

認知症施策について

田舎館村

(平成31年1月作成)

田舎館村 基礎データ

- 総人口：7,976人
- 高齢者人口：2,704人
- 後期高齢者人口：1,425人
- 高齢化率：33.9%
- 後期高齢者割合：17.9%
- 要介護・要支援認定者数：506人
- 要介護認定率：18.8%
- 地域包括支援センター数：1事業所



【認知症初期集中支援事業】

認知症初期集中支援事業開始に向けた取り組みについて

- ① 支援チームの体制整備について
(病院との契約やチーム員等について)
- ② 支援対象者について
- ③ 使用書類について
- ④ 定例会の開催について

①初期集中支援チームに係る体制整備

- ▶ 平成27年10月 病院との打ち合わせ
 - ・ 当時認知症サポート医は津軽地区で数名しかおらず、当初から認知症施策に精通していた弘前愛成会病院へお願いした。役場職員が中心となり、弘前愛成会病院 認知症疾患医療センターへ当村の初期集中支援事業サポート医の委嘱を打診第1回目の打ち合わせとなる。
 - ・ 立ち上げるのであれば、より機能的にしたいとDrからの提案に基づき、状況によってはチーム員以外のコメディカルスタッフもアウトリーチに加われるような契約書を作成。

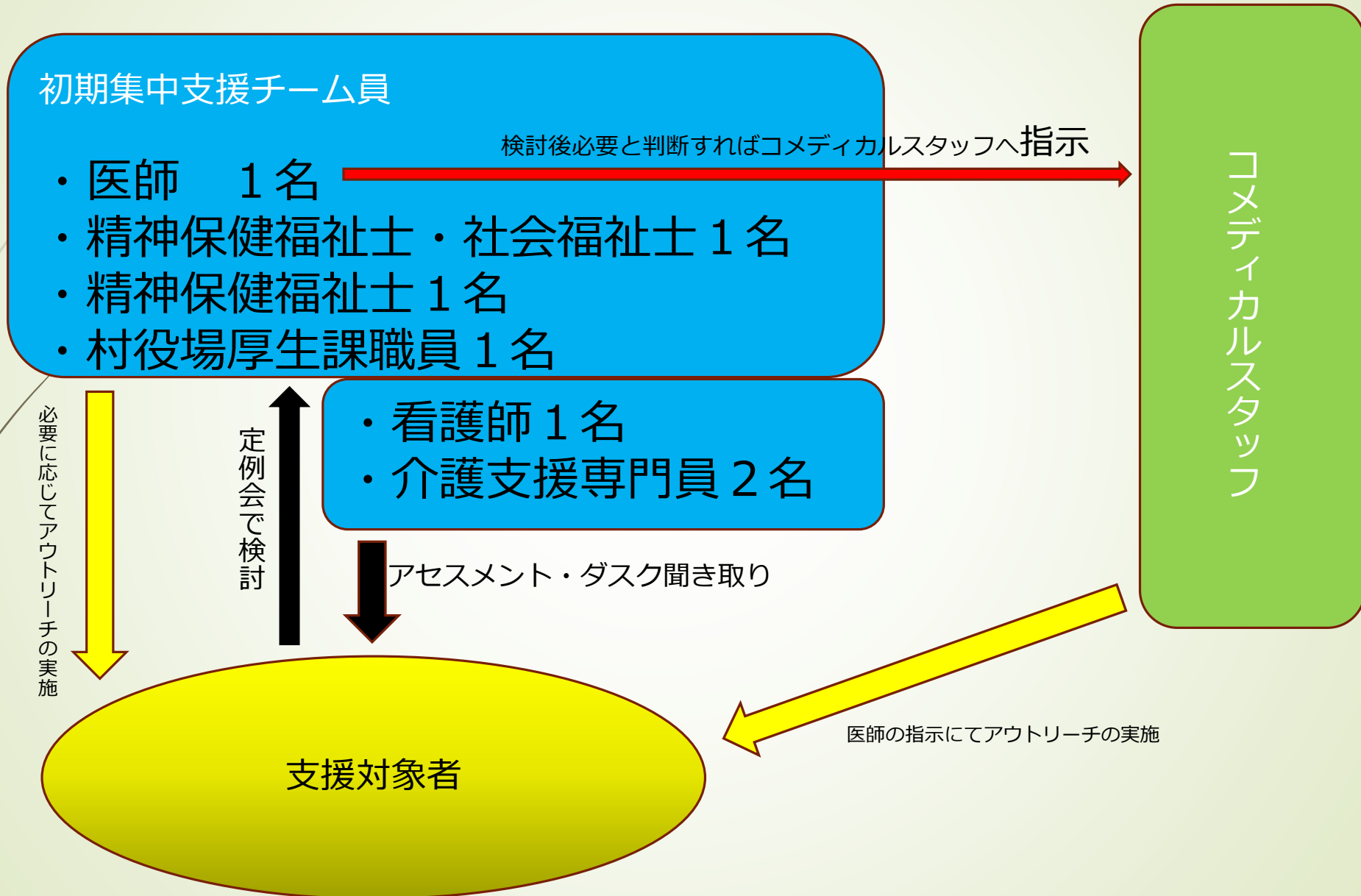
①初期集中支援チームに係る体制整備

田舎館村 認知症初期集中支援チーム構成員

- ➡ 医師 1名
- ➡ 精神保健福祉士・社会福祉士 1名
- ➡ 精神保健福祉士 1名
- ➡ 村役場厚生課職員 1名
- ➡ 看護師（地域包括支援センター職員） 1名
- ➡ 主任介護支援専門員（地域包括支援センター職員） 1名
- ➡ 介護支援専門員（地域包括支援センター職員） 1名

①初期集中支援に係る体制整備

支援構成図



②支援対象者について 訪問支援対象者の定義

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、以下のア、イいずれかの基準に該当する者とする。

ア 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) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者

(エ) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 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。

※平成29年度認知症初期集中支援チーム員研修テキストより抜粋。

② 支援対象者の把握

- 情報を待つ（受動的把握）

本人、家族からの相談、近隣住民、民生員からの相談、ケアマネージャーからの相談、医療機関からの紹介等

- 情報を取りに行く（能動的把握）

旧二次予防事業対象者や、市町村独自の把握事業、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把握等

② 支援対象者の把握

- ▶ 当村初期集中支援チームの窓口は地域包括支援センター内に設置されている為、総合相談事業や実態調査の中で、対象となりうる相談者は全てアセスメント票を作成し定例会にて報告。対象者として集中的支援を開始するかどうか検討。

(受動的把握・能動的把握の両方を活用)

③定例会開催に係る書類関係

- DASC21
- 対象者一覧表
- アセスメント票
- 実施報告書
- 会議録
- 個別支援計画票
- 評価票
- 訪問支援終了連絡票・実施結果報告書

使用書類 1 アセスメントツール

認知症アセスメントシート(DASC-21参考)

ご本人氏名							生年月日		大正・昭和 年 月 日 (歳)		男・女		独居・同居			
回答者氏名			続柄		記入者氏名		所属・職種:									
認知機能障害・生活機能障害							1点		2点		3点		4点		備考欄	
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなりますか。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ		記憶	近時記憶					
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ			遠隔記憶					
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ								
4	今日が何月何日かわからないときがありますか。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ		見当識	時間					
5	自分のいる場所がどこかわからないことはありますか。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ			場所					
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。				a.まったくない	b.ときどきある	c.頻繁にある	d.いつもそうだ			道順					
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない		問題解決 判断力	問題解決					
8	一日の計画を自分で立てることができますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない								
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。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない			社会的判断力					
10	一人で買い物はできますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない		家庭外の IADL	買い物					
11	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない			交通機関					
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない			金銭管理					
13	電話をかけることができますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない		家庭内の IADL	電話					
14	自分で食事の準備はできますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない			食事の準備					
15	自分で薬を決まった時間に、決まった分量飲むことができますか。				a.問題ない	b.だいたいできる	c.あまりできない	d.まったくできない			服薬管理		本人・家族・その他			
16	一人で入浴はできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助		身体的 ADL①	入浴					
17	着替えは一人でできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助			着替え					
18	トイレは一人でできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助			排泄					
19	身だしなみを整えることは一人でできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助		身体的 ADL②	整容					
20	食事は一人でできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助			食事					
21	家の中での移動は一人でできますか。				a.問題ない	b.見守りや声がけ	c.一部介助	d.全介助			移動					
										合計得点		点				

使用書類 3 アセスメント票

表

認知症初期集中支援アセスメント票		事務局長	地域包括	受付者
記載者：				
相談期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日	
相談経路(複数選択)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 近隣住民等 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> サービス提供事業者(種別:) <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他()			
	相談方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()		
情報源	相談者は <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声、物音等を聞いて推測した <input type="checkbox"/> 本人・家族から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者()から聞いた			
	主訴・相談内容			
【本人の状況】				
氏名	年齢	性別	生年月日	
住所				
通院先	頻度	週・月/回		
通院状況	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 未受診			
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理() <input type="checkbox"/> 不適切()			
疾患等	<input type="checkbox"/> 一般() <input type="checkbox"/> 難病()			
	<input type="checkbox"/> 認知症() <input type="checkbox"/> 精神疾患(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い)			
【内服薬等】				
障害自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種別:)			
介護認定	要介護()・要支援()・非該当・未申請・申請中・申請予定			
利用サービス	介護保険サービス： 介護保険以外の福祉サービス：			
	収入： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他 金銭管理： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(判断可) <input type="checkbox"/> 全介助(判断不可) <input type="checkbox"/> 不明 金銭管理者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他			
構成図・家族状況	居所の希望： <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 分離希望			
本人の希望				
	意思疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 特定条件のもとであれば可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不明 話の内容： <input type="checkbox"/> 一貫している <input type="checkbox"/> 変化している 生活意欲： <input type="checkbox"/> 意欲や気力が低下している			
	田舎館村地域包括支援センター			

裏

緊急性の有無	<input type="checkbox"/> 虐待と言いつけられないが不適切な状況 <input type="checkbox"/> 本人が保護を求めている <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 生命に危険な状態(重度のやけどや外傷・褥瘡、栄養失調、衰弱、脱水症状、肺炎等) <input type="checkbox"/> 生命に危険な行為が行われている(頭部打撃、顔面打撃、揺さぶり、戸外放置、溺れさせる等) <input type="checkbox"/> 確認できないが危険性が高い				
	<input type="checkbox"/> 目がみえにくい <input type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい 移動方法 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他) 衛生状況 (<input type="checkbox"/> 異臭がある <input type="checkbox"/> 衣類が不潔 <input type="checkbox"/> 家屋、室内が不潔) 身体の様子 チェック票 (複数選択) <input type="checkbox"/> 栄養状況 (<input type="checkbox"/> 極度に痩せている <input type="checkbox"/> 極度に太っている <input type="checkbox"/> むくみがある) <input type="checkbox"/> 摂食状態 (<input type="checkbox"/> 食事を拒否したり食べない <input type="checkbox"/> 食べすぎる <input type="checkbox"/> 咀嚼できない) <input type="checkbox"/> 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿とりP <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿失禁 日/回 <input type="checkbox"/> 便失禁 日/回) <input type="checkbox"/> 睡眠状態 (<input type="checkbox"/> 睡眠時間 時間/日 <input type="checkbox"/> 昼間傾眠 <input type="checkbox"/> 夜間徘徊) <input type="checkbox"/> 精神状態 (<input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 動き回る) <input type="checkbox"/> その他 ()				
【主介護者の状況】					
氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子の配偶者 <input type="checkbox"/> 娘の配偶者 <input type="checkbox"/> 実兄弟 <input type="checkbox"/> 実姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 義兄弟 <input type="checkbox"/> 義姉妹 <input type="checkbox"/> その他			
年齢					
介護状況	介護意欲： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 介護の知識： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 一日の介護時間： <input type="checkbox"/> ほぼ1日中 <input type="checkbox"/> 必要時のみ <input type="checkbox"/> 不明 介護の負担感： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> コミュニケーションが取れない <input type="checkbox"/> 孤立感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 偏見を感じる <input type="checkbox"/> 経済的な負担 介護の代替者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明				
	就労経済状況	就労状況： <input type="checkbox"/> 就労() <input type="checkbox"/> 非就労 <input type="checkbox"/> 福祉的就労 収入： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高齢者等の年金に生活費を依存 <input type="checkbox"/> 借金トラブルあり <input type="checkbox"/> ギャンブルによるトラブルあり <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納 <input type="checkbox"/> 国民保険料滞納 <input type="checkbox"/> その他			
		健康状態	疾病・傷病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明 睡眠時間： <input type="checkbox"/> 時間/日 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠傾向 性格的偏り： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明 障害： <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い) <input type="checkbox"/> 知的障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑い)		
			近隣との関係： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 挨拶程度 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 関わりなし <input type="checkbox"/> 不明		
	【特記事項】				
【地域包括支援センターの対応内容】					
田舎館村地域包括支援センター					

使用書類 4 実施報告書

様式3		田舎館村認知症初期集中支援チーム実施報告書	
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
対象者氏名		(歳)	
住所	電話：		
対応日	平成 年 月 日		
報告者氏名	所属：田舎館村地域包括支援センター 資格： 氏名：		
対応種別	<input type="checkbox"/> ケース会議への出席 <input type="checkbox"/> 訪問支援 <input type="checkbox"/> その他		
対応状況			
対応日	平成 年 月 日		
報告者氏名	所属： 資格： 氏名：		
対応種別	<input type="checkbox"/> ケース会議への出席 <input type="checkbox"/> 訪問支援 <input type="checkbox"/> その他		
対応状況			
対応日	平成 年 月 日		
報告者氏名	所属： 資格： 氏名：		
対応種別	<input type="checkbox"/> ケース会議への出席 <input type="checkbox"/> 訪問支援 <input type="checkbox"/> その他		
対応状況			

開催日時	平成 29 年 7 月 20 日 (木) 午前 11 : 30 ~ 午後 12 : 00
開催場所	田舎館村役場委員会室
報告者氏名	田舎館村地域包括支援センター
参加者	<p>【役場】 介護保険係 ○○</p> <p>【○○○病院】 医師 ○○</p> <p>(認知症疾患医療センター) ○○ ○○</p> <p>【地域包括支援センター】 ○○ ○○ ○○</p>
検討事項	<p>1、アセスメント票、DASC聞き取り者について情報共有</p> <p>2、候補者の今後の支援方針について (1回目からの継続者1名、2回目からの継続者1名、終了後のモニタリング1名)</p> <p>3、その他、情報交換</p>
検討内容	<p>・○○○様 (1回目からの継続)</p> <p>平成○○年○月○日自宅訪問、温泉の通知が来た。息子が温泉に連れて行ってくれればいいが、入浴はしていない。無料のバスがあるので次回訪問した時に時刻表を持ってくることを話す。</p> <p>平成○○年○月○日自宅訪問、前回話した無料送迎バスの、時間割持参する。</p> <p>血圧測定に素直に応じる。血圧高めだが病院受診はしていない。皮膚発疹あり痒みなし、朝晩の涼しい時に草取りをして体を動かしていると眠れる。息子さんにお会いしたい事を告げると、起こすと怒ると話される。</p> <p>清潔に関してと、病院受診の部分で問題がある。今後どのように支援したら良いか？</p> <p>※緊急性は無くほぼ安定している。継続訪問で状態の確認を行う。</p> <p>また、次回まで近隣住民からの情報を収集してみてもどうか？ (継続)</p> <p>・○○様 (前回からの継続)</p>

使用書類 5 会議録 (定例会報告書)

使用書類 5 会議録 (定例会報告書)

<p>検討内容</p>	<p>・〇〇様 (前回からの継続)</p> <p>平成〇〇年〇月〇日、実態調査にて本氏と面談。その後の訪問で昼からの飲酒あり、深酒になると妻がボトルの焼酎を捨て水に変えるなどをしている。病院受診に関しては村の検診も受けていない状態で、免許証の更新の時に受診を勧められたが、受診はしていない状態。話をしてみても内容はかみ合っているが、会話は自己中心的で人の話はあまり聞いていない</p> <p>※慌てて介入の必要はない。訪問を重ね話しやすい雰囲気を作り、必要があれば、次回血圧測定する。(継続)</p> <p>・〇〇〇様 (終結後のモニタリング)</p> <p>平成〇〇年〇月〇日、自宅に電話で長男様と会話、状況聞き取り実施。本氏認知症治療の為〇〇〇〇病院(月1回程度)定期受診。現在、状態落ち着いており夫と一緒に元気に畑仕事している。※ 次回のモニタリングは不定期可。</p>
<p>会議後の対応</p>	<p>■経過観察 ■訪問支援 ■その他 <input type="checkbox"/>連絡調整 (対象機関：)</p>
<p>結果</p>	<p>・ 今回の終結件数 0 件</p> <p>・ 継続ケース 2 件…〇〇〇様 〇〇〇様</p> <p>・ 平成 29 年度支援者実数・・・ 4 名 (〇〇様・〇〇様・〇〇様・〇〇様)</p> <p>・ 平成 29 年度終結件数・・・ 2 件 (〇〇様・〇〇様)</p>
<p>その他</p>	<p>・ 〇〇より 7 月に包括で今年度の認知症初期集中支援事業研修へ参加しているが、研修内容について報告をお願いしたい。</p> <p>・ 包括〇〇より 研修内容は、この事業の制度背景から具体的な支援方法等幅の広いものであったが、講義の内容そのものは基本的な事柄が多かつた為、現在自分が行っている事の復習といった感じであった。参加者の半分以上がこれから事業を開始するとの事。すでに開始している地域でも年間の支援者数が 1～10 件程度との事であった。</p>

個別支援計画書

対象者氏名：

認知症初期集中支援計画書

作成日：

作成者：

対象	優先順位	課題	目標	具体的な役割分担		
				何を・どのように	支援機関・担当者等	実施期間
高齢者						
養護者						
その他の家族						
関係者						

対応が困難な課題／今後検討しなければならない事項等（終結に向けた課題等を記載）

計画評価予定日

年

月

日

※記入欄が足りない場合は、様式を追加して記入

評価票

対象者氏名：


認知症初期集中支援対応評価記録票

計画評価：__回目

記入年月日 年 月 日

作成者：

課題番号	目標	実施状況 (誰がどのように取り組んだのか)	目標達成状況(日付) (達成した目標の内容とその根拠=確認した事実を記載)	対応方針の変更の有無、変更内容
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
				<input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし (変更内容：)
支援を要する状況	種別	判定		
	1. 受診・勧奨		1. 解決した。	
	2. 心理教育		2. 一時的に解消したが再発の可能性がある。	
	3. 経済的支援		3. 再調整が必要。	
	4. 家族関係の調整		4. 支援の必要なし。	
	5. 虐待に関する支援		5. 権利擁護の必要性あり。	
	6. その他			
高齢者本人の状況(意見・希望)			養護者の状況(意見・希望)	
養護者支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
新たな支援計画の必要性		評価結果のまとめ(年 月 日現在の状況)		今後の対応
				1. 初期集中支援の終結 2. 包括的・継続的ケアマネジメント支援に移行 3. 現在の支援計画内容に基づき、支援を継続 4. アセスメント、支援計画の見直し 5. その他()



使用する書類に関する工夫

- 出来るだけ作成書類を少なく、より機能的に活用できるように、定例会会議録を個別支援計画や訪問支援終了連絡票を兼ねて使用できる様工夫した。

④定例会の開催について

- ・不定期開催では日程調整困難と考え、年6回の定期開催として予定。時間は11時30分～30分間。
- ・もともと予定されていた地域ケア会議の後に開催することで、新たに日程を設ける手間を省くと共に、地域ケア会議にも参加していただく事で地域の介護サービス事業者とのネットワークも構築。

田舎館村認知症初期集中支援推進事業活動状況

平成28年度

- ▶ 定例会開催数 6回
- ▶ 対象者数（訪問実人数）15名
（訪問延べ件数 75件）
- ▶ 支援終結者数 12名

平成29年度

- ▶ 定例会開催数 6回
- ▶ 対象者数（訪問実人数）5名
（訪問延べ件数 20件）
- ▶ 支援終結者数 5名

平成30年度（10月時点）

- ▶ 訪問実人数 3名
（訪問延べ件数 15件）


専門医を含めたチーム員会議の開催 6回
（チーム検討委員会の開催 1回）

定例会の様子



立ち上げ時の振り返り

- 1、サポート医の確保が難しい（医師へのアプローチの方法が分からない）と思い込んでいたがH27,10月に県主催で開催された認知症地域連携懇談会で医師の方々の認知症施策に対する意識の高さを知ったことで、敷居を高くしていたのは事務担当側だと気づくことができた。
- 2、県は研修会や会議を開催してくれる事で事業をサポートしてくれている。研修会や会議へ積極的に参加し、すぐ行動する事が大事。
- 3、如何に業務負担を少なくし、かつ機能的に運営するかの工夫が必要。



今後の活動課題

- 事業対象者の把握方法に関して、今まで通りで大丈夫か？ 本当に初期集中支援が必要な方を見逃していないか？
来年度は対象者の把握方法を再検討。
- この事業を通じてできたネットワークを、他の事業でも上手く活用できないか？

これまでの活動から感じたこと

- ・ある程度の件数を検討するうちに、当村特有の地域課題も見えてきたように感じる、（安否確認や行方不明者の早期発見、保護を含めた地域での見守り体制の整備。自ら移動できない方の移動手段の確保等）初期集中支援推進事業という一つの事業にとらわれず、認知症ケア向上事業や生活支援サービス体制整備事業等一体的に考えることで、より住みやすい地域作りへと発展していくのではないか？
- ・支援体制を整備構築することが最終の目的ではないのでは？
- ・事業は地域の住民が幸せにする為の単なるツールでしかない。主役はあくまでもそこに暮らす人々。あまり細かいルールにとらわれず、柔軟に活動することが必要なのではないでしょうか？

【認知症地域支援・ケア向上事業】

認知症地域支援推進員の設置（平成27年3月）

- ▶ 人数 3名（兼任）
- ▶ 職種 看護師1名、主任介護支援専門員1名、
介護支援専門員1名
- ▶ 配置場所 田舎館村地域包括支援センター

認知症地域支援推進員の取組の状況

- ➡ 認知症の人を支援する関係者の連携を図る取組
- ➡ 認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制構築の取組
- ➡ 認知症対応力向上の推進
- ➡ 在宅生活継続のための相談・支援
- ➡ 家族に対する支援事業
- ➡ 多職種共同研修
- ➡➡ 認知症ケアパスの策定とそれに伴う普及・啓発が行われている

認知症地域支援推進員を配置したことによる効果

- ➡ これまでは関係機関の紹介程度にとどまっていたが、包括支援センターが委託で行っているため、認知症に対する詳細な相談を受けることができるようになった。

その他の取組

➡ 認知症ケアパス：平成29年8月策定済み

➡ 認知症サポーター養成研修

○活動中のキャラバン・メイト数：4名

○サポーター養成講座実施状況

H30年度：5回 99名

H29年度：2回 66名

H28年度：11回 132名

H27年度：7回 109名

合計講座回数：25回 406名

平成30年度認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修受講済み。

