

初期認知症対応研修会

テキスト

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の
支援構築に向けた調査研究事業

初期認知症対応研修会

初期認知症・軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な支援

重点課題研修

日程：平成 27 年 1 月 24 日（土）～25 日（日） 会場：TKP ガーデンシティ永田町（東京）

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

日程：平成 27 年 2 月 8 日（日） 会場：TKP ガーデンシティ博多 （福岡）

日程：平成 27 年 2 月 22 日（日） 会場：TKP 大手町カンファレンスセンター（東京）

日程：平成 27 年 3 月 1 日（日） 会場：TKP ガーデンシティ仙台勾当台（宮城）

企 画

日本作業療法士協会 認知症の人の生活支援推進委員会

目 次

オレンジプランと認知症初期集中支援チーム	3
1. オレンジプランの概要	
2. 認知症初期集中支援チームの概要	
3. 認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割	
認知症初期集中支援チームの実際	22
1. 初回訪問までの手続き	
2. 初回訪問（関係づくり、生活状況の聴き取りなど）	
3. アセスメントツール DASC, DBD, Zarit8, AOS, 生活行為向上マネジメント, CGA-D	
4. 介入の計画と実施	
5. 各機関との調整（かかりつけ医、認知症疾患医療センターなど）	
6. 実践例	
資料	63

オレンジプランと認知症初期集中支援チーム

1. オレンジプランの概要¹⁾（資料1）

厚生労働省は、認知症施策検討プロジェクトチームが平成24年6月18日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について」²⁾や、同年8月24日に公表した認知症高齢者数の将来推計³⁾などに基づいて、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定した。この計画では、これまでの「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社会」の実現を目指すとしている。この実現のため、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築することを、基本目標としている。そして、この基本目標を実現するために、医療、介護サービス、見守りなどの日常生活の支援サービスを地域で包括的に提供することができる体制をめざし、以下の7つの視点に立って今後5年間の施策を進めていくこととしている。

「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29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

① 「認知症ケアパス」の作成・普及

標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中でその進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。その概念図は資料2のとおりである。

- ・ 平成24～25年度 調査・研究を実施
- ・ 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

2. 早期診断・早期対応

① かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

かかりつけ医の認知症対応力向上を図るために研修会を開催し、受講者を増やす。

平成24年度末見込 35,000 → 平成29年度末 50,000人

【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。

※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施

② 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）

認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成研修を開催し、受講者を増やす。認知症サポート医は都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人

【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。

③ 「認知症初期集中支援チーム」の設置（資料3）

- ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
- ・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

※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。

④ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・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。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。

※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

【「身近型認知症疾患医療センター」の要件】

- (1) 身近な地域に存在する（概ね65歳以上人口6万人に1か所程度）。
- (2) 検査体制を有する医療機関との連携により的確な診断や投薬の適切な管理等を行うことができる認知症の専門の経験を有する医師と臨床心理技術者（兼務可）を配置する。
- (3) 診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていくよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある数箇所の地域包括支援センター等との連携担当者を配置（兼務可）し、連携体制を築いている。
- (4) 行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避する目的として、病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など（いわゆる地域リエゾン）を行っている。
- (5) 診療所又は病院により行われるもの。

⑤ 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

ケアマネージャーが作成したケアプランをもとに、地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者が一堂に会する「地域ケア会議」を開催し、アセスメント結果を活用したケアプランの検討・検証を行う体制が全国で構築されるよう推進していく。（資料5）

- ・平成24年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
- ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成24年度 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
- ② 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
- ③ 「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24年度 クリティカルパスの作成
 - ・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

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 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、必要な介護サービスの整備を進める。（資料4）
グループホーム、小規模多機能型住宅介護、定期巡回・随時対応サービスなどをはじめとした地域密着型サービスの拡充を図る。

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症地域支援推進員の人数

認知症地域支援推進員は、各市町村で地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援するための各種事業の推進役を担う。

平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人

【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約2,200人），当面5年間で700人配置。

- ② 認知症サポーターの人数（累計）

認知症サポーターは、養成講座を受講してなることができ、認知症について正しく理

解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する役割を担う。

平成24年度末見込、350万人 → 平成29年度末 600万人

③ 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

- 平成24年度見込 40市町村

- 将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備

④ 認知症の人やその家族等に対する支援

- 平成24年度 調査・研究を実施

- 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

6. 若年性認知症施策の強化

① 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付

② 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

平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

① 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

認知症ケアについて、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の人本人」に対する理解(本人の意思の尊重)や原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の人の生活全般をサポートしていく視点が必要である。また、認知症ケアについては高い個別性が求められることを前提としたうえで、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある。このような点に留意し、認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)を策定する。

- 平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施

- 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

② 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 2.6万人 → 平成29年度末 4万人

【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員
1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、
通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で
1人ずつが受講

③ 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

【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講.

④一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 8,700人

【考え方】病院（約8,700）1か所当たり10人（医師2人、看護師8人）の医療従事者が受講.

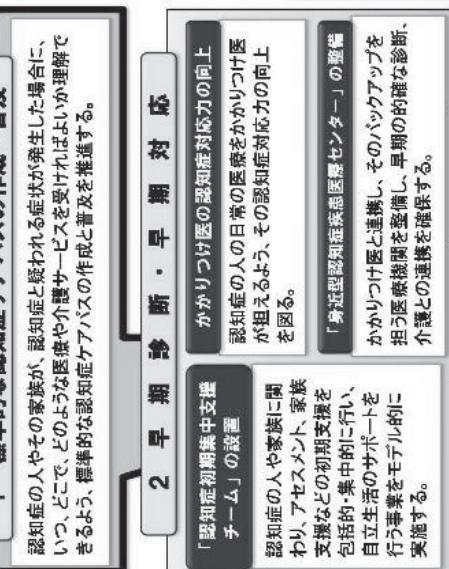
引用：厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」⁴⁾、「今後の認知症施策の方針について」²⁾

「今後の認知症施策の方向性について」の概要

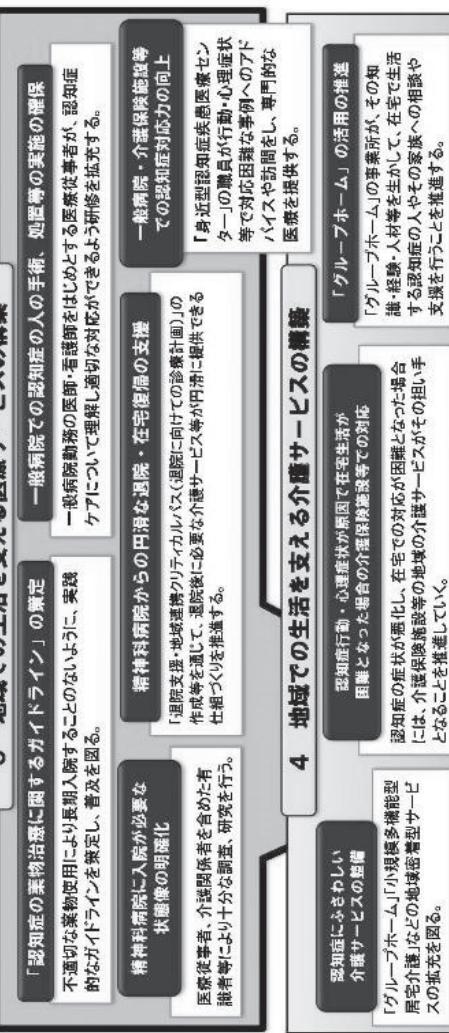
今後目指すべき基本目標ー「ケアの流れ」を整えるー

- 「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、「認知症になつ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社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

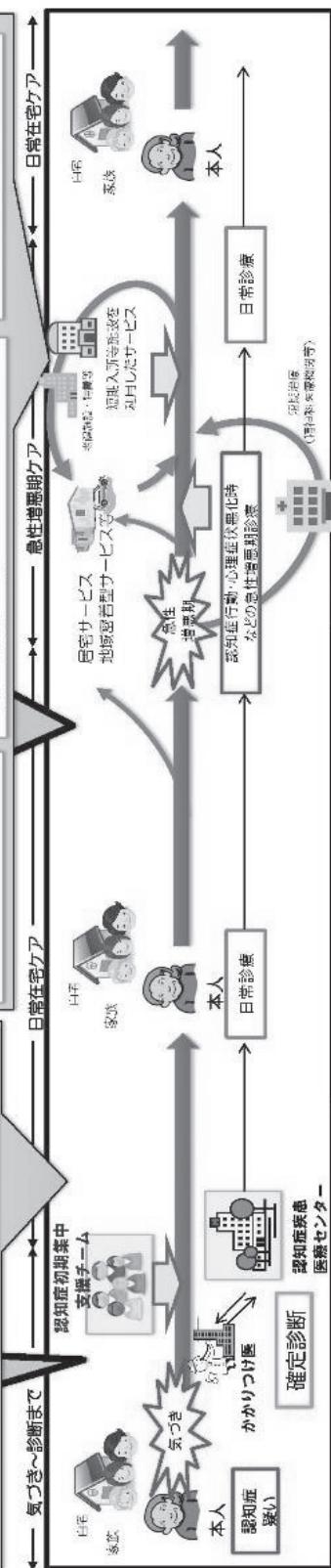
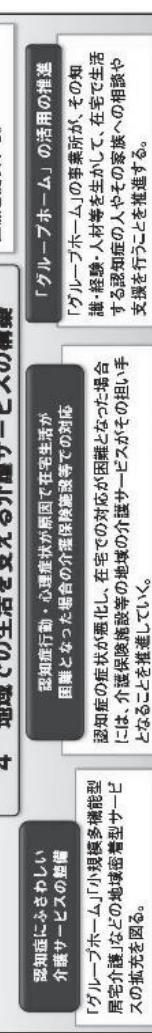
1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及



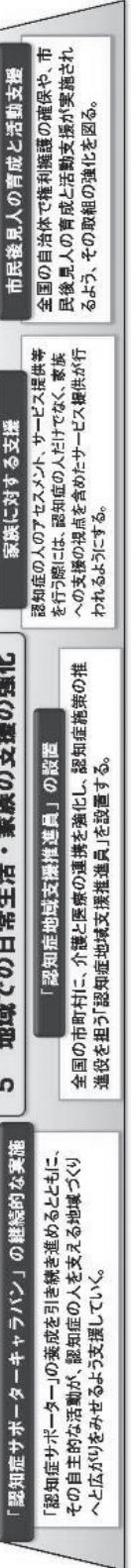
3 地域での生活を支える医療サービスの構築



4 地域での生活を支える介護サービスの構築



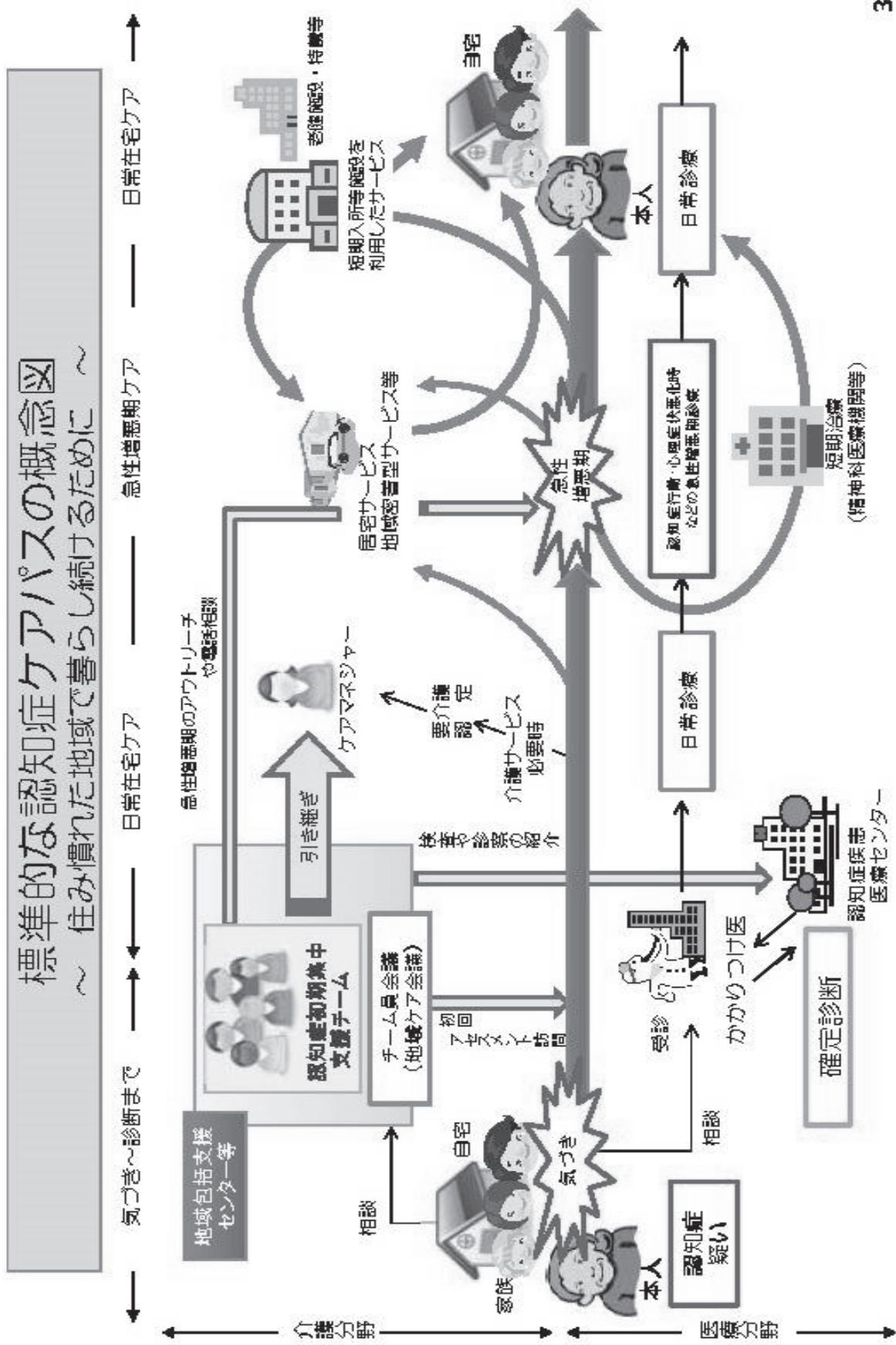
5 地域での日常生活・家族の支援の強化



6 老年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交説できる居場所づくりの整備等を促進する

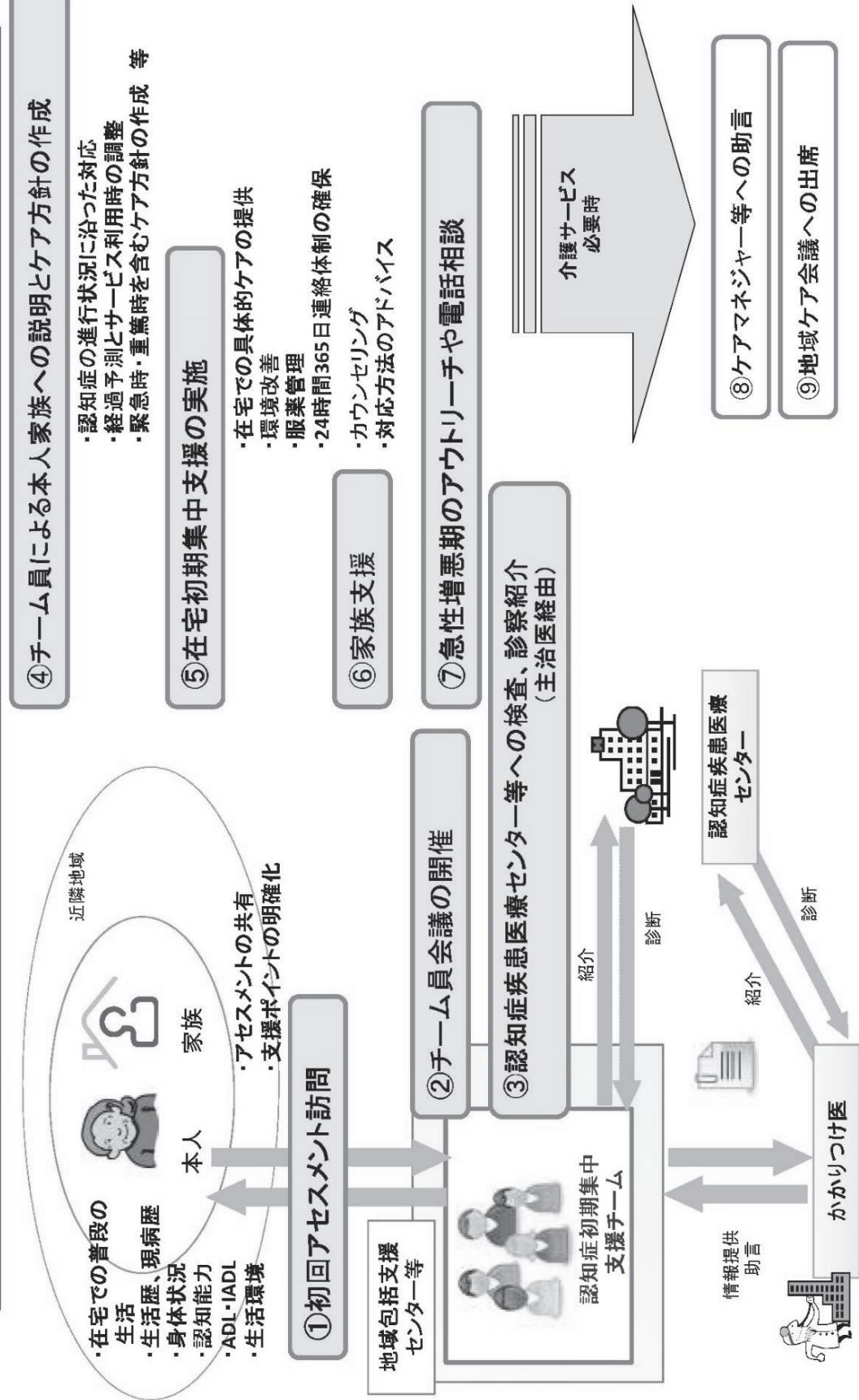
- 7 認知症の人への医療・介護を含む一體的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

資料1：厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」の概要



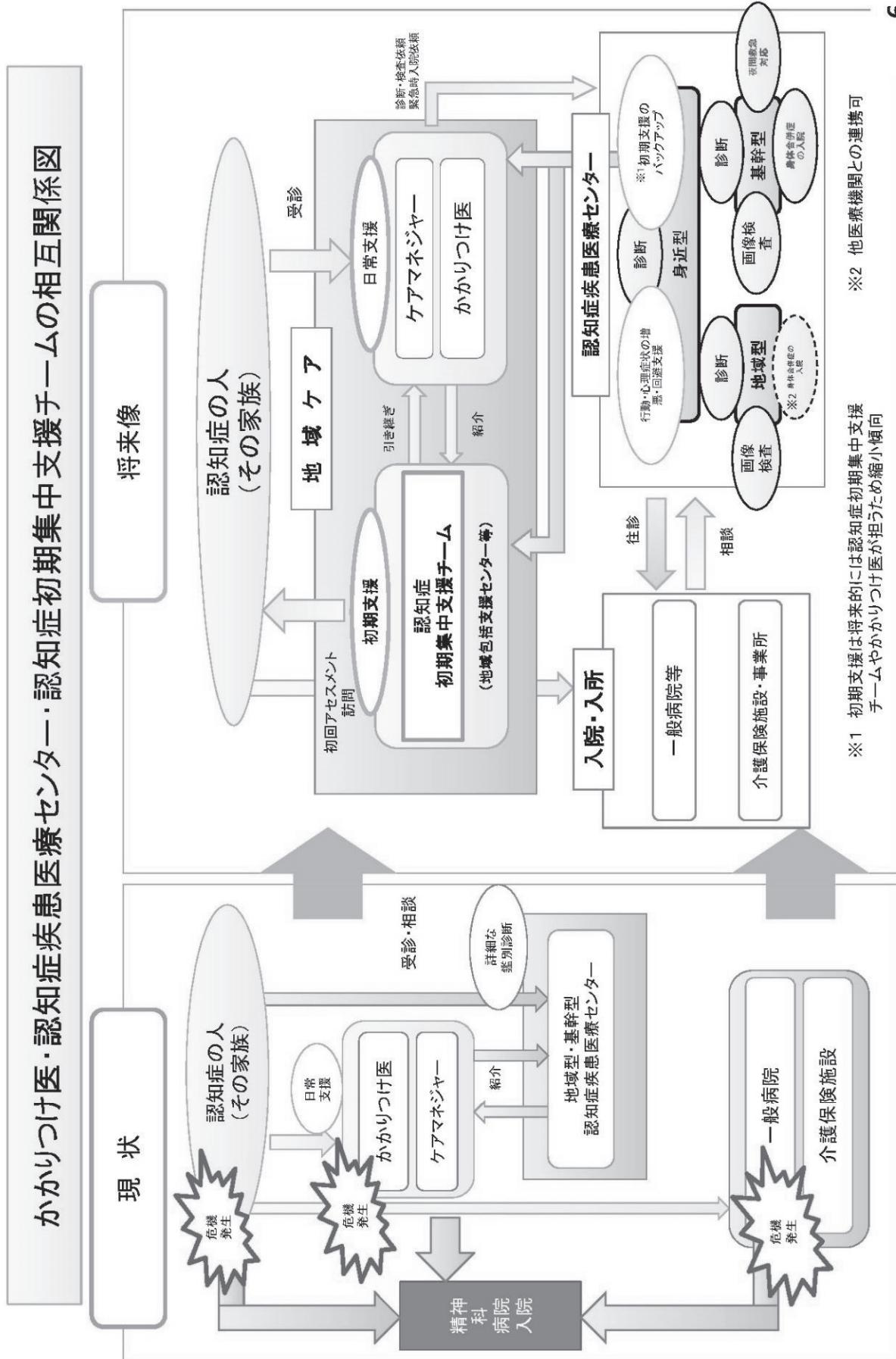
資料2:厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」²⁾より

認知症初期集中支援チームの概念図



資料3:厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」²⁾より

かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図



資料4:厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」²⁾による

【文献】

1. 厚生労働省：「今後の認知症施策の方向性について」の概要. 厚生労働省, (オンライン), 入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>>, (参照 2013-11-10)
2. 厚生労働省：今後の認知症施策の方向性について. 厚生労働省, (オンライン), 入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>>, (参照 2013-11-10)
3. 厚生労働省：認知症高齢者数について. 厚生労働省, (オンライン), 入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>>, (参照 2013-11-10)
4. 厚生労働省：認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）. 厚生労働省, (オンライン), 入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>>, (参照 2013-11-10)

2. 認知症初期集中支援チームの概要

はじめに

2013年度より、市町村を対象とする国庫補助事業「市町村認知症施策総合推進事業」において、「認知症初期集中支援チーム等設置促進事業」が始動し、2013年度は全国14市町村で実施された。その成果を踏まえ、2014年度は介護保険法の改正により、地域支援事業の任意事業「認知症初期集中支援推進事業」に位置づけられ、全国100か所程度で実施されることになった。さらに、2015年度は、地域支援事業の包括的支援事業として実施され、2018年度までに全ての自治体で実施されることになった。¹⁾ ²⁾ ³⁾以下では、この事業の中で規定されている認知症初期集中支援チームに関する事項を抜粋して記す。

(1) 認知症初期支援チームの定義

認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」）

複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、「①認知症の発症後のステージとしての初期病気の早期段階」の意味だけでなく、「②認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）」という意味をもつ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、集中的の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業¹⁾³⁾では、複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問しアセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的におこない、自立生活のサポートを行うチーム」と定義されている。地域包括支援センターなどに「認知症初期支援チーム」を配置し、拠点となる医療機関（認知症疾患センターなど）やかかりつけなどの医療機関と連携し、早期診断・対応にむけた支援体制を構築しようとするものである。²⁾ ³⁾

(2) 訪問支援対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症で以下のア、イのいずれかの基準に該当するもの。

ア、医療サービス、介護サービスを受けていないもの、または中断しているもので以下のいずれかに該当するもの

- a) 認知症疾患の臨床診断を受けていないもの
- b) 繼続的な医療サービスを受けていないもの

- c) 適切な介護保険サービスに結びついていないもの
 - d) 診断された介護サービスが中断しているもの
- イ、 医療サービス、 介護サービスを受けているが、 認知症の行動・心理症状が顕著なため、 対応に苦慮しているもの

(3) 実施機関

本事業の実施主体は、 市町村（特別区を含む、 以下同じ）とする。ただし、 実施主体は、 事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体などに委託することができるものとする。

本事業を実施する団体などは、 緊急時の対応の場合も想定し、 支援チームと訪問支援対象者およびその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、 診療所などの機関とする。

(4) 認知症初期集中支援チームの構成

認知症初期支援チームの配置 実施主体は認知症初期支援チーム員（以下チーム員）を地域包括支援センター、 認知症疾患医療センターを含む病院・診療所などに配置する。

チーム員の配置人数と職種

チーム員は以下のアを満たす専門職 2 人以上、 イを満たす専門医 1 人の計 3 人以上の専門職にて構成する。

- ア. 以下の要件をすべて満たすもの 2 人以上とする。
- a) 「保健師、 看護師、 准看護師、 作業療法士、 精神保健福祉士、 介護福祉士」などの医療保険福祉に関する国家資格を有するもの。
 - b) 認知症ケア実務経験 3 年以上、 在宅ケア実務経験 3 年以上を有するもの。
 - c) 国が別途定める「認知症初期支援チーム員研修」を受講し、 試験に合格したもの。
- イ. 日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医、 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、 かつ、 認知症の確定診断を行うことが出来る認知症サポート医である医師（嘱託可）1 人とする。

(5) チーム員の役割

（上記のアを満たす） 専門職は、 訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期支援を行うための訪問活動などを行う。 また必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応じる、 なお、 訪問する場合のチーム員数は 2 人以上とし、 医療系職員と介護系職員それぞれ 1 人以上で訪問することとし、 初回の訪問による観察・評価票

の記入は、保健師又は看護師のいずれかとする。保健師・看護師はチーム員研修を修了しているものが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センターなどの保健師または看護師が訪問した上で行っても差し支えない。

○アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員＊1と介護系職員＊2それぞれ1名以上で訪問する。

○専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応需する。

○チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

*1保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等 *2介護福祉士、社会福祉士等

4)

【文献】

1. 厚生労働省：認知症対策総合支援事業の実施について（厚生労働省老健局長通知）。平成25年7月4日。
2. 粟田主一：オレンジプランと地域からの挑戦 認知症早期支援体制 とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題。老年精神医学雑誌, 24(9) : 883-889, 2013
3. 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：平成26年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト, 25-37, 2014
4. 独立行政法人国立長寿医療研究センター：認知症の初期集中支援サービスの構築にむけた基盤研究事業 事業報告書。独立行政法人国立長寿医療研究センター, (オンライン), 入手先<http://www.ncgg.go.jp/research/pdf/topics/rojinhokoku1_24.pdf, (参照2013-12-20)

3. 認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割

はじめに

平成25年度のモデル事業は14か所で行われ（H25年度現在）そのうち11か所にOT（19名）が関わった。平成26年度の地域支援事業においては、53名のOTがチーム員として登録されている。初期集中支援チームの設置場所は、行政直営、地域包括支援センターや診療所、認知症疾患医療センターなどが代表的であるが、それぞれの自治体で運営の方法が異なり、全体のマネジメントを行いながら関わっているOTもいれば、病院に勤務し初回訪問のアセスメントのみを行うOT、その他住宅改修や福祉機器の導入など必要な時に呼ばれて介入するOTなど、関与の仕方が違う現状があった。しかし、支援の過程は作業療法の延長線上にあり、OTの果たす役割も大きい。自治体やチームを動かしている医療機関からOTを必要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、支援の流れにおけるOTの役割を紹介する。

（1）支援対象者の把握

認知症初期集中支援は、チームが関わる訪問支援対象者の把握から始まる。多くの場合地域包括支援センターに寄せられた情報や二次予防事業対象者把握事業のリストより実施主体である市区町村が対象者を選定し、チームへ依頼する。従って、行政等に勤務するOT以外では相談に応じることは少ないが、病院等に勤務するOTが、対象者の表情の変化や生活上のほころびを見つけ、チームへつなぎ、早期診断、早期対応につながったケースも見られた。OTは、認知症に関する知識の習得はもちろんのこと、医療・福祉等の制度の把握を行い、適切なサービスにつなぐという視点が必要である。

（2）初回家庭訪問およびアセスメント

チームに依頼のあった支援対象者に関して、初回訪問を行い、既定のアセスメントを実施する。アセスメントシートに関しては、初期集中支援チームの実際の項で紹介する。OTはチーム員の一員としてアセスメントを実施するが、介護系職員と同行訪問する際は、医療専門職としての役割を果たすことが求められる。

具体的には、認知症に伴う課題のみでなく、高齢者は複合的な疾患有していることが少なくないため、運動機能の問題の把握、脳血管障害や呼吸器疾患、癌などの重症化による緊急を要するか否かの判断、精神疾患と認知症疾患の弁別など医療専門職としてのスキルが必要である。

認知症に関するアセスメントに関しては、家庭を訪問し、対象者や家族からの話を聴取し行うが、OTが得意とするポイントを述べる。まず、対象者との関係のとり方である。認知症の対象者は、病気に対する自覚が乏しいケースが多いため、直接的な質問を行うことで、できない課題に直面下させ緊張や混乱を生じさせる危険性がある。OTは室内の装飾品

などを手掛けたりして、対象者の緊張をほぐし、会話を引き出し、場面の表情や仕草からアセスメントできることが強みである。次に、ICFの視点に基づいた対象者の理解である。認知症は脳機能に由来した器質的な変化による生活や行動の問題を正しくアセスメントし、環境因子、個人因子を踏まえ、人となりの評価が可能である。さらに、自宅内外の段差や室内での動線などより、住環境のアセスメントが可能である。

(3) チーム員会議

アセスメントの結果をもとに、専門医や地域包括支援センターの職員を含めた多職種でのケースの検討会議を行い、支援の方向性を決定する。

OTが訪問を担当した場合、ICFの視点をもとに、情報をわかりやすく集約し伝えることが重要である。訪問を行っていない場合でも、チーム員あるいはオブザーバーとして会議に参加する機会もあるため、専門的見地より、意見・助言を述べることが重要である。

(4) 初期集中支援の実施

チーム員会議での意見をもとに、具体的な支援方針を決定し、初期集中支援を行う。受診援助や介護サービスの勧奨、家族教育、生活環境の改善などを行い、介護保険や必要な社会資源の活用、調整を行い、関連機関に引き継ぎ支援を終了する。

対象者の具体的支援については、OTのスキルが発揮できる領域である。具体的なポイントを列記する。

まず、対象者にとって、「やりたい」と思っている作業に焦点をあてた支援をすることである。OT協会では、生活行為向上マネジメントを推奨し、対象者のしたい生活行為の実現を図るために、心身機能や環境などの関連要素を分析し、家族や他の職種の関与も含めた支援計画を立て、実行・促進することの重要性を説いている。認知症の人は自ら想いを語ることが困難になるため、OTの持つ対象者との距離調節、場面設定技術をフルに活用し、本人の語りを引き出すことができる。

さらに、作業活動の利用が可能であることである。なじみの作業活動（お茶入れや園芸など）の観察を通して、対象者の作業遂行能力を把握及び、活動分析と刺激量への配慮を行うことができる。若年期や初期の認知症の人は、「仕事をしたい」「誰かの役にたちたい」というニーズを抱えていることも少なくなく、社会的役割を見出すための生きることへの支援が必要となる。

次に、前述したICFの視点をもとに、人となりの評価と支援を行うことができる。ADLやIADLの課題に関しては、環境の改善や本人の内発的な行為を引き出す支援方法を提示することで、改善が図れる。心理・行動症状の改善には、対象者の心理的な状況を理解し、家族の関わり方のヒントを提示したり、本人のできる能力を活かす活動を取り入れたりすることで、自己効力感の向上や家族認識の改善を図ることができる。特に、OTは対象者の強みの活用、笑顔を引き出す術を活用し、対象者の自尊心を尊重した支援へ貢献できる。

また在宅生活を継続するためには家族支援が重要であり、家族支援においても重要な役割を果たすことができる。認知症の臨床的特徴は多岐にわたり、個人因子・環境因子により複雑な心理・行動症状を呈す。OTは観察力分析力を活かし、対象者と家族の語りから得られた情報により、関わり方への工夫や、住環境の整備、社会資源の活用方法を提示することで、認知症の人の生活の質を向上させ、家族の介護負担感軽減に貢献できる。

最後に、連携である。認知症の人は医療やサービスを導入しても、本人の病気への自覚がないため、サービスを継続することが難しい。サービスの導入にあたって、OTの持つ対象者との関係調整技術を用いても、連携なくして、サービスの定着は困難だ。対象者に意味のある作業などの情報を提供し、切れ目なくサービスがつながるように他職種との連携が必要不可欠である。その際、将来像を予測し、医療や福祉の連携を図り、必要なサービスを選定することが重要になる。また、認知症の初期段階の人の支援に関しては、介護保険等の「公助」のサービスだけでは、支援体制が不十分である。既存のサロンや健康教室などの一次予防事業の活用だけでなく、傾聴ボランティアや徘徊見守りなどの地域資源開発への提案、語り場や趣味的サークル活動の場などの自助グループ開発に向けた提案等、地域で支える支援体制の構築に向け、「自助」、「互助」の発想を提案していくことが求められている。

（5）事例紹介

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無い、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つた方が良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畠仕事にも夫と一緒に行けるようになった（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わかることが多いが、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が多い。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大事であり、職種に関係なく求められているように思われる。今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こと感じた。

<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。障害を持ってても「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はの考え方はこれから認知症医療・福祉にとって大切な役割を担うと考える。

① 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や助言

ex) 洋服が着れない → 失行症(アルツハイマー型)
着ようとしない(前頭側頭型)

★アルツハイマー型の場合: implicit(自動的運動)な動きが
出るような指導
★前頭側頭型の場合:被影響性の亢進、注意の転動などの
症状を応用して

→ 生活遂行の支援(道具の使用、動作の意味づけ
と介入方法)

② 住環境の確認と改善の提案

段差をわかりやすくする工夫
目立つ黄色のテープ
手すりのとりつけ

支援の実際

Aさん 女性 82歳、夫と二人暮らし、同じ敷地に息子夫婦
介護保険の申請なし、専門の医院にも受診なし
息子嫁より包括に相談(もの忘れが進んでいる様子)
軽度のもの忘れだというが面接の結果認知症の疑いあり(30分の滞在)

ここでつまずいて転倒。
いつもつまずくがそのまま
Plan:夫と息子に説明

いつも出入りする場所:ここに手をついて不安定な状況で靴を履く
Plan:手すり安定した台の作成など

③ 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

Aさん
「もともと旅行好き、舞踊もしたいけどいまさらね‥。」

できる事を探し、それを近隣のサービスへつなげていく。
ご本人のモチベーションが向上! → 家族への説明

問題
近隣にサロンやカフェなどの仕組みがない
当事者のできる事、したいことを行う場がない。
→ 家にこもり 閉じこもり 認知症の進行



④ 福祉用具の提案



① 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や助言

ex) 洋服が着れない → 失行症(アルツハイマー型)
着ようとしない(前頭側頭型)

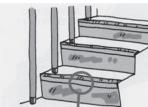
☆アルツハイマー型の場合: implicit(自動的運動)な動きが出るような指導
★前頭側頭型の場合:被影響性の亢進、注意の転動などの症状を応用して

→ 生活遂行の支援(道具の使用、動作の意味づけ
と介入方法)

② 住環境の確認と改善の提案



段差をわかりやすくする工夫



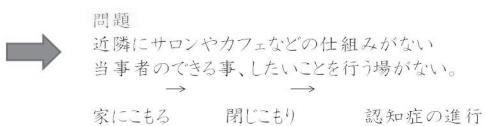
目立つ黄色のテープ



③ 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

Aさん
「もともと旅行好き、舞踊もしたいけどいまさらね…。」

できる事を探し、それを近隣のサービスへつなげていく。
ご本人のモチベーションが向上！ → 家族への説明



認知症初期集中支援チームの実際

1. 初回訪問までの手続き

初回訪問までに行うべき手続きは、厳密には市区町村内での初期集中支援チームの位置づけや、チームの実施主体がどの機関に設置されたかなどにより異なる。現時点（平成26年度）において、認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターや診療所など適切な事業運営と緊急時の対応ができる体制がある機関に委託することが認められている。そのため、認知症初期集中支援チームが他機関とどのように連携して活動を展開するかは、設置された市区町村の人口規模やその市区町村にどのような社会資源があるかなどによって若干異なるが、ここでは基本的事項について述べる。

（1）相談を受ける

どのようなルートにより相談が寄せられるかは、各市町村の体制により異なるであろうが、認知症初期集中支援チームの制度が十分に市民へ浸透するまでは、地域包括支援センターや認知症疾患治療センターなどを介してチームが活動依頼の相談を受けることになることが多いであろう。その他、本人やその家族、民生委員、ケアマネジャーなどからの直接の相談も考えられる。

1) 本人からの相談

軽度認知障害や認知症のごく初期段階である可能性が高い、不安の訴えが強い場合も多いので、安心感を与えるように傾聴をこころがける。また、後の混乱やトラブルを避けるために、同居家族や近くに身寄りがある場合は、了承を得た上でその方の連絡先などを確認する。身寄りがない独居の方の場合、了承を得た上で、地域包括支援センターと連携をとって進める必要がある。いずれの場合も、初回訪問時に家族や地域包括支援センター職員にも同席してもらえるように調整することで、後の活動を円滑に進めることができる。

2) 家族からの相談

介護負担が強く自宅での介護が限界となった状態で相談する場合もあるため、まずは傾聴とともに、家族のがんばりを認めて肯定する（褒める）ことも大切である。ただし、家族からの一方的な話だけでなく実際に本人の状況を確認することも大切であり、家族の関わり方が本人のBPSD増悪因子となっていることもあるため、電話だけの判断だけでなく、詳細のコメントは訪問時に行う方が望ましいであろう。相談者の家族が普段から同居しておらず、地域包括支援センターや介護保険サービスと全くつながりがない場合などは、地域包括支援センターの職員も同行できるように調整する場合もある。ただし、ケースによっては初回訪問時に多数の知らない人が来ることで拒否的になる場合もあるため、あくまでも相手の状況に応じてフレキシブルに調整する。

3) 地域包括支援センターやケアマネジャー、民生委員などからの相談

地域包括支援センターや民生委員などからの情報が入った場合、地域住民とのトラブルや独居、キーパーソンの不在など社会的困難状況にあるケースの可能性も高い。そのあたりの情報を収集するとともに、基本情報など共有可能な情報について事前に収集しておくとともに、初回訪問や訪問までの調整などを依頼できるか確認する。初回訪問時は、顔なじみの地域包括支援センター職員やケアマネジャーに同席してもらうことで円滑に介入ができることが多い。特に認知症が疑われる対象者は、面識のない2人組が突然訪問する（事前に予定を伝えておいても忘れてしまうことが多いのでそう捉える）ことで、不安感の増強や拒否的な態度につながりやすい。初回訪問時に円滑に受け入れていただき、ある程度の信頼関係づくりができるないとアセスメントやその後の活動につながらないので注意が必要である。また、認知症疾患医療センターや地域の民生委員から直接チームに連絡・相談を受ける場合もあるが、独居やキーパーソンの不在、近隣住民とのトラブルなど社会的困難状況にあるケースの場合は特に担当の地域包括支援センターにもチームが活動することについて情報共有した方が良い。

(2) 事業の対象か否かの判断と優先順位づけ

1) 対象者の基準

相談対象者が厚生労働省より提示された基準を満たす場合には、認知症初期集中支援の対象となる。なお、H26年度認知症初期集中支援チーム等設置促進事業で提示された対象者の基準は表1の通りである。

ただし、年齢的な問題や明らかに精神疾患や薬物、アルコールなどの問題があり、認知症初期集中支援の対象者でないと判断された場合でも、保健所や地域包括支援センターなどの社会資源とつながりがない対象者の場合、対象ではないと断るのではなく、本人の了解のもとに他の社会資源への引き継ぎや情報提供を行い、何らかの適切な社会資源からのアセスメントや支援を受けられるように支援することは必須であろう。

表1 認知症初期集中支援の対象者の基準（H26年度 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業の場合）

認知症初期集中支援の対象者の基準
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする
ア. 医療サービス、介護サービスを受けていない、または中断しており、以下のいずれかに該当する者
（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない
（イ）継続的な医療サービスを受けていない
（ウ）適切な介護保険サービスに結びついていない

(エ) 診断されたが介護保険サービスが中断している
イ. 認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

2) 対応の優先度を判断する

相談受付時に、対応の優先順位付けを行う必要がある（認知症初期集中支援チームが設置された機関や状況により求められるトriage機能は異なる）。例えば、せん妄状態が疑われる場合や服薬により幻覚症状や興奮状態が強まっているなどの場合は、できるだけ早急に医療機関の受診が必要であり、チーム員訪問より先に受診勧奨をした方が良い場合もある。また、BPSD が非常に強く家族が限界の状態であれば、早急な家族への支援が必要であるし、虐待が疑われる様なケースでは地域包括支援センターと連携しながら、できるだけ早急に対応することが求められる。その様な判断ができるためにも、認知症をきたす疾患についての基本的な知識は持ち合わせておきたい。

3) 訪問に向けた調整

訪問は基本的にチーム員2名で行うが、今まで面識のない者が訪問し、その場で認知機能や生活状況に関するアセスメントを行うことが難しいことは容易に想像できる。継続した支援を行うにはまずは信頼関係の構築が求められる。初回訪問は、担当の地域包括支援センター職員やケアマネジャーなどの同席を求めるといい。また、今まで関わりのある担当者が存在する場合は、その方に訪問日程の調整をお願いする方がスムーズに調整できることが多い。

また、訪問時はできる限り同居の介護家族に同席してもらうことが望ましい。独居の場合なども、協力が得られる家族などの同席を調整することが望ましい。また、地方では訪問時の移動手段として自動車を用いることが多いが、駐車場の場所や自家用車での訪問の可否などについても、十分に確認を行っておく必要がある（担当地

対象者基本情報				
初回記録者 :	作成日 :			
初回相談日	年 月 日 ()	来所・電話 紹介元 :		
ふりがな 本人氏名		男・女	M・T・S	年 月 日生 (歳)
住 所	TEL : FAX :			
自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認定情報 障害等認定	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5			
住居環境	持ち家/借家 戸建て/集合			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			家族構成 家族構成 家族構成 家族構成 家族構成 家族構成
相談者				
住所 連絡先		統 括		
緊急連絡先				家族関係など状況
相談までの経緯・現状				
1日の生活・過ごし方／ 趣味楽しみ特技				
主 治 医	病院名	医師氏名	受診疾患名	連絡先
既 往 歴	先生			
	発症年齢	疾患名	医療機関	備考
現在利用しているサービス				

図1 フェイスシートの例

基本情報を記入するフェイスシートを作成すると便利である。図は群馬県前橋市で使用している用紙¹⁾

域包括支援センターの職員などと行く場合は、それらの人たちとも). 路上駐車などによる近隣住民とトラブルだけは避けたい.

(4) 記録・事務手続きなど

1) 相談の記録

相談を受けた際は、必ず相談を受けた日時、相談者とその対応者、相談方法（電話や面談、メールなど）とその内容などについて記録を残しておくべきである。一覧表を作成し、個別のケースファイルに挟んでおき、随時書き込みできるようにしておくと便利である。特に認知症初期集中支援の対象となるケースについては、その場で基本情報などについて聞き取り、フェイスシートを作成すると便利である。また、対象者本人とその配偶者だけでなく、家族などの緊急時連絡先を確認しておくことも重要である。なお、群馬県前橋市では図1の様にフェイスシートを作成し、基本情報を管理している。また、これらのシートを市内地域包括支援センターに配布しておき、包括支援センターより紹介をいただく場合は、分かりうる情報を記載していただいている。その様な体制を整備することで、情報共有を円滑に図ることができるとともに家族などへ同じことを聴取することによる負担の軽減にもつながる。ただし、重要な個人情報を扱うため、管理には細心の注意を払うとともに、必ず本人や家族に対して情報共有についての同意を得ることが必要である。特に他機関から情報提供を受けて連絡をする場合は、情報提供元から認知症初期集中支援チームへ連絡がある旨を伝えておいていただくことが望ましい。その様な基本的手順を踏まないことで相手に不信感を抱かれてしまうと、その後の活動が円滑に進まない可能性がある。なお、基本情報は図1にあるように、氏名・住所・生年月日・経済状況・住環境・認定情報・家族状況・現病歴・既往歴などの基本的な情報とともに、これまでの経過や認知症の症状にいつ頃から気付き、どの様なエピソードがあったかなどを事前に把握しておくと良い。

また、チームとして抱えているケース数が増えるとともに、各ケースの進捗状況の管理体制を整備することも必要となってくる。初回アセスメント、同意書、チーム員会議、最終アセスメント、モニタリングなどを抜け落ちなく実施できるように管理するためにも、現時チームとして関与しているケースの一覧を作成し、各ケースの進捗状況を随時確認できるようにしておくと良い。

2) 訪問前のかかりつけ医・主治医への連絡

対象となるケースには、かかりつけ医や主治医がいる場合が多い。それらの情報を事前に入手し、できるだけ医師に対する事前連絡や連携体制の構築ができるような取り組みを心がけたい。地域のかかりつけ医は、認知症患者の在宅生活継続において重要な役割を担っていることは周知の事実であり、たとえ認知症について専門としない医師でも、必ず連携できるように心がけたい。事前にかかりつけ医や主治医が把握できない場合もあるが、訪問後にかかりつけ医の存在が明らかになった場合でも、できるだけ連携を取れるようにするとよい。（詳細は「5. 各機関との調整」を参照）

コラム：医師との連携について～群馬県前橋市での場合～

認知症初期集中支援チームとして活動する場合、対象者のかかりつけ医や主治医の先生と情報共有することはとても重要です。前橋市ではH25年度からモデル事業を開始するにあたり、まず前橋市医師会に市役所担当者とオレンジプランや前橋市での認知症初期集中支援設置促進モデル事業の概要について説明に伺うとともに、医師会を通じて会員の医師あてに説明文書を送付していただきました。また、チームが関わる前に事前連絡をする旨やその際に関わる上での注意事項などの助言をいただきたい旨についても併せて文書で周知していただきました。前橋市医師会や地域の先生方の理解と協力により、現在は「①訪問前に前橋市よりかかりつけ医や主治医にチームが活動開始する旨を文書通知」→「②訪問日が決まり次第、チーム員（実施機関）からも依頼文書とコメント票（右図）を送付」→「③主治医が必要なコメントを記載してチームへFAXにて返信」→「④訪問後のアセスメント結果などを情報提供書として報告」といった連携が、全ケースではありませんが、大半のケースで何らかの連携が取れるようになってきています¹⁾。

FAX送付先（包括西部）：027-●●●-△△△△△

前橋市認知症初期集中支援（モデル事業）

主治医コメント票

記載日：平成 年 月 日

医療機関：

医師氏名：

■認知症初期集中支援に関するコメント

認知症初期集中支援チームが訪問や支援をおこなうにあたり留意すべき点およびチームに期待すること、またその他ご意見ご助言等をご記入ください。

注意：本事業は医療保険の診療情報提供料の対象外です。

■認知症初期集中支援に関する連絡方法について

今後も、支援経過の情報提供や必要情報等のご連絡をさせていただきたいと考えております。

ご対応いただける連絡方法についてご教示ください。（該当項目に✓・複数可）

✓個	方法	連絡先（電話番号・アドレスなど）	備考（対応可能な時間帯及び担当者等）
	訪問		
	電話		
	FAX		
	郵送		
	メール		
	その他		

ご記入いただきましてありがとうございました。お手数をおかけいたしますがFAXにて前橋市地
域包括支援センター西部（FAX：027-●●●-△△△△△）宛にお送りくださいますようお願いいたします。
今後とも、先生のご指導・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

2. 初回訪問

初回訪問時にチーム員が行うべきこととして、H26 年度認知症初期集中支援チーム等設置促進事業では実施要綱上、以下の（ア）～（エ）が定められている。

- (ア) 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
- (イ) 基本的な認知症に関する正しい情報の提供
- (ウ) 専門的医療機関への受診や介護保健サービスの利用が、本人、家族にとって
メリットであることについての説明
- (エ) 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

初回の家庭訪問の際は、まずは信頼関係の構築を図るとともに、チームの役割について説明して理解を得ることが重要である。チームの初回訪問は基本的にチーム員 2 名で、おおむね 2 時間以内での訪問と定められている。特に拒否の強いケースでは、最初の信頼関係の構築に時間を要することが多いため、チームとして活動する時間的な余裕がある場合は、短時間で頻回の訪問を行うのも良い。しかし、実際はチームにはマンパワーや時間的な制約があり、頻回の訪問が難しい場合も多いため、初回訪問時に必要なアセスメントと情報収集を行うとともに、家族への心理的サポートまでも実施してくることが多い。これには、認知症疾患に関する基本的な医学知識とその評価に関する知識とともに、様々な個格の対象者や家族とコミュニケーションを図るスキルが要求される。また、訪問や介入に対する拒否が強いケースでは、初回訪問時にやむを得ず担当包括やケアマネジャーなど顔見知りの担当者とチーム員 1 名がまず挨拶に訪問し、信頼関係を構築してから関わる場合もある。

（1） 家族への聞き取り

まず、家族に支援の関わりについて同意を得た後に、対象者本人の認知症に関するエピソードを確認すると良い。家族は現在の困っていることから伝えようとする。もちろん、それらの家族の話を受容的に聞くことは大切だが、現在に至るまでの経緯を整理しながら聴取すると良い。①いつ頃から違和感を覚えるようになったか、②違和感を覚えた時のエピソード、③その後の経過などを聞いていくことで、交通事故や転落などの頭部外傷に伴う認知機能低下やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症を疑わせる特徴的なエピソードが聞かれたりする。ただし、チーム員が診断を行うわけではないので、この時点では疾患に関する明確なコメントをするのではなく、あくまでも受診勧奨にとどめる方が後の家族の混乱やトラブルを避けられるであろう。また、介護家族が普段介護を行う上で困っていることについては、後述する DASC や DBD、Zarit 介護負担尺度などのアセスメントシートをつけながら聞いていくことで、全般的に聴取することが可能である。

チーム員は 2 人組で訪問するため、はじめの自己紹介やチームの概要説明と介入支援の同意を終えた後は、家族と本人を 1 人ずつチーム員が分かれて聞き取りを行うのも効率的

である。特に、介護家族にとっては Zarit 介護負担尺度の質問の様に本人がその場に居ない方が回答し易い質問があるだけでなく、対象者本人としても介護家族がその場に居ないことで家族に対する不満を訴えることもある。

（2） 本人への聞き取り

初回訪問にて、全く知らない他人に自分の認知機能のことについて細かく聞かれたり調べられたりすることは誰でも嫌なことである。受診先の病院で医師に質問されるのであればまだしも、自宅にて家族の前で自分の“できなさ”を暴かれることほど屈辱的なものはない。そこを配慮したうえで、アセスメントを進める必要がある。

まずは対象者本人の困っていること、不安に思っていることなどについて聴取する。ただし、アルツハイマー型認知症の中期以降の対象者の場合、本人は特に困っていないと発言することもある。逆に MCI (Mild Cognitive Impairment; 軽度認知障害) やごく初期の対象者の場合は、自分自身の状況に対する不安などが聞かれることが多く、本人の心理的な不安に対する受容的な傾聴が必要な時もある。ただし、老年期うつの場合も同様に不安の訴えも多く聞かれる。必要があれば GDS (Geriatric Depression Scale : 老年性うつスケール) など簡単に実施できるスケールを持参しておくとよい。

アセスメントは身体機能面に関しては比較的受け入れがよいことが多い。痙攣や固縮の有無は特に必要な道具も無く、簡単に実施できる。同様に、筋力や疼痛、浮腫、歩行障害の有無など身体機能について先に調べると良いかもしない。その他、コミュニケーションや視力、聴力、清潔状況、摂食嚥下・栄養状況、排泄状況、睡眠状況などについても聴取・アセスメントすることで、脳血管性認知症やレビー小体型認知、正常圧水頭症、前頭側頭型認知症、意味性認知症、進行性非流暢性失語など特徴的な症状を呈する認知症の原疾患の可能性について探ることも可能である。ただし、チーム員は鑑別診断を行うわけではないため、認知機能も含めその他の詳細な検査を行う必要性は低く、あくまでも原疾患についての可能性を探ることで、日常生活上の問題点をより明らかにすることが目的であり、信頼関係の構築の妨げになる様なことは避けたい。

（3） 介護家族への支援

重度の BPSD により介護家族が疲弊している場合などは、初回訪問時から家族への支援を行うことが非常に重要である。特に、今まで医療や介護につながっていない介護者は、自分一人で介護上の問題を抱え込んでいたり、社会資源や認知症疾患に関する適切な情報を得られないでいる可能性が高い。在宅生活の継続には、社会資源の利用だけでは限界があり、介護家族や周囲の人の理解が重要となる。そのため、それらの人に対する支援も求められている。家族にはその大変さをねぎらい、行っている介護に例え問題があったとしてもまずは、認める（褒める）ことが重要であるとともに、チームはいつでも困った時に相談に乗ることができる体制がある旨を伝え、孤立状態にはないことを理解し安心しても

らう様な声掛けも重要である。適切な情報提供のためには、①認知症についての基本的な情報（原疾患とその特徴、BPSD、治療、家族の対応上の注意点など）と、②地域の特性に合わせた社会資源に関する情報（医療や介護保険に関する制度やサービス資源、インフォーマルサービスなど）について簡単にまとめた媒体を準備・持参し、家族へ説明とともに渡してくると良い。前橋市の場合は、前橋家庭介護ガイドブック²⁾を作成し、訪問時に持参するだけでなく、市役所のホームページ上でも無料公表している。特に目に見えない認知機能障害により生じる生活機能の障害について、具体的な声掛けや援助方法などを分かりやすく説明することができるは、作業療法士ならではの関わりであろう。ただし、特に疾患の特徴やその予後などの説明は、既に鑑別診断が行われているケースが対象であり、鑑別診断も行われていないケースの場合は、初回訪問の時点での予後などを詳細に説明することは極力避けた方がよい。具体的な日常生活上の困り事に対する対処法などをアドバイスするのにとどめるのがよいであろう。

（4）その他

在宅で生活している認知症高齢者の場合、認知機能の低下に伴い、家族から家庭内での役割（例えば炊事や洗濯など）をリスク回避の観点から取り上げられている場合や、趣味活動などができなくなっているケースは非常に多い。1日の暮らし方や趣味、以前の仕事内容や家庭での役割についても、家族または本人から聴取したい。ここで生活行為向上マネジメントをツールの一つとして活用すると、本人のやりたいことなどを比較的簡便にまとめていくことができる。このあたりは、最も作業療法士が得意とするところであろう。

また、住環境や周囲の環境についての評価も重要である。このあたりも、作業療法士が得意とするところであろう。特にレビュ小体型認知症の場合は、転倒リスクが高いだけでなく、屋内の照度差や壁の模様など周囲の環境によって幻視が誘発されることもある。また、その地域周辺の状況を確認し、近隣の援助が期待できる場所であるか、近隣者とのトラブルなどが無いかなどの確認も行いたい。認知機能の低下により、ゴミ出し日や回覧板などで混乱し、近隣住民とトラブルになっているケースも散見される。

【文 献】

- 1) 前橋市認知症初期集中支援チーム：前橋市認知症初期集中支援チーム H25 年度設置促進モデル事業実施報告書 運営・実施マニュアル。前橋市、（オンライン），入手先<http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/122/p012927_d/fil/maebashi1_0.pdf （参照 2014-12-24）
- 2) 前橋市認知症初期集中支援チーム：前橋市家庭介護ガイドブック。前橋市、（オンライン），入手先<http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/122/p012927_d/fil/kateikaigo.pdf （参照 2014-12-24）

3. アセスメントツール

前述のように対象者との信頼関係に時間を要することから初回訪問時にアセスメントを実施することは、困難なことも多い。そこで、アセスメントツールとしては、簡便かつ短時間で実施でき、生活機能障害や活動性を鋭敏に捉えられるものが必要となる。

ここで紹介するものは、認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業報告書（平成25年3月）¹⁾ や地域ケアシステムにおける認知症総合アセスメント（DASC）とその活用方法²⁾ の資料、キャラバンメイト・スキルアップ研修³⁾ の資料を参考にしながら整理したものである。

（1）地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート」²⁾ (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System: DASC)

認知症とは、何らかの「脳の病気」によって、「認知機能」が障害され、これによって「生活機能」が障害された状態を言う。そして、このような「脳の病気—認知機能障害—生活機能障害」の3者との連結を中心にして、さまざまな「身体疾患」、さまざまな「行動・心理症状」、さまざまな「社会的困難」が加わって、認知症の全体像が形づくられる。これらの全体を包括的に評価することを認知症の総合アセスメントと呼ぶ。

しかし、認知症に気づき、認知症であることを診断するためには、まずは「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが重要である。DASCは、認知症をもつ人によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」をリストアップしたものである。DASCには以下のようないくつかの特徴がある。

- ・ 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- ・ IADLの項目（6項目）が充実しているので軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい。
- ・ 4件法で評価しているために障害の機能変動をカバーできる。
- ・ 設問は具体的であり、観察法によって評価できる。
- ・ 簡便で、短時間で実施できる。
- ・ 評価方法も単純である。
- ・ 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的な理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得することができる。
- ・ 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができ、かつ必要な支援の目安をつけることができる。

1) DASC を用いる場合の全般的留意点について

① DASCは、原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活機能障害に関連する行動の変化を評価する尺度（Informant Rating Scale）である。

② 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に

日常生活の様子を質問しながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりして、調査担当者自身の判断で対象の方の状態を評価する（各質問項目の、一人暮らしの方の場合の評価の留意点を参照）。

- ③ 質問は21 項目あり、それぞれにつき1 から4 の4 段階（4 件法）で評価する。
- ④ 4 段階評価を行う場合、1,2 と3,4 の間にアンカーポイントをおき、1 および2 が正常

2) DASC の評価方法

●合計点をもじいて認知症の可能性を評価する場合

合計点を使用する場合は、項目1～項目18 (DASC-18) の回答番号の合計を求めて判定する。
29 点以上で認知症の可能性ありと判定する。

●認知機能障害と生活機能障害の確認から認知症の可能性を評価する場合

- ①認知機能障害（記憶、見当識、問題解決・判断）の各項目のいずれかが障害領域（3～4 点）であり、かつ、生活機能（家庭外のIADL、家庭内のIADL、身体的ADL①②）のいずれかが障害領域（3～4 点）の場合には、認知症の可能性がある。
- ② ①を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶（項目3）、見当識のドメインで場所（項目5）、問題解決・判断で社会的判断力（項目9）のいずれかが障害領域（3～4 点）か、身体的ADL①②（項目16～項目21）が障害領域（3～4 点）であれば、中等度以上の認知症である可能性がある。
- ③ ①を満足し、かつ、記憶のドメインで遠隔記憶（項目3）、見当識のドメインで場所（項目5）、問題解決・判断で社会的判断力（項目9）のいずれも障害領域ではなく（1～2点）、身体的ADL①②（項目16～項目21）も障害領域でなければ（1～2 点）、軽度の認知症である可能性がある。

（2）Dementia Behavior Disturbance scale (DBD) 短縮版 DBD13³⁾

Dementia Behavior Disturbance scale (DBD) は、Baumgarten らによって開発され、溝口らによって日本語版が作成された。DBD は介護負担との相関が良好で、広く医療・福祉現場で用いられている。しかし、町田は、時間的短縮とケア感度の高い行動評価スケールの作成を目的に短縮版を開発した。認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業報告書では、行動心理症状の把握のため本スケールを提示している。

DBD13 は、MMSE、基本的ADL、手段的ADLと有意な負の相関があり、介護負担感 (Zarit Burden Interview) と正の相関があり、信頼性・妥当性が認められている（表2）。

表2. DBD13評価表

次の0から4までの評価に従って記入してください。

0 : 全くない 1 : ほとんどない 2 : ときどきある 3 : よくある 4 : 常にある

1	同じことを何度も何度も聞く	
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている	
3	日常的な物事に关心を示さない	
4	特別な理由がないのに夜中起き出す	
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	
6	昼間、寝てばかりいる	
7	やたらに歩き回る	
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	
9	口汚くののしる	
10	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	
11	世話をされるのを拒否する	
12	明らかな理由なしに物を貯め込む	
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	
	合計	/52

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC) 認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID	記入日 平成 年 月 日	生年月日：大正・昭和 年 月 日 (歳)	男・女	独居・同居
回答者の氏名：	本人との縁柄：	記入者氏名：	所属・職種：	
認知機能障害・生活機能障害				
1 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
2 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
3 自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
4 今日が何月何日かわらないときがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
5 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
6 道に迷って家に帰ってこわれなくなることがありますか。	a. まったくない b. ときどきある c. 綱繁にある d. いつもそうだ	1点	2点	3点
7 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
8 一日の計画を自分で立てることができますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
9 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
10 一人で買い物はできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
11 バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
12 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人できますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
13 電話をかけることができますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
14 自分で食事の準備はできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
15 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. あまりできない d. まったくできない	1点	2点	3点
16 入浴は一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
17 着替えは一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
18 トイレは一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
19 身辺じみを整えることは一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
20 食事は一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
21 家のなかでの移動は一人でできますか。	a. 問題なくできる b. だいがいできる c. 一部介助を要する d. 全介助を要する	1点	2点	3点
DASC 18 項目の合計点			DASC 21 項目の合計点	点

(3) Zarit介護負担尺度短縮版 Zarit 8⁴⁾

介護負担とは、親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度である。Araiらは、Zarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI）を作成し、その信頼性、妥当性は高かったとしている。現在、介護負担を客観的に把握する尺度として、我が国においてJ-ZBIは頻用されているが、さらに実際の在宅介護や臨床の現場でより簡便に介護負担を測定できるようにZarit 8を作成した（表3）。

表2. Zarit介護負担尺度短縮版 Zarit 8

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

項目	質問内容	思 わ な い	た ま に	時 々	よ く	い つ も
			0 点	1	2	3
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。					
2	患者さんのそばにいると腹がたつことがありますか。					
3	介護があるので家族や友人とつきあいづらくなっていると思いますか。					
4	患者さんのそばにいると、気が休まらないと思いますか。					
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。					
6	患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。					
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。					
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。					

Hirono N, et al: No To Shinkei 6, 561-7; 1998 烏羽研二監修、高齢者総合的機能評価ガイドライン、厚生科学研究所 2003 19

(4) 行動観察方式AOS (Action Observation Sheet)⁵⁾ 図2

認知症あるいは認知症が疑われるような人の日常生活上の様子について、本人・家族・介護医療従事者、保健・福祉関係者等を対象に簡易なアンケート形式で行うのが行動観察AOSである。その結果から認知症発症の有無やその症状の程度を推定するとともに家族の介護力や介護負担、介護サービス利用等に関する課題を見い出し、サービス改善、本人・家族に対する助言などの活用が可能となる。AOSの中心部分はSSDS (Screening Scale For Dementia Severity／認知症重症度評価尺度) をもとに構成されており、信頼性・妥当性が確認されている。

尚、AOSを使用する際は、認知症サポートキャラバン キャラバンメイト養成スキルアップ研修の受講が必須となっているのでお気を付け頂きたい。

様式 2

行動観察方式AOSシート



実施日 平成 年 月 日

実施回数 回

担当者名 :

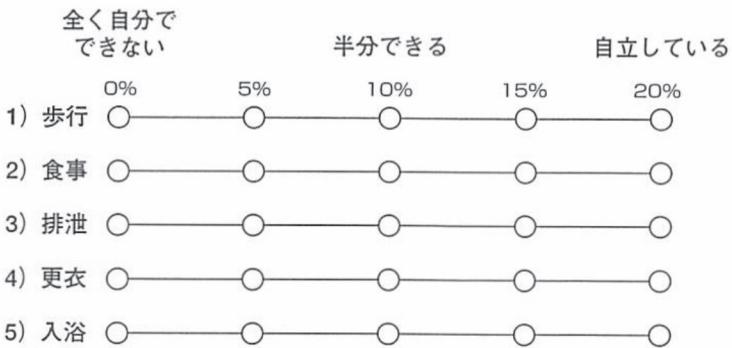
氏名	年齢
性別 男・女	利き手 右・左・両
記載者 (統査)	年齢

行動観察方式AOS

点

A.

日常生活動作について、当てはまるところを●印にしてください。



ADL

%

設問は裏面へ続く

備考

B. あてはまる項目の番号に○印を、すこし傾向がある項目には△印を、一番困っている項目には◎印をつけて下さい。

1. よく知っている場所でも、道に迷うことがある
2. 融通(ゆうずう)がきかず、頑固で相手の意見を聞こうとしない
3. 会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う
4. 今言ったことでも、すぐに忘れてしまう
5. 夕方になると、時間や場所が分からなくなったり、変なことを言ったりする
6. 意欲がなく、新しいことへの関心がない
7. ごく簡単な言葉でも理解できない
8. 状況に応じた行動ができない
9. ゴミや紙などを収集する
10. 言葉がうまく話せないが、意味は理解できている
11. 身だしなみを気にしない
12. 昨日の出来事をほとんど忘れてしまう
13. 動作がのろくなってきた
14. お金や物を盗られたと言う
15. 食べ物でないものでも食べようとする
16. ちょっとしたことでイライラする
17. 今が何年、何月であるか分からない
18. 過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある
19. 季節外れのものを着たり、着衣の順を誤ったりする
20. 不潔、清潔の区別がつかない
21. 独り言を言う
22. やさしい計算でも間違える
23. ちょっとしたことで泣いたり、激怒したりする
24. 作り話をよくする
25. 家族の名前を間違えたり、忘れたりする
26. 今日が何日か、何曜日かが正確に言えない
27. 食事をしたことを忘れ、何度も食事を要求する
28. 話がくどく、同じことを何度も繰り返す
29. 外に出ていきたがったり、出でいったりする
30. 人付き合いが苦手になり、閉じこもりがちである
31. いつも上機嫌でよくしゃべる
32. 時々死にたいと言う
33. 新しいことを覚えられない
34. 夜中になると起きて騒ぐ
35. よく知った人の顔を見ても分からない、または誤る
36. 一つの用事をしている間にほかの用事を忘れる
37. 暴力を振るうことがある
38. 尿や便を漏らす
39. 忍耐力がなく、集中力が低下している
40. 自分でしようとせず、他人に頼りがちである
41. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある
42. 自宅でも部屋やトイレの場所を誤る
43. 取り繕い、場合わせをする
44. 段取りよく物事を進められない
45. 高血圧と診断されている
46. 糖尿病と診断されている
47. 脂質異常症と診断されている

参考記入例

様式3 行動観察方式(AOS)項目別配点表

危険因子に関する項目

No.	質問内容	障害部位等	配点	本人	家族		スタッフ	
					長男妻	長男	A	B
2	融通(ゆうずう)がきかず、頑固で相手の意見を聞こうとしない		1		○			
18	過去に意識を失うほど、頭を強く打ったことがある		1					
30	人付き合いが苦手になり、閉じこもりがちである		1					
45	高血圧と診断されている		1		○	○		
46	糖尿病と診断されている		1					
47	脂質異常症と診断されている		1					
小計				6		2	1	

境界徴候に関する項目

No.	質問内容	障害部位等	配点	本人	家族		スタッフ	
					長男妻	長男	A	B
8	状況に応じた行動ができない	前頭葉	2				○	
11	身だしなみを気にしない	前頭葉	2					
16	ちょっとしたことでイライラする	前頭葉	2		◎			
28	話がくどく、同じことを何度も繰り返す	前頭葉	2					
36	一つの用事をしている間にほかの用事を忘れる	前頭葉	2					
39	忍耐力がなく、集中力が低下している	前頭葉	2				○	○
6	意欲がなく、新しいことへの関心がない	前頭葉	2			○		
40	自分でしようとせず、他人に頼りがちである	前頭葉	2		○			
44	段取りよく物事を進められない	前頭葉外側面	2					
43	取り繕い、場合分けをする	後方脳	2					
22	やさしい計算でも間違える	左頭頂葉、前頭葉	2					
3	会話中に「あれ」「それ」などの代名詞をよく使う	左側頭葉	2					
33	新しいことを覚えられない	海馬	2	○				
13	動作がのろくなっている	中脳	2	○				
小計				28	4	4	2	2

中核症状(記憶・見当識)に関する項目

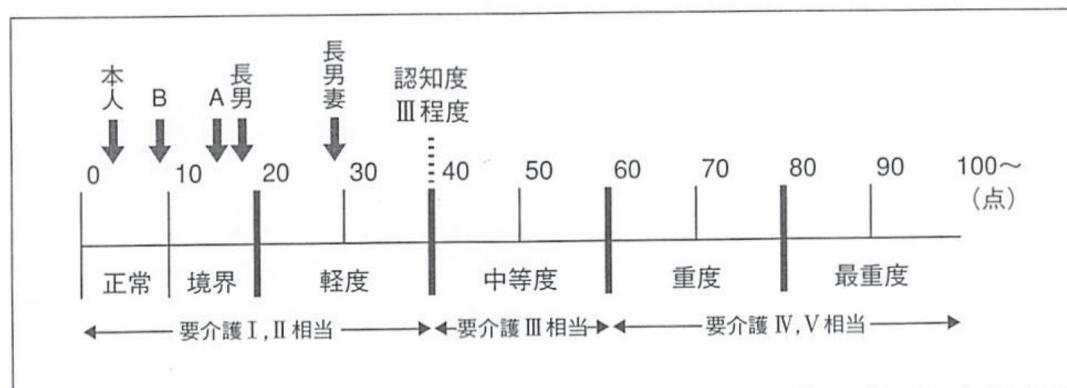
No.	質問内容	障害部位等	配点	本人	家族		スタッフ	
					長男妻	長男	A	B
12	昨日の出来事をほとんど忘れてしまう	側頭葉内側等	2		○			
4	今言ったことでも、すぐに忘れてしまう	側頭葉内側等	5		○	○		
26	今日が何日か、何曜日かが正確に言えない		2				○	○
17	今が何年、何月であるか分からない		5					
1	よく知っている場所でも、道に迷うことがある	側頭葉内側 頭頂葉	2					
42	自宅でも部屋やトイレの場所を誤る	側頭葉内側 頭頂葉	5					
25	家族の名前を間違えたり、忘れたりする	側頭葉	2					
35	よく知った人の顔を見ても分からない、または誤る	右後頭葉 側頭葉内側	5					
小計				28		7	5	2

行動・心理症状に関する項目

No.	質問内容	障害部位等	配点	本人	家族		スタッフ	
					長男妻	長男	A	B
9	ゴミや紙などを収集する	前頭葉	5					
10	言葉がうまく話せないが、意味は理解できている	左前頭葉	5					
15	食べ物でないものでも食べようとする	両側側頭葉	5					
19	季節外れのものを着たり、着衣の順を誤ったりする	前頭葉、右頭頂葉	5					
20	不潔、清潔の区別がつかない	前頭葉	5					
21	独り言を言う		5					
23	ちょっとしたことで泣いたり、激怒したりする	前頭葉	5					
24	作り話をよくする	前頭葉、側頭葉	5		△			
27	食事をしたことを忘れ、何度も食事を要求する	側頭葉	5					
29	外に出ていきたがったり、出ていったりする	前頭葉、頭頂葉	5				○	
34	夜中になると起きて騒ぐ		5					
37	暴力を振るうことがある	前頭葉、右半球	5					
38	尿や便を漏らす	前頭葉	5		○	○		
5	夕方になると、時間や場所が分からなくなったり、変なことを言ったりする		5					
7	ごく簡単な言葉でも理解できない	左側頭葉	5					○
14	お金や物を盗られたと言う		5		○	○	○	
31	いつも上機嫌でよくしゃべる	右半球、前頭葉	5					
32	時々死にたいと言う	左半球、前頭葉	5					
41	「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻覚がある	側頭葉、後頭葉 中脳	5					
小計			95		15	10	10	5

総得点	157	4	28	18	16	9
-----	-----	---	----	----	----	---

〈AOS 実施者得点スコア表〉



重症度と対応の目安

認知症の重症度は、設問B（47項目）の回答結果から得られた合計点数（1-157点）により推定される。

9点以下	正 常	生活習慣上の助言や認知症予防教室等への参加勧奨。
10~19点	境 界	主介護者の負担軽減、家族間の協力関係改善、介護サービス利用、諸制度活用、近隣の理解・協力確保等に向けた助言、BPSDへの対処方法等の助言・ケア。 専門医療機関の受診勧奨。
20~39点	軽 度	行動・心理症状への対応方法等の助言。家族会等の当事者団体の紹介。必要に応じて成年後見制度の利用相談窓口などを紹介。未受診の場合は受診勧奨。
40~59点	中等度	介護家族のストレスが増えるため「軽度」段階における助言・ケアをさらにきめ細かく行い、本人及び介護者支援の強化につなげる。在宅生活が困難となってくる場合があり、施設入所等、在宅サービス以外のサービスの相談にも対応する必要がでてくる。
60~79点	重 度	この段階以上で在宅生活を維持するためには、高度なケアマネジメントと緊密なネットワークによるサービス体制が必要となる。
80点以上	最重度	本人の状態（幻覚・妄想状態、不穏状態など）及び介護内容の変化に応じた助言・ケアが求められる。医療機関との連携確保支援。全介助である場合には、ターミナルケアに向けた相談にも対応。

●認知症介護予防事業への紹介・参加推奨の対象

境界（10-19点）または正常（9点以下）であるが、協会徵候に関する14の項目のいずれか、または軽度の記憶障害（項目12）や時間の見当識障害（項目17）に◎・○・△がつく場合。

●要介護認定申請などの目安

要介護認定の未申請者で境界以上の場合には、設問A（日常生活動作）によるADLの状態も勘案した上で、要介護認定の申請を勧める。

●医療機関受診の目安

設問B（具体的な行動評価）の総得点が境界以上で受診の場合には、認知症専門医、認知症サポート医、かかりつけ医の早期受診を推奨する。

(5) 生活行為向上マネジメント（資料1）⁶⁾

OT協会は、第2次作業療法5か年戦略（2013－2017）の重点項目として、地域生活移行・地域生活継続支援を推進しており、生活行為向上マネジメントの学術的位置づけ確立と普及を掲げている。特に予防事業への応用を提示・普及していくとしている。これまで認知症の早期や中等度に対しても活用されており^{7·8)}、初期集中支援チームにおけるマネジメントとしても活用されたい。詳細は、生活行為向上マネジメント関連の研修会を受講してほしい。

(6) 認知症の総合アセスメント（Comprehensive Geriatric Assessment for Dementia: CGA-D）（資料2）⁹⁾

認知症ケアの質を高めて、認知症の病状の重篤化を防ぎ、認知症の人と介護者の生活の質を保持していくためには、認知症の全体像を総合的に評価する必要がある。

多職種間でその情報を共有し、予防、医療、介護、住まい、生活支援、介護者支援、権利擁護など、その人に必要とされる支援を統合的に提供していく必要がある。認知症の総合アセスメントは、そのような「多職種間の情報共有」と「必要な支援の統合的提供」を目指して行われる。

【文献】

- 1) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：認知症の初期集中支援サービスの構築にむけた基盤研究事業 事業
報告書. 独立行政法人国立長寿医療研究センター, (オンライン), 入手先<
http://www.ncgg.go.jp/research/pdf/topics/rojin-hokoku1_24.pdf, (参照 2013-12-20)
- 2) 独立行政法人国立長寿医療研究センター:DASC アセスメントツール使用方法と DASC21 最新版. (オンライン), 入手先<http://vexon-intnl.com/dasc/h24text_201308.pdf>
- 3) 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討—ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して—. 日老医誌 49 : 463—467, 2012.
- 4) 鳥羽 研二監修, 長寿科学総合研究 CGA ガイドライン研究班：総合的機能評価ガイドライン. 厚生科学研究 所, 東京, 2003.
- 5) 全国キャラバン・メイト連絡協議会, 地域ケア政策ネットワーク：キャラバン・メイト養成テキスト スキル
アップ扁. NPO 法人地域ケア政策ネットワーク, 東京, 2012.
- 6) OT 協会：平成 25 年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けた

リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業. (オンライン), 入手先<
<http://www.jaot.or.jp/science/h25rokenjigyo-seikatukoui.html>>

7) OT 協会 : 平成 24 年度老人保健健康増進等事業. 生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士

と の 連 携 効 果 の 檢 証 事 業 . (オ ン ラ イ ン) , 入 手 先 <
<http://www.jaot.or.jp/science/h24rokenjigyo-renkei.html>>

8) OT 協会 : 平成 24 年度老人保健健康増進等事業. 生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検

討事業. (オンライン), 入手先<生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討事業>

9) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター : 平成 26 年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト, 38-42, 2014

資料 1

生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント™

利用者：

担当者：

記入日： 年 月 日

生活 行為 アセス メント	生活行為の目標	本人 キーパーソン				
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 (精神機能、感覚、神経筋骨格、運動)	活動と参加の分析 (移動能力、セルフケア能力)		環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)	
	生活行為を妨げ ている要因					
	現状能力 (強み)					
	予後予測 (いつまでに、どこま で達成できるか)					
	合意した目標 (具体的な生活行為)					
	自己評価*	初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10 満足度 /10

*自己評価では、本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活 行為 向上 プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のための プログラム				
いつ ・どこで ・誰 が 実施	本人				
	家族や 支援者				
実施・支援期間		年 月 日	～	年 月 日	
達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： ）			<input type="checkbox"/> 中止

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

資料2 CGA-D

領 域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症 など その他 ()
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間失見当識、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害 など その他 ()
生活機能障害	基本的日常生活能力（排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴）の障害、手段的日常生活能力（電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用しての移動、服薬管理、金銭管理） その他 ()
身体合併症	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、褥瘡、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞 など その他 ()
行動・心理症状	妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不公平を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症、せん妄 など その他 ()
社会的状況	介護負担、介護者の健康問題、経済的困窮、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、老老介護、認認介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難 など その他 ()

4. 介入の計画と実施

初回訪問終了後から実際的な支援までの流れは大きく分けて、1) アセスメントのまとめ、2) 課題の明確化、3) チーム員会議の開催、4) 実際の支援がある。

(1) アセスメントのまとめ

初回訪問を終えた後、できるだけ速やかにアセスメントの結果をまとめ、チーム員内及び関係者内で情報を共有する。アセスメントの結果のまとめ方や情報共有に関する帳票は各実施自治体によって異なるが、出来るだけ包括的かつ簡便に整理できるものを使用することが望ましい。H26年度のモデル事業では DASC と Zarit8、DBD13 と身体状況に関するチェックリストに加えて MMSE が必須の評価項目として指定されている。しかし、チーム員の構成や訪問体制など実施している市区町村ごとに差があるため、上記以外の評価スケールを用いた市区町村もあった。具体例としては、認知症総合機能評価(Comprehensive geriatric assessment for Dementia;CGA-D)がある。CGA-D は、①認知症疾患、②認知機能障害、③生活機能障害(ADL や IADL を含む)、④身体合併症、⑤行動・心理症状、⑥社会的状況に分類しながら包括的にアセスメントするものとして使用されている。また、身体機能面に関しては、CDR ハンドブックに掲載されている専門医に紹介する情報の整理表を用いることもできる。さらに、IADL については DASC を踏まえて具体的に分析・整理していく。例えば服薬が十分に管理できていない場合、見当識によるものなのか、服薬の必要性の理解不足によるものなのか、記名力低下による服薬状況の記憶保持が困難であることが影響しているかなどアセスメントを整理する。また、服薬カレンダーなど代替手段で対応可能なのか、服薬回数を 1 日数回から 1 日 1 回に減らすことで服薬できるか、一包化することで飲み忘れが防止できるか、家族や訪問看護など人の介入を必要とするのかなど、各項目のどの部分でやりにくさや困難さが生じているか評価し対応策を検討する。そして、その人のやりたいこと、できることのアセスメントについては、生活行為向上マネジメントが非常に有用である。その人の“人となり”がよく分かる情報もまとめておきたい。

(2) 課題の明確化

アセスメントのまとめを行った上で、課題の抽出を行う。チーム員の介入目安とされる約 6 ヶ月間では全ての課題に対して対応・解決できるわけではないことを理解しておかなければいけない。そのため、課題の優先度を決定し、優先度の高い課題から取り組んでいく必要がある。優先度としては、①生命に関わる重篤な身体状況・住宅環境、②自傷他害の危険性が極めて高い状況、③心身や社会関係等の状況が悪化している場合、④深刻な権利侵害が認められる場合などである。この際に重要なのは、既存の社会資源との兼ね合いの中でどの様にチーム員が動くのが望ましいのかについて考えることである。チーム員が介入した期間内にどの様な成果があったかということだけでなく、あくまでも最終目標は住み慣れた地域で穏やかな生活をいかに長く継続することができるかという視点が重要

である。そのために、医療や介護につなげたり、BPSD 軽減のための関わりを行うのである。チーム員は何か特別に新しい事を期間限定で提供するというより、認知症の疾患から制度まであらゆる事に精通しているチームが、今その人の周りにある社会資源をいかに上手くコーディネートしてつなげるか。そういう視点で関わる事が大切である。

課題の明確化にあたっては、「アセスメントのまとめ」で用いた CGA-D のように各項目の問題点から整理することで包括的な視点でまとめることができる。また、総合的に考えながら、①本人への支援、②本人の権利擁護・意思決定支援、③家族の支援と教育、④かかりつけ医・専門医への受診勧奨、⑤介護保険サービスの導入、⑥関係職種の教育のように大まかな柱を立てた上で課題の優先度を整理することもできる。さらに、問題の所在という視点からは、本人が困っているのか介護家族（または周囲）が困っているのか、本人に問題があるのか家族（または周囲）に問題があるのかについて明確化する必要もある。在宅では、本人の問題だけでなく時に介護家族に問題の所在がある場合も経験する。

（3）チーム員会議の開催

チーム員会議とは、「複合的な支援を必要とする個人に対して、他職種で構成されるチーム員が情報を共有し、課題を明確化させ、具体的な支援の方法を決定し、支援を統合的に提供していくための調整会議」とされている。チーム員会議のメリットとしては、ケースを多角的に集約・議論できること、統一した方向性を関係者が確認・共有できること、不足している情報を明確にできることなどがある。

まず、チーム員会議を開催するにあたり、設営準備が必要である。チーム員および関係職種（地域包括担当者、ケアマネジャー、行政職員等）の日程調整と会場の決定を行う。開催頻度は自治体の規模やチーム員の設置箇所によって異なるが、ある程度固定された曜日・時間帯のほうが、各自業務を調整し会議に参加しやすい。しかし、訪問からチーム員会議の開催まで時間が空いてしまうことがある。その場合は、緊急性に応じて現場レベルで動くこともある。開催場所は認知症初期集中支援チームが設置されているところで開催されることが多いが、相談があった地域包括支援センターで行うこともある。

チーム員会議を開催するにあたり、活発な討議が会議の中でなされるよう資料等を事前に配布するなどの工夫が必要である。また、数回に渡る会議の内容が把握できるよう、配布資料を 1 枚に集約することもできる。しかし、情報の集約に配慮するあまり専門用語を濫用してしまう可能性がある。職種によっては同じ表現であっても多少意味があることがある。その為、チーム員会議には様々な職種が出席することを忘れず書類を作成する必要がある。

議事進行がスムーズに行えるように、ファシリテーター、書記、タイムキーパー等参加者の役割を決める。ファシリテーターは参加者が活発に発言出来るよう配慮し、適宜発言を求めることが望ましい。タイムキーパーは、1 ケース当たりの時間を決めた上で大幅に時間超過しないようコントロールする。時間をかけて議論することも時として必要だが、各参加者は多忙な時間を割いて参加している為、効率良く議事を進行させていくことも重要

である。

会議内での支援計画の立案にあたり、独居か否かで内容・支援のボリュームが変わる。また、「課題の明確化」での優先度・緊急性の有無を確認し、早急に対応するべきか検討する。さらに、本人の「強み」に焦点を当てたアプローチを軸とし、「できなくなった事を、少しでもできるようにする」という考え方から「まだ出来ることを少しでも長く行ってもらう」という考え方へと変化させなければならない。それを踏まえた上で、本人への支援として直接的な支援と間接的な支援があり、直接的支援の中にも介護保険サービスなどのフォーマルケアか、近隣住民や友人などのインフォーマルケアなどがある。これらのうち、どの支援が必要なのか様々な側面から計画を立てる必要がある。(表3)

約6ヶ月の介入期間中1ケースあたり会議を複数回行うが、それぞれの開催回で内容を変えていかなければならぬことを押さえておきたい。初回のチーム員会議では、対象者のレビューとチーム員として挙げた課題の報告、認知症専門医からのアドバイスを踏まえて、支援の方向性および具体的支援の検討を行う。2回目以降は、支援の経過報告と見直しを主に行う。さらに引き継ぎに向けたアクション・プランの作成も行うと良い。最終会議では、ケアマネジャー等への引き継ぎの回となるため、通常の参加者に加えて担当ケアマネジャーやサービス提供者に出席してもらうことが望ましい。その際、書類だけでは伝えきれない情報の伝達やサービス導入にあたってのプロセス、介入のポイントなどを共有する。

(表3) 支援計画の例

本人ができること	<記憶> ・カレンダーの活用 • アラーム機能の活用 • メモ等の活用 <服薬管理> ・服薬カレンダー • アラーム付き薬箱 <意思決定支援> ・メモリープック • リビングウィル
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 ・介護保険サービス 訪問系：訪問診療、訪問看護(訪問リハを含む)、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、配色サービス ・地域包括支援センターでの活動(セミナーやサロン 等)

	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診勧奨(かかりつけ医 等) ・住環境整備 ・クライシスプラン ・成年後見制度 <p>②インフォーマルケア</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
間接的支援	<p>①非同居家族への情報提供及び心理教育</p> <p>②近隣住民や民生委員への情報提供及び心理教育</p> <p>③かかりつけ医への情報提供</p> <p>④関係職員への教育</p>

コラム：アクション・プラン～世田谷区でのH25年度モデル事業の場合～

アクション・プランとは、目標や計画を達成するために、「いつまでに」「何を」「どうするか」を決定し、チーム員及び関係者で共有し、進捗を把握することで、目標達成までのプロセスを明確にすることです。世田谷区の場合、チーム員会議での検討資料の一部としてアクション・プランを取り入れています。アクション・プランを作成する中で、本人や家族・住環境など様々な項目に関して、「今すぐ対応が必要」「対応済み」「未対応」「今後必要」など優先順位をつけながら支援を立案しています。

①ケア計画作成マネジメント	ケア導入への本人への働きかけ、介護保険の導入、介護サービスの導入、インフォーマルケア
②日常生活の維持	食事、睡眠、排泄、清潔の保持、活動、健康の保持、居住環境の保持、安心安全
③対人関係の維持	他者との関係性の構築
④家族への援助	本人との付き合い方、コミュニケーション・スキル、症状の観察、家族の想いを受け止める
⑤精神症状の悪化や増悪の防止	妄想・幻覚・不安のアセスメント、抑うつ状態のアセスメント、徘徊時のアセスメント、せん妄のアセスメント、拒否・拒絶のアセスメント、暴力・暴言のアセスメント、傾眠のアセスメント、家族の呼出・電話頻回のアセスメント、大食・異食行為のアセスメント、クライシスプラン、認知症専門医等への受診支援

⑥社会生活の援助
交通機関の利用や移動に関するアセスメント・支援、銀行・郵便局などの資産管理、公共料金・電話などの管理、郵便物の管理、車の使用、後見人制度の活用・情報提供
⑦住環境に関する援助
住居確保に関する援助、バリアフリー・障害の撤去、雨漏りや白アリなどの住宅の老朽化、耐震化
⑧対象者のエンパワメント
不安の傾聴・軽減、役立つ情報と選択肢の提供、肯定的フィードバック
⑨権利擁護と尊厳
⑩延命措置への想い
⑪胃ろう造設への想い
⑫病名告知への想い
⑬生活場所の変化への想い（自宅か施設か 等）

（4）実際の支援

チーム員会議で討議・決定された目標と対象者のニーズに基づき、必要な支援を行っていく。まず、医療機関の受診に結びつける場合、「1. 初回訪問までの手続き」に述べた通り、主治医との関係づくりが重要である。主治医がいるにもかかわらず、チーム員の判断で勝手に認知症疾患医療センターへの受診勧奨などを行うのは避けるべきである。認知症疾患医療センターはあくまでも鑑別診断を行う機関であり、その後の投薬フォローなどは地域のかかりつけ医がその役割を担う。また、かかりつけ医からの情報提供が認知症疾患医療センター受診時に成されることが望まれる。これらのことからも分かる様に、スムーズな受診勧奨やその後の投薬フォローまで考えると、かかりつけ医・主治医が重要な役割を担う。対象者に関与する旨やアセスメントした結果などをお伝えし、かかりつけ医からセンターの紹介とその後のフォローを行ってもらえる様に働きかけるのもチーム員の役割である。ただ認知症疾患医療センターを紹介するだけでは、地域での生活の継続という視点が欠けた無責任な関わりであり、全くもって連携にはならない。ただし、かかりつけ医の理解不足や家族や本人とかかりつけ医の関係が悪い場合などは、チーム員会議にて慎重な議論が必要であろう。この場合も、行政担当者とともに地域のかかりつけ医の対応能力向上に関する取り組みについて、話し合うことも大切である。また、支援のキーとなる主治医が総合病院に勤務している場合などは、病院連携室のソーシャルワーカーなどと連携して受診の調整や情報共有などを行うこともある（情報共有は原則的に対象者の同意の元に行うべきである）。

また、介護につなげる場合も、チーム員がケアマネジャーや地域包括支援センター担当者の代わりに対象者と介護保険サービスに関する契約をとることはせず、支援の種類の選定と支援の定着化を補助することが重要である。介護保険サービスの導入を検討する場合、

時間・日付の見当識低下や記憶障害から新しい出来事の定着化に時間がかかることを踏まえたうえで引き継ぎをおこなう必要がある。また、新しい出来事への不安や混乱から家族等身近な人に対する攻撃性や過度な確認行動が生じることも予測したうえで、家族等への情報提供をおこなう。また、サービス提供者にも定着化が図れるまで、根気強く関わるよう促していくことで、対象者自身が安心感を持ってサービスの利用が望める。その際、作業療法士らしく、その人のやりたいことできることのアセスメントから、何らかの作業活動や役割活動を見いだし、それを媒体としてデイサービスなどに引き継ぐと比較的スムーズに移行できることを経験する。

介護家族への支援という視点も重要である。特にBPSDが重度で相談依頼があったケースは、その大半のケースで家族の介護負担感が強い。在宅生活には社会資源だけでなく、大切なのはそれを支える周囲の人の理解である。特に関わり初期は、家族もどうして良いか分からずに混乱していることが多い。まずは、介護家族の話を聞き介護家族の家族を肯定・苦労のねぎらいをしつつ、不適切な関わりなどが行われている点などについては、否定ではなくより良い方法としてケアのコツなど伝える。話を聞いてもらうだけでも落ち着く家族も多い。そして、介護家族の関わり方がBPSDに与える影響については周知の事実であるが、介護家族としてみれば「頭で分かっていても、つい...」という方も多い。必要であれば家族会の紹介やケアのコツなどがまとまった冊子など渡すなどすると良いだろう。

我々作業療法士は、ついその専門性にこだわりたくなることがあるかもしれない。しかし、認知症初期集中支援チームでは、作業療法士の前に“医療職のチーム員”としての活動が望まれている。そこには医学的アセスメントから、かかりつけ医や医療機関との連携・調整、介護保険サービスやインフォーマルサービスとの連携、家族への支援まで非常に幅広い領域の活動が含まれている。病院の作業療法室の様に、来室した患者にお決まりの作業療法を提供する様な、本人のみへの一方的な支援といった視点は全く通用しない。包括的な視点での支援の中に、作業療法士としてのエッセンスを混ぜ込むといったスタンスが重要だと感じている。

5. 各機関との調整

(1) かかりつけ医や主治医への連携

先述の通り、かかりつけ医や主治医との連携は在宅生活の継続に非常に重要なポイントになる。そのため、事業の趣旨や概要について地元の医師会をはじめ、各先生方に理解していただく必要がある。これには、実施主体である市区町村の担当者が主として調整を行うことになることが多いと思われるが、チーム員も医師会や地域のかかりつけ医の先生達と顔が見える連携ができるように心がけたい。社会的困難事例でかかりつけ医のいるケースの場合は、かかりつけ医からの多くの情報が得られる場合もある。先述のコラム（P.25）のように、前橋市では主治医との連携について、一連の流れを定めた¹⁾。これらの流れは実施する市区町村の状況により異なるため、市区町村の担当者と十分に話し合い、連携が取りやすい体制構築について向けて取り組むこともチーム員に求められることであろう。なお、前橋市におけるH25年度からのチーム設置促進モデル事業では、これらの連携について各医療機関側に対する報酬制度は無いため、誤解を防ぐことを目的に「医療保険の診療情報提供料の対象外」の旨を明記した¹⁾。

実際の連携として、前橋市のH25年度モデル事業の例を挙げる。基本的にかかりつけ医がいる対象者の場合、訪問前に介入上の注意点や今までの経過などについて事前にアドバイスをいただくとともに、訪問後はアセスメント結果やチーム員会議の結果を情報提供書として報告する。専門医による鑑別診断などを勧奨する際は、かかりつけ医に対してチームとしての意見を提示し、次回かかりつけ医受診時に対象者との相談で最終的な判断をしていただき、必要に応じてかかりつけ医から認知症疾患医療センターに紹介状を書いていただきようとしている。かかりつけ医がいるにも関わらず、一切の情報提供もせずにチーム員が訪問の場で勝手に他医や認知症疾患医療センターの受診勧奨をすることは絶対に避けたい。たとえ、かかりつけ医と対象者や家族の関係が悪くてかかりつけ医の変更を希望している場合や、かかりつけ医がない場合でも、チーム員のその場での勝手な判断ではなく、チーム員会議の場で議論した後に方針を検討するべきである。前橋市の場合は、かかりつけ医がない場合などは、前橋市が前橋市医師会と協働作成した「まえだし認知症安心マップ」²⁾に登録している認知症対応医療機関から家族に選択してもらうなど、公平性に心がけている。地域のかかりつけ医の先生方とチーム員の信頼関係構築もチームとして活動していく上で非常に重要なポイントである。

(2) その他の機関との連携

規模の大きい総合病院などに主治医がいる対象者の場合も同様に連携を取ることが求められるが、総合病院の勤務医の場合はいつもその外来診察室にいるとも限らず、連携がとりにくい場合がある。その場合は、各病院にある地域連携室のソーシャルワーカーを介して連携することも考えられる。実際に、しばらく医療につながっていなかった対象者が数年ぶりに受診することになった際などは、対象者と家族の同意を得て受診日の調整やアセ

スメント結果などの情報提供も含め、病院の地域連携室を介して行うことがある。ただ単に受診を勧奨するだけでは、受診に結びつかないことが多いため、この様に受診に至るまでの調整をチーム員が行うこともある。また、主治医を通して認知症疾患医療センターを受診したケースについては、対象者と家族や関連機関の承諾のもと、認知症疾患医療センターと受診に至るまでの経緯やチームのアセスメント結果等の情報提供をするとともに、受診結果の共有を行うこともある。また、基本的にどの様な経緯で相談を受けても、対象者や家族の同意を得てその地区を担当する地域包括支援センターの職員にチーム員関与のことや進捗について報告を行い、連携をとるようにしている。基本的にチーム員は期間を定めて関与するため、チーム員が関わりを終了した後も継続して関与できるような支援体制の構築は早期から準備を進める必要がある。

チーム員は、作業療法士としての専門性を求められる以前に、その地域の中で様々な資源と連携し、公正かつフレキシブルに活動できるスキルが求められるとともに、認知症疾患の知識を持ち合わせ、アセスメントや家族支援までも行う医療職としてのオールマイティーなスキルが求められている。

【文 献】

- 1) 前橋市認知症初期集中支援チーム：前橋市認知症初期集中支援チーム H25 年度設置促進モデル事業実施報告書 運営・実施マニュアル。前橋市、(オンライン)，入手先<http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/122/p012927_d/fil/maebashi1_0.pdf (参照 2014-12-24)
- 2) 前橋市役所介護高齢課、前橋市医師会：まえばし認知症安心マップ。前橋市、(オンライン)，入手先<http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/121/p010870_d/fil/map_all.pdf (参照 2014-12-24)

6. 実践例

ここでは、各事例の訪問時記録を紹介する。

訪問 1回目

No	1-1	面接日		X年	9月	17日
氏名	A	男・女	77歳女性(H25年時点)			
相談内容	相談者:	夫(地域包括支援センターへ相談し、包括からチームへ) 家族(妻本人と夫との2人暮らし、娘夫婦が隣居)				

約16年前～躁鬱病の既往にて精神科病院に外来通院歴有り。

約3年前～車の運転で道に迷う、自家用車で出かけるも車を置いて帰宅するなどのエピソードがあった。最近、徐々に健忘が進行している様で家人は心配しているが、本人が受診に対して消極的。しかし、あまりに忘れることが多いので、近くの内科医を受診したが「歳のせい」と言われ、本人はそれ以降「私は認知症ではない」と受診をかたくなに拒否。しかし、日常生活上の明らかな問題あり、夫が心配して地域包括支援センターに相談したことがきっかけで、X年8月末にチームへ紹介される。

X年9月17日、担当包括職員とチーム員2名(OT・介護福祉士)で訪問。

地域包括支援センター担当者からは、現在医療につながっていないため、認知症の診断を行い医療につなげるとともに、介護保険申請を行いたいというニーズ。

認知症の評価(DASC21)	53/80	DASC低下項目
		近時記憶、見当識において、明らかな支障がある
DBD13 (行動障害の評価)	16/52	DBD13低下項目
		感情の変動の影響もあり、夫への暴言などがある
Zarit8 (家族の介護負担度)	13/32	具体的な負担感
		夫は地域の自治会関連の役職などを行っており多忙だが、妻のことで気が休まらない
訪問実施者	対応者:	PSW、Ns、OTR、Other 介護福祉士

小柄で温和、品のある女性。神経質な印象を受ける。本人はチーム介入に拒否的な印象あり、最初は口数が少なくとりつくろう様な発言多いが、話をしていくうちに本人自身も健忘についての自覚や不安感があるとの発言が聞かれる。

＜認知機能面＞日付の見当識は比較的保たれているが、目的と異なる物を買ってくる、クリーニングに服を出したというエピソード自体を忘却する、電話でその場の応対をするが内容や相手を思い出せないと、健忘を主体とした生活上の支障がある。同じ質問の繰り返しがある。妄想・幻覚は認めない。元来、感情の起伏が強かったが、最近は特に夫に対してきつくあたることが多い。

＜身体機能面＞麻痺や不随意運動、固縮などの兆候は認めない。日常生活上で支障を来すような痛みや筋力低下は認めず、転倒歴もないが、やせ形で日中の活動量も低く筋力低下のリスクありそう。

＜生活状況＞整容・更衣や入浴などの基本的なADLは自立。洗濯や掃除などの家事は行っているが、調理はほとんど全て夫が行っている。金銭管理や税金・年金・料金の支払いなどの複雑なIADLも難なため、夫が全て行っている。元来こまめな性格で、夫や子供の服などは自分で編んだりしていた。手芸が好きだったが、現在は意欲がなくなつたか、難しくなつたかやろうとしない(娘談)。

＜家族状況＞夫は地域の役員など忙しく、娘夫婦も勤めているため、本人が日中独居となることが多い。家族は健忘などを主体とした生活上の問題について心配しており、認知症に関する診断と必要があれば投薬などの継続治療を希望している。夫と娘は理解があり、受診時の協力は得られる。

＜住環境＞一戸建て持ち家。同敷地内の娘夫婦宅とは別棟だが繋がっている。特に問題なし。

チームの方針・相談への対応と経過

本事例は健忘や見当識障害を背景に、明らかな日常生活上の障害を認めるとともに、従来からの主治医に1年以上受診できていない。まずは、医療につながり適切な診断と投薬治療が受けられるように支援を行うとともに、家族に対して、関わり方のアドバイスなどの支援を行う。また、担当地域包括職員と連携し、介護保険申請とデイサービスの利用を検討していくことをチームの目標とした。

＜訪問経過＞初回訪問時、本人に主治医の久しぶりの受診を勧奨したところ拒否しなかつたため、主治医がいる病院の地域連携室のMSWと連携し、主治医受診の予約を直ぐに調整するとともに、主治医へ自宅での生活状況を文書で報告した。数日後に主治医を受診した際、主治医から認知症疾患医療センターの受診を勧奨される。センターを数日後に受診し、ADと診断→主治医の元でAchE阻害剤の投与でフォローとなる。

	記録者:	山口智晴
--	------	------

訪問 2回目

No	1-2	面接日		X年	10月	22日			
氏名	A	男・女	77歳女性(H25年時点)						
相談内容	相談者:	夫(地域包括支援センターへ相談し、包括からチームへ) 家族(妻本人と夫との2人暮らし、娘夫婦が隣居)							
初回訪問後、主治医の受診を経て、認知症疾患医療センターの受診につながり、アルツハイマー型認知症の確定診断後に、主治医の元で投薬フォローにまで至った。 しかし、本人が介護保険申請に対して拒否的で申請に至らず、困っているとの旨を担当地域包括支援センター職員より相談受ける。 新たなAchE阻害剤の服薬状況とその後の様子の変化、在宅での生活状況などの確認を兼ねて、2回目の訪問を実施。 2回目の訪問はOTと介護福祉士の2名。									
認知症の評価(DASC21)	—	DASC低下項目							
DBD13 (行動障害の評価)	—	DBD13低下項目							
Zarit8 (家族の介護負担度)	—	具体的な負担感							
訪問実施者	対応者:	PSW、Ns、OTR、Other(介護福祉士)							
初回訪問時に比べて、笑顔が増えている印象を受ける。夫より、服薬後に特に大きな変化はないが、以前より意欲的になり、食事の準備などを手伝ってくれることがあるとの話が夫より聞かれた。 しかし、健忘や見当識障害などの生活上の問題は残存しており、夫も気が休まらないとのことで、介護負担感は残存している様であった。「少し外に出てくれる時間があると良いのだけど...」と夫より。 本人は介護保険サービスやデイサービスについての理解不足や病識低下などから、周囲が介護保険を勧奨することに不信感を持っている印象を受ける。 “本人がやりたいこと、やれること”を中心に傾聴しつつ評価。初回訪問時に手芸が好きだったことを把握していたため、OTRが持参した作りかけの刺し子を提示すると最初は拒否的だったが、最終的には笑顔で「こんなコトがまだできるならやっても良いよね」と発言。									
相談への対応									
30分程度の刺し子の活動を通して、介護保険のデイサービスについて簡単に説明すると、本人は笑顔で「ただ集められて、歌うたったり体操させられるんじやなくて、こういうことできるなら是非やりたい...」と発言し、介護保険申請を希望。その日のうちに担当地域包括支援センター職員に連絡し、早急に申請手続きを実施。 家族にも、できるだけ役割を持てるように、かつ否定しないような関わりを心がけられるように接し方についてのアドバイスを行った(1時間半程度の訪問)。 夫の介護負担感軽減のためにも、デイサービスなどの通所型サービスの利用が望まれるが、本人の性格を考慮するとなかなか利用には結びつきにくいことも考えられる。サービス利用については時間をかけて検討する。まずは、介護負担感の軽減に向けた関わりを中心に継続する。									
		記録者:	山口智晴						

訪問 3 回目

No	1-3	面接日		X年	12月	3日
氏名	A	男・ 女	77歳女性(H25年時点)			
相談内容	相談者:	夫(地域包括支援センターへ相談し、包括からチームへ) 家族(妻本人と夫との2人暮らし、娘夫婦が隣居)				
<p>初回訪問後、主治医の受診を経て、認知症疾患医療センターの受診につながり、アルツハイマー型認知症の確定診断後に、主治医の元で投薬フォローにまで至った。</p> <p>2回目の訪問で介護保険申請に至った。</p> <p>今回は、要介護1の認定が出たタイミングで3度目の訪問(OTと介護福祉士の2名)。</p> <p>デイサービスの利用につながらない可能性がある、今後はケアマネがキーになる為、担当包括からケアマネに引き継ぎを行うとのことを、包括職員より連絡受けたため、自宅を訪問する。</p>						
認知症の評価(DASC21)	45/80	DASC低下項目				
DBD13 (行動障害の評価)	17/52	DBD13低下項目				
Zarit8 (家族の介護負担度)	3/32	具体的な負担感				
訪問実施者	対応者:	PSW、Ns、QTR、Other(介護福祉士)				
<p>主治医の定期的な受診と服薬は行えている。日常生活も変わりなく行えており、意欲や感情の変動が改善したこともあり、初回訪問時より夫の負担感は少ない。DASCやDBDの点数は大きく変化無かったが、Zaritは大幅な改善を認めた。夫からデイサービス利用の希望が聞かれるとともに、外出機会が少なく日中の活動性も低いため、デイサービスや地域の高齢者向けふれあいきいきサロンなどの資源利用が望まれた。</p> <p>2回目訪問時に刺し子のコースター作成キットを渡しておいたが、楽しんで作成したところで作品を見せてくれる。手芸はある程度の配慮をすれば可能と評価された。(刺し子はキットで、縫い目が下地に描かれているものを選択したため、最後まで混乱せずに実施できた。以前趣味で長年行っていた編み物は本人からの要望もあったが、視空間認知機能の低下している本事例では難しく、実施による失敗を避けたことも良かった様子)。</p>						
相談への対応						
<p>現在、ケアマネと相談し、作業活動を媒体としてデイサービス利用に繋げられるような方法を検討中。特に本人が行っていた作業活動などを媒体に利用できるデイサービスを検討すると共に、並行して近隣の高齢者向けふれあいきいきサロンへの参加について調整をしている。</p>						
		記録者:	山口智晴			

訪問 1 回目

No	2-1	面接日		X年 10月 2日	
氏名	A	男・女	生年月日 M・T・S		
相談内容	相談者:	本人 家族(妻)			
<p>平成23年ごろから肺気腫を発症し、在宅酸素療法O2 1ℓを夜間就寝時に使用している。その頃から外出の機会が極端に減少している。</p> <p>現在、外出の機会はほとんどなく、終日自室またはリビングで過ごし、テレビを鑑賞している。唯一の積極的な活動は趣味の「調理」であるが、徐々にメニューが単純化したり同じメニューが続くことが増えている。家族としても栄養面などを心配している。</p> <p>認知面としては、本人・家族ともに物忘れを自覚・心配している。また、妻に対して怒鳴りつけることが増えてきている。</p> <p>生活のメリハリや物忘れについて相談希望。</p>					
認知症の評価(DASC21)	33/80	DASC低下項目			
		近時記憶、見当織、日常関連動作(IADL)に関しては身体的な要因が大きい)			
DBD13 (行動障害の評価)	24/52	DBD13低下項目			
		興味の減退、日中臥床傾向			
Zarit8 (家族の介護負担度)	8/32	具体的な負担感			
訪問実施者	対応者:	PSW、Ns、OTR、Other(
<p><全体像> 体力低下が著明に見られ、動作時の息切れあり。本人も自覚があり、フラつく為支えが欲しくなるとのこと。著明な体重減少・痩せ(-)。会話中目を閉じたり伏し目がちで俯いていることが多い。反応速度の遅延は見られるが、言語表出機能の低下・入出力処理速度低下・息苦しさのいずれかは不明。座位姿勢は背もたれに寄りかかり、右上肢で突っ張るような姿勢。頸部の筋緊張亢進は見られるが、動作時・歩行時までは亢進なし。</p> <p><ADL・IADL> 食事は妻・本人それぞれ別々に作っている。IH調理器具の為、火災になることはないが、時折消し忘れるが見られる。調理内容としては炒める程度の簡単なもので、食事のレパートリー減少傾向。</p> <p><趣味活動> 以前はカラオケ、絵画(水彩画)、書道が得意であったが、現在は何をするのも面倒なことと身体面が追いつかない為、どの趣味活動も行っていない。</p> <p><家族の状況>妻:脊柱管狭窄症と難聴、糖尿病があり、現在半日デイサービスを週2回利用。難聴に対して補聴器や集音器の購入を迷っているが、補聴器の金額と調整に戸惑いがある様子。本人に対してやや許容範囲狭くなっているが、発声量の低下と不活発さも相まって関係性がやや不良。マイペースな本人を待てなくなっている。</p>					
相談への対応					
<p>訪問中もあまり表情の変化を認めずアパシーまではないが無気力な印象もある。本人からは不安等の訴えは聞かれず。呼吸苦もあるかと思われるがHOTを使用することにためらいがあるよう肺気腫に関する自宅での過ごし方等への指導も必要。呼吸療法を含めた訪問リハビリや看護の両立が必要と思われ本人の理解を促していく。奥様が本人の症状や対応でイライラしてしまうこともあり介護負担軽減も今後検討していく。動作時息切れ等による不活動が引き金となり、メンタル面も認知面も低下している。身体面のアプローチとしては全身のリラクゼーションと呼吸筋を中心とする深層筋の筋力強化を実施。今後の訪問リハ等に繋げられるような評価・介入を行う。メンタルに関しては、全身状態の管理と合わせて気分転換や不安な想いの傾聴・受容を行う。</p>					
		記録者:	村島久美子		

訪問 2 回目

No	2 - 2	面接日		X年	10月	2日	
氏名	A	(男)・女	生年月日 M・T・S				
相談内容	相談者:	本人 家族(妻)					
<p>平成23年ごろから肺気腫を発症し、在宅酸素療法O2 1Lを夜間就寝時に使用している。その頃から外出の機会が極端に減少している。</p> <p>現在、外出の機会はほとんどなく、終日自室またはリビングで過ごし、テレビを鑑賞している。唯一の積極的な活動は趣味の「調理」であるが、徐々にメニューが単純化したり同じメニューが続くことが増えている。家族としても栄養面などを心配している。</p> <p>認知面としては、本人・家族ともに物忘れを自覚・心配している。また、妻に対して怒鳴りつけることが増えてきている。</p> <p>生活のメリハリや物忘れについて相談希望。</p>							
認知症の評価(DASC21)	33/80	DASC低下項目 近時記憶、見当織、日常関連動作(IADLに関しては身体的な要因が大きい)					
DBD13 (行動障害の評価)	24/52	DBD13低下項目 興味の減退、日中臥床傾向					
Zarit8 (家族の介護負担度)	8/32	具体的な負担感					
訪問実施者	対応者:	PSW、Ns、OTR、Other(
<p>初回訪問時に比べて、発話量や笑顔が増えている印象を受ける。訪問中、突然撮りためていた歌番組を見ては「今は歌えないからね」と淡々と話される。ご本人は椅子の肘置きに体重を乗せながら座っている姿勢が楽だと話す。妻としては姿勢が傾いていることや座ってテレビを見ている以外は動かないことが気になる。ご本人に運動の必要性と在宅酸素の活用を促し、介護保険サービスの導入を提案した。通所系サービスについては、「まだそこまでは…」という反応であったため、訪問看護・訪問リハの導入をすすめた。</p> <p>妻に対しては、集音アプリを訪問中付けて同席していただく。ケースが妻の方を向いて話すとある程度聞き取れるようであり、妻自身も大きな声を出さなくても良い様子。また、妻自身昨日から脊柱管狭窄症による腰痛と痺れが増大しており、あまり本調子ではないとのこと。</p>							
相談への対応							
<p>訪問リハビリ導入に向けて、身体機能の確認と家屋状況の再確認を行い、情報提供につなげる。また、ご本人の趣味活動(カラオケ、水彩画、書道等)を引き出せるような環境のセッティングと通所系サービスへの移行も今後検討していく。</p> <p>あんすこ担当者に連絡をし、訪問系の介護保険サービス導入に向けてケアマネジャーの選定とサービス内容の検討を依頼する。必要に応じて訪問看護・訪問リハビリへの情報提供を行う。</p>							
		記録者:	村島久美子				

訪問 1 回目

No	3 - 1	面接日		X年	Y月	Z日	
氏名	A	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日 M・T・S				
相談内容	相談者:	本人 家族(子供)					
<p>ここ数年物忘れが目立ち、80歳代の時にアルツハイマー型認知症の診断をうける。当初アリセプトを内服していたが、消化管症状あり、現在はイクセロン・パッチ18mgを貼付している。</p> <p>子供家族と同居しており、子供としては認知症の進行を何とか食い止めたいと願望あり。「認知症の予防」となるものは全て試している。家事を本人にさせようとするが、頼んでおいたことを忘れられたり実施していないことに対し、子供が気落ちすることが多い。</p> <p>認知症の進行の防止と認知症者への対応方法等について相談。</p>							
認知症の評価(DASC21)	31/80	DASC低下項目					
		近時記憶、見当識、日常関連動作					
DBD13 (行動障害の評価)	9/52	DBD13低下項目					
		興味の減退、日中臥床傾向					
Zarit8 (家族の介護負担度)		具体的な負担感					
訪問実施者	対応者:	PSW <input checked="" type="radio"/> Ns. <input type="radio"/> OTR <input type="radio"/> Other <input type="radio"/>					
<p>1年前から物忘れが目立ち80代でアルツハイマー型認知症の診断を受ける。主に調理における実行機能障害と近時記憶障害を認めている。当初アリセプトを内服したが消化器症状あり現在はイクセロンパッチ18mgを貼付中。皮膚トラブルなし。本人は主治医であるA病院の先生とウマが合わず、家族が代理受診し薬が処方されている。抗不安薬や睡眠薬も処方されており夜間は眠れている様子。</p> <p>MMSE 26/30 HDS-R 28/30とかなり良好。時間の見当識障害を認めるが季節などはわかっている。遅延再生できず近時記憶障害を認めるが手がかり再生が可能である。会話もスムーズであり身体状況に変化を認めない。本人や両親・親戚とも大学卒業しており知能レベルは高いと思われるが、子どもから厳しく指摘をされるなどで自信喪失している印象。認知症の進行を予防するということで家事などを積極的に行ってもらっているが、本人はゆっくり休みたいという思いもあるようで孫の面倒や炊飯の準備など億劫に思っている様子がある。</p> <p>家族は介護疲れの影響もあるのか主治医からうつ傾向があるとの指摘をされており、表情は暗い印象を受ける。母親に対し強くあたってしまうこともあるかもしれません、認知症ケアについての心理教育が必要不可欠な印象を受ける。</p>							
相談への対応							
<p>認知機能は比較的保たれており近時記憶障害と実行機能障害を認めるが生活はできている。イクセロンパッチも効果があるのかもしれない。子供が代理受診することで薬物療法の方針が決まっているため、本人が定期的に受診できるように促す必要もあるかもしれない。物忘れの自覚はあるが認知症とは思っていない印象であるため今後の告知についても相談が必要である。</p> <p>次の計画として、認知症の症状等に関する心理教育を本人と家族へ実施。本人への対応方法について助言する。</p> <p>定期的に受診できるかかりつけ医を模索したいが子どもと現在の主治医とは関係ができている印象であるため様子をみながら検討する。</p> <p>本人の自尊心を保ちながら自信喪失させない強みを生かした趣味や活動を促していきたい。</p>							
		記録者:	村島久美子				

訪問 2 回目

No	3 - 2	面接日		25年	8月	16日
氏名	A	男・女		生年月日		
		M・T・S				

相談内容	相談者:	本人
		家族(子供)

ここ数年物忘れが目立ち、80歳代の時にアルツハイマー型認知症の診断をうける。当初アリセプトを内服していたが、消化管症状あり、現在はイクセロン・パッチ18mgを貼付している。
子供家族と同居しており、子供としては認知症の進行を何とか食べ止めたいと願望あり。「認知症の予防」となるものは全て試している。家事を本人にさせようとするが、頼んでおいたことを忘れられたり実施していないことにに対し、子供が気落ちすることが多い。

認知症の進行の防止と認知症者への対応方法等について相談。

認知症の評価(DASC21)	31/80	DASC低下項目
		近時記憶、見当織、日常関連動作
DBD13 (行動障害の評価)	9/52	DBD13低下項目
		興味の減退、日中臥床傾向
Zarit8 (家族の介護負担度)		具体的な負担感
訪問実施者	対応者:	PSW(Ns、OTR) Other()

地域の集会・あんしんすこやか事業への参加は前回訪問時同様継続している。一人で居ると夫の事を考えてしまう為、なるべく出掛けたいと思っている様子。また、夫との趣味であった旅行に対しても「今でも季節が良いと”行きたい”と思ってしまう」というコメントあり。友人と出掛けることもあり、バスツアーなどを利用してみることをすすめる。

<成年後見について>

今後について子供と話し合いをする予定となっており、成年後見ノートを提示。財産・土地・家だけでなく、医療の受け方や尊厳死等についても話し合うようすすめる。また、現在住んでいる土地・家について夫の兄弟も関わることを心配しており、その点についても確認することが好ましい。

<趣味>

茶道の教室を自宅で開催していたこともあり、お茶に関する関心は高い。煎茶を入れる際もお湯の温度・茶葉の量などを考えながら作業遂行することが可能。

<社会的情報>

子ども(別居): 本人宅には3週間に1回ほど、自宅近くの散髪に来たついでに顔を見せており、同居の子どもとの関係は不良ではない。

子ども(同居): 週に1・2回パート勤務。

相談への対応

認知機能は比較的保たれており近時記憶障害と実行機能障害を認めるが生活はできている。イクセロンパッチも効果があるのかもしれない。子供が代理受診することで薬物療法の方針が決まっているため、本人が定期的に受診できるように促す必要もあるかもしれない。物忘れの自覚はあるが認知症とは思っていない印象であるため今後の告知についても相談が必要である。

主婦業を主に行っていいた頃に比べて作業遂行時間を要しているが、動作緩慢さや反応速度の遅延は歳相応と思われる。記録力低下は認めるが、メモなどの代償手段の活用などを導入できる段階であるため、重要事項のメモ活用などを検討する。導入として、子どもに依頼する買い物リスト作成や日記など…。

	記録者:	村島久美子
--	------	-------

訪問 1 回目

No	4 - 1	面接日		X年	4月	9日	
氏名	A	(男)・女	年齢 90代前半				
相談内容	相談者:	本人 家族(長男夫婦)					
<p>平成26年2月より風邪症状を機に意欲低下、日中の臥床傾向が目立つようになったことを心配し、平成26年3月に認知症疾患医療センターを受診し、軽度認知機能障害(MCI)の診断を受けた。独居であり、今後のことと心配した家族は公的サービスの導入を希望した。本人は、妻の介護のため書道教室を始めた。妻の死後、自分なりに書道の練習をしているが、なかなか思うような字が書けない。以前教えていた子どもたちが高校生になり、道端であって声をかけてくれると嬉しい。宅食の配達の人も一人暮らしということで、毎日夕方声をかけてくれるし、近所の団碁仲間も来てくれるが、生活に張り合いがない。畠仕事や植物の世話をすることも好きだし、体を動かすことも好き。いきいき体作り教室(二次予防事業)の案内も来ており、参加してみようかとも思うと発言した。</p>							
認知症の評価(DASC21)	25/84	DASC低下項目 近時記憶、見当識、電話の使用					
DBD13 (行動障害の評価)	3/52	DBD13低下項目 意欲の減退、日中臥床傾向					
Zarit8 (家族の介護負担度)	1/32	具体的な負担感 どうしていいかわからない					
訪問実施者	対応者:	RSW Ns. OTR Other					
<p>＜心身機能＞ 身体機能的に大きな問題は見られず、歩行は独歩で安定している。近時記憶、日付の見当識の若干の低下はあるが、理解・判断能力は保たれ日常会話は問題なし。障害老人の日常生活自立度J1、認知症高齢者の日常生活自立度 I。</p> <p>＜活動・参加＞ セルフケアは自立。調理は味噌汁、ご飯の炊飯、簡単な調理は可能であり、朝食・昼食は自分で準備。夕食のみ民間の宅食業者の配達利用。徒歩5分ほどのところに、かかりつかの内科、スーパー、郵便局があり、通院や買い物、金銭管理は自分で行う。友人が毎日訪れ、世間話などを行う。自宅周辺の散歩などをしている。団碁、書道など趣味であったが、なかなか思うような結果が得られず、最近は楽しいと感じることが少なくなったとの発言あり。本人も興味・関心・意欲の低下を自覚している。家族からは、以前とくらべるとぼんやりしていることが多くなったとの指摘あり。</p> <p>＜環境・個人因子＞妻の死後10年程、一人暮らし。長男は隣市、長女は遠方住であるが、長女が毎日電話で様子確認を行っている。長男家族は週1回程訪れ、見守り実施。近隣の友人がほぼ毎日訪れ、趣味の碁や世間話などのやりとりあり。宅食業者の職員なども夕食を手渡し、毎日世間話を行うなどインフォーマルな見守りあり。介護保険は未申請。家族は、専門職による見守りや通所サービスの利用など、公的なサービス導入を利用し、生活の維持、認知機能の低下防止に努めたいと強く希望した。</p>							
相談への対応							
<p>現在利用できる二次予防事業の説明を行ったが、長女の強い希望により、介護保険の申請を行うこととした。本人の楽しみややりたいことの支援として、インフォーマルな資源の発掘を行い提示することとした。小学校が近くにあるため、小学生の登下校の見守りや習字、そろばんなどの世代交流などのボランティアなどの情報収集、関連機関への打診、家族との調整を行った。介護保険サービスについては、認定結果をまっての調整することとし、経過を追ながら、本人の好きな活動の提供について検討することとした。</p>							
		記録者:	松浦篤子				

訪問 2 回目

No	4 - 2	面接日		X年	5月	13日	
氏名	A	(男)・女	年齢 90代前半				
相談内容	相談者:	本人 家族(長男・長女)					
<p>平成26年2月に風邪をこじらせた後、意欲低下が目立ち、日中の臥床傾向も目立つようになった。平成26年3月に認知症疾患医療センター受診し軽度認知障害(MCI)の診断を受けたが、独居であり、今後の生活支援を心配した家族が、介護保険等公的サービスの導入を希望し相談。本人は、充分自立した生活を送っているが、多少の物忘れの自覚があり、これまで行ってきた趣味を行う意欲の低下や、人との交流などの楽しみとなることが少なくなったと語っていた。本人の役割・生きがい支援に向けて、本人が参加できるボランティアなどの導入や二次予防事業の導入を検討したが、見守り、継続支援体制などの課題があり、介護保険の申請を行うこととした。要支援1の認定がおりたため、介護保険のサービス調整を行うこととした。導入前に本人・家族で通所介護事業所の見学及び、担当チーム員より事業所に情報提供し支援内容を検討することを提案した。</p>							
認知症の評価(DASC21)	23/80	DASC低下項目 近時記憶、電話の使用					
DBD13 (行動障害の評価)	1/52	DBD13低下項目 意欲の低下(時々ある→ほとんどない)					
Zarit8 (家族の介護負担度)	0/32	具体的な負担感 負担感なし					
訪問実施者	対応者:	PSW Ns OTR Other(
<p>初回訪問より計6回の訪問活動を行った。本人のアセスメントの結果、介護保険を導入せずに自立した生活が可能と判断したが、高齢で独居ということで、家族は公的なサービスの導入を強く希望した。 介護保険の申請と並行し、本人の希望する生活の再確認を行い、子どもに書道を教えていた頃のような、人の役に立ちたい、人との交流を求めている様子が推察されてため、家族の想いと、本人の想いの擦り合わせを行った。今後のことを考え、介護保険の申請を行い、要支援1の認定がおりたが、サービスの導入にあたっては、本人の希望が反映されるよう、事業所への情報提供を行い検討を行った。事業所より、サービス導入ではなく、生きがい支援のため、付き添い参加の枠で、畑仕事や書道の講師、献立書きなどの短時間の提供及び送迎対応可能との内諾をもらった。家族と再度話し合い、介護保険の利用を見送った。本人は、ボランティアを目標に、自宅での菜園の再開、体力作りの自主トレを開始し意欲の向上が図れた。家族の負担感も軽減し、支援を終了した。</p>							
相談への対応							
<p>家族の希望は、遠方で定期的な見守りや緊急時の早急な対応ができないこと、しっかり者の父が意欲低下しており、これ以上の低下を防ぎたいという想いから、介護保険等の公的サービスの導入であった。本人は風邪状などの一時的な身体の不調に加え、役割・生きがいの低下により意欲の低下をきたしていた。本人のやりたい活動が実施できるよう関連機関と調整し、介護保険を導入せず、通所介護事業所の付き添い参加(本人にはボランティアと説明)というインフォーマルサービスに向けた調節を行った。本人の意欲の向上が図れ、自宅で体力アップに取り組み、ボランティアで参加できるようになりたいということで、自宅でできる椅子を用いた体操などの紹介を行った。家族も本人の意欲の改善を実感し、事業所とのつながりももてたことで安心した様子であった。</p>							
	記録者:	松浦篤子					

訪問 1 回目

No	5 - 1	面接日		X年	7月	18日	
氏名	B	男・女	年齢 70代前半				
相談内容	相談者:	本人 家族(妻)					
<p>1~2年前より物忘れが目立つようになった。車の運転は得意であったが、知らない間に車にぶつけたような傷や、車庫入れの際何度も入れ直す場面が増えた。平成26年3月に車を買い換えると同時に、おろすお金の桁数を間違えたり、判断がないとパニックとなったり、あまりにも混乱することが多くなったため認知症疾患医療センターに家族が相談。7月に初期のアルツハイマー型認知症と診断を受け、ドネペジルが処方となった。狭心症、高血圧症などにて内科かかりつけがあるが、内服・通院日・検査などの曜日間違いなどがあり、かかりつけから妻と同伴で受診を促されたが、本人の認知症の病識がなく、治療契約が結べないと指摘があった。認知症は軽度であり、ある程度の判断能力はあるが、自動車を運転中であり、妻の認知症に関する理解も乏しいことから、認知症疾患医療センターの専門医より、今後の支援について初期集中支援チームへの依頼があった。</p>							
認知症の評価(DASC21)	32/84	DASC低下項目					
		近時記憶、見当識、問題解決能力					
DBD13 (行動障害の評価)	9/52	DBD13低下項目					
		物の紛失、介護拒否					
Zarit8 (家族の介護負担度)	6/32	具体的な負担感					
		腹がたつ、対応の仕方がわからない					
訪問実施者	対応者:	PSW, Ns, OTR, Other()				
<p>＜心身機能＞ 身体機能的に大きな問題は見られず、歩行は独歩で安定している。近時記憶障害、日付の見当識の低下あり、会話中過去の仕事中のエピソードなど同じ話の繰り返しあり。会話は流暢で、冗談を交え、早口で多弁気味に話す。同時動作など注意機能の低下があるが、本人の自覚はない。障害老人の日常生活自立度J1、認知症高齢者の日常生活自立度I。狭心症、高血圧症の内服あり。肺気腫の既往あり。</p> <p>＜活動・参加＞ セルフケアは自立。調理は妻が行う。買い物、通院は車を運転している。内服は月に1~2回ほど過多服用あり。起床後1時間ほど、自宅周辺のウォーキングを行っている。クロスワードパズルが趣味で、月に2回ほど本屋でクロスワードの雑誌を購入し、自宅で解いている。以前はカメラやパソコン、機械いじりなどが得意であったが、現在は操作が難しくなり行っていない。</p> <p>＜環境・個人因子＞関西より仕事関係で移住。造船関連会社に勤務。妻、長男の3人暮らし。持ち家、一戸建て。長女は隣町に在住。長男は仕事で不在がちで、妻は運転免許を持っていない。長女は仕事をしており、孫を預けることが多い。認知症の診断を機に自動車運転中止の勧告を受けているが、本人は運転に自信があるといい、妻も積極的に運転を辞めさせようという気持ちは薄い。身体運動機能、会話能力は高いため、妻は、家事などをもっと手伝ってほしいと発言するなど、本人の認知症に対する理解が低い。頼みごとなども行っていないことが多く、指摘もはぐらかすと、夫の行動への不満がみられた。</p>							
相談への対応							
<p>本人の外観は、体は元気で会話も流暢であるため、認知機能の低下がわかり難いが、記憶・見当識の低下、実行機能の低下を認めた。妻の一番の困りごとである、本人が妻の頼みごとを行わない、指摘もはぐらかすという行動は、認知機能の低下に伴う遂行機能の低下、場合合わせ的反応であると推測された。妻の認知症の理解不足が、本人の家庭での過ごし方、通院時のトラブル、自動車運転の問題などにも関連していると考え、家族へ認知症の理解を促すこととした。家族教育と並行し、運転の代替方法、医療サービスの調整を行うこととした。また、本人の面談より「かわりたい」との発言がみられた。かつてはパソコンはじめ機械操作などに長けていたが、現在は行えることがほとんどないこと。近隣には知人も少ないとから、得意な運動機能を活かした交流できる場の確保として、二次予防事業の運動教室参加を勧めることとした。</p>							
		記録者:	松浦篤子				

訪問 2 回目

No	5 - 1	面接日		X年	11月	17日
氏名	B	(男・女)	年齢			
			70代前半			
相談内容	相談者:	本人				
		家族(妻)				

初回訪問時、本人の「かわりたい」という発言がみられたため、本人の意向を確認した。認知症の進行に伴うできることが少なくなっているという不安や、妻との関係に対する困惑がみられた。家族への認知症理解を促すため、介入を試みたが、認知症は軽度であり、困りごとはないと言及。家族は介入を拒否する場面がみられた。認知症疾患センターの受診は、本人単独で自動車運転してきている状態や、残薬の数があわず、受診予定日以外の受診がみられた。まずは、本人との関係を築き、困りごとの相談ができるように訪問を重ねた。運動に関する希望がみられたため、二次予防事業の説明、見学を地域包括支援センターの保健師とともに行った。妻も、チーム員の受け入れができますはじめ、内科合併症とあわせて認知症もフォローできるかかりつけの医療機関の調整などの相談にのつてほしいとの希望がみられ、今後を考え、送迎サービスや運動トレーニングのサービスがある医療機関の調整を行うこととした。

認知症の評価(DASC21)	32/84	DASC低下項目
		近時記憶、見当識、問題解決能力
DBD13 (行動障害の評価)	7/52	DBD13低下項目
		物の紛失、介護拒否
Zarit8 (家族の介護負担度)	4/32	具体的な負担感
		腹がたつ、対応の仕方がわからない
訪問実施者	対応者:	PSW, Ns (OTR), Other (PHN)

初回訪問時のアセスメントでは、認知機能の低下は目立たず、妻、長男と同居であることから、日常生活は支障はみられなかった。妻は、本人の物忘れや認知機能の低下は認め、認知症の確定診断後に、運転中止についての説明を受けたものの、本当はだめとは思うけど、買い物で重い物を購入する時は手伝ってもらいたいとの発言がみられた。現状では困りごとはなく、受診時に同伴する必要性も、子どもではないからと本人が嫌がるからの理由で、本人一人で通院している状態であった。本人の生活上の困りごと、様子の確認のために数回訪問を重ね、本人はチーム員の顔を覚え、何度も来てくれ、相談にのってくれる人との発言がみられ、妻の不在時に訪問したことを覚え、報告するようになった。内科通院に関しては、これまでのかかりつけでは認知症に関するフォローはできず、家族とかかりつけとの協議の結果、近隣であらたなかかりつけ医をもつこととした。資源マップをもとに、医療機関の選定援助を行い、これまでの支援の経過を医療機関に情報提供し、支援が円滑に運ぶように調整した。時に内服の飲み忘れがあることから、内服の一包化、日付の印字の依頼、送迎サービスや、運動、温泉など医療機関が行っているサービスの説明を依頼した。介護予防事業の説明を行い、本人の興味を示した二次予防事業の説明を包括支援センターの保健師とを行い、サービス担当者に引き継ぎ、サービスの導入に至った。

相談への対応		
訪問を重ね本人との信頼関係を築き、表面化していない本人の困りごとを聴取した。本人は、認知機能の低下に関する不安や、「かわりたい」という発言に、何か新しいことに挑戦したいが不安があることが推測された。心身機能は高く、このことが家族理解を妨げている要因とも考えられるが、家族からの困りごとがない場面での過剰な介入はかえって混乱をきたすため、家族からの相談に応じる体制を整えた。医療機関の調節の相談に応じたことで、家族との関係もとれてきたため、徐々に家族教育を開始した。今後に向けて、専門職からの支援の機会の確保が必要と考え、二次予防事業への参加を調整した。認知症に特化したものではなく、本人が参加しやすい運動器を調整し、担当者及び関連機関へのフォロー、地域包括支援センターなど相談の窓口などの情報提供を行った。		
記録者:	松浦篤子	

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」事業推進検討委員会

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研究所）

上野 秀樹（敦賀温泉病院）

玉井 顯（敦賀温泉病院）

山口 晴保（群馬大学医学部保健学科）

森 俊夫（京都府立洛南病院）

一般社団法人日本作業療法士協会 認知症の人の生活支援推進委員会

香山 明美

小川 敬之

荻原 喜茂

苅山 和生

佐藤 和彦

谷川 良博

西田 征治

田平 隆行

村山 真理子

上城 憲司

石井 利幸

山口 智晴

村島 久美子

岩切 良太

松浦 篤子

岡島 麻友美

大場 綾希子

平成 26 年度老人保健健康増進等事業

初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士
の支援構築に向けた調査研究事業

初期認知症対応研修会 テキスト

～初期認知症・軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な支援～

一般社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル 7F

TEL : 03-5826-7871 FAX : 03-5826-7872