

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

Ver. 1.0 (2014.4.25)

前橋市介護高齢課地域支援係

前橋市認知症初期集中支援チーム（設置機関：公益財団法人老年病研究所）



## もくじ

### 1. 事業実施にあたっての準備

- 1) 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業・・・・・・・・・・ 2
- 2) 事業実施における基本的な考え方・・・・・・・・・・ 2
- 3) 医師会との連携仕組み作り・・・・・・・・・・ 3
- 4) チーム員の設置と運営・・・・・・・・・・ 3
- 5) 地域包括支援センターとの連携仕組みづくり・・・・・・・・・・ 4
- 6) その他既存の社会資源への協力依頼・・・・・・・・・・ 4
- 7) 市民への周知広報活動・・・・・・・・・・ 5
- 8) 検討委員会の設置と運営・・・・・・・・・・ 5

### 2. 事業実施の流れ

- 1) 依頼の窓口と受付について・・・・・・・・・・ 6
- 2) 訪問の調整・事前情報収集・・・・・・・・・・ 7
- 3) 初回訪問・・・・・・・・・・ 8
- 4) アセスメント・・・・・・・・・・ 11
- 5) チーム員会議・・・・・・・・・・ 15
- 6) 継続支援の実際・・・・・・・・・・ 17
- 7) 終了とモニタリング・・・・・・・・・・ 19

### 3. 参考資料・書式

- 1) 支援チームの実績・・・・・・・・・・ 21
- 2) 事例紹介・・・・・・・・・・ 23
- 3) 書式一覧
  - 説明文書：市→医師会会員・・・・・・・・・・ 26
  - （別紙1：事業概要、別紙2：フロー図を含む）
  - 通知文書：市→主治医・・・・・・・・・・ 30
  - 通知文書：チーム→主治医・・・・・・・・・・ 32
  - 主治医コメント票・・・・・・・・・・ 33
  - 説明文と同意書・・・・・・・・・・ 34
  - 認知症初期集中支援依頼票・・・・・・・・・・ 36
  - 対象者基本情報・・・・・・・・・・ 37
  - 身体チェックリスト＜訪問時のチェック票＞・・・・・・・・・・ 38
  - 情報提供書・・・・・・・・・・ 39

## 1. 事業実施にあたっての準備

### 1) 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

平成 25 年度に厚生労働省のモデル事業として前橋市が実施した本事業の目的と概要を、平成 25 年 8 月に実施された認知症初期集中支援チーム員研修資料より、そのエッセンスを示す。

『本モデル事業は、市町村を実施主体として、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られるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下支援チームという）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としている。

この専門職で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、家族の訴え等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の支援を、専門医療機関や主治医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである』

なお、実施要綱では、『複数の専門職が家族の訴え等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の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう』とされている。前橋市でも、「在宅生活継続」を基本目標として、事業を実施した。

### 2) 事業実施における基本的な考え方

本モデル事業を前橋市で実施するにあたり、基本的な考え方を述べる。

認知症についての基本的な知識や対応及び支援方法については、広く市民へ向け継続的に啓発する必要がある。また、認知症高齢者を支援していくうえでは、関係する様々な資源が連携・協力し継続的に行う必要があると考える。

初期集中支援として限られた期間内で集中的に介入効果を発揮するためには、初期集中支援を包含した継続的な支援について考慮する必要がある。

そこでまず、認知症高齢者により身近で継続的に係わることになる地域包括支援センターと介護支援専門員（ケアマネ）を含めて、初期集中支援がより効率的で継続的な効果を発揮できるような体制づくりが必要となる。対象となる困難事例だけでなく本来の対象となるべき認知症の初期における有効的な介入に発展するために、地域の民生委員や認知症サポーターなど地域への周知を順次行うこととした。

「初期」とは、本来は認知症の初期をさすが、本モデル事業では、認知症が進行していてもこれまで医療や介護に結びついていなかったファーストタッチ事例や、医療や介護サービスに既に結びついているが認知症の行動・心理症状のために対応に苦慮している事例（いわゆる困難事例）も含まれることが、実施要綱に示されている。

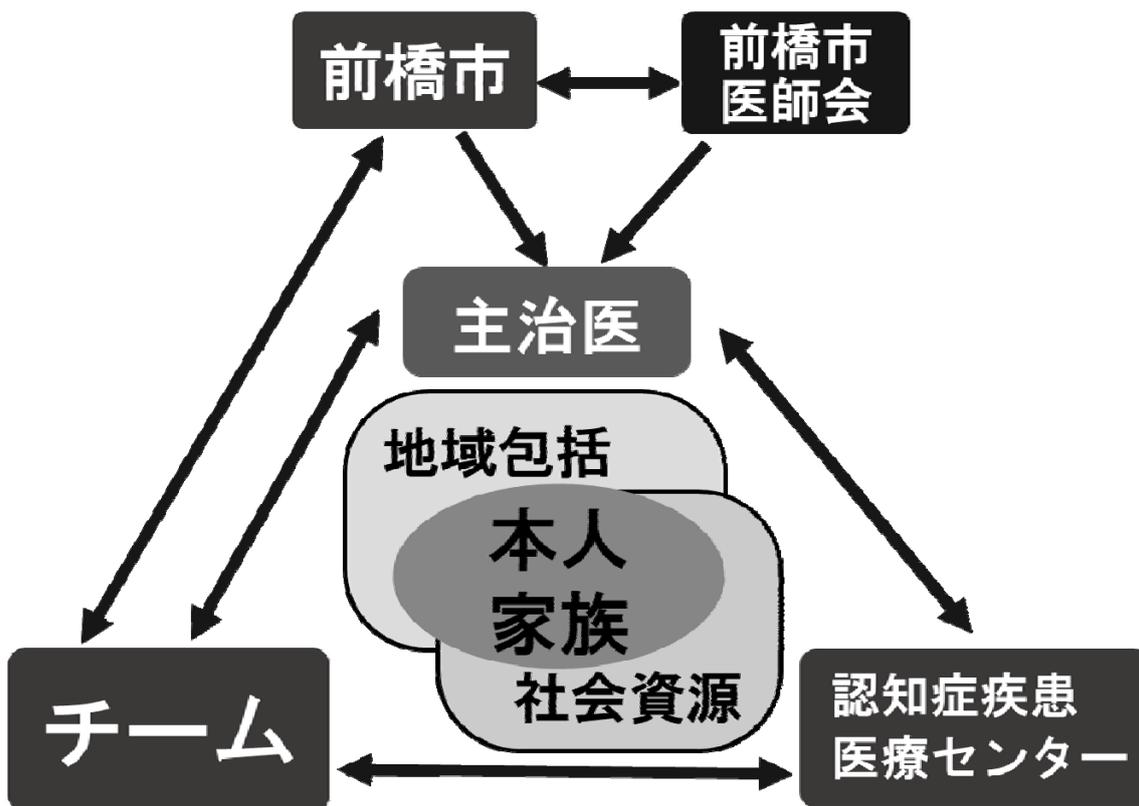


図1 H25年度前橋市のモデル事業における各機関との連携模式図

### 3) 医師会との連携仕組み作り

本モデル事業において、認知症高齢者及び家族への支援を円滑かつ効率的に実施するには、関係機関、特に主治医と情報を共有して連携の下で継続的に支援することが必要なため、前橋市医師会との連携が不可欠である。特に支援チームが介入することについては、主治医との意思疎通及び情報共有が市医師会としての意向であり、各関係機関との事前調整が重要となる。このため、モデル事業概要、本市の運営体系及び取り組み概要について、市医師会長はじめ理事会、会員の定例会、老人保健委員会において説明を行い、協力連携体制の構築を行った。また、事業協力依頼は実施主体である本市と事業主体である委託先（老年病研究所附属病院）の双方から主治医に依頼を通知するとともに、本人及び家族の同意書、情報収集や情報提供などに必要な様式を定めている（各書式は P.26～参照）。

### 4) 支援チームの設置と運営

本モデル事業は前橋市が国と契約を結び、事業を委託している。本市では、既存の資源との連携を重視し、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの両方を有する医療機関に事業を委託することとしている。これにより継続的に認知症高齢者に

係わるケアマネや地域包括支援センターとの連携を密にし、認知症に特化した相談支援、医療及び介護のサービスに効率的に繋げることを期待している。なお、H25年度のモデル事業では、公益財団法人老年病研究所に委託し、同法人が受託している前橋市地域包括支援センター西部に設置した。

H25年度の前橋市認知症初期集中支援チーム員の構成は、医師2名と作業療法士2名、社会福祉士1名、介護福祉士1名の2チーム編成とした。実施要綱では『訪問するチーム員数は2名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上で訪問する』となっているので、社会福祉士または介護福祉士のどちらか1名と作業療法士1名の合わせて2名で訪問することを原則とした（下記に示すように、地域包括の担当職員が同行することも多かった）。前橋市では、地域包括支援センターの三職種以外の職種とすることにより、より多くの職種が係わることになり多角的な支援の検討に繋がるものとする。

支援チーム員の医師は、認知症サポート医であることが実施要綱に示されている。このため、前橋市では、H25年9月に開かれた認知症サポート医養成研修に1名が参加して資格を得て、医師2名の体制を整えた（養成研修は年に3回開催されている）。

支援チームの運営は、チーム員だけに任せるのではなく、実施機関である地域包括支援センター西部の担当者と市の行政の担当者とが一体となって、運営の方針を検討していく体制とした。よって、チーム員会議には、チーム員に加えて地域包括担当者と市担当者が毎回加わった。

支援チーム内部での書式作成や統一、ケースの管理などはチームリーダーの作業療法士が中心となって行った。

## 5) 地域包括支援センターとの連携仕組みづくり

支援チームの介入について、初期の係わりは非常に重要で以後の介入に大きく影響する部分である。地域に根ざし高齢者支援を継続的に行っている地域包括支援センターとの連携が重要となる。初回訪問における高齢者との顔合わせや、その後のアセスメントへ効率的に進めるために、信頼関係の形成については基本的にチーム員と地域包括支援センター職員が協力して行う手法を取っている。

このために、初期集中支援に繋げるケースについては各地区を担当している地域包括支援センターを通して初期集中支援チームに依頼することとした。

## 6) その他既存の社会資源への協力依頼

認知症高齢者を支援するための既存の資源は様々存在している。各相談窓口において医療や介護に結びついていないケースについて、速やかに地域包括支援センターや初期集中支援チームに繋ぐことが出来る体制づくりが必要とされる。

これらの地域資源に対して、順次、事業趣旨の説明や協力依頼は行っているが、それだけではなく様々なケースに介入し実績を上げることにより初期集中支援の効果を実感でき、一つの有効な資源として関係機関等に認知していただくことが重要である。

## 7) 市民への周知広報活動

認知症の基本的な知識だけではなく、認知症の人への接し方や行動・心理症状（いわゆる問題行動）への対応の方法について、多くの市民が不安を持っている状況と思われる。

認知症初期集中支援事業だけでなく、広く認知症の知識や対応方法等について周知啓発を図るためにも、認知症に係る対応医療機関や相談機関等の社会資源を掲載した既存の「まえばし認知症あんしんマップ」（右図2参照）の活用や、認知症についての「家族介護ガイドブック」（P.18、図5参照）を作成するなどして広報活動を展開している。



図2 前橋認知症あんしんマップ

## 8) 検討委員会の設置と運営

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の活動状況等に係る必要な事項を検討するため前橋市認知症初期集中支援チーム検討委員会設置要綱を定めた。

検討委員会には、医療・学識経験者として市医師会代表、市内の認知症疾患医療センター（受託法人の認知症疾患医療センターを除く）代表、市薬剤師会代表、高齢者福祉関係者として認知症の人と家族の会県支部代表、県介護支援専門員協会代表、保健関係者として県介護高齢課代表、市保健所代表に委員を委嘱している。

検討委員会では、事業の活動状況に関すること及び関係機関や関係団体の協力体制に関することなどを協議している。また、H27年度の認知症初期集中支援事業の制度化に向けて、本市における事業実施についての適正な体制整備について検討する。

## 2. 事業実施の流れ

### 1) 依頼の窓口と受付について

認知症初期集中支援チームに対する依頼の窓口と受付については、支援チームの設置機関やチーム員の構成などにより市区町村毎に異なる事が予想されるが、H25年度のモデル事業の場合、下図の通り地域包括支援センター（地域包括）を通して支援チームに依頼する流れとした。つまり、支援チーム単独で行動するのではなく、担当エリアの地域包括の担当者を通すことで、支援チームが介入することを担当者に把握してもらう。そのことで、地域包括が把握している基本情報を支援チームが家族やケースに繰り返し聞いて様式をまとめる手間を省き、支援チームの役割を照会元である地域包括担当者に理解してもらい、終了後の引き継ぎなどが円滑に行える様にするなどにつながる。

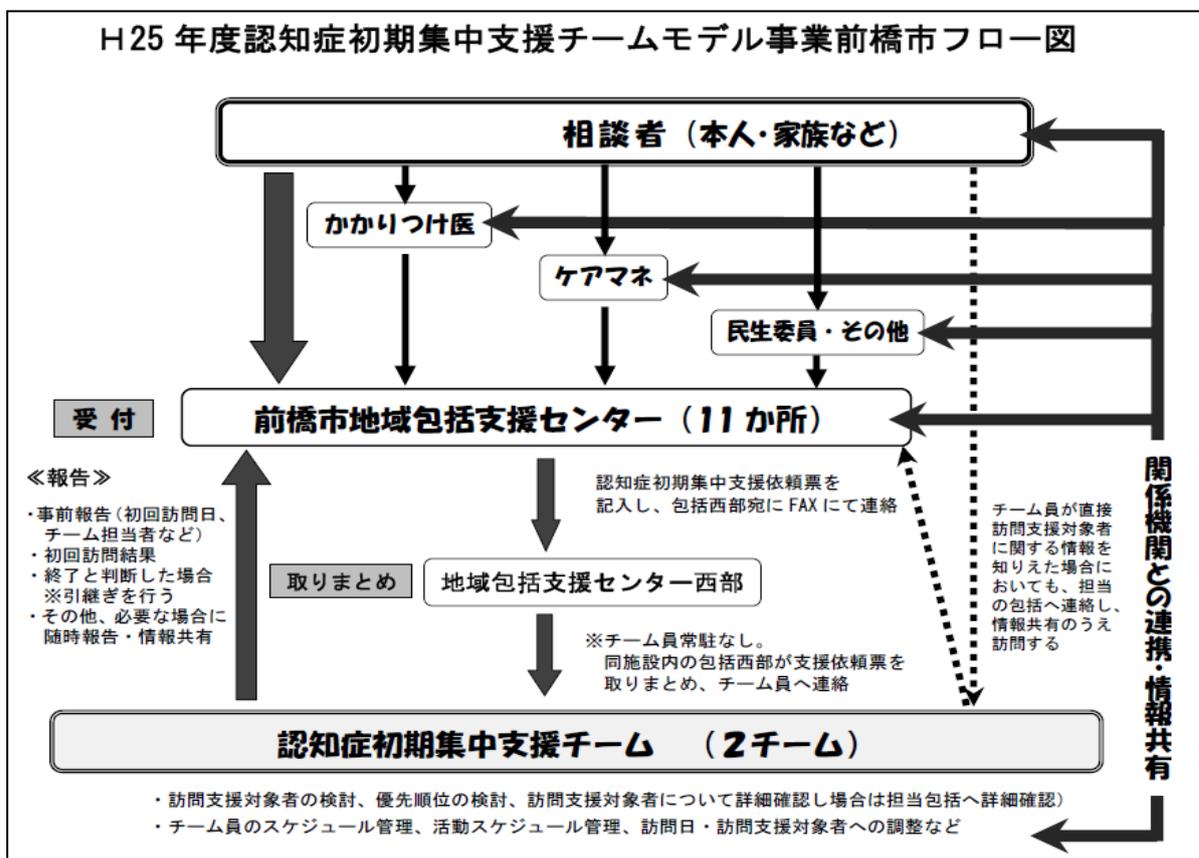


図3 H25 年度認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業における依頼の流れ

前橋市では、地域包括からの依頼については「認知症初期集中支援依頼票」と「対象者基本情報」の用紙を用いている (P. 36~37 参照)。「認知症初期集中支援依頼票」には初期集中支援チームの支援対象者要件を満たしているかの確認や依頼までの簡単な経緯、認知症初期集中支援チームに期待することなどについて記入する欄がある。「対象者基本情報」は対象者の基本情報を記入する用紙となっており、依頼時に地域

包括よりこれらの情報を得ることで、情報収集や共有が効率的に行える。なお、情報の共有や提供にあたっては、基本的に家族や本人から事前に了解を得る。

#### ワンポイント

地域包括より依頼とともに情報提供を受けることで、繰り返しの情報収集を避け家族やチーム員の負担軽減につながる、支援チームに期待することが明確化される、情報共有が図りやすいなどのメリットがありました。また、地域包括を介して行ったことで、地域包括担当者の「認知症初期集中支援チームに適した対象者」の理解促進につながり、適切なケース紹介につながるメリットも感じられました。

各地域包括を経由した依頼方法については、依頼時に負担がかかってしまう点が懸念されていましたが、結果としては、支援チームの抱え込みの防止や円滑な引き継ぎにつながりました。

情報提供について同意を得ておくことも、情報共有と円滑な連携のためにきわめて重要です。

## 2) 訪問の調整・事前情報収集

地域包括支援センターより「認知症初期集中支援依頼票」と「対象者基本情報」が届いた後に、訪問の日程調整を行う。H25 年度前橋市のモデル事業では、各担当の地域包括担当者に家族との訪問日程調整を依頼した。面識のないチーム員から連絡するより、チーム員が訪問できる日程の候補日をあらかじめ伝えておき、面識のある地域包括職員（またはケアマネ）から連絡してもらう方が、調整が円滑である。普段の生活でどのような問題が生じているのかを的確に把握するためにも、できるだけ家族にも同席してもらうことが望ましいが、独居で親族とも連絡が途絶えているケースの場合は、地域包括担当者等とチーム員と一緒に訪問を行う。また、円滑に関係を築くためにも、初回訪問は面識のある地域包括支援センター職員やケアマネジャーに同行してもらう様にしているが、既に家族より十分な情報を得ている場合や、本人の拒否が強く多数で訪問することでさらに拒否が強まる可能性が高い場合は、チーム員のみで訪問する。その他にも、普段より本人との関わりが密な支援者（民生委員やケアマネ等）がいる場合は、それらの人たちから必要に応じて情報を得る。

また、事前に地域包括より送付される「認知症初期集中支援依頼票」などの資料を参考にしながら、更に詳しく地域包括が把握している情報について収集し、訪問時に必要なアセスメントなどについても準備を進めておく。必要に応じて、事前に得られた情報をチーム員の医師に報告し、必要性が高いアセスメントについて確認することもある（例えばレビー小体型認知症が疑われる場合は、幻視や誤認妄想、REM 睡眠行動障害、失神や便秘など）。これらの症状は、チーム員側が質問しないと引き出せないことも多いので、疑われる原因疾患に応じて質問項目を準備する。

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、事前に十分に確認を行っておく必要がある（担当

地域包括の職員などに行く場合は、それらの人たちとも)。路上駐車などによる近隣住民とのトラブルだけは避けたい。

#### 主治医からの情報収集について

主治医がいる場合、支援チームから前橋市介護高齢課地域支援係（前橋市地域包括支援センター中央）に連絡し、「主治医に事業への協力依頼（P.30 参照）」の郵送を依頼する。それと並行して訪問日程の調整を行い、訪問日程が決まったら、支援チームからも主治医に「事業協力と情報共有の依頼（P.32 参照）」と共に「コメント票（P.33 参照）」を郵送、又は訪問で届ける。訪問予定の1週間前までに依頼をし、できる限り訪問前までに主治医よりコメントが得られるようにする。必要があれば、主治医が指定した連絡方法にて、事前に確認を行う。

#### ワンポイント

支援チームが関わる前に主治医に連絡を入れ、今までの診療に基づいたコメントをいただくことで支援の参考になると同時に、その後の連携が図りやすくなります。H25年度のモデル事業では、主治医からのコメント票返信率は86.2%でした。多くの主治医の先生にご理解とご協力をいただいたのは、前橋市から市医師会への事前説明や、市医師会の協力があったことだと実感しました。やはり、事業を進めるにあたり、実施主体の市区町村が当該医師会に説明し、理解と協力を得ることが事業成功を左右する要因の一つのようです。

#### ワンポイント

対象者の多くは認知症の自覚のない方のため、訪問の際は、「認知症初期集中支援チーム」と名乗るのではなく、予め地域包括担当者と打ち合わせをして「一人暮らしの高齢者の訪問」や「市の健診を受けていない方の訪問」「65歳以上の方の訪問」などと申し出ることが多くありました。

### 3) 初回訪問

初回訪問では、挨拶→認知症初期集中支援チームが関与することの同意→アセスメント→必要に応じて家族への対応法指導や住環境に関する助言などを行う。これら盛りだくさんのことをおおむね2時間以内で実施するにはかなりのスキルが必要となる。

まず、初回訪問はできるだけ対象者になじみのある地域包括の職員や担当ケアマネに同行してもらう方が、スムーズに訪問できることが多い。対象者は、はじめのうち、チーム員に対して不信感をもっている場合が大半である。多くの場合、なじみの地域包括担当者や担当ケアマネから「前橋市から身体のことや健康のことを相談に乗ってくれる専門の人が来てくれた」というような大まかな紹介をしてもらい、関わりのきっかけをつかむ方がスムーズな場合が多い。簡単な自己紹介をして、季節柄や最近のニュースを話題にして当たり障りのない会話のやりとりから、見当識や記憶、取り繕いの有無な

どおおよその情報を得る。明らかに認知症が疑われるも拒否的なケースの場合は、ある程度の不信感が解けたところで、チーム員の一人が対象者に「身体の調子はいかがですか？痛いところなどはないですか？身体の動きをみせて下さい」などと声を掛けて家族と異なる場所に移動し、家族とは別にアセスメントを行うことが多い。H25年度のモデル事業では、作業療法士と、社会福祉士または介護福祉士のペアで訪問を行っていたため、作業療法士が対象者に対して、社会福祉士または介護福祉士が家族に対してアセスメントを実施することが多かった。

また、初回訪問では、認知症初期集中支援チームの関与について同意を得ることが必要になる。本市では同意書を用意し、医療機関への情報提供などに関する同意を得ることを基本としているが、独居で拒否的なケースなどは同意を得ることが難しい場合もある。その場合の対応方法などは実施主体の各市区町村でマニュアル化しておく方が良いと考えられる。前橋市では、地域包括への情報提供は同意がなくても行うこととした。

#### ワンポイント

**初回訪問時の会話:**初めて会う人に認知機能のアセスメントをされることほど不快なことはいりません。病院で実施する様な定型的なアセスメントシートを用いるのではなく、会話の中から“同じ話の繰り返しと取り繕い、見当識低下を疑わせるが流暢な会話”というアルツハイマー病らしさや、“緩慢な返答でまだらな認知機能低下が特徴”な脳血管性認知症らしさなど、ある程度の情報は得られます。それらを基に、病型ごとに必要なアセスメントを実施するのですが、チームは鑑別診断をするための情報収集をするわけではないので、最低限のアセスメント実施に控えて、できるだけ会話などからの情報収集を心がけています。

話題としては、季節やニュースに関する無難な内容から、徐々に本人の今までの生活に関する会話内容の質問へと切り替えます。はじめから DASC などの現時点での生活に関する情報収集をすると、結果的に本人のできないことを暴いていくことになってしまいます。それよりも、どの様な人生を送ってきたか、どの様な趣味があり、何を大切に生きてきたのか、その人を知ろうとすることが重要です。そして、その人の自宅を訪問する意味がそこにあると感じています。本人が一番輝いていた時期の話の聞いてみると、泉の様に楽しいポジティブな思い出や感情がわいて出てきます。このような話題を聞くことは、一見すると貴重な 2 時間の訪問時間では、優先順位が低いと思われがちです。しかし、そういった過程が、その後の信頼関係構築に影響を及ぼしたり、その後のアセスメントや受診勧奨などの際に本人の態度が明らかに異なることを多く経験しました。訪問した際に拒否的な発言をしたケース自らが、初回訪問の終わりに「そりゃ心配だよ。あんたが早い方が良いわって言うなら、どこの病院に行けばいいんだい？」と発言することを複数回経験しました。

そして最後に。訪問のポイントは“笑顔”であることを、モデル実践を通して確信しました。対象者が「この人なら安心」と思ってもらえるキャラクターであることが非常に重要であり、それには笑顔と落ち着きのある雰囲気の方が大切だと実感しました。

## ワンポイント

H25 年度のモデル事業では、初回訪問にあたり地域包括支援センターからの依頼票と基本情報を元に、チーム員会議において情報を共有しました。その際に、対象者本人の生活状況や住まい、暮らし、家族の状況を把握し、訪問時評価の際に注意すべきポイントがあれば検討します。これらの過程は、最初のケース数が少ないうちは丁寧に行いましたが、徐々に対象者数の増加と共にチームも要領を得たので、後半は必要に応じて確認を行っていました。

また、実際の初回訪問では、対象者本人や家族に「前橋市の認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業…」と説明をしても、なかなか理解されずに、独居で拒否的なケースの場合は更に拒否が強まるのが現状です。その様な事から、事前に理解のある家族や親族にチームの関与について同意を得ておき、訪問時は「前橋市から依頼されて、高齢者のお宅訪問をして、困っていることがないか相談しています」などとの表現にとどめ、「困っていることや不安なことがあったら何でも相談して下さい」などと言いながら、安心感をもたらします。

独居の対象者からは「困っていることは何もないよ」と断られることもよくありました。しかし、事前に包括職員やケアマネジャーさんからその人の事について情報収集し、どの様な声かけをするか相談してから訪問することで、最終的には全く関わりが持てなかったケースはありませんでした。

時間も制限されているため、趣味や飼っているペット、好きな食べ物など、日常的なものから少しずつアセスメントしていきました。

#### 4) アセスメント

H25 年度は国のモデル事業としての実施のため、基本的には実施要綱に定められたアセスメントを実施した。具体的には①DASC 21、②Zarit 8、③DBD 13、④身体状況に関するチェックリストが必須の評価項目として定められていた。①～③については既にマニュアルなどがあるためそれらを参考にしたい。身体状況に関するチェックリストについては、H25 年度のモデル事業では明確な書式が定められたわけではないため、前橋では図 4 (P.38 参照) の通り、訪問時のチェック票を作成した。

訪問時のチェック票は、①身体機能、②コミュニケーション、③衛生状態・栄養状態、④摂食状態、⑤排泄状態、⑥睡眠・日中活動、⑦家屋状況、⑧家族の理解、⑨生活状況から構成されている。

対象者:	様	訪問時のチェック票	実施日:	年	月	日
		実施・記録者:				
①身体機能						
・運動麻痺/失調		□なし□あり(Rigidity/Spasticity)	DTR			
・筋力低下		□なし□あり(MMT)				
・疼痛/浮腫		□なし□あり( )	・転倒歴	□なし□あり( )		
・歩行障害		□なし□あり(すり足/すくみ足)	最近変化?			
②コミュニケーション						
・言語での基本的な意思疎通		□可能□困難(呼称は? SD/PAの可能性?)				
・視力問題		□なし□あり(白内障? 幻視あり?)				
・聴力問題		□なし□あり(補聴器? 耳垢?)				
③衛生状態/栄養						
・身体の清潔		□清潔□いいえ( )				
・衣服の清潔		□清潔□いいえ( )				
・家屋/室内環境の清潔		□清潔□いいえ( )				
・瘦せ/肥満		□なし□あり(最近の変化)				
・褥瘡の恐れ		□なし□あり( )				
④摂食状態						
・摂食拒否/過食		□なし□あり( )				
・咀嚼/嚥下困難		□なし□あり(義歯適合? むせ?)				
(食事所要時間: )		食事回数: )	食事/水分摂取量:			
⑤排泄状態						
・尿失禁		□なし□あり(最近変化?)	回数/量			
・便秘		□なし□あり(最近変化?)	回数/量			
・便秘		□なし□あり(いつから)	服薬?			
⑥睡眠/日中活動状況						
・睡眠に問題		□なし□あり(昼寝の有無)				
・夜中の大声		□なし□あり(RBD? 夜間せん妄?)				
・日中の活動状況は?( )						
⑦家屋状況						
・改修必要性		□なし□あり( )				
・生活動線上の段差/転倒リスク						
⑧本人の状況に対する家族の理解						
・認知症に対する家族の理解		□あり□なし( )				
⑨生活状況						
・1日の過ごし方( )						
・趣味/楽しみ/特技						
・他人や地域との交流						

図 4 身体状況に関するチェックリスト (P.38 参照)

①では日常生活上問題となる身体機能の問題があるかをアセスメントする。痙縮や固縮の有無は、運動の問題だけでなくレビー小体型認知症や血管性認知症の可能性も探ることができる。脳血管性の問題が疑われる場合は、舌の動きや嚥下、構音障害の有無も必要に応じて評価する。独居の軽度の認知症者は、活動量の低下により、廃用性の筋力低下の問題を抱えているケースがある。また、すり足やすくみ足など歩様やその変化の経過を聞くことで、正常圧水頭症やレビー小体型認知症、パーキンソン病、その他の頭部外傷や脳血管疾患の可能性を探ることができる。転倒歴についても、あえて確認することで、家族が把握していないものの転倒を頻回に繰り返していたケースにも遭遇することがある。②コミュニケーションについては、基本的な意思疎通が可能であるか、視力や聴力などの基本的なインプットの経路自体に問題が生じていないかについて、簡単に把握する。特に難聴であることがきっかけに、意思疎通の困難さや周囲との関わりが消極的になるケースもあるため、注意が必要である。また、家族や本人から意思疎通の困難さや「こ

とぼが出にくい」という訴えが聞かれる場合などは、意味性認知症などの可能性も踏まえてアセスメントを実施する。H25年度モデル事業では、実際に「認知症ではない」と診断された対象者と家族が「やはりおかしい」と相談したことがきっかけで、若年かつ早期の意味性認知症であったケースを経験している。③衛生状態や栄養状態については、認知症の進行により入浴を面倒くさがったり、拒否するケースは多い。また認知機能の低下により、家の中が片付かなく雑然としているケースや、夫婦共に認知機能が低下して食事の準備ができずにコンビニ総菜やカップ麺のみで生活していたケースも実際に経験した。身なりや住環境の清潔さ、適切な栄養摂取ができていないかは、生活の基本を成り立たせるだけの認知機能が維持されているかを知る重要な手がかりとなる。衛生状態や栄養状態についても把握する視点をもって訪問し、それらのことについて質問したり、さりげなく台所や冷蔵庫を見させていただく様なアクションを心がけることは重要である。④摂食に関しては、脳血管性の場合には嚥下能力も低下している場合がある。また、認知機能の低下により義歯の清潔保持や適合に対する配慮が難しくなっている対象者も経験する。認知症が進行しているケースでは、独居の場合は食事の回数が非常に少なかったり、家族と同居の場合は食べたことを忘れて必要以上の回数食べてしまうケースに遭遇することがある。⑤尿便失禁などに関する事項は、対象者本人に聞きにくい項目ではあるが、家族からの情報収集や尿臭の有無などと併せて確認をする。正常圧水頭症の様にそれがここ最近急激に進行していることなのかについても確認すると良い。高齢者の場合は便秘が長期的に続くことでせん妄などを引き起こす可能性もある。また、便秘はレビー小体型認知症の自律神経障害の症状として比較的高頻度で遭遇するため、レビーが疑われるケースでは忘れずに確認したい。排泄で介助が必要なケースは介護家族にとって特に負担感が強いので、忘れずに確認したい。⑥睡眠については、せん妄やストレスとも関連しており、BPSD悪化の要因となることも考えられるため、必ず確認したい項目である。不眠からマイナートランキライザーが処方されているが適切に服薬できていなかったケース、夜間不眠を訴えるが話を聞いてみると日中の活動性が低く昼寝時間が長いケース、RBD（レム睡眠行動障害）のエピソードが家族から聞かれるケースなど重要な情報が得られることが多い。⑦家屋状況についても、リハ関連職が訪問する際はアセスメントしたい項目である。特に困難事例で今まで社会資源が介入できていなかったケースなどは、少しの住環境改善の工夫で転倒頻度を劇的に軽減できるケースがある。また、レビー小体型認知症などでは、幻視を誘発しやすい環境の改善助言なども必要に応じて行いたい。⑧本人の状況に対する家族の理解については詳細を後述するが、基本的には進行性である認知症に対する適切な理解がないと、本人のために良かれと思って行う行為や声かけが、認知症の本人を追い込んでいく可能性が高く、実際にその様なケースは多く経験する。特に“妻への想いが強い夫”や“母に対するしつかりして欲しいという思い

が強い娘”で、認知機能低下を受け入れられずに困難なことを要求することで、対象者本人の心理面が落ち着かず暴言や焦燥感の増強につながり、それに対して理解できずに修正を求めることで更に行動・心理症状が悪化するという典型的な負のスパイラルに陥る危険がある。家族との会話でこのあたりは十分に把握できるので、項目として入れ込んである。⑨生活状況に関しては、1日の過ごし方だけでなく、楽しみとしていることや趣味・特技、他者や地域との交流などについての項目から構成されている。認知症の進行と共に、意欲低下やアパシーなどにより趣味活動を全く行わなくなる、周囲との関わり頻度が減ることなどが観察されることが多い。しかし、これらは高齢者というライフステージを考えると、目的があり充実した生活を送る上で非常に重要な項目である。自宅に訪問すればその方の人生プロセスが凝縮された物が置いてあることが多く、その様な視点から対象者との信頼関係づくりを図ることも重要である。作業療法士がいなくても、後述の生活行為向上マネジメントも参考にしてこれらの視点を是非とも有効活用していただきたい（ワンポイント参照）。

これらの評価以外に、各市区町村で必要に応じた評価指標が用いられている。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。H25年度の前橋市でのモデル事業では、日本作業療法士協会による生活行為向上マネジメントシートや興味関心チェックシートを有効に活用した（一般社団法人日本作業療法士協会のホームページより無料ダウンロード可能 <http://www.jaot.or.jp>）。これらは、必要に応じて本人の興味関心に関することを聞き出したり、日常生活上の問題を整理してリハビリテーションの視点から総合的に改善するためのプランを考えるのに非常に有用である。高齢者の場合「趣味は何かありますか？」と聞くと「仕事をしてたからそんなものはない」といった答えが返ってきて、なかなか把握できないことがある。その点、興味チェックリストは紙を見ながら一緒にチェックを行うと、ほとんどの対象者が複数の項目にチェックが付く。それらを基に話をしていくことで、対象者の“人となり”を評価することができる。

これらアセスメントを実施するとおおよそ2時間程度かかる。その他にも、その場に応じて必要と判断される項目の評価は適宜実施した。特にDASCは項目のチェックをつけることを目的とせず、項目毎に質問していく過程でBADLやIADL上の問題点を詳細に把握していくことが必要である。

同居家族のアセスメントも重要である。同居者の認知機能やコミュニケーション能力を会話の中で把握し、また、家族の本人に対する態度や、支援チームに対するニーズを知ることも重要である。本人よりも同居家族への支援が中心になるケースもある。

## ワンポイント

**初回アセスメント時のコツ:**認知症は認知機能低下による生活機能障害であるため、認知機能低下によってどのような生活上の困難さがあるのか、上述の通りアセスメントシートを用いて日常生活上の問題を詳細に把握していきます。また、認知機能低下によって、周囲の人との関係性も円満に保つことが難しくなるため、対人交流や周囲の地域との交流などの社会参加の側面についてもアセスメントをするだけでなく、周囲がどの様に捉えているかについても把握することが重要なことは、本文でも記載した通りです。認知症初期集中支援チームは、鑑別診断をするわけではありませんので、詳細な神経心理検査などを実施する必要はありません。しかし、認知機能の状態についてもある程度のアセスメントを実施し、チーム員会議に情報として持ち帰る必要があります。そして、なにより初対面でそれらの評価を実施しなくてはならない点が非常に難しいところです。人員的にゆとりがある地域は別ですが、H25年度の前橋の体制では、数回訪問して信頼関係を構築してからアセスメント...という余裕はありませんでした。そこで、非常に役立ったのが、本人の今までの生活歴や趣味・特技、本人がやりたいことについてのアセスメントを実施するということです。初回訪問では、まず差し障りのない話題から話すことが多いです。その後、急に生活のことを聞くより、生活歴や趣味・特技などの話題を聞き出すとその後の関係がスムーズに築きやすいことを多く経験しました。特に初回訪問では、認知症の対象者は、不審な訪問者である我々に対して“ぼろが出ないように”と非常に緊張した状態で構えています。認知症、特にアルツハイマー病の対象者は、自分の状況について正確かつ客観的に把握することは進行と共に難しくなります(病識低下)。しかし、自分自身の状態が今までと異なることに気付いており、色々な事がうまくできなくなり、不安や焦りは感じています(病感はある)。その不安感や焦燥感をあおり立てるのではなく、上手く対象者本人が人生の中で一番輝かかった時の話や本人がやりたいと思っていることを聞き出し、それを自ら語ってもらう様に質問を投げかけて共感します。実際にH25年度のモデル事業では、「こんなに楽しそうに話す母を見たのは久しぶりです」と娘さんに言われたこともあります。ここまで来れば、少なくともその日その場面では非常にスムーズにアセスメントが進みます。この点、先述の興味関心チェックシートや生活行為向上マネジメントシートなどとても便利なツールです。

この欄の執筆者は作業療法士です。そのため、拒否的な対象者の場合は「まずは身体の様子を見せて下さい」と言って、痛みや麻痺の有無などについて簡単にアセスメントします。多くの対象者は認知機能に関する質問は拒否しても、これらアセスメントは受け入れ良好です。その後、生活歴や趣味・特技についてのアセスメント、生活状況のアセスメントを実施し、最後に核心に迫る「最近、物忘れについて心配なことがありますか?」と聞くと、「実はね...あんたが早いほうが良いってうなら、どこの病院に行くのが良いの?」と本人から受診の希望が聞かれたことを数回経験しました。

当たり前のことですが、チームは認知症を対象とするのではなく、認知症になったAさんとそれを取り巻く周囲の人や環境が支援対象です。一見遠回りのように感じるこの評価、実は効率的アセスメントの近道かもしれません。是非とも、対象者の“人となり”について知ろうとするこれらアセスメントを実施して下さい。

## 5) チーム員会議

### ①基本メンバー

チーム員（医療職と福祉職、医師）と行政担当者（前橋市介護高齢課地域支援係）、実施機関（前橋市地域包括支援センター西部）の担当者が出席する。

### ②事前準備

#### ・日程調整

日程に関しては、事前にある程度先まで予定を組んでおくことが望ましい。チーム員、特に医師が不在とならないように参加が可能な日時や場所を選定する。場所は個人情報扱うため、情報が漏れないように配慮された場所が望ましい。

#### ・会議資料作成

事前に各チーム員からのデータを集約し、当日配布資料の準備を行う。配付する資料としては、後述する一括管理シートと新規ケースの認知症初期集中支援依頼票や主治医からのコメント票である。一括管理シートには、ID と担当包括（担当者）名、初回訪問日、チーム内担当者、背景、問題点、介入時のアセスメント結果（DASC・Zarit 8・DBD 13 など）、介入の基本方針、前回からの進捗などを記載する（表1参照）。H25年度のモデル事業では、キーワードを意識しながら、支援開始からの流れや問題点、支援の目的などが簡潔かつ一目で状況がわかるように前回資料の不要部分を消去し、進捗部分を追加方法で実施した。会議資料は事前に配布し、会議前に資料に目を通しておけることが望ましいが、個人情報の管理やチーム員の負担のことを考えると、実際はその場の確認で分かる資料の方が望ましい場合もある。現に、H25年度のモデル事業では、当日その場で資料を配付していた。

### ③会議の流れ

新規訪問者のアセスメント結果についての報告と今後の目標や支援内容についての検討、継続支援者の進捗状況報告と方向性の確認、終了者のモニタリング結果の共有、主治医からのコメント票や主治医への情報提供書（P.39参照）の供覧、初期集中支援チーム依頼票の確認と初回訪問時の注意点の確認などを行う。各ケースに主担当者を決めておくと報告や情報のまとめを円滑に行うことができる。

ID	包括 (担当者)	初回 訪問日	担当者	背景	問題点	前回からの進捗（アセスメント 結果/支援目標/経過を含む）
13001	包括西 (A氏)	月 日	B			
13002	包括北 (C氏)	月 日	D			

表1 チーム員会議事に使用する一括管理シートの項目

## ワンポイント

本市では、チーム員が常駐でないため、資料の作成は、名前を伏せ ID 管理にて、各チーム員からチームリーダーにデータでやり取りし、会議用の 1 枚のシートに集約していました(表1:一括管理シート)。書式については、会議で扱うケース数や内容により、各チームにて工夫されることが望まれます。全ケースについて一覧表として記入し、全対象者についてひと目で現在までの状況がおよそわかるように工夫されています。これにより、情報更新の時間が短縮され、チーム員の作業負担軽減を図ることができました。個別のケース毎にいくつもの報告様式がある場合、会議出席者にとっては情報が分かりやすいかもしれませんが、実際の事を一番把握しているチーム員がその資料を作成することに時間の大半を割くことになると、結果的にチーム員が疲弊もしくは、訪問の時間が削られてしまうことになり本末転倒となります。H25 年度前橋市モデル事業では、チーム員全員が兼任であったため、このような効率的な方法で会議を実施しておりました。根本的には、常駐の事務員を配備し、情報集約・資料作成を円滑に行うことが望まれます。

また、単にケースのことを話し合うだけでなく、行政担当者にも同席してもらい、運営の仕方や困難事例やかかりつけ医に対する前橋市としての関わり方のスタンスなどについて共通の認識が持てるように、随時相談しながら運営を行っていました。普段の会議は、まず、チーム側からケースに関する報告と全員での検討、その後、行政側から運営協議会や報告書書式、外部への普及啓発活動などに関する事項の報告と全員での検討を行っていました。

頻度について、H25 年度のモデル事業では、支援チームの支援の方向性や支援チームの運営方法などについて、支援チームと行政が共に頻回な確認が必要であったため、原則的に 1 週間に 1 回開催しておりました。H26 年度は、運営方法も確立されると共に、チーム員のスキルも徐々に向上したため、原則 2 週間に 1 回開催しています。

## チーム医師よりのメッセージ

まず、チーム員のアセスメント結果を基に、認知症なのか MCI なのか、正常なのか、アルコール性精神障害などの精神疾患などか、想定される疾患についての判断(ある程度の正確性をもって)が求められます。次に①適切な診断に結びつける方策、②行動・心理症状が強い例での薬剤の検討(ドネペジルを中止するだけで興奮性の症状が緩和することが多い)、③使用されている安定剤や眠剤などへのアドバイスなどを、かかりつけ医との関係を考慮しながら行うことが求められます。単にサポート医の資格を満たすだけでなく、多数の認知症の方の在宅医療に関わってきた医師が加わることで、チームが強力になります。まあ、依頼を受けて初回訪問を実施する前にも、アセスメント項目について適切な助言を行うことも大事です。

本モデル事業では、終了時アセスメントで DASC や DBD を実施して、効果を定量的に示そうと、チーム員に強く働きかけました。

## 6) 継続支援の実際

チーム員会議で検討された結果や対象者本人・家族のニーズに基づき、必要とされる支援を行っていく。継続支援というと定期的に訪問し、何らかの支援プログラムを実施するように捉えられることもあるが、実際には医療や介護保険などの社会資源に結びつけたり、介護家族に対する関わり方の指導やメンタルサポート、本人に対する支援や環境整備への助言などを、必要に応じて臨機応変に提供する。ここでは支援の実際について大きく分けて①医療機関の受診に結び付ける、②介護保険サービスに結び付ける、③家族と本人の支援の3項目について説明する。

医療に結びついておらず認知症が明らかに疑われる対象者に対して受診勧奨する場合、ある程度進行している場合は説得がかえって拒否の増強につながる場合がある。逆に、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; MCI) から軽度認知症の対象者の場合は、適切に受診の必要性を説明すれば受診に応じることが多い。むしろ、認知症に対する不安感などが強い人も多いため、いずれにしても不安や抑うつを増強させないような安心感の持てる声かけを心がけたい。H25年度前橋市モデル事業では、介入の最初に主治医の有無を確認し、その医師に対して事前にコンタクトをとる様にした。そのため、まずは主治医に対する受診再開や主治医を介しての認知症疾患医療センターの紹介などを行っている。また、主治医やかかりつけ医がない場合は、認知症医療に関する情報が掲載されている「まえばし認知症安心マップ」(前橋市が前橋市医師会と共同編集しホームページ上で無料提供している [http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/121/p010869\\_d/fil/map\\_all.pdf](http://www.city.maebashi.gunma.jp/kurashi/42/104/121/p010869_d/fil/map_all.pdf)) の冊子を元に、近隣の医療機関から対象者本人と家族に受診先医療機関を選択してもらっている。チーム員は、主治医やかかりつけの医師を飛び越えて勝手に医療機関の紹介は行わないように配慮している。市区町村が実施主体の事業であるため、公平な情報提供ができるように努めると共に、その様な情報提供ができる体制構築が望まれる。また、対象者本人や家族に情報だけを単に提示するだけでなく、主治医に対する情報提供や紹介状作成の依頼、認知症疾患医療センター(前橋市内に3か所)の受診予約、認知症疾患医療センターへの情報提供(ただし情報提供などはその同意を得た場合のみ)なども行うフットワークの軽さがスムーズな受診とつながる秘訣である。

介護保険などのサービスへの結びつけに関しては、地域包括やケアマネとの連携が不可欠である。つまり、チーム員がケアマネや地域包括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。支援チームの対象となる方で多いのが、「介護保険を申請しているが本人がサービスの利用を拒否する」というケースである。特にデイサービスについてはネガティブなイメージを持っている方が多く、はじめから行きたがらない方と、半強制的に騙し半分連れて行かれたデイサービスがトラ

ウマとなっている方に多く遭遇する。認知症に特化したデイサービスで柔軟な対応をしてくれるような施設があればよいが、地方ではその様な選択肢が少ないのが現状である。デイサービスと高齢者向けふれあいいきいきサロンの中間のようなサービスがあると良いと感じることが多々ある。社会資源がニーズにマッチしていないこの点については、今後の地域包括ケアシステムの構築や認知症ケアパスの作成に向けて改善が望まれる。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ため、実際に後述のH25年度前橋市の実績にもある通り、医療に新規に結びつく例は多かったが、それに比べて介護保険サービスに結びつく事例は少なく、調整に難渋して支援が長期化することが多かった。認知症に関する支援や医療機関の受診とその後のフォローが落ち着いた段階で、一度支援を終了するとともに地域包括やケアマネに引き継ぎをして、モニタリングで介護保険サービス利用の移行を確認していくのも1つの選択である。

家族への支援については、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考えられる。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ていない可能性が高い。また、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・苦勞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「頭で分かっている、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(右図4参照)。やはり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である。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を行う。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

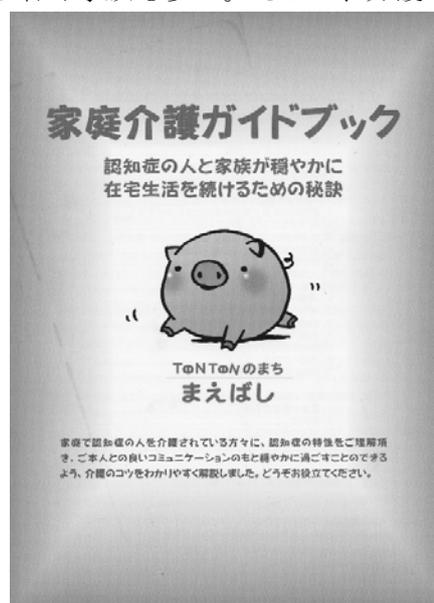


図5 家庭介護ガイドブック

その特徴、行動・心理症状、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と良い。前橋市では「家庭介護ガイドブック:認知症の人と家族が穏やかに在宅生活を続けるための秘訣」を作成し、訪問時に必要に応じて配布している。ただし、特に疾患の特徴やその介護方法の説明などは、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、初回訪問時に詳細な疾患に対する説明をすることは極力避けた方がトラブルを防ぐことができる。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。

#### ワンポイント

本市では、必ずかかりつけ医と連携をとりながら支援を進めるようにしております。暫く受診していなかったケースでも、まずかかりつけ医にチーム員が関わる旨の通知を出します。その後、かかりつけ医の先生からコメント票などの返信があれば、連絡をとり受診再開に向けた支援を行います。大きな総合病院の主治医を久しぶりの受診をする時などは、その病院の地域連携室のMSWなどと連携をとりながら、受診の予約も必要に応じて支援します。それと並行してアセスメントを行い、同意の下にかかりつけ医に対してアセスメント結果や在宅での状況について情報提供を行います。H25年度のモデル事業でも、実際に認知症疾患医療センターでの鑑別診断が望まれるケースでは、チーム員が直接疾患医療センターを紹介するのではなく、かかりつけ医の先生に紹介の必要性について情報提供をして、先生に判断と紹介をしていただきました。

これらの過程は、一見すると鑑別診断に至るまでかえって時間がかかるようですが、鑑別診断や投薬調整が落ち着いた後のフォローはかかりつけ医が望ましいことを考えても、結果的にはその後のフォローが円滑になると共に、本人にとってメリットのある方法であると思われます。

#### 7) 終了とモニタリング

目標が達成され、地域包括や担当ケアマネに引き継ぎがなされたら、終了の検討が必要となる。支援チームが永続的に関わることは難しく、また望ましくない。H25年度のモデル事業の実施要項では、おおむね6か月以内の介入とされましたが、H25年度の前橋では終了までの平均関与期間(情報把握から終了までの日数)は約70±50日(平均±標準偏差;15名)であった。医療に結びつけることが主目的のケースは比較的早期に終了し、介護保険サービスなどの社会資源に結びつけることが目的のケースは支援期間が長期化する傾向があった。

H25年度のモニタリングについては、実施要綱で原則2か月に1回とされていた。モニタリングを行う方法は電話と訪問があるが、状況に応じてどの手段を用いるかの判断を行う。独居の対象者や状態の変化などが予測される場合は訪問の方が状況把握を行いやすい。電話でのモニタリングは、家族や担当ケアマネ、地域包括職員など複数から総合的に情報を収集することが望ましい。

終了時にDASC、DBD、Zarit-8といった定量的評価を実施して、介入前と比較することで、チームの効果を数値で示すことができます。実施が難しいケースが多々ありますが、極力実施して、効果を示すことが本モデル事業では求められました。効果を数値で示すことは、チーム員の励みにもなるので、事業実施1～2年は積極的に事後評価をとるべきと思います。

### 3. 参考資料

#### 1) H25 年度前橋市認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の実績

(H25 年 8 月～H26 年 3 月末)

- ・ 対象事例数：42 人
- ・ 訪問事例数：37 人
- ・ 訪問延べ件数：83 件
- ・ 対象把握から初回訪問までの平均日数（37 例）：13.8±10.3 日（平均±標準偏差）
- ・ 終了した事例数：16 人、継続中の事例数：26 人
- ・ 対象把握から終了までの平均日数（16 例）：69.9±33.9 日
- ・ 対象事例 42 名の把握時点での状況内訳  
認知症高齢者の日常生活自立度  
Ⅰ：14 人、Ⅱa：12 人、Ⅱb：11 人、Ⅲa：3 人、Ⅲb：1 人、Ⅳ：1 人、Ⅴ：0 人  
介護認定の状況  
申請なし：22 人、非該当：1 人、要支援 1：7 人、要支援 2：3 人、要介護 1：6 人、要介護 2：0 人、要介護 3：3 人、要介護 4：0 人、要介護 5：0 人  
主治医の有無  
あり：29 人、なし 13 人  
介入前の主治医への通知とコメント票返信  
通知：29 件、返信：25 件（面会/口頭での連絡通知を含む）  
過去の認知症診断の有無  
既に診断済み：11 人、診断なし 31 人  
チームが関与するまでのおおよその罹患期間  
6 ヶ月未満：4 人、6 ヶ月～1 年未満：8 人、1 年～3 年未満：19 人、3 年～6 年未満：9 人、6 年～9 年未満：2 人、9 年以上：0 人
- ・ 終了した 16 名の終了時の状況内訳  
鑑別診断が実施されたか  
実施：6 人、非実施：8 人、実施の必要性なし 2 人  
認知症であったか  
認知症：11 人、認知症以外（軽度認知障害や精神疾患）：5 人  
何らかのサービス導入に至ったか  
至った：5 人、至らなかった：5 人、導入の必要性がなかった：6 人  
介護保険サービス導入に至ったか  
至った：5 人、至らなかった：4 人、導入の必要性がなかった：7 人

・終了した対象事例の介入前後の比較

(介入前後共に評価指標のデータが得られた者が対象、平均±標準偏差)

DASC 21 (6名) : 介入時 41.0±15.6 点、介入後 39.0±14.3

DBD 13 (5名) : 介入時 18.6±9.3 点、介入後 15.4±7.3

Zarit 8 (5名) : 介入時 11.6±9.2 点、介入後 8.0±4.7

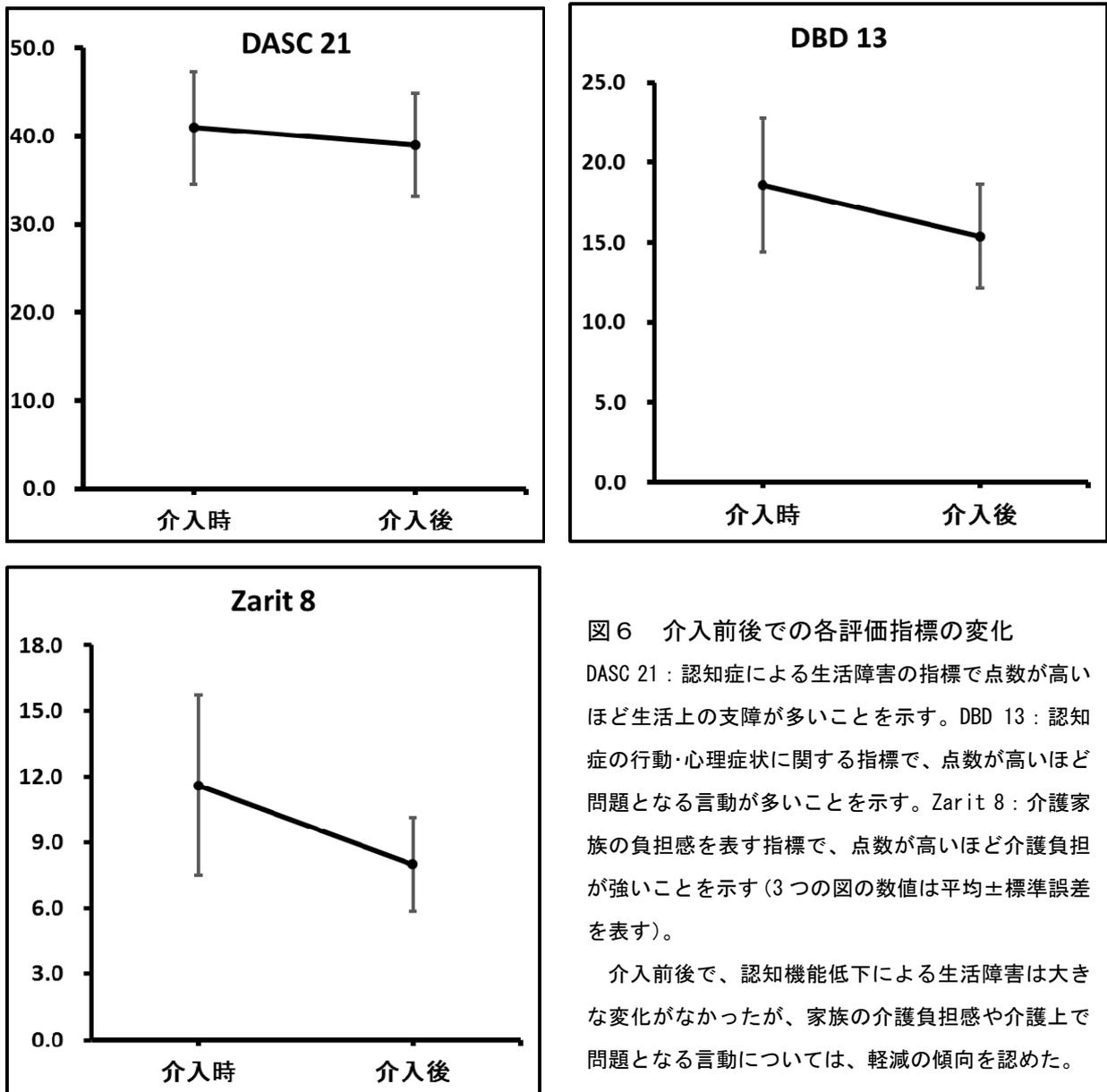


図6 介入前後での各評価指標の変化

DASC 21 : 認知症による生活障害の指標で点数が高いほど生活上の支障が多いことを示す。DBD 13 : 認知症の行動・心理症状に関する指標で、点数が高いほど問題となる言動が多いことを示す。Zarit 8 : 介護家族の負担感を表す指標で、点数が高いほど介護負担が強いことを示す (3つの図の数値は平均±標準偏差を表す)。

介入前後で、認知機能低下による生活障害は大きな変化がなかったが、家族の介護負担感や介護上で問題となる言動については、軽減の傾向を認めた。

## 2) 事例

### ①チーム介入がきっかけで医療サービスの体制が整い、介護負担が軽減した症例

#### ●症例 A

80歳後半の男性 妻との二人暮らしで、同市内に娘が住んでいる。

#### ●市内地域包括支援センターより依頼

約1年前に自転車で転倒して腰椎圧迫骨折。現在、要介護1でデイサービスに5回/日通っている。デイから帰宅すると毎日市内循環バスでどこかに出かける。財布などを無くす。自宅ではトイレを汚すなど等で介護負担が大きい。妻が限界状態。認知症が疑われるが、どの様に対応するのがよいか。

#### ●初回訪問：作業療法士と介護福祉士、担当ケアマネジャーにて訪問（娘同席）

長年、公務員を勤め上げ、定年退職後は木工工作のおもちゃづくりをして、市内の小学校や子供会を通じて子供達にプレゼントをするのが生きがかった。また、スポーツ万能で特にマラソン好き。自宅には35年前のホノルルマラソン参加時の写真や記録が飾ってある。中肉中背だが筋肉質で、元気な印象。妻によると元々「我が道を行く」タイプで、集団行動はしないが、人が沢山いるところに行くのは好きだと。数年前に胃がんや糖尿病を指摘されて入院した際も、勝手に自宅に帰ってしまう等の行動があり、年々頑固で忘れっぽくなってきているとのことで、数年前から認知機能が徐々に低下していた様子。

DASC18：50点（DASC21：57点）、Zarit8：29点、DBD13：22点。明らかな前頭葉症状無し、認知機能低下はまだらな印象だが、明らかな麻痺やDTR亢進無し、市内循環バスで毎日出かけるがバス停が自宅近くでさほど道に迷うことはない。トイレを汚す、汚れた服をタンスにしまう、食べこぼした物を踏みつけて歩き家中汚す、居間で木工をして刃物や木くずが散乱した状態で片付けられないなど、妻としての介護負担大きい。妻も円背や全身の関節痛（原因不明）で、要支援1。認知症の鑑別診断無し、数年前まで受診していた糖尿病や泌尿器科の外来は、継続受診が出来ていない。行きつけの整形外科医は信頼しており、デイサービスが休みの日に毎週通っている。娘と妻より認知症の鑑別診断の希望有り。本人は落ちが着き無い様子。

#### ●チームの支援と経過

- ・整形外科の主治医と相談。自宅での状況と家族の希望を伝え、娘宅近くの認知症疾患医療センター受診のための紹介状作成を依頼。
- ・認知症疾患医療センターへの受診予約と情報提供（同意のもと）。センター受診し、軽度ADの診断。MMSE：17点。センターよりレミニール処方。
- ・その間、数回訪問で妻への認知症に関する理解促進のための支援。
- ・レミニールの増量調整は3回のセンター受診で落ち着く。本人の落ち着きのな

さや ADL 上の混乱も軽減。泌尿器科(前立腺肥大)や糖尿病の受診再開に向けて家族にコメント。その後、受診再開したことでトイレを汚すことも減る。センターの投薬調整も落ち着き、糖尿病をフォローする近くの内科医がレミニールの継続投与を行うこととなる。

- 妻の介護負担軽減のため、ショートステイも試用。本人が落ち着いてきたこともあり、問題なく利用できる。

●終了時評価 (3ヶ月後)

DASC18 : 48 点 (DASC21 : 54 点)、Zarit8 : 12 点、DBD13 : 15 点。妻の介護負担は非常に軽快。医療に結びつき、今まで中断していた医療的フォローの整理が出来た。本人の落ち着きのなさが改善し、ショートステイ利用やトイレや家の中を汚すことが改善。木工道具の散乱は相変わらずだが、妻がそのこととをさほど気にしなくなった。担当地域包括支援センター/ケアマネジャーに引き継ぎをして終了。関与期間は約 3 ヶ月。現在も医療と介護による資源を活用しながら在宅生活を継続できている。

## ②途切れていた主治医への受診と鑑別診断に至った症例

●症例 A

70 歳後半の男性 夫との二人暮らしで、同敷地内に娘が住んでいる。

●市内地域包括支援センターより依頼

約 15 年前から精神科で躁鬱の受診歴があり、以降約 1 年半前まで受診していた。ここ 3 年前くらい前から、車で道に迷う、車を置いてタクシーで帰宅する、同じ物を買いためるなどの症状が徐々に進行。1 年半位前から主治医の受診も出来ていない。いやがる本人を心配になった家族が近くの医院に連れて行くも「歳のせい」と言われて以来、本人は「自分は呆けていない、周りがおかしくなったと言っているだけだ」と言い、それ以降は受診拒否。しかし、家人の衣類をクリーニングに出し、クリーニング屋から仕上がりの電話が来ても「出していない、覚えていない」といったことや、家の近くで道に迷うなどの生活上の支障があり、家族が困っている。医療につなげたいとの希望で地域包括より依頼がある。

●初回訪問：作業療法士と介護福祉士、担当包括職員にて訪問 (娘同席)

長年、専業主婦として夫の仕事を陰で支えてきた。昔から手先が器用で、夫や本人が着ていたセーターは全て症例が編んだもの。若いときは縫製の仕事に従事していたことがあった。慣れた人と話すのは好きだが、感情の起伏あり、周囲を振り回す様な発言をすることは昔からあったと。ここ最近では健忘による生活障害が多く、明らかに認知症が疑われた。

DASC18 : 50 (DASC21 : 53)、DBD13 : 16、Zarit8 : 13 で、明らかな身体

機能の低下や麻痺は認めない。GDS に関連する項目をいくつか質問するが、うつ的な発言も聞かれない。周囲に対する興味や意欲が低下し、家事は洗濯物を行う程度で、テレビを見たりして無為に過ごしている。食事の準備は、「問題なくそれなりの物を作っています」と本人答えるが、実際は全て夫が準備している。月 1 回の高齢者向けサロンは、近所の友達がいるので毎回参加を楽しみにしている。夫と娘は鑑別診断と治療を希望してた。

#### ●チームの支援と経過

- ・訪問前までに、所定の手続きにより今までの経過を主治医から情報を得ており、3 年前の時点では HDS-R : 29 点で問題を感じなかったと連絡有り。
- ・まずは今までの主治医の先生に久しぶりに会いに行くということで、認知症についての診断も含めて主治医受診を勧奨。「早いほうが良いなら... 行こうか」との発言が本人より聞かれたため、その日のうちに主治医がいる病院連携室のソーシャルワーカーと連絡を取り、受診予約。
- ・同意のもと、自宅での状況やアセスメント結果を主治医へ情報提供。
- ・主治医より認知症疾患医療センターへの紹介。
- ・認知症疾患医療センターで軽度 AD と診断され、ドネペジル塩酸塩処方開始。
- ・主治医のもとで、投薬継続フォローとなる。
- ・地域包括支援センター担当職員より、本人が介護保険申請を拒んでいると連絡あったため 2 度目の訪問。本人の趣味などを考慮し、作りかけの刺し子を持参して、一緒に作業活動をする中で「楽しい。こんなことがまだ出来るなら...」と本人が発言したため、介護保険サービス利用の勧奨。
- ・介護保険申請により、要介護 1 となり、担当ケアマネジャー決定。
- ・その間もチームは服薬状況確認、夫への認知症介護に関する情報提供、介護保険サービス利用に向けた支援のため、数回訪問。
- ・刺し子など作業活動を介してデイサービス利用への引き継ぎを検討していたが、本人がデイサービスに対する強い拒否があり、介護保険サービス利用には至らず。長期的支援が必要であること、服薬により意欲向上/活動性向上し、夫の介護負担感も軽減したことなどから、チーム介入は一時終了。

#### ●終了時評価（6 ヶ月後）

DASC18 : 36 (DASC21 : 39)、DBD13 : 10、Zarit8 : 0。デイサービスの利用には至らなかったが、継続的に主治医の受診が出来ており、服薬により意欲も改善。「忘れっぽさ、同じ話は変わらないけど、朝/晩ご飯の味噌汁とおかずを作ってくれるようになった。表情が良くなった」とのことで、介護負担感は非常に軽減。担当ケアマネと地域包括支援センター担当者に引き継ぎをして終了。今後はモニタリングで経過観察予定。

前 介  
平成 年 月 日

前橋市医師会会員 様

前橋市長 山 本 龍  
(公印省略)

「認知症初期集中支援チーム」の活動に関するご協力についてのお願い（依頼）

日頃より本市の高齢者福祉行政についてご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。

さて本市では本年度8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しています。この事業は本市より委託された、専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人を訪問し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。今年度はモデル事業として基礎データを収集する試行期間となっています。

今後、同支援チームによる患者様への訪問等が行なわれる場合がありますが、情報共有等のご協力をよろしくお願いいたします。

(介護高齢課地域支援係)

## 記

- 1 本事業についての紹介  
本紙裏面のとおり

問い合わせ先 前橋市役所介護高齢課地域支援係（市役所2階） （担当：大崎・伊藤・中島） 電話 027-898-6275（直通）
--

# 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業について

## 1 事業の目的

前橋市では平成25年8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しました。この事業は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で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配備し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としています（別紙1：事業概要参照）。

なお、平成25年度はモデル事業として、基礎データを収集する試行期間となっています。

## 2 支援内容

この事業は専門職からなる「支援チーム」が対象者宅を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。

（別紙2：フロー図参照）

## 3 事業の委託先について

この事業は前橋市（介護高齢課）が、下記の医療機関に委託して行います。

医療機関名：公益財団法人 老年病研究所

代表者：理事長 高玉真光

## 4 関係機関との関係・情報共有について

この事業を効果的に進めるためには、「支援チーム」が医療と介護に関する情報を、主治医（かかりつけ医）他関係機関と情報共有することが重要となります。

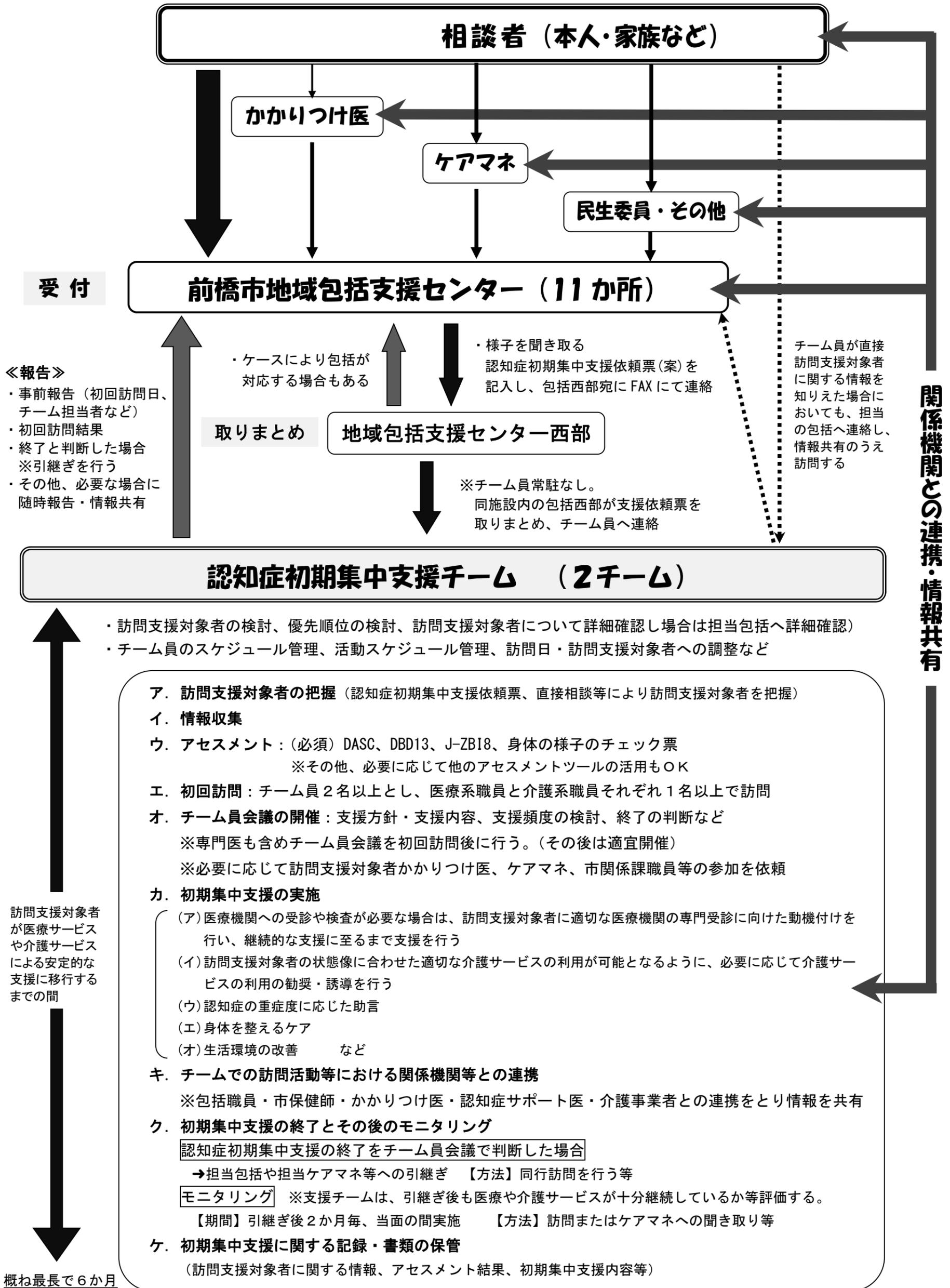
初回訪問の前には委託先よりご通知をお送りいたします。初回訪問後、継続して支援チームが関わる必要があると判断され、本人（または家族）より本事業に関する同意書が提出された場合、写しをお送りしますので、その後の情報共有をよろしく願います。

## 5 その他

本事業は医療保険の診療情報提供料等の対象外ですので、ご承知おきください。

項 目	内 容
訪問対象者	<p>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1又は2のいずれかの基準に該当する者</p> <p><b>1 医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者で以下のいずれかに該当する者</b></p> <p>(1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者  (2) 継続的な医療サービスを受けていない者  (3) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者  (4) 診断されたが介護サービスが中断している者</p> <p><b>2 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。</b></p>
事業実施主体	<p><b>市町村</b>  ※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等に委託が可</p>
事業実施機関	<p>支援チームと訪問支援対象者及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<b>地域包括支援センター、診療所等</b>の機関</p>
認知症初期集中支援チームの配置と職種 人数	<p><b>1 専門職の要件（以下の要件を全て満たす者2名以上）</b></p> <p>(1) 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者</p> <p>※訪問は、医療系職員と介護系職員のセットで訪問するため、それぞれの国家資格を有する者を2名以上配置すること。</p> <p>(2) 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者</p> <p>(3) 国が定める認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、試験に合格した者</p> <p><b>2 専門医の要件（以下のいずれかの要件を満たす者1名）</b></p> <p>(1) 日本老年精神学会若しくは日本認知症学会の定める専門医で、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（嘱託可）</p> <p>(2) 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のできる認知症サポート医である医師（嘱託可）</p>
事業内容	<p>以下の1～3を全て実施すること。</p> <p><b>1 普及啓発推進事業</b>  地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行う。</p> <p><b>2 認知症初期集中支援の実施</b>  訪問支援対象者の把握、情報収集、アセスメント、訪問の実施、チーム員会議の実施、初期集中支援の実施、関係機関との連携等</p> <p><b>3 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置</b>  事業の実施に際し、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される認知症初期集中支援チーム検討委員会を設置・開催すること。</p>
その他	<p>チーム員（医師は任意）及び市町村担当者は、国が別に定める認知症職集中支援チーム員研修に参加すること。</p> <p>第1回目 8月2日（金）～3日（土）  第2回目 12月中</p> <p>※いずれも会場は東京</p>

H25 年度認知症初期集中支援チームモデル事業前橋市フロー図



前 介  
平成 年 月 日

〇 〇 〇 〇 様  
(主治医)

前橋市長 山 本 龍  
(公印省略)

「認知症初期集中支援チーム」の活動に関するご協力についてのお願い（依頼）

日頃より本市の高齢者福祉行政についてご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。

さて本市では本年度8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しています。この事業は本市より委託された、専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人を訪問し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。今年度はモデル事業として基礎データを収集する試行期間となっています。

この度、同支援チームが下記支援対象者へ訪問することとなりました。後日、本事業の委託先医療機関より、経過・訪問予定日等の通知が送付されます。

今後の本事業へのご協力を、よろしくお願いいたします。

(介護高齢課地域支援係)

## 記

### 1 支援対象者

氏 名		生年月日	( 歳)
住 所			

### 2 本事業についての紹介

本紙裏面のとおり

問い合わせ先 前橋市役所介護高齢課地域支援係（市役所2階） （担当：大崎・伊藤・中島） 電話 027-898-6275（直通）
--

# 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業について

## 1 事業の目的

前橋市では平成25年8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しました。この事業は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で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配備し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としています（別紙1：事業概要参照）。

なお、平成25年度はモデル事業として、基礎データを収集する試行期間となっています。

## 2 支援内容

この事業は専門職からなる「支援チーム」が対象者宅を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。

（別紙2：フロー図参照）

## 3 事業の委託先について

この事業は前橋市（介護高齢課）が、下記の医療機関に委託して行います。

医療機関名：公益財団法人 老年病研究所

代表者：理事長 高玉真光

## 4 関係機関との関係・情報共有について

この事業を効果的に進めるためには、「支援チーム」が医療と介護に関する情報を、主治医（かかりつけ医）他関係機関と情報共有することが重要となります。

初回訪問の前には委託先よりご通知をお送りいたします。初回訪問後、継続して支援チームが関わる必要があると判断され、本人（または家族）より本事業に関する同意書が提出された場合、写しをお送りしますので、その後の情報共有をよろしく願います。

## 5 その他

本事業は医療保険の診療情報提供料等の対象外ですので、ご承知おきください。

○ ○ ○ ○ 様  
(主治医)

公益財団法人 老年病研究所  
理事長 高玉真光

「認知症初期集中支援チーム」の活動及び情報共有に関する  
ご協力についてのお願い（依頼）

日頃より高齢者福祉についてご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。

先日、前橋市介護保険課より本事業の協力依頼の通知（平成 25 年 9 月 ○ 日付）が届いたかと思いますが、下記の方に対して担当地域包括支援センターより「認知症初期集中支援チーム」の支援要請がありました。そのため、同支援チームが初回訪問することとなりました。

先の通知でご説明したとおり、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」は前橋市より委託された専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人を訪問し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。今年度はモデル事業として基礎データを収集する試行期間となっています。

ご多忙とは思いますが、今後の貴医療機関と同支援チーム間での、支援対象者に関する相互の情報提供および共有にご協力をお願いいたします。

記

1 支援対象者

氏名		生年月日	( 歳)
住所			

(地域包括支援センターからの支援依頼の詳細は別紙のとおり)

2 支援チーム代表者（市からの委託先）

公益財団法人 老年病研究所 担当チーム員：○○（予定）  
連絡先

3 初回訪問予定日 平成 年 月 日（予定）

4 関係機関の情報共有について

初回訪問時、本人（または家族）より「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関する同意書（前橋市長・老年病研究所理事長あて）」が提出された場合、その写しをお送りしますので、その後の情報共有をお願いいたします。

5 支援に関するご意見・ご助言と連絡方法について

お手数ですが、訪問予定日までに別紙「前橋市認知症集中支援（モデル事業）主治医コメント票」をお送りいただくと、大変助かります。

(注意：本事業は医療保険の診療情報提供料の対象外ですので、ご承知おきください。)

問い合わせ先 地域包括支援センター西部 (担当：○○・△△) 電話 — — (直通)
---

**FAX 送付先（包括西部）：027-254-0000**

## 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）

✓欄	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：027-254-0000）宛にお送りくださいますようお願いいたします。

尚、患者さまはID番号で管理をしておりますこと申し添えます。

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。

## 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関する説明文書

### 1 事業の目的

前橋市では平成25年8月より、厚労省が推進する「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を実施しました。この事業は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で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配備し、適切な医療・介護サービスに結びつけるための支援体制を構築することを目的としています。

なお、平成25年度はモデル事業として、基礎データを収集する試行期間となっています。

### 2 支援内容

この事業は専門職からなる「支援チーム」がお宅を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。

### 3 関係機関との情報共有について

この事業を効果的に進めるために、「支援チーム」があなたの医療と介護に関する情報を、主治医（かかりつけ医）、担当地区の地域包括支援センター、介護支援専門員（ケアマネジャー）および介護サービス提供事業者から報告を求めることがあります。

また、「支援チーム」があなたへの支援状況を、主治医（かかりつけ医）、担当地区の地域包括支援センター、介護支援専門員（ケアマネジャー）および介護サービス提供事業者に報告することがあります。

### 4 厚生労働省ほか学術機関への支援結果の報告について

この事業の支援結果を、前橋市を經由して厚生労働省および学術機関へ報告いたします。なお、データ公表の際には個人が特定されることはありません。

### 5 事業の委託先について

この事業は前橋市（介護高齢課）が、下記の医療機関に委託して行います。

医療機関名：公益財団法人 老年病研究所

代表者：理事長 高玉真光

チーム責任者：

## 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業に関する同意書

(あて先)

実施主体：前橋市長 様

実施機関：公益財団法人 老年病研究所  
理事長 高玉真光 様

私は、本モデル事業の説明を受け趣旨を理解し、本モデル事業に協力いたします。

また、必要最小限の範囲内で支援チームが関係機関へ医療および介護の情報を求めることと、支援結果を関係機関および厚生労働省等へ報告または学術的に使用することに同意します。

平成 年 月 日

支援対象者住所 \_\_\_\_\_

支援対象者氏名（自署） \_\_\_\_\_

本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）

氏 名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

**認知症初期集中支援依頼票**

(注) 氏名：部分的にマスクング  
 例) 前橋 花子 → 前●●子  
 住所：町名まで記入

前橋市地域包括支援センター ( 中央 )		担当者 ( )	
氏 名	男 ・ 女	年 齢	
住 所	前橋市		

【確認】 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の人で、以下のア、イのいずれかに該当する者 (該当する項目に✓)

	ア. 医療サービス・介護サービスを受けていない、または中断している
	(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) 診断されたが介護サービスが中断している
	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。

ケース概要 (★詳細は改めてチーム員が担当包括に確認。問題となっていることを簡潔に記入)

認知症初期集中支援に期待すること

緊急性	あり ・ なし
-----	---------

# 対象者基本情報

初回記録者：

作成日： 年 月 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	前橋市	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	未申請 / 非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 (有効期限： 年 月 日～ 年 月 日)			
障害等認定				
住居環境	持ち家/借家、戸建て/集合住宅		家 族 構 成	家族構成
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			家族関係など状況
相談者				
住 所 連絡先		続 柄		
緊急連絡先				
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
		先生		
既 往 歴	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				

対象者:

様

# 訪問時のチェック票

実施日: 年 月 日

実施・記録者:

## ①身体機能

- ・運動麻痺/失調 なしあり(Rigidity/Spasticity DTR )
- ・筋力低下 なしあり(MMT )
- ・疼痛/浮腫 なしあり( ) ・転倒歴 なしあり( )
- ・歩行障害 なしあり(すり足/すくみ足 最近変化? )

## ②コミュニケーション

- ・言語での基本的な意思疎通 可能困難(呼称は? SD/PAの可能性? )
- ・視力問題 なしあり(白内障? 幻視あり? )
- ・聴力問題 なしあり(補聴器? 耳垢?)

## ③衛生状態/栄養

- ・身体の清潔 清潔いいえ( )
- ・衣服の清潔 清潔いいえ( )
- ・家屋/室内環境の清潔 清潔いいえ( )
- ・痩せ/肥満 なしあり(最近の変化) )
- ・褥瘡の恐れ なしあり( )

## ④摂食状態

- ・摂食拒否/過食 なしあり( )
- ・咀嚼/嚥下困難 なしあり(義歯適合? むせ? )
- (食事所要時間: 、食事回数: 、食事/水分摂取量: )

## ⑤排泄状態

- ・尿失禁 なしあり(最近変化? 回数/量 )
- ・便失禁 なしあり(最近変化? 回数/量 )
- ・便秘 なしあり(いつから 服薬? )

## ⑥睡眠/日中活動状況

- ・睡眠に問題 なしあり(昼寝の有無) )
- ・夜中の大声 なしあり(RBD? 夜間せん妄?) )
- ・日中の活動状況は?( )

## ⑦家屋状況

- ・改修必要性 なしあり( )
- ・生活動線上の段差/転倒リスク

## ⑧本人の状況に対する家族の理解

- ・認知症に対する家族の理解 ありなし( )
- ・

## ⑨生活状況

- ・1日の過ごし方( )
- ・趣味/楽しみ/特技
- ・他人や地域との交流

# 認知症初期集中支援チーム 情報提供書

作成日：2014年 月 日

病院 \_\_\_\_\_ 先生 御机下 \_\_\_\_\_

前橋市認知症初期集中支援チーム  
実施機関：公益財団法人 老年病研究所

この度、以下対象者様の経過についてご報告させていただきます。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

ふりがな 対象者氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
住 所	群馬県	TEL :		
家族状況				
既往歴				
チームの介 入経緯				
ア セ ス メ ン ト 結 果	DASK18 : 点 (29点以上で認知症の疑い)    Zarit8 : 点    DBD13 : 点			
	認知機能面 :			
	身体機能面 :			
	生活状況 :			
	家族状況 : 住環境 : その他 :			
ま と め ・ 今 後 の 支 援				
備 考	この度は、主治医コメント票でのご助言ありがとうございました。 ご高診・ご加療宜しく願いいたします。			
担当チーム員				

以上、簡単ですがご報告とさせていただきます。ご不明な点は、以下までお問い合わせ下さい。  
前橋市認知症初期集中支援チーム（前橋市地域包括支援センター西部）  
〒371-0847 前橋市大友町三丁目 22-9 1階  
TEL : 027-255-0000 FAX : 027-254-0000

《作成》

○前橋市介護高齢課地域支援係 大崎治 伊藤建朗 中島敦子

○前橋市認知症初期集中支援チーム（設置機関：公益財団法人老年病研究所）

チーム員 医師 高玉真光・山口晴保

作業療法士 堀口布美子・山口智晴

社会福祉士 狩野寛子

介護福祉士 栗本久

○前橋市地域包括支援センター西部 山田圭子

2014.4.25 発行