている。</p>
<p>OTの人数がないため（町に一人）、範囲を広げるのが難しいと思われるが認知症の方に手作業や体操、リハビリなど指導してもらったり、教室の講師として参加してもらいたい。</p>
<p>認知症の支援、他の相談(住宅改修や福祉用具など)を含めて、相談をできるような職種として、介入できると他の職種や地域の方から相談を受けると思うから。</p>
<p>生活環境の調整（福祉用具、住宅改修の活用）。</p>
<p>住環境、福祉用具などについての介入・支援、生活行為についての介入支援。</p>
<p>岡山市のような地方の場合、高齢者にとっても車は重要な移動手段の一つであると感じる。しかし認知症の場合、車の運転がどこまで可能であるのか、その判断は大変難しく、介入支援が必要な分野であると思う。</p>

地域づくり・普及啓発
今後の介護保険料の抑制や地域で安心して暮らせるような地域，街づくりをしていきたいと思う。しかし，圧倒的に OT が関わる場面が現状では少なく，ボランティアとして OT が関わることも少なくない。財政的にも現状では厳しい。
保健部門に所属するので，まずは地域の高齢者全体の健康の底上げとその仕組みづくりが急務であり，支援を必要とする認知症の方への絞った介入は念頭にない。
個別，ケアマネへの支援，支援者の人材育成を目的とした研修会の実施。
施策づくり
自治体の作業療法士としては，地域包括ケアシステム，オレンジプランをふまえ，自治体の介護保険計画や認知症ケアパスの作成に関与しながら推進していきたい。
OT の資格を持つ行政職員の係長職であるため，課・係内の業務規程や範囲に基づいて仕事をしている為。しかし特に訪問介護員の関わりが独居認知症の方の在宅生活の継続に重要であるため，リハ職として効果的な後方支援ができないか考えていきたい。
①当事者への介入②家族介護者や関わる支援者への介入③一般の方への正しい知識の普及啓発等々といった総合的に施策として支援できる体制づくりへも，作業療法士としての関わりができればいいと思います。
行政の職員としては対象の数が多く，直接支援などは困難。区として現在，在宅療養推進協議会の認知症専門部会として検討中。
実務と施策の両面を専門職としての知識・技術を生かして生きたい。
体制づくり
個別支援は現状不可と考えますが，OT（私以外の民間含む）が介入すべき人には介入できる体制は作りたい。支援者に対してアドバイスできる体制も出来れば作りたい。
現在の勤務体系では無理だが，勤務時間や日数が増えれば可能。
できればしていきたいが，専従という形は難しいと考える。
予防への介入で手がいっぱいである。
マンパワーとして不可。
その他
していきたい思いもありますが，部署的に介護認定者が予防サービスの対象外に位置づけられた経緯もあり，また，仕事が増えても人は増えずで手が回りません。まず運動器を中心に介護予防システムの地域展開を達成し，障害者を含め認知症も地域で見守れる様なかわりを考えたいです。
OT として何ができるのか，行政に対してのプレゼンが必要。
自分は OT の資格を有する「事務」として採用されているので，今は事務職に徹して仕事をこなしています。主に補助事業の申請，企画，予算執行等を担当しております。

Q.認知症初期集中支援チームが制度化された場合、在宅の認知症の方に対する支援において、作業療法士が果たすことの問題点、対策、具体案、要望等

他職種への理解
他職種との役割の違いを示す必要があるのでは？保健師，ケアマネの間に入って行くのは簡単ではないのですが，ADL 評価や環境評価を含めた OT にしかできないことを示す必要がある。
OT に何が出来るのか。どんなケースなら有効なのかを他職種にアピールする必要がある。地域差もあるだろうが，認知症の方の支援をするには OT の数が少なすぎる。とても需要を満たせない。
地域の中で動いて行くには，OT 単独では困難である。制度化されても，知名度を上げないと制度として成り立たないと思われる。OT が何を出来るか，多職種へのアピールが大変必要であり，重要である。
しかし，実際には作業療法士の在宅での介入場面を知ってもらう機会がなければ，総合的なアセスメントは保健師や社会福祉士でも出来るため，作業療法士の活用を知ってもらいづらい。作業療法士が他職種の専門性を理解し，自分の専門性を活かした活動が出来る機会（地域ケア会議など）で作業療法士の活用について知ってもらえればと思う。
行政機関においては，まだまだ認知症に対する相談支援は保健師が主となる分野となっており，作業療法士も役割を果たすことが出来ることの認識が低い。
作業療法士の行うアセスメント，支援方法を他職種，関係者に理解してもらうことが大切と考える。
外部のOTへの依頼に関しては，所属する機関等の理解が必要である。また，依頼し対応となるためタイムラグが生じるために早急の対応が困難と考えられる。行政内に作業療法士が所属することによりスムーズな対応や施策方針の方向性を良い方向へ見出すことができるものとする。
他職種の理解と作業療法士が認知症の初期においてどのような役割が担え，かつ役割を担う・介入することで，具体的にどのようなことが可能になるのかを，地域包括に位置付けられている保健師，社会福祉士が理解し，加えようと考えないことには難しいのではないのでしょうか。または法に明記し位置付けられ，必ず入れてチーム支援を行うことのように明示されない限り，行政においては高齢者福祉以外の分野にいる限りは介入は困難。また，医療機関にいる作業療法士においては底辺が広がったことによる影響から予防医学の必要性，介入の必要性，社会保障制度の変遷・今後の課題の理解，リハ職・作業療法士が社会的から求められていること，積極的に地域に出て行く必要があることを教育現場から伝えていかないと，協会・県士会単位で国，県に働きかけても一向に進まないと思う。
作業療法士の対応事例を可能な範囲で共有できる仕組みがあると良い。モデル事業で係っている作業療法士の取り組みや実践について，事業の実施主体である自治体等にも周知するなど，作業療法士の役割についてPRしたらよいと考える。

OTの役割	
	内容についても勉強不足ですが、OT に関ることの役割と必要性についての明文化が必要と思います。地域で暮らす上で地域が理解し、見守れる環境づくりがなければ絵に描いた餅で終わりそうです。OT だけでなくチームとして地域づくりの視点を忘れずに係ることが必要に思います。
	自分が初期集中支援の関わり経験が無いため、よくわかりません。他の職種に比べ人数が少ない OT が、特に初期集中支援チームに関わる意義や果たすべき役割について実践者から教えて頂きたい。
	初期認知症の方やボーダーラインにいる方で早期に介入できることは本人、周囲の人、財政面でメリットがあると考えられている。具体的にどういう介入ができるのかは、教えていただきたい。認知症初期集中支援チームが何を行っているのか自体知らない。
	チームの他の専門職との役割分担。具体的、実際の支援とのギャップを埋めるシステムがない。
	チームの中で作業療法士の専門性を明確に説明しづらいことが問題点と考えます。
	作業療法士が担う役割の明確化が重要だと思います。
個人の能力	
	現在、作業療法士のスキルが個人によって差があり、期待された役割を実行できない場合、作業療法士の評価が下がるように思う。認知症の認定作業療法士あるいは一定の知識や技術、経験年数のある作業療法士の配置が望ましいと考えます。ただ、条件付けをした場合、全国にそのスキルを持つ人が足りないように思います。
	チームの対象者が医療・介護に結びついていない方や対応に苦慮している方ということで家族や関係機関との調整力や、コミュニケーション力が必要と考える。チームの関わりは医療・介護サービスにより安定的な支援に移行するまでということだが、OT は生活行為や環境に関わることができるので、実際はその後も継続的な関わりも必要と思われる。通所リハ・訪問リハなどサービス事業所でも必要時または継続的に OT が関わられるようにサービスの供給量や、OT 自身のスキルアップが必要と考える。
	チームの中での OT の役割は対象者の心身機能が ADL 及び IADL、社会生活にどのように影響しているかを評価し、その解決策として本人および、家族や周囲の人々との関係調整、物理的環境整備への提言が出来ることだと考えるので、これらに関する知識や技術を習得しておく必要がある。
	当市においては OT 確保が難。OT が発言できる機会があれば適切に対応してもらいたい。個別に入りすぎても困るし、総論的でも困る。自分だけでいいという発想の人も困る。傾聴など他職種を含めた当たり前の発言ではちょっと困る。地域 OT が手を結び戦略がいると思う。
	認知症・認知症予防についての勉強会を積極的にしてもらいたい。
制度的	
	今年度厚労省「認知症医療支援診療所（仮）地域連携モデル事業」に取り組む中で、初期集中支援チームの試行的実施を予定しており、制度化を視野に対応を検討してい

<p>きたいと考えている。</p>
<p>制度化することが重要、行政、自治体の中で OT の存在がクローズアップされることが大事、実力のある (?) OT がたくさん行政にきてほしい。</p>
<p>医療モデルからの視点だけで関わろうとすると難しいように思います。地域の実情に応じた（福祉・保健・医療分野等の実情もよく理解した上で）OT の視点からのアプローチが必要ではと考えます。ただ、行政施策にまで関与するには地域包括支援センターへの位置づけだけでなく、その身分保障（常勤職での配置）や立場によって関わる範囲がかわってくると思われるので... この面での要望も大事では...また、現場で位置づけられた OT も先の施策展開も意識した発言を心がけなければ...とも思います。</p>
<p>OT としてどのようなポジションで関与していくのか（予算も含めて）体制作りが必要になってくるとおもう。</p>
<p>マンパワーや予算上の問題</p>
<p>実際に動ける OT がどれくらいいるのかわからない。OT 個人としてはやりたい人はいても組織が認めるか不明。人件費など予算の問題。モデルの段階であっても予算は市町村で準備する必要があると聞いている。一時的に財政難の中で話が進むか心配。</p>
<p>当地域に OT の数が少ない。また、実際に地域で活動してくれる OT がいるか・・・不安がある。</p>
<p>一番の窓口となる地域包括等に作業療法士が全数配置されているわけではないので、情報集約が難しい。</p>
<p>どの程度の頻度でチームが運営されるのかわからないが、頻度によっては専従の OT が必要になるのではないかな？</p>
<p>連携</p>
<p>集団または個別の対応が必要と思われるが、関係団体、機関の連携不足のため、OT 個別で業務を行うことが多くなると予測される。</p>
<p>現在モデル的に包括に委託し、そこで大学勤務の OT が関わっているが、包括の職員と OT 間の連絡調整がうまくいっていない。初期集中支援チームは医療と介護の連携以上に介護予防、地域支援事業との結びつきが大切だと思う。初期の段階で医療が必要なのか、予防教室等のかかわりでよいのか、などの見極めが OT の役割になりうるでしょうか。</p>
<p>連携を取っていくこと。認知症についての知識をえてもらうこと。</p>
<p>支援の方法</p>
<p>本当に初期であるならば、認知症の方だけを拾い集めて支援をするよりも、地域の介護予防活動の中に参加していけるようにした方が良いと思う。活動の中で生活支援の必要になってきた方に市民が気づき、包括支援センターにつないでいく方法が地域全体の力を高める。個人的な感想だが、地域住民の誘いに応じない方は既に初期ではない。もしくはそもそも支援にのらない方であると感じている。</p>
<p>現在当市で行っている二次予防事業では、参加者の確保が困難です。来年度は運動の予防事業と複合化を考えております。2週間の振り返りスピーチの実施をしていますがお互い刺激があって良いようです。</p>

閉じこもり予防に対して通所サービスでの作業療法が有用。行政で考えれば、組織規模が大きければ担当所属でなければ関わるのが難しい。
地域での健康教育などはとても参加率が低い、受容が不十分な方々へのアプローチとしては訪問の方法をとらざるをえない。となると多くの人材が必要になると思う。
まだ良くわかりませんが、早期発見治療に結びつけるため、専門医療職として訪問は有効だと考えます。
高齢者のみの世帯や独居、家族のかかわりが充分ではない方の場合、生活の実態把握が難しい。介入支援を行っても定着しづらい。
その他
現在の所、特になし。今後実働する中で課題等はあがると思います。
<p>当市包括は、日々、多くの早急に対応しなくてはならない事例に追われており、支援チームの意味は認識しても、チームに依頼して調整するということになる、日々の業務に追われて、困難ケースや支援方法に悩んだケースになると思われると思われます。包括の職員からは、作業療法士が、包括に配置されるのであれば、保健師や社会福祉士主任ケアマネと主たる役割は分担しつつも、他の包括の職種と同様に、基本的に総合相談に対応できる状況を求めるとのこと（一人でも訪問できること）でした。</p> <p>（利用者が認知症かどうか分からないとか、具体的に介護保険サービスで何を利用できるのかをイメージしていないような症例から関わる経験や対応ができることで、滝川市のように小さな市では、認知症をはじめ在宅に係わる職種になりえると思います。実際に面接・訪問することで、漠然とした相談状況から具体的にになったりして、相談・訪問に介入できるため、住宅改修や福祉用具の相談や手続きなどをできるような役割を持ちつつ、広範囲で地域で仕事ができることが、地域に必要なのかもと思います。それがOTなのかどうかと問われると困りますが、OTはできると思います。）</p> <p>※現在、介護予防と家庭訪問(年200)回を主に業務を行っており、相談業務を一人で実施することは年数件です。</p>
特になし

Q.作業療法士が実際に行っている介入・支援について

情報共有・多職種連携
<p>現在、限られた時間の中で行っていることは、ミーティング時に認知症の方の機能的レベルが生活にどのように影響しているのかについて説明し、今後どのような状況に進行してゆくかを予測し、そのための社会資源やサービスの利用方法について、他職種（保健師、主任ケアマネ、社会福祉士）と共に考えることである。</p>
<p>校区担当者やケアマネジャーが認知症の方への支援で作業療法士の活用を考えた時に同行訪問している。早期の段階で特に生活に支障のない程度の方の相談の場合は、その方の生活がいかに維持できるかについての助言、環境面への介入となる。また、地域資源を生かして関わりが出来るよう担当者と意見交換する。しかし今のところあまり出番はない。重度の方の場合はその症状への対応が困難なことからそうだんがあり、やはり同じように生活動作や環境面への助言が出来るが、この場合はサービスが入っ</p>

<p>ている場合も多く、ケアマネやサービス事業所とも情報共有している。</p>
<p>2)に同じ。直接的な介入・支援というより毎週行われるカンファレンスで検討される際、予測しうる限りの発言をします。場合によっては、そのケースに訪問することもあります。自分が担当でなくとも、脳機能や疾患を考慮しながら「～にしたらどうでしょう...」などの助言を心掛けています。朝会やカンファでの情報共有につとめるとともに記録台帳の一括管理にて情報共有をしています。... (ただ、立場が非常勤ですし、作業療法士としてというより係内の人は全員(他の非常勤を含む)自分の専門性に基づき業務に参加しています。特に、作業療法士として担当している業務を問われるならば、回答は 1, 2, 3 になると思います。</p>
<p>訪問・相談</p>
<p>転倒予防、ADLを安全に行えるように手すりの位置や段差解消等のプランを本人・ケアマネ・業者と訪問調査をし、事前事後訪問し、事後にもADL評価や本人・介護者へ聞き取り調査を行う。福祉用具アドバイスも同時に行う。</p>
<p>リハの相談事業として対応している。認知症のみを対応している事業ではないので数等の把握が困難。</p>
<p>回答者は、行政の保健分野に位置づけられているので、上記どれも相談・アドバイスの範囲での関わりです。訪問指導事業の中で地域リハビリテーション相談として行なっています。</p>
<p>介護保険認定申請を通して、医療や介護に結びついていない方の支援。</p>
<p>相談業務。</p>
<p>健康教育・普及啓発</p>
<p>○現状のポジションに配属され、常勤職として雇用されない現状では、上記の介入の時間をとることが精一杯である。○地域の高齢者の集まり等での認知症の予防を意識する生活の取り組み方等についてミニ講話。</p>
<p>3と同様(個別、ケアマネへの支援、支援者の人材育成を目的とした研修会の実施)。事業化(確実に事業化したものはまだないですが検討中)</p>
<p>家族、社会への啓発は以前少し行っていた。</p>
<p>認知症予防事業</p>
<p>教室スタイルにて、高次脳機能障害者も受け入れ実施している。(中～重度の認知症者は除外)総合相談窓口として役割を果たしている。福祉用具・住宅改修の展示場を設け支援している。生活行為については、訪問支援を実施している。</p>
<p>私は主に介護予防事業にも関与している。認知症のみに関わっていくのではなく、もっと複雑ないろいろな疾患がミックスしながら在宅生活を送って見える方が多い。そういった方々に、医療職種で適確なサポート援助が出来るのは、OTであるという声を他の職種(主にSW)から良く聞く。OTの知名度をもっと上げていただきたい。</p>
<p>健康高齢者に対する認知症予防教室の実施。</p>
<p>特徴的な取り組み</p>
<p>「物忘れ相談票」を活用した医療機関、地域包括支援センター、との連携事業(資料参考)のしくみづくり</p>



市民に対して認知症予防に向けての健康教育の実施，認知症予防の講座．市民に対してファイグゴグ検査による認知症予備群（AACD）のスクリーニング実施．認知症予防自主活動の育成，サポート．障害者介護給付費認定審査会委員．
認知症初期集中支援についてモデル事業として実施しています．社会資源や人材育成についても担当しており，認知症になっても暮らしやすい街づくりとなるように考えています．

Q.支援が必要な地域の認知症の人を発見するツール

二次予防事業対象者把握，生活圈域ニーズ調査
基本チェックリスト
生活圈域ニーズ調査，生活支援アンケート
二次予防事業対象者把握事業によるフォロー
基本チェックリスト
基本チェックリストによる把握事業
二次予防事業対象者把握事業
二次予防事業対象者把握事業におけるフォローアップ
評価
一次予防ファイグゴグテストの実施，フォロー，二次予防 MMSE 検査の実施，フォロー
二次予防事業対象者把握事業等における包括職員によるフォローアップ，ケアマネ等専門職へ DASC を勧めようとしているところである．
本人やその周囲の人が，いち早く認知機能の低下に気づくため，枚方市独自のチェック表を医師会などの協力のもと，作成した．
あたまの元気度相談（視空間認知機能の評価と相談）
物忘れ相談票
訪問・相談
二次予防事業対象高齢者のうち閉じこもり，認知症，うつ等のおそれのある者に対する訪問支援（心身の状況などの調査，アセスメントおよび支援）．
75 歳到達訪問相談活動（悉皆訪問でチェックリスト実施）
介護保険認定者のうち居宅介護支援事業所の見届け者訪問，認知症相談
ランチによる実態把握，総合相談
日常生活圏域ニーズ調査によるハイリスク者週出，物忘れ相談階
介護保険認定者のうち居宅介護支援事業所の見届け者訪問 など
地域
民生委員等，住民からの報告
地域包括支援センターでの見守り支援事業などが該当すると思います．
安心キット
介護予防サポーター，民生委員による連絡
オレンジカフェ

作業療法士が関与（介入・支援）している事業の情報提供

1. 長野県駒ヶ根市（人口 32,881 人 高齢化率 27.5% 日常生活圏域数 1）

【所属】

保健福祉課

【担当業務】

地域包括支援センター

【事業の位置づけ】

認知症対策等総合支援事業（市町村認知症施策総合推進事業）

【事業名】

- （1）認知症地域支援推進員等設置促進事業  
認知症施策推進 5 年計画促進支援メニュー事業
- （2）認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業

【事業目的】

（1）・（2）の国庫補助事業を活用して、平成 23 年度に策定した「駒ヶ根市認知症介護ビジョン」（以下、5 つの柱）の具体化をすすめる。

- 1) 多くの市民が認知症への理解を深めていく
- 2) 人とのつながり、予防・見守り・支援の輪を広げていく
- 3) 認知症の相談や困りごとに対応できる環境をつくっていく
- 4) 保健・医療・介護の連携，ネットワークを強化していく
- 5) 認知症ケアの専門性を向上させていく

【実施方法】（平成 25 年度）

（1）について

- 1) 「認知症介護ビジョン推進委員会」の開催
- 2) 「医療・介護連携の構築に向けた懇談会」の開催
- 3) 「第 2 回認知症を考える市民シンポジウム」の開催
- 4) 「家族介護者支援のためのコミュニケーション研修」の開催
- 5) (介護サービス事業者による)「家族介護者の集い」の立ち上げ支援
- 6) 「もの忘れ相談票」を活用した医療機関・地域包括支援センターとの連携事業  
※資料添付
- 7) 情報の一元化・共有化を図るための地域包括支援センターシステムの改修

（2）について

- 1) モデル事業実施委員会の開催
- 2) (1) - 6) をもとに「相談・支援チーム」（認知症サポート医・看護師・作業療法士・認知症地域支援推進員）による初期集中支援の試行的実施
- 3) 「相談・支援チーム」を担う 2 医療機関への地域包括支援センターシステムの導入

#### 【予算】

- (1) 6,500 千円
- (2) 2,000 千円

#### 【実施結果】（平成 25 年度の実績，平成 26 年 1 月末現在）

##### (1) について

- 1) 医師部会（医師 8 名による部会）を年 2 回，ケアマネ部会（居宅ケアマネジャー 11 名による部会）を年 6 回開催した。
- 2) 医師・居宅介護支援事業者・地域包括支援センターによる懇談会を 3 回開催した。
- 3) 5 月にシンポジウムを開催し，市内外から約 700 名が参加した。
- 4) 介護サービス事業者，地域包括支援センターを中心に約 150 名が研修に参加した。
- 5) 市内 1 事業者（2 事業所）に対し，立ち上げ支援（業務委託）を行った。
- 6) 「もの忘れ相談票」をもとに，かかりつけ医から地域包括支援センターに 31 名の情報提供があった。
- 7) 地域包括支援センターにおける情報の一元化及び連携機関との情報共有を図るため，地域包括支援センターシステムの改修（機能強化）をすすめた。

##### (2) について

- 1) 地元医師会代表，認知症医療支援診療所（仮称）医師，認知症疾患医療センター医師，病院地域連携室，「相談・支援チーム」を担う看護師・作業療法士，地域包括支援センター等によるモデル事業実施委員会を 2 回開催した。
- 2) 認知症医療支援診療所（仮称）医師，市内精神科病院の看護師・作業療法士，地域包括支援センター（認知症地域支援推進員）による「相談・支援チーム」の立ち上げを 11 月に行った。  
11 月以降，かかりつけ医から地域包括支援センターに情報提供があった者のうち，2 名に対し，「相談・支援チーム」による訪問支援を行った。
- 3) 「相談・支援チーム」を担う 2 医療機関への地域包括支援センターシステムの導入手続きをすすめた。

#### 【OTの役割】

- ①事業計画・予算（案）の作成
- ②関係機関との調整
- ③事業の実施
- ④補助事業の申請・実績報告

#### 【その他】

上記，市町村認知症施策総合推進事業の他，地域包括ケアシステムの構築に向けて，以下の事業を並行して実施した。

- (3) 地域医療再生計画（三次分）在宅医療連携拠点事業（平成 25 年度～27 年度）  
予算 3 年間で 25,000 千円
- (4) 県「地域包括ケア実践モデル事業」（平成 25 年度）  
予算 4,000 千円

## 2. 京都府長岡京市（人口 79,997 人 高齢化率 23.0% 日常生活圏域数 4）

### 【所属】

健康福祉部健康推進課

### 【担当業務】

保健事業

### 【事業の位置付け】

介護保険法地域支援事業

### 【事業名】

認知症相談

### 【事業目的】

- （1）認知症早期発見（物忘れか認知症か、診断前の相談）
- （2）医療機関へのかかり方アドバイス
- （3）正しいケア方法のアドバイス（サービス利用も含め相談）

### 【事業対象】

当事者，家族含め市内在住の方

### 【実施方法】

- （1）個別相談
- （2）相談で使用する評価ツール
  - ① 物忘れチェック
  - ② DASC
  - ③ 長谷川式
  - ④ 時計/立体描写 等

### 【日時・場所・予定人数】

日時：7回／年予定

場所：保健センター

予定人数：4名／回

### 【従事者】

医師（地元医師会へ派遣依頼し専門医に来てもらっている）、OT、PT、保健師（市役所職員）

### 【周知】

広報掲載，チラシ配布，地域包括支援センター，在宅介護支援センター，居宅介護事業所，民生委員等

### 【予算】

市単費（人件費，パンフレット費用等）約 250 千円

### 【実施結果】

- （1）実施回数
  - 6回（H24年度）
- （2）実施人数  
相談件数 16，相談者 32名

(3) 対象属性

- ・相談件数内訳 男性9人・女性7人
  - (～64歳) 1人
  - (65～74歳) 3人
  - (75歳～) 12人
- ・相談者数内訳 本人14人・家族15人・支援者3人

(4) 実施結果

- ・受診推奨
- ・地域包括支援センター等関係機関へケース連携
- ・サービス導入へ向けケアマネへ連携 等

【OTの役割や責任】

(1) 当課事業の主担当なので全体管理をしている。

(2) その他

訪問指導事業での個別ケースへの関わり

健康教室等の中で認知症に関する正しい知識の普及

出前の転倒予防教室の中でのミニ講義で認知症に関する普及

地域ケアマネジメント会議などの地域包括支援センター主催の会議でのOTとしての発言アドバイス

### 3. 北海道恵庭市（人口 68,797 人 高齢化率 22.5% 日常生活圏域数 3）

#### 【所属】

保健福祉部保健課

#### 【担当業務】

介護予防・精神保健福祉

#### 【事業の位置付け】

地域支援事業(老発 0806 第 1 号) 介護予防事業 二次予防事業 二次予防事業対象者把握事業

#### 【事業名】

あたまの元気度相談（二次予防事業対象者把握事業）

#### 【事業目的】

- (1) 認知症等についての早期対応の専門相談をする.
- (2) 評価を行い必要な保健指導をする.
- (3) 二次予防事業対象者の把握, 選定をする.

#### 【事業対象】

市内に居住する中高年や高齢者で, おおむね次に該当する方

- (1) 物忘れなどの自覚症状があり心配な方
- (2) することがなく家にいることが多い方
- (3) 認知症などの問題がないかを確認したい方など

#### 【実施方法】

(1) 相談で使用する評価ツール

- 1) タッチパネル式 CRT の認知機能評価システム (タッチエム)
- 2) MMSE (Mini Mental State Examination)
- 3) HDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール)
- 4) CES-D (抑うつスケール)
- 5) 生活に関する問診票
- 6) 基本チェックリスト

(2) 評価

評価より下記の点について整理し, 総合評価を出し, 保健指導を実施する.

- 1) 面接, 問診や評価による対象者の理解
- 2) 保健指導内容や支援についての検討や整理
- 3) 再評価, 再相談の時期などの検討

(3) 総合評価 (保健指導 3 段階) と保健指導内容

総合評価 (保健指導 3 段階)	保健指導の内容
保健指導レッド (認知症の傾向あり)	医療受診の勧奨, 介護保険サービス導入などの指導
保健指導イエロー (認知症の傾向ややあり)	生活状況や背景の把握, 生活指導, 保健事業勧奨, 継続相談などの指導
保健指導グリーン (問題なし)	認知症に対する不安や心配の把握や受け止めなどの指導

#### 【日時・場所・予定人数】

日時 : 4 回 / 年

場所：恵庭市保健センター

予定人数：12名／回

【従事者】

保健師，作業療法士，講師（大学看護学科），

【周知】

- (1) 広報
- (2) 保健事業（訪問相談活動など）
- (3) 地域包括支援センター，介護保険，福祉サービスなど

【予算】

介護保険特別会計 地域支援事業 対象者把握事業費  
報償費 使用料及び賃借料 計 240 千円

【実施結果】

(1) 相談者（人数・年齢）

実人数	延人数	平均年齢	最高年齢	最少年齢
35名	38名	75歳	85歳	64歳

(2) 相談結果（あたまの元気度総合評価別） 延 38 名

		あたまの元気度総合評価				計
		グリーン	イエロー	レッド	再測定	
計		21	12	3	2	38
保健指導	継続	5	6	1	1	13
	非継続	16	6	2	1	25
	計	21	12	3	2	38
二次予防 事業対象	該当	12	5	1	1	19
	非該当	8	7	2	1	18
	対象外	1	0	0	0	1
	計	21	12	3	2	38

【OTの役割や責任】

- (1) OTは事業担当者であるため，事業の予算・決算・進行管理をしている。
- (2) 事業において以下の点について関与している。
  - ・ 認知機能低下の早期把握，二次予防事業対象者把握
  - ・ 認知機能低下の方の保健指導内容
  - ・ 介護福祉課，地域包括支援センターと情報共有

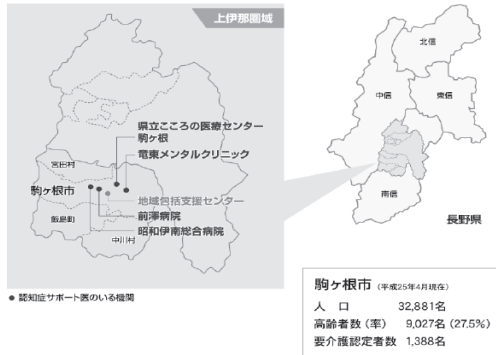
# 地元医師会との連携による 認知症ネットワークの構築に向けた取り組み

浜 達哉 (駒ヶ根市役所保健福祉課)  
遠藤 英俊 (国立長寿医療研究センター)

下島 秀一 (竜東メンタルクリニック)  
天野 直二 (信州大学医学部精神医学講座)

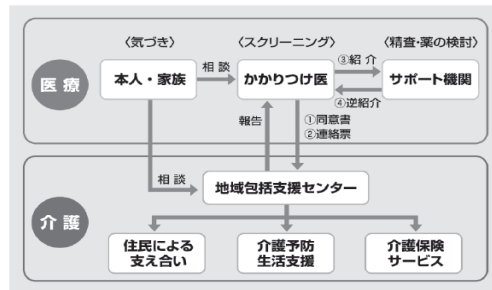
## 目的

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するには、医療・介護・福祉の有機的に連携したネットワーク形成が重要である。今回、認知症ネットワークの構築に向けて、地元医師会（上伊那医師会南部支部）と連携して取り組んだ駒ヶ根市の事例を紹介する。



## 方法

平成22年に医療・介護・福祉関係者が参画して、市の認知症施策の指針「駒ヶ根市認知症介護ビジョン(案)」をとりまとめた。平成22年11月に地元医師会から選出された9名の医師による部会をスタートさせ、平成25年9月までに15回の検討会を重ねた。この間、医療機関や行政関係者等による懇談会を4回開催し、平成24年8月から、本人・家族等の気づきを医療機関や地域包括支援センターにつなげる「もの忘れ相談票」を活用した連携事業(図1)を近隣3市町村とともに始めた。



## 結果

平成24年8月～平成25年3月の8ヶ月間に、医療機関から4市町村の地域包括支援センターに寄せられた情報(※)は60名(105件)であった。このうち、駒ヶ根市への情報提供は、男性14名(平均年齢81.2±7.3歳)、女性24名(平均年齢81.2±7.3歳)の38名であった。38名の結果を図2・3、表1に示す。

※医療機関から地域包括支援センターへの情報提供にあたっては、同意書をいただくことになっている。

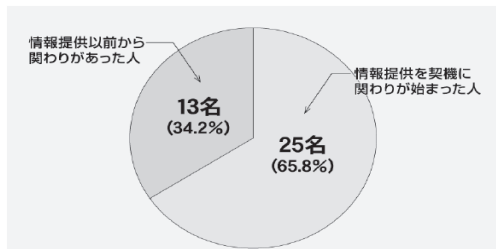


図2. 地域包括支援センターにおける対象者の把握状況

表1. 情報提供後の地域包括支援センターでの対応状況

1. 地域包括支援センターによる定期訪問・対応	5名 (13.2%)
2. 介護予防事業への参加	4名 (10.5%)
3. 介護保険サービスの利用	18名 (47.4%)
内訳	
要支援	要介護
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
1名	8名
4名	5名
4. 地域包括支援センターによる対応 中断	9名 (23.7%)
5. その他	2名 (5.2%)

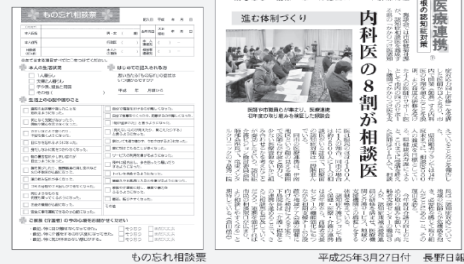
## 結論

地元医師会の協力によって、医療ネットワークが徐々に構築されつつある。今後は、医療機関から地域包括支援センターへの情報提供後の初期支援の充実にも力を入れていきたい。

1. 物の置き忘れやしまい忘れが目立つようになった。	84.2
2. 直前の出来事や話したことを忘れるようになった。	76.3
3. 日にちを忘れるようになった。	68.4
4. 何となく元気がなかったり、興味や関心を示さなくなった。	57.9
5. ささいなことで怒ったり、不安を抱くようになった。	50.0
6. 自分で電話をかけるのが難しくなった。	50.0
7. 家に引きこもることが多くなった。	50.0
8. お金の管理が心配になった。	47.4
9. 自分で食事をつくったり、用意するのが難しくなった。	44.7
10. 身だしなみに気がつかなくなった。	42.1

図3. 「もの忘れ相談票」から挙げた生活上の心配・困りごと (上位10項目)

## 一 参考資料



日本認知症学会学術集会 利益相反開示  
著者発表名：浜 達哉  
本演説発表に際し、開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。



## 6. 「認知症初期集中支援チームに対応する作業療法士のための研修会」実施結果

### 1. 報告概要

#### 1. 実施場所と参加人数

認知症初期集中支援チームに対応できる作業療法士の育成を目的に、調査研究班が作成したテキストを活用して普及啓発研修会を全国3ヶ所（東京都、岩手県、大阪府）で開催した。普及啓発研修会（以下研修会）の実施結果を表1に示す。総受講者数は652名、受講者の平均経験年数は11.2年であった（表5）。

#### 2. 本研修の目標

日本における認知症対策の現状と認知症初期支援チームの役割について基本的知識（認知症の基礎、介護保険制度、精神科疾患等）を確認しつつ、作業療法士がその中でどのような視点をもってかかわるかを理解できることを目的とした。

#### 3. 研修実施地および講義内容

実施テーマと具体的内容を表2に示した。各会場での講師一覧を表3に示した。

#### 4. 受講者の受講後役割

研修会の案内文には、受講を希望する作業療法士に向けて、受講後に所属する都道府県作業療法士協会との連携、地域への周知・伝達の役割を担ってほしい旨を記載した。受講アンケートには、所属する都道府県作業療法士協会に受講した旨を情報提供する承諾欄を設けた。承諾を得た者については、日本作業療法士協会より都道府県作業療法士協会へ受講一覧として受講者名簿を送付した。

#### 5. 都道府県作業療法協会との連携

都道府県作業療法士協会には本研究事業の結果についての伝達講習会を開催するとともに、受講者には要請があった際には、認知症初期集中支援チームや啓発活動への協力を促した。上記4における協力了承者名簿は各所属都道府県作業療法士協会に送付し、会員の協力意思と人材確保、さらに要請に応じた派遣ができる体制づくりの一助とした。

都道府県別の受講率では、受講者数に偏りがあったことがわかった。認知症初期集中支援チームは全国で推進される事業であることから、本プロジェクトとして未受講県に対しての伝達は次年度の課題となった。この件については、「Ⅲ.現状と課題」で述べる。

#### 6. 受講後アンケート

受講者には受付時にアンケートを配布し、終了後に回収を行った（資料1）。アンケートには氏名と会員番号の記載を求めた。回収数を以って参加者数とした。

アンケートでは、受講者の所属、経験年数等の属性を尋ねた。その他、認知症初期集中支

援チームに作業療法士が関与していくうえでの現状と課題を調査目的とし、記述形式を主な構成とした。その他、①研修を受けて理解できた内容、②在宅支援への関与状況、③初期集中支援チームにかかわるための支援についての回答を得た。結果は、表4～14に示す。アンケートをもとにして、受講者の現状と課題が明らかとなった。この件についての報告は、『Ⅲ. 現状と課題』で述べる

表－1 普及啓発研修会実施結果

実施日	参加人数	場所	住所
平成26年2月2日	228名	東京会場	シダックスホール (東京都渋谷区)
平成26年2月16日	136名	岩手会場	アイーナいわて県民情報交流センター (岩手県盛岡市)
平成26年3月9日	288名	大阪会場	CIVI 新大阪東研修センター (大阪府大阪市)

表－2 実施テーマと内容について

基本プログラム

9:20～9:30	オリエンテーション
9:30～10:30	講義 「認知症対策の現状と認知症初期集中支援チームの理解」 【内容】・わが国における認知症の人を取り巻く現状と課題 ・地域包括ケアシステム ・今後の認知症施策の方向性 ・認知症初期集中支援チームの理解 等
	講義 「認知症に関する最新知見」 【内容】・認知症についての医学的理解 ・認知症の症状とアセスメント方法 ・多職種によるチームアプローチの必要性と作業療法士への期待 等
13:00～14:00	講義 「高齢者にみられる精神症状の理解」 【内容】・認知症を含めた精神疾患について ・妄想性障害の理解と対応の基本 等
	講義 「認知症の人の支援における作業療法士の役割」 【内容】・認知症初期集中支援チーム対応プロジェクトの概要 ・当プロジェクトにおいて現在検討している認知症の方のアセスメント方法 ・認知症の人の支援における作業療法士の役割 等
15:10～15:55	講義 「介護保険制度をはじめとする法制度の理解」 【内容】・介護保険制度・成年後見制度等の理解 ・地域包括支援センターの位置づけ 等

16:00～16:50	<p>実践報告 「認知症初期集中支援チームの実際」</p> <p>コーディネーター 1名</p> <p>報告者 2名（モデル実施地域で活動中の作業療法士）</p> <p>【内容】・困難事例に対する支援の実際</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種ของทีมの中での作業療法士の役割</li> <li>・かかりつけ医や地域資源との連携</li> <li>・チーム員として必要なスキル 等</li> </ul>
16:50～17:00	研修全体を通しての質疑およびアンケート記入
17:00	閉会

表—3 各会場での講師一覧

<p>講義 「認知症対策の現状と認知症初期集中支援チームの理解」</p> <p>講師</p> <p>東京会場 吉田 知可 氏  （厚生労働省 老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室）</p> <p>岩手会場 栗田 圭一 氏（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）</p> <p>大阪会場 玉井 顯 氏（敦賀温泉病院）</p>
<p>講義 「認知症に関する最新知見」</p> <p>講師</p> <p>東京会場 山口 晴保 氏（群馬大学医学部保健学科）</p> <p>岩手会場 栗田 圭一 氏</p> <p>大阪会場 玉井 顯 氏</p>
<p>講義 「高齢者にみられる精神症状の理解」</p> <p>講師</p> <p>東京・岩手・大阪の3会場ともに 上野 秀樹 氏  （社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上寮療養所，桜新町アーバンクリニック）</p>
<p>講義 「認知症の人の支援における作業療法士の役割」</p> <p>講師</p> <p>東京・大阪会場 小川 敬之 氏  （九州保健福祉大学，認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト委員）</p> <p>岩手会場 香山 明美 氏（一般社団法人日本作業療法士協会常務理事）</p>
<p>講義 「介護保険制度をはじめとする法制度の理解」</p> <p>講師</p> <p>東京会場 渡邊 忠義 氏（あさかホスピタル）</p> <p>岩手・大阪会場 荻山 和生 氏  （佛教大学 認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト委員）</p>
<p>実践報告 「認知症初期集中支援チームの実際」</p> <p>コーディネーター</p> <p>東京会場 小川 敬之 氏</p>

岩手・大阪会場 荻山 和生 氏  
 報告者  
 東京・岩手会場 山口 智晴 氏  
 (群馬医療福祉大学リハビリテーション学部, 同プロジェクト委員)  
 東京・大阪会場 村島 久美子 氏 (東京さくら病院, 同プロジェクト委員)  
 大阪会場 小川 敬之 氏

表-4 受講者所属先(複数回答)

所属	数	%
病院	455	61
介護老人保健施設	112	15.1
訪問看護ステーション	39	5.3
特別養護老人ホーム	39	5.3
デイサービス	28	3.4
診療所デイケア	20	2.7
地域包括支援センター	10	1.3
行政(市区町村)	12	1.6
教育・研究機関	20	2.7
その他	7	0.9
未回答	5	0.7
計	747	

表-5 受講者の経験年数

年数	数	%
0	7	0.1
1~2	39	6
3~5	150	23
6~9	176	28
10~19	156	24
20~29	98	15
30以上	7	0.1
未回答	19	2.9
計	652	

表－6 研修で理解できた内容（複数回答）

内容	回答数	%
生活全般を支援することの重要性	410	26.6
OTの専門知識以外にも、資源・サービス等をマネジメントする能力の重要性	371	24.1
OTの専門知識以外の知識（制度・資源等）の重要性	312	20.3
専門的な視点に偏らない姿勢	280	18.2
住宅改修の知識の重要性	78	5.1
その他（連携、他職種理解等）	88	5.7
回答総数	1539	

表－7 自身が地域に出かけるにあたり不足している要素について（複数回答）

内容	回答数	%
制度について	423	20.7
家族支援について	398	19.4
BPSDの対応について	364	17.8
ADL・IADLの評価やアプローチ法について	279	13.6
中核症状の評価について	221	10.8
環境整備について	220	10.7
コミュニケーションの取り方について	110	5.4
その他（連携・協業、行動力等）	32	1.6
回答総数	2047	

表－8 認知症の人への在宅支援の状況

回答	数	%
関わっている	241	37
関わっていない	182	27.9
どちらともいえない	225	34.5
未回答	4	0.6
計	652	

表－9 「関わっている」回答の具体的内容

1	認知症治療病棟から在宅に退院する方の訪問（退院前・後）、家族とのやりとり、入院中から地域スタッフを招いてケア会議を実施している
2	急性期の認知症治療疾患病棟に勤務。主に退院支援に関わり、家族への介助方法、環境整備のアドバイスなどを行っている。在宅訪問は行っていないので、入院中に病棟内で行うことがほとんど。
3	入院直後に自宅訪問し、早期退院にむけ、ケア方針などの検討の場で情報を提供している。入院中のADL評価、介護指導、福祉用具調整などのほか、退院時・前の自宅で

	の調整に力を入れている。その他、家族会に関わる OT として土日ボランティアで訪問し相談を受けている。主に排泄についての自助具、福祉用具など。
4	訪問看護ステーションからのリハビリテーションを行っており、数は少ないが CM の依頼にて認知症を教えて生活している利用者への支援をしている。中等度～重症者がほとんどで、家族支援、BPSD への対応が中心となっている。
5	デイサービスにおける、個別機能訓練：回想（日記をつける）見当識を高める、手続き記憶（調理補助等）を用いる等
6	認知症対応型デイサービスの運営を 2 ヶ所関わっている。認知症カフェの運営に携わっている。
7	訪問看護ステーションから訪問リハビリとして関わっている。歩行訓練や脳リハビリが中心の関わりとなっている。

表-10 「関わっていない」回答の具体的内容

1	現在現在急性期病院で勤務しているので、関わる予定はない。MCI や軽度認知症の方が入院しているので、情報などを市に提供するシステムができるよう関わりたい。
2	認知症対策は OT として、協会、士会活動の中でも重要課題である。この点、士会の中で取り組みを考えていくうえで、情報提供していく立場にある。必要に応じて、在宅支援にもかかわっていききたい。
3	リハビリ病院に勤めている。徐々に高齢の方も増加し、認知症が疑われる方や、精神科薬を服用される方が増加している。その関わりの中から認知症に興味を持ち始め、今回の研修に参加した。今後関わっていききたい。
4	認知症治療病棟を担当しており、退院時の訪問や住宅改修などは行っている。その後の生活については関わっていない状況。
5	自分が勉強不足なこともあり、積極的に関わろうとしてこなかった。今回の研修で、興味を持つきっかけになった。関わる予定はないが、機会があればぜひ関わりたいと思う。
6	身体障害領域の中で、認知症を患った方との関わりを経験することはあるが、認知症に重点を置いた在宅支援を十分に出来る機会は少ない。
7	現在病院勤務である。退院後の生活のために社会資源や住宅改修を提案する。しかし、それらは在宅生活スタートの準備であり、本格的な支援はその後に関わっている印象を受けるため。

表-11 「どちらともいえない」回答の具体的内容

1	老健で働いている。在宅生活が困難となり、最終手段としての入所が多い。在宅支援を行う分野であるが、ニーズが少ない。
2	老健入所の方が在宅復帰する際に退所前後に自宅訪問しアドバイスする（事例数は少ない）。老健通所利用者の自宅に伺い、家族に現状について聞き取りを行っている
3	入院患者の対応が主で、在宅生活へは直接的な関わりはない。
4	病院を退院する際、退院時指導として、在宅での生活について、助言はしている。し

	かし，体制上，直接お宅へ訪問するなどは難しい状況.
5	リハビリテーションとして認知症者へ関わっている．しかし，家族への援助などには関わっていないため，在宅復帰につなげられていない．
6	病院勤務で，院内の認知症ケアチームに所属している．BPSD で療養生活が安全に送れない，家族・医療スタッフが関わり方に難渋している方に対して主入し，退院後の環境やサービス支援について助言している．
7	精神科のデイケアで認知症と診断を受けていないが，軽度（早期）認知症を疑う方が多いため．

表－12 認知症初期集中支援チームに関わっているか，次年度関わる予定があるか

回答	数	%
関わっている	8	1.2
来年度予定	11	1.7
関わっていない	633	97.1
計	652	

表－13 依頼があれば関わる事が可能か

回答	数	%
はい	228	35
いいえ	16	2.5
どちらともいえない	181	27.7
勤務体制で難しい	221	33.9
未回答	6	0.9
計	652	

表－14 支援チームに関わるためにはどのような支援がよいか

1	認知症のことでOTが集まれるコミュニティ作りを県士会や協会をサポートするなど
2	勤務先の考え次第で関われるか否かが変わってくる．OTに限らず幅広く認知症初期集中支援チームの啓蒙をしていただけるとよい．(OTとしてとてもやりがいがあるものだと感じる)
3	点数化されること(所属施設にもメリットがあること)．地域にOTを知ってもらうこと．OTが関わることのメリットを働きかけること
4	地域包括センターへの配置基準にOTが位置付けられること．認知症に関わるOTのスキルアップ→そのための研修会を各都道府県で開催する．
5	認知症に対するOTの専門性についての講義，研修やモデル事業に関わった事例について，事例報告会を開催してほしい
6	病院に所属していると地域に出る際の身分保障，院内業務を空ける分の穴埋めをどうするのかということを経営者に言われる．そこをどうクリアしていくかが課題となってしまう．しかし院内で活かせることもあると感じたので活かしていきたい．

7	業務の一環となる制度になること
8	このような研修会の回数を違う地域でも行うこと
9	民生員や地域の認知症サポーターとの連携についての実践報告会等を開催すること
10	モデル事業で得られたノウハウを伝える実践的研修（定期的にフォローアップ研修も必要）

## II. 研修会実施評価について

研修の目的は、認知症初期集中支援チームにおける早期対応モデルの役割を理解することであった。アンケート結果より、受講者が地域支援に関与する際に不足している要素についての回答では、制度（介護保険や成年後見制度等）の知識や具体的な家族支援を挙げていた（表7）。本研修を受講した結果、『専門的な視点に偏らず、制度や地域の資源への理解、マネジメントする力の必要性、さらに、生活全般を支援する重要性について理解できた』との回答が多かった（表6）。研修目的として、早期対応モデルでは作業療法士として専門的な知識、視点を有しながらも、対象者、地域を広くアセスメントし、マネジメントする力が求められる。その点について、受講者は十分理解ができたと考えられる。

## III. 認知症初期集中支援チームに作業療法士が参画するうえでの現状と課題

### 1. 現状について

#### (1) 受講者の置かれた立場

認知症の在宅支援に関わっている現状では、表8に示した通り、関わっている人数と関わっていない人数には大きな差がなかった。これは、受講者の所属先（表4）でわかるように、医療機関に勤務する者が多かったのも理由であると考えられる。一方、「関わっていない」と「どちらともいえない」と回答した自由記載について詳細に調べたところ、十分ではないが退院時指導や簡単な訪問指導などには関与していることがわかった。実施してはいるが、受講者自身が納得できるほどの関与が行えていない現状も伺えた。

医療機関で勤務する作業療法士は、受け持ち患者がおり、実務を果たさなければならぬ。仮に、認知症初期集中支援チームへの依頼があったとしても、その間の実務の代替者、診療報酬の保障など人、お金、時間への不安を抱いていることが伺えた。

その他、認知症の在宅支援において実務経験が少ないために、知識やアセスメント、福祉用具に関する実務に不安を抱いていた。

#### (2) 在宅支援する際の作業療法士への支援

これは、「支援チームに関わるためにはどのような支援がよいか」の質問に多く寄せられた。訪問に対して診療報酬や介護報酬に計上できるシステム構築等、国レベルの課題を提議している回答もあった。

一方、所属する日本作業療法士協会や都道府県作業療法士会からの支援を一層望む回答が多かった。支援の一例としては、早期認知症に関する研修会、事例検討会、住宅改修・福祉用具の研修会等を身近な地域で開催を希望していた。



## 2. 課題について

### (1) 作業療法士（個人レベル）

アンケートの自由記載内容から、認知症初期集中支援チームへの参画に意欲的な（モチベーションが高い）群と消極的な（モチベーションが低い）群に大きく分けられた。本研修を受けた結果、受講者自身が消極的であったと気づき、「行動を始めたい」との回答も多く寄せられた。

そのなかで、意欲的な群には、実務で既に実践している者、医療機関や老人保健施設内で自分自身の在宅支援に関する行動に課題を抱えている者が多かった。

一方、消極的な群には、2つの群が存在した。1つは、「業務上忙しい」、「ニーズ（要望）がない」等、外的要因群であった。2つは、「不安である」、「自信がない」等の内的要因群であった。内的要因群に関しては、施設内から対象者の自宅（生活の場）に赴くことで、多くの学びや気づきを得て、それが自身を伸ばす要因にもなるのだが、彼らは失敗を恐れて、第一歩が踏み出せていない。外的要因群の理由づけには、対象者としっかり向き合っているのか、日々の実践に対する姿勢が十分であるのか不安を覚える結果であった。

対人援助の専門職種として能力を磨く、対象者のために汗を流す、このような基本的姿勢は研修や他の作業療法士との連携を充実することによって解消できると考えられる。

### (2) 都道府県の作業療法士会（県レベル）

個々の作業療法士への支援として、会員にとって身近な都道府県作業療法士協会による育成が必要であることがわかった。都道府県作業療法士協会は会員個人への支援はもちろん、行政（市区町村）に向けて、作業療法士の有用性をアピールする必要もある。これは、行政に向かってのアピールだけでなく、行政との関係の持続について、さらに進めてもらいたい。それが、認知症初期集中支援チームなどに関して、相談をしてもらえらる関係の構築につながると考えられる。

### (3) 日本作業療法士協会と都道府県作業療法士協会との連携について（広域レベル）

病院に勤務する作業療法士が多く占める時代に、在宅支援に出かけるきっかけ、不安を払拭するには、日本作業療法士協会と都道府県作業療法士協会が協力して会員を育成するシステムを構築する必要性が求められる。

## 3. 今後の研修等の普及啓発について

研修会への参加者数、アンケートにスキルアップ研修を望む回答が多く寄せられたことから、今後も継続して普及啓発研修は必要である。

研修については、一案として各都道府県の本研修会への参加率を基にした働きかけも必要であろう。具体的には、地方都市での開催、本年度以上の複数回開催等、会員が参加しやすい研修会を模索する。

さらに、モチベーションにおいて高い群と、低い群が存在することが判明したことから、それぞれに向けて細分化した研修会企画を行う必要性も示唆された。例えば、モチベーションの高い群は、実践報告を主体とした研修会、事例検討などの参加型の研修を求めていることから、その要望に応じていくことが最適と考えられる。一方、モチベーションの低い

い群には、在宅に赴く不安を払拭できることを目標とした研修会や意見交換会が必要である  
と考える。

#### 4. まとめ

- (1) 普及啓発研修の継続は必要である。その内容としては、日本作業療法士協会と都道府県作業療法士協会との連携のもと、人材、情報を共有しての研修企画が求められる。
- (2) 会員個人、都道府県作業療法士協会、それぞれにモチベーションに関しては、高・低があるため、それぞれに応じた、サポートシステムを構築することが求められる。

#### 参考資料

認知症初期集中支援チーム 研修アンケート			
氏名：		会員番号	
本研修会にご参加いただきありがとうございました。今後の参考にさせていただくために、今回の内容と今後についてご意見をお聞かせ下さい。（所属で兼務の場合は、当てはまるもの全てに丸をつけてください）			
所 属	①病院 入院・デイケア・訪問・認知症疾患医療センター、その他（ ） ②訪問看護ステーション ③老人保健施設（入所・デイケア） ④特別養護老人ホーム（入所・デイサービス） ⑤デイサービス ⑥診療所デイケア ⑦地域包括支援センター ⑧行政 ⑨教育・研究機関 ⑩その他 （ ）		
経 験 年 数	年目	受 講 理 由	①モデル事業に関わるから ②認知症の人の在宅支援に関わっているから ③認知症の人の在宅支援に興味があるから ④地域ケア会議に出務している ⑤その他 （ ）
I. 今回の研修について			※当てはまるものにレを付けてください
本研修では、どのようなことが理解できましたか。当てはまるものに、レをつけてください。			
<input type="checkbox"/> 専門的な視点に偏らない姿勢			
<input type="checkbox"/> OTの専門知識以外の知識（制度・資源等）の重要性			
<input type="checkbox"/> OTの専門知識以外にも、資源・サービス等をマネジメントする能力の重要性			
<input type="checkbox"/> 住宅改修の知識の重要性			
<input type="checkbox"/> 生活全般を支援することの重要性			
<input type="checkbox"/> その他（自由記載）			

<p>Ⅱ. あなたの認知症の人の在宅支援に関する状況について ※当てはまるものに○を付けて、設問に回答ください。</p>
<p>現在、認知症の人の在宅支援に  (1. 関わっている 2. どちらともいえない 3. 関わっていない)</p>
<p>「1. 関わっている」を選んだ方にお聞きします。どのような支援を行っていますか具体的にお教えください。「3. 関わっていない」を選んだ方にお聞きします。関わっていない理由や、今後関わる予定があるかどうか、予定はなくても関わりたいと思っているか等をお教えください。「2. どちらともいえない」を選んだ方はその理由をお書きください。</p>
<p>Ⅲ. 自身が地域に出かけるにあたり、自身に不足していると感じる要素はありますか。当てはまるものに丸をつけてください。</p>
<p>①中核症状の評価について ②BPSD の対応について ③ADL・IADL の評価やアプローチ法について</p>
<p>④コミュニケーションの取り方について ⑤環境整備について ⑥家族支援について ⑦制度について</p>
<p>⑧その他：(自由記載)</p>
<p> </p>
<p> </p>
<p>Ⅳ. 現在、認知症初期集中支援チームに関わっていますか。また来年度関わる予定はありますか？</p>
<p>現在関わっている ・ 来年度関わる予定がある ・ 関わっていない</p>
<p>Ⅴ. 今後、認知症初期集中支援チームに依頼があればかわることができますか。</p>
<p>はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ・ 気持ちはあるが勤務体制で難しい</p>
<p>Ⅵ. 今後、認知症初期集中支援チームに関わるためにどのような支援があればよいと思いますか。</p>
<p>◆</p>
<p>□参加者リストに名前掲載を希望しません</p>
<p>ご協力ありがとうございました</p>

## 7. 認知症初期集中支援チームにおける作業療法の役割

平成25年度のモデル事業は14か所で行われており（H25年度現在）そのうち11か所にOT（19名）が関わっている。それぞれのモデルで全体のマネージメントを行いながら関わっているOTもいれば必要な時に呼ばれて介入するなど、関与の仕方がモデルで違う現状もあるが、自治体やチームを動かしている医療機関からOTを必要性とする声が多く聞かれているのも確かなことである。

以下、筆者が介入した事例で感じた作業療法の可能性とOTRとして考えておくべきことについて述べる。

事例 Aさん 女性 70歳代 介護保険の申請なし、かかりつけ医は循環器内科の医師で認知症に関連する服薬等はない、週に一回整骨院に通っている。主人と二人暮らし。1か月前、町内会で温泉旅行がありAさんも参加。その時に洋服をうまく着ることができないなど様子がおかしいことに気づいた知人（民生員）が包括支援センターの保健師に相談する。筆者はその地区（市）の認知症支援推進委員会の委員をしており、その保健師とも顔なじみであった。また市職員の認知症地域支援推進委員とはオレンジプランのことで情報交換をしていたつながりがあり、このケースに対してモデル的に認知症初期集中支援チームとして動いてみてはどうかという提案を行い、実施する運びとなる。各メンバー、ご家族、医療・福祉機関との調整役は包括支援センターの保健師が行うことになった。

認知症初期集中支援チームの実際の動きに関して後筆の「初期集中支援における多職種の連携」を参照していただきたい。ここではその介入の中で感じたチームの一員であるOTRとしてできる事や課題について述べてみたい。

<事例を通して作業療法の視点で介入できたと思われること>

（1）できる事、したいことを切り口にした生活行為の支援方法を考える

3人（保健師、市職員、筆者）で訪問した際、保健師は何度か訪問していたので顔見知りであったが、筆者は初めての対面であり、A氏も緊張している様子であった。保健師との会話から、A氏は旅行が好きなこと、元気なころには踊りを行っていたことなどがわかり、そこを切り口に話をしてみることにした。どのような踊りであったか、流派はあったのか、たくさんの質問や話の共有を行っている時間はA氏の緊張感も和らぎ、悠然と着物を着て踊る姿が想像できるほどであった。介入の結果、旅行や踊りをするためには少し足腰が強くなった方がよいとの思いが共有でき、今まで通っていた整骨院にある健康教室に通うようになる。3か月後、それまでいく事が出来なかった畑仕事にも夫と一緒にいけるようになった（詳しい経過は別項参照）。

（2）認知機能に由来する行為障害や日常生活遂行困難に対する支援

これまで家事全般をこなしていたAさんであったが、認知機能の低下により生活行為の遂行障害がいたるところに現れていた。たとえばお米を炊こうとして途中で混乱し、電気釜をガスコンロにかけたり、昼間は大丈夫だが夜間にトイレの場所がわからなくなり失禁することがあった。認知症による動作の混乱がどうして起こるのかという説明と手掛かり（トイレという紙と矢印を作るなど）を増やすなどの助言を行った。

### (3) 家屋改造や福祉用具の提案

いつも出入りする場所の段差が大きく、不安定な状況で出入りしていたので、手すりをつけることを提案。

#### <事例を通して感じた課題>

在宅支援はその場に行ってもわかることも多いが、一度行っただけでは見えてこない実際の介護負担やその家庭が持つ固有の生活様式（生活の雰囲気）がある。それを無視して、表面的に病気の事や障害のことを支援するという関わりでは問題解決できないことも多い。また、介入のきっかけはご本人の事であるが、実は家族全体や地域全体の課題として浮き彫りにされることもある。そうしたことを整理するための情報収集や情報提供を受ける関係。ご本人や家族の真意を聞き取れるコミュニケーション力。そして、認知症だけではない、様々な疾患、障害との絡まりの中から出てくる状態像の整理（たとえば精神疾患と認知症を同時に罹患しているなど）を行う能力。まず、そうしたことがとても重要であり、職種に関係なく求められているように思われる。いままで多くの介入を医学モデルの中で行ってきた作業療法ではなかなか難しいかもしれない、生活の知識と多職種連携、様々な人とのコミュニケーション力などが問われ、これから地域や在宅支援に介入していく際の課題であると感じた。

#### おわりに

スムーズな多職種連携力やコミュニケーション力などは一朝一夕に身につく能力でもない。また施設に勤めている OT がすぐに地域に出て何かをやるべきだ、といった無謀な事を言うつもりもない。ただ、身近に初期集中支援に参画できる機会があれば喜んで加わり試行錯誤の中経験を積む。また、常に在宅支援を推進する目線を持ち、自分がいる施設でできることは何かという思考をいつも持ち続けること。そうした小さな動きの積み重ねこそが大切な時期なのだと思う。

現在、地域ケア会議も全国で様々な形で盛んに実施されている。私が関わっている2つの市でも毎月どこかの地区で会議が開催され、仕事の合間をぬって時間の許す限り参加している。ここにも認知症の事、病気や障害を踏まえたうえで生活を支援する視点が沢山求められる。もちろん初期集中支援チームの関与もある。障害を持って「唯一無二の存在である自分」の生き方に添った支援をどのように行うか。与えるのではなく、自ら生きていく力、生活する力を湧かせ、ひとを元気にしていく方策を常に考える作業療法の考え方はこれからの認知症医療・福祉にとって大切な役割を担うと考える。

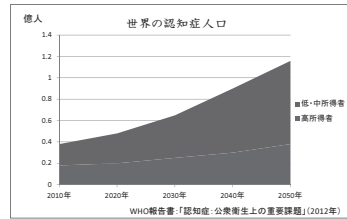
## 認知症の人の支援における 作業療法士の役割

認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト委員  
九州保健福祉大学  
小川 敬之

## 世界の認知症問題

100人に1人が認知症を発症

世界保健機関(WHO)が発表した報告書「認知症:公衆衛生上に重要課題(2012年)」によると、世界の認知症有病数は現在、およそ3,560万人に上る。2030年までに2倍の6,570万人、2050年までに3倍の1億1,540万人に増えると予測されている。認知症は世界中で増加しているが、半数以上(58%)は低・中所得国に集中しており、この割合は2050年までに70%以上に上昇するという。



### ◆ 財政面からも国を揺るがす問題として認知症対策への警鐘が各国で鳴らされた

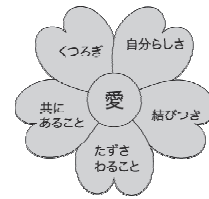
欧米先進各国では、人口の高齢化にともないアルツハイマー病をはじめとする認知症罹患人口が急激に増加しつつある。英国においても約70万人が認知症に罹患しているとの疫学的推計がなされており、それらによる年間経済コスト4230億ポンド(約3兆円:1ポンド130円換算)にのぼり、認知症患者1人当たりのコストが英国人の平均所得を上回る状況に至っている  
(Knapp et al. Dementia UK Report, 2007)

#### Dementia the Most Expensive Health Condition in the U.S.

Dementia tops heart disease and cancer in terms of overall spending in the U.S., and costs will likely continue rising as the population ages, according to a study in the *New England Journal of Medicine*. Researchers calculated that dementia care (including out-of-pocket spending, nursing home costs, Medicare costs, and formal and informal home care) cost \$41,000 to \$56,000 annually per case in the U.S. in 2010, with a total cost of \$159 billion to \$215 billion. By 2040, researchers estimate that dementia costs could increase nearly 80% per adult.

(オバマ大統領が今後の認知症問題は国家を揺るがす問題だという認識のもと  
国家アルツハイマープロジェクト法にサイン)

### ◆ 業務中心の認知症ケアを見直そうとする動き

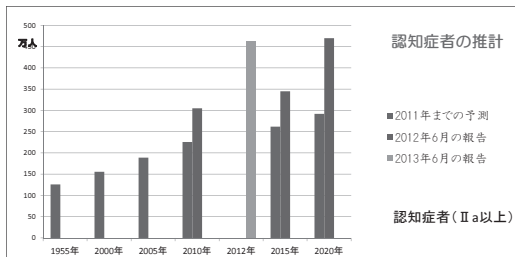


Person Centered Careは、認知症をもつ人を一人の“人”として尊重し、その人の視点や立場にたって理解し、ケアを行うという認知症ケアの考え方です。この考え方を提唱した英国の故Tom Kitwood博士(Dementia Reconsidered, 1997)は、当時の業務中心のケアに対して、人中心のケアの重要性を主張し、世界の認知症ケアに大きな影響を与えました。

## 各国における認知症対策

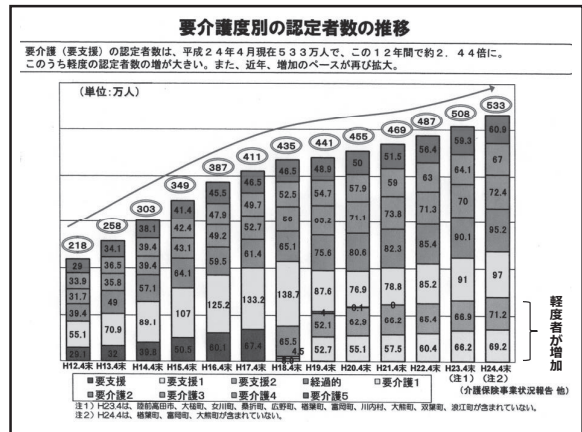
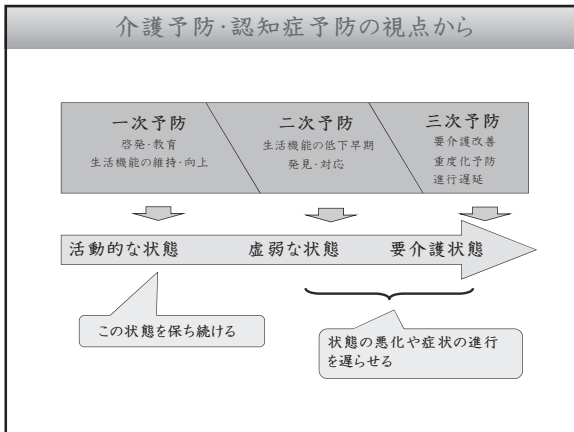
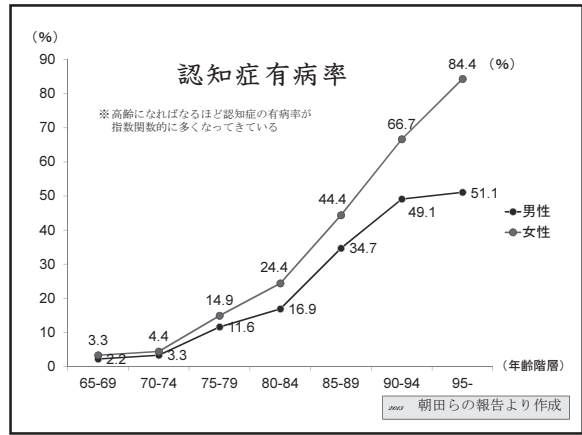
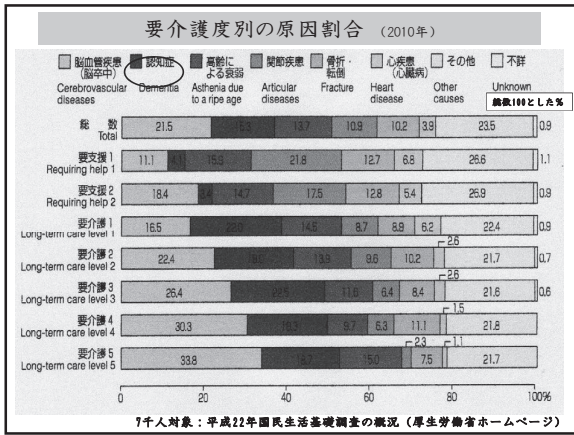
国名	プラン名	開始時期
フランス	プラン・アルツハイマー2008～2012	2001年
オランダ	認知症総合ケアプログラム(第2期)	2004年
オーストラリア	認知症国家構想	2006年
イギリス	国家認知症計画	2009年
デンマーク	国家認知症行動計画(認知症アクションプラン)	2011年
アメリカ	国家アルツハイマープロジェクト法	2011年
日本	オレンジプラン(認知症対策5か年計画)	2013年

## 日本の高齢者・認知症問題



65歳以上の高齢者のうち、認知症の人は推計15%で、2012年時点で約462万人に上ること  
が6月1日、厚生労働省研究班(代表者・朝田隆茂大教授)の調査で分かった。認知症  
になる可能性がある軽度認知障害(MCI)の高齢者も約400万人いると推計。65歳以上の4  
人に1人が認知症とその“予備軍”となる計算で、政府は早急な対策を迫られそうだ。

日本経済新聞:2013/06/01



- ◆要支援1.2を含んだ高齢期の予防的関わり、環境整備は今後ますます重要課題となる。
- ◆軽度認知障害(MCI)も入れると約800万人が認知症対策の対象となる。これは高齢者人口の約1/4に相当する

- ◇予防への取り組み
- ◇在宅生活支援(家族支援も含む)
- ◇生活環境(在宅、施設、病院など)支援の構築
- ◇包括的ケアシステムの構築；認知症になっても生活して行ける地域；啓発

こうした現実が見えてくる中で、認知症対策の具体的なプランとして出されたものが「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

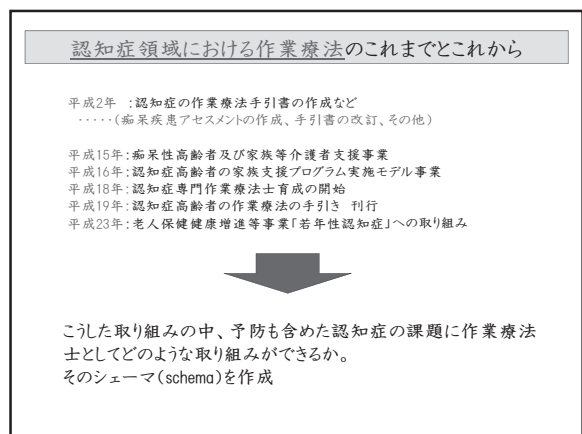
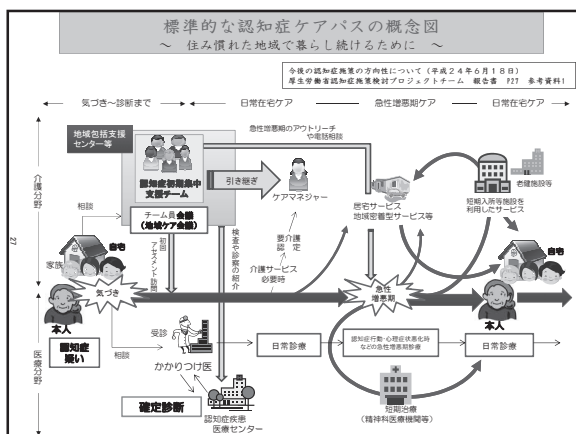
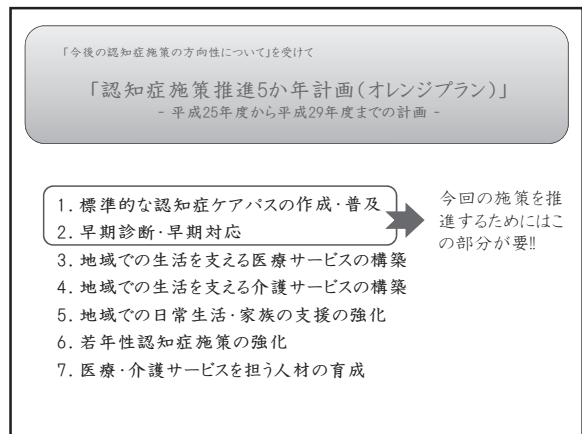
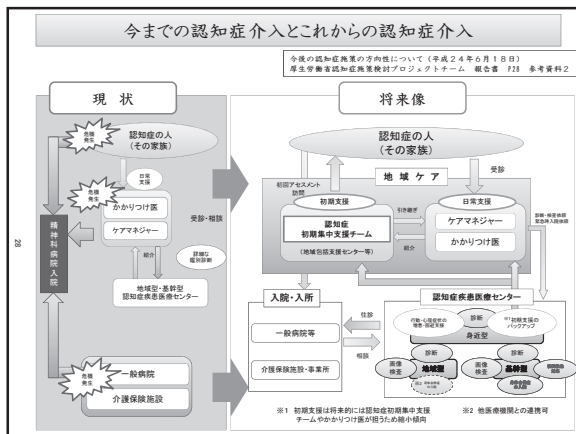
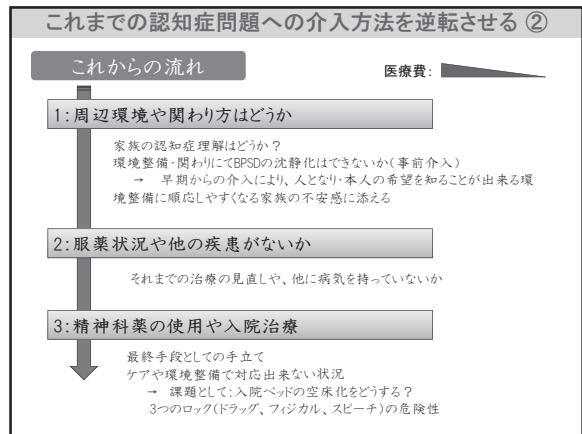
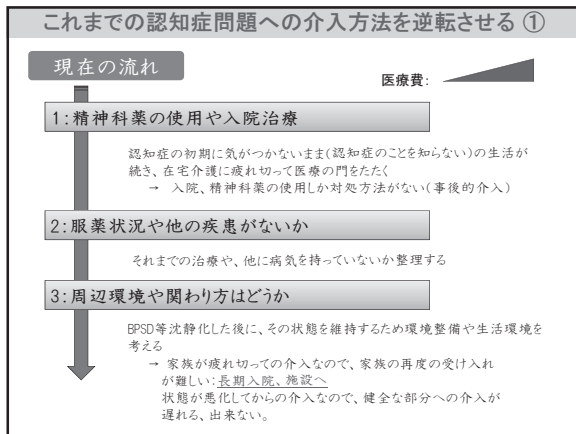
### 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

H20/7 厚生労働省

### 今後の認知症施策の方向性について

H24/6/18 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

かつて私たちは認知症を何も分からないなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど不当な扱いをしてきた。このプロジェクトは「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる」とした社会の実現を目指している。





認知症の推移と各時期における作業療法の役割

認知症の推移	<p>認知症の推移</p> <p>軽度認知障害 (MCI) → 軽度認知症 (MCI) → 中重度認知症 (MCI) → 重度認知症 (MCI)</p> <p>認知症の推移</p> <p>軽度認知症 (MCI) → 中重度認知症 (MCI) → 重度認知症 (MCI)</p>
作業療法の役割	<p>軽度認知症 (MCI) における役割</p> <p>中重度認知症 (MCI) における役割</p> <p>重度認知症 (MCI) における役割</p>
認知症の推移	<p>認知症の推移</p> <p>軽度認知症 (MCI) → 中重度認知症 (MCI) → 重度認知症 (MCI)</p>
作業療法の役割	<p>軽度認知症 (MCI) における役割</p> <p>中重度認知症 (MCI) における役割</p> <p>重度認知症 (MCI) における役割</p>
認知症の推移	<p>認知症の推移</p> <p>軽度認知症 (MCI) → 中重度認知症 (MCI) → 重度認知症 (MCI)</p>
作業療法の役割	<p>軽度認知症 (MCI) における役割</p> <p>中重度認知症 (MCI) における役割</p> <p>重度認知症 (MCI) における役割</p>

国の政策と連動して、今後の認知症施策における作業療法のあり方を検討していく委員会を日本作業療法協会に発足

平成24年  
認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割等検討する特設委員会発足

平成25年  
老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた研究事業」推進委員を発足、特設委員会と連動して取り組む（現在）

認知症に対する日本作業療法士協会の取り組み

平成2年：認知症の作業療法手引書の作成など  
 ・ ・ ・ ・ ・ (アセスメントの作成、手引書の改訂、家族支援マニュアル作成など)  
 平成23年：老人保健健康増進等事業「若年性認知症」への取り組み  
 平成24年：認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割等検討する特設委員会発足  
 平成25年：老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた研究事業」推進委員を発足、特設委員会と連動

老健事業と連動しながら作業療法協会としては「在宅の認知症者への作業療法」の在り方を検討

【3本の柱】  
 1) 認知症初期集中支援におけるアセスメントと対応検討；マニュアル作成  
 2) 認知症対応の体制検討（OTの包括配置や自治体での具体的な動き）  
 3) 啓発・研修

推進委員会  
 9/1(東京)  
 12/22(予定)

※ 定期的に動委委員として24年度に作業療法士協会で組織した検討委員会の委員がそのまま老健事業の委員に移行

1) アセスメント（評価）＋ 対応検討

<進捗状況>  
 認知症対策5か年計画（オレンジプラン）の理解と初期集中支援チームにおけるOTの役割を念頭に入れた評価・方針・対応の一連の流れが理解できる支援マニュアルの作成

はじめに  
 1. オレンジプランの概要  
 2. 認知症初期集中  
 3. . . . . .  
 医学的知識  
 1. . . . . . (推進委員の方々に執筆依頼)  
 2. . . . . .  
 実践  
 1. 初回訪問までの手続き  
 2. 初回訪問（関係づくり、生活状況の聞き取りなど）  
 3. アセスメントツール（DASC、DBD13、Zarit6、生活行動向上マネージメント、AOS）  
 4. 介入計画と実施  
 5. . . . . .  
 周辺関係制度・機関  
 1. 関連する制度  
 2. . . . . .  
 3. . . . . .

★全国モデル事業のうち11か所にOTが関わっており、それらの情報を集約する仕組みを構築  
 相談窓口の設置 (ot-ninchi@jaot.or.jp)

2) 体制検討（実態調査）

<進捗状況>  
 包括や自治体で作業療法士がどれだけ勤務し認知症関連の業務をどの程度行っているのか、実態の把握

調査の実施（地域包括支援センター等で働く147件）  
 調査期間：9月17日～10月18日  
 モデル的な関わりとしている地域の取り組みをピックアップ  
 ☆10/11現在回収率：7.5%

3) 啓発研修（内容、実施方法）

★2日間の研修会を1月25,26日に開催（協会生涯教育研修）

☆1日間の研修会を3回開催（研究事業）  
 ① 2月2日：東京 ② 2月16日：盛岡 ③ 3月9日：大阪  
 定員：各 200名程度

※ 全研修に推進委員の先生方の参加（承諾済み）内容：別紙参照

1) アセスメント（評価）＋ 対応検討

2) 体制検討（実態調査）

3) 啓発研修（内容、実施方法）

自治体や包括在籍のOTの現状把握（業務や認知症対応の現状）を行い、課題分析を行う

オレンジプランや認知症初期集中に関する現状や情報を知り、対応できるOTを増やす

モデル事業などに関わっているOTの情報を集積し、初期集中に係った層にOTとしてできる事の手引書（マニュアル）を作成

在宅の認知症の方、MCILベルの方、困難事例へ対応できる作業療法士の育成を図る

これまでの日本作業療法士協会の取り組みと日本の認知症施策との関連について

以下、オレンジプランとの関連で示していきます



### 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
  - ・平成25～26年度各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
  - ・平成27年度以降介護保険事業計画(市町村)に反映



現在、包括支援センターに従事している作業療法士へのアンケート調査、その他ホームページにて情報収集を行っている最中であり、認知症ケアパス作成に関わっている作業療法士はいるが、実際の人数等は把握できていない。

※ 赤文字の項目は作業療法士が何らかの形で関与している項目

### 2. 早期診断・早期対応(1)

- かりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
  - ・平成24年度末見込35,000人 → 平成29年度末50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
  - ・平成24年度末見込2,500人 → 平成29年度末4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ・平成25年度全国10か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成26年度全国20か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成27年度以降モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討



モデル事業14か所のうち11か所に、計19名の作業療法士がチームメンバーとして関与しており、モデル事業以外の市町村のチームにも多くのOTが関与している。

平成25年12月現在 認知症初期集中支援チームモデル事業に参加・関与しているOT

氏名	都道府県	所属団体	所属施設(受託先)	通常勤務先	備考
A	北海道	空小牧市	地域包括支援センター	地域包括支援センター	チーム員、作業療法士1名、精神保健福祉士1名、医師1名のチーム、他、保健福祉課、高齢者支援室、介護福祉課、地域支援担当が1名
B	山形県	白鷹町	病院	病院	
C	宮城県	仙台市	仙台市立病院	介護老人保健施設	チーム員、作業療法士1名、介護福祉士1名、医師1名、保健師1名のチーム、協力包括支援センター
D	福島県	福島市	医療法人	病院	チーム員、作業療法士2名、看護師1名、介護福祉士1名、医師1名のチーム、他、健康福祉部保健福祉センター、長寿福祉課担当
E			医療法人	病院	
F	群馬県	前橋市	地域包括支援センター西郡	病院	チーム員、作業療法士2名、社会福祉士1名、介護士1名、医師1名のチーム、他、市介護高齢地域支援課、市障害福祉課、保健福祉センター西郡の介護士1名
G			地域包括支援センター西郡	病院	
H			医療法人	病院	チーム員、作業療法士1名、看護師2名、医師1名、医師研修施設、地域包括支援センター、地域支援課、地域包括支援センター、看護課、事務
I	東京都	世田谷区		病院	
J				病院	
K			介護保険課	介護保険課介護予防担当	チーム員、保健師1名、看護師1名、作業療法士1名、社会福祉士1名、介護福祉士1名、医師1名、精神科作業療法士1名
L	長野県	長野市	介護保険課	介護保険課介護予防担当	
M				病院	
N	京都府	宇治市		福祉サービスの社	
O	山口県	宇部市		高齢者総合支援課	
P	兵庫県	神戸市	社会福祉協議会	病院	チーム員、作業療法士1名、看護師2名、医師1名、医師1名のチーム、他、市介護高齢地域支援課長および介護員、社会福祉協議会の看護士の1名
Q			社会福祉協議会	病院	
R				病院	
S	熊本県	荒尾市		病院	

認知症初期集中支援チームを効率よく稼働するため、または早期に介入するためには家族や地域の認知症理解の推進が要である

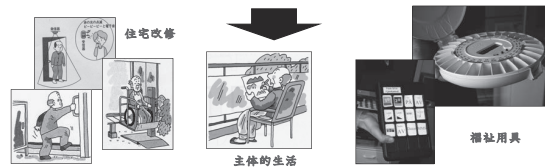
「認知症啓発」を推進していく手立ての必要性



認知症の理解を深めるためのショート映画を作成。一般の人にもストーリーを通して認知症の行動の理解や心の様子が理解できる啓発用DVDの作成

### 2. 早期診断・早期対応(2)

- 早期診断等を担う医療機関の敷
  - ・平成24～29年度認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
  - ・平成27年度以降すべての市町村で実施



地域ケア会議で福祉用具、住宅改修の提案、生活行為向上マネジメントを通じた、本人が主体的に生活するためのサポートを提案

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成25年度以降医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成24年度～調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成
  - ・平成25～26年度クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成27年度以降介護保険事業計画に反映

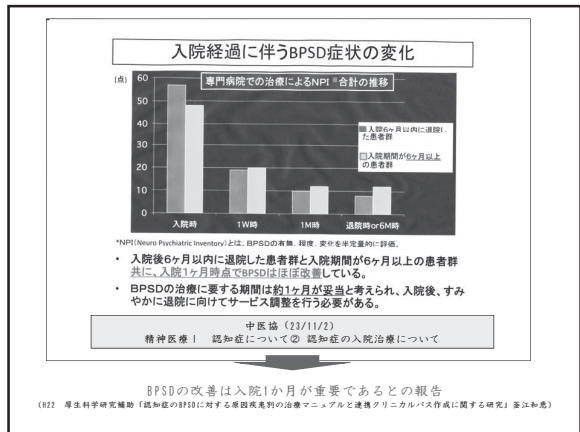


急性期認知症入院クリティカルパス

患者氏名	科 (病棟)	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
氏名	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
性別	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
病歴	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
検査	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
治療	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
経過	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
退院後	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
備考	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日

重症認知症患者ケア クリティカルパス

患者氏名	科 (病棟)	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
氏名	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
性別	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
病歴	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
検査	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
治療	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
経過	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
退院後	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日
備考	科	年 月 日 (歳)	入院日	退院日



調査期間：平成24年10月～平成25年1月  
 対象者：以下のすべてを満たす利用者  
 ①道所リハビリテーション利用者  
 ②認知症を有する利用者(認知症レベル問わず)  
 ③調査開始時点において、認知症(臨床)短期集中リハを行っていない利用者  
 ④一人暮らしではない利用者(自宅において家族等に介護を受けている)  
 調査期間中、  
 ・対象者に提供する認知症短期集中リハ(1対1、1回20分以上)の提供回数は任意  
 有効回答数20施設  
 調査期間において実施された認知症短期集中リハの内容：  
 【見当識訓練、学習(訓練)療法、記憶の訓練、作業療法、運動療法、回想法】  
 ・3ヶ月間の調査期間において実施された認知症短期集中リハの回数は149人の介入群  
 (認知症短期集中リハ実施者)に対して970回あり、1人、平均19回(1月6回)であった。

↓

・介入群では、「物をなくす、置き場所を間違える、物を隠す」「同じことを何度も訊く」「言いがかりをつける」「場違いな、季節外れの服装をする」「日常的事務に関心を示さない」「徘徊」において改善が認められた。

認知症リハビリテーションの必要性を検討  
 (中医協25/12/6)

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成25年度以降医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成24年度～調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成
  - ・平成25～26年度クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成27年度以降介護保険事業計画に反映

↓

退院支援、重症認知症ケア、短期集中リハにおけるチーム医療職の一員・医療-介護連携の役割を担う  
 短期集中リハにおける役割

※今後、入院を短期にするための作業療法の役割を明確にする必要がある  
 急性期BPSD鎮静化の具体的手段、鎮静化後の在宅復帰に向けたリハ(OT)、地域との連携による包括的支援の医療-介護連携の介入

#### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 介護保険事業計画等で、地域の実情に応じて、医療と介護の円滑な連携や認知症施策の推進について位置付ける。
- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」等の介護サービスの拡充を図る。
- 行動・心理症状等が原因で在宅サービスが困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。



グループホームやその他福祉施設に勤務する作業療法士が少なく看取りも含めた終の棲家としての生活形態の援助に対する取り組みが少ない現状である。

ただ、病院勤務や診療所勤務の作業療法士が介護施設に出向いて集団を利用したBPSD鎮静化の介入方法を施設職員と一緒に考えるなど、そのような関わりを持っている作業療法士も増えてきている。

#### 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

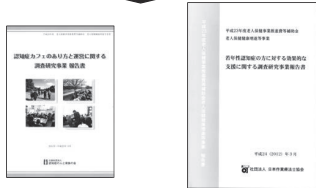
- 認知症地域支援推進員の人数
  - ・平成24年度末見込175人→平成29年度末700人
- 認知症サポーターの人数（累計）
  - ・平成24年度末見込350万人→平成29年度末600万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
  - ・将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
  - ・平成25年度以降「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進



サポーター養成講座や認知症カフェの在り方と運営、家族支援への研究などに作業療法士として関与

#### 6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
  - ・平成24年度～ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配布
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数



若年性認知症への具体的な対応やこれからの方向性とそのご本人・ご家族の支援ツールでもある認知症カフェの在り方についても委員として作業療法士が関与

#### 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定
  - ・平成25年度以降認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）
  - ・平成24年度末見込2,600人→平成29年度末4万人
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）
  - ・平成24年度末見込1,600人→平成29年度末2,200人
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
  - ・新規→平成29年度末87,000人

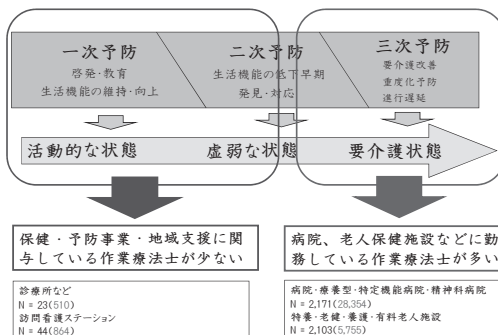


実践者研修などの講師として



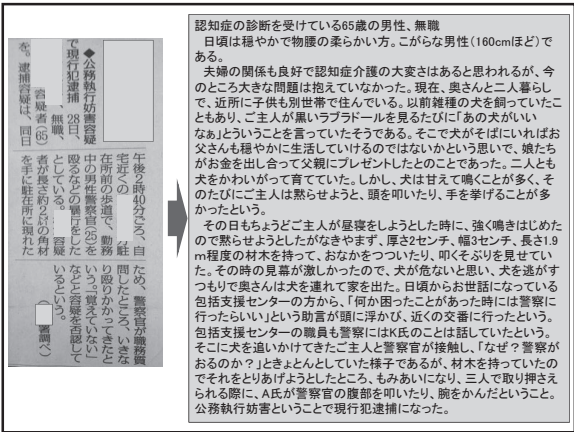
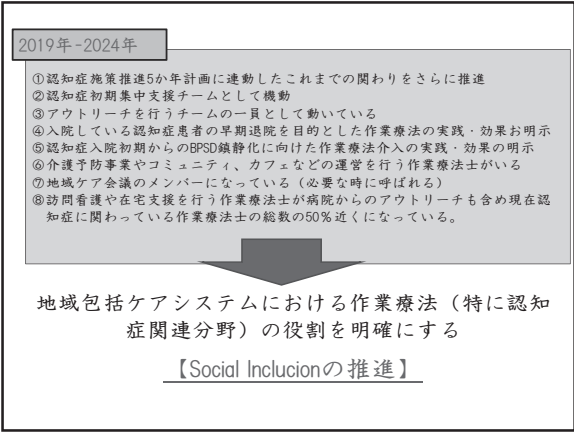
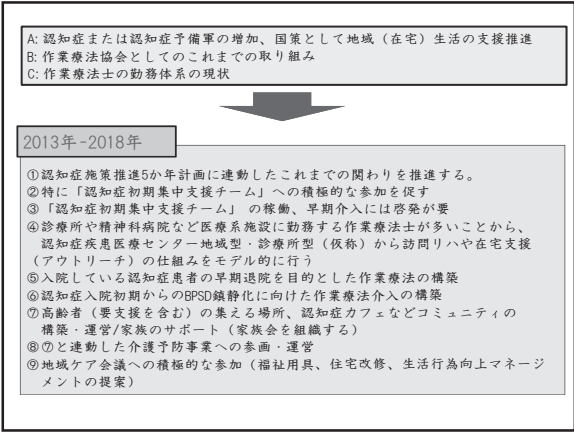
認知症専門作業療法士育成研修の開催 (5回/年)

#### 現在の作業療法士の分布(高齢者・認知症関連)



(社) 日本作業療法士協会調査「認知症高齢者に対する認知症・アルツハイマー病に関する調査」平成24年12月

こうした状況を踏まえたうえで  
長期展望を提案



# 認知症の人の支援 における作業療法士の役割

一般社団法人日本作業療法士協会  
常務理事 香山 明美

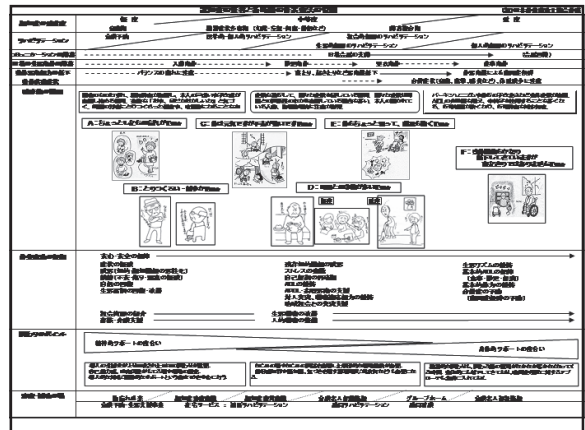
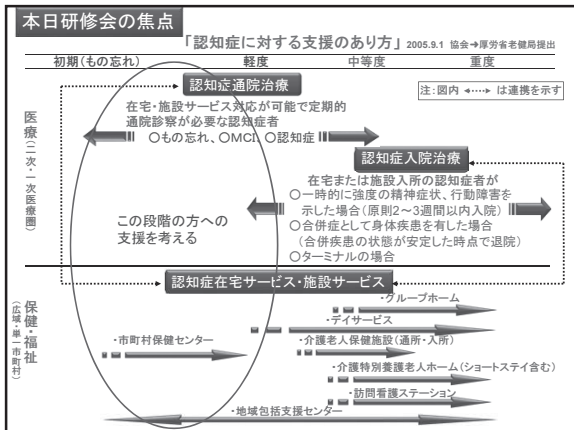
## 認知症に対する協会のこれまでの取り組み

- 平成2年 : 「痴呆老人に対する作業療法の手引き」作成
- 平成10～12年 : 「痴呆アセスメントとマニュアル」作成
- 平成14～15年 : 「痴呆に対する作業療法検討委員会」設置
- 平成15年 : 「痴呆性高齢者及び家族等介護者支援事業」
- 平成16年 : 「認知症高齢者の家族支援プログラム実施モデル事業」(「家族支援テキスト」)
- 平成18年 : 「認知症専門作業療法士」育成の開始
- 平成19年 : 「認知症高齢者の作業療法の手引き」(平成2年版を改訂)
- 平成23年 : 老人保健健康増進等事業「若年性認知症」への取り組み
- 平成24年 : 認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割等を検討する特設委員会発足
- 平成25年 : 老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームにおける早期対応」につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた研究事業」推進委員を発足、特設委員会と連動

若健事業と連動しながら作業療法協会としては「在宅の認知症への作業療法」の在り方を検討

【3本の柱】

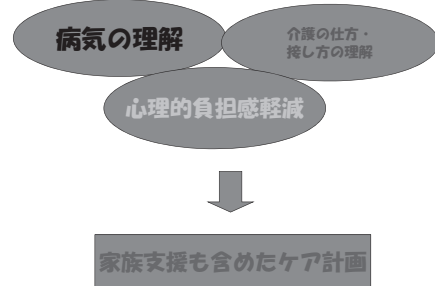
- 1) 認知症初期集中支援におけるアセスメントと対応検討：マニュアル作成
- 2) 認知症対応の体制検討（OTの包括配置や自治体での具体的な動き）
- 3) 啓発・研修⇄（本日）

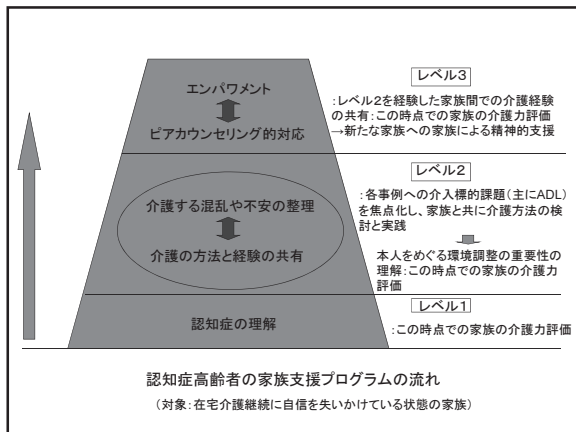


アセスメントシート1

アセスメントシート2

## 家族支援プログラムの必要性

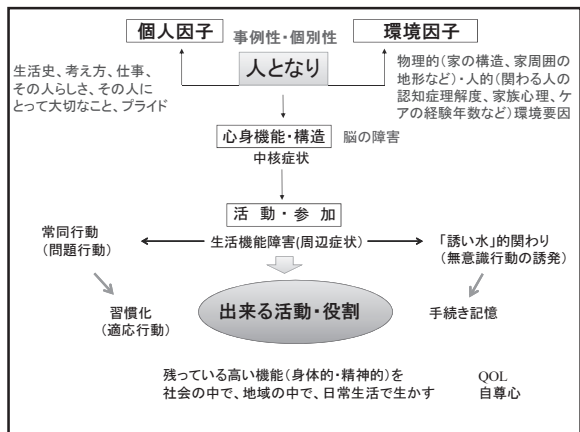




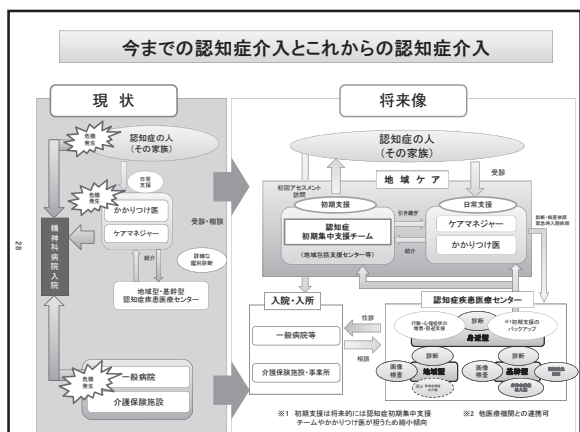
### 若年性認知症対策も国の課題

- 65歳未満で発症する認知症
- 人口10万当たり47.6人の有病率
- 全国における若年性認知症者数3.78万人
- 30歳以降では、5歳刻みの人口階層において、認知症全体の有病率は1階層上がるごとにほぼ倍増する。
- 基礎疾患としては、脳血管性認知症(39.8%)、アルツハイマー病(25.4%)、頭部外傷後遺症(7.7%)、前頭側頭葉変性症(3.7%)..
- 推定発症年齢の平均は51.1±9.8歳

- ### 作業療法の視点からみた認知症支援
- ICF 人となりの評価と支援  
環境因子・個人因子  
その人のストーリーを組み立てる
  - 活動分析と刺激量への配慮  
活動と刺激の量と質の調整
  - 自尊心(プライド)への配慮
  - 在宅生活支援 (家族支援)
  - 社会的役割を見出す(就労支援)



- ### 作業療法の流れ
- ★第1段階(周辺症状の緩和)  
安心感の提供.本人の心理的な状況を理解する.  
本人のできる能力を生かす活動を取り入れ、自己効力感を高める。
  - ★第2段階(ADLの改善)  
ADL上で起こる困ったことを改善していく.アセスメントと介入
  - ★第3段階(生きるための支援)  
「仕事したい」、「誰かの役に立ちたい」、ニーズを実現するための支援
- 薬物療法      家族支援



### 認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日(九段)

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

<参加6カ国> イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

#### 共通する理念と推進体制

基本的理念	認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活の継続を目指す
推進体制	首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

#### 地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示	本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供
早期・事前的対応	早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制
ケアラー支援	レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化
行動・心理症状への対応	行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減
普及・啓発	認知症に対する理解と意識の向上を図る

13

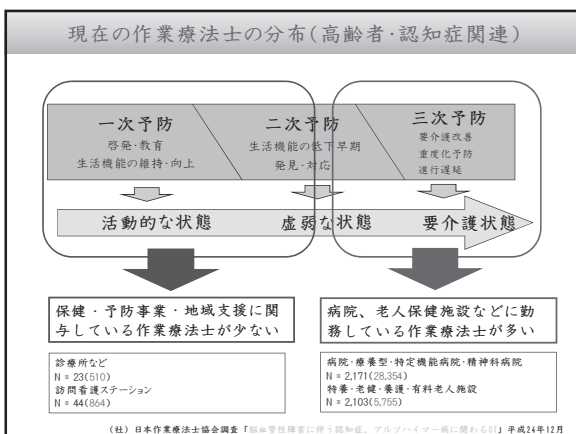
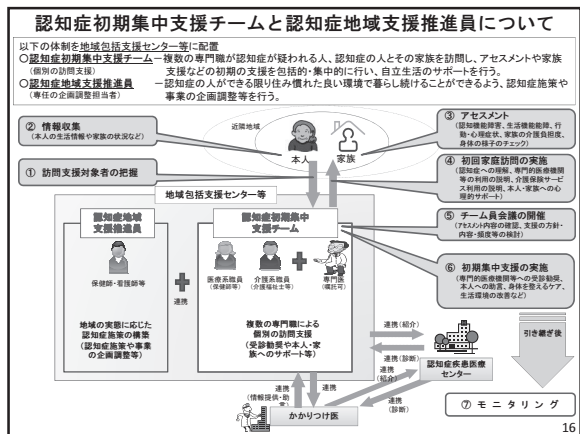
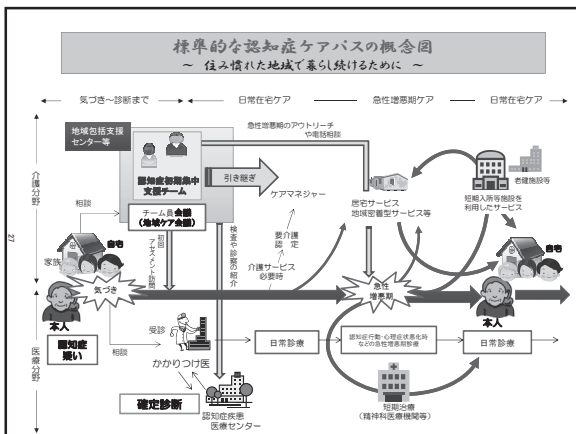
「今後の認知症施策の方向性について」を受けて

### 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

-平成25年度から平成29年度までの計画-

- 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 早期診断・早期対応
- 地域での生活を支える医療サービスの構築
- 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 地域での日常生活・家族の支援の強化
- 若年性認知症施策の強化
- 医療・介護サービスを担う人材の育成

今回の施策を推進するためにはこの部分が必要!!



### 認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト 特設委員会

#### 老健事業と連動しながら

#### 「初期の認知症の方を中心とした、認知症の方の在宅生活を支援する作業療法」の在り方を検討

[3本の柱]

- 1) 認知症初期集中支援におけるアセスメントと対応検討; マニュアル作成
- 2) 認知症対応の体制検討 (OTの包括配置や自治体での具体的な動き)
- 3) 啓発・研修

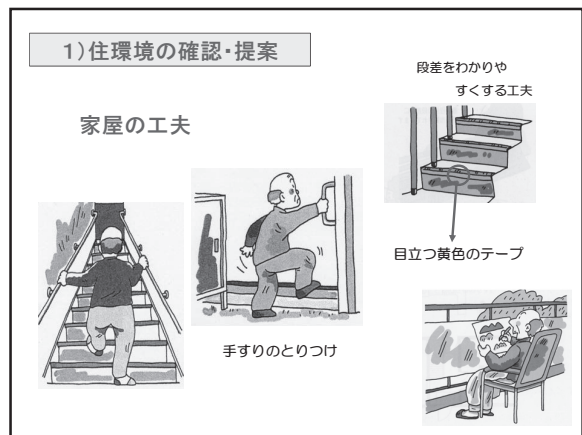
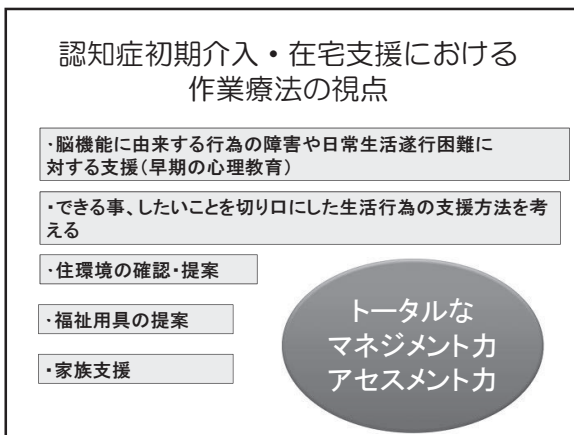
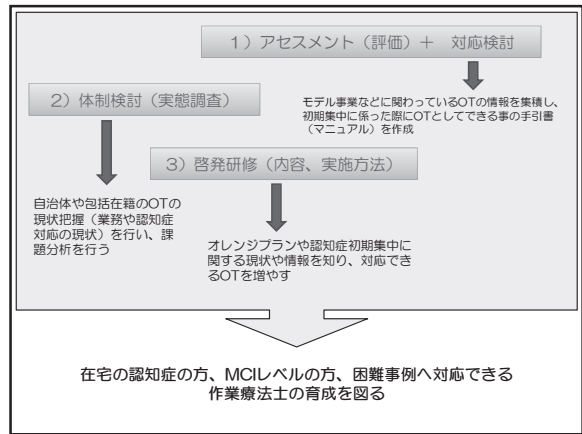
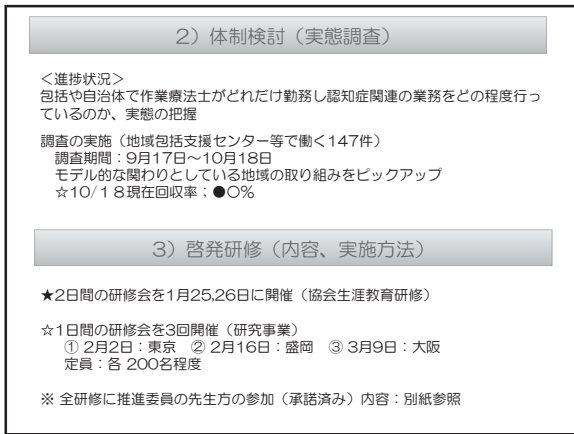
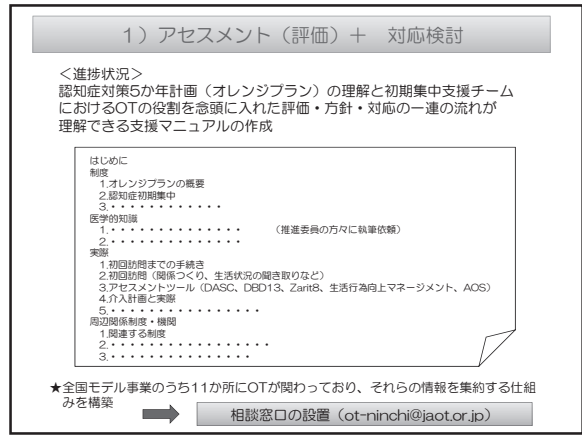
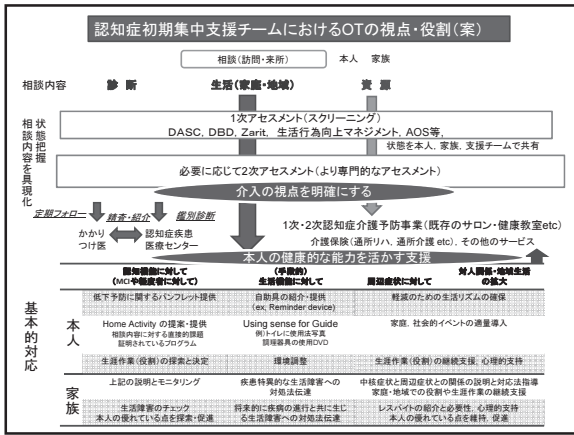
<老健事業で組織した推進委員>

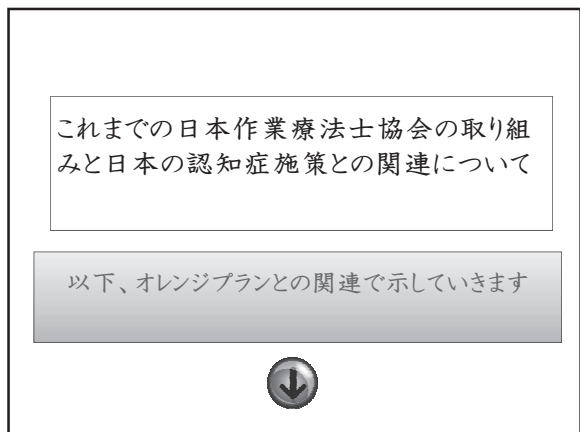
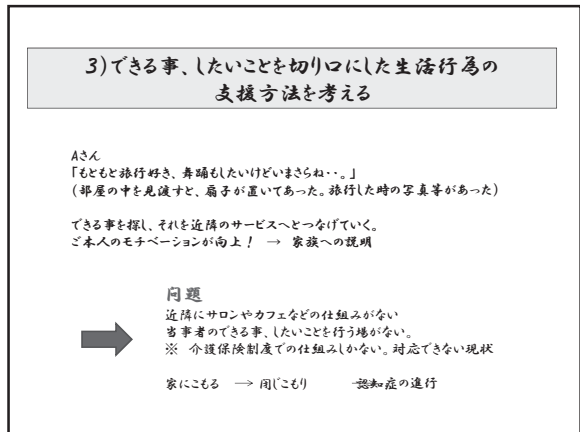
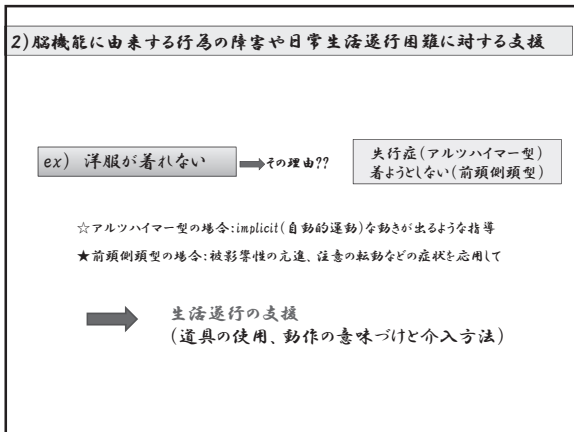
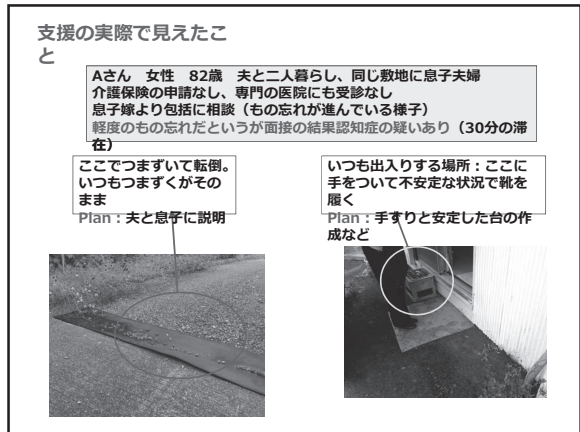
粟田圭一 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター)  
 上野秀樹 (社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上療養所、桜新町アーバンクリニック)  
 山口靖保 (群馬大学医学部保健科学科)  
 玉井 顯(敦賀温泉病院)

推進委員会  
9/1(東京)  
12/22(予定)

※ 実動的に動く委員として24年度に作業療法士協会で組織した検討委員会の委員がそのまま老健事業の委員に移行











## 8.まとめ

(1) 認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の具体的な役割や支援の内容を明らかにするとともに、初期対応のモデルを作業療法士の立場から明示することを目的に研究を実施した。

### (2) 事業推進検討委員会の開催

認知症初期集中支援チームにおける早期対応とその中での作業療法士の役割を明確にしていくために、当協会の委員と認知症の治療やケアの専門家等外部の有識者による事業推進委員会を設置し、計3回委員会を開催した。

推進委員の先生方には、認知症初期集中支援チームにおいて作業療法士が重要な働きをする必要があるという意見をいただき、今後の体制整備をする必要性が明らかになった。

### (3) 事例集積

これまで作業療法士が認知症に関わった事例報告を集積し、分析した上で、認知症の早期対応に利用できる作業療法評価を整理した。そこから得た知見を認知症初期集中支援チームにおける早期対応モデルにおける作業療法の役割に取り入れた。

### (4) 当協会会員が所属する自治体、地域包括支援センター等への実態調査の実施

作業療法士が認知症の方に対して行っている支援の実態を調査し、作業療法の支援の特徴を整理し、認知症初期集中支援チームでの作業療法士の具体的な役割や支援内容を明らかにする目的で、市町村、地域包括支援センターの所属する会員の郵送による調査を実施した。回収率は32%であった。そこでは、認知症の方への在宅支援を行うための作業療法士の課題は、診療報酬や介護報酬に計上できるシステム構築、早期認知症に関する研修会、事例検討会、住宅改修・福祉用具の研修会等研修制度の構築が見えてきた。

### (5) テキスト作成および研修会開催

認知症初期集中支援チームにおける早期対応モデルとその中での作業療法士の役割を明示したテキストを作成し、そのテキストを使って全国3か所程度で認知症初期集中支援チームにおける早期対応と作業療法士の役割を普及する研修会を開催した。東京、岩手、大阪において約700名の作業療法士が参加した。

認知症に対する国の施策の方向性、認知症に関する最新知見、認知症の初期集中支援チームにおける作業療法士の役割を伝える研修会となった。