

認知症初期集中支援チームの Q&A 集

平成 29 年 10 月（第 2 版）

認知症の人の生活支援推進委員会

目次

1. 普及啓発について	1
2. 体制などについて	2
3. 支援対象者などに関して	6
4. 訪問支援に関すること	10
5. 記録書式に関して	18
6. チーム員に関して	19
7. 初期集中支援に関する効果について	20
8. 作業療法士の配置に関すること	22

はじめに

現在、わが国における認知症の人は、約 450 万人以上と推測されており、軽度認知障害と推計される 400 万人と合わせると、65 歳以上の高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人、またはその予備軍とされています。高齢化の進展により今後も認知症患者数の増加が見込まれる中、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の構築は、今や世界共通の課題となっています。また、2015 年には新オレンジプランが策定され、認知症の方を含む高齢者に優しい地域づくりが掲げられています。そこには、「認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことが基本目標として掲げられています。

作業療法士は、認知症の人の認知機能や残存能力の適切なアセスメントや生活遂行の支援、役割・生きがい支援、代償手段や環境調整、ご家族の支援などのかかわりを得意としております。今後より一層、認知症の人が地域で自分らしく暮らし続けるための支援を行う目的で、全国の各地域で活動させていただくために人材育成や情報共有、窓口設置などを進めてまいります。

平成 30 年度には全国の市区町村にて、認知症初期集中支援事業が全面的に運営されることが定められており、今後は認知症初期集中支援チームの設置が一層加速することが予測されます。この Q&A 集は、全国の市区町村から認知症初期集中支援チームに関する問い合わせとして、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」が受けた質問とその回答や平成 25 年度のモデル事業から認知症初期集中支援事業に関与している作業療法士等の実践をまとめた改訂版となります。今後、全国の市区町村で事業が展開される際の参考になれば幸いです。

1. 普及啓発に関する質問

質問1 普及啓発活動，広報活動はどのように行っていますか？

どのような対象に対して啓発を行っていますか？

回答 1-1：

認知症初期集中支援チームのパンフレットを作製して，各病院や施設等の受付や，初期の認知症の人のミスが生じやすい郵便局や銀行，スーパーや各種の商店に配布することで啓発につながります。

その他に，市の広報紙に掲載，民生委員の集まりなどに赴く，地域包括支援センターや認知症疾患医療センターの連絡協議会などに顔を出す，チーム員が出前講座を行うなどの方法で普及啓発をおこなっています。

ただし，認知症初期集中支援チームを既に数年間運営している市区町村でも，対象者把握の難しさが話題になることが多い様です。国民の「認知症初期集中支援チーム」という言葉に対する認知度も未だ低いため，まずは広く普及啓発活動を進めることは非常に重要なことです。

いずれにしても，普及啓発活動は非常に重要な事業の一つであるため，チーム員としてもできる限りこの活動に参加します。

質問2 普及啓発活動からケース対象者として繋がったケースは，こういった啓発活動から繋がりましたか？

回答 1-2：

住民に対する説明会や市の広報紙を見ての問い合わせ，市民フォーラムなどの講演での実践報告を通じて依頼につながったことがあります。また，認知症カフェで認知症初期集中支援チームの広報をしてことがきっかけで，依頼につながったこともあります。

質問3 普及啓発に関して有効だと感じる方法はありますか？

回答 1-3：

直接出向いての説明会や事例を用いての説明は有効だと感じます。また，その市町村の現状となぜ認知症初期集中支援チームが必要なのかという現状の説明も有効です。実際にケースを重ねることや，どの様なケースが有効であるかについて，地域包括支援センターや介護支援専門員が理解することが重要な様です。また，各地域包括支援センターの窓口にフライヤーなどを設置し，認知症関連の相談の際に当チームの存在について，周知していただいたりしています。

2. 体制等に関する質問

質問1 医師会など関連機関への協力依頼はどのように行いましたか？ また、協力は得られましたか？

回答 2-1：

市町村担当者と医師会への説明会にチーム員が同席し、認知症初期集中支援チームの説明と協力をお願いをしました。普段から医師会と機会があるごとに連携を図っておくことも大切です。ただし、チーム員（特に民間委託の）だけがその作業をすると、うまくいかないことが予測される為、実施主体である市町村がしっかりと仕組み作りをすることが、円滑な運営につながるコツとなります。市区町村がチームの運営を民間に委託する場合でも、体制整備には行政がしっかりとかわることが重要になります。

事業開始に向けて医師会と複数回情報交換し、会員さんへの周知やかかりつけ医との連携体制などについて話し合い、協力体制が築けている市区町村では医師との連携が比較的円滑に出来ているようです。

質問2 サポート医の確保や連携はどのようにしていますか？

回答 2-2：

どこの自治体でも確保は難しいようです。医師会や自治体と連携してサポート医を探したりしますが、サポート医がいない場合はほかの市町村と合同でチームを設置することでサポート医を確保する場合があります。自治体（都道府県）がサポート医の養成講座を開いたり、市町村がサポート医養成を検討することも大切です。また、平成27年度からは一時的な条件緩和措置がとられています。

質問3 地域包括支援センターなどとの連携方法や秘訣について教えてください。

回答 2-3：

まずこの質問は、どこにチームが設置されているかによっても異なると思いますが、地域包括支援センターや他職種との連携については、やはり、事業開始前にしっかりと連携体制について説明をして共通の理解を得ておくことです。また、事業開始後は、常に連携しながら事例の支援を進めていきます。そうすることで、当チーム員がどの様な事が得意であるか、理解してもらえるようになり、結果的に円滑な連携になると思います。特に、介護保険の申請や権利擁護の関連など、地域包括支援センターとの連携は必須事項ですので、普段から連携しながら事業を進める事が望まれます。また、地域包括支援センター向けの研修会の開

催や意見交換を積極的に行ったり、地域包括支援センターの運営会議などにも積極的に参加する事などが必要かと思えます。

質問4 検討委員会の開催頻度、参加者、場所はどうしているか？

回答 2-4：

市町村により異なります。頻度はおおよそ年に1～4回。開催場所は市役所や医師会、福祉センターなどの会議室などです。人数は委嘱する人数によりますが、医師会や社会福祉協議会、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、市町村職員など10名前後が多い様です。

質問5 行政(直営)の地域包括支援センターにチームを設置した際の、メリットを教えてください。また、課題やその対応があれば教えてください。

回答 2-5：

対象者の把握、相談が集まりやすく、住民基本台帳や一人暮らしの名簿などから、家族などの情報も入手しやすい点がメリットかと思えます。民生委員はじめ、各種団体、関連機関との連絡・調整が行いやすい点もメリットにあげられます。また、地域の課題をはじめ、地域ケア会議、日常生活総合事業などとの連動や、対応がスムーズにできます。しかし、地域包括支援センターの抱える業務が多く、地域包括支援センターで支援対象者を抱え込んでしまい、仕事の振り分けや線引きが難しいといった意見がきかれています。また、地域包括支援センターに配置されている職種で関わる傾向があり、様々な職種が関わる機会が少なくなるといった課題もきかれます。

質問6 民間の地域包括支援センターにチームを設置(委託)した際の、メリットを教えてください。また、課題やその対応があれば教えてください。

回答 2-6：

事業開始直後から各機関との連携がとりやすく、介護保険に繋げる場合でもスムーズに引き継ぎができる点がメリットとしてあげられます。また、受託した法人に医療機関などが併設される場合は、様々な専門職が関わる機会があり、受診に向けた支援体制もとりやすくなります。

課題としては、地域包括支援センターが抱える対応困難事例への支援を求められることが多くなります。常日頃から、チームの役割や支援対象者について共通認識を深めておくことが大切です。

質問 7 認知症疾患医療センターや医療機関にチームを設置(委託)した際の、メリットを教えてください。また、課題やその対応があれば教えてください。

回答 2-7:

大きなメリットは、医療へのつながりがスムーズなことです。支援対象者は受診勧奨の受入れが難しいことが多いですが、認知症疾患医療センターにチームがあることで、対象者からの「病院に行こうかな」といったタイミングで、予約しなくてもすぐに診察につなげることが出来ます。また、認知症疾患センターにチーム員がいることで、病院玄関からのお出迎え、他科受診の受付の援助、道案内など手厚く援助することができるのも大きなメリットだと考えます。

その他のメリットとしては①認知症サポート医をはじめとする医療専門職の人材確保が容易である、②脱水や栄養不良など生命危機の迫る身体状態にある場合のアセスメント力が長けているため訪問時に発見した場合、速やかに治療に移行できる、③相談応需と受診調整、専門医による鑑別診断が効率的に行える、④認知症疾患医療センターは地域包括支援センターと常に連携していることから、包括支援センターへの引き継ぎや情報共有が円滑におこなえる事などがあげられます。また、地域差もありますが⑤地域拠点型認知症疾患医療センターが精神科病院に設置されている場合は、BPSDなどで危機介入が必要な際に、入院という選択肢があり、認知症より統合失調症の急性増悪が疑われる場合など精神疾患にも対応が可能である、⑥基幹型認知症疾患センターのバックアップ体制や県内の認知症医療介護連携システムが整っている地域では、その体制を利用したチームの展開ができることがあげられます。

課題としては、人権費を含むコストの問題、スタッフのマンパワーの確保の問題、地域包括支援センターの業務との重複・業務分担、対象者の選定の基準をどこに置くか？通常の包括業務と分けると、初期集中の対象者は困難事例の割合が多くなる傾向にある、認知症の話題そのものが本人や家族にとってデリケートな話題であることが多く委託を受けたチーム員がどのように説明し介入するか？などがあげられます。ある市の場合は、必要な場合は地域包括支援センター職員との同行訪問を実施しています。また、一つの医療機関に受診が偏ってしまうことなどが重なると、公平性の観点から問題が生じてきます。

質問 8 認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの協力体制、役割分担について教えてください

回答 2-8:

認知症地域支援推進員は相談業務を始め、認知症ケアパスの作成・普及、認知症ライフサポート研修や認知症サポーター要請講座の支援、認知症カフェの設置

や家族会の設置，社会資源の創設など幅広い業務を担います。そのような地域の基盤整備を通じて，地域の認知症に対する早期発見・早期対応力の向上に繋がるような役割や連携が期待されます。しかし，市区町村によって職種や配属先などが異なるため，協力体制や役割分担のあり方もそれらによって異なります。実際に，認知症初期集中支援チームと連携して初回同行訪問をしたり，モニタリング訪問で認知症地域支援推進員と同行訪問している自治体もあります。

質問9 認知症初期集中支援チーム検討委員会の構成メンバー，開催頻度，検討内容などについて教えてください

回答 2-9：

A市の場合，構成団体として市医師会，市歯科医師会，市薬剤師会，市医師会訪問看護ステーション，市民病院，圏域リハビリテーション広域支援センター，市医療ソーシャルワーカー協会，県作業療法士会（圏域），県介護支援専門員協会（圏域），市グループホーム連絡会，県老人福祉施設協議会，県老人保健施設協議会，市社会福祉協議会，老人介護支援センター（市内五ヶ所）のほか，オブザーバーとして保健所，県の認知症担当課，県基幹型認知症疾患医療センター，市内二ヶ所のチーム代表者，事務局として市の高齢者支援課，介護保険係長，地域包括支援センター所長，包括支援センター職員，認知症地域推進員，福祉課が出席。開催頻度は年2回，10月と3月。検討内容は，チームからの活動および実績報告，事務局からの報告となっている。事務局からの報告は認知症施策に関わる新しい事業等の周知徹底のニュアンスが強く，高齢者等安心見守り連絡票の説明がテーマになると関連の警察署より出席，説明があります。

B市の特徴は，①認知症疾患センターと地域包括センターの合同チームであり②B市の高齢者見守り事業との連携があります。そのため，検討委員会の構成メンバーは，市立病院認知症疾患センター医師，認定看護師，認知症担当連携精神保健福祉士，作業療法士，地域包括センター主任介護支援専門員，認知症地域推進員，市介護福祉課が参加します。開催頻度は月2回，検討内容新規対象者情報の共有や継続対象者の支援内容と検討，また高齢者見守り事業連携もあるため，市として今後の高齢者対策，認知症対策をどのように検討していくかなど，様々な情報共有がされています。

3. 支援対象者に関する質問

質問1 相談、支援依頼の他、対象者の把握の為に活動を行っているかどうかを教えてください。

回答 3-1 :

地域の検診での軽度認知障害や認知症の把握、もの忘れ相談を地域に出向いて行うこと、地域包括支援センターへの訪問、予防教室での対象者の把握などです。これは、能動的な支援対象者の把握ですが、受動的な把握もあります。受動的な把握とは、対象者の安易な掘り起こしでは無く、困って窓口へ相談に来た人や周囲からの通報により気付かれた人に対する支援を基本とする考えです。その代わりに、地域包括支援センターや介護支援専門員、民生委員などへの事業概要の普及啓発に努める必要があります。

質問2 認知症初期集中支援チームの相談窓口は誰が担っていますか？

回答 3-2 :

認知症初期集中支援チームの担当者（看護師や社会福祉士など）ですが、市町村や実施機関の人員体制によって大きく異なっています。常勤のチーム員が対応出来る体制ではない市区町村もありますので、その場合は地域包括支援センター職員がまずは依頼相談を受けた後に、チーム員へ書面で依頼するなど、その市区町村におけるチーム員の体制で異なります。

質問3 支援対象者については要綱で定められていますが、実際には認知症初期集中支援チームの支援対象者か否か判断が迷うことがあります。判断の目安などがありましたら、教えてください。

回答 3-3 :

基本的には、認知症が疑われるが医療や介護保険に繋がっていない人が対象となりますが、認知症の診断を受けていても何もサービスを受けていない人や、介護保険を利用していても認知症の問題が新たに出てきた人も対象になってきます。対象者チェックシート等を作成しておき、相談時や初回のアセスメント時にチェックして判断するという方法もあります。

A市の場合、支援対象者に関しては要綱にそって行っていますが、相談のあったケースが医療にはすでにつながっていたり、介護支援専門員がついていたりするケースなど判断に迷うことがあります。その際は、包括職員と医療の専門職が同行訪問しその訪問内容を報告したうえで、包括で判断し、チーム員会議で医師の判断を仰ぐといった方法をとっております。

B市の場合、新規対象者が認知症初期集中支援チームで介入すべきかをチーム会議で話し合いを行います。B市独自の高齢者見守り事業があることで、市役所が事前に介入する場合、または地域包括センターで過去に相談支援していた事例であることや医療が介入している場合など、様々な情報を一度会議で話合われます。イメージとしては、まずは地域包括センターで情報収集を行ってもらい、包括センターで対応困難となった場合、独居の方の場合は初期集中支援チームが積極的に介入することが多いです。

質問4 身体の状況チェックリストの活用を行っていますか？

回答3-4：

身体の状況チェックリストは活用しています。全身状態、身体機能、衛生状態など多面的側面に対象者の状態を把握する必要があり、疾患特異的なサインに気づくことにもつながる為です。また、初対面で認知機能の検査を行うことは難しいですが、身体の状況を中心としたアセスメントはかかわりとして実施しやすいため、積極的に用いることが多い様です。

詳細については、平成28年度認知症初期集中支援チーム員研修テキストに記載されています。テキストは以下のサイトからダウンロードできます。

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターのホームページ

<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/kenshu/documents/H28tekisuto.pdf>

なお、その他にも市区町村のチーム員ごとに情報集約のために工夫して資料を作成しているようです。

質問5 介入依頼相談先としては誰から、または行政や事業所などどこから相談来ることが多いですか？

回答3-5：

当事者・家族、近隣住民などから担当地域包括支援センターや介護支援専門員に相談があり、そこからチームに依頼されることが多いです。ただし、チームへの依頼方法は各市町村がどのような体制でチームを構成するかによっても異なります。

平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業」（国立長寿医療研究センター発行）¹⁾によると、全国153地域560名の対象者を分析したところ、対象者の把握ルートは、家族からが248名(44.3%)、民生委員からが35名(6.3%)、ケアマネからが80名(14.3%)、医療機関からが38名(6.8%)、その

他 114 名(20.3%), 本人からが 12 名(2.1%)となっており, 大半が家族からの相談がきっかけであったことがうかがえます。

- 1) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター：認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業，平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）報告書，2016 年 3 月

質問6 初期集中支援対象者以外の相談があるのでしょうか？

回答 3-6：

関わってみることで，認知症以外の精神疾患などが主な問題となっている対象者であることが明らかになることもあります。ある市の調査では，対象者 118 名のうち，精神疾患が疑われたケースは 13 名でした¹⁾。また，チームが地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなど，どこに設置されているかなどにより，その比率も変わることが考えられます。

- 1) 山口智晴：前橋市における多職種協働での認知症初期集中支援の実際。Dementia Japan 30: 51-58, 2016

質問7 対象者の選定は困難事例の対応になっていないのでしょうか？

回答 3-7：

たしかに，事業開始当初は地域包括支援センターが抱えている困難事例も多く含まれる傾向があるかもしれません。ただ，困難であるか否かはさほど重要では無く，認知症によって周囲との関係性や生活上の困難さを抱えているのであれば，その困難さに支援ができると考えております。逆に，家族関係の拗れや金銭トラブルなど元来からある困難さ自体にはチーム員もできる事に限りがあります。なお，ある市の調査では，事業開始当初は困難事例が 58%を占めたとの報告もあります¹⁾。

- 1) 山口智晴ほか：前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討。Dementia Japan 29: 586-595, 2016

質問 8 独居の方の場合、同意をどうしているのでしょうか？ または、同意のとれない人は支援対象としないのでしょうか？

同意をとるタイミングはいつでしょうか？

回答 3-8：

基本的にはご本人、親族など、誰かしらに同意を得て実施しています。地域包括支援センターに照会してもらおうと、遠方に親戚がいる場合もあり、電話で相談する事もあります。しかし、どうしても同意が得られない場合でも、セルフネグレクトなど介入の必要性があれば、包括的支援事業にあたりますので、地域包括支援センターと連携しながら介入することもあります。このあたりは、各市区町村の考え方によるかもしれません。

同意書をとるタイミングとしては、依頼の祭に口頭で確認し、初回訪問時に文章で同意を得ることが多いです。

4. 訪問支援に関する質問

質問1：相談受理から介入開始までの期間は、どの程度でしょうか？

また、また初回訪問(支援開始)から引き継ぎまでにかかる期間とその際のアセスメントや確認はどの様にしているのでしょうか？

回答 4-1：

全国 153 地域を対象とした平成 27 年度に実施された調査¹⁾によると、対象者把握から初回訪問までの日数が、平均で 15.7 日(中央値：8.0 日)、初回訪問から引き継ぎまでが平均で 62.3 日(中央値：48.5 日)とされています。しかし、これらはチーム員の体制等によって自治体ごとに大きく異なるようで、画一的に決めるものではないと感じております。当然、支援対象者によって、極早期に問題が解決して支援終了する場合もあれば、権利擁護の問題などが複雑に絡み支援体制構築の手続きに時間がかかる場合など、6 ヶ月を超えても終了にしがたい場合もあります。ただし、これも市区町村の考え方によると思います。医療・介護サービスの導入が達成された場合や BPSD が軽快し、対応上の困難性が軽減した場合は終結としていいといわれています。

終結時には、訪問支援終了連絡票、訪問実績報告書の記載をしたり、引き継ぎを行ったりしますが、これらの手続きは市区町村の考え方により異なると思います。介護保険につないでいる場合は介護支援専門員に引き継ぐことができます。介護支援専門員にもチーム員会議に参加してもらうなど、連携を深め共有しています。各市町村によって、終了の目安が様々あるので、ぜひチームとしての支援員を引き受ける際には終了の目安を確認しあうことをお勧めします。

1) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター：認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業、平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）報告書、2016 年 3 月

質問2：以前の研修では作業療法士の方が訪問をされている旨お伺いさせて頂きましたが、実際に訪問などをされているスタッフはどのような職種でしょうか？また専従なのでしょうか兼任なのでしょうか？

回答 4-2：

訪問スタッフは医療系スタッフ+介護職職種 1 名の原則 2 名です。ただし、その市区町村のチーム員配置にもよると思いますが、作業療法士がチーム員に加わっているところも複数あります。相談の内容により職種の組み合わせを考えて訪問している市区町村もあります。チームで関わるため、地域包括支援センターに必置の職種以外が関わると、視点が広がるメリットもあると思います。

スタッフは兼務のことが多い様です。中には専従が1名いて他兼務というケースもあります。

質問3 訪問の頻度はどのようにして決定しているのでしょうか？

回答 4-3：必要な訪問回数は当然訪問対象者の状況によって異なりますので、訪問対象者ごとに状況を加味して決定しています。重点的な訪問が必要な方は、その分多い回数の訪問をしています。また、困難事例であると回数が多くなる傾向があります。ただ、市区町村の考え方次第で、原則的に1ケースに対する訪問回数を定めているところもあるようです。

質問4：医師の同行はありましたか？

回答 4-4：

チームの医師が同行訪問することもあります。全ケースではなく必要に応じて同行を要請している状況です。しかし、どのチームにも同行できる医師が在籍しているわけではありませんので、そのチームを構成する際に同行が可能か否か確認しておく必要があるかと思えます。

暴力などの緊急を要する場合や、受診拒否で医師の診察を要する場合、主治医意見書を記入したいが、拒否がある場合などは医師との同行があった市区町村もありました。各市区町村のチーム員の構成により対応は異なります。数年間にわたるの事業実施で1度も医師の訪問がなくても、問題なく運営できている市町村もあります。

また、あくまでも地域支援事業としての訪問ですので、診療報酬の請求はありませんし、異なる枠組みで訪問する場合には、説明と同意を得たうえで医師に依頼する必要があります。

質問5：能動的把握（アウトリーチ型）として、訪問対象者を選定し、地域包括支援センターを活用した訪問を行うことを考えています。（この場合、先ずは、認知症初期集中支援チームではなく地域包括支援センターとして訪問することとしています）「余計なお世話」的な訪問時、どのような接し方が望ましいのか、アドバイスをお願いします。

回答 4-5：

本人が困っておらず、家族も困っておらず、地域住民も困っていなければ“本当に余計なお世話”であることもあり得ます。誰もが困っていない事例に積極的

に社会資源につなげるようなアプローチは基本的にしない自治体もあります。本人や周囲の誰かしらが困っている場合は、そこに関わりのきっかけがあることが多いです。

経験的ではありますが、夕方近くに初回訪問を設定すると、一度に2人以上の赤の他人が訪問することによる精神的負担が大きく、落ち着かないということもまれにあります。また、初回訪問時はできるだけご家族や信頼できる方に同席していただくようセッティングをお願いしています。

質問 6：受動的な訪問などの場合、持参する物として、どのような物が必要となりますか？（名刺、アセスメントシート、血圧計、体重計など・・・）

回答 4-6：

自治体によりも異なると思いますが、アセスメントシート、血圧計、打鍵器、パンフレット類はいつも持ち歩いているが、それ以外に特別な物品は持ち歩いていないというところもあれば、身分を証明できるもの（名札、名刺）、評価表、血圧計・サチュレーションモニター・体温計、認知症に関するパンフレットなど用意しているチーム員もあるようです。パンフレットなどは、病態に応じて何種類か用意しています。ただし、常に高い水準の対応技能と対話技能、観察からのアセスメント技能が求められており、ハードよりソフト面の充実が最重要かと考えます。

質問 7：アセスメントシートを机に出さずに、頭の中に入れてたうえで、訪問し聞き取るのでしょうか？

回答 4-7：

それが望ましいでしょうが、評価用紙やメモなどを持参し、話をする中で評価をしています。

あくまでも、評価ありきにならないように注意が必要です。そこまで無理せず、用紙を用いています。家族がいる場合は、一方のチーム員が本人と面談している間に、他方のチーム員が家族から聞き取るなどの手法を多くとっています。また、血圧の数値や身体面のアセスメントなどは書き込まれても違和感を与えないこともあるため、アセスメントを進める順番も工夫すると良いかもしれません。

質問 8：訪問時の服装・名札・名刺などはどうしているのでしょうか？

回答 4-8：

名札や名刺は必ず持参しています。服装は事業所の規則にもよると思います

が、訪問の内容で服装を変える事もあります。またチーム員のウエアなどがあるところもある様です。名札についても、市区町村の考え方次第で色々とおあるようです。ちなみに、ある市では地域包括支援センターからの紹介や事前同意を経ている事が大半とのことで、名札にはこだわらず「〇〇市初期集中支援チーム」という曖昧な名札で訪問しているとのことです。名刺に関しては、拒否ケースや「認知症」という言葉に敏感な方も多いため 2 種類の名刺を使い分けているチームもあります。

質問 9：かかりつけ医やチーム員医師への報告などのタイミングはどうすればよいでしょうか？

回答 4-9：

訪問当日、翌日には必ず報告をしているところもありますが、体制により異なると思われます。チーム員医師には随時連絡できない市町村も多い為、チーム員会議などの機会ですできるだけ確認をします。かかりつけ医と情報共有するタイミング（訪問後と訪問終了後など）については、事前にルールがあると運営しやすいと思います。事業開始前から行政と医師会が協議をして、訪問前にかかりつけ医とチーム員が連携を図れる体制を構築している市もあります¹⁾。

1) 山口智晴：多職種チームによる認知症初期集中支援チームの実際。老年精神医学雑誌 26(10)：1085-1092, 2015.

質問 10：初回訪問時は、ある程度の情報を入手したうえで訪問するのでしょうか？
また、その情報入手の方法や情報量についてはどの程度なのでしょうか。

回答 4-10：

各チームの依頼票や情報収集シートによりますが、あらかじめ多くの情報を取っておくほうが、訪問の際に有利であるでしょうし、早く信頼関係もつくりやすいと思われます。地域包括支援センターなどが既に関与しており、情報を持っている場合は、できるだけ事前に情報を得てから訪問しています（この場合は、事前にご家族に情報共有について同意を得ます）。

質問 11：単身者など生活支援（服薬管理や金銭管理など）の実際はどうなっているのでしょうか？

回答 4-11：

単身者は服薬管理や金銭管理はうまくいっていないケースもあり、血圧コントロールが不十分な事例も非常に多く経験します。財布をなくしたり、金銭管理で

きず、物とられ妄想により警察を呼ぶ騒ぎをするなどの症状が出現することもあります。詐欺被害に遭っていることもまれではなく、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげる場合も多くあります。

質問 12：1 回の訪問時間はどの程度でしょうか？

回答 4-12：

概ね 2 時間程度が多いですが、支援対象者により異なります。ゆっくり時間をかけて話を聞く必要がある場合もあり、その様なときは 3 時間程度かかる場合も良くあります。

質問 13：訪問日程の調整について具体的に教えてください

回答 4-13：

まずチーム員は、初回訪問のみ複数での訪問となりますので、チーム員で調整の上、訪問することになりますが、初回以外は単独での訪問も可能ですので、2 回目以降はチーム員内で調整が付かなければ単独で訪問します。支援対象者が拒否ケースで単身の場合は、特にアポイントメントを取らない場合もありますが、家族がいる場合は家族との日程調整を優先します。

依頼を受けた時点で、初回訪問を急ぐのか、家族の都合はどうか？訪問の曜日・時間帯の希望を伺い、その時間に対応できるかどうかを検討します。A 市の場合は、主に訪問する担当者が家族と直接連絡をとり日程の調整を行います。初回訪問後の訪問予定については、訪問で得られたアセスメントをもとに頻度を調節します。訪問時にご本人・ご家族の都合を伺い、チーム員の日程をあわせ次回の訪問日を決定することが多いです。受診の同行、介護保険事業所などの見学同行などがはいる場合は、先方との日程調整を行います。

チーム員会議が月 2 回実施しているある市では、次回のチーム員会議までに訪問するため、チーム員会議終了後にすぐ顔を合わせて日程調整を行っています。

質問 14：受け入れ拒否の強い方や、病識が低下している人への訪問の動機づけ等について、具体的に教えてください。

回答 4-14：

ご本人にとって受け入れていただきやすい人物とアポイントをとり、どうすればご本人に負担なく受け入れてもらえるかを考え、個別な計画をたてていま

す。たとえば、市からの健康面の実態調査、健診のおすすめ、地域活動のお誘い、生活保護受給者への訪問、認知症者の見守りなどに関する協力依頼、市で行っている各種サービスの紹介など公的な訪問と銘打って訪問する場合がありますが、具体的に介入のきっかけになったことを明らかにして入ることも多いです。例えば、警察署から落とし物をした件、大金を出金しようとした件、泥棒がはいたと通報した件、銀行から通帳の再発行を繰り返している、健診で物忘れが指摘された、保険証の再発行で市役所を何度も訪れているということで連絡が入りましたので、困り事がないか訪問させていただいています。市からの税金を使い、65歳以上の方がなるべくご自宅で元気にくらしていただくために、予防に力をいれています。書類がきたけどわからない、介護保険についてききたい、近所さんのことなどで困っているなど何でもいいので相談にのれるよう市からの依頼で訪問していること、市内訪問しているので、近くを通ったときには寄らせてくださいと挨拶程度の訪問をしながら、何かあれば連絡してくださいと包括等の連絡先を渡しています。血圧などを測定するのは比較的受け入れられることが多いです。色々な手段で工夫して、支援の前にまずは顔なじみになることから始めます。最初は門前払いのことも多々ありますが、認知症が進んでいたとしても、頻回に訪れることで何となく馴染みのある顔だと認識してもらえます。支援をしようという姿勢ではなく、まずは訪問を受け入れていただけるよう関係作りを最優先し、玄関先だけの訪問を繰り返すこともあります。少しでも、話を聞いてもらえるなら、相手の困りごとをしっかりと傾聴して、自分の味方であるということを認識してもらい、支援の方向に舵を切っていくます。

また、事前情報から受け入れ拒否が想定された場合、チームだけでなく、市役所の職員が事前に訪問連絡する場合があります。相談内容から誰が一番スムーズに対象者へファーストタッチできるかを、チーム員会議で検討されます。どう検討しても、受診が困難な場合で身体面から早急な対応が必要と判断した場合は「市の検診事業です。今日は医師も一緒です」と聴診器をもった先生も登場することもあります。

質問 15：訪問時におさえておかなければならないポイントはなんでしょう？

回答 4-15：

対象者の基礎情報、家族構成、問題点、家屋、周囲環境、性格、生活背景などその人に関わる情報を押えておくことと訪問がスムーズに行くことも多いです。あとは、訪問時に必要な最低限の一般的なマナーでしょうか。

質問 16: 認知症初期集中支援チームの具体的な関わりや事例について教えてください。

回答 4-16:

既に認知症初期集中支援チームの取り組みに関わる実践が多く報告されています。以下にその一例をあげますので、ご参照ください。

村島久美子・上城憲司：認知症初期集中支援チームでの作業療法士の役割.臨床作業療法 11(2)：99-106, 2014.

日本作業療法士協会(編)：作業療法マニュアル 59, 認知症初期集中支援, 2015.

小川敬之ほか：認知症のリハビリテーション 認知症初期集中支援. 日本認知症ケア学会誌 13(4): 699-704, 2015.

松浦篤子：認知症の人が地域社会とつながる初期集中支援. 日本認知症ケア学会誌 13(4): 705-711, 2015.

山口智晴ほか：前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討. Dementia Japan 29(4)：586-595, 2015.

山口智晴：認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の関わり. OT ジャーナル 49(7)：656-661, 2015.

山口智晴：多職種チームによる認知症初期集中支援の実際—作業療法士の立場から—. 老年精神医学雑誌 26(10)：1085-1092, 2015.

小川敬之・竹田徳則(編著)：認知症の作業療法 第2版 ソーシャルインクルージョンをめざして, 医歯薬出版株式会社, 2016.

梶田博之ほか：認知症初期集中支援推進事業の自治体による比較. 年精神医学雑誌 27(11): 1215-1221, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から.認知症ケア最前線 56：126-127, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から-当事者と地域がお互いに歩み寄れる支援-.認知症ケア最前線 57：122-123, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から-本人と家族の願いをつなぐ支援-.認知症ケア最前線 58：130-131, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から-家族に言えない想いを支援-.認知症ケア最前線 59：100-110, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から-病院の受診拒否に揺れる夫婦の想いを支援-.認知症ケア最前線 60：74-75, 2016.

山口智晴：前橋市における多職種協働での認知症初期集中支援の実際. Dementia Japan 30(1): 51-58, 2016.

山口智晴：認知症初期集中支援チームと作業療法士の役割。臨床作業療法
13(1):26-30, 2016.

松浦篤子：認知症初期集中支援の現場から-認知症者の自動車運転-。認知症ケア最
前線 61：92-93, 2017.

山口晴保・山口智晴（編）『認知症の本人・家族の困りごとを解決する医療・介護連
携の秘訣』協同医書出版社，2017.

質問 17：再訪問のタイミングとその調整について教えてください

回答 4-17：

チームの体制で若干異なるかもしれませんが、対象者ごとに再訪問のタイミン
グは異なります。初回訪問後、2 回目の訪問を 2 週間から 3 週間で設定するこ
とが主ですが、信頼関係を築くために週 1 回ペースで訪問するケースや、警戒が
強いために期間をあげ、1 ヶ月程あけるケースもあります。担当者が家族や他の
チーム員と相談し、次回の訪問の調整をすることが多いのですが、介護保険サー
ビスや受診などの支援が入る場合は、先方の都合に合わせて日程を調整していま
す。受診拒否をされているケースでは、受診前に集中的に訪問することもありま
す。家族からの緊急相談や、何らかのトラブルが発生した場合は臨時訪問を行
います。訪問調整は対象者を担当する職員が、ケースの進捗状況を把握し調整し
ていきますが、チームリーダーやチーム医師の助言、チーム員会議で進捗状況を確認
しながら、訪問調整を検討することもあります。

5. 記録・書式に関する質問

質問1：支援開始に伴う個人情報の取り扱いについて、同意書等の活用、書式について教えてください。

回答 5-1：

同意書は介入時もしくはチーム員介入前に地域包括支援センター担当者にとってもら場合や、事前にご家族や本人に電話で同意を得た後に初回訪問時に文書で同意を得る場合など、市区町村の実施方法により異なるようです。書式は各市町村の規定にそって作成すると考えられますが、特にない場合は認知症初期集中支援チームの運営に関するマニュアルを作成している自治体もありますので、その書式を参考にしてもいいかもしれません。

質問2：記録様式は、フェイスシート、アセスメント、チーム員会議録の他にどのようなものがありますか？

回答 5-2：

各種評価表、初期集中支援報告書、かかりつけ医へ情報提供のために用いる書式などがあります。インテークの記録やチーム員会議の記録もあります。使用している書式を公表している自治体もあります。各市区町村の運営マニュアルなどをご参照ください。

質問3：かかりつけ医への連絡方法や書式があれば教えてください。介入前の報告様式、介入後の報告様式がありますか？

回答 5-3：

各種評価表、初期集中支援報告書、かかりつけ医への情報提供書などがあります。インテークの記録やチーム員会議の記録もあります。ある市では、訪問前に市と実施主体から主治医へ出す通知文、主治医からのコメントをもらう書式、その後訪問したアセスメント結果や支援方針を伝える書式などが定められております。かかりつけ医からの情報提供に関しては、診療情報提供書料の算定はありませんので、その旨をよく周知し、できるだけ簡易な書式を利用しております。いずれにせよ、これらは事業開始前に当該医師会などと実施主体が良く打ち合わせして決める事が重要かと考えられます。

6. チーム員会議に関する質問

質問1：開催頻度はどれくらいですか？

回答 6-1：

定期開催にしています。月 1～4 回程度の開催と実施主体の考え方や体制、支援対象者数により異なるようです。

これは、実施主体の考え方次第で、支援期間中に報告の必要があれば随時会議にあげている市もあります。また、立ち上げ当初は多めの会議頻度で、慣れてきたら頻度を少なくするという自治体もあります。

質問2：アセスメントシート以外の資料作成の有無について教えてください。

回答 6-2：

チーム員会議のケース報告様式は、実施主体の考え方やチーム員体制などのマンパワーによって大きく異なるようです。それぞれ一長一短ですので、先駆的に取り組んでいる市区町村の書式を参照されると良いと思います。また簡単なチーム員会議の記録も作成・保管しています。

質問3：チーム員会議の参加者はどなたが参加されるのでしょうか？また、具体的な会議の進め方はどのようにしているのでしょうか？

回答 6-3：

会議の参加者はチーム員、チーム員医師、市町村担当者、対象者に関する職種などですが、これは実施主体の考え方で変わるかもしれません。できるだけ多面的視点で議論できる様な設定が望ましいと思われます。

司会者が事例について話をする場合もあれば、支援対象者の担当者が事例について報告する場合もある様で、チームの体制による異なるようですが、支援対象者の課題や方針などについて話し合いをすることには変わりません。

多職種が様々な意見を発言できるような雰囲気での会議を運営することは、重要なポイントの 1 つになります。いずれか 1 職種や司会者などに発言が偏らないことが望ましいです。困難事例では、その場で解決策が出ないこともありますし、出てきた意見を基に関わりを試みても上手くいかないことも多々あります。逆に奇想天外な意見でも、試してみることで関わりの糸口をつかむきっかけになることもあります。

7. 認知症初期集中支援の効果に関する質問

質問1：認知症初期集中支援を行って感じる効果はなんですか？

回答 7-1：

困難ケースにもいろいろな職種がかかわれることや迅速に動くこと、つなげることができることです。また、他職種、地域との連携が作れることです。そして、少しでも本人や家族が穏やかに在宅生活を継続する事につながっている実感です。医療の受診や社会資源につなげるだけでなく、認知症を理解し、向き合い、今できる事やりたい事をしながら、穏やかに生活するにはこのアウトリーチの事業は大いに役立つと感じております。

なお、全国 153 地域を対象とした平成 27 年度に実施された調査¹⁾によると、診断に至ったのが 62.9%で、終了時の転帰については在宅継続が 72.5%でした。アセスメントスケールでみると生活障害をみる DASC でスコアの増加傾向、精神症状をみる DBD13 で僅かな減少、介護家族の負担感をみる Zarit8 で大きく改善傾向がみられました。これは、ある市の調査結果でも介護負担のスケールのみで統計学的有意差を認めており²⁾、認知症の専門家がアウトリーチすることで介護負担感が軽減することは、経験的にも学問的にも明らかです。ただ、事例によっては、関わっても思うような効果が得られない場合もあり、あくまでも全体としての効果についてです。

- 1) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター：認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業、平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）報告書、2016 年 3 月
- 2) 山口智晴ほか：前橋市における認知症初期集中支援チームの活動実績と効果の検討。Dementia Japan 29: 586-595, 2016

質問2：医療的視点が必要だった事例はありましたか？

回答 7-2：

ほとんどの事例が認知症単独の問題ではなく、医療的視点が必要な事例です。高血圧、脂質異常、糖尿病、脳血管障害など。服薬管理や便秘、栄養、衛生など認知症に関わることは医学的視点が必要なが多いです。そのため、医療職と福祉・介護職がペアで訪問することになっています。

質問3：困難事例とはどんな事例がありましたか？

回答 7-3：

身寄りがない、金銭問題を抱えていることや社会資源がない、家族が精神疾患で介入を拒んでいる場合などです。また詐欺にあっている、ごみの問題があったり、なかなか初期集中支援で訪問しても、門前払いにあいなかなか関係づくりが難しいなどがあげられます。

質問4：認知症初期集中支援チームを実施して見えてきた課題はありますか？

回答 7-4：

軽度のケースの把握が困難なことや専門職の質の担保が必要なこと、兼務のため業務調整が大変なことがあげられます。また、連絡が取りやすい機関と難航する機関があったり、介護保険導入前の対象者に対する連携体制が不十分な点、医療・介護のみではなく、ボランティアを含めた自助・互助サービスが少ないなど、その地域において認知症の人の地域生活を支えるために必要な社会資源の乏しさなどが把握できました。

家族指導の重要性、地域づくり、精神疾患合併症などもあげられます。若年性認知症の方の発見につながることもクローズアップされています。

また、対象者への普及啓発は多くの自治体で課題となっている様です。効果的なこの仕組みが未だ国民にも一般的に広まっておらず、本当に必要な方がこの仕組みの利用につながらないことも多い様です。

8. 作業療法士の配置に関すること

質問1：認知症初期集中支援チームのチーム員に作業療法士が入っていることで感じたメリットがあれば教えてください

回答 8-1：

医学的観点、福祉、障害、介護的観点などから総合的にみることができ、BPSD や認知症の症状や行動を分析し、それに対して生活をみながら対応できる点です。また、福祉用具や自助具、家屋調査や生活背景を考慮した関りや、社会資源の選定が行える点などです。具体的には、買い物や調理、金銭管理などの手段的日常生活動作において、どこまでが出来て、どこが難しいのかを細かくアセスメントでき、情報をチームへ発信するとともに、チーム員全員で生活の困難さを一緒に解決していく事です。特に、その人の興味がある活動に着目し、やってみたいことに視点を置き、潜在能力を引き出す様なかわりができる点です。

質問2：作業療法士の介入を依頼するにはどこに依頼するとよいのですか？

また、作業療法士は病院の中で仕事をしているイメージですが、地域で活動している作業療法士がいるのでしょうか？

回答 8-2：

確かに、今までは病院に勤務する作業療法士が多かったですが、徐々に地域で活躍する作業療法士も増えてきております。職能団体としても、地域の活動に資する作業療法士の育成を推進しておりますので、今後もその割合は増加する予定です。近年、デイケア・デイサービス、訪問リハ、行政に作業療法士が勤務している件数は増えてきています。

地域で活動している作業療法士になかなか出会えない場合は、各都道府県士会に認知症の推進委員（平成28年8月に設置済み）がおりますので、お気軽にお問い合わせください。日本作業療法士協会にお問い合わせ頂いても構いません（別紙のフライヤーをご参照ください）。

質問3：新しく立ち上げる市町村への支援ができますか？

回答 8-3：

日本作業療法士協会としては講師の派遣による研修会やアドバイスなどを行うことができます。当該委員の中には、モデル事業開始当初からの豊富な経験を持ち合わせる人材が多数おりますので、ご連絡いただき、ネットワークをご活用下さい。

質問 4：チーム員のスキルアップを図るための方法などを教えてください

回答 8-4：

認知症の基礎医学的知識や認知症の人との接し方、あるいはコミュニケーション手法の勉強はもちろんのこと、対人援助技術を高める研修会やケアマネジメントの視点での勉強会などに参加し、チーム内で伝達講習などを行いながら、情報を共有しています。行政から発信される情報についてもチームリーダーが主となり、チーム員へ情報の伝達を行うと共に、初期集中に関する書籍、雑誌等活用し、随時情報を取り入れることができるよう努力しています。また、訪問で扱うケースは認知症に限らず、身体疾患や精神疾患が合併していたり、家族背景が複雑な場合も多いので、各種制度や認知症に特化しない、幅広い分野で研修に参加し研鑽を図っています。地域のフォーマル・インフォーマルサービスを知るための勉強なども必要となります。作業療法士としては、IADL を中心に分析する能力や支援の方法を学ぶ機会があると良いでしょう。

また、認知症初期集中支援チームの研修会企画や参加はもちろん、定例チーム員会議を象者がいなくても対実施することが重要だと思います。実働チーム員以外のメンバーがチーム員会議に参加することも、チーム員のスキルアップに効果的だと考えます。



認知症の人の生活支援推進委員会

2017年10月(第2版)