

令和6年度 多摩市 認知症初期集中支援チーム活動報告

令和7年1月30日

多摩市健康福祉部高齢支援課

多摩市認知症初期集中支援チーム

多摩市の状況(令和6年12月1日現在)

総人口	147, 580人
65歳以上人口	43, 476人 高齢化率 29.46%
75歳以上人口	26, 149人 後期高齢化率 17.72%
日常生活自立度がⅡ以上の第1号被保険者数	4,253人(R6.7.1時点)
認知症有病者数	9.8%(R6.7.1時点)

多摩市認知症初期集中支援チームについて

- 平成27年7月1日から社会医療法人河北医療財団多摩事業部へ委託。
- チーム員構成(令和6年度)

職種	人数
専門医(チーム医)	2
認知症看護認定看護師	1
作業療法士	2
公認心理師	1
精神保健福祉士・社会福祉士	1

認知症初期集中支援チーム実績

年度	訪問依頼件数	実対応人数	訪問回数 (延べ数)	チーム員 会議回数 (延べ数)	地域ケア会議 参加 (延べ数)	普及・啓発活 動(延べ数)	備考
平成27年度	16	16	28	37			7/1～事業開始
平成28年度	12	14	24	32			
平成29年度	3	5	9	9			
平成30年度	4	5	7	6			
令和元年度	1	3	4	4			
令和2年度	1	1	0	1			
令和3年度	2	2	3	3			
令和4年度	1	2	1	4	3		地域ケア会議アドバイザー参加開始
令和5年度	2	2	3	1	1		報告後、新規2件(訪問依頼2件、 地域ケア会議1件)
令和6年度	2	3	4	3	1	3	
合計	44	53	83	100	5	3	

※実対応人数(地域ケア会議を除く)

活動の流れ

①

☆包括→高齢支援課→チームへ依頼書が届く。

☆包括の担当者とチームで、初回訪問に向けた打合せを実施し、かかりつけ医療機関への情報照会等を検討する。

① 事前打合せ

②

☆初回訪問で生活状況や心身の状況を改めて確認し、アセスメントを行うとともに、相談内容に応じた助言や提案を行う。

☆事前に同意が得られない場合、相談の上、初回訪問時に同意を得る。

☆必要に応じて初回訪問の前に、家族や主治医等を含めた支援関係者のみで事前打ち合わせを実施することがある。

② 家庭訪問・面談等

③

③ チーム員会議・適宜介入

☆初回訪問の実施後、チーム員会議を開催。情報共有後、支援方針を検討し、各支援機関の役割分担を確認する。

☆訪問時の緊急性によっては、チーム員会議を待たずに適宜介入となる。訪問及び会議は、状況に応じ、一人1～5回程度。

④

☆支援開始時からの状況変化等を確認する中で、地域のサービスや相談担当窓口へ引き継ぎを行い、終了時期を検討する。

☆課題解決が終了とは限らない。支援方針と対応の経過・結果から状況改善・不変・悪化等、一定の評価を共有し、包括とチームの協働支援を主たる支援者へ引き継ぐ。

④ 引継ぎ・終了
(概ね6カ月程度)

⑤

⑤ モニタリング・終結

☆終了から2ヵ月を目途に、チーム員から関係者へ、電話での聞き取り等のモニタリングを実施。終了後も、医療や介護・地域のサービス等が継続しているか、状況を確認する。

☆必要に応じ、チーム訪問・チーム員会議を実施する。チーム介入の必要性がない場合、支援終結となる。

令和6年度 ケース①

1 対象者(依頼時状況)

独居

2 介入の経緯

およそ半年位前より、物がなくなる等の話が聞かれるようになり、周囲の人や警察への度々の相談がある。その様子から認知機能低下が心配され、対応方法や今後の受診検討の相談を主として初期集中支援チームへの依頼となる。

3 介入実績

訪問 2回

チーム員会議 2回

モニタリング 実施予定

4 介入後の状況

- ・チーム員会議に複数の関係機関が参加し、多角的な視点から本人の生活課題やサポート体制の提案等を協議検討。
- ・チーム訪問後の支援機関による継続的な関わりの中で、本人同意のもとで専門医受診となる。
- ・多職種連携と本人と主たる支援者に良好な関係性の積み重ねがあり、専門医受診や介護保険申請につながる。

令和6年度 ケース②

1 対象者(依頼時状況)

家族と同居

2 介入の経緯

本人は通院を中断しており、閉じこもりの生活。家族は本人の生活の様子から認知機能低下を危惧。対応方法や今後の受診検討の相談を主に初期集中支援チームへの依頼となる。

3 介入実績

訪問:1回

チーム員会議:1回

モニタリング:実施済み

4 介入後の状況

- ・本人と家族それぞれの話を伺い、生活と医療受診に関する課題をアセスメント。家族の心理的サポート。
- ・チーム員会議にて対応方法案を共有し、支援機関により訪問継続。その後、医療受診に繋がる。

令和6年度 ケース③

1 対象者(依頼時状況)

独居

2 介入の経緯

書類や金銭管理の手続きの困難さ、経済面の課題、通院中断等、生活面の支障が心配される。

①認知機能を含めた総合アセスメント ②医療への受診誘導の方法検討を目的として、初期集中支援チームへの依頼となる。

3 介入実績

事前打ち合わせ

訪問 2回

チーム員会議 1回

モニタリング 実施予定

4 介入後の状況

- ・訪問時状況より、早急の医療的介入を検討・導入。
- ・生活サポートとともに、介護保険サービス申請しサービスを利用。
- ・経済面の課題は引き続き検討、医療面・介護面ともにサポート体制が整う。

対象者の状況①

(訪問受理ケースn=43)

【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

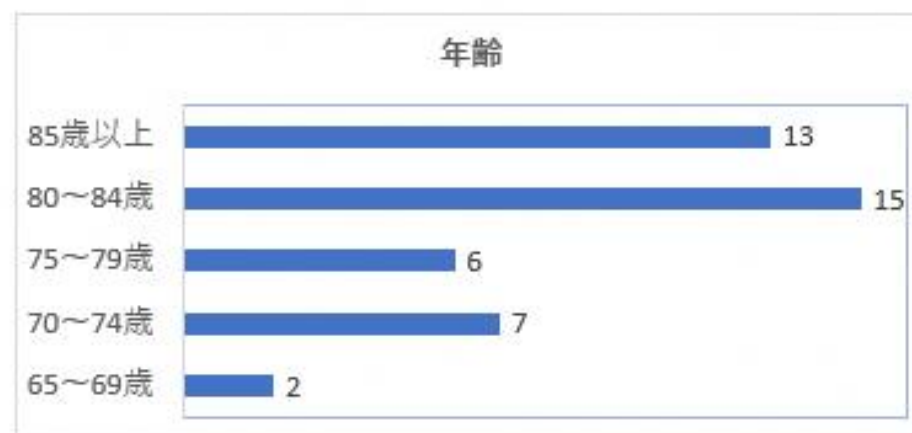
性別

性別	人
男性	19
女性	24



年齢

年齢	人
65～69歳	2
70～74歳	7
75～79歳	6
80～84歳	15
85歳以上	13



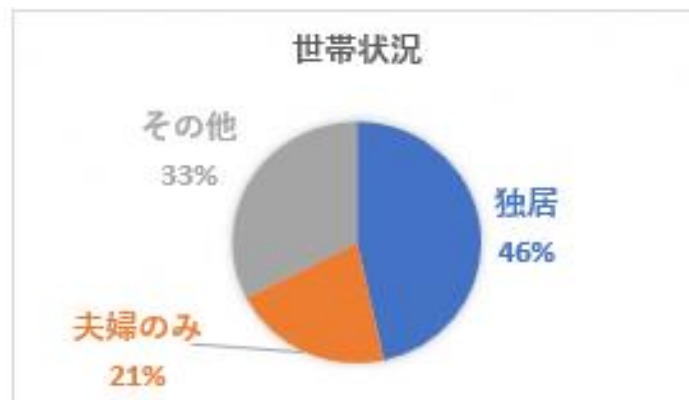
対象者の状況②

(訪問受理ケースn=43)

【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

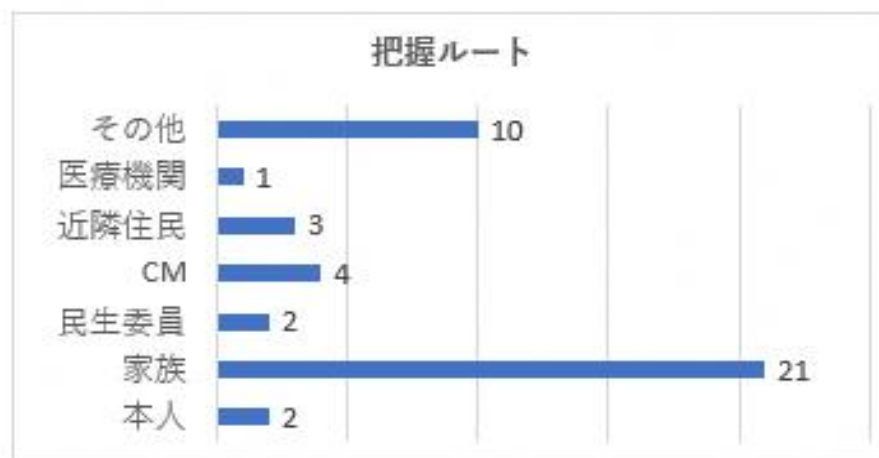
世帯状況

独居	20
夫婦のみ	9
その他	14



把握ルート

本人	2
家族	21
民生委員	2
CM	4
近隣住民	3
医療機関	1
その他	10



対象者の状況③

(訪問受理ケースn=43)

【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

認知症診断 (人)

あり	8
なし	34
不明	1



チーム員訪問・会議実績①

(訪問受理ケースn=43)

【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

1ケースあたりの訪問回数	1.9回
職種別訪問回数	医師37回、看護師27回、作業療法士3回、 精神保健福祉士61回、介護福祉士22回、臨床心理士34回
1ケースあたりのチーム員会議回数	2.3回

介入時

終了時

要介護認定

要介護度	人		
非該当	0	要介護3	0
要支援1	2	要介護4	0
要支援2	0	要介護5	1
要介護1	3	申請中	2
要介護2	3	申請なし	32



要介護度	人		
非該当	0	要介護3	2
要支援1	5	要介護4	0
要支援2	1	要介護5	0
要介護1	10	申請中	4
要介護2	3	申請なし	18

チーム員訪問・会議実績②

(訪問受理ケースn=43)

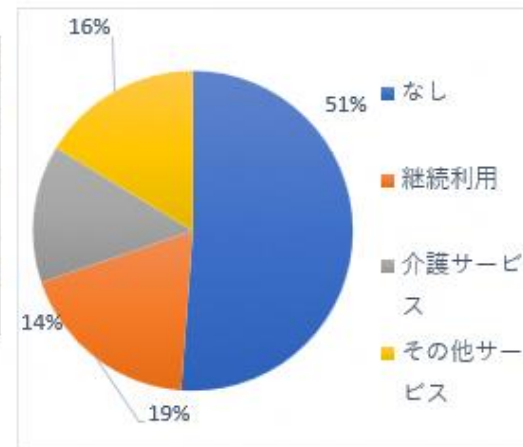
【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

介護サービス利用

なし	33
以前は利用	2
介護サービス	8



なし	22
継続利用	8
介護サービス	6
その他サービス	7



医療の引継ぎ状況

状況	人
通院あり (認知症)	3
通院あり (認知症以外)	20
以前は通院	10
通院なし	10



状況	人
主治医 (認知症)	5
専門医療機関	11
主治医 (認知症以外)	18
その他	1
引継ぎなし	8

事業実施における評価及び課題

【認知症初期集中支援チーム実績報告用プログラムより集計】

1 終了時総合評価(評価判定7段階)

とても改善2人、改善13人、やや改善19人、不変4人、やや悪化0人、悪化0人、とても悪化0人

(※欠損値5)

2 事業の評価

- 本人主体での地域資源選定と意思決定を地域関係機関とともに支援
- 本人のみではなく家族全体を視野に入れた支援、地域関係機関との連携
- 医療的視点を含めた多職種によるアセスメントと対応の協議
- 多摩市介護支援専門員部会との普及啓発活動協働、認知症サポーターステップアップ講座協力等で普及啓発活動を実施

3 事業の課題

- 様々な把握ルートから包括へチーム活用の相談が届くよう、チームに関する普及啓発を引き続き検討する必要がある(地域資源の一つとしてチームを活用してもらえよう、既存のネットワークや事業と連携し事例共有やチームを知ってもらう機会を引き続き検討)
- 地域ケア会議や訪問事業をとおり、チームも含め引き続き地域資源全体の対応力向上に努め活動に寄与する。
- 早期介入において活用できる地域資源との連携。