

Figure 1. Distribution of nursing care levels in the day care users. (%)
Notes: N=102.

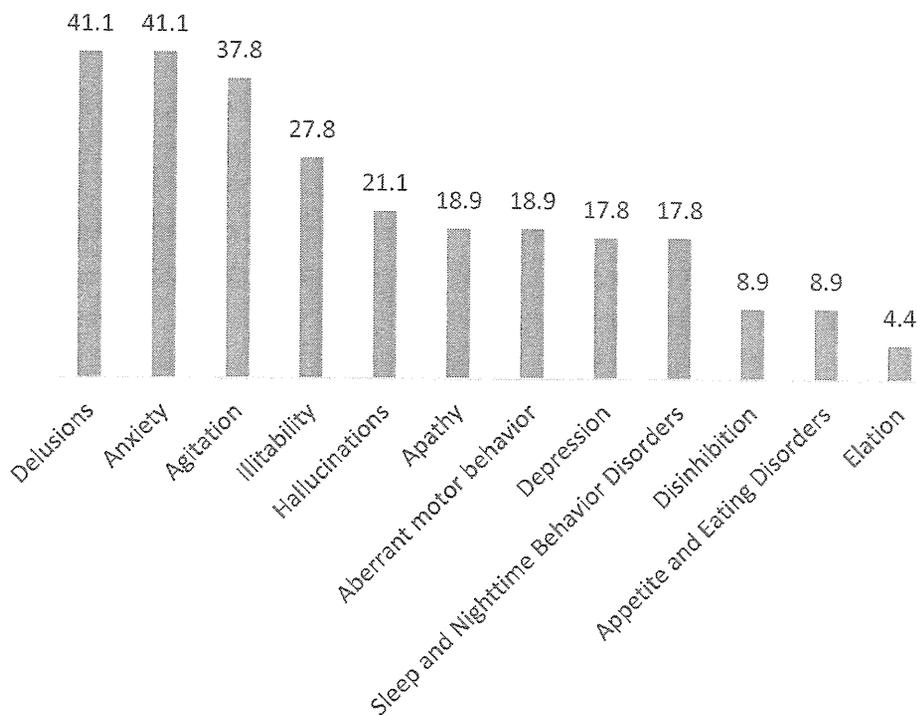


Figure 2. BPSD in the day care users. (%)
Notes: N=102. BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia.

のためが74.5%, ADL維持・改善のためが71.6%, BPSD予防・改善のためが65.7%, 身体的リハビリテーションのためが40.2%, 身体合併症の管理・治療のためが26.5%などであった。認知機能では Mini Mental State Examination (MMSE) は 13.2 ± 6.0

点であり, 改訂長谷川式簡易知能評価スケールは 9.7 ± 6.3 点であった。

87.3%の利用者が何らかのBPSDを有していた。BPSDの種類は妄想と不安がともに41.1%と多く, 次いで興奮が37.8%, 易怒性が27.8%, 幻覚が

21.1%であった (Figure 2)。複数ある BPSD のうち最も問題となった BPSD の重症度は中等度が 50.5% と最も多く、次いで重度が 31.5%、軽度が 18.0% であった。また、その BPSD の頻度は一日一度以上が 36.4% と最も多く、次いで週に数回が 30.7%、週に一度未満が 28.4%、殆ど週に一度が 4.5% であった。

移動は自立歩行が 50.0%、要見守り歩行が 21.6%、介助歩行が 17.6%、車椅子使用が 10.8% であった。食事は自立が 49.5%、要見守りが 30.7%、部分介助が 14.9%、全介助が 5.0% であった。排泄は自立が 29.7%、要見守りが 28.7%、部分介助が 24.8%、全介助が 16.8% であった。介護者の負担感では中等度の負担ありが 47.5% と最も多く、次いで軽度が 28.3%、重度が 23.2%、負担なしが 1.0% であった。

抗精神病薬の使用では 38.6% の利用者が何らかの抗精神病薬を使用していた。実施リハビリテーションプログラムでは活動療法が 75.5%、音楽療法が 56.9%、回想法が 54.9%、リアリティーオリエンテーションが 51.0%、身体機能訓練が 40.2%、学習療法が 37.3%、家族指導・相談が 33.3%、ADL 訓練が 32.4%、訪問・自宅環境調整が 6.9% であった (Figure 3)。

利用開始時からの変化では最も改善のみられた項目は BPSD (46.9%) であり、次いで介護者の負担

感 (32.4%)、認知機能 (18.7%)、ADL (6.9%) の順であった。反対に最も悪化がみられた項目は ADL (33.7%) であり、次いで認知機能 (36.3%)、介護者の負担感 (28.4%)、BPSD (8.2%) であった (Figure 4)。

3.3. 従事する作業療法士の意識

認知症デイケアの役割として作業療法士が最も重要だと思えることは認知機能の維持・改善が 32.8% と最も多く、次いで介護者負担の軽減が 23.9%、BPSD の予防・改善が 22.4%、QOL の維持・向上が 14.9%、ADL の維持・改善が 6.0% であった。認知症デイケアの効果として最も実感することは介護者負担の軽減が 38.8% と最も多く、次いで BPSD の予防・改善が 23.9%、認知機能の維持・改善が 13.4%、ADL の維持・改善が 10.4%、QOL の維持・向上が 6.0%、身体合併症の管理・治療が 6.0% などであった。

利用者の BPSD を悪化させる要因は介護者の態度が 32.8% と最も多く、次いで認知機能の低下が 25.4%、身体機能の不調が 16.4%、環境の変化が 10.4%、不適切な環境が 9.0%、季節等の変化が 4.5%、不適切な薬剤が 1.5% であった。認知症デイケアが対象とすべき認知症者は、現状 (BPSD の著しい認知症者) のままで良いとする答えは 6.9% にとどまり、“著しい”程度でなくとも BPSD や身体合併症があれば受け入れるべきが 51.7%、全ての認知症者

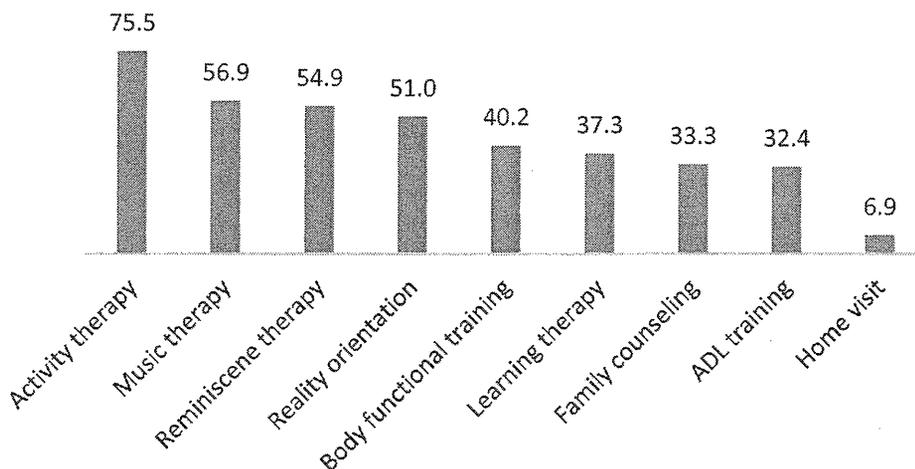


Figure 3. Non-pharmacological interventions performed in the day care. (%)
Notes: N=102. ADL=activities of daily living.

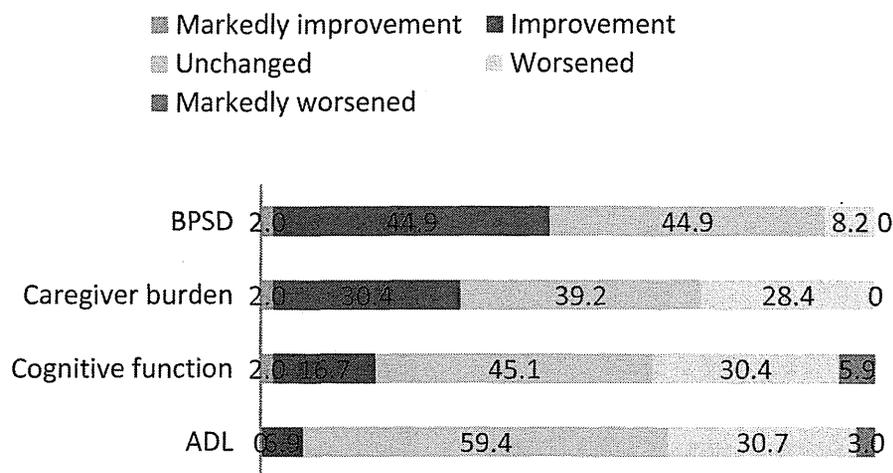


Figure 4. Changes that were compared to the time of day care start. (%)
 Notes: N=102. BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; ADL=activities of daily living.

を対象とすべきが41.4%であった。

現状施設基準（6時間以上）のままで良いという意見は58.6%であり、4時間程度のショートケアを導入すべきが34.5%、8時間程度のロングケアを導入すべきが24.1%であった。25名定員の認知症デイケアを運営するにあたり必要と思う人員配置の平均±標準偏差は作業療法士が1.5±0.6名、看護師が2.3±1.2名、精神保健福祉士が1.1±0.5名、介護職が3.3±1.4名、臨床心理技術者が0.6±0.5名であった。

認知機能の維持・改善のための方策として積極的に認知機能訓練を行うべきとする答えは10.3%にとどまり、作業活動を行う中での副次的な効果を期待するとの答えが72.4%、積極的ではないが認知機能訓練を行うとの答えが17.2%であった。

介護者負担軽減の為に実施している介護者支援として、最も多くの施設が実施しているのは個別相談(75.9%)であり、次いで対応技術指導(48.3%)、情報交換ができる場の提供(44.8%)、訪問支援(37.9%)などであった。今後実施すべき事として最も多かったのはストレスマネジメントなどの心理教育(55.2%)であり、次いで訪問支援(44.8%)、対応技術指導(41.4%)、その他としてショートステイ機能としての病床の活用(レスパイト入院)が20.7%であった。

身体機能維持・改善の方策では、積極的に身体機能に働きかける必要はないとする施設はわずか3.4%であり、集団活動の中でその維持・回復を図る(93.1%)、通所リハと同様の個別訓練が必要(72.4%)などの結果であった。また、身体機能維持・改善のためには通所リハや訪問リハなどを利用する事が最善であるが、介護保険限度額の関係でそれが行えないと回答した施設は37.9%であった。

3.4. 自由記載

認知症デイケアの役割についてどう思うか、という問いに自由に意見を述べてもらったところ、66の回答があった。それを整理すると以下の5つの特徴、強みにまとめることが可能であった。それは①リハを含めた医療の提供が可能である。②在宅生活の継続が可能となる。③医療と介護の橋渡し、連携が容易である。④経済的負担の軽減になる。⑤多職種が連携した対応が可能である、であった。

4. 考察

本調査にて、いままでほとんどまとまった報告のなかった認知症デイケアの実態をある程度明らかにすることが可能となった。

認知症デイケアの設置主体は2/3が精神科病院を

中心とした病院であったことは多職種から構成され、精神科医の参加が必須とされる以上当然と考えられた。精神科病院は臨床心理士をはじめ作業療法士、精神保健福祉士などの職種をたくさん抱えており、認知症デイケア開設に当たって専門職を集めやすいという利点がある。

平均的な認知症デイケアは精神科病院が開設者で、1単位（利用者25名）、週6日デイケアを実施しているということになる。配置されている専門職は1単位で7～8人、精神科医のほか看護師2名、作業療法士1～2名、精神保健福祉士1名、介護職3名となっていた。利用者については1施設平均で51名程度が登録し、毎日26名程度の利用者を受けている。半年の間にほぼ10名程度が入れ替わっているようである。利用者の2/3が女性で、利用者の年齢は80歳前後、週4日間利用し、平均2年半継続的に利用していた。自宅から通院する人が8割、グループホーム（GH）から2割であり、予想に反してGHからの利用者が多いのには驚きであった。これはGHにおいて認知症デイケアの存在がより認識されているからではないかと考えられた。利用者の介護度は要介護1～3で70%近くを占め、先行調査（認知症介護研究・研修センター、2013）と同様の結果であった。調査前の予測よりも利用者の介護度が低く、「重度」という名称からは比較的軽症患者が利用していた。これは利用料が医療保険で支払われ、介護保険を限度いっぱいに使っている場合でも利用可能であること、また介護度に影響されないため、比較的介護度の低い利用者が多いのではないかと考えられた。主介護者は娘、息子、息子の嫁などが6割、配偶者が4割で、配偶者の割合が高いと思われた。一方、利用者の認知機能の程度をMMSEなどでみると認知機能障害の程度は中程度から重度に移行する程度のところであり、先行調査の数値、MMSE 16.0点（上城ら、2009）と同様の結果であった。

当然ながら程度の差こそあれ、多くの利用者にBPSDが認められた。認められるBPSDは妄想、不安、興奮および易怒性が比較的高頻度であった。BPSDの程度は中程度であったが、頻度としては毎

日見られており、Neuropsychiatric Inventory（Cummings et al., 1994）にみられるように、BPSDの重症度を程度と頻度の積とみると重症度は高いと言えた。

認知症デイケアを利用することによって最も改善がみられた項目は、BPSDが最も多く、ついで介護者の介護負担感、認知機能、ADLの順であった。一方、認知症デイケアを利用するなかでADLおよび認知機能は低下し、介護者の負担感が増加したと判断されている。このことはBPSDの改善は得られるがADLの低下、病気の進行による認知機能およびADLの低下などによって介護者の介護負担は増加したと考えられた。利用者がデイケアの利用を中止するにいたる要因としてADLの程度が最も重要であるとの報告（佐藤ら、2011）もあり、これらへの対応を検討することは今後の課題であると考えられた。

若年認知症者の利用に関しては調査前の予想に反して比較的受け入れがなされているという印象であった。若年認知症者はBPSDが激しい場合、若年故に体力もあり、介護施設等からは、経験がない、介護の仕方がわからないなどを理由に利用を断られることが多く、前述の介護保険適応の3通所施設でも7割から8割が受け入れを拒否されることがある（認知症介護研究・研修センター、2013）。認知症デイケアでは精神科医がいて、精神科病院に併設されていることから比較的受け入れられていると考えられた。

介護保険サービスとの連携については介護保険のケアマネジャー等が招集するサービス担当者会議への関心は低く、介護保険との連携は進んでいないと考えられ、今後の課題と言えた。

認知症デイケアで働く作業療法士の意識調査においては、以下のように考えられた。作業療法士は認知機能の維持改善が認知症デイケアのもっとも重要な機能と認識しているが、実際に最も効果があるのは介護負担の軽減であると認識していた。興味深いのはBPSDを悪化させる要因として介護者の態度をあげている。その他にあげられている認知機能の低下などは対処不能であり、対処可能な介護者の態度がBPSD出現の一番の要因であるとするれば、介

護者を支援・指導することで BPSD の対処が可能となってくる (Fujii et al., 2010). 介護負担軽減のために行う介護者支援として個別相談, 対応技術指導, 情報交換の場の提供などが行われており, 今後は介護者のストレスマネジメントや訪問支援, 対応技術指導などが実施されるべきであるとしている。

認知症デイケアの役割についてどう思うか, という問いに自由に意見を述べてもらったところ, 5つの視点にまとめることが可能であった。最も記載の多かったのは認知症デイケアが医療の提供の場であるという点である。認知症デイケアでは, リハを含めた医療の提供が可能であるという点については, 利用者に認知症医療 (投薬, 身体疾患対応, BPSD への医療的対応) を提供できる場であること, 病院, 診療所とのつながりが密であるため, 緊急時対応が可能であること, という意見が多数あった。介護がなく, リハを含めた治療の提供の場であるという意識が強いようである。精神科医および看護師 1~2 名が配置されているために, 薬の調整, 副作用の発見等が強みであるとされていた。

ついで在宅生活の継続が可能となるという点が挙げられていた。これについては, 介護者への負担を軽減することによって在宅を支援することが可能である。通所介護等の介護サービスでの対応が困難となったのちも認知症デイケアに通所することで入院や入所に至らずにすむことが可能となる (高橋, 三原, 2008)。

医療と介護の橋渡し, 連携が容易であるという点については, 通所という形態が関与していると思われる。通常の医療保険領域では専門職が病院外に赴くことは少ないが, 認知症デイケアでは送迎や自宅訪問などの様々な場面で地域に赴いている。その中でケアマネジャーやホームヘルパーなどと直接顔を合わせて連携がとれるという点は強みであろう。また, 認知症デイケア利用者であれば介護保険領域の職員から相談を受けた際, 診察予約などを経ずしてデイケア利用時に精神科医師の診察等を受けることができる点も連携を促進する要因であると考えられる。しかし前述したとおり, サービス担当者会議への関

与は不十分な現状である。現時点では医療保険領域である認知症デイケアの会議への参加の可否はケアマネジャーの意思に委ねられているが, これを介護保険領域の施設と同様, 出席を通常とするよう体制を変化させるべきではないかと考える。

経済的負担の軽減になるという点については, 認知症デイケアは医療保険であるため, 介護保険との併用が可能である。介護保険で認定された等級の限度額を使ってしまっている場合, 認知症デイケアを医療保険の枠内で利用でき, 家族の経済的負担を軽減できる。

多職種連携が可能であるという点については, 認知症デイケアでは本調査でも明らかになったように, 医師, 看護師, 作業療法士, 精神保健福祉士に介護職が加わって多職種で利用者に対応している。そういう意味では他の医療・介護サービスにはほとんど見られない通所サービスであり (日本精神科病院協会, 2011), 多職種連携のモデルともなりうると考えられた。

本調査では認知症デイケアの利用実態とそこに勤務する作業療法士の意識を調査した。そこから明らかになった実態は認知症医療のなかで様々な強みを持ったサービス形態であるということであった。しかし現状としては他の通所サービスに比較して, その設置も多くなく, 認知度も決して高くはない。これには「重度」認知症患者デイケアという名称と「ランク M に限定」という施設機能に開設者・利用者の双方が困惑していることも一つの要因と考えられる。作業療法士の意識調査の結果にもあったように, 認知症デイケアでは様々な状態の認知症者に対応できるとされる。筆者としては認知症デイケアが今後, 広く認知され, 利用が進むことを期待するとともに, 全ての認知症者を対象とした新しい形態での認知症デイケアが誕生することを期待する。

----- 文 献 -----

中央社会保険医療協議会総会 (第 203 回) 資料 (2011) 精神科医療について [homepage on the Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001trya-att/2r98520>

- 00001ts1s.pdf
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314
- Fujii M, Ishizuka S, Azumi M, Sasaki H (2010) Hypothesis of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Psychogeriatrics* 10: 113-116
- 上城憲司, 白石 浩, 堀川晃義, 小松洋平, 萩原喜茂 (2009) 重度認知症患者デイケアにおける利用中止者の調査と今後の課題. *精神科治療学* 24: 609-616
- 厚生労働省 報道発表資料 (2012) 「認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)」について [homepage on the Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>
- 日本精神科病院協会 (2011) 認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて. 平成 22 年度老人保健健康増進等事業報告書: 245-254
- 認知症介護研究・研修東京センター (2013) 認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する研究. 平成 24 年度老人保健健康増進等事業報告書
- 小野寿之, 玉井 顯, 玉井 譲, 長谷川有香, 玉村哲哉, 新田利香 (2006) 老人性認知症デイケアにおける通所患者の動向. *臨床精神医学* 35: 333-341
- 佐藤晋爾, 飯村良美, 山倉俊之, 土谷範恵, 水上勝義, 朝田 隆 (2011) 重度認知症デイケアの利用中止理由とその要因—10年間の動向—. *臨床精神医学* 40: 869-876
- 高橋幸男, 三原伊保子 (2008) 重度認知症患者デイケア. *老年精神医学雑誌* 19: 35-41

A survey of daycare facilities for dementia people in Japan

Tohmi Osaki¹⁾²⁾, Kiyoshi Maeda²⁾

¹⁾Medical Center for Dementia, Kobe University Hospital

²⁾Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation

Over 50 thousands of demented people stay in mental hospitals in Japan. The average period of stay in the mental hospitals of these elderly is about 2 years. Daycare facilities are considered to be used to facilitate early discharge from mental hospitals. We conducted a survey to clarify demographics of demented elderly using daycare facilities for dementia people in Japan. The questionnaire was sent to 189 daycare facilities for dementia people in Japan, and 67 questionnaires (35.4%) were sent back. Seventy % of the facilities were attached to mental hospitals. The average age of the users was 80.4 y.o. and 2/3 of the users were females. The average day to use was 4.2/week. The levels of care needed were that 25.8% was level 3, 21.6% was level 2, 19.6% was level 1 and 13.4% was level 4. Seventy % of the users were with Alzheimer's disease. The average score of Mini Mental State Examination was 13.2 and 87.3% of these people had at least one behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD). One third of the people were administered with at least one of various antipsychotics to manage BPSD. OTR considered that OT was beneficial to manage BPSD.

Address correspondence to Dr. Kiyoshi Maeda, Department of Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)

神戸市における認知症初期集中
支援チームの活動
—平成25年9月～平成26年8月
までの活動および今後の課題—

梶田 博之, 前田 潔, 久次米健市, 真鍋ひろ子
朝熊 香織, 池畑 清美, 川 敦子, 尾寄 遠見
岩路かをり, 池田 敦子

原著

神戸市における認知症初期集中支援チームの活動 — 平成 25 年 9 月～平成 26 年 8 月までの活動 および今後の課題 —

梶田 博之^{1,2)}, 前田 潔^{1,2)}, 久次米健市^{1,3)}, 真鍋ひろ子^{1,4)},
朝熊 香織^{1,4)}, 池畑 清美^{1,5)}, 川 敦子^{1,5)}, 尾寄 遠見^{1,6)},
岩路かをり^{1,7)}, 池田 敦子^{1,8)}

要 旨

神戸市で平成 25 年 9 月から始められた認知症初期集中支援チームの平成 26 年 8 月までの 1 年間の活動を報告した。1 年間に 92 例に対応したが、対象者の 2/3 は認知症高齢者の日常生活自立度 IIa と IIb であり、物忘れなどの認知症症状に気づかれてからチームが関与するまでの期間は 1 年以上が半数を占めていた。介護サービスについては、対象者の約 3/4 に導入することができたが、鑑別診断は対象者の半数にしか実施されなかった。早期に対象者を発見し、アウトリーチ型の支援を行う認知症初期集中支援チームは課題も多いが、今後も継続されるべきであると考えられた。

1. はじめに

平成 24 年 9 月に厚生労働省は「認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン)」を公表した。そのなかで認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的として、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

Activity of Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City

Hiroyuki Kajita^{1,2)}, Kiyoshi Maeda^{1,2)}, Kenichi Kujime^{1,3)}, Hiroko Manabe^{1,4)}, Kaori Asakuma^{1,4)}, Kiyomi Ikehata^{1,5)}, Atsuko Kawa^{1,5)}, Tohmi Osaki^{1,6)}, Kaori Iwabuki^{1,7)}, Atsuko Ikeda^{1,8)}

¹⁾ 神戸市認知症初期相談支援チーム

Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City

²⁾ 神戸学院大学総合リハビリテーション学部 [〒 651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬 518]

Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)

³⁾ くじめ内科 [〒 653-0032 神戸市長田区荻藻通 3-5-7]

Kujime Clinic (3-5-7 Karumo-tori, Nagata-ku, Kobe 653-0032, Japan)

⁴⁾ 神戸市社会福祉協議会 [〒 651-0086 神戸市中央区磯上通 3-1-32]

Kobe City Council of Social Welfare (3-1-32 Isogami-tori, Chuou-ku, Kobe 651-0086, Japan)

⁵⁾ 神戸在宅ケア研究所 [〒 651-1102 神戸市北区山田町下谷字中一里山 14-1]

Kobe Home Care Institute (14-1 Ichiriyama, Azanaka, Shimotani-gami, Yamada-cho, Kita-ku, Kobe 651-1102, Japan)

⁶⁾ 神戸大学医学部附属病院認知症疾患医療センター [〒 650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-2]

Kobe University Hospital, Medical Center for Dementia (7-5-2 Kusunoki-cho, Chuou-ku, Kobe 650-0017, Japan)

⁷⁾ 神戸市立医療センター西市民病院 [〒 653-0013 神戸市長田区一番町 2-4]

Kobe City Medical Center West Hospital (2-4 Ichiban-cho, Nagata-ku, Kobe 653-0013, Japan)

⁸⁾ 神戸市保健福祉局 [〒 650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1]

Kobe City Public Health and Welfare Bureau (6-5-1 Kanou-cho, Chuou-ku, Kobe 650-8570, Japan)

やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）」の設置が明示された。支援チームは、複数の専門職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を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。支援チームは、平成25年度に国が実施するモデル事業として全国14の自治体で開始されたが、神戸市はそのうちのひとつとして支援チームを設置した（神戸市では「認知症初期相談支援チーム」の名称を用いている）。平成26年度においては、各市町村が主体となり実施する地域支援事業として実施されており、平成30年度からは全市町村での設置を予定している。しかし、現在までに支援チームを設置している自治体数が限られているため、実際に行った活動の詳細についての報告が少ないのが現状である。本報告では、神戸市における平成25年9月から平成26年8月までの支援チームの体制、活動内容・実績についてまとめ、今後の課題について検討した。

2. 神戸市の支援チームの紹介

2.1 実施地区

神戸市には9つの区があるが、そのなかでモデル地区として長田区を選び支援チームの活動を実施した。平成25年3月現在の長田区の人口は約10万2千人、高齢化率は30.4%である。神戸市全体の人口は約155万人、高齢化率は24.2%であり、神戸市の中で長田区は最も高齢化が進んだ区となっている。

2.2 支援チームの体制

支援チームは、認知症サポート医、保健師、看護師、社会福祉士、作業療法士からなる専門職で構成されている。なお厚生労働省の要綱では、支援チーム員となるための条件として、専門医は認知症サポート医であること、またその他の専門職においては、認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、試験に合格することが定められている。支援チームの体制の詳細については Figure 1 で示す。

2.3 実施の流れ (Figure 2)

支援チームによるサポートが必要と思われる対象者がいると、長田区の地域包括支援センター（7か所）の主任介護支援専門員等から、支援チームの派遣相談受付となっている認知症対応強化型地域包括支援センターに連絡が入る。その連絡を受けると、保健師または看護師、あるいは社会福祉士と作業療法士の2名からなる支援チームが対象者宅を訪問し、対象者の心身機能、生活状況、生活環境、介護者の介護負担感等についてアセスメントを行う。神戸市では2つの訪問チームを組織している。自宅訪問の後、チーム員会議を開催するが、自宅訪問した保健師または看護師、社会福祉士、作業療法士が訪問により得られたアセスメント内容を報告する。担当した介護支援専門員（以下、CM）や担当地域包括支援センターも補足意見を述べる。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等にも出席を要請し、会議当日に出席可能なメンバーが集まって対象者への初期支援策について多職種で検討する。チーム員会議は通常月3回の割合で開催し、1~1.5時間で2~3ケースについて検討している。

その後、支援チームは対象者宅を再度訪問し、必要に応じて担当CMなど関係各所へ連絡・調整しながら、医療・介護サービスにつなげるほかに、認知症の症状に応じた助言、家族支援、生活環境の改善等の支援を実施する。最初の相談受理から訪問、チーム員会議までの流れは約2週間以内と速やかに実施している。対象者が医療や介護につなげることに拒否的な場合、チーム員会議に出席している専門医（認知症サポート医）がチーム員の自宅訪問に同行し、受診の必要なことを説得することなども行った。支援チームによる支援の継続期間は概ね最長6か月間である。

2.4 アセスメント内容

神戸市の支援チームでは、以下のような評価票や項目により対象者のアセスメントを実施した。

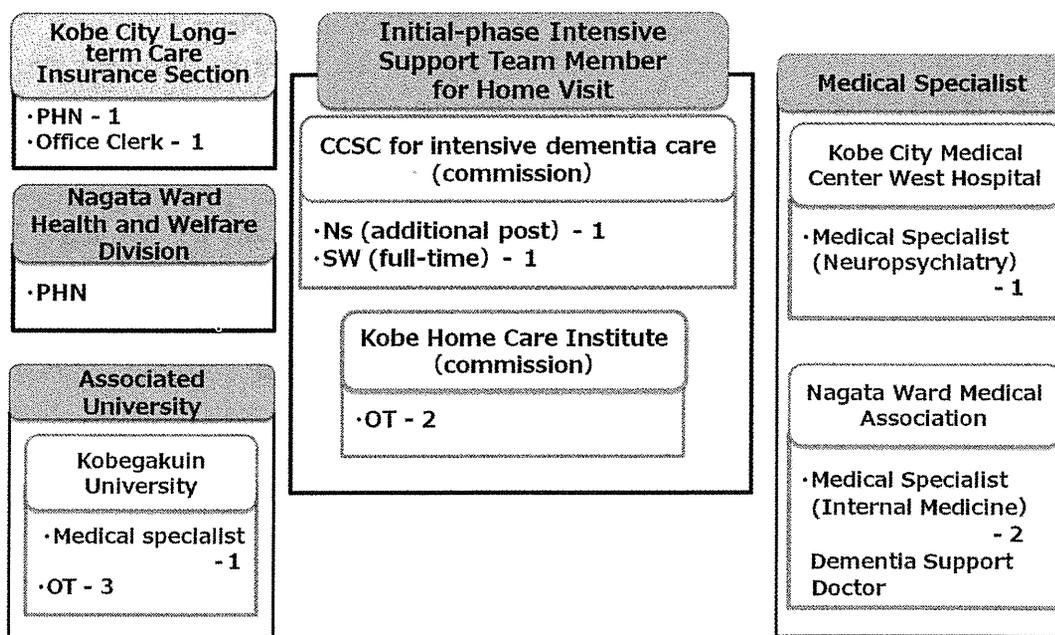


Figure 1. Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City
 CCSC : Community Comprehensive Support Center
 PHN : Public Health Nurse
 Ns : Nurse
 SW : Social Worker
 OT : Occupational Therapist

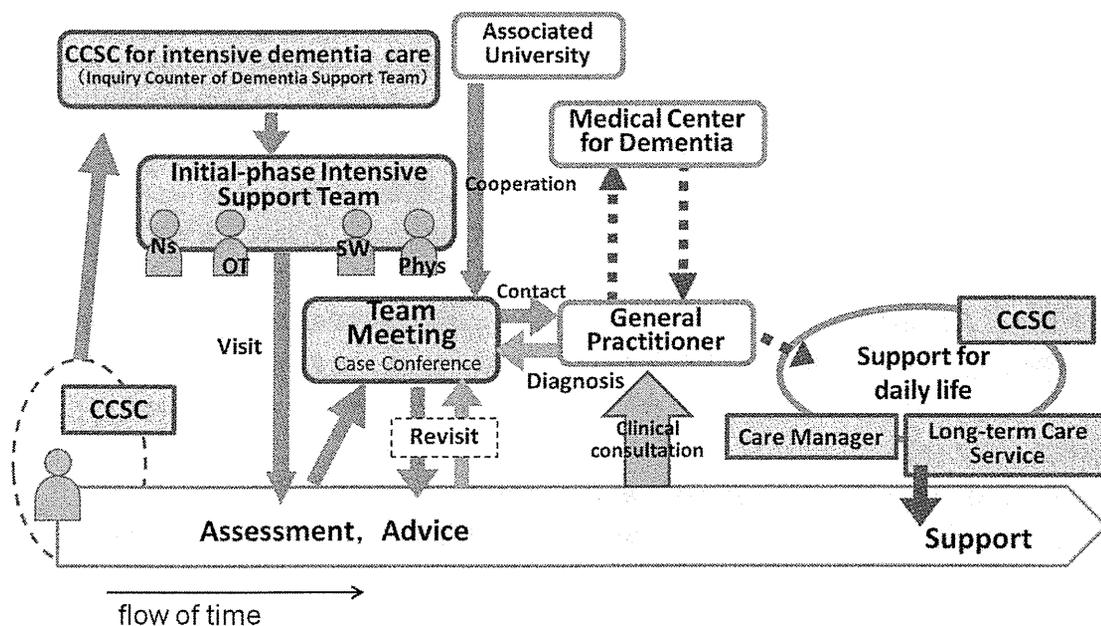


Figure 2. Conceptual diagram of the Support Service activity
 CCSC : Community Comprehensive Support Center
 Ns : Nurse
 OT : Occupational Therapist
 SW : Social Worker
 Phys : Physician

2.4.1 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)

対象者をよく知る家族や介護者に、対象者の日常生活の様子を聞きながら、認知機能障害や生活機能障害に関連する行動の変化を短時間で総合的に評価する尺度である。DASC 18項目 29点以上で認知症の可能性ありと判定する(東京都健康長寿医療センター, 2014)。

2.4.2 DBD 短縮版(町田, 2012)

認知症の行動障害尺度の一つであり、介護負担や認知症重症度との相関が高い。DBDの原版は28項目の質問項目からなるが、町田によって13項目のDBD短縮版が作成されている。

2.4.3 Zarit8(荒井ら, 2003)

Zarit8は、22の質問項目からなるZarit介護負担尺度の短縮版であり、身体的負担、心理的負担、経済的負担などを総括し、介護負担として測定することが可能な尺度である。

2.4.4 身体状況の確認

バイタルサイン、移動・運動能力、日常生活活動(ADL)、手段の日常生活動作(IADL)、コミュニケーション、栄養状態などに関するアセスメントを行った。

2.4.5 生活状況の確認

生活リズム、居住環境、経済状況、家族関係、家族の介護力などに関するアセスメントを行った。

2.5 倫理的配慮

対象者またはその家族に対しては、個人情報の取り扱いに関して説明のうえ、個人情報同意書に同意を得た。

3. 神戸市における支援チームの活動

3.1 活動実績

神戸市の支援チームは平成25年9月から平成26年8月までに、実件数で92名(男性31名、女性61名)の対象者への訪問を実施した。

3.2 対象者の属性

対象となった92名の年齢は、75~79歳が24%、80~84歳が27%、85~89歳が26%であり、世帯状

況としては、独居が46%で最も割合が高かった(Figure 3a, b)。認知症高齢者の日常生活自立度はランクIIaとIIbを合わせると約65%であったが、ランクIは約13%に過ぎなかった(Figure 3c)。鑑別診断を受けていなかった対象者のなかには、軽度認知障害や精神疾患の人も含まれていたと考えられる。介護保険の要介護度については、要支援1と2を合わせると全体の24%、要介護1が24%と割合が高かったが、41%の対象者については未申請であった(Figure 3d)。物忘れなどの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は、6か月から1年が33%と最も多く、次いで1~3年の30%であった(Figure 3e)。対象者の把握ルートでは、家族から地域包括支援センターを経由して支援チームに連絡があったのがおよそ半数を占めた(Figure 3f)。主治医の有無については「あり」が81名(88%)、「なし」が11名(12%)、DASCの得点については、「29点以上」が83名(90.2%)、「29点未満」が9名(9.8%)であった。

3.3 介入による医療・福祉サービスの導入

支援チームの介入によって医療・福祉の何らかのサービスを導入できたのは、導入の必要がなかった6名を除くと86.0%と高率を示した(Figure 4a)。このなかには、介護保険サービスをすでに受けていたが、チーム員の介入により新たに別の介護保険サービスを追加したケースも含んでいる。

認知症の鑑別診断を受けたのは54.8%(診断の必要のなかった8名は除く)となり、半数のケースは医療機関受診につながっていた(Figure 4b)。鑑別診断を受けた対象者のうち約67%(31例)はアルツハイマー型認知症であったが、レビー小体型が4例、前頭側頭型が2例、混合型が2例、脳血管性が1例、不明が5例、認知症以外が1例であった。

介護保険サービスについてみると、新たにサービスを導入あるいはサービスを追加したケースが77.4%(必要がなかった6名を除く)、つながらなかったのが22.6%となり、約8割近いケースでサービスの利用につながっていた(Figure 4c)。その一方、インフォーマルサービスについては、つながったのが43.2%(必要のなかった3名を除く)、つながら

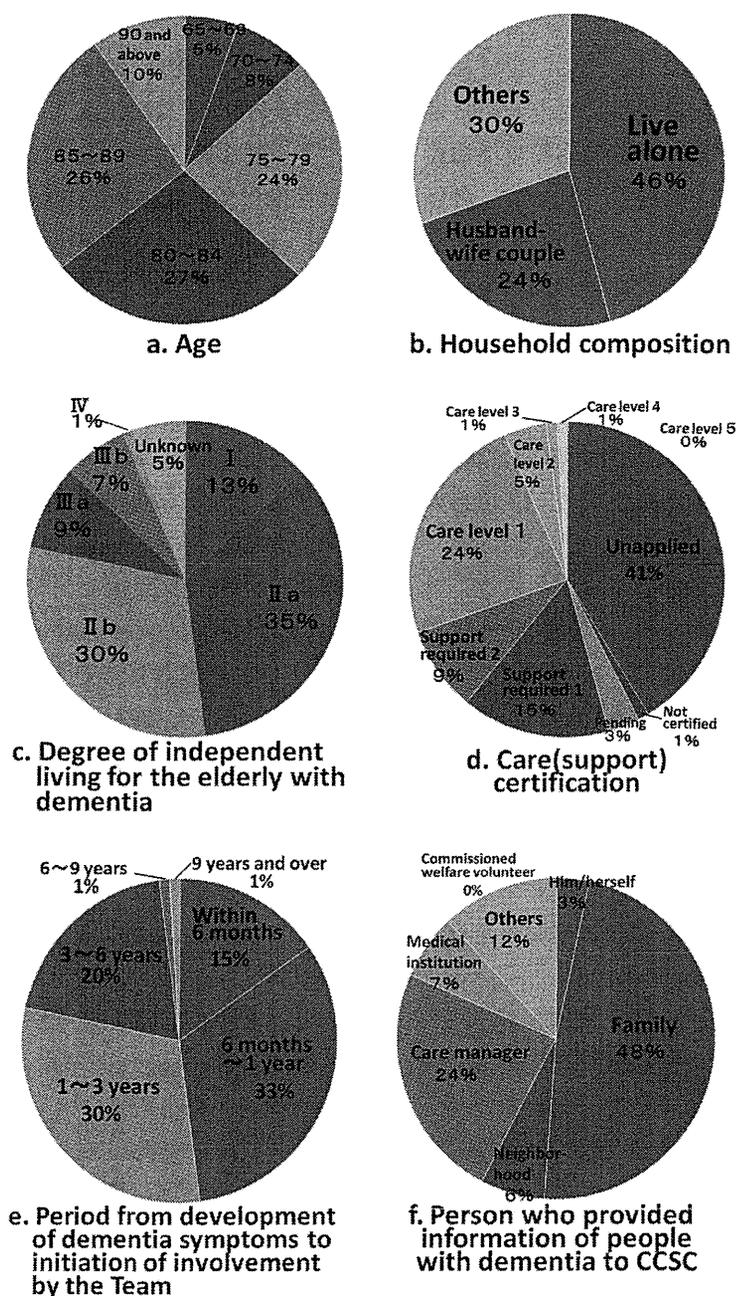


Figure 3. Demographics of subjects
CCSC: Community Comprehensive Support Center

なかったのが 56.8% となり、介護保険などのフォーマルなサービスと比べ明確な違いがあらわれていた (Figure 4d).

なお、今回対象とした 92 名については、チーム員が支援をしている期間中に施設入所となったケースは 2 例であった。

4. 考 察

支援チームが介入したケースでは、介護保険サービスに関しては約 72% の対象者へ新たなサービスの導入、またはサービスを追加することができた。担当地域包括支援センターや担当 CM にチーム員

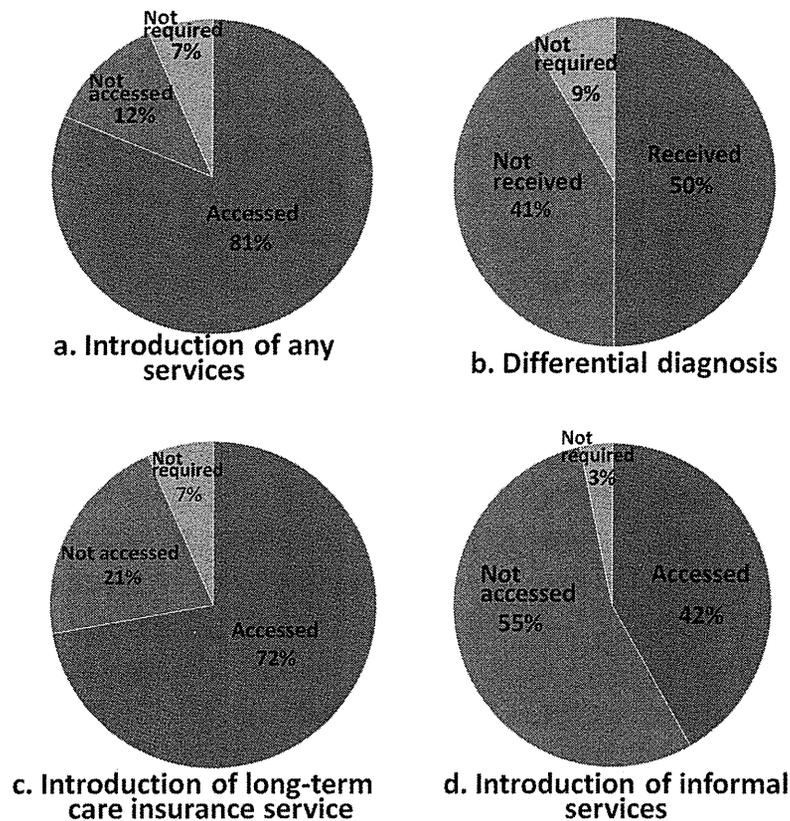


Figure 4. The outcome of involvement by the Support team

会議への出席や訪問同行を依頼するなど、「顔の見える連携」により密に情報交換を行いながら同じ方向性で協働できたことが奏功した結果と考えられる。独居の認知症者の場合はホームヘルパーによる生活介護や訪問看護による健康管理、家族介護者がいる場合にはデイサービス等の利用による介護負担の軽減といった面において、必要に応じ介護保険サービスを利用していくことが、認知症者の地域生活を長く継続させるためには重要となる。対象者の6割以上が80歳以上の高齢者ということもあり、加齢による身体機能の低下が認められるケースも多く、デイサービス等を利用し日常的に運動を行い機能低下の予防に努めていく必要もある。

本事業に関わって実感したのは(1)多職種で事例に関わることの必要性、とくに医療職と介護職の連携、(2)関連職種によるアウトリーチ、訪問の重要性であった。(1)については多職種がチーム員会議という席で、各職種がそれぞれの専門性からベス

トなケアの提供を議論することで、様々な選択肢が提供できることになる。最終的には各職種だけでは思いつかないようなアイデアが出てくることも多く経験した。(2)については、訪問することによって当事者も家族も、また担当CMがいる場合にはCMを含め、チーム員が自分たちに真剣に対応してくれているという実感を持つようである。それを非常に心強く感じ、取り残されてはいないという気持ちを強くするようである。

本調査からいくつかの課題も明らかになった。以下、6点の課題について考察する

① 物忘れなどの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

物忘れなどの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は、6か月～1年未満が32.6%と最も多かったが、3～6年未満と長期間のケースも19.6%と少なくはなく、一方6か月未満のケースは15.2%に過ぎなかった。オレンジプラ

ンにおいても認知症者の早期発見，早期対応の重要性がいわれているが，早期の段階から対応を開始することは薬物療法による進行の遅延，サービス導入による生活習慣の改善，家族介護者の心身の負担軽減や介護準備など利点は多い。支援チームも認知症初期の対象者に適切な支援を行うことが望ましいが，実際は認知症が進行した段階からの関わりとなるケースが多かった。

② 対象者の把握ルート

今回の対象者の把握ルートを見ると，家族から地域包括支援センターを経由してチーム員に連絡があったケースが48%と最も多かった。世帯状況としては約半数が独居であったが，独居高齢者に別居している家族がいる場合，その家族が気付いてから把握ルートに乗ってくることになるが，その家族のいない独居高齢者の場合が課題であると言える。そのような場合に，認知症の出現に最初に気付くのは近隣住民であることが多い。今回の結果では，近隣住民から地域包括支援センターを経由してきたケースは6.5%にとどまっている。地域のなかで初期の認知症者を見つけ，早期に支援を開始することは容易なことではない。また対象者を把握する地域包括支援センターの負担の増大も予想される。今回の活動のなかでも，業務に比較的余裕のある地域包括支援センターから事例がよく提出される一方で，多忙のためか数事例しかあがってこない地域包括支援センターもあった。

今後は，かかりつけ医，CM，地域住民，民生委員，認知症サポーターなどに対して支援チームの存在および活動内容について周知しながら，それぞれが円滑に連携できるようなシステム作りを進めていかなければならない。

③ インフォーマルサービスの導入

介護保険サービスとは対照的に，インフォーマルサービスについては導入できたのが約42%，導入できなかったのが約55%と，サービス導入につながらなかったケースのほうが上回っていた。認知症者の地域生活支援には，介護保険サービス等のフォーマルサービスとともに地域住民やボランティアによるインフォーマルサービスを組み合わせ，切

れ目のない支援を行っていくことが重要である。しかし現状では，インフォーマルサービスの量や情報が不足していると考えられるため，対象者にサービス利用を勧める役割を担うCM等と，民生委員や各種ボランティア等のサービス提供者がネットワークを構築し，連携を図っていかなければならないと考えられた。

④ 医療サービスの導入

医療サービスの導入に関しては，チーム員の介入により鑑別診断を受けたのは約55%であり，レビー小体型認知症や稀な疾患である前頭側頭型認知症と診断を受けたケースも複数みられた。認知症は原因疾患によって，特に初期から中期にかけては特徴的な症状を示すため（数井ら，2011），疾患によっては抗認知症薬を使い分ける必要性もあり（橋本，2014），またその症状を踏まえたケアを行えば認知症の行動・心理症状（BPSD）を緩和できる可能性もある。今回，約4割の対象者で鑑別診断につながらなかったが，かかりつけ医，認知症専門医，支援チーム，CMなどの多職種が協働し，社会に向けて鑑別診断の重要性を啓発していかなければならないと考える。また速やかに医療サービスにつなげる体制の構築が重要となる。多くの認知症専門外来は予約して受診に至るのに2・3か月を要する。神戸市の場合には市民病院との連携体制を構築したことによってモデル事業でのケースの場合はできるだけ早めに受診ができていた。そうした体制の構築はどこでも容易に可能となるわけではない。

⑤ 支援の実施

支援の際には対象者家族との連絡，地域包括支援センターとの連絡調整，数回になることもある自宅訪問，受診の際の同行などチーム員の職務は負担も大きく，多岐にわたる。支援の経費の問題も生じるであろう。持続可能な，適正な介入についても検討される必要があるだろう。

⑥ 人材育成

今後，厚労省は支援チームのモデル事業の実施状況などを検証し，近い将来，全国の市町村へ普及させていく方向性を打ち出している。神戸市においても長田区に限定した活動から，他の区においても支

援チームを結成し、活動範囲を拡大していくことを検討している。そのためには自宅訪問をする保健師や作業療法士をはじめ、認知症専門医、認知症サポート医、区職員、地域包括支援センターの職員など、多くの人員が必要となり、人材の育成方法についても検討しなければならない。またかかりつけ医の機能も重要である。神戸市の支援チームでも、介護保険の申請に係る書類作成、医学的情報の提供、鑑別診断、対象者への専門医受診の勧奨などを、チーム員から直接的に、または担当 CM を介してかかりつけ医に依頼するなどの連携を図った。認知症者が地域での生活を継続していくためには、身体合併症の治療などを含め、対象者のことをよく把握しているかかりつけ医の協力は不可欠である。また、現状の厚生労働省の要綱では、専門医であっても認知症サポート医でなければチーム員になることはできない。上述したように、今後より多くの人員、人材を必要とする支援チームの活動において、この要件が適当なものであるかという点についても議論されるべきであると考えられる。

このように早期に対象者を発見し、アウトリーチ型の支援を継続していくためには解決すべき課題は多いが、支援チームの活動はまだ開始されたところである。各地の支援チームによる活動実践の good practice を収集し情報交換しながら、認知症者およ

び家族介護者への支援の質ならびに量の両面を向上させていかなければならないと考えられた。

COI 開示：本報告に関連して、開示すべき COI はない。

文 献

- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 (2003) Zarit 介護負担感尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI8) の作成 その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 40(5) : 497-503
- 橋本 衛 (2014) 抗認知症薬の使い分け. 認知症の最新医療 4(2) : 58-63
- 数井裕光, 和田民樹, 野村慶子, 山本大介, 杉山博通, 清水芳郎, 吉山顕次, 武田雅俊 (2011) 進行期認知症の臨床症状 原因疾患による相違と対応法. 老年精神医学雑誌 22(12) : 1376-1383
- 町田綾子 (2012) Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性, 妥当性の検討 ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して. 日本老年医学会雑誌 49(4) : 463-467
- 東京都健康長寿医療センター (2014) 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業 認知症の総合アセスメント. <http://dasc.jp/wp-content/uploads/2014/05/a40feabb934bb2ea60d6cbb3b7b5ac0.pdf>. (2014 年 10 月 30 日閲覧)

Activity of Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City

Hiroyuki Kajita^{1,2)}, Kiyoshi Maeda^{1,2)}, Kenichi Kujime^{1,3)}, Hiroko Manabe^{1,4)}, Kaori Asakuma^{1,4)}, Kiyomi Ikehata^{1,5)},
Atsuko Kawa^{1,5)}, Tohmi Osaki^{1,6)}, Kaori Iwabuki^{1,7)}, Atsuko Ikeda^{1,8)}

¹⁾Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City

²⁾Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University

³⁾Kujime Clinic

⁴⁾Kobe City Council of Social Welfare

⁵⁾Kobe Home Care Institute

⁶⁾Kobe University Hospital Medical Center for Dementia

⁷⁾Kobe City Medical Center West Hospital

⁸⁾Kobe City Public Health and Welfare Bureau

We report here an activity of Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City, which launched in 2013, and now on the Team's first full year of activities. The Team dealt with 92 cases during 12 months from September 2013. The Degree of Independent Living for the Elderly with Dementia was mild in two-thirds of the cases. It took more than one year from initial identification of dementia to involvement by the team in half of the cases. Approximately three-fourths of the individuals were admitted to long-term care services after receiving the service. On the other hand, differential diagnosis of dementia was obtained for only about half of the cases. Although there are many problems in the team in identifying dementia cases early and providing outreach service to them, we concluded that this activity is beneficial for dementia people and should be continued.

Address correspondence to Dr. Hiroyuki Kajita, Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)

特 集

認知症初期集中支援チームの現状と課題；処遇困難症例に対する臨床現場での実際の対応を交えて

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

—— 活動1年目と2年目の比較 ——

前田 潔・梶田博之

特集

認知症初期集中支援チームの現状と課題；処遇困難症例に対する臨床現場での実際の対応を交えて



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

— 活動1年目と2年目の比較 —

前田 潔，梶田博之

抄録

神戸市における平成26年9月から10か月間の認知症初期集中支援チーム（支援チーム）の活動（66人の対象者に支援）を，活動開始直後の平成25年9月からの1年間の活動（92人に支援）と比較した。その結果，対象者はより高齢化しており，独居世帯と比較して夫婦二人暮らし世帯および介護保険未申請者が増加し，認知症高齢者の日常生活自立度が低下し，介護認定を受けている者は要介護度が低くなっていた。これらの結果から，支援チームの活動は時間の経過とともに，より初期の要介護度の低い対象者が把握されてくると考えられた。また，支援チームの今後の課題について考察した。

Key words：認知症初期集中支援チーム，神戸市，介護保険サービス，認知症鑑別診断，課題，人材育成，困難事例

老年精神医学雑誌 26：1131-1136, 2015

はじめに

厚生労働省は，2012（平成24）年9月に発表した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」⁵⁾を改め，平成27年1月に，新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」⁶⁾を策定した。この新オレンジプランにおいても，早期に認知症の鑑別診断が行われ，速やかに適切な医療・介護サービス等が受けられる体制が構築されるように，認知症初期集中支援チーム（以下，支援チーム）の設置を推進することとしている。

平成24年度に3自治体で始まった認知症初期集中支援モデル事業は，平成25年度に全国14の市町村に拡大して実施された³⁾。神戸市はそのうちのひとつとして平成25年9月から支援チームの活動を開始した。開始1年後の平成26年9月

～平成27年6月までの10か月間に66人の対象者へ支援を行ったが，本稿では，支援チームの活動を開始した平成25年9月～平成26年8月までの1年間の92人に対する活動実績と比較した結果を報告する。開始当初は，手探りで活動を始めた。対象者の把握が困難であったり，支援のあり方を模索しながらの活動であった。そのため，活動開始から1年経過したのちの実績との間に若干の違いがみられ，活動開始1年経過したのちの実績が通常の活動実績と考え，紹介する。また，これらの経験から，支援チームの活動に関する今後の課題について検討することとする。

1 認知症初期集中支援チームの体制および活動の流れ

兵庫県神戸市における本事業の紹介はほかでも行っている¹⁾ので，ここでは簡単にふれる¹⁾。神戸市には9つの区があるが，そのなかで人口約10万人，高齢化率が約30%（平成25年3月時点）の長田区をモデル地区として，支援チームの活動

Kiyoshi Maeda, Hiroyuki Kajita：神戸学院大学総合リハビリテーション学部
〒651-2180 兵庫県神戸市西区伊川谷町518

を開始した。最初、長田区内にある7つの地域包括支援センターに本事業の内容を説明し、対象者の紹介を依頼した²⁾⁹⁾。チーム員会議に出席するのは、訪問チーム員(2チームを設置)である看護師、社会福祉士、作業療法士に加え、専門医、認知症サポート医、保健師、さら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、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・福祉の多職種からなる10人程度である。

支援チームによるサポートが必要と思われる対象者がいると、その情報が家族、近隣住民、介護施設スタッフ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はいり、そこから支援チームの相談窓口である神戸市社会福祉協議会内の認知症対応強化型地域包括支援センターに連絡がはいる。その連絡を受けると、保健師、看護師、社会福祉士、作業療法士のうちから2人がチームとなり、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。対象者についての情報が整理されたのち、対象者の自宅を訪問する。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。対象者の自宅において、本人および配偶者などの同居者などから、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、アセスメントを行う。自宅訪問のあとチーム員会議を開催し、対象者への初期集中支援を全員で検討する。チーム員会議では、1時間で2~3事例について検討し、通常月に3回程度開催している。なお、最初の相談受理から自宅訪問、チーム員会議開催までの期間は多くの場合、2週間以内となっている。

チーム員会議後、支援チームは対象者を再訪問し、担当介護支援専門員等と連絡・調整しながら、適切な医療・介護サービスにつなげていく。必要に応じて、チーム員が対象者の生活環境の調整や医療機関への受診同行も行う。

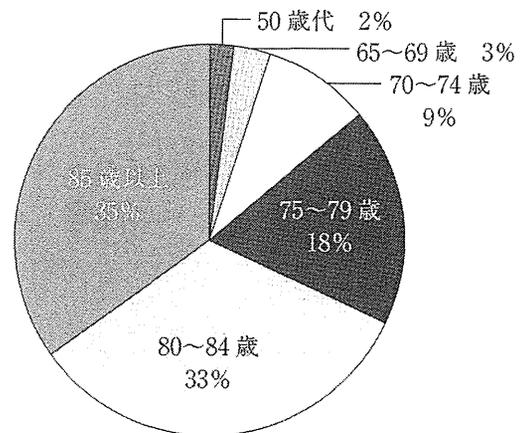


図1 対象者の年齢

2

認知症初期集中支援チームの活動初期と最近の実績の比較

平成26年9月~平成27年6月までに、神戸市の支援チームは66人(男性21人、女性45人)の対象者への訪問を実施した⁹⁾。対象者の性別は女性の割合がほぼ2/3で、平成25年9月~平成26年8月までの期間と変わりはない。対象者の年齢は85歳以上が35%(←36%、平成25年9月~平成26年8月までの結果、以下、同じ)、80~84歳が33%(←27%)、75~79歳が18%(←24%)、70~74歳が9%(←8%)、65~69歳が3%(←5%)であった。75歳以上が全体の86~87%と変わりはないが、平成25年9月~平成26年8月までの結果と比較して80~84歳が増加して75~79歳が減少しており、対象者がより高齢になっているといえた(図1)。

世帯状況では、独居が37%(←46%)、配偶者との二人暮らしが33%(←24%)、その他が30%(←30%)であったが、平成25年9月~平成26年8月までの結果と比較して夫婦二人暮らしが増え、独居が減っていた(図2)。対象者の把握ルートは、家族が58%(←48%)と最も多く、介護支援専門員15%(←24%)、本人8%(←3%)、近隣住民4%(←6%)、医療機関3%(←7%)であった。平成25年9月~平成26年8月までの結果と比較して「家族から」と「本人」が増