

第6期介護保険事業計画における 高齢者の生活支援体制について

(1) 認知症初期集中支援事業

認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期発見早期対応に向けた支援体制を構築する。

① 認知症初期集中支援チームの設置

複数の専門職で編成するチーム員と、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスをする専門医により支援を行う。

●チーム員の要件

チーム員は以下の3項目をすべて満たす者

- 1) 医療保健福祉に関する国家資格（保健師、看護師、社会福祉士等）を有する者
- 2) 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がある者
- 3) 認知症初期集中支援チーム員研修を受講した者、もしくは受講内容を共有した者

●支援の対象者

原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、次のいずれかの基準に該当する者

- 1) 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
 - ・ 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - ・ 継続的な医療サービスを受けていない者
 - ・ 適切な介護サービスに結びついていない者
 - ・ 介護サービスが中断している者
- 2) 医療サービス、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者

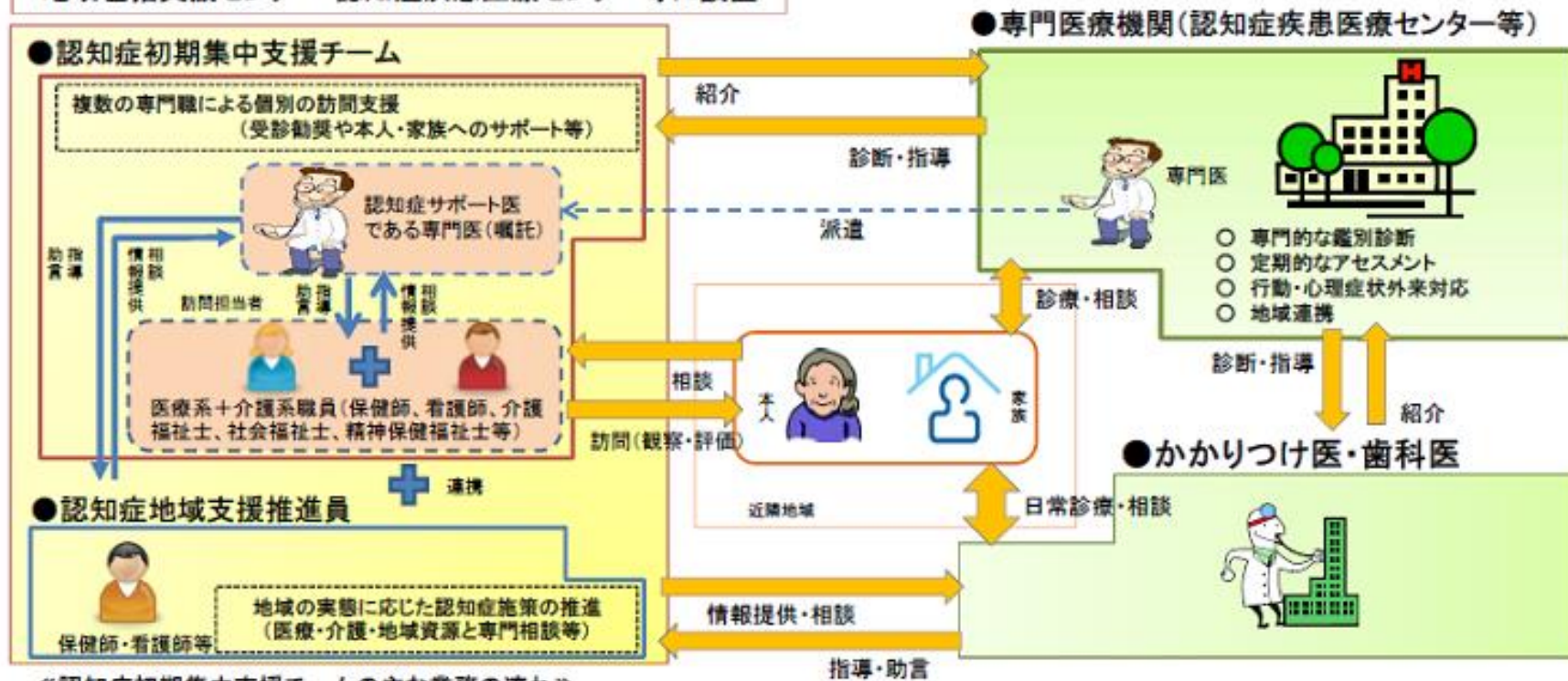
② 認知症地域支援推進員の配置

市職員（非常勤）を1名配置し、認知症の人や家族への支援として、認知症カフェを定期的を開催し、支援機関との連携を行う。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

- 認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備
- 認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
 - 認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

(2) 生活支援体制整備事業

高齢者が地域で生活を継続していくためには、介護・医療・生活支援・介護予防等の提供体制を充実させることが必要となる。特に生活支援サービスの充実を図っていくためには、ボランティア、民間企業、社会福祉法人等の多様な提供主体によるサービス提供体制の確保が必要となる。

「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置し、生活支援の担い手となるボランティア等の育成・発掘等の地域資源の開発やネットワーク化などを行い、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進する。

1. 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の役割

日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等により、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握していくことと連携しながら、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。

- ①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ②地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ
- ③関係者のネットワーク化
- ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）
- ⑥ニーズとサービスのマッチング

2. 内容

- ・委託先 社会福祉法人 境港市社会福祉協議会
- ・委託内容
 - ①生活支援コーディネーターの配置
 - ②生活支援の資源、ニーズの把握
 - ③担い手の養成・組織化
 - ④担い手の研修
 - ④ ニーズとサービスのマッチング

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) **生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置** ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくりなど 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチングなど

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) **協議体の設置** ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要