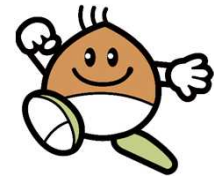


## 栗東市認知症初期集中支援チームの 活動状況および今後の方向性について



令和2年度 第2回

栗東市地域包括支援センター・地域密着型サービス運営協議会 資料

### 栗東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、自立生活のサポートを行うため「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ことを目的とする。

#### 概要

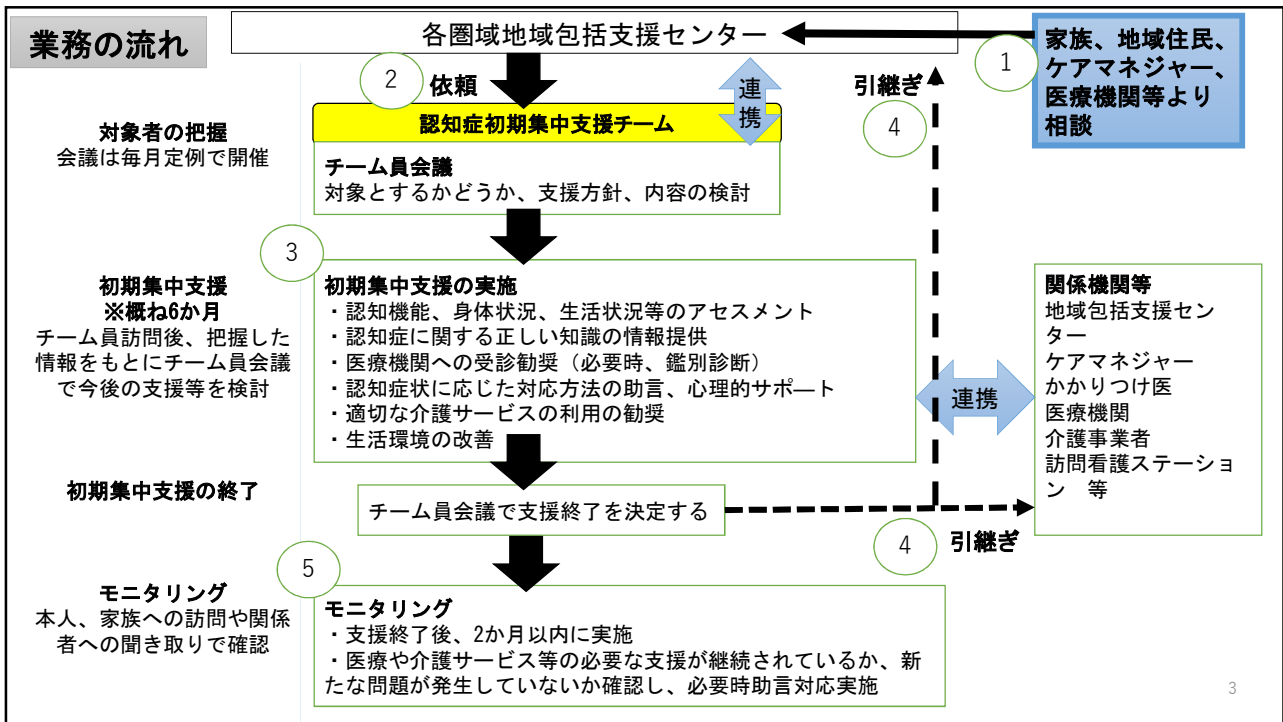
医療・介護の専門職で構成される「認知症初期集中支援チーム」が認知症（疑いを含む）の高齢者や家族を訪問し、認知機能や身体症状、生活状況の確認を行い、チーム員会議でのアセスメント、方向性に基づき、本人・家族に寄り添った支援や個々に応じた必要なケア等に繋いでいきます。

#### 【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

※次ページ以降の支援対象①、支援対象②は上記の区分を意味します。



### 活動実績と訪問支援回数

	平成29年度（9月開始）		平成30年度		令和元年度		令和2年度（1月末時点）	
	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
栗東圏域	1	0	2	0	2	1	1	1
栗東西圏域	3	1	4	3	1	1	3	2
葉山圏域	2	2	0	0	1	1	2	0（1件継続中）
<b>合計</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3（1件継続中）</b>
延べ支援対象者訪問回数	19回		14回		13回		11回	
内、看護師・作業療法士同行訪問回数	看護師 5回		看護師 9回		看護師 11回		作業療法士 4回	

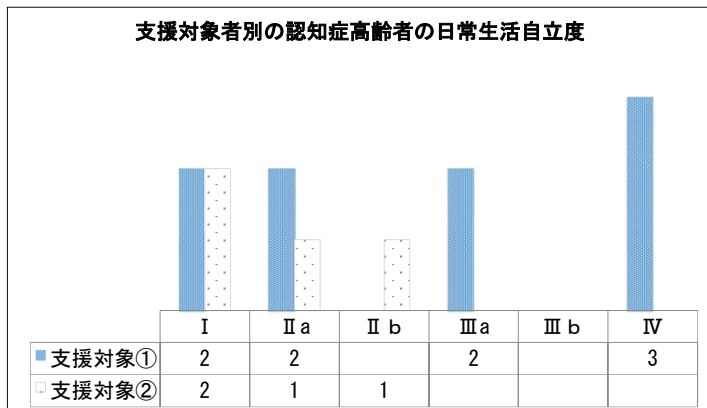
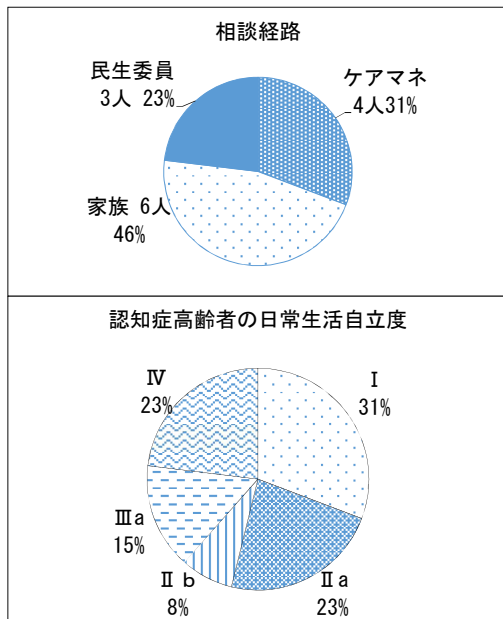
注：新規相談件数は相談があった時点でのカウント、支援対象者はモニタリングまで終了した者をカウントしています。

・H29～30年度は「かかりつけ医との連携」に焦点をあて、支援対象者①医療受診・介護サービスを受けていない（中断含む）者に限局してチーム支援開始。そのため、新規相談はあるが、既に専門医を受診していたり、認知症ではなく精神疾患の可能性が高いとチーム員（専門医）判断等で支援対象外ケースあり。かかりつけ医との連携（チーム員の専門医から支援対象者の情報提供等を実施）を通じて、本人の生活状況の改善に繋がる。その成果より、各圏域地域包括支援センターに配置がある認知症地域支援推進員が「医療機関受診連絡票」を作成し、医療受診時に本人・家族とかかりつけ医を丁寧に繋げる支援を開始し、新たな仕組みを構築。

・令和元年からは支援対象者①だけでなく支援対象者②も対象として拡大。サービス導入後の日常生活での困りごとに介入・支援をすることで、少しでも在宅での生活を続けることを目指し、作業療法士が新たにチーム員に加わりチーム支援を開始。

4

## 相談経路と支援対象者の日常生活自立度 (N=13人 支援継続中1件含む)



支援対象者の認知症高齢者の日常生活自立度は、約62%がIかIIを占めている。身体的、認知機能的には比較的軽度だが、家族や周囲が対応（妄想、物忘れ、道に迷って帰ってこられなくなる、介護拒否等）に困り、相談に来所されている。日常生活自立度Ⅲ以上になると、本人、家族の医療受診拒否や介護拒否、虐待等の様々な問題が複合している状況があった。

5

## 支援終了までの期間 (N=13人 支援継続中1件含む)

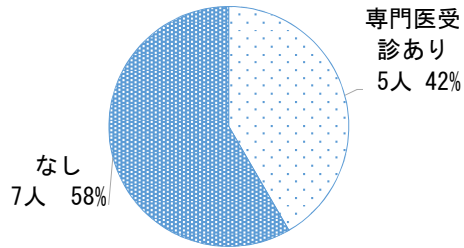
	期間	人	%
医療・介護・地域等必要な支援につながるまで	～1か月	2	15%
	～3か月	7	54%
	～6か月	2	15%
	拒否	0	
	現状でのサービスは必要なしと判断	1	8%
	継続中	1	8%

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、3か月までの間に約7割が必要と考えられる医療受診、本人の望む暮らし、自立支援に向けた介護サービスの利用等に繋がっている。

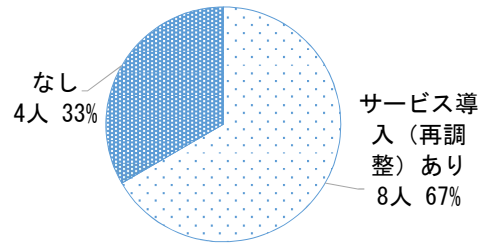
6

## チーム介入による医療受診と介護サービスの導入状況 (N=12人)

専門医受診状況



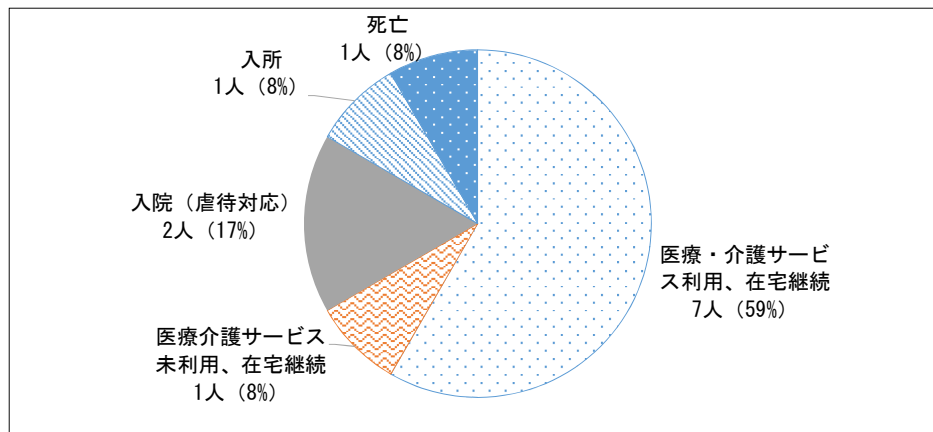
介護サービス導入状況



- ・42%が専門医の受診に繋がっている。専門医受診がない7人の内訳(虐待対応(入所・入院)2人、チーム員の情報提供によりかかりつけ医が本人の認知症状等把握あり3人、受診拒否1人、認知機能低下なく必要なし1人)本人、家族にとって信頼できるかかりつけ医、専門医に本人の認知症状や生活上の支障を把握してもらい、その対応への相談ができるような丁寧な繋がりができている。
- ・サービスに繋がることが目的ではないが、67%がサービス導入・再調整に至る。サービス利用なし4人の内訳(虐待対応(入所・入院)2人、認知症専門HPデイケア利用検討中1人、拒否1人(チーム支援の間は、宗教上の理由から医療受診の拒否があったが、包括継続支援の中で、令和元年12月家族からの再相談時にタイミングが合い、近医の協力を得ている)

7

## 支援終了時の状況 (N=12人)



支援終了時の状況は、在宅継続が最も多い。在宅継続ケースのほとんどがチームの介入により、地域包括支援センターの継続支援だけでなく、ケアマネジャーやかかりつけ医・専門医、各関係機関等の介入や連携、民生委員など支援者が増えており、地域での見守りに繋がるケースもある。

8

## 今後の方向性について

ケースの振り返り  
(現状)と課題

作業療法士による支援ケースは3ケースあり（1件継続支援中）

## 【現状①】

・1事例目は継続訪問により、本人の認知症の症状や行動分析、生活状況も踏まえアセスメントを丁寧に実施。家族に本人の状態を専門職が言語化して説明、対応の助言を繰り返し実施することで本人の認知症状の理解促進や本人らしい暮らしを考えるきっかけになったと考える。

・2事例目は本人が認知症の行動心理症状が著しく、訪問やデイケア等の導入への拒否感が強く、自宅での介護困難な状態に陥り、治療や今後の生活の場の確保等の緊急性から専門医への受診調整を実施。受診・服薬の継続により本人の状態が落ち着き、家族も信頼できる医師と繋がり在宅継続支援となった。

## 【課題①】

事例を通じたチーム員支援及びチーム員会議での検討を重ね、改めて認知症高齢者が在宅で安心して暮らすことの難しさに直面。本人が安心して在宅で長く暮らせるために、これまでのチームとしての関わり方を振り返り、チームとして関り良かった点、改善すべき点等引き続きチームで検討していく必要がある。

## 【現状②】

・関係機関への周知はしているものの新規相談ケースが少ない。

## 【課題②】

初期集中支援チーム員として目指している目標（本人らしい暮らしの実現）についてケアマネジャー等を中心に理解してもらえよう周知の方法に工夫が必要。

9

## 今後の方向性について

## 今後の取り組み

## 【①に向けて・・・】

医療や福祉のサービスに繋ぐ事にとどまらず、本人が家庭や地域で暮らし続けれるためのアプローチに向けて、本人への支援としてどうあれば良いか、事例を通して、既存の支援の在り方を考えたり、それぞれの専門職の立場、役割の中で、プラスアルファでできることがないか新たに考えていくチームを目指して継続実施。

## 【②に向けて・・・】

好事例の共有等啓発方法を工夫するとともに、地域包括支援センターが実施する相談支援等での多職種の繋がりから、初期集中支援チーム員の取り組みへの理解や支援の輪が広がっていくことを目指す。また、初期集中支援チームの関わりをケアマネジャーや各関係機関に丁寧に引継ぎ・連携を継続していく。

新規相談のケースは支援対象有無に関わらず、チーム員会議にて多職種で検討し、対象外となっても支援関係者が相談内容を支援に活かせる場とする。

10