

認知症初期集中支援チームの活動状況について 【報告事項】

1

習志野市 健康福祉部
高齢者支援課

認知症初期集中支援チームとは

【定義】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人(以下「訪問支援対象者」という。)及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」より抜粋

習志野市の事業実施方針

- 認知症の早期診断、早期対応を行うことにより、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域の支援体制の構築を目標とする。単にサービスにつなげるだけでなく、適切なアセスメントのもと、在宅生活の継続を基本とした自立生活を維持するための適切な支援につなげる。
- さらに、初期集中支援チームの対応例が、地域における認知症に関する医療と介護の連携対応事例となり、長期的にはその事例の積み重ねにより、地域での認知症の支援体制の輪が広がっていくことを目指す。

平成30年度 支援チーム 概要

チーム数：1チーム

訪問地域：市内全域

チーム員

7名

医師

看護師

理学療法士

作業療法士

社会福祉士

介護福祉士

令和元年10月から 2チーム目を設置、稼働

- 1チームで市内全域の訪問では、往復の訪問時間に時間がかかり、チーム員の負担も大きい。



- チームを2チーム設置し、訪問地域を分けて稼働。

平成31年度 支援チーム 概要

10月～3月チーム数：2チーム

西部(継続チーム)

訪問圏域：

谷津、秋津、津田沼・鷺沼

東部(新規チームを増設)

訪問圏域：屋敷、東習志野

チーム員

医師

看護師

理学療法士

作業療法士

社会福祉士

介護福祉士

チーム員

医師

看護師

作業療法士

社会福祉士

支援チームの支援の流れ①

高齢者相談センターから依頼

- ・ 本人や家族の状況を確認し、支援チームへの依頼を判断

高齢者支援課にて依頼内容を確認

- ・ 高齢者相談センターからの対象者の情報を確認し、支援チームへ依頼

情報共有、相談

- ・ 支援チームと高齢者相談センターで情報共有し、訪問について相談

支援チームによる初回訪問

- ・ チーム員2名と、高齢者相談センター担当職員で訪問。

支援チームの支援の流れ②

チーム員会議

- ・サポート医も含めたチーム員、高齢者相談センター職員等にて検討。
- ・認知症かどうかの見立て、支援方針について検討。

初期集中支援

- ・チーム員会議での支援方針をもとにチーム員2名にて訪問支援を実施。
- ・支援の状況により、チーム員会議を開催する。
- ・訪問支援対象者が医療や介護サービスによる支援に移行するまでの間とし、最長で概ね6か月間の支援。

引継ぎ

- ・チーム員会議において支援の終了の判断を行う。
- ・高齢者相談センターや、ケアマネジャー等に引継ぎを行う。

モニタリング

- ・引継ぎ後概ね2か月後に、サービスの利用状況等を、高齢者相談センター職員やケアマネジャー等関係者から聴取する等の方法で確認する。

チームの活動状況

○ 平成30年度

7人

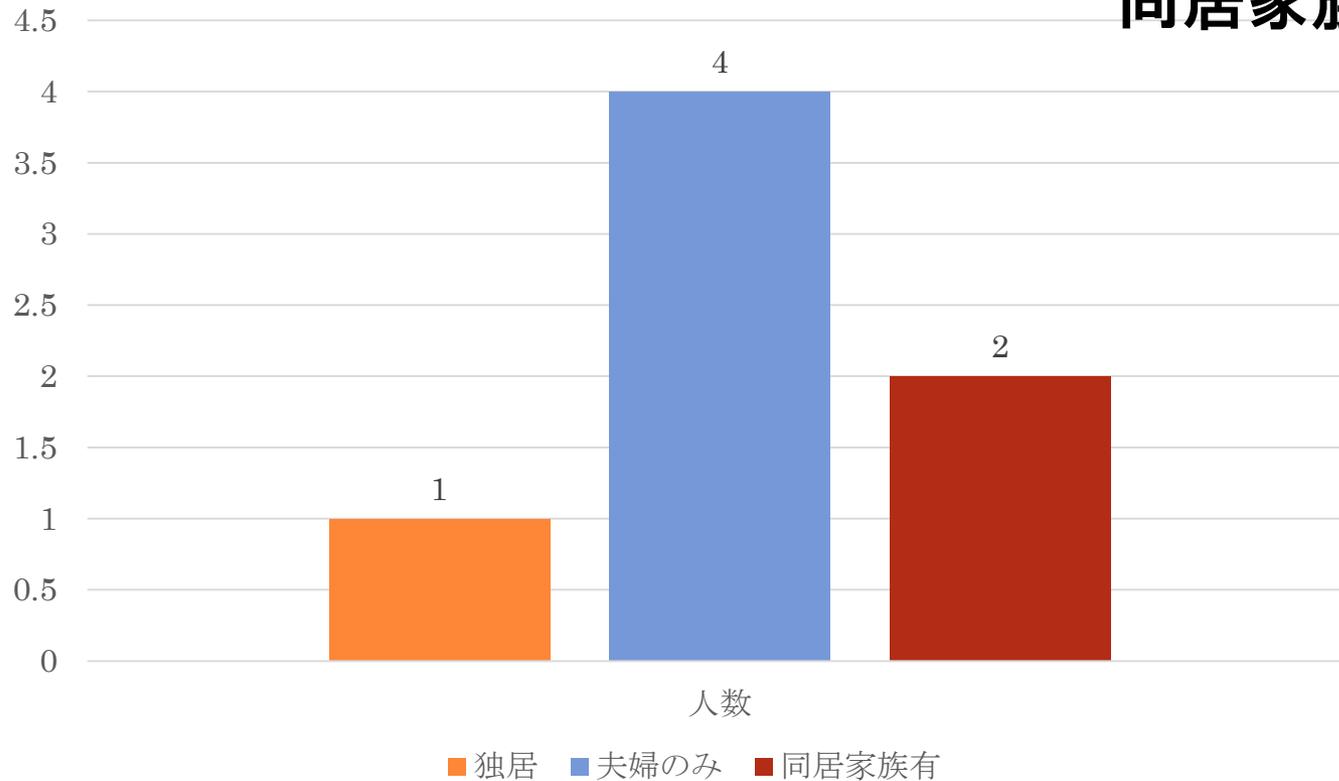
(概要)

[年齢] 65～69歳：1人 70～74歳：0人
75歳～79歳：2人 80～84歳：3人
85歳以上：1人

[性別] 男性：3人 女性：4人

実績(世帯の状況)

独居:2人
夫婦のみ:4人
同居家族有:1人



支援の結果

支援終了 7人

1, 認知症の診断

①認知症の診断に至った 3人

②認知症の診断に至っていない 4人

内訳 認知症疾患医療センターに入院し検査中 1人

認知症ではない 2人

認知症の受診につながらなかった 2人

(うち1人は認知症以外の疾患で医療機関を受診。

もう1人は家族も受診を希望せず)

2. 支援終了後モニタリング結果

改善 4人

やや改善 1人

不変2人

(内訳: 認知症ではない 1人

認知症疾患医療センターの入院継続中 1人)

課題

- 支援チームの周知
(市民・介護保険事業所等)
- 支援チームの対応事例を積み重ね、地域での連携体制の充実を図る