

**地域包括支援センター職員等のアセスメント及び
インタビュー相談手法のための教材開発及び普及方法
の検討に関する研究事業
報告書**

平成 26 年 3 月

ヴェクソンインターナショナル株式会社

目次

0.はじめに	3
1. 研究事業の実施方法	4
1) 委員会の実施	4
2) 作業部会の設置	4
3) 委員名簿	4
2. 今年度開催研修開催までの概要	5
1) 研修スケジュールについて	5
2) 研修実施規模の設定	6
3) 受講対象者の設定および募集方法	7
4) 参加申込者数と受講者	7
3. アンケート結果からみる研修効果と研修ニーズの分析	11
1) 受講生の基本属性	11
2) 研修効果についての検討	20
3) 研修ニーズについて	23
4) 受講地域による修効果と研修ニーズの比較	38
5) 連携活動能力尺度得点を用いたアンケート分析	48
6) 自治体の保険者機能の評価から見る研修ニーズの検討	70
4. 実施された研修の評価	89
1) 衛星を用いた研修の実施方法から評価	89
2) 研修アンケートからの評価	92
5. おわりに	95
6. 別添資料	96
1) 研修で資料された教材	96

0.はじめに

本事業では、全国の地域包括支援センターの職員等を対象に、認知症に関するアセスメント及びインテーク相談手法のための教材開発ならびに衛星放送による全国研修を実施し、その効果についての検証を行うことを目的としている。

わが国では、地域で認知症高齢者を早期に発見し、適切な予防、医療、介護、住まい、日常生活支援等サービスを総合的に提供する地域包括ケアシステムの構築がすすめられている。

すでに2012年度の老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）の成果をふまえ、本年度は、認知症初期集中支援チームモデル事業対象地区のチーム員研修（第1日目）の開催と併せて、衛星通信による同時中継を活用し、「全国12会場」にて2000人の参加を目標に「地域包括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」の研修を開催した。

このような、衛星放送による集合研修のメリットは、保健・医療・福祉分野における多職種において、共有して学習すべき事項について、共通のカリキュラムやこのカリキュラムに習熟した講師によって、共通した学習内容の伝達が数千人、数万人規模で可能となる点にある。

これまでの政策動向の伝達や研修プログラムは、国を頂点に都道府県担当職員が会議に参加し、次の市区町村の担当職員へと伝達される方法が採られてきた。しかしながら、この伝達の過程において、実施主体となる団体の職員の資質や、その姿勢によって、伝達される内容には看過できないほどの差異が生じていた。このことは、国全体で同様のサービスを展開しようとする際に大きな問題となってきた。

本事業で実施する衛星通信による同時中継を活用した研修による効果の検証が行われることや、この研修で用いる教材開発が全国での標準的なレベルを提示できることは、これまでのモデル事業では実施できなかった内容である。

今後、地域包括ケアシステムの構築のために、ますます需要が高まる保健・医療・福祉分野における多職種の養成において、これらの手法の活用は重要となると考えられ、本事業を踏まえた継続的な研修プログラムの検討が実施され、この成果が他の領域にも活用されることを願ってやまない。

国立保健医療科学院 統括研究官 筒井孝子

1. 研究事業の実施方法

1) 委員会の実施

本研究では、実務家、医療・介護等の有識者およびワーキングチームで構成する委員会を設置し、下記の事項について検討を行った。

第1回委員会（2013年7月11日）

協議事項：8月2日開催研修「地域包括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」の進め方及び内容についてディスカッション

第2回委員会（2014年2月18日）

協議事項：作業部会の活動状況報告、報告書のとりまとめに向けた構成の検討と執筆分担協議

2) 作業部会の設置

作業部会を設置し、作業部会に所属するワーキングチームを委員の中から選定し、本委員会の協議を効果的に進めるための事前協議を行った。

3) 委員名簿

栗田主一 （東京都健康長寿医療センター自立促進と介護予防研究チーム部長）
◎筒井孝子 （国立保健医療科学院統括研究官）
鷺見幸彦 （国立長寿医療研究センター脳機能診療部長）

（五十音順、敬称略）

◎は、委員長

2. 今年度開催研修開催までの概要

1) 研修スケジュールについて

研修当日のスケジュールについては、第一回検討委員会後、委員と厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室が協議して決定した。その内容は、以下の通りである。

8/2 スケジュール

■ プログラム	
オリエンテーション（初期集中支援関係）	
オリエンテーション（DASC 関係）	
開会	
筆記試験 1 回目	粟田 圭一氏
講義Ⅰ 地域包括ケアシステムと認知症施策 － 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－	筒井 孝子氏
休憩	
講義Ⅱ 事業概要 － 認知症施策における認知症初期集中支援チームの位置づけ－	厚生労働省老健局
講義Ⅲ 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割 － 認知症初期集中支援チームとは－	鷺見 幸彦氏
昼食・休憩	
講義Ⅳ 認知症総合アセスメント (1) 認知症アセスメントの考え方 (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断 (3) 認知症総合アセスメントツール (DASC) の使用方法	粟田 圭一氏
休憩	
模擬アセスメント演習 (DVD 視聴)	
筆記試験 2 回目	
質疑応答	
模擬アセスメント演習 (結果速報)	粟田 圭一氏
閉会	
終了 (17:00 予定)	

2) 研修実施規模の設定

第一回検討委員会を経て、研修実施規模の設定を行った。

研修開催にあたり、中央会場は東京で 400 名程度収容できる会場を、衛星会場に関しては各会場 100～200 名程度収容できる会場を全国主要都市に選定した。

【中央会場】

東京都会場 : ベルサール神田 定員 420 名

【衛星会場】

北海道会場	: 札幌コンベンションセンター	定員 150 名
宮城県会場	: KKR ホテル仙台	定員 130 名
東京都第 2 会場	: 東京都看護協会	定員 150 名
石川県会場	: 金沢流通会館	定員 144 名
愛知県会場	: IMY 会議室	定員 240 名
大阪府会場	: CIVI 北梅田研修センター	定員 330 名
岡山県会場	: 岡山商工会議所	定員 240 名
香川県会場	: 高松センタービル	定員 180 名
福岡県会場	: 南近代ビル	定員 280 名
鹿児島県会場	: ブルーウェーブイン鹿児島	定員 160 名
沖縄県会場	: 那覇商工会議所	定員 100 名

3) 受講対象者の設定および募集方法

今年度の研修開催にあたっては、認知症初期集中支援チームモデル事業との共催形式をとったため、1. の参加者を設定し、それ以外については、本事業の狙いである地域包括支援センター職員、市区町村等の職員を対象として設定し、これ以外にも本研修の福祉・保健・医療分野の関連職種への普及効果を検討するために、広くこれ以外の多職種への参加受講を認めることとした。

1. 認知症初期集中支援チームモデル事業 当該モデル地区の職員（東京会場のみ）
2. 上記 1 以外の、地域包括支援センター職員、市区町村等の職員（全国どの会場にも応募可）
3. その他、福祉・保健・医療分野の居宅・施設サービス等に従事する多職種（同上）

受講者募集に関しては、「情報管理の点で、地域包括支援センターに直接ダイレクトメールを送付するのが難しい」という厚生労働省の判断を受け、厚生労働省開催の各会議にハンドアウト資料として配布を依頼した。

また、ヴェクソンインターナショナル株式会社(以下 VI 社)からは、各都道府県看護協会および全国の病院に広報を行った。

しかし、十分な人数が集まらなかった会場については、個別に県医師会等の協力を得て集客を行った。

受講者募集サイト URL <http://vexon-intnl.com/dasc/index.html>

4) 参加申込者数と受講者

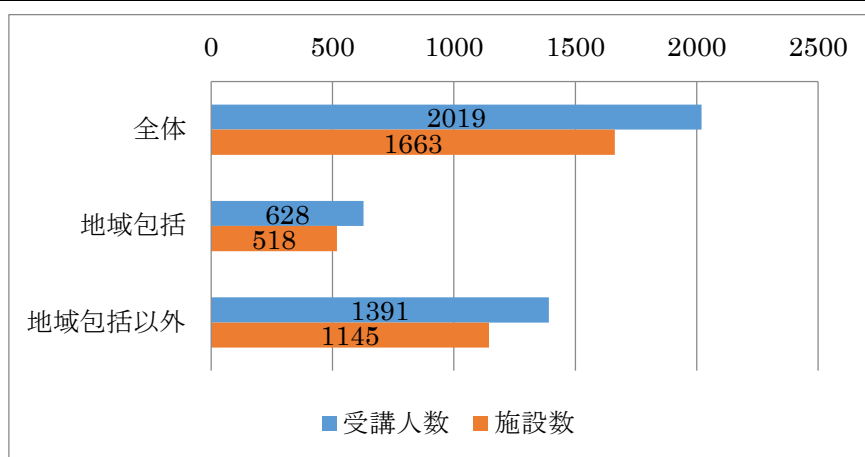
受講希望者は申し込みの際に、属性を記入させる事前アンケートで必要事項を入力の上、申し込みを行った。結果、参加申し込み人数は 2185 人であった。

研修参加者は事前に送付している参加証とともに、テキストをプリントアウトして当日の研修の際に持参する必要がある旨を事前に伝えていた。研修当日、各会場に受付スタッフおよび技術スタッフを配置し研修が開始された。研修参加者は 2019 名であった。施設数が 1663 施設、1 施設あたりの受講人数は 1.21 人であった。

地域包括支援センターに所属する受講人数は 628 名、施設数が 518 施設、1 施設あたりの受講人数は 1.21 人であった。それ以外の受講人数は 1391 名、施設数が 1145 施設、1 施設あたりの受講人数は 1.21 人であった。

表Ⅱ-1 受講状況

	全体	地域包括	地域包括以外
受講人数	2019	628	1391
施設数	1663	518	1145
1施設あたりの受講人数	1.21	1.21	1.21



図Ⅱ-1 受講状況

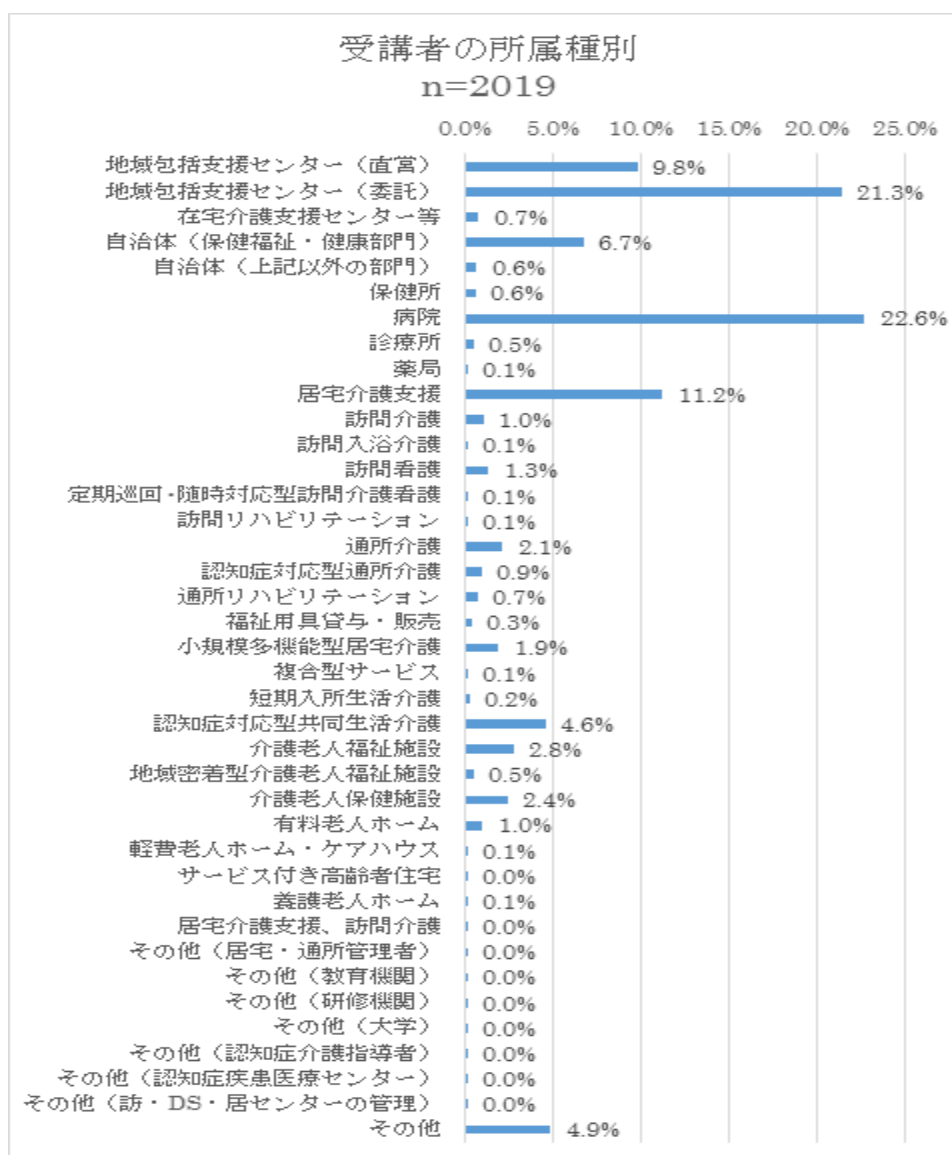
②所属種別

受講者の所属種別については、アンケートを実施したカテゴリ別にみると、病院が最も多く、457名（22.6%）であった。

表Ⅱ-2 所属種別参加人数

	全体	
地域包括支援センター（直営）	197	9.8%
地域包括支援センター（委託）	431	21.3%
在宅介護支援センター等	15	0.7%
自治体（保健福祉・健康部門）	135	6.7%
自治体（上記以外の部門）	13	0.6%
保健所	12	0.6%
病院	457	22.6%
診療所	10	0.5%
薬局	3	0.1%
居宅介護支援	226	11.2%
訪問介護	21	1.0%
訪問入浴介護	2	0.1%
訪問看護	27	1.3%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	0.1%
訪問リハビリテーション	2	0.1%
通所介護	43	2.1%
認知症対応型通所介護	18	0.9%
通所リハビリテーション	14	0.7%
福祉用具貸与・販売	7	0.3%
小規模多機能型居宅介護	38	1.9%
複合型サービス	2	0.1%
短期入所生活介護	5	0.2%
認知症対応型共同生活介護	92	4.6%
介護老人福祉施設	56	2.8%
地域密着型介護老人福祉施設	10	0.5%
介護老人保健施設	48	2.4%
有料老人ホーム	20	1.0%
軽費老人ホーム・ケアハウス	3	0.1%
サービス付き高齢者住宅	1	0.0%
養護老人ホーム	3	0.1%

居宅介護支援、訪問介護	1	0.0%
その他（居宅・通所管理者）	1	0.0%
その他（教育機関）	1	0.0%
その他（研修機関）	1	0.0%
その他（大学）	1	0.0%
その他（認知症介護指導者）	1	0.0%
その他（認知症疾患医療センター）	1	0.0%
その他（訪・DS・居センターの管理）	1	0.0%
その他	98	4.9%
計	2019	100.0%



図Ⅱ-2 所属種別受講者数

3. アンケート結果からみる研修効果と研修ニーズの分析

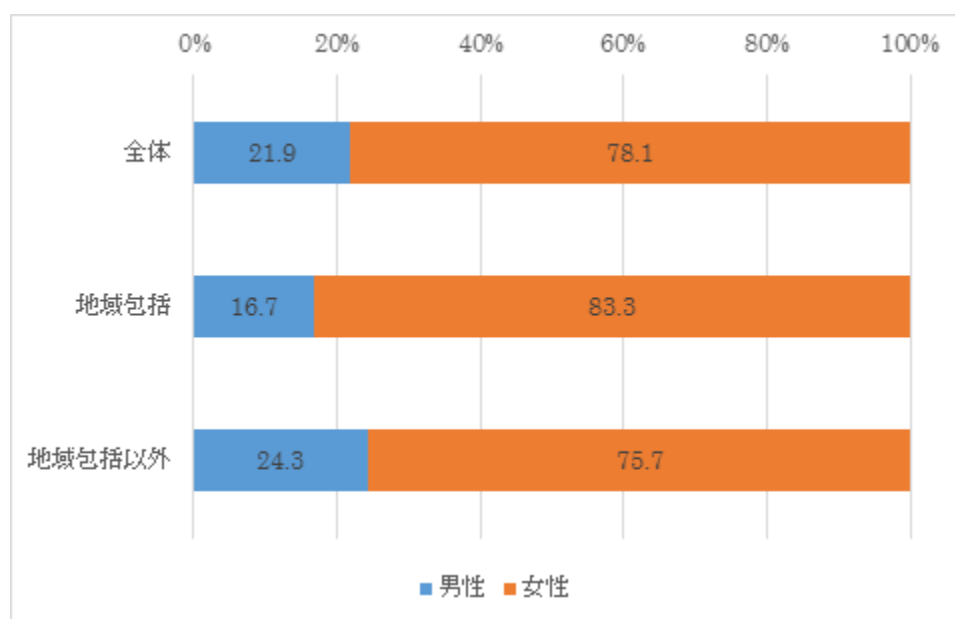
1) 受講生の基本属性

①性別

受講者の性別は、男性が 443 名 (21.9%)、女性が 1576 名 (78.1%) であった。地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、男性が 105 名 (16.7%)、女性が 523 名 (83.3%) で、地域包括支援センター以外の受講者は、男性 338 名 (24.3%)、女性 1053 名 (75.7%) であった。

表Ⅲ-1-1 受講者の性別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
男性	443	21.9	105	16.7	338	24.3
女性	1576	78.1	523	83.3	1053	75.7
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-1 受講者の性別人数

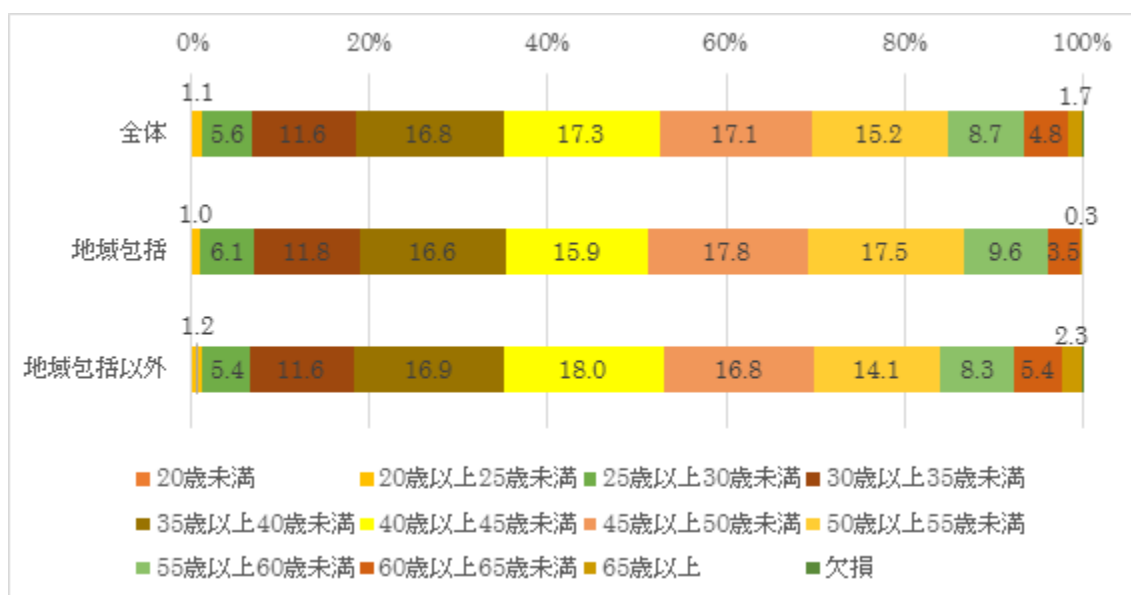
②年齢

受講者の年齢については、40歳以上45歳未満が最も多く350名（17.3%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、45歳以上50歳未満が最も多く112名（17.8%）で、地域包括支援センター以外の受講者は、40歳以上45歳未満が最も多く、250名（18.0%）であった。

表Ⅲ-1-2 受講者の年齢階層別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
20歳未満	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20歳以上25歳未満	23	1.1	6	1.0	17	1.2
25歳以上30歳未満	113	5.6	38	6.1	75	5.4
30歳以上35歳未満	235	11.6	74	11.8	161	11.6
35歳以上40歳未満	339	16.8	104	16.6	235	16.9
40歳以上45歳未満	350	17.3	100	15.9	250	18.0
45歳以上50歳未満	346	17.1	112	17.8	234	16.8
50歳以上55歳未満	306	15.2	110	17.5	196	14.1
55歳以上60歳未満	175	8.7	60	9.6	115	8.3
60歳以上65歳未満	97	4.8	22	3.5	75	5.4
65歳以上	34	1.7	2	0.3	32	2.3
欠損	1	0.0	0	0.0	1	0.1
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-2 受講者の年齢階層別人数

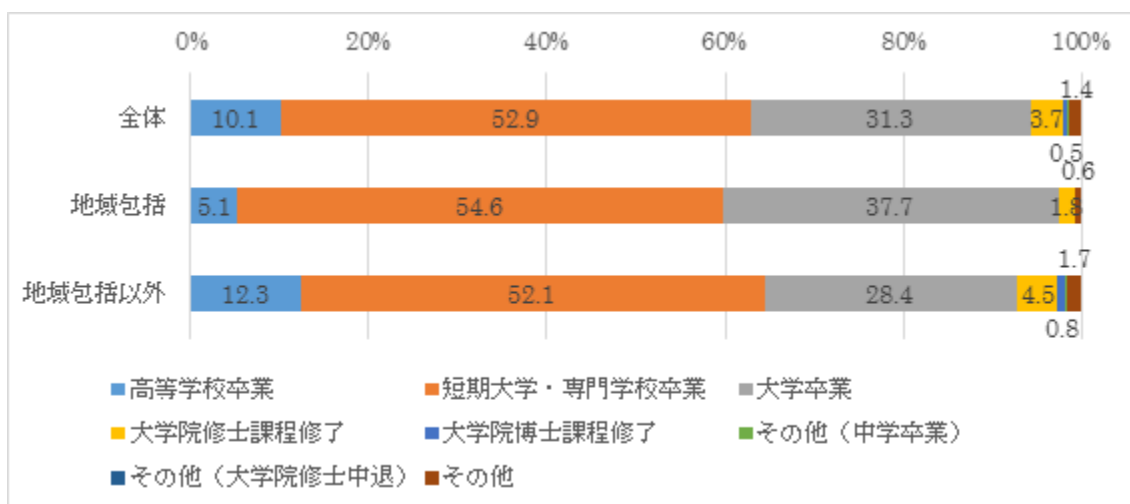
③最終学歴

受講者の最終学歴については、短期大学・専門学校卒業が最も多く 1068 名（52.9%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者およびそれ以外のどちらも短期大学・専門学校卒業が最も多く、それぞれ 343 名（54.6%）、725 名（52.1%）であった。

表Ⅲ-1-3 受講者の最終学歴別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
高等学校卒業	203	10.1	32	5.1	171	12.3
短期大学・専門学校卒業	1068	52.9	343	54.6	725	52.1
大学卒業	632	31.3	237	37.7	395	28.4
大学院修士課程修了	74	3.7	11	1.8	63	4.5
大学院博士課程修了	11	0.5	0	0.0	11	0.8
その他（中学卒業）	2	0.1	0	0.0	2	0.1
その他（大学院修士中退）	1	0.0	1	0.2	0	0.0
その他	28	1.4	4	0.6	24	1.7
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-3 受講者の最終学歴別人数

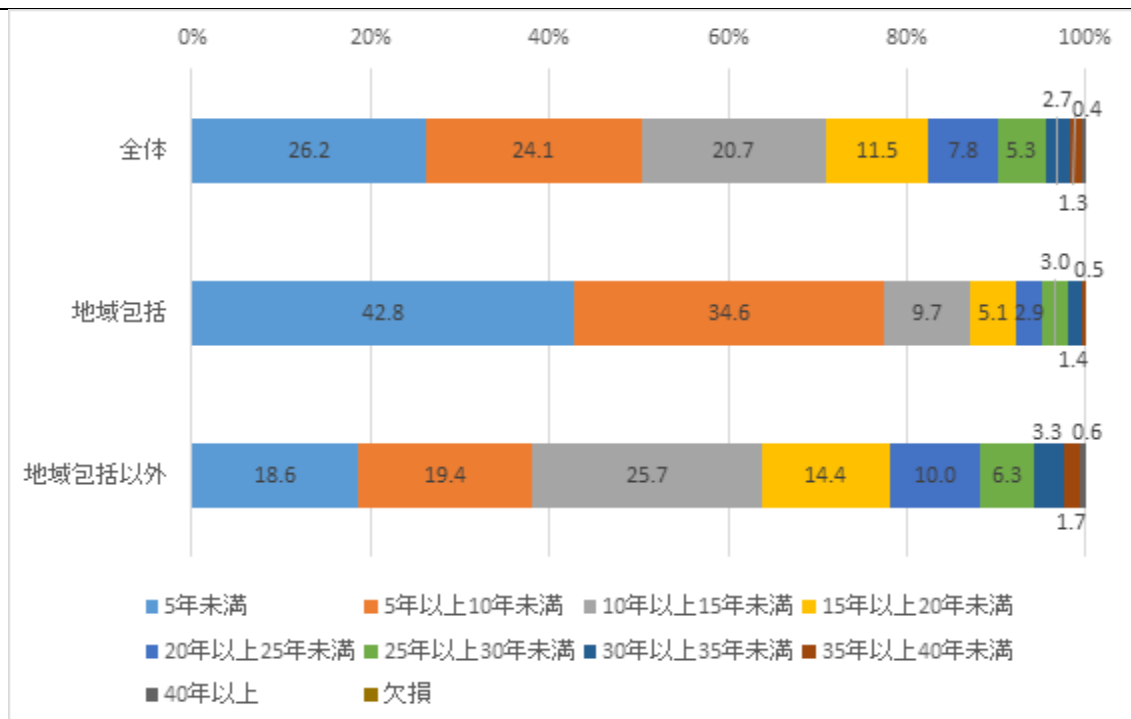
④勤務年数

受講者の勤務年数については、5年未満が最も多く528名（26.2%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、5年未満が最も多く269名（42.8%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、10年以上15年未満が最も多く357名（25.7%）であった。

表Ⅲ-1-4 受講者の勤務年数別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
5年未満	528	26.2	269	42.8	259	18.6
5年以上10年未満	487	24.1	217	34.6	270	19.4
10年以上15年未満	418	20.7	61	9.7	357	25.7
15年以上20年未満	232	11.5	32	5.1	200	14.4
20年以上25年未満	157	7.8	18	2.9	139	10.0
25年以上30年未満	106	5.3	19	3.0	87	6.3
30年以上35年未満	55	2.7	9	1.4	46	3.3
35年以上40年未満	26	1.3	3	0.5	23	1.7
40年以上	9	0.4	0	0.0	9	0.6
欠損	1	0.0	0	0.0	1	0.1
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-4 受講者の勤務年数別人数

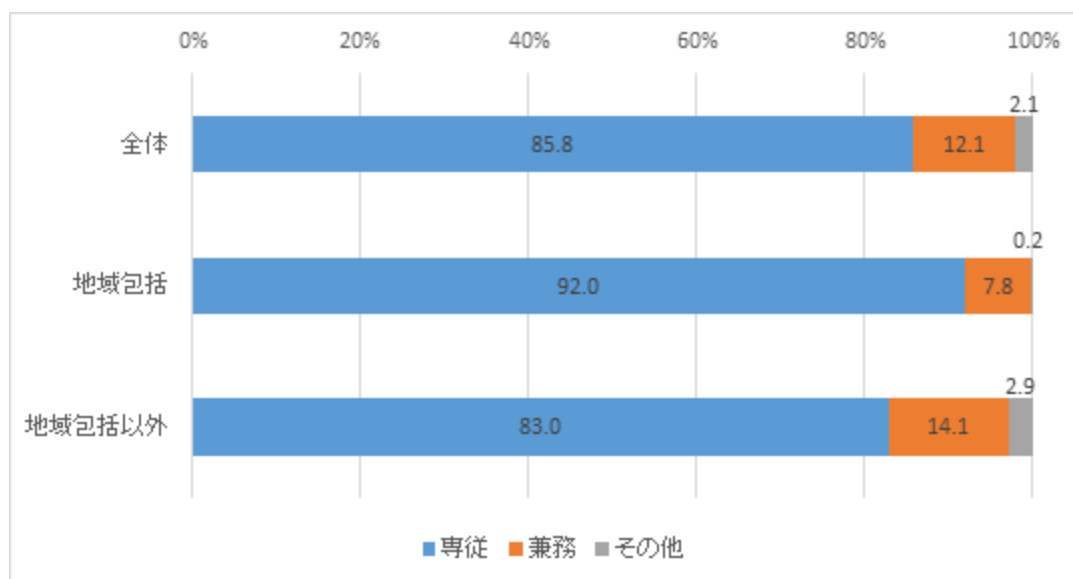
⑤勤務形態

受講者の勤務形態については、専従 1732 名 (85.8%)、兼務 245 名 (12.1%) であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、専従 578 名 (92.0%)、兼務 49 名 (7.8%) であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、専従 1154 名 (83.0%)、兼務 196 名 (14.1%) であった。

表Ⅲ-1-5 受講者の勤務形態別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
専従	1732	85.8	578	92.0	1154	83.0
兼務	245	12.1	49	7.8	196	14.1
その他	42	2.1	1	0.2	41	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-5 受講者の勤務形態別人数

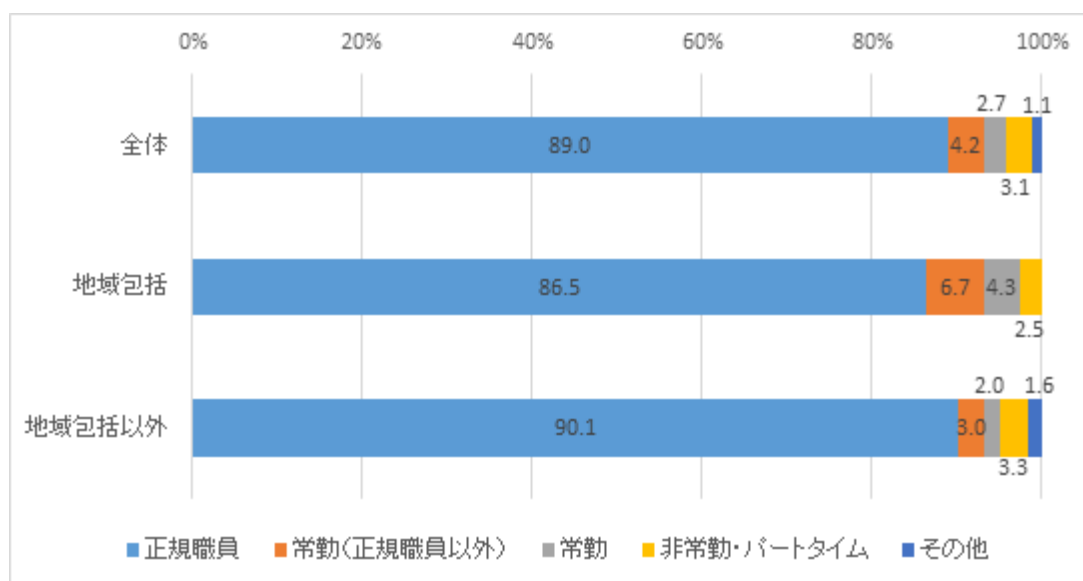
⑥雇用形態

受講者の雇用形態については、正規職員が最も多く 1796 名（89.0%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、正規職員が最も多く 543 名（86.5%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者も、正規職員が最も多く 1253 名（90.1%）であった。

表Ⅲ-1-6 受講者の雇用形態別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
正規職員	1796	89.0	543	86.5	1253	90.1
常勤（正規職員以外）	84	4.2	42	6.7	42	3.0
常勤	55	2.7	27	4.3	28	2.0
非常勤・パートタイム	62	3.1	16	2.5	46	3.3
その他	22	1.1	0	0.0	22	1.6
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-1-6 受講者の雇用形態別人数

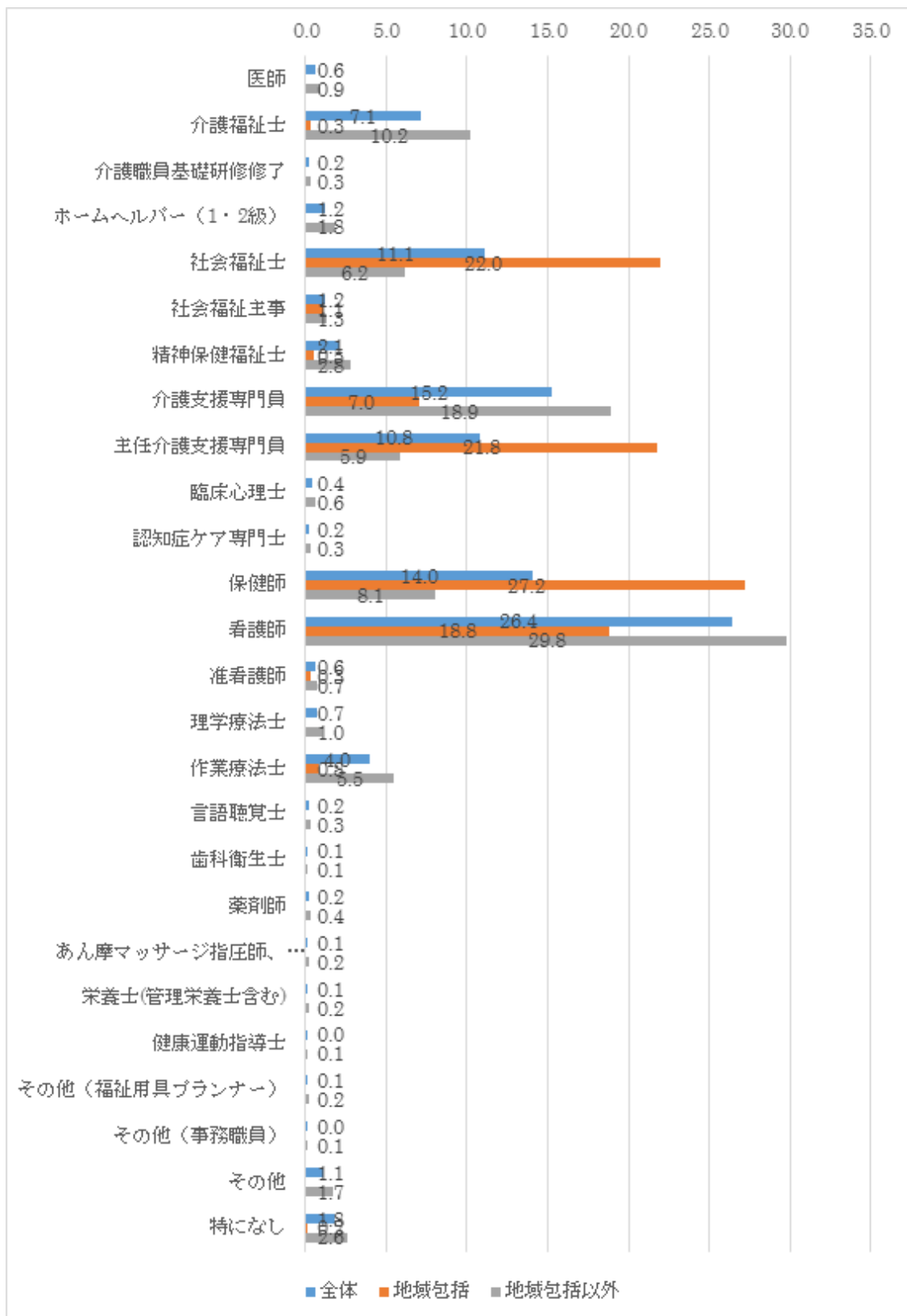
⑦保有資格

受講者の保有資格については、看護師が最も多く 533 名（26.4%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、保健師が最も多く 171 名（27.2%）で、地域包括支援センター以外の受講者は、看護師が最も多く 415 名（29.8%）であった。この他に多かったのは、社会福祉士と、主任介護支援専門員であった。

表Ⅲ-1-7 受講者の保有資格別人数

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
医師	12	0.6	0	0.0	12	0.9
介護福祉士	144	7.1	2	0.3	142	10.2
介護職員基礎研修修了	4	0.2	0	0.0	4	0.3
ホームヘルパー（1・2級）	25	1.2	0	0.0	25	1.8
社会福祉士	224	11.1	138	22.0	86	6.2
社会福祉主事	25	1.2	7	1.1	18	1.3
精神保健福祉士	42	2.1	3	0.5	39	2.8
介護支援専門員	307	15.2	44	7.0	263	18.9
主任介護支援専門員	219	10.8	137	21.8	82	5.9
臨床心理士	8	0.4	0	0.0	8	0.6
認知症ケア専門士	4	0.2	0	0.0	4	0.3
保健師	283	14.0	171	27.2	112	8.1
看護師	533	26.4	118	18.8	415	29.8
准看護師	12	0.6	2	0.3	10	0.7
理学療法士	14	0.7	0	0.0	14	1.0
作業療法士	81	4.0	5	0.8	76	5.5
言語聴覚士	4	0.2	0	0.0	4	0.3
歯科衛生士	2	0.1	0	0.0	2	0.1
薬剤師	5	0.2	0	0.0	5	0.4
あん摩マッサージ指圧師、はり・きゅう師、柔道整復師	3	0.1	0	0.0	3	0.2
栄養士(管理栄養士含む)	3	0.1	0	0.0	3	0.2
健康運動指導士	1	0.0	0	0.0	1	0.1
その他（福祉用具プランナー）	3	0.1	0	0.0	3	0.2
その他（事務職員）	1	0.0	0	0.0	1	0.1
その他	23	1.1	0	0.0	23	1.7
特になし	37	1.8	1	0.2	36	2.6
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図III-1-7 受講者の保有資格別人数

2) 研修効果についての検討

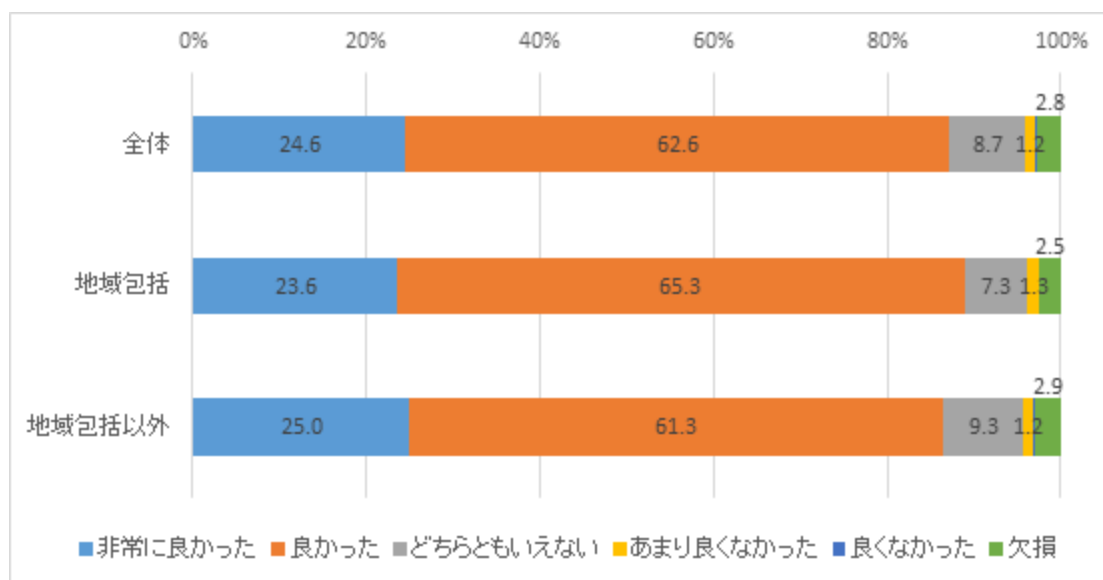
①満足度

受講者の満足度については、「良かった」が最も多く 1263 名（62.6%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者と、それ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「良かった」が最も多く 410 名（65.3%）、地域包括支援センター以外の受講者においても「良かった」が最も多く 853 名（61.3%）であった。

表Ⅲ-2-1 受講者の満足度

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	496	24.6	148	23.6	348	25.0
良かった	1263	62.6	410	65.3	853	61.3
どちらともいえない	176	8.7	46	7.3	130	9.3
あまり良くなかった	24	1.2	8	1.3	16	1.2
良くなかった	4	0.2	0	0.0	4	0.3
欠損	56	2.8	16	2.5	40	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-2-1 受講者の満足度

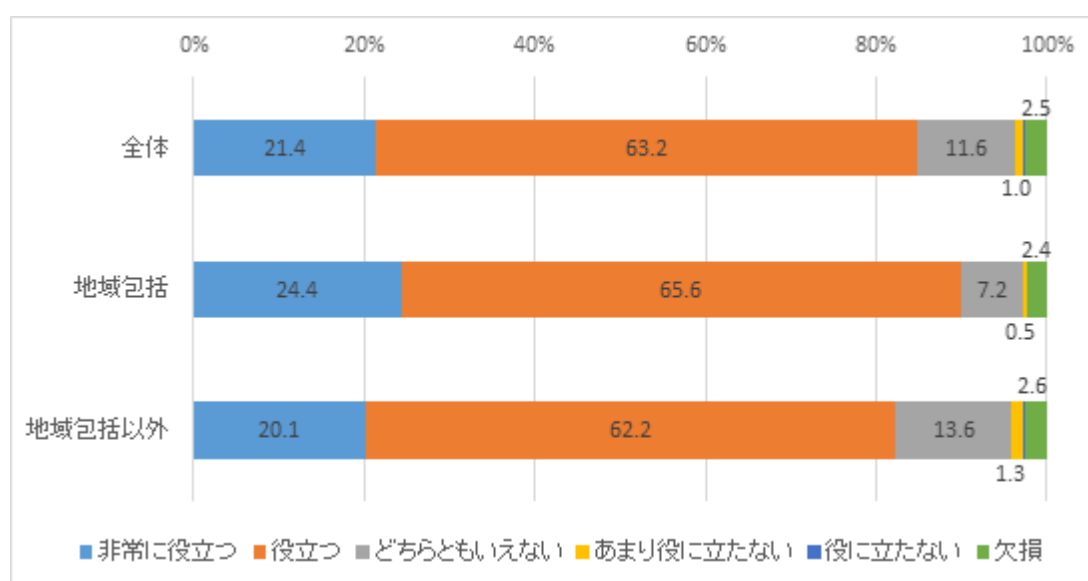
②業務への役立ち度

受講者の業務への役立ち度については、「役立つ」が最も多く 1277 名（63.2%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「役立つ」が最も多く 412 名（65.6%）、地域包括支援センター以外の受講者も「役立つ」が最も多く 865 名（62.2%）であった。次いで多かったのが、「非常に役立つ」であり、地域包括支援センターの受講者が 153 名（24.4%）、それ以外が 280 名（20.1%）となっており、地域包括支援センターの受講者の 9 割が「非常に役立つ」「役立つ」としており、地域包括支援センター以外においても 8 割以上が「非常に役立つ」「役立つ」としていた。

表Ⅲ-2-2 受講者の業務への役立ち度

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
非常に役立つ	433	21.4	153	24.4	280	20.1
役立つ	1277	63.2	412	65.6	865	62.2
どちらともいえない	234	11.6	45	7.2	189	13.6
あまり役に立たない	21	1.0	3	0.5	18	1.3
役に立たない	3	0.1	0	0.0	3	0.2
欠損	51	2.5	15	2.4	36	2.6
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-2-2 受講者の業務への役立ち度

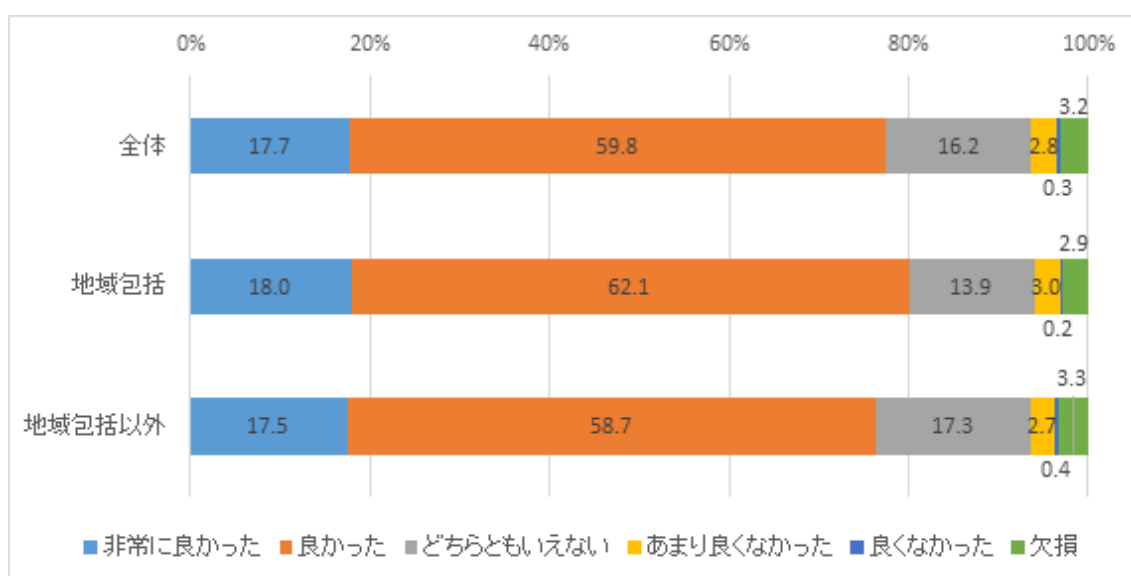
③研修構成に対する評価

受講者の研修構成に対する評価については、「良かった」が最も多く 1207 名（59.8%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「良かった」が最も多く 390 名（62.1%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「良かった」が最も多く 817 名（58.7%）であった。これらの回答に次いで多かったのが「非常に良かった」であり、地域包括支援センターの受講生は、113 名（18.0%）、それ以外が 244 名（17.5%）と示され、「非常に良かった、良かった」を合計した割合が、それぞれ 8 割程度を示していた。

表Ⅲ-2-3 受講者の研修構成に対する評価

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	357	17.7	113	18.0	244	17.5
良かった	1207	59.8	390	62.1	817	58.7
どちらともいえない	328	16.2	87	13.9	241	17.3
あまり良くなかった	56	2.8	19	3.0	37	2.7
良くなかった	7	0.3	1	0.2	6	0.4
欠損	64	3.2	18	2.9	46	3.3
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-2-3 受講者の研修構成に対する評価

3) 研修ニーズについて

①認知症アセスメント習熟に対する困難度

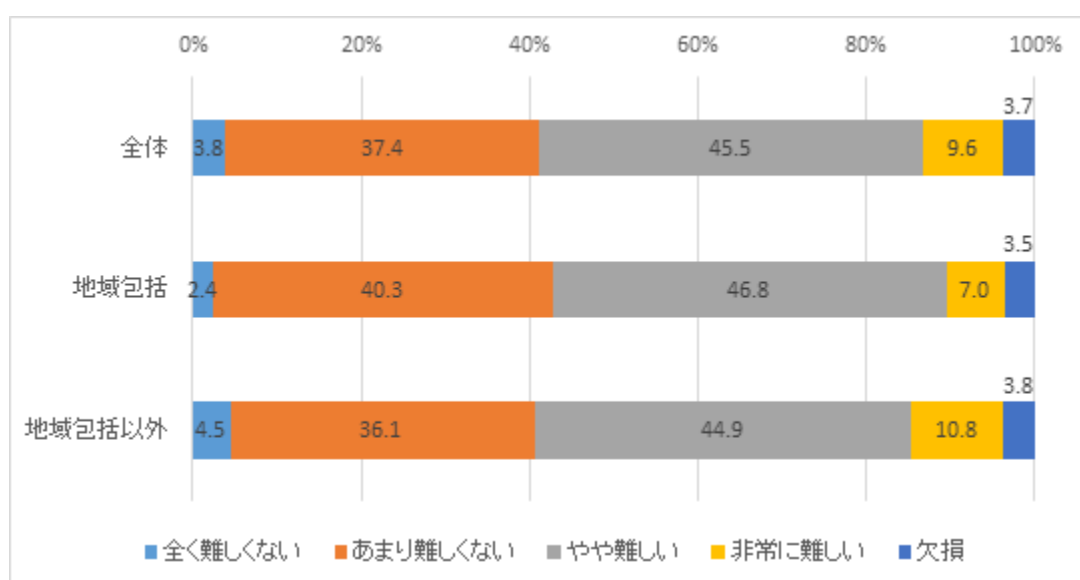
ア. 認知機能障害のアセスメントの難しさ

受講者の認知機能障害のアセスメントの難しさについては、「やや難しい」が最も多く 918 名（45.5%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「やや難しい」が最も多く 294 名（46.8%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「やや難しい」が最も多く 624 名（44.9%）であった。

表Ⅲ-3-1-1 認知機能障害のアセスメントの難しさ

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
全く難しくない	77	3.8	15	2.4	62	4.5
あまり難しくない	755	37.4	253	40.3	502	36.1
やや難しい	918	45.5	294	46.8	624	44.9
非常に難しい	194	9.6	44	7.0	150	10.8
欠損	75	3.7	22	3.5	53	3.8
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-1-1 認知機能障害のアセスメントの難しさ

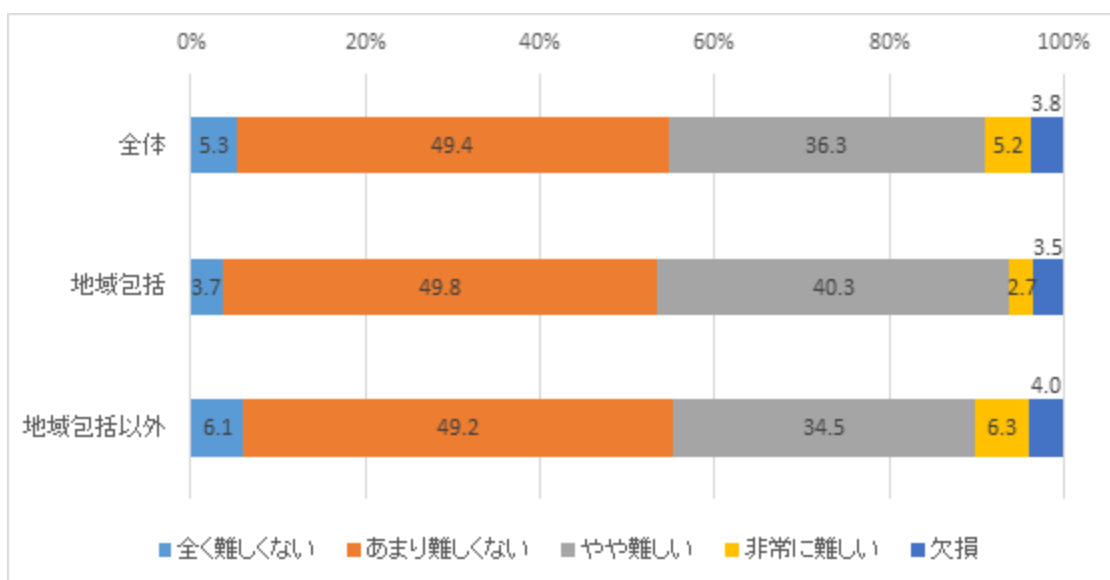
イ. 生活機能障害のアセスメントの難しさ

受講者の生活機能障害のアセスメントの難しさについては、「あまり難しくない」が最も多く 997 名（49.4%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「あまり難しくない」が最も多く 313 名（49.8%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「あまり難しくない」が最も多く 684 名（49.2%）であった。

表Ⅲ-3-1-2 生活機能障害のアセスメントの難しさ

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
全く難しくない	108	5.3	23	3.7	85	6.1
あまり難しくない	997	49.4	313	49.8	684	49.2
やや難しい	733	36.3	253	40.3	480	34.5
非常に難しい	104	5.2	17	2.7	87	6.3
欠損	77	3.8	22	3.5	55	4.0
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-1-2 生活機能障害のアセスメントの難しさ

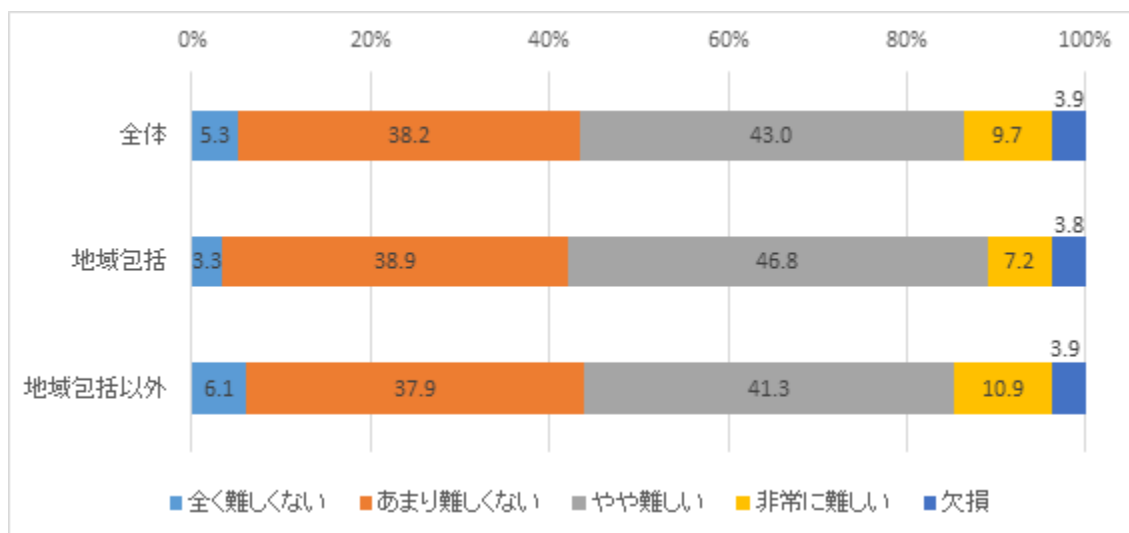
ウ. 身体合併症のアセスメントの難しさ

受講者の身体合併症のアセスメントの難しさについては、「やや難しい」が最も多く 868 名（43.0%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「やや難しい」が最も多く 294 名（46.8%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「やや難しい」が最も多く 574 名（41.3%）であった。

表Ⅲ-3-1-3 身体合併症のアセスメントの難しさ

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
全く難しくない	106	5.3	21	3.3	85	6.1
あまり難しくない	771	38.2	244	38.9	527	37.9
やや難しい	868	43.0	294	46.8	574	41.3
非常に難しい	196	9.7	45	7.2	151	10.9
欠損	78	3.9	24	3.8	54	3.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-1-3 身体合併症のアセスメントの難しさ

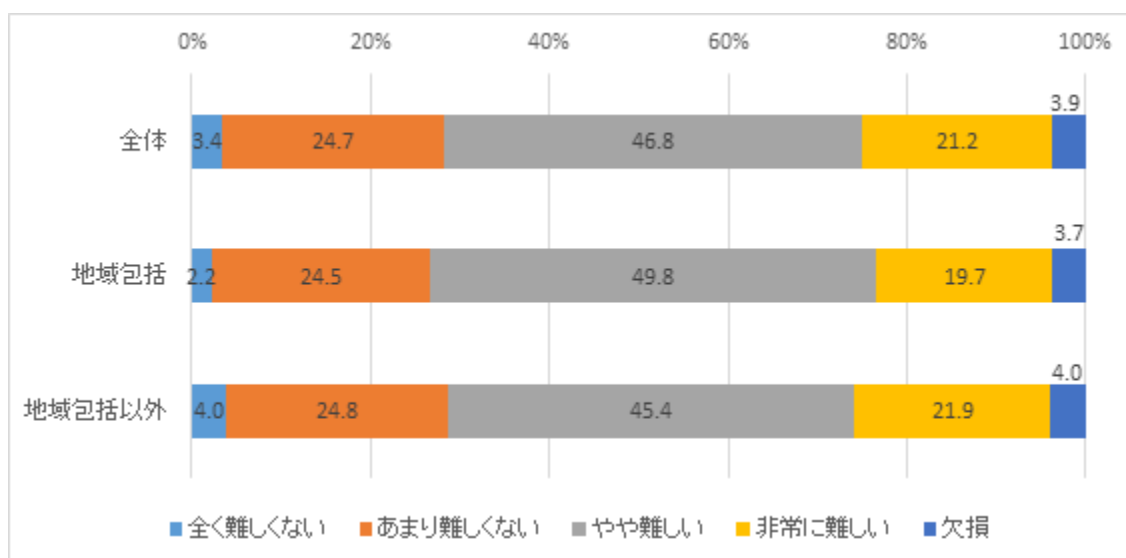
エ. 精神症状・行動障害のアセスメントの難しさ

受講者の精神症状・行動障害のアセスメントの難しさについては、「やや難しい」が最も多く 945 名（46.8%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「やや難しい」が最も多く 313 名（49.8%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「やや難しい」が最も多く 632 名（45.4%）であった。

表Ⅲ-3-1-4 精神症状・行動障害のアセスメントの難しさ

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
全く難しくない	69	3.4	14	2.2	55	4.0
あまり難しくない	499	24.7	154	24.5	345	24.8
やや難しい	945	46.8	313	49.8	632	45.4
非常に難しい	428	21.2	124	19.7	304	21.9
欠損	78	3.9	23	3.7	55	4.0
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-1-4 精神症状・行動障害のアセスメントの難しさ

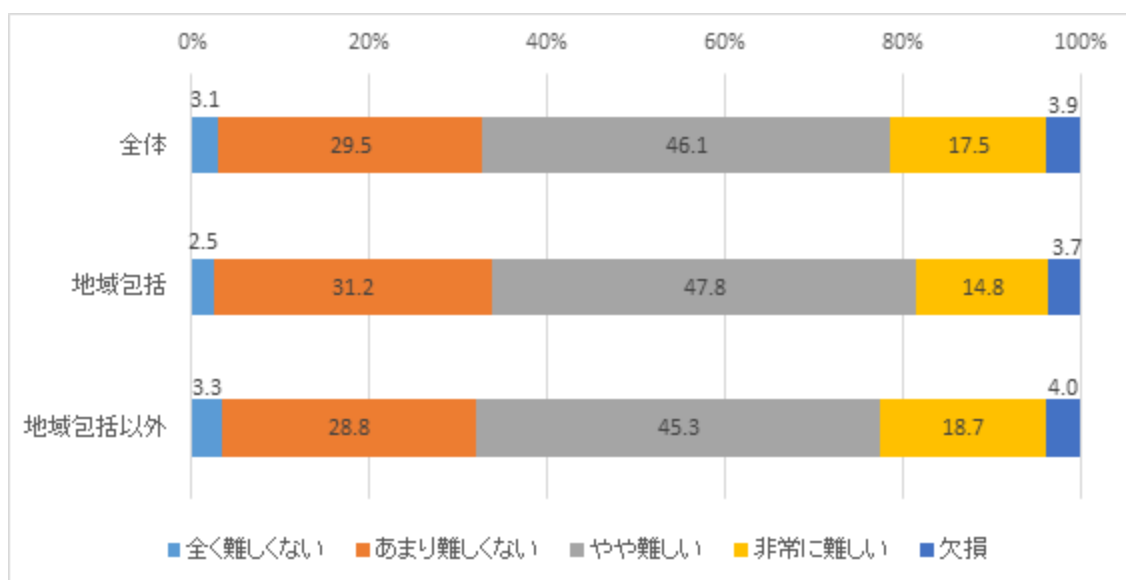
オ. 社会的状況のアセスメントの難しさ

受講者の社会的状況のアセスメントの難しさについては、「やや難しい」が最も多く 930 名（46.1%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「やや難しい」が最も多く 300 名（47.8%）、地域包括支援センター以外の受講者も、「やや難しい」が最も多く 630 名（45.3%）であった。

表Ⅲ-3-1-5 社会的状況のアセスメントの難しさ

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
全く難しくない	62	3.1	16	2.5	46	3.3
あまり難しくない	596	29.5	196	31.2	400	28.8
やや難しい	930	46.1	300	47.8	630	45.3
非常に難しい	353	17.5	93	14.8	260	18.7
欠損	78	3.9	23	3.7	55	4.0
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-1-5 社会的状況のアセスメントの難しさ

②認知症に関連する事項についての経験の有無

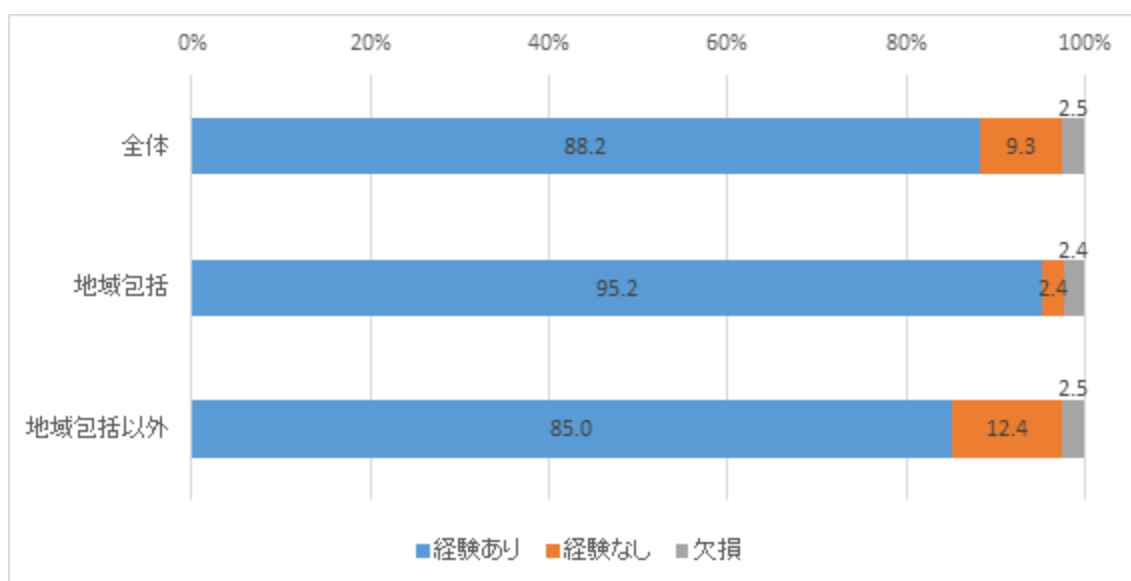
ア. 認知症をテーマとする講座や研修会への参加経験

受講者の講座や研修会の参加経験については、「経験あり」が1781名（88.2%）、「経験なし」が188名（9.3%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が598名（95.2%）、「経験なし」が15名（2.4%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が1183名（85.0%）、「経験なし」が173名（12.4%）であった。

表Ⅲ-3-2-1 講座や研修会の参加経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1781	88.2	598	95.2	1183	85.0
経験なし	188	9.3	15	2.4	173	12.4
欠損	50	2.5	15	2.4	35	2.5
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-1 講座や研修会の参加経験

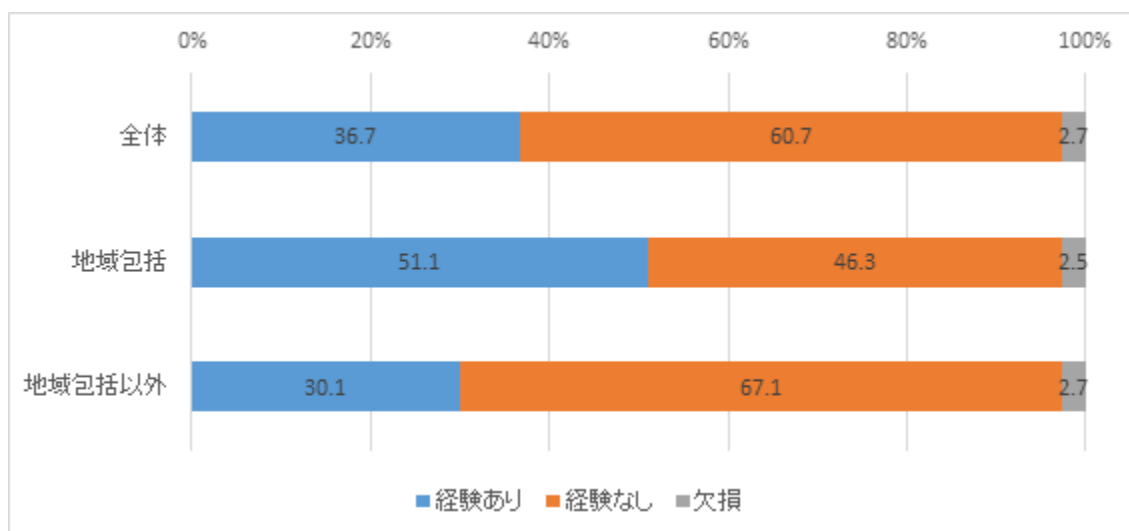
イ. 認知症をテーマとする講座や研修会の講師経験

受講者の講座や研修会の講師経験については、「経験あり」が740名(36.7%)、「経験なし」が1225名(60.7%)であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が321名(51.1%)、「経験なし」が291名(46.3%)であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が419名(30.1%)、「経験なし」が934名(67.1%)であった。

表Ⅲ-3-2-2 講座や研修会の講師経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	740	36.7	321	51.1	419	30.1
経験なし	1225	60.7	291	46.3	934	67.1
欠損	54	2.7	16	2.5	38	2.7
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-2 講座や研修会の講師経験

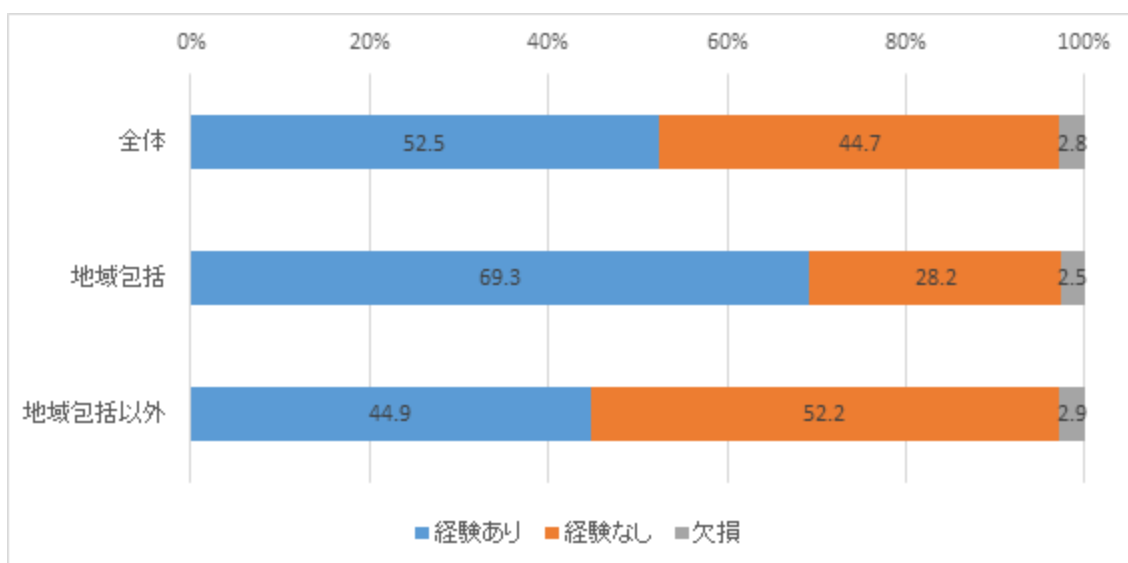
ウ. 認知症のご本人が虐待（疑い含む）されているケースを担当経験

受講者の虐待ケースの担当経験については、「経験あり」が 1059 名（52.5%）、「経験なし」が 903 名（44.7%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が 435 名（69.3%）、「経験なし」が 177 名（28.2%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が 624 名（44.9%）、「経験なし」が 726 名（52.2%）であった。

表Ⅲ-3-2-3 虐待ケースの担当経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1059	52.5	435	69.3	624	44.9
経験なし	903	44.7	177	28.2	726	52.2
欠損	57	2.8	16	2.5	41	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-3 虐待ケースの担当経験

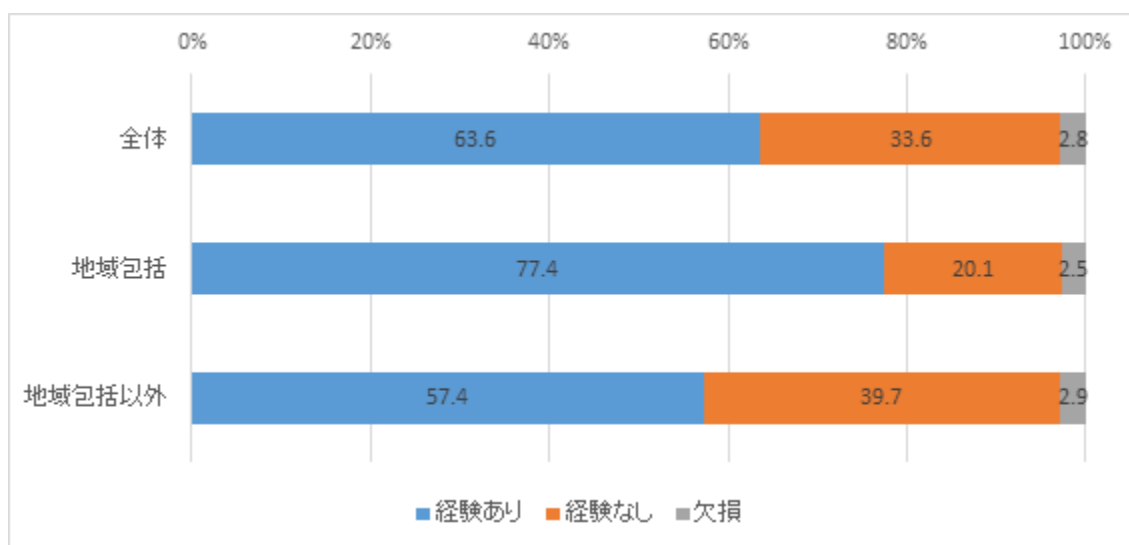
エ. 認知症の困難事例についてケース会議を開催経験

受講者の困難事例についてのケース会議の開催経験については、「経験あり」が1284名(63.6%)、「経験なし」が678名(33.6%)であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が486名(77.4%)、「経験なし」が126名(20.1%)であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が798名(57.4%)、「経験なし」が552名(39.7%)であった。

表Ⅲ-3-2-4 困難事例についてのケース会議の開催経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1284	63.6	486	77.4	798	57.4
経験なし	678	33.6	126	20.1	552	39.7
欠損	57	2.8	16	2.5	41	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-4 困難事例についてのケース会議の開催経験

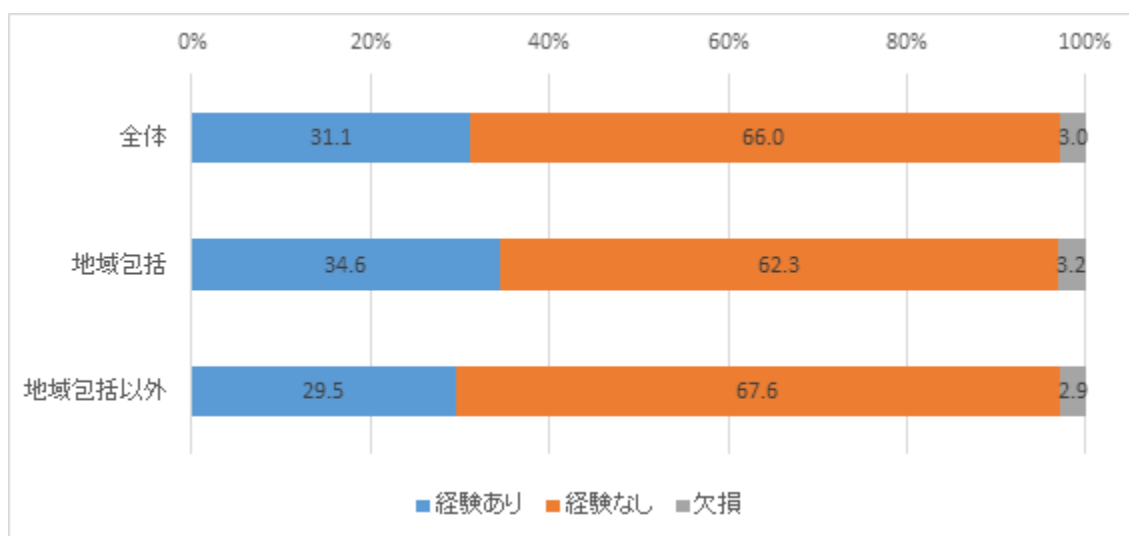
オ. 普及啓発資料の作成経験

受講者の普及啓発資料の作成経験については、「経験あり」が 627 名（31.1%）、「経験なし」が 1332 名（66.0%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が 217 名（34.6%）、「経験なし」が 391 名（62.3%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が 410 名（29.5%）、「経験なし」が 941 名（67.6%）であった。

表Ⅲ-3-2-5 普及啓発資料の作成経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	627	31.1	217	34.6	410	29.5
経験なし	1332	66.0	391	62.3	941	67.6
欠損	60	3.0	20	3.2	40	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-5 普及啓発資料の作成経験

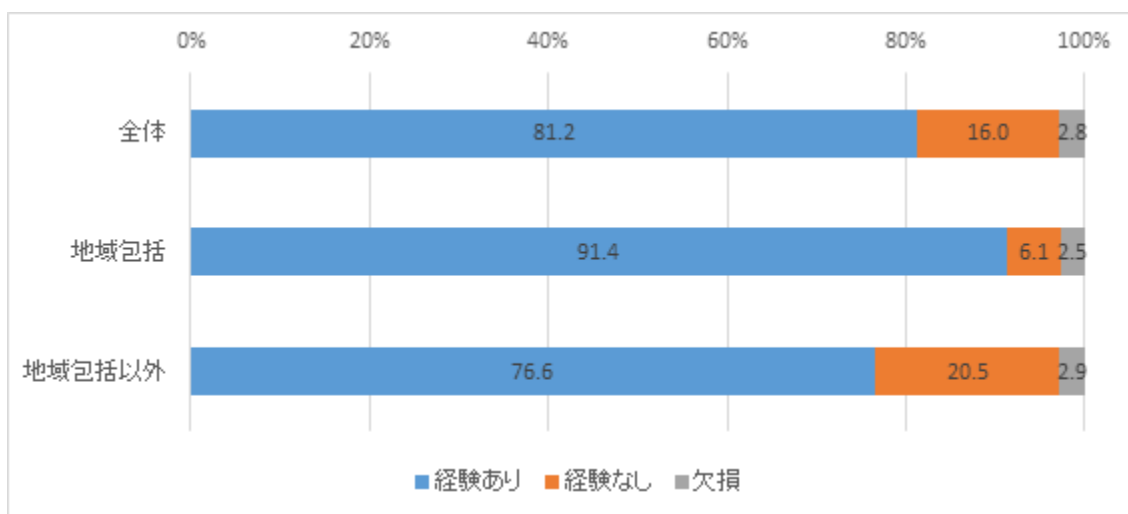
カ. 家族に対して精神症状・行動障害の対応方法の助言経験

受講者の家族に対して精神症状・行動障害の対応方法の助言経験については、「経験あり」が1640名(81.2%)、「経験なし」が323名(16.0%)であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が574名(91.4%)、「経験なし」が38名(6.1%)であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が1066名(76.6%)、「経験なし」が285名(20.5%)であった。

表Ⅲ-3-2-6 家族に対して精神症状・行動障害の対応方法の助言経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1640	81.2	574	91.4	1066	76.6
経験なし	323	16.0	38	6.1	285	20.5
欠損	56	2.8	16	2.5	40	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-6 家族に対して精神症状・行動障害の対応方法の助言経験

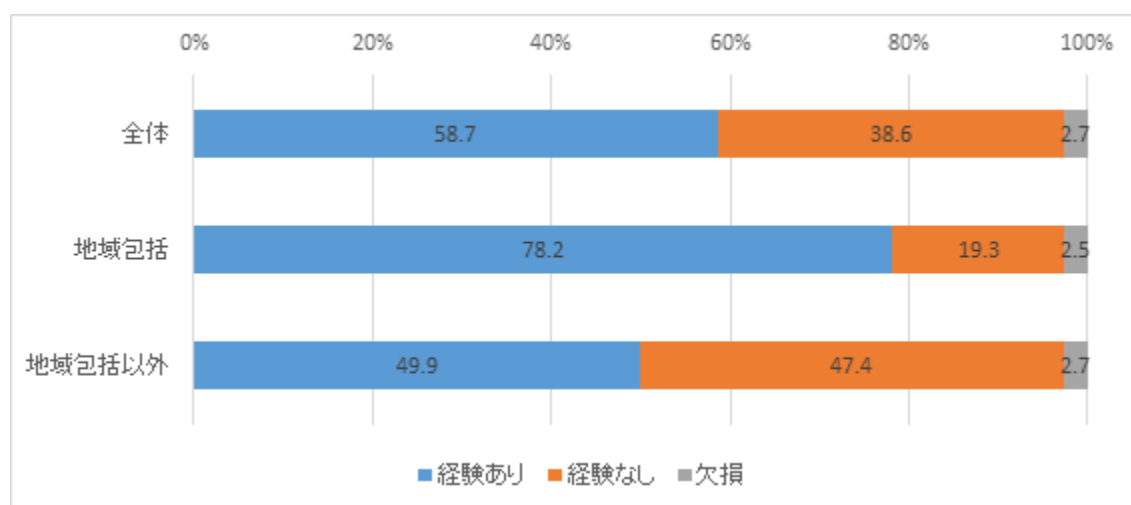
キ. 家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験

受講者の家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験については、「経験あり」が1185名（58.7%）、「経験なし」が780名（38.6%）であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が491名（78.2%）、「経験なし」が121名（19.3%）であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が694名（49.9%）、「経験なし」が659名（47.4%）であった。

表Ⅲ-3-2-7 家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1185	58.7	491	78.2	694	49.9
経験なし	780	38.6	121	19.3	659	47.4
欠損	54	2.7	16	2.5	38	2.7
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-7 家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験

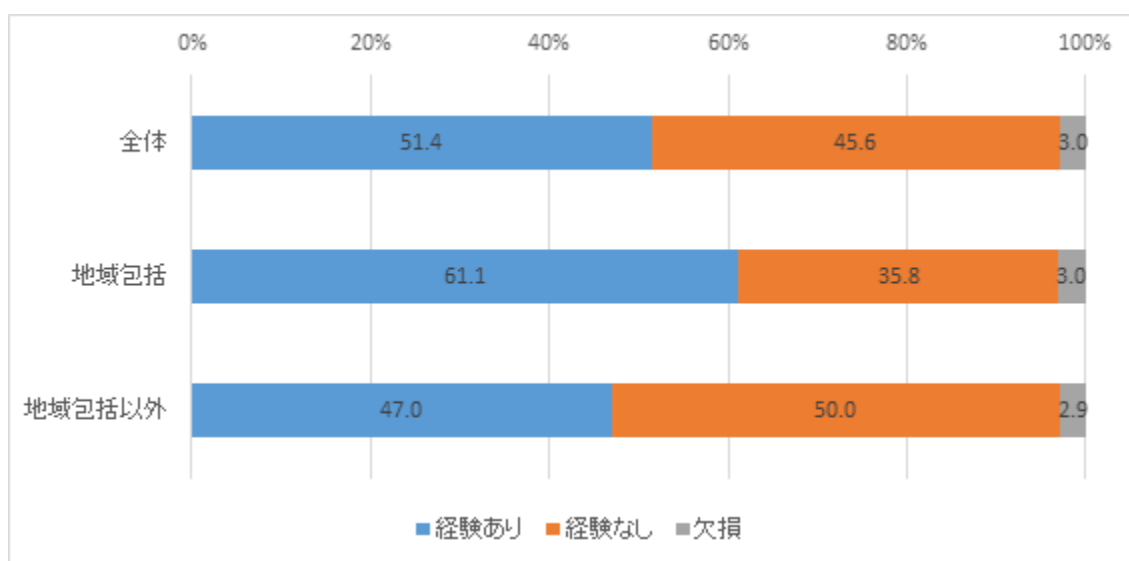
ク. 他の関係機関の専門職へのケアの助言経験

受講者の他の関係機関の専門職へのケアの助言経験については、「経験あり」が1038名(51.4%)、「経験なし」が921名(45.6%)であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が384名(61.1%)、「経験なし」が225名(35.8%)であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が654名(47.0%)、「経験なし」が696名(50.0%)であった。

表Ⅲ-3-2-8 他の関係機関の専門職へのケアの助言経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	1038	51.4	384	61.1	654	47.0
経験なし	921	45.6	225	35.8	696	50.0
欠損	60	3.0	19	3.0	41	2.9
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-8 他の関係機関の専門職へのケアの助言経験

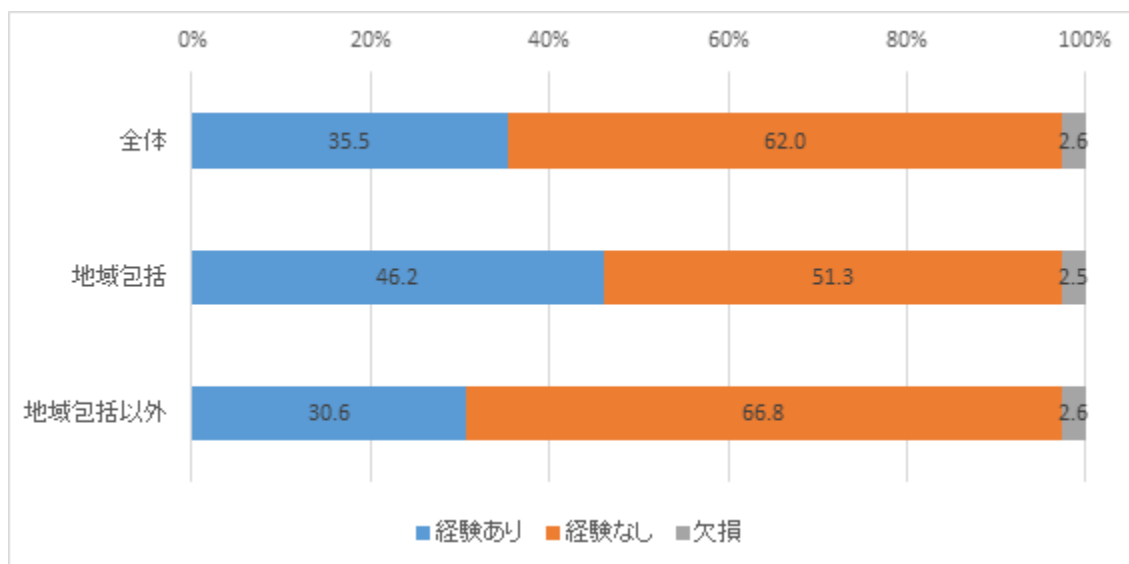
ケ. 相談に応じた経験

受講者の相談に応じた経験については、「経験あり」が716名(35.5%)、「経験なし」が1251名(62.0%)であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が290名(46.2%)、「経験なし」が322名(51.3%)であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が426名(30.6%)、「経験なし」が929名(66.8%)であった。

表Ⅲ-3-2-9 相談に応じた経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	716	35.5	290	46.2	426	30.6
経験なし	1251	62.0	322	51.3	929	66.8
欠損	52	2.6	16	2.5	36	2.6
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-9 相談に応じた経験

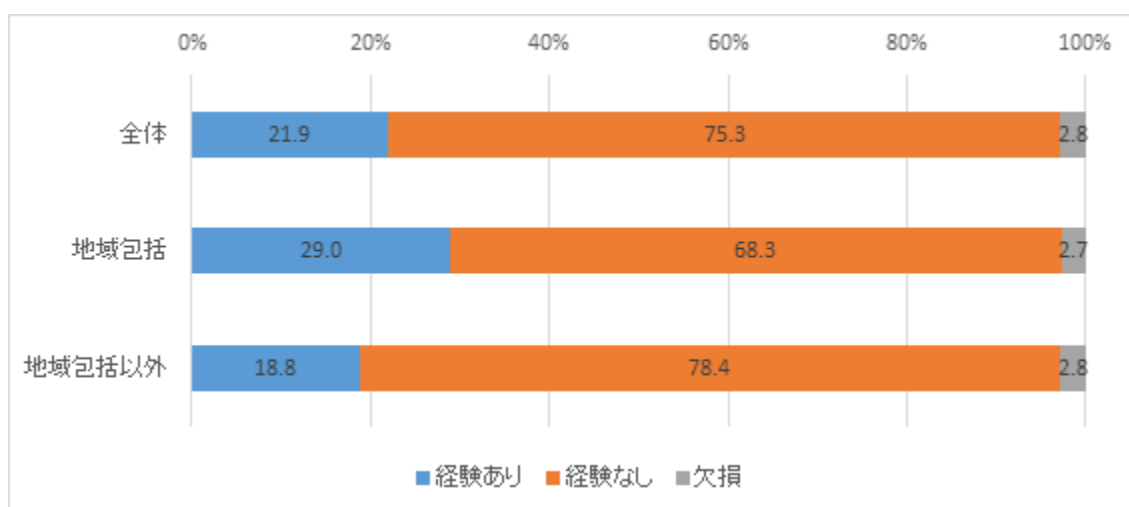
コ. 介護保険サービス利用に至るまでの支援経験

受講者の介護保険サービス利用に至るまでの支援経験については、「経験あり」が 443 名 (21.9%)、「経験なし」が 1520 名 (75.3%) であった。

地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けて分析すると、地域包括支援センターに所属する受講者は、「経験あり」が 182 名 (29.0%)、「経験なし」が 429 名 (68.3%) であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、「経験あり」が 261 名 (18.8%)、「経験なし」が 1091 名 (78.4%) であった。

表Ⅲ-3-2-10 介護保険サービス利用に至るまでの支援経験

	全体		地域包括		地域包括以外	
	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	443	21.9	182	29.0	261	18.8
経験なし	1520	75.3	429	68.3	1091	78.4
欠損	56	2.8	17	2.7	39	2.8
計	2019	100.0	628	100.0	1391	100.0



図Ⅲ-3-2-10 介護保険サービス利用に至るまでの支援経験

4) 受講地域による修効果と研修ニーズの比較

研修への評価において、満足度、役立ち度、構成の評価、また認知症に関連する学習や対応状況の項目を受講地域別に比較した。

①地域別満足度

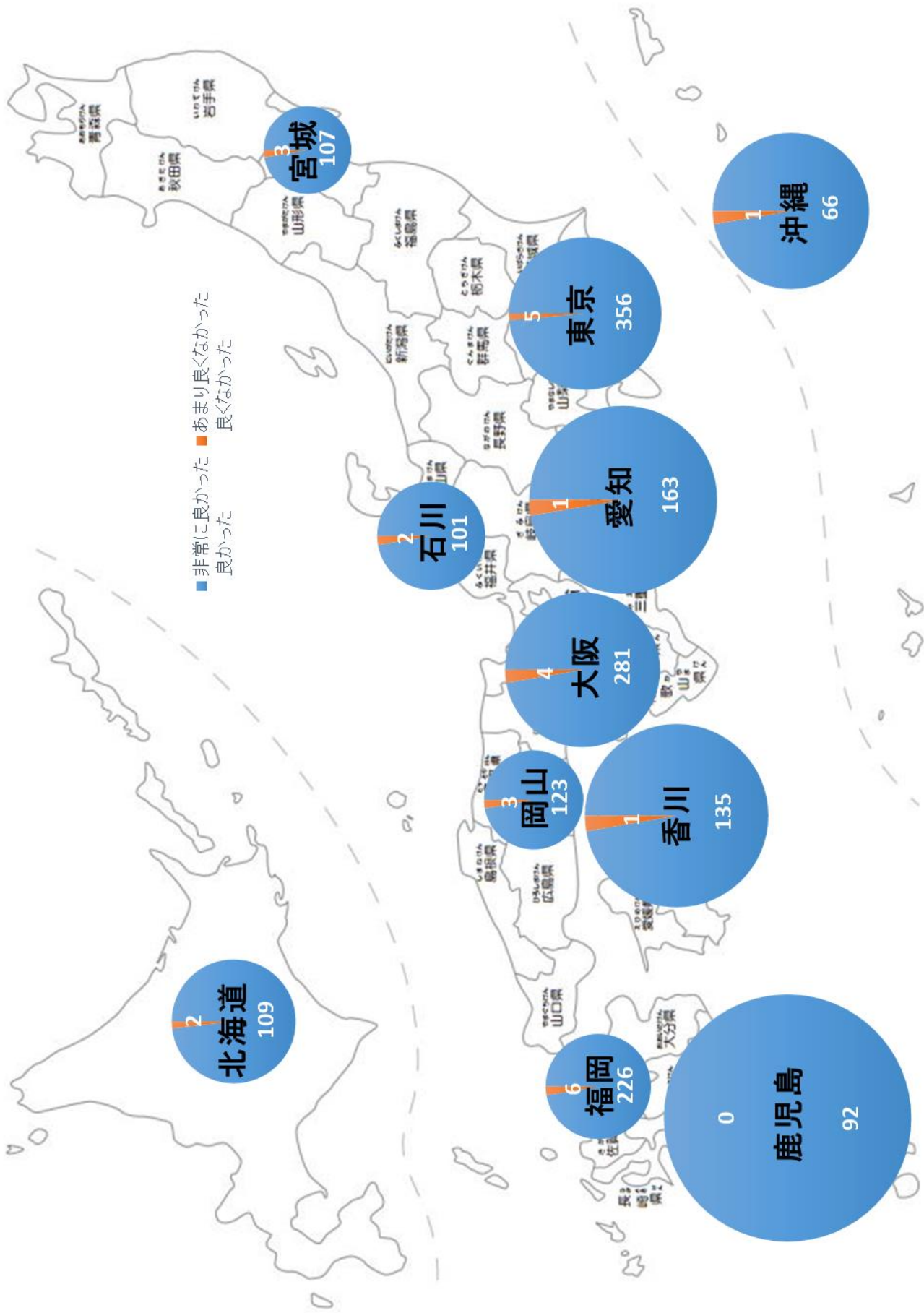
「非常に良かった・良かった」を合わせた満足群と、「あまり良くなかった・良くなかった」を合わせた不満足群の2群にカテゴリ化し、満足群の割合が高いほど、円が大きくなるようなグラフを作成し、地図上に示した。

この結果、地域別の満足度は、鹿児島が「非常に良かった・良かった」の割合が最も高く、92名(100.0%)であったが、全県とも95%以上が「非常に良かった・良かった」と回答していた。

表Ⅲ-4-1 地域別受講者の満足度

	東京		北海道		宮城		石川		愛知		大阪	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	356	98.6	109	98.2	107	97.3	101	98.1	163	99.4	281	98.6
良かった												
あまり良くなかった	5	1.4	2	1.8	3	2.7	2	1.9	1	0.6	4	1.4
良くなかった												
計	361	100.0	111	100.0	110	100.0	103	100.0	164	100.0	285	100.0

	岡山		香川		福岡		鹿児島		沖縄	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	123	97.6	135	99.3	226	97.4	92	100.0	66	98.5
良かった										
あまり良くなかった	3	2.4	1	0.7	6	2.6	0	0.0	1	1.5
良くなかった										
計	126	100.0	136	100.0	232	100.0	92	100.0	67	100.0



図III-4-1 地域別受講者の満足度

②地域別業務への役立ち度

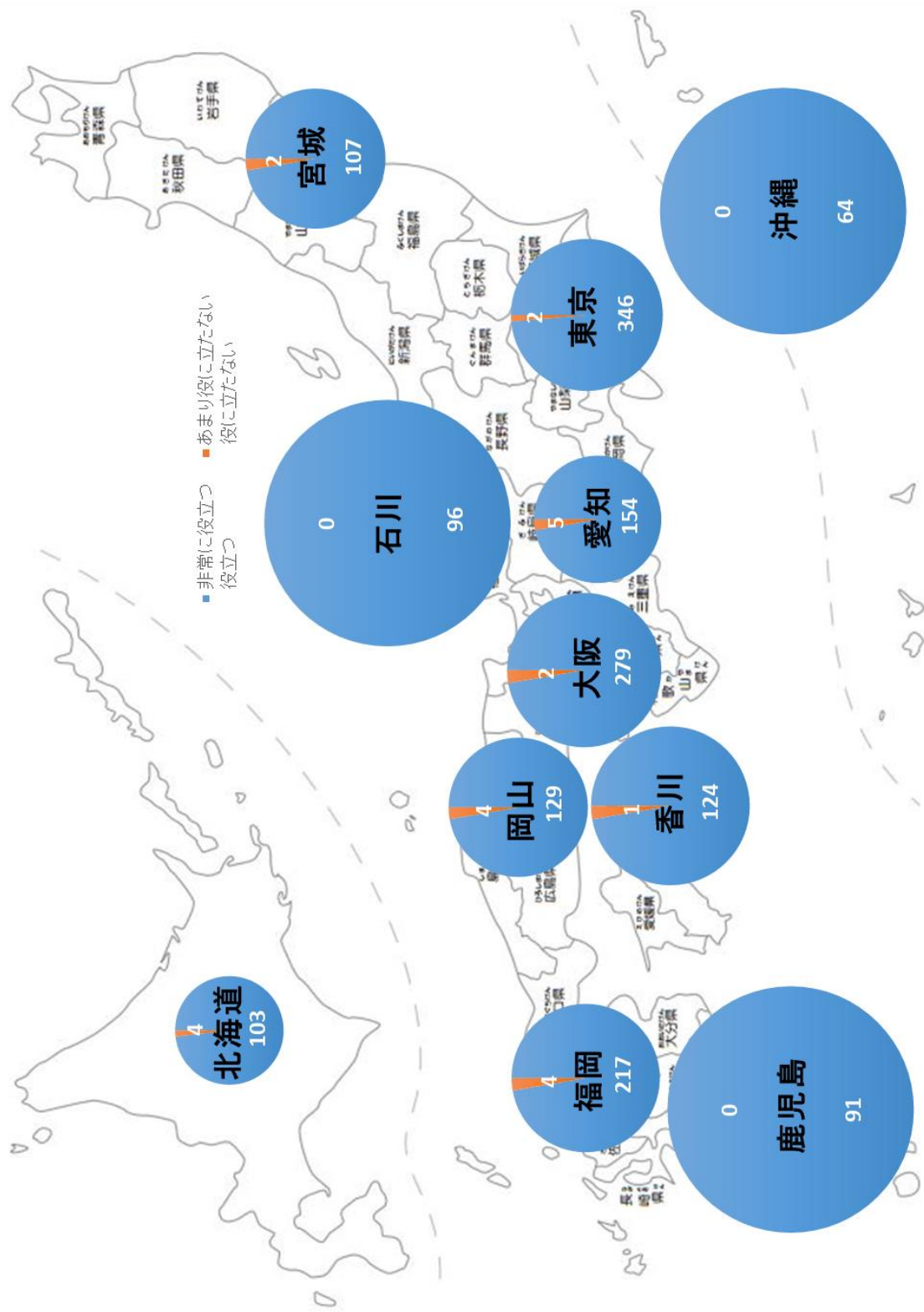
「非常に役立つ・役立つ」を合わせた群と、「あまり役に立たない・役に立たない」を合わせた2群にカテゴリ化し、役立ち度が高い群の割合が高いほど、円が大きくなるようなグラフを作成し、地図上に示した。

地域別の業務への役立ち度については、石川・鹿児島・沖縄が最も「非常に役立つ・役立つ」の割合が高く、石川96名(100.0%)、鹿児島91名(100.0%)、沖縄64名(100.0%)であった。そのほかの地域も96%以上を示していた。

表Ⅲ-4-2 地域別受講者の業務への役立ち度

	東京		北海道		宮城		石川		愛知		大阪	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に役立つ	346	99.4	103	96.3	107	98.2	96	100.0	154	96.9	279	99.3
役立つ												
あまり役に立たない	2	0.6	4	3.7	2	1.8	0	0.0	5	3.1	2	0.7
役に立たない												
計	348	100.0	107	100.0	109	100.0	96	100.0	159	100.0	281	100.0

	岡山		香川		福岡		鹿児島		沖縄	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に役立つ	129	97.0	124	99.2	217	98.2	91	100.0	64	100.0
役立つ										
あまり役に立たない	4	3.0	1	0.8	4	1.8	0	0.0	0	0.0
役に立たない										
計	133	100.0	125	100.0	221	100.0	91	100.0	64	100.0



図Ⅲ-4-2 地域別受講者の業務への役立ち度

③地域別構成の評価

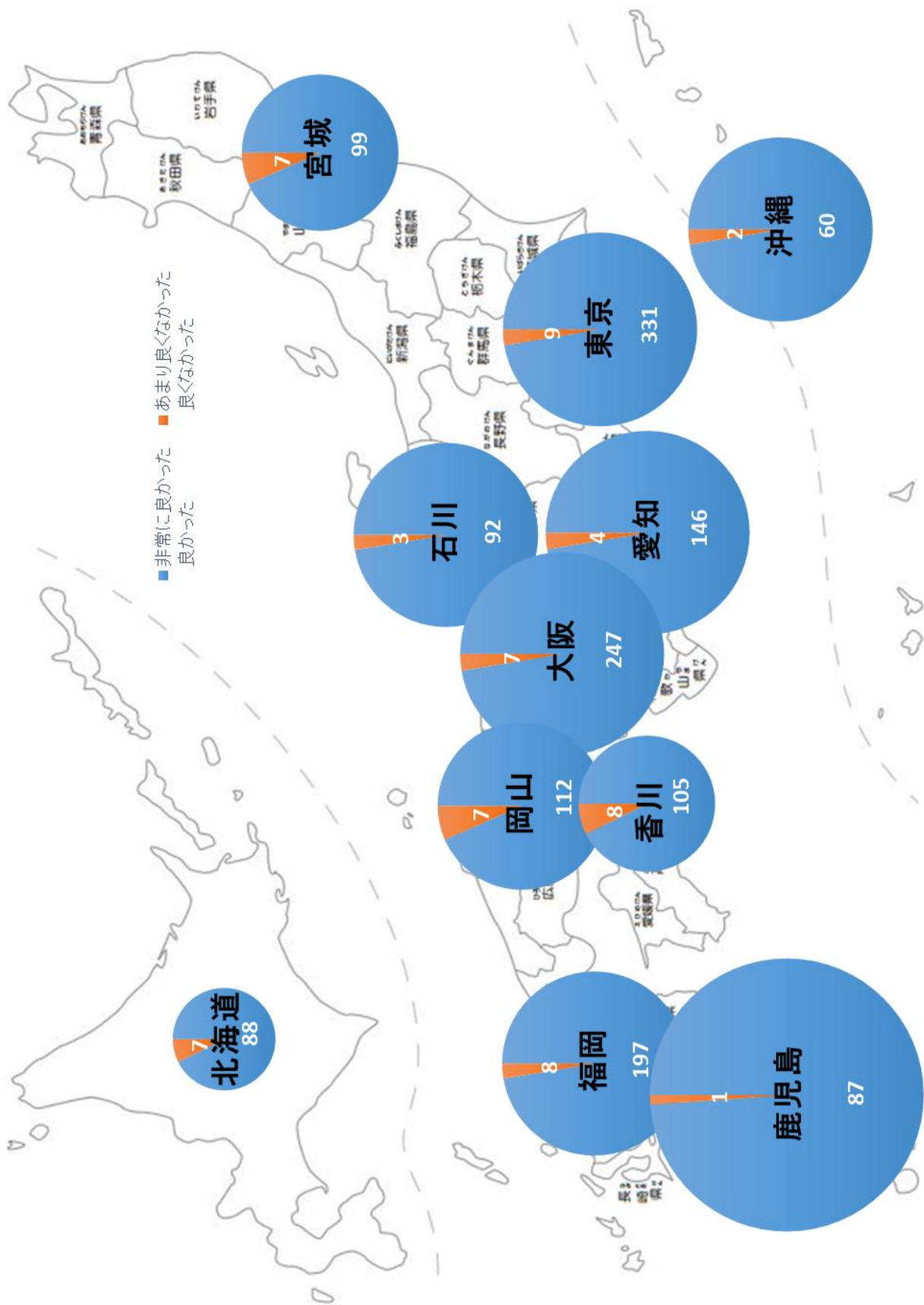
「非常に良かった・良かった」を合わせた満足群と、「あまり良くなかった・良くなかった」を合わせた不満足群の2群にカテゴリ化し、満足群の割合が高いほど、円が大きくなるようなグラフを作成し、地図上に示した。

地域別の構成の評価については、鹿児島が「非常に良かった・良かった」の割合が最も高く、87名（98.9%）であった。それ以外の件もすべて9割以上が満足群となっていた。

表Ⅲ-4-3 地域別構成の評価

	東京		北海道		宮城		石川		愛知		大阪	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	331	97.4	88	92.6	99	93.4	92	96.8	146	97.3	247	97.2
良かった												
あまり良くなかった	9	2.6	7	7.4	7	6.6	3	3.2	4	2.7	7	2.8
良くなかった												
計	340	100.0	95	100.0	106	100.0	95	100.0	150	100.0	254	100.0

	岡山		香川		福岡		鹿児島		沖縄	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
非常に良かった	112	94.1	105	92.9	197	96.1	87	98.9	60	96.8
良かった										
あまり良くなかった	7	5.9	8	7.1	8	3.9	1	1.1	2	3.2
良くなかった										
計	119	100.0	113	100.0	205	100.0	88	100.0	62	100.0



図III-4-3 地域別構成の評価

④地域別認知症に関連する学習・対応状況

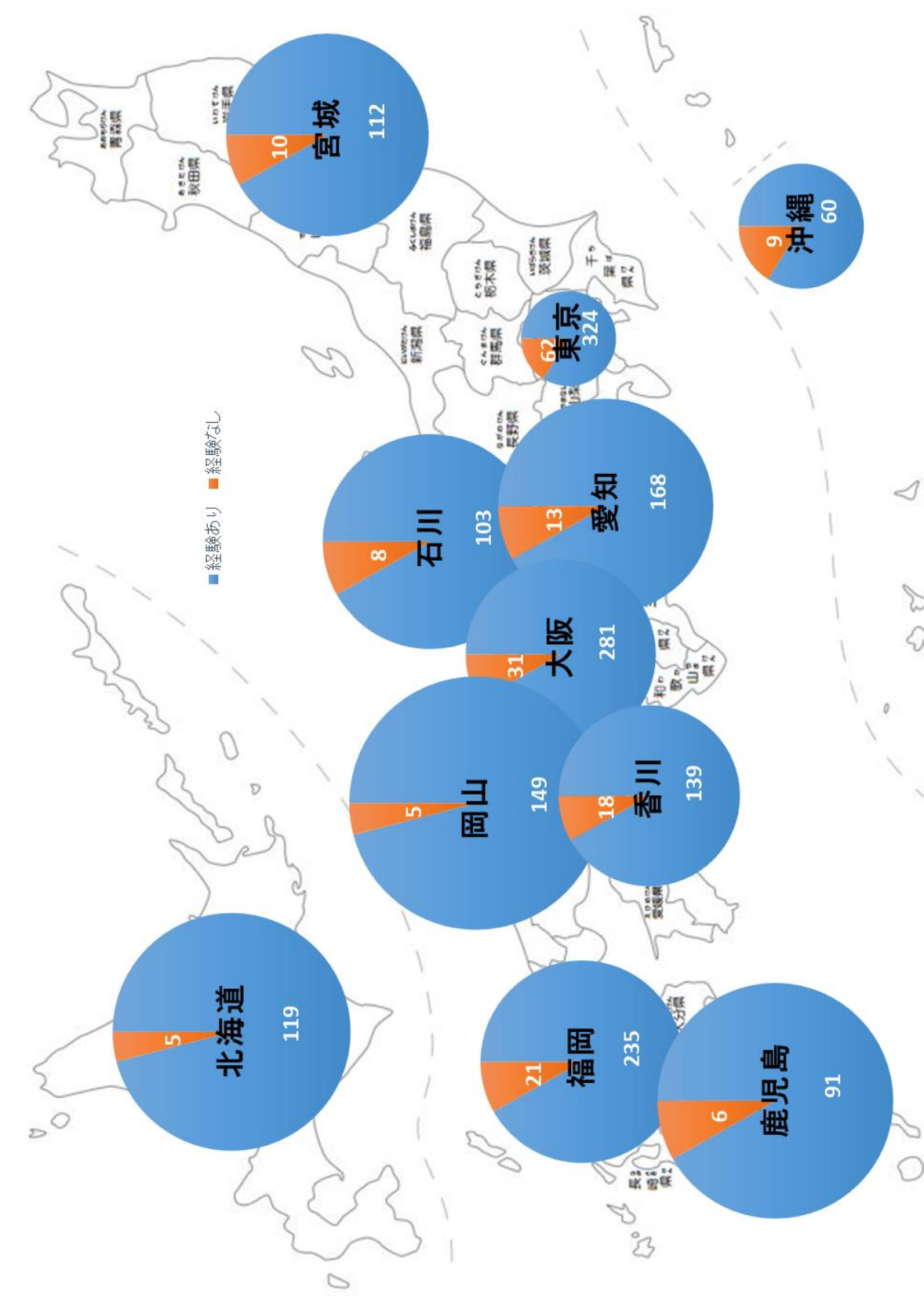
「経験あり」群と、「経験なし」群に分類し、経験ありが高いほど、円が大きくなるようなグラフを作成し、地図上に示した。

地域別の講座や研修会の参加経験については、「経験あり」の割合が最も高い地域は、岡山で149名（96.8%）であった。また「経験なし」の割合が最も高い地域は、東京で62名（16.1%）であった。東京（83.9%）、香川（88.5%）、沖縄（87.0%）以外は、全県とも9割以上が経験あり群であった。

表Ⅲ-4-1 地域別講座や研修会の参加経験

	東京		北海道		宮城		石川		愛知		大阪		岡山	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	324	83.9	119	96.0	112	91.8	103	92.8	168	92.8	281	90.1	149	96.8
経験なし	62	16.1	5	4.0	10	8.2	8	7.2	13	7.2	31	9.9	5	3.2
計	386	100.0	124	100.0	122	100.0	111	100.0	181	100.0	312	100.0	154	100.0

	岡山		香川		福岡		鹿児島		沖縄	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	149	96.8	139	88.5	235	91.8	91	93.8	60	87.0
経験なし	5	3.2	18	11.5	21	8.2	6	6.2	9	13.0
計	154	100.0	157	100.0	256	100.0	97	100.0	69	100.0



図Ⅲ-4-1 地域別講座や研修会の参加経験

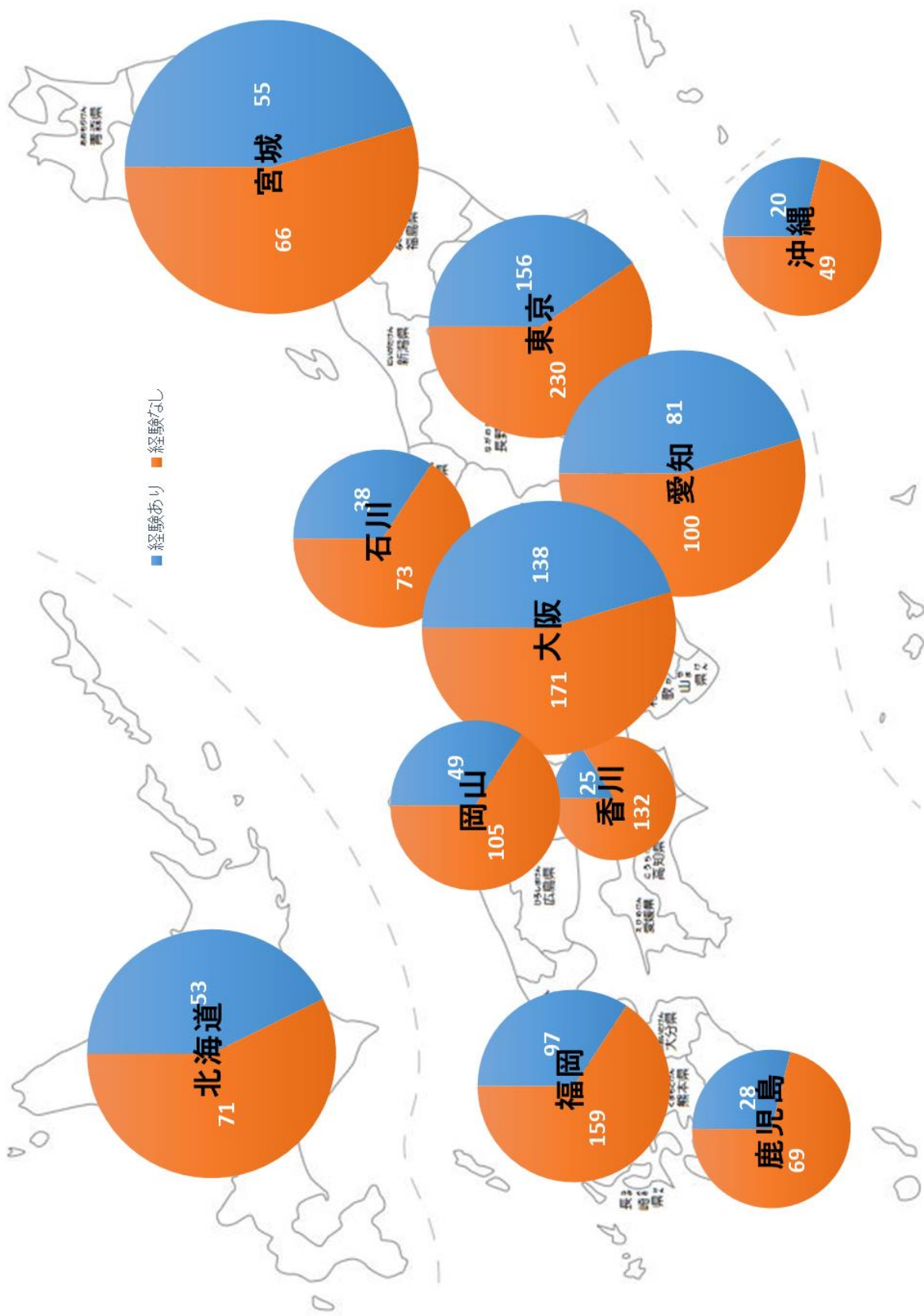
⑤地域別講座や研修会の講師経験

地域別の講座や研修会の講師経験については、「経験あり」の割合が最も高かった地域は、宮城で55名（45.5%）であった。また「経験なし」の割合が最も高い地域は、香川で132名（84.1%）であった。

表Ⅲ-4-5 地域別講座や研修会の講師経験

	東京		北海道		宮城		石川		愛知		大阪	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	156	40.4	53	42.7	55	45.5	38	34.2	81	44.8	138	44.7
経験なし	230	59.6	71	57.3	66	54.5	73	65.8	100	55.2	171	55.3
計	386	100.0	124	100.0	121	100.0	111	100.0	181	100.0	309	100.0

	岡山		香川		福岡		鹿児島		沖縄	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
経験あり	49	31.8	25	15.9	97	37.9	28	28.9	20	29.0
経験なし	105	68.2	132	84.1	159	62.1	69	71.1	49	71.0
計	154	100.0	157	100.0	256	100.0	97	100.0	69	100.0



図Ⅲ-4-5 地域別講座や研修会の講師経験

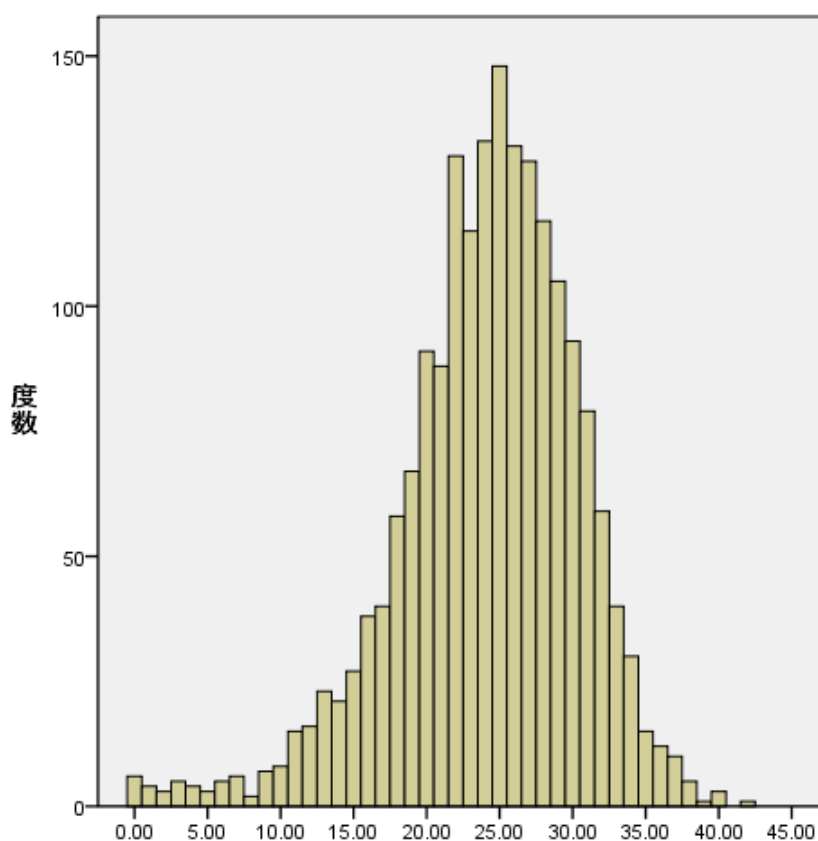
5) 連携活動能力尺度得点を用いたアンケート分析

①受講生の連携活動能力得点の状況

受講生の連携活動能力得点を欠損がなかった 1894 名のデータを用いて分析した。この結果、平均値は 24.1 点（標準偏差 6.2）であった。また地域包括支援センター職員の得点は 24.6 点で、それ以外は 24.0 点と示され、地域包括支援センター職員の方が統計的に有意に点数が高いことが示された。

表Ⅲ-5-1 受講生の連携活動能力得点

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
連携活動能力評価尺度得点	24.1	6.2	0.0	42.0	1894



図Ⅲ-5-1 受講生の連携活動能力得点のヒストグラム

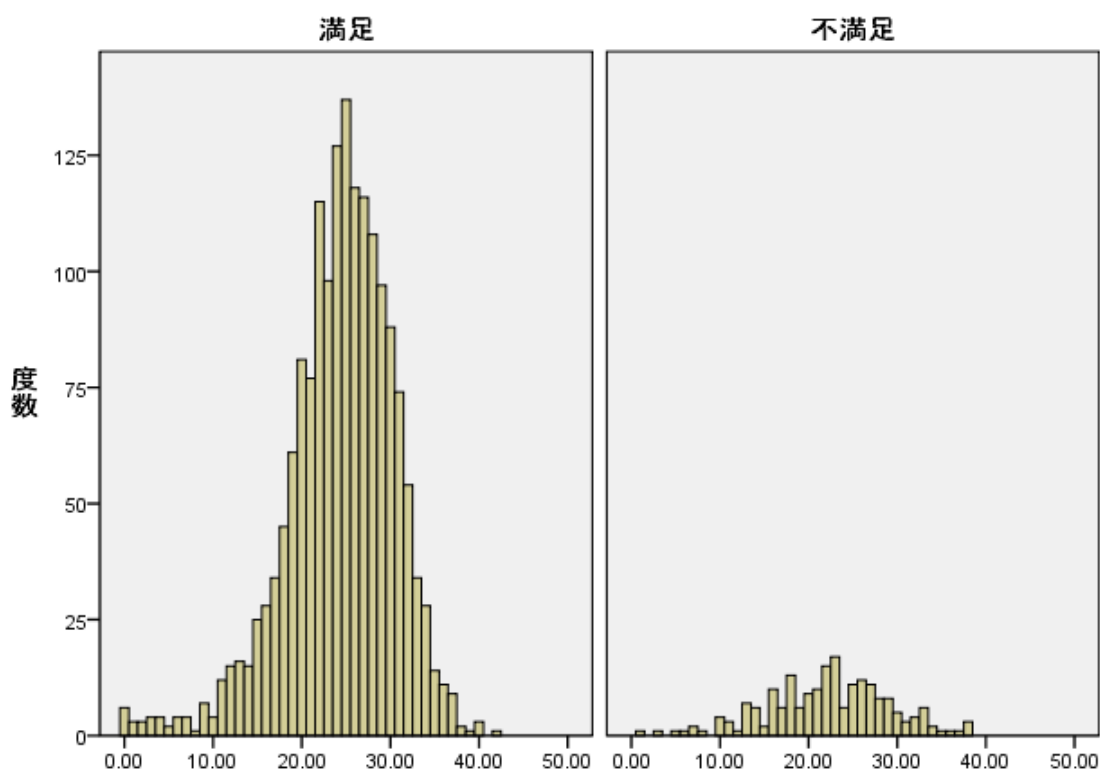
表Ⅲ-5-2 地域包括と地域包括以外の受講生の連携活動能力得点の比較

連携活動能力評価尺度得点		N	平均値	標準偏差		t 値	P値
				差	平均値の標準誤差		
連携活動能力評価尺度得点	地域包括	605	24.6	5.2	0.2	1.9	0.04 *
	地域包括以外	1289	24.0	6.6	0.2	2.1	

また、研修満足度について、「非常に良かった」および「良かった」を満足群、それ以外の「どちらでもない」「あまりよくなかった」「よくなかった」の不満足群の2群に分け、各群の連携活動能力得点を比較した。この結果から、満足群の平均24.4点、不満足群は、22.2点と示され、満足群の方が有意に得点が高いことが明らかになった。

表Ⅲ-5-3 受講生の満足・不満足 of 2 群別の連携活動能力得点の比較

連携活動能力評価尺度得点		N	平均値	標準偏差	平均値の標		P値
					準誤差	t 値	
満足	満足	1686	24.4	6.1	0.1	4.7	0.00 **
	不満足	198	22.2	6.9	0.5	4.2	



図Ⅲ-5-2 受講生の満足・不満足 of 2 群別連携活動能力得点のヒストグラム

②連携活動得点の高低別研修への評価

連携活動能力評価尺度得点の高低別にアンケート結果を分析したところ、以下の様になった。

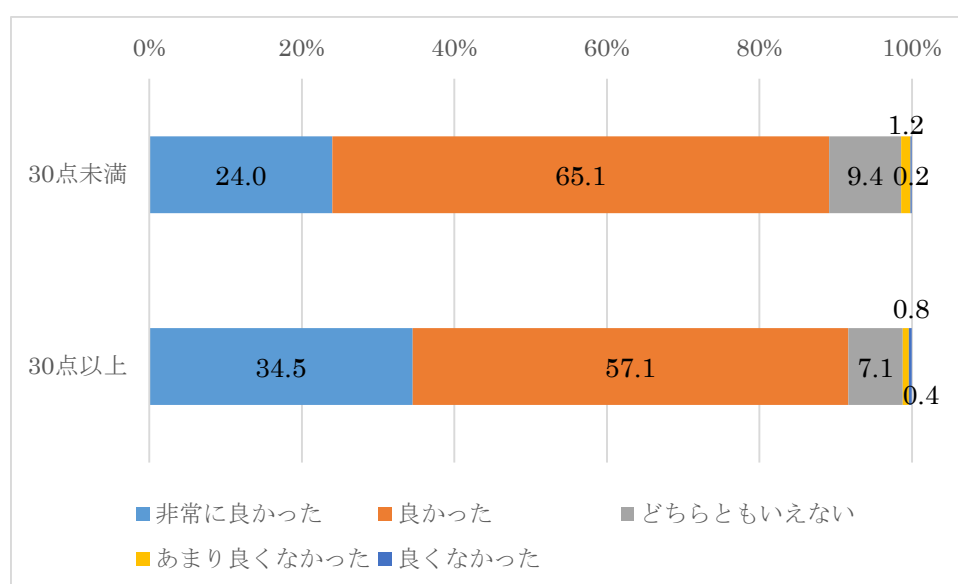
研修の満足度は、30点未満では「非常に良かった」が24.0%、「良かった」が65.1%であり、30点以上では、「非常に良かった」が34.5%、「良かった」が57.1%であった。

日頃の業務に役立ち度については、30点未満では「非常に良かった」が20.3%、「良かった」が65.9%であり、30点以上では、「非常に良かった」が34.3%、「良かった」が57.9%であった。

研修カリキュラムの構成の満足度については、30点未満では「非常に良かった」が17.0%、「良かった」が62.2%であり、30点以上では、「非常に良かった」が26.9%、「良かった」が57.7%であった。

表Ⅲ-5-2-1 研修の満足度

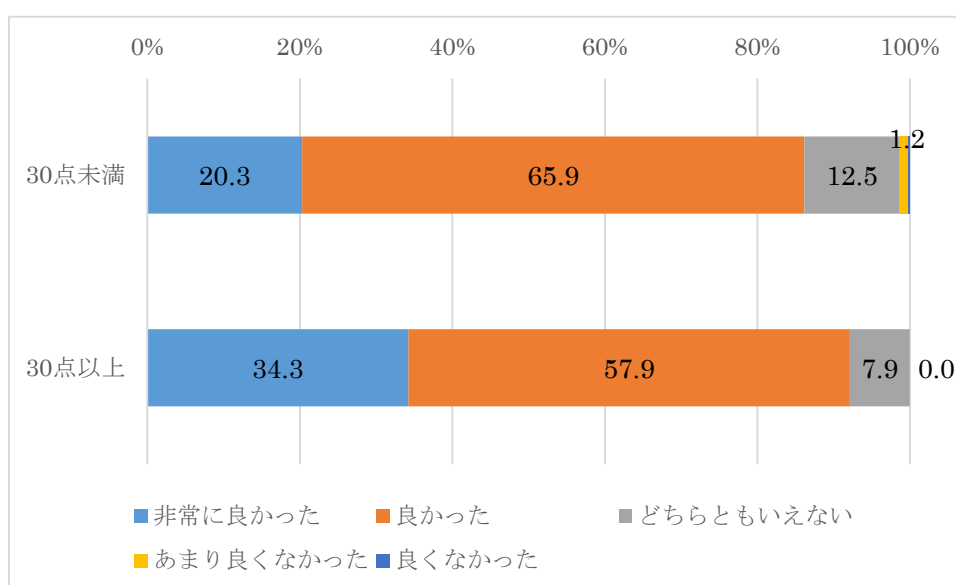
	研修の満足度										合計	
	非常に良かった		良かった		どちらともいえない		あまり良くなかった		良くなかった			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	392	24.0	1063	65.1	154	9.4	20	1.2	3	0.2	1632	100.0
30点以上	87	34.5	144	57.1	18	7.1	2	0.8	1	0.4	252	100.0
合計	479	25.4	1207	64.1	172	9.1	22	1.2	4	0.2	1884	100.0



図Ⅲ-5-2-1 研修の満足度

表Ⅲ-5-2-2 日頃の業務に役立つか

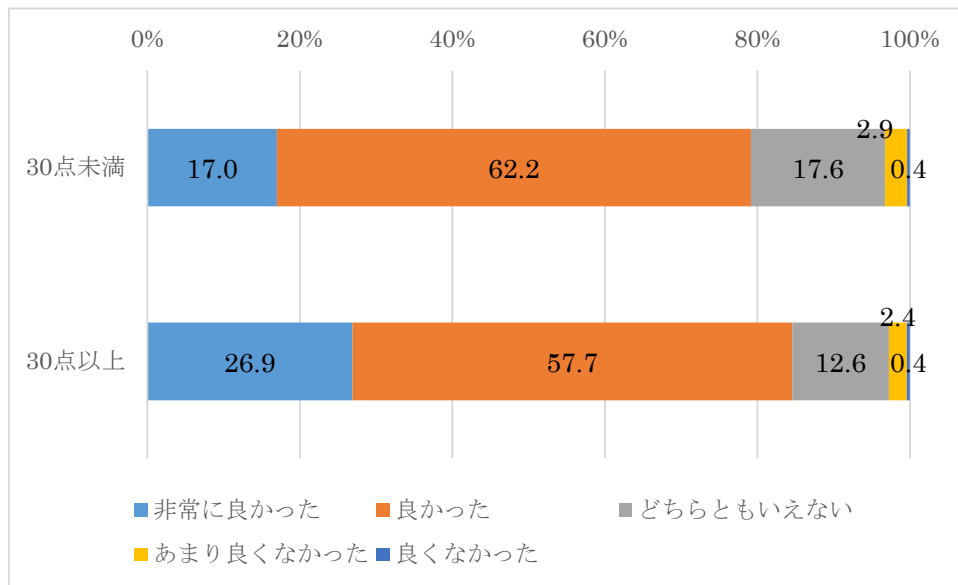
	日頃の業務に役立つか										合計	
	非常に良かった		良かった		どちらともいえない		あまり良くなかった		良くなかった			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	332	20.3	1077	65.9	204	12.5	19	1.2	3	0.2	1635	100.0
30点以上	87	34.3	147	57.9	20	7.9	0	0.0	0	0.0	254	100.0
合計	419	22.2	1224	64.8	224	11.9	19	1.0	3	0.2	1889	100.0



図Ⅲ-5-2-2 日頃の業務に役立つか

表Ⅲ-5-2-3 構成の満足度

	構成の満足度										合計	
	非常に良かった		良かった		どちらともいえない		あまり良くなかった		良くなかった			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	276	17.0	1009	62.2	285	17.6	47	2.9	6	0.4	1623	100.0
30点以上	68	26.9	146	57.7	32	12.6	6	2.4	1	0.4	253	100.0
合計	344	18.3	1155	61.6	317	16.9	53	2.8	7	0.4	1876	100.0



図Ⅲ-5-2-3 構成の満足度

③認知症アセスメントの理解

認知機能障害については、30点未満では「全く難しくない」が3.0%、「あまり難しくない」が38.0%であり、30点以上では、「全く難しくない」が9.9%、「あまり難しくない」が43.9%であった。

生活機能障害に役立つかについては、30点未満では「全く難しくない」が4.5%、「あまり難しくない」が50.4%であり、30点以上では、「全く難しくない」が12.7%、「あまり難しくない」が43.9%であった。

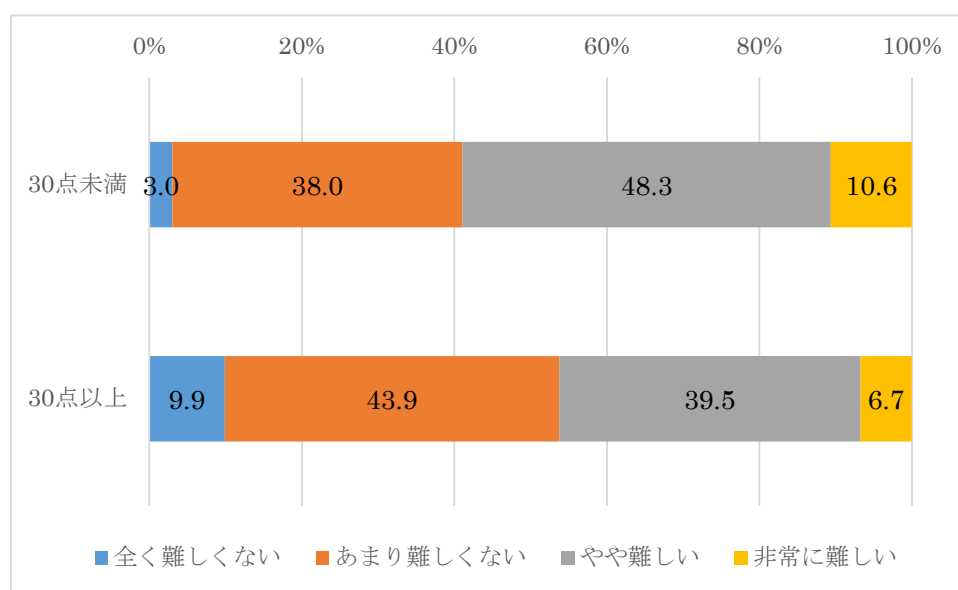
身体合併症については、30点未満では「全く難しくない」が4.3%、「あまり難しくない」が50.4%であり、30点以上では、「全く難しくない」が12.7%、「あまり難しくない」が56.7%であった。

精神症状・行動障害については、30点未満では「全く難しくない」が2.5%、「あまり難しくない」が38.2%であり、30点以上では、「全く難しくない」が12.7%、「あまり難しくない」が47.6%であった。

社会的状況については、30点未満では「全く難しくない」が2.2%、「あまり難しくない」が29.8%であり、30点以上では、「全く難しくない」が9.1%、「あまり難しくない」が36.9%であった。

表Ⅲ-5-3-1 認知機能障害

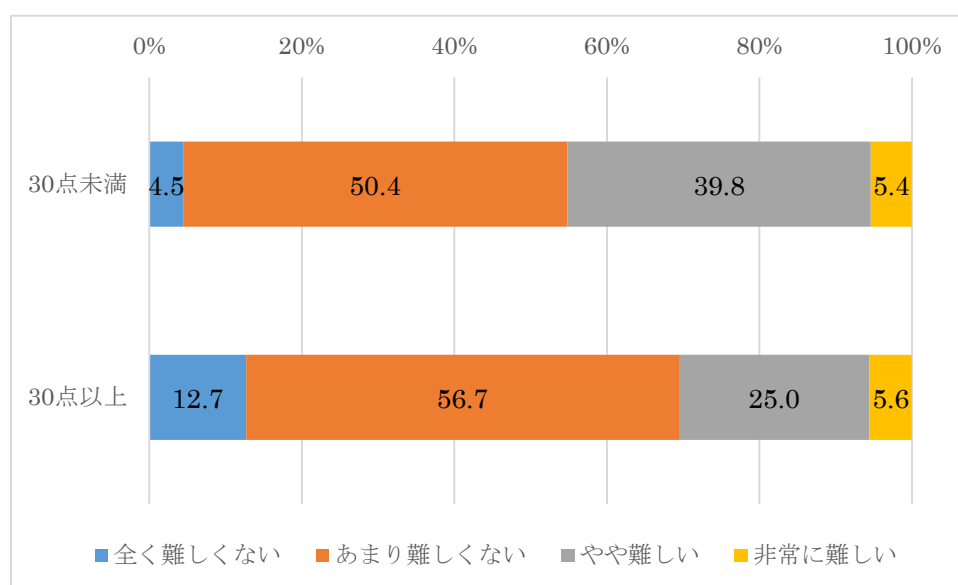
	認知機能障害								合計	
	全く難しくない		あまり難しくない		やや難しい		非常に難しい			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	49	3.0	615	38.0	781	48.3	172	10.6	1617	100.0
30点以上	25	9.9	111	43.9	100	39.5	17	6.7	253	100.0
合計	74	4.0	726	38.8	881	47.1	189	10.1	1870	100.0



図Ⅲ-5-3-1 認知機能障害

表Ⅲ-5-3-2 生活機能障害

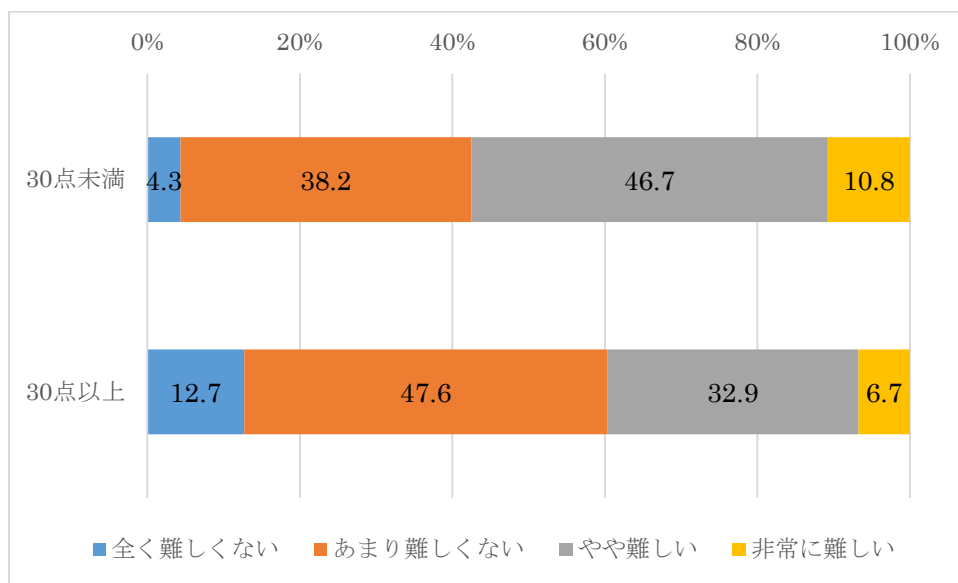
	生活機能障害								合計	
	全く難しくない		あまり難しくない		やや難しい		非常に難しい			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	72	4.5	814	50.4	643	39.8	87	5.4	1616	100.0
30点以上	32	12.7	143	56.7	63	25.0	14	5.6	252	100.0
合計	104	5.6	957	51.2	706	37.8	101	5.4	1868	100.0



図Ⅲ-5-3-2 生活機能障害

表Ⅲ-5-3-3 身体合併症

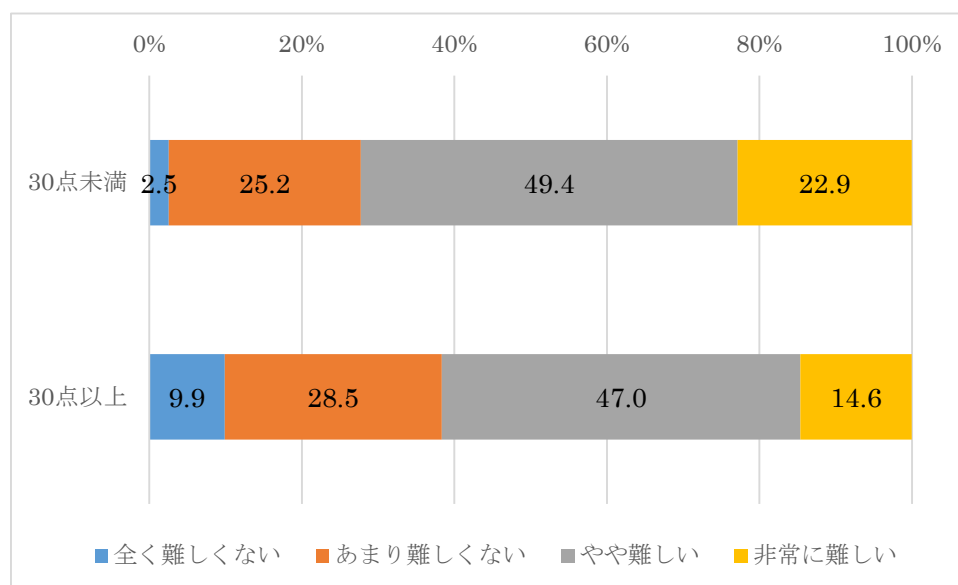
	身体合併症								合計	
	全く難しくない		あまり難しくない		やや難しい		非常に難しい			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	70	4.3	616	38.2	754	46.7	174	10.8	1614	100.0
30点以上	32	12.7	120	47.6	83	32.9	17	6.7	252	100.0
合計	102	5.5	736	39.4	837	44.9	191	10.2	1866	100.0



図Ⅲ-5-3-3 身体合併症

表Ⅲ-5-3-4 精神症状・行動障害

	精神症状・行動障害								合計	
	全く難しくない		あまり難しくない		やや難しい		非常に難しい			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	41	2.5	407	25.2	797	49.4	369	22.9	1614	100.0
30点以上	25	9.9	72	28.5	119	47.0	37	14.6	253	100.0
合計	66	3.5	479	25.7	916	49.1	406	21.7	1867	100.0

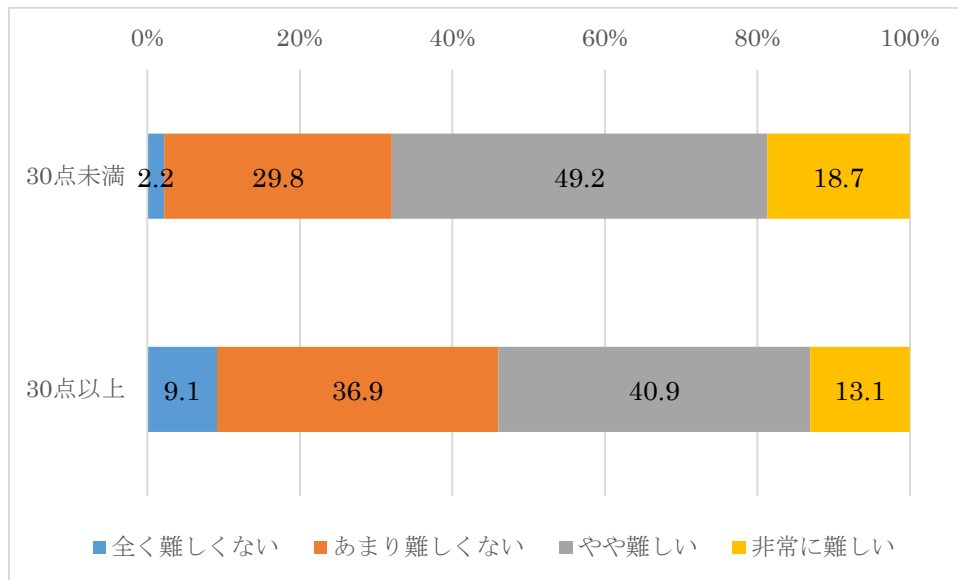


図Ⅲ-5-3-4 精神症状・行動障害

表Ⅲ-5-3-5 社会的状況

	社会的状況								合計	
	全く難しくない		あまり難しくない		やや難しい		非常に難しい			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	36	2.2	482	29.8	795	49.2	302	18.7	1615	100.0
30点以上	23	9.1	93	36.9	103	40.9	33	13.1	252	100.0
	59	3.2	575	30.8	898	48.1	335	17.9	1867	100.0

**



図Ⅲ-5-2-5 社会的状況

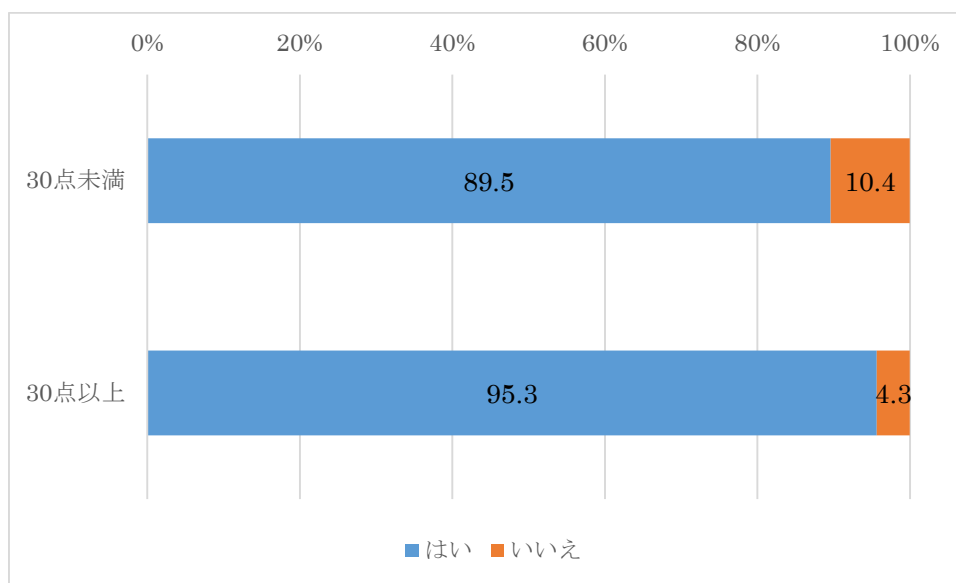
④認知症がテーマの研修会の受講経験・講師経験

認知症テーマの研修会参加については、30点未満では「はい」が89.5%、「いいえ」が10.4%であり、30点以上では、「はい」が95.3%、「いいえ」が4.3%であった。

認知症テーマの講師経験については、30点未満では「はい」が35.0%、「いいえ」が65.0%であり、30点以上では、「はい」が53.5%、「いいえ」が46.5%であった。

表Ⅲ-5-4-1 認知症テーマの研修会参加

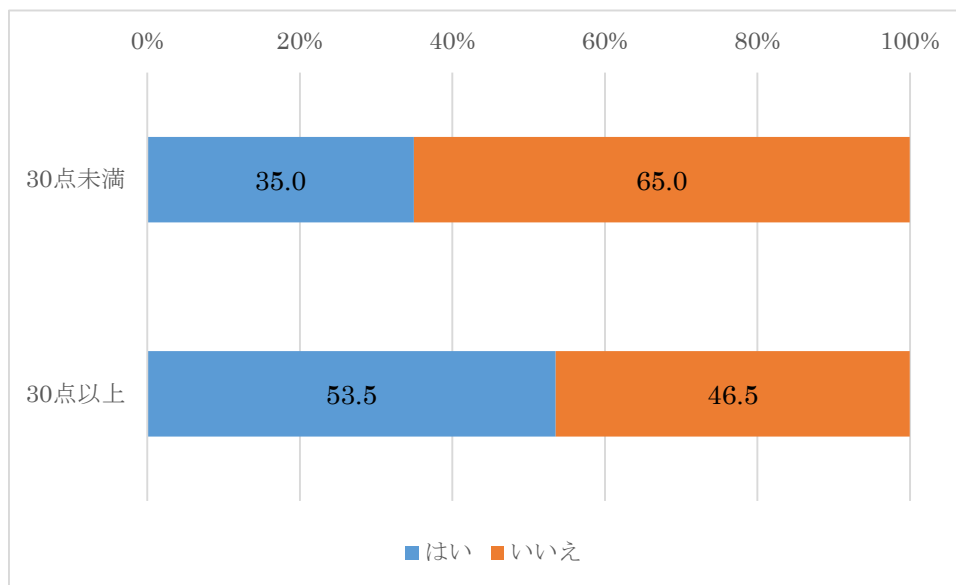
	認知症テーマの研修会参加							
	はい		いいえ		欠損		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	1464	89.5	170	10.4	1	0.1	1635	100.0
30点以上	242	95.3	11	4.3	1	0.4	254	100.0
合計	1706	90.3	181	9.6	2	0.1	1889	100.0



図Ⅲ-5-4-1 認知症テーマの研修会参加

表Ⅲ-5-4-2 認知症テーマの講師経験

	認知症テーマの講師経験				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	571	35.0	1062	65.0	1633	100.0
30点以上	136	53.5	118	46.5	254	100.0
合計	707	37.5	1180	62.5	1887	100.0



図Ⅲ-5-4-2 認知症テーマの講師経験

⑤認知症高齢者への対応

虐待患者の担当については、30点未満では「はい」が52.5%、「いいえ」が47.5%であり、30点以上では、「はい」が66.4%、「いいえ」が33.6%であった。

困難事例での会議開催については、30点未満では「はい」が63.1%、「いいえ」が36.9%であり、30点以上では、「はい」が84.2%、「いいえ」が15.8%であった。

資料作成については、30点未満では「はい」が29.3%、「いいえ」が70.7%であり、30点以上では、「はい」が44.1%、「いいえ」が55.9%であった。

家族への助言については、30点未満では「はい」が82.5%、「いいえ」が17.5%であり、30点以上では、「はい」が96.0%、「いいえ」が4.0%であった。

家族への情報提供については、30点未満では「はい」が58.0%、「いいえ」が42.0%であり、30点以上では、「はい」が73.5%、「いいえ」が26.5%であった。

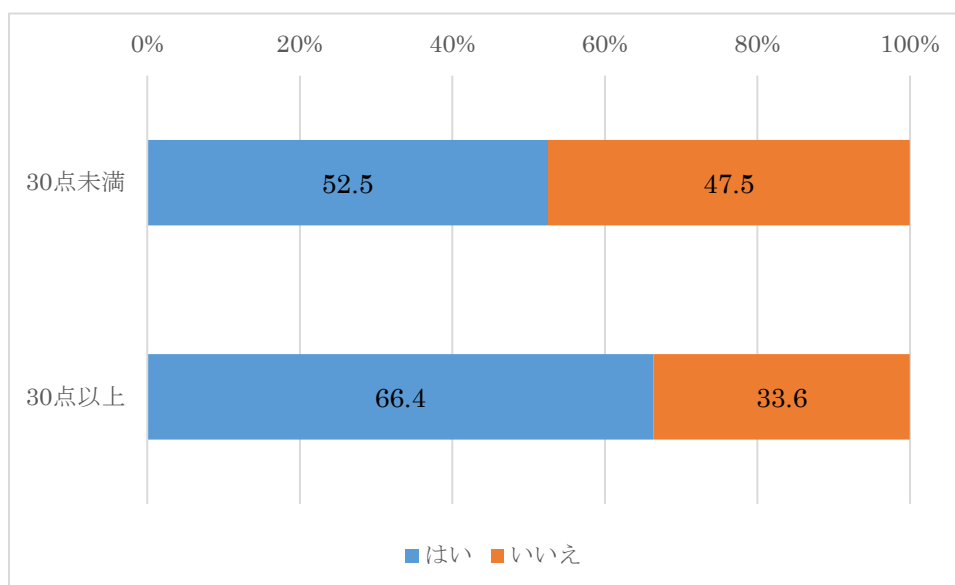
専門職への助言については、30点未満では「はい」が49.6%、「いいえ」が50.4%であり、30点以上では、「はい」が79.4%、「いいえ」が20.6%であった。

若年性認知症の相談については、30点未満では「はい」が34.4%、「いいえ」が65.6%であり、30点以上では、「はい」が52.2%、「いいえ」が47.8%であった。

若年性認知症の支援については、30点未満では「はい」が20.8%、「いいえ」が79.2%であり、30点以上では、「はい」が36.1%、「いいえ」が63.9%であった。

表Ⅲ-5-5-1 虐待患者の担当

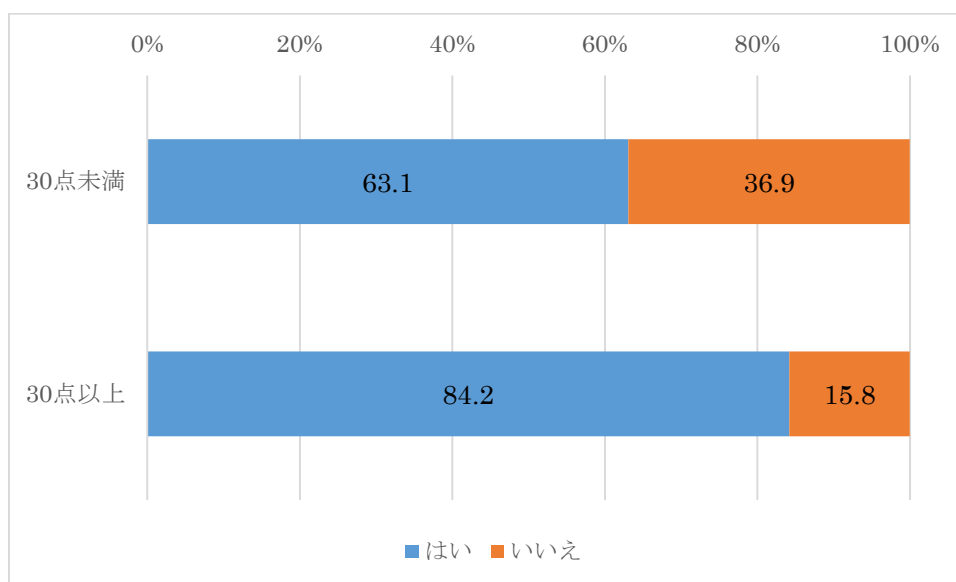
	虐待患者の担当				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	857	52.5	774	47.5	1631	100.0
30点以上	168	66.4	85	33.6	253	100.0
合計	1025	54.4	859	45.6	1884	100.0



図Ⅲ-5-5-1 虐待患者の担当

表Ⅲ-5-5-2 困難事例での会議開催

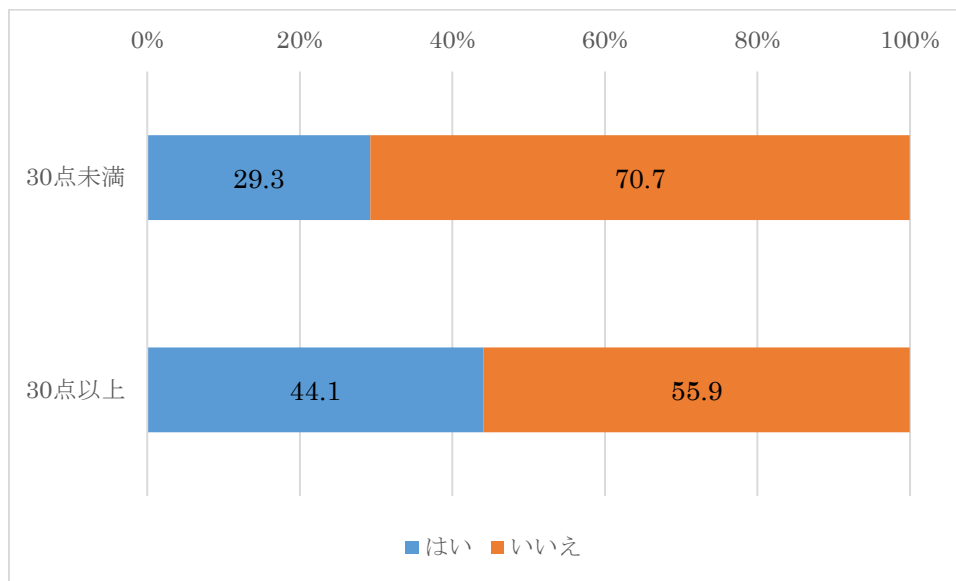
	困難事例での会議開催				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	1029	63.1	602	36.9	1631	100.0
30点以上	213	84.2	40	15.8	253	100.0
合計	1242	65.9	642	34.1	1884	100.0



図Ⅲ-5-5-2 困難事例での会議開催

表Ⅲ-5-5-3 資料作成

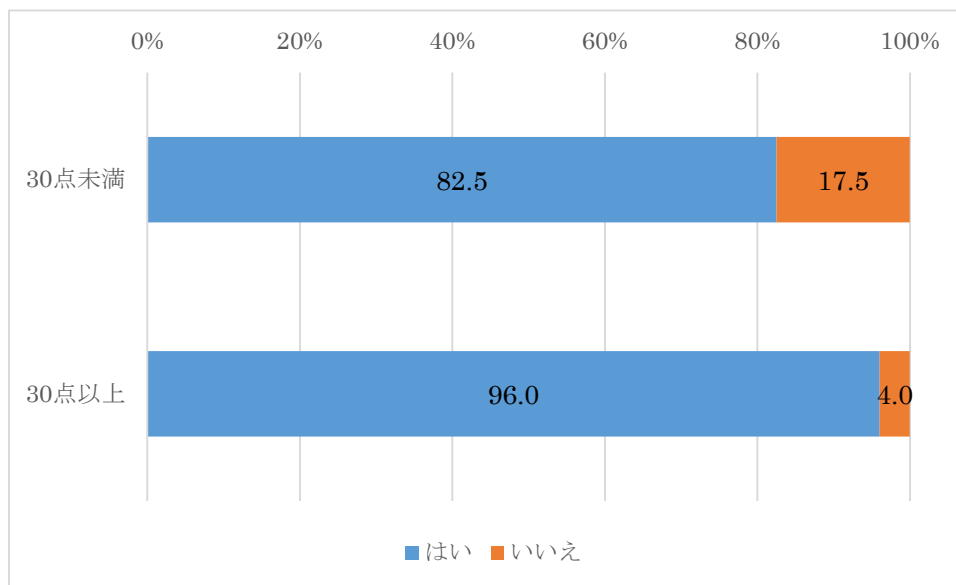
	資料作成				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	476	29.3	1151	70.7	1627	100.0
30点以上	112	44.1	142	55.9	254	100.0
合計	588	31.3	1293	68.7	1881	100.0



図Ⅲ-5-5-3 資料作成

表Ⅲ-5-5-4 家族への助言

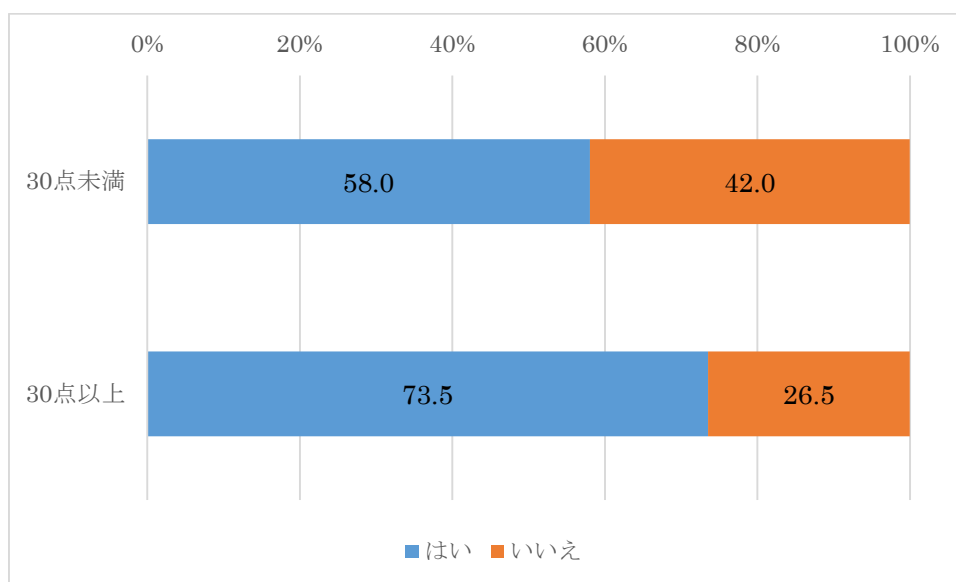
	家族への助言				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	1347	82.5	285	17.5	1632	100.0
30点以上	243	96.0	10	4.0	253	100.0
合計	1590	84.4	295	15.6	1885	100.0



図Ⅲ-5-5-4 家族への助言

表Ⅲ-5-5-5 家族への情報提供

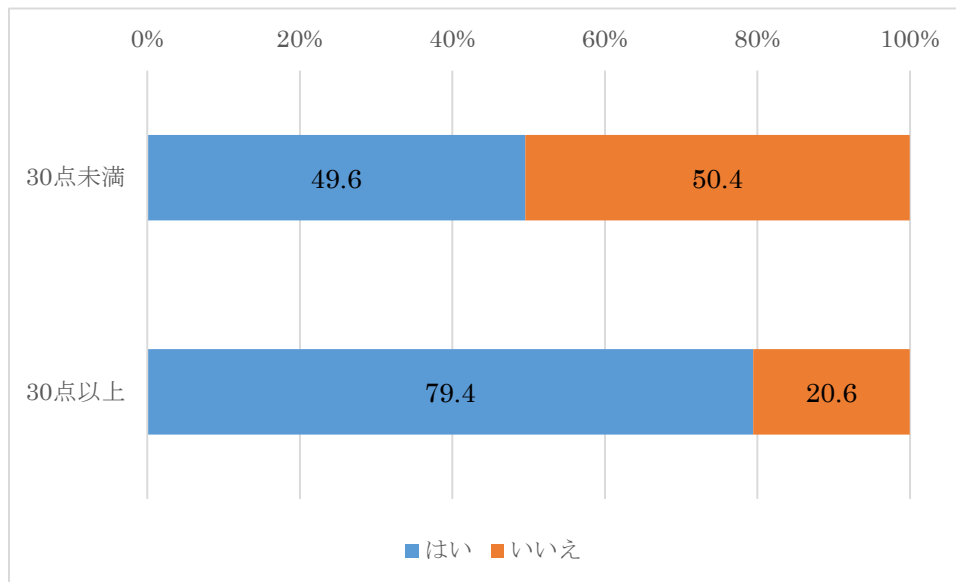
	家族への情報提供				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	949	58.0	686	42.0	1635	100.0
30点以上	186	73.5	67	26.5	253	100.0
合計	1135	60.1	753	39.9	1888	100.0



図Ⅲ-5-5-5 家族への情報提供

表Ⅲ-5-5-6 専門職への助言

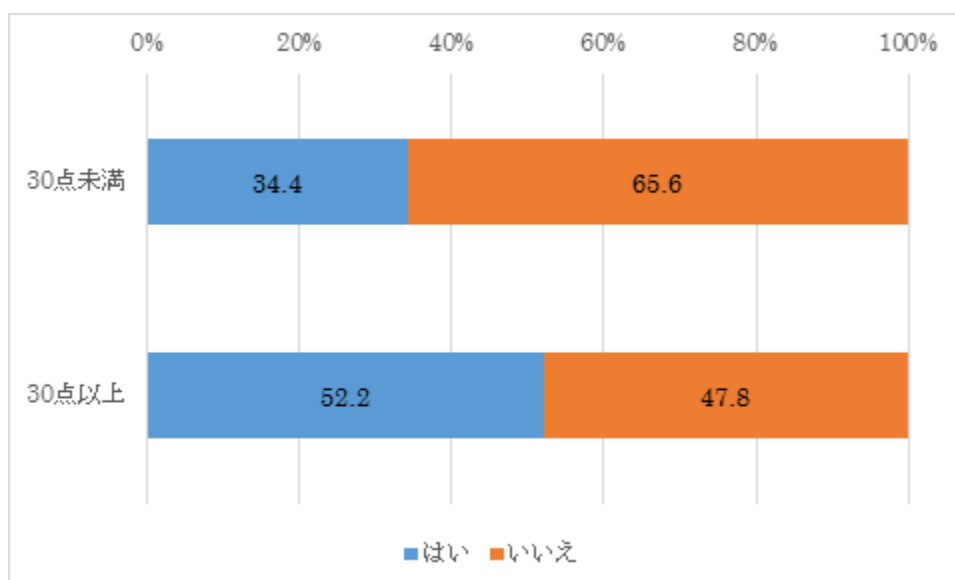
	専門職への助言				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	807	49.6	821	50.4	1628	100.0
30点以上	201	79.4	52	20.6	253	100.0
合計	1008	53.6	873	46.4	1881	100.0



図Ⅲ-5-5-6 専門職への助言

表Ⅲ-5-5-7 若年性認知症の相談

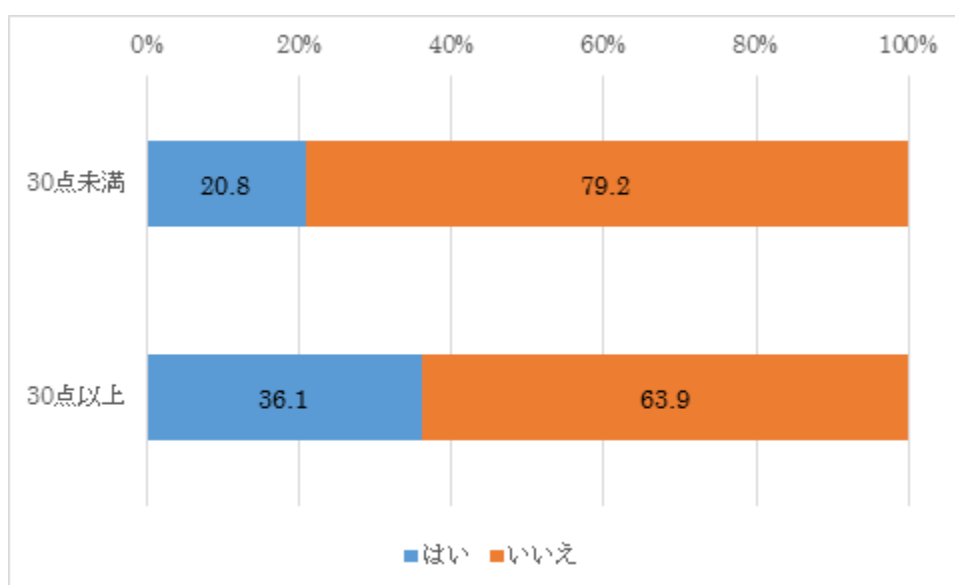
	若年性認知症の相談				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	562	34.4	1073	65.6	1635	100.0
30点以上	132	52.2	121	47.8	253	100.0
合計	694	36.8	1194	63.2	1888	100.0



図Ⅲ-5-5-7 若年性認知症の相談

表Ⅲ-5-5-8 若年性認知症の支援

	若年性認知症の支援				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	340	20.8	1293	79.2	1633	100.0
30点以上	91	36.1	161	63.9	252	100.0
合計	431	22.9	1454	77.1	1885	100.0



図Ⅲ-5-5-8 若年性認知症の支援

6) 自治体の保険者機能の評価から見る研修ニーズの検討

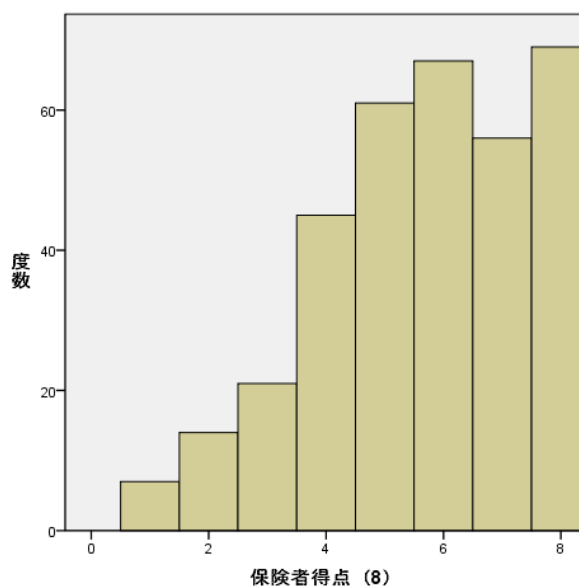
今回のアンケートにおいては、筒井らが開発した¹12項目の地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための項目のうち、地域包括支援センターの職員が回答可能な項目について尋ねている。その項目は以下の8項目である。

- ア. 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の主催
- イ. 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催
- ウ. 地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加
- エ. 介護サービス事業者対象の会議や研修会の主催
- オ. 地域包括支援センターの評価
- カ. 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成
- キ. 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置
- ク. 高齢者虐待の通報があったケースについて事実確認・カンファレンスの実施

これら8項目の実施状況については、「はい」、「いいえ」で尋ねているが、実施件数について分析したところ、平均5.7件となっていた。

表Ⅲ-6-0-1 保険者機能評価項目の実施状況 (8項目)

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
保険者得点 (8項目)	5.7	1.8	1	8	340



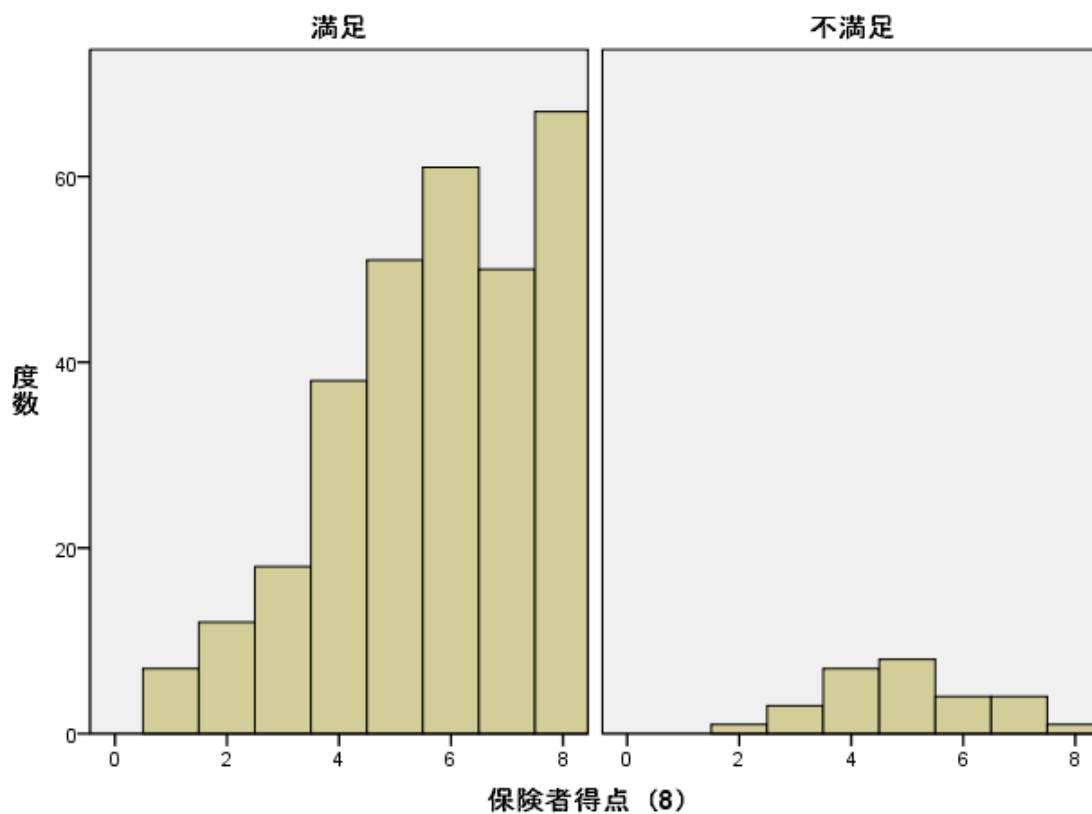
図Ⅲ-6-0-1 保険者機能評価項目の実施状況 (8項目)

¹ 筒井孝子, 東野定律. (2012). 地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発. 保健医療科学 61(2), 104.

また、研修満足度について、「非常に良かった」および「良かった」を満足群、それ以外の「どちらでもない」「あまりよくなかった」「よくなかった」を不満足群とし、これら2群の各群の保険者機能評価項目の実施状況を比較したところ、満足群では平均5.7件の実施に対し、不満足群では5.0件と有意に満足群の方が実施件数が高く、保険者としての機能を果たしている可能性も高い傾向があることが明らかになった。

表Ⅲ-6-0-2 受講生の満足・不満足 of 2 群別保険者機能評価項目の実施状況 (8 項目)

保険者得点 (8項目)		N	平均値	標準偏差	平均値の標		P値
					準誤差	t 値	
満足	満足	304	5.7	1.8	0.1	2.2	0.01 *
	不満足	28	5.0	1.5	0.3	2.6	



図Ⅲ-6-0-2 受講生の満足・不満足 of 2 群別保険者機能評価項目の実施状況 (8 項目)

①自治体の保険者機能評価の状況

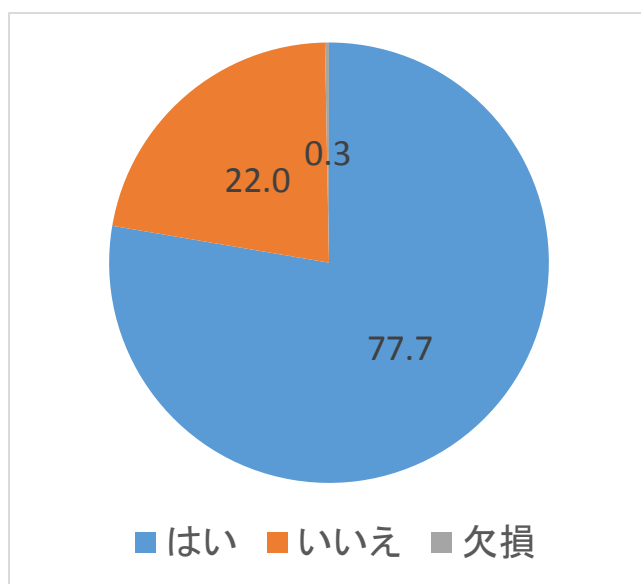
以下に地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための項目ごとの実施状況を見ていく。

ア. 自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。

自治体職員の介護支援専門員を対象とした会議や研修会的主催については、「はい」と答えた方が 268 名（77.7%）、「いいえ」と答えた方が 76 名（22.0%）であった。

表Ⅲ-6-1-1 介護支援専門員を対象とした会議や研修会的主催

	人数	%
はい	268	77.7
いいえ	76	22.0
欠損	1	0.3
計	345	100.0



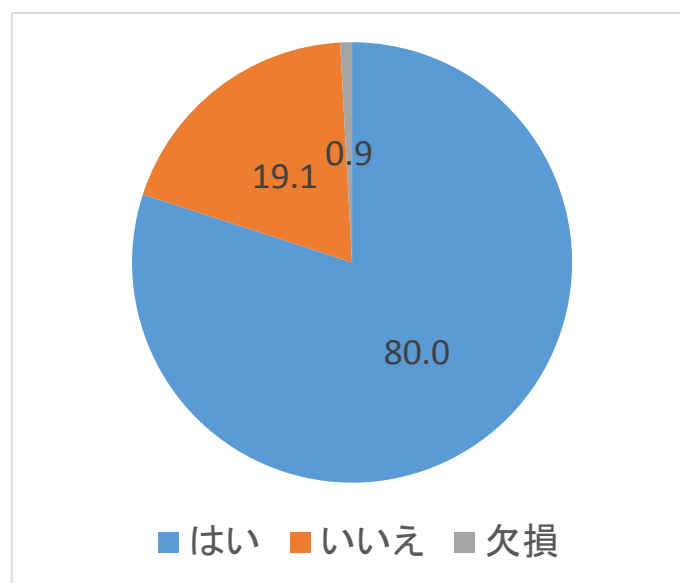
図Ⅲ-6-1-1 介護支援専門員を対象とした会議や研修会的主催

イ. 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。

自治体職員の支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催については、「はい」と答えた方が 276 名（80.0%）、「いいえ」と答えた方が 66 名（19.1%）であった。

表Ⅲ-6-1-2 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催

	人数	%
はい	276	80.0
いいえ	66	19.1
欠損	3	0.9
計	345	100.0



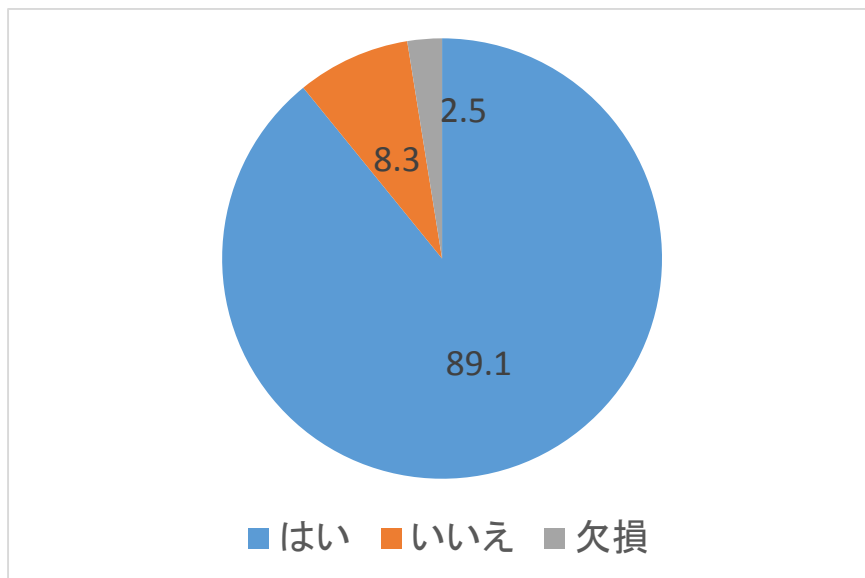
図Ⅲ-6-1-2 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催

ウ. 関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスに自治体（保険者）の職員は参加していますか

自治体職員の1-2で「はい」と答えた場合の自治体職員の参加については、「はい」と答えた方が246名（89.1%）、「いいえ」と答えた方が23名（8.3%）であった。

表Ⅲ-6-1-3 地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加

	人数	%
はい	246	89.1
いいえ	23	8.3
欠損	7	2.5
計	276	100.0



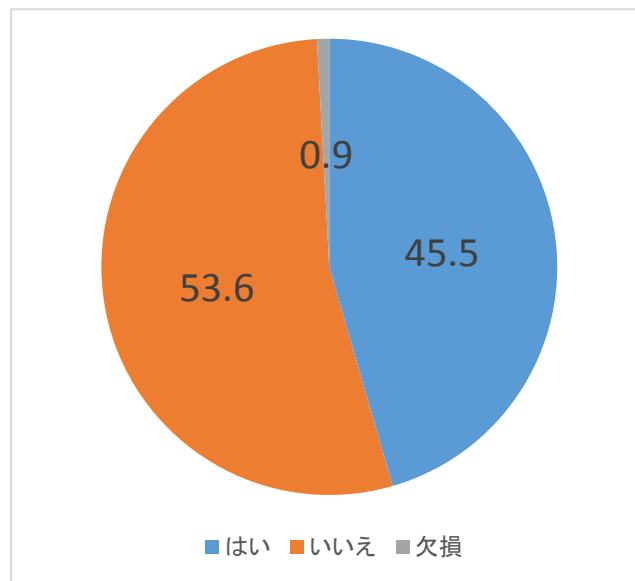
図Ⅲ-6-1-3 地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加

エ. 自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか

自治体職員の介護サービス事業者対象の会議や研修会的主催については、「はい」と答えた方が 205 名（59.4%）、「いいえ」と答えた方が 140 名（40.6%）であった。

表Ⅲ-6-1-4 介護サービス事業者対象の会議や研修会的主催

	人数	%
はい	205	59.4
いいえ	140	40.6
欠損	1	0.3
計	345	100.0



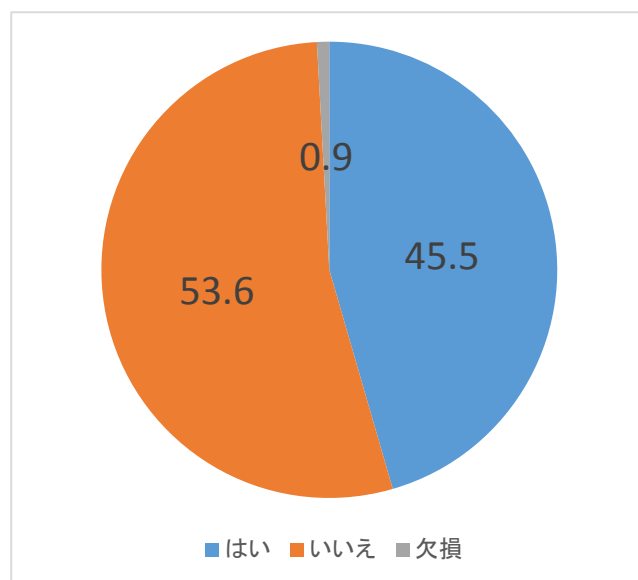
図Ⅲ-6-1-4 介護サービス事業者対象の会議や研修会の主催

オ. 自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行なっていますか

自治体職員の地域包括支援センターの評価については、「はい」と答えた方が 157 名（45.5%）、「いいえ」と答えた方が 185 名（53.6%）であった。

表Ⅲ-6-1-5 地域包括支援センターの評価

	人数	%
はい	157	45.5
いいえ	185	53.6
欠損	3	0.9
計	345	100.0



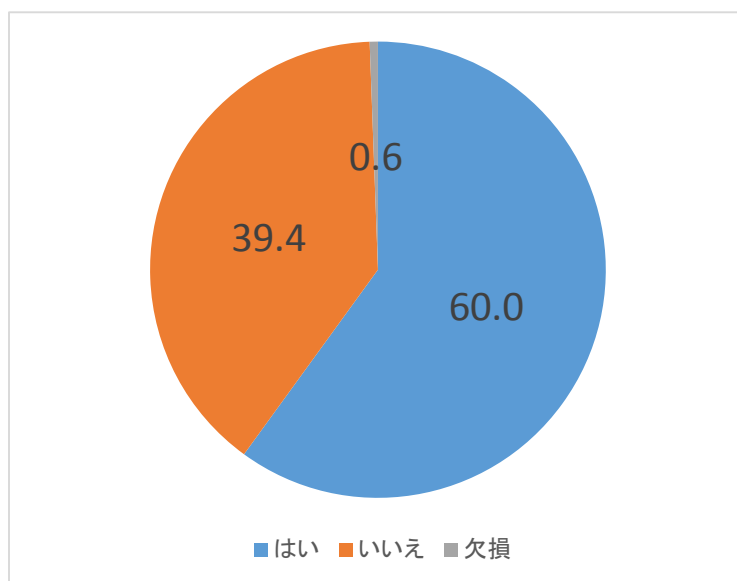
図Ⅲ-6-1-5 地域包括支援センターの評価

カ. 自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）だけでなく、その内容を補充するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか

自治体職員の独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成については、「はい」と答えた方が207名（60.0%）、「いいえ」と答えた方が136名（39.4%）であった。

表Ⅲ-6-1-6 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成

	人数	%
はい	207	60.0
いいえ	136	39.4
欠損	2	0.6
計	345	100.0

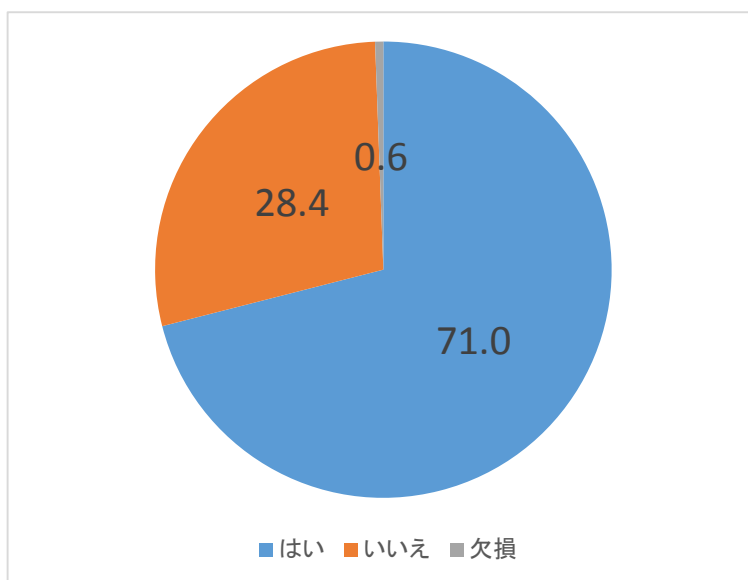


図Ⅲ-6-1-6 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成

キ. 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか
自治体職員の連絡・連携組織の設置については、「はい」と答えた方が 245 名 (71.0%)、
「いいえ」と答えた方が 98 名 (28.4%) であった。

表Ⅲ-6-1-7 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置

	人数	%
はい	245	71.0
いいえ	98	28.4
欠損	2	0.6
計	345	100.0



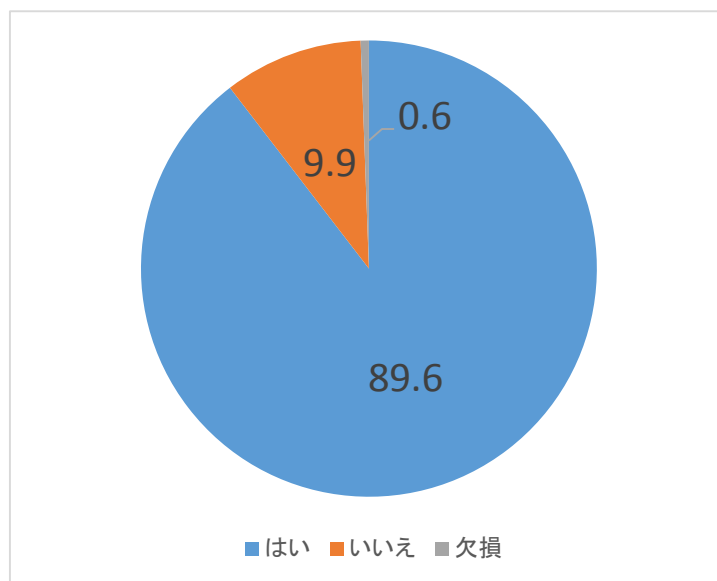
図Ⅲ-6-1-7 連絡・連携組織の設置

ク. 高齢者虐待の通報があったケースについて、地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか

自治体職員の実事確認・カンファレンスの実施については、「はい」と答えた方が 309 名（89.6%）、「いいえ」と答えた方が 34 名（9.9%）であった。

表Ⅲ-6-1-8 高齢者虐待の通報があったケースについて事実確認・カンファレンスの実施

	人数	%
はい	309	89.6
いいえ	34	9.9
欠損	2	0.6
計	345	100.0



図Ⅲ-6-1-8 事実確認・カンファレンスの実施

②連携活動能力得点の高低別保険者機能の状況

連携活動能力得点の高低別地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための項目の実施状況について分析を行った。

自治体（保険者）としての介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催については、30点未満では「はい」が85.1%、「いいえ」が14.9%であり、30点以上では、「はい」が85.0%、「いいえ」が15.0%であった。

介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」についての関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスの開催については、30点未満では「はい」が82.7%、「いいえ」が17.3%であり、30点以上では、「はい」が90.0%、「いいえ」が10.0%であった。

その会議への自治体（保険者）の職員の参加については、30点未満では「はい」が84.2%、「いいえ」が15.8%であり、30点以上では、「はい」が100.0%、「いいえ」が0.0%であった。

自治体（保険者）としての介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催については、30点未満では「はい」が56.6%、「いいえ」が43.4%であり、30点以上では、「はい」が80.0%、「いいえ」が20.0%であった。

自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価については、30点未満では「はい」が35.5%、「いいえ」が64.5%であり、30点以上では、「はい」が50.0%、「いいえ」が50.0%であった。

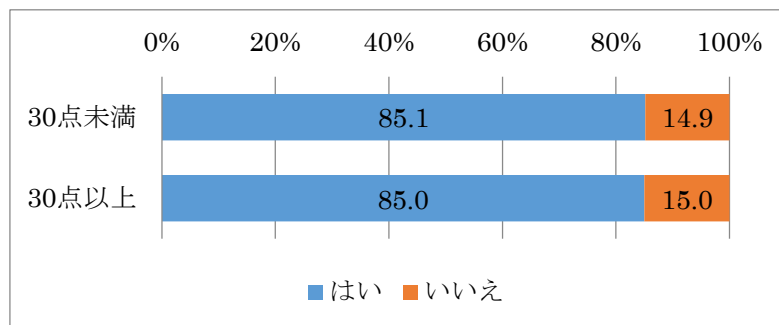
自治体（保険者）としての、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成については、30点未満では「はい」が52.6%、「いいえ」が47.4%であり、30点以上では、「はい」が70.0%、「いいえ」が30.0%であった。

高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置については、30点未満では「はい」が72.3%、「いいえ」が27.7%であり、30点以上では、「はい」が70.0%、「いいえ」が30.0%であった。

高齢者虐待の通報があったケースについての地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施については、30点未満では「はい」が91.3%、「いいえ」が8.7%であり、30点以上では、「はい」が95.0%、「いいえ」が5.0%であった。

表Ⅲ-6-2-1 自治体（保険者）としての介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催

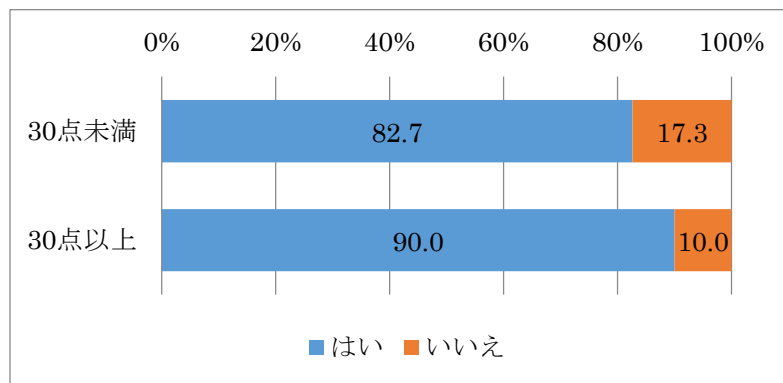
	自治体（保険者）として、介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	149	85.1	26	14.9	175	1.0
30点以上	17	85.0	3	15.0	20	1.0
合計	166	85.1	29	14.9	195	1.0



図Ⅲ-6-2-1 自治体（保険者）としての介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象とした会議や研修会の定期的な主催

表Ⅲ-6-2-2 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」についての関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスの開催

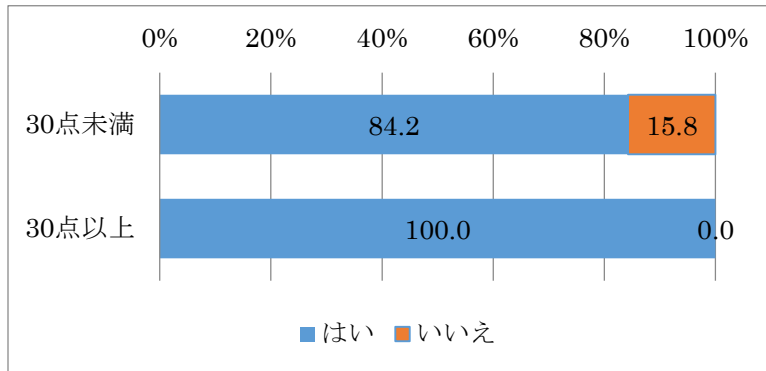
	介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」について、地域包括支援センターは関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスを開催していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	143	82.7	30	17.3	173	100.0
30点以上	18	90.0	2	10.0	20	100.0
合計	161	83.4	32	16.6	193	100.0



図Ⅲ-6-2-2 介護支援専門員（ケアマネジャー）から相談のあった「支援困難ケース」についての関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスの開催

表Ⅲ-6-2-3 その会議への自治体（保険者）の職員の参加

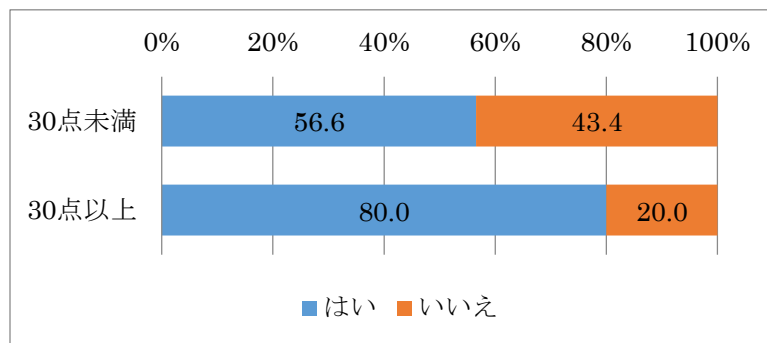
	その会議に自治体（保険者）の職員は参加 していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	123	84.2	23	15.8	146	100.0
30点以上	18	100.0	0	0.0	18	100.0
合計	141	86.0	23	14.0	164	100.0



図Ⅲ-6-2-3 その会議への自治体（保険者）の職員の参加

表Ⅲ-6-2-4 自治体（保険者）としての介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催

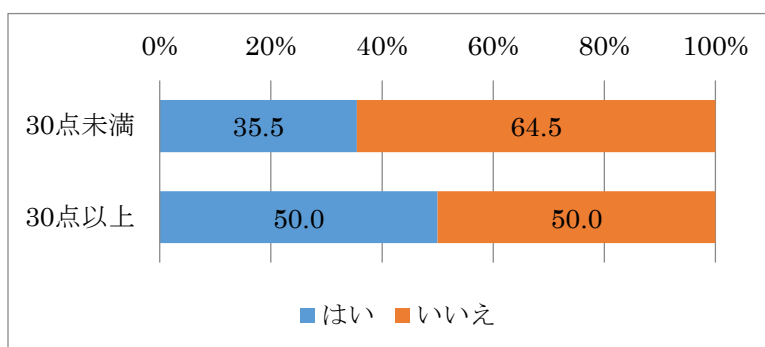
	自治体（保険者）として、介護サービス事業者を対象とした会議や研修会を定期的に主催していますか				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	99	56.6	76	43.4	175	100.0
30点以上	16	80.0	4	20.0	20	100.0
合計	115	59.0	80	41.0	195	100.0



図Ⅲ-6-2-4 自治体（保険者）としての介護サービス事業者を対象とした会議や研修会の定期的な主催

表Ⅲ-6-2-5 自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価

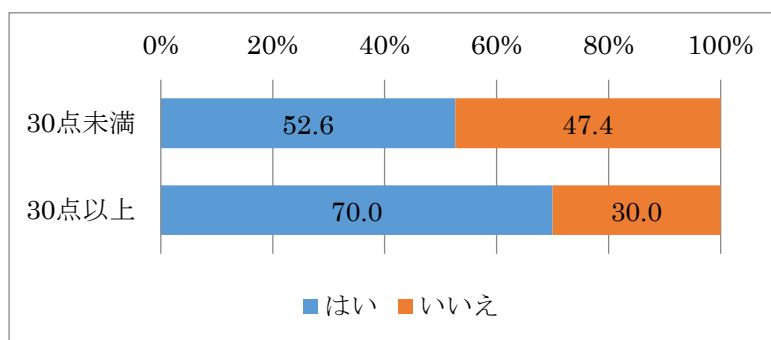
	自治体（保険者）として、地域包括支援センターの評価を行っていますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	61	35.5	111	64.5	172	100.0
30点以上	10	50.0	10	50.0	20	100.0
合計	71	37.0	121	63.0	192	100.0



図Ⅲ-6-2-5 自治体（保険者）としての地域包括支援センターの評価

表Ⅲ-6-2-6 自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成

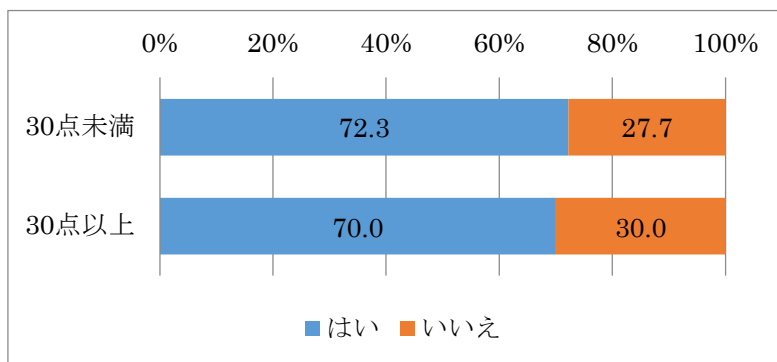
	自治体（保険者）として、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年4月厚生労働省老健局）だけではなく、その内容を補完するような自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針を作成していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	91	52.6	82	47.4	173	100.0
30点以上	14	70.0	6	30.0	20	100.0
合計	105	54.4	88	45.6	193	100.0



図Ⅲ-6-2-6 自治体（保険者）独自の高齢者虐待の対応マニュアルや方針の作成

表Ⅲ-6-2-7 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置

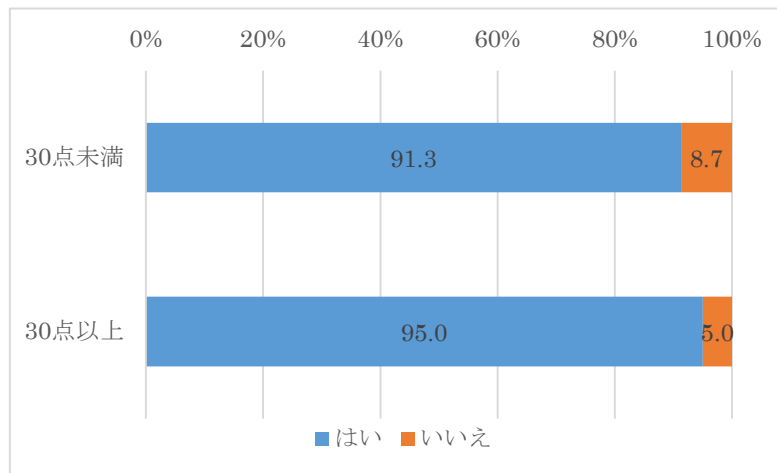
	高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織を設置していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	125	72.3	48	27.7	173	100.0
30点以上	14	70.0	6	30.0	20	100.0
合計	139	72.0	54	28.0	193	100.0



図Ⅲ-6-2-7 高齢者虐待や権利擁護に関する関係機関との連絡・連携組織の設置

表Ⅲ-6-2-8 高齢者虐待の通報があったケースについての地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施

	高齢者虐待の通報があったケースについて、 地域包括支援センターと連携して、事実確認・カンファレンスを実施していますか。				合計	
	はい		いいえ			
	人数	%	人数	%	人数	%
30点未満	158	91.3	15	8.7	173	100.0
30点以上	19	95.0	1	5.0	20	100.0
合計	177	91.7	16	8.3	193	100.0



図Ⅲ-6-2-8 高齢者虐待の通報があったケースについての地域包括支援センターと連携した事実確認・カンファレンスの実施

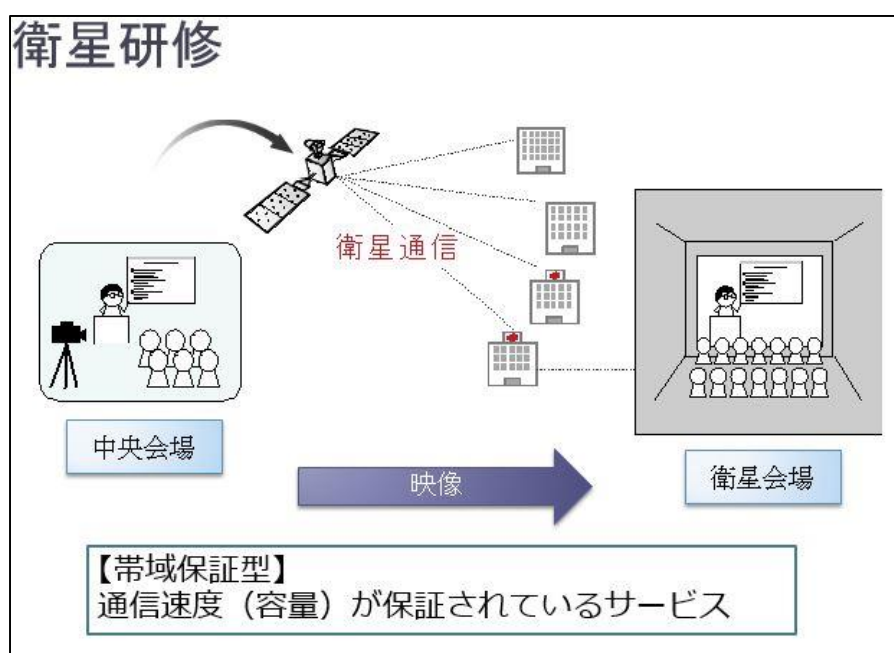
4. 実施された研修の評価

1) 衛星を用いた研修の実施方法から評価

衛星研修は、中央会場(講師が講義している会場)での映像・音声を衛星通信で衛星会場に配信し、多数が同時に研修を受講し、情報の同時共有が可能となる。一つの衛星で地球表面のほぼ3分の1を通信範囲にできるため、日本全国で送受信が可能である。

このため、衛星研修のメリットとしては、中央会場で行われている講師と受講者による対面研修をそのまま衛星通信で衛星会場に映像・音声を配信することができる。

これによって、中央会場の受講生はもとより、遠隔地にある衛星会場の受講者への情報伝達に留意して研修を運営することができれば、従来の研修と変わることなく研修を実施することができることになる。



図IV-1 衛星研修の仕組み

このような中央会場の映像を配信する技術として、インターネットを使った配信が考えられるが、このインターネットに代表されるベストエフォート型の通信ネットワークは品質保証のないものとなる。それと比較し、衛星通信は最低通信速度等の品質が保証されている帯域保障型の通信ネットワークである。ベストエフォート型と比べて、帯域保障型の衛星研修はサービス提供に必要な設備や人員等のコストが割高なもの、研修で求められる常に安定した通信品質を確保できる。

また衛星通信は現在に至るまでアナログ通信が主流であるが、今回実施した研修においては、ハイビジョンクオリティ(地デジクラスのハイビジョン画像と同程度「1440×1080」)での特別な仕様で配信を行った。

衛星通信は帯域保障型・ハイビジョンクオリティ等の利点がある一方で、台風などの激

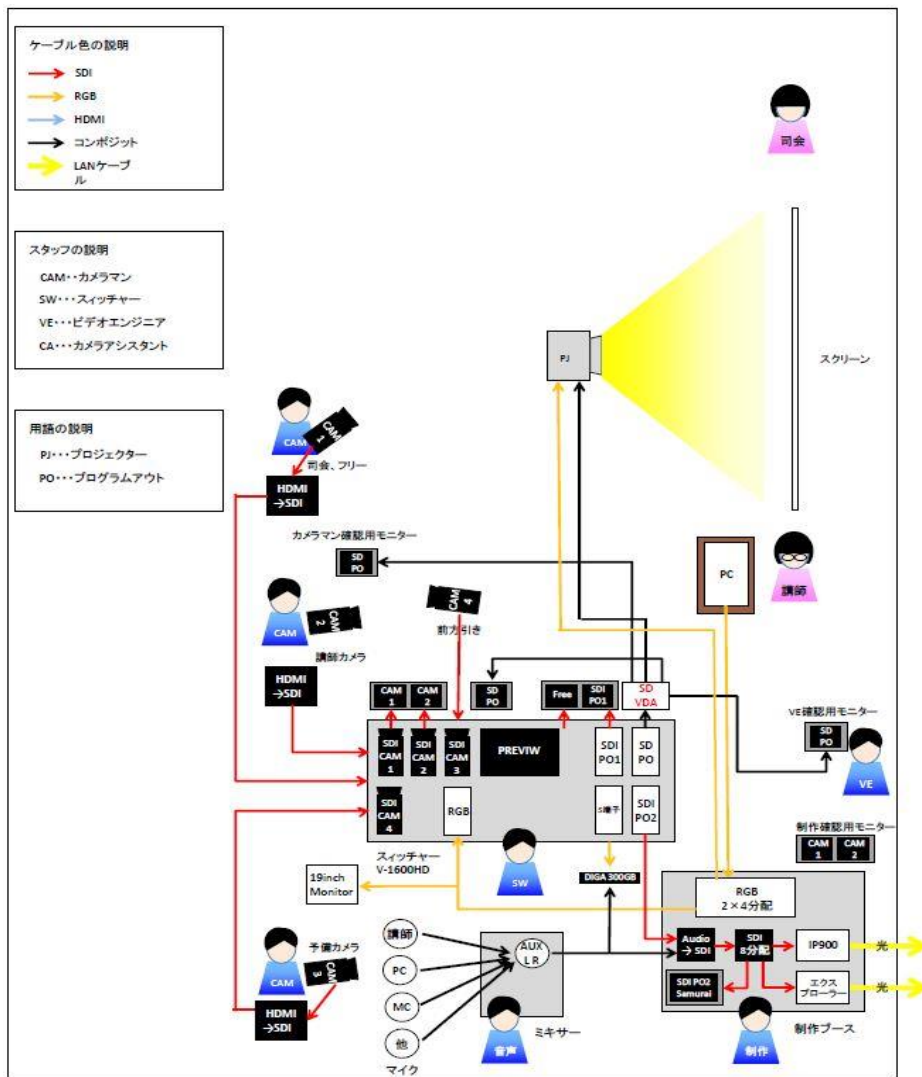
しい降雨の際に一時的に回線品質を劣化する場合があります。そのため VI 社はバックアップとしてインターネットライブ配信も用意している。衛星会場に待機している VI 社の技術者が映像・音声を常時モニタリングして、万が一衛星会場で映像・音声の途切れが発生した場合、速やかに衛星通信からインターネットライブ配信に即時切替を行うこととしている。当研修が行われた 8 月 2 日は大きなトラブルもなく、滞りなく研修運営を完了した。

衛星研修用機材基本構成図及び基本構成表は下記のとおりである。

講師・司会を抑えるカメラ 2 台、全体の引き映像を抑えるカメラ 1 台、そして質疑応答の用紙を撮影するカメラ 1 台の構成で研修の収録・配信を行った。

このような衛星を使った通信技術を応用することにより、リスクの少ない形でなおかつ高品質の映像による全国の 2019 名の受講生を対象とした研修を実施することができた。

今回の研修実施により、このような形式の研修は、他の研修内容にも応用できると考えられた。



図IV-2 衛星研修用機材基本構成図（配信側機器）

表IV-1 衛星研修用機材基本構成表

項目	メーカー名	型番	個数	備考
スイッチャー	ローランド	V-1600HD	1	
CAM機材	SONY	HVR-NX5J	1	SDI・OUT
	SONY	HVR-Z5J	1	HDMI・OUT～HDMI to SDIコンバーターへ
	SONY	HVR-Z7J	1	HDMI・OUT～HDMI to SDIコンバーターへ
	SONY	HVR-MRC1K	2	CF収録用・メモリーレコーディングユニット
	SONY	ACアダプター	3	
	Vinten	φ 150mm三脚ヘッド (ビジョン 11)	2	CAM三脚機材
	Vinten	キャストードリリー	1	CAM三脚機材
収録機	SONY	GV-HD700	2	デジタルHDビデオカセットレコーダー DVテープ収録用(SW～VDA経由収録)
	SONY	ACアダプター	2	
	ATOMOS	Samurai	1	SDI収録機
	Panasonic	DMR-BRT300-K	1	HDD収録機
映像分配器	イメージニクス	BAD-250	2	SD分配器VDA (ケーブル補償回路内蔵)
	BlackMajicDesign	Mini Converter SDI Distribution	2	SDI映像信号分配器
	ATEN	VS-0204	1	RGB分配器
映像変換機	BlackMajicDesign	Mini Converter HDMI to SDI	4	
	BlackMajicDesign	Mini Converter SDI to HDMI	1	
	BlackMajicDesign	Mini Converter SDI to Audio	2	
有線インターカム	PROTECH	FD-300A	7	有線インターカム
モニター	SONY	PVM-9L2 CRT (SDモニター)	1	CAM用 (SWOUT)画像チェック用モニターSD
	SONY	PVM-9L2 CRT (SDモニター)	1	SW前確認用SDモニター
	BlackMajicDesign	SmartViewDUO	4	SDI映像確認用モニター
	ナナオ	19inchモニター	1	
ライン用BNC			26	予備BNC含め
ライン用AC電源			6	
音声機材	ブレソナス	12chデジタルミキサー	1	ミキサー
	シュア	SM-58	5	有線マイク
	SONY	SM-58	1	ワイヤレスマイク
	ラムサ	WX-RJ800	1	ワイヤレスマイク
	ラムサ	WX-TB841	2	ワイヤレスマイク
エンコーダー	富士通	IP900E	1	別途GVPNルーター必要
	エクスポローラー	エクスポローラー	1	別途GVPNルーター必要
講師用PC	東芝	Dynabook RX3	1	
衛星受信機	システック	HST-1000J	10	解像度は、「1440×1080」(地デジクラスのハイビジョン画像)

2) 研修アンケートからの評価

①受講状況からみる研修の評価

今回衛星研修によって全国 2019 名の参加者に対し、1 日で同一のコンテンツによる研修を実施することができた。

このうち、地域包括支援センターに所属する受講人数は全体の 31.1%にあたる 628 名が受講し、所属施設のカテゴリとしては最も大きい集団であった。その次に多かった集団は、病院であり全体の 22.6%にあたる 457 名であった。

本研修が想定した地域包括支援センター職員を除くと、コメディカルによる認知症アセスメントの学習は病院関係者にニーズがある状況であることが推察された。

具体的にどのような職種が今回の研修を受講したかについては、看護師が最も多く全体の 26.4%にあたる 533 名であった。地域包括支援センターに所属する受講者とそれ以外で分けてみると、地域包括支援センターに所属する受講者は、保健師が最も多く 171 名 (27.2%) であるのに対し、地域包括支援センター以外の受講者は、看護師が最も多く 415 名 (29.8%) であったことがわかった。

この結果より、今回の認知症アセスメント研修は、看護師や保健師といった医療的知識のあるコメディカルに対し、ニーズが高いものと推察された。

②地域別の研修の評価、次年度に向けた課題

地域別にみても、受講者の満足度、構成への評価、業務への役立ちに地域差は見られず、いずれの会場においても 90%以上「満足した」という回答が得られていた。

一方、認知症に関する研修の受講経験は、いずれの会場においても 90%以上みられたにも関わらず、講師の経験としては、「経験あり」の割合は、宮城が 45.5%で最も高く、続いて 40%であったのは、愛知 44.8%、大阪 44.7%、北海道 42.7%、東京 40.4%に限られ、その他の石川、岡山、福岡、鹿児島、沖縄については、20%~30%であり香川は 15.9%と最も低かった。

これは、認知症に関する講師経験を持つ者が今回の研修を受講した割合が低いということであり、講師の政策課題である認知症の初期集中支援に係わる認知症アセスメントへの関心の地域差を示しているとも考えられるが、そもそも講師を担える人材が講師経験の割合が低かった地域には不足しているとも考えられた。

③連携活動能力得点・保険者機能評価項目の実施状況からみる研修満足度・研修ニーズ

連携活動能力得点が高いと、全体的に研修満足度は高い傾向が示された。

これは、認知症高齢者への地域での対応をしてきた群においては、当然ながら、連携活動能力も高いことを示したことと言え、とくに重要な知見である。

職員の個別の連携活動能力が認知症の認知機能障害や生活機能障害をアセスメントし、これらの情報を共有できていること、これがすなわち連携活動能力としてあらわされているものとも解釈できる。

また、連携活動能力の高低で顕著な差が見られた項目は、認知症アセスメントに関する知識や困難事例での会議の招集にあり、こうした臨床家らに対して今回、開催した研修は特に有用と理解されたといえ、本研修が有益であったことを示している。

一方、このような連携高低別の分析の結果、明らかになったことは、連携活動能力得点が高い集団は、連携能力が高い集団と比して、研修満足度が低い傾向があった。このことは、大きな課題といえる。なぜなら、これらの連携活動能力が低い集団においては、認知症アセスメントの理解も低いことが示されており、学習効果も上がらない可能性が高いからである。

上記のような特徴は、保険者機能評価項目の実施状況でも同様の結果が示された。

これを解決する手段としては、第一として、受講生のスクリーニングを実施すること、第二に、受講生の能力を向上させてから、研修を受講するという方法がある。

受講することで、よりその能力を向上させる群が他に存在するのであれば、これらの集団に受講を優先的に受け付ける仕組みが必要である。

また、こういった受講生がいないとするならば、この研修を受講する前に、一定の学習をするといった方法も検討するべきである。

例えば、現在、診療報酬に用いられている看護必要度の研修に際しては、Eラーニング学習および事前テストを課すことで研修テーマに必要な基礎的な知識を受講生に獲得させている。このような事前の準備をさせることが研修の満足度や役立ち度を高めることに有効であると考えられた。

先にも述べたが、保健医療福祉分野における衛星放送による全国研修は、診療報酬に活用されているアセスメントツールである看護必要度の評価者研修、内閣府が進める介護プロフェッショナルキャリア段位制度における介護技術の内部評価を行うアセッサーや外部評価を行う外部審査員の養成のための研修は、活用されている。

その際、Eラーニングによる受講生への学習と効果測定としてのテストが課されており、これによって受講生のレベルのスクリーニングがなされている。

今回、受講者が多かったのは、看護師や保健師等の医療的知識を持つコメディカルであったが、今後広く保健福祉領域の臨床家に対して、こうしたアセスメントやインタビュー手法に関する研修を実施する場合には、こうしたスクリーニングの仕組みが重要であると考

えられた。

また、本研究事業で収集された受講生の連携活動能力得点と、これら受講生が所属していた各市町村の保険者機能得点の分析からは、連携活動能力得点と保険者機能得点の間には、いくつかの相関がみられた。すなわち、連携活動能力得点が高い職員が所属する自治体の保険者機能得点は高い傾向がみられた。これを検証するには、さらなる分析が必要と考えられるが、保険者機能得点を向上させるのは、まさに「人」であることから、この結果もまた、今後の地域包括ケアシステムにおける認知症初期集中支援の在り方を検討する上で重要な知見であるといえる。

5. おわりに

本事業によって、全国の地域包括支援センターの職員等を対象とした、標準的な認知症に関するアセスメント方法が開発され、このインテーク相談手法のための映像教材開発がなされた。

また、これらの開発された教材が衛星放送によって、全国で伝達されたことによって、地域包括支援センター職員等のみならず、保健・医療・福祉分野における多職種の教育研修のツールとして有効であることが確認された。

これにより、認知症に関する標準的なアセスメントの手法とインテーク相談手法については、全国の認知症にかかわる職員のための研修方法として、この方法が活用されることが期待される。

今後は、これらの研修の実施前に、すでに診療報酬で活用されているアセスメントツールである看護必要度や内閣府で検討がされてきた介護プロフェッショナルキャリア段位制度のように、Eラーニングによる事前学習と組み合わせた衛星放送による集合研修のプログラムを検討し、受講生の研修の習熟度や、満足度を向上させる教材の開発、コンテンツの充実が求められる。

これについては、次年度以降の課題とし、地域包括ケアシステムを支える地域包括支援センター職員をはじめとする保健・医療・福祉分野における多職種に共通となる、すなわち臨床的統合を図る研修プログラムについての検討を進めていくことが重要と考えている。

国立保健医療科学院 統括研究官 筒井孝子

6. 別添資料

1) 研修で資料された教材

地域包括ケアシステムと認知症施策 - 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 -

地域包括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
8月2日

地域包括ケアシステムと認知症施策
- 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 -

国立保健医療科学院
統括研究官
筒井孝子

1

講演の内容

1. 認知症施策の史的経緯と課題
2. 今後の認知症施策の方向性と政策動向
3. 認知症高齢者施策と地域包括ケアシステム
4. おわりに

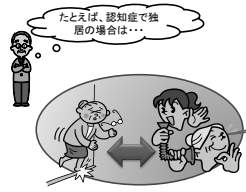
2

平成20・21年度地域包括ケア研究会 における地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義。

たとえば、認知症で独居の場合は...



- ・権利侵害からの保護や金銭・財産管理、服薬管理・食事摂取の確保のための巡回型の訪問サービスの利用等。
- ・認知症の原因疾患の特徴を適切に理解した訪問看護の提供、デイサービスにおいて認知症対応の個別化サービスの提供。
- ・24時間365日を通じて常に提供される生活の保障。

出典：平成20年度「地域包括ケア研究会報告書」P6

3

平成24年度地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」

- 地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という5つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となる。
- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まいで生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活(生活支援・福祉サービス)」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。



○ 従来は並列関係で5要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

4

地域包括ケアシステムを国際的文脈でとらえると・・・

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト：Community based care(地域を基盤としたケア)とintegrated care(統合型のケア)がある。

近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、地域包括ケアは神話か必須のもの¹⁾か、あるいはバベルの塔をたてる試み²⁾かという議論がなされている。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

Integrated care

- Integrated care careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制であると定義づけができる。

1) T. Plochg, N.S. Klazinga: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:99-101:2002
2) T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 6, e21, 2006

5

1. 認知症施策の史的経緯と課題

6

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

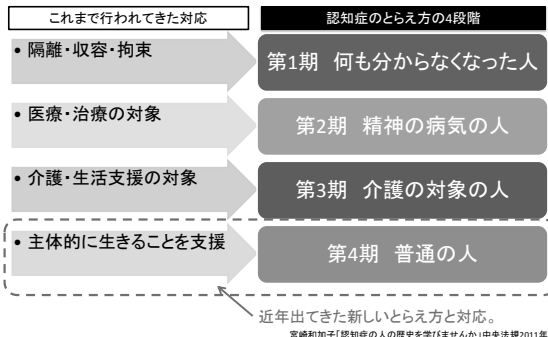
認知症に対する認識と対応の史的経緯

- 1970年代 「恍惚の人」が出版され、認知症の人の存在が広く認知されはじめた。
- 1980年代 特別養護老人ホームで認知症の人の受け入れが始まり、在宅所が開設されるようになった。
- 1990年代 老人保健施設の整備が始まるとともに、グループホームやデイサービスなども整備されてきた。



しかしながら、特別養護老人ホームや老人保健施設に入所するものでも、BPSDを発症した場合、精神病棟に緊急入院するなどの措置が取られてきた。

認知症のとらえ方



2003年時点における認識

厚生労働省が、今後の介護のあり姿を検討するために、2003年に設置した「高齢者介護研究会」で出された、「2015年の高齢者介護」では、「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」という項が立てられ、具体的には、5項目について、すでに以下のような言及がなされていた。

- 痴呆性高齢者ケアの確立**
 - 痴呆性高齢者のケアは、痴呆性高齢者ケアの確立は、痴呆性高齢者ケアのあり方を考えることである。
 - 痴呆性高齢者のケアは、痴呆性高齢者ケアの確立は、痴呆性高齢者ケアのあり方を考えることである。
 - 痴呆性高齢者のケアは、痴呆性高齢者ケアの確立は、痴呆性高齢者ケアのあり方を考えることである。
- 痴呆性高齢者の特性とケアの基本**
 - 痴呆性高齢者は、認知症が原因で、記憶や判断力が低下している。また、自分の生活が成り立たない。また、自分の生活が成り立たない。
 - 痴呆性高齢者は、認知症が原因で、記憶や判断力が低下している。また、自分の生活が成り立たない。また、自分の生活が成り立たない。
 - 痴呆性高齢者は、認知症が原因で、記憶や判断力が低下している。また、自分の生活が成り立たない。また、自分の生活が成り立たない。

2008年時点における認識

2008年に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」が発表された。

報告書の背景

認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために、適切な治療や介護の提供が行われなかった

報告書の要旨

今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、本人やその家族、周囲の人々の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立することが必要。また、若年性認知症対策についても、就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進することが必要。

認知症の人の精神科入院と在宅支援の現状について

「認知症の人の精神科入院と在宅支援のあり方検討会」資料より

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

○ 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数は、280万人であった。

【算出方法】

①平成22年1年間の要介護認定データに基づき、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者数を算出した。

②年間で一人複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データ(上記1)の割合(性別・年齢別別)を要介護別認知症高齢者割合を乗じて算出した。

※ただし、この算出では、要介護認定申請していない認知症高齢者数が多い。認知症高齢者数と見なすことは、現状では、(次頁の)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を推定する必要がある。

2. 将来推計 (単位:万人)

将来推計(年)	平成14年(2002)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	149	280	345	410	470
割合	6.3%	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年(2012)年推計すると、300万人となる。
※下段は推計は人口に押し付ける比率

【算出方法】

○将来推計人口(国立社会保険・人口問題研究所「404」推計、死亡出生中絶なし)に、上記1)の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書) (単位:万人)

将来推計(年)	平成14年(2002)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	149	280	350	289	323
割合	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

地域包括ケアシステムと認知症施策 —認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方—

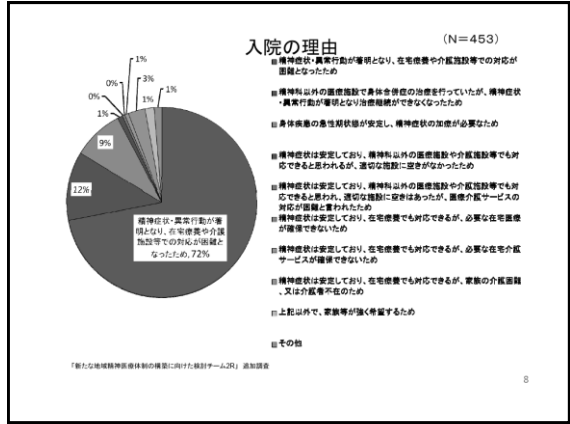
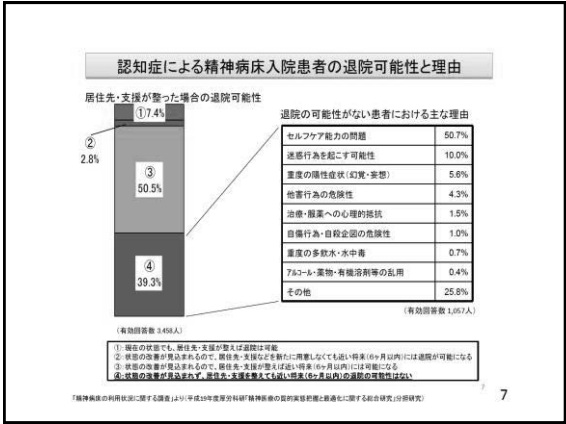
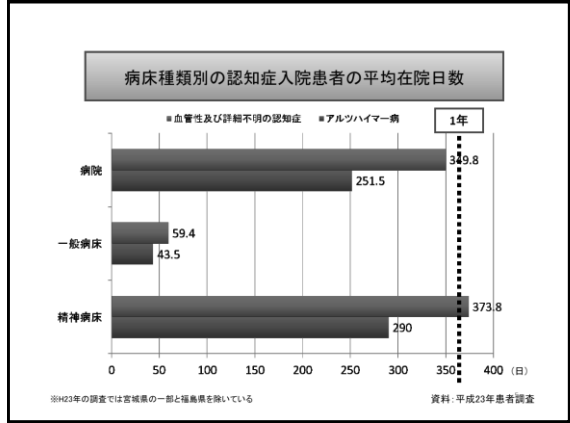
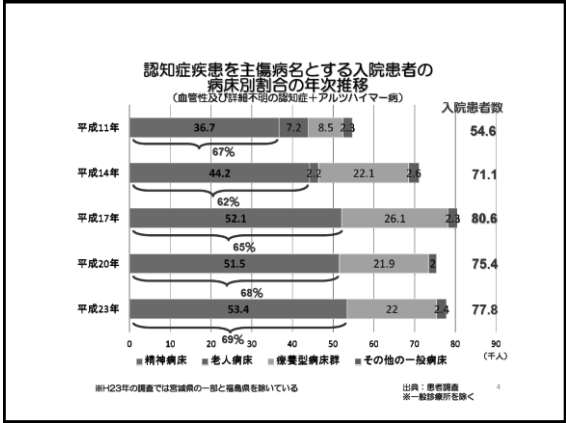
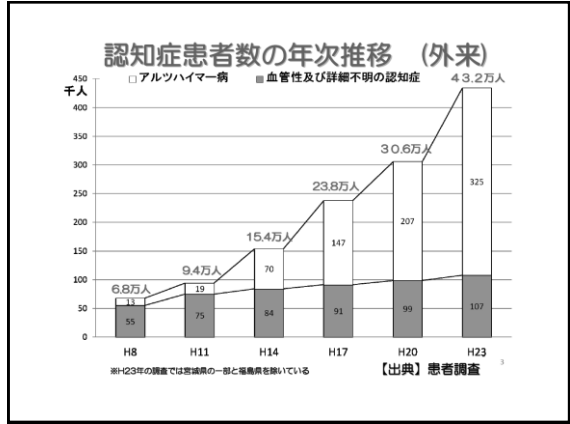
3. 認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月末現在) (単位:万人)

居場所	居宅	特養施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

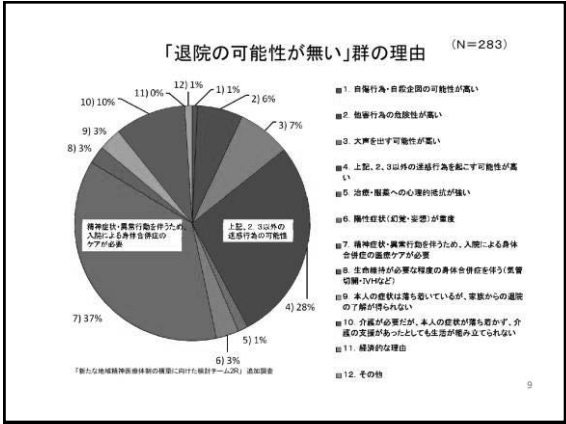
※居場所別の割合は合計は100%ではない。
※介護老人保健施設等は、介護施設別別居型施設が中心である。

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	認知症の診断が確定するが、日常生活は家族内及び社会内にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障をきたすような認知・行動や意思疎通の困難が多少見られるが、認知が認められていない状態である。	
III	日常生活に支障をきたすような認知・行動や意思疎通の困難が認められるが、介護が必要とまではいえない状態である。	
IV	日常生活に支障をきたすような認知・行動や意思疎通の困難が認められるが、認知が認められていない状態である。	
V	認知症の診断が確定するが、日常生活は家族内及び社会内にほぼ自立している。	

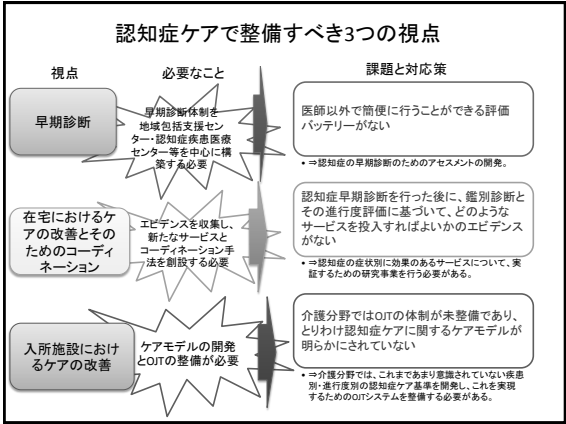
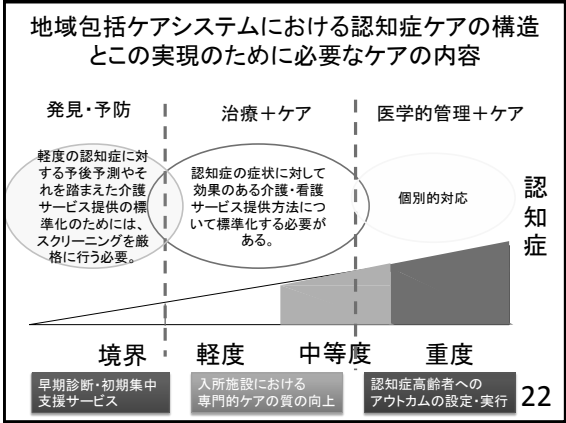
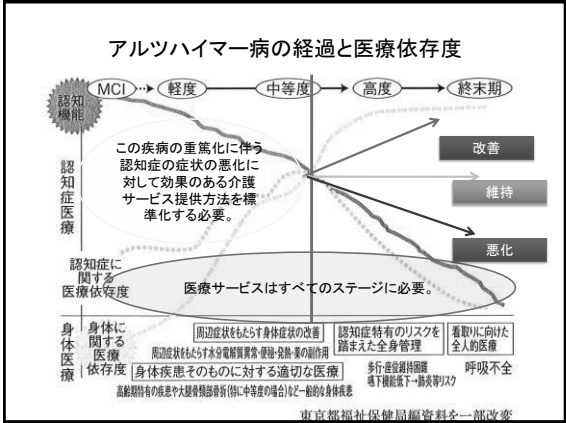


地域包括ケアシステムと認知症施策 - 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 -



2. 今後の認知症施策の方向性と政策動向

20



認知症早期診断体制を整備するために

- 1) 医師以外で簡便に行うことができる評価バッテリーがない
 - ⇒ 認知症の早期診断のためのアセスメントの開発。
- 2) 認知症早期診断を行った後に、症状別にどのようなサービスを投入すればよいかのエビデンスがない
 - ⇒ 認知症の症別別効果のあるサービスについて、実証するための研究事業を行う必要がある。

地域包括ケアシステムと認知症施策 — 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 —

「認知症総合アセスメント」のメリット

- 直接検査をしなくても認知症重症度が推測できる
- 認知症サポート医への紹介をする目安となる
- 認知症の早期発見・早期受診につながる
- 認知症症状の整理ができる
- 今後の症状予測ができる

認知症アセスメントをめぐる課題

- MMSE, 長谷川式, BFB等⇒医師が行う必要がある
- CDR⇒わかりにくい、使いにくい
- その他⇒多くの評価セットがあるが、その妥当性、再現性について学術的にオーソライズされたものがない。

外部の支援によって代替可能な生活要素の構造

家庭外の生活 (IADL-1)	<ul style="list-style-type: none"> 仕事、地域活動、ボランティア、交通機関の利用、金銭の取り扱い
家庭内の生活 (IADL-2)	<ul style="list-style-type: none"> 電話・家事（掃除、整理整頓、洗濯、食事の準備）、服薬管理、金銭管理
身の回りのこと (ADL)	<ul style="list-style-type: none"> 排泄、食事、着替、身繕、移動、入浴

これらができるかといったことをアセスメントシートに含める必要があるが、その多くは要介護認定項目に既に入っている。

認知症の総合アセスメントの必要な要素

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕)、移動、入浴)の障害、手段の日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用する移動、服薬管理、金銭管理)の障害
身体疾患・身体機能障害	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、脳虚性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、聴覚、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔瘻、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など
周辺症状	妄想、幻覚、揺蕩、抑うつ状態、アパシー、不安、徘徊、焦燥、破局反応、不眠を言う、脱抑制、じまをする、拒絶症、せん妄など
社会的状況	介護負担、介護者の健康問題、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護中の危険、火の不始末、交通事故の危険、老老介護、認知介護、独居、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪徳法被者、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など

東京都健康長寿医療センター研究所(藤田主一)
「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究」地域の中での認知症アセスメントの重要性 スライド資料より引用

地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント

<長所>

- 認知機能と生活機能を網羅的に評価できる
- IADLの項目が充実しており軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい
- 国際的な重症度評価尺度CDRIに対応している
- 4件法で評価しているために機能変動をカバーできる
- 設問は具体的である
- 簡便で、短時間で実施できる(最低15項目)
- 評価方法も単純
- 簡単な研修を実施することによって、認知症の基本的な理解と認知症総合アセスメントの基本的技術を修得することができる
- 評価結果から臨床側の全体をある程度理解することができ、かつ必要な支援の目安がつけられる。

<課題>

- VD、FTDを効果的に検出するためには前頭葉機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない。(この場合は計18項目となる)

東京都健康長寿医療センター研究所(藤田主一)
「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究」地域の中での認知症アセスメントの重要性 スライド資料より引用

認知症高齢者の現状 (平成22年)

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。

介護保険制度を利用している認知症高齢者(日常生活自立度Ⅱ以上)

日常生活自立度Ⅰ又は要介護認定を受けていない人

MCIの人(正常と認知症の間の人)

一人の人

認知症施策推進5か年計画で対応

- ・早期診断・早期対応
- ・認知症の普及・啓発
- ・見守りなどの生活支援の充実など
- 地域での生活継続を可能にする。

65歳以上高齢者人口2,874万人

持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

出典:「高齢者における認知症患者と認知症の生活機能障害—その対応—」(藤田主一)「認知症高齢者の現状と課題」(藤田主一)「認知症高齢者の現状と課題」(藤田主一)

地域包括ケアシステムと認知症施策 - 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 -

(別紙) 認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居宅サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む)	41	46
医療機関	38	38

【注】(1) 本表の認知症高齢者数は、厚生労働省「認知症高齢者の居場所別内訳」(平成24年10月)に基づき、平成29年度推計は、認知症高齢者の居場所別内訳を基に推計した。 (2) 「小規模多機能型居宅介護」は、平成24年度は0人、平成29年度は14人と推計されている。 (3) 「認知症対応型共同生活介護」は、平成24年度は17人、平成29年度は25人と推計されている。 (4) 「介護老人福祉施設」は、平成24年度は48人、平成29年度は58人と推計されている。 (5) 「介護老人保健施設等」は、平成24年度は41人、平成29年度は46人と推計されている。 (6) 「医療機関」は、平成24年度は38人、平成29年度は38人と推計されている。

認知症国家戦略を巡る国際的な状況

イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ等においては、すでに認知症国家戦略が打ち出されており、平成25年1月29日に開かれた国際政策シンポジウムにおいては以下の共通する要素が確認された。

共通する理念と推進体制

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

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

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

英国における認知症患者へのケアを巡る状況

より重度の認知症患者には、日々必要となるケアが異なる

- 4分の1に満たない認知症患者が、病状にかかっているにもかかわらず実際に老年精神医学サービスを受けるためのコンタクトをとっていない。多くの人がプライマリケアを受けている。
- しかしながら一般医は、認知症患者が動揺したり攻撃的になったり、おこりうる症状の変化に合わせて対応をする必要があるかもしれない。
- これは認知症患者に関わる人にとっても課題となっているのである。これらの行動的な症状の変化は彼らの住む環境がどこであれ人々に影響を及ぼしかねない。

現在のサービスモデルは認知症の課題に対処できていない

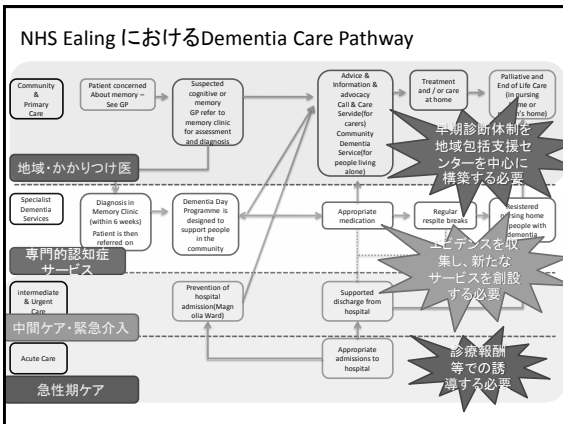
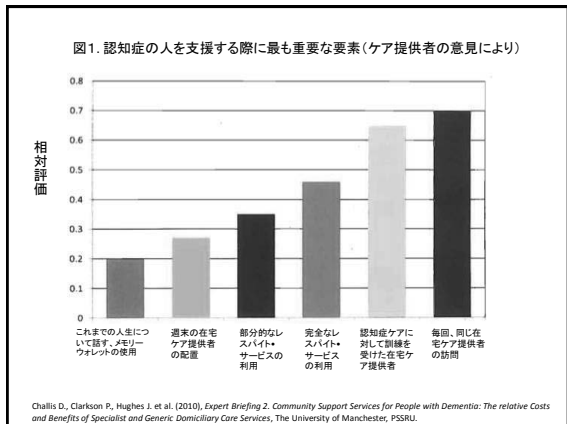
- 認知症患者の施設への長期的入所が時期尚早に行われる危険性があり、認知症患者の全体の3分の1が介護施設に住んでいることが示された。
- しかしながら、CSCI(社会的ケア調査委員会)はケアの量と質という点で見て、介護施設という産業は患者のニーズを満たすという意味では発展がまだ十分でないというところを明らかにした。

認知症患者の行動を管理することの大切さ

- Banerjee等(2003年)の見解では、認知症の行動や精神の症状が現れた人達は、居住看護という措置にほとんどの場合置かれ、この結果、介護者が疲弊や疾病を患い仕事を継続できなくなることが長期ケアへ移行する一番の原因となっている。

参考: 英国のDementia Commissioning Packの構造

認知症国家戦略によって開始される「アウトカム中心」の計画



地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

日本における認知症対策国家戦略

平成24年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
「今後の認知症施策の方向性について」が公表された。

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf

具体的な内容

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
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. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

37

今後の認知症施策の方向性について とりまとめ 概要

平成24年6月18日

今後目指すべき基本目標一帯の達成を要する

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
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. 若年性認知症の強化
7. 認知症の人への医療・介護サービスを一元的に提供し、認知症の人に対する認知症ケアパスを構築し、これらを通じた認知症ケアサービスの提供を推進する

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(抜粋版) (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
 - 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成、普及
 - 平成25年度～26年度 各府県において、「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(中期計画)に反映
2. 早期診断・早期対応
 - カウチケア(認知症対応力向上研修)の受講者数(累計)
 - 平成24年度末時点 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
 - 認知症サポート医(認知症研修)の受講者数(累計)
 - 平成24年度末時点 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
 - 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - 平成25年度 全国100府県でモデル事業を実施
 - 平成26年度 全国200府県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確認し、全国普及のための体制を確立
 - 早期診断等を行う医療機関を、約500の府県を単位として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の設置・定着
 - 平成27年度以降 全ての市町村で実施
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - 「認知症の薬物処方に係るガイドライン」の策定
 - 平成25年度以降 認知症の診断で活用
 - 精神科病棟への入居が必要な状態での対応
 - 平成24年度～ 調査・研究を実施
 - 「認知症・地域医療クリティカルパス(認知に向けての診療計画)」の作成
 - 平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及、あわせて、認知症対応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

25

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症高齢者の介護サービス受給者数(推計)	平成24年度	平成29年度
特別養護老人ホーム	30万人	37万人
介護サービス(認知症高齢者介護サービス)	1,492万人	1,952万人
認知症サービス(認知症高齢者介護サービス)	268万人	447万人
介護保険(認知症高齢者介護サービス)	897万人	1,176万人
合計	300万人	380万人

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
- 平成24年度末時点 1,751人 → 平成29年度末 7,000人
- 認知症サポーター(人材)数(累計)
- 平成24年度末時点 35.0万人 → 平成29年度末 60.0万人
- 認知症対応力向上研修(認知症研修)の受講者数(累計)
- 平成24年度末時点 1,700人での実施開始
- 認知症の人やその家族等に対する支援
- 平成25年度以降 「認知症ケアパス」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等が参加でき、兼う渡)の普及

6. 認知症高齢者の医療・介護サービスの連携

- 若年性認知症の認知症ケアパス(認知症ケアパス)の策定
- 平成24年度～ ハンドブックの作成、医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配布
- 若年性認知症の人への認知症ケアパスの普及を推進
- 平成24年度末時点 1,700冊印刷 → 平成29年度末 4,700冊印刷

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ケアパス」(認知症ケアパス)の策定
- 平成25年度以降 認知症ケアに関わる従事者向けの多職種協働研修等での活用
- 認知症介護実践力向上研修(認知症研修)の受講者数(累計)
- 平成24年度末時点 2,679人 → 平成29年度末 4万人
- 認知症介護実践者養成研修の受講者数(累計)
- 平成24年度末時点 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
- 一般高齢者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 67,000人

26

参考 「認知症のケアパス」のイメージ

「認知症ケアモデル」をもとに、認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋(ケアパス)の作成を進める。

状態経過 MCI → 軽度 → 中等度 → 重度 → 末期

在宅支援認知症対応力向上研修(認知症研修)の受講者数(累計)

認知症サポート医(認知症研修)の受講者数(累計)

認知症初期集中支援チーム

認知症地域支援推進員

認知症サポーター(人材)数(累計)

認知症対応力向上研修(認知症研修)の受講者数(累計)

認知症介護実践力向上研修(認知症研修)の受講者数(累計)

認知症介護実践者養成研修の受講者数(累計)

一般高齢者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 67,000人

41

地域包括ケアシステムにおける認知症対応のモデル

在宅認知症高齢者とその家族

市町村担当課

地域包括支援センター

総合相談

①介護サービス利用

②関連機関とのコーディネーション

③医療・介護の両側面から適切なケアマネジメントがなされ

在宅サービス

施設サービス

かかりつけ医

一般病院

精神科病院

その他の医療機関
その他のサービス

地域医療機関

認知症疾患医療センター等

①鑑別診断

②専門医療相談

③困難事例への対応

①いずれの入り口でも

③適切なケアのコーディネーションがなされる

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

今後の認知症施策の方向性について
とりまとめ 概要（医療および介護の問題点部分の抜粋） 平成24年6月18日

認知症の人に対する医療の問題点

- 一般病院で、職員の認知症への理解や対応力の不足から、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否するなどの問題が生じている。
- また、一般病院で、行動・心理症状に対応ができていないため、精神科病院に転院するケースが見られる。
- 認知症のために精神科病棟に入院している患者数は、平成8年の2.6万人から平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と大幅に増加している。

○ 一般病院勤務の医師、看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

○ 入院が必要な状態像の明確化については、今後、医療従事者、介護関係者を合わせた有識者等により十分な調査、研究を行うなど、コンセンサスの形成に努める。

認知症の人に対する介護の問題点

- 今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくためには、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは、十分に対応できないおそれがある。
- 介護保険施設・事業所の職員の認知症への理解の不足から、本来は受け入れ可能であるにも関わらず、認知症の人の入所・利用を拒否するなどの問題が生じている。また、介護保険施設等で、行動・心理症状への対応ができていないため、精神科病院に入院するケースが見られる。

○ 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「グループホーム」、「小規模多機能型居宅介護」などを始めとした地域密着型サービスの拡充を図る。

○ 介護従事者に対しては、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させる。

43

3. 認知症高齢者施策と地域包括ケアシステム

44

認知症高齢者施策と地域包括ケアシステムとの関係

- 高齢者人口の約1割が認知症高齢者
- 要介護認定者の約6割が認知症高齢者
⇒ **今後も増加が予測されている。**
- 介護サービス利用者の多くが何らかの認知症がある。
- また、認知症高齢者の半数は在宅で生活している。
⇒ **各介護サービスにおいても認知症への対応が求められる。**
- 各地域の実情に応じて、医療サービスから介護サービスへのシームレス（切れ目ない）のサービス提供が求められている。
⇒ **認知症施策においても医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携が必要。**
- 各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要がある。
⇒ **その際、認知症施策を主眼においた街づくりが求められる。**

↓

地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症高齢者施策が必須

45

地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目標に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

46

1) 日本における導入経緯 (～2008年)

47

地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、
①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。

↓

そのためには、

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要

だが……

↓

現状では、
各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

↓

そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

H21年度地域包括ケア研究会報告書 48

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

地域包括ケア・システムの展開

2005年の2種類の制度改革

- 1.介護サービス提供の仕組み
 - 多職種連携を通じた包括的サービス提供の仕組みづくりとしての「地域包括ケア」
- 2.医療サービス提供の仕組み
 - ピラミッド型の階層で表現されていた第1次、2次、3次の医療提供の仕組みを地域における連携的な仕組みへと組みかえることを目標とした「地域医療連携」や急性期から在宅療養までのクリティカル・パスを地域の枠組みで展開する「地域連携パス」が示され、地域医療計画が改訂

「地域」を枠組みとする多職種連携を通じた包括的なサービス提供の仕組みづくりに関する改革 **49**

医療計画について

医療計画の役割①病床規制

老人病院の施設ラッシュに対する規制という観点から1985年に設けられ、当時は「駆け込み増床」というマイナスの現象を招いた。しかし、長期トレンドで見ると、病床数は1990年をピークに削減しており、病床数は1992年をピークに減少している。特に、一般病床はピーク時の130万床程度から90万床程度に落ち込み、代わりに療養病床が一時は35万床までに膨れ上がったという後押しになっている。

⇒今日では病床規制は、新規入人を抑制し、病床医療費を温存するマイナスの役割を果たしている側面もある。

医療計画の役割②供給目標の設定と連携体制の確保

本来、病床数は地域の医療需要に見合った整備されるべきである。従って、医療計画では、がん、脳血管疾患、認知症などの主要疾患、小児、産科医療、救急医療などの必須の領域ごとに医療需要を把握し、これに見合った病院の計画的整備や地域医療を構築していく必要がある。

さらに、入院需要は、在宅医療の進展や介護の整備状況にも左右される。また、連携の確保は、単に医療機関同士のクリティカル・パスだけでなく、医療と介護の連携も求められている。

これだけの企画力と調整力を備えた都道府県は数えるほどしかない。⇒その理由としては、都道府県では計画はつくっても、それを実施に移していく政策ツールがないからである。

2) 地域包括ケア研究会等による整理 (2008年～)

51

地域包括ケア研究会とは・・・

安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現に向けた検討に当たっての論点を整理するため、平成20年度、21年度、24年度に、有識者をメンバーとする研究会が開催された。

平成20年度

- 「地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>

平成21年度

- 「地域包括ケア研究会報告書」
http://www.murc-kawasesoujap.jp/politics_ci/care/index.html

平成24年度

- 「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423

52

平成20・21年度地域包括ケア研究会における地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムの定義

地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義。

たとえば、認知症で独居の場合は・・・

- ・権利侵害からの保護や金銭・財産管理、服薬管理・食事摂取の確保のための基盤型の訪問サービスの利用等。
- ・認知症の原因疾患の特徴を適切に理解した訪問看護の提供、デイ・サービスにおいて認知症対応の個別サービスの実施。
- ・生活に必要な様々なサービスのコーディネーター。
- ・24時間365日を通じて常に提供される生活の保障。

出典：平成20年度「地域包括ケア研究会報告書」P6 **53**

平成24年度地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」

- 地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という5つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となる。
- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活(生活支援・福祉サービス)」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。
- 従来は並列関係で5要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

54

地域包括ケアシステムと認知症施策
 - 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方 -

地域包括ケアシステムの構築 - 人材の確保に関して -

今後は少子化の影響で、看護や介護の養成校の入学定員は減り新規学卒も減っていくという傾向にある

対策①
 賃金水準、労働環境、キャリアアップシステム、保育システム等の総合対策
 看護や介護の労働市場は離職率・流動性が高く、これは女性職員が多いことも一因
 看護・介護の職場をどうやって魅力的なものにしていくか

地域包括ケアシステムの構築

対策② 医療の授權を進める 授権: 特定の人に一定の権限を与えること
 医療崩壊の大きな原因... 医師不足

量的拡大の
方策

医師の多忙の
軽減

等が議論された。

Ex) 医学部の定数拡大 Ex) 病院クランクを充実し
 医師を事務から解放する

対策③ 医師から看護職員へ、看護職員から介護職員へと医療の授權を進める

メリット

- ・医師の多忙改善
- ・授権された看護職員、介護職員の士気の向上
- ・キャリアアップ

実際にこの流れの中で「介護職員に療の吸引と経営栄養の処置を認める法改正」が行われ、また特定看護師の議論も進められている。

3) 地域包括ケアシステムの国際的な整理

57

Integrated careの背景

高齢化による疾病パターンの変化

- ・疫学的な位相と、社会人口学的な勢力は、半世紀において人口配分の変化をもたらした。
- ・それは慢性疾患を抱えながら、しかも複数の疾患を抱えながら生活するものが顕著に増加したことを意味していた。

↓

- ・慢性疾患が要求するものは、エピソード由来の、短期的な介入に特徴づけられる急性期状態にある者に対するケアではなく、長期的な、普遍的な、かつ継続的なケアニーズである。(=ケアニーズのパラダイムシフト)

58

Integrated careの背景

医療技術の革新、専門性の増大

医療技術の進歩 → 専門職として分化 → それぞれに責務も分化

個々の患者の完全なケアの受給のためには、サービス間のコーディネーションが必要

※典型的な患者は、診断のためのアセスメント、薬局、その他のサービスを受けるために、年に5人の専門職と2人のプライマリケアを担う内科医に会うとされている。
 また、いくつかの慢性疾患を持つ患者は、1年に16もの内科医を受診するという研究もある。

Bodenheimer T. Coordinating Care -- A Perilous Journey through the Health Care System. New England Journal of Medicine 2008 March 6;358(10):1064-71.
 Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. New England Journal of Medicine 2007 March 15;356(11):1130-9.

59

病院改革について

病院改革を巡る状況

病院改革は、日本の場合、急激には進まない。

これは、日本では、病院は民間病院が中心であり、露骨的な政策にならざるを得ない。

- ・2006年の医療制度改革では、社会的入院の解消のため、2012年までの介護療養病床の廃止が法律上の措置として決定された。
- ・民主党の政権交代があって、方針が変更されたこともあり、この措置は新規の介護療養病床は認めないという条件付きで、2018年まで延長することになった。

※介護療養病床自体は減っているが、政策的な目論見どおり、老人保健施設に転換したところは少なく、むしろ、一般病床や医療療養病床に転換しているケースが多い。

病院改革の手法と今後の方向性

国レベルでの医療法による規制、診療報酬による誘導・都道府県レベルでの医療計画、その他の施策がある。これまでの歴史では、診療報酬による誘導が最も多用され、それなりの効果も上げてきた。
 しかし、2025年まで、余すところ12年しかなくなった今日、より計画的でインセンティブを付与する改革手法が求められている

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

地域包括ケアシステムを国際的文脈でとらえると・・・

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト：Community based care (地域を基盤としたケア)とintegrated care (統合型のケア)がある。
近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、地域包括ケアは神話必須のもの¹⁾か、あるいはバベルの塔をたてる試み²⁾かという議論がなされている。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

Integrated care

- Integrated care careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制であると定義づけができる。

1) T. Ploegh, N.S. Klazinga: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002
2) T. Ploegh: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 6, 421-2006

61

WHOのIntegrated careの定義

- 世界保健機関(2001年)の定義によると、統合ケアというのは「診断・治療・ケア・リハビリ・健康促進などに関するサービスの投入・提供・管理・組織化をまとめて一括にするコンセプトを指している。」

- また、「統合というのはサービスに関するアクセス・質・利用者満足度・効率性を向上させる手段である。」

Kodner, D.L., Spreeuwenberg, C. (14 November 2002) Integrated care: meaning, logic, application, and implications- a discussion paper, *Journal of Integrated Care*, vol.2.

62

統合型ケア(Integrated care)のゴール

ケアへのアクセスの向上

- 高齢者に良いサービスを提供し、どのからでもサービスシステムに入りたいというニーズに応えることによって、サービスへの能率的なアクセスの実現をすること。
- また、住宅政策、社会的ケア、移送やその他の地域のサービスなど、家庭でのケアを改善するという新しい方法によって急性期ケアへの不必要な入院や、不適切な長期的施設ケアへの入所の防止をするための医療と社会サービスの間の切れ目をなくすること。
- より包括的な地域・近隣の関係性を発展させ、良い形で歳をとる手助けするための、重要なチャンスを提供するための幅広い事業者や組織の効率的な調整を行うこと。

ケアの質の向上

- 複雑なニーズを持つ高齢者に全体的なアプローチやサービスの調整、継続的ケアなどにより、良い結果をもたらすこと。

ケアを提供する仕組みの持続可能性の向上

- 資金の持続可能性・複雑なニーズを持つ高齢者のための統合的アプローチによって、医療と社会的ケアシステムの両面からより効果的で効率的な解決策を生み出すこと

POLICY FRAMEWORK FOR INTEGRATED CARE FOR OLDER PEOPLE DEVELOPED BY THE CARMEN NETWORK Penny Banks,2004
[http://www.ehima.org/Files/Policy%20for%20integrated%20care%20for%20older%20people.pdf](http://www.ehima.org/Files/Policy%20Framework%20for%20integrated%20care%20for%20older%20people.pdf)

63

一般的に現わされるシステムの効率性をあげるためのIntegrated careアプローチ

ケアと資源を適切に目標化する

異なる専門職間におけるアセスメントと処置の重複をさける

ケアのパスウェイによって、コストによる進行遅滞とケア提供の差異を避ける

上流(一次的なケア)の能力と資源を考慮した上で行われるケア決定の確立

適切な専門職によって行われるケア提供の確立

もっとも重要な議論は、統合的なアプローチがケア受給者へのシームレスなケア提供の経験を与えるかということであり、そのために患者へのケアの継続性(continuity)、質(quality)とアウトカム(outcome)が重要とされている。

64

概念フレームワーク

統合的活動のレベルの3段階

システム統合

- 国や県など地理上の区分における、戦略的な計画・資金管理・購買システム・プログラムの有効性、サービスのカバー率などの活動を統合すること。

組織的統合

- 急性期・リハビリテーション・地域ケア・一次的医療・サービス提供事業者(者)などの活動を調整、管理すること。

臨床的統合

- 看護・介助者が高齢者に提供する、直接的な支援やケアに関すること。

※一つのレベルでも統合が不十分だと他のレベル全体が行き詰ってしまうとされている。
※システムによるサービス範囲の決定、利用しやすさ・有資格の条件・資金調達機能・望まれている質などが、組織同士(特に医療と福祉)の協力の度合いに影響を与えているともいえる(Banks,2004;Kodner and Kyriacou,2000)。

65

概念フレームワーク

Integrationの三つの区分

Leutz(1999)は、先の1.を説明するために、Integrationについて、「Linkage」、「Coordination」、「Full integration」の三つの区分する重要性を説いた。

Linkage

- システムの中で個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処してもよい。それは特定の決まりや全体的調整はなく全員へサービスを提供するようシステム。
- ⇒これまでバラバラだったシステムを統合し、相互理解、例えば他の団体に照会するときなどに役立つ。

情報は・・・?

情報は必要ときに尋ねれば与えられる。

Coordination

- 急性期やその他のケアに調整されたケアを配置するための明確な構造を持つシステム。Coordinationは、Linkageよりもより構造化された形態のIntegrationであるが、共に別々の構造によって行われている状態。
- ⇒それぞれ個人や団体は既存のシステムの中で中々に調整の責任を持つことである。

情報は定期的な報告によって共有される。

Full integration

- 多様なシステムから、様々な要素があつまり新たなプログラムや体系をつく出す。
- ⇒様々なシステムの資源が一つの場所に集まったときに発生する。

日常的に使われる共通の情報システムがある。

66

地域包括ケアシステムと認知症施策 ー認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方ー

改革前史

現在の社会保障制度の基本骨格

○現在の社会保障制度は、高度経済成長期であった1960～1970年代にその骨格が完成しているため、以下のような点を前提としておむね構築されている。

- ① 正規雇用・終身雇用・完全雇用**
→サラリーマンは職域保険(健康保険、厚生年金)に、その他の者は地域保険(国民健康保険、国民年金)に加入することで、皆保険・皆年金を達成
- ② 右肩上がりの経済成長**
→給付の増大については、給与の上昇による保険料収入の増や増収増により賄うことができる
- ③ 企業の福利厚生充実、核家族モデル(特に専業主婦)、地域社会のつながり**
→現役世代については、社会保障制度による対応は補完的
→高齢者に対する給付が相対的に手厚くなっている

→我が国の社会保障は ①高齢者中心 ②負担・給付両面で「小さな社会保障」という特色

67

一体改革の背景～社会・経済の構造変化～

現在の社会保障制度の基本的な枠組みが構築された1960年代から今日に至るまでの間に、社会保障制度の前提となる社会経済情勢は大きく変わっています。

少子高齢化

人口減少社会の到来、色んな高齢化

高齢化率 (15歳以上) 21.0% (2014年)
合計性出生率 2.13 (1975年) → 1.39 (2010年)

雇用環境の変化

非正規雇用の増加

非正規の職員・従業員数 664万人 (1984年) → 1756万人 (2010年)
(全雇用者の31%) (全雇用者の31%)

家族のあり方の変容

高齢独居世帯の増加

世帯主55歳以上の単身・夫婦の世帯数 841万世帯 (1975年) → 1081万世帯 (2010年)
(全世帯の27%) (全世帯の29%)

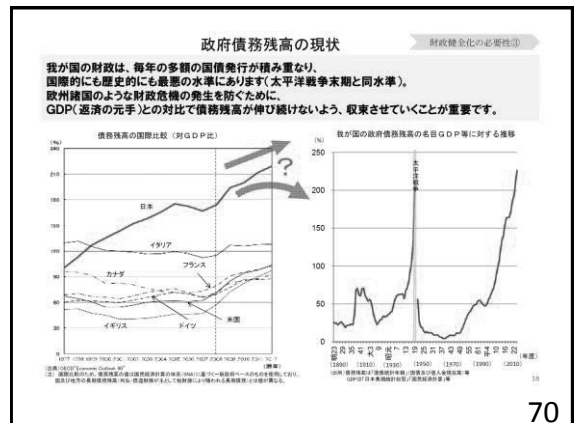
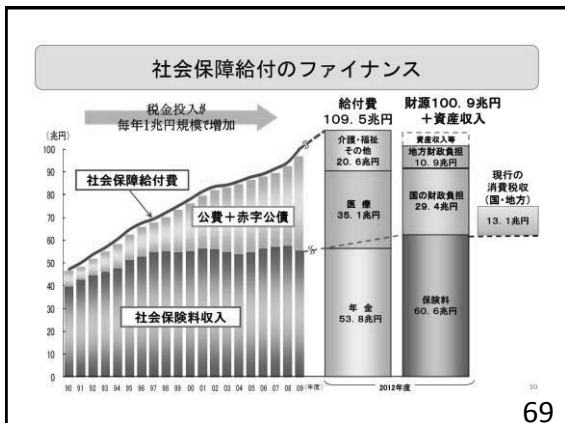
経済成長の停滞

少子高齢化などによる構造的停滞

実質経済成長率 4.7% (1966-1970年度平均) → 0.9% (1991-2010年度平均)

今回の改革は、これらの状況変化を踏まえ、社会保障の機能強化を推進するとともに社会保障制度の持続可能性の確保を図ることにより、高齢者を支える国民の安心を確保する「全世代対応型」社会保障制度の構築を目指すもの。

68



社会保障・税一体改革における介護分野の課題① (地域の実情に応じたサービス提供体制の効率化・重点化と機能強化)

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)(抄)

(2)地域包括ケアシステムの構築
できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

＜今後のサービス提供の方向性＞

- I 在宅サービス・居住系サービスの強化**
 - 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
 - サービス付き高齢者住宅を充実させる。
- II 介護予防・重症化予防**
 - 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が充実化する介護予防を推進する。
 - 生活圏のリハビリテーションの充実を図る。
 - ケアマネジメントの機能強化を図る。
- III 医療と介護の連携の強化**
 - 在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
 - 地制宜、多職種チームケアを推進する。
 - 小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
 - 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。
- IV 認知症対応の推進**
 - 認知症に対応できるケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
 - 市民生活者の育成など権利擁護の推進を図る。

★改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

充実

- 在宅介護の充実等(2,800億円規模)
- 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実
- ケアマネジメントの機能強化
- 医療との連携・連携のネットワーク
- 上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円 規模)

重点化・効率化

- 介護予防・重症化予防・介護施設の重点化(在宅への移行)
- ケアマネジメントの機能強化
- 介護予防・重症化予防・介護施設の重点化(在宅への移行)
- 要介護認定者数:2015年に現行ベースより約9%程度減少
- 施設利用割合が現行ベースより低下(特に軽度要介護者については居住系・在宅サービスに移行)

71

(参考)医療・介護分野における主な充実・重点化・効率化要素(2025年)

	2025年	
充	高齢者性傾向の促進等(2倍程度増)	高齢者性傾向の促進等(2倍程度増) 増員1,500名(介護・介護施設向けに大半増員)
	高齢者性傾向の促進等(2倍程度増)	高齢者性傾向の促進等(2倍程度増) 増員1,500名(介護・介護施設向けに大半増員)
実	高齢者・精神障害者の対応	高齢者・精神障害者の対応 コミュニティを中心に(認知症等) 増員500名程度
	高齢者・精神障害者の対応	高齢者・精神障害者の対応 コミュニティを中心に(認知症等) 増員500名程度
重点化	在宅医療・在宅介護の推進	在宅医療・在宅介護の推進 初診・再診の増加(認知症等) 増員100名程度
	在宅医療・在宅介護の推進	在宅医療・在宅介護の推進 初診・再診の増加(認知症等) 増員100名程度
効率化	医療・介護従事者数の増加	医療・介護従事者数の増加 全体で2015年の1.5~1.6倍程度増
	医療・介護従事者数の増加	医療・介護従事者数の増加 全体で2015年の1.5~1.6倍程度増
重点化	高齢者性傾向の促進等	高齢者性傾向の促進等 増員1,500名程度
	高齢者性傾向の促進等	高齢者性傾向の促進等 増員1,500名程度
効率化	高齢者・精神障害者の対応	高齢者・精神障害者の対応 コミュニティを中心に(認知症等) 増員500名程度
	高齢者・精神障害者の対応	高齢者・精神障害者の対応 コミュニティを中心に(認知症等) 増員500名程度
重点化	在宅医療・在宅介護の推進	在宅医療・在宅介護の推進 初診・再診の増加(認知症等) 増員100名程度
	在宅医療・在宅介護の推進	在宅医療・在宅介護の推進 初診・再診の増加(認知症等) 増員100名程度
効率化	医療・介護従事者数の増加	医療・介護従事者数の増加 全体で2015年の1.5~1.6倍程度増
	医療・介護従事者数の増加	医療・介護従事者数の増加 全体で2015年の1.5~1.6倍程度増

72

5. おわりに

73

ビジョン設定から施策実行までのプロセス例

I. 認知症高齢者の状況把握のためのスタートアップ資料の作成(臨床的統合のプロセス)

- I-1. 市役所職員の課題の把握・共有
- I-2. 課題を把握するために必要なデータの確認
- I-3. データを作成するために必要な人材の確認
- I-4. データの収集・分析

II. サービス導入に向けた課題分析・プロジェクトチームの設置(役所内の組織的統合のプロセス)

- II-1. 認知症高齢者の見守りサービスの現状把握・分析
- II-2. 認知症見守りサービスを創ろうという意思決定(課内の意思決定)

III. 政策立案・予算要求(役所内外の垂直的・水平的統合のプロセス)

- III-1. 役所内での意思決定
- III-2. 市内の関係機関との調整(場合によっては、(3)と同時進行)
- III-3. 議会の承認または報告

IV. 政策実行・政策の改善(サービス提供のための事業者間のシステム統合のプロセス)

- IV-1. 新サービス開始までの準備
- IV-2. 新サービスの開始
- IV-3. 新サービス開始後、そのサービスの内容を検証する
- IV-4. サービスの改善

藤井孝子、磯田浩、笹井暁、大夢賀政昭、第7章 地域包括ケアシステムにおける認知症ケア立案プロセスの作成について、老人保健事業推進費等補助金「地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業(平成23年度研究費)第2期」2022.02.15.132

74

まとめ

- 地域包括ケアシステムは、国際的には「統合ケア」として、その促進が図られているが、Community-basedな展開と同時進行を標榜する政策はまだであり、その試みは国際的にも注目される。
- 日本の地域包括ケアシステムの本格的な展開は、2005年の制度改革により行われ、介護サービスと医療サービス提供の両側面から行われた。
- 地域包括ケアシステムの導入の背景には、介護保険財政の悪化があり、3つの観点(給付・認定・ケアマネジメントの適正化、質の向上、予防の促進)から改革が進められてきたが、十分な成果をあげておらず、国民の意識を変えるほどの抜本的な改革を行わざるを得ない状況にある。
- 日本の地域包括ケアシステムの構築には、自治体によるケアシステムの構築が重要であるが、そのためにも基礎的な自治体の保険者機能に差があるため、これを把握した上で、地域固有の状況を鑑み、独自の施策を展開する必要がある。
- 認知症対策については、現在のサービスモデルは、認知症高齢者に対応できていないことを鑑み、①早期診断、②在宅におけるケアの改善とその他のコーディネーション、③入所施設におけるケアの改善の三つの視点から、その対策を早急に進める必要があり、これは地域包括ケアシステムの構築につながるものである。

75

「地域包括ケアシステム」に関する参考文献

研究論文

- 『保健医療科学』第61巻 第2号(2012年4月)ISSN 1347-6459
- 特集:地域包括ケアシステムを通る諸課題と国際的な動向
- <http://www.nih.go.jp/journal/data/61-2/61-2.html>

調査研究報告書

- 高橋敏士先生のホームページ → 研究報告書 <http://takahato.com/report.html>
- 平成20年度 地域包括支援センターの評価に関する研究 実施主体 立教大学 研究代表者 高橋敏士
- 平成21年度 包括的支援事業と地域包括支援センターにおける総合評価に関する研究 実施主体 立教大学 研究代表者 高橋敏士
- 平成22年度 地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書 実施主体 国際医療福祉大学 研究代表者高橋敏士
- 平成23年度地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業 主任研究者 川村弘 分担研究者 高橋敏士 筒井孝子

書籍

- 高橋敏士編「地域包括ケアシステム」オーム社2012年
- 第3章 筒井孝子「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」

76

参考①

医療・介護サービスを担う人材の育成

77

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ○ 認知症ケアに携わる様々な専門職は、これまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の人の人生や生活に焦点を当てたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域にのみに活用され、結果的にばらばらの対応となっていた。
- ○ 今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、認知症の人のケアモデルの構築を図ることが急務である。
- ○ 認知症ケアについては、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上で、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。

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
 「今後の認知症施策の方向性について」の概要 平成24年6月18日 p25

78

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－

研究成果① 認知症シラバスのメタ分析

①資料の収集

- 3団体から17の研修である。

②分析フレームワークの設定

- ヒアリング調査の結果から明らかになった、基本フレームに基づき、Ⅰ. 疾患・症状の理解、Ⅱ. ケアの方法と対応、Ⅲ. ケアの提供の3つを設定した。

③提供されたシラバス等の内容解析

- 基本フレームによって想定した研修科目が実際の研修内容においては十分に組み込まれていないことがわかった。

以上のことから、研修においては、教育すべき内容と「シラバス」という目に見える形に書き起こしておくことが重要と考えられた。

認知症想定科目と各研修のシラバスの対応

研修科目	研修内容	研修番号																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ⅰ 疾患の理解、症状の理解	1 疾患の種類																	
	2 症状の種類																	
Ⅱ ケアの方法と対応	1 疾患発生と原因の理解																	
	2 疾患の種類																	
Ⅲ ケアの提供	1 認知症の認知と対応																	
	2 認知症に対する対応																	

研修番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 日本看護協会																	
2 日本看護士協会																	
3 日本看護士協会																	
4 日本看護士協会																	
5 日本看護士協会																	
6 日本看護士協会																	

「認知症者に対する介護技術」は、17研修中4研修でしか実施されていない。 80

分析の結果、想定された科目の構造

想定科目	目的	到達目標	
Ⅰ 疾患・症状の理解	1 疾患の種類	認知症の種類とその原因について理解する	アルツハイマー型、脳血管型、レビー小体型、前頭側頭型などの原因疾患の種類及び病状の特徴の概要について理解できる
	2 症状の種類	疾患別に特徴的な症状について理解する	中枢症状(記憶障害、失行、失語、失認、失算、判断力低下)、周辺症状(徘徊、うつ病、強迫、不安、興奮、暴言、過食、不潔行為)の概要及びその行動・心理状態の概要について理解できる
Ⅱ ケアの方法と対応	1 早期発見と適切な対応	認知症の発症予防と早期治療に向けた、早期発見と適切な対応の重要性について理解する	認知症の予防と診断・療育の概要及び早期発見のための気づきのポイントについて理解できる
	2 疾患の治療	認知症の原因や治療の概要及び対応方法について理解する	認知症の原因の概要(遺伝的要因、脳血管障害、脳外傷、脳腫瘍、脳寄生虫、脳炎、脳血管性認知症)及びその治療法について理解できる
	3 症状への適切な対応	認知症の周辺症状に合わせたケアの提供について理解し、適切な対応の対応方法を理解する	認知症の周辺症状について、「(症状)の理解」「(症状)の対応」「(症状)の対応」の観点から、適切な対応方法を理解し、適切な対応方法を理解することができる
Ⅲ ケアの提供	1 認知症ケアの概念と目的	認知症ケアの概念と目的について理解する	「認知症ケア」の概念について理解し、認知症ケアの目的を達成するために必要な知識・技能を習得することができる
	2 認知症ケアの実現	認知症ケアの実現に必要な「人的要素」と「物的要素」について理解し、認知症ケアの実現の妨げとなる要因を把握し、認知症ケアの実現に向けた適切な行動を講ずることができる	人的要素(認知症ケアの専門家、介護職員、家族、地域住民、ボランティア)の役割と物的要素(認知症ケアの施設、設備、情報、システム)の役割について理解し、認知症ケアの実現に向けた適切な行動を講ずることができる
	3 認知症者に対する介護技術	認知症者の状態を踏まえた介護技術を提供する	認知症者の状態を踏まえた介護技術を提供し、認知症者の状態に応じた適切な対応を行うことができる
Ⅳ 認知症ケアに係る現状と課題	認知症ケアに係る現状と課題について理解する	認知症ケアに係る現状と課題を把握し、認知症ケアの改善に向けた取り組みを講ずることができる	

「疾患の治療」と「認知症者に対する介護技術」が別体系になっており、相互の関連性が示されていない。 81

参考②

保険者機能強化によるケアシステムの構築

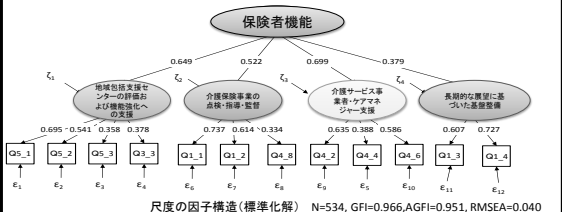
項目の選定について

保険者機能評価のためのカテゴリ	平成21年度調査項目数	平成23年度評価項目数
1 「事業計画・政策立案の状況」	7	5
2 「地域連携の仕組みづくり」	5	2
3 「自治体としての地域包括支援センター職員への支援」	4	3
4 「介護支援専門員(ケアマネジャー)支援」	5	
5 「介護サービス事業者支援」	6	8
6 「サービスの苦情・相談体制」	4	
7 「高齢者虐待対応・権利擁護対応・やむを得ない事由による措置・成年後見制度関連」	9	6
合計	40	24

- ①平成21(2009)年度に実施した全国調査の回答率
- ②平成24年度介護保険制度改正により新たに付加された保険者機能
- ③海外の研究成果

を参考として、先行研究で示された7分類40項目を、エキスパートレビューにより、5分類24項目の新評価項目として選定した。さらに、これら評価項目には、現行法令・通知に根拠があることを明示した。

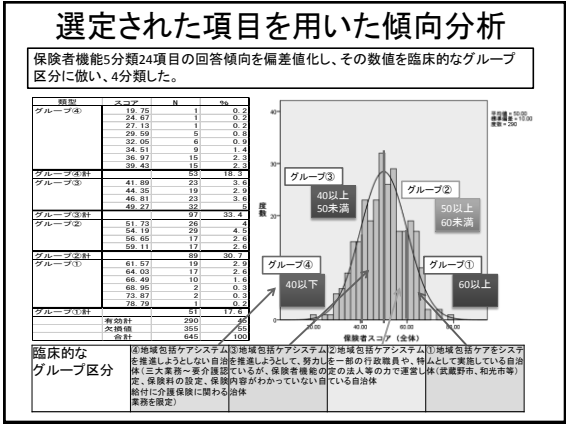
共分散構造分析による項目の選定



尺度の因子構造(標準化解) N=534, GFI=0.966, AGFI=0.951, RMSEA=0.040

因子名	項目名	因子負荷
地域包括支援センターの整備および機能強化への支援	Q1_1	0.605
	Q1_2	0.541
	Q1_3	0.358
	Q1_4	0.378
介護保険事業の点検・指導・監督	Q1_1	0.737
	Q1_2	0.624
	Q1_3	0.334
	Q1_4	0.334
介護サービス事業者・ケアマネジャー支援	Q1_1	0.635
	Q1_2	0.388
	Q1_3	0.586
	Q1_4	0.607
長期的な需要に基づいた介護整備	Q1_1	0.607
	Q1_2	0.727
	Q1_3	0.607
	Q1_4	0.727

地域包括ケアシステムと認知症施策 －認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方－



事業概要

一 認知症施策における認知症初期集中支援チームの位置づけ

平成25年8月2日(金)

事業概要

認知症施策における 認知症初期集中支援チームの位置づけ

厚生労働省 老健局 高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室長
勝又 浜子

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

- 認知症高齢者数
 - 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ(Ⅲ)以上の高齢者数は**280万人**であった。
 - (算出方法)
 - ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
 - ②年別データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記の割合(性別・年齢階級別・要介護後別認知症高齢者割合)を乗じて算出した。
 - ※ただしこの算出方法では、認知症高齢者数に若干の重複が認められる。
 - ※日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支援を要する状態(行動や意思疎通の困難さが多少見られるも、誰かが注意すれば自立できる状態。(次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照)
- 将来推計

将来推計(年)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

※平成24年(2012)推計すると、305万人と推定。
※下段は65歳以上人口に対する比率。

(算出方法)
○将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡・中位出生率)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

3. 認知症高齢者の居場所別内訳 (平成22年9月末現在) (単位:万人)

日常生活自立度Ⅱ以上	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
	140	10	14	41	36	38	280

※施設別内訳の内訳により合計は一部異なる。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らもの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られるも、誰かが注意すれば自立できる。	たがたが道に迷うか、買い物や事務、金融管理などがそれまででやることができなくなっている。
III	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服装管理ができない、電線の対応や訪問者の対応がむづろい、留守ができない等。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがかなり見られ、介護も必要とする。	服装、食事、排便・排尿がうまくできない、時間のみならず、やからに物に注意しなくなる、物忘れ、盗み、徘徊、失禁、失物、盗み、虐待などがある、凶暴的行動、性的異常行為等。
V	自宅を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIに近い。
VI	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻りに見られ、介護も必要とする。	ランクIIに近い。
MA	認知・精神状態や行動に重大な身体疾患が見られ、専門的ケアが必要とする。	がん、脳卒中、糖尿病、痴呆、他疾患の精神症状や精神状態に起因する問題行動が継続する状態等。

認知症高齢者の現状 (平成22年)

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値16%、認知症有病者数約430万人と推計(平成22年)。また、全国のMCI(正常でもない、認知でもない(正常と認知症の中間)状態)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)。

約280万人
約160万人
約380万人(注)
一人の人
65歳以上高齢者人口2,874万人
持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

注：MCIの全ての者が認知症になるわけではないことに留意。

『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「ケアの切れを克服する」

- 「認知症の人は、精神科病や施設を知らずにいる人が多い」という考え方を改め、「認知症によって本人の権利が侵害され、できる限り権利が保障されるべき」という考え方を広げ、認知症施策の推進を図る。
- この取組のため、認知症施策の推進に必要となることにより、これまでの「ケアの切れ」を解消し、切れ目のない認知症施策を実現することを目指す。

- 1 標準的な認知症ケアパスの作成、普及
 - 認知症のケアは標準化されたケアパスに基づいて実施し、ケアの切れを克服する。
 - 認知症のケアは標準化されたケアパスに基づいて実施し、ケアの切れを克服する。
- 2 早期診断・早期対応
 - 認知症の早期診断・早期対応が実現することで、認知症のケアの質を向上させる。
 - 認知症の早期診断・早期対応が実現することで、認知症のケアの質を向上させる。
- 3 地域での生活を支える介護サービスの展開
 - 認知症高齢者が地域で生活できるように、介護サービスの展開を図る。
 - 認知症高齢者が地域で生活できるように、介護サービスの展開を図る。
- 4 地域での生活を支える介護サービスの展開 (グループホーム)
 - グループホームの展開により、認知症高齢者が地域で生活できるようにする。
 - グループホームの展開により、認知症高齢者が地域で生活できるようにする。
- 5 地域での日常生活・実践の実現の強化
 - 認知症高齢者が地域で生活できるように、日常生活・実践の実現を強化する。
 - 認知症高齢者が地域で生活できるように、日常生活・実践の実現を強化する。
- 6 認知症施策の推進に貢献し、支援のためのボランティアを育成、発掘するとともに、本人や関係者等が活躍できる環境づくりの取組を進める
- 7 認知症の本人への「介護」を含む一生涯の生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を確立し、これを基盤とした介護サービスの人材を育成する

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

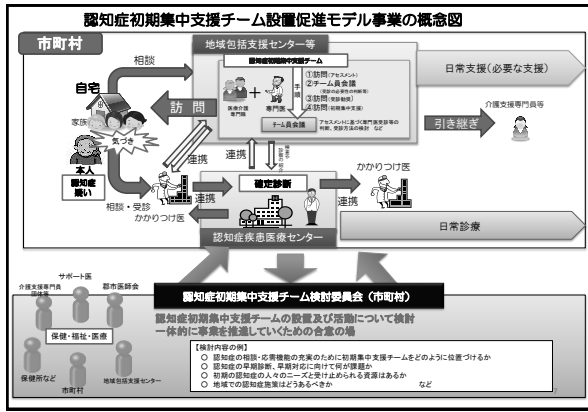
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスを提供される単一生活圏(具体的には中学校区)を単位として設定。

事業概要

一 認知症施策における認知症初期集中支援チームの位置づけ



「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(抜粋版) (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**
 - 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
 - 平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - 平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映
- 2. 早期診断・早期対応**
 - かかりつけ医認知症対応能力向上研修の受講者数(累計)
 - 平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
 - 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
 - 平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
 - 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - 平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - 平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - 平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
 - 認知症診断等を含む医療機関の取組
 - 平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
 - 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - 平成27年度以降 すべての市町村で実施
- 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築**
 - 「認知症の認知症施策に関するガイドライン」の策定
 - 平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
 - 精神科病院に入院が必要な状態の認知症
 - 平成24年度～ 調査・研究を実施
 - 「遠隔支援、地域連携クリティカルパス(遠隔に向けた診療計画)」の作成
 - 平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、遠隔見込者に必要となる介護サービスの整備も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

認知症高齢者の認知症対応型ケア	平成24年度	平成29年度
認知症高齢者数	305万人	373万人
在宅介護(介護職員等付帯型)の認知症高齢者数	149万人	186万人
認知症サービス(認知症対応型共同生活介護等)	28万人	44万人
介護施設(介護老人保健施設等)	89万人	100万人
介護職員	38万人	38万人

- 5. 地域での日常生活・療養の支援の強化**
 - 認知症対応型介護職員の人数
 - 平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
 - 認知症サポート員の人数(累計)
 - 平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人
 - 市民ボランティアの育成・支援組織の体制を整備している市町村数
 - 将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
 - 認知症の人やその家族等に対する支援
 - 平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進
- 6. 若年性認知症の支援の強化**
 - 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - 平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配布
 - 若年性認知症の人の認知症対応型ケアなどの事業実施都道府県数
 - 平成24年度末見込 17都道府県 → 平成29年度末 47都道府県
- 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成**
 - 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - 平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
 - 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)
 - 平成24年度末見込 2,6万人 → 平成29年度末 4万人
 - 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)
 - 平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
 - 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応能力向上研修の受講者数(累計)
 - 新規 → 平成29年度末 37,000人

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日(九段)

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

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

共通する理念と推進体制

基本的理念 認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活を継続を目指す

推進体制 首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示 本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応 早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援 レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化

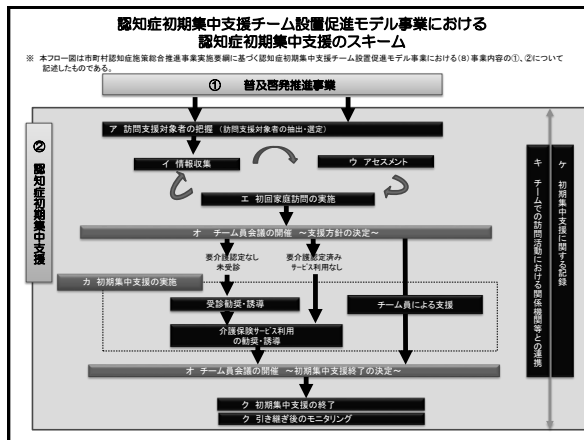
行動・心理症状への対応 行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発 認知症に対する理解と意識の向上を図る

認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割 —認知症初期集中支援チームとは—

認知症初期集中支援チーム の果たすべき役割

独立行政法人国立長寿医療研究センター
脳機能診療部長
鷲見 幸彦



[役割-1]

認知症初期集中支援チームの定義

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。

[役割-2]

訪問支援対象者の定義

年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、
在宅で生活している者

- 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者
- 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事例

[役割-3]

認知症初期集中支援チーム設置促進 モデル時事業（1）

- 事業の実施主体
- チームの設置場所
- 緊急時の連絡体制の確保

[役割-4]

認知症初期集中支援チーム設置促進 モデル事業（2）

- チーム員の配置人数と職種
- チームの役割

認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割 — 認知症初期集中支援チームとは —

[役割-5]

普及啓発（広報活動）

このような支援チームがあることを
あらゆる手段を用いて
地域に周知する必要がある

各団体への
働きかけ

市町村での
認知症に関する
普及啓発活動
の推進

[役割-6]

対象者の把握

地域包括支援センターが入手した情報が主体

- 情報を待つ
本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、介護支援専門員からの相談、医療機関からの紹介等
- 情報を取りに行く
二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例）要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定

[役割-7]

情報収集-どのような情報を得るのか-

情報収集の項目

- 情報源（本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、介護支援専門員、その他）
- 基本情報
- 本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）
- 家族等の状況
- 現病歴 ● 既往歴 ● これまでの経過
- 生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人・家族の思い、希望）
- 利用しているサービス
- 生活障害の項目（IADL、ADL、その他）
- 認知機能の項目
- 身体状況の項目

[役割-8]

情報収集-情報収集時の留意点-

原則、本人や家族からの情報を基本とする。

これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合



要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認

同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失

[役割-9]

アセスメント — なにを評価するのか —

1. 認知機能と行動・心理症状
 - DASC
 - DBD13(認知症行動障害尺度)
2. 家族の介護負担
 - Zarit8介護負担尺度の導入(スコアによる数値化が可能)
3. 身体状況のチェック
 - 初回訪問時の身体状況のチェック
 - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
 - 医療情報(検査データ、薬剤処方 など)
4. 居住環境
5. 家族の介護対応力
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性

[役割-10]

Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC-21

項目	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価
1. 認知機能(知覚・注意)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
2. 認知機能(記憶)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
3. 認知機能(実行機能)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
4. 認知機能(意思決定)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
5. 認知機能(社会行動)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
6. 認知機能(日常生活)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
7. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
8. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
9. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
10. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
11. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
12. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
13. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
14. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
15. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
16. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
17. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
18. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
19. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
20. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症
21. 認知機能(認知症)は正常範囲内ですか?	正常範囲内	軽度障害	中等度障害	重度障害	認知症	認知症	認知症

認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割 ー認知症初期集中支援チームとはー

[役割-11] **DBD13**

No	質問内容
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、忘れたりしている
3	日常的な物事に関心を示さない
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詰め込む
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう

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

[役割-12] **Zarit (介護負担尺度日本語版) 8項目**
Zarit Burden Interview

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	4
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腰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が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。					

- [役割-13] **ー体の様子をチェックー**
- 全身観察
 - ①コミュニケーションのための基本的能力
 - ②衛生状態
 - ③栄養状態
 - ④摂食状態
 - ⑤排泄状態
 - ⑥睡眠状態
 - 基礎データ
バイタルサインのチェックと身体測定
血圧 脈拍 体温 呼吸数 身長 体重

- [役割-14] **初回家庭訪問の実施 (1)**
- 複数で訪問
 - 訪問所要時間はおおむね2時間以内

- [役割-15] **初回家庭訪問の実施 (2)**
訪問時の留意点と記録
- 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有の出来る仕組みを確保する
 - 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問する
 - 十分な情報を得るための配慮を行う
 - 家族の同席の確保
 - 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する
 - チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応を想定しておく
 - 対象者の台帳を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため記録の保管方法は慎重に考慮

- [役割-16] **初回訪問時の支援内容**
- 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
チームができることについてわかりやすい提示
 - 基本的な認知症に関する情報提供
 - 専門医療機関への受診が本人、家族にとってのメリットがあることについて説明
 - 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについて説明
- 以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施のこと
- 本人への心理的サポートとアドバイス
 - 家族への心理的サポートとアドバイス
 - 具体的な各機関との連絡調整

認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割 －認知症初期集中支援チームとは－

[役割-17]

チーム員会議の開催

- いつ行うのか 初回訪問終了後 必須
介護保険サービス引継ぎ前 必須
その間は随時
- メンバー 認知症専門医を含むチーム員 必須
必要に応じて 地域包括支援センター職員
かかりつけ医、担当する介護支援専門員、
市町村関係課 等
- 会議の内容
アセスメント内容の総合チェック
- ↓
- 専門医療機関への紹介の必要性の検討、
受診に向けた適切な方法の検討
本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言
- ↓
- 初期集中支援計画の検討

[役割-18]

初期集中支援の実施

- 初期集中支援の内容
1. 受診勧奨・誘導
 2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導
 3. チーム員による支援
本人・家族への教育的支援
重症度に応じたアドバイス
身体を整えるケア
(身体状況のチェックから:水分摂取、食事摂取、排泄、運動など)
- 生活環境の改善
継続的な医療支援
服薬管理
介護保険サービスが必要な場合の調整
介護保険サービス以外の社会資源の活用
権利擁護に向けた調整

[役割-17]

初期集中支援時の媒体

－何を使って指導するか－

1. 基本的な情報
認知症について
認知症の行動・心理症状について
治療について
家族の対応について
 2. 地域の特性に合わせた情報
医療情報、医療資源、人材
介護サービス資源について
インフォーマルなサービス など
- ↓
- 地域の最新の情報の収集が必要

[役割-18]

初期集中支援の終了

チーム員会議にて判断

訪問支援対象者のそれぞれの支援方針(＝初期集中支援計画)に基づいた、チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなど判断された場合に、終了

通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが
想定

地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎと今後のモニタリングに関する規定を設けている。

[役割-19]

例) 介護保険サービスへの引継ぎ

1. 引継ぎ方法
 - ① 対象者の自宅への同行訪問
 - ② チーム員会議への担当ケアマネジャーの参加
 - ③ チーム員によるケアプラン作成時への支援
 - ④ チーム員がサービス調整会議へ参加する
 2. 引継ぎ内容
基本情報
アセスメント内容
支援目標・内容
これまでの関わりの経過
- 情報を引き継ぐための様式の整備が必要

[役割-20]

引き継ぎ後のモニタリング

1. モニタリングの実施主体: 認知症初期集中支援チーム
2. モニタリングの間隔 : モデル事業では原則として2ヶ月毎
3. モニタリングの方法
本人宅への訪問の実施
引継ぎケアマネジャーへの聞き取り等
4. モニタリングの内容
経過におけるアセスメントに基づく課題と
支援計画の妥当性
家族の負担度
認知症に関する本人の状態像の変化
改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか
関係機関との情報共有状況等
結果をケアマネジャーに報告、助言

[役割-21]

モデル事業の活動の評価

【実績データ】

- ・医療機関受診につながった事例数
- ・介護保険サービスにつながった事例数
- ・認知症初期集中支援チームが関与した事例の支援目標への達成度
(チームが関与したことによって得られた効果:改善 ↑、悪化 ↓、現状維持 →)
- ・認知症に関する地域での普及啓発の取組実績
- ・困難事例の介入事例数と解決事例数
- ・認知症の行動・心理症状があっても、在宅医療が継続できた事例数

【介入効果の前後比較】

- ・家族の介護負担感:Zarit8項目のスコア
- ・本人の状態像:
 - DASCにおけるスコア(21項目)
 - DBD(Dementia Behavior Disturbance Scale)13認知症行動障害尺度のスコア

【アウトプット】

- ・認知症初期集中支援チームの活動をモデル化した認知症相談対応フロー

認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

IV-1 認知症の総合アセスメント ①

あらすじ

1. 一人暮らしのある高齢者の事例から
2. 21世紀前半のわが国の高齢化
3. 認知症の一般的特徴
4. 代表的認知症疾患
5. 認知症総合アセスメントDASCについて

一人暮らしのある高齢者の事例から

ある日の午後、地域包括支援センターから認知症疾患医療センターの医療相談室へ電話があった・・・



事例：80歳、女性

- ・ 元教員。現在はマンションで一人で暮らしている。
- ・ 60代で大腸がんの手術を受けており、その頃から近くの診療所で高血圧症の治療を受けていたが現在は通院していない。
- ・ 79歳頃から、夜中にベランダで大声をあげたり、ゴミを溜め込んで悪臭を発生させたり、隣家の扉を朝4時頃から怒鳴り声をあげて叩いたり、近隣住民とのトラブルが絶えなくなった。
- ・ 近隣住民らがマンションの管理会社に相談し、管理会社が地域包括支援センターに連絡。以後、地域包括支援センターの社会福祉士がケースに関わるようになった。

事例の続き

- ・ 社会福祉士が女性宅を訪問したところ、身体的には自立しており、にこやかに話をするが、もの忘れは著しく、話したことはすぐに忘れる。家の中も整理できない様子で雑然としており、冷蔵庫の中の食べ物は腐っており、それを食べているようである。
- ・ 財布、鍵などを紛失し、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む特定の人物」だと言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の張り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問したりしている。
- ・ 部屋の片隅には何故か新品のDVDが3台ある。

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

事例の続き

- 社会福祉士は、区役所の担当課と相談し、親戚縁者を探したところ、青森県に20年前に離婚した元夫と娘がいることがわかり連絡してみた。が、対応は困難という返事だった。
- 本人を説得して、何とか近くの精神科クリニックを受診させたところ、老年精神病という診断で抗精神病薬の処方を受けたが、本人は服薬も通院も拒否。
- 地域包括支援センターでケース会議を開催。「これ以上の在宅ケアは困難、入院の方向にもっていきたい」ということになり、認知症疾患医療センターの相談室に連絡をいれた。

情報の整理

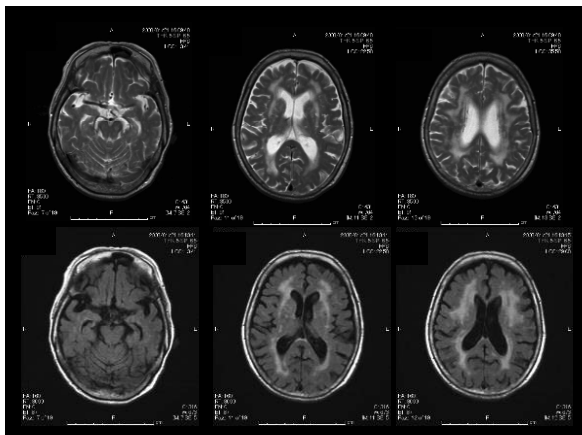
領域	内容
認知症疾患	?
認知機能	近時記憶障害
生活機能	金銭管理の障害、服薬管理の障害、食事の準備の障害
身体の状態	高血圧症、大腸がん術後(未受診)
行動・心理症状(BPSD)	被害妄想、物盗られ妄想、侵入妄想、攻撃性、易刺激性、夜間不眠、叫声
社会的状況	独居、身寄りなし、近隣トラブル、医療機関への受診困難、悪質商法被害

事例の続き

- 医療相談室では、①認知症疾患の可能性があること、②高血圧症の治療が中断していること、③大腸がんの定期健診も中断していることなども勘案して、まずは、当院の認知症疾患医療センターに受診してもらい、鑑別診断と総合的な医学的評価を受けることを助言した。
- 地域包括支援センターの社会福祉士も、本人が大腸がんのことを気にかけていること知っていたので、まずはそのことを理由に、スタッフ同伴でセンターを受診するように説得してみるということになった。

初診時所見

- MMSE 20/30, 3単語遅延再生(0/3), 時間失見当識(2/5), 連続7減算(2/5), 透視立法体図模写・時計描画障害
- 基本的ADL自立, 手段的ADL障害(金銭管理, 服薬管理, 家事障害)
- 精神症状・行動障害: 被害妄想, 侵入妄想, 物盗られ妄想, 攻撃性, 易興奮性, 夜間不眠, 叫声
- 神経学的異常所見(-), 血圧 180-100mmHg
- 血液・生化学検査・甲状腺機能・VitB1/B12・葉酸異常なし, 梅毒血清反応(-)
- 頭部CT: 両側側頭葉萎縮, 両側大脳白質に融合性低吸収域(慢性虚血性変化)



認知症の総合アセスメント

領域	内容
認知症疾患	脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 視空間構成障害, 実行機能障害(判断力・問題解決能力の障害)
生活機能障害	金銭管理の障害, 服薬管理の障害, 食事の準備の障害
身体合併症	高血圧症, 大腸がん術後
精神症状・行動障害(BPSD)	被害妄想, 物盗られ妄想, 侵入妄想, 易刺激性, 攻撃性, 夜間不眠, 叫声
社会的状況	近隣トラブル, 独居, 身寄りなし, 医療機関への受診困難, 悪質商法被害

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

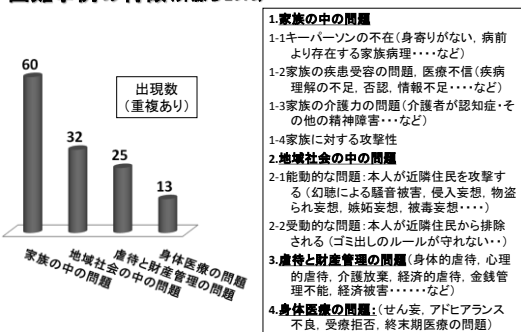
診断と方針

- ・ 要介護認定を受け、在宅サービスを利用しながら、地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- ・ 地域包括支援センターの社会福祉士同伴で定期的に当院(精神科, 内科)に通院して医学的管理
- ・ 訪問看護を導入して服薬管理
- ・ 権利擁護センターを利用して金銭管理の支援
- ・ 青森に住む元夫, 娘に病状を説明して, 成年後見制度の申し立てを依頼。
- ・ 後見人が選任された段階で, 本人とも相談しながら, 施設入所の方向で……

方針

- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携してアウトリーチによる支援を継続
- ・ 地域包括支援センター社会福祉士同伴で定期的に通院→毎回, 通院の説得がたいへん
- ・ 訪問看護を導入して服薬管理→訪問看護師の顔が覚えられず, やがて訪問を拒否
- ・ 権利擁護センターを利用して財産管理
- ・ 元夫, 次女に病状説明, 成年後見制度の申し立てを依頼。後見人が選任されたら, 施設入所の契約を進める→申請をしてもらえなくなった。
- ・ 不動産会社からは退去勧告。本人も下痢, 便失禁。
- ・ 後見人は選任され, 精神科に入院となる

アウトリーチ型認知症高齢者相談事業の対象となる困難事例の特徴(井藤ら 2013)

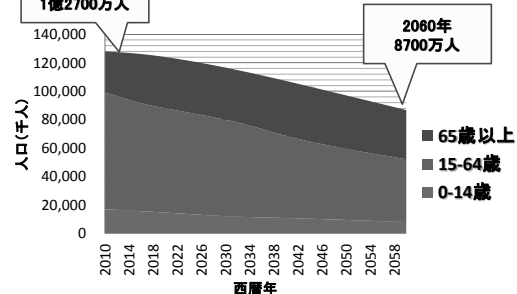


1. 家族の中の問題
 - 1-1 キーパーソンの不在(身寄りがない, 病前より存在する家族病理……など)
 - 1-2 家族の疾患受容の問題, 医療不信(疾病理解の不足, 否認, 情報不足……など)
 - 1-3 家族の介護力の問題(介護者が認知症・その他の精神障害……など)
 - 1-4 家族に対する攻撃性
2. 地域社会の中の問題
 - 2-1 能動的な問題: 本人が近隣住民を攻撃する(幻聴による騒音被害, 侵入妄想, 物盗られ妄想, 嫉妬妄想, 被害妄想……)
 - 2-2 受動的な問題: 本人が近隣住民から排除される(ゴミ出しのルールが守れない……)
3. 虐待と財産管理の問題(身体的虐待, 心理的虐待, 介護放棄, 経済的虐待, 金銭管理不能, 経済被害……など)
4. 身体医療の問題:(せん妄, アドヒアランス不良, 受療拒否, 終末期医療の問題)

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

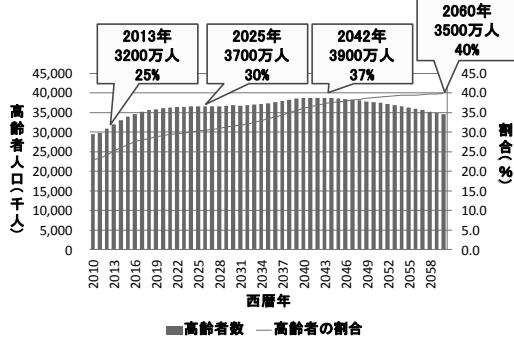
21世紀前半のわが国の高齢化

日本の将来推計人口 (年齢3区分別人口)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

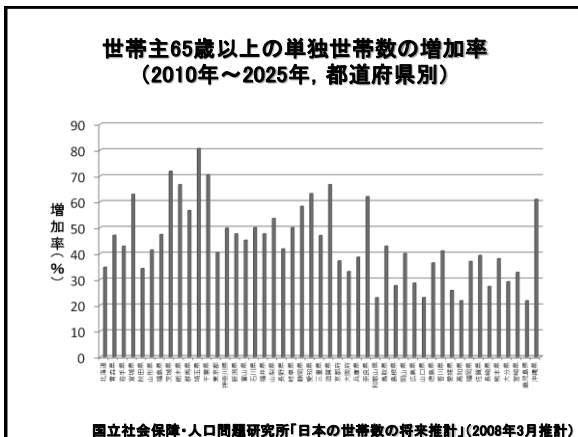
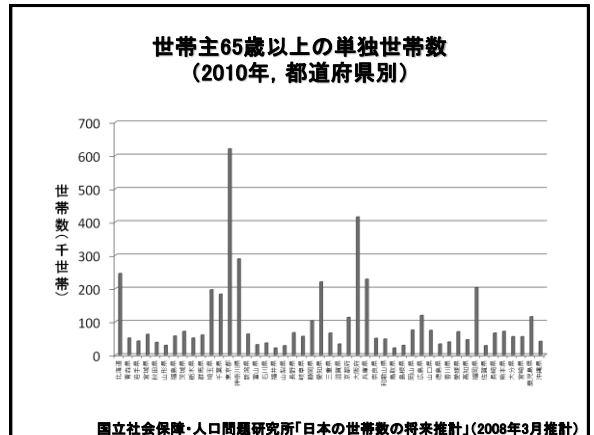
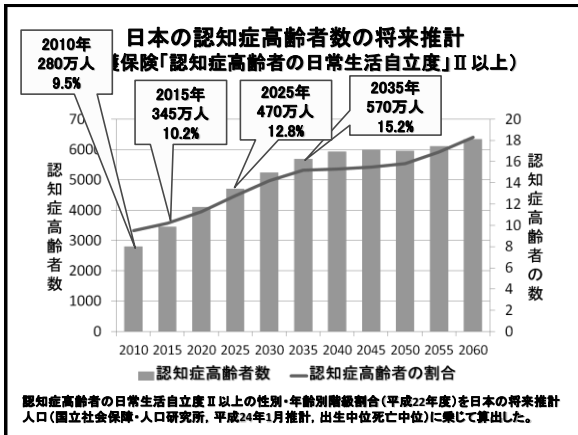
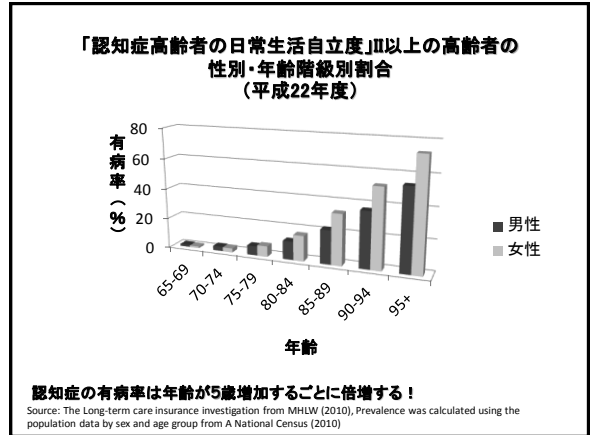
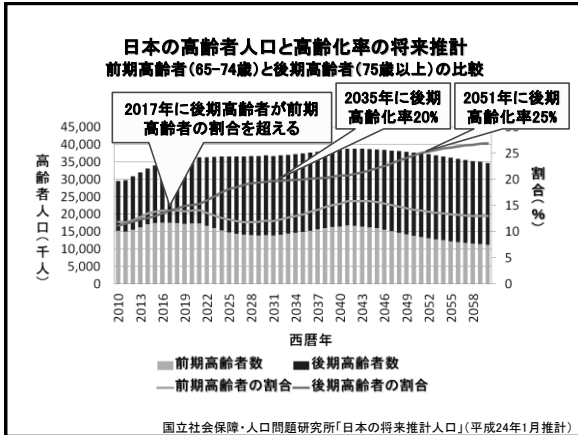
日本の高齢者人口と高齢化率の将来推計



国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用手法



21世紀前半のわが国の高齢化

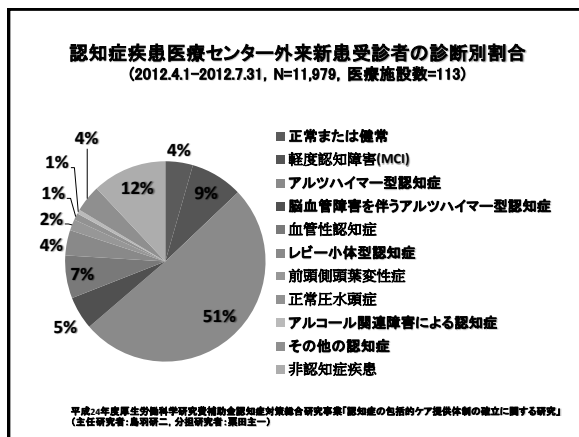
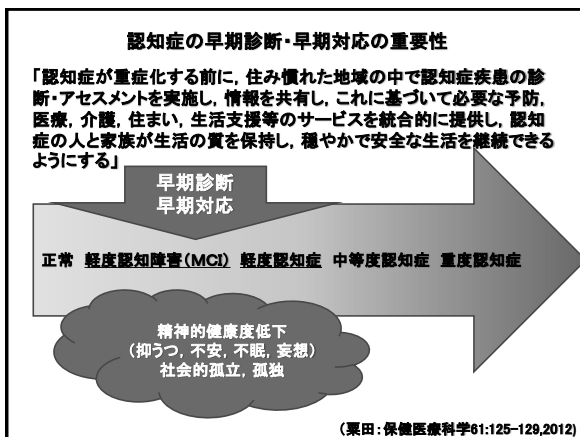
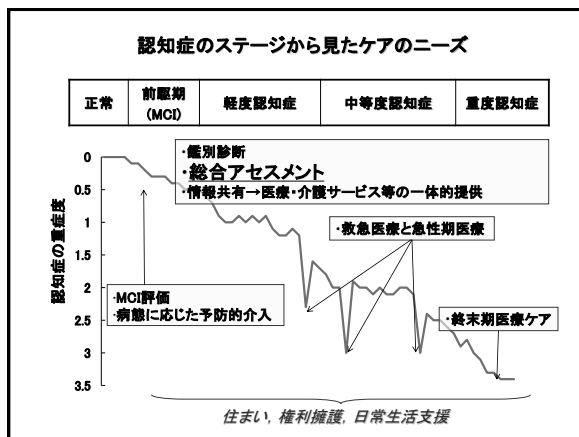
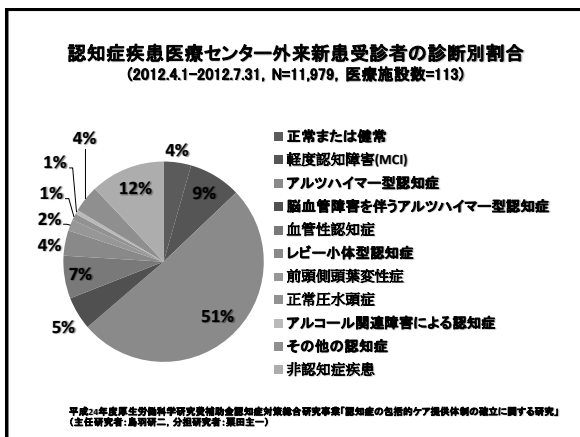
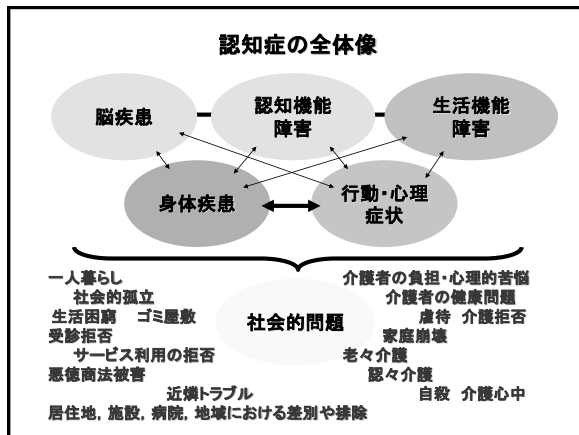
	2010年	2025年	2035年
65歳以上高齢者人口(高齢化率)	2950万(23%)	3670万(30%)	3740万(33%)
75歳以上高齢者人口(後期高齢化率)	1420万(12%)	2180万(18%)	2250万(20%)
高齢者単独世帯数(総世帯に占める割合)	500万(10%)	700万(13%)	760万(15%)
高齢者世帯数(単独+夫婦のみ)(総世帯に占める割合)	1040万(20%)	1350万(26%)	1390万(28%)
認知症高齢者数注(高齢者人口における有病率)	280万(10%)	470万(13%)	570万(15%)
(一般人口における有病率)	(2%)	(4%)	(5%)

注)介護保険要介護認定者における「認知症高齢者の日常生活自立度II」以上の人の数

認知症総合アセスメント

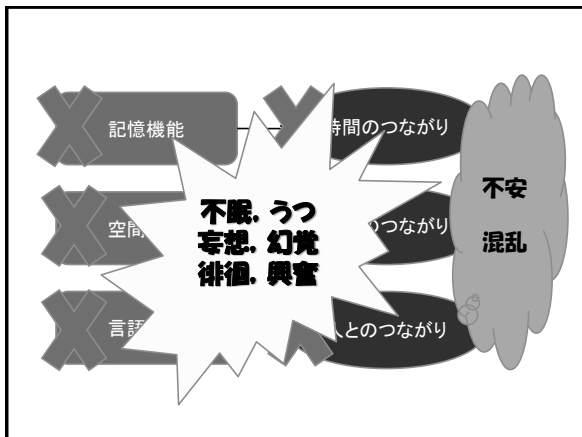
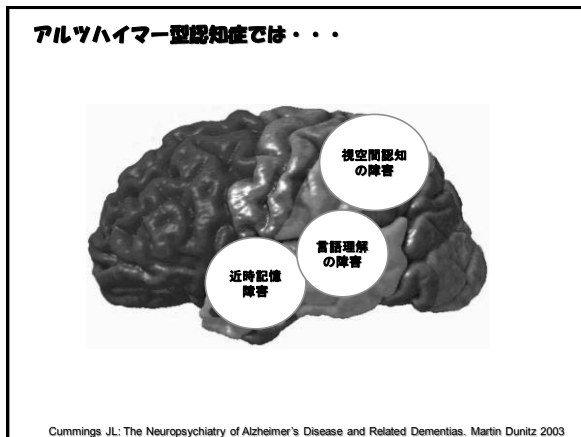
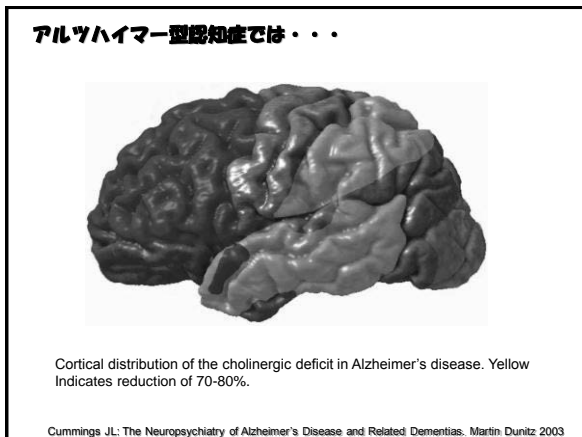
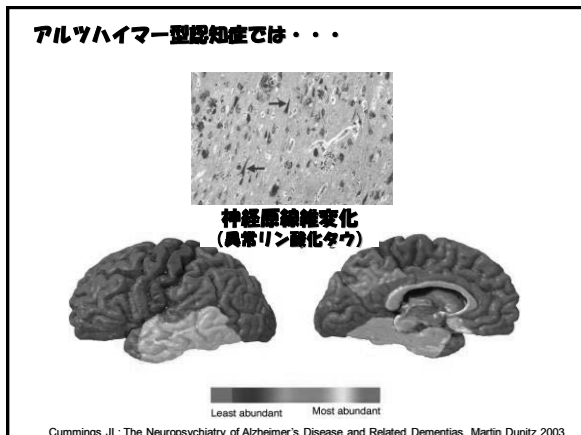
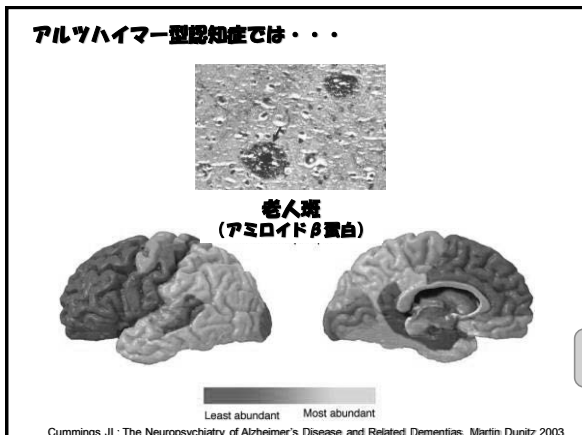
- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

認知症の総合アセスメントを理解するために
認知症の一般的特徴



認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法



ある一人暮らしの認知症の人のお話

ある日、娘夫婦が家を訪ねたところ、玄関に座り込んだまま立ち上がれなくなっている母親を発見した。救急車を呼んで病院を受診したところ、医師から腰椎圧迫骨折と言われ、「鎮痛薬を飲んで安静にしていれば回復しますよ」と説明された。しかし、娘夫婦は、本人が一人暮らしであり、最近認知症を疑わせる症状があるので「入院させてもらえませんか」と頼んだ。その後……

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

ある一人暮らしの認知症の人のお話(続き)



本人は娘に対して、「むりやり私を病院に連れてきて私を入院させるつもりか！お前たちは私をボケ扱いして私の家をのっとるつもりか！」と大声をあげて興奮しはじめた。娘夫婦の話では、夫と死別してから、ひっきりなしに娘夫婦の家に電話をかけてきて、「財布をどこに隠した！」「通帳を勝手にもっていったる！」「私を追い出して家をのっとるつもりか！」と激しく攻撃するようになったという。こういう状態なので、娘夫婦は、「自分たちの家に連れて行くこともできない。どうか入院させて欲しい」と医師に懇願した。

認知症を理解している看護婦がいると...



(一体どうなされたのですか？)
娘夫婦に無理やり病院に連れてこられたのです
(無理やり連れてこられたのですか？)
そうです。無理やりです
(玄関で動けなくなっていたのですか？)
そんなことはありません。仏壇をかたづけただけです。そして娘たちが来て、いきなり私を自分たちの車に押し込んで連れてきたんです
(仏壇をかたづけられていたんですか？)
そうです
(ご主人の仏壇ですか？)
そうです。夫が突然死んだもので、その後始末がいろいろあって。

(それはたいへんでしたね)
ええ、突然だったものですから
(それからずっと一人暮らしをされていたんですか？)
そうです
(後片付けも一人でされていたんですか？)
そうです。夫が突然死んだもので、仏壇をかたづけたいんです
(それで腰を痛めたのですか？)
だと思います
(腰の痛みは今もあるんですか？)
ええありますよ
(重いものをもったせいか、腰の骨が潰れてしまっているようですよ)
そうなんです



認知症のケアの基本は.....

本人自身の感じていることを尊重し
つながりを大切にされたケア



Reality Orientation Therapy,
Validation Therapy,
Person Centered Care

認知症を理解するために
代表的な認知症疾患について

アルツハイマー型認知症

認知症総合アセスメント

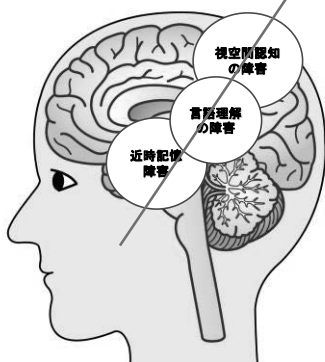
- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

アルツハイマー型認知症とは

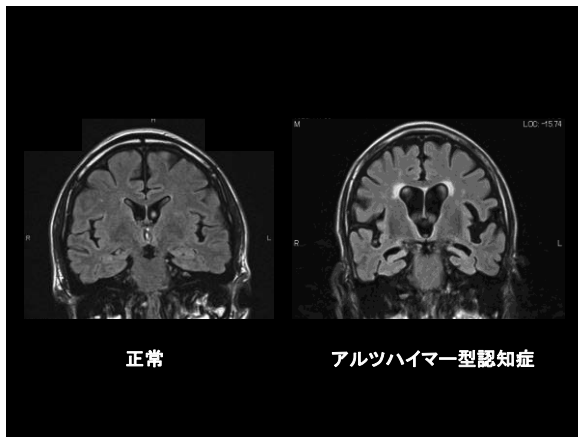
- 海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症。
- 老人斑の主要構成成分は**アミロイドβ蛋白**、神経原線維変化の主要構成成分は**タウ蛋白**であることが明らかにされている。
- 潜行性に発症、緩徐に進行。初期から**近時記憶障害**が目立つのが特徴。



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害



血管性認知症

血管性認知症とは

- 脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して出現する認知症。
- 脳卒中発作の後に急速に発症し、階段状に進行するもの(多発梗塞性認知症)と、動脈硬化性血管病変による慢性虚血変化を背景に、潜行性に発症し、緩徐に進行するもの(皮質下血管性認知症)がある。

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

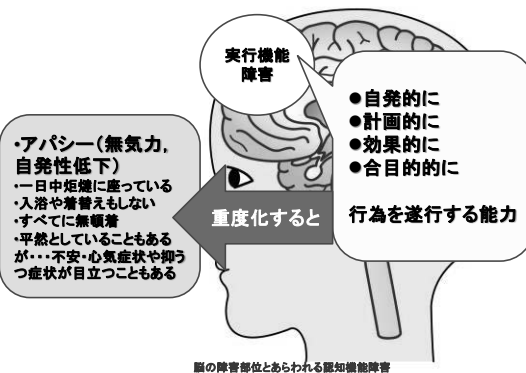
皮質下血管性認知症のMRI画像



脳の障害部位とあられる認知機能障害

実行機能(遂行機能)と生活機能

- ・ お腹が減ったから、カレーライスを作って食べよう。
- ・ 気分が減ってきたから、散歩にでも行こう。
- ・ 風邪をひいたみたいだから、病院に行って、薬をもらってこよう。
- ・ 寒くなってきたから、冬支度をはじめよう。
- ・ 経済的に厳しいので、福祉事務所に行って、生活保護受給について相談してみよう。
- ・ 水道が出っぱなしで止まらない・・・どうしよう。そうだ、まずは水道の元栓をしめよう。それから水道局に連絡しよう・・・



脳の障害部位とあられる認知機能障害

一日中何もせずに炬燵に入って
テレビを見ている・・・

75歳の男性。
もともとお酒が好きで、よく飲み歩いていた。63歳で会社を退職してから、家で一人でお酒を飲むようになったが、やがて一日中何もせずに炬燵に入ってテレビを見て過ごすばかりになり、言わなければ着替えもせず、入浴もしなくなった。もともと高血圧症と糖尿病があったが、それも悪くなっているようだ・・・

レビー小体型認知症

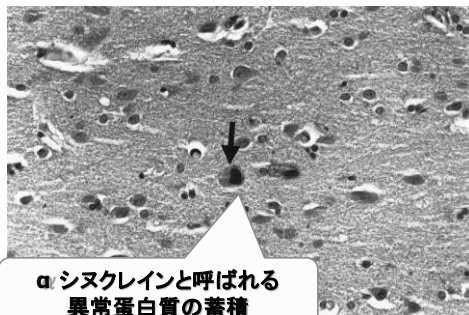
認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

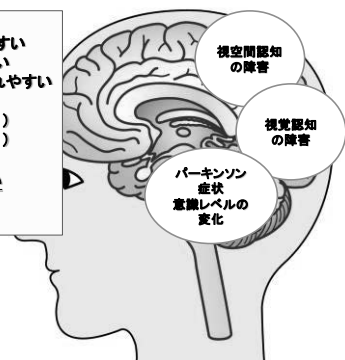
レビー小体型認知症とは

- 認知症とパーキンソン症状を主症状とし、**レビー小体**が脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症。
- レビー小体の主要な構成成分は **α シヌクレイン**と呼ばれる異常蛋白質であることが明らかにされている。

神経細胞内に見られるレビー小体



- ・日中うとうとしやすい
 - ・夜間行動異常が現れやすい
 - ・幻視や錯覚が現れやすい
 - ・妄想や抑うつ症状が現れやすい
 - ・パーキンソン症状
 - ・歩行障害(転倒に注意！)
 - ・嚥下障害(誤嚥に注意！)
- ・**症状が変動しやすい**
- ・脱水症に注意！
 - ・尿路感染症に注意！



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

家の中に見知らぬ人が……

74歳の女性。
「家の中に見知らぬ人が入ってきて、家の中のものを勝手にもっていく」「仏壇の前で小さな子どもたちが遊んでいる」などと言い、誰もいないのに「どこから来たの」などと声をかけたりする。夜中寝ているときに大声を出し、隣で寝ている夫を叩いたりすることがある。日中うとうと過ごしていることも多い。最近は歩行が不安定になり、転びやすい。

前頭側頭葉変性症

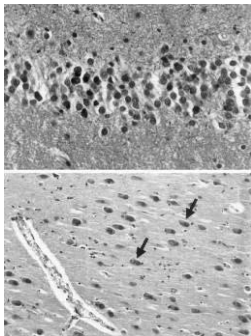
前頭側頭葉変性症とは

- 大脳前方領域(前頭葉や側頭葉前部)に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症の総称。
- 前頭側頭型認知症(FTD), 非流暢性進行性失語(PA), 意味性認知症(SD)という3つの臨床亜型がある。

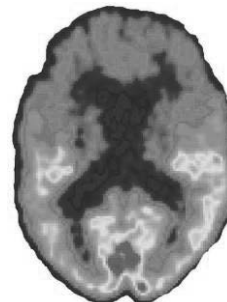
認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

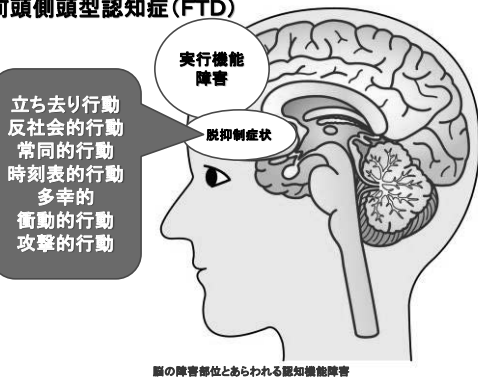
神経細胞内に見られるピック小体



前頭側頭型認知症のSPECT画像



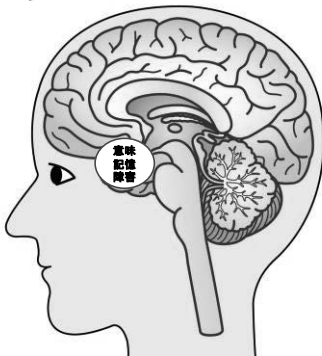
前頭側頭型認知症(FTD)



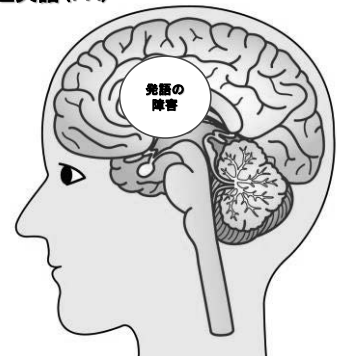
すべてに無頓着, 同じことばかりする...

63歳の男性
仕事のことも, 家族のことも, 世の中の出来事も, 何に対しても興味や関心がなくなった. 人が来ても挨拶もせず勝手にいなくなる. 普段あまりしゃべらないが, たまにしゃべっても同じことしか言わない. いつも午後3時になると自転車に乗ってどこかにでかけていく. コンビニでいつも決まったパンを買ってくる.

意味性認知症(SD)

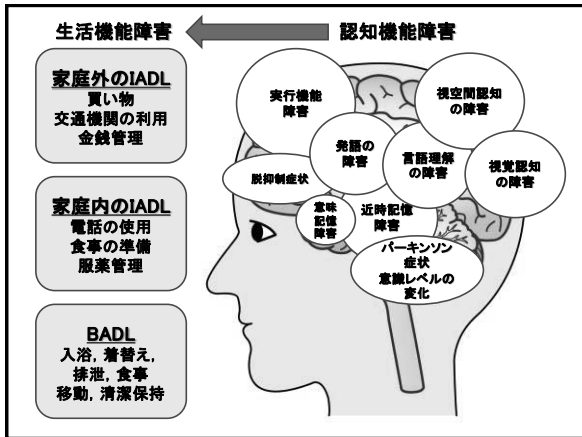


進行性非流暢性失語(PA)

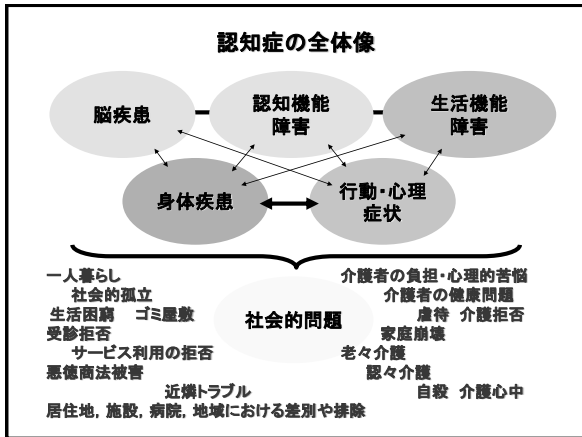


認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法



地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント
DASCについて

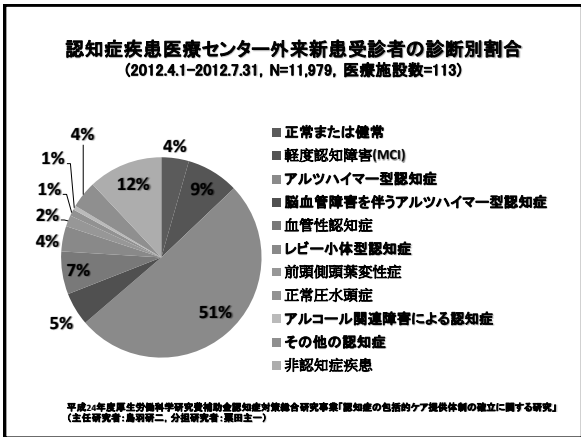


認知症の総合アセスメント

認知症疾患	アルツハイマー型認知症, 脳血管性認知症, 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, 進行性核上麻痺, 皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 場所失見当識, 視空間認知障害, 注意障害, 遂行機能障害, 言語理解障害, 発語障害, 意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄, 食事, 着替, 身繕い, 移動, 入浴)の障害, 手段的日常生活動作能力(電話の使用, 買い物, 食事の支度, 家事, 洗濯, 交通手段を利用した移動, 服薬管理, 金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	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, 脳嚢性肺炎, 慢性腎不全, がん, 貧血症, 脱水症, 白内障, 聴覚, 変形性関節症, 骨折, 前立腺肥大症, 痔瘻, 歯周病, 口腔乾燥症, パーキンソン症候群, 脳梗塞など。
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, 不眠を言う, 脱抑制, じやまをする, 拒絶症(せん妄)など。
社会的問題	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, 火の不始末, 交通事故の危険, 老老介護, 認知介護, 独居, 身寄りなし, 路上生活, 近隣トラブル, 悪徳商法被害, 医療機関での対応困難, 介護施設での対応困難など。

認知症の総合アセスメント

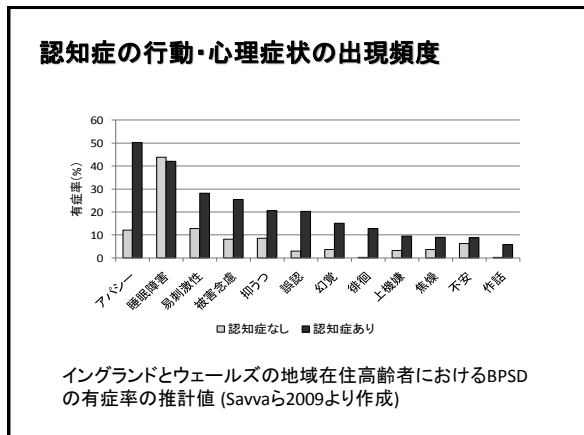
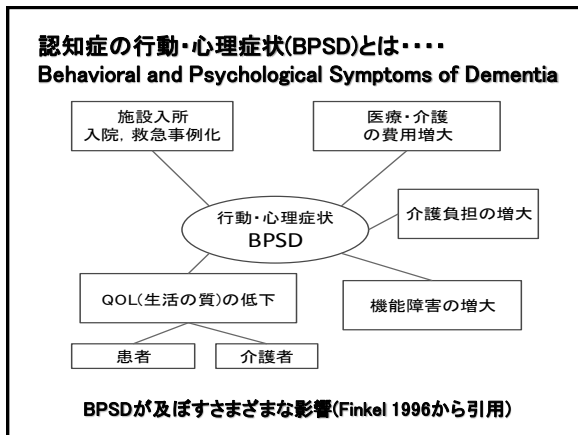
認知症疾患	アルツハイマー型認知症, 脳血管性認知症, レビー小体型認知症, 前頭側頭葉変性症, 正常圧水頭症, 外傷による認知症, アルコール性認知症, パーキンソン病, 進行性核上麻痺, 皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害, 時間失見当識, 場所失見当識, 視空間認知障害, 注意障害, 遂行機能障害, 言語理解障害, 発語障害, 意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄, 食事, 着替, 身繕い, 移動, 入浴)の障害, 手段的日常生活動作能力(電話の使用, 買い物, 食事の支度, 家事, 洗濯, 交通手段を利用した移動, 服薬管理, 金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	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, 脳嚢性肺炎, 慢性腎不全, がん, 貧血症, 脱水症, 白内障, 聴覚, 変形性関節症, 骨折, 前立腺肥大症, 痔瘻, 歯周病, 口腔乾燥症, パーキンソン症候群, 脳梗塞など。
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, 不眠を言う, 脱抑制, じやまをする, 拒絶症(せん妄)など。
社会的問題	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, 火の不始末, 交通事故の危険, 老老介護, 認知介護, 独居, 身寄りなし, 路上生活, 近隣トラブル, 悪徳商法被害, 医療機関での対応困難, 介護施設での対応困難など。



認知症総合アセスメント

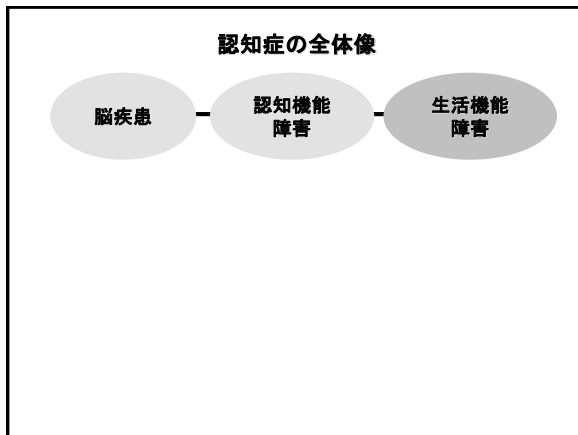
- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用する移動、服薬管理、金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	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、脳嚢性肺炎、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、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
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、不平等を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症(せん妄)など。
社会的問題	介護負担、介護者の健康問題、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、火の不始末、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、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。



- せん妄とは
- 軽度の意識混濁によって、注意障害、認知機能の全般的障害、睡眠・覚醒サイクルの障害、さまざまな精神症状(錯覚、幻覚、妄想など)が現れた状態。
 - 一日の中で症状が変動することが多い。
 - 身体合併症(脱水症、感染症、心疾患など)や薬物が原因になることが多い。
 - 精神運動が増加する場合(活動増加型)と減少する場合(活動減少型)がある。

認知症疾患	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、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、進行性核上麻痺、皮質基底核変性症など。
認知機能障害	近時記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など。
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、身繕い、移動、入浴)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用する移動、服薬管理、金銭管理)の障害。
身体疾患・身体機能障害	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、脳嚢性肺炎、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、褥創、歯周病、口腔乾燥症、パーキンソン症候群、脳梗塞など。
精神症状・行動障害	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、不平等を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症(せん妄)など。
社会的問題	介護負担、介護者の健康問題、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、火の不始末、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、悪徳商法被害、医療機関での対応困難、介護施設での対応困難など。



認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

記憶①

• 近時記憶

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. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

記憶②

• 近時記憶

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. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

記憶③

• 遠隔記憶

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. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

見当識①

• 時間

4. 今日が何月何日かわから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. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

見当識②

• 場所

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. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

見当識③

• 道順

6. 道に迷って家に帰ってこれなくなることはありませんか
 - a. まったくない
 - b. ときどきある
 - c. 頻繁にある
 - d. いつもそうだ

認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

問題解決・判断力①

• 問題解決

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. だいたいできる
 - c. あまりできない
 - d. まったくできない

問題解決・判断力②

• 問題解決

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. だいたいできる
 - c. あまりできない
 - d. まったくできない

問題解決・判断力③

• 社会的判断力

9. 季節や状況にあ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. だいたいできる
 - c. あまりできない
 - d. まったくできない

生活機能

生活機能

- IADL(手段的日常生活動作)
 - 家庭外のIADL
 - 家庭内のIADL
- BADL(基本的日常生活動作)

家庭外のIADL①

• 買物

10. 一人で買い物はできますか
- a. 問題なくできる
 - b. だいたいできる
 - c. あまりできない
 - d. まったくできない

認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

家庭外のIADL②

• 交通機関の利用

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. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

家庭外のIADL③

• 金銭管理

12. 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払い
は一人でできますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

家庭内のIADL①

• 電話

13. 電話をかけることができますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

家庭内のIADL②

• 食事の準備

14. 自分で食事の準備はできますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

家庭内のIADL③

• 服薬管理

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. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

身体的ADL①

• 入浴

16. 入浴は一人でできますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

身体的ADL②

・ 着替え

17. 着替えは一人できますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

身体的ADL③

・ 排泄

18. トイレは一人できますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

身体的ADL④

・ 整容

19. 身だしな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. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

身体的ADL⑤

・ 食事

20. 食事は一人でできますか

- a. 問題なくできる
- b. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

身体的ADL⑥

・ 移動

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. だいたいできる
- c. あまりできない
- d. まったくできない

1	財布や鍵など、物を置いた場所が…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
2	5分前に聞いた話を思い出せない…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		記憶機能
3	自分の生年月日がわからない…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
4	今日が何月何日かわからない…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
5	自分のいる場所がどこかわからない…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		見当識
6	道に迷って帰ってこれない…	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
7	電気やガスや水道が止まって…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
8	一日の計画を自分で立てることが…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		問題解決判断
9	季節や状況に合わせて…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
11	バスや電車、自家用車などを…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		家庭外のIADL
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
13	電話をかけること…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
14	自分で食事の準備…	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		家庭内のIADL
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
16	入浴は一人で…	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		身体的ADL
17	着替えは一人で…	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		
18	トイレは一人で…	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		

認知症総合アセスメント

(1) 認知症アセスメントの考え方

(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断

(3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用方法

1	財布や鍵など、物を置いた場所が...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	認知機能
2	5分前に聞いた話を思い出せない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
3	自分の生年月日がわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
4	今日が何月何日かわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
5	自分のいる場所がどこかわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	道に迷って帰ってこれない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
7	電気やガスや水道が止まって...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
8	一日の計画を自分で立てることが...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	生活機能
9	季節や状況に合わせて...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
11	バスや電車、自家用車などを...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
13	電話をかけること...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
14	自分で食事の準備...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		
17	着替えは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	生活機能
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		

1	財布や鍵など、物を置いた場所が...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	認知機能
2	5分前に聞いた話を思い出せない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
3	自分の生年月日がわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
4	今日が何月何日かわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
5	自分のいる場所がどこかわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	道に迷って帰ってこれない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
7	電気やガスや水道が止まって...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
8	一日の計画を自分で立てることが...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	生活機能
9	季節や状況に合わせて...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
11	バスや電車、自家用車などを...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
13	電話をかけること...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
14	自分で食事の準備...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		
17	着替えは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	生活機能
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		

1	財布や鍵など、物を置いた場所が...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	認知機能
2	5分前に聞いた話を思い出せない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
3	自分の生年月日がわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
4	今日が何月何日かわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
5	自分のいる場所がどこかわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	道に迷って帰ってこれない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
7	電気やガスや水道が止まって...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
8	一日の計画を自分で立てることが...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	生活機能
9	季節や状況に合わせて...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
11	バスや電車、自家用車などを...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
13	電話をかけること...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
14	自分で食事の準備...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		
17	着替えは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	生活機能
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		

1	財布や鍵など、物を置いた場所が...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	記憶機能	認知機能
2	5分前に聞いた話を思い出せない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
3	自分の生年月日がわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
4	今日が何月何日かわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
5	自分のいる場所がどこかわからない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある	見当識	認知機能
6	道に迷って帰ってこれない...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		
7	電気やガスや水道が止まって...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
8	一日の計画を自分で立てることが...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	問題解決判断	生活機能
9	季節や状況に合わせて...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
10	一人で買い物に行けますか	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
11	バスや電車、自家用車などを...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭外のIADL	生活機能
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
13	電話をかけること...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
14	自分で食事の準備...	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない	家庭内のIADL	生活機能
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない		
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		
17	着替えは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助	身体的ADL	生活機能
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声がけ	一部介助	全介助		

近時記憶障害、時間失見当識、実行機能障害が~~あ~~って、交通機関の利用、金銭管理、服薬管理に~~支~~障を来しているが、入浴、着替、トイレなどは自立している.....軽度認知症かと思われる。

認知症重症度の評価の基準

	軽度	中等度	重度
記憶障害	近時記憶	遠隔記憶(部分)	遠隔記憶(全般)
見当識障害	時間	場所	人物
問題解決・判断力障害	問題解決	判断力(部分)	判断力(全般)
ADL障害	IADL	BADL(部分)	BADL(全般)

1	財布や鍵など、物を置いた場所が...	1	2	3	4	記憶機能	認知機能
2	5分前に聞いた話を思い出せない...	1	2	3	4		
3	自分の生年月日がわからない...	1	2	3	4		
4	今日が何月何日かわからない...	1	2	3	4		
5	自分のいる場所がどこかわからない...	1	2	3	4	見当識	認知機能
6	道に迷って帰ってこれない...	1	2	3	4		
7	電気やガスや水道が止まって...	1	2	3	4		
8	一日の計画を自分で立てることが...	1	2	3	4	問題解決判断	生活機能
9	季節や状況に合わせて...	1	2	3	4		
10	一人で買い物に行けますか	1	2	3	4		
11	バスや電車、自家用車などを...	1	2	3	4	家庭外のIADL	生活機能
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金	1	2	3	4		
13	電話をかけること...	1	2	3	4		
14	自分で食事の準備...	1	2	3	4	家庭内のIADL	生活機能
15	自分で、薬を決まった時間に決まった	1	2	3	4		
16	入浴は一人で...	1	2	3	4		
17	着替えは一人で...	1	2	3	4	身体的ADL	生活機能
18	トイレは一人で...	1	2	3	4		

DASC-18=1×6+2×5+3×6+4×1=38点
(29点以上で認知症疑い)

認知症総合アセスメント

- (1) 認知症アセスメントの考え方
- (2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
- (3) 認知症総合アセスメントツール(DASC)の使用法

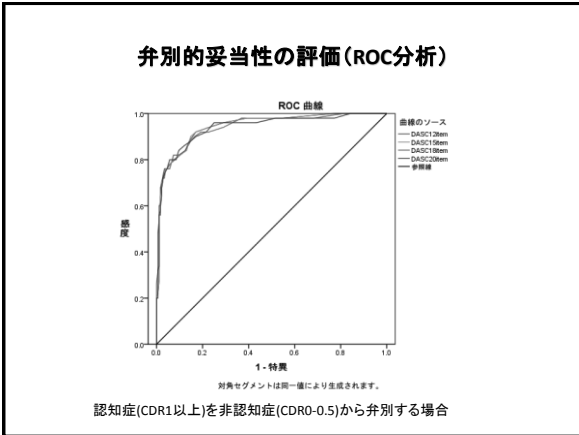
対象の基本属性

	東京都健康長寿医療センター	和光病院	日本大学医学部板橋病院精神科	板橋区地域在住高齢者	計
本人の属性					
男女	60	19	20	127	226
男女	2634	811	713	4186	8214
平均年齢±標準偏差	81.05±6.09	77.21±6.49	75.65±9.04	71.91±3.78	75.12±6.60
年齢範囲	61-94	64-88	60-89	66-80	60-94
教育年数	10.88±3.26	10.21±3.31	12.05±2.37	12.44±2.65	11.78±2.96
MMSE	19.52±5.65	18.16±7.46	19.75±7.89	27.67±2.16	24.04±6.18
CDR 0	9	5	2	113	129
CDR 0.5	22	7	4	14	47
CDR 1	24	4	5	0	33
CDR 2	4	2	6	0	12
CDR 3	1	1	3	0	5
正常/神経症	5	2	2	123	132
軽度認知障害	9	1	5	4	19
アルツハイマー病	26	14	8	0	48
脳血管性認知症	12	0	3	0	15
レビー小体型認知症	3	0	1	0	4
混合型認知症	2	2	1	0	5
その他の認知症	3	0	0	0	3
DASC調査者の属性					
男女	60	19	20	127	226
男女	1842	811	1010	4186	7719
平均年齢±標準偏差	61.88±13.71	57.63±13.24	60.75±12.93	71.91±3.78	67.06±10.81
年齢範囲	35-95	35-76	40-91	66-80	35-9
配偶者	21	9	9	0	37
兄弟姉妹	2	0	1	0	3
息子	11	6	4	0	21
娘	23	2	7	0	32
実子配偶者	3	2	0	0	5
介護専門職	0	1	0	0	1
本人	0	0	0	127	127

併存的妥当性(CDR, MMSEとの相関)

	DASC-18	DASC-15	DASC-12
CDR総合点			
相関係数	0.695**	0.725**	0.724**
偏相関係数	0.820**	0.832**	0.825**
MMSE合計点			
相関係数	-0.592**	-0.605**	-0.605**
偏相関係数	-0.723**	-0.726**	-0.723**
年齢			
相関係数	0.465**	0.493**	0.490**
偏相関係数	-	-	-
教育年数			
相関係数	0.096	-0.099	-0.099
偏相関係数	*	*	*

数値はSpearman相関係数。#年齢、教育年数を調整した偏相関係数。 **p<0.001



弁別的妥当性の評価(ROC分析)

軽度認知症(CDR1) Vs. 非認知症(CDR0 or 0.5)

	DASC-18	DASC-15	DASC-12
AUC (95%信頼区間)	0.940 (0.902-0.978)	0.945 (0.910-0.980)	0.947 (0.913-0.982)
P値	P<0.001	P<0.001	P<0.001
Cut-off	28/29	23/24	19/20
感度	0.880	0.840	0.880
特異度	0.852	0.869	0.858

東京都健康長寿医療センター、和光病院、日本大学板橋病院精神科、板橋区地域在住高齢者(計226名)のデータで解析。

認知症総合アセスメント票

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

表面 認知機能, 生活機能

裏面 身体合併症, 精神症状・行動障害, 社会的状況

仙台市で活用しているもの



地域包括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

■ プログラム

オリエンテーション（初期集中支援関係）

オリエンテーション（DASC 関係）

開会

筆記試験 1 回目

粟田 主一 氏

講義Ⅰ 地域包括ケアシステムと認知症施策
— 認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方—

筒井 孝子 氏

休憩

講義Ⅱ 事業概要
— 認知症施策における認知症初期集中支援チームの位置づけ—

厚生労働省老健局

講義Ⅲ 認知症初期集中支援チーム員の果たすべき役割
— 認知症初期集中支援チームとは—

鷺見 幸彦 氏

昼食・休憩

講義Ⅳ 認知症総合アセスメント
(1) 認知症アセスメントの考え方
(2) 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
(3) 認知症総合アセスメントツール (DASC) の使用方法

粟田 主一 氏

休憩

模擬アセスメント演習（DVD 視聴）

筆記試験 2 回目

質疑応答

模擬アセスメント演習（結果速報）

粟田 主一 氏

閉会

終了（17:00 予定）

用紙 1： 模擬アセスメント用紙（マークシート）
用紙 2： 模擬アセスメント用紙（手元解答用）
用紙 3： 第 1 回目筆記試験 問題用紙
用紙 4： 第 1 回目筆記試験 解答用紙（複写式）
用紙 5： 第 2 回目筆記試験 問題用紙
用紙 6： 第 2 回目筆記試験 解答用紙（複写式）
用紙 7： アンケート 1
用紙 8： アンケート 2
用紙 9： 質問用紙

フリガナ	
氏名	

1. 記入欄・マーク欄以外には記入しないで下さい。
2. 鉛筆で、しっかり濃くマークして下さい。
3. 間違った場合には、消しゴムで、きれいに消して下さい。

マーク例

良い例		悪い例			
-----	---	-----	---	---	---

受講番号 (ID) *左詰め

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

問	解答欄 1			
1	①	②	③	④
2	①	②	③	④
3	①	②	③	④
4	①	②	③	④
5	①	②	③	④
6	①	②	③	④
7	①	②	③	④
8	①	②	③	④
9	①	②	③	④
10	①	②	③	④
11	①	②	③	④
12	①	②	③	④
13	①	②	③	④
14	①	②	③	④
15	①	②	③	④
16	①	②	③	④
17	①	②	③	④
18	①	②	③	④
19	①	②	③	④
20	①	②	③	④
21	①	②	③	④
22	①	②	③	④
23	①	②	③	④
24	①	②	③	④
25	①	②	③	④

問	解答欄 2			
26	①	②	③	④
27	①	②	③	④
28	①	②	③	④
29	①	②	③	④
30	①	②	③	④
31	①	②	③	④
32	①	②	③	④
33	①	②	③	④
34	①	②	③	④
35	①	②	③	④
36	①	②	③	④
37	①	②	③	④
38	①	②	③	④
39	①	②	③	④
40	①	②	③	④
41	①	②	③	④
42	①	②	③	④
43	①	②	③	④
44	①	②	③	④
45	①	②	③	④
46	①	②	③	④
47	①	②	③	④
48	①	②	③	④
49	①	②	③	④
50	①	②	③	④

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)

記入日 平成 年 月 日

ID	ご本人の氏名：		生年月日：大正・昭和		年 月 日		（ 歳）		男・女		同居・同居	
	本人との続柄：		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、物を置いて場所がわからなくなることがありますか、	a. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せなことがありますが、	a. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますが、	a. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							遠隔記憶
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますが、	a. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							時間
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. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							場所
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか、	a. まったくはない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ							道順
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. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができませんか、	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							問題解決 判断力
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. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							社会的 判断力
10	一人で買い物はできますか、	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							買い物
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. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							家庭外の IADL
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか、	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							金銭管理
13	電話をかけることができますか、	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							電話
14	自分で食事の準備はできますか、	a. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							食事の 準備
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. 問題ない	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない							服薬管理 □本人 □家族 □その他 ()
16	入浴は一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							入浴
17	着替えは一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							着替え
18	トイレは一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							排泄
19	身だしなみを整えることは一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							整容
20	食事は一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							食事
21	家のなかでの移動は一人でできますか、	a. 問題ない	b. 見守りや声かけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する							移動
DASC 18項目の合計点						点		DASC 21項目の合計点		点		

地域包括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

認知症に関する基礎知識の確認問題

第 1 回目

解答は別途配布した **用紙 4** 複写式解答用紙に記入してください。

必ず受講者 ID を記入し、終了後は複写の 1 枚目を提出してください。

認知症に関する基礎知識の確認問題

1回目

問 1. 日本の人口統計について、正しいものを選びなさい。

- a. 「高齢者」とは、一般に 65 歳以上の人と定義される。
- b. 現在（2013 年）、日本の 65 歳以上高齢者の人口は、総人口の約 25%である。
- c. 現在（2013 年）、高齢者人口の 25%が認知症である。
- d. 認知症高齢者の数は、2010 年から 2035 年の 25 年間で約 2 倍になる。
- e. 日本の総人口は、現在も増え続けている。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. c と e のみ正しい
- 4. a, b, d のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 2. 認知症について、正しいものを選びなさい。

- a. 認知症とは、「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」と定義される。
- b. 認知症の症状は、記憶障害だけである。
- c. 認知症の診断には、脳 MRI 検査が必須である。
- d. 改訂版長谷川式簡易認知機能評価尺度（HDS-R）で 21 点以下の場合、認知症と診断される。
- e. 認知症疾患について、現在、欧米ではアルツハイマー型認知症が一番多く、日本では脳血管性認知症が一番多い。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と c のみ正しい
- 4. a, c, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 3. 認知症で見られる脳の変化について，正しいものを選びなさい。

- a. アルツハイマー型認知症の脳では，老人斑，神経原繊維変化が認められる。
- b. アルツハイマー型認知症の脳 CT 画像では，比較的病初期の段階から海馬の萎縮が目立つ。
- c. 脳血管性認知症には，脳卒中後に急激に発症して階段状に進行するものと，生活習慣病などによる動脈硬化性の変化を背景として緩徐に発症，進行するものがある。
- d. レビー小体型認知症では， α シヌクレインが蓄積し，大脳や脳幹の細胞が傷害される。
- e. 前頭側頭葉変性症は，大脳前方領域（前頭葉と側頭葉前部）を病変の主座とする認知症の総称である。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, b, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 4. 認知症の症状について，正しいものを選びなさい。

- a. アルツハイマー型認知症では，初期から近時記憶の障害が認められる。
- b. レビー小体型認知症の典型的な症状として，幻視やパーキンソン症状がある。
- c. 初期には，記憶障害が比較的目立たない認知症もある。
- d. 認知症に抑うつ症状が合併することは，まれではない。
- e. 失語も認知症の症状として認められる。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, d, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 5. 認知機能障害について、正しいものを選びなさい。

- a. 近時記憶障害が進行しても、繰り返し伝えれば、新しいことが学習される。
- b. 見当識は場所、時間、人物の順に障害される。
- c. 時間見当識が障害されても、カレンダーを見れば今日の日付はわかる。
- d. 社会的判断力の低下は、認知症が中等度以上に進行すると明らかになる。
- e. 家族の名前や自分の生年月日がわからなくなるのは、一般には認知症が中等度以上に進行したあとである。

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. dとeのみ正しい
- 4. a, b, cのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 6. 基本的日常生活動作能力（BADL）に含まれるものを以下より選びなさい。

- a. 食事の支度
- b. 食事をする
- c. 排泄
- d. 着替え
- e. 洗濯

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとeのみ正しい
- 4. b, c, dのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 7. 手段的日常生活動作能力（IADL）に含まれるものを，以下より選びなさい.

- a. 整容（身だしなみ，髪や爪の手入れ，洗面，歯磨き，ひげそり）
- b. 入浴
- c. 電話の使用
- d. 買い物
- e. 金銭管理

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとbのみ正しい
- 4. c, d, eのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 8. 軽度認知症で一般に認められる症状を，下記から選びなさい.

- a. 基本的日常生活動作能力（BADL）の障害
- b. 手段的日常生活動作能力（IADL）の障害
- c. 場所の見当識障害
- d. 服薬管理ができない.
- e. 公共の交通機関をつかった外出ができない

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとbのみ正しい
- 4. b, d, eのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 9. BPSD（行動・心理症状）について、正しいものを選びなさい。

- a. 認知症の経過中、BPSD が出現することはまれである。
- b. 認知症で多くみられる妄想のひとつに、物盗られ妄想がある。
- c. BPSD には、不安や抑うつも含まれる。
- d. BPSD の原因は、アミロイドベータの蓄積である。
- e. BPSD は患者と介護者の QOL を下げることが知られている。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. a と d のみ正しい
- 4. b, c, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 10. せん妄について、正しいものを選びなさい。

- a. 身体合併症が原因になることがある。
- b. 薬剤が原因になることがある。
- c. 症状として、幻覚や妄想が認められることがある。
- d. 典型例では、一日のなかで、症状が変動する。
- e. 活動過剰型と活動減少型がある。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, d, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

地域包括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

認知症に関する基礎知識の確認問題

(誤答 項目)

受講者ID

--	--	--	--	--	--

第 1 回目

点

別途配布の問題用紙をよく読み、1から5のうちから正しいものを○で囲んでください

設問	選択肢	採点欄
1 日本の人口統計について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
2 認知症について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
3 認知症でみられる脳の変化について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
4 認知症の症状について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
5 認知機能障害について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
6 基本的日常生活動作能力 (BADL) に含まれるものを以下より選びなさい	1 2 3 4 5	
7 手段的日常生活動作能力 (IADL) に含まれるものを、以下より選びなさい	1 2 3 4 5	
8 軽度認知症で一般に認められる症状を、下記から選びなさい	1 2 3 4 5	
9 BPSD (行動・心理症状) について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
10 せん妄について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	

地域包括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

認知症に関する基礎知識の確認問題

第 2 回目

解答は別途配布した **用紙 6** 複写式解答用紙に記入してください。

必ず受講者 ID を記入し、終了後は複写の 1 枚目を提出してください。

認知症に関する基礎知識の確認問題

2回目

問 1. 日本の人口統計について、正しいものを選びなさい。

- a. 「高齢者」とは、一般に 65 歳以上の人と定義される。
- b. 現在（2013 年）、日本の 65 歳以上高齢者の人口は、総人口の約 25%である。
- c. 現在（2013 年）、高齢者人口の 25%が認知症である。
- d. 認知症高齢者の数は、2010 年から 2035 年の 25 年間で約 2 倍になる。
- e. 日本の総人口は、現在も増え続けている。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. c と e のみ正しい
- 4. a, b, d のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 2. 認知症について、正しいものを選びなさい。

- a. 認知症とは、「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」と定義される。
- b. 認知症の症状は、記憶障害だけである。
- c. 認知症の診断には、脳 MRI 検査が必須である。
- d. 改訂版長谷川式簡易認知機能評価尺度（HDS-R）で 21 点以下の場合は、認知症と診断される。
- e. 認知症疾患について、現在、欧米ではアルツハイマー型認知症が一番多く、日本では脳血管性認知症が一番多い。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と c のみ正しい
- 4. a, c, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 3. 認知症で見られる脳の変化について、正しいものを選びなさい。

- a. アルツハイマー型認知症の脳では、老人斑、神経原繊維変化が認められる。
- b. アルツハイマー型認知症の脳 CT 画像では、比較的病初期の段階から海馬の萎縮が目立つ。
- c. 脳血管性認知症には、脳卒中後に急激に発症して階段状に進行するものと、生活習慣病などによる動脈硬化性の変化を背景として緩徐に発症、進行するものがある。
- d. レビー小体型認知症では、 α シヌクレインが蓄積し、大脳や脳幹の細胞が傷害される。
- e. 前頭側頭葉変性症は、大脳前方領域（前頭葉と側頭葉前部）を病変の主座とする認知症の総称である。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, b, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 4. 認知症の症状について、正しいものを選びなさい。

- a. アルツハイマー型認知症では、初期から近時記憶の障害が認められる。
- b. レビー小体型認知症の典型的な症状として、幻視やパーキンソン症状がある。
- c. 初期には、記憶障害が比較的目立たない認知症もある。
- d. 認知症に抑うつ症状が合併することは、まれではない。
- e. 失語も認知症の症状として認められる。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, d, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 5. 認知機能障害について、正しいものを選びなさい。

- a. 近時記憶障害が進行しても、繰り返し伝えれば、新しいことが学習される。
- b. 見当識は場所、時間、人物の順に障害される。
- c. 時間見当識が障害されても、カレンダーを見れば今日の日付はわかる。
- d. 社会的判断力の低下は、認知症が中等度以上に進行すると明らかになる。
- e. 家族の名前や自分の生年月日がわからなくなるのは、一般には認知症が中等度以上に進行したあとである。

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. dとeのみ正しい
- 4. a, b, cのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 6. 基本的日常生活動作能力（BADL）に含まれるものを以下より選びなさい。

- a. 食事の支度
- b. 食事をする
- c. 排泄
- d. 着替え
- e. 洗濯

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとeのみ正しい
- 4. b, c, dのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 7. 手段的日常生活動作能力（IADL）に含まれるものを，以下より選びなさい.

- a. 整容（身だしなみ，髪や爪の手入れ，洗面，歯磨き，ひげそり）
- b. 入浴
- c. 電話の使用
- d. 買い物
- e. 金銭管理

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとbのみ正しい
- 4. c, d, eのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 8. 軽度認知症で一般に認められる症状を，下記から選びなさい.

- a. 基本的日常生活動作能力（BADL）の障害
- b. 手段的日常生活動作能力（IADL）の障害
- c. 場所の見当識障害
- d. 服薬管理ができない.
- e. 公共の交通機関をつかった外出ができない

- 1. すべて正しい
- 2. aのみ正しい
- 3. aとbのみ正しい
- 4. b, d, eのみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 9. BPSD（行動・心理症状）について、正しいものを選びなさい。

- a. 認知症の経過中、BPSD が出現することはまれである。
- b. 認知症で多くみられる妄想のひとつに、物盗られ妄想がある。
- c. BPSD には、不安や抑うつも含まれる。
- d. BPSD の原因は、アミロイドベータの蓄積である。
- e. BPSD は患者と介護者の QOL を下げることが知られている。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. a と d のみ正しい
- 4. b, c, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

問 10. せん妄について、正しいものを選びなさい。

- a. 身体合併症が原因になることがある。
- b. 薬剤が原因になることがある。
- c. 症状として、幻覚や妄想が認められることがある。
- d. 典型例では、一日のなかで、症状が変動する。
- e. 活動過剰型と活動減少型がある。

- 1. すべて正しい
- 2. a のみ正しい
- 3. b と e のみ正しい
- 4. a, d, e のみ正しい
- 5. すべて正しくない

地域包括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

認知症に関する基礎知識の確認問題

(誤答 項目)

受講者ID

--	--	--	--	--	--

第 2 回目

点

別途配布の問題用紙をよく読み、1から5のうちから正しいものを○で囲んでください

設問	選択肢	採点欄
1 日本の人口統計について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
2 認知症について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
3 認知症でみられる脳の変化について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
4 認知症の症状について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
5 認知機能障害について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
6 基本的日常生活動作能力 (BADL) に含まれるものを以下より選びなさい	1 2 3 4 5	
7 手段的日常生活動作能力 (IADL) に含まれるものを、以下より選びなさい	1 2 3 4 5	
8 軽度認知症で一般に認められる症状を、下記から選びなさい	1 2 3 4 5	
9 BPSD (行動・心理症状) について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	
10 せん妄について、正しいものを選びなさい	1 2 3 4 5	

医療と介護の連携と患者評価（アセスメント）に関するアンケート

受講者 I D

--	--	--	--	--	--	--	--

2013年8月2日
厚生労働省 国立保健医療科学院
筒井 孝子

※本アンケート結果は、平成25年度「地域包括支援センター職員等のアセスメント及びインテーク相談手法のための教材開発及び普及方法の検討に関する研究」にのみ用いることとし、研究以外の用途に用いないことをお約束いたします。

地域との連携について		該当する項目番号を選択し○で囲んでください
1	当該患者に関連する関係機関で情報共有を図るため、患者にケアを提供したときの進捗状況や結果について、関連する他の医療機関等に提供していますか。	0. 全く報告しない 1. あまり報告しない 2. 必要に応じて報告する 3. いつも報告する
2	患者が、どんな制度、資源、サービスを利用しているか把握していますか。	0. 全く把握していない 1. あまり把握していない 2. ある程度把握している 3. 大変よく把握している
3	ケア実施に必要な知識や情報を、関係する他の医療機関等（病院、診療所、家族、知人、団体、住民組織等を含む）から集めていますか。	0. 全く集めていない 1. あまり集めていない 2. だいたい集めている 3. よく集めている
4	患者等からの相談や問題状況を基に、関係する他の部門や関係する他の医療機関や介護関連機関に必要とされるケアを文書化して提案していますか。	0. 全くしていない 1. あまりしていない 2. ある程度している 3. よくしている
5	関連する他の機関（地域の病院、診療所、介護事業所、ケアマネジャー、家族、知人、団体、住民組織等を含む）に協力を要請しますか。	0. 全く要請しない 1. あまり要請しない 2. よく要請する 3. 大変よく要請する
6	関連する他の機関から（病院、診療所、介護事業所、ケアマネジャー、家族、知人、団体、住民組織等を含む）協力を要請されますか。	0. 全くされない 1. あまりされない 2. よくされる 3. 大変よくされる
7	自分と関連する看護職の集まりだけでなく、院内の他の職種・専門職との集まり（会議）にも参加していますか。	0. 全く参加しない 1. あまり参加しない 2. かなり多くの集まりに参加する 3. すべて参加する
8	関連する他の医療機関（病院、診療所、介護事業所等を含む）に属する者から、患者やその機関が提供してきたケアの実態に関する内容を聞いていますか。	0. 全く聞いてない 1. あまり聞いていない 2. よく聞いている 3. すべて聞いている
9	関連する他の医療機関や介護関連機関にどのような専門職がいるか、把握していますか。	0. 全く把握していない 1. あまり把握していない 2. ある程度把握している 3. 大変よく把握している
10	ケースカンファレンス等の事例に対する検討会等の説明会への参加を同僚に呼び掛けていますか。	0. 全く勧めない 1. あまり勧めない 2. ある程度勧める 3. 積極的に勧める
11	関連する他の医療機関（地域の病院、診療所、介護関係機関、行政、住民組織等を含む）や他の職種との懇親会に参加しますか。	0. 全く参加しない 1. あまり参加しない 2. かなり多くの集まりに参加する 3. すべて参加する
12	新任職員が就任した場合、ネットワークづくりのため、関連する他の機関（地域の病院、診療所、介護事業所、住民組織を含む）へのあいさつ回り、関連する他の機関との会合への出席等を行っていますか。	0. 全く回らない 1. あまり回らない 2. 回る 3. いつも回る
13	複数の関連する他の機関（住民組織を含む）の会議等の参加において、自分の判断で一定の費用負担を決定していますか。	0. 全くない 1. あまり持っていない 2. だいたい持っている 3. いつもある
14	当該患者の退院や転院にあたって、自分の属する機関で行った医療又は自らの提供した看護業務の内容について、関連する他の医療機関等に資料・文書で情報提供していますか。	0. 全くしない 1. あまり配布していない 2. だいたい配布している 3. すべて配布している
15	当該患者の退院や転院に際して、複数の関連する他の機関等に専門職で集めた患者の情報については適正に管理・提供していますか。	0. 全く管理していない 1. あまり管理していない 2. だいたい管理している 3. すべて管理している

ご協力ありがとうございました。

受講番号(I D)

氏名

問1 今日の研修はいかがでしたか。満足度を教えてください。
 (当てはまるもの「1つ」を選択してください)

非常に良かった	良かった	どちらともいえない	あまり良くなかった	良くなかった
1	2	3	4	5

問2 今日の研修は日頃の業務に役立ちますか。
 (当てはまるもの「1つ」を選択してください)

非常に役立つ	役立つ	どちらともいえない	あまり役に立たない	役に立たない
1	2	3	4	5

問3 講義・演習その他の構成はいかがでしたか。満足度を教えてください。
 (当てはまるもの「1つ」を選択してください)

非常に良かった	良かった	どちらともいえない	あまり良くなかった	良くなかった
1	2	3	4	5

認知症高齢者のアセスメントについて感じる難しさの度合いを教えてください。(問4～問8)
 (当てはまるもの「1つ」を選択してください)

No.	領域	全く難しくない	あまり難しくない	やや難しい	非常に難しい
問4	認知機能障害	1	2	3	4
問5	生活機能障害	1	2	3	4
問6	身体合併症	1	2	3	4
問7	精神症状・行動障害	1	2	3	4
問8	社会的状況	1	2	3	4

以下の認知症に関連する事項について、経験の有無を教えてください。(問9～問18)
 (「はい」か「いいえ」のどちらかを選択してください)

No.	認知症に関連する事項	はい	いいえ
問9	認知症をテーマとする講座や研修会に参加したことがありますか	1	2
問10	認知症をテーマとする講座や研修会の講師をしたことがありますか	1	2
問11	認知症のご本人が虐待(疑い含む)されているケースを担当したことがありますか	1	2
問12	認知症の困難事例についてケース会議を開催したことがありますか	1	2
問13	所属機関で認知症の普及啓発のための資料を独自に作成していますか	1	2
問14	家族に対して、認知症の精神症状・行動障害(徘徊・妄想など)の対応方法について助言したことがありますか	1	2
問15	家族に認知症の「家族会」や「家族交流会」についての情報を提供したことがありますか	1	2
問16	他の関係機関の専門職に認知症に関するケアの助言をしたことがありますか	1	2
問17	若年性認知症のご本人・家族からの相談に応じたことがありますか	1	2
問18	若年性認知症のご本人の介護保険サービス利用に至るまでの支援を行ったことがありますか	1	2

問19 今後、認知症総合アセスメント(DASC)を、どのように実践に活用しようと考えますか。

(自由記述)

～ご協力ありがとうございました～

質問用紙

会場〔 〕 ID〔 〕

地域包括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

※質問が該当する欄にチェック☑をし、その他は具体的に記入してください。

- 認知症アセスメントの考え方、 初期集中支援チーム、 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患と診断、 DASC の使用方法、
- 模擬アセスメントについて、 この研修について、
- その他 ()

- * 記載された用紙は会場担当者にお渡しください。研修中随時受けつけております。
- * 時間の都合上、全てのご質問に答えられない場合があります。あらかじめご了承ください。

会場担当者はこの用紙を **020-4664-9849** まで FAX してください

