

厚生労働行政推進調査事業費補金

厚生労働科学特別研究事業

コロナ感染症蔓延下における精神科医を含む認知症
初期集中支援チームの活動評価と有用性の研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

令和3年（2021）3月

研究代表者 池田学

（大阪大学大学院医学系研究科精神医学）

はじめに

認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）は保健師、看護師等の専門職2名以上に医師を含めた3名以上で編成されるチームであり、認知症の発症初期、医療との関わり
の初期に対応すべく、2013年のモデル事業から開始されたものである。その後、全市町村
への配置が目標づけられ2019年9月にはそれが完了している。チームの対応する対象に
関しては、アプローチそのものや医療や介護に繋ぐことが極めて困難な事例（困難事例）
が相当数含まれていることが明らかになっている。そして困難事例には身体的、内科的課
題のある事例がある一方で、激しいBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of
Dementia; 認知症に伴う行動と心理の徴候）を伴う事例、老年期妄想症やアルコール多飲
の事例、虐待事例などが多く、困難事例を医療や介護につなぐ際、精神科医療経験者の関
わりが鍵となる場合が多いと推測される。とりわけ、新型コロナ禍のような、他者との交
流が極端に抑制され、孤立化された環境の中では、BPSDの悪化や認知機能の低下につな
がるのが強く懸念される。このため、新型コロナ禍において、精神科医を含む支援チ
ームがどのように困難事例を医療や介護につないだかを詳細に検討することによって、支援
ノウハウを明らかにすることが重要である。また感染症蔓延下において如何に支援チ
ームが有効に活動するかを検討することは、地域の認知症高齢者の症状の悪化を未然に防止し
ていく上で極めて有効かつ重要である。

本研究では、全国の市町村にアンケート調査を実施し、新型コロナ禍において（令和2
年4月-9月）、チーム員医師が精神科医かどうかによって、対象事例の内訳、困難事例の
割合、平均訪問回数、自宅内で面接できた割合などに差があるかどうかを明らかにする。
さらに、平常時（令和元年4月-9月）のデータも収集し、新型コロナ感染症による支援チ
ームの活動への影響を明らかにする。また、研究班員や研究協力者（精神科医）の所属す
る地方自治体において、新型コロナ禍においてさらに社会から孤立した対象に上手くアプ
ローチできた困難事例、医療や介護に繋いで危機的状態を脱した困難事例を収集する。

そして精神科医を含む支援チームが、感染症蔓延下においても、困難事例を中心とした
地域支援を推進し、医療や介護に繋げるための手段としての有効に機能しているかどうか
を検証し、有効性が認められた場合はその要点を抽出し、精神科医のいない支援チ
ームにおいて活用できるような知見を得る。また、多くの支援チームの抱える共通の課題がある
とすれば、自由記載の内容から整理することを試みる。

目次

I 事業概要.....	4
II 新型コロナウイルス感染症蔓延下における認知症初期集中支援チームの活動に関する調査研究.....	5
1. 調査概要.....	5
2. 調査結果.....	9
① 回答状況.....	9
② 解析結果.....	10
③ 自由記述【現場の声】.....	22
3. 考察.....	29
III 代表的初期集中支援チームの活動事例等.....	31
1. 大阪府 吹田市（大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 池田学）.....	31
2. 大阪府 堺市（公益財団法人浅香山病院 精神科 繁信（釜江）和恵）.....	37
3. 熊本県 熊本市・荒尾市（熊本大学病院 神経精神科 石川智久）.....	42
4. 兵庫県 神戸市（神戸市福祉局 介護保険課 長谷川 典子）.....	50
IV 総括.....	58
V 付録.....	60
VI 研究発表.....	68

I 事業概要

1. 事業名

「コロナ感染症蔓延下における精神科医を含む認知症初期集中支援チームの活動評価と有用性の研究」

2. 目的

新型コロナウイルス蔓延下において、困難事例に対して精神科医を含む認知症初期集中支援チームが有用であるかどうかを検証すること

3. 内容

全国の認知症初期集中支援チームへのアンケート調査、および活発に活動している複数の認知症初期集中支援チームへの聞き取り調査を実施する。それらの調査結果を解析、検討することで上記目的を達成する。

4. 実施体制

研究総括：

池田学・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・教授

研究分担者：

繁信（釜江）和恵・公益財団法人浅香山病院・精神科部長/認知症疾患医療センター長

石川智久・熊本大学病院神経精神科・助教

研究協力者：

長谷川典子・神戸市福祉局・認知症担当課長

鈴木麻希・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・寄附講座講師

佐竹祐人・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・医員

埴本大喜・大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室・医員

5. 事業実施期間

令和2年10月20日～令和3年3月31日

II 新型コロナウイルス感染症蔓延下における認知症初期集中支援

チームの活動に関する調査研究

1. 調査概要

認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）とは上述したように、認知症の発症初期、医療との関わりの初期に対応することが定められている。一方、支援チームの対象には、激しいBPSDを伴う事例、老年期妄想症やアルコール多飲の事例、虐待事例などが多く含まれていることが、モデル事業の段階から指摘されてきた。とりわけ新型コロナ禍のような、他者との交流が極端に抑制され、孤立化した環境の中では、BPSDの悪化や認知機能の低下につながるものが強く懸念されている。

そこで本調査では、全国の市町村（支援チーム）にアンケート調査を実施し、新型コロナ蔓延下に対応した対象事例の疾患別内訳、困難事例の割合、平均訪問回数、自宅内で面接できた割合、転機などのデータを、一昨年の同時期のデータと合わせて収集した。

（1）新型コロナウイルス蔓延下と平時で活動内容に変化があるか、（2）チーム員医師が精神科医の場合と非精神科医の場合とで活動内容に差があるか、について詳細に検討することで、新型コロナウイルスなどの感染症蔓延下において全ての支援チームが困難事例に対し有効な地域支援を推進できるための方法論の構築を目指した。

【調査対象】 全国 1718 市町村における全初期集中支援チーム

【調査開始日】 2021 年 1 月 14 日

【調査終了日】 2021 年 3 月 8 日

【回答者】 初期集中支援チーム担当者（役職の指定なし）

【回答方法】 記入後の調査票をメールで大阪大学精神医学教室担当者に送付

【調査方法】 調査票のメール送付によるアンケート方式（様式はV.付録参照）

【調査票】 次頁以降に記載

本研究は大阪大学医学部付属病院 介入研究・観察研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された。

新型コロナウイルス感染症蔓延下における認知症初期集中支援チームの活動について

該当する項目の口をクリックし、チェック（☑）を付けてください。
また該当する箇所（灰色の部分）に情報をご入力ください。

質問 1 新型コロナウイルスの蔓延が、あなたの所属する認知症初期集中支援チームの活動に与えた影響をお答えください（2020年4月～9月）。

質問 1-1：新型コロナが原因で訪問を拒否されたことはありますか。

① ある （おおよその件数 件） ② ない

質問 1-2：新型コロナが原因で病院側から診療を拒否されたことはありますか。

① ある （おおよその件数 件） ② ない

質問 1-3：新型コロナが原因で事業所からサービス導入を拒否されたことはありますか。

① ある （おおよその件数 件） ② ない

質問 1-4：新型コロナ感染が広がった際には市町村より訪問中止の指示をされたことがありますか。

① ある （おおよその中止期間 週） ② ない

質問 1-5：新型コロナが原因で症状悪化などにつながったケースはありますか。

① ある （おおよその件数 件）

どのような症状の悪化でしたか。【複数回答可】

i. BPSD 件 ii. 認知機能 件 iii. 精神疾患の精神症状 件
 vi. その他 件 （症状：)

② ない

質問 1-6：新型コロナが原因で、6ヶ月の期間を延長して関わったケースはありますか。

① ある （おおよその件数 件）

延長を決めた理由をご記入ください。【複数回答可】

② ない

質問 2 新型コロナウイルスの蔓延下において、BPSDの悪化や孤立した精神疾患への対応に苦慮するケースが増えているという報告もありますので、認知症初期集中支援チームと精神医療の関わりについてお尋ねします。

質問 2-1：あなたが所属している認知症初期集中支援チーム員（チーム医を除く）には、精神保健福祉士など精神科医療の経験者はいますか。

① いる

i. 精神保健福祉士 ii. 看護師 iii. 作業療法士
 vi. その他 ()

② いない ③ 過去にいた

質問 2-2：移送や措置入院での保健所との連携について

① 連携したことがある

(i. 保健所は協力的だった ii. 非協力的だった iii. どちらとも言えない)

② 連携したことがない

質問 2-3：精神科病院との連携について

① 連携したことがある

(i. 精神科病院は協力的だった ii. 非協力的だった iii. どちらとも言えない)

② 連携したことがない

質問3

新型コロナウイルスの蔓延の影響を調べるために、あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年4月-9月と2020年の4月-9月の活動状況を教えてください。

質問3-1： あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年(令和元年)4月-9月の実績を教えてください。

- ① 相談件数 (実人数で 人) ② 対応件数(支援対象) (実人数で 人)
③ 述べ訪問回数 (回) ④ 困難事例の割合 (パーセント)

質問3-2： あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年(令和元年)4月-9月の支援対象者の内訳を教えてください。

- ① 独居世帯 (人) ② 夫婦のみ世帯 (人) ③ その他 (人)

質問3-3： 2019年(令和元年)4月-9月に対応した困難事例の内訳を教えてください。

【複数回答可】

- ① 訪問拒否 (人) ② サービス拒否 (人) ③ 受診拒否 (人)
④ BPSD (人) ⑤ 近隣からの苦情 (人) ⑥ 経済的な問題 (人)
⑦ 精神疾患の合併(疑い) (人) ⑧ ゴミ屋敷 (人)
⑨ 虐待 (人) ⑩ 同居者に精神疾患(疑い) (人)
⑪ キーパーソンがいない (人)
⑫ その他 [人] 理由:

質問3-4： 2019年(令和元年)4月-9月の対応事例について精神科入院につながったケースはありますか。

- ① ある (件)
(i. BPSDのため ii. 精神疾患のため)
 ② ない

質問3-5： あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2020年(令和2年)4月-9月の実績を教えてください。

- ① 相談件数 (実人数で 人) ② 対応件数(支援対象) (実人数で 人)
③ 述べ訪問回数 (回) ④ 困難事例の割合 (パーセント)

質問3-6： あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2020年(令和2年)4月-9月の支援対象者の内訳を教えてください。

- ① 独居世帯 (人) ② 夫婦のみ世帯 (人) ③ その他 (人)

質問3-7： 2020年(令和2年)4月-9月に対応した困難事例の内訳を教えてください。

【複数回答可】

- ① 訪問拒否 (人) ② サービス拒否 (人) ③ 受診拒否 (人)
④ BPSD (人) ⑤ 近隣からの苦情 (人) ⑥ 経済的な問題 (人)
⑦ 精神疾患の合併(疑い) (人) ⑧ ゴミ屋敷 (人)
⑨ 虐待 (人) ⑩ 同居者に精神疾患(疑い) (人)
⑪ キーパーソンがいない (人)
⑫ その他 [人] 理由:

質問3-8： 2020年(令和2年)4月-9月の対応事例について精神科入院につながったケースはありますか。

- ① ある (件)
(i. BPSDのため ii. 精神疾患のため)
 ② ない

質問4 あなたの所属する認知症初期集中支援チームについて教えてください。

質問4-1：あなたの所属する認知症初期集中支援チームの事業母体を教えてください。

- ① 地域包括支援センター ② 認知症疾患医療センター ③ 民間病院
 ④ 公立病院 ⑤ 市町村直轄
 ⑥ その他 ()

質問4-2：あなたの所属する認知症初期集中支援チームのチーム医の主たる診療科名を教えてください。

- ① 内科 ② 脳神経内科 ③ 老年内科 ④ 精神科
 ⑤ リハビリテーション科 ⑥ 外科 ⑦ 脳神経外科 ⑧ 整形外科
 ⑨ その他 ()

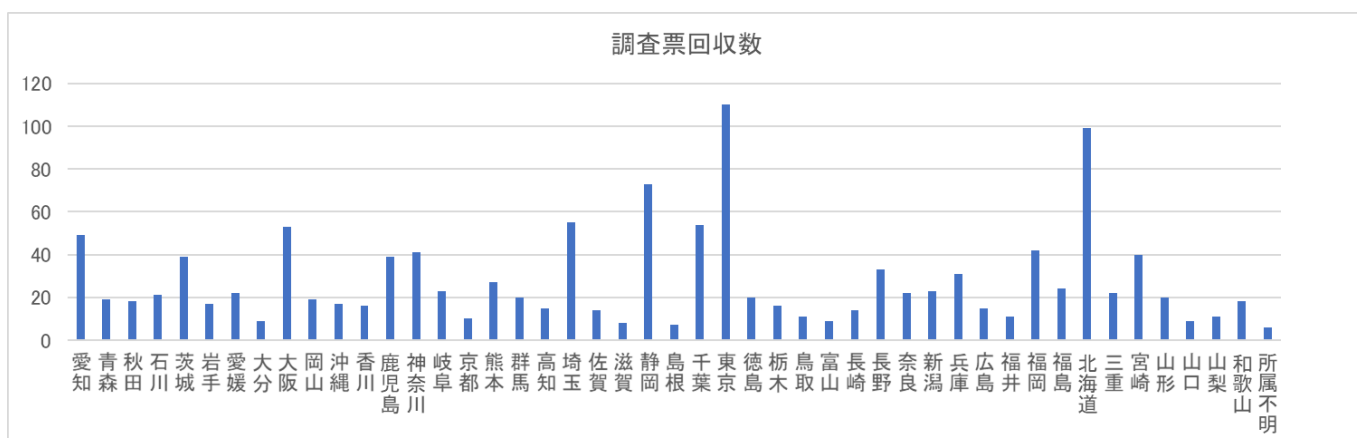
最後にご入力いただきました回答を再度ご確認ください。
ご協力ありがとうございました。

2. 調査結果

① 回答状況

1291 の調査票を回収した。回収した調査票数と全体に占める割合の都道府県の内訳は以下の通りである。

都道府県	回収数	%	都道府県	回収数	%
愛知	49	3.8	東京	110	8.5
青森	19	1.5	徳島	20	1.5
秋田	18	1.4	栃木	16	1.2
石川	21	1.6	鳥取	11	0.9
茨城	39	3.0	富山	9	0.7
岩手	17	1.3	長崎	14	1.1
愛媛	22	1.7	長野	33	2.6
大分	9	0.7	奈良	22	1.7
大阪	53	4.1	新潟	23	1.8
岡山	19	1.5	兵庫	31	2.4
沖縄	17	1.3	広島	15	1.2
香川	16	1.2	福井	11	0.9
鹿児島	39	3.0	福岡	42	3.3
神奈川	41	3.2	福島	24	1.9
岐阜	23	1.8	北海道	99	7.7
京都	10	0.8	三重	22	1.7
熊本	27	2.1	宮崎	40	3.1
群馬	20	1.5	山形	20	1.5
高知	15	1.2	山口	9	0.7
埼玉	55	4.3	山梨	11	0.9
佐賀	14	1.1	和歌山	18	1.4
滋賀	8	0.6	所属不明	6	0.5
静岡	73	5.7			
島根	7	0.5	計	1291	100.0
千葉	54	4.2			



② 解析結果

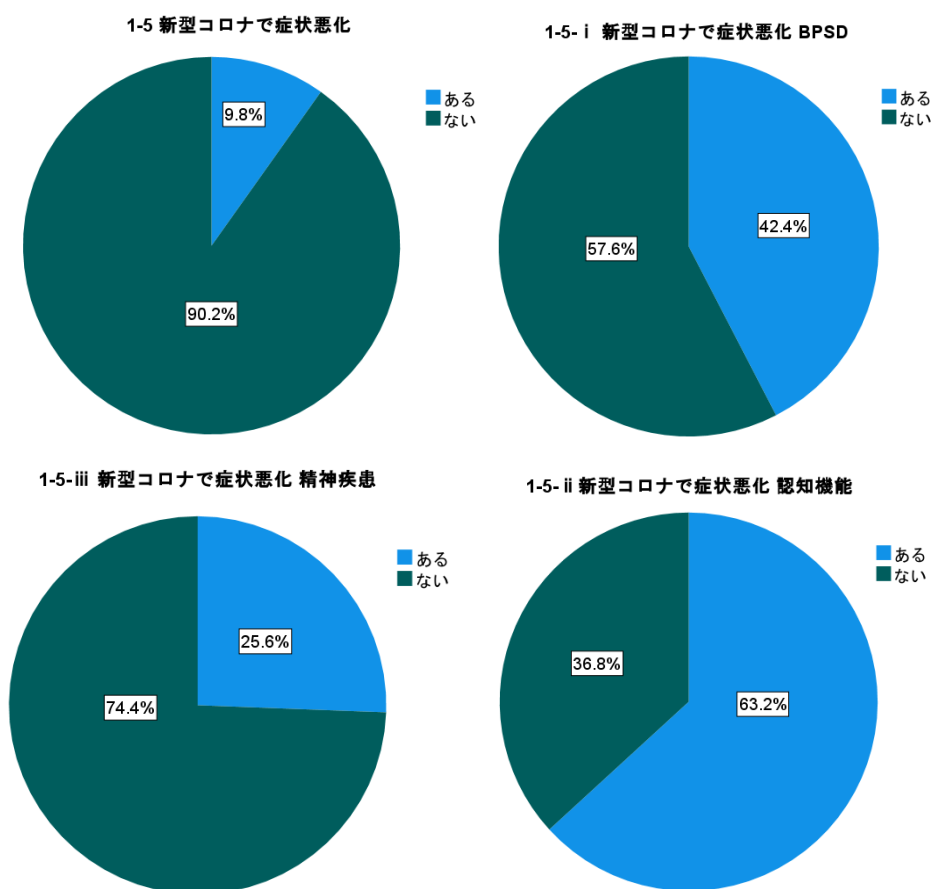
(1) 新型コロナ蔓延下と平時で活動内容に変化があるか

今回のアンケートで、新型コロナウイルス蔓延の影響を調べた項目は主として質問1、質問3であり、比較するために必要な結果をまとめた。

・新型コロナウイルスのチーム活動への影響について（質問1）

2020年4月～9月において新型コロナが原因で、訪問拒否があったとしたのは[102チーム(8.0%)]、病院側からの診療拒否ありとしたのは[38チーム(3.0%)]、事業所からのサービス導入拒否ありとしたのは[51チーム(4.0%)]、市町村からの訪問中止の指示があったとしたのは[73チーム(5.7%)]、6ヶ月の期間を延長して関わったケースがあったとしたチームが[83チーム(6.5%)]であった(詳細は付録Vを参照)。

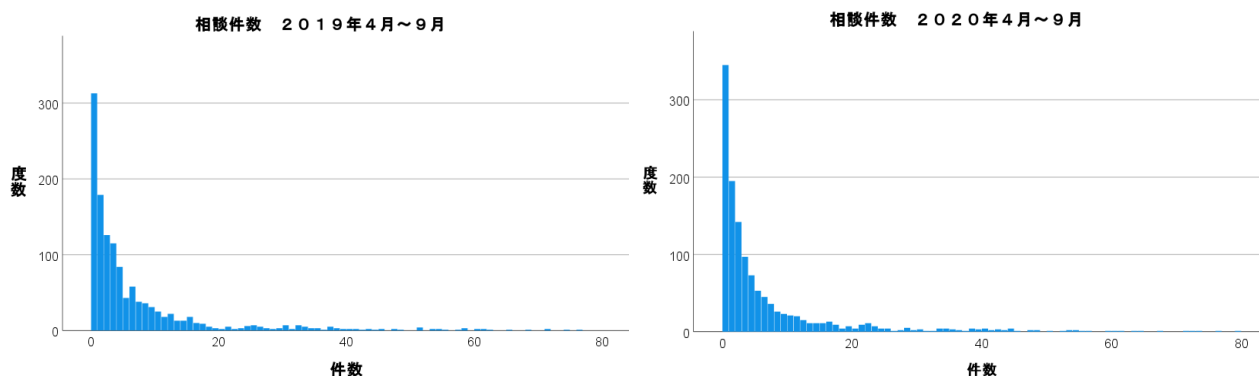
また、新型コロナが原因で支援対象者に症状悪化があったとしたのは「125チーム(9.8%)」で、最も影響のみられた症状に関しては、BPSDが「53チーム(症状悪化があったとしたうちの42.4%)」、認知機能が「79チーム(63.2%)」、精神疾患が「32チーム(25.6%)」、筋力低下などその他の症状が「24チーム(19.2%)」であった。



・2019年4月～9月、2020年4月～9月の活動状況についての比較（質問3）

1. 活動実績（質問3-1, 3-5）

（相談件数）



※いずれも件数が80以上はグラフから削除

2019年：有効回答1291件。平均値は9.70、中央値は3、最も多いのは0件(24.2%)で、1(13.9%)、2(9.8%)と続いた。

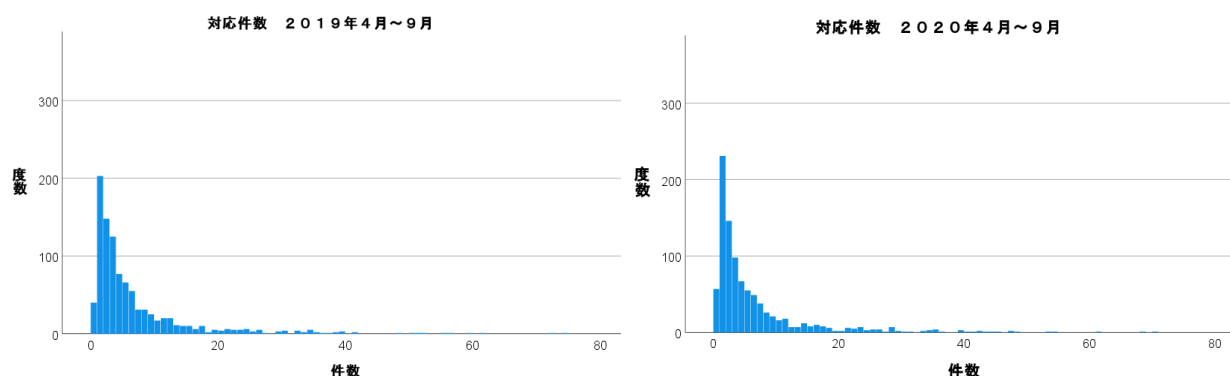
2020年：有効回答1290件。平均値は9.11、中央値は2、最も多いのは0件(26.7%)で、1(15.1%)、2(11.0%)と続いた。

なお相談件数100件以上と答えたチームがあったが、チームとしての窓口がないため包括支援センターとしての相談件数を記載した場合は考えられた。

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.00であり有意差が認められた。

➡新型コロナ蔓延後、初期集中支援チームへの相談件数は減少したと考えられる。

（対応件数）



※いずれも件数が80以上はグラフから削除

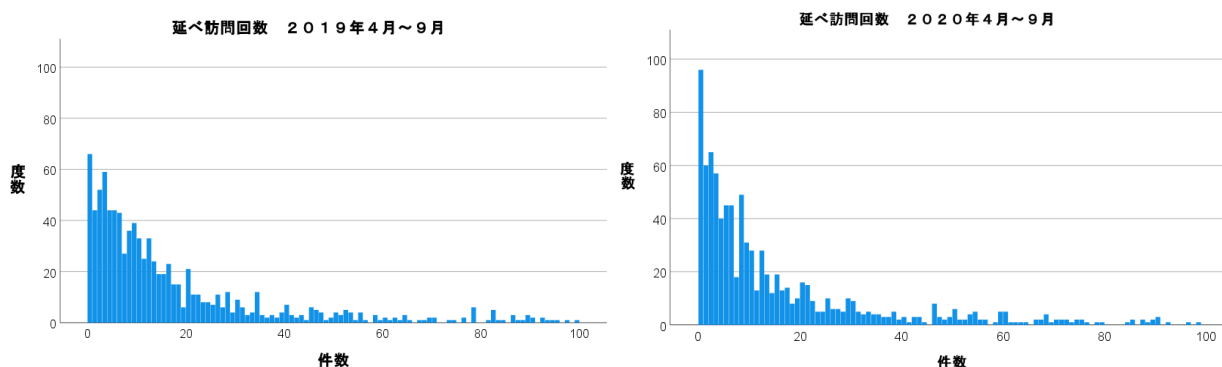
2019年：有効回答987件中、平均値は6.54、中央値は3、最も多いのは1件(20.6%)で、2(15.0%)、3(12.7%)と続いた。

2020年：有効回答956件中、平均値は6.39、中央値は3、最も多いのは1件(24.2%)で、2(15.3%)、3(10.3%)と続いた。

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.00であり有意差が認められた。

→新型コロナ蔓延後、初期集中支援チームの対応件数は減少したと考えられる。

(延べ訪問回数)



※いずれも件数が100以上はグラフから削除

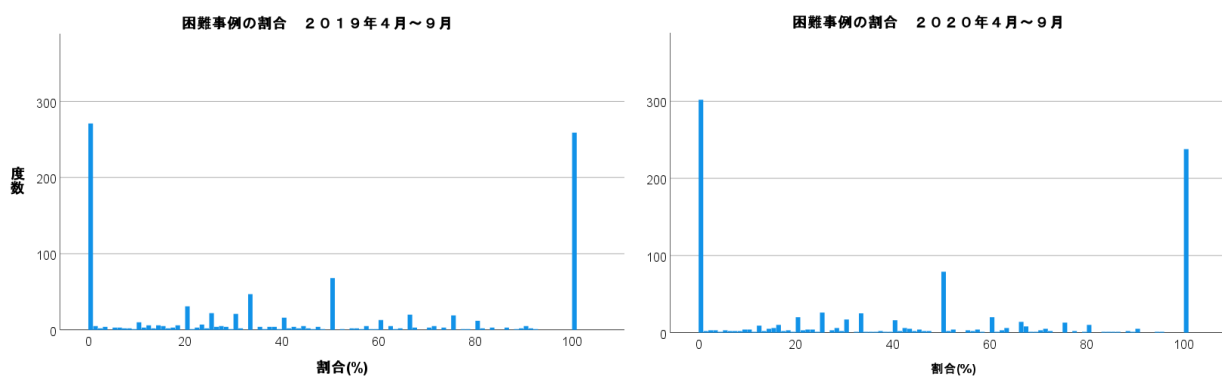
2019年：有効回答985件中、平均値27.2、中央値11、最多は0件(10.0%)であった。

2020年：有効回答962件中、平均値25.0、中央値9、最多は0件(10.0%)であった。

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.00であり有意差が認められた。

→新型コロナ蔓延後、初期集中支援チームの延べ訪問回数は減少したと考えられる。

(困難事例の割合)



2019年：有効回答982件、平均45.5、中央値37.5、標準偏差39.8

2020年：有効回答962件、平均43.3、中央値35.9、標準偏差39.9

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率

は0.121であり有意差は認められなかった。

→新型コロナ蔓延前後で、困難事例の割合には有意な差は見られなかった。

2. 支援対象者の世帯状況（質問3-4、3-8）

独居、2人世帯、その他、の3つともにおいて、2020年は2019年と比して有意な減少が認められた。しかしこれは前項で認められたように支援件数が減っていることを反映していると考えられた。結果はV.付録を参照されたい。

3. 困難事例の要因の内訳（質問3-3、3-7）

結果の要約は以下の通りである。2019年と2020年の比較には、Wilcoxonの符号付順位検定を使用し、有意確率を算出した。

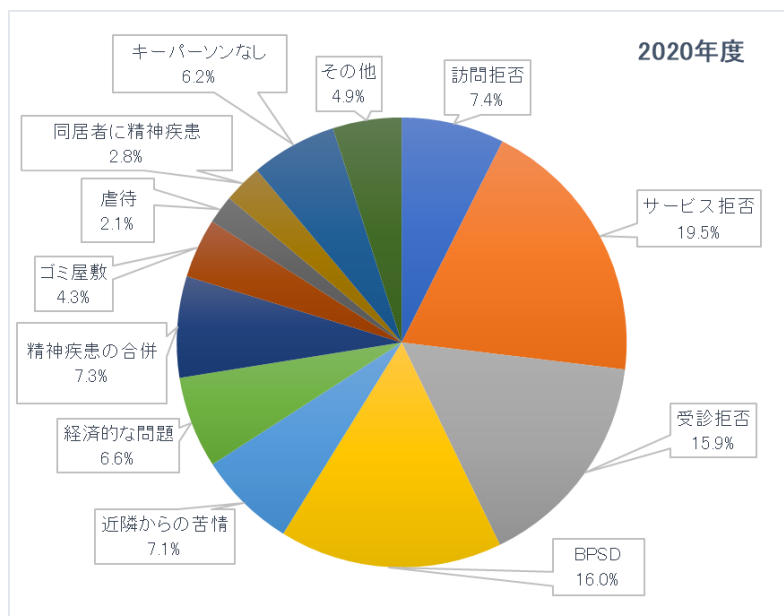
種類	年度	有効度数	平均値	中央値	最小値	最大値	標準偏差	有意確率
訪問拒否	2019	835	0.63	0	0	24	1.49	0.227
	2020	774	0.70	0	0	15	1.56	
サービス拒否	2019	835	1.74	1	0	27	2.59	0.714
	2020	773	1.85	1	0	33	2.99	
受診拒否	2019	835	1.45	1	0	27	2.18	0.547
	2020	773	1.51	1	0	33	2.60	
BPSD	2019	834	1.32	1	0	38	2.61	0.449
	2020	773	1.52	1	0	46	3.23	
近隣からの苦情	2019	834	0.62	0	0	10	1.11	0.618
	2020	773	0.67	0	0	13	1.24	
経済的な問題	2019	835	0.51	0	0	12	1.17	0.535
	2020	774	0.63	0	0	17	1.58	
精神疾患の合併	2019	835	0.58	0	0	13	1.16	0.53
	2020	774	0.69	0	0	17	1.53	
ゴミ屋敷	2019	835	0.37	0	0	9	0.77	0.83
	2020	774	0.41	0	0	8	0.87	
虐待	2019	835	0.18	0	0	5	0.53	0.833
	2020	774	0.20	0	0	6	0.61	
同居者に精神疾患	2019	834	0.26	0	0	8	0.65	0.259
	2020	774	0.26	0	0	13	0.81	
キーパーソンなし	2019	834	0.58	0	0	11	1.20	0.548
	2020	774	0.59	0	0	8	1.12	
その他	2019	835	0.40	0	0	21	1.45	0.588
	2020	774	0.47	0	0	36	2.12	

全体的には2020年の方が2019年よりも件数が増加している項目が多いが、いずれの項目でも有意な差は認められなかった。

→新型コロナ蔓延後、困難事例の内容に有意な差は認められなかった。

なお、全体の件数を単純に和して比率を見たところ、2020年度の結果は下記のような結果となった。

種類	総数(件)	割合(%)
訪問拒否	543	7.4
サービス拒否	1433	19.5
受診拒否	1166	15.9
BPSD	1176	16.0
近隣からの苦情	518	7.1
経済的な問題	484	6.6
精神疾患の合併	534	7.3
ゴミ屋敷	314	4.3
虐待	151	2.1
同居者に精神疾患	205	2.8
キーパーソンなし	453	6.2
その他	363	4.9
計	7340	100.0



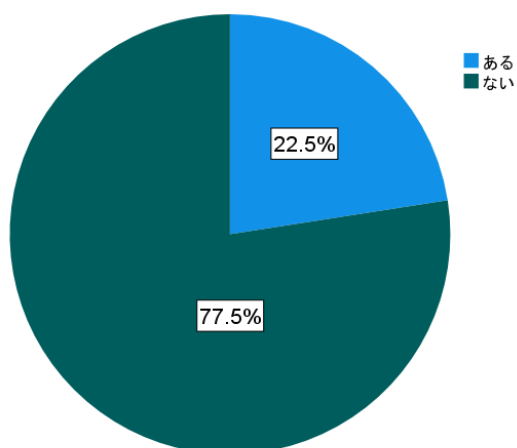
サービス拒否が最多で19.5%、次にBPSD 16.0%、受診拒否 15.9%と続いた。

4. 精神科入院へつながったケースについて（質問3-4、3-8）

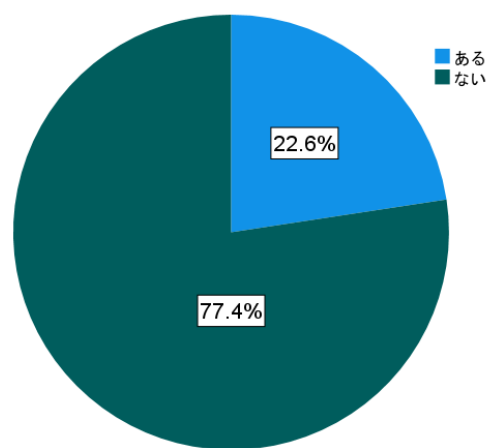
精神科入院へつながった支援ケースについても、年度間の比較を行った。

（支援ケースが精神科入院へつながった経験）

精神科入院へつながったこと 2019年4月～9月



精神科入院につながったこと 2020年4月～9月



2019年：有効回答1247件。「入院あり」としたのは [277チーム (22.5%)]、入院件数は

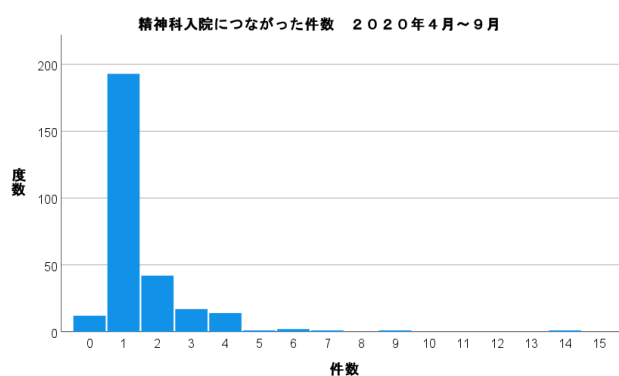
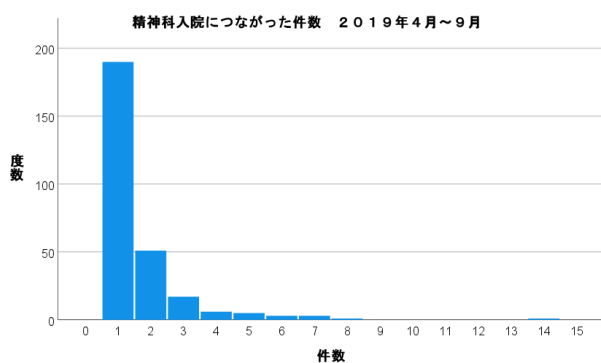
1件（68.6%）が最多であった。

2020年：有効回答1257件。「入院あり」としたのは〔284チーム（22.6%）〕、入院件数は1件（68.0%）が最多であった。

（※0件の回答が複数あり、矛盾が生じているが、記入ミスによるものと思われる。）

年度ごとの比較にはMcNemar検定を用い、p値1.00で有意差は認められなかった。

（支援ケースが精神科入院へつながった件数）



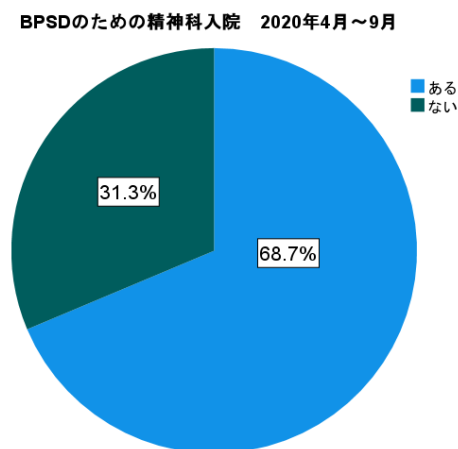
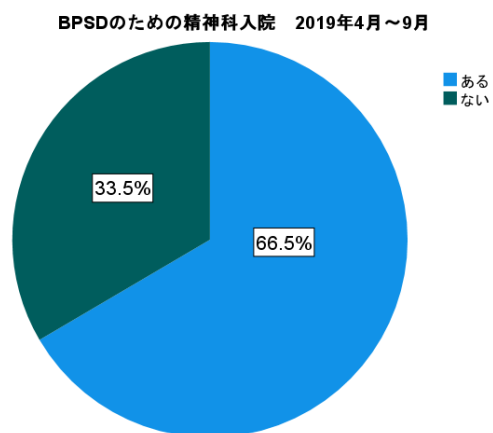
2019年：有効回答277件、平均1.64、標準偏差1.40

2020年：有効回答284件、平均1.52、標準偏差1.34

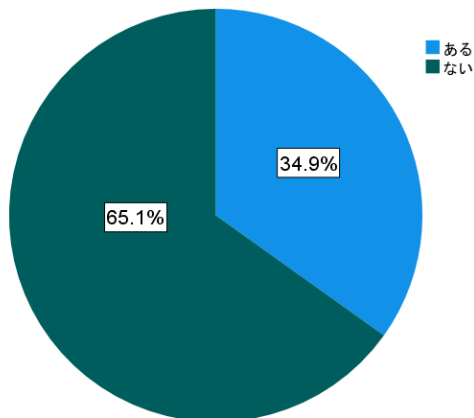
年度間の比較はWilcoxonの符号付順位検定を行い、 $p = 0.398$ で有意差は認められなかった。

（精神科入院へつながった理由）

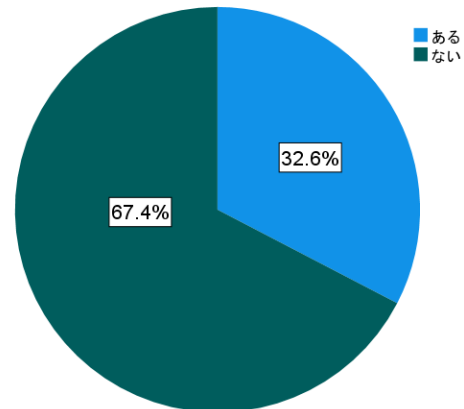
BPSD、精神疾患の選択肢を提示し、選択制とした。



精神疾患のための精神科入院 2019年4月～9月



精神疾患のための精神科入院 2020年4月～9月



2019年：有効回答281件。BPSDのため入院につながったことがあるのは [187チーム (66.6%)]、精神疾患のため入院につながったことがあるのは [98チーム (34.9%)] であった。（※有効回答数が「精神科入院へつながった件数」より多いが、回答ミスによるものである）

2020年：有効回答284件。BPSDのため入院につながったことがあるのは [195チーム (68.7%)]、精神疾患のため入院につながったことがあるのは [93チーム (32.6%)] であった。

要因がBPSDのもの、精神疾患のものについてそれぞれ年度間比較をMcNemar検定を行った。それぞれのp値は0.72、0.72であり、有意な差は認められなかった。

総じて、新型コロナ禍によるチーム活動の変化は、

- 相談件数から減少し、支援件数も減少した
- その一方で困難事例の質や比率に大きな変化はなかった
- 精神科入院につながった症例の質や比率にも大きな変化はなかった

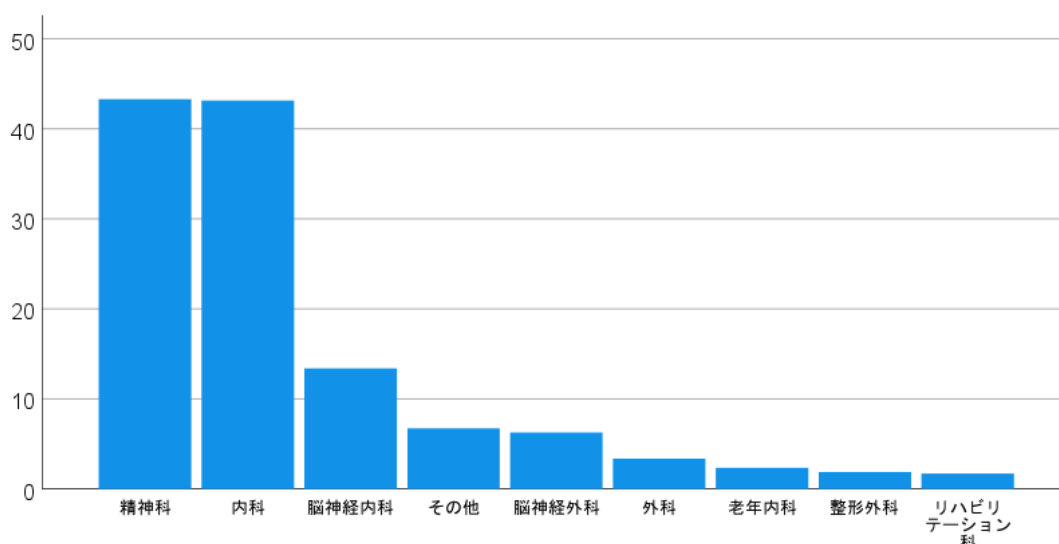
と言えるだろう。

(2) チーム医が精神科医の場合と非精神科医の場合とで活動内容に差があるか

今回の研究では、チーム医が精神科であるかどうかによってチームの対応が変化するかどうかについても検討を加えた。また、同時にチーム医以外の精神科医療の経験者の有無についても聴取した。

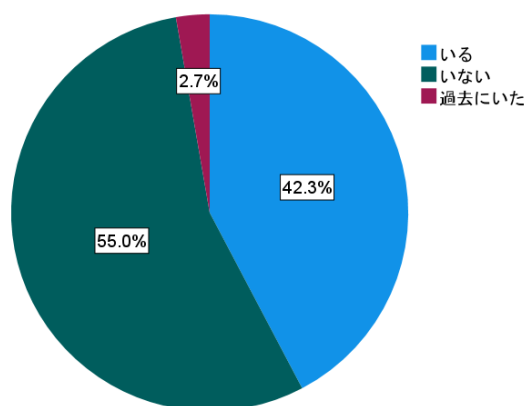
認知症初期集中支援チームのチーム医の主たる診療科名は精神科が [553 チーム (43.3%)] で最多であり、内科が [551 チーム (43.1%)]、脳神経内科が [171 チーム (13.4%)]、脳神経外科が [80 チーム (6.3%)]、外科が [43 チーム (3.4%)]、老年内科が [30 チーム (2.4%)]、整形外科が [24 チーム (1.9%)]、リハビリテーション科が [22 チーム (1.7%)] であった。なおその他は [86 チーム (6.7%)] で、心療内科や総合診療科などの記載が目立った。

4-2 認知症初期集中支援チーム 主たる診療科



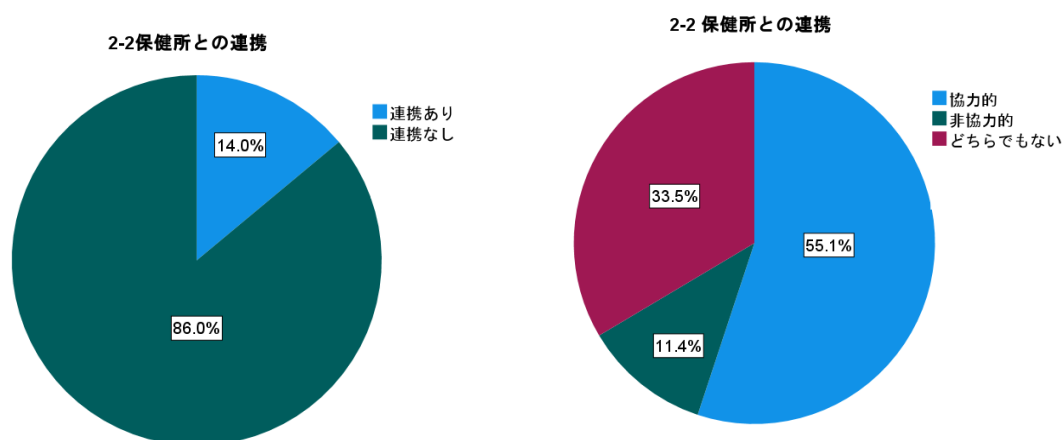
チーム医以外で精神科医療の経験者が「いる」チームは [543 チーム (42.3%)]、「いない」チームは [706 チーム (55.0%)]、「過去にいた」チームは [35 チーム (2.7%)] であった。

2-1 チームに精神スタッフ

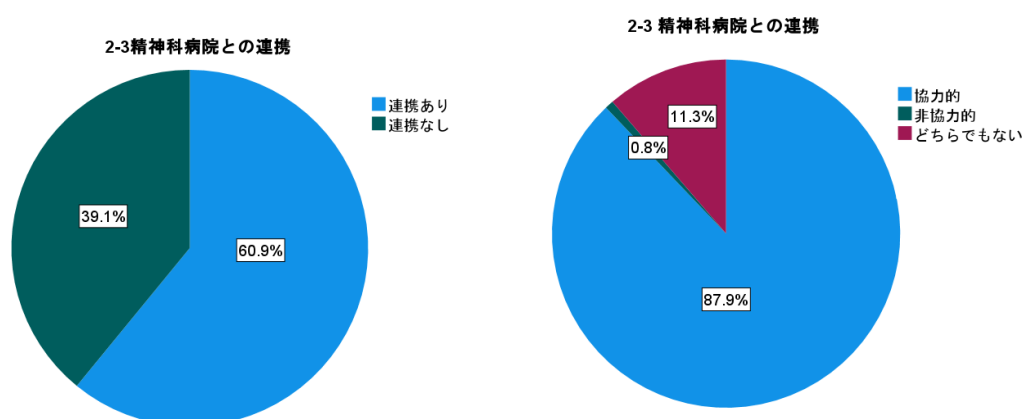


具体的な職種については精神保健福祉士（PSW）が[370 チーム（チーム医以外で精神科医療の経験者が「いる」と答えたうちの 70.2%）]、看護師が[313 チーム（59.4%）]、作業療法士が[118 チーム（22.4%）]、その他が[43 チーム（8.2%）]で介護福祉士、心理士などの記載が目立った。

移送や措置入院での保健所との連携があった認知症初期集中支援チームは[179 チーム（14.0%）]であった。その際、保健所が協力的だったとしたのは[92 チーム（55.1%）]、非協力的としたのは[19 チーム（11.4%）]、どちらでもないとしたのは[56 チーム（33.5%）]であった。



精神科病院との連携があった認知症初期集中支援チームは[781 チーム（60.9%）]であった。その際、精神科病院が協力的だったとしたのは[660 チーム（87.9%）]、非協力的だったとしたのは[6 チーム（0.8%）]、どちらでもないとしたのは[85 チーム（11.3%）]であった。



チーム医が精神科かそうでないかで群分けし、質問 1、2、3-4~3-8、4 の全項目について群間比較を実施した。名義尺度と順序尺度項目について実施したものと、連続変数尺度項目について実施したものに分けて表で結果を提示する。

<表. 名義尺度・順序尺度項目の群間比較>

項目	選択肢	チーム医に精神科医がいる		チーム医に精神科医がいない		p値
		度数	%	度数	%	
1-1.コロナで訪問拒否	あり	46	8.3	56	7.7	0.647
	なし	505	91.7	676	92.3	
1-2.コロナで診療拒否	あり	18	3.3	20	2.7	0.576
	なし	533	96.7	712	97.3	
1-3.コロナでサービス拒否	あり	29	5.3	22	3.0	0.041
	なし	522	94.7	708	97.0	
1-4.コロナで訪問中止指示	あり	38	6.9	35	4.8	0.105
	なし	513	93.1	697	95.2	
1-5.コロナで症状悪化	あり	52	9.5	73	10.1	0.755
	なし	493	90.5	652	89.9	
1-5-①.BPSD	あり	33	63.5	39	53.4	0.263
	なし	19	36.5	34	46.6	
1-5-①.認知機能	あり	21	40.4	25	34.2	0.483
	なし	31	59.6	48	65.8	
1-5-①.精神疾患	あり	40	76.9	53	72.6	0.585
	なし	12	23.1	20	27.4	
1-5-①.その他	あり	42	80.8	59	80.8	0.994
	なし	10	19.2	14	19.2	
1-6.コロナで期間延長	あり	40	7.3	43	5.9	0.326
	なし	510	92.7	685	94.1	
2-1.チームに精神スタッフ	いる	329	59.7	214	29.2	0.000
	いない	207	37.6	499	68.1	
	過去にいた	15	2.7	20	2.7	
2-1-①.PSW	いる	250	77.4	120	58.8	0.000
	いない	73	22.6	84	41.2	
2-1-①.看護師	いる	204	63.2	109	53.4	0.027
	いない	119	36.8	95	46.6	
2-1-①.作業療法士	いる	80	24.8	36	17.8	0.100
	いない	243	75.2	166	82.2	
2-1-①.その他	いる	33	10.2	10	4.9	0.030
	いない	290	89.8	194	95.1	
2-2.保健所との連携	あり	85	15.4	94	12.9	0.189
	なし	466	84.6	637	87.1	
2-2-①.協力的?	はい	48	60.0	44	50.6	0.221
	いいえ	32	40.0	43	49.4	
2-2-①.非協力的?	はい	11	13.8	8	9.2	0.354
	いいえ	69	86.3	79	90.8	
2-2-①.どちらでもない	はい	21	26.3	35	40.2	0.056
	いいえ	59	73.8	52	59.8	
2-3.精神科病院との連携	あり	411	74.7	370	50.5	0.000
	なし	139	25.3	362	49.5	
2-3-①.協力的?	はい	360	92.1	300	83.3	0.000
	いいえ	31	7.9	60	16.7	
2-3-①.非協力的?	はい	0	0.0	6	1.7	0.010
	いいえ	391	100.0	354	98.3	
2-3-①.どちらでもない	はい	31	7.9	54	15.0	0.002
	いいえ	360	92.1	306	85.0	
3-8.精神科入院	あり	156	28.8	128	17.9	0.000
	なし	386	71.2	587	82.1	
3-8-①. BPSD	はい	114	73.5	81	62.8	0.052
	いいえ	41	26.5	48	37.2	
3-8-①. 精神疾患	はい	48	30.8	45	34.9	0.461
	いいえ	108	69.2	84	65.1	
4-1-①.地域包括センター	はい	282	51.4	483	66.6	0.000
	いいえ	267	48.6	242	33.4	
4-1-②.認知症患者医療セン	はい	55	10.0	15	2.1	0.000
	いいえ	493	90.0	710	97.9	
4-1-③.民間病院	はい	70	12.8	35	4.8	0.000
	いいえ	478	87.2	690	95.2	
4-1-④.公立病院	はい	2	0.4	9	1.2	0.094
	いいえ	546	99.6	716	98.8	
4-1-⑤.市町村直轄	はい	117	21.4	172	24.4	0.317
	いいえ	431	78.6	533	75.6	
4-1-⑥.その他	はい	50	9.1	43	5.9	0.030
	いいえ	498	90.9	682	94.1	

「2-1.チームに精神スタッフ」のみ Mann-Whitney の U 検定を実施。それ以外はすべて Pearson の χ^2 検定を実施した。オレンジで色付けした項目が有意差あり。

<表. 連続変数尺度項目の群間比較>

項目	チームに精神科医	平均値	標準偏差	Z値	p値
1-1.コロナで訪問拒否-件数	いる	1.73	2.99	-2.27	0.02
	いない	3.37	7.75		
1-2.コロナで診療拒否-件数	いる	1.13	0.35	-0.78	0.6
	いない	1.59	1.70		
1-3.コロナでサービス拒否-件	いる	2.00	2.47	-1.46	0.2
	いない	2.31	1.78		
1-4.コロナで訪問中止指示-件	いる	6.21	4.28	-1.15	0.25
	いない	7.54	5.50		
1-5.コロナで症状悪化-件数	いる	2.49	2.45	-0.56	0.58
	いない	2.93	3.37		
1-5-①.BPSD-件数	いる	0.67	1.28	-1.12	0.26
	いない	0.92	1.65		
1-5-①.認知機能-件数	いる	1.40	1.91	-1.60	0.11
	いない	1.70	1.81		
1-5-①.精神疾患-件数	いる	0.27	0.53	-0.54	0.59
	いない	0.45	1.00		
1-5-①.その他-件数	いる	0.31	0.61	1.18	0.24
	いない	0.27	0.79		
1-6.コロナで期間延長-件数	いる	1.68	1.59	-0.27	0.79
	いない	2.21	3.35		
3-5-①相談件数	いる	9.34	45.60	1.64	0.1
	いない	8.94	30.62		
3-5-②対応件数	いる	6.62	10.41	0.61	0.54
	いない	6.19	9.55		
3-5-③延べ訪問回数	いる	24.68	41.10	0.88	0.38
	いない	25.24	51.84		
3-5-④困難事例割合	いる	44.92	40.49	0.89	0.38
	いない	41.96	39.35		
3-6-①独居世帯	いる	3.29	18.48	-0.36	0.72
	いない	2.48	3.95		
3-6-②夫婦のみ世帯	いる	3.08	27.36	1.05	0.29
	いない	1.75	3.00		
3-6-③その他	いる	1.90	3.05	0.41	0.68
	いない	2.09	4.51		
3-7-①訪問拒否	いる	0.74	1.44	1.46	0.14
	いない	0.67	1.64		
3-7-②サービス拒否	いる	1.93	3.23	0.45	0.65
	いない	1.79	2.79		
3-7-③受診拒否	いる	1.84	3.29	3.62	0.00
	いない	1.24	1.80		
3-7-④BPSD	いる	1.65	3.01	1.45	0.15
	いない	1.42	3.41		
3-7-⑤近隣からの苦情	いる	0.78	1.43	1.88	0.06
	いない	0.58	1.05		
3-7-⑥経済的問題	いる	0.62	1.45	0.40	0.69
	いない	0.63	1.68		
3-7-⑦精神疾患の合併	いる	0.82	1.84	1.31	0.19
	いない	0.58	1.22		
3-7-⑧ゴミ屋敷	いる	0.43	0.90	0.53	0.6
	いない	0.39	0.84		
3-7-⑨虐待	いる	0.22	0.67	1.49	0.14
	いない	0.17	0.56		
3-7-⑩同居者に精神疾患	いる	0.29	0.97	0.03	0.98
	いない	0.25	0.65		
3-7-⑪キーパーソンなし	いる	0.60	1.07	0.92	0.36
	いない	0.58	1.16		
3-7-⑫その他	いる	0.43	1.60	1.54	0.12
	いない	0.50	2.47		
3-8.精神科入院-件数	いる	1.61	1.62	0.06	0.95
	いない	1.41	0.88		

全項目で Mann-Whitney の U 検定を実施した。オレンジで色付けした項目が有意差あり。

これらの結果から、精神科医がチーム医である時、

- チーム内に他の精神医療関連スタッフも在籍している傾向がある
- 精神科病院との連携がうまくいっている傾向がある
- 地域包括支援センターが母体でない傾向があり、認知症疾患医療センターまたは民間病院が母体になることが多い

といった傾向が認められた。

一方で、精神科医がチーム医であってもチーム間で対応件数や困難事例の割合に有意差はなく、対応している困難事例の特徴において、訪問拒否症例が少ないことや受診拒否症例が多いことを除いて有意な差は認めなかった。新型コロナ禍におけるチームの活動の中では、サービス拒否を受ける数が有意に少なかった。

なお、その他のアンケート各項目の結果については、V.付録に記載した。

③ 自由記述【現場の声】

今回のアンケート調査では、各チーム担当者とのやり取りの中で、多くの自由記述による反応を得た。今回の調査目的に必ずしも合致しないものもあるが、初期集中支援チームの在り方を検討してより良いものとするために貴重な意見であると考えられたため、一部を抜粋し下記に「現場の声」としてまとめた。

1. チーム活動が少ない理由（主として地域包括センターとの役割分担関連）

- 「初期集中支援チームとしては、実績 0 となっておりますが、総合相談として受付をし、包括内で対応している状況です。」（徳島県 A 町）
- 「私共の認知症初期集中支援チームは包括支援センターに設置していることもあり、認知症に関する相談業務については包括支援センターでの対応が大半で、チームとしては、年 1 件程度の件数しかありません。」（鹿児島県 B 市）
- 「地域包括支援センター(直営：1 か所設置)に初期集中支援チームを配置、不足するチーム員をサポート医（市の嘱託医）が在籍する医療機関から派遣していただくシステムとなっている。通常の相談の中から必要なケースについては随時又は定例のチーム員会議で検討することで、支援チームを発動することなく早期に対応ができていく状況。チームの設置はあるが、チームとしての活動実績は今までにはないため回答不可である。」（福岡県 C 市）
- 「当村は小規模な自治体で人口が 500 人程度です。チームはありますが、直営包括で村職員が兼務している状況です。相談を受けた段階で包括職員が医療・介護に繋げることができているためチームで対応した事例は現状ではありません。」（長野県下 D 村）
- 「認知症初期集中支援チームについては、医療機関に委託（郡内で）していますが、チームの活動は発足以来ありません。したがってすべて「0」になっています。各町村で行政や地域包括支援センターの対応で何とか可能な状態です。活動については、他の地域の認知症初期集中支援チームのチーム員さんに依頼して研修会を実施しています」（福島県 E 村）
- 「包括支援センターにチームが置かれているため、包括業務と初期集中支援事業の違いがわかりづらく包括の業務として対応してしまっているケースが多いため初期集中の件数は少ないです。(中略) 町内に認知症疾患医療センター（精神科病院）があるため日ごろから気軽に相談ができる関係ができているためその点では連携がとりやすいです。」（群馬県 F 町）
- 「当町においては、小さな町であり、チームとしての活動は行っていません。包括支援

センターにて認知症高齢者に対する支援をしています。回答した数字は、包括支援センターに関わったケースの数字となります。よろしくお願いいたします。」(長野県 G 町)

- 「本市では、地域包括支援センター職員をチーム員とし、市が事務局となって初期集中支援チームを設置しています。「実質的な業務実績がない」というまでの状況ではありませんが、地域包括支援センターの一般的な業務と、初期集中支援チームとの区別がはっきりしていないという現状があります。」(愛知県 H 市)

- 「直営地域包括支援センターで初期集中支援チームを設置しておりますが、地域包括支援センターの相談業務で対応しており、チームでの対応がない状況です。」(秋田県 I 町)

- 「本市は、地域包括支援センターでの一般相談業務等での対応が難しい場合のみ、初期集中チームが動くという形をとっており相談件数が少ない状況です。」(石川県 J 市)

- 「初期集中支援チームの活動としての対応件数は少ないですが、地域包括支援センターでの一般相談業務等で初期集中支援チーム同様の活動も行っており、初期集中支援チームの活動実績に含んでおらず対応しているケースもあります。」(熊本県 K 市)

- 「認知症初期集中支援チームは設置しているものの、小規模な自治体ですので、人員の不足もあり、認知症については総合相談の流れで対応しております。必要に応じてかかりつけ医・専門医と連携することもできているので、チームとして動くことはほとんどない状態です。」(秋田県 L 町)

- 「当市では、包括支援センターと地域医療・介護連携推進センター（市の委託）の合同中でチーム支援を進めている状況です。実際のところ包括支援センターの相談業務の対応で回っている状態です。(困難事例も含めて)」(長野県 M 市)

- 「チームの活動については総合相談業務で対応しているため実質的な実績がありませんでした。」(鹿児島県 N 町)

- 「本町は認知症初期集中支援チームは存在しますが、実際の運用まではできていない状況にあります。サポート医の先生、関係スタッフと常に連絡や相談ができる体制を取っています。」(福岡県 O 町)

- 「小さな町のため、サービスや医療機関が限られており、チームにあげるまでに至らないで解決してしまうのが本町の現状です。」(福島県東 P 町)

- 「本市においても認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センターでの一般相談業務等が同様の活動を担っているため、初期集中支援チームの活動はほぼ行われていないことをお伝えしておきます。」(石川県 Q 市)

- 「本認知症初期集中支援チームですが、地域包括支援センターが兼務しており、総合相談業務が認知症初期集中支援チームと同様の活動を担っているため、認知症初期集中支援チームの業務実績がない状態になっています。」(大阪府 R 町)
- 「当町は、認知症対応を包括支援センターの総合相談として対応しており、実績はありません。」(秋田県 S 町)
- 「認知症に関する相談については認知症地域支援推進員が全件対応しており、その中で必要性が認められれば初期集中支援チームとして対応する、という方式で活動しております。地域支援推進員としての対応の中で認知症疾患センターや精神科病院との連携はありますが、初期集中支援チームとして活動実績がないため、今回の回答結果となっていることをご理解いただきますよう、よろしくお願いします。」(大阪府 T 村)
- 「認知症初期集中支援チームに関する稼働において特にチーム員にあげるまでもなく、認知症の症状の相談等においては様々な対応に結びついております。今後、認知症高齢者が増加してくることが予測される中、私たちチーム員もたくさんの対応力を強化すべきであると考えています。」(佐賀県 U 市)
- 「今回活動実績は「0」で提出させていただきましたが、その理由として『私達の母体が社会医療法人である為、直接法人で相談し対応しているケースが多いため』になります。」(東京都 V 区)
- 「本町は小規模自治体であり地域包括支援センターでの通常業務がチーム同様の役割を担っているためチームの実質的な活動実績がない状況です。」(愛媛県 W 町)
- 「認知症支援コーディネーターの活躍もあり、初期集中支援チームの実績はほとんどなく、調査対象期間については0件です。」(東京都 X 市)
- 「当市においては地域包括支援センターによる支援や個別地域ケア会議等の活用により初期集中支援チームの実績がないため「0」での記載が多くなっております。」(栃木県 Y 市)
- 「認知症の悪化が認められるが、主治医がすでにおり、初期集中支援チーム稼働の対象にならない事例が多くあります。その場合は、一般相談や困難ケース枠、予防プラン作成担当者での対応という形になります。」(東京都 Z 区)
- 「当市では認知症初期集中支援チームの事業母体は市直轄ですが、チームのマンパワー不足や適切な時期にチームによる対応が難しいことが多いことなどにより、地域包括支援センターや当保健福祉・こども・子育て相談センターでの総合相談業務にて対応することが大半です。」(静岡県 AA 市)

- 「当方の地域包括支援センターにおきましては、総合相談が初期集中支援チーム同様の活動を担っており、チームは配置されていますが、実質的な業務実績がない状態です。」
(山形県 AB 町)
- 「令和 2 年度より認知症初期集中支援チームの活動がスタートしている関係で、昨年度は当センターにおける実績はございません。初年度のなか手探りの状況であり、包括の一般相談業務のなかで対応したケースが多く、認知症初期集中支援チームの支援対象者としていない方も多かった状況です。」(兵庫県 AC 市)
- 「包括支援センターの相談業務等が初期集中支援チーム同様の活動を担っており実質的な業務実績はありません。」(山形県 AD 町)
- 「チームは配置していますが、地域包括支援センターの方でチームと同じような活動をしており、チームとしての活動としての実績がありません。よろしくお願いいたします。」(愛媛県 AE 町)
- 「直営包括であり、日々の業務内で対応が可能なが多いため活動数がありません。よろしくお願いいたします。」(新潟県 AF 町)
- 「まず地域包括支援センターで相談を受け、その中でチームでの対応が必要と判断された方をチーム案件としておりますので、計上できる件数としては少なくなっています。」
(京都府 AG 町)
- 「当認知症初期集中支援チームでは、認知症についての相談は地域包括支援センターとして対応しているため、実績はありません。」(埼玉県 AH 町)
- 「当市は、地域包括支援センターが支援チームと同等の支援を行っております。そのため、件数は非常に少ない現状です。」(栃木県 AI 市)
- 「地域包括センターでの一般業務等が初期集中支援チーム同様の活動を担っており、困難なケースを認知症初期集中支援チームにあたることになっており、現在困難なケースを抱えておりませんので、チームは配置されているものの実質的な業務実績がありませんので、相談や訪問の実績のみの報告となっております。」(宮崎県 AJ 町)
- 「包括の活動において常日頃から関係各所との連携がとれており初期集中支援チームとして稼働することによってお互いの事務負担が増える等の課題があります。そのため、他市町村からの質問の回答にあったようにチームは配置されているものの活動実績としてはほぼない状態です。」(山形県 AK 町)
- 「相談件数に対して対応件数が少ない理由ですが、委託もとの自治体から包括へ相談が

あったケースで認知症があるもの、不明のもの双方を初期集中支援チームへの相談件数として計上するよう指導されているためです。」(栃木県 AL 市)

- 「当町では地域包括支援センターでの一般相談業務等が初期集中支援チーム同様の活動を担っておりチームは配置されているものの、実質的な業務実績はありません。」(千葉県 AM 町)

- 「地域包括支援センターでの一般相談業務等が初期集中支援チーム同様の活動を担っており、チームは配置されているものの実質的な業務実績がありません。」(岐阜県 AN 町)

- 「当町は、チームを町直営で行っているため、総合相談の流れで解決していくことが多く、かなりの困難事例の場合のみチームとして活動をしています。(包括支援センターも直営) 幸いにも、認知症疾患医療センターが町内にあり、医療機関として協力的なので、早期に診断等につながっているのではないかと感じています。」(佐賀県 AO 町)

- 「総合相談支援業務での対応が中心であり、認知症初期集中支援チームの対応件数が上がっていないところです。」(鹿児島県 AP 市)

- 「認知症の相談に対しては、包括の相談の中で対応しているケースが多いです。」(長野県 AQ 市)

- 「認知症初期集中支援チームを設置していますが、マンパワーの問題や対象者の抽出において課題があり、実績は毎年度数人です。認知症の相談については、地域包括支援センターの総合相談や、継続的ケアマネジメント支援で対応しています。」(佐賀県 AR 市)

- 「当町は人口 1,730 人ほどの小規模自治体であり、役場職員がチーム員を兼務している状況です。町内の診療所も保健福祉課の一部であり、チーム医師は診療所医師が、チーム員としては医療職は診療所看護師、介護職は包括職員が兼務しています。ただ、認知症初期集中支援チームとしては活動しておらず、包括職員が日々の業務の中で対応している状況です。少ない職員が複数の事業を兼務しているので、その方が書類作成の手間がかからず職員間で訪問の予定を合わせる必要もなく、メリットが高いです。お互いの結びつきも強い土地柄であることは強みです(網の目のように親戚関係があります)が、高齢化率 61%を超えており高齢夫婦のみの世帯や独居が多く、日課もパターン化されているので認知症に気づきづらいと思います。認知症の問題だけでなく、サービス事業者も町内に 2 か所だけ(特養の入所・デイと、社協の訪問介護、それぞれに居宅を併設)なので、介護が必要な状態になれば、入院や町外の施設に入居される方が多いのが現状です。」(群馬県 AS 町)

- 「認知症初期集中支援チームは配置されているものの実質的な業務実績がないので具体

の数値の回答ができていません。認知症地域支援推進員のいる地域包括支援センターでの一般相談業務等を通じて関係機関と連携をしている状況です。」(大阪府 AT 町)

- 「地域包括支援センターとして動いているため、チーム活動にカウントできていない状況です。」(北海道 AU 町)

- 「本町は認知症疾患医療センターがあるため、連携がスムーズにっており、最近では認知症初期集中支援チームが動くまでに地域包括支援センターや居宅にて対応できているため、件数はありません。」(愛媛県 AV 町)

2. 「困難事例」について

- 「困難事例の割合」ですが、介入から終了まで半年以上を要した方で計算しております。」(横浜 AW 市)

- 「初期集中支援チームで取り上げている事例は、各担当職員での介入が困難なケースが上がってくるため 100%となっております。」(名古屋市 AX 区)

- 「包括の一般的な業務では対応が困難なケースが、初期集中チーム対応となるため、チーム対応ケースの中での困難ケースというものが区別しにくい状況です。今回のアンケートでは、6 か月程度でチーム対応を終了できなかったものを困難ケースとしてお答えしています。」(愛知県長 AY 市)

- 「尚、当認知症初期集通支援チームにおいて「困難事例」としての分類はされておらず、質問 3-2、3-3、3-6、3-7 については回答お控えさせていただきました。」(東京都 AZ 区)

- 「ほとんどが独居や高齢者のみの世帯(夫婦とも問題あり)、親族や親類との交流がない等の困難事例です。チームで検討しながらというよりも、支援しながら考えるような状況です。」(茨城県 BA 市)

3. 新型コロナウイルスの影響

- 「幸い、秋田県内は大きく感染拡大することがなく、コロナ禍であっても認知症の対応に大きな変化はありませんでした。」(秋田県 BB 町)

- 「少なからずコロナの影響はあるかと思っています。専門職種 2 名以上となっておりますが、複数人数での訪問を、躊躇される方がほとんどなので、時間帯を分けたり、専門職種に意見を聞いて、訪問したりしています。今後は、対象者及びご家族の了承を得られれば、リモートも検討しているところです。」(石川県 BC 市)

- 「アンケートの質問の期間、項目では、初期集中支援チームの活動において、コロナ禍での影響はあまりありませんでしたが、1月からの緊急事態宣言下では、チーム員の医師が往診している老健で、陽性者が出たことなどにより、接触を極力控えるため、訪問が延期になっている実態はあります。また、初期集中の対象外の緊急対応の認知症の方の入院受入れがコロナにより困難な事例は多くありました。」(埼玉県 BD 市)
- 「当町の認知症初期集中支援チームは近隣の安芸郡4町(坂、海田、熊野、府中)で合同で行っております。今年度はコロナウイルス感染症の影響で会議等のチームとしての活動ができませんでした。(4町共に実績なし)実績はありませんが、実際の支援は地域包括支援センターでの一般相談業務として行っております。」(広島県 BE 町)
- 「コロナの影響は深刻で人の交流による維持・予防効果がどれほど大きいものなのか痛感する毎日です。ただ、昨年は初期集中支援チームとしての関わりをもったケースがあいにくなく、本年度より初期集中支援チームに係る業務も包括単位に任せられることになった矢先に新型コロナウイルス感染症の蔓延の影響できちんとした業務研修や説明の機会も滞っているため実質稼働できていない現状です。」(静岡県 BF 市)
- 「2020年度の活動は新型コロナウイルス感染症の影響により、包括の支援活動自体が自粛や大幅な縮小を余儀なくされました。それにより、コロナ等の影響は2020年9月以降に、徐々に表れていると感じております。」(東京都 BG 市)

3. 考察

- 1) 支援チームの活動は、平常時（2019年4月―9月）に比べると新型コロナ蔓延下（2020年4月―9月）では、相談件数や対応件数、訪問回数が有意に減少していた。一方、困難事例の割合や内容には変化がなく、緊急性が高く他の部署では対応できないような事例（困難事例）に対する活動は十分に維持できていたと考えられる。
- 2) 支援チームの対象において、新型コロナ蔓延により認知機能（63%）やBPSD（42%）が悪化した事例が相当数みられるため、新型コロナ蔓延の長期化による影響を改めて検討し対策を考える必要があると思われる。微熱が持続したため、デイサービスが利用できなくなり、BPSDが悪化した事例も報告された（堺市 症例4）。
- 3) チーム医に精神科医がいる支援チーム（43.3%）、チーム医以外にPSWや、看護師、作業療法士などの精神科医療経験者がいる支援チーム（42.3%）があり、研究班の予想以上に支援チームに精神科医療の関係者が関与していることが明らかになった。また、自由記載では、チーム医に精神科医がいなくても近隣の精神科病院に設置された認知症患者医療センターの支援を受けて、困難事例への対応が円滑になっている地域もあった。
- 4) 支援チームの活動では、精神科病院が連携に協力的であった割合が90%近かったが、保健所が連携に協力的であった割合は55%であり、保健所との連携が円滑にいない理由の確認と役割分担は課題であると思われた。
- 5) 自由記載では、地域包括支援センターとの役割分担がわかりにくいという指摘や、支援チームと地域包括支援センターが一体となっている地域も多く、役割分担を明確にする必要があると思われた。そうした現状が約25%のチームが6か月の相談件数「0」と回答したことにつながっていることに部分的につながっていると考えられる。また、困難事例の定義は情報共有などの面で重要であり、周知を徹底する必要があると思われた。
- 6) 当然のことながら、精神科医がチーム医である場合は精神科病院との連携や精神科入院が円滑になっている割合が多く、非精神科医がチーム医の場合は、地域包括支援センターとの連携が円滑になっていた。今後は、困難事例のその後の転帰やケース介入終了になるまでの時間などを加味して検討していく必要がある。
- 7) 代表・分担研究者の詳細な事例報告にもあるように、溜め込み・ゴミ屋敷（吹田市事例2）（堺市 症例2）、財産搾取（吹田市 事例3）、虐待（荒尾市 事例2）など

は、本人や家族の同意、強制介入の法的問題など、精神科医がチーム医でないと介入は極めて困難な事例で、チーム医が非精神科医の場合は、チーム員に精神科経験者を配置するか、認知症疾患医療センターなどの精神科医との協働が必要であろう。

- 8) 発達障害を背景とした2次妄想（堺市 症例1）や溜め込み（堺市 症例2）、妄想性障害（吹田市 事例2）、意味性認知症を背景としたコミュニケーション障害（吹田市 事例3）、アルコール多飲を背景とした幻覚（堺市 症例3）などは、精神科的診断を基に疾患に特徴的な症状理解がないと介入が困難であることを示している。BPSDの激しいアルツハイマー型認知症の事例でも、介入開始時から症状の特徴を理解した上で生活支援を見据えた検討ができる点で、チーム医が精神科医であることの意義をチーム員が指摘している（熊本市 事例1）。また、チームに精神科経験者がいない場合は、自由記載にもコメントがあるように、精神科病院に設置されている認知症疾患医療センターなどとの協働が有効であろう。

- 9) 精神症状が顕在化している場合は、チーム医が精神科医であることによって、かかりつけ医からのチームへの信頼度があがり、かかりつけ医との情報共有が円滑になることが指摘されている（熊本市）。かかりつけ医との役割分担という意味でも、チーム医の専門性が高ければ、かかりつけ医との分担や協働が容易になり、チーム員の調整役としての負担が軽減されると思われる。

Ⅲ 代表的初期集中支援チームの活動事例等

1. 大阪府 吹田市（大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 池田学）

吹田市は大阪府の北部に位置する中核市で、人口約 37 万 5 千人で 65 歳以上の割合は約 23%である。認知症初期集中支援チーム（以下チームと称する）は平成 29 年 4 月に設置された。チームの事業母体は民間病院である医療法人協和会 協和会病院で、本研究の研究総括である池田がチーム医を担っており、基本的には週 1 回のペースでチーム員会議を実施し困難事例を中心に検討を行っている。令和 2 年度は相談件数 86 件、支援対象者 49 件、困難事例 29 件であった。比較的大きな市であるにも関わらず、チームは 1 つだけなので、チーム員が全ての困難事例を把握しているという特徴がある。吹田市においてもチーム員が主に現場で対応に苦勞しているのは、他の地域同様そのような困難事例である。また、関係機関との連携がうまくいかないことによる対応困難な事例も散見される。下記に事例をいくつか提示し、現場での問題点を浮かび上がらせたい。記載にあたっては個人情報に十分配慮し、個人が特定されないよう多少改変した。

【事例 1】 新型コロナ禍において関係機関との連携がうまくいかなかった事例

令和 2 年○月、民生委員より地域包括支援センター（以下「包括」という。）に『独居で、買い物に行けなくなっている。介護保険サービスが受けられないか。』と相談があり包括職員が訪問するが、本人は「何も困っていない。」と支援を拒否し続けた。

令和 3 年△月、『姿を見る事がなく新聞が溜まっている。』と警察に通報があった。警察の呼びかけに応じるが、「何も困っていない。元気にしているので心配しないで。」と追い返した。包括職員も訪問したが、何度呼びかけをしても出て来ず、窓にはベニヤ板が貼られ、外から中が確認できない状況だったため電話による安否確認を継続した。◎月、包括職員が訪問すると応じたが、○月に比べると非常に痩せており、尿臭もあった。介護保険サービスの利用は拒否したが、配食サービスの利用は同意した。翌日、配食サービスを開始したが、受け取りに出て来ず、このままでは命に関わると判断され包括より市に連絡。認知症によるセルフネグレクトとしてチームに相談があった。拒否が強く入院時に搬送できない可能性が高く、チームより保健所に移送時に警察の協力が得られないか相談するとともに、入院先を探した。同月、親族と連絡がつき、精神科病院に入院することが決まった。

入院当日、想定通り本人の強固な拒否が続き、搬送困難となった。しかし連絡の行き違いで警察の応援が得られず、仕方なくチーム員と包括職員で車に乗せ、精神科病院まで同行した。病院到着時、38°Cの熱発があることが判明。病院より、新型コロナウイルス感染の可能性を考慮し、PCR 検査もしくは抗原検査を受け、陰性であれば入院可能と指示あり。

検査の受入先を保健所に相談するがスムーズに受検できず、2時間かけてようやく検査ができる施設を探して抗原検査を受け、陰性確認後に再度精神科病院までチーム員が同行し、入院に繋がった。

[特徴と課題]

セルフネグレクトにより本人の安全な生活が脅かされており、繰り返しの訪問や外来受診などを通じて本人や関連施設との関係性を構築する余裕がなかったことで、様々なトラブルが生じたと思われる難しいケースである。日頃の支援において、いかに現場のチーム員が各方面との関係性構築によって明確な解答がない問題をクリアしているのかが如実にわかる。微妙な問題を現場の判断に任せることで柔軟な対応を可能にすることも重要だが、現場に判断させることで負担をかけてしまう面もある。本症例における具体的な問題点を下記に記す。

①病院までの搬送について：

室内はゴミで足の踏み場もなく、本人は失禁して濡れた状態で暴れており、本人やチーム員、包括職員が負傷する可能性があった。救急要請も検討したが、本人の同意が得られないと搬送できないことから断念した。どのようにすべきだったか。

②金銭的な問題について：

経済的に困窮し、タクシー等の利用ができない場合、包括の車両がなければ移送手段がなかった。これは、支援している全ケースに共通する課題である。通院や入院時に医療機関までの移送手段をどうすべきだったか。様々な方法を検討しても手段が見つからなければ、入院を断念せざるを得ない。包括やチーム員（受託法人）に協力依頼する方法もあるが、責任の所在ははっきりしない。また通院や入院時に必要となる健康保険証等がない場合、紛失による再発行等の手続きに手間がかかる。後見人が選任されるまでの間、（親族等がない場合の）貴重品の預け先が明確でない。金銭等の管理が必要なケースが多く、一時的に預ける先が必要である。

③新型コロナ禍における熱発時の対応について：

入念に段取りを組んで準備していたが、当日熱発が分かり急遽検査を受けられる施設を探すことになり、包括・チーム員で受入先を探すのに2時間を要した。訪問当日の情報が乏しいことが多いケース支援の現場では、こうしたトラブルがしばしば生じる。新型コロナ禍においては熱発や感冒症状などが訪問当時急に発覚し、受診や入院の段取りにおいて障害となる可能性があり、いざという時の対応を検討しておく必要がある。

④チームへの支援体制について：

本事例では事前に数回にわたって保健所に相談し、警察への応援要請を依頼していたが当日スムーズな支援を受けることが難しかった。吹田市ではチームへの依頼が、困難ケースや緊急対応が必要なケースが多く、中にはチームと包括のみでは安全に入院してもらう事が困難なケースがある。そのような場合に、保健所、警察、消防などに協力を得られる体制があれば安心して支援ができるが、連携の整備が不十分である場合がある（なお、本事例で生じた課題については後日関係各所と協議の場をもうけ、改善策を検討することができた）。一方で別の支援ケースでは、妄想に基づき刃物を持って近隣宅に押し掛けた事例でも、警察が保護したものの、医療情報がないという理由で措置入院ができなかったこともあった。精神科病院との連携はスムーズなことが多いが、課題のある事例もあり場合によっては連携整備のため情報共有が必要だと思われる。

【事例2】80代 女性 居住空間への物のため込みが認められた妄想性障害の事例

長年独居で婚姻歴なし。肉親は他府県に在住する弟のみであるが仕事のため不在のことが多く、弟の妻である義理の妹がキーパーソン。

X-1年4月、泥棒に複数回入られていると地域包括支援センター（以下「包括」という。）に自ら相談した。以降も物盗られ妄想は持続し、8月頃より被害妄想が活発になり警察に度々訴えるようになった。玄関の鍵も繰り返し取り替え、防犯カメラを設置するなどした。カメラに犯人が映らないことについては「泥棒はブレーカーを落として自宅に侵入。そのためカメラに映らない。盗聴器をつけられているから、屋内では話しできない」という解釈をし、修正は困難だった。友人も泥棒扱いし、他人との関わりを持たなくなった。また自宅マンションのエレベーターホールや自室のドアに「誰がやっているかわかっている」との張り紙をする、泥棒がガスをまき散らしたと通報するなどの様子も見られるようになった。同年12月、包括よりチームに協力依頼があり、同月初回訪問。自宅は物が溢れ浴室はほぼ使用できないほどになっており（写真）、独居は困難と思われた。

X年2月、会話の傾聴を通し信頼関係を構築したうえで、ふらつきがあることを理由に頭部精査をと伝えてチーム医の物忘れ外来受診につながった。MMSEは24点で軽い近時記憶障害と視空間認知障害を認め、頭部MRIでは軽い海馬萎縮を認め、妄想性障害の疑いとなった。本人へは頭部精査の必要があると伝え、A大学医学部附属病院へ紹介、4月に任意入院となった。入院後は自宅生活よりは穏やかに過ごし、向精神薬の投与により易怒性や興奮も軽減した。精査を行ったが認知症性疾患を特定できず、何らかの神経変性疾患を背景とした軽度認知障害と妄想性障害であると判断された。治療は少量の向精神薬で副作用が出現しふらつきが目立つため、薬剤は十分量投与できず妄想は終始持続、入院中に新たな物盗られ妄想も出現した。また入院後、金銭管理を弟夫婦と協力しながら行うが、家賃の対応や負債が発覚。預貯金が全くない状態であることがわかり、金銭管理ができて

いなかったことが判明。退院後の独居生活は困難と判断し、成年後見制度の利用や生活保護申請などを行ったうえで施設など次の生活の場を見つける方針となり、7月に他の精神科病院へ任意入院のまま転院となった。

浴室



洗面



リビング



< 自宅写真 >

[特徴と課題]

症例1とは対照的に、チームが時間をかけて関係各所と連携を取ったことでスムーズなマネジメントが可能になった事例であった。こうした強固な被害妄想を呈する独居高齢者はしばしばチーム員会議でも取り上げられているが、本人とは妄想に焦点を当てず、「併存している身体的問題点の精査」に焦点を当てることで専門医の受診に繋がることが少なくない。結果精神科への入院や精神科的治療が開始されることになった場合であっても、人間関係が構築されていることで支援対象の高齢者も受け入れられる場合がある。困難事例の適切なマネジメントにはこうした関係性構築のノウハウの蓄積も重要であろう。

また本事例のように、自宅に物やごみが過剰に溜まっている事例は少なくなく、地域の問題となっている。居住空間が少なくなるだけでなく、衛生管理ができなくなり感染症などのリスクが高まる、物品につまずいて転倒するリスクが高まることもある。動物などを異常にたくさん飼っていて、動物をため込んでいると思われることもある。悪臭や火事リスクなどから近隣トラブルに発展することも多い。物品が多いことは物を失くすリスクにもつながりやすく、本事例のようにもの盗られ妄想を併発していることも少なくない。「ゴミ屋敷」とひとくくりにされることも多いが、単に物が大量に溜まっているもの、同じ物品を収集しているもの、汚物や食品などが無造作に蓄積しているものなど様相は異なっており、それぞれに異なる性質が考えられる。背景疾患の特定が重要であると考えら

れ、前頭側頭型認知症、発達障害などある程度原疾患がはっきりするケースもある。

【症例 3】70 代 女性 独居 金銭搾取が疑われた意味性認知症の事例

最終学歴は高卒で、事務職に就いて 65 歳で退職した。結婚歴はなく、X-7 年に母が死去してから独居であった。

X 年 3 月、電気料金の支払いができなくなり、送電を止められたため地域住民から地域包括に相談となった。その際、言葉が出にくく、的外れな返答がみられた。同年 5 月、近医精神科を受診し認知症の診断で抗認知症薬が開始されたが、その後の内服・受診は自己中断し、包括が訪問をしても不在であるなどして継続した受診につながらず、チームに相談があった。同時期より年に 1 度ほど連絡を取っていた甥が関わるようになったが、同じアパートに住む知人が合鍵を作って頻繁に本人宅に入り込んでいること、その知人が本人のすべての預金通帳を管理していること、通帳に不自然な出金履歴が複数回記載されていたこと、その知人が本人と一緒に外食や買い物に出かけ、支払いをさせていること、テレビショッピングで不自然に大量に買い込まれた品物が翌日に無くなっていることなどが判明した。同年 8 月、チーム医を受診することとしたが、受診当日に地域包括支援センターのスタッフが訪問するも応答がなかったため、甥に確認を依頼したところ、熱中症の状態ですぐに倒れているところを発見された。直ちに初期集中支援チームの依頼先である総合病院に入院し熱中症の治療を開始したが、入院日より帰宅要求が続いた。1 週間の入院加療を経て、チーム医が診察し、鑑別診断と介護保険の申請などケア体制の構築を目的に、A 大学病院に入院となった。入院後、言語障害が強く認められ、意味性認知症と診断された。入院前の状況から独居は困難と判断され、精神科病院へ転院して施設入所を目指すこととなった。

[特徴と課題]

事例 1、2 と同様に独居の症例であり、本ケースでは金銭搾取が疑われたこと、熱中症により身体的に危機的な状態での入院となったこと、言語障害が目立ったことが特徴として挙げられる。

本事例の金銭搾取に関しては、入院後に担当医と甥により繰り返し検討を行ったが、事を荒立てたくないという甥の意向に沿って警察などには相談しなかった。そのため詳細は不明であるが、状況証拠から合鍵を持つ近隣住民に金銭を搾取されていた可能性が非常に強いと考えられたため泣き寝入りの形となり、支援者らとしても中途半端な対応にならざるを得なかった。また、熱中症で緊急入院となった日がチーム医の受診日であったため偶然発見することができたが、別日であれば発見が遅れて生命の危機に陥っていた可能性があった。これらは認知症初期集中支援チームの支援対象である認知機能低下や孤独・不安を有している独居高齢者においてはしばしば見られる問題で、見守りを強化するシステムの

開発が必要であると考えられる。

認知症では基本的な ADL がある程度保たれていても言語障害の進行が先行し、独居ができていても対人関係を含む社会的活動が強く障害されている場合が少なくない。特に独居の高齢者では他者との交流が少なく言語障害に気づかれることがしばしば遅れ、周囲が気づいた時にはこのように社会的な犯罪の被害者になっていたり、身体的安全を保てない状況に至っていることがある。本事例でも意味性認知症による言語障害のため、本人の十分な意思表示が難しかったことが金銭や物品の搾取が誰にも気づかれることなく常態化し、緊急時に援助を求められなかった要因の一つになっていたと考えられた。言語障害がある事例の機能評価は慎重にするべきであることを示す好例であった。

2. 大阪府 堺市（公益財団法人浅香山病院 精神科 繁信（釜江）和恵）

堺市では国の施策による認知症初期集中支援チームの設置にあたり、設置場所を認知症疾患医療センターがある2つの医療機関とした。その経緯は以下のような理由である。堺市では認知症の早期診断の必要性の啓蒙啓発が進み、近年では認知症疾患医療センターで認知症の鑑別診断を受ける患者の約半数が、MMSE20点以上の初期の患者である。そのため認知症疾患医療センターのある医療機関に認知症初期集中支援チームを設置することで、チームが対象とする、今後困難事例化する可能性が高く、初期に集中的に関わる必要性がある初期認知症患者を効率的に発見できると考えられた。加えて平成21年11月から、地域包括支援センター統括課に認知症連携担当者（現在の認知症地域支援推進員）及び嘱託医（精神科医・神経内科医・サポート医など）を配置し、認知症連携担当者への医学的見地からの専門的な後方支援にとどまらず、認知症初期集中支援チーム制度化以前から、嘱託医自らが支援対象者を訪問し、受診勧奨や支援の方向性を指導するなど、先駆的な取組を実施してきた。保健センターでは、嘱託の精神科医が訪問による精神保健福祉相談を行ってきた。その中で、地域包括支援センター・保健センターが認知症初期集中支援チームに期待するのは、そのようなこれまでの活動の中でも特に介入が困難である認知症に精神疾患が合併している事例や介護家族が精神疾患である事例についての認知症の専門多職種による介入支援であった。加えて認知症初期集中支援チームの相談窓口を地域包括支援センターに一本化し、認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターが介入依頼のあった困難事例と一緒に関わることで、地域包括支援センターの認知症対応力向上を目指すこととした。

このような経緯を踏まえて、当院に認知症初期集中支援チームが設置された平成28年1月14日から令和2年12月31日までの5年間の結果を報告する。堺市全体で337件、うち296件を当院のチームが担当した。地域包括支援センターでは認知症を疑い介入を行ったがうまくいかず、困難事例として認知症初期集中支援チームに介入依頼があったが、そのうちの23.6%が認知症以外の精神疾患及び精神疾患の合併や精神科的治療が必要なせん妄の事例であった。その内訳を表1に示す。

（表1）

	妄想性障害	うつ	統合失調症	不安性障害	強迫性障害	アルコール関連	双極性障害	発達障害	ほかの精神疾患	精神疾患合計	%	頭部外傷	せん妄	合計	総相談件数	%
2014年	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12.5%	0	0	1	8	12.5%
2015年	5	0	0	0	0	2	1	0	3	11	17.7%	0	1	12	62	19.4%
2017年	6	2	0	0	1	5	0	0	5	19	27.1%	1	0	20	70	28.6%
2018年	6	0	1	0	1	3	0	1	0	12	21.1%	0	6	18	57	31.6%
2019年	3	0	1	1	0	2	1	1	0	9	17.0%	3	2	14	53	26.4%
2020年	1	0	0	0	0	2	1	1	0	5	10.9%	0	0	5	46	10.9%
合計件数	21	2	2	1	2	14	3	4	8	57	19.3%	4	9	70	296	23.6%
%	7.1%	0.7%	0.7%	0.3%	0.7%	4.7%	1.0%	1.4%	2.7%	19.3%		1.4%	3.0%	23.6%		

妄想性障害が最も多いが、アルコール関連疾患、発達障害、双極性障害、不安障害など多岐に渡った。これらは、チームに精神科医師がいることで詳細な診断に至ったと考える。また認知症ではないからとチームが介入から手を引くのではなく、その後の支援介入にもチームの精神科経験の豊富な看護師、精神保健福祉士が関わることで、これまで認知症の困難事例として扱われていた可能性がある精神疾患を持つ高齢者への介入が奏効したと考える。加えて2017年～2020年の4年間で12件は、主介護者や支家族が精神疾患であったために適切な介護やサービス利用が行えておらず、困難事例としてチームに依頼があった事例であった。そのような事例に対しては精神疾患を持つ主介護者の病状も精神医学的な評価を行い介入を行うことが不可欠である。チームに精神科医がおり、家族介護者の精神疾患に対しても適切な評価ができ、認知症だけでなく精神科経験が豊富な看護師、精神保健福祉が、家族介護者の精神症状に配慮してその後の介入支援を行えたことで、安定した生活が可能になった。

次に実際に精神医学的な診断と病態評価に加えて精神科的な介入が奏効した事例を報告する。

【症例1】90歳台女性 6人姉弟の長女 尋常小学校卒

若い頃は紳士服の仕立ての仕事をしていた。婚姻歴はなく、子供はいない。長年単身生活。他県に住む一人の妹を除いては兄弟関係性が悪く、交流も乏しい。

X年1月光熱費が安くなるからとガス会社を変更する話が出たときに、業者からの話に混乱することがあった。X年3月ガス会社を変更するがそれ以降「ガス」のことを非常に気にするようになった。「窓を開けるとガスが入ってくる」「隣人がガスを撒いている」「ガスで殺される」などと言い、隣家に石を投げたり、苦情を言うようになった。近隣から相談を受けた地域包括支援センターが介入を開始した。認知症による精神症状によって単身生活に支障が出ているとアセスメントされ、当初デイサービスやヘルパーの開始をすすめた。しかし本人はこだわりが強く、ヘルパー仕事の仕方や手順が違うと、かえって混乱をきたすようになった。本人がガスのことが心配な家から離れたいと希望したため、包括支援センターから当科へ入院の相談及び依頼初期集中支援チームの介入依頼があった。近時記憶障害、見当識障害は目立たず（MMSE；27/30点）、幻視や錯視は認めなかった（ノイズパレイドリアテスト；正当39/40見落とし1/40）。膝関節症による歩行障害以外神経学的にも明らかな異常は認めなかった。頭部CTでも顕著な脳萎縮や脳血管障害は認めなかった。X年6月当科へ任意入院をした。入院して自宅から離れると病棟内では「ガス」のことを言うことがなかった。入院後、入浴拒否が続き、無理に看護師が促すと混乱して不穏になった。入浴を嫌がる理由を丁寧に聞くと、「自宅にシャンプーが残っているので、新しいシャンプーは買わない。自宅にあるシャンプーも持ってこないと入らない」と述べた。自宅からシャンプーを持ち込むとすすんで入浴を行った。洋服の洗濯について

も、洗い方や干し方の手順にも強いこだわりがあることがわかった。また高齢であり、詳細な生育歴は不明であったが、年齢の離れた妹から、学校成績は良かったが若い頃からこだわりが強く、妹弟も含め他者との人間関係を築くのが苦手であったという情報が得られた。認知症ではなく発達障害の特性をもつ高齢者であり、被害妄想もそれに伴う2次障害による症状と考え、退院後の支援体制を再検討した。事前に訪問看護・ヘルパー・デイサービスの曜日や時間、実施内容を本人にわかるように表にして提示し、繰り返し説明した。加えてヘルパーに依頼を希望する掃除や洗濯の手順や方法は、本人と相談し、本人のこだわりを阻害しないように明確にし、ヘルパーに事前に伝えた。本人に混乱や拒絶が生じた時は、こだわりが阻害された時であることを支援者の共通認識とした。約3週間で自宅へ退院した。退院後は「ガス」に関する訴えは聞かれず、単身生活を再開・継続できた。

【症例2】 80歳台男性 高校卒 繊維工場に定年まで勤務。 家族歴；次女が発達障害妻の死後10年以上単身生活。

X-3年銭湯で意識消失を起こし救急搬送されたが、意識が回復すると医療者の指示には従わず、勝手にすぐ自己退院することがあった。X-1年12月本人宅で小火があった。またその頃戸外で放尿便をしているところを近隣住人が見かけ、地域包括支援センターに相談依頼が入った。包括支援センターの職員が何度も訪問するが、『困っていることはない』と玄関口で追い払われることが続いた。玄関口から見るとゴミが散乱している状態が確認できたが、介護保険サービスの導入などそれ以上の介入は本人の拒否が強く半年経っても、導入困難であった。毎回訪問する地域包括支援センターの職員の顔や名前はすぐに覚えることが可能であった。地域包括支援センターは認知症によるゴミ屋敷状態と考え、X年6月認知症初期集中支援チームに介入を依頼した。自宅へ訪問すると、ホコリやゴミだらけではあるが、使用済みのカセットコンロのガスを大量に並べて置いていたり、決まった銘柄のカップ焼きそばの空き容器を1メートル近く重ねて積み上げられているものが3つあるなど、生活の随所にこだわりの強さを認めた。配偶者とは離婚しており、3人の娘とも疎遠であったが、地域包括支援センターの協力を得て本人の生活歴を聴取した。仕事は定年まで勤め上げたものの、若い頃から食生活にはこだわりが強く、収集癖もあった。自分のペースで生活することを貫き、年頃の娘への配慮などもなかった。親族や友人との付き合いもなかったという情報を得られた。長年現在の家に住んでいるが、近隣との交流は全くなかった。生活の破綻に発達障害の素因が影響していると考え、対応を検討した。発達障害に関する知識のある訪問看護師を週2回決まった曜日の決まった時間に導入した。まずは生活の中でのこだわりを傾聴し、生活環境と生活リズムの獲得を目指した。訪問看護師も2ヶ月ほどは玄関先でしか関わりが困難であったが、その場での会話から、食生活の嗜好のこだわり（偏食が強く、この数年は決まったカップ焼きそばが中心の食生活であった）、屋内のゴミの中でも本人がこだわって収集しているものと、気にしていないものを確認した。徐々に関係ができてから、本人の気にならない物や場所から掃除

やゴミ捨てに取り組んだ。また往診時の血液検査からは低栄養状態であったため、ヘルパーを導入し本人の嗜好にあった料理を提供するようにした。家の中にはまだゴミが残存しているが、危機的な状態は回避でき、拒絶や混乱を起こさず、支援は継続できている。その後実施した頭部CTで側脳室周囲に広範な虚血病変と多発性脳梗塞が認められた。おそらく発達障害の素因に脳血管障害による認知機能の低下が加わり、それまでの生活に破綻をきたしたものと考えられた。

【症例3】 70歳台後半男性 中学校卒 50歳頃まで大工。 家族歴；婚姻歴なし、兄弟とは音信不通。単身生活。アルコールの長期多量飲酒歴あり。

X-1年マンションの階下の住人が大きな音を出してくる、壁にペンキを吹き付けてくると言い、階下の住人に苦情を言い行くようになった。階下の住人が警察に通報し注意を受けた。X年になりその訴えが頻回になり、階下に怒鳴り込みに行くようになった。そのため貸主から転居を迫られ、担当の生活保護ケースワーカーが地域包括支援センターに相談した。地域包括支援センター職員が自宅を訪問すると、家はゴミが散乱しており、ビールの空き缶が風呂の浴槽に山積みになっていた。地域包括支援センター職員が訪問中にも、電車がマンションの隣を通過する音がすると、「下のやつが音を出して嫌がらせをしてくる」と訴えた。地域包括支援センター職員は認知症に伴う精神症状を疑い、認知症初期集中支援チームに介入を依頼した。チームで自宅へ訪問すると、朝から飲酒をしているようであった。これまでの生活歴を聞くと、10年ほど前に、精神科病院へ入院歴があることがわかった。その時の詳細を調べると、幻聴およびそれに伴う迷惑行動で1ヵ月間入院し、アルコール性幻覚症と診断されていた。退院時にアルコール専門医療機関の受診を約束し紹介されたが、1度の通院で自己中断していたことがわかった。チームが訪問時には明らかな近時記憶障害や見当識障害は認めず、アルコールの長期多量飲酒による精神症状の可能性が疑われた。長期多量飲酒が脳に及ぼす影響を説明し、認知症の鑑別診断を受けることを促した。それに対しては本人が同意したため、地域包括支援センターの協力のもと、認知症疾患医療センターに通院し認知症の鑑別診断を実施した。頭部CTでは前頭葉優位に瀰漫性の脳萎縮を認めた。MMSE26/30(serial 7で-4点)であった。深刻みに欠け問診にも茶化したような返答をすることが目立った。未治療であった糖尿病もHbA1c 10.1%と悪化していた。

10年前と比べて認知機能低下も認めず、同様にアルコール幻覚症と診断した。しかし単身生活では安定した服薬は行えないことが予測されるため、直ぐには薬物治療の開始は困難であった。マンションからの退去を直ちに迫られていたため、本人と相談の上、糖尿病の食事管理ができ、朝からの飲酒に制限が可能なサービス付き高齢者住居に入所することとした。入所後訪問看護を導入するなどして服薬管理と評価が可能になってから、糖尿病の治療およびアルコール幻覚症に対する薬物治療を開始した。飲酒については、本人、精神科主治医、施設職員、訪問看護師らと一緒に相談を行なった。本人は飲酒を完全にやめる

つもりは全くなかったため、夕食時にフロアで食事をする際に晩酌として飲むだけにする
こととして約束した。日中の飲酒を防ぐ目的で趣味の木彫り細工などを施設職員の協力で
再開した。それにより、サービス付き高齢者住居内では、他の入所者に対して被害的な言
動は生じず生活できている。

詳細な病歴の聴取から過去のアルコール幻覚症の治療歴が分かり、精神症状とアルコール
多量飲酒に対する介入が行えた事例であった。

最後に新型コロナ禍により影響を受けた事例への初期集中支援チームの介入を報告する。

【症例 4】83 歳 女性 レビー小体型認知症

[既往歴]心房細動、高血圧、脂質異常でかかりつけ医に内服通院中。

[生活歴]夫が死亡後は長男と二人暮らし。2019 年 5 月まで舞踏家の師匠をしていた。長男
は仕事のため日中は独居。

[経過]

X 年 5 月めまいで転倒し、かかりつけ医よりジフェニドールの処方を受け、その頃より
猫や子供の幻視が出現。MMSE20 点（遅延再生 1/3）、立方体描写できず、MIBG で H/M
比の低下、パレイドリアテスト斜視反応率 35%などを示し、レビー小体型認知症と診断し
た。ジフェニドール中止し、ドネペジル開始にて幻視は消失したが、下痢をみとめたため
ドネペジルは中止した。その後も幻視はなく家事支援でヘルパー利用していたが、他者と
の交流と生活リズムを整える目的でデイサービスを週 2 回/開始した。

X+1 年 6 月 37.0~37.5 度の微熱が持続し、ヘルパー利用できず、微熱のためデイサービ
スの受け入れを断られるようになった。デイサービス参加の夜は熟睡をしていたが、デ
イサービスが利用できないことで日中傾眠することが多くなり、猫や鳥の幻視が再燃し、
鳥を捕まえようとする幻視の行動化がみられ不眠となった。消化器症状に注意しながら少
量からドネペジルを再開した。発熱精査目的で内科を受診し、抗原検査、PCR(-)、血液
検査で BUN22.5、Cr0.87、eGFR47 で軽度の脱水を認めた。胸部 CT 異常はなく感染を起
こす疾患の可能性はなかった。発熱の原因は不明で軽度の脱水を認めるため、飲水を促し
た。上記を認知症初期集中支援チームよりケアマネージャーに連絡し、デイサービス対
して内科受診で異常がないことを説明してもらい、デイサービスの再開を依頼するが、通所
前に 37 度台の微熱があるため利用許可が得られなかった。そのため認知症初期集中支援
チームが介入し代替え案として日中の覚醒目的でヘルパーを 1 日 2 回毎日利用するよう
に調整を依頼した。ヘルパーが散歩や買い物、入浴など活動的なかわりをするこ
とで、日中覚醒し、夜間入眠できるようになり生活リズムが整っている。下肢筋力低下は動作緩
慢ながら杖歩行が継続できている。現在も幻視は見られない。

3. 熊本県 熊本市・荒尾市 (熊本大学病院 神経精神科 石川智久)

【はじめに】

認知症初期集中支援チーム（以下、チーム）の設置は、平成 24 年度にモデル事業のスキームが検討され、平成 25 年度に全国 14 か所でモデル事業が展開され、平成 30 年度までに全市区町村にチームを設置することとなり、現在に至っている。熊本県においては、平成 25 年度モデル事業からチームが設置された。チームの設置主体はモデル事業では、認知症疾患医療センター（単科精神科病院内）に設置されたが、全市町村に展開した際には、地域包括支援センター、市行政、社会福祉法人、など各市町村の事情によりそれぞれ異なっている。精神科病院以外の設置主体が多い理由のひとつとして、熊本県の場合、平成 23 年度から本格展開した認知症疾患医療センター事業において、精神科主導で事業展開していた経緯があるため、認知症診療に精神科のかかわり・介入が担保されていたことが影響している可能性がある。また、認知症の初期からのかかわりや、いわゆる困難事例に対する医療・介護への導入というチーム事業の内容の多くが、地域包括支援センターの業務と重複する部分もあることから、各市町村の組織体系により様々な設置主体になったものと考えられる。

本報告では、熊本県における互いに異なる設置主体の 2 チームの事例を提示し、それぞれの事例を通して、精神科医が関わることの意義および、地域や本人・家族からの精神科医に対するニーズを明らかにし、考察する。チームの設置主体は、事例 1 は行政（市高齢福祉課）、事例 2 は社会福祉法人である。

なお、いずれの事例も、本人家族に事例提示について事前に説明同意を得ており、実例の内容に影響を与えない範囲で個人情報の取扱いに配慮した記載としている。

【事例 1】「家族に対する被害妄想のためチームの介入で専門医受診を行ない、介護保険サービス導入に至った事例」

Case A 氏：80 歳代後半、女性。夫とは離婚し長男家族と二世帯住宅で同居。

チーム介入時、介護保険未申請。

既往歴 高血圧（近医で指摘されるも通院継続できていない）

乳がん（10 年以上前に治療済み）

家族状況 県内別居の長女がいるが、本人とはあまり交流はなく、長男から状況の報告を受けている。

生活歴 定年まで会社勤務。夫と離婚後は自宅で独居生活であったが、定年退職をきっかけに長男家族と二世帯住宅での同居となった。住宅構造は、同一の玄関で、1 階に本人、2 階・3 階が長男家族宅となっている。

認知症初期集中支援チームへの相談までの経緯

X-2年ごろから、日常生活品や通帳など自分のものが無くなったとたびたび聞かれるようになり、その都度長男と一緒に探していた。X-1年ごろから、探しても見つからない場合は、「(同居している)孫が盗った」というようになり、2階の孫の部屋に押しかけ長男家族に立腹する事もあった。以前に比べ怒りっぽくなり、孫が「盗っていない」と反論すると、自分の意見を否定されたといってさらに怒りが収まらない状態が続いた。もの忘れは徐々に進行し、近所の郵便局へ出かけた際に「通帳がない」「印鑑がない」と言って、何度か長男が呼び出された事もあった。家族だけでは対応が難しいと判断し、高血圧で受診歴のあった近医かかりつけの主治医へ家族が相談し、本人を受診させようと試みるも、「自分は健康だから病院へ行く必要はない」と言って長男の言う事は全く聞かない状態であった。その後、長男の主治医に協力を仰ぐことで、本人自ら近医かかりつけの主治医を受診したが、診察では「特に問題はない」とされ、頭部の検査は本人が「必要ない」と言うため診断には至らず、状況の進展は見られなかった。しかし、その後も徐々に症状は悪化、部屋の片づけができなくなり、長男が片付けてもすぐに物が散らかる状態になり、以前よりも長男の介入を拒否するようになってきた。

一方、同じ時期に、当該の郵便局から地域包括支援センター(以下、包括)に「Aさんは認知症が疑わしいので対応した方が良いのではないか」との情報提供があり、包括にて民生委員や近隣住民などから情報収集を行っていた。その結果、民生委員より、「1年くらい前から夜間遅い時間に近所のスーパーへ出かけているので心配していた」「最近、消費期限が切れたお菓子や封が開けてあるお菓子をもろう事がある。以前はそういう事がなかったのが気になっていた」などの話が聞かれ、民生委員や近隣住民も1年くらい前から本人の異変に気づいていたとの事だった。

そこで、包括職員が本人宅へ訪問し健康状態や生活状況に尋ねたが、対応した本人は「毎日外出して歩いているから健康です。何も困っていません」と言い、本人に身体や生活上の困り感はなかったため、その後の介入ができない状況となった。包括から長男へ連絡を取り状況を確認したところ、実は長男家族もどうすれば良いか悩んでいたと話されたため、家族に初期集中支援チームの話をしたところ、下記の支援について介入の希望があったため、チームへの依頼となった。

- ① 専門医への受診支援(鑑別診断および周辺症状への対処)
- ② 本人に対する家族の対応仕方についてアドバイスが欲しい

認知症初期集中支援チームの介入後の経過

<相談者との面談 情報収集 初期介入>

包括から依頼を受けた後、長男夫婦と面談を行ない、今までの状況について話を伺った。また、長男が本人の今後の生活についてどの様に考えているのか確認を行なった。長男からは、「まず孫に対する被害妄想(もの盗られ妄想)を何とかして欲しい。そのため

に専門医を受診させたい」との要望が1番に挙がった。孫は20代であるが、何度も祖母から責められる事で、精神的にストレスがたまっており顔を合わさないよう努力はしているものの、本人が孫の部屋に入って来るため気が休まらなると話される。また、どんなに我慢をしても、本人が立腹し攻撃的になると本人が言っている事が事実とは異なるため、家族もつい言い返してしまうと話された。また、日中家にいると家族と顔を合わせることもあるので、デイサービスなど通いの場を利用してもらいたいという希望もあった。

そこで、長男夫婦に対して専門医受診までの対応として、

- ・ 今まで通り極力本人と距離を取ること
- ・ 本人が被害妄想により立腹し攻撃的になっても、本人の中では本当に起きている事なので、否定はせずに本人の気持ちに焦点を当てて対応すること

を提案した。また、受診については、家族だけで関わる事は難しい事を、他の事例も挙げて説明し、家族が全てを抱え込まなくても良い事を伝えた。

<本人との面談 介入プラン>

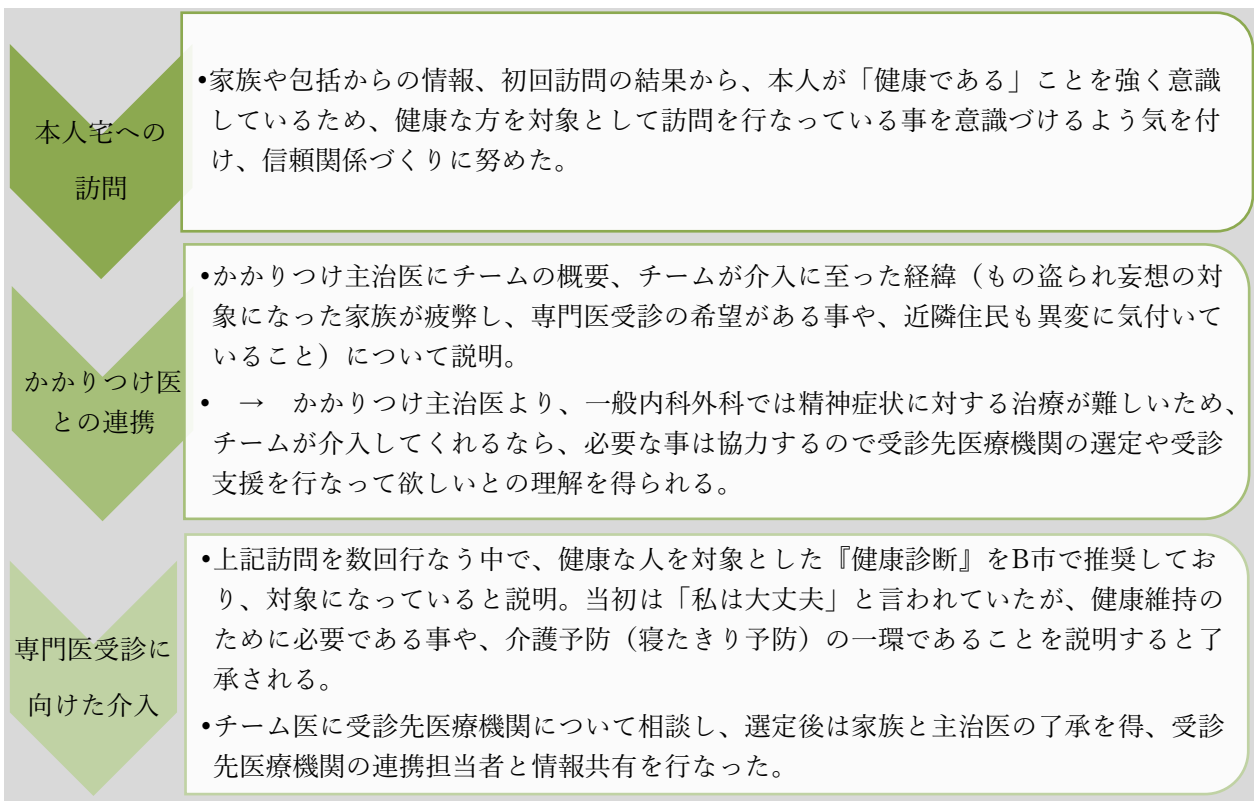
本人宅への訪問については、包括より第三者に対する受け入れは良好で、会話には普通に応じてくれるとの情報提供があったため、チーム員のみで訪問する事を決め、本人と直接会った後に、どの様な方法で専門医受診につなげるか検討していくこととした。

X年某日、チーム員2名（看護師、保健師）にて本人宅へ訪問。B市役所高齢福祉課から来た事を告げると、玄関先で拒否なく対応していただいた。「近隣の高齢世帯の方の訪問を行ない、健康状態や生活状況の把握を行なっている」と訪問目的を説明すると、身体状況や生活状況について話をしていただいたが、以前包括が訪問した時と同じように、「いつも歩いて外出しているので健康である」「病気はしないので病院にはしばらく行っていない」「何も問題はない。家には長男もいるので大丈夫」との事であった。

長男夫婦との面談、本人宅への訪問を終えて、チーム医（精神科医）に今後の支援の方法について相談。チーム医の助言を受けて、下記の経過で介入を行なっていった。

チーム医からの助言
・ 家族が盗られ妄想の対象となっているため、二世帯住宅での生活はほぼ同居に近く、本人と家族が完全に分離できない。したがって介護保険サービス等の第三者支援の利用を促す必要がある。
・ 専門医受診後、長期的にはかかりつけ医でのフォローが不可欠であるため、かかりつけ医へ専門医受診の必要性も含めた相談を行ない、連携を図る必要がある。
・ 専門医受診の必要性和タイミングについては、家族が本人の対応に疲弊している事、郵便局から本人を心配する声や民生委員等近隣からも異変を感じ情報提供がある事などから、今のタイミングで精神科医の受診を勧めることが望ましい。

<介入の経過>



<介入後の経過>

相談を受けた当初は、主介護者である長男より「家族の話は一向に聞かない」「家族が介入するのを拒んでいる」「家族ではどうにもできない」と聞いており、盗られ妄想の対象となっている孫ではない長男でさえも介入できない状況であるとの事だった。しかし、訪問を重ねていく中で、長男に対しては「頼りにしている」「仕事が忙しいので迷惑をかけたくない」など信頼している様子や気にかけている様子が見受けられたため、「健康診断」の受診を応じた際に、長男の同行について本人に聞いてみると、「仕事に支障がないなら誘ってみてください」と言われ、当日の同行につながった。

専門医受診当日は、チーム員が迎えに行き、長男と一緒に無事受診となった。検査も滞りなく終了。受診の結果、アルツハイマー型認知症と診断され内服加療を勧められたが、本人が「薬は嫌いです」と拒否されたため、代替案として「デイサービス利用」を提案された。チーム員がデイサービス利用のためには介護保険の申請が必要であることを説明し、その場で介護保険の申請に至り本ケースは介入終結となった。

介護保険サービスの導入（デイサービス利用）については、包括に支援依頼を行ない、介護保険申請の結果、要介護1となり現在週に1回デイサービス利用中である。

チーム員が感じる認知症初期集中支援チームにおける精神科医の必要性について

- 認知症の鑑別診断や精神症状への対処のために専門医受診が必要な場合、受診をしたことで全てが解決するわけではなく、受診後の生活支援をどの様に整えていくかも見据えて、早い段階で生活支援の方法を含めた検討をしていく必要がある。支援介入時から生活支援も見据えた検討がなされ助言することができるのは、認知症に伴う精神症状を理解している精神科医だからこそという側面がある。チーム医が精神科医であると、認知症にともなう精神症状を含めて、生活支援の観点からのアドバイスが可能になる。
- 本人が様々な理由で評価や介入を拒否している場合、支援や介入のタイミングについては、チーム員としては、本人や家族の同意の問題、人権的配慮、どの程度強制力があるのかなどの判断に苦慮するため、最終的に精神科医による判断を重要視することになる。また、本人の状態について判断する場合、チーム員は対象者に対して、必要に応じ評価スケールを用いるが、他の支援者（包括やケアマネジャー等）への説明においても「チーム医（精神科医）の判断によるもの」という事であれば、より他職種が納得することができ、スムーズな協力が得られやすい。
- 幻覚や妄想などの精神症状が顕在化している事例の場合、チーム医が精神科医であることによってかかりつけ医等からのチームへの信頼度が上がり、チームへの協力度（情報提供、情報共有、本人説明精神科受診時の紹介状作成など）に影響することがある。

たとえば、脳神経内科や脳神経外科などがかかりつけ医で、すでに何らかの「認知症」と診断がついている場合、チームの介入に理解が得にくい場合がある。しかし、精神症状が顕著な事例で介護者からチームへ依頼がある場合、『チームに精神科医が属している』という事であれば、かかりつけ医の理解や了承・協力が得られやすく、「精神症状については、精神科医に診てもらった方が良いのでチームで専門医受診につなげて欲しい」「チーム医の判断に委ねる」という結論に至ることが多い。
- 本人の状況確認や生活状況の把握を直接行なって欲しい場合、チームに精神科医が所属していることで、自宅訪問が可能となるため、紙面や口頭で伝えきれない状況が直で伝わり、その後の支援に良い影響を及ぼす。
- 近隣住民へ対象者が被害妄想などで迷惑行為を行なっている場合、「対象者を隔離して欲しい」と住民から言われることがある。地域ケア会議を行ない、すぐに事態が変わらない事を説明する場面もあるが、その際『精神科医の判断』との見解を示すと、地域住民からの理解が得られやすいことがある。



チームの精神科医は同行訪問が可能だという事で、あらゆる状況に対応しなければならない認知症初期集中支援チームには欠かせない存在である。

【事例 2】「家族に対する粗暴行為と、自動車運転免許に関する課題があった事例」

Case B氏：80歳代、男性。妻と二人暮らし。娘二人はそれぞれ別の県外在住。

介入時 DASC21→52点 DBD13→23点

介入後 DASC21→50点 DBD13→19点

認知症初期集中支援チームへの相談までの経緯

Y-1年11月、食思不振のため、C市民病院に入院するが、帰宅欲求が強く、未治療のまま退院となった。翌12月、大腸ポリープが見つかり、C市民病院に再入院となるも、入院時/入院中ともに、暴言があり、個室対応のうえ妻の泊まり込みの付き添いを強いられた。合併症入院に伴う精神症状について、精神科病院への受診をすすめられたが受診には至らずC市民病院は退院となった。この入院をきっかけに、C市民病院よりC市包括へ情報提供された。

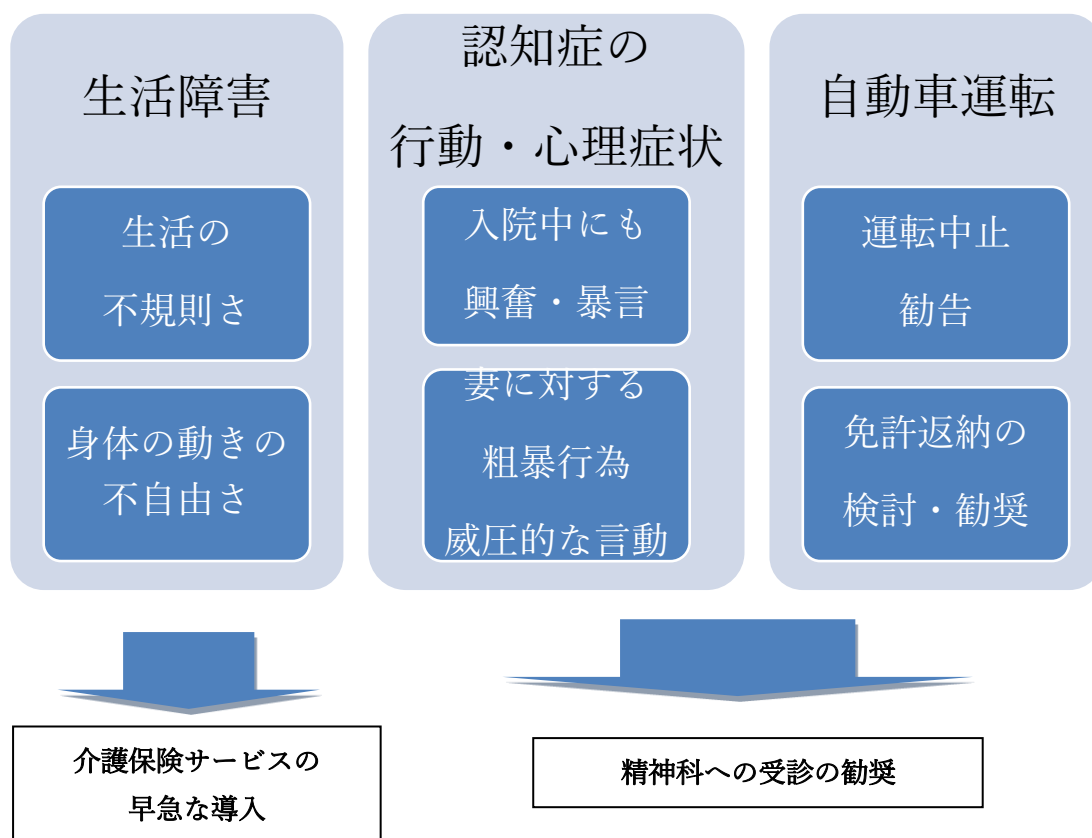
認知症初期集中支援チームの介入後の経過

Y年1月、包括職員およびチーム員で初回自宅訪問、本人と妻が在宅。本人が玄関にて対応、表情は険しいが自宅に招き入れ、居間に案内していただける。本人はタバコを吸っておりコタツ布団はタバコでこげているところがある。「腰が痛いので一日中家の中で過ごすことが多い、1年ほど前より尿漏れに困っている、車の運転は今でもしており、90歳くらいまでは運転をするつもりだ」などと話される。

同2月、包括職員およびチーム員で2回目の自宅訪問をするも、B氏は前回の訪問を覚えていない様子であった。訪問時、妻は外出しているようで不在であったが、本人と面談中、妻が市内の自動車販売店の店員の運転する車で帰宅。事情を聴くと、妻が散歩中に道に座り込んでいたので、たまたま通りかかった店員が声をかけて車で送り届けてきたとのこと。それに対して、本人は妻に対し激しい口調で強く叱責され妻を叩こうとされたため、チーム員が間に入って制止するという出来事があった。その後、引き続き自宅内キッチンにて面談を実施していたが、チーム員が妻の左頬に内出血があることに気づいたため、いつそうなったのかなど尋ねても、覚えていないと話された。生活状況の確認を行うと、冷蔵庫の中は賞味期限切れの卵が保管してあったり、レンジの中に温めた後の食品がそのままになっていたりし、生活障害が示唆された。しかし面談中もB氏は妻に対し終始口調が強く威圧的な様子が認められた。

<チーム員会議での議論とその後の介入>

訪問、面談時の様子や状況をまとめ、チーム員会議にて、問題点と解決の方針を検討した。



上記プランを娘に連絡し、了承・同意を得られたため、進める方針となった。

<介入の経過>

Y年3月、妻に慢性硬膜下血腫が発見され、C市民病院へ入院となったため、娘が帰省して対応。チーム員にて娘と面談し、介護保険利用について同意を得られ、新規申請の運びとなる。要介護認定が出たため、Y年6月、デイケア利用開始となり、担当ケアマネジャーへ引き継いで、チームとしての介入は終了した。

介護保険サービス： デイケア利用継続中。

かかりつけ医： C市民病院から近医かかりつけ医へ紹介され、通院継続中。

生活障害： デイケアの利用により、メリハリのある規則的な生活となり、活動的になった。

自動車運転： 娘が本人の運転状況や本人の意向を尊重したいという気持ちもあり、ドライブレコーダーを設置して運転の様子を見守りながら免許返納のタイミングを家族で検討したいとなった。

精神科受診について： 家族が精神科病院への抵抗感が強く、受診には至らなかった。

チーム員が感じる認知症初期集中支援チームにおける精神科医の必要性について

本事例では、いわゆる BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia : 「認知症の行動・心理症状」) と思われる粗暴行為や暴力行為、威圧的な言動などがあり、さらに妻への虐待の可能性もあるなど、介入困難の事例である。このような事例では、介護福祉や社会福祉法人が設置主体のチームでは、医療的介入の判断などが難しく、精神科医への受診が求められる。しかし本事例のように、家族にも精神科への受診に抵抗感を示す場合では、精神科への受診は困難になることから、チーム員に精神科医が加わり、自宅への訪問が可能になることで、医療的介入や危機的介入が可能になる。また認知症患者の自動車運転が社会的課題になる中で、特に中山間地域においては一律に認知症患者を運転中止にはできない。このような種々の事情もふくめた総合的な判断や助言に関して、精神科医の役割も極めて大きい。

【考察】

従来から、認知症初期集中支援チームの当初想定されていた「認知症の初期段階からの早期介入、認知症進行抑制」というニーズとともに、「既存の介護福祉支援システムへのファーストタッチ」のニーズが徐々にクローズアップされている。本事例を通して、いわゆる困難事例のなかには、その背景に、妄想や幻覚、粗暴行為・暴力暴言、夜間の不眠や徘徊不穏など、認知症に伴う精神症状や行動障害が存在していることが推察される。このような BPSD への対応については、認知症専門医、とりわけ、老年精神医学を専門とする精神科医が初期集中支援チームに参画することで、精神症状への介入が早期から可能となる。さらに、家族や地域住民、場合によっては専門職やチーム員に対する精神科への正しい理解を深めるために、実際の事例を通し、ともにチーム員として精神科医が活動することは、大きな役割を果たしていけるのではないかと考察する。

4. 兵庫県 神戸市 (神戸市福祉局 介護保険課 長谷川 典子)

<はじめに>

神戸市の認知症初期集中支援チームは、2013年に1つの区でモデル実施され、2015年には、2か所ある認知症疾患医療センターにチームを増設したが、支援件数は伸びなかった。そこで、2018年に一般財団法人神戸在宅医療・介護推進財団に委託し、チーム員を常勤専従で採用して全区へのアクセスがよい拠点で一元的に管理し、定期的に認知症専門医も参加する事例検討会や勉強会を行い、質の均一化を図っている。認知症の初期の事例よりも地域包括支援センターでは対応が難しい事例が約半数を占め、認知症か精神疾患か、チーム員では判断できない事例が増えてきたため、チーム員医師には精神科の認知症サポート医を1名以上含むように各区の医師会に選出を依頼している。また、チーム員は、複雑困難例に対応するため、精神保健福祉士の資格を有した医療専門職、あるいは精神科領域での経験がある専門職を配置している。さらに、日常生活の状況を評価して在宅での生活を継続するための環境を調整するには、作業療法士の専門性が有用であると考え、2020年に配置したところである。

<神戸市認知症初期集中支援チームの概要>

設置：1チーム (一般財団法人に委託 神戸市9区を一元管理して質の均一化)

チーム員：複数の専門職資格を有する常勤専従10名(令和2年4月1日付)

例) 保健師+介護支援専門員+精神保健福祉士

看護師+介護支援専門員+社会福祉士あるいは精神保健福祉士

作業療法士+介護支援専門員

社会福祉士+介護支援専門員+精神保健福祉士

対象受付：原則76か所の地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)経由で受付

認知症総合相談窓口(オレンジダイヤル)をチームが受託し、直接相談も可能

チーム員医師：神戸市の各区医師会から推薦された55名

精神科医師を各区1名以上16名配置し、困難事例に対応

行政主管課：福祉局介護保険課

認知症対策監と認知症担当課長はいずれも精神科専門医および認知症専門医

緊急性が高い事例にタイムリーに対応できる体制

チーム内の定期事例検討会：認知症対策監に精神疾患の講義や対応方法についての指導を

受けながら検討会を実施

医療へつなぐ方法：認知症神戸モデルの認知症診断助成制度を利用して、受診の支援がし

やすい体制がある

医療・介護につながった者の割合：71.1%

<コロナ禍での活動実績：2020年4月～9月と2019年4月～9月の比較>

	2020年	2019年
相談件数	124	122
訪問対応件数	83	72
延訪問回数	497	443
独居世帯	36	35
夫婦のみ世帯	28	19
困難事例の割合 (%)	45.8	52.8

コロナ禍で、チームの活動休止はなく、月別では変動があったものの、例年どおり、相談対応を行った。

<コロナ禍での月別実績 2020年4月～9月>

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	合計
新規件数	10	8	27	18	11	9	83
うち困難事例	6	3	12	6	6	5	38

緊急事態宣言発出中（2020年4月7日から5月21日）は、市民からの相談が激減し、相談があったものに対しては、感染予防を十分にしながら訪問対応を行い、「認知症神戸モデル」と呼ばれる認知症診断助成制度を利用して地域の医療につないだ。従来であれば、ゴールデンウィークで家族が久しぶりに会った際、認知機能の低下に気づいて相談してくる事例が増える時期であるが、往来が止まったため、市民からの相談が減ったのではないかと推察される。

<困難事例の内訳（複数回答）の2020年4月～9月と2019年4月～9月比較>

	2020年	2019年		2020年	2019年
訪問拒否	5	24	精神疾患合併	10	5
サービス拒否	11	22	ゴミ屋敷	8	9
受診拒否	10	11	虐待	3	4
BPSD	7	6	同居者に精神疾患	3	4
近隣からの苦情	8	6	キーパーソン不在	8	9
経済的な問題	17	9	その他	9	7

困難事例の内訳において、前年と比較して、経済的な問題、精神疾患合併（特に妄想）が増加し、訪問拒否が減少した。

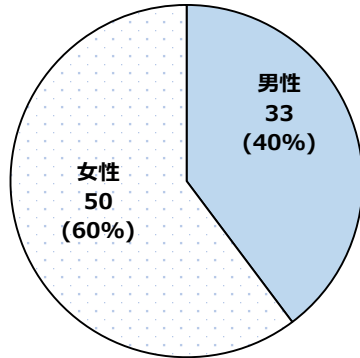
新型コロナウイルスの感染を恐れて人との接触を避けて閉じこもる高齢者を、周囲が特別視していない状況であり、訪問拒否で介入が困難な事例としての計上が減っている可能性も否定できないが、特別給付金（10万円）がきっかけで、周囲が気づいて支援につながった事例が多く認められた。例えば、「給付金を誰かがとった」と周囲の人に何度も訴える、「申し込みをしたのに振込がない（実際は自分で引出して使用）」と妄想を表出して何度も郵便局を訪れるといった事例である。給付金についての話題であれば、拒否せず訪問を受け入れて不安や怒りを話しだし、傾聴と併せて生活状況の評価が可能となった。実際には金銭管理ができておらず支援が必要であったものが、例年よりも多く認められた。このような事例の場合、認知症か精神疾患かの評価も含め、まずは医療につなぐ必要があるが、神戸市の診断助成制度を利用すると診断までの費用は無料であり、受診同行も可能で、受診後は適切なサービスを紹介できることを説明すると、受診拒否やサービス拒否は減少傾向となっている。

コロナ禍において、国の制度の話題をすれば訪問のきっかけができ、経済的な問題の顕在化や妄想の表出によって相談につながる可能性が示唆され、認知症神戸モデルの診断助成制度は、医療や介護サービスへとつなぐ有用な手段となっていることが推察される。

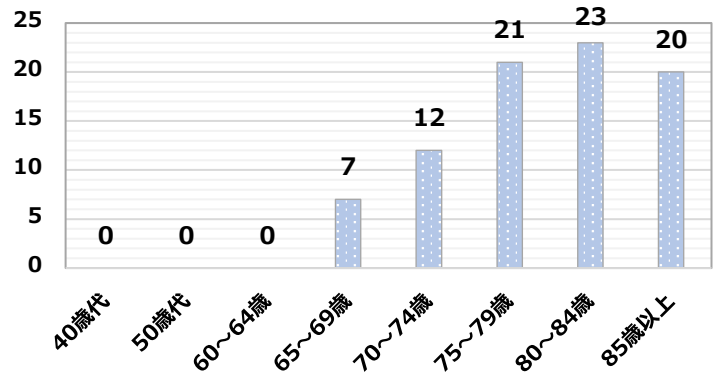
<コロナ禍における認知症初期集中支援事業実績（2020年4月～9月）>

2020年4月～9月の新規件数 n=83

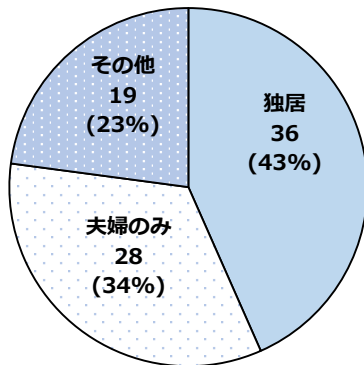
性別 n=83



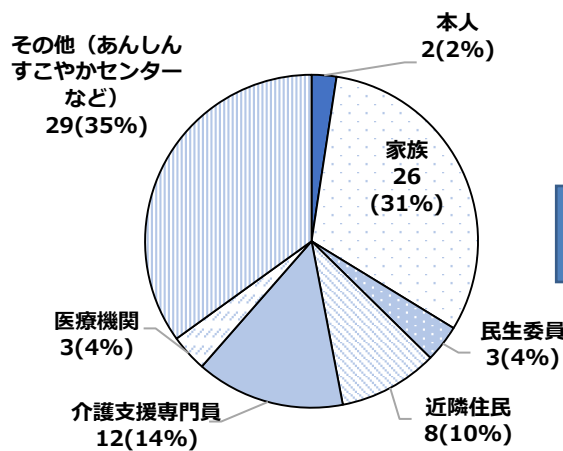
年齢 n=83



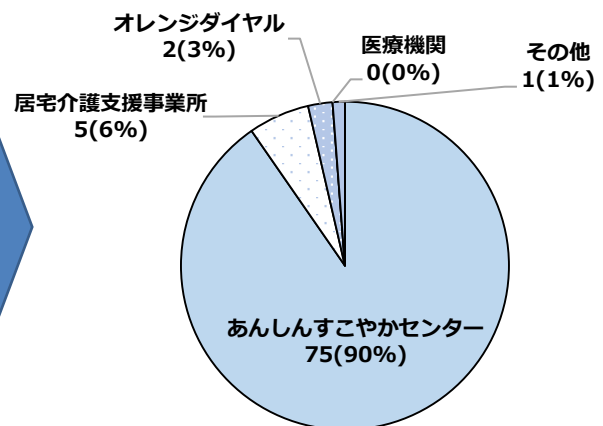
世帯状況 n=83



把握ルート n=83

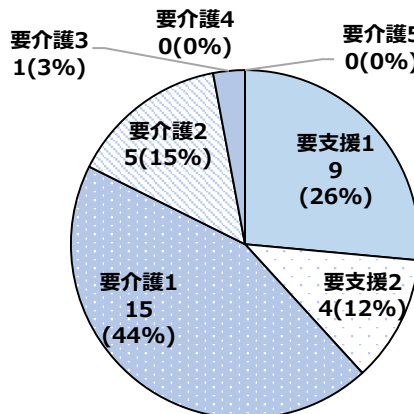
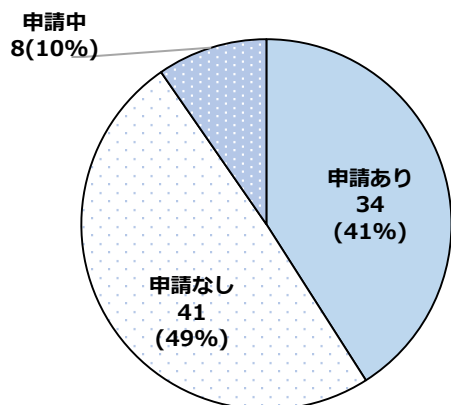


初期集中支援事業への情報提供元 n=83



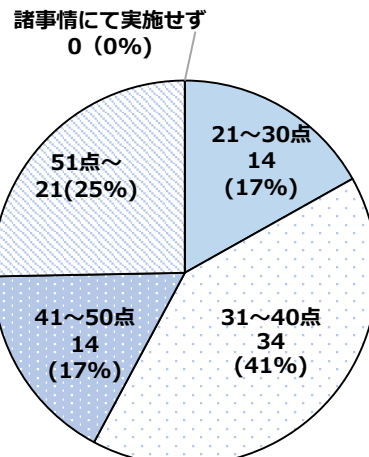
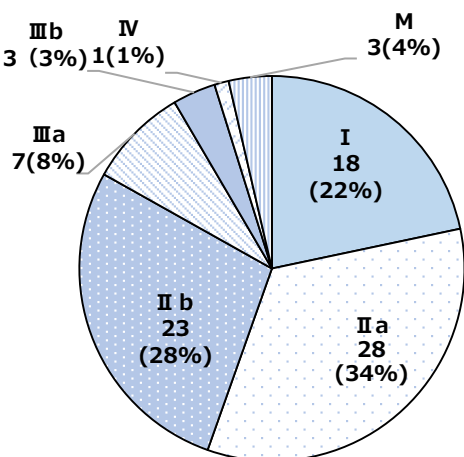
介護保険申請の有無 n=83

⇒「申請あり」34件の内訳



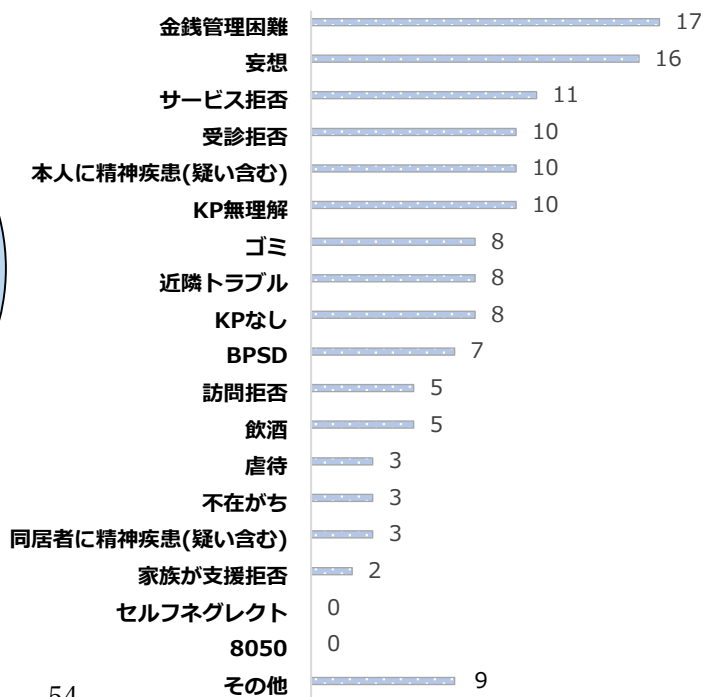
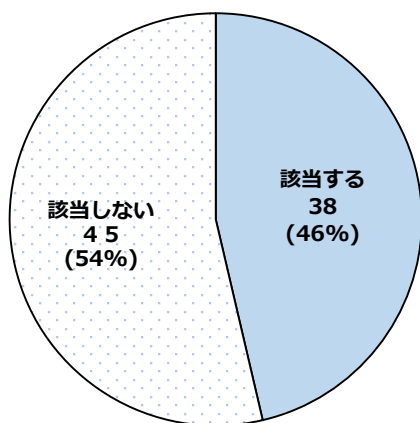
⑨認知症高齢者の日常生活自立度 n=83

⑩DASC n=83



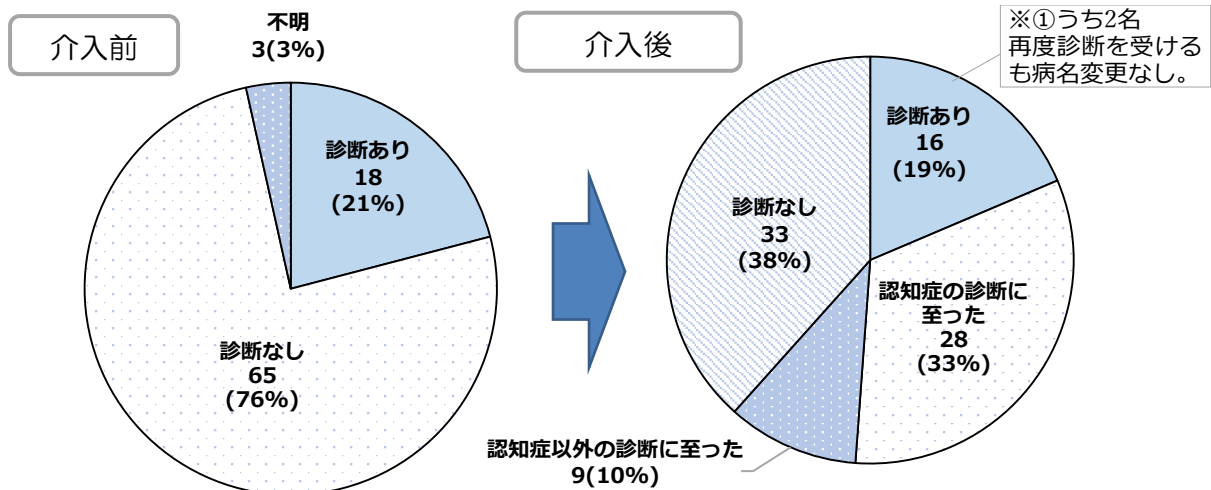
困難事例 n=83

⇒困難事例の内容(複数回答)



※以下の項目は 2020 年 4 月～9 月に支援終了したケース数(86 ケース)

認知症鑑別診断について n=86

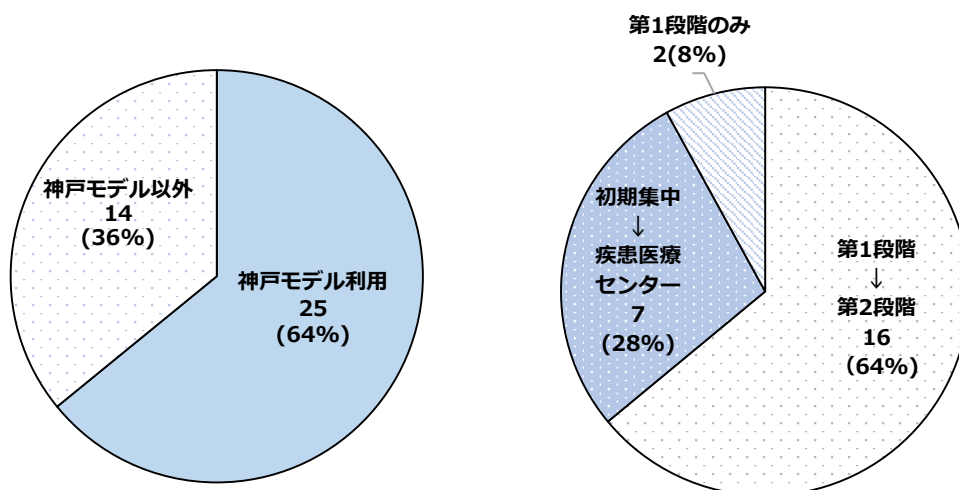


神戸モデル利用状況

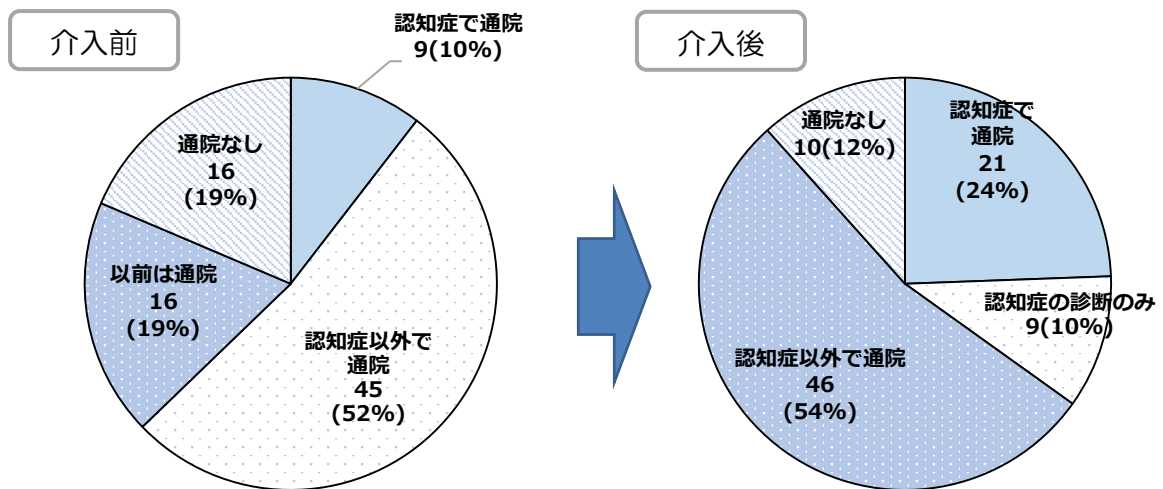
⇒「神戸モデル利用」25 件の内訳

※項目⑫の介入後「認知症の診断に至った」及び

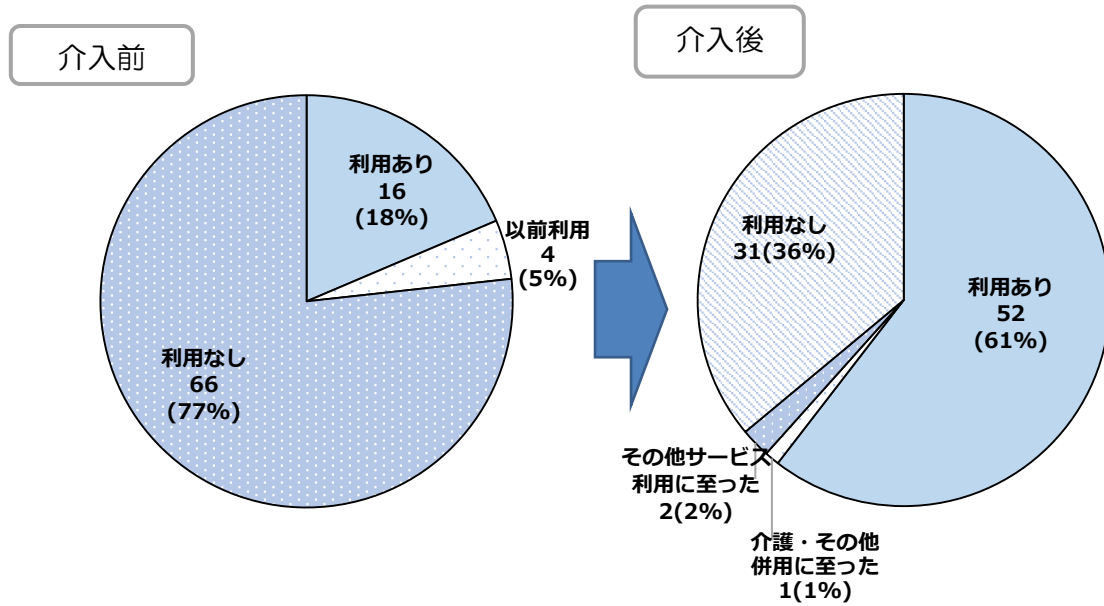
「認知症以外の診断に至った」、※①、計 39 件の内訳



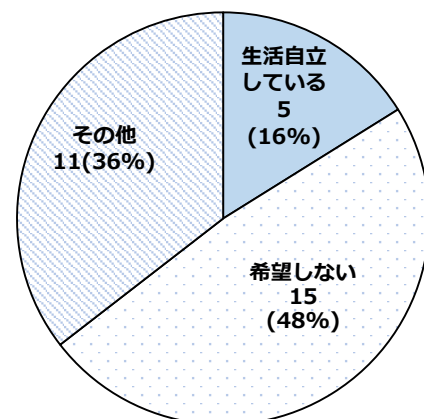
医療サービスの利用状況 n=86



介護サービスの利用状況について n=86



⇒介入後「利用なし」31件内訳



医療・介護の導入割合

介入前

介入後

介入時に医療・介護サービスの両方、又は何れかにつながっていない者の実人数…(A)	83
(再掲)医療・介護サービスの両方につながっていない者	64
(再掲)医療サービスのみにつながっていない者	13
(再掲)介護サービスのみにつながっていない者	6



(A)のうち支援終了時に医療・介護サービスの両方、又は何れかにつないだ者の実人数…(B)	59
(再掲)医療・介護サービス両方につないだ者	27
(再掲)医療サービスにつないだ者 (両方につないだ者除く)	19
(再掲)介護サービスにつないだ者 (両方につないだ者除く)	13

⇒ 医療・介護サービスにつながった者の割合 : 71.08% ((B)/(A)×100)
 (「認知症施策推進大綱」における目標値 : 65%)

IV 総括

・新型コロナ蔓延下において、アウトリーチを中心とする認知症初期集中支援チームの活動は、一般の認知症医療や介護同様、対応件数、訪問件数などほぼ全ての活動に制約を受けていた。一方、困難事例への対応は平常時と変化がなく、新型コロナ蔓延下でも、緊急性の高い、他部署では対応が困難な事例に対して、認知症初期集中支援チームが十分機能していたと考えられる。今後、感染症蔓延時や災害時などに、認知症初期集中支援チームが果たす役割が期待される。

・認知症初期集中支援チームが対応している困難事例は多岐にわたり、高い専門性が必要であることが改めて明らかになった。全市町村への配置を目指したことなどから、チーム医の要件はモデル事業の認知症の専門医からサポート医になってはいるが、チーム医の43.3%を精神科医、13.4%を脳神経内科医が担当しており、実際の現場では専門性の必要性が十分理解されていると思われる。また、チーム医が精神科医かどうかに関わらず、チーム員に精神科医療関係者が含まれていると答えたチームは42.3%にのぼり、困難事例への対応が主要な業務の一つになっていることが明らかになった。一方、困難事例の定義などを改め周知させる必要があることも自由記載で指摘された。

・自由記載では、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームの役割分担、業務内容の違いが曖昧であるという指摘が多数あり、厚生労働省が認知症初期集中支援チームの活動範囲を改めて明示する必要があると思われる。また、小規模の地方自治体では、両者が一体となって活動し、困難事例は認知症疾患医療センターの協力を得て活動しているところもあった。一方、神戸市のような大都市でチームは複数活動していても、一括して管理することによりチームの均質性を担保しているところもあり、さまざまな形態で活発に活動できているチームをモデルケースとして提示しておくことも重要であろう。

・上記のように、認知症初期集中支援チームの設置形態は自治体によって多様であるため、まず、チームの実数や設置形態を把握した上で、活動状況を改めて精査し、他の認知症施策との役割分担や連携を検討する必要があると思われる。

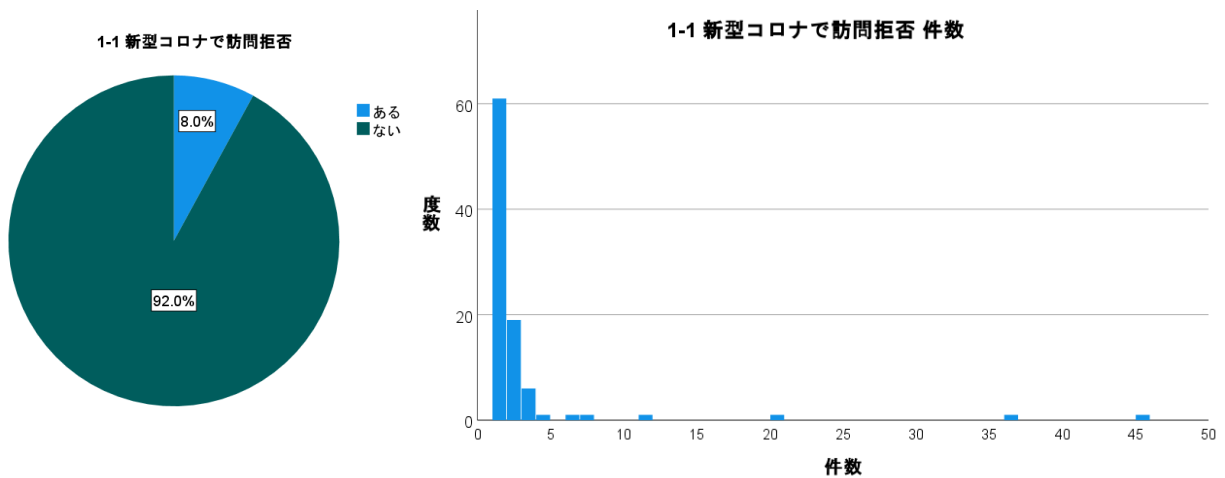
・チーム医が精神科医ではない認知症初期集中支援チームのために、本報告書で提示したような様々な困難事例とその支援方法を記載した事例集が、今後の活動の一助になると思われる。

V 付録

下記に、本文に記載しなかった回答集計結果を提示する。

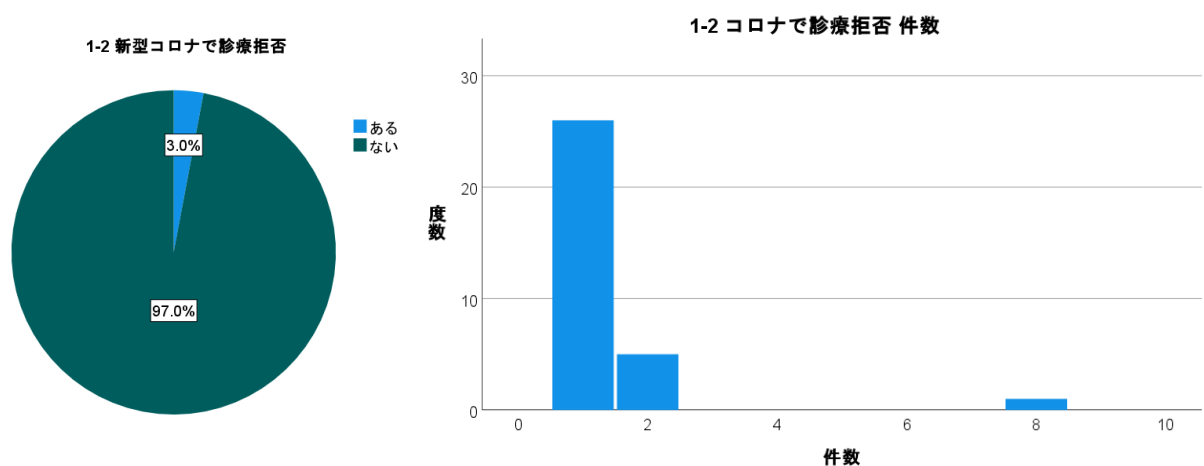
質問1 新型コロナウイルスの蔓延が、あなたの所属する認知症初期集中支援チームの活動に与えた影響をお答えください（2020年4月－9月）。

質問1－1：新型コロナが原因で訪問を拒否されたことはありますか。



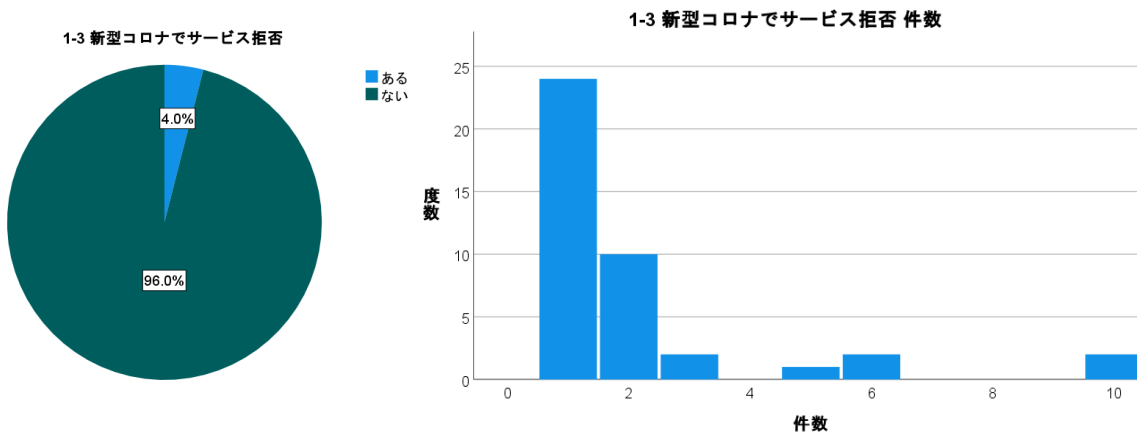
結果：有効回答は 1283 例であった。訪問拒否の割合は本文に記載。訪問拒否の件数は「1件」が「61例（65.6%）」が最多であり、4件以上は「7.4%」であった。

質問1－2：新型コロナが原因で病院側から診療を拒否されたことはありますか。



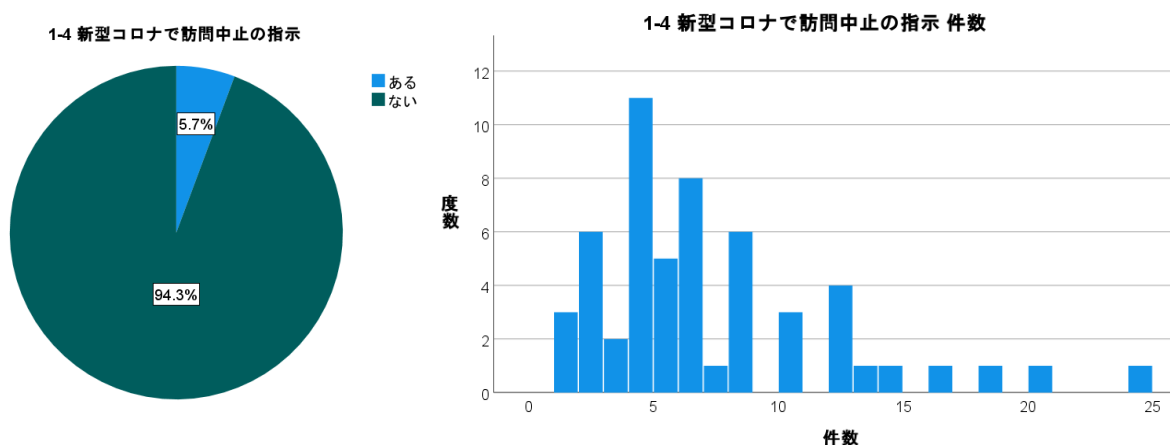
結果：有効回答は1283例であった。診療拒否の割合は本文に記載。診療拒否の件数は「1件」が「26例（81.3%）」、「2件」が「5例（15.6%）」、「8件」が「1例（3.1%）」であった。

質問 1 - 3 : 新型コロナが原因で事業所からサービス導入を拒否されたことはありますか。



結果：有効回答は1281例であった。サービス導入拒否の割合は本文に記載。サービス導入拒否の件数は「1件」が「24例 (58.5%)」、「2件」が「10例 (24.4%)」、「3件」が「2例 (4.9%)」、「5件」が「1例 (2.4%)」、「6件」が「2例 (4.9%)」、「10件」が「2例 (4.9%)」であった。

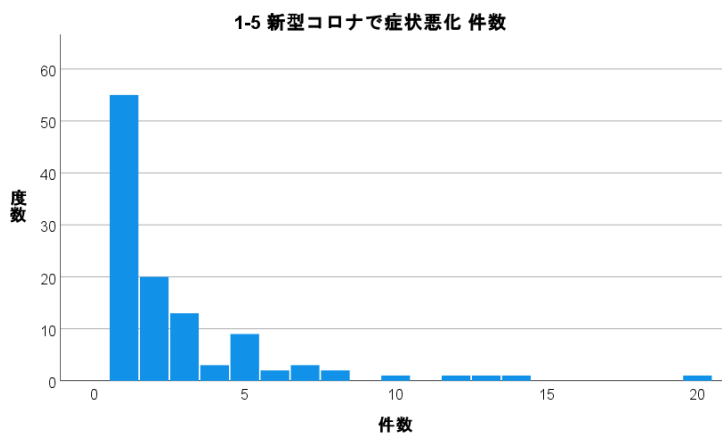
質問 1 - 4 : 新型コロナ感染が広がった際には市町村より訪問中止の指示をされたことがありますか。



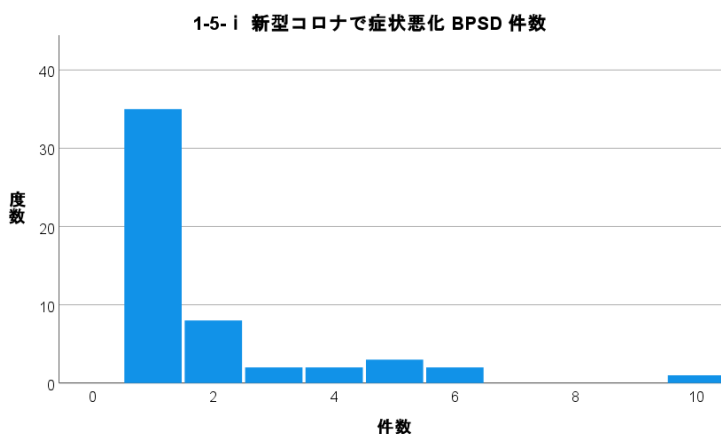
結果：有効回答は1283例であった。訪問中止の指示の割合は本文に記載。訪問中止の件数は「4件」が「11例 (20.0%)」が最多であり、「11件」以上は「10例 (18.2%)」であった。

質問 1 - 5 : 新型コロナが原因で症状悪化などにつながったケースはありますか。

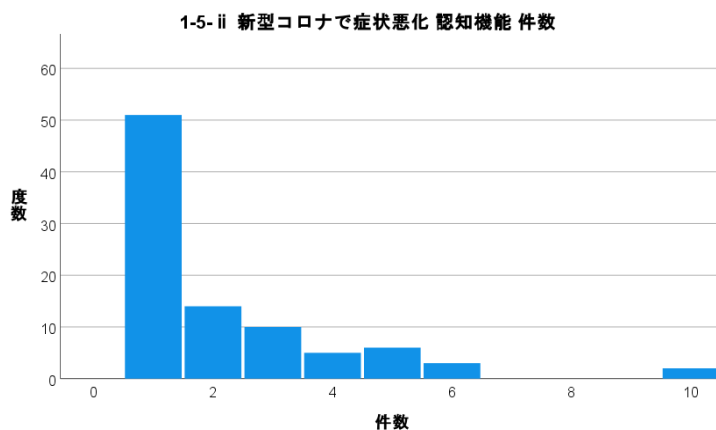
(全体)有効回答は1270例であった。症状悪化の割合は本文に記載。症状悪化の件数は「1件」が「55例 (49.1%)」が最多であり、「11件」以上は「4例 (3.6%)」であった。



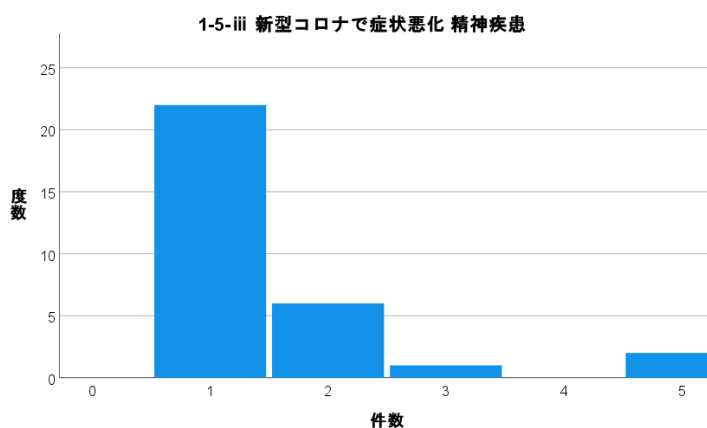
(BPSD) 有効回答は125例であった。BPSD悪化の割合は本文に記載。BPSD悪化の件数は「1件」が「35例 (66.0%)」で最多であり、「6件」以上は「3例 (5.7%)」であった。



(認知機能) 有効回答は125例であった。認知機能悪化の割合は本文に記載。認知機能悪化の件数は「1件」が「51例 (56.0%)」で最多、「6件」以上が「5例 (5.5%)」であった。



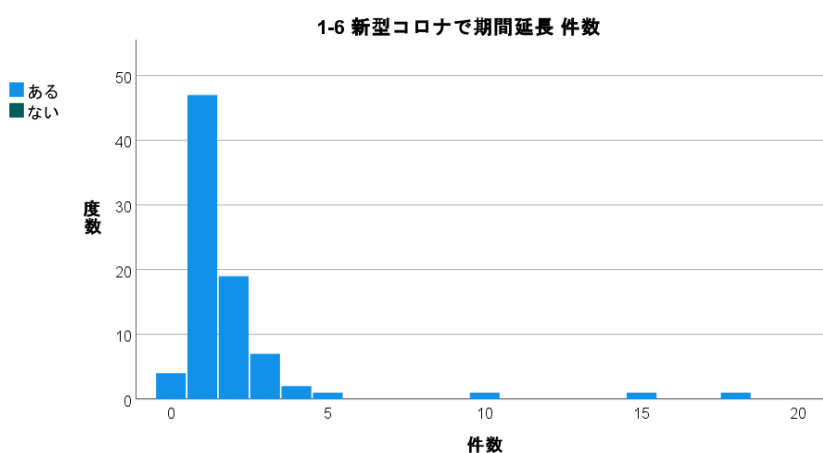
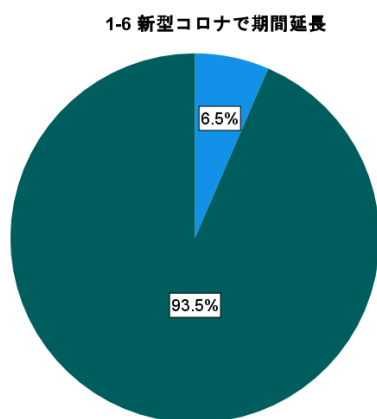
(精神疾患) 有効回答は125例であった。精神疾患悪化の割合は本文に記載。精神疾患悪化の件数は「1件」が「22例 (71.0%)」で最多であり、「2件」が「6例 (19.4%)」、「3件」が「1例 (3.2%)」、「5件」が「2例 (6.5%)」であった。



(その他) 有効回答は125例であった。その他の症状の悪化の割合は本文に記載。その他の症状の悪化の件数は「1件」が「12例 (54.5%)」、「2件」が「7例 (31.8%)」、「3件」が「2例 (9.1%)」、「4件」が「1例 (4.5%)」であった。

質問 1 - 6 : 新型コロナが原因で、6ヶ月の期間を延長して関わったケースはありますか。

結果 : 有効回答は1278例であった。新型コロナが原因で、6ヶ月の期間を延長して関わったケースの割合は本文に記載。6ヶ月の期間を延長して関わった件数は「0件」が「4例 (4.8%)」、「1件」が「47例 (56.6%)」、「2件」が「19例 (22.9%)」、「3件」が「7例 (8.4%)」であった。「5件」以下が「80例 (96.4%)」、「6件」以上が「3例 (3.6%)」であった。



質問2 新型コロナウイルスの蔓延下において、BPSDの悪化や孤立した精神疾患への対応に苦慮するケースが増えているという報告もありますので、認知症初期集中支援チームと精神医療の関わりについてお尋ねします。

質問2-1：あなたが所属している認知症初期集中支援チーム員（チーム医を除く）には、精神保健福祉士など精神科医療の経験者はいますか。

結果：有効回答は1284例であった。結果は本文に記載。

質問2-2：移送や措置入院での保健所との連携について

結果：有効回答は1282例であった。結果は本文に記載。

質問2-3：精神科病院との連携について

結果：有効回答は1282例であった。結果は本文に記載。

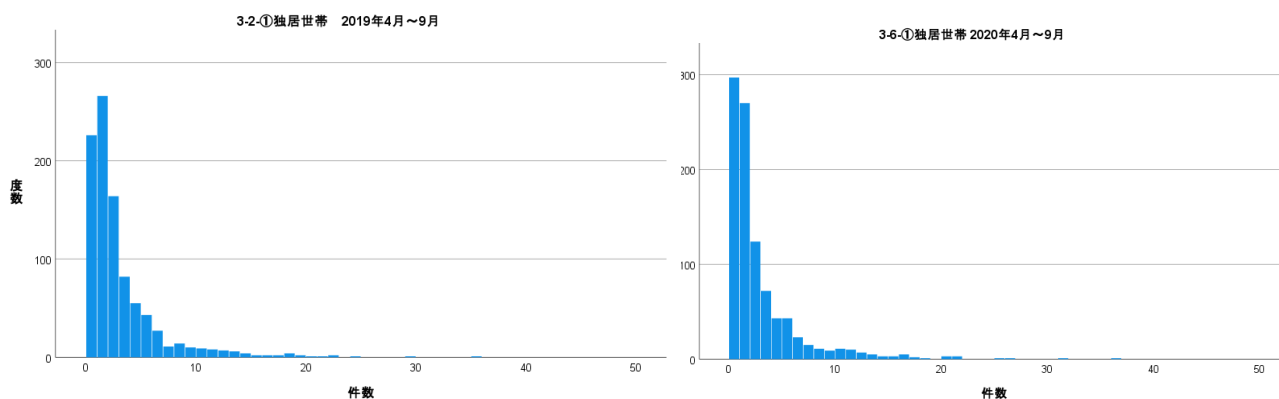
質問3 新型コロナウイルスの蔓延の影響を調べるために、あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年4月-9月と2020年の4月-9月の活動状況を教えてください。

質問3-1、3-5：あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年4月-9月（3-1）、2020年4月-9月（3-5）、の実績を教えてください。

結果：本文に記載。

質問3-2、3-6：あなたの所属する認知症初期集中支援チームの2019年4月-9月（3-2）、2020年4月-9月（3-6）、の支援対象者の内訳を教えてください。

3-2-①、3-6-①（独居世帯）



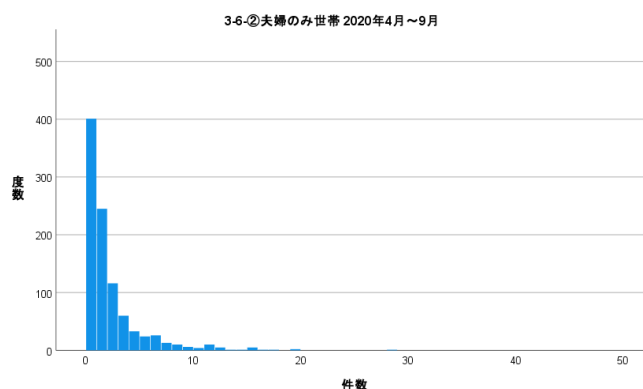
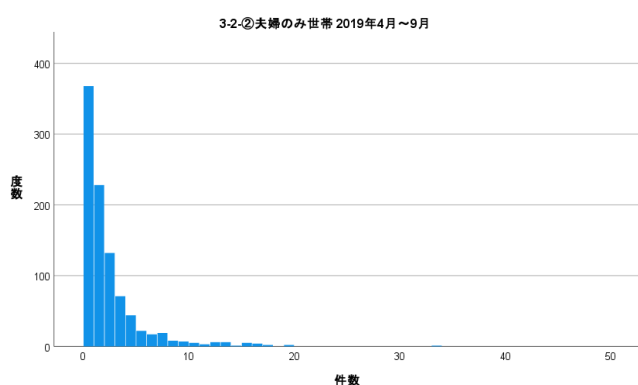
※件数が50以上はグラフから削除した

2019年：有効回答952件、平均値は3.02、中央値は1、標準偏差12.8

2020年：有効回答965件、平均値は2.84、中央値は1、標準偏差12.7

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.021であり有意差が認められた。

3-2-②、3-6-②（夫婦のみ世帯）



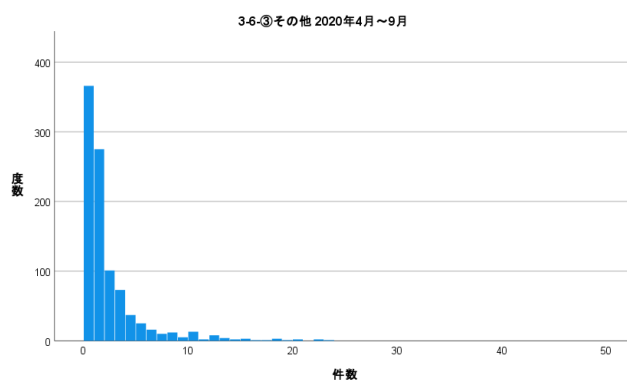
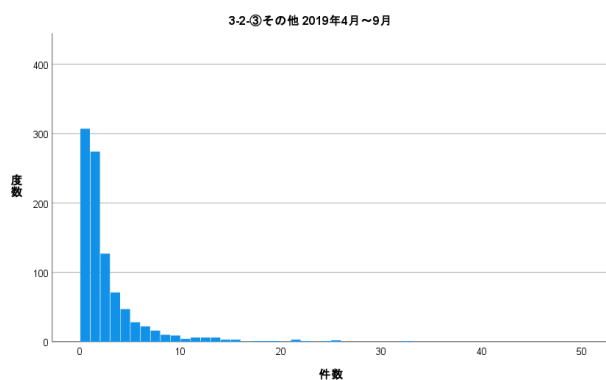
※件数が50以上はグラフから削除した

2019年：有効回答952件、平均値は2.54、中央値は1、標準偏差18.7

2020年：有効回答966件、平均値は2.35、中央値は1、標準偏差18.5

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.023であり有意差が認められた。

3-2-③、3-6-③（その他）



※件数が50以上はグラフから削除した

2019年：有効回答951件、平均値は2.24、中央値は1、標準偏差4.13

2020年：有効回答964件、平均値は2.01、中央値は1、標準偏差3.92

2019年、2020年の結果に対してWilcoxonの符号付順位検定を行ったところ、漸近有意確率は0.007であり有意差が認められた。

質問3-3、3-6：2019年4月-9月（3-3）、2020年4月-9月（3-6）に対応した困難事例の内訳を教えてください。

結果：本文に記載。個別の結果は割愛する。

質問3-4、3-8：2019年4月-9月（3-4）、2020年4月-9月（3-8）の対応事例について精神科入院につながったケースはありますか。

結果：本文に記載。個別の結果は割愛する。

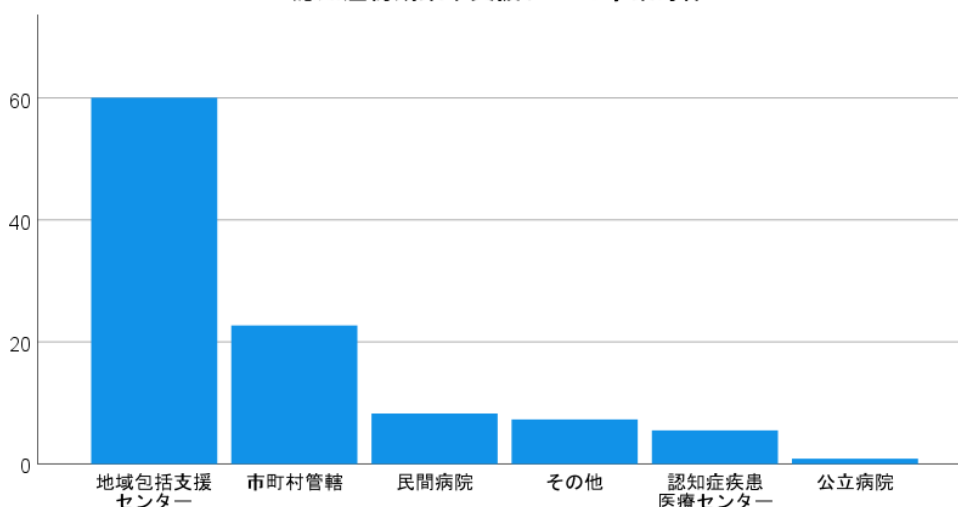
質問4 あなたの所属する認知症初期集中支援チームについて教えてください。

質問4-1：あなたの所属する認知症初期集中支援チームの事業母体を教えてください。

結果：有効回答は1274例であった。

事業母体は「地域包括支援センター」が「765例（60.0%）」で最多であり、以下は「市町村管轄」が「289例（22.7%）」、「民間病院」が「105例（8.2%）」、「その他」が「93例（7.3%）」、「認知症疾患医療センター」が「70例（5.5%）」、「公立病院」が「11例（0.9%）」であった。

4-1 認知症初期集中支援チーム 事業母体



質問4-2：あなたの所属する認知症初期集中支援チームのチーム医の主たる診療科名を教えてください。

結果：有効回答は1277例であった。結果は本文に記載。

VI 研究発表

1. 論文発表

- Sakuta S, Hashimoto M, Ikeda M, Koyama A, Takasaki A, Hotta M, Fukuhara R, Ishikawa T, Yuki S, Miyagawa Y, Hidaka Y, Kaneda K, Takebayashi M. Clinical features of behavioral symptoms in patients with semantic dementia: Does semantic dementia cause autistic traits? PLoS One. 2021 Feb 18;16(2):e0247184. doi: 10.1371/journal.pone.0247184. eCollection 2021.
- Hata M, Fujimoto M, Kanai K, Yoshiyama Kenji, Nakatani Y, Nakabayashi D, Maemura S, Kawata S Hakozaiki T, Nishikura S, Umemoto A, Sasada T, Iwata K, Tanaka H, Mamoto A, Toi Y, Taniguchi N, Saito M, Kimura Y, Kishimoto K, Hayami M, Ikeda M. No adverse events were observed in clozapine-treated patients on extended hematologic monitoring intervals during the coronavirus pandemic in four psychiatric centers in Japan. Neuropsychopharmacology Reports. 00:1-6. 2021.
- Sugawara H, Takamatsu J, Hashimoto M, Iwase M, Ikeda M. Catatonia associated with late-life psychosis successfully treated with lithium: a case report. Annals of geriatric psychiatry. 20:14. 2021.
- Ng KP, Chiew HJ, Hameed S, Ting SKS, Ng A, Soo SA, Wong BYX, Lim L, Yong ACW, Mok VCT, Rosa-Neto P, Dominguez J, Kim S, Hsiung GYR, Ikeda M, Miller BL, Gauthier S, Kandiah N. Frontotemporal dementia and COVID-19: Hypothesis generation and roadmap for future research. Alzheimers Dement (N Y). 2021 Jan 15;6(1):e12085. doi: 10.1002/trc2.12085. eCollection 2020.
- Kawabe Y, Mori K, Yamashita T, Gotoh S, Ikeda M. The RNA exosome complex degrades expanded hexanucleotide repeat RNA in C9orf72 FTLD/ALS. EMBO J. 2020 Aug 24:e102700. doi: 10.15252/emj.2019102700. Online ahead of print
- Akamine S, Marutani N, Kanayama D, Gotoh S, Maruyama R, Yanagida K, Sakagami Y, Mori K, Adachi H, Kozawa J, Maeda N, Otsuki M, Matsuoka T, Iwahashi H, Shimomura I, Ikeda M, Kudo T. Renal Function is Associated with Blood Neurofilament Light Chain Level in Older Adults Scientific Reports 10:20350, 2020
- Hashimoto M, Suzuki M, Hotta M, Nagase A, Yamamoto Y, Hirakawa N, Satake Y, Nagata Y, Suehiro T, Kanemoto H, Yoshiyama K, Mori E, Ikeda M. The influence of the COVID-19 outbreak on the lifestyle of older patients with dementia or mild cognitive impairment. Frontiers in psychiatry 11:570580, 2020
- Tabira T, Hotta M, Murata M, Yoshiura K, Han G, Ishikawa T, Koyama A, Ogawa N, Maruta M, Ikeda Y, Mori T, Yoshida T, Hashimoto M, Ikeda M. Late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder as a differential diagnosis of dementia:a case report. BMC

- Psychiatry. 23;20(1). 550. 2020 Nov.
- Han G, Maruta M, Ikeda Y, Ishikawa T, Tanaka H, Koyama A, Fukuhara R, Boku S, Takebayashi M, Tabira T. Relationship between performance on the Mini-Mental State Examination sub-items and activities of daily living in patients with Alzheimer's Disease. Journal of Clinical Medicine. 20;9(5). 1537. 2020 May.
 - Ikezaki H, Hashimoto M, Ishikawa T, Fukuhara R, Tanaka H, Yuki S, Kuribayashi K, Hotta M, Koyama A, Ikeda M, Takebayashi M. Relationship between executive dysfunction and neuropsychiatric symptoms and impaired instrumental activities of daily living among patients with very mild Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry. 2020 Aug;35(8):877-887. doi: 10.1002/gps.5308. Epub 2020 Apr 21.
 - 橋本 衛, 鈴木麻希, 池田学. コロナ蔓延（自粛生活）と認知症. 臨床精神医学. 49. 1551-1556. 2020
 - 佐藤俊介, 鐘本英輝, 池田学. レビー小体型認知症, 前頭側頭型認知症. レビー小体型認知症, 前頭側頭型認知症. [改訂版]. アークメデイア. 1212-1218. 2020
 - 高崎昭博, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 小山明日香, 宮川雄介, 佐久田 静, 本堀伸, 一美奈緒子, 堀田 牧, 津野田尚子, 兼田桂一郎, 品川俊一郎, 池田学, 竹林 実. 意味性認知症患者の自動車運転中止をめぐる状況と対応に関する一考察. Dementia Japan. 34. 295-304. 2020.09
 - 宗久美, 石川智久, 井上靖子, 藤瀬隆司, 中村光成, 丸山貴志, 橋本 衛, 池田学, 竹林 実, 王丸道夫. 複合慢性疾患連携パスの開発を目指した熊本県荒尾市における医療介護連携の促進（実践・事例報告）. 日本認知症ケア学会誌, 19(4):688-694, 2021
 - 柏木一恵, 田坂悦子, 福田光, 繁信和恵. いま改めて認知症疾患の入院の意義について考える 精神科病院における退院支援. 老年精神医学雑誌. 31(10). 1066-1075.002020
 - 繁信和恵, 井上典子, 舟田彰, 山川みやえ. 地域包括ケアシステムと図書館の役割；「認知症にやさしい図書館づくり」京都市醍醐中央図書館と川崎市立宮前図書館の取り組みを中心に. 日本認知症ケア学会誌. 19(2). 378-384. 2020
 - 石川智久. 巻頭言 地域包括ケアシステムの目指すもの. 老年精神医学雑誌. 31(6). 559-560. 2020.06

2. 学会発表

- 特別講演「認知症医療と司法精神医学 –期待される司法精神医学と老年精神医学の協働–」、池田学、第16回日本司法精神医学会大会 WEB, 11月12日-13日, 2020
- プレナリーレクチャー「認知症の症候学」、池田学、第39回日本認知症学会学術集会、名古屋, 11月26日-28日, 2020
- 前頭側頭型認知症研究の今後の方向性、池田学、第35回老年精神医学会（鳥取）、

2020年12月21日、国内、口頭（教育講演）

- Japanese Frontotemporal Dementia Consortium. Ikeda M. 12th International Conference on Frontotemporal Dementias 3-5 March, 2021（シンポジウム）
- 繁信和恵 シンポジウム 11 BPSD の早期診断と介入 認知症初期集中支援チームにおける BPSD の早期診断と介入 第39回日本認知症学会学術集会 2020.11.27
- Honda K, Ishikawa T, Fukuhara R, Yuki S, Miyagawa Y, Koyama A, Hidaka Y, Boku S, Takebayashi M. Risk factors associated with sleep disturbance in a general elderly Japanese population: The Arao Cohort Study. The 2020 IPA Virtual Congress, Oct 2-3, 2020
- 宗久美, 井上靖子, 廣瀬義和, 古林美香, 大嶋俊範, 宮崎真寿美, 檜山温子, 安部正, 和田和之, 高森薫生, 松岡明子, 石川智久, 勝守高士, 大嶋壽海, 王丸道夫. 循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業を活用した荒尾市における精神と一般科との連携. 第28回日本精神科救急学会学術集会WEB, 令和2年10月9-10日
- 宗久美, 井上靖子, 廣瀬義知, 古林美香, 大嶋俊範, 宮崎真寿美, 檜山温子, 安部正, 和田知久, 高森薫生, 松岡明子, 石川智久, 勝守高士, 大嶋壽海, 王丸道夫. 熊本県荒尾市における循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業への取り組み 精神科と一般科との連携. 第35回日本老年精神医学会WEB, 令和2年12月20-22日
- 田平隆行, 池田由里子, 丸田道雄, 日高憲太郎, 韓 旻熙, 吉浦和宏, 石川智久, 堀田牧, 池田学. 地域在住認知症高齢者におけるIADL工程障害の居住形態による相違. 第3回日本老年精神医学会WEB, 令和2年12月20-22日