

～認知症になっても人として尊重され、希望を持って自分らしく生きることができる文京区～

事業主旨 ◆「危機」が生じてからの「事後対応」から、「早期支援機能」と「危機回避機能」を整備し危機の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本をおく

背景 ◆H24年9月、厚生労働省「認知症施策推進5ヵ年戦略」を策定し、その後オレンジプランを加速させるため関係省庁と共同
◆H27年「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」策定
・H25年度、「認知症早期診断・早期対応」に対応するためのモデル事業全国14市町村で実施
・H26年度、介護保険制度改正により地域支援事業の任意事業「認知症初期集中支援推進事業」に位置づけ
・H27年地域支援事業の包括的支援事業として、H30年度にはすべての市町村で実施することとしている

新オレンジプラン ◆早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、初期集中支援チーム設置を推進。
「市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置き、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人または認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援等の初期の支援を包括的集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立のサポートを行う。」こととしている。



周知

関係施設 高齢者あんしん相談センター・図書館・地域活動センター等 2,270部

医療機関他 医師会・歯科医師会・薬剤師会 追加注文含む 1,414部

その他 話し合い員、いきいき会員、民生委員定例会、各講演会、連絡協議会、警察等 介護予防展、各講演会等 925部

合計 H29年度 **4,609部**

把握

◆もの忘れ医療来所相談 3名
◆もの忘れ医療訪問相談 3名
◆その他(総合相談等) 6名

内訳

◆ご本人から 0名

◆ご家族から 8名
◆その他 4名 (銀行、管理人、民生委員、ケアマネ等)

対象の状況

※3月16日時点

性別	
男性	女性
3	9

年齢構成			
70歳代	80歳代	90歳代	平均
3	8	1	81.8才

世帯			
完全独居	独居	夫婦	同居
0	8	2	2

初期集中事業利用前		初期集中事業利用開始時	
介護保険申請	有 4 / 無 8	同意書	有 6 / 無 6
(サービス利用)	2 / 2	長谷川式	有 6 / 平均 16.3
要支援	0	Zarit	有 4 / 平均 15.8
要介護	4	DASC	有 8 / 平均 46.8
認知症診断	有 2 / 無 7 / 疑い 3	認知症日常生活自立度Ⅱ以上	9
かかりつけ医	有 5 / 無 6 / 中断 1		

チーム員訪問

回数	平均
30	2.5回

※登録12名あたり

現状

- ◆チーム員訪問ができない事例もある
- ◆業務の都合上、2名以上のチーム員で訪問できない場合もある
- ◆もの忘れ医療相談日に予定が合わない場合は、これまで通りの対応を実施。

チーム員：※本人、※家族、認知症サポート医、認知症支援コーディネーター、社会福祉士、認知症地域支援推進員、※メイン担当者、※ケアマネジャー ※の方は状況に応じて調整

①チーム員会議
各地域包括支援センター内でのもの忘れ医療相談日に実施

- ◆19回開催 1回あたり1～2事例を検討
- ◆一事例あたり1.6回開催
- ◆家族も交えた会議開催は2事例。
- ◆認知症の症状が示す行動に怒りの感情が湧き、本人に反省を促す行動を示していた事例についてサポート医を交えた会議で家族の認知症理解を深めることができた。
- ◆先物取引に9000万円つぎ込んだ可能性のある事例について、今後の成年後見制度利用に向けて支援方針を検討した。

②チーム員会議
認知症疾患医療センターで月1回4所合同開催

- ◆5回開催 1回あたり1～2事例を検討
- ◆一事例あたり0.4回開催
- ◆社会的に孤立し、ぬいぐるみに食事を与え生活困難があった方に対して、認知症を疑い受診勧奨していたが「私は認知症ではない！」と拒否傾向のあった事例について、専門医の観点から遅発性パレフレニーとの見解をいただき、孤独感にアプローチする支援方針に転換したところ、介入がスムーズになった。

連携

認知症アウトリーチチーム
2次保健医療圏における地域拠点型認知症疾患医療センター：順天堂大学医学部附属順天堂医院

- ◆往診により専門医の判断が必要なケース等、認知症初期集中支援チームだけでは対応が難しいものについて専門医療機関としての活動支援
- ※東京都認知症対策推進会議認知症医療部会：認知症アウトリーチの機能
- ◆H29年度は2事例対応(内、1事例は初期集中対象者)

効果
経験等によって培われた知識に加えて、専門医の医学的な視点が加わることで支援者の知識は深まり、より適切な判断に基づく支援に結びついているものと考えられる。

経過

- ◆認知症診立て 11名(疑いを含む)
- ◆認知症種別
 - ・アルツハイマ型4名
 - ・レビー小体型2名
 - ・脳血管型1名
 - ・不明4名
- ◆認知症以外の疾患 6名(なし5名)
- ◆医療連携連絡票 2名
- ◆継続中 4名
- ◆終了 8名 (死亡3名・施設入所1名・介護保険サービス利用3名・専門医2名 ※重複あり)

課題と方針

- ◆事業周知 : 地域の直接的支援の担い手である区民の方への周知を強化する。
- ◆円滑な事業の運営 : 各高齢者あんしん相談センターの事業実施状況について、チーム員で活動状況を共有する。
: 同意が得られない方への支援については十分に協議を行う。
- ◆事業評価 : 家族の介護負担感スコアを可能な限り実施していく。
- ◆事例の選定 : 本来の事業主旨である、関わりの初期ではなく、認知症の早期に必要な支援につなぐアプローチを実施。

チーム員の感想

- 支援方針が明確になるため行動しやすい。
- 独居の方だと認知症が進行しているため、同意書が取るタイミングが難しい。
- 多角的な視点でのケース対応ができていることもそうだが、助言内容が支援者の支援になっている。