

## 5. 認知症施策について



加賀市健康福祉部長寿課

平成 30 年 2 月 1 日



## 加賀市認知症施策の方向性

### 1. 認知症の人の早期発見の仕組みの構築

#### (1) 認知症の予防と備え

認知症の人の増加を踏まえ、本人の意思決定の支援及び認知症ケアパスの推進が大事である。

- ・介護予防講座(かがやき予防塾)
- ・**認知症ケアパス(わたしの暮らし手帳)の作成と啓発**
- ・地域おたっしやサークル
- ・地域型元気はつらつ塾

#### (2) 早期発見・対応

相談のタイミングが遅く、手遅れ型の対応になっている。認知症の疑いのある人に早期に出会い、適切な支援が必要。

- ・もの忘れ健診
- ・ランチ・地域福祉コーディネート業務
- ・**認知症初期集中支援チームの設置**
- ・介護なんでも110番窓口

#### (3) 他職種連携

本人、家族の支援のために、医療関係者に病気だけでなく、生活に視点をあてた、認知症の人の暮らしの理解が必要。

- ・かかりつけ医等認知症対応力向上研修会

## 加賀市認知症施策の方向性

### 2. 認知症ケアの推進

#### (1) 本人本位の支援

認知症の人は地域で、いろいろな関係の中で暮らしている。場や人などのつながりや関係を含めた支援が必要である。

- ・中堅職員研修
- ・個別地域ケア会議及び地区地域ケア会議
- ・認知症ケアパスを活かしたケアマネジメントの推進

### 3. 認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

#### (1) 普及・啓発

認知症の病気について、まだまだ偏見や誤解があり、正しく認知症を理解する必要がある。

- ・認知症サポーター養成講座及び認知症サポーターステップアップ講座
- ・家族介護支援事業
- ・**キャラバンメイト活動(市民メイト、医療職メイトと共に)**

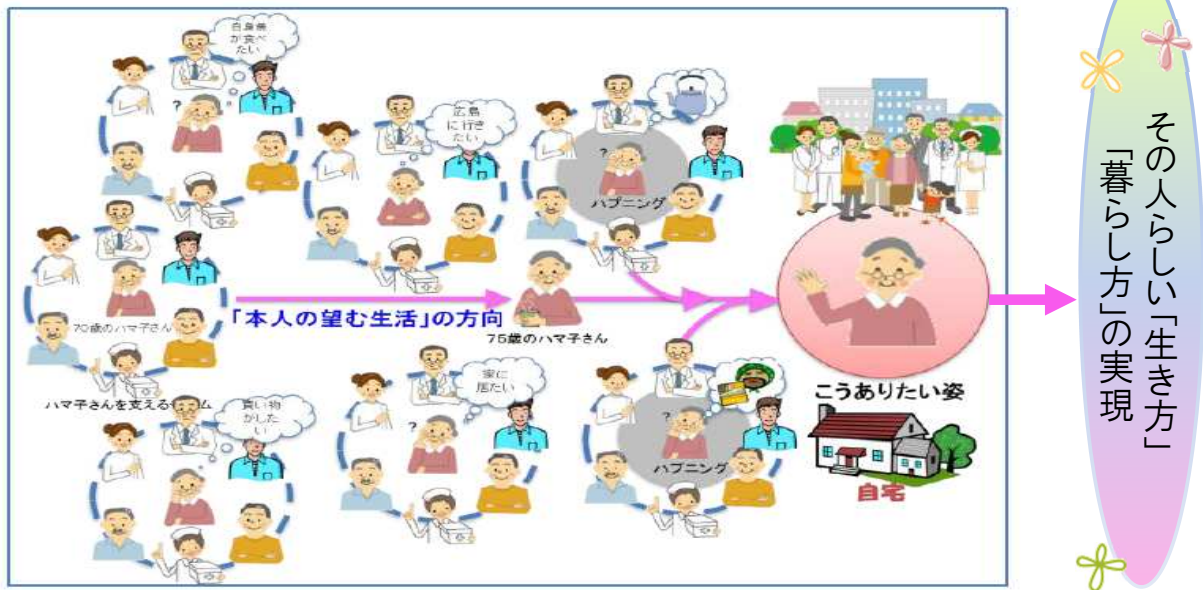
#### (2) 行方不明者の見守り体制

行方不明になっている認知症の人の早期発見が必要である

- ・SOS見守りネットワークの構築(安心メール事業)

# わたしの暮らし手帳(加賀市版認知症ケアパス)の啓発普及

発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。



自分のこれまで・今・これからの暮らしや暮らし方を記載する“わたしの暮らし手帳”をとおして『どんなふうに暮らしていきたいか』を今の段階から、考えておくことが大切です。  
わたしの暮らし手帳は、医療・介護サービスの希望やエンディングの内容だけでなく、認知症予防やセンター方式の内容を含む構成になっています。

# わたしの暮らし手帳(加賀市版認知症ケアパス)の啓発普及について

検討会参加者:かがやき予防塾修了生、ランチ職員、社会福祉協議会職員、介護保険サービス事業者協議会代表者

検討会の実施状況	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
検討会実施回数	4回	4回	4回予定	4回予定
活動内容	・ケアパスとは何か ・ケアパスの内容検討	・周知啓発方法の検討 ・地域おたっしやサークルでの試行実施 ・こころまちフォーラムでの啓発普及	・啓発普及方法の検討(かもまる講座での啓発普及へ) ・加賀市医療センターでの取り組み検討及び試行実施	・加賀市医療センターでの取り組み実施 ・かもまる講座での啓発普及の継続 ・勉強会の実施
実績		・わたしの暮らし手帳(加賀市版認知症ケアパス)の完成	・かもまる講座等21回 ・勉強会:①個人情報について②面接時の心構え	

### 【現在の取り組みと今後の啓発普及】

1. 地域での活動団体(地域おたっしやサークルや老人会など)へ劇を通して啓発普及を実施。今後も継続していく。
2. 入院患者への聞き書きボランティアとして聞いた内容を、わたしの暮らし手帳へ記載し本人へ渡す。入院患者への取り組みをすることは、本人がこれからのことを考えるきっかけになったり、医療職が本人の楽しみ、生きがいを知り、支援に生かすことができる。本人のための介護と医療の連携を目指す。
3. 介護保険サービス事業所職員への周知、医師会への周知を実施していく。

# 認知症初期集中支援チームの設置

## 【目的】

認知症になっても本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体制を構築することを目的とする。

## 【認知症初期集中支援チームとは】

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の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

### 配置場所

地域包括支援センター等

（診療所、病院  
認知症疾患医療センター  
市町村の本庁）

### 認知症初期集中支援チームのメンバー



## 【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- （ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- （イ）継続的な医療サービスを受けていない人
- （ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人（エ）診断されたが介護サービスが中断している人

◆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

## 【初期集中支援の内容】

- ①医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門医受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。
- ②訪問支援対象者の状態像に合った適切な介護サービスの利用が可能になるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。
- ③認知症の重症度に応じた助言      ④身体を整えるケア      ⑤生活環境の改善      など

# 認知症初期集中支援チームの実施体制

◆地域包括支援サブセンターに平成29年3月設置。月1回、チーム員会議を開催し、専門医のアドバイスをもらいながら支援方針を決めていく。また、その結果については、主治医へ報告し、医療と介護が連携して認知症の人とその家族の生活を支えていく。

## 【チーム員メンバーについて】

チーム員は、1の要件をすべて満たす者2名以上と、2を満たす専門医1名の計3名以上。

### 1. 医療と介護の専門職について

以下の要件をすべて満たす者2名以上

- 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、介護福祉士など医療・介護・福祉に関する国家資格を有する者。
- ②認知症ケアや在宅ケアの実務・相談等3年以上携わった経験がある者。または、在宅ケア実務経験3年以上を有する者。または、チーム員は国が定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

### 2. 専門医について

- ①日本認知症学会の定める専門医
- ②日本老年精神学会の定める専門医
- ③認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務を5年以上とした臨床経験を有する医師

以上のいずれかに該当し、かつサポート医研修の受講を終了

⇒加賀市では、専門職は、地域包括サブセンターに2名地域包括支援センターに1名配置。専門医（白崎医師、長谷川医師、喜多医師）は3名。

# 認知症初期集中支援チームの実績

検討会実施回数	チームメンバー	事例数	相談ルート	事例の特徴
8回 (H30.1現在) *事例なく2回開催せず	・チーム員 (専門医1名・ 包括支援センター職員3名) ・精神保健福祉士 (認知症疾患医療センター) ・相談されたケアマネジャー等	11事例	・ケアマネジャー ・小規模多機能型居宅介護 ・地域包括支援サブセンター	・もともとADHD(発達障害)や知的障害の疾患がある可能性が高く、高齢になり認知機能の低下が見られ、認知症として関わっている事例が多い。 ・本人は軽度認知症だが、家族がADHDや知的障害の可能性の方がみられる。 ・妄想がみられ、家族関係や近所間トラブルがみられる。

## 【今後認知症の人やその家族を支援していくために考えること】

- ①本人支援を考えていくために、家族も視野に入れ、家族の疾患も含めて支援する視点が重要。
- ②認知症だけではなく、精神疾患も患っている方が多いので、ADHDや知的障害などの知識がかかわる側に必要。
- ③かかりつけ医との連携

## キャラバン・メイト活動について

### ①市民及び医療職のキャラバン・メイトの養成(平成29年度)

\*平成29年度新規登録61名(全員で299名)

新規内訳:介護49名、**医療5名、**

**市民7名(民生委員2名、ステップアップ修了生5名)**

### ②認知症サポーターステップアップ講座の開催

\*参加者22名



キャラバンメイト養成研修の様子

◆今までは、介護職員がキャラバン・メイトととなり活動してきたが、地域を作っていくためには、住民の理解及び主体性が重要である。住民は市全体ではなく、わが町、我が地域なら関心がある。

◆また、医療職のキャラバン・メイトを育成することで、認知症の人の理解を深め、入院、外来での関わりの視点が強化される。

◆各圏域で、住みやすい地域を作るための多様な活動づくり、人づくり、絆づくりを支える仕組みへの展開 (行政主導から、住民が主体の地域づくりへ)

地域で安心して生活し続けることができる体制づくり  
(高齢者おたっしゅプラン基本目標)

社会全体で認知症の人々を支えるため、介護サービスだけでなく、地域の**自助・互助**を最大限活用することが重要。

(イメージ) 地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人びとを含めた高齢者を支えていくことが必要。



参考：平成26年度「認知症地域支援体制推進全国合同セミナー」資料