

栗東市認知症初期集中支援チームの設置状況及び活動実績

検討委員会について

栗東市認知症初期集中支援事業実施要綱第5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。

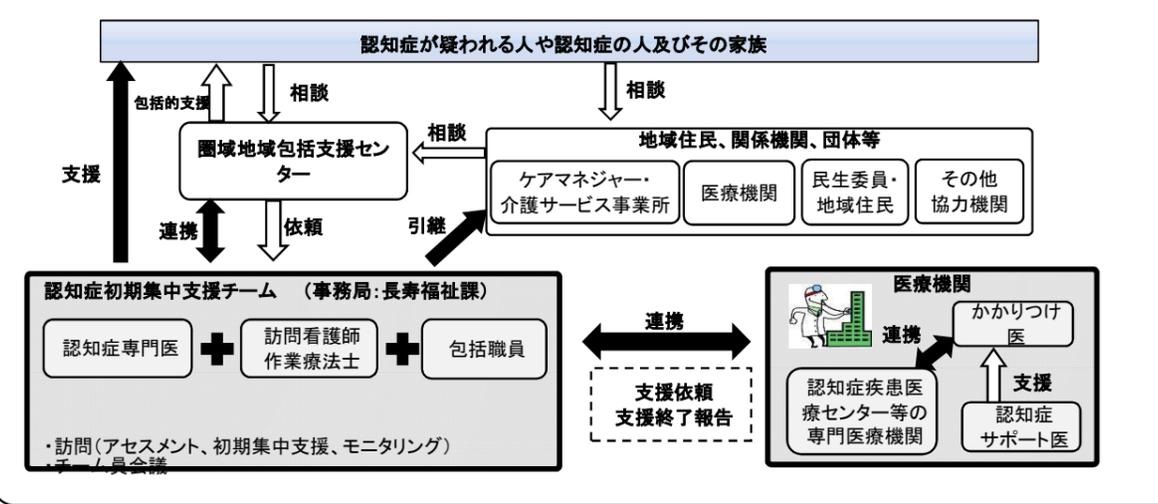
事業目的

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支援を行う「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

事業概要

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・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、次のいずれかに該当する者
- ①医療サービス若しくは、介護サービスを受けていない者、又は中断している者で次のいずれかに該当する者
 - ア)認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - イ)継続的な医療サービスを受けていない者
 - ウ)適切な介護サービスに結び付いていない者
 - エ)介護サービスが中断している者
 - ②医療サービス又は介護サービスを受けているが認知症の行動及び心理症状が顕著なため対応に苦慮している者

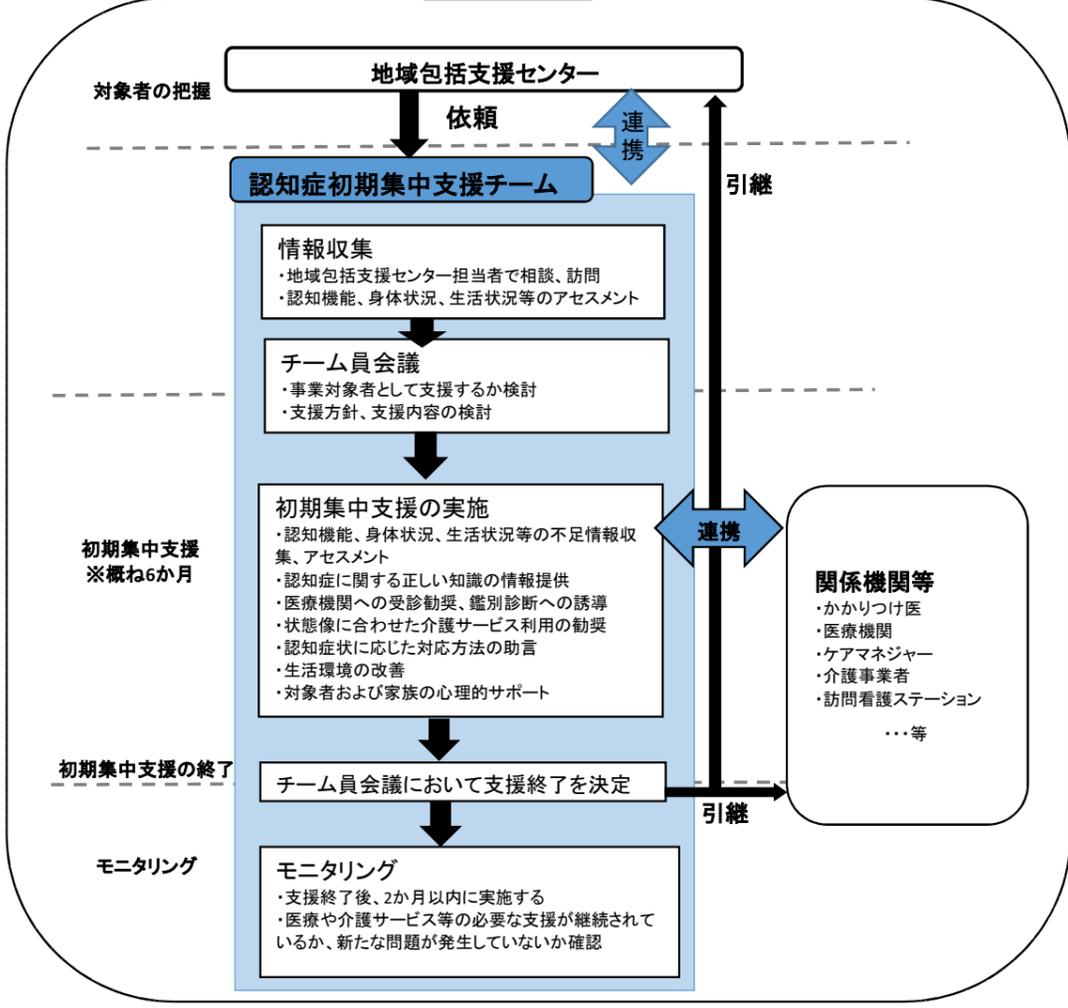


チーム員支援の成果

- ・事例は少なかったが、1事例ずつ丁寧に関わることができた。
- ・ファーストタッチから集中的な支援ができたことで関係を築くことができた。(→結果として、関わり開始から3か月までに半分以上が医療やサービス導入に繋がった)
- ・かかりつけ医との連携をとることができた。結果的に専門医受診につなげることができた。

【現状・課題】
かかりつけ医の月1回の診察時、かかりつけ医も本人の認知症の症状に気づかれず、本人も専門医への受診は拒否あり、初期支援チームよりかかりつけ医に情報提供書を送付し、かかりつけ医が本人の状態を知ることができ、介護認定の申請及び訪問看護の導入に結び付いた。
【目指す姿】
認知症の人が適切に医療(かかりつけ医、専門医)や必要なサービスと繋がることできる。
【具体的な取り組み】
推進員がかかりつけ医への繋ぎ役として、本人・家族のアセスメントをして、かかりつけ医や専門医への受診にどう繋げるか丁寧に支援を重ねる。かかりつけ医受診時には同行受診し、本人の状況説明を実施、専門医受診へのタイミングや対応等をかかりつけ医とともに検討する。

業務の流れ



課題と今後の取り組み

課題: 診断後やサービス介入後の療養生活時に、本人への日常生活の対応(感情コントロール、介護拒否、排泄の問題等)に家族が困っている状況がある。
⇒在宅での生活を継続していく上で、家族が本人と一緒に過ごす時間は長く、本人・家族の双方を支援することが必要。

- 【今後の取り組み】
- ◆日常生活の中での困りごとへの支援に向け、作業療法士がチーム員に参画
 - BPSDや認知症の症状や行動を分析し、それに対して生活をみながら相談対応、評価をすることができる
 - 買い物や調理、金銭管理などの手段的日常生活動作において、どこまでが出来て、どこが難しいのかをアセスメントすることができる
 - 上記アセスメントから、チーム員全員で生活の困難さを一緒に解決していくためにどうしたら良いかを検討することができる
 - ◆認知症の人が何に困り、どういったサポートがあれば良いのか、個別事例を丁寧にアセスメントし、生活を支える工夫を少しずつ見える化していき、次の施策に繋いでいく
 - 認知症の人の暮らしに寄り添い、ちょっとした困りごとを解決し、これまで通りの生活が送れるようサポートをしていく
 - 地域での生活継続のための工夫方法のノウハウが必要。⇒チーム員で共有する

栗東市認知症初期集中支援チームの設置状況及び活動実績

①活動実績（平成29年9月～令和2年1月時点）

初期集中支援チーム員会議にあがったケース件数 17名			
チーム支援対象		チーム支援対象外	
支援終了	9名	専門医受診	2名
支援継続中	1名	神経内科受診	1名
モニタリング待ち	0名	精神対応	1名
合計	10名	同意取れず	1名
		包括継続支援	2名
		合計	7名

【支援終了時の状況】

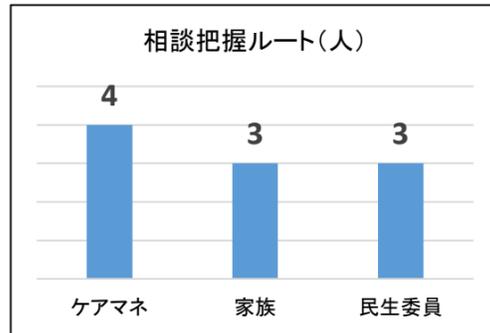
専門医受診	3名
介保サービス導入	2名
虐待対応	2名
本人死亡	1名
包括継続支援	1名

支援終了時の状況としては、本人死亡やチーム介入途中で虐待対応となったケースもあるが、医療受診やサービスの導入等により、在宅生活が継続できている。

【訪問人数と回数】

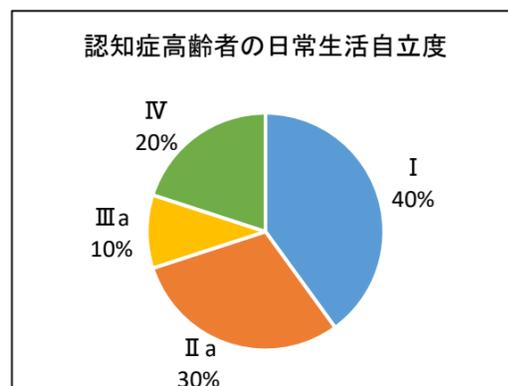
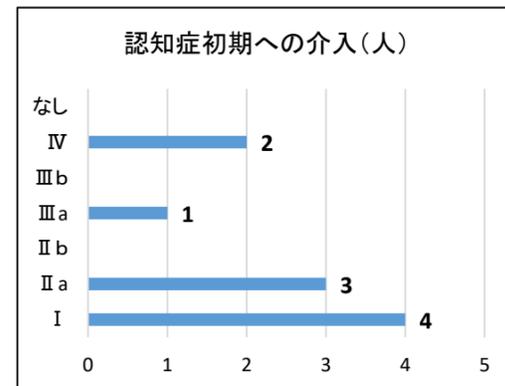
	支援対象者	訪問回数
平成29年度 (9月開始)	3名	19件(内、看護師同行5件)
平成30年度	4名	18件(内、看護師同行12件)
令和元年度 (R2.1月時点)	3名	9件(内、看護師同行6件 OT同伴2件)
合計	10名	46件(内、看護師同行23件 OT同行2件)

②把握ルート



認知症高齢者の日常生活自立度は、70%がⅠかⅡを占めている(全市町の平均と同様の割合)。身体的・認知機能的には比較的軽度だが、介護者や周囲が困り相談に来所されている事が分かる。
認知症高齢者の日常生活自立度はⅢより大きくなると、自宅での生活に支障が生じやすくなるため、チームが在宅生活の維持に向けて、適切な介入を行っていく必要がある。

③介入時期

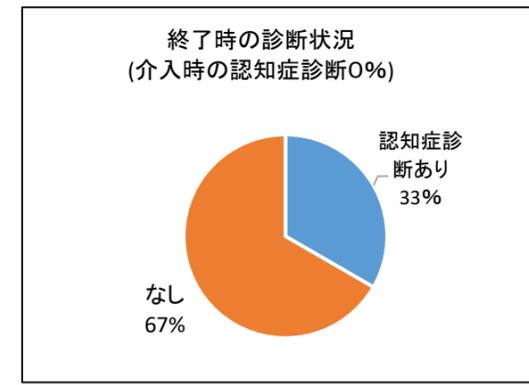
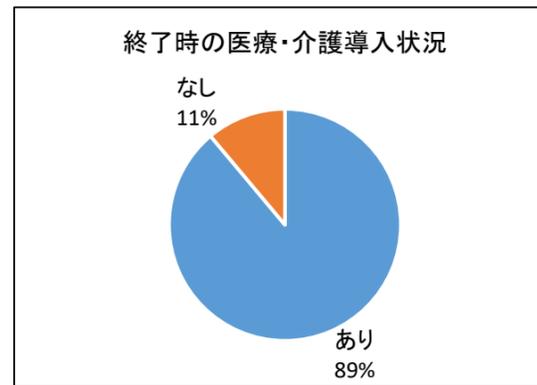
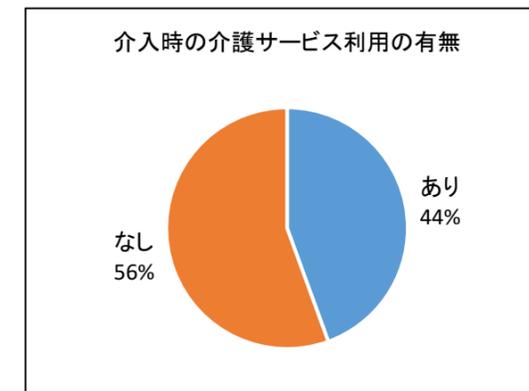
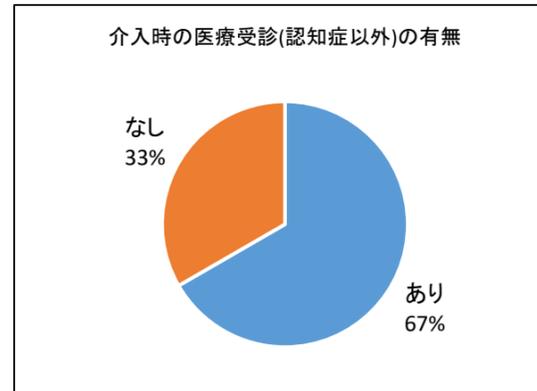


④集中支援の状況

医療・介護・地域につながるまで	期間	人	%
医療・介護・地域につながるまで	～1か月	1	10%
	～3か月	6	60%
	～6か月	1	10%
拒否		0	
現段階でのサービス必要なし		1	10%
継続中		1	10%

チームが継続支援を集中的に実施する期間は、約6か月間としており、チーム介入後、3か月までの間に7割が医療や介護等のサービスに繋がっている。

⑤医療・介護サービスの状況(介入時・終了時)



チーム員介入時点で、認知症の診断を受けているケースはなく、認知症以外のかかりつけ医への通院は半数以上のケースがかかりつけ医に通院をしていた。
そのため、チーム支援の中でかかりつけ医との連携をとることができ、結果的に専門医受診につなげることができたケースもある。
介護保険サービスの利用は44%
支援終了時の医療受診や介護サービス導入率は、89%で、ほとんどのケースが何らかの繋がりをもちながら、在宅生活を継続させている。
医療・介護サービス未利用ケースは、1件。現段階でのサービス導入等の緊急度は低いと判断し、地域包括の継続支援だけでなく、近隣医の支援体制の確保や民生委員による見守り継続。