

認知症初期集中支援チーム における取り組み

場所：新潟県胎内市

所属：クラレテクノ株式会社

 デイホーム ちゅーりっぷ苑・さくら

氏名：新野直紀（新潟県・39期）

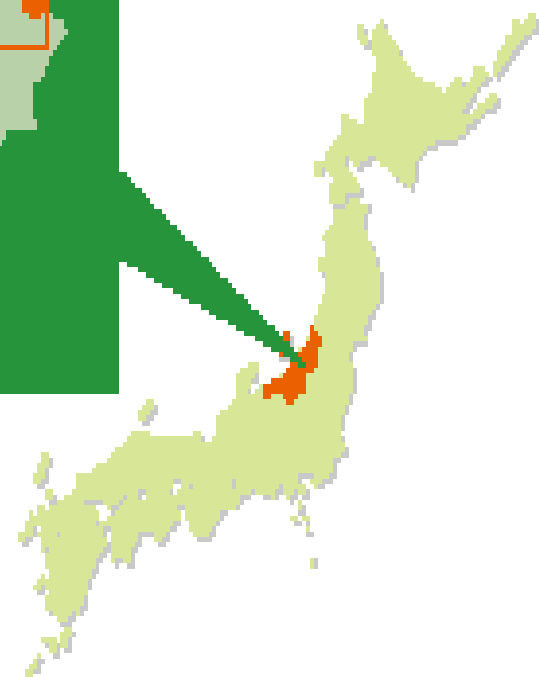
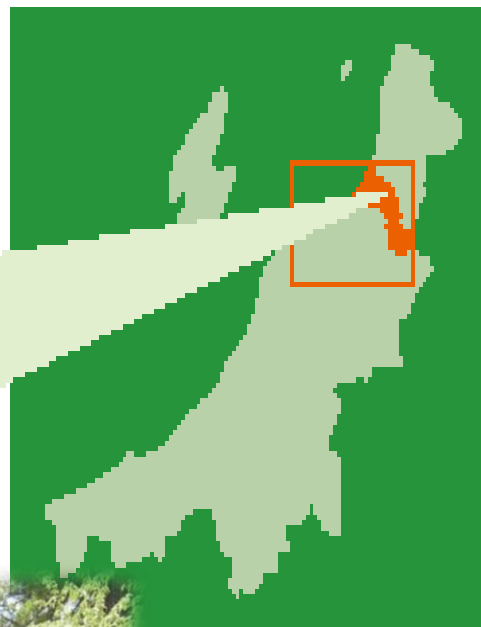
資料作成日：令和元年12月26日

取り組みの概要

- 指導者として地域での生活を考える中で、認知症の人が地域で生活するためには、多様な繋がり、社会資源との関わりが重要であると考えた。そこで今回は、認知症初期集中支援チーム員として連携の在り方を考察する。
- 行政や住民との関わりの中で、地域福祉計画や地域福祉活動計画の策定委員、認知症地域支援推進員として自らの立ち位置を再確認しながら、地域での実践について説明する。



新潟県胎内市の概要





新潟県胎内市の概要

人口

28,983人

高齢化率

34.9%

(令和元年11月30日現在)

胎内市でも、65歳以上の13.0%が認知症

認知症総合推進事業

- **認知症初期集中支援事業**
- 認知症地域支援推進員の配置
- 認知症ケアパスの確立(更新中)
- 認知症講演会
- 認知症ケア研修会
- 在宅生活継続のための相談・支援の推進
- 虹色カフェたいたい
- 介護者の会及び交流会
- 若年性認知症のつどい
- 多職種連携研修会
- 認知症サポーター養成講座
- 認知症サポーターフォローアップ講座
- 認知症サポーターオレンジの会
- 胎内市街あるき声かけ見守り模擬訓練

施設・事業所紹介

- クラレテクノ株式会社

グループホーム2ユニット×2カ所

小規模多機能型居宅介護2カ所

居宅介護支援事業所1カ所

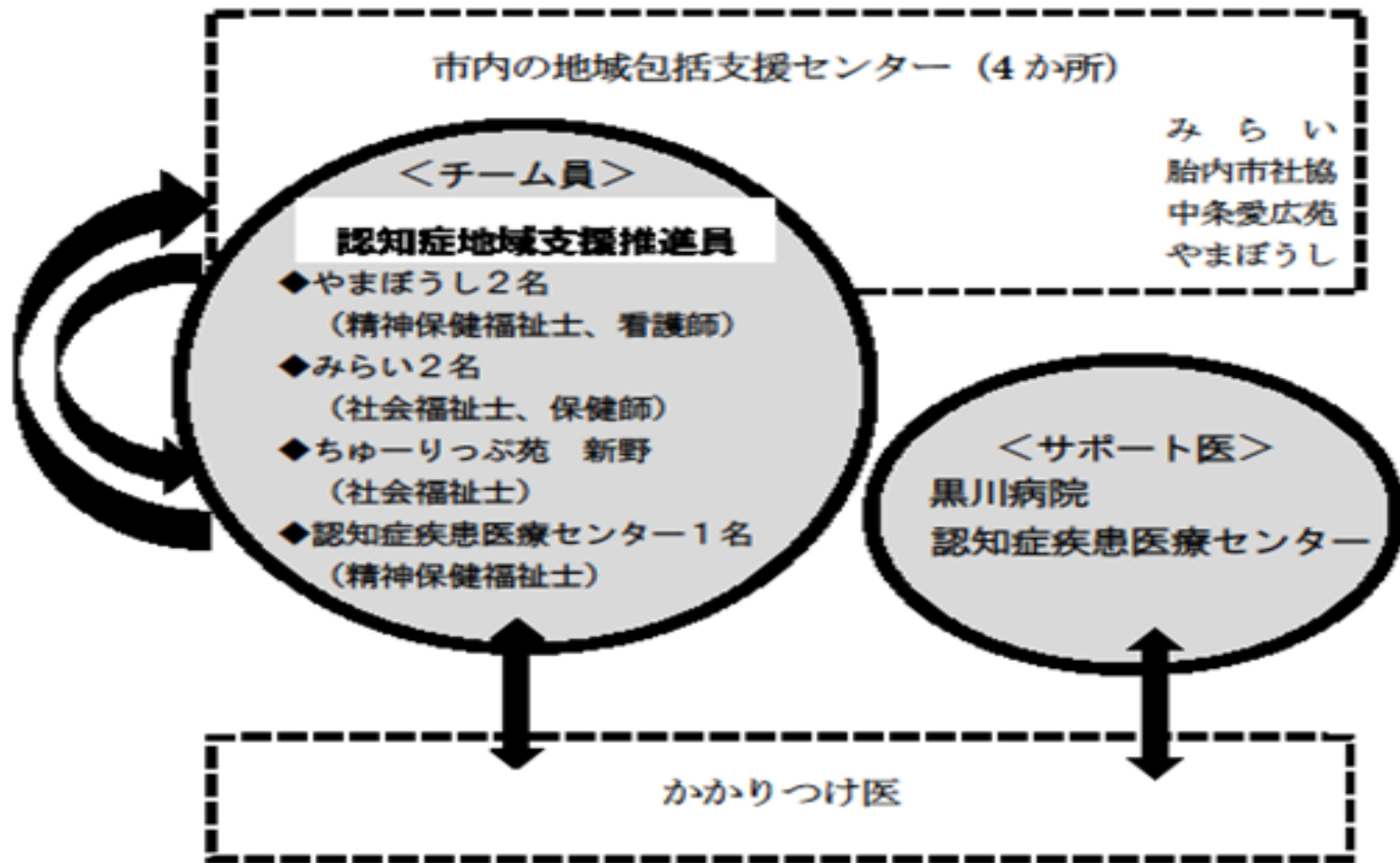
共用型認知症デイサービス2カ所

<http://care-net.biz/15/chulip/>

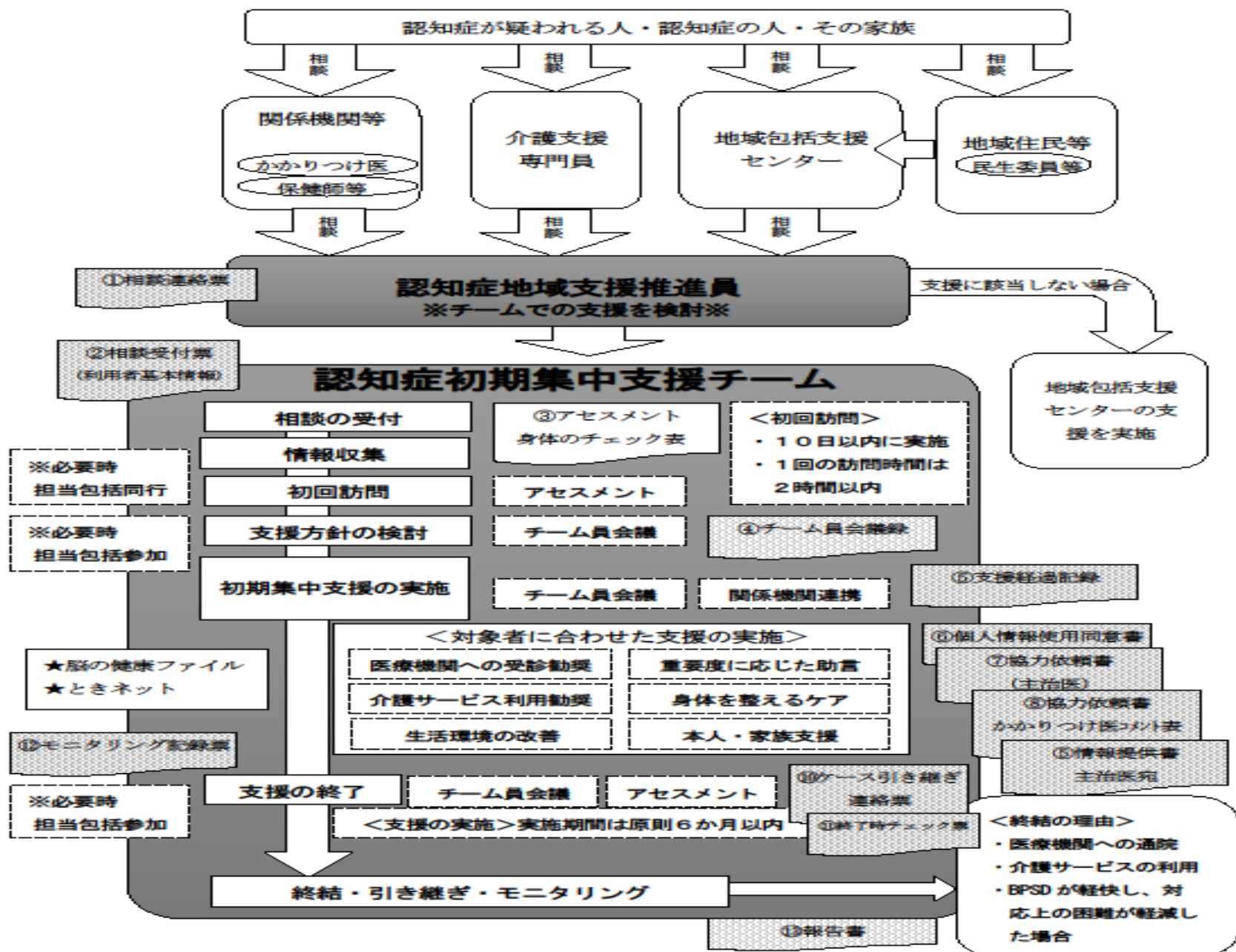
- 認知症初期集中支援チームには、胎内市認知症地域支援推進員が相談のスクリーニング役として、社会福祉士がチーム員として所属している。胎内市認知症総合支援事業の一環で平成28年8月より活動を開始しており、胎内市と外部委託契約を結んだ。

胎内市認知症初期集中支援チーム員の構成

胎内市 初期集中支援チーム員の構成図



胎内市 認知症初期集中支援事業の流れ



活動のきっかけや経緯

- 平成25年から認知症ケア専門士として「地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援の推進」事業を胎内市から委託され、電話・来所・訪問での相談対応を行っていた。
- 平成28年より認知症地域支援推進員がもう1名業務委託として活動することになり、2名体制になったことがポイントで、その後認知症初期集中支援チーム員として活動するようになった。

活動紹介

- 在宅事例
(相談経緯)

近隣に住んでいる男性の言動・行動が怪しく、認知症の症状がでてきているようで、夏休み中ということもあり近隣の子供たちが怖がっていると住民から市役所に当初連絡が入り、担当地域包括支援センターが、民生委員や住民等から本人の情報を取り寄せ、その後も電話等や訪問するも段々と接触を拒否されることが多くなってきた。関わりが切れてはまずいということで、認知症初期集中支援チームに相談となった。



(活動経緯)

担当地域包括支援センターの介護支援専門員と、チーム員の保健師も含めて3人態勢で支援にあたることとした。

内科疾患では地域外に通院中であったため、MSWに連絡し、情報を共有することとし、主治医の病院相談室へ3人で伺った。認知症の診断はついているが、自宅での様子等は主治医もMSWも把握しておらず、今回は認知症初期集中支援チームが動いていることの説明も含めて本人に経緯を伝えた。次回受診日に主治医から認知症の専門医に受診するよう勧めてみることで話はまとまり、受診後の結果をMSWから認知症初期集中支援チームに連絡してもらうこととした。

専門医にかかりたいので紹介状を書いてくれませんかと本人から主治医に依頼が来たとのこと。今回のチームメンバーで相談し、専門医に受診後自宅に訪問等することとし、専門医が勤務する認知症疾患医療センター相談室に事情を伝えた。

その後は検査でアルツハイマー型認知症と診断がつき、本人妻も相当に介護負担があったのか専門医からサービスを活用してみることも勧められ、自ら地域包括支援センターに連絡をくれ、早速担当介護支援専門員と私で自宅に訪問することとした。

私は本人、家族とはファーストコンタクトということもあり、慎重に介入するべきと判断し、今回は認知症初期集中支援チームが動いていて、これからその担当の認知症地域支援推進員と訪問してよろしいかの確認を担当の介護支援専門員にお願いした。そのおかげで本人・ご家族とも私を快く受け入れてくださった。

その後は本人・家族の生活状態の把握から身体状況の把握、認知症の状態、本人・家族の気持ちの意向をアセスメントし、すでに医療機関に繋がった後であったため、その情報も含めて、自宅にて今後の事について話し合った。

全体像から緊急性も高くないと思われ、あらたにサービスとしては小規模多機能型居宅介護の事業を活用し、サポートとして民生委員さん、地域包括支援センターが当面関わることとし、在宅生活を継続していくこととなった。ここで小規模多機能型居宅介護事業の管理者・計画作成担当者に引き継ぎをして、介入は終了となった。

取り組みに際しての工夫

- 相談の入り口が認知症地域支援推進員であること。それにより、チーム員会議を開催するか、地域包括支援センターに戻し、認知症地域支援推進員として動くかのスクリーニングができる。
- 入院や入所、サービスに繋げることが目的ではなく、まずは本人やご家族が地域での生活を継続できることを目的とする（もちろん病院や施設も地域の一資源）。これを初回会議の参加者で共有することが大切である。

指導者が認知症初期集中支援チームに入る意義（取り組みの成果）

- 指導者としては、地域住民が認知症に関してや活用できる資源を理解していることで、今まで情報が届いていなかった認知症の方本人や家族に支援が届く事例も出てきている。実際に胎内市においても支援へのつながりやサービス事業所同士の情報共有や認知症の方本人を中心にした理解がスムーズになってきていることは実感できつつある。
- 指導者として、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームに関わることの行動力を、各々の地域や関係者が一緒に高めていくことで、今後の地域作りが進む一つの鍵となるのではないかと考える。

取り組みの課題や展望

・課題

指導者として認知症初期集中支援チームに関わってきた中で、個別な支援や関わりは何処の地域でも実践してきているという実感はある。それを認知症ケアパスを通して「誰のための支援か」を再度見つめなおすことが課題である。

・展望

課題を踏まえてご本人や家族・地域の声を反映し、現在胎内市では認知症ケアパスを更新中である。「地域共生型認知症ケアパス」として。