

認知症初期集中支援チームの課題 ——神戸市における経験——

前田 潔, 梶田 博之

神戸市で平成 25 年 9 月から始められた認知症初期集中支援チーム(以下、支援チーム)の経験をまとめて報告した。またその経験から支援チームの課題について考察した。神戸市での経験では、対象者の年齢分布では 85 歳以上が最も多く、ついで 80~84 歳と高齢のものが多かった。対象者の 70% 近くは認知症高齢者の日常生活自立度 II a と II b であり、Dementia Assessment Sheet in community-based integrated care System (DASC) の得点は 90% 以上が 29 点以上と、軽度~中程度認知症であった。認知症症状に気づかれてから支援チームが関与するまでの期間は 1 年以上が半数を占めていた。対象者の把握ルートは約半数が家族からで、居宅介護事業所の介護支援専門員からのものを合わせて 80% 近くであった。介護サービスについては、対象者の 70% 強に導入することができたが、認知症の鑑別診断は、鑑別診断が必要と考えられる対象者の半数にしか実施されなかった。課題として認知症症状が出現してから支援が開始されるまでの期間が長い、対象者の把握ルート、家族のいない独居高齢者への支援、地域包括支援センターの負担、認知症の診断を受ける困難さ、人材の確保、かかりつけ医との連携などが考えられた。早期に対象者を発見し、多職種が協働してアウトリーチ型の支援を行う支援チームは課題も多いが、その支援は認知症本人および家族にとって貴重なものであり、今後も継続されるべきであると考えられた。

<索引用語: 認知症初期集中支援チーム事業, 新オレンジプラン, 認知症の早期発見・早期対応, 神戸市, 地域包括支援センター>

はじめに

厚生労働省(以下、厚労省)は平成 23 年 9 月に公表した「認知症施策推進 5 年計画(オレンジプラン)」のなかで、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的として、認知症の人やその家族に早期にかかわる初期集中支援チームを設置すると述べている⁶⁾。さらに平成 27 年 1 月 27 日に政府・厚労省は国家戦略「新オレンジプラン」を策定し、公表した⁷⁾。その骨子は、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられる社会をめざし、予防・治療法の開発、本人や家族の視点を重視した施策作りなどであり、それらが「7つの視点」として掲げられている。具

体的には、認知症初期集中支援チーム(以下、支援チーム)事業のほか、ケアの質向上に向けた看護師・介護職員向け専門研修の新設、全都道府県に 65 歳未満の若年性認知症の相談窓口を設けることなどが盛り込まれている。

支援チームは、複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症の人や認知症が疑われる人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行うこととなっている(表 1)。この支援チーム事業は、平成 24 年度に全国 3 ヶ所でモデル事業として実施され³⁾、25 年度には全国 14 の自治体にと規模が拡大された¹⁾。神戸市はそのうちの 1 つとして本事業に参

表1 認知症初期集中支援チームについて

【目 的】	
認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期にかかわる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。	
認知症初期集中支援チームとは	対象者
複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（約6ヵ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。	40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人、または認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。 ◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人 (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人 (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人 (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人 (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人 ◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症のBPSDが顕著なため、対応に苦慮している
配置場所	認知症初期集中支援チームのメンバー
地域包括支援センターなど(診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など)	医療と介護の専門職(保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士など) + 専門医

加した。平成26年度からは全国41自治体において実施されており、平成29年度末までに全市町村での設置を予定している(表2)。全国41自治体における26年度の活動は報告書として公表されている⁵⁾。本報告では、神戸市における平成25年9月からの支援チームの体制、活動内容・実績についてまとめ、さらに支援チーム事業の課題について考えてみた。

1. 神戸市における支援チーム

神戸市では長田区をモデル地区として支援チーム事業を実施した。長田区は神戸市の中南部に位置し、神戸市のなかでは早くから開発された地で、ケミカルシューズを中心とした小〜零細企業の多いところである。平成25年3月現在の長田区の人口は約10万2千人、高齢化率は30.4%である。神戸市全体の人口は約155.4万人、高齢化率は24.2%であり、長田区は神戸市において最も高齢化が進行した区である。

神戸市の支援チーム²⁾は、認知症サポート医、保健師、看護師、社会福祉士、作業療法士からなる専門職で構成されている(図1)。なお、厚労省

表2 認知症初期集中支援チーム事業準備・実施状況

全 国
<ul style="list-style-type: none"> 平成24年度、全国3ヵ所でモデル事業 25年度、全国14自治体でモデル事業を実施 26年度、41自治体が地域支援事業として実施。ほかに65自治体が独自事業として実施している 41自治体におけるチームの設置場所(地域包括支援センター20、医療機関8、疾患医療センター4、本庁ほか9)
兵庫県・神戸市
<ul style="list-style-type: none"> 25年10月、神戸市(長田区)において全国14自治体の1つとして、モデル事業を実施 26年度、兵庫県下で神戸市(長田区)、姫路市、たつの市の3市で開始 県下39市町のうち、26年度3市、27年度8市町、28年度6市町、29年度15市町で実施予定。7市町で実施未定あるいは検討中

の要綱では、チーム員となるための条件として、専門医は認知症サポート医(以下、サポート医)であること、またその他の専門職においては、支援チーム員研修を受講し、試験に合格することが定められている⁴⁾。

支援チームによるサポートが必要と思われる対

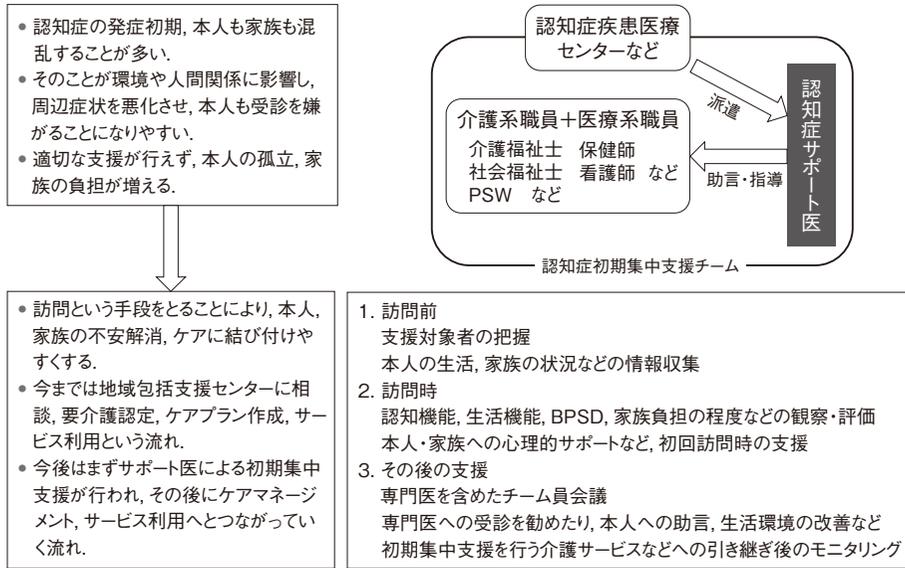


図1 認知症初期集中支援チームの構成と役割

象者がいると、長田区内に7ヵ所ある地域包括支援センターの主任介護支援専門員（以下、CM）などから、支援チームの派遣相談受付となっている認知症対応強化型地域包括支援センターに連絡が入る。地域包括支援センターには家族、居宅のCM、医療機関から連絡が入ることが多い。その連絡を受けると、保健師または看護師、あるいは社会福祉士と作業療法士の2名からなる支援チームが対象者宅を訪問し、対象者の心身機能、生活状況、生活環境、介護者の介護負担などについてアセスメントを行う。神戸市長田区では2つの訪問チームを組織している。自宅訪問の後、チーム員会議を開催して、訪問チームが訪問により得られたアセスメント内容を報告する。担当したCMや担当地域包括支援センターも補足意見を述べる。チーム員会議には、専門医、サポート医、作業療法士、専門病院の精神保健福祉士、神戸市介護保険課・長田区健康福祉課の職員などにも出席を要請し、会議当日に出席可能なメンバーが集まって対象者への初期支援策について多職種で検討する。チーム員会議は通常月3回の割合で開催し、1~1.5時間で2~3ケースについて検討している。

その後、支援チームは対象者宅を再度訪問し、必要に応じて担当CMなど関係各所へ連絡・調整しながら、医療・介護サービスにつなげるほかに、認知症の症状に応じた助言、家族支援、生活環境の改善などの支援を実施する。最初の相談受理から訪問、チーム員会議までの流れは約2週間以内と速やかに実施している。対象者が医療や介護につなげることに拒否的な場合、チーム員会議に出席している専門医（サポート医）がチーム員の自宅訪問に同行し、受診の必要なことを説得することなども行った。支援チームによる支援の継続期間はおおむね最長6ヵ月間である。

対象者のアセスメントは以下の4点について行っている。DASC、DBD13およびZBI_8は標準的なアセスメントとなっている⁴⁾。

①認知症アセスメントシート (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC)

家族や介護者から対象者の日常生活を聴取して認知障害や生活障害を評価する尺度である。DASC18項目29点以上で認知症の可能性ありと判定する¹⁰⁾。

②Dementia Behavior Disturbance Scale 13 (DBD13)⁸⁾

認知症の行動障害を評価する尺度であり、介護負担や認知症重症度との相関が高い。DBDの原版は28項目の質問項目からなるが、町田によって13項目のDBD短縮版が作成されている。

③Zarit 介護負担尺度日本語短縮版 (Zarit Burden Interview : ZBI_8)¹⁾

ZBI_8は、22の質問項目からなるZBI_8介護負担尺度の短縮版である。身体的負担、心理的負担、経済的負担などを介護負担として測定する。

④身体状況、生活状況

身体状況としてバイタルサイン、移動・運動能力、日常生活動作 (ADL)、手段的日常生活動作 (IADL)、コミュニケーション、栄養状態などのアセスメントを行う。生活状況として生活リズム、居住環境、経済状況、家族関係、家族の介護力などに関するアセスメントを行っている。

II. 初期集中支援チームの課題

神戸市の支援チームの活動実績は別に報告しているので省略する²⁾。担当地域包括支援センターや担当CMにチーム員会議への出席や訪問同行を依頼するなど、「顔の見える連携」により密に情報交換を行いながら同じ方向性で協働できたことが奏功した結果と考えられる。独居の認知症者の場合はホームヘルパーによる生活介護や訪問看護による健康管理、家族介護者がいる場合ではデイサービスなどの利用による介護負担の軽減といった面において、必要に応じ介護保険サービスを利用していくことが、認知症者の地域生活を長く継続させるためには重要となる。

神戸市での経験からいくつかの課題も明らかになった (表3)⁹⁾。

1. 認知症症状に気づかれてからチーム員が関与するまでの期間

認知症症状に気づかれてからチーム員が関与するまでの期間は、6ヵ月～1年未満が32.6%と最も多かったが、1年以上が合計52.0%であった。本

表3 認知症初期集中支援チーム事業の今後の課題

<ul style="list-style-type: none"> ・チームの存在の周知 ・事例の把握 ・チーム員の確保、サポート医の確保 ・認知症初期の方の意向や不安軽減にかかる支援体制の構築 ・初期認知症に特化した支援 (通所介護や、IADL 部分を重点的に支援できる訪問介護など) が必要 ・進行した認知症者への支援は？
--

事業の目的は認知症に早期から対応することにある。早期に対応することで進行の遅延や、家族介護者の介護負担の軽減などが期待される。初期集中支援チーム事業が始まって間がない現段階では認知症が進行した段階からのかかわりとなるケースが多かったのではないと思われる。本事業が地域住民に周知されたのちは認知症が早期の段階で本事業の支援対象になるのではないと思われる。

2. 家族のいない独居高齢者への支援

対象者の把握は、神戸市の経験からも当初は偏った一部の地域包括ケアセンターのみからのルートを通じて把握されることが多かった。しかし、支援チームの存在が知られるようになってからは、家族から地域包括支援センターを経由してチーム員に連絡があるケースが増えてきた。世帯状況としては約半数が独居であった。独居高齢者に近くに別居の家族がいる場合、その家族が気づいて把握ルートに乗ってくることになる。別居の家族もいない、あるいはいても遠隔地にいる場合、独居高齢者の認知症症状の始まりを把握することは困難なことが多い。そのような場合、認知症症状の出現に最初に気づくのは多くは近隣住民である。神戸市の場合、近隣住民から地域包括支援センターを経由してきたケースは6.5%にとどまっていた。地域住民の関係が疎になっているなかで初期の独居認知症者を見つけ、早期に支援を開始することは容易なことではない。われわれは小規模自治体における支援チーム事業では近隣住

民から対象者が上がってくるものが少なくないことを報告しているが、地域住民の関係が密なところとそうでないところでは異なってくるという⁹⁾。近隣関係の希薄な地域における、家族のいない、あるいは近くに家族が住んでいない独居高齢者に対する対応を検討する必要がある。

3. 地域包括支援センターの負担の増大

対象者を把握する地域包括支援センターの負担も大きい。地域包括支援センターのなかでも業務に比較的余裕のある地域包括支援センターから対象者がよく提出される一方で、多忙のためか数事例しか上がってこない地域包括支援センターもあった。地域包括支援センターへの財政的支援を考える必要があるといえる。

4. 認知症の診断

認知症の診断がついているか否かは家族および医療・介護関係者にとっては重要である。高齢者に行動異常などがみられたとき、周囲は認知症を疑ってはみるが、真に認知症による行動異常かどうかの判断ができない。専門医の診断の後に認知症としての対応を考えることとなる。専門医による認知症という診断はすべての始まりとなる。神戸市では支援チームの介入により認知症の診断(鑑別診断)を受けたのは約55%であった。認知症は原因疾患によって、症状を踏まえたケアを行う必要がある。約4割の対象者で鑑別診断につながらなかった。認知症の鑑別診断を受けることの重要性を啓発していかなければならないと考える。多くの認知症専門外来は予約して受診に至るのに2、3ヵ月を要する。また速やかに医療サービスにつなげる体制の構築が重要となる。神戸市の場合には市民病院との連携体制を構築したことによって本事業による受診者は優先的に医療サービスを受けることが可能であった。しかしながらこのような体制の構築は容易ではない。

5. 人材の育成

今後、厚労省は支援チームのモデル事業の実施

状況などを検証し、近い将来、全国の市町村へ普及させていく方向性を打ち出している。神戸市においても長田区に限定した活動から、活動範囲を拡大していくことを検討している。そのためには自宅訪問をする保健師や作業療法士をはじめ、認知症専門医、サポート医、区職員、地域包括支援センターの職員など、多くの人員が必要となり、人材の育成方法についても検討しなければならない。

6. かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携も重要である。神戸市の支援チームでも、介護保険の申請に係る書類作成、医学的情報の提供、鑑別診断、対象者への専門医受診の勧奨などを、チーム員から直接的に、または担当CMを介してかかりつけ医に依頼するなどの連携を図った。認知症者が地域での生活を継続していくためには、身体合併症の治療などを含め、対象者のことをよく把握しているかかりつけ医の協力は不可欠であり、かかりつけ医との連携を円滑に進める必要があるが、多忙なかかりつけ医との連携は困難なことが少なくない。

その他にもサポート医の養成、サポート医の本事業への参加、困難事例への対応などの課題が存在する。

おわりに

本事業にかかわって感じたことは多職種が協働して事例を支援することおよびアウトリーチ、訪問の重要性であった。多職種がチーム員会議という席で、それぞれの専門性からベストなケアの提供を議論することで、さまざまな選択肢が浮かび上がってきた。また、訪問することによって対象者の家庭環境や生活している状況を把握することができる。当事者、その家族、担当CMのいずれもが、専門職からなるチーム員が真剣に支援を検討してくれていると感じ、それを非常に心強く受け止めるようである。

このように早期に対象者を発見し、多職種でアウトリーチ型の支援を継続していくという特徴を

もつ支援チームの活動はまだ開始されたところであるが、非常に有効な認知症患者および家族介護者への支援と考えられた。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

1) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit 介護負担感尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI8) 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, 40; 497-503, 2003

2) 梶田博之, 前田 潔, 久次米健市ほか: 神戸市における認知症初期集中支援チームの活動—平成25年9月～平成26年8月までの活動および今後の課題—. Dementia japan, 29 (4); 596-604, 2015

3) 片山智栄, 新川祐利: 認知症在宅ケアの新たな取り組み—認知症初期集中支援サービスについて—. 老年精神医学雑誌, 25; 751-759, 2014

4) 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 (老人保健健康増進等事業分) 認知症の早期診断, 早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業 事業報告書, 平成26年3月. 2014

5) 国立長寿医療研究センター: 平成26年度老人保健

事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 認知症の早期診断, 早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業報告書, 平成27年3月. 2015

6) 厚生労働省: 認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン) (平成25～29年度までの計画). 平成24年9月5日

7) 厚生労働省: 認知症施策推進総合戦略—認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて— (新オレンジプラン) について. 平成27年1月27日

8) 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. 日本老年医学会雑誌, 49; 463-467, 2012

9) 前田 潔, 梶田博之: 認知症初期集中支援チーム: 神戸市における活動の現状と今後の課題—活動1年目と2年目の比較—. 老年精神医学雑誌, 26 (10); 1131-1136, 2015

10) 東京都健康長寿医療センター: 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 認知症の総合アセスメント (<http://dasc.jp/wp-content/uploads/2014/05/a40feabbc934bb2ea60d6cbb3b7b5ac0.pdf>) (参照2014-10-30)

Issues in Initial-phase Intensive Support Team for Dementia Experience in Kobe City

Kiyoshi MAEDA, Hiroyuki KAJITA

Faculty of Rehabilitation, Kobe Gakuin University

We report the activity of the initial-phase intensive support team for dementia in Kobe City. The severity of dementia of the people who received the support was moderate in two-thirds of them. It took more than one year for over 50% of the people to receive support from the initial identification of dementia to involvement by the support team. Approximately three-quarters of the individuals were admitted to long-term care services facilities after receiving the service provided by the support team. A diagnosis of dementia was obtained for only about half of the people. Although there are many issues regarding the support team, we concluded that this activity is very beneficial for dementia people and their families, and it should be extended everywhere in Japan.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : initial-phase intensive support team for dementia, Kobe, New Orange Plan, early intervention>
