

認知症高齢者支援の取組みについて

平成26年6月

大阪市 福祉局 高齢福祉課

平成26年度 認知症高齢者支援の取組みについて

～地域における医療と介護の連携を中心として～

認知症等高齢者支援地域連携事業

認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う認知症サポート医と日頃から受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）と地域包括支援センターを核として、各区における認知症高齢者支援ネットワークづくりを進めてきた事業を統合し、引き続き連絡・相談会の場を設け、認知症サポート医との連携体制を継続的に深めるとともに、その内容を関係機関・市民等に周知するため啓発事業を行う。

認知症医療支援事業

（１）かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

かかりつけ医に、適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する研修を実施することにより、認知症サポート医の連携の下、地域包括支援センターなどの関係機関と連携を図るなど、医療と介護が一体となり認知症の人への支援体制の構築を目指す。

（２）認知症サポート医養成研修

認知症にかかる支援体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成を行う。

（３）認知症サポート医フォローアップ事業

認知症サポート医などの連携強化を図るとともに、認知症サポート医のフォローアップ研修等を実施し、認知症の人への支援体制の充実・強化を図る。

（４）認知症地域医療支援研修事業

市内の基本保健医療圏（４圏域）ごとに、過去にかかりつけ医認知症対応力向上研修等を受講したかかりつけ医等を対象に、認知症の早期段階でのケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携、介護サービスに関する知識、権利擁護制度など、地域の認知症介護サービス諸機関との連携の強化につながる内容の研修を実施する。

認知症緊急対応事業

在宅の認知症高齢者が、BPSD（暴力行為・異食行為など）が強く出ることにより、在宅での生活が困難となった場合に専門医療機関での緊急の一時入院を行う。認知症高齢者の緊急時の入院受け入れ先の調整・確保は非常に困難であるため、事前に認知症の治療が可能な専門医療機関と契約を行い病床の確保を行う。また、本事業が認知症地域ケアの一環としての最終的なセーフティーネットとなることで、認知症高齢者が安心して在宅生活を送ることが可能となり、家族・介護者の精神的負担も軽減される。

認知症疾患医療センター運営経費

H26.4 健康局から事務移管

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、「認知症疾患医療センター」を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する。

認知症対策連携強化事業

認知症疾患医療センターとして指定された３病院（大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院）と、地域包括支援センター（６６箇所）との連携を図るため、市内を３エリアに分割して認知症地域支援推進員と囑託医（認知症サポート医）を配置し、地域における医療と介護・福祉の連携体制の更なる強化を図る。

認知症初期集中支援チームモデル事業（新規）

H26補正予算

平成27年度以降の市内全域での必須事業化に先立ち、効果的・効率的な事業実施に不可欠な実践・検証を行うため、平成26年度は一部地域を対象に「認知症初期集中支援チームモデル事業」を先駆的に実施し、早期発見・早期診断・早期対応のための支援体制整備を進める。

認知症介護研修事業

介護を提供する事業所を管理する者や実務者等に認知症高齢者の介護に関する専門的な研修を実施することにより、認知症高齢者の介護サービスの技術向上を図る。

認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業

大阪市立弘済院が認知症の専門医療機能と専門介護機能の一体的な提供によりこれまで培ってきたノウハウを活用し、医療職員等へ専門的技術や知識を研修等を通じて伝達する。

高齢者相談支援サポート事業

（１）相談支援事業

地域包括支援センター等に対して、認知症をはじめ、複合的な課題を抱える対応の難しい個別具体事例への支援方法について、専門的かつ総合的な助言・指導を行う。

（２）認知症サポーター等養成事業

認知症を正しく理解してもらい、認知症の人や家族を温かく見守る応援者である認知症サポーターを養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちを目指す。また、認知症サポーターの講師役となるキャラバンメイトを養成する。

平成25年度 認知症高齢者支援の主な取組み実績について

認知症等高齢者支援地域連携事業

市内全区で医療と介護・福祉のネットワークの連携を定着させるため、研修会等を市域全体で60回開催

認知症医療支援事業

- (1) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業
かかりつけ医101名修了（平成18年～25年度 計783名修了）
- (2) 認知症サポート医養成研修
認知症サポート医養成 5名修了（25年度末累計 計73名修了）
- (3) 認知症サポート医フォローアップ事業
認知症サポート医149名修了（平成23～25年度 370名修了）
- (4) 認知症地域医療支援研修事業
かかりつけ医206名修了（平成25年度新規事業）

認知症緊急対応事業

平成26年2月から 1 医療機関に病床 1 床を確保

認知症疾患医療センター運営経費

H26.4 健康局から事務移管

認知症疾患医療センター 3 病院（大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院）を運営

認知症対策連携強化事業

認知症地域支援推進員 3 名を配置

認知症初期集中支援チームモデル事業（新規）

H26補正予算

別紙資料参照

認知症介護研修事業

- (1) 相談支援事業
実践リーダー研修修了者数 31名
実践者研修修了者数 385名
- (2) 地域密着型サービス認知症介護研修
認知症対応型サービス事業開設者研修修了者数 15名
認知症対応型サービス事業者管理者研修修了者数 128名
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修修了者数 77名
認知症介護指導者養成研修修了者数 3 名
フォローアップ研修修了者数 1 名

認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業

施設看護師対象研修参加者 10名
専門職向け研修参加者 431名
「認知症の医療・介護に関わる専門職のためのケアマニュアル」を発行 2,300冊

高齢者相談支援サポート事業

- (1) 相談支援事業
相談件数1,806件
ケース会議（地域ケア会議等）参加件数57件
研究会（講演会含）8 件
地域包括センター等への訪問、事業周知活動26件
- (2) 認知症サポーター等養成事業
キャラバンメイト養成人数 223名（平成19～25年度 計 1,663名）
認知症サポーター養成人数 15,693名（平成19～25年度 計 15,693名）

認知症初期集中支援チームモデル事業概要

医療・介護・福祉専門職と専門医で構成する「認知症初期集中支援チーム」(1)を地域包括支援センターに設置し、認知症の早期発見・早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築するモデル事業を実施。

平成 27 年度以降の市内全域での認知症初期集中支援推進事業の包括的支援事業への移行に先立ち、平成 26 年度は地域支援事業任意事業として、一部地域(東淀川区)を対象に先駆的に実施する。

1. 事業名

認知症初期集中支援チームモデル事業(介護保険地域支援事業任意事業)

2. 経 費

10,000 千円

(1号保険料 21% 国庫補助金 39.50% 府補助金 19.75% 一般会計繰入金 19.75%)

3. 事業目的

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よい環境で暮らし続けられるために、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体制を構築することを目的とする。(市町村認知症施策総合推進事業実施要綱より)

4. 事業内容

「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

支援チームの設置及び活動状況等について検討する場

普及啓発推進事業

地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行う

認知症初期集中支援の実施

「認知症初期集中支援チーム」を配置し、次のことを行う。

ⅱ 訪問支援対象者(2)の把握 ⅲ 情報収集 ⅳ アセスメント ⅴ 初回家庭訪問の実施

ⅴ チーム員会議の開催 ⅵ 初期集中支援の実施 ⅶ チームでの訪問活動等における関係機関等

との連携 ⅷ 初期集中支援の終了とその後のモニタリング ⅸ 初期集中支援に関する記録

1 「認知症初期集中支援チーム」

・地域包括支援センターに配置

・医療保健福祉専門職 2 名及び専門医 1 名の計 3 名以上

・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、家族支援などの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。

2 「訪問支援対象者」

・認知症疾患の臨床診断を受けていない者

・継続的な医療サービスを受けていない者

・適切な介護保険サービスに結び付いていない者 など

支援ケース数は 50 ケース以上とする。

5. スケジュール

平成 26 年 6 月 委託事業者決定

平成 26 年 7 月 実施者対象必須研修(DASC 研修)参加・認知症初期集中支援チーム実働開始・普及啓発推進事業開始

平成 27 年 3 月 モデル事業終了

平成 27 年 4 月以降 本格実施予定

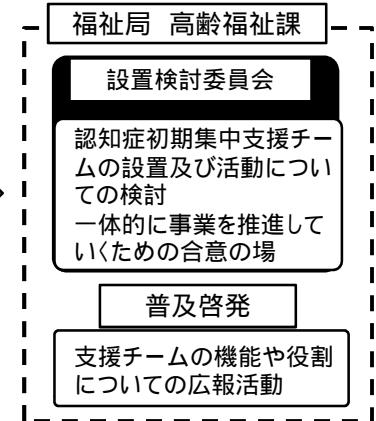
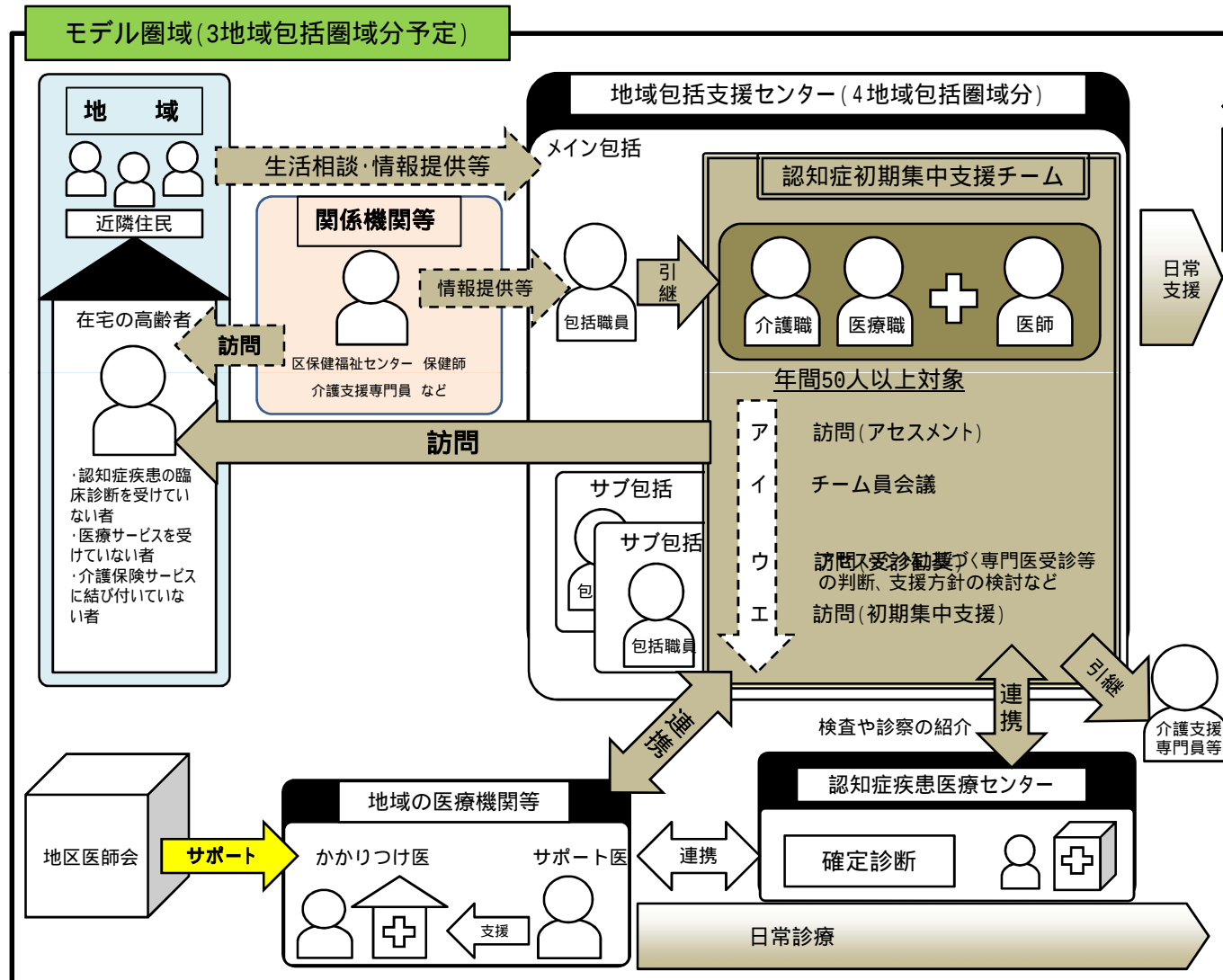
認知症初期集中支援チームモデル事業 概念図

認知症初期集中支援チームの配置により...

認知症ケアの流れを変える

- ・支援チームの専門医師が医療診断をおこなうことができる。
- ・専門医師を含めた支援チームにより、説得力のある受診勧奨ができる。
- ・早期の段階でアウトリーチにより対応することができ、関係機関へスムーズにつなぐことができる。

- 本市としてのメリット
- ・50ケース以上の実態の収集、分析
 - ・初期アセスメントやアウトリーチのノウハウの蓄積
 - ・全国展開に先立ち、課題抽出・検証



在宅高齢者本人からの生活相談や近隣住民や関係機関からの情報が地域包括支援センターに入る。

次の条件を満たすケースについては初期集中支援チームに引き継ぐ。

- ・認知症疾患の臨床診断を受けていない
- ・医療サービスを受けていない
- ・介護サービスに結び付いていない

初期集中支援チームが高齢者を訪問し、アセスメントなどを行う。

アセスメントの結果により、医療機関の受診や確定診断の勧奨を行う。

初期集中支援終了後、介護支援専門員等に引き継ぐ。