

草津市認知症初期集中支援チームの活動状況 および課題への今後の取組について



たび丸とロバ隊長



草津市認知症施策アクションプラン 第2期計画（平成30年度～平成32年度）

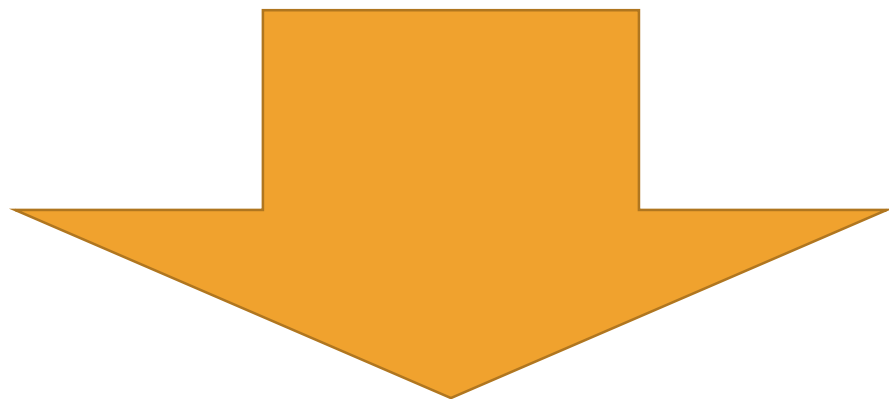
【プランの施策（事業）体系】

プランの基本 目標		施策（事業）	担当課
3. 認知症の容態 に応じた適時・適 切な医療・介護等 の提供	新規	(1) 認知症の発症予防の啓発	長寿いきがい課 保険年金課 健康増進課
	拡充	(2) 地域包括支援センター等に相談がつながる仕組みづくり	長寿いきがい課 地域保健課
		(3) 医療機関等の職員向け研修の実施	長寿いきがい課
		(4) 介護保険サービス未利用者が適時・適切にサービスにつながる仕組みの検討	長寿いきがい課
	拡充	(5) 認知症初期集中支援チームの効果的な運用	長寿いきがい課
	新規	(6) 医療・介護関係者等の連携の強化	長寿いきがい課 地域保健課
	拡充	(7) 認知症の人にかかるケアマネジメントとサービスの質の向上	長寿いきがい課 介護保険課
		(8) 認知症高齢者への支給限度額上乗せサービスの実施	介護保険課



検討委員会

草津市認知症初期集中支援事業実施要綱第11条に基づき、医療・保険・福祉に携わる関係者等から構成される検討委員会を設置する。認知症の早期診断および早期対応に向けた支援体制の構築に資するため、チームの活動状況や認知症支援における関係機関との連携に関することについて検討を行うものとする。



認知症施策推進会議にて行っています。

草津市認知症初期集中支援チームとは？

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で暮らし続けることができるよう、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」を配置するとともに、**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。⇒チームが集中的に介入し、本人や家族に寄り添い、個々に応じた適切なケアや支援につないでいく。

概要

医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症（疑いを含む）の高齢者や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント結果に基づき、必要な医療や介護の導入・調整等の支援を行う。

【支援対象者】

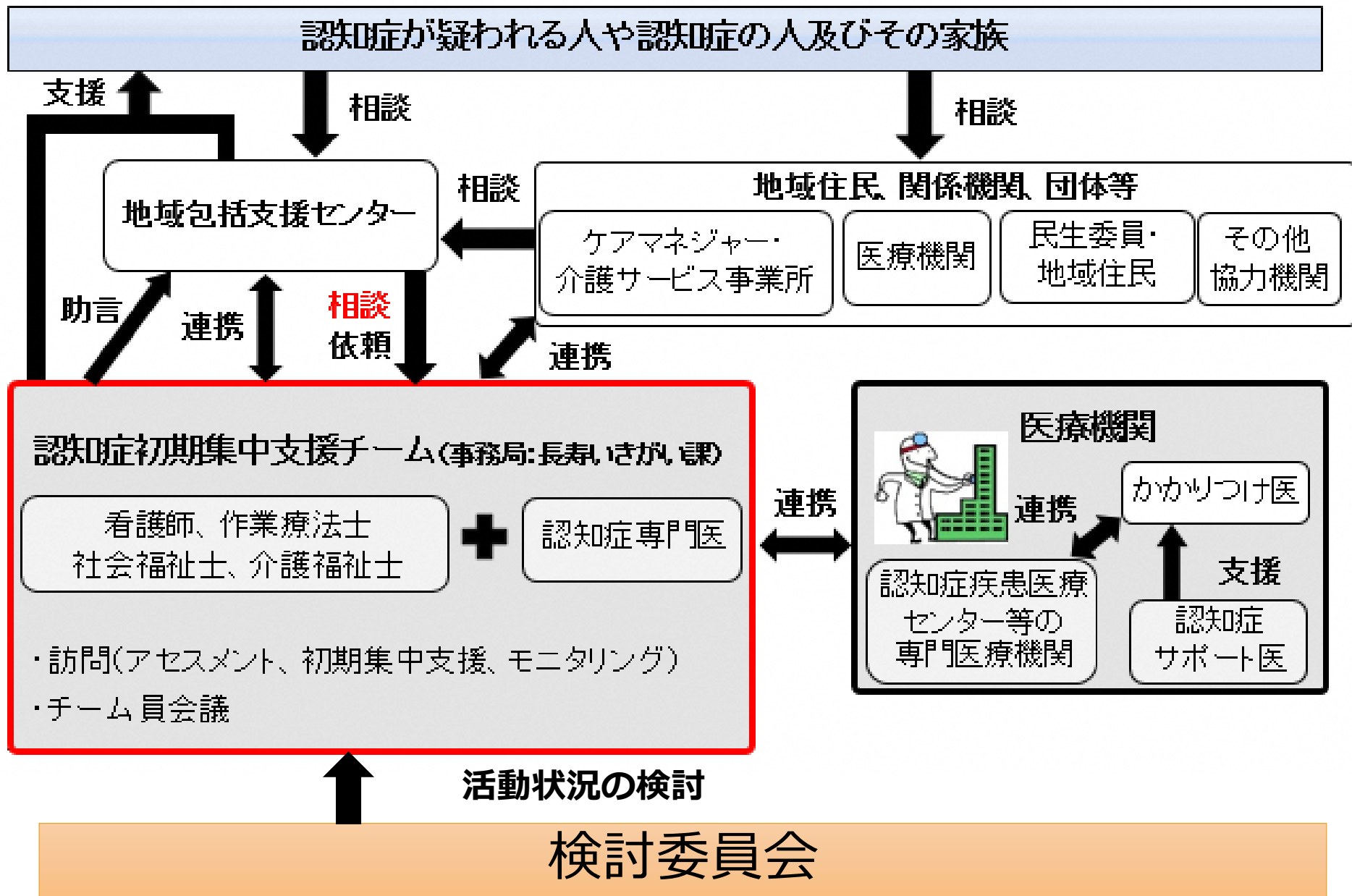
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下①、②いずれかに該当するもの

①医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

- (1) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- (2) 継続的な医療サービスを受けていない者
- (3) 適切な介護サービスに結びついていない者
- (4) 介護サービスが中断している者

②医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

認知症初期集中支援チームの全体像



地域包括支援センター

依頼

連携

引継

認知症初期集中支援チーム

情報収集・初回訪問

- ・地域包括支援センター担当者とチーム員で訪問
- ・認知機能、身体状況、生活状況等のアセスメント

チーム員会議（初回訪問後）

- ・支援方針、支援内容の検討

初期集中支援の実施

- ・認知症に関する正しい知識の情報提供
- ・医療機関への受診勧奨、鑑別診断への誘導
- ・状態像に合わせた介護サービス利用の勧奨
- ・認知症状に応じた対応方法の助言
- ・生活環境の改善
- ・対象者および家族の心理的サポート

チーム員会議において支援終了を決定する

モニタリング

- ・支援終了後、2か月以内に実施する
- ・医療や介護サービス等の必要な支援が継続されているか、新たな問題が発生していないか確認

連携

関係機関等

- ・かかりつけ医
- ・医療機関
- ・ケアマネジャー
- ・介護事業者

・・・等

引継

対象者の把握

チーム員会議は毎月定例で開催（必要時臨時開催）

初回訪問

・医療職と福祉職のチーム員2名が本人や家族を訪問

・初回訪問後、把握した情報をもとにチーム員会議で今後の支援を検討

初期集中支援

概ね6か月を目安に、本人や家族への訪問支援、関係機関との連携などを行う

初期集中支援の終了

モニタリング

関係者への聞き取りや本人や家族への訪問で確認

活動状況

活動実績と訪問支援数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者
高穂	3件	1件	0件	0件	2件	1件	1件	1件
草津	7件	1件	1件	1件	3件	2件	0件	0件
老上	6件	1件	1件	0件	1件	1件	2件	2件
玉川	4件	0件	0件	0件	1件	0件	3件	3件
松原	5件	1件	2件	2件	4件	4件	5件	5件
新堂	5件	1件	1件	1件	3件	2件	1件	1件
合計	30件	5件	5件	4件	14件	10件	12件	12件
延べ 支援対象者数	5名		5名 (内、前年度継続1名)		13名 (内、前年度継続3名)		15名 (内、前年度継続3名)	
訪問回数	17回		27回		57回		37回	

★支援対象者とは、新規相談後に初回訪問に至ったケース。

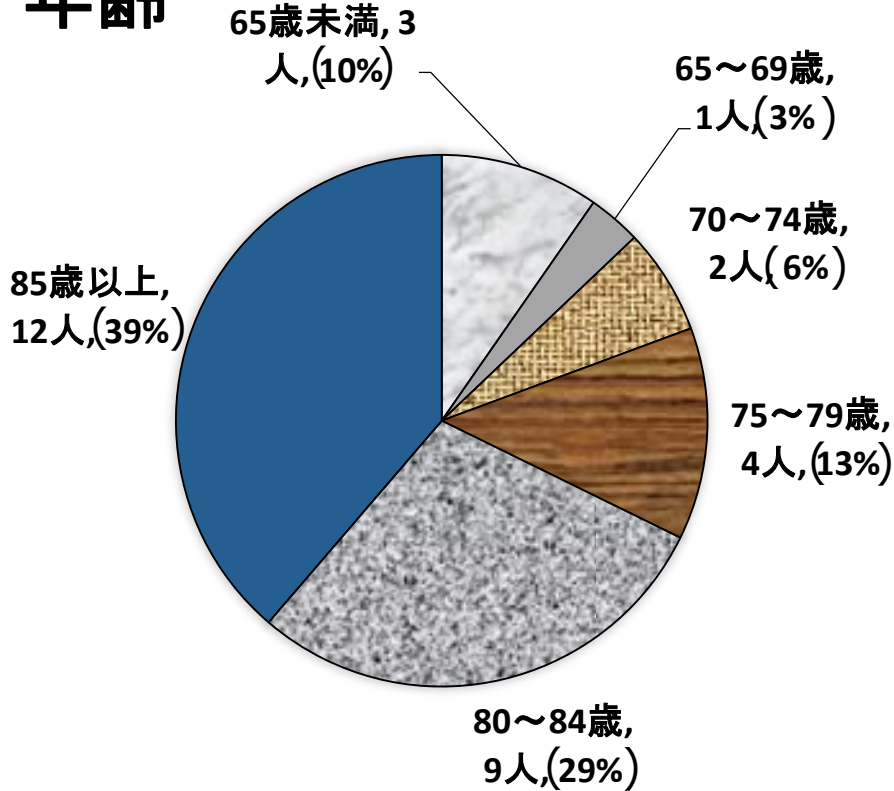
平成28年度の新規相談件数は、チーム始動に際して対象ケースの選定にあたり、地域包括に照会をしてあがってきたケースから、支援対象者を抽出したため差がある。

平成30年度は、チームへの支援依頼だけでなく事例相談ができるようになり、新規相談件数が2倍に増えている。令和元年度は、新規相談件数と支援対象者が同数であり、平成30年度と比較して支援対象者は横ばいである。包括毎に件数の差が生じている。

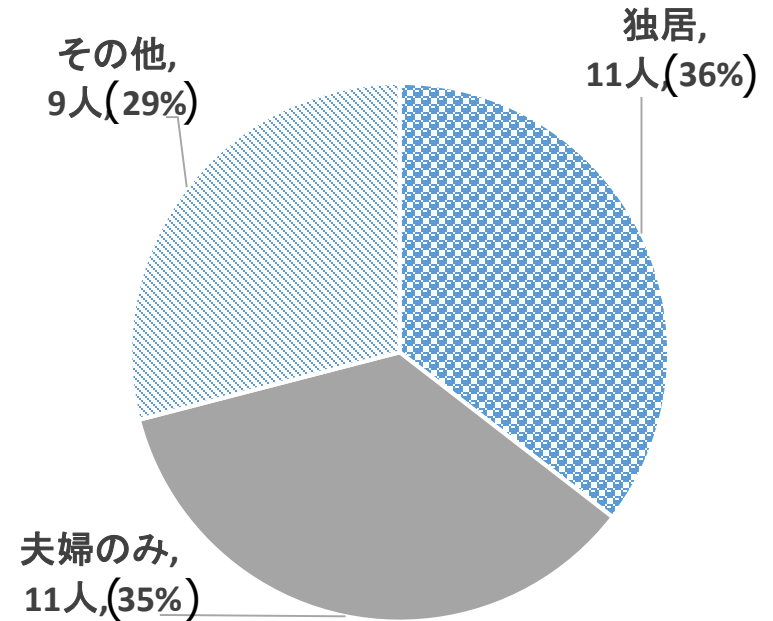
支援対象者の属性(N=31)

H28年度～R2年度末までの支援対象者数

年齢



世帯状況



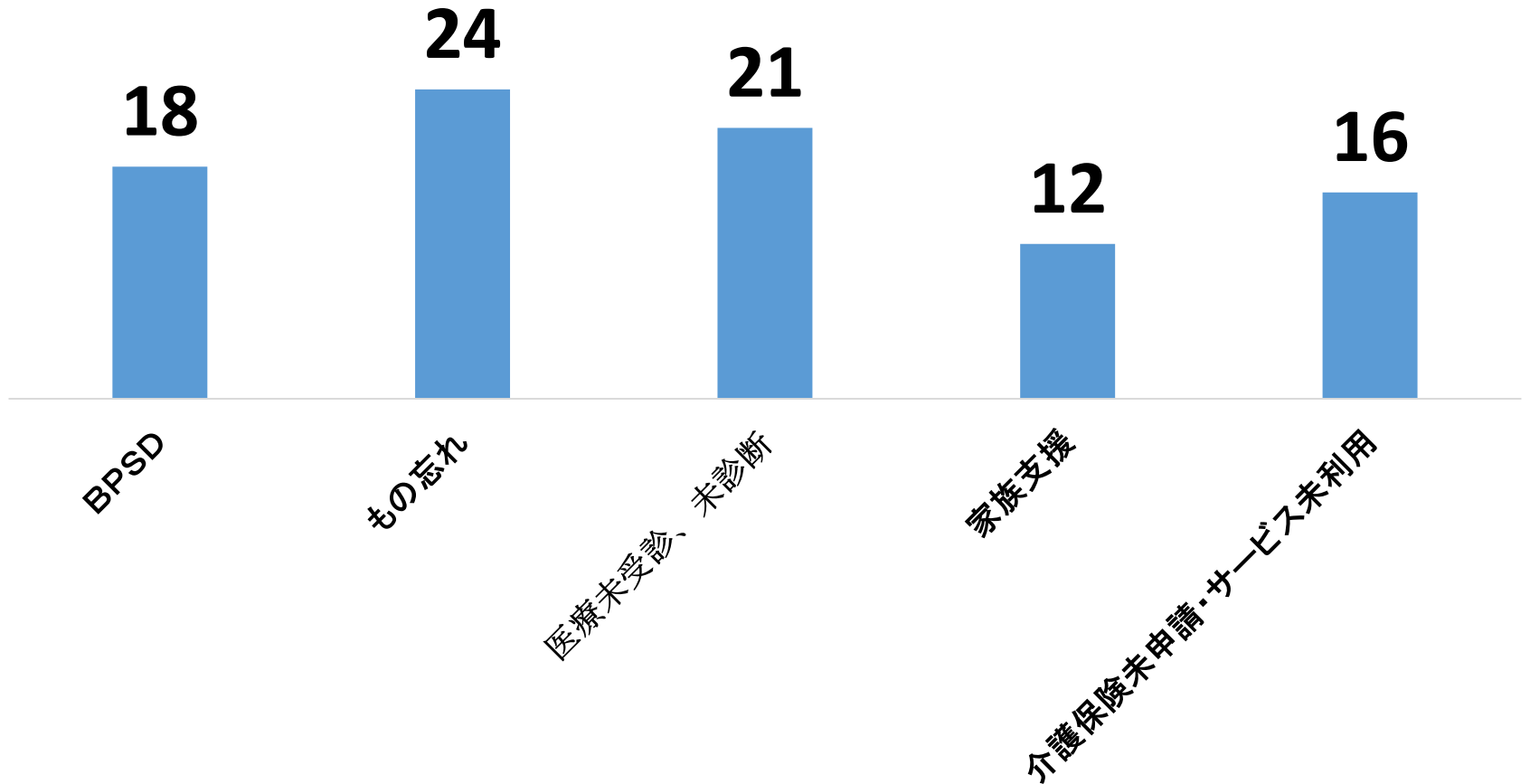
性別は、女性の割合74%、男性の割合26%であり、女性が多いが、男性が占める割合が増えてきている。

年齢は、75歳以上が約80%と全市町村平均（平成30年度末報告）と同様の割合となっている。なお、65歳未満の3ケースについては、高次脳機能障害や知的障害の疑い等、認知症以外の可能性も考えられた。

世帯状況は、高齢者世帯が約70%であり、独居、老老介護の中で問題が生じ、他の家族の協力を得られないまま、症状が進み困難ケースとなるケースが多い。

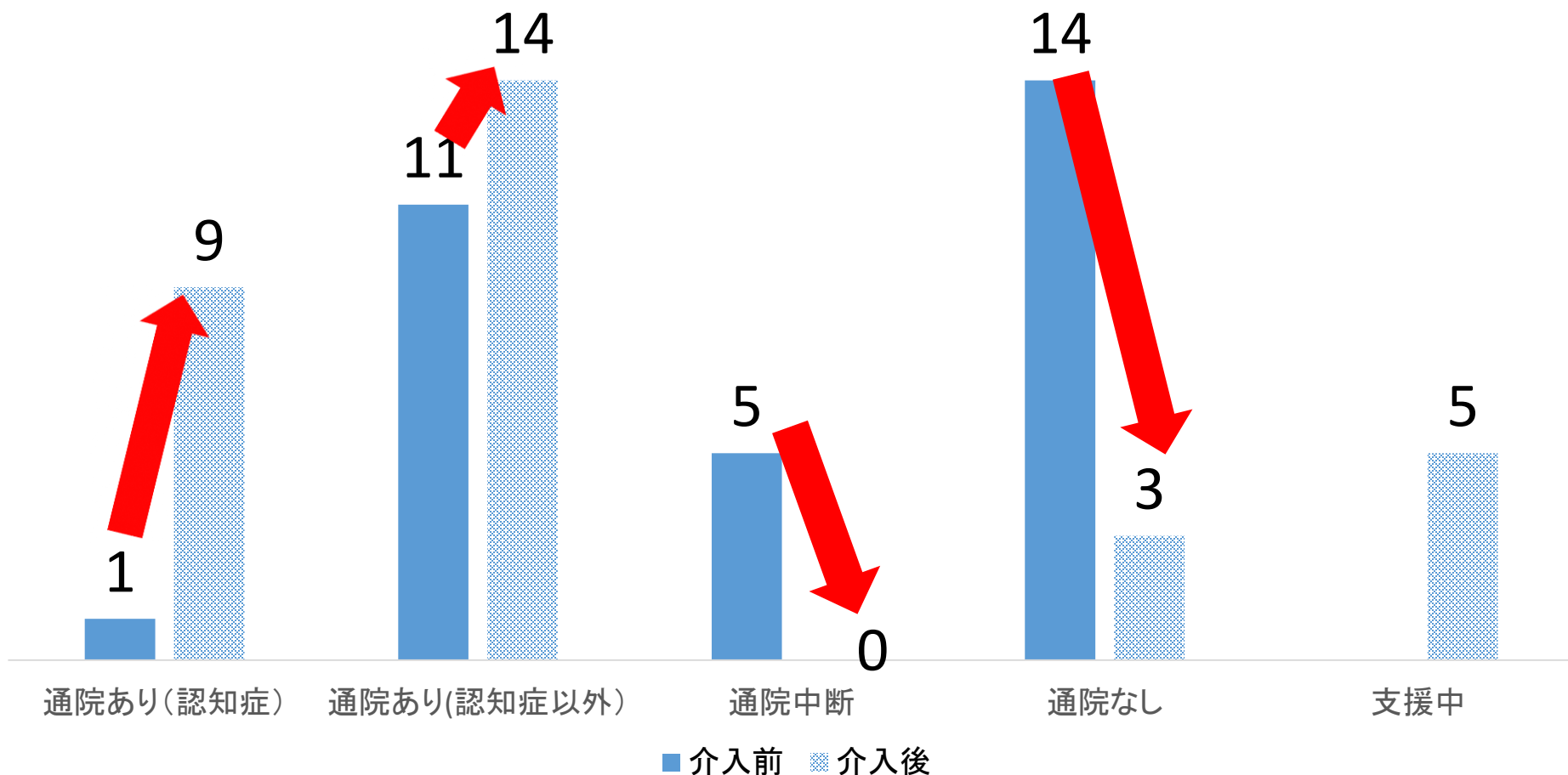
相談内容

相談内容(重複あり)



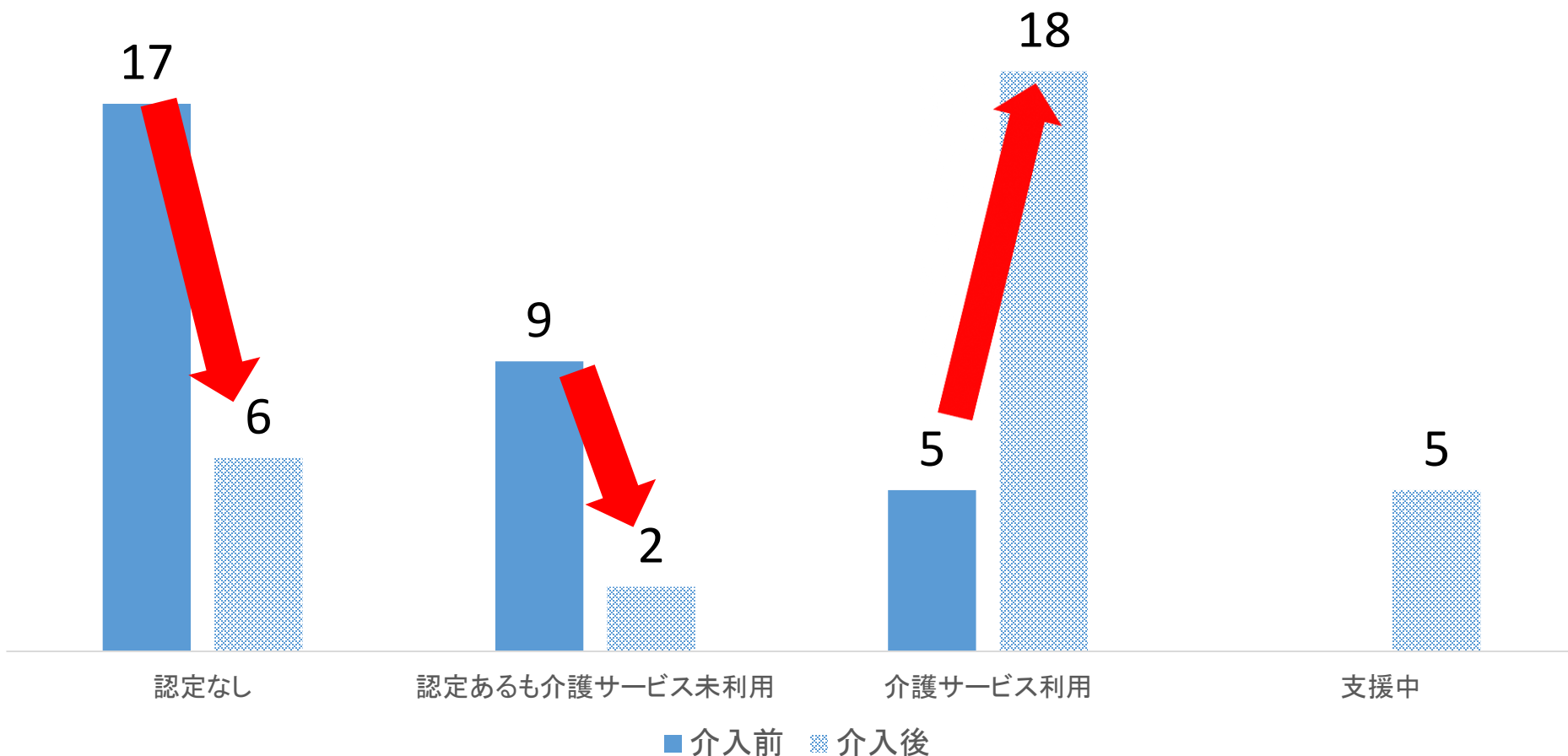
BPSD（認知症の行動・心理症状）の内訳は、受診拒否、暴言、暴力、興奮、情緒不安定、意欲低下、妄想、道に迷って帰ってこられなくなる等がみられた。家族がBPSDに対する負担を感じたことから相談、チームの介入につながることが多い。

医療受診の状況(N=31)



約88%のケースで医療への接続あるいは継続という結果であり、医療機関へのつながりが必要と判断されたケースの医療受診へのつながりが有効にできている。
支援終了時の「通院なし」には、支援途中で亡くなったケース、支援終了後に医療受診につながったケースがある。

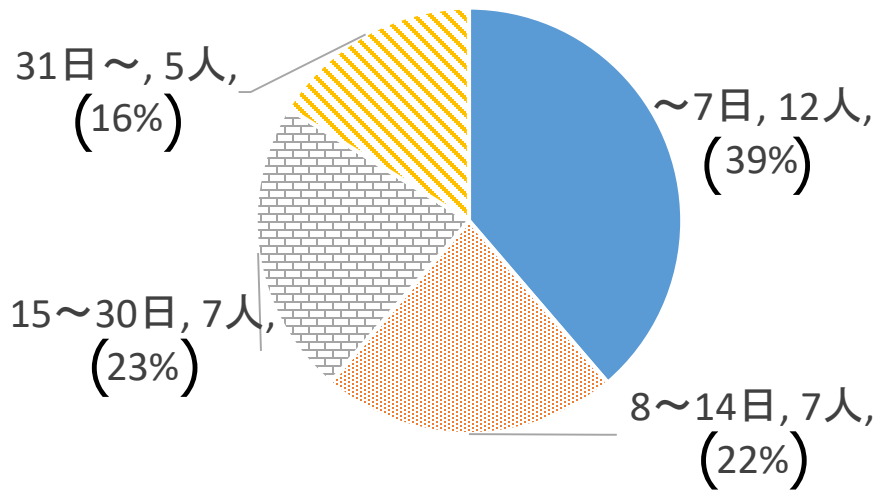
介護サービスの状況(N=31)



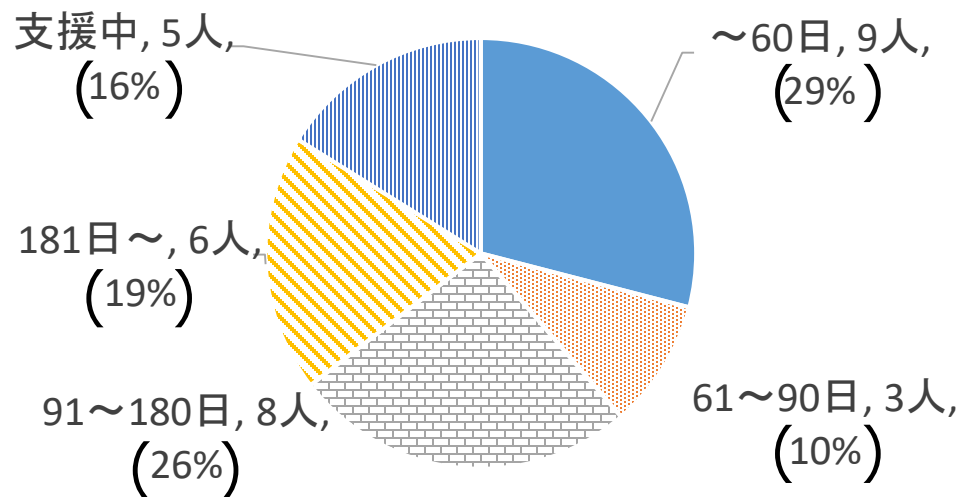
約70%のケースで介護サービスの利用が再開あるいは接続という結果であった。また、「認定なし」や「介護サービス未利用」についても、地域包括や民生委員等、支援者の見守りが増加し支援体制が強化されたり、家族の介護負担の軽減により、在宅生活が継続するケースもある。そのため、介護サービスが必要と考えられたケースに対してのつなぎだけでなく、地域の支援体制の構築も有効にできている。

初回訪問までの日数と支援終了までの期間 (N=31)

把握から初回訪問までの日数



支援終了に至るまでに期間

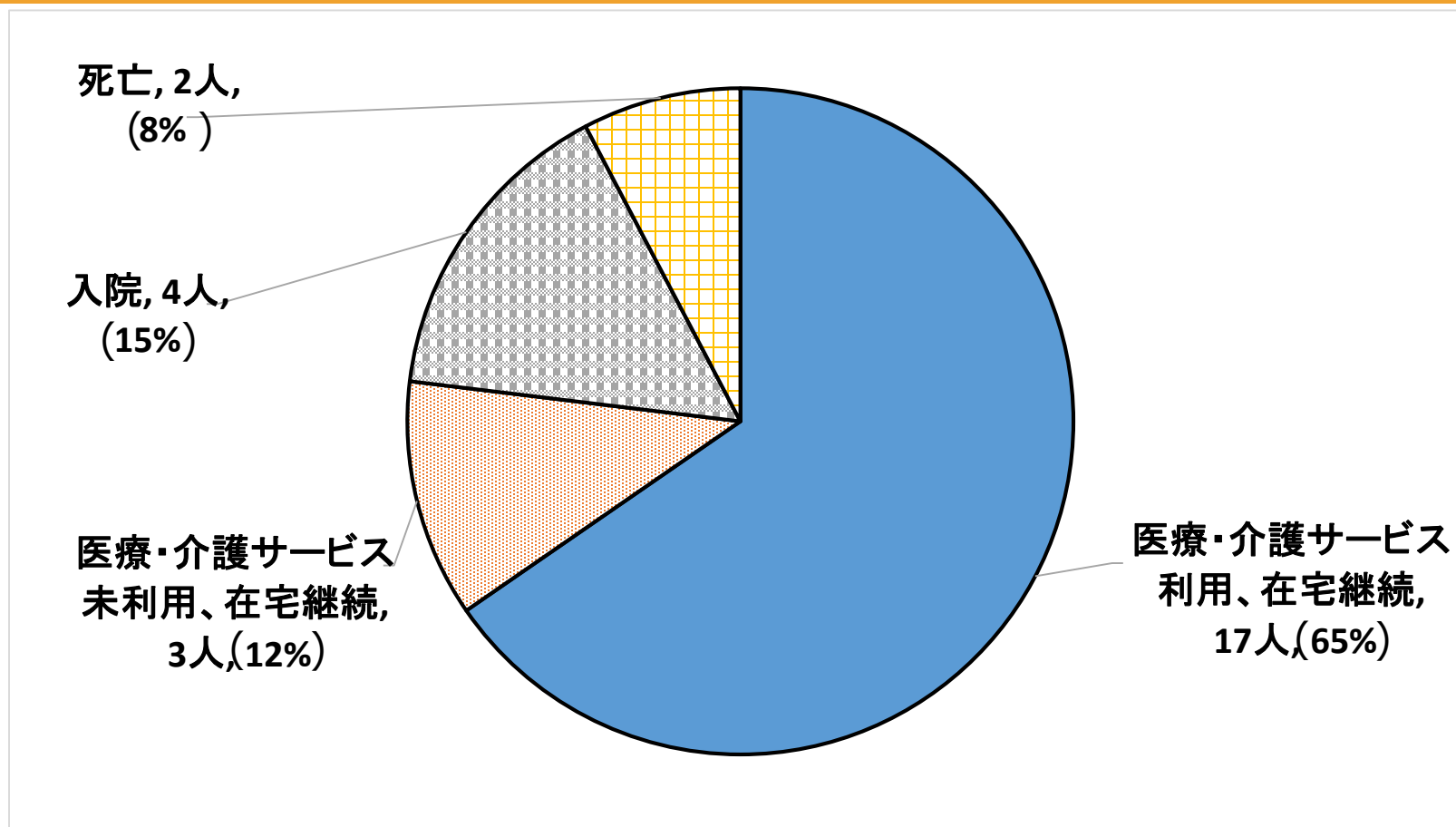


全体として2週間以内に初回訪問ができることが多い。平成30年度より相談件数が増え、同じ月に複数の新規相談があがることもあるがチーム員の増員により早期に介入ができています。しかし、訪問拒否により初回訪問に時間がかかるケースもある。

チームの支援期間はおよそ6か月となっており、約80%のケースが6か月以内で支援を終了している。

支援期間が長くなっているケースとしては、本人の認知症と診断されることへの不安に加えて、かかりつけ医がない場合や、精神疾患の症状により医療機関への受診につながらないケース、家族の認知症やサービス利用への理解がなく医療機関への受診や介護保険の申請、サービス利用に協力が得られないケースとなっている。

支援終了時の状況（N=26）



支援終了時の状況は、在宅継続が最も多い。医療・介護サービス利用ケースは、ケアマネジャーやかかりつけ医に支援を引き継ぐケースや、地域包括の継続支援のケースがある。医療・介護サービス未利用ケースであっても、地域包括での継続支援だけでなく、関係機関の介入や連携、民生委員等など支援者が増え、地域での見守りにつながるケースもある。

目指す姿

認知症があってもできる限り住み慣れた地域や環境で自分らしく暮らし続けることができる』

◆市民が認知症についての正しい知識をもち、認知症の初期症状が出始めた人が相談機関につながることで、早期から適切な医療や介護を受けることができる。

◆早期診断・早期対応への支援体制を構築する。

◆認知症の人に関わる支援者の対応力の向上を図る。

継続

- ・チーム員が介護サービス事業所職員のため、サービス利用のメリットが伝わりやすく、スムーズにサービスにつながる
- ・チームからかかりつけ医に相談、情報提供する連携体制が整いつつあり、専門医等受診による診断・治療に結びついている
- ・包括の困難ケースにチームと一緒に動くことで、早期診断・早期対応に向けた支援体制は構築されつつある。
- ・増員により、対象者に合わせてタイムリーな対応ができています。

- ★地域包括との認識の共有
- ★チーム員会議に相談機能も追加
- ★チームの啓発（認サポ、相談会、ケアマネへの説明）
- ★チーム員会議での効果的な支援の方向性の決定
- ★関係機関との連絡・調整・情報共有

より良い運用のために

- ・包括によっては、どのケースをチームに依頼すればいいかわからないといった声がある
- ・新規ケースが少ない
- ・認知症以外の課題（生活困窮、精神疾患等）への支援

草津市認知症初期集中支援チーム活動
4年目に入っって見えてきたこと