

# ソーシャルワーク視点からみた認知症初期集中支援チームの意義

## The meaning of initial intensive support team of dementia from social work perspective

久松 信夫<sup>\*1</sup>

キーワード： 認知症初期集中支援チーム, 社会福祉士, 精神保健福祉士, ソーシャルワーク介入プロセス, アウトリーチ

### 1. 研究の背景

わが国における認知症の人の数は2012年で約462万人で、65歳以上の高齢者の約7人に1人と推計されており(朝田 2013), 2025年には約700万人前後となり、同じく65歳以上の高齢者の約5人に1人へと上昇する見込みである(二宮 2014)。こういった背景から、2015年1月にそれまでの「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(以下、オレンジプラン)を改めて、「認知症施策推進総合戦略:認知症にやさしい地域づくりに向けて(新オレンジプラン)」(以下、新オレンジプラン)が策定された。新オレンジプランの基本的考え方は、「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」ことである(山田 2016:402)。

もともとオレンジプランは、「認知症の人と家族の生活を支える地域包括ケアシステムの実現という文脈のなかで策定されたものである」(粟田 2016:70)。地域包括ケアシステムとは、厚生労働省の定義によると、「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」である。さらに、オレンジプランの基本目標は「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の実現をめざす」ことである。この基本目標を実現するための7つの視点があり、以下がそれである。①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成である。

オレンジプラン策定以降、各方面にさまざまな活動と議論が沸き起こっているが、2014年10月に認知症の人の当事者組織「日本認知症ワーキンググループ」が立ち上がったことは特筆すべきことかもしれない。その後、同年11月に認知症サミット日本後継イベントが

---

\*1 HISAMATSU, Nobuo 桜美林大学総合科学系

東京で開催されたのを契機に、2015年1月に新オレンジプランが発表された。

この新オレンジプランの最も重要な特徴は、7つの柱があることであろう。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がそれである。認知症初期集中支援チームはこのうち、②と④の柱として取り上げられ、この2つの柱を推進していくために設置されたものである。これまでの認知症ケアは、「認知症の人が認知症の行動・心理症状等により『危機』が発生してからの『事後的な対応』が主眼となっていたが、今後は新たに『早期支援機能』と『危機回避支援機能』を設置し、これにより、『危機』の発生を防ぐ『早期・事前的な対応』に基本を置く」（国立長寿医療研究センター 2015：1）ことが、認知症初期集中支援チーム設置の背景にある。つまり、新オレンジプランをうまく軌道に乗せるためには、認知症初期集中支援チームの活動は非常に重要になると捉えられる。

これらの背景に基づいて、認知症初期集中支援チームは2012年度に全国3か所、2013年度に全国14か所設置され、モデル実施に至った。その後、「介護保険制度の改正によって再編された地域支援事業の任意事業に、認知症初期集中推進事業として平成26年度に位置づけた」（延 2016：427）。この認知症初期集中支援推進事業の目的は、「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られるために、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」である（延 2016：427）。加えて、事業内容は大きく分けて①認知症初期集中支援チームに関する普及啓発について、②認知症初期集中支援チームの認知症初期集中支援について、③認知症初期集中支援チーム検討委員会についてが挙げられる。平成25年度のモデル事業開始後3年半が経過し、各々の設置自治体の活動報告は挙げられているが、現状からみた活動の課題が十分に明らかになっているとは言いがたい。特に、社会福祉系チーム員の活動の意義が十分に問われていない状況である。

そこで本研究では、認知症初期集中支援チームの現状と課題を取り上げ、チーム員の特に社会福祉系チーム員であり、ソーシャルワーカーとして位置づけられる社会福祉士と精神保健福祉士の活動の意義を明らかにすることを目的とした。次項では、認知症初期集中支援チーム創設の背景にある、上述した7つの柱の特に②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供について、その内容を概観する。

## 2. 「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の内容

山田（2016：402-405）は新オレンジプランの7つの柱のうち、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供についての内容を詳細に検討している。項目としては、

ア. 基本的考え方, イ. 本人主体の医療・介護等の徹底, ウ. 早期診断・早期対応, エ. 認知症の行動・心理症状 (BPSD), オ. 身体合併症等への適切な対応, カ. 医療・介護等の有機的な連携の推進の6項目である。そのうち、認知症初期集中支援チームと関わりの深い、ウ. 早期診断・早期対応について確認していきたい。

山田 (2016:403) は、「認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、認知症の初期段階で適切な対応を行う早期診断・早期対応が重要」と述べている。この早期診断・早期対応は「質の高い診断と診断後支援 (統合ケアの調整) の仕組みづくりにはほかならない」(栗田 2016:71) とも言われる。確かに、“認知症”の早期診断を行い、医療のみならず福祉系職員等による早期対応を実施することで、“認知症”の進行を緩和させたりすることが可能であるといわれている。それらを一連の過程の活動として考えると、認知症初期集中支援チームは早期診断と早期対応を一体的に捉えた医療・福祉系の専門職による活動と位置づけられる。この認知症初期集中支援チームは、平成26年度末では41自治体が導入していたが、平成27年度実施予定の自治体は306と大幅に増加している。もちろん、この認知症初期集中支援チームが多くの自治体で活動が展開されるなど増加することは結構であるが、有意義な活動効果が図れるような実務的な技術・技能などが蓄積され発揮できていなければならない。しかし、そういった活動効果の報告は極めて数少ない傾向にある。

### 3. 認知症初期集中支援チームの内容

認知症初期集中支援チームとは、「地域包括支援センター等に設置し、認知症の専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門家が家族の訴え等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に対して、訪問、観察、評価、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行うチームである」(延 2016:426)。そのイメージ図は図1として表せられる。

また、認知症初期集中支援の「初期」の意味には二つあり、「認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけではなく、認知症の人へのかかわりの初期 (ファーストタッチ) という意味をもつ」(延 2016:427-428)。

認知症初期集中支援チームの内容を表1に表す。表1から特徴的な点がいくつかみられる。職種ではコメディカルのうち福祉系職員として、精神保健福祉士、社会福祉士や介護福祉士が取り上げられている。医療職と福祉職の連携の必要性が言われて久しいが、認知症高齢者支援においても、このように福祉系国家資格取得の職種が含まれることは大変意義のあることと考えられる。また、訪問支援対象者は、この認知症初期集中支援チームの設置の目的からいえば当然かもしれないが、たとえば表1のaの①~④の対象者については、これまでこういった医療や介護サービスに結びついていない認知症高齢者や認知症の疑いのある人を積極的に早期発見する必要性を説いた指摘はあったが、具体的に制度的・活動的に位置づけたことは画期的であるといえよう。

## 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

### 早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症初期集中支援チームの設置＞

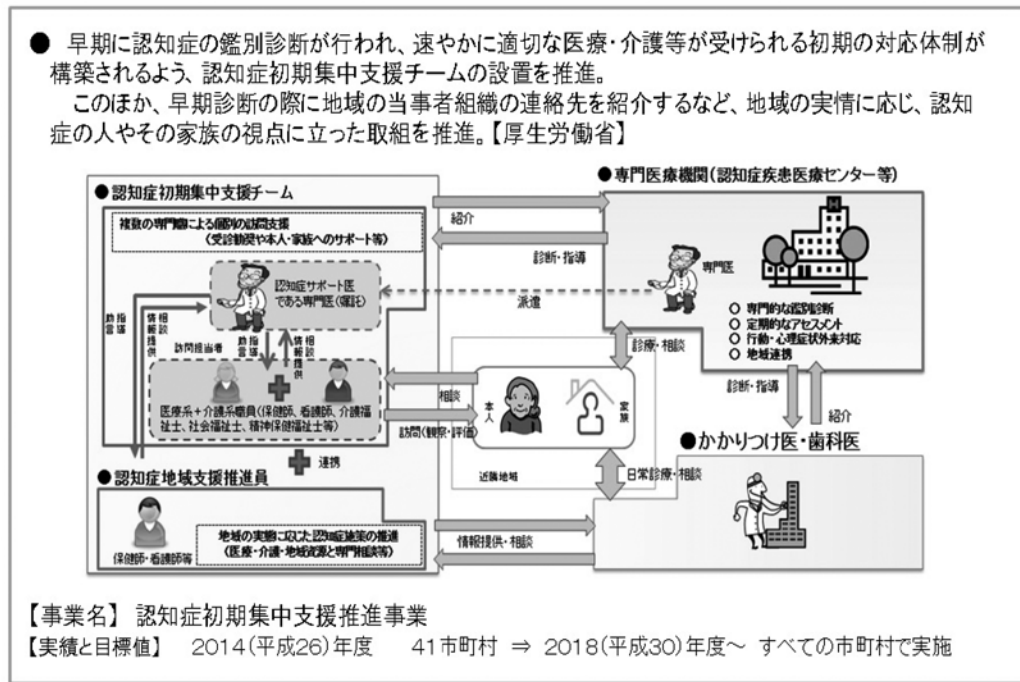


図1 早期診断・早期対応のための体制整備；認知症初期集中支援チームの設置  
出典：『平成27年度認知症初期集中支援チーム員研修テキスト』 p.5

訪問支援対象者への初期集中支援の内容は、「まず受診勧奨・誘導である」（鷺見 2015：1082）。その後、「ある程度診断がついたところで介護保険サービス利用の勧奨・誘導を行う」（鷺見 2015：1082）が、ここで重要なのは介護保険制度というフォーマルケアを視野に入れるだけではなく、インフォーマルケアとして近隣住民や住民組織も踏まえた関わりをも視野に入れることである。この初期集中支援の期間は、「最長で6か月をめぐりに支援の達成を目指す。6か月を超える場合は、対象者の居住する管轄の地域包括支援センターへ、確実に引き継ぐ」（鷺見 2015：1082）とされている。このように、初期集中支援が終了した場合は介護保険サービスなどへの円滑な引継ぎが求められるが、認知症初期集中支援チームの役割は引き継ぎで終了するのではなく、「引き継いだ対象者が医療・介護サービスを継続できているかをモニタリングする必要がある」（鷺見 2015：1082）。このモニタリングの実施主体は、認知症初期集中支援チームであり、「継続がうまくいっていない場合にはケアマネジャーに報告、助言する」（鷺見 2015：1082）とされている。

表1 認知症初期集中支援チームの内容

実施主体	市町村	
チーム設置場所	地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等	
チーム員の人数	3人以上	
職種	医師	日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医または認知症疾患の鑑別診断等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のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医（今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のある者でも可）である医師1人
	コメディカル*	以下の要件をすべて満たす者2人以上 ①保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者 ②認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者
訪問支援対象者	原則として、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a、bのいずれかの基準に該当する者 a. 医療サービス、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者 ②継続的な医療サービスを受けていない者 ③適切な介護サービスに結びついていない者 ④介護サービスが中断している者 b. 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者	
訪問体制	初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1人以上の計2人以上で訪問する	
チーム員会議／個別ケース会議の開催	初回訪問後、訪問支援対象者ごとに、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方法、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う	
支援期間	訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、おおむね最長6か月	
事業の評価検証実施機関	国立長寿医療健康センター	

出所：東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援係作成資料 2015

出典：（鈴木・諏訪，2015，p.1125）

※初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

## 4. 認知症初期集中支援チームの活動の実際

### 1) 全体的な結果

国立研究開発法人国立長寿医療研究センターは、平成27年度に「認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業」を実施した。これは、平成27年度に認知症初期集中支援チームを設置する予定だと回答した306市町村に対して、平成28年1月末までの活動実績について153市町村から回収したものである。その結果、訪問支援対象者の把握経路は、「家族からの相談」が44.3%、「本人」からが2.1%と合わせて約46.4%は家族と本人で占められていた。訪問事例560事例の内訳は、男性36.3%、女性63.7%、世帯構成は独居31.8%、夫婦のみ世帯が30.2%、年齢では75歳以上の後期高齢者が84.5%であった。また、初回訪問から引き継ぎまでの期間の平均は62.3日であり、おおよそ2か月弱程度で介入が終了している。さらに、半数以上が介護保険サービス等の利用につながり、支援終了時の転帰は「在宅継続」が75%であった。

これらの結果から、訪問支援対象者の把握経路は民生委員や地域包括支援センターといった初回相談を担当する他者・他機関からの相談が意外に少ないことがわかった。世帯構成は、独居と夫婦のみ世帯がそれぞれ3割であり合わせて6割を超過。また年齢は後期高齢者がほとんどであることから、認知症への罹患がより身近に感じられる世帯・年齢の高齢者が多いことがわかった。介入の期間は、当初「最長6ヶ月」であったが、その1/3程度の期間でまさに「集中的に」介入していることがわかる。介入後も自宅で継続して生活を送っていることも、地域包括ケアシステムの理念からすれば功を奏しているともいえる。調査の回収率が5割であり、残りの半数の活動実態が気になるが、この調査結果は認知症初期集中支援チームのある程度の活動実態の方向性とも推察される。

### 2) 前橋市の活動

前橋市は平成25年度から認知症初期集中支援チームの活動を開始しており、民間委託の地域包括支援センター1か所に設置されている。以下、山口（2015:1085-1092）の報告に沿ってまとめていきたい。

2015年度のチーム員の構成は、医師2名、看護師2名、作業療法士1名、社会福祉士1名であり、常駐ではなく、依頼状況に応じてチーム員として柔軟に活動している。社会福祉士は、対象者本人や介護家族の要望を丁寧に聴き取るとともに、市内の病院・施設との強力なネットワークや社会資源に関する豊富な情報を活用し、対象者の個別的ニーズと各社会資源の特性に応じたコーディネーションなどを得意としているという。

具体的な業務の流れは、①支援依頼と訪問の事前調整・準備、②初回訪問とアセスメントの実施、③チーム員会議、④初期集中支援の実施、⑤引き継ぎとモニタリングである。以下、具体的な活動をみていく。

①の支援依頼と訪問の事前調整・準備では、新規の依頼は基本的に地域包括支援センターを介して受けているという。これは、地域包括支援センター(または介護支援専門員など)と介入当初より情報共有しながら支援を進めるためであると同時に、権利擁護の問題など支援チームだけで抱え込むことにならないためでもあるという。さらにかかりつけ医がいる場合は、実施主体の前橋市(市長名)とチーム設置機関(理事長名)から、かかりつけ医宛の通知文と情報提供の依頼(コメント票)を発送し、支援チームが訪問前に配慮すべき点などについて、かかりつけ医からコメント票を通して返信を受ける。

②の初回訪問とアセスメントの実施では、初回訪問は原則的に依頼元の地域包括支援センター職員が同行し、2名のチーム員がアセスメントを行う。この2名のチーム員は、基本的に医師以外の作業療法士と看護師、社会福祉士のいずれか2職種がペアとなる。ただし、大人数での訪問を嫌う対象者の場合などには、柔軟な対応を実施している。支援対象者は、介入拒否が強い場合や、認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD)への対応に周囲が苦慮している場合が多いため、チーム員の訪問も警戒されることが多く、初回訪問とアセスメントには工夫とスキルが求められる。さまざまな情報を収集し、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など定型化されたチェック票を原則的に用いている。

③のチーム員会議では、平成25年度は月4回、平成26年度以降は月2回程度の頻度で、医師を含むチーム員のほか、行政担当者(市直営地域包括支援センター担当者3名)、設置機関の地域包括支援センター職員が参加する。基本的には、新規依頼対象者の支援方針の検討などに時間を割き、継続ケースは変化や検討の必要がある場合のみ主担当のチーム員から報告する方法を採っている。加えて、地域の社会資源との連携方法や普及啓発活動など、支援チームの運営に関する事項も行政担当者とともに検討する機会を設けている。

④の初期集中支援の実施では、チーム員会議で検討された支援方針に従い、実際に専門医療機関への受診勧奨やかかりつけ医との連携・情報共有、介護サービスの利用移行支援、本人や介護家族への心理的支援、介護家族における認知症についての理解促進、環境調整の提言などを行う。初回訪問時のアセスメント結果は、在宅での生活状況や服薬状況、介護家族の状況などの情報を中心にチームの支援方針とともに、かかりつけ医への文章としてまとめて情報提供している。また、市内の認知症疾患医療センターの担当者とも連携体制をとり、対象者の状況や支援チームのアセスメント結果を事前に共有することで、専門医療機関の受診が円滑に行えるという。支援チームにおける支援終了までの訪問回数は、平成26年度末で $2.9 \pm 2.1$ 回、で関与期間は $144.5 \pm 88.3$ 日である。

⑤の引き継ぎとモニタリングでは、前橋市の場合は、常に地域包括支援センター(または介護支援専門員)と連携をとりながら支援を進めているため、改めて引き継ぎの場を設けることはせずに、終了となる旨が対象者や介護家族、地域包括支援センターと共通認識であることを確認し、終了時アセスメントを実施して終了としている。さらに、支援終了後の2～6か月をめぐりに、サービスなどの継続利用ができていないかモニタリングを実施している。

### 3) 世田谷区の活動

世田谷区は平成25年度より認知症初期集中支援チームの活動を始動させている。活動背景は、高橋（2015：1093-1098）の報告が詳しい。ここでは簡潔に概観する。

世田谷区の認知症初期集中支援チームは、あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）職員と、委託した医療法人のスタッフから構成される複合チームである。チーム員会議の基本メンバーは、専門医、専門医以外の医師、訪問看護師、あんしんすこやかセンター認知症専門相談員、総合支所職員、本庁保健師、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士であり、多職種・多機関協働の縮図のような体制となっている。このチーム員会議の際に、複数のあんしんすこやかセンター職員が担当ケースごとに入れ替わり立ち替わり出席する。

初回訪問は必ず、訪問看護師とあんしんすこやかセンター職員が同行訪問する。

### 4) 神戸市の活動

神戸市は平成25年度より長田区をモデル地区として、認知症初期集中支援チームの活動を始動させている。以下、前田・梶田（2015：1131-1136, 2016：84-89）の報告から、その内容をみていきたい。

長田区内の7か所の地域包括支援センターに認知症初期集中支援事業の内容を説明し、対象者の紹介を依頼した。チーム員会議には、訪問チーム員（2チームを設置）、看護師、社会福祉士、作業療法士、専門医、認知症サポート医、保健師、対象者を紹介した地域包括支援センターの担当介護支援専門員、市・区の担当部門の職員、対象者の担当介護支援専門員など、医療と福祉の多職種が参加する。

神戸市の認知症初期集中支援チームの活動の流れは、次のようになっている。

①対象者がいると、その情報が家族・近隣住民・介護施設職員などから長田区の地域包括支援センターの介護支援専門員に入り、そこから支援チームの相談窓口である認知症対応強化型地域包括支援センター（神戸市社会福祉協議会内）に連絡が入る。

②上記の連絡が入ると、保健師、看護師、社会福祉士、作業療法士のうちから2名がチームとなり、対象者について対象者の担当介護支援専門員などから情報収集を始める。

③上記の情報収集ののち、対象者の自宅を訪問するが、対象者の担当介護支援専門員とともに対象者を紹介した地域包括支援センターの担当介護支援専門員も同行することが多い。

④対象者の自宅において、本人や配偶者などの同居者から心身機能、生活状況、生活環境、介護者の介護負担感等について聴取し、アセスメントを実施する。

⑤自宅訪問のあとチーム員会議を開催し、対象者への介入支援を全員で検討する。会議は通常月3回程度開催する。チーム員会議には、専門医、認知症サポート医、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の多職種で構成されている。

⑥チーム員会議後、チーム員は対象者を再度訪問して、担当介護支援専門員等と連絡・



調整しながら適切な医療あるいは介護サービスにつなげていく。

神戸市での認知症初期集中支援チーム活動の活動開始直後と開始1年後の比較では、対象者の特徴は、高齢化し、夫婦二人暮らし世帯、介護保険未申請が増え、認知症高齢者の日常生活自立は低下、介護保険を申請している者では要介護度は軽くなっていた。対象者の把握経路は「家族から」が増え、認知症の鑑別診断を受ける割合が増えていた。これらの結果から、支援チームの活動が継続的に行われると、活動の認知度も高くなるため、それまでと若干異なる対象者が把握されてくるのではないかと考えられた。

神戸市の認知症初期集中支援チームの今後の課題として、同じく前田・梶田(2015:1134-1135)は、人材の育成、介護サービスの導入、認知症の鑑別診断の重要性、対象者の把握、困難事例の5項目を挙げている。一方の報告(前田・梶田 2016:87-88)では、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、家族のいない独居高齢者の支援、地域包括支援センターの負担の増大、認知症の診断、人材の育成、かかりつけ医との連携を挙げており、多方面に渡る課題が浮き彫りにされていることがわかる。

## 5) 敦賀市の活動

猿橋(2015:56-59)によれば、敦賀市では、平成25年8月に認知症初期集中支援事業を開始し、市内全体を対象とするために3か所の地域包括支援センター(直営1, 委託2)に認知症初期集中支援チームを設置したという。チーム員は、各地域包括支援センターの保健師・看護師と、社会福祉士、介護福祉士で構成されている。

関係機関との連携では、まず医療機関とチーム員との連携ツールとして、「主治医連絡票」を作成し、支援開始時には必ずチーム員から医療機関へ、「支援に入ることへの報告」「アセスメント内容」「支援の方向性」等のチーム員会議の内容を、主治医連絡票を用いて報告している。支援途中にも、随時「経過報告」や「相談」を行い、支援終了時には「導入したサービス」「引き継ぎ先」等を報告している。主治医連絡票の返事として、医療機関からチーム員へは「内科的疾患」「診断内容」「服薬状況」「支援に対する助言」等の情報提供をいただくという。また、居宅介護支援事業所や小規模多機能居宅介護事業所に対しても、直接訪問して事業説明したところ、事業対象者と思われる方の連絡も増えているという。

家族やケアマネジャー、かかりつけ医から地域包括支援センターに相談が入ると、地域包括支援センターで認知症初期集中支援としてかかわるかどうかの判断をしたのち、チーム員2名で自宅訪問を行う。初回訪問後には認知症専門医を含めたチーム員会議を開催する。さらに、対象者には、医療機関への受診や継続受診に関する支援、適切な介護サービス利用のための支援を行っている。認知症初期集中支援終了にあたって、チーム員会議で支援の経過等から終了を確認し、ケアマネジャー等関係機関への引き継ぎ先等へのモニタリングを実施し、事後の状況を確認している。

今後の課題として、①認知症施策に関する普及啓発：認知症初期集中支援チームの周知と併せて、地域包括支援センターが認知症の相談窓口になっていること等、相談内容の具

体的な提示が必要、②認知症の早期発見：市独自の「認知症早期発見チェックリスト」を作成、③認知症初期集中支援チームの医療職における専門性の向上：認知症に関する専門的な医療知識のみならず高齢者に関する全般的な医療・看護の知識の習得、薬剤の知識、精神疾患の知識、身体症状の観察眼などが挙げられる。

## 6) 町田市の活動

町田市の認知症初期集中支援活動は、古川（2016:422）の報告をもとに簡潔にみてみたい。

町田市では、平成26年度にモデル事業として順にチームを立ち上げ、平成27年4月からは人口10万人に1か所の割合で、市内4つの医療機関（認知症専門病院3か所、認知症疾患医療センター1か所）と連携し、認知症初期集中支援チームによる訪問事業が本格実施に至った。医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士、薬剤師等の専門職が参加して、担当地域の地域包括支援センターとチームを構成して活動している。対象者は、地域包括支援センターが、認知症の疑いや軽度認知症のある高齢者を抽出し、チーム員会議を開催している。さらに、最大6か月の支援を行ったあとは一度終了し、地域包括支援センターが引き継ぎ、モニタリングを継続している。

## 5. ソーシャルワーク視点からみた認知症初期集中支援チームのあり方

前項まで認知症初期集中支援チームの活動を概観してきた。その活動プロセスは、ソーシャルワークの介入プロセスと類似している。すなわち、ソーシャルワークの一般的な介入プロセスは、インテーク→アセスメント→プランニング→インターベンション→モニタリング→終結である。認知症初期集中支援チームの活動プロセスは、地域包括支援センターや家族からの通報などに基づいて初回訪問を行う（インテーク）→自宅訪問時におけるアセスメント→チーム員によるチーム員会議での介入計画（プランニング）→支援介入（インターベンション）→各種の社会資源の活用につなげて支援介入の終結（評価／終結）→一定期間後のモニタリング（モニタリング／アフターケア）である。認知症初期集中支援チームの活動は、ソーシャルワークの介入プロセス上でのモニタリングと終結が逆転している側面もあるが、それは活動の目的の相違によるものとも考えられる。したがって、ソーシャルワーク視点からみた認知症初期集中支援チームの活動は、ソーシャルワークの介入プロセスそのものではないが、類似する介入プロセスを踏むため、認知症初期集中支援チームのソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）にはなじみやすい活動ではないかと考えられる。また、認知症初期集中支援チームの介入期間は最大6か月ということから、短期的介入ということが挙げられる。ソーシャルワークにおいても、従来から短期処遇(方法)という介入方法があり、これは短期間に集中してクライアントやソーシャルワーカーが問題解決を目指して行うものである。認知症初期集中支援チームは、認知症高齢者の生活問題を全面的に短期間で解決するというよりも、短期間に集中して介入し、一定の

生活改善を図り、地域包括支援センターや介護支援専門員に引き継ぎをするといういわば、ファーストエイド的な介入方法であろう。しかし、ソーシャルワークという短期処遇（方法）とも類似している側面があり、認知症初期集中支援チームの活動に参考となる視点や介入方法があると考えられる。

一方、認知症初期集中支援チームの活動は、ソーシャルワーク視点からみた際に「アウトリーチ」の実践と捉えることもできる。アウトリーチとは、「ソーシャルワーカーが相談機関に持ち込まれる相談を待つのではなく、問題を抱えた人がいる地域社会やその人たちの生活空間に向き、相談援助というサービスを提供することである」（福富 2015:157）。認知症初期集中支援チームの活動の始まりは、地域包括支援センターなどが把握した対象者を認知症初期集中支援チームに連絡するところから始まるが、その後の活動展開はソーシャルワークにおけるアウトリーチ活動に準じていると考えられる。つまり、アウトリーチは特に支援を利用する動機づけに乏しいクライアントに対して、支援者側が積極的に働きかける（電話、自宅訪問など）こととして重視されてきた手法である。そして、アウトリーチの担う機能として、福富（2015:159）は「ニーズの掘り起こし」「情報提供」「サービス提供」「地域づくり」を挙げているが、前者3項目が認知症初期集中支援チームの活動と重なる側面であろう。自宅訪問等により、認知症高齢者やその疑いのある人のニーズを掘り起こし、医療機関受診や介護保険などの社会資源の情報提供、さらにその社会資源へと対象者をリンクさせてサービス提供に帰結するという一連のアウトリーチ機能が、認知症初期集中支援でも発揮可能である。認知症初期集中支援チームの介入効果は、全般的に明確とはなっていない面もある。しかし、たとえば地域包括支援センターにおける認知症高齢者と介護家族を対象としたアウトリーチによる効果として、①在宅サービスを利用し始めた、②今後の接触（訪問等）について受け入れてもらえた、③介護家族の負担が軽くなったなどが6割を超えていた報告もあり（久松ら 2016:780-791）、認知症初期集中支援チームの活動をアウトリーチ活動と捉えた際に大いに参考になると思われる。

これまでみてきたように、認知症初期集中支援チームの活動はソーシャルワークの介入プロセスや、アウトリーチ手法の視点で類似している側面があり、ソーシャルワークの視点をもつことが重要な要点であると考えられる。

## 6. まとめ

本稿ではまず、認知症初期集中支援チームの各自治体における活動実態を確認した。その過程をとおして、認知症初期集中支援チームの基本的な活動内容とともに、各自治体ごとの活動の工夫が垣間見ることができ、今後全国的に展開する際の参考になる実践内容があった。

また、認知症初期集中支援チームの活動をソーシャルワーク視点から概観すると、認知症初期集中支援チームの活動プロセスはソーシャルワークの介入プロセスと類似している

ことが推察された。また、ソーシャルワークにおけるアウトリーチ活動に準じていることも示唆された。このような、ソーシャルワーク視点がもつ要素を認知症初期集中支援チームの他のチーム員に社会福祉士や精神保健福祉士が提示することに、これらソーシャルワークの専門性を発揮する活動の意義があると考えられる。

認知症初期集中支援チームは、社会福祉士や精神保健福祉士といったソーシャルワーカーのみならず、医療・保健の専門職との多職種連携チームでの活動である。その多職種連携チームのなかで社会福祉系専門職としてあるいはソーシャルワーカーとしての社会福祉士や精神保健福祉士は、ソーシャルワーク独自の視点を持ちつつ、チーム内外にその技能の発揮を果たしていく必要がある。そのことによって、認知症初期集中支援チームが医療・保健の視点に偏らず、ソーシャルワークあるいは社会福祉の専門的視点が欠かせない均衡化した意義ある活動が展開できる。

## 引用文献

- 朝田隆 (2013) 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」『平成23年度～平成24年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）』 1-172
- 栗田圭一 (2016) 「認知症施策推進5か年計画の新たな展開に向けて」『精神神経学雑誌』 118 (2), 70-77.
- 古川歌子 (2016) 「認知症ケアパスに基づく町田市の認知症施策の取り組み過程と効果について」『日本認知症ケア学会』 15 (2), 408-425.
- 久松信夫・小野寺敦志・加藤伸司ら (2016) 「地域包括支援センターにおける認知症高齢者と介護家族へのアウトリーチ機能の検討」『日本認知症ケア学会誌』 14 (4), 780-791.
- 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター (2015) 『認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業：平成27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報告書）』.
- 前田潔・梶田博之 (2015) 「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」『老年精神医学雑誌』 26 (10), 1131-1136.
- 前田潔・梶田博之 (2016) 「認知症初期集中支援チームの課題：神戸市における経験」『精神神経学雑誌』 118 (2), 84-89.
- 二宮利治 (2014) 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」『平成26年度総括研究報告書（厚生労働科学研究費補助金）』  
(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>).
- 延育子 (2016) 「認知症初期集中支援チームの現状」『日本認知症ケア学会誌』 15 (2), 426-432.
- 猿橋真由美 (2015) 「敦賀市の認知症への取り組みと明らかになった3つの課題」『COMMUNITY CARE』 17 (2), 56-59.
- 鈴木謙一・諏訪浩 (2015) 「東京都認知症アウトリーチチームの立場から認知症初期集中支援チームに期待すること：ソーシャルワーカーの視点から」『老年精神医学雑誌』 26 (10), 1124-1130.
- 高橋裕子 (2015) 「基礎的自治体における地域づくりと認知症初期集中支援チーム：行政の立場から」『老年精神

医学雑誌』26 (10), 1093-1098.

山田義人 (2016) 「『認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)』が目指すもの」『日本認知症ケア学会誌』15 (2), 401-407.

山口智晴 (2015) 「多職種チームによる認知症初期集中支援の実際:作業療法士の立場から」『老年精神医学雑誌』26 (10), 1085-1092.

鷺見幸彦 (2015) 「認知症初期集中支援チームとはなにか」『老年精神医学雑誌』26 (10), 1077-1084.