

図2 対象者の世帯状況

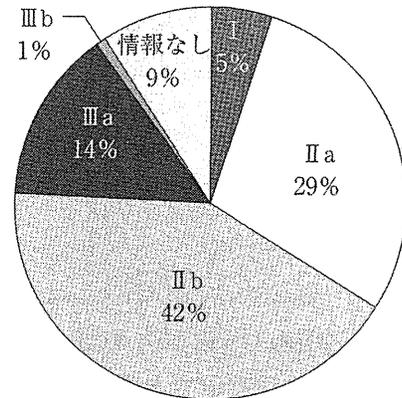


図4 対象者の認知症高齢者の日常生活自立度

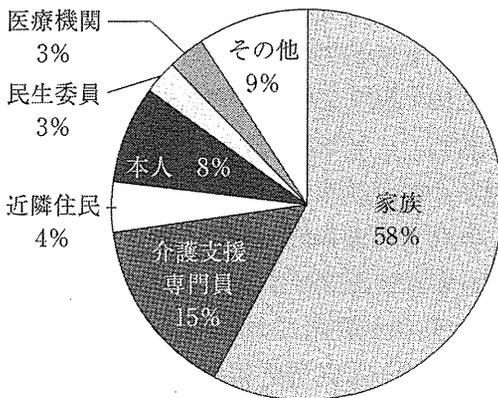


図3 対象者の把握ルート

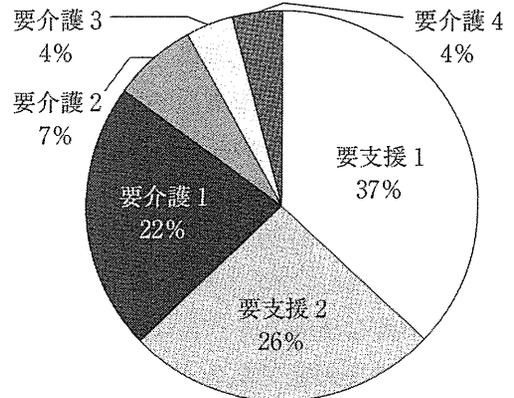


図5 対象者の要介護度

加し、「介護支援専門員および医療機関から」が減少していた(図3)。

認知症高齢者の日常生活自立度では、ランクⅡが最も多く71%(←65%)、次いでランクⅢ以上が15%(←15%)、ランクⅠが5%(←13%)と、平成25年9月～平成26年8月までの結果と比較してランクⅡが増加してランクⅠが減少し、全体的に自立度が低下していた(図4)。介護保険の要介護度では、未申請、未申請であって申請中を合わせると56%(←44%)で、未申請、申請中の者が増加していた。介護認定を受けている者のうち、要支援(1,2を含む)が63%(←43%)であり、要介護1は22%(←44%)、要介護2は7%(←8%)、要介護3以上が8%(←4%)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要支援1および2が増えて要介護1

が減少し、その他は大きくは変わっておらず、要介護状態は軽くなっているといえた(図5)。支援後に受診し、認知症の鑑別診断を受けた者が62%(←50%)、受けなかった者が38%(←50%)で、鑑別診断を受けた者が増加した。

以上、神戸市における支援チームの活動開始直後と開始1年後の実績を比較してまとめると、対象者の特徴としては、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度は低下していたが、介護保険は未申請(申請中を含む)が増え、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。対象者の把握ルートでは「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か、それまでとは若干異な

る対象者が把握されてくるのではないかと考えられた。このことは本支援事業の本来の目指すところといえるかもしれない<sup>3,4)</sup>。

### 3 認知症初期集中支援チームの今後の課題

#### 1. 人材の育成

支援チームは、2018（平成30）年度までに全国の市町村で設置される予定である<sup>4)</sup>。神戸市においては、平成27年度から活動エリアを広げ、3つの支援チームを組織して活動を開始させようとしている<sup>8)</sup>。支援チームのようなアウトリーチ型のサービスは、対象者の実際の生活環境に直接ふれながら、アセスメントや支援活動を行うことができるなど、利点は数多い。しかし、自宅訪問に要する移動時間などを含めると、一日で訪問可能な件数は限定され、時間効率としては決して高いものとはいえない。これを補うためにはマンパワーを増加する必要があるが、支援チームの人材確保は解決困難な課題である。限られた予算のなかで多数の専門職を専従職員として雇用することもむずかしい。支援チームの特徴である多職種による支援を継続していくとなると、人員・人材の確保やスケジュール調整などが困難で労力を要することも多い。支援チームの活動を長期間継続していくためには、チーム内および関連機関との連携体制の見直しや、場合によってはボランティアを活用するなど、課題の解決に向けたその地域ごとの工夫が必要となるであろう。このような各地域の支援チームの取組みについては、報告会などを開催することで、積極的に情報共有を図っていくべきであると考えられる。

#### 2. 介護サービスの導入

これまで、早期対応の遅れから認知症の症状が悪化してから医療機関を受診するケースや、認知症に対する適切なケアが行われていないケースが多くみられていた。つまり、認知症の人やその家族に「危機」が発生してからの事後的な対応となっていた。このような状況に対して、オレンジ

プランでは、今後目指すべきケアとして「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を掲げ、支援チームは「早期支援機能」を推進していく重要な役割を担っている。

神戸市における支援チームの活動をみてみると、支援チームによる介入によって、約7割の対象者で介護保険サービスの導入や追加につながった。これは、多職種からなるチーム員や、その後の引き継ぎ先となる介護支援専門員が、チーム員会議で直接顔を合わせて支援策を検討したり、対象者宅への訪問に同行するなど、うまく協働できたことも影響したと考えられる。一方で、介護保険等の公的サービス以外のインフォーマル・サービスについては、導入につながらなかったケースが過半数を占めた。地域で暮らす認知症の人に対しては、種々のインフォーマル・サービスの利用が有効である場合も多いが、今回の結果をみると、十分にサービスを活用できたとは言い切れない。これは、対象者が暮らす地域で利用可能なインフォーマル・サービス等の情報を、チーム員や介護支援専門員が十分に把握できていないことが一因であったと思われる。今後は、利用可能なインフォーマル・サービスを調査したうえでリスト化し、それをもとに対象者へ利用勧奨するといった対応も必要であると考えられる。

#### 3. 認知症の鑑別診断の重要性

認知症の鑑別診断については、支援チームの勧めにより、対象者の半数が医療機関を受診した。認知症専門外来は、予約から受診までに数か月を要することも多い。神戸市でも例外でなかったが、長田区にある市民病院と連携を図り、支援チームの対象者についてはできるかぎり速やかに受診ができるようにした。しかし、このような連携体制はどの地域でも構築できるものではなく、また長期間にわたって継続していくことも容易ではない。認知症の鑑別診断を受ける必要性としては2つ考えられる。1つは、認知症のとくに早期段階においては、出現し始めた症状が認知症によるものか、性格の先鋭化によるものか、あるいは他の精神疾

表1 認知症鑑別外来患者と認知症初期集中支援チームを経由した対象者の比較

	認知症鑑別外来 (平成25年, n = 132)	認知症初期集中支援チーム経由 (平成25年9月~平成26年7月, n = 29)
年齢(歳)	80.8 ± 6.6	83.6 ± 5.1
MMSE(点)	20.3 ± 5.5	18.6 ± 4.7
単身者の割合	26.5%	55.1%

MMSE: Mini-Mental State Examination

(データ提供: 神戸市立医療センター西市民病院 中元幸治先生のご厚意による)

患によるものか、その判断がむずかしいことも少なくないため、対象者の家族やコメディカルの専門職にとっては、認知症という診断が得られると、その後の対応の仕方を決めやすくなることである。もう1つは、認知症は原因疾患によって特徴的な症状を示すため、原因疾患を把握しておくことで、適切な治療やケアが選択できることである。よりスムーズに受診可能な体制が整備できれば、受診につながる割合は増加すると考えられるため、地域の医師会とも連携して受診可能な医療機関を拡充していく必要があるといえる。

#### 4. 対象者の把握

このような介護サービスの利用や医療機関での受診といった対象者への支援に関しては、関連施設の多職種が連携・協働することで改善していくことも多いが、対象者の「早期発見」については困難な課題を抱えている。今回の対象者のなかにはまったくの単身や、対象者の配偶者にも認知症が疑われるケースもみられた。このような場合は認知症症状の出現に気づきにくく、かりに気づいたとしても迅速な対応をとることがむずかしい。実際、もの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、半数以上の対象者で1年以上の期間を要していた。

支援チームと連携をとった市民病院におけるデータをみると、一般の認知症鑑別外来の患者と比較して、支援チームの紹介により受診した対象者は独居の割合が高く、Mini-Mental State Examination (MMSE) の平均得点が低い結果を示して

いた(表1)。対象者を早期に発見・把握し対応していくためには、近隣住民や地域の民生委員の協力が重要となるが、把握ルートを見ると「近隣住民から」は4%にとどまっていた。隣人の行動の異変に気づき認知症を疑うような場合でも、どこに連絡して相談すればよいかの判断に迷ったために、そのままにしていたというケースは少ない。どのような機関が連絡の窓口となるのかは各地域特性により異なってくるが、住民に対してその連絡先を周知していくことにより、対象者の把握ルートを広げていく必要がある。また、支援チームの存在や具体的な活動内容についての社会における認知度は、一般住民のみならず、かかりつけ医をはじめとする医療・福祉専門職においても、まだ高いとはいえないのが現状であるため、認知症に対する早期支援体制のひとつとして支援チームが存在することについても広報していかなければならない。

#### 5. 困難事例

もう1つの課題に、支援チームによる介入・支援を拒否する対象者にどう対応するかの問題がある<sup>8)</sup>。神戸市での活動においても、「とりつく島がない」「訪問チーム員に対して扉を閉じて、頑として開けてくれない」といったケースもみられた。これらの困難事例に対しては、緊急事態の場合を除いて、粘り強く関係を構築していくしか方法がないともいえる。

## おわりに

最後に、認知症初期集中支援チームの活動はまだ開始段階であり、解決していくべき課題も多く抱えている。しかし、支援チームの活動が十分に機能すれば、認知症の人や家族介護者にとって非常に有益なものとなるはずである。今後は、支援チームの介入によるアウトカムについても、多側面にわたって検証していく必要があると考える。

本論文は、第33回日本認知症学会学術集会（横浜、2014年11月30日）において発表した内容（前田潔、池田敦子：シンポジウム9「認知症初期集中支援チームの現状と課題」—5. 認知症初期集中支援チームの課題；神戸市の経験<sup>7)</sup>）に加筆したものである。

## 文 献

- 1) 梶田博之, 前田 潔, 久次米健市, 真鍋ひろ子ほか：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. *Dementia Japan*, **29** (4) (印刷中).
- 2) 神戸市介護保険課：神戸市認知症初期相談支援チーム 平成26年度認知症初期相談支援事業マニュアル. 平成27年3月. Available at : <http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/ninchisyousu/img/26nirntisho-shoki-manual.pdf>
- 3) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：平成25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分）「認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業」事業報告書. 独立行政法人国立長寿医療研究センター，大府市，平成26年3月. Available at : [http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/rojinhokoku3\\_25.pdf](http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/rojinhokoku3_25.pdf)
- 4) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：平成26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分）「認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業」報告書. 独立行政法人国立長寿医療研究センター，大府市，平成27年3月. Available at : [http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/rojinhokoku2\\_26.pdf](http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/rojinhokoku2_26.pdf)
- 5) 厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの計画）. 平成24年9月5日. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>
- 6) 厚生労働省：「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）」について. 平成27年1月27日. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>
- 7) 前田 潔, 池田敦子：シンポジウム9「認知症初期集中支援チームの現状と課題」—5. 認知症初期集中支援チームの課題；神戸市の経験. 第33回日本認知症学会学術集会，横浜，2014年11月30日.
- 8) 前田 潔, 梶田博之：「オレンジプラン，中間年の検証，地域連携」—認知症初期集中支援チームの課題；神戸市における経験. *精神経誌*, **117** (印刷中).
- 9) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：平成26年度「認知症初期集中支援チーム」テキスト. 平成26年4月.

Dementia Japan 第30巻 第1号 別冊

認知症初期集中支援チームにおける  
多職種協働  
— 神戸市における活動から —

梶田 博之, 前田 潔

## 認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 — 神戸市における活動から —

梶田 博之, 前田 潔

### 1. はじめに

平成 24 年 9 月に厚生労働省が公表した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」において、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（厚生労働省, 2012）。これを受け、平成 24 年度からモデル事業が開始され、平成 25 年度には全国 14 の自治体でモデル事業として支援チームが配置された。神戸市はその一つとして、平成 25 年 9 月から支援チームの活動を開始した。支援チームの目的はオレンジプラン（その後の新オレンジプラン）で強調されているように、「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」ために、認知症の人やその家族に早期に関わり、早期診断・早期対応に向けた支援を行うことである。地域で暮らす人々の生活をサポートしてゆくためには、医療や介護に携わる多職種が連携・協働することが必要となる（鷲見, 2015）。

本稿では、神戸市におけるこれまでの支援チームの活動について紹介し、多職種協働の必要性ならびに今後の課題についてわれわれの考えを述べた。

### 2. 神戸市における支援チームの活動

神戸市の支援チームは、認知症専門医、認知症サポート医（かかりつけ医）、看護師、社会福祉士、作業療法士で構成されている。支援チーム員として新たに雇用されたのは看護師 1 名、社会福祉士 1 名で、作業療法士は第 3 セクターから派遣された。神戸市では人口約 10 万、高齢化率約 30% の長田区において実施された。支援チームのサポートが必要と思われる対象者がいると、市内のあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）の介護支援専門員（以下、CM）等から、支援チーム派遣の相談窓口となっている神戸市で唯一の認知症対応強化型地域包括支援センター（市社協が委託を受けている）に連絡が入る。対象者の把握は CM、近隣住民、民生委員、あるいは本人自らがあんしんすこやかセンターを訪ねてきたりした。連絡を受け、支援チームによる介入が必要と判断された場合、看護師、社会福祉士、作業療法士からなる訪問担当の専門職のうちの 2 名がチームを組み、対象者宅を訪問する。対象者の担当 CM が訪問に同行することも多い。対象者宅で心身機能、生活状況、生活環境、介護者の

Interprofessional collaboration in initial-phase intensive support team for dementia in Kobe City

Hiroyuki Kajita, Kiyoshi Maeda

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有瀬 518]

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

介護負担等についてのアセスメントを行う。その後、得られたアセスメント内容を報告し、初期支援策を検討するための、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、担当 CM のほか、自治体の関連部署の職員等が出席してチーム員会議が開催される。出席した専門職は、それぞれの専門的立場から意見を出し合い、支援策を決める。チーム員会議の後、対象者宅を再度訪問し、会議で決められた初期支援策に基づき、対象者の生活上の問題点を改善するための支援を開始しながら、適切な医療・介護サービスにつなげていくために、担当 CM など関係各所との連携を図っていく。支援チームによる支援期間は、最初の訪問から最長 6 ヶ月間を目安としている（梶田ら、2015）。

神戸市の支援チームは、平成 25 年 9 月から現在（平成 27 年 10 月）まで 2 年 2 ヶ月、活動している。活動結果がまとめられている平成 25 年 9 月から平成 27 年 6 月の 1 年 10 ヶ月の間に、男性 52 名、女性 106 名の計 158 名（平成 27 年 6 月末の時点で支援を終了していないケースも含む）に対して支援を行った。

神戸市には 9 つの区があるが、支援チームが活動を開始した平成 25 年 9 月から平成 27 年 3 月までは、神戸市長田区（人口約 10 万 2 千人、市内で最も高齢化率が高く 30.4%、平成 25 年 3 月現在）をモデル地区として活動を行った。平成 27 年度からは実施地区の拡大を目指しており、平成 27 年 9 月から

は神戸市の都心部にあたる中央区においても支援チームの活動を開始し、間もなくもうひとつの区でも活動が開始され、平成 27 年度に 3 区で活動を開始する予定である。

### 3. 支援チームにおける多職種協働

神戸市の支援チームは、平成 26 年度には 96 名に対して支援を行った。そのうち、平成 27 年 7 月末までに支援を終了した 80 名（男性 25 名、女性 55 名）についてみると、支援開始時に要介護認定を申請していなかったのは 24 名であったが、終了時に申請していなかったのは 6 名に減少した（図 1）。介護サービスの利用状況では、支援開始時には未利用であったのが 60 名いたが、終了時には 12 名となり、多くのケースで介護サービスの利用につなげることができた（図 2）。鑑別診断については、支援開始時に認知症の診断を受けていなかったのが 72 名であったが、そのうちの 46 名が終了時までには認知症の有無や原因疾患に関する診断を受けた。

対象者の中には支援チームによる介入自体を拒んだり、医療・介護サービスの導入を勧めても拒否されることも少なくない。実際、受診拒否に関しては約 1 割の対象者にみられた。このようなときには、支援チームの訪問員とともに担当 CM やチーム員会議のメンバーであるサポート医も自宅訪問に同行したり、またかかりつけ医のいない対象者にはサ

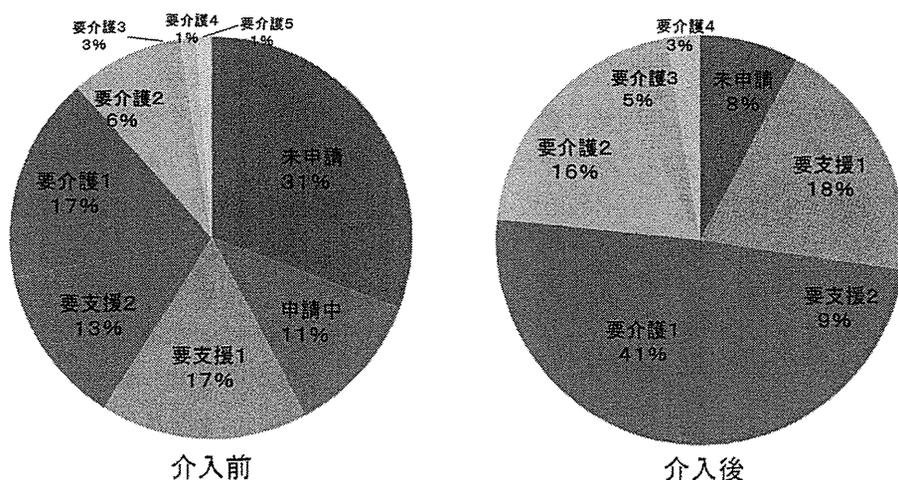


図 1. 介護保険の認定・申請状況

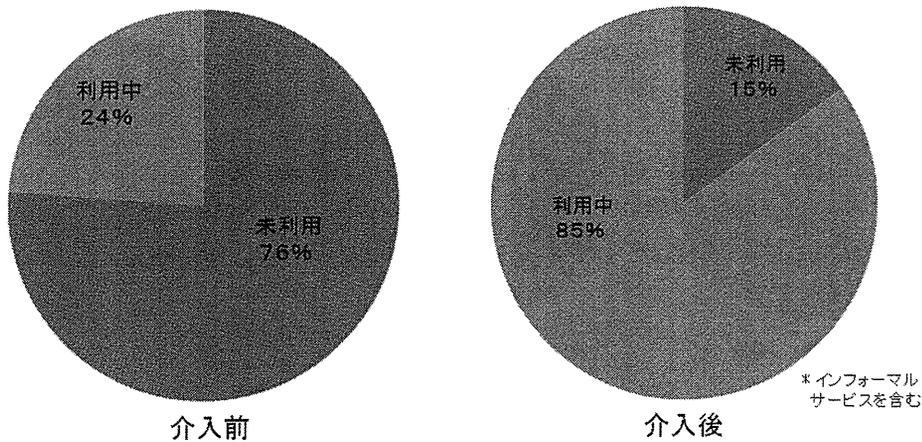


図2. 介護サービスの利用状況

ポート医が往診することもあった。このように、ひとりの対象者に対して、初期集中支援事業に関わる複数の専門職が協働し関わりをもてたことが、医療・介護サービスの導入率に影響したと考えられる。また、チーム員会議は月に2~3回の頻度で実施しているが、多職種が会議の場で直接顔を合わせ、各々の専門性を活かした意見を出し合っている。そうするなかで、互いの職種に対する理解とともに人間関係も深まっていくため、些細なことでも相談しあえる関係性が構築されていったように感じる。

しかし、支援チームに関わるメンバーの中だけで連携・協働ができたとしても、初期支援事業の目指すところである認知症の人の早期診断・早期対応を実現することは難しい。平成26年度の支援チームの対象者の世帯状況をみると、約45%の人が独居であり、夫婦のみで生活している高齢者世帯も約22%あった(図3)。このようなケースでは、認知症の初期症状の出現に気付かないことや、気付いたとしても医療機関への受診など然るべき対応を迅速にとることができず、認知症の症状が重症化していくことも少なくない。このような状況は、医療・福祉の専門職だけの働きで防ぐことはできず、自治体や地域住民までも含めた協働体制が必要とされる。しかし、対象者の把握ルートを見ると、対象者80名中、医療機関がルートの起点となったのが6名(7.5%)、近隣住民が5名(6.3%)、民生委員は1名(1.3%)にすぎなかった(図4)。早期診断・早期対応を行うには、まず対象者を把握することが前

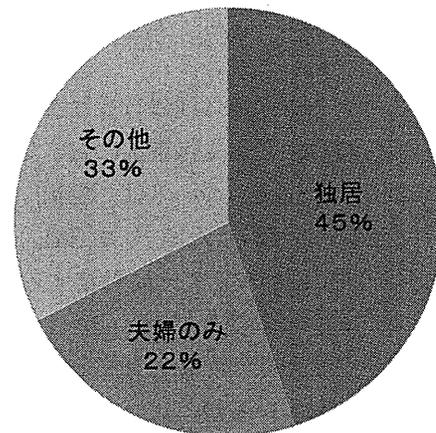


図3. 対象者の世帯状況

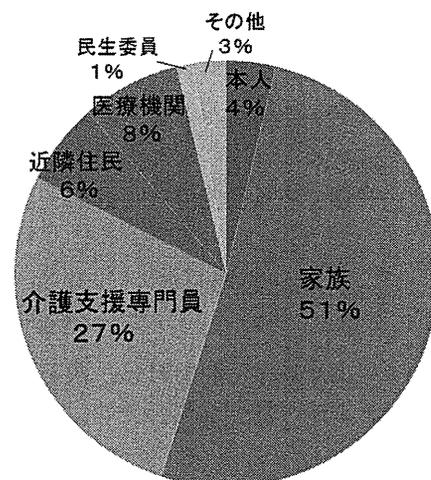


図4. 対象者の把握ルート

提であり、そのためにはこの把握ルートの拡大・充実化が必須となる。それに向けて、支援チームの存在や活動を社会に広く啓発することや、支援チーム

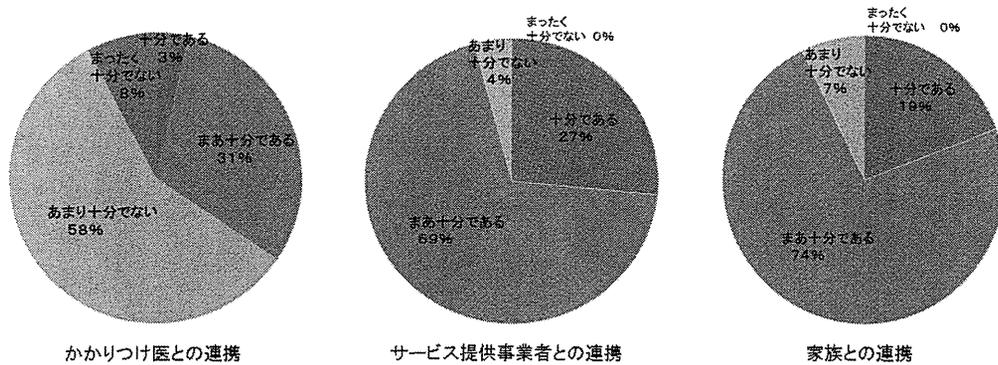


図5. 介護支援専門員が感じる連携の現状

の活動地域の医療機関、CM、地域組織などに対してチーム員が積極的にアプローチし、連携体制を構築していく必要があると考える。

しかし、このような連携体制は容易に構築できるものではない。特に、初期支援事業において重要視される医療と介護の連携については、現状では十分に行えているとは言い難い(永島, 今井, 2012)。我々が全国の地域包括支援センターに勤務するCMに対して行ったアンケート調査でも、CMは介護保険サービス提供事業所や認知症者の家族とは密に情報交換や連携が行われているが、対照的にかかりつけ医と十分に連携がとれていると感じているCMは34%にすぎなかった(図5)。認知症者の地域包括ケアは、医療と介護の両専門職の連携なくしては成立しない。互いに業務多忙により情報交換に十分な時間を割けないなど困難な点も多いが、効率的な連携方法を探りながら、徐々にでも改善していかねばならない課題であると考える。

#### 4. おわりに

厚生労働省は、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)」を策定した(厚生労働省, 2015)。この新オレンジプランにおいても、支援チームの設置推進が示されており、平成30年度までに全国の市町村での活動開始を目指している。支援チームのように対象者の自宅を訪問し支援を行うアウトリーチ型サービスは、移動時

間も必要となるため、1回の訪問には相応の時間を要する。平成26年度に神戸市の支援チームが支援を行った対象者80名のデータでは、1ケースあたりの平均訪問回数は4.7回であった。処遇困難事例に対しては訪問回数も増えるであろうし(前田, 梶田, 2015; Maeda et al., 2015)、また支援チームの活動が軌道に乗り対象者数が増加すると、初期支援事業に関わる専門職の業務負担も増大することになる。支援チームという医療・介護の多職種による新たな取り組みが今後継続していけるよう、各専門職が認知症者の支援に対する専門性を高め(猿橋, 2015)、また互いの専門性への理解を深めながら、効率的な連携体制の構築へ向けた取り組みを進めていかなければならないと考える。

#### 文 献

厚生労働省 (2012) 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)(平成24年9月5日公表). <http://www.mhlw.go.jp/str/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

厚生労働省 (2015) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(平成27年1月27日公表). [http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf)

梶田博之, 前田 潔, 久次米健市ら (2015) 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—. *Dementia Japan* 29: 596-604

Maeda K, Kajita H, Morikawa T (2015) The recent national

strategy for dementia in Japan, a rapidly ageing society. 10<sup>th</sup> International association of Gerontology and geriatrics—Asia/Oceania 2015 congress, 19-22 October, Chiang Mai, Thailand  
前田 潔, 梶田博之 (2016) オレンジプラン, 中間年の検証, 地域連携, 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 印刷中  
永島 徹, 今井幸充 (2012) かかりつけ医と介護支援専門

員の地域連携に関する調査 (介護支援専門員調査). 老年精神医学雑誌 23 : 599-607  
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 : 56-59  
鷺見幸彦 (2015) 認知症サポートチームと認知症初期集中支援チーム. 医学のあゆみ 253 : 851-856

### **Interprofessional collaboration in initial-phase intensive support team for dementia in Kobe City**

Hiroyuki Kajita, Kiyoshi Maeda

Faculty of Rehabilitation, Kobegakuin University

Initial-phase intensive support team for dementia in Kobe City was launched in 2013. The Support Team provides the outreach services to support people with dementia and people suspected having dementia, and their caregivers. The Support Team consists of the medical and welfare specialists such as medical doctors, public health nurses, social workers, and occupational therapists. These professionals cooperate with each other to support community-dwelling people with dementia or people suspected having dementia. We report here activities of the Support Team in Kobe City, and discuss the importance of interprofessional collaboration in community care for support of the people with dementia.

---

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

認知症初期集中支援チームの課題  
—神戸市における経験—

前田 潔, 梶田 博之

精神神経学雑誌第118巻第2号別刷  
平成28年2月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 118, Numerus 2, 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——

前田 潔, 梶田 博之

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（以下、支援チーム）の経験をまとめて報告した。またその経験から支援チームの課題について考察した。神戸市での経験では、対象者の年齢分布では 85 歳以上が最も多く、ついで 80～84 歳と高齢のものが多かった。対象者の 70% 近くは認知症高齢者の日常生活自立度 II a と II b であり、Dementia Assessment Sheet in community-based integrated care System (DASC) の得点は 90% 以上が 29 点以上と、軽度～中程度認知症であった。認知症症状に気づかれてから支援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。対象者の把握ルートは約半数が家族からで、居宅介護事業所の介護支援専門員からのものを合わせて 80% 近くであった。介護サービスについては、対象者の 70% 強に導入することができたが、認知症の鑑別診断は、鑑別診断が必要と考えられる対象者の半数にしか実施されなかった。課題として認知症症状が出現してから支援が開始されるまでの期間が長い、対象者の把握ルート、家族のいない独居高齢者への支援、地域包括支援センターの負担、認知症の診断を受ける困難さ、人材の確保、かかりつけ医との連携などが考えられた。早期に対象者を発見し、多職種が協働してアウトリーチ型の支援を行う支援チームは課題も多いが、その支援は認知症本人および家族にとって貴重なものであり、今後も継続されるべきであると考えられた。

<索引用語：認知症初期集中支援チーム事業、新オレンジプラン、認知症の早期発見・早期対応、神戸市、地域包括支援センター>

### はじめに

厚生労働省（以下、厚労省）は平成 23 年 9 月に公表した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」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、認知症の人やその家族に早期にかかわる初期集中支援チームを設置すると述べている<sup>6)</sup>。さらに平成 27 年 1 月 27 日に政府・厚労省は国家戦略「新オレンジプラン」を策定し、公表した<sup>7)</sup>。その骨子は、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられる社会をめざし、予防・治療法の開発、本人や家族の視点を重視した施策作りなどであり、それらが「7つの視点」として掲げられている。具

体的には、認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）事業のほか、ケアの質向上に向けた看護師・介護職員向け専門研修の新設、全都道府県に 65 歳未満の若年性認知症の相談窓口を設けることなどが盛り込まれている。

支援チームは、複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症の人や認知症が疑われる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、集中的に行うこととなっている（表 1）。この支援チーム事業は、平成 24 年度に全国 3 ヶ所でモデル事業として実施され<sup>3)</sup>、25 年度には全国 14 の自治体にと規模が拡大された<sup>1)</sup>。神戸市はそのうちの 1 つとして本事業に参

表1 認知症初期集中支援チームについて

【目 的】	
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を目的とする。	
認知症初期集中支援チームとは	対象者
複数の専門職が家族の訴えなど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（約6ヵ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。	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いずれかの基準に該当する人とする。 ◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人 （ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人 （イ）継続的な医療サービスを受けていない人 （ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人 （エ）診断されたが介護サービスが中断している人 ◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症のBPSDが顕著なため、対応に苦慮している
配置場所	認知症初期集中支援チームのメンバー
地域包括支援センターなど（診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など）	医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士など） + 専門医

加した。平成26年度からは全国41自治体において実施されており、平成29年度末までに全市町村での設置を予定している（表2）。全国41自治体における26年度の活動は報告書として公表されている<sup>5)</sup>。本報告では、神戸市における平成25年9月からの支援チームの体制、活動内容・実績についてまとめ、さらに支援チーム事業の課題について考えてみた。

### 1. 神戸市における支援チーム

神戸市では長田区をモデル地区として支援チーム事業を実施した。長田区は神戸市の中南部に位置し、神戸市のなかでは早くから開発された地で、ケミカルシューズを中心とした小～零細企業の多いところである。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155.4万人、高齢化率は24.2%であり、長田区は神戸市において最も高齢化が進行した区である。

神戸市の支援チーム<sup>2)</sup>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（図1）。なお、厚労省

表2 認知症初期集中支援チーム事業準備・実施状況

全 国
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成24年度、全国3ヵ所でモデル事業</li> <li>25年度、全国14自治体でモデル事業を実施</li> <li>26年度、41自治体が地域支援事業として実施。ほかに65自治体が独自事業として実施している</li> <li>41自治体におけるチームの設置場所（地域包括支援センター20、医療機関8、疾患医療センター4、本庁ほか9）</li> </ul>
兵庫県・神戸市
<ul style="list-style-type: none"> <li>25年10月、神戸市（長田区）において全国14自治体の1つとして、モデル事業を実施</li> <li>26年度、兵庫県下で神戸市（長田区）、姫路市、たつの市の3市で開始</li> <li>県下39市町のうち、26年度3市、27年度8市町、28年度6市町、29年度15市町で実施予定。7市町で実施未定あるいは検討中</li> </ul>

の要綱では、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（以下、サポート医）であること、またその他の専門職においては、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<sup>4)</sup>。

支援チームによるサポートが必要と思われる対

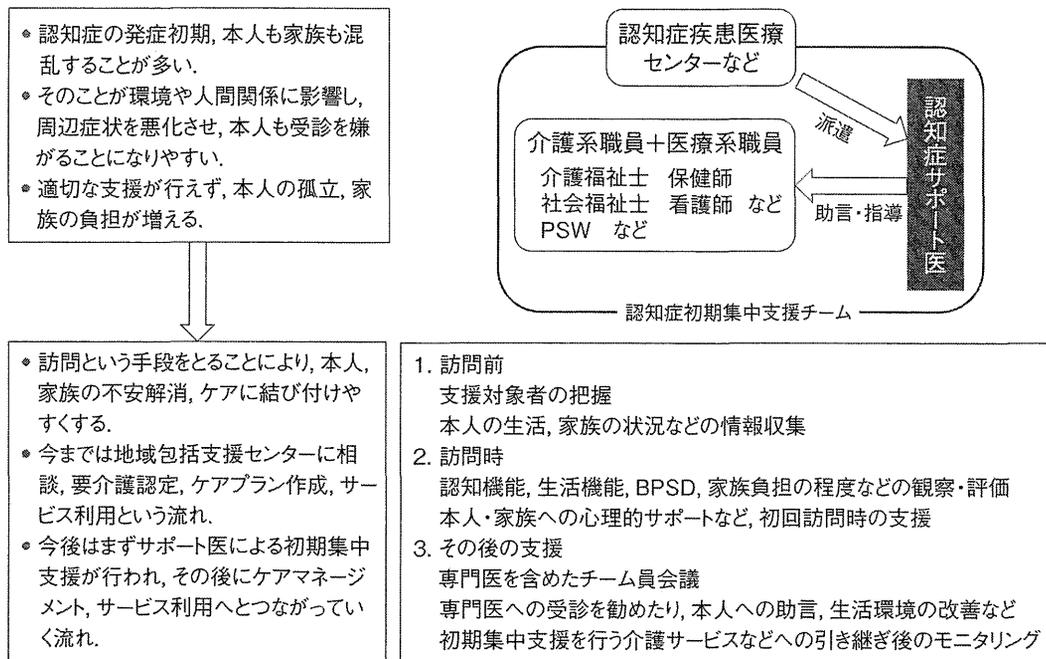


図1 認知症初期集中支援チームの構成と役割

象者がいると、長田区内に7ヵ所ある地域包括支援センターの主任介護支援専門員（以下、CM）などから、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。地域包括支援センターには家族、居宅のCM、医療機関から連絡が入ることが多い。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、介護者の介護負担などについてアセスメントを行う。神戸市長田区では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して、訪問チーム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、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、生活環境の改善などの支援を実施する。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（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おおむね最長6ヵ月間である。

対象者のアセスメントは以下の4点について行っている。DASC、DBD13およびZBI\_8は標準的なアセスメントとなっている<sup>4)</sup>。

①認知症アセスメントシート (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC)

家族や介護者から対象者の日常生活を聴取して認知障害や生活障害を評価する尺度である。DASC18項目29点以上で認知症の可能性ありと判定する<sup>10)</sup>。

## ②Dementia Behavior Disturbance Scale 13 (DBD13)<sup>8)</sup>

認知症の行動障害を評価する尺度であり、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。

## ③Zarit 介護負担尺度日本語短縮版 (Zarit Burden Interview : ZBI\_8)<sup>1)</sup>

ZBI\_8は、22の質問項目からなるZBI\_8介護負担尺度の短縮版である。身体的負担、心理的負担、経済的負担などを介護負担として測定する。

## ④身体状況、生活状況

身体状況としてバイタルサイン、移動・運動能力、日常生活動作 (ADL)、手段的日常生活動作 (IADL)、コミュニケーション、栄養状態などのアセスメントを行う。生活状況として生活リズム、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ている。

## II. 初期集中支援チームの課題

神戸市の支援チームの活動実績は別に報告しているので省略する<sup>2)</sup>。担当地域包括支援センターや担当CMにチーム員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ではデイサービスなど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。

神戸市での経験からいくつかの課題も明らかになった (表3)<sup>9)</sup>。

### 1. 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

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ヵ月～1年未満が32.6%と最も多かったが、1年以上が合計52.0%であった。本

表3 認知症初期集中支援チーム事業の今後の課題

- 
- ・チームの存在の周知
  - ・事例の把握
  - ・チーム員の確保, サポート医の確保
  - ・認知症初期の方の意向や不安軽減にかかる支援体制の構築
  - ・初期認知症に特化した支援 (通所介護や, IADL 部分を重点的に支援できる訪問介護など) が必要
  - ・進行了した認知症者への支援は?
- 

事業の目的は認知症に早期から対応することにある。早期に対応することで進行の遅延や、家族介護者の介護負担の軽減などが期待される。初期集中支援チーム事業が始まって間がない現段階では認知症が進行した段階からのかかわりとなるケースが多かったのではないかとと思われる。本事業が地域住民に周知されたのちは認知症が早期の段階で本事業の支援対象になるのではないかとと思われる。

### 2. 家族のいない独居高齢者への支援

対象者の把握は、神戸市の経験からも当初は偏った一部の地域包括ケアセンターのみからのルートを通じて把握されることが多かった。しかし、支援チームの存在が知られるようになってからは、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るケースが増えてきた。世帯状況としては約半数が独居であった。独居高齢者に近くに別居の家族がいる場合、その家族が気づいて把握ルートに乗ってくることになる。別居の家族もいない、あるいはいても遠隔地にいる場合、独居高齢者の認知症症状の始まりを把握することは困難なことが多い。そのような場合、認知症症状の出現に最初に気づくのは多くは近隣住民である。神戸市の場合、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%にとどまっていた。地域住民の関係が疎になっているなかで初期の独居認知症者を見つけ、早期に支援を開始することは容易なことではない。われわれは小規模自治体における支援チーム事業では近隣住

民から対象者が上がってくるものが少なくないことを報告しているが、地域住民の関係が密なところとそうでないところでは異なってくるといえた<sup>9)</sup>。近隣関係の希薄な地域における、家族のいない、あるいは近くに家族が住んでいない独居高齢者に対する対応を検討する必要がある。

### 3. 地域包括支援センターの負担の増大

対象者を把握する地域包括支援センターの負担も大きい。地域包括支援センター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対象者がよく提出される一方で、多忙のためか数事例しか上がってこない地域包括支援センターもあった。地域包括支援センターへの財政的支援を考える必要があるといえる。

### 4. 認知症の診断

認知症の診断がついているか否かは家族および医療・介護関係者にとっては重要である。高齢者に行動異常などがみられたとき、周囲は認知症を疑ってはみるが、真に認知症による行動異常かどうかの判断ができない。専門医の診断の後に認知症としての対応を考えることとなる。専門医による認知症という診断はすべての始まりとなる。神戸市では支援チームの介入により認知症の診断(鑑別診断)を受けたのは約55%であった。認知症は原因疾患によって、症状を踏まえたケアを行う必要がある。約4割の対象者で鑑別診断につながらなかった。認知症の鑑別診断を受けることの重要性を啓発していかなければならないと考える。多くの認知症専門外来は予約して受診に至るのに2,3ヵ月を要する。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。神戸市の場合市民病院との連携体制を構築したことによって本事業による受診者は優先的に医療サービスを受けることが可能であった。しかしながらこのような体制の構築は容易ではない。

### 5. 人材の育成

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、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、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。

### 6. かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携も重要である。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り、かかりつけ医との連携を円滑に進める必要があるが、多忙なかかりつけ医との連携は困難なことが少なくない。

その他にもサポート医の養成、サポート医の本事業への参加、困難事例への対応などの課題が存在する。

### おわりに

本事業にかかわって感じたことは多職種が協働して事例を支援することおよびアウトリーチ、訪問の重要性であった。多職種がチーム員会議という席で、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、さまざまな選択肢が浮かび上がってきた。また、訪問することによって対象者の家庭環境や生活している状況を把握することができる。当事者、その家族、担当CMのいずれもが、専門職からなるチーム員が真剣に支援を検討してくれていると感じ、それを非常に心強く受け止めるようである。

このように早期に対象者を発見し、多職種でアウトリーチ型の支援を継続していくという特徴を

もつ支援チームの活動はまだ開始されたところであるが、非常に有効な認知症者および家族介護者への支援と考えられた。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: 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; 497-503, 2003
- 2) 梶田博之, 前田 潔, 久次米健市ほか: 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—. *Dementia japan*, 29 (4); 596-604, 2015
- 3) 片山智栄, 新川祐利: 認知症在宅ケアの新たな取り組み—認知症初期集中支援サービスについて—. *老年精神医学雑誌*, 25; 751-759, 2014
- 4) 国立長寿医療研究センター: 平成25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分) 認知症の早期診断, 早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業 事業報告書, 平成26年3月, 2014
- 5) 国立長寿医療研究センター: 平成26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分) 認知症の早期診断, 早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業報告書, 平成27年3月, 2015
- 6) 厚生労働省: 認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン) (平成25～29年度までの計画). 平成24年9月5日
- 7) 厚生労働省: 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) について. 平成27年1月27日
- 8) 町田綾子: 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; 463-467, 2012
- 9) 前田 潔, 梶田博之: 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—. *老年精神医学雑誌*, 26 (10); 1131-1136, 2015
- 10) 東京都健康長寿医療センター: 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/a40feabbc934bb2ea60d6cbb3b7b5ac0.pdf>) (参照2014-10-30)

## Issues in Initial-phase Intensive Support Team for Dementia Experience in Kobe City

Kiyoshi MAEDA, Hiroyuki KAJITA

*Faculty of Rehabilitation, Kobe Gakuin University*

We report the activity of the initial-phase intensive support team for dementia in Kobe City. The severity of dementia of the people who received the support was moderate in two-thirds of them. It took more than one year for over 50% of the people to receive support from the initial identification of dementia to involvement by the support team. Approximately three-quarters of the individuals were admitted to long-term care services facilities after receiving the service provided by the support team. A diagnosis of dementia was obtained for only about half of the people. Although there are many issues regarding the support team, we concluded that this activity is very beneficial for dementia people and their families, and it should be extended everywhere in Japan.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : initial-phase intensive support team for dementia, Kobe, New Orange Plan, early intervention>

---

## Case Report

# Slow Progression of Cognitive Dysfunction of Alzheimer's Disease in Sexagenarian Women with Schizophrenia

Kazuo Sakai, Haruhiko Oda, Akira Terashima, Kazunari Ishii, and Kiyoshi Maeda

*Department of Physical Therapy, Takarazuka University of Medical and Health Care, School of Health Science, 1 Hanayashiki-Midorigaoka, Takarazuka, Hyogo 666-0162, Japan*

Correspondence should be addressed to Kazuo Sakai; [orioles@tumh.ac.jp](mailto:orioles@tumh.ac.jp)

Received 6 April 2015; Revised 17 June 2015; Accepted 25 June 2015

Academic Editor: Erik Jönsson

Copyright © 2015 Kazuo Sakai et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Although both schizophrenia (SCZ) and Alzheimer's disease (AD) are among the most common psychiatric diseases, the interaction of these two is not well-understood. We investigated three women with SCZ who developed AD in their 60s. The patients presented with cognitive dysfunction such as loss of recent memory, which was confirmed by both clinical observations and neuropsychological tests. Their magnetic resonance and functional imaging findings were consistent with AD. Their brain atrophy advanced significantly during a 6-year observation period. However, their global cognitive function did not deteriorate significantly during this period. Although the cognitive reserve model might account for this discrepancy, our results suggest some interactions between the neuropathology of SCZ and AD and warrant further research.

## 1. Introduction

Schizophrenia (SCZ) is one of the most common chronic psychiatric disorders with a global prevalence of 0.5% to 1.5%. Alzheimer's disease (AD) is also a common disease, with a prevalence of 11% in males and 14% in females at 85 years of age [1]. Therefore, it is natural for some patients who suffered SCZ in their younger age to develop AD when they become older.

Nevertheless, not many studies have investigated the interaction between AD and SCZ. Most investigations of the two diseases have focused on the differential diagnosis of AD with delusion from late-onset SCZ or delusional disorder [2]. In addition, as originally termed dementia praecox by Kraepelin, some of the patients with SCZ show cognitive deterioration without the neuropathology of neurodegenerative disease [3, 4], which hampers AD diagnosis in patients with a history of SCZ. Furthermore, it is unclear whether a history of SCZ increases the risk for AD. Prohovnik et al. reported higher Alzheimer-type neuropathology in the elderly with SCZ [5]. However, other researchers argued against such a notion [6].

We investigated three patients with SCZ who developed AD in their 60s. All of them showed slower cognitive decline

compared with average patients with AD. In this report, we try to verify the validity AD diagnosis in these patients and then discuss the interaction of the two diseases.

## 2. Case Presentation

*2.1. Case A.* A 66-year-old woman, who was diagnosed with SCZ in her twenties, presented to our clinic. After the first episode of SCZ, she got married and had two children. According to her family, she became emotionally unstable and made incoherent statements frequently and subsequently was brought for psychiatric examination. Her family reported that she was prescribed antipsychotics such as chlorpromazine or haloperidol. However, neither the duration nor doses of medication could be confirmed because of the lack of medical records. Although she did not function well socially, and her husband took her place in most of the social activities, her activity of daily living was still intact and she was able to do the housework until the age of 65. At 65, she was unable to use the shower, the facsimile, or other daily tools. She was also unable to recall recent conversations and began to ask the same questions repeatedly. Therefore, her family brought her to our dementia clinic. She had a history of hypertension and hyperlipidemia. At presentation, she had