資料4
第3回　新潟市認知症対策地域連携推進会議
平成30年3月13日（火）開催

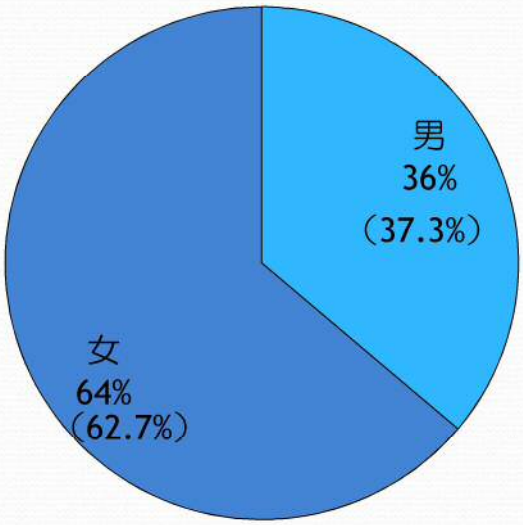
新潟市認知症初期集中支援チーム実施状況【平成２８年１月～平成２９年１２月】

			計	（内訳）みどり病院	白根緑ヶ丘病院
相談件数			77件	53件	24件
	支援対象		47件	30件	17件
		支援継続中	17件	13件	4件
		支援終了	30件	17件	13件
	支援対象外		30件	23件	7件

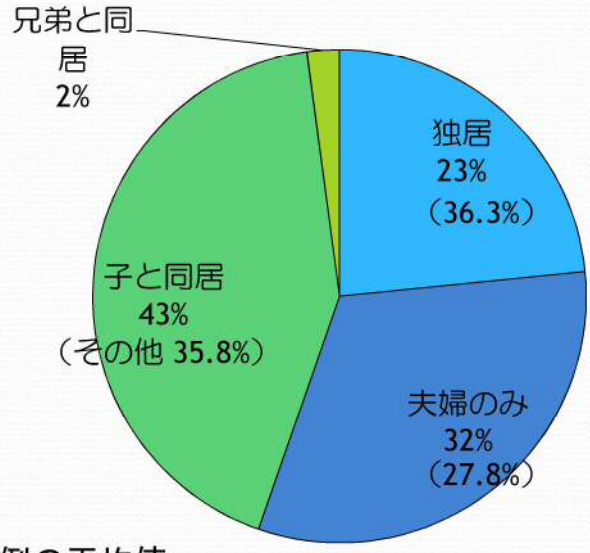
※支援対象外の内訳：介入前に医療・サービスにつながった、状態が落ち着いた、状態悪化し入院、家族が介入拒否、認知症ではなかった　など

支援対象者の状況

性別（n=47）



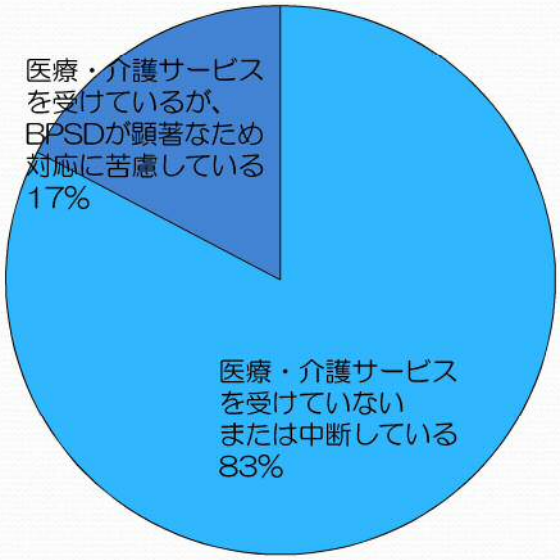
世帯構成（n=47）



※（　）内の数値は平成28年度全国1,495例の平均値
・全国平均同様、女性の割合が多い。
・全国平均と比べて、本市では子と同居の対象者が多い傾向がある。

支援対象者の状況

対象分類（n=47）

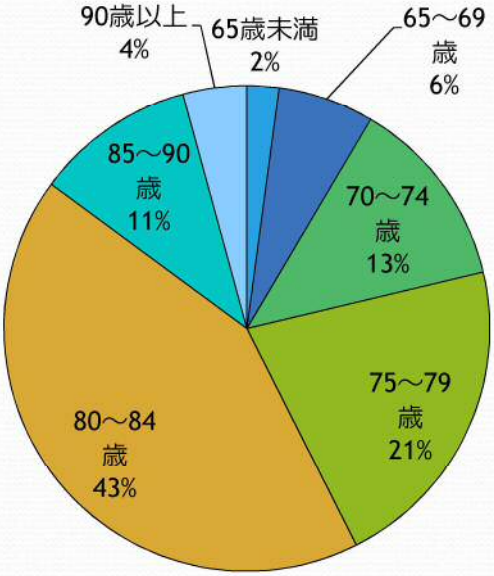


要介護度（n=47）

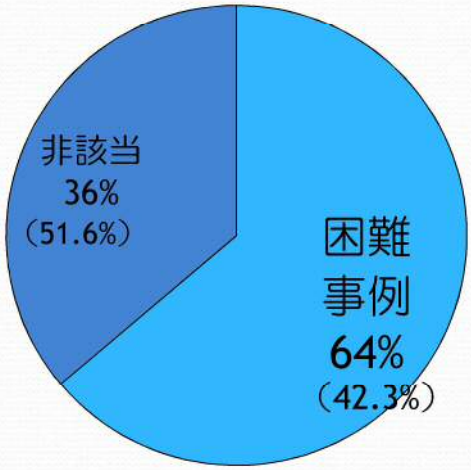
・対象者としては、医療・介護サービスを受けていない、または中断している方の割合が高い。
・介入時、7割が要介護認定未申請。

支援対象者の状況

年齢区分（n=47）



困難事例（n=47）



※（　）内の数値は平成28年度全国1,495例の平均値

・75歳以上の対象者が約8割を占める。
・支援対象に占める困難事例の割合は全国の平均値より多い。

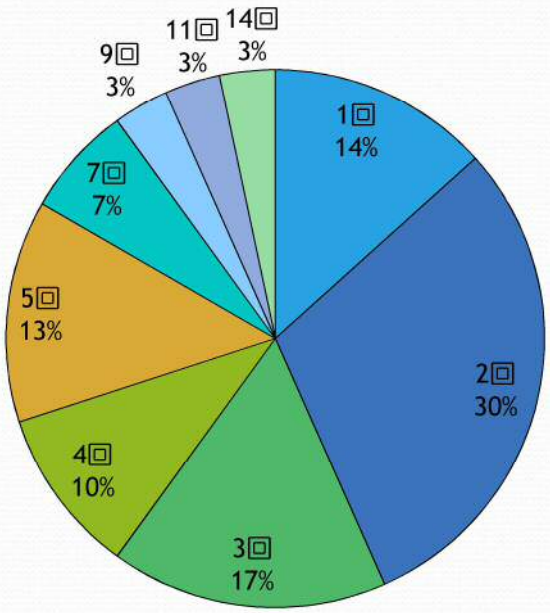
主な支援対象者

▷本人・家族が医療や介護の必要性を感じていない
▷かかりつけ医との連携（関係）がうまくいっていない
▷意見書記載の医師がいない
▷ＢＰＳＤが強い
▷妄想が主体であり，精神疾患との鑑別が必要
▷家族と本人との関係が希薄
▷家族が多くの問題を抱えている
▷経済問題を抱えている（必要なサービスが入らない）
▷金銭トラブルに巻き込まれている

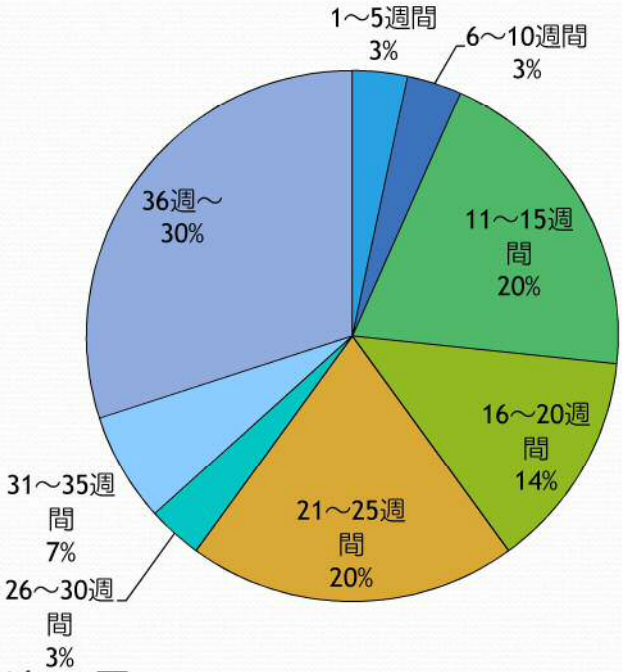
（チーム員からの聞き取りより）

支援終了者の状況

訪問回数（n=30）



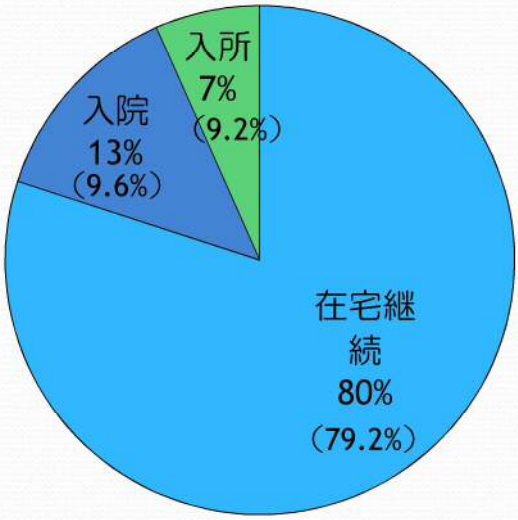
支援終了に至るまでの期間（n=30）



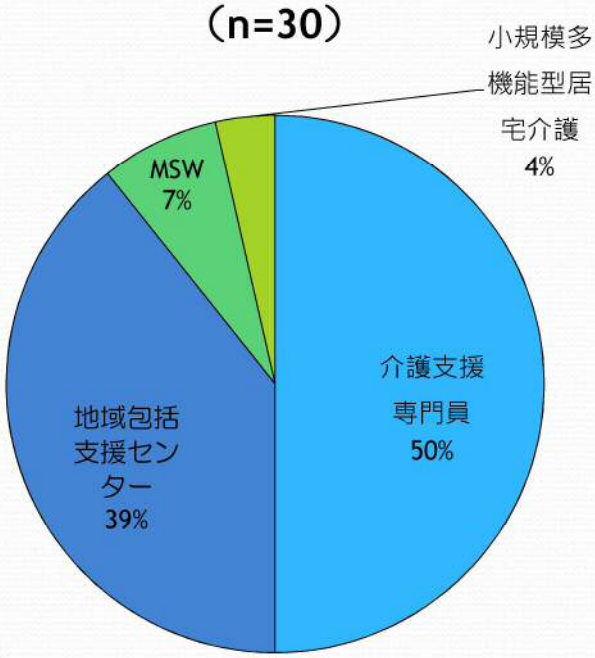
・延訪問回数117回、訪問回数の平均は3.9回。
・支援終了に至るまで3割が6ヶ月以上の期間を費やしている。

支援終了者の状況

支援終了後の生活の場所
（n=30）



支援終了後の引継ぎ先
（n=30）



※（ ）内の数値は平成28年度全国1,495例の平均値

・支援終了後の転帰先としては80%が在宅継続となっており、全国平均とほぼ同じである。
・引継ぎ先としては介護支援専門員と地域包括支援センターが大半を占める。

訪問支援対象者ケースの状況

- 訪問支援対象者ケース４７件

内　訳	
支援終了	30件
現在支援中	17件

転　帰（支援終了者）	
在宅継続	24件
施設入所	2件
入院	4件

引継ぎ先	
地域包括支援センター	11件
介護支援専門員	14件
医療相談員	2件
小規模多機能居宅介護事業所	1件

※死亡にて引継なし　2名

支援対象者の転帰

転帰の内容（複数回答、支援中含む）	
他の機関につながった	15
専門医を受診	12
介護保険サービス導入	12
家族のケアが適切に変化	5

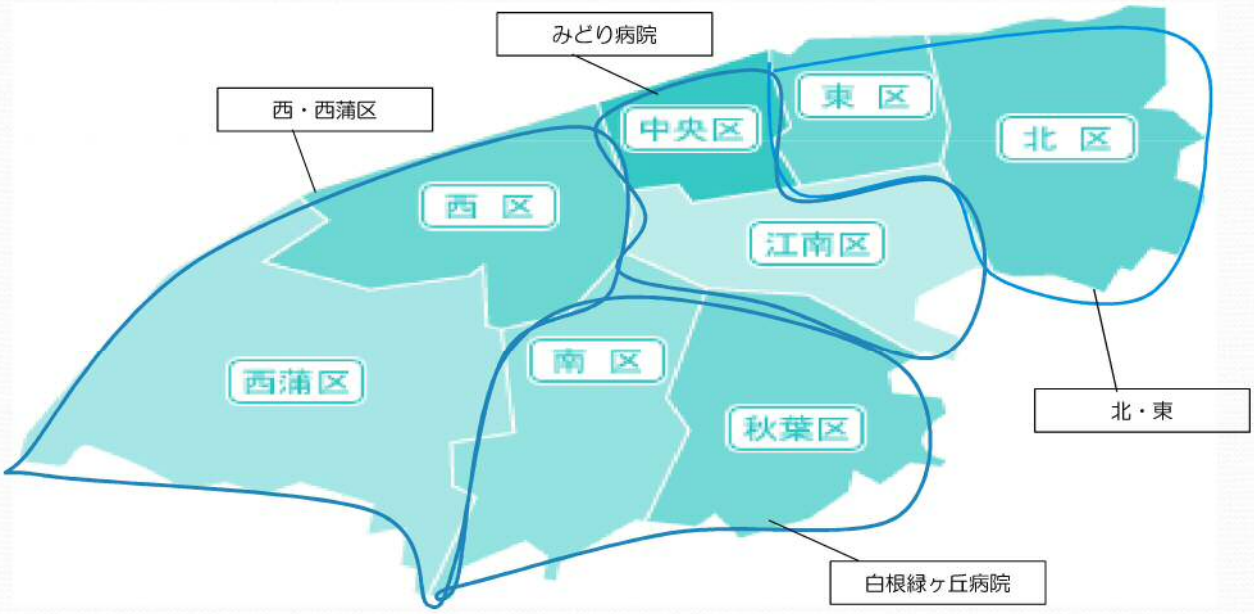
※他の機関とは、かかりつけ医、民生委員等地域の見守り，
傾聴ボランティアなど

地域包括支援センターの意見

- かかりつけ医との連携がスムーズであった。
- 専門の医療スタッフが関わることでケースを多角的に捉えることができた。
- どうしようもなくなる前にチームに相談ができる。
- 本人の能力を見極め，自立に向けた提案をしてもらえる。
- 本人や家族に対して専門機関に関わってもらうことで受け入れが違う。
- チームはスーパーバイザー的な存在である。

認知症初期集中支援チームの全市展開（案）H30年度

・新しく2チームを設置し、４チームで全市対応する（1チームが2区を担当）。
・各チームにコーディネーター役の職員を配置する。
・各区のサポート医にもご協力いただき，チームごとに柔軟に実施方法を検討する。



現在の課題(チーム・地域包括支援センター)

- 地域包括支援センターが相談するまでに悩む
- 兼務のため、介入のスピーディーさに欠けてしまう
- 困難ケースが多くなり、長期化している
- 精神疾患なのではないかと言われ，相談につながらなかった

（チーム，地域包括支援センターへのヒアリングより）

↓

対象者の明確化･困難事例や精神疾患を疑う事例の対応を含むマニュアルの作成