認知症初期集中支援チームの活動について

1．認知症初期集中支援チーム

40 歳以上で認知症が疑われるが、医療や介護サービスに繋がらない方、または行動心理症状（BPSD）によって支援が困難な方に対して訪問活動（最長６か月間）を集中して行い、医療受診や介護サービス等の調整、生活環境の整備を行い、在宅生活の支援を行う。

佐倉市のチーム員編成…地域包括支援センター職員と認知症サポート医

①地域包括支援センター（専門職）	②認知症サポート医
保健師（看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員 ※上記３職種のうち、認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に３年以上携わった経験者に限る ※介護福祉士、精神保健福祉士等の資格を所持する者あり	認知症サポート医等の要件を満たす医師のうち、チーム員となることに同意のあった医師
２名以上	１名

志津北部	志津南部	臼井・千代田	佐倉	南部
サポート医（在宅医）	サポート医（大学病院）	サポート医（在宅医）	サポート医（在宅医）	サポート医（在宅医）
地域包括（看護・福祉）	地域包括（看護・福祉）	地域包括（看護・福祉）	地域包括（看護・福祉）	地域包括（看護・福祉）

チーム員は概ね月１回、チーム員会議をサポート医がいる医療機関に出向き、対象者の支援方針を話し合う。
医学的な見地を要する対象者には、サポート医が包括のチーム員と同行訪問している。

2. 基幹型認知症初期集中支援チーム（令和４年度より事業開始）

（目的）

市内の日常生活圏域単位で配置する認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という）に対し、認知症専門医、医療専門職（公認心理師、認知症看護認定看護師、精神保健福祉士等）により構成される基幹型認知症初期集中支援チーム（以下「基幹型支援チーム」という。）を配置し、支援チームへの助言や対象者への入院、受診等へのフォローアップを行うことで認知症の人と家族支援の充実を図ることを目的とする。

（役割）

基幹型支援チーム員医師・基幹型支援チーム員医療専門職として、支援チームからの要請に基づき、必要に応じて支援チーム員とともに訪問を行い、相談に応じる。

（活動例）

・BPSD(認知症の行動心理症状)が顕著に現れており、受診が困難な対象者について、支援チームからの訪問の依頼を受け、訪問に同行する。
・必要な医療・介護サービスの支援方針を支援チームとともに決定する。
・対象者への対応方法について支援チームへの助言を行う。

基幹型支援チーム※
サポート医
公認心理師　認知症看護認定看護師　精神保健福祉士等

志津北部	志津南部	臼井・千代田	佐倉	南部
サポート医 （在宅医）	サポート医 （大学病院）	サポート医 （在宅医）	サポート医 （在宅医）	サポート医 （在宅医）
地域包括 （看護・福祉）	地域包括 （看護・福祉）	地域包括 （看護・福祉）	地域包括 （看護・福祉）	地域包括 （看護・福祉）

令和３年度は東邦大学医療センター佐倉病院に事業を委託し、訪問対象地域を志津北部圏・志津南部・臼井・千代田圏域としてモデル実施。

令和４年度から市内全域を対象とし、東邦大学医療センター佐倉病院に事業委託し正式に事業を開始した。

3. 認知症初期集中支援対象者の状況（令和４年４月～令和５年１月末）

１）認知症初期集中支援対象者の状況

（単位:人）

対象者	２２人（新規対象者）											
性別	男性	6	女性	16								
年齢階級	74 以下	7	75~79	6	80~84	4	85 以上	5				
世帯状況	独居	3	夫婦のみ	10	その他	7	不明	2				
把握ルート	本人	1	家族	12	民生委員	1	その他	8				
認知症自立度	Ⅰ	2	Ⅱa	2	Ⅱb	7	Ⅲ	6	Ⅳ	1	不明	4
介入時認知症診断	診断あり	5	診断なし	13	不明	4						
介入時要介護認定	申請なし	8	申請中	8	認定あり	5	不明	1				

２）支援の状況

	新規対象者	訪問延べ件数	ｻﾎﾟｰﾄ医訪問件数	**基幹型**訪問件数	ﾁｰﾑ員会議回数	**基幹型**ﾁｰﾑ員会議回数	延べ検討件数
令和２年度	17	77	0		53		76
令和３年度	27	134	8	4	55		103
令和４年度	22	132	3	2	51	1	84

３）支援結果について　支援終了・支援終了見込み：14 人（8 人は支援中）

※支援終了見込み…医療や介護、包括への支援の引継ぎ後、２か月後のモニタリング（状況確認）にて、「支援終了」となる見込みの者。

①転帰

在宅継続	入院	死亡
9	3	2

➢モニタリングにより、「支援終了」となった者（6 人）のうち、介入時から比較した総合評価：
不変…1 人、改善～とても改善…5 人

②医療・介護サービスの導入について

認知症医療の導入（延べ人数）		サービスの導入（延べ人数）	
介入時から通院を継続	介入後、認知症の診断・通院に至った	介護サービスの利用	その他のサービス利用
3	7	5	1

３）基幹型支援チームの活動状況（令和４年４月～令和５年１月末）

◆訪問実績　２件（南部圏域１件、志津南部圏域１件）

事例１　南部圏域のケース

７０代女性。精神疾患が疑われる本人と、全盲の夫での２人暮らし。部屋にゴミが溢れており、尿臭も酷い。本人は、受診拒否が強い。本人が金銭管理を行っていたが、銀行とのトラブルが続くようになる。 令和４年８月、基幹型チーム員と南部包括チーム員で訪問を実施。 ➡認知症の症状も疑われるが、統合失調症と同じような状態が前面に出ている（妄想、幻視、話が一方的で会話にならない、幻覚の疑いあり）。 保健所に相談し、医療保護入院での治療を進めることや本人の入院後、夫の施設入所を進めてはどうかとの見解。

事例２　志津南部圏域のケース

８０代男性。妻と２人暮らし。妻も認知症。部屋にゴミが溢れており、尿臭も酷い。 本人は、元医師で受診拒否強い。脱水で倒れ、失禁、動けず緊急搬送、入院となるが、院内で騒ぎ強制退院の経緯あり。妻も状況がわからなくなり、鍵を締めてしまい、自宅に入れず、警察に保護されたりしている。 令和５年１月、基幹型チーム員と志津南部包括チーム員で訪問を実施。本人の状況からアルツハイマー型認知症と診断される。 ➡夫婦ともに認知症とみられ、在宅での生活は困難になっている。 介護サービスの利用、施設入所が望ましいとの見解。

➢２事例ともに、認知症の行動・心理症状（BPSD）や精神疾患症状が顕著となっており、受診につなげたいが、本人の強い拒否があるケース。基幹型支援チームが介入することで、医療受診、介護サービスの利用につなげることができている。

◆基幹型チーム員会議実績　　１回開催（ZOOM）

事例１について、基幹型チーム員、包括の初期集中支援チーム員で共有、今後の支援について検討を行った。