

函館市認知症初期集中支援チーム (はこだてオレンジケアチーム)

函館市保健福祉部高齢福祉課

背景

- 平成24年9月 「認知症施策推進5か年戦略（オレンジプラン）」策定
(厚生労働省)
 - 平成25年度 「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」実施
(全国14市町村)
 - 平成26年度 介護保険制度の改正
「地域支援事業」に「認知症初期集中支援事業」を位置付け
 - 平成27年1月 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」策定
(厚生労働省, 関係11省庁)
- ※平成30年度までに認知症初期集中支援推進事業を全市町村で実施することとした。

はこだてオレンジケアチームの取り組み

<配置までの経過>

平成28年度

関係機関との協議, 検討

平成29年度 配置準備

- ・ 函館市認知症初期集中支援チーム検討委員会設置 (委員10名)
- ・ 函館市認知症初期集中支援チーム検討委員会開催 (3回)
(チーム体制と活動内容, 訪問支援対象者, 活動マニュアル, 関係機関との連携, アセスメントツール等次年度の活動開始に向けた具体的な内容を検討)
- ・ チーム員研修 (札幌市) への参加 (認知症疾患医療センター専門職, 市保健師)
- ・ 「認知症初期集中支援チーム員研修」伝達講習会の開催 (2回)
(地域包括支援センター職員など78名参加)
- ・ 「認知症初期集中支援チーム員勉強会」の開催 (1回)
※具体的な事例を通じた実践的グループワーク

平成30年4月1日 函館市認知症初期集中支援チーム

(はこだてオレンジケアチーム) 配置, 事業開始

はこだてオレンジケアチームの取り組み

1 事業の目的

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で暮らし続けることを支援するために、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行うこと。

2 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およびその家族を訪問し、本人や家族支援に対する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。

3 事業概要

- (1) 配置数 固定のチームとせず、ケースに応じてメンバーを編成
(認知症疾患医療センター別に編成)
- (2) 配置場所（実施主体） 函館市

4 広報・周知等

市の広報紙およびホームページへの掲載、市医師会を通じた周知依頼

はこだてオレンジケアチームの取り組み

5 チーム員の基本編成 以下の専門職 2 名以上, 専門医 1 名 計 3 名以上

H30.8.1 現在

| 地域包括支援センター (10箇所) | | | 認知症疾患医療センター (3箇所) | | | 市 |
|-------------------|----------------|---|-------------------|----------------------|----------------------------|---|
| 地区 | 名称 | 専門職 (68名) | 担当 (原則) | 専門医 (6名) | 専門職 (16名) | 専門職(10人) |
| 西部 | あさひ | 専門職 (各センター 1 名以上) | 富田病院 | 専門医： 認知症サポート医 | 亀田北病院 渡辺病院 富田病院 | 保健師 (認知症地域支援推進員等) 訪問活動, チーム 員会議, チーム編 成等のコーディネ ート・参画 |
| 中央部 | こん中央 ときとう | | | | | |
| 東央部 | ゆのかわ | 医療系, 介護系 保健師 社会福祉士, 主任介護支援専門員等 | 渡辺病院 | 専門職 (各センター 1 名以上) | 精神保健福祉士, 作業療法士, 看護師等 | |
| | たかおか | | | | | |
| 北東部 | 西堀 | 亀田北病院 | 亀田北病院 | 専門職 (各センター 1 名以上) | 精神保健福祉士, 作業療法士, 看護師等 | |
| | 亀田 | | | | | |
| | 神山 | | | | | |
| 北部 | よろこび | 渡辺病院 | 渡辺病院 | 専門職 (各センター 1 名以上) | 精神保健福祉士, 作業療法士, 看護師等 | |
| 東部 | 社協・ブランチか やべ | | | | | |

はこだてオレンジケアチームの業務の流れ

対象者の把握
受付

認知症が疑われる方や認知症の方及びその家族等

相談受付（地域包括支援センター，市，認知症疾患医療センター）

情報収集・
対象者の決定

相談を受けた機関が状況確認・情報収集を行う。

訪問支援対象者は、地域包括支援センター，認知症疾患医療センター，市が情報を共有し，協議のうえ，市が判断する。

初回訪問

認知症初期集中支援チーム

チーム員による初回家庭訪問

チーム員会議

専門医を含めたチーム員会議の開催

初期集中支援の実施
(概ね最長で6ヶ月)

チーム員（専門職）による初期集中支援の実施

医療機関への受診勧奨，介護サービス利用の勧奨・支援，生活環境の改善等の助言，必要に応じて関係機関と同行訪問
※随時チーム員会議にかける。

初期集中支援終了
モニタリング

チーム員会議において，支援終了を決定する。

チーム員（専門職）は，その後の主たる支援担当機関へ引き継いだ後2ヶ月以内にモニタリングを実施する。

訪問支援対象者

原則として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または認知症の人で以下の①～③のいずれかの基準に該当する者

- ① 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で以下のいずれかに該当する者
 - ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - イ 継続的な医療サービスを受けていない者
 - ウ 適切な介護サービスに結びついていない者
 - エ 介護サービスが中断している者
- ② 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
- ③ その他、認知症の人や家族の状況から、介入が必要と思われる者

はこだてオレンジケアチームの取り組み

6 活動状況（平成30年4月～10月末）

| 疾患 センター | 対象者 の協議 | 訪問支援 対象者 | チーム 員会議 | 支援終了 | | 備 考 |
|------------|------------|-------------|------------|------|------------|----------------|
| | | | | 人数 | 訪問延べ 回数 | |
| 富田病院 | 4名 | 1名 | 1回 | － | － | チーム員会議：随時開催 |
| 渡辺病院 | 3名 | 2名 | 4回 | 1名 | 7回 | チーム員会議：随時開催 |
| 亀田北病院 | 7名 | 6名 | 7回 | 2名 | 26回 | チーム員会議：毎月第2木曜日 |
| 計 | 14名 | 9名 | 12回 | 3名 | 33回 | |

対象者の内訳

| 疾患センター | 相談機関 | 対象者の協議 | 訪問支援対象者 |
|--------|----------------|--------|---------|
| 富田病院 | 地域包括支援センターあさひ | 0 | 0 |
| | 地域包括支援センターこん中央 | 2 | 0 |
| | 地域包括支援センターときとう | 1 | 0 |
| | 市高齢福祉課 | 1 | 1 |
| 渡辺病院 | 地域包括支援センターゆのかわ | 0 | 0 |
| | 地域包括支援センターたかおか | 1 | 1 |
| | 地域包括支援センター社協 | 2 | 1 |
| 亀田北病院 | 地域包括支援センター西堀 | 2 | 1 |
| | 地域包括支援センター亀田 | 1 | 1 |
| | 地域包括支援センター神山 | 2 | 2 |
| | 地域包括支援センターよろこび | 2 | 2 |

対象者の概要

| | 年齢 | 性別 | 世帯 | 把握ルート | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 診断 (介入後) | 介護サービス(介入後) | 終了時状況 | 支援期間 |
|---|-------|----|-----------------|-------|----------------|-------------|-------------|-------|------|
| A | 60台後半 | 女 | 2世帯 (夫・子と同居) | ケアマネ | I | 軽度認知障害(MCI) | 既に利用 | 在宅継続 | 123日 |
| B | 80台前半 | 女 | 2世帯 (子と同居) | 家族 | II a | 混合型認知症 | 新たに利用 | 在宅継続 | 125日 |
| C | 80台前半 | 女 | 2世帯 (子と同居) | SOS事業 | III b | アルツハイマー型認知症 | 新たに利用 | 支援中 | — |
| D | 80台前半 | 男 | 独居 | 家族 | II a | アルツハイマー型認知症 | 未利用 | 支援中 | — |
| E | 80台前半 | 女 | 2世帯 (子と同居) | 家族 | I | 支援中 | 新たに利用 | 支援中 | — |

対象者の概要

| | 年齢 | 性別 | 世帯 | 把握ルート | 認知症高齢者の日常生活自立度(※1) | 診断(介入後) | 介護サービス(介入後) | 終了時状況 | 支援期間 |
|---|-------|----|-------------|-------|--------------------|-------------|--------------|-------|------|
| F | 70台前半 | 男 | 独居 | 郵便局 | II a | 認知症(病型不明) | 既に利用 | 入所 | 46日 |
| G | 80台前半 | 女 | 2世帯(子と同居) | 家族 | II b | 混合型認知症 | 未利用 | 支援中 | — |
| H | 80台前半 | 男 | 2世帯(妻・子と同居) | ケアマネ | II a | 混合型認知症 | 未利用 | 支援中 | — |
| I | 70台後半 | 女 | 独居 | 本人 | I | アルツハイマー型認知症 | その他のサービス(※2) | 支援中 | — |

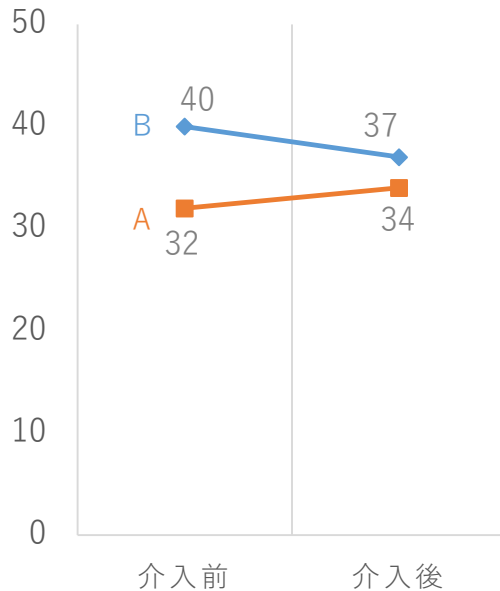
※1 認知症高齢者等は、要介護(要支援)認定者のうち、日常生活自立度がII以上と判定された人

※2 その他のサービスは「認知症カフェ」「体操教室」等インフォーマルサービス

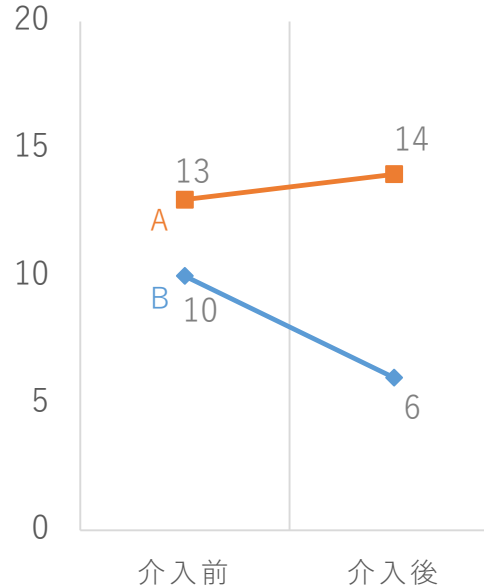
各評価スケールの変化

平成30年4月から10月末までの支援終了者介入後アセスメント実施2例（1名未実施）

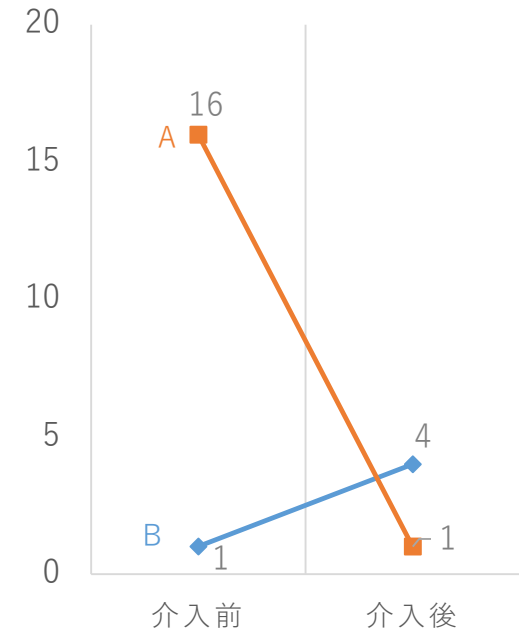
DASC21



DBD13



Zarit8



- ・ DASC21：認知機能障害と生活機能障害の評価スケール。31点以上で「認知症の可能性あり」と判定。
- ・ DBD13：認知症に伴う行動障害の評価を行う。高いほど障害が大きい。
- ・ Zarit8：介護者の介護負担の判定を行う。高いほど負担が大きい。

事業の効果

<本人，家族>

早期に専門の医療機関につながり，専門医から適切な助言を受けることで，本人の不安感の軽減や，家族の介護負担の軽減と支援意欲の向上などの変化が見られた。

<関係機関>

- ・ チームを編成する機関の専門職間の連携が強化され，対象者の課題解決が早期に，円滑になされるようになった。
- ・ 専門医から助言・指導をしてもらうことで，認知症ケアのスキルアップにつながっている。