

## 認知症と地域連携

# 3. 認知症初期集中支援チームについて

Initial-phase Intensive Support Team (IPIST)

鷺見 幸彦

## 要約

医療にも介護にも接続できていない、あるいは中断している認知症の人に対して自宅を訪問、集中的、包括的に関与し、医療・介護につなぐことによって、在宅生活の継続をめざす多職種チームが認知症初期集中支援チームである。平成25年度に行った全国14カ所でのモデル事業では、チームが介入した後も91%が在宅生活を継続できており有用性が示された。今後の認知症施策の柱として期待される。

## Key words

認知症初期集中支援チーム、多職種連携、オレンジプラン、認知症

(日老医誌 2015; 52: 138-146)

## はじめに

高齢者の増加に伴い認知症の人が更に増加することが見込まれていることを踏まえ、平成25年9月、厚生労働省において、「認知症施策推進5か年戦略（オレンジプラン）」が策定された。オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されるに至った背景には、1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見される。2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。3) これまでの医療・ケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていた。ことがある。

これに対し、今後目指すべきケアは、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおくことが求められる。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が維持できるような支援を、できる限り早

い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。この場合の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味ではなく、初動 first touch を意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね6カ月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。

## 現在までの歩み

平成24年度にすでに同様のチームが活動していた全国3カ所のモデル実践の結果を踏まえ、認知症初期集中支援チームの活動スキームが検討された。それを受け継ぐ形の25年度事業では、まず、認知症初期集中支援チーム員の養成を目的とする研修を企画・実施、次年度以降も視野に入れた研修テキストも作成した。また、並行して、昨年度の検討による活動スキームを基にしたモデル事業を全国14カ所で行い、平成26年3月までに636例の事例が集積された。併せて、

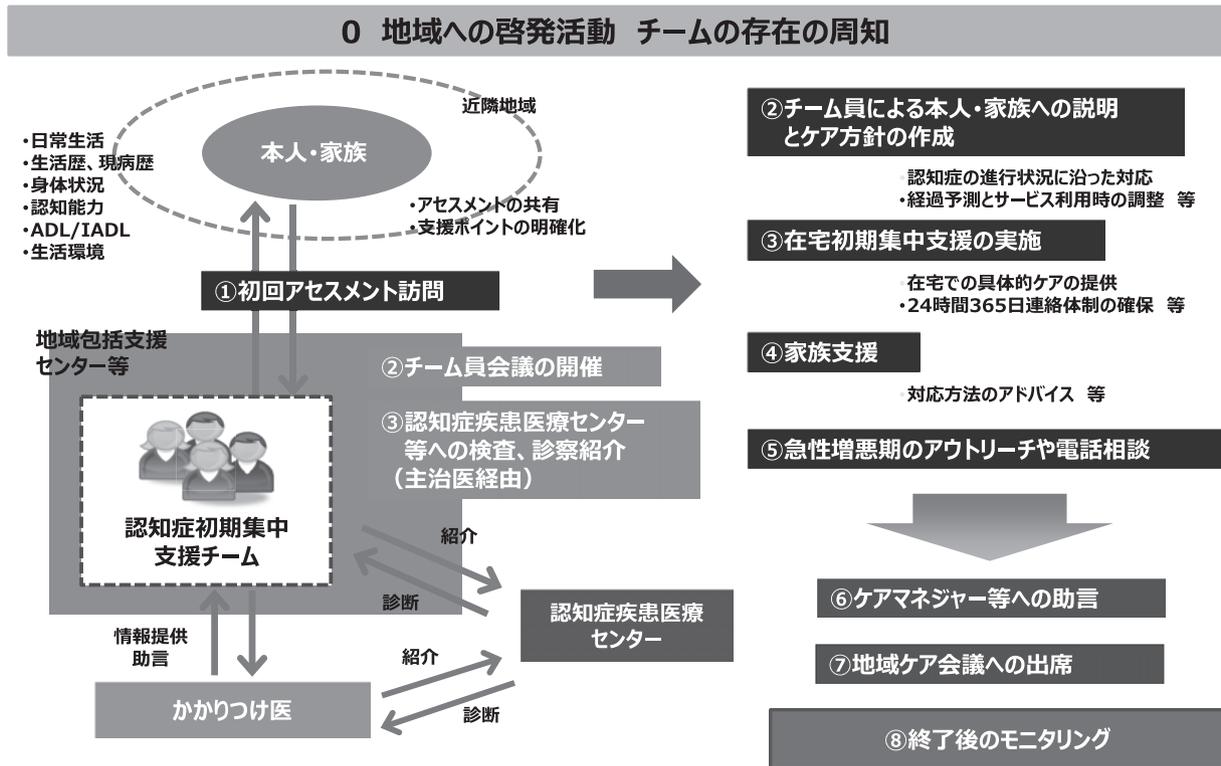


図1 認知症初期集中支援の流れ

全てのモデル事業実施自治体を巡回し活動状況の進捗管理を行うことで活動上の課題を明確化し、モデル事業期間中の2回目の研修等において課題の解決に向けフィードバックするなど、研修とモデル事業の連動性の充実も図った。

## 初期集中支援チームの流れ (図1)

### 1 啓発活動

早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための広報活動は極めて重要である。このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に知らせる必要がある。住民への周知徹底のためには行政の働きが求められる。

### 2 対象者

年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している者とした。40歳以上とすることで若年性認知症も対象となる。一方で精神疾患の混在が避けられ

ないため鑑別が必要となる。具体的な関与すべき対象者は1. 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者とする。1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない 2) 継続的な医療サービスを受けていない 3) 適切な介護保険サービスに結び付いていない 4) 診断されたが介護サービスが中断している 2. 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例 1) 家族、関係者が対応に苦慮している事例 処遇困難事例の場合の例(精神疾患の合併、社会的困難; 独居、近隣からの苦情、老老・認認介護、消費者被害者 等)である。チームのサービス許容量を超えて対象者がいる可能性があるがその場合には、地域の資源の実情に応じて、以上の項目に留意し対象者の優先度を決定する。

### 3 対象者の把握

対象者をいかに把握できるかは極めて重要であるが、対象者を把握するための手段、方法は各地域の実

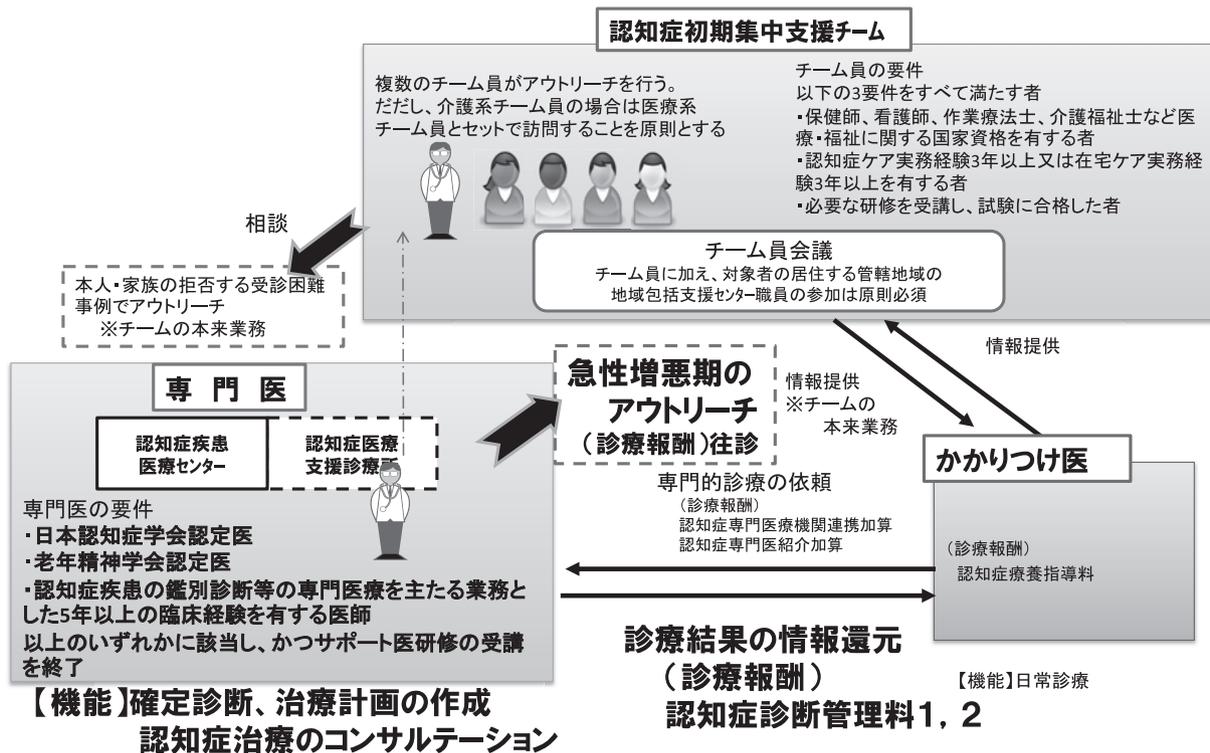


図2 認知症初期集中支援チームへの専門医の関与

情によってさまざまであろうことが推察される。一般的には把握の主体は地域包括支援センターが入手した情報であることが多い。地域包括支援センターにおける把握に至る経路は多様である。あらゆる経路やあらゆる機会をとおして、地域の実情に応じて対象者を把握することになる。その場合に地域包括支援センターに情報が来るのをまつ受動的把握（例 本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等）と二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例の選定）、要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定等を利用する能動的把握がありうる。

#### 4 設置の要件

認知症初期集中支援チームの実施主体は、市町村である。チームの設置場所は、市町村とするが、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に

委託可能とする。設備要件としてはチーム員を設置する施設は、対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設とする（24時間365日）。

#### 5 チーム員の人員配置要件

チーム員は以下の3項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて編成する。1) 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者 2) 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者 3) 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者。上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な専門医を確保することが求められている（図2）。

#### 6 活動体制

アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以

表1 評価項目

1. 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツール
<input type="checkbox"/> DASC
<input type="checkbox"/> DBD13 (認知症行動障害尺度)
2. 家族の介護負担を判定するツール
<input type="checkbox"/> Zarit8 介護負担尺度の導入 (スコアによる数値化が可能)
3. 身体状況のチェック
<input type="checkbox"/> 初回訪問時の身体状況のチェック
<input type="checkbox"/> 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
<input type="checkbox"/> 医療情報 (検査データ, 薬剤処方 など)
4. 居住環境のアセスメント
5. 家族の介護対応力のアセスメント
6. 本人, 家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性のアセスメント

上を原則とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上で訪問する。また専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応ずる。チーム員会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員の参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする。

## 7 初回訪問

訪問時のチーム員人数は複数以上とする。2～3名が望ましい。これによって本人と介護者から同時に情報をえたり、一人が直接対応し、一人が記録や室内の様子を観察したりできる。また安全上の問題もクリアできる。

訪問所要時間の目安はおおむね2時間以内とする。本人、家族の了解があれば、2時間を超えても差し支えないが、相手の疲労度を考慮し、また短時間で複数回の訪問により関係を築くことが効果的であることも考慮する。訪問時の留意点としては

1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有の出来る仕組みを確保すること 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問すること 3) 十分な情報を得るための配慮を行うこと 4) 家族の同席の確保 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する 6) チーム員の受入拒否の可能性の

高い場合の対応としては、実施主体である行政（保健師等）の協力を仰ぎながら、支援の糸口を探るといった方法を取り対応方法について各関係機関と協力のうえ支援を図ることが有用なことがある。家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築であり、これなくしては次のステップには進めない。1) チームの役割の説明 2) 個別支援内容の項目（家族のいる場合、独居の場合） 3) チーム員の役割分担等の説明を行いながら信頼関係の構築をはかる。対象者の記録の作成と保管に関しては台帳を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため、記録の保管方法は慎重に考慮されるべきである。

## 8 なにを評価するのか

まず情報源は誰なのかが重要である。基本情報としては、本人の状況（氏名、住所、生年月日、経済状況、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報）、家族等の状況、現病歴、既往歴、これまでの経過、生活状況（生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人・家族の思い、希望、利用しているサービス、生活障害の項目（IADL、ADL、その他）、認知機能の項目、身体状況の項目などである。認知症の包括的アセスメントの内容を示す（表1）。アセスメントツールとしてはできるだけ簡易で、短時間で情報が収集でき、すでに有用性が確立している評価尺度を用いている。認知機能と行動・心理症状を評価する

アセスメントツールとしては栗田らの開発したDASC((Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)<sup>1)</sup>を、認知症にともなう行動障害を評価するためにDBD13(認知症行動障害尺度)<sup>2)</sup>を用いる。家族の介護負担を判定するツールはスコアによる数値化が可能なZarit8介護負担尺度<sup>3)</sup>を導入した。身体状況のチェックではDASCやDBDを行うことで同時に評価できるように工夫してある。医療情報(検査データ、薬剤処方 など)も随時収集する。その他居住環境、家族の介護対応力のアセスメント、本人、家族の意向とニーズ、自立の可能性のアセスメントを行う。情報取時の留意点は原則、本人や家族からの情報を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合は、要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容などをあらかじめ確認することが大切である。同じ質問を何度も繰り返して聞かれることは、大きな苦痛であるばかりでなく時間のむだも大きい。上記情報の共有のできるしくみを自治体内で検討し無駄のない調査項目に整理することが求められる。

## 9 初回訪問における基本的支援内容

まず認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明をチームができることについてわかりやすく提示して示すことが必要である。その後基本的な認知症に関する情報提供、専門医療機関への受診が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのか、介護保険サービス利用が本人、家族にとってどのようなメリットがあるのか説明する。具体的な説明用のツールを用意する。初回はまず認知症初期集中支援チームについて知ってもらうことを最優先する。流れの中で本人および家族への心理的サポートとアドバイス、具体的な各機関との連絡調整にまで進むことも起こりうるが、個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施する。

## 10 チーム員会議

初回訪問後にチーム員会議を行う。初回チーム員会

議の果たすべき機能は、まずアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者および介護者に対してどのような医療、介護が必要かをマネジメントする。そして初期集中支援計画を立案する。初回会議の参加者は認知症専門医を含むチーム員と対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員が必須であり、必要に応じてかかりつけ医や担当するケアマネジャー、市町村関係課職員を招集する。同様の会議は随時行われるが、介護保険サービスへの引継ぎ前には必ず開催する。

## 11 初期集中支援の実施

初期集中支援の内容はまず受診勧奨・誘導である。認知症かどうかの診断がつかない状態では適切な介護計画は立てられない。チーム員会議での専門医等の助言を踏まえ、医療機関への受診や検査が必要な場合は、本人に適切な医療機関の受診に向けた動機付けをおこない、受診に至るまで支援を行う。ある程度診断がついたところで介護保険サービスの利用の勧奨・誘導を行う。本人の状態像に合わせた適切な介護保険サービスの利用が可能となるように、本人、家族への支援を行う。未受診者で要介護認定が必要な場合については、本人等の同意を得たうえで、チーム員がかかりつけ医等に医師の意見書の作成にかかる必要な情報の提供を行う。そしてチーム員による直接支援が加わる。初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、最長で6カ月をめどに支援の達成を目指す。6カ月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ。

## 12 引き継ぎとモニタリング

初期集中支援が終了したのちには介護保険サービスへの円滑な引き継ぎが求められる。初期集中支援チームの役割は引き継ぎで終了するわけではない。引き継いだ対象者が医療、介護サービスを継続できているかをモニタリングする必要がある。

モニタリングの方法、期間は確定したものではないがモデル事業では原則として2カ月毎としていた。実施主体は認知症初期集中支援チームである。継続がうまくいっていない場合にはケアマネジャーに報告、助



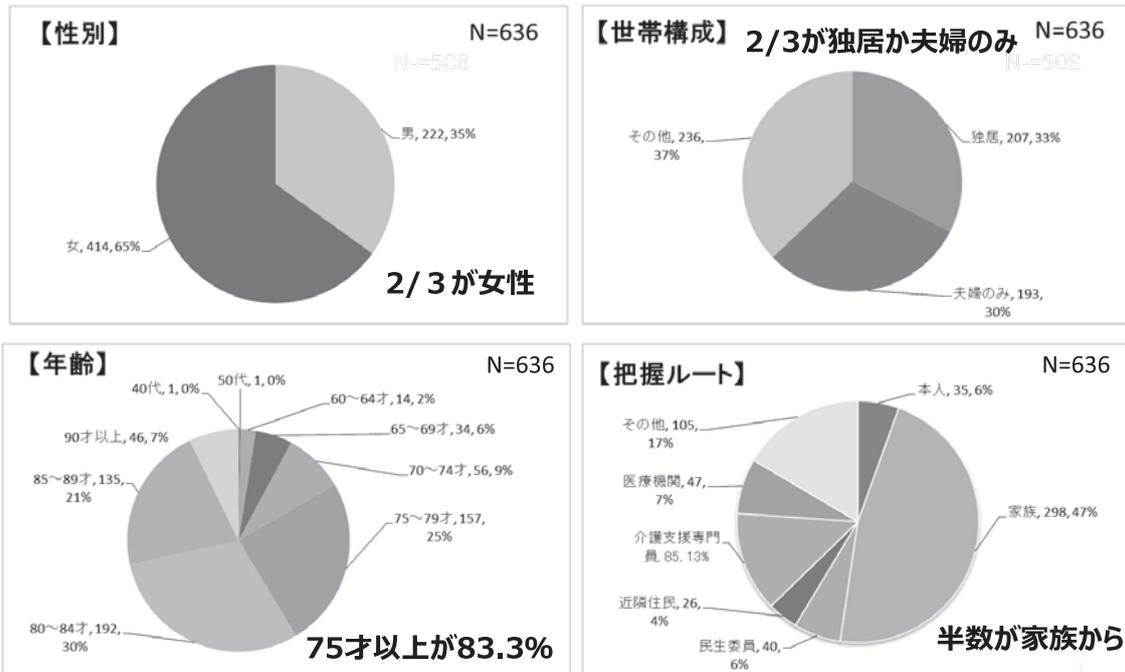


図4 訪問事例の内訳

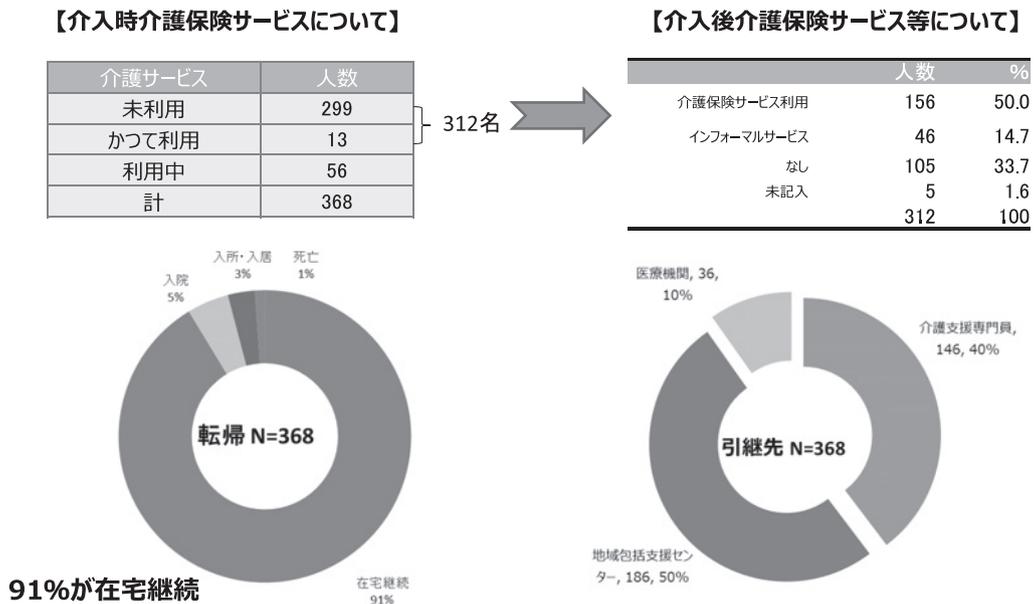


図5 終了した例の予後

示された。

## 文献

- 1) 粟田主一：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 について。平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業報告書「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の開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業」。
- 2) 町田綾子：Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性、妥当性の検討—ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して—。日老医誌 2012; 49: 463-567.
- 3) Hirono N, Kobayashi H, Mori E: Caregiver burden in dementia: evaluation with a Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. No To Shinkei 1998; 50 (6): 561-567.
- 4) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業 事業報告書, 2014.

## 理解を深める問題

### 問題 1

認知症初期集中支援チームに関して次のなかから正しいものはどれか、2つ選べ。

- a 認知症初期集中支援チームの対象は 65 歳以上である。
- b 認知症初期集中支援チームは軽度認知障害から軽度の認知症の人が対象である。
- c 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状により対応に苦慮している事例は対象から外れる。
- d 早期に認知症初期集中支援チームにつなげるための広報活動は極めて重要で行政の協力は必須である。
- e 医療サービスは受けているが適切な介護サービスを受けていない人も対象になる。

### 問題 2

認知症初期集中支援チームに関して次の中から正しいものはどれか、2つ選べ。

- a 認知症初期集中支援チームの実施主体は、都道府県医師会である。
- b 設備要件としてはチーム員を設置する施設は、対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設が求められている。
- c チーム員は医療福祉に関する国家資格を有することが求められている。
- d チーム員は認知症ケア実務経験 5 年以上又は在宅ケア実務経験 5 年以上を有することが求められている。
- e チーム員は必要な研修を受講するかまたは、初期集中支援チーム員の試験に合格することが求められる。

### 問題 3

認知症初期集中支援チームに関して次の中から正しいものはどれか、2つ選べ。

- a 家庭訪問における基本的姿勢は、まず信頼関係の構築である。
- b できる限り多くの情報を得るためには長時間の訪問もやむを得ない。
- c アセスメントツールとしてはすでに有用性が確立している評価尺度を用い、初回は時間をかけてもしっかり評価することが重要である。
- d 地域包括支援センターや医療機関にある本人の情報は不要で、訪問時の情報を優先する。
- e 初回チーム員会議の果たすべき機能は、まずアセスメント内容の総合チェックを行い、その対象者および介護者に対してどのような医療、介護が必要かをマネジメントすることである。

## 問題 4

認知症初期集中支援チームに関して次の中から正しいものはどれか、2つ選べ。

- a チーム員による初期集中支援の内容はまず介護体制の確立であり、ついで受診勧奨・誘導を行う。
  - b 初期集中支援の期間は集中という定義と関連するが、最長で6カ月をめどに支援の達成を目指す。
  - c 初期集中支援が終了したのちには介護保険サービスへの円滑な引継ぎが求められる。初期集中支援チームの役割は引継ぎで終了する。
  - d 訪問支援対象者は一元的に地域包括支援センターをとおして把握されるが、その内訳は地域住民からの依頼が多い。
  - e モデル事業ではチームが介入した後もなお91%が在宅生活を継続できていた。
-