

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

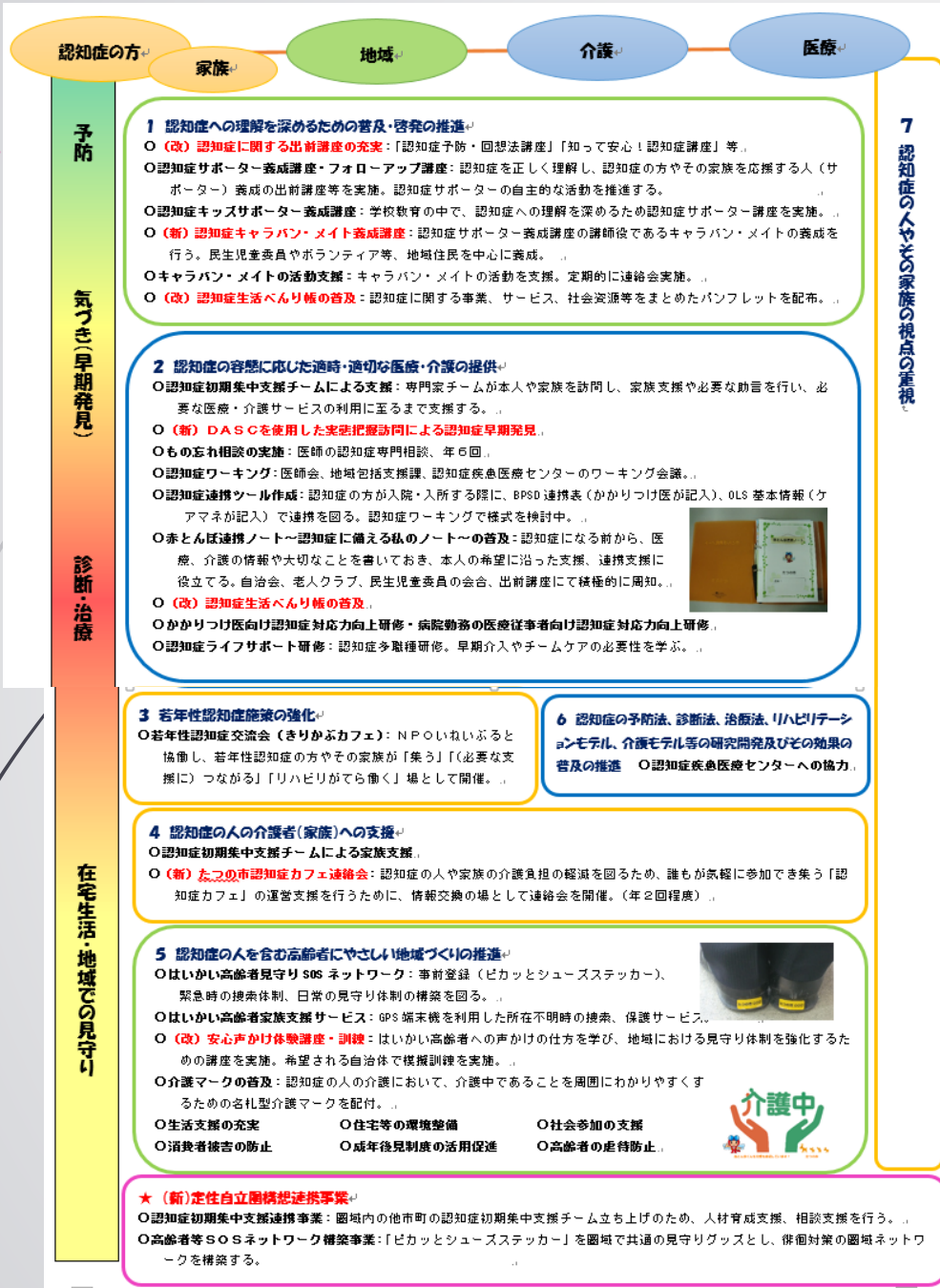
○面積	210.93平方キロメートル
○主要産業	手延素麺「揖保の糸」 醤油醸造「ヒガシマル醤油」 皮革・かばん産業

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(課) 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
「赤とんぼくんあかねちゃん」



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

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
ケアパス普及

地域へ出向き
認知症の理解
を深める
認知症対応力向上

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

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。



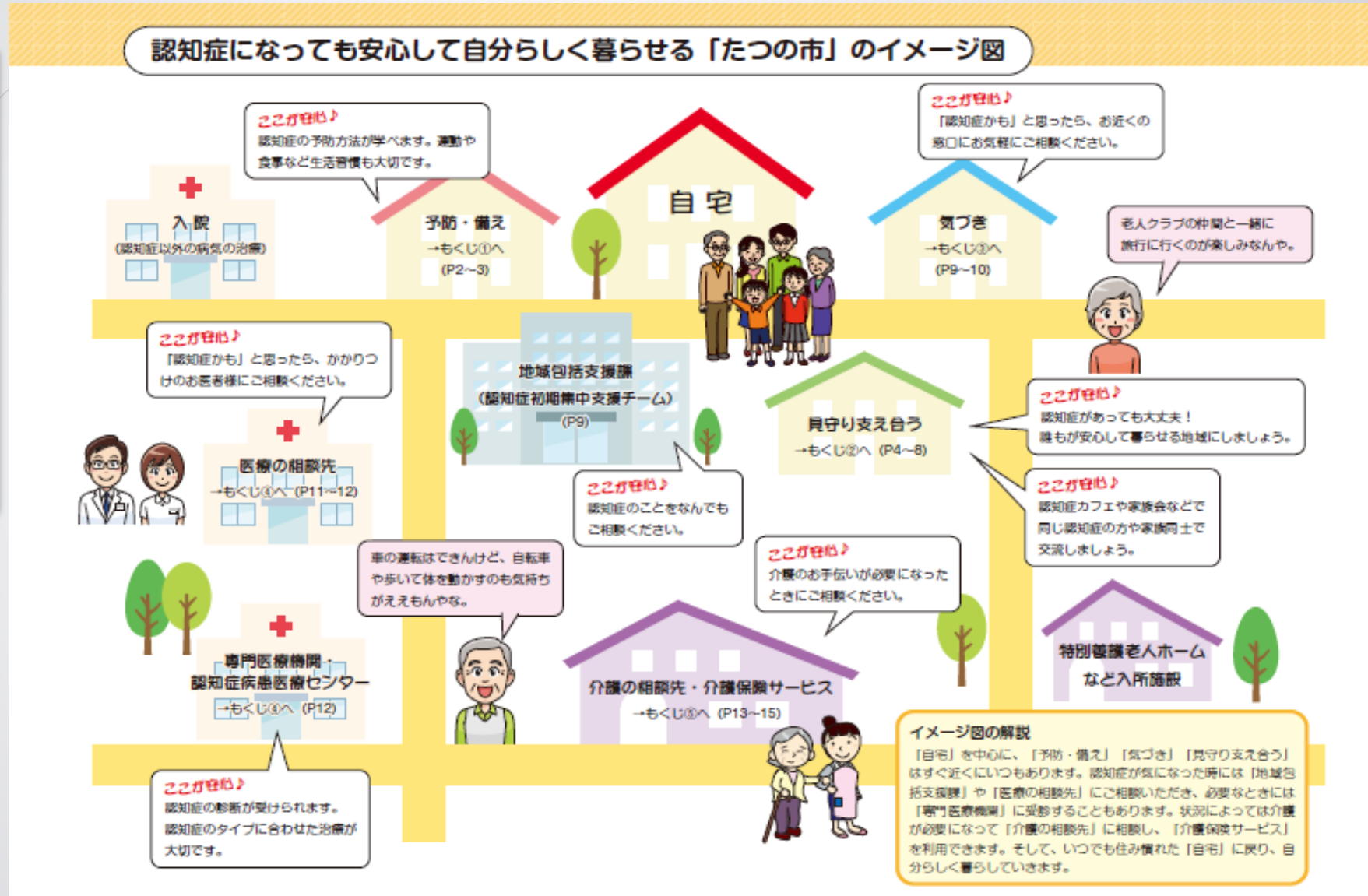
国の示したケアパスの概念図をもとに、予防・気づき・見守り支え合う・病院を追加し、**西播磨版「西播磨オレンジライフサポート」**に改編し作成。



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

たつの市版ケアパス ～つながる認知症支援～ 「認知症生活べんり帳」

7



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

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

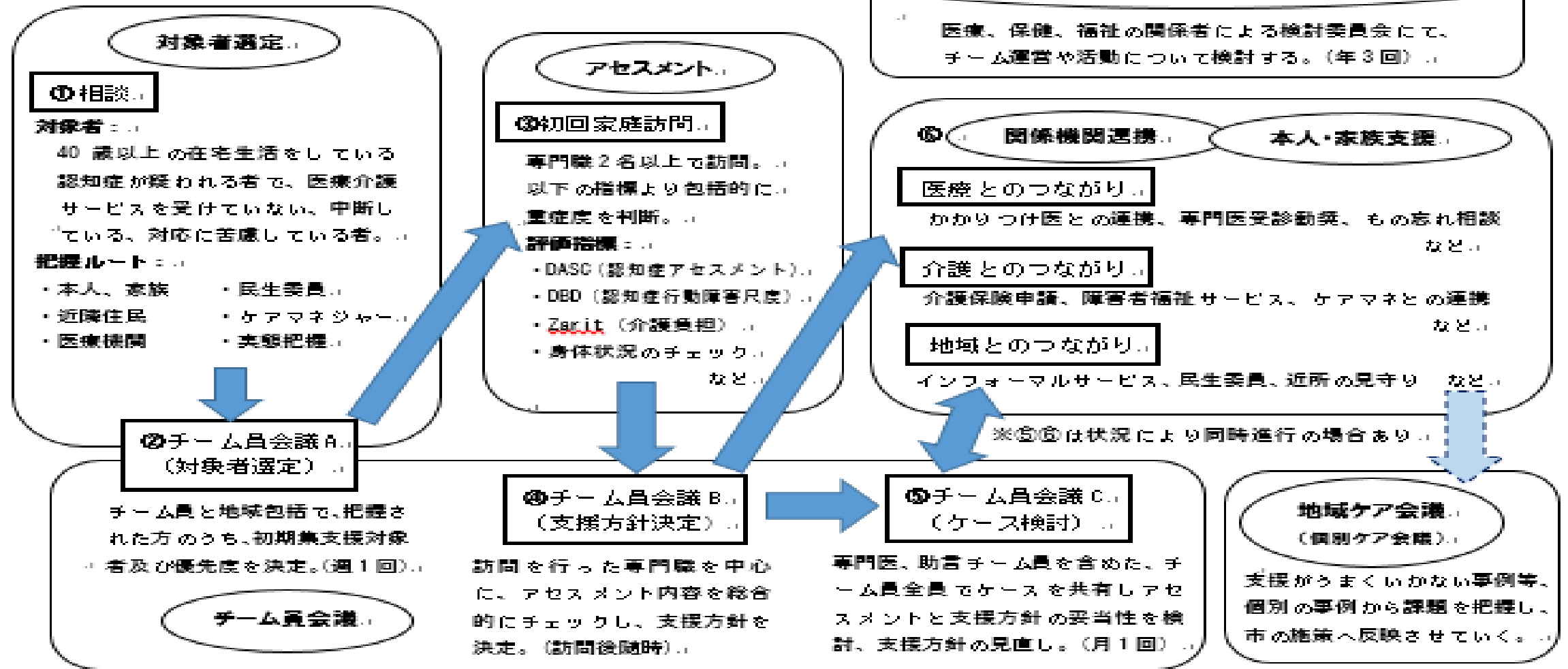
- ▶ 設置場所 たつの市地域包括支援課（直営1カ所）
- ▶ チーム員 認知症サポート医 1名、保健師 1名、看護師 5名
作業療法士 4名、理学療法士 1名、社会福祉士 1名
精神保健福祉士・介護福祉士 1名
（認知症地域支援推進員4名、主任ケアマネ2名も含む）
- ▶ 所属 西播磨認知症疾患医療センター
たつの市地域包括支援課（所属職員以外は非常勤臨時職員）

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

認知症初期集中支援事業の流れ

平成28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の流れ

- ① 訪問対象者の把握
- ② 訪問対象者選定：チーム員会議 A
- ③ 初回訪問（アセスメント）
- ④ 支援方向の仮決定：チーム員会議 B
- ⑤ チーム員会議 C
- ⑥ 初期集中支援（再訪問、医療・介護・地域へのつなぎ）
- ⑦ モニタリング（支援終了、引き継ぎ）

個別ケア会議（困難事例の検討）

認知症初期集中支援チーム検討委員会

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

「初期」「集中支援」とは

たつの市認知症初期集中支援の対象者

初期



①認知症の病気の早期段階

②認知症の人への関わりの初期
(ファーストタッチ)

認知症初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がなかった人も対象とする。

* 医療・介護サービス利用が中断している者も対象

集中



概ね6か月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていく。

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の内容

▶ 医療とのつながり

医療機関（かかりつけ医、専門医）への受診が必要な場合、
受診勧奨

▶ 介護とのつながり

介護サービス利用等の勧奨 等

▶ 地域とのつながり

認知症カフェ等インフォーマルサービスの利用支援、
地域活動への参加勧奨、見守り体制の構築 等

医療サービスや介護サービスの安
定的な支援に移行するまでの間
(最長6か月)

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

① 医療とのつながり

- ▶ かかりつけ医あり
- ▶ 認知症専門医あり

介入前

82%

23%



介入後

97%

51%

② 介護とのつながり

- ▶ 介護保険の申請あり
- ▶ 介護サービス利用あり

24%

9%



65%

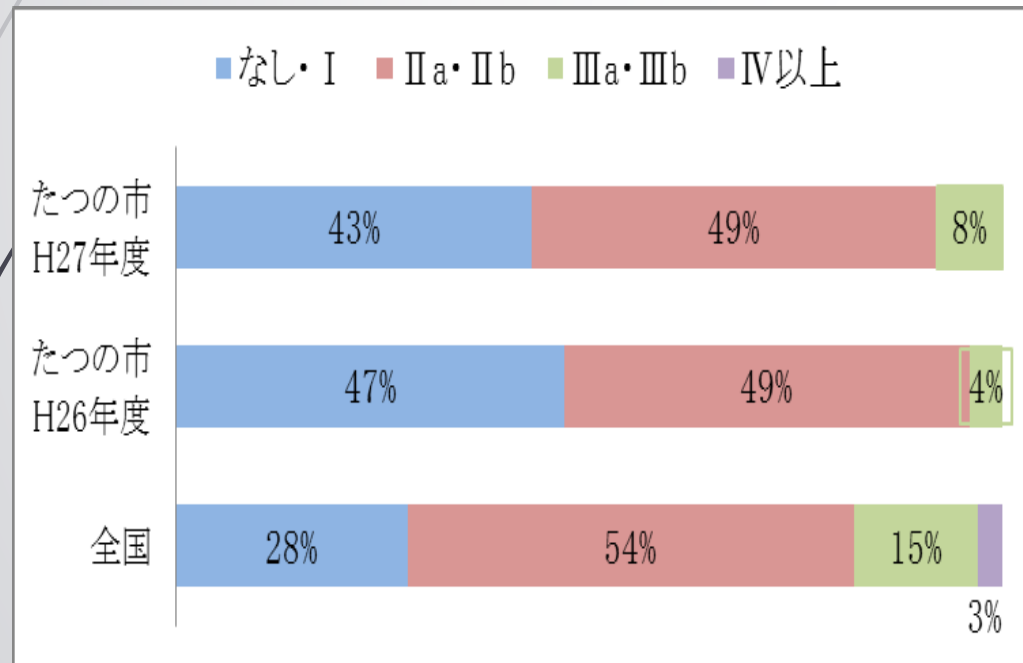
56%

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

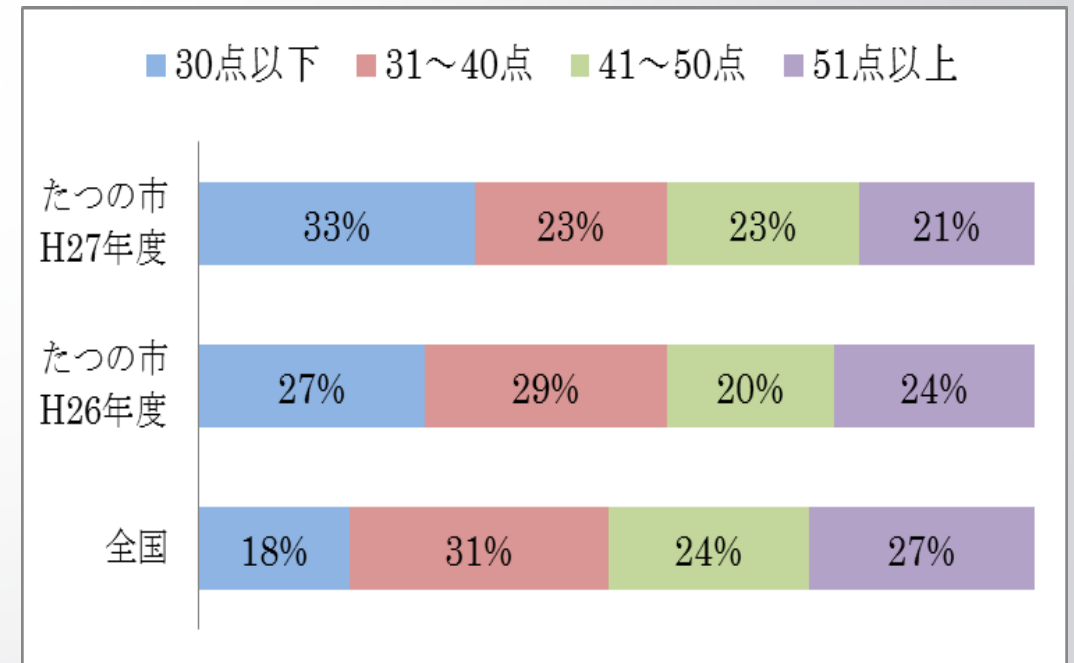
認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価 2> 認知症初期への介入について

認知症自立度



DASC

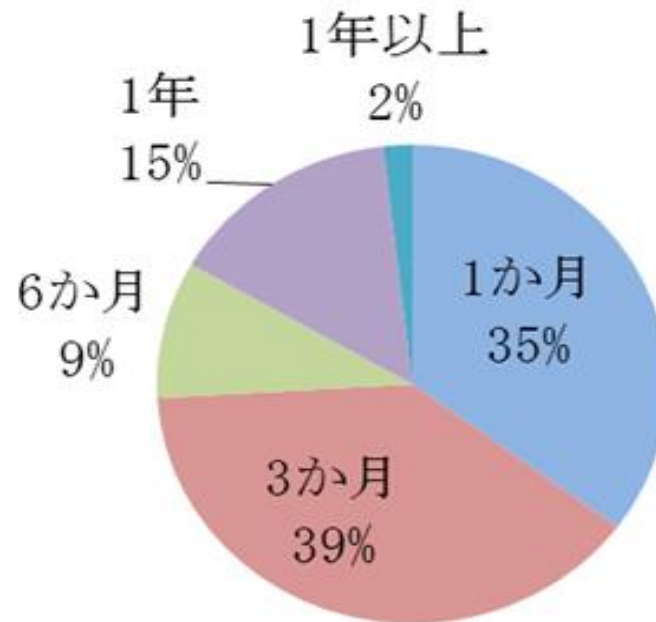


認知症初期集中支援事業 実施結果

＜評価3＞集中支援について

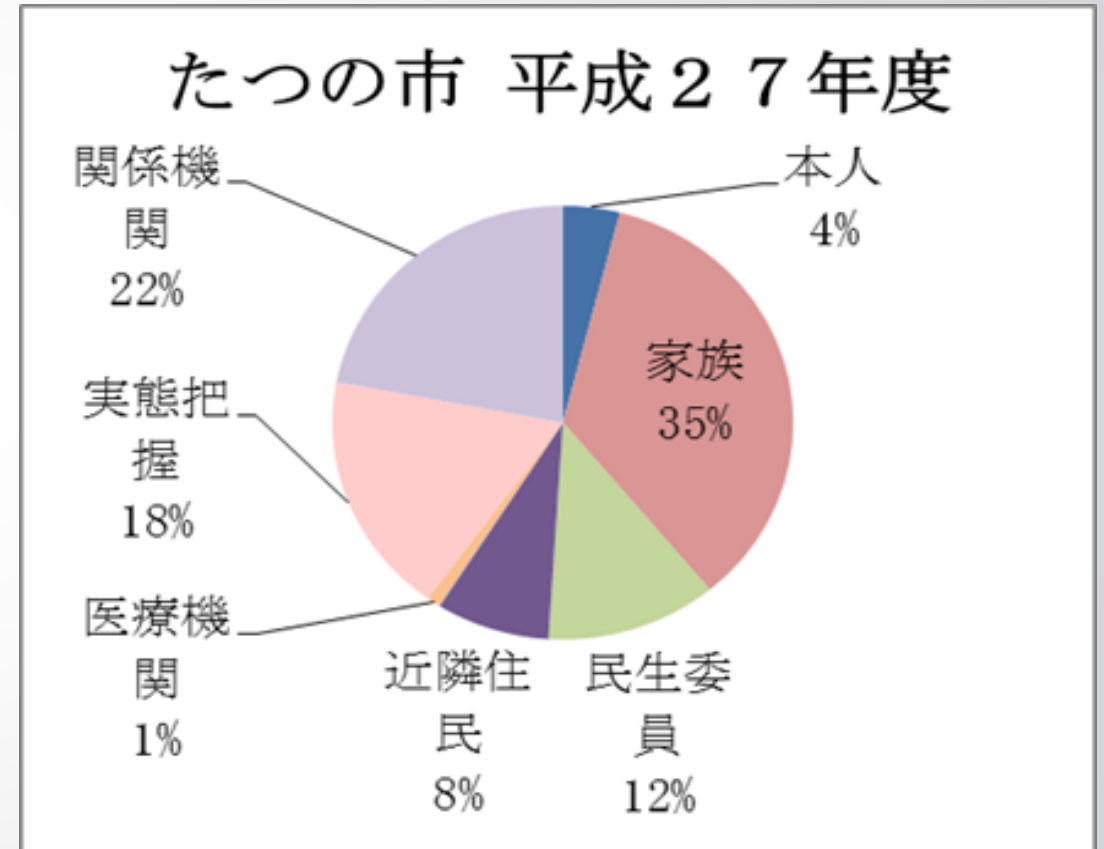
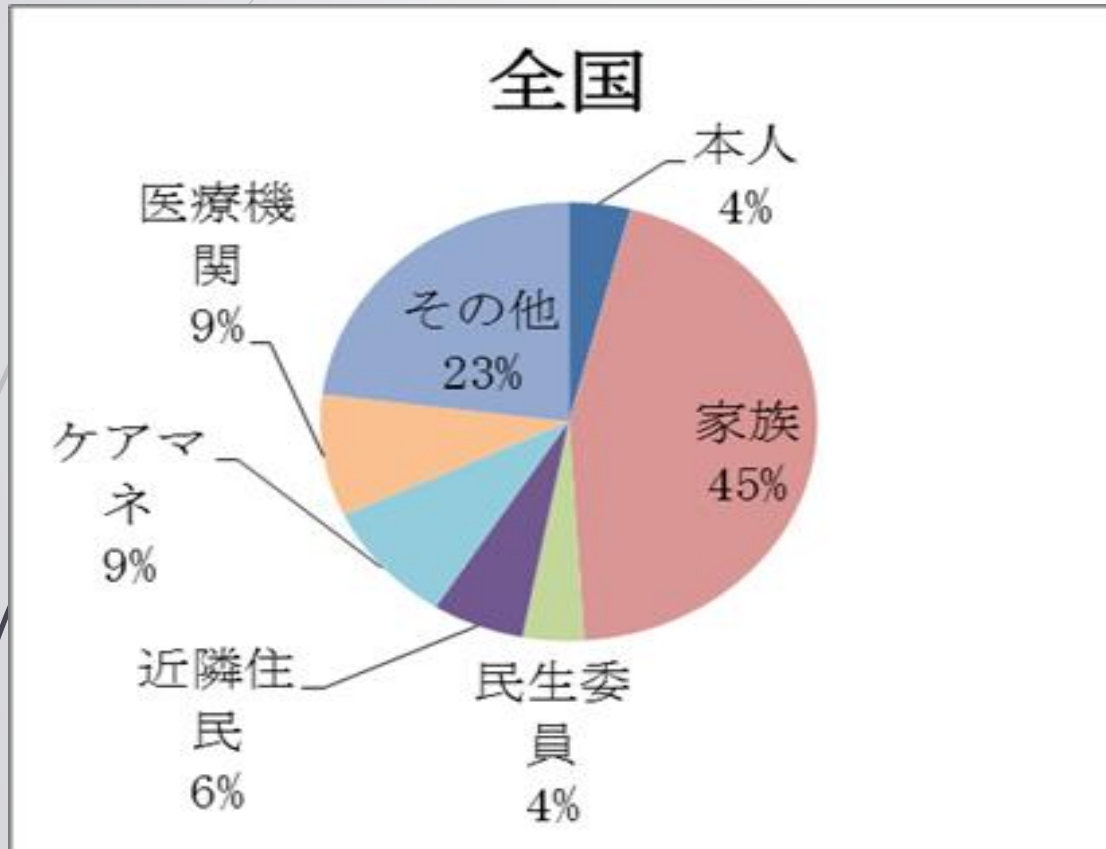
医療・介護につながるまでの期間

介入からつながるまでの期間



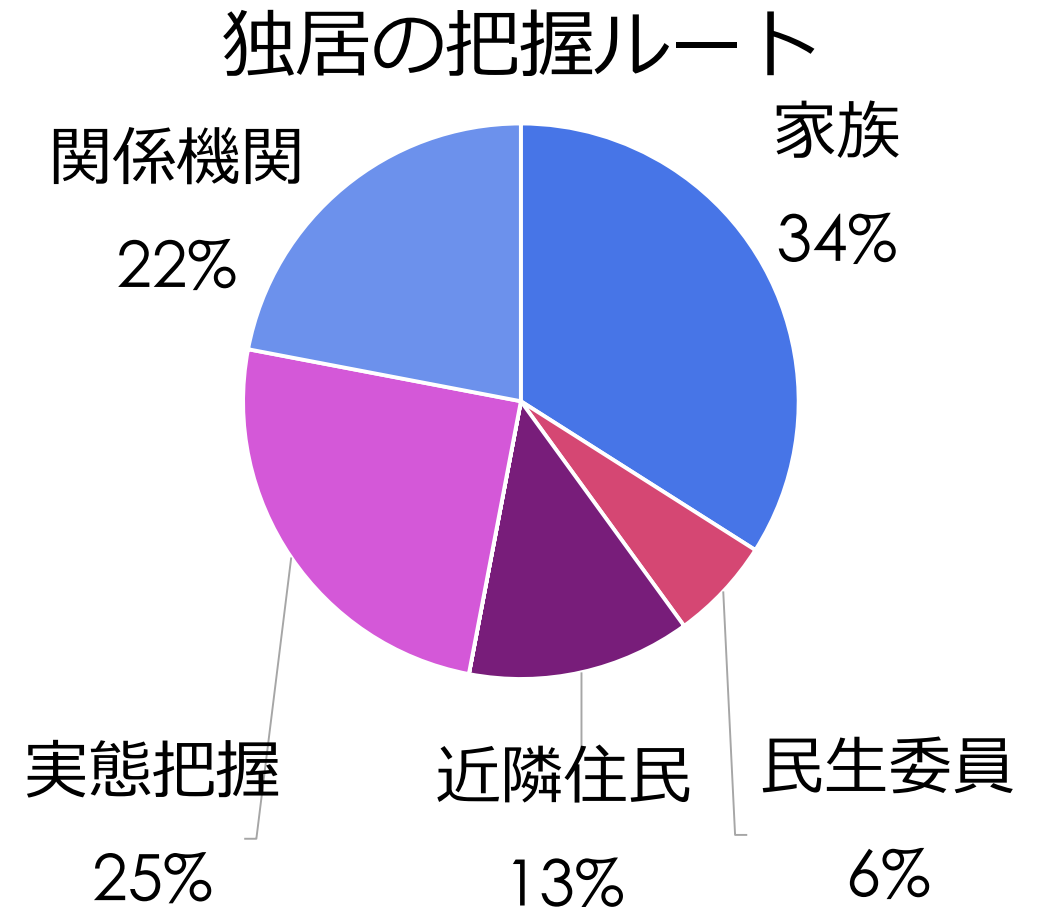
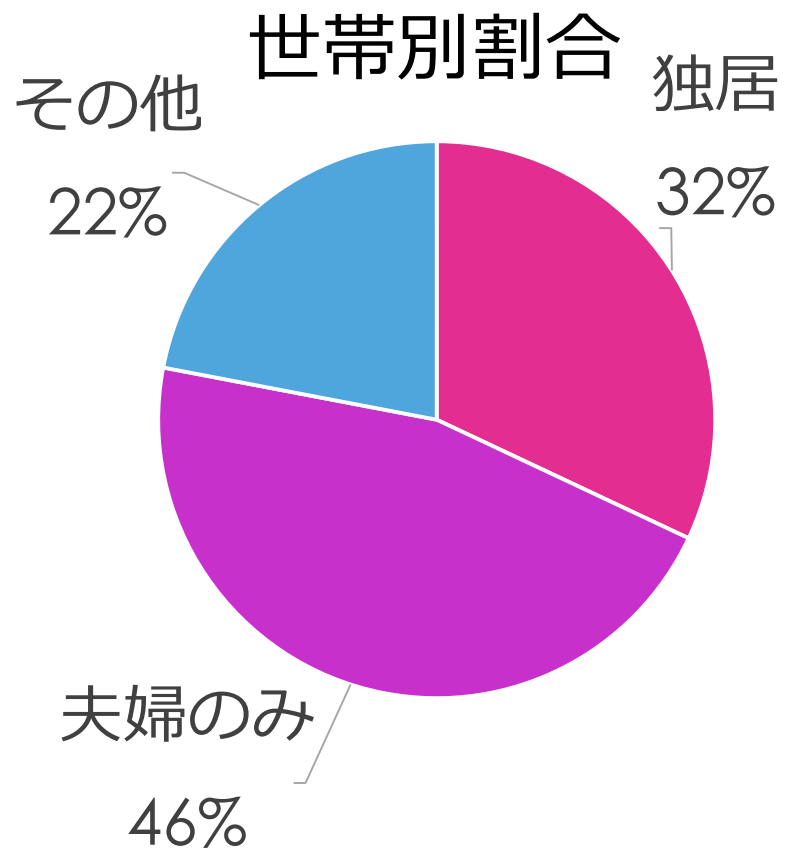
認知症初期集中支援事業 実施結果

＜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

＜評価5＞実態把握調査の効果について



認知症初期集中支援事業 実施結果

<評価 5> 実態把握調査の効果について

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！

事例 1

初期チーム介入、認知症カフェから広がっていったつながり



たつの市地域包括支援課が開催している
認知症カフェ きりかぶカフェ（月1回）



事例 2

認知症、独居、高齢でも住み慣れた所で生活を

夫が亡くなってから独居。亡くなった主人との間に子供はなく、先妻の娘が1人東京に在住。

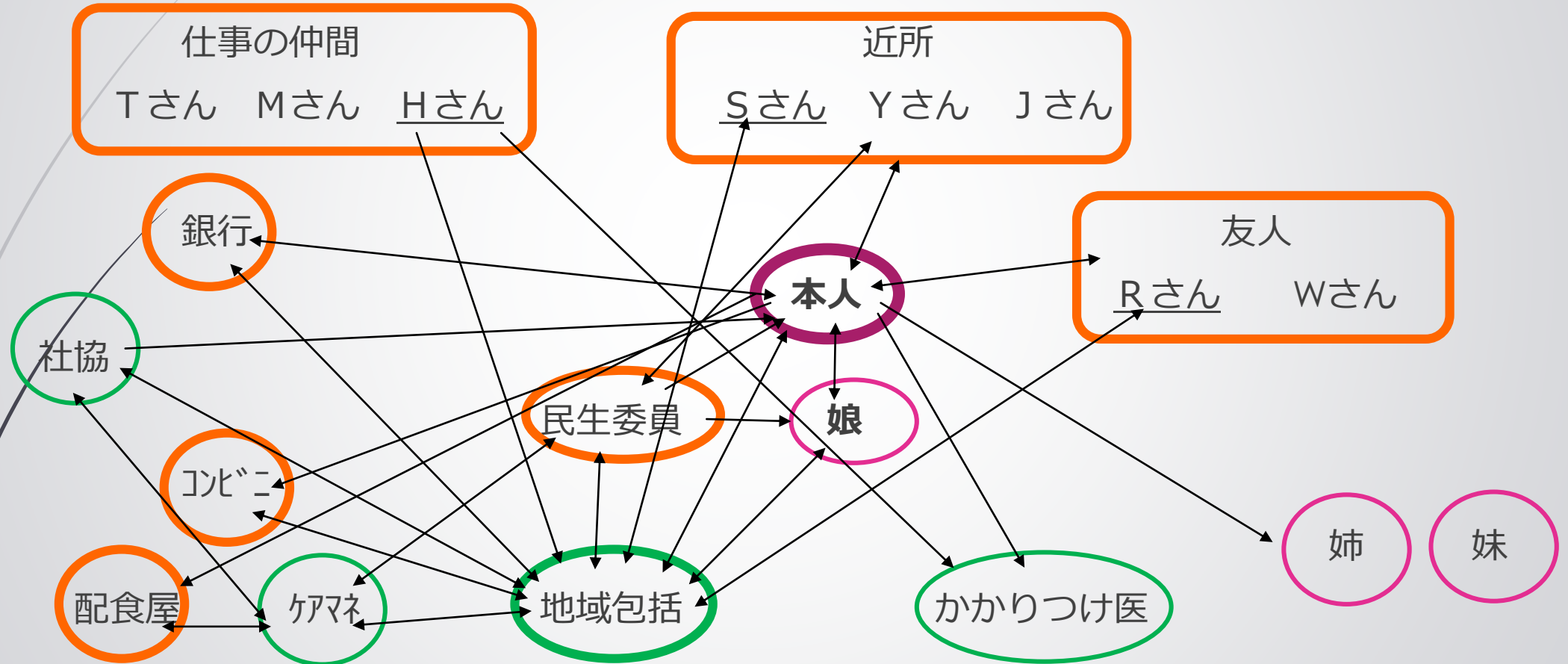
近所のコンビニ、金融機関から気になる様子であると地域包括支援課に連絡があり介入へ。

本人宅へ訪問・面談後、民生委員さんと面談。支援体制を築き、集中支援実施。情報を集めるうちに、地域の見守りをはじめとする力、本人の持つ力が見えてきた。

医療・介護とのつながりをつくり、関係者との連携・情報共有を重ね、独居の認知症でも、できるだけ本人が望む、住み慣れた所で住める支援をした。

事例 2

認知症・独居への介入からできたつながりの輪



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歳代からの啓発の機会を検討する
- ▶ 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、地道な啓発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

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、様々な認知症施策
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

つながり先を模索する中
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
身近な見守り・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

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

地域へ出かけ啓発 相談を受け行動

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
「赤とんぼくんあかねちゃん」

瀬戸内海と新舞子での潮干狩り

