

認知症初期集中支援チームの 現状と課題

～日々の活動から見えてきたこと～



(社医) 平和会地域包括ケア推進事業部
奈良市認知症初期集中支援チーム(まほロバおれんじチーム)
高落敬子(たかむらけいこ)

2019年11月14日(木) 京都府

今日のお話の流れ

1. 私自身の経験と問題意識から思うこと
2. 奈良市の地域性と初期集中支援チームの実際
3. 3年半の実践から
 - 1) 支援に困っている支援者支援をどうするのか
 - 2) 本人合意による受診および支援をどうするのか
～意思決定支援に向けて～
 - 3) 家族への支援をどうするのか
4. 見えてきたこと・今後の課題
5. 支援の具体的実践
6. おわりに～これまで、そしてこれから～



認知症の人に関わる経過の中で



最初に勤めた病院：
長期入院の時代
入院中は抑制・拘束は必要悪。
老人病院への転院、亡くなる高齢者

本人の
意思はどこ
にある？



老人保健施設
長期入所化
施設を待つ

居宅介護
ケアマネ



家族が大変！
レスパイトケア
サービス中心
医療との連携？



特別養護老人ホーム
金太郎館プラン
身体拘束ゼロ作戦
看取りを行う



認知症介護指導者として

- 各現場で実践すること・伝えることを通して
認知症の人への支援の質を支える仕事



研修は「役立つ」100%、「意識変化」96.3%
難しさ理由「本人が問題」→「環境に課題がある」
平成20年度大阪市意識調査から：約2000人受講（H20）

「認知症の人の立場に立つ」への意識変革は起きる…!

- でも、認知症の人の「環境」は変わったのだろうか。
認知症の人は暮らしやすくなったのだろうか。

初期集中支援チームの目的には

- 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の良い環境で暮らし続けられるために
…地域の体制を構築する **(認知症初期集中支援チームの目的)**
- 「**認知症の本人抜きに私たちのことを決めないで**」
(日本認知症ワーキンググループ 2014.10.23設立)
- **認知症の症状にかかわらず本人には意思があり、
意思決定能力を有するということを前提に
して意思決定支援をする。**
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」 厚労省H30.6月

☆支援において、本人の意思決定支援をどう考えるか
本人と家族のセルフマネジメントを側面的にサポートする

2. 奈良市の地域性と 認知症初期集中支援チームの実際





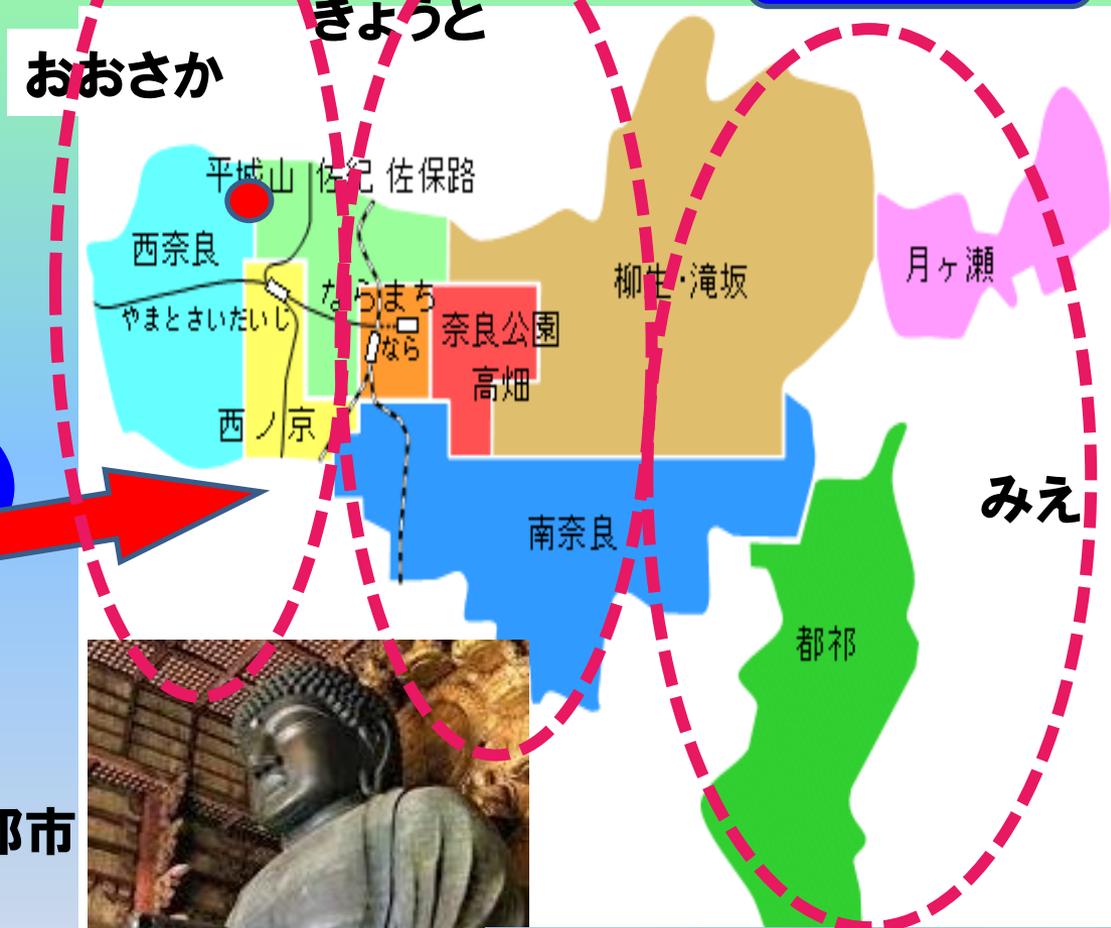
奈良市の事業実施方針



- 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り
住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、
- 認知症初期集中支援チームを市内に設置し、
- これまでに構築してきた認知症の方を
支援するネットワークを活用し、
- 本事業の広報、普及啓発
および初期集中支援業務等を実施することによって、
- 認知症初期の方を適切な支援機関に結びつける。
- この取り組みをもって、ネットワークの早期発見・早期診断
・早期支援機能が自律的に機能し、
- 認知症の方を支援する地域の体制を構築することを
目的とする。

奈良市という地域

奈良市



奈良市は、奈良県の北部に位置する。県の県庁所在地。人口約35万人強が居住する中核都市

地域は東西に広く、月ヶ瀬や都祁などの東部山間地、国際観光文化都市としての中東部市街地、大阪の衛星都市としての住宅地開発が行われてきた西部地域と、複数の顔を持っています。

奈良市の状況 (2019年9月1日現在)

面積, 276.94km (人口密度, 1,282人/km²)



人口

356.198人

高齢者人口

109.283人

高齢化率

30.7%

認知症高齢者推計

16.473人

要介護認定中認知症高齢者数(Ⅱ以上)

12.021人

地域包括支援センター(委託)

13か所

認知症疾患医療センター(地域型)

1か所

認知症サポート医

24名

認知症地域支援推進員

専任1人・兼務13人

認知症カフェ

15カ所

認知症初期集中支援チーム

1か所

初期集中支援チームの構造

方針（早期発見・早期対応、初期集中支援）

認知症施策全体の方針：5年後にどんな状況を期待するか（テキストから）

初期集中支援実施

啓発

本人・家族
地域住民

ケース発見

地域包括
医療職
専門職

<チーム実施>

・総合的アセスメント
情報収集：家族等の訴え・状況
本人宅への訪問・面談

・チーム員会議
・実施

・引き継ぎ
・モニタリング

<助言と実施>

・受診勧奨
・体調管理
・環境改善
・本人家族支援
認知症の理解等
・介護利用勧奨

介護保険等
今後の支援

地域包括・
介護支援専
門員等

市との業務検討（初期集中支援チーム実務者会議）

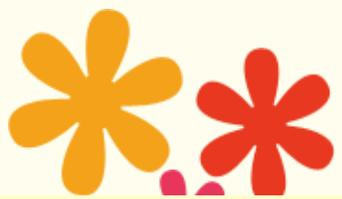
評価と事業推進（初期集中支援チーム検討委員会）

奈良市認知症初期集中支援チーム

- 業務委託：奈良市医師会
- チーム設置場所：(社医) 平和会吉田病院内
- チーム員：専門医、看護師、社会福祉士
- チーム活動範囲：奈良市全域
- 開設時間：月曜日～金曜日午前9時～午後5時。
- 緊急連絡体制：時間外や休日など体制整備。
- 専用電話：0742-48-5860

平成27年9月から
始まっています♪





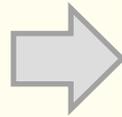
認知症初期集中支援チームの活動

<対象者>

- 40歳以上、在宅生活しており、認知症が疑われる人、または認知症の人
1. 医療・介護サービスを受けていない人、中断している人
 2. 医療・介護サービスを受けているが、BPSDが顕著で苦慮している人



地域包括支援C
ケアマネジャー
本人・家族・地域



認知症初期集中支援チーム
(まほろバおれんじチーム)



家族面談・
情報収集



引き継ぎ
モニタリング



支援実施



チーム員会議

家庭訪問



初期集中支援チームに寄せられた事例

- 77才 女性 何度も同じ話をする。同じものを買ってくる。
- 85才 女性 物を探していることが多い。得意料理が作れなくなった。
- 75才 男性 妻に怒鳴る、ガスの消し忘れ、カギの閉め忘れがある。
- 62才 女性 何度か友人との待ち合わせを忘れることが続く。
- 82才 男性 会の役をしていたが、会員からクレームが出ている。
- 68才 男性 車の運転で道に迷うことがあった。車の事故が増えた。
- 53才 男性 仕事中に取引先に行けずに職場に連絡があった。
- 75才 女性 痩せてきているが、本人は大丈夫という。
- 90才 女性 盗られ妄想のため、周囲との関係が悪化している
- 60才 女性 夫に愛人がいると言い、夫に暴言が続く
- 84才 男性 妻に暴力をふるい、妻がけがをしている
- 86才 女性 おむつをマンションから落とし地域からクレームあり
- 88才 女性 怒っては転倒し、訪問看護を頻回に呼ぶ
- 78才 男性 妻の介護への抵抗が強く、妻が疲弊している

初期集中支援チームに寄せられた事例

認知機能
低下

生活機能
障害

社会関係
の悪化

身体面へ
の影響

BPSDの発症
家族関係の悪化
精神科受診希望

症状の進行
認知症状からの混乱
精神科病院入院・施設利用

- 77才 女性 電話をする。同じものを買ってくる。
- 85才 女性 洗濯機が作れなくなった。
- 75才 男性 妻に怒鳴る、ガスの消し忘れ、カギの閉め忘れがある。
- 62才 女性 何らかの理由で待ち合わせを忘れることが続く。
- 82才 男性 会員からグループが出ている。
- 68才 男性 車に乗ることがなくなった。
- 53才 男性 仕事中に取引先に行き遅れた。
- 75才 女性 歩行が不安定だが、本人は気づいていない。
- 69才 女性 怒り、周囲との関係が悪化している。
- 84才 女性 認知症状が進行している。
- 86才 女性 おむつをマンダリンで洗う。
- 88才 女性 怒っては転倒し、けがをする。
- 78才 男性 妻の介護への抵抗が強く、妻が疲弊している。

認知症初期集中支援チームへの期待

オレンジプラン:「認知症ケアの流れを変える!」

新オレンジプラン:本人の意思尊重・やさしい地域づくり

認知症対策大綱:共生と予防・本人家族視点重視、参加

認知症進行 (BPSD・困難)

- 早期対応遅れ・問題複雑化
- アセスメント・視点が不十分
- 適切な認知症ケアできず

悪化への循環:困難さへ対応

- 危機が生じて事後的対応
- 精神科入院・施設

認知症初期

- 早期診断・早期対応
- 総合的アセスメント、本人意思
- 家族支援・環境整備等

予後の改善へ:本人の暮らしやすさ

- 住み慣れた自宅で
できるだけ長く暮らす

認知症ケアのアプローチ

認知症ケアをトータルで語る専門家はいない→ここを求められている!

疾患別行動
特徴の分析

脳細胞の損傷部位と
機能喪失の相関から
の行動分析と予測

薬物療法

水・食・運動・排便・睡眠

いろいろな症状への
対応ノウハウと事例
分析を拠り所にして
対応法を考える。



精神が宿る生身の体の調子が、
行動に大きな影響を与えるので、
普段の**体調管理**を先ずチェック

各種非薬物療法

環境整備

家族支援

サポート体制

“人”を大切に!
プライドを維持

性格・人生歴+状況
遭遇から生ずる感情
を推測する関わり方

ふつうの暮らしを続ける
環境を維持する

あまりにも当たり前なこと
ありすぎて、見過ごされている。
(教わっていないプロもあり落とし穴)

主な支援内容

支援内容	目的
1. 本人の困りごと・意向確認・支援	本人合意形成・意思決定支援
2. 確定診断・医師との連携： 病歴・身体・認知機能等確認	診断・治療への援助 薬の副作用の視点
3. 体調管理： 1日の生活の流れ確認	脱水・低栄養・便秘・不活発・ 不眠等の影響を整える
4. 服薬確認・服薬の工夫： 投薬内容確認	自分で飲める支援へ・ 医師・薬剤師連携依頼
5. 生活面・環境面の工夫： 暮らし方確認	認知機能低下・ 生活障害を補う支援
6. 人となりの共有： 生活歴確認	本人の思い・行動の理解・代弁
7. 本人・家族に認知症の理解： 症状・対応の確認	本人・家族の認知症への セルフケア能力発揮
8. 介護保険等利用： 主たる支援者への引継ぎ	本人の意向・状態に応じた支援 を途切れず継続していく

活動実績件数

	2015	2016	2017	合計
新規相談件数	79	82	54	215
問い合わせ件数	-	27	38	65
初期集中支援開始	43	63	47	153
連絡調整	683	1801	1570	4054
初回訪問	44	63	48	155
継続訪問	63	185	162	410
チーム員会議 初回	43	63	47	153
中間	64	131	106	301
終結	28	68	44	140
終了	15	84	65	164
チーム員会議開催日数	23	33	23	79
ケース引き継ぎ	25	72	44	141
初回モニタリング実施	20	62	40	122

チーム依頼の状況

1. 開設時は包括やCM等、
専門職からの相談が多い。
⇒ 支援者の感じる困難事例
2. 最近では家族からの相談が
多くを占めている
⇒ 初期事例の相談
3. 依頼は周囲の人の気づきから
・本人からの相談は少ない。
・家族が困る・本人は支援を拒否
⇒ 最初の時点から本人の意思と
家族の思いのずれがある

	ニーズ		
	2015	2016	2017
地域包括	<u>41%</u>	24%	17%
CM	<u>16%</u>	7%	9%
医師 (職員含)	5%	5%	0%
家族	20%	<u>55%</u>	<u>67%</u>
本人	6%	1%	2%
全数	43	67	47

チームは初期対応へ ～ファーストタッチの対応～

1. チームは
支援者困難事例対応が
初期対応かという課題

⇒初期対応支援に整理
・支援者と出会って
いないファーストタッチ
はチーム。
・CMの相談は推進員。

結果、
初期対応割合が増加。

	2015	2016	2017
初期対応	33%	49%	57%
医療FT	<u>12%</u>	<u>16%</u>	<u>15%</u>
医療中断	14%	6%	11%
介護FT	<u>47%</u>	79%	<u>81%</u>
介護中断	7%	2%	0%
全数	43	63	47