

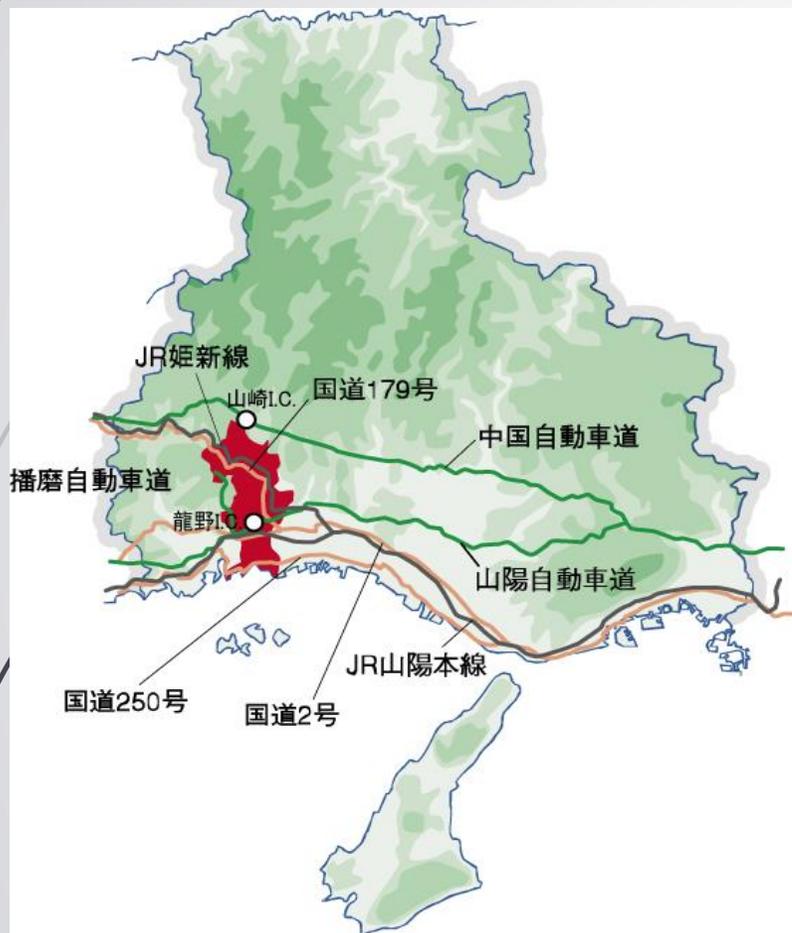
たつの市 ケアパス「つながる認知症支援」に おける認知症地域支援推進員の活動

1

たつの市健康福祉部地域包括支援課

認知症地域支援推進員 糺 裕子

たつの市の概要



龍野城



聚遠亭

- 兵庫県南西部に位置する。
- 市域の約北半分を山林が占め、南には瀬戸内海、南北に貫く1級河川の揖保川など自然環境に恵まれている。

播磨の小京都



瀬戸内海と新舞子での潮干狩り

○面積	210.93平方キロメートル
○主要産業	手延素麺「揖保の糸」 醤油醸造「ヒガシマル醤油」 皮革・かばん産業

たつの市の概要

- ▶ 人口 78,508人
- ▶ 高齢者数 22,049人
- ▶ 高齢化率 28.1% (H28.3.31現在)
- ▶ 日常生活圏域(中学校区) 5か所
- ▶ 地域包括支援センター数 1か所
- ▶ 在宅介護支援センター 5か所
- ▶ 認知症疾患医療センター 1か所
- ▶ 認知症専門病院 2か所
- ▶ 認知症地域支援推進員数 4名



たつの市イメージキャラクター
「赤とんぼくん」

認知症地域支援推進員の役割

認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために

医療・介護の
連携強化
支援体制作り
をする

地域・関係機関
より相談を
受け支援する

地域へ出向き
認知症の理解
を深める

地域における
見守り支え合う
体制づくり支援
をする

認知症施策を推進し、支援機関をつなぐコーディネーター

認知症の方

家族

地域

介護

医療

予防

気づき(早期発見)

診断治療

在宅生活・地域での見守り

1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
 ○(改) 認知症に関する出前講座の充実: 「認知症予防・回想法講座」「知って安心! 認知症講座」等。
 ○認知症サポーター養成講座・フォローアップ講座: 認知症を正しく理解し、認知症の方やその家族を応援する人(サポーター) 養成の出前講座等を実施。認知症サポーターの自主的な活動を推進する。
 ○認知症キッズサポーター養成講座: 学校教育の中で、認知症への理解を深めるため認知症サポーター講座を実施。
 ○(新) 認知症キャラバン・メイト養成講座: 認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイトの養成を行う。民生児童委員やボランティア等、地域住民を中心に養成。
 ○キャラバン・メイトの活動支援: キャラバン・メイトの活動を支援。定期的に連絡会を実施。
 ○(改) 認知症生活べんり帳の普及: 認知症に関する事業、サービス、社会資源等をまとめたパンフレットを配布。

2 認知症の容態に即じた適時・適切な医療・介護の提供
 ○認知症初期集中支援チームによる支援: 専門家チームが本人や家族を訪問し、家族支援や必要な助言を行い、必要な医療・介護サービスの利用に至るまで支援する。
 ○(新) DASOを使用した実証把握訪問による認知症早期発見。
 ○ももの忘れ相談の実施: 医師の認知症専門相談、年6回。
 ○認知症ワーキング: 医師会、地域包括支援課、認知症疾患医療センターのワーキング会議。
 ○認知症連携ツール作成: 認知症の方が入院・入所する際に、BPSD 連携表(かかりつけ医が記入)、OLS 基本情報(ケアマネが記入) で連携を図る。認知症ワーキングで様式を検討中。
 ○赤とんぼ連携ノート〜認知症に備える私のノート〜の普及: 認知症になる前から、医療、介護の情報や大切なことを書いておき、本人の希望に沿った支援、連携支援に役立てる。自治会、老人クラブ、民生児童委員の会合、出前講座にて積極的に周知。
 ○(改) 認知症生活べんり帳の普及。
 ○かかりつけ医向け認知症対応力向上研修・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修。
 ○認知症ライフサポート研修: 認知症多職種研修。早期介入やチームケアの必要性を学ぶ。



3 若年性認知症施策の強化
 ○若年性認知症交流会(きりかぶカフェ): NPOいねいぶと協働し、若年性認知症の方やその家族が「集う」「(必要な支援に) つながる」「リハビリがてら働く」場として開催。

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効果の普及の推進
 ○認知症疾患医療センターへの協力。

4 認知症の人の介護者(家族)への支援
 ○認知症初期集中支援チームによる家族支援。
 ○(新) たつの市認知症カフェ連絡会: 認知症の人や家族の介護負担の軽減を図るため、誰もが気軽に参加でき集う「認知症カフェ」の運営支援を行うために、情報交換の場として連絡会を開催。(年2回程度)。

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
 ○はいかい高齢者見守り SOS ネットワーク: 事前登録(ピカッとシューズステッカー)、緊急時の捜索体制、日常の見守り体制の構築を図る。
 ○はいかい高齢者家族支援サービス: GPS 端末機を利用した所在不明時の捜索、保護サービス。
 ○(改) 安心声かけ体験講座・訓練: はいかい高齢者への声かけの仕方を学び、地域における見守り体制を強化するための講座を実施。希望される自治体で模擬訓練を実施。
 ○介護マークの普及: 認知症の人の介護において、介護中であることを周囲にわかりやすくするための名札型介護マークを配付。
 ○生活支援の充実 ○住宅等の環境整備 ○社会参加の支援
 ○消費者被害の防止 ○成年後見制度の活用促進 ○高齢者の虐待防止。



★(新) 定住自立圏構想連携事業
 ○認知症初期集中支援連携事業: 圏域内の他市町の認知症初期集中支援チーム立ち上げのため、人材育成支援、相談支援を行う。
 ○高齢者等 SOS ネットワーク構築事業: 「ピカッとシューズステッカー」を圏域で共通の見守りグッズとし、徘徊対策の圏域ネットワークを構築する。

7 認知症の人やその家族の視点の重視

平成28年度 たつの市認知症施策一覧 (たつの市地域包括支援課)

次ページ

平成28年度たつの市認知症施策一覧
(たつの市地域包括課)

拡大図

たつの市におけるケアパスは

平成24年より、西播磨認知症疾患医療センターが6郡市・医師会、4市3町・地域包括支援センターと協働し、広域での認知症ケアパスを作成。



国の示したケアパスの概念図をもとに、予防・気づき・見守り支え合う・病院を追加し、**西播磨版「西播磨オレンジライフサポート」**に改編し作成。

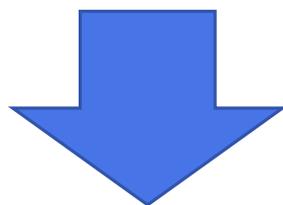


平成27年度、さらにたつの市版ケアパス「認知症生活べんり帳」として見やすくまとめ上げ、平成28年より配布

ケアパスを「効果的」「持続的」「発展的」に機能させるためにはどうしたらいいか？

たつの市地域包括支援課では、様々な認知症施策を企画・実施しているが、地域・市民と共有できているか？

支援が市民に届いていない・・・？



昨年度に引き続き、認知症事業や取組みが、市民に届くように

「つながる認知症支援」を方針とした！

ケアパスの中で 認知症初期集中支援チームの役割

- ▶ 医療・介護とのつながりをつくる
- ▶ 本人・家族が、専門職と自宅で気軽に出会え、相談できる
- ▶ 本人・家族がつながっていけない課題を、明確にする
- ▶ 地域とのつながりづくり・拡大へのきっかけになる

ケアパス活用へのきっかけづくり、入り口支援

認知症初期集中支援事業に 取り組むきっかけ

- 認知症の症状が進行し、危機が生じてからでは、課題も複雑化してしまう
→ 地域の“困った人”になったり、住み慣れた家・地域で暮らせず施設へ
- 認知症の人へのアセスメントが不十分
→ 適切な認知症ケアが提供されず、認知症の人にとって不幸な対応

そこで！

- 1、認知症対応へ「手遅れ型」になる前に、早期から積極的な支援をする
 - 2、認知症ケアパス・適切なつながりへの入り口支援・きっかけづくりをする
- 認知症になっても地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族をできるだけ早い段階から支える、認知症初期集中支援事業展開へ

たつの市における 認知症初期集中支援事業の経過

▶平成25年度

10月～ 兵庫県西播磨認知症疾患医療センターとの協働にて、初期集中支援チーム設置に向け、
チーム員人財育成モデル事業を展開。DASC研修受講。

▶平成26年度

4月～ **認知症初期集中支援チームをたつの市地域包括支援センターに設置**

6月～ チーム体制づくり。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。

医師会、民生委員協議会、地域での出前講座等、あらゆる機会に周知活動実施。

8月～ 本格始動。年度末までに51名へ実施。

認知症初期集中支援チーム検討委員会は、既存の地域ケア会議内で開催

▶平成27年度

4月～ 26年度の実績分析。課題を踏まえて体制見直し。新たなチーム員も迎え現場での
“先輩チーム員”より人材育成・伝達研修実施。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。

10月～ **認知症初期集中支援チーム検討委員会を、正式に設置。**第1回開催(年3回予定)

特に医師会長、たつの市嘱託医のご協力によるものが大きかった。

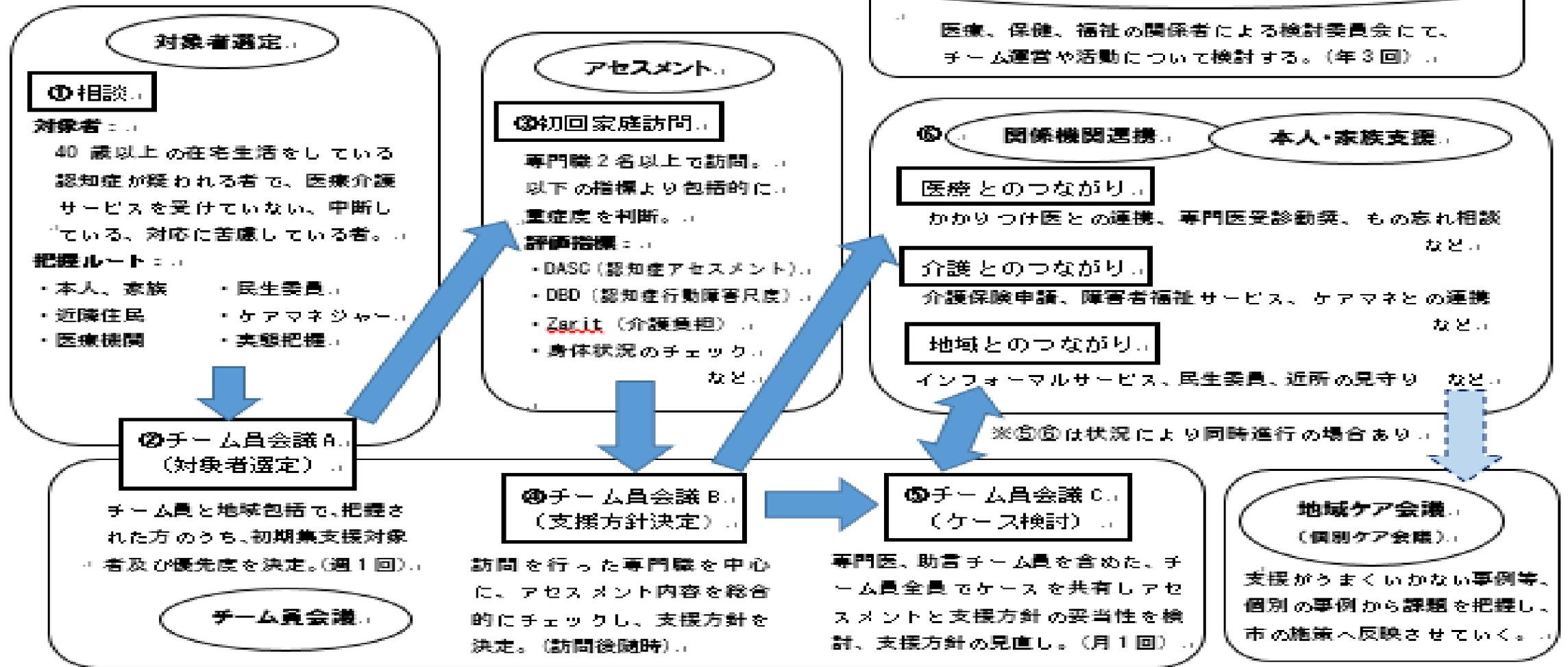
▶平成28年度

4月～ 実態把握訪問のツールとして、DASC導入。事前に委託先の在宅介護支援センター職員に研修をもち現在試行中。

認知症初期集中支援事業の流れ

平成27年 たつの市地域包括支援課

認知症初期集中支援の流れ



認知症初期集中支援チーム員の構成

平成28年度 たつの市地域包括支援課

- ▶ 設置場所 たつの市地域包括支援課（直営1カ所）
- ▶ チーム員 認知症サポート医 1名、保健師 1名、看護師 5名
作業療法士 4名、理学療法士 1名、社会福祉士 1名
精神保健福祉士・介護福祉士 1名
(認知症地域支援推進員4名、主任ケアマネ2名も含む)
- ▶ 所属 西播磨認知症疾患医療センター
たつの市地域包括支援課（所属職員以外は非常勤臨時職員）

保健師・看護師と、作業療法士・社会福祉士・精神保健福祉士等が
2人1組で訪問、対象者の状況によっては3人で訪問

たつの市認知症初期集中支援チームの特徴

① チーム員会議を3つに分けた

チーム員会議 A

月1回 実施

対象者選定

優先順位・担当決定

チーム員会議 B

訪問直後に実施

アセスメント確認

支援方針・方向を

大まかに決定

チーム員会議 C

月1回 実施

専門医・チーム員

でケース検討

支援の方向性確認

② アセスメントを工夫した

標準以外に、FAST、HDS-R、GDS、ストレス状態チェックリスト等の追加 身体チェック表は、基本は押さえ一部改編している

チーム員会議の風景



たつの市認知症初期集中支援チームの特徴

③ 訪問対象者把握の工夫をした

本人・家族からの相談

地域・関係機関からの情報提供

気づき

見守りの目

潜在的なケースの掘り起こし

実態把握訪問
(DASC使用)

認知症初期集中支援事業 実施結果

訪問人数

- ▶ 平成26年度（8月開始） 51名
- ▶ 平成27年度 101名

初回訪問時（介入前）の状況（平成27年度101名）

- | | |
|----------------|----------------|
| ① 医療とのつながり | ② 介護とのつながり |
| ▶ かかりつけ医なし 18% | ▶ 介護認定なし 76% |
| ▶ 認知症専門医なし 77% | ▶ サービス利用なし 91% |

認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価1> チームの介入効果について

	<u>介入前</u>		<u>介入後</u>
① 医療 とのつながり			
▶ かかりつけ医あり	82%	➡	97%
▶ 認知症専門医あり	23%		51%
② 介護 とのつながり			
▶ 介護保険の申請あり	24%	➡	65%
▶ 介護サービス利用あり	9%		56%

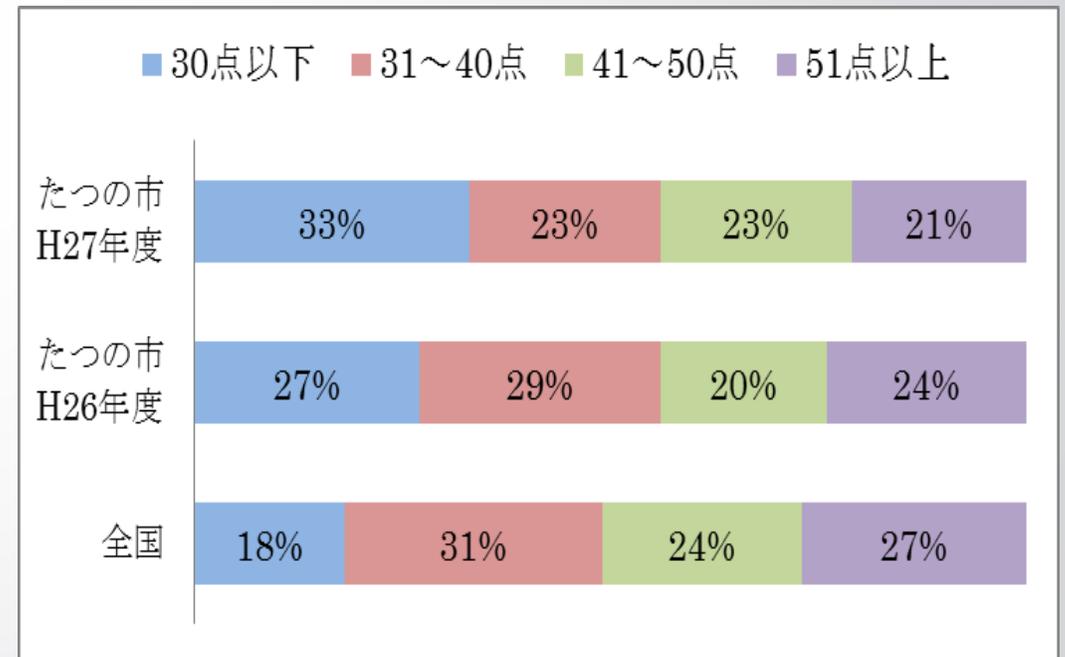
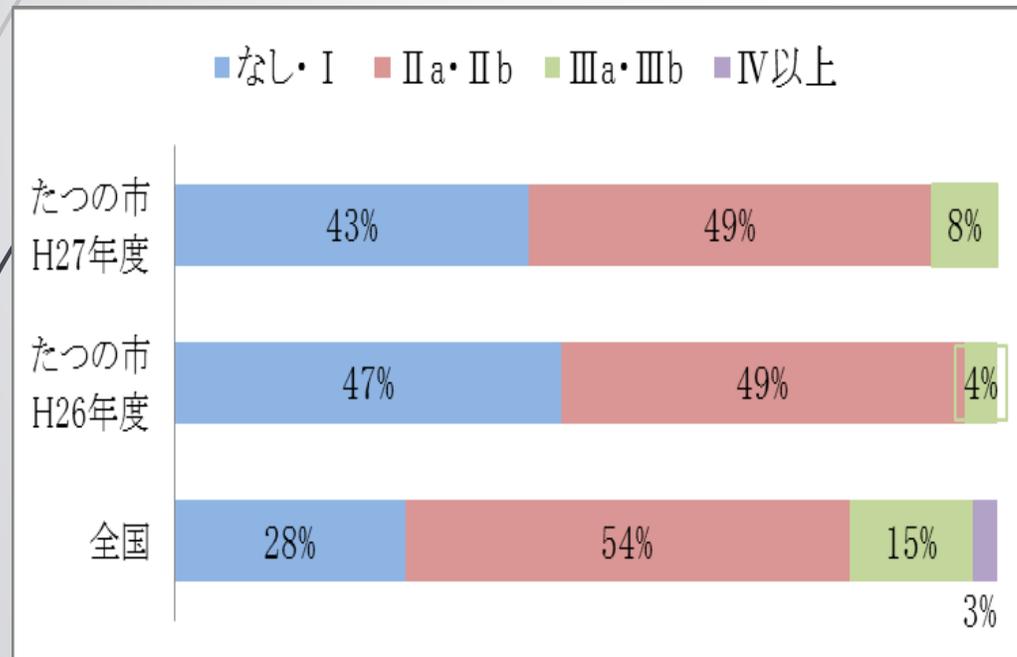
その他、**認知症カフェ**につながった方や、必要のない方も10名以上あり

認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価 2> 認知症初期への介入について

認知症自立度

DASC

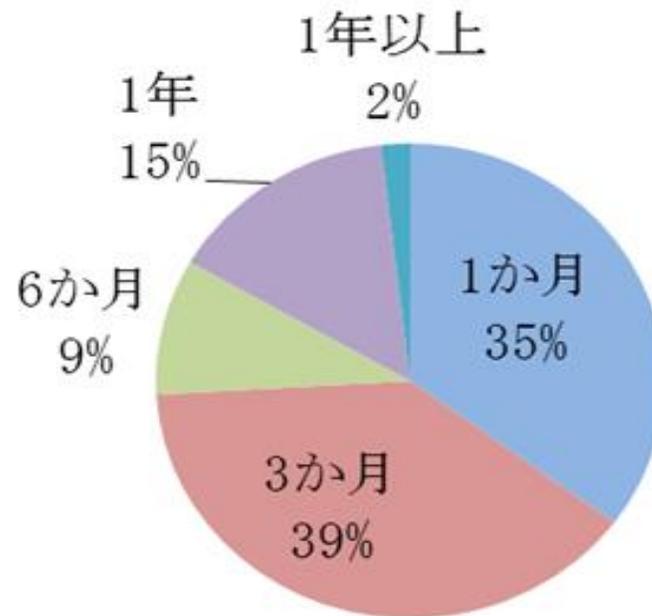


認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価3> 集中支援について

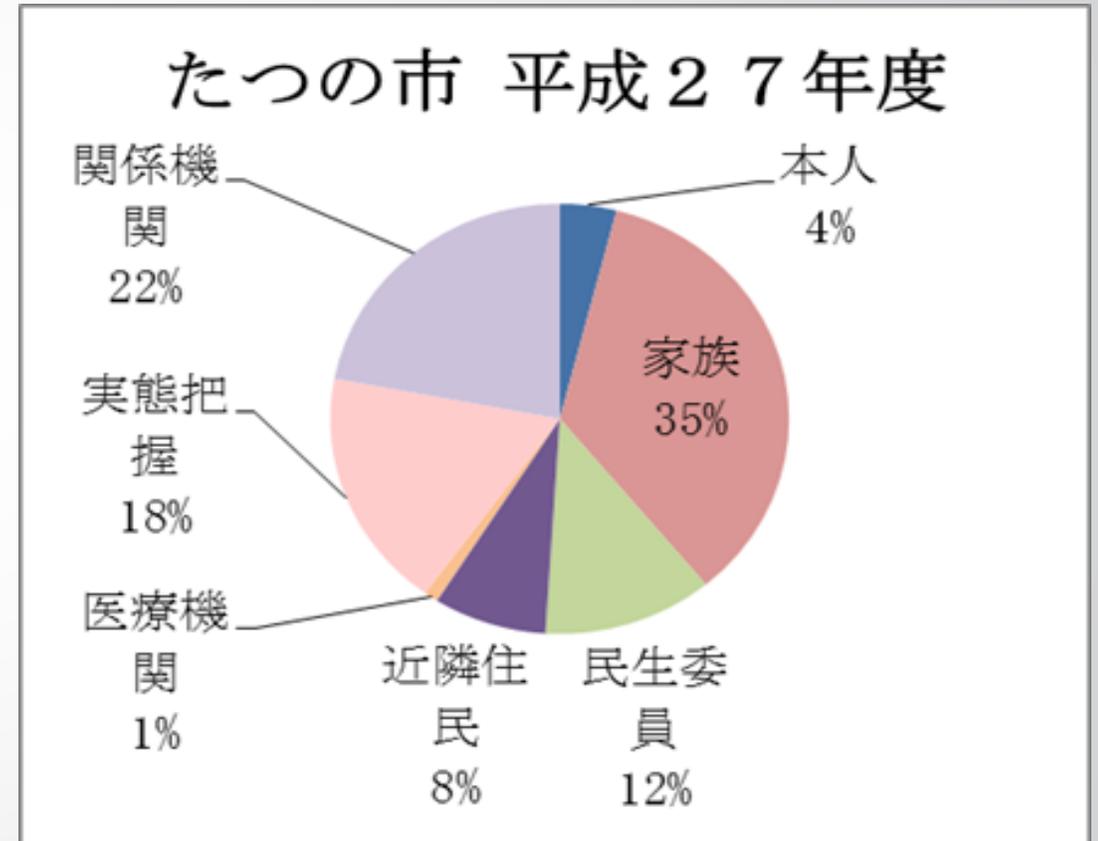
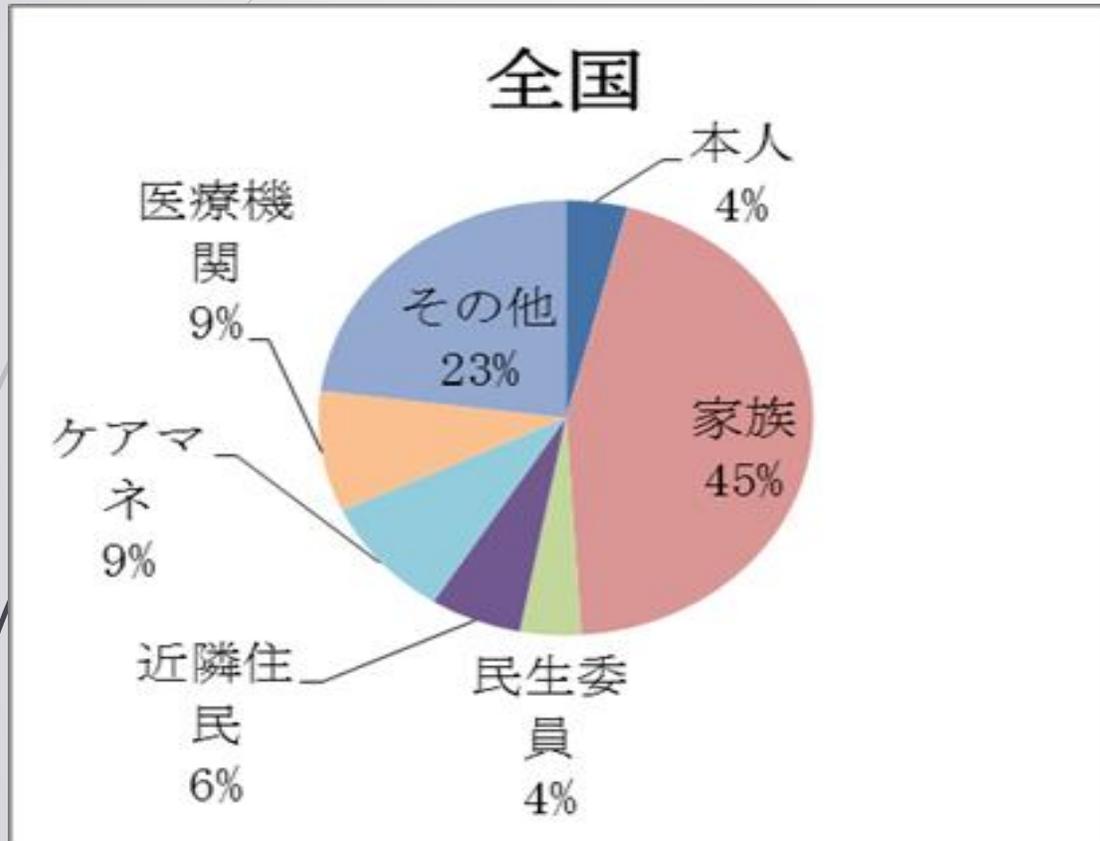
医療・介護につながるまでの期間

介入からつながるまでの期間

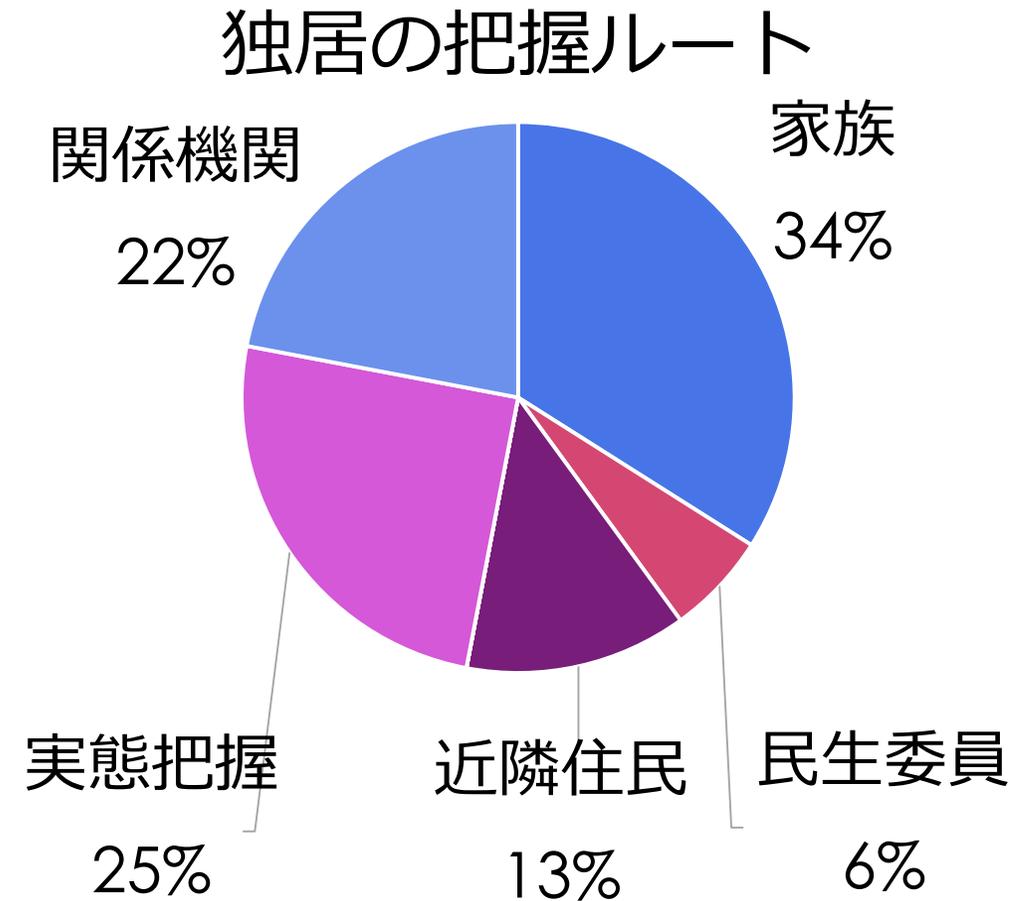
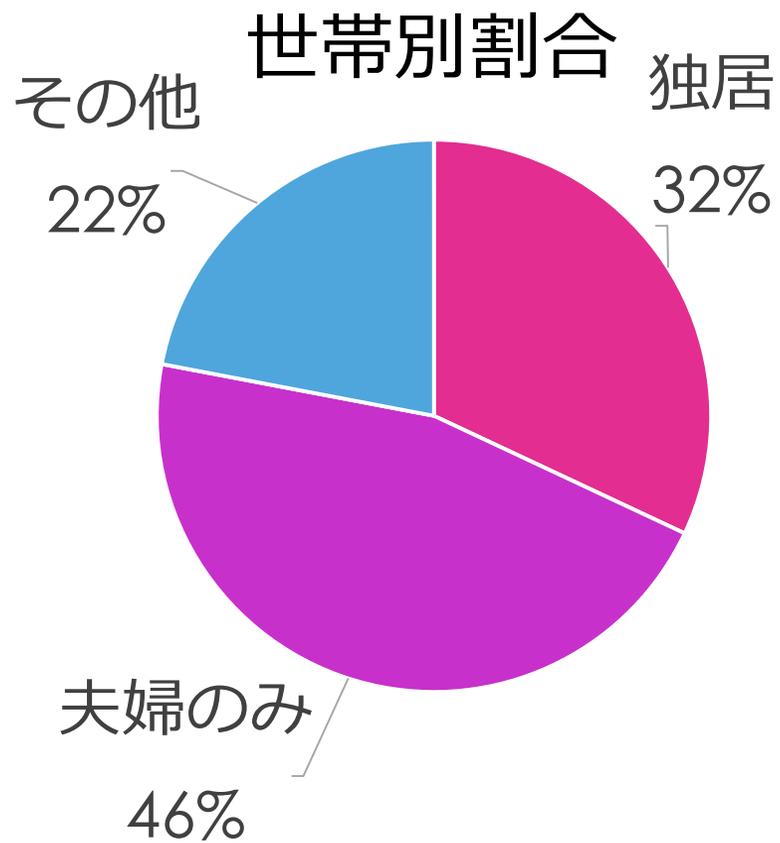


認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価4> 把握ルートについて



認知症初期集中支援事業 実施結果



認知症初期集中支援事業 実施結果

実態把握調査からの対象（対象者18名 101名中）

認知症高齢者の日常生活自立度

なし～ランクⅠ 6名

ランクⅡ 11名

ランクⅢ 1名

独居はもとより、**認知症初期も、認知症が進行していても**
埋もれていた対象の掘り起しに有効！

認知症初期集中支援チームにおける 認知症地域支援推進員として心がけたこと

- 1、本人・家族、**地域からの相談窓口**となり、**チームへつなぐ**。
- 2、チーム内、専門職協働の中で、**スムーズな連携が図れるようコーディネート**する。
- 3、実践を通し、チーム員同志で学んだり、新任チーム員への**人材育成**を意識的に
おこなう。
- 4、支援・連携上の課題を明確にし、**本人の力や取り巻く地域の状況**をチームにつなぎ
課題解決への助言をしていく。
- 5、本人を取り巻く、**小さくても身近なネットワーク**をつくり、**地域での支援ネットワークの
構築**を図る。
- 6、特に、人と人、人と制度・事業とのつながりをつくる。
そこから、**思いがけない解決のきっかけ**をもらう！
- 7、不適切な経過をたどるケースにおいては、個別ケア会議へとつないだり、
見えてきた課題を、**地域共有の課題**として、発展的に対応する施策へとつないでいく。

認知症地域支援推進員が 認知症初期集中支援チーム員を兼務している効果

認知症地域支援推進員は
元々、様々な認知症施作
で地域に出ていた

認知症初期集中支援チ
ーム活動でさらに地域に出
る機会が増えた

つながり先で模索する中
で地域の人・資源を知る
機会が増えた

相談しやすい関係性が出
来ていった。チームの活
動を知ってもらう機会が
増えた。

事例を通してつながりをつ
持った地域の方と“顔の
見える”関係へ

関係者間のつながりをつ
くり、地域の小さくても
身近の見守り・支援の
ネットワークづくり

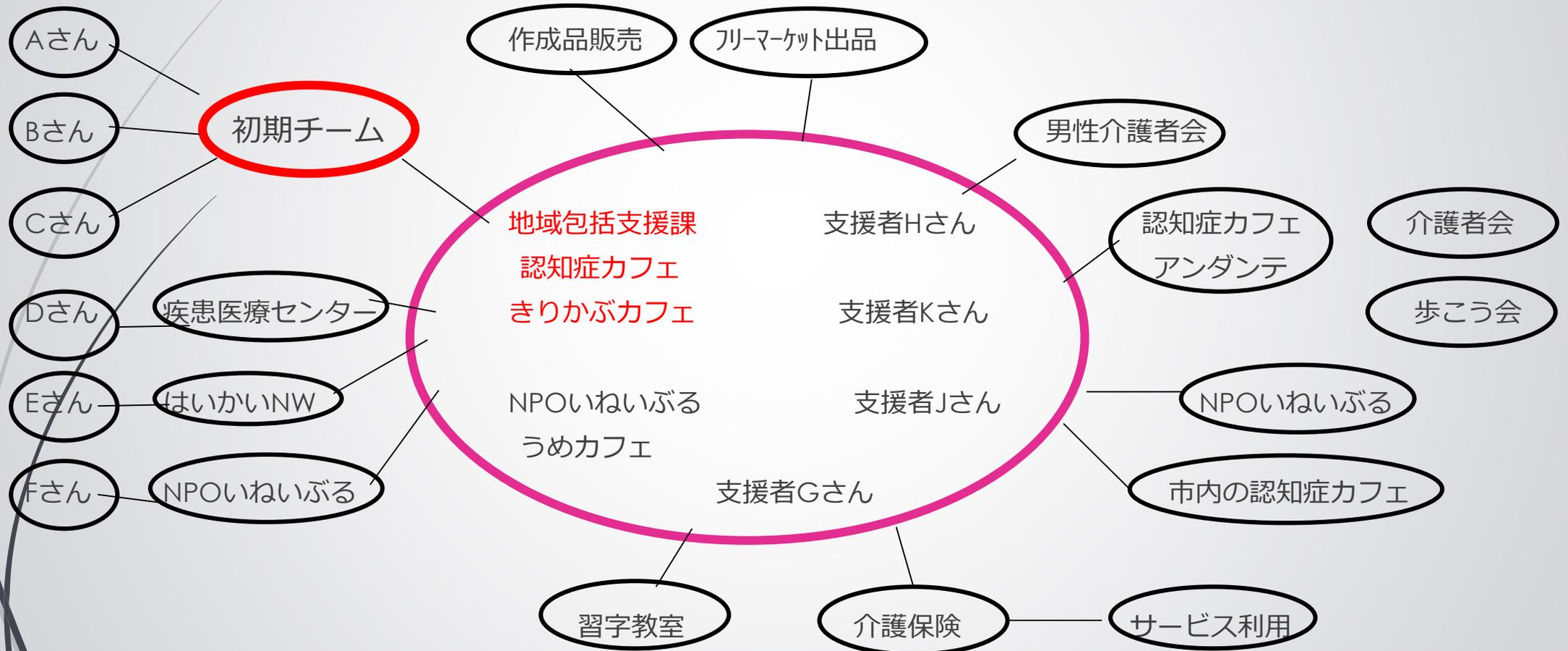
地域からの相談が
増えた

つながり先の幅が
増えた

他の施策・関係機
関との連携へ発展

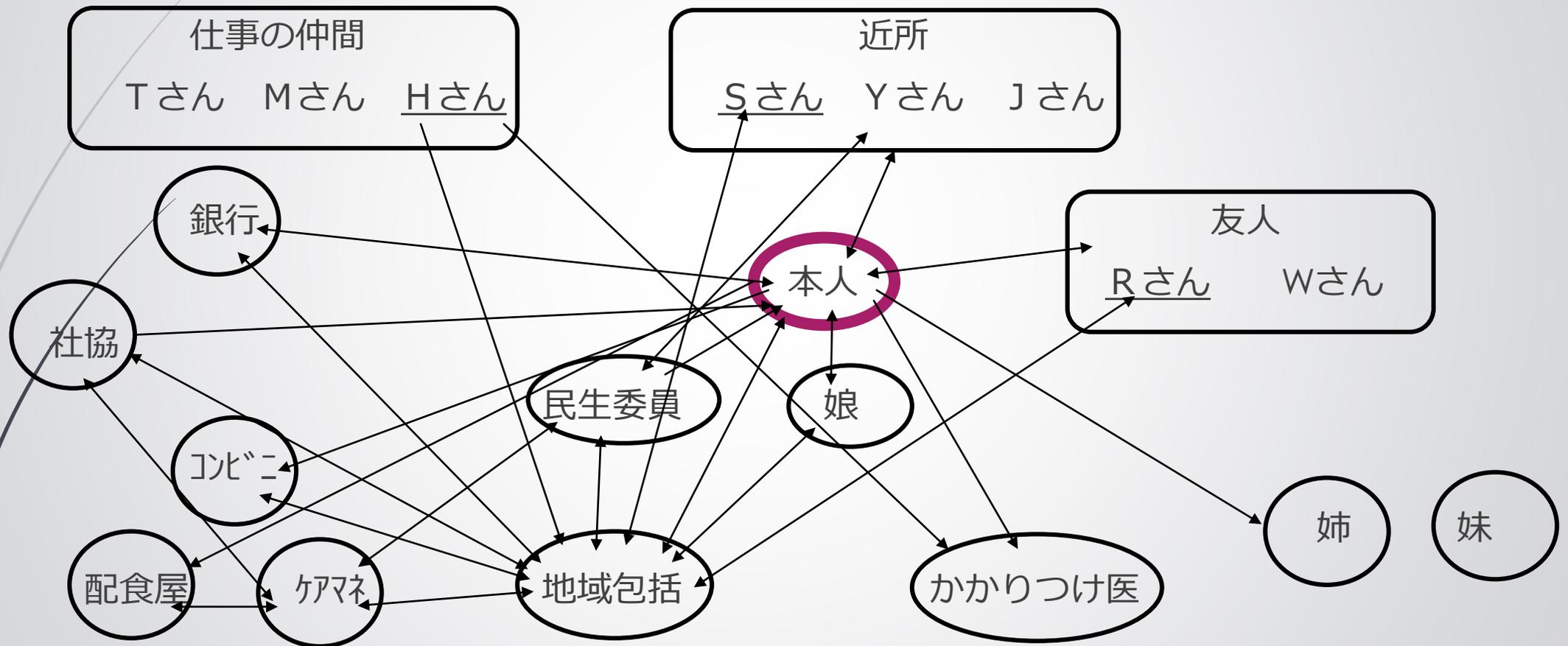
事例

チーム介入、認知症カフェから広がっていったつながり



事例

認知症・独居への介入からできたつながりの輪



介入効果

認知症中度からのケアパスへのつながりづくり

69才 男性 妻と2人暮らし

介入前、他県の認知症専門医受診していたが中断。

介護とのつながりなく、妻の不安・介護負担が大きかった。

介入後、認知症専門医へつなぎ、前頭側頭型変性症と確定診断。

同時に介護とのつながりもつくった。

DASC : 46 → 51 DBD : 11 → 19 Zarit : 15 → 6

結果、適切な医療・介護とのつながり、ケアパス活用によって
暴言が減り、好む作業や音楽療法を楽しみ、在宅生活を続けている。

チーム員はモニタリング時、サービス事業所職員とも関わり、

本人主体・認知症の状況に適した関わりが、されているかも確認していった

認知症初期集中支援チームの中で 認知症地域支援推進員としての課題

- ▶ 認知症初期集中支援チーム検討委員会より
 - ・ 医療機関よりの把握の対象者が少ない
かかりつけ医・医療機関への周知と連携をさらに強化していく
 - ・ 認知症予防・認知症初期把握・気づきにつながる、30・40歳代~への啓蒙の機会を検討する
- ▶ 包括に入る認知症相談ケースの中でも「ふるいわけ」が必要より認知症の初期を把握をしていく工夫がいる
- ▶ 地域密着型の展開を維持していくために、地道な啓蒙活動を継続していく様々な機会を逃さず、地域へ出向き、相談しやすい関係性を広げていく

今後の取り組み

- 1、認知症初期集中支援チームの「目的」をいつも意識し、「目的」「課題」「チームの役割」でぶれない、関係者とも共有していく
- 2、チームの活動が周知されると、相談件数が増え、対象が重症化していく傾向となるが、「対象」を明確に選定する
- 3、認知症初期の**対象把握の精度**を上げる。「実態把握」のツールとしてDASCを取り入れ、認知症総合アセスメントを、市内での共通ツール化へ
- 4、**かかりつけ医との連携**を強化し、認知症専門医へのつながりを増やす
- 5、認知症初期で、介護保険制度利用までの**“空白期間”**の方への支援チーム介入後のつながり先として、フォーマル以外のサービス、地域の資源を探し、認知症カフェ、家族会等とさらに連携をとっていく

みなさまへ

つながりから始まる様々な事が、課題の困難さも大きさも
何とかなる！と思えたり、解決に導いてくれる

小さくても身近で有機的なネットワークをつくり
その輪がどんどん増えていく地域へ



龍野城



聚遠亭

ご清聴ありがとうございました！



たつの市イメージキャラクター
「赤とんぼくん」

瀬戸内海と新舞子での潮干狩り

