

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



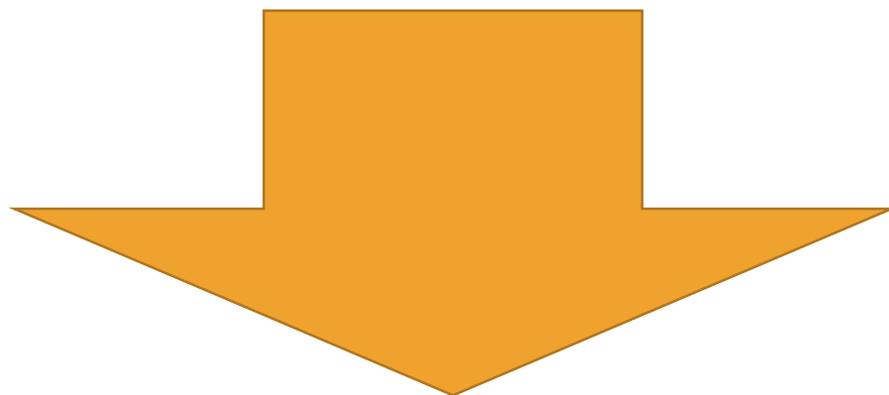
草津市認知症施策アクション・プラン 第3期計画（令和3年度～令和5年度）

【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
		(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
	拡充	(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
		(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 介護保険課
		(6) 認知症高齢者への支給限度額上乘せサービスの実施	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・保健・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」を配置し、**早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築すること**を目的とする。
⇒チームが集中的に介入し、本人や家族に寄り添うことで、個々に応じた適切な医療や介護の支援につないでいく。

概要

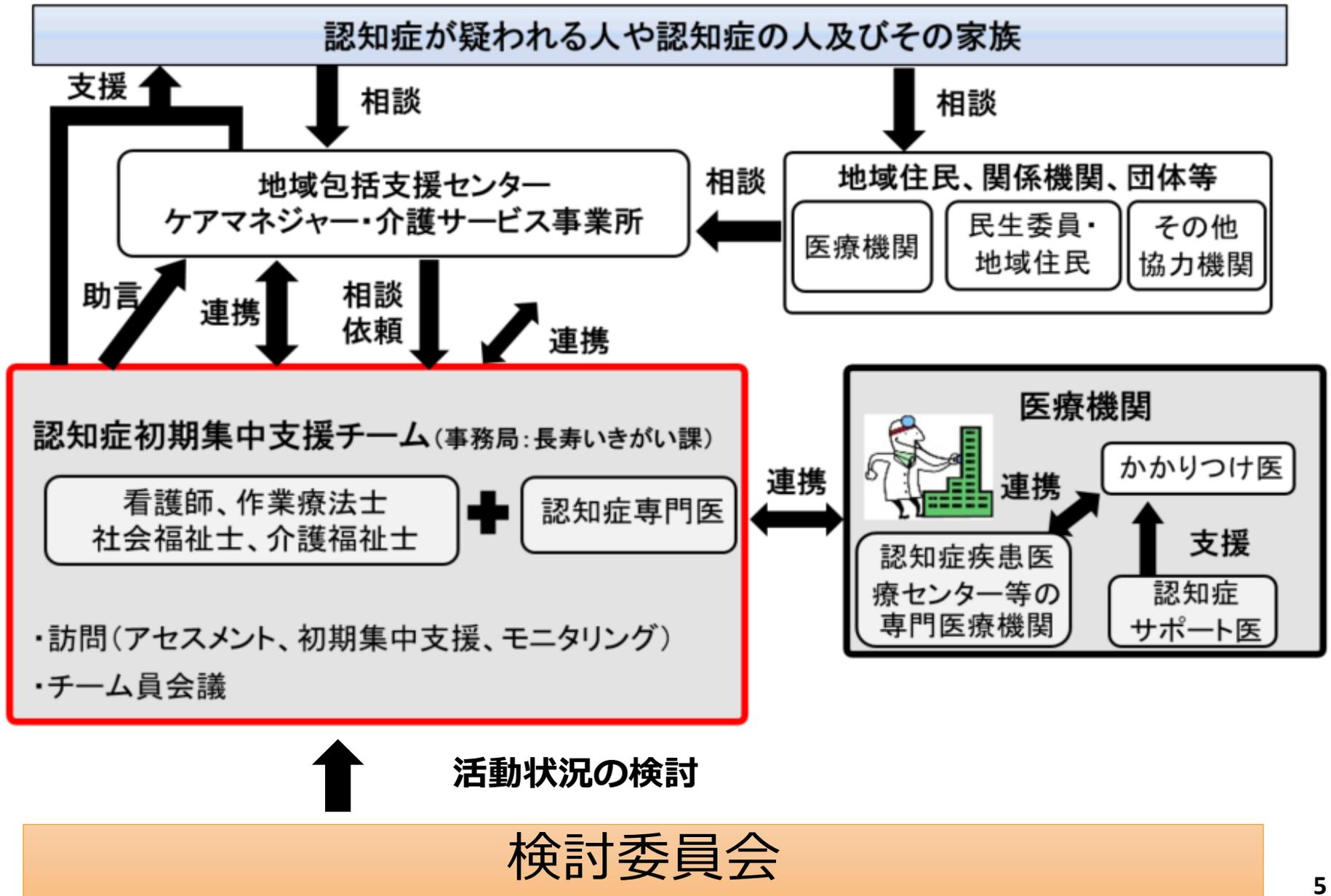
医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人（疑いを含む）や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント結果に基づき、必要な医療や介護の導入・調整等の支援を行う。

【支援対象者】

原則40歳以上で、在宅で生活しており、認知症が疑われる人又は認知症の人で、下記の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
- 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

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
- ・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

	令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5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
高穂	1件	1名	1件	1名	1件	1名	1件	1名	1件	1名
草津	0件	0名	2件	2名	2件	2名	0件	0名	0件	0名
老上	2件	2名	1件	0名	6件	5名	3件	3名	3件	2名
玉川	3件	3名	1件	1名	2件	1名	1件	1名	0件	0名
松原	5件	5名	3件	3名	6件	5名	0件	0名	2件	1名
新堂	1件	1名	2件	2名	0件	0名	0件	0名	0件	0名
合計	12件	12名	10件	9名	17件	14名	5件	5名	6件	4名
延べ 支援 対象	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)		5名 (内、前年度 継続1名)	
訪問 回数	37回		42回		39回		18回		11回	

相談件数の減少が続いているが、この要因の一つとして、地域包括支援センターの対応力が向上し、初期集中支援チームへの相談が減少していることが挙げられる。

事例紹介

事例

- ・ 80代女性、夫が介護をしている
- ・ 本人は転倒骨折してから家事ができなくなり、立ち上がりも全介助
- ・ 尿失禁あり、入浴できておらず清潔保持ができていない
- ・ 食事は夫が準備しているが、1日2食で偏りがある
- ・ 夫は医療受診をさせたいが、本人が「医者嫌だ」と言いつながっていない

本人への支援

- ・ 整容（爪切りや、髪の毛をとく等）
- ・ 看護師より、問診や触診による全身状態の観察から必要な医療や介護サービスについて説明

夫への支援

- ・ 社会福祉士より、夫の介護における負担感や生活状況を聞きとり、夫の負担感の軽減のための介護サービスについて提案

チーム員の介入によりみられた効果

- ・ 整容を行うことで信頼関係が構築でき、支援が入ることへの抵抗感を軽減できた
- ・ 多職種でアセスメントを行うことで、本人や夫の状況に合わせた介護サービス利用のメリットが伝わり、介護サービスの導入につながった
- ・ 医療職が全身状態の観察を行うことで、医療受診の必要性が伝わり、専門医の受診につながった

認知症初期集中支援チーム活動から見えてきたこと

看護師が訪問し、本人の状態や生活状況を観察・アセスメントするため、医療の専門的知見を踏まえた支援の必要性が伝わりやすく、支援につながりやすい。

介護事業所職員から本人の状態や生活状況に即した具体的な説明を行うため、サービス利用のメリットが伝わりやすく、支援につながりやすい。



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っており、専門医等による診断・治療に結びつきやすい。

地域包括支援センター職員がチーム員である各専門職のアセスメントの視点や提案のポイントについて学ぶ機会となり、職員のスキルアップにつながっている。

今後の方向性

認知症初期集中支援チームへの相談ケースが減少傾向にある原因について、地域包括支援センターや、他市町の現状、運営方法を聞きとる等の調査・分析を行う。

また、地域包括支援センターやケアマネジャーが相談ケースをチーム員会議にあげやすい工夫をし、市民向けの認知症に関するイベントで、認知症初期集中支援チームについて啓発を行うなど、周知方法や運営方法等の見直しを図る。