

(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6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14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

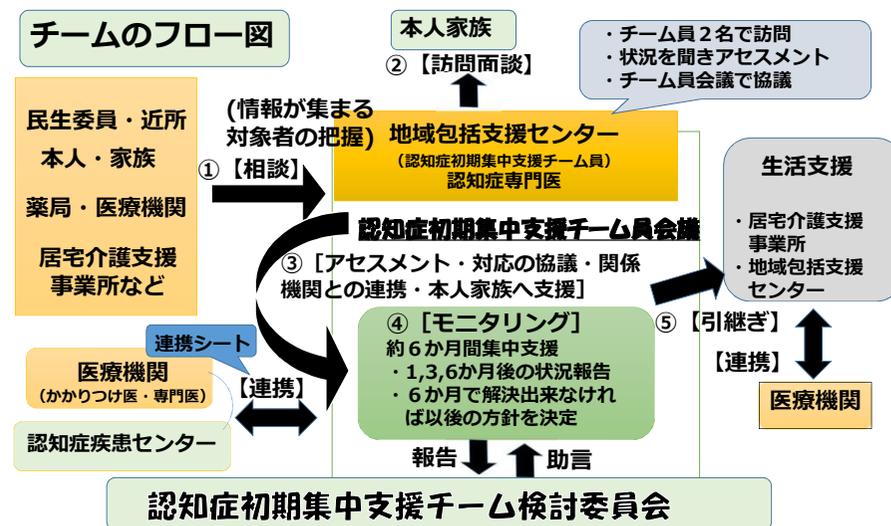
○医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

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）

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6年度は9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15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

- ・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

認知症初期集中支援チーム連携シート

機関名 種別 氏名 住所 TEL FAX	平成 年 月 日 境港市地域包括支援センター 氏名 住所 TEL FAX
-------------------------------------	---

印刷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申し上げます。

●利用者情報

利用者の氏名
 性別 男 女 TEL
 生年月日 大正 昭和 年 月 日 (歳)
 住所 〒 0304- 境港市
 要介護認定 未申請 申請中 要支援 要介護

●送付書記載欄

本連携シートの目的 連絡 相談 その他 ()
 送付の形態 郵送 本番
 アセスメントツール DASC21 () DBD13 () ZarB ()

相談経緯

内容

●本人の同意

ご本人の同意を得ています。
 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。

●返信者記載欄

上記の報告方法 直接来てお話しします (月 日 時 分 頃来社してください)
 電話でお話しします。 (月 日 時 分 頃来社ください)
 下記の通り返信します。

返信内容

以上のとおり連絡します。 平成 年 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） 6件(1)
- ・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)0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2件
()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。
 - ・独居が多く、キーパーソンになり得る人がいない等本人以外で関りが持てない人が増えている。
 - ・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。

認知症初期集中支援チーム員会議まとめ

- 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。

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 ()	<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 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	<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

資料 2

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		
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	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	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	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	貯金のお出し入れや、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

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				