

鳥取市の「認知症初期集中支援チーム」

-活動実績-

○発表者名 社福) こうほうえん にしまち診療所悠々 医師

岸 清志

はじめに

平成27年1月27日に新しい認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が提示された（図1）。平成26年11月に行われた先進8か国会議で認知症問題が取り上げられたことを背景に、認知症対策を省庁横断的に国家対策として取り組むことを示したものである。大きく7つの柱からなるが、認知症初期集中支援チームはこのうち、1. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供と2. 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試みとして位置付けられている。

認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームの概略を図2に示す。ポイントは複数の専門職が、認知症の人や家族をこちらから訪問することである。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か月）に行い、自立生活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。

鳥取市における認知症初期集中支援チーム

鳥取市では平成29年1月から認知症初期集中支援チームが本格稼働し、現在に至っている。チーム員は専門医および医療と介護の専門職6名以上で構成されている。当初は1チームでスタートし、平成29年6月からはにしまち診療所悠々の認知症サポート医である演者が加わり、2チームで活動している（図3）。

認知症初期集中支援事業実績

平成29年1月以降2年間の活動実績を表1に示した。A、B両チームで関わった対象者は18人。女性が多く、80歳以上高齢者が6割を占めた。依頼を受けたのは家族が最も多く、次いで民生委員、ケアマネジャーなどであった。チームの介入により医療機関を受診していなかった11人のうち、9人が新たに認知症と診断された。また11人が新規に介護認定を受け、10人が介護サービスを継続して受けている。

表1. 事業実績

支援対象者 18人

性別		世帯状況	
男性	女性	独居	5人
7人	11人	高齢者夫婦	6人
		その他	7人

年齢		相談者	
60～69歳	2人	家族	10人
70～79歳	5人	民生委員	4人
80歳以上	11人	ケアマネ	2人
		その他	2人

介入結果

	医療		介護認定		介護保険サービス	
	有	無	有	無	有	無
介入前	7人	11人	2人	16人	1人	17人
介入後	有	無	有	無	有	無
	16人	2人	13人	5人	11人	7人

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- 七つの柱
- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
 - ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - ③ 若年性認知症施策の強化
 - ④ 認知症の人の介護者への支援
 - ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 - ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
 - ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

図1. 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

認知症初期集中支援チーム

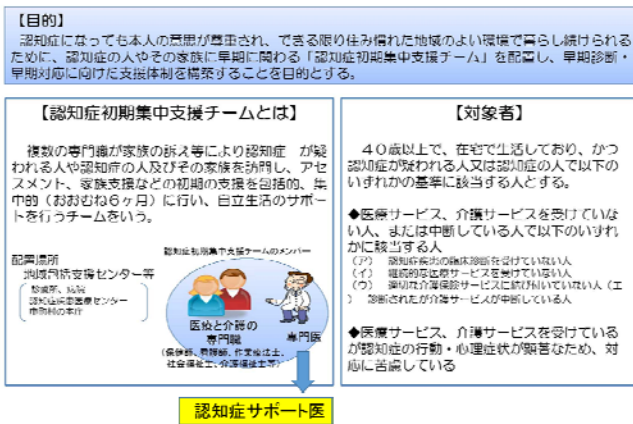


図2. 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チーム(鳥取市)

(1) 設置場所 市長寿社会課

(2) チーム数 2チーム(A・B)

(3) チーム員会議の基本編成

認知症サポート医1名、作業療法士1名

認知症地域支援推進員2名、市保健師1名

地域包括支援センター職員1名以上 計6名以上

東部医師会	作業療法士会	地域包括支援センター	市
医師2名	作業療法士2名	保健師、看護師 社会福祉士 主任介護専門員	保健師 認知症地域支援推進員



図3. 鳥取市の認知症初期集中支援チーム

演者（Bチーム）が本年4月から関わった6人の詳細について表2,3に示した。

Bチームの現状

(平成30年4月～11月)

表2 介入前

	概要	性別	年齢	世帯	要介護認定	認知症診断	介護保険サービス
1	高齢者夫婦世帯で二人とも認知機能の低下がある。長男夫婦は別居しており、関係性が悪い。同居姉妹に就いて世話をしているが、負担になってきている。受診を勧めたいが拒否する。	男 女	82 78	夫婦	無 無	無 無	無 無
2	夫が亡くなってから一人暮らし。つじつまの合わない事を言ったり、影射に入られたと再三言うようになり、近所のトラブルがあった。地域包括支援センターが受診を勧めたいが拒否する。	女	84	独居	無	無	無
3	高齢者夫婦世帯。「認知症があるようで、デイサービスに行かせたい」と夫から民生委員経由で地域包括支援センターへ相談あり。妄想と夜間の外出があり夫の介護負担が大きい。	女	81	高齢者夫婦	無	有	無
4	居宅のケアマネからの相談。高齢者夫婦世帯で、認知症の夫の介護をしている妻の負担が大きい。何とか介護保険サービスにつなげたいが、本人の拒否が強く難しい。	男	86	高齢者夫婦	介護2	有	無
5	民生委員から地域包括支援センターへの相談。「この頃外出がなくなり、元気がない様子で心配している。生活実態がつかめない。」地域包括支援センターが介入すると認知機能が低下が疑われ、受診を勧めたいが拒否する。	女	89	独居	無	無	無

表3 介入後

	訪問回数	介入開始(月)	支援結果	支援状況	要介護度	認知症タイプ	医療	介護保険サービス	支援先
1	4回(8回)	6	終了	近くの開業医に往診依頼し、認知症診断、介護保険申請。買い物物が取るとの訴えがあり、訪問介護導入。金銭管理が難しく、親族で話し合い成年後見制度の利用手続きをした。	要介護1 要介護1	アルツハイマー型	有 有	有 有	居宅介護支援事業所
2	3回(5回)	4	終了	専門医受診し鑑別診断後、近くの開業医に紹介していただき、通院内服治療開始。オレンジカフェや訪問により関係性を作りつつ必要な支援につなげていくよう継続。	要介護1	アルツハイマー型 レビー小体型、しびれ難溶性認知症	有	無	地域包括支援センター
3	4回	2	終了	精神科に長年通院しており安定していた。物忘れが心配されたためかかりつけの内科で認知症治療薬や睡眠薬が処方されていた。内科と精神科の薬について医師連絡をして調整後状態安定してきた。	要介護1	認知症	治療中	有	居宅介護支援事業所
4	4回	7	終了	妻の介護負担の原因や本人の生活実態を聞き取りつつ、本人との信頼関係を作りながら、介護保険サービスを導入していった。	要介護3	アルツハイマー型	有	有	居宅介護支援事業所
5	9回	継続中		近医に往診依頼し、介護保険申請した。信頼関係ができてくると、少しずつ生活支援の提案を受け入れてくれるようになってきた。	要支援2	認知症	通院できず	有	地域包括支援センター

赤字は介入による効果

訪問回数()内は前年度の訪問回数を含めた前回訪問回数

赤字は介入による効果 訪問回数()内は前年度の訪問回数を含めた総回数

今後の課題

1. 認知症初期集中支援チームの認知
2. 支援を拒否する認知症者への対応