

# 認知症初期集中支援推進事業について

令和3年4月

仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課



皆様のご協力に感謝申し上げます。

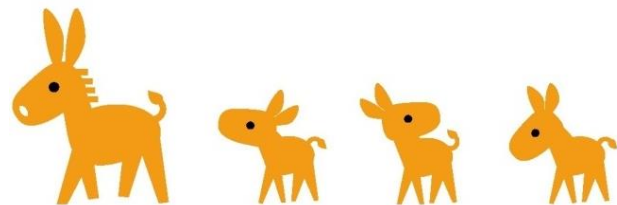
参考資料

- ・『認知症の方とご家族への初期対応支援マニュアル』  
仙台市認知症対策推進会議地域支援体制構築ワーキング
- ・『認知症初期集中支援チーム員研修テキスト2019年版・2020年版』  
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

仙台市認知症対策・  
介護予防推進キャラクター「オタッシャー」

# 認知症初期集中支援推進事業の 概要

---



# 認知症初期集中支援推進事業の目的

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する。

本人の送りたい生活を目指す！  
キーワードは、  
「意思決定支援」「自立支援」



# 認知症初期集中支援チーム

**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、観察・評価、家族支援等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。**

～認知症初期集中支援チーム創設の背景～

- 1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから医療機関を受診している例が散見。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療やケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が多い。

引用：『認知症初期集中支援チーム員研修テキスト2019年版・2020年版』  
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

# 仙台市の認知症初期集中支援チーム

## Aチーム（青葉・宮城野・泉）

- ・医師
- ・作業療法士
- ・薬剤師
- ・看護師

## Bチーム（全市）医療法人委託

- ・医師
- ・作業療法士
- ・看護師
- ・精神保健福祉士
- ・社会福祉士
- ・介護福祉士
- ・理学療法士
- ・言語聴覚士
- ・認知症の経験専門家

## Cチーム（若林）

- ・医師
- ・作業療法士
- ・薬剤師

## Dチーム（太白）

- ・医師
- ・作業療法士
- ・薬剤師

看護師兼務

# 対象は？

**年齢が40歳以上で、在宅で生活しており、  
認知症の疑いがある、又は認知症の方**

具体的には、以下の基準に該当する方

- ①医療サービス、介護サービスを受けていない又は中断している者で以下のいずれかに該当する者
  - ・認知症疾患の臨床診断を受けていない者
  - ・継続的な医療サービスを受けていない者
  - ・適切な介護サービスに結び付いていない者
  - ・介護サービスが中断している者
- 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、心理症状により対応に苦慮している者

# チームの役割①

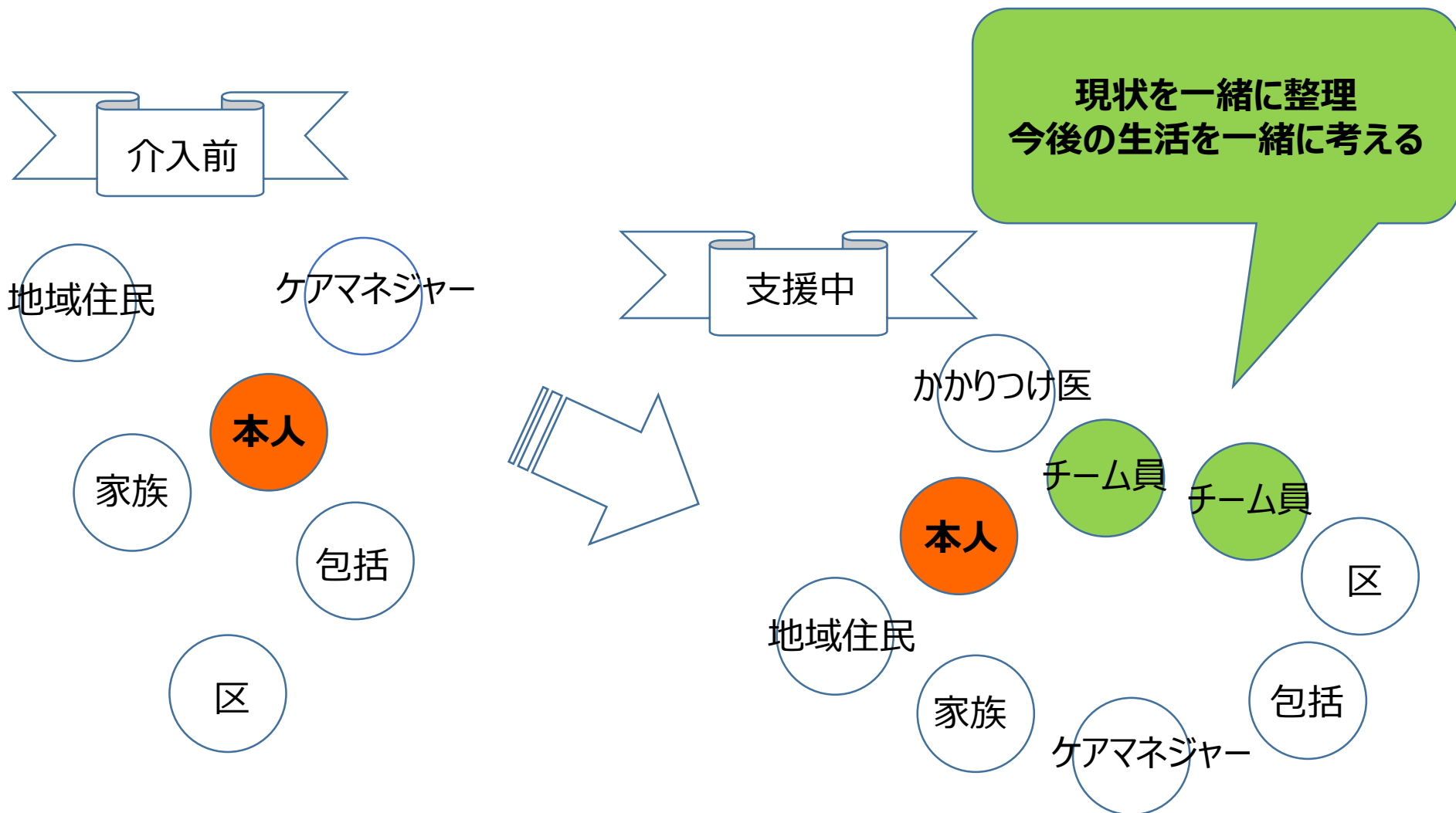
## 支援者をサポート！

- 支援の主である包括やケアマネとともに本人と家族の仲間となり、

**本人と支援者の力を引き出す！**

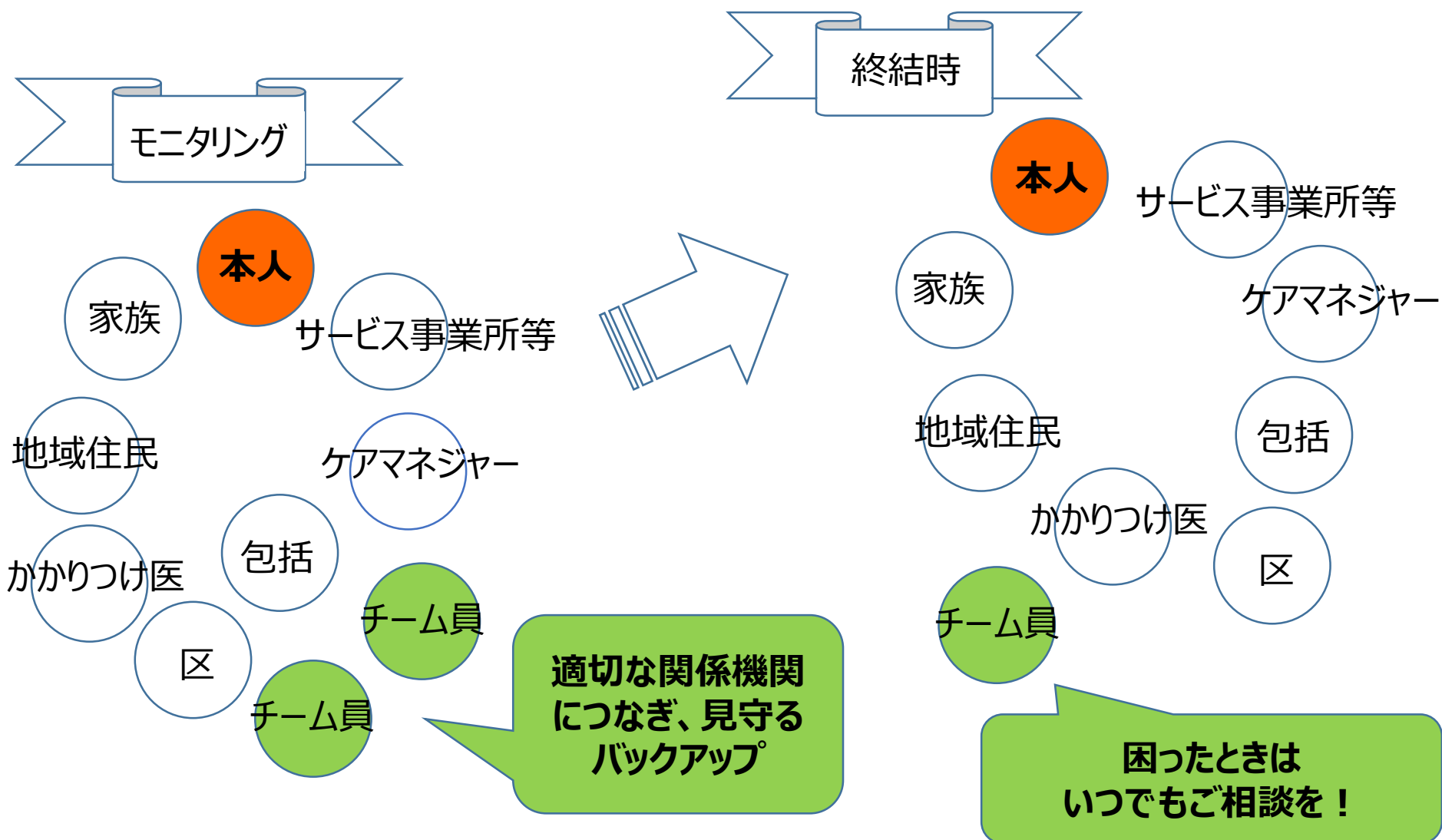
- ◎ ちょっとした工夫で本人ができることを維持するための提案
- ◎ 本人が仲間を増やし、安心して地域で生活することができるように支援者とともに考える

# チームの支援イメージ図





# チームによる支援のイメージ図



## チームの役割② 本人を主体とした関わり

「認知症の人がもつ力を最大限に活かしながら、  
地域社会の中でなじみの暮らしや関係が継続  
できる生活」につなげるために…

### 本人の想いを聴く、本人の生活を視る

- ・本人はどうしたいか？
- ・本人にとってのハードルとは何か？
- ・私たちは本人にとって必要な支援を行っているか？

# チームの役割③

## 家族等の支援者への心理的支援

- 認知症の特徴や対応のポイントを伝えながら聞き取りを行い、本人の状況を共有する。

- ※ 支援者が自分のことを責めることのないように関わる。

- 今後の見通しを共有し、支援者ができる今後の対応と、その優先順位をともに考える。

- ⇒ 本人の状況が改善すれば、支援者の困り事は、困り事ではなくなる。

- ※ 共感はしても、支援者の困りごと解決が目的ではなく、本人の状況改善を目指す！

- ※ 本人が意思決定の場に参画！

# チームの介入タイミング①

## 危機回避支援

介護が必要になってくる時期

常に介護が必要な時期

記憶障害、見当識障害、無気力、  
幻視などの症状により、  
生活に支障が出ている

在宅生活が難しい  
…入所・入院

安心できる環境  
とは？

この時期に問題が顕在化  
家族をはじめとした周囲の  
レスパイト的介入になり、  
本人にとって必要な支援が  
届きにくくなる…

「早く施設に！」  
と周囲から  
言われることもあり

本人に必要な  
支援、環境を  
整える

# チームの介入タイミング② 早期支援

今までとは何か違う  
…気づきの時期

常に介護が必要な時期

同じ話や質問をくり返し、  
覚えていない不安があるが、  
まだ自身でカバーできる

記憶障害、見当識障害、無気力、  
幻視などの症状はあるが、  
周囲の環境が整っている

少しでも長く、  
穏やかに安心できる  
環境で過ごす

ここでの変化を見逃さず介入  
医療や介護等のサポートも  
安定的に得られる体制へ

症状が進んできたときも、  
早期の段階から本人にとって  
必要な支援につながっていると  
先手が打てる

可能な限り  
本人が望む  
環境で生活

# 支援にあたって大事にしたいこと

## 1.本人の想いや意思の尊重

認知症であっても、これからの過ごし方を、自分で選択し決定できるよう、本人の想いや意思を尊重しながら、人生を楽しく穏やかに過ごしていただくようにサポートします。

## 2.本人のこれまでの生活とその人らしさを支える

本人のこれまでの生活を大切にし、できる限り、住み慣れた地域でその人らしい穏やかな生活を継続できるようにサポートします。

## 3.本人のできること、今ある機能、能力、強みを生かす

認知症は決して何もできない、何もわからなくなる病気ではありません。本人ができることを継続し、新たな可能性を探求し、残存機能や能力、強みを生かした生活をいつまでも続けていただけるようにサポートします。

## 4.身体的なケア、保健、予防の視点をもつ

さまざまな身体疾患が認知症を発症させたり、進行させたりする誘因になることがあります。また、全身状態も認知症症状の悪化も招くことがあります。したがって、生活習慣病の予防と治療、全身状態のチェックなど、日頃より身体的なケアと健康の保持に心がけておくことが大切です。

# 支援にあたって大事にしたいこと

## 5.家族の絆を支える

ご家族は認知症のご本人に対して、これまでとは違った対応を求められるようになるため、困惑し、怒りや心理的負担感といった否定的な感情をもつことが多いものです。支援者は相談を受けたときから、ご家族の戸惑いや葛藤などの想いに寄り添い、ご家族が認知症を受け入れ、ご本人と心理的な交流が図れるように支援することが大切です。

## 6.それぞれの専門性を活かしながら、多職種で総合的に関わる

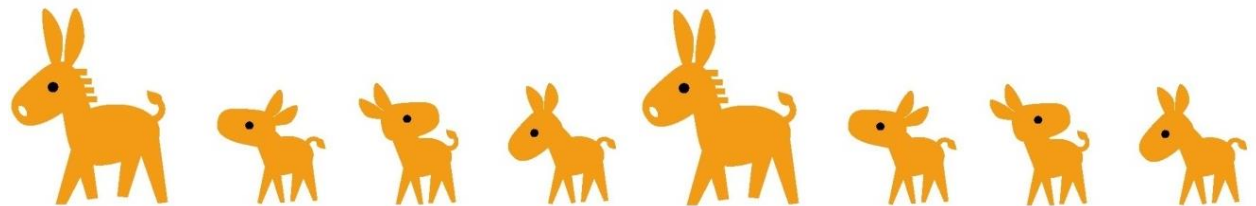
医療、介護、保健、住まい、権利擁護などそれぞれの分野の専門家が連携して総合的に関わることで、認知症のご本人とご家族の生活をサポートしていくことが大切です。

## 7.みんなで見守りみんなで支える

住み慣れた地域でいつまでも安心して生活するためには、ご近所やふだん利用する商店や銀行などを含めて、その地域の総合的な見守りや支援が重要です。ご本人やご家族の状況によって、施設のショートステイや専門医等を活用しながら、住み慣れた地域で安心して過ごしていけるよう、みんなで見守りみんなで支え合っていくことが大切です。

# 認知症初期集中支援の実際

---





# 支援のプロセス（基本）

1. 相談受付
2. 支援対象者の把握（対象か否か）
3. アセスメント（初回訪問含む）
4. チーム員会議
5. 認知症初期集中支援の実施
6. チームによる支援の終了、引継ぎ
7. モニタリング

# 1. 相談受付

## 【基本的なポイント】

### ● 誰が何に困っているのか整理する

#### 相談者の特徴

- 本人…不安が強い場合が多い
- 家族（配偶者、嫁・婿含む子、兄弟）…精神的、身体的に疲弊
- 民生委員等の地域住民…地域とのトラブルが発端

### ● 対応が必要なことに優先順位をつける

## 2. 支援対象者の把握

### 【支援対象者と判断するポイント例】

- 医療機関未受診、医療サービスを受けていない
- 介護保険サービスに結びついていない
- 診断済だが医療や介護サービスが中断
- 家族や地域住民、支援者が対応に苦慮
- 独居



相談者（包括職員等）と区担当者が協議

認知症初期集中支援チームへサポート依頼！

### 3. アセスメント（初回訪問含む）

---

- 支援対象者の心身の状況や意思を確認
- 生活の場を観察し、日常生活状況等を把握
- 家族の介護力、心理的負担感等を確認

#### 【訪問体制】

- 原則、複数名で訪問（例 包括担当者とチーム員等）

#### 【留意点】

- 自己紹介し、訪問目的を伝える
- 本人と家族の話を傾聴する
- 本人との信頼関係構築を図る
- 本人のこれからの生活に対する意向を確認する
- 家族の意向を確認する
- キーパーソンとなる人を見つける
- 観察した本人の状態や生活環境を家族や支援者と共有する

# 認知症アセスメントシート

## DASC-21

アセスメント領域	
① 認知機能障害	記憶、見当識、判断、問題解決
② 生活機能障害	家庭内・外のIADL、身体的ADL
③ 精神症状 行動症状	妄想、幻覚、抑うつ、不安、焦燥、睡眠障害、暴力、暴言、徘徊、介護への抵抗、不潔行為、火の不始末、性的問題行動
④ 身体症状	現病歴、既往歴、内服薬、気になる身体症状
⑤ 社会的困難	独居、経済的困窮、消費者被害、近隣トラブル、地域からの排除、介護者の健康問題・心理的負担感、虐待、老老介護、認認介護等

# フィジカルチェックシート

①意識状態	清明、混濁
②精神状態	平静、興奮、抑うつ
③栄養状態	るい瘦、良好、肥満
④衰弱の程度	衰弱、壮健（③+⑦から判断）
⑤身体機能	移動・運動能力 自力、不安定、要補助、視力、聴力
⑥コミュニケーション能力	会話が成立するか
⑦衛生状態	服装、皮膚の状態
⑧排泄状態	便秘、下痢、頻度、失禁の有無
⑨摂食状態	適切、不良（内容記載）
⑩睡眠状態	睡眠時間、リズム、睡眠異常

**【基礎データ】可能ならば、バイタルサインのチェック**

● 血圧、脈拍、体温、呼吸数

# 生活環境の観察ポイント

生活歴や大事にしているもの	写真や賞状等飾られている、趣味嗜好がわかる物
臭い	焦げ臭い、食べ物の腐敗臭、かび臭い、尿臭等
湿り気	失禁、ペット等の糞尿、食べこぼし
冷蔵庫の中	同じものが沢山、食品以外の物が入っている
郵便物	大事な通知等が放置されている、散乱
ゴミ	分別ができていない、捨てずに放置されている
同じものを買っている	必要以上に同じものを買っている
服装や身だしなみ	汚れた服や破れた服、季節に合わない服を着用、顔や髪を洗っていない、髪や爪が伸びている、
家電が使える状態かどうか	家電の使い方が分からなくなっていないか、故障して使えなくなっていないか

# 家族の心身状況観察ポイント

介護力	介護者の年齢、性別、健康状態、病歴、介護経験の有無、介護医療の資格の有無、経済状態、住まいの状況等
介護の負担感	介護期間、サービス利用への理解と知識、仕事の有無、他の家族の協力状況、友人や近隣等の協力状況、相談相手の有無、医療介護への要望、認知症に関する理解度
介護うつチェック	抑うつ気分、興味喜びの喪失、食欲減退又は増加、睡眠障害、制止又は焦燥、易疲労感・気力低下、無価値観、罪責感、思考力・集中力の低下、自殺念慮、虚無感、イライラ
心理状態	本人に対する家族の想い 本人を認知症の人として受け入れているか否か
本人との関係性	良好か否か
地域とのつながり	良好か否か
家族自身のQOL	外出状況、友人との付き合い、趣味や楽しみ、生きがい、介護以外の役割、地域での役割



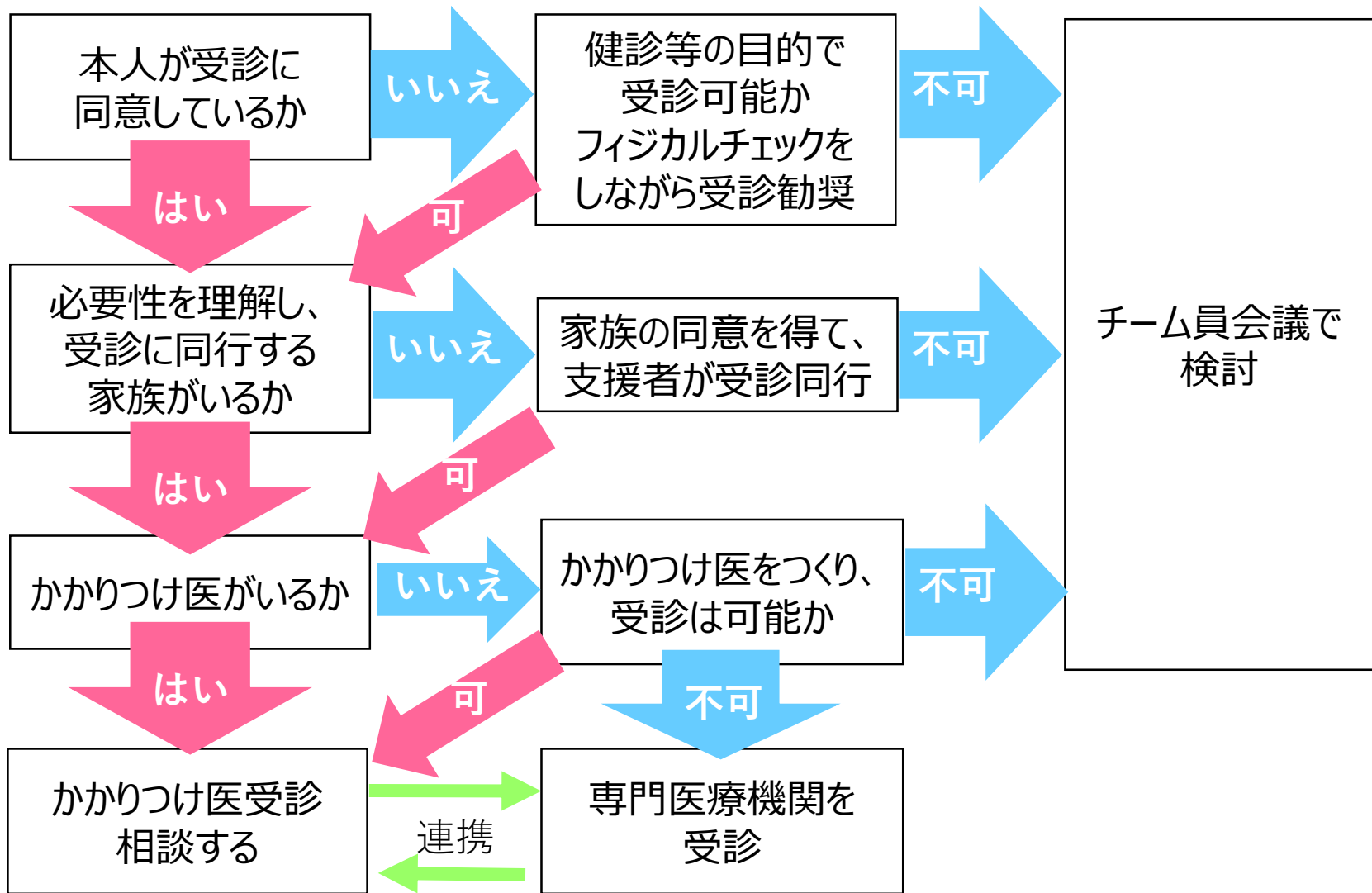
## 医療・鑑別診断

- 認知症は、原因となる病気の種類によって、生活上の注意や治療方法も変わってくるため、早期受診、早期対応が重要

### 【医療につなげる際の確認ポイント】

- 本人が受診の必要性を感じているか
- 受診に協力してくれる家族がいるか
- かかりつけ医がいるか

# 受診勧奨のプロセスイメージ



## 4. チーム員会議

### 【メンバー】

**チーム員／包括職員／区担当者**

**※必要時、本人を支援する専門職**

### 【会議の内容】

- **支援対象は誰か確認。**
- **6か月間での到達点、目標を決める。**
- **支援方針と役割分担を検討。**
- **モニタリングの時期を決める。**
- **支援終了の判断。**

# 初期集中支援の方針

## 【本人と家族の意向のすり合わせ】

- ・本人の希望や意思が伝えられる、判断できる環境づくりを行う。
- ・家族の想いとして、将来的に本人にどう過ごしてもらいたいのか。
- ・本人、家族への疾病教育支援。

## 【優先順位の整理】

- ・食事、金銭管理、服薬管理については、特に生命維持に直結しているため、課題がある場合は早急に支援を開始する。

## 【鑑別診断、継続的な医療支援へのつなぎ】

- ・診断の結果から疾病の特徴や今後の予測を踏まえ、本人が望む生活が送れるように支援方針を検討する。
- ・医療を必要とする場合、かかりつけ医へとつなぎ、継続的に医療を受けられる体制を整える。

## 【本人の残存機能を生かす】

- ・本人の役割、本人のできることを確認し、残存機能や能力を生かす。
- ・本人がこれまでの生活や役割をできるだけ継続できるように身体を整えるケア（水分摂取、食事摂取、排泄、運動等）を行う。

# 初期集中支援の方針

## 【環境面の配慮】

- ・今後起こり得る身体的な機能低下や認知機能、生活機能の低下について、住宅及び日常生活動作における環境の整備等も考える。
- ・自立した生活を送るために必要な介護サービス等の利用を検討、調整する。

## 【地域の支援】

- ・本人と地域の関わりを考慮し、地域のインフォーマルサービスの情報も把握し、地域から支援を受けられるようにする。
- ・地域との関わりがあった場合は、その関係の維持に努める。また、あまり地域と関わりがなかった場合でも、地域の人々の理解と協力が得られるように、本人や家族と地域の人との調整を図る。

## 【家族の孤立を防ぐ支援】

- ・家族の想いに寄り添う心理的支援。
- ・介護家族や介護経験を持った家族とつながりをつくる。

などなど

## 5. 初期集中支援の実施

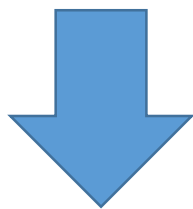
約 6 か月間、チーム員は、支援者とともに必要なケアを考えてともに実施しサポートする。

- 受診について
- 生活支援
- 身体的支援、精神的支援
- 住まいや生活環境整備
- 家族支援
- 権利擁護の支援
- 地域の見守り、社会交流支援

## 6. 支援終了・引継ぎ

支援開始から  
概ね6か月後

●チーム員会議にて支援終了を判断  
チーム員会議にて検討した支援方針に基づいて、  
目的が一定程度達せられた等と判断された場合に  
終了。



医療・介護サービス、地域資源への引継ぎ  
⇒初期集中支援の終了は、かかりつけ医等の医療・  
介護サービスや地域資源への引継ぎとなることが  
想定されている。

## 7. モニタリング

- 引継ぎ後、約2か月後を目安にモニタリング
- 本人宅への訪問や、引き継いだ支援者への聞き取り

### 【モニタリング内容】

- 支援経過におけるアセスメントに基づく課題、支援内容の妥当性
- 認知症についての本人の状態像の変化
- 家族の心理的負担感
- 本人の改善可能性、残存機能が充分発揮されているか
- 関係機関との情報共有状況



## 仙台市認知症初期集中支援チームは、

---

支援者の皆さんと一緒に、  
本人が望む生活を長く続けることができるように  
今後もサポートしていきます！



まずは、ご相談してみてください！