

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



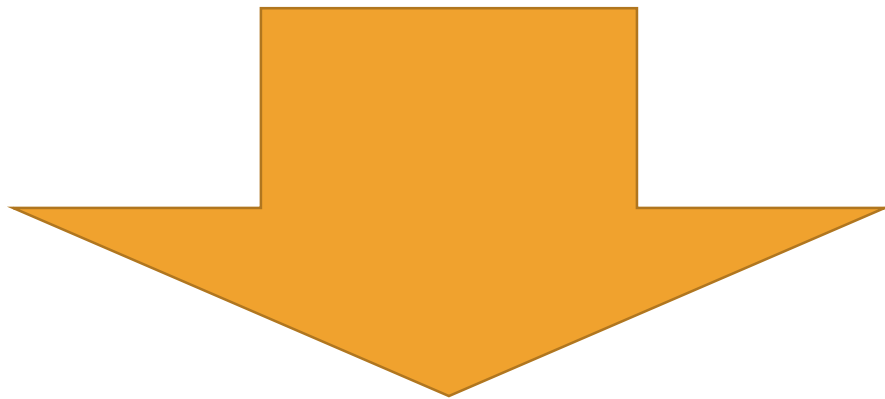
草津市認知症施策アクション・プラン 第4期計画（令和6年度～令和8年度）

【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
4. 医療・介護等の 支援体制づくり の推進 		（1）かかりつけ医の周知	長寿いきがい課
		（2）地域包括支援センターの周知	長寿いきがい課
		（3）認知症初期集中支援チームの推進	長寿いきがい課
		（4）在宅医療・介護連携の推進	長寿いきがい課
		（5）ケアマネジメントの向上	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

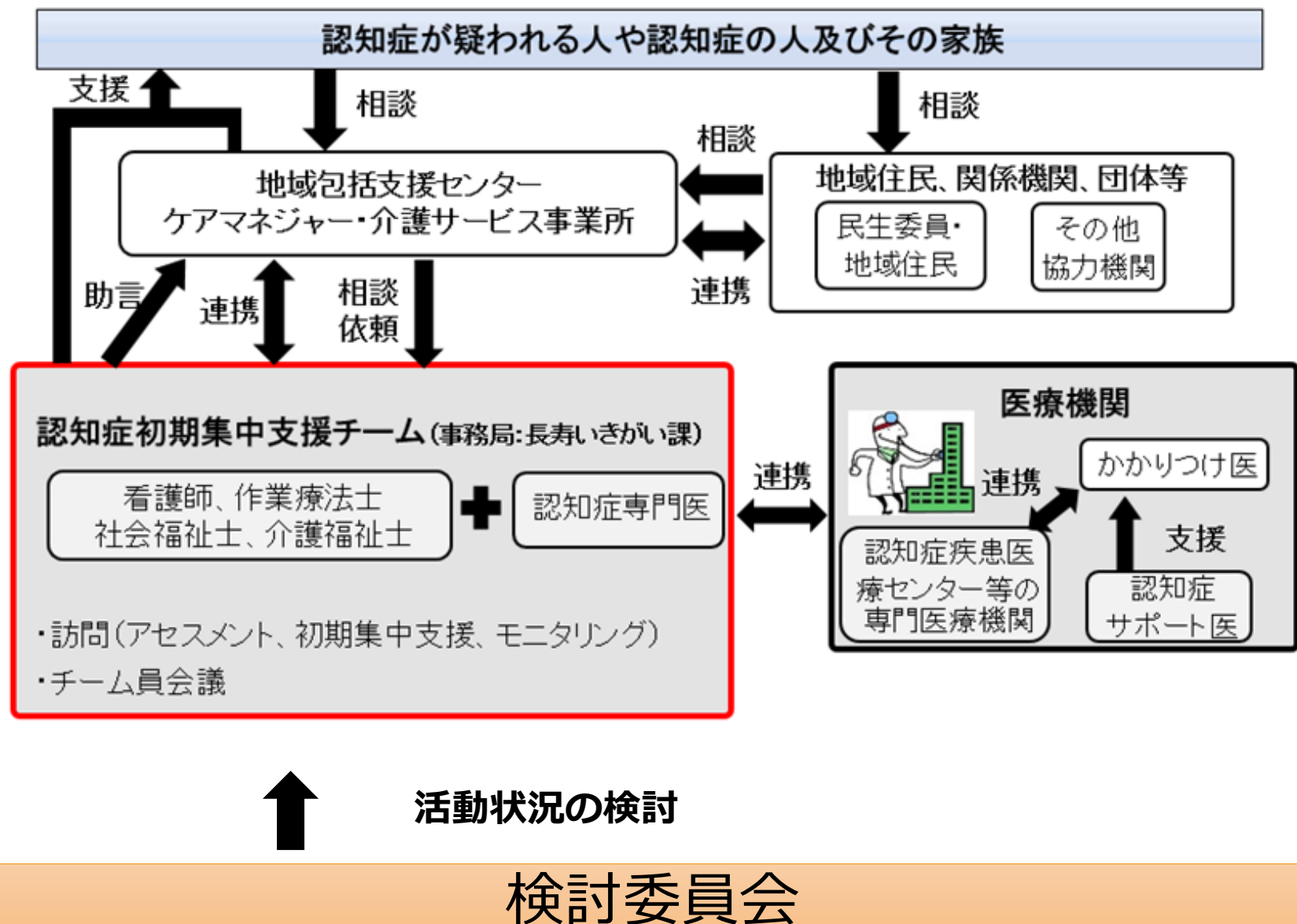
医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人（疑いを含む）や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント結果に基づき、必要な医療や介護の導入・調整等の支援を行う。

【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

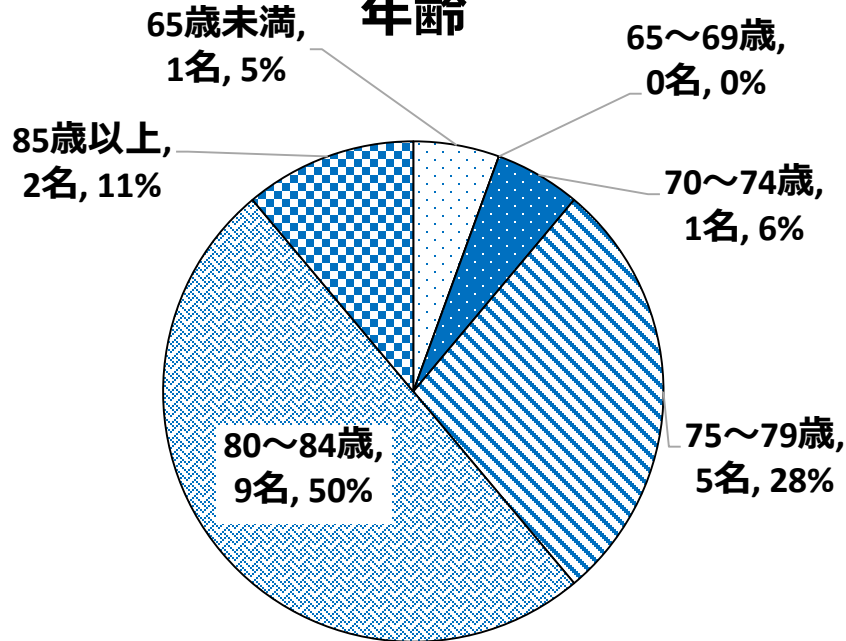
	令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度 (12月末)	
	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者
高穂	1件	1名	1件	1名	1件	1名	2件	2名	1件	2名
草津	2件	2名	2件	2名	0件	0名	0件	0名	2件	2名
老上	1件	0名	6件	5名	3件	3名	2件	1名	0件	1名
玉川	1件	1名	2件	1名	1件	1名	1件	1名	2件	3名
松原	3件	3名	6件	5名	0件	0名	2件	1名	2件	2名
新堂	2件	2名	0件	0名	0件	0名	0件	0名	2件	2名
合計	10件	9名	17件	14名	5件	5名	7件	5名	9件	12名
延べ 支援 対象	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)		6名 (内、前年度 継続1名)		12名 (内、前年度 継続3名)	
訪問 回数	42回		39回		18回		15回		36回	

令和6年度は、精神疾患等を背景にもの忘れ等の認知機能低下がみられる高齢者とその家族に関する相談が多く上がってきたことにより、支援期間の平均日数（R4～6の支援終了者における平均支援日数156.3日、R6支援継続中の平均支援期間157.4日）および訪問支援回数が増加している。

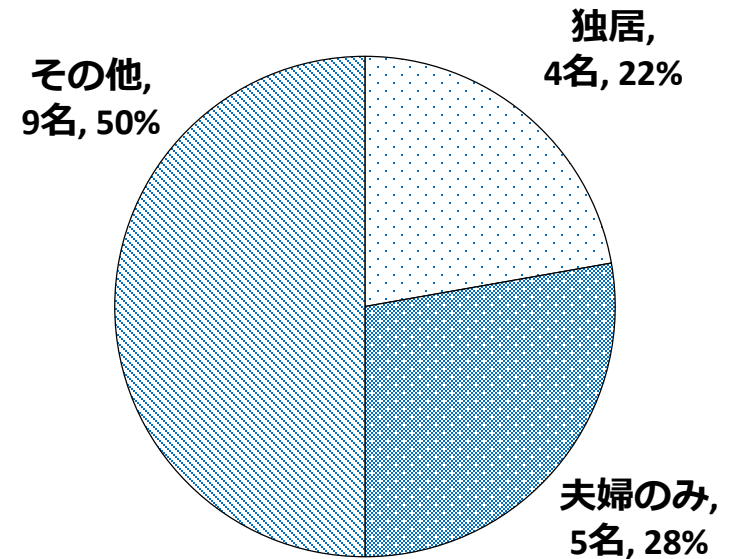
支援対象者の属性

R4年度～R6年12月末までの支援対象者

年齢

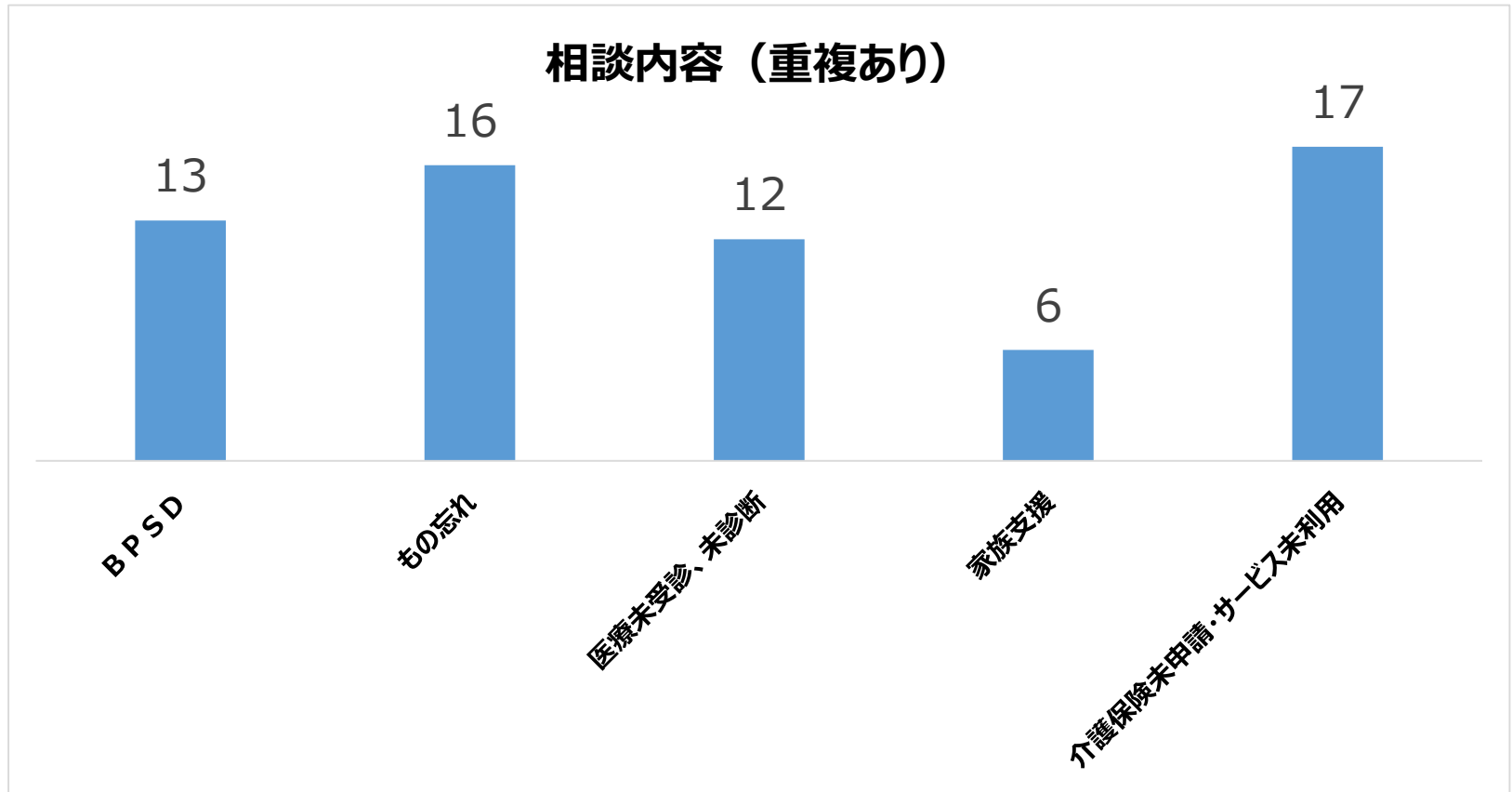


世帯状況



- ・性別は、女性の割合 56%、男性の割合 44%であるが、男性の割合が増加傾向である。
- ・年齢は 75 歳以上が 90% 以上であり、80～84 歳が全体の 50% を占める。
なお、65 歳未満の 1 ケースは精神疾患等、認知症以外の可能性も考えられる。
- ・世帯状況は、同居家族のいる高齢者世帯が 50%、高齢者のみ世帯が 50% であり、同居家族のいる高齢者の割合が増加している。同居しているものの家族の力が不十分であり本人への対応が難しかったり、高齢者の問題自体も複雑化していることから、初期集中支援チームであったり、多方面からのアプローチが必要なケースも多い。

相談内容

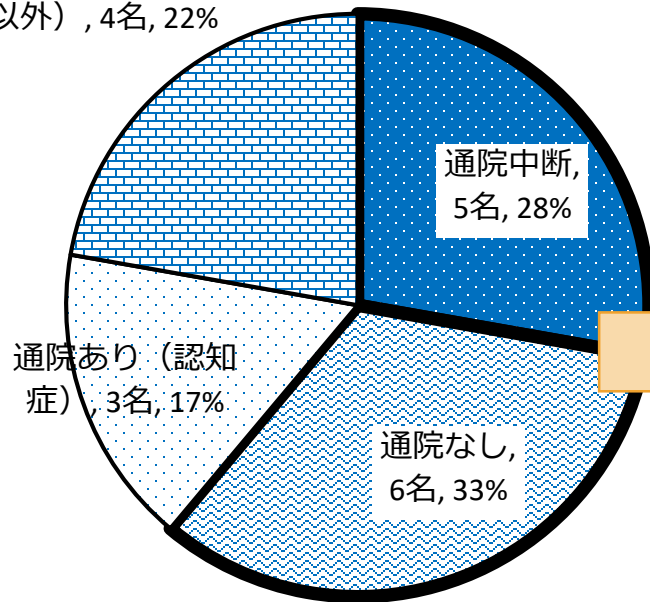


B P S D（認知症の行動・心理症状）や医療未受診・未診断のケースが全体の約70%、もの忘れがあるケースは全体の約90%、介護保険申請やサービス未利用のケースは全体の90%以上を占めた。また、B P S Dの内訳は、妄想、受診拒否、情緒不安定が多かった。家族支援が必要なケースは全体の1/3であった。

医療受診の状況

介入前 (n=18)

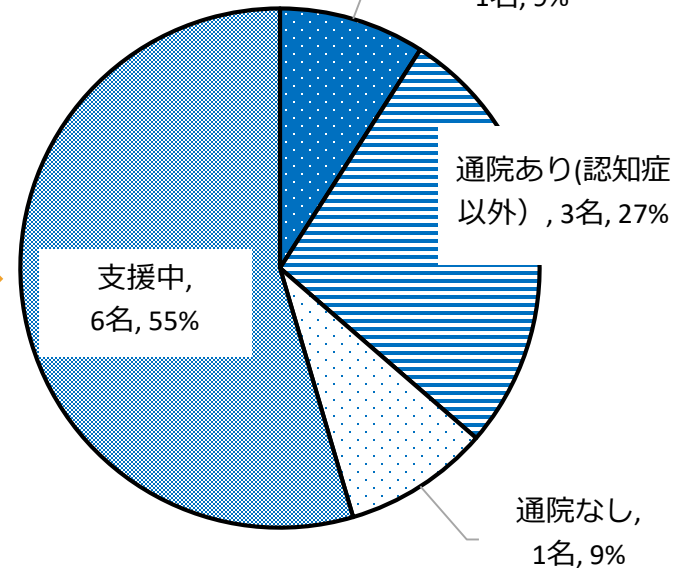
通院あり(認知症
以外), 4名, 22%



介入後 (n=11)

(通院なし+通院中断) の変化

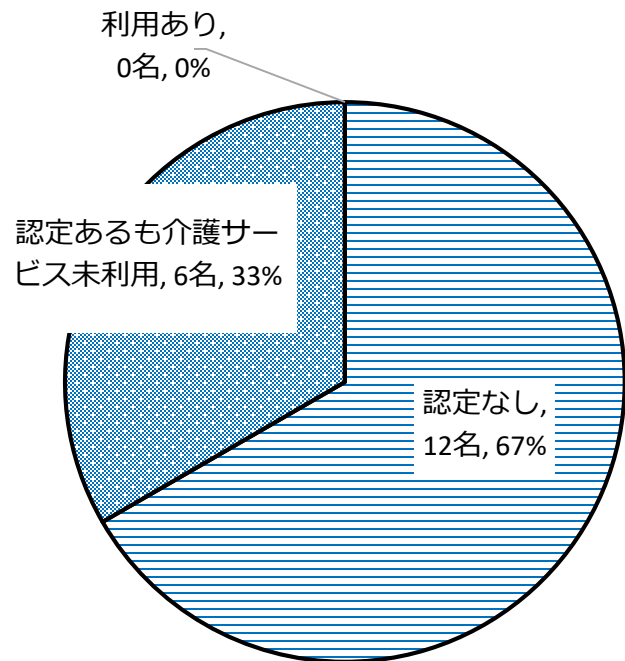
通院あり(認知症),
1名, 9%



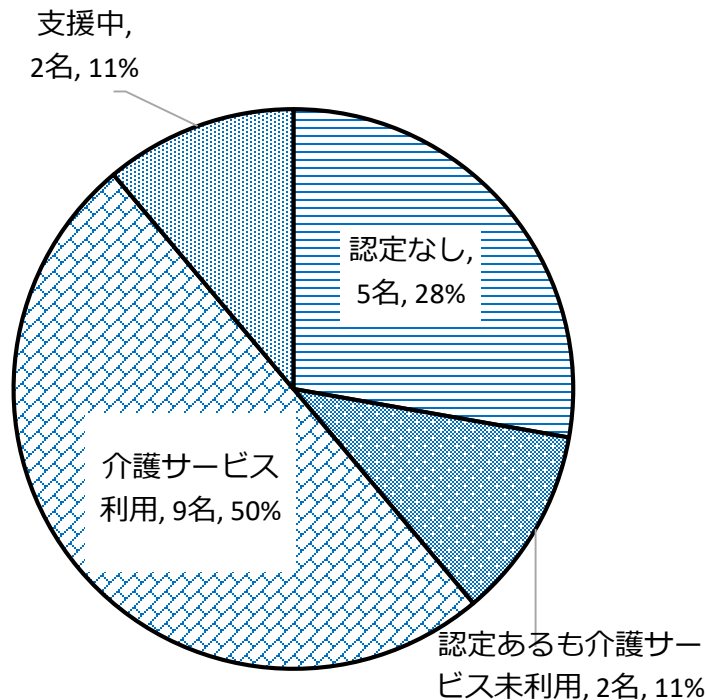
- ・治療中断していた5ケースのうち2ケースについては、チームの介入により医療への接続あるいは継続となった。認知症の診断へとつながったケースもあり、有効的に医療機関へのつながりができている。
- ・令和6年度に把握している通院中断・通院なしのケースについては、現在支援中のケースが多く、ケースに応じた医療への接続あるいは継続を促していく支援を継続していく。

介護サービスの状況

介入前



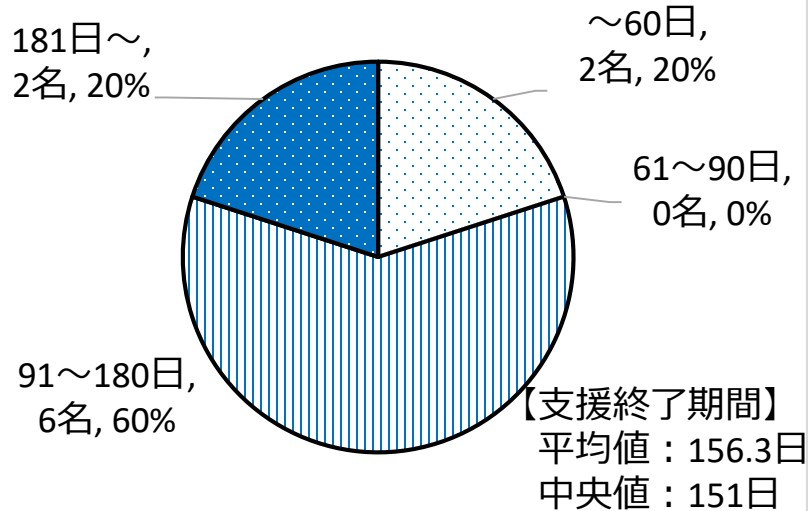
介入後



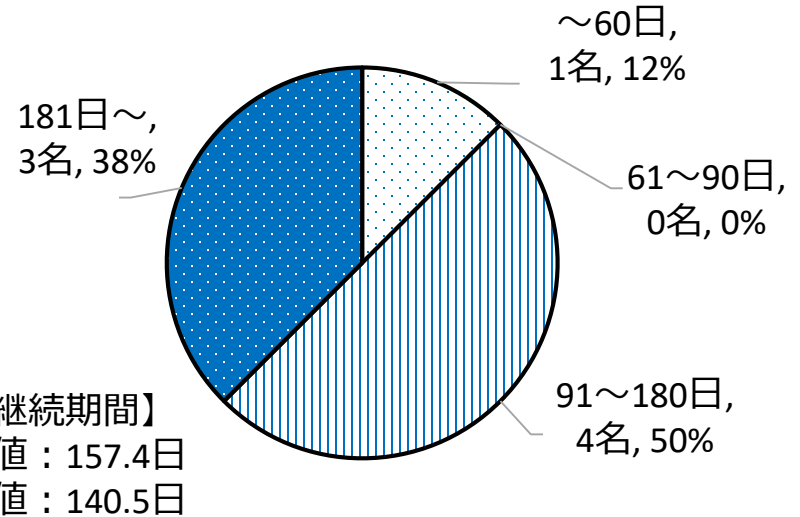
- ・ 67%が要介護（要支援）認定を受けておらず、33%は認定はあるがサービス未利用だったケースであったが、介入後、全体の50%がサービス利用につながった。
- ・ 介護サービスの導入だけがゴールではなく、地域包括や民生委員等、支援者の見守りが増加し支援体制が強化されることにより在宅生活が継続できるケースもある。そのため、介護サービスへつなげるだけでなく、地域の支援体制の構築、必要時に介入できるような体制の整備など、有効にできているといえる。

支援終了までの期間

支援終了に至るまでの期間

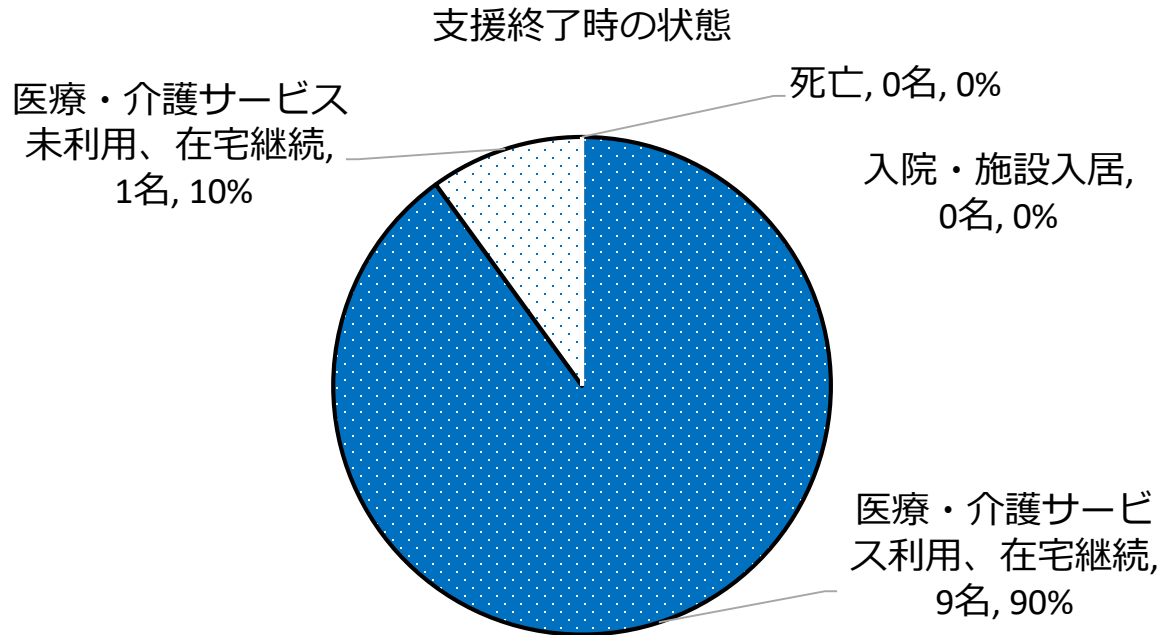


支援中事例の支援継続期間



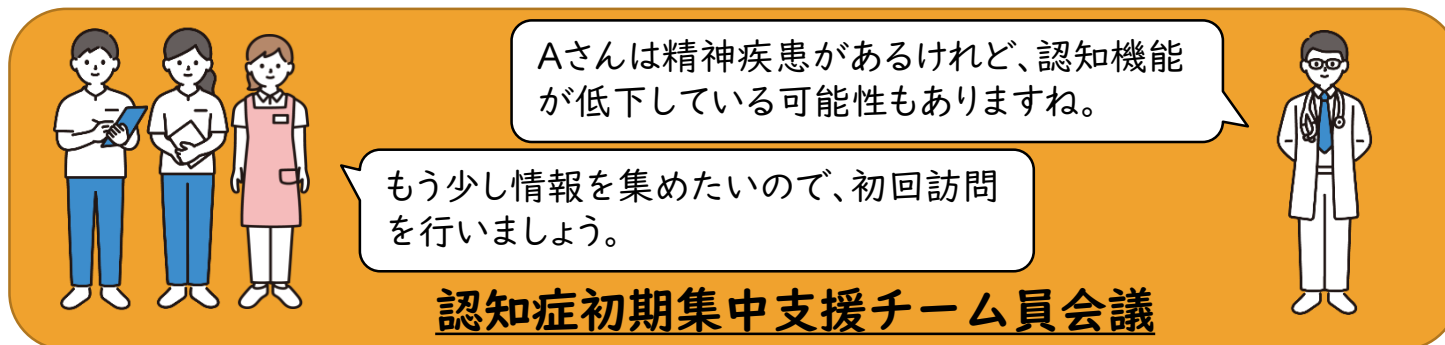
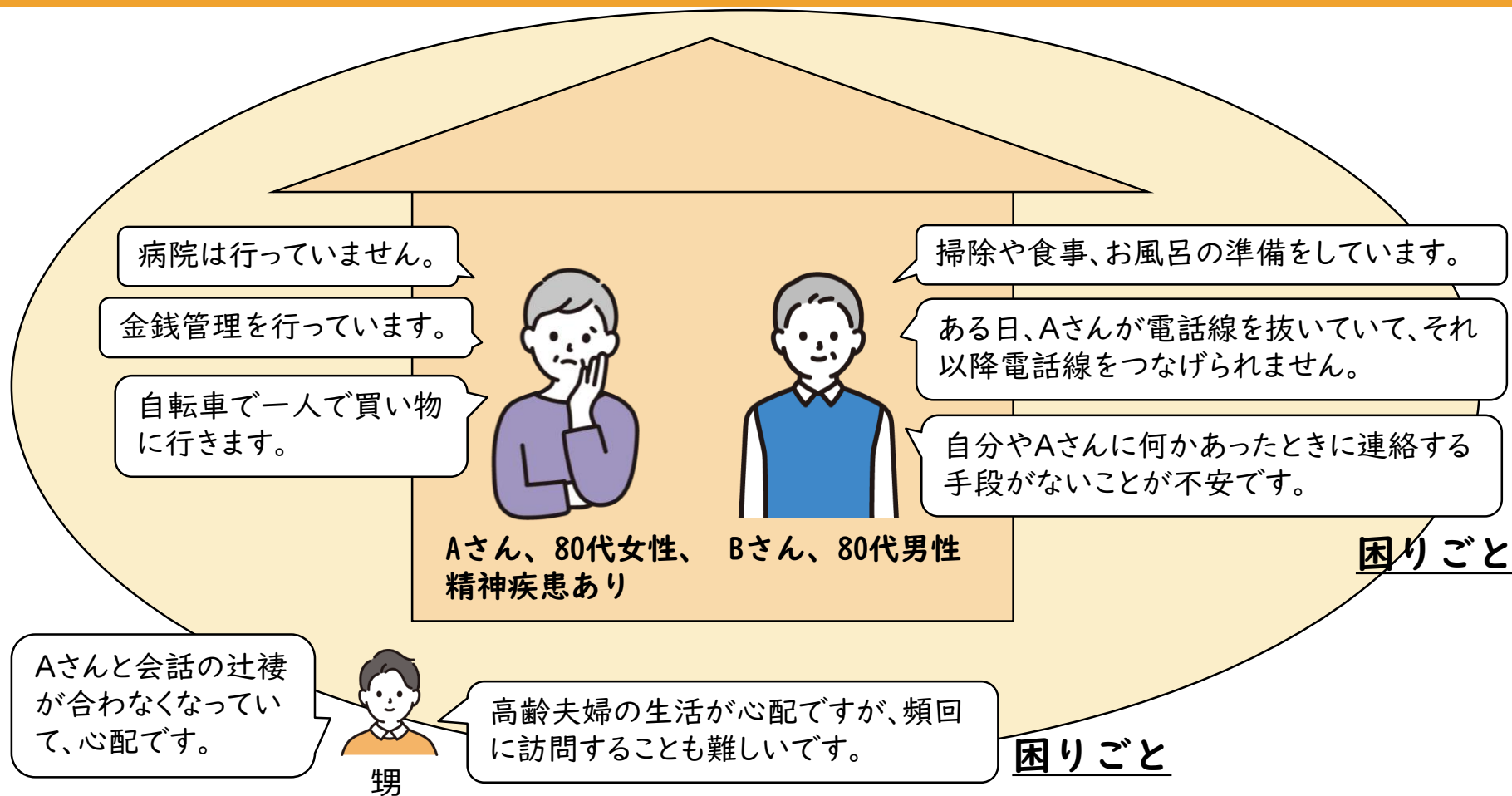
- ・チームの支援期間について、支援終了ケースの支援期間は概ね6か月以内（平均値156.3日、中央値151日）となっている。令和6年度では支援期間が長引いているケースが多く、支援継続ケースの支援継続期間は平均値157.4日、中央値140.5日となっており、支援終了期間の平均値を超えており、中央値もほぼ変わらない期間となっている。
- ・支援期間が長くなっているケースとしては、本人が第三者の介入を拒否するケースや、精神疾患等と思われる症状により医療機関への受診につながらないケース、家族の認知症やサービス利用への理解がないことや、家族が支援者に支援を任せきっており医療機関への受診や介護保険の申請・サービス利用に協力が得られないケースがある。
- ・複雑な課題を持つ高齢者が増加しており、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する場合もあるが、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はすぐに再度モニタリング訪問を行う等の支援を行っている。

支援終了時の状況



- ・ 支援終了時の状況として、支援対象者の約90%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は、本人に困りごとがなく介入のタイミングではなかったと考えられるケースであるが、包括やケアマネジャー、家族や民生委員等の支援者があり、地域での見守りを強化しているケースである。サービスを利用しなくとも本人の安全確認ができる環境を整えたことで、必要時すぐに介入できる体制を整えたことで、在宅生活の継続が可能となっている。

事例紹介①

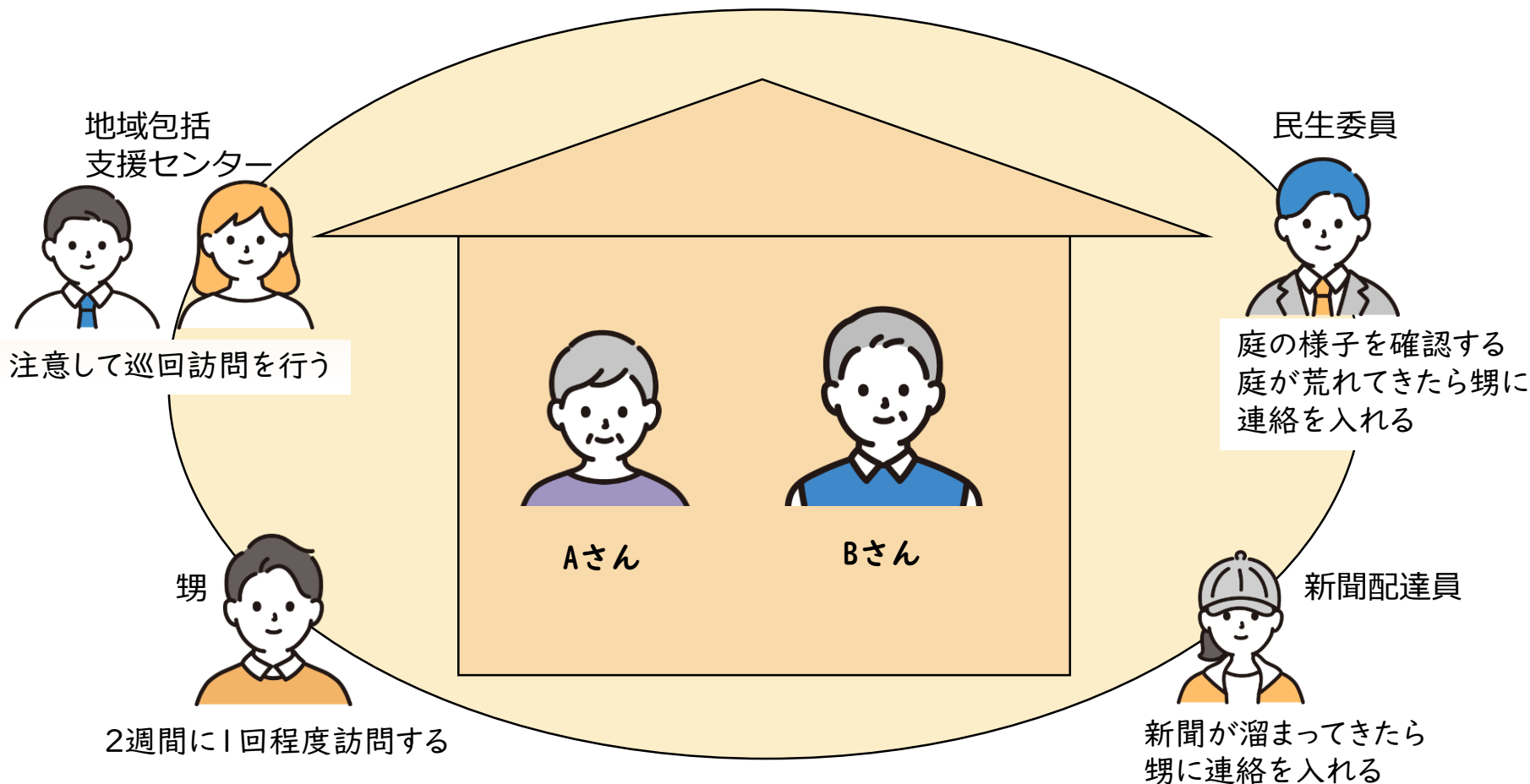


事例紹介②

	訪問時の様子	判断	初期集中支援 対象判定
 Aさん	・誰かと会話しているような様子で、一人で話し続けている ・手が届く距離に近づくと払いのける仕草をする ・甥から、Aさんのことを心配していると伝えても、Bさんが勝手に人を入れたと怒り、興奮がエスカレートする	認知症ではなく、精神疾患等で妄想や会話不成立が生じていると考えられる。	対象外
 Bさん	・初回訪問時、Bさんも訪問の対象であると伝えても理解できない ・2回目の訪問時には初回訪問のことを忘れている ・年齢を答えられない ・同じ話を繰り返す ・具体的な質問をしていくと、返事が曖昧になったり辻褄が合わなくなる	認知症が疑われる	<u>対象</u>

	チームからの支援	生活の様子
 Bさん	・訪問 ・サービスの提案	・日常生活面では、掃除・洗濯・食事も自立しており、介護サービスは不要。 ・小まめに庭の手入れを行っている。新聞を購入している。 ・安否確認の目的で高齢福祉サービスを提案したが、Bさんが不要とされたため導入なし。

事例紹介③



AさんBさんに困りごとがなく、夫婦としての生活は維持できていました。現時点では、介護や医療サービス導入の緊急性は低いことを支援者間で共通認識することができました。また、チーム員が介入したことをきっかけとして、高齢夫婦の安否確認を含む生活の変化を早期にキャッチする見守り体制を整える機会となり、効果的な介入ができたと考えています。

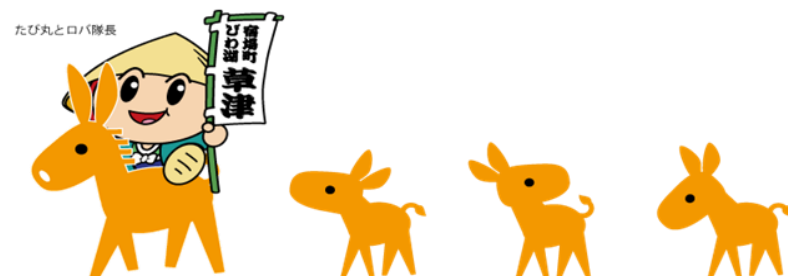
認知症初期集中支援チーム活動から見てきたこと

<チーム介入のメリット>

- ・看護師が訪問し、本人の状態・生活状況を観察・アセスメントできるので、受診や介護サービスの必要性について根拠をもって説明できる
- ・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
- ・介護サービス事業所職員から利用できるサービスについて具体的に説明してもらえるので、支援者や支援対象者がサービスを活用するという選択肢を持つことができる

<支援者からの声>

- ・チームに伴走してもらえることで、受診の緊急性の判断を相談できたり、医療機関受診についてもスムーズになくことができてありがたい
- ・支援方針に悩んでいるときもチームと一緒に見通しを立てることができて安心できる



今後の方向性

- ・精神疾患等が背景に認知機能低下症状がある高齢者とその家族を支援するケースが多く、より困難なケースへの対応が見込まれるため、家族を含めた支援者が安心して本人の支援を行っていただけるようにチームとしてサポートを行っていく。