

(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5年度境港市の認知症 初期集中支援チームについて

「認知症初期集中支援チーム員会議」

1、概要・目的

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9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しながら実施する。

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

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 ⇒ 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 ・ 認知症ケアパス作成及び活用(再掲)
- ・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)

○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)

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）

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等へ
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：

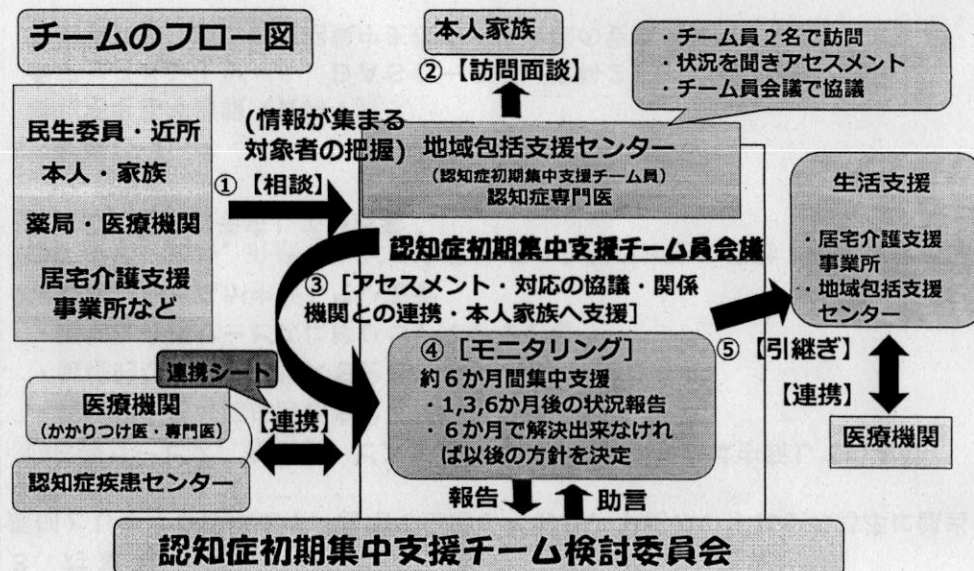
- ・境港市地域包括支援センター専門職 17名のうち各回5～6名
(保健師・社会福祉士・(主任)介護支援専門員・認知症地域支援推進員)
- ・認知症専門医 1名 (済生会境港総合病院脳神経内科 粟木医師)
- ・必要時居宅介護支援事業所の介護支援専門員

③開催回数：月1回 14時～16時

④開催場所：境港市役所

※令和5年度は10回開催/検討事例9件/前年度からの継続
モニタリング3件を含めモニタリング事例16件(延べ)

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
薬局	0件

福岡成城短期大学健康チーム連携シート

姓 名	_____
職 名	_____
姓 状	_____
住 所	_____
T E L	_____
F A X	_____

平 成 年 月 日	
東京市医師会健康センター	
姓 名	_____
姓 名	_____
住 所	_____
T E L	03(55)-47-1131 (直)
F A X	03(55)-46-2120 (1F)

印刷用と実用と両方になっております。お持ち帰りいただき、お持ち帰りの用紙に記入していただきます。

※利用者の情報

小児科医	診療時間	☐ 平日 ☐ 土曜 ☐ 日曜	年 月 日 (日)
利用者の氏名	性 別	☐ 男 ☐ 女	T E L
住 所	〒 _____	電話番号	_____
診察の希望日	☐ 来月第 _____ 日	☐ 希望時間	_____

※提供者の情報

提供者の氏名	☐ 男性 ☐ 女性	氏 名 の 氏 (_____)
提供者の所属	_____ 科 医 生	
メールアドレス	D A S C 21 (_____) D E O 13 (_____) Z a h o 3 (_____)	

印刷範囲

内 容

●本人の同意

☐ 本人の同意を得ています。

☐ 本人の同意を得る必要は感じられていませんが、ご家族の方の同意を得ています。

※返信の依頼

1.次の返信の依頼

☐ 返信状の送付をお願いします。	月 日 時 分	送付先(〒) _____
☐ 連絡が欲しいです。	月 日 時 分	送付先(〒) _____
☐ 下記の返信の依頼します。		

返信内容

以上よりご連携いたします。

平 成 年 月 日 日 時 分

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） 4件
- ・サービス導入に繋がらず終結したケース 4件(2)
- ・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
- ・居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの相談ケース1件(1)
()内は前年度からの継続件数

認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

- ①制度や医療につながらなかった主な理由は
 - ・家族に問題意識が薄い。協力体制が得づらい環境。
 - ・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チームや相談システム(連携シートの活用など) 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。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1. 目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2. 基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4. 認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
- ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
- ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
- ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
- ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
- ⑥【相談体制の整備等】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
- ⑦【研究等の推進等】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
- ⑧【認知症の予防等】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

利用者基本情報

資料1

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	☐ 来所 ☐ 電話 ☐ その他 ()		☐ 初回 ☐ 再来 (前 /)	
本人の状況	☐ 在宅 ☐ 入院又は入所中 ()				
フリガナ 本人氏名		☐ 男 ☐ 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	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
認定情報	☐ 非該当 ☐ 要支1 ☐ 要支2 ☐ 要介1 ☐ 要介2 ☐ 要介3 ☐ 要介4 ☐ 要介5 有効期限 H28年12月1日 ~ H30年11月30日 (前回の介護度:要支援1)				
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 ()				
本人の 住環境	☐ 自宅 ☐ 借家 ☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ・自室の ☐ 有 ☐ 無 ・住宅改修 ☐ 有 ☐ 無				
経済状況	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ()				
来所者 (相談者)			家族構成	家族関係の状況	
住 所 連 絡 先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先

利用者基本情報

利用者氏名

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
					☐ 治療中 ☐ 経観中 ☐ その他	
					☐ 治療中 ☐ 経観中 ☐ その他	
					☐ 治療中 ☐ 経観中 ☐ その他	
					☐ 治療中 ☐ 経観中 ☐ その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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	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	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	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		時間		
4	今日が何月何日かわからないときがあります	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	場所		
5	自分のいる場所がどこかわからなくなことはあります	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		
6	道に迷って家に帰ってこられなくなことはあります	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				
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	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出来ます	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	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		
10	一人で買い物は出来ます	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		
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	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		
12	貯金のお出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人で出来ます	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		
13	電話をかけることができます	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		
14	自分で食事の準備は出来ます	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		
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出来ます	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	身体的 ADL ①	入浴		
16	入浴は一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		着替え		
17	着替えは一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		排泄		
18	トイレは一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	身体的 ADL ②	整容		
19	身だしなみを整えることは一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事		
20	食事は一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動		
21	家のなかでの移動は一人で出来ます	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する				

利用者名 _____ 様

事例提供者 氏名 _____

開催日 _____ 時間 _____ ~ _____

開催場所 _____

会議出席者	所属	職種	氏名	所属	職種	氏名	所属	職種	氏名
会議資料	○基本情報 → 別紙 資料1(基本情報) 参照 ○アセスメント → 別紙 資料2(DASC-21) 参照 ○課題背景 → 下記 課題背景参照								
課題背景 (要約)									
検討内容									
結論									
今後の展開					1ヶ月 評価				

次回開催日 年 月 日 予定