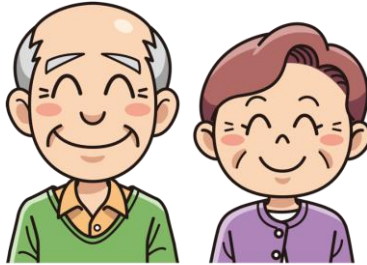


# 『朝来市認知症初期集中支援チーム』の設置



## 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むけて～

・高齢者の4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢者の進展に伴い認知症の人はさらに増加  
2012（平成24年）462万人（約7人に1人）⇒新2025（平成37）年約700万人（約5人に1人）  
・認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

### 新オレンジプランの基本的考え方

・ **認知症の人の意思が尊重され、出来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**事が出来る社会の実現を目指す

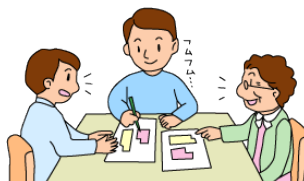
- ・厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- ・新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- ・策定にあたり認知症の人やその家族等様々な関係者から幅広く意見を聴取

### 七つの柱

- ①認知症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及びその成果の普及の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

## 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・家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（概ね6か月）に行い、自立生活のサポートを行う。



## 介入の対象者

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

- 1) 医療介護サービスを受けていない人、または中断している人
- 2) 医療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

## チームメンバー

- ・ **医療と介護の専門職**

(看護師、保健師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等介護支援専門員に準ずるもの)

- ・ **専門医**

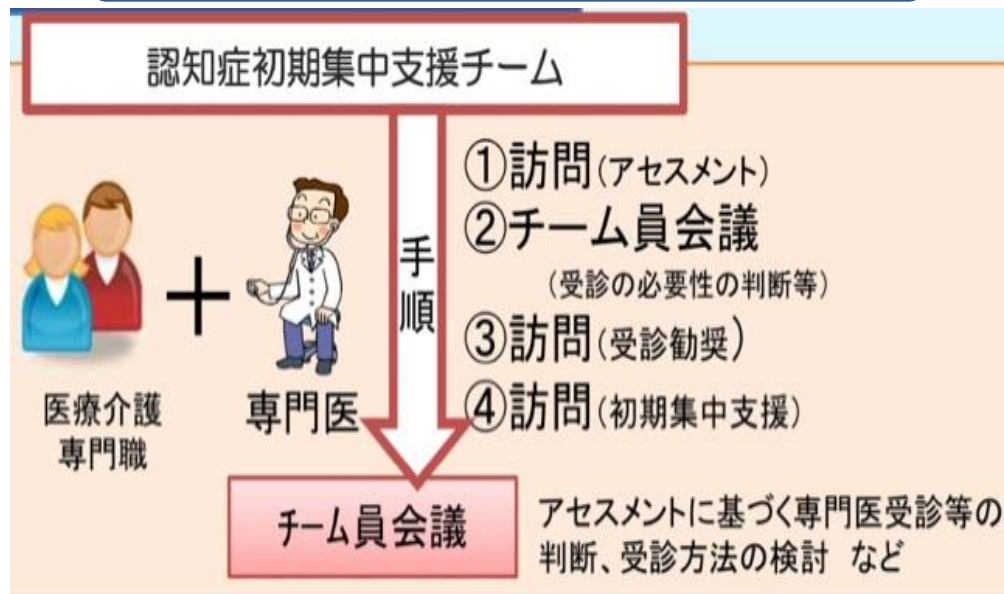
(大川医師、大森医師)

## チーム配置場所

- ・ **地域包括支援センター**

(その他、病院・認知症疾患医療センター、市町村など)

## 認知症初期集中支援の流れ



## チームで何を評価するのか

- 認知機能とBPSDについてアセスメント
  - ・ DASC（認知機能を総合的に）
  - ・ DBD13（認知症行動障害尺度）
- 家族の介護負担を判定するツールを活用
  - ・ Zarit
- 身体状況のチェック
- 居住環境のアセスメント
- 介護対応力のアセスメント
- 本人、家族の意向とニーズ
- 自立の可能性のアセスメント

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	た ま ま に				よ く	い つ も
			1	2	3	4		
1	患者さんの行動に対し、困ってしまうことがありますか。							
2	患者さんのそばにいると疲れたことがありますか。							
3	介護があるので家族や友人とつきあいがらくなっていませんか。							
4	患者さんのそばにいると、気が休まらないと思いませんか。							
5	介護があるので自分の社会参加の機会が減ったことがありますか。							
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ったことがありますか。							
7	介護を誰かにまかせてみたいと思つたことがありますか。							
8	患者さんに対して、どうしていいかわからないと思つたことがありますか。							

## 初期集中支援の終了

### ○ チーム員会議にて判断

それぞれの支援方針に基づき、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

対象者への何らかの支援やサービス投入が引き継がれていくこと

## チームの目的・役割

- ①適切な時期に医療や介護につなぎ、継続的な在宅生活ができるよう支援する
- ②家族への支援を確実に行う

認知症になっても住み慣れた地域で生活できるよう地域の自助・互助を最大限に活用すること！！

地域の課題

ニーズの把握

さらなる認知症施策へつなげる