

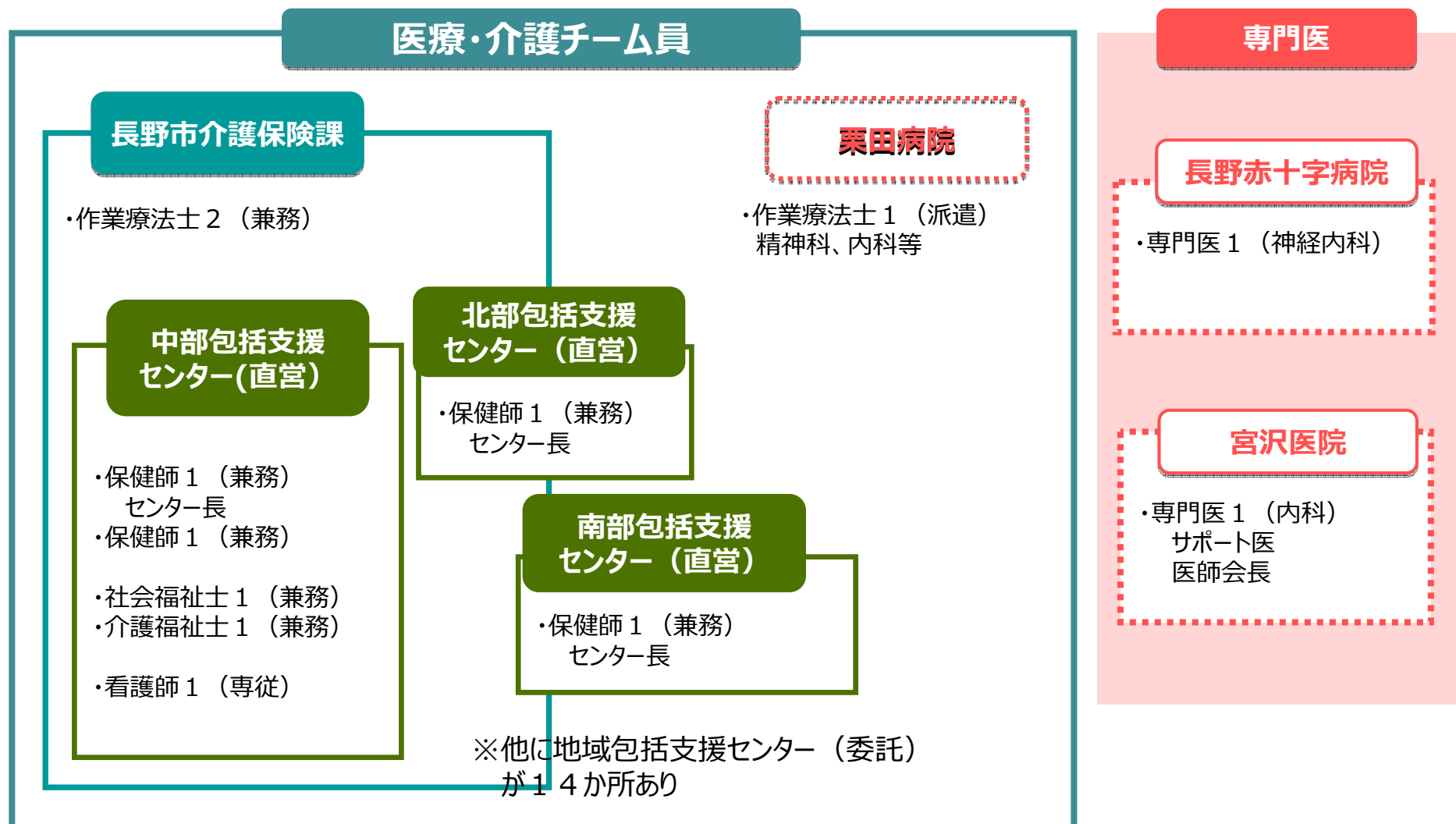
# 認知症初期集中チーム 設置促進モデル事業実績報告

**長野市(25年5月～1月末暫定)**

# チーム体制図

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

## 長野市認知症初期集中支援チーム員の構成図



## 活動状況

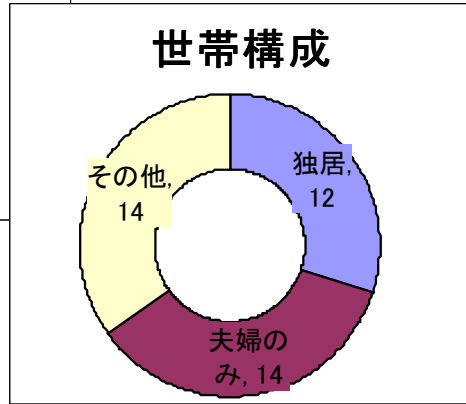
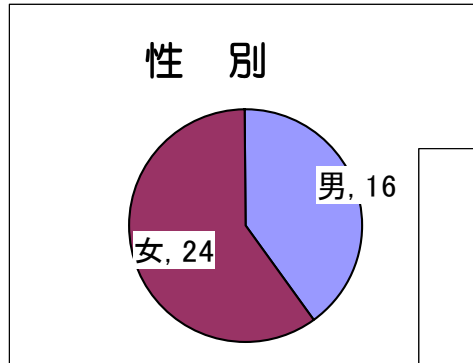
認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

## 1 初期集中支援チームについて

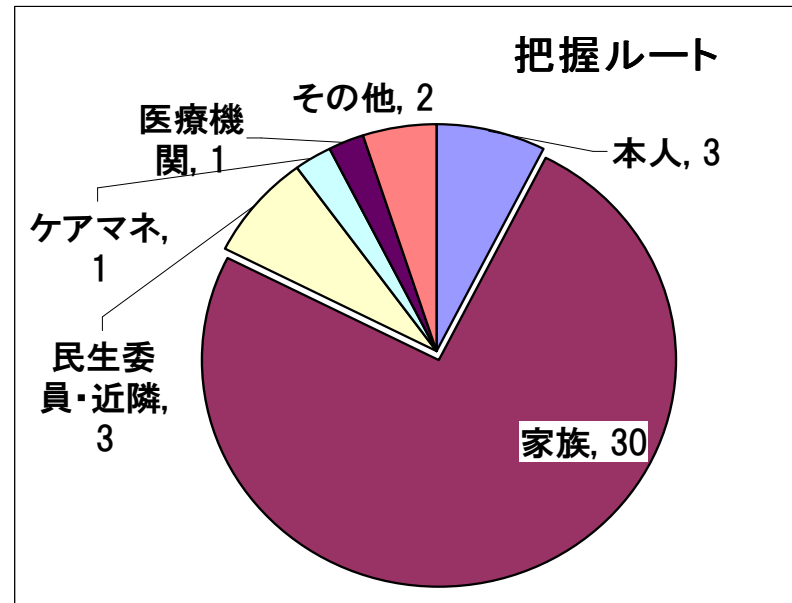
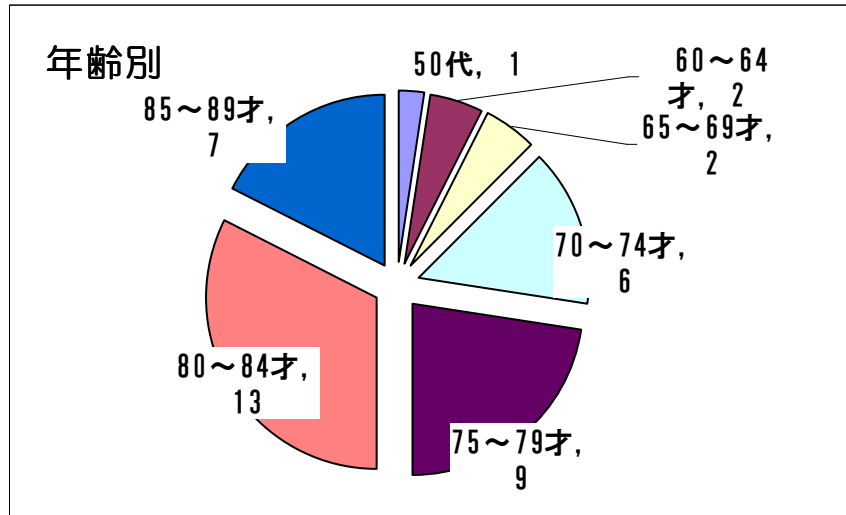
①チーム員の構成（職種、人数、キャリアなど）	<ul style="list-style-type: none"> <li>●専門医（2）人、診療科（内科・神経内科）</li> <li>●専門職計（10）人、 内訳 保健師（4）看護師（1）OT（3） 社会福祉士（1）介護福祉士（1）</li> </ul>			
②チーム設置形態（医療機関／行政／地域包括など）	長野市役所 直営地域包括支援センター			
2 訪問実績等	5～7月	8～10月	11～1月	累計
①全地域包括支援センター における認知症の相談件数	一件	232件	188件	420件
②モデル事業の対象者として把握した事例数	11件	22件	13件	46件 (事業報告40件)
③チームが訪問した延べ数	24件	76件	68件	168件 (事業報告155件)
3 チーム員会議の実績				累計
①チーム員会議の実施回数	6回	10回	13回	29回
②ケア会議会議の実施回数	1回	6回	7回	14回

# 支援対象者の内訳

報告者40名の状況 単位:人



- ★ 女性が60%を占めている。  
世帯構成は、独居、夫婦、その他とほぼ3割ずつ（モデル他市も同じ状況）
- ★ 相談会実施しているため本人家族からの相談が33人（82.5%）を占めている。その他として金融機関や市役所窓口からの相談があった。本市の特徴として直接家族からの相談が多い。
- ★ 年齢階級では75歳以上の後期高齢者が29人（72.5%）を占めている。  
（モデル他市後期高齢者は84.4%）
- ★ 64歳未満の若年者3人いる。



# 支援対象者の状況

報告者40名の状況 単位:人

認知症高齢者の  
日常生活自立度

I	4
IIa	15
IIb	13
IIIa	6
IIIb	2

介護サービス

未利用	37
かつて利用	2
利用中	1

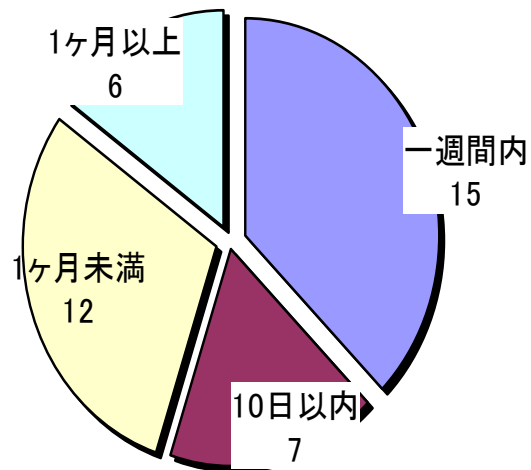
医療受診状況

主治医あり	33
主治医無し	7

認知症医療サービス

1 未利用	22
2 かつて利用	7
3 利用中	11

把握から訪問までの日数



★ ランクⅡ以上になると日常生活に支障をきたし、一人暮らしは困難な場合もある。介入時としては不安が出てくる段階での相談となっている。

★ 介入時、介護サービス利用は1名のみ。

★ 医療受診状況は、33人（82.5%）が受診している。うち、認知症の治療していない人が、29人を占める。

★ 最初に相談を受けてから訪問までの日数は、15人（37%）が一週間以内であるが、6人は1ヶ月以上かかっている。

理由：本人外出や旅行等で不在、相談者の介入拒否等である。

# 支援終了者の状況

報告者40名中24名の状況 単位:人

## 介護保険サービスの導入

あり	14人
なし	10人

サービス導入なしの10人は、介護保険のサービス必要ない人とサービス拒否する人が混在している。

## 介入後認知症の診断

あり	20	アルツハイマー病	12
		血管性認知症	2
		レビー小体型認知症	1
		その他	6
なし	4	遅発性統合失調症 今後検査予定 うつ状態 検査途中で中断	

医療・介護のサービスにつながった	22
変化なし	1
悪化・入院入所	1

訪問回数平均：4.0回

初回訪問から引継ぎまでの日数平均：106.2日

## 認知症アセスメント結果

	介入前平均	介入後平均		改善した人	変化なし	悪化	測定不可
DASC 18	38.2	38.5	軽度悪化	12	2	9	1
Zarit	14.7	12.9	改善	9	3	6	6
DBD 13	13.7	12.8	改善	14	3	6	1

DASC：「認知機能障害」と「生活機能障害」を総合的に評価することができる。29点以上で認知症の疑いと推測できる。（31人/40人）

28点以下の9人中、介入後に認知症診断を受けた人は5人

Zarit：介護負担を測定する尺度 独居の人は介護者不在のため測定できず

DBD13：在宅での生活を困難にする行動症状の評価尺度

介護者負担と行動症状については、介入により改善が見られた

## 個別事例の状況（支援終了対象者）

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

		長野09	長野20
対象者		80代・女性・独居	80代・男性・3世代同居
CDR		2（中等度）	1（軽度）
支援前	状況	被害妄想・認知機能低下のため、家に人が入ったと警察に通報したり、鍵や通帳の再発行を頻繁にしていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>娘が介護ストレスを訴え、通所介護を強く希望。（離れる時間を希望）</li> <li>対象者は、健康で定期医療受診しておらず、医療も介護も必要ないと主張。</li> </ul>
	端緒	・知人より、様子が変わると中部包括に相談あり	娘から、中部包括へ電話相談があり
関与方法	訪問回数	11回／4M	5回／3M
	支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員と同伴訪問から開始。拒否傾向が強かったため、関係構築の訪問を増やす。</li> <li>・主治医に情報提供し認知症治療開始</li> <li>・遠方の長男がキーパーソンのため情報提供する中で、認知症の状況と服薬の必要性、介護サービスの導入についての合意を得た。</li> <li>・介護サービスの導入の困難さがあったため、サービス事業所の選定、利用当日の説得をCMと支援。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療：特定検診を勧め、受診できた。その後認知症サポート医師へ受診し、娘の管理の下に服薬開始となった。</li> <li>・介護：介護保険代行申請→半日型デイお試し利用へ同行→CM紹介→半日型デイ利用（1w1回）→1日型デイ利用（1w2回）と管轄包括の担当CMと連携し支援した。</li> </ul>
	診断名	脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症
効果		<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬拒否がなかったため認知症治療開始後は、ほぼ服薬できており、治療の継続ができています。</li> <li>・CMが付いたため相談者もでき、DS利用にもつながった。警察通報もなく、落ち着いた生活を維持できている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医師（サポート医）の受診に繋がり、娘の管理の下に服薬が開始になった。</li> <li>・管轄包括（担当CM）と連携し、通所介護利用日数の拡大できた。</li> <li>・上記により、介護者のストレスがかなり軽減された</li> </ul>

# 認知症初期集中支援事業の工夫と課題

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

- 第一報からチームの支援対象者として決定し、次の支援者に引き継ぐまでの一連の過程を明確にし、システム化する。
- 認知症支援として、早期支援の重要性と支援チームの周知がまだ不十分なので、啓発活動を一層推進する。
- モデル事業は25年度で終了するが、支援チームとしての事業は継続する。市内全域をカバーしていくには、市南部地域にもう一つチームの拠点の設置を目指す。
- 26年度新規事業（かかりつけ医等によるもの忘れ相談事業）の実施に向け、市内の認知症相談医及びサポート医（約90人）を戸別訪問し、事業の協力を依頼する。地域のかかりつけ医や認知症専門医との連携を強化して、医師の協力の下に、早期診断・早期対応につなげる体制を構築する。
- 「認知症ケアパス」作成に向けての検討（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）