



プライマリ・ケアレクチャーシリーズ／カンファレンス

認知症初期集中支援チーム について

2022年4月14日（木） 7:30～8:00

砂川市立病院 認知症疾患医療センター

認知症看護認定看護師・老人看護専門看護師

福田智子

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくり～（2015年1月）



新オレンジプランの基本的考え方

認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

認知症初期集中支援チーム

七

I. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

II. 認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等**の提供

III. 若年性認知症施策の強化

*** 2018(平成30)年度からは、すべての市町村で実施**

* **全国**1,741市町村のうち1,737市町村が設置。設置率は**99.8%**（2019年1月厚労省）

* **北海道**179市町村のうち179市町村（8が休止中）が設置。設置率は**100%**

（2022年3月北海道）

認知症初期集中支援チーム



複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



専門医
(認知症サポート医)

医療と介護の専門職

(保健師, 看護師, 作業療法士, 精神保健福祉士, 社会福祉士, 介護福祉士等)

【対象者】

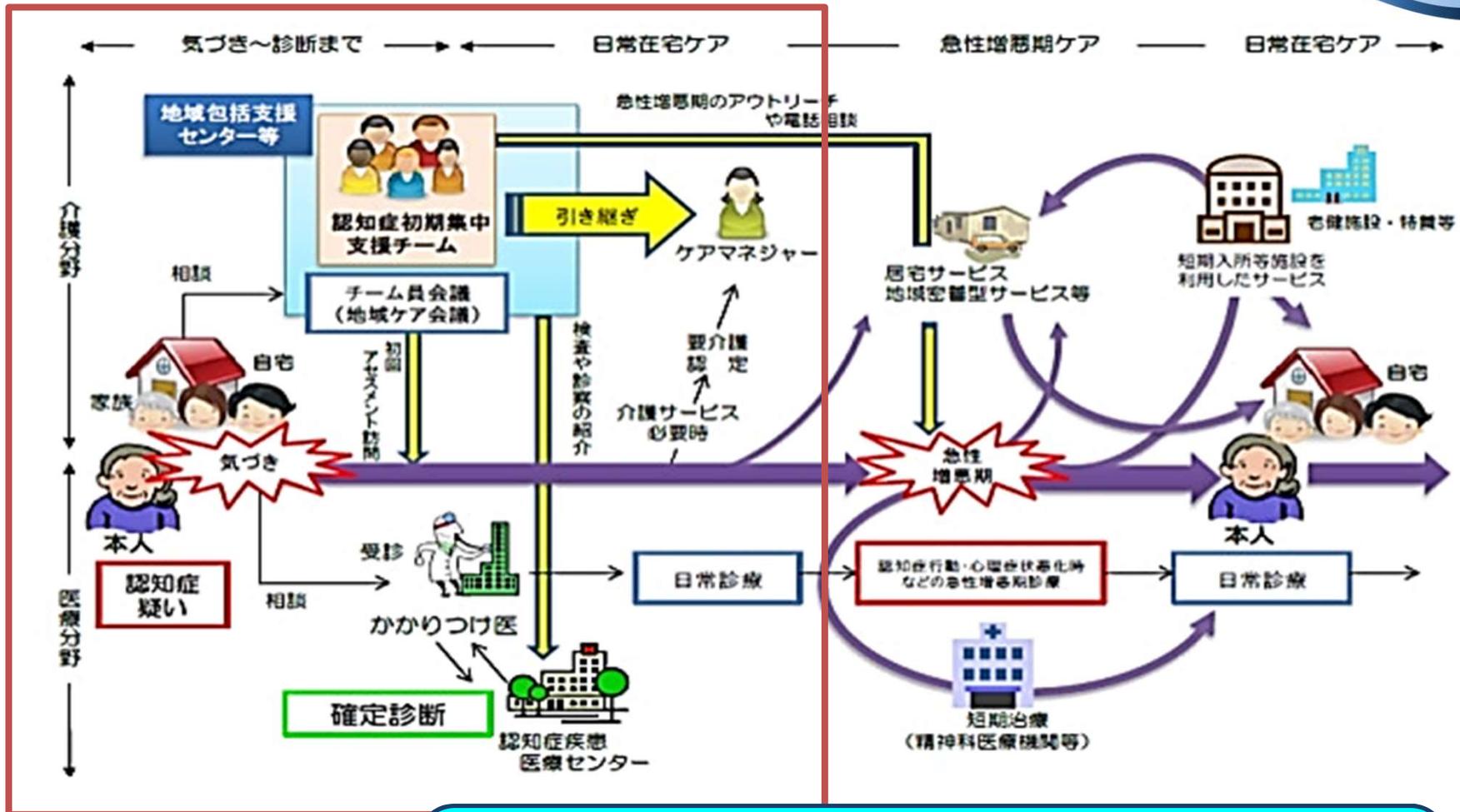
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆医療・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人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結びついていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆医療・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

設置場所 地域包括支援センター等

診療所, 病院, 認知症疾患医療センター, 市町村の本庁

認知症初期集中支援チーム



認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉は

- ◆ 認知症の発症後のステージとしての初期
- ◆ 認知症の人へ関わりの初期（ファーストタッチ）

砂川市認知症初期集中支援チーム

(2014 (平成26) 年9月より開始)



砂川市地域包括支援センター

介護福祉士

(主任看護支援専門員)

- * チームは地域包括支援センターに設置
- * チーム員会議は定期的に1か月に1回開催

<特徴>

砂川市高齢者見守り事業との協働

合同
チーム

砂川市立病院
認知症疾患医療センター

医師

(精神科医・認知症専門医・
認知症サポート医)

看護師

(認知症看護認定看護師・
老人看護専門看護師)

作業療法士

2013 (平成25) 年より砂川市においては、条例を定めて民生委員・町内会との情報交換を行い、地域包括職員と高齢者福祉課職員が高齢者のお宅を一軒一軒訪問して見守りの必要性をアセスメントし見守りにつなげていく事業。

砂川の周囲の自治体 中空知



◆医療機関が少なく、サポート医がない！

空知中部広域連合（1市5町） 人口：22,500人
高齢化率：43%（39%～51%）



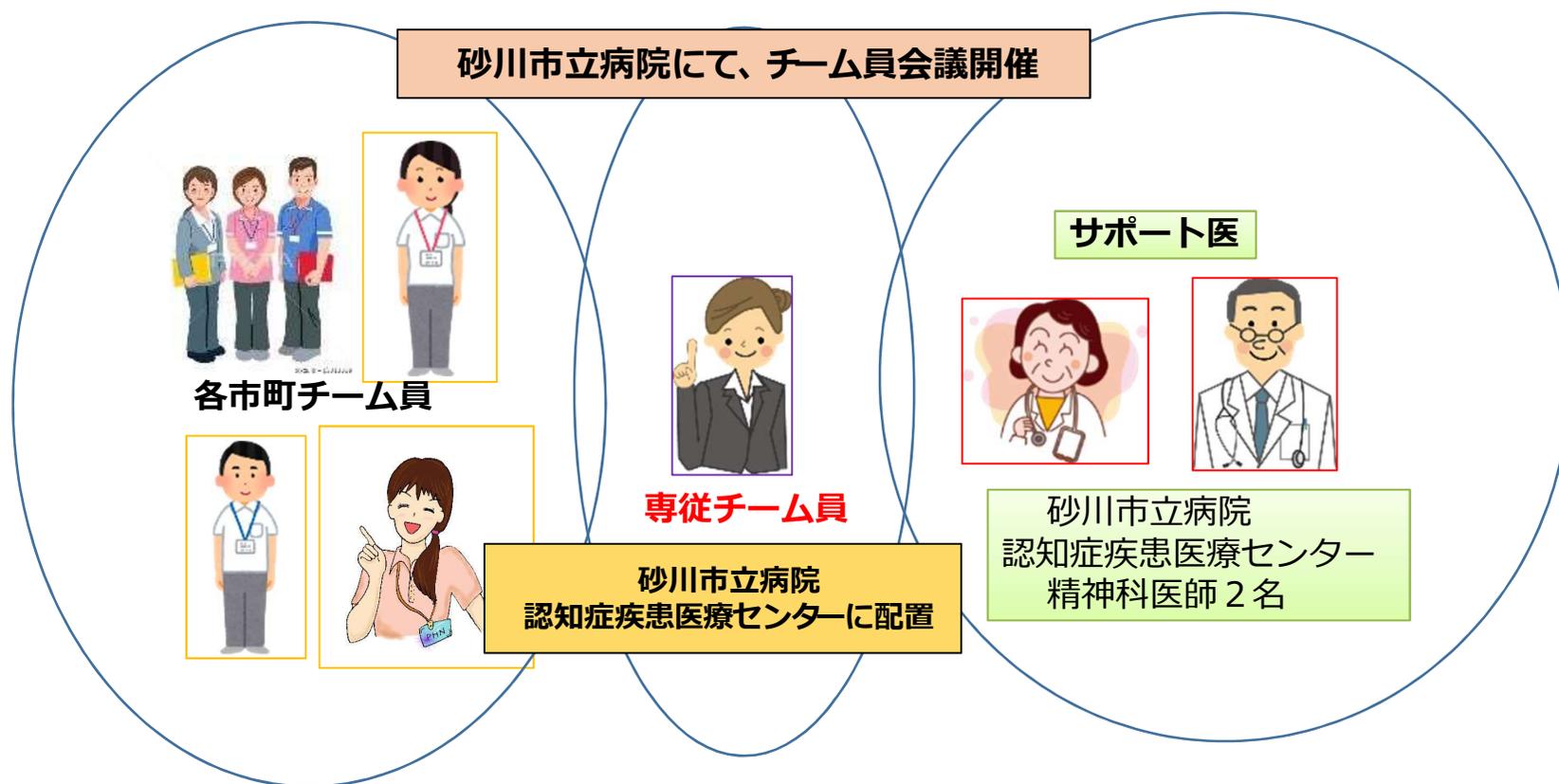
空知中部広域連合との連合チーム

(2017 (平成29) 年4月より開始)

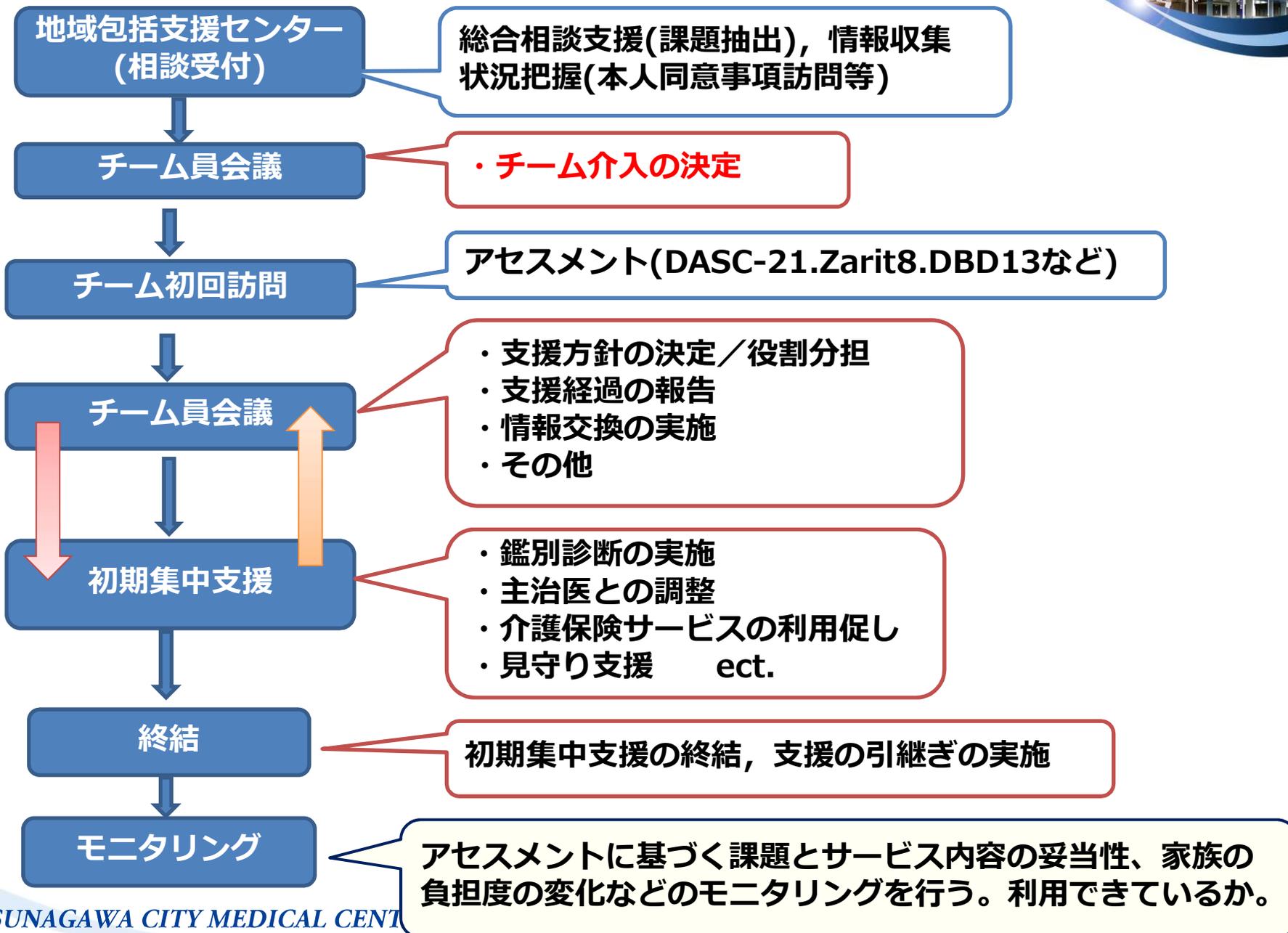


1市4町

(歌志内市・上砂川町・奈井江町・新十津川町・雨竜町)



認知症初期集中支援のプロセス



活動状況の比較



	空知中部広域連合 (H29.4.~R4.1) 4年9か月	砂川市 (H26.9~R4.1) 7年
介入件数	30件	54件
相談者 家族：同居 別居 家族以外	7件(23.3%) 15件(50.0%) 8件(26.7%)	9件(16.7%) 20件(37.0%) 25件(46.3%)
独居 同居者あり	10件(33.3%) 20件(66.7%)	22件(41.7%) 32件(59.3%)
認知症医療なし 介護サービスなし	15件(50.0%) 25件(83.3%)	42件(77.8%) 54件(100%)

年間平均介入数

6件/2.1万人

7.7件/1.7万人

活動状況の比較



	空知中部広域連合 (H29.4.~R4.1) 専従スタッフ	砂川市 (H26.9R4.1) 兼任スタッフ
終結数	30件	50件
平均介入期間	3.4ヶ月	6.0ヶ月
平均訪問回数	11.4回	5.9回
認知症医療につなげる	28件/30件(93.3%)	32件/35(91.4%) (2件は認知症否定)
介護サービスにつなげる	21件/30件(70.0%)	24件/50件(48.0%)
終結時：在宅継続(率)	19件 (63.3%)	37件 (74.0%)
入所	5件 (16.7%)	7件 (14.0%)
入院	6件 (20.0%)	6件 (12.0%)

事例 Aさん 80代 女性



- ・夫婦二人暮らし ・夫：90代 ・かかりつけ医なし.
- ・一人息子（アメリカ在住） ・夫婦ともに教員をしていた.

<介入のきっかけと相談内容>

- ・X年9月 実妹が包括へ相談

「物や財布がなくなった,よくる姪にとられたなど頻回に電話」「夫に受診を促すが怒られる」

- ・チーム員会議で介入を決定. しかし,配偶者に自覚がない.

Q. 違和感を感じさせず訪問するにはどうしたらよいか？

<初回訪問までの流れ>

STEP 1 市役所職員が訪問 ⇨「高齢者見守り事業」を説明.

STEP 2 チーム員が訪問 ⇨玄関先でAさんと次回の訪問を約束.

STEP 3 「見守り事業」としてチーム員が初回訪問.

Aさん 初期集中支援 経過



<初回訪問時のアセスメント>

- ・DASC21 : **42点** / 84点中 (軽度認知症の可能性あり)
- ・DBD13 : **0点** ・Zarit 8 : **0点** (夫は全く困っていない)
- ・身体状況 : **血圧200台. 腰痛**→市販のシップ. **短距離の歩行で息切れあり.**

支援計画 身体的治療のため,病院を受診してもらう.

X年11月 何度か訪問し受診勧奨するがやんわりと断られる.

* Aさん「行こうと思っていたの.でも億劫でね」

夫「市立病院は待ち時間が長いからあまり行きたくないな」

👉 初のサポート医訪問を決定

X年12月 サポート医が訪問し受診勧奨 👉すぐに了解!

* アルツハイマー型認知症 (中等度) と診断. 抗認知症薬開始.

* 精神科診察時,背中に広範囲の表皮剥離を発見! →皮膚科受診

腰痛→整形外科, 高血圧→循環器内科 👉夫は途中で帰ってしまった!



皮膚科…Aさん「昔タクシーでドンってされたから…」と繰り返す。

背中にストーブが当たっていることによる**温熱性紅斑**と診断。

* 調剤薬局：薬の配達と訪問薬剤管理指導を依頼。

* チーム員：家具の配置を変え、座る位置を調整。



* 薬剤師からの連絡「創部が改善しない」→Nsが夫に軟膏処置を指導。

* 夫が受診付添を嫌がる 📞有償ボランティアを勧めるが…

⇒夫「お金がかかるなら俺が行くよ」「一人で行けるだろう？」→結局Nsが付添う。

夫に受診付添をしてもらうために…

* チーム員(包括)が訪問して、Aさんの受診予約票に夫の付添を促すメモを貼る。

* チーム員(Ns) が前日に電話で夫の付添を促す。📞**夫が付添してくれた！**

X+1年5月 要介護1の判定。

X+1年6月 すぐに介護サービス導入の必要なしと判断。身体状況は改善傾向。
今後も地域包括支援センターと認知症疾患医療センターで支援を継続

⇒**終結** * 支援期間：10か月 * 訪問回数：9回。

Aさん モニタリング (終結から2か月)



<終結後のアセスメント>

- ・DASC21 : 42点⇒**51点** / 84点中
- ・DBD13 : 0点⇒**0点** ・Zarit 8 : 0点⇒**0点**
- ・身体状況 : **血圧200台⇒160台. 背部の表皮剥離⇒改善.**
腰痛はあるが家屋内での歩行は可能.

X+1年10月

- ・介護サービス : **未利用**
- ・病院受診 : **チーム員看護師や外来看護師, ボランティア等の支援**
⇒**受診継続.**
- ・服薬管理 : **訪問薬剤管理.**

*** 息子と面談. 息子から夫へ介護サービス利用を促すが…**
⇒夫は「まだ必要ない」 利用の必要性を全く感じていない.

Aさん モニタリング (終結から約2年後)



X+3年2月 調剤薬局 **薬剤師**より連絡「Aさんの右腕が変色している！」

⇒写真を**サポート医**に見せて相談.

⇒電話で夫に受診を促すが「様子を見ていれば治るでしょう」と….

・**地域包括支援センター職員**が訪問.

⇒居間に布団を敷いて動けないAさんが！⇒救急車で病院へ搬送.

・救急科医師が問診するが、夫婦ともに全く要領を得ない.

⇒チーム員**看護師**が救急外来へ行き、これまでの経過を説明.

⇒右上肢外果骨折→ギプス固定で保存療法

自宅での生活は難しく、夫の介護は期待できないことを説明.

⇒救急科で入院. その後、精神科へ転科し**リハビリ(OT)**と退院調整.

介護付き有料老人ホームへ入所. その後、夫も入所.

赤字は全て
チーム員

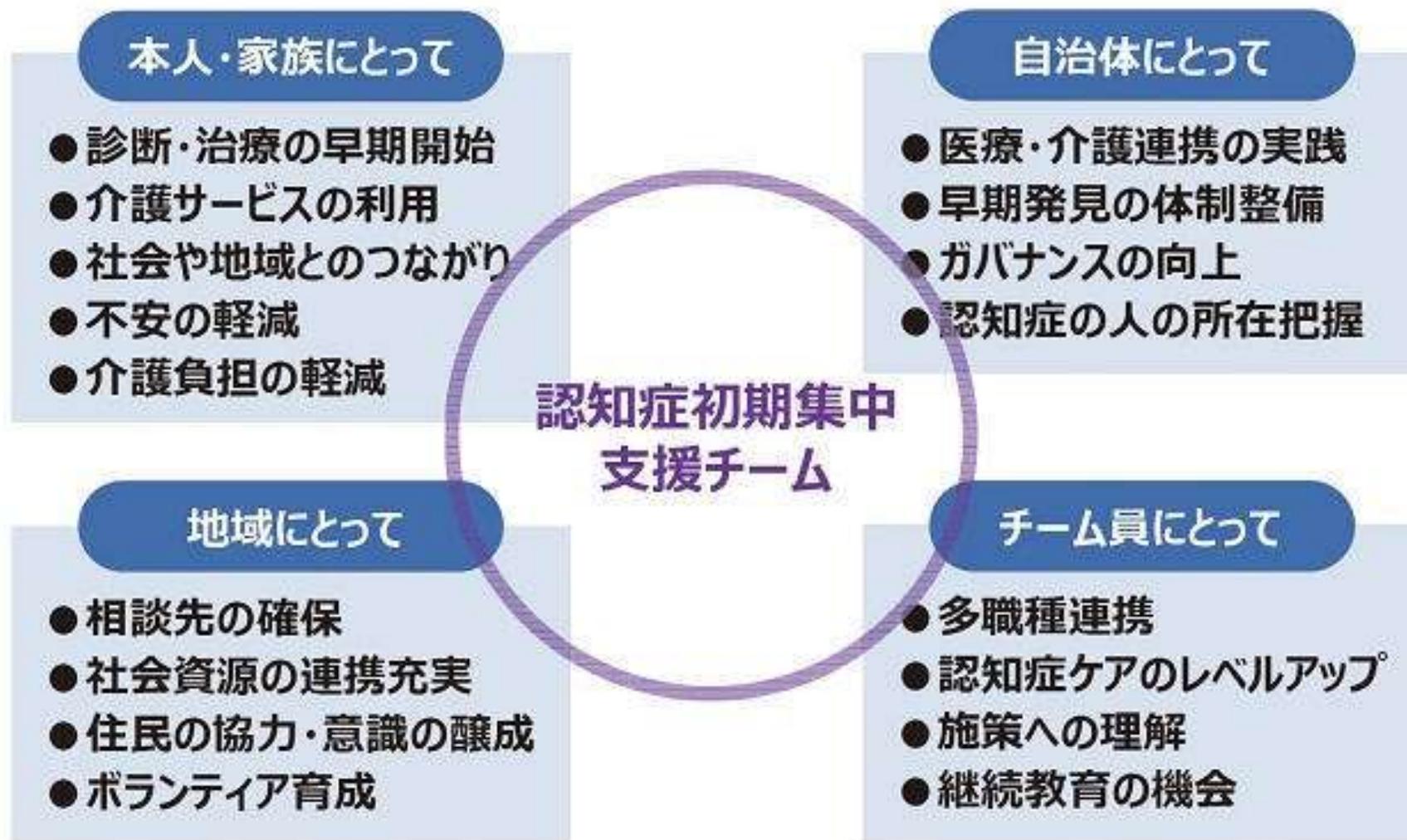
◆**チームで情報共有していたことで「危機」に円滑に対応できた.**

認知症初期集中支援事業の意義



- ◆地域包括支援センターも同じ機能を有しているが、このチームは**専門医**が加わることで専門性が増し、医療との連携が図りやすくなる。(厚労省,2018)
- ◆これまでのケアは、認知症の人がBPSD等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていた。これに対して、今後、目指すべきケアは、新たに「**早期支援機能**」と「**危機回避支援機能**」を整備し「危機」の発生を防ぐ「**早期・事前的な対応**」に基本を置くものである。そこで期待されるのが「認知症初期集中支援チーム」である。(栗田,2013)
- ◆中・長期的な視点でのモニタリングが重要 (福田)

認知症初期集中支援の利点（効果）



（国立長寿医療研究センター編：平成30年版認知症サポート医養成研修テキスト，140．より引用）



砂川市
高齢者見守りキャラクター
みまもりんご



ご清聴ありがとうございました