

草津市認知症初期集中支援チームの活動状況について




たび丸とロバ隊長



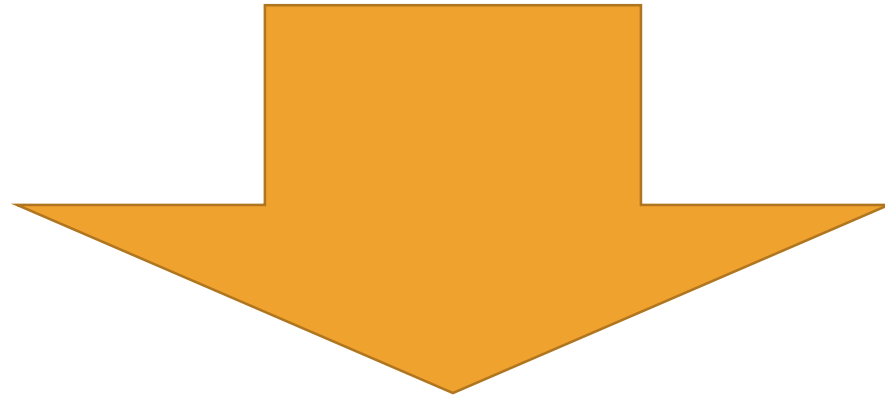
草津市認知症施策アクションプラン 第3期計画（令和3年度～令和5年度）

【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
<p>4. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の支援体制づくりの推進</p> 	(1) かかりつけ医や地域包括支援センター等の相談窓口のPR	長寿いきがい課 地域保健課
	(2) 健康状態が不明な高齢者等が適時・適切に医療やサービスにつながる仕組みづくり	長寿いきがい課 保険年金課 地域保健課 健康増進課
	(3) 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
	拡充 (4) 在宅医療・介護連携による認知症高齢者へのサポート体制の推進	長寿いきがい課
	(5) 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 地域保健課 介護保険課
	(6) 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12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

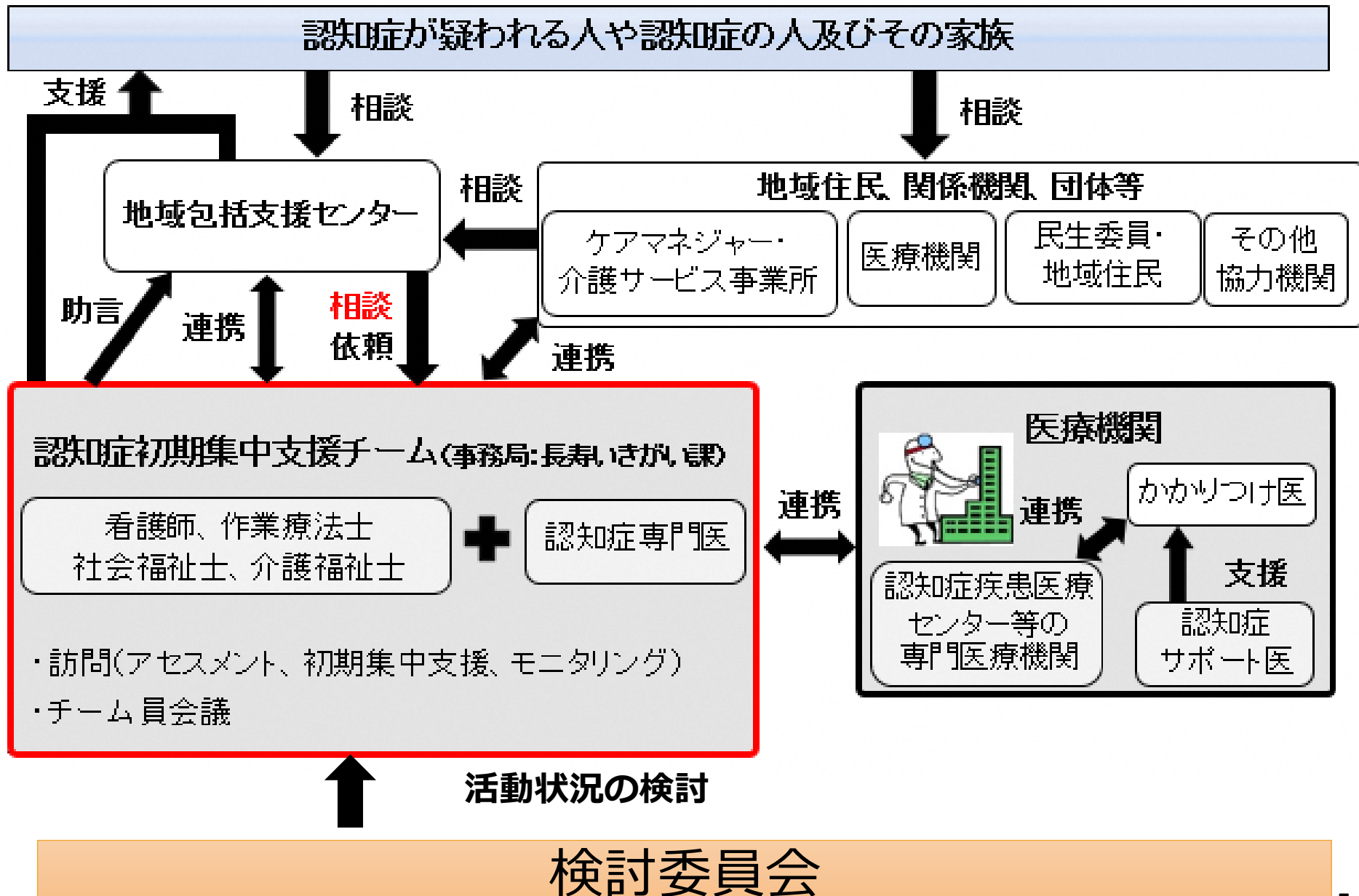
医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人（疑いを含む）や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント結果に基づき、必要な医療や介護の導入・調整等の支援を行う。

【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・ケアマネジャー（対象者を把握）

依頼・初回会議で対象者とするかを判断

連携

引継

認知症初期集中支援チーム

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

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

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

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

初期集中支援の終了

チーム員会議において支援終了を決定する

引継

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

モニタリング

- ・支援終了後、概ね3か月を目安に実施する
- ・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

活動状況

活動実績と訪問支援数

※支援対象者：新規相談後に初回訪問に至ったケース

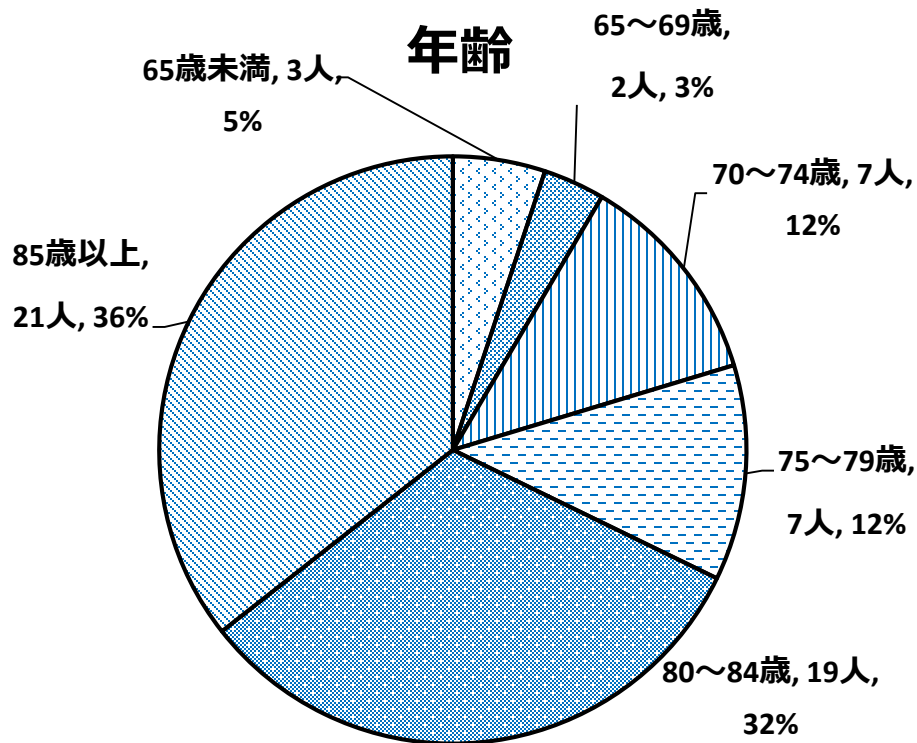
	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度 (1月末)	
	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者
高穂	3件	1名	0件	0名	2件	1名	1件	1名	1件	1名	1件	1名	1件	1名
草津	7件	1名	1件	1名	3件	2名	0件	0名	2件	2名	2件	2名	0件	0名
老上	6件	1名	1件	0名	1件	1名	2件	2名	1件	0名	6件	5名	3件	3名
玉川	4件	0名	0件	0名	1件	0名	3件	3名	1件	1名	2件	1名	1件	1名
松原	5件	1名	2件	2名	4件	4名	5件	5名	3件	3名	6件	5名	0件	0名
新堂	5件	1名	1件	1名	3件	2名	1件	1名	2件	2名	0件	0名	0件	0名
合計	30件	5名	5件	4名	14件	10名	12件	12名	10件	9名	17件	14名	5件	5名
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)	14名 (内、前年度継続 5名)	22名 (内、前年度継続 8名)	7名 (内、前年度継続 2名)						
訪問回 数	17回		27回	57回	37回	42回	39回	18回						

令和4年度は相談件数が減少傾向であったため、地域包括支援センターやケアマネジャーに対して支援対象者の要件を再度周知し、早期に、また臨機に相談してもらえよう努める必要がある。

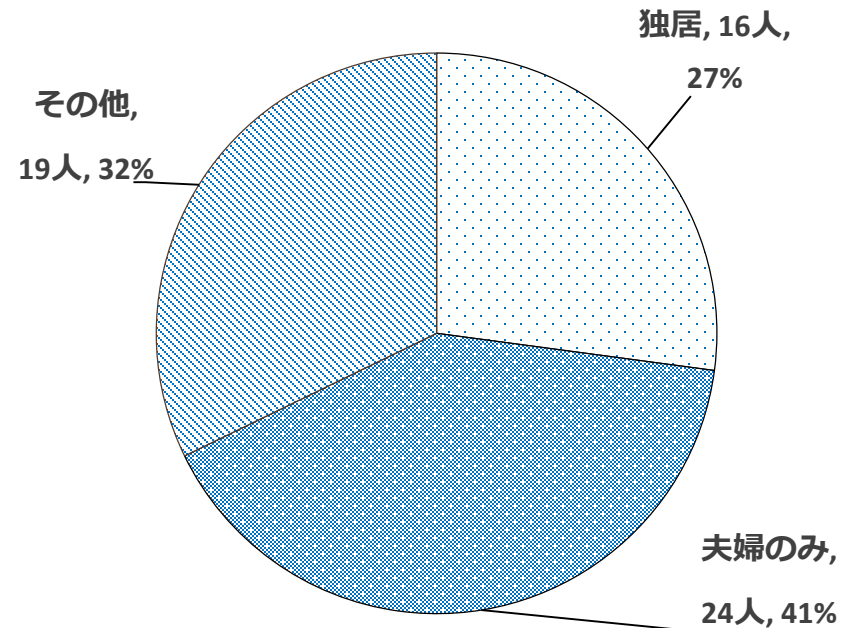
支援対象者の属性

H28年度～R5年1月末までの支援対象者

年齢

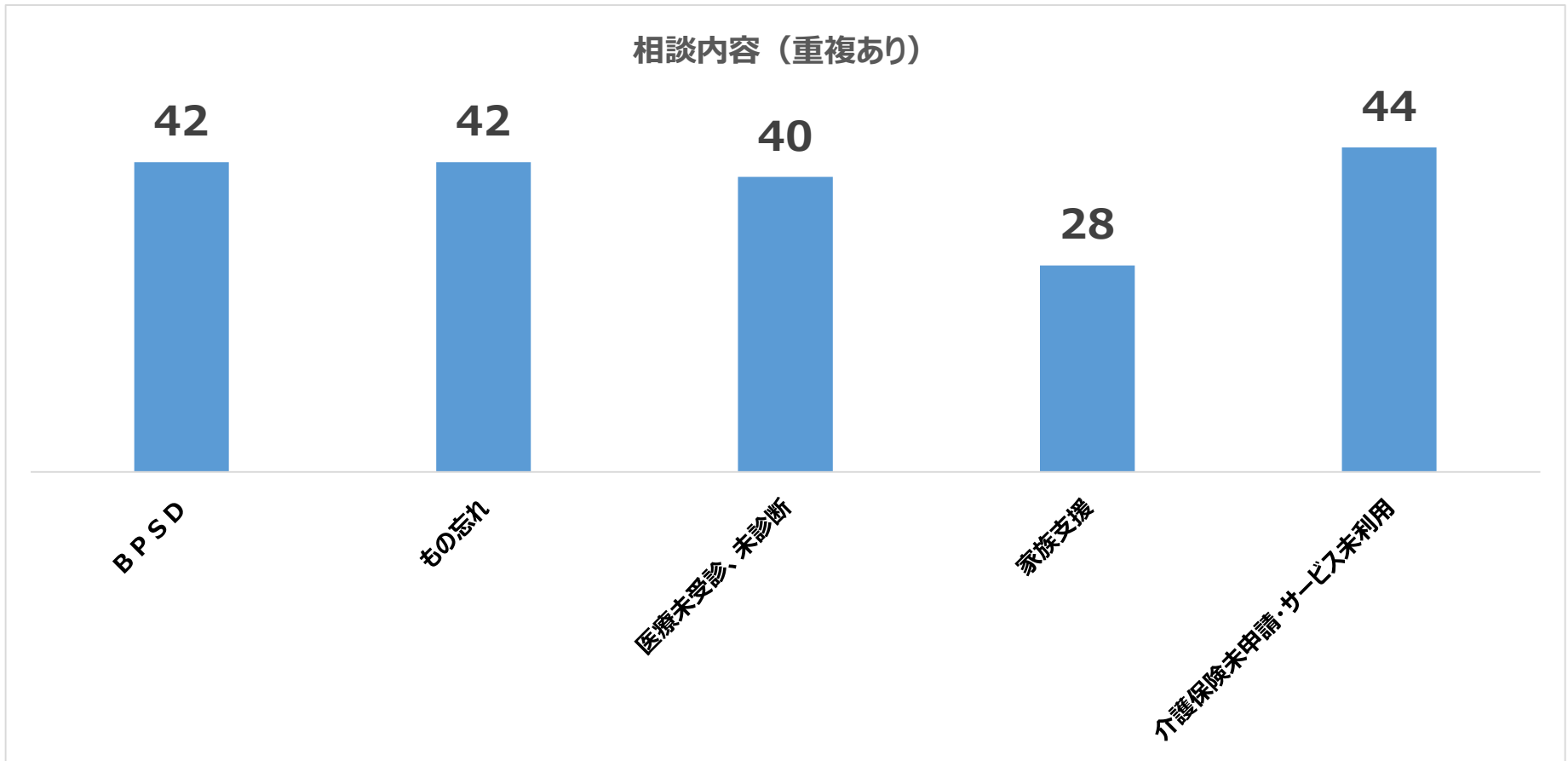


世帯状況



- ・性別は、女性の割合63%、男性の割合37%であり、女性が多いが、男性が占める割合が増加傾向にある。（昨年度比3%増）
- ・年齢は75歳以上が80%であり、85歳以上が全体の36%を占める。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、高齢者のみ世帯が68%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。また、同居家族がいても、多問題を抱え様々な観点からアプローチが必要なケースも多い。

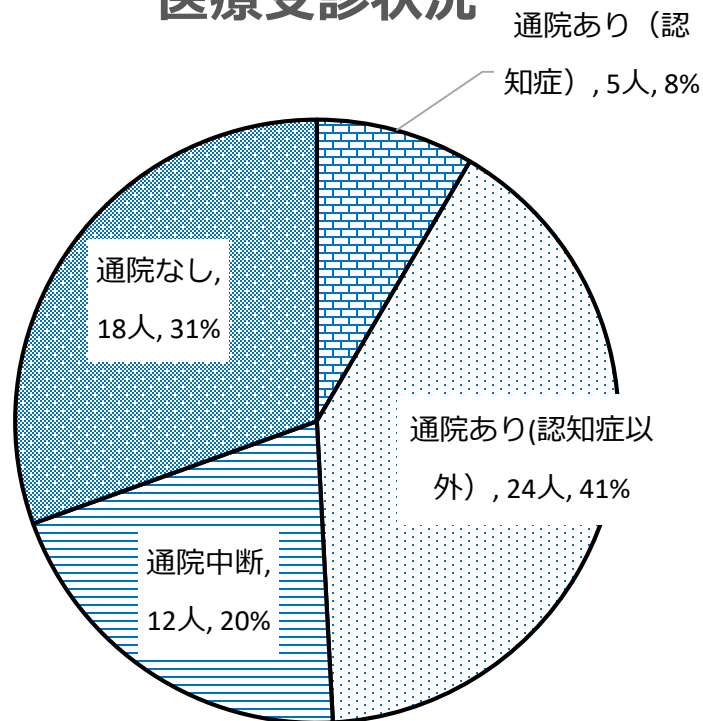
相談内容



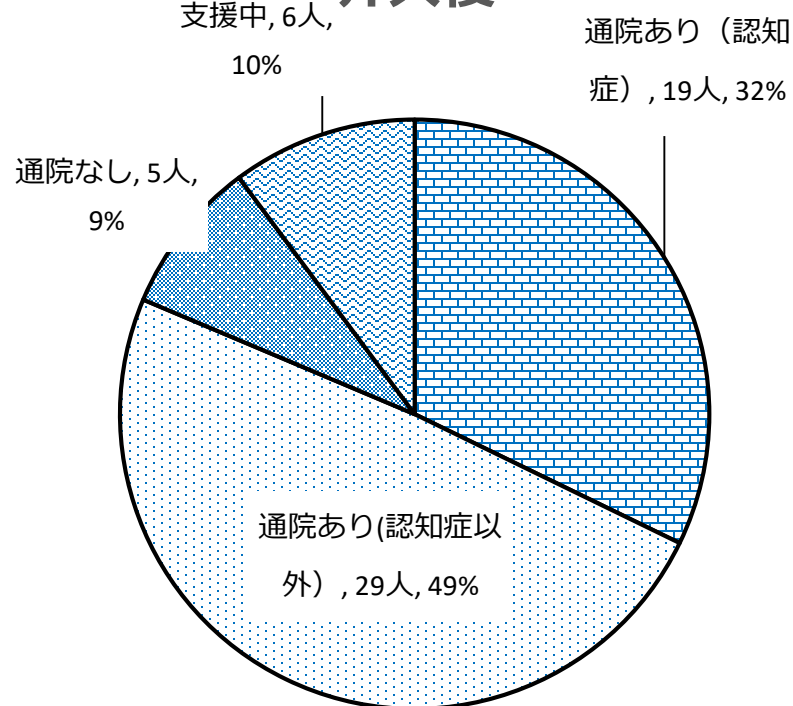
BPSD（認知症の行動・心理症状）やもの忘れ、介護保険申請やサービス未利用のケースはそれぞれ全体の約70%のケースでみられた。また、BPSDの内訳は、暴言、暴力、興奮、情緒不安定、意欲低下、妄想等が多く、約半数のケースで家族がBPSDへの対応の不安や負担を感じており、家族支援が必要であった。

医療受診の状況

医療受診状況



介入後



- ・通院中断や医療未受診であったケースが約半数であったが、チームの介入により、約80%が医療への接続あるいは継続となり、認知症の診断へとつながったケースも多く、有効的に医療機関へのつながりができている。
- ・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。
- ・令和4年度はすでに認知症の診断がついている対象者が80%（4人）だった。

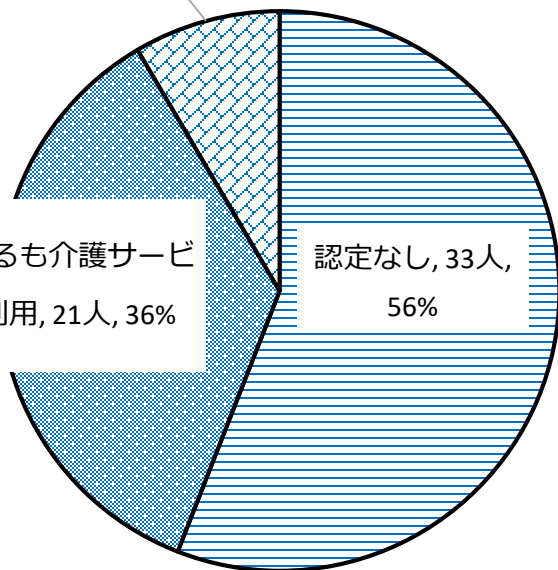
介護サービスの状況

介入前

利用あり, 5人, 8%

認定あるも介護サービス未利用, 21人, 36%

認定なし, 33人, 56%



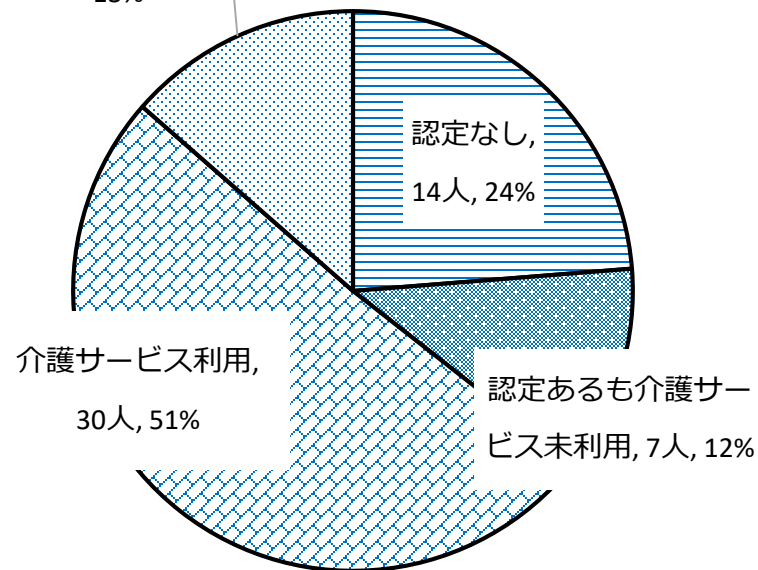
介入後

支援中, 8人, 13%

介護サービス利用, 30人, 51%

認定なし, 14人, 24%

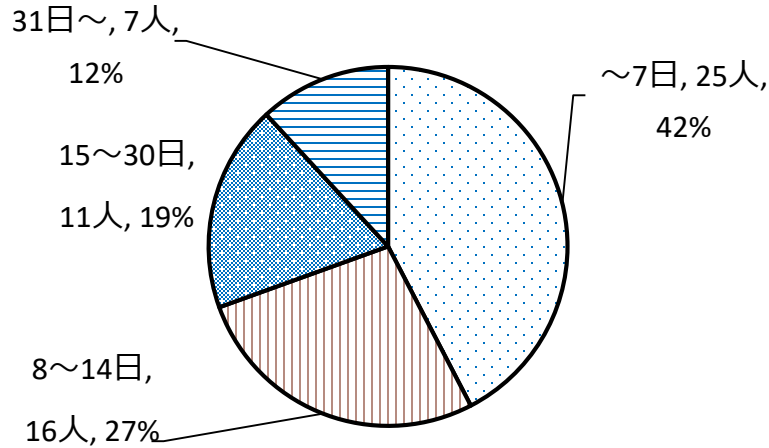
認定あるも介護サービス未利用, 7人, 12%



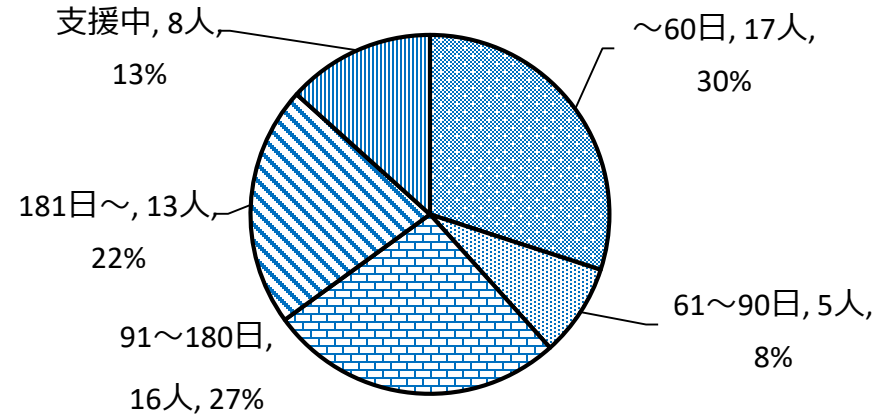
- ・約半数が介護保険認定を受けておらず、36%は認定はあるがサービス未利用だったケースであったが、介入後、うち約67%がサービス利用につながった。
- ・地域包括や民生委員等、支援者の見守りが増加し支援体制が強化されたことや、チーム員からの認知症の方への対応のポイント等の助言による家族の介護負担が軽減されたことにより、在宅生活が継続できているケースもある。そのため、介護サービスへつなげるだけでなく、地域の支援体制の構築、介護制度へのつなぎなど、有効にできているといえる。

初回訪問までの日数と支援終了までの期間

把握から初回訪問までの日数



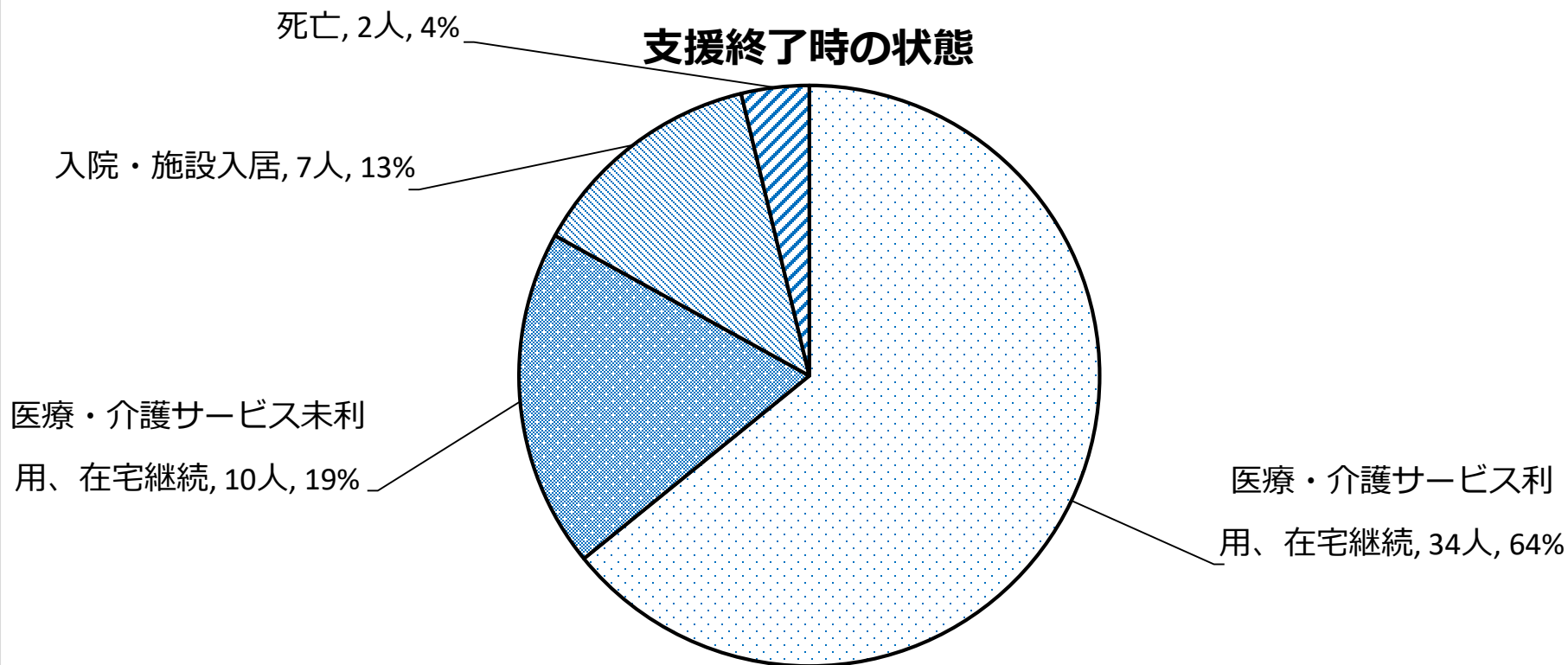
支援終了に至るまでに期間



全体として2週間以内に初回訪問ができることが多い。初回会議に諮った後は、訪問時期を見極め、早期に介入することができている。一方、訪問拒否により初回訪問に時間がかかってしまうケースもある。

- ・ チームの支援期間は概ね6か月となっており、65%のケースが6か月以内で支援を終了している。そのうち、38%は3か月以内の短期間で支援終了となっている。
- ・ 支援期間が長くなっているケースとしては、本人が第三者の介入を拒否するケースや、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。本人や家族の状況・意向により一旦訪問による介入を保留とした場合も、包括やケアマネジャーと情報共有を行い、状況が変わった際に再度モニタリング訪問を行う等の支援をしている。

支援終了時の状況



- ・ 支援終了時の状況として、支援対象者の64%が、医療や介護サービスを利用し、在宅生活を継続している。医療・介護サービスを利用するケースは、かかりつけ医と連携し情報共有を行ったり、ケアマネジャーに引き継ぐことで、継続した支援を行っている。
- ・ 医療・介護サービス未利用のケースにおいても、包括やケアマネジャー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、地域での見守りが強化されるケースもあり、サービスを利用しなくとも生活課題に向き合いながら、在宅生活の継続が可能となることもある。

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が一緒に動くことで、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。

・ケアマネジャーからの相談や、ケアマネジャーとの情報共有等、より連携の強化が必要

・認知症以外の課題や、多問題を抱える家族（生活困窮、精神疾患等）への支援

より良い運用のために

- ★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（H30～地域包括）
- ★ケアマネへの周知も継続
- ★チームの啓発（認サポ、相談会の開催、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

次年度に向けて

令和4年度は、すでに診断がついていて、対応が困難になってからの相談となっているケースがあるため、早期に支援につなぐことのできるよう、早めに相談いただくように周知を行う。また、認知症に対しどのようなサポートがあるかを市民に知っていただくことで、早期の相談につながるよう、広く周知を行う。

草津市認知症初期集中支援チーム活動
7年目に入って見えてきたこと