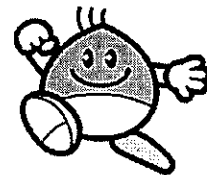


## 栗東市認知症初期集中支援チームの 活動状況および今後の方向性について



### 目的

### 栗東市認知症初期集中支援チームとは

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られるように、認知症の人やその家族に対する初期支援を包括的かつ集中的に行い、本人の視点（本人の思いややりたいこと、これまでにしてきたこと等）を大事にした、本人らしい暮らしの実現に向けた支援をチームで考え、様々な方法でアプローチをするため、「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。

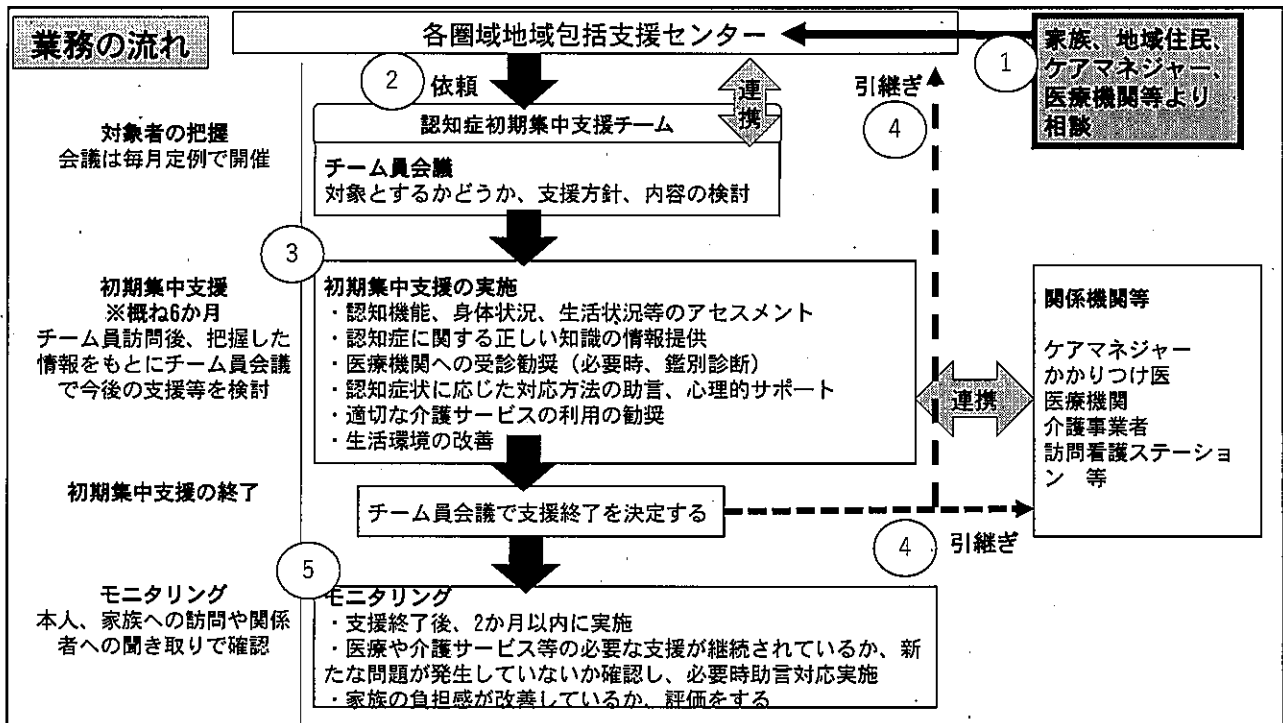
### 概要

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、方向性に基づき、本人・家族に寄り添った支援や個々に応じた必要なケア等に繋いでいきます。

#### 【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、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下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) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
  - (エ) 診断されたが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

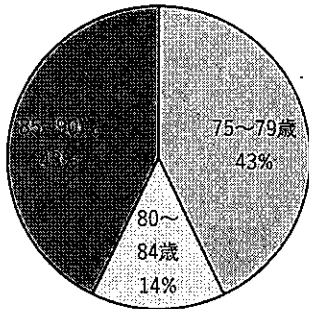


活動実績と訪問回数							
	H29度 (9月開始)	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度 (1月末時点)
	支援対象者	支援対象者	支援対象者	支援対象者	支援対象者	支援対象者	支援対象者
栗東圏域	0	1 (0)	1 (1)	1 (0)	2 (0)	5 (1)	4 (2)
栗東西圏域	1	5 (1)	2 (1)	2 (1)	1 (0)	2 (1)	2 (1)
葉山圏域	2	2 (2)	1 (0)	1 (0)	2 (1)	2 (1)	2 (1)
合計	3	8 (3)	4 (2)	4 (1)	5 (1)	9 (4)	8 (4)
延支援対象者 訪問回数	13回	27回	10回	18回	20回	56回	22回
専門職 訪問回数	看護師3回	看護師16回	看護師6回 作業療法士2回	作業療法士 10回	作業療法士 10回	作業療法士9回 (うち専門職のみ3回)	作業療法士 10回
包括訪問回数						50回	12回

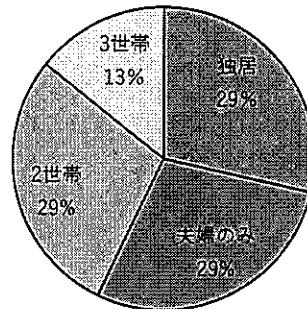
※ ( ) 内の数字は前年度からの継続件数

支援対象者の属性（令和3～5年度 N=14人 支援継続中2件含む）

年齢



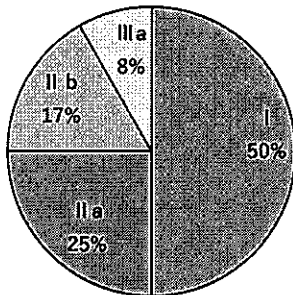
世帯人数



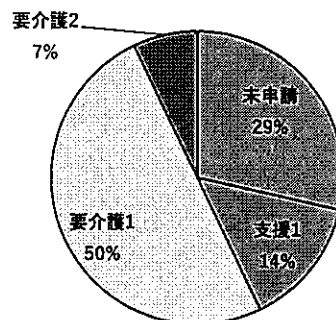
年齢は、70歳代後半～90歳まで。世帯状況は、偏りはない。

支援対象者の属性（令和3～5年度 N=14人 支援継続中2件含む）

日常生活自立度



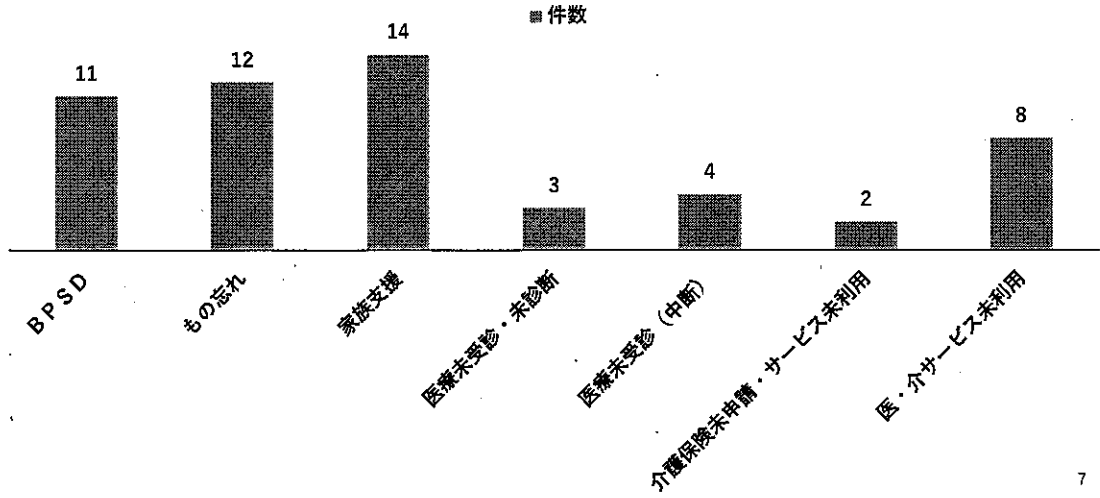
介護保険



認知症高齢者の日常生活自立度は、約9割がⅠ～Ⅱを占めている。またⅠが50%であり、初期の方が半分を占める。※うち2名が不明。  
介護保険は、要介護1の方が多く半分を占める。

ケースの特徴 ※重複あり (令和3~5年度 N=14人 支援継続中2件含む)

ケースの特徴 (重複あり)



7

医療・介護・看護サービスにつながるまでの期間 (令和3~5年度 N=14人)

	期間	人	%
	医療につながるまで	~1か月以内	2
	~3か月以内	4	29%
	~6か月以内	0	0%
	6か月~	0	0%
拒否		1	7%
現状で受診は必要なしと判断		1	7%
継続中		5	36%
未受診		1	7%

	期間	人	%
	介護・看護サービスにつながるまで	~1か月以内	2
	~3か月以内	3	21%
	~6か月以内	3	21%
	6か月~	0	0%
拒否		1	7%
現状で受診は必要なしと判断		1	7%
他のサービスに移行		1	7%
継続中		2	14%
未利用(支援継続中)		1	7%

チームが継続支援を集中的に実施する期間は約6か月間が目安となっている。チームが介入後、6か月までに約7割が医療受診に繋がっている。介護・看護サービスに関しても、6か月までに約7割が繋がっている。

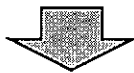
チーム員支援から見えてきた課題と今後の方向性について【R4振り返り】その①

認知症本人と周囲の思いのギャップ

認知症の本人にも不安や焦りはあるものの、家族などの周囲からの関わり方によって、助言や手助けなどに拒否的になっている状態への支援

課題

チーム員の介入において、本人との関係性の構築や本人らしい暮らしへの支援を実施し、結果として医療や介護サービスの導入に至っているが、それらのノウハウが不足している



これまでのチーム員による支援から得られた知見をまとめ、より早期に本人を必要な支援に結び付けていく

9

R4の課題（その①）に対するR5の実践状況と今後の方向性について

具体策

- ・これまでの知見から支援介入のポイントをまとめ、初期集中段階でより効果的に取り組めるようスケジュール感・支援の方向性を示した。（別紙1）
- ・ノウハウが蓄積されるよう各ケースで支援進行状況や支援方法をまとめ、ケースの起点となった内容をチームの「気づき」として共有した。（別紙2）



今後の方向性

この気づきを冊子にまとめ、チーム員会議のメンバー変更があっても支援の質が担保されるよう平準化していく。

10

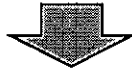
チーム員支援から見えてきた課題と今後の方向性について【R4振り返り】その②

家族への認知症理解に向けた支援

医療や介護サービス等の利用はあるものの、家族が認知症の本人の言動や行動の理解に苦しんでいるケース

課題

家族については、本人との関係性が近いがために、“認知症になった本人”の理解が難しくなっている。チーム員の地域包括支援センターや作業療法士の説明により一定は理解が図れるものの、支援者が望むほどの行動変容が見られにくい現状



認知症の本人とその家族との関係性にも配慮をした説明の機会などの調整の工夫。また、作業療法士からの説明方法についても試行錯誤していく

11

R4の課題（その②）に対するR5の実践状況と今後の方向性について

具体策

- ・計画書様式を変更し、「家族の困りごと＝本人のつまずき」であることに気づき、認知症本人の行動を分解する（あとのスライドで説明）ことでそのつまずきに介護者や支援者がどう対処できるのかという視点で認知症初期集中支援が行われるよう整理した。（別紙3）
- ・作業療法士より具体的で個別的な対応方法をイラストで作成し、手元に残る形で説明することで本人の認知症状理解の促進に努めた。
- ・作業療法士より介護の肯定感に視点を当てた調査を行った。



今後の方向性

- ・家族が困りごとに囚われすぎず、本人ではなく自分たちの行動を変えていけるような関わり方を具体的に提案していく。

12

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その①

### 地域への認知症理解に向けた支援

認知症本人がADLは自立しているものの、認知症状によりBPSDを起こしている場合の対応が非常に困難である。特に、この場合地域住民の理解を求めることが難しく、地域からも「施設に入れてほしい」という声が上がしやすい。

#### 課題

これらの地域の声に対しての対応方法のノウハウが不足しており、認知症地域支援推進員等チーム員が板挟みになっている。

#### 実践状況

カテゴリーのひとつに「地域」を位置づけ、チーム員が意識的に「地域」に目を向け、本人が認知症本人である以前に地域住民としての立場で生活している実態把握と地域との関係性を捉えるよう体制を整えた。(別紙2 既出)

13

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その①



#### 今後の方向性

・個別の地域ケア会議の持ち方等のスキルアップを図り、地域へ認知症理解を求めていく。

・既存の認サポ等の内容も精査し、本人の行きつけの商店等には具体的な対応方法を提案できるようなメニューも検討していく。

14

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その②

### 認知症初期集中支援の検討ケースの拡充

これまでの初期集中支援の問題であった困難ケースの協議ではなく、本来のチーム員会議の初期集中段階における協議の機能が果たされつつある。

ただし、ケースは認知症地域支援推進員から上がるものが大半の状況。

#### 課題

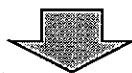
CMにとっての初期集中支援のメリットを具体的に見せられていない。

#### 実践状況

支援の気づきを認知症初期集中支援のメリットと捉え、実績を積み重ねる。

15

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その②



#### 今後の方向性

・次年度にCM連絡会にて具体的な事例を踏まえた見せ方で認知症初期集中支援の周知を再度行っていく。

15



チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その③

### 認知症本人の思いを中心においたトータル的なアセスメント

介護・医療サービス導入が初期集中支援チームの支援手段のひとつであるがサービス導入が目的になってしまい、「認知症本人が自分らしく暮らす」という視点が欠けがちである。

#### 課題

- ・チーム員が「認知症本人の現状や思い」を適切に包括的にアセスメントし、支援の中心に置く視点を持つことが重要だが、アセスメントの質が担保されていない。
- ・チーム員で再訪問することになり、初期介入に一步出遅れている。
- ・Zarit等の指標が、支援介入前後に比較することが目的で、初期集中支援の効果量を量るための単なる評価指標となっている。

17

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その③

#### 実践状況

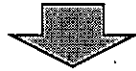
・作業療法士の「行動を分解する」という視点に目を向けたアセスメントシートを作成した。（別紙4）

・Zarit等は、介入前の調査ではこれまでの支援者の関わりと本人理解の評価等の分析を行った。

介入後の調査ではモニタリング会議にて、介入前の指標と見比べ、変化の大きかった項目等を取り上げ、本人や介護者の行動変容を分析するように切り替えた。

18

チーム員支援から見えてきた課題と実践、今後の方向性について【R5】その③



#### 今後の方向性

- ・より幅広い視点で本人の生活状態を捉えられるよう、作業療法士を中心にチーム員会議の場でICF指標の活用を進めていく。
- ・Zarit等の指標の分析から見えてきた気づきも、ノウハウとして蓄積していく。
- ・地域へのアプローチもまた、ノウハウが不足していることから、他のケースで応用していけるよう先述のポイントをまとめた冊子に盛り込んでいく。

## 初期集中支援チーム員の支援介入のポイント

### 【支援介入の大前提】

初期集中支援チームは認知症本人の本人らしい暮らしの実現と維持のためにある。

認知症本人に行動変容を働きかけることは非常に困難であり、既存の本人の周囲の関係性や環境の変容を図ることがカギとなる。これらの変容には支援者のみならず、家族等の本人の生活を支えている人（登場人物）との協力が不可欠である。初期集中支援チームにあげられるケースは、本人には困りごとがなく、一方で周囲が困っていることが多いが、逆に周囲が対応を変えたり、環境の変容を図ることで困りごとはなくなっていく。

また、初期集中支援チームでは医療・介護サービス提供の兼ね合いで新たな支援者との関係性を築いていくが、序盤から中盤にかけては既存の登場人物の信頼関係をベースに初期集中支援チーム員自身も関係を構築していくこととなる。このような中では新たな支援者を増やしていくことは本人や家族にとってはパワーを消耗することになり、ある意味リスクを伴うものとなる。

このため、初期集中支援チームの関わりは、本人の思いに寄り添いつつも支援者として本人に必要なことを丁寧に洗い出し、登場人物にとって納得するプロセスを経て合意形成し、必要最小限に本人に合った周囲の関係性と環境をオリジナルに調整していく必要がある。

### 【医療】

#### ★初回訪問～序盤（1～2ヶ月）：「関係構築と思いの共有」

認知症の診断を焦る必要はない。特にBPSDも出ていないような初期症状の段階では本人も受診に拒否的な場合が多い。初期集中では本人との関係性構築を最優先に考えるべきなので、「おそらく認知症？」の状態でも支援を継続すればよい。逆にBPSDも出ていて本人も症状を自覚しているような場合は受診を促しやすい。家族の認知症理解を進めるにはDrから話をしてもらうことが有効な場合もあるので、家族が認知症理解に肯定的な様子であれば、認知症の診断の優先順位を高めることもひとつである。

また、本人がもともと抱える疾患があり、かかりつけがある場合は、疾患の治療は継続させるよう促す。

#### ★中盤（3～4ヶ月）：「情報の整理と支援方法の提案」

かかりつけから認知症の話をしてもらえそうであれば、Drとの関係性もみながら受診連絡票で連携してもよいかもしれない。全く医療がかかっているということであれば、まずは訪問の中で見えてきた高血圧等の身近な生活習慣病からかかりつけに受診させ、医療機関へのハードルを下げさせていく。

#### ★終盤（5～6ヶ月）：「サービス提供・支援」

かかりつけ、または認知症専門医につながるタイミングで受診連絡票を使って本人の生活状況を医療機関に丁寧に伝え連携していく。

## 【介護】

### ★初回訪問～序盤（1～2ヶ月）：「関係構築と思いの共有」

本人らしさを考慮したサービス導入を行う。

本人の暮らしたい生活と家族が困っていることを聞いて、サービスの内容を提案する。

ただ、家族の思いは「本人を自分たちの思い通りにしたい」という内容に偏っていて、本人の思いをくみ取れていない場合が多い。

そのため、「本人らしさ」を初期集中チームで丁寧に聴き取り、そこから想定される本人の望む暮らし（趣味活動や本人が大切にしていること等）を明らかにする。

### ★中盤（3～4ヶ月）：「情報の整理と支援方法の提案」

明らかとなった「本人らしさ」のある暮らしを本人に代弁して家族に伝えつつ、そのための手段として考えうるサービス（何のためのサービスなのか）を家族にとってどんなメリットがあるのかという視点で提案する。そこに対しての家族の反応が「本人らしさ」も踏まえた「家族の思い」として現れてくる。その中で家族の協力も上げるよう関係性を築き、サービス利用の手助けをしてもらえるよう調整していく。

「本人らしさ」とは「本人の望む暮らし（目指す意味合い）」と、「本人のできること（現状維持の意味合い）」がある。サービス提供が本人の能力を奪わないよう気を付ける。

### ★終盤（5～6ヶ月）：「サービス提供・支援」

家族の最終的な思いも考慮してサービス提供の形を整えて家族とともに実行する。その際にサービスでできること、できないことを説明し、家族の関わり的重要性も伝え、実行してもらう。

## 【地域】

### ★初回訪問～序盤（1～2ヶ月）：「関係構築と思いの共有」

初期集中ケースでは地域から声があがって包括につながる場合がある。

認知症本人のこれまでの生活状況によっては、以前から地域とのつながりがあると、地域の方が本人の変化にいち早く気づくためであると考えられる。

地域の方がどのような思いで包括へ相談したのか、地域の困りごとや心配ごととして話を正確に聴き取る。このとき、「専門職につながったから終わり」ではなく、地域には本人との関わりを継続してもらうことが大切であることを説明しておく。また、地域の方がこれまで本人とどのような交流をしてきたのか、現在どんな状況なのか経過を把握する。

チーム員として、地域の方からの声によって、本人の思いより地域の不安が優先されないよう、地域に認知症の人も地域住民の一人であることに立ち返ってもらい、認知症本人の理解を求めていく。

### ★中盤（3～4ヶ月）：「情報の整理と支援方法の提案」

今後本人にサービスを入れていくとなったときに、地域とのつながりが切れてしまわないように、サロン等の本人の活動と重ならないように配慮する。

また、認知症本人が地域の活動に参加しづらい状況があった場合（スケジュールの管理が

できず出られない等)には、地域の方から声掛けをしてもらうことができないか等、対応方法について一緒に考える。

その中で、チーム員の認知症本人への支援方針が地域に伝わることになるので、地域としては「認知症本人を受け入れる準備としての不安や困りごと」が出てくる。改めて認知症理解を呼びかけ、個別の対応方法を調整する。

★終盤 (5～6 ヶ月) : 「サービス提供・支援」

サービス提供を開始後、地域で継続して本人の様子を見ていけるように、個別ケア会議等で地域の役割を再確認・共有する。その際に、本人の認知症状を含め、今後の関わり方や地域から報告してもらうこと、本人を地域で支えるリスクについても共有しておく。また、一部の関係者に負担がかからないように、関係者同士ができること・できないことを明らかにし、分散して支え合えるよう調整する。



認知症初期集中支援計画書

長期目標 (～できる) ※6ヶ月程度	(ヒト) (環境) → (本人)	課題・つまずき (本人の)	短期目標 (…が～できる) ※2～3ヶ月程度	対応方法 (チーム員・支援者が…へ～する)
(本人・家族・地域・支援者の) 困りごと				
残された課題  チーム員からの助言				

氏名

DASC: 点一点 DBD13: 点一点 Zarit: 点一点

介護度 サービス一介護度 サービス

認知症状

養老/かかりつけ医

別紙2

基本情報		現状・問題	問題に対する助言	説明目標	支援方法	介入内容	介入経路	系づき
本人	医師							
	介護							
家族								
支援者								
単独								



## 初期集中支援チーム 本人の生活能力・環境見立てシート

本人らしさのある生活

本人の希望・思い	
本人の趣味・活動	
本人の生きがい・やりがい	

## ケースに関わるヒト

関係性	続柄等	氏名・団体名	関わりの状況 (頻度、内容等)	本人に期待していること・困っていること ・負担になっていること
<input type="checkbox"/> 家族				
	認知症理解度： <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 少し理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない			
<input type="checkbox"/> 家族				
	認知症理解度： <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 少し理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない			
<input type="checkbox"/> 家族				
	認知症理解度： <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 少し理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない			
<input type="checkbox"/> 地域				
	認知症理解度： <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 少し理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない			
<input type="checkbox"/> 地域				
	認知症理解度： <input type="checkbox"/> 理解できている <input type="checkbox"/> 少し理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない			
<input type="checkbox"/> 支援者				
<input type="checkbox"/> その他				

## 本人の日常生活状況

【BADL】

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の回数： 食事の内容：	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動手段：	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服装：	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント

【IADL】

買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 出先：	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 手法：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 通院手段：                      頻度：	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 管理者：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 管理者：	電話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
掃除洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 頻度：	趣味・活動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容：
	工程のつまずきポイント		工程のつまずきポイント
その他	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容：		
	工程のつまずきポイント		