



動き始めた

「認知症初期集中支援チーム」のこと

発行：京都市保健福祉局長寿社会部長寿福祉課 電話：075（251）1106 平成 29 年 3 月

平成 29 年がスタートしたかと思ったら、あっという間に 3 月も終わりに近づいてきました。春の足音が感じられ、桜の開花が待ち遠しい季節になりましたね。

さて、今回取り上げる「認知症初期集中支援チーム」ですが、京都市では昨年の 11 月にモデル事業として北区・上京区を対象地域としたチームが動き始めました。そして今後、市全域での実施を目指して、実施地域やチームを増やしていく予定です。

そこで今回の活動ニュースでは、認知症初期集中支援チームとはどのようなものなのか？また、北区・上京区の認知症初期集中支援チームで実際に行われていることについても、お伝えしたいと思います。



そもそも「認知症初期集中支援チーム」って？

認知症初期集中支援チームは、英国の「メモリーサービス」をモデルとしています。

認知症初期集中支援チームとは…

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、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チームです。

「認知症施策推進戦略(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～(概要)」より

北区・上京区に加え、平成 29 年度は新たに 2 つの地域で認知症初期集中支援チームが始まります。

新オレンジプランでは、認知症初期集中支援チームの設置を平成 30 年度から全ての市町村で実施としています。

どこで？(チームの設置について)

京都市から委託を受けた医療法人や社会福祉法人等の団体が「事務局」を設置し、チームの活動拠点とします。

だれが？(チームの構成メンバー)

ケースごとに 2 名以上のチーム員(専門職)と、1 名以上のチーム員医師(専門医)で編成されます。
〈チーム員〉

- つぎの①②の要件を満たす方が「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、京都市に届け出ることによってチーム員となります。

① 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する方。

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方。

- チーム員には、「事務局チーム員」と「認定チーム員」がいます。

事務局チーム員：事務局に専従し、認知症初期集中支援の全てのケースに中心的に関与します。

認定チーム員：支援対象となる方のお住まいの地域を担当する高齢サポートに所属するチーム員を「認定チーム員」と言います。事務局チーム員とともにケースに関与します。

〈チーム員医師〉

対象地域の地区医師会に所属する認知症サポート医のうち、主として認知症の専門医が担当します。

だれに？(チームの支援対象者について)

対象になるのは、対象地域内で在宅生活されている満 40 歳以上の方で、つぎのいずれかに該当する方です。

□診断はまだ受けていないが、認知症の疑いがある。

□認知症と診断されているが、医療や介護のサービスを受けていない。

□認知症の診断を受け、医療や介護のサービスを受けているが、認知症の症状が悪化して、対応に悩んでいる。

※「今のところ特に困ったことはないけれども、認知症かもしれない…」という方も対象となります。

認知症初期集中支援チームで行われていることについては、2～3 ページでご紹介いたします！



認知症初期集中支援の流れ

認知症初期集中支援チームで、チーム員が行う支援のおおまかな流れについて、まとめてみました。

①ケースの相談・情報収集

事務局チーム員

ご本人・ご家族からの直接の相談に対応したり、関係機関（高齢サポート・福祉事務所・や地域から情報提供を受けたりして、認知症初期集中支援の対象となる方（ケース）を把握します。そして、ケースについての詳細な情報等を収集し、自宅への訪問に備えます。

②初回（アセスメント）訪問

事務局チーム員＋認定チーム員

本人の認知症の程度、身体状況や家族の介護負担、生活の状況などを把握するために、チーム員が複数で自宅に訪問し、本人・家族への面談等を行います。

訪問で得られた情報は、つぎの様式を使用してアセスメントします。またアセスメント様式は、認知症初期集中支援チーム会議の資料にもなります。

- ① 「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）」
- ② 「認知症行動障害尺度（DBD13）」
- ③ 「Zarit 介護負担尺度日本語版のうち 8 項目（Zarit-J-ZBI_8）」
- ④ 「認知症タイプ分類質問票」
- ⑤ 「身体・日常生活状況等チェック票」

認知症初期集中支援の実施

概ね 6 か月以内を目安に、③④が行われます。

③認知症初期集中支援チーム会議の開催

チーム員医師＋チーム員

ケースに関わるチーム員とチーム員医師や、必要に応じてケースの関係者も集まって、月 1 回以上の頻度で会議を行います。会議では、ケースの概要を出席者で共有した後、認知症初期集中支援で実施する支援の方針について協議されます。

③・④は、必要に応じて繰り返し行われます。

④認知症初期集中支援の実施

事務局チーム員＋認定チーム員

認知症初期集中支援チーム会議で決定した支援方針に沿って、つぎのことをはじめとする支援が、チーム員間で連携を取りながら行われます。

- ・専門医療機関を受診するための支援
- ・介護保険をはじめとするサービスの利用手続き
- ・認知症の症状や対応方法についての助言
- ・体調や生活環境を整えるための助言や支援 など

⑤認知症初期集中支援の終了

チーム員医師＋チーム員

適切な医療や介護等のサービスにつながり、在宅生活が続けられる目処が立った時点で、チーム員医師とチーム員の合意により、認知症初期集中支援は終結となります。そして、その後の支援の主体となる機関である高齢サポートや居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）等に引き継ぎます。

またその際、支援開始当初からの変化を確認するために、初回訪問で行ったアセスメントを再度行います。

⑥モニタリング

事務局チーム員

引き継ぎ後のケースの状況を確認し、適切な医療・介護サービスが継続されているかなどの確認を行います。そのうえで、引継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合は、チーム員医師とともに検討し、引き継ぎ先の機関に対して報告・助言を行います。

「北区・上京区認知症初期集中支援チーム」の取組

相談件数：30件 うち、訪問12件（初期集中支援対象：8件）、電話対応：16件、メール対応：2件（平成29年3月15日時点）

初期集中支援対象となった事例から ～北山一郎さん（仮名：88 歳男性）のケース～

北山一郎さんは、妻の花子さんと二人暮らしです。民生委員さんから高齢サポートに「夜中に大声を上げたり、自宅の前を通ると『勝手に人の家の土地を通るな』と言って怒ったりと、一郎さんの様子が気になる。また、一郎さんから『妻の花子さんがごはんを食べず、お風呂にも入らない。話が通じなくて困っている。』と言ってこられたので、花子さんの様子も見に行ってほしい。」と相談がありました。高齢サポートの職員が訪問したところ、食事がとれていない花子さんの様子がまず気になったため、往診を地域の開業医の先生に依頼しました。花子さんは心不全と診断されましたが、開業医の先生からは「ご夫婦ともに気がかりな状況なので、認知症初期集中支援チームに相談してみてもいい。」とアドバイスがあり、高齢サポートから認知症初期集中支援チームに相談。事務局チーム員と認定チーム員で同行訪問することになりました。

“初回（アセスメント）訪問”

事務局チーム員と認定チーム員がご自宅に訪問したところ、一郎さんは「家の中に入って物を動かしている人がいるので、入れないようにしたい。」と言って、玄関の扉につっかえ棒をするための木の棒を、のこぎりで切っている最中でした。物取られ妄想があるご様子です。一方、花子さんは身なりは整っているものの、ひどく痩せていて、「私はごはんを食べたり、お風呂に入るのが申し訳ない。」と話されます。ご夫婦ともに気になる状況ですが、ご夫婦ともに「自分は大丈夫。」と言っておられ、すぐに支援につなげることは難しそうです。

“認知症初期集中支援チーム会議”

一郎さん・花子さんの初回訪問時のアセスメント結果が、チーム員会議で報告され、対応方法について協議された結果、一郎さんは引き続き認知症初期集中支援チームで関わることになりました。花子さんは、開業医の先生による往診での診断結果等を踏まえ、心不全によるうつ状態であり、認知症ではないとのチーム員医師の判断から、高齢サポートと開業医の先生で引き続き関わることになりました。

“認知症初期集中支援”の実施 ～支援の終結へ

その後も事務局チーム員と認定チーム員で一郎さんへの訪問を続けていたところ、一郎さんが「外が寒いのであまり外に出られていない。」と話されたのをきっかけに、地域で開催しているカフェ（居場所）への参加を促してみると、カフェに行ってくださいことができました。カフェには一郎さんの顔馴染みの人がおられ、「またおいで。」と言われた一郎さんは嬉しそうなお様子でした。今後しばらくは、事務局チーム員と認定チーム員からカフェの利用を促し、定着して利用できるようになった段階で、認知症初期集中支援を終結する予定です。



事務局チーム員さんのつぶやき

認知症初期集中支援チームのキーマンとなるのが「事務局チーム員」さんです。そこで、北区・上京区認知症初期集中支援チームで事務局チーム員をされている高橋さんから、事務局チーム員として支援を行うなかで感じられていることなどについて、語っていただきました。

日々の取組を通じて…

昨年の 11 月にチームがスタートしてから、30 件の相談を受けました。高齢サポートなどからの相談もありますが、ご本人・ご家族から直接チームにご相談いただくケースが多いです（本人・家族からの相談は、20 件／30 件）。ご本人からはご自身のちょっとした異変を敏感に感じ取って「認知症が心配。」と相談してこられる場合が多く、そのような相談に対しては、安心のために専門医への受診をお勧めしています。

その一方で、高齢サポートなどを経由した相談では、ご本人・ご家族に認知症の自覚がなかったり、気づいていても認めたくないため支援を拒絶するケースが多いです。介入して支援につなげるのは一筋縄ではいきませんが、介入困難なケースに支援が入る足がかりをつけるのも、認知症初期集中支援チームに期待される役割かなと思って、日々取り組んでおります。

今後の抱負～ともに認知症の人を支援する皆さんへ

先ほど、高齢サポートからの相談では、介入が困難なケースが多いとお話ししましたが、そんなケースだからこそ積極的に支援につなげる糸口を探らないといけないと思っています。「認知症初期集中支援」だからといって、症状の初期の認知症の人だけが対象ではありませんし、敷居はかなり低くしていますので、どうぞお気軽にご相談いただければと思います。

シリーズ『地域でつながって支える』～① 京都府介護支援専門員会編～



京都府介護支援専門員会
キャラクター 介都くん

認知症の人をはじめ、高齢者の暮らしを支えるネットワークの連携先となりうる組織をご紹介しているこのコーナー。第7弾となる今回は、「京都府介護支援専門員会」を取り上げます。

介護支援専門員会で組織として取り組まれていること、またケアマネジャー（介護支援専門員）に求められている様々な役割や、地域づくりへの参画などについて、会長の井上基さんにお話を伺いました。

「京都府介護支援専門員会」について教えてください。

＜「京都府介護支援専門員会」の組織＞

京都府介護支援専門員会は、京都府内に在住・在勤するケアマネジャー（介護支援専門員）が加入する職能団体です。会員数は現在およそ 1500 人。居宅介護支援事業所に所属している人がほとんどですが、地域包括支援センターや小規模多機能型居宅介護事業所、入所施設で働いている人もいます。

京都府内を 10 のブロックに分け、京都市内は 4 つのブロックに分かれており（右図参照）、それぞれのブロックでブロック委員や理事を中心に研修などが企画・実施されています。

京都市内の4つのブロック

南東ブロック

・東山区・山科区・下京区

南西ブロック

・南区・西京区・伏見区

北西ブロック

・上京区・中京区・右京区

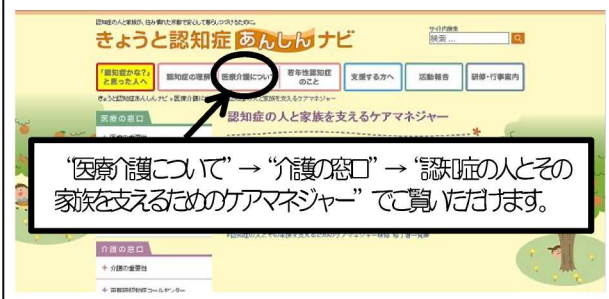
北東ブロック

・北区・左京区

＜「京都府介護支援専門員会」が行っている認知症に関する取組＞

平成 27 年度から「認知症の人とその家族を支えるケアマネジャー養成研修」を行っています。この研修は、京都式オレンジプランにも位置づけられており、地域で認知症ケアのリーダー役を担えるケアマネジャーを養成することを目的に、毎年 40 人ずつ、3 年間で 120 人が受講する予定です。3 日間にわたって行われる研修で、事例を基に 1 日目は「認知症の本人の立場に立った支援」、2 日目は「認知症の人を支える家族の立場に立った支援」をじっくり考え、3 日目にセンター方式を用いたアセスメントから、ケアプランを立案するという内容になっています。介護支援専門員会で様々な研修が盛んに行われてはいるものの、認知症の支援に特化した研修は珍しく、受講者からは「本人に焦点が当たっていないことに気づけた」「家族の負担を見られていないことがわかった」などという声が聞かれました。日頃の支援を振り返るいい機会になったようです。

「認知症の人とその家族を支えるケアマネジャー養成研修」は、きょうと認知症あんしんナビにも掲載されています。



ケアマネジャーと「地域でつながって支える」ために…

＜ケアマネジャーの対応力向上を図ること＞

認知症ケアにおいて早期発見・早期対応は重要です。早期発見・早期対応につなげるための役割がケアマネジャーにも求められています。そのためには、利用者の状態変化や家族からの情報等から認知症に気づく目や対応力を養っておく必要があります。

また、介護支援専門員の更新研修のカリキュラムが、今年度より大幅に変更されました。これは、ケアマネジャーの支援を介護保険の中だけで完結させてはいけないということです。例えば認知症の人への支援として、障害者手帳の取得や自立支援医療の利用といった障害施策の活用、確定診断の受診勧奨やBPSDへの対応、またときにはかかりつけ医に対してのアプローチなど、様々な施策・制度や、多職種（さまざまな機関・職種）との連携が求められています。今後も、様々な施策・制度を活用するために研修を行っていくと同時に、多職種連携では、認知症ケアパスの活用なども有効なのではないかと思います。

＜ケアマネジャーが地域に向くこと＞

地域の社会資源が不足していることで一番困るのはケアマネジャーだと思いますし、地域と手を組んで社会資源の発掘や、新たな社会資源づくりをするということも、ケアマネジャーに求められている役割となっています。地域包括支援センター運営協議会や介護保険事業所連絡会など、区・支所単位の会議にケアマネジャーが参加する機会が増えてきました。また地域差はあるものの、学区や圏域単位での地域ケア会議にケアマネジャーが参加している場合もあります。これらは、ケアマネジャーも「地域を見る」ことが求められている表れだと思いますし、介護支援専門員会としてもケアマネジャーが地域づくりに盛んに参画していけるように後押ししたいと考えています。ケアマネジャーの関わりが必要ときには、その地域の担当理事・ブロック委員に取次ぎいたしますので事務局（tel 075-254-3970）にご相談ください。

編集後記

平成 28 年度がまもなく終わりますね。今年度も皆さま方には大変大変お世話になりました。新年度は、新オレンジプランの最終年。4 月には ADI（国際アルツハイマー病協会）国際会議が京都で開催される予定もあり、認知症がますます脚光を浴びる 1 年になりそうですね。皆さまにも今まで以上にお世話になることがあろうかと思いますが、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。（ま）