

**認知症に関するアセスメント及び相談機能強化のため  
の研修に関する調査研究事業  
報告書**

平成 27 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) 名簿	5
2. 今年度開催研修開催までの概要	6
1) 研修スケジュールについて	6
2) 研修実施規模の設定	7
3) 受講対象者の設定および募集方法	8
4) 参加申込者数と受講者	8
5) 受講状況	9
6) 所属種別	10
3. アンケート結果から見る研修効果と研修ニーズの分析	12
1) 受講者の基本属性	12
2) 研修効果についての検討	32
3) 研修ニーズについて	35
4) 研修成果についての検討	46
5) 受講地域による研修効果と研修ニーズ、研修成果の比較	49
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	61
7) 所属区分による研修効果と研修成果の検討	73
8) 研修満足度と医学的知識の習得状況	79
4. 実施された研修の評価	81
1) 衛星を用いた研修の実施方法	81
2) 衛星を用いた研修の実施体制	82
3) 研修映像の一時的中断について	84
4) 研修アンケートのまとめ	85
5. おわりに	87
6. 別添資料	88

## 0. はじめに

本事業では、認知症に関するアセスメント及び相談機能強化のための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た。

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。地域包括ケアシステムとは、地域において、医療、介護、保健、福祉サービスを効率的に提供するためのシステムであるが、このシステムで求められているのは、患者中心のケアを多職種で構成されるチームで提供するということである。この多職種によるチームケアは integrated care の文脈においては臨床的統合と定義され、日本でも、ここ 20 年ほど、取り組まれていた。とくに認知症患者のケアには、認知症が深刻化するに従い、多職種協働が必須となることから、臨床的統合が求められることになる。

本研究事業は、平成 24 年度、平成 25 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）の成果をふまえつつ実施された、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であり、この事業で用いることとされた認知症アセスメントに関する研修会を衛星通信による同時中継を活用し、「全国 7 会場」にて 1,500 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を共通のカリキュラムとして示し、これらのカリキュラムに習熟した講師によって、共通した学習内容を伝達するということが、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、国全体のサービスの標準化に際し、また、研修の質を担保するといった命題にさいしても常に大きな問題として挙げられてきた。

本事業で実施した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の提示は、これまでのモデル事業では示すことができなかったものである。

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、この衛星放送を用いた研修のあり方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。

兵庫県立大学大学院経営研究科 教授 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（2014年6月16日）

協議事項：7月14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9月17日）

協議事項：「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」 研修の実施と結果の集計について、作業部会の設置について

#### 第3回委員会（2015年3月2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) 名簿

#### ① 委員

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)

大冢賀 政昭 (国立保健医療科学院医療福祉サービス研究部研究員)

◎筒井 孝子 (兵庫県立大学大学院経営研究科教授)

鷺見 幸彦 (国立長寿医療研究センター副院長)

(五十音順、敬称略)

◎は、委員長

#### ② 作業部会ワーキングチーム

大冢賀 政昭 (国立保健医療科学院医療福祉サービス研究部研究員)

大口 達也 (立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科)

コタンサン・アレクシ (兵庫県立大学経営研究科特任准教授)

根子 明香 (兵庫県立大学大学院筒井研究室事務補助員)

内海 沙世子 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所技術補助員)

#### ③ データ分析支援

吉野 望 (地域・高齢社会開発研究所)

#### ④ 事務局

兼久 隆史 (ヴェクソンインターナショナル株式会社)

道又 元基 (ヴェクソンインターナショナル株式会社)

## 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。

### 7月14日スケジュール

- 10:00 オリエンテーション
- 10:10 第1回目筆記試験
- 10:40 講義1 地域包括ケアシステムと認知症施策 筒井孝子 氏  
～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  
(初期集中支援チーム員研修 講義Ⅱ.)
- 12:00 昼食
- 13:00 講義2 認知症の総合アセスメント 鷺見幸彦 氏 栗田圭一 氏  
1. 認知症の総合アセスメントの重要性  
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患  
3. アセスメントツールの使用法  
(1) DASC とは  
(2) DASC を用いる場合の留意点  
(3) DASC の評価方法  
(初期集中支援チーム員研修 講義Ⅳ.)
- 14:30 休憩
- 14:40 模擬アセスメント演習 (DVD 視聴)
- 15:30 第2回目筆記試験
- 16:00 質疑応答 栗田圭一 氏 鷺見幸彦 氏 筒井孝子 氏  
模擬アセスメント演習の解説 栗田圭一 氏
- 16:30 事務連絡
- 16:40 終了

## 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、中央会場は大阪で 400 名~500 名程度収容できる会場を、衛星会場に関しては各会場 200 名~400 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】

大阪会場	: 大阪アカデミア	定員 460 名
------	-----------	----------

### 【衛星会場】

北海道会場	: サッポロファクトリー	定員 300 名
-------	--------------	----------

宮城県会場	: 仙台国際センター	定員 288 名
-------	------------	----------

東京都会場	: ベルサール西新宿	定員 414 名
-------	------------	----------

愛知県会場	: ダイテックサカエ	定員 210 名
-------	------------	----------

岡山県会場	: 岡山商工会議所	定員 234 名
-------	-----------	----------

福岡県会場	: 南近代ビル	定員 297 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推進事業」と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推進事業の職員（全国どの会場にも応募可）
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（同上）
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、6月の初旬にヴェクソンインターナショナル株式会社(以下 VI 社)から全国約 4600 の地域包括支援センターに研修開催のダイレクトメールを送付した。

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 1,263 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 1,204 名であった。



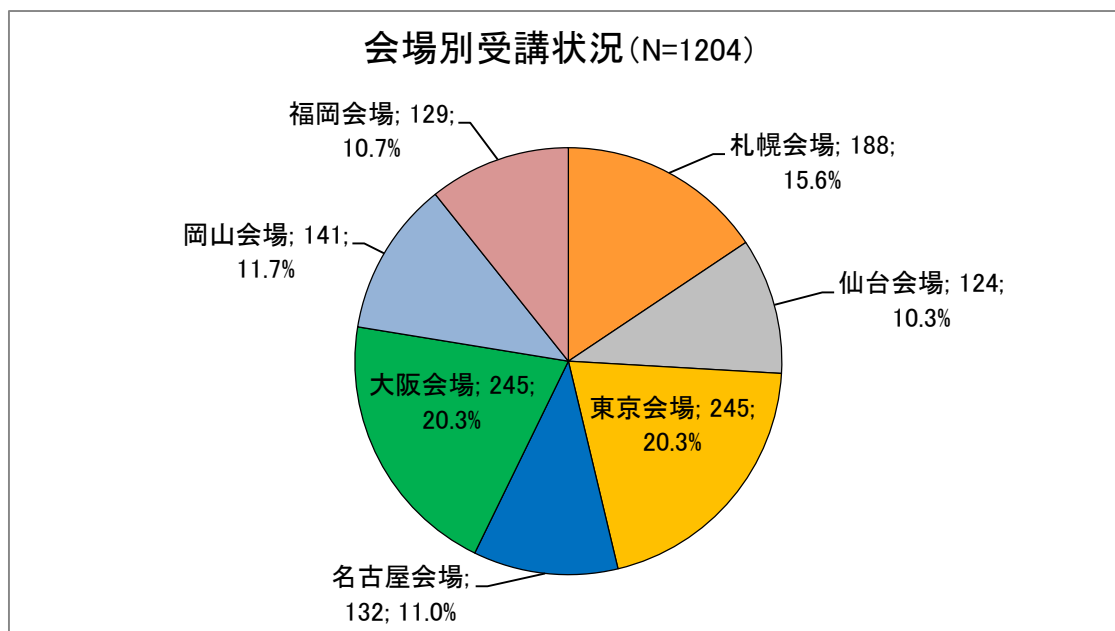
## 5) 受講状況

本研修の受講者数は1,204名であった。

会場別の受講状況としては、「大阪会場（本会場）」と「東京会場」が245名（20.3%）と最も多かった。

表Ⅱ－1 会場別受講状況

	N	%
札幌会場	188	15.6%
仙台会場	124	10.3%
東京会場	245	20.3%
名古屋会場	132	11.0%
大阪会場	245	20.3%
岡山会場	141	11.7%
福岡会場	129	10.7%
合計	1204	100.0%



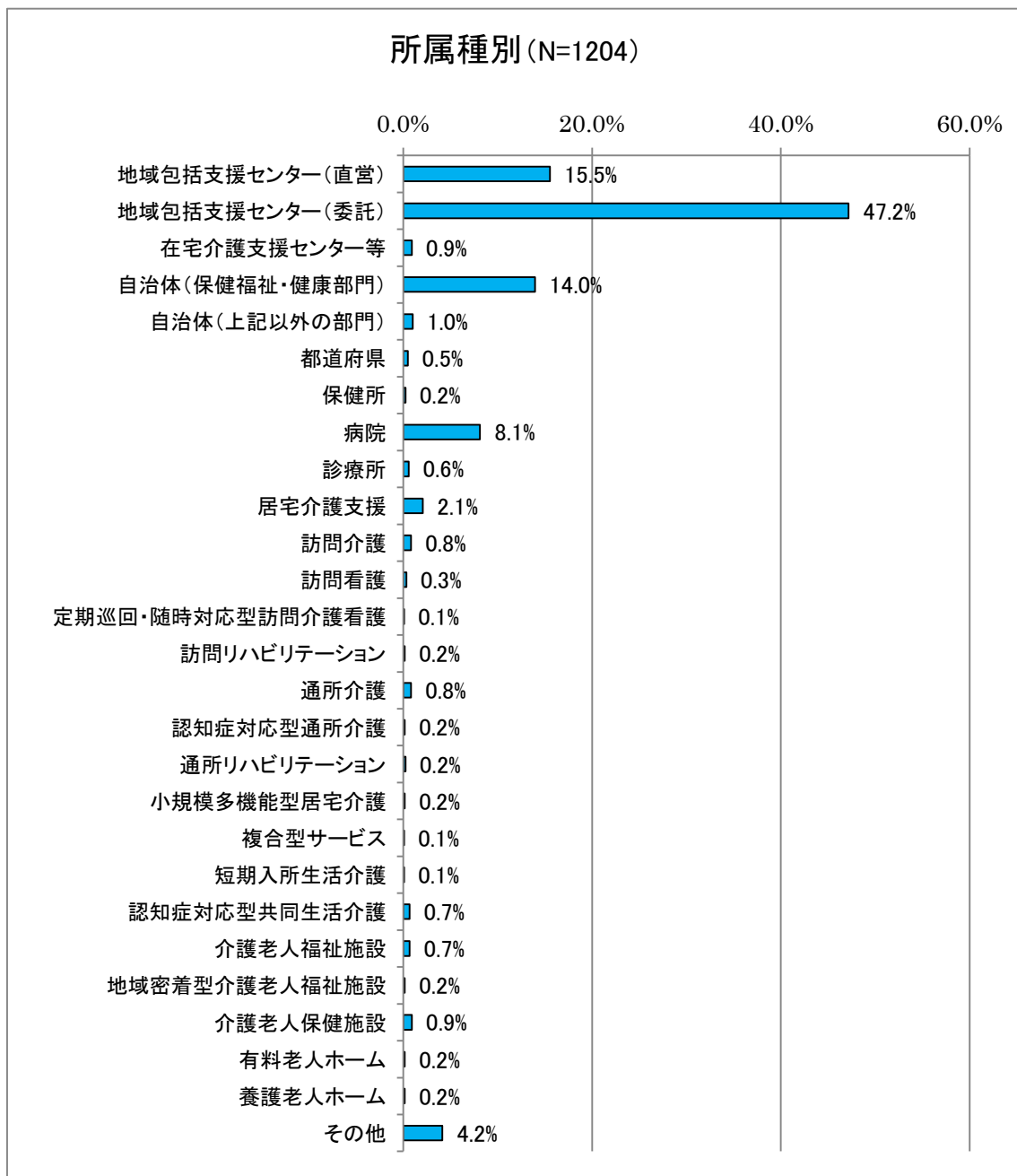
図Ⅱ－1 会場別受講状況

## 6) 所属種別

受講者の所属種別については、「地域包括支援センター(委託)」が最も多く、568名(47.2%)であった。

表Ⅱ－2 所属種別受講者数

	N	%
地域包括支援センター(直営)	187	15.5%
地域包括支援センター(委託)	568	47.2%
在宅介護支援センター等	11	0.9%
自治体(保健福祉・健康部門)	168	14.0%
自治体(上記以外の部門)	12	1.0%
都道府県	6	0.5%
保健所	3	0.2%
病院	98	8.1%
診療所	7	0.6%
居宅介護支援	25	2.1%
訪問介護	10	0.8%
訪問看護	4	0.3%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	0.1%
訪問リハビリテーション	2	0.2%
通所介護	10	0.8%
認知症対応型通所介護	2	0.2%
通所リハビリテーション	3	0.2%
小規模多機能型居宅介護	2	0.2%
複合型サービス	1	0.1%
短期入所生活介護	1	0.1%
認知症対応型共同生活介護	8	0.7%
介護老人福祉施設	8	0.7%
地域密着型介護老人福祉施設	2	0.2%
介護老人保健施設	11	0.9%
有料老人ホーム	2	0.2%
養護老人ホーム	2	0.2%
その他	50	4.2%
合計	1204	100.0%



図Ⅱ－２ 所属種別受講者数

### 3. アンケート結果から見る研修効果と研修ニーズの分析

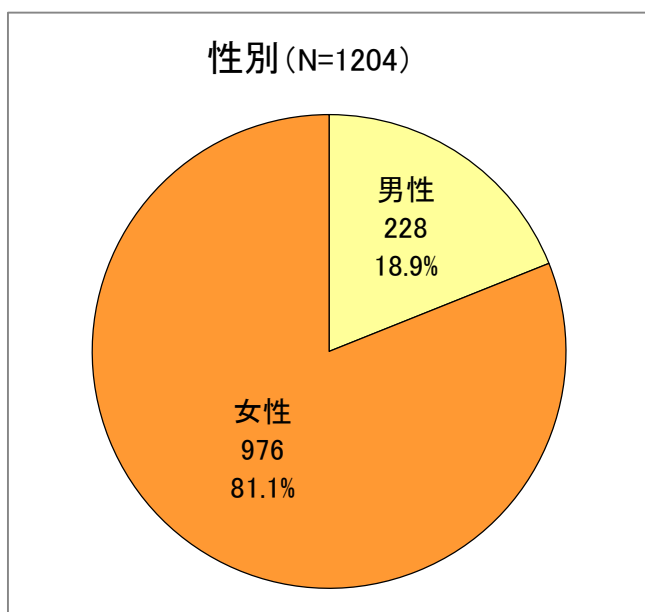
#### 1) 受講者の基本属性

##### ① 性別

受講者の性別は、「男性」が 228 名（18.9%）、「女性」が 976 名（81.1%）であった。

表Ⅲ 1 - 1 受講者の性別人数

	N	%
男性	228	18.9%
女性	976	81.1%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ - 1 受講者の性別人数

② 年齢

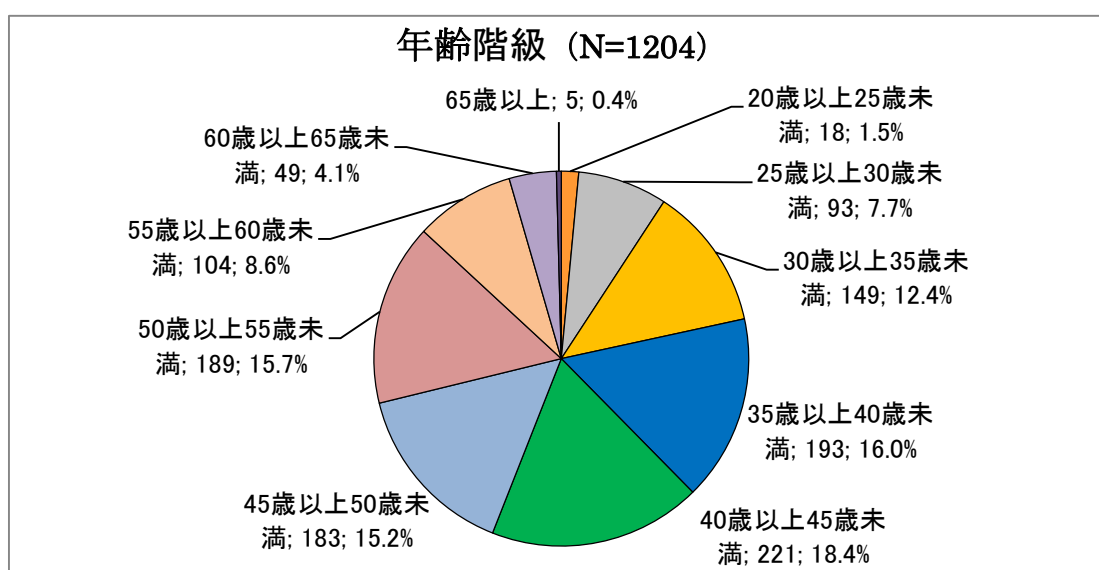
受講者の年齢については、平均値が 43.1 歳（標準偏差 9.7）であった。最も多い年齢階級は、221 名（18.4%）の「40 歳以上 45 歳未満」であった。

表Ⅲ－2 年齢の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
全体	1204	21	68	43.08	9.657

表Ⅲ－3 年齢階級

	度数	%	累積パーセント
20 歳以上 25 歳未満	18	1.5%	1.5%
25 歳以上 30 歳未満	93	7.7%	9.2%
30 歳以上 35 歳未満	149	12.4%	21.6%
35 歳以上 40 歳未満	193	16.0%	37.6%
40 歳以上 45 歳未満	221	18.4%	56.0%
45 歳以上 50 歳未満	183	15.2%	71.2%
50 歳以上 55 歳未満	189	15.7%	86.9%
55 歳以上 60 歳未満	104	8.6%	95.5%
60 歳以上 65 歳未満	49	4.1%	99.6%
65 歳以上	5	0.4%	100.0%
合計	1204	100.0%	



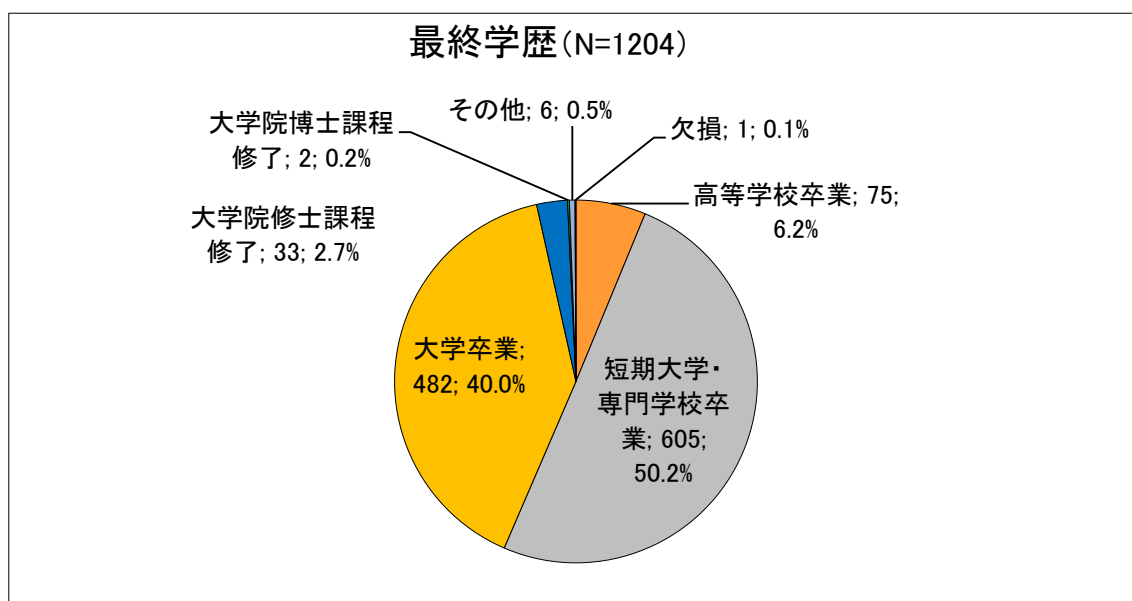
図Ⅲ－2 年齢階級

### 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、605名（50.2%）であった。

表Ⅲ－4 受講者の最終学歴別人数

	N	%
高等学校卒業	75	6.2%
短期大学・専門学校卒業	605	50.2%
大学卒業	482	40.0%
大学院修士課程修了	33	2.7%
大学院博士課程修了	2	0.2%
その他	6	0.5%
欠損	1	0.1%
合計	1204	100.0%



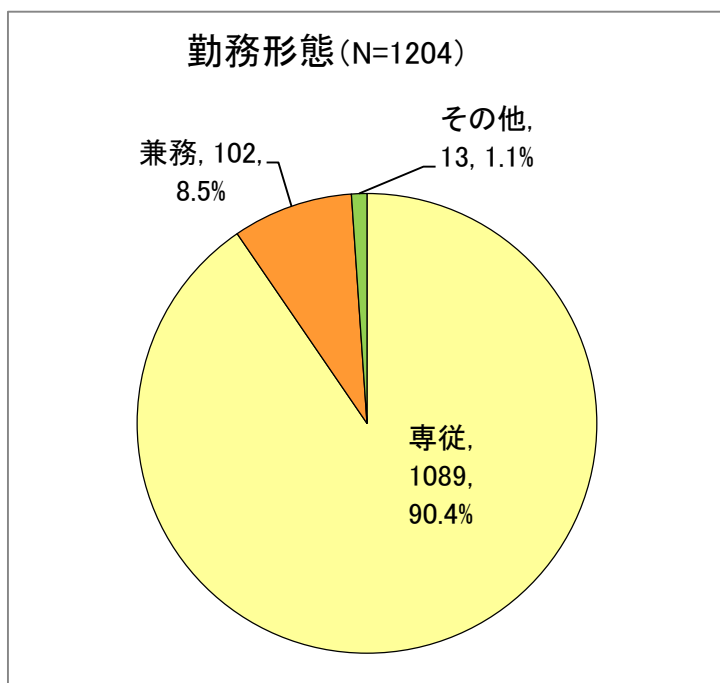
図Ⅲ－3 受講者の最終学歴別人数

#### ④ 勤務形態

受講者の勤務年数については、「専従」1089名（90.4%）、「兼務」102名（8.5%）であった。

表Ⅲ－5 受講者の勤務形態別人数

	N	%
専従	1089	90.4%
兼務	102	8.5%
その他	13	1.1%
合計	1204	100.0%



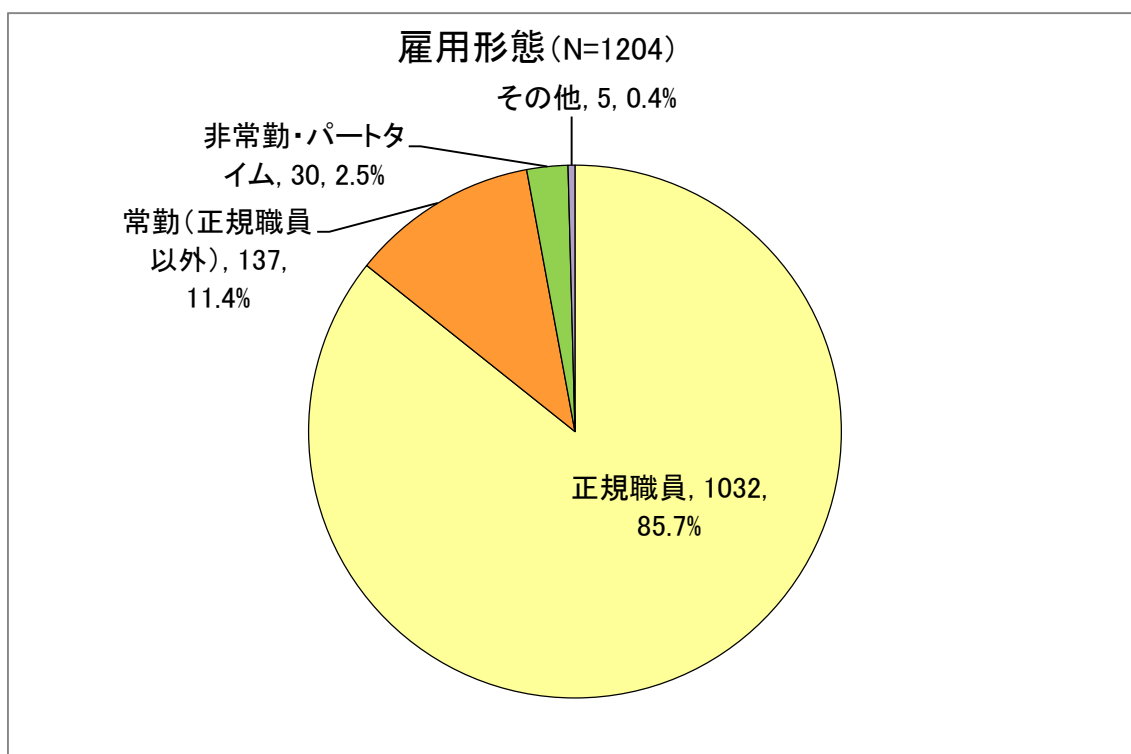
図Ⅲ－4 受講者の勤務形態別人数

### ⑤ 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 1032 名（85.7%）であった。

表Ⅲ－6 受講者の雇用形態別人数

	N	%
正規職員	1032	85.7%
常勤（正規職員以外）	137	11.4%
非常勤・パートタイム	30	2.5%
その他	5	0.4%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ－5 受講者の雇用形態別人数

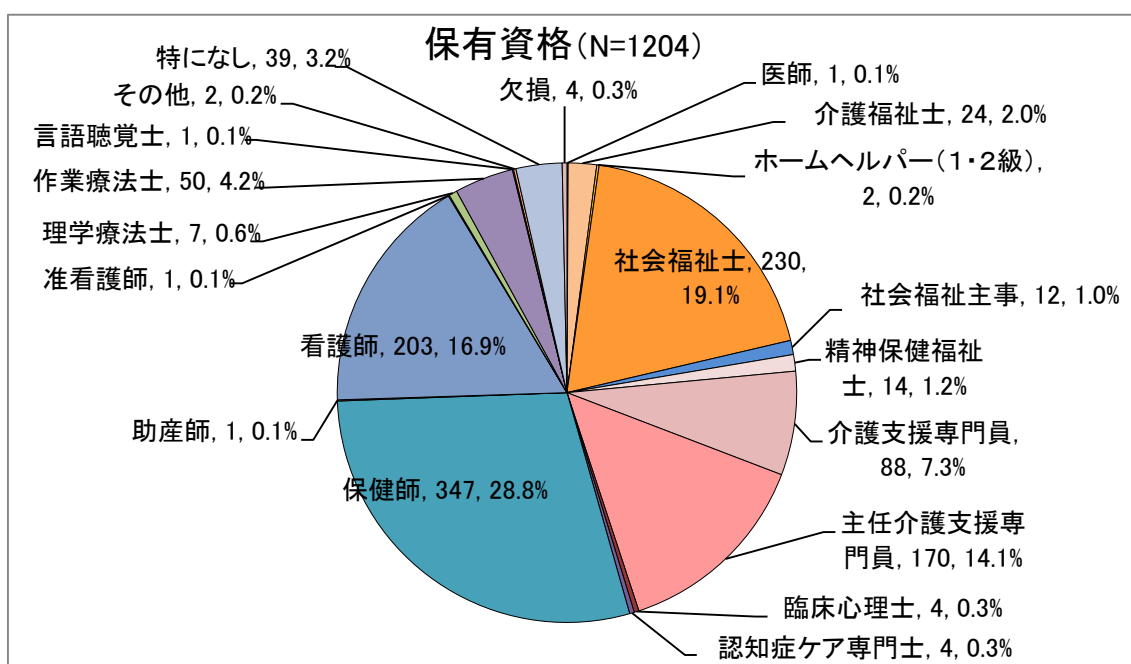


⑥ 保有資格

受講者の保有資格については、「保健師」が最も多く 347 名（28.8%）であった。

図Ⅲ－7 受講者の保有形態別人数

	N	%
医師	1	0.1%
介護福祉士	24	2.0%
ホームヘルパー（1・2級）	2	0.2%
社会福祉士	230	19.1%
社会福祉主事	12	1.0%
精神保健福祉士	14	1.2%
介護支援専門員	88	7.3%
主任介護支援専門員	170	14.1%
臨床心理士	4	0.3%
認知症ケア専門士	4	0.3%
保健師	347	28.8%
助産師	1	0.1%
看護師	203	16.9%
准看護師	1	0.1%
理学療法士	7	0.6%
作業療法士	50	4.2%
言語聴覚士	1	0.1%
その他	2	0.2%
特になし	39	3.3%
欠損	4	0.3%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ－6 受講者の保有形態別人数

⑦ 実務経験年数

受講者の実務経験年数については、平均値が9.0年（標準偏差8.2）であった。「5年以上10年未満」が最も多く376名（31.2%）であった。

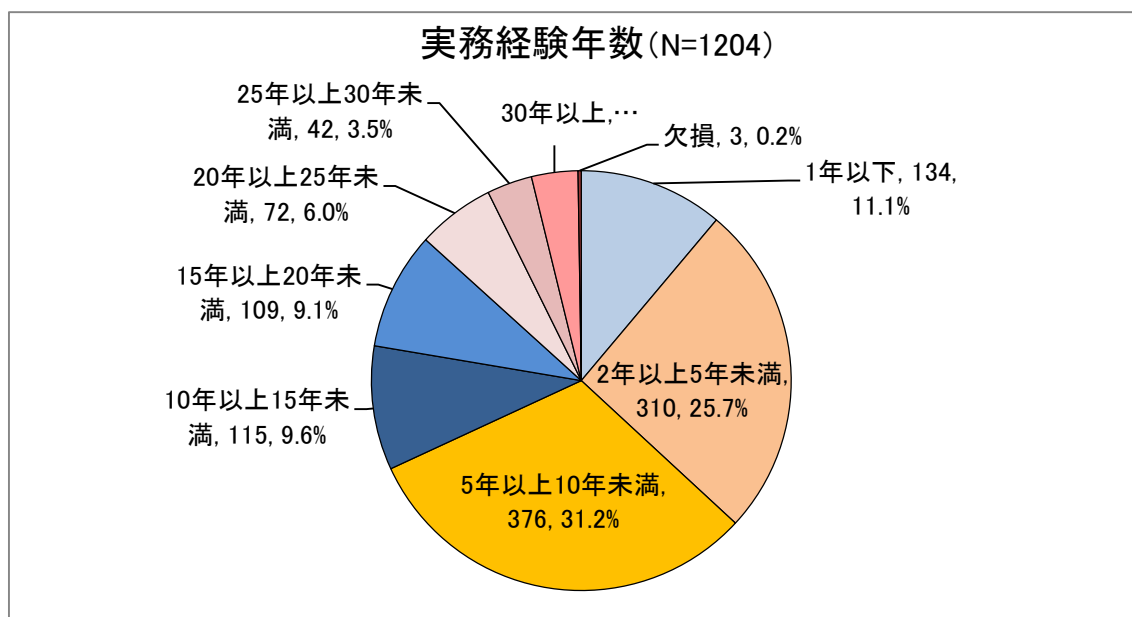
表Ⅲ－8 受講者の実務経験年数の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
合計	1201	1	43	9.04	8.184

欠損=3

表Ⅲ－9 受講者の実務経験年数別人数

	N	%
1年以下	134	11.1%
2年以上5年未満	310	25.7%
5年以上10年未満	376	31.2%
10年以上15年未満	115	9.6%
15年以上20年未満	109	9.1%
20年以上25年未満	72	6.0%
25年以上30年未満	42	3.5%
30年以上	43	3.6%
欠損	3	0.2%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ－7 受講者の実務経験年数別人数

⑧ 他機関、多職種との連携活動の現状

- a. 医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため訪問活動を行った回数  
医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため訪問活動を行った回数を質問したところ、平均値は 5.8 回（標準偏差 21.3）であった。

表Ⅲ－１０ 訪問活動を行った回数の記述統計

N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
828	0	500	5.79	21.257

欠損=376

- b. 医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数  
医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数を質問したところ、平均値は 5.5 回（標準偏差 5.6）であった。

表Ⅲ－１１ 参加した回数の記述統計

N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
915	0	60	5.53	5.593

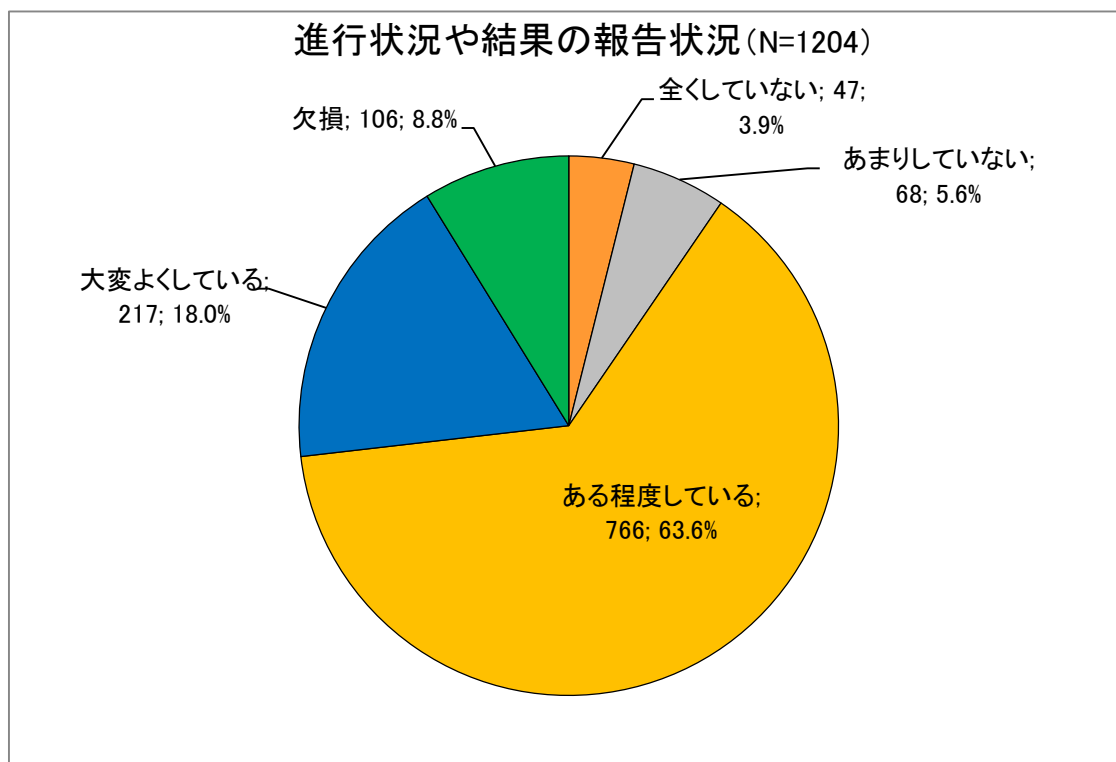
欠損=289

c. あなたは、利用者に対して支援や事業をしたときの、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか

関連する他の機関への利用者に対して支援や事業をしたときの進行状況や結果の報告状況を質問したところ、「ある程度している」が最も多く 766 名 (63.6%) であった。

表Ⅲ－１２ 進行状況や結果の報告状況

	全くして いない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	47	68	766	217	106	1204
%	3.9%	5.6%	63.6%	18.0%	8.8%	100.0%



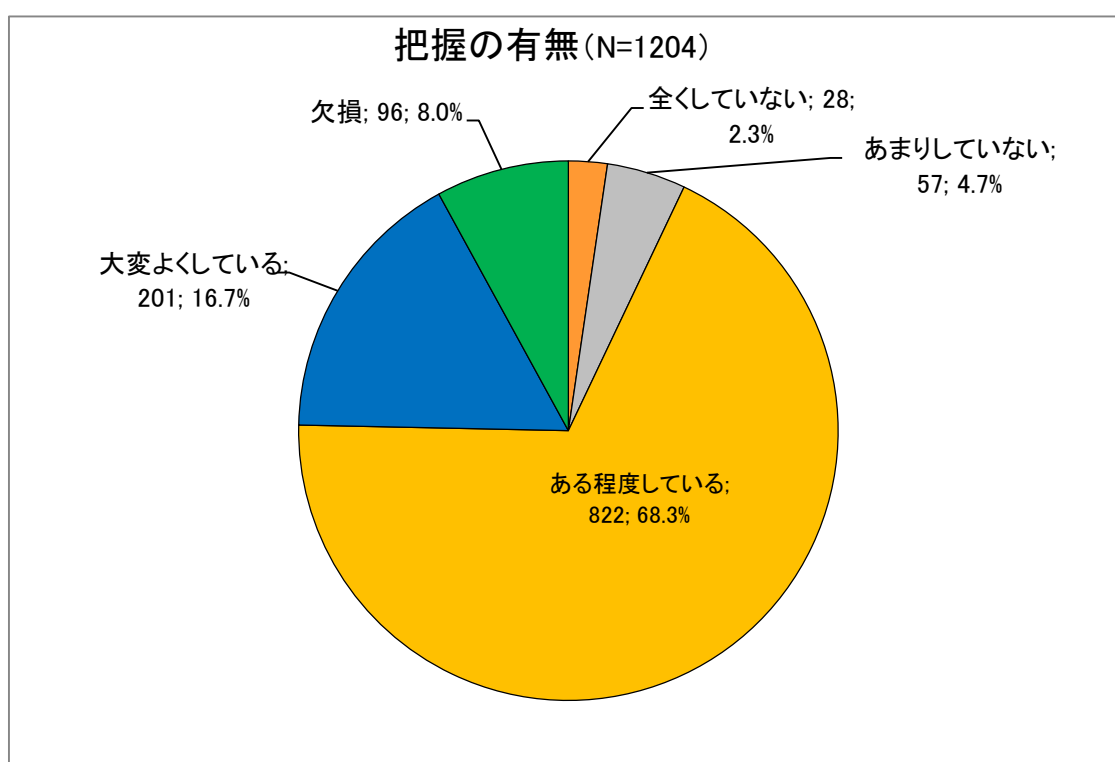
図Ⅲ－８ 進行状況や結果の報告状況

d. 利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか

利用者が利用している制度や資源、サービスの把握状況を質問したところ、「ある程度している」が最も多く 822 名（68.3%）であった。

表Ⅲ－１３ 制度や資源、サービスの把握有無

	全くして ない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	28	57	822	201	96	1204
%	2.3%	4.7%	68.3%	16.7%	8.0%	100.0%

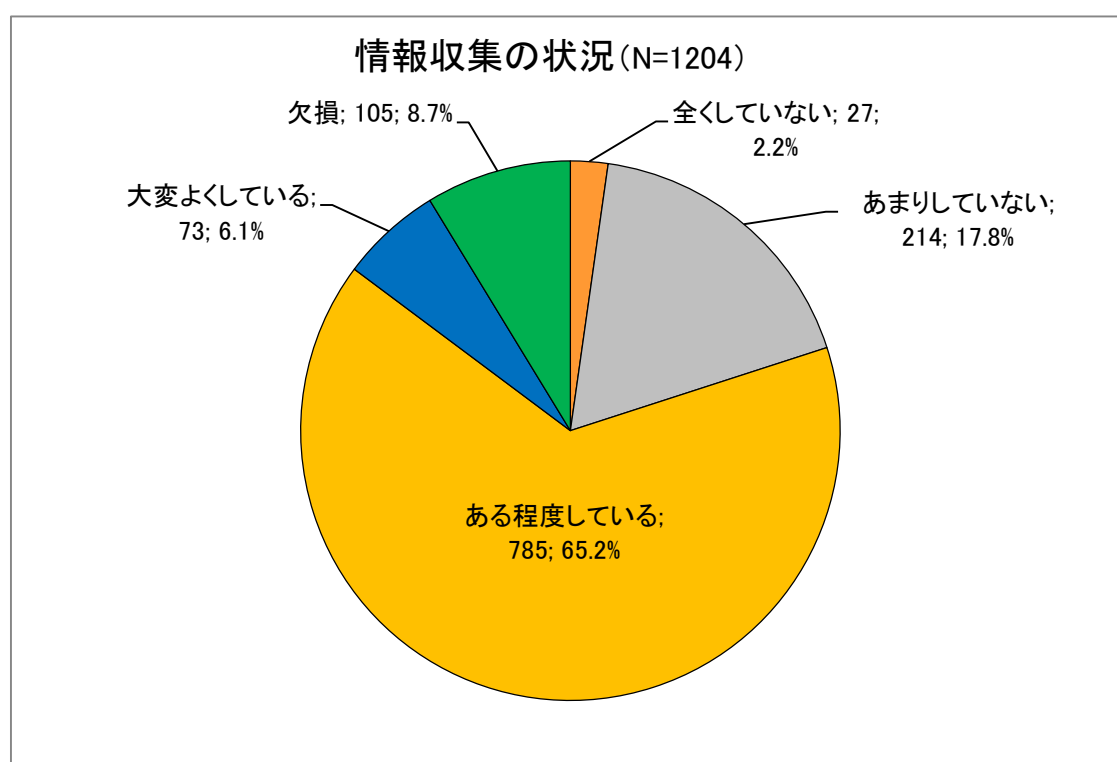


図Ⅲ－９ 制度や資源、サービスの把握状況

- e. サービス提供に必要な医学的知識や情報を、関連する他の機関から集めていますか  
 サービス提供時に必要な医学的知識や情報を、関連する他の機関からの収集状況を質問したところ、「ある程度している」が最も多く 785 名（65.2%）であった。

表Ⅲ－14 医学的知識や情報の収集状況

	全くして ない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	27	214	785	73	105	1204
%	2.2%	17.8%	65.2%	6.1%	8.7%	100.0%



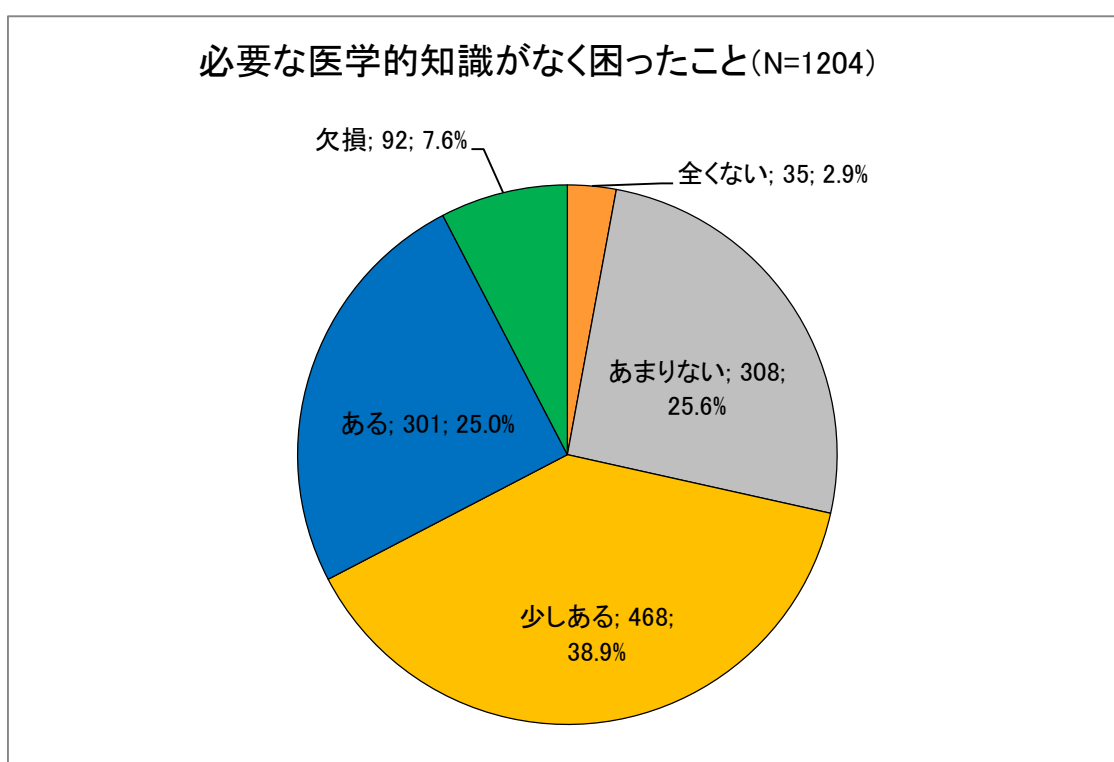
図Ⅲ－10 医学的知識や情報の収集状況

f. サービス提供に際して、必要な医学的知識がなく困ったことがありますか

サービス提供時に必要な医学的知識がなく困ったことの有無を質問したところ、「少しある」が最も多く 468 名 (38.9%) であった。

表Ⅲ－15 サービス提供時に必要な医学的知識がなく困ったことの有無

	全くない	あまりない	少しある	ある	欠損	合計
N	35	308	468	301	92	1204
%	2.9%	25.6%	38.9%	25.0%	7.6%	100.0%



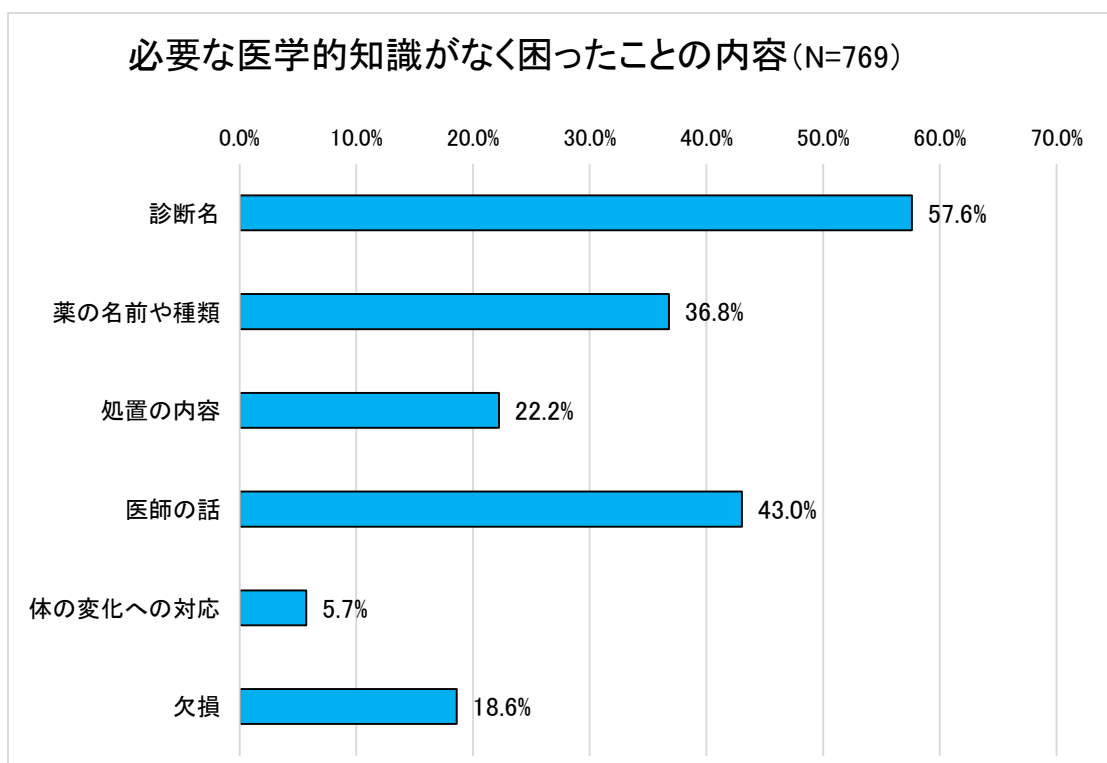
図Ⅲ－11 サービス提供時に必要な医学的知識がなく困ったことの有無

f1. 必要な医学的知識がなく困ったことは、どのような内容ですか

f.において3（少しある）、または4（ある）の回答者 769 名に、必要な医学的知識がなく困ったことの内容を質問したところ、「診断名」が最も多く 443 名（57.6%）であった。

表Ⅲ－16 必要な医学的知識がなく困ったことの内容

	N	%
診断名	443	57.6%
薬の名前や種類	283	36.8%
処置の内容	171	22.2%
医師の話	331	43.0%
体の変化への対応	44	5.7%
欠損	143	18.6%
回答対象者	769	100.0%



図Ⅲ－12 必要な医学的知識がなく困ったことの内容

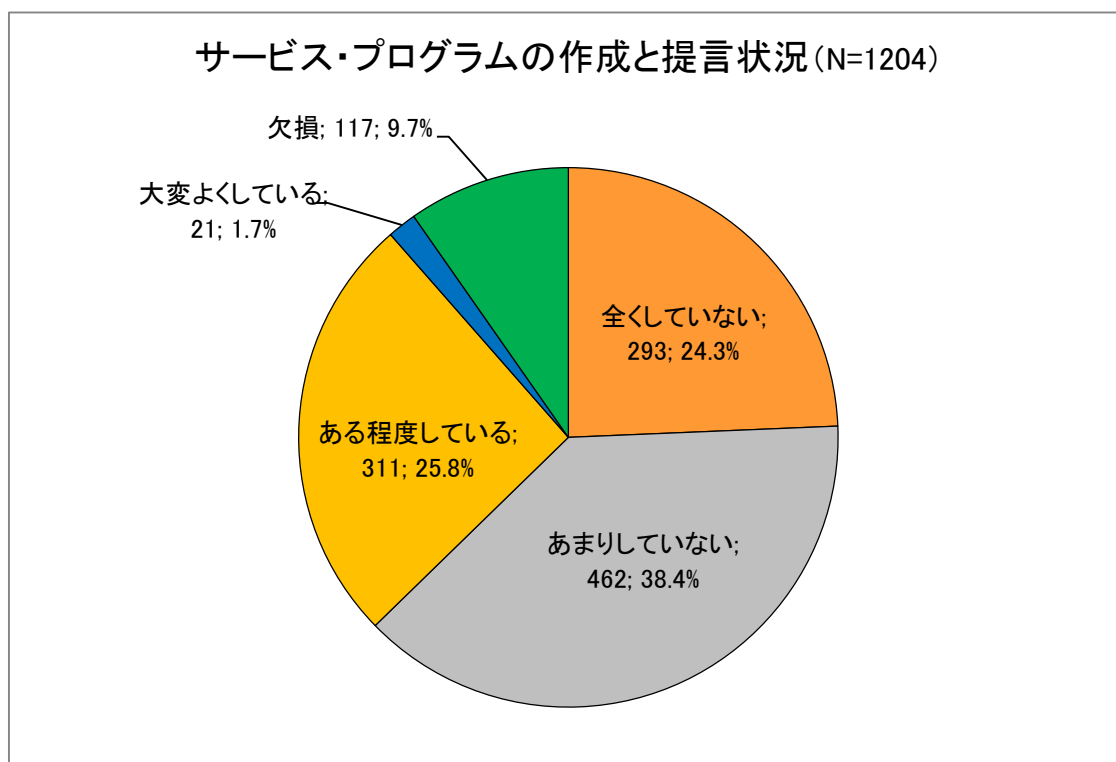


g. 相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言していますか

相談内容や問題状況を基礎にして、関係する医療職種や医療機関に対して、必要なサービス・プログラムの作成や提言の状況を質問したところ、「あまりしていない」が最も多く 462 名（38.4%）であった。

表Ⅲ－１７ 必要なサービス・プログラムの作成や提言状況

	全くして いない	あまりし ていない	ある程度 している	大変よく している	欠損	合計
N	293	462	311	21	117	1204
%	24.3%	38.4%	25.8%	1.7%	9.7%	100.0%



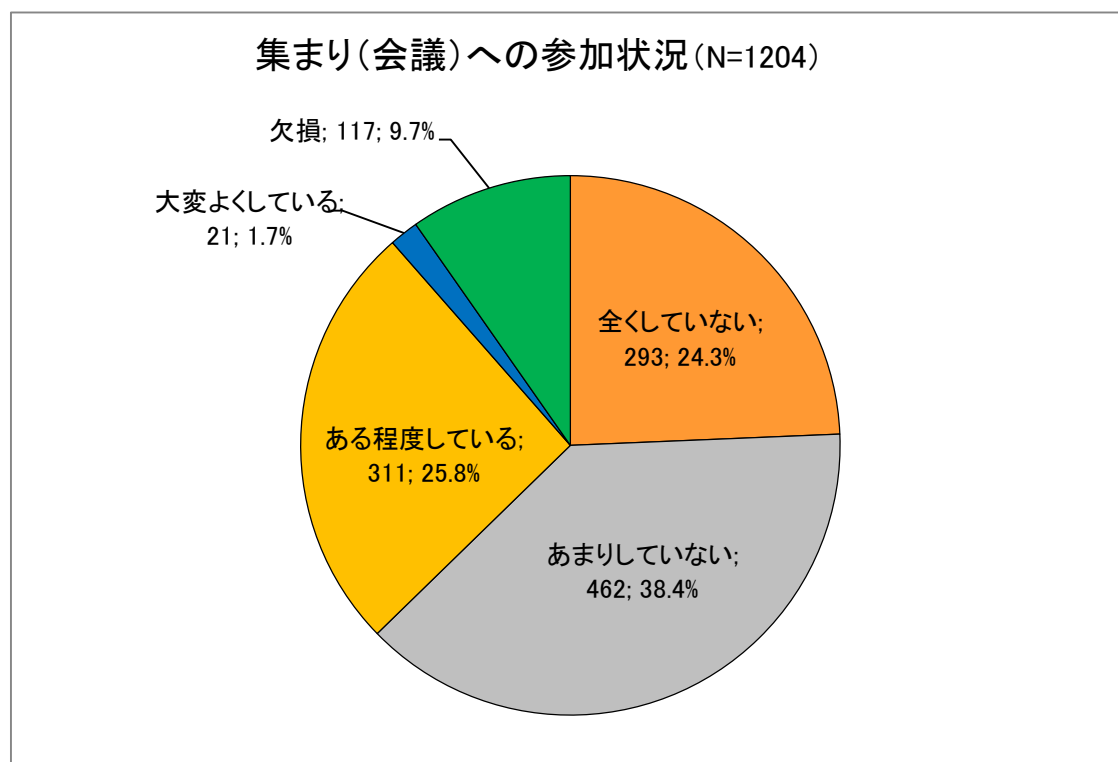
図Ⅲ－１３ 必要なサービス・プログラムの作成や提言状況

h. 自分と関連する専門職の集まりだけではなく、医療関係職種・専門職の集まり（会議）に参加していますか

回答者と関連する専門職の集まりだけではなく、医療関係職種・専門職の集まり（会議）に参加しているかを質問したところ、「あまりしていない」が最も多く 462 名（38.4%）であった。

表Ⅲ－１８ 医療関係職種・専門職の集まり（会議）への参加状況

	全くして ない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	293	462	311	21	117	1204
%	24.3%	38.4%	25.8%	1.7%	9.7%	100.0%



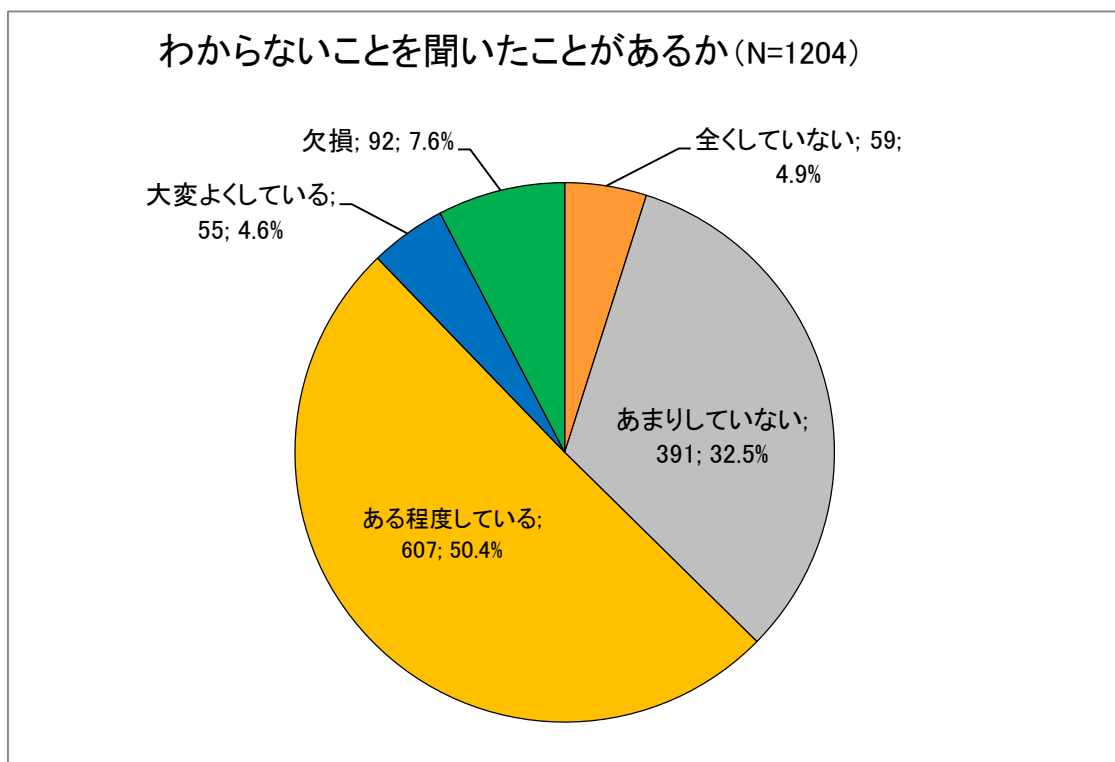
図Ⅲ－１４ 医療関係職種・専門職の集まり（会議）への参加状況

i. 認知症に関連する医学的知識やその問題点に関して、わからないことを聞いたことがありますか

認知症に関連する医学的知識やその問題点に関して、わからないことを聞いたことがあるかを質問したところ、「ある程度している」が最も多く 607 名（50.4%）であった。

表Ⅲ－19 認知症に関連する医学的知識や問題点の質問状況

	全くして いない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	59	391	607	55	92	1204
%	4.9%	32.5%	50.4%	4.6%	7.6%	100.0%



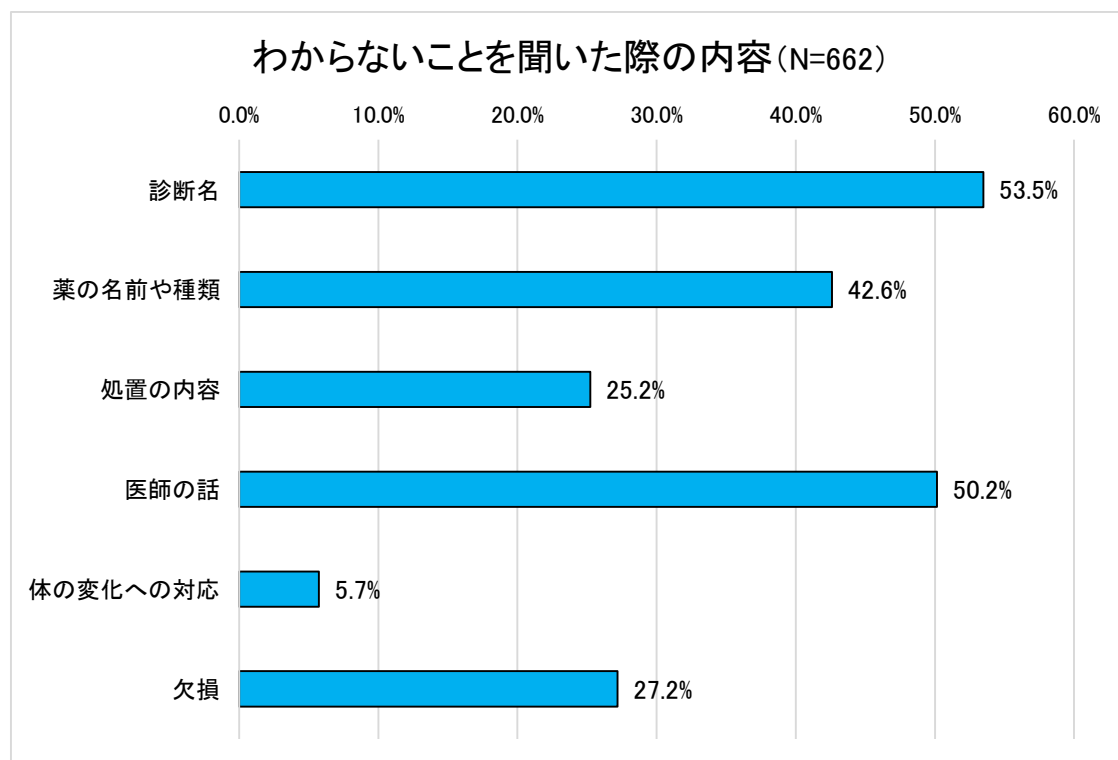
図Ⅲ－15 認知症に関連する医学的知識や問題点の質問状況

i-1. 認知症に関連する医学的知識やその問題点に関してわからないことを聞いた際に、どのような内容を聞きましたか

i.において3（ある程度している）、または4（大変よくしている）の回答者 662 名に、認知症に関連する医学的知識やその問題点に関してわからないことを聞いた際の内容を質問したところ、「診断名」が最も多く 354 名（53.5%）であった。

表Ⅲ－20 わからないことを聞いた際の内容

	N	%
診断名	354	53.5%
薬の名前や種類	282	42.6%
処置の内容	167	25.2%
医師の話	332	50.2%
体の変化への対応	38	5.7%
欠損	180	27.2%
回答対象者	662	100.0%

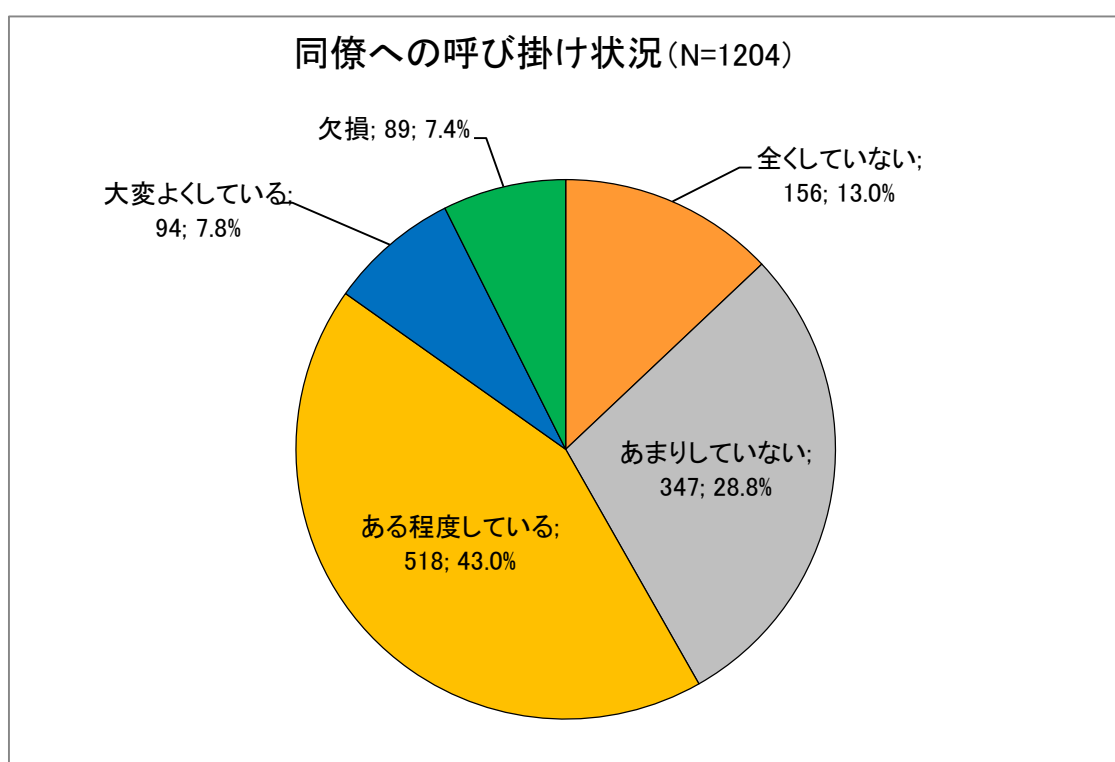


図Ⅲ－16 わからないことを聞いた際の内容

- j. 認知症の事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けますか  
 認知症の事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けているかを質問したところ、「ある程度している」が最も多く 518 名（43.0%）であった。

表Ⅲ－２１ 事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けの状況

	全くして ない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	156	347	518	94	89	1204
%	13.0%	28.8%	43.0%	7.8%	7.4%	100.0%



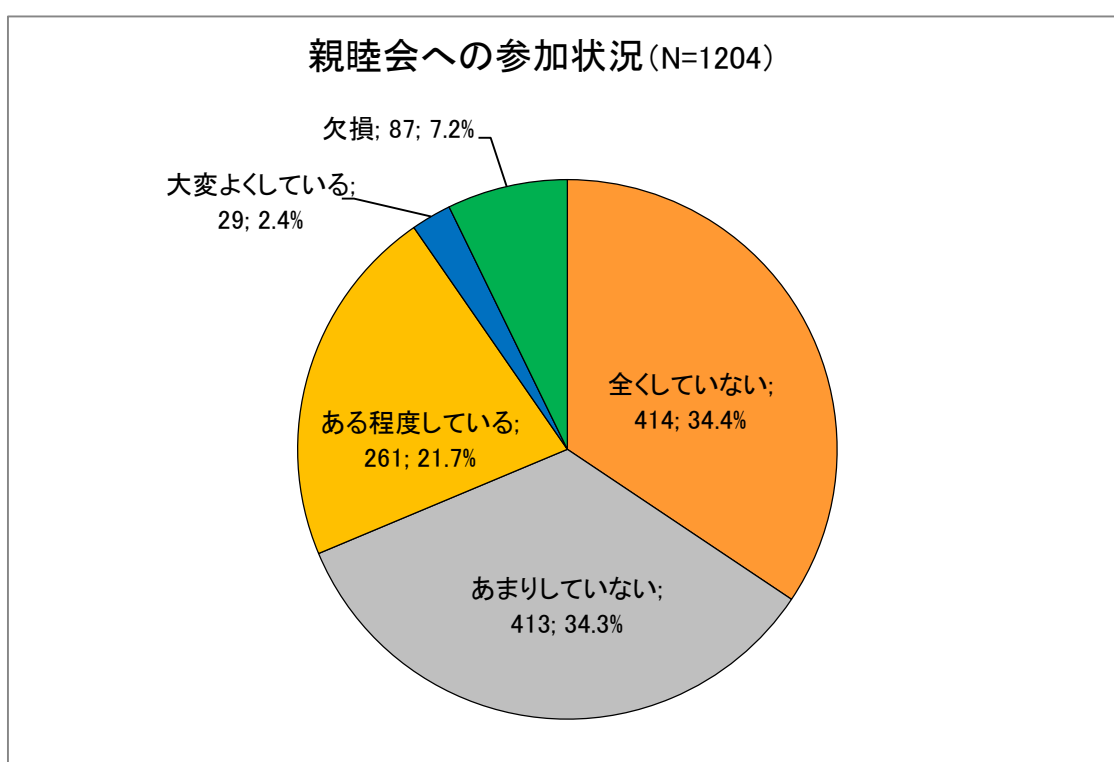
図Ⅲ－１７ 事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けの状況

k. 認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会に参加していますか

認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会への参加状況を質問したところ、「全くしていない」が最も多く 414 名（34.4%）であった。

表Ⅲ－２２ 認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会への参加状況

	全くして ない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	414	413	261	29	87	1204
%	34.4%	34.3%	21.7%	2.4%	7.2%	100.0%



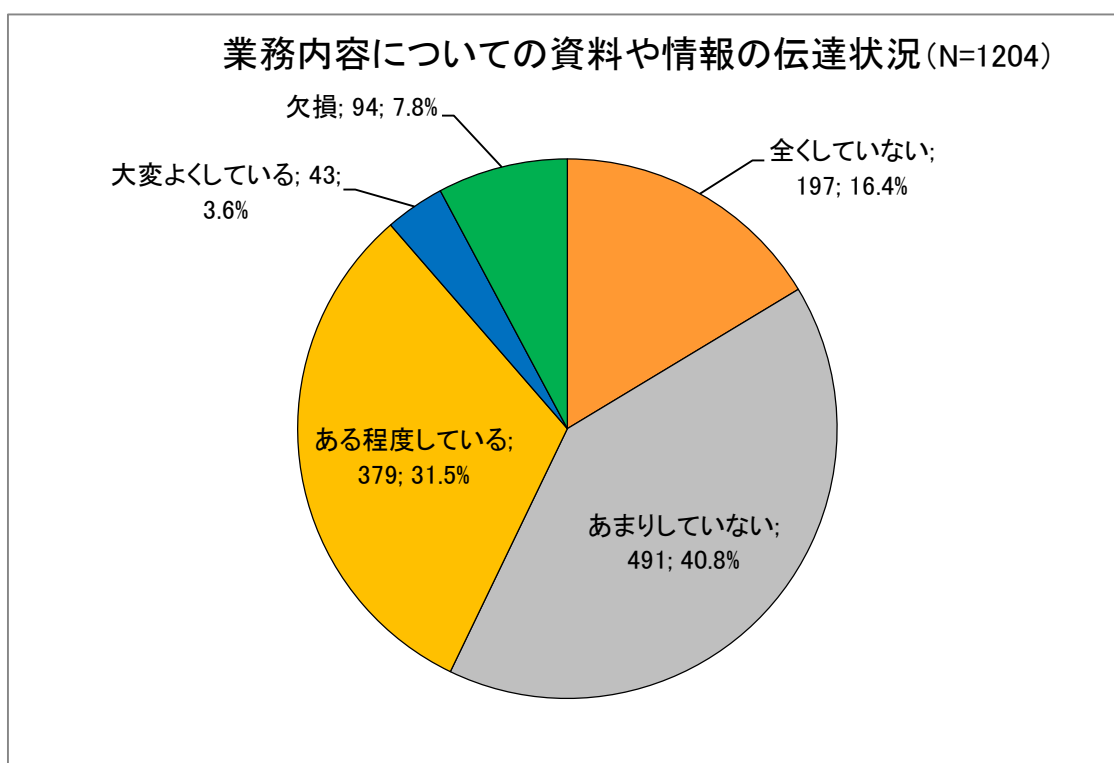
図Ⅲ－１８ 認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会への参加状況

1. 自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達していますか

回答者の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達しているかを質問したところ、「あまりしていない」が最も多く 491 名（40.8%）であった。

表Ⅲ－２３ 業務内容についての資料や情報の伝達状況

	全くして いない	あまりして いない	ある程度し ている	大変よくし ている	欠損	合計
N	197	491	379	43	94	1204
%	16.4%	40.8%	31.5%	3.6%	7.8%	100.0%



図Ⅲ－１９ 業務内容についての資料や情報の伝達状況

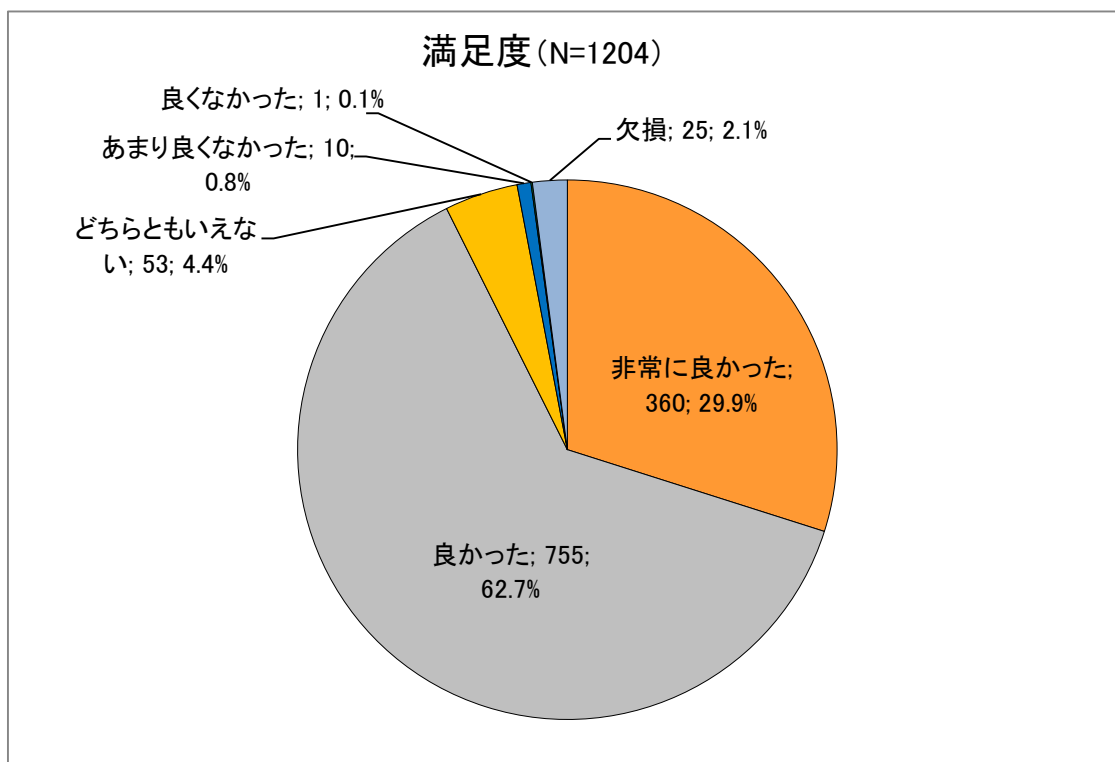
## 2) 研修効果についての検討

### 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 755 名 (62.7%) であった。

表Ⅲ－２４ 受講者の満足度

	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	欠損	合計
N	360	755	53	10	1	25	1204
%	29.9%	62.7%	4.4%	0.8%	0.1%	2.1%	100.0%



図Ⅲ－２０ 受講者の満足度

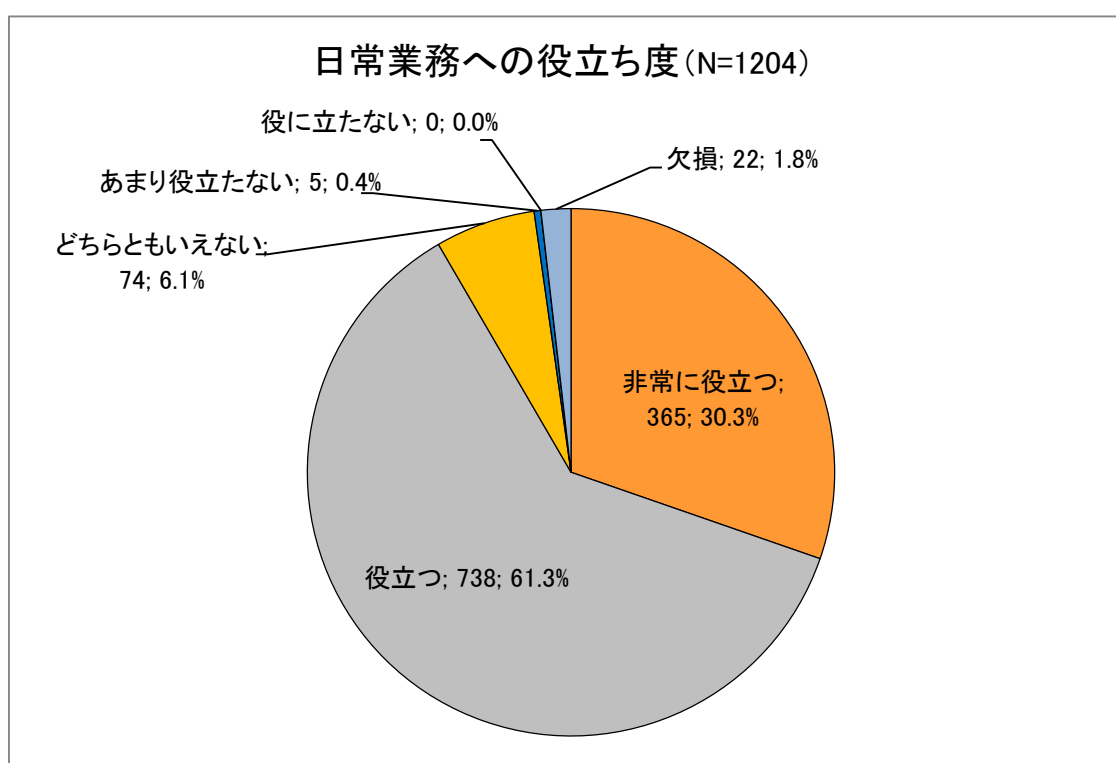


## ② 業務の役立ち度

受講者の日常業務への役立ち度について、「非常に役立つ」が最も多く 738 名（61.3%）であった。

表Ⅲ－２４ 受講者の日常業務への役立ち度

	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	欠損	合計
N	365	738	74	5	0	22	1204
%	30.3%	61.3%	6.1%	0.4%	0.0%	1.8%	100.0%



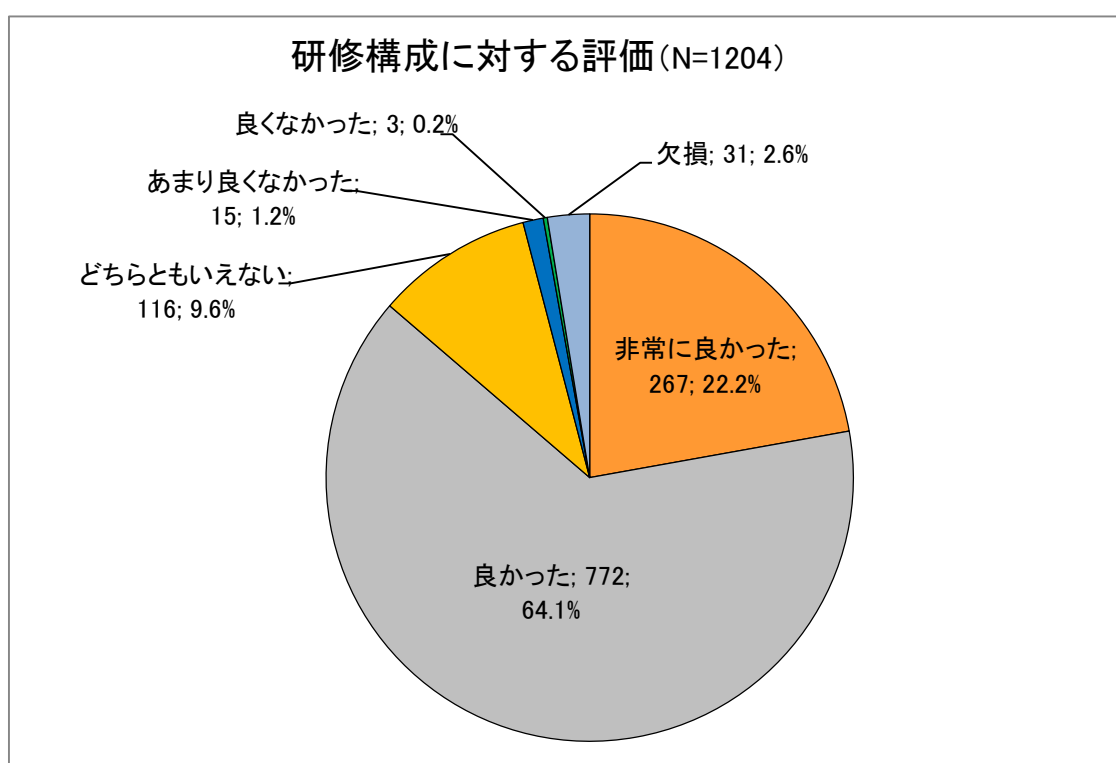
図Ⅲ－２１ 受講者の日常業務への役立ち度

### ③ 研修構成の役立ち度

受講者の研修構成に対する評価について、「良かった」が最も多く 772 名（64.1%）であった。

表Ⅲ－２５ 受講者の研修構成に対する評価

	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	欠損	合計
N	267	772	116	15	3	31	1204
%	22.2%	64.1%	9.6%	1.2%	0.2%	2.6%	100.0%



図Ⅲ－２２ 受講者の研修構成に対する評価

### 3) 研修ニーズについて

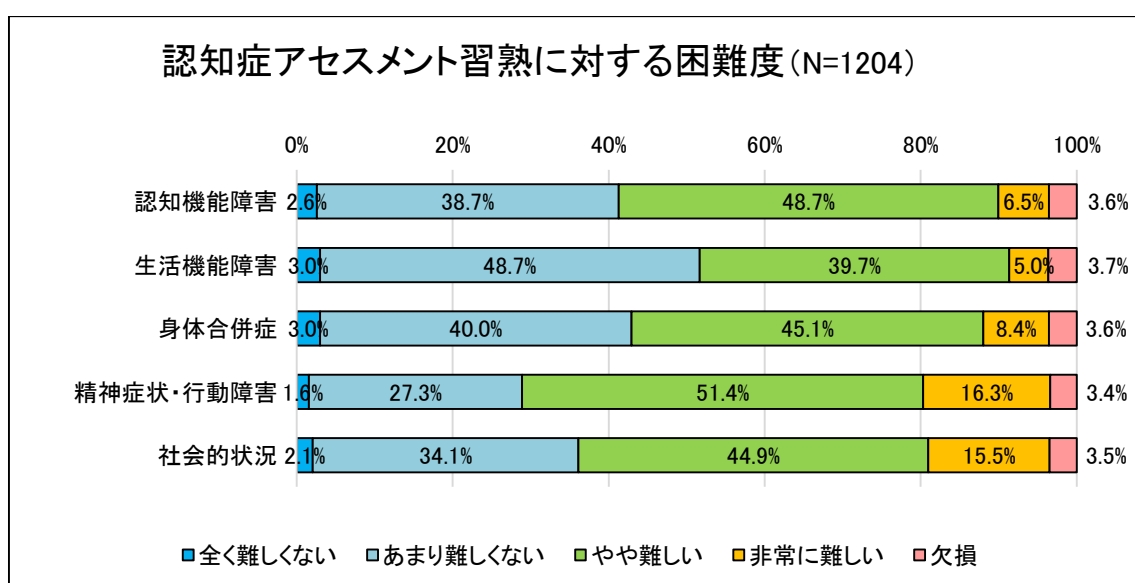
#### ① 認知症アセスメント習熟に対する困難度

受講者の認知症アセスメント習熟に対する困難度を確認したところ、認知機能障害のアセスメントについては「やや難しい」が最も多く 586 名 (48.7%) で、生活機能障害のアセスメントについては「あまり難しくない」が最も多く 586 名 (48.7%) であった。

身体合併症のアセスメントについては「やや難しい」が最も多く 543 名 (45.1%)、精神症状・行動障害のアセスメントについても「やや難しい」が最も多く 619 名 (51.4%)、社会的状況のアセスメントも同様に「やや難しい」が最も多く 540 名 (44.9%) であった。

表Ⅲ－26 認知症アセスメント習熟に対する困難度

		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	欠損	合計
認知機能障害	N	31	466	586	78	43	1204
	%	2.6%	38.7%	48.7%	6.5%	3.6%	100.0%
生活機能障害	N	36	586	478	60	44	1204
	%	3.0%	48.7%	39.7%	5.0%	3.7%	100.0%
身体合併症	N	36	481	543	101	43	1204
	%	3.0%	40.0%	45.1%	8.4%	3.6%	100.0%
精神症状・行動障害	N	19	329	619	196	41	1204
	%	1.6%	27.3%	51.4%	16.3%	3.4%	100.0%
社会的状況	N	25	410	540	187	42	1204
	%	2.1%	34.1%	44.9%	15.5%	3.5%	100.0%



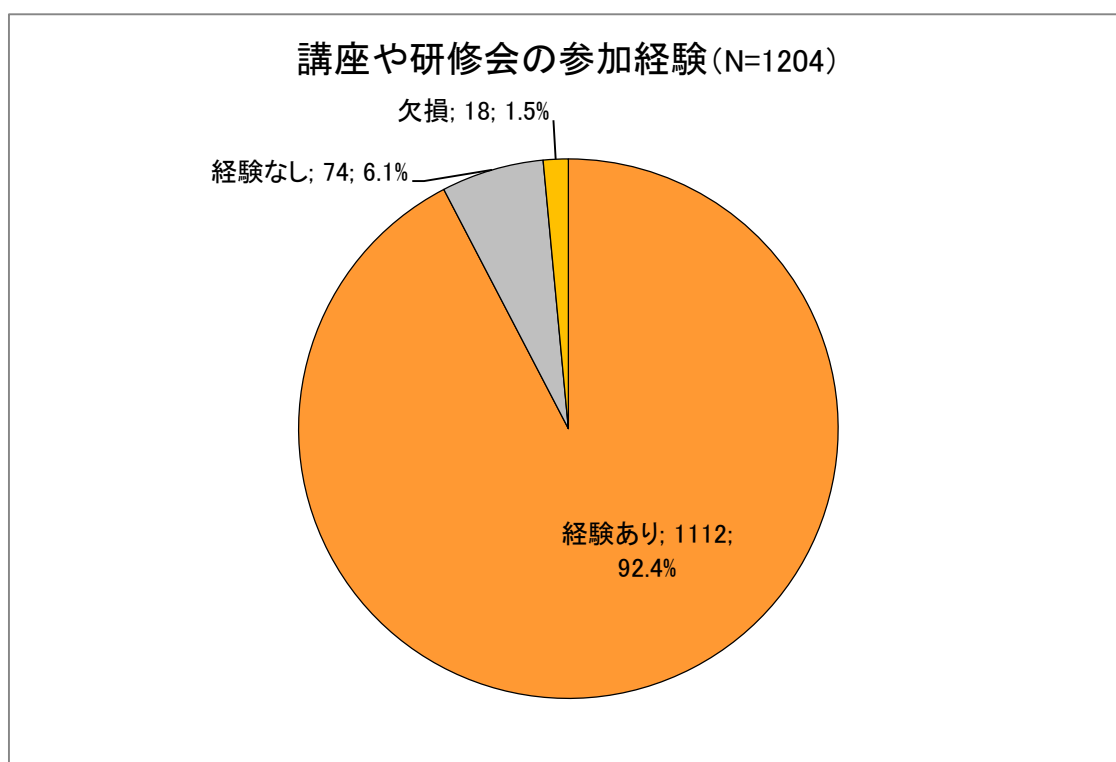
図Ⅲ－23 認知症アセスメント習熟に対する困難度

## ② 認知症をテーマとする講座や研修会への参加経験

受講者の認知症をテーマとする講座や研修会への参加経験について確認したところ、「経験あり」が1112名（92.4%）、「経験なし」が74名（6.1%）であった。

表Ⅲ－２７ 講座や研修会の参加経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	1112	74	18	1204
%	92.4%	6.1%	1.5%	100.0%



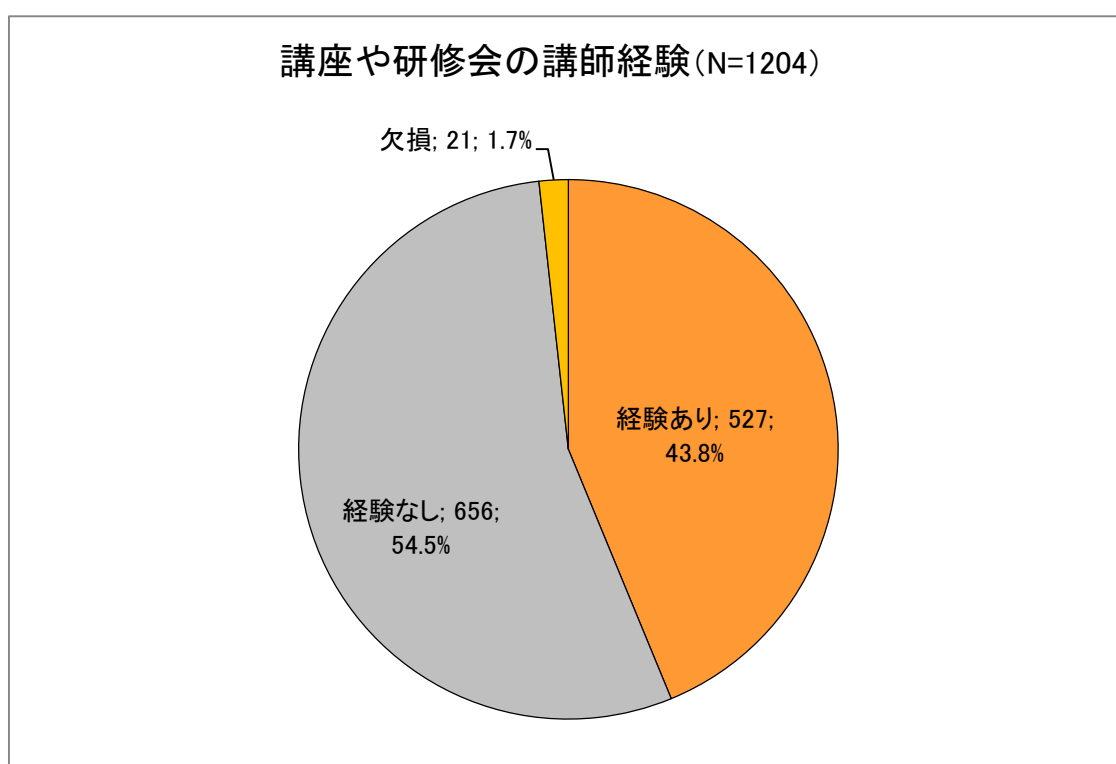
図Ⅲ－２４ 講座や研修会の参加経験

### ③ 認知症をテーマとする講座や研修会の講師経験

受講者の認知症をテーマとする講座や研修会の講師経験について確認したところ、「経験あり」が 527 名（43.8%）、「経験なし」が 656 名（54.5%）であった。

表Ⅲ－２８ 講座や研修会の講師経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	527	656	21	1204
%	43.8%	54.5%	1.7%	100.0%



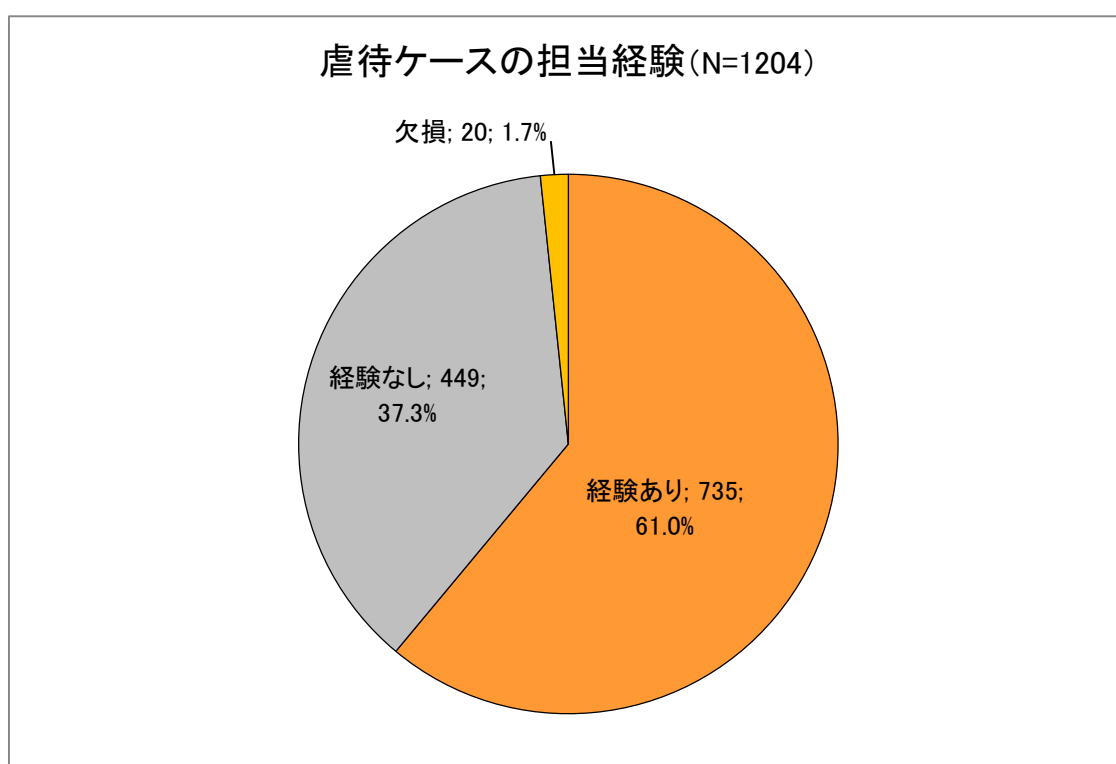
図Ⅲ－２５ 講座や研修会の講師経験

④ 認知症のご本人が虐待（疑いを含む）されているケースの担当経験

受講者の虐待ケースの担当経験については、「経験あり」が735名（61.0%）、「経験なし」が449名（37.3%）であった。

表Ⅲ－２９ 虐待ケースの担当経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	735	449	20	1204
%	61.0%	37.3%	1.7%	100.0%



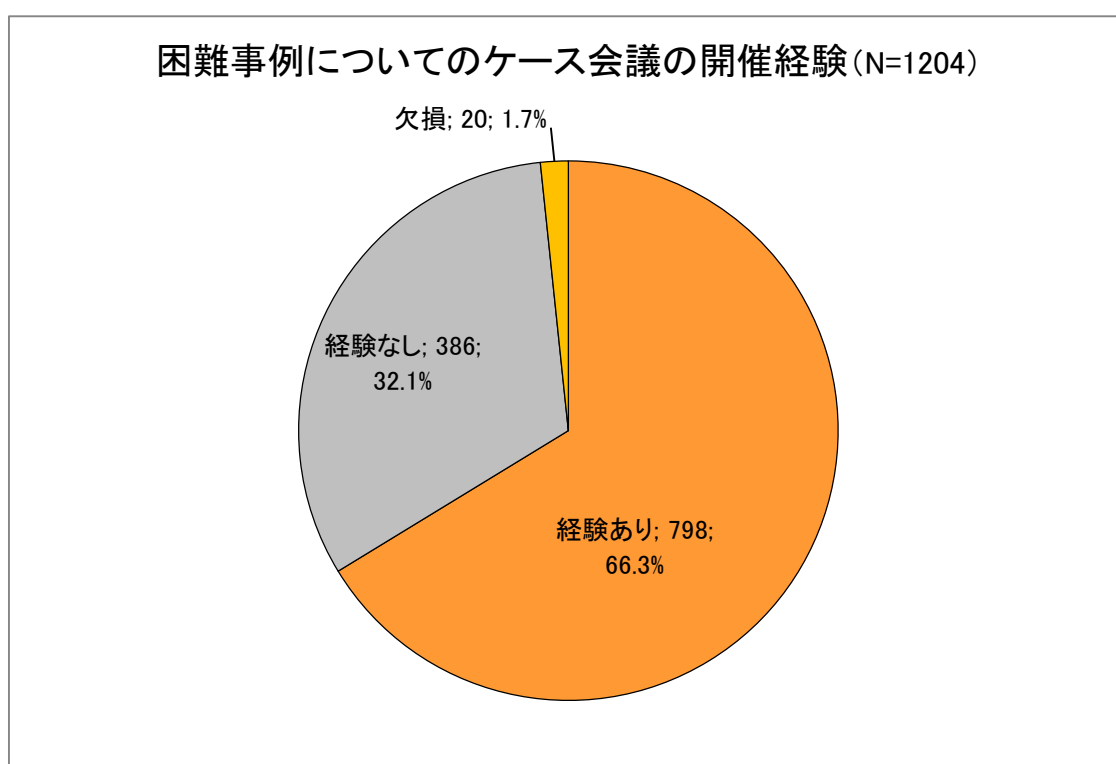
図Ⅲ－２６ 虐待ケースの担当経験

⑤ 認知症の困難事例についてのケース会議の開催経験

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 798 名 (66.3%)、「経験なし」が 386 名 (32.1%) であった。

表Ⅲ－３０ 困難事例についてのケース会議の開催経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	798	386	20	1204
%	66.3%	32.1%	1.7%	100.0%



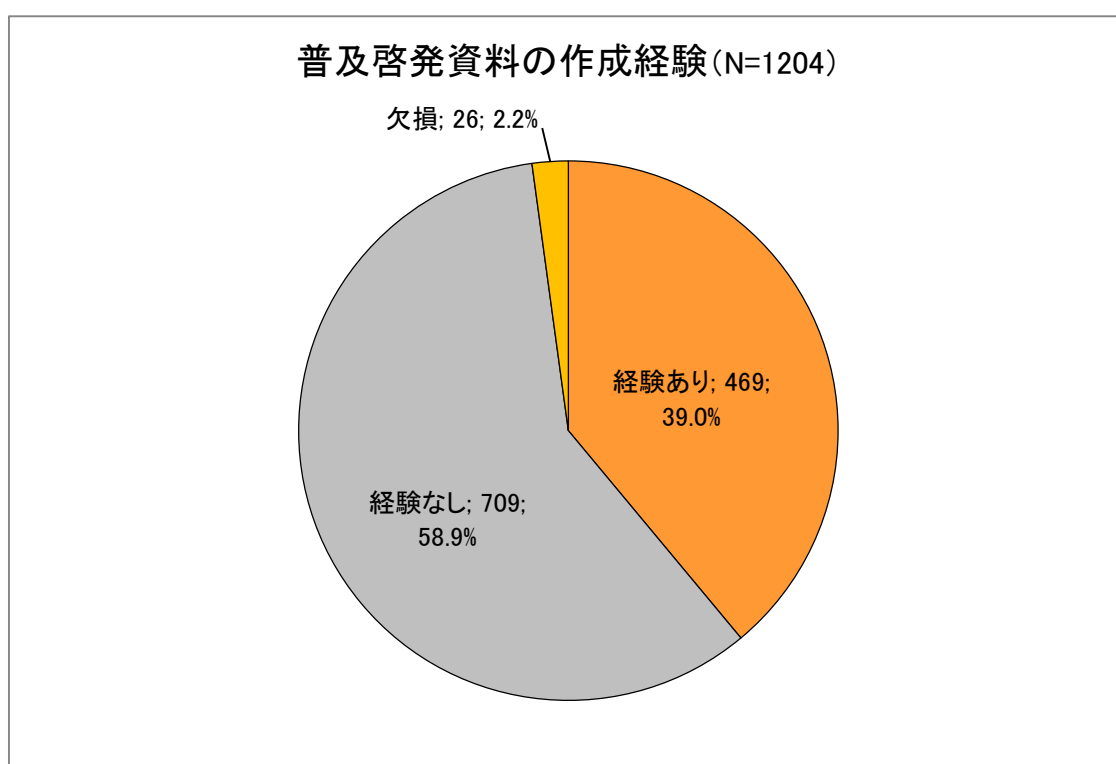
図Ⅲ－２７ 困難事例についてのケース会議の開催経験

⑥ 認知症の普及啓発資料の作成経験

受講者の認知症の普及啓発資料の作成経験については、「経験あり」が469名(39.0%)、「経験なし」が709名(58.9%)であった。

表Ⅲ－31 普及啓発資料の作成経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	469	709	26	1204
%	39.0%	58.9%	2.2%	100.0%



図Ⅲ－28 普及啓発資料の作成経験

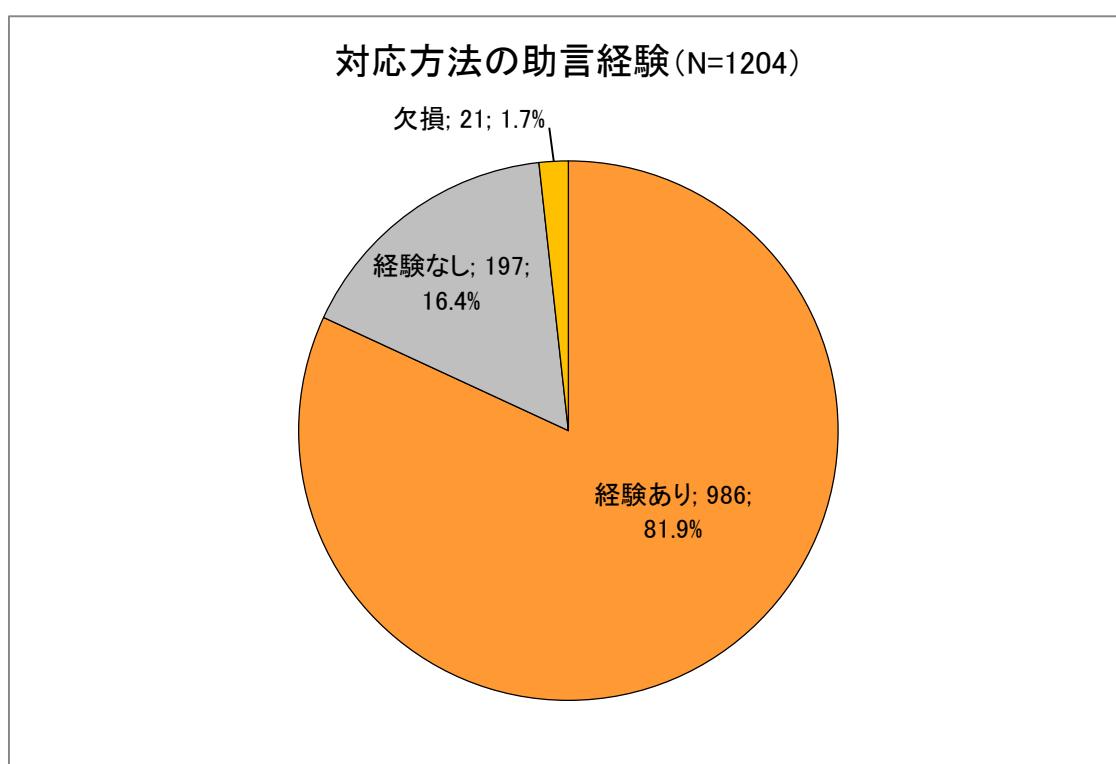


⑦ 家族に対して精神症状・行動障害の対応方法の助言経験

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 986 名 (81.9%)、「経験なし」が 197 名 (16.4%) であった。

表Ⅲ－３２ 対応方法の助言経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	986	197	21	1204
%	81.9%	16.4%	1.7%	100.0%



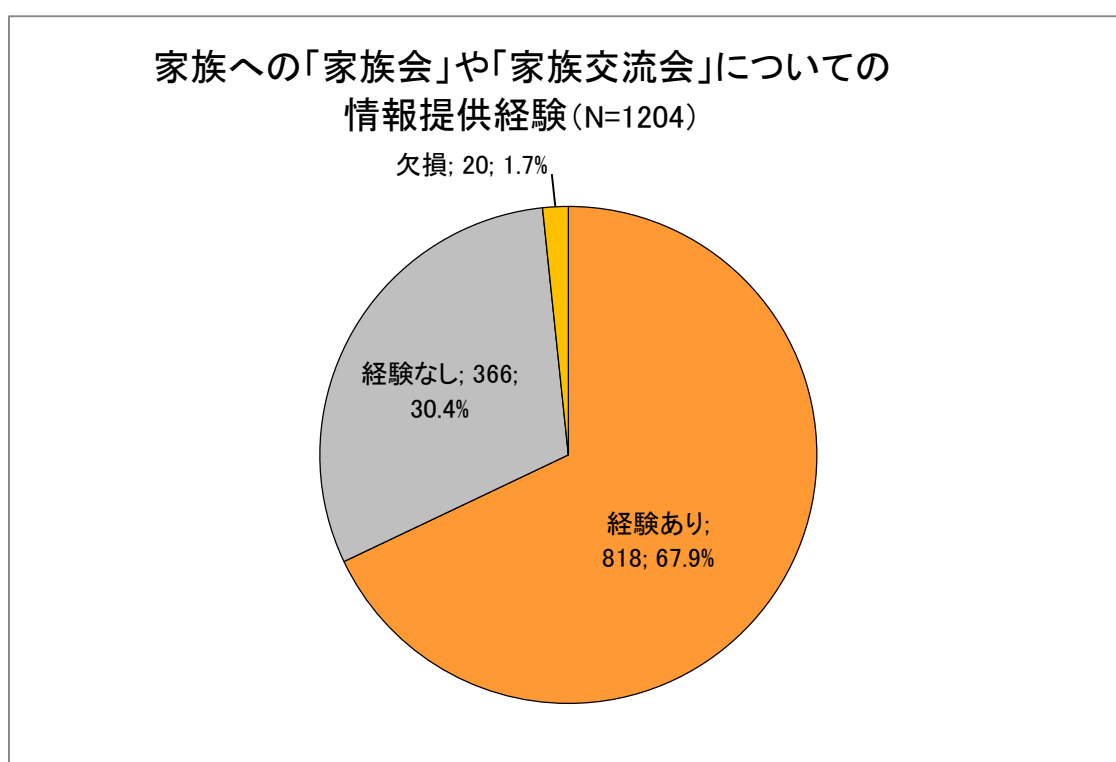
図Ⅲ－２９ 対応方法の助言経験

⑧ 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818名（67.9%）、「経験なし」が366名（30.4%）であった。

表Ⅲ－33 家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	818	366	20	1204
%	67.9%	30.4%	1.7%	100.0%



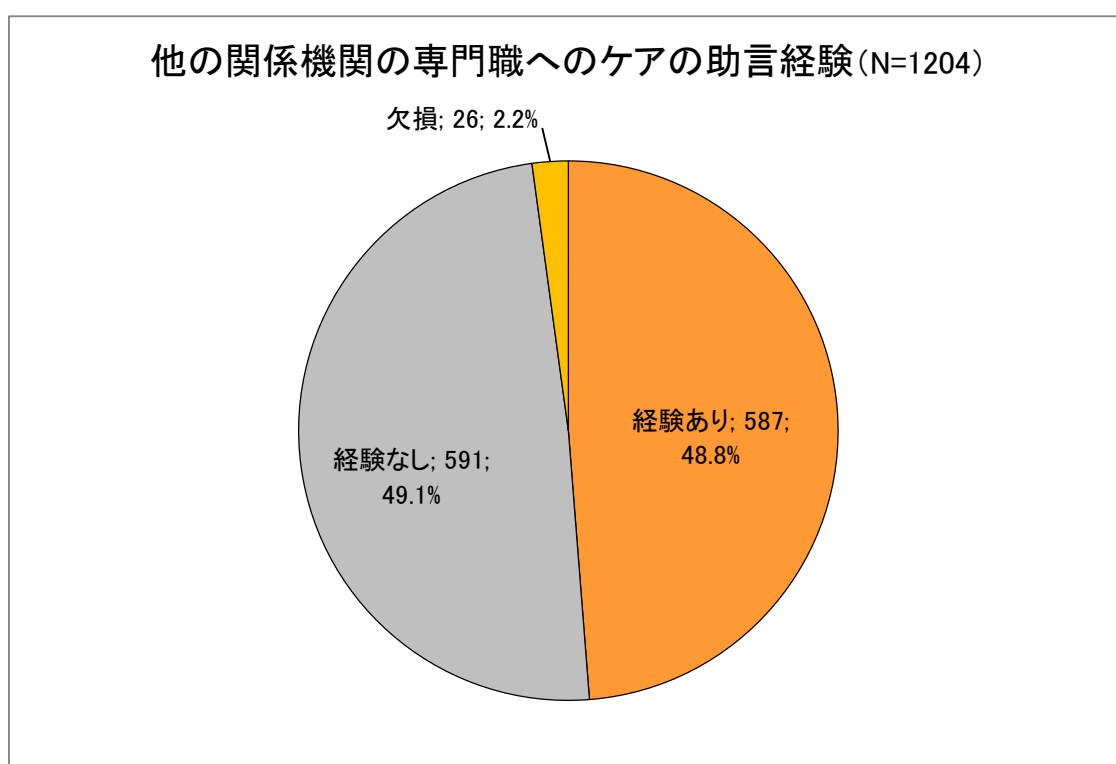
図Ⅲ－30 家族へ「家族会」や「家族交流会」についての情報提供経験

⑨ 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 587 名 (48.8%)、「経験なし」が 591 名 (49.1%) であった。

表Ⅲ－34 他の関係機関の専門職へのケアの助言経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	587	591	26	1204
%	48.8%	49.1%	2.2%	100.0%



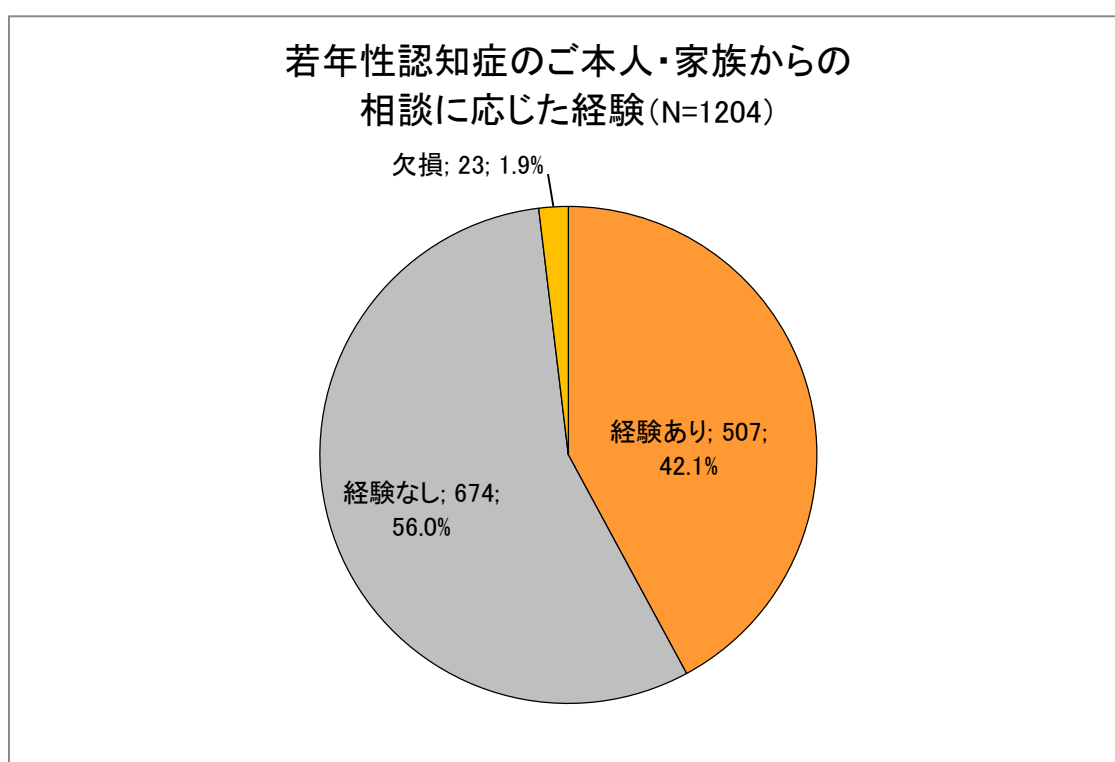
図Ⅲ－31 他の関係機関の専門職へのケアの助言経験

⑩ 若年性認知症のご本人・家族からの相談に応じた経験

受講者の若年性認知症のご本人・家族からの相談に応じた経験については、「経験あり」が 507 名（42.1%）、「経験なし」が 674 名（56.0%）であった。

表Ⅲ－35 若年性認知症のご本人・家族からの相談に応じた経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	507	674	23	1204
%	42.1%	56.0%	1.9%	100.0%



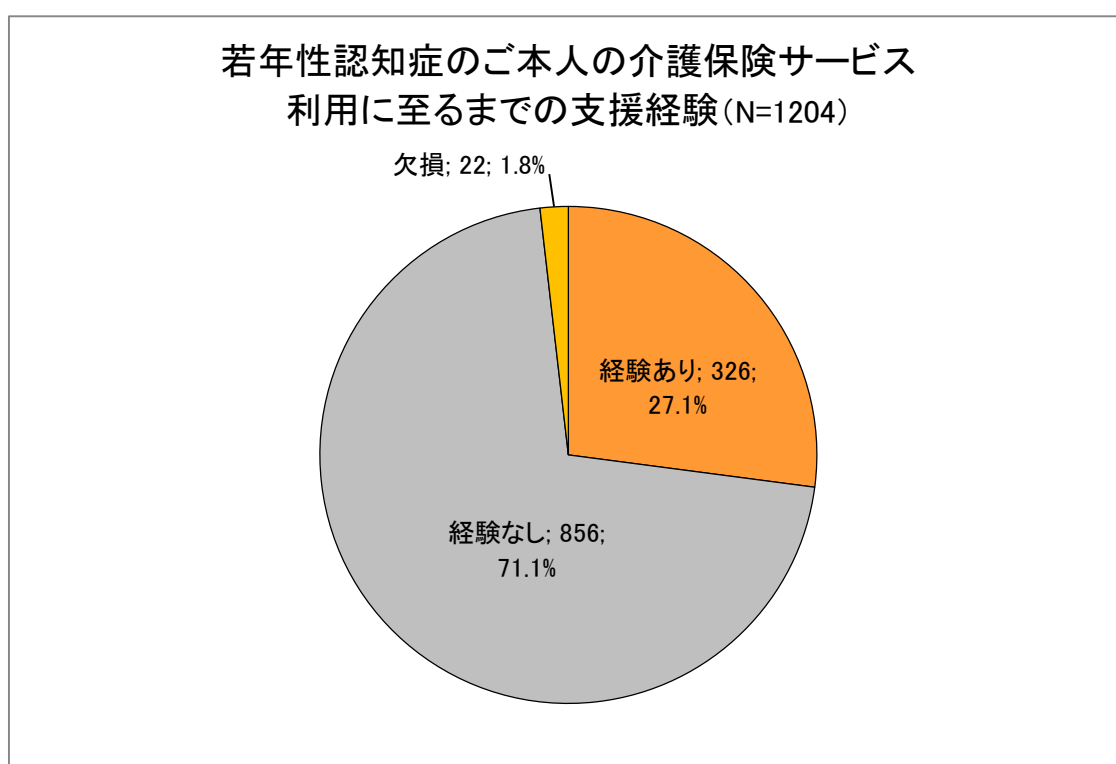
図Ⅲ－32 若年性認知症のご本人・家族からの相談に応じた経験

⑪ 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経験

受講者の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経験については、「経験あり」が326名（27.1%）、「経験なし」が856名（71.1%）であった。

表Ⅲ－35 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経験

	経験あり	経験なし	欠損	合計
N	326	856	22	1204
%	27.1%	71.1%	1.8%	100.0%



図Ⅲ－33 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経験

#### 4) 研修成果についての検討

##### ① 研修開始時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

研修成果について検討するために、研修開始時に認知症に関する基礎知識の確認テストを実施した。平均値は7.0点(標準偏差1.6)であった。最も多い得点は7点で305名(25.3%)であった。

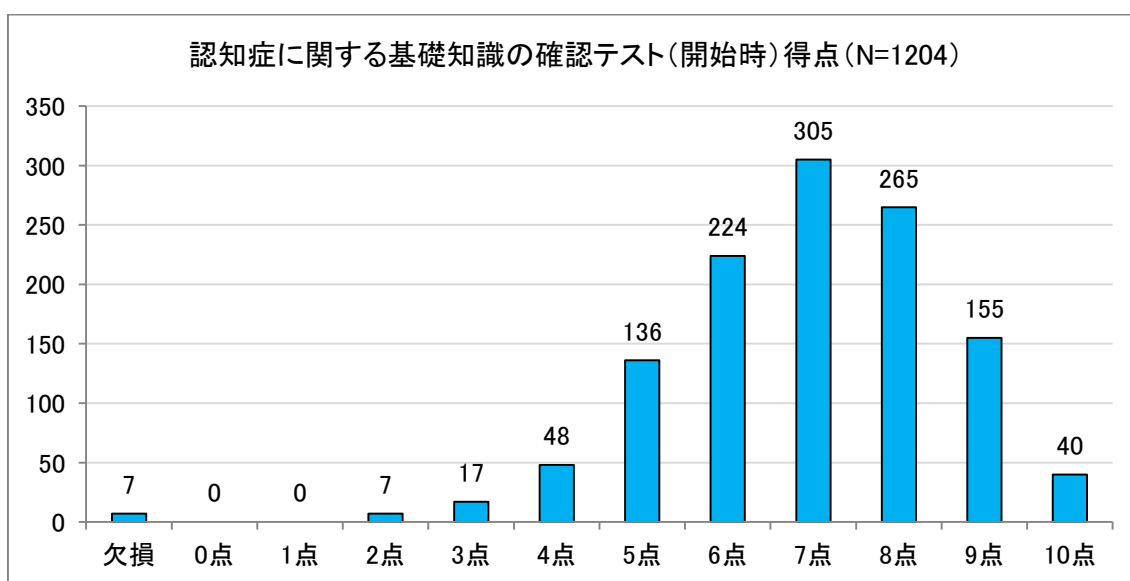
表Ⅲ－36 研修会開始時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
全体	1197	2	10	6.96	1.554

欠損=7

表Ⅲ－37 研修会開始時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

	N	%
欠損	7	0.6%
0点	0	0.0%
1点	0	0.0%
2点	7	0.6%
3点	17	1.4%
4点	48	4.0%
5点	136	11.3%
6点	224	18.6%
7点	305	25.3%
8点	265	22.0%
9点	155	12.9%
10点	40	3.3%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ－34 研修会開始時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

② 研修終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

研修成果について検討するために、研修終了時に認知症に関する基礎知識の確認テストを実施した。平均値は 8.9 点（標準偏差 1.2）であった。最も多い得点は 10 点で 455 名（37.8%）であった。

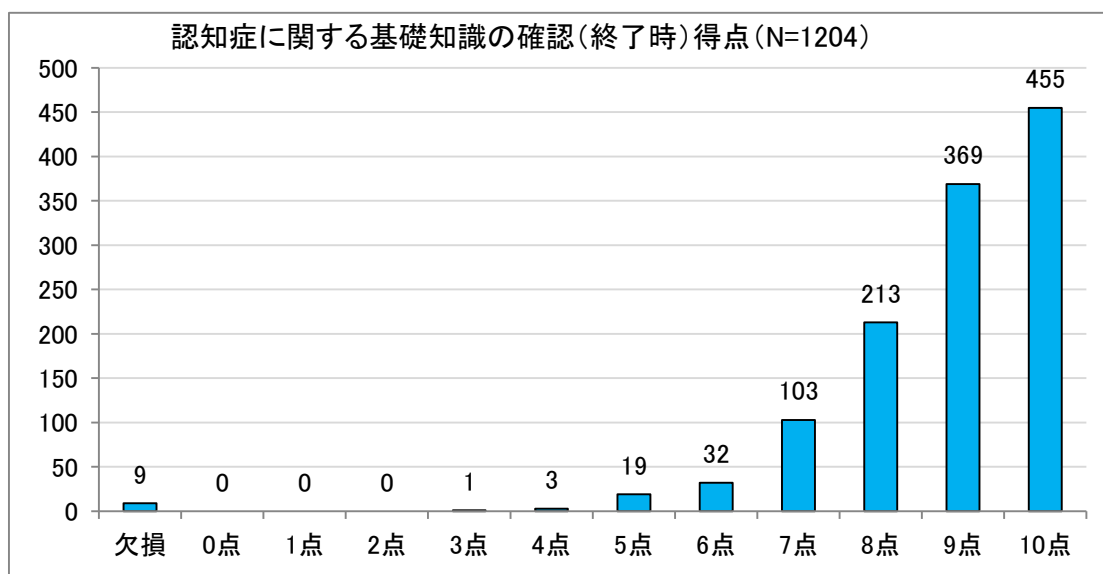
表Ⅲ－38 研修会終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
全体	1195	3	10	8.87	1.215

欠損=9

表Ⅲ－39 研修会終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

	N	%
欠損	9	0.7%
0点	0	0.0%
1点	0	0.0%
2点	0	0.0%
3点	1	0.1%
4点	3	0.2%
5点	19	1.6%
6点	32	2.7%
7点	103	8.6%
8点	213	17.7%
9点	369	30.6%
10点	455	37.8%
合計	1204	100.0%



図Ⅲ－35 研修会終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果

### ③ 研修開始時と研修終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト得点の比較

研修成果について検討するために、研修開始時と研修終了時の認知症に関する基礎知識の確認テストの得点について、欠損がなかった 1,189 名に対応のある t 検定を行った。その結果、平均値の差は 1.9 点（標準偏差 1.4、平均値の標準誤差 0.041、t 値 46.1）で、研修終了時の得点の方が、統計的に有意に点数が高いことが示された。

表Ⅲ－４０ 研修前と研修後の確認テスト得点の対応のある t 検定

	平均値	標準偏差	平均値の標準 誤差	T 値	P 値
開始時-終了時	1.90	1.42	0.041	46.1	0.000

N=1189 欠損=15



## 5) 受講地域による研修効果と研修ニーズ、研修成果の比較

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、認知症に関する基礎知識確認テスト結果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。なお、経年比較ができるように、表及び円グラフに平成25年度（2013年度）の結果を併記した。

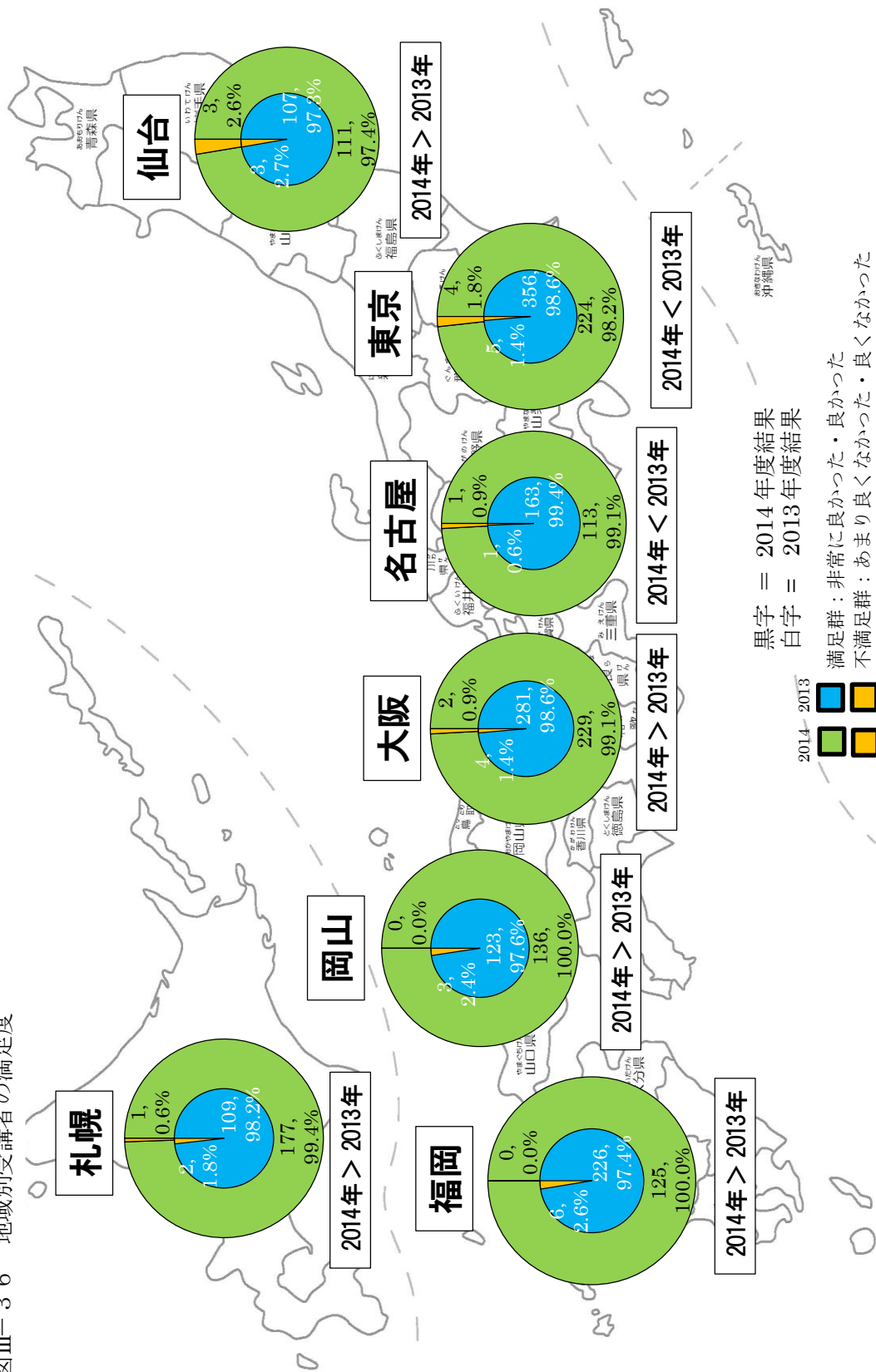
結果、地域別の満足度は、「岡山」と「福岡」が「非常に良かった・良かった」の割合が最も高く、「岡山」136名（100.0%）、「福岡」125名（100.0%）、であった。総じて、全地域で95%以上が「非常に良かった・良かった」と回答した。

平成25年度（2013年度）と経年比較すると、「札幌」「仙台」「大阪」「岡山」「福岡」において、「非常に良かった・良かった」の割合が高くなった。

表Ⅲ－4 1 地域別受講者の満足度

		平成26年度（2014年度）		合計	平成25年度（2013年度）		合計
		満足群	不満足群		満足群	不満足群	
札幌	度数	177	1	178	109	2	111
	%	99.4%	0.6%	100.0%	98.2%	1.8%	100.0%
仙台	度数	111	3	114	107	3	110
	%	97.4%	2.6%	100.0%	97.3%	2.7%	100.0%
東京	度数	224	4	228	356	5	361
	%	98.2%	1.8%	100.0%	98.6%	1.4%	100.0%
名古屋	度数	113	1	114	163	1	164
	%	99.1%	0.9%	100.0%	99.4%	0.6%	100.0%
大阪	度数	229	2	231	281	4	285
	%	99.1%	0.9%	100.0%	98.6%	1.4%	100.0%
岡山	度数	136	0	136	123	3	126
	%	100.0%	0.0%	100.0%	97.6%	2.4%	100.0%
福岡	度数	125	0	125	226	6	232
	%	100.0%	0.0%	100.0%	97.4%	2.6%	100.0%

図III-3-6 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」を合わせた満足群と、「あまり役に立たない・役に立たない」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。なお、経年比較ができるように、表及び円グラフにおいて平成 25 年度（2013 年度）の結果を併記した。

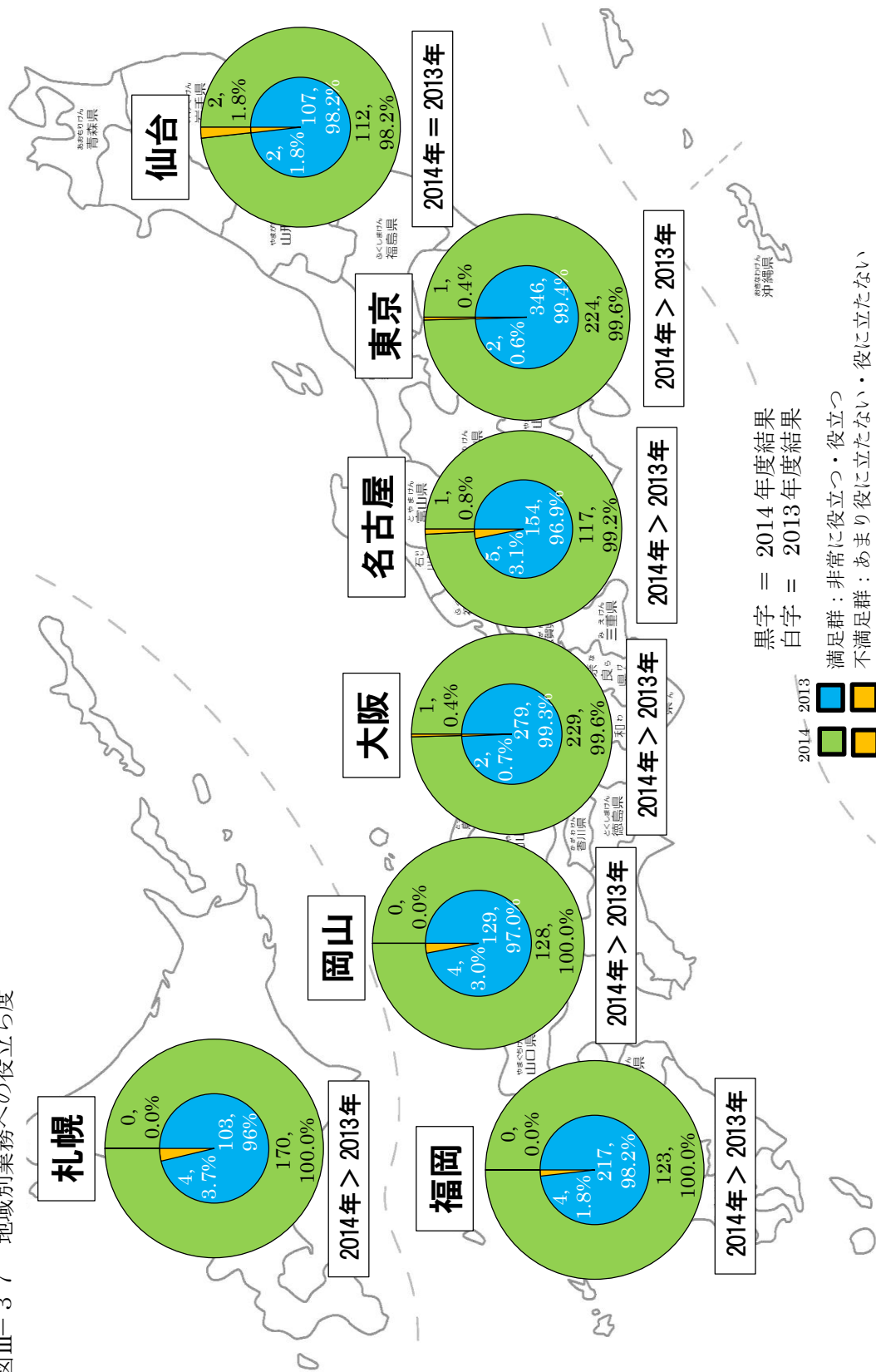
結果、地域別の満足度は、「札幌」「岡山」「福岡」が「非常に役立つ・役立つ」の割合が最も高く、「札幌」170 名（100.0%）「岡山」128 名（100.0%）、「福岡」123 名（100.0%）であった。総じて、全地域で 95%以上が「非常に役立つ・役立つ」と回答した。

平成 25 年度（2013 年度）と経年比較すると、「札幌」「東京」「名古屋」「大阪」「岡山」「福岡」において、「非常に役立つ・役立つ」の割合が高くなった。

表Ⅲ－４２ 地域別業務への役立ち度

		平成 26 年度（2014 年度）		合計	平成 25 年度（2013 年度）		合計
		満足群	不満足群		満足群	不満足群	
札幌	度数	170	0	170	103	4	107
	%	100.0%	0.0%	100.0%	96.3%	3.7%	100.0%
仙台	度数	112	2	114	107	2	109
	%	98.2%	1.8%	100.0%	98.2%	1.8%	100.0%
東京	度数	224	1	225	346	2	348
	%	99.6%	0.4%	100.0%	99.4%	0.6%	100.0%
名古屋	度数	117	1	118	154	5	159
	%	99.2%	0.8%	100.0%	96.9%	3.1%	100.0%
大阪	度数	229	1	230	279	2	281
	%	99.6%	0.4%	100.0%	99.3%	0.7%	100.0%
岡山	度数	128	0	128	129	4	133
	%	100.0%	0.0%	100.0%	97.0%	3.0%	100.0%
福岡	度数	123	0	123	217	4	221
	%	100.0%	0.0%	100.0%	98.2%	1.8%	100.0%

図III-3-7 地域別業務への役立ち度



### ③ 地域別構成の満足度

「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。なお、経年比較ができるように、表及び円グラフにおいて平成25年度（2013年度）の結果を併記した。

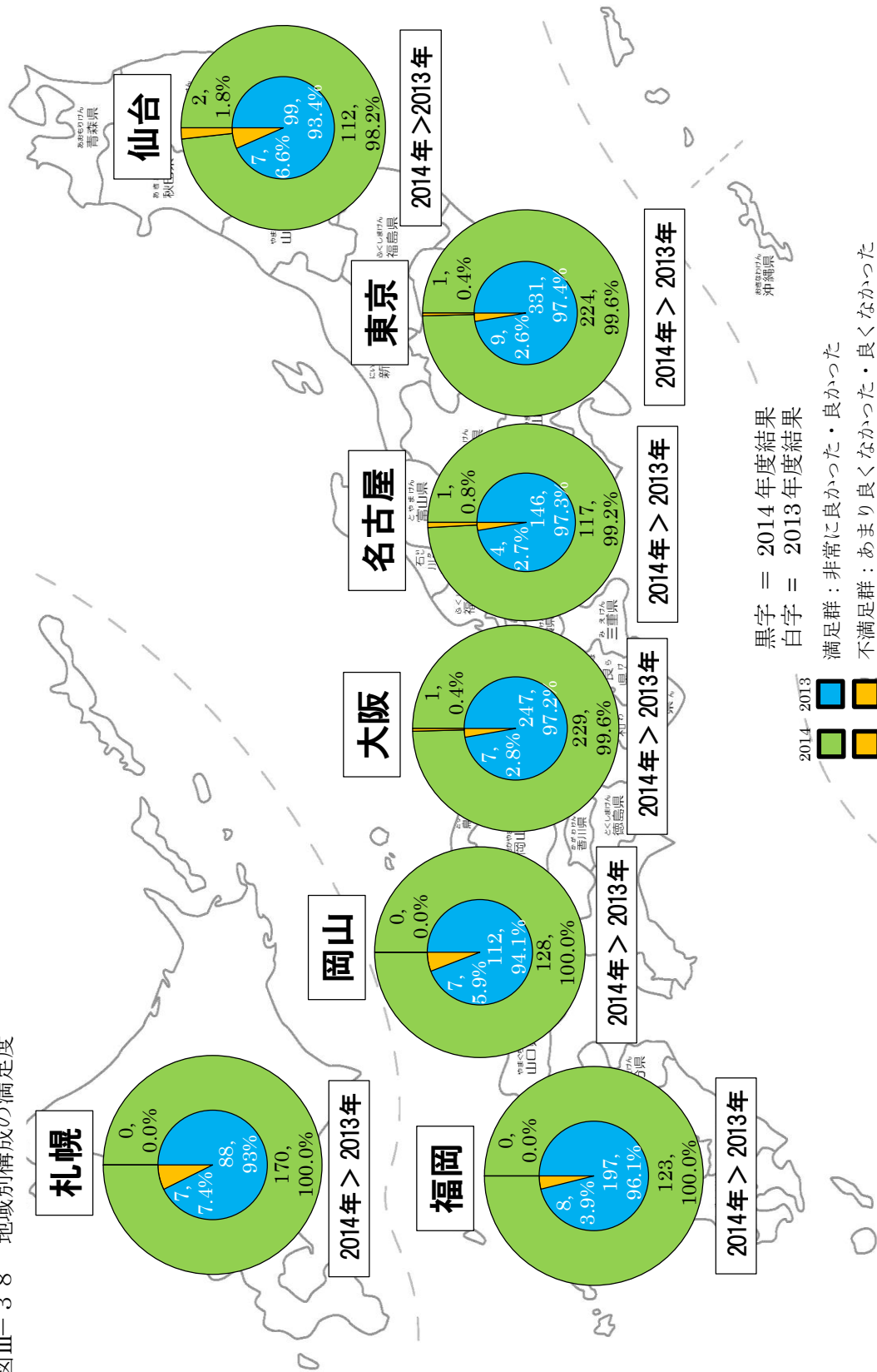
結果、地域別の研修構成の満足度は、「札幌」「岡山」「福岡」が「非常に良かった・良かった」の割合が最も高く、「札幌」170名（100.0%）「岡山」128名（100.0%）、「福岡」123名（100.0%）であった。総じて、全地域で95%以上が「非常に良かった・良かった」と回答した。

平成25年度（2013年度）と経年比較すると、全ての地域において、「非常に良かった・良かった」の割合が高くなった。

表Ⅲ－43 地域別構成の満足度

		平成26年度（2014年度）		合計	平成25年度（2013年度）		合計
		満足群	不満足群		満足群	不満足群	
札幌	度数	170	0	170	88	7	95
	%	100.0%	0.0%	100.0%	92.6%	7.4%	100.0%
仙台	度数	112	2	114	99	7	106
	%	98.2%	1.8%	100.0%	93.4%	6.6%	100.0%
東京	度数	224	1	225	331	9	340
	%	99.6%	0.4%	100.0%	97.4%	2.6%	100.0%
名古屋	度数	117	1	118	146	4	150
	%	99.2%	0.8%	100.0%	97.3%	2.7%	100.0%
大阪	度数	229	1	230	247	7	254
	%	99.6%	0.4%	100.0%	97.2%	2.8%	100.0%
岡山	度数	128	0	128	112	7	119
	%	100.0%	0.0%	100.0%	94.1%	5.9%	100.0%
福岡	度数	123	0	123	197	8	205
	%	100.0%	0.0%	100.0%	96.1%	3.9%	100.0%

図III-38 地域別構成の満足度



#### 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。なお、経年比較ができるように、表及び円グラフにおいて平成 25 年度（2013 年度）の結果を併記した。

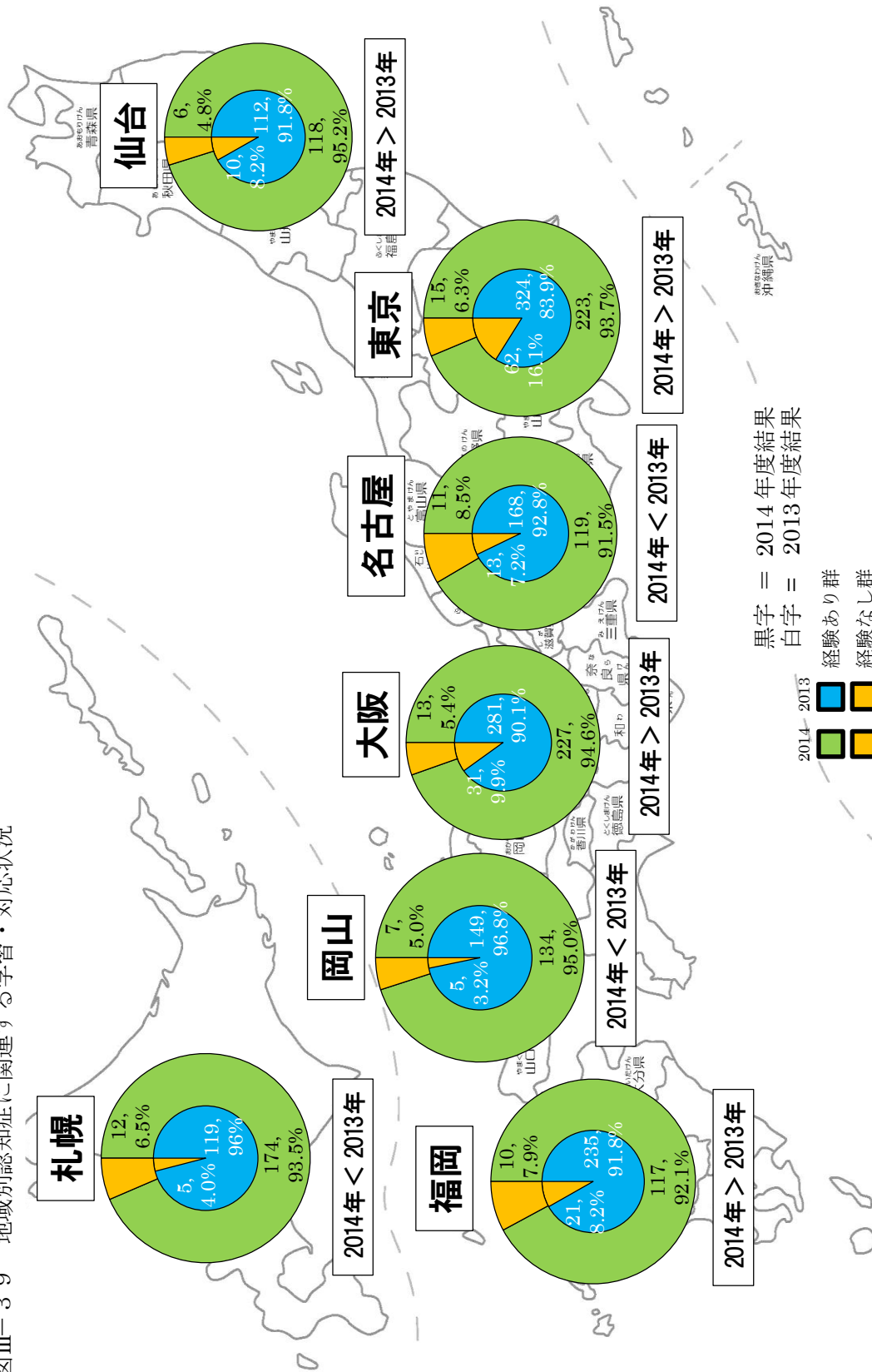
結果、地域別の講座や研修会の参加経験については、「経験あり」の割合が最も高い地域は、「仙台」で 118 名（95.2%）であった。また「経験なし」の割合が最も高い地域は、「名古屋」で 11 名（8.5%）であった。総じて、全地域で 9 割以上が「経験あり」群であった。

平成 25 年度（2013 年度）と経年比較すると、全ての地域において、「経験あり」群の割合が高くなった。

表Ⅲ－４４ 地域別認知症に関連する学習・対応状況

		平成 26 年度（2014 年度）		合計	平成 25 年度（2013 年度）		合計
		経験あり群	経験なし群		経験あり群	経験なし群	
札幌	度数	174	12	186	119	5	124
	%	93.5%	6.5%	100.0%	96.0%	4.0%	100.0%
仙台	度数	118	6	124	112	10	122
	%	95.2%	4.8%	100.0%	91.8%	8.2%	100.0%
東京	度数	223	15	238	324	62	386
	%	93.7%	6.3%	100.0%	83.9%	16.1%	100.0%
名古屋	度数	119	11	130	168	13	181
	%	91.5%	8.5%	100.0%	92.8%	7.2%	100.0%
大阪	度数	227	13	240	281	31	312
	%	94.6%	5.4%	100.0%	90.1%	9.9%	100.0%
岡山	度数	134	7	141	149	5	154
	%	95.0%	5.0%	100.0%	96.8%	3.2%	100.0%
福岡	度数	117	10	127	235	21	256
	%	92.1%	7.9%	100.0%	91.8%	8.2%	100.0%

図III-3-9 地域別認知症に関連する学習・対応状況





### ⑤ 地域別講座や研修会の講師経験

「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。なお、経年比較ができるように、表及び円グラフにおいて平成 25 年度（2013 年度）の結果を併記した。

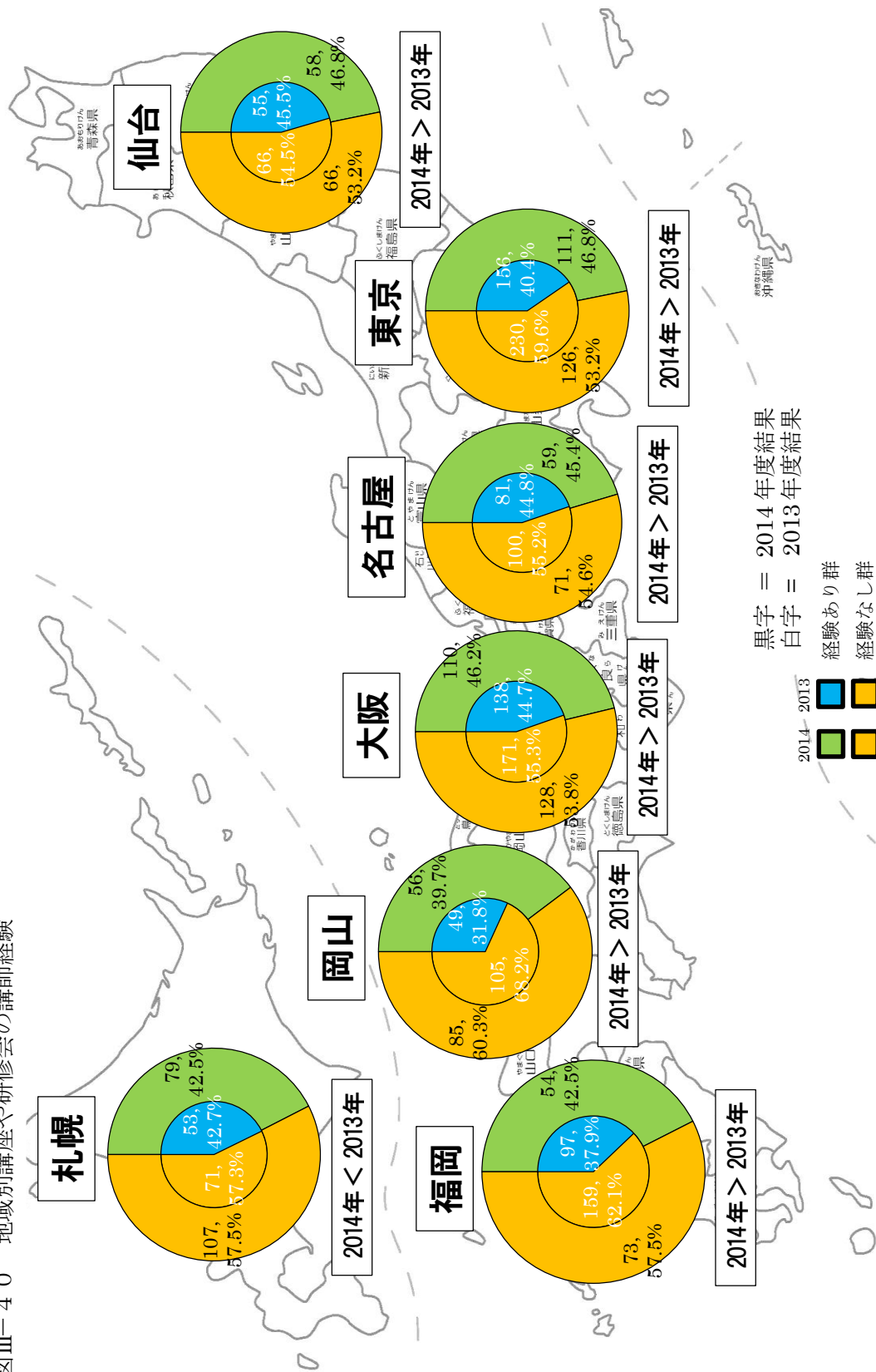
結果、地域別の講座や研修会の講師経験については、「経験あり」の割合が最も高い地域は、「仙台」58 名（46.8%）と「東京」111 名（46.8%）であった。また「経験なし」の割合が最も高い地域は、「岡山」で 85 名（60.3%）であった。

平成 25 年度（2013 年度）と経年比較すると、「札幌」以外の地域において、「経験あり」群の割合が高くなった。

表Ⅲ－４５ 地域別講座や研修会の講師経験

		平成 26 年度（2014 年度）		合計	平成 25 年度（2013 年度）		合計
		経験あり群	経験なし群		経験あり群	経験なし群	
札幌	度数	79	107	186	53	71	124
	%	42.5%	57.5%	100.0%	42.7%	57.3%	100.0%
仙台	度数	58	66	124	55	66	121
	%	46.8%	53.2%	100.0%	45.5%	54.5%	100.0%
東京	度数	111	126	237	156	230	386
	%	46.8%	53.2%	100.0%	40.4%	59.6%	100.0%
名古屋	度数	59	71	130	81	100	181
	%	45.4%	54.6%	100.0%	44.8%	55.2%	100.0%
大阪	度数	110	128	238	138	171	309
	%	46.2%	53.8%	100.0%	44.7%	55.3%	100.0%
岡山	度数	56	85	141	49	105	154
	%	39.7%	60.3%	100.0%	31.8%	68.2%	100.0%
福岡	度数	54	73	127	97	159	256
	%	42.5%	57.5%	100.0%	37.9%	62.1%	100.0%

図III-40 地域別講座や研修会の講師経験



⑥ 地域別研修開始前と終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト得点の比較

研修開始前及び終了時の認知症に関する基礎知識の確認テストの得点について、地域別の一元配置分散分析を行ったが、地域による研修前及び研修後の確認テスト得点の統計的な有意差は示されなかった。同様に、地域ごとに対応のある t 検定を行ったところ、全ての地域において、終了時の得点の方が、統計的に有意に点数が高いことが示された。

表Ⅲ－４６ 地域別研修開始前の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
札幌	187	2	10	6.85	1.562
仙台	124	3	10	7.16	1.538
東京	238	2	10	7.02	1.643
名古屋	132	3	10	6.89	1.432
大阪	242	2	10	6.81	1.630
岡山	141	3	10	7.06	1.364
福岡	125	3	10	7.14	1.501
合計	1189	2	10	6.97	1.550

欠損=15

表Ⅲ－４７ 地域別研修終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果の記述統計

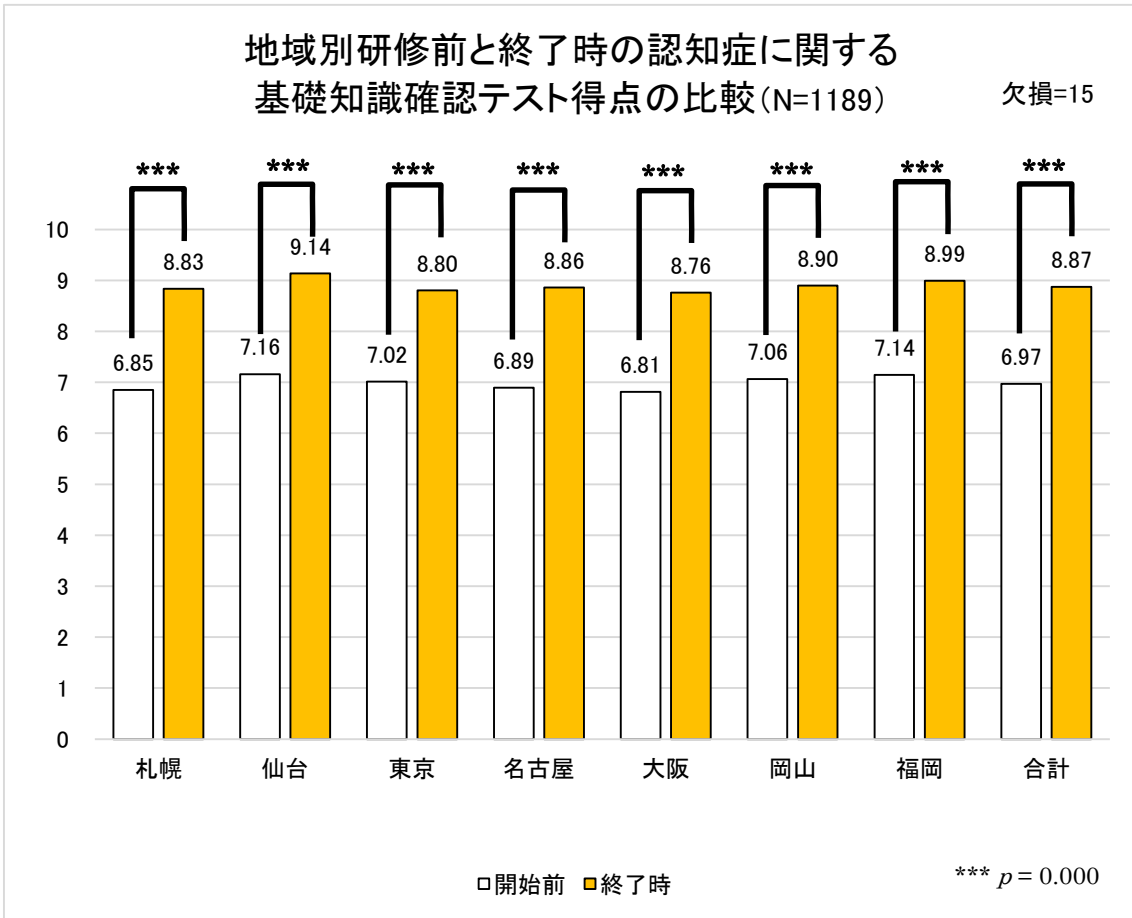
	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
札幌	187	5	10	8.83	1.261
仙台	124	6	10	9.14	1.023
東京	238	3	10	8.80	1.347
名古屋	132	5	10	8.86	1.090
大阪	242	4	10	8.76	1.292
岡山	141	5	10	8.90	1.117
福岡	125	5	10	8.99	1.096
合計	1189	3	10	8.87	1.214

欠損=15

表Ⅲ－４８ 地域別開始前と終了時の確認テスト得点の対応のある t 検定

	N	開始前-終了時 平均値	標準偏差	平均値の標 準誤差	T 値	P 値
札幌	187	1.98	1.39	0.10	19.4	0.000
仙台	124	1.97	1.31	0.12	16.8	0.000
東京	238	1.79	1.55	0.10	17.8	0.000
名古屋	132	1.97	1.43	0.12	15.8	0.000
大阪	242	1.95	1.35	0.09	22.4	0.000
岡山	141	1.84	1.40	0.12	15.6	0.000
福岡	125	1.85	1.48	0.13	13.9	0.000
合計	1189	1.90	1.42	0.04	46.1	0.000

欠損=15



図Ⅲ－４１ 地域別研修前と終了時の認知症に関する基礎知識確認テスト得点の比較

## 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

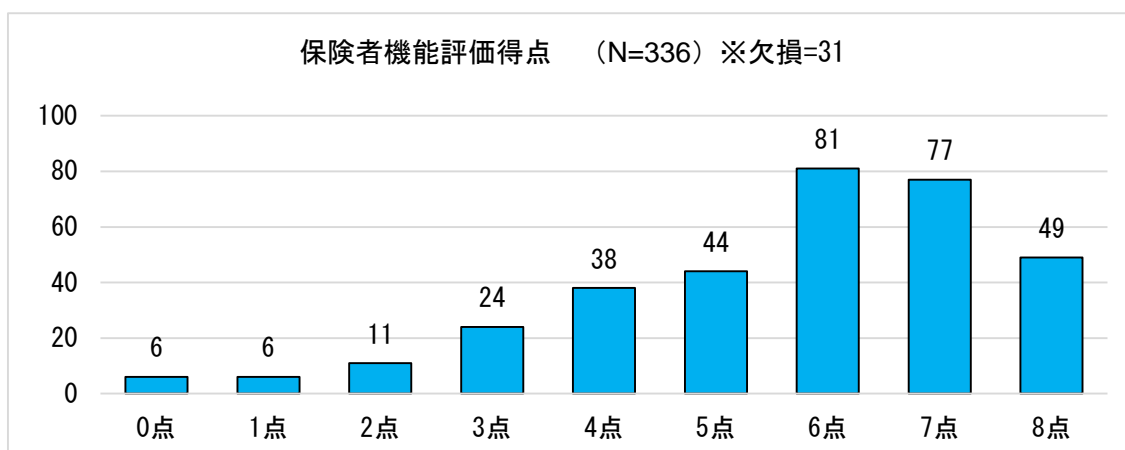
筒井らが開発した 12 項目の地域包括ケアシステムにおける保険者機能<sup>1</sup>を評価するための項目のうち、平成 25 年度の研究事業と同様の項目について実施状況を尋ねた。項目は以下の 8 項目である。

- ① 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の主催
- ② 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催
- 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（※②の枝問）
- ④ 介護サービス事業者対象の会議や研修会の開催
- ⑤ 地域包括支援センターの評価
- ⑥ 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成
- 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
- 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

これら 8 項目の実施状況については、所属が「地域包括支援センター（直営）」「自治体（保健福祉・健康部門）」「自治体（上記以外の部門）」の回答者に、「はい」「いいえ」の選択肢で尋ねている。全項目に欠損のない有効回答者 336 名（欠損=31）の実施状況を分析したところ、平均 5.6 点（標準偏差 1.88）<sup>2</sup>となっていた。

表Ⅲ－49 保険者機能評価項目の実施状況

	N (有効回答者)	最小値	最大値	平均値	標準偏差
保険者機能評価得点	336	0.0	8.0	5.62	1.88



図Ⅲ－42 保険者機能評価項目の実施状況（8項目）

<sup>1</sup> 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開発」『保健医療科学』61(2)，104.

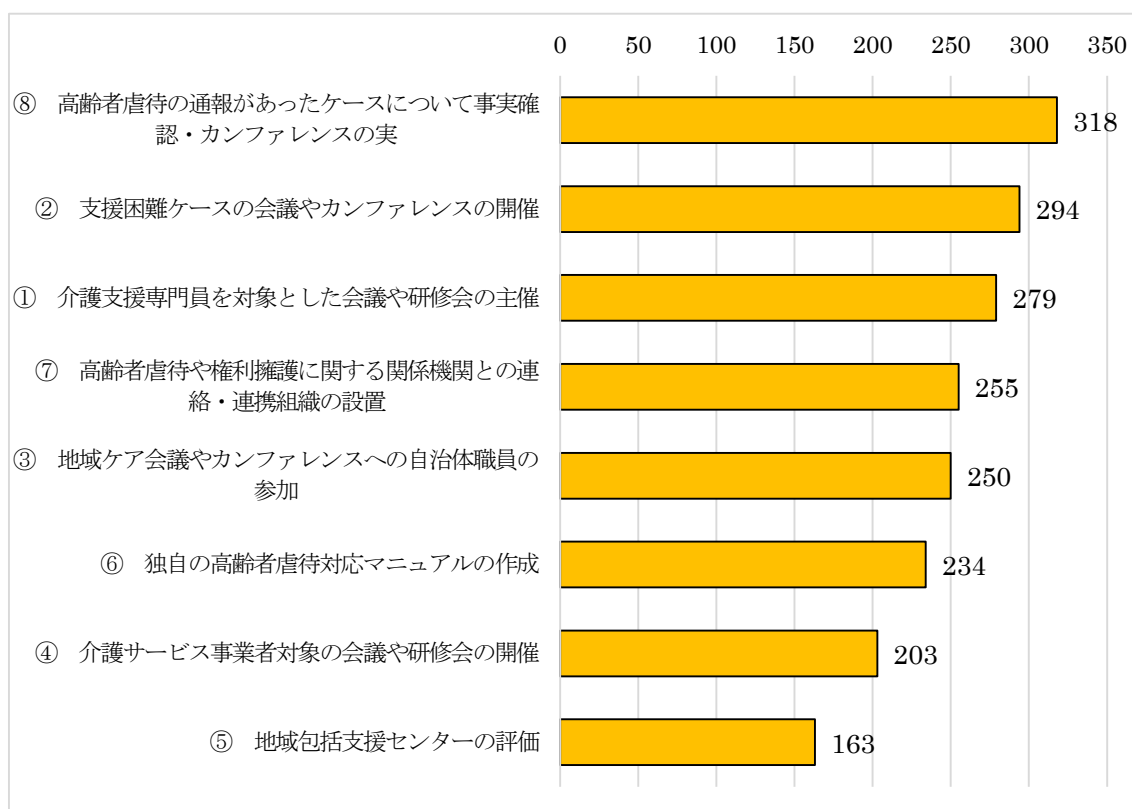
<sup>2</sup> 「②支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催」において、「開催していない」と答えた回答者は枝問の「③地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加」の得点を 0 点とした

8項目の「はい」と回答した自治体職員の割合を降順に並べ、保険者機能評価項目の達成状況を確認したところ、「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」が318名（94.6%）と最も多く、次いで「②支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催」が294名（87.5%）であった。「⑤地域包括支援センターの評価」は最も少なく、163名（48.5%）であった。

表Ⅲ－50 保険者機能評価項目に「はい」と回答した自治体職員（有効回答者 336名）

欠損=31

保険者機能評価項目（達成状況降順）	はい	%
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	318	94.6%
② 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催	294	87.5%
① 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の主催	279	83.0%
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	255	75.9%
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	250	74.4%
⑥ 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成	234	69.6%
④ 介護サービス事業者対象の会議や研修会の開催	203	60.4%
⑤ 地域包括支援センターの評価	163	48.5%



図Ⅲ－43 保険者機能評価項目に「はい」と回答した自治体職員（有効回答者 336名）

欠損=31

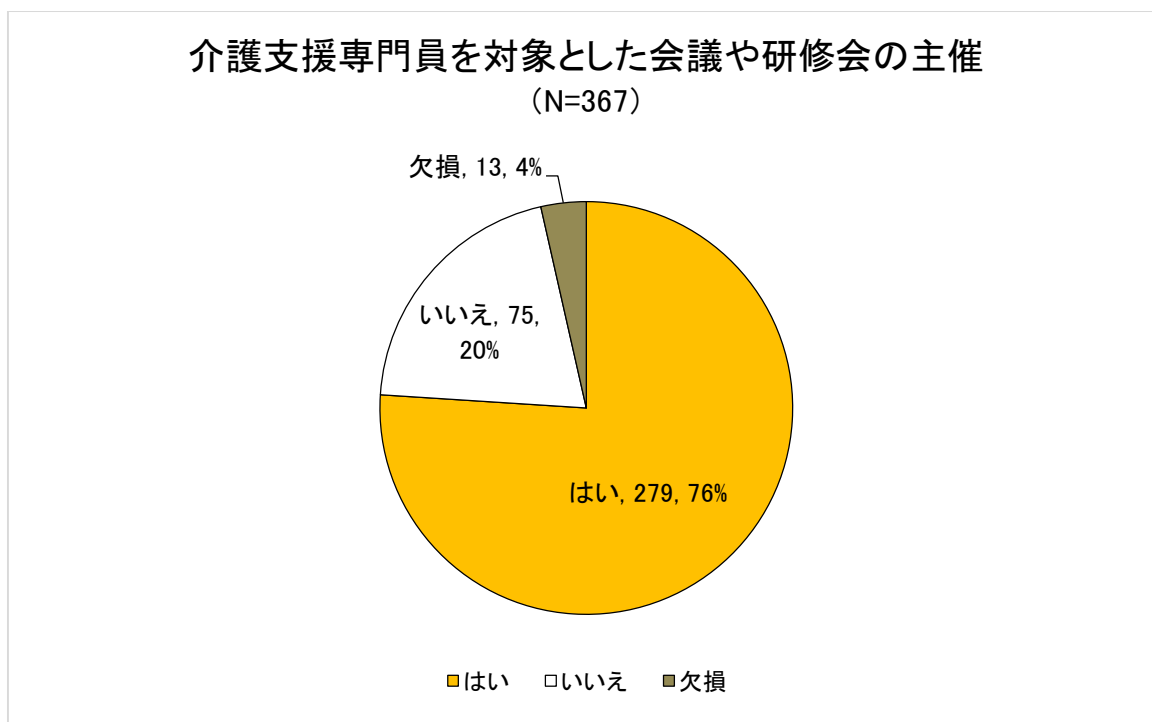
以下に、地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための項目ごとの実施状況をみていく。

① 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の開催については、「はい」と答えた方が 279 名（76.0%）、「いいえ」と答えた方が 75 名（20.4%）であった。

表Ⅲ－５１ 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の開催

	人数	%
はい	279	76.0%
いいえ	75	20.4%
欠損	13	3.5%
計	367	100.0%



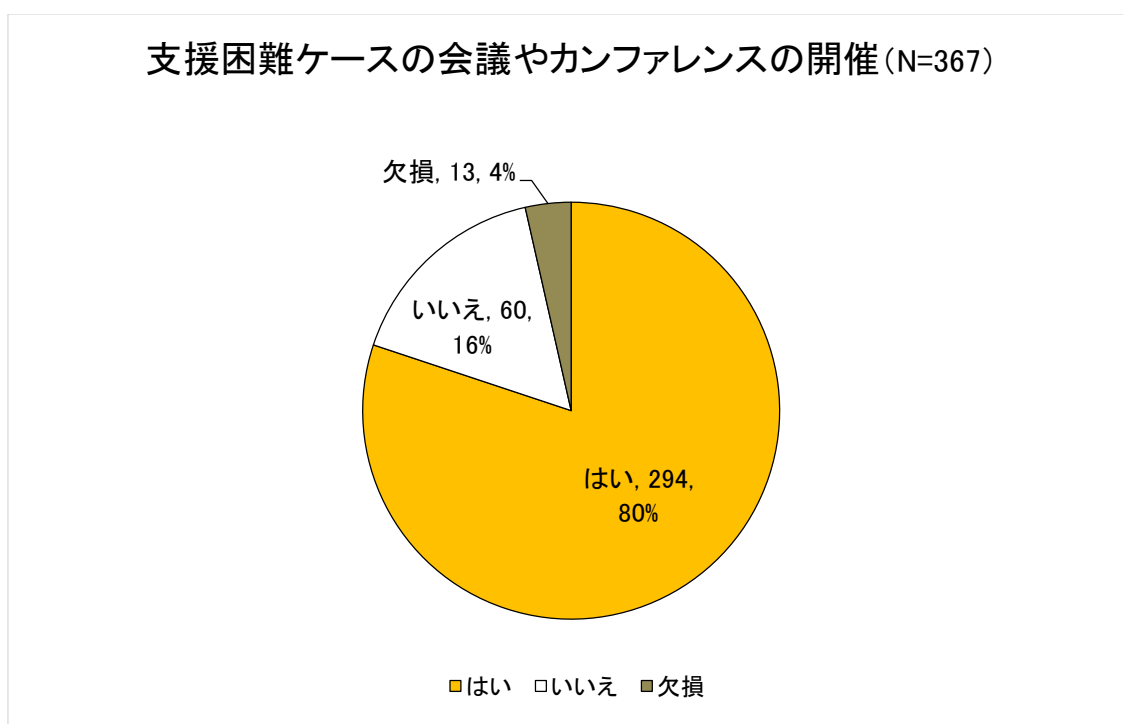
図Ⅲ－４４ 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の開催

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、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 294 名（80.1%）、「いいえ」と答えた方が 60 名（16.3%）であった。

表Ⅲ－５２ 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	294	80.1%
いいえ	60	16.3%
欠損	13	3.5%
計	367	100.0%



図Ⅲ－４５ 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催

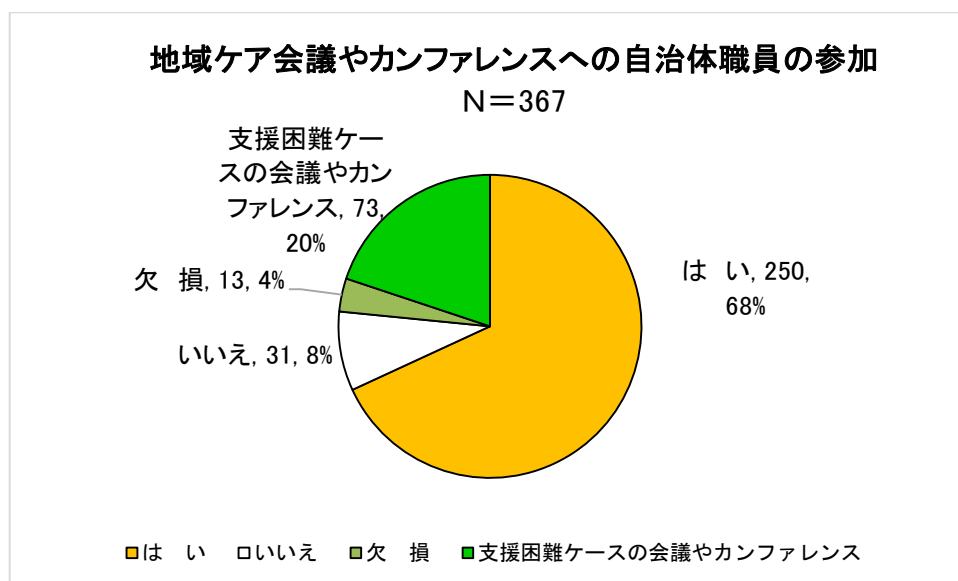


③ 関係機関を集めた地域ケア会議やカンファレンスに自治体（保険者）の職員は参加していますか

分析対象者 336 名の内、②において支援困難ケースの会議やカンファレンスを開催していると答えた 294 名について、自治体職員の参加状況を尋ねたところ、「はい」と答えた方が 250 名（68.1%）、「いいえ」と答えた方が 31 名（8.4%）であった。

表Ⅲ－53 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	250	68.1%
いいえ	31	8.4%
支援困難ケースの会議やカンファレンスを開催していない	73	19.9%
欠損	13	3.5%
計	367	100.0%



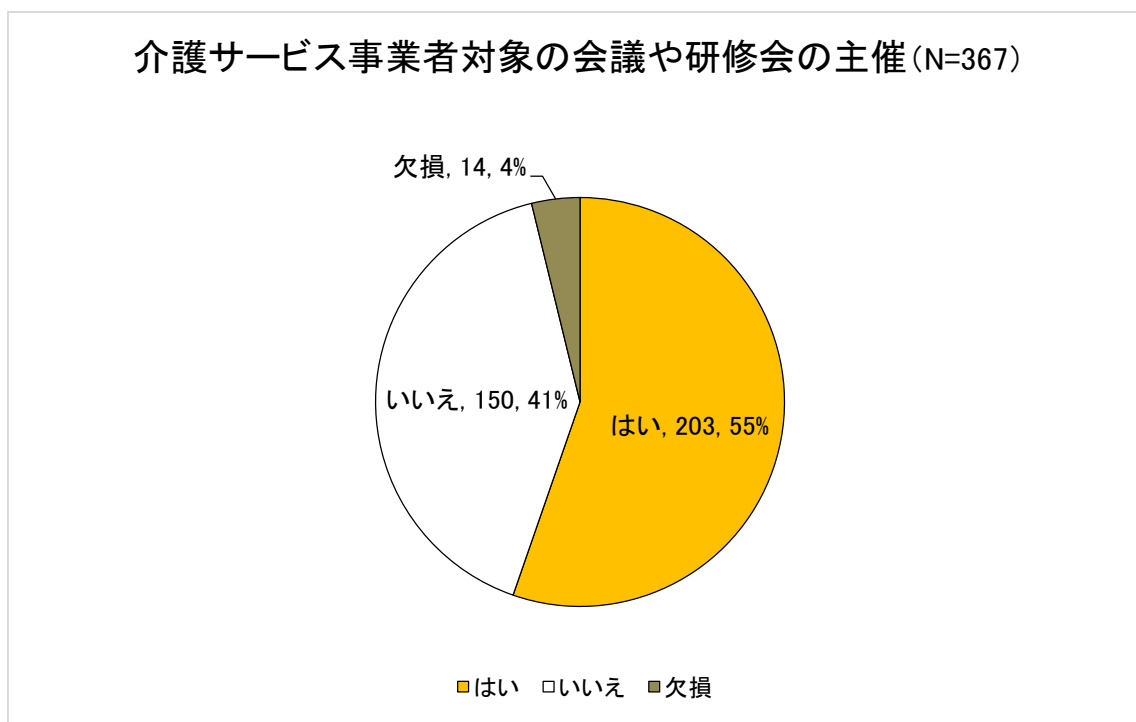
図Ⅲ－46 地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加

④ 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 203 名（55.3%）、「いいえ」と答えた方が 150 名（40.9%）であった。

表Ⅲ－５４ 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	203	55.3%
いいえ	150	40.9%
欠損	14	3.8%
計	367	100.0%



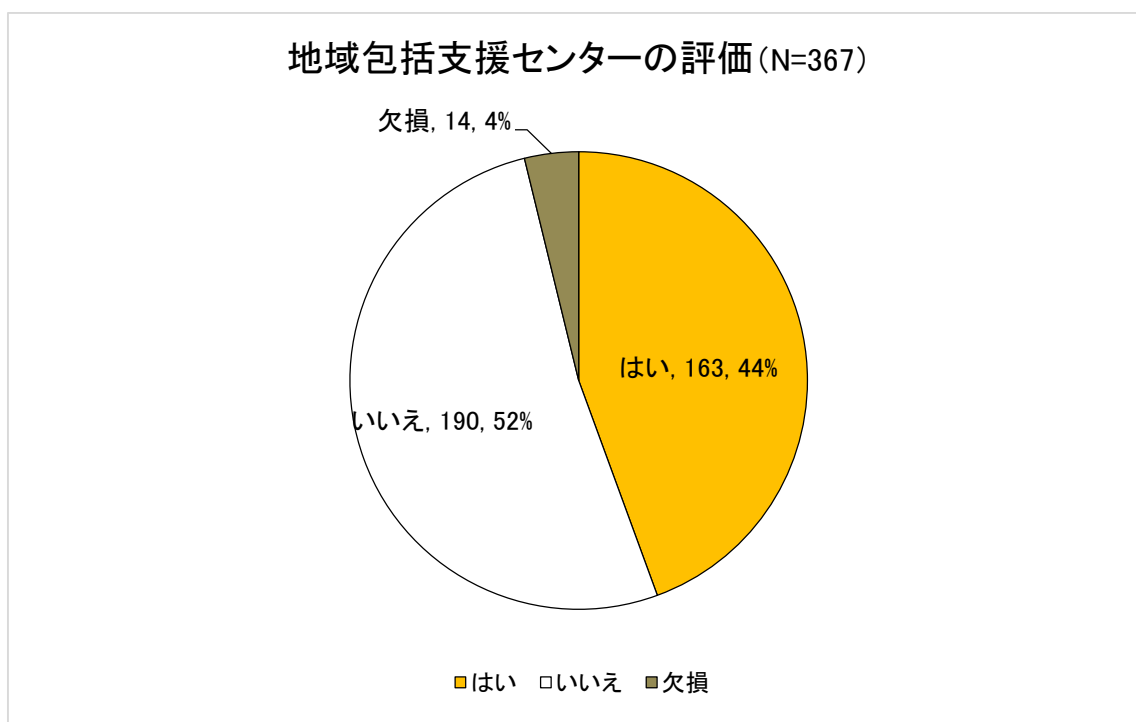
図Ⅲ－４７ 介護サービス事業者対象の会議や研修会的主催

⑤ 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

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 163 名（44.4%）、「いいえ」と答えた方が 190 名（51.8%）であった。

表Ⅲ－５５ 地域包括支援センターの評価

	人数	%
はい	163	44.4%
いいえ	190	51.8%
欠損	14	3.8%
計	367	100.0%



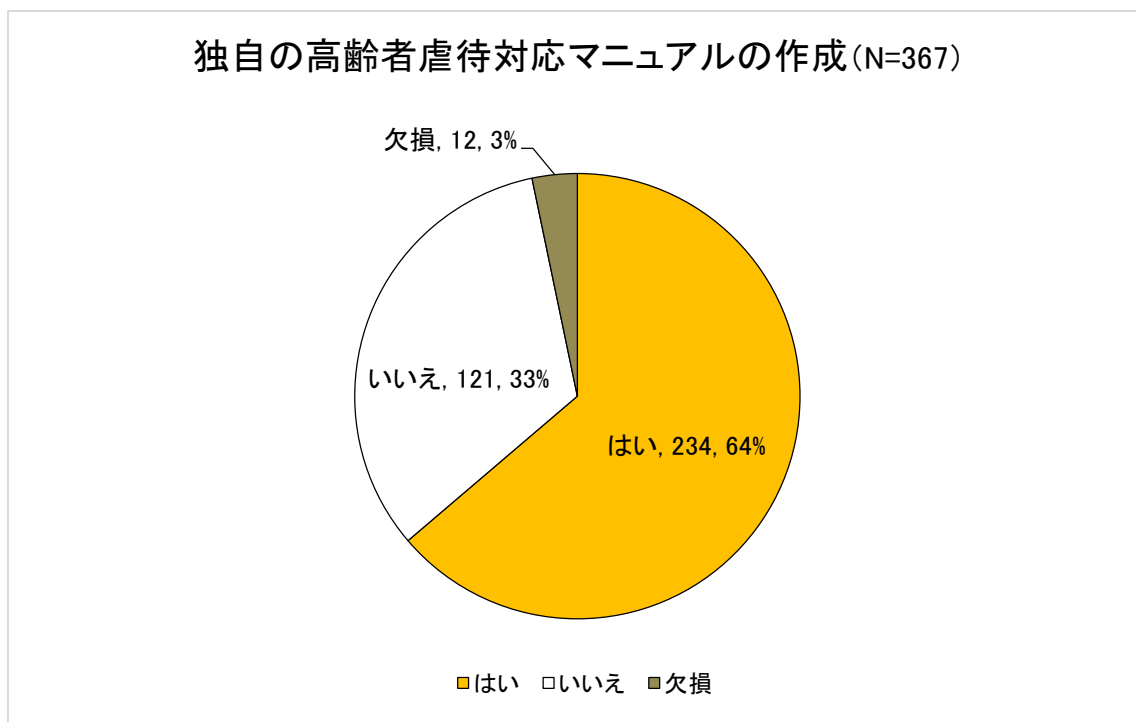
図Ⅲ－４８ 地域包括支援センターの評価

⑥ 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

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234名（63.8%）、「いいえ」と答えた方が121名（33.0%）であった。

表Ⅲ－56 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成

	人数	%
はい	234	63.8%
いいえ	121	33.0%
欠損	12	3.3%
計	367	100.0%



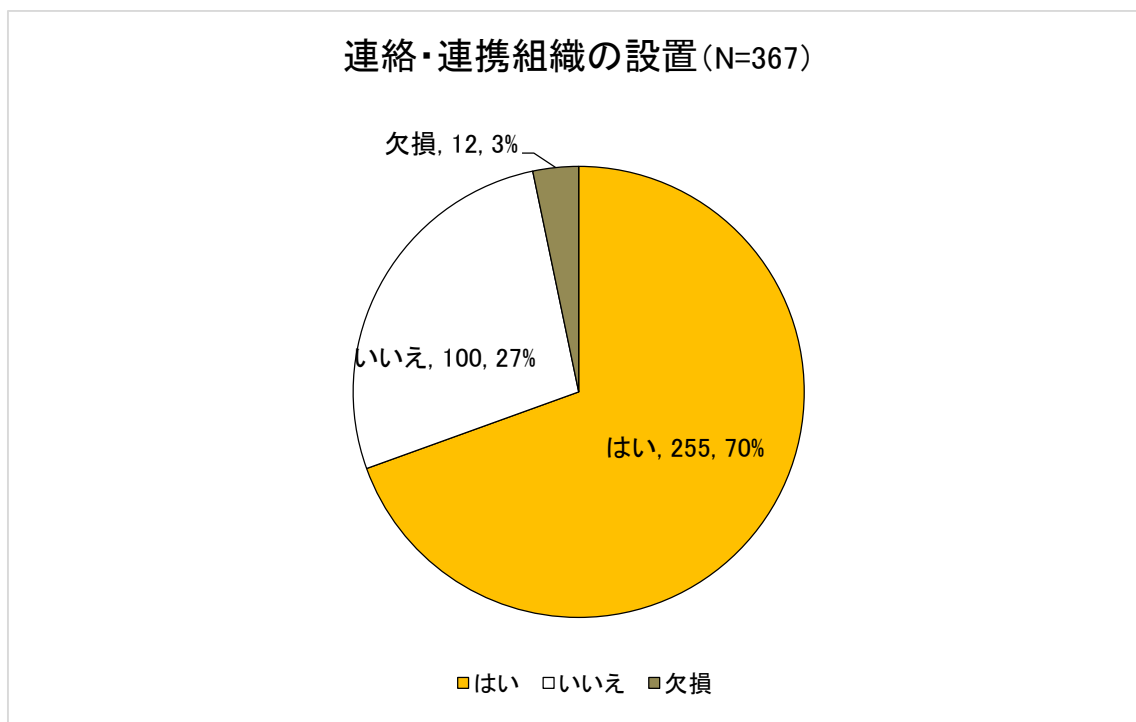
図Ⅲ－49 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成

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 255 名 (69.5%)、「いいえ」と答えた方が 100 名 (27.2%) であった。

表Ⅲ－５７ 連絡・連携組織の設置

	人数	%
はい	255	69.5%
いいえ	100	27.2%
欠損	12	3.3%
計	367	100.0%



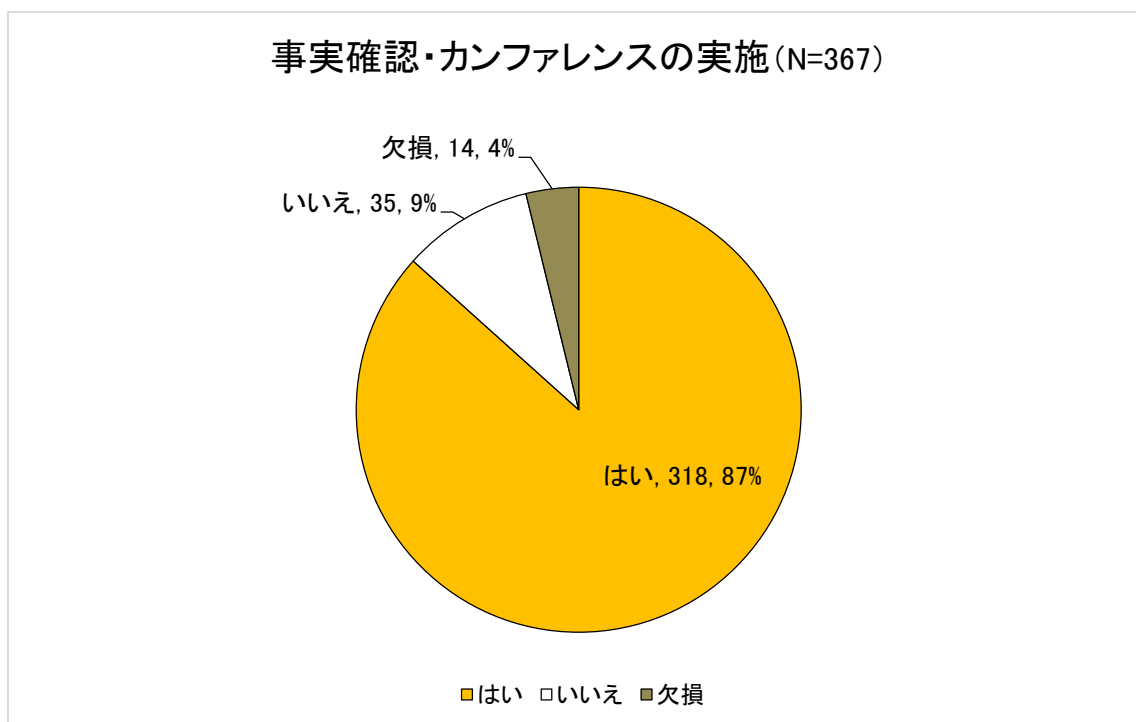
図Ⅲ－５０ 連絡・連携組織の設置

⑧ 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318名(86.6%)、「いいえ」と答えた方が35名(9.5%)であった。

表Ⅲ－58 事実確認・カンファレンスの実施

	人数	%
はい	318	86.6%
いいえ	35	9.5%
欠損	14	3.8%
計	367	100.0%



図Ⅲ－51 事実確認・カンファレンスの実施

⑨ 保険者機能評価項目の達成状況別の自治体職員の研修満足度

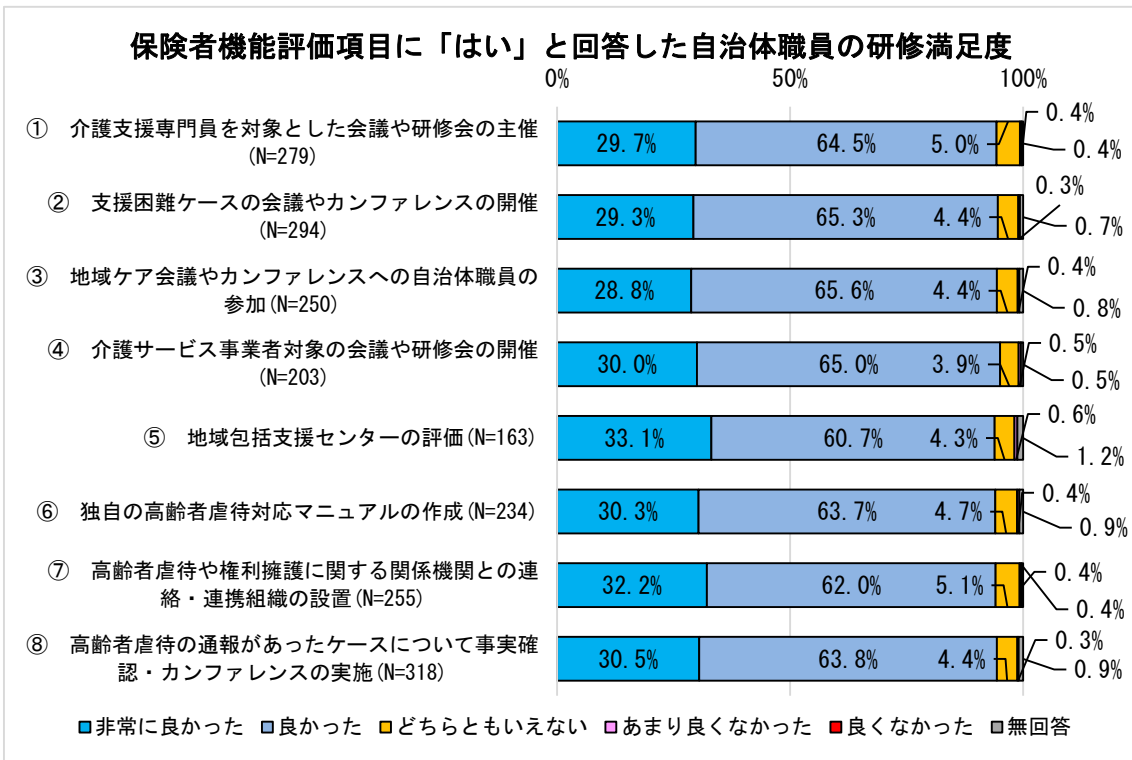
保険者機能評価項目の達成状況について、「はい」と「いいえ」の回答者別に区分し、自治体職員の研修満足度を確認した。

表Ⅲ－５９ 保険者機能評価項目に「はい」と回答した自治体職員の研修満足度

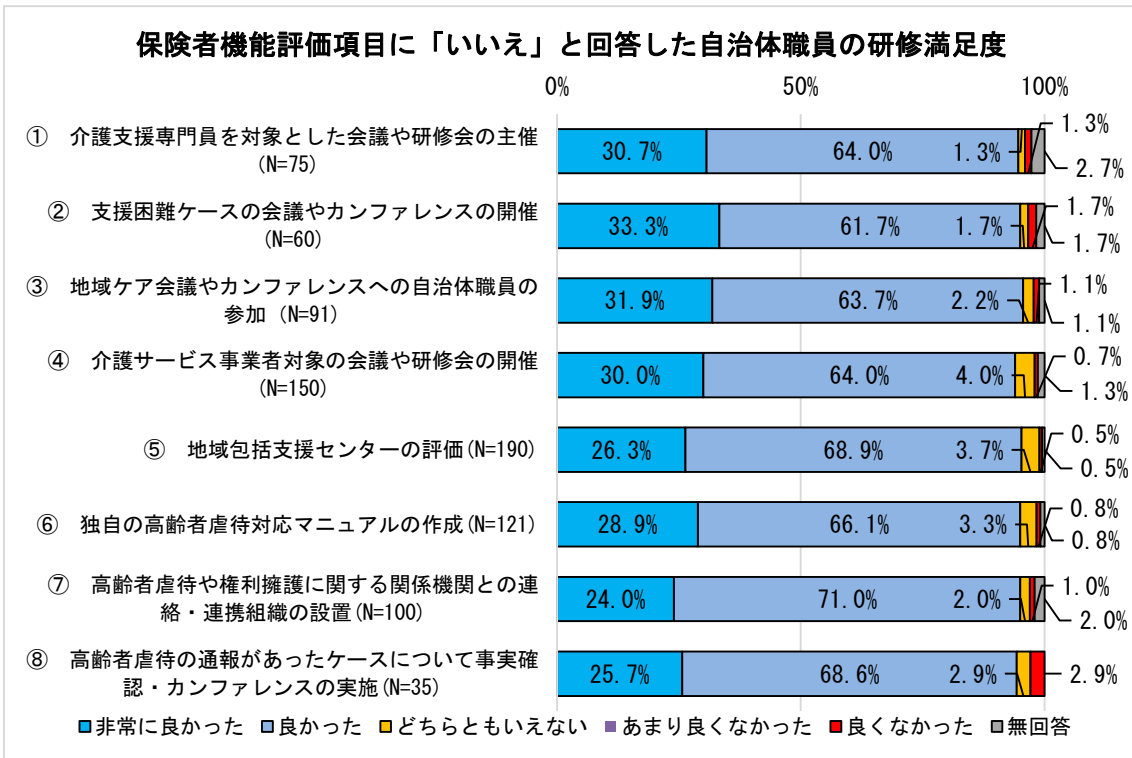
保険者機能評価項目		非常に良かった	良かった	どちらともいえない	あまり良くなかった	良くなかった	無回答	N
① 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の主催	度数	83	180	14	1	0	1	279
	%	29.7%	64.5%	5.0%	0.4%	0.0%	0.4%	100.0%
② 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催	度数	86	192	13	1	0	2	294
	%	29.3%	65.3%	4.4%	0.3%	0.0%	0.7%	100.0%
③ 地域ケア会議やカンファレンスへの自治体職員の参加	度数	72	164	11	1	0	2	250
	%	28.8%	65.6%	4.4%	0.4%	0.0%	0.8%	100.0%
④ 介護サービス事業者対象の会議や研修会の開催	度数	61	132	8	1	0	1	203
	%	30.0%	65.0%	3.9%	0.5%	0.0%	0.5%	100.0%
⑤ 地域包括支援センターの評価	度数	54	99	7	1	0	2	163
	%	33.1%	60.7%	4.3%	0.6%	0.0%	1.2%	100.0%
⑥ 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成	度数	71	149	11	1	0	2	234
	%	30.3%	63.7%	4.7%	0.4%	0.0%	0.9%	100.0%
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	度数	82	158	13	1	0	1	255
	%	32.2%	62.0%	5.1%	0.4%	0.0%	0.4%	100.0%
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	度数	97	203	14	1	0	3	318
	%	30.5%	63.8%	4.4%	0.3%	0.0%	0.9%	100.0%

表Ⅲ－６０ 保険者機能評価項目に「いいえ」と回答した自治体職員の研修満足度

保険者機能評価項目		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	無回答	N
① 介護支援専門員を対象とした会議や研修会の主催	度数	23	48	1	0	1	2	75
	%	30.7%	64.0%	1.3%	0.0%	1.3%	2.7%	100.0%
② 支援困難ケースの会議やカンファレンスの開催	度数	20	37	1	0	1	1	60
	%	33.3%	61.7%	1.7%	0.0%	1.7%	1.7%	100.0%
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	度数	29	58	2	0	1	1	91
	%	31.9%	63.7%	2.2%	0.0%	1.1%	1.1%	100.0%
④ 介護サービス事業者対象の会議や研修会の開催	度数	45	96	6	0	1	2	150
	%	30.0%	64.0%	4.0%	0.0%	0.7%	1.3%	100.0%
⑤ 地域包括支援センターの評価	度数	50	131	7	0	1	1	190
	%	26.3%	68.9%	3.7%	0.0%	0.5%	0.5%	100.0%
⑥ 独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成	度数	35	80	4	0	1	1	121
	%	28.9%	66.1%	3.3%	0.0%	0.8%	0.8%	100.0%
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	度数	24	71	2	0	1	2	100
	%	24.0%	71.0%	2.0%	0.0%	1.0%	2.0%	100.0%
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	度数	9	24	1	0	1	0	35
	%	25.7%	68.6%	2.9%	0.0%	2.9%	0.0%	100.0%



図Ⅲ－５２ 保険者機能評価項目に「はい」と回答した自治体職員の研修満足度



図Ⅲ－５３ 保険者機能評価項目に「いいえ」と回答した自治体職員の研修満足度

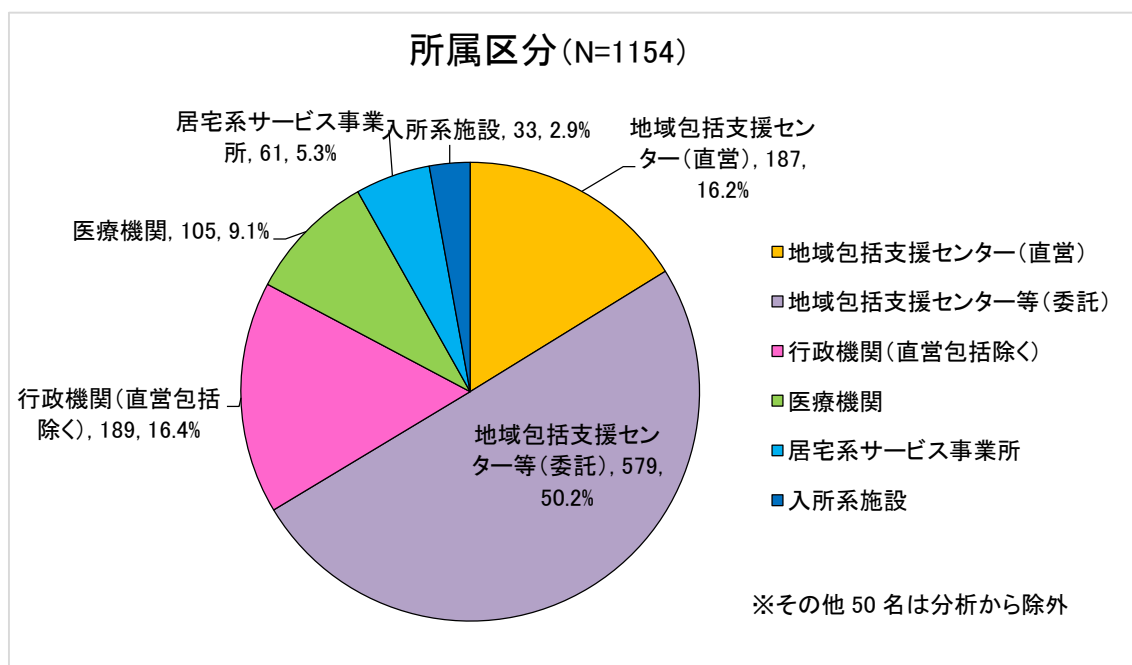


## 7) 所属区分による研修効果と研修成果の検討

所属を所属種別ごとに区分し、満足度や役立ち度、構成の評価の回答傾向の分析、及び認知症に関する基礎知識確認テスト結果の比較を行った。

表Ⅲ－6 1 所属区分の詳細

所属区分	度数	%	区分内訳
地域包括支援センター（直営）	187	16.2%	地域包括支援センター（直営）
地域包括支援センター等（委託）	579	50.2%	地域包括支援センター（委託）、在宅介護支援センター等
行政機関（直営包括除く）	189	16.4%	自治体（保健福祉・健康部門）、自治体（左記以外の部門）、保健所、都道府県
医療機関	105	9.1%	病院、診療所
居宅系サービス事業所	61	5.3%	居宅介護支援、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問リハビリテーション、通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期入所生活介護
入所系施設	33	2.9%	認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、有料老人ホーム、養護老人ホーム
合計	1154	100.0%	



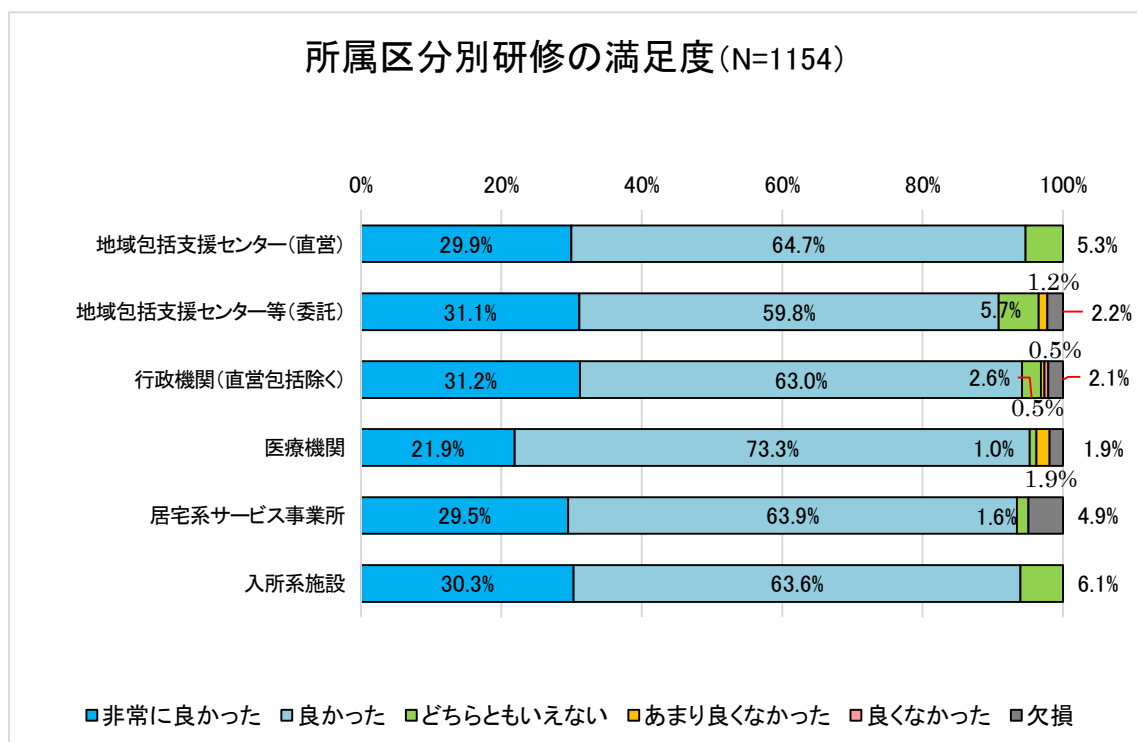
図Ⅲ－5 4 所属区分の詳細

### ① 所属区分別研修の満足度

所属区分別の研修の満足度については、「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に分けて分析すると、満足群は「医療機関」が最も高い割合で100名（95.2%）であった。総じて、全ての所属区分で9割以上が満足群であった。

表Ⅲ－6 2 所属区分別の研修の満足度

		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	欠損	合計
地域包括支援センター（直営）	N	56	121	10	0	0	0	187
	%	29.9%	64.7%	5.3%	.0%	.0%	.0%	100.0%
地域包括支援センター等（委託）	N	180	346	33	7	0	13	579
	%	31.1%	59.8%	5.7%	1.2%	.0%	2.2%	100.0%
行政機関（直営包括除く）	N	59	119	5	1	1	4	189
	%	31.2%	63.0%	2.6%	0.5%	0.5%	2.1%	100.0%
医療機関	N	23	77	1	2	0	2	105
	%	21.9%	73.3%	1.0%	1.9%	.0%	1.9%	100.0%
居宅系サービス事業所	N	18	39	1	0	0	3	61
	%	29.5%	63.9%	1.6%	.0%	.0%	4.9%	100.0%
入所系施設	N	10	21	2	0	0	0	33
	%	30.3%	63.6%	6.1%	.0%	.0%	.0%	100.0%
計	N	346	723	52	10	1	22	1154
	%	30.0%	62.7%	4.5%	.9%	.1%	1.9%	100.0%



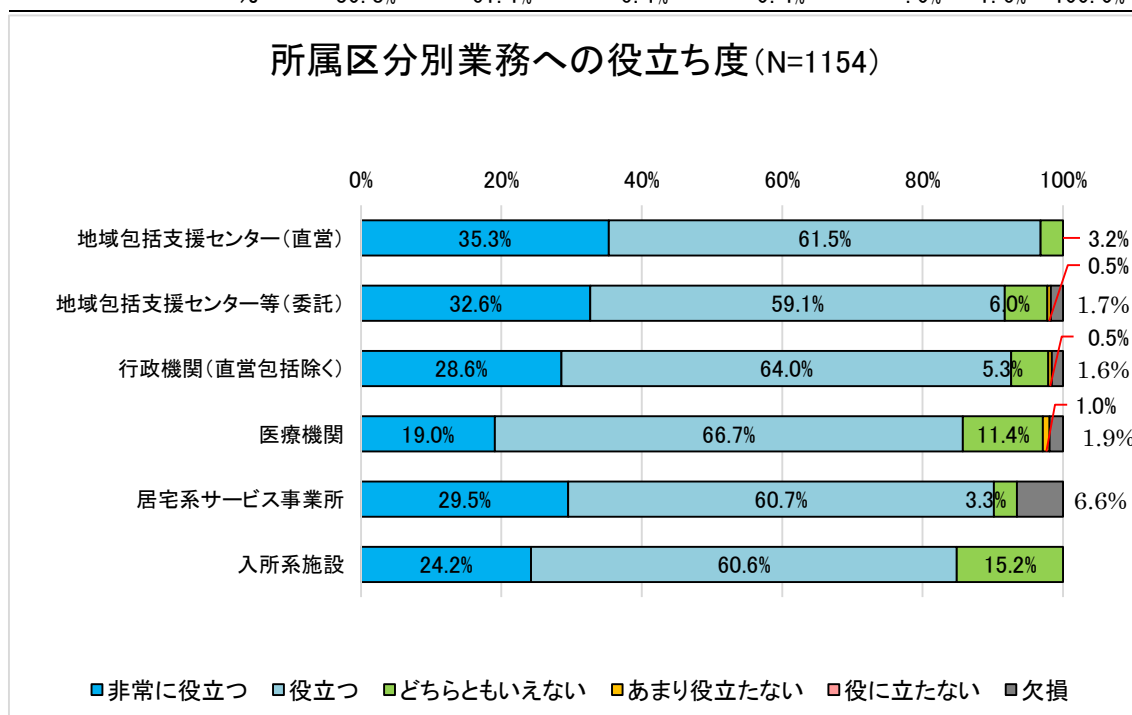
図Ⅲ－5 5 所属区分別の研修の満足度

## ② 所属区分別の業務への役立ち度

所属区分別の業務への役立ち度については、「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に分けて分析すると、満足群は「地域包括支援センター（直営）」が最も高い割合で 181 名（96.8%）であった。総じて、全ての所属区分で 8 割以上が満足群であった。

表Ⅲ－63 所属区分別の業務への役立ち度

		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	欠損	合計
地域包括支援センター（直営）	N	66	115	6	0	0	0	187
	%	35.3%	61.5%	3.2%	.0%	.0%	.0%	100.0%
地域包括支援センター等（委託）	N	189	342	35	3	0	10	579
	%	32.6%	59.1%	6.0%	0.5%	.0%	1.7%	100.0%
行政機関（直営包括除く）	N	54	121	10	1	0	3	189
	%	28.6%	64.0%	5.3%	0.5%	.0%	1.6%	100.0%
医療機関	N	20	70	12	1	0	2	105
	%	19.0%	66.7%	11.4%	1.0%	.0%	1.9%	100.0%
居宅系サービス事業所	N	18	37	2	0	0	4	61
	%	29.5%	60.7%	3.3%	.0%	.0%	6.6%	100.0%
入所系施設	N	8	20	5	0	0	0	33
	%	24.2%	60.6%	15.2%	.0%	.0%	.0%	100.0%
計	N	355	705	70	5	0	19	1154
	%	30.8%	61.1%	6.1%	0.4%	.0%	1.6%	100.0%



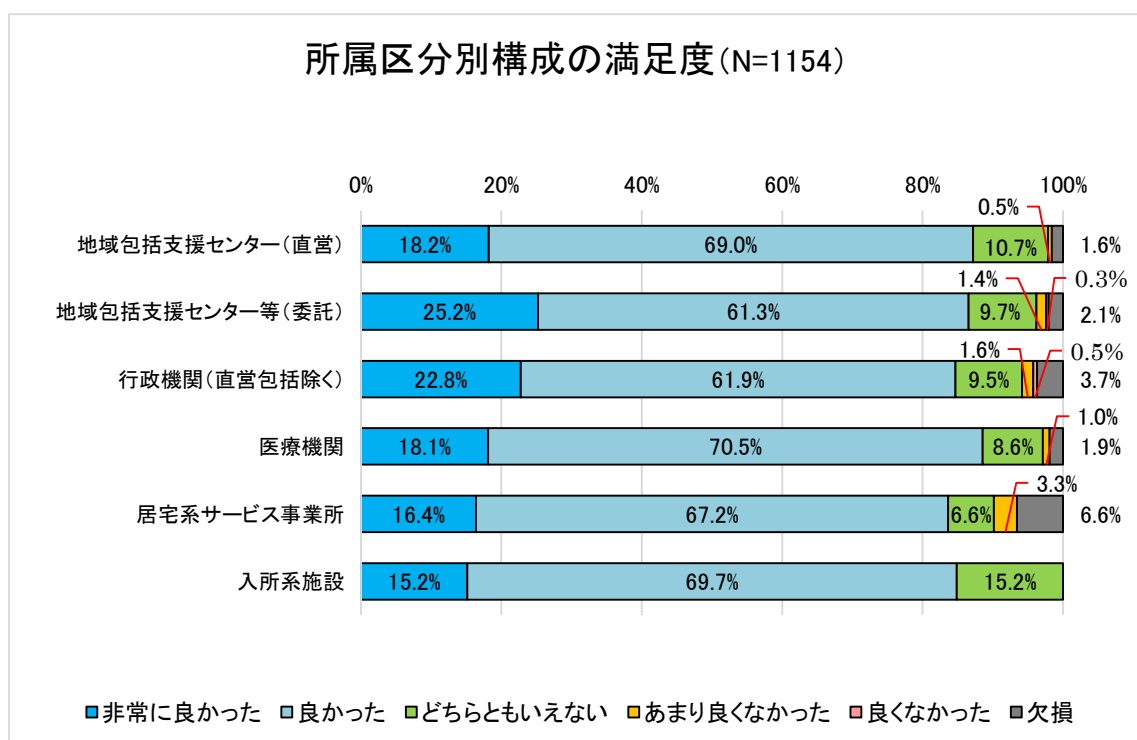
図Ⅲ－56 所属区分別の業務への役立ち度

### ③ 所属区分別構成の満足度

所属区分別の研修構成の満足度については、「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に分けて分析すると、満足群は「医療機関」が最も高い割合で93名（88.6%）であった。総じて、全ての所属区分で8割以上が満足群であった。

表Ⅲ－6 4 所属区分別の構成の満足度

		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	欠損	合計
地域包括支援センター（直営）	N	34	129	20	1	0	3	187
	%	18.2%	69.0%	10.7%	0.5%	.0%	1.6%	100.0%
地域包括支援センター等（委託）	N	146	355	56	8	2	12	579
	%	25.2%	61.3%	9.7%	1.4%	0.3%	2.1%	100.0%
行政機関（直営包括除く）	N	43	117	18	3	1	7	189
	%	22.8%	61.9%	9.5%	1.6%	0.5%	3.7%	100.0%
医療機関	N	19	74	9	1	0	2	105
	%	18.1%	70.5%	8.6%	1.0%	.0%	1.9%	100.0%
居宅系サービス事業所	N	10	41	4	2	0	4	61
	%	16.4%	67.2%	6.6%	3.3%	.0%	6.6%	100.0%
入所系施設	N	5	23	5	0	0	0	33
	%	15.2%	69.7%	15.2%	.0%	.0%	.0%	100.0%
計	N	257	739	112	15	3	28	1154
	%	22.3%	64.0%	9.7%	1.3%	.3%	2.4%	100.0%



図Ⅲ－5 7 所属区分別の構成の満足度

#### ④ 所属区分別研修開始前と終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト得点の比較

研修開始前及び終了時の認知症に関する基礎知識の確認テストの得点について、所属区分別の一元配置分散分析を行ったところ、終了時の確認テスト得点において統計的な有意差は示され ( $p < 0.05$ )、所属区分で得点の違いがみられた。同様に、所属区分ごとに対応のある t 検定を行ったところ、全ての所属において、終了時の得点の方が、統計的に有意に点数が高いことが示された。

表Ⅲ－65 所属区分別研修開始前の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
地域包括支援センター（直営）	186	2	10	7.13	1.492
地域包括支援センター等（委託）	573	2	10	6.90	1.503
行政機関（直営包括除く）	187	2	10	7.02	1.651
医療機関	103	2	10	7.21	1.499
居宅系サービス事業所	60	3	10	6.80	1.645
入所系施設	33	4	10	7.00	1.500
合計	1142	2	10	6.98	1.535

欠損=12

表Ⅲ－66 所属区分別研修終了時の認知症に関する基礎知識の確認テスト結果記述統計

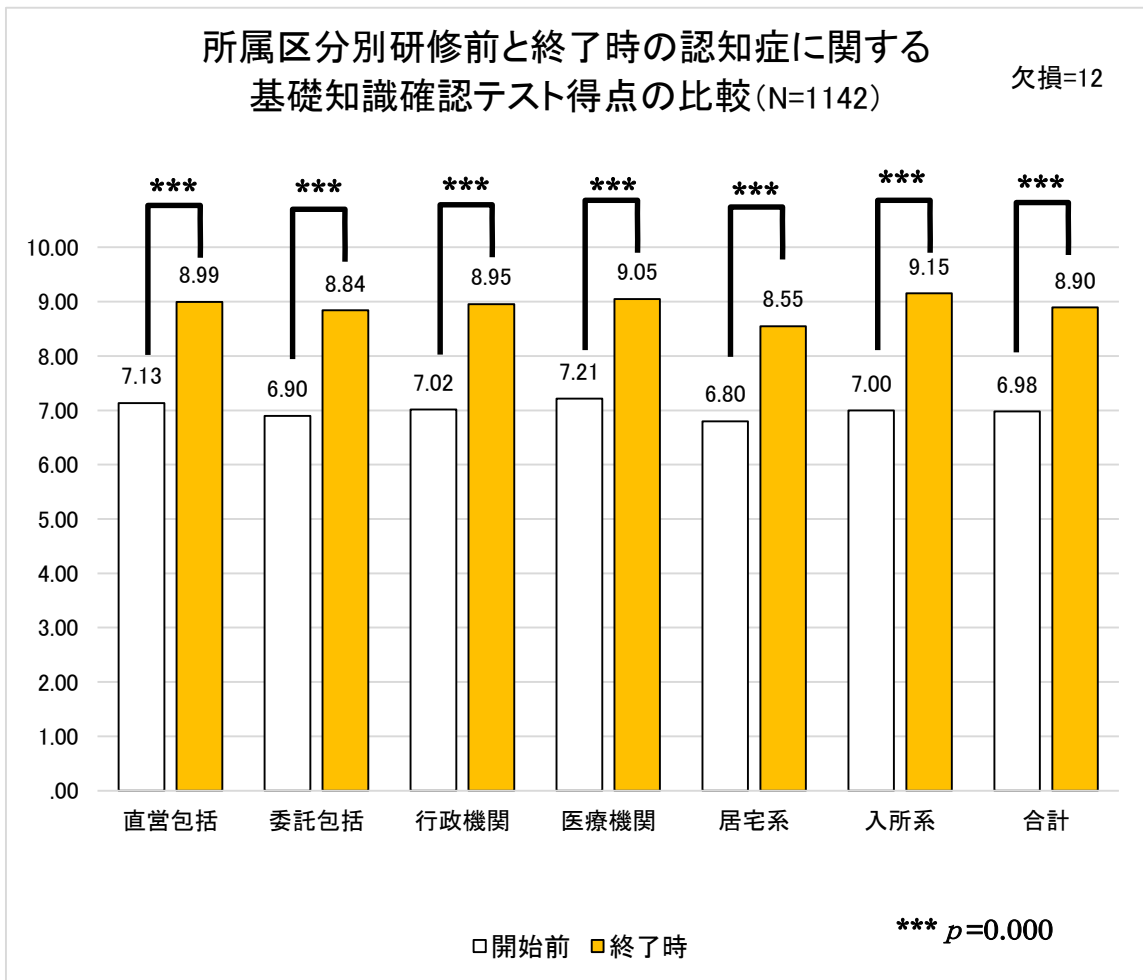
	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
地域包括支援センター（直営）	186	5	10	8.99	1.169
地域包括支援センター等（委託）	573	4	10	8.84	1.146
行政機関（直営包括除く）	187	5	10	8.95	1.233
医療機関	103	5	10	9.05	1.240
居宅系サービス事業所	60	5	10	8.55	1.111
入所系施設	33	7	10	9.15	.906
合計	1142	4	10	8.90	1.169

$P < 0.05$  欠損=12

表Ⅲ－67 所属区分別開始前と終了時の確認テスト得点の対応のある t 検定

	N	開始前-終了時 平均値	標準 偏差	平均値の 標準誤差	T 値	P 値
地域包括支援センター（直営）	186	1.86	1.49	0.11	17.1	0.000
地域包括支援センター等（委託）	573	1.94	1.38	0.06	33.8	0.000
行政機関（直営包括除く）	187	1.94	1.44	0.11	18.3	0.000
医療機関	103	1.84	1.47	0.14	12.7	0.000
居宅系サービス事業所	60	1.75	1.36	0.18	10.0	0.000
入所系施設	33	2.15	1.37	0.24	9.0	0.000
合計	1142	1.90	1.42	0.41	46.1	0.000

欠損=12



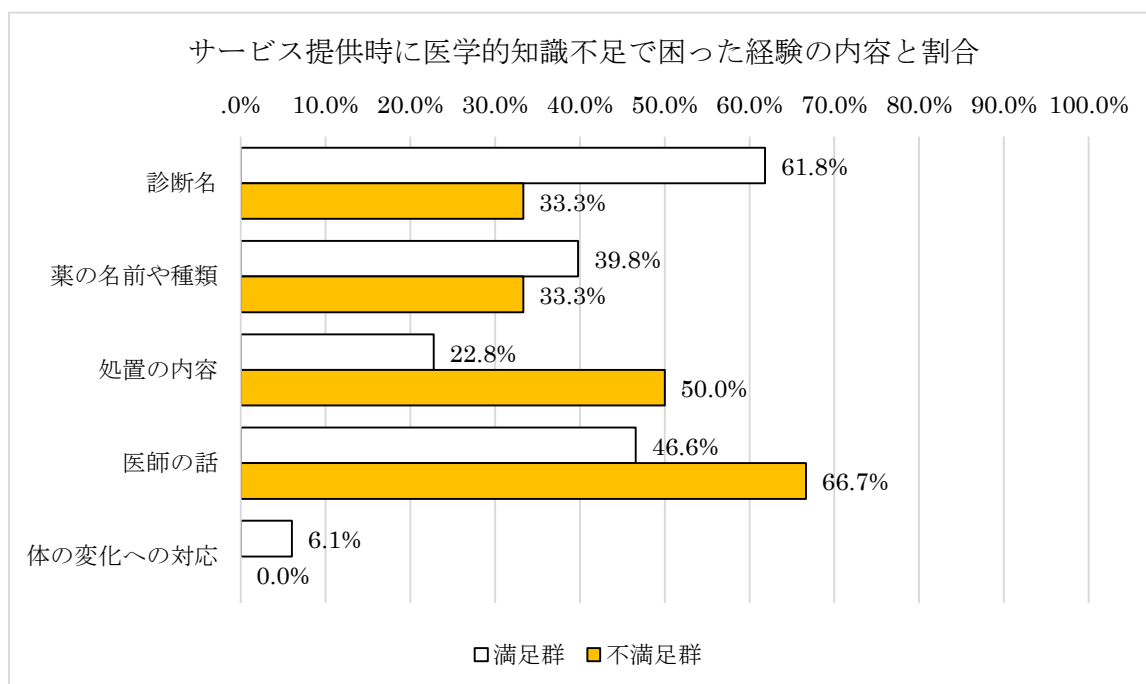
図Ⅲ－５８ 所属区分別研修前と終了時の認知症に関する基礎知識確認テスト得点の比較

## 8) 研修満足度と医学的知識の習得状況

研修の満足度別に医学的知識の習得状況について確認した。「サービス提供時に医学的知識不足で困った経験の有無」について、研修の満足度の「満足群」と「不満足群」を比較すると、「不満足群」が「満足群」よりも「医師の話」や「処置の内容」において、困った経験の割合が高かった。

表Ⅲ－68 研修の満足度別のサービス提供時に医学的知識不足で困った経験の有無

困った経験の内容		満足群(欠損=517)			不満足群(欠損=5)		
		ない	ある	N	ない	ある	N
診断名	度数	258	418	676	4	2	6
	%	38.2%	61.8%	100.0%	66.7%	33.3%	100.0%
薬の名前や種類	度数	407	269	676	4	2	6
	%	60.2%	39.8%	100.0%	66.7%	33.3%	100.0%
処置の内容	度数	522	154	676	3	3	6
	%	77.2%	22.8%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%
医師の話	度数	361	315	676	2	4	6
	%	53.4%	46.6%	100.0%	33.3%	66.7%	100.0%
体の変化への対応	度数	635	41	676	6	0	6
	%	93.9%	6.1%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%

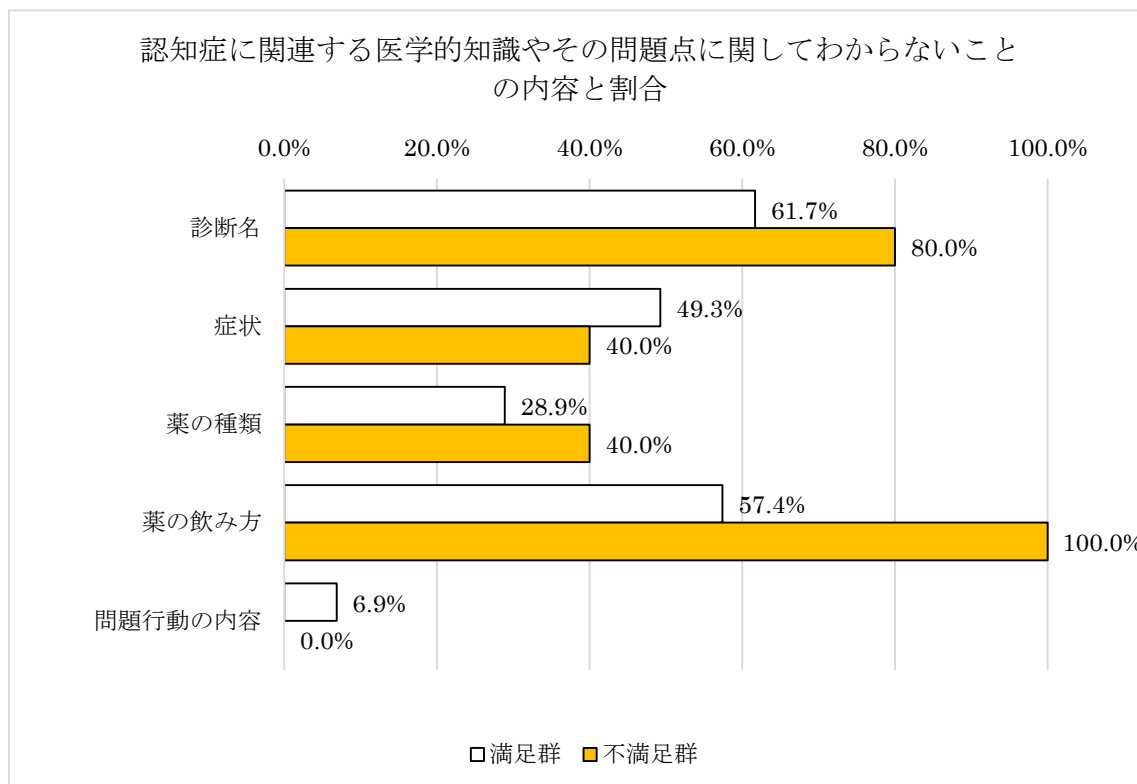


図Ⅲ－59 サービス提供時に医学的知識不足で困った経験の内容と割合

「認知症に関連する医学的知識やその問題点に関してわからないこと」について、研修の満足度の「満足群」と「不満足群」を比較すると、「不満足群」は「満足群」よりも「診断名」や「薬の種類」「薬の飲み方」において、困った経験の割合が高かった。

表Ⅲ－６９ 認知症に関連する医学的知識やその問題点に関してわからないことの有無

困った経験の内容		満足群(欠損=653)			不満足群(欠損=6)		
		ない	ある	N	ない	ある	N
診断名	度数	207	333	540	1	4	5
	%	38.3%	61.7%	100.0%	20.0%	80.0%	100.0%
症状	度数	274	266	540	3	2	5
	%	50.7%	49.3%	100.0%	60.0%	40.0%	100.0%
薬の種類	度数	384	156	540	3	2	5
	%	71.1%	28.9%	100.0%	60.0%	40.0%	100.0%
薬の飲み方	度数	230	310	540	0	5	5
	%	42.6%	57.4%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
問題行動の内容	度数	503	37	540	5	0	5
	%	93.1%	6.9%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%



図Ⅲ－６０ 認知症に関連する医学的知識やその問題点に関してわからないことの内容と割合



## 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

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。

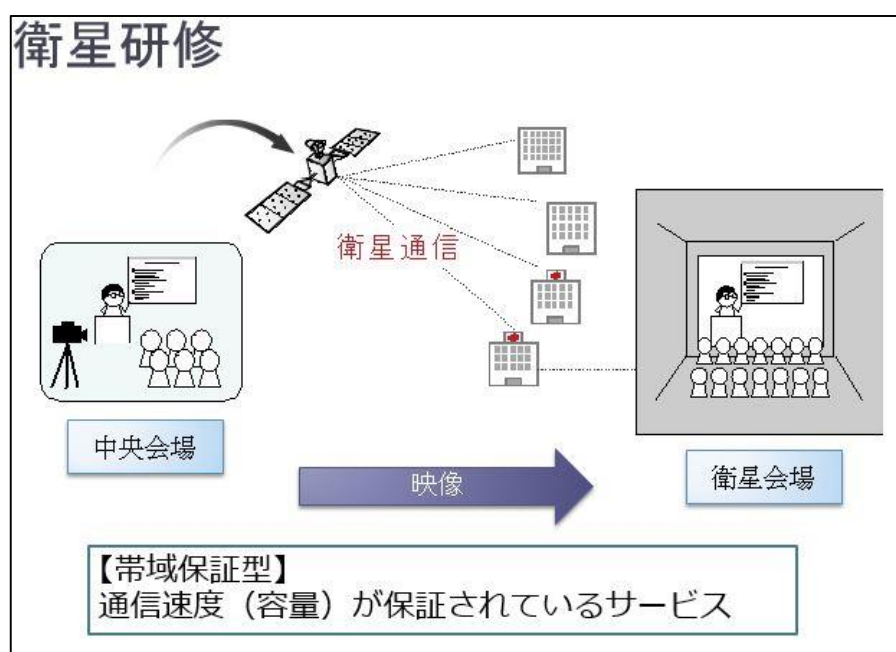


図1 衛星研修の仕組み

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る。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切替を行うこととしている。

## 2) 衛星を用いた研修の実施体制

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。

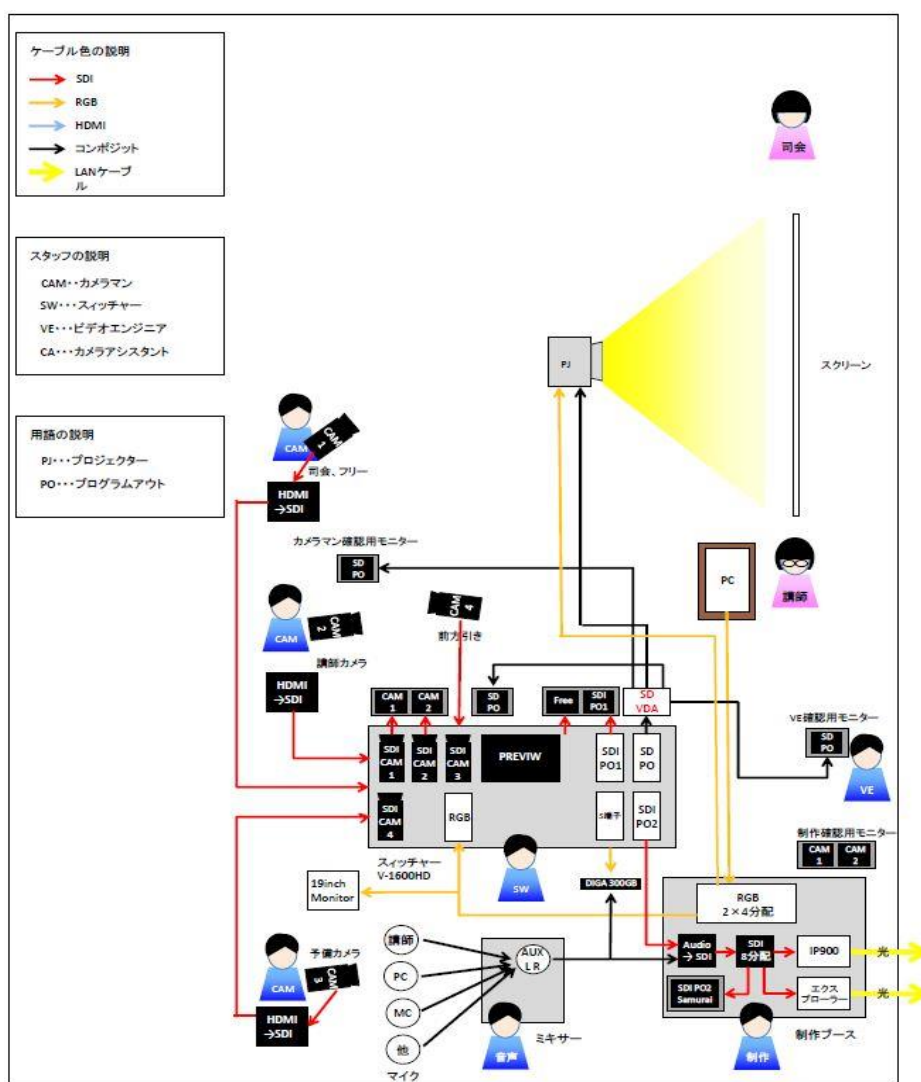
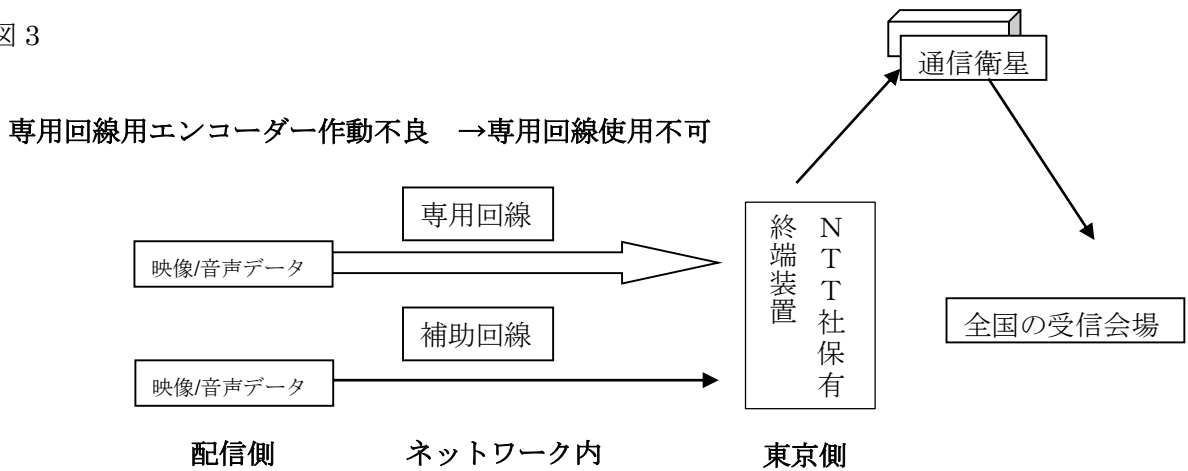


図 2 衛星研修用機材基本構成図 (配信側機器)

表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
	シュアー	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)

図 3



### 3) 研修映像の一時的中断について

当研修が行われた 7 月 14 日、研修会中、専用線（ATM 回線）に不具合が発生したため、衛星通信とインターネットライブ配信ともに映像にブロックノイズがのり研修が 5 分中断した。

#### 【経過】

13 時 40 分頃：断続的にブロックノイズが映像にのりという連絡が入る。

13 時 45 分：V I 社設営の予備回線に切り替えて安定化する。

#### 【原因特定にあたっての調査結果について】

ATM 回線のログを調査したところ、ネットワーク（専用線部分）内では、リンクダウン（コネクタの故障・ケーブル断などで接続が切れること）やパケットのロスが発生すること無く通信が行われていた。しかし、東京側端末装置にてリンクダウンが度々発生していた。以上の状況から回線そのものの問題ではなく、東京側で接続したNTT保有の端末装置の老朽化による一時的な動作不良が生じたものと推察される。

#### 【対応策】

今回の原因は直接的にはハードウェア的なトラブルであり、原因と考えられる端末装置を次回以降変更する（この点、装置を保有する NTT の同意も得ている。）

安定的な中継業務の遂行していくためにも、今後、スタッフを増員させることで監視・連絡等の体制強化をはかり、トラブル発生時にすばやい対応がとれるように努めていく。

#### 4) 研修アンケートのまとめ

##### ① 受講状況からみる研修の評価

昨年度に引き続き今回衛星研修によって全国 1,204 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、最も多かった集団は、「地域包括支援センター（委託）」568 名（47.2%）であり、次に多かった「地域包括支援センター（直営）」187 名（15.5%）を加えると、参加者の 62.7%が地域包括支援センター職員であった。昨年度は、全体の 22.6%を病院関係者が占めていたが、新オレンジプランにおいても明記されている認証初期集中支援事業の実施に向けた関心の高さを示しているものと推察された。

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、保健師が最も多く全体の 28.8%にあたる 347 名であった。次に社会福祉士 230 名（19.1%）、看護師（16.9%）、主任介護支援専門員 170 名（14.1%）と続いた。

昨年度同様、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、ニーズが高かったが、地域包括支援センター職員が増えたことにより、社会福祉士や主任介護支援専門員の資格を持つ者の受講も増えていた。

##### 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 98%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、札幌 42.5%、仙台 46.8%、東京 46.8%、名古屋 45.4%、大阪 46.2%、福岡 42.5%と 40%にとどまり、岡山については岡山 39.7%であった（昨年度は 31.8%）。

昨年度に引き続き、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く、講師を担える人材が全国的に不足している状況を示しており、今後継続して、今回開催したような全国規模での認知症アセスメント研修を実施していく必要性を示していた。

### ③ 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

保険者機能評価項目の得点が高いあるいは各項目が実施されているものにおいては、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、とくに重要な知見である。

自治体の認知症高齢者への取り組み度合いが進んでいると、認知症の認知機能障害や生活機能障害をアセスメントする意義をイメージできているとも解釈できる。

一方、研修の満足度について医学的知識の有無や医学的知識について困った経験があるかどうかといった医師との話し合いが難しい、薬の飲み方や診断名といった認知症に関する基礎知識が不足していると、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。

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。

## 5. おわりに

本事業では、昨年度に引き続き、全国の地域包括支援センターの職員等を対象とし、認知症に関するアセスメント及び相談機能強化のための研修がなされた。その方法には、衛星放送を用いた。

これまで、全国で統一的な認知症に関するアセスメントはなされておらず、その実態を把握することは困難であり、しかも異なったアセスメントによって実施された相談の評価については、測定ができなかった。

本事業では、衛星放送を利用することにより、全国で同じレベルの研修会を実施することができた。このことは、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に有益であり、今後も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を期待する。

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、引き続き、課題とし、地域包括ケアシステムを支える保健・医療・福祉分野における多職種に共通となるアセスメントやこれらを用いた支援方法を学習す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。

兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井孝子

## 6. 別添資料



## 講義の内容

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

## 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—

兵庫県立大学大学院経営研究科  
筒井孝子

1

2

## 1. 社会保障制度の動向

3

### 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により賄うことができる

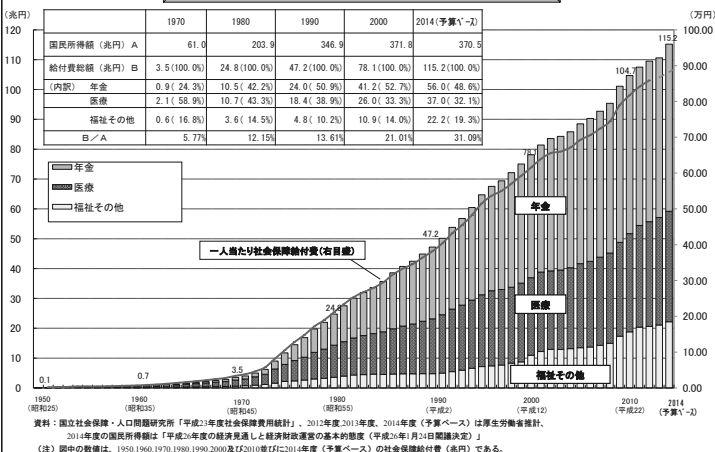
#### ③ 企業の福利厚生の充実、核家族モデル(特に専業主婦)、地域社会のつながり

→ 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高齢期中心 ②負担・給付両面で「小さな社会保障」という特色

4

社会保障給付費の推移



### 社会保障・税一体改革とは

～社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成～

社会経済情勢が大きく変化する中で、「社会保障・税一体改革」は、①社会保障の充実・安定化と②財政健全化という我が国にとって待ったなしとなった2大目標を同時に実現するための改革です。

#### 社会保障の充実・安定化

待機児童問題、産科・小児科・救急医療や在宅医療の充実、介護問題などへの対応

高齢化により毎年急増する  
 現在の社会保障の安定化(安定財源確保)

#### 同時達成

#### 財政健全化目標の達成

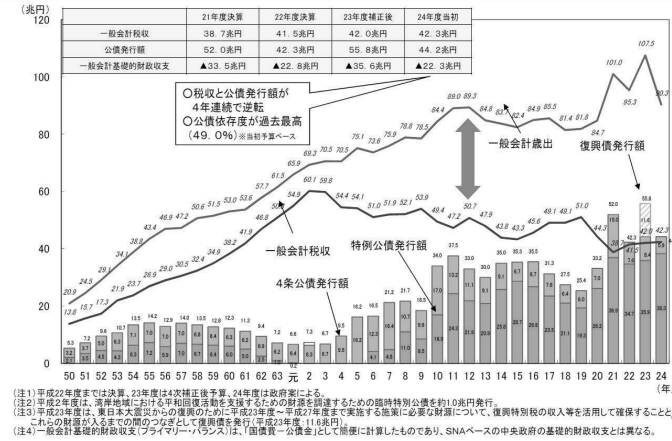
諸外国で最悪の財政状況から脱出  
 「2015年に赤字半減、2020年に黒字化」  
 日本発のマーケット危機を回避  
 ⇒消費税率を2015年10月に国・地方あわせて10%へと段階的に引上げ

消費税をはじめとする  
 税制技術改革で  
 安定財源確保

講義1 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  
 (初期集中支援チーム員研修 講義 .)

一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移 財政健全化の必要性②

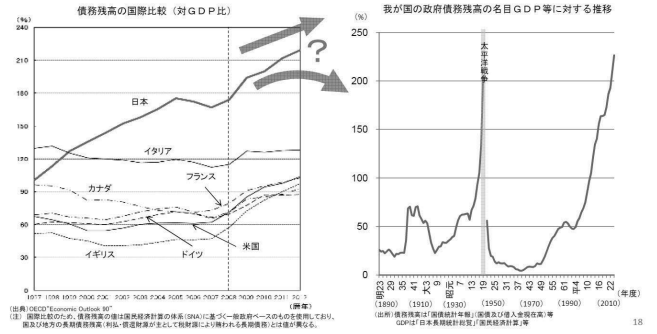
社会保障関係費の増加等により、歳出は増加傾向にあり、90兆円を超える規模となっています。一方、税収については、景気の低迷等を背景に、ピークの平成2年度の2/3程度の40兆円にまで落ち込んでおり、公債発行額を下回るようになっています。この結果、歳出と税収の乖離は大きくなっており、グラフの形がまるで「ワニの口」のようになっています。



(注1) 平成20年度までは決算、23年度は次期補正後予算、24年度は政府案による。  
 (注2) 平成22年度は、沖縄県における平和復興活動を支援するための財政を調達するための臨時特別公債を約1.0兆円発行。  
 (注3) 平成23年度は、東日本大震災からの復興のための平成23年度～平成27年度まで実施する施策に必要な財源について、復興特別税の収入等を活用して確保すること。  
 (注4) 一般会計基礎的財政収支(プライマリーバランス)は、「国債一般公債」として間接に計算したものであり、SNAベースの中央政府の基礎的財政収支とは異なる。

政府債務残高の現状 財政健全化の必要性③

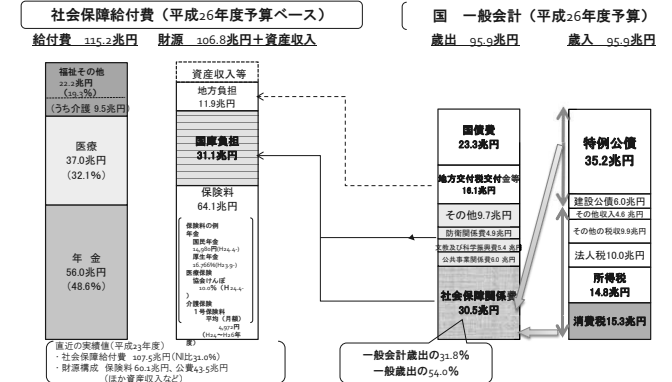
我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります(太平洋戦争末期と同水準)。欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、GDP(返済の元手)と対比して債務残高が伸び続けないよう、収束させていくことが重要です。



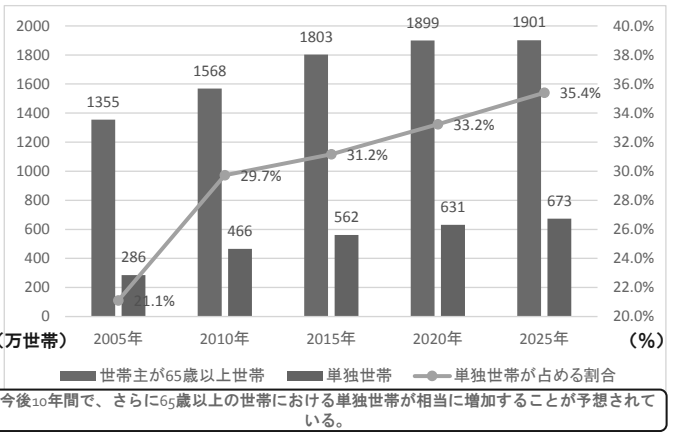
(出典) OECD「Economic Outlook 97」  
 (注) 国債は国債のみ、債務残高は歴史的経路の債務(国債)に基づく一般政府ベースの名目総額であり、国債及び地方の長期債務(国債)は、償還財源がまだと税財源により賄われる長期債務にはは限る。

社会保障の給付と負担の現状

- 社会保障給付費は約115.2兆円(年金が約5割、医療が約3割)
- この給付(115.2兆円)を保険料(約6割)と公費(国・地方)(約4割)などの組合せにより賄う
- 社会保障に対する国庫負担は30兆円を超え、一般歳出の54.0%を占めている



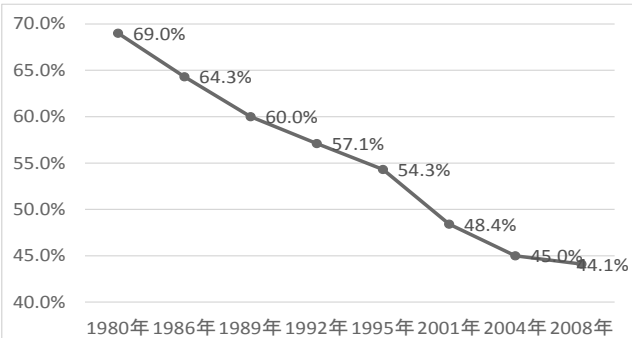
高齢者世帯における単独世帯が占める割合の増加



今後10年間で、さらに65歳以上の世帯における単独世帯が相当に増加することが予想されている。

データ出所: 国立・社会保障人口問題研究所(2009)「日本の世帯数の将来推計-平成20年3月推計-

同居率の低下  
65歳以上の者と子との同居率

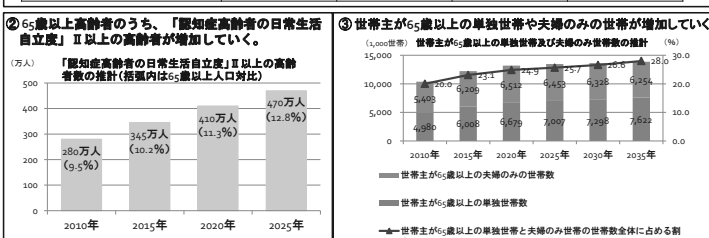


65歳以上の者と子との同居率は、低下する傾向にある。

※グラフについては、1980年、1986年、1992年、1995年、2001年、2004年、2008年の各年の厚生労働省「国民生活基礎調査」のデータを用いて表を作成した。

今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

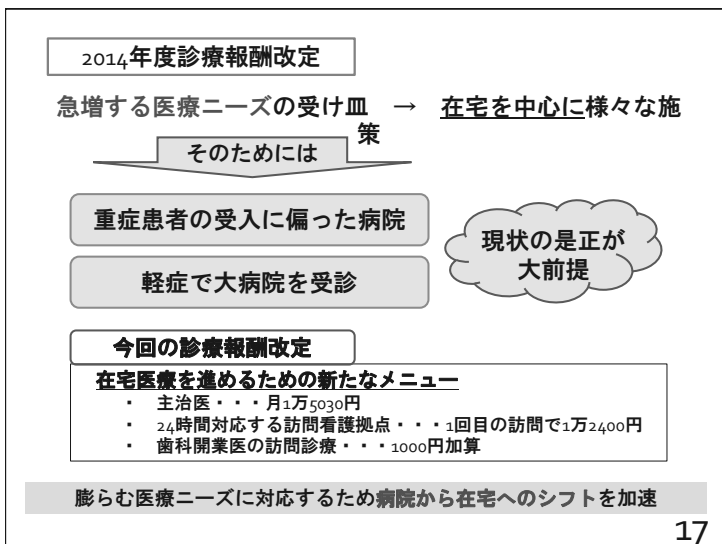
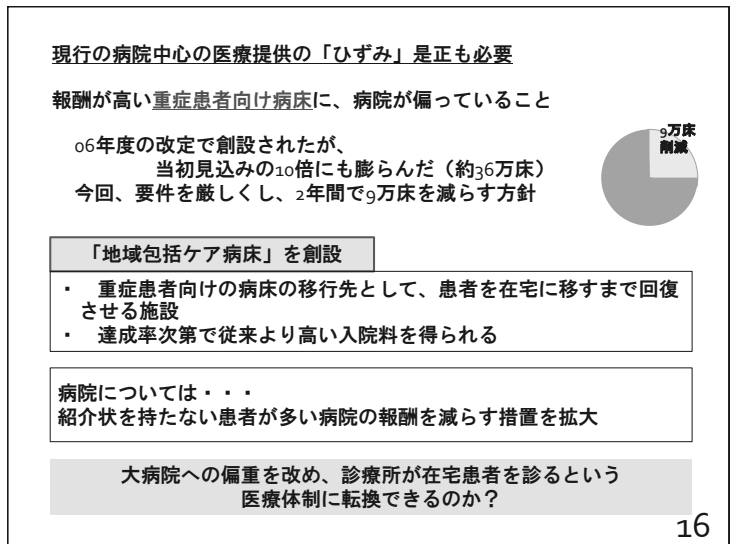
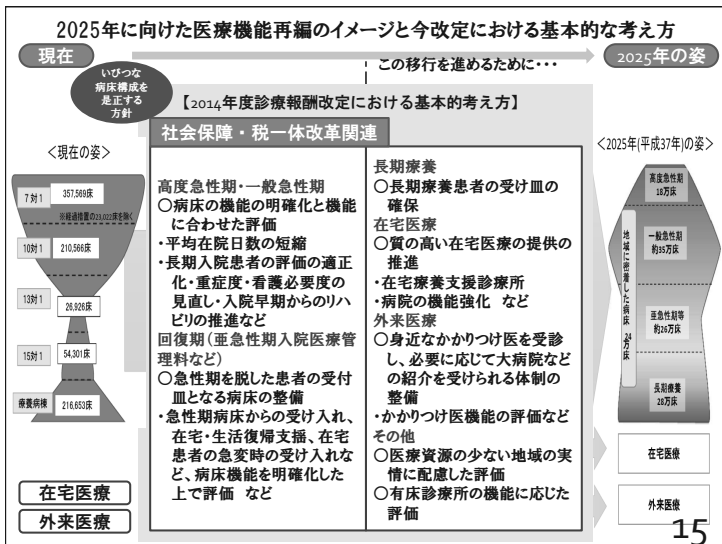
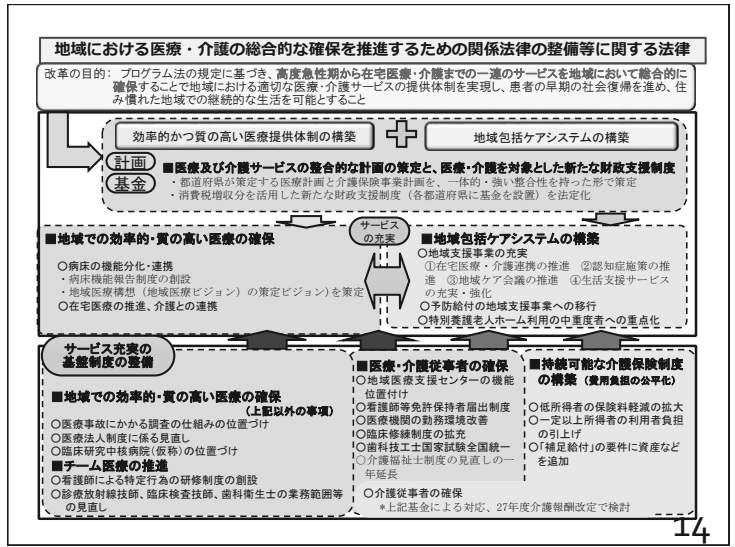
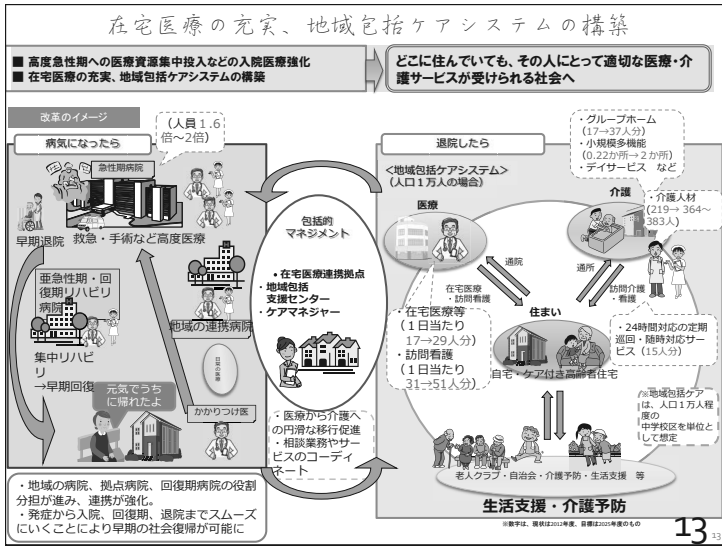


② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。  
 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも顕やかに増加する。各地域の高齢化の状況

区分	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	全国
65歳以上人口(万人)	280	345	410	470	530	580	580
<<は割合	<8.3%	<9.3%	<9.7%	<9.5%	<8.9%	<8.4%	<8.9%
2025年	117.7万人	108.2万人	148.5万人	154.8万人	116.6万人	197.7万人	29.5万人
<>は割合	<16.8%	<18.3%	<16.5%	<16.9%	<15.9%	<15.0%	<19.4%
( ) は倍率	(2.00倍)	(1.92倍)	(1.87倍)	(1.81倍)	(1.77倍)	(1.60倍)	(1.16倍)

講義1 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  
 (初期集中支援チーム員研修 講義 .)



## 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、宅老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。

19

### 2003年時点における認識

厚生労働省が、今後の介護のあるべき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

- 虐待上の被害による要介護状態についての取組は、遅れていると指摘される。
- 痴呆性高齢者ケアの確立、痴呆性高齢者ケアの推進は、痴呆性高齢者ケアモデルを新たな契機へと進展させることになる。
- 痴呆性高齢者の生活の質を高める取組が求められる（痴呆性本人自立性以上）、痴呆性高齢者ケアについては痴呆性高齢者の影響が認められる。これからの痴呆性高齢者ケアにおいては、痴呆性高齢者ケアが行われていない施設は、施設としての存在意義が小さくなるものと指摘される。

#### 痴呆性高齢者ケアの普遍化

- 痴呆性高齢者ケアに求められる、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを推進することは、すべての痴呆性高齢者に通じるもの。
- 痴呆性高齢者グループホームにおける「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、ひとりひとりの生活のあり方を支援していく」という方法論は、痴呆性高齢者グループホーム以外でも展開されるべき。

#### 痴呆性高齢者を取り巻く状況

- 痴呆性高齢者が地域の一員として生活を営むことは容易でない。

#### 痴呆性高齢者の特性とケアの基本

- 痴呆性高齢者は、認知機能が低下していく一方で、感情やプライドは残存しているため、周りの対応によっては、羞恥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。
- また、自分の人柄が周囲から認められなくなっていくというつらい思いをしているのは、本人自身である。
- こうしたことを踏まえれば、痴呆性高齢者こそ、その人の人柄を尊重し、その人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。
- また、痴呆性高齢者が環境の変化に適切に対応することができなくなることに起因し、生活の困難性が顕著されるよう、日常の生活環境を基本としたサービス体系を構築していく必要がある。
- さらに、痴呆の症状や進行の状況に対応できる継続サービスのあり方を明らかにし、本人のニーズを取り入れ、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていく必要がある。

#### 地域での早期発見、支援の仕組み

- 早期発見も重要。早期に発見し、適切な診断とサービスの利用により、行動障害の緩和が可能な場合が多い。地域での早期発見と専門家に気軽に相談しやすい体制が重要となる。
- そのためには、かかりつけ医療等専門だけでなく、地域住民全体に開かれた相互に相談と理解が促進することが必要。
- さらに、地域の関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みを構築することで、本人や家族の安心を高めることが必要である。

厚生労働省「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」2003年

20

### 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。

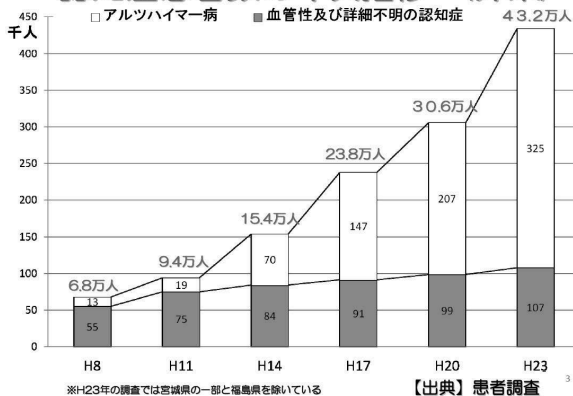
厚生労働省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」2008年

## 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

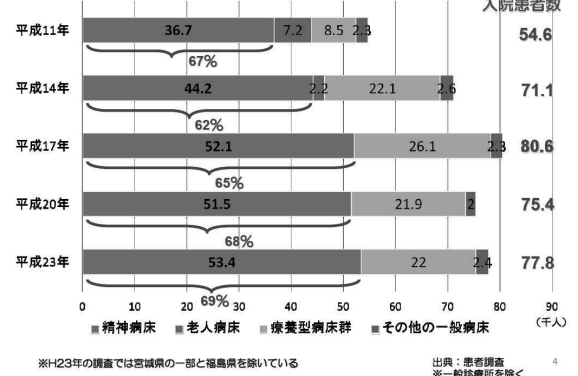
22

### 認知症患者数の年次推移 (外来)



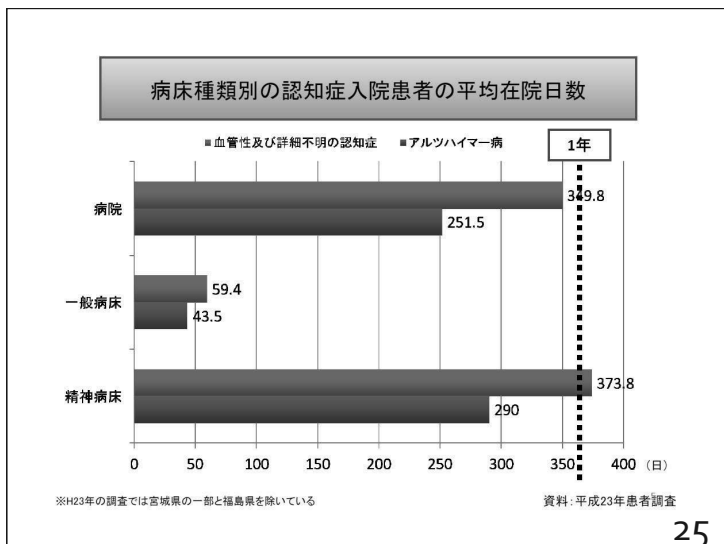
23

### 認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)

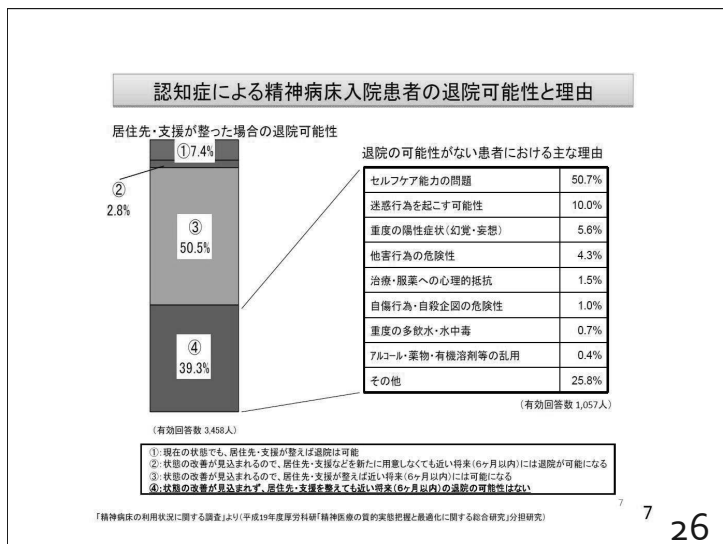


24

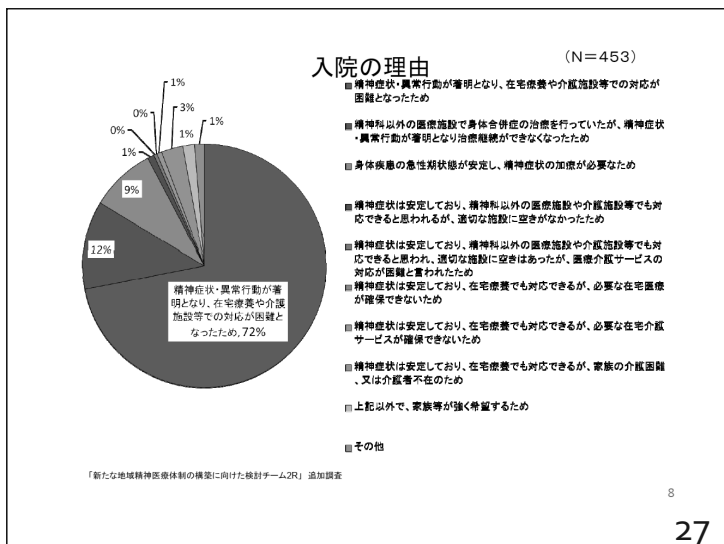
講義1 地域包括ケアシステムと認知症施策  
 ~認知症施策の前提となる地域包括ケアシステムの考え方  
 (初期集中支援チーム員研修 講義 .)



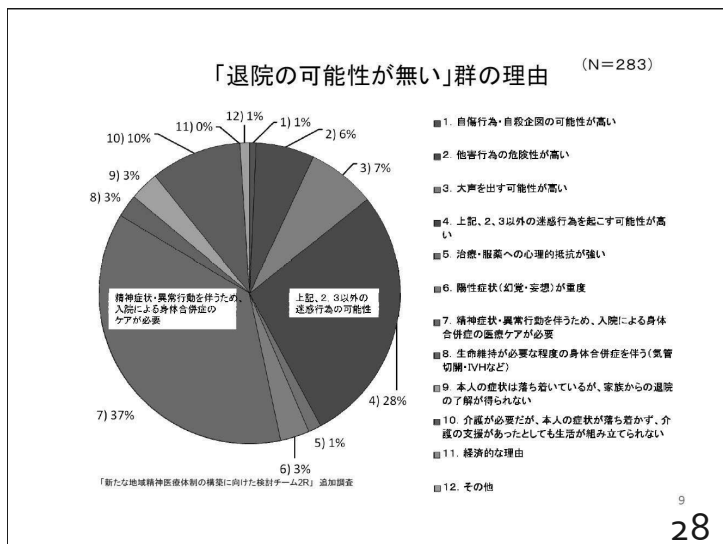
25



26



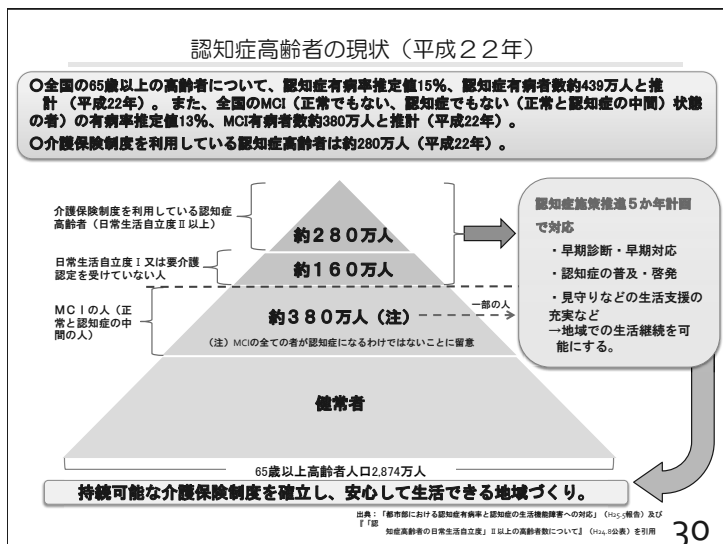
27



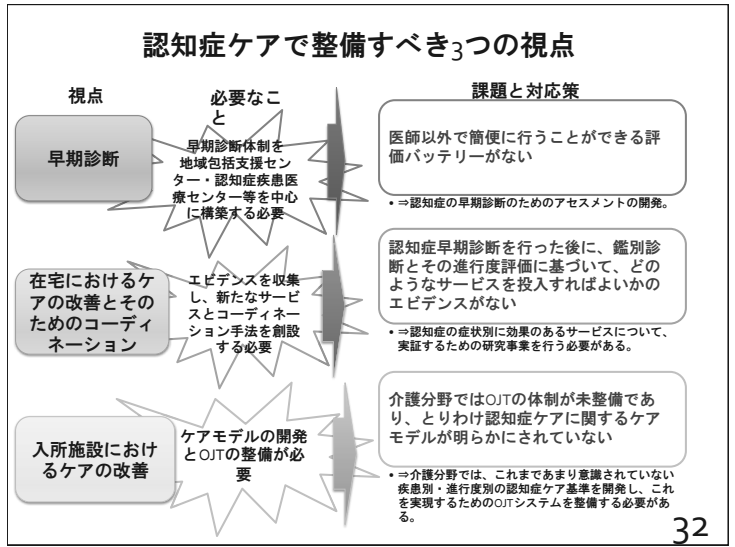
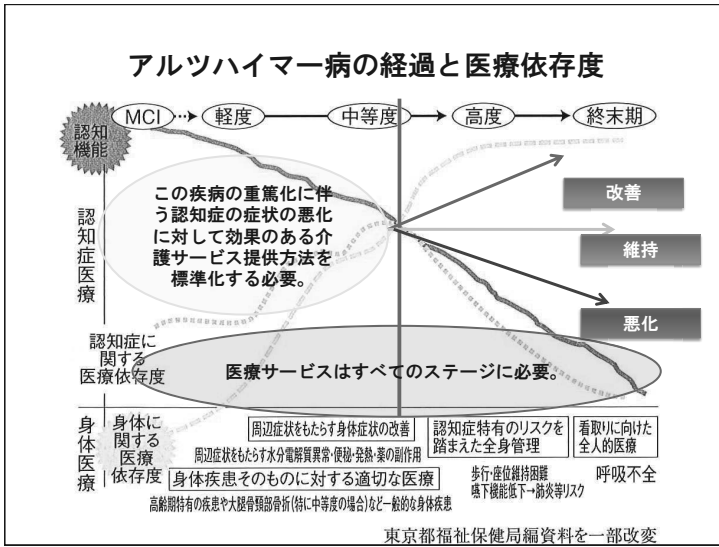
28

### 3. 今後の認知症施策の方向性と政策動向

29



30



### 既存の認知症アセスメントと認知症総合アセスメント (DASC)

MMSE,長谷川式,BFB等	CDR	その他
・医師が行う必要がある	・わかりにくい、使いにくい	・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。

これらの課題を克服するために開発された認知症総合アセスメント (DASC) の特徴

- 直接検査をしなくても、認知症重症度が推測できる
- 医師でなくても、認知症サポート医への紹介をする目安がわかる
- 多職種で、認知症症状の共通理解ができる

33

### 認知症総合アセスメントの構成

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, 誤嚥性肺炎, 慢性腎不全, がん, 貧血症, 脱水症, 白内障, 難聴, 変形性関節症, 骨折, 前立腺肥大症, 褥創, 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, 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。

東京都健康長寿医療センター研究所(栗田主一)「地域での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

34

### 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

35

### 英国における認知症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	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	認知症患者の行動を管理することの大切さ
----------------------------	----------------------------	---------------------

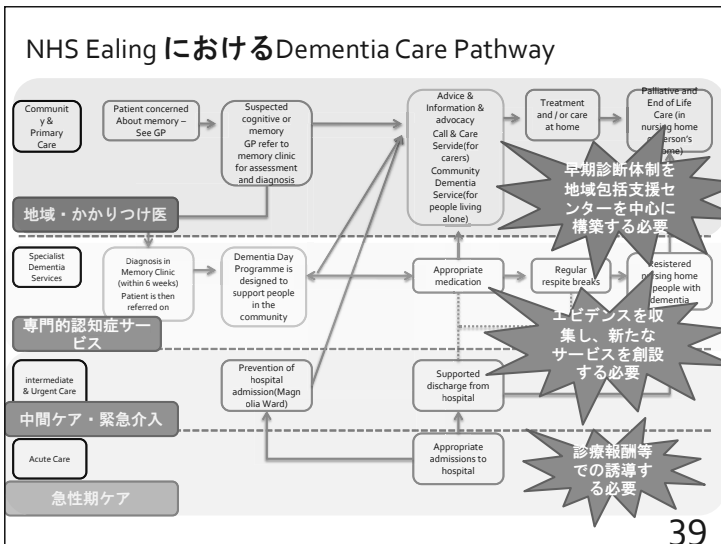
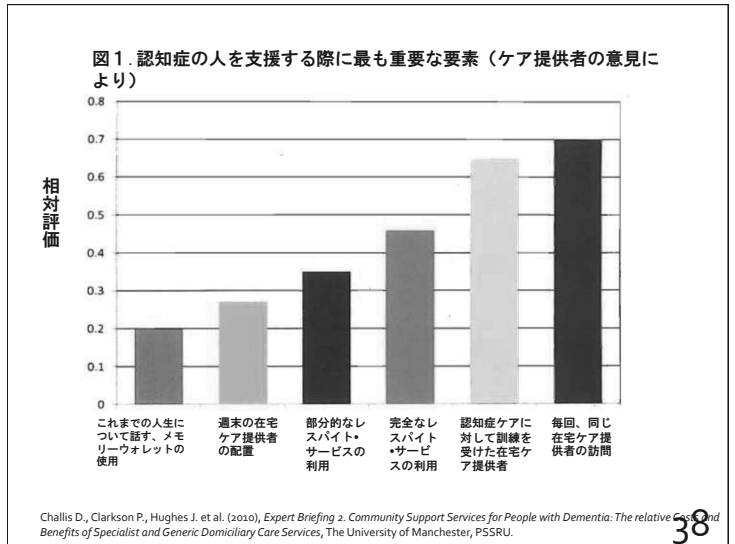
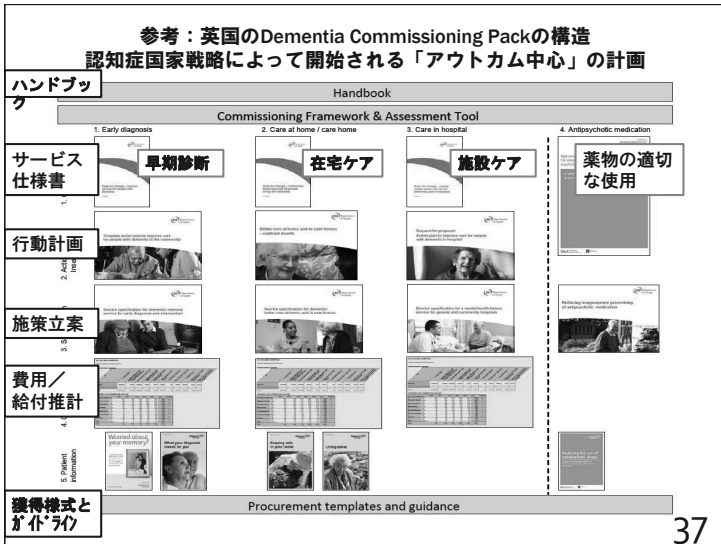
- 4分の1に満たない認知症患者が、病気がかかっているにもかかわらず実際に老年精神医学サービスを受けるためのコンタクトをとっていない。多くの人がプライマリケアを受けている。
- しかしながら一般医は、認知症患者が動揺したり攻撃的になったり、おこりうる症状の変化に合わせて対応をする必要があるかもしれない。
- これは認知症に関わる人にとっても課題となってくるのである。これらの行動的な症状の変化は彼らの住む環境がどこで人々に影響を及ぼしかねないのである。

- 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ると、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ことを示した。

- Banerjee等(2003年)の発見では、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。

36

講義1 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  
 (初期集中支援チーム員研修 講義 .)



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

40

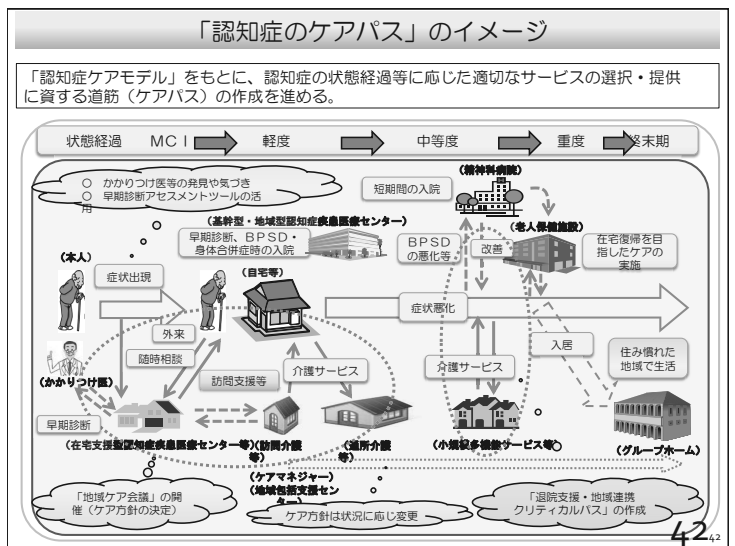
認知症施策の推進

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】  
 (これまでのケア) 認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。  
 【今後目指すべきケア】 「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標	備考
○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)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成26年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業(任意事業)で100カ所計上 ・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算では300カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成24年度末 累計2,680人
○かかりつけ医認知症対応能力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	・平成24年度末 累計2,680人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	・平成24年度末 累計2,680人
○「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	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成26年度約200カ所 ・平成26年度予算では、地域支援事業(任意事業)で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成26年3月末 累計149万人

41







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<sup>1)</sup>か、あるいはバベルの塔をたてる試み<sup>2)</sup>かという議論がなされている。

Community-based care	Integrated care
<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrated 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。</li> </ul>

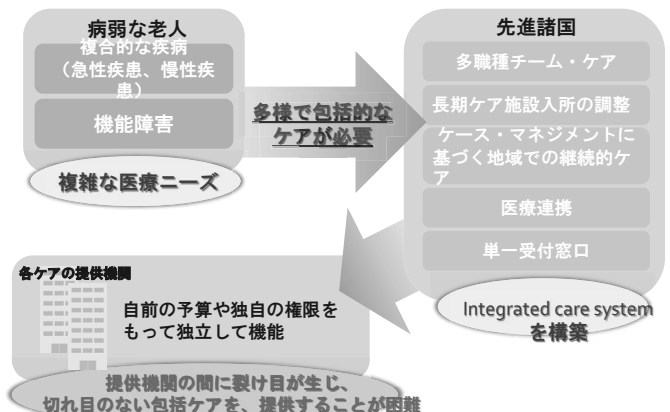
1) T. Plochg, NS. Klanzinger : Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14, 91-101: 2002  
 2) T. Plochg : Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 6, e21 : 2006

Integrated care



高齢者ケア

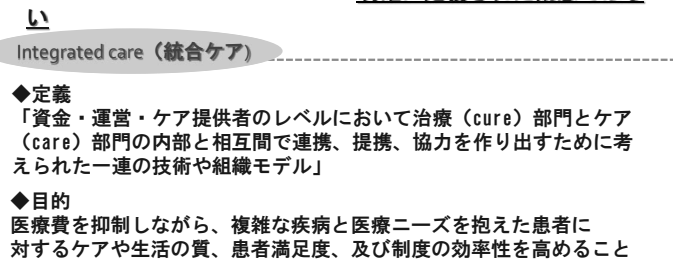
現在の医療制度が直面する最も深刻な課題



Integrated care

慢性疾患や障害者に対する医療や社会的ケア等（精神衛生、住宅、送迎等）の統合が盛んに叫ばれるようになったのは1990年代

Integrated careに関する関心が高まったのもこの時期だが、明確に定義された概念ではない



地域包括ケアシステム構築のための  
 テーマ設定について

- 評価を行うことで、自分の立ち位置を知る
- 地域のニーズ、地域資源の把握は、重要。
- いくつかのテーマに取り組むことが必要。
- Integration(統合)を手掛かりに、政策を考える。

## 地域包括ケアシステム構築の前提

地域包括ケアシステムは、地域によって、医療・介護・福祉に係わる専門職や財政、文化的風土、ソーシャルキャピタル等の資源量が異なるため、あるべき目標の設定が異なり、それによって、選択する方法論や戦略の立て方が異なるのではないか。



まずは、自らの自治体の置かれている状況を把握する必要がある。

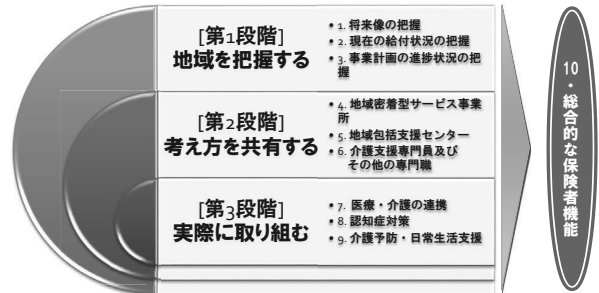
資源量の把握、予測のための推計が基本となる。  
 (今年度開発した「保険者機能」の第1ステップ)

55

## 保険者機能評価指標（H25版）の全体構成

([http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai\\_140513\\_c1.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c1.pdf))

- 評価指標は、全10項目で構成。10項目は、指標の特性に基づき、大きく3部に整理。さらに、各評価指標は複数のサブ項目で構成されており、サブ項目ごとに「評価確認事項」「解説」「自己評価」「自己評価の理由」「自由回答」を設定。



56

## 地域包括ケアシステム構築のためのテーマ設定と方法論の選択

### 1. ケア提供システム

のデザインをどのように考えるか

### 2. サービスの内容

をどのように考えるか

### 3. システムにおけるマネジメント機能

をどのように考えるか

これは、高齢者を対象とする「ケア提供システムの構造化」をどのように図るかと同じことと言える。

57

### 1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

システム統合

規範的統合

プロセス全体に関わる内容として...

〇自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

### 2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

サービス検討のフレームワーク

期間はどのくらいか	短期	長期
専門性を必要とするか	専門的	非専門的(一般的)
個別性が必要か	個別的	普遍的

〇どの予算で(市町村独自事業(税)、給付(保険)等)、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを定める。

### 3. ケア提供システムをどのように整備するか

〇自治体全体で取り組むか、医療(医師会、医療法人)、介護福祉(事業者、社会福祉法人)等、特定分野を中心とするプログラムにするかを定める。

### 4. サービス提供をどのように行うか(マネジメントをどのようにするか)

〇マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを定める。

組織的統合

臨床的統合

58

## ケア提供システム・ケア提供プログラム整備の視点

- 在宅ケアと施設ケアの間に費用対効果が高い代替性を確立するために、以下の要素が必要。

① 単一、又は高度に調整された業務組織

② 単一の資金予算(予算に基づいた人頭払い方式あるいは、関係者が資源の分配に同意している、調整されているモデル)

③ システムの全てのサービスの要素に対するケースマネジメント

④ 標準化された評価

⑤ ケア提供の全ての場所に適応する唯一の利用者の分類システム

Hollander, M.J. 2001. Substudy 1: Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services. Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care ([www.homecarestudy.com](http://www.homecarestudy.com)).  
 Hollander, M. and N. Chappell. 2002. Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care ([www.homecarestudy.com](http://www.homecarestudy.com)).

59

## ケア提供システムのフレームワークと要件

### 運営上の要件

1. 政策に反映されている、明白な方針の宣言
  2. 唯一のまたは高度に調整されている業務組織
  3. 唯一の資金予算
  4. 統合されている情報システム
  5. エビデンスに基づいたマネジメントのためのインセンティブ
- ### サービス提供上の要件
6. エントリの唯一のまたは調整されているシステム
  7. システムのレベルの標準化された評価とケアの給付
  8. システムレベルの標準化された利用者(患者)分類法
  9. システムレベルの連続的なケースマネジメント
  10. 家族と利用者とのコミュニケーション

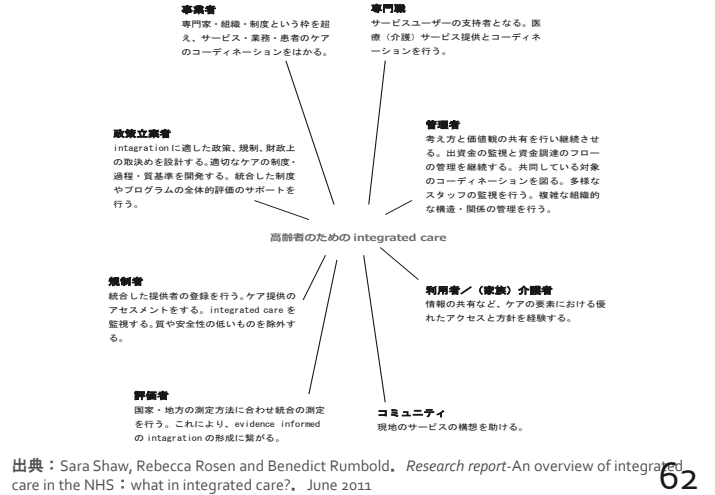
ケアシステムの整備を進める上では、上記の10の要件を用いた自治体毎の評価が必要

60

## 地域包括ケアシステムを構成する プレイヤーごとの役割

61

## 地域包括ケアシステムに係わる関係者の視点



62

## 地域包括ケアシステム構築に向けてケア提供主体の役割

地域包括ケアシステムの構築に向けて、  
それぞれの立場で何をすればいいの??



サービス提供事業者 (組織の管理者・経営者)	地域住民	自治体職員	保健・医療・福祉の 実践家
<ul style="list-style-type: none"> <li>統合的なサービス供給デザインを考える。</li> <li>医療が必要な人に医療を届ける仕組みを考える。</li> <li>意思決定や自己管理を推進するような仕組みを考える。</li> <li>利用者を情報を事業所内外で活用できる仕組みを考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>資源が有限であることを意識し、政策を理解する。</li> <li>積極的に生活や健康を自己管理する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民のニーズを政策に反映する施策立案と管理を行う。</li> <li>当該自治体内に関わる圏域の医療資源を把握し、地域住民へ効率よく還元できるような仕組みを考える。</li> <li>住民の生活や健康の自己管理を推進するような施策を展開する。</li> <li>住民の社会保障に係る情報を施策立案・実行に活用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己管理を促進するサービスの開発。</li> <li>意思決定を尊重する支援の提供。</li> <li>臨床情報の積極的活用(共通言語の使用等)。</li> <li>地域資源の実践への活用。</li> <li>多職種によるケアの提供(臨床的統合)</li> </ul>

63

## 主要な5つのintegration (統合) の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

1. システム的統合	政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携例、病院外の協同的ケアを推し進める政策、多様化する(サービス)提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療の必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策(ダウンワードサブスティチューション)
2. 規範的統合	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解消し対応、現地でのイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ。
3. 組織的統合	組織間での構造、ガバナンスシステム、関係のコーディネーション例、資金のプールやPBC(業務歩合制)といった公的・私人的な契約的・協調的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。
4. 運営的統合	事務管理業務、予算、財政システムの提携例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。
5. 臨床的統合	情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。

・どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。  
 ・関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある。  
 ・どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現地でやってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

64

## 地域ごとの取り組み例としてのローカルルール

- 医療介護連携を推進するにあたって、地域の中で共通の目標に相当する理念の共有が扇の要となる。このような理念の共有を「規範的統合」と呼ぶという。
  - 地域における臨床的統合を進める中で、多職種間、他機関間で行われる「異文化交流」に伴って生じる行き違いや誤解を解消し、微妙な考え方の違いや肌感覚をすりあわせていく必要がある。
- ↓
- 「規範的統合」への理解を深めるために、その一例に相当する地域活動として「ローカルルール」の策定がある。

出典: 川越正平「介護支援専門員およびケアマネジメントにおける多職種協働の考え方」平成25年度老人保健事業推進費等補助金「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書(株式会社日本能率協会総合研究所)」平成26年3月

65

## 地域内で話し合い、方針決定や整合性を図るべきルール②

### 【地域医療や医療介護連携にまつわる役割や負担の分担】

公的な事業の役割や負担について、対応の負担を関係者同士が分担する。  
 \*すでに休日診療所当番や介護認定審査会などの公的役割をさまざまな専門職は担っているため、連携のために設置する会議や新たな輪番制の実施にあたっては、公平を期すべく周到な配慮や合意が重要となる

### 【研修企画や会議開催に関する情報の集約】

地域において認知症やがん、生活習慣病などに関するさまざまな研修会が行われている。その実施にあたり、目的や対象、開催日時について、重複や非効率、内容の齟齬等が生じることから、企画段階からその情報をしかるべきところに集約し、効果的、効率的に域内での教育研修が行われるよう関係各所が調整、配慮する。

### 【行動指針や理念】

「行動指針」や「地域包括ケア推進理念」に相当する文言を作成するなど、価値観を共有する努力やすりあわせの作業について、地域の中で継続的に取り組む。

### 【地域における礼儀や常識に相当するもの】

普遍的だがわざわざ明文化されるような性質のものではない、しかし会話や協働の中ですりあわせなど、交流のプロセスを通じて「常識」として確認されるべき内容(「多職種協働とは異文化交流だ」と捉えれば、相手への理解が深まり、場にとそぐわない行動を避けることができるという)。

### 「連携する専門職種」に尊敬の念を持つ

「会議や研修の席上では(異なる意見を述べることは構わないが)原則として他の参加者を批判するような言動は避ける」

「情報共有やその管理にあたっては守秘義務を遵守する」(「仲間内の飲み会であれ、利用者に関する情報を話すのは不適切」など)

「ICTを活用して情報を共有する場合、思いっくまに冗長に記載するのではなく、客観的な情報を簡潔に記述するよう心がける」

「専門用語や略語の使用など、他領域の職種がわからないような表現は使用しない」

「ケアマネジャー主導で主治医を変更することは御法度である」

「救急車をタクシー代わりに使用することは厳に慎む」

66

## リーダーシップの重要性

専門職のリーダーは、integrated careの成功において中心的役割を果たす。有能なリーダーかどうかは、一般的に、長期的取組み、熱意、地域ごとのintegrated careへの関与、そして、長年の専門職間での信頼と尊敬によって判断される。リーダーに必要とされるスキルやストラテジーは、integrated careの設計・取組み・提供における地域の理解、行動、先導をしていくためのものである。その役割の範囲は・・・

統合に向けたアプローチを支持する基盤となる価値観と目的を明確に示す

ケア提供者、利用者間に共通のビジョンと目的を設置する

専門家と関与し、優れた関係を築き、貢献心・理解・共通文化を築き上げる

スタッフやユーザーに、はっきり分かるような明確なビジョンの維持をする

パフォーマンスやピアレビューなどを用いて質的向上を促す

各機関におけるリーダーは、組織の存続を意識するのではなく主導権を握りintegrated careの促進を行なう。

財政目標とサービス目標を達成するためリーダーは、地域において各機関と協働関係を築く必要がある。(Ham et al 2011; Rosen et al 2011)

67

## 5. おわりに

68

## 地域包括ケアシステム構築に際しての課題

他でうまくいった事例の方式を他の地域に導入する上での課題

### ①人と金の問題

専門職のマンパワー、特に医師やリハビリスタッフの確保が甚だ困難で、人材確保に必要な人件費などの財源調達も大きな課題となっている

### ②保健・医療・福祉(介護)の親密な連携をどう構築するかという問題

### ③首長や議会の理解とやる気をどう引き出すかという難問

### ④地域住民の理解と協力をどう確保するかという難題

### ⑤地域包括ケアを実践する上で中心となる拠点がその地域に存在するかという問題

簡単には解決できない困難な問題であり、地域包括ケアが全国的に広く普及することを妨げている原因

69

## 「善きガバナンス」の課題

- ・ 関係主体の参画
- ・ 透明性
- ・ 対等平等の原則
- ・ 倫理的で誠実な行動
- ・ 説明責任
- ・ 持続可能性

\*善きガバナンスとは、「どうあるべきか」を分析する際の規範的概念

70

## Integrationの三つの区分

参考資料

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なシステム。
- ・ =>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・・・?

情報は必要な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。
- ・ =>それぞれの個人や団体が既存のシステムの中で個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り出す。
- ・ =>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。

71

## 垂直的統合と水平的統合

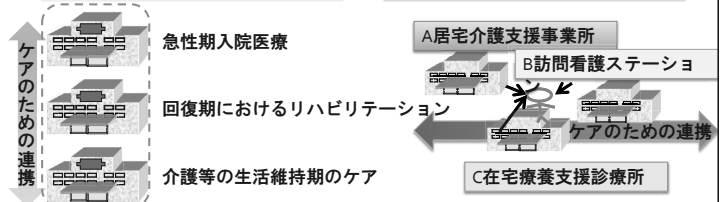
参考資料

### 垂直的統合 (Vertical integration)

- ・ 様々なサービス分野を一つの組織で行うというものである。

### 水平的統合 (Horizontal integration)

- ・ 様々なケアの連携を改善していくものとされている。リハビリテーションサービスへのアクセスを調整することや、あるいは癌のケア等。



例1) カナダのケベック州に新設された95の地域サービスネットワークは、病院・長期的ケア施設・リハビリテーションや地域に根差した組織、などが合併して、地理的区分に基づいた医療サービスのための一つの大きな組織を作った。  
 例2) アメリカのHealth Maintenance Organization(HMO)。これはHMOが、会員のために幅広い医療サービス(医療ケア・病院・リハビリテーションサービスや継続的ケアなど)の所有・運営・資金管理をまかしている。

## 講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用方法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

2014.7.14

認知症初期集中支援チーム員研修

## IV. 認知症の総合アセスメント

東京都健康長寿医療センター研究所

粟田 主一

## あらすじ

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
  - ① 認知症の一般的特徴
  - ② 代表的認知症疾患
    - アルツハイマー型認知症
    - 血管性認知症
    - レビー小体型認知症
    - 前頭側頭葉変性症(前頭側頭型認知症)
3. アセスメントツールの使用方法
  - ① DASCとは
  - ② DASCを用いる場合の留意点
  - ③ DASCの評価方法



認知症の総合アセスメントの重要性

## ある一人暮らしの高齢者の事例から

## ある事例……

- マンションで一人で暮らしている80歳の女性.
- 60歳頃から高血圧症で近くの診療所に通院していたが、今は通院も中断している.
- 70代の後半に大腸癌の手術を受けているが、その後検査は受けていない.
- 1年前から、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苦情を訴え、管理会社は本人に注意するがどうにもならず、地域包括支援センターに相談した.

## 事例の続き

- 地域包括支援センターの職員が女性宅を訪問したところ、本人ははっきりと会話はできるが、もの忘れは著しく、話したことはすぐに忘れる.
- 家の中はゴミ屋敷状態.
- 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」「犯人は隣に住んでいる人」と言い、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.

## 事例の続き

- 地域包括支援センターの職員は、区役所と相談し、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、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、認知症疾患医療センターと相談しよう」ということになった.

講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

認知症の総合アセスメント

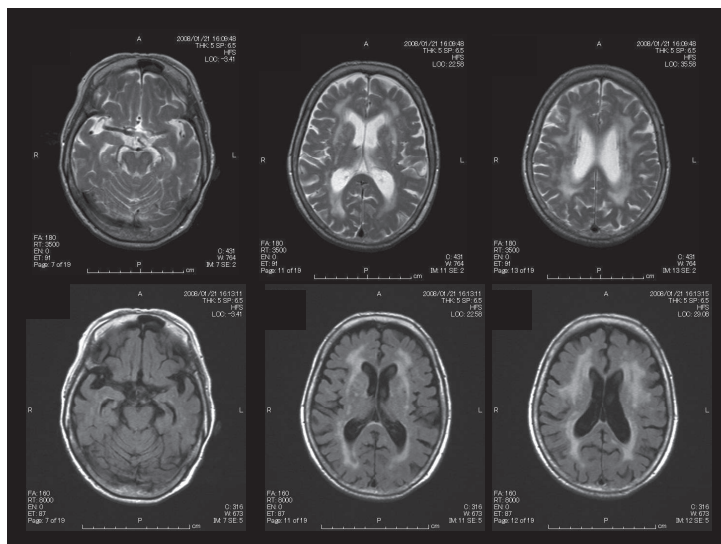
領域	内容
認知症疾患	?
認知機能障害	近時記憶障害
生活機能障害	金銭管理の障害, 服薬管理の障害, 食事の準備の障害
身体症状・身体疾患	高血圧症, 大腸がん術後
行動・心理症状	被害妄想, 物盗られ妄想, 侵入妄想, 攻撃性, 易興奮性, 夜間不眠, 叫声
社会的状況	近隣トラブル, 独居, 身寄りなし, 医療機関への受診困難, 悪質商法被害

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, スタッフ同伴でセンターを受診するように説得してみよう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
- 身体的ADL自立, 手段的ADL障害(金銭管理, 服薬管理, 家事障害)
- 行動・心理症状: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(問題解決・判断力の障害)
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
身体症状・身体疾患	高血圧症, 大腸がん術後
行動・心理症状	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

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 (全世帯に占める割合)	500万 (10%)	700万 (13%)	760万 (15%)
高齢者夫婦のみ世帯数 (全世帯に占める割合)	540万 (10%)	645万 (12%)	625万 (13%)
認知症高齢者数注) (高齢者人口における有病率) (一般人口における有病率)	280万 (10%) (2%)	470万 (13%) (4%)	570万 (15%) (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

講義2 認知症の総合アセスメント

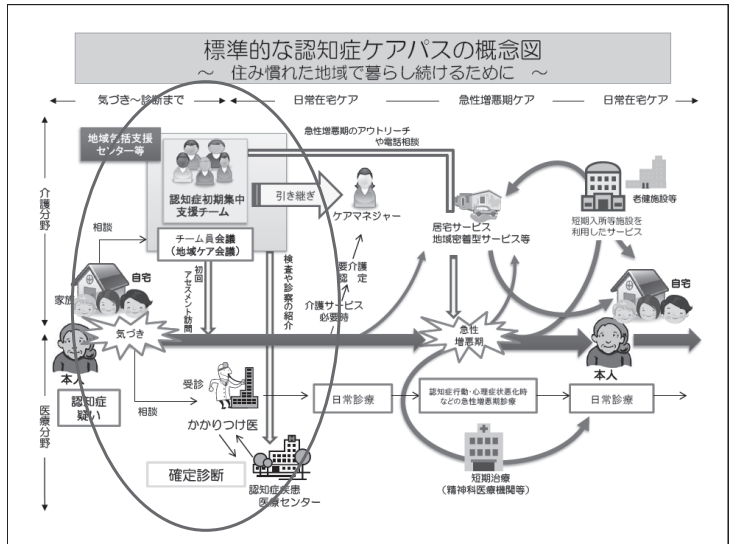
1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

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」  
(平成24年6月18日)

基本目標：認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現をめざす。

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. 地域で生活を支える医療サービスの構築
4. 地域で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



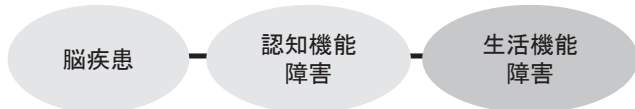
その背景には・・・

- ・ 認知症疾患の診断が為されず、
- ・ 医療や介護等の必要なサービスへのアクセスが遅れ、
- ・ 生活のしづらさに日々直面しながら、
- ・ 社会的に孤立し、
- ・ さまざまな行動・心理症状があらわれ、
- ・ 身体機能が低下し、
- ・ 家族介護者も疲弊し、
- ・ 生活の継続が困難になる・・・

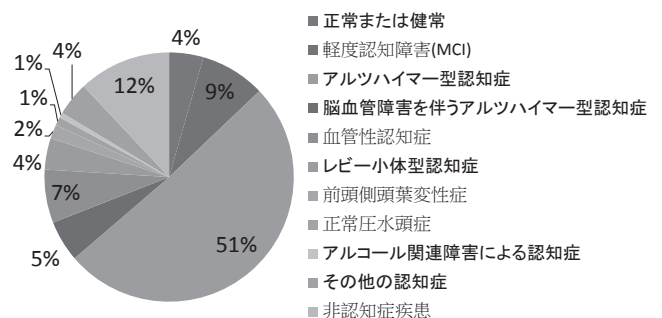
認知症の人は少なくない。

認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患  
認知症の一般的特徴

認知症の臨床像



認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合  
(2012.4.1-2012.7.31, N=11,979, 医療施設数=113)

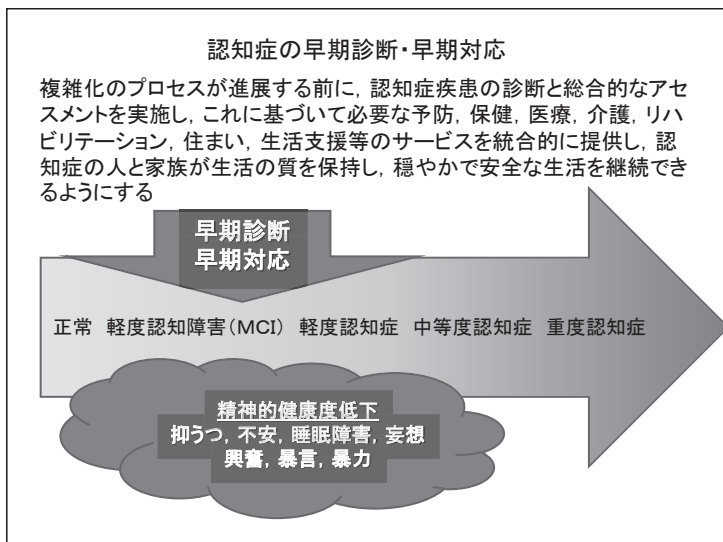
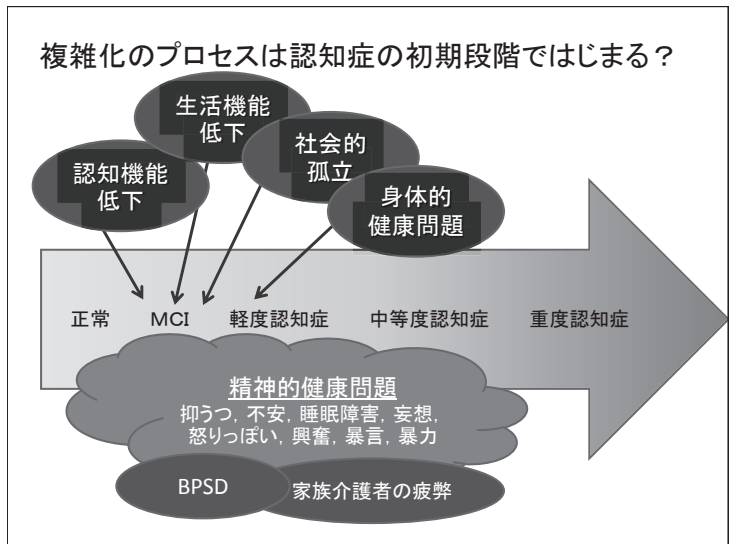
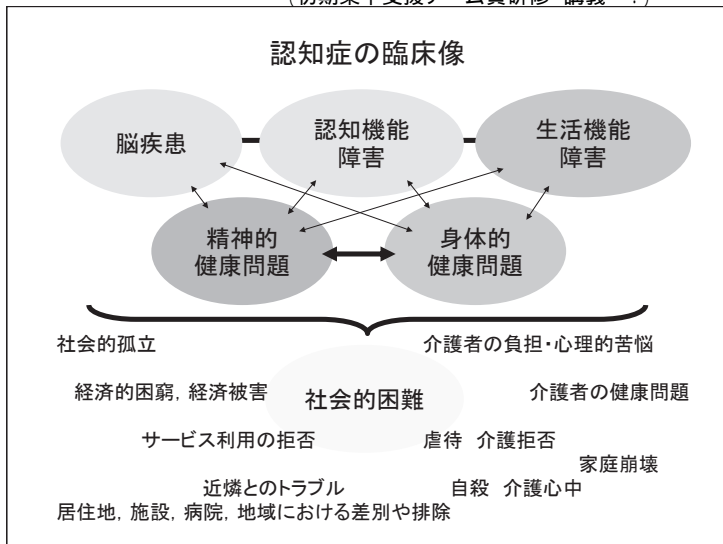


平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」  
(主任研究者：鳥羽研二、分担研究者：栗田圭一)

講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)



認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患

## 代表的認知症疾患

## アルツハイマー型認知症

### 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。
- 潜在性に発症、緩徐に進行。初期から近時記憶障害が目立つのが特徴。

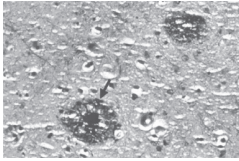


講義2 認知症の総合アセスメント

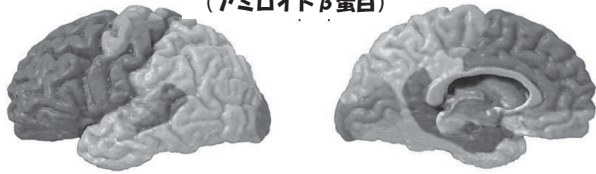
1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

アルツハイマー型認知症では・・・



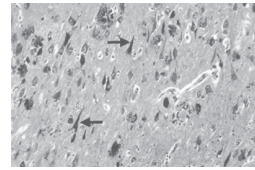
老人斑  
(アミロイドβ蛋白)



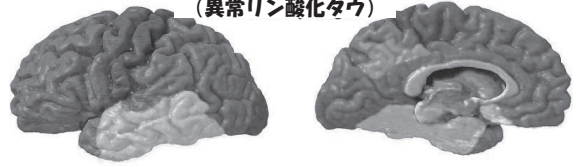
Least abundant Most abundant

Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003

アルツハイマー型認知症では・・・



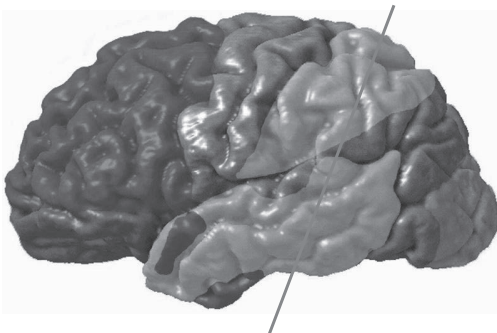
神経原線維変化  
(異常リン酸化タウ)



Least abundant Most abundant

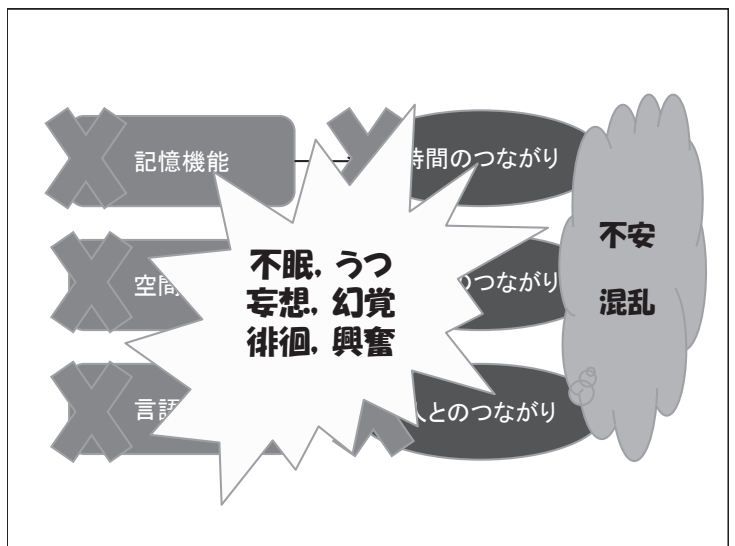
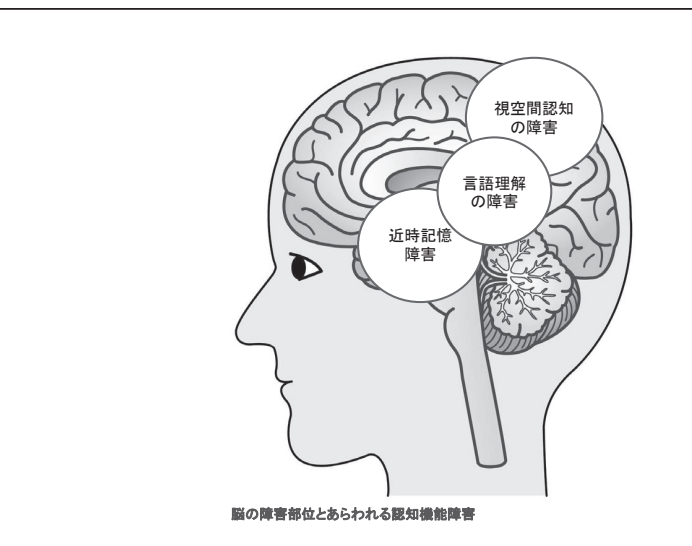
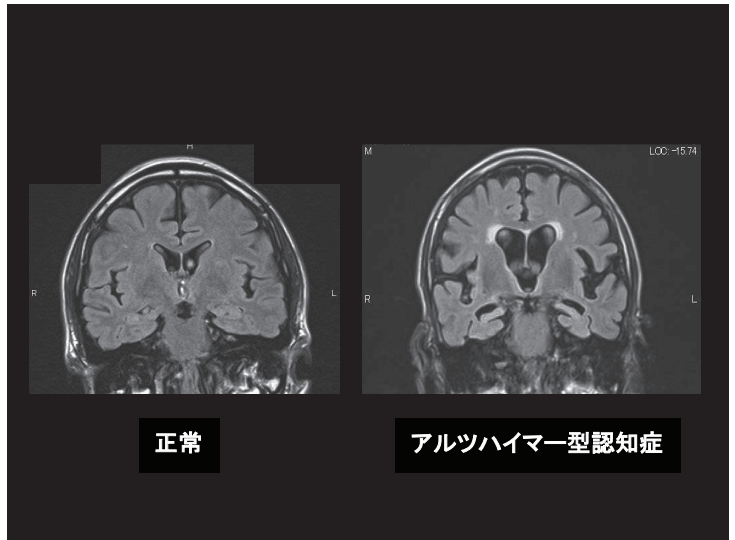
Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003

アルツハイマー型認知症では・・・



Cortical distribution of the cholinergic deficit in Alzheimer's disease. Yellow indicates reduction of 70-80%.

Cummings JL: The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Martin Dunitz 2003



## 講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

### 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。その直後……

### 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ら！」「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。

### アルツハイマー型認知症のことをよく知っている看護師がいると……



(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

(仏壇をかたづけていたんですね)

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ね)

そうです。夫が突然死んだもので、仏壇をかたづけていたんです

(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

### 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。

講義2 認知症の総合アセスメント

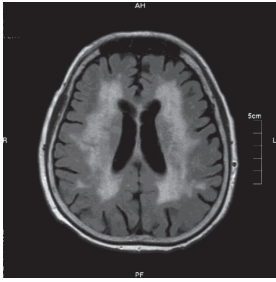
1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

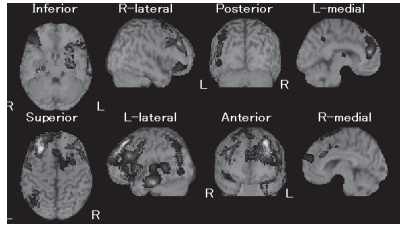
[診断・治療-21]

### 血管性認知症の画像

MRI



SPECT



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

### 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。
- 気分が減入ってきたから、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。



脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

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、入浴もしたがいなくなった。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

## 講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

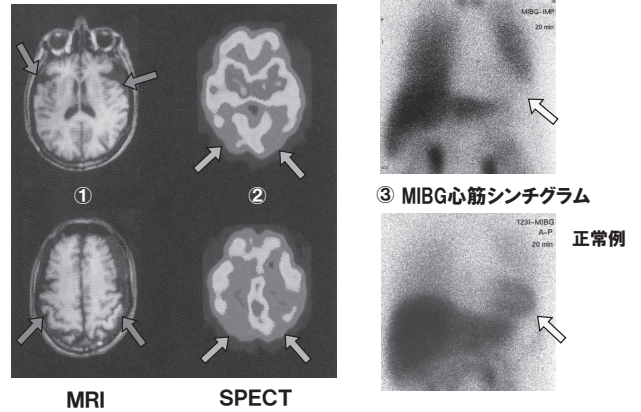
(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

### レビー小体型認知症とは

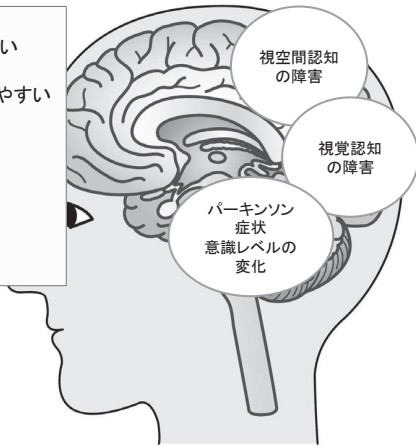
- 認知症とパーキンソン症状を主症状とし、レビー小体が脳幹や大脳皮質に多数出現する認知症。
- レビー小体の主要な構成成分は $\alpha$ シヌクレインと呼ばれる異常蛋白質であることが明らかにされている。

[診断・治療-15]

### レビー小体型認知症の画像



- 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), 進行性非流暢性失語(PNFA), 意味性認知症(SD)という3つの臨床亜型がある。

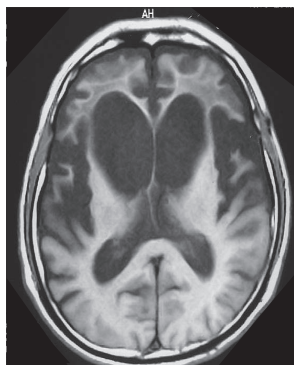
講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用方法

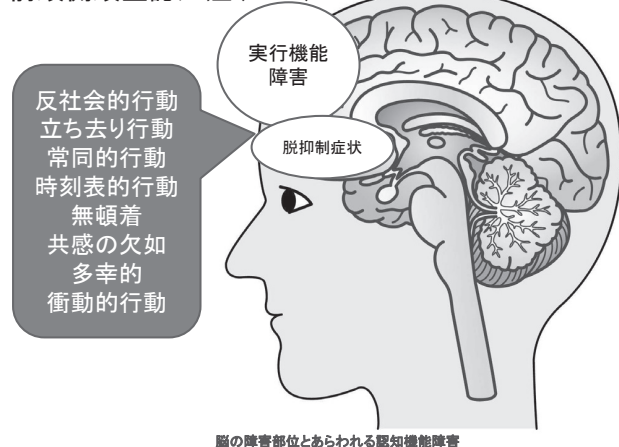
(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

[診断・治療-18]

前頭側頭型認知症のMRI画像



前頭側頭型認知症 (FTD)



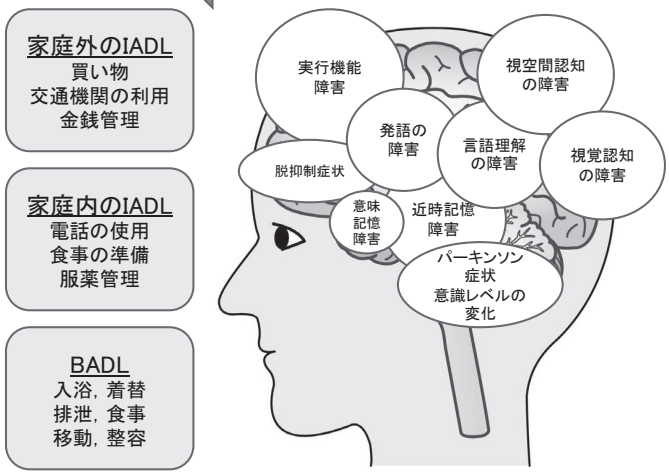
脳の障害部位とあらわれる認知機能障害

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。普段も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。

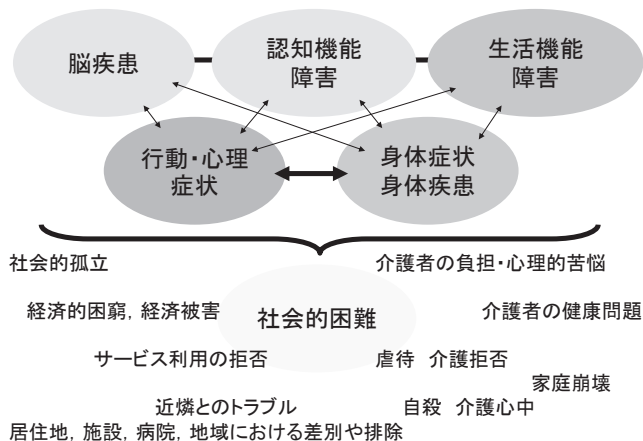
生活機能障害 ← 認知機能障害



アセスメントツールの使用方法

DASCとは

認知症の臨床像



講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

認知症の総合アセスメント

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、移動、入浴、整容)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
身体症状・身体疾患	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔瘡、歯周病、口腔感染症、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、不平を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康状態、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、独居、高齢世帯、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関で対応困難、介護施設で対応困難など

認知症の総合アセスメント

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、移動、入浴、整容)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
身体症状・身体疾患	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔瘡、歯周病、口腔感染症、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、不平を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康状態、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、独居、高齢世帯、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関で対応困難、介護施設で対応困難など

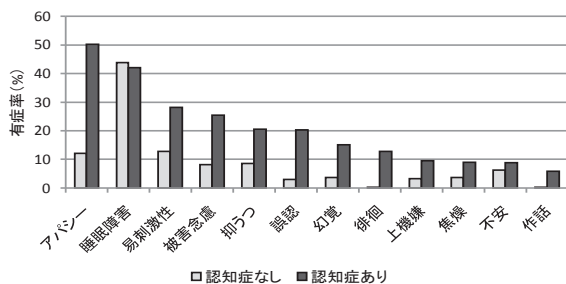
認知症の総合アセスメント

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、移動、入浴、整容)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
身体症状・身体疾患	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔瘡、歯周病、口腔感染症、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、不平を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康状態、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、独居、高齢世帯、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関で対応困難、介護施設で対応困難など

認知症の総合アセスメント

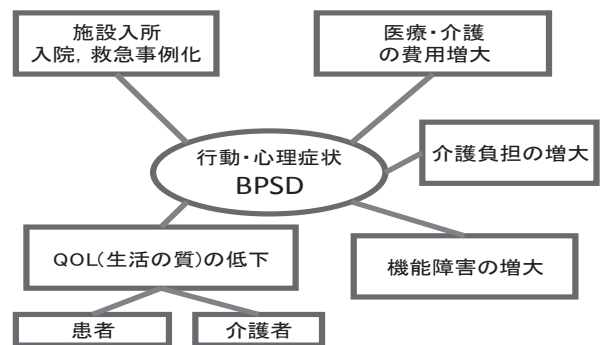
領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、移動、入浴、整容)の障害、手段的日常生活動作能力(電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害
身体症状・身体疾患	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、痔瘡、歯周病、口腔感染症、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、不平を言う、脱抑制、じゃまをする、拒絶症、(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康状態、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、独居、高齢世帯、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関で対応困難、介護施設で対応困難など

認知症の行動・心理症状の出現頻度



イングランドとウェールズの地域在住高齢者におけるBPSDの有症率の推定値 (Savvaら2009より作成)

認知症の行動・心理症状(BPSD)とは・・・  
Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia



BPSDが及ぼすさまざまな影響(Finkel 1996から引用)

講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

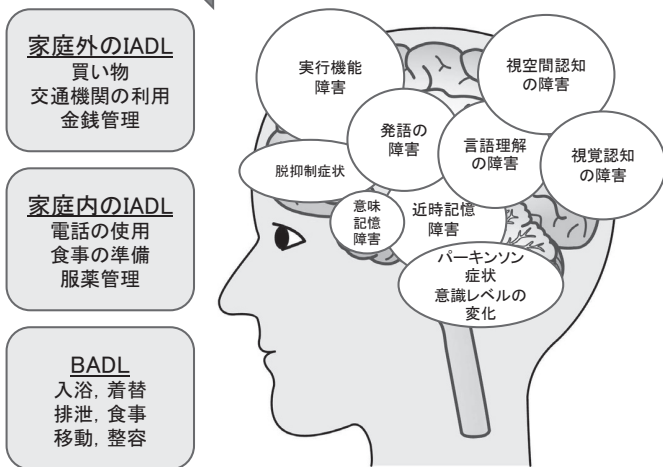
せん妄とは

- **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。

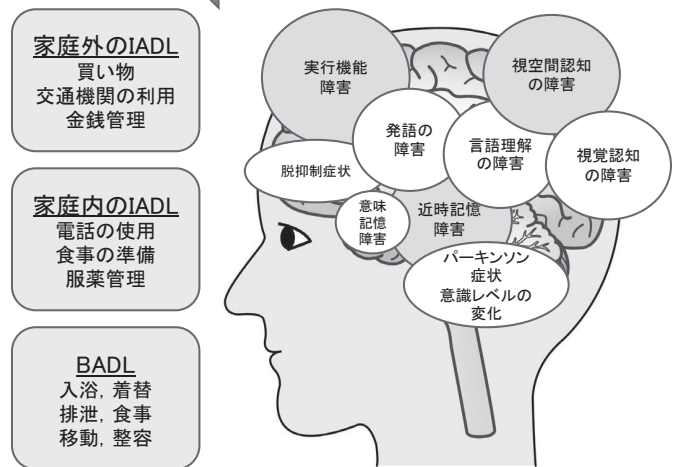
認知症の総合アセスメント

領域	キーワード
認知症疾患	アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、正常圧水頭症、外傷による認知症、アルコール性認知症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症など
認知機能障害	近時記憶障害、遠隔記憶障害、時間失見当識、場所失見当識、視空間認知障害、注意障害、作業記憶障害、遂行機能障害、言語理解障害、発語障害、意味記憶障害など
生活機能障害	基本的日常生活動作能力(排泄、食事、着替、移動、入浴、整容)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、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理)の障害
身体症状・身体疾患	高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、心房細動、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、誤嚥性肺炎、慢性腎不全、がん、貧血症、脱水症、白内障、難聴、変形性関節症、骨折、前立腺肥大症、褥瘡、歯周病、口腔感染症、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、不平を言う、脱抑制、じやまをする、拒絶症、(せん妄)など
社会的状況	介護負担、介護者の健康状態、経済的困難、家庭崩壊、虐待、介護心中の危険、交通事故の危険、同居、高齢世帯、身寄りなし、路上生活、近隣トラブル、悪質商法被害、医療機関で対応困難、介護施設で対応困難など

生活機能障害 ← 認知機能障害



生活機能障害 ← 認知機能障害



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-21)

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

記入日	年	月	日	ご本人の氏名	生年月日	年	月	日	(歳)	男・女	職種	
				本人以外の情報提供者の氏名	(本人との続柄)			記入者氏名	(所属・職種)			
				1点	2点	3点	4点	評価項目				
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	
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	

DASC-21の特徴

- 導入のA,B項目と1から21の評価項目からなるアセスメントシートである
- 認知機能と生活機能を総合的に評価することができる。
- IADLの項目が充実しているので軽度認知症の生活機能障害が検出しやすい。
- 4件法で評価することによって機能変動をカバーしやすい。
- 設問が具体的であり、観察法によって評価できる。
- 簡便で、短時間で実施できる。
- 評価方法も単純である。
- 簡単な研修をすることによって、認知症の基本的理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得できる。
- 評価結果から臨床像の全体をある程度把握することができる。

## 講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

### DASCの使用法

- 原則として、研修を受けた専門職が、対象の方をよく知る家族や介護者に、対象の方の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活機能障害に関連する行動の変化を評価する。
- 一人暮らしの方で、家族や介護者に質問することができない場合には、対象者本人に日常生活の様子を聞きながら、追加の質問をしたり、様子を観察したりしながら、評価者自身の判断で対象の方の状態を評価する。
- 4段階評価(4件法)で評価する。1,2と3,4の間にアンカーポイントを設定し、1, 2が正常域, 3,4が障害域であることをおおよその目安にして評価する。
- 「～できますか」という質問に対して、家族や介護者が“実際にできるか否かを確認していない”という場合でも、家族や介護者から見て“実際にできそうか否か”を判断して回答してもらう。家族や介護者がいない場合には、評価者が“実際にできそうか否か”を判断して評価する。

### 導入の質問①

#### • もの忘れの程度

##### A. もの忘れが多いと感じますか

- a. 感じない
- b. 少し感じる
- c. 感じる
- d. とても感じる

### 導入の質問②

#### • もの忘れの進行

##### B. 1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか

- a. 感じない
- b. 少し感じる
- c. 感じる
- d. とても感じる

### 認知機能

### 認知機能

- 記憶
- 見当識
- 問題解決・判断力(実行機能)

### 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



1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

## 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ときがありますか
  - 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

## 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

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

## 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

## 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

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

## 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. 見守りや声掛けを要する
- c. 一部介助を要する
- d. 全介助を要する

## 身体的ADL②

### • 着替え

17. 着替えは一人でできますか

- a. 問題なくできる
- b. 見守りや声掛けを要する
- c. 部分介助を要する
- d. 全介助を要する

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

## 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. 見守りや声掛けを要する
- c. 一部介助を要する
- d. 全介助を要する

## 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. 見守りや声掛けを要する
- c. 一部介助を要する
- d. 全介助を要する

## 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. 見守りや声掛けを要する
- c. 一部介助を要する
- d. 全介助を要する

## 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. 見守りや声掛けを要する
- c. 一部介助を要する
- d. 全介助を要する

### アセスメントツールの使用方法

## DASCの評価方法

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えたか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	記憶機能	近時記憶
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		遠隔記憶
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	見当識	時間
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		場所
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	問題解決判断	道順
5	自分のいる場所がどこかわから...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		問題解決
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	社会的判断	買物
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		交通機関
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	家庭内のADL	金銭管理
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		電話
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	家庭内のADL	食事の準備
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		服薬管理
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	身体的ADL①	入浴
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		着替
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	身体的ADL②	排泄
15	自分で、衣を決まった時間に...	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		整容
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助	身体的ADL②	食事
17	着替えは一人で...	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助		移動
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助		
19	身だしなみを整えることは...	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助		
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助		
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声掛け	一部介助	全介助		

講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えた...	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
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	近時記憶
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	遠隔記憶
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		時間
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	見当識	場所
5	自分のいる場所がどこかわから...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		道順
6	道に迷って帰ってこない...	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	問題解決判断	問題解決
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		社会的判断
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		買物
10	一人で買い物に行きますか	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		交通機関
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		金銭管理
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		電話
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		食事の準備
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		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に...	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		入浴
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL①	着替
17	着替は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		排泄
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		整容
19	身だしなみを整えることは...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL②	食事
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		移動
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えた...	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
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	近時記憶
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	遠隔記憶
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		時間
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	見当識	場所
5	自分のいる場所がどこかわから...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		道順
6	道に迷って帰ってこない...	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	問題解決判断	問題解決
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		社会的判断
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		買物
10	一人で買い物に行きますか	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		交通機関
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		金銭管理
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		電話
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		食事の準備
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		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に...	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		入浴
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL①	着替
17	着替は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		排泄
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		整容
19	身だしなみを整えることは...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL②	食事
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		移動
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えた...	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
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	近時記憶
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	遠隔記憶
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		時間
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	見当識	場所
5	自分のいる場所がどこかわから...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		道順
6	道に迷って帰ってこない...	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	問題解決判断	問題解決
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		社会的判断
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		買物
10	一人で買い物に行きますか	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		交通機関
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		金銭管理
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		電話
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		食事の準備
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		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に...	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		入浴
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL①	着替
17	着替は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		排泄
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		整容
19	身だしなみを整えることは...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL②	食事
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		移動
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		

近時記憶障害、時間失見当識、問題解決能力の障害があり、交通機関の利用、金銭管理、服薬管理に支障があるが、身体的ADLは保持されている軽度の認知症かもしれない...

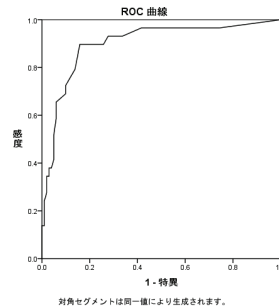
DASC-21  
31点以上で「認知症の可能性あり」と判定

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)

A	もの忘れが多いと感じますか	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる	導入の質問	
B	1年前と比べてもの忘れが増えた...	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる		
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	近時記憶
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	遠隔記憶
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		時間
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	見当識	場所
5	自分のいる場所がどこかわから...	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもある		道順
6	道に迷って帰ってこない...	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	問題解決判断	問題解決
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		社会的判断
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		買物
10	一人で買い物に行きますか	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		交通機関
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		金銭管理
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		電話
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		食事の準備
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		服薬管理
15	自分で、薬を決まった時間に...	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		入浴
16	入浴は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL①	着替
17	着替は一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		排泄
18	トイレは一人で...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		整容
19	身だしなみを整えることは...	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助	身体的ADL②	食事
20	食事は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		移動
21	家の中での移動は一人でできますか	問題なくできる	見守りや声かけ	一部介助	全介助		

DASC-21: 医師の「認知症診断」との関連



65歳以上の地域在住高齢者130名において、医師の「認知症診断」を外的基準とする併発的妥当性を検討した。

結果: DASC-21の合計点は医師の「認知症診断」を有意に併発する。  
AUC=0.900, 95%CI: 0.831-0.969  
P<0.001

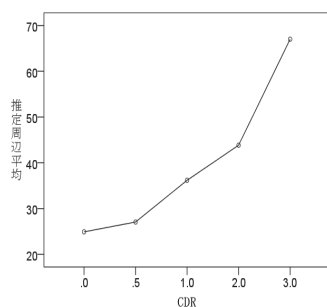
カットオフ値を30/31点とした場合  
感度 89.7%  
特異度 84.2%  
陽性的中率 61.9%  
陰性的中率 96.6%

## 講義2 認知症の総合アセスメント

1. 認知症の総合アセスメントの重要性
2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患
3. アセスメントツールの使用法

(初期集中支援チーム員研修 講義 .)

### DASC-21: 認知症重症度との関連



65歳以上の地域在住高齢者130名において、医師が評価するCDR（認知症重症度）を外的基準とする弁別的妥当性を検討した。

結果: 認知症の重症度が高くなるとともに、DASC-21の総合得点は有意に高くなった。

ANCOVA  $F=23.4, P<0.001$   
(年齢, 性, 教育年数を共変量に投入)

### DASC-21の評価法のまとめ

- 合計点が31点以上の場合、「認知症」の可能性ありと判定
- 合計点が31点以上で、遠隔記憶、場所見当識、社会的判断力、身体的ADLに関する項目のいずれかが1点または2点の場合は「軽度認知症」の可能性ありと判定
- 合計点が31点以上で、遠隔記憶、場所見当識、社会的判断力、身体的ADLに関する項目のいずれかが3点または4点の場合は「中等度認知症」の可能性ありと判定
- 合計点が31点以上で、遠隔記憶、場所見当識、社会的判断力、身体的ADLに関する項目のいずれかが3点または4点の場合は「重度認知症」の可能性ありと判定

# 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

10:00	オリエンテーション	
10:10	第1回目筆記試験	
10:40	講義1 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 (初期集中支援チーム員研修 講義II.)	筒井 孝子氏
12:00	昼食	
13:00	講義2 認知症の総合アセスメント 1. 認知症の総合アセスメントの重要性 2. 認知症に関する基礎知識と代表的認知症疾患 3. アセスメントツールの使用法 (1) DASC とは (2) DASC を用いる場合の留意点 (3) DASC の評価方法 (初期集中支援チーム員研修 講義IV.)	鷺見 幸彦氏 栗田 圭一氏
14:30	休憩	
14:40	模擬アセスメント演習 (DVD 視聴)	
15:30	第2回目筆記試験	
16:00	質疑応答	栗田 圭一氏 鷺見 幸彦氏 筒井 孝子氏
	模擬アセスメント演習の解説	栗田 圭一氏
16:30	事務連絡	
16:40	終了	

- 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 DASC シート)
- 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 解答用シート (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 解答用シート (複写式)
- 用紙7: アンケート1 (両面)
- 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-21)

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

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日:		年 月 日 ( 歳 )		男・女		独居・同居			
本人以外の情報提供者の氏名:				記入者氏名:				(所属・職種: )			
1点		2点		3点		4点		評価項目		備考欄	
A	もの忘れが多いと感じますか	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)						
B	1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる							
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。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶		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。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ							
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. 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か。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. 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。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ			場所				
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか。	2. とどきがある	3. 頻繁にある	4. 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。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決		問題解決				
8	一日の計画を自分で立てることができですか。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決		問題解決				
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができですか。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	社会的判断力		社会的判断力				
10	一人で買い物はできますか。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	買い物		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。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外のIADL		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。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	金銭管理		金銭管理				
13	電話をかけることができますか。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	電話		電話				
14	自分で食事の準備はできますか。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内のIADL		家庭内のIADL				
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。	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない							
16	入浴は一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的ADL ①		身体的ADL ①				
17	着替えは一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する							
18	トイレは一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する							
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的ADL ②		身体的ADL ②				
20	食事は一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する							
21	家のなかでの移動は一人でできますか。	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する							

DASC 21: (1~21項目まで)の合計点

点/84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。

## 認知症総合アセスメント（DASC）研修

### 認知症に関する基礎知識の確認問題

問 1. 地域包括ケアシステムと認知症施策について、括弧に入る言葉を以下の選択肢から選びなさい。

地域包括ケアシステムは、国際的には、分断化されたケアの統合を進めるとともに、重複するケアの調整を行うという統合ケア (integrated care) という概念で理解されています。この統合を理解する上で重要である考え方の一つとして重要な統合の強さの 3 段階は、リンクージと「\_\_\_\_\_」とフル・インテグレーションであるとされています。

1. コーパレーション
2. コラボレーション
3. コーディネーション
4. コミュニケーション
5. コンソリデーション

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， $\alpha$ 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)

受講者番号 (ID)

氏名

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 地域包括ケアシステムと認知症施策について、括弧に入る言葉を以下の選択肢から選びなさい	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。

## 認知症総合アセスメント（DASC）研修

### 認知症に関する基礎知識の確認問題

問 1. 地域包括ケアシステムと認知症施策について、括弧に入る言葉を以下の選択肢から選びなさい。

地域包括ケアシステムは、国際的には、分断化されたケアの統合を進めるとともに、重複するケアの調整を行うという統合ケア (integrated care) という概念で理解されています。この統合を理解する上で重要である考え方の一つとして重要な統合の強さの 3 段階は、リンクージと「\_\_\_\_\_」とフル・インテグレーションであるとされています。

1. コーパレーション
2. コラボレーション
3. コーディネーション
4. コミュニケーション
5. コンソリデーション

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， $\alpha$ 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)

受講者番号 (ID)

第 2 回目

氏名

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 地域包括ケアシステムと認知症施策について、括弧に入る言葉を以下の選択肢から選びなさい	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	





2	医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術がありますか。	1. はい 2. いいえ
3	<p>（2で「1. はい」と回答した方のみ。2で「2. いいえ」と回答した方は問3へ）          医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術の内容について、右欄の選択肢に○をしてください。</p> <p>1. 認知症疾患の種類の名称にアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症といった様々な診断名があること。          2. 認知症を罹患することで起こる機能障害、例えば記憶障害や時間失見当識、視空間認知障害などといった障害があること。          3. 認知症に伴う障害に生活機能障害という ADL（排泄、食事、入浴、移動等）、IADL（電話の使用、買い物、家事洗濯など）の障害があること。          4. 認知症によって身体合併症である高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、糖尿病等が引き起こされるということ。          5. 認知症によって行動・心理症状といわれる妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、不安、徘徊等の行動・心理に関わる症状が起こること。          6. 認知症によって、社会的症状という介護者の健康問題・介護負担や医療機関・介護施設での対応困難など本人への支援を困難にする家族や支援者をめぐる状況が起こりやすいこと。</p>	1. 認知症疾患 2. 認知機能障害 3. 生活機能障害 4. 身体合併症 5. 行動・心理症状 6. 社会的状況 7. その他

※各選択肢の内容は左欄参照

（3で「7. その他」と選択した場合のみ）知識・技術の内容を具体的に記入してください。

問3. あなたが行っている他機関、多職種との連携活動の現状について、それぞれの項目に当てはまる回数を記入、あるいは、選択肢に○を付けてください。指示がない場合は「1つ」だけ○を。（平成26年1/1～6/30までの期間において）

1	医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため、訪問活動を行った回数	( ) 回
2	医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数	( ) 回
3	あなたは、利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
4	利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
5	サービス提供に必要な医学的知識や情報を、関連する他の機関から集めていますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
6-1	サービス提供に際して、必要な医学的知識がなく困ったことがありますか。	1. 全くない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある
6-2	(6-1で3または4と回答した場合のみ) どのような内容ですか（複数回答可）	1. 診断名 2. 薬の名前や種類 3. 処置の内容 4. 医師の話 5. 体の変化への対応 6. その他 ( )
7	相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
8	自分と関連する専門職の集まりだけではなく、医療関係職種・専門職の集まり（会議）に参加していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
9-1	認知症に関連する医学的知識やその問題点に関して、わからないことを聞いたことがありますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
9-2	(9-1で3または4と回答した場合のみ) どのような内容ですか（複数回答可）	1. 診断名 2. 症状 3. 薬の種類 4. 薬の飲み方 5. 問題行動の内容 6. その他 ( )
10	認知症の事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
11	認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会に参加していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
12-1	自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達していますか	1. 全くしていない 2. あまりしていない 3. ある程度している 4. 大変よくしている
12-2	(12-1で3または4と回答した場合のみ) どのような内容ですか（複数回答可）	

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 いけない	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 いけない	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 いけない	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。

- |  |                                    |   |                                     |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知症アセスメントの考え方 | <input type="checkbox"/> 初期集中支援チーム | <input type="checkbox"/> 認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患と診断 | <input type="checkbox"/> DASC の使用方法 |
| <input type="checkbox"/> 模擬アセスメントについて  | <input type="checkbox"/> この研修について  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> 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

