



令和4年度 認知症地域人材育成事業  
認知症初期集中支援チームの活動強化に係る研修会

# 豊橋市 認知症初期集中支援チーム員活動報告

豊橋市役所 長寿介護課  
保健師  
牛田 実希子

# 豊橋市の概況（1）



人口	371,122人（令和4年4月1日現在）
----	----------------------

面積	261.91平方キロメートル
----	----------------

## 【北部】

石巻山、  
果樹栽培（次郎柿、イチゴ、桃、ブドウ）が盛ん

## 【東部】

総合動植物公園（のんほいパーク）  
二川宿、葦毛湿原

## 【中央部】

豊橋駅、路面電車（市電）

## 【西部】

三河港  
自動車の輸入台数、金額共に全国第一位

## 【南部】

全国トップクラスの農業産出額  
表浜海岸のアカウミガメ

## 豊橋市の概況（2）

		基準日
高齢者人口（65歳以上）	97,001人	令和4年4月1日現在
高齢化率	26.1%	
後期高齢者人口	49,331人	
後期高齢者割合	13.3%	
認知症高齢者人口（認知症自立度Ⅱ以上）	7,936人	令和3年10月1日現在
日常生活圏域	22圏域	令和4年4月1日現在
地域包括支援センター数（直営） （委託）	0か所 18か所	
認知症地域支援推進員の配置数 職種 配置先	3人（専任） 社会福祉士 社会福祉協議会（包括）常勤	

# 本日の内容

- 1 認知症初期集中支援チーム員の紹介
- 2 チーム員会議 サポート医との連携
- 3 事例紹介
- 4 今後の課題

# チーム員の紹介

## 認知症初期集中支援チーム（はつらつチーム）

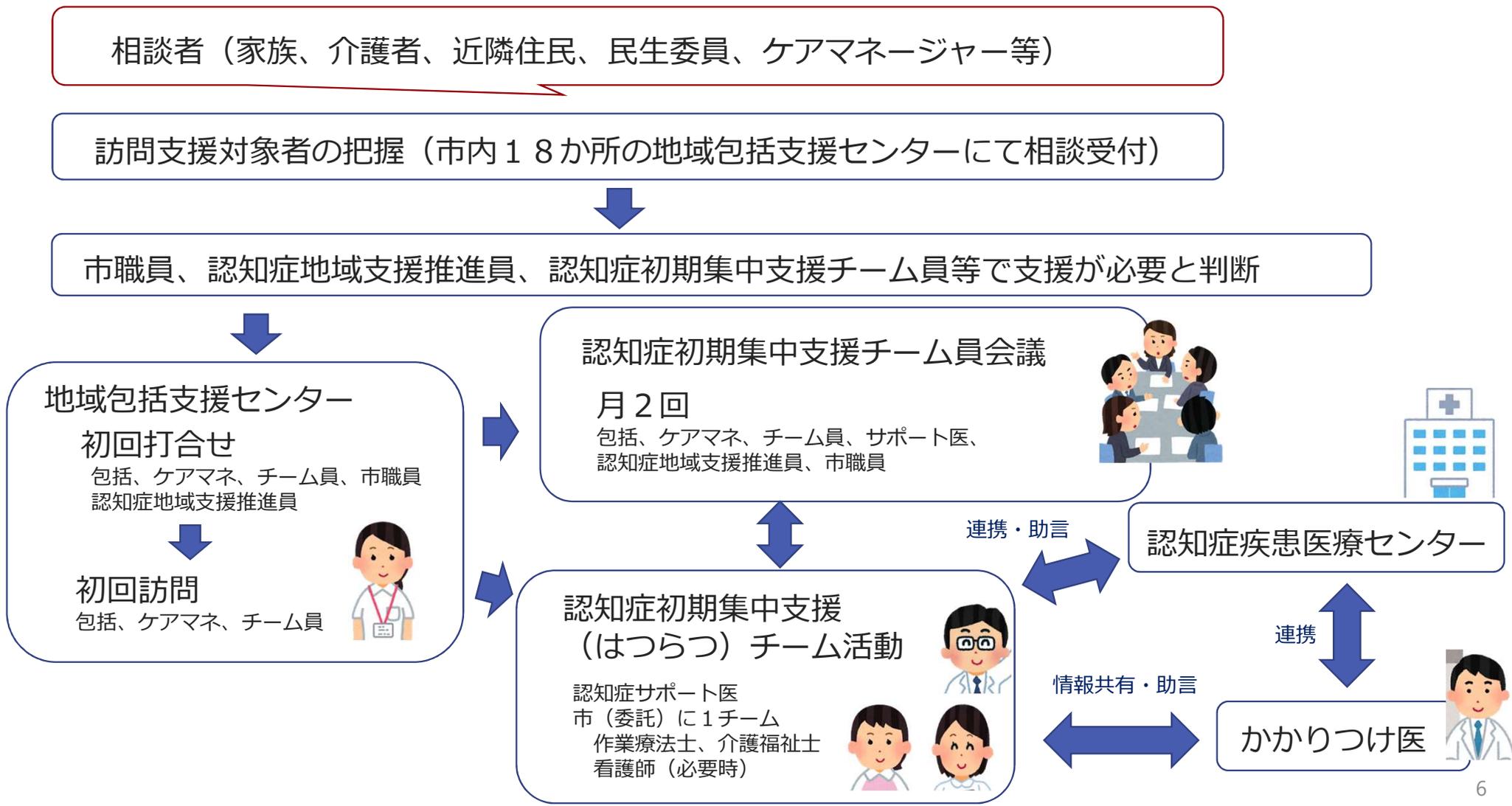
### 1 チーム員



		担当者の従事開始時期
設置場所	疾患医療センター以外の医療機関 (市からの委託) 【兼務】	
チーム数	1 チーム	
活動開始	平成29年9月1日	
認知症サポート医	認知症専門医 1名	平成29年9月～
	精神科医（開業医） 1名	令和1年10月～
チーム員	作業療法士 1名	平成31年4月～
	介護福祉士 1名	令和4年4月～
	看護師 1名（必要時）	令和3年4月～

# 認知症初期集中支援チーム員活動フロー図

## 1 チーム員



# チーム員の紹介

## 認知症初期集中支援チーム（はつらつチーム）

### チームの役割（特性）

- ・ 早期発見、スクリーニング
- ・ 早期診断の支援
- ・ 医療機関への引継ぎ
- ・ 介護サービスへの引継ぎ
- ・ 医療、介護利用の定着
- ・ 経過観察（見守り支援）
- ・ 日常生活の支援
- ・ 家族等の支援

### チームの現状

- ・ 困難事例の対応を重点的に



地域包括支援センターで対応したものの  
困難なケース等に対してチームが支援し  
ています。



## 認知症初期集中支援チーム（はつらつチーム）

### 1 チーム員



#### ○ 支援するケース選定

⇒ 地域包括支援センターを介しての受付のため、地域包括支援センターがまだ未介入な場合は、まずは地域包括支援センターを紹介しています。

#### ○ ケースの情報共有

⇒ 医療・保健・介護の連携ネットワーク（ほいっぷネットワーク）を活用して、特定の担当者のみ閲覧や記録掲載ができるため、迅速な情報共有ができています。

## 1 チーム員



# チーム員の活動回数（令和3年度）

参考

事例	支援開始月	訪問回数（介入）	会議回数	終了月	モニタリング
A	R3.4月	16回	8回	R3.11月	R3.12月
B	R3.4月	4回	2回	R3.6月	R3.7月
C	R3.5月	13回	3回	R3.8月	入所予定
D	R3.6月	9回	4回	R3.10月	R3.11月
E	R3.8月	24回	5回	R4.1月	—
F	R3.8月	15回	4回	R3.12月	—
G	R3.11月	9回	3回	R4.1月	R4.3月
H	R3.11月	14回	3回	R4.2月	R4.4月
I	R4.1月	5回	2回		

## ケースごとの活動実績（令和3年度）



1 チーム員

年齢	70代 9人、80代 9人 90代 3人
性別	男性 12人、女性 9人
初動日数	平均 12日
介入時に医療・介護サービスの両方につながっていなかった者 ※	8人
介入時に医療につながっていなかった者 ※	1人
介入時に介護サービスにつながっていなかった者 ※	2人
引継ぎ（支援終了）時に医療・介護サービスの両方に繋いだ者 ※	5人
引継ぎ（支援終了）時に医療サービスに繋いだ者 ※	1人
引継ぎ（支援終了）時に介護サービスに繋いだ者 ※	6人

※ 令和2年度からの継続ケースを含めて、令和3年度中に引継ぎ（支援終了）の実人数

# チームによる介入後も医療や介護のサービスにつながらなかった 主な理由

- 認知症医療につながらなかった対象者  
→ 病識がない。
- 介護サービス等につながらなかった対象者  
→ 介護サービスへのイメージがつかない。経済面の問題。
- 医療・介護の両方につながらなかった対象者  
→ 本人や家族が困りごとを感じておらず、支援者だけが心配している。
- 医療・介護の両方につながらなかった対象者のその後の支援は？  
→ 見守り体制を整え、その後の相談窓口を明確にしてから介入を終了している。  
ほとんどが地域包括支援センターにつながるようにしているため、その後動きがあれば情報共有してもらっている。  
必要があればチームの再介入も検討する。



## チーム員会議（令和3年度）

会議場所	市役所、地域包括支援センター （令和3年度 Zoom会議）
会議日程	認知症領域 毎月第4火曜日 午後2時～（2時間） 精神科領域 毎月第4金曜日 午後1時～（1時間）
開催回数（実績）	認知症領域 12回 精神科領域 10回
検討事例数（実績）	実数 21事例 1回の会議での検討事例数 認知症領域 平均 3.8 事例 精神科領域 平均 2.2 事例
チーム員会議構成メンバー	認知症サポート医 1名（認知症領域、精神科領域で1人ずつ） 認知症初期集中支援チーム員 2（3）名 認知症地域支援推進員 3名 地域包括支援センター職員（事例ごとに1名程） ケアマネージャー（事例ごと必要時） 市役所職員 2名

## 2 サポート医との連携

### 認知症サポート医の属性

病院の認知症サポート医（認知症領域）  
診療所の認知症サポート医（精神科領域）



### 認知症サポート医の役割

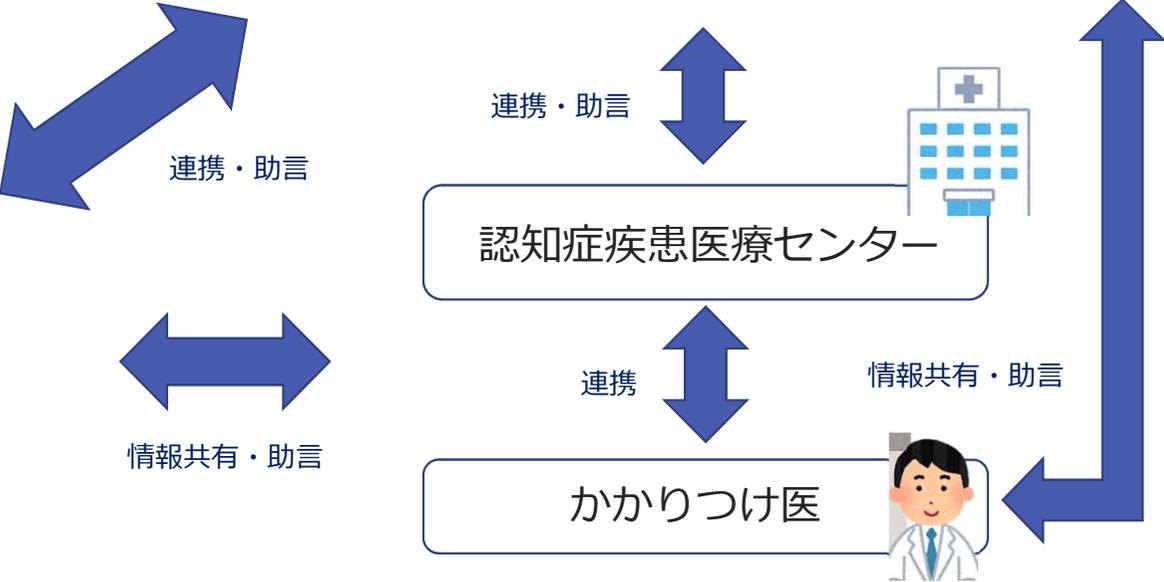
- ・チーム員会議の出席
- ・チーム活動中の適宜の相談対応
- ・対象者居宅等への同行訪問
- ・専門医療機関、専門医への紹介

### 認知症初期集中支援チーム員



### 認知症初期集中支援チーム員会議

助言



## 認知症初期集中支援チーム（はつらつチーム）

令和2年度(2020年度) 支援ケース



### 「認知症状による常同行動があり、サービス介入への糸口が見つからない55歳男性」

年齢：55歳 認知症自立度：Ⅳ 診断：前頭側頭型認知症 認知症の受診：あり  
サービス利用：なし

自立支援医療を受けており、2015年から抑うつ状態で発症、妻の顔も認識できない、着衣失行、被害妄想、常同行動、社会秩序無視が目立つようになり、2019年に退職。その後言語リハビリも中止した。

#### <介入時の状況>

言語による疎通はほぼ不可能な状態で、常同行動として自動車販売店に毎日出入りし、他の客の車を触ってしまうこともあった。介護抵抗も著しく入浴もさせられない、これまで3人の訪問看護師が関わったが、本人が逃げてしまい有効な介入には至っていない。

### <チームがチーム員会議等において設定した支援のゴール・目標>

介護サービスを利用し、適応的（迷惑にならず安全）な常同行動にシフトさせる。  
妻はできる限り在宅でケアしていきたいと希望。妻の受容ステップになることも期待。

### <支援の経過>

- ①支援期間      把握経路：ケアマネージャー  
                    初回訪問：2020年10月16日  
                    引継日付：2021年1月26日                      （初回訪問から引継までの期間：102日）
  
- ②訪問回数、チーム員会議回数  
                    訪問回数：21回、      チーム員会議回数：5回
  
- ③主に関わった職種（チーム員）  
                    作業療法士、介護福祉士

### ＜具体的な支援の経過・状況＞

#### ①把握～初回訪問まで（初動期・方針）

かかりつけ医に活動への協力及び、情報提供を依頼。妻へのアドバイス。（家族会などの紹介）

#### ②支援期間中（具体的な支援）

毎日決まった時間に訪問。ケアマネ、訪問看護師、包括、保健所職員等の関係機関と4週間にわたり、週に3回訪問を続けた。その結果、初めは他者へのストレスから歯ぎしりをしていましたが、徐々に他者に慣れて歯ぎしりの頻度が減り、訪問リハビリを導入につながった。妻の話を傾聴し日常生活上でのアドバイスを行った。常同行動のルートにあるお店等には、妻、チーム員、保健所職員から事情を説明し、見守り体制を整えた。

### ＜引継ぎ＞（支援の結果・転帰）

訪問リハビリを週2回導入し、好きな音楽を通して他者との時間や場所の共有もでき、本人に刺激が入ってきている様子があった。また、支援者の介入で身だしなみにも気を遣うようになった。サービス導入し、今後の見通しが立ったため、ケアマネ・包括・訪問リハビリに引継ぎチームの支援を終了した。

## ◎ 本事例にかかる関係機関や社会資源との連携の効果（1）

### ＜本人・家族にとってよかった点＞

本人が他者と関わることで、サービスの利用等、生活の質が向上した。  
支援者が増えることによって妻のメンタルフォローができた。

### ＜（本事例を通じて）チーム活動にとってメリットになった点＞

様々な関係機関と密に情報共有をしたことで、本人・家族だけでなく支援者同士の意志の統一化ができた。

### ＜本人や家族の状況（チーム介入による変化や本人・家族の反応や評価など）＞

- ・ 訪問リハビリ導入のきっかけづくり
- ・ 常同行動に対する見守り体制の構築
- ・ 保清への意識の向上
- ・ 妻の介護ストレスの軽減

## ◎ 本事例にかかる関係機関や社会資源との連携の効果（2）

#### <引継いだ医療・サービスの継続状況>

訪問リハビリ 週2回（継続）

訪問看護 （中止しており、他の事業所検討）

#### <引継ぎ後の本人・家族の生活状況>

常同行動に変化が生じた。

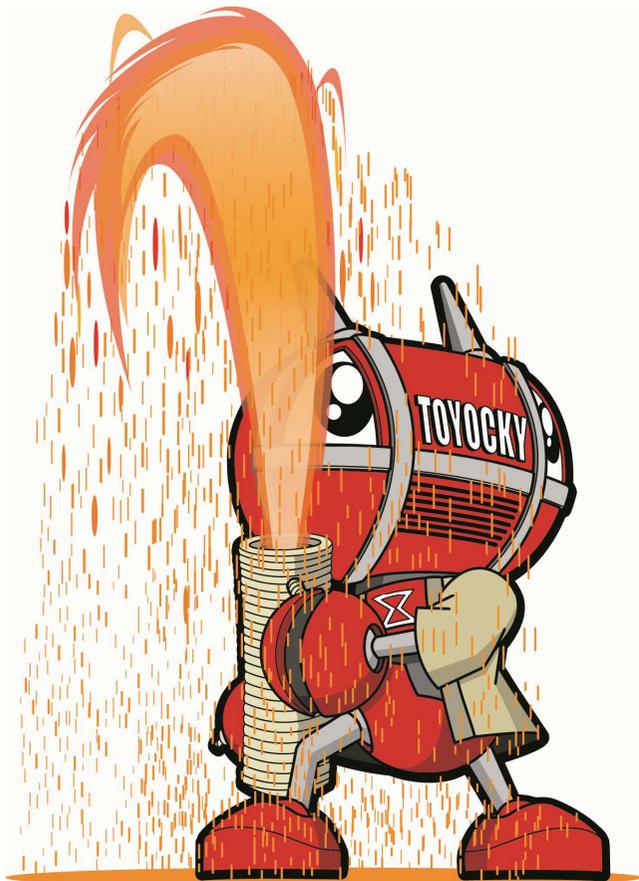
### チーム員活動と他の認知症施策との連携に関する取り組み

#### <スムーズな連携を行うための準備や関係づくりについて>

- ・ 相談窓口となっている地域包括支援センターとの連携強化
- ・ チーム員や認知症地域支援推進員、市の担当者のスキルアップ

#### <チーム以外の機関や他の認知症施策等との連携についての課題や意見>

- ・ 認知症疾患医療センターやかかりつけ医、薬局等との連携
- ・ 認知症ガイドブックの活用の拡大



ご清聴ありがとうございました。

©トヨッキー（手筒花火Ver.）