
認知症初期集中支援チームの 実践と課題

The merits and future issues of the Initial-phase Intensive Support Team for Dementia (IPIST)

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野／助教

石川智久*

はじめに

認知症初期集中支援チーム（以下、初期集中支援チームとする）とは、認知症の早期発見・早期介入のための切り札として、平成 27 年 1 月に厚生労働省が公表した「認知症施策推進総合戦略（「新オレンジプラン」）」において事業化されたチームである。その大きな目的は、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供に貢献することであり、平成 30 年度までに、全国各市町村で実施することとされている¹⁾。本事業化に先立ち、平成 25 年度から、全国 14 カ所においてモデル事業が実施され、熊本県では荒尾市において事業展開した。本稿では、その実践を報告し、課題について考察する。

熊本県の認知症施策と初期集中支援チーム事業の概要

初期集中支援チームは、医療・介護の専門職各 1 名と、認知症専門医もしくは認知症サポート医 1 名を含む多職種で構成される。家族や住民、民生委員などからの相談に応じて、自宅などへ訪問し、観察票・評価票を用いてアセスメントを行う。アセスメントの結果をもとに、認知症専門医や看護師を中心とした医療者、介護福祉担当者、行政担当者などからなるチーム員会議を開催し、適切な介入について検討をおこない、初期集中支援チームが介入を実践する。訪問と評価・チーム員会議による介入の検討・介入の実践を繰り返すことにより、既存の医療システムや介護ケアシステムへ移行したところで、介入

終了となる。介入期間は最長 6 か月である。初期集中支援チームの相談対象者は、原則 40 歳以上の在宅生活者で、認知症または認知症が疑われる人のうち、これまで認知症診療を受けたことがない人、継続的な医療・介護に結びついていない人などである¹⁾。荒尾市では、チーム員会議を月 2 回定期開催しており、認知症サポート医、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士のほか、地域包括支援センター保健師や熊本県認知症対策行政担当者などが参加し、専門性の高い各職種がそれぞれの視点で介入を検討している。

荒尾市における初期集中支援チームのメリットと課題²⁾

初期集中支援チームの最大のメリットは、医療と介護が初回から同時に介入できる点にある。とくに、脱水や栄養不良など生命危機の迫る身体状態にある場合には、医療関係者が訪問し介入できるため、その後の治療に速やかに移行できるメリットがある。認知症対応の面では、荒尾市においては、初期集中支援チームを地域拠点型認知症疾患医療センター内に設置し、相談応需とともに、認知症専門医による鑑別診断が極めてスムーズに行える点が大きな特徴である。認知症疾患医療センターは、医療圏域内の他の市町包括支援センターと常に連携していることから、包括支援センターへの引継ぎがスムーズである。さらに、熊本県では認知症疾患医療センターが単科精神科病院に設置されていることから、いわゆ

* Tomohisa Ishikawa: Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

る BPSD など在宅生活が極めて困難な状況となった場合や、危機介入が必要な場合に、入院という選択肢があること、認知症というよりむしろ統合失調症の急性増悪である、といった精神疾患にも対応可能であること、熊本大学医学部附属病院神経精神科内の基幹型認知症疾患センターのバックアップ体制があり、県内の認知症医療体制が整っていることも特色である。介護保険の未申請例のうち、およそ半数は、適切に介護保険の申請をおこない、およそ 20% はインフォーマルな支援サービスを利用することによって、初期集中支援チーム介入例の 90% で、その後も在宅生活を継続できた。

課題としては、当初の事業計画通り認知症初期の早期介入に関する事例が順調に支援体制に引き継がれた例がある一方で、経済事情や生活保護などの権利擁護も含まれるような事例、介護家族にもさまざまな問題を抱えている事例、認知症に加えて複数の身体合併症の管理も含めた包括的な医療支援が必要な事例など、いわゆる困難事例の相談も上がってきた。困難事例への対応が、全国平均に比べておよそ 1.2 倍となっているが、これは荒尾市に困難事例がことさらに多いというわけではなく、困難事例は「困っていること」が見えやすいために、家族や地域からの相談が上がりやすかったと考えられる。困難事例への支援は、もともと地域包括支援センターが主に担当する業務の一つであるが、全国的に地域包括支援センターはマンパワーにも限りがあり、現実的にはすべてのニーズに対応できていない。その一部が初期集中支援チームの対象者となっていたと推察される。したがって、地域包括支援センターの業務との重複・業務分担に関する課題がある。また、認知症予防介入という観点で初期集中支援チームを活用するのであれば、対象者を選定する場合に、認知症が疑われる MCI を含む認知症の初期の対象者を、どのようにスクリーニングしていくかということ、認知症の話題そのものが本人や家族にとってデリケートな話題でもあることから、介入のきっかけをどのように工夫するかということも課題である。さらに、スタッフのマンパワーの確保、人件費を含むコスト対費用の検討、なども挙げられる。

おわりに

初期集中支援チームを実践していく中で、初期集中支援チーム事業の「初期」の意味合いは、「認知症の初期」から支援することによって認知症発症予防・進行抑制を図ろうということと同時に、既存の医療システムや介護システムに適切に導入できていない事例に対する「支援の初期」の意味合いがあることに気づかされる。現在の本邦における認知症施策の基本的な考え方は、在宅医療・在宅介護であり、在宅生活を多職種が連携しながら支援する、という方向性である。在宅生活を送るためには、医療・介護システムの構築とともに、市民・住民がそれらをうまく活用できる仕組みづくりもまた必要であり、今後は地域全体が相互に支援し合える地域づくりが求められていると考える³⁾。初期集中支援チームの事業が生活しやすい地域づくりの切り札として活用されることを期待したい。

参考文献

- 1) 栗田主一：【オレンジプランと地域からの挑戦】認知症早期支援体制 とくにアウトリーチ(訪問型ケア)の課題. 老年精神医学雑誌 24(9): pp883-889, 2013
- 2) 松浦篤子, 宗 久美, 岩本理歌子, 井上 愛, 板橋 薫, 石川智久, 古林美香, 二又義夫, 王丸道夫, 池田 学: 熊本県荒尾市における認知症初期集中支援事業の現状と課題 認知症疾患医療センターを基盤にした地域支援のあり方への一考察. 日本認知症ケア学会誌 14(1): p337, 2015
- 3) Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M: Integrating psychiatric services into comprehensive dementia care in the community. Open J Psychiatry 5(2): 129-136, 2015.

この論文は、平成 28 年 6 月 25 日(土)第 21 回九州老年期認知症研究会で発表された内容です。