

---

---

# 認知症初期集中支援チームにおける 精神科医の役割

## Role of Psychiatrists in Initial-Phase Dementia Intensive Support Team

公益財団法人浅香山病院精神科

釜江（繁信）和恵\*

---

---

### はじめに

認知症初期集中支援チームのモデルは英国のメモリーサービスであると言われている。英国政府は2009年2月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）を発表しLiving well with dementia「認知症とともに良き生活（人生）を送る」ことの実現がこの国家戦略の最終的かつ最大の目的とされた。そのうちの「1. 早期の診断・支援のための体制整備」の具体策が、早期の診断とその後の支援を包括的に行うメモリーサービスの全国的普及とその質の維持・向上であった。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント、チームによる診断会議、十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援により生活を軌道に乗せ、必要なサービスチームへ引き継ぐという支援の流れで展開されていた。

本邦では2012年6月に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが、これまでの認知症施策を再検証し、今後の認知症施策が目指すべき基本目標を定めた「今後の認知症施策の方向性について」をとりまとめた。そこでは、「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」を実現するために、「危機」が発生してからの「事後的な対応」ではなく、「危機」の発生を未然に防ぐ「早期・事前

的な対応」の必要性が強調された。そのような経緯で提案された事業が認知症初期集中支援チームである。その後、「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」が実施され、これらの結果を踏まえ2015年度に、地域支援事業における認知症総合支援事業（介護保険法第115条の45第2項第6号）の一事業として「認知症初期集中支援推進事業」が制度化された。2015年1月に政府が示した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、2018年度までに全国全ての市町村で事業化が目標設定され、現在その目標は達成されている。

### 認知症初期集中チームの設置

新オレンジプランの2つ目の柱の、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」を実現するために、①本人主体の医療・介護等の徹底、②発症予防の推進、③早期診断・早期対応のための自立度・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））、認知機能の項目ならびに身体状況の項目等を評価する<sup>7)</sup>。訪問支援対象者は、原則40歳以上で、在宅で生活している認知症または認知症が疑われる人で、以下のa・bのいずれかの基準に該当する者を対象とする。a) 医療または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

---

\* Kazue (Shigenobu) Kamae ; Department of Psychiatry, Asakayama General Hospital

いずれかに該当する者。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適切な介護サービスに結び付いていない。④介護サービスが中断している。b) 医療または介護サービスを受けているがBPSDが顕著であるため対応に苦慮している者。実際の訪問支援対象者の選定の際には、前述のb)に偏らないように留意することが求められている。

#### 精神科医師の関わりと今後の課題・問題点

筆者がチーム員医師を務める認知症初期集中支援チームでは、設置された2016年1月14日から2021年3月31日までの5年間で365件の依頼を受けた。地域包括支援センターでは認知症を疑い介入を行ったがうまくいかず、困難事例として認知症初期集中支援チームに介入依頼があったが、そのうちの85件・23.3%が認知症以外の精神疾患及び精神疾患の合併や精神的治療が必要なせん妄の事例であった。妄想性障害(36件・9.9%)が最も多いが、アルコール関連疾患、発達障害、双極性障害、不安障害など多岐に渡った。これらは、チームに精神科医師がいることで詳細な診断に至ったと考える。また認知症ではないからとチームが介入から手を引くのではなく、その後の支援介入にもチームの精神科経験の豊富な看護師、精神保健福祉士が関わることで、これまで認知症の困難事例として扱われていた可能性がある精神疾患を持つ高齢者への介入が奏効したと考える。加えて同期間で16件(4.4%)は、主介護者や支援する家族が精神疾患であったために適切な介護やサービス利用が行えておらず、困難事例として

チームに依頼があった事例であった。そのような事例に対しては精神疾患を持つ主介護者の病状も精神医学的な評価を行い介入を行うことが不可欠である。チームに精神科医がおり、家族介護者の精神疾患に対しても適切な評価ができ、認知症だけでなく精神科経験が豊富な看護師、精神保健福祉士が、家族介護者の精神症状に配慮してその後の介入支援を行えたことで、安定した生活が可能になった。

#### おわりに

認知症初期集中支援チームが全国の自治体に設置され、活動が開始されている。「初期」とは、「病気の初期」と「介入の初期」の両方を意味する。いずれにも多くの困難事例が含まれていることは間違いない。そこには精神科医の関わりが不可欠である。このチームの最大の強みはアウトリーチを行えることである。しかし支援拒否事例にアウトリーチを行うことは生活圏への侵入・自己決定権の侵害を伴う可能性を併せ持っている。チームとして常にその認識を持ちながら支援を行っていくことはチーム員の精神科医師に求められる重要な役割である。今後精神科医がチームに積極的に関わることで、鑑別診断から精神症状の評価や治療、心理的介入などが円滑に行われ、対象者が住み慣れた地域でより良い生活を送ることの支援が継続的に行えるようになることが期待される。

この論文は、2022年12月10日(土)第24回近畿老年期認知症研究会で発表された内容です。