

第14回 大府センター認知症フォーラム

認知症初期集中支援チームの 現状と課題

日時

平成31年 **3**月**14**日(木)

開場 12:30 開演 13:00

場所

ウインクあいち (愛知県産業労働センター)
大ホール(2F)

「認知症ケア専門士」単位認定講座(3単位)

後援

東海北陸厚生局、愛知県、名古屋市、大府市、東海市、東浦町、岐阜県、三重県、国立長寿医療研究センター、長寿科学振興財団
日本認知症ケア学会、中日新聞社、毎日新聞社、朝日新聞社、読売新聞中部支社、東海テレビ放送、テレビ愛知、CBCテレビ
メ〜テレ、中京テレビ放送(株)、全国認知症介護指導者ネットワーク、認知症介護指導者大府ネットワーク
日本パーソン・センタード・ケア・DCMネットワーク (順不同)



社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター

第14回 大府センター 認知症フォーラム

プログラム

13:00 ~ 13:10 開会挨拶

祖父江 逸郎 (社会福祉法人 仁至会 理事長)

基調講演〈座長〉加知 輝彦 (認知症介護研究・研修大府センター 副センター長)

13:10 ~ 14:40

講演

認知症初期集中支援チームの過去・現在・未来
～認知症対応多職種チームをどう生かすか～

鷺見 幸彦 (国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長)

14:40 ~ 14:55 休憩

実践報告〈座長〉小長谷 陽子 (認知症介護研究・研修大府センター 研究部長)

14:55 ~ 15:35

報告 1

認知症初期集中支援チームの現状と課題
～日々の活動から見えてきたこと～

高落 敬子 (奈良市認知症初期集中支援チーム チーフ)

15:35 ~ 16:15

報告 2

地域包括ケアシステムの構築に向けた
認知症初期集中支援チームの取り組みについて
～地域共生社会を目指して～

高見 靖雄 (東浦町高齢者相談支援センター センター長)

16:15 ~ 16:20 閉会挨拶

柳 務 (認知症介護研究・研修大府センター センター長)

講演

13:10~14:40

認知症初期集中支援チームの 過去・現在・未来

—認知症対応多職種チームをどう生かすか—

鷺見 幸彦

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長

プロフィール

鷺見 幸彦 (わしみ ゆきひこ)

●略歴

昭和62年 信州大学第3内科大学院卒業
平成2年 名古屋大学神経内科
平成6年 名古屋掖済会病院神経内科
平成11年 国立療養所中部病院神経内科医長
平成16年 国立長寿医療センター外来診療部長
平成22年 国立長寿医療研究センター脳機能診療部長、もの忘れセンター神経内科部長
平成25年 同センター 臨床研究推進部長
平成26年 現職

●所属学会、役職、資格等

日本医療研究開発機構 長寿科学・認知症研究開発事業 プログラムスーパーバイザー(PS)
日本認知症学会理事
医学博士

●専門分野

神経内科 認知症の臨床

認知症介護研究・研修大府センター
認知症フォーラム

認知症初期集中支援チームの

過去・現在・未来

— 認知症対応多職種チームをどう生かすか —



国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
鷲見幸彦

2019年3月14日 ウィンクあいち

1

1. 認知症初期集中支援チームの歩み
2. 認知症初期集中支援チームの
現状と課題
3. 病院での多職種チーム
4. 認知症初期集中支援チームのこれから

2

認知症施策推進総合戦略（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～

基本的考え方

認知症の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
で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、
介護モデル等の研究開発の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

3

1. 認知症初期集中支援チームの歩み

2. 認知症初期集中支援チームの

現状と課題

3. 病院での多職種チーム

4. 認知症初期集中支援チームのこれから

4

初期集中支援チーム創設の背景

- 1) 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見。
- 2) ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 3) これまでの医療やケアは、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が多い。

認知症初期集中支援チーム

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、家族支援等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

認知症初期集中支援チームのメンバー



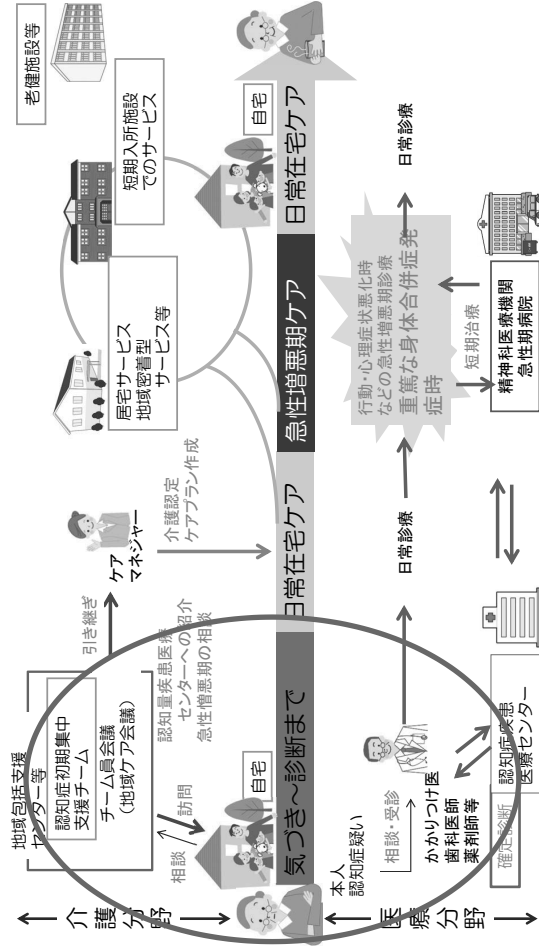
医療と介護の専門職
(看護師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

専門医
(認知症サポーター医師(認知症))

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、市町村の本体

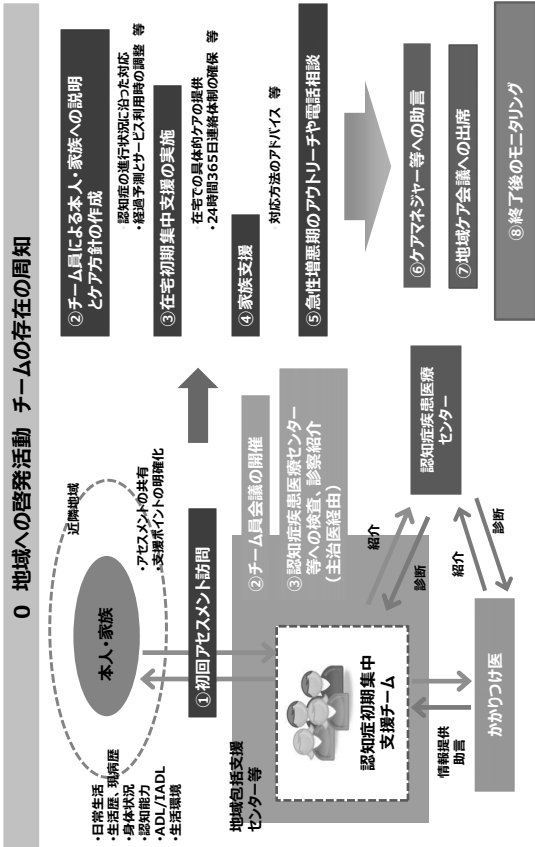
認知症 ケアパスの概念図



初期集中支援チーム研修の歴史

	H24	H25	H26	H27	H28	H29
施策	オレンジプラン			新オレンジプラン 地域支援事業		
調査研究	認知症初期集中支援チーム向けに基盤研究事業 モデル事業3か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チームモデルの開発に関する調査研究事業 モデル事業14か所	認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チームモデルの開発に関する調査研究事業 モデル事業41か所 調査用データベースの開発	認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究事業	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業	認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業
研修		テキスト作成		全国5か所で研修	全国5か所 6回	全国7か所 8回 テキスト改訂 若年性認知症 認知症と鑑別が必要な 精神疾患を追加

初期集中支援の流れ



9

どのような人が対象となるのか

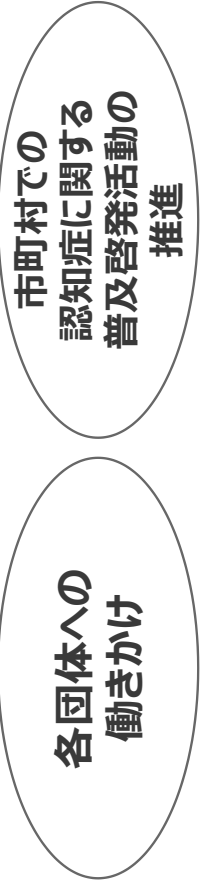
年齢が40歳以上で、認知症が疑われ、在宅で生活している人

- 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
- 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・心理症状により対応に苦慮している事例

11

普及啓発（広報活動）

このような支援チームがあることをあらゆる手段を用いて地域に周知する必要がある



10

対象者の把握

地域包括支援センターが入手した情報が主体

- 情報を待つ
本人、家族からの相談、近隣住民、民生委員からの相談、ケアマネジャーからの相談、医療機関からの紹介等
- 情報を取りに行く
二次予防対象者把握事業（基本チェックリストなど）や市町村独自の把握事業（実態調査等によりリスクのある事例）要介護認定を受けているが、サービス利用に至っていない者の選定

12

初期集中支援チーム設置の要件

- **事業の実施主体** 市町村
- **チームの設置場所** 市町村

ただし、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託可能

● 設備要件

対象者やその家族による緊急時の連絡体制の確保ができる施設

13

チーム要件の変更点

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・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者
- ・認知ケアの実務経験3年以上又は在宅ケアの実務経験3年以上を有する者
- ・国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの
- ・認知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者

また、チーム員は国が別途定める「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。
 ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

15

初期集中支援チーム設置の要件（2）

● チーム員の人員配置要件

チーム員は以下の3項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）にて編成する。

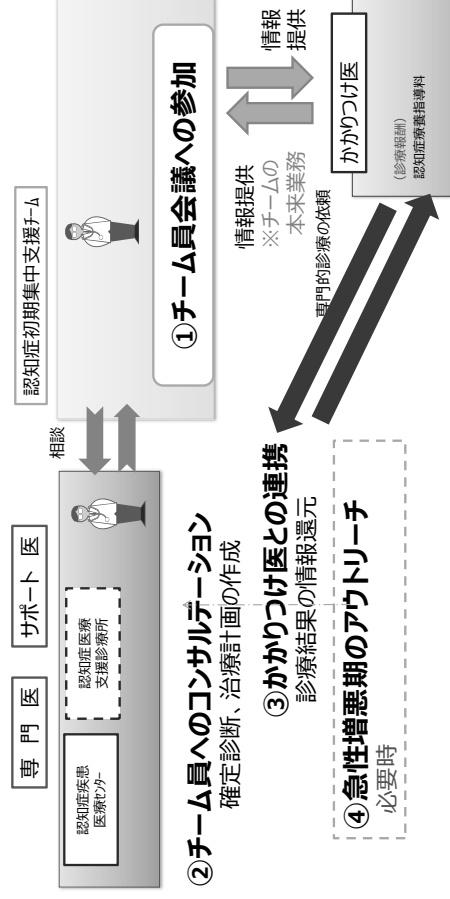
- 1 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者
- 2 認知ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- 3 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者

● チームの活動体制

- アウトリーチを行う場合、チーム員の人数は2名以上を原則とし、医療系職員*1と介護系職員*2それぞれ1名以上で訪問する。
- 専門医は必要に応じてチーム員とともにアウトリーチを行い相談に応ずる。
- チーム会議はチーム員（認知症専門医を含む）及び対象者の居住する地区を管轄する地域包括支援センター職員（参加を原則必須とし、その他関係者も必要に応じて参加可能とする）。

14

初期集中支援チームへの医師の関与



16

かかりつけ医との連絡票

クリニック
先生 御侍史
市認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

市の地域医療連携では常々大変お世話になっております。
市 認知症初期集中支援チームでサポート医をしております
と申します。

先日チーム員から貴院 通院中の _____ さん _____ 歳
年ごろから貴院通院開始
について以下のような相談がありましたのでご報告申し上げます。

現在の問題点
.
. .
.

今後またいろいろご相談することがあるかと思えます。
今後もなにとぞよろしくお願ひ申し上げます。

チーム医師の要件

日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
・認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患診療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

初回家庭訪問の実施（1）

- 複数で訪問
- 訪問所要時間はおおむね2時間以内

初回家庭訪問の実施（2） 訪問時の留意点と記録

- 1) 市町村保健師、地域包括支援センター職員や主治医、介護事業者との連携を常に意識し、情報共有のできる仕組みを確保する
- 2) 対象者の把握において、チーム員が直接知り得た情報の場合も地域包括支援センターと情報共有のうえ訪問する
- 3) 十分な情報を得るための配慮を行う
- 4) 家族の同席の確保
- 5) 独居の場合は協力の得られる家族やその他の人の同席を調整する
- 6) チーム員の受入拒否の可能性の高い場合の対応を想定しておく
- 7) 対象者の台帳を作成し、個別記録を作成する。高度の個人情報であるため記録の保管方法は慎重に考慮

情報収集-どのような情報を得るのか-

情報収集の項目

- 情報源 (本人、家族、親戚、近隣、民生委員、主治医、
ケアマネジャー、その他)
- 基本情報 (氏名、住所、生年月日等)
- 本人の状況 (経済状況、日常生活自立度
認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境、認定情報)
- 家族等の状況
- 現病歴 ● 既往歴 ● これまでの経過
- 生活状況 (生活歴、最近の生活状況として日頃の過ごし方、
趣味・楽しみ・特技、友人・地域との関係、本人・家族の思い希望)
- 利用しているサービス
- 生活障害の項目 (IADL、ADL、その他)
- 認知機能の項目 ● 身体状況の項目

21

情報収集-情報収集時の留意点-

原則、本人や家族からの情報を基本とする。

これまでに要介護認定を受けている事例や医療機関を受診している事例、既に地域包括支援センター等が関与している場合



要介護認定時の情報やサービス利用に至らなかった経過等の情報やアセスメント内容をあらかじめ確認

同じ質問を何度もされるのは苦痛 時間の損失

22

なにを評価するのか

1. 認知機能と行動・心理症状を評価するアセスメントツール
 - DASC
 - DBD13 (認知症行動障害尺度)
2. 家族の介護負担を判定するツール
 - Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版の導入 (スコアによる数値化が可能)
3. 身体状況のチェック
 - 初回訪問時の身体状況のチェック
 - 2回目以降に収集すべき身体状況の項目
 - 医療情報 (検査データ、薬剤処方 など)
4. 居住環境のアセスメント
5. 家族の介護対応力のアセスメント
6. 本人、家族の意向とニーズ
7. 自立の可能性のアセスメント

23

地域包括ケアシステムのための認知症アセスメント (Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System)

<長所>

- 認知機能と生活機能を網羅的に評価できる
- IADLの項目が充実しており軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい
- 国際的な重症度評価尺度CDRに対応している
- 4件法で評価しているために機能変動をカバーできる
- 設問は具体的である
- 簡便で、短時間で実施できる
- 評価方法も単純
- 簡単な研修を実施することによって、認知症の基本的な理解と認知症総合アセスメントの基本的技術を修得することができる
- 評価結果から臨床像の全体をある程度理解することができ、かつ必要な支援の目安がつけられる

<課題>

- 言語機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない

栗田の図を改変

24

Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC-21

認知機能検査・生活機能検査		質問内容		近時記憶	
1	2	3	4	5	6
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
2	5分前に聞いた話を思い出せなくなることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
7	電気がガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対応できますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
8	一日の計画を自分で立てることがありますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
10	一人で買い物に行けますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
11	バスや電車、自家用車などを一人で外出できますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
12	貯金の出入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
13	電話をかけることができますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
14	自分で食事の準備ができますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
15	自分で、薬を飲んだ時間や分量のむもこなることができますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
16	入浴は一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
17	清潔さは一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
18	トイレは一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
20	食事は一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた
21	トイレやお風呂などまでの移動は一人でできますか。	頻りにある	頻りにある	いつももうた	いつももうた

Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版

The Short Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview

各質問についてあなたの気持ちに最も当てはまる番号を○で囲んでください。

項目	質問内容	思わない				時々				よく				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。													
2	患者さんのそばにいると嫌なことがあることがありますか。													
3	介護があるのが家族や友人とつきあいがつらくなっていると思いますか。													
4	患者さんのそばにいると、気が休まらないと思いますか。													
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。													
6	患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思うことがありますか。													
7	介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。													
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないうると思うことがありますか。													

DBD13

No	質問内容
1	同じことを何度も何度も聞く
2	よく物をなくしたり、置場所を間違えたり、隠したりしている
3	日常的な物事に関心を示さない
4	特別な理由がないのに夜中起き出す
5	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける
6	風間、寝てばかりいる
7	やたらに歩き回る
8	同じ動作をいつまでも繰り返す
9	口汚くのしる
10	増えたり減ったりは季節に合わない不適切な服装をする
11	世話をされるのを拒否する
12	明らかな理由なしに物を貯め込む
13	引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう

0:全くない 1:ほとんどない 2:ときどきある
3:よくある 4:常に

－ 身体の様子を手チェック －

1. 全身観察

- ① 身体機能 移動・運動能力がわかりやすい 視力 聴力も
- ② コミュニケーション能力 会話が成立するか
- ③ 衛生状態 服装 皮膚の状態から
- ④ 栄養状態 るい瘦 肥満
- ⑤ 摂食状態
- ⑥ 排泄状態
- ⑦ 睡眠状態 まずは日昼おきていられるか
- ⑧ 精神状態 平静 興奮 うつ状態 など

2. 基礎データ

バイタルサインのチェック (血圧、脈拍、体温、呼吸数) と
身体測定 (身長、体重)

初回訪問時の支援内容

1. 認知症初期集中支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明
 - チームができることについてわかりやすい提示
2. 基本的な認知症に関する情報提供
3. 専門医療機関への受診が本人、家族にとってメリットがあることについて説明
4. 介護保険サービス利用が本人、家族にとってメリットがあることについて説明

以下は個別事例ごとに優先順位をつけ可能な範囲で実施

5. 本人への心理的サポートとアドバイス
6. 家族への心理的サポートとアドバイス
7. 具体的な各機関との連絡調整

29

チーム会議の開催

いつ行うのか

初回訪問終了後 必須
介護保険サービス引継ぎ前 必須
その間は随時

メンバー

認知症専門医を含むチーム員 必須
必要に応じて 地域包括支援センター職員
かかりつけ医、担当する介護支援専門員、市町村関係課 等

会議の内容

アセスメント内容の総合チェック



専門医療機関への紹介の必要性の検討、
受診に向けた適切な方法の検討
本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言



初期集中支援計画の検討

30

初期集中支援の実施

初期集中支援の内容

1. 受診勧奨・誘導
2. 介護保険サービスの利用の勧奨・誘導
3. チーム員による支援
 - 本人・家族への教育的支援
 - 重症度に応じたアドバイス（身体状況のチェックから：水分摂取、食事摂取、排泄、運動など）
 - 身体を整えるケア（生活環境の改善
 - 継続的な医療支援
 - 服薬管理
 - 介護保険サービスが必要な場合の調整
 - 介護保険サービス以外の社会資源の活用
 - 権利擁護に向けた調整

31

初期集中支援時の媒体 -何を使って指導するか-

1. 基本的な情報

認知症について
認知症の行動・心理症状について
治療について
家族の対応について

2. 地域の特性に合わせた情報

医療情報、医療資源、人材
介護サービス資源について
インフォーマルなサービス など



地域の最新の情報の収集が必要

32

初期集中支援の終了

チーム会議にて判断

訪問支援対象者のそれぞれの支援方針（＝初期集中支援計画）に基づいた、チームとしての遂行業務について、一定程度の目的が達せられたことなど判断された場合に、終了



通常は医療・介護サービスへの引継ぎとなることが想定

地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、対象者への何らかの支援やサービス投入が円滑に引き継がれていくことを前提として、引継ぎとその後のモニタリングに関する規定を設定。

引き継ぎ後のモニタリング

1. モニタリングの実施主体：認知症初期集中支援チーム
2. モニタリングの間隔：（モデル事業では原則として2ヶ月毎）
3. モニタリングの方法
本人宅への訪問の実施
引継ぎケアマネジャーへの聞き取り等
4. モニタリングの内容
経過におけるアセスメントに基づく課題と支援計画の妥当性
家族の負担度
認知症に関する本人の状態像の変化
改善の可能性、残存機能の十分な発揮がなされているか
関係機関との情報共有状況等
⇒ 結果をケアマネジャーに報告、助言

収集データによる「チーム指標」

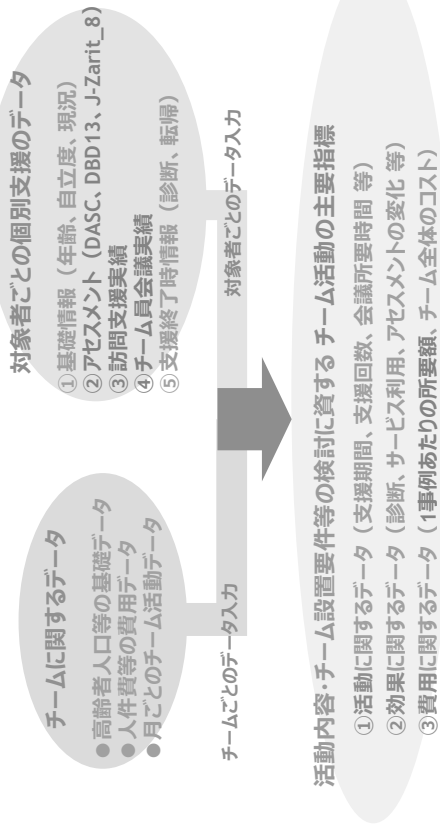
チーム指標(功)	チームデータ項目（自動作成）	計算式
1 相談件数	【認知症相談件数】の合計	
2 対象者把握数	【対象者把握数】の合計 ÷ 2/1	
3 高齢者人口10万対把握人数	【対象者把握数】の合計 × 10万	
4 性別	【性別】の合計	
5 年齢構成	【年齢】の合計	
6 世帯状況	【世帯】の合計	
7 把握しやすさ	【把握しやすさ】の合計	
8 障害自立度	【障害自立度】の合計	
9 認知症自立度	【認知症自立度】の合計	
10 重症度	【重症度】の合計	
11 介入時必要介護認定状況	【介入時必要介護認定状況】の合計	
12 介入時介護利用状況	【介入時介護利用状況】の合計	
13 介入時介護サービス利用状況	【介入時介護サービス利用状況】の合計	
14 困難事例該当状況	【困難事例該当状況】の合計	
15 主治医有無	【主治医有無】の合計	
16 認知症重症割合	【認知症重症割合】の合計	
17 介入時の認知症診断状況	【介入時の認知症診断状況】の合計	
18 DASC実施件数	【DASC実施件数】の合計	
19 DASCスコア	【DASCスコア】の平均値	
20 徘徊リスク人数	【徘徊リスク人数】の合計	
21 DBD実施件数	【DBD実施件数】の合計	
22 DBDスコア	【DBDスコア】の平均値	
23 ZARt実施件数	【ZARt実施件数】の合計	
24 ZARtスコア	【ZARtスコア】の平均値	
25 初回訪問実施件数	【初回訪問実施件数】の合計	
26 高齢者人口10万対初回訪問人数	【初回訪問実施件数】の合計 × 10万	
27 1事例あたりの把握しやすさ	【把握しやすさ】の合計 ÷ 1事例あたりの把握しやすさ	

収集データによる「チーム指標」(続き)

28 チーム会議開催回数	【チーム会議開催回数】の合計
29 1会議あたりの所要時間	【チーム会議開催回数】の合計 ÷ 1会議あたりの所要時間
30 1会議あたりの取得件数	【チーム会議開催回数】の合計 × 1会議あたりの取得件数
31 1事例あたりの初回訪問日～1会議日数	【1事例あたりの初回訪問日～1会議日数】の平均値
32 1事例あたりの会議回数	【1事例あたりの会議回数】の合計
33 1会議所要時間の合計	【1会議所要時間の合計】の合計
34 1事例あたりの支援期間	【1事例あたりの支援期間】の合計
35 1事例あたりの訪問回数	【1事例あたりの訪問回数】の合計
36 訪問頻度	【1事例あたりの訪問回数】の合計 ÷ 1事例あたりの訪問回数
37 医療サービスにのみ対応する日数	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
38 終了時医療サービスにのみ対応する日数	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
39 介護サービスにのみ対応する日数	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
40 終了時介護サービスにのみ対応する日数	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
41 終了時介護サービスにのみ対応する日数	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
42 終了時認知症診断状況	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
43 終了時認知症以外での状態	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
44 認知症診断の導入割合	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
45 認知症診断の導入割合	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
46 終了時DASCスコア	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
47 終了時ZARtスコア	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
48 医療の引継ぎ状況	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
49 介護サービスの引継ぎ状況	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
50 支援終了（転居）	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
51 モニタリングまでの期間	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
52 不測の事態発生状況	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
53 総合評価	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
54 対応要領平均	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数
55 対応要領平均	【1事例あたりの訪問回数】の合計 × 1事例あたりの訪問回数

データ収集の必要性と方法

制作趣旨：チーム活動の主要指標について、統一的な定義・ルールに基づいたツールによって、個別の支援プロセスに沿った実績データを効率的に収集する



37

チーム設置の進捗状況

1,741市町村のうち1,737市町村が設置
設置率は99.8%

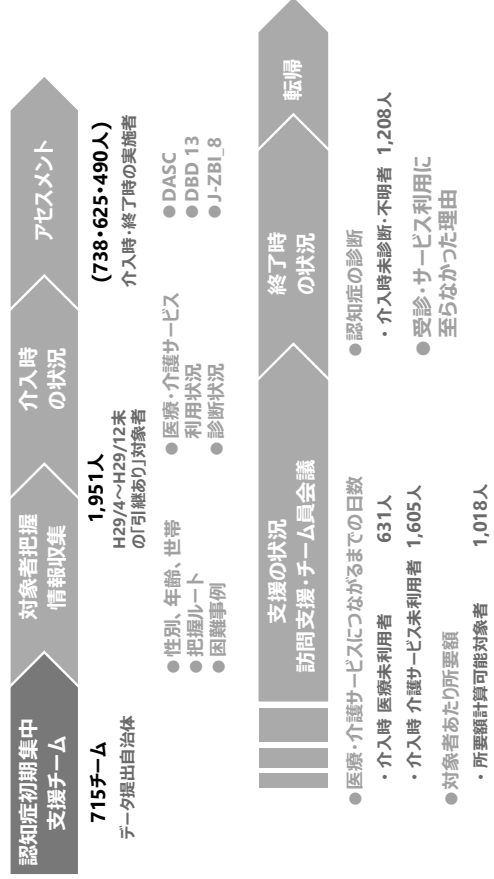
2019年1月厚生労働省による

39

1. 認知症初期集中支援チームの歩み
2. 認知症初期集中支援チームの現状と課題
3. 病院での多職種チーム
4. 認知症初期集中支援チームのこれから

38

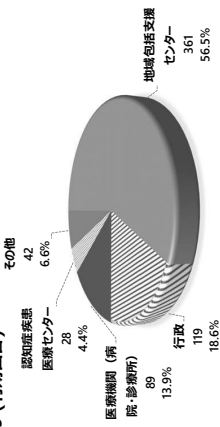
主な集計項目と対象者数の流れ



40

チーム概要

① 設置場所 n649 (有効回答)

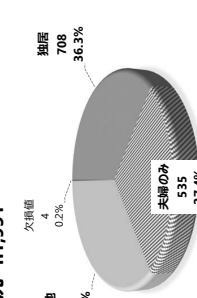


② チーム会議・チーム職員種別単価 (円/時間)

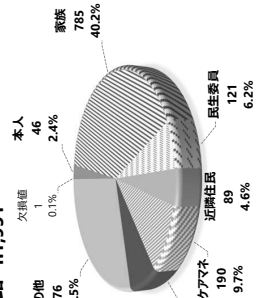
チーム会議	平均単価	中央値	有効n(チーム数)
チーム会議	19,871.0	16,450	351
医師	13,054.6	10,475	456
保健師	2,640.0	2,200	206
看護師	3,393.5	2,611	288
作業療法士	3,818.1	3,000	142
社会福祉士	2,656.1	2,000	257
精神保健福祉士	3,484.1	2,557	114
介護福祉士	3,153.1	2,500	149

対象者概要②

③ 世帯状況 n1,951

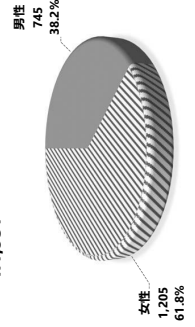


④ 把握経路 n1,951

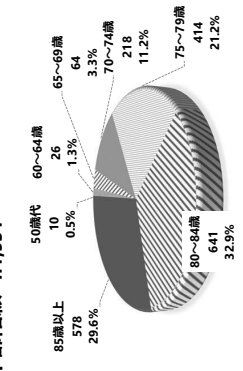


対象者概要①

① 性別 n1,951

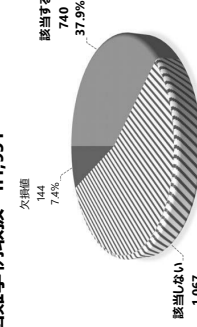


② 年齢階級 n1,951



対象者概要③

⑤ 困難事例取扱 n1,951

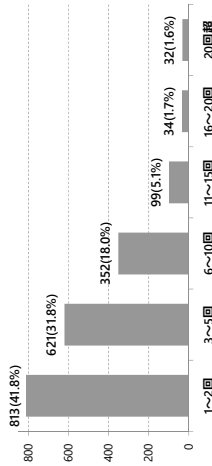


(チーム設置機関別の状況)

	合計	該当する	該当しない	(欠損値)
地域包括支援センター	100.0%	34.1%	59.4%	6.5%
行政	100.0%	40.5%	58.5%	1.0%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	50.8%	43.6%	5.6%
認知症疾患医療センター	100.0%	57.4%	38.2%	4.4%

支援の状況①

①訪問支援回数 n1,951



平均値：4.6回
中央値：3回
最大：41回
(標準偏差 4.58)

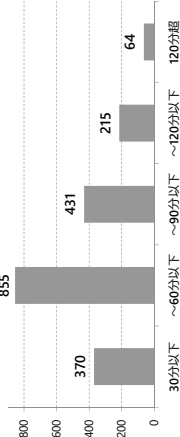
(チャーム設置機関別の状況)

	合計	1~2	3~5	6~10	11~15	16~20	20回超
全体	100.0%	41.8%	31.8%	18.0%	5.1%	1.7%	1.6%
地域包括支援センター	100.0%	39.0%	34.8%	19.2%	4.2%	1.5%	1.3%
行政	100.0%	42.0%	29.8%	20.0%	4.9%	1.9%	1.4%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	53.1%	28.0%	12.1%	3.8%	1.5%	1.5%
認知症疾患医療センター	100.0%	44.2%	14.7%	17.6%	19.1%	1.5%	2.9%

45

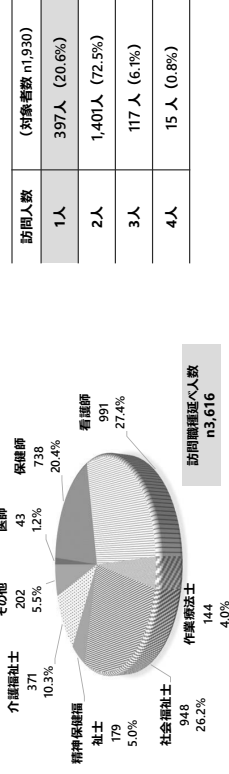
支援の状況②

②初回訪問時間 n1,935 (有効回答)



平均値：66.6分
中央値：60分
(標準偏差 34.47)

③初回訪問職種 n1,930 (有効回答)

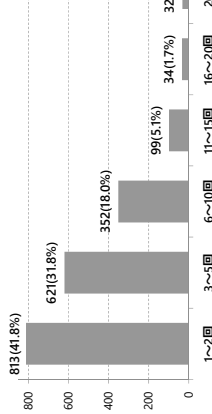


訪問人数	対称者数 (n1,930)
1人	397人 (20.6%)
2人	1,401人 (72.5%)
3人	117人 (6.1%)
4人	15人 (0.8%)

46

支援の状況③

④支援期間「把握」~「初回訪問」日数 n1,916 (有効回答)



平均値：12.7日
中央値：7.0日
(標準偏差 19.2)

平均値：13.5日
中央値：8.0日
(標準偏差 18.8)

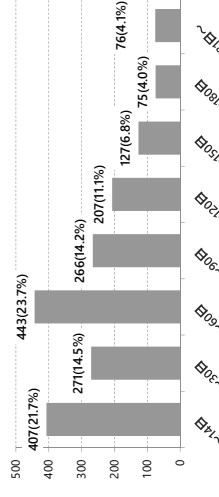
(チャーム設置機関別の状況)

	合計	~3	4~7	8~14	15~30	31~60	61~
全体	100.0%	31.7%	21.9%	20.0%	16.8%	6.8%	2.8%
地域包括支援センター	100.0%	35.7%	21.9%	18.3%	15.1%	6.3%	2.7%
行政	100.0%	28.7%	22.1%	17.6%	19.1%	7.0%	5.5%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	23.1%	22.7%	23.4%	21.2%	6.9%	2.7%
認知症疾患医療センター	100.0%	16.4%	14.9%	23.9%	28.4%	13.4%	3.0%

47

支援の状況④

⑤支援期間「初回訪問(支援開始)」~「引継」日数 n1,872 (有効回答)



平均値：61.5日
中央値：48.0日
(標準偏差 54.4)

平均値：64.8日
中央値：53.0日
(標準偏差 55.8)

(チャーム設置機関別の状況)

	合計	~14	15~30	31~60	61~90	91~120	121~150	151~180	181~
全体	100.0%	21.7%	14.5%	23.6%	14.2%	11.1%	6.8%	4.0%	4.1%
地域包括支援センター	100.0%	23.0%	14.0%	23.6%	14.6%	9.5%	6.5%	4.4%	4.5%
行政	100.0%	24.2%	20.1%	21.1%	12.4%	8.8%	6.2%	3.1%	4.1%
医療機関(病院・診療所)	100.0%	20.5%	13.6%	20.5%	17.1%	13.2%	9.3%	2.7%	3.1%
認知症疾患医療センター	100.0%	11.9%	19.4%	26.9%	11.9%	16.4%	6.0%	4.5%	3.0%

48

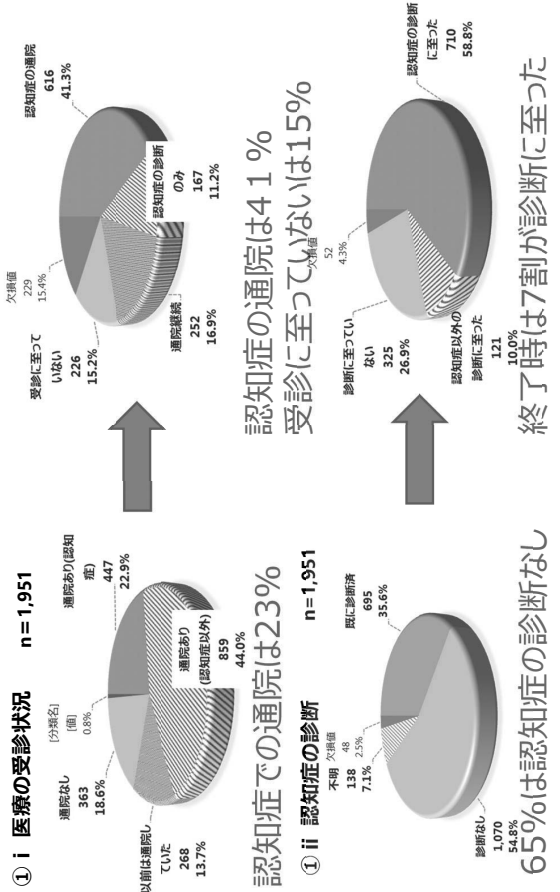
支援の状況⑤

④ 医療・介護につながるまでの日数 (介入時、未利用者の「把握」～「引継」まで日数)

医療未利用者：介入時「通院なし」+「以前は通院していた」
 介護未利用者：介入時「サービス利用なし」+「以前は利用していた」

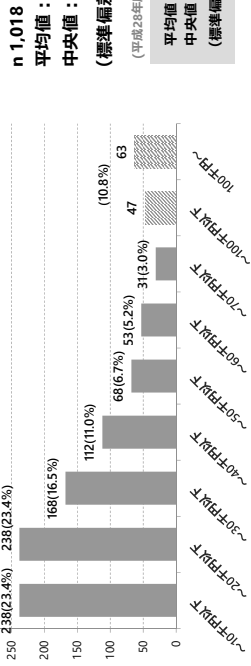
	介入時 未利用者	引継あり	日数 (有効回答)
医療に つながるまで	n 631	443 人 うち、主治医(認知症)に引継 192 専門医療機関に引継 105	70.8日 (n 406)
介護に つながるまで	n 1,605	1,340 人	84.4日 (n1,292)

介入時Vs終了時の状況 (医療) 平成29年度



所要額(対象者あたり費用)

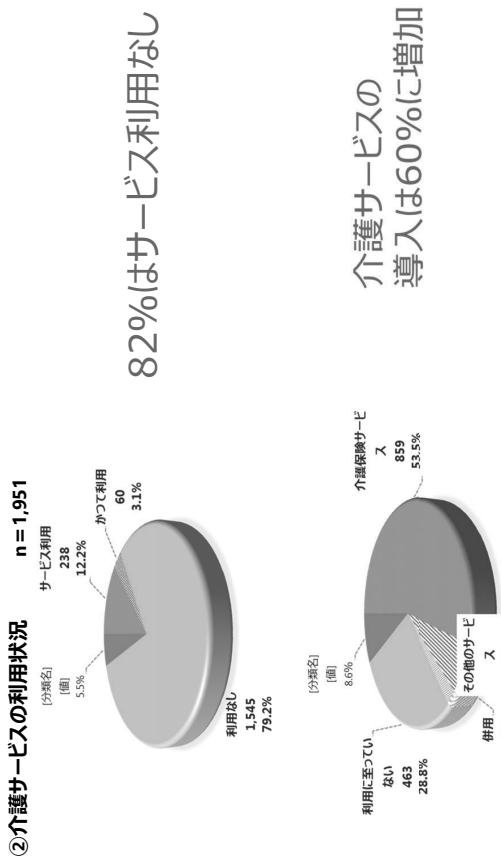
※所要額に含まれるのは、①訪問支援にかかる費用、②チーム会議にかかる費用)



(チーム設置機関別の状況)

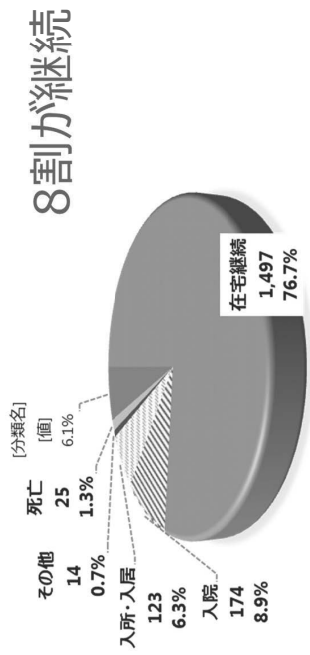
	合計	～10千円	～20千円	～30千円	～40千円	～50千円	～60千円	～70千円	70千円～
全体	100.0%	23.4%	16.5%	11.0%	6.7%	5.2%	3.0%	10.8%	
地域包括支援センター	100.0%	30.1%	24.9%	17.3%	11.4%	5.0%	3.8%	1.9%	5.7%
行政	100.0%	10.4%	12.5%	15.6%	12.5%	12.5%	2.1%	21.9%	
医療機関(病院・診療所)	100.0%	5.0%	26.6%	13.7%	5.8%	10.8%	6.5%	4.3%	27.3%
認知症疾患医療センター	100.0%	9.7%	19.4%	22.5%	19.4%	12.7%	6.5%	0.0%	9.7%

介入時Vs介入後の状況 (介護) 平成29年度



終了時の状況 平成29年度

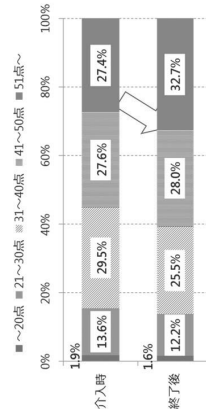
転帰 n=1,951



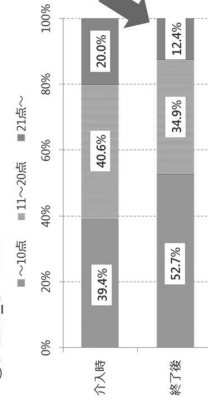
8割が継続

アセスメントの状況 平成29年度

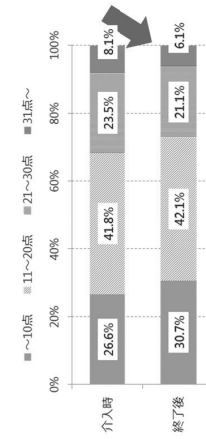
① DASC 介入時・終了後の実施者 n738



③ J-ZBI 8 n490



② DBDI13 n625



終了時の状況(診断)

認知症の診断

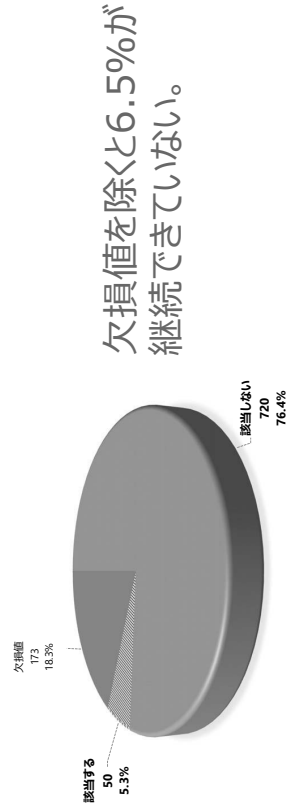
認知症 認知症以外
[診断導入 831人 (68.8% : (710 + 121) / 1,208)]

認知症の診断						認知症以外の診断				病名 欠損	
693						103					
アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭葉	混合型	その他認知症	病型不詳	MCI	うつ	他の精神疾患	正常	
426	38	32	13	32	18	134	31	11	49	12	35
51.3%	4.6%	3.9%	1.6%	3.9%	2.2%	16.1%	3.7%	1.3%	5.8%	1.4%	4.2%

終了時の状況

⑥ サービス不継続事例 終了者のうち、モニタリング実施者 n943

モニタリング後に、何らかの理由により、継続支援が出来ていない事例



欠損値を除くと6.5%が継続できていない。

研修の進捗状況

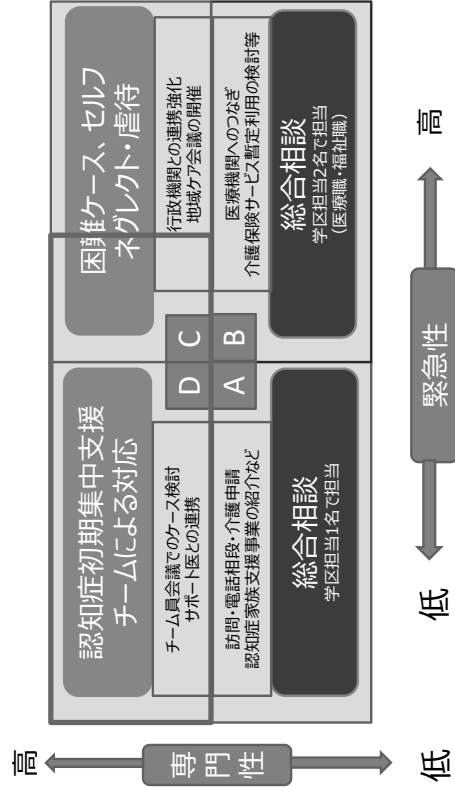
	H27	H28	H29	合計
受講者数	1,084	2,443	2,884	6,411
開催回数	4	6	8	18
研修都市	大府市 東京都 名古屋市 札幌市 福岡市 東京都 神戸市 福岡市 東京都 仙台市 沖縄市	東京都 名古屋市 札幌市 福岡市 東京都 神戸市 福岡市 東京都 仙台市 沖縄市	名古屋市 札幌市 福岡市 東京都 神戸市 東京都 仙台市 沖縄市	

1,741市町村のうち1,664市町村が受講
受講率は95.5%

認知症初期集中支援チームの問題点

チーム設立まで	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム員が集められない。 ・サポート医がいらない
チーム設立後	<ul style="list-style-type: none"> ・従来の仕組みに上手に組み込めない ことに地域包括との役割分担がうまくいかない ・対象がなかなかみつけれられない ・コストパフォーマンスはよくないかもしれない
今後	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の継続的な教育をどうするか

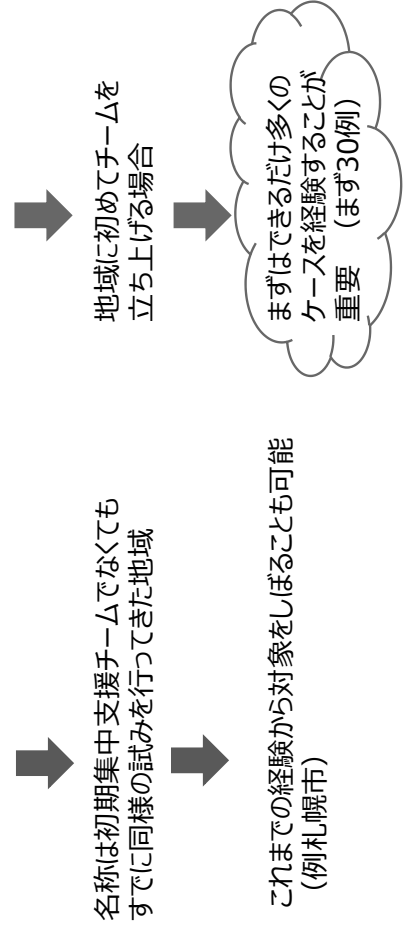
チームはどのような人を対象にすべき？



名古屋市中川区東部認知症初期集中支援チームの資料を引用

チームはどのような人を対象にすべき？

わたしたちのチームや地域はどのような人なら
対応できるのか？



事例1

困難事例

介護力がなく協力も得にくい家族と同居する認知症高齢者
腎機能障害のため認知症の加療が受けられず、症状が
確実に進行するなかで在宅生活が困難になったケース。

事例提供 敦賀市

61

国立長寿医療研究センターホームページ
で見ることができます。

表紙ページの施設名の右にある「研究の推進」タブをクリック
老人保健増進等事業の項の平成29年度をクリックすると
認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査
研究事業のPDFがあります。

<http://www.ncgg.go.jp/hcgg-kenkyu/documents/H29rouken-4houkoku.pdf>

63

事例6

好対応事例

チームのアプローチが介護者と地域住民の
意識に変化をもたらし、認知症への理解が深まった事例

事例提供 敦賀市

62

支援対象者のアセスメントで重視している点

- ・表出している課題のみに目を奪われない
- ・表出している課題には様々な要因があることを意識する
- ・複数の課題を抱え、重層的な状況にあることが多い
- ・万引き、アルコール依存、徘徊等は一つでも重視する
必要性が高い
- ・地域住民が対応に苦慮している

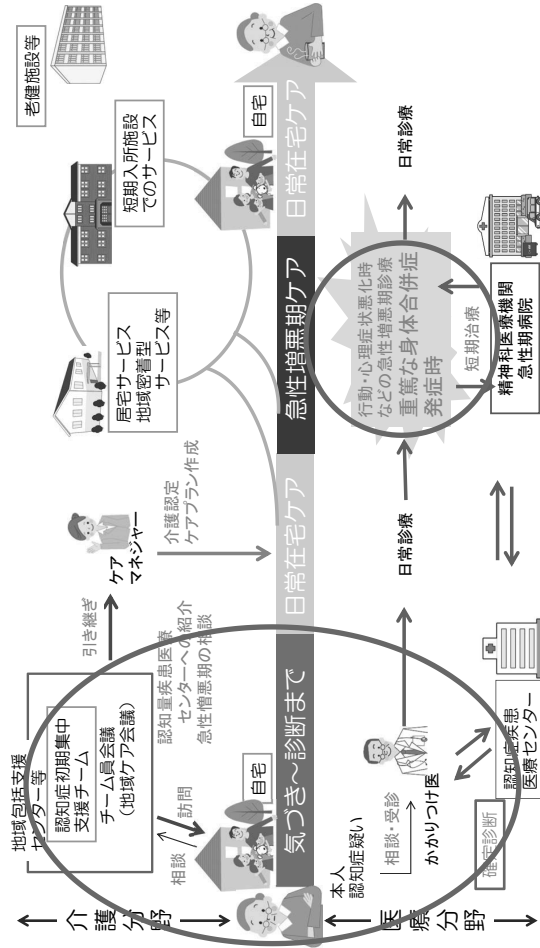


支援が難航し解決に至るまでにより専門的な知識や
技術が必要とするケースを支援対象にしている。

名古屋市中川区東部認知症初期集中支援チームの資料を引用

64

認知症 ケアパスの概念図



1. 認知症初期集中支援チームの歩み
2. 認知症初期集中支援チームの現状と課題
3. 病院での多職種チーム
4. 認知症初期集中支援チームのこれから

認知症サポートチーム：

病院における認知症・せん妄に対応する多職種チーム

様々な原因によって入院した認知症患者を診療する 医療スタッフへのサポート

- ① 認知症専門医、認知症認定看護師、老人看護専門看護師、認知症病棟棟長、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士で構成
- ② 入院患者の中の認知症患者評価、病棟内での看護アドバイス
- ③ 認知症身体合併症治療病棟転棟の適応判断



過去4年間の対応に困っていること TOP10

	2013年	2014年	2015年	2016年
第1位	落ち着かない	落ち着かない	落ち着かない	落ち着かない
第2位	転倒・転落リスク	転倒・転落リスク	転倒・転落リスク	転倒・転落リスク
第3位	せん妄・予防	せん妄・予防	せん妄・予防	せん妄・予防
第4位	不眠	不眠	不眠	不眠
第5位	その他	その他	その他	その他
第6位	ルートラブル	ルートラブル	その他	その他
第7位	大声	ルートラブル	食事量低下・拒食	帰宅要求
第8位	帰宅要求	帰宅要求	帰宅要求	ルートラブル
第9位	ケア拒否	ケア拒否	ケア拒否	暴言・暴力
第10位	暴言・暴力	暴言・暴力	ルートラブル	ケア拒否

この4年間、困りごとの第1位～第4位までは不変

症例 どのように対応したか

頸部骨折の術直後 普通なら痛みがあるはず
⇒本人は訴えていなかった。⇒21時に定期的に
消炎鎮痛剤の座薬を投与

術後昼間寝ているため食事が十分とれず。

⇒覚醒している時間帯に家族から持ってきてもらったどら焼きを与え
たところ喜んで食べる。

睡眠障害に対する治療薬のアドバイス 昼間の覚醒レベルを上げる
工夫 午前中にリハ

69

各職種の強みーなぜ多職種か

看護職：なんととっても病棟で患者さんに接する最前線に

いて最も苦勞している看護師さんのことが理解できる。

アドバイスでもあり、ほめ上手であることがポイント

薬剤師：高齢者の薬物動態や、薬の相互作用、医師の専門外
の投与薬剤の情報を教えてくれる。

作業療法士：看護師とは違う側面から患者さんと多くの時間を

過ごしている。非薬物療法やリハビリ時の情報をもつ。

精神保健福祉士：退院に向けて必要とするサービスについての

情報や入院前の情報収集

医師：診断や病態の把握、薬物療法のアドバイス。

19



愛知県
「認知症対応モデル病院事業」

済衆館

名鉄病院

津島市民

国立長寿

愛知県下
43病院

愛知県内
100床以上一般総合病院
162病院の1/4が参加

愛知県 二次医療圏	平成29年	平成28年	平成27年	平成26年
尾張北部	春日井市民	春日井リハ	岩倉	東海記念
尾張東部	愛知国際	日進おりど	旭労災	公立陶生
尾張中部	はるひ呼吸	光寿会リハ	五条川リハ	済衆館
尾張西部	尾張市 瑞穂市 木曽川市民	一宮市民	大雄会	千秋
海部		あま市民	海南	津島市民
西三河北部	足助	豊田厚生	トヨタ記念	豊田地域
西三河南部東		宇野		岡崎市民
西三河南部西	安城更生	刈谷総合	西尾市民	碧南市民
東三河北部	弥生		新城市民	豊橋市民
東三河南部		光生会	豊川市民	蒲郡市民
知多半島	市立半田	西知多	小鳴	知多厚生

70

1. 認知症初期集中支援チームの歩み

2. 認知症初期集中支援チームの現状
と課題

3. 病院での多職種チーム

4. 認知症初期集中支援チームのこれから

72

今後の認知症施策の方向性

- ① 政府全体で認知症についての総合的な施策を強力に進める
- ② 予防法、治療法などのエビデンスを蓄積しながら認知症の発症前を含めた予防の取組を強化
- ③ 認知症の当事者の視点に立った生活環境の整備
- ④ 認知症に関する研究開発の強化

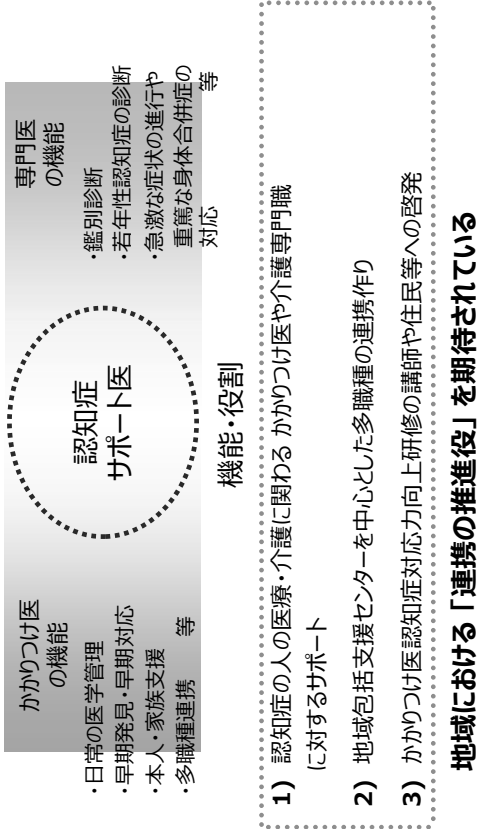
73

認知症サポート医の役割

- **認知症サポート医には、次の役割を担っていただきます。**
 - ・かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他のサポート医との連携体制の構築
 - ・神戸市医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
 - ・神戸市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師
 - **研修受講要件**（下記のいずれかの条件を満たしていること。）
 - ・地域において認知症診療（早期発見等）に携わっている医師
 - ・認知症サポート医の役割を適切に担える医師
 - ・認知症サポート医の役割についてご理解いただいている方（参考）
- 以下の条件を満たす方については、神戸市医師会よりご案内します。
- (1) 認知症サポート医の役割についてご理解いただき、実際に活動を行っていただける方
 - (2) (1) を満たし、神戸市医師会の推薦を得られた方

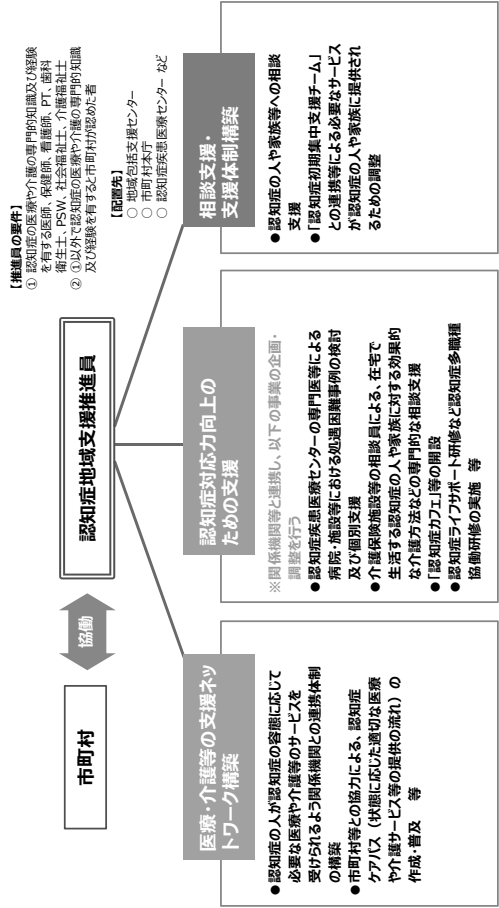
75

認知症サポート医の機能・役割



74

認知症地域支援推進員



76

まとめ

1. 多職種チームが認知症の人を支える
2. 地域によって人材も社会資源も様々なモデルに合わせるのではなく地域独自のチーム作りを
3. 認知症の人を支えられる町は他の疾患も支えられる
4. 行政と医師会は強力なエンジン両者が協働できればパワーは2倍以上

報告1

14:55~15:35

認知症初期集中支援チームの 現状と課題

～日々の活動から見えてきたこと～

高落 敬子

奈良市認知症初期集中支援チーム チーフ
(社医) 平和会 地域包括ケア推進事業部 事業部長

プロフィール

高落 敬子（たかむら けいこ）

●略歴

平成元年 (医) 大道会 大道病院 医療社会事業課
平成10年 (特医) 大道会 老人保健施設グリーンライフ 支援相談課
平成12年 (社福) 山水学園 特別養護老人ホームサンローズオオサカ
平成22年 (社医) 大道会 在宅事業部 統括管理
平成27年 (社医) 平和会 地域包括ケア推進事業部

●所属学会、役職、資格等

日本認知症ケア学会、日本社会福祉士会、
日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、
奈良県社会福祉士会 理事（平成30年4月～）
認定社会福祉士、精神保健福祉士、主任介護支援専門員、認定ケアマネジャー
認知症介護指導者、上級認知症ケア専門士 公認心理師

●著書

「面接援助技術～対人援助の基本姿勢と18の技法」(2017年12月中央法規出版)
「ケアマネジメントのエッセンス」第8章援助関係と面接技術 (2017年3月中央法規出版)

認知症初期集中支援チームの 現状と課題

～日々の活動から見えてきたこと～



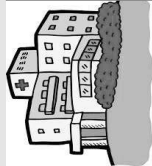
奈良市認知症初期集中支援チーム(まほろばおれんじチーム)
高落敬子(たかむらけいこ)
2019年3月14日 ウイングあいちにて

今日のお話の流れ

1. 認知症介護指導者として
2. 奈良市の地域性と初期集中支援チームの実際
3. 3年半の期間の実践から
 - 1) 本人合意による受診・支援をどうするのか
意思決定支援に向けて
 - 2) 支援に困っている支援者支援をどうするのか
 - 3) 家族への支援をどうするのか
4. 支援の具体化
5. 今後の課題



認知症の人に関わる経過の中で



最初に勤めた病院:
長期入院の時代
入院中は抑制・拘束は必要悪。
老人病院への転院、亡くなる高齢者。

本人の
意思はどこ
にある？



老人保健施設
長期入所化
施設を待つ



居宅介護
ケアマネ
家族が大変!
レスパイトケア
サービス中心
医療との連携?



特別養護老人ホーム
金太郎館プラン
身体拘束ゼロ作戦
看取りを行う



認知症介護指導者として

- ・ 各現場で実践すること・伝えることを通して
認知症の人への支援の質を支える仕事



研修は「役立つ」100%、「意識変化」96.3%
難しさ理由「本人が問題」→「環境に課題がある」
平成20年度大阪市意識調査から;約2000人受講(H20)

「認知症の人の立場に立つ」への意識変革は起きる…!

- ・ でも、認知症の人の「環境」は変わったのだろうか。
認知症の人は暮らしやすくなったのだろうか。

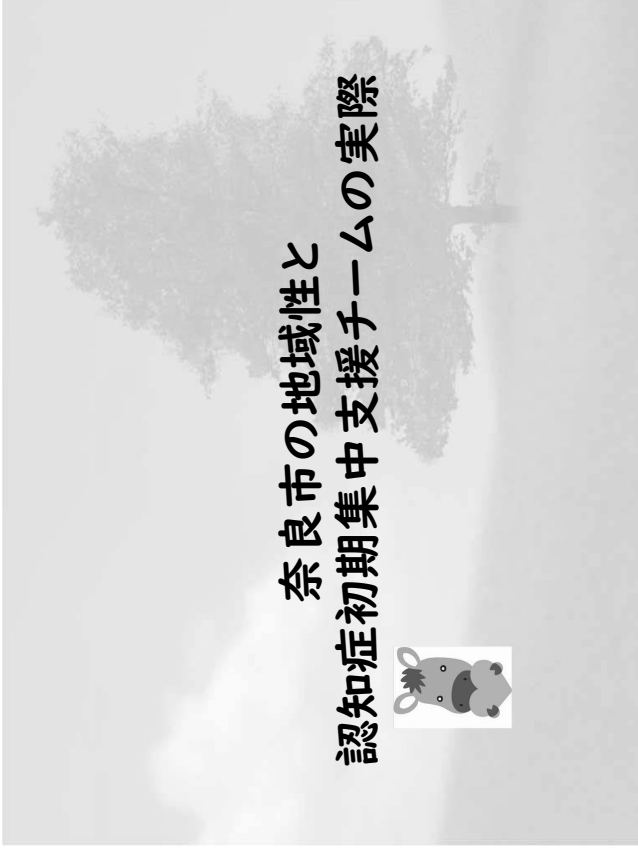
初期集中支援チームの目的

- 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の良い環境で暮らし続けられるために…地域の体制を構築する（認知症初期集中支援チームの目的）
- 「認知症の本人抜きに私たちのことを決めないで」（日本認知症ケアグループ 2014.10.23設立）
- 認知症の症状にかかわらず本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にして意思決定支援をする。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援が1'ラウワ」 厚労省H30.6月

☆支援において、本人の意思決定支援をどう考えるか
本人と家族のセルフマネジメントを側面的にサポートする

🌸 奈良市の事業実施方針 🌸

- 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、
- 認知症初期集中支援チームを市内に設置し、
- これまでに構築してきた認知症の方を支援するネットワークを活用し、
- 本事業の広報、普及啓発
- および初期集中支援業務等を実施することによって、
- 認知症初期の方を適切な支援機関に結びつける。
- この取り組みをもって、ネットワークの早期発見・早期診断
- ・早期支援機能が自律的に機能し、
- 認知症の方を支援する地域の体制を構築することを目的とする。



奈良市の地域性と 認知症初期集中支援チームの実際



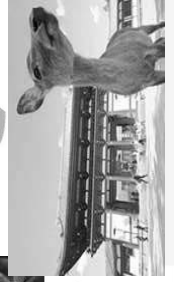
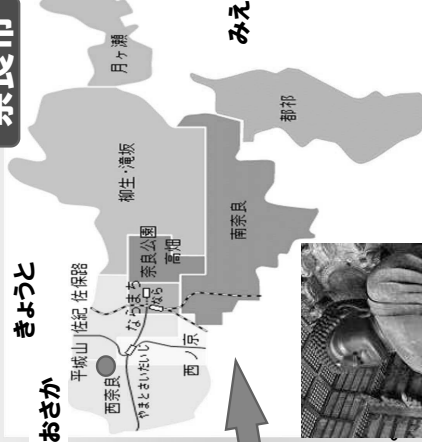
奈良市という地域



奈良市は、奈良県の北部に位置する市。県の県庁所在地。人口約35万人強が居住する中核都市

地域は東西に広く、月ヶ瀬や都祁などの東部山間地、国際観光文化都市としての中東部市街地、大阪の衛星都市としての住宅地開発が行われてきた西部地域と、複数の顔を持っています。

奈良市



奈良市の状況(平成31年1月1日現在)

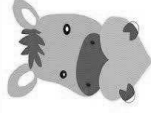
面積, 276.94km (人口密度, 1,282人/km²)

人口	353,820人
高齢者人口	108,075人
高齢化率	30.5%
認知症高齢者推計	16,211人
要介護認定中認知症高齢者数(Ⅱ以上)	11,888人
地域包括支援センター(委託)	13か所
認知症患者医療センター(地域型)	1か所
認知症サポーター医	25名
認知症地域支援推進員	市1人・専任1人・兼務13人
認知症カフェ	13カ所
認知症初期集中支援チーム	1カ所



奈良市認知症初期集中支援チーム

- ・業務委託: 奈良市医師会
- ・チーム設置場所: (社医) 平和会吉田病院内
- ・チーム員: 専門医、看護師、社会福祉士
- ・チーム活動範囲: 奈良市全域
- ・開設時間: 月曜日～金曜日午前9時～午後5時。
- ・緊急連絡体制: 時間外や休日など体制整備。
- ・専用電話: 0742-48-5860



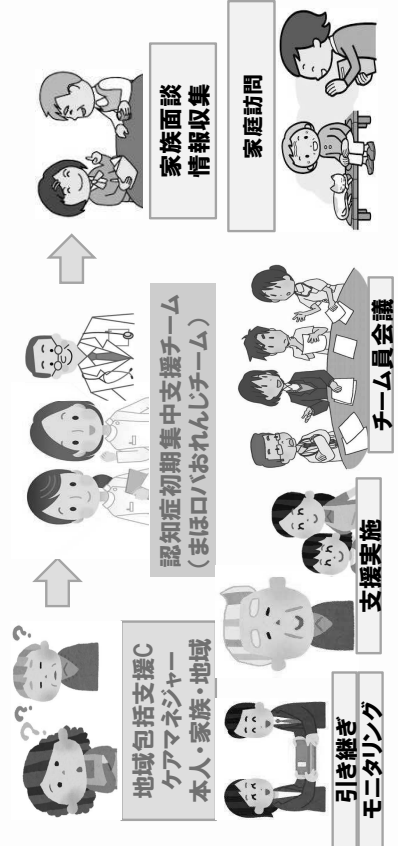
平成27年9月から
始まっています♪



認知症初期集中支援チームの活動

＜対象者＞

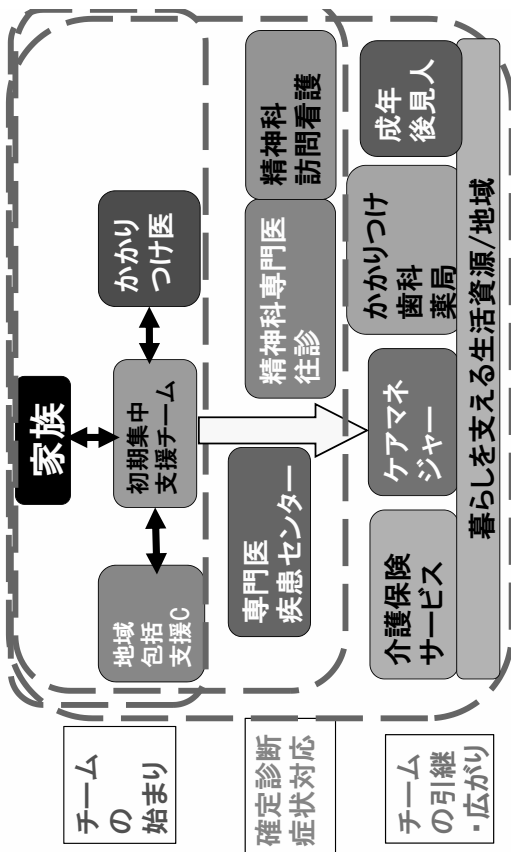
- 40歳以上、在宅生活しており、認知症が疑われる人、または認知症の人
1. 医療・介護サービスを受けていない人、中断している人
 2. 医療・介護サービスを受けているが、BPSDが顕著で苦慮している人



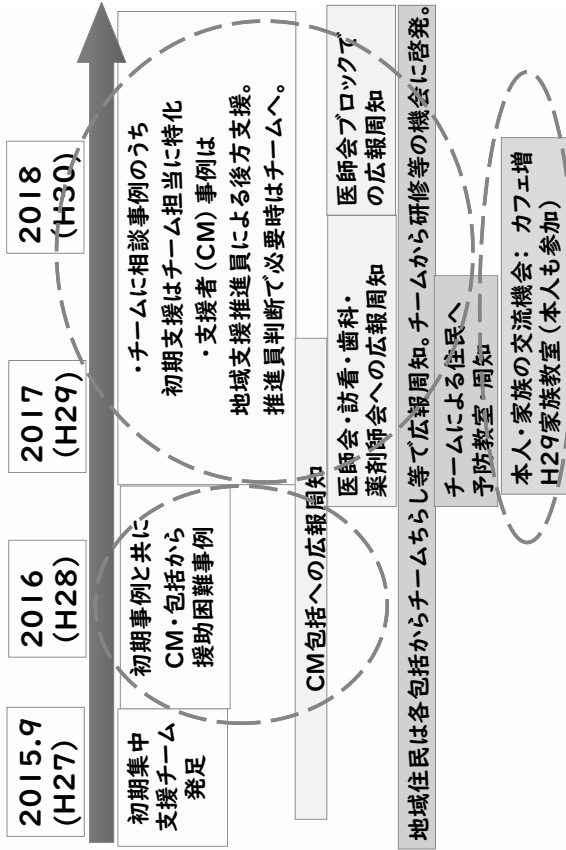
主な支援内容

支援内容	目的
1. 本人の困りごと・意向確認・支援	本人台意形成・意思決定支援
2. 確定診断・医師との連携: 病歴・身体・認知機能等確認	診断・治療への援助 薬の副作用の視点
3. 体調管理: 1日の生活の流れ確認	脱水・低栄養・便秘・不活発・ 不眠等の影響を整える
4. 服薬確認・服薬の工夫: 投薬内容確認	自分で飲める支援へ・ 医師・薬剤師連携依頼
5. 生活面・環境面の工夫: 暮らし方確認	認知機能低下・ 生活障害を補う支援
6. 人となりの共有: 生活歴確認	本人の思い・行動の理解・代弁
7. 本人・家族に認知症の理解: 症状・対応の確認	本人・家族の認知症への セルフケア能力発揮
8. 介護保険等利用: 主たる支援者への引継ぎ	本人の意向・状態に応じた支援 を途切れず継続していく

本人の意思決定支援チームとして：各々の専門性と役割がある
～つながらる・協働する・ひきつぐ～



奈良市の認知症初期集中支援チームの歩み



活動実績件数

	2015	2016	2017	合計
新規相談件数	79	82	54	215
問い合わせ件数	-	27	38	65
初期集中支援開始	43	63	47	153
連絡調整	683	1801	1570	4054
初回訪問	44	63	48	155
継続訪問	63	185	162	410
チーム員会議 初回	43	63	47	153
中間	64	131	106	301
終結	28	68	44	140
終了	15	84	65	164
チーム員会議開催日数	23	33	23	79
ケース引き継ぎ	25	72	44	141
初回モニタリング実施	20	62	40	122

チーム依頼の状況

1. 開始時は包括やCM等、専門職からの相談が多い。
2. 最近では家族からの相談が多くなっている
3. 依頼は周囲の人の気づきから始まる人が多い
→ 本人は介入を拒否、家族が困っている。
→ 最初の時点から本人の意思と家族の思いのずれの課題がある

	ニーズ	
	2015	2016
地域包括	41%	24%
CM	16%	7%
医師(職員含)	5%	5%
家族	20%	55%
本人	6%	1%
全数	43	67

チームは初期対応 ～ファーストタッチの依頼～

	2015	2016	2017
1. 初期対応、ファーストタッチから、医療や介護につなげていくことが求められている	33%	49%	57%
医療FT	12%	16%	15%
医療中断	14%	6%	11%
介護FT	47%	79%	81%
介護中断	7%	2%	0%
全数	43	63	47

*2017年度から、特にチームは初期対応になり、初期対応割合が増加。(CM相談は推進員、必要判断しチームに依頼)

チームに見られる援助困難性

全数	43	63	47
援助困難	67%	75%	43%
関わり拒否	53%	25%	26%
受診拒否	51%	16%	19%
サービス拒否	56%	30%	36%

1. チームに見られる援助困難性
 ・初期は受診や関わりが始まる時期
 ・拒否が多くの事例に見られる。

2. 初期であってもBPSDの発症からの相談も多い。

3. 拒否事例からBPSDへ

全数	43	63	47
妄想	10%	16%	30%
被害念慮	8%	20%	15%
暴言・暴力	10%	15%	22%
易怒・興奮	9%	32%	37%

BPSDは本人なりの意思表示 ～背景に不安や理解できなさ～

- ・ <拒否>
- ・ 認知症だから診断してもらおう
閉じこもりだからDSに行こう
- ・ 「私はなんともない。
放っておいて!」
- ・ 「おれを認知症と言うのか!」
- ・ <妄想>
- ・ 自分の家のものが盗られる
(娘が盗る、泥棒が家に入る)
- ・ 夫が浮気をしている
- ・ 知らない写真・知らない下着が
出てくる
- ・ 新聞が飛んできて、机の上にある

「理解できない」
「診断される」「行かされる」
変化への不安や
診断の恐怖等からの表現

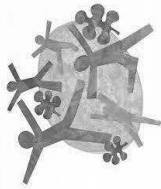
易怒興奮・
暴言暴力へ

中核症状(記憶障害等)
から
今の状況が理解できない
衰えを受容できない

鑑別診断/介護支援の利用

全数	43	43	63	63	47	47
	2015		2016		2017	
	前	後	前	後	前	後
診断:未診断中	74%	35%	59%	21%	55%	28%
診断:済	2%	0	0	0%	2%	0
介護:未	23%	65%	41%	79%	43%	72%
介護等:導入	47%	19%	78%	25%	81%	47%
介護等:導人	0%	35%	0%	51%	0%	32%

認知症鑑別診断に約70%強の利用者がつながらず鑑別診断等医療につながってからの、介護支援を検討約30%強が支援中にCM・サービス導入を開始する。

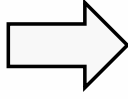


3年半の実践から

- 1) 本人合意による受診・支援～意思決定支援～
- 2) 支援に困っている支援者支援
- 3) 家族への支援

21

- ・ 依頼時は周囲の人からの気づき・ニーズ
- ・ 本人は拒否や妄想などBPSDが出ているなど



今からの受診や支援など
生活の変化について
本人の意思決定支援をどうするか

22



本人の意思尊重・意思決定のために

1. 訪問前に家族の思いの確認
→ 本人の前で言えない思い・アセスメント・訪問の計画を立てる
2. 本人と話せる環境をつくる
→ 笑顔でアイコンタクト、ゆっくりはきはきはきりと簡潔に話しかける
→ 聴力の確認(聞こえないことで認知症を疑われていることも)
3. 本人がどう考えているかを聴く(本人の声)
→ 今後の暮らしの希望・もの忘れの認識等を聴いてみる
4. 本人が表現できていないニーズに気づく
→ 病歴・生活歴、身体のチェックから痛みや辛さ・意欲等の理解
5. 本人と話し合い、一致できるところを探す
→ 本人の思いや合意できるところから支援をつなげる
6. 意思は関係や状況により変化する
→ 「本人が嫌だと言ってるから」関係や状況によって意思は変わる
7. 強い拒否はタイミングを待つ・忍耐強く関わる
→ 本人からの動き(警察へ電話等)、身体状況の変化から介入³⁾

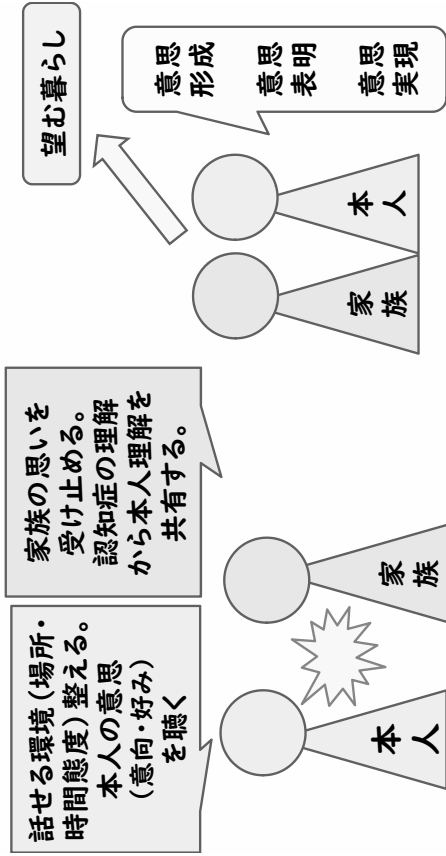


事例1

初期

Aさん 女性 73歳 自立、別居の長女が相談・窓口でチーム紹介。忘れっぽい。何度も同じことを聞く。同じものを買って腐らせる。注意しても、「ボケていないわよ、馬鹿にして！」と言う。
同居の夫がイライラ。夫のストレスが心配。どうしたらいいのかわか。
家族面談: 状況をお聞きし、訪問できるよう一緒に考える。
初回訪問: 市から訪問健診で訪問。聴きやすい声で本人に話す。本人は笑顔で対応。聴力・身体チェック。高血圧、薬の飲み忘れあり。もの忘れへの認識やそれについての本人の意見を聴くと、本人から物忘れも感じており、心配だったと打ち明けられる。
支援内容: 一緒に考えることに合意、「(認知症薬と言わず、わかりやすく)進みにくくする薬を飲んでみませんか」と提案。家族には認知症の理解と関わり方を伝える。今後の相談担当としてCMを紹介
結果: 専門医受診、投薬。要介護認定・ケアマネジャー・サービス家族: 「関わり方・方向性が見えてきた」。本人の笑顔が増える。

意思決定支援に向けて ～本人の望む暮らしに向けて～ 本人の声を聴く・環境を整える



意思決定支援に向けて ～関係づくり・関係調整の重要性～

- ・ 本人が話せる環境・話せる関係をつくる
- ・ 本人と今までの思い、将来の希望を話す
- ・ 家族の悩みを受容・整理する
- ・ 認知症の理解から本人の心理や行動理解を共有
- ・ 家族も意思決定支援者の一員として協働する
- ・ ☆…「関係づくり・関係調整の重要性」

苦勞している・困っている支援者の状況

2015CMからの相談事例

事例内容	支援(助言)内容	事態の改善
1. 本人家を出ると言い、転倒繰り返す、訪問看護に夜間頻回電話・出勤	本人の声をよく聴き、本人中心の支援へ	怒りが軽減、支援継続
2. 家賃等滞納・あちこち頻回電話、医療拒否	本人のパートナー理解・根気良く関係作り支援	電話少なくなる、滞納徐々に解決、医療受診
3. ヘラガからおむつ投げ、子イ拒否	本人・家族の声理解、環境調整	投げ捨てない、子イ利用
4. 歴補理由に子イ拒否、医療拒否気味	本人の声を受容、待つCMとの関係調整	子イ利用・受診継続
5. 本人子イ拒否、家族本音わからない	本人・家族の声を聴く、家族の勢力を認め、認知症理解を伝える	他の子イサービス利用、家族とCMの信頼関係ができる
6. くわえ煙草で地域から苦情がある夫、死にたいと鬱っぽい妻の事例	夫のたばこへの環境調整、妻が役割を異たせ準備できる関わりへ	夫のたばこ対応調整、妻子イ利用、支援工夫
7. 認知症の本人への暴言・子イ利用に拒否的なため、家族関係が悪化している事例	長男夫婦、夫、各々の気持ちを受容、認知症理解を伝える、方針立て	家族が落ち着く、夫の認知症理解、夫の認知症理解、妻子イ利用

相談後のCMアンケートより:

CMの感じていた

- ・困難性:
- ・サービス拒否、
- ・援助方針が立てられない

初期集中利用により:

- ・事例の変化を実感、見え方が整理・自分の学習になった

アセスメントを丁寧に取る見立て・ニーズのふりかえり方針を毎回立てる

日頃の支援で困っている
支援者への支援をどうするか

支援者の対応力向上に向けて

全包括へのチーム広報周知の機会に、事例を通じて、体調管理や支援のヒントを伝える

ケアマネジメントのヒント

- ・ ① 認知症の症状は体調ととても関係します。

→ 水分・栄養・排泄・活動・睡眠は重要!

→ アセスメント:1日の生活を確認しましょう。

→ 足りないものは数値的な目標を共有し、確実にチームケアをすると、変化する☆

・ ② 人となり・病気の経過(過去)が未来を見せる

→ アセスメント:病歴・生活歴、本人の意向の確認!

→ その方の生き方・思いから代弁プランに近づける

・ ③ 認知症の症状と本人のこころを理解する

→ 本人の否認・抵抗感の心情理解から支援を考える

理解・
智慧・
工夫!



事例2

体調管理の重要性

- Bさん 男性 75歳 自立、診療所から相談(妻から相談)
- 夫婦二人暮らし。妻に怒鳴る、ガスの消し忘れ、カギの閉め忘れ。
- 指摘して受診を促すとひどく怒るため困っている。
- 初回訪問: DASC40点、DBD20点、ZBI13点
- 本人は一方的ではあるがよく話される。水分600ml、焼酎をジュースで割って飲む、早くに両親を亡くし、戦争中は苦労した。叔父の建築会社を手伝い、監督を行った。付き合いで飲むことも多かった。次男の近くに住むことになり、引越してきて2年。植木の手入れ以外は家で閉じこもり気味。働く妻のために昼食をつくる。
- 支援内容: 苦労をねぎらう。水分摂取・ジュース等の管理。社交流でできる力は十分、サロン・男性トイレを利用。運動開始。VD
- 結果: DASC26、DBD5、ZBI3と激減。ガスの消し忘れ・カギの閉め忘れがなくなった。今度、妻と一緒に予防教室を参加する予定。

家族の支援をどうするか ～困っている家族・本人への影響～

- 家族がどのように対応しているか困っているのが伝わる
- 「自分のところだけが大変なんではないか…」
- 家族の対応で本人が苦しんでいる。
- チームは初期時期だけだが、時期ごとの大変さがある



最初に家族の苦労を受け取りきちんと知識(関わり方)を伝達

→ ケアパスを使い、今後の指針としても活用してもらう

継続的な家族支援、家族同士が出会い話せる機会を…。

→ 家族教室開催(年3回)、本人・家族が参加・本人G、家族G



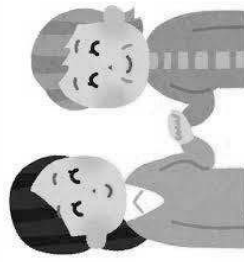
本人・家族が参加できる
カフェの必要!



事例3

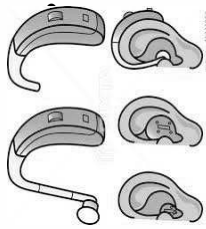
本人を中心に支援!

- Cさん 女性 88歳 要支援1、夫婦で暮らす、家族より相談
本人怒ると手がつけられなくなり、立ち上がり転倒する。
CMは気に入らないと交代、訪問看護には夜間頻回に電話。
- 初回訪問: DASC55点、DBD24点、ZBI21点
よくお話しされ、話しの中で自分の父親が歌ってくれた歌を
歌い、今は死んでいないかとても会いたいと思っているとのこと。
本人抜きで夫と話を進められたことはとても嫌だったと話す。
- 支援内容: サービスタ担当者と参加。
支援者から「本人は自分を中心にいないと気が済まない」と
いう意見。でも、本人は中心にいと感じているのだろうか?
本人を真の意味で中心においた支援を作ることになる。
- 結果: 本人怒るが笑って話せるようになる。支援者も夜間の電話
に振り回されなくなった。本人から確定診断を受けたいと話す。
夫は本人をかわいいと思いきり最期まで看ようと思っていた。
奈良公園までボランティアと出かけようになった。
「本人を知らなかった。本人も支援者も変わりました」とCM。



支援の具体化・実践から

耳の聞こえを補う



補聴器が使えない・使っていないという人が多い。

集音器等を訪問時に使用



- ・話がかみ合わない・怒りっぽいことの背景に聴力低下によって認知症を疑われている事例が見られる。

33



本人家族と考える

ケアパスで認知症の症状や今後について説明

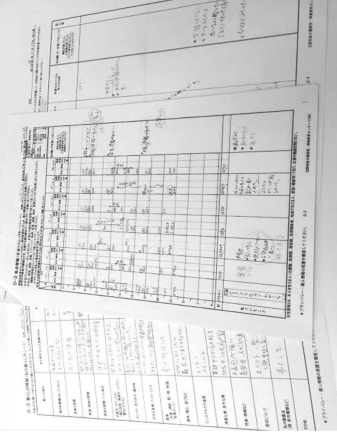
～知ってあしん 認知症～



奈良市

ケアパス「認知症ケアパス」

「?」、
「将来は?」、
「聴は?」
認知症がわかる前から、日常生活
に支障がでてくるまで、



体調や症状について、
本人・家族と一緒に考える。
水分が取れて体重も増える。
夕方に落ち着かない。一緒に
買い物に行くなど工夫提案。

水分を取ること



・訪問時は、
本人がどのように水分を
取っているのか確認します

一般的に
500～600ml程度
の人が多い印象。
水分の重要性を
知らない人も多い。

このコップで
どれぐらいの水分量に
なると思えますか?

- ・普通に入れて150ml。
- ・まずは1000mlから
飲んでみるよう促します
(病状から医師との相談へ)。

低栄養対策：BMI、1日の食事内容から支援

身長・体重からBMI、体重経過
「自分は食べている!」
1日の食事内容:朝・昼・晩確認
改善のためにシート記入

BMI(数値の範囲)	(肥満度)判定
< 18.5	低体重
18.5 ≤ BMI < 25.0	普通体重
25.0 ≤ BMI < 30.0	肥満(1度)
30.0 ≤ BMI < 35.0	肥満(2度)
35.0 ≤ BMI < 40.0	肥満(3度)
40.0 ≤ BMI	肥満(4度)



本人のやり方・工夫：見当識を理解支援
時間・月日、鍵の場所・連絡メモ

時間



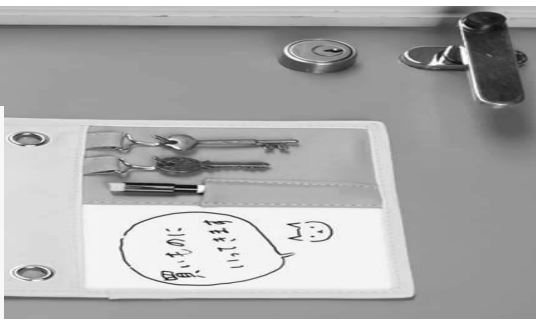
月日

3月 March

日	月	火	水	木	金	土
29	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

鍵の置き場所
連絡メモ



環境を整える



- ・＜マンション駐車場で転倒＞
- ・アルツハイマー型認知症の人が転倒、
- ・空間認識・注意障害の課題も考慮、
- ・転倒がどこであったかを確認。

・見た目では段差がわかりにくい。
そのため、テープを貼ってもらおうことで、
その後転倒がなくなる。

レビー小体型
認知症による
幻視：
服を吊っているだ
けで、人がいるよ
うに見えるしま
うこともある



暮らしやすい工夫



工夫をすると
(見る・聴く等)
自分で行うこと
ができる！

家事



物の置き場所：
出せる・直せる

電話



薬の管理



薬カレンダーを勤めたものの、薬が多すぎて
管理ができていない。

薬を薬剤師が入るまで整理。



あちこちの病院からの薬がある

包括・薬剤師と
一緒に整理し、
方針を立てる

各病院から
FAXで処方箋
を薬局へ調整
一包化へ。



しかし、1週間後の訪問では、すでに薬が足りなくなっていた。

本人に合った支援・サービスの検討

	2016CMアンケート	初期集中支援
1位	通所介護	通所介護
2位	訪問介護	訪問看護
3位	短期入所	訪問介護
4位	訪問看護	配食
5位	地域密着	地域密着

・体調面の変動への対応：訪問看護に引継ぐ

・リハビリ支援：認知機能低下・運動・生活支援等

- ・ 家族会を家族に紹介。
- ・ オレンジカフェ（送迎付き）
- ・ 本人参加デイ（有償V,料理作り等）
- ・ 陶芸・温浴デイなどデイも多様化



本人支援の要として

1. 意思決定支援・合意形成
2. 丁寧な総合的アセスメント見立て・方針が見えてくる
3. 関係づくりから支援が始まる

どこまで聴かせていたただけるか：
聴くことの重要性

初期集中支援チームから見える課題

- ・ 35万都市に1か所の課題
- ・ 初期支援→包括・チームの両方の相談先の混乱
- ・ 費用と実際の運営の課題：委託者の赤字
経験者・専門性・継続性の維持 職員体制（兼務）
包括の支援力向上→今後、チームをどう位置づけるか
- ・ 市の方針の重要性：
- ・ 地域包括ケアシステム構築に向けて→方針・計画・予算化
- ・ 実務面：時間のなさ、書類の多さ
- ・ 相談・訪問・記録・チーム員会議準備・データ整備・国への報告

42

認知症介護指導者であつたことに助けられたのは…

- ・ パーソン・センタード・ケアの理念や認知症の基本的理解についての学びがあつたこと
- ・ 「本人本位・本人理解」の重要性を実感していたこと
- ・ 症状には必ず本人なりの理由があると理解していたこと
- ・ ひとりの人の思いを大切にしたい思いが育っていたこと
→アセスメントをしっかりとろうとしたこと
- ・ 良い実践を行おうとし、その実践から語ろうとすること
- ・ 人にわかりやすく伝える・多くの人の前でも伝えるという経験があつたこと など etc…

44

おわりに

- この3年半はチームのパートナー、専門医を始め、多くの人と協働し、助けられ、歩んできました。
- 認知症の人とご家族に出会い、多くのことを学ばせていただきました。
- 支援という形での出会いなのですが、多くの愛にも出会い、私自身も育てていただきました。
- このような機会をいただき、自分の実践をまとめられたことにも感謝いたします。
- ありがとうございます。

45

ご清聴ありがとうございました。



地域包括ケアシステムの構築に向けた 認知症初期集中支援チームの 取り組みについて ～地域共生社会を目指して～

高見 靖雄

社会福祉法人 東浦町社会福祉協議会 事務局長補佐
東浦町高齢者相談支援センター センター長

プロフィール

高見 靖雄（たかみ やすお）

●略歴

日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科 卒業
愛知県内の介護老人保健施設にて5年、
在宅介護支援センターにて3年の相談援助業務を経て、
平成18年 東浦町高齢者相談支援センター（地域包括支援センター）の社会福祉士として従事。
平成23年 同センターの管理者兼務
平成30年 同センター長

●所属学会、役職、資格等

愛知県社会福祉士会、愛知県高齢者虐待防止対策検討会議委員（平成23～28年度）、
愛知県社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー養成研修企画委員（平成28～29年度）等
社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、主任介護支援専門員

第14回大府センター認知症フォーラム
認知症初期集中支援チームの現状と課題



検索 愛知県高齢者虐待対応マニュアル映像版

地域包括ケアシステムの構築に向けた
認知症初期集中支援チームの取り組みについて
～地域共生社会を目指して～

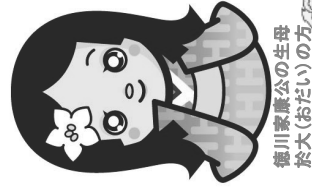
社会福祉法人 東浦町社会福祉協議会
東浦町高齢者相談支援センター
事務局長補佐 センター長
高見 靖雄

1

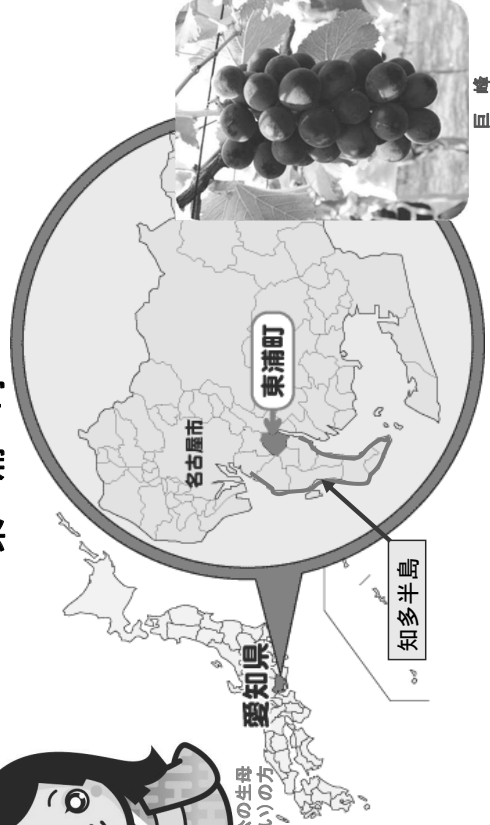
1. はじめに ー東浦町高齢者相談支援センターの紹介ー
2. 地域包括支援センターを基盤とした包括的支援体制
ー認知症初期集中支援チームの位置付けー
3. 地域包括支援センターにおける介護予防と積極的総合相談
ーフレイルチェックー
4. 東浦町認知症初期集中支援チーム
ー他事業との運動による支援事例の紹介ー
5. まとめ ー地域共生社会を目指してー

2

1. はじめに
ー東浦町高齢者相談支援センターの紹介ー



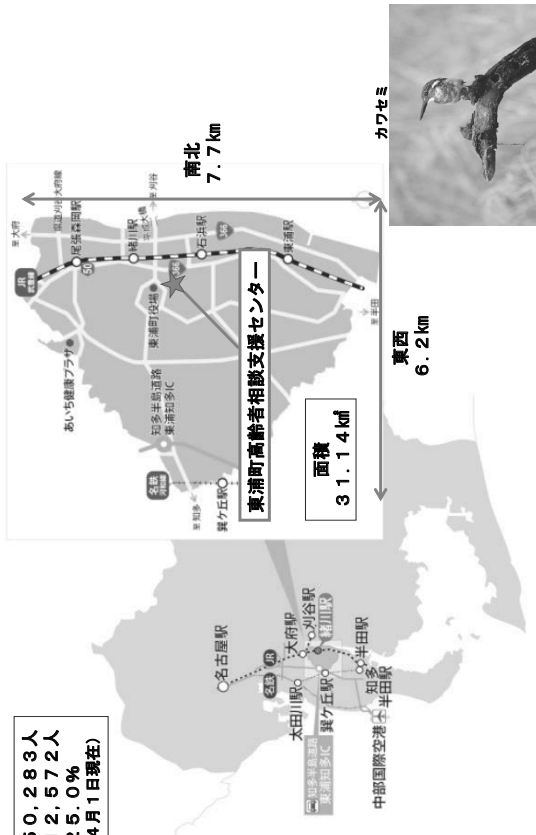
東 浦 町



3

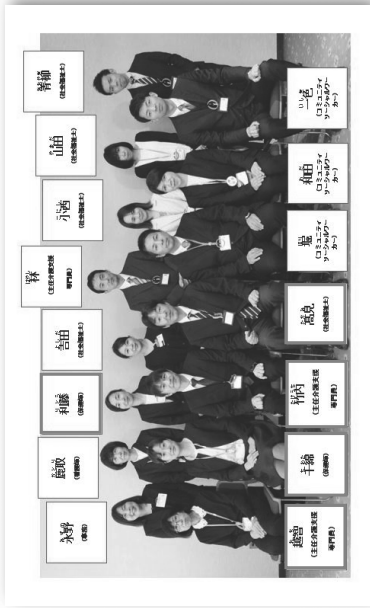
4

人口 50,283人
65歳以上 12,572人
高齢化率 25.0%
(平成30年4月1日現在)



5

東浦町高齢者相談支援センター



医師 3名
 看護師・看護師 3名
 主任介護支援専門員 5名
 社会福祉士 3名
 CSW 3名
 専務員 1名
 合計 15名

専門職員の常勤換算 13.3名
 (国の目安では専門職員 6.5名)
 *認知症地域支援推進員、認知症初期
 集中支援チーム員、CSW含む

6

2. 地域包括支援センターを基盤とした包括的支援体制 一 認知症初期集中支援チームの位置付け

7

「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省「我が国、丸ごと地域共生社会実現本部決定」

◆制度・分野ごとの「縦割り」や「変え手」を取り手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が国」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて丸ごとつながることで、住民一人ひとりの暮らしを豊かに、地域をもに翻っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の「縦割り」からの転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

「我が国」丸ごとの地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な参画を促し、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に響かせる生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- ◆ 住民相互の支え合い、協力を促進し、公的支援を補完して、地域課題の解決を促す体制を整備【29年制度改正】
- ◆ 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】
- ◆ 地域福祉計画の充実【29年制度改正】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- ◆ 地域包括ケアの理念の普及(高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築)
- ◆ 共生型サービス創設【29年制度改正・30年制度改正】
- ◆ 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉機関の包括的連携のあり方の検討

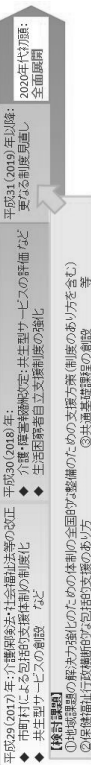
「地域共生社会」の実現

- ◆ 多様な思い、手を取り合い、参画、参画、参画
- ◆ 民間資金活用促進法、多様な就労・社会参加の場の整備
- ◆ 社会福祉活動の推進、地域資源(耕作放棄地、空き家等)と丸ごとつなげることで地域に「循環」を生み出す、先駆的取組を支援

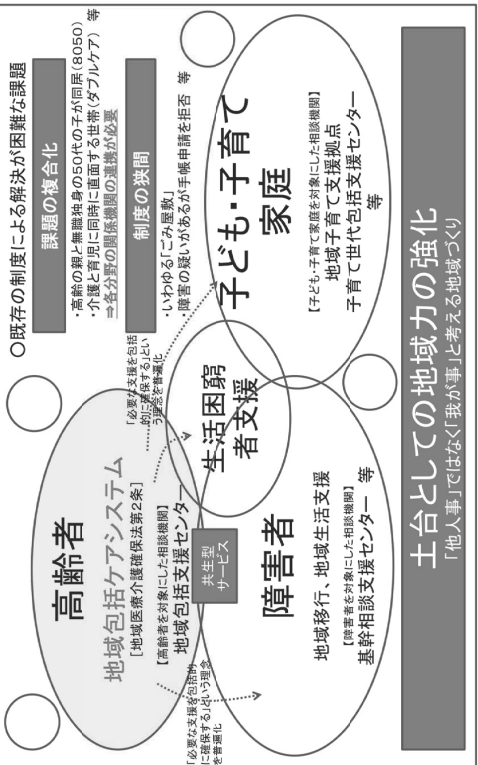
地域が丸ごとのつながりの強化

- ◆ 村人支援を行う専門人材(共通の基礎課程創設の検討)
- ◆ 福祉系国家資格を持つ場合の保育士・児童福祉士・保健師目的の一部免除の検討

実現に向けた工程



地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制



土台としての地域力の強化

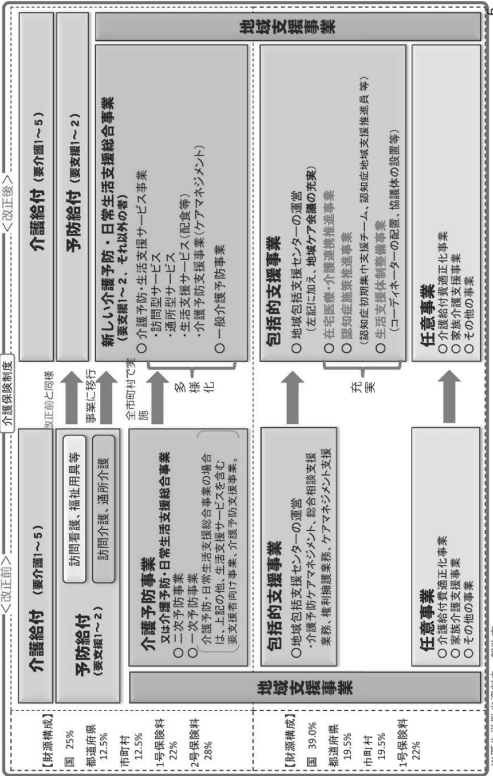
「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進捗状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



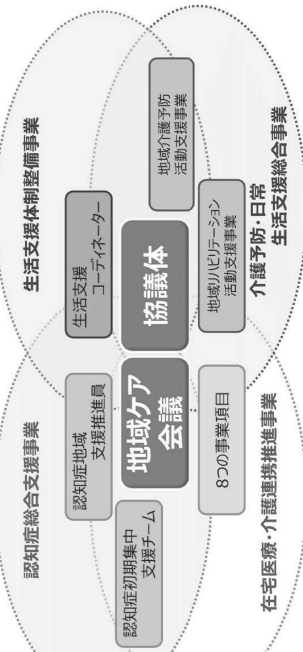
地域支援事業の全体像



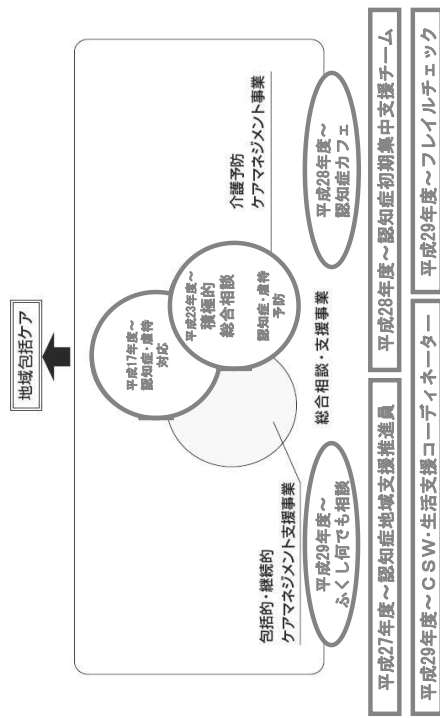
※厚生労働省資料を一部改定

地域支援事業の運動を意識する (イメージ)

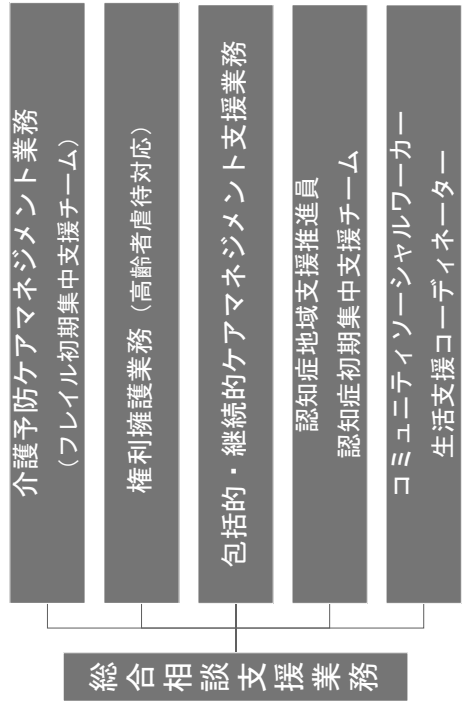
- 高齢者施設における地域包括ケアシステムの構築の目的は、“住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける”こと。
- 地域支援事業はあくまでもツールであり、それぞれの事業実施が目的ではないことに留意する必要がある。
- 住民が参画し、多職種が連携して支えることが重要であり、目的意識を共有し、関連性を活かすために“場”としての地域ケア会議や協議体を活用することが重要。



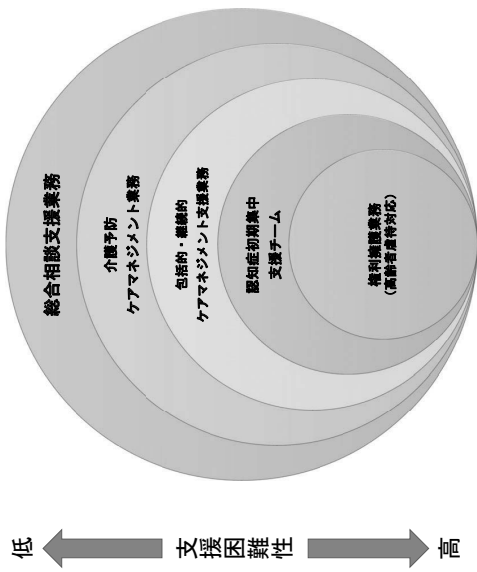
東浦町高齢者相談支援センターの業務概念図



東浦町高齢者相談支援センターの相談支援体制



東浦町高齢者相談支援センターの相談支援体制



認知症カフェ



平成28年5月にオープン。毎週水曜日(10時～11時30分)開催
認知症地域支援推進員、社会福祉士などの専門職が個別相談にも対応

コミュニティソーシャルワーカー・生活支援コーディネーター

コミュニティソーシャルワーカーを配置し、制度の「ばざま」や福祉の課題を抱えるなど、公的サービスだけでは対応が困難なケースの解決を図ります。



森岡地区
精川地区



精川新田地区
石浜地区



生路地区
藤江地区

第2層生活支援コーディネーターの役割

- 地域の課題の把握
- 地域の資源調査
- 活動展開
- 地域組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- 住民と連携した活動展開
- ニーズとサービスのマッチング

コミュニティソーシャルワーカーの役割

- 車椅子者に対する車守り・車見・つなぎのサービス提供
- ネットワークづくり（地域ケアネットワークの構築、地域住民に対する福祉サービス等の利用方法等の情報提供）
- 制度のばざまにある要支援者からの相談への対応、必要なサービスへのつなぎ、各種福祉サービスの利用申請支援等の実施
- 地域住民との協働と支援（住民活動の育成・支援）
- 新たなサービスの実現の推進、調査、開発、普及

ふくし何でも相談

CSW(コミュニティソーシャルワーカー)による「ふくし何でも相談」のご案内

※各開催場所1階

☆グリーン・ライ 毎月 第1火曜日 10:00~11:30
住所：東海町大字稲川字屋敷区61-1

☆親ヶ丘ハイソサエティ 毎月 第2火曜日 14:00~16:00
住所：東海町大字稲川字福栄山1-66

☆藤江老人憩の家 毎月 第1水曜日 10:00~12:00
住所：東海町大字藤江字仏11-3 (ふれあいサロン開設中に併設)

☆あいきろくじ 毎月 第3木曜日 14:00~15:30
住所：東海町大字生路字田15-1 (あいきろくじ開設中に併設)

※各開催場所共に休日・年末年始(12.29-1.3)除く
※東海町高齢者福祉センター(連絡先)0562-82-2941
※東海町社会福祉協議会 東海町高齢者福祉センター(連絡先)0562-82-2941

おたさんの悩みごと、困りごと、気になることをお電話か仕掛けてください。



平成29年度から地域において「ふくし何でも相談」を開催
CSW(コミュニティソーシャルワーカー)兼生活支援コー
ディネーターが個別相談対応

地域資源マップ

★は、民間事業者が運営する憩いの場

NPO法人が29年度後半から運営する特設型居場所。
行政の土地建物をNPO法人に運営交付。
ワンデイクラブによるランチ、夜カフェ、まちの保健室、介護専門職の集い
など多様な居場所を展開。夜カフェでは、お酒が提供され、地域の
高齢者の男子会、女子会など楽しめる場となっている。
場のみならず、交流できる場となっている。
また、居場所づくりの新しいという地域住民の方々とのイメージづくり、実
践、相談の場となっている。

3. 地域包括支援センターにおける介護予防と積極的総合相談

ーフレイルチェックー

4. 東浦町認知症初期集中支援チーム
 一他事業との連動による支援事例の紹介一

25

地域アセスメント（住宅地図）



27

東浦町認知症初期集中支援チーム会議



チーム員：認知症サポート医1名（サポート医4名の内から輪番制で1名）
 保健師2名、社会福祉士・精神保健福祉士3名・行政職員1名
 開催頻度：月1回（新製2ヶースとモニタリング 全体で1時間30分程度）

26

事例紹介1

一介護予防ケアマネジメント業務との連動一

28

<p style="text-align: center;">利用者情報</p> <p>氏名：Aさん 年齢：79歳 性別：男性 要介護認定：未申請 障害高齢者の日常生活自立度：J1 認知症高齢者の日常生活自立度：IIa 家族構成：妻、長女夫婦との四人暮らし</p>	<p style="text-align: center;">介入方法</p> <p>フレイルチェックの結果、「フレイル」と判定。 保健センターから送られた書類を持ってAさんと妻が地域包括支援センターに来所。</p> <p style="text-align: center;">本人の状況</p> <p>元々、穏やかな人であったが3年程前から、怒りっぽくなった。 探し物が増えた。 曾孫がうるさいとイライラして、頬をつねったり、頭を叩いたりする。</p>
<p style="text-align: center;">介入時のアセスメント結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ●フレイルチェック： 3 / 5 (もの忘れ該当) ●基本チェックリスト： 9 / 25 (もの忘れ該当) ●D A S C - 2 1 : 3 3 / 8 4 ●D B D 1 3 : 1 4 / 5 2 ●Z a r i t : 9 / 3 2 (妻) ●M M S E : 2 4 / 3 0 	<p style="text-align: center;">支援経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に情報提供。認知症疾患医療センターを紹介され、認知機能の検査を受けた。 ・曾孫の件は保健センターへ情報提供。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>・当初、更年期障害の可能性もあると言われていたが、検査の結果、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の診断を受けた。</p>

<p style="text-align: center;">現在の状況（6ヶ月後）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険は未申請、未利用。 ・毎週、夫婦で認知症カフェを利用。 ・認知症カフェ利用時、状況確認、相談等を受けている。 ・認知症については、かかりつけ医にてフォロー中。 <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>認知症初期集中支援チームの介入後、本人のDASC-21、DBD13は変わらなかったが、妻（介護者）のZarit（介護負担尺度）は9/32→5/32と軽減された。</p> </div> <p style="text-align: right;">33</p>	<p style="text-align: center;">事例紹介2</p> <p style="text-align: center;">—包括的・継続的ケアマネジメント支援業務との連動—</p> <p style="text-align: right;">34</p>
<p style="text-align: center;">利用者情報</p> <p>氏名：Bさん 年齢：96歳 性別：女性</p> <p>要介護認定：要介護2（サービス未利用）</p> <p>障害高齢者の日常生活自立度：A2</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa</p> <p>家族構成：長女との二人暮らし</p> <p style="text-align: right;">35</p>	<p style="text-align: center;">介入時のアセスメント結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ●フレイルチェック：未実施 ●基本チェックリスト：未実施 ●DASC-21：71/84 ●DBD13：16/52 ●Zarit：14/32（長女） ●MMSE：13/30 <p style="text-align: right;">36</p>

介入方法

・ Bさんは昼夜問わず、パジャマ姿や裸足で、すぐ近くのコミュニケーションセンター（公民館）に行くことが多い。コミュニケーションセンター職員からBさんが心配だと地域包括支援センターに連絡が入る。

本人の状況

- ・ 2年前に認知症疾患医療センターでアルツハイマー型認知症の診断を受けたが、その後、医療は中断。
- ・ 長女に認知症の理解があまりない。
- ・ 半年程前から外に出て歩き回る行為があり、近隣住民や通学途中の高校生が心配している。

37

支援経過

- ・ Bさん、長女に認知症疾患医療センターの受診を促し、認知機能の再検査を受けた。
- ・ 認知症地域支援推進員が地域住民、高校生を対象に認知症サポーター養成講座を行った。



・ 検査の結果、アルツハイマー型認知症の進行により転倒の危険性があるため、適切な住環境を整備し介護を行うようにと指導を受ける。

38

現在の状況（6ヶ月後）

- ・ 通所介護を週3回、定期的にショートステイを利用。
- ・ 長女の認知症理解により、住環境が整備された。
- ・ 地域に認知症サポーターが増えて、外に出て歩き回るBさんを見守っている。



認知症初期集中支援チームの介入後、医療・介護サービスの利用につながり、地域住民の理解も得られて、自宅で暮らせている。長女（介護者）のZarit（介護負担尺度）も14/32→7/32と軽減された。

39

事例紹介3

一権利擁護業務（高齢者虐待対応）との連動一

40

<p style="text-align: center;">利用者情報</p> <p>氏名：Cさん 年齢：82歳 性別：男性 要介護認定：要介護1（サービス未利用） 障害高齢者の日常生活自立度：J1 認知症高齢者の日常生活自立度：IIb 家族構成：妻（要介護3）との二人暮らし。 同一敷地内に長男夫婦が住む。</p>	<p style="text-align: center;">介入方法</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・妻（要介護3）のケアマネジャーから相談。Cさんが妻を罵倒、殴る蹴るの行動がある。 ・妻の権利擁護（高齢者虐待対応）として介入。 </div> <p style="text-align: center;">本人の状況</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・幼馴染の妻と結婚。夫婦とも地域との関係は希薄。 ・妻がシヨーストステイを利用して施設へ行き、妻を自宅へ連れ戻そうとする。 ・寂しくて眠れないと言いつい、お酒を飲む。 ・車を運転して目的地に行けないことがあった。 </div>
---	---

<p style="text-align: center;">介入時のアセスメント結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ●フレイルチェック：未実施 ●基本チェックリスト：未実施 ●D A S C - 2 1 : 3 4 / 8 4 ●D B D 1 3 : 2 5 / 5 2 ●Z a r i t : 2 0 / 3 2 (長男妻) ●M M S E : 1 8 / 3 0 	<p style="text-align: center;">支援経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に情報提供。認知症患者医療センターを紹介され、認知機能の検査を受けた。 ・妻は高齢者虐待対応で、特別養護老人ホームに入所。 ↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・検査の結果、軽度認知障害（MCI）の診断。専門医の勧めで運転免許証は自主返納。 </div>
--	---

現在の状況（6ヶ月後）

- ・訪問看護を週1回、訪問介護を週3回利用。
- ・ケアマネジャーと連携して状況を確認。
- ・妻の面会には家族が同行。運転免許証の返納後は電動アシスト付三輪車で外出している。



認知症初期集中支援チームの介入後、サービスの利用に
つながり、一人暮らしが行えている。長男妻（介護者）
のZarrit（介護負担尺度）も20/32→9/32
と軽減された。

45

5. まとめ

— 地域共生社会を目指して —

46

地域共生社会を目指して

● 地域共生社会

生活困窮・雇用・教育・保健・制度の狭間・
自殺対策・児童・障害・高齢・多文化共生等

● 地域包括ケアシステム

医療・介護・予防・生活支援・住まい

- 地域包括支援センターの運営
- 総合相談支援業務 ● 権利擁護業務 ● 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ● 介護予防ケアマネジメント業務
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 認知症総合支援事業
- 生活支援体制整備事業
- 地域ケア会議推進事業

47

終わり



カワセミ（東浦町）
ご清聴、ありがとうございました

48

認知症介護情報ネットワーク DCnet 活用術



DCnetは認知症介護研究・研修センターが運営するホームページです。
認知症介護に関する総合的な情報提供を目指しています。

認知症介護情報ネットワーク (DCnet)

認知症介護研究・研修センター

DCnet は認知症介護研究・研修センターが運営するホームページです。認知症介護に関する総合的な情報提供を目指しています。

認知症介護情報ネットワーク
Dementia Care Information Network

認知症介護のことなら DCnet

認知症はどんな病気？よく解る認知症シリーズ

- ◆ 認知症を知る
- ◆ もの忘れ外来って何？
- ◆ スクリーニングテストとは？
- ◆ 認知症予防！あれこれ
- ◆ 若年性認知症の支援について
- ◆ アルツハイマー病の治療薬について

認知症の方にはどう接するの？動画で学ぶ認知症「知ってるほど塾」

- ◆ 認知症の基礎知識
- ◆ 認知症に伴う行動及び心理症状の理解
- ◆ その人らしさを支援するための理解

65歳以上の5人に1人は認知症！(厚労省推計)

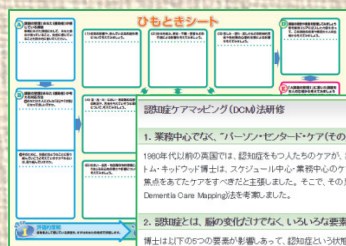
DCnetは、認知症介護研究・研修センターが運営するホームページです。認知症介護の専門職員育成のための研修情報や、最新の研究成果について情報提供しています。

http://www.dcnnet.gr.jp/

認知症介護・研修情報

認知症介護の専門職員養成及び在宅介護を支援する人材育成のための研修情報

- ◆ 認知症介護指導者養成研修案内
- ◆ 「ひもときシート」を活用した認知症ケアの気づきを学ぶ研修案内
- ◆ パーソン・センタード・ケア及び認知症ケアマッピング (DCM) 法研修案内
- ◆ 家族支援に向けたスキルアップ研修案内



認知症介護指導者養成研修

一 認知症介護指導者養成研修とは
認知症介護指導者養成研修とは、認知症介護の専門職員を養成するための研修です。認知症介護の専門職員は、認知症高齢者の生活を支え、その生活の質を向上させるために不可欠な存在です。本研修では、認知症介護の専門職員としての役割や、認知症高齢者の生活を支えるための実践的なスキルを学びます。

研修教材ダウンロード

- ・ ひもときシート
- ・ ひもときテキスト
- ・ 在宅支援研修教材

などなど、施設内研修で利用できる教材をダウンロードすることができます。

研究情報

研究報告書、研究成果物の

閲覧・ダウンロードできます。

- ◆ 初めての認知症介護「食事・入浴・排泄編」・解説集
- ◆ 若年性認知症支援ハンドブック等
- ◆ 高齢者虐待防止支援ハンドブック等
- ◆ センター方式シートテキスト

認知症介護研究についてもっと知りたいあなたに

認知症介護研究データベース

国内の研究論文、総説、レビューなどが検索できます。保健、医療、福祉分野における認知症介護研究者、実践家、政策立案担当者の活動に最適！

本データベースは、平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において作成されました。

研究報告書/センター研究報告書

「カテゴリー検索」では、特定の分野に絞り込んで研究報告書を探すことができます。チェックボックスをクリックして確認してください。複数指定可能です。

研究カテゴリの検索

<input type="checkbox"/> ターミナルケア	<input type="checkbox"/> ストレスマネジメント
<input type="checkbox"/> 導視支援法	<input type="checkbox"/> サービス体制や体制
<input type="checkbox"/> 権利擁護	<input type="checkbox"/> 病態説明
<input type="checkbox"/> 介護職等専門家	<input type="checkbox"/> 虐待防止
<input type="checkbox"/> 若年性認知症	<input type="checkbox"/> 予防
<input type="checkbox"/> エビデンス/エビデンス法や評価 能力	<input type="checkbox"/> グループホーム/グループホーム
<input type="checkbox"/> 認知機能、ADL/介護評価の方法	<input type="checkbox"/> アプローチ/法/ケア
<input type="checkbox"/> 療法/リハビリ/ケア/デバイス	<input type="checkbox"/> リスクマネジメント
<input type="checkbox"/> 家族・介護者支援	<input type="checkbox"/> 介護技術や生活
<input type="checkbox"/> 人材育成・教育法	<input type="checkbox"/> 施設ケア/研修/施設
<input type="checkbox"/> その他	

報告書ダウンロード

- ・ 高齢者虐待防止教育関連
- ・ 若年性認知症関連
- ・ 認知症地域支援関連

などなど、検索機能もついで、自己学習資料、指導用参考資料に最適です。

パーソン・センタード・ケアとDCM(認知症ケアマッピング)公式HP

認知症介護研究・研修大府センター

パーソン・センタード・ケアの理念を実践するために考案されたDCM(認知症ケアマッピング)。認知症を抱える人の視点に立とうとすること、またその人の可能性に着目することなどの考え方を学ぶDCM研修の情報が掲載されています。

ホームページアドレス : <http://www.dcm-obu.jp/>

The screenshot shows the official website for DCM (Dementia Care Mapping). At the top, there is a navigation bar with links for 'DCMについて', 'DCM研修情報', '研修のお申し込み', '研究・パンフ・書籍', and 'J-P-Dネットワーク情報'. Below this is a large graphic of a flower with five petals, each labeled with a concept: 'Comfort' (くつろぎやすさ), 'Identity' (自分が自分であること), 'Attachment' (愛着・結びつき), 'Occupation' (たずさわること), and 'Inclusion' (共にあること). To the right of the flower, there is text explaining that DCM is a sincere approach to understanding the inner world of people with dementia through their feelings and observation skills. Below this is a 'ニュース&トピックス' section with a list of recent news items, including a 2017 seminar and a 2016 follow-up seminar. At the bottom, there are two main sections: 'DCM国際会議 DCM INTERNATIONAL IMPLEMENTATION GROUP' for the 2016 meeting (June 7-9) and 'DCM推進室からのお知らせ' (DCM Promotion Room News), which includes a Facebook post about a seminar and a link to the 'DCM東日本交流会' (DCM East Japan Exchange Meeting).

若年性認知症コールセンター公式HP

認知症介護研究・研修大府センター

平成21年10月1日に、誰もが気軽に相談できて、専門的な支援機関に適切に結びつけられるよう、若年性認知症に係る相談コールセンターが全国に1カ所、認知症介護研究・研修大府センターに設置されました。若年性認知症に関する情報が掲載されています。

若年性認知症コールセンター

ホームページのご案内

若年性認知症に関する情報をみなさまにお届けします。

<http://y-ninchisyotel.net/> 若年性認知症コールセンター

若年性認知症コールセンター

ひとりで悩んでいませんか
若年性認知症のことを知ってください
同じ方向を向いて一緒に考えましょう
お気軽にコールセンターまでお電話を

0800-100-2707 月～土曜日(年末年始・祝日除く) 10:00～15:00

みんなの広場 全国の若年性認知症に関する施設・事業所をご案内いたします

若年性認知症コールセンターでは、若年性認知症の方やそのご家族様への取り組みをされている事業所様を掲載させて頂き、全国の若年性認知症の方やご家族様とダイレクトな交流を、カフェ、相談窓口等をご案内したいと考えています。「みんなの広場」をご覧ください。掲載を希望する事業所様がない場合は、下記メールアドレスまでご連絡下さい。

「みんなの広場」掲載に関するお問い合わせ
E-mail: haroba@dcrc.or.jp

北海道・東北 関東・甲信越 中部・北陸 近畿 中国・四国 九州・沖縄

クリック

地図からお近くの事業所等を簡単に探せます

地図からお住まいの地域をクリック。お住まいの地域からお近くの施設・事業所を簡単に探すことができます。

◆取材レポートを掲載

取材レポート このマークのある施設・事業所へ当センターの職員が訪問し、取材レポートを掲載しております。

若年性認知症にまつわる情報をコンテンツ別にご紹介

- 若年性認知症について知る
- 生活を支える制度や支援
- 全国各地の集いや事業所等
- 全国各地の専門相談窓口
- 全国若年性認知症支援センター
- 資料集

ひとりで悩まないで！認知症は高齢者だけの病気ではありません。

若年性認知症の電話無料相談

フリーコール(無料) **0800-100-2707**

●専門教育を受けた相談員が対応します。●個人情報は厳守します。

ご利用時間
月曜日～土曜日
(年末年始・祝日除く)
10:00～15:00

若年性認知症コールセンターは全国若年性認知症支援センターが運営しています



社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター 〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

若年性認知症支援コーディネーター

2015（平成27）年1月、厚生労働省は関係11府省と共同で「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定し、都道府県ごとに若年性認知症の相談窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役として、若年性認知症支援コーディネーターを配置することとしました。また、指定都市においても、配置しているところがあります。

若年性認知症支援コーディネーターは、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役であり、本人や家族の支援をワンストップで行います。

「若年性認知症」のことは 「若年性認知症支援 コーディネーター」 にご相談ください。

医療費助成、
障害年金など
利用できる社会制度
について知りたい

今の会社で
働きたい。
仕事がしたいけど
どうしたら良いの？

若年性認知症の人の
子供に対する
ケアは？

どのような
医療機関を
受診したら良いの？

若年性認知症支援コーディネーターとは

2015（平成27）年1月、厚生労働省は関係11府省と共同で「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定し、都道府県ごとに若年性認知症の相談窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役として、若年性認知症支援コーディネーターを配置することとしました。また、指定都市においても、配置しているところがあります。

若年性認知症支援コーディネーターは、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役であり、本人や家族の支援をワンストップで行います。

都道府県では

各都道府県では、ワンストップで行う相談窓口の設置の他、若年性認知症の人やそのご家族、さらに必要に応じて職場や産業界、地域の当事者団体や福祉サービスの事業所等と連携し、市町村と協力して就労の継続や居場所づくりの充実を進めています。

- 相談窓口の設置（若年性認知症支援コーディネーターによる相談）
- 市町村や関係機関との連携体制の構築
- 地域や関係機関に対する若年性認知症にかかる正しい知識の普及

※各都道府県の相談窓口は
裏面をご覧ください。

若年性認知症支援コーディネーターの主な役割

- 適切な専門医療機関への案内と継続的な支援
- 就労の継続に関する支援
- 利用できる制度・サービスの情報提供
- 本人・家族が交流できる居場所づくり支援



若年性認知症相談窓口一覧 (若年性認知症支援コーディネーター配置状況)

2018年7月現在

都道府県	名称	コーディネーター 配置	電話	備考
北海道	北海道認知症コールセンター	○	011-204-6006	
青森県	青森県若年性認知症総合支援センター	○	0178-38-1360	
岩手県	岩手県基幹型認知症疾患医療センター (岩手医科大学附属病院)	○	019-652-7411	
宮城県	RBA相談室 (いずみの杜診療所)	○	022-346-7068	(※RBA=RightsBasedApproach: 権利に基づくアプローチ)
秋田県	秋田県若年性認知症支援コーディネーター	○	018-892-3751	
山形県	山形県認知症相談・交流拠点「さくらんぼカフェ」	○	023-687-0387	
福島県	若年性認知症相談窓口	○	024-983-8406	
茨城県	茨城県若年性認知症相談窓口	○	029-853-5846	(受付時間) 月～金 9:00～16:00 (祝日、年末年始を除く)
栃木県	栃木県若年性認知症に関する相談窓口	○	028-627-1122	毎週土曜日 13:30～16:00のみ開設
群馬県	群馬県若年性認知症支援相談窓口 (医療法人中沢会 上毛病院内)	○	027-266-1748	
埼玉県	埼玉県若年性認知症相談窓口	○	048-667-5553	月～金 10:00～15:00
千葉県	千葉県若年性認知症専用相談窓口	○	043-226-2601	(受付時間) 月、火、水、金 9:00～15:00 (祝日、年末年始を除く)
東京都	東京都若年性認知症総合支援センター	○	03-3713-8205	
	東京都多摩若年性認知症総合支援センター	○	042-843-2198	
神奈川県	国立病院機構久里浜医療センター (地域医療連携室)	○	046-848-2365	(受付時間) 月～金 8:30～17:15 (祝日、年末年始を除く)
	曽我病院 (福祉医療相談室)	○	0465-42-1630	(受付時間) 月～金 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)
	横浜市総合保健医療センター診療所 (総合相談室)	○	045-475-0105	(受付時間) 月～金 9:00～16:00 (祝日、年末年始を除く)
	黒川病院認知症疾患医療センター	○	0254-47-2640	
新潟県	総合リハビリテーションセンターみどり病院認知症疾患医療センター	○	025-244-5566	
	白根緑ヶ丘病院認知症疾患医療センター	○	025-372-4107	
	川瀬神経内科クリニック認知症疾患医療センター	○	0256-33-9070	
	三島病院認知症疾患医療センター	○	0258-42-3400	
	南魚沼市民病院認知症疾患医療センター	○	025-772-2604	
	柏崎厚生病院認知症疾患医療センター	○	0257-23-1234	
	高田西城病院認知症疾患医療センター	○	090-7801-7533	
	真野みずほ病院認知症疾患医療センター	○	0259-55-1122	
富山県	富山県若年性認知症相談・支援センター	○	076-432-7501	
石川県	石川県認知症疾患医療センター (石川県立高松病院内)	○	076-281-2600	(受付時間) 月～金 8:30～17:15
福井県	福井県若年性認知症相談窓口	○	0776-63-5488	(受付時間) 月～金 9:00～17:30 (祝日、年末年始を除く)
山梨県	山梨県認知症コールセンター	○	055-222-7711	
長野県	若年性認知症 (認知症) コールセンター	○	0268-23-7830	(受付時間) 月・水・金 13:00～20:00
岐阜県	岐阜県若年性認知症支援センター	○	0584-78-7182	
静岡県	静岡県若年性認知症相談窓口	○	054-252-9881	(受付時間) 月・水・金 9:00～16:00
愛知県	愛知県若年性認知症総合支援センター	○	0562-45-6207	(相談時間) 月～土 10:00～15:00
	名古屋市認知症相談支援センター	○	052-919-6622	
三重県	三重県若年性認知症支援コーディネーター	○	090-5459-0960	
滋賀県	滋賀県若年性認知症コールセンター	○	090-7347-7853	
京都府	京都府こころのケアセンター 若年性認知症支援チーム (おれんじブリッジ)	○	0774-32-5885	(相談時間) 9:00～12:00 13:00～15:00
大阪府	大阪府若年性認知症支援コーディネーター	○	06-6977-2051	
兵庫県	ひょうご若年性認知症支援センター	○	078-242-0601	(相談時間) 月～金 9:00～12:00 13:00～16:00
奈良県	奈良県若年性認知症サポートセンター	○	0742-81-3857	
	家族の会 電話相談	○	0742-41-1026	
和歌山県	わかやま認知症なんでも相談	○	0120-969-487	
鳥取県	鳥取県若年性認知症サポートセンター	○	0859-37-6611	
島根県	しまね若年性認知症相談支援センター	○	0853-25-7033	月～金 10:00～16:00 (祝日、年末年始、お盆を除く)
岡山県	おかやま若年性認知症支援センター	○	086-436-7830	(受付時間) 月・水・金 10:00～16:00
広島県	広島県若年性認知症サポートルーム	○	082-298-1034	
山口県	若年性認知症支援相談窓口	○	0836-58-2212	
徳島県	徳島県認知症コールセンター	○	088-678-4707	(受付時間) 月～金 10:00～16:00
香川県	香川県若年性認知症支援相談窓口	○	080-4719-5073	(受付時間) 月～金 9:00～16:00 (祝日、年末年始を除く)
愛媛県	愛媛県若年性認知症支援コーディネーター	○	070-3791-0342	(受付時間) 月～金 10:00～15:00
高知県	高知県若年性認知症相談窓口	○	080-2986-8505	(受付時間) 平日 9:00～16:00 (祝日、年末年始を除く)
福岡県	若年性認知症サポートセンター	○	092-574-0196	(受付時間) 火～土 10:00～16:00
	北九州市認知症支援・介護予防センター	○	093-522-8765	
佐賀県	若年性認知症支援センター	○	0952-37-8545	(受付時間) 月～金 10:00～16:00
長崎県	長崎県認知症サポートセンター	○	095-847-0473	(受付時間) 月～金 10:00～15:00
熊本県	熊本県認知症コールセンター	○	096-355-1755	(受付時間) 水曜日を除く週6日 9:00～18:00 (年末年始を除く)
大分県	若年性認知症に関する相談窓口	○	097-583-0955	火・水・木・金・第1,2,3土曜日 10:00～15:00
宮崎県	若年性認知症コーディネーターによる電話相談窓口	○	0985-22-3803	(受付時間) 月・水・金 9:00～16:00
鹿児島県	若年性認知症支援相談窓口	○	099-251-4010	
沖縄県	沖縄県若年性認知症支援推進事業	○	098-943-4085	

●最新の窓口一覧は、若年性認知症コールセンター HP に掲載 <http://y-ninchisyotel.net/callcenter/linkbanner.html>

愛知県若年性認知症総合支援センター

認知症介護研究・研修大府センター

認知症介護研究・研修大府センターでは、愛知県の委託を受けて、若年性認知症のご本人やご家族の支援のため、「愛知県若年性認知症総合支援センター」を開設しました（平成28年10月1日）。若年性認知症でお悩みの方はお気軽にご相談ください。

愛知県 若年性認知症 総合支援センター



認知症介護研究・研修大府センターでは、愛知県の委託を受けて、若年性認知症のご本人やご家族の支援のため、「愛知県若年性認知症総合支援センター」を開設しました（平成28年10月1日）。若年性認知症でお悩みの方はお気軽にご相談ください。

若年性認知症総合支援センターとは

若年性認知症のご本人やご家族だけではなく、勤務先の企業や地域包括支援センター、市町村等からの相談に応じ、若年性認知症の特性に配慮した医療・福祉・就労等の総合的な支援を推進する機関です。

相談形態は多様です

電話番号 **0562-45-6207**

開設日時 月～土 10:00～15:00（※祝日・年末年始を除く）

来所相談
（事前予約制）

電話相談

訪問相談
（事前予約制）

社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター
〒474-0047 愛知県大府市半月町三丁目294番地 TEL:0562-44-5551 FAX:0562-44-5831



社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地
TEL 0562-44-5551 FAX 0562-44-5831
<http://www.dcnet.gr.jp/>