

# 認知症初期集中支援

## 作業療法士の役割と視点

### The role of occupational therapists, Initial-phase Intensive Support for dementia

#### ◆はじめに◆

平成 24 年に厚生労働省が「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を公表して 2 年が経過した。このオレンジプランの根幹とも言うべきものが認知症初期集中支援チームの設置であり、チーム構成員の中に作業療法士の職種が明記された。平成 25 年度から全国各地でモデル事業が開始され、試行錯誤の中、徐々に作業療法士の実践例も増えてきている。その後、平成 27 年 1 月には新オレンジプランが公表され、平成 30 年度から認知症初期集中支援はすべての市区町村において実施されることになる。

これらの動きを受けて日本作業療法士協会では、平成 24 年度より認知症初期集中支援チーム対応プロジェクト特設委員会を立ち上げ種々対応してきた。平成 25 年度には老人保健健康増進等事業「認知症初期集中支援チームにおける早期対応につながる作業療法士の役割の明示とサービス構築に向けた調査研究」を受託し、地域包括支援センター等に所属する作業療法士に対して、認知症初期集中支援に関する実態調査等を行い、認知症初期集中支援チームにおける作業療法士の役割を明示し、その成果を基に会員に向けた研修会を全国 3 カ所で開催し、約 1,000 名の会員の参加を得た。平成 26 年度には、委員会を認知症の人の生活支援推進委員会と改め、老人保健健康増進等事業「初期認知症および軽度認知障害の人とその家族に対する効果的な作業療法士の支援構築に向けた調査研究事業」を受託した。認知症初期集中支援チームに関与する作業療法士に対する現況調査をさらに進め、加えて地域在住高齢者における認知機能低下予防に関する作業療法士の関与と効果に関する調査等を実施し、現段階での介入実践や効果事例の集約を行った。それらの知見を会員ばかりでなく他の関係者に広く伝える研修会を全国 3 カ所で実施した。詳細は、報告書を熟読してほしい。

本マニュアルは、これら老人保健健康増進等事業での研修会テキストを基に内容を再構成し作成したものである。認知症初期集中支援に関する法制度、実践で必要な手続き、実践例、作業療法の役割などが網羅されており、初めて実践する作業療法士にも参考にしていただきたい一冊である。今後、認知症初期集中支援チームの構成員として、多くの作業療法士の活躍が期待されている。

## 1. 初回訪問までの手続き

- 1) 相談を受ける  
本人、家族、ケアマネジャー等→地域包括支援センター→初期集中支援チーム
- 2) 事業の対象か否かの判断と優先順位づけ  
対象者の基準に該当するか、対応する優先順位の判断
- 3) 訪問に向けた調整
- 4) 記録・事務手続き  
相談の記録、訪問前のかかりつけ医・主治医への連絡

## 2. 初回訪問

- 1) 家族への聞き取り  
対象者本人の認知症に関するエピソードを確認する。
- 2) 本人への聞き取り  
対象者本人の困っていることや不安を聴取し、日常生活上の問題点を明らかにする。  
ポイント：対象者との信頼関係の構築が大切
- 3) 介護家族への支援  
情報提供、日常生活上の困りごとに対する対処方法のアドバイス等

### アセスメントツール

- ・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-21)
  - ・Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版 DBD13
  - ・Zarit 介護負担尺度短縮版 (Zarit 8)
  - ・行動観察方式 AOS
  - ・生活行為向上マネジメント
  - ・認知症の総合アセスメント (CGA-D)
- アセスメントは簡便かつ短時間に実施でき、生活機能障害や活動性を鋭敏にとらえられるものがよい。

## 3. 介入の計画と実施

- 1) アセスメントのまとめ  
初回訪問の結果を整理し、まとめる。  
対象者本人のやりたいこと、できることを整理し、その人の“人となり”が分かるようにする。
- 2) 課題の明確化  
最終目標は、**住み慣れた地域で穏やかな生活をいかに長く継続できるか**という視点が重要。  
約6ヶ月間（チーム介入の目安）で介入が可能な、優先度の高い課題から取り組む。

### 優先度の基準

- ① 生命に関わる重篤な身体状況・住宅環境
- ② 自傷他害の危険が極めて高い場合
- ③ 心身や社会関係等の状況が悪化している場合
- ④ 深刻な権利侵害が認められる場合

### 課題を明確にする視点

- ① 対象者本人への支援
- ② 対象者本人の権利擁護・意思決定支援
- ③ 家族の支援と教育
- ④ かかりつけ医・専門医への受診勧奨
- ⑤ 介護保険サービスの導入
- ⑥ 関係職種との教育

### 3) チーム員会議の開催

目的：対象者を多角的に集約・議論し、統一した方向性を関係者が確認・共有できる。

不足している情報を明確にする。

設営準備：チーム員と関係職種の日程調整、会場の決定。

事前資料の準備。

議事進行：ファシリテーター、書記、タイムキーパー等の参加者の役割を決める。

【初回会議】対象者のレビューとチーム員として挙げた課題の報告、認知症専門医からのアドバイスを踏まえ、支援の方向性および具体的支援を検討する。

【2回目以降の会議】支援の経過報告と見直しを行う。

【最終会議】ケアマネジャー等へ引き継ぐため、会議に出席してもらい書面では伝えきれない情報を提供する。

**「できなくなったことを、少しでもできるようにする」という視点から「まだできることを少しでも長く行ってもらおう」という考えへと変化させる視点を踏まえて、支援計画を立てる。**

### 4) 実際の支援

- ① 対象者にとって「やりたい」と思っている作業に焦点をあてる
- ② なじみのある作業活動を使用する
- ③ ICFの視点をもとに、人となりの評価と支援を行う
- ④ 家族の支援
- ⑤ 連携（主治医、介護保険サービス等）

支援チームでは、作業療法士には“医療職のチーム員”としての活動が期待されている。そこには医学的アセスメントから、かかりつけ医や医療機関との連携・調整、介護保険サービスやインフォーマルサービスとの連携、家族への支援まで、非常に幅広い活動が含まれる。