

認知症初期集中支援チーム検討委員会

令和4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～

○早期発見・対応

- ・ **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」**
- ・ 認知症地域支援推進員の配置
- ・ 地域ケア会議で ⇒ 認知症ケアパス作成及び活用

○理解の促進と情報提供

- ・ 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
- ・ おれんじカフェの開催（家族のつどい、おれんじカフェさかいみなど）
- ・ 認知症ケアパス作成及び活用（再掲）

○地域における支援体制づくり・家族支援

- ・ 予防サークルの活動（市内15ヶ所あり）等
- ・ おれんじカフェ（市内2か所 済生会地域ケアセンター/市長寿社会課）
- ・ 家族介護教室
- ・ 認知症高齢者等事前登録事業

○県及び西部圏域関係機関と連携

- ・ 本人ミーティング、おれんじカフェなどへの参加（本人や家族への促し）

「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。

新オレンジプランから続いて、令和2年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」でも5つの柱の③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の中に位置づけられている。

本市では、平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置し、引き続き「第8期境港市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」の中に位置づけている。

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りよい環境で、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を検討、実施する。

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

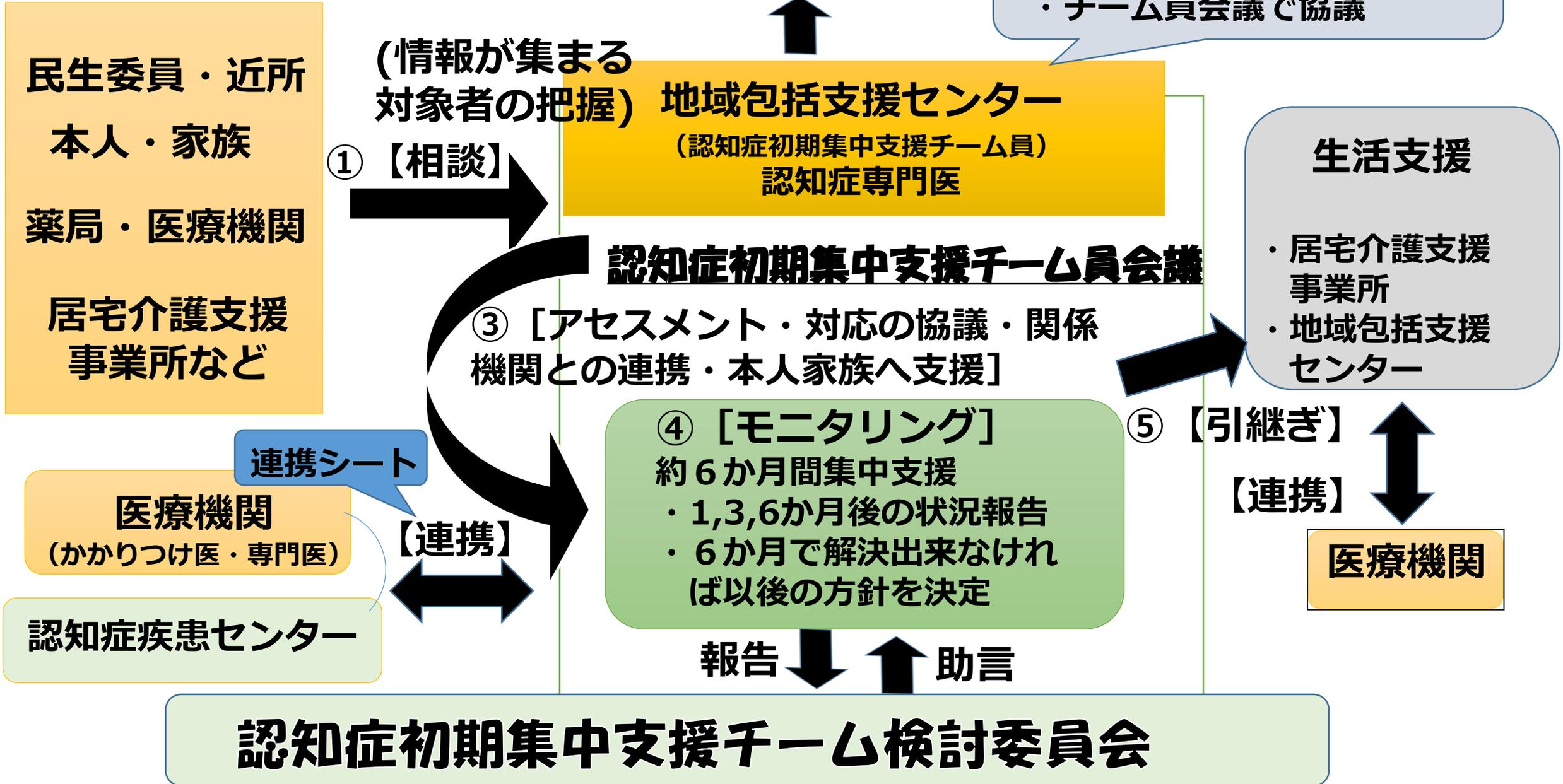
4、記録について

- 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

チームのフロー図



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脳神経内科 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4年度は11回開催/検討事例8件/前年度からの継続モニタリング2件を含め
モニタリング事例13件(延べ)

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
薬局 1件

機関名		機関名	堺港市地域包括支援センター
職種		職種	
氏名		氏名	
住所		住所	堺港市上道町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 -	堺港市					
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 ()						
返信の希望	<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"/> 直接会ってお話しします (月 日 時 分 頃お越しください)						
	<input type="checkbox"/> 電話でお話しします。 (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							
以上のおとり連絡します。 平成 月 日 氏名							

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） 7件(2)
- サービス導入に繋がらず終結したケース 0件
- サービス導入につながらず継続中のケース(次年度へ) 3件

()内は前年度からの継続件数

※このうち居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの相談2件

認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

開催から6年が経過

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。協力体制がえづらい環境。
- ・ 軽度のため見守りでよい状態（相談窓口紹介し終結とする。又は包括が総合相談として継続する）

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。

認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

- ④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。
- ⑤令和4年度は、継続ケース以外はサービスにつながり終結となる事例だった。チームでの介入がより早かったこと、また家族の負担感とこちらからのアプローチ時期が一致したこと、が要因と考える。このことから、より速い介入が重要である。
- ⑥本チームについての普及啓発を続け、チームの活用を促進していく必要がある。