

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

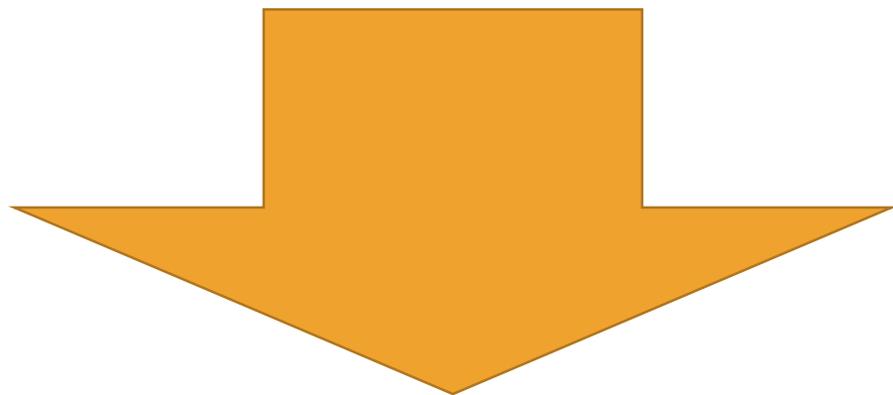
草津市認知症施策アクション・プラン 第4期計画（令和6年度～令和8年度）

【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

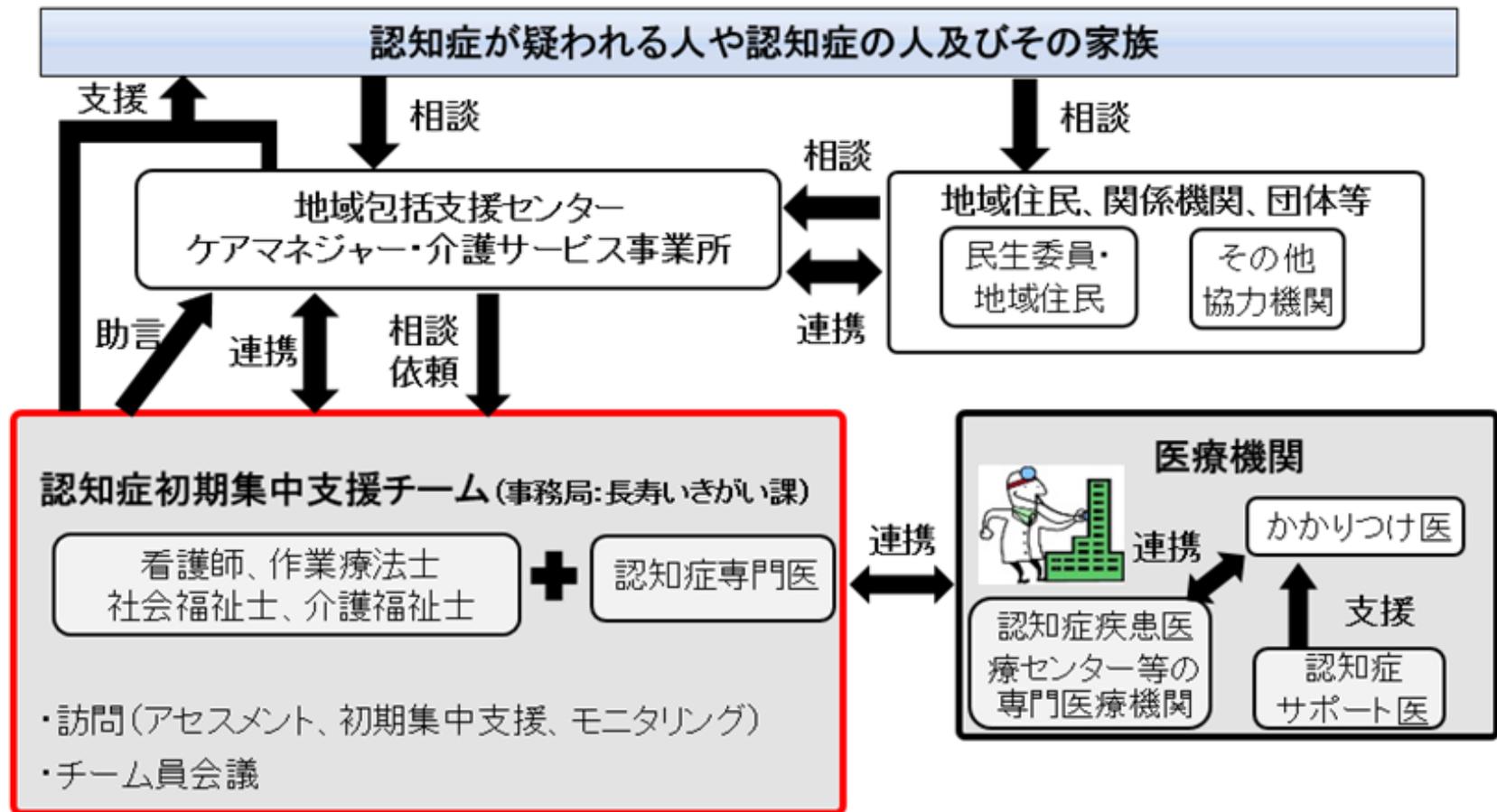
医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症の人（疑いを含む）や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント結果に基づき、必要な医療や介護の導入・調整等の支援を行う。

【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



活動状況の検討

検討委員会

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

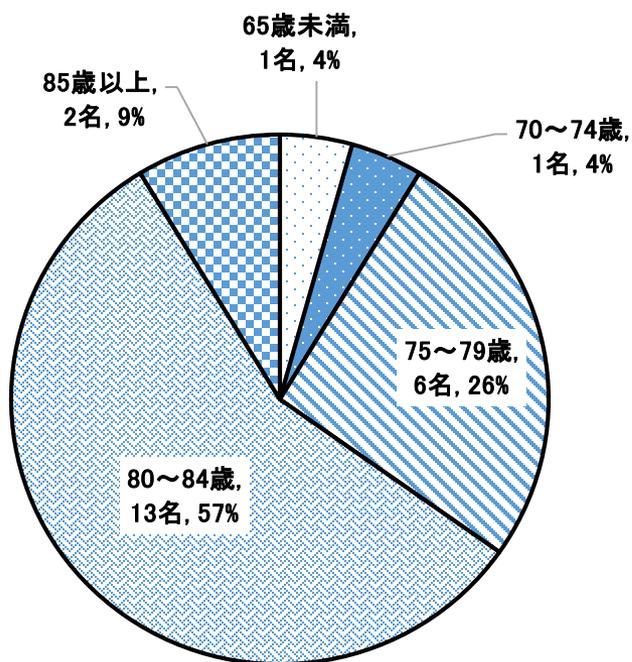
	令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度		令和7年度 (12月末)	
	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者	新規相談件数	支援対象者
高穂	1件	1名	1件	1名	1件	1名	2件	2名	1件	1名	1件	1名
草津	2件	2名	2件	2名	0件	0名	0件	0名	2件	2名	1件	0名
老上	1件	0名	6件	5名	3件	3名	2件	1名	0件	0名	1件	1名
玉川	1件	1名	2件	1名	1件	1名	1件	1名	2件	1名	0件	0名
松原	3件	3名	6件	5名	0件	0名	2件	1名	2件	2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	1件	1名
合計	10件	9名	17件	14名	5件	5名	7件	5名	9件	8名	6件	5名
延べ支援対象者数	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)		11名 (内、前年度継続3名)		9名(12月末) (内、前年度継続4名)	
訪問回数	42回		39回		18回		15回		40回		31回 (12月末)	

R7年度検討事例については、本人だけでなく、家族全体の課題が背景にあるケースの相談事例が上がってきており、多職種によるチーム員の相談支援が必要なケースとなっている。支援期間の平均日数（R4～7の支援終了者における平均支援日数167.91日）、および訪問支援回数が増加している。

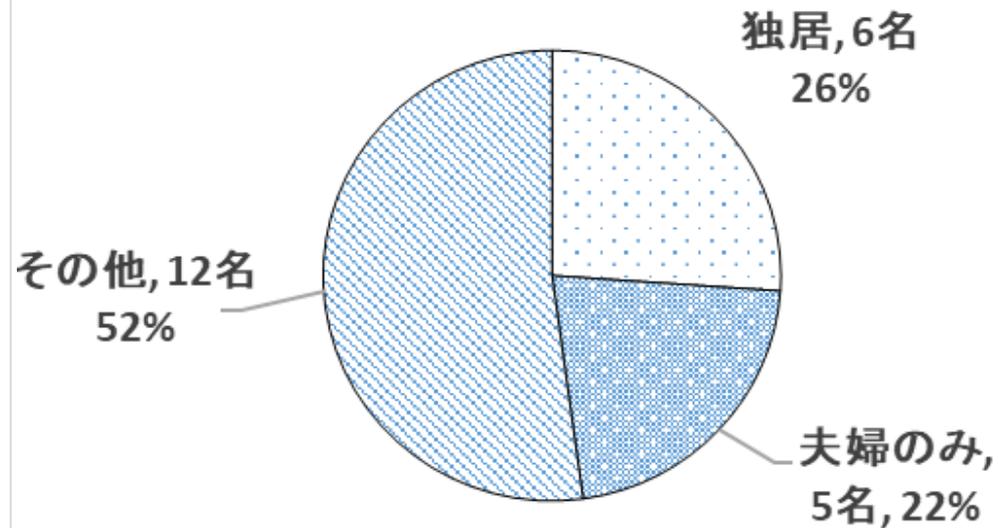
支援対象者の属性

R4年度～R7年12月末までの支援対象者

年齢



世帯状況

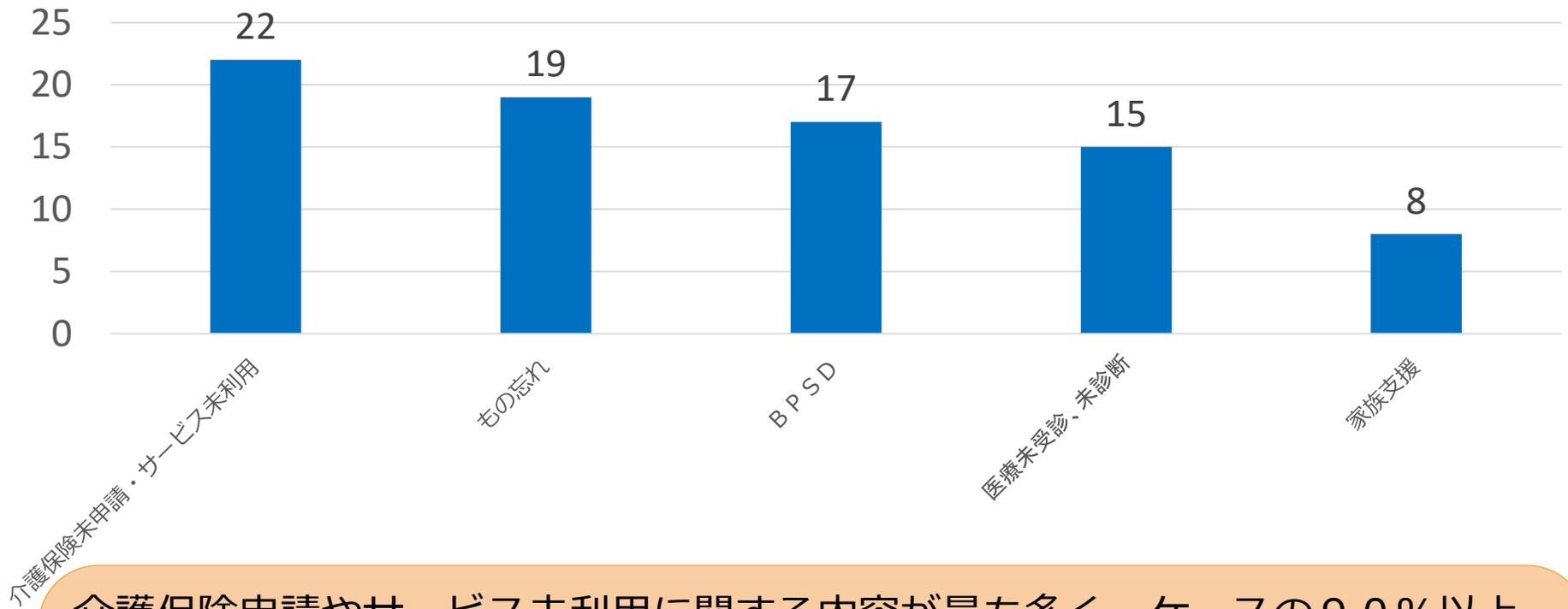


- ・性別は、女性の割合57%、男性の割合43%である。
- ・年齢は75歳以上が90%以上であり、80～84歳が全体の50%を超えている。
- ・世帯状況は、同居家族のいる高齢者世帯が52%、高齢者のみ世帯が48%であり、同居家族のいる高齢者の割合が増加している。同居しているものの家族の力が不十分であり本人への対応が難しかったり、高齢者の問題自体も複雑化していることから、初期集中支援チームであったり、多方面からのアプローチが必要なケースも多い。

相談内容

R4年度～R7年12月末までの支援対象者

相談内容（重複あり） n=23



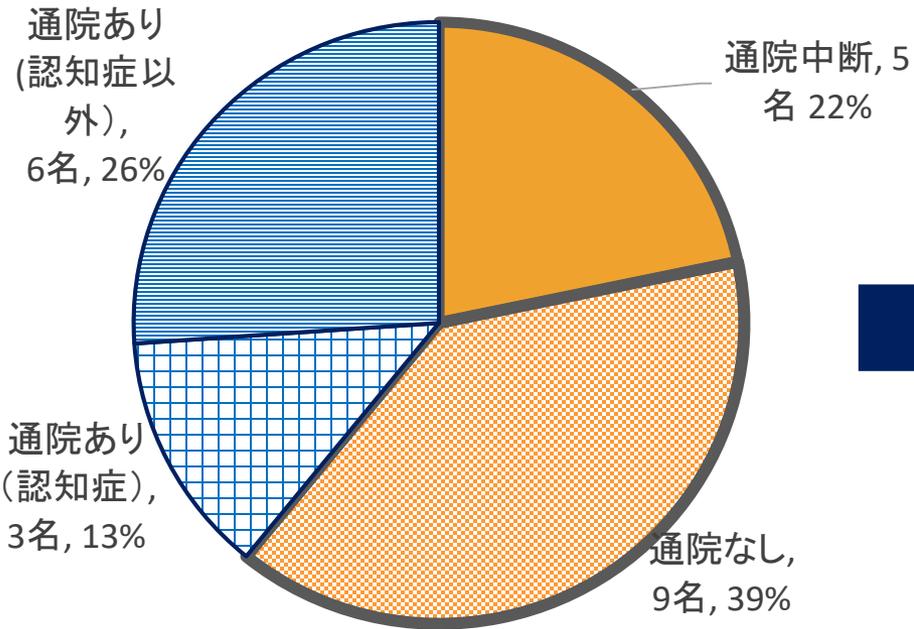
介護保険申請やサービス未利用に関する内容が最も多く、ケースの90%以上で相談内容にあがっていた。その他にはもの忘れがあるケースが約80%、BPSD（認知症の行動・心理症状）が約70%、医療未受診・未診断が65%で相談内容にあがっていた。

また、BPSDの内訳は、妄想、受診拒否が多かった。家族支援が必要なケースは全体の約1/3であった。

医療受診の状況

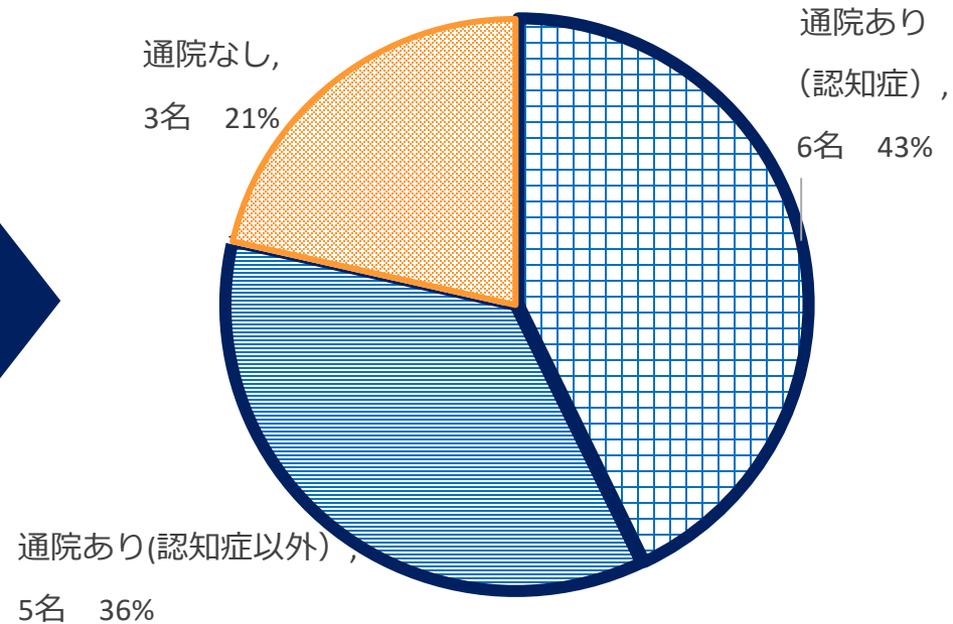
R4年度～R7年12月末までの支援対象者

医療受診状況 介入前 (n=23)



介入後の医療受診状況

(通院なし+医療中断 N=14)

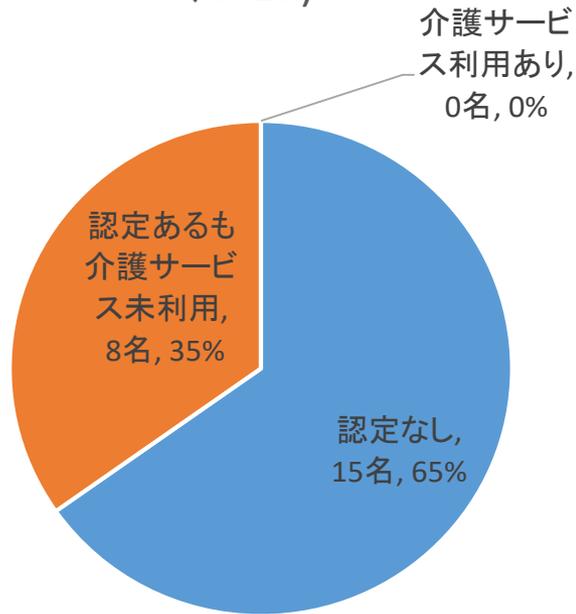


- ・ 治療中断や通院なしケースにおいてチームの介入により医療へ繋がり、認知症の診断へ至ったケースもあり、有効的に医療機関へ繋ぐことが出来ている。

介護サービスの状況

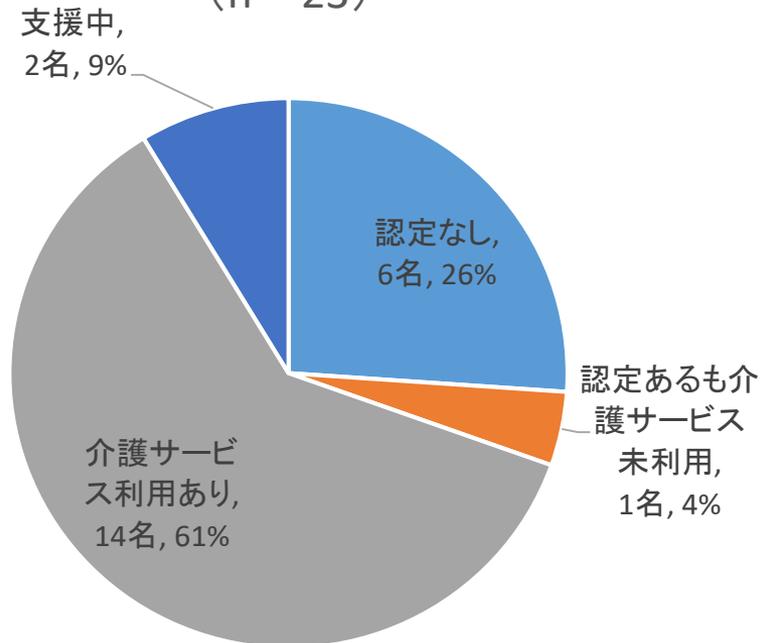
介護サービス用状況 介入前

(n=23)



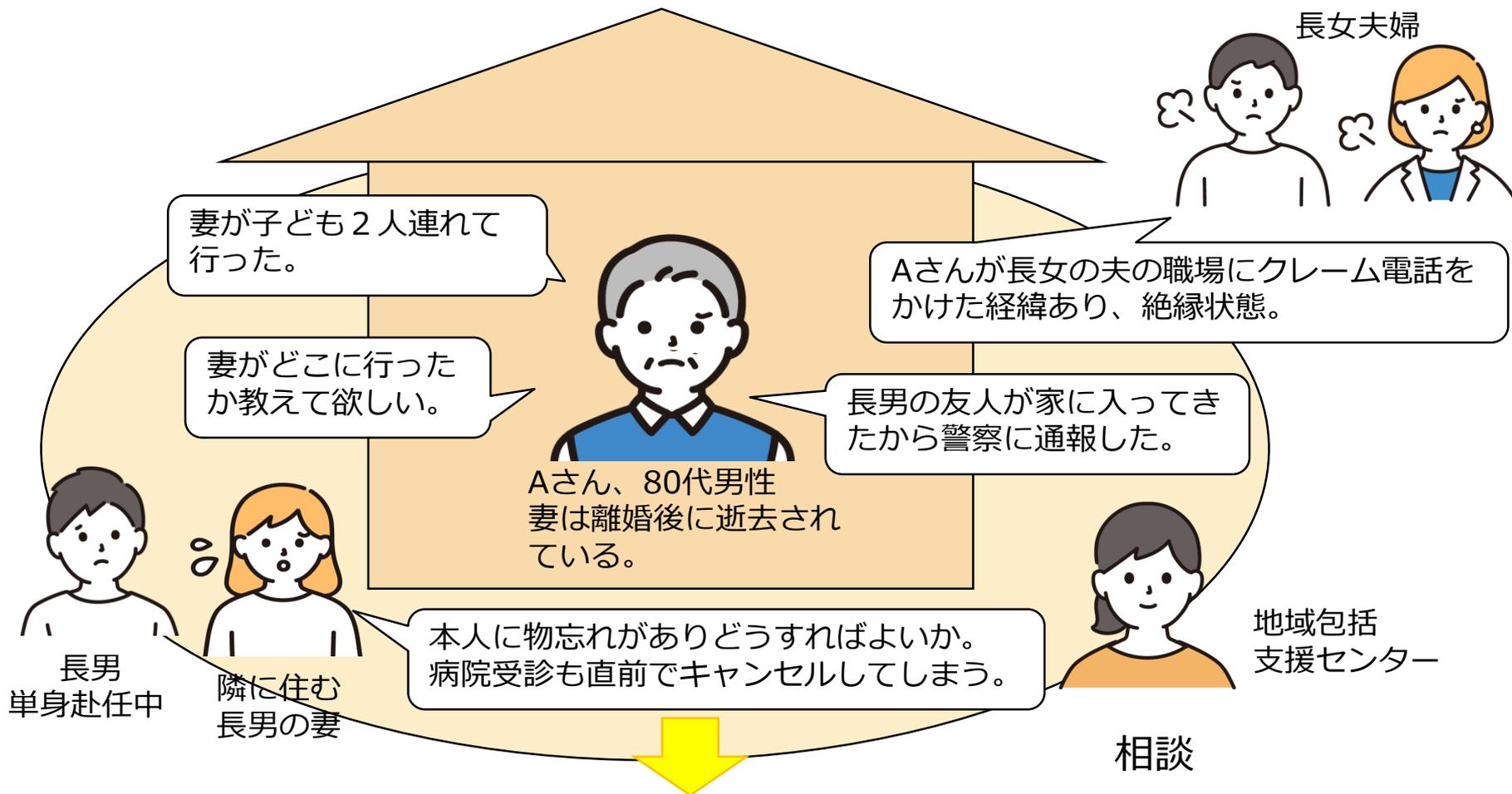
介護サービス利用状況 介入後

(n=23)



- ・ 65%が介護保険認定を受けておらず、35%は認定はあるがサービスを利用していなかったケースであったが、介入後、全体の61%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、介護制度へのつなぎ、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。

事例紹介①

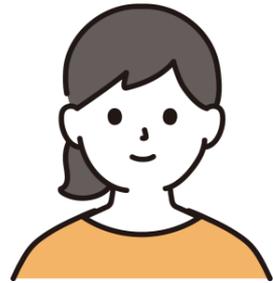


Aさんは物忘れを自覚しているが、不安のため受診を拒否している可能性もありますね。

もう少し情報を集めたいので、初回訪問を行きましょう。

認知症初期集中支援チーム員会議

事例紹介①



地域包括
支援センター



認知症初期集中
支援チーム員

体調が悪いから訪問はしない。

訪問を拒否

体調が悪いのなら心配なので、
様子を見せて下さい。

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



Aさん

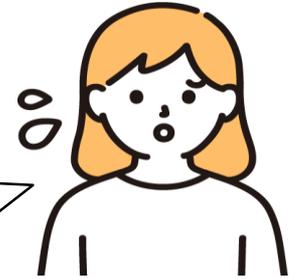
訪問時のAさんの様子

- ・ 階段で転倒したと足を引きずり、「この足の痛みが取れたら有難い」と話す。
- ・ 便や尿で衣服は汚れている。
- ・ 1か月以上入浴していない。
- ・ 冷蔵庫に閉まりきらない量の食品が入っており、冷蔵庫の中で腐っている。
- ・ テーブルの上に腐敗した食品が置いてあり「娘が食べるものです」と話す。
- ・ 「妻は夜中に帰ってくる」と話す。

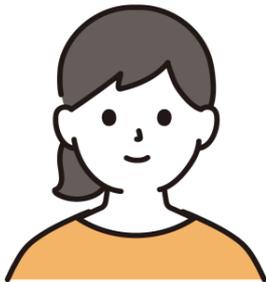
足の疼痛や打撲について病院受診が必要と判断
医療職が訪問することで受診の必要性について根拠をもって説明

事例紹介①

- ・ Aさんの家に入っていないので、生活や家の中の様子はわからない。
- ・ Aさんのことは嫌いです。
- ・ 月に1回位Aさんが家に訪ねて来ることが負担に感じる。
- ・ 誰か第三者に関わってもらいたい。
- ・ 火事や車で事故を起こす前に誰かの見守りのある所で生活して欲しい。



長男の妻



地域包括
支援センター

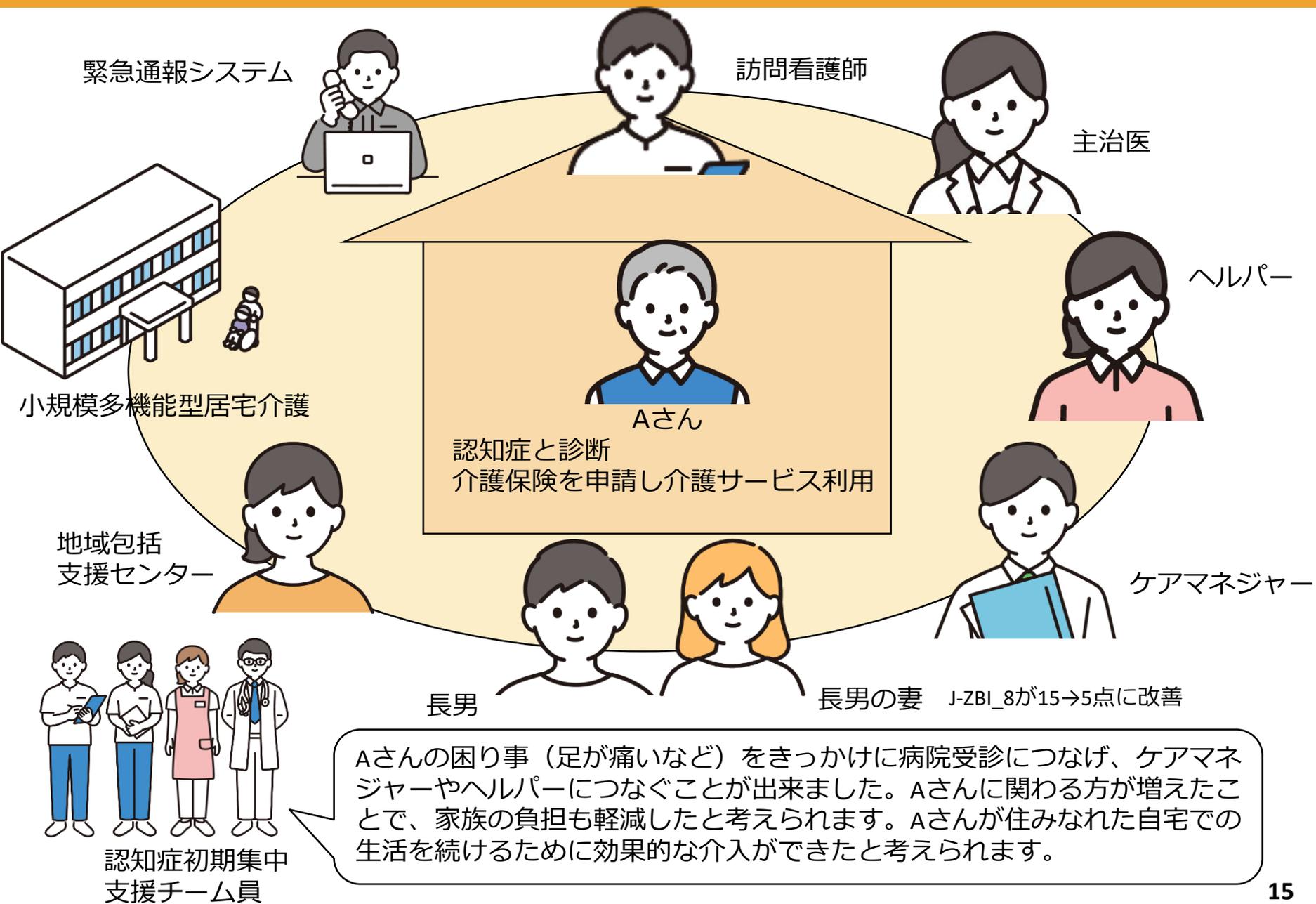


認知症初期集中
支援チーム員

J-ZBI_8が32点中、15点であり、家族の介護負担が重い。介護を必要とする状況に対する否定的な感情の質問項目の点数が高い。
家族は第三者が入ることには肯定的。
関わる人の少なさがAさんの孤独につながっている可能性がある。

・ J-ZBI_8（短縮版Zarit介護負担尺度日本語版）：介護者が感じている困難やストレスの深刻度を知ることができるツールで、J-ZBIの簡易版。介護を必要とする状況に対する否定的な感情の程度に関する質問（5つ）と介護によって社会生活に支障をきたしている程度に関する質問（3つ）で各質問項目0～4点の配点で負担度が大きいほど高得点となり、32点中13点以上は介護負担が大きいとされている。

事例紹介①



事例紹介②

Bさんは1日に何度も
近所のCさん宅を訪問する

近所の人のお世話を
している

デイサービスは年寄り
が行くところだから行かない



Bさん
80代女性

Cさん宅



1日に何度もBさんが
家に訪ねてきて数時間
居座る

会話中に意見を言う
とBさんが怒り始める

Cさん
Bさんのご近所

Bさんの行動にご近所さんが困っている

Bさんが地域で生活していくため
にはどうすればよいのか。

民生委員



相談



地域包括
支援センター



Bさんの様子を把握するために、Cさんからも
話を聞く必要がありますね。

初回訪問に行いましょう。

認知症初期集中支援チーム員会議



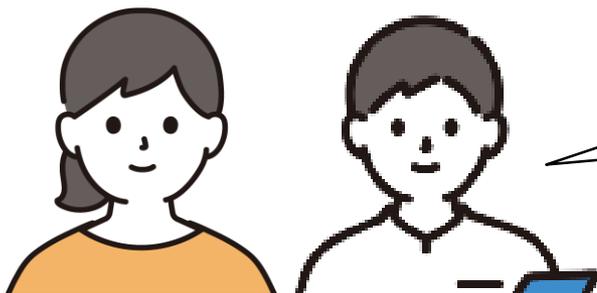
事例紹介②

Bさんに怒られることが苦痛でストレスが溜まると精神的にしんどい。
対等に会話をしてくれるのなら家に来てくれてもかまわない。
Bさんはデイサービスの利用は嫌がっていたので難しいと思う。



ご近所の
Cさん

Bさんが体験されたような場所だけでなく、
様々なデイサービスがあります。



地域包括
支援センター

認知症初期集中
支援チーム員

そんなところがあるのですね。私が行きたいくらいです。
良いところがあるから一緒に遊びに行きましょうと
Bさんを誘ってみます



ご近所の
Cさん



認知症初期集中
支援チーム員

CさんはBさんの対応に困ってはいましたが、Bさんとお話することを自分の役割としても考えてくれていました。チーム員であ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たことで、Bさんもデイサービスを利用することが出来ました。
Cさんのようなご近所の方はフォーマルサポートだけではカバーできない部分を支える大切なインフォーマルサポートであると言えます。

まとめ

- ・ 看護師が本人の状態・生活状況を観察・アセスメントすることで、医療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。
- ・ 介護福祉士から利用できる介護サービスについて具体的に説明することで、支援対象者が介護サービスのイメージがもつことができ、サービス利用にスムーズつながる。
- ・ チーム員が介入することで多くのケースが医療受診や介護サービス利用に繋がる事ができた。
- ・ 認知症の方が地域で安心して暮らしていくために、フォーマルサービスだけでなくインフォーマルサポートと連携していくことも重要である。

