


 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

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 神戸市長田区苅藻通 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 Ichiryama, 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)

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

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。

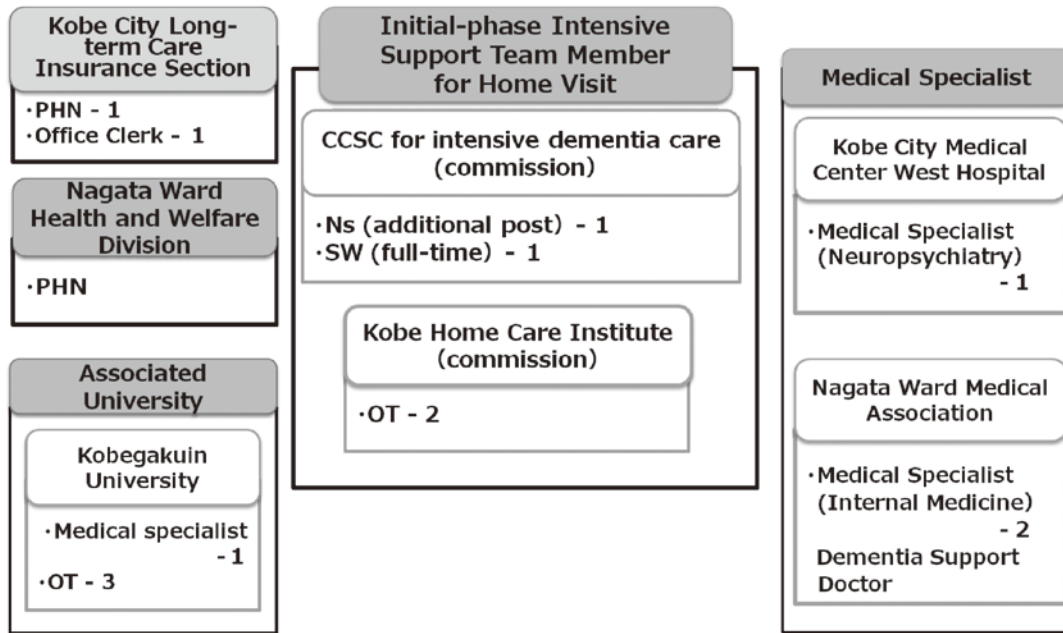


Figure 1. Initial-phase Intensive Support Team for Dementia of Kobe City

CCSC : Community Comprehensive Support Center

PHN : Public Health Nurse

Ns : Nurse

SW : Social Worker

OT : Occupational Therapist

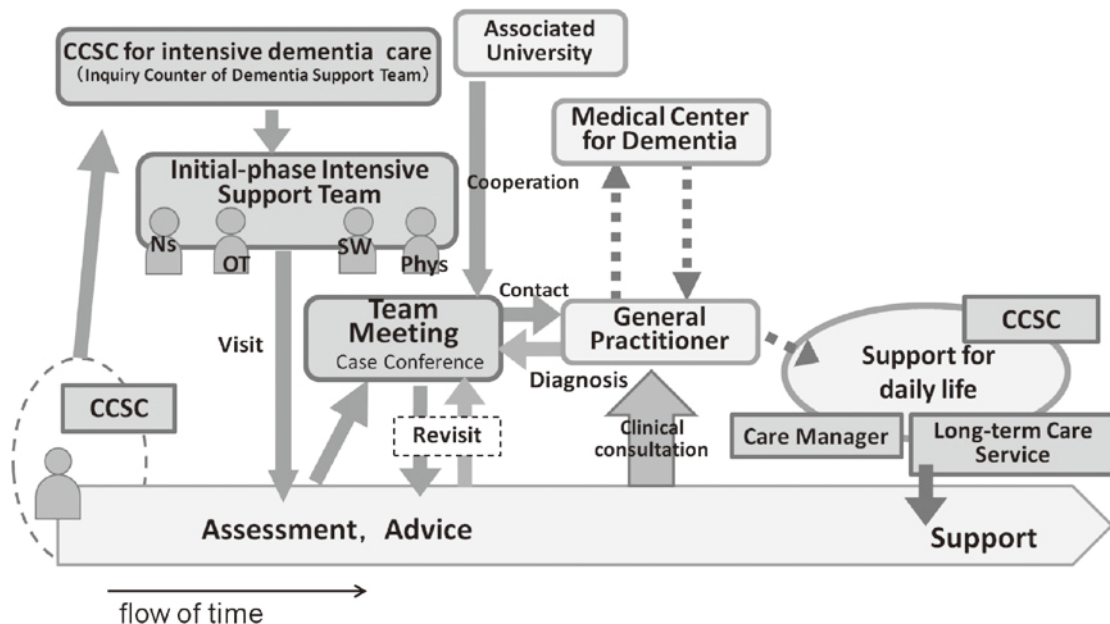


Figure 2. Conceptual diagram of the Support Service activity

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

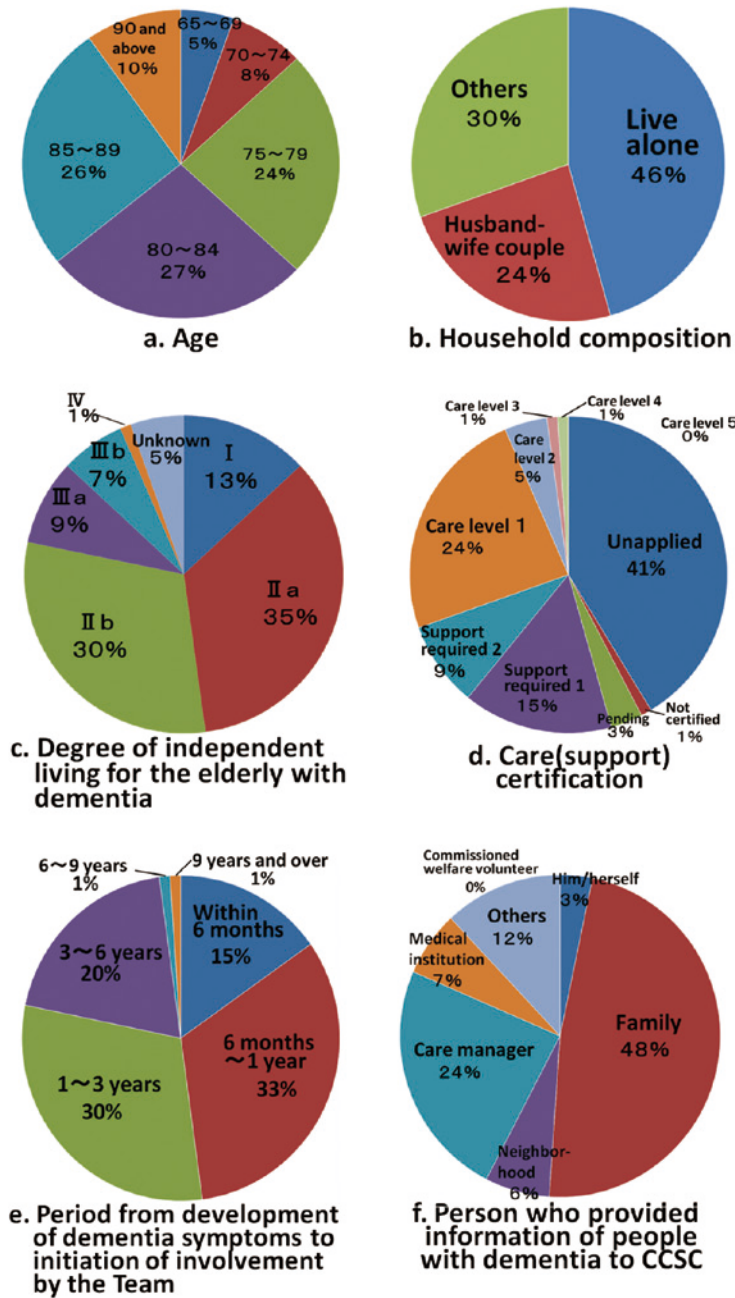


Figure 3. Demographics of subjects
CCSC : Community Comprehensive Support Center

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

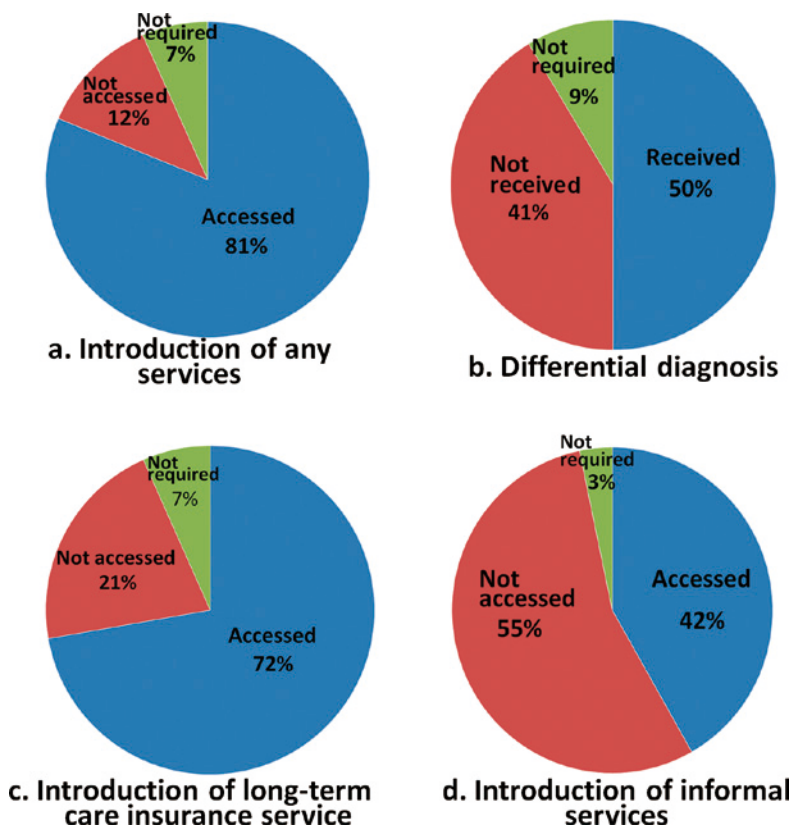


Figure 4. The outcome of involvement by the Support team

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で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

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みると，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/a40feabbc934bb2ea60d6cbb3b7b5ac0.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)