

第5章 各論 3 認知症のケア

3. 認知症初期集中支援チーム

国立長寿医療研究センター病院 副院長

鷲見 幸彦



I. 認知症初期集中支援チームとはなにか

2015年1月に新しい認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が提示され、国を挙げて認知症に取り組んでいく道標が示された。認知症初期集中支援チーム(以後初期集中支援チーム)はこのうち、「2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」と、「4. 認知症の人の介護者への支援の柱」として取り上げられ、新オレンジプランのなかでも重要な機能として位置づけられている。

認知症の人は一般に遂行障害により、新しいことに取り組むことが困難になる。また自己評価の障害のため、取り繕いや、症状の否定という現象が出現する。そのため周囲が異常に気がついて、受診につながりにくいという特性が

ある。結果的に行動・心理症状が著明になってから、あるいは身体合併症を起こしてから初めて受診につながることになる。しかしながらこれまでの医療システムの中では、「受診」という行動がないと、医療側からアプローチできる仕組みが乏しかった。初期集中支援チームが創設されるに至った背景には「危機」の発生を防ぎ「早期・事前的な対応」に基本をおくことが求められていることがある。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(図1)。チーム名の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味だけではなく、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ヶ

プロフィール

Yukihiko Washimi

最終学歴 1987年 信州大学第3内科大学院卒 医学博士 主な職歴 1990年 名古屋大学神経内科 1994年 名古屋掖済会病院神経内科 1999年 国立療養所中部病院神経内科医長 2004年 国立長寿医療センター外来診療部長 2013年 同センター脳機能診療部長、臨床研究推進部部長 現職 国立長寿医療研究センター病院副院長、日本医療研究開発機構 長寿科学・認知症研究開発事業プログラムスーパーバイザー(PS)、日本認知症学会理事 専門分野 総合内科専門医 神経学会認定専門医、日本認知症学会専門医

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。図2に初期集中支援チームの活動の流れを示した¹⁾。図のなかで「0 地域への啓発活動 チームの存在の周知」はチーム設立前から行政を中心に必ず行っておくべき活動で、住民や医療介護の職能団体にこのチームの存在を周知しないと、依頼が発生せず、チームの活動が成立しないことから極めて重要である。依頼後はチーム員が訪問し、本人・家族の抱える問題点、希望を考慮しながら必要な医療介護サービスを検討し、つないでいくという作業になる。チームの活動でもう一つ重要な働きは「⑧終了後のモニタリング」である。もともと医療や介護につながりにくかった人を対象とす

るため、放置すると再び医療介護サービスから離れてしまうリスクがある。モデル事業においても、その後の全国調査においても支援対象者の約9%が脱落することが示されており²⁾、再調整が必要となるためモニタリングの仕組みは重要である。

このように医療介護の専門家がチームを形成し、待つのではなく、こちらから認知症の人を訪問し、相談に乗ったうえで医療や介護につなぎ、継続できているかどうかをモニターするというくみを全市町村につくるという点がこれまでになかった試みである。2012年度にすでに同様のチームが活動していた3か所のモデル地域の実践の結果を踏まえ、初期集中支援チームの活動スキームが検討された。2013年度事

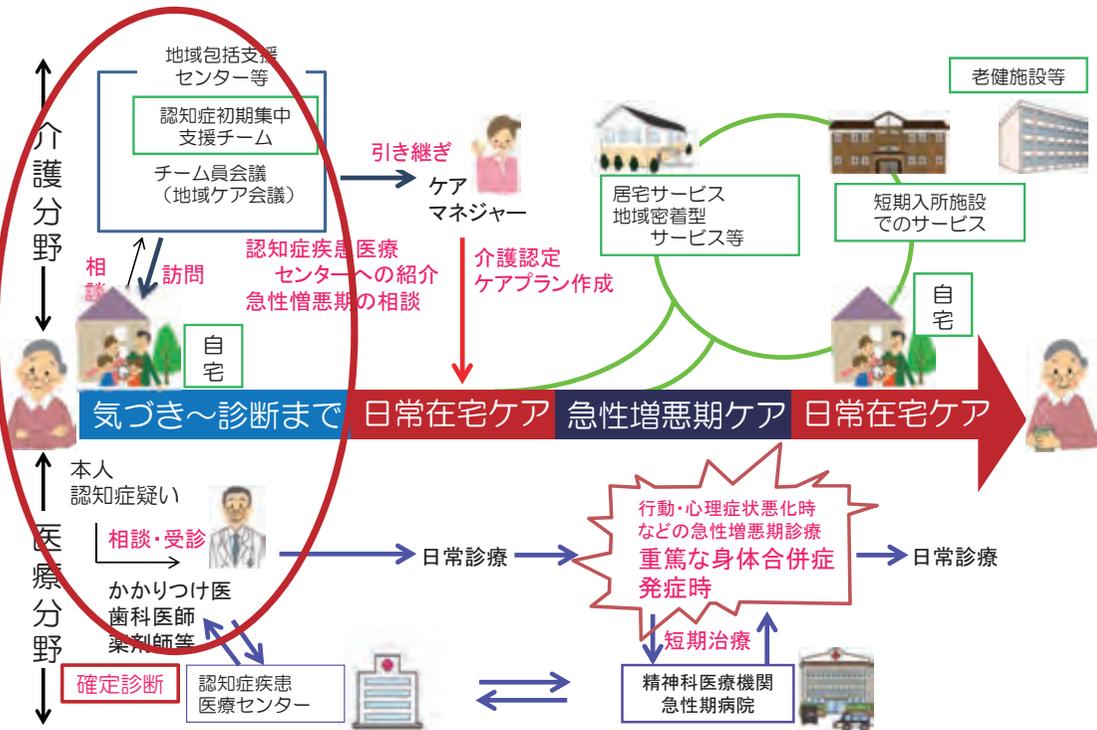


図1 認知症ケアパスにおける初期集中支援チームの位置づけ (国立長寿医療研究センター編：平成30年版認知症サポート医養成研修テキスト. 132. より引用)

業では、チーム員の養成研修を企画・実施、次年度以降も視野に入れた研修テキストを作成した。また、並行してモデル事業を全国14か所で行い、2014年3月までに636例の事例が集積された^{3,4,5)}。2014年度には全国41か所でモデル事業を行い982例の事例が集積されその有用性、コストが検討された。

II. 初期集中支援チームの具体的な活動

1. 啓発活動

早期に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。

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。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である。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や家族、

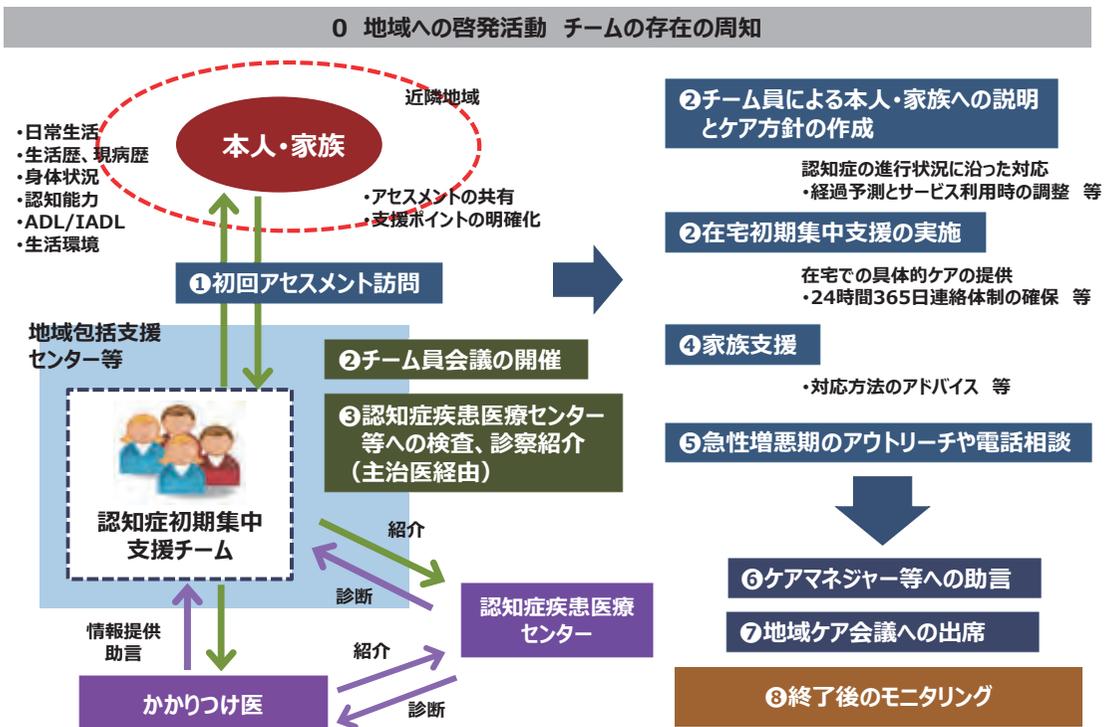


図2 認知症初期集中支援の流れ

(国立長寿医療研究センター編：平成30年版認知症サポート医養成研修テキスト、138. より引用)

関係者が対応に苦慮している処遇困難事例の場合（他の精神疾患の合併、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もあるがその場合には、地域の資源の実情に応じて対象者の優先度を決定する。

3. 対象者の把握

対象者の把握は極めて重要であるが、把握するための手段、方法は各地域の実情によってさまざまである。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。地域包括支援センターに情報が来るのを待つ受動的把握と市町村独自の把握事業や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る。

4. 設置の要件

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。

5. チーム員の人員配置要件

チーム員の要件を表1にまとめた。地域支援事業に移行するにあたって、要件の変更が行われた。変更点の一つはやむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可

表1 チーム員 チーム員医師の要件

チーム員	チーム員医師
<p>以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者 ● 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者 <p>また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。</p> <p>ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。</p>	<p>日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。</p> <p>ただし、上記医師の確保が困難な場合には＝当分の間、以下の医師も認めることとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師で、あって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のある者 ● 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

能とするという点である。これは全市町村に研修を行うが、一つの行政単位に複数の支援チームがあることがあり、全員参加を義務づけた場合に、研修が追いつかないという問題があるからである。一方チーム員の質の確保はきわめて重要であり、受講したメンバーが十分な伝達講習ができるような研修にする必要がある。また専門医の要件にも変更が加えられた。今後5年以内にサポート医研修を受講する予定のあるものも可とし、一定の猶予が与えられた。また認知症サポート医に関しては、「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」が緩和され、「認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限り）」と改訂された。

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名以上で訪問することがのぞましい。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需する。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得たり、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。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、情報共有のできる仕組みを確保する、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、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、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、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。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。モデル事業では認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツールとしては粟田らの開発したDASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)⁶⁾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)⁷⁾を、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Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版⁸⁾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た。2015年度からは観察評価・項目については特に限定せず、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票であれば、その地域でこれまで使用してきた指標を使用してよいことになった。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。情報取得時の留意点は原則、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調査項目を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

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ありうるが、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行い、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ヶ月をめぐり支援の達成を目指す。6ヶ月を超える場合は、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わけではない。引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ヶ月毎としていた。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、助言する。これまでこのようなサービスのモニタリングは行われておらず、新しい試みである。

Ⅲ. 初期集中支援チームの有用性

2014年度に行った全国41か所のモデル事業における結果は、文献^{2~5)}で報告した。その結果からこのチームが有用と考えられるポイントをまとめると、①チームの介入が終了した時点での転帰の状況は85.7%が在宅生活を継続できていたこと。モデル事業終了後のデータでも8割近くが狭義の在宅(本来の自宅にいる)ができていた。この事実はこのチームが問題事例を単に入院、入所させて問題を解決しているのではないことを示している。②BPSDの

評価尺度であるDBD13と介護負担尺度であるJ-ZBI_8が支援チームの介入時と終了時で有意に改善していることが示されたこと²⁾。通常進行性疾患である認知症においては介入によって介護負担尺度が改善することは困難であるが、このチームの介入では明らかに改善がみられた。これはモデル事業後、地域支援事業となって全国で開始されたデータでも同様の結果がでている。これらのデータは2014年度のモデル事業で開発した、全国から情報を収集するためのソフトによって収集された。このソフトの制作趣旨は、チーム活動の主要な指標について、統一的な定義・ルールに基づいたデータとして効率的に収集することである。また検討のプロセスとしては①収集すべき指標の検討、②そのために収集するデータ項目を決定、③項目は数値的把握が可能かつ操作の簡易性、実務との連動性などに配慮する、というものであった。チーム指標は、具体的なチーム員活動の流れに沿って①情報収集、②アセスメント、③初期訪問支援、④チーム員会議、⑤初期集中支援、⑥サービス引継ぎ、⑦モニタリング、⑧費用、にわけて整理した。年度の収集項目をベースに、とりまとめの際に必要と考えられる新たな項目を加え、55項目を設定した。データには地域及びチームに関するデータの部分と支援対象者の個別のデータ、その両者の計算により獲得されるデータがある。

図3に認知症初期集中支援チームの利点を、本人・家族の立場、行政の立場、チーム員の立場、地域の観点からまとめた。認知症初期集中支援チームの活動(設置の検討段階から実際の訪問支援に至る全体)は、単に認知症高齢者へのアウトリーチ活動の機能・効果(①本人・家族にとって)にとどまらず、②自治体にとっては、早期発見や医療・介護連携の体制づ

くりのツールやチームのマネジメントを通じたガバナンスの向上に利点がある。また、活動する③チーム員にとっては、多職種連携の実践、個人のケア技術の向上につながり、④地域にとっては、社会資源の連携の核としてのチームが地域住民を巻き込んだ認知症に優しい街づくりへと発展することが期待できる。またチームが対象者に関わるきっかけは「認知症」ではあるがそこに現出する問題は虐待や貧困、家族関係の対立など多様であり、このチームのみですべてが解決するわけではない。地域全体の支援の仕組みが必要となる。チームが活動することで地域全体の支援体制が活性化することも重要である。

これらの結果から2015年度から2017年度末までに全国のすべての市町村に少なくとも1チームは初期集中支援チームを設立することが義務づけられた。

IV. 初期集中支援チームの現状と今後の課題

2017年度までに1,741市町村の98%にチームが結成され活動を開始した(厚生労働省 2018年4月調査私信)。またチーム員研修受講者は2017年度末までに、1,741市町村のうち1,664市町村が受講を終了し、受講率は95.5%である。

表2に現時点での問題点を列挙した。チーム設立まではチーム員をどのように集めたらよいかわからない。チーム員医師として必要なサポート医がいない、などの意見がみられた。また小さな市町では十分な人材が得られないことや、医療圏が近い市町村で合同してチームを立ち上げるほうが効率がよいことから、複数の市町でチームを立ち上げた地域もある。またサポート医についても例えば離島では獲得が困難なため、本土の専門医とTV回線を通じてコンサルテーションできる仕組みを形成した地域もある。

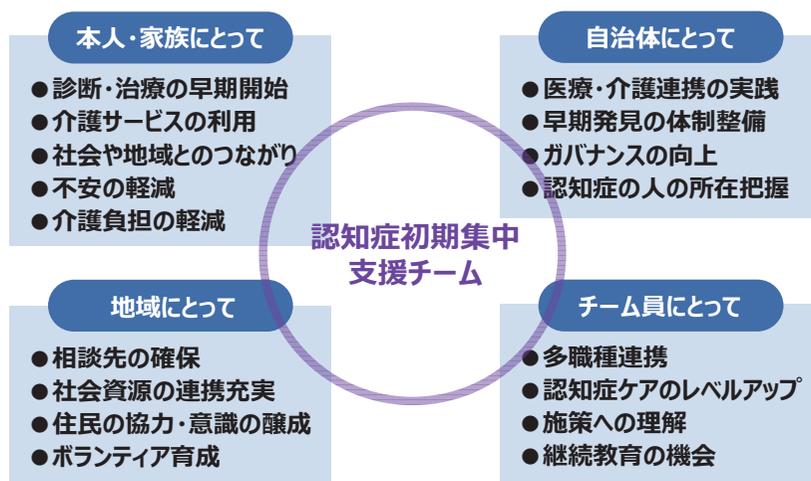


図3 認知症初期集中支援の利点(効果)

(国立長寿医療研究センター編：平成30年版認知症サポート医養成研修テキスト, 140. より引用)

またサポート医の偏在がみられる北海道では札幌市のサポート医を中心にサポート医連絡協議会を設立し、ここからサポート医のいない地域の相談にのる仕組みを検討している地域もある。立ち上げ後の問題点としてはこれまでの仕組みの中に初期集中支援チームという新しい仕組みをうまく組み込めないという声である。殊にチームが地域包括支援センターに置かれる場合に従来の地域包括支援センターの仕組みとのすみわけが難しい。大都市圏のチームで地域包括支援センターが充実している地域では図4に示した名古屋市中川区のチームのように比較的

専門性が強く、緊急度の低い事例を主として扱うことも可能である。しかし多くの地域では事例を経験していくなかで、その地域の資源やニーズにあった対象を模索していくことになると考えられる。先行する地域からのアドバイスではおおむね30例を経験すると、その地域のチームにもとめられている事例が明らかになってくるという。対象者が見つからないという問題点に関してはチーム員の努力では限界がある。これは行政が自らの住民に十分な情報提示ができるかどうか大きい。また連携する医療介護の職能団体への周知も重要である。今後に関しては

表 2 認知症初期集中支援チームの課題

チーム設立まで	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員が集められない ・サポート医がいない
チーム設立後	<ul style="list-style-type: none"> ・従来の仕組みに上手に組み込めない ・ことに地域包括との役割分担がうまくいかない ・対象がなかなかみつけれない ・コストパフォーマンスはよくないかもしれない
今後	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の継続的な教育をどうするか

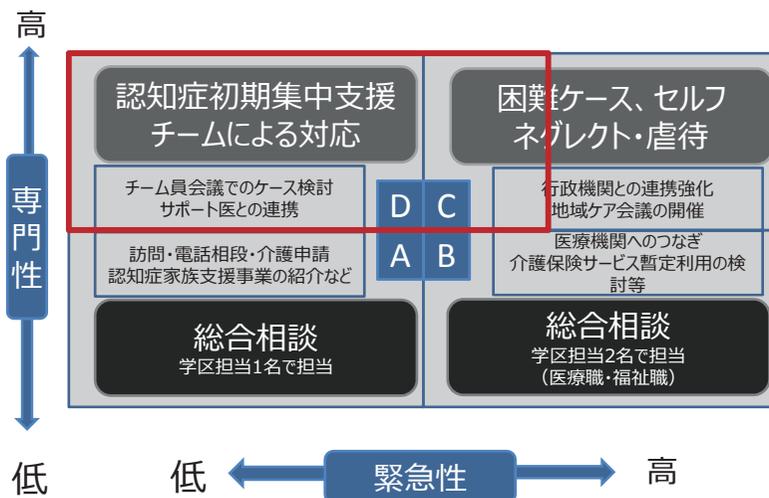


図4 チームはどのような人を対象にすべきか
 (「名古屋市中川区東部認知症初期集中支援チーム」資料より引用)

チームが立ち上がった今後もチームに対してあるいはチーム員に対しての研修は引き続き必要と考えられる。新しくチームに参加するチーム員に対する研修事業を継続するとともに、フォローアップ研修の充実が望まれる。

文 献

- 1) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター：認知症サポート医テキストブック第8版 2017；140.
- 2) 鷺見幸彦：認知症初期集中支援チームとはなにか。老年精神医学雑誌2015；26(10)：1077-1084.
- 3) 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.
- 4) 鷺見幸彦：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。日老医誌 2015；52(2)：138-145.
- 5) 鷺見幸彦：認知症初期集中支援チームとはなにか。日本認知症学会誌2016；30(1)：43-50.
- 6) 栗田主一：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」。2014.
- 7) 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.

- 8) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二：Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成—その信頼性と妥当性に関する検討。日本老年医学会雑誌。2003；40(5)：497-503.