

(認知症初期集中支援チーム検討委員会)
認知症初期集中支援チーム活動報告について

認知症初期集中支援チーム検討委員会

**令和元年度境港市の認知症
初期集中支援チームについて**

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等**の提供
- ③ **若年性認知症施策**の強化
- ④ 認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその**家族の視点**の重視

境港市の認知症対策について

～認知症になっても安心して暮らせるまちを目指して～

①普及啓発に関すること

- ・認知症サポーター養成講座（各種団体・市内小学校など）
- ・一般住民に向けた講演会の開催

②認知症予防に関すること

- ・予防サークルの活動（市内15ヶ所あり）等

③家族支援に関すること

- ・家族介護教室
- ・認知症カフェ（市内2か所 済生会地域ケアセンター/市長寿社会課）

④関係機関と連携した支援体制の構築

- ・認知症地域支援推進員1名の配置

⑤早期発見・対応に関すること

- ・認知症初期集中支援推進事業 ⇒ 「認知症初期集中支援チーム員会議」
- ・地域ケア会議で ⇒ 「認知症ケアパス」作成

「認知症初期集中支援チーム員会議」

1、概要・目的

国の示す新オレンジプランの中に位置づけられている、認知症初期集中支援推進事業の中の一つとなる。

本市では、「第6期境港市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の中で、平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置することを位置づけた。

認知症の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、自分らしく暮らし続けられるために、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」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。

2、チーム員会議の内容

- ①アセスメント内容の総合チェック
- ②専門医療機関への紹介の必要性などを検討
- ③受診に向けた適切な方法の検討、本人の状態にあった介護保険サービス導入に向けた検討、助言支援 等

3、対象者

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

○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

- ・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

○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

4、記録について

- 利用者基本情報（資料1）
- アセスメントツール DASC-21（資料2）
- 会議記録 認知症初期集中支援チーム会議の要点（資料3）

5、認知症初期集中支援チーム員会議への流れ

チームのフロー図参照

- ① 地域包括支援センターへ情報が集まる（対象者の把握）
- ② 認知症初期集中支援チーム員が2人で訪問
- ③ 本人、家族、その他親類より状況を聞き取り、基本アセスメントツールを使用
- ④ 認知症初期集中支援チーム員会議（専門医を含め対応などについて検討）
 - ・ 会議開催に当たり資料作成（個別にケース紹介）
 - ・ 6か月間集中支援を行い、チーム員会議で1か月、3か月、6か月にモニタリングを行い、6か月で解決できなければ以後の方針を決定する。
 - ・ 介護サービスへ→介護保険申請・認定調査。⇒ 居宅介護支援事業所へ
引き継ぐ
 - ・ 主治医へ連絡→チェック票等 連携シートの活用
 - ・ そのまま経過をみる ⇒ 地域包括支援センター

認知症初期集中支援チーム

①設置：平成29年4月

境港市地域包括支援センター内

②構成員：

- ・境港市地域包括支援センター専門職 15名のうち各回4～5名
(保健師・社会福祉士・(主任)介護支援専門員・認知症地域支援推進員)
- ・認知症専門医 1名 (済生会境港総合病院神経内科 栗木医師)
- ・必要時居宅介護支援事業所の介護支援専門員

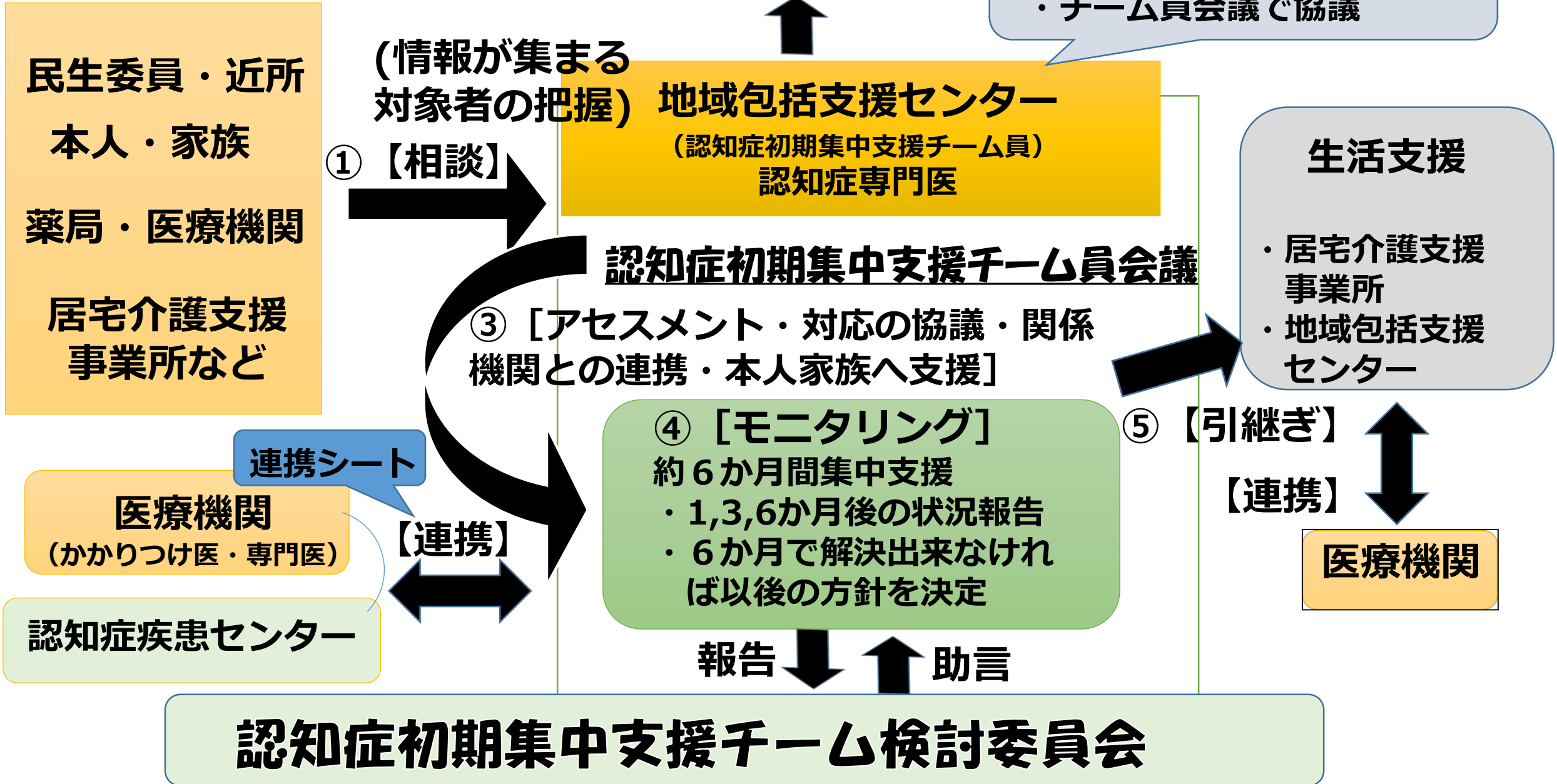
③開催回数：月1回 14時～16時

④開催場所：境港市役所

※令和元年度は9回開催 / 検討症例10件 月平均1.1件

(2, 3月はコロナ感染症のため中止とする)

チームのフロー図



医療機関・薬局との連携

認知症初期集中支援チーム連携シート作成

(用途)

- ・チームでの検討内容を主治医へ報告
- ・医療機関、薬局からチームへ、気になる利用者の情報提供等

※連携シートについて

市内医療機関（医科・歯科）、薬局に案内

(連携シート相談件数)

医療機関 0件
 (チーム員会議で検討)
 薬局 1件

		平成 年 月 日	
機関名		機関名	境港市地域包括支援センター
職種		職種	
氏名		氏名	
住所		住所	境港市上通町3000
TEL		TEL	0859-47-1131 (直)
FAX		FAX	0859-44-2120 (代)

日頃より大変お世話になっております。お忙しいところ申し訳ありませんが、ご確認よろしくお願いたします。

●利用者情報

心りがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
利用者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL
住所	〒 684 -	境港市		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護			

●送信者記載欄

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
送信の希望	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
アセスメントツール	<input type="checkbox"/> DASC21 (点) <input type="checkbox"/> DBD13 (点) <input type="checkbox"/> Zarit8 (点)
相談経緯	
内 容	

●本人の同意

<input type="checkbox"/> ご本人の同意を得ています。
<input type="checkbox"/> ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご家族への同意を得ています。

●返信者記載

上記の回答方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお話します (月 日 時 分 頃お越しください)
	<input type="checkbox"/> 電話でお話します。 (月 日 時 分 頃お電話ください)
	<input type="checkbox"/> 下記の通り回答します。
回答内容	
以上のとおり連絡します。 平成 月 日 氏名	

★ 活動事例（別紙） ★

検討ケースの状況まとめ

- サービス導入となり終結したケース（入院も含む） 2件
- サービス導入に繋がらず終結したケース 5件
（内3件は地域包括支援センターが関わる）
- サービス導入につながらず継続中のケース 1件
- 居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの相談で 2件

初期集中支援事業に取り組んで

開催から3年が経過し

①制度や医療につながらなかった主な理由は

- ・ 家族に問題意識がない。
- ・ 軽度のため見守りでよい状態（相談窓口紹介をし、終結とする）

②専門医を含めたチームで検討することで、支援方針が立てやすく、多様な支援につなげる手段が得やすい。

③会議後、6ヶ月間にあらゆる方法で本人・家族と接点を取り、制度利用を行えるように集中的に支援をすることが大切である。

④認知症初期集中支援チームの活動が、早期対応に向けたシステムづくりとなる。

⑤地域包括支援センターにチームを設置することで、情報の集約がし易く、フォローもスムーズである。

認知症初期集中支援チームの課題

- ①地域住民へ、早期の対応、相談が大切であることやチームについての啓発を徹底していく。
- ②チームによる支援のメリットを居宅介護支援事業所など支援する側へ周知徹底していく。

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来 (前 /)
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 歳
住 所		TEL FAX	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度:)		
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 ()		
本人の 住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ・自室の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()		
来所者 (相談者)		家族 構成	家族構成
住 所 連 絡 先			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係の状況

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:	生年月日: 年 月 日 (歳)	男・女	独居・同居
本人以外の情報提供者氏名: (本人との続柄:)		記入者氏名: (所属・職種:)	

		1点	2点	3点	4点	評価項目	備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問 (採点せず)	
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる		
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		遠隔記憶
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		
4	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		場所
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ		道順
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	問題解決 判断力	問題解決
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		社会的判断力
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭外の IADL	買い物
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関
12	貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	家庭内の IADL	電話
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		食事の準備
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		服薬管理
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ①	入浴
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容
20	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動

