



全体動向

初期支援チームの骨格固まる 「身近型」は「認支診」に変更

厚労省は、認知症の早期診断・早期対応の中核を担う初期集中支援チームなどのモデル事業の実施に当たり、具体的な要件を明らかにした。確定診断が可能な医療機関として新設が検討されていた「身近型認知症疾患医療センター」は「認知症医療支援診療所」に変更され、診療所がその役割を担うことになる。

高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の数は急速なペースで増加している。

2013年6月に筑波大学教授の朝田隆氏が取りまとめた研究報告によれば、認知症の人は65歳以上人口の約15%と推定され、2010年時点で約439万人に上ることが判明した(図1)。このほか、認知症と正常の境界域に当たる軽度認知障害(MCI)の人が約380万人に上ると推計されている。

厚労省はさらに、介護保険を利用している日常生活自立度Ⅱ以上の認知症

高齢者数(図1のピラミッドの一番上に当たる部分)の今後の推移も予測している。2025年には約470万人(65歳以上人口の12.8%)に達する見込みで、高齢者の8人に1人が、介護などを必要とする認知症高齢者になるとみられる。

2015年度に認知症ケアパスを整備

こうした状況下で2012年9月に打ち出されたのが、「認知症施策推進5か年計画」——通称「オレンジプラン」である。同年6月に厚労省が公表した報告

書「今後の認知症施策の方向性について」を具体的な行動計画に落とし込んだものだ。

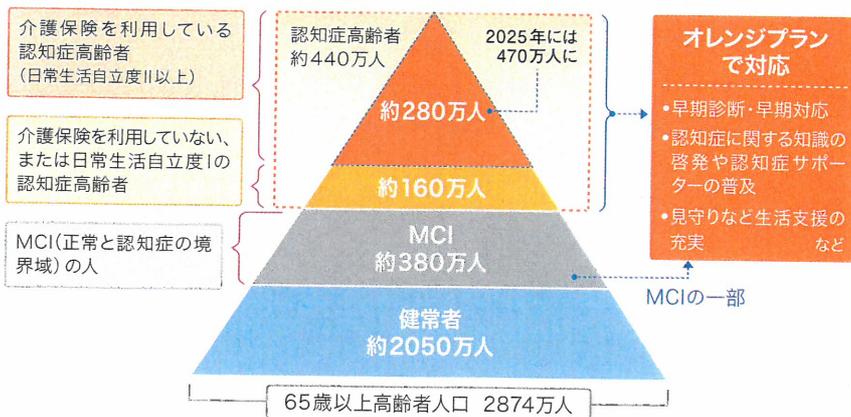
オレンジプランでは、従来、認知症の症状が悪化してから入院・入所するといった事後対応的な流れを根本的に見直し、早期診断と早期対応によって、認知症高齢者が可能な限り在宅生活を継続できることを重視した。

オレンジプランの本格始動は今年度から。主要項目は表1に示したように全7項目にわたり、実施スケジュールは図2の通り。中でも、厚労省が急ピッチで作業を進めているのが、「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」だ。

認知症ケアパスとは、認知症の症状に応じて適切な医療・介護サービスを提供する「ケアの流れ」を示したもの(28ページ図3)。地域の中で、認知症に対応できる医療機関や介護保険サービス、保険外(インフォーマル)サービスなどを可視化したものだ。これには、後述する「認知症初期集中支援チーム」などの新たな取り組みも含まれる。

「2015年度の第6期介護保険事業計

図1◎認知症高齢者の現状(2010年時点)とオレンジプランの対象範囲



MCI:Mild Cognitive Impairment。軽度認知機能障害。すべてのMCIの人が認知症になるわけではないが、生活習慣の改善が必要とされる

出所) 厚生労働省 都道府県・指定都市認知症施策担当者会議資料(2013年6月25日)

表1◎認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の概要（厚労省資料を基に抜粋・編集）

オレンジプランの位置づけ・ポイント ・厚労省が「今後の認知症施策の方向性について」(2012年6月)に基づいて立案した2013～2017年度の5年間の具体的なアクションプラン
 ・認知症高齢者が可能な限り在宅生活を継続できるように、早期診断・早期対応を重視する

オレンジプランの主要項目

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ①「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
 - ・2012～2013年度:調査研究(市町村の成功事例の研究や認知症ケアパスのガイドラインなどの作成)
 - ・2013～2014年度:各市町村に必要な介護サービス・保険外サービスを地域の実態に合わせ検討し、認知症ケアパスを作成
 - ・2015年度以降:介護保険事業計画(市町村)に反映

2 早期診断・早期対応

- ①「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)の拡大」
 - ・2012年度末(見込み) 3万5000人 → 2017年度末 5万人(5年で1万5000人増)
 - ※高齢者人口約600人(認知症高齢者約60人)に対して1人のかかりつけ医が受講
- ②「認知症サポート医養成講座の受講者数(累計)の拡大」
 - ・2012年度末(見込み) 2500人 → 2017年度末 4400人(5年で1900人増)
 - ※一般診療所(約10万カ所)25カ所に対して1人のサポート医を配置
- ③「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・2012年度:モデル事業のスキームを検討
 - ※スキーム検討に当たり、3カ所でモデル事業を先行実施
 - ・2013年度:全国14カ所でモデル事業を実施
 - ・2014年度:全国20カ所程度でモデル事業を実施
 - ・2015年度以降:全国普及のための制度化を検討
- ④「認知症医療支援診療所」の設置
 - ・2013年度:全国20カ所程度でモデル事業を実施
 - ・2013～2017年度:認知症疾患医療センターと合わせて認知症の早期診断が可能な医療機関を約500カ所整備する
 - ※認知症医療支援診療所はこのうち140カ所程度となる見込み
- ⑤「地域包括支援センターにおける「地域ケア会議」の普及・定着」
 - ・2015年度以降:全市町村で実施

地域包括支援センターなどに設置。看護師・介護職などのチームで高齢者の居宅を訪問し、アセスメントや家族支援を行う

当初「身近型認知症疾患医療センター」と称されていたもの。認知症高齢者の早期診断・早期対応および危機回避支援機能を有する診療所を想定

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

- ①「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ②「精神病院に入院が必要な患者の状態像の明確化」
- ③「退院支援・地域連携クリティカルパス」(退院に向けての診療計画)の策定

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ①「認知症高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、必要な介護サービスを整備」
 - ・小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの普及により、2017年度時点で認知症高齢者(約373万人)の半数に当たる約186万人が在宅介護サービスを利用できるよう整備を進める

5 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ①「認知症地域支援推進員の人員増強」
- ②「認知症サポーターの人数の拡大」
- ③「市民後見人の育成・支援組織の体制を整備する市町村の拡大」
- ④「認知症高齢者やその家族への支援(認知症カフェの普及など)」

6 若年性認知症施策の強化

- ①「若年性認知症支援のハンドブック作成・配布」
- ②「若年性認知症の人の意見交換会などの開催を全都道府県に拡大」

7 医療・介護サービスを担う人材の育成

- ①「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - ・2013年度以降:認知症ケアに携わる従事者向けの多職種共同研修などで活用
- ②「認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)の拡大」
 - ・2012年度末(見込み) 2万6000人 → 2017年度末 4万人(5年で1万4000人増)
 - ※全介護保険施設(約1万5000カ所)、グループホーム(約1万4000カ所)の職員1人ずつが受講。さらに全中学校区内(約1万1000)で小規模多機能型居宅介護、訪問介護、通所介護などの事業所職員1人ずつが受講
- ③「認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)の拡大」
 - ・2012年度末(見込み) 1600人 → 2017年度末 2200人(5年で600人増)
 - ※五つの中学校区当たり11人が受講
- ④「一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)の拡大」
 - ・新規に実施。2017年度末に8万7000人
 - ※病院(約8700カ所)1カ所当たり10人(医師2人、看護師8人)が受講

図2◎オレンジプランの実実施スケジュール(主なもの)

主な施策	オレンジプランの対象期間					2018年度 診療報酬改定 介護報酬改定
	2013年度	2014年度 診療報酬改定	2015年度 介護報酬改定	2016年度 診療報酬改定	2017年度	
認知症ケアパスの作成・普及	調査研究 各市町村で認知症ケアパスの作成		第6期介護保険事業計画に反映			
認知症初期集中支援チームの設置	モデル事業(3カ所)	モデル事業(14カ所)	モデル事業(20カ所程度)	制度化・全国普及へ		
認知症医療支援診療所の設置	モデル事業(10カ所程度)	正式運用開始(診療報酬で評価)			2017年度末までに140カ所程度を整備へ	

画の策定においては、全市町村に認知症ケアパスを作成してもらい、事業計画に反映してもらいたいと考えている。だがスケジュールから逆算すると時間

的な余裕はあまりない」(老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長の勝又浜子氏)。
 既に2012年度時点で認知症ケアパ

スの研究班を厚労省内に立ち上げ済みで、今年9～10月頃には、市町村向けに認知症ケアパスの作成方法や、各地の成功事例などをまとめたガイドライン

も公表する。このほか市民向けに、自分が住む自治体の認知症に関する医療・介護サービスを一覧できる手帳など、認知症ケアパスを周知するためのツールの準備も進める。

図3に示した認知症ケアパスのイメージを見ても分かるように、認知症高齢者の日常生活を支えるプレーヤーとして大きな期待を寄せられているのは、かかりつけ医や在宅を中心とした介護サービスだ。そこで厚労省は、医療に関しては、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成講座」の受講者数の増加を目指すほか、介護については小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスの拡充を目指

すとしている。

早期診断・早期対応に新機軸

医療機関や介護事業者にとって注目度が高いのは、「早期診断・早期対応」の項目に掲げられた「認知症初期集中支援チーム（初期支援チーム）」と「認知症医療支援診療所」（仮称）の創設だろう。後者は当初、「身近型認知症疾患医療センター」と称されていたものだ。

「早期診断・早期対応」において最も初期段階から関与することになるのが、看護師や作業療法士などの専門職と、認知症専門医などで構成する初期支援チームだ。認知症が疑われる段階、または認知症ながら適切な医療・介護サービスを受けていない高齢者などに

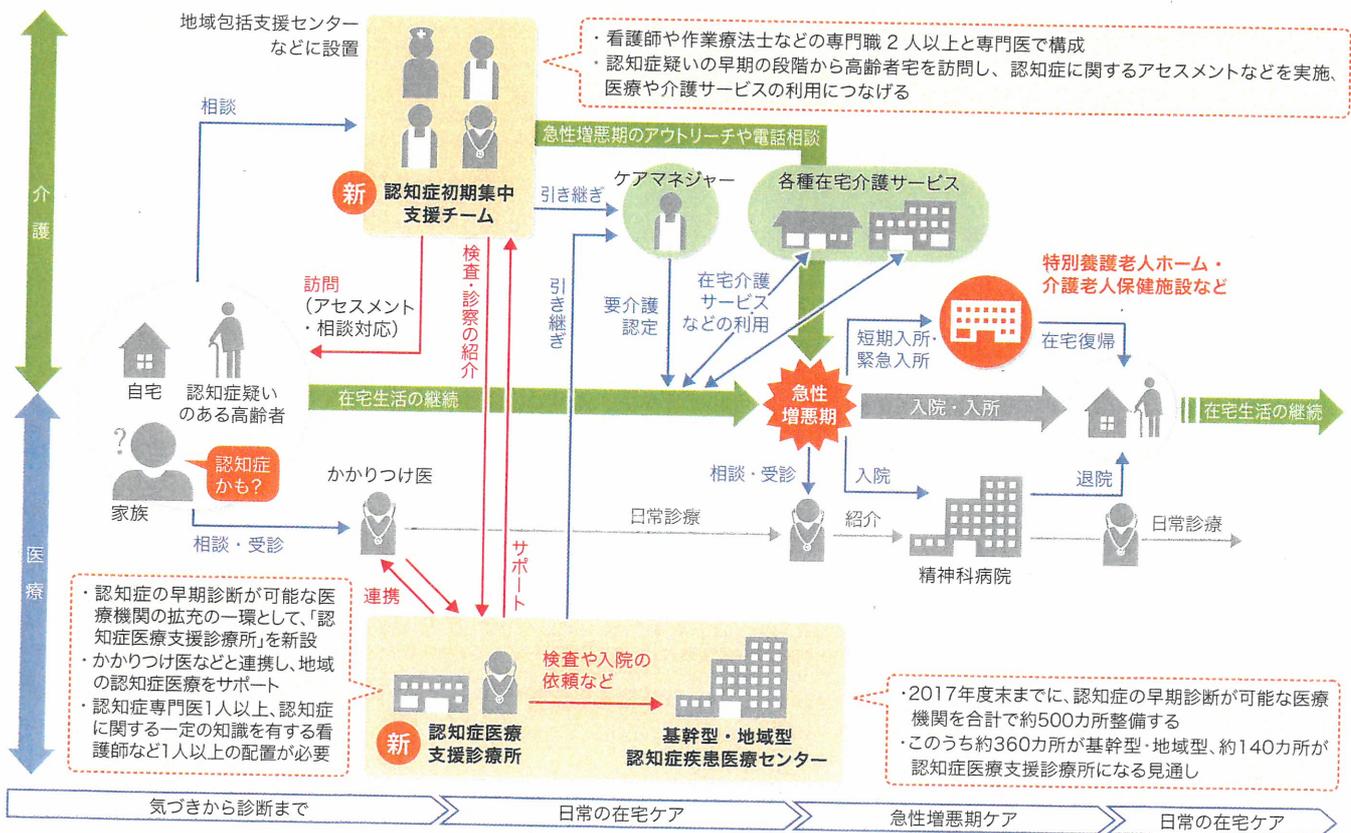
対して、その居宅を訪問して本人や家族に受診や介護サービスの利用を勧めたり、認知症に関する生活のアドバイスなどを行うことで、在宅での生活をサポートする。

初期支援チームに関しては、2012年度に福井県敦賀市、東京都世田谷区、仙台市の3地域でモデル事業が実施され、認知症高齢者に対するチームの関与の効果の確認や運営上の課題が検証された（32ページの別掲記事を参照）。

初期支援チームは2015年に制度化

2013年度のモデル事業の実施に当たり、厚労省は初期支援チームの構成や役割、初期集中支援の期間などの概要を示した（表2）。モデル事業を通じ

図3◎標準的な認知症ケアパスの概念図



て変更される可能性はあるが、チームの構成（人員要件）や訪問対象、支援期間などはこの概要に示されたものをベースに制度化される可能性が高い。

まず、初期支援チームが訪問する「訪問支援対象者」は、40歳以上で在宅で生活しており、認知症疑いまたは認知症の人。その上で、支援開始前の時点で、医療・介護サービスの支援を受けていない、または認知症の周辺症状（BPSD）が激しく対応に苦慮しているケースを対象にするとした。

「当面は、認知症が疑われるものの、

要介護認定を受けておらず、日常生活に支障があるケースなどを優先して対応することになる」と厚労省の勝又氏は話す。逆に言えば、既に介護保険サービスを利用している高齢者や、認知症があっても自立している人、MCIの人などは、当初は初期支援チームの支援対象からは外れる模様だ。

訪問支援対象者は、主として家族や近隣住民、民生委員などから地域包括支援センターに問い合わせがあったケースの中から選定することになるとみられる。このため厚労省は、「認知症サポ-

ーター」の育成など、地域住民への啓発活動にもさらに力を入れていく考えだ。

専門職2人以上+専門医1人で構成

モデル事業の実施主体は市町村。7月25日には、対象となる市町村が公表された（30ページ表3）。地域包括支援センター内に初期支援チームを設置するケースが大半だ。

初期支援チームの人員構成は、看護師や作業療法士などの専門職2人以上と、各種アドバイスなどを行う認知症専門医1人の合計3人以上（表2）。実際

表2◎認知症初期集中支援チームの概要（厚労省のモデル事業の資料を基に抜粋・編集）

定義	認知症が疑われる人や認知症の人（訪問支援対象者）や家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立支援のサポートを実施する複数の専門職からなるチームを「認知症初期集中支援チーム」と定義する
訪問支援対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・40歳以上で在宅で生活している ・認知症が疑われるまたは認知症の人で、以下のア、イのいずれかに該当する ア) 医療サービス、介護サービスを受けていないまたは中断している人で、認知症疾患の臨床診断を受けていない、適切な医療・介護サービスを受けていないなどの人 イ) 医療サービス、介護サービスを受けているがBPSDが顕著なため対応に苦慮している人
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村（特別区含む）とする ・地域包括支援センターや訪問看護ステーション、診療所などに委託可能（ただし24時間365日体制で緊急時の連絡が可能な体制を整備していること）
チームの構成	<ul style="list-style-type: none"> ● 下記要件を満たす専門職2人以上、専門医1人の合計3人以上で構成する ・専門職：下記要件を満たす者を2人以上 ア) 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士などの医療保険福祉に関する国家資格を有する者 イ) 認知症ケア実務経験3年以上または在宅ケア実務経験3年以上の者 ウ) 国が別途定める「認知症初期集中支援チーム研修」を受講し試験に合格した者 ・専門医：下記ア) またはイ) を満たし、かつ認知症の確定診断が可能な認知症サポート医（嘱託可能）が1人 ア) 日本老年精神学会もしくは日本認知症学会の定める専門医 イ) 認知症疾患の鑑別診断など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 ● 実際の訪問は専門職が行い、専門医は適切なアドバイスなどによりバックアップに努める（場合によっては同行する） ● 訪問時のチーム員は2人以上とし、医療系職員と介護系職員の各1人以上で訪問
チーム会議	<ul style="list-style-type: none"> ・目的：訪問支援対象者ごとにアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針・内容、支援頻度を検討 ・メンバー：チーム員（専門医を含む）。必要に応じてかかりつけ医や担当ケアマネジャー、

市町村職員なども参加
 ・開催頻度：初回訪問後に1回、その後は適宜開催する

初回訪問

・訪問体制：複数のチーム員での訪問を原則とする
 ・訪問時間：2時間以内を目安とする
 ・支援内容：支援チームの役割や計画的関与を実施する旨の説明、認知症に関する正しい情報の提供、専門医療機関や介護サービスの利用が本人・家族にとってメリットがあることの説明、訪問支援対象者や家族への心理的サポートやアドバイスなど

アセスメントツール

・下記ア)～エ) のすべてのアセスメントツールを用いる
 ア) 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」
 イ) 認知症行動障害尺度「DBD13」
 ウ) Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目「J-ZBI_8」
 エ) 身体の様子チェック票
 ※上記に加えてほかのアセスメントツールを利用してもよい

初期集中支援の期間と頻度

・期間：おおむね最長で6カ月（適切な医療・介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間）
 ・頻度：個別事例に応じた支援頻度を定め、内容をチーム会議で確認する

初期集中支援の内容

・受診勧奨・誘導
 ・介護保険サービス利用の勧奨・誘導
 ・認知症の重症度に応じた助言
 ・身体を整えるケア（水分や食事摂取、排泄ケア、運動など）
 ・生活環境の改善など

初期集中支援の終了とその後のモニタリング

・終了の判断：チーム会議で初期集中支援の終了を判断する
 ・引き継ぎ：地域包括支援センターや担当ケアマネジャーなどとの同行訪問などにより、引き継ぎを行う
 ・モニタリング：引き継ぎ後も2カ月ごとに、医療や介護サービスが適切に継続しているかなどをモニタリング

の訪問は専門職が行い、専門医は必ずしも同行する必要はない。専門職に対してアドバイスを与え、サポートするのが役割だ。

訪問時のチーム員は2人以上とし、看護師などの医療系職員と介護福祉士など介護系職員の各1人の訪問が原則となる。初回訪問の際には、認知症アセスメントシート「DASC」や認知症行動障害尺度「DBD13」などの4種類のアセスメントツールを用いて、支援対象者や家族の状況を把握（アセスメント）する。また、初期支援チームの役割の説明や認知症に関する正しい情報の伝達、家族へのアドバイスなどを通じて、医療・介護サービスの利用を促す。

初回訪問後は専門医を交えた「チーム員会議」を開催。アセスメントツールによって得た情報を基に支援方針やその内容などを検討する。その後、最長6カ月程度の期間を通じて、支援対象者を適切な医療・介護サービスの利用につなげていく。訪問頻度は特に規定されていないが、2012年度のモデル事業での実態から判断すると、1～2カ月に1回程度になるとみられる。

支援対象者が医療・介護サービスの提供により在宅生活を継続できると判断したら、初期支援チームは支援を終了。その後は地域包括支援センターや担当ケアマネジャーなどに引き継ぐ。

ただし、支援終了後も当面の間は、医療や介護サービスが適切に継続されているかなどを、居宅への訪問やケアマネジャーへの聞き取りなどで2カ月ごとに確認（モニタリング）する。また、支援対象者がBPSDなどの症状を呈した場合には、電話相談や緊急訪問で対応

するといった役割も期待されている。

「認支診」を2014年度に創設

一方、認知症の早期診断に関しては、新たに「認知症医療支援診療所」を創設し、確定診断が可能な医療機関を数の面から拡充する（表4）。

認知症医療支援診療所は地域の認知症診療のハブとして、早期診断・早期対応を行うだけでなく、BPSDの際には地域の医療機関や介護事業所との連携により入院などを回避する支援機能（危機回避支援機能）も果たす。

認知症医療支援診療所は、当初は「身近型認知症疾患医療センター」として創設が検討されていたもの。身近型では病院と診療所の両方を想定していたが、病院に関しては全二次医療圏（347カ所）に地域型認知症疾患医療センターを整備することなどから、対象を診療所に限定した。

2013年3月末時点の認知症疾患医

療センターは195カ所（基幹型8カ所、地域型187カ所）。厚労省は2017年度末時点で、認知症疾患医療センターと認知症医療支援診療所の合計で、500カ所を整備するとしている。このうち約350カ所が地域型認知症疾患医療センターになる見通し。現在8カ所の基幹型はさほど増えないとみられ、差し引き140カ所程度が認知症医療支援診療所として整備される計算だ。

認知症医療支援診療所のモデル事業は、全国20カ所の市町村で今年夏以降に始まる予定。7月末に最終選考を終え、今後研修などを経て事業が進められる。

モデル事業で示された認知症医療支援診療所の要件は、表4に示した通りで、専門医の配置などが求められる。「大まかには、認知症疾患医療センターから入院機能を省いたもの。MRIやCTなども連携先で実施できればよい」（勝又氏）という位置付けだ。

表3●2013年度の初期集中支援チームのモデル事業の実施自治体（委託先の法人などは7月末時点での予定）

実施自治体	運営形態
北海道苫小牧市	地域包括支援センター内に設置
宮城県仙台市	仙台市が中心となり、3カ所の地域包括支援センターに設置
山形県白鷹町	医療法人杏山会・吉川記念病院内に設置
福島県福島市	医療法人湖山荘・あずま通りクリニック内に設置
群馬県前橋市	地域包括支援センター内に設置
東京都世田谷区	医療法人プラタナス・桜新町アーバンクリニックおよび医療法人輝生会・成城リハビリテーションクリニックにそれぞれ設置
長野県長野市	長野市および地域包括支援センターで実施
福井県敦賀市	市内全3カ所の地域包括支援センター内に設置（敦賀温泉病院が医療面などでサポート）
京都府宇治市	地域包括支援センター内に設置
兵庫県神戸市	認知症対応強化型地域包括支援センターと、財団法人神戸在宅ケア研究所が共同で設置。神戸市長田区内の複数の地域包括支援センターと連携しつつ実施
岡山県新見市	地域包括支援センターに設置
山口県宇部市	高齢者総合支援課内に設置
熊本県荒尾市	検討中
鹿児島県南大隅町	肝属郡医師会立病院内に設置

認知症は診療報酬で評価の方向

オレンジプランが重視する早期診断・早期対応を充実させるには、初期支援チームや認知症医療支援診療所などを多数整備していくことが必須になる。そのため、診療報酬や介護報酬などによるインセンティブも欠かせない。

認知症医療支援診療所については、新たな報酬上の評価が設けられそうだ。「2014年度診療報酬改定で、認知症疾患医療センターと同様の評価が受けられるように要望していく」と勝又氏は話す。具体的には、現行では認知症疾患医療センターなどでしか算定できない

「認知専門診断管理料1」(700点)などが導入される可能性が高い。

一方、初期支援チームに関しては、「介護報酬で対応するのか、(要介護認定を受けていない高齢者が対象の)地域支援事業で手当てするのか、あるいは評価は設けないのか、方向性はまだ定まっていない」と勝又氏は明かす。

実際、初期支援チームの性格上、報酬上の評価は非常に難しい面がある。訪問支援対象者は主に、介護保険サービスを受けていない高齢者であるため、介護保険からの給付は難しい。また、支援対象としては介護保険サービスを受けつつもBPSDなどの急性増悪期の

高齢者も含むため、地域支援事業で対応するのも無理がある。

また、初期支援チームの設置先としては地域包括支援センターが基本となると考えられるが、「介護予防ケアプランの作成などで相談業務に手が回らない」といわれる中で、これ以上の新たな業務を担えるかといった問題もある。仮に訪問看護ステーションなどに業務を委託するとしても、支援に要する手間を考えれば、強いインセンティブがなければ引き受け先の確保は難しいだろう。厚労省は2013年度と2014年度のモデル事業を通じて、報酬・評価体系について検討を進めたいとしている。

表4◎認知症医療支援診療所の概要(厚労省のモデル事業の資料を基に抜粋・編集)

定義

より身近な地域において、認知症の**早期診断・早期対応**および**危機回避支援機能**を有する**診療所**

設置方針 ※認知症疾患医療センターとの関係を含む

- 1 「地域型」認知症疾患医療センターを、全二次医療圏(347圏域)ごとに設置
- 2 「基幹型」認知症疾患医療センターを、身体合併症に対する急性期医療対応と空床確保のための拠点として設置
- 3 上記を基本としつつ、**65歳以上人口規模に応じて「認知症医療支援診療所」**を設置する
 - ア) 65歳以上人口6万人以下の二次医療圏: 認知症医療支援診療所を優先して設置(または複数の二次医療圏による共同での「地域型」設置や、隣接する65歳以上人口6万人以上の二次医療圏と一体的に「地域型」を設置)
 - イ) 「基幹型」を設置した二次医療圏については、特に65歳以上人口が多い二次医療圏として「地域型」を設置。**3カ所目以降は認知症医療支援診療所を設置する**

認知症疾患医療センターと認知症医療支援診療所の違い・位置付け

	基幹型	地域型	認知症医療支援診療所
位置付け	・都道府県ごとの拠点 ・空床確保により都道府県圏域内での周辺症状・身体合併症に対する急性期医療対応を担う	・二次医療圏ごとの拠点	・65歳以上人口比率や地理的状況に応じて設置
機能	鑑別診断	実施	実施
	画像検査	CT: 実施 MRI: 実施	CT: 実施 MRI: 連携先でも可
	早期診断・早期対応	—	実施
	危機回避支援	—	実施
	研修会など	実施	—

認知症医療支援診療所の要件

1 人員体制に関する要件

- ・**専門医: 下記ア) またはイ) を満たし、かつ認知症の確定診断が可能な認知症サポート医(嘱託可能)が1人以上**
 - ア) 日本老年精神学会もしくは日本認知症学会の定める専門医
 - イ) 認知症疾患の鑑別診断など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
- ・**検査・相談・連絡調整などの担当者: 下記要件を満たす者 1人以上**
認知症の鑑別診断に関する神経心理検査(MMSE、CDRなど)について一定程度の知識および技術を修得している**看護師、保健師、精神保健福祉士など**

2 検査体制に関する要件

- ・当該診療所において、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施可能
- ・CT・MRIによる検査がほかの医療機関との連携などにより可能

3 連携体制に関する要件

- ・地域の市町村医師会、郡市医師会および都道府県を通じて都道府県医師会との支援協力体制を確保
- ・BPSDと身体合併症に対する急性期入院治療が可能な一般病院または精神科病院との連携体制を確保
(二次医療圏内の認知症疾患医療センターとの連携によって上記を実現している場合も可)

認知症医療支援診療所の役割

1 鑑別診断および専門医療相談

- ・早期対応、鑑別診断、家族からの電話・面談紹介、医療機関の紹介など

2 認知症初期対応体制に対する支援

- ・地域内のかかりつけ医、認知症サポート医および地域包括支援センターとの連携体制を構築
- ・認知症の人の早期診断・早期対応体制への積極的関与
- ・必要に応じて認知症の人の自宅訪問、地域ケア会議への参画、専門的アドバイスなど

3 医療機関・介護施設などへの専門的支援

- ・地域内の医療機関・介護施設・介護事業者などに対してアドバイスまたは訪問することにより、BPSDの症状がある認知症の人に対して望ましい医療が提供できる体制の構築
- ・上記により、BPSDの増悪による転院や入院の回避支援



2012「初期支援チームモデル事業」レポート

医療法人敦賀温泉病院（福井県敦賀市）

病院の認知症外来を在宅に「出前」

福井県の認知症疾患医療センターの一つでもある医療法人敦賀温泉病院（精神科105床）。理事長兼院長の玉井顯氏が1990年に、地域の認知症医療に取り組むために開設した精神科主体の病院だ。

同院は初期支援チームのモデルとして、2012年4月から2013年3月末までの1年間、医療・介護サービスを受けていない認知症高齢者の初期支援を行った。訪問対象は、大半は本人の受診拒否により、医療や介護サービスにつながっていなかった高齢者。家族やケアマネジャー、地域包括支援センターなどからの依頼を受けて初期支援チームが訪問した。

訪問対象は計17ケースで、半数以上が独居または老老世帯だ。訪問の大半は初回訪問の1回のみで、多くても3回。このうち13ケースが専門医の受診につながり、残り4ケースのうち3ケースは初期支援チームが関与を続けている。初期支援が一区切りついた支援対象者のその後については、地域包括支援センターに対応を一任している。

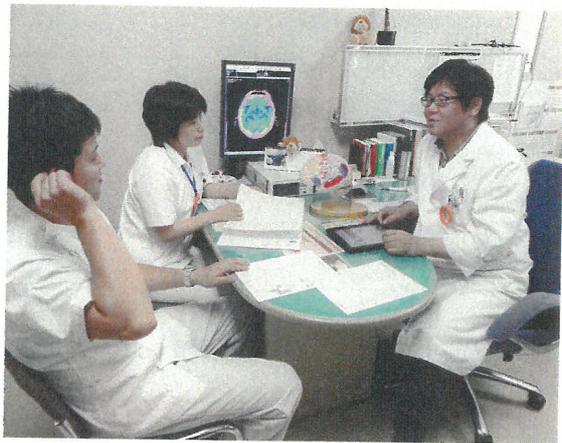
「病院からの訪問」が受診意欲喚起

同院では地域住民への啓蒙活動などを通じて、早くから認知症予防や早期診断の取り組みを進めてきた。2005

年頃から、認知症の周辺症状（BPSD）が悪化した患者の自宅などに赴き、患者の生活像を探る取り組みを開始。この取り組みをさらに発展させ、2010年9月に「認知症アウトリーチ専門チームDOST（Dementia Outreach Special Team）」、通称「お出かけ専門隊」を稼働させた。

地域包括支援センターなどの要請に応じて、精神保健福祉士や看護師など総勢15人前後の外来スタッフのうち1～2人が、地域の認知症疑いや認知症高齢者の自宅を訪問。本人および家族へのアセスメントや認知症に関する情報提供などを通じて、病院外来への受診を促す。このDOSTの活動がほぼ初期支援チームのモデル事業に引き継がれた格好だ。

「地域包括支援センターの担当者などが受診を勧めても、家族が受診の必要性を理解できず、医療につながらないケースが少なくない。だが病院のスタッフが出向き、きちんと説明すると、『病院からわざわざ来てくれた』と受診に前向きになりやすい」と、精神保健福祉士の井関秀典氏は初期支援チームの効果を



精神保健福祉士の井関秀典氏（写真手前左）が初期集中支援チームの中核メンバーとして、認知症が疑われる高齢者の居宅を訪問。訪問調査で得た情報を基に、看護師（写真中央奥）、医師（院長の玉井顯氏）とチーム会議を開き、対応を検討する

話す。

とはいえ、スタッフの負荷は軽くはない。初期支援チームの訪問活動は病院業務が終了した後の17時以降に始まる。「本人だけでなく、家族へのヒアリングも必須。そうすると、訪問時間はどうしても夕方以降になる」（井関氏）。

さらに、移動に往復2時間、アセスメントに1時間、病院に戻った後の専門医（玉井氏）を交えたカンファレンス（チーム員会議）に1時間と、1件の訪問で4時間ほどが必要になる。このほか、連絡や報告書作りなどにも時間を取られるため、「通常業務との兼ね合いから、月に1～2件の訪問が限度になる」と井関氏は話している。



医療法人プラタナス・桜新町アーバンクリニック（東京都世田谷区）

訪問看護で初期の認知症をピックアップ

医療法人プラタナス・桜町アーバンクリニックは、東京都世田谷区で初期支援チームのモデル事業を受託。2012年9月から2013年3月末までの約半年、世田谷区内の地域包括支援センターと連携する形で認知症高齢者の初期支援を実施した。

実際に訪問活動の主体となったのは、同クリニックの訪問看護ステーション「ナースケア・ステーション」。初期支援チームの構成は、実際に訪問に当たる訪問看護師が4人と、アドバイザーとしての医師が3人だ。

訪問対象は計6ケースで、うち3ケースは独居・老老世帯。本人の受診拒否などで医療・介護サービスの利用につながっていなかった。1人当たり2、3回ほど、最大で6回訪問するなど、複数回の訪問を行った。最終的には3人が専門医を受診、2人が通所介護などの利用や住宅改修などにつながった。残る1人は認知症ではないことが判明した。

モデル事業では地域包括支援センターなどからの要請を受けてから1週間程度で初回訪問に入り、信頼関係の構築や、家族に対するヒアリング、認知症

高齢者への対応に関するアドバイスなどを実施。また、不眠や妄想などの症状があれば、かかりつけ医や同クリニックの医師への受診を勧め、向精神薬などの処方などにつなげた。

初回訪問以降は1カ月ごとに訪問を重ねた。「4回ほどの訪問を経て本人・家族ともに落ち着くケースが大半だった」と所長の片山智栄氏は話す。

同法人は2013年度のモデル事業にも参加する予定。作業療法士1人を加えて4～5人の訪問チームで20人前後の対象者を支援していく予定だ。

仙台市認知症地域支援体制構築ワーキンググループ（仙台市）

困難事例への対応を「地域ケア会議」で検討

仙台市では、市内2カ所の地域包括支援センターおよび認知症サポート医1人、認知症相談医1人、ケアマネジャー2人、仙台市職員2人などで構成する「認知症地域支援体制構築ワーキンググループ」(WG)内に初期支援チームを設け、2012年9月から3月末までモデル事業に参加した。

仙台市は2008年に「仙台市認知症対策会議」を設置し、支援体制作りを進めてきた。地域包括支援センターの業務に認知症高齢者への対応も義務付けていたが、初期支援チームのような

活動までは実施していなかったという。

そこで、まずはWGに参加している包括支援センター2カ所を中心に、認知症疑いなどで初期対応に取り組んでいた困難事例6ケースをピックアップしてもらい、WGでどのように対応すべきかを検討。訪問は基本的に地域包括支援センターの職員が行うが、必要に応じてWGのメンバーも手助けするといった体制を取った。イメージとしては、WGが音頭を取って地域包括支援センターの困難事例の対応を検討するという、「地域ケア会議」的な取り組みといえる。

実際の訪問メンバーも、地域包括センターの職員に加え、WGのメンバーや地域の民生委員、介護事業所の職員などケースによって異なり、訪問回数も1回から最多で10回までと様々。それでも最終的には全員が専門医の受診や介護サービスの利用などにつながるといった成果を得た。

仙台市ではモデル事業で得た経験を基に、相談から初期支援までの一連の流れを今年度中にマニュアル化。市内49カ所の地域包括支援センターに取り組みのノウハウを広めていく考えだ。

CASE



認知症でも可能な限り在宅で 独自の工夫で早期対応に挑む

オレンジプランは、ようやくその絵姿が見えてきたというところ。だが、これに先駆けて「早期診断・早期対応」に取り組む医療機関・介護事業者が登場している。「認知症に強い」という評価は地域の患者・利用者からの信頼を高め、他事業者との一線を画す「武器」となり得る。

CASE

1

医療法人財団天翁会(東京都多摩市)

認知症専門医が地域に「出張」 早期対応担う支援チーム立ち上げに着手

東京都の多摩地域で新天本病院(179床)を中心に、現在計15カ所の医療機関・介護事業所を運営する医療法人財団天翁会。同法人では、グループ内のすべての医療機関・介護事業所が連携して、24時間365日体制で高齢者の生活を施設・在宅の両面から支えるネットワーク「あいセーフティネット」の構築を進めている。認知症ケアはリハビリテーション、在宅ケアと並ぶ主要サービスの一つだ。



「病院から地域に出て行き、認知症高齢者を介護するスタッフや家族を早期からサポートしていく」と話す精神科専門医の杉山恒之氏

精神科専門医が地域に「出張」

認知症ケアを重視する天翁会が、認知症の早期発見・対応のために今年度から新たに組み始めたのが、認知症専門医による地域への「出張サービス」(図1)。新天本病院の精神科医が地域の在宅患者や施設を訪問し、院外での認知症ケアに携わる医療・介護事業者を専門医の視点からサポートする。まず手始めに、法人内の介護老人保健施設への訪問をスタートさせた。

理事長の天本宏氏は、「医療機関に来てもらうのを待っているのではなく、こちらから在宅や施設に出向き、認知症高齢者の生活に関するアドバイスや服薬調整などを早期に行うべきだと考えた」と話す。

というのも近年、患者が新天本病院の老年精神科外来を受診してきた時には、既に入院せざるを得ないほど症状

医療法人財団天翁会・新天本病院

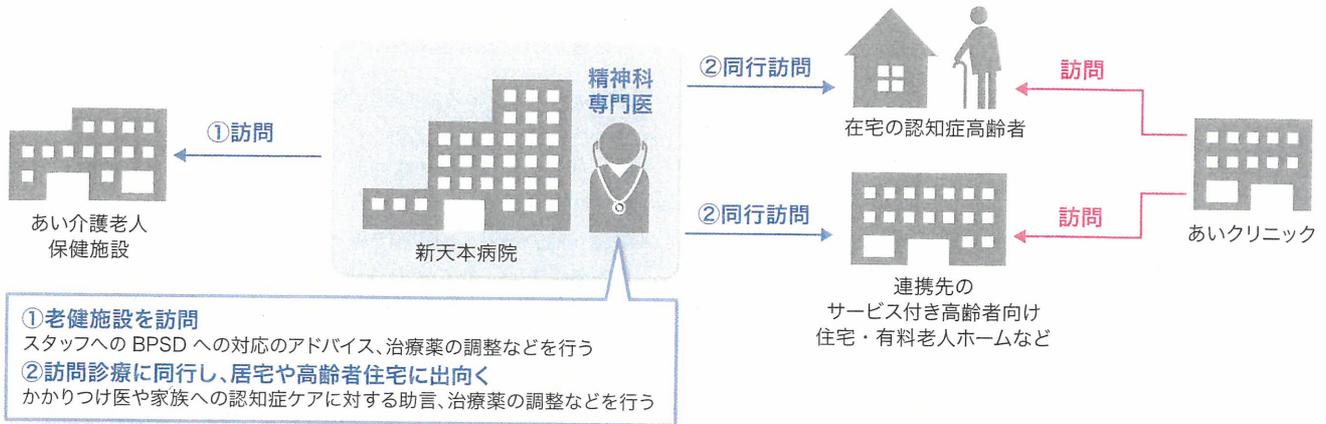


標榜科目 内科、脳神経科、老年精神科、リハビリ科など
病床数 179床(一般病棟:44床、回復期リハビリテーション病棟:48床、特殊疾患療養病棟:51床、精神科病棟:36床)
関連施設 介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーションほか

が悪化していたり、家族が介護でバーンアウトしてしまっていることが少なくないからだ。認知症高齢者が在宅生活を継続するためには、早期対応・早期診断が重要だと考えたのだ。

老年精神科医師の杉山恒之氏は、「在宅に戻れる可能性があっても、家族が在宅復帰を既にあきらめており、最初から入院・入所を希望するケースもある。もう少し早く介入できていれば、このまま在宅で生活できたのではないかと感じることが多い」と話す。そうした事態

図1◎医療法人財団天翁会の認知症ケアに対する取り組み



を防ぐのが、「出張サービス」の大きな狙いだ。

また、最近では有料老人ホームやグループホームからの電話相談も多いが、専門医であっても、本人の様子を直接見ずにアドバイスするのは容易ではない。しかし病院から医師が出向けば、本人の生活状況や周囲の環境もチェックでき、診察室にいて話を聞くよりも適切なアセスメントにつなげられる可能性が高いという。

新天本病院の老年精神科で診療する外来患者は、その約8割が認知症高齢者。マンパワーの関係から、これまでは外来診療への対応で手一杯だったが、この6月から老年精神科の医師を1人増員。杉山氏が施設や在宅の訪問にも力を入れるための時間的余裕を確保できるようになった。

多職種の支援チームを検討中

法人内の老健施設への訪問は、今年4月からスタート。認知症のある入所者を1日4～5人診察し、治療薬の処方などに当たるほか、老健施設のスタッフの「BPSDに困っているのだが、どうすれば

いいのか」といった相談に応じ、対応法をアドバイスしている。

6月からは、法人内の診療所の訪問診療に同行し、在宅患者や有料老人ホームなどへの訪問も始めた。精神科専門医の視点から、主治医に向精神薬の調整についてアドバイスしたり、家族に認知症の症状や適切なケアの仕方を説明している。

杉山氏はこうした訪問を続けながら、同時に施設や在宅で認知症ケアに関してどのようなニーズがあるかをヒアリングしている。こうして集めた情報を基に、天翁会ではこれまでの取り組みを一步進める形で、今年度中にも多職種による認知症高齢者の支援チームを立ち上げる予定だ。

想定している支援チームの役割は、支援困難事例に対する多角的なアプローチ。例えば独居で地域との接点もないような認知症高齢者に対して、薬物療法などの治療面では医師が、ソーシャルワークが必要な場合は看護師や精神保健福祉士が対応するなど、様々な職種のスタッフがかかわる形を考えている。これは、オレンジプランの「初

期支援チーム」の役割とほぼ同様だ。

特徴的なのは、杉山氏や支援チームはあくまで「裏方」に徹する点。認知症高齢者に接するかかりつけ医や家族、施設の介護職員などがスムーズに治療やケアに当たれるように、専門職の立場からバックアップする。

「チームで短期集中的に介入しても問題が一気に解決するわけではなく、その後のケアこそが重要になる。そのためのアドバイザーとなるのが我々の役目だ」と杉山氏は話す。

天翁会ではこれまでも、法人内で運営する地域包括支援センターに寄せられた相談事例に対し、法人内の診療所が医療面で介入するなど、各医療機関・介護事業所で認知症高齢者を支援してきた。今後は前述したようなオレンジプランの「初期支援チーム」に近い役割を果たす専門部隊を作り、地域の認知症高齢者の支援に本格的に乗り出そうというわけだ。

「支援困難事例はまだまだ地域に埋もれている。組織的に対応できるように体制整備が必要」と天本氏は話す。地域包括支援センターから相談を受けて

表1◎医療法人天翁会の「認知症支援における4つの基本方針」

地域に向けて認知症ケアに取り組む姿勢を打ち出したもの

- ① 認知症の方の医療・ケアを含めた生活支援を積極的に行います
- ② 認知症であってもなくても「その人らしさ」を尊重した支援を行います
- ③ 認知症の方や関わる人のもつ力に焦点をあてた与えるサービスから引き出すサービスを目指します
- ④ 認知症の方の生活する地域や社会のニーズの変化に対応します



表2◎基本方針を具現化するための7つの提言

職員に対して認知症高齢者との関わり方について説いたもの

- 認知症の方に対する積極的な支援は全職員の使命です
- 認知症を正しく理解しよう
- いつ、どこ、どのような状態でも、個性や意志、能力を尊重した生活を実現しよう
- 職種・部署・施設間の連携を強化し、地域内連携を行おう
- 一方向ではなく、認知症の方・家族・職員の互いの力を活かそう
- 「その人らしさ」の実現を家族や職員の自己実現にもしよう
- 認知症の方・家族・地域・社会から、今、何を求められているかを常に意識しよう



すぐにチームで介入したり、法人内の訪問診療所や訪問看護事業所の応援に認知症専門医が駆けつけるなど、ケースに応じて臨機応変に対応できるような体制を構築する計画だ。今後は杉山氏を中心に、支援チームのメンバーの選定や拠点づくり、支援チームのスタッフの役割分担、訪問効果を検証する評価ツールの作成などを、順次進めていくという。

病院機能も備える同法人では、オレンジプランで示された認知症の早期診断などを担う「地域型認知症疾患医療センター」や「認知症医療支援診療所」を目指していく。アウトリーチ機能を持つ支援チームと診断施設の両方をそろえることで、認知症ケアの拠点としての機能を拡充していく考えだ。

精神科以外でも認知症に対応

天翁会では、全事業所のスタッフが一丸となって認知症高齢者のケアに当たるべく、2008年11月に「認知症支援における4つの基本方針」と、職員の行動指針を示した「基本方針を具現化するための7つの提言」を策定(表1、2)。

認知症高齢者が地域での生活を続けられるよう、法人全体で支援することを宣言した。

こうしたスローガンを示すことにより、認知症ケアに対する職員の意識を高めている。例えば、新天本病院では以前、身体的疾患で来院した患者が認知症を併発していると、リハビリなどの提供は難しいと判断し、すぐに精神科に紹介する傾向にあった。

だが数年前から、「認知症はコモディティーズとして各診療科でも対応できるようにすべき」と理事長の天本氏が呼びかけ、最近ではリハビリ科や脳神経外科の患者が認知症を併発していた場合でも、その診療科の医師がそのまま主治医を務めている。精神科の医師には、対応法を相談するといった流れに変わってきているという。

2013年度に策定した3カ年の中期事業計画において、認知症ケアに関しては、「発症前から切れ目のない支援体制を構築する」ことを重点目標に掲げている。例えば、BPSDなど症状が安定しないうちは新天本病院への入院、ある程度安定した後は「あい介護老人保健

施設」での通所リハビリを活用してもらうというように事業所間で役割を分担。連携を密に図りながら、認知症高齢者の状態に合ったケアを提供している。

地域ぐるみで認知症高齢者をサポートするためには、外部との連携も重要な課題。中でもかかりつけ医との連携は不可欠となる。しかし、認知症高齢者の診療は状態把握のための聴取に時間がかかり、労力に応じた報酬が得られるわけでもないため、外来が忙しい開業医にはどうしても敬遠されがちだ。

そこで現在、同法人で計画しているのが、認知症高齢者や家族の相談窓口として機能する、「もの忘れカフェ」などの拠点作り。生活相談など、外来中になかなか相談に乗りにくい内容について、「かかりつけ医が『あそこに相談に行ってみてはどうですか』と患者や家族に案内できる場所を作りたい」と杉山氏は話す。

医療機関に行くことを躊躇する本人や家族も気軽に足を運べて、地域住民向けに認知症に関する講習会を開くなど、啓蒙活動を行う場としても活用していく考えだ。

在宅診療で初期対応に注力 医師らがチームで訪問し重度化防ぐ

医療法人実幸会・いらはら診療所(千葉県松戸市)に1日に訪れる外来患者は約200人。このうち約1割が認知症を抱える高齢者だ。院長の苛原実氏は認知症サポート医の資格を有するが、専門は整形外科。標榜科も内科、整形外科などで、認知症専門外来を設けているわけでもない。それでも、「あそこは認知症も診てくれる」との口コミで来院する人が少なくないという。

早期発見はかかりつけ医の役割

「認知症はいまや、風邪や高血圧と同じ、ごくありふれた疾患。ただ、認知症の症状のみが問題となって受診する人は少なく、別の疾患がきっかけで拾い上げにつながる例が多い」と苛原氏は話す。実際、膝や腰の痛みを訴えて整形外科外来を訪れる患者と接しているうちに、「実は認知症ではないか」と気づくことは珍しくないという。リウマチの治療薬を過剰服用してしまい、副作

用で唇を腫らして来院したり、骨折して来院した翌週に骨折したことを忘れ、「理由は分からないが痛みがある」と再度受診するなど、外来で「ひょっとしたら」と認知症を疑い、確定診断につながったケースも多い。

認知症以外の精神疾患の可能性が認められるなど、専門医の受診が必要なケースを除けば、基本的には自院で対応する。「専門医療機関は数カ月先まで予約がいっぱいということもざらで、『早く診てほしい』という家族のニーズに応えにくい」(苛原氏)からだ。「症状が進行しないうちに外来で認知症を拾い上げるのは、かかりつけ医の使命の一つだと考えている」と苛原氏は話す。

初回訪問には医師が必ず同行

いらはら診療所は訪問診療にも力を入れており、主に医師5人体制で約400人の在宅患者を抱えている。その中には認知症高齢者も少なくない。同診療所で診ている認知症の在宅患者は、グループホームの入居者も含めると約280人に上る。「認知機能の低下の後には身体機能の低下が必ず起こる。すると来院が難しくなるので、訪問機能は不可欠」というのが苛原氏の考えだ。

認知症患者への訪問は、オレンジプランの「初期支援チーム」と同様に、多職種のチームで行っている。メンバーは医師、看護師、ソーシャルワーカーなど。

医師が必ず初回の訪問に加わるのは、

BPSDが悪化した患者の多くが何らかの身体疾患を抱えており、治療に伴って認知機能にも改善が見られたという過去の経験に基づいている。初期段階で医師が介入し、肺炎や尿路感染症といった疾患をすぐに治療することで、BPSDも早期に収束させる狙いがある。

認知症高齢者の家族などから相談があれば、遅くとも翌日にはチームで患者宅を訪問し、集中的に介入する。介護サービスを受けていなければケアマネジャーも駆け付け、要介護認定の手続きを支援。ソーシャルワーカーも初回訪問に加わり生活環境などのアセスメントを行うといった具合だ。

初期は主に通所介護で支援

その後、必要性に応じて、訪問看護や訪問介護などの在宅サービスの迅速な提供につなげる。初期の認知症であれば主に通所介護サービスを利用し、独居である程度BPSDが見られるような場合には、訪問介護の生活支援サービスを利用してもらうことが多い。訪問介護職員は、食事の準備や部屋の掃除のほか、医師が処方した降圧剤などの基礎疾患の薬や認知症治療薬をきちんと服用しているか見届ける。さらに、訪問看護で食事や水分をきちんと摂取しているかなど、全身状態もチェックする。

在宅での生活が困難になった場合は、グループホームや有料老人ホームなどの居住系サービスで対応する。同法人は訪問介護などの在宅サービスやグループホームなどの居住系サービスも手がけており、医療・介護を組み合わせ一体的に支援できる体制が強みだ。こうした取り組みが認知され、地域包

医療法人実幸会・いらはら診療所



標榜科目: 内科、整形外科
病床数: 19床(一般病棟)
関連施設: グループホーム、訪問看護ステーションほか

クリニック モールの 募集です

サウスゲートタワー川口

新築



JR京浜東北線

川口駅より徒歩10分



埼玉高速鉄道

川口元郷駅より徒歩12分

埼玉県川口市金山町12-1

地上31階
地下1階
タワー
マンション

1階

クリニック
モール

募集科目

- ・内科・小児科・整形外科
- ・脳神経外科・婦人科
- ・皮膚科・耳鼻咽喉科等

新築 3区画募集

- ① 30.63坪
- ② 38.17坪
- ③ 72.86坪

面積相談可

分割相談可

賃料 13,500円 (3区画共通、坪当たり)
(別途消費税)

敷金 12ヶ月 駐車場あり (別途)

※入居可能 2014年4月予定

株式会社

東急コミュニティー

国土交通大臣(11)第1990号

☎03-5717-1550

担当:山田

東京都世田谷区用賀4-10-1

世田谷ビジネススクエアタワー5F

サウスゲートタワー川口 URL

www.sg-tower.com



患者宅を訪問する理事長の苛原氏。認知症高齢者への訪問も増えており、苛原氏だけで約100人の認知症患者を診ている (写真提供:いらはら診療所)



括支援センターから支援困難事例の相談を受けることも増えている。オレンジプランで新たに示された「認知症医療支援診療所」が制度化されれば、「要件を確認の上、手を挙げる方向で検討していきたい」(苛原氏)という。

認知症対応が地域の信頼の礎に

認知症ケアに積極的に取り組んできた同診療所だが、診療・介護報酬面でのメリットは、現時点ではほほまない。

例えば2012年度診療報酬改定では、認知症診療に関する報酬として「認知症療養指導料」などが新設されたが、同診療所では算定していない。同指導料は、かかりつけ医が認知症が疑われる患者を専門医療機関に紹介して診断を受け、その後指導管理を行った場合に算定できるものだが、前述のように自院でほぼ対応できていることに加え、予約が立て込んでいた専門医療機関では迅速な診断につなげにくく、紹介に至っていないためだ。

ただ苛原氏は、報酬単価のアップには直接つながらなくても、認知症高齢者への積極的な取り組みは経営上も不可欠だと強調する。「患者数の急増を考えれば、認知症対応はかかりつけ医

における必須機能。地域において十分や役割を果たせなければ、住民から支持を失うことになりかねない」。

認知症対応は早期の拾い上げだけでなく、かかりつけ患者の疾患管理の上でも大きな重要性を持つ。特に独居の認知症患者などは、薬をきちんと服薬できないために慢性疾患のコントロールにも支障を来すようになるからだ。

医療法人実幸会では、スタッフの認知症への対応能力をさらに高めるため、診療所やグループホームなど各拠点のスタッフを定期的集め、研修を実施している。事例を基に、介護職員、ケアマネジャー、相談員、医師などが認知症高齢者への対応を話し合っている。

併行して、グループホームで住民参加のイベントを計画したり、診療所で認知症に関する講演会を開くなど、地域住民への啓発活動に取り組んでいる。

「適切な介入があれば、認知症の高齢者でも在宅生活を長く続けられる。今後も、医療・介護の一体的な提供によるサポートを進めていきたい」と苛原氏は話している。

CASE

3

(株) 新生メディカル(岐阜市)、社会福祉法人新生会(岐阜県池田町)

定期巡回サービスが認知症ケアに効果
「アセス入所」でBPSDへの対応も

岐阜県内で、訪問介護7事業所を中核に介護サービスを展開する(株)新生メディカル(岐阜市)。同社は訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護(定期巡回・随時対応サービス)を活用して、在宅の認知症高齢者のケアに当たっている。

同社の訪問介護の利用者は約500人。このうち半数程度が、何らかの支援を要する日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の要介護者だという。「特に意識はしてこなかったが、気がついたら自然と認知症の方の割合が高まっていた」(取締役部長の今村あおい氏)。

同社がサービスを提供する岐阜エリアは、独居や老夫婦のみで生活を送る高齢者世帯も多いが、自立度Ⅱは独居・老老世帯が在宅生活を送れるギリギリのラインといわれる。「だが、ヘルパーの定期的な訪問によるサポートがあれば、

認知症であっても在宅生活を継続できるケースが多い」と今村氏は話す。

定期訪問で生活リズムを正す

在宅の、特に独居や老老世帯の認知症高齢者は周囲の目が届きにくい。このため症状が悪化し、徘徊などの問題行動が出て近隣住民が気づき、苦情を受けた家族が困ってはじめて、地域包括支援センターや介護事業者などに相談するケースが決して珍しくない。

同社がこうしたケースを紹介された場合は、まずはヘルパーの定期的な訪問で、利用者の生活リズムを整えることに注力する。「毎日朝、昼、晩などに、こまめにヘルパーが訪問し、起床や食事など生活のリズムが整ってくると、認知症による混乱や不穏な症状も落ち着いてくる。問題行動が原因で近所とトラブルになっているケースも多いが、ヘル

パーが訪問するようになると症状も落ち着く上、『ちゃんと人が来ている』と安心するので、近隣問題も解消に向かいやすい」(今村氏)。

また、定期的な訪問は服薬管理の上でも有効だ。認知症になると薬の飲み忘れが頻発するため、糖尿病などの持病

が悪化してしまいやすい。

既にアルツハイマー病治療薬「アリセプト」や向精神薬など、認知症を抑えるための薬が処方されていても、飲み忘れのため効果が見られないこともある。「定期訪問で薬をきちんと飲んでもらった結果、体調が安定するケースは極めて多い」(今村氏)。

認知症ケアに向く定期巡回サービス

同社の岐阜営業所(訪問介護事業所)では、2013年1月に定期巡回・随時対応サービス事業所の指定を受け、岐阜市内の要介護者にサービスの提供を始めた。「当初は重度の要介護者に対する身体介護が中心になると考えていたが、実際にサービスを始めてみると、認知症の軽度者に適したサービスであることが分かってきた」(岐阜営業所所長の郷春子氏)。

前述したように、認知症高齢者のケアは、定期的な訪問による生活リズムの調整が基本となる。「だが、サービス開始当初は、いつ起きているのか、ちゃんと食事を取っているのかなど、その人の生活状況の把握にかなりの時間を取られる。そもそも認知症の方は、『私は別に困っていない』と、サービスを拒否することも多く、顔なじみの関係を作るためにも、こまめに足を運ぶ必要がある」(郷氏)。

通常の訪問介護サービスは出来高報酬のため、訪問回数に比例して利用者の費用負担が重くなる。だが、包括報酬の定期巡回・随時対応サービスであれば、費用負担は一定のため、こうした心配はしなくて済む。「特に認知症高齢者に対するサービスは、開始当初の訪



訪問介護による在宅の認知症高齢者の服薬管理の様子。定期的な訪問で生活リズムを整えると、問題行動も落ち着くことが多いという



社会福祉法人新生会では、特養や住宅型有料老人ホームでBPSDなどの認知症高齢者を1〜3カ月ほど受け入れる「アセスメント入所」を実施している(写真提供:新生会)



アセスメント入所では入所者の24時間の生活を専門職が観察・把握し、カンファレンスを通じて必要となる介護サービスの検討や在宅復帰への調整を行う。通常は入所者の家族もカンファレンスに参加する(写真提供:新生会)

問回数が多くなるため、定額の定期巡回・随時対応サービスが向く。離れて住む家族にとっても、費用負担が定額というのは安心材料になる」と郷氏。

サービス開始から間もないこともあり、これまでに定期巡回・随時対応サービスを利用したのは6人。半分が日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者だ。1〜4カ月ほど定期巡回・随時対応サービスを利用し、状況が落ち着いてきたら出来高の訪問介護サービスなどへと切り替えている。

「定額費用とはいえ、報酬自体が高めの設定であることや、他の介護保険サービスとの併用のしやすさなどを考えると、出来高の訪問介護に切り替えた方がいい場合もある。また、当社としても定期巡回・随時対応サービスの訪問回数が増えすぎると経営が厳しくなるので、通常の訪問介護とうまくバランスをとって提供していくつもりだ」(今村氏)。

急性期は特養などへ「緊急入所」も

このほか、BPSD(認知症の周辺症状)が顕著になり、在宅生活が難しく

なった認知症高齢者については、同社の母体である社会福祉法人新生会(岐阜県池田町)と協力して「アセスメント入所」と呼ぶ独自の取り組みで対応している。

アセスメント入所とは、在宅の要介護者に1〜3カ月ほど、新生会の特別養護老人ホームなどに入所してもらい、多職種が短期集中的に状態を観察・評価(アセスメント)して、在宅生活に必要なサービスを検討し、在宅復帰につなげるもの。BPSDにより疲弊した家族のレスパイトケアの役目も果たす。

「スタッフが常駐している施設の強みを生かし、生活のリズムを24時間体制で把握、リズムを整えて在宅復帰につなげる」と、新生会・サンビレッジ岐阜管理者の川瀬由起子氏は話す。

当初の1カ月は、医師や看護師、リハビリ職など施設の複数の専門職が短期集中的に入所者の生活をアセスメントし、食事や排泄のタイミング、不穏行動のきっかけなどを24時間体制で探っていく。

その後、家族や在宅の担当ケアマネ

ジャーなども交えてカンファレンスを開催し、訪問介護など在宅復帰時に必要なサービスを検討。在宅復帰後の生活を想定して、例えば1日に数回、施設職員が訪問介護のヘルパーが入るタイミングで居室を訪問してみたり、実際に在宅に戻って生活が可能かなどを、2カ月ほどかけて検証していく。

アセスメント入所の利用者数は、特養「サンビレッジ新生苑」では月に3、4人程度。身体機能が急に落ちた利用者も受け入れるが、ほとんどは認知症の高齢者だという。このほか、アセスメント入所とターミナルケアに特化した有料老人ホーム「シティタワーアンキーノ」でも、月に1、2人の認知症高齢者を1〜2週間受け入れている。

「アセスメント入所は基本的に1回限りの利用で、在宅復帰後は2、3日のショートステイを使いつつ在宅生活を継続できている。今後も定期訪問による在宅サービスと、施設によるアセスメント入所をうまく組み合わせながら、認知症高齢者のケアに力を入れていきたい」と今村氏は話している。

グループホームで「よろず相談所」 地域住民の相談に無償で対応

「特養に入所させたものの、本当にこれで良かったのか悩んでいる」「今は老健施設に入所しているのだが、退所後どうすればいいのかわからない」「有料老人ホームへの入居を検討しているが、それでいいのだろうか」

これらは、認知症高齢者の家族や地域のケアマネジャーから寄せられる相談の一例だ。こうした相談の一つひとつ親身になって対応しているのが、大阪府箕面市内で2カ所のグループホームを運営する、特定非営利活動(NPO)法人ヒューマン・ワークス理事長の中垣内吉信氏。行政の窓口で紹介を受けて相談に訪れる家族も多く、その数は平均して月に10件ほどに上る。

通常、認知症高齢者の家族やケアマネジャーからの相談内容はもっぱら「居室に空きがあるか」「生活環境はどうか」などの入居相談にとどまるが、中垣内氏が受ける相談内容の多くは、経済的な事情からグループホームや介護施設



認知症高齢者を介護する家族の相談に幅広く応じている、NPO法人ヒューマン・ワークス理事長の中垣内吉信氏

への入居・入所が難しい利用者家族からのものだ。

オレンジプランでは、施策の一つにグループホームの活用を挙げており、「知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する」としている。2002年にグループホームを開設した直後から、それまで勤めていた介護現場での経験などを生かし、様々な相談に応じてきた中垣内氏の取り組みは、まさにその先駆けといえる。

今のところ、こうした取り組みを評価する報酬はなく、入居に結びつかなければ経営的なメリットはほぼ皆無だ。だが中垣内氏は、「認知症ケアに特化し、多くの事例を経験しているグループホームは、本来であればこうした相談機能を果たしていくべき」と意に介さない。運営するグループホームが満室であっても相談が寄せられれば応じ、無償で話を聞いた後、小規模多機能型居宅介護など他事業所の介護サービスを紹介することも珍しくない。

家族支援との両立が必須

「相談業務」は、認知症高齢者を医療へ結びつける役割も果たしている。医療機関に行っても「歳相応です」と言われて相手にされなかったり、アルツハイマー型認知症と診断され治療薬を処方されたものの、副作用などでかえってBPSDが悪化し、家族が困り果ててい

るケースが少なくないためだ。そうした時は、認知症疾患医療センターなどで確定診断を受けるよう勧めている。「自分の診断が間違っているとでもいうのか」などと主治医が紹介状を書くことに難色を示した場合には、家族の代わりに掛け合うこともあるという。

相談を受ける際は、本人の情報はもちろん、介護者である家族の経済状態や兄弟構成などの周辺情報に至るまで事細かにヒアリングする。介護を分担できる人がいるかなどの条件によって、提案できる内容が違ってくるからだ。

「最善の提案ができたと思っても、実は家族にとって介護力・経済面などから負担が難しい内容であれば、真の意味での支援にならない。関係者全員が納得できる現実的な提案をするには、詳細な情報収集が不可欠だ」と中垣内氏は言う。

勧めるサービスも、必ずしも「住み慣れた地域」にとらわれない。施設に入居ることを本人が近隣の人に知られたくないと思っていたり、家族が介護疲れに陥り、明らかに追い詰められた様子をしている場合などは、自宅から車で2時間かかる遠方の施設をあえて紹介するなど、距離を置くよう提案することもあるという。

「家族はなかなか悩みや本音を打ち明けられずにいる。家庭内の事情にどこまで踏み込んでいいものか今でも迷うが、『話を聞いてもらって気が晴れた』と言われると、これも地域に必要な役割ではないかと感じる。こうした専門的な相談に乗れるような人材を、もっと地域で育成していく必要がある」と中垣内氏は話している。

CASE
5

デイサービスセンターお多福(茨城県水戸市)

地域交流重視型の認知症中心デイ 専門外来併設で早期発見も

「今日は何の曲がいい?」。尋ねるスタッフに、「サザエさん!」と子どもたちが元気よく手を挙げる。音楽に合わせ、生き生きとした表情で体を動かす高齢者。「デイサービスセンターお多福」(茨城県水戸市)の日常の一コマだ。改装した古民家で、定員10人に対して家庭的なケアを提供している。一般の通所介護事業所でありながら、利用者の8割以上が認知症の高齢者だ。

2施設目は利用者の100%が認知症

同センターは、認知症ケアの調査研究などを手がけるNPO法人「認知症ケア研究所」代表理事の六角僚子氏が、「認知症高齢者と地域住民の交流の場を作りたい」との思いで2007年に開設。2009年には水戸市茨城町に2施設目をオープンした。定員は同じく10人で、こちらは利用者のほぼ100%が認知症だ。

経営面を考えれば報酬単価の高い認知症対応型通所介護の方が有利だが、「開設目的や利用者負担の増大を考慮し、あえて一般型として運営している」と統括管理者の高橋克佳氏は話す。平均稼働率は8割程度で、8月には3施設目を開設する予定だという。

地域との活発な交流は、同センターの最大の特徴だ。開設当初から、地域住民との交流会「お達者倶楽部」を月に1回開催。利用者と地域住民が参加し、健康体操やそば打ちなどのイベントを楽しむ。最近では、会に参加していた高齢の住民が通所介護事業所を利用するケースも増えているという。

そのほか、世代間交流として小学生ボランティアの訪問のほか、2011年には敷地内に保育園を開設し、園児と触れ合う時間を設けている。「スタッフの名前を覚えられない利用者が、子どもた

ちの名前だけは覚えている。『あの子どもたちは今日も来るんでしょ?』と楽しみに通ってくる人が多い」と管理者の渡辺和美氏は話す。

通所スタッフが自宅を訪問

同センターは、ほかの通所介護事業所やグループホームでは対応できなかった認知症高齢者も受け入れており、地域のケアマネジャーの「駆け込み寺」となっている。地域包括支援センターから困難事例の相談を受けることも多い。数年来自宅に閉じこもっていたような人に対しても、スタッフが頻りに足を運び、なじみの関係を作って介護サービスの利用につなげている。

2009年には事業所内に認知症専門の保険医療機関「お多福もの忘れクリニック」を併設し、週2日診療を行う。「利用者のほか、病院の精神科を受診するのは抵抗がある人でも訪れやすいようだ」と高橋氏。地域との接点に加え、医療へのアクセスポイントも設けたことで、早期発見・介入、生活支援、治療を並行して実施できる体制を整えている。



同じ敷地内にある保育園の園児と体操に興じる利用者。普段はぼんやりした様子の方も、子どもたちと触れ合う時には生き生きとした表情を見せる



前列左からデイサービスセンターお多福介護主任の作間彩子氏、管理者の渡辺和美氏、統括管理者の高橋克佳氏。後列はデイサービスセンターお多福茨城町管理者の松岡佳美氏

通所介護で認知症ケアに注力 ITと学習療法で意欲引き出す

ISSA(株)が運営する「デイサービス風太」(福岡県久留米市、定員30人)は、認知症の予防・改善に力を入れている通所介護事業所だ。

「今後の認知症高齢者の増加を考えると、認知症ケアへの取り組みは必然」と代表取締役の浦直樹氏は話す。実際、同事業所に通う利用者(1日20人程度)の半数は認知症。1人では身の回りのことができず、夜間に徘徊していた重度の認知症高齢者も受け入れている。

効果の高い「脳トレ」を模索

同社は2009年の開業以降、矢継ぎ早に認知症高齢者を支える仕組みを取り入れてきた。まず2011年に「認知機能向上システム」を導入。タッチパネル対応のパソコンやタブレット端末を用いて、簡単な計算問題などに挑戦してもらい、認知機能の維持・向上を図るものだ。

「指先だけで直感的に操作できるタブレット端末をテレビで見て、『高齢者が使うのにぴったりだ』と思っていたところ、新聞でタブレット端末などを使った認知機能向上システムがあることを知り、導入を決めた」(浦氏)。導入コストは約50万円だ。

認知機能向上システムには、前述したように簡単な計算や、表示された絵を記憶するといった37種類の問題が収められており、通所介護の利用者は好きな時に無料でシステムを利用できる。当初はほぼ全員が利用していたが、「やや問題の難易度が高かったためか、現在は1日20人の利用者のうち、比較的元気な2、3人が使う程度にとどまっている」と管理者の西依秀樹氏。

そこで翌年の2012年9月には、(株)日本公文教育研究会・くもん学習療法センター(東京都千代田区)が提唱する

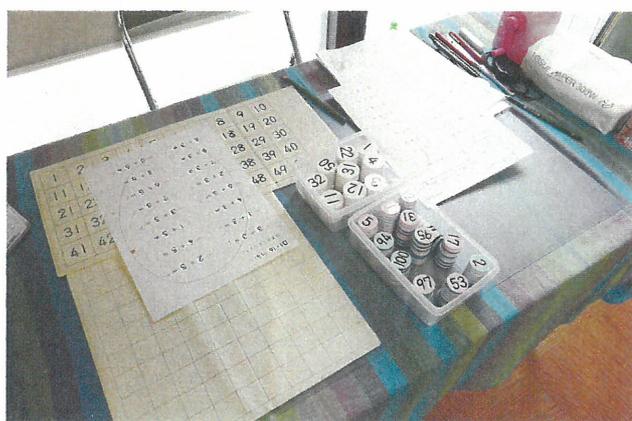
「学習療法」を導入。簡単な読み書きや計算問題により脳の前頭前野を活性化させ、認知症の進行の予防や改善につなげようというものだ。

「こちらは利用者に合わせて問題のレベルを調整できることもあり、利用者の半数が利用するまでに至った。半年ほど続けると、機能維持や改善など、何らかの効果がみられる」と西依氏。実際、中程度の認知症で、会話する意欲すらなかった80代の女性利用者が、2カ月程度で意欲を取り戻し、今は自宅でクイズ番組を楽しむなど劇的に改善したケースもあるという。

このほか、同社は地域住民の認知症予防に向けて、認知症サポート講座を開催したり、地域住民からの認知症相談などに応じたりするといった活動も進めている。「認知症に強いという評判が口コミで広がり、ケアマネジャーから利用者の紹介につながったケースもある。今後は訪問介護の利用宅などにもタブレット端末を持参し、認知症高齢者のケアに活用していきたい」と浦氏は話している。



タッチパネル式のパソコンやタブレット端末を使った「認知機能向上システム」を導入。通所介護の利用者は無料で利用できる



2012年からは(株)日本公文教育研究会・くもん学習療法センターが提唱する学習療法も導入。利用者の約半数が学習療法に取り組む。費用は教材費(月額2100円)の実費のみ

